



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
مرکز آموزشی درمانی/ بیمارستان.....

گزارش عملکرد بخش اورژانس در شش ماهه سال.....

تهیه و تنظیم:

.....
سرپرستار بخش اورژانس

فهرست مطالب :

- فلو چارت فرآیند پذیرش بیمار در بخش اورژانس
- وضعیت نیروی انسانی
- اقدامات انجام شده در خصوص کنترل و نظارت
- اقدامات انجام شده در خصوص تأمین تجهیزات
- اقدامات انجام شده در جهت تأمین امکانات رفاهی کارکنان
- عملکرد آموزشی
- عملکرد در زمینه کنترل عفونت
- اقدامات انجام گرفته شده (جهت بهبود فضای فیزیکی و....) براساس جدول حل مشکل
- شرکت در کمیته های بیمارستانی
- ارزشیابی از فعالیت های انجام شده
- برنامه های در دست اجرا
- برنامه ریزی های آینده
- نتایج نظر سنجی بررسی میزان رضایتمندی.....
- نتایج زمان سنجی سه ماهه
- فرم آمار عملکرد بخش اورژانس (جمع بندی سه ماهه)
- فرم تکمیل شده مرگ و میر سه ماهه اول

پیوست :

- پمفلت ها و کتابچه های آموزشی
- نتایج ارزیابی های انجام شده بر اساس چک لیست
- گزارشات بازدید

	تعداد تخت	نام بخش
	در صد اشغال تخت	
	پزشک	
	پرستار	
	بهبار	
	کمک بهبار	
	منشی	
	خدمات	
		وضعیت نیروی انسانی
		میانگین استعلاجی در ماه
		میانگین ساعت اضافه کار در سه ماه
		انتصابات جدید

۳. جدول شروع و پایان کار:

نام و نام خانوادگی	تاریخ شروع به کار	تاریخ پایان کار	ملاحظات (طرحی - انتقالی - بازنشسته)

اقدامات انجام شده در خصوص کنترل و نظارت

۱. روش های ارزشیابی و کنترل و نظارت انجام شده* : (نام ببرید)

۲. بازدید های انجام شده (نتایج بازدید بپیوست ضمیمه می باشد).

نام بخش مورد بازدید	تاریخ و ساعت بازدید	اسامی بازدید کنندگان	موارد مورد بررسی

۳. اقدامات انضباطی و تشویقی و تنبیهی (نام افراد و نوع اقدام و علت نوشته شود).

نام و نام خانوادگی پرسنل	نوع اقدام انجام شده	علت اقدام انجام شده	تاریخ

* ارزشیابی اثر بخشی برنامه های آموزشی (آزمون از کنفرانس ، نت و جزوه و... ، آموزش به بیمار) و تجزیه تحلیل نتایج بررسی عملکرد مراقبتی بوسیله چک لیست (نتایج به پیوست ضمیمه می باشد .)

اقدامات انجام گرفته در خصوص تأمین تجهیزات مورد نیاز :

۱. تجهیزات پزشکی که جدیداً خریداری گردیده است. (نوع و تعداد):

نام وسیله	تعداد	تاریخ تحویل به بخش	توضیحات

۲. تجهیزات تعمیر شده و در دست تعمیر (نوع و تعداد و تاریخ اقدام برای تعمیر):

نام وسیله	تعداد	تاریخ تحویل جهت تعمیر	توضیحات

۳. تجهیزات اسقاط شده (نوع و تعداد):

نام وسیله	تعداد	تاریخ اسقاط	توضیحات

۴ - اقدامات انجام شده در خصوص تأمین تجهیزات مورد نیاز بخش:

نام وسیله	تعداد	زمان اقدام	توضیحات

اقدامات انجام شده در جهت تأمین امکانات رفاهی کارکنان:

عملکرد آموزشی :

۱. دوره های آموزشی برگزار شده (تئوری ، عملی) :

عنوان مطلب آموزشی	نوع آموزش	تاریخ	سخنران	تعداد پرسنل شرکت کننده

۲. عناوین مطالب تهیه شده برای نصب در مورد آموزشی:

۳. عناوین پمفلت یا کتابچه های آموزشی تدوین شده (يك نسخه پیوست می باشد)

عملکرد در زمینه کنترل عفونت :

۱. اسامی پرسنلی که بر علیه هپاتیت B واکسینه شده اند :

نام و نام خانوادگی	تاریخ واکسیناسیون بر علیه هپاتیت B

۲. اسامی پرسنلی که دچار مخاطرات شغلی شده اند و اقدامات انجام شده :

نام و نام خانوادگی	تاریخ مخاطرات شغلی	اقدامات انجام شده

۳. تاریخ های سمپاشی بخش :

بخش	تاریخ سمپاشی

۴. تجهیزات تهیه شده در زمینه کنترل عفونت (نوع و تعداد):

تعداد وسیله	نام وسیله

۵. تاریخ انجام کشت و نتایج آن (در صورت انجام):

نتایج آن	تاریخ انجام کشت

اقدامات انجام گرفته جهت بهبود فضاي فيزيكي تجهيزات ، بكارگيري نيروي انساني و ... بر اساس جدول فرآيند حل مشكل

شرح مشكل	علل	اهداف	راه حل پيشنهادي	روش كار

ادامه جدول فرآيند حل مشكل

مسئول اجراء	تاريخ شروع	پيش بيني لازم	ارزيابي	علل عدم موفقيت

شرکت در کمیته های بیمارستانی :

۱. برگزاری جلسات کمیته مرگ و میر (فرم تکمیل شده موارد و تعداد مرگ اتفاق افتاده در سه ماهه پیوست می باشد)

تعداد جلسات (با ذکر تاریخ) :

- نتایج تصمیم گیری :

- مداخلات انجام شده در جهت بهبود عملکرد :

۲. برگزاری جلسات کمیته حوادث غیر مترقبه :

تعداد جلسات (با ذکر تاریخ) :

- نتایج تصمیم گیری :

- مداخلات انجام شده در جهت بهبود عملکرد:

۳. شرکت در سایر کمیته ها (نام کمیته ها و تاریخ جلسات) :

برنامه ریزی های در دست اجراء :

برنامه ریزی های آینده :

نتایج نظر سنجی بررسی میزان رضایتمندی مراجعین بخش اورژانس سه ماهه ...

الف : جدول فراوانی مطلق و نسبی پاسخ واحد های مورد پژوهش در مورد خدمات ارائه شده در بخش اورژانس

ملاحظات	موردي ندارد		خير		تا حدودي		بله		گويه
	درصد	نسبت	درصد	نسبت	درصد	نسبت	درصد	نسبت	
									۱- مراحل پذیرش به موقع انجام شد و به تأخیر نیفتاد.
									۲- پس از انجام کار پذیرش ، براحتي مسیر بخش را پیدا کردید.
									۳- بلافاصله پس از ورود به بخش توسط پزشك معاینه شدید
									۴- از حضور به موقع پزشك هنگام نیاز رضایت داشتید.
									۵- فاصله زمانی بین ویزیت پزشك مناسب بود.
									۶- بلافاصله پس از ورود به بخش توسط پرستار بررسی شدید
									۷- پرستاران به درخواست شما به موقع حضور می یافتند.
									۸- آزمایشات شما فوراً انجام شد.
									۹- عکسبرداری فوراً انجام شد.
									۱۰- از کیفیت غذا راضي بودید.
									۱۱- محیط بخش اورژانس تمیز بود.
									۱۲- برای حمل و نقل تسهیلات لازم فراهم شده بود . (صندلي چرخدار ، برانکارد و ...)
									۱۳- دارو ها و وسایل پزشکی را توانستید از بیمارستان تهیه کنید.
									۱۴- مراحل ترخیص به موقع انجام شد و به تأخیر نیفتاد.

۱۵- مهمترین چیزی که در طول بستری شما را ناراحت کرد چه بود ؟

۱۶- مهمترین چیزی که شما در طول بستری از آن راضي بودید چه بود؟

۱۷- چنانچه لازم باشد مجدداً تحت مراقبت قرار گیرید آیا به این بیمارستان خواهید آمد؟

درصد	تعداد	نوع پاسخ / فراوانی
		بله
		خیر
		نظري ندارد
		جمع

ب- جدول فراوانی مطلق و نسبی میزان رضایتمندی واحد های مورد پژوهش

درصد	تعداد	میزان رضایتمندی / فراوانی
		خوب (۲۲-۲۸)
		متوسط (۱۵-۲۱)
		ضعیف (۰-۱۴)

ج- تحلیل آماری ، رسم نمودار های مقایسه ای موارد اعلام نارضایتی (سه ماهه فعلی با سه ماهه قبل)

د- اقدامات انجام گرفته در جهت ارتقاء رضایتمندی

جدول نتایج زمان سنجی گردش کار اورژانس مرکز آموزشی درمانی / بیمارستان ماهه.....سال.....

ملاحظات	ساعت	دقیقه	زمان
			فاصله زمانی مورد بررسی
			از زمان ورود بیمار به بخش تا اولین ویزیت پزشک
			زمان درخواست آزمایش تا ارسال نمونه
			زمان ارسال نمونه تا دریافت جواب
			زمان درخواست گرافی تا اعزام بیمار
			زمان اعزام بیمار تا دریافت نتیجه
زمان انجام مشاوره بر حسب نوع تخصص:			زمان درخواست مشاوره تا انجام مشاوره (تمام مشاوره ها)
قلب			زمان صدور ترخیص تا ارسال پرونده جهت انجام مراحل اداری ترخیص
ارتوپدی			
جراحی			
داخلی			
ENT			
چشم			زمان ارسال پرونده به درآمد تا زمان صدور برگ ترخیص
ترمیمی			
روانی			
پوست			

- تحلیل آماری ، رسم نمودار های مقایسه ای زمان سنجی گردش کار و ارائه خدمات :

- اقدامات انجام گرفته در جهت ارتقاء زمان ارائه خدمات :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
مرکز آموزشی درمانی/ بیمارستان.....

با آرزوی سلامتی برای شما و کلیه بیماران ، پرسشنامه حاضر به منظور اطلاع از نظرات شما در باره چگونگی دریافت خدمات مورد نیاز شما تدوین گردیده است . پاسخ شما ، مسئولین را در ارائه خدمات شایسته تر در آینده یاری خواهد نمود نیازی به درج نام و نام خانوادگی نمی باشد . لطفا نظرات خود را در هر مورد با علامت x مشخص نمایید .

گویه	بله	تا حدودی	خیر	موردي ندارد	ملاحظات
۱- مراحل پذیرش به موقع انجام شد و به تأخیر نیفتاد.					
۲- پس از انجام کار پذیرش ،براحتي مسیر بخش را پیدا کردید.					
۳- بلافاصله پس از ورود به بخش توسط پزشك معاینه شدید.					
۴- از حضور به موقع پزشك هنگام نیاز رضایت داشتید.					
۵- فاصله زمانی بین ویزیت پزشك مناسب بود.					
۶- بلافاصله پس از ورود به بخش توسط پرستار بررسی شدید.					
۷- پرستاران به درخواست شما به موقع حضور می یافتند.					
۸- آزمایشات شما فوراً انجام شد.					
۹- عکسبرداری فوراً انجام شد.					
۱۰- از کیفیت غذا راضی بودید.					
۱۱- محیط بخش اورژانس تمیز بود.					
۱۲- برای حمل و نقل تسهیلات لازم فراهم شده بود . (صندلی چرخدار ، برانکار و ...)					
۱۳- دارو ها و وسایل پزشکی را توانستید از بیمارستان تهیه کنید.					
۱۴- مراحل ترخیص به موقع انجام شد و به تأخیر نیفتاد.					

۱۵- مهمترین چیزی که در طول مدت بستری شما را ناراحت کرد چه بود ؟

۱۶- مهمترین چیزی که در طول مدت بستری از آن راضی بودید چه بود ؟

۱۷- چنانچه لازم باشد مجدداً تحت مراقبت قرار گیرید آیا به این بیمارستان خواهید آمد؟

نظری ندارم

خیر

بله