

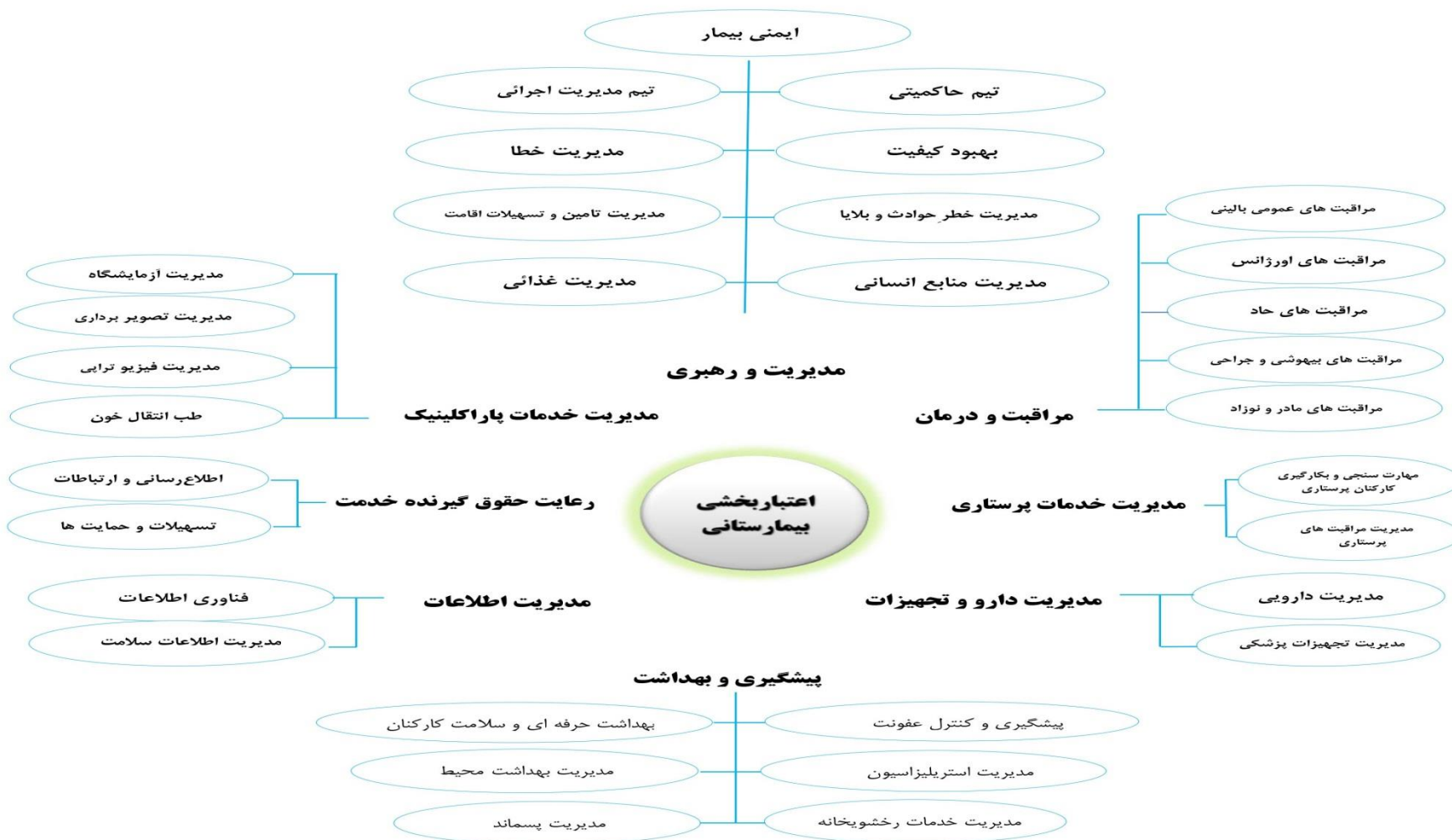
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

استانداردهای الزامی اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران ویرایش اول سال ۱۳۹۵

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم پزشکی نیشابور

**اداره اعتبار بخشی
معاونت درمان
دانشکده علوم پزشکی نیشابور**







**روح اصلی اعتبار بخشی نسل نوین ،
ارتقای ایمنی بیمار است.**

راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی نسل نوین در

۸ محور، ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجه در
قالب ۲۹ مجموعه فایل الکترونیک تدوین
شده است.

✓ سنجه ها در سه سطح الزامی، اساسی و ایده آل سطح بندی شده است.

✓ سنجه های الزامی به سنجه هایی اطلاق می شود که تمامی بیمارستان ها ملزم به پیاده سازی کامل آنها بوده و در صورت عدم احراز هر یک از آنها گواهی اعتباربخشی صادر نخواهد شد.

✓ این سنجه ها کمتر از ۶٪ کل سنجه ها را تشکیل داده و شامل امتیاز دهی نیز نخواهند بود و صرفا احراز و عدم احراز آنها ارزیابی خواهد شد.

✓ ملاک انتخاب سنجه های سطح الزامی بر اساس الزامات قانونی و تاثیر سیستماتیک یک سنجه در کیفیت تام و ایمنی بیماران تعیین شده است.

✓ سنجه های اساسی ، بدنه اصلی رتبه بندی بیمارستان ها را تشکیل میدهند و براساس امتیاز کسب شده در این سطح از سنجه ها، بیمارستان ها از درجه یک تا سه رتبه بندی خواهند شد.

✓ سنجه های ایده آل برای بیمارستان های داوطلب اخذ درجه عالی در سامانه اعلام خواهد شد.

✓ اولین بار فرایند خودارزیابی با رویکرد بهبود مبتنی بر ارزشیابی داخلی در این دوره اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران ، برنامه ریزی شده و با مشارکت بیمارستان ها اجرا خواهد شد.

✓ هر یک از بیمارستان ها طبق تقویم خود بایستی در بازه زمانی تعیین شده نسبت به بارگذاری مستندات و ارسال نهایی نتایج ارزیابی داخلی خود در سامانه اقدام نمایند.

✓ در غیر اینصورت سامانه غیرفعال شده و ارزیابی نهایی ملاک اعتباربخشی این مراکز خواهد بود.

نحوه ارزیابی

✓ حضور تیم های مشترک در انواع استانداردهای آموزشی، دوستدار مادر، دوستدار کودک، هتلینگ، دوستدار ایمنی، ارتقا سلامت و سایر در قالب یک تیم حرفه ای، برنامه ریزی و اجرا شود.

✓ مدت زمان ارزیابی نهایی بر اساس اندازه و نوع تخصص بیمارستان از ۲ الی ۳ روز و تعداد نفرات ارزیاب نیز حداکثر شش نفر خواهد بود.

اعتباربخشی نهایی



الف. مدیریت و رهبری

➤ **سنجه ۱ :** تیم حاکمیتی در خصوص به روز رسانی پروانه بهره برداری بیمارستان برابر قوانین وزارت بهداشت اقدام نموده و بیمارستان دارای مجوز پروانه بهره برداری معتبر است .

➤ **سنجه ۳ :** تیم حاکمیتی پیش از هر گونه توسعه تجهیزاتی که ملزم به اخذ مجوز قانونی از وزارت بهداشت است در خصوص اخذ مجوز های قانونی اقدام می نماید و تجهیزات بیمارستان دارای مجوز های قانونی معتبر از وزارت بهداشت است .

➤ **سنجه ۴:** تیم حاکمیتی در خصوص به کار گیری پزشکان و شاغلین حرف وابسته که ملزم به دارای بودن مجوز های قانونی فعالیت می باشند ، نظارت نموده و افراد غیر مجاز از منظر قوانین اشتغال پزشکان و حرف وابسته به کارگیری نمی شوند .

الف ۱ ۱: تیم حاکمیتی از بکارگیری پزشکان مجاز و فعالیت بیمارستان بر اساس مجوز های قانونی اطمینان حاصل می کند .

➤ **سنجه ۱:** تیم مدیریت اجرائی حداقل با عضویت متصدیان /
مسئولان اجرائی ذیل در بیمارستان تشکیل و همه اعضا در
جلسات مشارکت فعال دارند .

ریاست/ مدیریت عامل ، معاونت آموزشی ، معاونت درمان ،
مدیریت ، مدیریت پرستاری ، مسئول فنی ، واحد امور مالی ،
واحد منابع انسانی ، دفتر بهبود کیفیت ، واحد فناوری اطلاعات.

الف ۲ ۱: تیم مدیریت اجرائی بیمارستان تشکیل شده و نحوه فعالیت و
تصمیم گیری آن مدون و مبتنی بر تحلیل نتایج عملکردی است .

➤ **سنجه ۱ :** مسئول فنی بیمارستان ، بر اساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت می نمایند .

➤ **سنجه ۳ :** طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان ، یک نفر از پزشکان / پرستاران با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش های بالینی به عنوان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تعیین شده است .

الف ۲ ۳: مسئولان ایمنی تعیین شده و بر اساس شرح وظایف تعیین در بیمارستان فعالیت می نمایند .

➤ **سنجه ۱:** تیم مدیریت اجرائی با همراهی مسئولین ایمنی و کنترل عفونت ، به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصت های بهبود ، بازدید های منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت به اجرا می گذارند .

➤ **سنجه ۲:** نتایج بازدید های منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرائی مطرح شده و اقدام های اصلاحی / برنامه های بهبود کیفیت تعیین و بر اجرای آن نظارت می شود .

الف ۲ ۴: بازدید های مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات ، به طور منظم انجام میشود .

➤ سنجه ۲ : دستورالعمل نظارت بر عملکرد پیمانکاران با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند .



الف ۲ ۶: تیم مدیریت اجرائی بر نحوه عقد قراردادهای مالی و معاملاتی و عملکرد پیمانکاران نظارت می نماید .

- **سنجه ۱:** آخرین تعرفه های درمانی ابلاغی در سامانه اطلاعات سلامت بیمارستان به روز شده و رعایت می شود .
- **سنجه ۲ :** میزان پرداختی بیماران منطبق بر دستور العمل های ابلاغی وزارت بهداشت و ضوابط بیمه های پایه و تکمیلی است .
- **سنجه ۳:** بیماران هزینه های حق العلاج ، هتلینگ ، دارو ، لوازم پزشکی و سایر موارد را طبق خدمات ارائه شده در پرونده خدمات به صندوق بیمارستان پرداخت می نمایند و هیچگونه وجه جداگانه ای در داخل یا خارج از بیمارستان ، بابت خدمات دریافتی و یا دارو و لوازم از بیمار دریافت نمی شود .
- **سنجه ۴:** تعرفه های مربوط به هتلینگ در کنار آخرین گواهی نامه ارزشیابی ، حداقل در واحد پذیرش ، واحد ترخیص یا حسابداری و سالن انتظار اصلی ، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب گردیده و در صورت حساب بیماران طبق آن محاسبه و دریافت می شود .
- **سنجه ۶:** کد های خدمات ثبت شده در پرونده و صورتحساب بیماران منطبق بر خدمات ارائه شده و شرایط بیمار است.

الف ۲ ۷: میزان پرداختی بیماران بر اساس قوانین و مقررات مرتبط برنامه ریزی ، اجرا و نظارت می شود .

➤ **سنجه ۱:** کمیته مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی فعالیت می نمایند .

➤ **سنجه ۲:** کمیته مرگ مادران و پری ناتال به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی فعالیت می نمایند.

➤ **سنجه ۴ :** کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و تمامی زیر کمیته های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی ۲۴ ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند ، سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت ریشه ای بررسی و مستند نموده و اقدام اصلاحی طراحی و مسئول فنی بیمارستان بر اساس قوانین و مقررات مربوط پیگیری و اقدام لازم به عمل می آورد .

الف ۴ ۴: کمیته های تخصصی مرگ و میر و عوارض ، طبق دستورالعمل های ابلاغی فعالیت می نمایند .

➤ سنجه ۴: سیستم اعلام حریق و دکتور های حساس به دود /
حرارت آماده و سالم به کار گرفته شده اند.



الف ۵ ۲: اقدامات پیشگیری و کنترل آتش
سوزی در بیمارستان اجرا می شود .

➤ سنجه ۶: کنترل و مصرف گاز های طبی بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.



الف ۵ ۳: برنامه ارزیابی ، نگهداری و امنیت تاسیسات
و ساختمان بیمارستان تدوین شده و اجرا می شود .

➤ سنجه ۱: ارزشیابی کارکنان در فواصل زمانی حداقل سالیانه با برنامه ریزی واحد منابع انسانی و مشارکت مسئولین بخش ها/ واحد ها صورت می پذیرد .



الف ۷ ۶: ارزشیابی کارکنان در فواصل
زمانی معین انجام می شود .

➤ **سنجه ۲:** بر اساس نوع خدمات ، فهرست تجهیزات ضروری هر یک از بخش ها / واحد ها تدوین شده است .

➤ **سنجه ۳:** بخش / واحد پشتیبان ، برای تامین موقت تجهیزات ضروری در شرایط اضطراری ، به نحوی که تاخیری در فرآیند درمان بیماران رخ ندهد تعیین شده اند .

الف ۸ ۱: تدارک، انبارش و توزیع ملزومات و تجهیزات به صورت برنامه ریزی شده انجام می شود .

➤ سنجه ۱: خدمات تشخیصی و درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان با محوریت و هماهنگی بیمارستان به بیماران ارائه می شود و از ارجاع بیماران به خارج از بیمارستان بدون حمایت و برنامه ریزی بیمارستان ممانعت به عمل می آید.

➤ سنجه ۲: بیمارستان امکانات انتقال بیماران را برای اخذ خدمات خارج از زنجیره تامین خود برنامه ریزی نموده و با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوطه اقدام می نماید .

**الف ۸ ۲: بیمارستان خدمات خارج از زنجیره
تامین خود را برای بیماران برنامه ریزی می نماید.**

➤ **سنجه ۲:** در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان مطابق ضوابط وزارت بهداشت ، استاندارد های اعتباربخشی مرتبط با آشپزخانه اعم از تهیه ، طبخ، بسته بندی و توزیع غذا به عنوان تعهدات طرف دوم در قرارداد واگذاری لحاظ شده است .

➤ **سنجه ۳:** در صورت برون سپاری تهیه و طبخ غذا به مراکز خارج از بیمارستان کارشناسان ناظر قرارداد، مطابق ضوابط وزارت بهداشت بر روند تهیه مواد اولیه غذایی ، نگهداری ، آماده سازی ، طبخ ، بسته بندی و انتقال و تحویل غذا به صورت روزانه و میدانی نظارت می نماید .

الف ۹ ۵: الزامات کیفی در صورت برون سپاری خدمات غذایی طبق ضوابط رعایت می شود .



ب.مراقبت و درمان

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم
پزشکی نیشابور

➤ سنجه : قبل از انجام هر گونه اقدام تشخیصی ، درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد .



ب ۱ ۶ : قبل از انجام هر گونه اقدام مراقبتی ، تشخیصی ، درمانی هویت بیمار حداقل با دو شناسه احراز می شوند .

➤ **سنجه ۳ :** شناسایی، انبارش، نسخه نویسی و دارو دهی " دارو های پر خطر" طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد .



ب ۱ ۱۷ : اصول صحیح دارودهی به بیمار رعایت می شود.

➤ **سنجه ۱:** پزشک بخش اورژانس به صورت شبانه روزی در تمامی روز های هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل مقیم بخش اورژانس بوده و شرایط پزشکان مقیم به نحوی است که در بیمارستان های با وروری بیش از سی هزارمراجعه در سال پزشک متخصص با ارجحیت تخصص طب اورژانس ،داخلی ، جراحی و در بیمارستان های تک تخصصی با ارجحیت تخصص مربوط مقیم بخش اورژانس می باشند .

ب ۲ ۱: بیماران مراجعه کننده به اورژانس ،به پزشک متخصص دسترسی دارند .

➤ **سنجه ۱:** بیمارستان، در موارد اورژانسی بر اساس قانون عمل نموده و بدون توجه به هزینه و پرداخت وجه از سوی بیمار یا همراه او، مراقبت های فوری سلامت را به بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس ارائه می نماید.

ب ۲ ۷: بیمارستان، در موارد اورژانس، بدون توجه به تامین هزینه مراقبت، خدمات سلامت مناسب ارائه می نماید.

➤ سنجه ۴ : خدمات پاراکلینیک اورژانس در بخش
های بالینی بیمارستان تعریف شده و بر اساس آن
آزمایشگاه، تصویر برداری و سایر خدمات تشخیصی به
صورت شبانه روزی ارائه می شود .

ب ۲ ۹: شناسایی و رسیدگی به موقع به بیماران اورژانسی، به
صورت برنامه ریزی شده مدیریت می شود .

➤ سنجه ۲: لیست گروه احیا به صورت ماهیانه، در همه شیفت ها و بخش ها / واحد ها وجود دارد و در صورت اعلام کد احیا بلافاصله حاضر می شود.

➤ سنجه ۵: ترالی اورژانس مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، حاوی تجهیزات و لوازم به صورت آماده استفاده در تمام اوقات است.

➤ سنجه ۶: دارو های نجات بخش ترالی اورژانس در تمام ساعات شبانه روز تامین می شود.

ب ۲ ۱۰ : اقدامات نجات دهنده حیات بیماران، برنامه ریزی شده و به موقع اجرا می شود.

➤ سنجه ۳: مانیتور قبلی پرتابل و دفیبریلاتور برای مواردی که نیاز به انتقال بیمار وجود دارد، جدا از ترالی اورژانس بوده و استفاده می شود.



ب ۳ ۱: بیمارستان از مراقبت بیماران حاد بستری در بخش های ویژه اطمینان حاصل می نماید.

➤ سنجه ۲: خط مشی و روش مدیریت مادران پر خطر در
بلوک زایمان بر اساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و
زایمان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و بر
اساس آن عمل می نمایند.

**ب ۵ ۳ : بیمارستان از مدیریت مراقبت های مادران
باردار اطمینان حاصل میکند .**

➤ سنجه ۱ : شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، بر اساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت ، انجام می شود .

ب ۵ ۵ : بیمارستان از مدیریت مراقبت های نوزادان اطمینان حاصل می کند .



ج.مدیریت خدمات پرستاری

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم
پزشکی نیشابور

➤ **سنجه ۲:** بر اساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید الورود به بخش های ویژه ICU ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سر پرستار / کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد .

➤ **سنجه ۳:** بر اساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید الورود به بخش های ویژه (CCU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سر پرستار / کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد .

➤ **سنجه ۴:** بر اساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید الورود به بخش های ویژه (NICU) ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سر پرستار / کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد .

➤ **سنجه ۷:** بر اساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید الورود به بخش های PICU ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سر پرستار / کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد .

➤ **سنجه ۸:** بر اساس برنامه ریزی مدیر پرستاری حداقل مهارت های کارکنان پرستاری جدید الورود به بخش های BICU ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی توسط سرپرستار / کارشناس خبره بخش صورت می پذیرد

ج ۱ ۳ : مدیر پرستاری از مهارت های تخصصی بالینی کارکنان جدیدالورود پرستاری اطمینان حاصل می نماید .



د. مدیریت دارو و تجهیزات

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم
پزشکی نیشابور

➤ سنجه ۴: داروهای حیاتی بر اساس فهرست تدوین شده در فارماکوپه احیا ، در بخش های تشخیصی و درمانی وجود دارند و در دسترس می باشند .

➤ سنجه ۶: دارو ، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران بستری در بخش ها و مراجعین اورژانس به صورت شبانه روزی تامین شده و بیمار /همراه او برای تهیه دارو ،ملزومات و تجهیزات پزشکی به خارج از بیمارستان ارجاع نمی شوند .

**د ۱ ۱: بیمارستان از دسترسی به دارو ، ملزومات و تجهیزات معرفی
مورد نیاز بیمار اطمینان حاصل می نماید .**



۵. پیشگیری و بهداشت

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم
پزشکی نیشابور

➤ **سنجه ۲:** بیمارستان جهت جلوگیری از انتقال عفونت از طریق ظروف غذا بر اساس بخش نامه ابلاغی وزارت بهداشت از ظروف یکبار مصرف مورد تایید ، برای بیماران اتاق های ایزوله و واحد های عفونی و بیماران بخش اورژانس استفاده می نماید .

۵ ۱ ۸ : اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذایی برای بیماران بستری در بخش های ویژه و ایزوله رعایت می شود .

➤ **سنجه ۱:** مسیر های ورود و خروج ، تجهیزات و لوازم اتاق عمل با هم تداخل ندارند .

➤ **سنجه ۲:** امکانات لازم برای انتقال تجهیزات و لوازم اتاق عمل به صورت جداگانه برای وسایل استریل و غیر استریل وجود دارد .

➤ **سنجه ۴:** مسیر های کثیف و تمیز حداقل در بخش اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی رعایت می شود.

۵ ۱۲: اصول بهداشتی ساختار های فیزیکی و مسیر های تردد در اتاق عمل و استریلیزاسیون مرکزی رعایت میشود .

➤ سنجه ۱: بیمارستان مطابق تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی عمل می نماید .



ه ۱۴: شبکه جمع آوری فاضلاب بیمارستان از نظر تناسب با نیازها، با اصول فنی و بهداشتی مطابقت دارد .

➤ **سنجه ۲:** محل نگهداری و ذخیره لنز تمیز و کثیف
تداخل نداشته و دارای شرایط بهداشتی است .



ه ۴ ۷: میزان لباس ها و ملحفه ها و سایر اقلام پارچه ای مورد نیاز برآورد شده
و تحت نظام سر جمع داری اموال در انبار می باشد .

➤ محیط رختشویخانه از نظر تهویه هوا مطابق ضوابط و مقررات مندرج در آئین نامه تاسیس و بهره برداری بیمارستان می باشد.



ه ۴ ۸: محیط رختشویخانه از نظر نور، سروصدا، رطوبت، تهویه و دما مناسب می باشد.

➤ کمیته کنترل عفونت نتایج مواجهه شغلی را بررسی و اقدامات اصلاحی / بهبود کیفیت تدوین و اجرا می نماید.



ه ۳۶: مدیریت مواجهه شغلی برای کارکنان برنامه ریزی و اجرا میشود.



و.مدیریت خدمات پاراکلینیک

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم
پزشکی نیشابور

➤ سنجه ۱: دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش ها بر اساس اجماع نظر متخصصین رشته های تخصصی بیمارستان شناسایی و در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند .

➤ سنجه ۲: کارکنان آزمایشگاه قبل از کنترل مجدد نتایج بحرانی ، با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه اقدام به اعلام اضطراری نتیجه به بخش می نمایند .

و ۱ ۶ : اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش ها صورت می پذیرد .

➤ سنجه ۳ : چراغ های هشدار دهنده در بالای درب ورودی
اتاق های تصویر برداری وجود دارد و هماهنگ با تابش
دستگاه ها عمل می نمایند .



و ۲ ۲ : بخش تصویر برداری دارای فضای مستقل ،
محصور و ایمن می باشد .

➤ **سنجه ۱ :** حمل و نقل خون و فرآورده های خونی از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان و داخل بیمارستان با رعایت زنجیره سرد و ایمن انجام می شود .



و ۴ ۲ : حمل و نقل خون و فرآورده های خونی در داخل و خارج بیمارستان با رعایت اصول فنی انجام می شود .

➤ سنجه ۳ : پلاکت ها در دمای ۲۰-۲۴ درجه سانتیگراد با تکان آرام و با استفاده از روتاتور ذخیره می شوند .



و ۴ ۴ : نگهداری و آماده سازی خون و فرآورده های خونی طبق ضوابط انجام و تحت برنامه های کنترل کیفی انجام می شود .

➤ **سنجه ۳ :** عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده های خونی در کمیته طب انتقال خون مطرح و پس از بررسی علل ریشه ای اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرا می نماید .



و ۴ ۷ : عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون به صورت برنامه ریزی شده مدیریت می شود .



ز.مدیریت اطلاعات

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم
پزشکی نیشابور

➤ **سنجه ۱:** ثبت داده های مربوط به اطلاعات شناسنامه ای و بخش های بیمارستانی و فعالیت بخش ها / واحد ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی با رعایت حداقل های تعیین شده وزارت بهداشت انجام می شود .

ز ۱ ۸ : ثبت داده ها در سامانه مدیریت آمار و اطلاعات بیمارستانی (آواب) با رعایت حداقل های تعیین شده صورت می گیرد .



ح. رعایت حقوق گیرنده خدمت

اداره اعتباربخشی معاونت درمان دانشکده علوم
پزشکی نیشابور

➤ سنجه ۱ : منشور حقوق بیمار در بیمارستان در مکان هایی که در معرض دید مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمت می باشد نصب شده است .



ح ۱ ۱ : بیمارستان از اطلاع رسانی و رعایت منشور حقوق بیمار اطمینان حاصل می نماید .

بشکر از حسن توجه شما.

