|  |  |
| --- | --- |
| **G:\آرم بيمارستان شفا.jpgخحبسمه تعالی**    **بيمارستان تخصصي شفا**  **دفتر اعتباربخشی** | |
| **عنوان / موضوع روش اجرایی : نظارت بر روند انجام مشاوره های پزشکی داخل و خارج از بیمارستان** | |
| **کد روش اجرایی : R Shafa – NM -23**  **تعدادصفحات : 1…. از 2…..**  **تاريخ تدوين : 24/8/95**  **شماره ویرایش و بازنگری : سوم** | **تاريخ آخرین بازنگری: 13/10/1400**  **تاریخ آخرین ابلاغ: 27/10/1400**  **تاریخ بازنگری بعدی: 13/10/1401** |

**تعاريف :-**

**دامنه روش اجرایی : مدیریت، دفتر پرستاری ، اورژانس ، بخش های بستری**

فرد پاسخگوی روش اجرایی : خانم رهبران **( مدیریت دفتر پرستاری )**

**روش اجرايي ( با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن ) :**

1. **سرپرستار/ پرستار مسئول شیفت مشاوره های درخواست شده را پس از درخواست کتبی پزشک به دفتر پرستاری اطلاع می دهد .**
2. **مدیریت دفتر پرستاری/سوپروایزر بالینی( بعد از 2 ساعت از درخواست مشاوره داخل بیمارستانی و 6 ساعت بعد از درخواست مشاوره خارج بیمارستانی ) ضمن بازدید از بخش ها بر انجام شدن/ نشدن مشاوره ها نظارت می نماید .**
3. **مدیریت دفتر پرستاری/ سوپروایزربالینی در صورت انجام مشاوره، به شاخص های عملکردی انجام مشاوره( زمان انجام مشاوره، اطلاع جواب مشاوره به پزشک معالج، reorder نمودن دستورات پزشک مشاور، اجرای دستورات، رعایت محدوده زمانی انجام مشاوره و** **ثبت صحیح اقدامات انجام شده توسط پرستار مسئول بیمار) نظارت نموده و در صورت نیاز مداخلات لازم را انجام می دهند .**
4. **مدیریت دفترپرستاری/ سوپروایزربالینی در صورت انجام نشدن مشاوره، شخصا با پزشک مشاور تماس گرفته و مجددا انجام مشاوره را پیگیری می نماید و در صورت نیاز با هماهنگی پزشک معالج از پزشک مشاور دیگری درخواست می نمایند.**
5. **مدیریت دفترپرستاری/ سوپروایزربالینی از طریق مصاحبه با بیمار یا همراه بیمار بر رعایت منشور حقوق بیمار در ارائه حق تصمیم گیری در مورد انتخاب پزشک مشاور برای بیمار، اطمینان حاصل می نماید .**
6. **سوپروایزربالینی موارد نیازمند پیگیری مشاوره ها را در شیفت بعدی ، در دفتر گزارش سوپروایزری ثبت می نمایند .**
7. **سوپروایزربالینی تمامی موارد عدم انطباق شاخص های عملکردی انجام مشاوره( زمان انجام مشاوره، اطلاع جواب مشاوره به پزشک معالج ، reorder نمودن دستورات، اجرای دستورات، رعایت محدوده زمانی انجام مشاوره و ثبت صحیح اقدامات انجام شده توسط پرستار مسئول بیمار ) را در دفتر سوپروایزرین ثبت می نمایند.**
8. **مدیریت دفتر پرستاری روزانه از طریق مطالعه گزارشات سوپروایزرین ، اقدامات اصلاحی برای رفع موارد عدم انطباق برنامه ریزی و اجرا می نماید.**
9. **مدیریت دفتر پرستاری طی جلسات ماهیانه با مشارکت سوپروایزرین/ سرپرستاران، مشکلات مربوط به مشاوره ها را بررسی نموده و اقدامات اصلاحی را برای رفع موارد عدم انطباق، برنامه ریزی و تدوین می نمایند.**
10. **مسئول حقوق گیرندگان خدمت هر سه ماه یکبارمیزان رعایت محدوده های زمانی انجام مشاوره های داخل و خارج بیمارستانی را به مدیریت و مدیریت دفترپرستاری گزارش می نمایند و ایشان اقدامات لازم را مبذول نموده و اثربخشی اقدامات صورت گرفته را بررسی می نمایند.**

|  |  |
| --- | --- |
| **مدیریت دفتر پرستاری G:\آرم بيمارستان شفا.jpgخحبسمه تعالی**    **بيمارستان تخصصي شفا**  **دفتر اعتباربخشی** | |
| **عنوان / موضوع روش اجرایی :** **نظارت بر روند انجام مشاوره های پزشکی داخل و خارج از بیمارستان** | |
| **کد روش اجرایی : R Shafa – NM -23**  **تعدادصفحات : 2…. از 2…..**  **تاريخ تدوين : 24/8/95**  **شماره ویرایش و بازنگری : سوم** | **تاريخ آخرین بازنگری: 13/10/1400**  **تاریخ آخرین ابلاغ: 27/10/1400**  **تاریخ بازنگری بعدی: 13/10/1401** |

امکانات و تسهیلات مورد نیاز: **-**

جدول اسامی :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي تهيه کنندگان** | **سمت** | **امضاء** | **نام و نام خانوادگي تهيه کنندگان** | **سمت** | **امضاء** |
| خانم رهبران | مدیریت دفترپرستاری |  | آقای نوری | مدیریت |  |
| خانم فاضلی فرد | سوپروایزر بالینی و مسئول بهبود کیفیت |  | خانم رضائی | سوپروایزربالینی و مسئول حقوق گیرندگان خدمت |  |
| **نام و نام خانوادگي تأیید کننده :** آقای دکتر عاصم  **سمت :**رئیس هیئت مدیره **تاريخ تایید: 18/10/1400 امضاء :** | | | | | |
| **نام و نام خانوادگي ابلاغ کننده / تصویب کننده :** آقای دکتر نادر قالیچی  **سمت :** مدیرعامل  **شماره و تاريخ ابلاغ : 3046/1400 ، 27/10/1400 امضاء :** | | | | | |

منابع مورد استفاده: تجربه بیمارستان