

بخش تصویربرداری

مدیریت و سازماندهی

- ۱-۱. نسخه‌ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این بخش در دسترس است.
- ۱-۲. شرایط احراز ریاست بخش تصویربرداری، حداقل عبارت است از:
- دارا بودن مدرک دکترای تخصصی رادیولوژی
- ۱-۳. شرایط احراز برای سوپروایزر بخش تصویربرداری، به ترتیب ارجحیت عبارت است از:
- دارا بودن مدرک کارشناسی رادیولوژی و حداقل ۲ سال سابقه کار در بخش تصویربرداری
 - دارا بودن مدرک کاردانی رادیولوژی و حداقل ۴ سال سابقه کار در بخش تصویربرداری
- ۱-۴. بخش تصویربرداری در مراکز تروما در تمام روزهای هفته و تمام اوقات شبانه‌روز از حضور پزشک مقیم برخوردار می‌باشد.

۱. برنامه
استراتژیک

۲. رئیس
بخش

۳. سوپروایزر
بخش

۴. پزشک
مقیم

مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی

- ۱-۵. پرونده پرسنلی (کاغذی/ الکترونیک) هر یک از کارکنان بخش تصویربرداری، 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
 - چک لیست‌های 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

۵. پرونده
پرسنلی
(کاغذی/
الکترونیک)

۶. لیست
کارکنان

- ۱-۶. در بخش تصویربرداری، لیستی از تمام کارکنان این بخش، در تمام اوقات شبانه‌روز در دسترس بوده و حداقل شامل موارد ذیل می‌باشد:
 - 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
- ۲-۶. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه با ذکر نام و سمت افراد در آن نوبت کاری، در محلی مناسب و قابل رؤیت، بر روی دیوار یا تابلو اعلانات نصب شده‌است.
- ۳-۶. هر یک از پرسنل بالینی در طول ۲۴، حداکثر ۱۲ ساعت به‌طور متوالی به ارائه خدمات می‌پردازند (به‌جز در موارد بروز بحران که براساس برنامه مدیریت بحران سازمان عمل می‌شود).
- ۴-۶. 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 تصویربرداری، در دسترس می‌باشد.
- ۵-۶. لیست نوبت کاری شبانه‌روزی هر ماه گروه احیا، در محلی مناسب و قابل رؤیت بر روی دیوار یا تابلوی اعلانات نصب شده‌است.
- ۶-۶. برای مواردی که نیاز به حضور اورژانسی پرسنل، خارج از لیست نوبت کاری شبانه‌روزی می‌باشد، برنامه‌ریزی انجام شده‌است.
- ۷-۶. مستنداتی که نشان‌می‌دهند محاسبه و چینش پرسنل در هر نوبت کاری، متناسب با تعداد بیماران و حجم کار است، در بخش موجود می‌باشد.

۷. دوره
توجهی
بدو ورود

- ۱-۷. در بخش تصویربرداری، 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 است:
 - 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 کلیه تجهیزات اختصاصی این بخش

۸. آزمون
صلاحیت و
توانمندی
کارکنان

- ۱-۸. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون اولیه/ دوره‌ای توانمندی کارکنان با توجه به نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان، انجام می‌شود.
- ۲-۸. مستندات نشان‌می‌دهند که آزمون‌های توانمندی دوره‌ای حداقل سالی یک بار، برای همه کارکنان، برگزار می‌شوند.

۳-۸. مستندات نشان می‌دهند که اقدامات اصلاحی به منظور رفع نارسایی‌های شناسایی شده در آزمون دوره‌ای توانمندی کارکنان، انجام می‌گیرد.

۴-۸. مستندات نشان می‌دهند که اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در جهت ارتقای توانمندی دوره‌ای کارکنان، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱-۹. بخش تصویربرداری یک گزارش ارزیابی سالانه از نیازهای آموزشی کارکنان این بخش، در راستای تحقق اهداف برنامه استراتژیک و برنامه بهبود کیفیت بیمارستان، به واحد آموزش یا کمیته بهبود کیفیت بیمارستان، ارائه می‌نماید.

۲-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش، دوره‌های آموزشی لازم را حداقل سالی یک بار گذرانده‌اند، در پرونده پرسنلی آنان، موجود است.

۳-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش حداقل سالی یک بار در دوره‌های بازآموزی مدون و غیرمدون رسمی و مرتبط، شرکت می‌نمایند، موجود است.

۴-۹. مستندات نشان می‌دهند کلیه کارکنان این بخش، در فواصل زمانی مناسب، آموزش‌های لازم در زمینه اجرای صحیح احیای قلبی - ریوی پایه را دریافت می‌نمایند موجود است.

۵-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام پزشکان و پرستاران بخش تصویربرداری، حداقل سالی یک بار، آموزش‌های لازم در زمینه انجام احیای قلبی - عروقی پیشرفته، استفاده از دفیبریلاتور، ونتیلاتور و سایر تجهیزات تخصصی مربوطه را دریافت می‌نمایند موجود است.

۶-۹. تمام کارکنان در زمینه نقش خود در تشخیص ارزش‌ها و عقاید گیرندگان خدمت، رعایت حقوق آنان به طور مستمر آموزش می‌بینند.

۷-۹. تمام کارکنان در زمینه ارتقای مهارت‌های رفتاری و ارتباطی خود، به طور مستمر آموزش می‌بینند.

۸-۹. مستندات نشان می‌دهند تمام کارکنان این بخش در زمینه ایمنی بیمار، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ایمنی و سلامت شغلی، آتش‌نشانی، مدیریت خطر و مدیریت بحران، سالانه آموزش می‌بینند، موجود است.

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

۱-۱۰. 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 (فصل‌های مجزا شامل سونوگرافی - CT - MRI)

۲-۱۰. اطلاع‌رسانی در خصوص 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.

۹. آموزش
توانمندسازی
کارکنان

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

۱۱. خط‌مشی‌ها و روش‌ها

۱-۱۱. یک کتابچه / مجموعه خط‌مشی‌ها و روش‌ها در بخش تصویربرداری 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 می‌باشد.
- کتابچه / مجموعه دارای نمایه مشخص می‌باشد.

۲-۱۱. خط‌مشی‌ها و روش‌های این بخش حداقل شامل موارد ذیل هستند:

- نحوه گردش کار کلی بخش
- 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)
- پذیرش، انتقال درون و برون‌بخشی، ارجاع و ترخیص
- پاسخ‌دهی موارد بحران
- چگونگی پاسخ به کد احیا
- چگونگی ثبت دستورات مراقبتی و دارویی که به‌صورت شفاهی (به‌عنوان مثال توسط پزشک آنکال) داده می‌شوند.
- ارزیابی سطوح پرتوگیری پزشکان و کارکنان
- رعایت حریم خصوصی بیمار
- پرتوتابی بیماران باردار
- سلامتی از نظر اشعه (به‌خصوص استفاده از شیلدهای محافظتی برای بیماران و کارکنان)
- پیشگیری از تکرار غیرضروری موارد تصویربرداری، با افزایش مهارت کارکنان
- پاسخگویی به سؤالات فنی و مشکلاتی که تکنسین‌ها و کارکنان بخش تصویربرداری در حین انجام کار با آن مواجه می‌شوند (در تمامی ساعات شبانه‌روز و همه روزهای هفته)
- مواد حاجب
- روش‌های رایج تصویربرداری
- بررسی اختلاف‌های موجود میان گزارش‌های تصویربرداری و تشخیص‌های بالینی (Variance)
- چگونگی گنزدایی سریع منطقه دارای احتمال آلودگی توسط بیمار عفونی
- راهنماهای طبابت بالینی حداقل در ۵ مورد از حالات وخیم و شایع در مراجعه‌کنندگان (مورد تأیید وزارت بهداشت)
- بازبینی راهنماهای طبابت بالینی در فواصل زمانی مناسب
- پاسخ‌های اورژانس (مانند یک موقعیت ایست قلبی - تنفسی)
- کنترل عفونت

● شناسایی بیماران حداقل با ۲ شناسه که هیچ یک شامل شماره اتاق یا تخت بیمار نباشد(به ویژه در موارد تشابه اسمی و گروه‌های در معرض خطر) قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی، تجویز دارو و یا تزریق خون و فرآورده‌های خونی

۱۲. الزامات

- ۱-۱۲. همهٔ ماموگرافی‌ها باید به‌وسیلهٔ ۲ رادیولوژیست خوانده‌شده و گزارش، امضا و تأیید شوند.
- ۲-۱۲. گزارش‌های تصویربرداری توسط یک رادیولوژیست طی حداکثر ۴۸ ساعت بعد از انجام گرافی‌ها تکمیل و امضا می‌شود.
- ۳-۱۲. اطلاع‌رسانی و اعلام نتایج معوقهٔ تست‌های پاراکلینیک به بیماران و مراقبان آنان بعد از ترخیص از بیمارستان صورت می‌پذیرد.
- ۴-۱۲. اطلاعات کتبی و شفاهی مناسبی، قبل از انجام اقدامات درمانی (Procedures)، به همهٔ بیماران ارائه می‌شود.
- ۵-۱۲. فرم رضایت‌نامه باید از همهٔ بیمارانی که تحت اعمال با خطر بالا و یا تهاجمی قرار می‌گیرند(لیست این اقدامات توسط بیمارستان مشخص شده و در دسترس است)، گرفته‌شود.
- ۶-۱۲. سرویس‌های(خدمات) ویژه، مثل پزشکی هسته‌ای و پرتودرمانی به‌وسیلهٔ پزشکان متخصص مربوط به هر رشته ارائه می‌گردد.
- ۷-۱۲. یک پرستار دارای شمارهٔ نظام در طول مراحل انجام فرآیندهای تصویربرداری مداخله‌ای به‌منظور اقدامات پرستاری مورد نیاز احتمالی، قابل دسترس است.
- ۸-۱۲. یک متخصص بیهوشی در طول فرآیندهای تصویربرداری مداخله‌ای یا در مواقعی که لازم است به بیمار بیهوشی (Sedation) داده‌شود، در دسترس است.
- ۹-۱۲. متخصصین تصویربرداری به‌طور منظم در جلسات بالینی که با حضور متخصصان سایر رشته‌ها برگزار می‌شود شرکت می‌نمایند.
- ۱۰-۱۲. خدمات بخش تصویربرداری به‌صورت شبانه‌روزی در دسترس است.

۱۳. پذیرش در بخش و ارزیابی بیمار

- ۱-۱۳. یک مسئول پذیرش، بیمار را در بخش پذیرش نموده و موارد زیر را ثبت می‌نماید:
 - شکایت فعلی بیمار و دلیل مراجعه وی
 - ساعت و تاریخ پذیرش بیمار در بخش
- ۲-۱۳. توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی برحسب مورد توسط پزشک متخصص تصویربرداری و یا پرسنل فنی بخش تصویربرداری ثبت می‌گردد.

۱۴. گزارش پزشکی بدو ورود

- ۱-۱۴. پزشک، پس از انجام ارزیابی‌ها و اقدامات لازم، موارد زیر را در پروندهٔ بیمار ثبت می‌نماید:
 - ساعت و تاریخ انجام گزارش‌های تصویربرداری تشخیصی
 - تمام نتایج حاصل از اخذ شرح حال و اطلاعات بالینی بیمار مندرج در برگهٔ درخواست تصویربرداری
 - تمام دستورات درمانی و مراقبتی و بررسی‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم
 - توضیحات و آموزش‌های ارائه‌شده به بیمار و همراهان وی توسط پزشک

۱۴-۲. برای همه 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.

۱۴-۳. در ثبت مستندات حداقل موارد ذیل رعایت می‌شوند:

- نام و نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار در تمام صفحات پرونده و روی جلد پرونده ثبت می‌شود.
- تمام اطلاعات با خودکار نوشته می‌شوند.
- تمام مستندات با خط خوانا 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 سپس امضا، مهر و سمت فرد ثبت می‌گردد.
- مستندسازی در بخش تصویربرداری باید در فرم‌های طراحی شده خاص این بخش باشد و در پرونده بیمار نگهداری شود.

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

- ۱۵-۱. یک نسخه از کتاب/ مجموعه دارویی که توسط کمیته دارویی بیمارستان و منطبق با فهرست دارویی ملی تهیه شده است، در بخش تصویربرداری در دسترس است.
- ۱۵-۲. کتابچه/ مجموعه دارویی، حاوی شرح داروهای کودکان، اورژانسی و نیز روش تجویز آنها، محاسبه دوز دارویی و عوارض ناخواسته احتمالی آنها است.
- ۱۵-۳. فرآیند تعیین دوز دارویی، محاسبه، روش و تجویز داروها توسط پزشک انجام و ثبت می‌شود.
- ۱۵-۴. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات دارویی توسط پرستار انجام و ثبت می‌شود.
- ۱۵-۵. 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 ساخته است و کارکنان مطابق آن عمل می‌نمایند.
- ۱۵-۶. باید فهرست داروهای ضروری پزشکی و داروهای نجات‌بخش جهت مراقبت اورژانس در دسترس باشد و در تمام ساعات و در همه قسمت‌های تصویربرداری تأمین شود.
- ۱۵-۷. 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 تصویربرداری در دسترس باشند.

۱۵. دستورات دارویی

- ۱۶-۱. بروشور(جزوه آموزشی) در رابطه با حداقل ۵ مورد از شایع‌ترین علل مراجعه در هر بخش تخصصی و همچنین نکات بهداشتی درمانی مهمی که بیماران این بخش، باید رعایت نمایند، در بخش تصویربرداری برای استفاده بیماران و همراهان آنان در دسترس است.

۱۶. آموزش بیمار و همراهان

امکانات و ملزومات

۱۷-۱. ترالی اورژانس در قسمت‌های مختلف بخش تصویربرداری به‌طور جداگانه در دسترس بوده مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت، حداقل حاوی موارد ذیل است:

- دفیبریلاتور
 - مانیتور قلبی و پالس اکسیمتر
 - داروهای اورژانس
 - لوله هوایی (Air Way) در تمامی اندازه‌ها
 - لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان (یکبار مصرف)
 - آمبویگ مناسب برای کودکان و بزرگسالان
 - لارنگوسکوپ با تیغه‌هایی در تمامی اندازه‌ها
 - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
 - تختۀ احیا (بک‌بورد) اطفال و بزرگسال
 - ساکشن
 - کپسول اکسیژن و ملزومات (پروآماده استفاده)
- ۱۷-۲. مستندات نشان می‌دهند که پرستار مسئول، از آماده، کامل و به‌روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس، اطمینان حاصل می‌نماید.
- ۱۷-۳. شواهد مستند نشان می‌دهند که دفیبریلاتور/مانیتور در تمام اوقات آمادۀ استفاده است.

۱۷. ترالی اورژانس

- ۱۸-۱. امکان دسترسی آسان و ارائه مراقبت‌های اورژانسی مقدور است.
- ۱۸-۲. همهٔ پریزهای یوپی‌اس به‌وضوح مشخص هستند.
- ۱۸-۳. فضای تفکیک‌شده برای آماده‌سازی و ریکاوری بیماران در بخش وجود دارد.
- ۱۸-۴. فضای نگهداری وسایل تمیز وجود دارد.
- ۱۸-۵. اتاق نگهداری وسایل کثیف وجود دارد.
- ۱۸-۶. دسترسی آسان به امکانات رعایت بهداشت دست فراهم است.
- ۱۸-۷. کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف محوله و تأمین ایمنی بیمار و کارکنان را در اختیار دارند.

۱۸. امکانات

ایمنی، بهبود کیفیت و جمع‌آوری داده‌ها

- ۱۹-۱. سیستم زنگ خطر نگهداری متصل به مرکز، در دسترس و سالم می‌باشد.
- ۱۹-۲. نگهبان در زمان مورد نیاز در بخش تصویربرداری، فوراً در دسترس می‌باشد.
- ۱۹-۳. نگهبان دوره‌های آموزشی امنیتی را گذرانده است یا حداقل ۲ سال سابقه کار در این پست را دارد.
- ۱۹-۴. دسترسی به بخش تصویربرداری، کنترل‌شده و دارای علائم و نشانه‌هایی به‌منظور مشخص نمودن بخش مورد نظر از سایر بخش‌ها است.
- ۱۹-۵. دیوارهای سرب‌کوبی‌شده، درها و اتاقک‌های کنترل وجود دارد و به‌صورت منظم کنترل، ثبت و مستند می‌شود (از لحاظ سنجش میزان اشعه)

۱۹. ایمنی فیزیکی

- ۱۹-۶. در قسمت اتاق تاریکخانه / تهیه فیلم، یک هواکش برای تهویه هوا وجود دارد.
- ۱۹-۷. چراغ‌های هشداردهنده در بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری وجود دارد.
- ۱۹-۸. چراغ‌های هشداردهنده بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری، هماهنگ با تابش دستگاه‌ها عمل می‌نمایند.
- ۱۹-۹. شواهد پایش منظم و ثبت سطوح پرتوگیری برای پزشکان و کارکنان شامل آزمایش خون ۶ ماهه و عکس قفسه صدری سالیانه وجود دارد.

- ۲۰-۱. بخشی از برنامه بهبود کیفیت بیمارستان که مربوط به این بخش می‌باشد، در دسترس است.
- ۲۰-۲. برنامه بهبود کیفیت هماهنگ با برنامه بهبود کیفیت بیمارستان در این بخش نیز پیاده می‌شود.
- ۲۰-۳. برنامه بهبود کیفیت این بخش شامل موضوعات بالینی و مدیریتی است.
- ۲۰-۴. برنامه بهبود کیفیت باید دارای شاخص‌های عملکردی اختصاصی، قابل اندازه‌گیری، واقع‌بینانه و دارای زمان‌بندی باشد.
- ۲۰-۵. مستندات نشان می‌دهند که اجرای برنامه‌های بهبود کیفیت و مداخلات اصلاحی، به‌طور دائمی پایش می‌شوند.

**۲۰. بهبود
کیفیت**

- ۲۱-۱. داده‌های بخش تصویربرداری جمع‌آوری و رایانه‌ای می‌شوند.
- ۲۱-۲. علت منطقی جمع‌آوری هر داده، شرح داده شده است.
- ۲۱-۳. چک‌لیست برای ممیزی داخلی این بخش وجود دارد.
- ۲۱-۴. ممیزی داخلی انجام می‌شود.
- ۲۱-۵. تحلیل نتایج ممیزی داخلی و طراحی و اجرای برنامه مداخله‌ای مناسب براساس آن، مستند شده‌اند.
- ۲۱-۶. درخصوص نتایج بررسی‌ها و تحلیل‌های صورت گرفته، به مدیران و دست‌اندرکاران، اطلاع‌رسانی می‌شود.

**۲۱. جمع‌آوری
و تحلیل
داده‌ها**