چک لیست ارزیابی بیمارستانهای ۷۲۴

نام بیمارستان: **استان/شهر/دانشگاه:**

تاریخ و ساعت بازدید :

کلیات	عنوان	امتیاز			روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲		
سیستم تحویل بیمار از EMS به اورژانس بیمارستان ۸	وجود خط تلفن اختصاصی جهت پذیرش بیمار ۷۲۴ از دیسپچ / سایر بیمارستانها				اعلام خط / هماهنگی با EMS	وجود خط تلفن امتیاز ۱/ اطلاع MCMC و همچنین سایر پرسنل امتیاز ۲
	نحوه هماهنگی دیسپچ / MCMC / ستاد هدایت جهت پذیرش				بررسی مستندات/ هماهنگی با EMS	تماس ورودی با MCMC جهت هماهنگی امتیاز ۱/ وجود مستندات ابلاغ شده از MCMC جهت هماهنگی به کل بیمارستانها امتیاز۲
	پاسخگویی مسئول خط ویژه پذیرش بیمار				تماس در زمان غیر از روز بازدید	عدم پاسخگویی یا بیش از ۳ دقیقه صفر/ پاسخگویی کمتر از ۳ دقیقه ۱ / پاسخگویی و تعیین تکلیف ۲
	شرایط اخذ پذیرش بیمار با کد سما توسط دیسپچ، برای مسئول پذیرش بیمار در اورژانس بیمارستان تعریف شده است				مصاحبه	
فرایند تریاژ (مراجعات در مستقیم بیمار به بیمارستان) ۱۶	نحوه راهنمایی و اقدامات نگهبانی / حراست بیمارستان در مراجعات مستقیم بیمار استروک به اورژانس				مصاحبه با کلیه نگهبانان مسیر ورودی تا رسیدن به تریاژ	آگاهی از فرایند های خدمت بیماران سکته حاد مغزی/ تریاژ بیمار
	متوسط زمان ورود بیمار تا انجام تریاژ			*۲	بررسی در محل	رعایت استاندارد اولین ویزیت بیمار سکته مغزی مراجعه کرده به تریاژ یا تحویلی بهCT بیش از ۳ دقیقه صفر- کمتر از ۳ دقیقه ۲
	فرایند اعلام کد ۷۲۴ (در صورت مراجعه مستقیم بیمار به تریاژ) تعریف شده است				مصاحبه/ بررسی مستندات	وجود مسئول اعلام کد و تعریف فرایند امتیاز ۱ / اطلاع و پاسخگویی پرسنل نسبت به فرایند امتیاز ۲
	زمان رسیدن اعضاء گروه کد بر بالین بیمار			*۳	اعلام کد و بررسی زمان حضور بر اساس لیست اعضاء کد و استاندارد	بیش از ۵ دقیقه ۰/ ۳-۵ دقیقه ۱/ کمتر از ۳ دقیقه ۲
	تعریف فرایند بیمار با کد ۷۲۴ در واحد پذیرش بیمارستان				آگاهی از فرایند های خدمت / بیمار سکته مغزی باید خارج از نوبت های عادی پذیرش شود	نبود فرایند ۰ / وجود چارت فرایندی بدون اطلاع پرسنل ۱ / وجود چارت مکتوب و تسلط کامل پرسنل۲
فرایند و زمانبندی اولین خدمات پزشکی ارائه	متوسط زمان تحویل بیمار توسط آمبولانس به اورژانس بیمارستان یا CT					بیش از ۵ دقیقه ۰/ ۳-۵ دقیقه ۱/ کمتر از ۳ دقیقه ۲
	تمهیدات انجام شده جهت انجام CT بیمار با کد ۷۲۴ بصورت اورژانسی				مصاحبه با مسئول هماهنگی های	سوپروایزر بیمارستان / سرپرستار اورژانس امکان آماده سازی CT و پرسنل مربوطه را در حداقل

کلیات	عنوان	امتیاز			روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲		
شده به بیمار (FMC) ۱۲					اورژانس / مسئول CT	زمان محیا می کند نبود فرایند ۰ / وجود فرایند و تسلط کامل پرسنل۲
	زمان ماندگاری بیمار سکته مغزی تا انجام CT					بررسی متوسط تعداد CT اورژانس در ۲۴ ساعت جهت برآورد زمان ورود تا انجام CT بیش از ۲۰ دقیقه ۰/ ۱۰-۲۰ دقیقه ۱/ کمتر از ۱۰ دقیقه ۲
	بررسی اقدامات اصلاحی به دنبال طرح پرونده بیماران ۷۲۴ در کمیته های بیمارستانی			*۲	بررسی مستندات	بررسی صورتجلسات کمیته های مرگ و میر و بهبود / اصلاحات انجام شده در بیمارستان عدم طرح موارد ۰/طرح موارد بدون اقدامات اصلاحی یا اصلاحات بدون اثر بخشی و نتیجه ۱/ طرح موارد با اقدامات اثر بخش و پیگیری ۲
فرایند درمان و بستری اورژانس ۲۰	بررسی فرایند ارسال CT برای آنکال نورولوژی جهت تایید تشخیص و لزوم تزریق ترومبولیتیک			*۲	بررسی مستندات	بررسی روش ارسال عکس CT / بررسی دستورات نورولوژیست / آموزش پرسنل و پزشک اورژانس جهت تزریق ترومبولیتیک
	لیست آنکالی/ مقیمی نورولوژیستها				بررسی لیست ۳۰ روزه	لیست آنکالی در دفتر پرستاری ، مدیر گروه و مدیر بیمارستان ۱ / لیست آنکالی در بخش های هدف۲
	پاسخگویی نورولوژیست آنکال / مقیم			*۲	تماس در زمان غیر از روز بازدید و ساعت غیر اداری	پاسخگویی آنکال و یا حضور نورولوژیست (رزیدنت) مقیم بیش از ۵ دقیقه ۰/ ۳-۵ دقیقه ۱/ کمتر از ۳ دقیقه ۲
	شرایط قبول مسئولیت بیمار سکته حاد مغزی توسط نورولوژیست آنکال برای پزشک اورژانس بیمارستان تعریف شده است				بررسی در محل و مستندات	نحوه ارسال عکس CT برای نورولوژیست آنکال و اخذ دستورات تلفنی از نورولوژیست آنکال توسط پزشک اورژانس
	پزشک تزریق کننده ترومبولیتیک آموزشهای لازم جهت تزریق و مدیریت عوارض را دیده است			*۳	بررسی در محل و مستندات	پزشک اورژانس (در بیمارستانهای غیرآموزشی)/ رزیدنت نورولوژی (در بیمارستانهای آموزشی)تزریق کننده آموزشهای لازم را دیده است / در صورت بروز عوارض اقدامات درمانی به چه صورت مدیریت می شود
	متوسط زمان ورود تا انجام ترومبولیتیک تراپی (door to device time)			*۳	بررسی مستندات	بیشتر از ۳۰ دقیقه / بین ۲۰-۳۰ دقیقه / کمتر از ۳۰ دقیقه
محل تزریق ترومبولیتیک ۱۶	اورژانس / CT اورژانس			*۲	بررسی در محل	بررسی امکانات موجود در این بخشها (شرایط ارائه خدمات در موارد اورژانس و بروز عوارض احتمالی موجود است)
	بخش داخلی / بخش نورولوژی					
	استروک یونیت					۲تخت کنار بخش نورولوژی / داخلی با مانیتورینگ غیر سانترال

کلیات	عنوان	امتیاز			روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲		
	SCU			*۴		حداقل ۲ تخت دارای تجهیزات سرمایه ای اعلام شده / پرستار ویژه کار اختصاصی / دارای مجوز SCU (در صورتیکه بیمار کمتر از ۳ دقیقه از انجام CT تا جابجایی و تزریق داشته باشد مجاز به تزریق در SCU است)
	ICU			*۳		حداقل ۲ تخت دارای تجهیزات سرمایه ای اعلام شده / پرستار ویژه کار اختصاصی / دارای پروانه بهره برداری ICU (در صورتیکه بیمار کمتر از ۳ دقیقه از انجام CT تا جابجایی و تزریق داشته باشد مجاز به تزریق در ICU است)
محل بستری بیمار سکته مغزی ۱۴	بخش داخلی / بخش نورولوژی /				بررسی محل بستری	
	استروک یونیت					استروک یونیت (تختهای کنار بخش های عادی بستری و دارای مانیتور غیر سانترال)
	SCU			*۳		حداقل ۲ تخت دارای تجهیزات سرمایه ای اعلام شده / پرستار ویژه کار اختصاصی / دارای مجوز SCU
	ICU			*۲		حداقل ۲ تخت دارای تجهیزات سرمایه ای اعلام شده / پرستار ویژه کار اختصاصی / دارای پروانه بهره برداری ICU
تجهیزات مصرفی و دارو ۶	تجهیزات مصرفی و دارو در بخش بر اساس استاندارد وجود دارد				بررسی تجهیزات و مستندات	بررسی تعداد و تاریخ انقضاء / نحوه مصرف داروی اضافه در هر تزریق
	ترومبولیتیک اختصاصی (آلتپلاز)			*۲	بررسی تعداد	استاندارد تعداد دارو ابلاغ شده از وزارت بهداشت
سایر خدمات تشخیصی و درمانی ۱۸	CT اورژانس ۲۴ ساعته				بررسی محل	وجود دستگاه دوم جهت کمک به ارائه خدمات در زمان خواب دستگاه اول
	آزمایشات اصلی بصورت ۲۴ ساعته					انجام آزمایشات اولیه اورژانس شامل Plt -BS - PT –INR- PTT-تروپونین/ CKMB
	ارزیابی وضعیت بلع کلیه بیماران توسط گفتار درمانگر و ارائه خدمات درمانی				بررسی مستندات	بررسی توسط گفتار درمان آموزش دیده ۲ / گفتار درمان آموزش ندیده یا پرستار آموزش دیده ۱ / هیچکدام ۰
	درمان اختلالات بلع توسط گفتاردرمانگر				بررسی مستندات	
	تجویز رژیم درمانی متناسب با وضعیت بلع بیمار					بررسی توسط دکتری تغذیه/کارشناس ارشد/ کارشناس **آموزش دیده** ۲/ دکتری تغذیه /کارشناس ارشد /کارشناس**آموزش ندیده** ۱/ هیچکدام ۰

کلیات	عنوان	امتیاز			روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲		
	بیمارستانهای معین جهت ارائه خدمات تکمیلی(c-SCU) تعریف شده اند				بررسی مستندات	امکانات بیمارستان لایه بالاتر/ فاصله زمانی اعزام بیمار عدم تعریف بیمارستان معین ۰/ بیمارستان جنرال غیر ۷۲۴ ۱ / بیمارستان ۷۲۴ با اطلاع رسانی به شبکه ها و مراکز تحت پوشش ۲
	در صورت عدم وجود نورولوژیست شرایط اعزام بیمار سکته حاد مغزی به مراکز ۷۲۴ بر اساس تله استروک تعریف شده است			*۳		امکانات بیمارستان لایه بالاتر/ فاصله زمانی اعزام بیمار (عدم تعریف بیمارستان معین ۰/ بیمارستان جنرال غیر ۷۲۴ ۱ / بیمارستان ۷۲۴ با اطلاع رسانی به شبکه ها و مراکز تحت پوشش ۲
نیروی انسانی آموزش دیده ۲۴	تعداد پزشک نورولوژیست جهت بستری کردن بیمار در بیمارستان				بررسی مستندات/ دوره های آموزشی	بر اساس استاندارد با پوشش بیماران بستری (نه سرپایی) ۳۰ روزه ماه ۲/ پوشش ۱۰-۲۰ روز ۱ / کمتر از ۱۰ روز
	نسبت پرستار آموزش دیده به تخت SCU			*۲	بررسی مستندات	بالای ۷۵٪ ۲ امتیاز/ ۴۰-۷۵٪ ۱ امتیاز / زیر ۴۰ ٪ صفر
	نسبت پرستار آموزش دیده به تخت در استروک یونیت			۸	بررسی مستندات	بالای ۷۵٪ ۲ امتیاز/ ۴۰-۷۵٪ ۱ امتیاز / زیر ۴۰ ٪ صفر
	تعداد نیروی پشتیبانی به تفکیک				بررسی مستندات	بر اساس استاندارد بخشهای ویژه ۲ امتیاز/ بر اساس بخشهای عادی ۱ / نیروی غیر اختصاصی
	فیزیوتراپیست آموزش دیده				مشاهده و مصاحبه	در صورت حضور یک فیزیوتراپیست تمام وقت، به ازاء هر۸-۶ بیمار در یک شیفت کامل کاری امتیاز ۲و در صورت عدم حضور امتیاز ۰
	کادرمانگر آموزش دیده				مشاهده و مصاحبه	در صورت حضور یک کاردرمانگر، تمام وقت، بازائ هر۸-۶ بیمار در یک شیفت کامل کاریامتیاز ۲ و در صورت عدم حضور امتیاز ۰
	گفتار درمانگر آموزش دیده				مشاهده و مصاحبه	در صورت حضور یک گفتار درمانگر، تمام وقت، بازائ هر ۱۰بیمار در یک شیفت کامل کاریامتیاز ۲ و در صورت عدم حضور امتیاز ۰
	روانشناس بالینی				مشاهده و مصاحبه	در صورت حضور یک روانشناس - تمام وقت، بازائ هر۱۲- ۱۰بیمار در یک شیفت کامل کاری و در صورت عدم حضور امتیاز ۰
	کارشناسان تغذیه آموزش دیده				بررسی مستندات پرونده بیمار / دوره های آموزشی	بر اساس استاندارد با پوشش ۳۰ روزه ماه ۲/ پوشش ۱۰-۲۰ روز ۱ / کمتر از ۱۰ روز
	لیست آنکال / مقیم متخصصین مرتبط جهت مشاوره و مداخله در SCU/ استروک یونیت				بررسی مستندات	بر اساس استاندارد (جراحی اعصاب / قلب / بیهوشی/ داخلی / رادیولوژی) ا پوشش ۳۰ روزه ماه ۲/ پوشش ۱۰-۲۰ روز ۱ / کمتر از ۱۰ روز
	گروه کد ۷۲۴ آموزش دیده				بررسی مستندات	بر اساس استاندارد ۳۰ روز ماه
کمیت و کیفیت	تعداد تختهای ICU / SCU / دستگاهCT موجود و سامانه های آواب و داتپا یکسان است					لازم است عنوان بخش در HIS های بیمارستان اصلاح و عناوین اضافه شده به بخشهای بستری حذف شوند

کلیات	عنوان	امتیاز			روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲		
ارائه خدمات بر مبنای اطلاعات استخراج شده ۵۲	مقایسه تعداد پرونده بستری سکته مغزی در HIS با میزان قابل انتظار در سال				۱۳۹ در صدهزار نفر جمعیت	
	مقایسه تعداد پرونده بستری استروک ایسکمیک در HIS با میزان قابل انتظار در سال				۱۱۹ در صدهزار نفر جمعیت	
	مقایسه میزان ترومبولیتیک تراپی در بیماران استروک ایسکمیک و میزان قابل انتظار			*۴	۱۸٪ بروز استروک ایسکمیک	
	مقایسه میزان عارضه حین درمان بیماران سکته حاد مغزی با یا بدون تزریق ترومبولیتیک و میزان استاندارد کشوری			*۴		
	مقایسه میزان فوت در بیماران سکته حاد مغزی و میزان قابل انتظار			*۵	۱۰-۱۴ ٪	
	مقایسه میزان قابل انتظار فوت در بیماران استروک ایسکمیک ترومبولیتیک تراپی شده			*۳	۶,۴ ٪	
	مقایسه میزان ارزیابی بلع در بیماران سکته حاد مغزی توسط گفتار درمانگر و میزان قابل انتظار			*۲	۱۰۰٪	
	مقایسه میزان ارائه خدمات فیزیوتراپی / کاردرمانی در بیماران سکته حاد مغزی و میزان قابل انتظار			*۲	۶۰-۸۰ ٪ کل بیماران	
	میزان ثبت اطلاعات بیماریهای زمینه ای در بیماران سکته حاد مغزی			*۳		دیابت /چاقی / فشار خون / دیس لیپیدمی / سابقه روماتیسم قلبی / سابقه سکته قلبی / سابقه ایسکمی مزمن قلبی

کلیات	عنوان	امتیاز			روش ارزیابی	توضیحات
		۰	۱	۲		
	مصوبات جلسه کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستان با حضور دبیر کمیته علمی سکته مغزی بیمارستان جهت بررسی و عوامل دخیل در موارد مرگ بیماران سکته حاد مغزی در بیمارستان موجود است.					
	ارزیابی اقدامات لازم و مداخلات انجام شده جهت کاهش موارد مرگ و عوارض در بیمارستان					

نظریه کارشناسی	سایر موارد مشاهده شده :	
	پیشنهاد اصلاحی و مداخلات قابل اجرا:	
نام و نام خانوادگی مسئول فنی بیمارستان:		امضا و مهر
نام و نام خانوادگی دبیر علمی بیمارستان:		تلفن همراه:
نام و نام خانوادگی دبیر اجرایی بیمارستان:		تلفن همراه:
نام و نام خانوادگی کارشناسان بازدیدکننده :		امضا (ها)
ضمن دریافت یک رونوشت از گزارش متعهد می شوم ظرف مدت ..... نواقص تذکر داده شده طبق مفاد چک لیست فوق را برطرف نموده و گزارش اقدامات اصلاحی را به صورت مکتوب به معاونت درمان دانشگاه ناظر تحویل دهم .		