

فهرست اصلی مستندات درون سازمانی

مدت زمان پایش مستندات	مسئول کنترل مستندات درون سازمانی	کد	عنوان		
بازه زمانی یکساله	کارشناس مسئول دفتر بهبود کیفیت و کارشناس اعتبار بخشی	FH	Dr. Fatemi Hospital	بیمارستان دکتر فاطمی	
		PRO	Procedure	روش اجرایی	
		POL	Policy	خط مشی	
		INS	Instructions	دستور العمل	
		PR	Process	فرایند	
		CHL	check list	چک لیست	
		FR	Form	فرم	
		RG	Regulations	آیین نامه	
		IN	Index	شاخص	
		<b>الف - رهبری و مدیریت</b>			
		LQM	Leadership and quality management	رهبری و مدیریت کیفیت	
		DRM	Disaster Risk Management	مدیریت خطر حوادث و بلایا	
		HRM OH	Human Resource Management and Occupational Health	مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای	
		NSM	Nursing Services Management	مدیریت خدمات پرستاری	
		HITM	Health Information Technology and Management	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	
		EH	Environmental Health	بهداشت محیط	
		MEM	Medical Equipment Management	مدیریت تجهیزات پزشکی	
		<b>ب - مراقبت و درمان</b>			
		CC	General Clinical Care	مراقبت های عمومی بالینی	
		AEC	Acute and Emergency care	مراقبت های حاد و اورژانس	
		SAC	Surgical and Anesthesia Care	مراقبت های جراحی و بیهوشی	
		IPC	Prevention and control of infection	پیشگیری و کنترل عفونت	
		PHM	Pharmaceutical Management	مدیریت دارویی	
		IS	Imaging services	خدمات تصویربرداری	
		LABS	Services of laboratories	خدمات آزمایشگاه	
		BTM	Blood Transfusion Medicine	طب انتقال خون	
		OS	Outpatient services	خدمات سرپایی	
		<b>ج - حمایت از گیرنده خدمت</b>			
PFRS	Providing facilities for the recipient of service	تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت			
RRRS	Respect for the rights of the recipient of service	احترام به حقوق گیرنده خدمت			



عنوان: دستورالعمل استفاده از کپسولهای گازهای طبی

کد: INS-MEM-1	تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۰۷/۲۰	تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۹/۷/۲۴
شماره صفحه: ۱ از ۱	تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۳۹۹/۷/۳۰	بازنگری چهارم

**ذینفعان و صاحبان فرآیند:**

مسئول تجهیزات پزشکی، مسئول ایمنی

**گازهای طبی:** گازهای طبی شامل کلیه گازهای بیهوشی، گاز اکسیژن، دی اکسید کربن و هوای فشرده می باشد. الزامات مربوط به مدیریت گازهای طبی به شرح ذیل می باشد.

**روش اجرایی:**

۱. خلوص کپسول اکسیژن به صورت دوره ای بوسیله دستگاه خلوص سنج و یا شرکت های مجاز در این زمینه کنترل می گردد.
۲. کلیه اسناد مربوط به تأمین کپسول گازهای طبی و تست های دوره ای جهت مطابقت با ضوابط و استانداردها به تأیید فنی مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان می رسد.
۳. جهت شارژ سیلندر اکسیژن حتماً توسط شرکتی انجام میگیرد که مجوز تولید اکسیژن طبی از مؤسسه ملی استاندارد ایران داشته باشد
۴. بر روی هر سیلندر گاز طبی اطلاعات زیر خوانا و قابل رویت نوشته یا حک می شود:
  - نام گاز پر شده به زبان فارسی
  - فرمول شیمیایی (به استثنای سیکلوپروپان)
  - نام مرکز درمانی یا مؤسسه عرضه کننده
  - اطلاعات فوق باید با رنگ سفید و در قسمت فوقانی سیلندر و ترجیحاً دور از قسمت استوانه ای بدنه نوشته شود.
  - بر روی سیلندر گاز اکسیژن باید با رنگ سیاه نوشته شود
۵. هر سیلندر باید دارای رنگی باشد که گاز موجود در آن را طبق استانداردها مشخص شده است. در مورد مخلوطهای گاز، هر سیلندر باید دارای رنگهای مرتبط با گازهای تشکیل دهنده آن باشد.

تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
نام و نام خانوادگی: نیکسا ملازاده	نام و نام خانوادگی: دکتر یوسف طیب علی	نام و نام خانوادگی: دکتر محمد وکیلی
سمت: مسئول تجهیزات پزشکی	سمت: مدیر مرکز	سمت: رئیس مرکز
امضاء:	امضاء:	امضاء:



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

مرکز آموزشی درمانی دکتر فاطمی

واحد: تجهیزات پزشکی

عنوان: دستورالعمل نگهداری وبه روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی		
کد: INS-MEM-2	تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۰۷/۲۰	تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۹/۷/۲۴
شماره صفحه: ۱ از ۱	تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۳۹۹/۷/۳۰	بازنگری چهارم

منابع، امکانات، کارکنان:

لیست تجهیزات بیمارستان سخت افزار و نرم افزار رایانه ای، مسئول تجهیزات پزشکی

روش کار:

- ۱- کارشناس تجهیزات پزشکی برگه شناسنامه را با قید مشخصات (نام دستگاه، محل استقرار - مارک - مدل - شرکت نمایندگی و کد شناسه) فراهم می کند.
- ۲- مسئول تجهیزات پزشکی، شناسنامه فیزیکی برای هر یک از دستگاه های موجود در بخش فراهم می کند.
- ۳- ثبت اطلاعات جامع کلیه تجهیزات پزشکی در نرم افزار مدیریت تجهیزات پزشکی توسط مسئول تجهیزات انجام می گیرد.
- ۴- در صورت خرید، اسقاط و جابجایی دستگاه مسئول تجهیزات فایل نرم افزاری شناسنامه را بروز رسانی می کند.
- ۵- در صورت خرید تجهیزات جدید و الصاق شماره اموال توسط مسئول اموال اطلاع رسانی به مسئول تجهیزات پزشکی انجام می گیرد.
- ۶- مسئول تجهیزات پزشکی برای تجهیزات خریداری شده جدید شناسنامه تهیه می نماید.

تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
نام و نام خانوادگی: نیکسا ملازاده	نام و نام خانوادگی: دکتر یوسف طیب علی	نام و نام خانوادگی: دکتر محمد وکیلی
سمت: مسئول تجهیزات پزشکی	سمت: مدیر مرکز	سمت: رئیس مرکز
امضاء:	امضاء:	امضاء:



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

مرکز آموزشی درمانی دکتر فاطمی

واحد: تجهیزات پزشکی

عنوان: روش اجرایی خرید و ارتقا تجهیزات پزشکی مبتنی بر صرفه و صلاح		
کد: PRO-MEM-1	تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۷/۲۰	تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۹/۷/۲۴
شماره صفحه: ۱ از ۱	تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۳۹۹/۷/۳۰	بازنگری چهارم

**ذینفعان و صاحبان فرآیند:**

اعضای کمیته دارو و تجهیزات (ریاست ، مدیریت ، دفتر پرستاری ، مسئول فنی داروخانه ، مسئول تجهیزات ، مسئول تدارکات، مسئولین بخش ها ، کلیه پرسنل

**منابع ، امکانات ، کارکنان:**

دستورالعمل اداره تجهیزات ، سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری ، پرسنل تجهیزات پزشکی اعضای کمیته دارو و تجهیزات

**روش اجرایی:**

- ۱- مسئولین بخشها درخواست خود را در خصوص خرید، تعمیر و... تحویل واحد تجهیزات پزشکی می دهند.
- ۲- مسئول تجهیزات هزینه های مربوط به تعمیر و یا ارتقای قابلیت از جمله استفاده از کارایی های دستگاههای موجود در بخش ها برای جلوگیری از خرید دستگاه را بررسی می کند.
- ۳- تجهیزات پزشکی با اولویت تولید داخلی توسط کمیته دارو و تجهیزات نوع /مدل آن جهت تهیه تصویب می شود.
- ۴- در صورت مقرون به صرفه نبودن تعمیرات و تحمیل هزینه اضافه و عدم توانایی ارتقای قابلیت مسئول تجهیزات اقدامات لازم جهت خرید را انجام می دهد.
- ۵- مسئول تجهیزات جهت خرید دستگاه جدید پیش فاکتورهای مربوطه را از شرکتهای معتبر در سایت اداره تجهیزات پزشکی تهیه می کند.
- ۶- مسئول تجهیزات با ارائه پیش فاکتور و هزینه های برآوردی جهت تعمیر و ارتقاء را در کمیته دارو و تجهیزات پزشکی مطرح می کند.
- ۷- در صورت تصویب اعضای کمیته جهت خرید دستگاه و در صورت بالا بودن قیمت خرید از سقف استعلام، مراحل مربوط به برگزاری استعلام توسط مسئولین ذیربط انجام می گیرد.
- ۸- در صورت پایین بودن قیمت زیر استعلام با تایید مسئولین و اعضای کمیته دستگاه جدید خریداری می گردد.
- ۹- پس از اتمام فرآیند خرید ،مسئول تجهیزات گزارش و فاکتورهای مربوطه را تهیه و یک نسخه از آن را بایگانی می کند.

تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
نام و نام خانوادگی: نیکسا ملازاده	نام و نام خانوادگی: دکتر یوسف طیب علی	نام و نام خانوادگی: دکتر محمد وکیلی
سمت: مسئول تجهیزات پزشکی	سمت: مدیر مرکز	سمت: رئیس مرکز
امضاء:	امضاء:	امضاء:



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

مرکز آموزشی درمانی دکتر فاطمی

واحد: تجهیزات پزشکی

عنوان: روش اجرایی سرویس، مدیریت سرویس ها و بازدید های دوره ای PM تجهیزات پزشکی		
کد: PRO-MEM-2	تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۷/۲۰	تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۹/۷/۲۴
شماره صفحه: ۱ از ۱	تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۳۹۹/۷/۳۰	بازنگری چهارم

ذینفعان و صاحبان فرآیند:

واحد تجهیزات پزشکی و مسئولین بخشها، کارشناسان شرکت

منابع، امکانات، کارکنان:

دستورالعمل اداره تجهیزات پزشکی، سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری، مسئول تجهیزات و کارشناسان شرکت

روش اجرایی:

- ۱- مسئول تجهیزات پزشکی لیست دستگاه هایی که نیاز به اجرای سرویس و بازدید دوره ای (PM) را به همراه جدول زمانبندی تهیه می کند.
- ۲- مسئول تجهیزات پزشکی طبق جدول زمانبندی هماهنگی لازم جهت اعزام کارشناسان دستگاه مربوطه جهت سرویس و بازدید دوه ای را به صورت کتبی به شرکت اعلام می نماید.
- ۳- شرکت مربوطه زمان اعزام کارشناس را با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی اعلام می دارد
- ۴- واحد تجهیزات پزشکی زمان اعزام کارشناس را به اطلاع مسئولین بخشها می رساند.
- ۵- سرویس دوره ای تحت نظارت کامل واحد تجهیزات پزشکی انجام می گیرد.
- ۶- برچسب سرویس دوره ای به همراه تاریخ سرویس فعلی و بعدی روی دستگاهها الصاق می گردد.
- ۷- کارشناس شرکت گزارش کامل سرویس را تحویل مسئول تجهیزات می دهد.
- ۸- در صورت نیاز به قطعات در گزارش ارائه شده مسئول تجهیزات به صورت کتبی درخواست خود را اعلام میدارد.
- ۹- شرکت اقدام به ارسال قطعات مورد نیاز بیمارستان می کند.
- ۱۰- فاکتورهای مربوط به سرویس به همراه گزارش به واحد تجهیزات پزشکی ارسال می گردد.
- ۱۱- مسئول تجهیزات پس از بررسی کامل فاکتور ها با تعرفه های اداره تجهیزات و تطابق با گزارش ارسالی فاکتور را تایید می کند.
- ۱۲- مسئول تجهیزات پزشکی مستندات مربوطه به سرویس را در واحد خود بایگانی می نماید.

تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
نام و نام خانوادگی: نیکسا ملازاده	نام و نام خانوادگی: دکتر یوسف طیب علی	نام و نام خانوادگی: دکتر محمد وکیلی
سمت: مسئول تجهیزات پزشکی	سمت: مدیر مرکز	سمت: رئیس مرکز
امضاء:	امضاء:	امضاء:



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

مرکز آموزشی درمانی دکتر فاطمی

واحد: تجهیزات پزشکی

عنوان: روش اجرایی کنترل کیفی تجهیزات پزشکی با آزمون کالیبراسیون		
کد: PRO-MEM-3	تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۷/۲۰	تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۹/۷/۲۴
شماره صفحه: ۱ از ۱	تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۳۹۹/۷/۳۰	بازنگری چهارم

ذینفعان و صاحبان فرایند:

مسئول تجهیزات پزشکی، کارشناسان شرکت، پرسنل و مسئولین بخشها

منابع، امکانات، کارکنان:

لیست دستگاهها و تجهیزات مرکز، تعرفه های اداره تجهیزات- لیست شرکتهای معتبر کنترل کیفی - مستندات و گزارشات کالیبراسیون، مسئول تجهیزات پزشکی، مدیریت، مسئول تدارکات، مسئولین بخش ها، کارکنان شرکت

روش اجرایی:

- ۱- مسئول تجهیزات پزشکی جهت تعیین دوره زمانی مناسب برای انجام کالیبراسیون برنامه ریزی می نماید.
- ۲- مسئول تجهیزات پزشکی لیست تمامی تجهیزاتی را که نیاز به کالیبراسیون و کنترل کیفی دارند را مشخص می کند.
- ۳- مسئول تجهیزات پزشکی لیست تمام شرکتهای مجاز به انجام کنترل کیفی در سایت اداره تجهیزات پزشکی را در دسترس دارد.
- ۴- مسئول تجهیزات شرکت مناسب جهت کالیبراسیون را انتخاب می کند.
- ۵- مسئول تجهیزات با شرکت منتخب تماس گرفته تعداد و نوع دستگاهها را اعلام می نماید.
- ۶- مسئول تجهیزات پزشکی مجوزهای مربوط به کالیبراسیون دستگاه ها و پروانه کسب را درخواست می نماید.
- ۷- شرکت مربوطه پیش فاکتور را ارسال کرده مسئول تجهیزات پیش فاکتور را بررسی نموده و با تعرفه های موجود در سایت [imed.ir](http://imed.ir) تطبیق می دهد.
- ۸- مسئول تجهیزات پیش فاکتور را با هماهنگی مدیریت و مسئول تدارکات تایید می نماید و هماهنگی های لازم با شرکت جهت اعزام کارشناسان انجام میدهد.
- ۹- مسئول تجهیزات زمان دقیق کالیبراسیون را به اطلاع مسئولین بخشها میرساند.
- ۱۰- مسئول تجهیزات پزشکی طی روند کالیبراسیون بر اقدامات کارشناسان نظارت میکند.
- ۱۱- کارشناسان شرکت بر چسب سبز-زرد-قرمز- بر روی دستگاهها الصاق می کند و گزارش اولیه از کالیبراسیون را به مرکز ارسال میکند.
- ۱۲- مسئول تجهیزات تعمیرات لازم برای دستگاههایی که بر چسب زرد و قرمز دارند را انجام می دهد.
- ۱۳- مسئول تجهیزات با شرکت انجام دهنده کالیبراسیون جهت اعزام مجدد کارشناس برای تعویض بر چسب زرد و قرمز تماس می گیرد.
- ۱۴- شرکت گزارش کالیبراسیون را به مرکز ارسال می کند.
- ۱۵- مسئول تجهیزات مستندات مربوط به کنترل کیفی را جمع آوری میکند

تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
نام و نام خانوادگی: نیکسا ملازاده	نام و نام خانوادگی: دکتر یوسف طیب علی	نام و نام خانوادگی: دکتر محمد وکیلی
سمت: مسئول تجهیزات پزشکی	سمت: مدیر مرکز	سمت: رئیس مرکز
امضاء:	امضاء:	امضاء:



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل

مرکز آموزشی درمانی دکتر فاطمی

واحد: تجهیزات پزشکی

عنوان: روش اجرایی تأمین تجهیزات پشتیبان و یا تعمیر آنها در کوتاهترین زمان و در طول شبانه روز		
کد: PRO-MEM-4	تاریخ تدوین: ۱۳۹۵/۷/۲۰	تاریخ آخرین بازنگری: ۱۳۹۹/۷/۲۴
شماره صفحه: ۱ از ۱	تاریخ آخرین ابلاغ: ۱۳۹۹/۷/۳۰	بازنگری چهارم

ذینفعان و صاحبان فرآیند:

مسئول واحد تجهیزات پزشکی، مسئولین بخش های بالینی و پاراکلینیکی، دفتر پرستاری

منابع، امکانات، کارکنان:

دستورالعمل جایگزینی، تجهیزات پزشکی ضروری پشتیبان، لیست تلفن های ضروری، تکنسین مجاز تعمیرات تجهیزات پزشکی، لیست تلفن شرکت های نمایندگی

روش اجرا

- ۱- مسئول واحد تجهیزات پزشکی با همکاری مترون مرکز و دفتر پرستاری لیست تجهیزات پشتیبان را تهیه می کند.
- ۲- لیست تهیه شده توسط مسئول تجهیزات پزشکی در اختیار مسئولین بخش ها قرار می گیرد و یک نسخه از آن در دفتر پرستاری و واحد تجهیزات پزشکی موجود است.
- ۳- در صورت خرابی دستگاه در ساعت اداری، مسئول بخش خرابی را به واحد تجهیزات پزشکی اطلاع می دهد.
- ۴- در صورت خرابی دستگاه در ساعات غیر اداری و اگر دستگاه جزء تجهیزات پشتیبان باشد مسئول بخش با سوپر وایزر تماس گرفته و تجهیزات پشتیبان طبق لیست در اختیار بخش مربوطه قرار می گیرد.
- ۵- مسئول تجهیزات در بخش حضور یافته و در صورت امکان اقدام به تعمیر دستگاه می نماید.
- ۶- در صورت عدم رفع مشکل دستگاه، مسئول بخش برگه درخواست تعمیر را پس از تأیید مدیریت به واحد تجهیزات پزشکی ارجاع می دهد.
- ۷- اگر دستگاه جزء تجهیزات پشتیبان باشد مسئول تجهیزات با هماهنگی دفتر پرستاری، طبق لیست تجهیزات پشتیبان دستگاه مورد نیاز را در اختیار بخش مربوطه قرار می دهد.
- ۸- مسئول تجهیزات طی تماس با شرکت مربوطه و مکاتبات لازم در خصوص اعزام کارشناس یا ارسال دستگاه به شرکت هماهنگی ای لازم را انجام می دهد
- ۹- مسئول تجهیزات اقدامات لازم جهت تعمیر دستگاه در کوتاهترین زمان ممکن و ارسال آن به مرکز یا اعزام فوری کارشناس به مرکز را انجام می دهد.

تهیه کننده	تأیید کننده	ابلاغ کننده
نام و نام خانوادگی: نیکسا ملازاده	نام و نام خانوادگی: دکتر یوسف طیب علی	نام و نام خانوادگی: دکتر محمد وکیلی
سمت: مسئول تجهیزات پزشکی	سمت: مدیر مرکز	سمت: رئیس مرکز
امضاء:	امضاء:	امضاء: