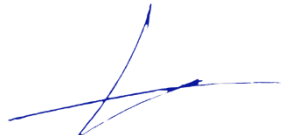
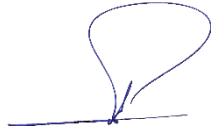
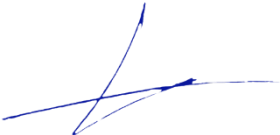




۱- هدف: هدف از تدوین این روش اجرایی نظارت مستمر بر دوربین های مدار بسته در کلیه مکان های تحت نظارت دوربین مداربسته بیمارستان و همچنین پروتکل ها در زمان قطع آنها می باشد.	
۲- دامنه کاربرد: تمام واحدها و مکان های تحت پوشش دوربین های مدار بسته	
۳- تعاریف:-	
۴- سیاست اجرائی بیمارستان: ۴-۱- سیاست بیمارستان های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی، نظارت مستمر بر دوربین های مدار بسته در کلیه مکان های تحت نظارت دوربین مداربسته بیمارستان و همچنین پروتکل ها در زمان قطع آنها می باشد که در راستای سیاست ارتقاء کیفیت خدمات مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول فناوری اطلاعات	
۶- مسئولیت ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول فناوری اطلاعات مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل را برعهده داشته و بر اساس شرح وظایف ابلاغی در محدوده فعالیت خود دارای اختیار می باشد.
۷- شیوه انجام کار:	
مسئول اجرا	
مسئول فناوری اطلاعات	۱-۷- لیست دوربین های مدار بسته بیمارستان تهیه و آماده می گردد.
مسئول فناوری اطلاعات	۲-۷- لیست دوربین های مدار بسته در کیتمه بحران مطرح و سطح بندی دوربین ها با نظر اعضاء کمیته و نظر مستقیم مدیریت بیمارستان نهایی و اعلام می گردد.
مسئول فناوری اطلاعات	۳-۷- مطابق با برنامه ریزی از قبل تعیین شده در صورت قطعی دوربین ها، با درجه الویت A و B که از درجه اهمیت بالاتری برخوردار هستند، راه اندازی و رفع عیوب این دوربین ها با الویت بالاتری انجام خواهد شد.
مسئول فناوری اطلاعات	۴-۷- با توجه به تعداد سرورها و نحوه چینش آنها در صورت به وجود آمدن مشکلاتی که منجر به قطعی دوربین ها می گردد، دوربین های گروه C و D با در نظر گرفتن همپوشانی به منظور نظارت بر بخش و جلوگیری از حذف کامل یک بخش، با اطلاع مسئول فناوری اطلاعات و نظر مدیریت بیمارستان از مدار خارج و دوربین های مدار بسته سطوح A و B به مدار اضافه می گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۱-۸- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله برعهده مسئول فناوری اطلاعات می باشد و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می نماید.	
۲-۸- نظارت: مسئول بهبود کیفیت بر روند اجرای روش اجرایی نظارت دارند.	
۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:	
۱-۹- تایید: مدیر اجرایی مرجع تایید این روش اجرایی خواهد بود.	
۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان مرجع تصویب و ابلاغ این روش اجرایی خواهد بود.	
۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این روش اجرایی در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد. توزیع نسخ این روش اجرایی توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.	
۴-۹- بازنگری: این روش اجرایی توسط بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر اجرایی، کمیته پایش و سنجش کیفیت می توانند پیشنهاد بازنگری در این روش اجرایی را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری مطرح نمایند.	
۱۰- منابع و مراجع:	
۱-۱۰- تجارب سازمانی	



تهیه کنندگان			
سناناز شایسته دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا	دکتر مجید تقدیر مدیریت فناوری اطلاعات	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	محمدعلی سنجابی مسئول انفورماتیک بیمارستان
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	