



۱- هدف:

- ۱-۱- یکپارچه سازی روند تدوین، تایید، کدگذاری، ابلاغ و توزیع مستندات، کنترل و به روزرسانی مستندات درون سازمانی و نیز جمع‌آوری نسخ منسوخ مستندات در بیمارستان نیکان غرب
- ۱-۲- تعیین چگونگی ابلاغ، توزیع، کنترل و به روزرسانی مستندات برون سازمانی و نیز جمع‌آوری نسخ منسوخ مستندات فوق
- ۱-۳- کسب اطمینان از دسترسی بخش‌ها و واحدهای مرتبط به آخرین ویرایش و نسخه معتبر هر مستند
- ۱-۴- رعایت موازین سوابق و مستندات مدیریت مندرج در کتاب استانداردهای اعتباربخشی ملی ویرایش پنجم سنجه الف-۱-۴-۶ صفحه ۱۳

۲- دامنه کاربرد:

این سند در مورد تمامی مستندات درون و برون سازمانی، فرایندها مرتبط با تمام بخش‌های درمانی، واحدهای پاراکلینیک و واحدهای پشتیبانی بیمارستان نیکان غرب کاربرد دارد و اجرای آن الزامی است.

۳- فرد پاسخگو: مسئول بهبود کیفیت بیمارستان نیکان غرب

۴- تعاریف:

- ۴-۱- **مستندسازی:** فرآیند ثبت کامل اطلاعات مربوط به سیاست‌های یک سازمان می‌باشد که منطبق بر دستورالعمل‌های ابلاغی از مراجع کشوری یا دانشگاهی است.
- ۴-۲- **سند:** منظور از سند هر گونه نوشته، تصویر، فیلم یا صوتی است که به قصد ارائه اطلاعات برای انجام وظایف، ثبت داده‌های عملکردی سازمان، انتشار دانش سازمانی، شواهدی که برای تعیین انطباق محصول/پیامد به دست آمده با ویژگی‌های تعیین شده تهیه می‌شود. با تصویب ویرایش جدید هر سند، تمامی ویرایش‌های قبلی به عنوان **نسخ منسوخ** شناخته می‌شود.
- ۴-۳- **مستندات درون سازمانی:** این نوع مدارک در داخل بیمارستان نیکان غرب در راستای تامین الزامات اجرائی بیمارستان و استانداردهای بالادستی ایجاد شده و شامل خط مشی و روش‌های اجرایی، دستورالعمل‌ها، فرم‌ها، فرایندها، آئین نامه‌های داخلی و ابلاغیه‌های داخلی بیمارستان می‌باشد.
- ۴-۳-۱- **دستورالعمل (Instructions):** یک راهنما که دستورالعمل‌های دقیق برای چگونه انجام دادن یک کار به صورت گام به گام برای دستیابی به یک هدف یا مأموریت را فراهم می‌آورد. در این نوع سند معمولاً از افعال دستوری استفاده می‌شود تا فرد را به انجام وظایف هدایت کند یا دستور دهد و به منظور جهت دهی در یک توالی کار منطقی نوشته می‌شوند. فرمت خام سند دستورالعمل در قسمت **File share** بهبود کیفیت در دسترس قرار داده شده است.
- ۴-۳-۲- **روش اجرایی (Procedure):** روش اجرایی یک طریق مشخص برای انجام یک فعالیت است و چیزی که انجام شده را شرح می‌دهد ولی وارد جزئیات چگونگی انجام آن نمی‌شود. در این نوع سند فرد پاسخگو و سیاست اجرایی سازمان مشخص می‌شود و از آنجایی که ممکن است افراد زیادی درگیر انجام روش اجرایی شوند، عناوین آنها باعث آشکار سازی نقش آنها می‌شود. (روش اجرایی دید کلی از فرایند را ایجاد می‌کند) فرمت خام سند روش اجرایی توسط دفتر بهبود کیفیت در دسترس افراد قرار داده شده است.
- ۴-۳-۳- **خط مشی (Policy):** بیانیه‌های رسمی هستند که توسط بالاترین مقام ارشد تولید و پشتیبانی می‌شوند. این بیانیه‌ها می‌توانند در کل سازمان، برای موضوع خاص یا مختص یک سیستم باشند. سیاست‌های سازمان باید منعکس کننده اهداف سازمان برای برنامه ریزی باشند. سیاست‌های سازمان مانند پایه و اساس ساختمان می‌باشند که به صورت ساده و قابل درک برای خواننده می‌باشد. فرمت خام سند خط مشی توسط دفتر بهبود کیفیت در دسترس افراد قرار داده شده است.
- ۴-۳-۴- **فرایند (Process):** مجموعه‌ای فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه ریزی شده انجام می‌گیرد. دارای شروع و خاتمه مشخص می‌باشد و شامل فرایندهای اصلی، پشتیبانی و مدیریتی می‌باشد.
- ۴-۳-۴-۱- **نمودار یا فلوچارت:** نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند برای اجرای کار درست انجام می‌شود را نشان می‌دهد. برای ایجاد ادبیات مشترک و فهم فلوچارت ترسیم شده از اشکال هندسی قراردادی به شرح زیر استفاده می‌شود:



۱-بیضی (شروع و پایان فرایند)

۲-مستطیل (انجام یک فعالیت)

۳-لوزی (نشان دادن یک تصمیم گیری)

۴-فلش برای نشان دادن مسیر جریان فرایند

۴-۴-مستندات برون سازمانی: این نوع مدارک بیرون از بیمارستان تدوین شده و بر سیستم اعتباربخشی تاثیرگذار است و شامل دستورالعمل ها، آئین نامه ها، قوانین، بخشنامه ها و مصوبه های وزارت متبوع می باشد که برای ارائه خدمت در داخل بیمارستان استفاده می شوند.

۴-۵-کد گذاری: جهت کنترل مدارک و مستندات موجود در بیمارستان براساس قواعد مشخص از عبارات و اعدادی مشخص استفاده می گردد که منحصر به همان سند و سازمان می باشد و توسط دفتر بهبود کیفیت انجام می شود.

۴-۶-ابلاغ: مطلع ساختن افراد ذی ربط از محتوای مستندات و اجرای آن پس از تایید توسط بالاترین مقام سازمان را ابلاغ گویند که فقط با امضای بالاترین مقام ارشد انجام می گردد.

۴-۶-۱-ابلاغ داخلی: مواردی است که بر حسب ضرورت و با استناد به سیاست های تعیین شده در بیمارستان در راس امور توسط بالاترین مقام ارشد/ رئیس بیمارستان به افراد ابلاغ می گردد.

۴-۷-تدوین: پیاده سازی مراحل اجرای فرایندها و فعالیت ها در یک سازمان منطبق با دستورالعمل های سازمان های بالا دستی را تدوین می نامند.

۴-۸-بازنگری: برای اطمینان از اینکه مستندات به روز بوده و اعتبار لازم را برای استفاده دارند مورد بازنگری و پایش قرار می گیرند و به صورت حداکثر سالیانه انجام می شود. در صورتی که هر تغییری در سیستم یا فرایندها اتفاق بیفتد که نیاز به بازنگری مستندات وجود داشته باشد، این تغییرات بدون در نظر گرفتن بازه زمانی یکساله و به صورت آنی انجام می شود.

۵-سیاست اجرایی بیمارستان:

سیاست بیمارستان نیکان غرب براساس اسناد ابلاغی سازمان های بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی تعیین شده است.

۶-مسئولیت ها و اختیارات:

۶-۱-مسئول بهبود کیفیت مسئولیت تدوین، بازنگری و نظارت بر اجرای این سند را بر عهده دارد.

۶-۲-مسئولین واحدها وظیفه اجرای صحیح این روش اجرایی را دارند.

۷-شیوه انجام کار:

مسئول اجرا	موارد:
	۷-۱-پیشنهاد و تدوین سند: ممکن است با توجه به نیازهای موجود یا نتایج ممیزی های داخلی یا بازنگری مستندات و یا سایر موارد، نیاز به ایجاد یک مستند جدید یا تغییر در مستند قدیمی و ویرایش آن باشد. در چنین موردی مستندات قابل بازنگری با اتوماسیون به تایید مسئول ارشد واحد ارائه می شود. مسئول ارشد پس از بررسی موضوع و جلب نظر موافق صاحبان فرایند و مسئول بهبود کیفیت، اعلام نظر می کند. مسئول بهبود کیفیت فرد یا افرادی را که با نظر او مشخص می شوند به عنوان مسئول بازنگری مستند تعیین می کند. در زمانی که یک مستند قدیمی مورد بازنگری و یا تغییر جهت تجدید انتشار قرار می گیرد باید تهیه کنندگان مستند به اطلاعات و سوابق گذشته مربوط به آن دسترسی داشته باشند. پیش نویس سند باید با سایر مستندات سیستم بهبود کیفیت و رعایت استاندارد نوشتاری مطابقت داشته باشد. روش اجرا به شرح ذیل می باشد:

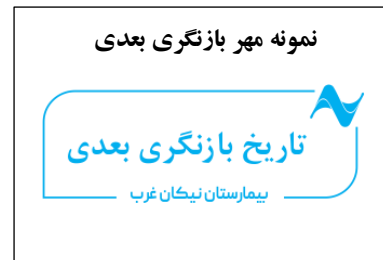


مسئول بهبود کیفیت	۱-۱-۷- فرمت خام انواع سند جهت ایجاد رویه یکسان تهیه می شود و اطلاع رسانی به واحدها صورت می گیرد، این سند توسط دفتر بهبود کیفیت در دسترس افراد گذاشته می شود.
صاحب اصلی فرایند/ فرد پیشنهاد دهنده	۱-۲-۷- برای تهیه یک سند باید سابقه سند از بهبود کیفیت استعلام گرفته شود. تبصره ۱: لازم است تمام مقررات سازمان های بالادستی از جمله وزارت متبوع، دانشگاه علوم پزشکی و مجموعه بیمارستان های نیکان رعایت و در تنظیم سند به عنوان منابع مورد استناد به آنها اشاره گردد و از کارشناسان مرتبط در مورد مراجع موجود مشاوره گرفته شود.
صاحب اصلی فرایند/ فرد پیشنهاد دهنده	۱-۳-۷- باتوجه به مستندات ابلاغی وزارت بهداشت و درمان یا دانشگاه علوم پزشکی مربوطه و سایر مستندات موجود در قالب یک نامه اتوماسیون شده و به مدیر ارشد ارائه می کند. تبصره ۲: اسنادی مانند دستورالعمل ها، روش اجرایی، خط مشی ها و فرایندها در کمیته مرتبط پس از انجام کارشناسی لازم توسط صاحب اصلی فرایند مطرح می شود.
۲-۷- تصویب، ابلاغ، توزیع و کنترل مستندات:	
صاحبان فرایند/ دبیر کمیته	۱-۲-۷- پس از تایید اولیه صاحبان اصلی؛ پیش نویس سند در فرمت مخصوص با توجه به نوع سند و با رعایت الزامات مستندات ابلاغی از مراجع بالاتر/ اسناد بالادستی در صورت لزوم جهت تایید نهایی در کمیته مربوط مطرح می شود و چنانچه کمیته مرتبط وجود نداشت با تشخیص مسئول بهبود کیفیت در کمیته سنجش و پایش کیفیت/ مدیریت و رهبری ارائه خواهد شد. در غیر اینصورت مطابق بند ۴-۲-۷ اقدام می گردد.
صاحبان فرایند/ دبیر کمیته	۲-۲-۷- پیش نویس پس از اعمال اصلاحات مصوب کمیته، در فرمت Word جهت کد گذاری به دفتر بهبود کیفیت ارسال می گردد.
کارشناس بهبود کیفیت	۲-۳-۷- پیش نویس ارسالی پس از انطباق با مصوبه از نظر رعایت اصول مندرج در روش اجرایی حاضر کنترل و اصلاحات لازم اعمال می شود. تبصره ۳: نسخه کاغذی/ الکترونیک سند پس از اخذ امضای تایید اولیه صاحبان اصلی فرایند/ تهیه کنندگان یا دبیر کمیته به دفتر بهبود کیفیت ارسال می شود. تبصره ۴: رئیس بیمارستان از بین نویسندگان سند، نماینده گروه مرتبط جهت تایید اولیه مستندات را تعیین می نماید.
مسئول بهبود کیفیت	۴-۲-۷- پیش نویس مستندات جهت تصویب و ابلاغ به دفتر بهبود کیفیت ارائه می گردد. مسئول بهبود کیفیت پیش نویس مربوطه را مطابق بند ۱-۲-۷ در کمیته مطرح می نماید. در غیر اینصورت موظف است متن پیش نویس را تایید و جهت ابلاغ به کارتابل رئیس بیمارستان ارسال نماید. تبصره ۵: در مواقعی که ضرورت ایجاد می کند، با استناد به اسناد بالادستی، گزارشات ارسالی بازدیدها و عدم انطباق های تکرارشونده و... رئیس بیمارستان می تواند راسا بدون طی مراحل عنوان شده در بندهای قبلی سندی را که شامل اسناد درون سازمانی-ابلاغ های داخلی و فرم های ضروری می شوند؛ تصویب و ابلاغ نماید. این موارد به عنوان ابلاغ داخلی (بند ۴-۷) شناخته می شوند.
۳-۷- توزیع نسخ و اسناد معتبر یا قابل استناد	
مسئول بهبود کیفیت	۱-۳-۷- مستنداتی که مورد تصویب قرار می گیرند پس از انطباق با اصول تدوین سند توسط دفتر بهبود کیفیت و درج امضاهای مجاز، کد گذاری شده و تاریخ ویرایش آن مشخص می گردد. نگهداری اصل سند معتبر یا قابل استناد به شکل الکترونیک، صرفا در یک نسخه در دفتر بهبود کیفیت الزامی است. تبصره ۶: توزیع مستندات و انتشار آن در سازمان از طریق پرتال و اتوماسیون انجام می گیرد.



مسئول واحد/ بخش	۷-۳-۲- چنانچه وجود فایل کاغذی یک سند (مستنداتی که مورد تصویب قرار گرفته اند) نیاز باشد، درخواست با ذکر علت به تایید مدیر حوزه رسانده می شود. در این صورت یک نسخه از تصویر با ذکر نسخه کپی با مهر سبز رنگ "کنترل شد" (مانند نمونه ذیل) پس از ثبت در فرمت اکسل توسط دفتر بهبود کیفیت بایگانی می شود. پس از طی این مراحل، مستند مربوطه توسط دفتر بهبود کیفیت به هر یک از اشخاص یا سمت‌های سازمانی دخیل در اجرای سند تحویل داده می‌شود. (براساس اطلاعات این فایل، واحد بهبود کیفیت به سرعت در می‌یابد که چه مستنداتی در اختیار کدام یک از واحدها و چه کسانی قرار گرفته است تا در صورت تغییر بتوان آن مستندات را به سرعت جمع آوری نموده و نسخ جدید را بین افراد تحویل گیرنده توزیع نماید). تبصره ۷: مستندات تصویب شده با درج مهر "کنترل شد" از طریق اتوماسیون به صاحبان اصلی پس از ابلاغ توسط مسئول بهبود کیفیت، رونوشت می گردد و همچنین در پرتال به روزرسانی می گردد. تبصره ۸: توزیع و نگهداری مستندات در واحد/ بخش های بیمارستان فقط در صورتی مجاز است که مراحل مندرج در بند ۷-۲-۴ در مورد آن رعایت شده باشد. نسخ فاقد مشخصات مندرج در بند ۷-۲-۴ باید توسط مسئولین واحدها جمع آوری و جهت امحا به دفتر بهبود کیفیت ارجاع شود. توزیع و نگهداری مستندات به صورتی الکترونیک و از طریق پرتال می باشد. تبصره ۹: مسئول بهبود کیفیت مجاز است، مستند دارای مشخصات مندرج در بند ۷-۲-۴ را در پرتال بیمارستان در دسترس همگانی قرار دهند.
-----------------	--

نمونه مهرها



دفتر بهبود کیفیت	۷-۳-۳- چنانچه مستند مورد توزیع، مستندی باشد که مورد تجدید انتشار قرار گرفته است، لازم است در زمان توزیع ویرایش جدید، مستندات منسوخ جمع‌آوری شود. نسخه اصلی مستند منسوخ با مهر قرمز رنگ "نامعتبر" (مانند نمونه) ممهور می گردد و به عنوان سابقه در نزد دفتر بهبود کیفیت نگهداری می‌شود و بقیه مستندات منسوخ امحا می‌شوند.
۷-۴- توزیع نسخ کپی یا تصویر سند معتبر جهت ارائه به برون سازمانی	
دفتر بهبود کیفیت	۷-۴-۱- در مواردی که برای اشخاص یا سازمان‌های علاقمند، بر طبق دستورکتابی رئیس بیمارستان یا جانشینی که توسط وی انتخاب می شود، مستندی باید ارسال گردد که کنترل آنها عملی نباشد، به دفتر بهبود کیفیت به صورت کتبی اعلام میگردد سپس با مهر "Copy" (مانند نمونه) مشخص می‌گردد. این مستندات بعد از صدور به روزآوری نمی‌شوند.



نمونه مهر اسناد نامعتبر نامعتبر بیمارستان نیکان غرب	نمونه مهر اسناد کپی جهت ارائه به برون سازمان COPY بیمارستان نیکان غرب	نمونه مهر اسناد برون سازمانی اسناد برون سازمانی بیمارستان نیکان غرب
۵-۷-توزیع مستندات برون سازمانی		
۵-۷-۱-چنانچه نسخه اصل مستندات برون سازمانی به بومی سازی نیاز نداشته باشند بدون هیچگونه تغییری در محل واحد (های) مرتبط و بهبود کیفیت ارجاع و نگهداری می گردد. لیست کلیه دستورالعمل های ابلاغی توسط مسئول دفتر ریاست و دفتر بهبود کیفیت گردآوری می شود. اسناد برون سازمانی با مهر قرمز رنگ مشخص "اسناد برون سازمانی" و در لیست اسناد برون سازمانی ثبت و در بایگانی دفاتر بهبود کیفیت مجموعه ها در دسترس همگانی قرار می گیرد.	دفتر بهبود کیفیت	
تبصره ۱۰: در خصوص پوسترها و فرایندهای اجباری که باید مراجعین مطلع باشند؛ موارد در معرض دید و بر روی دیوار نصب می گردد. برچسب "کنترل شد" با ذکر تاریخ بر روی تمام موارد جهت کنترل توسط دفتر بهبود کیفیت نصب و ثبت می شود.		
۶-۷-کدگذاری		
۶-۷-۱-سند پس از تایید افراد دخیل در تدوین و تصویب سند و اعمال اصلاحات لازم توسط بهبود کیفیت از نظر رعایت قواعد نوشتاری، فرمت و مقررات این سند به روش کدگذاری مندرج در جداول شماره ۱-۶-۷ و ۱-۶-۷-۲-پیوست، کد گذاری و در فایل PDF جهت ابلاغ و توزیع آماده می گردد. (کد گذاری پس از طی مراحل تصویب سند، صرفا توسط واحد بهبود کیفیت مجاز و قابل انجام می باشد).	دفتر بهبود کیفیت	
۷-۷-بازنگری		
۷-۷-۱-مستندات سالیانه که از طرف دفتر بهبود کیفیت مشخص می شوند، مورد بازنگری قرار می گیرد و از مناسب بودن این مستندات با شرایط اطمینان حاصل می شود. مراحل ویرایش هر سند مطابق مراحل تدوین همان سند بوده و پس از بازنگری، سند با شماره ویرایش جدید ابلاغ و توزیع خواهد شد.	مسئول بهبود کیفیت/ صاحبان فرایندی	
تبصره ۱۱: زمان هر بازنگری و نتیجه و شرح آن در صفحه مربوط به بازنگری هر مستند در فایل بایگانی درج می گردد. کلیه مستندات سیستم به صورت سالیانه/ یا بر اساس مدت اعتبار مندرج در سند توسط واحد بهبود کیفیت کنترل شده و در صورت عدم نیاز به ویرایش، با درج تاریخ اعتبار جدید در ذیل سند با مهر آبی رنگ "تاریخ بازنگری بعدی" ثبت می شود و مجدد با درج اعتبار جدید ابلاغ می گردد. کلیه سوابق مربوط به بازبینی های انجام گرفته در مستندات و فرم توزیع نسخ همراه با مستند اصلی نزد دفتر بهبود کیفیت نگهداری می شوند. صفحه مربوط به بازنگری در فایل بایگانی دفتر بهبود کیفیت سیر تحول یک مستند را از زمان تهیه تا حال نشان می دهد. در زمان بازنگری چنانچه مستند نیاز به تغییرات اساسی دارد، سند پس از طی مراحل تایید و تصویب؛ توزیع و منتشر خواهد شد.		
۸-۷-قوانین چاپ		
۸-۷-۱-فرم ها، دفاتر و اوراقی که توسط واحدهای مختلف جهت چاپ پیشنهاد می شود و از نظر اعتباربخشی یا الزامات قانونی چاپ آنها ضروری است پس از طی فرایندهای داخلی مراکز و تصویب در کمیته موضوعی مربوط، کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و پس از مشخص شدن تعداد لازم جهت چاپ با تایید بهبود کیفیت برای چاپ اقدام می شود. (مستند قابل چاپ در پشت برگه ممهور به مهر تایید دفتر بهبود کیفیت؛ جهت چاپ می گردد).	دفتر بهبود کیفیت /فرد پیشنهاد دهنده	



واحد پیشنهاد دهنده

۷-۸-۲- تعداد مورد نیاز برای چاپ توسط واحد پیشنهاد دهنده اعلام و به تایید مدیر ارشد حوزه می رسد.

***فرایند انتشار یا چاپ مستندات: با توجه به شرایط و سیاست های داخلی بیمارستان نیکان غرب اقدام می شود.

۷-۶-۱-۱- مشخصات کدینگ بیمارستان نیکان غرب به شرح ذیل می باشد:

WNH	a	b	c	a	b	c	#	#	#	#	#	#	#
مخفف نام بیمارستان (لاتین)	مخفف نام مدرک (لاتین)			مخفف نام واحد (لاتین)			شماره سریال (عددی)					شماره ویرایش	

ردیف	نام مستند	کد اختصاصی مستند	تعریف
۱	روش اجرایی و خط مشی	PNP	Procedure & Policy
۲	دستورالعمل کاری	INS	Instruction
۳	فرم ها	FRM	Form
۴	دفاتر	NBK	Notebook
۵	کتاب / کتابچه	BOK	Book
۶	چک لیست ها	CHK	Check List
۷	گزارش	REP	Report
۸	ممیزی	ADT	Audit
۹	چارت	CHR	Chart
۱۰	شاخص	IND	Indicator
۱۱	ضمیمه	APX	Appendix
۱۲	شرح وظایف کارکنان	STD	Staff duties
۱۳	آزمون	TST	Test
۱۴	سند	DOC	Document
۱۵	فرایند	PRC	Process
۱۶	برنامه عملیاتی	GAP	General Action Plan
۱۷	ارزیابی	ASM	Assessment
۱۸	ارزشیابی	EVL	Evaluation



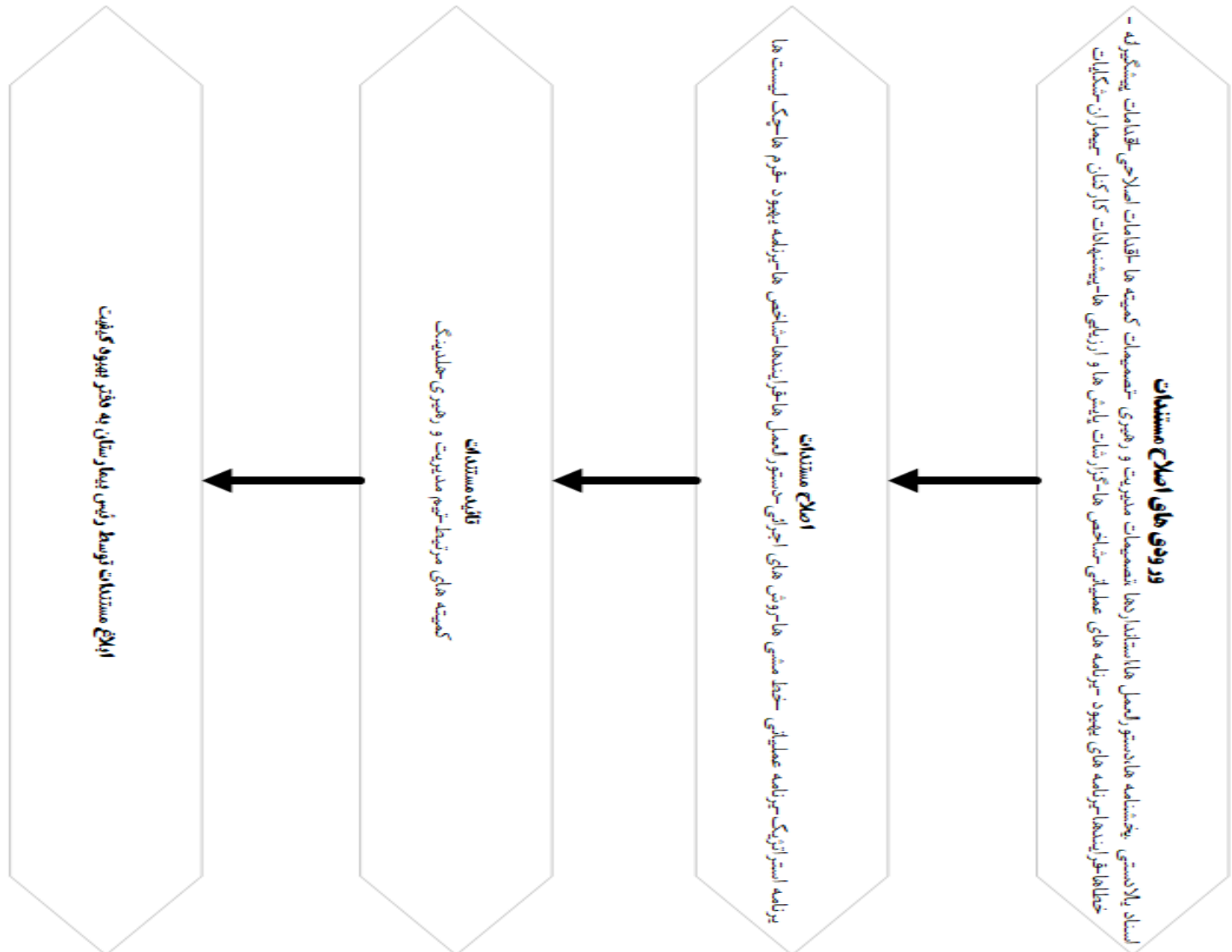
مشخصات واحدهای بیمارستان به شرح ذیل می باشد:

ENG	تاسیسات	RCP	پذیرش	QCD	بهبود کیفیت	MND	مدیریت
ITD	فناوری اطلاعات	NUT	تغذیه	IMG	رادیولوژی	LAB	آزمایشگاه
OCH	بهداشت حرفه ای	PHR	داروخانه	MED	تجهیزات پزشکی	NUR	واحد پرستاری
DIC	ترخیص	WHR	انبار	RCP	پذیرش	PTD	فیزیوتراپی
ICD	کنترل عفونت	MEF	مدارک پزشکی	REH	توانبخشی	LND	لندری
PRD	حقوق گیرندگان خدمت	HRD	منابع انسانی	ENH	بهداشت محیط	CSD	استریلیزاسیون مرکزی
FND	مالی	HWM	مدیریت پسماند	SEC	انتظامات	BLT	بانک خون
EDU	آموزش	IPD	واحد بیماران بین الملل	PSD	واحد ایمنی بیمار	NMD	پزشکی هسته ای

- کد شناسه اسناد در سیستم اعتباربخشی نیکان غرب از ۵ بخش و ۱۶ شناسه تشکیل شده است.
- شماره ویرایش با ۰۰ و شماره سریال با ۰۰۰۰۱ شروع می شود که نشانگر اعتبار سند می باشد و به عبارتی بیانگر این مطلب است که از هر سند چند عدد در سیستم موجود می باشد.

۸-پایش و نظارت:

- ۸-۱-پایش: فرمت و روش گزارش پایش اجرای سند توسط مسئول بهبود کیفیت بیمارستان، طراحی و مطابق فرایند مربوط، تصویب و ابلاغ خواهد شد. گزارش پایش اجرای سند هر ۶ ماه در کمیته سنجش و پایش کیفیت بیمارستان مطرح خواهد شد.
- ۸-۲-نظارت: نظارت بر اجرای روش اجرایی و خط مشی به شرح ذیل خواهد بود:
 - ۸-۲-۱-نظارت بر عملکرد تمام مسئولین واحدهای درمانی و غیر درمانی برعهده کارشناس بهبود کیفیت خواهد بود.
 - ۸-۲-۲-نظارت بر عملکرد مسئول بهبود کیفیت بر عهده رئیس بیمارستان خواهد بود.
- تبصره ۱۲: موارد عدم انطباق توسط مسئول بهبود کیفیت در قالب فرم ثبت عدم انطباق و اقدام اصلاحی به مدیر مربوطه و رئیس بیمارستان اعلام می شود.
- تبصره ۱۳: مواردی که در خصوص تایید، تصویب، ابلاغ و بازنگری اسناد یا اصلاح اسناد دخیل می باشند مطابق با فرایند ذیل می باشد:



۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۹-۱- تایید: پس از تایید اولیه روسای نیکان غرب، دفتر توسعه مدیریت و بهبود کیفیت نیکان غرب مرجع تایید این سند خواهد بود.

۹-۲- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند در بیمارستان نیکان غرب خواهد بود.

۹-۳- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر توسعه مدیریت و بهبود کیفیت نیکان غرب نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این خط مشی و روش اجرایی توسط دفتر توسعه مدیریت و بهبود کیفیت نیکان غرب صورت خواهد گرفت.

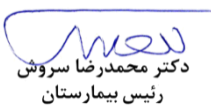
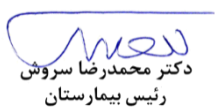
۹-۴- بازنگری: این سند توسط دفتر توسعه مدیریت و بهبود کیفیت نیکان غرب به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان مرکز، دفتر توسعه مدیریت و بهبود کیفیت نیکان غرب می‌توانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

۱۰- منابع و مراجع:

۱۰-۱- سنج‌های اعتباربخشی ویرایش پنجم سال ۱۴۰۱-مقررات داخلی بیمارستان نیکان غرب

۱۰-۲- استاندارد ایزو ۹۰۰۱



محمد شریفی صابر-مدیر اجرایی بیمارستان		تکتم سبحانی -مسئول بهبود کیفیت نیکان غرب		تهیه کنندگان
				
دکتر محمدرضا سروش-رئیس بیمارستان نیکان غرب				
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان				
دکتر محمدرضا سروش-رئیس بیمارستان نیکان غرب	تصویب و ابلاغ کننده	مصوبه کمیته سنجش و پایش کیفیت مورخ ۱۴۰۱/۰۳/۲۵	تأیید کننده	تکتم سبحانی -مسئول بهبود کیفیت
 دکتر محمدرضا سروش رئیس بیمارستان				
نسخه کپی		دفتر سنجش و پایش کیفیت		
		توزیع نسخ		
تاریخ بازنگری بعدی بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۶/۰۵/۳۱ کنترل شد بیمارستان نیکان غرب ۱۴۰۵/۰۴/۳۱				