



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایندهای اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01
تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۲/۱۰
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۲/۱۵

۱- نام فرایند : فرایند ارائه خدمات ایمن در اورژانس (پذیرش و اعزام بیمار)

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع انسانی - تجهیزات پزشکی	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه دوره جمع آوری داده ها ماهیانه
نوع خدمت / فرایند :		پارا کلینیک	مدیریتی پشتیبانی
ورودی های فرایند	خروجی های فرایند	اهداف :	
۱. پرسنل پرستاری و مامایی ۲. گزارشات پرستاری ۳. دستورالعمل ها و بخش نامه ها ۴. نامه های اداری ۵. آمار ۶. اقلام مصرفی	۱. بخش های پرستاری ۲. دفتر سوپر وایزر ۳. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت ۴. مدیریت پرستاری ۵. واحد آمار - بخش ها ۶. انبار	۱. افزایش بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (اختصاصی - الزامی) ۲. افزایش بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۱۲ ساعت در اورژانس (اختصاصی - الزامی) ۳. کاهش خطای تکمیل فرم تریاژ مراجعه کنندگان (اختصاصی) ۴. کاهش ساعت انتظار بیمار برای ویزیت پزشک در اورژانس (اختصاصی) ۵. نظارت بر حسن اجرای فرایند پذیرش بیمار در بخش (اختصاصی) ۶. نظارت بر حسن اجرای فرایند ترخیص بیمار از بخش (اختصاصی) ۷. نظارت بر شناسایی بیماران با دو شناسه از طریق دستبند شناسایی بیمار ۸. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند ارجاع بیمار (اختصاصی)	

۱* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام بیمار ، ترک با رضایت شخصی ، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/ سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
میزان تعیین تکلیف بیمار اورژانس تا ۶ ساعت سطح ۳*	پیامدی	به موقع بودن خدمت	$100 \times \frac{\text{تعداد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت 6 ساعت}}{\text{کل بیماران بستری در اورژانس}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	۶ ساعت
میزان خروج بیمار از اورژانس طی ۱۲ ساعت	پیامدی	به موقع بودن خدمت	$100 \times \frac{\text{تعداد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت 12 ساعت}}{\text{کل بیماران بستری در اورژانس}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	۱۲ ساعت
میزان ترک با رضایت شخصی بیماران از اورژانس	پیامدی	رضایتمندی	$100 \times \dots \frac{\text{تعداد ترک با رضایت شخصی}}{\text{کل بیماران بستری موقت در اورژانس}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	۲٪
تعداد مراجعین اورژانس	ساختاری	کارایی	عدد : تعداد کل مراجعین (ورودی) اورژانس در بازه زمانی معین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
تعداد مراجعین بستری موقت اورژانس (تحت نظر)	ساختاری	کارایی	عدد :تعداد کل مراجعین بستری موقت اورژانس در بازه زمانی معین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
نسبت پذیرش فوریت به کل پذیرش های اورژانس	ساختاری	به موقع بودن خدمت	$\frac{\text{تعداد پذیرش فوریت پزشکی}}{\text{کل پذیرش اورژانس}} \times 100$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
تعداد اعزام از سایر مراکز دیگر	ساختاری	به موقع بودن خدمت	عدد : تعداد کل پذیرش (انتقال) از بیمارستانها /درمانگاه خارج از بیمارستان به اورژانس	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
تعداد اعزام به سایر مراکز دیگر	ساختاری	به موقع بودن خدمت	عدد :تعداد کل بیماران انتقال دائم /اعزام شده از اورژانس بیمارستان به سایر	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*

۲*مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

				بیمارستان هایی که تخصص در این مرکز را ندارند			
تعداد موارد خود کشی	ساختاری	ایمنی	عدد: تعداد کل موارد خودکشی پذیرش شده در اورژانس	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
نسبت احیا موفق اولیه به کل احیاهای انجام شده	پیامدی	عملکردی	درصد: نسبت احیا موفق اولیه به کل احیاهای انجام شده * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
میانگین مدت انتظار بیماران برای انجام مشاوره در بخش اورژانس	فرایندی	به موقع بودن خدمت	ساعت: نسبت مجموع مدت زمان انتظار بیماران برای انجام مشاوره در بخش اورژانس به تعداد کل بیمارانی که درخواست مشاوره داشته اند (مبنا تفاضل مدت زمان درخواست مشاوره تا زمان انجام مشاوره)	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
CPCR موفق	پیامدی	کلیدی	درصد: نسبت تعداد کل CPCR موفق به کل CPR (مجموع موفق و ناموفق) * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
CPCR ناموفق	پیامدی	کلیدی	درصد: نسبت تعداد کل CPCR ناموفق به کل CPR (مجموع موفق و ناموفق) * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح ۱	فرایندی	به موقع بودن خدمت	دقیقه: نسبت مجموع مدت زمان انتظار تریاژ بیماران سطح ۱ تریاژ در بخش اورژانس به تعداد کل بیمارانی که درخواست سطح ۱ داشته اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح ۲	فرایندی	به موقع بودن خدمت	دقیقه: نسبت مجموع مدت زمان انتظار تریاژ بیماران سطح ۲ تریاژ در بخش اورژانس به تعداد کل بیمارانی که درخواست سطح ۲ داشته اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*

۳* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح ۳	فرایندی	به موقع بودن خدمت	دقیقه: : نسبت مجموع مدت زمان انتظار تریاژ بیماران سطح ۳ تریاژ در بخش اورژانس به تعداد کل بیمارانی که درخواست سطح ۳ داشته اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح ۴	فرایندی	به موقع بودن خدمت	دقیقه: : نسبت مجموع مدت زمان انتظار تریاژ بیماران سطح ۴ تریاژ در بخش اورژانس به تعداد کل بیمارانی که درخواست سطح ۴ داشته اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
میانگین مدت زمان تریاژ در هر سطح ۵	فرایندی	به موقع بودن خدمت	دقیقه: : نسبت مجموع مدت زمان انتظار تریاژ بیماران سطح ۵ تریاژ در بخش اورژانس به تعداد کل بیمارانی که درخواست سطح ۵ داشته اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
سقوط از تخت اورژانس	پیامدی	ایمنی	عدد: : نسبت تعداد دچار سقوط از تخت به تعداد بیماران در معرض خطر سقوط	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
عوارض انتقال خون	فرایندی	ایمنی	عدد: : نسبت تعداد بیماران دچار عارضه تزریق خون به کل بیماران در یافت کننده خون ترانسفوزیون شده	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
گزارش خطا	فرایندی	ایمنی	عدد: : نسبت تعداد گزارش خطا (اجباری و اختیاری) به کل خطاهای شناسایی شده	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
خطاهای دارویی	فرایندی	ایمنی	عدد: : نسبت تعداد خطاهای دارویی به کل خطاهای شناسایی شده	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
تزریق خون اشتباه	فرایندی	ایمنی	عدد: : نسبت تعداد تزریق خون اشتباه به کل بیمارانی که ترانسفوزیون خون داشته اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*

۴* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

مواجهه شغلی	فرایندی	ایمنی	عدد : نسبت تعداد کادر پرستاری که آسیب شغلی شده اند به تعداد کل کادر پرستاری شاغل در مرکز	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
تعداد عوارض دارویی (ADR)	پیامدی	ایمنی	عدد : مجموع هر گونه عارضه / واکنش ناخواسته و زیان آور به دنبال مصرف دارو یا واکسن رخ دهد در یک بازه زمانی معین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
بیماران پذیرش شده با تشخیص MI (کد ۲۴۷)	ساختاری	عملکردی	عدد : نسبت تعداد بیماران پذیرش شده با تشخیص MI به کل بیماران پذیرش شده در اورژانس در بازه زمانی معین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
بیماران با عوارض ناشی از ترومبولیتیک تراپی	پیامدی	ایمنی	عدد : نسبت تعداد عوارض ناشی از ترومبولیتیک تراپی به کل بیمارانی که داروی ترومبولیتیک دریافت کرده اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
ترومبولیتیک مصرف شده	ساختاری	عملکردی	عدد : نسبت تعداد بیمارانی که ترومبولیتیک مصرف کرده اند به کل بیمارانی که دستور تزریق ترومبولیتیک داشته اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
بیماران مرگ مغزی	ساختاری	ایمنی	عدد : مجموع بیماران دچار عارضه مغزی که منجر به مرگ مغزی شده اند	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
مرگ و میر اورژانس	ساختاری	ایمنی	عدد : نسبت تعداد بیمارانی که در اورژانس فوت کرده اند به کل بیماران بستری در اورژانس	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
بیماران پذیرش شده با تشخیص CVA (۷۲۴)	ساختاری	عملکردی	عدد : نسبت تعداد بیماران پذیرش شده با تشخیص CVA به کل بیماران پذیرش شده در اورژانس در بازه زمانی معین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
درصد شکایات اورژانس	پیامدی	رضایتمندی	$\frac{\text{تعداد شکایات ثبت شده}}{\text{کل مراجعین اورژانس}} \times 100 \dots$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*

۵* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار،ترک با رضایت شخصی،فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است،لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01

تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۲/۱۰

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۲/۱۵

۲- نام فرایند : فرایند ارائه خدمات پاراکلینیک

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات پزشکی	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه دوره جمع اوری شاخص : ماهانه
نوع خدمت / فرایند :		پاراکلینیک	مدیریتی
اصلی (تحقق خدمت)		پشتیبانی	
ورودی های فرایند	خروجی های فرایند	اهداف :	
۱. پرسنل پرستاری و مامایی ۲. گزارشات پرستاری ۳. دستورالعمل ها و بخش نامه ها ۴. نامه های اداری ۵. آمار ۶. اقلام مصرفی	۱. بخش های پرستاری ۲. دفتر سوپر وایزر ۳. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت ۴. مدیریت پرستاری ۵. واحد آمار - بخش ها ۶. انبار	۱. کاهش ساعت انتظار بیمار برای ویزیت پزشک معالج و مشاور ۲. افزایش بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت (اختصاصی - الزامی) ۳. افزایش بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۱۲ ساعت در (اختصاصی - الزامی)	

۶* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام بیمار ، ترک با رضایت شخصی ، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/ سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است ، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

۷. آزمایشگاه ۸. تصویر برداری ۹. فیزیوتراپی ۱۰. درمانگاه تخصصی	۴. کاهش مدت زمان انتظار جهت انجام خدمات پاراکلینیک در خواست شده از بخش های بستری و سرپایی ۵. نظارت بر حسن اجرای فرایند پذیرش بیمار در واحدهای پاراکلینیک ۶. نظارت بر حسن اجرای فرایند ترخیص بیمار از واحدهای پاراکلینیک ۷. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند ارجاع بیمار (اختصاصی) ۸. کاهش مدت زمان در نوبت دهی مراجعین ۹. افزایش رضایتمندی مراجعین از روند ارائه خدمات دهی ۲۴ ساعته واحدهای پاراکلینیک
---	--

۷* مبنا ی زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص :	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
تعداد مراجعین به واحد تصویربرداری (سی تی اسکن- رادیولوژی- سونوگرافی)	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	مجموع تعداد افراد پذیرش شده در واحد تصویربرداری در بازه زمانی معین	ا م ا ر	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان غربالگری دیابت در درمانگاه داخلی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	تعداد افراد غربالگری دیابت مقدار کل مراجعین به متخصص داخلی $\times 100$	ا م ا ر	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان اکو انجام شده در درمانگاه قلب	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	تعداد اکوهای انجام شده مقدار کل بیماران کلینیک قلب $\times 100$	ا م ا ر	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان اندوسکوپی انجام شده در درمانگاه داخلی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	مقدار اندوسکوپی انجام شده مقدار کل بیماران کلینیک داخلی $\times 100$	ا م ا ر	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
تعداد مراجعین به واحد فیزیوتراپی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	مجموع تعداد افراد پذیرش شده در واحد فیزیوتراپی در بازه زمانی معین	ا م ا ر	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

۸* مبنا ی زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

کل مراجعین نوار قلب	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین تست ورزش	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین EEG	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
تعداد دفعات دیالیز	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین به درمانگاه تخصصی (ویزیت متخصص به تفکیک تخصص و پزشک)	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین آندوسکوپی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل آزمایشات انجام شده	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

۹* مبنا ی زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد

کل مشاوره کلینیک پرستاری (ارجاع به کلینیک دیابت)	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مشاوره کلینیک پرستاری (ارجاع به کلینیک فشار خون)	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مشاوره تغذیه در درمانگاه تخصصی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مشاوره تغذیه در بخش های بستری	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل NST	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

* برحسب نوع آزمایش درخواستی بین ۱۰ تا ۶۰ دقیقه محاسبه میشود. لیست آزمایشات اورژانسی ومدت زمان جواب دهی ضمیمه شود مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان دستور پزشک معالج جهت انجام آزمایش تا زمان دریافت جواب کتبی آزمایشات دستوری که توسط پزشک مشاوره یا معالج جهت مشخص شدن وضعیت بیمار در خواست شده است

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت یک شاخص عددی ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

۱۰* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددی ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01
تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۲/۱۰
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۲/۱۵

۳-

نام فرایند : فرایند ارائه خدمات سرپایی در درمانگاه تخصصی

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات پزشکی	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه
نوع خدمت / فرایند :		پارا کلینیک	مدیریتی
ورودی های فرایند		خروجی های فرایند	اهداف :
۱. پرسنل پرستاری و مامایی		۱. بخش های پرستاری	۱. کاهش ساعت انتظار بیمار برای ویزیت پزشک در درمانگاه تخصصی
۲. گزارشات پرستاری		۲. دفتر سوپر وایزر	۲. نظارت بر حسن اجرای فرایند پذیرش بیمار در درمانگاه تخصصی
۳. دستورالعمل ها و بخش نامه ها		۳. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند ترخیص بیمار از درمانگاه تخصصی
۴. نامه های اداری		۴. مدیریت پرستاری	۴. نظارت بر حسن اجرای فرایند پذیرش بیمار در بخش های بستری
۵. آمار		۵. واحد آمار - بخش ها	
۶. اقلام مصرفی			

۱۱* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام بیمار ، ترک با رضایت شخصی ، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/ سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

۵. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند ارجاع بیمار به سایر مراکز که خارج از سرویس دهی بیمارستان میباشد				۶. انبار			
شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
میزان رضایتمندی بیماران از خدمات درمانگاه تخصصی	پیامدی	رضایتمندی	ارزیابی ابعاد مختلف ارائه خدمت درواحد درمانگاه تخصصی	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۹۵٪
متوسط ویزیت روزانه بیمار در درمانگاه به ازای هر گروه تخصصی پزشکان	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	تعداد مراجعین به درمانگاه تعداد پزشک در این درمانگاه	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
تعداد ویزیت متخصص	ساختاری	کارایی / اثربخشی	عدد: مجموع ویزیت متخصصین در کلبه رده ها (به تفکیک تخصص)	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مشاوره کلینیک پرستاری (ارجاع به کلینیک دیابت)	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مشاوره کلینیک پرستاری (ارجاع به کلینیک فشار خون)	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مشاوره تغذیه در درمانگاه تخصصی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین به درمانگاه تخصصی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

۱۲* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار،ترک با رضایت شخصی،فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است،لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد

کل مراجعین آندوسکوپی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین نوار قلب	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین تست ورزش	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل مراجعین EEG	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان غربالگری دیابت در درمانگاه داخلی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	میزان افراد غربالگری دیابت در کل مراجعین به متخصص داخلی $\times 100$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان اکو انجام شده در درمانگاه قلب	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	تعداد اکوهای انجام شده در کل بیماران کلینیک قلب $\times 100$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان آندوسکوپی انجام شده در درمانگاه داخلی	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	تعداد آندوسکوپی انجام شده در کل بیماران کلینیک داخلی $\times 100$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
کل NST	ساختاری	کارایی / اثربخشی - عدالت	عدد	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

۱۳* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار،ترک با رضایت شخصی،فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است،لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01

تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۲/۱۰

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۲/۱۵

۴-

نام فرایند : **فرایند ارائه خدمات ایمن در زایشگاه (ورود و پذیرش مادران باردار)**

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات پزشکی	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه
نوع خدمت / فرایند :		پارا کلینیک	مدیریتی
ورودی های فرایند		خروجی های فرایند	اهداف :
۱. پرسنل مامایی		۱. بخش بلوک زایمان	۱. کاهش ساعت انتظار بیمار برای ویزیت پزشک در بلوک زایمان
۲. گزارشات مامایی		۲. دفتر سوپر وایزر	۲. نظارت بر حسن اجرای فرایند پذیرش بیمار در بلوک زایمان
۳. دستورالعمل ها و بخش نامه ها		۳. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند ترخیص بیمار از بلوک زایمان
۴. نامه های اداری		۴. مدیریت پرستاری	۴. نظارت بر حسن اجرای فرایند پذیرش بیمار در بخش های بستری
۵. آمار		۵. واحد آمار - بخش ها	۵. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند ارجاع بیمار به سایر مراکز که خارج از خدمات سرویس دهی بیمارستان میباشد
۶. اقلام مصرفی			

۱۴* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام

بیمار ، ترک با رضایت شخصی ، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت / سال پایه

* در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است ، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

شاخصهای مرتبط:		نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
میزان مرگ و میر پری ناتال		پیامدی	کارایی/اثر بخشی/ایمنی	$100 \times \frac{\text{تعداد مرگ و میر پری ناتال}}{\text{تعداد کل زایمان}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
درصد زایمان از طریق سزارین به کل زایمان ها		پیامدی	کارایی/اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{تعداد سزارین}}{\text{تعداد کل زایمان های انجام شده}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۱۵-۲۵ درصد (بیمارستان دوستدار مادر)
میزان مرده زایی		پیامدی	کارایی/اثر بخشی/ایمنی	مرده زایی (از 22 هفتهگی حاملگی تا زمان زایمان) $100 \times \frac{\text{تعداد کل زایمان های انجام شده}}{\text{تعداد کل زایمان}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
مرگ و میر مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان		پیامدی	کارایی/اثر بخشی/ایمنی	مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان $100 \times \frac{\text{تعداد کل موالید زنده}}{\text{تعداد کل زایمان}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
میزان موریبیدیته مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان		پیامدی	کارایی/اثر بخشی/ایمنی	موریبیدیته در اثر عوارض بارداری و زایمان $100 \times \frac{\text{تعداد کل موالید زنده}}{\text{تعداد کل زایمان}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
میانگین مدت زمان انجام مشاوره اورژانسی در بخش زایشگاه		فرایندی	به موقع بودن خدمت	مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان دستور پزشک معالج جهت انجام مشاوره تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک مشاوره (اورژانسی) جهت مشخص شدن وضعیت بیمار	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	یک ساعت
میزان عفونت بیمارستانی ناشی از سزارین		پیامدی	کارایی/اثر بخشی/ایمنی	در عفونت تایید شده بیمارستانی در یک دوره معین یا در مشکوک عفونت بیمارستانی در یک دوره معین $100 \times \frac{\text{تعداد کل موالید زنده}}{\text{تعداد کل زایمان}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۵٪
احیا موفق نوزاد		پیامدی	کارایی/اثر بخشی/ایمنی	$100 \times \frac{\text{مجموع احیا موفق نوزاد}}{\text{تعداد کل موالید زنده}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

۱۵* مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد

احیا ناموفق نوزاد	پیامدی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	$100 \times \frac{\text{مجموع احیا ناموفق نوزاد}}{\text{تعداد کل موالید زنده}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
ترومای زایمان با ابزار (طبیعی)	فرایندی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	$100 \times \frac{\text{تعداد بروز ترومای زایمان با ابزار}}{\text{تعداد کل زایمان طبیعی}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
ترومای زایمان بی ابزار (طبیعی)	فرایندی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	$100 \times \frac{\text{تعداد بروز ترومای زایمان بی ابزار}}{\text{تعداد کل زایمان طبیعی}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
ترومای تولد صدمه به نوزاد	فرایندی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	$100 \times \frac{\text{تعداد بروز ترومای تولد صدمه به نوزاد}}{\text{تعداد کل زایمان طبیعی}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
تعداد اعزام مادران پرخطر	فرایندی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	$100 \times \frac{\text{تعداد بروز ترومای تولد صدمه به نوزاد}}{\text{تعداد کل زایمان طبیعی}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
درصد سزارین نخست زا	فرایندی	کارایی/اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{تعداد کل سزارین نخست زا}}{\text{تعداد کل زایمان (cs+nvd)}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
نسبت تعداد سزارین به تعداد زایمان طبیعی	پیامدی	کارایی/اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{کل تعداد سزارین}}{\text{تعداد کل زایمان طبیعی}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
نسبت مرگ و میر نوزادی به کل مرگ و میر	ساختاری	کارایی/اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{تعداد مرگ و میر نوزادی}}{\text{کل و مرگ و میر}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان کد ۱۵ (شاخص های ۲۸ گانه)	پیامدی	ایمنی بیمار	هرگونه آسیب به مادر و نوزاد	شاخص های ایمنی بیمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان بستری مجدد	پیامدی	ایمنی بیمار	نرخ بستری مجدد در زایشگاه (مادر باردار)	شاخص ارتقا سلامت	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

^۱ منظور از بستری مجدد ، بستری ناخواسته بیمار بدون برنامه ریزی قبلی به هر علت در طی یک ماه بعد از آخرین ترخیص میباشند. علت یا تشخیص هنگام بستری مجدد میتواند مرتبط یا غیر مرتبط با تشخیص نهایی هنگام آخرین ترخیص بیمار باشد

^{۱۶}* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01

تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۲/۱۰

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۲/۱۵

۵-

نام فرایند : فرایند ارائه خدمات بستری و ترخیص (اعزام و ارجاع)

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت		متولی فرایند : مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری	
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی-تجهیزات پزشکی		دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه	
نوع خدمت / فرایند :		اصلی (تحقق خدمت)		پارا کلینیک	
ورودی های فرایند		خروجی های فرایند		اهداف :	
۱. پرسنل پرستاری و مامایی	۱. بخش های بستری	۱. کاهش ساعت انتظار بیمار برای ویزیت پزشک معالج در بخش های بستری			
۲. گزارشات پرستاری	۲. اورژانس	۲. کاهش ساعت انتظار بیمار برای ویزیت پزشک مشاور در بخش های بستری			
۳. دستورالعمل ها و بخش نامه ها	۳. دفتر سوپر وایزر	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند پذیرش بیمار در بخش های بستری			
۴. نامه های اداری	۴. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت	۴. نظارت بر حسن اجرای فرایند ارائه خدمات پاراکلینیک در بخش های بستری			
۵. آمار	۵. مدیریت پرستاری	۵. نظارت بر حسن اجرای فرایند ترخیص بیمار از بخش های بستری			
۶. اقلام مصرفی	۶. واحد امار	۶. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند ارجاع بیمار به سایر مراکز که خارج از سرویس دهی بیمارستان میباشد			
	۷. اسناد و مدارک پزشکی				
	۸. اطلاعات سلامت				
	۹. واحد ترخیص				
	۱۰. واحد بیمه گری				

۱۷* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام

بیمار ، ترک با رضایت شخصی ، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/ سال پایه

* در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است ، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
متوسط اقامت بیمار در هر بخش بستری/هر پزشک/هر بیماری	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	$\frac{\text{تخت روز اشغالی}}{\text{مجموع مرخص شده} + \text{فوتی}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۳/۵ روز
نسبت تخت فعال به ثابت	ساختاری	کارایی و اثر بخشی	$\frac{\text{تعداد تخت فعال}}{\text{تعداد تخت ثابت}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۸۰٪
فاصله چرخش اشغال تخت	پیامدی	کارایی و اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{تخت روز کل} - \text{تخت روز اشغالی}}{\text{کل ترخیص شده ها}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۱ روز
نسبت تخت روز بستری پذیرش بیماران بر حسب منبع پذیرش بیمار(درمانگاه، اورژانس و...)	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{تخت روز بستری پذیرش بیماران}}{\text{تخت روز کل بر حسب منبع پذیرش بیمار}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	
ضریب اشغال تخت در هر بخش بستری هر پزشک/هر بیماری	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{تخت روز اشغالی}}{\text{تخت روز کل}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۷۵٪
درصد عمل های کنسل شده بر حسب علت مشخص	پیامدی	کارایی و اثر بخشی	$100 \times \frac{\text{درصد عمل های کنسل شده بر حسب علت مشخص}}{\text{کل عمل های جراحی}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
نسبت اعمال جراحی انجام شده به تخت عمل	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	$\frac{\text{تعداد اعمال جراحی انجام شده}}{\text{تعداد تخت عمل} * \text{تعداد روزهای آن دوره}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۴ عدد
میانگین مدت زمان انجام مشاوره اورژانسی در بخش های بستری	فرایندی	به موقع بودن خدمات - کارایی و اثر بخشی	مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان دستور پزشک معالج جهت انجام مشاوره تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک مشاوره اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار*	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	یک ساعت
درصد ترک با رضایت شخصی از بخش ها/جنرال و اورژانس)	پیامدی	رضایتمندی	$100 \times \frac{\text{تعداد ترک با رضایت شخصی}}{\text{کل بیماران بستری در بخش}}$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۲٪

۱۸* مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

میانگین مدت زمان انتظار جهت انجام عمل جراحی در بخش های بستری	فرایندی	به موقع بودن خدمات - کارایی و اثر بخشی	مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان دستور پزشک معالج جهت انجام جراحی تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک جهت مشخص شدن وضعیت بیمار*	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
متوسط اقامت بیمار بستری در بیمارستان	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	روز	آمار و مدارک پزشکی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان خالص مرگ و میر	پیامدی	کارایی و اثر بخشی	درصد	آمار و مدارک پزشکی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان ناخالص مرگ و میر	پیامدی	کارایی و اثر بخشی	عدد	آمار و مدارک پزشکی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
تعداد کل بستری	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	عدد	آمار و مدارک پزشکی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
تعداد کل ترخیص	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	عدد	آمار و مدارک پزشکی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان اعزام به سایر مراکز	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	عدد	آمار و مدارک پزشکی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان مراجعه از سایر مراکز	عملکردی	کارایی و اثر بخشی	عدد	آمار و مدارک پزشکی	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
میزان بستری مجدد	پیامدی	کارایی و اثر بخشی	تعداد موارد بستری مجدد طبق تعریف بر تعداد موارد ترخیص در بازه زمانی مشخص	شاخص ارتقا سلامت	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*

* مشخص شدن وضعیت بیمار : (ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار می باشد)

* در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت یک شاخص عددی ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

۱۹ * مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص * ابلاغیه وزارت بهداشت/ سال پایه

* در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددی ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01

تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۲/۱۰

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۲/۱۵

۶-

نام فرایند : فرایند ارائه خدمات هموویژیلانس (طب انتقال خون)

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات پزشکی	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه
نوع خدمت / فرایند :		پاراکلینیک	مدیریتی
ورودی های فرایند		خروجی های فرایند	اهداف :
۱- بانک خون ۲- آزمایشگاه ۳- پرسنل پرستاری و مامایی ۴- گزارشات پرستاری ۵- دستورالعمل ها و بخش نامه ها ۶- نامه های اداری ۷- آمار ۸- اقلام مصرفی		۱- بانک خون ۲- آزمایشگاه ۳- بخش های پرستاری ۴. دفتر سوپر وایزر ۵- دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت ۶- مدیریت پرستاری ۷- واحد آمار - بخش ها	۱- نظارت بر حسن اجرای فرایند ارائه خدمات هموویژیلانس در اورژانس ۲- نظارت بر حسن اجرای فرایند ارائه خدمات هموویژیلانس در بخش های بستری (جنرال) ۳- نظارت بر حسن اجرای فرایند ارائه خدمات هموویژیلانس در بخش های ویژه (CCU-ICU - دیالیز) ۴- نظارت بر حسن اجرای فرایند ارائه خدمات هموویژیلانس در اتاق عمل ۵- نظارت بر حسن اجرای فرایند ارائه خدمات هموویژیلانس در بانک خون

۲۰* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام

بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/ سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

				۸. انبار			
شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص
درصد موارد پلاکتهای برگردانده شده	فرایندی	کارایی-اثر بخشی	$\frac{\text{مقدار پلاکت های برگردانده شده}}{\text{کل پلاکتهای آماده شده}} \times 100$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
درصد موارد عدم مصرف پلاسمای ذوب شده	فرایندی	کارایی-اثر بخشی	$\frac{\text{مقدار عدم مصرف پلاسماي ذوب شده}}{\text{تعداد پلاسماي ذوب شده}} \times 100$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
درصد موارد عدم مصرف خون های آماده شده	فرایندی	کارایی-اثر بخشی	$\frac{\text{مقدار عدم مصرف خون های آماده شده}}{\text{تعداد خونهای آماده شده}} \times 100$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
درصد موارد خون های رزرو شده که تزریق شده اند	فرایندی	کارایی-اثر بخشی	$\frac{\text{مقدار عدم مصرف خون های رزرو شده}}{\text{مقدار خونهای تزریق شده}} \times 100$	چک لیست	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۱۰۰٪

۲۱* مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایندهای اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01

تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۲/۱۰

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۲/۱۵

۷- نام فرایند : فرایند ارائه خدمات جراحی ایمن

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات پزشکی	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه دوره جمع آوری داده ها ماهیانه
نوع خدمت / فرایند :		پارا کلینیک	مدیریتی
اصلی (تحقق خدمت)		پشتیبانی	اهداف :
ورودی های فرایند	خروجی های فرایند		
۷. پرسنل پرستاری و مامایی ۸. گزارشات پرستاری ۹. دستورالعمل ها و بخش نامه ها ۱۰. نامه های اداری ۱۱. آمار ۱۲. اقلام مصرفی	۱. بخش های پرستاری ۲. دفتر سوپر وایزر ۳. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت ۴. مدیریت پرستاری ۵. واحد امار - بخش ها ۶. انبار	۱- کاهش میزان بار بیماری های ناشی از خطای پزشکی ۲- کاهش میزان ناتوانی ناشی از شرایطی که قابل درمان با مداخلات جراحی است ۳- کاهش میزان خطای انجام عمل جراحی بر روی عضو/بیمار اشتباه (اختصاصی - الزامی ایمنی بیمار) ۴- کاهش میزان مرگ و میر پس از عمل جراحی ۳- کاهش میزان عوارض عمده ناشی از مداخلات جراحی ۴- کاهش میزان خونریزی یا هماتوم پس از عمل جراحی ۵- کاهش میزان سوختگی ناشی از کوتر ۶- کاهش میزان عفونت پس از عمل جراحی	

۲۲* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام

بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

۷- کاهش میزان وقایع ناخواسته در حین مراقبت جراحی (قبل-حین و پس از عمل جراحی)							
شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه	پیامدی	ایمنی	درصد: نسبت تعداد اعمال جراحی انجام شده بر روی عضو یا بیمار اشتباه به تعداد کل اعمال جراحی صورت گرفته* ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
عوارض بیهوشی	پیامدی	ایمنی	درصد: نسبت تعداد بیمارانی که دچار عوارض بیهوشی یا جراحی شده اند در بازه زمانی معین به تعداد کل اعمال جراحی صورت گرفته در زمان معین* ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
سوختگی با کوتر در اتاق عمل	پیامدی	ایمنی	درصد: نسبت تعداد موارد سوختگی با کوتر در اتاق عمل به تعداد کل موارد استفاده از کوتر در اعمال جراحی* ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی	پیامدی	ایمنی	درصد: نسبت تعداد بیماران دچار خونریزی یا هماتوم بعد از عمل جراحی شده به تعداد کل بیماران جراحی شده بخش* ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
مرگ و میر پس از عمل جراحی	پیامدی	ایمنی	عدد: نسبت تعداد بیمارانی که پس از عمل جراحی فوت کرده اند به کل بیماران بستری	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی	پیامدی	ایمنی	درصد: نسبت تعداد اعمال جراحی انجام شده که جسم خارجی در بدن بیمار جا مانده	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*

۲۳* مبنا ی زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

				به تعداد کل اعمال جراحی صورت گرفته در همان دوره زمانی * ۱۰۰			
*	سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	آمار	درصد : نسبت تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه تعداد کل مرگ در آن بازه زمانی * ۱۰۰	ایمنی	پیامدی	تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
*	سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	آمار	درصد : نسبت آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی به تعداد کل اعمال جراحی صورت گرفته * ۱۰۰	ایمنی	پیامدی	آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
*	سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	آمار	درصد : نسبت تعداد کل CPR موفق به کل CPR (مجموع موفق و ناموفق) * ۱۰۰	ایمنی	پیامدی	CPCR موفق در اتاق عمل
*	سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	آمار	درصد : نسبت تعداد کل CPR نا موفق به کل CPR (مجموع موفق و ناموفق) * ۱۰۰	ایمنی	پیامدی	CPCR ناموفق در اتاق عمل
*	سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	آمار	عدد : نسبت تعداد دچار سقوط از تخت به تعداد بیماران در معرض خطر سقوط	ایمنی	پیامدی	سقوط از تخت در اتاق عمل
*	سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	آمار	عدد : نسبت تعداد بیماران دچار عارضه تزریق خون به کل بیماران در یافت کننده خون ترانسفوزیون شده	ایمنی	فرایندی	عوارض انتقال خون در اتاق عمل
*	سه ماه	دفتر بهبود کیفیت	آمار	عدد: نسبت تعداد گزارش خطا (اجباری و اختیاری) به کل خطاهای شناسایی شده	ایمنی	فرایندی	میزان گزارش خطا در اتاق عمل

۲۴* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

میزان خطاهای دارویی رخ داده	فرایندی	ایمنی	عدد: نسبت تعداد خطاهای دارویی به کل خطاهای شناسایی شده	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
تعداد عوارض دارویی(ADR) در اتاق عمل	پیامدی	ایمنی	عدد: مجموع هر گونه عارضه /واکنش ناخواسته و زیان اور به دنبال مصرف دارو یا واکنس رخ دهد در یک بازه زمانی معین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
میزان عفونت پس از عمل جراحی	پیامدی	ایمنی	درصد: نسبت تعداد کل بیمارانی که دچار عفونت پس از عمل جراحی شده اند به کل بیماران عمل جراحی* ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*
میزان گردش تخت اتاق عمل	عملکردی	بالینی	تعداد جراحی انجام شده بر روی هی تخت (هی سرویس تخصصی/ هر پزشک	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماه	*

۲۵* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار،ترک با رضایت شخصی،فوت بیمار

استاندارد شاخص: ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است،لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01

تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۲/۱۰

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۲/۱۵

۸- نام فرایند فرآیند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی در تمام ساعات شبانه روز

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری - اطلاعات سلامت و مدارک پزشکی
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه
نوع خدمت / فرایند :		پارا کلینیک	مدیریتی
ورودی های فرایند		خروجی های فرایند	اهداف :
۱. پزشک معالج	۱. بخش های بستری	۱. کاهش ساعت انتظار جهت بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در واحد مدارک پزشکی	۱. کاهش ساعت انتظار جهت بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در واحد مدارک پزشکی
۲. پرسنل مدارک پزشکی	۲. دفتر سوپر وایزر	۲. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی	۲. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی
۳. کادر پرستاری	واحد اطلاعات سلامت و مدارک پزشکی	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی
۴. دستورات پزشک	واحد درآمد	در بخش های بستری	در بخش های بستری
۵. گزارش پرستاری	واحد ریاست بیمارستان	۴. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی	۴. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی
۶. گزارش مامایی	۳. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت	در واحد مدارک پزشکی	در واحد مدارک پزشکی
۷. گزارشات مامایی	۴. مدیریت پرستاری	افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی	افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند بازبایی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی
۸. دستورالعمل ها و بخش نامه ها	۵. واحد امار - بخش ها		
۹. نامه های اداری	۶. بایگانی		

۲۶* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام

بیمار ، ترک با رضایت شخصی ، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت / سال پایه

* در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است ، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

۱۰. آمار		۱۱. اقلام مصرفی		۱۲. تجهیزات (اسکتر)		۶. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند ارجاع درخواست دسترسی به مسئول مدارک پزشکی	
شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
درصد پرونده های تحویل نشده از امور مالی به مدارک پزشکی	فرایندی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	تعدد های پرونده تحویل داده نشده از حسابداریه مدارک پزشکی تعداد کل مراجعین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
میانگین مدت زمان انتظار جهت تحویل پرونده به مراجعین	فرایندی	کارایی/اثر بخشی	مجموع مدت زمان انتظار تحویل پرونده از زمان درخواست مراجعین کل مراجعین $\times 100 \dots$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۲۰ دقیقه
درصد پرونده های مفقود شده	فرایندی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	نسبت تعداد پرونده های مفقود شده به کل پرونده های بیمار ان بستری و تحت نظر اورژانس (کارت اورژانس) * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
درصد پرونده های نامنطبق با سیستم HIS	فرایندی	کارایی/اثر بخشی /ایمنی	نسبت تعداد پرونده های نامنطبق با سیستم HIS به کل پرونده های ثبت شده در سیستم * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	*
درصد ارسال موفق سامانه سپاس	فرایندی	کارایی/اثر بخشی	نسبت تعداد ارسال موفق (ثبت موفق) در سامانه سپاس به کل موارد ثبت شده (بستری و سرپایی و اورژانس)	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	۱۰۰٪

۲۷* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار،ترک با رضایت شخصی،فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است،لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعی کرج

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01
تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۲/۱۰
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۲/۱۵

۹- نام فرایند : فرآیند کنترل و صیانت از پرونده بالینی در زمان نقل و انتقال بین بخش ها/واحدها

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه
نوع خدمت / فرایند :		پاراکلینیک	مدیریتی
ورودی های فرایند		اهداف :	
۱. پزشک معالج	۱. خروجی های فرایند	۱. کاهش ساعت انتظار جهت بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در واحد مدارک پزشکی	۱. کاهش ساعت انتظار جهت بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در واحد مدارک پزشکی
۲. پرسنل مدارک پزشکی	۲. دفتر سوپر وایزر	۲. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی	۲. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی
۳. کادر پرستاری	۳. واحد اطلاعات سلامت و مدارک پزشکی	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی در بخش های بستری	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی در بخش های بستری
۴. دستورات پزشک	۴. واحد درآمد	۴. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی در واحد مدارک پزشکی	۴. نظارت بر حسن اجرای فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی در واحد مدارک پزشکی
۵. گزارش پرستاری	۵. واحد ریاست بیمارستان	۵. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی	۵. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانسی
۶. گزارش مامایی	۶. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت		
۷. گزارشات مامایی	۷. مدیریت پرستاری		
۸. دستورالعمل ها و بخش نامه ها	۸. واحد امار - بخش ها		
۹. نامه های اداری	۹. بایگانی		
۱۰. آمار	۱۰. واحد ترخیص		

۲۸* مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط، اعزام بیمار، ترک با رضایت شخصی، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد

۱۱. اقلام مصرفی		۱۲. تجهیزات (اسکنر)		۶. افزایش انطباق عملکرد با مراحل فرایند ارجاع درخواست دسترسی به مسئول مدارک پزشکی		
شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش
درصد پرونده های تحویل نشده از امور مالی به مدارک پزشکی	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	تعدد های پرونده تحویل داده نشده از حسابداریه مدارک پزشکی تعداد کل مراجعین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
میانگین مدت زمان انتظار جهت تحویل پرونده به مراجعین	فرایندی	کارایی/اثر بخشی	ع مدت زمان انتظار تحویل پرونده از زمان درخواست مراجعین کل مراجعین	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
درصد پرونده های مفقود شده	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	نسبت تعداد پرونده های مفقود شده به کل پرونده های بیماران بستری و تحت نظر اورژانس (کارت اورژانس) * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
درصد پرونده های نامنطبق با سیستم HIS	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	نسبت تعداد پرونده های نامنطبق با سیستم HIS به کل پرونده های ثبت شده در سیستم * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
درصد پرونده های تریجی ناقص تحویل داده شده به مدارک پزشکی	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	تعداد پرونده های ناقص دریافت شده (کسری) کل پرونده های دریافت شده × 100	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
میزان رفع نواقص پرونده ها	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	نسبت تعداد موارد رفع نقص پرونده های دریافتی به کل پرونده های دریافتی در واحد مدارک پزشکی * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
میزان امحاء پرونده ها	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	نسبت تعداد موارد امحاء شده از پرونده ها به کل پرونده های واجد شرایط امحاء در واحد مدارک پزشکی * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
درصد کد گذاری پرونده ها	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	نسبت تعداد موارد کد گذاری پرونده ها به کل پرونده های دریافتی در واحد مدارک پزشکی * ۱۰۰	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه
درصد ارسال موفق سامانه سپاس	فرایندی	کارایی/اثر بخشی	نسبت تعداد ارسال موفق (ثبت موفق) در سامانه سپاس به کل موارد ثبت شده (بستری و سرپایی و اورژانس)	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه

۲۹* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام

بیمار،ترک با رضایت شخصی،فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است،لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی البرز
بیمارستان شریعتی کرج

عنوان : شناسنامه فرایند های اصلی بیمارستان شریعتی کرج

کد سند: SH.QI.PRAC.01
تاریخ تدوین و تهیه : ۹۸/۵/۲۲
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۲/۱۰
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۲/۱۵

۱- نام فرایند : فرآیند رسیگی به امور بیماران (شکایات)

صاحبان فرایند : کلیه بخش ها / واحد های درمانی و تشخیصی		ناظر فرایند : دفتر بهبود کیفیت	متولی فرایند : مدیریت بیمارستان و مدیریت پرستاری - واحد رسیگی به شکایات
دامنه فرایند : کلیه پرسنل واحد های تشخیصی و درمانی		منابع : انسانی - تجهیزات	دوره های ارزیابی فرایند و تحلیل شاخصها : هر سه ماه
نوع خدمت / فرایند :	اصلی (تحقق خدمت)	پارا کلینیک	مدیریتی
ورودی های فرایند	خروجی های فرایند	اهداف :	پشتیبانی
۱. پزشک معالج	۱. واحد رسیدگی به شکایات	۱. کاهش ساعت انتظار جهت رسیگی به امور بیماران	
۲. کادر پرستاری	۲. واحد حقوق گیرندگان خدمت	۲. نظارت بر حسن اجرای فرایند رسیدگی به شکایات	
۳. پرسنل اداری و پشتیبانی	۳. واحد ریاست بیمارستان	۳. نظارت بر حسن اجرای فرایند رسیگی به امور بیماران در موارد اورژانسی در بخش های بستری	
۴. پرسنل حفاظت فیزیکی	۴. دفتر سوپر وایزر		
۵. مسئول رسیگی به امور بیماران (شکایات)	۵. بخش های بستری	۴. نظارت بر حسن اجرای رسیگی به حقوق گیرندگان خدمت	
۶. مسئول حقوق گیرندگان خدمت	۶. مدیریت پرستاری	۵. کاهش میزان مصادیق تعارض با حقوق بیمار	
۷. پرسنل مدارک پزشکی	۷. واحد حفاظت فیزیکی و حراست	۶. نظارت بر رسیدگی به حقوق گیرندگان خدمت جهت طرح و بررسی انتقادات، پیشنهادات و شکایات (بیماران / مراجعین ، کارکنان	
۸. گزارش پرستاری	۸. واحد اطلاعات سلامت و مدارک پزشکی		
۹. گزارش مامایی	۹. واحد درآمد		
۱۰. گزارشات مامایی	۱۰. دانشگاه - معاونت - ریاست و مدیریت		
۱۱. دستورالعمل ها و بخش نامه ها	۱۱. واحد ترخیص		
۱۲. نامه های اداری	۱۲. ۹. با یگانگی		
	۱۳. واحد پذیرش		

۳۰* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ، زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ، انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ، اعزام

بیمار ، ترک با رضایت شخصی ، فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت / سال پایه

* در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است ، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی ان مورد تحلیل قرار گیرد

				۱۴. واحد مددکاری	۱۳. آمار ۱۳. اقلام مصرفی (صندوق پیشنهادات و انتقادات)		
شاخصهای مرتبط:	نوع شاخص	بعد شاخص	نحوه محاسبه شاخص:	ابزار پایش	مسئول پایش و اندازه گیری	دوره زمانی پایش	استاندارد شاخص*
میزان رسیدگی به شکایات	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	$100 \times \frac{\text{میزان شکایات حل و فصل شده}}{\text{کل شکایات واصله از بیماران همراهان}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر
نسبت شکایات دریافتی از بخش های بستری و اورژانس نسبت به کل مراجعین به بیمارستان	فرایندی	کارایی/اثر بخشی لایمنی	$100 \times \frac{\text{میزان شکایات ثبت شده}}{\text{کل به مراجعین بیمارستان}}$	آمار	دفتر بهبود کیفیت	سه ماهه	صفر

۳۱* مبنا ی زمان ابتدای شاخص ،زمان تریاژ تا زمان تعیین تکلیف دستوری که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار ترخیص ،انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط ،اعزام بیمار،ترک با رضایت شخصی،فوت بیمار

استاندارد شاخص* ابلاغیه وزارت بهداشت/سال پایه

*در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است،لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت يك شاخص عددي ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارایی آن مورد تحلیل قرار گیرد