

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایلام

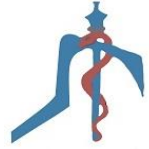
مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره)

آیین نامه داخلی کمیته ها

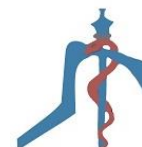
کد سند: EH-RCO-01

تهیه کننده: دفتر بهبود کیفیت بیمارستان

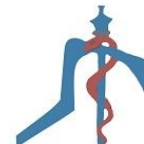
ویرایش دهم فروردین ۱۴۰۵



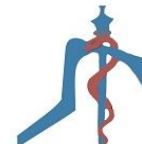
حَسْبُكَ
الْحَسْبُكَ
الْحَسْبُكَ



۱. مقدمه.....	۵
۲. چارت سازمانی	۶
۳. اهداف بیمارستان	۷
۴. رسالت کمیته ها.....	۷
۵. کمیته ها.....	۷
۶. تقویم کمیته ها.....	۸
۷. ترکیب اعضاء کمیته.....	۸
۸. فواصل زمانی برگزاری.....	۸
۹. نحوه دعوت از اعضاء کمیته.....	۹
۱۰. محل برگزاری کمیته ها	۹
۱۱. وظایف رئیس کمیته.....	۹
۱۲. تعیین دبیر کمیته.....	۱۰
۱۳. شرح و وظایف دبیران کمیته ها.....	۱۰
۱۴. قوانین تشکیل جلسه.....	۱۱
۱۵. تعلیق و یا سلب عضویت کمیته.....	۱۱
۱۶. نحوه مستندسازی سوابق جلسات.....	۱۱
۱۷. نحوه نگهداری و مستندسازی سوابق صورت جلسه.....	۱۲
۱۸. نحوه پیگیری مصوبات کمیته ها.....	۱۲
۱۹. نحوه پایش و ارزیابی عملکرد کمیته ها.....	۱۲
۲۰. استانداردهای کمیته ها.....	۱۳
۲۱. نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی.....	۱۳
۲۲. آیین نامه داخلی کمیته اجرایی.....	۱۴
۲۳. آیین نامه داخلی کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای.....	۱۸
۲۴. آیین نامه داخلی ارتقای خدمات اورژانس.....	۲۰



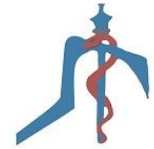
- ۲۲.....آیین نامه داخلی کمیته پایش کیفیت.....۲۵
- ۲۴.....آیین نامه داخلی کمیته بهداشت محیط.....۲۶
- ۲۶.....آیین نامه داخلی کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار.....۲۷
- ۲۹.....آیین نامه داخلی کمیته طب انتقال خون.....۲۸
- ۳۱.....آیین نامه داخلی کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی.....۲۹
- ۳۴.....آیین نامه داخلی کمیته کنترل عفونت.....۳۰
- ۳۶.....آیین نامه داخلی کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات.....۳۱
- ۳۸.....آیین نامه داخلی کمیته مرگ و میر و عوارض / آسیب شناسی نسوج.....۳۲
- ۴۰.....آیین نامه داخلی کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر۳۳
- ۴۱.....آیین داخلی کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات.....۳۴
- ۴۳.....آیین داخلی کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا۳۵
- ۴۴.....آیین داخلی کمیته تغذیه و رژیم درمانی.....۳۶
- ۴۵.....آیین نامه داخلی کمیته آموزش.....۳۷
- ۴۷.....آیین نامه داخلی کمیته مرگ و میر ۱-۵۹۳۸
- ۴۸.....آیین نامه داخلی کمیته انطباق۳۹
- ۵۰.....آیین نامه داخلی کمیته IPD.....۴۰
- ۵۲.....آیین نامه داخلی کمیته ها۴۱



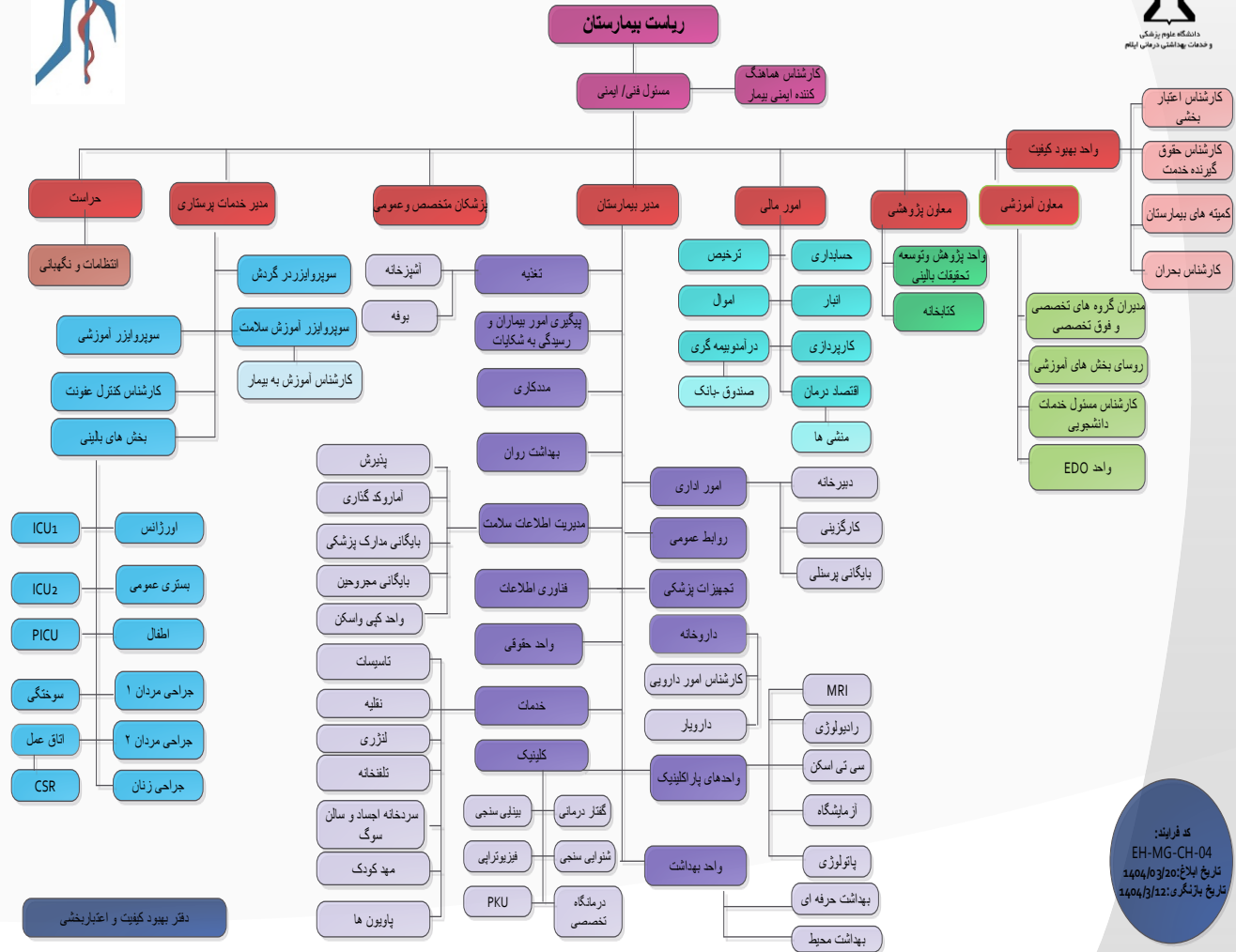
مقدمه

اساس تشکیل کمیته ها و جلسات، همفکری و مشورت برای تعیین و شناسایی مشکلات بیمارستان، ارائه بهترین راه کار برای رفع مشکلات با توجه به نقاط ضعف و قوت مجموعه و همچنین پیگیری مستمر برای حصول نتیجه مورد نظر می باشد. بدیهی است که انجام اثر بخش این امر مهم نیازمند اهتمام و همکاری کلیه اعضاء کمیته ها می باشد. یکی از سیاستهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای ارتقا کیفی و کمی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی راه اندازی کمیته های بیمارستانی می باشد. یکی از اهداف مهم تشکیل کمیته ها ایجاد یک اتاق فکرمנסجم و متخصص برای برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیتهای بیمارستانی در جهت حصول اهداف کلی و اختصاصی بیمارستان با استفاده از همفکری و خرد جمعی است.

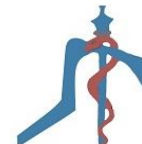
با توجه به موارد مندرج در سنجه اعتبار بخشی کمیته ها، تجارب بیمارستان و ... این آئین نامه توسط اعضاء اصلی کمیته های مختلف تهیه شده، توسط سر دبیر کمیته ها تایید و به تصویب نهائی ریاست مرکز رسیده است. آیین نامه داخلی کمیته ها در اولین جلسه هر سال برای اعضاء قرائت می شود تا اهداف و شرح وظایف کمیته برای همه روشن شود و مباحث در چارچوب های یاد شده مطرح شود. چنانچه کمیته عضو جدید داشته باشد مجدداً آئین نامه باید قرائت شود.



چارت سازمانی مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی امام خمینی(ره)



کد فرایند:
EH-MG-CH-04
تاریخ ابلاغ: 1404/10/30
تاریخ بازنگری: 1404/3/12



اهداف کمیته ها

۱. ایجاد فرهنگ تعامل افکار با تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
۲. سهولت در ایجاد ارتباط بین مسئولین بخشها/واحدها و مدیریت بیمارستان
۳. پاسخ مثبت به انتظارات سازمانهای بالا دستی (دانشگاه و وزارتخانه)
۴. شناسایی مؤثر مشکلات بیمارستان و همکاری و همفکری جهت رفع آنها
۵. پیگیری روند ارتقا کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی
۶. ایجاد ارتباط و ریشه یابی دلیل مشکلات موجود
۷. جهت دهی اثربخش به نیروی انسانی و توان مالی بیمارستان در رسیدن به اهداف کلی و اختصاصی

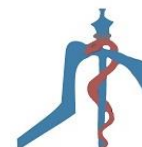
رسالت کمیته ها

ارتقاء فرهنگ کار تیمی ، هدایت بیمارستان ، برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیتهای بیمارستانی از طریق تصمیم گیری با خرد جمعی و مشارکت در حل مشکلات و انتخاب بهترین راه حل در راستای افزایش ایمنی بیمار و ارتقاء کیفیت خدمات از طریق برگزاری منظم کمیته های بیمارستانی

کمیته های بیمارستانی

بطور کلی بر اساس استانداردهای اعتباربخشی ، کمیته بیمارستانی به شرح ذیل در این مرکز تشکیل می گردد:

۱. کمیته مدیریت اجرایی
۲. کمیته پایش و سنجش کیفیت در بیمارستان
۳. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات
۴. کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای
۵. کمیته کنترل عفونت
۶. کمیته بهداشت محیط
۷. کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار
۸. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
۹. کمیته اورژانس / تعیین تکلیف بیماران / تریاژ
۱۰. کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی
۱۱. کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی
۱۲. کمیته مرگ و میر و عوارض / آسیب شناسی نسوج
۱۳. کمیته طب انتقال خون



- ۱۴. کمیته تغذیه
- ۱۵. کمیته آموزش
- ۱۶. کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه
- ۱۷. کمیته انطباق
- ۱۸. کمیته IPD
- ۱۹. کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر

تقویم کمیته ها

در ابتدای سال دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی با توجه به روزهای مورد توافق با ریاست مرکز، دبیران کمیته ها و اعضاء کلیدی اقدام به تهیه تقویم یکساله می نماید و آن را به کلیه دبیران کمیته ها ابلاغ می نماید.

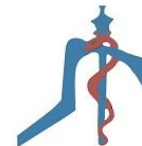
ترکیب اعضاء کمیته

ترکیب اعضاء کمیته های بیمارستان با در نظر گرفتن اهداف و وظایف کمیته و در نظر گرفتن تخصص و سمت مورد نیاز از طریق مشارکت دبیر کمیته ها، رئیس، مدیر، مترون، دبیر کمیته ها و با موافقت نهایی رئیس کمیته ها تعیین می شوند. علاقه شخص جهت حضور در جلسات و تعهد سازمانی نیز در این فرایند مد نظر قرار می گیرد.

فواصل زمانی برگزاری کمیته ها

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی و الزامات درون و برون سازمانی، کمیته های بیمارستانی حداقل در فواصل زمانی ذیل برگزار و در صورت لزوم و بنا به دستور رئیس کمیته، جلسات بصورت فوق العاده برگزار می شود.

- کمیته اجرایی ماهانه تشکیل می شود.
- کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای / کمیته اخلاق حرفه ای بیمارستان ماهانه تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته اورژانس / تعیین تکلیف و تریاژ ماهانه تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بیمارستان حداقل یک بار در ماه تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته بهداشت محیط بیمارستان ماهانه تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار بیمارستان حداقل دو ماه یکبار تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان ماهانه تشکیل جلسه می دهد
- کمیته اقتصاد درمان دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان ماهانه تشکیل جلسه می دهد.



- کمیته کنترل عفونت بیمارستان ماهانه تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان حداقل دو ماه یکبار تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج حداقل ماهانه تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه حداقل ماهانه تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته پایش و سنجش کیفیت بیمارستان فصلی برگزار می گردد.
- کمیته آموزش دو ماه یکبار تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته تغذیه فصلی تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته طب انتقال خون دو ماه یکبار تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر به صورت فصلی تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته انطباق دو ماه یکبار تشکیل جلسه می دهد.
- کمیته IPD ماهانه تشکیل جلسه می دهد.

نحوه دعوت اعضاء به کمیته

دبیر کمیته یک روز قبل از تاریخ برگزاری کمیته دستور کار جلسه، زمان، مکان جلسه را در گروه کمیته های بیمارستان در پیام رسان ها اطلاع رسانی می کند و روز برگزاری کمیته مجدداً اطلاع رسانی می کند

محل برگزاری جلسات:

در اکثر موارد دفتر ریاست بیمارستان می باشد.

تبصره: اگر به هر دلیل جلسه کنسل شود از طریق دبیر کمیته به دفتر کیفیت اطلاع داده می شود تا در اولین فرصت جلسه جبرانی تشکیل شود.

لازم به ذکر است در صورت نیاز، با توجه به دستور جلسات از سایر افراد اعم از مسئولین، کارشناسان و متصدیان انجام کار بصورت مدعو در جلسات دعوت بعمل می آید. همچنین، با نظر دبیر کمیته و موافقت نهایی رئیس کمیته با توجه به عملکرد افراد ممکن است ترکیب اعضا کمیته تغییر یابد.

وظایف رئیس کمیته

(۱) صیانت از دستور کار جلسه



- ۲) تلاش مدیران جهت مشارکت کلیه اعضا
- ۳) تصمیم گیری مناسب و سریع برای موارد غیرمنتظره
- ۴) جمع بندی مطالب مطرح شده و پیگیری مصوبات
- ۵) تعامل عادلانه با کلیه اعضا

تعیین دبیر کمیته

دبیر کمیته های بیمارستانی می بایست از نظر سابقه، تجربه، تخصص و اطلاعات مربوط به اهداف و وظایف کمیته تسلط کافی و لازم را داشته باشند. دبیر کمیته به پیشنهاد اعضا کمیته و تایید نهائی ریاست مرکز انتخاب می شوند.

شرح وظایف دبیران کمیته ها

۱. تدوین و بازنگری شرح وظایف کمیته مربوطه.
۲. تنظیم دستور جلسات مطابق شرح وظیفه کمیته مربوطه
۳. آشنایی با اجزاء ورودی های کمیته ها مطابق با آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی و پیگیری جمع آوری داده های مربوط به ورودی های مذکور
۴. ارائه مطالب کمیته در قالب پاورپوینت (دستور کار جلسه ، دستور کار جلسه آتی ، مصوبات قبلی اجرائ شده و نشده با علت عدم اجراء، آمار یا اطلاعات که در کمیته باید ارائه شود ، مطرح کردن مطالب جدیدی که نیازمند بررسی و ارائه راهکار می باشند و...)
۵. همکاری در تهیه صورتجلسات کامل و دقیق از کلیه جلسات کمیته مربوطه (پس از هر جلسه حداکثر تا ۴۸ ساعت). و ارسال آن به معاونت محترم درمان و رونوشت به مسئول بهبود کیفیت و کلیه اعضاء کمیته ، نگهداری سوابق کلیه صورتجلسات کمیته مربوطه
۶. پیگیری اجرای مصوبات کمیته مربوطه (اجرای اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه به منظور بهبود فرایندها) و ارائه گزارش پیشرفت فعالیت ها.
۷. تهیه گزارش ارزیابی عملکرد کمیته مربوطه
۸. شرکت فعال، منظم و بموقع در کلیه جلسات کمیته مربوطه
۹. پیگیری جهت برگزاری جلسات جبرانی در صورت لزوم
۱۰. پیگیری جهت اطلاع رسانی جلسات برای کلیه اعضاء کمیته مربوطه
۱۱. پیگیری جهت دعوت از سایر افراد به عنوان مدعو برای حضور در جلسات کمیته مربوطه در صورت لزوم



۱۲. آگاهی از آئین نامه داخلی کمیته های بیمارستانی بر اساس شرح وظایف ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت اداره جلسات کمیته مربوطه بر اساس استانداردهای موجود.

قوانین تشکیل جلسه

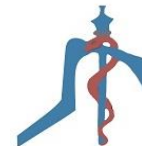
۱. رعایت نظم و احترام به حقوق دیگران
۲. توجه به محدودیت زمانی و پرهیز از پرداختن به مسائل غیرمرتبط
۳. حضور مستمرو به موقع اعضاء در جهت رسیدن به نتایج و راهکارهای پربارتر
۴. تشکیل جلسات کمیته ها بر اساس توالی زمانی ابلاغ شده
۵. اطلاع و عمل به مفاد آیین نامه داخلی
۶. پیاده سازی الزامات اعتبار بخشی در مورد کمیته های بیمارستانی
۷. لغو کمیته در صورت عدم حضور رئیس و مدیر داخلی بیمارستان به طور همزمان
۸. مدت زمان جلسه حداکثر ۱ ساعت خواهد بود که با صلاح دید رئیس جلسه قابل تمدید است.
۹. تصویب مصوبات مستلزم رأی موافق رئیس جلسه و نیمی از اعضاء ثابت جلسه می باشد (افراد مدعو حق رأی ندارند).
۱۰. مصوبات قابلیت اجرایی داشته باشند.
۱۱. رئیس جلسه، مسئول دفتر بهبود کیفیت، معاونت آموزشی، مسئول هماهنگی کمیته ها، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سوپروایزر آموزشی باید در تمامی جلسات کمیته ها حضور داشته باشند.
۱۲. چنانچه حداقل نصف به اضافه یک نفر از کل اعضاء جلسه حضور داشته باشند جلسه رسمیت پیدا میکند.
۱۳. راس ساعت اعلامی جلسه شروع به کاری کند.
۱۴. در صورت غیبت اعضاء ثابت به صورت 3 جلسه متوالی، بررسی های لازم جهت تعیین عضو جدید با تشخیص ریاست جلسه انجام می گیرد.
۱۵. در صورت تاخیر غیر موجه بیش از سی دقیقه عضو کمیته حق ورود به جلسه را ندارد.
۱۶. ابلاغ تمامی اعضاء کمیته در ابتدای سال توسط دبیر کمیته صادر شود

تعليق و يا سلب عضويت:

در صورت عدم حضور هر یک از اعضا در سه جلسه متوالی یا پنج جلسه متناوب در طول سال و یا استعفای کتبی ایشان دبیر کمیته موظف است حداکثر تا زمان جلسه بعدی فرد جایگزین را در جلسه کمیته معرفی نماید.

نحوه مستندسازی سوابق جلسات:

صورتهای جلسات کمیته شامل فهرست اسامی حاضرین، غایبین، دستور کار جلسه، مهمترین موضوعات مورد بحث، مصوبات، مسئول پیگیری هر مصوبه، مهلت مقرر جهت اجرا، نتایج، بررسی مصوبات جلسه قبل، واحدهای گیرنده صورتهای جلسه، تاریخ و ساعت و محل برگزاری جلسه فعلی و تاریخ برگزاری جلسه آتی و دستور کار جلسه آتی می باشد.



صورتجلسه توسط دبیر کمیته تایپ تهیه و جهت پیگیری به موقع مصوبات توسط مسئولین مربوطه ظرف مدت حداکثر یک هفته از زمان برگزاری جلسه از طریق اتوماسیون اداری برای کلیه اعضای کمیته ارسال می شود .

نحوه نگهداری و مستندسازی سوابق صورتجلسات:

یک نسخه از تمامی صورتجلسات کمیته جهت نظارت بر پیگیری مصوبات این کمیته به واحد ریاست و بهبود کیفیت ارسال می شود

کلیه صورتجلسات کمیته ها نزد دبیر کمیته و دفتر بهبود کیفیت (فایل الکترونیک) نگهداری می شود.

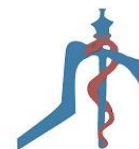
نحوه پیگیری مصوبات کمیته ها

پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها توسط دبیر کمیته صورت می پذیرد و مستندات مربوط به پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها به صورتجلسه پیوست می باشد. در صورت عدم تحقق مصوبات موضوع در جلسه کمیته اجرائی مرکز مطرح شده تا در خصوص آن تصمیمات لازم اتخاذ گردد.

نحوه پایش و ارزیابی عملکرد کمیته ها

بر اساس شرح وظایف کمیته پایش و سنجش در استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان ها در ایران، به منظور نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات کمیته های بیمارستانی، فرم گزارش عملکرد کمیته های بیمارستانی تهیه شده است و در اختیار دبیران کمیته ها قرار گرفته است تا در فواصل زمانی سه ماهه (فصلی) اقدام به تهیه گزارش از عملکرد کمیته مربوط به خود نموده و در جلسات کمیته پایش و سنجش آن را ارائه نمایند .

اطلاعات مربوط به درصد مطابقت جلسات برگزار شده با کمیته های بیمارستانی و درصد تحقق مصوبات کمیته ها، اثر بخشی مصوبات درصد مصوبات انجام نشده با علت عدم اجراء بعنوان شاخص مدیریتی در فواصل سه ماه یکبار پایش و در کمیته پایش و سنجش کیفیت مطرح می شود.



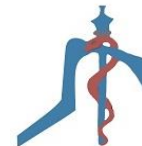
استانداردهای کمیته

- (۱) کمیته های فوق در فواصل زمانی منظم تشکیل جلسه دهند و حداقل ۵ صورتجلسه متوالی و اخیر در فواصل زمانی منظم نزد دبیر کمیته و واحد بهبود کیفیت بیمارستان موجود باشد.
- (۲) دبیر کمیته بایستی لیستی از اعضاء هر کمیته و شرح وظایف آنها را در اختیار داشته باشد و در رابطه با کمیته کنترل عفونت این لیست در اختیار روسای تمام بخشها و واحدهای بیمارستان باشد.
- (۳) آیین نامه داخلی هر یک از کمیته ها باید با مشارکت اعضاء کمیته تهیه شده و به تایید مدیران ارشد بیمارستان رسیده باشد.

نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم مدیریت اجرایی:

جلسات تیم مدیریت اجرایی نیز به عنوان یک کمیته در نظر گرفته شده و دبیر آن، دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت و مسئول دفتر بهبود کیفیت نیز می باشد. انتظار می رود همپوشانی این مسئولیت ها تعامل و ارتباط بین کمیته های بیمارستانی را افزایش دهد.

مصوبات اجرا نشده سایر کمیته ها در کمیته اجرایی مطرح شده و قابلیت اجرا شدن آنها مورد بررسی قرار می گیرد



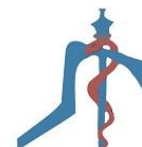
آیین نامه داخلی کمیته اجرایی

اهداف کمیته اجرایی:

۱. انسجام و هماهنگی مدیران ارشد در تصمیم گیری
۲. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۳. اخذ تصمیمات مبتنی بر واقعیت بر اساس اطلاعات تحلیل شده
۴. ترویج فرهنگ کار گروهی و تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
۵. تسهیل و تسریع در اجرای تصمیمات،
۶. بهبود هزینه اثر بخشی باتوجه به جریان اطلاعات در تیم مدیریت اجرایی و دوری از تصمیمات فردی یکپارچه سازی، همسو سازی و هماهنگی بین بخشی در راستای اجرای سیاستهای وزارت متبوع ودانشگاه علوم پزشکی،
۷. استفاده بهینه از منابع انسانی، مالی و فیزیکی،
۸. جاری سازی استانداردها، قوانین، مقررات و بخشنامه های مربوط به نهادهای ناظر و سیاستگذار، شناسایی مشکلات و معضلات اصلی در عملکرد بیمارستان و رهایی جهت حل آنها، تلاش مستمر در جهت افزایش کیفیت و بهبود عملکرد بیمارستان و رضایت گیرندگان خدمات.

شرح وظایف کمیته اجرایی

- ۱- ابلاغ سیاستهای اصلی و ماموریت بیمارستان و تدوین برنامه های بیمارستان براساس آن.
- ۲- اجرای بازدیدهای مدیریتی، طرح نتایج در جلسات و برنامه ریزی و نظارت بر انجام اقدامات اصلاحی مربوط
- ۳- اخذ تصمیمات مدیریتی مرکز بصورت مدون و مبتنی بر تحلیل نتایج عملکردی
- ۴- اخذ نتایج پایش شاخص های فرایندهای اصلی، عملکردی و برنامه ای از مسئول بهبود کیفیت و انجام اقدامات اصلاحی و مداخله ای بر اساس آنها
- ۵- ارزیابی و بازنگری میزان پیشرفت و تحقق اهداف برنامه های عملیاتی / بهبود کیفیت
- ۶- ارزیابی و برنامه ریزی هزینه دارو و درمان، دارو و تجهیزات پزشکی
- ۷- اقدام اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت / بازنگری فرآیندها با مشارکت صاحبان فرآیند در جلسات تیم مدیریت اجرایی
- ۸- ایجاد سازوکار، بررسی گزارشات و طراحی اقدام اصلاحی جهت استفاده بهینه از منابع انسانی، مالی و فیزیکی
- ۹- بررسی برنامه ها و پیشنهادات ارائه شده به تیم مدیریت اجرایی و تصویب موارد قابل قبول و مناسب



- ۱۰ - بررسی گزارش عملکرد مرکز در دوره های حداقل سه ماهه
- ۱۱ - بررسی نتایج شاخص های کلیدی در دوره های مشخص
- ۱۲ - برنامه ریزی، اجرا و نظارت میزان پرداختی بیماران براساس قوانین و مقررات مرتبط
- ۱۳ - برنامه ریزی در راستای ارتقاء روابط برون بخشی
- ۱۴ - برنامه ریزی مالی و ارتقا بهره وری از منابع مالی انسانی، فیزیکی مرکز
- ۱۵ - برنامه ریزی و اقدام در جهت پیشگیری و ارتقاء سلامت
- ۱۶ - برنامه ریزی و نظارت بر استقرار استانداردهای اعتباربخشی
- ۱۷ - پیگیری روند ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی بیمارستان
- ۱۸ - تبیین سیاست و خط مشی های کلان مرکز به صورت شفاف و واضح
- ۱۹ - تدوین، بازنگری، ابلاغ و نشر سند استراتژیک بیمارستان.
- ۲۱ - تخصیص منابع مورد نیاز بخشها در جهت نیل به اهداف کلان بیمارستان
- ۲۱- تدوین برنامه استراتژیک
- ۲۲ - تدوین یا ویرایش برنامه استراتژیک و عملیاتی، برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
- ۲۳ - تعیین مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نظارت بر اثربخش اقدامات انجام شده توسط آنها در فواصل زمانی یک ماهه
- ۲۴ - تعیین و پایش شاخص های برنامه ای و عملکردی بمنظور اطمینان از پیشرفت برنامه ها و عملکرد بالینی و غیر بالینی واحدها
- ۲۵ - تعیین و مدیریت مستمر فرایندهای اصلی و تدوین شاخصهای مربوطه و استفاده از آنها در تصمیم سازی و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس آنها در کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان از جمله واحدهای برون سپاری شده
- ۲۶ - تلاش مستمر در جهت افزایش کیفیت و بهبود عملکرد بیمارستان و رضایت گیرندگان خدمات
- ۲۷ - حصول اطمینان از بکارگیری پزشکان مجاز و فعالیت بیمارستان براساس مجوزهای قانونی



- ۲۸ - حصول اطمینان از تامین و تخصیص منابع جهت انجام برنامه های مصوب
- ۲۹ - شفافیت جریان اطلاعات و پاسخگو بودن مدیران و مسئولان بیمارستان به بیماران/خانواده آنها و کارکنان با بررسی های میدانی و گزارشات واصله
- ۳۱ - شناسایی مشکلات و معضلات اصلی در عملکرد بیمارستان و رهیابی جهت حل آنها
- ۳۱ - کسب اطمینان از اجرای اقدامات برنامه ریزی در جهت پیشگیری و ارتقاء سلامت در چهار حیطه گیرنده خدمت، کارکنان، محیط بیمارستان و جامعه از طریق مشارکت با مسئولین ارشد جامعه
- ۳۲ - کسب اطمینان از استفاده بهینه منابع فیزیکی، انسانی و مالی در بیمارستان
- ۳۳ - کسب اطمینان از انجام اقدامات لازم در جهت پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی
- ۳۴ - کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با قوانین، مقررات و استانداردهای نهادهای ناظر و سیاستگذار بواسطه مدیران عملیاتی(دفتر پرستاری، دفتر کیفیت، واحد خدمات و ...)
- ۳۵ - کسب اطمینان از انطباق عملکرد بیمارستان با مأموریت، اهداف، برنامه ها و آیین نامه داخلی سازمان
- ۳۶ - کسب اطمینان از بازنگری سالانه سیاستها و دستورالعملها و آیین نامه داخلی بیمارستان
- ۳۷ - کسب اطمینان از تصویب برنامه ها و تخصیص بودجه به آنها با توجه به اولویت ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت
- ۳۸ - کسب اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان بیمارستان
- ۳۹ - کسب اطمینان از وجود برنامه های مناسب در جهت انتصاب، جذب نیروی انسانی، آموزش و توسعه مستمر همچنین کسب اطمینان از وجود ساختار سازمانی که روابط، سطوح، مسئولیتها و اختیارات در آن به طور شفاف مشخص باشد.
- ۴۱ - مدیریت فعالیت های آموزشی و پژوهشی
- ۴۲ - نشر رسالت بیمارستان در تمامی بخشها و اطلاع کارکنان از مفاد آن
- ۴۳ - نظارت بر اجرای برنامه های عملیاتی بیمارستان در جهت اجرایی شدن ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیمار
- ۴۴ - نظارت بر اجرای دستورالعمل ها، روش های اجرایی و خط مشی های بیمارستان
- ۴۵ - نظارت بر تعیین و تحلیل شاخصهای عملکردی و انجام اقدامات اصلاحی مورد نیاز



۴۶ - نظارت بر عملکرد کمیته های بیمارستانی و هدفگذاری جهت ارتقاء شاخصهای کیفی و کمی آنها و تعیین اقدامات اصلاحی و بررسی گزارشات واصله از کمیته ها و اخذ تصمیمات مقتضی.

۴۷ - نظارت بر عملکرد مسئولان فنی مرکز

۴۸ - نظارت بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران

۴۹ - هماهنگی بین واحدهای مختلف مرکز جهت پیشبرد اهداف و سیاستهای تبیین شده

روند بررسی و تصویب موارد در تیم مدیریت اجرایی

در ابتدای جلسه مصوبات جلسه قبل توسط دبیر جلسه قرائت می گردد تا روند جاری سازی فعالیت مصوب مورد بررسی قرار گیرد چنانچه فعالیت در تاریخ مقرر تحقق نیافته باشد علل عدم تحقق بررسی و تا زمان انجام کامل آن در فرم پیگیری صورتجلسه قید می گردد.

اعضا تیم مدیریت اجرایی علاوه بر اینکه در فرایند تصمیم گیری سازمانی مشارکت داده می شوند بعنوان واحدهای ناظر در امر نظارت و پایش روند جاری سازی بخشنامه ها، مقررات، قوانین و مصوبات کمیته ها دخالت مستقیم دارند.

موضوعات تخصصی پس از طرح موضوع در جلسات هیات اجرایی جهت پیگیری بیشتر نیز به کمیته های تخصصی بیمارستان ارجاع داده می شود.

مسئول حراست بعنوان ناظر و بدون حق رای در جلسات عضویت دارند.

دبیر کمیته: مسئول بهبود کیفیت		رئیس کمیته: رئیس مرکز		
کارشناس بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	مسئول خدمات	معاون آموزشی نائب رئیس کمیته	مدیر مرکز
حراست	سایر افراد متناسب با موضوع جلسه	مسئول مالی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	مدیر منابع انسانی



آئین نامه داخلی کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای

اهداف کمیته:

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. بررسی میزان اجرای مفاد منشور حقوق بیمار
۳. ارتقاء راهکار برای اجرای کامل مفاد منشور حقوق بیمار
۴. آشنایی و آموزش کلیه کارکنان (پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان) با اصول و کلیات اخلاق پزشکی

شرح وظایف کمیته

۱. هماهنگی و پیگیری اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت (دریافت اطلاعات گروه های آسیب پذیر، گیرنده خدمت در حال احتضار، محرمانه بودن اطلاعات، حفظ حریم خصوصی، حقوق همراه گیرنده خدمت، اخذ رضایت آگاهانه، نحوه دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت، تحلیل شکایات بیماران، رضایت گیرنده خدمت، حفظ اموال گیرنده خدمت و ...)
۲. ارائه رهیافت های لازم در زمینه استفاده مطلوب از یافته های علوم تجربی و امکانات تشخیصی درمانی منطبق بر موازین شرع مقدس
۳. زمینه سازی اعتماد متقابل بین جامعه پزشکی و مردم و مراجعین بیمارستان
۴. ترویج فضایل اخلاقی
۵. مطلع ساختن پرسنل بنحو مقتضی از تصمیمات غیر محرمانه و ارشادات کمیته
۶. مراعات شئون افراد در ابلاغ تصمیمات و تذکرات و ارشادات
۷. ترویج جنبه های تشویقی و مکارم اخلاقی بعنوان الگو
۸. تعیین خط مشی بیمارستان برای پاسداری از ارزشهای متعالی
۹. طراحی برنامه های مدون برای تحقق اهداف ارزشی در بیمارستان
۱۰. در نظر گرفتن محلی جهت برگزاری مراسم عبادی و مذهبی کارکنان و بیماران
۱۱. نظارت بر فراهم نمودن تسهیلات احکام شرعی
۱۲. نظارت بر پیاده سازی نظام کارآمد رسیدگی به شکایات و ارزیابی رضایت گیرندگان خدمت



۱۳. ترویج فرهنگ ارزشهای متعالی اسلامی در امور پزشکی.

اعضاء کمیته

رئیس کمیته: رئیس مرکز	مدیر مرکز	دبیر کمیته: سوپروایزر اخلاق بالینی
نماینده واحد فرهنگی یا	مدیر خدمات پرستاری	مسئول روابط عمومی
مسئول حراست بیمارستان	مسئول خدمات	سوپر وایزر آموزشی
مسئول مددکاری	مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان	معاونت آموزشی
کارشناس حقوق گیرندگان خدمت (کارشناس پیگیری امور بیماران)	مسئول کمیته ها	کارشناس ایمنی بیمار



آئین نامه داخلی کمیته اورژانس

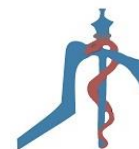
اهداف کمیته :

بطور کلی هدف از برگزاری جلسات کمیته اورژانس عبارت است از:

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. مهندسی فرایند درمان اورژانسی به منظور انجام اقدامات اصلاحی جهت جلوگیری از تاخیر در ارائه خدمات درمانی از جمله تشخیص اولیه، انجام اقدامات پاراکلینیک، انجام مشاوره های درمانی و تشخیص نهایی.
۳. تحلیل نتایج حاصل از زمان سنجی بیماران و فرم های تریاژ تکمیل شده به منظور بهبود فرایندهای درمان اورژانس ناشی از دست رفتن زمان (Golden Time) و ناتوانی (Morbidity) کاهش میزان مرگ و میر (Mortality) و رسیدگی به بیماران.
۴. افزایش سرعت و دقت در تعیین تکلیف بیماران اورژانسی.
۵. افزایش تعداد مراجعین اورژانس که زیر ۶ ساعت تعیین تکلیف شده اند.

شرح وظایف کمیته

۱. نظارت بر نحوه امداد رسانی و ارائه خدمت بموقع به بیماران مراجعه کننده
 ۲. بررسی کمیت و کیفیت اعزام و ارجاع های صورت گرفته از اورژانس مرکز
 ۳. بررسی میزان رضایت بیماران از نحوه خدمت دریافتی
 ۴. تدوین پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس و سایر بخش های بیمارستان
 ۵. نظارت بر اجرای پروتکل های مربوط به تعیین تکلیف بیماران بخش اورژانس و سایر بخش های بیمارستان
۱. اجرای استانداردهای اورژانس در الگوی اعتبار بخشی
 ۲. تعیین تکلیف بیماران براساس ضوابط ابلاغی
 ۳. انجام تریاژ بر اساس آخرین بخش نامه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
 ۴. هماهنگی جهت اجرای خدمات سرپایی و بستری اورژانس و ارتقا کیفیت خدمات
 ۵. تقویت عملکرد بیمارستان در رابطه با سوانح و فوریت های پزشکی



۶. برنامه ریزی جهت حفظ آمادگی دائمی بیمارستان جهت مشارکت فعال و مؤثر و همه جانبه در موارد وقوع حوادث غیر مترقبه
۷. نظارت بر حضور شبانه روزی پزشکان و پرستاران و سایر کادرهای بخش های اورژانس، مراقبتهای ویژه و ... بر اساس ضوابط استاندارد این قبیل بخشها
۸. اندازه گیری و برنامه ریزی اصلاحی در ارتباط با شاخص های مرتبط با کمیته (تعداد موارد ترک با رضایت شخصی، تعداد اقامت کمتر از ۲۴ ساعت، تعداد پذیرش بستری از درمانگاه، تعداد مراجعین در کلیه واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی، تعداد بیمار اعزامی از اورژانس، تعداد بیمار اعزامی به اورژانس)
۹. هدایت و همکاری در جهت اجرای پروژه بهبود مرتبط با کمیته

اعضاء کمیته

دبیر کمیته:		معاونت آموزشی	رئیس کمیته:
سرپرستار اورژانس- رئیس اورژانس			رئیس مرکز
سوپروایزر اورژانس	مدیر خدمات پرستاری	متخصص طب اورژانس و مدیر تخت	مدیر مرکز
مسئول حسابداری	کارشناس امور دارویی	مسئول خدمات و تاسیسات	مسولین بخش های پاراکلینیک
سوپروایزر آموزشی	کارشناس بهبود کیفیت	سر پرستاران بخش های بالینی	مسئول کمیته ها
مسئول حراست	کنترل عفونت	مسئول بهبود کیفیت	مسئول ایمنی



آئین نامه داخلی کمیته پایش و سنجش

اهداف کمیته

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. بهبود عملکرد کلیه فرآیندهای بیمارستان اعم از اصلی ، مدیریتی و پشتیبانی با استفاده از نتایج حاصل از ارزیابی های درونی و بیرونی سازمانهای بالادستی و شخص ثالث
۳. افزایش رضایتمندی مشتریان بیرونی (بیماران ، همراهان) و داخلی (کارکنان اعم از پزشکان ، پرستاران ، اداری مالی و فراگیران)
۴. پایش میزان پیشرفت اجرای برنامه های بهبود بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای ایمنی بیمار ، بهبود کیفیت ، اعتبار بخشی و سیستم مدیریت یکپارچه.

شرح وظایف کمیته

۱. هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیتهای بهبود کیفیت در کل بیمارستان.
۲. ارائه فهرست اولویتها و شاخص های بهبود کیفیت در کل بیمارستان.
۳. پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت.
۴. بازنگری و تحلیل داده های جمع آوری شده با مشارکت صاحبان فرآیند
۵. آموزش مباحث مربوط به بهبود کیفیت به تمام کارکنان بیمارستان.
۶. طراحی اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه برای موارد نامنطبق ارزشیابی بیمارستان.
۷. برنامه ریزی بمنظور ایجاد آمادگی همه جانبه برای انجام بازدید های اعتبار بخشی، ممیزی سیستم مدیریت کیفیت، بهبود کیفیت، ارگانهای بالادست و
۸. جمع آوری و تحلیل داده های مرتبط با برنامه های بهبود کیفیت و انجام اقدامات پژوهشی.
۹. نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی.
۱۰. شناسایی چالش ها و موانع پیاده سازی برنامه های بهبود کیفیت و طراحی مداخلات مناسب.
۱۱. تدوین فرآیند اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی در سطح بیمارستان



۱۲. ارائه گزارش اطلاعات، نتایج تحلیل ها و مداخلات به مدیران و کارکنان

۱۳. پایش و ارزشیابی برنامه بهبود کیفیت کل بیمارستان

۱۴. تعیین شرح وظایف ومسئولیت‌های داخلی به تفکیک پرسنل

۱۵. حذف مقامها و پستهای زائد سازمانی

۱۶. بررسی لازم جهت پذیرش متناسب همراه با ترخیص به موقع بیماران

۱۷. تسریع در بستری بیماران اورژانسی

۱۸. کنترل و نظارت در خرید تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی

۱۹. تعریف انجام فعالیت ها طی یک فرآیند تعیین شده

۲۱. جلوگیری از اتلاف منابع در قسمت‌های مختلف بیمارستان

۲۱. نظارت در تنظیم برنامه، حضور و فعالیت تمام کارکنان بیمارستان

اعضاء کمیته پایش کیفیت

دبیر کمیته: مسئول بهبود کیفیت		رئیس کمیته: رئیس مرکز	
کارشناس ایمنی	مدیر خدمات پرستاری	معاون آموزشی نائب رئیس کمیته	مدیر مرکز
مسئول امور اداری	کارشناسان بهبود کیفیت	مسئول امور مالی	مسئول حراست
کارشناس بحران	مسئول بهداشت محیط	پرستار کنترل عفونت	مسئول فناوری اطلاعات
مسئولین بخش ها	سوپروایزر آموزشی	دبیران کمیته	مسئول رسیدگی به شکایات
		مسئول کمیته ها	مسئول اسناد



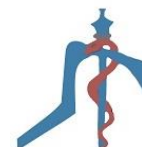
آئین نامه داخلی کمیته بهداشت محیط

اهداف کمیته

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. نظارت مستمر بر حسن اجرای موازین بهداشتی براساس دستورالعملهای سازمانهای بالادستی (وزارت بهداشت، دانشگاه مطبوع و...) در کل قسمتهای بیمارستان شامل بخش های بستری، پاراکلینیک، اتاق عمل، آشپزخانه، بوفه، رختشوی خانه و ... می باشد
۳. نظارت مستمر بر حسن اجرای موازین بهداشتی توسط پیمانکاران مستقر در بیمارستان
۴. تفکیک ، دفع پسماندهای عفونی و غیر عفونی و امحاء صحیح زباله های عفونی .
۵. نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری ، شستشو ، ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی پارچه ، ملحفه ، البسه ، شان و...
۶. مداخله و نظارت بر نحوه استفاده صحیح و به مقدار مجاز از مواد مجاز ضد عفونی کننده و شوینده و ارائه آموزش های لازم به ایشان .

شرح وظایف کمیته

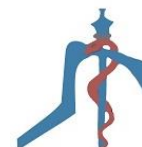
۱. ارائه گزارش مدون در خصوص وضعیت بهداشت و نظافت بخش ها و قسمت های مختلف بیمارستان.
۲. نظارت بر نحوه استفاده از مواد ضد عفونی و گندزداها در بیمارستان.
۳. آموزش کارکنان نیروی خدماتی در خصوص نحوه ضد عفونی و استریزاسیون.
۴. نظارت بر کیفیت آب آشامیدنی و بهداشتی بیمارستان با توجه به استاندارد های کشوری.
۵. کنترل حشرات و جوندگان در قسمت های مختلف بیمارستان با در نظر گرفتن ضوابط بهداشتی و زیست محیطی .
۶. نظارت بر کیفیت عملکرد سیستم جمع آوری و دفع فاضلاب.
۷. نظارت بر کیفیت عملکرد واحد آشپزخانه و مواد غذایی از نظر رعایت ضوابط و مقررات بهداشتی.
۸. نظارت بر نحوه تفکیک پسماندهای عفونی ، غیر عفونی، شیمیایی و ...
۹. نظارت بر نحوه دفع و بی خطر سازی اجسام نوک تیز.
۱۰. نظارت بر بهداشت محیط بیمارستان
۱۱. نظارت بر بهداشت فردی و نظافت کارکنان



۱۲. نظارت بر ضدعفونی صحیح محیط بیمارستان طبق استانداردهای ملی و بین المللی
۱۳. نظارت بر امحاء و دفع صحیح البسه و وسایل آلوده بیماران
۱۴. نظارت بر نحوه جمع آوری و دفع بهداشتی زباله های بیمارستانی به ویژه زباله های عفونی
۱۵. آموزش بهداشت و آموزش نحوه دفع بهداشتی زباله ها به پرسنل
۱۶. آموزش کارکنان درحیطه بهداشت محیط
۱۷. اجرای دستورالعملهای بهداشت محیط در اعتبار بخشی
۱۸. نظارت بر اجرای دقیق مقررات مربوط به نگهداری، شستشو، ذخیره سازی و توزیع صحیح و بهداشتی پارچه، ملحفه، البسه، گان، شان و ...
۱۹. تهیه و کنترل شناسنامه بهداشتی مشتمل بر گواهی صحت مزاج و عدم ابتلا به بیماریهای واگیردار و مسری، برای کلیه مأمورین امور تغذیه بیمارستان و انجام ادواری آزمایشات ضروری برای تأیید سلامت ایشان.
۲۰. نظارت بر برنامه های سم پاشی و ریشه کنی جانوران موذی
۲۱. آموزش پرسنل بخش بخش تغذیه به منظور مراعات موازین بهداشت فردی، بهداشت محیط، مقررات غذایی و دستورالعمل بهداشت کار در آشپزخانه و سایر اماکن بیمارستان
۲۲. نظارت بر حمل بهداشتی مواد غذایی و نگهداری این مواد با شیوه های بهداشتی در محل ها و درجه حرارت مطمئن.

اعضا کمیته

دبیر کمیته: مسئول بهداشت		معاونت آموزشی		رئیس کمیته: رئیس مرکز
کارشناس بهداشت حرفه ای	مدیر خدمات پرستاری	مسئول بخش های بالینی		مدیر مرکز
کارشناس ایمنی بیمار	کارشناس کنترل عفونت	کارشناس دفتر بهبود کیفیت		مسئولین بخش های پاراکلینیک
مسئول کمیته ها	مسئول بهبود کیفیت	سوپروایزر آموزشی	مسئول CSR	مسئول خدمات



آئین نامه داخلی کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

اهداف کمیته

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. تامین مشارکت کارکنان و مدیران به منظور نظارت بر حسن اجرای مقررات حفاظت فنی و بهداشت کار در بیمارستان .
۳. انعکاس کلیه ایرادات و نواقص حفاظتی و بهداشتی و پیشنهادات لازم جهت رفع آنها به رئیس مرکز بهداشتی درمانی .
۴. همکاری و مشارکت با کارشناسان بهداشت حرفه ای و بازرسان کار جهت اجرای مقررات حفاظتی و بهداشت کار .
۵. توجیه و آشناسازی کارکنان نسبت به رعایت مقررات و موازین بهداشتی و حفاظتی در محیط کار .
۶. اعلام موارد مشکوک به بیماری های شغلی به مرکز بهداشت مربوطه و همکاری در تعیین شغل مناسب برای کارکنانی که به تشخیص شورای پزشکی به بیماریهای شغلی مبتلا شده و یا در معرض ابتلا قرار دارند .
۷. جمع آوری آمار و اطلاعات مربوطه از نقطه نظر مسائل حفاظتی ، بهداشتی و تنظیم و تکمیل فرم صورت نواقص موجود در مرکز بهداشتی .
۸. بازدید و معاینه ابزار کار ، وسایل حفاظتی و بهداشتی در محیط کار و نظارت بر حسن استفاده از آن ها ، ثبت آمار حوادث و بیماری های ناشی از کار و تجزیه و تحلیل یافته ها .
۹. نظارت بر ترسیم نمودار میزان حوادث و بیماری های شغلی و همچنین نصب پوسترهای آموزشی بهداشتی و حفاظتی در محیط کار .
۱۰. اعلام کانون های ایجاد خطرات حفاظتی و بهداشتی در مرکز بهداشتی درمانی .
۱۱. نظارت بر نظم و ترتیب و چیدمان وسایل و تجهیزات و ابزار کار به نحو صحیح و ایمن و همچنین تطابق صحیح شغل و شاغل در محیط کار .
۱۲. تعیین خط مشی روشن و منطبق با موازین حفاظتی و بهداشتی بر حسب شرایط اختصاصی هر مرکز بهداشتی درمانی جهت حفظ و ارتقاء سطح بهداشت ، ایمنی محیط کار و پیشگیری از ایجاد حوادث احتمالی و بیماری های شغلی .
۱۳. تهیه و تصویب و صدور دستورالعمل های اجرایی بهداشتی و حفاظتی جهت اعمال در داخل مرکز بهداشتی درمانی در مورد پیشگیری از ایجاد عوارض و بیماری های ناشی از عوامل فیزیکی ، مکانیکی ، شیمیایی ، ارگونومیک ، بیولوژیکی و روانی محیط کار .
۱۴. تدوین برنامه عملیاتی با همکاری اعضاء و تصویب کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و اجرای آن مطابق جدول زمانبندی
۱۵. تدوین رویه اجرایی نیازسنجی آموزش و سنجش اثربخشی آموزش بهداشت حرفه ای و ایمنی و تصویب آن در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار سپس تهیه و اجرای برنامه آموزشی بر اساس این رویه .
۱۶. شناسایی ، تعیین اهداف و اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار جهت استفاده از خدمات شرکت های بهداشت حرفه ای و مشاورین ایمنی قبل از اقدام به اندازه گیری عوامل زیان آور .



۱۷. نظارت بر نحوه اندازه گیری عوامل زیان آور بر اساس اهداف از پیش تعیین شده با توجه به اصول و شرایط اندازه گیری عوامل زیان آور ارائه نتایج اندازه گیری به همراه ارزیابی مسئول بهداشت حرفه‌ای به مرکز بهداشت قبل از انجام معاینات .
۱۸. تهیه و تنظیم شناسنامه شغلی مرکز بهداشتی درمانی مطابق فرم مربوطه و انجام معاینات سلامت شغلی (قبل از استخدام در بدو شروع بکار ، دوره ای حداقل سالی یکبار) برای کلیه شاغلینی که در معرض بروز بیماری های ناشی از کار قرار دارند بر اساس ماده ۹۲ قانون کار ج . ۱ . ایران توسط مراکز مجاز .
۱۹. تدوین رویه اجرایی تهیه ، تحویل ، آموزش و نظارت بر وسایل حفاظت فردی ، تصویب آن در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و استقرار و به روز نگهداشتن آن .
۲۰. همکاری در تدوین رویه اجرایی آمادگی و مدیریت واکنش در شرایط اضطراری و تصویب آن در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار .
۲۱. همکاری در برنامه ریزی، اجرا، و نظارت بر تولید، جمع آوری، نگهداری و بی خطر سازی، انتقال و دفع پسماندها مطابق قانون مدیریت پسماند و آئین نامه های مربوطه. همکاری در برنامه ریزی، اجرا و نظارت بر بهداشت پرتوها در مراکز بهداشتی درمانی مطابق قانون و آئین نامه های مربوطه .

شرح وظایف کمیته

۱. برنامه ریزی جهت برگزاری دوره های آموزشی در زمینه ایمنی بیمار، ایمنی و سلامت شغلی، آتش نشانی و مدیریت خطر.
۲. تدوین دستورالعمل های مربوط به ایمنی و سلامت شغلی برای واحدهای مختلف.
۳. تشکیل پرونده سلامت شغلی و ثبت مستندات مربوط به آزمایشات ادواری، معاینات شغلی و حوادث شغلی.
۴. برنامه ریزی جهت جهت تامین تسهیلات مربوط به وسایل حفاظت فردی .
۵. شناسایی بیماری های مرتبط با شغل و اتخاذ روش های پیشگیری و آموزش کارکنان در این خصوص.
۶. برنامه ریزی جهت انجام بازدیدهای ادواری در خصوص ایمنی و سلامت شغلی و ارائه گزارش های مربوطه.
۷. اتخاذ تصمیمات مناسب در راستای رفع عدم انطباق های موجود در راستای حفظ و برقراری سلامت حرفه ای.
۸. پیشگیری و پیگیری موارد ناشی از حوادث شغلی مانند عفونتهای مکتسبه از بیمار، مواجهه با اجسام تیز و برنده و ...
۹. اجرای استانداردهای ایمنی، آتش نشانی و بهداشت حرفه ای در اعتبار بخشی.



اعضا کمیته

دبیر کمیته: مسئول بهداشت حرفه ایی			رئیس کمیته: رئیس مرکز
کارشناس بهداشت حرفه ای	مدیر خدمات پرستاری	مسئول بخش های بالینی	مدیر مرکز
کارشناس ایمنی بیمار	کارشناس امور دارویی	مسئول دفتر بهبود کیفیت	معاون آموزشی درمان
کارشناس کنترل عفونت	مسئول تاسیسات	مسئول خدمات	سرپرستاران اتاق عمل
کارشناس HSE	سوپروایزر آموزشی	مسئول امور مالی	مسئول کمیته ها



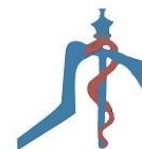
آئین نامه داخلی کمیته طب انتقال خون

اهداف کمیته

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. افزایش ایمنی خون و فرآورده های خونی تزریق شده به بیماران
۳. کاهش میزان پرت خون و فرآورده های خونی
۴. اجرای صحیح فرآیندهای قبل ، حین و پس از انجام آزمایش به منظور استاندارد سازی عملکرد آزمایشگاه جهت دستیابی به لوح کیفیت مورد تائید دانشگاه و وزارت متبوع .

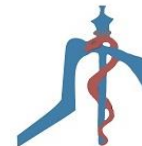
شرح وظایف کمیته

۱. بررسی میزان نیاز مرکز جهت نگهداری خون و فرآورده های خونی.
۲. برقراری امکانات و تسهیلات به منظور نگهداری خون و فرآورده های خونی مطابق شرایط استاندارد.
۳. نظارت بر فرآیند تزریق و عوارض پس از تزریق
۴. ارائه گزارش موارد مربوط به واکنش های ناخواسته انتقال خون و محصولات خونی.
۵. بررسی علل ریشه ای بروز عوارض ناشی از انتقال خون.
۶. برگزاری کارگاه های آموزشی در خصوص طب انتقال خون و هموویزیلانس.
۷. ارائه گزارش در ارتباط با نحوه مستند سازی و ثبت اطلاعات در فرم های مخصوص سازمان انتقال خون.
۸. ارتباط موثر و مستمر با سازمان انتقال خون.
۹. ارائه آمار دقیق در خصوص تزریق خون در کل بیمارستان، میزان تزریق های خون بدون عارضه، میزان تزریق های همراه با عارضه و مشخص نمودن میزان بروز هر عارضه.
۱۰. استقرار سیستم هموویزیلانس (نظام مراقبت از خون)
۱۱. ترویج برنامه کار و چگونگی اجرای دستورالعمل های مربوطه که توسط سازمان انتقال خون در اختیار واحد درمانی قرار می گیرد
۱۲. بررسی و ارزیابی موارد تزریق خون در بیمارستان از نظر علت مصرف، مقدار و نتیجه و توصیه های لازم به پزشکان در مواردی که انتقال خون الزامی نبوده است
۱۳. نظارت بر نحوه حمل و نقل، نگهداری، خون و فرآورده خونی
۱۴. نظارت بر گرم و ذوب نمودن و تزریق خون و فرآورده خونی
۱۵. اجرای دستورالعملهای طب انتقال خون در اعتبار بخشی
۱۶. ارتقای سطح دانش و آگاهی پرسنل بخش در زمینه طب انتقال خون



اعضاء کمیته

دبیر کمیته: رئیس آزمایشگاه		رئیس کمیته: رئیس مرکز	
کارشناس ایمنی	مدیر خدمات پرستاری	مدیر مرکز	مسئول فنی آزمایشگاه
مسئول دفتر بهبود	معاونت آموزشی	مسئول بانک خون	پزشک ارشد هموویزیلانس
مسئول کمیته ها	سایر افراد متناسب با موضوع جلسه	مسئولین بخش های بالینی	سوپر وایزر آموزش
			مسئول حراست



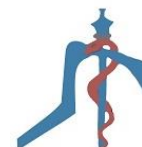
آئین نامه داخلی کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی

اهداف کمیته

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. رسیدگی به کمبودها، کاستی ها و مشکلات، تامین بموقع دارو توسط کارپرداز دارویی و ارائه راه حل های مناسب.
۳. رسیدگی به کمبودها، کاستی ها و مشکلات تامین به موقع تجهیزات پزشکی مصرفی و سرمایه ای و ارائه راه حل های مناسب.
۴. اطمینان از انطباق تعداد داروی درخواست شده بخش ها از داروخانه با دستور پزشک معالج
۵. اطمینان از صحت میزان دارو و لوازم پزشکی مصرفی بیماران مندرج در صورتحساب ایشان.
۶. نظارت بر نحوه اجرای بندهای مرتبط با دارو و لوازم پزشکی مصرفی بر اساس چارچوب حاکمیت بالینی، استانداردهای ایمنی بیمار و استانداردهای اعتباربخشی.
۷. نظارت بر روش استفاده صحیح از تجهیزات در بخش ها .
۸. نظارت بر روش تجویز دارو، مصرف منطقی دارو، نگهداری و توزیع دارو و لوازم پزشکی مصرفی.
۹. اطمینان از عملکرد درست دستگاه های فعال در بخش ها.

شرح وظایف کمیته

۱. تدوین فرمولاری بیمارستانی و به روز رسانی آن.
۲. تدوین لیستی از داروهای خود بخود متوقف شونده، داروهایی که پس از مدت زمان معینی نباید ادامه یابند و باید به پزشک معالج اطلاع داده شود.
۳. تدوین خط مشی مصرف صحیح دارو های شایع و مهم (مانند آنتی بیوتیکها)
۴. تنظیم، پایش و ارزشیابی خط مشی بیمارستان در استفاده صحیح از داروها جهت اطمینان از این که داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست به فرد درست داده می شود.
۵. تدوین خط مشی ها و روش هایی برای کاهش اشتباهات تجویزی داروها و عوارض جانبی ناخواسته آنها (اشتباهات دارویی از ابتدای تجویز پزشک تا تحویل به بیمار)
۶. آشنا نمودن پزشکان و سایر پرسنل درمانی با تازه های درمان و دارو.
۷. طراحی و اجرای مداخلات و اقدامات اصلاحی به منظور رفع مشکلات و اشتباهات دارویی گزارش شده
۸. تدوین لیست داروهای ضروری که باید در داروخانه یا هریک از بخش ها موجود باشند.

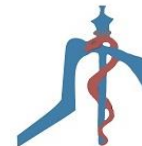


۹. همکاری با سایر کمیته ها بویژه کمیته های مرگ و میر.
۱۱. تهیه فهرستی از داروهای پر خطر یا داروهای با احتمال خطر بالا.
۱۱. تدوین فرایندی برای تعیین، تصویب و تهیه داروهائی که جزو فرمولاری بیمارستانی نیستند.
۱۲. ایجاد هماهنگی و شرایط مطلوب در همکاریهای متقابل بین پزشکان، پرستاران و سایر اعضا کادر درمانی
۱۳. رسیدگی به کمبودها، کاستی ها و مشکلات درمان و دارو در بیمارستان و ارائه راه حل های مناسب.
۱۴. نظارت بر تجویز غیر مجاز دارو.
۱۵. نظارت بر تجویز داروهای ترکیبی.
۱۶. نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر.
۱۷. پیش بینی و نظارت بر نحوه تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی و سرمایه ای آموزش نحوه نگهداری و مصرف دارو برای پرسنل درمانی
۱۹. برنامه ریزی و پایش تکمیل فرمهای تلفیق داروئی در بخشهای بستری
۲۱. نظارت بر عوارض داروها، سرمها، فرآورده های خونی و تدوین راهکارهای اصلاحی و پیشگیرانه، بازخوراند به معاونت غذا و داروی دانشگاه
۲۱. نظارت بر نحوه استفاده و نگهداری تجهیزات پزشکی و کالیبراسیون تجهیزات
۲۲. اجرا برنامه های آموزشی مورد نیاز جهت پزشکان و کادر درمانی
۲۳. نظرات، پیشنهادات، مشکلات و خواسته های واحدهای درمانی گردآوری و در کمیته طرح و تصمیم گیری شود
۲۴. بررسی استفاده نا مناسب یا بیش از حد از وسایل و تجهیزات پزشکی اشیاء یک بار مصرف، دارو ها و ارائه راه حل های مناسب برای کنترل این امر
۲۵. آموزش نحوه استفاده صحیح، ایمن و نگهداری تجهیزات پزشکی بیمارستانی



اعضاء کمیته

دبیر کمیته: کارشناس مراقبت دارویی		رئیس کمیته: رئیس مرکز		
کارشناس ایمنی	مدیر خدمات پرستاری	معاون آموزشی نائب رئیس کمیته	مسئول داروخانه	مدیر مرکز
مسئول فنی داروخانه بستری	معاونت غذا و دارو یا جانشین وی	رئیس حسابداری	ناظر دارویی	مسئول حراست
مسئول بهبود کیفیت	مسئول فنی تجهیزات پزشکی بیمارستان	نماینده اداره تجهیزات پزشکی در معاونت غذا و دارو	سوپر وایزر آموزشی	نماینده شرکت طرف قرارداد داروخانه
	سایر افراد متناسب با موضوع جلسه		مسئول کمیته ها	مدیران گروههای جراحی و بییهوشی



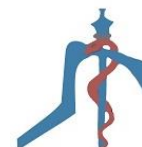
آئین نامه داخلی کمیته کنترل عفونت

اهداف کمیته

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. گزارش گیری صحیح عفونت های بیمارستانی و بررسی آن ها و ارائه راهکارهای مناسب جهت جلوگیری از بروز عفونت ها بیمارستانی
۳. شناسایی مخاطرات پرسنلی برای یافتن رویکرد حفاظت شخصی در برابر عفونت ها

شرح وظایف کمیته

- ۱- ارسال داده های جمع آوری شده در مورد عفونت های بیمارستانی به مرکز بهداشت شهرستان به صورت منظم و ماهانه طبق فرم شماره ۲
- ۲- تجزیه و تحلیل ماهانه داده های مراقبت اپیدمیولوژیک عفونت های بیمارستانی به مرکز بهداشت شهرستان و مسئولین بخش ها ارائه شده و اقدامات مداخله ای در جهت کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی طراحی شود
- ۳- بررسی و تصویب برنامه سالیانه برای فعالیت ها، مراقبت و پیشگیری.
- ۴- تدوین برنامه آموزشی برای همه کارکنان به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی با استفاده از تکنیک های ضد عفونی و استریلیزاسیون
- ۵- سپردن مسئولیت های فنی بهداشت بیمارستانی به کارکنان تخصصی مانند پرستاری، خدمات، تاسیسات و آزمایشگاه میکروبیولوژی بالینی
- ۶- بررسی دوره های شش ماهه ، یکساله وضعیت عفونت های بیمارستانی ،تاثیر اقدامات مداخله ای انجام شده در جلوگیری از آن ها
- ۷- نظارت بر اجرای مصوبات کمیته کشوری، دانشگاهی، شهرستانی، و مصوبات کنترل عفونت بیمارستان ،یافتن اشکالات و ارائه راهکار های مناسب پیشگیری کنترل عفونت
- ۸- مشارکت پژوهشی در زمان بروز اپیدمی
- ۹- کمک به ارزیابی فعالیت های بخش ها در زمینه اقدامات پیشگیری از عفونت های بیمارستانی بر اساس چک لیست های نظارتی و ارزشیابی یکسان مصوب کمیته کشوری



۱۰- تدوین برنامه استفاده از مواد مناسب برای ضد عفونی و استریلیزاسیون و تدوین برنامه درمان با آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی بیمارستان

۱۱- نظارت بر اجرای برنامه سلامت تزریق، تفکیک و جمع آوری بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی بیمارستان

۱۲- تهیه و تصویب برنامه دفع بهداشتی زباله های بیمارستانی و هماهنگی با سایر سازمان ها مانند شهرداری منطقه

۱۳- همکاری و هماهنگی با سایر کمیته های بیمارستانی در زمینه اهداف مشترک

۱۴- اجرای مقررات بهداشت محیط، دستورالعمل استاندارد و ضوابط ارزشیابی بیمارستان های عمومی کشور ابلاغ شده از طرف معاونت امور درمان و دارو

اعضاء کمیته :

دبیر کمیته: پزشک یا پرستار کنترل عفونت		تیم کنترل عفونت (پزشک کنترل عفونت فوق تخصص یا متخصص عفونی یا متخصص داخلی ،کودکان،پاتولوژیست)و پرستار کنترل عفونت		رئیس کمیته: رئیس مرکز
مسئول بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	مسئول آزمایشگاه	سرپرستار بخش های بالینی	مدیر مرکز
مسئول حسابداری	کارشناس امور دارویی	مسئول کمیته ها	مسئول خدمات	معاونت آموزشی
سوپروایزر آموزشی	کارشناس بهبود کیفیت	مسئول بهداشت	مسئول ایمنی	سرپرستار سی اس آر



آئین نامه داخلی کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

اهداف

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. ارائه خدمات الکترونیکی به مراجعین و همکاران مرکز
۳. بررسی مشکلات موجود و ارائه پیشنهادات و راه کارهای اثر بخش در راستای حل مشکلات موجود و ارتقای سطح ارائه خدمات از اهداف تشکیل این کمیته می باشد .

شرح وظایف کمیته

۱. بررسی کمی و کیفی نحوه تکمیل پرونده های بیمارستانی با توجه به جنبه های مختلف حقوقی، مالی، آموزشی و پژوهشی.
۲. هماهنگی و پیگیری رفع نقایص اعلام شده از واحدهای مدارک پزشکی و فناوری اطلاعات در خصوص اجرای استانداردهای اعتبار بخشی مربوطه در کل بیمارستان
۳. بررسی و ارزشیابی کیفیت مدارک پزشکی بیماران از لحاظ کامل و معتبر بودن بررسی مدارک پزشکی بیمارانی که به صورت قانونی مدعی خسارت شده اند
۴. بررسی روند پذیرش ، بستری ، تشخیص ، درمان و ترخیص بیمار و در صورت لزوم اصلاح آن
۵. تهیه گزارش از پرونده های ناقص (پرونده نویسی و نحوه نگارش داده های پزشکی و درمانی بیماران) و بازخواند آن به صاحبان فرایند
۶. ارزشیابی سیستم کدگذاری پرونده ها
۷. بررسی ثبت و دریافت داده ها در برنامه نرم افزار اطلاعات بخش ها
۸. مشارکت و همکاری در امور پژوهشی
۹. اجرا برنامه های آموزشی موردنیاز جهت پزشکان و کادر درمانی
۱۰. اجرای استانداردهای مدارک پزشکی در اعتبار بخشی
۱۱. اجرای استانداردهای فناوری اطلاعات در اعتبار بخشی
۱۲. برنامه ریزی و پیگیری کاهش کسورات بیمه ای
۱۳. پایش نظام بایگانی منطبق بر ضوابط در مدارک پزشکی
۱۴. پایش اجرای نظام پرونده نویسی صحیح و علمی و در دسترس بودن گزارشات منظم ماهیانه از عملکرد بیمارستان
۱۵. تهیه گزارشات ادواری و گزارشات تنظیم شده سالیانه
۱۶. تهیه گزارشات منظم ماهیانه از فعالیت بخشها به تفکیک
۱۷. بررسی نحوه جمع آوری و گزارش آمار علمی و دقیق از فعالیت های درمانی مرکز.
۱۸. تایید فرم های بیمارستانی طراحی شده توسط واحدها و بخش ها (علاوه بر ۱۸ برگ اصلی پرونده).



۱۹. تدوین دستورالعمل های مربوط به حفظ و حراست پرونده بالینی بیمار.
۲۰. ارائه نتایج حاصل از ممیزی اوراق پرونده بیمار در زمان ترخیص.
۲۱. پیگیری و اصلاح پرونده های ناقص.
۲۲. پیگیری و احیای اطلاعات پرونده های مفقود شده و آسیب دیده.
۲۳. حفظ امنیت و محرمانگی سیستم مدیریت اطلاعات و مشخص کردن سطوح دسترسی به اطلاعات.
۲۴. تدوین روش های نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و تهیه نسخه پشتیبان.
۲۵. ثبت داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستان با رعایت استاندارد های مورد نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۲۶. آموزش پزشکی.
۲۷. فراهم آوردن تسهیلات لازم جهت بهره برداری از داده های بیمارستانی در راستای اتخاذ تصمیمات متاخذ.
۲۸. ارائه بازخوردهای حاصل از بازبینی پرونده ها به افراد مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران.

اعضاء کمیته

رئیس کمیته: رئیس مرکز		دبیر کمیته: مسئول واحد اطلاعات سلامت
مدیر بیمارستان	معاونت آموزشی	مدیر خدمات پرستاری
مسئول بخش مدارک پزشکی	رئیس امور مالی	سوپروایزر آموزشی مرکز
مسئول بخش فناوری اطلاعات	مسئول کمیته های بیمارستانی	مسئول آمار
مسئول اسناد	مسئول واحد بهبود کیفیت	کارشناس ایمنی بیمار
مسئول کمیته ها	رئیس امور اداری	



آئین نامه داخلی کمیته مرگ و میر و عوارض / آسیب شناسی و نسوج

اهداف کمیته

این کمیته برای بررسی علل مرگ و میر، روند مرگ و میر، جلوگیری از موارد مرگ و میر قابل اجتناب، ابعاد قانونی موضوع، عوارض بیمارستانی و روند آنها، تجزیه و تحلیل و بررسی عوارض بیمارستانی و روند آنها، تجزیه و تحلیل و بررسی عوارض اتفاق افتاده، اتخاذ تدابیر برای جلوگیری از بروز عوارض ناخواسته و پیشگیری از عوارض قابل اجتناب و ... تشکیل می گردد.

شرح وظایف کمیته

۱. بررسی منظم همه موارد مرگ و میر به ویژه موارد مرگ و میر غیر منتظره.
۲. بررسی دوره ای عوارض بیمارستانی .
۳. پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی.
۴. اتخاذ تدابیر به منظور کاهش عوارض مرگ و میر در بیمارستان.
۵. بررسی علل مرگ و میر در بیمارستان.
۶. برگزاری کنفرانس های مورتالیتته و موربیدیتته.
۷. ارائه گزارشات کارشناسی بررسی موارد مرگ و میر بطور محرمانه به مراجع ذی صلاح.
۸. برخورد با موارد قصور یا تقصیر که در بررسی پرونده های مرگ و میر در حدود اختیارات بیمارستان.
۹. ارائه گزارشات مستند در ارتباط با بررسی شکایات مرتبط با پرونده بیمار فوت یا دچار عوارض شده. بررسی کیفیت و نحوه نمونه گیری در بخش ها
۱۰. بررسی موانع و مشکلات موجود در جواب دهی نمونه های پاتولوژی
۱۱. بررسی علل اصلی منتهی به مرگ و میر به ویژه در مواردیکه علت مرگ روشن نمی باشد و یا دلایل قانونی اقتضاء می نماید
۱۲. پیگیری و بررسی گزارش نمونه های بیوپسی. اتوپسی



اعضاء کمیته

دبیر کمیته:			رئیس کمیته: رئیس مرکز
مسئول دفتر بهبود	معاون آموزشی	متخصص آسیب شناسی و رئیس آزمایشگاه	مدیر مرکز
متخصص پزشکی قانونی	سوپروایزر آموزشی	مدیر خدمات پرستاری	دو نفر پزشک متخصص باسابقه و مجرب
کارشناس ایمنی بیمار	کارشناس بهبود کیفیت	پزشک متخصص معالج و پرستار متوفی ، سرپرستار بخش مربوطه	رئیس بخش بایگانی و مدارک پزشکی
			مسئول کمیته ها



آیین نامه داخلی کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر

اهداف

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. کمیته شیر مادر ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعین و نیز ارتقا کیفی عملکرد کارکنان مرتبط با مشارکت فعال مادران و پرسنل می باشد تا موجبات رضایت و عملکرد مناسب مادران در تغذیه صحیح و انحصاری با شیر مادر فراهم شود
۳. بررسی های شش ماهه نحوه ارزیابی و ارایه آموزش به مادران و پرسنل تحت عنوان پایش شش ماهه شیر مادر بر اساس دستورالعمل های ارسالی از وزارت بهداشت انجام و بازخورد مسولین دانشگاهی شیر مادر تحت نظر و اولویت قرار داده شود.

اعضاء ثابت کمیته

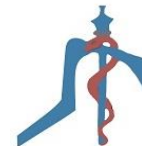
رئیس بیمارستان-مدیر خدمات پرستاری-مسول دفتر بهبود کیفیت-سوپروایزر آموزشی- کارشناس پایش شیر مادر بخش اطفال- کارشناس ایمنی-متخصص اطفال (پزشک کمیته شیر مادر)

شرح وظایف کمیته

- ۱-هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های مرتبط با پایش شیر مادر
- ۲- آموزش های مدون شیر مادر به مادران در بخش های نوزادان و اطفال و جراحی زنان در صورت بستری شیرخوار
- ۳-آموزش های مدون و دوره ای پرسنل درمانی مرتبط با تغذیه با شیر مادر در بخش های ذکر شده
- ۴-بازنگری و تحلیل داده های مربوط به هر پایش
- ۵-پایش همزمان هر شش ماه در بخش های اطفال بر اساس دستورالعمل موجود در کتاب پایش شیر مادر
- ۶-بررسی بازخورد های ارائه شده در پایان هر سال که توسط کارشناسان پایش شیر مادر استان انجام می شود
- ۷- تاکید در تمامی جلسات برگزار شده بر اجرا و آگاهی پرسنل از ۱۰ دستورالعمل مراکز دوستدار کودک

زیر شاخه های کمیته شیر مادر

- ۱-دفتر پرستاری ۲-بخش های اطفال ۳-آموزش ۴-مدیریت ایمنی ۵-بهبود کیفیت ۶-داروخانه



آئین نامه داخلی کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات

اهداف کمیته

حیطه فعالیت این کمیته شامل گروه خدمات شایع و گروه خدمات نادر و گران قیمت می باشد .

۱. گروه خدمات شایع به خدماتی گفته می شود که به طور شایع در بیمارستانها ایجاد هزینه می نمایند به عنوان مثال کالاهای و یا داروهای مصرفی، درخواستهای تصویربرداری، آزمایشات تشخیصی و نیز پروسیجرهای شایع .
۲. گروه خدمات نادر و گران قیمت به پروسیجرها یا اعمال جراحی الکتیو و غیر روتین که در آنها وسیله مصرفی پزشکی گران قیمت (مجموع قیمت وسایل پزشکی مصرفی در یک عمل جراحی یا یک مداخله درمانی معادل ده میلیون تومان و بالاتر) استفاده می شود .
۳. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار

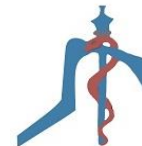
شرح وظایف کمیته

۱. بررسی اطلاعات مربوط به حجم مداخلات تجویز شده توسط پزشکان شاغل در بیمارستان با استفاده از روشهای آماری و مدیریتی
۲. شناسائی موارد خارج از بازه های معمول و پیگیری علت آن .
۳. ارائه تذکر و راهنمایی لازم به صورت مکتوب به تمام پزشکانی که میزان مداخلات تشخیصی و درمانی آنها از میانگین بالاتر است
۴. برگزاری جلسات مورد نیاز قبل از انجام مداخلات درمانی نادر و پرهزینه، با دعوت از متخصصین رشته های مربوطه و پزشک متخصصی که قرار است مداخله درمانی را انجام دهد.
۵. بررسی و صدور مجوز مربوط به مداخلات درمانی نادر و پرهزینه، بدون هیچگونه تاخیر یا تغییر در برنامه پذیرش بیماران و نیز معطلی آنان.
۶. ارسال گزارشی از بررسی ها و مداخلات انجام شده و نتایج حاصل از آنها به دبیرخانه دانشگاه .
۷. بررسی درآمدهای بیمارستان و چگونگی استحصال آنها .
۸. موارد تخصصی ارجاع شده از جلسات مدیریت اجرایی .



اعضاء کمیته

دبیر کمیته: مسئول اقتصاد درمان		معاون آموزشی	رئیس کمیته: رئیس مرکز
مسئول واحد بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	مسئول واحد اسناد پزشکی	مدیر مرکز
مسئول واحد درآمد	مسئول بیمه	مسئول مدارک پزشکی	سوپر وایزر آموزشی
مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان	مسئول واحد ترخیص	مدیر مالی و اداری بیمارستان	مسئول فنی داروخانه
مسئول منش ها	مسئول کمیته ها	کارشناس ایمنی بیمار	مسئولین بخش های بالینی در صورت نیاز



آیین نامه داخلی کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

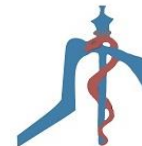
اهداف

- اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
 - آماده سازی بیمارستان برای مقابله با بحرانهای ناخواسته و مدیریت آن به منظور کاهش عوارض و تبعات ناشی از آن
- شرح وظایف و اهداف کمیته:

- برنامه ریزی جهت حفظ آمادگی دائمی بیمارستان جهت مشارکت فعال و موثر و همه جانبه در موارد وقوع حوادث غیر مترقبه
- نظارت بر آموزش کامل تمامی کارکنان بیمارستان به تناسب نقش ها و مسئولیت ها در برنامه مربوطه و آموزش برنامه EOP به کلیه پرسنل
- نظارت بر برگزاری مانورهای فرضی، مانور آتش نشانی و تخلیه بیمارستان
- شناسایی و مستند نمودن بحران ها و بلایای محتمل در منطقه
- تدوین برنامه مقابله با بحران ها و بلایا با هماهنگی مدیران ارشد
- تدوین و اطلاع رسانی برنامه فراخوانی اعضاء تیم پاسخ اضطراری و جانشین آنان
- نظارت بر انجام وظایف، مسئولیت ها و اختیارات اعضاء تیم پاسخ اضطراری در زمان بروز بحران
- فعال سازی برنامه در زمان بروز بحران
- همکاری و هماهنگی با سازمان های مرتبط با مدیریت بحران از قبیل اداره حوادث غیر مترقبه استانداری، معاونت درمان و دانشگاه علوم پزشکی
- تقویت عملکرد و تجهیز بیمارستان در رابطه با بحران های درون سازمانی
- نظارت و ارزیابی عملکرد بیمارستان در خصوص آمادگی و مواجهه با شرایط اضطراری

اعضاء کمیته

دبیر کمیته: کارشناس بحران			رئیس کمیته: رئیس مرکز		
مسئول حراست	مسئول روابط عمومی	مسئول امور مالی	مسئول بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	مدیر مرکز
مسئول بهداشت حرفه ای	مسئول بهداشت محیط	مسئول خدمات	مسئول تاسیسات	مسئول تجهیزات	معاونت آموزشی
	کارشناس ایمنی بیمار	مسئول کمیته ها	سوپروایزر آموزشی	مسئول کنترل عفونت	مسئول واحد تریاژ



آیین نامه داخلی کمیته تغذیه و رژیم درمانی

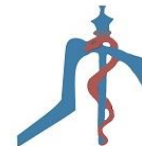
اهداف

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. ارائه راهکارهای مناسب در جهت حل مشکلات موجود در واحد مدیریت بخش غذا و بهبود سطح کیفی و کمی خدمات غذایی به بیماران و پرسنل

شرح وظایف و اهداف کمیته:

- ۱) بررسی مشکلات مربوط به عدم رعایت موازین و مقررات شرکت پیمانکار طرف قرارداد
- ۲) ارزیابی میزان رضایت مندی پرسنل و بیماران از سطح خدمات ارائه شده
- ۳) برنامه ریزی در جهت ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات رسانی
- ۴) هماهنگی و همکاری های لازم در راستا بهبود سیستم های اتوماسیون تغذیه بیماران و پرسنل
- ۵) نظارت مستمر بر نحوه تهیه و آماده سازی و توزیع مواد غذایی در بیمارستان

دبیر کمیته: مسئول واحد تغذیه		رئیس کمیته: رئیس مرکز		
مسئول بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	معاونت آموزشی	کارشناسان تغذیه	مدیر مرکز
نماینده پیمانکار	سوپروایز آموزشی	مسئول واحد بهداشت	مسئول کمیته ها	مسئول واحد خدمات
			سایر مدعوین بر حسب نیاز	کارشناس ایمنی بیمار



آیین داخلی کمیته آموزش

اهداف

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. ایجاد هماهنگی و هدایت فرآیندهای آموزشی اساتید و دانشجویان مرکز.
۳. ارتقاء سطح آگاهی علمی و مهارت‌های حرفه‌ای اساتید و دانشجویان مرکز از طریق سیاستگذاری برنامه‌های منسجم آموزشی.
۱. بهبود و تقویت فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی اساتید، دانشجویان و محققان مرکز

شرح وظایف

۱. تاکید بر سیاست (اهمیت بیمارستانهای آموزشی به عنوان مهمترین عرصه آموزشهای بالینی و نقش آن در تربیت و تأمین نیروی انسانی) در تصمیم گیریها .
۲. برنامه ریزی و سیاستگذاری درخصوص اجرای محور آموزش و پژوهش در سنجش های اعتباربخشی بیمارستانها.
۳. بررسی موانع در فرآیندهای آموزشی پژوهشی موجود در مرکز و ارائه راهکار برای آنها.
۴. اجرای نیازسنجی آموزشی و پژوهشی از اساتید و دانشجویان بیمارستان، و تاثیر آن در سیاستهای علمی بیمارستان.
۵. اعلام اولویتهای پژوهشی گروههای آموزشی بیمارستان به معاونت پژوهشی دانشگاه.
۶. برنامه ریزی، تدوین و تهیه امکانات مورد نیاز جهت برگزاری کارگاهها، برنامه ها، دوره های آموزشی و پژوهشی.
۷. بررسی شاخصهای آموزشی پژوهشی هر سه ماه یکبار و مقایسه آن با استانداردهای موجود و برنامه ریزی جهت رفع نارسایی ها.
۸. نظارت بر اجرای درست دستورالعملهای ابلاغ شده از سوی دانشکده ها و تعامل با مدیریت بیمارستان.
۹. بررسی زمینه های همکاری علمی مرکز با دیگر مراکز علمی.
۱۰. جمع آوری اطلاعات لازم در زمینه نیازهای آموزشی گروهها و انعکاس آن به مراجع ذیربط.
۱۱. بررسی و اظهار نظر در مورد احتیاجات مالی و اعتبارات لازم برای گروهها.
۱۲. ارزشیابی کار و فعالیتهای اعضای هیأت علمی و کوشش در رفع مشکلات و موانع کار و تهیه گزارش لازم در این زمینه.
۱۳. انعکاس و فراهم نمودن موجبات تأمین رفاه دانشجویان در فضاهای رفاهی مرکز.
۱۴. درخواست، پیگیری تهیه ، تحویل وسایل آموزشی و کمک آموزشی.
۱۵. همکاری در بررسی مشکلات مربوط به امور آموزشی بیمارستان از نظر کادر آموزشی، اجرای برنامه ها، آئین نامه و مقررات آموزشی.



اعضای کمیته

دبیر : کارشناس EDO		رئیس کمیته: ریاست بیمارستان
رئیس دانشکده پزشکی (یا نماینده ایشان) (معاون آموزشی بیمارستان/ معاون پژوهشی	مدیر مرکز
مدیران گروهها/ روسای بخشهای آموزشی (یا نمایندگان آنها)	رئیس دانشکده پیراپزشکی (یا نماینده ایشان)	رئیس دانشکده پرستاری مامایی (یا نماینده ایشان)
سوپروایزر آموزشی بیمارستان	مترون	مسئول واحد edu
		سایر اعضای کمیته بر اساس موضوع کمیته



آیین نامه داخلی کمیته مرگ ۱-۵۹ ماهه

اهداف کمیته

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. بررسی علل مرگ و میر، روند مرگ و میر،
۳. جلوگیری از موارد مرگ و میر قابل اجتناب،
۴. بررسی ابعاد قانونی مرگ و میر، عوارض بیمارستانی و روند آن

شرح وظایف

۱. بررسی تحلیلی ریشه ای مرگ اتفاق افتاده و تشکیل کمیته آن به روش (RCA)
۲. تکمیل فرم های تحلیلی مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه .
۳. تدوین مداخلت براساس اطاعات به دست آمده در سطح شهرستان.
۴. ارائه پیشنهاد به کمیته کاهش مرگ و میر دانشگاه برای اجرای مناسب تر مداخلت تصویب شده در سطح دانشگاه .
۵. جلب همکاری بین بخشی .
۶. تعیین راهکار و پیگیری اجرای راهکارها در کاهش مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه .
۷. نظارت بر تشکیل و حسن اجرای وظایف کمیته مربوطه .
۸. در کمیته مرگ و میر و زیرمجموعه های آن ضرورت دارد پزشک معتمد و پزشکان دخیل در پرونده در جلسه دعوت گردند. حضور ایشان در جلسه الزامی است و جلسه بدون حضور ایشان رسمیت ندارد .
۹. طبق راهنما و دستورالعمل نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماه در دانشگاه های علوم پزشکی، در صورت نداشتن مرگ هر سه ماه یک بار کمیته برگزار می گردد

اعضاء کمیته

دبیر : کارشناس		رئیس کمیته: ریاست بیمارستان
مسئول دفتر بهبود کیفیت	معاون آموزشی بیمارستان/ معاون پژوهشی	مدیر بیمارستان
کارشناس ایمنی بیمار	مترون	پزشک معتمد
مسئول کمیته ها	سوپروایزر آموزشی بیمارستان	پزشک پرونده
	سایر مدعوین طبق پرونده	مدیر گروه اطفال



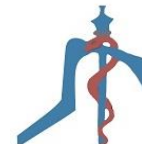
دستورالعمل داخلی کمیته انطباق

اهداف کمیته:

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. -در معاینه‌های مربوط به زنان و زایمان که در موارد ضرورت توسط افراد غیر هم جنس انجام می‌شود حضور یکی از محارم بیمار یا یک نفر از کارکنان فنی زن الزامی است. در سایر معاینه‌ها در صورت درخواست بیمار یا پزشک، حضور یکی از محارم بیمار بلامانع است. ماده ۷ - در مورد فوریت‌های پزشکی و ارائه خدمات اورژانسی حفظ حیات و سلامتی بیمار در اولویت است.
۳. -کلیه کارکنان مؤسسات پزشکی مکلف به رعایت پوشش کامل اسلامی هستند.
۴. -رفتار کلیه کارکنان مؤسسات پزشکی با بیماران و مراجعان باید بر اساس اخلاق حسنه، احترام به کرامت انسانی، رعایت موازین اسلامی و معرفی جامعه اسلامی و اصل رضایتمندی بیماران باشد
۵. مراجعه کارکنان اداری، فنی و خدماتی اعم از زن و مرد به قسمت‌های مختلف تشخیصی - درمانی در صورت لزوم باید با رعایت کامل ضوابط اسلامی و کسب اجازه از مسئول بخش مربوط باشد.
۶. -در کلیه مؤسسات پزشکی قسمت‌های مختص خانم‌ها و آقایان شامل بخش‌ها- رختکن‌ها- پویون‌ها- غذاخوری‌ها - اتاق‌های بستری بیماران و امثال آنها باید از هم جدا باشند.
- تبصره - در صورت فقدان امکانات کافی برای اجرای این ماده باید به هر نحو ممکن حریم‌ها رعایت شود.
۷. -پوشش کارکنان فنی مؤسسات پزشکی در موقع انجام کار در مؤسسه باید متناسب با کار مربوط و ضوابط اسلامی باشد. تبصره - حدود و فرم لباس‌های کارکنان فنی مرد و زن متناسب با کار مربوط توسط شورا تدوین و ابلاغ شود.
۸. -پوشش بیماران در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی - درمانی و مراقبتی باید بر اساس تأمین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت کامل موازین شرعی، اخلاقی پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی باشد. تبصره - حدود و فرم لباس‌های بیماران مرد و زن در بخش‌های مختلف مؤسسات پزشکی توسط شورا تدوین و ابلاغ می‌شود.
۹. -جا به جایی بیماران در مؤسسات پزشکی باید با رعایت پوشش کامل و در صورت امکان، به همراه یکی از کارکنان هم جنس یا یکی از محارم بیمار صورت گیرد.
۱۰. -مؤسسات پزشکی موظفند به منظور احترام به معتقدات مذهبی بیماران محضراً با رعایت اصول پزشکی و مراقبت‌های ضروری و آسایش سایر بیماران، حتی الامکان برای انجام فرایض مذهبی بیماران و ایجاد فرصت برای خانواده محضراً شرایط لازم را فراهم آورند.

وظایف دبیر کمیته:

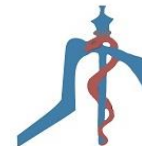
۱. -نظارت بر رعایت مفاد آیین نامه انطباق اموراداری و فنی مؤسسات پزشکی



۲. -بررسی انطباق عملکرد و پوشش بیماران و کارکنان با استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان
۳. -نظارت بر رعایت پوشش بیمار مطابق موازین شرعی و اخلاق پزشکی در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی درمانی و مراقبتی
۴. -نظارت بر ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان همگن
۵. تدوین، برنامه پاسخگویی به کلیه درخواستها و شکایات وارده در زمینه انطباق است.
۶. برنامه ریزی و اجرای راه کارهای بهبود کاربرد موازین شرعی در چارچوب قانون،
۷. -نظارت بر احترام به موازین شرع مقدس در عرصه خدمات پزشکی و افزایش رضایتمندی بیماران
۸. بهبود کاربرد موازین شرعی در چارچوب قانون و بررسی طرحهای ذیربط.
۹. نظارت بر حسن اجرای قانون و این آیین نامه و دستورالعمل هایی که در رابطه توسط شورا تدوین می شود.
۱۰. تدوین دستورالعمل های مربوط به چگونگی و حدود انطباق امور آموزشی آموزش دهندگان و آموزش گیرندگان با قانون به پیشنهاد معاونت مربوط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۱. -انجام امور فرهنگی مرتبط با اجرای این آیین نامه از طریق دستگاه های فرهنگی و سایر مراجع ذیربط

اعضاء کمیته :

رئیس کمیته: ریاست بیمارستان		مدیر بیمارستان		دبیر : سوپروایزر اخلاق	
معاونت آموزشی	روابط عمومی	سوپروایزر آموزشی بیمارستان	مترون		
کارشناس ایمنی بیمار	پزشک معتمد	مسئول دفتر بهبود کیفیت	مسئول کمیته ها		



دستورالعمل داخلی کمیته IPD

اهداف کمیته IPD:

۱. اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار
۲. مسئولیت تدوین سیاست‌های اجرایی بیماران بین الملل را برعهده دارد
۳. اهداف و چشم انداز بیمارستان در زمینه ارائه خدمات به بیماران بین الملل را تعیین می نماید
۴. همه خدمات پزشکی از پذیرش بیمار تا ارائه خدمات و ترخیص او از بیمارستان به فردی آگاه با قوانین با عنوان کارشناس IPD سپرده می شود

شرح وظیفه دبیر کمیته :

۱. هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیتهای بخش IPD
۲. نظارت مستمر برتشکیل و اجرای مصوبات کمیته
۳. شناسایی چالش ها و موانع پیاده سازی برنامه های بهبود کیفیت در واحد مذکور
۴. بررسی های لازم جهت پذیرش متناسب همراه با ترخیص به موقع بیمار
۵. کنترل و نظارت بر خرید تجهیزات پزشکی و دارو
۶. نظارت بر استانداردهای ایمنی بیمار بحران، بهداشت و...
۷. همکاری و هماهنگی با سایر کمیته های بیمارستانی در سایر اهداف مشترک
۸. نظارت و هماهنگی بین کارشناس IPD، پزشک و تیم پذیرش دهنده

شرح وظایف کارشناس IPD

۱. هماهنگی های لازم جهت بستری شدن بیمار
۲. هماهنگی با پزشک
۳. برآورد هزینه درمان و دیگر موارد مربوط به این بخش
۴. تمامی فعالیت‌هایی که در زمینه خدمات درمانی باید انجام گیرد، توسط کارشناس IPD هماهنگ می شود.

شرح وظایف پزشک IPD

۱. تمامی کارهای مربوط به درمان بیمار را پیگیری می کند
۲. ویزیت اولیه بیمار
۳. ارائه دستورات اولیه



۴. هماهنگی با پزشک پذیرش دهنده
۵. هماهنگی با سرپرستار و پرستارها برای انجام کارها
۶. ویزیت روزانه بیمار
۷. آماده کردن خلاصه پرونده
۸. هماهنگی با مسئول کامپیوتر برای تهیه پرونده الکترونیک
۹. پیگیری اتفاقات اورژانسی و...

پزشک پذیرش دهنده: مسئولیت درمان بیمار بر عهده پزشک پذیرش دهنده است.

تیم مراقبین:

۱. تیم مراقبین به گروهی گفته می شود که در طول حضور بیمار در بیمارستان کنار او بوده و او را در پروسه درمان همراهی می کنند
۲. مترجمی که مکالمات بین بیمار و کادر درمان را انجام می دهد
۳. افرادی که مسئولیت ارتباط بیمار با کارشناس IPD را برعهده دارند، جزو این تیم محسوب می شوند.

شرکت تسهیل گر:

علاوه بر موارد عنوان شده، یک شرکت با عنوان تسهیل گر خدمات توریسم پزشکی وجود دارد. این شرکت قرارداد بین بیمار با بیمارستان را تنظیم کرده و در واقع بیمار را به بیمارستان معرفی می کند. تمامی خدمات گردشگری و رفاهی مربوط به بیمار و همراهان او توسط این شرکت انجام می شود.

اعضاء کمیته

دبیر کمیته: کارشناس IPD			رئیس کمیته: رئیس مرکز		
مسئول IPD	پزشک IPD	مسئول امور مالی	مسئول بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	مدیر مرکز
			مسئول کمیته ها	کارشناس ایمنی بیمار	معاونت آموزشی



کد کمیته ها

کد کمیته ها	نام کمیته	ردیف
EH-CO-04	کمیته پایش و سنجش کیفیت	1
EH-CO-14	کمیته اجرایی	2
EH-CO-15	کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات	3
EH-CO-05	کمیته طب انتقال خون	4
EH-CO-03	کمیته اورژانس/تعیین تکلیف بیماران/تریاز	5
EH-CO-18	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	6
EH-CO-01	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	7
EH-CO-16	کمیته اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات	8
EH-CO-06	کمیته درمان، دارو، تجهیزات پزشکی	9
EH-CO-08	کمیته مرگ و میر ۱-۵۹ ماهه	10
EH-CO-07	کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر	11
EH-CO-09	کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج	12
EH-CO-02	کمیته کنترل عفونت	13
EH-CO-11	کمیته بهداشت محیط	14
EH-CO-12	کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای	15
EH-CO-13	کمیته تغذیه	16
EH-CO-17	کمیته آموزش	17
EH-CO-10	کمیته انطباق	18
EH-CO-19	کمیته IPD	19