

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا

تألیف:

دکتر حمیدرضا خانکه

با همکاری گروه نویسندگان:

دکتر امین صابری نیا، دکتر مریم نخعی، دکتر داود خراسانی زواره، دکتر علی اردلان، یوسف اکبری، دکتر علی نصیری، مهدی بیرامی جم، دکتر الهام قناعت پیشه
لیلا داد دوست، دکتر الهام سیادت، ژولیت رودینی، دکتر زهرا عباسی، شکوفه احمدی، سعیده بهرامپوری، بابک فرزین نیا، مریم رنجبر، دکتر احمد سلطانی
دکتر غلامرضا معصومی، دکتر محمدتقی طالبیان، دکتر محمد سرور، دکتر جعفر میعادفر، دکتر حسن نوری، مجتبی خالیدی، وحید دل شاد

ویراستاران (به ترتیب حروف الفبا):

دکتر داود خراسانی زواره، لیلا داد دوست، دکتر مریم نخعی، دکتر علی نصیری

بهار ۱۳۹۵

سرشناسه	: خانکه، حمیدرضا، ۱۳۴۶ -
عنوان و نام پدیدآور	: ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا/ تالیف حمیدرضا خانکه، با همکاری گروه نویسندگان امین صابری‌نیا... [و دیگران]؛ ویراستاران (به ترتیب حروف الفبا) داود خراسانی‌زواره... [و دیگران].
وضعیت ویراست	: [ویراست ۲].
مشخصات نشر	: تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	: جدول (بخشی رنگی).
شابک	: ۹۷۸-۶۰-۶۴۴۲-۶۴-۸
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
یادداشت	: با همکاری گروه نویسندگان امین صابری‌نیا، مریم نخعی، داود خراسانی‌زواره، علی اردلان، یوسف اکبری، علی نصیری، مهدی بیرامی‌جم، الهام قناعت‌پیشه ...
یادداشت	: ویراستاران (به ترتیب حروف الفبا) داود خراسانی‌زواره، لیلا داددوست، مریم نخعی، علی نصیری.
یادداشت	: چاپ قبلی کتاب حاضر تحت عنوان "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا (نقشه خطر)" منتشر شده است.
یادداشت	: کتابنامه.
عنوان دیگر	: مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا (نقشه خطر).
موضوع	: حوادث -- ایران -- پیشگیری -- برنامه‌ریزی
موضوع	: Accidents -- Iran -- Prevention -- Planning
موضوع	: مدیریت بحران -- ایران
موضوع	: Crisis management -- Iran
موضوع	: سلامت‌پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی
موضوع	: Health promotion -- Planning -- Iran
موضوع	: پزشکی -- خدمات -- ارزشیابی
موضوع	: Medical care -- Evaluation
موضوع	: بیمارستان‌ها -- مدیریت
موضوع	: Hospitals -- Administration
موضوع	: مدیریت بحران -- برنامه‌ریزی
موضوع	: Crisis management -- Planning
شناسه افزوده	: صابری‌نیا، امین، ۱۳۵۴ -
شناسه افزوده	: خراسانی زواره، داود، ویراستار
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
رده‌بندی کنگره	: ۱۶۹HT / الف خ ۲ ۱۳۹۵
رده‌بندی دیویی	: ۳۰۷/۱۲۱۶۰۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۴۲۱۸۰۵۰

نام کتاب: ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا

مؤلف: دکتر حمیدرضا خانکه و همکاران

شابک: ۹۷۸-۶۰-۶۴۴۲-۶۴-۸

شمارگان: ۲۰۰۰ جلد

قیمت: ۲۰۰۰۰۰ ریال

چاپ دوم: ۱۳۹۵

چاپ: ارشیا

ناشر: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نشانی: اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تلفن و نمابر: ۲۲۱۸۰۰۸۱

با قدردانی از همکاری

- ویراستاران: دکتر داود خراسانی‌زواره، لیلا داد دوست، دکتر مریم نخعی، دکتر علی نصیری
- صفحه‌آرا: گروه گرافیکی ارشیا • طراحی جلد: گروه گرافیکی ارشیا

همه حقوق نشر برای ناشر محفوظ است؛ هرگونه استفاده از متن به هر صورتی در قالب کتابچه، جزوه، تهیه لوح فشرده آموزشی، تهیه نرم‌افزار، استخراج آزمون، ترجمه به دیگر زبان‌ها و استفاده از مطالب کتاب، اشکال، تصاویر و... بدون اجازه کتبی از ناشر غیرقانونی است.

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

- مقدمهٔ مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴
- مقدمه معاونت محترم درمان وزارت و رییس کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه ۵
- مقدمه رییس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور و دبیر کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه ۶
- مقدمهٔ مؤلف (رییس دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه و معاون تخصصی بحران و پدافند غیرعامل مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور) ۷
- مقدمهٔ دبیر کمیته بهداشت کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه ۹
- راهنمای خوانندگان ۱۰
- ابزار شماره یک: ابزار بررسی مخاطرات و تهدیدات ۱۳
- ابزار شماره دو: ابزار بررسی ظرفیت اورژانس پیش بیمارستانی در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه) ۲۴
- ابزار شماره سه: ابزار بررسی ظرفیت حوزهٔ درمان در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه) ۵۱
- ابزار شماره چهار: ابزار بررسی آسیب‌پذیری حوزهٔ سلامت در حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه) ۷۱
- ابزار شماره پنج: ابزار بررسی آمادگی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی‌درمانی در پاسخ به حوادث و بلایا ۷۸
- ابزار شماره شش: ابزار بررسی آمادگی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی‌درمانی در پاسخ به شرایط اضطراری روانی ۹۱
- ابزار شماره هفت: ابزار ارزیابی سریع حوزهٔ سلامت در حوادث و بلایا ۹۵
- ابزار شماره هشت: شاخص‌های تعیین سطح حادثه و فعال‌سازی مرکز هدایت عملیات ۱۱۶
- ابزار شماره نه: ابزار بررسی سریع ظرفیت ملی حوزهٔ سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا ۱۲۱
- منابع ۱۴۷

مقدمه مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اکنون که برنامه تحول نظام سلامت در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، با حمایت و تأکید ریاست محترم جمهور و نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی در سطح کشور اجرا می‌شود، شایسته است نظام سلامت از آمادگی لازم برای پاسخ مناسب و موثر به عوارض حوادث و بلایا نیز برخوردار باشد. این امر نه تنها تضمین‌کننده سلامت مردم عزیزمان در زمان وقوع حوادث خواهد بود، بلکه از ضروریات تحقق اهداف برنامه توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ است. البته دستاوردهای نظام سلامت طی سال‌های اخیر در حوزه مدیریت عوارض ناشی از حوادث و بلایا بسیار چشمگیر بوده و در حال حاضر برخی برنامه‌های آن نه تنها در سطح منطقه که در سطح جهان به خوبی شناخته شده و مورد توجه صاحب نظران و سازمان‌های بین‌المللی قرار گرفته است. تدوین کتاب "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" که حاصل تعامل نزدیک و همکاری معاونت درمان به عنوان رییس کارگروه سلامت در حوادث و بلایا و تلاش یک ساله گروهی از متخصصین داخلی برای تهیه این مجموعه ابزارها، گام بلند دیگری در این عرصه است. در این مجموعه، ابزارهای ملی جهت ارزیابی مخاطرات و تحلیل خطر، ارزیابی ظرفیت مراکز درمانی، ابزار سطح‌بندی حوادث و فعال‌سازی مرکز هدایت عملیات (EOC)، ارزیابی سریع حوزه سلامت پس از حوادث و بلایا، ارزیابی آسیب‌پذیری، ابزار ارزیابی آمادگی روانی مراکز بهداشتی و درمانی جهت مقابله با حوادث و بلایا به همراه سناریوهای ملی مخاطرات گرد آمده‌اند. لذا از تمامی رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انتظار می‌رود نظر به ضرورت تدوین نقشه خطر با استفاده از ابزارهای بومی به عنوان اولین مرحله در فرایند مدیریت خطر، حمایت و نظارت لازم بر تکمیل ابزارها در فواصل زمانی مناسب و بکارگیری سناریوها جهت برنامه ریزی در راستای آموزش و تمرین آمادگی و پاسخ به مخاطرات ممکن حوزه‌های تحت پوشش خود در سطح ستاد دانشگاه، شهرستان‌ها و واحدهای محیطی تابعه را به عمل آورند. همچنین ضرورت دارد این مجموعه مبنایی جهت انجام فعالیت‌ها در راستای فازهای چهار گانه چرخه مدیریت حوادث و بلایا (فاز پیشگیری و تخفیف اثرات بلایا، فاز آمادگی جهت پاسخ، فاز پاسخ به موقع و مناسب و فاز بازیابی و بازسازی) و نقشه راه ابلاغی کارگروه مورد توجه ویژه قرار گیرد.

در پایان جای دارد از تلاش‌های جناب آقایان دکتر آقاجانی، دکتر صابری نیا، دکتر خانکه و همکاران ایشان در دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه و تمامی متخصصین مشارکت‌کننده، در فرایند تهیه، تدوین و اعتبار سنجی این مجموعه، قدردانی نمایم. توفیق روز افزون این عزیزان را در خدمت خالصانه به هم وطنان از خداوند منان خواستارم.

دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی
وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مقدمهٔ معاون محترم درمان وزارت و رییس کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه

حوادث و بلايا اتفاقاتی به قدمت زندگی بشر و برای کلیه جوامع در طول تاریخ آشنا بوده‌اند. این اتفاقات که در ابتدا به حرکت ستارگان و وضعیت بد آن‌ها منسوب می‌شده‌اند، در تاریخ سراسر پر نشیب و فراز زندگی بشری با عناوین مجازات الهی، خشم طبیعت و درنهایت دست‌کاری انسانی در محیط طبیعی سیر تکاملی خود را طی کرده است. حوادث و بلايای طبیعی و انسان‌ساخت به هر شکل و یا با هر علتی که وقوع پیدا کنند، تهدیداتی جدی برای حیات، توسعه و تکامل جامعه بشری به همراه دارند. این تهدیدات می‌توانند سلامت و جان انسان، اموال و دارایی‌ها و محیط زندگی انسان را تخریب کرده، فرایند توسعه را متوقف و حتی معکوس نمایند. در بین تمام نتایج ناشی از وقوع این اتفاقات، سلامت مهم‌ترین اولویت هر جامعه‌ای است. بنابراین توجه به پیشگیری، پیش‌بینی و تدارک لوازم و تجهیزات لازم جهت ارائه پاسخ مؤثر و مناسب به‌منظور کاهش مرگ‌ومیر، مصدومیت و معلولیت و بار ناشی از وقوع این حوادث از اهمیت بسزایی برخوردار است.

بر اساس منابع موجود و تحقیقات انجام شده، اولین و مهم‌ترین قدم به‌منظور کسب آمادگی و کاهش اثرات ناشی از وقوع حوادث و بلايا و مدیریت جامع خطر، بررسی و تحلیل عناصر اصلی خطر و پیش‌بینی نتایج حاصل از تعامل آن‌ها است. لذا بدین منظور طراحی و تدوین ابزارهایی جامع، متناسب با بستر و فرهنگ می‌تواند اطلاعات قابل‌اعتماد و معتبر لازم به‌منظور شناخت خطرات ناشی از وقوع حوادث و بلايا با مشاء طبیعی یا انسان‌ساخت را تأمین نماید. از آنجاکه کشور عزیزمان یکی از خطرپذیرترین کشورهای دنیا در مقابل این پدیده‌ها هست، لذا مجموعه حوزه سلامت با طراحی ابزارهای معتبر و مستند، با استفاده از تجارب ملی و بین‌المللی سعی دارد اقدامی علمی و همه‌جانبه در جهت مدیریت خطر انجام دهد. مجموعه حاضر به سفارش دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه وزارت بهداشت و توسط مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سلامت در حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با همراهی کلیه نخبگان این حوزه طراحی و تدوین شده و به‌عنوان مجموعه ابزارهای معتبر کشوری به‌منظور بررسی خطر در حوزه سلامت و هم‌چنین مجموعه سناریوهای پایه ملی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. در پایان ضمن تشکر از زحمات جناب آقای دکتر خانکه رییس محترم دبیرخانه کارگروه و جناب آقای دکتر صابری نیا دبیر محترم کارگروه و سایر همکاران آرزومندم با تلاش‌های کلیه نخبگان علمی این حوزه، جامعه‌ای سالم و عاری از مصائب ناشی از مخاطرات داشته باشیم.

دکتر محمد حاجی آقاجانی

معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

و رییس کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه

مقدمه رییس محترم مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

حوادث و بلایای طبیعی و انسان ساخت به هر شکل و یا با هر علتی که رخ بدهند، تهدیداتی جدی برای حیات، توسعه و تکامل جوامع بشری را به همراه دارند. این مخاطرات می‌توانند سلامت انسان‌ها، اموال و دارایی‌ها و محیط زندگی را تخریب نموده و فرآیند توسعه منطقه یا یک کشور را متوقف و حتی معکوس نمایند. کشور عزیزمان یکی از آسیب پذیرترین کشورهای دنیا در مقابل این مخاطرات می‌باشد، مجموعه مدیریت حوادث غیر مترقبه کشور با شکل گیری سازمان مدیریت بحران و کارگروه‌های تخصصی سعی در ارتقای آمادگی ملی و کاهش خطر پذیری نموده است.

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از زیر مجموعه‌های این سازمان، همواره در خط مقدم پاسخ به حوادث و بلایای کشور قرار داشته و در این راستا اقدام به ظرفیت‌سازی در سطوح ستاد وزارت، دانشگاه‌های علوم پزشکی، و مراکز محیطی نموده است. که از بین این اقدامات ارزشمند می‌توان به تشکیل مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، مرکز هدایت عملیات و کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه اشاره نمود.

مهمترین اصل در مدیریت خطر حوادث و بلایا رویکرد پیش‌فعالی در راستای کاهش خطر بلایا در حوزه سلامت و توانمندی سیستم در تحلیل مخاطرات، ارزیابی خطر، ترسیم نقشه خطر و داشتن برنامه آمادگی جهت پاسخ مؤثر و بموقع می‌باشد. کارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه ترسیم نقشه خطر با استفاده از ابزارهای بومی را اولین گام و اولویت خود قرار داده و در این راستا اقدام به تدوین مجموعه ابزارهای بررسی خطر نموده است.

ویرایش دوم مجموعه ابزارها که تقدیم تلاشگران عرصه سلامت می‌گردد، علاوه بر ابزارهای مورد نیاز جهت ترسیم نقشه خطر حوزه سلامت، حاوی ابزارهای "تعیین سطح حادثه"، "سطح‌بندی فعالیت مرکز هدایت عملیات" و ابزار "ارزیابی سریع حوزه سلامت" در زمان رخداد حوادث و بلایا می‌باشد که کاربرد آنها توسط مجموعه نظام سلامت در فازهای "آمادگی و پاسخ" چرخه مدیریت خطر بلایا، توان مدیریتی، هماهنگی و عملیاتی را بطور چشمگیری افزایش داده و نتایج ناگوار انسانی، مالی و محیطی مخاطرات را کاهش می‌دهد. لذا بکارگیری و تکمیل این ابزارها، استخراج و ارسال یافته‌ها به مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت به تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور توصیه می‌گردد.

در آخر از استاد گرامی، جناب آقای دکتر خانکه (رییس دبیرخانه کارگروه بهداشت، درمان و توانبخشی در حوادث غیرمترقبه)، کلیه همکاران دبیرخانه کارگروه، تمامی اساتید و دانشجویان محترم که در تدوین این مجموعه ارزشمند مشارکت داشته‌اند، سپاسگزاری نموده و توفیق آنان را خداوند متعال خواستارم.

دکتر امین صابری نیا دبیرکارگروه سلامت در حوادث غیر مترقبه

حوادث و بلایا چه طبیعی و چه انسان‌ساخت دارای آثار و نتایج مخربی هستند که ممکن است عمیق و آشکار و یا نامعلوم باشند. آمار منتشر شده از وقوع بلایا در دنیا نشان می‌دهد که طی دو دهه گذشته بیش از ۳/۴ میلیون نفر جان خود را در طی بلایا از دست داده و میلیون‌ها نفر آسیب‌دیده و ده‌ها میلیارد دلار صرف جبران خسارات مالی و جانی شده است. بر اساس داده‌های منتشر شده در CRED^۱ در سال ۲۰۱۳، در طی یک دهه گذشته (۲۰۱۲-۲۰۰۳) به‌طور متوسط در هر سال ۳۸۸ حادثه طبیعی در پایگاه داده EM-DAT^۲ ثبت شده که سالیانه ۲۱۶ میلیون نفر قربانی و بیش از ۱۵۷ میلیارد دلار خسارت داشته است (ADSR 2013^۳). البته این نتایج، تنها بخشی از عواقب حوادث و بلایا است و اگر تأثیر این وقایع بر افراد و جوامع نیز مدنظر قرار گیرند، نتایج مخرب آن‌ها عظیم‌تر خواهد بود.

بیش از ۹۰ درصد از مجموع افراد آسیب‌دیده و ۵۰ درصد خسارات مالی و جانی حوادث طبیعی، مربوط به قاره آسیا می‌باشد. کشور ما ایران نیز با توجه به موقعیت اقلیمی و جغرافیایی آن یکی از کشورهای پرخطر جهان از نظر وقوع حوادث و بلایا است. ایران همواره جزو ۱۰ کشور بلاخیز از نظر آمار وقوع بلایای طبیعی و مرگ‌ز و میر ناشی از آن بوده است، چنانکه از ۱۹۰۰ تا ۲۰۱۵ رخداد حدود ۱۹۰ مورد بلایا در ایران ثبت شده است. به‌طور کلی از ۴۳ نوع بلایای طبیعی شناخته شده در دنیا، ۳۱ نوع آن در کشور ما به وقوع می‌پیوندد. در مناطق مختلف کشور، انواع حوادث و بلایای طبیعی همچون سیل، زمین لرزه، زمین لغزش، سقوط بهمن، خشکسالی و غیره و نیز حوادث انسان ساخت همچون حوادث ترافیکی، سقوط هواپیما، حوادث صنعتی و ... همواره در حال وقوع است. بیش از ۹۳٪ از مساحت کشور در معرض خطر متوسط رو به بالا از نظر امکان وقوع زلزله قرار دارد و حدوداً هر دو سال یک‌بار زلزله‌های بزرگی در مناطق مختلف به وقوع می‌پیوندد. زلزله در طی ۹۰ سال گذشته جان بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر را گرفته است. نمونه آن در سال ۲۰۰۳، بدترین حادثه طبیعی قرن اخیر ایران در بم اتفاق افتاد؛ زمین لرزه‌ای با بیش از ۳۰۰۰۰ کشته و تخریب بیش از ۸۰ درصد. از آنجایی که ایران یک کشور حادثه‌خیز است و بروز تغییرات اقلیمی شدید در آن زیاد است، احتمال حوادث مشابه در آینده نزدیک وجود دارد.

حوزه سلامت در بلایا نقش اساسی در کاهش مرگ‌ومیر و صدمات دارد، از طرفی اولین و مهم‌ترین مطالبه مردم در زمان رخداد حوادث، سلامت است و ارائه خدمات سلامت هماهنگ، یکپارچه، مداوم و قابل دسترسی ضرورت داشته و از شاخص‌های مهم توسعه ملی است. درسی کلیدی که از زمین لرزه بم گرفته شد این بود که ایران خصوصاً در حوزه سلامت به اندازه کافی برای مقابله با بلایا آماده نیست و فقدان برنامه جامع کشوری کاملاً محسوس است. زمین لرزه بم به‌عنوان نقطه عطف در ساختار مدیریت خطر بلایای کشور باعث شد تصمیم‌گیران مدیریت بلایا نگاه تازه و جدی به آمادگی برای چنین حوادثی در آینده داشته باشند. حوادث بزرگ و بلایا تنها از طریق برنامه‌ریزی هوشمندانه قابل کنترل و مدیریت هستند. مدیریت مؤثر در بلایا بستگی به پیش‌بینی و شناسایی مشکلات حاصل از بلایا و در نظر گرفتن امکانات لازم در زمان و مکان مناسب و مقتضی دارد.

اگرچه در اکثر برنامه‌ریزی‌ها بر نیازهای فوری شامل امداد، نجات و کمک‌های اولیه تأکید شده است، باید توجه نمود که آمادگی حوزه سلامت به‌منظور ارائه و تأمین خدمات حفظ کننده حیات بستگی به برنامه‌ریزی و کسب آمادگی در مقابل این حوادث دارد. بر اساس مطالعات انجام شده و تجربیات داخلی و بین‌المللی به‌منظور تأمین آمادگی‌های لازم،

1- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters

2- Emergency Events Database

3- Annual Disaster Statistical Review

بررسی خطر وقوع حوادث^۱ و پیش بینی سناریوهای محتمل ضروری بوده، لازم است کشورهای مختلف بر اساس اصول علمی و با استفاده از ابزارهای روا و پایا که با توجه به شرایط جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی تولید شده است به بررسی منظم و دقیق مخاطرات موجود با توجه به آسیب پذیری و ظرفیت‌های موجود پرداخته و مشکلات احتمالی ناشی از وقوع بلایا را با استفاده از تولید سناریوهای پایه ملی پیش بینی کنند. مجموعه حاضر که توسط گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و به سفارش دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از روش علمی و با مشارکت جمعی از نخبگان کشور طراحی شده است، تلاشی در جهت کاهش خطر کشور عزیزمان ایران هست.

در این مجموعه تعدادی از ابزارهای ضروری به منظور برآورد خطر و برنامه‌ریزی مؤثر حوزه سلامت ارائه شده است. کلیه ابزارها به‌طور آزمایشی مورد استفاده قرار گرفته و مسیر اعتباریابی و استانداردسازی را با تشکیل جلسات متعدد نخبگان و صاحبان فرایند طی کرده و در حال حاضر مورد تأیید متخصصین این حوزه و مدیران حوزه سلامت است. امید است با استفاده از این ابزارها، برآورد منطقی از خطر حوزه سلامت، مبتنی بر نتایج، انجام شود که لازم است این برآورد بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت به‌صورت دوره‌ای تکرار گردد. حوزه سلامت در طراحی و تدوین نقشه خطر نقش تعیین کننده داشته است و تلاش می‌نماید از طریق تدوین سناریوهای واقعی و تمرین منظم بر اساس ارزیابی‌های صورت گرفته پاسخی مؤثر به حوادث ارائه کرده، تلفات و صدمات ناشی از آن را به‌طور محسوسی کاهش دهد. تدوین و تألیف این کتاب به عنوان یک دستورالعمل ملی در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، قانون جامع مدیریت حوادث غیر مترقبه، سند ملی سلامت در حوادث و بلایا و شرح وظیفه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه می‌باشد و به سایر کارگروه‌ها نیز توصیه می‌شود.

دکتر حمیدرضا خانکه

رئیس دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه

و معاون تخصصی مدیریت بحران و پدافند غیرعامل مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور

مقدمهٔ دبیر کمیته بهداشت کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه - دکتر علی اردلان

یکی از مهم‌ترین مراحل مدیریت خطر بلایا در حوزه سلامت، توانمندی سیستم در ارزیابی خطر می‌باشد. برای مدیریت خطر بلایا نیازمند فرآیندی منظم از بکارگیری تصمیم‌های اجرائی، سازمانی و سایر ظرفیت‌ها برای اجرای سیاست‌ها، راهکارها و ظرفیت تطابق جامعه برای کاستن اثرات و نتایج بد مخاطره‌ها می‌باشیم. به بیانی دیگر هدف نهایی مدیریت خطر بلایا کاهش اثرات و نتایج بد مخاطرات می‌باشد.

به همین منظور باید اجزای مختلف خطر (مخاطره، آسیب پذیری و ظرفیت) شناخته شود. شناخت این اجزا نیازمند داشتن ابزارهای ملی و استانداردی است که با استفاده از آنها بتوان در جهت اندازه‌گیری دقیق و توصیف اجزای خطر اقدام و با تعیین اولویت‌ها، مداخلات مناسب طراحی و با انجام به موقع، پیامدهای ناگوار ناشی از مخاطرات را به حداقل رساند.

این مجموعه در مقایسه با ویرایش اول مجموعه ابزارهای ارزیابی خطر حوزه سلامت تغییرات چشمگیری از لحاظ کمی و کیفی دارد. می‌توان اظهار داشت که دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با استفاده از ابزارهای موجود می‌توانند نقشه خطر مربوط به حوزه خود را ترسیم و بر اساس فازهای چرخه مدیریت خطر بلایا، وقوع مخاطرات را پیش‌بینی و از رخداد برخی از آنها پیشگیری نمایند. و در صورت بروز مخاطرات غیر قابل پیش‌بینی و پیشگیری بر اساس برنامه ریزی، آموزش، تمرین، افزایش ظرفیت، کاهش مواجهه و پاسخ به موقع و مناسب میزان خطر آنها را بکاهند.

ابزار حاضر می‌تواند تصویر کلی از وضعیت خطر حوزه سلامت در منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهیه کرده، امکان پیش‌بینی، کاهش خطر، کسب آمادگی لازم و تأمین پاسخ مؤثر را در شرایط وقوع حوادث و بلایا مهیا کند. جا دارد از زحمات همکار ارجمند جناب آقای دکتر خانکه و همکاران محترمشان در تدوین این مجموعه قدردانی نمایم و آرزوی توفیق ایشان را خداوند متعال مسئلت نمایم.

دکتر علی اردلان

دبیر بورد تخصصی سلامت در حوادث و بلایا

ابزارهای حاضر به سفارش دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و توسط گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در بلایا و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با همکاری گروه آموزشی سلامت در بلایا و فوریت‌های دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و جمعی از نخبگان و دانشجویان دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها تدوین شده است. ابزارهای حاضر با استفاده از فرایند علمی از منابع معتبر و براساس نظرات متخصصین طی جلسات متعدد طراحی و تدوین شده است.

همکار گرامی! لطفاً جهت تکمیل دقیق‌تر ابزار، به ویژه ابزارهای مرتبط با بیمارستان، موارد زیر را رعایت فرمایید:

- ۱- راهنمای تکمیل، تعریف اصطلاحات و توضیحات مربوط به هر مورد به‌دقت مطالعه شود.
- ۲- فرم‌ها ترجیحاً با نظارت کارشناسانی تکمیل شود که در دوره آموزشی آمادگی بیمارستانی^۱ و ارزیابی ایمنی بیمارستانی^۲ و کارگاه اختصاصی ارزیابی خطر که توسط دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه کشور برگزار شده است، شرکت کرده باشند.
- ۳- یک نسخه از قراردادهای منعقد شده بین بیمارستان و دیگر سازمان‌ها (مرتبط با حوادث و بلایا) می‌بایست در کمیته حوادث بیمارستان موجود بوده، بر اساس آن قراردادها (یعنی براساس مستندات) فرم‌ها تکمیل شوند.
- ۴- تنظیم قراردادهای منعقد شده و تدوین هرگونه برنامه جهت آمادگی بیمارستانی یا پیش‌بیمارستانی برای امور مختلف مربوط به حوادث باید مطابق مفاد کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث تنظیم شده و در هر برنامه مشخص شده باشد چه کسی، چه کاری را در چه زمانی و با چه امکاناتی، در چه جایگاهی و چگونه انجام دهد (حتی‌الامکان برای افراد باید همان کار و وظیفه‌ای را در زمان بروز حوادث تعریف نمایند که در زمان عادی هم آن را انجام می‌دهند).
- ۵- به‌منظور یکسان‌سازی مفاهیم در تعیین ظرفیت‌های حوزه سلامت در کل کشور، کلیه فرم‌ها باید مطابق مفاد کتاب "آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا: برنامه کشوری" تکمیل شوند.

1- Hospital Disaster Preparedness (HDP)

2- Hospital Safety Index (HSI)

۶- منظور از فراظرفیت (ظرفیت قابل افزایش)، توانایی بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی در تأمین گزینه مورد نظر صرفاً برای زمان وقوع حادثه است و برنامه‌های جاری یا در دست اقدام برای توسعه فضای فیزیکی یا خرید تجهیزات و ... به صورت برنامه‌هایی برای ارتقای کلی بیمارستان مدنظر نیست. مثلاً اگر بیمارستان برنامه افزایش تعداد دستگاه سی. تی. اسکن را دارد و قرار است تا چند ماه دیگر دستگاه نصب شود، این گزینه را نمی‌توان به عنوان ظرفیت قابل افزایش در نظر گرفت؛ چون این افزایش ظرفیت تنها برای زمان حادثه صورت نگرفته است (این گونه موارد را می‌توان در قسمت توضیحات ذکر نمود). ظرفیت قابل افزایش، فراتر از نیاز روزمره بیمارستان بوده، صرفاً برای زمان حادثه در نظر گرفته و پیش‌بینی می‌شود.

به منظور بهره‌برداری از نظرات و تجربیات ارزشمند شما، خواهشمند است پیشنهادهای خود را در خصوص تکمیل مطالب، به دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه کشور، مستقر در مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور ارسال فرمایید تا پس از بررسی و تأیید توسط کمیته علمی، تغییرات لازم در ویرایش‌های بعدی کتاب اعمال شود.

مشخصات اعضای گروه ارزیاب

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	مدرک تحصیلی	سمت	عنوان سازمانی	محل کار	سابقه کار	دوره‌های آموزشی گذرانده (مرتبط با حوادث) ابزارها
۱	حسن صادقی	۳۷	مذکر	کارشناس پرستاری	کارشناس دبیرخانه	سوپروایزر آموزشی	بیمارستان شهید رجایی	۱۰ سال	HSI-HDP ابزارها

ابزار شماره یک

ابزار بررسی مخاطرات و تهدیدات

ابزار ارزیابی مخاطرات به سفارش دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه و توسط گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در بلایا و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، به منظور استخراج و بررسی فهرست مخاطرات کشور بر اساس مناطق جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تدوین شده است. ابزار حاضر با استفاده از منابع معتبر و مت عدد علمی و براساس نظرات متخصصین طی جلسات مت عدد طراحی و تدوین شده است.

راهنما

جهت تکمیل فرم ارزیابی مخاطرات، لازم است موارد زیر را رعایت فرمایید:

- راهنمای نحوه تکمیل فرم، تعریف اصطلاحات استفاده شده و توضیحات مربوط به هر قسمت به دقت مطالعه شود.
- فرم‌ها ترجیحاً با نظارت یا توسط کارشناسانی تکمیل شود که در دوره آموزشی آمادگی بیمارستانی^۱ و کارگاه ارزیابی مخاطرات که توسط دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه برگزار شده است، شرکت کرده باشند. توصیه می‌شود در هر منطقه کارشناسان کمیته حوادث و بلایای بیمارستان‌های منطقه جغرافیایی در تهیه نقشه مخاطرات مشارکت فعال داشته باشد.

توضیح (۱): منظور از منطقه، مرکز استان و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه می‌باشد. (در کلان‌شهرها فهرست مخاطرات بر اساس مناطق شهرداری استخراج گردد.)

توضیح (۲): کارشناسان باید کلیه مخاطرات منطقه تحت پوشش دانشگاه را از طریق مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه استخراج کرده، به دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت ارسال نمایند. در صورت تعدد دانشگاه‌ها در استان و وسیع بودن منطقه جغرافیایی، فهرست مخاطرات توسط مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه مرجع استخراج شود (به‌عنوان مثال دانشگاه علوم پزشکی شیراز دانشگاه مرجع استان فارس است). لازم به توضیح است که نقشه خطر مناطق مختلف جغرافیایی استان باید به‌صورت تفکیکی (مرکز استان و شبکه‌های تابعه) همراه با مستندات هر مخاطره به دبیرخانه کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت ارسال گردد. فهرست نهایی مخاطرات استخراج شده، پس از ورود اطلاعات در فایل اکسل^۱ به دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت ارسال گردد.

مثال: در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی اراک واقع در استان مرکزی، کلیه مخاطرات مربوط به شهر اراک، شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های ساوه، زرندیه، محلات، دلیجان، تفرش، آشتیان، خمین، شازند و کميجان توسط مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اراک تهیه و به‌صورت فایل اکسل به دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت ارسال گردد.

راهنمای تکمیل جدول شماره ۸

در جدول شماره یک در ستون اول نام مخاطرات شایع که در فهرست‌های بین‌المللی ثبت گردیده، آورده شده است. لطفاً کلیه مخاطراتی که در منطقه جغرافیایی شما تجربه شده است را از فهرست مخاطرات جدول انتخاب کنید. در صورتی که پدیده‌ای مشخصات یک مخاطره را داشته و در لیست مذکور نیامده است به انتهای جدول اضافه کنید. همچنین شما می‌توانید اطلاعات مربوط به مخاطرات را از سازمان مدیریت بحران منطقه، یا سازمان‌های مرتبط دیگر مثل مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت، جهاد کشاورزی، هواشناسی، مؤسسه ژئوفیزیک دانشگاه تهران، جمعیت هلال‌احمر، آتش‌نشانی، معتمدین محلی و سایر منابع معتبر به دست آورید.

تعریف مخاطره^۲

مخاطره به کلیه پدیده‌ها با منشأ طبیعی یا انسان‌ساخت گفته می‌شود که قادر هستند در مکان و زمان مشخص به جان، مال و محیط زیست انسان‌ها آسیب وارد کنند.

مثال: زمین لرزه در مورموری ایلام، سرمای شدید در رشت، حملات زیستی در زاهدان، طوفان گردوغبار در استان خوزستان، آلوده شدن آب آشامیدنی در کرج، تصادف جاده‌ای در سبزوار.

1- Excel
2- Hazard

جدول شماره ۱- تعریف برخی از مخاطرات مهم و شایع

مخاطرات	تعریف
زمین لرزه	لرزش ناگهانی پوسته جامد زمین که بر اثر آزاد شدن ناگهانی انرژی لرزه نامیده می‌شود.
زمین لغزش	هر نوع حرکت توده‌ای از سنگ، خاک یا ترکیب هر دو با سرعت متوسط تا شدید که با نیروی گرانش زمین اتفاق می‌افتد.
سونامی	لرزش شدید آب دریا گفته می‌شود که در پی زمین‌لرزه‌های زیر دریا پدید می‌آید. آبی که به لرزه درآمده به شکل موج‌های عظیم به کرانه‌ها رسیده و ویرانی به بار می‌آورد.
ریزش صخره/سنگ	سقوط حجمی از سنگ یا صخره که از سطح کوه جدا شده و آزادانه سقوط می‌کند.
نشست زمین	فرورفتن زمین در ابعاد وسیع که منجر به خسارت مالی و جانی شود.
سرما شدید	کاهش دما و زمستان‌های خشن، سرد و برفی که به علت اقلیم سرد و کوهستانی است.
موج سرما	موج سرما (پایین‌ترین دمای ثبت شده در منطقه) با تداوم چندروزه در یک منطقه جغرافیایی را گویند.
طوفان	وزش باد با سرعت زیاد در مدت کوتاه که می‌تواند به تنهایی یا همراه با باران، رعدوبرق، تندر و برف باشد و در این صورت طبق تعاریف زیر همان نام را به خود می‌گیرد.
طوفان گرد و غبار	به سرعت باد بیشتر از ۱۵ متر بر ثانیه و کاهش دید افقی کمتر از یک کیلومتر ناشی از گردوغبار گفته می‌شود.
طوفان تندری	طوفان همراه با رعدوبرق را گویند.
گردباد	از شدیدترین نوع طوفان‌ها هستند که با باد چرخشی شدید قیفی شکل شناخته می‌شوند.
کولاک	باد مداوم با سرعت ۵۶ کیلومتر در ساعت به همراه بارش قابل‌ملاحظه برف یا برف بلند شده از زمین که دید را به کمتر از ۴۰۰ متر کاهش داده و سه ساعت یا بیشتر طول می‌کشد.
طوفان تگرگ	باد شدید همراه با تگرگ تعریف می‌شود. تگرگ‌دانه‌های سخت یخی است که قطر آن بین ۰/۵ تا ۵۰ میلی‌متر است.
طوفان یخ	تجمع و انباشتگی برف که منجر به ایجاد سطوح یخی با ضخامت ۶/۴ میلی‌متر و یا بیشتر در سطح زمین، خطوط برق و سایر سطوح گردد.
اپیدمی	افزایش غیرمعمول در تعداد موارد یک بیماری عفونی که معمولاً در منطقه با جمعیت مشخص اتفاق بیفتد و یا بروز یک بیماری عفونی که قبلاً در یک ناحیه وجود نداشته است.
سیل فصلی	جریان آب رودخانه یا سایر مجموعه‌های آب که از حد طبیعی بیشتر شده و سرریز گردد که معمولاً بر اثر بارش یا ذوب برف‌ها اتفاق می‌افتند و وقوعشان تدریجی است.
سیل برق‌آسا	سیل‌های ناگهانی که معمولاً به دنبال بارش شدید باران و تگرگ، شکسته شدن سدها ایجاد می‌شوند. زمان شروع سیل پس از بارش نیم تا شش ساعت است.
سیل‌های ساحلی	سیل‌هایی با منشأ طوفان، گردباد و سونامی که در مناطق ساحلی اتفاق می‌افتد.
خشکسالی	یک رویداد طولانی مدت ناشی از کمبود بارش به وجود می‌آید.
بهمن	بهمن عبارت است از توده‌ای برف که به هر دلیل از شیبی فروریزد.
موج گرما	یک دوره طولانی مدت از هوای گرم که غالباً با هوای مرطوب همراه است. دمایی که مردم یک منطقه با اقلیم داغ‌تر به‌عنوان یک دمای نرمال در نظر می‌گیرند، در یک منطقه خنک‌تر اگر بیرون از الگوی اقلیمی نرمال در آن منطقه باشد، به‌عنوان موج گرما در نظر گرفته می‌شود.
حملات تروریستی	به هرگونه عملکرد یا تهدید برای ترساندن و یا آسیب رساندن به شهروندان، حکومت و یا گروه‌ها و شخصیت‌های سیاسی گفته می‌شود.
نشست مواد خطرناک	رها شدن مواد خطرناک در محیط را گویند.
حوادث ترافیکی	به حادثه ترافیک خیابانی و یا جاده‌ای می‌گویند که در آن حداقل یک وسیله نقلیه خیابانی با یک وسیله نقلیه دیگر، یا با یک کاربر (استفاده‌کننده) راه دیگر، یا یک جسم ثابت در کنار جاده، و یا با خودرو دیگر که معمولاً آسیب مالی یا جانی در پی دارد، برخورد کرده باشد.
تهدید زیستی	به انتشار عمدی عوامل زیستی شامل باکتری‌ها، ویروس‌ها یا سموم گفته می‌شود که ممکن است به شکل طبیعی یا دست‌کاری شده باشند.
آلودگی هوا	تغییر در ویژگی‌های طبیعی جو بر اثر مواد شیمیایی، غباری یا عامل‌های زیست‌شناختی است.
فوران آتشفشانی	برون‌افکنی و فوران سنگ‌های مذاب، خاکستر و گازهای درون زمین به بیرون را گویند.

تکرارپذیری^۱ وقوع مخاطرات

منظور از تکرارپذیری، سوابق تکرار مخاطره در یک منطقه جغرافیایی در دوره زمانی بیست‌ساله است.

توضیح (۱):

۱. اگر مخاطره به دفعات مکرر اتفاق افتاده و شواهد زیادی در مورد وقوع آن در بیست سال گذشته ثبت شده است، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح ۵ قرار می‌گیرد.
مثال: روستایی که چندین بار در سال درجاتی از سیل در آن اتفاق افتاده است در سطح ۵ قرار می‌گیرد.
۲. اگر در بیست سال گذشته مخاطره (مانند آتش‌سوزی جنگل) چهار و پنج بار در منطقه شما اتفاق افتاده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح ۴ قرار می‌گیرد.
۳. اگر در بیست سال گذشته مخاطره (مانند خروج قطار از ریل) دو تا سه بار در منطقه شما اتفاق افتاده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح ۳ قرار می‌گیرد.
۴. اگر در بیست سال گذشته مخاطره (وقوع سیل در منطقه کویری یا برف زیاد در شمال کشور) یک تا دو بار در منطقه شما اتفاق افتاده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح ۲ قرار می‌گیرد.
۵. اگر در بیست سال گذشته مخاطره‌ای مثل یک فوران آتش‌فشان اتفاق نیفتاده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح ۱ قرار می‌گیرد.

توضیح (۲): ضریب این شاخص در محاسبه ۲ هست.

جدول شماره ۲- سطح‌بندی مخاطرات بر اساس تکرارپذیری

سطح تکرارپذیری	تعریف
۱	در بیست سال گذشته اتفاق ثبت نشده است.
۲	یک بار در بیست سال گذشته اتفاق ثبت شده است.
۳	۲ تا ۳ بار در بیست سال گذشته اتفاق ثبت شده است.
۴	۴ تا ۵ بار در بیست سال گذشته اتفاق ثبت شده است.
۵	بیشتر از پنج بار در بیست سال گذشته اتفاق ثبت شده است.

احتمال^۱

احتمال وقوع مخاطره در یک فاصله زمانی مشخص، در آینده تعریف می‌شود.

توضیح (۱): احتمال وقوع مخاطره از طریق مطالعات علمی مانند مطالعات زمین‌شناختی و هواشناختی و یا بر اساس تجارب قبلی و با توجه به تغییرات شرایط منطقه جغرافیایی مربوطه پیش‌بینی می‌شود.

مثال: در آینده به خاطر گرمی کره زمین احتمال وقوع گرما و سرمای نامتعارف بیشتر خواهد بود.

توضیح (۲): در محاسبه امتیاز نهایی، ضریب این شاخص ۷ است.

جدول شماره ۳- سطح‌بندی مخاطرات بر اساس احتمال

سطح احتمال	تعریف
۱	احتمال وقوع مخاطره در محل موردنظر بسیار نادر است.
۲	مخاطره در فاصله زمانی بیش از ۲۰ سال آینده احتمال وقوع دارد.
۳	مخاطره در فاصله زمانی بین ۱۰ تا ۲۰ سال آینده احتمال وقوع دارد.
۴	مخاطره در فاصله زمانی بین ۵ تا ۱۰ سال آینده احتمال وقوع دارد.
۵	مخاطره در فاصله زمانی کمتر از ۵ سال آینده احتمال وقوع دارد.

شدت^۱ مخاطره:

در این مدل؛ شدت مخاطره بر اساس تعداد کشته، مصدوم، بی‌خانمان، خسارات مالی یا اختلال عملکرد تعریف می‌شود.
توضیح (۱): اگر مخاطره‌ای در منطقه جغرافیایی شما چندین بار اتفاق افتاده باشد به‌منظور تعیین شدت آن، تعداد کشته، مصدوم، بی‌خانمان، خسارات مالی یا اختلال عملکرد در بدترین حالت وقوع مخاطره در نظر گرفته شود.

مثال: اگر مخاطره آتش‌سوزی دو بار به وقوع پیوسته باشد، اتفاقی که بیشترین تعداد کشته، مصدوم، بی‌خانمان، خسارات مالی یا اختلال عملکرد را به همراه داشته است به‌عنوان بدترین حالت در نظر گرفته شود.

توضیح (۲): منظور از مصدوم کلیه افرادی هستند که در اثر مخاطره دچار جراحت یا آسیب سلامت شده، اطلاعات مربوط به آن‌ها در مراکز بهداشتی، درمانی ثبت شده است.

توضیح (۳): منظور از خسارت مالی، خسارات وارده به اموال و دارایی، تجهیزات و ... مرتبط با حوزه بهداشت و درمان هست.

توضیح (۴): در محاسبه امتیاز نهایی، ضریب این شاخص ۶ است.

جدول شماره ۴ - سطح‌بندی مخاطرات بر اساس شدت

تعریف	سطح شدت
مخاطره اثراتی روی سلامت مردم منطقه نداشته است. خسارات مالی کمتر از یک میلیارد ریال بدون بی‌خانمان مخاطره اثری بر ارائه خدمات سلامت نداشته است.	۱
کشته: یک تا دو نفر مصدوم: یک تا پنج نفر خسارات مالی بیش از یک میلیارد تا ۱۰ میلیارد ریال بین یک تا ۱۰۰ نفر بی‌خانمان ایجاد اختلال در ارائه خدمات سلامت ۲-۰ ساعت	۲
کشته: سه تا پنج نفر مصدوم: شش تا نه نفر خسارات مالی بیش از ۱۰ میلیارد تا ۲۰۰ میلیارد ریال بین ۱۰۱ تا ۱۰۰۰ نفر بی‌خانمان ایجاد اختلال در ارائه خدمات سلامت ۱۲-۲ ساعت	۳

تعریف	سطح شدت
کشته: شش تا نه نفر مصدوم: ۱۰ تا ۹۹ نفر خسارات مالی بیش از ۲۰۰ میلیارد تا ۵۰۰ میلیارد ریال بین ۱۰۰۱ تا ۱۰۰۰۰ نفر بی خانمان ایجاد اختلال در ارائه خدمات سلامت ۲۴-۱۲ ساعت	۴
کشته: بیش از ۱۰ نفر مصدوم: بیش از ۱۰۰ نفر خسارات مالی بیش از ۵۰۰ میلیارد ریال بیش از ۱۰۰۰۰ نفر بی خانمان ایجاد اختلال در ارائه خدمات سلامت بیش از ۲۴ ساعت	۵

آسیب‌زایی^۱

توضیح (۱): مجموعه مشخصاتی از جامعه که منجر به تأثیرپذیری منفی از وقوع مخاطره می‌شود.

مثال: در شهرستانی که دارای جمعیت ۱۰۰ هزار نفر است و نسبت به وقوع زلزله‌ای با بزرگی بیش از ۶ در مقیاس ریشتر بیش از ۸۰٪ جمعیت تحت تأثیر قرار می‌گیرند در سطح ۵ قرار می‌گیرد.

توضیح (۲): در محاسبه امتیاز نهایی، ضریب این شاخص ۵ است.

جدول شماره ۵ - سطح‌بندی مخاطرات بر اساس آسیب‌زایی

تعریف	سطح آسیب‌زایی
در صورت وقوع، برای کمتر از ۲۰ درصد جمعیت در معرض مخاطره احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.	۱
در صورت وقوع، برای ۲۱ تا ۴۰ درصد جمعیت در معرض مخاطره احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.	۲
در صورت وقوع، برای ۴۱ تا ۶۰ درصد جمعیت در معرض مخاطره احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.	۳
در صورت وقوع، برای ۶۱ تا ۸۰ درصد جمعیت در معرض مخاطره احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.	۴
در صورت وقوع، برای ۸۱ تا ۱۰۰ درصد جمعیت در معرض مخاطره احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.	۵

جدول شماره ۶- محاسبه امتیازات نهایی

مخاطره	تکرارپذیری (۲)	احتمال (۷)	شدت (۶)	آسیب‌زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه جغرافیایی مفروض
لرزش زمین	$۵ \times ۲ = ۱۰$	$۵ \times ۷ = ۳۵$	$۵ \times ۶ = ۳۰$	$۵ \times ۵ = ۲۵$	۱۰۰

توضیح (۱): لازم به توضیح است ضرایب تکرارپذیری، احتمال، شدت و آسیب‌زایی ثابت است. بنابراین پس از امتیازدهی، نمره نهایی کلیه مخاطرات استخراج شده را با هم مقایسه کرده، سپس به ترتیب از زیاد تا کم در جدول شماره ۸ (ارزیابی مخاطرات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی) مرتب نمایید.

جدول شماره ۷- فهرست مخاطرات

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (۲)	احتمال (۷)	شدت (۶)	آسیب‌زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه جغرافیایی مفروض
۱	زمین لرزه	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۲	زمین لغزش	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۳	فرونشست زمین	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۴	ریزش صخره/ سنگ	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۵	روان‌گرایی	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۶	بالا زدگی آب	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۷	فوران آتشفشانی	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۸	سونامی	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۹	گرمای شدید	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۱۰	موج گرما	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۱۱	سرمای شدید	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۱۲	موج سرما	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۱۳	بارش برف سنگین	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۱۴	کولاک	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۱۵	بهمن	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	
۱۶	طوفان	$\dots \times ۲ = \dots$	$\dots \times ۷ = \dots$	$\dots \times ۶ = \dots$	$\dots \times ۵ = \dots$	

رتبه	مخاطره	تکرارپذیری (۲)	احتمال (۷)	شدت (۶)	آسیب زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه جغرافیایی مفروض
۱۷	طوفان تگرگ	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۸	طوفان یخ	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۹	طوفان گرد و غبار	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۰	طوفان تندری	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۱	طوفان شن	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۲	طوفان حاره ای	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۳	صاعقه	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۴	گردباد	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۵	آتش سوزی با منشأ طبیعی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۶	سیل فصلی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۷	سیل برق آسا	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۸	سیل ساحلی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۹	آلودگی هوا	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۰	آلودگی آب	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۱	آلودگی خاک	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۲	طوفان گرد و غبار (ریزگردها)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۳	خشکسالی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۴	بیابان زایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۵	جنگل زدایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۶	همه گیری بیماری عفونی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۷	آفات نباتی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۸	حمله حیوانات (حیوانات وحشی، حشرات و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۹	آلودگی فرآورده های خونی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۰	امواج و جریان های دریایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۱	پیشروی آب دریا	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۲	بالا آمدن آب دریا	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۳	فرسایش ساحل	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (۲)	احتمال (۷)	شدت (۶)	آسیب زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه جغرافیایی مفروض
۴۴	آلودگی‌های دریایی (نفث و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۵	مخاطرات زیستی دریایی (کشند سرخ و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۶	حوادث ترافیکی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۷	حوادث ریلی (راه آهن، مترو، مونوریل و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۸	حوادث هوایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۹	حوادث دریایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۰	حوادث ساحلی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۱	غرق شدگی (شهری و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۲	حوادث صنعتی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۳	حوادث سد	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۵	حوادث معدن	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۵	تخریب ساختمان (آوار)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۶	سقوط (سقوط از ارتفاع یا سقوط ماشین‌آلات و ابزار و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۷	حوادث حین اجرای پروژه‌ها	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۸	ریزش پل	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۹	حوادث مرتبط با تونل	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۰	حوادث مرتبط با قنوات و چاه	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۱	آتش‌سوزی انسان ساخت	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۲	حوادث گاز طبیعی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۳	حوادث مواد خطرناک	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۴	تهدیدات شیمیایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۵	تهدیدات زیستی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۶	حوادث و تهدیدات پرتوی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۷	حوادث و تهدیدات هسته‌ای	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۸	حملات تروریستی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۹	انفجار	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷۰	حوادث و تهدیدات سایبری	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	

رتبه	مخاطره	تکرارپذیری (۲)	احتمال (۷)	شدت (۶)	آسیب زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه جغرافیایی مفروض
۷۱	حوادث کوهستان (سایر موارد)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷۲	جنگ	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷۳	نزاع و درگیری (قومی، خیابانی، سازمانی)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷۴	تجمع انبوه	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷۵	جابه‌جایی جمعیت انبوه	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	

جدول شماره ۸- ارزیابی مخاطرات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی / شهرستان

اولویت	مخاطره	امتیاز	اولویت	مخاطره	امتیاز	اولویت
۱		۲۱	۴۱			
۲		۲۲	۴۲			
۳		۲۳	۴۳			
۴		۲۴	۴۴			
۵		۲۵	۴۵			
۶		۲۶	۴۶			
۷		۲۷	۴۷			
۸		۲۸	۴۸			
۹		۲۹	۴۹			
۱۰		۳۰	۵۰			
۱۱		۳۱	۵۱			
۱۲		۳۲	۵۲			
۱۳		۳۳	۵۳			
۱۴		۳۴	۵۴			
۱۵		۳۵	۵۵			
۱۶		۳۶	۵۶			
۱۷		۳۷	۵۷			
۱۸		۳۸	۵۸			
۱۹		۳۹	۵۹			
۲۰		۴۰	۶۰			

ابزار شماره دو

ابزار بررسی ظرفیت اورژانس پیش بیمارستانی در پاسخ به حوادث و بلایا

تعاریف و اصطلاحات

اورژانس پیش بیمارستانی¹: شبکه‌ای از خدمات هماهنگ است که با هدف حفظ جان مصدومین و بیماران، پیشگیری از آسیب بیشتر و بهبود و تسریع توانبخشی بیماران و مصدومین، با استفاده از کارکنان آموزش دیده در شرایط فوریت به تریاژ، ارائه خدمات درمانی پایه (از تثبیت علائم حیاتی تا ارائه سایر خدمات پایه‌ای) و انتقال بیماران و مصدومین به مراکز درمانی پیشرفته‌تر (به ویژه بیمارستان‌ها) می‌پردازد.

۱- انواع آمبولانس: به شرح زیر دسته‌بندی می‌شوند:

۱-۱- آمبولانس تیپ A: آمبولانسی که برای نقل و انتقال افراد در حالت غیر اورژانسی استفاده می‌شود. در این تیپ‌ها ابزار و وسایل امدادی بسیار ناچیز و فاقد نیروی متخصص است.

۱-۲- آمبولانس تیپ B: آمبولانسی که به منظور انتقال و یا درمان‌های اولیه و پایش بیماران، طراحی و تجهیز شده است، این آمبولانس دارای تجهیزات پنج گانه اصلی شامل کپسول اکسیژن، برانکارد، کیف احیا، DC شوک (به صورت AED) و ساکشن است.

۳-۱- آمبولانس تیپ C: آمبولانسی که به منظور انتقال بیمار و درمان‌های پیشرفته طراحی و تجهیز شده است. آمبولانس تیپ C، علاوه بر تجهیزات آمبولانس تیپ B، مجهز به DC شوک و مانیتورینگ و ونتیلاتور نیز هست و الزاماً در آن پزشک و پرستار حضور دارند.

۴-۱- آمبولانس پشتیبان: طبق استانداردهای موجود برای جلوگیری از گسست در ارائه خدمات در زمانی که آمبولانس فعال به هر دلیلی دچار اختلال عملکرد می‌گردد، آمبولانسی به‌عنوان پشتیبان جهت ادامه خدمت‌رسانی از قبل پیش‌بینی شده و در پایگاه مستقر است.

۲- تجهیزات آمبولانس ۱۱۵: این تجهیزات به دو دسته کلی تجهیزات پزشکی و غیرپزشکی تقسیم‌بندی می‌شوند.

۲-۱- تجهیزات پزشکی آمبولانس ۱۱۵: کلیه وسایل، تجهیزات، ابزار و لوازمی است که به منظور تشخیص، درمان و کاهش آسیب و تسکین بیماری‌ها استفاده می‌شود و شامل: تجهیزات کابین بیمار، تجهیزات جامبگ دارویی و احیای قلبی - ریوی^۱، ست زایمان، کیت تریاژ، بیكس پانسمان، تجهیزات محافظت شخصی^۲ و

- **تجهیزات کابین بیمار:** وسایل و تجهیزات کابین عقب (محل استقرار بیمار) را شامل می‌شود که با اهداف درمانی، تسکینی و کاهش آسیب بیمار به کار برده می‌شود.
- **تجهیزات جامبگ دارویی و CPR:** جامبگ شامل کیفی است که محتوی دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بر بالین بیمار (شامل دارو و تجهیزات احیای قلبی - ریوی) می‌باشد. این کیف می‌بایست سبک، نشکن و قابل شستشو باشد. بدین منظور کیف برزنتی ارجح است؛ جامبگ (با احتساب دارو، تجهیزات و کپسول اکسیژن پرتابل) می‌بایست حداکثر ۱۰ کیلوگرم وزن داشته باشد و امکان جابه جایی توسط دسته یا آویز کردن بر شانه یا پشت را دارا باشد. جامبگ می‌بایست به نحوی طراحی گردد که کلیه داروها و وسایل به سادگی قابل رؤیت باشند. در جامبگ وسایل در گروه‌های مشخص به شرح زیر در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند: داروها، وسایل پانسمان، وسایل احیای قلبی - ریوی و وسایل تزریقات.
- **دارو و تجهیزات کیف رزرو:** این کیف شامل دارو و تجهیزاتی است که در یک کیف زیپ‌دار در کابین عقب قرار می‌گیرد، این دارو و تجهیزات در شرایط خاص اضافه بر دارو و تجهیزات موجود در جامبگ مورد نیاز هستند.
- **ست زایمان:** به بسته‌های گفته می‌شود که شامل وسایل و ابزارهایی به منظور انجام فرایند زایمان می‌باشد. این بسته می‌بایست به نحوی پیش‌بینی گردد که قابلیت بازبینی تجهیزات و وسایل درون آن در بازدیدهای دوره‌ای برای تکنیسین امکان‌پذیر باشد؛ بدین منظور کیف زیپ‌دار پیشنهاد می‌گردد.
- **کیت تریاژ:** به پکیج یا بسته‌ای گفته می‌شود که شامل وسایل و ابزارهای مورد نیاز جهت اولویت‌بندی بیماران و تعیین تکلیف (تریاز) حوادث با مصدومین انبوه^۳ و بلایا می‌باشد.
- **بیكس پانسمان:** پک یا ستی است که شامل وسایل و لوازم مورد نیاز جهت حفاظت از بافت، پرکردن فضا، جلوگیری از خونریزی یا پانسمان استفاده می‌شود.
- **تجهیزات محافظت شخصی^۴:** وسایل و تجهیزاتی است که جهت جلوگیری از انتقال بیماری بین کارکنان درمانی و بیماران به کار برده می‌شود.

1- Cardio Pulmonary Resuscitation (CPR)

2- Personal Protective Equipment (PPE)

3- Mass Casualty Incidents (MCIs)

4- Personal Protective Equipment (PPE)

۲-۲- تجهیزات غیر پزشکی: به کلیه وسایل و تجهیزاتی گفته می‌شود که تسهیل‌کننده فرایندهای غیردرمانی هستند و شامل: لوازم ارتباطی، لوازم یدکی و ایمنی خودرو، لوازم مربوط به رهاسازی و نجات سبک^۱ مصدوم می‌باشند. این تجهیزات در سه دسته تقسیم می‌گردند: تجهیزات خدمات فنی و ایمنی، تجهیزات آشکار سازی و مدیریت ترافیک، و تجهیزات ارتباطی.

- **تجهیزات خدمات فنی و ایمنی:** به آن دسته از تجهیزات و وسایلی گفته می‌شود که جهت رفع نقایص فنی خودرو همچنین جهت رهاسازی و حفظ تکنیسین در شرایط سخت مثل سرما و گرما و ... بیمار استفاده می‌گردد.
- **تجهیزات آشکار سازی و مدیریت ترافیک:** به آن دسته از تجهیزات و وسایلی گفته می‌شود که جهت آشکار سازی در شب و روز و همچنین ایجاد ایمنی آمبولانس و تیم پزشکی در مقابل خودروهای عبوری کاربرد دارد.
- **تجهیزات ارتباطی:** به آن دسته از تجهیزات و وسایلی گفته می‌شود که در راستای راهبری و برقراری ارتباط با ستاد و آمبولانس‌های دیگر کاربرد دارد.

۳- **دارو و تجهیزات ترجیحی:** دارو و یا تجهیزاتی می‌باشد که چند نوع دارد و وجود حداقل یک نوع آن ضروری بوده اما به کارگیری یک نوع آن ارجح می‌باشد؛ مانند: اسپلینت که ۳ نوع چسبی، بادی و وکیوم دارد که نوع وکیوم آن در اولویت است.

۴- **دارو و تجهیزات اختیاری:** دارو یا تجهیزات یا وسایلی می‌باشد که وجود آن در آمبولانس الزامی نبوده، بر اساس شرایط محلی و طبق نظر مسئولین منطقه در مورد قرارگیری یا عدم قرارگیری در آمبولانس تصمیم‌گیری خواهد شد.

1- Light Rescue (Light Extrication)

جدول شماره ۱- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۱	مالکیت زمین اورژانس				
	مستقل				
۲	مترائز ساختمان				
	پایگاه‌های شهری حداقل ۱۱۰ متر پایگاه‌های جاده‌ای حداقل ۸۷ متر				
۳	کانکس				
		بالای ۵ سال (فرسوده)			
	ساختمان				
		زیر ۵ سال (غیر فرسوده) بالای ۲۰ سال (فرسوده) زیر ۲۰ سال (غیر فرسوده)			
۴	پارکینگ آنبولانس				
	پارکینگ مسقف				
	پارکینگ به همراه سایبان برای آنبولانس				
	پارکینگ بدون وجود سایبان برای آنبولانس				
۵	فاصله پارکینگ تا ساختمان				
	بدون پارکینگ زیر ۳۰ ثانیه بالای ۳۰ ثانیه				

جدول شماره ۲- ارزیابی تجهیزات و سامانه ارتباطی

ردیف	تجهیزات و سامانه ارتباطی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۱	تلفن ثابت				
۲	تلفن همراه				
۳	تلفن ماهواره‌ای				
۴	نمبر				
۵	بی سیم دستی				
۶	رایانه و متعلقات				
۷	شبکه شمس (اینترنت)				
۸	رادیو ترانزیستوری (باتری خور) جهت استفاده در موارد اضطراری				

جدول شماره ۳- ارزیابی آمبولانس‌ها و تجهیزات آنها

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آنها	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۱	نوع آمبولانس	تیپ A	طول عمر ۰ تا کمتر از ۵ سال		
			طول عمر ۵ تا ۱۰ سال		
			طول عمر بیش از ۱۰ سال		
		تیپ B	طول عمر ۰ تا کمتر از ۵ سال		
			طول عمر ۵ تا ۱۰ سال		
			طول عمر بیش از ۱۰ سال		
		تیپ C	طول عمر ۰ تا کمتر از ۵ سال		
			طول عمر ۵ تا ۱۰ سال		
			طول عمر بیش از ۱۰ سال		
۲	تجهیزات پزشکی کابین بیمار		برانکارد پاچلاقی (۱ عدد)		
			شورت بک بورد و متعلقات تخت، جلیقه‌ای یا ترجیحاً KED، (۱ ست)		
			لانگ‌بک‌بورد و متعلقات ترجیحاً بند عنکبوتی، (۱ ست)		
			فیکس کننده جانبی سر ^۱ و متعلقات آن (۱ ست)		
			اسکوپ و متعلقات (۱ ست)		
			چیر استریچر (۱ عدد)		
			تراکشن اسپلینت (۱ عدد)		
			اسپلینت چسبی یا بادی یا ترجیحاً وکیوم (۱ ست)		
			کیسول اکسیژن مرکزی (۲ عدد)		
			ساکشن پرتابل برقی (۱ عدد)		
			رسیور (۱ عدد)		
			پتو (۲ عدد)		
	پالس اکسی متر (۱ عدد)				

1- Lateral head immobilizer

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها	موجود		توضیحات
		دارد	ندارد	
۲	تجهیزات پزشکی کابین بیمار			دستگاه مانیتورینگ قلبی - اختیاری (۱ عدد)
				AED یا ترجیحاً الکتروشوک دستی با قابلیت mode AED ^۱ (۱ دستگاه)
				دستگاه تنفس مصنوعی اتوماتیک (۱ دستگاه)
				کلار گردنی (۱ ست کامل)
				جعبه ایمنی (سفتی باکس) ^۲ (۱ عدد)
				ست سرم (۱۲ عدد)
				دستکش لاتکس (۱ بسته)
				ملحفه یکبار مصرف (۵ عدد)
				سوند نلاتون در سایزهای مختلف (۳ عدد)
				ماسک یک طرفه صورتی (۳ عدد)
				کانولای بینی (۲ عدد)
				سرم رینگر (۵ عدد) "اختیاری"
۳	تجهیزات پزشکی جامبگ دارویی و CPR			سرم نرمال سالین الیتری (۵ عدد)
				گوشی پزشکی (۱ عدد)
				فشارسنج (۱ عدد)
				گارو (۱ عدد)
				قیچی (۱ عدد)
				پنس (۱ عدد)
				ترمومتر (۱ عدد)
				چراغ قوه معاینه (۱ عدد)
				گلوکومتر و نوار تست و متعلقات (۱ عدد)
				کپسول اکسیژن آلومینیومی یا پلاستیکی پرتابل ۱ تا ۲ لیتری با متعلقات و ماسک ساده یا کانولای بینی (۱ عدد)
		آمبویگ اطفال با متعلقات (۱ ست)		

۱- تمامی آمبولانس‌ها تا پایان سال ۹۴ به AED یا الکتروشوک دستی تجهیز شود.

توضیحات	قابل افزایش	موجود		آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها	ردیف
		ندارد	دارد		
				آمبولگ بزرگسال با متعلقات (۱ ست)	تجهیزات پزشکی جامبگ دارویی و CPR
				دهان باز کن (۱ عدد)	
				لارنگوسکوپ با ۲ باتری رزرو (۱ ست)	
				ساکشن پرتابل دستی، پایی یا ترجیحاً برقی (۱ دستگاه)	
				پنس مگیل (۱ عدد)	
				گاید اطفال و بزرگسال (۱ عدد)	
				آنژیوکت آبی یا زرد (۲ عدد)	
				آنژیوکت صورتی (۴ عدد)	
				آنژیوکت سبز (۲ عدد)	
				آنژیوکت خاکستری (۲ عدد)	
				سر سوزن (۵ عدد)	
				سرنگ ۲۰cc (۲ عدد)	
				سرنگ ۵ cc (۵ عدد)	
				سرنگ ۲ یا ۵cc (۵ عدد)	
				باند (۵ رول)	
				باند سه گوش (۲ عدد)	
				سرجی فیکس (۵ عدد یا ۱ رول)	
				گاز استریل (۵ عدد)	
				گاز غیر استریل (۵ عدد)	
				دستکش لاتکس (۵ جفت)	
				چسب CM (۲ حلقه)	
				چسب لوکوپلاست (۱ حلقه)	
				ست سرم (۲ عدد)	
				اسپری الکلی، پد بتادین یا ترجیحاً پد الکلی - (۲۰ عدد یا ۱ افشانه)	
				Air way (۱ ست کامل)	
				آبسلانگ (۵ عدد)	

۳

توضیحات	قابل افزایش	موجود		آمبولانس‌ها و تجهیزات آنها	ردیف
		ندارد	دارد		
				ماسک صورتی یک‌بار مصرف (۳ عدد)	تجهیزات پزشکی جامبگ دارویی و CPR
				سوند نلاتون در سایزهای مختلف (۲ عدد)	
				لوله تراشه در سایزهای مختلف یک سری (شماره ۳ یا ۴؛ ۱ عدد، شماره ۵ یا ۶؛ ۱ عدد، شماره ۷، ۷/۵ و ۸؛ ۱ عدد)	
				نوار تست گلوکومتر (۱ بسته)	
				آمپول اپی نفرین هیدروکلراید (۱:۱۰۰۰ یا ۱:۱۰۰۰۰) (۱۰ عدد)	
				آمپول آتروپین سولفات 0.5 mg/ml (۵ عدد)	
				آمپول نالوکسان 0.4 mg/ml (۵ عدد)	
				آمپول متوکلوپرامید 10 mg/2ml (۵ عدد)	
				آمپول فوروزماید 2ml, 10mg/ml (۵ عدد)	
				آمپول دگزامتازون 8mg/2ml (۵ عدد)	
				آمپول کلرفنیرامین 10mg/ml (۳ عدد)	
				آمپول هیوسین 20 mg/ml (۳ عدد)	
				آمپول دیازپام 10mg/2ml (۵ عدد)	
				آمپول هالوپریدول 5 mg/ml (۳ عدد)	
				آمپول بی پریدین 5 mg/ml (۳ عدد)	
				آمپول رانیتیدین 50mg/ 2ml (۳ عدد)	
				آمپول هیدروکورتیزون 100 mg (۳ عدد)	
				ویال دکستروز هایپرتونیک ۲۰ و ۵۰ درصد 50ml (از هر کدام ۲ عدد) ^۱	
				آمپول آب مقطر 5 ml (۵ عدد)	
				قرص آ اس آ 325 mg (۲۰ عدد)	
				قرص کاپتوپریل 25 mg (۱۰ عدد)	
				قرص دیازپام 5 mg (۱۰ عدد)	
				پرل زیربانی نیتروگلیسیرین 0.4 mg (۲۰ عدد)	
				اسپری سالبوتامول 100mcg/dose (۱ عدد)	

۱. در صورت فقدان ویال دکستروز هایپرتونیک در بازار می‌توان از سرم دکستروز ۵ درصد استفاده کرد.

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آنها	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۳	تجهیزات پزشکی جامبگ دارویی و CPR				
۴	دارو و تجهیزات کیف رزرو				

۱- تزریق آهسته وریدی
 ۲- جهت مصرف این دارو طبق پروتکل احیای AHA به صورت ۳۰۰ میلی گرم داخل وریدی بولوس و بعد از شوک دوم سپس ۱۵۰ میلی گرم ۳۰ دقیقه بعد تزریق می‌گردد.

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۴	دارو و تجهیزات کیف رزرو				ویال دکستروز هایپرتونیک ۵۰ و ۲۰ درصد (از هر کدام ۱ عدد)
					سرجی فیکس (ارول)
					گوشی و فشار سنج (۱ دستگاه)
					آمپول اپینفرین هیدروکلراید (۱:۱۰۰۰ یا ۱:۱۰۰۰۰) (۱۰ عدد)
					آمپول نالوکسان ۰.۴ mg/ml (۵ عدد)
					آمپول آتروپین سولفات ۰.۵ mg/ml (۱۰ عدد)
					باتری لارنگوسکوپ (۲ عدد)
					باتری گلوکومتر (۲ عدد)
۵	تجهیزات ست زایمان				پوآر (۱ عدد)
					حوله استریل (۱ عدد)
					گیره بند ناف (۲ عدد)
					تیغ بیستوری با دسته یک‌بار مصرف (۱ عدد)
					شان پرفوره (۱ عدد)
					زیپ کیپ برای نگهداری جفت (۱ عدد)
					پد بهداشتی (۱ عدد)
					شان (۱ عدد)
					رسیور (۱ عدد)
					پنس و پنست (۱ عدد)
					ملحفه (۱ عدد)
					دستکش استریل (۲ جفت)
					گاز استریل (۲ عدد)
					شورتکس (۱ عدد)
			چسب آنژیوکت (۲ عدد)		
			پد الکلی (۲ عدد)		
			ماسک صورتی (۲ عدد)		
			آمپول اکسی توسین با تاریخ مصرف ۲ سال (۲ عدد) "اختیاری" ^۱		

۱- در صورت انجام مشاوره با پزشک مشاور تزریق دارو بلامانع می‌باشد.

ردیف	آمبولانسها و تجهیزات آنها	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۶	کیت تریاژ				کارت تریاژ START با شماره سریال بر اساس دستورالعمل (۵۰ عدد)
					ماژیک ضد آب یا ساده (۲ عدد)
					خودکار (۲ عدد)
					جلیقه تریاژ (۲ عدد)
					فرمهای آمار و تریاژ (۵ عدد)
					کارتابل یا تخته کار (۱ عدد)
					منور یا magic light (۲ عدد)
					سوت (۱ عدد)
۷	لیست تجهیزات بیکس پانسمان				چراغ پیشانی با باتری (۲ عدد)
					باند (۱۰ رول)
					گاز استریل (۱۰ عدد)
					گاز غیر استریل (۱۰ عدد)
					چسب لوکوپلاست (۱ حلقه)
					چسب CM (۲ حلقه)
					دستکش لاتکس (۲ جفت)
					دستکش استریل (۲ جفت)
					بتادین 100cc (۱ عدد)
					قیچی متوسط (۱ عدد)
					پنس متوسط (۱ عدد)
					سرجی فیکس (۱ رول)
۸	لیست تجهیزات محافظت شخصی				گاز وازلین (۱ بسته)
					عینک (۲ فریم)
					ماسک یکبار مصرف (۱ بسته)
					ماسک N95 (۲ عدد)
					گان (۲ دست)
					دستکش لاتکس (۱ بسته)
			محافظ چشم، بینی، دهان (۲ فریم)		
			پوشش حفاظت از نیروی انسانی در مقابل بیماریهای مسری "طبق دستورالعمل مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور به صورت موردی و منطقه‌ای" (۲ عدد)		

توضیحات	قابل افزایش	موجود		آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها	ردیف	
		ندارد	دارد			
				بیلچه نظامی دوکاره (۱ عدد)	تجهیزات فنی	۹
				لاستیک زاپاس (۱ حلقه)		
				زنجیر چرخ (۱ عدد) "بر اساس اقلیم منطقه و در فصول بارش"		
				کیف ابزارشامل: پیچ گوشتی دو سو، پیچ گوشتی چهار سو، آچار و ... (۱ ست)		
				جک (۱ ست)		
				پروژکتور دستی قابل شارژ (۱ عدد)		
				قیچی کمر بند بُر (۱ عدد)		
				انگشتر بُر (۱ عدد)		
				چراغ قوه بزرگ (۱ عدد)		
				دستکش کار (۲ جفت)		
				شنل بارونی یا بادگیر (۲ دست) "اختیاری"		
				چکمه (۲ جفت) "اختیاری"		
				کلاه ایمنی (۲ عدد) "اختیاری"		
				جلیقه (۲ عدد)		
				هیتر رادیاتوری (۱ عدد)*		
				منور چشمک زن (۱ عدد) "اختیاری"	لیست تجهیزات آشکارسازی و مدیریت ترافیک	۱۰
				مثلت خطر (۱ عدد)		
				تابلوی ایست دستی چراغ دار (۱ عدد)		
				کله قندی (۳ ست) "اختیاری"	لیست تجهیزات ارتباطی	۱۱
				بی‌سیم خودرویی و متعلقات (۱ ست)		
				سامانه GPS (۱ دستگاه)		
				بی‌سیم دستی (۱ دستگاه) "اختیاری"		

جدول شماره ۴- ارزیابی سرمایه‌های انسانی

ردیف	نیروی انسانی	موجود		توضیحات
		ندارد	دارد	
۱	نیروی عملیاتی موجود ^۱			کد پزشکی ۱ نفر پزشک یا تکنیسین پارامدیک ۱ نفر + تکنیسین میانی + ۱ نفر تکنیسین پایه
				کد غیرپزشکی: ۱ نفر تکنیسین میانی + ۱ نفر تکنیسین میانی
				کد غیرپزشکی: ۱ نفر تکنیسین میانی + ۱ نفر تکنیسین پایه
				کد غیرپزشکی: ۱ نفر تکنیسین پایه + ۱ نفر تکنیسین پایه
				کدموتورلانس ۱ نفر تکنیسین پارامدیک یا میانی
۲	استقرار مسئول منطقه در آن پایگاه		تعداد پایگاه‌های تحت سرپرستی	۲ پایگاه و کمتر بیش از ۲ پایگاه
			شرایط احراز ^۲	
۳				نیروی اپراتور
۴	نیروی خدمه			همه روزه بجز روزهای تعطیل دارد
				ندارد یا کمتر از ۱۵ روز در ماه دارد
۵	سرپرست شیفت			شرایط احراز ^۳

جدول شماره ۵- ارزیابی مقررات و پروتکل‌ها

ردیف	ارزیابی مقررات و پروتکل‌ها	موجود		توضیحات
		ندارد	دارد	
۱	دارا بودن چک لیست تجهیزات و آمبولانس			
۲	وجود شرح وظایف مدون			
۳	وجود آخرین ویرایش دفتر ثبت حضور و غیاب و مأموریت			
۴	وجود نظام بایگانی فرم مأموریت			
۵	وجود آخرین ویرایش دفتر تغییر و تحول کد			
۶	وجود دستورالعمل بلايا و حوادث با مصدومین انبوه			
۷	وجود نقشه حوزه عملیاتی بر روی دیوار			
۸	وجود پروتکل آفلاین (در صورت ابلاغ)			
۹	دستورالعمل اندیکاسیون اورژانس هوایی در پایگاه جاده‌ای واجد اورژانس هوایی			

- ۱- اعزام ۲ تکنیسین پایه مقدماتی ممنوع بوده و امتیازی به آن تعلق نمی‌گیرد، طبق تعریف تکنیسین پایه مقدماتی فردی دیپلمه با دوره آموزشی کمتر از ۳۰۰ ساعت و سابقه کمتر از ۴ سال و نداشتن گواهینامه لازم می‌باشد.
- ۲- تکنیسین با حداقل رتبه پایه میانی ارشد با حداقل ۵ سال فعالیت عملیاتی و سابقه سرپرست شیفت کاری
- ۳- تکنیسین با حداقل رتبه پایه با ۳ سال سابقه عملیات

جدول شماره ۶- ارزیابی دیو تجهیزات در پایگاهها

ردیف	آمبولانسها و تجهیزات آنها	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۱	تجهیزات اداری				
۲	تجهیزات دارویی و پزشکی				
۳	تجهیزات امداد و نجات				

جدول شماره ۷- ارزیابی آموزش پایگاهها

ردیف	آموزش پایگاهها	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۱	وجود کتاب و جزوات آموزشی				
۲	برگزاری جلسات توجیهی ^۱				حداقل ماهی یکبار در هر شیفت برگزار می گردد

جدول شماره ۸- ارزیابی مرکز هدایت عملیات (EOC)

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)	ردیف
		ندارد	دارد		
۸-۱- ساختمان					
۸-۱-۱- ارزیابی ساختمان					
				مقاوم	مقاومت ساختمان
				غیر مقاوم	
				مستقل	فضای فیزیکی
				غیر مستقل	
				اتاق فرماندهی	تفکیک
				اتاق کارشناسی	
				اتاق ارتباطات	
				اتاق سرور	
				اتاق استراحت	
				اتاق برنامه ریزی	
۸-۱-۲- ارزیابی تجهیزات					
				لپ تاپ ۱۰ عدد	تجهیزات رایانه ای
				رایانه به تعداد افراد کارشناس به همراه متعلقات لازم	
				GSM MODEM	
				TV CARD	
				SOFTWARE	
				PRINTER ONE SET	
				PRINTER TWO SET	
				SCANNER ONE SET	
				FAX ONE SET	
				FAX TWO SET	
				SERVER	

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)			ردیف
		ندارد	دارد				
				کمتر از ۵ خط	تعداد خط	تلفن ثابت	۵
				۵ خط و بیشتر			
				ای وان			
				تلفن همراه			
				تلفن ماهواره‌ای ثریا			
				یک خط	تلفن ماهواره‌ای اینمارست ^۱		
				پنج خط			
				کانال‌های امدادی مصادیق: اورژانس، پلیس انتظامی، پلیس راهور، آتش نشانی، هلال احمر، استانداری، راهداری، کنترل ترافیک و ...		بی‌سیم	
				دستگاه بی‌سیم			
				دستگاه تاکی واکی		اینترنت	
				DIAL UP			
				ADSL			
				LAN			
				WIRELESS			
				سامانه اعلان حریق هوشمند		۸	
				سامانه خودکار اطفای حریق			
				سامانه اطفای حریق دستی: کپسول کارشناسی شده			
				جعبه کمک‌های اولیه			
				ست رها سازی و نجات			
				وسایل ایمنی فردی مثل کلاه ایمنی و لباس ایمنی			
				جعبه ابزار			
				آژیر			
				عدم امکان شنود صدا (اکوستیک محیط)			
				عدم دسترسی نرم‌افزاری (امنیت شبکه)			

۱- این تلفن مخصوص مراکز قطب می‌باشد و در صورت نداشتن آن تلفن به غیر از مراکز قطب امتیازی کم نمی‌گردد.

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)	ردیف
		ندارد	دارد		
				میز کار کارشناسی به تعداد افراد برای حضور	تجهیزات اداری
				میز اداری فرماندهی	
				میز اداری ارتباطات	
				لوازم التحریر	
				کاور با رنگهای مختلف	
				بلندگوی دستی	
				ویدیو پروژکتور	
				پرده اتوماتیک پروژکتور	
				دوربین عکاسی و فیلمبرداری	
				CD و DVD	
				ساعت دیواری ۲ عدد	
				صندلی به تعداد میزها	
				نرم افزارهای لازم	
				تابلو اعلانات	
				کاغذ خرد کن	
				گاو صندوق	
				دستگاه ضبط صوت	
				سامانه ضبط تصاویر	
				دوربین شکاری	
				دوربین عکاسی	
				دوربین فیلمبرداری	
				دستگاه کپی	
				دستگاه نمایش اسلاید	
				اورهد	
				تخته سفید به همراه متعلقات	
				نقشه های جغرافیایی	
				GIS	
				وب سایت	
				LAN TV	
				کانال تلویزیون داخلی	
				کانال تلویزیون برون مرزی	

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)	ردیف
		ندارد	دارد		
				سامانه برق اضطراری	تجهیزات پشتیبانی
				کپسول آتش نشانی به میزان اطفای ۵۰ درصد محیط	
				نمابر	
				اسکنر	
				چاپگر	
				گوشی تلفن مشابه موارد موجود ۵ دستگاه	
				گوشی تلفن همراه ۱ عدد	
				لوازم التحریر	
				رایانه ۵ دستگاه به همراه متعلقات	
				لپ تاپ ۵ دستگاه	
				وسایل روشنایی اضطراری	
				باتری خشک	
				کلاه ایمنی ۵ عدد	
				چراغ قوه به تعداد ۵۰ درصد نیروهای عملیاتی	
				رادیو ۲ دستگاه	
				بی سیم دستی ۲ دستگاه	
				بی سیم تاکتی واکتی ۲ دستگاه	
				کیسه خواب به تعداد نیروهای عملیاتی	
				پتو به تعداد نیروهای عملیاتی	
				کاور به تعداد نیروهای عملیاتی	
				تنخواه (حداقل ده میلیون ریال)	
				آب سالم بطری برای ۴۸ ساعت به ازای هر نفر	
				غذا به تعداد نیروهای عملیاتی برای ۴۸ ساعت	
				آب سردکن	
				فلاسک برقی	
				یخچال	
				قفسه	

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		ندارد	دارد		
۱۰	تجهیزات پشتیبانی				هیتر
					میکروویو
					فلاسک
					سرویس خواب برای نیروهای مستقر
					اتو و میز مربوطه
					میز ناهار خوری
۸-۱-۳- مرکز هدایت عملیات (EOC) سیار					
۱۱	مرکز هدایت عملیات (EOC) سیار				
۸-۱-۴- فرایندها و دستورالعملها					
۱۲	فرایندها				داشتن چارت سامانه فرماندهی حادثه
					داشتن برنامه عملیات فوریت (EOP)
					حضور افراد در جایگاه مربوطه
					عملیاتی بودن چارت و هماهنگی افراد
۱۳	دستورالعملها				ورود و خروج
					فراخوانی
					حوادث ویژه
					دستورالعمل مقابله با بلایا
					وجود دفتر گزارش روزانه
					وجود دفتر تغییر و تحول روزانه
					نقشه‌های خطر منطقه
					نقشه با مقیاس ۲۵۰۰
					نقشه دسترسی به ساختمان
					نقشه پراکندگی سلامت
					مستندسازی حوادث
					نقشه مراکز حساس و راهبردی

۸-۲- واحد آمار					
۸-۲-۱ تجهیزات					
				رایانه	۱۴
				تلفن	۱۵
				اینترنت	۱۶
				نمبر	۱۷
				چاپگر	۱۸
۸-۲-۲ تجهیزات					
				تخته سفید	۱۹
				اسکنر	۲۰
۸-۲-۳ بررسی گزارش‌های واحد آمار					
				حوزه فنی	تولید گزارش‌ها و اطلاعات
				حوزه دیسپچ	
				حوزه آموزش	
				حوزه کنترل کیفیت	
				حوزه نقلیه	
				حوزه انبار	
				حوزه تدارکات	
				حوزه خدمات	
۸-۲-۴ سرمایه‌های انسانی و ساختار					
				حداقل ۱ کارشناس	۲۲
				تحصیلات دانشگاهی مرتبط علوم ریاضی و آمار	۲۳
۸-۲-۵ فرایند					
				فرایند جمع‌آوری آمار	۲۴
				جمع‌بندی آمار	۲۵
				تحلیل آمار	۲۶
				ارسال گزارش‌های روتین	۲۷
۸-۳- واحد آموزش					
۸-۳-۱ ساختار					

			استاندارد (شامل تجهیزات کامل محدودسازی حرکات (BLS+ACLS) (مستقل)	مالکیت اورژانس (مستقل)	skill lab	۱۹	
			غیر استاندارد				
			استاندارد (شامل تجهیزات کامل محدودسازی حرکات (BLS+ACLS) (با دانشگاه یا ...)	غیر مستقل			
			غیر استاندارد				
			ویدئو پروژکتور		سالن کنفرانس	۲۰	
			پرده نمایش				
			تخته سفید هوشمند ^۱				
			رایانه یا لپ تاپ				
			نرم افزار کتابخانه				
			ویدئو پروژکتور				
			کمتر از ۳۰ درصد	تعداد اعضا (درصد تکنیسین های عضو)	کتابخانه	۲۱	
			بین ۳۰ تا ۵۰ درصد				
			بیش از ۵۰ درصد				
			میزان فعالیت ^۲				
۸-۳-۲- برنامه ها							
			پرستار ۱۱۵	بدو خدمت	۲۲		
			تکنیسین				
			پزشکان				
			ستاد				
			پرستار ۱۱۵	ضمن خدمت	۲۳		
			تکنیسین				
			پزشکان				
			ستاد				
			کمتر از ۵ درصد	درصد پوشش آموزش همگانی	۲۴		
			بین ۵ تا ۱۰ درصد				
			بیشتر از ۱۰ درصد				
			تقویم آموزشی آموزش الکترونیک			۲۵	

1- smart white board

۲- تعداد جلد تحویل داده شده طی ماه گذشته تقسیم بر تعداد اعضا

				TOT	۲۶
				ساعت آموزشی به ازای هر نفر از کارکنان ^۱	۲۷
				پرونده آموزشی	۲۸
				آموزش به روش شبیه‌سازی	۲۹
				تعداد مقالات طی یک سال گذشته	۳۰
				تعداد مقالات در دست تدوین	
۸-۳-۳- موضوعات آموزشی انجام پذیرفته طی یکسال گذشته					
				احیای پایه	گذراندن دوره‌های موظف ^۲
				احیای پیشرفته	
				مدیریت راه هوایی	
				محدودسازی و انتقال	
				ارزیابی صحنه و مدیریت	
				ترومای پایه	
				ترومای پیشرفته	
				پروتکل آفلاین	
				تریاز تلفنی	
				ECG	
				زنان و زایمان	
				اورژانس‌های داخلی	
				اورژانس‌های اطفال	
				تریاز صحنه بر مبنای START	
				دوره جامع مدیریت بلایا	
				کنترل استرس	
				ICDL	

۱- کل ساعات آموزشی یک سال/ کل پرسنل عملیاتی و ستادی ۱۰۰

۲- با ارائه گواهینامه معتبر

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		دارد	ندارد		
۳۲	داشتن مقاله در کنگره‌ها و همایش‌های داخلی و خارجی				
۳۳	ترکیب کارکنان				
	برنامه				
	وجود شیفت در گردش ^۱ کارکنان پیش بیمارستانی در پایگاه آموزش منطقه				
۳۴	پلیس راه				
	راهداری				
	مدیریت بلایا				
	پدافند غیرعامل				
	هواپیمایی کشوری				
	ارتش				
	سپاه پاسداران				
	ناجا				
	سایر				
۸-۴- واحد کنترل کیفیت و بهبود روش‌ها					
۸-۴-۱- زیر ساخت					
۳۵	وجود شماره تلفن پاسخگو و اختصاصی به شکایات با درج روی آمبولانس با قابلیت ضبط و پاسخگویی ۲۴ ساعته				
۳۶	چک لیست پرستار ۱۱۵				
	چک لیست بازرسیهای نامحسوس				
	چک لیست واحد اداری و مالی				
	چک لیست اپراتور بیسیم				
	چک لیست فرایند کنترل تحویل بیمار				
	چک لیست نظارت بر سلامت دارو و تجهیزات پزشکی				
	چک لیست کنترل زمان‌های مأموریت				
چک لیست تجهیزات پایگاه					
	چک لیست عملکرد تجهیزات دیسیج				

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)	موجود		توضیحات
		دارد	ندارد	
۳۶	وجود چک لیست‌های نظارتی			چک لیست تجهیزات آمبولانس
				چک لیست واحد آموزش
				چک لیست مسئول شیفت
				چک لیست انبار
				چک لیست EOC
۳۷	وجود فرم‌های نظارتی			فرم رسیدگی به شکایات
				فرم تشویق کارکنان
				فرم رضایت‌سنجی کارکنان
				فرم رضایت‌سنجی مردم
۳۸	قابلیت دسترسی واحد کنترل کیفیت			دسترسی به سامانه گزارش‌گیری اتوماسیون یا سامانه دستی
				دسترسی به مانیتور پذیرش
				دسترسی به مانیتور پزشک مشاور
				دسترسی به GPS
				دسترسی به مانیتور واحد بی‌سیم
				دسترسی به مانیتور واحد ۱۱۵
				دسترسی به اطلاعات ضبط شده
۸-۴-۲- معیارها				
۳۹	وجود داشبورد مدیریتی با استناد از آمارهای واحد آمار			وجود نقشه‌های خطر
				وجود نقشه‌های آسیب پذیری
				میانگین زمان رسیدن بر بالین بیمار از لحظه تماس مددجو
				میانگین زمان کل مأموریت از لحظه تماس تا بازگشت به پایگاه
				میانگین زمان توقف آمبولانس (به تفکیک خودرو/ موتور) در محل حادثه
				میانگین زمان شروع حرکت از لحظه ابلاغ به پایگاه تا خروج آمبولانس (به تفکیک خودرو/ موتور) از پایگاه
				حداکثر و میانگین زمان توقف آمبولانس در بیمارستان
				درصد مأموریت‌های منتهی به اخذ امضا
				درصد مأموریت‌های منجر به اعزام آمبولانس

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		دارد	ندارد		
۴۰	وجود داشبورد مدیریتی با استناد از آمارهای واحد آمار				درصد مأموریت‌های منجر به درمان در محل
					درصد مأموریت‌های منجر به ۱۹-۱۰ به دلیل انتقال قبل از رسیدن
					درصد پوشش حوادث ترافیکی از کل مجروحان
					درصد پوشش خدمات بر اساس طرح پوشش فراگیر
					تعداد مأموریت آمبولانس هوایی
					میانگین زمان شروع حرکت آمبولانس هوایی از لحظه ابلاغ به پایگاه تا خروج بالگرد از پایگاه
					درصد رضایتمندی مدد گرفتگان از خدمت اورژانس پیش‌بیمارستانی
					تعداد CPR انجام شده
					درصد CPR موفق
		۴۱	موارد بازدیدهای انجام شده		
					بازدید ماهیانه از دیسپچ
					بازدید ماهیانه از مرکز پیام
					بازدید ماهیانه از واحد پزشک مشاور
					بازدید ماهیانه از واحد آمار
					بازدید ماهیانه از EOC
					بازدید ماهیانه از انبار
۴۲	وجود دستورالعمل‌های صادر شده از واحد کنترل کیفیت در خصوص بهبود روش‌ها و اصلاح فرایندها				دستورالعمل شستشوی آمبولانس
					دستورالعمل رسیدگی به تخلفات و تشویق کارکنان
					دستورالعمل حفاظت کارکنان
۴۳					تشکیل پرونده سلامت کارکنان
۴۴					تشکیل پرونده انضباطی
۴۵					وجود برنامه پیگیری مأموریت‌ها به صورت تصادفی
۴۶					وجود سامانه ثبت اطلاعات کلی کنترل کیفیت

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		دارد	ندارد		
۴۷	انجام نظارت واحد کنترل کیفی بر خرید تجهیزات پزشکی				
۴۸	استقرار سامانه مدیریت کنترل کیفیت				
۴۹	انجام فرایند پاسخگویی به شکایات				
۵۰	انجام فرایند نظرسنجی (انجام نظر سنجی از ۱۰٪ مأموریت‌ها)				
۸-۵-۱-۵-۸-۵-۸ واحد روابط عمومی					
۸-۵-۸-۱-۵-۸ وجود ابزار و امکانات جهت تهیه وانعکاس و مستندسازی خبر					
۵۱	دوربین فیلم‌برداری با لوازم جانبی				
۵۲	دوربین عکاسی				
۵۳	دستگاه ضبط صوت ^۱				
۵۴	رایانه و نرم‌افزارهای تدوین				
۸-۵-۸-۲-۵-۸ کنترل تهیه خبر					
۵۵	پوشش خبری ۴ حادثه ویژه در فصل اخیر	یک گزارش (امتیاز ۲۵٪)			
		دو گزارش (۵۰٪)			
		سه گزارش (امتیاز ۷۵٪)			
		چهار گزارش (امتیاز ۱۰۰٪)			
۸-۵-۸-۳-۵-۸ ارتباط مؤثر با اصحاب رسانه					
۵۶	گزارش‌های درج شده در رسانه در بازه زمانی شش ماهه				
۵۷	برگزاری کنفرانس خبری هر فصل				
۸-۵-۸-۴-۵-۸ ابزار و لوازم ارتباط با ذیربطان					
۵۸	پیامک				
۵۹	سایت اینترنتی				
۶۰	سامانه پزشکی از راه دور (تله‌مدیسین)				
۶۱	نمبر				
۶۲	خبرنامه				
۶۳	نظر سنجی				

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)	ردیف
		ندارد	دارد		
۸-۵-۵- بانک اطلاعات و مستندسازی					
				عکس، فیلم و خبر و تلفن و ... (وجود بانک اطلاعات رسانه‌ها)	۶۴
۸-۵-۶- تقویم برنامه سالیانه					
				وجود تقویم برنامه سالیانه مرکز	۶۵
۸-۵-۷- داشتن و بروز رسانی سایت مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی					
				داشتن و بروز رسانی سایت مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی	۶۵
۸-۵-۸- وجود فوق برنامه					
				۲ برنامه در سال	وجود فوق برنامه
				بین ۳ تا ۴ برنامه در سال	
				۵ برنامه در سال و بیشتر	

ابزار شماره سه

ابزار بررسی ظرفیت حوزه سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه)

تعاریف و اصطلاحات

تخت مصوب: تعداد تخت‌های مشخص شده در پروانه تأسیس بیمارستان.

تخت فعال: تعداد تخت‌های بخش‌های بستری، که بیمار از آنجا خدمات درمانی را دریافت می‌کند. بر اساس نوع و میزان مراجعه بیمار و پذیرش بیمارستان، تعداد تخت فعال می‌تواند کمتر یا بیشتر از تخت مصوب باشد.

تخت غیرفعال: تعداد تخت‌هایی که در پروانه تأسیس بیمارستان لحاظ شده ولی به دلایل مختلف از آن‌ها استفاده نمی‌شود.

تخت قابل افزایش: تعداد تخت‌هایی است که بیمارستان می‌تواند در زمان حوادث و بلایا، به تعداد تخت‌های در حال استفاده اضافه نماید، به طوری که آن تخت‌ها قابلیت ارائه خدمات درمانی مطلوب (مانند سایر تخت‌هایی که از قبل در بیمارستان خدمات ارائه می‌کرده‌اند) را داشته باشند و منظور از قابلیت ارائه خدمات، داشتن کارکنان موردنیاز آن تخت‌ها، تجهیزات لازم و نیروی تخصصی ماهر است.

به طور مثال اگر بیمارستان قادر است ۳۰ تخت به تعداد تخت‌های موجود اضافه نماید، باید بر اساس پروتکل نسبت تعداد کارکنان به تخت، برای این تعداد تخت اضافه شده، کارکنان در نظر بگیرد، در غیر این صورت این تعداد تخت اضافه شده کارآیی لازم را نخواهد داشت. اگر بیمارستان قادر است برای ۲۰ تخت کارکنان و تجهیزات تأمین نماید (هرچند علاوه بر این ۲۰ تخت، ۱۰ تخت دیگر هم در انبار آماده داشته باشند) تعداد تخت قابل افزایش آن بیمارستان همان ۲۰ تخت است.

توضیحات جدول شماره ۲- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف ۱- تعداد تخت اورژانس: منظور تخت‌هایی از بخش اورژانس است که به بیماران اورژانسی مراجعه کننده به بخش اورژانس اختصاص دارد.

ردیف ۳- تعداد تخت ایزوله معکوس: منظور تعداد تخت ایزوله تنفسی با فشار منفی و فیلتر^۱ است.

ردیف ۱۸- تعداد تخت بستری در سایر بخش‌ها: منظور تعداد تخت‌هایی است که در سایر بخش‌های بیمارستان (غیر از موارد نام‌برده شده) وجود دارد و بیمار در آن تخت‌ها بستری شده و خدمات درمانی دریافت می‌نماید (تخت‌هایی که برای آن‌ها هتلینگ محاسبه می‌شود).

فعال: تعداد دستگاه‌هایی است که قابلیت استفاده از آن‌ها وجود دارد و از نظر روند اداری و مدیریتی، منعی در استفاده از آن‌ها نیست.

غیرفعال: تعداد دستگاه‌هایی است که به دلایل مختلف در حال حاضر امکان استفاده از آن‌ها نیست.

قابل افزایش: تعداد دستگاه‌ها و تجهیزاتی است که به صورت ذخیره در انبار بیمارستان یا انبار ذخیره بحران بیمارستان وجود دارد، همچنین تعداد دستگاه‌هایی که بر اساس تفاهم‌نامه‌های منعقد شده با دیگر مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی، برای زمان حادثه، در نظر گرفته شده است. این ظرفیت باید در ستون ظرفیت قابل افزایش مربوط به وزارت بهداشت ذکر شود و در صورتی که تفاهم‌نامه با سازمان همکار یا پشتیبان منعقد شده باشد، این موارد، باید در ستون ظرفیت قابل افزایش برای سازمان همکار یا پشتیبان ذکر شود (آنچه اهمیت زیادی دارد این است که بیمارستان بتواند برای حداقل ۷۲ ساعت بدون درخواست کمک از سامانه‌هایی خارج از بیمارستان و بدون افت عملکرد به فعالیت خود ادامه دهد. البته استفاده از ظرفیت‌هایی که در تفاهم‌نامه منعقد شده باشد، به عنوان ظرفیت بیمارستان تلقی شده و به مفهوم درخواست کمک از خارج بیمارستان نیست).

ردیف ۳۹- ظرفیت کل بخش مرکزی خدمات استریل^۲: منظور از ظرفیت کل CSSD، حجمی (لیتر) است که در یک روز، واحد CSSD بیمارستان می‌تواند استریلیزاسیون انجام دهد.

ردیف ۵۳- تجهیزات رایانه‌ای:

فعال: منظور از تجهیزات رایانه‌ای، یک مجموعه کامل سخت‌افزاری و نرم‌افزاری است که صرفاً جهت حوادث غیرمترقبه در نظر گرفته شده است و بسته به نظر کمیته بحران می‌تواند در زمان غیر از حوادث هم استفاده شود. (نرم‌افزارهایی که به بحران مربوط می‌شوند؛ مثل فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات و غیره که قبل از زمان حادثه روی کامپیوتر نصب شده است).

قابل افزایش: تجهیزات رایانه‌ای که کمیته حوادث و بلایای بیمارستان مصوب کرده‌اند در زمان حوادث باید و یا می‌تواند به این امر اختصاص داده شود.

ردیف ۵۶- تجهیزات ارتباطی غیر ماهواره‌ای:

فعال: تلفن ثابت و همراه فعال، شماره‌ای است که به دانشگاه و مقامات دانشگاهی و استانی برای حوادث غیرمترقبه اعلام شده است و Hot Line خط ارتباطی است که فقط ارتباط بین دو مرکز خاص که از قبل تعریف شده‌اند، را برقرار می‌کند (مثلاً ارتباط بین مرکز هدایت عملیات^۳ دانشگاه و بیمارستان) و جایی غیر از EOC و بیمارستان نمی‌تواند با این خط ارتباط برقرار کنند.

1- HEPA (High Efficient Purified Air)

2- Central Sterile Services Department (CSSD)

3- Emergency operation Center

غیرفعال: خطوطی هستند که در حالت معمول، به دلایل مختلف استفاده نمی‌شوند.

قابل افزایش: خطوطی هستند که می‌توان آن‌ها را در حوادث از حالت تماس عادی خارج کرده و به تعداد خطوط مورد نیاز فرمانده حادثه اضافه کرد.

ردیف ۵۷- حمل و نقل:

فعال: یعنی بیمارستان در زمان معمول برای حمل و نقل کارکنان، امکاناتی را در نظر گرفته است.

قابل افزایش: شامل امکاناتی است که در صورت نیاز بلافاصله به ظرفیت قبلی افزوده می‌شود و در صورتی که بیمارستان تمهیدات لازم را جهت تردد کارکنان برای زمان حوادث در نظر گرفته باشد و تفاهم‌نامه‌ای در این خصوص منعقد شده باشد، جزو ظرفیت قابل افزایش لحاظ شود.

ردیف ۵۸- تداوم ارائه خدمات: منظور تعداد روزهایی است که بیمارستان قادر است برای کلیه کارکنان و بیماران (با ظرفیت ۱۰۰ درصد بیماران) غذا و خدمات رفاهی تهیه نماید.

ردیف ۵۹- ذخیره تجهیزات سازمانی در بلایا: (که معمولاً برای حداقل ۷۲ ساعت پیش‌بینی می‌شود) با تجهیزات ذخیره معمول بیمارستان که بر اساس مصرف ماهیانه یا سالیانه خریداری می‌شوند، متفاوت است. این تجهیزات صرفاً باید برای مصرف در زمان حوادث و بلایا ذخیره شوند، هرچند که تجهیزات ذخیره معمول بیمارستان، برای جلوگیری از انقضای تاریخ مصرف آن‌ها به صورت دوره‌ای تغییر داده و تعویض می‌شوند.

اگر بیمارستان این تجهیزات را آماده داشته باشد؛ یعنی برای این گزینه فعال است و اگر نداشته باشد، اما در زمان اضطرار قابل فراهم کردن توسط بیمارستان باشد؛ غیرفعال است. در صورتی که علاوه بر موارد مذکور، با سازمانی تفاهم‌نامه‌ای به این منظور منعقد کرده باشد جزء ظرفیت قابل افزایش محسوب می‌شود.

ردیف ۶۰- انبار تجهیزات مورد نیاز در بلایا: فضای فیزیکی است که به این امر اختصاص داده شده است که می‌تواند کاملاً فضایی مجزا از انبار ذخیره معمول بیمارستان باشد یا در صورت کمبود فضای مجزا، قسمتی مشخص از همان انبار را جدا نموده و به این امر اختصاص دهند. در این حالت، بیمارستان برای این گزینه فعال است. اگر در حالت عادی این فضا وجود ندارد لیکن برای زمان اضطرار در بیمارستان پیش‌بینی شده، غیرفعال است. در صورت تفاهم با سازمان‌های همکار یا پشتیبان قابل افزایش است.

ردیف ۶۲- دستگاه ژنراتور: مدت زمان کارکرد دستگاه ژنراتور برحسب ساعت ذکر شده و میزان پوشش بیمارستان و بخش‌های مراقبت‌های ویژه برحسب درصد ذکر شوند. منظور از بخش‌های مراقبت‌های ویژه؛ ICU^۱، CCU^۲، اتاق عمل و اورژانس است.

توجه: دستگاه ژنراتور بیمارستان باید قادر باشد، برق بخش‌های تعریف شده را، برای مدت زمان تعیین شده تأمین نماید. مثلاً اگر برای ژنراتور تعریف شده که ۵ بخش معین بیمارستان را باید به مدت ۱۲ ساعت پوشش دهد، در این صورت گزینه **فعال** را وقتی انتخاب می‌کنیم که این موضوع را امتحان کرده ایم و طی این مدت (۱۲ ساعت) هر ۵ بخش مشخص شده دارای برق بوده‌اند. **غیرفعال** یعنی ژنراتوری که تهیه شده اما تاکنون مورد بهره‌برداری قرار نگرفته است و **قابل افزایش** وقتی است که بیمارستان با مرکز برق دیگری، غیر از مرکزی که برق معمول بیمارستان را تأمین می‌کند، تفاهم‌نامه‌ای جهت تأمین برق ژنراتور برای زمان حوادث منعقد نموده باشد، در این صورت مدت زمان منعقد شده در قرارداد به عنوان تعداد ساعت قابل افزایش ذکر شود.

1- Intensive Care Unit
2- Critical Care Unit

ردیف‌های ۶۳ و ۶۵- فضاهای غیر درمانی: فضاهایی چون پارکینگ، آمفی تئاتر، راهرو، سالن غذاخوری و غیره که با نظر کمیته حوادث و بلایای بیمارستان این قابلیت را دارند که به فضای درمانی تبدیل شوند می‌توانند گزینه فعال را دریافت نمایند.

فعال: در مواردی است که این فضا قبلاً در یک حادثه به‌عنوان فضای درمانی انتخاب شده و برای کاربرد درمانی مناسب بوده است؛ پس این قابلیت را دارد که مجدداً نیز در حوادث استفاده شود.

غیرفعال: یعنی چنین فضایی که قبلاً استفاده نشده ولی طبق نظر کمیته این قابلیت را دارد که به‌عنوان فضای درمانی استفاده شود.

قابل افزایش: در مواردی است که بیمارستان در این خصوص برای فضاهای خارج از بیمارستان تفاهم‌نامه‌ای برای زمان حوادث تنظیم کرده باشد. مثلاً سالن مدرسه‌ای که در مجاورت بیمارستان است و ...

ردیف‌های ۶۴ و ۶۶- تخت‌های قابل افزایش در فضاهای غیردرمانی: تعداد کل تخت‌هایی که برای چنین فضاهایی در بیمارستان و یا در فضای مربوط به تفاهم‌نامه منعقد شده وجود دارند (با توجه به مترائ فضا و در نظر گرفتن شرایط مندرج در راهنما).

ردیف ۶۸- مکان تجمع همراهان:

فعال: یعنی در زمان معمول این فضا وجود دارد.

غیرفعال: یعنی این فضا وجود ندارد.

قابل افزایش: یعنی با نظر کمیته حوادث و بلایا فضا و کارکنان لازم جهت این امر برای زمان وقوع بلایا در نظر گرفته شده یا تفاهم‌نامه با مراکز مربوطه به منظور کنترل تجمع همراهان منعقد شده است.

ردیف ۶۹- فضای اسکان همراهان:

فعال: وقتی است که امکان اسکان همراهان بیماران در بیمارستان (برای کلیه بخش‌ها) در زمان معمول وجود دارد.

غیرفعال: یعنی این امکان وجود ندارد.

قابل افزایش: یعنی این امکان بر اساس قراردادهای منعقد شده برای زمان حوادث امکان‌پذیر است مثلاً قرارداد جهت تأمین مبل تختخواب‌شو و...

ردیف ۷۰- فضای نگهداری اجساد:

فعال یعنی این فضا در بیمارستان وجود دارد.

غیرفعال یعنی چنین فضایی وجود ندارد.

قابل افزایش یعنی برای زمان وقوع بلایا، با مراکز مربوطه تفاهم‌نامه منعقد شده است.

ردیف ۷۱- ظرفیت نگهداری اجساد:

فعال: یعنی سردخانه بیمارستان در زمان معمول این امکان را دارد که چند جسد را برای ۷۲ ساعت نگهداری نماید.

غیرفعال: یعنی این امکان وجود ندارد.

قابل افزایش: یعنی برای زمان حادثه با مراکز مربوطه برای نگهداری اجساد برای مدت حداقل ۷۲ ساعت، تفاهم‌نامه منعقد شده است. بیمارستان‌ها در صورت فراهم نمودن شرایط لازم جهت مواجهه با حادثه/ بلیه می‌بایست بتوانند برای مدت ۷۲ ساعت بدون نیاز به کمک، حادثه را مدیریت نمایند. در صورتی که آن بیمارستان برای گزینه‌های ۷۱ تا ۷۳ برای مدت کمتر از ۷۲ ساعت آمادگی دارد، این مدت‌زمان را به صورت ذکر ساعت در توضیحات مربوطه قید نماید.

ردیف ۷۲- ظرفیت نگهداری اجساد در فضایی غیر از سردخانه:

فعال: یعنی در شرایط معمول چنین فضایی در بیمارستان موجود مثل زیرزمین است.

غیرفعال: یعنی چنین فضایی ندارند.

قابل افزایش: منظور تفاهم‌نامه منعقد شده در این خصوص است.

ردیف ۷۳- ظرفیت محل استراحت شبانه روزی کارکنان:

فعال: یعنی این فضا در زمان معمول هم برای کارکنان، با امکانات مناسب برای خواب، استحمام و غیره وجود دارد.

غیرفعال: یعنی چنین فضایی در بیمارستان وجود ندارد.

قابل افزایش: یعنی توسط کمیته حوادث و بلایای بیمارستان، فضا و تمهیدات لازم برای زمان حادثه در این خصوص برای تعداد کارکنان معین در نظر گرفته شده است.

جدول شماره ۱- اطلاعات کلی بیمارستان / درمانگاه / مرکز بهداشتی درمانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	
بیمارستان / درمانگاه / مرکز بهداشتی درمانی	
نوع بیمارستان (آموزشی یا درمانی)	
وابستگی سازمانی	
استان، شهرستان، آدرس دقیق پستی	
تعداد کل تخت‌های مصوب	
تعداد کل تخت‌های فعال	
ضریب اشغال تخت‌های بیمارستان (میانگین سالیانه به %)	
جمعیت تحت پوشش	
آخرین درجه ارزشیابی بیمارستان (اعتبار بخشی)	
تلفن	
نمابر	
پایگاه اینترنتی	

جدول شماره ۲- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		غیرفعال	فعال		
۱	تعداد تخت اورژانس				مانیتور دار بدون مانیتور
۲	تعداد تخت ایزوله (عفونی)				
۳	تعداد تخت ایزوله معکوس				
۴	تعداد تخت اتاق عمل سرپایی				
۵	تعداد کلیه تخت‌های ICU (اعم از جنرال، جراحی، قلب باز ...)				
۶	تعداد تخت CCU				
۷	تعداد تخت POST CCU				
۸	تعداد تخت NICU				
۹	تعداد تخت PICU				
۱۰	تعداد تخت BICU				
۱۱	تعداد تخت سوختگی				
۱۲	تعداد تخت هسته‌ای/ پرتوی				
۱۳	تعداد تخت زایمان (Labor)				
۱۴	تعداد تخت زایمان (Delivery)				
۱۵	تعداد تخت CPR				
۱۶	تعداد تخت اورژانس اعصاب و روان				
۱۷	تعداد تخت بستری اعصاب و روان				
۱۸	تعداد تخت بستری در سایر بخش‌ها				
۱۹	تعداد تخت معاینه درمانگاهی معمولی				
۲۰	تعداد تخت معاینه ژنیکولوژی (مجموع بیمارستان، اورژانس و درمانگاه)				
۲۱	تعداد دوش آلودگی‌زدایی (مجموع ثابت و سیار)				
۲۲	تعداد تخت اتاق عمل				
۲۳	تعداد کل تخت‌های رادیولوژی بیمارستان				

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		فعال	غیرفعال		
۲۴	تعداد دستگاه CT اسکن				
۲۵	تعداد دستگاه ونتیلاتور ثابت				
۲۶	تعداد دستگاه ونتیلاتور پرتابل				
۲۷	تعداد دستگاه MRI				
۲۸	تعداد دستگاه DC شوک				
۲۹	تعداد دستگاه AED				
۳۰	تعداد دستگاه سونوگرافی معمولی				
۳۱	تعداد دستگاه سونوگرافی کالرداپلر				
۳۲	تعداد دستگاه اکوکاردیوگرافی				
۳۳	تعداد دستگاه آندوسکوپی				
۳۴	تعداد دستگاه کولونوسکوپی				
۳۵	تعداد دستگاه برونکوسکوپی				
۳۶	تعداد دستگاه آنژیوگرافی				
۳۷	تعداد دستگاه‌های دیالیز	پرتابل			
		ثابت			
۳۸	تعداد دستگاه‌های رادیولوژی کل بیمارستان	پرتابل			
		دیجیتال			
		آنالوگ			
۳۹	تجهیزات استریلیزاسیون پزشکی	تعداد واحد CSSD			
		ظرفیت کل CSSD			
		تعداد دستگاه اتوکلاو			
۴۰	تعداد تجهیزات محافظت شخصی ^۱ (سری کامل) به تفکیک کلاس A تا D ذکر شود.	شیمیایی			
		زیستی			
		پرتوی / هسته‌ای			
۴۱	تعداد ترالی احیا				
۴۲	تعداد دستگاه مانیتورینگ قلبی				

1- Personal Protective Equipment (PPE)

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		غیرفعال	فعال		
۴۳	تعداد دستگاه پالس اکسی متر				
۴۴	تعداد کل برانکار (انواع برانکاردهای موجود به تفکیک در توضیحات ذکر شود)				
۴۵	تعداد تخته پشتی بلند ۱				
۴۶	تعداد دستگاه اکسیژن ساز				
۴۷	تعداد کل کپسول اکسیژن با حجمهای بالاتر از ۱۰ لیتر				
۴۸	تعداد برانکار چرخدار				
۴۹	تعداد ویلچر				
۵۰	تعداد ناوگان آمبولانس بیمارستان	تیپ A			
		تیپ B			
		تیپ C			
۵۱	تعداد کپسول اطفای حریق				
۵۲	تعداد دستگاه امحای زباله				
۵۳	تجهیزات رایانه‌ای در حوادث				
۵۴	تعداد خطوط اینترنت فعال				
۵۵	تعداد تجهیزات ارتباطی ماهواره‌ای	اینمارست			
		ثریا			
۵۶	تعداد تجهیزات ارتباطی غیر ماهواره‌ای	تلفن ثابت			
		Hot Line			
		انواع بی‌سیم			
		تلفن همراه			
		پیجر			
۵۷	ظرفیت حمل و نقل روزانه کارکنان (نفر)				
۵۸	تعداد روزهای ممکن جهت تداوم ارائه خدمات به کارکنان و بیماران در شرایط بلایا				
۵۹	تعداد روزهای ممکن جهت بهره‌برداری از ذخیره تجهیزات سازمانی در بلایا				
۶۰	متراژ انبار تجهیزات مورد ۳-نیاز در بلایا				
۶۱	حجم ذخیره آب (لیتر)				

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		غیرفعال	فعال		
۶۲	دستگاه ژنراتور بیمارستان				مدت زمان کارکرد
					درصد پوشش بیمارستان
					درصد پوشش بخش‌های ویژه
					تعداد ژنراتور
					معمولی
					دوگانه‌سوز
۶۳					مترائ فضای بسته غیر درمانی قابل استفاده جهت درمان در زمان اضطرار
۶۴					تعداد تخت‌های قابل افزایش در فضاهای بسته غیر درمانی جهت استفاده درمانی در زمان اضطرار
۶۵					مترائ فضای باز غیر درمانی قابل استفاده جهت درمان در زمان اضطرار
۶۶					تعداد تخت‌های قابل افزایش در فضاهای باز غیر درمانی جهت استفاده درمانی در زمان اضطرار
۶۷					مترائ فضاهای مناسب جهت نجات گاه (محل نگهداری بیماران پس از ترخیص در شرایط حوادث و بلایا)
۶۸					مترائ مکان تجمع همراهان بیماران
۶۹					مترائ فضای مناسب جهت اسکان همراهان بیماران
۷۰					مترائ فضای مناسب جهت نگهداری اجساد
۷۱					ظرفیت نگهداری اجساد در سردخانه برای حداقل ۷۲ ساعت (تعداد جسد)
۷۲					ظرفیت نگهداری اجساد در فضایی غیر از سردخانه برای حداقل ۷۲ ساعت (تعداد جسد)
۷۳					ظرفیت محل‌های مناسب جهت استراحت شبانه روزی کارکنان در بلایا برای حداقل ۷۲ ساعت (تعداد نفرات)
۷۴					مکان‌های مناسب (بالقوه و بالفعل) برای استقرار بالگرد

ردیف ۱- تعداد کارکنان بهیار و کمک بهیار:

فعال: تعداد کارکنانی که در زمان معمول با بیمارستان همکاری دارند (نوع رابطه استخدامی مهم نیست).

غیرفعال: تعداد کارکنانی که در ۶ ماه آتی در مرخصی به سر می‌برند (استعلاجی، بدون حقوق و غیره).

قابل افزایش: تعداد کارکنانی که با نظارت و ابلاغ کمیته حوادث و بلایای بیمارستان برای هر قسمت با وظیفه مشخص برای زمان وقوع حوادث و بلایا مشخص شده‌اند. مثلاً

متخصص پوست همین بیمارستان اعلام آمادگی نموده است که در زمان حادثه به بخش اورژانس کمک کند و از طرف کمیته حوادث و بلایا نیز جهت بخیه زدن در زمان حادثه برای بخش اورژانس در نظر گرفته شده است؛ یا با رادیولوژیست یا جراح مغز و اعصاب از خارج از بیمارستان جهت همکاری در زمان حادثه قرارداد بسته شده است. این افراد جزو ظرفیت قابل افزایش محاسبه می‌شوند.

- حتی‌الامکان در تعریف وظایف کارکنان برای شرایط حوادث و بلایا، برای هر فرد، همان وظیفه‌ای تعریف شود که در زمان معمول به عهده آن فرد است.
- تفاوت در حجم انجام وظایف یعنی کار بیشتر در زمان کمتر.

ردیف ۳۷- تعداد کارکنان شرکت کننده در کارگاه‌های آموزشی: دوره‌های آموزشی گذرانده شده از سال ۱۳۸۸ به بعد پذیرفته است. ضمناً ذکر نام کارگاه و سازمان برگزارکننده، در قسمت توضیحات لازم است (کارگاه‌هایی که توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و یا وزارت متبوع از سال ۱۳۸۸ به بعد برگزار شده باشند، قابل استناد هستند). منظور از **غیرفعال** تعداد افرادی هستند که آموزش دیده‌اند، لیکن در شش ماه آتی در خدمت سامانه نمی‌باشند و منظور از **قابل افزایش** تعداد نفراتی است که برنامه‌ریزی جهت آموزش آن‌ها در شش ماه آتی، انجام شده است.

تعریف عناوین آموزشی نامبرده شده در کتاب برنامه ملی آمادگی بیمارستانی آمده است. جهت پاسخگویی دقیق‌تر به سؤالات ۳۵ تا ۴۴ می‌توانید به این کتاب مراجعه فرمایید.

جدول شماره ۳- ارزیابی ظرفیت سرمایه‌های انسانی

توضیحات	قابل افزایش	موجود		نیروی انسانی	ردیف
		غیرفعال	فعال		
				تعداد کارکنان بهیار و کمک بهیار	۱
				تعداد کارکنان پرستاری (از کاردان تا دکترا)	۲
				تعداد کارکنان مامایی (از کارشناس تا دکترا)	۳
				تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ بیهوشی	۴
				تعداد پزشک متخصص و فوق تخصص طب اورژانس	۵
				تعداد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص جراحی عمومی	۶
				تعداد پزشک عمومی	۷
				تعداد پزشک متخصص و فوق تخصص داخلی	۸
				تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ زنان	۹
				تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ رادیولوژی	۱۰
				تعداد پزشک متخصص جراحی مغز و اعصاب	۱۱

ردیف	نیروی انسانی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		فعال	غیرفعال		
۱۲	تعداد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص اطفال				
۱۳	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ ارتوپدی				
۱۴	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ گوش و حلق و بینی				
۱۵	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ چشم پزشکی				
۱۶	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ اعصاب و روان (روان پزشکی)				
۱۷	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ پزشکی قانونی				
۱۸	تعداد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص سایر رشته‌های بالینی				
۱۹	تعداد کارکنان تخصصی آزمایشگاه				
۲۰	تعداد کارکنان تخصصی داروخانه				
۲۱	تعداد کارکنان تخصصی اتاق عمل (تکنیسین و هوشبری)				
۲۲	تعداد کارکنان تخصصی رادیولوژی از کاردان به بالا				
۲۳	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت عمومی (از کاردان تا دکتر)				
۲۴	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت محیط (از کاردان تا دکتر)				
۲۵	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت حرفه‌ای و طب کار (از کاردان تا دکتر)				
۲۶	تعداد کارکنان تخصصی تغذیه (از کاردان تا دکتر)				
۲۷	تعداد کارکنان اداری				
۲۸	تعداد کارکنان مالی				
۲۹	تعداد کارکنان نگهداری، انتظامات و حفاظت فیزیکی				
۳۰	تعداد کارکنان نیروی انتظامی مستقر در بیمارستان				
۳۱	تعداد کارکنان تأسیسات و فنی مهندسی				
۳۲	تعداد کارکنان شاغل در بخش نقلیه و ترابری				
۳۳	تعداد کارکنان خدماتی (اعم از خدمات نظافت و جابه‌جایی، آبدارخانه و تغذیه، باغبانی با هر مدرک تحصیلی)				
۳۴	تعداد سایر کارکنان استخدام بیمارستان (اعم از رسمی، پیمانی و قراردادی) با ذکر مورد				
۳۵	تعداد کارکنان پیمانکاری و شرکتی مستقر در بیمارستان (نظیر بوفه‌ها و غرفه‌های فروش تجهیزات عمومی و پزشکی و ...) با ذکر مورد				
۳۶	جمع کل کارکنان پشتیبانی شامل ۹ مورد فوق				

ردیف	نیروی انسانی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		فعال	غیرفعال		
۳۷	تعداد کارکنانی که در کارگاه‌های آموزشی مرتبط با بلایا شرکت کرده‌اند				
۳۸	تعداد کارکنان آموزش دیده در دوره تخصصی آمادگی بیمارستانی در بلایا (کارگاه HDP) با تأیید معاونت درمان				
۳۹	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص مواد خطرناک				
۴۰	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی				
۴۱	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص حملات مسلحانه و تروریستی				
۴۲	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص تریاژ در حوادث و بلایا				
۴۳	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص تحلیل خطر				
۴۴	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص نحوه فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه				
۴۵	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص فرایند فعال شدن تریاژ				
۴۶	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص آلودگی زدایی و مکان مناسب و نحوه استفاده از سامانه آلودگی زدایی بیمارستان				
۴۷	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص "شبیه سازی رایانه ای بلایا"				
۴۸	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص تمرین دورمیزی				
۴۹	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص تمرین عملیاتی (تمام عیار/ محدود به یک بخش)				

توضیحات جدول شماره ۴ - ارزیابی عملکردها:

در این فصل یک بار وجود یا عدم وجود برنامه و در سؤالات بعدی نحوه تبیین فرایند برنامه موجود مورد پرسش واقع شده است.

ردیف ۲- برنامه فراخوانی کارکنان: منظور برنامه‌ای است که توسط کمیته حوادث و بلایای بیمارستان تدوین شده و چگونگی احضار کارکنان در زمان حادثه را مشخص نموده است. این برنامه باید به استحضار کلیه کارکنان درگیر در برنامه رسانده شده و نسبت به تفهیم لزوم اجرای آن به کارکنان، برای زمان حادثه، توسط کمیته اقدامات لازم انجام شده باشد. نحوه فراخوانی کارکنان باید در برنامه بر اساس اعلام وضعیت شرایط بیمارستان توسط فرمانده حادثه (زرد، نارنجی، قرمز) دقیقاً مشخص باشد؛ چه افرادی باید فراخوان شده و چه فردی، با چه ابزار و ساز و کاری مسئول فراخوانی افراد است. به طور مثال در صورت نیاز به حضور جراح و قطع کلیه خطوط ارتباطی ممکن است در کمیته حوادث و بلایای بیمارستان برای این موارد فراخوانی جراح به این صورت تعریف شده باشد که ایشان توسط پیک فراخوان شوند.

ردیف ۳- برنامه هشدار سریع: برنامه‌ای که در آن برای هر وضعیت/ سطح حادثه (هشدار - آماده باش - عملیات) مشخص شده باشد چه کارکنانی در وضعیت‌های تعیین شده (زرد - نارنجی - قرمز) باید فراخوان شوند.

- ردیف ۴- برنامه اطفای حریق:** برنامه‌ای که در آن بر اساس وسعت حریق و نظر فرمانده حادثه، اطفای حریق توسط بیمارستان و یا با کمک دیگر سازمان‌ها انجام می‌شود. در صورت نیاز به همکاری دیگر سازمان‌ها ذکر تفاهم‌نامه لازم است (منظور غیر از آتش‌نشانی است).
- ردیف ۵- پیش‌بینی فضاهای جایگزین:** کمیته حوادث و بلایای بیمارستان می‌بایست برنامه‌های لازم به‌منظور تعیین و یا ایجاد فضاهای جایگزین (درمانی - غیر درمانی) را داشته باشد که البته این در صورتی قابل اجرا است که تجهیزات و کارکنان مورد لزوم نیز در این برنامه لحاظ شده باشد. این فضاها می‌توانند داخل بیمارستان یا بر اساس تفاهم‌نامه با سازمان‌های دیگر خارج از بیمارستان در نظر گرفته شده باشند.
- ردیف ۶- برنامه جهت تعیین بیمارستان معین:** نیازهایی که بیمارستان مبدأ نمی‌تواند در زمان حادثه مرتفع نماید مشخص می‌شود و بیمارستان دیگری که توان رفع آن نیاز را دارد به‌عنوان بیمارستان معین در نظر گرفته می‌شود و با عقد تفاهم‌نامه این موضوع رسمیت پیدا می‌کند. در زمان حادثه EOC یا ستاد هدایت دانشگاه نیز می‌توانند بیمارستان معین تعیین کنند.
- ردیف ۷- برنامه جهت گروه‌های اعزام به عرصه:** در این برنامه افرادی مشخص می‌شوند و به ایشان آموزش داده می‌شود و طبق برنامه زمان‌بندی و همچنین برنامه فراخوانی، بر اساس نوع و شدت حادثه چگونگی اعزام به عرصه^۱ را مشخص می‌کنند.
- ردیف ۸- برنامه انجام مداخلات حفظ حیات در عرصه:** در این برنامه مفاد آموزشی با هماهنگی اورژانس پیش‌بیمارستانی تهیه و به گروه اعزام آموزش داده شده و نحوه تعامل با کارکنان پیش‌بیمارستانی در عرصه، برنامه‌ریزی می‌شود.
- ردیف ۹- برنامه تخلیه اضطراری مصدومان:** این برنامه بر اساس نوع بخش، ساختار بیمارستان و همچنین بر اساس دستورالعمل‌های دانشگاه، EOC یا تفاهم‌نامه‌های مختلف (جهت آمبولانس، کارکنان مجرب و...) طرح‌ریزی می‌شود (مثلاً دستورالعمل‌های دارویی بیمار، شرح وضعیت بیمار، توسط چه کسانی تنظیم شود؟ که این موضوع در بیمارستان‌های آموزشی متفاوت از بیمارستان‌های درمانی است؛ یا واحد تریاژ برای این نوع تریاژهای ناگهانی تمهیداتی دارد؟ آیا با مرکز درمانی مقصد در این خصوص ارتباطات لازم برقرار شده است؟ و...). همه این موارد باید توسط کمیته حوادث و بلایا بررسی و انجام شود.
- ردیف ۱۰- برنامه ارجاع به سایر مراکز درمانی:** این برنامه بر اساس تفاهم‌نامه یا دستورالعمل‌های دانشگاه تنظیم می‌شود.
- ردیف ۱۱- برنامه تخلیه اضطراری مرکز درمانی:** در صورت نیاز به تخلیه بخش، انتقال بیماران و کارکنان به مکان امن بر اساس برنامه تخلیه مرکز درمانی امکان‌پذیر است. این پروتکل باید از قبل توسط کمیته حوادث و بلایا تنظیم شود.
- ردیف ۱۶- برنامه انجام تریاژ ثانویه:** تریاژ اولیه در عرصه و توسط کارکنان اورژانس پیش‌بیمارستانی انجام می‌شود. با ورود بیماران به بیمارستان بر اساس پروتکل تریاژ بیماران در بیمارستان در زمان حوادث، تریاژ ثانویه انجام می‌شود. لذا تدوین برنامه تریاژ ثانویه در حوادث لازم است. بسته به شرایط بیماران و بیمارستان، گاه لازم است بیماران بعد از تریاژ ثانویه، مجدداً تریاژ شوند.

- ردیف ۱۷- برنامه افزایش تعداد تخت و ظرفیت پذیرش:** در این برنامه افزایش تعداد تخت باید با توجه به مطالب مندرج در راهنما (در نظر گرفتن تجهیزات و نیروی انسانی لازم) ذکر شود.
- ردیف ۱۸- برنامه فرایند آلودگی زدایی:** با توجه به نوع حادثه و نوع مخاطره نیاز به آلودگی زدایی اختصاصی است، که این فرایند تخصصی باید توسط کمیته حوادث و بلایای بیمارستان تبیین شود.^۱
- ردیف ۱۹- برنامه افزایش ظرفیت آلودگی زدایی:** بعد از تبیین فرایند، برنامه ریزی برای افزایش ظرفیت بر اساس نوع مخاطره انجام می شود، به طور مثال افزایش تعداد دوش شست و شو در مخاطرات هسته ای.
- ردیف ۲۰- برنامه افزایش ظرفیت جداسازی:** در این برنامه کلیه مواردی که نیاز به جداسازی دارند (عوامل زیستی و شیمیایی و پرتوی و هسته ای) همگی باید در نظر گرفته شوند، بر اساس نوع عامل، نیاز به ایزولاسیون و جداسازی متفاوت بوده، امکانات و برنامه های مختلفی را می طلبد.
- ردیف ۲۲- برنامه های آموزشی و یادگیری:** کلیه برنامه های آموزشی مربوطه به حوادث اعم از برنامه های انجام شده و در حال انجام مدنظر است.
- ردیف های ۲۳ تا ۲۶- برنامه های تمرین (مانور):** در خصوص انواع مانور و برنامه ریزی برای اجرای آن ها توضیحات به تفصیل در کتاب برنامه ملی آمادگی بیمارستانی آمده است.
- ردیف ۲۷- برنامه برای انبار منابع:** نیازهای مربوط به حادثه بر اساس تحلیل خطر توسط کمیته حوادث و بلایای بیمارستان مشخص گردیده، برنامه ذخیره منابع مطابق با آن تبیین می شود.
- ردیف ۲۸- برنامه چگونگی توزیع منابع:** در مجتمع های بیمارستانی بزرگ با توجه به نظر کمیته حوادث و بلایا انجام می شود.
- ردیف ۳۰- برنامه نظارت و پیگیری تخت ها:** با توجه به نیاز به پیگیری درمانی و یا اطلاع رسانی به خانواده بیمار، اطلاع از جابجایی بیماران در زمان حادثه اهمیت زیادی دارد، لذا تنظیم برنامه نظارت و پیگیری تخت ها و برنامه ریزی جهت ثبت این جابه جایی ها اهمیت ویژه ای دارد.
- توضیحات به تفصیل در کتاب برنامه ملی آمادگی بیمارستانی آمده است. یادآوری می شود در همه برنامه ریزی ها برای هر کدام از فعالیت های برنامه، شش مورد زیر باید رعایت شوند: یعنی مشخص باشد آن فعالیت چرا (هدف از انجام فعالیت)، توسط چه کسی، چگونه، در چه زمانی، در چه مکانی و با چه ابزاری می بایست انجام شود.
- ردیف ۳۱- برنامه مدیریت کارکنان:** بر اساس برنامه ملی آمادگی بیمارستانی کمیته حوادث و بلایای بیمارستان باید برنامه های مربوط به ورود و خروج کارکنان، اضافه کار، حضور و غیاب و... را برنامه ریزی و تبیین نماید (جزو فعالیت های شاخه اداری مالی است).
- ردیف ۳۲- برنامه ترخیص زود هنگام بیماران انتخابی:** کمیته حوادث و بلایای بیمارستان فرآیند ترخیص زود هنگام بیماران را تبیین می نماید. در زمان حادثه با دستور فرمانده و طبق این برنامه تبیین شده، می توان نسبت به ترخیص بیماران اقدام نمود. بدیهی است از آنجایی که در ترخیص زود هنگام، اغلب نیاز به ادامه درمان بعد از ترخیص نیز ادامه دارد، لذا در تبیین این برنامه علاوه بر در نظر گرفتن مسائل اجرایی لازم است پروتکل های درمانی مربوطه نیز لحاظ شوند.
- ردیف ۳۵- برنامه ارزیابی سریع امکانات:** برنامه فرآیند ارزیابی سریع امکانات مطابق برنامه ملی آمادگی بیمارستانی باید تبیین شود.

1- C: Chemical; B: Biological; R: Radiological; N: Nuclear; E: Explosive (CBRNE)

ردیف ۳۶- برنامه ارزیابی سریع صدمات: کمیته حوادث و بلاهای بیمارستان بر اساس برنامه ملی آمادگی بیمارستانی (زیرشاخه واحد عملیات) ارزیابی سریع صدمات را انجام می‌دهد. این ارزیابی در زمان حادثه با استفاده از ابزارهای مربوط به ارزیابی سریع صدمات انجام می‌شود.

ردیف ۳۷- برنامه ارزیابی سریع ایمنی مرکز درمانی: کمیته حوادث و بلاهای بیمارستان بر اساس سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی^۱، چگونگی انجام این فرآیند را توسط افسر ایمنی تبیین می‌کند.

به‌طور کلی در کلیه سؤالات مربوط به قسمت "عملکردها" باید نکات ذیل موردتوجه قرار گیرد:

- بیمارستان باید مخاطرات و خطرات مربوط به خود را بشناسد.
- برای کنترل باید برنامه‌ریزی داشته باشد. (پس باید متناسب با خطر، برنامه مدیریت آن را داشته باشد).
- در تبیین فرایند هر برنامه‌ریزی باید دقیقاً مشخص باشد که چه کسی، چه کاری را، چگونه، در چه زمانی، در چه مکانی و با چه ابزاری انجام می‌دهد. یعنی برای هر برنامه موجود، فرایند انجام آن برنامه نیز ترسیم شود.

جدول شماره ۴- ارزیابی عملکردها

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		خیر	بلی	
۱	ابزار تکمیل شده شاخص ایمنی عملکردی بیمارستانی (FHSI) ^۲			
۲	برنامه فراهوانی کارکنان (تاریخ آخرین بازبینی ذکر شود)			
۳	برنامه هشدار سریع			
۴	برنامه اطفای حریق			
۵	برنامه پیش‌بینی فضاهای جایگزین			
۶	برنامه جهت تعیین بیمارستان معین به‌منظور افزایش ظرفیت بیمارستان			
۷	برنامه جهت تعیین گروه‌های اعزام به عرصه (محل وقوع حادثه)			
۸	برنامه انجام مداخلات حفظ حیات در عرصه			
۹	برنامه تخلیه اضطراری مصدومان به مراکز از قبل تعیین شده			
۱۰	برنامه ارجاع بیمار به سایر مراکز درمانی			
۱۱	برنامه تخلیه اضطراری مرکز درمانی			
۱۲	برنامه فعال کردن برنامه پاسخ بیمارستانی ^۳			

1- Hospital Incident Command System (HICS)

2- Farsi Hospital Safety Index (FHSI)

3- Hospital Response Plan (HRP)

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
۱۳	برنامه فعال کردن (ICP ^۱ - EOC ^۲ - HCC ^۳)			
۱۴	برنامه فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی ^۴			
۱۵	برنامه افزایش ظرفیت پاسخ بیمارستان (ترخیص بیماران انتخابی ^۵ و کاربری فضاهای جایگزین)			
۱۶	برنامه انجام تریاژ ثانویه بر اساس ESI ^۶ یا START ^۷			
۱۷	برنامه افزایش تعداد تخت و ظرفیت پذیرش بیماران			
۱۸	برنامه فرآیند آلودگی‌زدایی			
۱۹	برنامه فراطرفیت آلودگی‌زدایی			
۲۰	برنامه فراطرفیت جداسازی			
۲۱	برنامه تأمین تجهیزات دارویی موردنیاز			
۲۲	برنامه‌های آموزشی و یادگیری			
۲۳	برنامه تمرین دورمیزی ^۸			
۲۴	برنامه تمرین عملیاتی تخلیه اضطراری			
۲۵	برنامه تمرین عملیاتی محدود ^۹ در یک بخش			
۲۶	برنامه تمرین عملیاتی کل مجموعه (تمام عیار ^{۱۰})			
۲۷	برنامه برای انبار منابع مورد نیاز			
۲۸	برنامه جهت چگونگی توزیع منابع در مراکز درمانی			
۲۹	برنامه بهبود ظرفیت‌های بیمارستانی (پذیرش بیمار، آلودگی‌زدایی، جداسازی، ...) برای پاسخ به حوادث در شرایط حضور و مداخله سازمان‌های درگیر			
۳۰	برنامه نظارت و پیگیری تخت‌ها			
۳۱	برنامه مدیریت کارکنان بر اساس الگوی کشوری			

- 1- Incident Command Post (ICP)
 2- Emergency Operation Center (EOC)
 3- Hospital Coordination Center (HCC)
 4- Hospital Incident Command System (HICS)
 5- Elective
 6- Emergency Sverity Index (ESI)
 7- Simple Triage and Rapid Treatment (START)
 8- Tabletop
 9- Drill
 10- Full scale

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
۳۲	برنامه ترخیص زودهنگام بیماران انتخابی			
۳۳	برنامه راهاندازی فضای اقامت بیماران پس از ترخیص و نیاز به ارائه مراقبت‌های اولیه			
۳۴	برنامه اطلاع‌رسانی به مراکز، کارکنان، خانواده‌ها و بیماران			
۳۵	برنامه ارزیابی سریع امکانات موجود (تخت‌ها، کارکنان)			
۳۶	برنامه ارزیابی سریع صدمات			
۳۷	برنامه ارزیابی سریع ایمنی مرکز درمانی			
۳۸	برنامه اقتضایی به‌منظور تأمین زیرساخت‌های اساسی بیمارستان (آب، برق، گاز، اکسیژن، داروها، مواد غذایی، راه‌های در دسترس)			
۳۹	برنامه اطلاع‌رسانی بیماران پذیرش شده و فوتی			
۴۰	برنامه مدیریت اجساد و فوت‌شدگان			
۴۱	برنامه بازگشت به حالت عادی			
۴۲	برنامه فعال کردن مرکز هدایت عملیات بیمارستان			
۴۳	برنامه ورود و خروج بیماران و مصدومان به بیمارستان			
۴۴	برنامه پذیرش سریع مصدومان و بیماران در حوادث و بلایا			
۴۵	برنامه سطح‌بندی و نحوه ترخیص بیماران بستری در بیمارستان و اطلاع‌رسانی به خانواده			
۴۶	برنامه نحوه جابجایی بیماران و مصدومان در بیمارستان			
۴۷	برنامه نحوه پیگیری روند درمان بیماران بستری و ترخیص شده از بیمارستان			
۴۸	برنامه نحوه فراخوانی کارکنان			
۴۹	برنامه فرایند نقل‌وانتقال کارکنان به بیمارستان			
۵۰	برنامه نحوه تریاژ بیماران و مصدومان			
۵۱	برنامه نحوه ارائه خدمات درمانی خارج از بیمارستان			
۵۲	برنامه نحوه گزارش دهی بیماری‌های مشمول گزارش			
۵۳	جمع‌آوری اطلاعات			برنامه مراقبت بیماری‌ها ^۱
	گزارش دهی			
۵۴	برنامه نحوه به‌کارگیری سازمان‌های همکار و پشتیبان (مانند پلیس، آتش‌نشانی، شهرداری و غیره)			
۵۵	برنامه نحوه به‌کارگیری و مدیریت داوطلبان (عمومی و تخصصی)			

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
۵۶	برنامه نحوه تحویل تجهیزات و وسایل			
۵۷	برنامه نحوه تأمین تجهیزات مورد نیاز			
۵۸	برنامه نحوه هزینه کرد منابع مالی			
۵۹	برنامه نحوه تأمین خدمات جهت کارکنان			
۶۰	برنامه حمایت از خانواده کارکنان حاضر در بیمارستان در هنگام وقوع بلایا			
۶۱	برنامه ارتباط بیمارستان با سامانه اورژانس پیش بیمارستانی			
۶۲	فرآیند پذیرش بیماران در زمان حوادث و بلایا			
۶۳	فرآیند توسعه تأسیسات در فضای پیش‌بینی شده			
۶۴	فرآیند کنترل عفونت در هنگام وقوع حوادث و بلایا			
۶۵	فرآیند تثبیت تجهیزات غیرسازه‌ای در بیمارستان			
۶۶	فرآیند احیای قلبی، ریوی در شرایط حوادث و بلایا			
۶۷	فرآیند تأمین خدمات بیمه مسئولیت کارکنان			
۶۸	فرآیند ثبت حضور کارکنان در زمان حوادث و بلایا			
۶۹	فرآیند ثبت بیماران پذیرش شده و ارجاعی سایر بیمارستان‌ها			
۷۰	فرآیند ارتباط با رسانه‌ها			
۷۱	فرآیند اطفای حریق			
۷۲	فرآیند افزایش فضای بستری			
۷۳	تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین دارو			
۷۴	تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین تجهیزات			
۷۵	تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد مصرفی			
۷۶	تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد غذایی			
۷۷	تفاهم‌نامه با مراکز بهداشتی درمانی نظامی			
۷۸	تفاهم‌نامه با مراکز بهداشتی درمانی خیریه			
۷۹	تفاهم‌نامه با مراکز بهداشتی درمانی خصوصی			
۸۰	تفاهم‌نامه با مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی سایر دانشگاه‌ها			
۸۱	تفاهم‌نامه با سازمان‌های حامی سلامت			
۸۲	تفاهم‌نامه با سازمان نظام پزشکی			

توضیحات	موجود		عملکردها	ردیف
	خیر	بلی		
			تفاهم‌نامه با سازمان نظام پرستاری	۸۳
			تفاهم‌نامه با سازمان نظام روان‌شناسی	۸۴
			تفاهم‌نامه با سازمان انتقال خون	۸۵
			تفاهم‌نامه با جمعیت هلال احمر	۸۶
			تفاهم‌نامه با سازمان بهزیستی	۸۷
			تفاهم‌نامه با سازمان پزشکی قانونی	۸۸
			تفاهم‌نامه با شهرداری	۸۹
			تفاهم‌نامه با ارتش (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)	۹۰
			تفاهم‌نامه با سپاه پاسداران (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)	۹۱
			تفاهم‌نامه با نیروی انتظامی (جهت تأمین امنیت)	۹۲
			تفاهم‌نامه با شرکت نفت	۹۳
			تفاهم‌نامه با کارخانه‌ها	۹۴
			تفاهم‌نامه با سازمان آب	۹۵
			تفاهم‌نامه با سازمان برق	۹۶
			تفاهم‌نامه با مخابرات	۹۷
			تفاهم‌نامه با بهداری نیروهای مسلح	۹۸
			تفاهم‌نامه با سایر مراکز	۹۹
			فرایند بایگانی اسناد پزشکی در حوادث و بلایا	۱۰۰
			تمرین فراخوانی نیرو	۱۰۱
			تمرین هشدار سریع	۱۰۲
			تمرین راه‌اندازی بیمارستان صحرایی	۱۰۳
			تمرین تأمین نیرو جهت راه‌اندازی بیمارستان صحرایی	۱۰۴
			تمرین پیش‌بینی فضاهاى جایگزین	۱۰۵
			تمرین تعیین بیمارستان معین جهت افزایش ظرفیت بیمارستان	۱۰۶
			تمرین جهت تعیین گروه‌های اعزام به صحنه حادثه	۱۰۷
			تمرین انجام مداخلات حفظ حیات در صحنه حادثه	۱۰۸

توضیحات	موجود		عملکردها	ردیف
	خیر	بلی		
			تمرین انتقال مصدومان به مراکز بهداشتی- درمانی از قبل تعیین شده	۱۰۹
			تمرین انجام تریاژ ثانویه	۱۱۰
			تمرین تخلیه اضطراری مرکز درمانی	۱۱۱
			تمرین فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی	۱۱۲
			تمرین فعال کردن مرکز هدایت عملیات	۱۱۳
			تمرین فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی	۱۱۴
			تمرین افزایش ظرفیت پاسخ بیمارستان (ترخیص بیماران انتخابی، کاربری فضاهای جایگزین)	۱۱۵
			تمرین برنامه ارجاع بیمار به مراکز بهداشتی درمانی سازمان های همکار و پشتیبان	۱۱۶
			تمرین برنامه افزایش تعداد تخت و ظرفیت پذیرش بیماران	۱۱۷
			تمرین فرآیند آلودگی زدایی	۱۱۸
			تمرین فرآیند اطفای حریق	۱۱۹

ابزار شماره چهار

ابزار بررسی آسیب پذیری حوزه سلامت در پاسخ به حوادث و بلايا (در سطح دانشگاه)

مقدمه

کاهش اثر مخاطرات و پیامدهای آن موضوعی است که نیاز به مشارکت بخش‌های مختلف یک جامعه دارد. موفقیت در فعالیتهای کاهش اثر مخاطرات متکی به این هست که بدانیم چرا اثرات مخرب و مضر بلايا در یک جامعه‌ای نسبت به جامعه دیگر بسیار متغیر است و چه عواملی بر درجه اثرپذیری افراد در جوامع مختلف تأثیر دارد. چنین تغییری در میزان حساسیت به صدمات ناشی از حوادث و بلايا، وابسته به آسیب‌پذیری است. آسیب‌پذیری به‌عنوان ویژگی‌ها و موقعیتهای یک شخص، گروه که بر ظرفیت آنها در پیش‌بینی، مقابله با، مقاومت در برابر، و بازیابی از اثرات (آسیب‌های) مخاطرات و تهدیدات تأثیر می‌گذارد، تعریف می‌شود. یادگیری در بررسی و چگونگی تعیین، اندازه‌گیری و نحوه اثر این پدیده‌های آسیب رسان، نقش مهمی در توسعه و اجرای برنامه‌های مدیریت بلايا/ فوریت‌ها خصوصاً در حوزه سلامت خواهد داشت.

بنابراین ابزار حاضر باهدف برآورد آسیب‌پذیری حوزه سلامت با توجه به دو مشخصه "میزان در معرض مخاطره بودن" و "میزان اثرپذیری از مخاطره" و با استفاده از منابع معتبر علمی و نظرات متخصصین طی جلسات مت عدد طراحی و تدوین شده است.

راهنمای تکمیل ابزار آسیب‌پذیری حوزه سلامت در حوادث و بلایا

۱. مشخصات مربوط به گروه ارزیابی: در این قسمت مشخصات دقیق گروه تکمیل کننده یادداشت شود.
۲. اطلاعات جغرافیایی محل: در این قسمت اطلاعات جغرافیایی محل را با توجه به تقسیمات سیاسی کشوری یادداشت نمایید
۳. اطلاعات مربوط به نوع مخاطره: این ابزار برای هر نوع مخاطره (مانند سیل، زلزله، سونامی و...) به صورت جداگانه تکمیل می‌گردد، لذا نوع مخاطره‌ای را که ابزار بر اساس آن تکمیل می‌گردد را یادداشت نمایید.
۴. برآورد آسیب‌پذیری حوزه سلامت بر اساس درصد در معرض مخاطره بودن: در این قسمت مؤلفه‌های حوزه سلامت مانند کارکنان^۱، گیرندگان خدمات سلامت، زیرساخت‌ها، تجهیزات^۲ و زیر مؤلفه‌های آن‌ها، بر اساس اینکه چند درصد در معرض (Expose) مخاطره موردنظر هستند، تکمیل می‌گردند. توجه داشته باشید که در صورت امکان برای مؤلفه‌ها و زیر مؤلفه‌ها مقدار خام در معرض مخاطره بودن را نیز یادداشت نمایید.
۵. برآورد آسیب‌پذیری بر اساس میزان اثر مخاطره بر خدمات سلامت: این قسمت شامل خدمات گوناگون حوزه سلامت بوده و هدف برآورد آسیب‌پذیری بر اساس میزان تأثیری که وقوع احتمالی مخاطره موردنظر بر روند ارائه خدمت می‌گذارد، تعیین می‌گردد. به‌عنوان مثال برای خدمات اورژانس بیمارستان، بند "۱-۵: اورژانس بیمارستان (میزان تخت‌های فعال)" باید تعیین کرد که اگر در محل موردنظر مخاطره زلزله اتفاق بیفتد چند درصد از تخت‌های فعال اورژانس بیمارستانی دچار کاهش و یا اختلال در ارائه خدمت می‌شوند.

ابزار بررسی آسیب‌پذیری حوزه سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا

۱. مشخصات مربوط به گروه ارزیابی			
نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سمت / جایگاه	تخصص / مدرک تحصیلی
۲. اطلاعات جغرافیایی محل			
استان:	شهرستان:	بخش و روستا:	
سایر اطلاعات جغرافیایی:			
۳. اطلاعات مربوط به نوع مخاطره (که آسیب‌پذیری با توجه به آن مخاطره سنجیده می‌شود):			

1- Staff
2- Stuff

۴. برآورد آسیب پذیری حوزه سلامت بر اساس درصد در معرض (Expose) مخاطره بودن

مؤلفه‌های حوزه سلامت		درصد در معرض مخاطره بودن				
میزان خام	کمتر از ۲۵ درصد	۲۵ تا ۵۰ درصد	۵۱ تا ۷۵ درصد	۷۶ تا ۱۰۰ درصد		
۴-۱. کارکنان (staff)	۴-۱-۱. کارکنان بخش مدیریتی - ستادی					
	۴-۱-۲. کارکنان حوزه درمان (حوزه بیمارستانی)					
	۴-۱-۳. کارکنان حوزه بهداشت					
	۴-۱-۴. کارکنان حوزه پیش بیمارستان					
۴-۲. گیرندگان خدمات سلامت	۴-۲-۱. جمعیت تحت پوشش حوزه سلامت	مردان				
		زنان				
		خانوار				
	۴-۲-۲. جمعیت آسیب پذیر	بیماران بستری				
		بیماران دارای بیماری مزمن				
		سالمندان				
		کودکان کمتر از ۵ سال				
		زنان باردار				
		زنان شیرده				
		زنان بی سرپرست و سرپرست خانوار				
		افراد ناتوان (معلول)	ناتوانی شنوایی			
			ناتوانی بینایی			
			ناتوانی حرکتی			
			ناتوانی شناختی			
اقلیت‌های قومی و مذهبی						

					۴-۳-۱. ساختمان‌های اداری	۴-۳. زیرساخت
				مهدکودک	۴-۳-۲. ساختمان‌های آموزشی	
				مراکز پیش‌دبستانی		
				مدارس		
				دانشگاه‌ها		
				حوزه‌های علمیه		
				بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی	۴-۳-۳. بیمارستان	
				بیمارستان تأمین اجتماعی		
				بیمارستان‌های وابسته به نیروهای مسلح		
				بیمارستان‌های بخش خصوصی		
				شهری	۴-۳-۴. مرکز بهداشت	
				روستایی		
				پایگاه شهری	پایگاه بهداشت	
				خانه بهداشت روستایی		
				درمانگاه / پلی کلینیک	۴-۳-۵. مراکز بهداشت و درمان بخش خصوصی	
				دی کلینیک / مراکز جراحی محدود		
				آزمایشگاه		
				مراکز تصویربرداری		
				مطب (پزشکی / دندانپزشکی)		
				مراکز سلامت امور خیریه		
				شهری	۴-۳-۶. پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵	
				جاده‌ای		

				-	شبکه آب	۴-۳-۷. زیرساخت‌های حیاتی	۴-۳. زیرساخت	
				-	شبکه فاضلاب			
				-	شبکه برق			
				-	شبکه گاز			
				-	زمینی	۴-۳-۸. مسیرهای مواصلاتی		
				-	ریلی			
				-	آبی (بندرها و اسکله‌ها)			
				-	هوایی (فرودگاه)			
				-	شبکه تلفن	۴-۳-۹. امکانات ارتباطی		
				-	شبکه موبایل			
				-	شبکه اینترنت			
				-	تلفن ماهواره‌ای			
				-	ارتباطات بی‌سیم امواج رادیویی UHF / VHF			
				-	۴-۴-۱. تجهیزات اداری			
					تخت‌های بخش اورژانس	تخت		۴-۴-۲. تجهیزات بیمارستانی
					تخت‌های اتاق عمل			
					سایر تخت‌های بستری			
					تخت‌های ایزوله			
					تخت‌های ایزوله معکوس			
					دستگاه ونتیلاتور			
					دستگاه DC شوک			
					دستگاه رادیولوژی			
					دستگاه آنژیوگرافی			
					دستگاه سی تی اسکن			

					دستگاه ام.آر.ای	۴-۴-۲. تجهیزات بیمارستانی	
					دستگاه سونوگرافی		
					دستگاه اکوکار دیوگرافی		
					دستگاه آندوسکوپی		
					دستگاه کولونوسکوپی		
					دستگاه برونکوسکوپی		
					دستگاه دیالیز		
					دستگاه مانیتورینگ قلبی		
					دستگاه اکسیژن ساز		
					کپسول اکسیژن		
					آمبولانس		
					دستگاه ژنراتور برق		
				-	۴-۴-۳. تجهیزات حوزه بهداشت (خودرو، تجهیزات زنجیره سرد و...)	۴-۴. تجهیزات	
				تیپ A	آمبولانس (فعال)		
				تیپ B			
				تیپ C			
				تیپ A	آمبولانس پشتیبان		
				تیپ B			
				تیپ C			
					موتور لانس		
					اتوبوس آمبولانس		
					آمبولانس هوایی		
					آمبولانس دریایی		
				بی سیم	تجهیزات ارتباطی		
				دکل بی سیم			
				-	تجهیزات بخش خصوصی		

ابزار شماره پنج

ابزار بررسی آمادگی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در حوادث و بلایا

معرفی

بیمارستان‌ها نقش مهمی را در ارائه مراقبت‌های حیاتی به جامعه در هنگام بروز انواع حوادث و بلایا ایفا می‌کنند. حوادث بسته به دامنه و طبیعتشان، منجر به افزایش نیاز به خدمات ضروری و سریع می‌شوند که می‌تواند ظرفیت عملکردی و ایمنی بیمارستان را اشباع کند. هر حادثه‌ای که باعث از بین رفتن زیرساخت‌ها یا افزایش مراجعین به بیمارستان شود، اغلب نیاز به یک پاسخ همه‌جانبه و جامع دارد که باید شامل ارائه مراقبت‌های سلامت باشد. بدون وجود برنامه‌ریزی مناسب برای پاسخ به حوادث، سامانه سلامت، کارایی خود را برای پاسخ به حوادث به علت فراوانی تقاضا از دست می‌دهد.

منابع محدود، افزایش تقاضا برای خدمات پزشکی و اختلال در خطوط ارتباطی مانع قابل توجهی در ارائه مراقبت‌های سلامت ایجاد می‌کند. جهت افزایش آمادگی و مقابله با چالش‌های ناشی از حوادث، بیمارستان‌ها نیازمند شروع اقدامات اساسی هستند. دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در اروپا چک‌لیست ارزیابی آمادگی بیمارستان را برای کمک به کارکنان بیمارستان و مدیران اورژانس در جهت ارائه پاسخ مؤثر به محتمل‌ترین سناریوی ممکن در حوادث ارائه کرده است.

این ابزار، مدیریت بیمارستان بر اساس مداخلات اورژانسی را شامل می‌شود و بهترین شیوه و تلفیقی از اقدامات اولیه موردنیاز برای پاسخ سریع و مؤثر به اتفاقات حیاتی با رویکرد به همه خطرات است. این ابزار بر اساس ۹ مؤلفه کلیدی که هرکدام شامل لیستی از اقدامات ضروری جهت کمک به مدیران بیمارستان و برنامه‌ریزان در زمینه اورژانس است ساخته شده است. این اقدامات به‌منظور دستیابی به اهداف زیر توصیه می‌شود:

۱. تداوم خدمات ضروری
۲. اجرای هماهنگ فعالیت‌های بیمارستان در همه سطوح
۳. ارتباط داخلی و خارجی دقیق و روشن
۴. تطابق سریع به افزایش تقاضا
۵. استفاده مؤثر از منابع کمیاب
۶. ایجاد محیط امن برای کارکنان بخش سلامت و مراقبت.

دستیابی به این اقدامات با توجه به سایر ابزارهای مکمل، دستورالعمل‌ها و دیگر منابع قابل اجرا فراهم شده است. از این ابزار جهت ارزیابی آمادگی بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا استفاده می‌شود. اصول و توصیه‌های مطرح شده در این ابزار، عمومی، قابل اجرا و با رویکرد به همه حوادث و بلایا است.

جزء کلیدی شماره ۱

فرماندهی و کنترل: عملکرد مطلوب سامانه فرماندهی و کنترل جهت اجرای مؤثر مدیریت حوادث و بلایای بیمارستان ضروری است.

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	وجود مرکز فرماندهی حادثه در بیمارستان یا مکانی شبیه آن، جهت هماهنگی فعالیت‌های مرتبط با پاسخ‌های اضطراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	تعیین یک فرد به‌عنوان مسئول هر یک از مؤلفه‌های ۹ گانه کلیدی در این چک‌لیست، جهت اطمینان از مدیریت مناسب و هماهنگی فعالیت‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	تعیین افرادی به‌عنوان جایگزین احتمالی مدیران فوق جهت تضمین ادامه مدیریت، کنترل و عملکرد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	ثبت و نگهداری کلیه مستندات مربوط به مدیریت اورژانس بیمارستانی برای اطمینان از کاربرد اصول اولیه و راهبردهای مربوط به برنامه‌ریزی و استقرار برنامه‌های عملیاتی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	وجود اوراق شرح وظایف برای اعضای کمیته حوادث و بلایا، کارکنان و مدیران بیمارستان جهت آشنایی با وظایف خود در زمان بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	تمام اعضای کمیته و کارکنان بیمارستان در مورد ساختار و عملکرد سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی به‌اندازه کافی آموزش دیده‌اند و با وظایف خود در زمان حوادث و بلایا آشنا هستند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد $1 \times 6 = 6$	تعداد موارد $2 \times 12 = 12$	تعداد موارد $3 \times 18 = 18$

جزء کلیدی شماره ۲

ارتباطات: ارتباطات شفاف، دقیق و به موقع جهت اطمینان از تصمیم‌گیری مطمئن، همکاری مؤثر، آگاهی عمومی و کسب اطمینان ضروری است. توصیه‌های زیر را در نظر بگیرید.

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	تعیین یک فرد به‌عنوان رابط و سخنگو جهت هماهنگی تمام ارتباطات بیمارستانی با جامعه، رسانه‌ها و مقامات بهداشتی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	وجود فضایی مناسب برای برگزاری اجلاس‌های مطبوعاتی (خارج و دور از ساختمان اورژانس/ محل تریاژ/ سالن انتظار و مرکز فرماندهی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	تهیه پیش‌نویس وقوع حوادث برای مخاطبان هدف (مانند بیماران، کارکنان، عموم مردم) جهت اجرای سناریوهای مختلف و محتمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	اطمینان از کنترل تمام اطلاعات ارائه شده به عموم مردم، رسانه‌ها، کارکنان و مقامات بهداشتی توسط فرمانده حادثه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	وجود یک ساز و کار ساده برای تبادل اطلاعات بین مدیریت بیمارستانی/ فرماندهی حادثه/ بخش سلامت و کارکنان آن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	وجود شرح وظایف برای کارکنان بیمارستان در خصوص نقش، مسئولیت عملکردهای آنان در شرایط وقوع بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	وجود یک روش مناسب جهت جمع‌آوری بموقع و تجزیه و تحلیل اطلاعات و گزارش آن به دولت، مقامات بهداشتی، بیمارستان‌های همجوار و شبکه‌های پیش‌بیمارستانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	اطلاع‌رسانی تمام تصمیم‌گیری‌های مربوط به اولویت‌بندی بیماران (به‌عنوان مثال معیارهای پذیرش و معیارهای ترخیص، روش‌های تریاژ، پیشگیری از عفونت و اقدامات کنترل) به تمام کارکنان و نهادهای مربوطه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	وجود جایگزین‌های قابل اطمینان (مانند تلفن‌های ماهواره‌ای، موبایل، تلفن‌های ثابت، ارتباطات اینترنت و وجود پیجر، بی‌سیم، راهنمای تلفن) و همچنین دسترسی مناسب به لیست تماس اعضای گروه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد ۹=۱×	تعداد موارد ۱۸=۲×	تعداد موارد ۲۷=۳×

جزء کلیدی ۳

ایمنی و امنیت: ایمنی و سازوکارهای پیشرفته امنیتی برای عملکرد و پاسخ بیمارستان به حوادث مختلف در طی بلایا و فوریت‌ها ضروری است. در خصوص نیل به این هدف کلیه فعالیت‌های زیر ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	تعیین گروه ایمنی و امنیت بیمارستان که مسئول ایمنی بیمارستان و فعالیت‌های امنیتی است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	تعیین محل‌هایی که احتمال آسیب‌پذیری بیشتری دارند (مانند محل‌های ورود و خروج، انبار دهی آب و غذا، ذخیره دارو)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	اطمینان از دسترسی به تجهیزات، تریاژ، و دیگر نقاطی که در مسیر تردد بیماران بوده و همچنین کنترل مناطق پرتراфик و پارکینگ‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	وجود یک روش معتبر جهت شناسایی کارکنان بیمارستان، بیماران و بازدیدکنندگان در زمان حوادث	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر گرفتن ساز و کاری جهت تأمین امنیت و هدایت کارکنان بخش اورژانس و همراهان آنان به‌سوی بخش‌های استقرار بیماران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	در نظر گرفتن اقدامات ایمنی موردنیاز برای تخلیه ایمن و کارآمد بیمارستان در زمان بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	تعریف قوانین لازم برای حضور افراد در بیمارستان در زمان حوادث و بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	بررسی گزارش‌های گروه ایمنی بیمارستان جهت شناسایی چالش‌ها و محدودیت‌های ایمنی از جمله نقص در مدیریت مواد خطرناک و پیشگیری و کنترل عفونت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	وجود روش‌هایی برای اطمینان از صحت جمع‌آوری، ذخیره و گزارش اطلاعات جهت شناسایی اطلاعات غیر ایمن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	در نظر گرفتن روش‌هایی برای تلفیق قوانین بیمارستان و قوانین انتظامی برای اجرای عملیات امنیتی بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	در نظر گرفتن یک منطقه برای استریلیزاسیون مواد شیمیایی، زیستی و پرتوزا و ایزوله کردن آن‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد $11=1 \times$	تعداد موارد $22=2 \times$	تعداد موارد $33=3 \times$

جزء کلیدی شماره ۴

تربیت: حفظ عملیات مربوط به تربیت بیماران، بر اساس پروتکل از پیش تعیین شده برای عملکرد خوب کارکنان در مواجهه با مصدومان با تعداد بالا و سازمان‌دهی و مراقبت از بیماران ضروری است. جهت دستیابی به این هدف کلیه فعالیت‌های زیر ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	تعیین یک فرد باتجربه برای نظارت بر تمام مراحل تربیت (مانند یک پزشک طب اورژانس، جراح عمومی و یا یک پرستار آموزش‌دیده)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	اطمینان از اینکه محل انتقال بیماران مانند محل‌های انتظار، به‌طور مؤثر پوشش داده شده، و از نظر خطرات احتمالی محیطی دارای امنیت کافی بوده و همچنین دارای فضای کاری مناسب، نور کافی و دسترسی کافی به کارکنان باشد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	قرار داشتن مکان تربیت در نزدیکی کارکنان آموزش‌دیده، با امکانات پزشکی موردنیاز، و خدمات درمانی ویژه (مانند بخش اورژانس، اتاق عمل و واحد مراقبت‌های ویژه)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	مشخص بودن مسیرهای ورود و خروج (به/از) منطقه تربیت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر گرفتن محل‌های جایگزین احتمالی برای دریافت و تربیت انبوه مراجعین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	تعیین یک مکان انتظار برای بیماران زخمی که قادر به راه رفتن می‌باشند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	وجود دستورالعملی برای پذیرش مصدومان بر مبنای شدت بیماری/ آسیب، بقا و ظرفیت بیمارستان که از قوانین و راهنماهای بین‌المللی تبعیت می‌نماید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	تعریف یک روش واضح جهت تربیت بیماران در زمان بلایا و عرضه کافی و مناسب برچسب‌های تربیت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	تعریف ساز و کاری که به‌موجب آن برنامه واکنش اضطراری بیمارستان را می‌توان از بخش اورژانس و یا تربیت بیمارستان آغاز کرد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	اطمینان از اینکه پروتکل پذیرش، ترخیص و ارجاع بیماران در زمانی که برنامه حوادث و بلایا فعال شده است، می‌تواند فرایند مراقبت بیماران را عملی سازد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد $1 \times 10 = 10$	تعداد موارد $2 \times 20 = 20$	تعداد موارد $3 \times 30 = 30$

جزء کلیدی ۵

افزایش ظرفیت: توان افزایش ظرفیت خدمات بهداشتی درمانی در شرایط معمولی، یک عامل مهم در پاسخ بیمارستان به بلایا و فوریت‌ها است و باید به سرعت در مراحل برنامه‌ریزی بیمارستان در نظر گرفته شود. در خصوص نیل به این هدف کلیه فعالیت‌های ذیل ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	محاسبه افزایش ظرفیت موردنیاز برای پذیرش بیماران بر اساس در دسترس بودن منابع ضروری و نیروی انسانی قابل انطباق با فضای موجود و شرایط وقوع بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	محاسبه افزایش تقاضا برای خدمات بیمارستانی، با به‌کارگیری برنامه‌های در دسترس، پیش‌فرض‌ها و سایر ابزارهای موجود در زمان حوادث احتمالی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	شناسایی روش‌های افزایش‌دهنده ظرفیت بستری در بیمارستان (با در نظر گرفتن فضای فیزیکی، کارکنان، منابع و فرآیندها)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین مناطق مراقبت برای بیماران بیش از ظرفیت بیمارستان (مانند سالن اجتماعات، سالن انتظار)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر گرفتن مکان‌های جایگزین درمانی جهت انتقال بیماران غیر اورژانسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	تعبیه وسایل نقلیه و منابع موردنیاز برای حمل‌ونقل بیماران در زمان حوادث و بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	تعیین طرح جایگزین برای انتقال راحت بیماران زمانی که روش‌های سنتی حمل‌ونقل در دسترس نیستند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	شناسایی مشکلات موجود در ارائه مراقبت‌های سلامت، با تأکید بر خدمات جراحی اورژانسی و بحرانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	شناسایی مکان‌هایی که امکان تبدیل آن‌ها به واحدهای مراقبت از بیمار هست با کمک مقامات محلی (هتل‌ها، مدارس، مراکز اجتماعی، ورزشگاه)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	در نظر گرفتن طرحی جهت اولویت‌بندی اقدامات و در صورت ضرورت لغو کردن خدمات غیرضروری (مانند جراحی‌های انتخابی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	تعیین معیارهای پذیرش و ترخیص بیماران و اولویت‌بندی مداخلات بالینی بر اساس ظرفیت درمانی و تقاضاهای موجود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲	تعیین یک منطقه به‌عنوان سردخانه موقت. حصول اطمینان از عرضه کافی کاورهای جسد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳	عقد قرارداد با سایر نهادها برای ارائه مراقبت‌های پس از مرگ (به‌عنوان مثال نهادهای کفن‌و‌دفن، بازرسان پزشکی قانونی و پاتولوژیست)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد ۱۳=۱×	تعداد موارد ۲۶=۲×	تعداد موارد ۳۹=۳×

جزء کلیدی ۶

استمرار خدمات حیاتی: یک حادثه و بلا نیازهای ضروری روزانه، جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی مانند مراقبت‌های اورژانسی، جراحی‌های فوری و مراقبت از مادر و کودک، در شرایط عادی وجود دارند حذف نمی‌کند. بنابراین، در دسترس بودن خدمات اساسی باید به‌موازات ادامه یا فعال شدن یک برنامه پاسخ اورژانس بیمارستان ادامه پیدا کند. به منظور دستیابی به این هدف کلیه فعالیت‌های ذیل ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	فهرست‌بندی و اولویت‌بندی همه خدمات بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	لیست خدمات اساسی بیمارستان، یعنی آن‌هایی که باید در همه زمان در هر شرایطی نیز در دسترس باشند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	تعیین منابع موردنیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تأمین آن‌ها بخصوص برای گروه‌های دارای شرایط بحرانی و سایر گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند کودکان، افراد مسن و ازکارافتاده)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین یک طرح سامانه‌ای و قابل‌گسترش برای حفظ تداوم مراقبت‌های ضروری (به‌عنوان مثال، دسترسی به تهویه مکانیکی و داروهای حیاتی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	همانگی با وزارت بهداشت، بیمارستان‌های هم‌جوار و پزشکان خصوصی جهت اطمینان از ارائه مداوم خدمات ضروری پزشکی در سراسر جامعه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	حصول اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی در بیمارستان، از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلاها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	بررسی تأثیر وقایع احتمالی ناشی از حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	حصول اطمینان از وجود ساز و کارهای احتمالی برای جمع‌آوری و دفع اجساد و دیگر ضایعات خطرناک بیمارستانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد $۸=۱ \times$	تعداد موارد $۱۶=۲ \times$	تعداد موارد $۲۴=۳ \times$

جزء کلیدی ۷

نیروی انسانی: مدیریت مؤثر منابع انسانی برای اطمینان از توان کافی کارکنان و تداوم کارایی در هر حادثه که باعث افزایش نیاز به منابع انسانی می‌شود، ضروری است.

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	تکمیل و به‌روز نمودن فهرست شماره تماس کارکنان بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	برآورد و نظارت مداوم بر غیبت کارکنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	تعیین یک دستورالعمل مشخص برای مرخصی استعلاجی کارکنان، شامل احتمال وقوع بیماری یا آسیب دیدن اقوام کارکنان یا وابستگان آنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین حداقل نیازهای کارکنان بخش سلامت و سایر کارکنان بیمارستان برای اطمینان از کفایت عملکرد آن‌ها در زمان حوادث و بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر داشتن یک برنامه احتمالی برای تأمین غذا، آب و فضای زندگی برای کارکنان بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	اولویت‌بندی نیازهای کارکنان و توزیع کارکنان بر اساس آن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	استخدام و آموزش نیروهای داوطلب/ اضافی بر طبق نیازهای پیش‌بینی شده (مانند کارکنان بازنشسته، کارکنان مازاد نظامی، افراد مرتبط دانشگاهی/ دانشجویان و افراد داوطلب)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	تعریف مسئولیت، بیمه و وضعیت مجوز موقت در ارتباط با نیروهای اضافی یا داوطلبینی که شاید در زمان حوادث و بلایا به آن‌ها نیاز باشد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	تعیین سامانه‌ای برای تأمین سریع کارکنان مراقبت‌های سلامت (کارکنان پزشکی داوطلب) دارای گواهینامه کار در شرایط اورژانسی مطابق با سیاست‌های بیمارستان و مقامات بهداشتی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	آموزش دادن به ارائه‌دهندگان مراقبت و درمان در مراکز خدمات پر متقاضی (مانند اورژانس، بخش‌های ICU و جراحی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	ارائه آموزش و تمرین در مناطقی که به‌طور بالقوه احتمال افزایش نیاز به خدمات آن‌ها بالاست مانند: اورژانس و بخش مراقبت‌های ویژه، جهت حصول اطمینان از ظرفیت و مهارت کافی کارکنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲	در نظر گرفتن راه‌هایی برای مراقبت از خانواده کارکنان (مانند: مراقبت از اطفال، مراقبت از بیماران و اعضای معلول خانواده) برای افزایش انعطاف‌پذیری کارکنان جهت فراخوان مجدد و انجام ساعات کار طولانی‌تر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳	حصول اطمینان از چرخش کافی نوبت‌ها و خودمراقبتی برای کارکنان بالینی به‌منظور تقویت روحیه و کاهش خطای پزشکی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴	در نظر گرفتن گروه‌های چند تخصصی برای حمایت روانی؛ شامل مددکاران، مشاوران و روحانیون برای حمایت از خانواده کارکنان و بیماران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵	بررسی کارکنان از نظر دریافت واکسن کافی و لازم بر اساس سیاست‌های ملی و دستورالعمل مقامات بهداشتی در مواجهه با بیماری‌ها و مشکلات تنفسی همه‌گیر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد ۱۵=۱×	تعداد موارد ۳۰=۲×	تعداد موارد ۴۵=۳×

جزء کلیدی ۸

مدیریت پشتیبانی و تدارکات: تدارک و تأمین مایحتاج بیمارستانی و زنجیره تحویل آن غالباً در طی وقوع بلایا و فوریت‌ها به‌عنوان یک چالش، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد که نیاز به برنامه‌ریزی احتمالی و پاسخ دقیق دارد. در خصوص نیل به این هدف کلیه فعالیت‌های زیر ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	تهیه یک فهرست از تمام تجهیزات، لوازم، مواد و اطلاع‌رسانی فوری در صورت کاهش و کمبود موارد فوق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	برآورد مصرف منابع ضروری و دارویی، (به‌عنوان مثال مقدار مورد استفاده در هر هفته) بر اساس محتمل‌ترین سناریوها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	انجام هماهنگی با مقامات جهت اطمینان از تهیه مداوم داروها و مایحتاج ضروری بیمارستان در زمان حوادث و بلایا (مانند موارد در دسترس از طریق ذخایر سازمانی و مرکزی و یا از طریق توافقات اورژانس با تأمین‌کنندگان محلی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	ارزیابی کیفیت اقلام احتمالی قبل از خرید، و درخواست صدور گواهینامه کیفیت برای آن‌ها (در صورت در دسترس بودن آن‌ها)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	عقد قراردادهای همکاری با فروشندگان برای اطمینان از تهیه تحویل فوری تجهیزات و دیگر منابع در زمان کمبود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	تعیین فضای فیزیکی در بیمارستان برای ذخیره‌سازی مواد، که دارای خصوصیتی نظیر دسترسی آسان، امنیت، دما، تهویه، نور، و سطح رطوبت مناسب باشد. اطمینان از زنجیره سرد بدون وقفه برای اقلام ضروری که نیاز به سردخانه دارند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	ذخیره کالاهای ضروری و دارو مطابق با دستورالعمل ملی اطمینان از استفاده به‌موقع از اقلام ذخیره شده برای جلوگیری از هدر رفتن آن‌ها به علت اتمام تاریخ انقضا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	تعریف نقش داروخانه بیمارستان در ارائه دارو به بیماران در خانه و یا در مکان‌های درمانی جایگزین	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	وجود برنامه‌هایی برای نگهداری و تعمیر سریع تجهیزات موردنیاز برای ارائه خدمات ضروری و به تعویق انداختن تمام خدمات غیرضروری در موارد غیرقابل نیاز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	هماهنگی با اورژانس پیش‌بیمارستانی جهت اطمینان از انتقال مداوم بیماران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد ۹=۱×	تعداد موارد ۱۸=۲×	تعداد موارد ۲۷=۳×

جزء کلیدی ۹

بازیابی پس از بلایا: برنامه‌ریزی جهت بازیابی پس از بلایا باید همزمان با شروع اقدامات در مرحله پاسخ انجام شود. اجرای سریع برنامه بازیابی می‌تواند به کاهش طولانی مدت تأثیر بلایا منجر شود که به بهبود عملکرد بیمارستان کمک شایانی می‌کند. در خصوص نیل به این هدف کلیه فعالیت‌های زیر ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	تعیین یک فرد مسئول جهت نظارت بر عملیات بازگشت پس از بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	تعیین معیارها و فرآیندهای ضروری جهت کنترل حادثه و بازیابی سامانه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	ارزیابی ایمنی بیمارستان از نظر سازه‌ای	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین زمان و منابع موردنیاز برای تکمیل و ترمیم بیمارستان در صورتی که تخلیه بیمارستان لازم باشد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	سازمان‌دهی یک گروه از کارکنان بیمارستان جهت بررسی موجودی بیمارستان پس از حادثه. اعضای گروه باید کارکنان آشنا به مکان و لیست امکانات و تجهیزات باشند. همچنین شامل مهندسين پزشکی جهت بررسی وضعیت تجهیزات پیچیده که شاید نیاز به تعمیر یا جایگزینی داشته باشند، است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	در نظر گرفتن افرادی جهت ارائه گزارش پس از حوادث به مدیران بیمارستان و اورژانس و سهامداران که شامل خلاصه حادثه، ارزیابی اقدامات، و یک گزارش از هزینه‌ها است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	تعیین افرادی جهت سازمان‌دهی گزارش‌گیری حرفه‌ای و ارائه به کارکنان در ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه جهت کمک به مقابله و بازیابی، فراهم کردن دسترسی به منابع سلامت روان و بهبود عملکرد کار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	انتصاب یک کارمند جهت کمک به برنامه بازیابی پس از فاجعه جهت رسیدگی به نیازهای کارکنان، به‌عنوان مثال، مشاوره و حمایت خدماتی از خانواده کارکنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	تعریف شرح وظایف کارکنان، داوطلبان و کارکنان خارجی در واکنش به بلایای طبیعی و بازیابی.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد ۹=۱×	تعداد موارد ۱۸=۲×	تعداد موارد ۲۷=۳×

نمره‌گذاری ابزار آمادگی بیمارستانی:

هر کدام از سؤالات ابزار دارای سه گزینه "در حال بررسی"، "در دست انجام" و "خاتمه یافته" است که با توجه به نظر اساتید متخصص به گزینه در حال بررسی نمره ۱، به گزینه در دست انجام نمره ۲ و به گزینه خاتمه یافته نمره ۳ داده می‌شود. نحوه محاسبه سطح آمادگی در هر مؤلفه بدین صورت است که در ابتدا نمره گزینه‌ها جداگانه جمع شده و سپس با کم کردن مجموع نمرات گزینه اول هر جزء کلیدی (در حال بررسی) از مجموع نمرات گزینه سوم هر جزء کلیدی (خاتمه یافته) **طول طیف آمادگی در هر جزء کلیدی** به دست می‌آید. سپس طول طیف به دست آمده برای هر جزء کلیدی، تقسیم بر عدد ۳ (با توجه به سه گزینه‌ای بودن سؤالات ابزار) می‌شود تا با استفاده از آن **فاصله سطوح آمادگی برای هر جزء کلیدی** (شامل سطح ضعیف C، متوسط B و قوی A) به صورت زیر مشخص شود:

سطح آمادگی ضعیف در هر جزء کلیدی = C: [مجموع نمرات گزینه "در حال بررسی"] تا [فاصله سطح آمادگی در هر جزء کلیدی + مجموع نمرات گزینه "در حال بررسی"]
 سطح آمادگی متوسط در هر جزء کلیدی = B: [C] تا [فاصله سطح آمادگی در هر جزء کلیدی + C]
 سطح آمادگی قوی در هر جزء کلیدی = A: [B] تا [فاصله سطح آمادگی در هر جزء کلیدی + B]

به عنوان مثال برای جزء کلیدی "فرماندهی و کنترل" که دارای ۶ سؤال است، جمع نمرات گزینه‌های اول، عدد ۶، جمع نمرات گزینه‌های دوم، عدد ۱۲ و جمع نمرات گزینه سوم، عدد ۱۸ خواهد شد. طول طیف نمره آمادگی این جزء از کم کردن عدد ۶ (مجموع گزینه‌های اول) از ۱۸ (مجموع گزینه‌های سوم)، عدد ۱۲ (۶-۱۸) به دست آمده و سپس طول به دست آمده را بر سه قسمت تقسیم می‌کنیم تا فاصله سطوح به دست آید (می‌شود ۴). حال فاصله سطوح آمادگی را برای جزء کلیدی مورد نظر به صورت زیر محاسبه می‌کنیم:

سطح آمادگی ضعیف جزء کلیدی "فرماندهی و کنترل": $(6+4=10)$ تا (6) : C:

سطح آمادگی متوسط جزء کلیدی "فرماندهی و کنترل": $(10+4=14)$ تا (10) : B:

سطح آمادگی قوی جزء کلیدی "فرماندهی و کنترل": $(14+4=18)$ تا (14) : A:

برای تعیین سطوح آمادگی کلی برای بیمارستان، در ابتدا نمره کلی گزینه‌های اول (در حال بررسی)، دوم (در دست انجام) و سوم (خاتمه یافته) ابزار جداگانه جمع شده و سپس با کم کردن مجموع نمرات گزینه اول ابزار (پرسشنامه) از مجموع نمرات گزینه سوم **طول طیف آمادگی بیمارستان** به دست می‌آید. سپس طول طیف به دست آمده را تقسیم بر عدد ۳ (با توجه به سه گزینه‌ای بودن سؤالات ابزار) می‌کنیم تا با استفاده از آن **فاصله سطوح آمادگی برای کل ابزار** (شامل سطح ضعیف C، متوسط B و قوی A) به صورت زیر مشخص شود:

سطح آمادگی ضعیف بیمارستان = C: [مجموع نمرات گزینه اول (در حال بررسی) ابزار] تا [فاصله سطح آمادگی کلی ابزار + مجموع نمرات گزینه اول ابزار]

سطح آمادگی متوسط بیمارستان: B: [C] تا [فاصله سطح آمادگی ابزار + C]

سطح آمادگی قوی بیمارستان: A: [B] تا [فاصله سطح آمادگی ابزار + B]

لازم به ذکر است که در هنگام تعیین طول طیف آمادگی (چه در سطح هر جزء کلیدی و چه در سطح کلی ابزار)، در اجزائی که عدد به دست آمده، دارای اعشار بود، به سمت پایین گرد شده است. بدین صورت با استفاده از روش فوق نحوه رتبه‌بندی میزان آمادگی در هر جزء کلیدی و در نهایت رتبه‌بندی آمادگی کلی بیمارستان به صورت زیر است:

❖ جزء کلیدی شماره ۱:

- سطح آمادگی ضعیف = ۶-۱۰
- سطح آمادگی متوسط = ۱۱-۱۴
- سطح آمادگی قوی = ۱۵-۱۸

❖ جزء کلیدی شماره ۲:

- سطح آمادگی ضعیف = ۹-۱۴
- سطح آمادگی متوسط = ۱۵-۲۰
- سطح آمادگی قوی = ۲۱-۲۷

❖ جزء کلیدی شماره ۳:

- سطح آمادگی ضعیف = ۱۱-۱۷
- سطح آمادگی متوسط = ۱۸-۲۵
- سطح آمادگی قوی = ۲۶-۳۳

❖ جزء کلیدی شماره ۴:

- سطح آمادگی ضعیف = ۱۰-۱۷
- سطح آمادگی متوسط = ۱۸-۲۵
- سطح آمادگی قوی = ۲۶-۳۳

❖ جزء کلیدی شماره ۵:

- سطح آمادگی ضعیف = ۱۳-۲۱
- سطح آمادگی متوسط = ۲۲-۳۰
- سطح آمادگی قوی = ۳۱-۳۹

❖ جزء کلیدی شماره ۶:

- سطح آمادگی ضعیف = ۸-۱۳
- سطح آمادگی متوسط = ۱۴-۱۹
- سطح آمادگی قوی = ۲۰-۲۴

❖ جزء کلیدی شماره ۷:

- سطح آمادگی ضعیف = ۱۵-۲۵
- سطح آمادگی متوسط = ۲۶-۳۶
- سطح آمادگی قوی = ۳۷-۴۵

❖ جزء کلیدی شماره ۸:

- سطح آمادگی ضعیف = ۱۰-۱۷
- سطح آمادگی متوسط = ۱۸-۲۵
- سطح آمادگی قوی = ۲۶-۳۳

❖ جزء کلیدی شماره ۹:

- سطح آمادگی ضعیف = ۹-۱۴
- سطح آمادگی متوسط = ۱۵-۲۰
- سطح آمادگی قوی = ۲۱-۲۷

➤ سطح آمادگی کلی بیمارستان:

- سطح آمادگی ضعیف = ۹۳-۱۵۲
- سطح آمادگی متوسط = ۱۵۳-۲۱۲
- سطح آمادگی قوی = ۲۱۳-۲۷۳

ابزار شماره شش

ابزار بررسی آمادگی روانی بیمارستان در شرایط اضطراری^۱

هدف:

این ابزار به منظور کمک به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تهیه شده است تا میزان ظرفیت خود در برابر افزایش ناگهانی آسیب دیدگان روانی ناشی از موارد فوریتی در مقیاس بزرگ (شامل بلایای طبیعی، حوادث انسان ساخت از جمله وقایع تروریستی و دیگر موارد فوریت‌های سلامت عمومی) را ارزیابی نمایند. اعضای اصلی گروه پاسخ گوی بلایا در تسهیلات بهداشتی و درمانی (به عنوان مثال، هماهنگ‌کنندگان پاسخ به بلایا، مدیران سازمان) باید برای شناسایی نوع فعالیت‌های اجرایی مربوط به آمادگی و پاسخ، این ارزیابی را به صورت دوره‌ای انجام دهند. نتایج می‌توانند برای ارزیابی برنامه‌ریزی در بلایا و همچنین شناسایی حوزه‌های مورد هدف برای بهبود و ارتقای ظرفیت پاسخ تسهیلات بهداشتی و درمانی استفاده شوند.

دستورالعمل:

این ابزار بر پایه سه عنصر ساختاری و چهار عنصر فرآیندی سازمان دهی شده که برای اطمینان از پاسخ مطلوب به افزایش حجم آسیب‌دیدگان روانی ناشی از حوادث و بلایا ضروری است. برای هر عنصر روانی یک مثال برای هر سطح از اقدام ارائه شده است. مثال و نمره مرتبط را انتخاب کنید، و سپس پاسخی را که توصیف کننده ظرفیت فعلی تسهیلات شما

1- Readiness for Events with Psychological Emergencies Assessment Tool (REPEAT)

است را مشخص کنید. هریک از اعضای گروه بر اساس نظر خود موردی را که مربوط به سطح امکانات و تسهیلات است، مشخص نماید. بعد از تکمیل ارزیابی توسط تک تک اعضا، کل اعضای گروه باید رتبه‌بندی‌های انفرادی را مرور کرده، موافقت خود با ارزیابی را اعلام نمایند. نمره‌گذاری هر عنصر بین صفر تا ۲ است که نمره "صفر" نشان‌دهنده این است که هیچ‌گونه (اقدام) و یا اجرایی صورت نگرفته، نمره "۱" بیانگر اقدام یا اجرای نسبی و نمره "۲" بیانگر اقدام یا اجرای کامل است. در انتهای هر بخش نمره کامل آن بخش وارد شود. سپس نمره کل برای سطح آمادگی را وارد نمایید. درنهایت، ارزیابی را برای شناسایی حوزه‌هایی که نیاز به توجه دارند (نمره صفر کسب کرده‌اند) و یا این‌که نیاز به تقویت دارند (نمره ۱ کسب کرده‌اند) را مرور کنید.

ساختار				
عناصر روانی	اجرای کامل (نمره = ۲)	اجرای نسبی (نمره = ۱)	اجراننده (نمره = ۰)	نمره شما و حوزه‌های نیازمند بهبود
ساختار داخلی سازمان و زنجیره فرماندهی ^۱	<ul style="list-style-type: none"> مدیریت، اهمیت و لزوم شناسایی عواقب روانی حادثه/ بلیه را تشخیص می‌دهد. برنامه مقابله با حوادث و بلایا شامل سلامت روانی در سامانه فرماندهی حادثه/ شرح وظایف^۲ وجود دارد. یک گروه چند تخصصی برای توسعه سلامت روان متشکل از (روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، ازدواج و خانواده درمانگر دارای مجوز، پرستاران روان‌پزشکی، تکنیسین، روحانی و EAP^۳) برای اعزام تشکیل شده است. نقش‌های واضح برای ارائه خدمات مستقیم سلامت روان به بازماندگان، خانواده‌ها، و کارکنان مشخص شده‌اند. فرد مسئول برای اقدامات مربوط به اطلاع‌رسانی عمومی و تعامل با رسانه‌ها برای انتشار مسائل مربوط به سلامت روان مشخص شده است. 	بعضی از این ساختارها برای شناسایی عواقب روانی حوادث موجود است.	هیچ زیرساختی برای شناسایی نتایج روانی حوادث وجود ندارد.	۲ □ ۱ □ ۰ □
منابع و زیرساخت‌ها	<ul style="list-style-type: none"> تفاهم‌نامه با وزارت بهداشت، سازمان مدیریت بحران، جمعیت هلال‌احمر، سازمان بهزیستی، و یا دیگر سازمان‌های محلی وجود دارد. برنامه مقابله با حوادث و بلایا برای اطمینان از در دسترس بودن نیروی انسانی و منابع کافی در سلامت روان موردبررسی قرار گرفته است. فهرست منابع همراه اطلاعات تماس با افراد در دسترس است. ذخایر ضروری مورد نیاز در بلایا (تجهیزات حفاظت فردی، داروها، و یا دیگر تجهیزات) برای کاهش خطر افراد در دسترس است. تسهیلات می‌تواند افزایش نیاز به سلامت روان به میزان حداقل چهار برابر تعداد خسارات فیزیکی (از جمله منطقه انتظار برای خانواده) را برآورده سازد. 	تعدادی از منابعی که در سلامت روان موردنیاز است در دسترس است.	منابع در دسترس برای زمان رخداد بلایا ناکافی هستند.	۲ □ ۱ □ ۰ □

1- Chain of Command
 2- Job Action Sheets (JAS)
 3- Employee Assistance Problem

ساختار

عناصر روانی	اجرای کامل (نمره = ۲)	اجرای نسبی (نمره = ۱)	اجرا نشده (نمره = ۰)	نمره شما و حوزه‌های نیازمند بهبود
دانش و مهارت	<ul style="list-style-type: none"> کارکنان سلامت روان برای ایفای نقش‌های خود در ساختار فرماندهی آموزش دیده‌اند و با شرح وظایف آشنا هستند. کارکنان، در مورد خطرات و عواقب مواجهه با بلایا آموزش دیده‌اند و در مورد اصول مراقبت از خود، آگاهی دارند. کارکنان سلامت روان در زمینه ارزیابی سلامت روان، مداخلات اولیه روانی و همچنین کمک‌های اولیه روانی آموزش دیده‌اند. افراد داوطلب، آموزش‌های پایه‌ای در حوادث و بلایا را دریافت می‌کنند. کارکنان، آموزش عملی (تمرین، مانور) برای آزمون برنامه‌ها که شامل پاسخ در حوزه سلامت روان است را دریافت می‌کنند 	تعدادی از کارکنان برخی از فعالیت‌های آموزشی مبتنی بر واکنش و پاسخ در سلامت روان را دریافت می‌کنند.	کارکنان فعالیت‌های آموزشی مبتنی بر واکنش و پاسخ در سلامت روان را دریافت نمی‌کنند.	۲ □ ۱ □ ۰ □

نمره زیرمجموعه (ساختار: طیف امتیاز ممکن = ۶-۰)

فرآیندها

عناصر آمادگی روانی	اجرای کامل (نمره = ۲)	مقداری اجرا شده (نمره = ۱)	اجرا نشده (نمره = ۰)	نمره شما و حوزه‌های نیازمند بهبود
هماهنگی با سازمان‌های بیرونی	<ul style="list-style-type: none"> کارکنان در برنامه‌ریزی‌ها با ذیربطان جامعه در مسائل مربوط به برنامه‌ریزی برای سلامت روانی مشارکت می‌کنند. فهرستی از منابع سلامت روان در جامعه در دسترس است. مرکز/ سازمانی متشکل از ارائه‌دهندگان موجود و معتبر در زمینه خدمات سلامت روان شکل گرفته است؛ روابط جامعه توسعه یافته است (با مساجد محلی، و غیره). مقرراتی برای حوزه‌های خارج بخشی سلامت روان (برای مثال مدارس و درمانگاه‌های موجود در جامعه) تدوین شده است 	برنامه‌ریزی اندکی برای جامعه و همبستگی برای سلامت روان شکل گرفته است.	هیچ هماهنگی و اتحادی با سازمان‌های بیرونی مورد توجه قرار نگرفته است.	۲ □ ۱ □ ۰ □
ارزیابی خطر و فرآیند پایش	<ul style="list-style-type: none"> پروتکل‌های غربالگری، ارزیابی خطر و پیگیری از جمله در شرایط نیاز به افزایش خدمات سلامت روان تدوین شده است. ابزار پایش خطر برای بررسی نیازهای روانی کارمندان موجود است (از جمله فرسودگی شغلی و مواجهه با آسیب روحی) کارمندان با چگونگی پیگیری ابزار تریاژ سلامت روان برای مشخص کردن افرادی که از نظر روانی نیاز به مداخله دارند آشنا هستند. 	تعدادی از پروتکل‌ها در مورد ارزیابی خطر سلامت روان وجود دارد.	هیچ پروتکلی در مورد ارزیابی خطر و پایش آن تدوین نشده است.	۲ □ ۱ □ ۰ □

فرآیندها				
عناصر آمادگی روانی	اجرای کامل (نمره = ۲)	مقداری اجراشده (نمره = ۱)	اجرا نشده (نمره = ۰)	نمره شما و حوزه‌های نیازمند بهبود
حمایت‌های روانی و مداخلات	<ul style="list-style-type: none"> کارمندان سلامت روان، برای ارائه مداخلات مشخص شده (از جمله کمک‌های اولیه روانی) برای کسانی که نیاز به حمایت دارند (مانند بیماران، اعضای خانواده و کارمندان) در دسترس و آماده هستند. سازوکارهایی برای کاهش استرس در ارتباط با انزوای اجتماعی (برای مثال به دلیل وجود عوامل مسری) وجود دارد. طرحی برای ارائه حمایت روانی بعد از حادثه (مانند مراسم سالگرد) وجود دارد. 	متخصصان سلامت روان و یا دیگر کارکنان بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها می‌توانند مراقبت‌های اولیه روانی در پاسخ به واکنش‌های روانی را ارائه دهند.	تعداد اندکی از کارکنان مراقبت‌های اولیه روانی را ارائه می‌دهند اما هیچ پروتکل مبتنی بر شواهد علمی وجود ندارد.	۲ □ ۱ □ ۰ □
تبادل اطلاعات و ارتباطات	<ul style="list-style-type: none"> کارکنان سلامت روان به راهبرد ارتباطات وسیع کمک می‌کنند اطلاعات مربوط سلامت روان و تجهیزات آموزشی، برای انتشار در موقعیت اضطراری توسعه داده شده‌اند (به‌صورت چندزبانه و برای گروه‌های خاص). پیام‌های از پیش طراحی شده اطلاع‌رسانی خطر، برای توجهات روان‌شناختی آماده استفاده هستند. 	یک طرح ارتباطی سلامت روان که شامل تعدادی عناصر روان‌شناختی هست وجود دارد.	هیچ راهبرد مبنی بر ارتباط جامعی وجود ندارد.	۲ □ ۱ □ ۰ □

نمره زیرمجموعه (فرآیندها: طیف امتیاز ممکن = ۸-۰)

نمره کامل ارزیابی (فرآیندها و ساختار: طیف امتیاز ممکن = ۱۴-۰)

ابزار شماره هفت

ابزار ارزیابی سریع حوزه سلامت در حوادث و بلایا

مقدمه

اولین لحظات پس از یک حادثه ناگهانی دوره حساسی از زمان است که طی آن سازمان‌های پاسخگو، کمک کننده و بشردوستانه نیاز به تصمیم‌های کلیدی در مورد چگونگی حمایت از جامعه تحت تأثیر قرار گرفته از بلایا، دارند. با این حال، در طول این دوره کوتاه، اطلاعات جامعه در مورد تأثیرات، مقیاس و شدت حادثه برای تشخیص و تعیین اولویت‌های ارائه خدمات، بسیار محدود است. علاوه بر این، اعضای سازمان‌های پاسخگو اغلب به‌طور مستقل شروع به جمع‌آوری اطلاعات می‌نمایند که در نتیجه تصویری ناقص و گاه متعارض با نیازهای اساسی افراد به دست می‌آورند. ارزیابی سریع بلافاصله پس از وقوع یک حادثه / بلیه به‌منظور انجام بررسی مناطق حادثه دیده و نیازهای افراد متأثر انجام می‌شود. به‌عنوان نیروهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت، به‌محض مواجهه‌شدن با یک حادثه مانند زلزله اولین الزام این است که به محل رفته و کمک نمایید، به‌هرحال، صرف‌نظر از احساسات، پس از انجام اقدامات حیاتی مانند جستجو، نجات و ارائه اقدامات خاص سلامت برای حفظ زندگی قربانیان، باید در اقدام نخست به ارزیابی سریع در محل بپردازید.

همان‌طور که در استانداردهای بین‌المللی اشاره شده است اولین گام در پاسخ بشردوستانه، ارزیابی نیازهای جمعیت تحت تأثیر قرار گرفته، و طراحی یک برنامه اولویت‌بندی عملیاتی بر اساس نیازها است. بدون یک ارزیابی سریع، ممکن است شکاف قابل توجه و یا همپوشانی در فرآیند کمک‌رسانی رخ بدهد، که نه تنها باعث هدر رفتن حجم زیادی از منابع می‌شود بلکه می‌تواند موجب افزایش اثرات منفی در جمعیت تحت تأثیر قرار گرفته گردد. ارزیابی سریع اولیه، بلافاصله پس از رخداد یک حادثه / بلیه آغاز می‌گردد. هدف از این ارزیابی انجام یک بررسی دقیق نیست، بلکه انجام یک ارزیابی گسترده از حادثه و نیازهای جمعیت تحت تأثیر به‌منظور شناسایی اولویت‌ها برای کمک است.

هدف از ارزیابی در حوادث و بلایا

ارزیابی در حوادث و بلایا دو هدف کلی دارد؛ اول آنکه اولویت‌های پاسخ را برای برنامه‌ریزی مشخص می‌کند، دومین هدف تعیین سطح آسیب و میزان ظرفیت‌های موجود برای پاسخ است. در صورت عدم توانمندی در پاسخ، درخواست کمک از سایر سازمان‌ها و حتی دولت‌های بین‌المللی صورت پذیرد. در رابطه با هدف دوم، باید گفت که ارزیابی نیازها در حوادث و بلایا کمک خواهد کرد که سیاست‌گذاران و مسئولین پاسخ اضطراری بلایا با تشخیص‌های صحیح، تصمیم‌های مناسبی برای اقدامات پاسخ بلایا بگیرند. برای برنامه‌ریزی جهت پاسخ مؤثر، تصمیم‌گیرندگان نیاز به آگاهی از موارد ذیل دارند:

- چه حادثه / بلیه‌ای رخ داده است؟
- اطلاعات مربوط به وضعیت جمعیت شناختی و تعداد افراد آسیب‌دیده
- جزئیات حادثه / بلیه (علت، محل، شدت حادثه، و غیره)
- وضعیت جمعیت آسیب‌دیده (میزان مرگ و میر)
- ظرفیت پاسخ‌های محلی و منابع در دسترس، از جمله قابلیت‌های سازمانی و تدارکات پشتیبانی
- وسعت و نوع نیازهای موجود برای حفظ سلامت جامعه آسیب‌دیده
- احتمال وقوع مشکلاتی ناشی از حادثه اولیه در آینده (حادثه ثانویه)

انواع ارزیابی در حوادث و بلایا

سه نوع ارزیابی وجود دارد: ارزیابی سریع، ارزیابی دقیق و ارزیابی مستمر

ارزیابی سریع سلامت^۱

پس از یک تغییر بزرگ، مانند زلزله یا جابه‌جایی ناگهانی جمعیت، یک ارزیابی سریع، اطلاعاتی در مورد نیازها و ظرفیت‌های موجود در جمعیت آسیب‌دیده، حوزه‌هایی مناسب برای مداخله و منابع موردنیاز را جمع‌آوری می‌کند. ارزیابی سریع به‌طور معمول در زمانی کمتر از ۷۲ ساعت اول بعد از حادثه انجام می‌شود. لازم به ذکر است که این ارزیابی باید توسط یک ارزیابی دقیق پیگیری گردد.

مراحل انجام ارزیابی سریع سلامت

۱. ارزیابی سریع اولیه سلامت^۱ (۲۴ ساعت پس از وقوع حادثه/ بلیه)
 ۲. ارزیابی سریع جامع سلامت^۲ (۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه/ بلیه)
- ارزیابی سریع اولیه سلامت در اولین ساعات (۲۴ ساعت اول) پس از حادثه/ بلیه توسط گروه ارزیابی شهرستان انجام شده و اطلاعات آن برای مرکز هدایت عملیات دانشگاه^۳ ارسال گشته و بر اساس آن مرکز هدایت عملیات دانشگاه در سطح تعریف شده فعال می‌گردد.
 - ارزیابی سریع سلامت جامع توسط گروه ارزیابی مرکز هدایت عملیات دانشگاه علوم پزشکی انجام شده، اطلاعات آن برای مرکز هدایت عملیات دانشگاه و مرکز هدایت عملیات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال می‌گردد تا بر اساس اطلاعات آن فعال‌سازی مرکز هدایت عملیات در سطح مناسب صورت پذیرد.
- با توجه به تقسیم‌بندی فوق مراکز هدایت عملیات دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور موظف می‌باشند که گروه‌های ارزیابی در حوادث و بلایا را در سطوح شهرستانی و دانشگاهی تشکیل و تحت آموزش قرار دهند.

راهنمای تکمیل ابزار ارزیابی سریع حوزه سلامت در حوادث و بلایا

۱. مشخصات مربوط به گروه ارزیابی: در این قسمت مشخصات دقیق گروه ارزیاب یادداشت بشود
 - اعضای پیشنهادی گروه ارزیابی: پزشک عمومی، پرستار، کارشناس فوریت‌های پزشکی و کارشناس بهداشت
۲. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه: با توجه به تقسیمات سیاسی کشور اطلاعات مورد نیاز را ذکر نمایید.
 - منبع اطلاعات: می‌تواند فرد مطلع حاضر در منطقه یا اسناد و مدارک موجود در منطقه باشد که قسمت‌های مختلف ابزار با اطلاعات ایشان تکمیل می‌گردد.
۳. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده:
 - ۱-۳ نوع حادثه / بلیه: در این قسمت مخاطره اصلی که رخ داده است را باید ذکر نمایید.
 - ۲-۳ زمان شروع و رخداد حادثه / بلیه و زمان پایان آن نوشته شود (در مخاطره‌هایی که رخداد آن‌ها در یک دوره زمانی مشخص صورت می‌پذیرد ذکر می‌گردد؛ مثل سیل یا تجمع انبوه)
 - ۳-۵ شدت و وسعت حادثه: بر اساس اعلام منابع موثق شدت حادثه با مقیاس‌های علمی نوشته شود. منظور از وسعت حادثه حدود جغرافیایی متأثر از اثرات حادثه است.

1- Initial Rapid Health Assessment
2- Comprehensive Rapid Health Assessment
3- Emergency Operation Center, EOC

۳-۶ سایر حوادث مرتبط (ثانویه/ آبشاری): حوادث ثانویه (آبشاری) حوادثی هستند که ممکن است پس از رخ دادن حادثه اصلی و به علت نتایج ناشی از آن به وقوع بپیوندند. مانند وقوع سیلاب بعد از زلزله در منطقه‌ای که دارای سد آبی است.

۴. اطلاعات مربوط به جمعیت منطقه:

این قسمت شامل دو بخش اطلاعاتی است: ۱- اطلاعات پایه که باید از قبل در مراکز هدایت عملیات دانشگاه‌ها وجود داشته باشد. ۲- اطلاعات مربوط به اثرات حادثه / بلیه که توسط گروه ارزیابی سریع جمع‌آوری و ثبت می‌شود.

• لازم به توضیح است که غالب اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به اثرات حادثه در این مرحله از ارزیابی (ارزیابی سریع) به صورت تقریبی است. توصیه می‌شود این اطلاعات از مطلع‌ترین فرد حاضر در منطقه کسب گردد.

۴-۱۱ تعداد مفقودین: افرادی هستند که یافته نشده و اطلاعی از وضعیت سلامت آنان در دست نیست.

۴-۱۲ تعداد افراد بی‌خانمان (آواره): جمعیت آواره متشکل از افرادی است که متعاقب رخداد حادثه/ بلیه و اثرات آن به اجبار خانه‌های خود در قالب گروه‌هایی ترک کرده‌اند، معمولاً این اقدام به دلیل بروز حوادث ناگهانی، مانند زلزله، سیل، تهدید یا جنگ به وقوع می‌پیوندد. در این نوع جابجایی معمولاً افراد قصد بازگشت به خانه را دارند.

۴-۳ افراد ناتوان (معلول): افرادی که به دلیل ناتوانایی‌های ذهنی و جسمی توان مراقبت از خود نداشته، نیازمند حمایت دیگران می‌باشند.

۴-۵ زنان بی‌سرپرست: آن دسته از زنان که به دلیل از دست دادن همسر یا سرپرست خانواده، سرپرستی خانواده خویش را بر عهده دارند.

۴-۶ افراد دارای بیماری‌های مزمن: بیماران مزمن مانند؛ افراد مبتلا به دیابت، فشارخون، آسم، نارسایی کلیه، نارسایی قلبی، تالاسمی، هموفیلی و ... که باید به طور مرتب تحت نظر پزشکی بوده و نیاز به تأمین اقلام دارویی خاص دارند.

۴-۹ اقلیت‌های قومی، مذهبی و زبانی حاضر در منطقه: به گروه‌هایی از مردم جامعه گفته می‌شود که از نظر تعلق به قومی خاص، مذهبی و زبان تکلم و تحریر به نسبت کمتر از جمعیت اصلی جامعه می‌باشند.

۵. نحوه دسترسی به محل حادثه: در این قسمت از فرم ارزیابی باید روش‌های دسترسی به منطقه وقوع حادثه به طور دقیق ذکر گردد تا در ارسال منابع اختلال به وجود نیاید.

۶. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش‌بیمارستانی:

خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی: به مجموعه خدمات و مهارت‌های فوری پزشکی که در مواقع اضطراری مانند تصادف، بیماری حاد، پدیده‌های طبیعی یا ساخته دست بشر در قالب نظام شبکه فوریت‌های پزشکی کشور قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم حادثه‌دیده به بیمارستان ارائه می‌شود، اطلاق می‌شود.

۶-۱ پایگاه‌های امدادی: محل‌هایی هستند که کارکنان اورژانس پیش‌بیمارستانی و یا هلال‌احمر در آن مستقر شده‌اند و به انجام وظیفه می‌پردازند.

پایگاه اورژانس شهری: این پایگاه در مراکز شهرستان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از (۵۰) هزار نفر ایجاد می‌شود. پایگاه امداد شهری با مرکز پیام و مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات در ارتباط بوده، دارای دو دستگاه آمبولانس است.

پایگاه اورژانس جاده‌ای: پایگاه جاده‌ای در جاده‌ها و در مبادی شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر با فاصله حداکثر ۴۰ کیلومتر و با در نظر گرفتن حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه ۱۵ دقیقه ایجاد می‌شود. هر پایگاه جاده‌ای دارای یک دستگاه آمبولانس فعال بوده، با مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات و یا مرکز پیام در ارتباط است.

پایگاه اورژانس هوایی: پایگاه هوایی در مسیرهای صعب‌العبور، محورهای حادثه‌خیز، محورهایی که میزان تردد در آن‌ها بالا باشد و نیز در مناطقی که دسترسی زمینی به محل امکان‌پذیر نباشد با در نظر گرفتن امکان استفاده از بالگرد در طول روز استقرار می‌یابد.

پایگاه اورژانس دریایی - ساحلی: امداد ساحلی و دریایی به دو روش امداد دریایی و امداد ساحلی انجام می‌شود.

اورژانس دریایی: پایگاه‌هایی که بیماران و مصدومان جزایر جنوب کشور را به مراکز درمانی انتقال می‌دهد.

پایگاه اورژانس ساحلی: در خط ساحلی استان‌های شمالی کشور در نقاط طرح سالم‌سازی دریا به صورت فصلی و با استفاده از نیروی انسانی موجود در طرح یادشده، استقرار می‌یابد.

پایگاه اورژانس ریلی: پایگاه ریلی در مسیر راه‌آهن سراسر کشور که دسترسی جاده‌ای به آن امکان‌پذیر نیست و با در نظر گرفتن شرایط استقرار پایگاه جاده‌ای استقرار می‌یابد.

پایگاه‌های امداد نجات هلال احمر: عملکرد این پایگاه‌ها شامل اسکان و تغذیه اضطراری، امداد و نجات جاده‌ای و به کار بردن فن‌های فنی نجات^۱ جهت رهاسازی مصدومان حوادث جاده‌ای و تثبیت وضعیت بالینی آن‌ها است.

پایگاه امدادی غیرفعال: به پایگاهی اطلاق می‌گردد که در اثر رخداد حادثه / بلیه قادر نیست فعالیت‌های عادی خود را انجام بدهد.

۲-۶ تعداد آمبولانس‌های موجود:

آمبولانس تیپ A: آمبولانسی که برای نقل و انتقال افراد در حالت غیر اورژانسی استفاده می‌شود. در این تیپ‌ها ابزار و وسایل امدادی بسیار ناچیز و فاقد نیروی متخصص است.

آمبولانس تیپ B: آمبولانسی که به منظور انتقال و یا درمان‌های اولیه و پایش بیماران، طراحی و تجهیز شده است، این آمبولانس دارای تجهیزات چهارگانه اصلی شامل کپسول اکسیژن، برانکارد، کیف احیا و ساکشن است.

آمبولانس تیپ C: آمبولانسی که به منظور انتقال بیمار و درمان‌های پیشرفته طراحی و تجهیز شده است. آمبولانس تیپ C، علاوه بر تجهیزات آمبولانس تیپ B، مجهز به DC شوک، ونتیلاتور و تمامی تجهیزات ویژه مشابه ICU نیز هست.

آمبولانس پشتیبان: طبق استانداردهای موجود برای جلوگیری از گسست در ارائه خدمات درمانی که آمبولانس فعال به هر دلیلی دچار اختلال عملکرد می‌گردد، آمبولانسی به‌عنوان پشتیبان جهت ادامه خدمت‌رسانی از قبل پیش‌بینی شده و در پایگاه مستقر است.

۳-۶ نیروی انسانی موجود در حوزه پیش‌بیمارستانی:

با توجه به رتبه‌بندی‌های مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور تعداد کارکنان حاضر در منطقه به تفکیک رتبه مشخص و ذکر گردند.

- **تکنیسین پایه مقدماتی:** حداقل دارای مدرک دیپلم و حداقل گذراندن ۳۰۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره آموزشی سالانه ثابت، دارای گواهی نامه BLS و دارای مهارت‌های مدیریت راه هوایی پایه، احیای پایه و AED، ABC، محدودسازی و انتقال و ارزیابی صحنه می‌باشد.
- **تکنیسین پایه:** حداقل دارای مدرک دیپلم و حداقل گذراندن ۵۵۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره آموزشی سالانه ثابت، دارای گواهی نامه‌های ACLS و HTC و دارای مهارت‌های اقدامات سطح اول و رگ گیری، احیای پیشرفته بدون انتوباسیون، گذاشتن LMA و Combitube، تزریق دارو با دستور پزشک مشاور و ارزیابی بیمار می‌باشد.
- **تکنیسین میانی ارشد:** حداقل دارای مدرک فوق دیپلم و حداقل گذراندن ۷۵۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره آموزشی سالانه ثابت، دارای گواهی نامه‌های پروتکل آفلاین ۱ و PHTLS و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح ۲ و انتوباسیون، مانیتورینگ قلبی، نیدل توراکوستومی، الکتروشوک اتوماتیک، کراش انتوبیشن، سطح یک پروتکل آفلاین و مدیریت صحنه بحران می‌باشد.
- **تکنیسین میانی خبره:** حداقل دارای مدرک فوق دیپلم و حداقل گذراندن ۹۰۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره آموزشی سالانه ثابت، دارای گواهی نامه‌های مدیریت بحران پروتکل آفلاین ۲ و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح ۳ تفسیر پایه الکتروکاردیوگرافی، الکتروشوک دستی، تزریق داخل استخوان (IO)، سطح دو پروتکل آفلاین می‌باشد.
- **تکنیسین عالی:** حداقل دارای مدرک لیسانس و حداقل گذراندن ۱۰۰۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره آموزشی سالانه ثابت، دارای گواهی نامه ATLS و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح ۴ و کریکوتیروتومی، تفسیر پیشرفته الکتروکاردیوگرافی و ختم احیا می‌باشد.

۷. اطلاعات مربوط به مراکز بیمارستان

۲-۷ انواع مراکز ارائه تسهیلات درمانی:

درمانگاه: مکانی است که با اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت شبانه‌روزی بیماران سرپایی را برای درمان می‌پذیرد و برحسب نوع فعالیت به درمانگاه عمومی و تخصصی تقسیم می‌شود.

درمانگاه عمومی: درمانگاهی است که به منظور ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در بیش از یک رشته تخصصی عمومی فعالیت دارد.

درمانگاه تخصصی: درمانگاهی است که به منظور ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در یکی از رشته‌های تخصصی پزشکی مانند قلب و عروق و یا تشخیص و درمان یک یا چند بیماری مشخص مانند دیابت که متخصصین رشته‌های مختلف در آن همکاری می‌کنند، طبق ضوابط موضوع آیین‌نامه‌های مربوط تأسیس می‌شود.

مرکز جراحی محدود و سرپایی: به مکانی اطلاق می‌شود که در آن بیمار پس از انجام جراحی نیازی به بستری شدن نداشته باشد و حداکثر ظرف چند ساعت قادر به ترک مرکز شود. **بیمارستان:** مکانی است که با اخذ مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی به منظور درمان و بهبودی بیماران سرپایی و بستری به صورت شبانه‌روزی تأسیس می‌گردد و به بیمارستان‌های عمومی و تک تخصصی تقسیم می‌شود.

بیمارستان عمومی: بیمارستانی است که باید حداقل دارای چهار بخش بستری شامل داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان و اطفال به همراه بخش‌های آزمایشگاهی، داروخانه، رادیولوژی، اورژانس و تغذیه باشد

بیمارستان فوق تخصصی: بیمارستانی است که علاوه بر ارائه خدمات تخصصی در یک یا چندین رشته مختلف با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی به بیماران خدمات ارائه می‌دهد.

بیمارستان تک تخصصی: بیمارستانی که در یک رشته تخصصی یا فوق تخصصی پزشکی فعالیت می‌کند.

۳-۷ تعداد تخت:

تخت بیمارستانی: به تختی گفته می‌شود که جهت بستری شدن بیماران برای دریافت خدمات درمانی در بیمارستان تعبیه شده و از امکانات تشخیصی، درمانی، پشتیبانی و خدماتی بهره‌مند باشند.

تخت مصوب: به تختی در بیمارستان گفته می‌شود که هنگام تصویب طرح ساخت بیمارستان و یا تصویب طرح توسعه آن توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای بیمارستان در نظر گرفته شده باشد.

تخت فعال (دایر): به تختی در بیمارستان گفته می‌شود که دارای امکانات تشخیصی، درمانی، پشتیبانی، خدماتی و کارکنانی بوده و آماده برای بستری کردن بیماران باشد.

۴-۷ نوع مدیریت:

منظور این است که مرکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی (بیمارستان دانشگاهی) یا سایر سازمان‌ها و نهادها مانند سازمان تأمین اجتماعی، وزارت نفت، قوه قضائیه، ارتش، سپاه، نیروی انتظامی، بخش خصوصی، خیریه و غیره (غیردانشگاهی) است.

۶-۷ میزان آسیب وارده:

در این بخش فقط وجود یا عدم وجود آسیب سازه‌ای و غیر سازه‌ای در مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها ذکر می‌گردد.

۷-۷ و ۷-۸ امکان و نحوه دسترسی به مراکز بیمارستانی:

در این قسمت از فرم ارزیابی، باید امکان و نحوه دسترسی به مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها ذکر گردد. (هر نوع نحوه دسترسی اعم از راه‌های اصلی، فرعی، آبی، ریلی، هوایی و غیره باید نوشته شوند)

۸. اطلاعات شبکه‌های سلامت (بهداشت)

مرکز سلامت (بهداشت) روستایی: مرکز بهداشتی-درمانی مستقر در روستا است که خانه بهداشت آن روستا و چند خانه بهداشت از روستاهای هم‌جوار را در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش این مرکز حدود ۹۰۰۰ نفر است و کارکنان شاغل در آن شامل پزشک عمومی، کارشناس یا کاردان بهداشت، تکنیسین آزمایشگاه و دارویی، بهیار و کارکنان اداری می‌باشند که همگی تحت نظر پزشک مرکز کار می‌کنند. وظیفه اصلی این مرکز پشتیبانی از خانه‌های بهداشت، نظارت بر کار آن‌ها و قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است.

مرکز سلامت (بهداشت) شهری: مرکز بهداشتی-درمانی مستقر در مناطق شهری است که پایگاه‌های بهداشت را در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش این مرکز در مناطقی که دارای بخش خصوصی فعال (آزمایشگاه، رادیولوژی و داروخانه) هستند؛ حدود ۵۰۰۰ تا ۶۰۰۰ نفر است. در مناطق شهری فاقد بخش خصوصی این مرکز جمعیت کمتری (۱۲۵۰۰ نفر) را در پوشش خود می‌گیرد و تمامی فعالیت‌های آزمایشگاهی و رادیولوژی را نیز خود انجام می‌دهد. رئیس این مرکز پزشک است. وظیفه اصلی این مرکز پشتیبانی از خانه‌های بهداشت، نظارت بر کار آن‌ها و قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است.

خانه سلامت (بهداشت): واحدی مستقر در روستاست که غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) را نیز پوشش می‌دهد. جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت با ۲ مجوز (زن و مرد) حدود ۲۰۰۰ نفر است. بهورزان زن و مرد کارکنان خانه بهداشت هستند که بومی بودن آن‌ها از شرایط الزامی است.

پایگاه سلامت (بهداشت): واحدی مستقر در مناطق روستایی با بیش از ۶۰۰۰ نفر جمعیت و کلیه مناطق شهری است و جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. کارکنان فعال در پایگاه شامل ماما، کاردان بهداشت زن و مرد می‌باشند.

۹. سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان

سازمان مسئول: سازمانی است که بیشترین متخصص و امکانات و گسترده‌ترین ساختار کشوری را در خصوص فعالیت تخصصی خود دارد و در وضعیت عادی نیز مشغول انجام دادن خدمت در این خصوص است. برای مثال، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول فعالیت تخصصی سلامت یا بهداشت و درمان در زمان حوادث است و تمام سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها را قبل، حین و بعد از وقوع بلایا، در موضوع سلامت به عهده دارد.

سازمان همکار: تمام سازمان‌هایی هستند که می‌توانند در زمینه فعالیت سازمان مسئول، به او یاری رسانند؛ اگرچه امکانات و نیرو و ساختار فراگیری در اختیار نداشته باشند. برای مثال، در بحث سلامت، سازمان‌هایی مانند سازمان تأمین اجتماعی، هلال احمر و سازمان بهزیستی، به‌عنوان سازمان‌های همکار در نظر گرفته می‌شوند.

سازمان پشتیبان: به سازمانی گفته می‌شود که هیچ تخصص یا امکاناتی به‌عنوان سازمان همکار در زمینه فعالیت تخصصی سازمان مسئول در اختیار ندارد؛ ولی حضور نیافتن یا ناهماهنگی آن، می‌تواند به شدت، بر فعالیت و عملکرد سازمان مسئول تأثیرگذار باشد؛ مانند نیروی انتظامی که اگر امنیت برقرار نکند، عملکرد نظام سلامت دچار اختلال خواهد شد. یا سازمان پخش فرآورده‌های نفتی که اگر سوخت بیمارستان یا آمبولانس‌ها را در زمان وقوع بلایا تأمین نکند، خدمات فوریتی با مشکلات حل نشدنی روبرو خواهد شد.

۱۰. مدیریت اجساد

مدیریت اجساد قربانیان شامل یکسری فعالیت‌هایی است که با جستجوی اجساد آغاز می‌شود و به دنبال آن، فعالیت‌هایی چون شناسایی هویت اجساد، انتقال آن‌ها به سرخانه جسد، تحویل اجساد به بازماندگان و خانواده‌های آن‌ها و درنهایت، کمک جهت کفن و دفن آن‌ها مطابق با اعتقادات مذهبی و فرهنگی رایج در جامعه انجام می‌گیرد.

۱۱. زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)

زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی) مانند شبکه آب‌رسانی، شبکه برق‌رسانی، شبکه مخابراتی، سامانه گازرسانی و شبکه راه‌های درون‌شهری و برون‌شهری از سازه‌های زیر بنایی برای زندگی شهری می‌باشند.

ابزار ارزیابی سریع سلامت اولیه (۲۴ ساعت پس از حادثه / بلیه)

زمان ارزیابی سریع؛ روز: مورخ:/...../۱۳..... ساعت آغاز: ساعت پایان: شماره فرم:

۱. مشخصات مربوط به گروه ارزیابی کننده			
نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سمت / جایگاه	مدرک تحصیلی

۲. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه / بلیه			
استان:	شهرستان:	شهر:	بخش: روستا:
سایر اطلاعات جغرافیایی:			
۳. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده			
۳-۱ نوع حادثه / بلیه:			
۳-۲ تاریخ رخداد حادثه / بلیه:			
۳-۳ زمان رخداد حادثه / بلیه: <input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب ساعت رخداد حادثه / بلیه:			
۳-۵ شدت و وسعت جغرافیایی حادثه / بلیه:			
۴. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می باشند)			
منبع اطلاعات	منبع اطلاعات	تعداد افراد بی خانمان:	نفر
		۴-۴	
		۴-۵	
		۴-۶	
۵. نحوه دسترسی به محل حادثه			
امکان دسترسی به محل وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر			
اگر پاسخ مثبت است روش دسترسی را ذکر کنید: (به عنوان مثال زمینی به وسیله خودروی کمک دار)			

۱۰۳

۶. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش‌بیمارستانی

۶-۱ اطلاعات مربوط به پایگاه‌های امدادی و آمبولانس‌های منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش‌بیمارستانی و هلال‌احمر)

پایگاه	تعداد پایگاه فعال	منبع اطلاعات	آمبولانس	تعداد آمبولانس فعال	منبع اطلاعات
پایگاه شهری ۱۱۵			آمبولانس تیپ A, B, C		
پایگاه جاده‌ای ۱۱۵			موتور آمبولانس		
پایگاه اورژانس هوایی ۱۱۵			اتوبوس آمبولانس		
پایگاه امداد و نجات هلال‌احمر			اورژانس هوایی (بالگرد)		

۶-۳ اطلاعات مربوط به نیروی انسانی حوزه پیش‌بیمارستانی

تعداد کل نیروهای پیش‌بیمارستانی فعال در منطقه: نفر

۶-۴ امکانات ارتباطی

منبع اطلاعات	سایر	تله مدیسین	سامانه پیامک	امواج رادیویی (بی‌سیم) UHF / VHF		تلفن ماهواره‌ای	تلفن همراه				تلفن با خطوط زمینی		نسبتاً فعال / غیرفعال
				آنالوگ	دیجیتال		تالیا	رایتل	ایرانسل	همراه اول	آنالوگ	دیجیتال (ای وان)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کاملاً فعال
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نسبتاً فعال
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	غیرفعال

در صورتی که وضعیت ارتباطات در منطقه نیاز به توضیح بیشتری دارد، در این قسمت ذکر گردد:

۷. اطلاعات مربوط به مراکز بیمارستانی

منبع اطلاعات	۷-۸ نحوه دسترسی (زمینی، ریلی، هوایی، آبی و ...)	۷-۷ دسترسی وجود دارد؟		۷-۶ وضعیت آسیب‌دیدگی بیمارستان				۷-۵ آیا مرکز آسیب‌دیده است؟		۷-۴ نوع مدیریت اعم از دانشگاهی، نظامی، خصوصی و ...	۷-۳ تعداد تخت فعال	۷-۲ نوع مرکز درمانی (بیمارستان عمومی، تک تخصصی و غیره)	۷-۱ نام بیمارستان	
		بلی	خیر	سازه‌ای		بلی	خیر	نام مرکز	ردیف					
				کلّی	جزئی									

۸. سایر سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان حاضر در محل حادثه / بلیه

منبع اطلاعات	۸-۱ علاوه بر نیروهای دانشگاهی کدام سازمان‌ها در امر ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند؟ (هلال احمر، بسیج جامعه پزشکی و ...)

۹. وضعیت زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)

منبع اطلاعات	۹-۱ آسیب به زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)؛ در رابطه با آسیب به راه‌ها، شبکه آب، برق، گاز و غیره به‌اختصار توضیح دهید

۱۰. سایر نکات قابل ذکر مرتبط با مدیریت حادثه در حوزه سلامت

	۱۰-۱ نواقص موجود در نظام سلامت محل حادثه را ذکر نمایید:
	۱-
	۲-
	۳-

۱۰-۲ مشکلات اصلی منطقه را ذکر نمایید (۳ مشکل):

-۱

-۲

-۳

۱۰-۳ اولویتهای اصلی امدادسانی را ذکر نمایید (۳ اولویت):

-۱

-۲

-۳

توضیحات تکمیلی:

زمان پایان ارزیابی؛ روز: مورخ:/...../..... ۱۳.....

نام و نام خانوادگی و محل امضا مسئول گروه ارزیابی سریع اولیه

ابزار ارزیابی سریع سلامت جامع (۷۲ ساعت پس از حادثه / بلیه)

زمان ارزیابی سریع؛ روز: مورخ:/...../۱۳ ساعت آغاز: ساعت پایان: شماره فرم:

۱. مشخصات مربوط به گروه ارزیابی کننده			
نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سمت / جایگاه	مدرک تحصیلی

۲. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه / بلیه			
منبع اطلاعات	استان:	شهرستان:	شهر: بخش: روستا:
	سایر اطلاعات جغرافیایی:		
۳. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده			
	۳-۱ نوع حادثه / بلیه:		
	۳-۲ تاریخ رخداد حادثه / بلیه:		
	۳-۳ زمان رخداد حادثه / بلیه: <input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> شب ساعت رخداد حادثه / بلیه:		
	۳-۵ شدت و وسعت جغرافیایی حادثه / بلیه:		
	۳-۶ سایر حوادث / بلایای مرتبط (ناتوبه / آبخاری):		
۴. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می باشند)			
منبع اطلاعات	منبع اطلاعات		
			۴-۱ جمعیت منطقه: نفر - تعداد زنان: نفر - تعداد مردان: نفر - تعداد خانوار: خانوار
			۴-۲ تعداد سالمندان: نفر ۴-۱۰ تعداد کشته: نفر در ساعت گذشته ۴-۱۱ تعداد مصدوم: نفر در ساعت گذشته - تعداد مصدومان با اولویت قرمز: نفر** - تعداد مصدومان با اولویت زرد: نفر**

۱۰۲

۴-۳ تعداد افراد ناتوان (معلول) : نفر	۴-۱۲ تعداد مفقودین: نفر در ساعت گذشته
۴-۴ تعداد کودکان کمتر از ۵ سال: نفر	۴-۱۳ تعداد افراد بی‌خانمان: نفر**
۴-۵ تعداد زنان بی‌سرپرست: نفر	۴-۱۴ تعداد افراد تخلیه‌شده: نفر
۴-۶ تعداد بیماران مزمن: نفر	۴-۱۵ تعداد افراد نیازمند تخلیه: نفر
۴-۷ تعداد زنان باردار: نفر	۴-۱۶ تعداد افراد واردشده به منطقه بعد از حادثه : نفر
۴-۸ تعداد زنان شیرده: نفر	سایر اطلاعات:
۴-۹ اقلیت‌های قومی، مذهبی و زبانی حاضر: نفر	
۵. نحوه دسترسی به محل حادثه	
<p>منبع اطلاعات</p> <p>امکان دسترسی به محل وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>اگر پاسخ مثبت است روش دسترسی را ذکر کنید: (به‌عنوان مثال زمینی به‌وسیله خودروی کمک دار)</p>	

- * اطلاعات پایه جمعیت شناختی باید در مرکز هدایت عملیات دانشگاه موجود بوده و با توجه به شرایط و تغییرات ایجاد شده به‌روزرسانی شود.
- ** اولویت‌های فوق بر اساس رتبه‌بندی فرآیند تریاژ در حوادث و بلایا صورت می‌گیرد.
- *** تعداد افرادی که در اثر رخداد حادثه / بلیه فعلی محل سکونت خود را از دست داده‌اند.

۶. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش‌بیمارستانی						
۶-۱ اطلاعات مربوط به پایگاه‌های امدادی منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش‌بیمارستانی و هلال احمر)						
پایگاه	تعداد کل*	آسیب‌دیده و فعال	آسیب‌دیده و غیرفعال	توضیحات	منبع اطلاعات	
پایگاه شهری ۱۱۵						
پایگاه جاده‌ای ۱۱۵						
پایگاه اورژانس هوایی ۱۱۵						
پایگاه اورژانس ریلی ۱۱۵						
پایگاه اورژانس دریایی ۱۱۵						
پایگاه امداد و نجات هلال احمر						

۷-۹ فاصله نزدیک ترین بیمارستان‌ها به منطقه حادثه دیده (به ترتیب فاصله ذکر شوند)					
منبع اطلاعات	توضیحات	فاصله (کیلومتر)	فاصله (کیلومتر)	فاصله (کیلومتر)	نوع مرکز درمانی
					بیمارستان عمومی (تخصصی / فوق تخصصی)
					بیمارستان تک تخصصی (نوع تخصص)
					مرکز جراحی محدود (دی کلینیک)
					درمانگاه / پلی کلینیک
					سایر (ذکر شوند):
۷-۱۰ اطلاعات مربوط به تعداد کارکنان حوزه بهداشت و درمان					
منبع اطلاعات	۷-۱۰-۱ تعداد کل کارکنان حوزه درمان منطقه				
	تعداد سایر کارکنان	تعداد پیراپزشکان	تعداد کادر پرستاری	تعداد پزشکان	
منبع اطلاعات	۷-۱۰-۲ تعداد کارکنان فوتی، آسیب دیده و غیرفعال				
	تعداد سایر کارکنان	تعداد پیراپزشکان	تعداد کادر پرستاری	تعداد پزشکان	

۸. اطلاعات شبکه‌های سلامت (بهداشت) و زیرمجموعه‌های مربوطه								
۸-۱ اطلاعات تشکیلات مراکز سلامت شهرستان								
منبع خبر	توضیحات	آسیب دیده و غیرفعال	آسیب دیده و فعال	بدون آسیب و فعال	نحوه ارائه خدمات		تعداد کل *	نوع تسهیلات
					شبانه روزی	روزانه		
								مرکز سلامت (بهداشت) روستایی**
								مرکز سلامت (بهداشت) شهری***
								مرکز سلامت (بهداشت) شهری - روستایی
								خانه سلامت (بهداشت)****
								پایگاه سلامت (بهداشت)****

۸-۲ اطلاعات واحدهای ذی ربط مرکز سلامت شهرستان

منبع خبر	توضیحات	آسیب دیده و غیر فعال	آسیب دیده و فعال	بدون آسیب و فعال	نحوه ارائه خدمات		تعداد کل*	نوع واحد
					شبهانه روزی	روزانه		
								واحد بیماری‌ها
								واحد بهداشت خانواده
								واحد گسترش بیماری‌ها
								واحد آموزش سلامت
								واحد مدارس
								واحد بهداشت محیط
								واحد بهداشت حرفه‌ای
								واحد داوطلبان سلامت
								واحد سلامت روان
								واحد رادیولوژی
								واحد آزمایشگاه
								واحد داروخانه
								واحد تزریقات و پانسمان

۸-۳ اطلاعات مربوط به تعداد کارکنان شبکه‌های سلامت (بهداشت)

تعداد کل	بهورز	بهبیار	علوم آزمایشگاهی	رادیولوژی	بهداشت روان	بهداشت عمومی	بهداشت محیط	ماما	پرستار	دندان پزشکی	پزشک

* موارد فوق مربوط به اطلاعات پایه می‌باشند که باید در مرکز هدایت عملیات دانشگاه موجود بوده و با توجه به شرایط و تغییرات ایجاد شده بروز رسانی شود.

** مرکز سلامت (بهداشت) مستقر در روستا است که خانه سلامت (بهداشت) آن روستا و چند خانه سلامت (بهداشت) از روستاهای هم‌جوار را در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش این مرکز حدود ۹۰۰۰ نفر است و کارکنان شاغل در آن شامل پزشک عمومی، کارشناس یا کارکنان بهداشت، فن‌ورز آزمایشگاه و دارویی، بهیار و کارکنان اداری می‌باشند که همگی تحت نظر پزشک مرکز کار می‌کنند. وظیفه اصلی این مرکز پشتیبانی از خانه‌های بهداشت، نظارت بر کار آن‌ها و قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است.

*** مرکز سلامت (بهداشت) مستقر در مناطق شهری است که پایگاه‌های سلامت (بهداشت) را در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش این مرکز در مناطقی که دارای بخش خصوصی فعال (آزمایشگاه، رادیولوژی و داروخانه) هستند؛ حدود ۵۰۰۰ تا ۶۰۰۰ نفر است. در مناطق شهری فاقد بخش خصوصی این مرکز جمعیت کمتری (۱۲۵۰۰ نفر) را در پوشش خود می‌گیرد و تمامی

فعالیت‌های آزمایشگاهی و رادیولوژی را نیز خود انجام می‌دهد. رئیس این مرکز پشک است. وظیفه اصلی این مرکز پشتیبانی از خانه‌های بهداشت، نظارت بر کار آن‌ها و قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است.

*** واحدی مستقر در روستاست که غالباً چند روستای دیگر (روستاها یا قمر) را نیز پوشش می‌دهد. جمعیت تحت پوشش هر خانه سلامت (بهداشت) با ۲ مجوز (زن و مرد) حدود ۲۰۰۰ نفر است. بهورزان زن و مرد کارکنان خانه سلامت (بهداشت) هستند که بومی بودن آن‌ها از شرایط الزامی است.

**** واحدی مستقر در مناطق روستایی با بیش از ۶۰۰۰ نفر جمعیت و کلیه مناطق شهری است و جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. کارکنان فعال در پایگاه شامل؛ ماما و کارکنان‌های بهداشت زن و مرد می‌باشند.

۹. سایر سازمان‌های همکار و پشتیبان حاضر در محل حادثه / بلیه	
منبع اطلاعات	۹-۱ علاوه بر نیروهای دانشگاهی کدام سازمان‌ها در امر ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند؟
	<input type="checkbox"/> جمعیت هلال احمر
	<input type="checkbox"/> بسیج (جامعه پزشکی، دانشجویی و ...)
	<input type="checkbox"/> نیروهای نظامی و انتظامی (ذکر شوند):
	<input type="checkbox"/> مؤسسات خیریه
	<input type="checkbox"/> نهادهای دولتی خارج از وزارت بهداشت مانند تأمین اجتماعی و... (ذکر شوند):
	<input type="checkbox"/> سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها یا NGOها)
	<input type="checkbox"/> گروه‌های داوطلب مردمی
	<input type="checkbox"/> افراد و سازمان‌های خارجی (ذکر شوند)
	سایر (ذکر شوند):
منبع اطلاعات	۱۰. مدیریت اجساد در محل حادثه
	۱۰-۱ آیا فرآیند شناسایی و ثبت در مدیریت اجساد انجام می‌شود؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	۱۰-۲ نماینده پزشکی قانونی در منطقه حضور دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	۱۰-۳ آیا فضای کافی سردخانه جهت نگهداری اجساد وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	۱۰-۴ آیا فرآیند کفن و دفن بر اساس عرف منطقه صورت می‌گیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	۱۰-۵ آیا فرآیند کفن و دفن با سرعت قابل قبول صورت می‌گیرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	۱۰-۶ متولی اصلی مدیریت اجساد با چه واحد یا سازمانی است؟

۱۱. وضعیت زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)

۱۱-۱ آسیب به زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)

منبع اطلاعات	توضیحات	وضعیت عملکرد فعلی	نوع زیرساخت
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	راه‌ها و جاده‌های زمینی
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	راه‌آهن
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	فرودگاه
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	بانک/ مکان مناسب برای فرود بالگرد
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	شبکه آب
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	شبکه فاضلاب
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	شبکه برق
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	شبکه گاز
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	شبکه اینترنت
		<input type="checkbox"/> به‌طور کامل فعال <input type="checkbox"/> به‌طور نسبی فعال <input type="checkbox"/> غیرفعال	راه‌آبی (بندر و اسکله)
			سایر زیرساخت‌های آسیب‌دیده:

۱۲. سایر نکات قابل‌ذکر مرتبط با مدیریت حادثه در حوزه سلامت

۱۲-۱ نواقص موجود در نظام سلامت محل حادثه را ذکر نمایید (۵ مورد)؛

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵

۱۲-۲ مشکلات اصلی منطقه را ذکر نمایید (۵ مشکل)؛

- ۱
- ۲
- ۳
- ۵

۳-۱۲ اولویت‌های اصلی امداد رسانی را ذکر نمایید (۵ اولویت)؛

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

توضیحات تکمیلی:

زمان پایان ارزیابی سریع؛ روز مورخ:/...../۱۳

۱۱۵

نام، نام خانوادگی و امضای مسئول گروه ارزیابی سریع

ابزار شماره هشت

شاخص‌ها و معیارهای سطح‌بندی حادثه

هدف:

این شاخص‌ها با هدف تعیین بزرگی و شدت حادثه و تأثیرات منتج از آن برای تصمیم‌گیری جهت سطح فعال‌سازی مرکز هدایت عملیات طراحی شده است. این شاخص‌ها در مرکز هدایت عملیات در **سطح ملی** برای تصمیم‌گیری استفاده می‌شود. مراکز هدایت عملیات در **سطح دانشگاه‌ها** می‌توانند شاخص‌های مذکور را تعیین و بر اساس آن سطح فعال‌سازی مرکز هدایت عملیات خود را مشخص نمایند و در صورتی که نیاز به حمایت سطوح بالاتر عملیاتی دارند مشخص نمایند. در هر سطح فعالیت مرکز هدایت عملیات، مجموعه کاری و شرح وظایف و خدمات آن‌ها باید مشخص باشد.

راهنمای تکمیل:

نحوه محاسبه شاخص‌های مورد ارزیابی در سه بازه زمانی موردنظر متفاوت است. در ۲-۰ ساعت اول ارزیابی بیشتر به صورت دیداری^۱، در ۶-۲ ساعت پس از حادثه ارزیابی با برآورد^۲ و بعد از ۶ ساعت محاسبه و اندازه‌گیری^۳ خواهند گردید.

- 1- Visual
- 2- Estimation
- 3- Calculation

سطوح تصمیم‌گیری برای فعال‌سازی مرکز هدایت عملیات و پاسخ به حادثه در پنج سطح تقسیم گردید.

سطح هشدار	رنگ	سطح فعالیت
E ₀	سفید	پایش ^۱
E ₁	آبی	هشدار ^۲
E ₂	زرد	آماده‌باش ^۳
E ₃	نارنجی	فعال‌سازی نسبی ^۴
E ₄	قرمز	فعال‌سازی کامل ^۵

1- Monitoring
 2- Advisory
 3- Alert
 4- Partial activation
 5- Full activation

شاخص‌ها و معیارهای سطح‌بندی حادثه

ردیف	معیار مورد ارزیابی	زیرمجموعه قابل اندازه‌گیری	شاخص اندازه‌گیری	نوع مقیاس سطح‌بندی	مقیاس اندازه‌گیری	نتیجه			
						۰-۲ ساعت	۲-۶ ساعت	بعد از ۶ ساعت	
۱	تأثیرات ناشی از حادثه	اثرات انسانی	کشته/ مفقود	کمی (تعداد)	<input type="radio"/> ۱۰ نفر و کمتر <input type="radio"/> ۱۱-۲۵ نفر <input type="radio"/> ۲۶-۵۰ نفر <input type="radio"/> بیش از ۵۰ نفر				
			بیماران ^۱ / مصدومان ^۲	کمی (تعداد)	<input type="radio"/> ۱۰ نفر و کمتر <input type="radio"/> ۱۱-۲۰۰ نفر <input type="radio"/> ۲۰۱-۱۰۰۰ نفر <input type="radio"/> ۱۰۰۱-۲۵۰۰ نفر <input type="radio"/> بیش از ۲۵۰۰ نفر				
		اثرات انسانی	تعداد نیاز به امدادرسانی فوری ^۳	کمی (تعداد)	<input type="radio"/> ۷۰۰ نفر و کمتر <input type="radio"/> ۷۰۱-۱۴/۰۰۰ نفر <input type="radio"/> ۱۴۰۰۱-۷۰/۰۰۰ نفر <input type="radio"/> ۷۰۰۰۱-۱۷۵/۰۰۰ نفر <input type="radio"/> بیش از ۱۷۵/۰۰۰ نفر ^۴				
		اثرات اقتصادی و زیرساختی	خسارات وارده به اموال عمومی ^۵ و خصوصی	کیفی (لیکرت ۵ درجه‌ای) ^۶					
			خسارات وارده به زیرساخت‌ها ^۷	بلی / خیر در صورت بلی زیرساخت آسیب‌دیده ذکر شود.					

- ۱- منظور از موارد گزارش شده غیرمعمول بروز و شیوع بیماری‌های عفونی که با الگوی جغرافیایی و فصلی همخوانی ندارد.
- ۲- کلیه افرادی که پس از انجام تریاژ اولیه دارای برچسب زرد و قرمز بوده، نیاز به خدمات سامانه پیش‌بیمارستانی برای انتقال به مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها دارند.
- ۳- کلیه افرادی که نیاز به امداد پزشکی، تریاژ، کمک‌های اولیه و خدمات نجات بخش حیات در محل (دارای برچسب سبز تریاژ START) دارند.
- ۴- بر اساس منابع، از مجموع افراد مصدوم و متأثر از حوادث حدود ۱۰ درصد برچسب سیاه (فوت شده)، ۱۰ درصد برچسب قرمز (نیاز به اقدام فوری)، ۱۰ درصد برچسب زرد (نیاز به اقدام تأخیری) و ۷۰ درصد برچسب سبز (نیازمند کمک‌های اولیه و سرپایی) می‌باشند.
- ۵- منظور از خسارت به اموال عمومی، خسارات منتج به اختلال در ارائه خدمات توسط سازمان مربوطه است.
- ۶- مقیاس‌بندی بر اساس لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد و بر اساس برآورد کارشناس مربوطه از تأمین خسارات در سطح دانشگاه است.
- ۷- منظور از زیرساخت آب، برق، گاز، سامانه‌های سوخت‌رسانی و خطوط مواصلاتی می‌باشند.

ردیف	معیار مورد ارزیابی	زیرمجموعه قابل اندازه گیری	شاخص اندازه گیری	نوع مقیاس سطح بندی	مقیاس اندازه گیری	نتیجه		
						۰-۲ ساعت	۲-۶ ساعت	بعد از ۶ ساعت
۱	تأثیرات ناشی از حادثه	بازتاب رسانه‌ای و اجتماعی		کیفی (لیکرت ۵ درجه‌ای) ^۱	بازتاب از طریق رسانه‌های محلی یا شبکه‌های اجتماعی <input type="radio"/> اجتماعی بازتاب از طریق رسانه ملی و شبکه‌های اجتماعی <input type="radio"/>			
		نیاز به هشدار سریع در جامعه		خیر = ۰ در صورت بلی: لیکرت ۵ درجه‌ای ^۲	نیاز به هشدار سریع وجود ندارد <input type="radio"/> نیاز به هشدار سریع به ساکنین کانون حادثه <input type="radio"/> نیاز به هشدار سریع به مناطق پیرامون یا معین <input type="radio"/> نیاز به هشدار در سطح ملی <input type="radio"/>			
۲	نیاز به هماهنگی	هماهنگی بین سازمان‌های پاسخ‌دهنده		خیر = ۰ در صورت بلی سازمان مورد نظر ذکر شود.	بدون نیاز به هماهنگی <input type="radio"/> نیاز به هماهنگی با سازمان‌های همکار <input type="radio"/> نیاز به هماهنگی با سازمان‌های پشتیبان <input type="radio"/>			
		خدمات تجهیزات تخصصی و منابع انسانی ^۳	تقسیم‌بندی بر اساس نیاز به ارائه خدمات تخصصی فوق تخصصی (غیرمتعارف)	بلی / خیر در صورت بلی نوع خدمت مورد نیاز ذکر گردد.				
۳	مشخصات حادثه	شدت حادثه ^۴		مقیاس مخاطرات مختلف از منابع استخراج شود. در صورت وجود اطلاعات لازم در مورد استاندارد هر مخاطره لطفاً شدت بر اساس مقیاس ذکر شود. در غیر این صورت از ۱-۵ به حادثه موردنظر رتبه داده شود و منظور از ۵ حادثه‌ای است که نیاز به مدیریت در سطح ملی دارند.				

۱- مقیاس‌بندی بر اساس لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد و بر اساس برآورد کارشناس مرکز هدایت عملیات است.

۲- مقیاس‌بندی بر اساس لیکرت از خیلی کم تا خیلی زیاد ذکر می‌گردد.

۳- منظور از خدمات مرتبط با CBRNE می‌باشند.

ردیف	معیار مورد ارزیابی	زیرمجموعه قابل اندازه گیری	شاخص اندازه گیری	نوع مقیاس سطح بندی	مقیاس اندازه گیری	نتیجه		
						۰-۲ ساعت	۲-۶ ساعت	بعد از ۶ ساعت
۳	مشخصات حادثه	محدوده جغرافیایی ^۱			<input type="radio"/> منطقه تحت تأثیر در حد یک شبکه بهداشتی درمانی <input type="radio"/> منطقه تحت تأثیر در حد یک دانشگاه <input type="radio"/> منطقه تحت تأثیر در حد یک قطب <input type="radio"/> منطقه تحت تأثیر در حد چند قطب <input type="radio"/> منطقه تحت تأثیر در سطح ملی			
۴	شرایط عدم اطمینان (عدم ثبات / ناپایداری)	احتمال یا تهدید جان، مال دارایی افراد		لیکرت ۵ درجه‌ای ^۲				

* در صورت اعلام وضعیت اضطراری و یا تعیین وضعیت با دستور مقام مافوق، سطح تعیین شده مورد قبول خواهد بود.

ابزار شماره نه

ابزار بررسی سریع ظرفیت ملی حوزه سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت برای ارتقای ظرفیت‌های ملی و بین‌المللی مدیریت خطرات سلامت در بلایا و فوریت‌ها، با کشورها همکاری دارد. در سال ۲۰۱۱ وزیران بهداشت ۱۹۳ کشور عضو این سازمان در مجمع جهانی بهداشت طی قطعنامه‌ای پذیرفتند که برنامه‌های مدیریت خطر بلایا و فوریت‌ها را در سطح ملی ارتقا دهند. لذا از سازمان جهانی بهداشت خواسته شد تا در این زمینه از کشورهای عضو حمایت کند. برای نظارت بر اجرای این قطعنامه یک پرسشنامه بین‌المللی تدوین گردید تا با جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصل از آن گزارش منطقه‌ای و جهانی از پاسخ هر کشور (خصوصاً وزارت بهداشت و شرکای آن) در خصوص ظرفیت مدیریت خطر بلایا و فوریت‌ها در حوزه سلامت ایجاد شود. این گزارش، یک خود ارزیابی است که به صورت داوطلبانه انجام شده است و نمی‌تواند شامل بررسی ظرفیت با جزئیات بیشتری باشد. گزارش حاضر به‌عنوان مکملی در نظارت بر اجرای مقررات بین‌المللی حوزه سلامت سال ۲۰۰۵ خواهد بود. این گزارش‌ها، تا حد زیادی برنامه‌های ملی طراحی و اجرا شده را ارتقا داده، موجب بهبود ماهیت، کیفیت راهنمایی و حمایت سازمان جهانی بهداشت، دیگر شرکای بین‌المللی و دوجانبه شده است. همچنین این گزارش‌ها برای استفاده در سامانه داخلی و سامانه گسترده سازمان ملل متحد، توسط سازمان جهانی بهداشت گزارش می‌شوند.

سازمان جهانی بهداشت قصد دارد پایش و گزارش‌های موضوعی آن را هر دو سال یک‌بار انجام دهد.

راهنمای ابزار:

این ابزار برای رسیدگی به ظرفیت‌های چندبخشی و ظرفیت حوزه سلامت سازمان‌دهی شده و دارای ۸۳ سؤال است. ابزار شامل موارد زیر است:

ظرفیت‌های چندبخشی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها شامل:

- قوانین و خط‌مشی‌ها
- توسعه ظرفیت
- هماهنگی
- برنامه‌ریزی، پاسخ اضطراری و بازیابی
- مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

ظرفیت‌های حوزه سلامت شامل

- قوانین و خط‌مشی‌ها
- توسعه ظرفیت
- هماهنگی
- برنامه‌ریزی، پاسخ اضطراری و بازیابی
- مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر
- زیرساخت‌ها و لجستیک سلامت
- سلامت و خدمات مرتبط
- ظرفیت جامعه

با توجه به اینکه این پرسشنامه شامل متغیرهای زیادی است و قسمت اول پرسشنامه چندبخشی است، احتمالاً در تکمیل آن به پاسخ بسیاری از افراد از بخش سلامت و دیگر بخش‌ها و همچنین به اطلاعات اشخاص (نهادهای) هماهنگ کننده چندبخشی مربوطه مانند سازمان مدیریت بحران نیاز خواهد بود. بنابراین برای تکمیل پرسشنامه یک فرد کلیدی (مسئول) جهت هماهنگی با افراد و سازمان‌ها نیاز است. فرآیند جمع‌آوری اطلاعات و روایی آن‌ها نیز می‌تواند طی یک جلسه بحث گروهی با ذینفعانی که آگاهی لازم را از بخش‌های مختلف ملی و استانی در خصوص مدیریت چندبخشی خطر بلایا / فوریت‌ها دارند، صورت پذیرد. فرد کلیدی (مسئول) در صورت نیاز به‌عنوان منبعی برای هر نوع اطلاعات اضافی یا سؤالات خواهد بود. بعد از تکمیل پرسشنامه، باید یک مرور نهایی توسط فرد کلیدی (مسئول) صورت گیرد.

لطفاً اطلاعات مربوط به تماس خود را در جدول زیر وارد کنید.

نام	
عنوان	
پست الکترونیک	
شماره تلفن	

لطفاً قسمتی (قسمت‌هایی) که می‌خواهید تکمیل کنید را علامت بزنید.

- قسمت ۱: مدیریت چندبخشی خطر بلایا / فوریت‌ها
- قسمت ۲: مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت

* مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها شامل تمامی اقدامات در پیشگیری و کاهش اثرات، آماده بودن برای، پاسخ به و بازیابی از فوریت‌ها، بلایا و سایر بحران‌ها است. با اینکه مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت بر روی اقداماتی که توسط این حوزه صورت گرفته تمرکز دارد، حوزه مدیریت چندبخشی خطر بلایا / فوریت‌ها به هماهنگی بین بخشی فعالیت‌ها اشاره دارد.

قسمت اول: مدیریت چندبخشی خطر بلایا / فوریت‌ها

این قسمت باید با مشارکت سازمان مدیریت بحران تکمیل شود.

۱-۱. خط‌مشی‌ها و قانون‌گذاری

خط‌مشی‌های چندبخشی و قانون‌گذاری در خصوص مدیریت خطر بلایا و فوریت‌ها

۱- آیا خط‌مشی‌ها یا قانون‌گذاری‌های چندبخشی برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بلای، تکمیل شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد
در سطح ملی				
در سطح استانی				

* تأکید این سؤال بر خط‌مشی‌ها و قانون‌گذاری‌ها در میان بخش‌های مختلف است، و به سؤالات باید از دیدگاه چندبخشی پاسخ داده شود. سؤالاتی که به‌طور خاص حوزه سلامت را مورد خطاب قرار می‌دهد را می‌توان به‌طور جداگانه پاسخ داد.

* **قانون‌گذاری:** شامل یک قانون، گروهی از قوانین، مقررات و ابزارهای قانونی دیگر است.

* **خط‌مشی‌ها:** یک توافق یا اجماع که به‌طور معمول توسط دولت انجام می‌شود، یا تعدادی از موضوعات و اهداف هستند که نیاز است به آن‌ها توجه شود و اقدامات لازم بر اساس آن‌ها برنامه‌ریزی و اجرا شوند. خط‌مشی‌ها اصولی هستند که توسط دولت تدوین و ابلاغ می‌شوند. خط‌مشی‌ها اولویت‌ها و قوانین مورد انتظار گروه‌های مختلف را تعیین می‌کنند و موجب اجماع و آگاهی مردم می‌شوند (WHO).
لطفاً توجه کنید: در صورتی که پاسخ شما به سؤال مذکور "بلی" است به سؤال ۲ و در پاسخ‌های دیگر به سؤال ۳ پاسخ دهید.

۲- آیا خط‌مشی‌ها و یا قانون‌گذاری‌های چندبخشی برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها، تعهدی برای حوزه سلامت ایجاد می‌کند؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بله، تکمیل شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد
در سطح ملی				
در سطح استانی				

توجه: تأکید این سؤال بر خط‌مشی‌ها و قانون‌گذاری‌های بین بخشی است، چنان‌که به سؤالات باید از دیدگاه چندبخشی پاسخ داده شود. به سؤالاتی که به‌طور خاص خطابشان قوانین و خط‌مشی‌های حوزه سلامت است، می‌توان بعداً در این پایش پاسخ داد.
لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" است، توضیح دهید.

۲-۱. توسعه ظرفیت

برنامه‌های توسعه ظرفیت چندبخشی برای ارتقای ظرفیت مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

۳- آیا برنامه‌های چندبخشی برای توسعه ظرفیت‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بله، تکمیل شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد
در سطح ملی				
در سطح استانی				

* برنامه‌های توسعه ظرفیت: برنامه‌ای برای ارتقای سامانه‌ها، عملکردها و منابع در دسترس یک کشور، جامعه یا سازمان‌دهی برای نائل شدن به اهداف مورد توافق (بر اساس UNISDR). یک برنامه پاسخ فوریت^۱ به‌تنهایی به‌عنوان برنامه توسعه ظرفیت در نظر گرفته نمی‌شود.

* این برنامه‌ها ممکن است شامل برنامه کاهش خطر بلایا، برنامه آمادگی فوریت^۲ و یا غیره باشد.

* تأکید این سؤال بر برنامه‌هایی با مشارکت بخش‌های مختلف پاسخگو به حوادث و فوریت‌هاست، طوری که به سؤال بایستی با دیدگاه چند بخشی پاسخ داده بشود. سؤالاتی که به‌طور خاص به حوزه سلامت مربوط است را می‌توان بعداً در این پایش پاسخ داد.

توجه: در صورتی که پاسخ شما تنها در سطح ملی، "بلی" بود به سؤال ۵، در پاسخ‌های دیگر به سؤال ۶ پاسخ دهید.

۴- آیا برنامه‌های چندبخشی برای توسعه ظرفیت‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بله، تکمیل شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد

۱. برنامه‌های توسعه ظرفیت: برنامه‌ای برای ارتقای سامانه‌ها، عملکردها و منابع در دسترس یک کشور، جامعه یا سازمان‌دهی برای نائل شدن به اهداف موردتوافق (بر اساس UNISDR). یک برنامه پاسخ فوریت (ERP) به‌تنهایی به‌عنوان برنامه توسعه ظرفیت در نظر گرفته نمی‌شود.

۲. این برنامه‌ها ممکن است شامل برنامه کاهش خطر بلایا، برنامه آمادگی فوریت و یا غیره باشد.

۳- تأکید این سؤال بر برنامه‌هایی با مشارکت بخش‌های مختلف پاسخگو به حوادث و فوریت‌ها است، طوری که به سؤال بایستی با دیدگاه چندبخشی پاسخ داده بشود. سؤالاتی که به‌طور خاص به حوزه سلامت مربوط است را می‌توان بعداً در این پایش پاسخ داد.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر پاسخ شما تنها در سطح ملی، "بلی" بود به سؤال ۵ و در پاسخ‌های دیگر به سؤال ۶ پاسخ دهید.

۵- آیا در برنامه‌های ملی توسعه ظرفیت چند بخشی، به موضوع سلامت پرداخته شده است؟

بله، در همه آن‌ها

بله، در بعضی از آن‌ها

خیر

نمی‌دانم

* برنامه‌های توسعه ظرفیت: برنامه‌ای برای ارتقای سامانه‌ها، عملکردها و منابع در دسترس یک کشور، جامعه یا سازمان‌دهی برای رسیدن شدن به اهداف مشترک (بر اساس UNISDR). برنامه پاسخ فوریت (ERP) به‌تنهایی به‌عنوان برنامه توسعه ظرفیت در نظر گرفته نمی‌شود.

* این برنامه‌ها ممکن است شامل برنامه کاهش خطر بلایا، برنامه آمادگی فوریت و یا غیره باشد.

* تأکید این سؤال بر برنامه‌های بین بخشی است، طوری که به سؤال بایستی با دیدگاه چند بخشی پاسخ داده شود. سؤالاتی که به‌طور خاص به حوزه سلامت مربوط است را می‌توان بعداً در این پایش پاسخ داد.

۶- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" است، توضیح دهید.

۳-۱. هماهنگی

سازوکارهای هماهنگی چند بخشی در مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

۷- آیا کشور، کمیته‌ای برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در سطح وزیر دارد؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

بلی

خیر

نمی‌دانم

توجه: این سؤال به کمیته‌ای متشکل از وزرای دولت اشاره دارد.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر پاسخ شما به سؤال فوق، "بلی" است، به سؤال ۸ و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال ۹ پاسخ دهید.

۸- آیا وزیر بهداشت عضوی از این کمیته است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم

۹- برای مدیریت کاهش خطر بلایا / فوریت‌ها، کمیته (کمیته‌هایی) دیگری بجز کمیته‌ای که در سطح وزیر باشد، در کشور وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی، تکمیل شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد

* کمیته مدیریت خطر ممکن است شامل: کمیته هماهنگی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها، شورای هماهنگی یا شورای عالی مدیریت بلایا باشد.
 *لطفاً توجه داشته باشید: اگر پاسخ شما در سطح ملی (فقط) "بلی" است به سؤال ۱۰ و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال ۱۱ پاسخ دهید.

۱۰- آیا حوزه سلامت در کمیته ملی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها دیده شده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی، در سطح ارشد وزارت بهداشت
 بلی، توسط رئیس واحد هماهنگ کننده مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در وزارت بهداشت
 بلی، توسط سایر کارکنان سلامت در وزارت بهداشت
 بلی، توسط سازمان دیگر مرتبط با سلامت
 بلی، توسط وزارتخانه دیگر یا سازمان غیرمرتبط با سلامت
 خیر
 نمی‌دانم

۱۱- آیا کشور برنامه ملی یا کمیته‌ای که به طور ویژه بر کاهش خطر بلایا تمرکز داشته باشد، دارد؟ لطفاً یکی از موارد زیر را پاسخ دهید.

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم

* برای این سؤال پاسخ "بلی" دهید اگر، کمیته ملی یا برنامه‌ای برای کاهش خطر بلایا، جدا از سایر کمیته‌های ملی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت وجود داشته باشد.
 لطفاً توجه داشته باشید: اگر پاسخ شما به سؤال فوق بلی است، به سؤال ۱۲ و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال ۱۳ پاسخ دهید.

۱۲- آیا بخش سلامت کمیته/ برنامه‌ای برای کاهش خطر بلایا ارائه داده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی، در سطح ارشد وزارت بهداشت
 بلی، توسط رئیس مرکز هماهنگ کننده مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در وزارت بهداشت
 بلی، توسط سایر کارکنان سلامت در وزارت بهداشت
 بلی، توسط سازمان دیگر مرتبط با سلامت

- بلی، توسط وزارتخانه یا سازمان غیر مرتبط با سلامت دیگر
 خیر
 نمی‌دانم

۱۳- آیا پروسیجورهایی برای درخواست و دریافت کمک‌های بین‌المللی برای پاسخ به بلا یا / فوریت‌ها وجود دارند؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم

۱۴- آیا مرکز ملی هدایت عملیات فوریت برای هماهنگ کردن پاسخ ملی به بلا یا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم

۱۵- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" است، توضیح دهید.

.....

۴-۱. برنامه‌ریزی - پاسخ به بلا یا / فوریت‌ها و بازیابی

پاسخ چند بخشی به بلا یا / فوریت‌ها و برنامه بازیابی

۱۶- آیا برنامه‌ای چندبخشی برای پاسخ به بلا یا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بله، تکمیل شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد

* در این سند، برنامه پاسخ بلا یا / فوریت‌ها عبارت است از یک برنامه یا چهارچوبی برای هماهنگی کمک‌ها یا مداخلات حین یا بلافاصله بعد از یک بلا، یا فوریت. در بعضی از مخاطرات و سناریوهای خاص ممکن است اصطلاح "برنامه اقتضایی" مورد استفاده قرار گیرد. برنامه مذکور قوانین مورد انتظار گروه‌های مختلف را در پاسخ به فوریت مورد توجه قرار می‌دهد. برنامه‌های پاسخ متمایز از برنامه‌های توسعه و ارتقای ظرفیت هستند.

* لطفاً توجه کنید: اگر پاسخ شما در سطوح ملی یا استانی "بلی" است، به سؤال‌های ۱۷-۱۸ پاسخ دهید. برای پاسخ‌های دیگر به سؤال ۱۹ پاسخ دهید.

۱۷- آیا برنامه چندبخشی پاسخ به بلا یا / فوریت‌ها شامل نقش حوزه سلامت می‌شود؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب را انتخاب کنید:

بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد

۱۸- آخرین تمرین برای آزمون برنامه‌های پاسخ بلایا / فوریت‌ها چه زمانی بوده است؟ لطفاً انتخاب کنید که در هر سطح چند تا از این تمرین‌ها انجام شده است؟

کمتر از یک سال پیش	از ۱ تا ۲ سال پیش	بیش از دو سال پیش	در دست بررسی است، کامل نشده است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
						در سطح ملی
						در سطح استانی

۱۹- آیا برنامه‌های بازیابی چند بخشی در بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بلی، کامل شده	در دست بررسی است، کامل نشده است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
				در سطح ملی
				در سطح استانی

۲۰- آیا برنامه بازیابی شامل نقش حوزه سلامت می‌شود؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بلی، کامل شده	در دست بررسی است، کامل نشده است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
				در سطح ملی
				در سطح استانی

۲۱- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" است، توضیح دهید.

۵-۱. مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

۲۲- آخرین ارزیابی ملی چند بخشی خطر بلایا / فوریت‌ها، با رویکرد چند مخاطره‌ای چه زمانی انجام شده است؟ لطفاً تنها فقط یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- کمتر، مساوی دو سال
- کمتر از ۵-۲ سال
- کمتر از ۵ سال
- در دست بررسی است
- هرگز
- نمی‌دانم

* ارزیابی خطر از یک متدولوژی برای تعیین ماهیت و وسعت خطر در با نظر گرفتن تحلیل مخاطرات بالقوه و شرایط فعلی آسیب‌پذیری، استفاده می‌کند.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر ارزیابی خطر انجام شده است به سؤال ۲۳ بروید وگرنه به سؤال شماره ۲۴ بروید.

۲۳- آیا ارزیابی خطر چندبخشی ملی، شامل نقشه‌هایی از مخاطرات زیر می‌شود؟ لطفاً برای هر مخاطره پاسخ مناسب دهید.

مخاطرات زمین‌شناختی	بلی	خیر	نمی‌دانم
مخاطرات آب‌شناختی			
مخاطرات هواشناختی			
مخاطرات اقلیم‌شناختی			
مخاطرات زیست‌شناختی (مانند اپیدمی‌ها)			
مخاطرات انسان‌ساخت (فناورزاد)			
مخاطرات اجتماعی (مانند ناآرامی‌های اجتماعی، تروریسم)			

* **مخاطره:** عبارت است از یک پدیده خطرناک، فعالیت بشری و یا شرایطی که می‌تواند به طور بالقوه باعث ایجاد مرگ، جراحت و یا اثرات دیگر بر روی سلامت، خسارت به محیط، از دست دادن معیشت و خدمات، آشفتنی اجتماعی و اقتصادی و یا آسیب محیطی شود.

❖ **مخاطرات طبیعی**

زمین‌شناختی مانند: زلزله، سونامی، فعالیت‌های آتش‌فشانی، سقوط صخره، فرونشست زمین‌آب‌شناختی مانند: سیل معمولی، سیل برق‌آسا، سیل ساحلی و بهمن
هواشناختی مانند: طوفان، سیکلون، گردباد

مخاطرات اقلیم‌شناختی مانند: خشک‌سالی، موج گرما و سرما، شرایط زمستانی سخت، آتش‌سوزی حیات‌وحش، آتش‌سوزی جنگل، آتش‌سوزی زمین
مخاطرات زیست‌شناختی مانند: همه‌گیری‌ها، پاندمی‌ها، بیماری‌های نوپدید، بیماری‌های منتقله از آب و غذا، حمله آفت

❖ **مخاطرات انسان‌ساخت**

مخاطرات فناورزاد مانند: مخاطرات صنعتی، حمل‌ونقل، آلودگی آب و غذا، تخریب ساختمان‌ها، آتش‌سوزی در سازه، آلودگی هوا، قطعی برق
مخاطرات اجتماعی مانند: بحران‌های اجتماعی، خشونت‌های نظامی، تروریسم، بحران‌های مالی، سلاح‌های کشتار جمعی، ناآرامی‌های مدنی

۲۴- آیا کشور سامانه جمع‌آوری داده‌ها در سطح ملی دارد؟ لطفاً برای هر آیت‌م پاسخ مناسب بدهید

تعداد حوادث	بلی	خیر	نمی‌دانم
تعداد افراد تحت تأثیر			
تعداد کشته‌ها			
تعداد زخمی‌ها			
تعداد افراد معلول در اثر حادثه			
تعداد افراد بیمار در اثر یک همه‌گیری			
زیان‌های اقتصادی			

۲۵- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" است، توضیح دهید.

قسمت دوم: مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت

۲-۱. قوانین و خط‌مشی‌ها

۲۶- آیا در حوزه سلامت قوانینی برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها وجود دارد که رویکرد چند مخاطره‌ای داشته باشد؟ لطفاً پاسخ مناسب را برای هر سطح انتخاب کنید.

بله، کامل شده	در دست بررسی است، کامل نشده است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

۱- قوانین: شامل یک قانون، گروهی از قوانین و ابزارهای قانونی دیگر

قوانین سلامت ممکن است شامل قوانین مرتبط با مدیریت سلامت در فوریت، فوریت‌های سلامت، پاسخ‌های حوزه سلامت در فوریت و غیره باشد.

۲۷- آیا وزارت بهداشت و یا سازمان‌های دیگر مرتبط با سلامت، خط‌مشی(های) دولتی برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت دارند؟ لطفاً برای هر سطح، پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بله، کامل شده	در دست بررسی است، کامل نشده است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

* خط‌مشی‌ها: عبارت است از یک توافق یا اجماع، یک طیفی از موضوعات، اهداف و یا مقاصدی که باید به آن‌ها رسیدگی شود. خط‌مشی‌ها یک مجموعه وسیعی از فعالیت‌ها یا اظهارات راهنما هستند که برای نائل شدن به اهداف توسط دولت پذیرفته شده‌اند. خط‌مشی‌ها ممکن است شامل خلاصه‌ای از اولویت‌ها و نقش‌های مورد انتظار گروه‌های مختلف باشد و موجب ایجاد آگاهی و اجماع در افراد شود (WHO)

۲۸- آیا در خط‌مشی ملی مدیریت خطر بلایا/ فوریت‌ها در حوزه سلامت، به جنبه‌های زیر پرداخته می‌شود؟

بله	خیر، خط‌مشی سلامت که این جوانب را پوشش دهد وجود ندارد	نمی‌دانم

* پیشگیری: شامل فعالیت‌هایی است که برای اجتناب از اثرات ناگوار مخاطرات انجام می‌شود و روشی برای کاهش بلایای مرتبط می‌باشد. اقدامات شامل محافظت از بیمارستان‌ها و سایر زیرساخت‌های سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و برنامه‌های هشدار دهنده بلایا می‌باشد.

* کاهش اثرات: عبارت است از کاهش و یا محدود کردن اثرات ناگوار مخاطرات و بلایا (UNISDR).

* آمادگی: شامل دانش و ظرفیت‌های توسعه داده شده توسط دولت‌ها، سازمان‌های پاسخ و بازیابی، جوامع و افراد برای پیش‌بینی مؤثر، پاسخ به، بازیابی از، اثرات احتمالی، وقایع و یا شرایط فعلی مخاطره (UNISDR) است.

آمادگی شامل اقداماتی چون: بررسی خطر، هشدار سریع، برنامه پاسخ و بازیابی در بلایا / فوریت‌ها، تمرین، ذخیره‌سازی و توزیع تدارکات و آموزش ویژه برای پاسخ و بازیابی در بلایا / فوریت‌ها است.

۳۲- آیا مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت در خط‌مشی‌ها، راهبردها و برنامه‌های ملی سلامت دیده شده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

- بلی، مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها یک برنامه رسمی است
- بلی، مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها دیده شده اما نه به عنوان یک برنامه رسمی
- خیر
- نمی‌دانم
- قابلیت اجرایی ندارد

۳۳- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" است، توضیح دهید.

۲-۲. افزایش ظرفیت

راهبردها و برنامه‌های افزایش ظرفیت مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

۳۴- آخرین بار، چه زمانی یک ارزیابی ملی از ظرفیت‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت انجام شده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- ≤ 2 سال
- بین ۲ تا ۵ سال
- کمتر از ۵ سال
- در دست بررسی است
- هرگز انجام نشده
- نمی‌دانم

* ظرفیت: شامل مجموعه‌ای از تمام نقاط قوت و منابع در دسترس یک سازمان، اجتماع و یا جامعه است که از آن برای رسیدن به اهداف موردتوافق استفاده می‌شود. ظرفیت ممکن است شامل، زیرساخت‌ها و تجهیزات فیزیکی، نهادها، توانایی در تطابق اجتماعی، دانش بشری، مهارت‌ها و مجموعه‌ای از ویژگی‌های دیگر مانند تعاملات اجتماعی، رهبری و مدیریت باشد.

۳۵- آیا در کشور "برنامه عملیاتی جامع افزایش ظرفیت" برای ارتقاء ظرفیت مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی، کامل شده	در دست بررسی است، کامل نشده است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

* برنامه‌های افزایش ظرفیت: شامل برنامه‌هایی برای ارتقاء سامانه‌ها، عملکردها و منابع در دسترس سازمان، جامعه و اجتماع برای رسیدن به اهداف موردنظر (مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت) است. این برنامه‌ها ممکن است شامل برنامه آمادگی حوزه سلامت در فوریت و مؤلفه‌های برنامه کاهش خطر در این حوزه باشد. توجه داشته باشید که برنامه پاسخ فوریت، به‌تنهایی به‌عنوان برنامه افزایش ظرفیت نیست.

۳۶- آیا برای فازهای ذکرشده در زیر، برنامه‌های افزایش ظرفیت حوزه سلامت که باعث ارتقاء ظرفیت کشور در مدیریت خطرات سلامت در بلایا / فوریت‌ها شود، وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

نمی‌دانم	خیر	بلی	
			پیشگیری / کاهش اثر
			آمادگی
			پاسخ
			بازیابی

۳۷- آیا فعالیت‌هایی باهدف ارتقاء ظرفیت کشور برای عملکردهای زیر وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

نمی‌دانم	خیر	در دست بررسی	بلی	
				خطمشی‌ها و قانون‌گذاری
				بودجه
				مدیریت نیروی انسانی
				پایش، ارزیابی و کنترل
				مدیریت مصدومان زیاد
				هماهنگی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در وزارت بهداشت
				هماهنگی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در سازمان‌ها و وزارتخانه‌های دیگر
				گروه‌های پزشکی بلایا / فوریت‌ها
				مدیریت اطلاعات
				ارزیابی خطر
				هشدار سریع و نظارت
				ارتباطات عمومی
				دستورالعمل‌های فنی
				تحقیقات
				پشتیبانی / تدارکات
				بیمارستان، تسهیلات و زیرساخت‌های سلامت
				بهداشت و خدمات مرتبط
				برنامه‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در سطح جامعه

- * سامانه مدیریت مصدومان زیاد: عبارت است از یک مجموعه منسجمی از برنامه‌ها، روش‌ها و خط‌مشی‌ها که برای مدیریت جمعیت مورد انتظار بیماران در حوادث پر تلفات، به ظرفیت‌های پایه الحاق می‌شوند.
- * سامانه هشدار سریع: سامانه هشدار سریع سامانه‌ای است که اطلاعات مخاطرات (مانند مخاطرات طبیعی یا بیماری‌هایی با استعداد همه‌گیری) را باهدف اعمال مداخله و اتخاذ راهبردهای سریع برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها، جمع‌آوری می‌کند.
- * سامانه مراقبت: عبارت است از جمع‌آوری، آنالیز و تفسیر سامانه‌ای مداوم اطلاعات سلامت که موردنیاز در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی عملکردهای سلامت عمومی است.
- * تدارکات: عبارت است از سامانه پیش‌بینی، تهیه، ذخیره‌سازی، حمل و توزیع منابع، افراد و تسهیلات برای پشتیبانی از عملیات.

۳۸- آیا فعالیت‌هایی باهدف ارتقاء ظرفیت کشور در مدیریت خطرات بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت برای خدمات سلامت زیر وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

نمی‌دانم	خیر	در دست بررسی	بلی	
				خدمات آمبولانس / پیش‌بیمارستانی
				خدمات مراقبت‌های اولیه
				پیشگیری از جراحی (مانند ایمنی در جاده، کار و خانه)
				خدمات مراقبت از تروما
				پیشگیری، کنترل و مراقبت از بیماری‌های واگیر
				سلامت روان و حمایت روانی
				خدمات سلامت جنسی و تولیدمثل
				خدمات سلامت کودکان
				خدمات بیماری‌های غیر واگیر
				خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی
				خدمات مربوط به انتقال خون
				خدمات باز توانی
				آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها
				برنامه‌های واکسیناسیون
				مدیریت فوتی‌ها و مفقودشده‌ها (مدیریت مرگ‌ومیر)
				خدمات بهداشت محیط
				خدمات تغذیه و مواد غذایی
				اقدامات اجتماعی (برای مثال قرنطینه)
				ایمنی مواد شیمیایی
				ایمنی مواد رادیولوژیکی
				ایمنی مواد غذایی

۳۹- آیا برنامه عملیاتی یا فعالیتی برای رسیدگی به خطرات خاص و نیازهای مرتبط با بلایا / فوریت‌ها در زیرگروه‌های جمعیتی زیر وجود دارد؟

بلی	در دست بررسی	خیر	نمی‌دانم

۴۰- آیا ارتباطی بین برنامه‌های ملی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت و برنامه‌های سازگاری با تغییرات آب و هوایی وجود دارد؟ لطفاً تنها یکی از گزینه‌های زیر را انتخاب کنید.

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم
 قابل اجرایی نیست

۴۱- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما " نمی‌دانم " و یا " قابل اجرا نیست " است، توضیح دهید.

.....

.....

۲-۳. مدیریت منابع

مدیریت نیروی انسانی و مالی

۴۲- آیا کارکنان شاغل در سامانه بهداشت و درمان در طی ۱۲ ماه گذشته در دوره‌های آموزشی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها شرکت داشته‌اند؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

دوره‌های آموزشی ممکن است توسط حوزه سلامت و یا بخش‌های دیگر برگزار شود.

۴۳- چند تا از دانشگاه‌های کشور در رشته‌های زیر به موضوع مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها می‌پردازند؟

همه دانشگاه‌ها	بعضی از آن‌ها	هیچ‌کدام	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
بهداشت عمومی				
پرستاری				
پزشکی				

* تمرکز این سؤال بر مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها شامل: مدیریت مصدومان زیاد است. نباید فقط مهارت‌های بالینی در طب اورژانس و یا پرستاری اورژانس در نظر گرفته شود.

۴۴- آیا بودجه سالانه و یا دوسالانه منظمی (در وزارت بهداشت یا سازمان مسئول) برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت اختصاص می‌یابد؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید.

سطح ملی	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح استانی				

لطفاً توجه کنید: اگر پاسخ شما برای سطح ملی (فقط) "بلی" است به سؤال شماره ۴۵ پاسخ دهید و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال ۴۶ پاسخ دهید.

۴۵- آیا بودجه ملی شامل بودجه توسعه ظرفیت برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت می‌شود؟ لطفاً تنها به یکی از موارد زیر پاسخ دهید:

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم

۴۶- آیا بودجه‌ای که بتواند به سرعت برای پاسخ حوزه سلامت به بلایا / فوریت‌ها تخصیص داده شود، وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید:

سطح ملی	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح استانی				

بودجه موردنظر می‌تواند از طریق سازمان مدیریت بحران و یا وزارت بهداشت تخصیص داده شود.

۴۷- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" است، توضیح دهید.

۴-۲. هماهنگی

سازوکارهای هماهنگی برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

۴۸- آیا کشور دارای کمیته هماهنگ کننده حوزه سلامت در مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها است؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید.

سطح ملی	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح استانی				
در سطح محلی				

۵۱- آیا بخش‌ها و سازمان‌های زیر در کمیته هماهنگ کننده ملی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت، دیده شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب بدهید.

قابلیت اجرایی ندارد	نمی‌دانم	خیر	بلی	
				وزارت بهداشت
				دانشگاه علوم پزشکی
				شبکه بهداشت و درمان
				سازمان‌های سلامت غیر از وزارت بهداشت
				سازمان‌های مدیریت فوریت (مانند آتش‌نشانی، نیروی انتظامی)
				بخش‌های امنیتی/ نظامی/ دفاعی
				سایر وزارتخانه‌ها
				سازمان‌های جامعه مدنی / غیردولتی (NGOs/CSOs)
				حوزه آموزش / دانشگاه‌ها
				بخش خصوصی
				سازمان‌های بین‌المللی

۵۲- چه کسی ریاست کمیته هماهنگ کننده ملی سلامت را در مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها به عهده دارد؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

- وزیر بهداشت
 مقام ارشد وزارت بهداشت
 رئیس واحد هماهنگی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها
 سایر کارکنان بخش بهداشت و درمان
 وزارتخانه دیگر و یا سازمان غیر سلامت
 نمی‌دانم

* کمیته‌های هماهنگی حوزه سلامت ممکن است شامل کمیته‌های مدیریت فوریت در سلامت، شوراهای سلامت در بلایا و غیره باشد.

۵۳- مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها چگونه در وزارت بهداشت و یا سازمان‌های سلامت مسئول دیگر در این زمینه، نهادینه شده است؟

- دفتر/ واحد هماهنگ کننده به‌طور رسمی ایجاد شده و با کارکنان تمام‌وقت و بودجه کامل فعالیت می‌کند
 دفتر/ واحد هماهنگ کننده به‌طور رسمی در داخل یک چارت سازمانی ایجاد شده اما کارکنان تمام وقت و یا منابع مورد نیاز برای فعالیت را ندارد.
 دفتر/ واحد مسئول در موضوعات دیگر به موضوع مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در نظر گرفته شده است.
 یک فرد، کمیته موقت و یا فرد مسئول برای موضوع در نظر گرفته شده است.
 به موضوع پرداخته نشده و در دست بررسی است.
 نمی‌دانم.

۵۴- آیا یک مرکز عملیات فعال ملی بلایا / فوریت‌ها برای هماهنگ کردن حوزه سلامت در پاسخ به بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی، در وزارت بهداشت
 بلی، در سازمان‌های سلامت دیگر
 بلی، در سایر وزارتخانه‌ها
 خیر
 نمی‌دانم

۵۵- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما " نمی‌دانم " و یا " قابل اجرا نیست " است، توضیح دهید.

۴-۲. برنامه‌ریزی - پاسخ و بازیابی حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها

پاسخ سلامت و برنامه‌ریزی برای بازیابی و هماهنگی در بلایا / فوریت‌ها

۵۶- آیا یک برنامه تمام مخاطراتی پاسخ به بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطح، پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

بلای، اتمام یافته	در دست بررسی است، کامل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

* برنامه پاسخ سلامت در بلایا / فوریت‌ها: منظور، برنامه‌ریزی برای هماهنگی کمک‌ها و مداخلات حوزه سلامت در طول و یا بلافاصله پس از یک بلا، یا فوریت عظیم می‌باشد. برای مخاطرات و سناریوهای خاص، اصطلاح، "برنامه اقتضایی" مورد استفاده قرار می‌گیرد. برنامه اقتضایی وظایف مورد انتظار گروه‌های مختلف را در پاسخ حوزه سلامت به بلایا / فوریت‌ها مشخص می‌کند. برنامه‌های پاسخ از برنامه‌های توسعه ظرفیت مجزا می‌باشد.

لطفاً توجه کنید: اگر پاسخ شما به سؤال ۵۶ در سطح ملی " بلی " است، سؤالات ۶۴-۵۶ را ملاحظه نمایید، برای پاسخ‌های دیگر ابتدا به سؤال ۵۷ پاسخ دهید و سپس از سؤال ۶۵ ادامه دهید.

۵۷- چند درصد از استان‌های کشور برنامه پاسخ سلامت در بلایا / فوریت‌های تأییدشده دارند؟ لطفاً پاسخ (های) خود را در اینجا بنویسید:

تعداد استان‌هایی که برنامه پاسخ سلامت در بلایا / فوریت‌های تأیید شده دارند:

تعداد کلی قطب‌ها:

توجه: اگر کشور سطح استانی نداشت، در هر دو قسمت عدد ۰ بگذارید.

۵۸- تاریخ آخرین به‌روزرسانی برنامه ملی پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها چه زمانی بوده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- کمتر/ مساوی ۲ سال
 بین ۲ تا ۵ سال
 بیش از ۵ سال
 نمی‌دانم

۵۹- آیا برنامه ملی پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها بر اساس ارزیابی خطر/نقشه‌های خطر می‌باشد؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

- بلی
 در دست اقدام است، هنوز کامل نشده است
 خیر
 نمی‌دانم

۶۰- آیا در برنامه ملی پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها، به مخاطرات/منابع خطر زیر پرداخته شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

نمی‌دانم	خیر	بلی	
			مخاطرات زمین‌شناختی
			مخاطرات آب و هواشناختی
			مخاطرات زیستی
			مخاطرات فناوری‌زاد
			مخاطرات اجتماعی (مانند تروریسم، ناآرامی‌های اجتماعی)

۶۱- آیا در برنامه ملی پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها، به خدمات و عملکردهای زیر پرداخته شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

نمی‌دانم	خیر	در دست بررسی	بلی	
				هماهنگی عملیات پاسخ حوزه سلامت به بلایا / فوریت‌ها
				مدیریت مصدومان زیاد
				گروه‌های پزشکی بلایا / فوریت‌ها
				بودجه
				ارزیابی خطر
				هشدار سریع و نظارت
				ارتباطات عمومی
				مدیریت اطلاعات
				پشتیبانی / تدارکات
				بیمارستان، تسهیلات و زیرساخت‌های سلامت
				بهداشت و خدمات مرتبط

۶۲- آیا برنامه ملی پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها، طی ۵ ساله گذشته در بلایا / فوریت‌های بزرگ فعال شده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی، همیشه
 بلی، گاهی اوقات
 خیر
 نمی‌دانم
 قابلیت اجرایی ندارد

۶۳- آیا نهادها و سازمان‌های زیر نقشی در برنامه ملی پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها دارند؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
			وزارت بهداشت
			دانشگاه علوم پزشکی
			شبکه بهداشت و درمان
			سازمان‌های سلامت غیر از وزارت بهداشت
			سازمان‌های مدیریت فوریت (مانند آتش‌نشانی، پلیس، نیروی انتظامی)
			بخش امنیت/نظامی/دفاعی
			سایر وزارتخانه‌ها
			سازمان‌های جامعه مدنی / غیردولتی (NGOs/CSOs)
			حوزه آموزش / دانشگاه‌ها
			بخش خصوصی
			سازمان‌های بین‌المللی

۶۴- آیا برای ارزیابی برنامه‌های پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها تمرینات منظمی وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی، کمتر در سال	بلی، یک‌بار در کمتر از ۱ تا ۲ سال	بلی، یک‌بار در بیش از ۲ سال	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
						سطح ملی
						سطح استانی

* ترین: مانند شبیه‌سازی، مانور دورمیزی، مانور در فیلد

۶۵- آیا برنامه بازیابی بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید.

قابلیت اجرایی ندارد	نمی‌دانم	خیر	در دست اقدام است، تکمیل نشده	بلی، تکمیل شده	
					سطح ملی
					سطح استانی

۶۶ طفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" می‌باشد، توضیح دهید.

۵-۲. مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

ارزیابی خطر، هشدار سریع و ارتباطات

۶۷- آخرین ارزیابی خطر حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها با رویکرد تمام مخاطراتی در چه زمانی بوده است؟

- کمتر مساوی ۲ سال
 کمتر از ۲ تا ۵ سال
 بیشتر از ۵ سال
 در حال توسعه، کامل نشده
 هرگز
 نمی‌دانم

* این سؤال مربوط است به ارزیابی‌های خطر سلامت در بلایا / فوریت‌ها که توسط حوزه سلامت انجام شده و یا به‌عنوان بخشی از ارزیابی چندبخشی خطر فوریت در حوزه سلامت می‌باشد. ارزیابی خطر از یک روش‌شناسی (متدولوژی) برای تعیین ماهیت و گستره خطر با استفاده از تحلیل مخاطرات احتمالی و ویژگی‌های آسیب‌پذیری موجود می‌باشد. توجه کنید: اگر ارزیابی خطر انجام شده است، به سؤال ۶۸ پاسخ دهید و اگر انجام نشده است به سؤال ۶۹ پاسخ دهید.

۶۸- آیا ارزیابی خطر حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها برای توسعه موارد زیر استفاده شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	خیر	نمی‌دانم	
			خط‌مشی‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت
			برنامه‌های توسعه ظرفیت مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت
			برنامه‌های پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها
			برنامه‌های بازیابی حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها

۶۹- آیا حوزه سلامت برای مخاطرات زیر برنامه هشدار سریع دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	خیر	نمی دانم	قابلیت اجرایی ندارد
			سیل ها، طوفان ها، گردبادها
			سونامی ها
			خشک سالی ها، ناامنی های غذایی
			مخاطرات بیولوژیک (مانند اپیدمی ها)
			مخاطرات شیمیایی

۷۰- آیا حوزه سلامت برنامه هشدار سریع را برای مخاطرات بیولوژیک مانند اپیدمی ها گسترش داده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	خیر	نمی دانم	قابلیت اجرایی ندارد
			در حوزه سلامت
			در دیگر حوزه ها
			سازمان مدیریت بحران

۷۱- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی دانم" و یا "قابل اجرا نیست" می باشد، توضیح دهید.

.....

۶-۲. تدارکات و زیرساخت های سلامت

تدارکات و تسهیلات سلامت ایمن و آماده

۷۲- آیا سامانه پشتیبانی و تدارکات برای حمایت از پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی دانم	قابلیت اجرایی ندارد
				سطح ملی
				سطح استانی

۷۳- آیا خط‌مشی و یا برنامه‌ای برای ایمن‌سازی بیمارستان‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی، تکمیل شده	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

* ایمن‌سازی بیمارستان‌ها عبارت است از انجام یکسری فعالیت‌ها و اقدامات باهدف اطمینان پیدا کردن از ایمنی بیمارستان‌ها و دیگر تسهیلات سلامت در برابر مخاطرات محلی و آماده کردن آن‌ها در پاسخ به بلایا / فوریت‌ها می‌باشد.

۷۴- آیا در ارتباط با ایمن‌سازی فعالیت‌های زیر اجرا می‌شود؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی، تکمیل شده	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

۷۵- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما "نمی‌دانم" و یا "قابل اجرا نیست" هست، توضیح دهید.

.....

۲-۷. سلامت و خدمات مربوط به آن

۷۶- آیا در کشور خدمات اورژانس پیش بیمارستانی وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

* لطفاً توجه کنید: به سؤال ۷۷ تنها زمانی که کشور دارای برنامه ملی پاسخ به بلایا / فوریت‌ها با رویکرد چند مخاطره‌ای داشته باشد، پاسخ دهید.

۷۷- آیا در برنامه ملی پاسخ حوزه سلامت در بلایا / فوریت‌ها، به خدمات سلامت زیر پرداخته شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

نمی‌دانم	خیر	بلی	
			خدمات آمبولانس / پیش بیمارستانی
			خدمات مراقبت‌های اولیه
			خدمات مراقبت از تروما
			پیشگیری، کنترل و مراقبت از بیماری‌های واگیر
			بهداشت روان و حمایت روانی
			خدمات سلامت جنسی و سامانه تولیدمثل
			خدمات سلامت کودکان
			خدمات بیماری‌های غیر واگیر
			خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی
			خدمات مربوط به انتقال خون
			خدمات توانبخشی
			آموزش بهداشت و ارتقای سلامت برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها
			برنامه‌های واکسیناسیون
			مدیریت فوتی‌ها و مفقودین (مدیریت اجساد)
			خدمات بهداشت محیط
			خدمات تغذیه و مواد غذایی
			اقدامات اجتماعی (برای مثال قرنطینه)
			ایمنی مواد شیمیایی
			ایمنی مواد پرتوزا
			ایمنی مواد غذایی
			برنامه‌های بهداشت جامعه

۷۸- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما " نمی‌دانم " و یا " قابل اجرا نیست " هست، توضیح دهید.

.....

۸-۲. ظرفیت‌های مربوط به جامعه

ظرفیت‌های جامعه برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت

۷۹- آیا برنامه‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌های فعالی در حوزه سلامت برای حیطة‌های زیر، در سطح محلی و یا در سطح جامعه وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلای	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
ارزیابی خطر جامعه برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه سلامت				
افزایش آگاهی جامعه و فعالیت‌های آموزشی برای کاهش خطرات فوریت در سطح فردی و خانوادگی				
آموزش کارکنان حوزه سلامت برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در سطح جامعه				
برنامه‌های کمک‌های اولیه				
فعالیت‌های ارتقای ایمنی و آمادگی مراکز / واحدهای حوزه سلامت				

۸۰- لطفاً هرگونه نظری در ارتباط با بخش فوق دارید ارائه دهید. لطفاً اگر برای هر سؤال پاسخ شما " نمی‌دانم " و یا " قابل اجرا نیست " می‌باشد، توضیح دهید.

.....

لطفاً پاسخ‌های خود را ثبت کنید و اگر نظر دیگری در این زمینه دارید بیان فرمایید.

1. Alinia, S., Khankeh,HR., et al., Barriers of Pre-Hospital Services in Road Traffic Injuries in Tehran: The Viewpoint of Service Providers. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2015. 3(4): p. 272-282.
2. Ostadtaghizadeh, A., Khankeh,HR.,et al., Community Disaster Resilience: a Systematic Review on Assessment Models and Tools. *PLoS Currents*. 7.
3. Nakhaei, M.,Khankeh,HR., et al., Impact of disaster on women in Iran and implication for emergency nurses volunteering to provide urgent humanitarian aid relief: A qualitative study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2015.
4. Khankeh, H.R., O26: SOS System, National Initiation to Improve Emergency Services: Problem Solving in Iran. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2015. 2(4): p. 26-2
5. JAFARI, V.N., Khankeh,HR.,et al., Competency and Cultural Similarity: Underlying Factors of an Effective Interprofessional Communication in the Emergency Ward: A Qualitative Study. 2014.
6. Aliakbari, F., Khankeh,HR.,et al., Iranian nurses' experience of essential technical competences in disaster response: A qualitative content analysis study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2014. 19(6): p. 585-92.
7. Alipour, F.,Khankeh.HR., et al., Challenges for Resuming Normal Life After Earthquake: A Qualitative Study on Rural Areas of Iran.
8. Varjoshani, N.J.,Khankeh,HR., et al., Tumultuous Atmosphere (Physical, Mental), the Main Barrier to Emergency Department Inter-Professional Communication. *Global Journal of Health Science*, 2014. 7(1): p. p144.
9. Khorasani-Zavareh, D.,Khankeh,HR., et al., Why should being visible on the road? A challenge to prevent road traffic injuries among pedestrians in Iran. *Journal of Injury and Violence Research*, 2014. 7(2).
10. Froutan, R., Khankeh,HR.,et al., Pre-hospital burn mission as a unique experience: A qualitative study. *Burns*, 2014.
11. Alipour,F.,Khankeh,HR., Fekrazad,H.,Kamali,M.,Rafiey,H, Social Capital and Post Disaster Recovery: Evidences from Rural Areas of Iran.*Journal of Applied Science and Agriculture*,2014. 9(6) May 2014, Pages: 2600-2605.
12. Sohrabizadeh, S., S. Tourani, and H.R. Khankeh, The Gender Analysis Tools Applied in Natural Disasters Management: A Systematic Literature Review. *PLoS Currents*, 2014. 6.
13. Ardalan, A., ..., Khankeh , H.R ,...et al., Hospitals Safety from Disasters in IR Iran: The Results from Assessment of 224 Hospitals. *PLoS Currents*, 2013. 6.
14. Khankeh , H.R et al., Life Recovery After Disasters: A Qualitative Study in the Iranian Context. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2013. 28(06): p. 573-579.
15. BAZREGAR, R.,Khankeh,HR., et al., THE EVALUATION OF APPLICATION OF COORDINATION BASED DISASTER RESPONSE MODEL IN RAJAYE HOSPITAL DISASTER PREPAREDNESS.*Journal of Nursing Research*,2013
16. Faraji, A.,..., Khankeh , H.R,... et al., Effect of simulated training course on preparedness of nurses to do pre-hospital triage. *Journal of Health Promotion Management*, 2013. 2(4): p. 24-29.
17. Maddah, S.S.B., et al., The Health-Oriented Lifestyle in Islamic Culture. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 2013. 1(4): p. 332-343.
18. Froutan, R., H.R. Khankeh, and F. Mohammadi, Concept analysis of pre-hospital care: a hybrid model. *Journal of Research & Health*, 2013. 3(3): p. 412-421.
19. Djalali, A., Kurland L. Khankeh , H.R et al., Hospital Disaster Preparedness as Measured by Functional Capacity: a Comparison between Iran and Sweden. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2013: p. 1-8.

20. Khankeh , H.R et al., Prehospital services by focus on road traffic accidents: Assessment developed and developing countries. *Journal of Health Promotion Management*, 2013. 2(2): p. 71-79.
21. Khankeh, H.R., et al., Triage effect on wait time of receiving treatment services and patients satisfaction in the emergency department: Example from Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2013. 18(1).
22. Khankeh, H., D. Khorasani-Zavareh, and G. Masoumi, Why the Prominent Improvement in Prehospital Medical Response in Iran Couldn't Decrease the Number of Death Related Road Traffic Injuries. *J Trauma Treat*, 2012. 1: p. e103.
23. SHAKERI, K., Fallahi, M. Khankeh , H.R, et al., EVALUATION OF CLINICAL SKILLS OF MEDICAL EMERGENCY PERSONNEL IN TEHRAN EMERGENCY CENTER CONFRONTING THE TRAUMA. *Journal of Health Promotion*, 2012
24. Niksalehi, S., Khankeh , H.R et al., Comparison the impact of home care services and Telephone Follow up on Rehospitalization and Mental condition of Schizophrenic patients. *Res J Biol Sci*, 2011. 6(9): p. 440-445.
25. Djalali, A., Castren, M. Khankeh , H.R, et al., Facilitators and obstacles in pre-hospital medical response to earthquakes: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2011. 19(1): p. 30.
26. Ardalan, A., Khankeh, HR., et al., A pilot study: Development of a local model to hospital disaster risk assessment. *Hospital*, 2011. 9(3, 4).
27. Ghanbari, V., Khankeh , H.R , et al., The Effect of a Disaster Nursing Education Program on Nurses' Preparedness for Responding to Probable Natural Disasters. *Iran Journal of Nursing*, 2011. 24(73): p. 72-80.
28. Haghparast-Bidgoli, H., Khankeh , H.R., et al., Exploring the provision of hospital trauma care for road traffic injury victims in Iran: a qualitative approach. *Journal of Injury and Violence Research*, 2011. 5(1).`
29. Khankeh, H.R., et al., Disaster Health-Related Challenges and Requirements: A Grounded Theory Study in Iran. *PREHOSPITAL AND DISASTER MEDICINE*, 2011. 1(1): p. 1-8.
30. Haghparast-Bidgoli, H., Khankeh, HR., et al., Barriers and facilitators to provide effective pre-hospital trauma care for road traffic injury victims in Iran: a grounded theory approach. *BMC Emergency Medicine*, 2010. 10(1): p. 20.
31. Ghafari, S., Khankeh, HR., et al., THE STUDY OF AFFILIATED HOSPITALS PREPAREDNESS TO UNIVERSITY OF WELFARE AND REHABILITATION SCIENCES FOR UNEXPECTED DISASTERS IN 2011. *JOURNAL OF RESCUE & RELIEF*; 2012; 4(3); 21-34.
32. Khorasani-Zavareh, D., Khankeh, HR., et al., The requirements and challenges in preventing of road traffic injury in Iran. A qualitative study. *BMC Public Health*, 2009. 9(1): p. 486.
33. Khorasani-Zavareh, D., Khankeh, HR., et al., Post-crash management of road traffic injury victims in Iran. Stakeholders' views on current barriers and potential facilitators. *BMC Emergency Medicine*, 2009. 9(1): p. 8.
34. Ardalan, A., Khankeh, HR., et al., Disaster Health Management: Iran's Progress and Challenges. *Iranian J Publ Health*, 2009. 38(1): p. 93-97.
35. Khankeh , H.R., M. Fallahi , and M. Ranjbar Health Management in Disasters with focusing on Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*, 2008. 9(2): p. 66-73.
36. Khankeh, H.R., et al., The Management of Healthcare Services at the Time of Natural Disasters: A Qualitative Study. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2007. 22(2): p. 149.
37. Khankeh , H.R., R. Mohammadi , and F. Ahmadi Health care services at time of natural disasters: A qualitative study. *Iran Journal of Nursing*, 2007. 20(51): p. 85-96.
38. Khankeh , H.R, R. Mohammadi, and F. Ahmadi, Barriers and Facilitators of Health Care Services at Natural Disasters in Iran. *Prehospital and disaster medicine*, 2007. 22(2): p. 82
39. Khankeh , H.R., R. Mohammadi , and F. Ahmadi Management of Health Care Services at Time of Natural Disasters *Journal of Rehabilitation*, 2006. 7(2): 49-56.