

بخش جراحی

مدیریت و سازماندهی

۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
۱-۲. در بخش جراحی، نسخه‌ای خوانا و قاب شده از رسالت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است.
۳-۱. تمام کارکنان بخش جراحی، از رسالت بیمارستان و نقش این بخش در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک آن اطلاع دارند.

۱. برنامه
استراتژیک

۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش جراحی، حداقل عبارت است از:
• دارا بودن مدرک دکترای تخصصی جراحی مرتبط

۲. رئیس
بخش

۱-۳. شرایط احراز برای سرپرستار بخش جراحی، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی ارشد پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش جراحی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت) و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی
• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش جراحی به علاوه مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (دوره‌های مورد تأیید وزارت بهداشت)

۳. سرپرستار
بخش

• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۳ سال سابقه کار در بخش جراحی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی
• دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی و ۱ سال سابقه کار در بخش جراحی

در بخش جراحی زنان، ماما نیز با احراز شرایط مندرج در راهنمای استاندارد، می‌تواند به‌عنوان مامای مسئول بخش منصوب گردد.
تذکر:

۱-۴. پزشک مقیم متناسب با بخش تخصصی، در تمام بخش‌های جراحی، در تمام اوقات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته حضور دارد.

۴. پزشک
مقیم

با توجه به اینکه در بلوک زایمان حضور ۲۴ ساعته پزشک مقیم، ضروری است، مشخص بودن پزشک آنکال در بخش جراحی زنان، قابل پذیرش است.
تذکر:

۵. پرستار
مسئول شیفت

- ۵-۱. شرایط لازم برای پرستاران مسئول شیفت در بخش جراحی، عبارت است از:
- دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و حداقل ۱ سال سابقه کار در بخش جراحی و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی
 - دارا بودن مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، مدرک RN و گذراندن دوره‌های حرفه‌ای تکمیلی بخش جراحی

در بخش جراحی زنان، ماما نیز با احراز شرایط مندرج در راهنمای استاندارد، می‌تواند
تذکره: به‌عنوان مامای مسئول شیفت منصوب گردد.

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

۶. پرونده
پرستاری
(کاغذی /
الکترونیک)

- ۶-۱. پرونده پرستاری (کاغذی / الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش جراحی، حداقل شامل موارد ذیل بوده و یک نسخه از آن در دسترس رئیس بخش است:
- نام و نام خانوادگی، جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت) و سمت سازمانی
 - شرح وظایف شغلی امضا شده توسط فرد
 - چک‌لیست‌های گذراندن دوره توجیهی بدو ورود، مباحث ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط امضا شده توسط فرد
 - کپی آخرین مدرک تحصیلی
 - کپی مدارک دوره‌های آموزشی طی شده
 - مستندات مربوط به آزمون‌های اولیه و دوره‌ای توانمندی کارکنان به منظور انجام مسئولیت‌های محوله
 - مستندات مربوط به آزمون‌های دوره‌ای ارزیابی حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای کارکنان
 - مستندات مربوط به سنوات خدمت به تفکیک محل خدمت

۷. لیست
کارکنان

- ۷-۱. در بخش جراحی، لیستی از همه کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل است:
- نام و نام خانوادگی
 - جزئیات تماس (شامل تلفن و آدرس فرد و خویشاوندان یا دوستانی که در صورت لزوم، از طریق آنها بتوان با وی تماس گرفت).
 - سمت سازمانی
- ۷-۲. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام، نام خانوادگی و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده است.
- ۷-۳. در بخش جراحی زنان، مستندات حاکی از حضور ماما در تمام نوبت‌های کاری هستند.
- ۷-۴. هر یک از کارکنان بالینی در طول ۲۴ ساعت، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۷-۵. یک لیست از پزشکان، متخصصان و مشاوره‌دهندگان آنکال یا مقیم که در موارد اورژانس بتوان با آنها تماس گرفت، در تمام اوقات شبانه‌روز در بخش جراحی، در دسترس است.

- ۶-۷. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۷-۷. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۸-۷. مستنداتی که نشان‌می‌دهند محاسبه و چینش کارکنان در هر نوبت کاری متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود است.

- ۸-۱. در بخش جراحی، یک کتابچه/مجموعه توجیهی برای آشناسازی کارکنان جدید با شرایط عمومی بیمارستان و ویژگی‌ها و نکات اختصاصی این بخش، موجود است که حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
- معرفی کلی بیمارستان (از جمله نقشه ساختمان، موضوعات مربوط به رعایت حقوق گیرندگان خدمت، ایمنی بیمار، برنامه کنترل عفونت، موضوعات آتش‌نشانی، مدیریت بحران، مدیریت خطر، ویژگی‌های فرهنگی و بومی مردم منطقه، نمودار و سلسله مراتب سازمانی، قوانین مربوط به رعایت استانداردهای پوشش، امور اداری و مالی همچون مرخصی‌ها، تأخیر و تعجیل، حضور و غیاب، حقوق و مزایا، پاداش و اضافه‌کار، روند ارتقای شغلی و امکانات رفاهی).
 - معرفی جزئیات و آخرین دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌های خاص این بخش و موارد مرتبط با مسئولیت‌ها و شرح وظایف هر فرد
 - زیرمجموعه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به تمام تجهیزات اختصاصی این بخش

۸. دوره توجیهی بدو ورود

- ۹-۱. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۹-۲. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای همه کارکنان، برگزار می‌شوند.
- ۹-۳. مستندات نشان‌می‌دهند که اقدامات اصلاحی به‌منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.
- ۹-۴. مستندات نشان‌می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام‌شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۹. آزمون صلاحیت و توانمندی کارکنان

- ۱۰-۱. بخش جراحی یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت سازمان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.
- ۱۰-۲. مستنداتی که نشان‌می‌دهند تمام کارکنان، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار، گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.
- ۱۰-۳. مستنداتی که نشان‌می‌دهند کارکنان حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.
- ۱۰-۴. تمام کارکنان بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند.

۱۰. آموزش و توانمندسازی کارکنان

۵-۱۰. تمام پزشکان و پرستاران بخش جراحی، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته و استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند.

۶-۱۰. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت و رعایت حقوق آنان به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

۷-۱۰. همه کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به‌طور مستمر آموزش می‌بینند.

۸-۱۰. تمام کارکنان در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند.

۹-۱۰. تمام کارکنان این بخش حداقل یک بار در سال، تمرین (Drill) آتش‌نشانی، انجام می‌دهند.

۱-۱۱. کتابچه / مجموعه ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط، در این بخش موجود و شامل موارد ذیل است:

- اطلاعات عمومی در ارتباط با ایمنی و سلامت شغلی و بهداشت محیط
 - اطلاعات اختصاصی برای این بخش، شامل وجود و استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ۲-۱۱. اطلاع‌رسانی درخصوص جدیدترین نکات و روش‌های ایمن عملکرد و سلامت شغلی ویژه این بخش، با هدف کاهش خطرات شناسایی شده بخش، از طریق بروشور (جزوه آموزشی) انجام می‌شود.

۱-۱۲. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش جراحی وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این بخش را توصیف می‌نماید:

- خط‌مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواخت هستند.
- خط‌مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.
- خط‌مشی‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- روش‌ها به‌روشنی مشخص هستند.
- کتابچه / مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص است.

۲-۱۲. خط‌مشی‌ها و روش‌ها حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- رعایت حقوق گیرندگان خدمت
- برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات مراقبتی (مواردی چون زبان، ناتوانی‌ها و معلولیت‌های جسمانی، ارزش‌ها و اعتقادات و ...).
- ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته (اعم از تعطیل و غیر تعطیل)
- فرآیند پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- کد احیا

۱۱. کتابچه /
مجموعه ایمنی
و سلامت
شغلی و
بهداشت محیط

۱۲. خط‌مشی‌ها
و روش‌ها

- کنترل عفونت
- تزریق خون
- مایع درمانی
- آنتی بیوتیک تراپی
- انواع پانسمان زخم
- انواع درن
- Chest tube
- کولستومی
- تراکتوستومی
- ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به صورت شفاهی (به عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می شوند.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل نوبت.
- استمرار مراقبت مطلوب از بیماران با تعیین جانشین در مواردی که فرد حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک می نماید.
- گذردایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی.
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در پنج مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه کنندگان به بخش جراحی عمومی (راهنماهای مورد تأیید وزارت بهداشت).
- تفکیک تخت های بارداری های پرخطر، جراحی زنان، بیماران post.op (پس از عمل جراحی)، post partum (مرحله پس از زایمان) [این خط مشی و روش مخصوص زنان و زایمان است].
- شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد (به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده های خونی.

- ۱۳-۱. اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد.
- ۱۳-۲. اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار و تکمیل فرم های مربوطه، در محدوده زمانی که توسط بیمارستان مشخص شده است، انجام می گیرد.
- ۱۳-۳. در طی تمام مراحل مراقبتی بیمار، پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه مشاوره ها، درمان ها و مراقبت های لازم، با اطلاع و هماهنگی وی انجام می پذیرد.
- ۱۳-۴. پزشک معالج، داروهای در حال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش در بخش، مورد بررسی قرارداد و داروهای لازم را به دستورات دارویی بیمار اضافه می نماید.
- ۱۳-۵. در بیمارستان با توجه به وضعیت بیماران بستری در هنگام پذیرش، نیازهای آنان به خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه ای و مددکاری اجتماعی، ارتقای سلامت، پیشگیری و بازتوانی مشخص می شوند تا بیماران در حداقل زمان ممکن، حداکثر خدمات مورد نیاز را دریافت نمایند.

۱۳. پذیرش
در بخش و
ارزیابی بیمار

گزارش پرستاری

۱۳-۶. یک پرستار با مدرک حداقل کارشناسی پرستاری، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:

- شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی
- ساعت و تاریخ پذیرش در بخش
- نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)
- برنامه درمانی و تمام بررسی‌ها و آزمایش‌های درخواست شده توسط پزشک معالج
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار
- نحوه ورود بیمار به بخش (به‌طور مثال با صندلی چرخ‌دار)

گزارش پزشکی

۱۳-۷. پزشک معالج، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید:

- ساعت و تاریخ انجام ویزیت
- تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی بیمار
- تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
- توضیحات و آموزش‌های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک معالج

۱۴-۱. برای تمام کارکنانی که مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده یا گزارش‌های مربوط به بیمار هستند، حداقل‌های قابل قبول برای نوشتن شرح حال، معاینه فیزیکی و گزارش‌های مربوط به بیمار، مشخص شده است.

۱۴-۲. در ثبت مستندات در پرونده بیمار (با سایر گزارش‌های مربوط به بیمار) حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند.

- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا ثبت می‌شوند.
- نام، نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات و روی جلد پرونده وی ثبت می‌شوند.
- زمان و تاریخ ثبت هر یک از اطلاعات وارد شده، مشخص است.
- در پایان تمام مستندات پرونده و گزارش‌های بیمار، امضا و مهر ثبت‌کننده اطلاعات آمده است.
- هیچ فضای خالی بین و پایان نوشته‌ها و امضای انتهای آنها وجود ندارد.
- در مستندات و گزارش‌های مربوط به بیماران، هیچ نوع وسیله اصلاح‌کننده و پاک‌کننده اطلاعات (مانند لاک غلط‌گیر) استفاده نشده است.
- در صورتی که در پرونده بیمار جمله‌ای اشتباه نوشته شده باشد، روی آن فقط یک خط کشیده شده و بالای آن نوشته می‌شود «اصلاح شد» و در پایان دستورات پزشک و گزارش پرستاری تعداد موارد خط‌خوردگی با حروف ذکر شده و سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- شواهد مستندی از عملکرد تریاژ، در پرونده پزشکی بیماران وجود دارد.

تذکر: برخی از موارد، خاص ثبت کاغذی هستند و در صورت ثبت الکترونیک اطلاعات، بررسی نخواهند شد.

۱۵. ارزیابی و مراقبت مستمر از بیمار

۱۵-۱. پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که در فرآیند مراقبت از بیمار، با پزشک معالج وی همکاری می‌کنند، به‌منظور تجزیه و تحلیل، یکپارچه نمودن و استمرار ارزیابی‌ها و مراقبت‌ها، با یکدیگر مشارکت می‌نمایند.

۱۵-۲. کارکنان درمانی واجد صلاحیت، ارزیابی مجدد بیمار را در فواصل زمانی مناسب انجام داده و نتایج را در پرونده بیمار، ثبت می‌نمایند:

- پیشرفت برنامه مراقبتی طی ۲۴ ساعت اولیه از زمان پذیرش توسط پرستار
 - ثبت گزارش‌های روند مراقبت از بیمار توسط پرستار، حداقل یک بار در هر نوبت
 - ثبت علائم حیاتی، میزان جذب و دفع و... و پیگیری انجام به موقع آزمایش‌ها و سایر اقدامات لازم، با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار، توسط پرستار
 - ثبت روزانه (در صورت لزوم و با توجه به شرایط بیمار، در فواصل زمانی کوتاه‌تر) وضعیت بیمار، تغییرات برنامه مراقبت یا سایر موارد، توسط پزشک معالج
- ۱۵-۳. بیماران از جهت مدیریت درد و برطرف کردن نیازهای تسکینی و آرامبخشی، به‌طور مستمر ارزیابی و کنترل می‌شوند.

۱۵-۴. اقدامات مراقبتی، براساس برنامه‌ها و دستورات ثبت شده در پرونده انجام می‌شوند.

۱۵-۵. باید مراقبت پرستاری از بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند؛ برنامه‌ریزی شده‌بوده و در پرونده پزشکی ثبت و تحت نظر یک پرستار تعلیم‌دیده انجام گیرد و شامل موارد زیر باشد:

- مراقبت محل، پس از عمل
 - نوع مراقبت و پایش‌های مورد نیاز (قبل و پس از عمل)
 - جلوگیری از زخم فشاری
 - رعایت بهداشت دست‌ها مطابق با پروتکل مصوب وزارت بهداشت
- ۱۵-۶. در زمان ترخیص، برگه خلاصه پرونده به‌صورت کامل، خوانا و مطابق با خط‌مشی‌ها و روش‌های بیمارستان، تکمیل شده و نسخه‌ای از آن، به بیمار و یا همراه وی تحویل می‌گردد.
- ۱۵-۷. در زمان ترخیص، پزشک معالج بیمار، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پزشکی را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۱۵-۸. در زمان ترخیص، یکی از پرستاران، آموزش‌های لازم در زمینه مراقبت‌های پرستاری را به شیوه‌ای ساده و قابل درک به بیمار و همراهان وی ارائه‌نموده و در پرونده وی ثبت می‌نماید.
- ۱۵-۹. زمان مراجعه جهت پیگیری پس از ترخیص، در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار، به وی توضیح داده می‌شود.
- ۱۵-۱۰. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.

۱۶. دستورات دارویی

۱۶-۱. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده‌است، در بخش جراحی در دسترس است.

۱۶-۲. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.

۳-۱۶. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
 ۴-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
 ۵-۱۶. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی، داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام و ثبت می‌شود و با درج امضای هر کارشناس، تأیید می‌گردد. داروهای خطرناک حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- تمام مخدرها و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت
 - دیگوکسین وریدی
 - انسولین
 - اولین دوز آنتی‌بیوتیک‌های وریدی
 - ترکیبات تغذیه کامل وریدی
 - دوزهای کودکان از ویال‌های چنددوزی
 - خون و فرآورده‌های خونی
 - کلرور پتاسیم (مطابق توصیه سازمان جهانی بهداشت درخصوص راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار)
- ۶-۱۶. بیمارستان فرآیندی را جهت اطمینان از اینکه داروی درست، به روش درست و از راه صحیح، در زمان درست و به مقدار درست، به فرد درست داده می‌شود، پیش‌بینی و مکتوب ساخته‌است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۷-۱۶. همواره آنتی‌دوت‌ها و یک لیست از آنها در یک مکان مناسب و در دسترس، در بخش جراحی وجود دارد.
- ۸-۱۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های بخش جراحی تأمین شود.
- ۹-۱۶. ضروری است که تمامی داروهای لازم جهت ارائه مراقبت‌های اورژانسی، مطابق با دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تمامی اوقات شبانه‌روز و در تمامی قسمت‌های بخش جراحی در دسترس باشند.
- ۱۰-۱۶. سرپرستار بخش یا پرستار مسئول شیفت، داروهای مخدر را کنترل می‌کند.
- ۱۱-۱۶. پرستار مسئول داروهای مخدر، کلید را همواره نزد خود نگهداری می‌نماید.
- ۱۲-۱۶. داروهای مخدر باید در تمام مواقع در یک قفسه قفل‌دار، محفوظ باشند و کلید نزد پرستار مسئول داروهای مذکور، نگهداری شود.

۱۷-۱. به بیماران بستری و همراهانشان توضیحات مناسب و قابل درک در مورد نوع مراقبت در نظر گرفته شده، روش‌های جایگزین، پیامدهای احتمالی ناشی از درمان و هرگونه هزینه مورد انتظار، ارائه می‌شود.
 ۱۷-۲. نام فرد یا افراد مسئول ارائه آموزش به بیماران و همراهان آنان در پرونده بیمار ثبت شده‌است.
 ۱۷-۳. بروشور(جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه و بستری در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش جراحی برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

امکانات و ملزومات

- ۱۸-۱. خدمات پشتیبانی بخش جراحی باید به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد مانند: تصویربرداری، آزمایشگاه، خدمات دارویی و بانک خون.
- ۱۸-۲. یک سیستم برای بازبینی و ارائه گزارش تصاویر توسط یک رادیولوژیست حداکثر ظرف ۲۴ ساعت، همراه با گزارش بالینی وجود دارد.
- ۱۸-۳. فهرست آزمایش‌های اورژانس و جدول زمان‌بندی پاسخ‌دهی آنها مطابق با فهرست و زمان پاسخ‌دهی تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است.
- ۱۸-۴. امکان دریافت پاسخ آزمایش‌های اورژانسی در زمان معین مطابق با الزامات تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است و در این خصوص کتباً با آزمایشگاه توافق شده است.

۱۸. خدمات پشتیبانی بخش‌های پاراکلینیک

- ۱۹-۱. توالی اورژانس مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت در دسترس بوده، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- دفیبریلاتور
 - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
 - داروهای اورژانس
 - لوله‌هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
 - لوله‌تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
 - آمبوبگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
 - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
 - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
 - تخته احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
 - ساکشن
 - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۹-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات توالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۹-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آماده استفاده است.

۱۹. توالی اورژانس

- ۲۰-۱. کارکنان، امکانات و تجهیزات مناسب برای دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.
- ۲۰-۲. امکان دسترسی آسان به هر تخت و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۲۰-۳. هر تخت یک سیستم فراخوان اضطراری پرستار دارد.
- ۲۰-۴. همه پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۲۰-۵. اتاق درمان در بخش وجود دارد.
- ۲۰-۶. در بخش اتاق ایزولاسیون برای جداسازی بیماران عفونی، وجود دارد.

۲۰. امکانات

- ۷-۲۰. در بخش یک اتاق برای جداسازی بیماران اعصاب و روانی که نیازمند جداسازی هستند، وجود دارد.
- ۸-۲۰. اتاق نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۹-۲۰. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۱۰-۲۰. امکان رعایت بهداشت دست‌ها مطابق پروتکل مصوب وزارت بهداشت وجود دارد.

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱-۲۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم است.
- ۲-۲۱. داخل اتاق‌های بخش جراحی، سیستم زنگ خطر متصل به مرکز نگهداری و جایی که سریعاً جوابگو باشند، وجود دارد.
- ۳-۲۱. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش جراحی، فوراً در دسترس است.
- ۴-۲۱. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده‌است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۵-۲۱. دسترسی به منطقه مراقبت از بیماران بخش جراحی، کنترل شده و محصور است.

۲۱. ایمنی فیزیکی

- ۱-۲۲. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد در دسترس است.
- ۲-۲۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان است.
- ۳-۲۲. برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۴-۲۲. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۵-۲۲. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

۲۲. بهبود کیفیت

- ۱-۲۳. داده‌های بخش جراحی جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲-۲۳. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده‌است.
- ۳-۲۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی بخش وجود دارد.
- ۴-۲۳. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۵-۲۳. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۶-۲۳. در خصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

۲۳. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها