

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا

به انضمام

اصطلاح شناسی مدیریت خطر حوادث و بلایا (ویراست دوم)

تألیف

دکتر حمیدرضا خانکه و دکتر داود خراسانی زواره

با همکاری گروه نویسندگان به ترتیب حروف الفبا

دکتر شکوفه احمدی، دکتر علی اردلان، دکتر یوسف اکبری، دکتر محسن امینی زاده، دکتر سعیده بهرامپوری، دکتر مهدی بیرامی جم، دکتر لیلا داددوست، دکتر کتایون جهانگیری، مجتبی خالدي، دکتر وحید دلشاد، دکتر الهام قناعت پیشه، دکتر مریم رنجبر، دکتر ژولیت رودینی، دکتر احمد سلطانی، دکتر محمد سرور، دکتر الهام سیادت، دکتر سیمین تاج شریفی فر، دکتر حجت شیخ بردسیری، دکتر معصومه عباس آبادی، دکتر زهرا عباسی، دکتر بابک فرزین نیا، عطیه مبینی، دکتر غلامرضا معصومی، دکتر جعفر میعادفر، دکتر مریم نخعی، دکتر حسن نوری، دکتر علی نصیری، دکتر حسین یارمحمدیان، دکتر طاهره یعقوبی، دکتر شیوا یوسفیان

ویراستاران

دکتر معصومه عباس آبادی، دکتر داود خراسانی زواره

بهار ۱۴۰۱

سرشناسه	: خانکه، حمیدرضا، ۱۳۴۶ -
عنوان و نام پدیدآور	: ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا به انضمام اصطلاح‌شناسی مدیریت خطر حوادث و بلایا/تالیف حمیدرضا خانکه، داود خراسانی‌زواره؛ با همکاری گروه نویسندگان به ترتیب حروف الفبا شکوفه احمدی ... او دیگران؛ ویراستاران معصومه عباس‌آبادی، داود خراسانی‌زواره.
وضعیت ویراست	: ویراست ۳.
مشخصات نشر	: تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۲۵۶ ص: جدول (بخشی رنگی).
شابک	: 978-622-7984-03-3
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: با همکاری گروه نویسندگان به ترتیب حروف الفبا شکوفه احمدی، علی اردلان، یوسف اکبری، محسن امینی‌زاده، سعیده بهرامپوری، مهدی بیرامی‌جم، لیلا داددوست، کتابون جهانگیری، مجتبی خالدي، وحید دل‌شاد، الهام قناعت‌پیشه، مریم رنجبر، ژولیت رودبني، احمد سلطانی، محمد سرور، الهام سیادت، سیمین تاج شریفی‌فر، حجت شیخ‌بردسیری، معصومه عباس‌آبادی، زهرا عباسی، بابک فرزین‌نیا، عطیه مبینی، غلامرضا معصومی، جعفر میعادفر، مریم نخعی، حسن نوری، علی نصیری، حسین یارمحمدیان، طاهره یعقوبی، شیوا یوسفیان.
یادداشت	: چاپ دوم.
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۲۵۴ - ۲۵۶.
موضوع	: بیمارستان‌ها - ایران -- پیش‌بینی‌های ایمنی Hospitals -- Security measures -- Iran حوادث - ایران -- پیشگیری -- برنامه‌ریزی Accidents -- Iran -- Prevention -- Planning بیمارستان‌ها -- خدمات اورژانس - مدیریت Hospitals -- Emergency services -- Administration بیمارستان‌ها - ایران -- مدیریت ریسک Hospitals -- Risk management -- Iran مدیریت بحران - ایران -- برنامه‌ریزی Crisis management -- Planning -- Iran
شناسه افزوده	: خراسانی زواره، داود
شناسه افزوده	: احمدی، شکوفه، ۱۳۶۳ -
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
شناسه افزوده	: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences
رده بندی کنگره	: RA۹۷۱
رده بندی دیویی	: ۳۶۲/۱۱۰۶۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۸۸۸۵۷۲۷
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیپا



دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

نام کتاب: ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا به انضمام اصطلاح‌شناسی مدیریت خطر حوادث و بلایا (ویراست دوم)

مؤلف: دکتر حمیدرضا خانکه و همکاران

شابک: ۳-۰۳-۷۹۸۱۴-۶۲۲-۹۷۸

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

چاپ دوم: ۱۴۰۱

چاپ: ارشیا

ناشر: دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

نشانی: اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

تلفن و نمابر: ۷۱۷۳۲۸۲۷

با قدردانی از همکاری

- ویراستاران: دکتر معصومه عباس‌آبادی، دکتر داود خراسانی‌زواره
- 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

۵	..... مقدمه مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶	..... مقدمه معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۷	..... مقدمه رئیس سازمان اورژانس کشور
۸	..... مقدمه مؤلف
۱۰	..... راهنمای خوانندگان
۱۲	..... ابزار شماره یک: ابزار بررسی مخاطرات و تهدیدات
۲۳	..... ابزار شماره دو: ابزار بررسی ظرفیت اورژانس پیش بیمارستانی در پاسخ به حوادث و بلایا
۴۰	..... ابزار شماره سه: ابزار بررسی ظرفیت حوزه درمان در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه)
۵۹	..... ابزار شماره چهار: ابزار بررسی آسیب پذیری حوزه سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه)
۶۶	..... ابزار شماره پنج: ابزار بررسی آمادگی پاسخ بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در حوادث و بلایا
۷۸	..... ابزار شماره شش: ابزار بررسی آمادگی روانی بیمارستان در شرایط اضطراری
۸۱	..... ابزار شماره هفت: ابزار ارزیابی سریع حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا
۱۰۹	..... ابزار شماره هشت: دستورالعمل ملی سطح بندی حوادث و سوانح در نظام سلامت
۱۲۵	..... ابزار شماره نه: ابزار بررسی سریع ظرفیت ملی حوزه‌ی سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا
۱۵۰	..... ابزار شماره ده: ابزار تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا
۱۶۳	..... ابزار شماره یازده: ابزار جامع ارزشیابی تمرینهای حوزه سلامت در حوادث و بلایا
۱۷۳	..... ابزار شماره دوازده: ابزار جامع اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا

۱۸۳	ابزار شماره دوازده: ابزار ارزیابی آمادگی بیمارستانی در حوادث بیولوژیک
۱۹۶	ابزار شماره چهارده: ابزار ملی ارزیابی آمادگی اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث و بلایا
۲۰۵	ابزار شماره پانزده: ابزار سنجش کارکرد هماهنگی درون بخشی نظام سلامت در حوادث و بلایا
۲۱۲	ابزار شماره شانزده: ابزار ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها کشور در پاسخ به اپیدمی کووید ۱۹
۲۲۷	اصطلاح‌شناسی مدیریت خطر حوادث و بلایا
۲۵۳	منابع

مقدمه مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ایران ما، در طول تاریخ به علل گوناگون و شرایط ویژه جغرافیایی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی، علاوه بر حوادث ناشی از عوامل انسانی، با حوادث و سوانح متعددی مواجه بوده است، به طوری که همواره بیش از ۹۰ درصد جمعیت آن در معرض خطرات ناشی از زلزله، سیل و خشک سالی قرار دارند. گسترش کووید-۱۹ در سراسر دنیا و در ایران اسلامی معرف نیاز به توجه ویژه به حوزه مدیریت خطر حوادث و سوانح و تلاش به منظور کسب آمادگی بیشتر و ارزیابی تاب آوری نظام سلامت با استفاده از ابزارهای معتبر سازگار با شرایط خاص کشور دارد.

در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری و تأکید ایشان بر پیش‌گیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه، نظام سلامت در تلاش است تا از آمادگی لازم برای پاسخ مناسب و مؤثر به عوارض بلایا و فوریت‌ها برخوردار باشد. این امر به‌عنوان یکی از ضروریات تحقق اهداف برنامه توسعه اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، می‌تواند تضمین‌کننده سلامت همه‌جانبه هم‌وطنان عزیزمان در زمان وقوع حوادث باشد.

در سومین ویرایش "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" اطلاعات زیر با تلاش مجدانه گروهی از متخصصین داخلی و صاحب‌نظران این عرصه گردآوری شده است که شامل 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؛ ارزیابی آمادگی دانشگاه‌ها در برابر حوادث و بلایا؛ ارزشیابی تمرین‌های حوزه سلامت در حوادث و بلایا و سناریوهای ملی مخاطرات می‌باشد. نظر به اهمیت تدوین نقشه خطر با استفاده از ابزارهای بومی به‌عنوان اولین مرحله در فرایند مدیریت خطر، از تمامی رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور انتظار می‌رود، بر تکمیل ابزارها در فواصل زمانی مناسب نظارت کرده و با به‌کارگیری سناریوها برای برنامه‌ریزی، در راستای آموزش و تمرین آمادگی و همچنین پاسخ به مخاطرات ممکن حوزه‌های تحت پوشش خود در سطح ستاد دانشگاه، شهرستان‌ها و واحدهای محیطی تابعه از این مجموعه حمایت کنند.

بی‌شک این مجموعه باید به‌عنوان بنیان انجام فعالیت‌ها در راستای مدیریت جامع و ادغام شده خطر حوادث و بلایا (فاز پیشگیری و تخفیف اثرات بلایا، فاز آمادگی جهت پاسخ، فاز پاسخ به‌موقع و مناسب و فاز بازیابی و بازسازی) و نقشه راه ابلاغی شورای سیاست‌گذاری حوادث و سوانح در نظام سلامت مورد توجه ویژه قرار گیرد. امیدوارم مطالعه، نشر و اجرای مفاد این کتاب، ما را در تحقق اهداف توسعه پایدار یاری نموده و شاهد کاهش آسیب‌پذیری در حوادث و بلایا، بهبود ایمن‌سازی و بهسازی تمامی مراکز بهداشتی درمانی و ارتقاء شاخصه‌های آمادگی و تاب آوری این حوزه در کشور باشیم.

بر خود لازم می‌دانم از تلاش‌های صادقانه تمامی متخصصینی که در فرایند تهیه، تدوین و اعتبارسنجی این مجموعه مشارکت داشته‌اند، خصوصا گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی سپاسگزاری نمایم. توفیق روزافزون این عزیزان را برای خدمت خالصانه به مردم شریف ایران از خداوند منان خواستارم.

دکتر بهرام عین‌الهی

وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مقدمه معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

حوادث و بلایا ناشی از مخاطرات طبیعی یا انسان ساخت به هر شکل و یا با هر علتی که وقوع پیدا کنند، تهدیداتی جدی برای حیات، توسعه و تکامل جامعه بشری به همراه دارند. کشور ما ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی خود از بلاخیزترین مناطق دنیا است، این مسئله به همراه شواهد اخیر مبنی بر افزایش وقوع اینگونه حوادث و سوانح و همچنین پاندمی کووید-۱۹ که کلیه ابعاد زندگی بشری را متاثر کرده است، ضرورت توجه مدیریت جامع خطرات ناشی از حوادث و سوانح و مخصوصا پرداختن به حوزه سلامت که مهمترین مطالبه مردم است را بیش از پیش نشان می‌دهد. بنابراین توجه به پیشگیری، پیش‌بینی و تدارک لوازم و تجهیزات لازم جهت ارائه پاسخ مؤثر و مناسب به منظور کاهش مرگ‌ومیر، مصدومیت و معلولیت و بار ناشی از وقوع این حوادث و همچنین ارزیابی مداوم آمادگی و تاب آوری عناصر و کارکردهای نظام سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار است.

آمادگی از ارکان اصلی مدیریت حوادث و سوانح بوده و در ساده‌ترین شکل خود نیازمند برنامه‌ریزی، آموزش، تمرین، تامین منابع، پیش‌بینی ساختار مدیریت و فرماندهی و ارزیابی اقدامات، برنامه‌ها و ظرفیت‌ها است. این آمادگی در سطح فردی به افزایش دانش، بهبود نگرش و کسب مهارت‌های لازم کمک کرده و در سطح محلی منجر به تدوین برنامه، تأمین منابع و مشخص شدن ساختار مدیریت می‌گردد و در سطح ملی به تدوین سیاست‌ها، دستورالعمل‌ها و راهنماهای عملکردی می‌انجامد.

بر اساس منابع موجود و تحقیقات انجام‌شده، اولین و مهم‌ترین قدم به منظور کسب آمادگی و کاهش اثرات ناشی از وقوع حوادث و بلایا و مدیریت جامع خطر، بررسی و تحلیل عناصر اصلی خطر و پیش‌بینی نتایج حاصل از تعامل آن‌ها است که البته در راستای اسناد و شواهد بین‌المللی خصوصا اولویت اول سند سندای یعنی لزوم فهم و شناخت کامل خطر و عناصر تعیین‌کننده آنست. لذا بدین منظور طراحی و تدوین ابزارهایی جامع، متناسب با بستر و فرهنگ بومی می‌تواند اطلاعات قابل‌اعتماد و معتبر لازم به منظور شناخت خطرات ناشی از وقوع حوادث و بلایا با مشاء طبیعی یا انسان ساخت را تأمین نماید.

سومین ویرایش "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" با استفاده از تجارب ملی و بین‌المللی سعی دارد اقدامی علمی و همه‌جانبه در جهت مدیریت جامع و ادغام شده خطر انجام دهد که با همراهی کلیه نخبگان این حوزه تدوین‌شده و به‌عنوان مجموعه ابزارهای معتبر کشوری به منظور بررسی و شناخت خطر و عوامل تاثیر گذار در حوزه سلامت مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

در پایان ضمن تشکر از زحمات کلیه مؤلفین خصوصا گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی آرزومندم با تلاش‌های تمامی نخبگان علمی این حوزه، جامعه‌ای سالم و عاری از مصائب ناشی از مخاطرات داشته باشیم.

دکتر کریمی

معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه رئیس سازمان اورژانس کشور

مطالعات نشان می‌دهد که روند وقوع حوادث و بلایا با منشأ طبیعی یا انسان ساخت در دنیا و ایران روزافزون می‌باشد که ظرفیت‌های نظام سلامت هر کشوری را به چالش می‌کشند. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران همواره در خط مقدم پاسخ به حوادث و بلایای کشور قرار داشته و در این راستا اقدام به ظرفیت‌سازی در سطوح ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و مراکز محیطی نموده است. اسناد ملی و بین‌المللی بالادستی دولت‌ها را موظف به برنامه‌ریزی، حمایت و تأمین منابع لازم برای مدیریت جامع خطر در تمامی حوزه‌ها و به‌خصوص حوزه سلامت به‌عنوان اولین نیاز تمامی انسان‌ها می‌نماید. شیوع سریع و گسترده کووید-۱۹ معرف کمبود آمادگی در تمام حوزه‌ها خصوصاً نظام سلامت بود. در این راستا تدوین الگوی برنامه‌ریزی، گایدلاین و پروتکل از وظایف سطح ملی بوده و ساختار ستادی مدیریت سلامت در حوادث و بلایا موظف به تدوین پروتکل‌های ملی در تمام عرصه‌های سلامت خصوصاً در ارتباط با سلامت در حوادث و بلایاست.

یکی از مهم‌ترین اصول در مدیریت خطر حوادث و بلایا رویکرد پیش‌فعالی در راستای کاهش خطر بلایا در حوزه سلامت و توانمندسازی سیستم در تحلیل مخاطرات، ارزیابی خطر، ترسیم نقشه خطر و داشتن برنامه آمادگی جهت پاسخ مؤثر و به‌موقع می‌باشد. ترسیم نقشه خطر در شورای سیاست‌گذاری سلامت در حوادث و سوانح با استفاده از ابزارهای بومی به‌عنوان اولین گام و اولویت بوده و در این راستا اقدام به تدوین مجموعه ابزارهای بررسی خطر نموده است.

در ویرایش سوم "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا"، علاوه بر استفاده از ابزارهای موردنیاز 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 به‌طور چشمگیری افزایش داده و نتایج ناگوار انسانی، مالی و محیطی مخاطرات را کاهش می‌دهد. لذا به‌کارگیری و تکمیل این ابزارها، استخراج و ارسال یافته‌ها به سازمان اورژانس به تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور توصیه می‌گردد.

در خاتمه از کلیه همکاران دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری سلامت در حوادث و سوانح در سطح وزارت متبوع و تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، کلیه اساتید و دانشجویان محترم خصوصاً گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی که در تدوین این مجموعه ارزشمند مشارکت داشته‌اند، سپاسگزاری نموده و توفیق آنان را از خداوند متعال خواستارم.

دکتر جعفر میعادفر

رئیس سازمان اورژانس کشور

حوادث و بلایا چه ناشی از مخاطرات طبیعی و چه انسان ساخت دارای آثار و نتایج مخربی هستند که ممکن است عمیق و آشکار و یا نامعلوم باشند. در سال ۲۰۱۹، حداقل ۳۹۶ بلایای طبیعی در EM-DAT گزارش شده است که منجر به کشته شدن ۱۱۷۵۵ نفر شده، ۹۵ میلیون نفر دیگر را تحت تأثیر قرار داد و نزدیک به ۱۳۰ میلیارد دلار آمریکا خسارت اقتصادی به بار آورد. آسیا با رخداد بیش از ۴۰٪ از بلایای طبیعی، بعنوان آسیب پذیرترین قاره ۴۵٪ از کل مرگ و میرها و ۷۴٪ از مردم تحت تأثیر بلایا را نیز به خود اختصاص داده است. خسارات و آسیب های ناشی از انواع بلایا در کشورهای با درآمد پایین و متوسط همواره بیشتر بوده است.

ایران از جمله کشورهای با رخداد بالای بلایا و حوادث با مصدومین انبوه در دنیا محسوب می شود که در مناطق مختلف آن، انواع حوادث و بلایا با منشا طبیعی همچون سیل، زمین لرزه، زمین لغزش، سقوط بهمن، خشکسالی و غیره و نیز حوادثی با منشا مداخلات انسانی همچون حوادث ترافیکی، سقوط هواپیما، حوادث صنعتی و ... همواره در حال وقوع است. به عنوان مثال امکان بروز زلزله در بیش از ۹۳ درصد شهرها و مناطق کشور ایران وجود دارد و در طی ۹۷ سال اخیر حدود ۴۰ زلزله با بزرگای بیش از ۵ ریشتر در کشور ثبت شده که جان بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر را گرفته است. بر اساس اعلام سازمان مدیریت بحران کشور در سال ۱۳۹۸، حدود ۵۲۷۰ حادثه طبیعی در کشور به وقوع پیوسته است. از آنجایی که ایران یک کشور حادثه خیز است و بروز تغییرات اقلیمی شدید در آن زیاد است، احتمال بروز حوادث مشابه در آینده نزدیک وجود دارد. 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 آن ها عظیم تر خواهد بود. شیوع سریع و گسترده کووید-۱۹ از زمستان ۱۳۹۸ در کل دنیا و کشور ایران به همراه خسارات شدید در تمامی حوزه ها خصوصا خسارات سلامتی معرف غفلت گسترده در ارزیابی و توسعه آمادگی و تاب آوری کلیه عرصه ها خصوصا نظام سلامت بود. حوزه سلامت در حوادث و سوانح نقش اساسی در کاهش مرگ و میر و صدمات دارد، از طرفی اولین و مهم ترین مطالبه مردم در زمان رخداد حوادث، سلامت است و ارائه خدمات سلامت هماهنگ، یکپارچه، مداوم و قابل دسترسی ضرورت داشته و از شاخص های مهم توسعه ملی است. حوادث و سوانح تنها از طریق برنامه ریزی هوشمندانه و مدیریت یکپارچه قابل کنترل هستند. مدیریت مؤثر در بلایا بستگی به پیش بینی و شناسایی مشکلات حاصل از بلایا و در نظر گرفتن منابع و امکانات لازم در زمان و مکان مناسب و مقتضی دارد.

بر اساس مطالعات انجام شده و تجربیات داخلی و بین المللی به منظور تأمین آمادگی های لازم، 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 محتمل با رویکرد، تمام مخاطراتی در سطح ملی و چند مخاطره ای در سطح محلی با توجه به آسیب پذیری و ظرفیت های موجود پرداخته و مشکلات احتمالی ناشی از وقوع بلایا را پیش بینی کنند.

مجموعه حاضر که توسط گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و به سفارش دبیرخانه شورای سیاست گذاری سلامت در حوادث و سوانح 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 است و به عنوان یک دستورالعمل ملی در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، قانون دایم مدیریت حوادث و سوانح، سند ملی سلامت در حوادث و بلایا و شرح وظیفه شورای سیاست گذاری سلامت در حوادث و سوانح می‌باشد.

در ویرایش سوم "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" ۱۶ ابزار ضروری به‌منظور برآورد خطر و برنامه‌ریزی مؤثر حوزه سلامت ارائه شده که با استناد به منابع روز دنیا و برگزاری جلسات متعدد گروهی و فردی و پانل متخصصان و با استفاده از مطالعات انجام شده درارتباط با مدیریت خطر در حوادث و بلایا و توجه خاص به اسناد بالادستی ملی و بین‌المللی تدوین و به دفعات، بازبینی شده است.

با استفاده از این ابزارها، برآورد منطقی از خطر حوزه سلامت، مبتنی بر نتایج، انجام شود که در طراحی و تدوین نقشه خطر، نقش تعیین کننده داشته و می‌تواند پاسخی مؤثر به حوادث ارائه کرده، تلفات و صدمات ناشی از آن را به‌طور محسوسی کاهش دهد.

دکتر حمیدرضا خانکه

دبیر بورد تخصصی سلامت در حوادث و بلایا

و رئیس دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

راهنمای خوانندگان

ابزارهای حاضر به سفارش اداره کل حوادث و بلایا در سازمان اورژانس کشور و توسط گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی 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 استخراج و همچنین بر اساس نظرات متخصصین طی جلسات متعدد طراحی و تدوین شده است. همکار گرامی! لطفاً جهت تکمیل دقیق‌تر ابزار، به‌ویژه 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 کارشناسی تکمیل شود که در دوره‌ی آموزشی آمادگی بیمارستانی^۱ و ارزیابی ایمنی بیمارستانی^۲ و کارگاه اختصاصی ارزیابی خطر را گذرانده باشند.
 ۳. یک نسخه از قراردادهای منعقدشده بین بیمارستان و دیگر سازمان‌ها (مرتبط با حوادث و بلایا) می‌بایست در کمیته‌ی حوادث بیمارستان موجود بوده و فرم‌ها بر اساس آن قراردادها (مستندات) تکمیل شوند.
 ۴. تنظیم قراردادهای و تدوین هرگونه برنامه جهت آمادگی بیمارستانی یا پیش‌بیمارستانی برای امور مختلف مربوط به حوادث، باید مطابق با مفاد کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث تنظیم‌شده 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 حوزه‌ی سلامت در کل کشور، تمامی فرم‌ها باید مطابق با مفاد کتاب " آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا: برنامه‌ی کشوری " تکمیل شوند.
 ۶. منظور از فرا ظرفیت (ظرفیت قابل افزایش)، توانایی بیمارستان یا مرکز بهداشتی درمانی در تأمین گزینه‌ی موردنظر صرفاً برای زمان وقوع حادثه است و برنامه‌های جاری یا در دست اقدام برای توسعه‌ی فضای فیزیکی یا خرید تجهیزات و ... به‌صورت 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 به‌عنوان ظرفیت قابل افزایش در نظر گرفت؛ چون این افزایش ظرفیت تنها برای زمان حادثه صورت نگرفته است (این‌گونه موارد را می‌توان در قسمت توضیحات ذکر نمود). ظرفیت قابل افزایش، فراتر از نیاز روزمره بیمارستان بوده، صرفاً برای زمان حادثه طراحی و پیش‌بینی شده است.
- به‌منظور بهره‌برداری از نظرات و تجربیات ارزشمند شما، خواهشمند است پیشنهادهای خود را در خصوص تکمیل مطالب، به اداره کل حوادث و بلایا، مستقر در سازمان اورژانس کشور ارسال فرمایید تا پس از بررسی و تأیید توسط کمیته‌ی علمی، تغییرات لازم در ویرایش‌های بعدی کتاب اعمال شود.

با تشکر از توجه شما

گروه نویسندگان

راهنمای کلی تکمیل:

ویراست سوم کتاب "ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" مشتمل بر ۱۶ ابزار است که باید سالانه توسط تیم ارزیاب به شرح ذیل تکمیل و توسط رئیس دانشگاه/ دانشکده به دبیرخانه حوادث غیرمترقبه ارسال گردد. ارزیابی توسط تیم چند رشته‌ای انجام می‌گیرد که بهتر است شامل موارد زیر باشد:

- مهندسی سازه و معماران آموزش دیده
 - متخصصین حوزه سلامت، بهداشت، درمان، اورژانس پیش بیمارستانی، اعتباربخشی و... (پزشکان، پرستاران و غیره)
 - متخصصین مدیریت بلایا و فوریتها جهت برنامه ریزی و یا اجرایی و پشتیبانی و...
- اندازه و تعداد تیمها متناسب با بزرگی دانشگاه/دانشکده است و در مواقع مورد نیاز می‌توان از مشاوره متخصصین ملی و بین المللی نیز بهره‌مند شد. تیمهای ارزیابی می‌بایست گزارش ارزیابی را محرمانه تلقی نموده و تحت هیچ شرایطی نباید در ارتباط با نتایج ارزیابی با بخش‌های خارجی صحبت کنند.

مشخصات اعضای گروه ارزیاب

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	مدرک تحصیلی	سمت	عنوان سازمانی	محل کار	سابقه‌ی 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 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 مختلف علمی و بر اساس نظرات متخصصین، طی جلسات متعدد 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.
- ترجیحاً فرم‌ها با نظارت یا توسط کارشناسانی تکمیل شود که در دوره آموزشی آمادگی بیمارستانی^۱ و کارگاه ارزیابی مخاطرات که توسط دبیرخانه‌ی کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه برگزار شده است، شرکت کرده باشند. توصیه می‌شود در هر منطقه کارشناسان کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان‌های منطقه‌ی جغرافیایی در تهیه‌ی نقشه‌ی مخاطرات مشارکت فعال داشته باشند.

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

توضیح (۲): کارشناسان باید تمامی مخاطرات منطقه‌ی تحت پوشش دانشگاه را از طریق مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه استخراج کرده و به دبیرخانه‌ی کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه‌ی وزارت بهداشت ارسال نمایند. در صورت تعدد دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها در استان و وسیع بودن منطقه‌ی 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 نقشه‌ی خطر مناطق مختلف جغرافیایی استان باید به صورت تفکیکی (مرکز استان و شبکه‌های تابعه) همراه با مستندات هر مخاطره و همچنین فهرست نهایی مخاطرات استخراج شده، پس از ورود اطلاعات در فایل اکسل^۱ به اداره کل حوادث و بلایا وزارت بهداشت ارسال گردد.

مثال: در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی اراک واقع در استان مرکزی، تمامی مخاطرات مربوط به شهر اراک، شبکه‌ی 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 بهداشتی‌درمانی اراک تهیه و به صورت فایل اکسل به اداره کل حوادث و بلایا وزارت بهداشت ارسال گردد.

راهنمای تکمیل جدول شماره‌ی ۸

در جدول شماره‌ی یک در ستون اول نام مخاطرات شایع که در فهرست‌های بین‌المللی ثبت گردیده، آورده شده است. لطفاً تمامی مخاطراتی که در منطقه‌ی جغرافیایی شما تجربه شده است را از فهرست مخاطرات جدول شماره‌ی ۱ انتخاب کنید. در صورتی که پدیده‌ای مشخصات یک مخاطره را داشته و در لیست مذکور درج نشده است، آن را 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 هلال احمر، آتش‌نشانی، معتمدین محلی و سایر منابع معتبر به دست آورید. پیشنهاد می‌شود در ابتدا ۱۰ مخاطره از مخاطرات محتمل بر اساس جدول شماره ۳ انتخاب شود و سپس بر اساس جدول شماره‌ی ۷ اطلاعات تکمیل گردد.

تعریف مخاطره^۲

مخاطره به تمامی 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:** زمین‌لرزه 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.

جدول شماره ۱- تعریف برخی از مخاطرات مهم و شایع

مخاطرات	تعریف
زمین لرزه	لرزش ناگهانی پوسته‌ی جامد زمین که بر اثر آزاد شدن ناگهانی انرژی ایجاد 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	به 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	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.
سرمای شدید	کاهش دما و زمستان‌های خشن، سرد و برفی که به علت اقلیم سرد و کوهستانی است.
موج سرما	پایین‌ترین دمای ثبت شده در منطقه با تداوم چندروزه در یک منطقه جغرافیایی است.
طوفان	وزش باد با سرعت زیاد در زمان کوتاه که می‌تواند به تنهایی یا همراه با باران، رعدوبرق، تندر و برف باشد.
طوفان گردوغبار	به سرعت باد بیشتر از ۱۵ متر بر ثانیه و کاهش دید افقی کمتر از یک کیلومتر ناشی از گردوغبار گفته می‌شود.
طوفان تندری	طوفانی است که همراه با رعدوبرق باشد.
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 فراوان برف یا برف بلند شده از زمین که دید را به کمتر از ۴۰۰ متر کاهش داده و سه ساعت یا بیشتر به طول می‌انجامد.
طوفان تگرگ	باد شدید همراه با تگرگ است. 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 رخ دهد 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 رخ می‌دهد و وقوعشان تدریجی است.
سیل برق‌آسا	این سیل‌های ناگهانی معمولاً به دنبال بارش شدید باران و تگرگ، شکسته شدن سدها ایجاد می‌شوند. زمان شروع سیل نیم تا شش ساعت پس از بارش است.
سیل‌های ساحلی	سیل‌هایی با منشأ طوفان، گردباد و سونامی که در مناطق ساحلی رخ می‌دهند.
خشک‌سالی	یک رویداد طولانی مدت که به دلیل کمبود بارش به وجود می‌آید.
بهمن	توده‌ای برف که به هر دلیل از شیبی فرو ریزد.
موج گرما	یک دوره‌ی 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 است.
حوادث ترافیکی	به حادثه‌ی ترافیک خیابانی و یا جاده‌ای گفته می‌شود، که در آن حداقل یک وسیله‌ی نقلیه‌ی خیابانی با یک وسیله‌ی نقلیه‌ی دیگری، 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 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، غبار یا عامل‌های زیست‌شناختی است.
فوران آتش‌فشانی	به برون‌افکنی و فوران سنگ‌های مذاب، خاکستر و گازهای درون زمین به بیرون گفته می‌شود.

تکرارپذیری^۱ وقوع مخاطرات

منظور از تکرارپذیری، سوابق تکرار مخاطره در یک منطقه‌ی جغرافیایی در دوره‌ی زمانی بیست‌ساله است.

توضیح (۱):

۱. اگر مخاطره به‌دفعات مکرر اتفاق افتاده و شواهد زیادی در مورد وقوع آن در بیست سال گذشته، ثبت شده باشد، 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 منطقه‌ی 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 منطقه‌ی شما رخ داده 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 منطقه‌ی شما اتفاق افتاده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح ۲ قرار می‌گیرد.
 ۵. اگر در بیست سال گذشته مخاطره‌ای مثل یک فوران آتش‌فشان رخ نداده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح ۱ قرار می‌گیرد.
- توضیح (۲):** ضریب این شاخص در محاسبات، ۷ است.

جدول شماره‌ی ۲ - سطح‌بندی مخاطرات بر اساس تکرارپذیری

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

احتمال^۲

احتمال وقوع مخاطره در یک فاصله‌ی 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 منطقه‌ی جغرافیایی مربوطه پیش‌بینی می‌شود.

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

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

جدول شماره ۳- سطح‌بندی مخاطرات بر اساس احتمال

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

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 منطقه‌ی 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 مخاطره‌ی 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، تمامی افرادی هستند که در اثر مخاطره دچار جراحت یا آسیب سلامت شده و اطلاعات مربوط به آن‌ها در مراکز بهداشتی، درمانی ثبت گردیده‌است.

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

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

جدول شماره ۴- سطح بندی مخاطرات بر اساس شدت

تعریف	سطح شدت
مخاطره اثراتی بر روی سلامت مردم منطقه نداشته است. خسارات مالی کمتر از یک میلیارد ریال بدون بی خانمان مخاطره اثری بر ارائه‌ی 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 بی خانمان ایجاد اختلال در ارائه‌ی خدمات سلامت ۰-۲ 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 بی خانمان ایجاد اختلال در ارائه‌ی خدمات سلامت ۱۲-۲ ساعت	۳
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 ارائه‌ی 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 ارائه‌ی خدمات سلامت بیش از ۲۴ ساعت	۵

توضیح (۱): مجموعه‌ی مشخصات و ویژگی‌هایی از جامعه که منجر به تأثیرپذیری منفی از وقوع مخاطره می‌شود.
مثال: شهرستانی با جمعیت ۱۰۰ هزار نفر که در زلزله‌ای با بزرگی بیش از ۶ در مقیاس ریشتر، بیش از ۸۰٪ جمعیت آن متأثر خواهند شد، در سطح ۵ قرار می‌گیرد.
توضیح (۲): در محاسبه‌ی 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

شیوه‌ی محاسبه‌ی امتیازات نهایی

جدول شماره‌ی ۶- محاسبه‌ی امتیازات نهایی

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

توضیح (۱): لازم به توضیح است ضرایب تکرارپذیری، احتمال، شدت و آسیب‌زایی ثابت است. بنابراین پس از امتیازدهی، نمره‌ی نهایی تمامی مخاطرات استخراج‌شده را باهم مقایسه کرده، سپس به ترتیب از زیاد به کم در جدول شماره‌ی ۸ (ارزیابی مخاطرات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی) درج و مرتب نمایید.

جدول شماره‌ی ۷- فهرست مخاطرات

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (۷)	احتمال (۲)	شدت (۶)	آسیب‌زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
۱	زمین‌لرزه	... × ۷ = ...	... × ۲ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲	زمین‌لغزش	... × ۷ = ...	... × ۲ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳	فرونشست زمین	... × ۷ = ...	... × ۲ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴	ریزش صخره/ سنگ	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵	روان‌گرایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶	بالازدگی آب	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷	فوران آتش‌فشانی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۸	سونامی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۹	گرمای شدید	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۰	موج گرما	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۱	سرمای شدید	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۲	موج سرما	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۳	بارش برف سنگین	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۴	کولاک	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۵	بهمن	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۶	طوفان	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۷	طوفان تگرگ	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۸	طوفان یخ	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۱۹	طوفان گردوغبار	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۰	طوفان تندی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۱	طوفان شن	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۲	طوفان حاره‌ای	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۳	صاعقه	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۴	گردباد	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۵	آتش‌سوزی با منشأ طبیعی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۲۶	سیل فصلی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (۷)	احتمال (۲)	شدت (۶)	آسیب‌زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
۲۷	سیل برق‌آسا	... × 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 گردوغبار (ریز گردها)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۳	خشک‌سالی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۴	بیابان‌زایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۵	جنگل‌زدایی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۶	همه‌گیری بیماری عفونی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۷	آفات نباتی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۸	حمله‌ی حیوانات (حیوانات وحشی، حشرات و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۳۹	آلودگی فراورده‌های خونی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۴۰	امواج و جریان‌های 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 = ...	
۴۴	آلودگی‌های دریایی (نفت 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 (راه‌آهن، 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	غرق‌شدگی (شهری و ...)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۲	حوادث صنعتی	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۵۳	حوادث سد	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (۷)	احتمال (۲)	شدت (۶)	آسیب‌زایی (۵)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
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 قنات و چاه	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۱	آتش‌سوزی انسان‌ساخت	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۶۲	حوادث گازهای 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 = ...	
۷۱	حوادث کوهستان (سایر موارد)	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷۲	جنگ	... × ۲ = ...	... × ۷ = ...	... × ۶ = ...	... × ۵ = ...	
۷۳	نزاع و درگیری (قومی، خلبانی، 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	مخاطره	امتیاز
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

خدمات فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی

- بر اساس آیین‌نامه ساماندهی پوشش فراگیر فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی به مجموعه خدمات و مهارت‌های فوری پزشکی اورژانسی که در مواقع اضطراری مانند تصادف، بیماری حاد، پدیده‌های طبیعی یا ساخته‌ی دست بشر در قالب نظام شبکه فوریت‌های پزشکی کشور قبل از رسیدن بیمار یا مصدوم یا حادثه‌دیده به بیمارستان ارائه می‌شود، اطلاق می‌گردد.
- بر پایه‌ی اساس‌نامه‌ی سازمان اورژانس کشور ارائه خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در سوانح عمدی و غیرعمدی، حوادث غیرمترقبه و فوریت‌های پزشکی در هنگام بروز بیماری‌های نوپدید و جدید، بلایای طبیعی و انسان‌ساخت برای آحاد مردم با هر ملیت و تابعیت.

انواع آمبولانس موجود در سیستم اورژانس پیش‌بیمارستانی کشور به شرح زیر دسته‌بندی می‌شوند:

آمبولانس تیپ B^{1*}: آمبولانسی که به منظور انتقال و یا درمان‌های اولیه و پایش بیماران، طراحی و تجهیز شده است. عمده‌ی آمبولانس‌های سیستم اورژانس پیش‌بیمارستانی کشور ما از این نوع آمبولانس می‌باشند. این آمبولانس دارای تجهیزات پنج‌گانه‌ی اصلی شامل کپسول اکسیژن، برانکارد، کیف احیا، DC شوک (به صورت AED) و ساکشن است و علاوه بر آن انواع آتل‌های مخصوص ثابت‌سازی مصدوم، تجهیزات کنترل خونریزی و پانسمان و ست زایمان نیز وجود دارد.

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 است و الزاماً در آن پزشک و پرستار حضور دارند. در حال حاضر سیستم اورژانس پیش‌بیمارستانی کشور ما فاقد این نوع آمبولانس می‌باشد.

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

شبکه فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی

شبکه فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی شامل مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات یا مرکز پیام، پایگاه‌های شهری، جاده‌ای، پایگاه امداد فوریت‌های پزشکی موقت، هوایی، ریلی و دریایی - ساحلی هست.

مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات: مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات، واحد اطلاع‌رسانی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) و هماهنگ‌کننده پایگاه‌های اورژانس است که موظف می‌باشد پس از تماس افراد نیازمند، اقدام مقتضی را با هماهنگی واحدهای ذی‌ربط به عمل آورد. واحدهای ارتباطات در مراکز استان‌ها، شهرهای دارای دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی و شهرهای با جمعیت بیش از (۲۵۰) هزار نفر به صورت مستقل در یک مکان مناسب قرار می‌گیرد.

مرکز پیام: در شهرستان‌هایی که فاقد شرایط لازم برای ایجاد مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات می‌باشند و جمعیت آن‌ها کمتر از (۲۵۰) هزار نفر هست مرکز پیام ایجاد شده و به‌عنوان واحد اطلاع‌رسانی وظیفه‌ی هماهنگی و فراخوان اورژانس (۱۱۵) را به عهده دارد و در شرایط بحرانی با مرکز ارتباطات همکاری لازم را انجام خواهد داد.

*آمبولانس تیپ A: لازم به ذکر است از نظر طبقه‌بندی انواع آمبولانس، آمبولانس تیپ A نیز وجود دارد که از آن برای نقل و انتقال افراد در حالت غیر اورژانسی استفاده می‌شود. تکنسین این نوع آمبولانس جهت مراقبت از بیمار یا مصدومی گمارده می‌شود که در هنگام انتقال از وخیم‌تر شدن حال بیمار جلوگیری کند و ابزار و وسایل امدادی ابتدایی دارد. سیستم اورژانس پیش‌بیمارستانی کشور ما فاقد این نوع آمبولانس است و فقط در بیمارستان‌ها از آن‌ها استفاده می‌شود.

پایگاه امداد 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 و دارای دو دستگاه آمبولانس می‌باشد.

پایگاه امداد 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 و با مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات و یا مرکز پیام در ارتباط می‌باشد.

پایگاه امداد فوریت‌های پزشکی موقت: پایگاه‌هایی که در ایام ویژه به منظور آمادگی و توان عملیاتی بیشتر در مکان‌هایی که افزایش جمعیت و یا تردد بیش از حد معمول دارند، راه‌اندازی می‌شوند.

پایگاه امداد 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 امداد دریایی - ساحلی: امداد ساحلی و دریایی به دو روش امداد دریایی و امداد ساحلی انجام می‌شود. امداد دریایی: پایگاه‌هایی که بیماران و مصدومین جزایر جنوب کشور را به مراکز درمانی انتقال می‌دهد.

امداد 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 امداد 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.

دارو و تجهیزات آمبولانس ۱۱۵

این دارو و تجهیزات در دودسته‌ی کلی **دارو و تجهیزات پزشکی و تجهیزات غیرپزشکی** تقسیم‌بندی می‌گردد.

۱- دارو و تجهیزات پزشکی:

به تمامی وسایل، تجهیزات، ابزار و لوازمی است که به منظور تشخیص، درمان و کاهش آسیب و تسکین بیماری‌ها استفاده می‌گردد و شامل موارد زیر می‌باشد:

۱-۱- **دارو و تجهیزات اتاقک بیمار:** شامل دارو و تجهیزاتی می‌باشد که در کابین عقب (بیمار) به منظور اهداف درمانی، تسکینی و کاهش آسیب بیمار قرار می‌گیرد.

۱-۲- **جامبگ دارویی و CPR:** شامل دارو و تجهیزات تشخیصی، درمانی و نیز وسایل احیا است.

۱-۳- **کیف رزرو:** 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 جامبک، موردنیاز است.

۱-۴- **کیف زایمان:** شامل دارو و تجهیزاتی است که به منظور انجام فرآیند زایمان استفاده می‌گردد. این بسته می‌بایست به نحوی پیش‌بینی شود که قابلیت بازبینی تجهیزات و وسایل درون آن در بازدیدهای دوره‌ای برای تکنسین امکان‌پذیر باشد؛ بدین منظور کیف زیپ‌دار پیشنهاد می‌گردد.

- ۵-۱-کیف تریاژ: شامل وسایل و ابزارهای موردنیاز جهت اولویت‌بندی و تعیین تکلیف (تریاز) بیماران حوادث پرتلفات و بحران بوده که به‌صورت پکیج یا بسته‌ای است.
- ۶-۱-کیف دپو پانسمنان: شامل وسایل و لوازمی است که جهت حفاظت بافت، پرکردن فضا، جلوگیری از خونریزی یا پانسمنان استفاده می‌شود.
- ۷-۱-کیف CBRNe: شامل دارو و تجهیزاتی است که در حملات شیمیایی، بیولوژیکی، پرتویی، هسته‌ای و انفجاری اضافه بر دارو و تجهیزات موجود در جامبک موردنیاز هستند. (دانشگاه‌ها ملزم به تأمین کیف CBRNe برای هر دانشگاه/ دانشکده یک عدد به ازای هر ۲۰ پایگاه یک عدد می‌باشند).
- ۸-۱-تجهیزات حفاظت فردی: شامل وسایل و تجهیزاتی است که جهت جلوگیری از انتقال بیماری بین کارکنان درمانی و بیماران به‌کاربرده می‌شود.
- ۹-۱-کمد دارو و تجهیزات پایگاه^۱(استوک). شامل داروها و تجهیزات مصرفی و غیر مصرفی جهت پشتیبانی عملیات کدهای عملیاتی همان پایگاه، طی مدت یک هفته می‌باشد. (در پایگاه‌های جاده‌ای این امر میسر نبوده و ماهانه بسته شود، شهری جدا و جاده‌ای جدا).

۲- تجهیزات غیرپزشکی:

- به‌تمامی وسایل، تجهیزات، ابزار و لوازمی گفته می‌شود که تسهیل‌کننده‌ی فرآیندهای غیردرمانی بوده که شامل لوازم ارتباطی، یدکی، ایمنی خودرو و نیز لوازم مربوط به رهاسازی فوری^۲ بیمار بوده و شامل موارد زیر است:
- ۱-۲-تجهیزات خدمات فنی و ایمنی: شامل تجهیزات و وسایلی می‌باشد که جهت رفع نقایص فنی خودرو، رهاسازی و حفظ تکنیسین در شرایط سخت مثل سرما و گرما و ... استفاده می‌گردد.
- ۲-۲-تجهیزات آشکارسازی و مدیریت ترافیک: شامل تجهیزات و وسایلی است که جهت آشکارسازی در شب و روز و همچنین ایجاد ایمنی آمبولانس و تیم پزشکی در مقابل خودروهای عبوری کاربرد دارد.
- ۳-۲-تجهیزات کابین جلو: شامل تجهیزات و وسایلی است که در کابین جلو به‌منظور اهداف ارتباطی، هشدار، حفاظت فردی و بهبود تسهیل فرآیندهای عملیات و درمان کاربرد دارد.

دارو و تجهیزات ضروری، ترجیحی، اختیاری، افزوده و قابل افزایش

دارو و تجهیزات ضروری: دارو و تجهیزاتی است که وجود آن در آمبولانس الزامی بوده و در ویرایش‌های محلی قابل حذف نیست.

۱ - لازم به ذکر است که تعداد اقلام و داروهای لیست کمد دارو و تجهیزات پایگاه به ازای یک آمبولانس می‌باشد و می‌بایست به ازای هر آمبولانس جدید، به همین تعداد اضافه گردد.

دارو و تجهیزات ترجیحی: شامل دارو و تجهیزاتی می‌باشد که انواع مختلفی دارد و وجود حداقل یک نوع آن ضروری بوده اما به‌کارگیری یک نوع آن ارجح است مانند: اسپلینت که ۳ نوع چسبی، بادی و وکیوم دارد که نوع وکیوم آن ارجح است.

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

دارو و تجهیزات افزوده: دارو و یا تجهیزاتی می‌باشد که در این دستورالعمل به آن اشاره‌ای نشده است ولی بنا به ضرورت‌های محلی و دانشگاهی و طبق نظر مسئولین اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه به جامبک افزوده شده است.

جامبک: کیفی است که محتوی دارو و تجهیزات پزشکی موردنیاز بر بالین بیمار (شامل دارو و تجهیزات احیا) می‌باشد. این کیف باید بر اساس استانداردهای ابلاغی سازمان اورژانس کشور تهیه و تکمیل گردد.

دارو و تجهیزات قابل افزایش: منظور دارو و تجهیزاتی است که به‌صورت ذخیره در دپوی (انبار) مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات یا مرکز پیام و یا کمد دارو و تجهیزات پایگاه (در اپن‌دیکس ... جدول کمد دارو و تجهیزات پایگاه) پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی وجود دارد، همچنین دارو و تجهیزاتی که بر اساس تفاهم‌نامه‌های منعقدشده با دیگر مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و یا تفاهم‌نامه با سازمان همکار و یا پشتیبان^۱ برای زمان حادثه، در نظر گرفته شده است.

۱ - سازمان مسئول، همکار و پشتیبان:

سازمان مسئول: سازمانی است که بیشترین متخصص، امکانات و گسترده‌ترین ساختار کشوری را در ارتباط با فعالیت تخصصی خود دارد و در شرایط عادی نیز مشغول انجام خدمت در این خصوص می‌باشد. در اینجا منظور از سازمان مسئول، سازمان فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی اورژانس کشور و اورژانس‌های پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه‌های علوم پزشکی و واحدهای تابعه می‌باشد.

سازمان همکار: شامل کلیه سازمان‌هایی است که می‌توانند در زمینه فعالیت سازمان مسئول به او یاری برسانند، اگر چه امکانات، نیرو و ساختار فراگیری در اختیار نداشته باشند. مثلاً در بحث سلامت، سازمانهایی مانند سازمان تامین اجتماعی، هلال احمر و سازمان بهزیستی به عنوان سازمانهای همکار در نظر گرفته میشوند.

سازمان پشتیبان: به سازمانی اطلاق میشود که اگر چه هیچ تخصص یا امکاناتی به عنوان سازمان همکار در زمینه فعالیت تخصصی سازمان مسئول در اختیار ندارد ولی عدم حضور یا ناهماهنگی آن، میتواند به شدت بر فعالیت و عملکرد سازمان مسئول، تاثیرگذار باشد. مانند نیروی انتظامی که اگر امنیت برقرار نکند، یا سازمان پخش فرآورده‌های نفتی که اگر سوخت بیمارستان یا آمبولانس را در زمان بحران تامین نکند عملکرد سازمان اورژانس پیش بیمارستان و خدمات فوریتی با مشکلات لاینحلی رو به رو خواهد شد.

جدول شماره ۱- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		بلی	خیر		
۱	مالکیت زمین اورژانس				
	مستقل غیرمستقل			-	
۲	متر از ساختمان				
	پایگاه‌های شهری حداقل ۱۱۰ متر پایگاه‌های جاده‌ای حداقل ۸۷ متر				
۳	کانکس	بالای ۵ سال (فرسوده)			-
		زیر ۵ سال (غیر فرسوده)			
	ساختمان	بالای ۲۰ سال (فرسوده)			-
		زیر ۲۰ سال (غیر فرسوده)			
۴	پارکینگ مسقف				
	پارکینگ به همراه سایبان برای آمبولانس				
	پارکینگ بدون وجود سایبان برای آمبولانس			-	
۵	فاصله‌ی پارکینگ تا ساختمان	بدون پارکینگ			-
		زیر ۳۰ ثانیه			-
		بالای ۳۰ ثانیه			-

جدول شماره ۲- ارزیابی تجهیزات و سامانه‌ی ارتباطی

ردیف	تجهیزات و سامانه‌ی ارتباطی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		بلی	خیر		
۱	تلفن ثابت				
۲	تلفن همراه				
۳	تلفن ماهواره‌ای				
۴	نمبر				
۵	بی‌سیم دستی				
۶	رایانه و متعلقات				
۷	شبکه‌ی شمس (اینترنت)				

جدول شماره‌ی ۳- ارزیابی آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها		موجود		قابل افزایش	توضیحات
	تیپ A	تیپ B	تیپ C	بلی			خیر
۱	نوع آمبولانس	تیپ A	طول عمر ۰ تا کمتر از ۱۵ سال			
			طول عمر ۵ تا ۱۵ سال			
			طول عمر بیش از ۱۵ سال			
	تیپ B	طول عمر ۰ تا کمتر از ۱۵ سال				
		طول عمر ۰ تا ۱۵ سال				
		طول عمر بیش از ۱۵ سال				
	تیپ C	طول عمر ۰ تا کمتر از ۱۵ سال				
		طول عمر ۵ تا ۱۵ سال				
		طول عمر بیش از ۱۵ سال				
۲	دارو و تجهیزات کابین بیمار آمبولانس* ^۱					
۳	تجهیزات پزشکی جامبگ دارویی و CPR* ^۲					
۴	دارو و تجهیزات کیف رزرو*					
۵	تجهیزات کیف زایمان*					
۶	لوازم کیف تریاژ*					
۷	کیف دپو پانسمان*					
۸	کیف CBRNe*					
۹	لیست تجهیزات حفاظت فردی*					
۱۰	تجهیزات خدمات فنی و ایمنی*					
۱۱	لیست تجهیزات کابین جلو*					
۱۲	لیست تجهیزات آشکارسازی و مدیریت ترافیک*					

۱- * جهت ملاحظه فهرست دارو و تجهیزات کابین بیمار در آمبولانس به اپندیکس شماره (جدول دارو و تجهیزات آمبولانس) مراجعه گردد.
 ۲- جهت ملاحظه فهرست آیتم‌هایی که با علامت * مشخص شده‌اند به اپندیکس شماره (جدول دارو و تجهیزات آمبولانس) مراجعه شود.

جدول شماره ۴- ارزیابی سرمایه‌های انسانی

توضیحات	قابل افزایش	موجود		نیروی انسانی	ردیف
		خیر	بلی		
				کد عملیاتی: ۱ نفر پزشک یا ۱ نفر تکنیسین پارامدیک + ۱ نفر تکنیسین میانی + ۱ نفر تکنیسین پایه	۱
				کد عملیاتی: ۱ نفر تکنیسین میانی + ۱ نفر تکنیسین میانی	
				کد عملیاتی: ۱ نفر تکنیسین میانی + ۱ نفر تکنیسین پایه	
				کد عملیاتی: ۱ نفر تکنیسین پایه + ۱ نفر تکنیسین پایه	
				کدموتورلانس: ۱ نفر تکنیسین پارامدیک یا میانی	
	-			تعداد پایگاه‌های تحت سرپرستی	۲
	-		۲ پایگاه و کمتر		
	-		بیش از ۲ پایگاه		
				شرایط احراز ^۱	
				نیروی اپراتور	۳
				همه‌روزه به‌جز روزهای تعطیل دارد	۴
	-			ندارد یا کمتر از ۱۵ روز در ماه دارد	
	-			شرایط احراز ^۲	۵

جدول شماره ۵- ارزیابی مقررات و پروتکل‌ها

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

۱- تکنیسین با حداقل رتبه پایه میانی ارشد با حداقل ۵ سال فعالیت عملیاتی و سابقه‌ی سرپرست شیفت کاری

۲- تکنیسین با حداقل رتبه‌ی پایه با ۳ سال سابقه‌ی عملیات

جدول شماره ۶- ارزیابی دپوی تجهیزات در پایگاهها^۱ *

ردیف	آمبولانسها و تجهیزات آنها	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		خیر	بلی		
۱	تجهیزات اداری				مناسب جهت بهره‌برداری در وضعیت عادی
					مناسب جهت بهره‌برداری در حوادث و بلایا
۲	تجهیزات دارویی و پزشکی				مناسب جهت بهره‌برداری در وضعیت عادی
					مناسب جهت بهره‌برداری حوادث و بلایا
۳	تجهیزات خدمات فنی و ایمنی			-	غیر مناسب جهت بهره‌برداری
				-	کامل
				-	ناقص

جدول شماره ۷: ارزیابی عملکردها

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		خیر	بلی	
۱	برنامه‌ی نحوه‌ی فراخوان کارکنان			
۲	برنامه‌ی هشدار سریع			
۳	برنامه و فرآیند اطفاء حریق			
۴	برنامه جهت تعیین گروه‌های اعزام به منطقه (محل وقوع حادثه)			
۵	برنامه‌ی توزیع بیماران مصدومان بلایا و حوادث پر تلفات			
۶	فرآیند فعال کردن (ICP - ICS)			
۷	برنامه‌ی افزایش ظرفیت عملیاتی پیش بیمارستانی در بلایا و حوادث پر تلفات			

۱- * جهت بررسی فهرست کامل دپوی تجهیزات پایگاهها به ایندکس شماره ۱ (جدول دارو و تجهیزات دپوی پایگاهها) مراجعه گردد.

توضیحات	موجود		عملکردها	ردیف
	خیر	بلی		
			برنامه و دستورالعمل انجام تریاژ START ¹	۸
			برنامه‌ی فرآیند آلودگی‌زدایی پیش بیمارستانی	۹
			برنامه‌ی فراطرفیت آلودگی‌زدایی	۱۰
			برنامه‌ی فراطرفیت جداسازی	۱۱
			برنامه‌های آموزشی و یادگیری در ارتباط با حوادث پر تلفات و بلایا	۱۲
			برنامه برای دیو (انبار) منابع مورد نیاز	۱۳
			برنامه جهت چگونگی توزیع منابع در بلایا	۱۴
			برنامه‌ی اطلاع‌رسانی به مراکز، کارکنان، خانواده‌ها و بیماران	۱۵
			برنامه‌ی ارزیابی سریع امکانات موجود (دارو و تجهیزات، کارکنان و...)	۱۶
			برنامه‌ی ارزیابی سریع حوادث و بلایا	۱۷
			برنامه بازگشت به حالت عادی	۱۸
			برنامه‌ی نحوه‌ی گزارش‌دهی بیماری‌های مشمول گزارش	۱۹
			برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری سازمان‌های همکار و پشتیبان (مانند پلیس، آتش‌نشانی، شهرداری و ..)	۲۰
			برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری و مدیریت داوطلبان (عمومی و تخصصی)	۲۱
			برنامه‌ی نحوه‌ی تحویل تجهیزات و وسایل	۲۲
			برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین تجهیزات مورد نیاز	۲۳
			برنامه‌ی نحوه‌ی هزینه‌کرد منابع مالی	۲۴
			برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین خدمات جهت کارکنان	۲۵
			برنامه‌ی حمایت از خانواده‌ی کارکنان حاضر در عملیات پیش بیمارستانی در هنگام وقوع بلایا	۲۶
			فرآیند کنترل عفونت پیش بیمارستانی در هنگام وقوع حوادث و بلایا	۲۷
			فرآیند احیای قلبی- ریوی در شرایط حوادث و بلایا	۲۸

توضیحات	موجود		عملکردها	ردیف
	خیر	بلی		
			برنامه پاسخ پیش بیمارستانی به گروه‌های آسیب پذیر (کودکان، کهنسالان، زنان و مادران باردار و...) در بلایا	۲۹
			برنامه پاسخ پیش بیمارستانی در حوادث CBRNe	۳۰
			برنامه پاسخ پیش بیمارستانی در تجمعات انبوه ^۱	۳۱
			برنامه پاسخ پیش بیمارستان در حوادث تروریستی	۳۲
			فرآیند تأمین خدمات بیمه‌ی مسئولیت کارکنان	۳۳
			فرآیند ثبت حضور کارکنان در زمان حوادث و بلایا	۳۴
			فرآیند ارتباط با رسانه‌ها	۳۵
			تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین دارو	۳۶
			تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین تجهیزات	۳۷
			تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد مصرفی	۳۸
			تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد غذایی	۳۹
			تفاهم‌نامه با مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی سایر دانشگاه‌ها	۴۰
			تفاهم‌نامه با سازمان نظام پرستاری	۴۱
			تفاهم‌نامه با سازمان نظام روان‌شناسی	۴۲
			تفاهم‌نامه با جمعیت هلال‌احمر	۴۳
			تفاهم‌نامه با شهرداری	۴۴
			تفاهم‌نامه با ارتش (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)	۴۵
			تفاهم‌نامه با سپاه پاسداران (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)	۴۶
			تفاهم‌نامه با نیروی انتظامی (جهت تأمین امنیت)	۴۷
			تفاهم‌نامه با شرکت نفت جهت تأمین سوخت آمبولانس‌ها و خودروهای عملیاتی	۴۸
			تفاهم‌نامه با سازمان آب	۴۹

توضیحات	موجود		عملکردها	ردیف
	خیر	بلی		
			تفاهم‌نامه با سازمان برق	۵۰
			تفاهم‌نامه با مخابرات	۵۱
			تفاهم‌نامه با سایر مراکز	۵۲
			تمرین فراخوانی نیرو	۵۳
			تمرین هشدار سریع	۵۴
			تمرین دورمیزی ^۱	۵۵
			تمرین عملیاتی تریاژ در صحنه	۵۶
			تمرین عملیاتی برپایی ICP- ^۲ AMP	۵۷
			تمرین عملیاتی جزء و کل مجموعه (تمام عیار ^۳)	۵۸
			تمرین جهت تعیین تیم‌های عملیاتی اعزام به صحنه حادثه	۵۹
			تمرین انجام مداخلات حفظ حیات در صحنه حادثه	۶۰
			تمرین انتقال مصدومان به مراکز بهداشتی- درمانی از قبل تعیین شده	۶۱
			تمرین کمک در تخلیه‌ی اضطراری مرکز درمانی	۶۲
			تمرین فعال‌سازی سامانه‌ی فرماندهی حادثه	۶۳
			تمرین افزایش ظرفیت پاسخ پیش بیمارستان در بلایا	۶۴
			تمرین پاسخ پیش بیمارستان در حوادث CBRNe	۶۵
			تمرین پاسخ پیش بیمارستان در تجمعات انبوه	۶۶
			تمرین پاسخ پیش بیمارستان در حوادث تروریستی	۶۷
			تمرین فرآیند آلودگی‌زدایی	۶۸
			تمرین فرآیند اطفای حریق	۶۹

جدول شماره ۸- ارزیابی مرکز هدایت عملیات (EOC)

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)	ردیف
		خیر	بلی		
۸-۱- ساختمان					
۸-۱-۱- ارزیابی ساختمان					
	-			ایمن	۱ ایمنی ساختمان طبق استانداردهای ایمنی سازه
	-			غیر ایمن	
				مستقل	۲ فضای فیزیکی
				غیرمستقل	
	-			توزیع فضای فیزیکی ساختمان بر اساس استانداردهای موجود	۳
۸-۱-۲- ارزیابی تجهیزات					
				لپ تاپ ۱۰ عدد	۴ تجهیزات رایانه‌ای
				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	

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)			موجود		توضیحات
	تلفن ثابت	تعداد خط	کمتر از ۵ خط ۵ خط و بیشتر	بلی	خیر	
۵				تجهیزات ارتباطی و مخابراتی	تلفن ماهواره‌ای اینمارست ^۱	تلفن ماهواره‌ای تریا	تلفن همراه	ای وان
۸	تجهیزات ایمنی و امنیتی	بی‌سیم	دستگاه ضبط مکالمات	کانال‌های امدادی مصادیق: اورژانس، پلیس انتظامی، پلیس راهور، آتش‌نشانی، هلال احمر، استانداری، راهداری، کنترل ترافیک و ...	دستگاه بی‌سیم	
۸	تجهیزات ایمنی و امنیتی	اینترنت	DIAL UP	ADSL	LAN	
۸	تجهیزات ایمنی و امنیتی	WIRELESS	سامانه‌ی اعلان حریق هوشمند	سامانه‌ی خودکار اطفای حریق	سامانه‌ی اطفای حریق دستی: کپسول کارشناسی شده	
۸	تجهیزات ایمنی و امنیتی	WIRELESS	جعبه‌ی کمک‌های اولیه	وسایل ایمنی فردی مثل کلاه ایمنی و لباس ایمنی	جعبه‌ی ابزار	
۸	تجهیزات ایمنی و امنیتی	WIRELESS	آژیر	عدم دسترسی نرم‌افزاری (امنیت شبکه)		

۱- این تلفن مخصوص مراکز قطب می‌باشد و در صورت نداشتن آن امتیازی کسر نمی‌گردد.

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)	ردیف
		خیر	بلی		
				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	
				پرده‌ی اتوماتیک پروژکتور	
				دوربین عکاسی و فیلم‌برداری	
				CD و DVD	
				ساعت دیواری ۲ عدد	
				صندلی به تعداد میزها	
				نرم‌افزارهای لازم	
				تابلو اعلانات	
				کاغذ خردکن	
				گاو صندوق	
				دستگاه ضبط صوت	
				سامانه‌ی ضبط تصاویر	
				دوربین شکاری	
				دوربین عکاسی	
				دوربین فیلم‌برداری	
				دستگاه کپی	
				دستگاه نمایش اسلاید	
				تخته‌ی سفید به همراه متعلقات	
				نقشه‌های جغرافیایی	
				GIS	
				وبسایت	
				LAN TV	
				شبکه‌ی تلویزیون داخلی	
				کانال تلویزیون برون‌مرزی	

توضیحات	قابل افزایش	موجود		مرکز هدایت عملیات (EOC)	ردیف
		خیر	بلی		
				سامانه‌ی برق اضطراری	تجهیزات پشتیبانی
				کپسول آتش‌نشانی 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	
				لپ‌تاپ ۵ دستگاه	
				وسایل روشنایی اضطراری	
				باتری خشک	
				کلاه ایمنی ۵ عدد	
				چراغ قوه به تعداد ۵۰ درصد نیروهای عملیاتی	
				بی‌سیم دستی ۲ دستگاه	
				بی‌سیم تاکی واکی ۲ دستگاه	
				کیسه‌ی خواب به تعداد نیروهای عملیاتی	
				پتو به تعداد نیروهای عملیاتی	
				کاور به تعداد نیروهای عملیاتی	
				موجودی مالی 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		توضیحات
		بلی	خیر	
۱۰	تجهیزات پشتیبانی			هیتر
				ماکروویو
				فلاسک
				سرویس خواب برای نیروهای مستقر
				اتو و میز مربوطه
				میز ناهارخوری
۸-۱-۳- مرکز هدایت عملیات (EOC) سیار				
۱۱	مرکز هدایت عملیات (EOC) سیار		-	
۸-۱-۴- فرایندها و دستورالعملها				
۱۲	فرایندها			داشتن چارت سامانه‌ی فرماندهی حادثه
				داشتن برنامه‌ی 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
				وجود نقشه‌های آسیب‌پذیری
				نقشه با مقیاس ۲۵۰۰
				نقشه‌ی دسترسی به ساختمان
				نقشه‌ی پراکندگی سلامت
				مستندسازی حوادث
				نقشه‌ی مراکز حساس و راهبردی

ابزار شماره سه : ابزار بررسی ظرفیت حوزه درمان در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه)

تعاریف و اصطلاحات

۴۰

تخت مصوب: تعداد تخت‌های مشخص شده در پروانه‌ی 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 پروانه‌ی تأسیس بیمارستان لحاظ شده، ولی به دلایل مختلف از آن‌ها استفاده نمی‌شود.

تخت قابل افزایش: تعداد تخت‌هایی که بیمارستان می‌تواند در زمان حوادث و بلایا، به تعداد تخت‌های در حال استفاده اضافه نماید، به طوری که آن تخت‌ها قابلیت ارائه‌ی خدمات درمانی مطلوب (مانند سایر تخت‌هایی که از قبل در بیمارستان خدمات ارائه می‌کرده‌اند) را داشته باشند. منظور از قابلیت ارائه‌ی 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 اضافه‌شده، نیروی انسانی در نظر بگیرد، در غیر این صورت این تعداد تخت اضافه‌شده 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 قابل‌افزایش آن بیمارستان همان ۲۰ تخت است.

توضیحات جدول شماره ۲- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف ۱- تعداد تخت اورژانس: منظور تخت‌های موجود در بخش اورژانس است که به بیماران اورژانسی مراجعه‌کننده به این بخش اختصاص دارد.

ردیف ۳- تعداد تخت ایزوله‌ی معکوس: منظور تعداد تخت ایزوله‌ی 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 امکان استفاده از آن‌ها وجود دارد و از نظر روند اداری و مدیریتی، منعی در استفاده از آن‌ها نیست.

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

قابل افزایش: تعداد دستگاه‌ها و تجهیزاتی است که به‌صورت ذخیره در انبار بیمارستان یا انبار ذخیره‌ی بحران بیمارستان وجود دارد، همچنین تعداد دستگاه‌هایی که بر اساس تفاهم‌نامه‌های منعقدشده با دیگر مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی، برای زمان حادثه، در نظر گرفته شده است. این ظرفیت باید در ستون ظرفیت قابل‌افزایش مربوط به وزارت بهداشت ذکر شود و در صورتی که تفاهم‌نامه با سازمان همکار یا پشتیبان منعقدشده باشد، این موارد، باید در ستون ظرفیت قابل‌افزایش برای سازمان همکار یا پشتیبان ذکر شود (آنچه اهمیت زیادی دارد این است که بیمارستان بتواند برای حداقل ۷۲ ساعت بدون درخواست کمک از سامانه‌های خارج از بیمارستان و بدون کاهش عملکرد به فعالیت خود ادامه دهد. البته استفاده از ظرفیت‌هایی که در تفاهم‌نامه منعقدشده، به‌عنوان ظرفیت بیمارستان تلقی می‌گردد 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 واحد CSSD بیمارستان می‌تواند در یک روز، استریلیزاسیون انجام دهد.

ردیف ۵۳- تجهیزات رایانه‌ای:

فعال: منظور از تجهیزات رایانه‌ای، یک مجموعه‌ی کامل سخت‌افزاری و نرم‌افزاری است که صرفاً برای حوادث غیرمترقبه در نظر گرفته شده است و بسته به نظر کمیته‌ی بحران می‌تواند در

زمان‌هایی به‌غیر 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 مصوب کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان که 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 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 نمی‌توانند با این خط ارتباط برقرار کنند.

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 موردنیاز فرماندهی 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.

1- HEPA (High Efficient Purified Air)

2- Central Sterile Services Department (CSSD)

3- Emergency operation Center

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 و تفاهم‌نامه‌ای در این خصوص منعقد شده باشد، جزء ظرفیت قابل افزایش لحاظ خواهد شد.

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

ردیف ۵۹- ذخیره‌ی تجهیزات سازمانی در بلایا: (که معمولاً برای حداقل ۷۲ ساعت، پیش‌بینی می‌شود) با تجهیزات ذخیره‌ی 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، هر چند که تجهیزات ذخیره‌ی 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 قابلیت فراهم کردن آن را داشته 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 که می‌تواند کاملاً فضایی مجزا از انبار ذخیره‌ی 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 محسوب می‌شود.

ردیف ۶۲- دستگاه ژنراتور: مدت زمان کارکرد دستگاه ژنراتور برحسب ساعت و میزان پوشش بیمارستان و بخش‌های مراقبت‌های ویژه برحسب درصد ذکر می‌شوند. منظور از بخش‌های مراقبت‌های ویژه؛ ICU، CCU، 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 گزینه‌ی **فعال** را وقتی انتخاب می‌کنیم که این موضوع را امتحان کرده و طی این مدت (۱۲ ساعت) هر ۵ بخش مشخص شده دارای برق بوده‌اند. **غیرفعال** یعنی ژنراتوری که تهیه شده 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 به‌عنوان تعداد ساعت قابل افزایش ذکر شود.

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

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

غیرفعال: یعنی چنین فضایی 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 قابل‌افزایش در فضاهای غیردرمانی: تعداد کل تخت‌هایی که برای چنین فضاهایی در بیمارستان و یا در فضای مربوط به تفاهم‌نامه منعقدشده وجود دارند (با توجه به مترائز 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.

قابل‌افزایش: یعنی با نظر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، فضا و کارکنان لازم جهت این امر برای زمان وقوع بلایا در نظر گرفته‌شده و یا تفاهم‌نامه با مراکز مربوطه به‌منظور کنترل تجمع همراهان، منعقدشده است.

ردیف ۶۹- فضای اسکان همراهان:

فعال: در این وضعیت، امکان اسکان همراهان بیماران در بیمارستان (برای کلیه بخش‌ها) در زمان معمول وجود دارد.

غیرفعال: یعنی این امکان وجود ندارد.

قابل‌افزایش: یعنی این امکان بر اساس قراردادهای منعقدشده برای زمان حوادث امکان‌پذیر است، به‌عنوان مثال عقد قرارداد جهت تأمین مبیل تختخواب‌شو و...

ردیف ۷۰- فضای نگهداری اجساد:

فعال یعنی این فضا در بیمارستان وجود دارد.

غیرفعال یعنی چنین فضایی وجود ندارد.

قابل‌افزایش یعنی برای زمان وقوع بلایا، با مراکز مربوطه تفاهم‌نامه منعقدشده 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.

قابل‌افزایش: یعنی برای زمان حادثه با مراکز مربوطه برای نگهداری اجساد برای مدت حداقل ۷۲ ساعت، تفاهم‌نامه منعقدشده است.

بیمارستان‌ها در صورت فراهم نمودن شرایط لازم جهت مواجهه با حادثه/ بلیه باید 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 به‌صورت 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 است همچون زیرزمین.

غیرفعال: یعنی چنین فضایی ندارند.

قابل‌افزایش: منظور تفاهم‌نامه منعقدشده در این خصوص است.

ردیف ۷۳- ظرفیت محل استراحت شبانه‌روزی کارکنان:

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

غیرفعال: یعنی چنین فضایی در بیمارستان وجود ندارد.

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

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 (اعتباربخشی)	
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 ایزوله‌ی 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 معاینه‌ی درمانگاهی معمولی				
۲۰	تعداد تخت معاینه‌ی 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				
۲۴	تعداد دستگاه CT اسکن				

توضیحات	قابل افزایش	موجود		تجهیزات و فضای فیزیکی	ردیف
		غیر فعال	فعال		
				تعداد دستگاه ونتیلاتور ثابت	۲۵
				تعداد دستگاه ونتیلاتور پرتابل	۲۶
				تعداد دستگاه MRI	۲۷
				تعداد دستگاه DC شوک	۲۸
				تعداد دستگاه AED	۲۹
				تعداد دستگاه سونوگرافی معمولی	۳۰
				تعداد دستگاه سونوگرافی کالرداپلر	۳۱
				تعداد دستگاه اکوکار دیوگرافی	۳۲
				تعداد دستگاه آندوسکوپی	۳۳
				تعداد دستگاه کولونوسکوپی	۳۴
				تعداد دستگاه برونکوسکوپی	۳۵
				تعداد دستگاه آنژیوگرافی	۳۶
			پرتابل	تعداد دستگاه‌های دیالیز	۳۷
			ثابت		
			پرتابل	تعداد دستگاه‌های رادیولوژی کل بیمارستان	۳۸
			دیجیتال		
			آنالوگ		
			تعداد واحد CSSD	تجهیزات استریلیزاسیون پزشکی	۳۹
			ظرفیت کل CSSD		
			تعداد دستگاه اتوکلاو		
			شیمیایی	تعداد تجهیزات محافظت شخصی ^۱ (سری کامل) به تفکیک کلاس A تا D ذکر شود.	۴۰
			زیستی		
			پرتوی / هسته‌ای		
				تعداد ترالی احیا	۴۱
				تعداد دستگاه مانیتورینگ قلبی	۴۲
				تعداد دستگاه پالس اکسی‌متر	۴۳

1- Personal Protective Equipment (PPE)

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		غیرفعال	فعال		
۴۴	تعداد کل برانکاردا (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 برانکاردا 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 ذخیره‌ی تجهیزات سازمانی در بلایا				
۶۰	مترای انبار تجهیزات مورد ۳-نیاز در بلایا				
۶۱	حجم ذخیره‌ی آب (لیتر)				

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی	موجود		توضیحات
		غیرفعال	فعال	
۶۲	دستگاه ژنراتور بیمارستان	تعداد ژنراتور	مدت زمان کارکرد	
			درصد پوشش بیمارستان	
			درصد پوشش بخش‌های ویژه	
			معمولی	
		دوگانه‌سوز		
۶۳	متراژ فضای بسته‌ی غیر درمانی قابل استفاده جهت درمان در زمان اضطرار			
۶۴	تعداد تخت‌های قابل افزایش در فضاهای بسته‌ی غیر درمانی جهت استفاده درمانی در زمان اضطرار			
۶۵	متراژ فضای باز غیر درمانی قابل استفاده جهت درمان در زمان اضطرار			
۶۶	تعداد تخت‌های قابل افزایش در فضاهای باز غیردرمانی جهت استفاده‌ی درمانی در زمان اضطرار			
۶۷	متراژ فضاهای مناسب جهت نقاهت گاه (محل نگهداری بیماران پس از ترخیص در شرایط حوادث و بلایا)			
۶۸	متراژ مکان تجمع همراهان بیماران			
۶۹	متراژ فضای مناسب جهت اسکان همراهان بیماران			
۷۰	متراژ 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 شبانه‌روزی 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 رابطه‌ی 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 مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان برای هر قسمت با وظیفه‌ی 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 مدیریت خطر 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 منعقد 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 بری 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 ۱۳۹۴ 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 ۱۳۹۴ 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 در کتاب برنامه‌ی 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

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

ردیف	نیروی انسانی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		غیرفعال	فعال		
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 دکترا)				
۲۴	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت محیط (از کاردان تا دکترا)				
۲۵	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت حرفه‌ای و طب کار (از کاردان تا دکترا)				
۲۶	تعداد کارکنان تخصصی تغذیه (از کاردان تا دکترا)				
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				
۳۷	تعداد کارکنانی که در کارگاه‌های آموزشی مرتبط با بلا با شرکت کرده‌اند				

ردیف	نیروی انسانی	موجود		قابل افزایش	توضیحات
		غیرفعال	فعال		
۳۸	تعداد کارکنان آموزش دیده در دوره‌ی 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 سامانه‌ی 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 نحوه‌ی فعال‌سازی سامانه‌ی 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 نحوه‌ی استفاده از سامانه‌ی آلودگی‌زدایی بیمارستان				
۴۷	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص "شبیه‌سازی رایانه‌ای بلایا"				
۴۸	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص تمرین دورمیزی				
۴۹	تعداد کارکنان آموزش دیده در خصوص تمرین عملیاتی (تمام‌عیار/ محدود به یک بخش)				

توضیحات جدول شماره‌ی ۴ - ارزیابی عملکردها:

در این فصل یک‌بار وجود یا عدم وجود برنامه و در سؤالات بعدی نحوه‌ی تبیین فرایند برنامه‌ی موجود، مورد پرسش قرار گرفته است.

ردیف ۲- برنامه‌ی فراخوان کارکنان: منظور برنامه‌ای است که توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان تدوین شده و چگونگی احضار کارکنان در زمان حادثه را مشخص نموده است. این برنامه باید به استحضار تمامی 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. نحوه‌ی فراخوان کارکنان باید در برنامه، بر اساس اعلام وضعیت شرایط بیمارستان توسط فرماندهی حادثه (زرد، نارنجی، قرمز) دقیقاً مشخص باشد؛ چه افرادی باید فراخوان شده و چه فردی، با چه ابزار و سازوکاری مسئول فراخوانی افراد است. به‌طور مثال در صورت نیاز به حضور جراح و قطع تمامی خطوط ارتباطی، ممکن است در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان برای این موارد این راهکار ارائه شده باشد که ایشان توسط پیک فراخوان شوند.

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

ردیف ۴- برنامه‌ی اطفای حریق: برنامه‌ای که در آن بر اساس وسعت حریق و نظر فرمانده‌ی حادثه، اطفای حریق توسط بیمارستان و یا با کمک دیگر سازمان‌ها انجام می‌شود. در صورت نیاز به همکاری دیگر سازمان‌ها ذکر تفاهم‌نامه منعقدشده، لازم است (منظور غیر از آتش‌نشانی است).

ردیف ۵- پیش‌بینی فضاهاى جایگزین: کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان می‌بایست برنامه‌های لازم به‌منظور تعیین و یا ایجاد فضاهاى جایگزین (درمانی - غیر درمانی) را داشته باشد که البته این در صورتی که تجهیزات و کارکنان موردنیاز لحاظ شده باشد، قابل اجرا است. این فضاها می‌توانند داخل بیمارستان یا بر اساس تفاهم‌نامه با سازمان‌های دیگر، حتی خارج از بیمارستان نیز در نظر گرفته‌شده باشند.

ردیف ۶- برنامه جهت تعیین بیمارستان معین: در این برنامه، نیازهایی که بیمارستان مبدأ نمی‌تواند در زمان حادثه مرتفع نماید، مشخص شده 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 را تعیین کنند.

ردیف ۷- برنامه جهت گروه‌های اعزام به صحنه: در این برنامه ضمن تعیین افراد، به ایشان آموزش داده می‌شود و طبق برنامه‌ی زمان‌بندی و همچنین برنامه‌ی فراخوانی، بر اساس نوع و شدت حادثه چگونگی اعزام به صحنه^۱ مشخص می‌شود.

ردیف ۸- برنامه‌ی انجام مداخلات حفظ حیات در صحنه: در این برنامه مفاد آموزشی با هماهنگی اورژانس پیش‌بیمارستانی تهیه و به گروه اعزام آموزش داده‌شده و نحوه تعامل با کارکنان پیش‌بیمارستانی در عرصه، برنامه‌ریزی می‌شود.

ردیف ۹- برنامه‌ی تخلیه‌ی 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 دستورهای دارویی بیمار، شرح وضعیت بیمار، توسط چه کسانی تنظیم شود؟ که این موضوع در بیمارستان‌های آموزشی، با بیمارستان‌های درمانی تفاوت دارد؛ آیا واحد ترخیص برای این نوع ترخیص‌های ناگهانی تمهیداتی دارد؟ آیا با مرکز درمانی مقصد در این خصوص ارتباطات لازم برقرار شده است؟ و...). تمامی این موارد باید توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی، برنامه‌ریزی و انجام شود.

ردیف ۱۰- برنامه‌ی ارجاع به سایر مراکز درمانی: این برنامه بر اساس تفاهم‌نامه یا دستورالعمل‌های دانشگاه تنظیم می‌شود.

ردیف ۱۱- برنامه‌ی تخلیه‌ی اضطراری مرکز درمانی: در صورت نیاز به تخلیه‌ی بخش، انتقال بیماران و کارکنان به مکان امن بر اساس برنامه‌ی تخلیه مرکز درمانی امکان‌پذیر است. این پروتکل باید از قبل توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تنظیم شود.

ردیف ۱۶- برنامه‌ی انجام تریاژ ثانویه: تدوین برنامه‌ی تریاژ ثانویه در حوادث لازم است. تریاژ اولیه در صحنه 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. با توجه به شرایط بیماران و بیمارستان، گاه لازم است بیماران بعد از تریاژ ثانویه، مجدداً تریاژ انجام شود.

ردیف ۱۷- برنامه‌ی 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) صورت گیرد.

ردیف ۱۸- برنامه‌ی فرایند آلودگی‌زدایی: با توجه به نوع حادثه و مخاطره نیاز به آلودگی‌زدایی، اختصاصی است، که این فرایند تخصصی باید توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان تبیین شود.^۱

ردیف ۱۹- برنامه‌ی افزایش ظرفیت آلودگی‌زدایی: بعد از تبیین فرایند، برنامه‌ریزی برای افزایش ظرفیت بر اساس نوع مخاطره انجام می‌شود، به‌طور مثال افزایش تعداد دوش شستشو در مخاطرات هسته‌ای.

ردیف ۲۰- برنامه‌ی افزایش ظرفیت جداسازی: در این برنامه تمامی مواردی که نیاز به جداسازی دارند (عوامل زیستی و شیمیایی و پرتوی و هسته‌ای) باید در نظر گرفته شوند، بر اساس نوع عامل، نیاز به ایزولاسیون و جداسازی متفاوت بوده، امکانات و برنامه‌های مختلفی را می‌طلبد.

ردیف ۲۲- برنامه‌های آموزشی و یادگیری: تمامی برنامه‌های آموزشی مربوطه به حوادث اعم از برنامه‌های انجام‌شده و در حال انجام، مدنظر است.

ردیف‌های ۲۳ تا ۲۶- برنامه‌های تمرین (مانور): در خصوص انواع مانور و برنامه‌ریزی برای اجرای آن‌ها در کتاب برنامه‌ی ملی آمادگی بیمارستانی توضیحات به‌تفصیل آمده است.

ردیف ۲۷- برنامه برای انبار منابع: نیازهای مربوط به حادثه توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان بر اساس تحلیل خطر مشخص و برنامه‌ی ذخیره‌ی منابع مطابق با آن تبیین می‌شود.

ردیف ۲۸- برنامه‌ی چگونگی توزیع منابع: در مجتمع‌های بیمارستانی بزرگ، با توجه به نظر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام می‌شود.

ردیف ۳۰- برنامه‌ی نظارت و پیگیری تخت‌ها: با توجه به نیاز به پیگیری درمانی و یا اطلاع‌رسانی به خانواده‌ی بیمار، اطلاع از جابه‌جایی بیماران در زمان حادثه اهمیت زیادی دارد، لذا برنامه‌ی نظارت و پیگیری تخت‌ها و برنامه‌ریزی جهت ثبت این جابه‌جایی‌ها باید از پیش تنظیم‌شده باشد.

توضیحات به‌تفصیل در کتاب برنامه‌ی ملی آمادگی بیمارستانی آمده است. یادآوری می‌شود در تمامی برنامه‌ریزی‌ها برای هرکدام از فعالیت‌های 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 انجام می‌شود.

ردیف ۳۱- برنامه‌ی مدیریت کارکنان: بر اساس برنامه‌ی ملی آمادگی بیمارستانی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان باید برنامه‌های مربوط به ورود و خروج کارکنان، اضافه‌کار، حضور و غیاب و... را برنامه‌ریزی و تبیین نماید (جزء فعالیت‌های شاخه اداری مالی است).

ردیف ۳۲- برنامه‌ی ترخیص زود هنگام بیماران انتخابی: کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان، فرآیند ترخیص زود هنگام بیماران را تبیین می‌نماید. در زمان حادثه با دستور فرمانده و طبق این برنامه تبیین شده، می‌توان نسبت به ترخیص بیماران اقدام نمود. بدیهی است از آنجایی‌که در ترخیص زود هنگام، اغلب به ادامه‌ی درمان بعد از ترخیص نیاز است، لذا در تبیین این برنامه علاوه بر در نظر گرفتن مسائل اجرایی لازم است پروتکل‌های درمانی مربوطه نیز لحاظ شوند.

ردیف ۳۵- برنامه‌ی ارزیابی سریع امکانات: برنامه‌ی فرایند ارزیابی سریع امکانات مطابق برنامه‌ی ملی آمادگی بیمارستانی باید تبیین شود.

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

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

- ردیف ۳۷- برنامه‌ی ارزیابی سریع ایمنی مرکز درمانی:** کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان بر اساس سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی^۱، چگونگی انجام این فرآیند را توسط افسر ایمنی تبیین می‌کند.
- به‌طور کلی در تمامی سؤالات مربوط به قسمت "عملکردها" باید نکات ذیل مورد توجه قرار گیرد:
- بیمارستان باید مخاطرات و خطرات مربوط به خود را بشناسد.
 - برای کنترل باید برنامه‌ریزی داشته باشد. (پس باید متناسب با خطر، برنامه‌ی مدیریت آن را داشته باشد).
 - در تبیین فرآیند 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 برنامه‌ی موجود، فرآیند انجام آن برنامه نیز ترسیم شود.

جدول شماره‌ی ۴- ارزیابی عملکردها

توضیحات	موجود		عملکردها	ردیف
	خیر	بلی		
			ابزار تکمیل‌شده‌ی شاخص ایمنی عملکردی بیمارستانی (FHSI) ^۲	۱
			برنامه‌ی فراخوانی کارکنان (تاریخ آخرین بازبینی ذکر شود)	۲
			برنامه‌ی هشدار سریع	۳
			برنامه‌ی اطفای حریق	۴
			برنامه‌ی پیش‌بینی فضاهای جایگزین	۵
			برنامه جهت تعیین بیمارستان معین به‌منظور افزایش ظرفیت بیمارستان	۶
			برنامه جهت تعیین گروه‌های اعزام به منطقه (محل وقوع حادثه)	۷
			برنامه‌ی انجام مداخلات حفظ حیات در عرصه	۸
			برنامه‌ی تخلیه‌ی اضطراری مصدومان به مراکز از قبل تعیین‌شده	۹
			برنامه‌ی ارجاع بیمار به سایر مراکز درمانی	۱۰
			برنامه‌ی تخلیه‌ی اضطراری مرکز درمانی	۱۱
			فرآیند فعال کردن برنامه‌ی پاسخ بیمارستانی ^۳	۱۲
			فرآیند فعال کردن (ICP ^۴ - EOC ^۵ - HCC ^۶)	۱۳
			فرآیند فعال کردن سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی ^۷	۱۴
			برنامه‌ی افزایش ظرفیت پاسخ بیمارستان (ترخیص بیماران انتخابی ^۸ و کاربری فضاهای جایگزین)	۱۵

1- Hospital Incident Command System (HICS)

2- Farsi Hospital Safety Index (FHSI)

3- Hospital Response Plan (HRP)

4- Incident Command Post (ICP)

5- Emergency Operation Center (EOC)

6- Hospital Coordination Center (HCC)

7- Hospital Incident Command System (HICS)

8- Elective

توضیحات	موجود		عملکردها	ردیف
	خیر	بلی		
			برنامه‌ی انجام تریاژ ثانویه بر اساس ESI ^۱ یا START ^۲	۱۶
			برنامه‌ی افزایش تعداد تخت و ظرفیت پذیرش بیماران	۱۷
			برنامه‌ی فرآیند آلودگی‌زدایی	۱۸
			برنامه‌ی فراطرفیت آلودگی‌زدایی	۱۹
			برنامه‌ی فراطرفیت جداسازی	۲۰
			برنامه‌ی تأمین تجهیزات دارویی موردنیاز	۲۱
			برنامه‌های آموزشی و یادگیری	۲۲
			تمرین دورمیزی ^۳	۲۳
			برنامه‌ی تمرین عملیاتی تخلیه‌ی اضطراری	۲۴
			برنامه‌ی تمرین عملیاتی محدود ^۴ در یک بخش	۲۵
			برنامه‌ی تمرین عملیاتی کل مجموعه (تمام‌عیار ^۵)	۲۶
			برنامه برای انبار منابع موردنیاز	۲۷
			برنامه جهت چگونگی توزیع منابع در مراکز درمانی	۲۸
			برنامه‌ی بهبود ظرفیت‌های بیمارستانی (پذیرش بیمار، آلودگی‌زدایی، جداسازی، ...) برای پاسخ به حوادث در شرایط حضور و مداخله‌ی سازمان‌های درگیر	۲۹
			برنامه‌ی نظارت و پیگیری تخت‌ها	۳۰
			برنامه‌ی مدیریت کارکنان بر اساس الگوی کشوری	۳۱
			برنامه‌ی ترخیص زود هنگام بیماران انتخابی	۳۲
			برنامه‌ی راه‌اندازی فضای اقامت بیماران پس از ترخیص و نیاز به ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه	۳۳
			برنامه‌ی اطلاع‌رسانی به مراکز، کارکنان، خانواده‌ها و بیماران	۳۴
			برنامه‌ی ارزیابی سریع امکانات موجود (تخت‌ها، کارکنان)	۳۵
			برنامه‌ی ارزیابی سریع صدمات	۳۶
			برنامه‌ی ارزیابی سریع ایمنی مرکز درمانی	۳۷
			برنامه‌ی اقتضایی به‌منظور تأمین زیرساخت‌های اساسی بیمارستان (آب، برق، گاز، اکسیژن، داروها، مواد غذایی، راه‌های در دسترس)	۳۸
			برنامه‌ی اطلاع‌رسانی بیماران پذیرش‌شده و فوتی	۳۹

1- Emergency Sverity Index (ESI)

2- Simple Triage and Rapid Treatment (START)

3- Tabletop

4- Drill

5- Full scale

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
۴۰	مدیریت اجساد و فوت‌شدگان			
۴۱	بازگشت به حالت عادی			
۴۲	برنامه‌ی فعال کردن مرکز هدایت عملیات بیمارستان			
۴۳	برنامه‌ی ورود و خروج بیماران و مصدومان به بیمارستان			
۴۴	برنامه‌ی پذیرش سریع مصدومان و بیماران در حوادث و بلایا			
۴۵	برنامه‌ی سطح‌بندی و نحوه‌ی ترخیص بیماران بستری در بیمارستان و اطلاع‌رسانی به خانواده			
۴۶	برنامه‌ی نحوه‌ی جابجایی بیماران و مصدومان در بیمارستان			
۴۷	برنامه‌ی نحوه‌ی پیگیری روند درمان بیماران بستری و ترخیص شده از بیمارستان			
۴۸	برنامه‌ی نحوه‌ی فراخوانی کارکنان			
۴۹	فرایند نقل‌وانتقال کارکنان به بیمارستان			
۵۰	برنامه‌ی نحوه‌ی تریاژ بیماران و مصدومان			
۵۱	برنامه‌ی نحوه‌ی ارائه خدمات درمانی خارج از بیمارستان			
۵۲	برنامه‌ی نحوه‌ی گزارش‌دهی بیماری‌های مشمول گزارش			
۵۳	برنامه‌ی مراقبت بیماری‌ها ^۱	جمع‌آوری اطلاعات		
		گزارش‌دهی		
۵۴	برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری سازمان‌های همکار و پشتیبان (مانند پلیس، آتش‌نشانی، شهرداری و غیره)			
۵۵	برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری و مدیریت داوطلبان (عمومی و تخصصی)			
۵۶	برنامه‌ی نحوه‌ی تحویل تجهیزات و وسایل			
۵۷	برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین تجهیزات موردنیاز			
۵۸	برنامه‌ی نحوه‌ی هزینه‌کرد منابع مالی			
۵۹	برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین خدمات جهت کارکنان			
۶۰	برنامه‌ی حمایت از خانواده‌ی کارکنان حاضر در بیمارستان در هنگام وقوع بلایا			
۶۱	برنامه‌ی ارتباط بیمارستان با سامانه‌ی اورژانس پیش بیمارستانی			
۶۲	فرایند پذیرش بیماران در زمان حوادث و بلایا			
۶۳	فرآیند توسعه‌ی تأسیسات در فضای پیش‌بینی‌شده			
۶۴	فرآیند کنترل عفونت در هنگام وقوع حوادث و بلایا			

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
۶۵	فرآیند تثبیت تجهیزات غیرسازه‌ای در بیمارستان			
۶۶	فرآیند احیای قلبی- ریوی در شرایط حوادث و بلایا			
۶۷	فرآیند تأمین خدمات بیمه‌ی مسئولیت کارکنان			
۶۸	فرآیند ثبت حضور کارکنان در زمان حوادث و بلایا			
۶۹	فرآیند ثبت بیماران پذیرش‌شده 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			
۸۳	تفاهم‌نامه با سازمان نظام پرستاری			
۸۴	تفاهم‌نامه با سازمان روان‌شناسی			
۸۵	تفاهم‌نامه با سازمان انتقال خون			
۸۶	تفاهم‌نامه با جمعیت هلال‌احمر			
۸۷	تفاهم‌نامه با سازمان بهزیستی			
۸۸	تفاهم‌نامه با سازمان پزشکی قانونی			
۸۹	تفاهم‌نامه با شهرداری			
۹۰	تفاهم‌نامه با ارتش (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)			
۹۱	تفاهم‌نامه با سپاه پاسداران (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)			

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
۹۲	تفاهم‌نامه با نیروی انتظامی (جهت تأمین امنیت)			
۹۳	تفاهم‌نامه با شرکت نفت			
۹۴	تفاهم‌نامه با کارخانه‌ها			
۹۵	تفاهم‌نامه با سازمان آب			
۹۶	تفاهم‌نامه با سازمان برق			
۹۷	تفاهم‌نامه با مخابرات			
۹۸	تفاهم‌نامه با بهداری نیروهای مسلح			
۹۹	تفاهم‌نامه با سایر مراکز			
۱۰۰	فرایند بایگانی اسناد پزشکی در حوادث و بلایا			
۱۰۱	تمرین فراخوانی نیرو			
۱۰۲	تمرین هشدار سریع			
۱۰۳	تمرین راه‌اندازی بیمارستان صحرائی			
۱۰۴	تمرین تأمین نیرو جهت راه‌اندازی بیمارستان صحرائی			
۱۰۵	تمرین پیش‌بینی فضاهای جایگزین			
۱۰۶	تمرین تعیین بیمارستان معین جهت افزایش ظرفیت بیمارستان			
۱۰۷	تمرین جهت تعیین گروه‌های اعزام به صحنه حادثه			
۱۰۸	تمرین انجام مداخلات حفظ حیات در صحنه حادثه			
۱۰۹	تمرین انتقال مصدومان به مراکز بهداشتی - درمانی از قبل تعیین شده			
۱۱۰	تمرین انجام تریاژ ثانویه			
۱۱۱	تمرین تخلیه اضطراری مرکز درمانی			
۱۱۲	تمرین فعال‌سازی برنامه‌ی پاسخ بیمارستانی			
۱۱۳	تمرین فعال کردن مرکز هدایت عملیات			
۱۱۴	تمرین فعال‌سازی سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی			
۱۱۵	تمرین افزایش ظرفیت پاسخ بیمارستان (ترخیص بیماران انتخابی، کاربری فضاهای جایگزین)			
۱۱۶	تمرین برنامه‌ی ارجاع بیمار به مراکز بهداشتی‌درمانی سازمان‌های همکار و پشتیبان			
۱۱۷	تمرین برنامه‌ی افزایش تعداد تخت و ظرفیت پذیرش بیماران			
۱۱۸	تمرین فرآیند آلودگی‌زدایی			
۱۱۹	تمرین فرآیند اطفای حریق			

ابزار شماره چهار: ابزار بررسی آسیب‌پذیری حوزه سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه)

مقدمه

کاهش اثر مخاطرات و پیامدهای آن موضوعی است که به مشارکت بخش‌های مختلف یک جامعه نیاز دارد. موفقیت در فعالیتهای کاهش اثر مخاطرات متکی بر این است که بدانیم چرا اثرات مخرب و مضر بلایا در یک جامعه‌ای نسبت به جامعه دیگر بسیار متغیر است و چه عواملی بر درجه‌ی اثرپذیری افراد در جوامع مختلف تأثیر دارد. چنین تغییری در میزان حساسیت به صدمات ناشی از حوادث و بلایا، 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 نحوه‌ی اثر این پدیده‌های آسیب‌رسان، نقش مهمی در توسعه و اجرای برنامه‌های مدیریت بلایا/فوریت‌ها خصوصاً در حوزه‌ی سلامت خواهد داشت. بنابراین ابزار حاضر باهدف برآورد آسیب‌پذیری حوزه‌ی سلامت با توجه به دو مشخصه‌ی "میزان در معرض مخاطره بودن" و "میزان اثرپذیری از مخاطره" و با استفاده از منابع معتبر علمی و نظرات متخصصین طی جلسات متعدد طراحی و تدوین شده است.

راهنمای تکمیل ابزار آسیب‌پذیری حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا

۱. مشخصات مربوط به گروه ارزیابی: در این قسمت مشخصات دقیق گروه تکمیل‌کننده 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...) به‌صورت جداگانه تکمیل می‌گردد، لذا نوع مخاطره‌ای را که ابزار بر اساس آن تکمیل می‌گردد را یادداشت نمایید.

۴. برآورد آسیب‌پذیری حوزه‌ی سلامت بر اساس درصد در معرض مخاطره بودن: در این قسمت مؤلفه‌های حوزه‌ی 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 می‌شوند. 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 حوزه‌ی سلامت بوده و هدف آن برآورد آسیب‌پذیری بر اساس میزان تأثیری که وقوع احتمالی مخاطره موردنظر بر روند ارائه خدمت می‌گذارد، است. به‌عنوان مثال برای خدمات اورژانس بیمارستان، بند "۱-۵: اورژانس بیمارستان (میزان تخت‌های فعال)" باید تعیین کرد که اگر در محل موردنظر زلزله رخ دهد، چند درصد از تخت‌های فعال اورژانس بیمارستانی دچار کاهش و یا اختلال در ارائه خدمت می‌شوند.

ابزار بررسی آسیب‌پذیری حوزه‌ی 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 حوزه‌ی سلامت بر اساس درصد در معرض (Expose) مخاطره بودن

مؤلفه‌های حوزه‌ی 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 حوزه‌ی درمان (حوزه بیمارستانی)						
	۴-۱-۳. کارکنان حوزه‌ی بهداشت						
	۴-۱-۴. کارکنان حوزه‌ی پیش بیمارستان						
۴-۲. گیرندگان خدمات سلامت	۴-۲-۱. جمعیت تحت پوشش حوزه‌ی 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 بی‌سرپرست و سرپرست خانوار					
		افراد ناتوان (معلول)	ناتوانی شنوایی				
			ناتوانی بینایی				
			ناتوانی حرکتی				
			ناتوانی شناختی				
	اقلیت‌های قومی و مذهبی						

۷۶ تا ۱۰۰ درصد	۵۱ تا ۷۵ درصد	۲۵ تا ۵۰ درصد	کمتر از ۲۵ درصد	میزان خام	درصد در معرض مخاطره بودن		مؤلفه‌های حوزه‌ی سلامت
					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	
					بیمارستان‌های تأمین اجتماعی		
					بیمارستان‌های وابسته به نیروهای مسلح		
					بیمارستان‌های بخش خصوصی		
					شهری	۴-۳-۴. مرکز بهداشت	
					روستایی		
					پایگاه شهری	پایگاه بهداشت	
					خانه‌ی 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	۴-۳-۶. پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵	
					شهری		
					جاده‌ای		

۱۰۰ تا ۷۶ درصد	۷۵ تا ۵۱ درصد	۵۰ تا ۲۵ درصد	کمتر از ۲۵ درصد	میزان خام	درصد در معرض مخاطره بودن				
					مؤلفه‌های حوزه‌ی سلامت				
				-	شبکه‌ی آب	۴-۳-۷. زیرساخت‌های حیاتی	۴-۳. زیرساخت		
				-	شبکه‌ی فاضلاب				
				-	شبکه‌ی برق				
				-	شبکه‌ی گاز				
				-	زمینی	۴-۳-۸. مسیرهای مواصلاتی		۴-۳. زیرساخت	
				-	ریلی				
				-	آبی (بندرها و اسکله‌ها)				
				-	هوایی (فرودگاه)				
				-	شبکه‌ی تلفن	۴-۳-۹. امکانات ارتباطی	۴-۳. زیرساخت		
				-	شبکه‌ی موبایل				
				-	شبکه‌ی اینترنت				
				-	تلفن ماهواره‌ای				
				-	ارتباطات بی‌سیم امواج رادیویی UHF / VHF	۴-۴-۱. تجهیزات اداری		۴-۴. تجهیزات	
				-	تخت‌های بخش اورژانس				تخت
				-	تخت‌های اتاق عمل				
				-	سایر تخت‌های بستری				
				-	تخت‌های ایزوله				
				-	تخت‌های ایزوله‌ی معکوس				
				-	دستگاه ونتیلاتور		۴-۴-۲. تجهیزات بیمارستانی		
				-	دستگاه DC شوک				

۱۰۰ تا ۷۶ درصد	۷۵ تا ۵۱ درصد	۵۰ تا ۲۵ درصد	کمتر از ۲۵ درصد	میزان خام	درصد در معرض مخاطره بودن		
					مؤلفه‌های حوزه‌ی سلامت		
					دستگاه رادیولوژی	۴-۴-۲. تجهیزات بیمارستانی	۴-۴. تجهیزات
					دستگاه آنژیوگرافی		
					دستگاه سی‌تی‌اسکن		
					دستگاه ام.آر.ای		
					دستگاه سونوگرافی		
					دستگاه اکوکاردیوگرافی		
					دستگاه آندوسکوپی		
					دستگاه کولونوسکوپی		
					دستگاه برونکوسکوپی		
					دستگاه دیالیز		
					دستگاه مانیتورینگ قلبی		
					دستگاه اکسیژن ساز		
					کپسول اکسیژن		
					آمبولانس		
					دستگاه ژنراتور برق		
				-	۴-۴-۳. تجهیزات حوزه‌ی بهداشت (خودرو، تجهیزات زنجیره سرد و....)		
					تیپ A	آمبولانس (فعال)	۴-۴-۵. تجهیزات حوزه‌ی پیش بیمارستانی
					تیپ B		
					تیپ C		
					تیپ A	آمبولانس پشتیبان	
					تیپ B		
					تیپ C		
					موتورلانس		

مؤلفه‌های حوزه‌ی سلامت						درصد در معرض مخاطره بودن	
۷۶ تا ۱۰۰ درصد	۷۵ تا ۷۶ درصد	۵۰ تا ۷۵ درصد	کمتر از ۲۵ درصد	میزان خام			
					اتوبوس آمبولانس		
					بالگرد اورژانس هوایی		
					آمبولانس دریایی		
					تجهیزات ارتباطی	بی‌سیم	
					اورژانس	دکل بی‌سیم	
				-	تجهیزات بخش خصوصی		

۵. برآورد آسیب‌پذیری بر اساس میزان اثر مخاطره بر خدمات سلامت							
میزان اثر		خدمات سلامت	کمتر از ۱۰٪ کاهش	۱۰ تا ۵۰٪ کاهش	۵۱ تا ۱۰۰٪ کاهش	مختل شدن کامل در ارائه‌ی خدمت برای ۳ روز اول پس از حادثه	مختل شدن کامل ارائه‌ی خدمت به مدت بیش از ۳ روز
		۵-۱. اورژانس بیمارستان (میزان تخت‌های فعال)					
		۵-۲. خدمات بستری (میزان تخت‌های فعال بستری)					
		۵-۳. اورژانس پیش بیمارستانی					
		خدمات بهداشت مادر و کودک					
		سامانه‌ی مراقبت (پیشگیری و کنترل) بیماری‌های واگیر					
		واکسیناسیون					
		خدمات بهداشت روان					
		خدمات بهداشت محیط					
		دسترسی به داروهای اساسی					
		خدمات بستری (میزان تخت‌های فعال)					
		خدمات تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، ام‌آر‌آی و ...)					
		خدمات سرپایی (ویزیت پزشکان، تزریقات و ...)					

ابزار شماره پنج : ابزار بررسی آمادگی پاسخ بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی در حوادث و بلایا

مقدمه

بیمارستان‌ها نقش مهمی را در ارائه‌ی مراقبت‌های حیاتی به جامعه در هنگام بروز انواع حوادث و بلایا ایفا می‌کنند. حوادث بسته به دامنه و طبیعت‌اشان، 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 همهی خطرات است. این ابزار بر اساس ۹ مؤلفه‌ی کلیدی می‌باشد که هرکدام شامل لیستی از اقدامات ضروری جهت کمک به مدیران بیمارستان و برنامه‌ریزان درزمینه‌ی اورژانس ساخته شده است. این اقدامات به‌منظور دستیابی به اهداف زیر توصیه می‌شود:

۱. تداوم خدمات ضروری
۲. اجرای هماهنگ فعالیت‌های بیمارستان در تمامی 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 مطرح‌شده در این ابزار، عمومی، قابل اجرا و با رویکرد به تمامی 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 به آن، جهت هماهنگی فعالیت‌های مرتبط با پاسخ در شرایط اضطراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	تعیین یک فرد به‌عنوان مسئول هر یک از مؤلفه‌های ۹ گانه‌ی کلیدی در این چک‌لیست، جهت اطمینان از مدیریت مناسب و هماهنگی فعالیت‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	تعیین گروه فرماندهی حادثه و جایگزین احتمالی آنها جهت تضمین ادامه‌ی مدیریت، کنترل و عملکرد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	ثبت و نگهداری تمامی مستندات مربوط به مدیریت اورژانس بیمارستانی و برنامه‌ی آمادگی 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 برگه‌های شرح وظایف در چارت فرماندهی حادثه 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	آموزش تمام اعضای کمیته و کارکنان بیمارستان در مورد ساختار و عملکرد سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی و وظایف در شرایط اضطراری به‌اندازه‌ی کافی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد $۶=۱ \times$	تعداد موارد $۱۲=۲ \times$	تعداد موارد $۱۸=۳ \times$

ارتباطات خطر و روابط عمومی: 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 به عنوان 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 پیام‌های ارتباطات خطر 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 سازوکار 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 سامانه‌ی فراخوان نیرو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	وجود یک روش مناسب جهت جمع‌آوری به موقع و تجزیه و تحلیل اطلاعات و گزارش آن به دولت، مقامات بهداشتی، بیمارستان‌های هم‌جوار و اورژانس پیش‌بیمارستانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	سامانه اطلاع‌رسانی پیام خطر و انتقال تصمیم‌گیری‌های مربوط به اولویت‌بندی بیماران (به عنوان مثال معیارهای پذیرش و معیارهای ترخیص، روش‌های تریاژ، پیشگیری از عفونت و اقدامات درمانی) 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 ^۱ ، بی‌سیم، راهنمای تلفن)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد ۹=۱×	تعداد موارد ۱۸=۲×	تعداد موارد ۲۷=۳×

ایمنی و امنیت: ایمنی و سازوکارهای پیشرفته‌ی امنیتی برای عملکرد و پاسخ بیمارستان به حوادث مختلف در طی بلایا و فوریت‌ها ضروری است. در خصوص نیل به این هدف تمامی 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 آسیب‌پذیری محل‌هایی که حساسیت بیشتری دارند (مانند محل‌های ورود و خروج، انبار دهی آب و غذا، ذخیره‌ی دارو) و اقدامات اصلاحی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	اطمینان از حفظ دسترسی به تجهیزات، محل تریاژ و دیگر نقاطی که باید برای انتقال بیماران باز بماند و همچنین وجود برنامه‌ی کنترل مناطق پرتراфик و پارکینگ‌ها برای تداوم آمدوشد به بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	وجود یک روش معتبر جهت شناسایی کارکنان بیمارستان، بیماران و مراجع کنندگان در زمان حوادث	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر گرفتن سازوکاری جهت تأمین امنیت کارکنان بخش‌های بیمارستان خصوصاً اورژانس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	وجود برنامه‌ی تخلیه‌ی 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(پروتکل به‌کارگیری، بیمه مسئولیت و اعتبارسنجی داوطلبان)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	وجود مستندات بررسی گزارش‌های کارگروه ایمنی بیمارستان جهت شناسایی چالش‌ها و محدودیت‌های ایمنی از جمله نقص‌های سازه‌ای، مدیریت مواد خطرناک و پیشگیری و کنترل عفونت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	وجود مستندات آغاز و پیگیری ایمن‌سازی نقاط غیر ایمن بیمارستان	<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 در 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 در صورت نیاز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد ۱۱=۱x	تعداد موارد ۲۲=۲x	تعداد موارد ۳۳=۳x

تریاز: حفظ عملیات مربوط به تریاز 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 تمامی فعالیت‌های زیر باید 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 تریاز (مانند یک پزشک طب اورژانس، جراح عمومی و یا یک پرستار آموزش‌دیده)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	تعیین روش‌هایی برای انتقال و استقرار بیماران (سالن‌های انتظار، درمانگاه) که دارای امنیت کافی بوده و همچنین دارای فضای درمانی استاندارد نور کافی و امکان دسترسی مناسب باشد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	قرار داشتن مکان تریاز در نزدیکی کارکنان آموزش‌دیده و امکانات پزشکی 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 تریاز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر گرفتن محل‌های جایگزین احتمالی برای دریافت و تریاز انبوه مصدومین	<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 تریاز بیماران در زمان بلایا و عرضه کافی و مناسب برچسب‌های تریاز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	وجود برنامه‌ی سطح‌بندی حادثه و اعلام وضعیت اضطراری در بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	اطمینان از اینکه پروتکل پذیرش، ترخیص و ارجاع بیماران در زمانی که برنامه‌ی حوادث و بلایا فعال شده است، می‌تواند فرایند مراقبت بیماران را عملی سازد (برگزاری انواع تمرین)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	جمع:	تعداد موارد $10 = 1 \times$	تعداد موارد $20 = 2 \times$	تعداد موارد $30 = 3 \times$

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 تمامی فعالیت‌های ذیل ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	محاسبه‌ی 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	محاسبه‌ی 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	تنظیم تفاهم‌نامه با سایر مراکز درمانی مجاور برای انتقال بیماران	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین برنامه افزایش کارکنان برای مراقبت از بیماران در هنگام لزوم افزایش ظرفیت بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر گرفتن مکان‌های جایگزین درمانی جهت انتقال بیماران غیر اورژانسی داخل بیمارستان	<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 آسان بیماران زمانی که روش‌های معمول حمل‌ونقل در دسترس نیستند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	شناسایی مشکلات موجود در ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت، با تأکید بر خدمات جراحی اورژانسی در شرایط اضطراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	شناسایی مکان‌هایی که امکان تبدیل آن‌ها به واحدهای مراقبت از بیماران سرپایی 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 لغو کردن خدمات درمانی غیر فوری (مانند جراحی‌های انتخابی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	تعیین معیارها و یک مسئول برای 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 سردخانه‌ی موقت و حصول اطمینان از وجود تعداد کافی کاورهای جسد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳	عقد قرارداد با سایر نهادها برای ارائه‌ی خدمات 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×

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. به‌منظور دستیابی به این هدف تمامی فعالیت‌های ذیل ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	فهرست بندی و اولویت‌بندی تمامی خدمات بیمارستان و ارائه راهکار تداوم آن‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	تعیین نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند کودکان، زنان و افراد مسن)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	تهیه منابع موردنیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و راهکار تأمین آن‌ها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین یک طرح سامانه‌ای و قابل‌گسترش برای حفظ تداوم مراقبت‌های ضروری (به‌عنوان‌مثال، دسترسی به گازهای طبی و داروهای حیاتی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	هماهنگی با وزارت بهداشت و پزشکان بخش خصوصی جهت اطمینان از تداوم خدمات پزشکی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	حصول اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری برای ادامه‌ی حیات در بیمارستان، ازجمله آب، برق و مواد غذایی در زمان حوادث و بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	بررسی تأثیر وقایع احتمالی ناشی از حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی و ارائه راهکارهای جایگزینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	حصول اطمینان از وجود سازوکارهایی برای جمع‌آوری و امحا پسماندهای بیمارستانی و سایر ضایعات خطرناک در شرایط اضطراری	<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 و داشتن برنامه آنکالی در حوادث و بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	تعیین یک دستورالعمل مشخص برای مرخصی استعلاجی کارکنان و جایگزینی آن‌ها، شامل در نظر گرفتن احتمال وقوع بیماری یا آسیب دیدن اقوام کارکنان یا وابستگان آنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین ضمانت اجرایی برنامه آنکالی در حوادث و بلایا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در نظر داشتن یک برنامه‌ی احتمالی برای تأمین غذا، آب و فضای استراحت و ماندگاری برای کارکنان بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	اولویت‌بندی نیازهای درمانی و برنامه‌ی 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 باسیاست‌های بیمارستان و مقامات بهداشتی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	آموزش مراقبت و درمان در شرایط اضطراری به کارکنان (مانند اورژانس، بخش‌های ICU و جراحی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	تمرین حوادث و بلایا به‌خصوص در 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 خانواده‌ی 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 خود مراقبتی 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 خانواده‌ی 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 زنجیره‌ی 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 تمامی فعالیت‌های زیر ارزیابی شوند:

ردیف	فعالیت‌های پیشنهادی	در حال بررسی (۱)	در دست انجام (۲)	خاتمه یافته (۳)
۱	تهیه‌ی یک فهرست از تمام تجهیزات، لوازم، مواد و تعیین روش درخواست و تأمین 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 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 زنجیره‌ی سرد بدون وقفه برای اقلام ضروری که نیاز به سردخانه دارند.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	ذخیره‌ی کالاهای ضروری و دارو مطابق با دستورالعمل‌های ملی اطمینان از استفاده به‌موقع از اقلام ذخیره‌شده 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 در شرایط اضطراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	وجود برنامه‌هایی برای نگهداری و تعمیر سریع تجهیزات مورد نیاز برای ارائه خدمات ضروری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	هماهنگی با اورژانس پیش‌بیمارستانی و سایر مؤسسات آمبولانس‌های خصوصی 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×

بازیابی پس از بلایا: برنامه‌ریزی جهت بازیابی پس از بلایا باید همزمان با شروع اقدامات در مرحله‌ی 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 تمامی 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 کارکردهای بیمارستان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	برنامه‌ی ارزیابی ایمنی بیمارستان از نظر سازه‌ای	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	تعیین برنامه و منابع موردنیاز برای تکمیل و ترمیم بیمارستان در صورتی که تخلیه‌ی 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	تدوین چارچوب ارائه‌ی گزارش پس از حوادث به مدیران بیمارستان، مقامات بهداشتی و سهامداران که شامل خلاصه‌ی حادثه، ارزیابی اقدامات و یک گزارش از هزینه‌ها است.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	سازمان‌دهی تیم گزارش‌گیری حرفه‌ای و برای ارائه به فرماندهی حادثه در فواصل ۲، ۶، ۱۲، ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه جهت کمک به برنامه‌ی پاسخ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	انتصاب یک کارمند جهت کمک به برنامه‌ی بازیابی پس از بلایا جهت رسیدگی به نیازهای کارکنان شامل مشاوره و حمایت‌های مادی و معنوی از کارکنان و خانواده‌های آنها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	تشکیل گروه مشاوره روانی در بلایا برای حمایت از کارکنان آسیب‌دیده روحی در بلایا	<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:

هرکدام 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 نمره‌ی گزینه‌ها جداگانه جمع شده و سپس با کم کردن مجموع نمرات گزینه‌ی 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 نحوه‌ی رتبه‌بندی میزان آمادگی در هر جزء کلیدی و در نهایت رتبه‌بندی آمادگی کلی بیمارستان به صورت زیر است:

<p>❖ جزء کلیدی شماره ۶:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۸-۱۳ • سطح آمادگی متوسط = ۱۴-۱۹ • سطح آمادگی قوی = ۲۰-۲۴ 	<p>❖ جزء کلیدی شماره ۱:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۶-۱۰ • سطح آمادگی متوسط = ۱۱-۱۴ • سطح آمادگی قوی = ۱۵-۱۸
<p>❖ جزء کلیدی شماره ۷:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۱۵-۲۵ • سطح آمادگی متوسط = ۲۶-۳۶ • سطح آمادگی قوی = ۳۷-۴۵ 	<p>❖ جزء کلیدی شماره ۲:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۹-۱۴ • سطح آمادگی متوسط = ۱۵-۲۰ • سطح آمادگی قوی = ۲۱-۲۷
<p>❖ جزء کلیدی شماره ۸:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۱۰-۱۷ • سطح آمادگی متوسط = ۱۸-۲۵ • سطح آمادگی قوی = ۲۶-۳۳ 	<p>❖ جزء کلیدی شماره ۳:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۱۱-۱۷ • سطح آمادگی متوسط = ۱۸-۲۵ • سطح آمادگی قوی = ۲۶-۳۳
<p>❖ جزء کلیدی شماره ۹:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۹-۱۴ • سطح آمادگی متوسط = ۱۵-۲۰ • سطح آمادگی قوی = ۲۱-۲۷ 	<p>❖ جزء کلیدی شماره ۴:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سطح آمادگی ضعیف = ۱۰-۱۷ • سطح آمادگی متوسط = ۱۸-۲۵ • سطح آمادگی قوی = ۲۶-۳۳
<p>سطح آمادگی کلی بیمارستان:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ سطح آمادگی ضعیف = ۹۳-۱۵۲ ○ سطح آمادگی متوسط = ۱۵۳-۲۱۲ ○ سطح آمادگی قوی = ۲۱۳-۲۷۳ 	<p>❖ جزء کلیدی شماره ۵:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ سطح آمادگی ضعیف = ۱۳-۲۱ ❖ سطح آمادگی متوسط = ۲۲-۳۰ ❖ سطح آمادگی قوی = ۳۱-۳۹

ابزار شماره شش : ابزار بررسی آمادگی روانی بیمارستان در شرایط اضطراری^۱

مقدمه

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 انسان‌ساخت از جمله وقایع تروریستی و دیگر موارد فوریت‌های سلامت عمومی) را ارزیابی نمایند. اعضای اصلی گروه پاسخگوی بلایا در تسهیلات بهداشتی و درمانی (به‌عنوان مثال، هماهنگ‌کنندگان پاسخ به بلایا، مدیران سازمان) باید برای شناسایی نوع فعالیت‌های اجرایی مربوط به آمادگی و پاسخ، این ارزیابی را به‌صورت 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 پایه‌ی سه عنصر ساختاری و چهار عنصر فرآیندی سازمان‌دهی 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 نمره‌ی مرتبط را انتخاب کنید، و سپس پاسخی را که توصیف‌کننده ظرفیت فعلی تسهیلات شماست 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 تک‌تک 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 نمره‌ی "صفر" نشان‌دهنده‌ی این است که هیچ کدام اجرایی صورت نگرفته، نمره‌ی "۱" بیانگر اقدام یا اجرای نسبی و نمره‌ی "۲" بیانگر اقدام یا اجرای کامل است. در انتهای هر بخش نمره‌ی کامل آن بخش وارد شود. سپس نمره‌ی کل برای سطح آمادگی را وارد نمایید. درنهایت، ارزیابی را برای شناسایی حوزه‌هایی که نیاز به توجه دارند (نمره‌ی صفر کسب کرده‌اند) و یا این که نیاز به تقویت دارند (نمره‌ی ۱ کسب کرده‌اند) را مرور کنید.

ساختار

عناصر روانی	اجرای کامل (نمره = ۲)	اجرای نسبی (نمره = ۱)	اجراننده (نمره = ۰)	نمره‌ی شما و حوزه‌های نیازمند بهبود
ساختار داخلی سازمان و زنجیره‌ی فرماندهی ^۱	<ul style="list-style-type: none"> • مدیریت، اهمیت و لزوم شناسایی عواقب روانی حادثه/ بلا را تشخیص می‌دهد. • برنامه‌ی مقابله با حوادث و بلایا شامل سلامت روانی در سامانه‌ی فرماندهی حادثه/ شرح وظایف^۲ وجود دارد. • یک گروه چند تخصصی برای توسعه‌ی 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 ارائه‌ی 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. 	<p>بعضی از این ساختارها برای شناسایی عواقب روانی حوادث موجود است.</p>	<p>هیچ زیرساختی برای شناسایی نتایج روانی حوادث وجود ندارد.</p>	<p>۰ □ ۱ □ ۲ □</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
منابع و زیرساخت‌ها	<ul style="list-style-type: none"> • تفاهم‌نامه با وزارت بهداشت، سازمان مدیریت بحران، جمعیت هلال احمر، سازمان بهزیستی و یا دیگر سازمان‌های محلی وجود دارد. • برنامه‌ی 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 با اطلاعات تماس افراد در دسترس است. ذخایر ضروری موردنیاز 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 خسارات فیزیکی (از جمله منطقه‌ی انتظار برای خانواده) را برآورده سازد. 	<p>تعدادی از منابعی که در سلامت روان موردنیاز است در دسترس است.</p>	<p>منابع در دسترس برای زمان رخداد بلایا ناکافی هستند.</p>	<p>۰ □ ۱ □ ۲ □</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
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 دیده و در مورد اصول مراقبت از خود، آگاهی دارند. • کارکنان سلامت روان در زمینه‌ی ارزیابی سلامت روان، مداخلات اولیه‌ی روانی و همچنین کمک‌های اولیه‌ی 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 حوزه‌ی سلامت روان است را دریافت می‌کنند. 	<p>تعدادی از کارکنان برخی از فعالیت‌های آموزشی مبتنی بر واکنش و پاسخ در سلامت روان را دریافت می‌کنند.</p>	<p>کارکنان فعالیت‌های آموزشی مبتنی بر واکنش و پاسخ در سلامت روان را دریافت نمی‌کنند.</p>	<p>۰ □ ۱ □ ۲ □</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

نمره‌ی زیرمجموعه‌ی (ساختار: طیف امتیاز ممکن = ۶-۰)

فرآیندها				
عناصر آمادگی روانی	اجرای کامل (نمره = ۲)	مقداری اجرا شده (نمره = ۱)	اجرا نشده (نمره = ۰)	نمره‌ی شما و حوزه‌های نیازمند بهبود
<ul style="list-style-type: none"> همه‌انگهی 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 زمینه‌ی 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 	<ul style="list-style-type: none"> برنامه‌ریزی اندکی برای جامعه و همبستگی برای سلامت روان شکل گرفته است. 	<ul style="list-style-type: none"> هیچ همه‌انگهی و اتحادی با سازمان‌های بیرونی مورد توجه قرار نگرفته است. 	<ul style="list-style-type: none"> ۰ □ ۱ □ ۲ □
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> تعدادی از پروتکل‌ها در مورد ارزیابی خطر سلامت روان وجود دارد. 	<ul style="list-style-type: none"> هیچ پروتکلی در مورد ارزیابی خطر و پایش آن تدوین نشده است. 	<ul style="list-style-type: none"> ۰ □ ۱ □ ۲ □
<ul style="list-style-type: none"> حمایت‌های روانی و مداخلات 	<ul style="list-style-type: none"> کارمندان سلامت روان، برای ارائه‌ی 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 ارائه‌ی حمایت روانی بعد از حادثه (مانند مراسم سالگرد) وجود دارد. 	<ul style="list-style-type: none"> متخصصان سلامت روان و یا دیگر کارکنان بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها می‌توانند مراقبت‌های اولیه روانی در پاسخ به واکنش‌های روانی را ارائه دهند. 	<ul style="list-style-type: none"> تعداد اندکی از کارکنان مراقبت‌های اولیه روانی را ارائه می‌دهند اما هیچ پروتکل مبتنی بر شواهد علمی وجود ندارد. 	<ul style="list-style-type: none"> ۰ □ ۱ □ ۲ □
<ul style="list-style-type: none"> تبادل اطلاعات و ارتباطات 	<ul style="list-style-type: none"> کارکنان سلامت روان به راهبرد ارتباطات وسیع کمک می‌کنند. اطلاعات مربوط به سلامت روان و تجهیزات آموزشی، برای انتشار در موقعیت اضطراری، توسعه داده شده‌اند (به صورت چندزبانه و برای گروه‌های خاص). پیام‌های از پیش طراحی شده‌ی اطلاع‌رسانی خطر، برای توجهات روان‌شناختی آماده‌ی استفاده هستند. 	<ul style="list-style-type: none"> یک طرح ارتباطی سلامت روان که شامل تعدادی عناصر روان‌شناختی هست وجود دارد. 	<ul style="list-style-type: none"> هیچ راهبردی مبنی بر ارتباط جمعی وجود ندارد. 	<ul style="list-style-type: none"> ۰ □ ۱ □ ۲ □

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

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

ابزار شماره هفت : ابزار ارزیابی سریع حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا

مقدمه

اولین لحظات پس از یک حادثه‌ی ناگهانی، دوره‌ی حساسی از زمان است که طی آن سازمان‌های پاسخگو، کمک‌کننده و بشردوستانه نیاز به تصمیم‌های کلیدی در مورد چگونگی حمایت از جامعه‌ی تحت تأثیر قرار گرفته از بلایا، دارند. با این حال، در طول این دوره‌ی 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 / بلا، به‌منظور انجام بررسی مناطق حادثه‌دیده و نیازهای افراد متأثر انجام می‌شود. به‌عنوان نیروهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت، به‌محض مواجه شدن با یک حادثه مانند زلزله اولین الزام این است که به محل رفته و کمک‌نمایید، به‌هر حال، صرف‌نظر از احساسات، پس از انجام اقدامات حیاتی مانند جستجو، نجات و ارائه‌ی خدمات خاص سلامت برای حفظ زندگی قربانیان، باید در اقدام نخست به ارزیابی سریع در محل پردازید. همان‌طور که در استانداردهای بین‌المللی اشاره شده است اولین گام در پاسخ بشردوستانه، ارزیابی نیازهای جمعیت تحت تأثیر قرار گرفته و طراحی یک برنامه‌ی 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 / بلا 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 گیرند. 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 مرگ‌ومیر)
- 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 (حادثه‌ی 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 اولیه سلامت^۱ (۰ الی ۲ ساعت پس از وقوع حادثه/بلیه)
 ۲. ارزیابی سریع سلامت^۲ (۲۴ ساعت پس از وقوع حادثه/بلیه)
 ۳. ارزیابی جامع سلامت^۳ (۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه/بلیه)
- ارزیابی اولیه سلامت در اولین لحظه پس از وقوع حادثه (۰ الی ۲ ساعت) توسط تسهیلات متأثر از حادثه/بلیه صورت می‌گیرد. در این سطح ارزیابی کاملاً تقریبی و بر اساس مشاهدات عینی صورت می‌گیرد. این ارزیابی توسط مرکز فرماندهی و زیر نظر فرمانده سامانه حادثه^۴ باید صورت بگیرد.
 - ارزیابی سریع 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^۵ 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 شود.
 - 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 موردنیاز 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 / بلا: در این قسمت مخاطره‌ی اصلی که رخ داده است را باید ذکر نمایید.
 - ۲-۳ زمان شروع و رخداد حادثه / بلا 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)

1- Initial Health Assessment

4- Incident Command System (ICS)

2- Rapid Health Assessment

5- Emergency Operation Center, EOC

3- Comprehensive Health Assessment

۵-۳ **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.
 ۶-۳ **سایر حوادث مرتبط (ثانویه/ آبخاری):** حوادث ثانویه (آبخاری) 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 / بلا 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.

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

۱۲-۴ **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 خانه‌ی خود را دارند.

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

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

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

۹-۴ **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. **نحوه‌ی دسترسی به محل حادثه:** در این قسمت از فرم ارزیابی باید روش‌های دسترسی به منطقه‌ی وقوع حادثه به‌طور دقیق ذکر گردد تا در ارسال منابع، اختلالی به وجود نیاید.

۶. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه‌ی پیش‌بیمارستانی:

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

۱-۶ 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 بافاصله‌ی 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 و 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 به‌صورت 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 هلال‌احمر: 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 تشبیت وضعیت بالینی آن‌ها است.

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

۲-۶ تعداد آمبولانس‌های موجود:

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

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

آمبولانس تیپ C: آمبولانسی که به‌منظور 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 ارائه‌ی 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 پایه‌ی مقدماتی:** دارای مدرک دیپلم است و موظف به گذراندن حداقل ۳۰۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهی‌نامه‌ی 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 دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهی‌نامه‌های ACLS و HTC و دارای مهارت‌های اقدامات سطح اول و رگ‌گیری، احیای پیشرفته بدون اینتوباسیون، گذاشتن LMA و Combitube، تزریق دارو با دستور پزشک مشاور و ارزیابی بیمار است.
- **تکنیسین میانی ارشد:** حداقل دارای مدرک فوق‌دیپلم و موظف به گذراندن ۷۵۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهی‌نامه‌های پروتکل آفلاین ۱ و PHTLS و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح ۲ و اینتوباسیون، مانیتورینگ قلبی، نیدل توراکوستومی، الکتروشوک اتوماتیک، کراش انتوبیشن، سطح یک پروتکل آفلاین و مدیریت صحنه‌ی بحران است.
- **تکنیسین میانی خبره:** حداقل دارای مدرک فوق‌دیپلم و حداقل گذراندن ۹۰۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهی‌نامه‌های مدیریت بحران پروتکل آفلاین ۲ و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح ۳ تفسیر پایه‌ی الکتروکاردیوگرافی، الکتروشوک دستی، تزریق داخل استخوان (IO)، سطح دو پروتکل آفلاین است.
- **تکنیسین عالی:** حداقل دارای مدرک لیسانس و حداقل گذراندن ۱۰۰۰ ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن ۴۰ ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهی‌نامه‌ی ATLS و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح ۴ و کریکتوتیروتومی، تفسیر پیشرفته‌ی الکتروکاردیوگرافی و ختم احیا است.

۷. اطلاعات مربوط به مراکز بیمارستان

۲-۷ انواع مراکز ارائه‌ی تسهیلات درمانی:

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

درمانگاه عمومی: درمانگاهی است که به‌منظور ارائه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی در بیش از یک‌رشته‌ی تخصصی عمومی فعالیت دارد.

درمانگاه تخصصی: درمانگاهی است که به‌منظور ارائه‌ی 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 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 به‌منظور درمان و بهبودی بیماران سرپایی و بستری به‌صورت 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 باشد.

تخت مصوب: به تختی در بیمارستان گفته می‌شود که هنگام تصویب طرح ساخت بیمارستان و یا طرح توسعه‌ی 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 غیرسازه‌ای و عملکردی در مراکز بهداشتی - درمانی و بیمارستان‌ها ذکر می‌گردد.

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

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

۸. اطلاعات شبکه‌های بهداشت و درمان

مرکز جامع خدمات سلامت 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. وظیفه‌ی اصلی این مرکز پشتیبانی از خانه‌های بهداشت، نظارت بر کار آن‌ها و قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است.

مرکز جامع خدمات سلامت 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 ۵۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰ 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.

خانه‌ی بهداشت: واحدی مستقر در روستاست که غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) را نیز پوشش می‌دهد. جمعیت تحت پوشش هر خانه‌ی 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 بهداشت: واحدی مستقر در مناطق روستایی با بیش از ۶۰۰۰ نفر جمعیت و تمامی 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 زمینه‌ی 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 زمینه‌ی فعالیت تخصصی سازمان مسئول در اختیار ندارد؛ ولی حضور نیافتن یا ناهماهنگی آن، می‌تواند به‌شدت 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 می‌گردد.

۱۰. مدیریت اجساد

مدیریت اجساد قربانیان شامل فعالیت‌هایی است که با جستجوی اجساد آغاز می‌شود و به دنبال آن، فعالیت‌هایی چون شناسایی هویت اجساد، انتقال آن‌ها به سردخانه‌ی 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 شبکه‌های آبرسانی، برق‌رسانی، مخابراتی، سامانه‌ی گازرسانی و شبکه‌ی راه‌های درون‌شهری و برون‌شهری از سازه‌های زیر بنایی برای زندگی شهری هستند.

ابزار ارزیابی سریع اولیه حوزه سلامت (۲ - ۰ ساعت پس از حادثه / بلیه)

زمان ارزیابی سریع؛ روز.....مورخ / / ۱۴ ساعت آغاز: ساعت پایان: شماره فرم:

۱. مشخصات مربوط به تیم 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:
۳. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده				
منبع اطلاعات	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:			

منبع اطلاعات		۴. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می باشند)		
		۴-۱ تعداد کشته ≠نفر در .....ساعت گذشته		
		۴-۲ تعداد افراد مصدوم ≠نفر در .....ساعت گذشته		
		۴-۳ تعداد مفقودین ≠نفر در .....ساعت گذشته		
		۴-۴ تعداد افراد بی خانمان ≠نفر		
منبع اطلاعات		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)		
۶. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش بیمارستانی				
۶-۱ اطلاعات مربوط به پایگاه های امدادی و آمبولانس های منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش بیمارستانی و هلال احمر)				
منبع اطلاعات	تعداد	آمبولانس	تعداد	پایگاه
		آمبولانس های آسیب دیده و غیرفعال		پایگاه های آسیب دیده و غیرفعال
منبع اطلاعات		۶-۳ اطلاعات مربوط به نیروی انسانی حوزه پیش بیمارستانی		
		تعداد کل نیروهای پیش بیمارستانی فعال در منطقه:.....نفر		

۶-۴ امکانات ارتباطی

منبع اطلاعات						
	تلفن با خطوط زمینی	تلفن همراه	تلفن ماهواره‌ای	امواج رادیویی (بی‌سیم) UHF / VHF	سامانه پیامک	سایر
	<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 کارکنان / بیماران کشته یا مجروح شده‌اند		۷-۷ شبکه برق رسانی برقرار است		۷-۶ وضعیت آسیب‌دیدگی بیمارستان		۷-۵ مرکز قابلیت ارائه خدمات دارد		۷-۴ نوع مدیریت (دانشگاهی، غیردانشگاهی، نظامی، خصوصی، خیریه و ...)	۷-۲ نوع مرکز درمانی (مرکز تروما، عمومی، تک تخصصی و غیره)	۷-۱ نام بیمارستان	
	خیر	بلی	خیر	بلی	جزئی	کلی	خیر	بلی			نام مرکز	ردیف

۸. سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان حاضر در محل حادثه / بلیه			
منبع اطلاعات	۸-۱ علاوه بر کارکنان حوزه سلامت نیاز به مشارکت کدام سازمان‌ها در محل حادثه وجود دارد؟		
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	آتش‌نشانی پلیس	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
			هلال‌احمر بسیج جامعه پزشکی
۹. وضعیت زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)			
منبع اطلاعات	۹-۱ آیا زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی): شبکه راه‌ها، شبکه آب، برق، گاز و غیره دچار آسیب شده‌اند؟		
	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	شبکه برق شبکه گاز	<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی
			راه‌های ارتباطی شبکه آب‌رسانی

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 تیم 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					
منبع اطلاعات					
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:					
۳-۴ شدت و وسعت جغرافیایی حادثه / بلیه:					

۴. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می باشند)					
منبع اطلاعات		منبع اطلاعات		منبع اطلاعات	
		۴-۱ تعداد کشته ≠نفر در .....ساعت گذشته			۴-۴ تعداد افراد بی خانمان ≠نفر
		۴-۲ تعداد افراد مصدوم ≠نفر در .....ساعت گذشته			۴-۵ تعداد افراد تخلیه شده از محل حادثه ≠نفر
		۴-۳ تعداد مفقودین ≠نفر در .....ساعت گذشته			۴-۶ تعداد افراد نیازمند تخلیه از محل حادثه ≠نفر
۵. نحوه دسترسی به محل حادثه					
<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: (به عنوان مثال زمینی به وسیله خودروی کمک دار)</p>					
۶. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش بیمارستانی					
۶-۱ اطلاعات مربوط به پایگاه های امدادی و آمبولانس های منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش بیمارستانی و هلال احمر)					
پایگاه	تعداد پایگاه فعال	منبع اطلاعات	آمبولانس	تعداد آمبولانس فعال	منبع اطلاعات
پایگاه شهری ۱۱۵			آمبولانس تیپ A, B, C		
پایگاه جاده ای ۱۱۵			موتور آمبولانس		
پایگاه اورژانس هوایی ۱۱۵			اتوبوس آمبولانس		
پایگاه اورژانس دریایی ۱۱۵			اورژانس هوایی (بالگرد)		
پایگاه امداد و نجات هلال احمر			آمبولانس دریایی		

۶-۲ اطلاعات مربوط به نیروی انسانی حوزه پیش بیمارستانی

منبع اطلاعات	
	تعداد کل نیروهای پیش بیمارستانی فعال در منطقه:.....نفر

۶-۳ امکانات ارتباطی

منبع اطلاعات	سایر	سامانه پیامک	امواج رادیویی (بی سیم) UHF / VHF	تلفن ماهواره‌ای	تلفن همراه		تلفن با خطوط زمینی	
					همراه اول	ایرانسل		
	<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"/>	نسبتاً فعال
	<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:

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 (۵ مشکل):
	-۱
	-۲
	-۳

۳-۱۰ اولویت‌های اصلی امداد رسانی را ذکر نمایید (۵ اولویت):

- ۱
- ۲
- ۳

توضیحات تکمیلی:

نام و نام خانوادگی و محل امضا مسئول تیم ارزیابی سریع

زمان پایان ارزیابی؛ روز..... مورخ / / ۱۴

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

شماره فرم:

ساعت پایان:

ساعت آغاز:

روز..... مورخ / / ۱۳

۱. مشخصات مربوط به تیم 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		منبع اطلاعات		
۴-۱ 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 (ثانویه/آبشاری):	
۴. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می‌باشند)			
منبع اطلاعات	اطلاعات مربوط به اثرات حادثه / بلیه	منبع اطلاعات	اطلاعات پایه*
	۴-۱۰ تعداد کشته ≠نفر در .....ساعت گذشته		۴-۱ جمعیت منطقه ≠نفر
	۴-۱۱ تعداد مصدوم ≠نفر در .....ساعت گذشته - تعداد مصدومین با اولویت قرمز ≠نفر** - تعداد مصدومین با اولویت زرد ≠نفر**		تعداد زنان ≠نفر - تعداد مردان ≠نفر تعداد خانوار ≠خانوار
			۴-۲ تعداد سالمندان ≠نفر
	۴-۱۲ تعداد مفقودین ≠نفر در .....ساعت گذشته		۴-۳ تعداد افراد ناتوان (معلول) ≠نفر
	۴-۱۳ تعداد افراد بی‌خانمان ≠نفر**		۴-۴ تعداد کودکان کمتر از ۵ سال ≠نفر
	۴-۱۴ تعداد افراد تخلیه‌شده ≠نفر		۴-۵ تعداد زنان بی‌سرپرست ≠نفر
	۴-۱۵ تعداد افراد نیازمند تخلیه ≠نفر		۴-۶ تعداد بیماران مزمن ≠نفر
	۴-۱۶ تعداد افراد واردشده به منطقه بعد از حادثه ≠نفر		۴-۷ تعداد زنان باردار ≠نفر
	سایر اطلاعات:		۴-۸ تعداد زنان شیرده ≠نفر
			۴-۹ اقلیت‌های قومی، مذهبی و زبانی حاضر ≠نفر

منبع اطلاعات	۵. نحوه دسترسی به محل حادثه
	<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: (به عنوان مثال زمینی به وسیله 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 به روزرسانی 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 پیش بیمارستانی					
منبع اطلاعات	۱-۶ اطلاعات مربوط به پایگاه‌های امدادی منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش بیمارستانی و هلال احمر)				
	توضیحات	آسیب‌دیده و غیرفعال	آسیب‌دیده و فعال	تعداد کل*	پایگاه
					پایگاه شهری ۱۱۵
					پایگاه جاده‌ای ۱۱۵
					پایگاه اورژانس هوایی ۱۱۵
					پایگاه اورژانس ریلی ۱۱۵
					پایگاه اورژانس دریایی ۱۱۵
					پایگاه امداد و نجات هلال احمر

۶-۲ اطلاعات مربوط به آمبولانس‌های منطقه حادثه / بلیه								منبع اطلاعات
آسیب‌دیده و غیرفعال	آسیب‌دیده و فعال	تعداد کل*	آمبولانس					توضیحات
آمبولانس تیپ A								
آمبولانس تیپ B								
آمبولانس تیپ C								
موتور آمبولانس								
اتوبوس آمبولانس								
اورژانس هوایی (بالگرد)								
آمبولانس خصوصی								
آمبولانس نظامی								
۶-۳ اطلاعات مربوط به نیروی انسانی حوزه پیش بیمارستانی (تعداد کارکنان موجود قبل از حادثه / بلیه)								منبع اطلاعات
تکنیسین پارامدیک (EMT-P) .....نفر		تکنیسین میانی (EMT-I) .....نفر		تکنیسین پایه (EMT-B) .....نفر		امدادگر هلال احمر.....نفر		
۶-۴ امکانات ارتباطی								منبع اطلاعات
تلفن با خطوط زمینی	تلفن همراه		تلفن ماهواره‌ای	امواج رادیویی (بی‌سیم) UHF / VHF	سامانه پیامک	سایر**		
	ایرانسل	همراه اول						
<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"/>	نسبتاً فعال	
<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:								

* 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 به‌روزرسانی شود.

** سایر تجهیزات و وسایل ارتباطی مانند پیجر، واکای تاکی و ... ذکر گردند

منبع اطلاعات	۷-۹ فاصله نزدیک ترین بیمارستان ها به منطقه حادثه دیده (به ترتیب فاصله ذکر شوند)				
	توضیحات	فاصله (کیلومتر)	فاصله (کیلومتر)	فاصله (کیلومتر)	نوع مرکز درمانی
					بیمارستان فوق تخصصی
					بیمارستان عمومی
					مرکز تروما
					بیمارستان تک تخصصی (نوع تخصص)
					مرکز جراحی محدود (دی کلینیک)
					درمانگاه / پلی کلینیک
					مرکز بهداشتی- درمانی شهری
					مرکز بهداشتی-درمانی روستایی
					سایر (ذکر شوند):
منبع اطلاعات	۷-۱۰ اطلاعات مربوط به تعداد کارکنان حوزه بهداشت و درمان				
	۱- ۷-۱۰-۱ تعداد کل کارکنان حوزه درمان منطقه				
	تعداد سایر کارکنان	تعداد پیراپزشکان	تعداد کادر پرستاری	تعداد پزشکان	
منبع اطلاعات	۲- 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	آسیب‌دیده و غیرفعال	آسیب‌دیده و فعال	بدون آسیب و فعال	نحوه ارائه خدمات		تعداد کل*	نوع تسهیلات
					شبه‌روزه	روزانه		
								مرکز جامع خدمات سلامت روستایی**
								مرکز جامع خدمات سلامت شهری***
								مرکز جامع خدمات سلامت شهری - روستایی
								پایگاه بهداشت***
								خانه بهداشت***

۸-۲ اطلاعات واحدهای ذی‌ربط شبکه‌های بهداشت

منبع خبر	توضیحات	آسیب‌دیده و غیرفعال	آسیب‌دیده و فعال	بدون آسیب و فعال	نحوه ارائه خدمات		تعداد کل*	نوع واحد
					شبه‌روزه	روزانه		
								واحد بیماری‌ها
								واحد بهداشت خانواده
								واحد گسترش
								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

۳-۸ اطلاعات مربوط به تعداد کارکنان شبکه بهداشت

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

- * 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 به‌روزرسانی 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 کاردان بهداشت، تکنیسین آزمایشگاه و دارویی، بهبار و پرسنل 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 ۵۰۰۰۰ تا ۶۰۰۰۰ نفر می‌باشد. 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 می‌باشد. وظیفه اصلی این مرکز پشتیبانی از خانه‌های بهداشت، نظارت بر کار آن‌ها و قبول ارجاعات و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر می‌باشد.
- **** واحدی مستقر در مناطق روستایی با بیش از ۶۰۰۰ نفر جمعیت و تمامی مناطق شهری است و جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. کارکنان فعال در پایگاه شامل؛ ماما و کاردان‌های بهداشت زن و مرد می‌باشند.
- ***** واحدی مستقر در روستاست که غالباً چند روستای دیگر (روستاهای 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.

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 NGO ها)
	<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	
		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۱-۱۰ آیا فرآیند شناسایی و ثبت در مدیریت اجساد انجام می‌شود؟
		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۲-۱۰ نماینده پزشکی قانونی در منطقه حضور دارد؟
		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۳-۱۰ آیا فضای کافی سردخانه جهت نگهداری اجساد وجود دارد؟
		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۴-۱۰ آیا فرآیند کفن و دفن بر اساس عرف منطقه صورت می‌گیرد؟
		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	۵-۱۰ آیا فرآیند کفن و دفن با سرعت قابل قبول صورت می‌گیرد؟
			۶-۱۰ متولی اصلی مدیریت اجساد با چه واحد یا سازمانی است؟
۱۱. وضعیت زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)			
۱-۱۱ 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	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 قابل ذکر 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
- ۴
- ۵

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

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵

توضیحات تکمیلی:

ابزار شماره هشت : دستورالعمل ملی سطح بندی حوادث و سوانح در نظام سلامت

هدف:

این دستورالعمل با هدف تعیین بزرگی و شدت حادثه و خسارات منتج از آن برای تصمیم‌گیری جهت تعیین سطح فعال‌سازی برنامه پاسخ ملی/استانی (NRP/EOP) و مراکز عملیات اضطراری مناسب طراحی شده است.

با استفاده از این شاخص‌ها، مراکز عملیات اضطراری از سطح محلی (شهرستان/ شبکه‌های خدمات جامع سلامت)، استانی (دانشگاهی) تا سطح ملی برای تصمیم‌گیری به منظور فعال‌سازی برنامه پاسخ اقدام خواهند نمود. مراکز عملیات اضطراری در کلیه سطوح بر اساس ساختار/چارچوب پاسخ ملی (NRS) برنامه پاسخ ملی (NRP) و برنامه پاسخ سریع را فعال نموده و بر مبنی آن اقدامات لازم توسط حوزه سلامت به منظور تامین پاسخ مناسب و در زمان مناسب اقدامات لازم را طبق قانون با استفاده از منابع لازم انجام می‌دهند.

لازمست دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور، برای هر سطح فعالیت مراکز عملیات اضطراری، مجموعه‌ای از شرح وظایف و خدمات مورد نیاز (برنامه پاسخ سریع) را بر اساس الگوی پیوست به دقت تدوین کرده، پس از آموزش تمرین نمایند.

NRS/NRP: National response structure/ Framework

سطوح تصمیم‌گیری برای فعال‌سازی برنامه پاسخ مراکز هدایت عملیات به حادثه در چهار سطح تقسیم گردید.

سطح هشدار	رنگ	سطح فعالیت
E_0	سفید	پایش ^۱
E_1	زرد (محلی/شهرستان/شبکه)	آماده‌باش ^۲
E_2	نارنجی (استانی/دانشگاه)	فعال‌سازی نسبی ^۳
E_3	قرمز (ملی)	فعال‌سازی کامل ^۴

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

فرایند سطح بندی و فعال سازی برنامه پاسخ مراکز عملیات اضطراری (NRCC-EOC) حوادث و سوانح از سطح محلی (شهرستان) /

شبکه‌های خدمات جامع سلامت) تا ملی

در هر نوع از حوادث و سوانح، سطوح مختلفی از شدت وقوع حادثه قابل تعریف است که بر اساس اطلاعات حاصل از ارزیابی سریع، دقیق و مداوم با استفاده از ابزار ملی مخاطرات (تدوین ابزار ملی و سامانه و پایگاه ملی ثبت حوادث و سوانح لازمست) قابل استخراج و طبقه بندی بوده و بر اساس کفایت امکانات و منابع موجود و نیاز یا عدم نیاز به منابع خارج از محل حادثه یا سایر سازمان‌ها / دستگاه‌ها تقسیم‌بندی می‌شود.

بر اساس اطلاعات دریافتی از محل حادثه با استفاده از ابزار ارزیابی سریع و سامانه ثبت حوادث (طراحی ابزار و سامانه ملی مورد نیاز است) و بر اساس این شاخص‌ها چهار سطح فعال سازی مراکز عملیات اضطراری تعریف شده است. در کلیه سطوح نظارت، مشارکت و/یا مداخله سطح ملی مورد نیاز می‌باشد.

لازم به توضیح است که سطح بندی فعلی بر اساس ۵ شاخص که مبتنی بر تجارب ملی و مورد تایید مراجع علمی ملی و بین‌المللی هستند تدوین شده است. این پنج شاخص شامل تعداد کشته، تعداد مصدوم، گستره جغرافیایی بر حسب شهرستان و استان، برآورد خسارت اقتصادی و تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی می‌باشد. لازم به توضیح است که در سطح ملی (E3) در صورت تایید ۳ شاخص از ۵ شاخص، سطح ملی تایید می‌شود. در سطوح شهرستان/شبکه و استانی/دانشگاهی (E2, E1) در صورت تایید هر یک از شاخص‌های ۵ گانه بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی سریع، و در ادامه ارزیابی دقیق و مداوم سطح متناظر تایید و اعلام خواهد شد. لازم به توضیح است که بر اساس اطلاعات حاصله حداکثر هر ۶ ساعت تا ۷۲ ساعت اول، و هر روز تا هفته اول و هر هفته تا ماه اول لازمست سطح بندی انجام و اعلام گردد.

توصیه می‌شود در ۰ تا ۲ ساعت اول بعثت دقت پایین اطلاعات دریافتی سعی شود سطحی بالاتر برآورد گردد، تا خسارات احتمالی کاهش یافته، منابع مورد نیاز تامین گشته و پاسخ مناسبی ارائه گردد و در ادامه بر اساس دقت اطلاعات دریافتی تا ۶ ساعت اول سطح حادثه بطور واقعی تعیین و اعلام گردد.

سطح حادثه E0 (سفید):

در این سطح، حادثه و سانحه‌ای رخ نداده است و یا در صورت وقوع در محدوده جغرافیایی یک شهرستان بوده و تعداد کشته، تعداد مصدوم، برآورد خسارت اقتصادی و تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی بسیار محدود بوده و در فرایند خدمات/ زندگی اجتماعی هیچ اختلالی ایجاد نکرده و مدیریت آن با منابع محلی امکان پذیر است. در

این شرایط وقایع روزمره توسط مسئولین مراکز عملیات اضطراری در سطوح شهرستان، استان، و ملی، پایش، گزارش و ثبت می‌شود. در صورت مشاهده علایم هشدار دهنده وقوع، یا تغییر شرایط حادثه و یا رخداد حوادث بعدی (آبشاری)، لازم است ضمن ارزیابی دقیق و تعیین سطح حادثه، اطلاعات مربوط توسط مسئولین به سطح بالاتر اطلاع داده شود.

در این شرایط مرکز عملیات اضطراری ملی سلامت فعالیتهای معمول خود را انجام داده و اطلاعات بطور منظم از تمام مراکز عملیات اضطراری استانی/دانشگاهی دریافت، تایید و تحلیل نموده و گزارش‌های مورد نیاز تهیه شده و ضمن نمایش در مراکز هدایت عملیات بر اساس دستورالعمل اطلاع رسانی به مسئولین و دستگاه‌های ذی‌ربط اطلاع رسانی می‌شود. مراکز عملیات اضطراری استان‌ها / دانشگاه‌ها هم از شهرستان‌ها / شبکه‌ها اطلاعات را دریافت و پس از تحلیل به نمایش می‌گذارند. هر مرکز هدایت عملیات در هر سطحی بطور منظم باید اطلاعات مربوط به حوادث بر اساس فرم اطلاع رسانی را دریافت و به **سطوح بالاتر** خود اطلاع رسانی کند. علاوه بر این، اطلاعات مربوط به **زیر ساخت‌ها، جمعیت شناختی و منابع و ظرفیت‌های منطقه** نیز لازمست توسط دانشگاه علوم پزشکی منطقه سالی یک بار بروز رسانی شده به مراکز هدایت عملیات استانی و ملی اطلاع رسانی شود.

کلیه اطلاعات مربوط به ظرفیت‌های موجود لازمست با استفاده از **ابزار ملی و بومی ظرفیت تکمیل** و پس از بارگذاری در سامانه ارزیابی خطر نسبت به بروز رسانی آن در صورت وقوع هر گونه تغییر اقدام شود. (طراحی و تدوین ابزار ملی و بومی ارزیابی ظرفیت مورد نیاز است).

سطح حادثه E1 (زرد) در سطح شهرستان/شبکه بهداشت و درمان:

E1 محلی شهرستان	
•	تعداد کشته‌ها بیشتر از ۱۰ نفر و کمتر از ۱۰۰ نفر
•	تعداد مصدومین بیشتر از ۱۰۰ نفر و کمتر از ۱۰۰۰ نفر
•	تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی (جمعیت متاثر مستقیم) بیشتر از ۱۰۰۰ نفر و کمتر از ۱۰۰۰۰ نفر
•	خسارت اقتصادی: ۱۲ میلیارد تومان (ده میلیون دلار) تا ۱۲۰ میلیارد تومان (یکصد میلیون دلار)
•	گستره جغرافیای در سطح: دهستان (تعداد) بخش (تعداد)، یک شهرستان

در این شرایط حادثه‌ای در محدوده جغرافیایی یک شهرستان اتفاق افتاده و تعداد کشته، مصدوم، برآورد خسارت اقتصادی و تعداد افراد نیازمند به امدادرسانی در حد منابع شهرستانی است. بعلت وقوع این حادثه، در فرایند خدمات/ زندگی اجتماعی مردم در سطح شهرستان اختلالی ایجاد کرده و مدیریت آن با منابع شهرستان امکان پذیر است.

در این سطح خدماتی مثل ارائه خدمات امداد و نجات، اسکان موقت، تامین خدمات سلامتی، ارزیابی خسارات و..... توسط اداره کل بحران شهرستان/ستاد شهرستان و در حوزه سلامت شبکه بهداشت و درمان باید هماهنگ و مدیریت شود.

در این سطح مرکز عملیات اضطراری شهرستان/شبکه کلیه مداخلات لازم در شرایط وقوع حوادث را با استفاده از منابع شهرستان متناسب با شرایط، مدیریت می‌کند. علاوه بر این مرکز عملیات اضطراری شهرستان/شبکه موظف است اطلاع رسانی لازم را به مراکز عملیات اضطراری استان/دانشگاه انجام دهد.

❖ در این سطح لازمست مراکز عملیات اضطراری شهرستان‌های/ شبکه‌های معین و استان/ دانشگاه حادثه را به دقت رصد کرده و در صورت تغییر شرایط حادثه یا وقوع حوادث بعدی آمادگی لازم را برای مداخله بر اساس ساختار/چارچوب ملی پاسخ NRF-NRS داشته باشند.

❖ بر اساس بند الف ماده ۱۱ قانون مدیریت بحران کشور به دنبال وقوع مخاطره یا حادثه در قلمرو یک شهرستان، فرماندار شهرستان ضمن اطلاع رسانی به استاندار، در صورت لزوم اعلام شرایط اضطراری می‌کند و فرماندهی عملیات پاسخ به بحران را برعهده می‌گیرد. فرماندار در صورت رفع شرایط اضطراری، خاتمه آن را اعلام می‌کند. در حوزه نظام سلامت نیز رییس شبکه ضمن اطلاع رسانی به مرکز عملیات اضطراری دانشگاه/ رییس دانشگاه و هماهنگ با ستاد شهرستان فرماندهی عملیات پاسخ سلامت را برعهده گرفته و هماهنگ با ستاد شهرستان و دانشگاه خاتمه عملیات اضطراری را در صورت رفع شرایط اضطراری در حوزه سلامت اعلام می‌کند.

سطح حادثه E2 نارنجی در سطح استان/دانشگاه:

سطح حادثه E2 استان
• تعداد کشته‌ها بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۰۰۰ نفر
• تعداد مصدومین بیشتر از ۱۰۰۰ و کمتر از ۱۰۰۰۰ نفر
• تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی (تعداد افراد متاثر) بیشتر از ۱۰۰۰۰ و کمتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر
• خسارت اقتصادی: ۱۲۰ میلیارد تومان (یکصد میلیون دلار) - ۱۲۰۰ میلیارد تومان (یک میلیارد دلار)
• گستره جغرافیای در سطح: بیشتر از یک شهرستان (تعداد)

در این سطح گستره جغرافیای، خسارت اقتصادی، میزان تلفات/مصدومین، اختلال در خدمات اجتماعی خسارات وارد شده از وضعیت زرد بیشتر است و به ظرفیت بیشتر از شهرستان/شبکه محل حادثه برای پاسخ‌گویی نیاز است. در این شرایط لازم است تلاش شود تا شرایط پیش آمده در سطح استان/دانشگاه مدیریت شود. حادثه قابل مدیریت با منابع استان/دانشگاه محل حادثه می‌باشد. **در وضعیت نارنجی بیش از ۱ شهرستان از حادثه متاثر شده است و در این شرایط، به منظور مدیریت حادثه حداقل نیاز به مداخله و تخصیص منابع استان/دانشگاه ضرورت دارد.**

• تعیین سطح حادثه استانی بر اساس قانون به پیشنهاد مرکز هدایت و کنترل عملیات استان و توسط استاندار (E2) اعلام می‌گردد. در حوزه سلامت هم سطح حادثه با هماهنگی ستاد استان توسط رییس دانشگاه استان اعلام می‌گردد.

در این سطح خدماتی مثل ارائه خدمات امداد و نجات، اسکان موقت، تامین خدمات سلامتی، ارزیابی خسارات و..... توسط ستاد مدیریت بحران استان با استفاده از ظرفیت موجود در استان و با کمک سایر استان‌های معین باید هماهنگ و مدیریت شود.

ستاد مدیریت بحران استان از طریق مرکز عملیات اضطراری استان کلیه مداخلات لازم در شرایط وقوع حوادث را با استفاده از منابع استان متناسب با شرایط، مدیریت می‌کند. علاوه بر این مرکز عملیات اضطراری استان موظف است اطلاع رسانی لازم را به مرکز عملیات اضطراری استان‌های معین و ملی انجام دهد. در این شرایط لازمست اطلاع رسانی به طور مداوم به مراکز عملیات اضطراری استان‌های معین و ملی صورت می‌گیرد.

❖ در این سطح لازمست مراکز عملیات اضطراری استان‌های معین و ملی حادثه را به دقت رصد کرده و در صورت تغییر شرایط حادثه یا وقوع حوادث بعدی آمادگی لازم را برای مداخله بر اساس الگوی ملی پاسخ داشته باشند.

❖ بر اساس بند الف ماده ۱۱ قانون مدیریت بحران کشور در صورتی که فرماندار، میزان و شدت حادثه یا بحران را فراتر از ظرفیت پاسخ شهرستان محل وقوع حادثه تشخیص دهد، مراتب را به استاندار گزارش می‌دهد. استاندار در صورت تایید گزارش وی، ضمن اطلاع رسانی به رییس سازمان، فرماندهی عملیات پاسخ را بر عهده می‌گیرد. در حالت اخیر، استاندار در صورت رفع شرایط اضطراری، خاتمه آن را اعلام می‌کند. در صورتی که استاندار گزارش فرماندار را تایید نکند، فرماندار مسئولیت فرماندهی عملیات پاسخ به بحران و اعلام خاتمه شرایط اضطراری را بر عهده خواهد داشت. در صورت وقوع مخاطره یا حادثه در فراتر از قلمرو یک شهرستان، استاندار ضمن اطلاع رسانی به رییس سازمان، در صورت لزوم شرایط اضطراری اعلام می‌کند و فرماندهی عملیات پاسخ به بحران را بر عهده می‌گیرد و در صورت رفع شرایط اضطراری، خاتمه آن را اعلام می‌کند. در این شرایط رییس دانشگاه محل حادثه ضمن اطلاع رسانی به مرکز عملیات اضطراری ملی سلامت با هماهنگی ستاد استانی فرماندهی را بعهده گرفته و هماهنگ با ستاد استانی پس از رفع شرایط اضطراری خاتمه عملیات سلامت را اعلام می‌کند.

❖ سطح حادثه E3 قرمز در سطح ملی

سطح حادثه E3 ملی
• تعداد کشته‌ها بیش از ۱۰۰۰ نفر
• تعداد مصدومین بیش از ۱۰۰۰۰ نفر
• تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی (تعداد افراد متاثر) بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر
• خسارت اقتصادی: بیشتر از ۱۲۰۰ میلیارد تومان (یک میلیارد دلار)
• گستره جغرافیای در سطح: بیش از یک استان (تعداد)

در این سطح، حادثه، در گستره وسیعی رخ داده است تعدادی از استان‌ها مستقیماً درگیر حادثه هستند. میزان خسارت، مصدومین، کشته شده‌ها و افراد نیازمند به خدمات امدادی بیشتر از توان یک استان بوده و نیاز به درخواست و ارسال کمک از استان‌های معین و سطح ملی وجود دارد. در این شرایط میزان آسیب از وضعیت

نارنجی بیشتر است و به ظرفیتی بیش از امکانات کامل استان برای پاسخ‌گویی نیاز است. با این وجود لازم است تلاش شود تا شرایط پیش آمده در سطح استان با مشارکت استان‌های معین و با هماهنگی و نظارت سطح ملی مدیریت شود.

در وضعیت قرمز بیش از ۱ استان از حادثه متاثر شده است و به منظور مدیریت حادثه حداقل نیاز به مداخله و تخصیص منابع ۲ استان یا بیشتر ضرورت دارد.

میزان آسیب قابل مدیریت با حمایت منابع در سطح ملی می‌باشد. در این سطح خدماتی مثل ارائه خدمات امداد و نجات، اسکان موقت، تامین خدمات سلامتی، ارزیابی خسارات و... توسط سازمان مدیریت بحران کشور با کمک کلیه دستگاه‌ها/سازمان‌ها هماهنگ و مدیریت می‌شود.

مرکز عملیات اضطراری ملی سلامت با هماهنگی ستاد ملی، لازمست شرایط را مدیریت کرده و مراکز عملیات اضطراری استان‌ها/دانشگاه‌های معین با هماهنگی مرکز عملیات اضطراری ملی همکاری لازم را با مرکز عملیات اضطراری استان/دانشگاه‌های محل حادثه انجام خواهند داد. در این شرایط ضروریست بطور مداوم ارزیابی وضعیت صورت گرفته و به مرکز عملیات اضطراری ملی سلامت اطلاع رسانی بطور مداوم صورت گرفته و کلیه هماهنگی‌ها توسط مرکز عملیات اضطراری ملی سلامت با هماهنگی ستاد ملی صورت گیرد.

بر اساس بند الف ماده ۱۱ قانون مدیریت بحران کشور در صورتی که استاندار، شدت یا میزان حادثه یا بحران را فراتر از ظرفیت پاسخ استان محل وقوع حادثه تشخیص دهد، مراتب را به رییس سازمان گزارش می‌دهد. رییس سازمان در صورت تایید گزارش وی، مراتب را به وزیر کشور اطلاع می‌دهد. وزیر کشور در صورت تایید گزارش رییس سازمان، ضمن اعلام شرایط اضطراری، فرماندهی عملیات پاسخ بحران را بر عهده می‌گیرد و پس از رفع شرایط اضطراری، خاتمه آن را اعلام می‌کند. در صورتی که وزیر کشور و رییس سازمان، به ترتیب گزارش رییس سازمان و استاندار را تایید نکنند، استاندار مسئولیت فرماندهی شرایط اضطراری و خاتمه آن را به عهده خواهد داشت. در حوزه سلامت نیز پس از تعیین سطح حادثه توسط ستاد ملی، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فرماندهی عملیات پاسخ ملی سلامت را بعهده گرفته و در نهایت با تایید ستاد ملی پایان شرایط اضطراری را اعلام می‌کند.

❖ نکات قابل توجه:

تبصره ۱: لازم به یادآوری است که به منظور تعیین سطح حادثه در کلانشهر تهران بر اساس آیین نامه ابلاغی وزارت کشور در خصوص استان‌های معین تهران اقدام می‌شود.

تبصره ۲: حوادث در سطح E1 و E2 در سطح شهرستان/شبکه و استان/دانشگاه قابل سطح بندی بوده و لازمست برنامه‌های عملیاتی پاسخ و برنامه پاسخ سریع بر اساس الگوی ملی تا تعیین سطح نهایی توسط مرکز عملیات اضطراری ملی فعال گردد. تعیین و اعلام سطح بندی نهایی کلیه حوادث و سوانح در سطح ملی پس از دریافت اطلاعات از مراکز عملیات اضطراری استانی/دانشگاهی، توسط مرکز عملیات اضطراری (NECC) ملی صورت خواهد گرفت.

تبصره ۳: لازم است سطح بندی در داخل هر استان بر اساس ارزیابی مرکز هدایت عملیات استان و مطابق با دستورالعمل ملی و بر اساس ظرفیت‌های استان صورت گیرد.

تبصره ۴: در هر سطحی از حادثه با تشخیص مدیر سطح بالاتر امکان مداخله سطوح بالاتر وجود دارد. به طور مثال در سطح E1 در صورتیکه بنا بر تشخیص استاندار/رییس دانشگاه محل حادثه، ایشان می‌تواند از منابع استانی استفاده نموده و فرماندهی حادثه را شخصا بر اساس قانون بعهده گیرد. از طرف دیگر در صورتیکه رییس سازمان مدیریت بحران/ وزیر کشور/ رییس شورای عالی/ وزیر بهداشت در سطح ملی تشخیص دهند که عملیات و منابع استانی کفایت لازم را ندارد مستقیماً می‌تواند فرماندهی حادثه را بعهده گیرد.

تبصره ۵: بر اساس بند الف ماده ۱۱ قانون مدیریت بحران کشور در خصوص آن دسته از بحران‌های ملی که پاسخ به آنها نیاز به بسیج کلیه منابع و ظرفیت‌های سراسر کشور و احتمالاً درخواست کمک‌های بین‌المللی دارد، وزیر کشور شرایط را به رییس شورای عالی گزارش می‌دهد و رییس شورای عالی در صورت تایید گزارش وی، مستقیماً فرماندهی عملیات پاسخ به بحران را بر عهده می‌گیرد. در این حالت، اعلام خاتمه شرایط اضطراری با رییس جمهور است.

تبصره ۶: اعلام شروع و خاتمه شرایط اضطراری و فرماندهی عملیات پاسخ به بحران در شهر تهران بر عهده وزیر کشور می‌باشد.

تبصره ۷: در صورت وقوع حوادث ویژه (منظور حوادثی که علی‌رغم اینکه با شاخص‌های ابلاغی تناسب ندارد با نظر مدیران سطح بالاتر می‌تواند به علت اهمیت خاص آن سطحی بالاتر را ابلاغ نماید) مثل زلزله با بزرگی بیش از ۷ یا مواردی از این نوع تا تعیین تکلیف نهایی حادثه ملی فرض شده و فرماندهی آن بر اساس قانون وزیر کشور به عهده خواهند گرفت.

تبصره ۸: این سطح بندی در سطح ملی است. به این صورت که وضعیت E1 به معنی وضعیت زرد ملی، نارنجی در سطح استان/دانشگاه و قرمز در سطح شهرستان/شبکه است. وضعیت نارنجی ملی به معنی وضعیت قرمز برای استان/دانشگاه و شهرستان / شبکه‌های تابعه است.

تبصره ۹: در صورتیکه حادثه/سانحه‌ای فقط مختص نظام سلامت باشد وزارت بهداشت می‌تواند بر اساس وظایف و منابع قانونی خود به منظور مدیریت حوادث مرتبط با سلامت، سطح بندی تخصصی خود را داشته و بر اساس آن مداخله نمایند. ولی در سطوح اعلام شده ملی کلیه دستگاه‌ها باید از سطح بندی ابلاغی سازمان مدیریت بحران تبعیت نمایند.

تبصره ۱۰: نظر به وسعت و حساسیت کلان شهر تهران به عنوان پایتخت، حوادث این شهر بر اساس الگوی سطح بندی استانی (E2) تقسیم بندی شده و مدیریت آن بعهده شهردار کلان شهر تهران خواهد بود. حوادثی در سطح مناطق معادل E1 محسوب شده و توسط شهردار منطقه مدیریت می‌گردد. حوادثی بزرگتر از سطح استانی (E2) ملی (E3) فرض شده و طبق قانون توسط وزیر کشور مدیریت می‌شود.

❖ تعاریف:

۱. ارتباط بین شاخص‌های مذکور در سطح شهرستان (E1) و استان (E2) "یا" می‌باشد به این معنی که در صورت وقوع هر یک از شاخص‌های پنج گانه، سطح متناظر تایید و اعلام خواهد شد. در سطح ملی (E3) حداقل باید ۳ شاخص از ۵ شاخص تایید شود تا سطح حادثه بطور ملی تایید و برنامه پاسخ ملی فعال گردد.
۲. منظور از مصدومین افراد مجروح نیازمند به دریافت خدمات سلامتی (حفظ کننده حیات) در مراکز بهداشتی درمانی می‌باشند.
۳. منظور از امداد رسانی، خدمات مورد نیاز اولیه شامل: جستجو و نجات، جابجایی / انتقال و اسکان اضطراری، تریاژ و تخلیه، تامین و توزیع منابع و امکانات، تدفین، آواربرداری، اسکان موقت می‌باشند.
۴. در سطح استان بهتر است خسارات وارده به شریان‌های حیاتی و زیر ساخت‌ها، شامل خسارات در شبکه آب، برق، گاز، و خطوط و مسیرهای مواصلاتی اصلی که منتج به اختلال در ارائه خدمات شود را نیز مورد نظر قرار گیرد.
۵. مقیاس بندی خسارات اقتصادی بر اساس برآورد کارشناس مربوطه از تامین خسارات (کارشناس ارزیابی حادثه با هماهنگی مرکز هدایت عملیات) صورت گیرد.
۶. محاسبه کلیه خسارات و دارایی‌ها به منظور برآورد ظرفیت‌ها و خسارات ناشی از حوادث و سوانح بر اساس ارز رایج بین المللی صورت خواهد گرفت.
۷. در صورت اعلام وضعیت اضطراری و یا تعیین وضعیت توسط دستور سازمان/مقام مافوق، مرکز هدایت عملیات بدون در نظر گرفتن شاخص‌های فوق فعال خواهد شد.
۸. در ۲-۰ ساعت اول ارزیابی بیشتر به صورت دیداری (Visual) و تخمینی (Estimation) انجام می‌گیرد. لازم است به دنبال وقوع حوادث گزارش حاصل از ارزیابی سریع، دقیق و مداوم تا پایان ماه اول به مرکز هدایت عملیات سطح بالاتر ارسال گردد.

سامانه ثبت ملی حوادث بلافاصله پس از وقوع حادثه

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

۱. مشخصات مربوط به فرد (گروه) ارزیابی کننده					
نام و نام خانوادگی		پست سازمانی		سمت / جایگاه	
منبع اطلاعات		منبع اطلاعات			
۲. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه / بلیه					
استان:		شهرستان:		شهر:	
		منطقه:		ناحیه:	
۳. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده					
منبع اطلاعات		منبع اطلاعات			
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: <input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۱-۴۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۱-۶۰٪ <input type="checkbox"/> بیش از ۶۱٪					
۴. اطلاعات مربوط به تأثیرات حادثه					
منبع اطلاعات		منبع اطلاعات			
۴-۱ تعداد کشته/ مفقود(تریاژ سیاه) :					
۴-۲ تعداد افراد مصدوم نیاز به امداد رسانی فوری(تریاژ قرمز) :					
۴-۳ تعداد افراد مصدوم تاخیر در اعزام (تریاژ زرد) :					
۴-۴ تعداد افراد مصدوم نیاز به درمان سرپایی(تریاژ سبز) :					
۴-۵ برآورد خسارت اقتصادی به دلار					

❖ نکات قابل توجه:

- تبصره ۱: درصدهای ذکر شده به منظور برآورد تعداد کشته، مصدوم و نیاز به امداد رسانی می باشد.
- تبصره ۲: کلیه ارزیابی های سریع و مداوم لازم است بر مبنای ابزار استاندارد ارزیابی در حوادث و سوانح صورت گیرد.
- تبصره ۳: ارزیابی های انجام شده بر اساس ابزارها تا ۲ ساعت اول بصورت دپداری و تخمینی می باشد ولی پس از آن لازمست سعی شود بطور دقیق ارزیابی و گزارش شود.

E3	E2	E1	E0	سطح بندی حوادث
				شهرستان / شبکه
				استان / دانشگاه
				ملی

دستورالعمل فراخوانی ظرفیت در حوادث و سوانح

E3	E2	E1	E0	سطح بندی حوادث
فراخوانی تا ۱۰۰ درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا ۱۰۰ درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا ۱۰۰ درصد در صورت نیاز		شهرستان / شبکه
فراخوانی تا ۱۰۰ درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا ۱۰۰ درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا ۷۰-۵۰ درصد در صورت نیاز		استان / دانشگاه
فراخوانی تا ۱۰۰ درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا ۷۰-۵۰ درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا ۳۰ درصد در صورت نیاز		ملی

اقدامات پاسخ ملی در حوادث و سوانح در سطح E3

برنامه پاسخ سریع مرکز هدایت عملیات ملی به حوادث و سوانح (ECC وزارت)

اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E3	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E2	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E1	بازه زمانی
<ol style="list-style-type: none"> ۱. دریافت و تایید خبر ۲. تعیین سطح حادثه با پیشنهاد دبیر شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و بلايا و تایید وزیر بهداشت ۳. صدور هشدار و اعلام کد حادثه ۴. اطلاع رسانی به مسئولین قطب، ملی و سازمان‌های همکار ۵. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از EOC دانشگاه‌های قطب و دانشگاه درگیر ۶. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از IRCC و سازمان‌های همکار ۷. دریافت گزارش اقدامات انجام شده ۸. ارزیابی کلی ظرفیت قطب درگیر ۹. فعال کردن چارچوب پاسخ ملی (NRF) و فراخوانی نمایندگان سازمان‌های همکار و پشتیبان ۱۰. اطمینان از فراخوان ۷۰-۵۰ درصد نیروهای قطب درگیر در صورت نیاز ۱۱. اطمینان از آماده باش ۲۵ درصد نیروهای ملی ۱۲. اطمینان از فراخوان ۲۵ درصد نیروهای ملی ۱۳. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی از سوی دانشگاه قطب ۱۴. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت ۱۵. اعلام آماده باش به سازمان‌های همکار و پشتیبان ۱۶. فراخوانی اعضای شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و سوانح ۱۷. ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه در EOC وزارت ۱۸. مستند سازی و تنظیم گزارش 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. دریافت و تایید خبر ۲. تعیین سطح حادثه با پیشنهاد مرکز هدایت عملیات بحران ملی و با تایید دبیر شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و بلايا ۳. صدور هشدار و اعلام کد حادثه ۴. اطلاع رسانی به مدیر آنکال ۵. ارتباط با مسئولین قطب، ملی و سازمان‌های همکار ۶. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از EOC دانشگاه قطب و دانشگاه درگیر ۷. دریافت گزارش اقدامات انجام شده ۸. ارزیابی کلی ظرفیت قطب درگیر ۹. فعال کردن چارچوب پاسخ ملی و فراخوانی نمایندگان سازمان‌های همکار و پشتیبان ۱۰. اطمینان از فراخوان تا ۷۰-۵۰ درصد نیروهای قطب درگیر در صورت نیاز ۱۱. اطمینان از آماده باش ۲۵ درصد نیروهای ملی ۱۲. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی از سوی دانشگاه قطب ۱۳. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت ۱۴. اعلام آماده باش به سازمان‌های همکار و پشتیبان ۱۵. ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه در EOC وزارت ۱۶. مستند سازی و تنظیم گزارش 	<ol style="list-style-type: none"> ۱. دریافت و تایید خبر ۲. تعیین سطح حادثه ۳. صدور هشدار و اعلام کد حادثه (دستورالعمل کدینگ تدوین گردد. آقای خالدي) ۴. اطلاع رسانی به مدیر آنکال ۵. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از EOC دانشگاه درگیر ۶. دریافت گزارش ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه در EOC وزارت ۷. اطمینان از فراخوان ظرفیت‌ها ۸. دریافت مستندات و گزارش‌های مربوطه ۹. رصد دائمی حادثه 	۰-۲ ساعت

برنامه پاسخ سریع مرکز هدایت عملیات ملی به حوادث و سوانح (ECC وزارت)

بازه زمانی	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E1	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E2	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E3
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">۱۲۲</div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">۱۲-۲ ساعت</p>	۱. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای	۱. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای	۱. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای
	۲. اطمینان از تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC دانشگاه	۲. اطمینان از تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC دانشگاه قطب	۲. تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC وزارت
	۳. اطمینان از اعزام نماینده تام الاختیار (افسر رابط) به استانداری در صورت درخواست	۳. اطمینان از اعزام نماینده تام الاختیار (افسر رابط) به استانداری در صورت درخواست	۳. اعزام نماینده تام الاختیار در سازمانهای همکار در صورت درخواست
	۴. اطمینان از تدوین سیاستهای کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری دانشگاه	۴. اطمینان از تدوین سیاستهای کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری دانشگاه قطب	۴. تدوین سیاستهای کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری هماهنگی با DOCها جهت اجرای سیاستهای کلی پاسخ اضطراری
	۵. اطمینان از فعال کردن دستورالعمل ملی حوادث اولویت دار	۵. دریافت گزارش از کلیه برنامه های عملیاتی IAP	۵. تدوین برنامه عملیاتی IAP
	۶. اطمینان از فراخوان تا ۱۰۰ درصد نیروهای دانشگاه درگیر در صورت نیاز بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت	۶. اطمینان از فراخوان تا ۱۰۰ درصد نیرو های دانشگاه درگیر و ۵۰-۷۰ درصد نیروهای دانشگاه های قطب در صورت نیاز بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت	۶. پیگیری اعزام تیمهای ارزیابی خسارت PDNA و EMT/DMAT
	۷. اطمینان از ارزیابی و نظارت ظرفیت منطقه آسیب دیده توسط EOC قطب	۷. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی ارزیابی سریع از دانشگاه قطب با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز	۷. اطمینان از اعزام تیمهای ارزیابی خسارت PDNA و EMT/DMAT
	۸. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی ارزیابی سریع با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز	۸. اطمینان از فعال سازی کامل EOC و IMS دانشگاههای قطب مربوطه بر اساس چارچوب پاسخ ملی سلامت (NRF)	۸. اطمینان از فراخوان تا ۱۰۰ درصد ظرفیت دانشگاه درگیر و ۱۰۰ درصد ظرفیت دانشگاههای قطب و ۱۰۰ درصد ظرفیت ملی در صورت نیاز بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت
	۹. اطمینان از فعال سازی کامل EOC و IMS دانشگاه مربوطه بر اساس چارچوب پاسخ ملی سلامت (NRF)	۹. نظارت بر فرایند تخلیه و توزیع مصدومان در سطح دانشگاهای درگیر و قطب و در صورت نیاز حمایت در سطح ملی	۹. اطمینان از اعزام تیمهای چند تخصصی ارزیابی سریع از قطبهای درگیر با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز
	۱۰. اطمینان از تخلیه مراکز بهداشتی- درمانی در معرض خطر در صورت نیاز پس از دریافت گزارش ارزیابی سریع	۱۰. اطمینان از تخلیه مراکز بهداشتی- درمانی در معرض خطر در صورت نیاز پس از دریافت گزارش ارزیابی سریع	۱۰. تشکیل جلسه توجیه عملیات پاسخ اضطراری فرماندهان واحدهای عملیاتی
	۱۱. برقراری ارتباط دائم با سطوح قطبی و در صورت نیاز دانشگاهی بطور موثر و چند لایه	۱۱. برقراری ارتباط دائم با سطوح قطبی و در صورت نیاز دانشگاهی بطور موثر و چند لایه	۱۱. فعال سازی کامل EOC و IMS قطبهای مربوطه بر اساس چارچوب پاسخ ملی سلامت (NRF)
	۱۲. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS دانشگاه	۱۲. تعیین اولویت های نیازمند اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت	۱۲. کمک به فرآیند تخلیه و توزیع مصدومان در سطح قطبهای درگیر بر اساس اعلام نیاز
	۱۳. اطمینان از راه اندازی ICP/UCS/AMP بر اساس نیاز و برنامه قبلی از محل حادثه تا ستاد دانشگاه	۱۳. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت	۱۳. توصیه تخلیه مراکز بهداشتی- درمانی در معرض خطر در صورت نیاز پس از دریافت گزارش ارزیابی سریع
	۱۴. اطمینان از بررسی نیاز برپایی بیمارستان سیار	۱۴. اطمینان از راه اندازی ICP/UCS/AMP بر اساس نیاز و برنامه قبلی از محل حادثه تا ستاد دانشگاه قطب	۱۴. برقراری ارتباط با سطوح محلی، قطبی و ملی مدیریت بحران و نظام سلامت بطور موثر و چند لایه
	۱۵. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت	۱۵. اطمینان از بررسی نیاز برپایی بیمارستان های سیار	۱۵. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت
	۱۶. اطمینان از اعلام آماده باش به سازمانهای همکار و پشتیبان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه در EOC وزارت	۱۶. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت	۱۶. اطمینان از راه اندازی ICP/UCS بر اساس نیاز و برنامه قبلی از محل حادثه تا سطح وزارت
	۱۷. مستند سازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی	۱۷. اطمینان از اعلام آماده باش به سازمان های همکار و پشتیبان	۱۷. بررسی نیاز برپایی بیمارستانهای صحرایی در قطب های درگیر
		۱۸. اطمینان از ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه در EOC وزارت	۱۸. اعلام نیازهای نظام سلامت به ستاد ملی مدیریت بحران کشور
	۱۹. مستندسازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی	۱۸. مستندسازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی	

برنامه پاسخ سریع مرکز هدایت عملیات ملی به حوادث و سوانح (ECC وزارت)

بازه زمانی	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E1	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E2	اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E3
بیش از ۱۲ ساعت	۱. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای	۱. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای	۱. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای
	۲. اطمینان از تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC دانشگاه	۲. پیگیری تامین ظرفیت‌های (تدارکات و منابع) موردنیاز بر اساس گزارشات ارزیابی و اعلام نیاز ارسال EOC قطب	۲. پیگیری مصوبات جلسه شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح
	۳. اطمینان از اعزام نماینده تام الاختیار (افسر رابط) به استانداری در صورت درخواست	۳. پیگیری دریافت گزارش اقدامات فراخوان ظرفیت‌ها، اعزام تیم‌های تخصصی، تخلیه مصدومان، تخلیه مراکز در معرض خطر، بیمارستان صحرائی و... دانشگاه‌ها و قطب درگیر	۳. تامین ظرفیت‌های (تدارکات و منابع) موردنیاز بر اساس گزارشات ارزیابی و اعلام نیاز ارسال EOC قطب‌های درگیر و توزیع آن
	۴. اطمینان از تدوین سیاست‌های کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری دانشگاه	۴. اطلاع رسانی مستمر عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت	۴. پیگیری دریافت گزارش اقدامات فراخوان ظرفیت‌ها، اعزام تیم‌های تخصصی، تخلیه مصدومان، تخلیه مراکز در معرض خطر، بیمارستان صحرائی و... قطب‌های درگیر
	۵. اطمینان از فعال کردن دستورالعمل ملی حوادث اولویت دار	۵. پیگیری روند درمان مصدومان حادثه از دانشگاه‌ها و قطب درگیر از طریق MCMC (ردیابی بیماران)	۵. اعلام نیازها به سازمانهای منطقه‌ای و بین المللی
	۶. اطمینان از فراخوان تا ۱۰۰ درصد نیروهای دانشگاه درگیر در صورت نیاز بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت	۶. پیگیری نیازها و اقدامات بهداشتی مناطق درگیر حادثه	۶. اعلام نیاز به ستاد ملی مدیریت بحران ملی و منطقه ای
	۷. اطمینان از ارزیابی و نظارت مستمر ظرفیت منطقه آسیب دیده توسط EOC قطب	۷. اطمینان از برقراری خط ارتباطی مستمر بین EOC دانشگاه‌های درگیر و قطب با EOC وزارت	۷. دریافت گزارش اقدامات سازمانهای همکار ملی و بین المللی
	۸. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی ارزیابی سریع با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز	۸. ارزیابی مداوم ظرفیت در سطح دانشگاهی قطب ملی	۸. اطلاع رسانی مستمر عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت
	۹. برقراری ارتباط دائم با سطوح قطبی و در صورت نیاز دانشگاهی بطور موثر و چند لایه	۹. ارزیابی مداوم سطح حادثه	۹. پیگیری روند درمان مصدومان حادثه از دانشگاه‌ها و قطب‌های درگیر از طریق MCMC (ردیابی بیماران)
	۱۰. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS دانشگاه	۱۰. مستند سازی، تنظیم و ارسال گزارش نهایی	۱۰. پیگیری نیازها و اقدامات بهداشتی مناطق درگیر حادثه
۱۱. ارزیابی مستمر ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت		۱۱. برقرار خط ارتباطی مستمر بین EOC دانشگاه‌ها و قطب‌های درگیر با EOC وزارت و مرکز هدایت عملیات ستاد ملی IRCC	
۱۲. اطمینان از ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه در EOC وزارت		۱۲. مستند سازی، تنظیم و ارسال گزارش نهایی	
۱۳. مستند سازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی			
بازگشت به شرایط عادی	۱. اعلام بازگشت به شرایط عادی توسط EOC وزارت بر مبنای گزارش دریافتی از EOC دانشگاه درگیر	۱. اعلام بازگشت به شرایط عادی با هماهنگی رئیس سازمان اورژانس کشور بر مبنای گزارش دریافتی از EOC قطب درگیر	۱. تدوین برنامه بازایی ۲. غیرفعال سازی EOC ۳. اعلام بازگشت به شرایط عادی با هماهنگی وزیر بهداشت بر مبنای گزارش دریافتی از EOC قطب‌های درگیر

ICS = Incident Command System

IMS = Incident Management System

UCS = Unify Command System

EOC = Emergency Operation Center

NRF=National Response Framework

NECC=National Emergency Coordination Center

NRP=National Response Plan

ابزار شماره نه : ابزار بررسی سریع ظرفیت ملی حوزه‌ی 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 پرسشنامه‌ی 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 حوزه‌ی سلامت تدوین شود. این گزارش، یک خودارزیابی 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 حوزه‌ی سلامت در 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 سامانه‌ی داخلی و سامانه‌ی 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 حوزه‌ی سلامت سازمان‌دهی شده و دارای ۸۳ سؤال است. ابزار شامل موارد زیر است:

ظرفیت‌های چندبخشی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها شامل:

- قوانین و خط‌مشی‌ها
- توسعه‌ی ظرفیت
- هماهنگی

- برنامه‌ریزی، پاسخ اضطراری و بازیابی
- مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

ظرفیت‌های حوزه‌ی سلامت شامل

- قوانین و خط‌مشی‌ها
- توسعه‌ی 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) هماهنگ‌کننده‌ی 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 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، حوزه‌ی 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.

بلی، 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 حوزه‌ی 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 حوزه‌ی 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 حوزه‌ی 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.

۱-۲. توسعه‌ی ظرفیت

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

۳- آیا برنامه‌های چندبخشی برای توسعه‌ی 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

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

* این برنامه‌ها ممکن است شامل برنامه‌ی کاهش خطر بلایا، برنامه‌ی 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 چندبخشی پاسخ داده شود. سؤالاتی که به‌طور خاص به حوزه‌ی 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.

۵- آیا در برنامه‌های ملی توسعه‌ی ظرفیت چندبخشی، به موضوع سلامت پرداخته شده است؟

بله، در تمامی آن‌ها

بله، در بعضی از آن‌ها

خیر

نمی‌دانم

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 چندبخشی 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 به‌جز 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
				در سطح ملی
				در سطح استانی
				در سطح محلی

* کمیته‌ی مدیریت خطر ممکن است شامل: کمیته‌ی 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 حوزه‌ی سلامت در کمیته‌ی ملی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها دیده‌شده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- بلی، در سطح ارشد وزارت بهداشت
 بلی، توسط رئیس واحد هماهنگ‌کننده‌ی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در وزارت بهداشت
 بلی، توسط سایر کارکنان سلامت در وزارت بهداشت
 بلی، توسط سازمان دیگر مرتبط با سلامت
 بلی، توسط وزارتخانه‌ی دیگر یا سازمان غیر مرتبط با سلامت
 خیر
 نمی‌دانم

۱۱- آیا کشور برنامه‌ی ملی یا کمیته‌ای که به‌طور ویژه‌بر کاهش خطر بلایا تمرکز داشته باشد، دارد؟ لطفاً یکی از موارد زیر را پاسخ دهید.

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم

* اگر کمیته‌ی ملی یا برنامه‌ای برای کاهش خطر بلایا، جدا از سایر کمیته‌های ملی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت وجود داشته باشد به این سؤال پاسخ "بلی" دهید.

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 هماهنگ‌کننده 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 پرسبجریه‌هایی برای درخواست و دریافت کمک‌های بین‌المللی برای پاسخ به بلایا / 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 بلایا / 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 بلایا / فوریت‌ها و بازیابی

پاسخ چندبخشی به بلایا / فوریت‌ها و برنامه‌ی بازیابی

۱۶- آیا برنامه‌ای چندبخشی برای پاسخ به بلایا / 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، برنامه‌ی پاسخ بلایا / 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 "برنامه‌ی اقتضایی" مورد استفاده قرار گیرد. برنامه‌ی 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 برنامه‌ی چندبخشی پاسخ به بلایا / فوریت‌ها شامل نقش حوزه‌ی 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 چندبخشی 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 برنامه‌ی بازیابی شامل نقش حوزه‌ی 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.

۱-۱. مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

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

- کمتر یا مساوی دو سال
- بین ۲-۵ سال
- بیشتر از ۵ سال
- در دست بررسی است
- هرگز
- نمی‌دانم

* ارزیابی خطر از یک متدولوژی برای تعیین ماهیت و وسعت خطر با در 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 به‌طور بالقوه باعث ایجاد مرگ، جراحت و یا اثرات دیگر بر روی سلامت، خسارت به محیط، از دست دادن معیشت و خدمات، آسفتگی اجتماعی و اقتصادی و یا آسیب محیطی شود.

❖ **مخاطرات طبیعی**

زمین‌شناختی مانند: زلزله، سونامی، فعالیت‌های آتش‌فشانی، سقوط صخره، فرونشست

زمین آب‌شناختی 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، حمله‌ی 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 کشتارجمعی، ناآرامی‌های مدنی

۲۴- آیا کشور سامانه‌ی 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			
زبان‌های 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 حوزه‌ی سلامت

۲-۱. قوانین و خطمشی‌ها

۲۶- آیا در حوزه‌ی 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 حوزه‌ی 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 حوزه‌ی 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 حوزه‌ی 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 هشداردهنده‌ی بلایا است.

* 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، بازیابی از اثرات احتمالی، وقایع و یا شرایط فعلی مخاطره (UNISDR) است.

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

* پاسخ: عبارت است از فراهم کردن خدمات و کمک‌های فوری حین و یا بلافاصله بعد از بلایا / فوریت‌ها برای حفظ جان، کاهش اثرات سلامت، اطمینان از امنیت عمومی و رسیدگی به نیازهای اساسی افراد متأثر از حادثه است.

* بازیابی: بازسازی و بهبود سلامت، تسهیلات، معیشت و شرایط زندگی جامعه متأثر از بلایا / فوریت‌ها در شکل مناسب آن که شامل تلاش و کوشش برای کاهش عوامل خطر بلایا است.

۲۹- آیا خط‌مشی‌های ملی حوزه‌ی سلامت منابع خطرات / مخاطرات زیر را پوشش می‌دهد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

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

* مخاطره: یک پدیده خطرناک، فعالیت انسانی و یا شرایطی است که ممکن است باعث ایجاد مرگ، جراحت و یا اثرات سلامت دیگر، خسارت به دارایی، از دست دادن خدمات و معیشت، ازهم‌گسیختگی اجتماعی و اقتصادی و یا تخریب محیط‌زیست شود (UNISDR).

۳۰- آیا خط‌مشی‌های حوزه‌ی سلامت مسئولیت‌های بخش‌ها/سازمان‌های دخیل در مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها، که در زیر آمده است را تعیین کرده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

وزارت بهداشت	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
دانشگاه علوم پزشکی				
شبکه بهداشت و درمان				
سازمان‌های سلامت غیر از وزارت بهداشت				
سازمان‌های مدیریت فوریت (مانند آتش‌نشانی، پلیس و نیروی انتظامی)				
بخش امنیتی و نظامی				
وزارتخانه‌های دیگر				
سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی غیردولتی				
دانشگاه‌ها/ بخش آموزش				
بخش خصوصی				
سازمان‌های بین‌المللی				

۳۱- مسئولیت کلی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت، به عهده کدام سازمان است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

- وزارت بهداشت
 سازمان‌های سلامت غیر از وزارت بهداشت
 وزارتخانه‌ها / سازمان‌های بیرون از حوزه‌ی سلامت
 هیچ‌کدام
 نمی‌دانم

۳۲- آیا مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت در خط‌مشی‌ها، راهبردها و برنامه‌های ملی سلامت دیده‌شده 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 به‌عنوان 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
- بیشتر 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 مورد توافق استفاده می‌شود. ظرفیت ممکن است شامل زیرساخت‌ها و تجهیزات فیزیکی، نهادهای توانایی در تطابق اجتماعی، دانش بشری، مهارت‌ها و مجموعه‌ای از ویژگی‌های دیگر مانند تعاملات اجتماعی، رهبری و مدیریت باشد.

۳۵- آیا در کشور "برنامه‌ی 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 برنامه‌ی کاهش خطر در این حوزه باشد. توجه داشته باشید که برنامه‌ی پاسخ فوریت، به‌تنهایی به‌عنوان برنامه افزایش ظرفیت نیست.

۳۶- آیا برای فازهای ذکرشده در زیر، برنامه‌های افزایش ظرفیت حوزه‌ی 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

- * سامانه‌ی مدیریت مصدومان زیاد: عبارت است از یک مجموعه‌ی منسجمی از برنامه‌ها، روش‌ها و خط‌مشی‌ها که برای مدیریت جمعیت مورد انتظار بیماران در حوادث پر تلفات، به ظرفیت‌های پایه الحاق می‌شوند.
- * سامانه‌ی هشدار سریع: سامانه‌ی 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 بلا یا / فوریت‌ها، جمع‌آوری می‌کند.
- * سامانه‌ی 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 سامانه‌ی پیش‌بینی، تهیه، ذخیره‌سازی، حمل و توزیع منابع، افراد و تسهیلات برای پشتیبانی از عملیات.

۳۸- آیا فعالیت‌هایی باهدف ارتقاء ظرفیت کشور در مدیریت خطرات بلا یا / فوریت‌ها در حوزه‌ی 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 غیرواگیر
				خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی
				خدمات مربوط به انتقال خون
				خدمات بازتوانی
				آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت برای مدیریت خطر بلا یا / 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 برنامه‌ی 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 حوزه‌ی 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.

.....

.....

**۳-۲. مدیریت منابع
مدیریت نیروی انسانی و مالی**

۴۲- آیا کارکنان شاغل در سامانه‌ی 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 حوزه‌ی سلامت و یا بخش‌های دیگر برگزار شود.

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

تمامی دانشگاه‌ها	بعضی از آنها	هیچ‌کدام	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

* 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 بودجه‌ی سالانه و یا دوسالانه‌ی منظمی (در وزارت بهداشت یا سازمان مسئول) برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت اختصاص می‌یابد؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید.

سطح ملی	سطح استانی	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

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

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

- بلی
 خیر
 نمی‌دانم

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

سطح ملی	سطح استانی	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد

بودجه‌ی 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.

۲-۴. هماهنگی

سازوکارهای هماهنگی برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

۴۸- آیا کشور دارای کمیته‌ی هماهنگ‌کننده‌ی حوزه‌ی سلامت در مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها است؟ لطفاً برای هر سطح پاسخ مناسب انتخاب کنید.

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

* کمیته‌ی هماهنگ‌کننده‌ی حوزه‌ی سلامت ممکن است شامل کمیته‌های مدیریت سلامت در فوریت‌ها، شوراهای سلامت در بلایا و غیره است.

لطفاً توجه کنید: اگر پاسخ شما در سطح ملی (تنها) "بلی" است به سؤال‌های ۴۹-۵۲ بروید، برای تمام پاسخ‌های بعدی به سؤال ۵۳ بروید.

۴۹- آیا کمیته‌ی ملی مدیریت بلایا / فوریت‌ها در ر سلامت به برنامه‌ریزی و هماهنگی در فازهای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌های زیر پرداخته است؟

نمی‌دانم	خیر	بلی	
			پیشگیری / کاهش اثرات
			آمادگی
			پاسخ
			بازیابی

۵۰- آیا حیطه‌های عملکردی زیر توسط کمیته‌ی ملی هماهنگی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت (کارگروه سلامت) دیده‌شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب بدهید.

نمی‌دانم	خیر	در دست بررسی	بلی	
				خط‌مشی و قانون‌گذاری
				ارزیابی و توسعه ظرفیت
				بودجه
				مدیریت نیروی انسانی
				پایش، ارزیابی و کنترل
				مدیریت مصدومان زیاد
				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

۵۱- آیا بخش‌ها و سازمان‌های زیر در کمیته‌ی هماهنگ‌کننده ملی مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت، دیده‌شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب بدهید.

بلای	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، نیروی انتظامی)			
بخش‌های امنیتی / نظامی / دفاعی			
سایر وزارتخانه‌ها			
سازمان‌های جامعه مدنی / غیردولتی (NGOs/CSOs)			
حوزه‌ی آموزش / دانشگاه‌ها			
بخش خصوصی			
سازمان‌های بین‌المللی			

۵۲- چه کسی ریاست کمیته‌ی هماهنگ‌کننده 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 حوزه‌ی سلامت ممکن است شامل کمیته‌های مدیریت فوریت در سلامت، شوراها یا 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 هماهنگ‌کننده به‌طور رسمی ایجاد شده و با کارکنان تمام‌وقت و بودجه کامل فعالیت می‌کند.
 دفتر / واحد هماهنگ‌کننده به‌طور رسمی در داخل یک چارت سازمانی ایجاد شده اما کارکنان تمام‌وقت و یا منابع موردنیاز 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 حوزه‌ی 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.

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

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

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

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

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

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 برنامه‌ی پاسخ سلامت در بلایا / فوریت‌های تأییدشده دارند؟ لطفاً پاسخ (های) خود را در اینجا بنویسید:

تعداد استانی‌هایی که برنامه‌ی پاسخ سلامت در بلایا / فوریت‌های تأییدشده دارند:

تعداد کلی قطب‌ها:

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

۵۸- تاریخ آخرین به‌روزرسانی برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی 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 برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها بر اساس ارزیابی خطر/نقشه‌های خطر است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید:

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

۶۰- آیا در برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی 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 برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی 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 حوزه‌ی 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 برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی 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 برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها دارند؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

قابلیت اجرایی ندارد	نمی‌دانم	خیر	بلی	
				وزارت بهداشت
				دانشگاه علوم پزشکی
				شبکه‌ی 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)
				حوزه‌ی آموزش /دانشگاه‌ها
				بخش خصوصی
				سازمان‌های بین‌المللی

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

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

* تمرین: مانند شبیه‌سازی، دورمیزی، در فیلد

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

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

۶۶- 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.

۵-۲. مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

ارزیابی خطر، هشدار سریع و ارتباطات

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

- کمتر مساوی ۲ سال
- 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 حوزه‌ی سلامت انجام شده و یا به‌عنوان بخشی از ارزیابی چندبخشی خطر فوریت در این حوزه است. ارزیابی خطر از یک روش‌شناسی (متدولوژی) برای تعیین ماهیت و گستره خطر با استفاده از تحلیل مخاطرات احتمالی و ویژگی‌های آسیب‌پذیری موجود است. توجه کنید: اگر ارزیابی خطر انجام شده است، به سؤال ۶۸ و اگر انجام نشده است به سؤال ۶۹ پاسخ دهید.

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

بله	خیر	نمی‌دانم

خط‌مشی‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت

برنامه‌های توسعه‌ی ظرفیت مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت

برنامه‌های پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها

برنامه‌های بازیابی حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها

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

بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
			زلزله‌ها، سیل‌ها، طوفان‌ها، گردبادها
			سونامی‌ها
			خشک‌سالی‌ها، ناامنی‌های غذایی
			مخاطرات بیولوژیک (مانند اپیدمی‌ها)
			مخاطرات شیمیایی

۷۰- آیا حوزه‌ی سلامت برنامه‌ی هشدار سریع را برای مخاطرات بیولوژیک مانند اپیدمی‌ها گسترش داده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
			در حوزه‌ی سلامت
			در دیگر حوزه‌ها
			سازمان مدیریت بحران

۷۱- 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.

۶-۲. تدارکات و زیرساخت‌های سلامت

تدارکات و تسهیلات سلامت ایمن و آماده

۷۲- آیا سامانه‌ی پشتیبانی و تدارکات برای حمایت از پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

بلی	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی‌دانم	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.

سطح ملی	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.

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

ارزیابی ایمنی بیمارستان و سایر تسهیلات سلامت	بلی، تکمیل شده	در دست اقدام است، تکمیل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
اجرای اقدامات برای ارتقای ایمنی و آمادگی بیمارستان‌های موجود و سایر تسهیلات سلامت					
اجرای اقدامات برای ارتقاء ایمنی و آمادگی تسهیلات سلامت جدید					
ورود موضوع ایمنی بیمارستان و فرآیندهای خطر بلایا / فوریت‌ها به میحث صدور مجوز و گواهینامه‌ی بیمارستان (به فرآیند اعتباربخشی بیمارستان‌ها)					

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.

.....

۷-۲. سلامت و خدمات مربوط به آن

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

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

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

۷۷- آیا در برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها، به خدمات سلامت زیر پرداخته‌شده 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 بهداشت باروری و سلامت جنسی
			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 اگر 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.

بلی	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 آموزش کمک‌های اولیه
				فعالیت‌های ارتقای ایمنی و آمادگی مراکز / واحدهای حوزه سلامت

۸۰- لطفاً اگر 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.

ابزار شماره ده : ابزار تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا

مقدمه

مطالعات متعددی بیانگر این است که مراکز بهداشتی، درمانی به علت آتش‌سوزی، حوادث مرتبط با تغییرات آب و هوایی، تهدیدات تروریستی و سایر حوادث مرتبط با بلایای طبیعی نیاز به تخلیه دارند. تخلیه اضطراری در بیمارستان با توجه به نیازهای مراقبتی دائمی بیماران، مشکلات حرکت و جابجایی آن‌ها و میزان درک بیماران از ضرورت تخلیه بسیار پیچیده است. در طی ۲۰ سال گذشته، در نتیجه بلایای طبیعی بیش از ۱۰۰ بیمارستان و ۶۵ مراکز بهداشتی درمانی در ایران کاملاً تخریب یا به میزان زیادی آسیب‌دیده‌اند و تخلیه اضطراری شده‌اند. تخلیه اضطراری بیمارستان با تخلیه سایر ساختمان‌ها کاملاً متفاوت است. جابجایی بیماران که بسیاری از آن‌ها ممکن است بدحال باشند، بسیار خطرناک بوده و یکی از دلایل پیچیدگی و سختی فرآیند تخلیه در بیمارستان است. جابجایی بیماران به تسهیلات مراقبتی جایگزین به صورت ایمن و بدون اختلال در دریافت مراقبت‌های درمانی مداوم بسیار حیاتی است. موارد مرگ‌ومیر در تخلیه اضطراری بیمارستان گزارش شده است. پنج مورد مرگ به دنبال حادثه سونامی سال ۲۰۱۱ در تخلیه بیمارستان در کشور ژاپن رخ داده است. با توجه به افزایش حوادث انسان‌ساخت و بلایای طبیعی در سال‌های اخیر، برنامه‌ریزی جهت پاسخگویی بهتر به این حوادث ضروری به نظر می‌رسد. از آنجایی که فرآیند تصمیم‌گیری پروسه پیچیده‌ای است و در زمان بحران این دشواری دوچندان می‌گردد، اتخاذ تصمیم‌گیری برای تخلیه اضطراری توسط مدیران بیمارستان سخت‌تر خواهد شد.

متغیرهای متعددی در تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری مطرح است. دریافت اطلاعات درست از تهدید، چالش‌های پشتیبانی، پیامدهای مربوط به بیماران و کارکنان، ارزیابی نیاز مردم منطقه به دریافت اقدامات درمانی، تأثیر تخلیه بیمارستان بر تاب‌آوری جامعه از عوامل مداخله‌گر بر فرآیند تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان به شمار می‌آید. طراحی ابزار حمایتی تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری سبب افزایش ضریب اطمینان مدیران بیمارستان از تصمیم اتخاذ شده می‌گردد. با طراحی سامانه تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری در بیمارستان، آموزش و تمرین آن در طی مانورهای مکرر می‌توان اثرات طولانی‌مدت افزایش مدت عملکرد مدیران بیمارستان در جهت ایمنی بیشتر بیماران و صدمات کمتر به تجهیزات بیمارستان فراهم نمود. توجه به توانایی بیمارستان جهت اجرای تخلیه ایمن بیماران در تصمیم‌گیری تخلیه مهم است. مدیران و برنامه‌ریزان بایستی زمان موردنیاز جهت اینکه همه بیماران از بیمارستان خارج و به سایر بیمارستان‌ها منتقل شوند را برآورد نمایند. استفاده از فرم‌های کنترل منابع و پیش‌نیازهای موردنیاز انجام تخلیه اضطراری، گام مؤثر در تضمین ایمنی بیماران در فرایند تخلیه است. این امر به افزایش سرعت و ایمنی در فرایند تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان بسیار کمک‌کننده خواهد بود. این ابزار جهت کمک به مدیران در راستای اتخاذ تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان به صورت صحیح و سریع در زمان پاسخ به حوادث و بلایا می‌باشد.

راهنمای تکمیل ابزار تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا

- ۱- ابزار نقش آموزشی و توسعه مهارت تصمیم‌گیری در تخلیه اضطراری بیمارستان را دارد.
- ۲- با توجه به ارزیابی مخاطرات بیمارستان، بایستی در کمیته کاهش خطر بیمارستان، سناریوهای مهم حوادث و بلایا طراحی و نگارش گردد.
- ۳- با توجه به سناریوهای حوادث و بلایا، در تمرین‌های دور میزی، متغیرهای موردسنجش در ابزار نمره دهی شود.
- ۴- انجام تمرین‌های دور میزی و تکمیل ابزار، سبب می‌گردد که سرعت عمل فرمانده حادثه و اعضای کمیته مدیریت خطر در جمع‌آوری اطلاعات ضروری و تجزیه و تحلیل ذهنی داده‌ها، افزایش یابد.

معرفی ابزار و حیطه‌های آن

- الف- برآورد خطر و تهدید جانی..... ۱۳ گویه
- ب- امکان پذیری تداوم ارائه خدمات درمانی..... ۱۶ گویه
- ج- پیش‌نیازهای تخلیه اضطراری بیمارستان..... ۳۱ گویه
- کل ابزار..... ۶۰ گویه

جهت سهولت در محاسبه و کمک به بهره‌گیری ابزار در راستای آموزش اعضای کمیته مدیریت خطر در حوادث و بلایا بیمارستان‌ها، ابزار در فرمت اکسل طراحی شده است. در کنار هر گویه، به منظور کاربرد آموزشی مهارت تصمیم‌گیری و افزایش توانایی تجزیه و تحلیل شرایط حادثه در بیمارستان، عبارات راهنمای گویه در نظر گرفته شد. ابزار در اکسل در شش شیت طراحی گردید.

- ۱- سناریوی حادثه بیمارستان
- ۲- راهنمای ابزار
- ۳- برآورد خطر و تهدید جانی
- ۴- امکان‌پذیری تداوم ارائه خدمات درمانی
- ۵- پیش‌نیازهای تخلیه اضطراری
- ۶- نتایج مربوط به وزن دهی ابزار

چگونگی نمره دهی و تفسیر ابزار " تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا "

- تفسیر..... نمره دهی
- عدم تخلیه اضطراری..... کمتر از ۶۰ (<۶۰)
- آمادگی جهت تخلیه اضطراری..... ۶۰ - ۱۲۰
- اقدام به تخلیه اضطراری..... بیشتر از ۱۲۰ (>۱۲۰)

ابزار تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا

<p>۱- بعد برآورد خطر و تهدید جانی</p> <p>الف- تراکم جمعیت</p> <p>تعریف عملیاتی: تعداد افراد در معرض خطر در بیمارستان</p> <p>ب- ویژگی‌های بیمارستان</p> <p>تعریف عملیاتی: موارد مؤثر در افزایش خطر و تهدید جانی جمعیت حاضر در بیمارستان در زمان وقوع حادثه</p>	
<p>۱- تعداد کل تخت‌های فعال</p> <p><input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰۰ تخت</p> <p><input type="checkbox"/> ۲۰۱ تا ۴۰۰ تخت</p> <p><input type="checkbox"/> بیشتر از ۴۰۰ تخت</p>	<p>۲- تعداد تقریبی همراهان بیمار چند نفر است؟</p> <p><input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰۰ نفر</p> <p><input type="checkbox"/> بین ۲۰۱-۴۰۰ نفر</p> <p><input type="checkbox"/> بیشتر از ۴۰۰ نفر</p>
<p>۳- تعداد تقریبی مراجعین روزانه به درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان چقدر است؟</p> <p><input type="checkbox"/> کمتر از ۲۰۰ نفر</p> <p><input type="checkbox"/> بین ۲۰۱-۴۰۰ نفر</p> <p><input type="checkbox"/> بیشتر از ۴۰۰ نفر</p> <p>توجه: در صورت بروز حادثه در زمان تعطیلی درمانگاه نظیر شیفت شب، از پاسخ‌دهی به این سؤال خودداری گردد.</p> <p>راهنما: در زمان حادثه در بیمارستان، برآورد تراکم جمعیت و افراد در معرض خطر، عامل مهمی در تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان می‌باشد. بدین معنی که هرچه تراکم جمعیت در معرض خطر بیشتر باشد، احتمال تصمیم‌گیری جهت تخلیه اضطراری بیمارستان افزایش می‌یابد.</p>	
<p>۴- امکان بروز آتش‌سوزی در مکان پرخطر در بیمارستان (از نظر بروز پیامدهای جانی) وجود دارد؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی</p> <p><input type="checkbox"/> خیر</p> <p>راهنما: واحدهای پرخطر بیمارستان شامل بخش‌های بستری، بخش‌های ویژه، اتاق عمل، انبار گازهای پزشکی، واحد تأسیسات، واحدهای رادیوتراپی و تصویربرداری پزشکی است.</p>	

۵- آیا امکان اطفای حریق در بیمارستان وجود دارد؟

بلی خیر

راهنما: امکان اطفای حریق در صورتی میسر می‌باشد که بیمارستان دارای تجهیزات اطفای حریق (سیستم‌های خودکار اعلام و اطفاء، خاموش‌کننده‌های سیار، خاموش‌کننده‌های دستی) و پرسنل آموزش‌دیده جهت کار با تجهیزات اطفای حریق باشد.

۶- آیا دود ناشی از آتش‌سوزی سبب مشکلات تنفسی برای بیماران و کارکنان می‌شود؟

بلی خیر

راهنما: در زمان بروز حادثه، به مسیر وزش باد از نظر انتشار دود در فضای بیمارستان توجه شود.

۷- آیا در اطراف بیمارستان مراکز پرخطر از نظر گسترش آتش‌سوزی نظیر پمپ‌بنزین، انبارهای مواد شیمیایی، بیولوژیک و رادیولوژیک واقع شده است؟

بلی خیر

راهنما: در صورت وجود مراکز پرخطر از نظر گسترش آتش‌سوزی در اطراف بیمارستان، احتمال انفجار و گسترش حریق بیشتر می‌شود (حداقل فاصله قرارگیری انبارهای مواد شیمیایی ۱۰۰۰ متر از بیمارستان و پمپ‌بنزین ۲۰۰۰ متر از بیمارستان)

۸- تعداد طبقات بیمارستان چقدر است؟

سه طبقه و کمتر
چهار طبقه تا شش طبقه
بیشتر از شش طبقه

راهنما: با افزایش تعداد طبقات بیمارستان، پیچیدگی و دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران بیشتر می‌شود.

۹- طراحی بیمارستان (بخش‌ها و درمانگاه‌ها) چگونه می‌باشد؟

متمركز
پراکنده

راهنما: منظور از طراحی متمركز بیمارستان این است که تمامی واحدهای بیمارستان در یک ساختمان متمركز می‌باشد. منظور از طراحی پراکنده بیمارستان این است که واحدهای بیمارستان در چندین ساختمان مشغول به فعالیت می‌باشند. در صورت بروز حادثه در بیمارستان در طراحی متمركز، دشواری و پیچیدگی فرایند تخلیه اضطراری بیشتر می‌شود.

۱۱- بیمارستان به چه میزان تحت تأثیر حادثه قرار گرفته است؟

کم

متوسط

زیاد

راهنما: در آسیب به میزان کم، فعالیت تعداد اندکی از واحدهای بیمارستان تحت تأثیر حادثه قرار گرفته است. در آسیب متوسط، فعالیت‌های واحدهای اصلی بیمارستان تحت تأثیر حادثه قرار گرفته است. در آسیب زیاد، فعالیت‌های تعداد زیادی از واحدهای بیمارستان تحت تأثیر قرار گرفته است. در صورت تحت تأثیر قرار گرفتن بیمارستان به میزان زیاد در اثر بروز حادثه، احتمال تخلیه اضطراری بیشتر می‌شود.

۱۲- موقعیت فیزیکی بروز حادثه در کدام قسمت بیمارستان است؟

بخش‌های بستری

واحد انبار (تجهیزات، دارو، گازهای پزشکی)، واحد لنژ، سی.اس.آر، موتورخانه)

واحدهای تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی)

راهنما: با توجه به وسعت و شدت حادثه، امکان درگیر شدن چند واحد بیمارستان به‌طور هم‌زمان وجود دارد. در نظر گرفتن موقعیت فیزیکی بروز حادثه در بیمارستان از نظر شدت خطر جانی و گسترش حریق با یکدیگر متفاوت است. به‌عنوان مثال بخش‌های بستری نسبت به انبار دارو از اهمیت بیشتری در تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری برخوردار هستند.

۱۳- منبع تأیید خبر حادثه چگونه است؟

دریافت و تأیید خبر از طریق EOC

دریافت و تأیید خبر از منابع دیگر

راهنما: تأیید خبر وقوع حادثه جهت تصمیم‌گیری برای تخلیه اضطراری باید از منابع موثق باشد. به‌عنوان مثال حتماً باید کارکنان بیمارستان یا EOC خبر وقوع حادثه را تأیید کرده باشند.

۲- امکان‌پذیری تداوم مراقبت‌های درمانی

<p>الف- ارزیابی آسیب‌پذیری بیمارستان</p> <p>تعریف عملیاتی: بروز حوادث و بلایا تا چه میزان بر عناصر سازه‌ای و غیر سازه‌ای بیمارستان، تأثیر گذاشته است.</p> <p>ب- ارزیابی ظرفیت بیمارستان</p> <p>تعریف عملیاتی: توانایی بیمارستان در جهت تداوم ارائه خدمات در صورت بروز حادثه</p>
<p>۱- آیا ساختمان بیمارستان پس از حادثه دارای ایمنی لازم جهت بستری بیماران است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: ایمنی لازم جهت بستری بیماران، شرایطی است که در آن، زیرساخت‌های بیمارستان در شرایط استاندارد باشد و خطر جانی بیماران را تهدید نکند. در صورت فقدان ایمنی لازم جهت بستری بیماران، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲- میزان آسیب سیستم برق بیمارستان در اثر بروز حادثه چقدر است؟</p> <p>آسیب کامل <input type="checkbox"/> آسیب جزئی <input type="checkbox"/> بدون آسیب <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در آسیب کامل برق بیمارستان کاملاً قطع شده است. در آسیب جزئی برق برخی از واحدها قطع شده است. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم دسترسی به برق، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نیست و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.</p>
<p>۳- در صورت قطع برق بیمارستان، توانایی ژنراتور برق پشتیبان تا چند ساعت است؟</p> <p>عدم پشتیبانی (ارزش ۳) کمتر از ۷۲ ساعت (ارزش ۲) بیشتر و مساوی ۷۲ ساعت (ارزش ۱)</p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم پشتیبانی ژنراتور برق، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.</p>
<p>۴- آیا بیمارستان به سیستم جایگزین برای تأمین برق اضطراری در خارج از بیمارستان، دسترسی دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم دسترسی به سیستم جایگزین برای تأمین برق اضطراری، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.</p>
<p>۵- آیا سیستم روشنایی مناطق اصلی بیمارستان (اتاق‌های عمل، بخش‌های درمانی و آزمایشگاه) پس از حادثه برقرار است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و قطع سیستم روشنایی مناطق اصلی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.</p>

۶- میزان آسیب سیستم آب بیمارستان در اثر بروز حادثه چقدر است؟

- آسیب کامل
- آسیب جزئی
- بدون آسیب

راهنما: در آسیب کامل آب بیمارستان کاملاً قطع شده است. در آسیب جزئی آب برخی از واحدها قطع شده است. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و قطع کامل آب، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان پذیر نبوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می کند.

۷- در صورت قطع آب بیمارستان، منبع ذخیره آب توانایی پوشش چند ساعت را دارد؟

- عدم پشتیبانی
- کمتر از ۷۲ ساعت
- بیشتر و مساوی ۷۲ ساعت

راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم پوشش ذخیره آب، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان پذیر نبوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می کند.

۸- میزان آسیب سیستم ارتباطی داخل بیمارستان پس از حادثه چقدر است؟

- آسیب کامل
- آسیب جزئی
- بدون آسیب

راهنما: در آسیب کامل سیستم ارتباطی بیمارستان کاملاً قطع شده است. در آسیب جزئی سیستم ارتباطی برخی از واحدها قطع شده است. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و قطع سیستم ارتباطی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان پذیر نبوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می کند.

۹- آیا سیستم گرمایشی و سرمایشی در اثر بروز حادثه دچار اختلال شده است؟

- آسیب کامل
- آسیب جزئی
- بدون آسیب

راهنما: در آسیب کامل سیستم گرمایشی و سرمایشی بیمارستان کاملاً قطع شده است. در آسیب جزئی سیستم ارتباطی برخی از واحدها قطع شده است. در صورت بروز حادثه و اختلال کامل سیستم گرمایشی و سرمایشی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان پذیر نبوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می کند.

۱۰- آیا وضعیت امنیتی بیمارستان در اثر بروز حادثه دچار اختلال شده است؟

- اختلال کامل امنیت
- اختلال نسبی
- عدم وجود اختلال

راهنما: در اختلال امنیت کامل، تمام بخش‌های بیمارستان از کنترل واحد حفاظت فیزیکی حراست خارج است. در اختلال امنیت نسبی برخی از بخش‌های بیمارستان از کنترل واحد حفاظت فیزیکی حراست خارج می‌شوند. در صورت بروز حادثه و اختلال کامل سیستم امنیتی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

۱۱- توانایی پوشش انبار ذخیره غذا بیمارستان، تا چند ساعت است؟

- کمتر از ۷۲ ساعت
- بیشتر و مساوی ۷۲ ساعت
- عدم ارتباط با حادثه

راهنما: در صورت بروز حادثه و عدم پوشش انبار ذخیره غذای بیمارستان، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

۱۲- توانایی پوشش انبار دارو بیمارستان تا چند ساعت است؟

- کمتر از ۷۲ ساعت
- بیشتر و مساوی ۷۲ ساعت
- عدم ارتباط با حادثه

راهنما: در صورت بروز حادثه و عدم پوشش انبار ذخیره داروی بیمارستان، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

۱۳- توانایی پوشش ذخیره سوخت بیمارستان تا چند روز است؟

- کمتر از ۳ روز
- مساوی ۳ روز و بیشتر
- عدم ارتباط با حادثه

راهنما: در صورت بروز حادثه و عدم پوشش انبار ذخیره سوخت بیمارستان، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

۱۴- توانایی پوشش ذخایر گازهای پزشکی بیمارستان تا چند روز است؟

- کمتر از ۱۰ روز
- مساوی ۱۰ روز و بیشتر
- عدم ارتباط با حادثه

راهنما: در صورت بروز حادثه و عدم پوشش ذخایر گازهای پزشکی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

<p>۱۵- آیا بیمارستان دارای نیروی انسانی به میزان کافی برای حداقل ۲۴ ساعت است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: کفایت نیروی انسانی، شرایطی است که نیروی انسانی، مطابق شیفت‌های روتین در دسترس باشند. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم کفایت نیروی انسانی جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۶- آیا بیمارستان دارای برنامه به‌کارگیری داوطلبین آموزش‌دیده است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم وجود برنامه به‌کارگیری داوطلبین آموزش‌دیده جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>

۳- پیش‌نیازهای تخلیه اضطراری بیمارستان

<p>الف- هماهنگی‌های اجرایی</p> <p>تعریف عملیاتی: مواردی که در اجرای تخلیه اضطراری تأثیرگذار بوده و بایستی در تصمیم‌گیری موردتوجه قرار گیرد.</p> <p>ب- امکان‌پذیری تخلیه اضطراری بیمارستان</p> <p>تعریف عملیاتی: در برآورد زمان موردنیاز جهت تخلیه بیماران عوامل داخلی و خارجی نظیر وجود برنامه تخلیه اضطراری، آموزش کارکنان، دسترسی به جاده‌های اصلی و... تأثیرگذار است. زمان برآورد شده نیز بر تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری تأثیر مستقیم دارد.</p>
<p>۱- آیا فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری از سوی مسئولین مافوق است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: چنانچه فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی کامل از سوی مسئولین مافوق باشد، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲- آیا فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی در زمینه تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری از سوی مسئولین امنیتی و سیاسی منطقه است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: چنانچه فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی کامل از سوی مسئولین امنیتی و سیاسی باشد، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۳- آیا بیمارستان دارای نیروی انسانی به میزان کافی برای حداقل ۲۴ ساعت است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: کفایت نیروی انسانی، شرایطی است که نیروی انسانی مطابق شیفت‌های روتین در دسترس باشند. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم کفایت نیروی انسانی جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>

<p>۴- آیا بیمارستان دارای برنامه به کارگیری داوطلبین آموزش دیده است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم وجود برنامه به کارگیری داوطلبین آموزش دیده جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۵- آیا شناخت کامل از موقعیت جغرافیایی و ساختمان بیمارستان جهت اجرای برنامه تخلیه اضطراری وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی به نقشه بیمارستان یا آگاهی کامل از فضای فیزیکی توسط اعضای تیم مدیریت خطر و حوادث، جهت تصمیم‌گیری تخلیه ضروری است. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و شناخت کامل از موقعیت جغرافیایی و ساختمان جهت اجرای برنامه تخلیه اضطراری، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۶- آیا سیستم ارتباطی با خارج از بیمارستان پس از حادثه فعال است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و توانایی برقراری سیستم ارتباطی با خارج از بیمارستان، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۷- آیا بیمارستان برنامه پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و تدوین برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۸- آیا برنامه تخلیه اضطراری بیمارستان به صورت مکتوب وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و تدوین برنامه تخلیه اضطراری بیمارستان، دشواری فرایند تخلیه بیماران کاهش یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۹- آیا برگه شرح وظایف برای تمامی کارکنان در زمان تخلیه اضطراری وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و تدوین برگه شرح وظایف برای تمامی کارکنان در زمان تخلیه اضطراری، دشواری فرایند تخلیه بیماران کاهش یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۰- آیا سناریوی تخلیه اضطراری بیمارستان تمرین شده است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه و تمرین سناریوی تخلیه اضطراری بیمارستان، دشواری فرایند تخلیه بیماران کاهش یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>

<p>۱۱- آیا به کارکنان در مورد برنامه تخلیه اضطراری و جابجایی بیماران آموزش داده شده است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه و آموزش کارکنان در مورد برنامه تخلیه اضطراری و جابجایی بیماران، دشواری فرایند تخلیه کاهش یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۲- آیا بیمارستان برنامه ترخیص زود هنگام بیماران انتخابی را دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه و برنامه ترخیص زود هنگام بیماران انتخابی در بیمارستان، دشواری فرایند تخلیه کاهش یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۳- آیا دسترسی به شماره تماس ضروری همراهان بیمار وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه و دسترسی به شماره تماس ضروری همراهان بیمار، از دشواری فرایند ترخیص زود هنگام بیماران انتخابی در بیمارستان کاسته شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۴- آیا فهرست اسامی و شماره تلفن‌های بروز رسانی شده کارکنان در دسترس است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه و دسترسی به فهرست اسامی و شماره تلفن‌های بروز رسانی شده کارکنان از دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران کاسته شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۵- آیا سیستم فراخوان کارکنان در زمان حوادث و بلایا وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: در صورت بروز حادثه و دسترسی به سیستم فراخوان کارکنان در زمان حوادث و بلایا از دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران کاسته شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۶- آیا بیمارستان دسترسی به تعداد مناسب نیروی انسانی جهت جابجایی بیماران دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: تعداد نیروی انسانی مناسب شرایطی است که جابجایی و حمل بیماران به صورت ایمن و سریع انجام شود. در صورت بروز حادثه و دسترسی به تعداد مناسب نیروی انسانی جهت جابجایی بیماران از دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران کاسته شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۷- آیا وسایل و تجهیزات کمکی جهت تخلیه بیماران (برانکارد، پتو، ویلچر) به میزان کافی وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: کفایت وسایل و تجهیزات کمکی جهت تخلیه بیماران (برانکارد، پتو، ویلچر)، شرایطی است که در آن جابجایی و حمل بیماران به صورت ایمن و سریع انجام شود. در صورت بروز حادثه و دسترسی کامل به وسایل مذکور از دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران کاسته شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>

<p>۱۸- آیا مسیر خروج اضطراری بخش‌های بیمارستان و محل تجمع بیماران به تفکیک مشخص شده است؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: تفکیک نمودن مسیر خروج اضطراری در بخش‌های بیمارستان و در نظر گرفتن محل تجمع ایمن از ایجاد ازدحام و بی‌نظمی در فرایند تخلیه اضطراری بیماران جلوگیری می‌نماید. در صورت بروز حادثه و مشخص بودن مسیرهای خروج اضطراری از دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران کاسته شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۱۹- آیا راه‌های خروجی اضطراری بیمارستان به فضای باز ایمن ختم می‌شود؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی به راه‌های خروجی اضطراری به فضای باز ایمن در بیمارستان سبب کاهش دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۰- آیا تابلوهای راه‌های خروج اضطراری بیمارستان در معرض دید مراجعین قرار دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: نصب تابلوهای راه‌های خروج اضطراری بیمارستان در مکان‌های معرض دید مراجعین از ایجاد ازدحام و بی‌نظمی در فرایند تخلیه بیماران جلوگیری نموده و در صورت بروز حادثه، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۱- آیا مسیر راه‌های خروج اضطراری کاملاً باز می‌باشند؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: باز بودن مسیر راه‌های خروج اضطراری در اجرای فرایند تخلیه بیماران بسیار مهم می‌باشد. در صورت بروز حادثه و اطمینان از باز بودن مسیر خروج بیماران، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۲- آیا بیمارستان به مکان ایمن جهت تجمع بیماران، با توجه به نوع حادثه دسترسی دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی به مکان ایمن جهت تجمع بیماران، با توجه به نوع حادثه در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و در این شرایط احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۳- آیا بیمارستان به جاده اصلی دسترسی دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی بیمارستان به جاده اصلی جهت جابجایی بیماران توسط آمبولانس در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۴- وضعیت ترافیک منطقه در دسترسی به محل بیمارستان چگونه است؟</p> <p>روان <input type="checkbox"/> نیمه سنگین <input type="checkbox"/> سنگین <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: نقشه گوگل در صورتی که رنگ آبی باشد نشان‌دهنده وضعیت ترافیک روان، رنگ زرد وضعیت ترافیک نیمه سنگین و رنگ قرمز وضعیت ترافیک سنگین است. وضعیت ترافیک منطقه و دسترسی به بیمارستان در فرایند تخلیه اضطراری بیمارستان مهم بوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه را افزایش می‌دهد.</p>

<p>۲۵- آیا بیمارستان امکان جابجایی هوایی بیماران دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی بیمارستان به امکان جابجایی هوایی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۶- آیا بیمارستان پشتیبان برای تخلیه اضطراری وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی به بیمارستان پشتیبان، جهت جابجایی بیماران و اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری در این شرایط افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۷- آیا بیمارستان مقصد دارای ظرفیت متناسب با نیازهای درمانی بیماران انتقالی می‌باشد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: انطباق بیمارستان پشتیبان با نیازهای درمانی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۸- آیا بیمارستان مقصد دارای ظرفیت پذیرش متناسب با تعداد بیماران انتقالی می‌باشد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی به بیمارستان پشتیبان دارای ظرفیت پذیرش متناسب با بیماران انتقالی، در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری در این شرایط افزایش می‌یابد.</p>
<p>۲۹- آیا امکان جابجایی بیماران توسط آمبولانس‌های در اختیار بیمارستان، مهیا می‌باشد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: تعداد مورد نیاز آمبولانس با توجه به جابجایی تعداد بیماران، در نظر گرفته می‌شود. دسترسی به آمبولانس، راننده، سوخت و... در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم می‌باشد.</p>
<p>۳۰- آیا بیمارستان دارای تفاهم‌نامه با سازمان‌های دیگر (شرکت‌های خصوصی آمبولانس، سیستم حمل و نقل عمومی) جهت تخلیه بیماران می‌باشد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: دسترسی به تعداد آمبولانس کافی جهت جابجایی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم می‌باشد.</p>
<p>۳۱- آیا تفاهم‌نامه‌های همکاری بیمارستان با سازمان‌های دیگر نظیر آتش‌نشانی، نیروی انتظامی و ارتش جهت جابجایی بیماران وجود دارد؟</p> <p>بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>راهنما: برخورداری از همکاری با سازمان‌های دیگر جهت جابجایی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم است.</p>

ابزار شماره یازده : ابزار جامع ارزشیابی تمرین‌های حوزه سلامت در حوادث و بلایا

مقدمه

ابزار حاضر یک چک‌لیست برای ارزشیابی تمرین‌های حوزه سلامت در ۳ بعد (طراحی تمرین، اجرای تمرین و بازخورد فوری تمرین) طراحی و شامل موارد ذیل است:

چک‌لیست ارزشیابی بعد طراحی تمرین‌های حوزه سلامت شامل ۵۰ گویه و در ۴ بعد "هماهنگی، فرماندهی و هدایت تمرین"، "الزامات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری تمرین"، منابع سازمانی تمرین"، "ارتباطات و اطلاع‌رسانی عمومی تمرین" از گویه شماره ۱ تا گویه شماره ۵۰ طراحی شده است.

چک‌لیست ارزشیابی بعد اجرای تمرین‌های حوزه سلامت شامل ۱۰۰ گویه در ۶ بعد "مدیریت اطلاعات و هماهنگی حادثه در تمرین"، "استانداردها و شاخص‌های تمرین"، "ارزیابی و کنترل فرایند اجرای تمرین"، "مدیریت پشتیبانی و تدارکات تمرین"، "مدیریت عملیات درمان تمرین" و "مدیریت عملیات بهداشت تمرین" از گویه شماره ۵۱ تا گویه شماره ۱۰۰ طراحی شده است.

چک‌لیست ارزشیابی بعد بازخورد فوری تمرین‌های حوزه سلامت شامل ۲۴ گویه در ۲ بعد "ارزیابی و گزارش‌گیری تمرین" و "اصلاح برنامه‌ها و ارتقاء کارکردهای عملیاتی تمرین" از گویه شماره ۱۰۱ تا ۱۷۴ طراحی شده است.

با استفاده از نظرات کارشناسان خبره در زمینه حوادث و بلایا ایران وزن دهی و امتیازبندی آیتم‌های چکلیست انجام شد. نحوه‌ی نمره دهی چکلیست‌های ارزشیابی، عملکردهایی است که انتظار می‌رود در مرحله‌ی طراحی، اجرا و بلافاصله پس از تمرین انجام شده باشد.

- اگر عملکرد مورد انتظار به درستی و در زمان مناسب انجام شده است زیر شماره‌ی ۲ علامت تیک بزنید.
- اگر عملکرد مورد انتظار انجام شده اما کیفیت آن یا زمان انجام آن نامناسب بود زیر شماره‌ی ۱ تیک بزنید.
- اگر عملکرد مورد انتظار انجام نشده است زیر شماره‌ی ۰ علامت بزنید.

تعیین نقطه‌ی برش ابزار

با توجه به مجموع نمرات ۱۷۴ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۳ گزینه‌ای بیشترین نمره ۳۴۸ و کمترین نمره صفر (۰) خواهد بود. در این ابزار نمرات بین ۰-۱۱۵ نشانگر آمادگی ضعیف، نمرات بین ۱۱۶-۲۳۱ آمادگی متوسط و نمرات بین ۲۳۲-۳۴۸ آمادگی خوب در نظر گرفته می‌شود. همچنین با استفاده از فرمول تبدیل خطی^۱ با تبدیل امتیاز کسب شده از ابزار به درصد و مقایسه آن با حداکثر و حداقل امتیازات ابزار میزان آمادگی هر حوزه سلامت برحسب درصد نیز محاسبه و تفسیر می‌گردد. آمادگی ضعیف = صفر تا ۳۳/۵ درصد، آمادگی متوسط ۳۳/۵-۶۶/۵ درصد و آمادگی خوب ۶۶/۵-۱۰۰ درصد هست.

$$\text{linear transformation} = \frac{\text{Raw}-\text{Min}}{\text{Max}-\text{Min}} \times 100$$

حداکثر نمره ابزار = Mix حداقل نمره ابزار = Min نمره خام کسب شده = Raw

چک‌لیست ارزشیابی مرحله‌ی طراحی تمرین‌های حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا

۲	۱	۰	گویه	ابعاد
			۱- مجوز رسمی از بالاترین مقام مسئول سازمان برای اجرای تمرین توسط مجریان تمرین اخذ شده است.	هماهنگی، فرماندهی و هدایت تمرین
			۲- قبل از اجرای تمرین مشورت‌های لازم با واحدهای درون و برون‌سازمانی که قبلاً تجربه برگزاری تمرین را داشته‌اند انجام شده است.	
			۳- برای طراحی تمرین حاضر جلسات هماهنگی متناسب با سطح تمرین با سایر واحدهای درون و برون‌سازمانی انجام شده است.	
			۴- برای طراحی تمرین برنامه‌های پاسخ سایر سازمان‌ها مشارکت‌کننده در تمرین مدنظر قرار گرفته شده است.	
			۵- تفاهم‌نامه درون و برون‌سازمانی با واحدهای مرتبط با مدیریت حوادث و بلایا متناسب با سطح تمرین تأمین و مستندات موجود هست.	
			۶- واحدهای درون و برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین تعیین و جایگاه و نقش آن‌ها در برنامه‌ی عملیاتی حادثه سازمان مشخص شده است.	
			۷- چارت سامانه‌ی فرماندهی حادثه در تمامی واحدهای حوزه سلامت از جمله بهداشت، درمان، پشتیبانی، آموزشی، دانشجویی - فرهنگی و غذا و دارو طراحی شده است.	
			۸- افراد مسئول، جانشین و شرح وظایف آن‌ها در جایگاه‌های مختلف سامانه‌ی فرماندهی حادثه و همچنین زمان‌بندی استاندارد پاسخ ۰ تا ۲،۲ تا ۱۲ و بیشتر از ۱۲ ساعت مشخص و تعریف شده است.	
			۹- ساختار اجرایی تمرین متناسب با موقعیت سازمان در سطح محلی، قطب و ملی طراحی و شرح وظایف کمیته مربوطه مشخص شده است.	
			۱۰- ارزیابی خطر و شناسایی مخاطرات اولویت‌دار با استفاده از ابزار ملی ارزیابی مخاطرات انجام و تمرین حاضر منطبق با آن طراحی شده است.	الزامات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری تمرین
			۱۱- قبل از اجرای تمرین نقشه‌ی خطر برای تمامی مخاطرات با اولویت طراحی و در مرکز هدایت عملیات سازمان مجری ترسیم شده است.	
			۱۲- برنامه‌ی سطوح هشدار برای مخاطرات با اولویت بر اساس برنامه‌ی سطح‌بندی ملی در مرکز هدایت عملیات طراحی شده است.	
			۱۳- سناریوی تمرین به شکل دقیق بر اساس اولویت‌بندی مخاطرات سازمان طراحی و در اختیار واحدهای برون و درون‌سازمانی مشارکت‌کننده گذاشته شده است.	
			۱۴- تمرین حاضر بر اساس نیازسنجی، مرور نتایج و درس آموخته‌های حوادث پیشین منطقه‌ی موردنظر، برنامه‌ریزی شده است.	
			۱۵- برنامه عملیاتی حادثه برای اجرای تمرین بر اساس الگوی ملی مورد تأیید دبیرخانه کارگروه طراحی و تدوین شده است.	
			۱۶- تمرین حاضر مطابق با مطالعه و در نظر گرفتن اسناد بالادستی از جمله برنامه‌ی ملی تمرین در نظام سلامت ایران طراحی شده است.	
			۱۷- اهداف تمرین مشخص و دقیقاً نشان می‌دهد چه بعدی از عملکرد سازمان مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.	
			۱۸- برنامه‌ریزی و تهیه جدول زمان‌بندی برگزاری تمرین از مرحله پیش طراحی تا مرحله اصلاح و ارتقاء برنامه عملیاتی پاسخ فراهم شده است.	
			۱۹- لیست کارکردها و فعالیت‌های اصلی مورد انتظار در تمرین توسط گروه برنامه‌ریزی تمرین، تدوین و تهیه شده است.	
			۲۰- تمرین حاضر توسط یک گروه متخصص از کارشناسان خبره در زمینه‌ی حوادث و بلایا یا از طریق مشاوره با افراد مذکور طراحی شده است.	
			۲۱- نمایندگانی از مردم جامعه محلی، سازمان‌های همکار و پشتیبان در جلسات طراحی جزئی و کلی تمرین سازمان مشارکت داشته‌اند.	
			۲۲- تمرین بحث محور (کارگاه، سمینار، بازی، تمرین دور میزی) متناسب با اهداف تمرین قبل از اجرای تمرین عملیاتی در نظر گرفته و انجام شده است.	

۲	۱	۰	گویه	ابعاد	
			۲۳- انتخاب مکان تمرین‌های بحث محور و عملیاتی متناسب با نوع و سطح تمرین لحاظ شده در سناریو و بر اساس اصول علمی صورت گرفته است.		
			۲۴- تمامی افراد برای مشارکت در تمرین حاضر رضایت آگاهانه داشته و مستندات لازم وجود دارد.		
			۲۵- برنامه‌ی پاسخ ایمنی و امنیت عمومی از طرق هشدارهای اولیه، رفتار و پاسخ به‌موقع به حادثه در مرکز هدایت عملیات سازمان وجود دارد.		
			۲۶- برنامه‌ی نحوه‌ی فراخوان کارکنان سازمان مسئول و نحوه‌ی به‌کارگیری کارکنان داوطلب، سازمان‌های همکار و پشتیبان برای شرکت در تمرین مشخص شده است.		
			۲۷- برگه‌ی شرح وظایف ^۱ برای افراد مشارکت‌کننده در تمرین برای آشنایی آن‌ها با نقش‌ها و مسئولیت‌هایشان تهیه شده است.		
			۲۸- بودجه و منابع مالی لازم برای اجرای فازهای مختلف تمرین در ردیف مالی سازمان مجری تمرین پیش‌بینی شده است.		
			۲۹- خدمات پشتیبانی شامل تهیه کارت شناسایی یا اتیکت، تجهیزات سرمایشی، گرمایشی، ارتباطی، تغذیه، پارکینگ، مکان‌های شبیه‌سازی شده، نقل و انتقال، سرویس‌های بهداشتی و سایر ملزومات موردنیاز برای تمامی کارکنان مشارکت‌کننده در تمرین تأمین شده است.		
			۳۰- ساختار تشکیلاتی مرکز هدایت عملیات سازمان (DOC ^۲ , EOC ^۳) مجری تمرین از تمامی جوانب از جمله تجهیزات ارتباطی، فضای فیزیکی، نیروی انسانی و ملزومات مطابق با برنامه پاسخ سلامت (تدوین شده توسط کارگروه) مجهز شده است.		
			۳۱- اعضای گروه ارزیابی سریع سلامت متناسب با سطح حادثه و تعیین شده در سناریوی تمرین، از نظر تعداد متخصص مشخص و شماره تماس آن‌ها در دسترس هست.		منابع سازمانی تمرین
			۳۲- گروه ارزشیابی تمرین مشخص و آموزش لازم در زمینه نحوه ارزیابی تمرین توسط رهبر گروه ارائه شده است.		
			۳۳- کارشناسان ارزیاب تمرین متناسب با نوع و اهداف تمرین دارای تخصص و تجربه لازم برای ارزشیابی تمرین هستند.		
			۳۴- مطابق با تشخیص گروه ارزیابی و ارتقاء برنامه ملی تمرین و به‌تناسب ابعاد عملکردی امکان‌های لحاظ شده در سناریو تعداد مناسب ارزیاب تمرین در نظر گرفته شده است.		
			۳۵- افراد مشارکت‌کننده در تمرین دور میزی متناسب با سطح تمرین دارای تخصص و تجربه لازم در زمینه تمرین‌های حوادث و بلایا را دارا می‌باشند.		
			۳۶- مدرسین و سخنرانان تمرین‌های بحث محور از جمله کارگاه و سمینار از افراد متخصص و باتجربه در زمینه حوادث و بلایا انتخاب شده‌اند.		
			۳۷- فرد مشخصی برای مستندسازی کل فرایند اجرای تمرین و همچنین درس آموخته‌های آن در نظر گرفته شده است.		
			۳۸- کنترل‌گرها ^۴ ، تسهیل‌گران ^۵ ، بازیگران ^۶ ، نقش‌آفرینان ^۷ ، ارزیابان ^۸ تمرین قبل از اجرای تمرین مشخص و آموزش لازم برای مشارکت در تمرین را دریافت کرده‌اند.		
			۳۹- متناسب با اهداف تمرین برای تأمین ایمنی و امنیت مشارکت‌کنندگان (پیش‌بینی مداخلات لازم در صورت وقوع حادثه واقعی حین تمرین) با هماهنگی سایر سازمان‌ها اقدامات لازم پیش‌بینی و به‌صورت مکتوب وجود دارد.		
			۴۰- کارکنان تمرین برای مشارکت در تمرین دارای توانمندی‌های جسمی (آمادگی جسمانی) و روانی لازم از جمله انگیزه، جدیت، میل و رغبت کافی می‌باشند.		
			۴۱- فهرست کامل و به‌روز شده‌ای از تجهیزات و ملزومات موردنیاز برای اجرای تمرین در سطوح مختلف در سازمان وجود دارد.		

1- Job Action Sheet
5- Facilitators

2- Emergency Operation Center
5- Players

3- Department Operation Center
7- Actors

4- Controllors
8- Evaluators

۲	۱	۰	گویه	ابعاد
			۴۲- فرم به روز شده اطلاعات تماس سایر مراکز و سازمان‌ها مرتبط با تمرین‌های حوادث و بلایا در مرکز هدایت عملیات سازمان وجود دارد.	ارتباطات و اطلاع‌رسانی عمومی تمرین
			۴۳- بانک اطلاعات جامع شامل شماره تلفن، روش تماس و آدرس محل سکونت تمامی افراد سازمان برای مشارکت در تمرین تهیه شده است.	
			۴۴- یک برنامه ارتباطی مناسب با انواع بسترهای ارتباطی مختلف و چندلایه بین سطوح مختلف از فرماندهی‌ها سطوح عملیاتی در مرکز هدایت عملیات سازمان (EOC) طراحی شده است.	
			۴۵- تجهیزات موردنیاز برای برقراری ارتباط از جمله ارتباط رادیویی یا مخابراتی بین واحدها درون برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین تأمین شده است.	
			۴۶- عوامل فرهنگی (از جمله رعایت شئون اسلامی، زبان و فرهنگ جامعه مکان تمرین) در فرایند اجرای تمرین مورد ملاحظه قرار گرفته شده است.	
			۴۷- جلسه هماهنگی و برنامه آموزشی لازم برای مشارکت رسانه در فرایند اجرای تمرین انجام و مستندات آن موجود هست.	
			۴۸- اطلاع‌رسانی عمومی لازم از طریق رسانه محلی در مورد اهداف، فرایند و مکان تمرین برای پیشگیری از رعب، وحشت، شایعه و اختلال در نظم عمومی جامعه صورت گرفته است.	
			۴۹- هماهنگی لازم برای مشارکت گروه مستندساز تصویری (فیلم و عکس) به مکان‌های مختلف تمرین به‌عنوان یکی از فن‌های ارزشیابی انجام شده است.	
			۵۰- برنامه‌ریزی لازم برای حضور افراد برجسته در زمان مناسب در مکان تمرین برای پیش‌گیری از اختلال در نظم و جریان تمرین اتخاذ شده است.	
			۵۱- دریافت، تحلیل و تأیید خبر به‌صورت مداوم از مراکز پایش‌کننده حادثه فرضی توسط مرکز هدایت عملیات سازمان انجام می‌شود.		مدیریت اطلاعات و هماهنگی حادثه در تمرین
			۵۲- اطلاعات اولیه و قابل‌اعتماد توسط بخش برنامه‌ریزی سیستم مدیریت حادثه (IMS) متمرکز و در مدت ۱۵ دقیقه اولیه در اختیار مسئول سیستم مدیریت حادثه قرار داده شده است.	
			۵۳- سیستم مدیریت حادثه ظرف مدت ۲۰-۱۵ دقیقه پس از تأیید خبر نهایی حادثه در مرکز هدایت عملیات سازمان فعال گردید.	
			۵۴- گروه ارزیابی سریع حادثه پس از تأیید خبر و فعال شدن سیستم مدیریت حادثه متناسب با برنامه توالی زمانی رخدادهای تمرین به‌موقع به مکان حادثه اعزام شده‌اند.	
			۵۵- برآورد خسارات و تأمین تجهیزات، آمبولانس، بالگرد اورژانس و نیروی انسانی موردنیاز توسط گروه ارزیابی سریع مشخص شده است.	
			۵۶- سطح‌بندی حادثه فرضی (محلی، قطب و ملی) به‌موقع و متناسب با اطلاعات دریافتی از مکان حادثه به شکل صحیح توسط مرکز هدایت عملیات سازمان انجام شده است.	
			۵۷- تحلیل گزارش ارزیابی سریع و تبدیل آن به برنامه عملیاتی پاسخ (IAP) توسط مرکز هدایت عملیات سازمان انجام شده است.	
			۵۸- سامانه هشدار سریع به شکل صحیح فعال و تعیین سطح هشدار به واحدهای درون‌سازمانی و گروه‌های عملیاتی توسط مرکز هدایت عملیات انجام شد.	
			۵۹- فراخوان کارکنان سازمان متناسب با سطح حادثه و اعلام وضعیت به سازمان‌های همکار و پشتیبان پس از سطح‌بندی حادثه انجام گردید.	
			۶۰- فراخوان گروه‌های پاسخ پزشکی بلایا (DMAT) متناسب با سطح حادثه فرضی (محلی، قطب و ملی) و مطابق با برنامه توالی زمانی رخدادهای تعیین، و در سناریوی تمرین انجام شده است.	
			۶۱- تمامی اعضای سیستم مدیریت حادثه و گروه‌های مربوطه با کاور و اتیکت مختص خود در مرکز هدایت عملیات سازمان حضور و قابل‌شناسایی می‌باشند.	
			۶۲- تصمیم‌گیری‌های لازم برای پاسخ به حادثه متناسب با بازه‌های زمانی پاسخ ۰-۲، ۲-۱۲ و ۱۲ ساعت به بالا توسط فرمانده مدیریت حادثه به‌موقع و در حال انجام هست.	

۲	۱	۰	گویه	ابعاد
			۶۳- مکان تمرین و راه‌های انتقال منابع به مکان تمرین متناسب با نوع و سطح تمرین در سناریو به‌درستی انتخاب شده است.	استانداردها و شاخص‌های تمرین
			۶۴- در مکان تمرین چیدمان DMAT درمان از جمله ناوگان پیش بیمارستان، پست پزشکی پیشرفته AMP ^۱ ، بیمارستان صحرایی، داروخانه و DMAT بهداشت از جمله (محیط، روان، خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، دهان و دندان) به شکل صحیح انجام شده است.	
			۶۵- تعداد آمادگاه متناسب با سطح‌بندی حادثه و سطوح مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی (محلی، قطب و ملی) در مکان تمرین هست.	
			۶۶- محل تمرین به لحاظ وجود مواد شرایط خطرناک یا مخاطرات طبیعی توسط ارشد ایمنی و امنیت سامانه فرماندهی مورد بررسی مداوم قرار گرفته است.	
			۶۷- موارد حراستی شامل کنترل ورود و خروج و برقراری نظم و امنیت محل حادثه تمرین به شکل استاندارد توسط نیروهای نظامی تأمین شده است.	
			۶۸- در محل تمرین مکانی امن برای رسانه و گزارش لحظه‌به‌لحظه حادثه به سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین و جامعه، وجود دارد.	
			۶۹- در محیط تمرین مکان سایر سازمان‌های مشارکت‌کننده و حوزه فضای فیزیکی برای فعالیت آنها مشخص شده است.	
			۷۰- منطقه بندی مکان تمرین (منطقه داغ، گرم و سرد) به شکل صحیح و بر اساس (EOP ^۲) مشخص شده است.	
			۷۱- مکان مناسب برای جمع‌آوری مصدومین ^۳ برای تریاژ مصدومین به شکل صحیح انتخاب شده است.	
			۷۲- همه واحدهای مشارکت‌کننده در تمرین مطابق با زمان پیش‌بینی شده در سناریوی تمرین به‌موقع در مکان تمرین حاضر و تجهیزات خود را برپا نموده‌اند.	
			۷۳- سامانه فرماندهی حادثه (ICS) ^۴ دستگاه متناسب با سطح حادثه فرضی و برنامه توالی زمانی رخدادها سناریوی تمرین به‌موقع توسط فرمانده حادثه در مکان حادثه فعال گردید.	ارزیابی و کنترل فرایند اجرای تمرین
			۷۴- فرماندهی واحد حادثه متناسب با سطح و نوع تمرین برای مدیریت حوادث و بلایا در منطقه حادثه مشخص شده است.	
			۷۵- پست فرماندهی حادثه ^۵ فرمانده ناحیه حادثه مطابق با برنامه توالی زمانی رخدادها و برنامه عملیاتی حادثه مشخص در سناریو به‌موقع و در محل حادثه برپا و به‌آسانی قابل تشخیص است.	
			۷۶- برای تعیین محل پست فرماندهی حادثه ملاحظات ایمنی (وجود انواع مخاطرات) و امنیتی لحاظ گردیده است.	
			۷۷- تمرین حاضر متناسب و منطبق بر باورها و عادات فرهنگی و ساختار مذهبی جامعه محلی مکان اجرای تمرین است.	
			۷۸- تعداد ارزیاب متناسب با برنامه عملیاتی حادثه، سطح و نوع تمرین سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین در نظر گرفته شده است.	
			۷۹- ارزیابان از تخصص و تجربه لازم در زمینه حوادث و بلایا برخوردار و سابقه ارزشیابی تمرین را داشته است.	
			۸۰- ارزیابان تمرین در مکان و زمان مناسب و مطابق با برنامه توالی زمانی رخدادهای سناریو برای ارزشیابی تمامی فعالیت‌های تمرین مستقر شده‌اند.	
			۸۱- تمامی کارکنان حاضر در انجام تمرین نسبت به شرح وظایف خود مطابق با برنامه عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوریت‌ها آگاهی دارند.	
			۸۲- چیدمان منابع، تجهیزات پشتیبانی و اعضاء گروه پشتیبان به تعداد کافی و با مهارت‌های متعدد در محل حادثه حضور دارند (تعداد کل اعضاء گروه: حداقل ۲۱ نفر، تأسیسات آب، تأسیسات برق، عمران، رایانه، خدمات و ماشین ارتباطات رادیویی).	
			۸۳- کارکنان مشارکت‌کننده در تمرین توان کنترل هیجانات و احساسات خود را در شرایط حوادث و بلایا فرضی دارند.	

1- Advance Medical Post
4- Incident Command System

2- Emergency Operations Plan
5- Incident Command Post

3- Collection Point
6- Incident Commander

۲	۱	۰	گویه
			۸۴- فرمانده صحنه حادثه از توانمندی‌های علمی، جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی لازم برای مدیریت و فرماندهی گروه‌های عملیاتی برخوردار هست.
			۸۵- افسر رابط و هماهنگی میان سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین در مکان تمرین با کاور مشخص شده است.
			۸۶- کارکنان گروه‌های پشتیبانی از سرعت عمل کافی در برپایی چادرها و بیمارستان صحرایی در مکان تمرین برخوردار هستند (ظرف یک ساعت).
			۸۷- تسهیل‌گر و کنترل‌گر تمرین به شکل استاندارد و پیوسته تمرین را در راستای اهداف تعیین‌شده در سناریو هدایت می‌کنند.
			۸۸- شرکت‌کنندگان در تمرین توانستند نقش‌های خود را مطابق با دستورالعمل‌ها برنامه عملیاتی حادثه اجرا نمایند.
			۸۹- تمرین به‌خوبی توسط گروه برنامه‌ریزی سازمان‌دهی شده و تمامی مشارکت‌کنندگان تمرین از جمله کنترل‌گرها تسهیل‌گران، بازیگران، نقش‌آفرینان و ارزیابان به‌راحتی قابل‌شناسایی هستند.
			۹۰- نیروهای موردنیاز سازمان‌های همکار و پشتیبان برای برقراری ایمنی از جمله آتش‌نشانی- هلال‌احمر در منطقه تمرین حضور دارند.
			۹۱- حداقل تجهیزات محافظت شخصی (ماسک، دستکش، کلاه، گان) برای کارکنانی که وارد منطقه گرم حادثه می‌شوند تهیه شده است.
			۹۲- در استقرار خودروهای حاضر در منطقه حادثه ملاحظات ایمنی از جمله فواصل بین خودروها و چادرها (حداقل ۳ متر) رعایت شده است.
			۹۳- وسایل ایمنی از جمله کپسول اطفاء حریق در چادرها به تعداد کافی (حداقل یک کپسول) موجود است.
			۹۴- در سایت حادثه در تمرین فضاهایی که نباید به آن وارد شد به شکل استاندارد مشخص و امن شده‌اند.
			۹۵- خط‌مشی و روش مشخصی برای پایان دادن زود هنگام تمرین وجود دارد (در ارتباط با مسائل امنیتی).
			۹۶- هماهنگی لازم درون‌سازمانی بین سیستم پیش بیمارستان، بیمارستان‌های مرجع، ستاد هدایت دانشگاه، مرکز هدایت عملیات بحران و ستاد هدایت دانشگاه وجود دارد.
			۹۷- هماهنگی برون‌سازمانی بین سازمان مجری تمرین در حوزه سلامت با سایر سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین تمام‌مقیاس مانند آتش‌نشانی، هلال‌احمر و غیره وجود دارد.
			۹۸- اطلاع‌رسانی از حادثه فرضی به شکل صحیح با نظر فرمانده حادثه و توسط ارشد روابط عمومی با رسانه عمومی به‌طور متناوب در حال انجام است.
			۹۹- گزارش عملکرد گروه‌های بهداشتی، درمانی و پشتیبانی در حادثه فرضی به‌موقع توسط مسئول پست فرماندهی حادثه (ICS) تهیه و به مرکز هدایت عملیات سازمان مجری برای
			۱۰۰- مستندسازی تمام کارکردهای واحدهای عملیاتی حاضر در تمرین به‌درستی و به شکل استاندارد در حال انجام هست.
			۱۰۱- راه‌هایی ارتباطی در بسترها و ابزارهای مختلف (رادیویی و مخابراتی) بین تمامی سطوح تمرین برقرار و بدون مشکل قابل‌استفاده هست.
			۱۰۲- کانال ارتباطی رادیویی برای ارتباط مشترک تمامی سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین طراحی شده است.
			۱۰۳- ارتباط مستمر بین مرکز هدایت عملیات دانشگاه و واحدهای عملیاتی در زمان رخداد حادثه فرضی برقرار هست.
			۱۰۴- فرمانده صحنه حادثه به‌طور مداوم با مرکز پیام و سایر سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین برای تبادل اطلاعات ارتباط برقرار می‌کند.
			۱۰۵- ارتباط فعال با سازمان‌های حاضر در صحنه از جمله جمعیت هلال‌احمر، آتش‌نشانی، نیروی انتظامی، بهداری نیروهای مسلح و... وجود دارد.
			۱۰۶- پیش‌مستمر کیفیت ارتباطات در زمان پاسخ به حادثه توسط مسئول واحد عملیات به‌درستی و در زمان‌های مختلف در حال انجام هست.
			۱۰۷- از زبان ارتباطی رایج برای اطمینان از اینکه اطلاعات به شکل صحیح و به‌موقع توسط همه دریافت‌کنندگان اطلاعات درک شود، استفاده می‌گردد.
			۱۰۸- دارو و اقلام مصرفی موجود در داروخانه مرکزی و واحدهای دارویی سیار مطابق با چک‌لیست برنامه عملیات فوریت (EOP) مربوط تأمین شده است.
			۱۰۹- پست فرماندهی حادثه به فضا و لوازم استراحت برای زنان و مردان، توالت و حمام صحرایی و همچنین ذخیره آب و غذا به‌اندازه کافی مجهز گردیده است.
			۱۱۰- حداقل یک منبع آب در منطقه حادثه مستقر گردیده است.

۲	۱	۰	گويه	ابعاد
			۱۱۱- اسکان و آب و غذای بهداشتی، تجهیزات گرمایشی و سرمایشی، توالت و حمام برای گروه‌های عملیاتی (حداقل برای ۲ روز) در آمادگاه تأمین شده است.	
			۱۱۲- دپوی تجهیزات سخت و نرم‌افزاری و منابع انسانی لازم برای پشتیبانی از برنامه عملیاتی حادثه در سازمان مجری تمرین وجود دارد.	
			۱۱۳- امکان عملی درخواست، خرید و ره‌گیری لوازم و تجهیزات فوری موردنیاز توسط سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین وجود دارد.	
			۱۱۴- در برنامه عملیاتی پاسخ حادثه سرپناه و اردوگاه‌های اسکان اضطراری و موقت متناسب با حادثه برای بازماندگان فرضی تأمین و برنامه ایمنی آن‌ها در نظر گرفته شده است.	
			۱۱۵- ناوگان سیستم فوریت‌های پزشکی به‌موقع و متناسب با سطح حادثه و برنامه توالی زمانی رخدادهای سناریو توسط دیسپچ و با دستور مسئول (EOC) به مکان تمرین اعزام شده‌اند.	
			۱۱۶- راهبری و هدایت مداوم آمبولانس‌ها و سایر گروه‌های عملیاتی توسط دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی در حال انجام هست.	
			۱۱۷- ثبت زمان فراخوان، اعزام، رسیدن به محل، اعزام به بیمارستان و پایان مأموریت‌ها ناوگان آمبولانس‌ها توسط دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی در حال انجام است.	
			۱۱۸- طی پاسخ به حادثه فرضی، دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی با واحد هدایت عملیات دانشگاه ارتباط مداوم در زمینه ارائه گزارش لحظه‌به‌لحظه شرایط حادثه را دارد.	
			۱۱۹- ارتباط مداوم با فرمانده حادثه و دریافت مداوم اطلاعات توسط دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی در حال انجام است.	
			۱۲۰- اطلاعات مأموریت‌ها و مصدومین و اقدامات انجام‌شده توسط گروه فوریت پزشکی توسط مرکز پیام به‌طور مداوم ثبت و مستندسازی می‌شود.	
			۱۲۱- اطلاع‌رسانی پویا به مرکز هدایت عملیات دانشگاه (EOC) در خصوص وضعیت بیمارستان‌ها برای هدایت مناسب آمبولانس‌ها و توزیع مصدومین توسط ستاد هدایت عملیات دانشگاه در حال انجام است.	
			۱۲۲- نظارت بر توزیع مناسب مصدومین بین بیمارستان‌ها بر اساس ظرفیت آن‌ها، توسط ستاد هدایت عملیات دانشگاه در حال انجام است.	
			۱۲۳- پایش لحظه‌به‌لحظه وضعیت بیمارستان‌ها و تهیه آمار و لیست مصدومین توسط ستاد هدایت عملیات دانشگاه در حال انجام است.	
			۱۲۴- گزارش لحظه‌به‌لحظه تجهیزات سخت و نرم‌افزاری، منابع انسانی وضعیت پذیرش مصدومین بیمارستان‌ها به مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه توسط ستاد هدایت عملیات در حال انجام است.	
			۱۲۵- هماهنگی لازم بین ستاد هدایت عملیات دانشگاه و بیمارستان‌ها در زمینه اجرای فرایند فراطرفیت بیمارستان‌ها برای پذیرش بیشتر مصدومین وجود دارد.	
			۱۲۶- دریافت و ارزیابی گزارشی نهایی عملکرد بیمارستان‌ها و اعلام به مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه توسط ستاد هدایت عملیات انجام گردید.	
			۱۲۷- کارکنان گروه تریاژ به تجهیزات و ملزومات فرایند تریاژ مانند (کاور، کیف و کارت‌های تریاژ و غیره) مجهز و به‌آسانی قابل شناسایی هستند	
			۱۲۸- کارکنان گروه تریاژ در فیلد حادثه، به انواع فن‌های تریاژ مصدومین (استارت، جامپ استارت، معکوس) در حوادث و بلايا تسلط کافی دارند.	
			۱۲۹- تعداد اعضای گروه تریاژ متناسب با نوع و سطح تمرین و مطابق با برنامه عملیاتی در نظر گرفته شده است.	
			۱۳۰- گزارش فعالیت‌های گروه تریاژ به تفکیک اولویت به‌طور مداوم به فرمانده حادثه برای مدیریت حادثه ارسال می‌شود.	
			۱۳۱- سیستم استانداری برای ردیابی مصدومین منتقل‌شده از مکان تمرین به مراکز درمانی وجود دارد.	

۲	۱	۰	گویه	ابعاد
			۱۳۲- نظام مراقبت بیماری‌های واگیر (منابع انسانی-دستورالعملها-فرمها-تجهیزات) در منطقه تمرین استقرار یافته است.	
			۱۳۳- برنامه عملیاتی پاسخ و دستورالعمل مناسب برای کنترل بیماری‌های واگیر در منطقه حادثه تدوین و در حال اجراست.	
			۱۳۴- نظام مراقبت و دستورالعمل‌های استاندارد به‌منظور رصد و کنترل طغیان بیماری‌های واگیر در منطقه حادثه طراحی شده است.	
			۱۳۵- سرشماری و ارزیابی جمعیت آسیب‌دیده از نظر نوع واکسن موردنیاز و اجرای برنامه واکسیناسیون انجام شده است.	
			۱۳۶- نظام مراقبت بیماری‌های غیر واگیر در منطقه حادثه استقرار یافته و جمعیت هدف برنامه‌های غیر واگیر برآورد یا سرشماری شده است (مبتلایان دیابت-مبتلایان فشارخون بالا-بیماران قلبی-تالاسمی-آسم).	
			۱۳۷- برنامه عملیاتی پاسخ و دستورالعمل مناسب برای کنترل بیماری‌های غیر واگیر در منطقه حادثه تدوین و در حال اجرا است.	
			۱۳۸- داروهای اساسی مطابق با (EOP) برای کنترل بیماری‌های واگیر و غیر واگیر در منطقه حادثه تدارک دیده شده است.	
			۱۳۹- برنامه عملیاتی پاسخ بهداشت محیط در منطقه حادثه (تعیین منابع و توزیع آب آشامیدنی، دفع فاضلاب و کنترل هرزه‌آب‌ها، ضدعفونی سرویس‌های بهداشتی، جمع‌آوری و دفع زباله و پسماند) مشخص و در حال انجام است.	
			۱۴۰- برنامه عملیاتی پاسخ بهداشت محیط در منطقه حادثه (ارزیابی سریع تغذیه‌ای، توزیع مواد غذایی، نظارت بر انبارها و محل‌های طبخ غذا، پایش امنیت غذایی خانوارها، پایش کمی و کیفی بر سبدهای غذایی توزیع شده، تغذیه گروه‌های آسیب‌پذیر) مشخص و در حال انجام است.	
			۱۴۱- برنامه عملیاتی پاسخ بهداشت محیط در منطقه حادثه (برنامه سم‌پاشی برای کنترل و دفع جانوران و حشرات موذی، حمل و دفن اجساد، آموزش به مردم منطقه، سنجش آلودگی حوادث پرتویی و شیمیایی در صورت وجود) مشخص و در حال انجام است.	
			۱۴۲- برنامه عملیاتی پاسخ بهداشت خانواده در منطقه حادثه (شناسایی مادران باردار و زایمان کرده، شناسایی مادران باردار پرخطر، ارجاع مادران پرخطر باردار، واکسیناسیون مادران باردار، زایمان ایمن در منطقه و توزیع مکمل‌های غذایی مادران باردار شیرده) مشخص و در حال انجام است.	
			۱۴۳- برنامه عملیاتی پاسخ بهداشت خانواده در منطقه حادثه از جمله مراقبت نوزادان (تغذیه نوزاد، هم‌آغوشی مادر و نوزاد، کمک به تنفس در صورت تأخیر تنفس-حفظ دمای بدن-پیشگیری از عفونت‌ها) مشخص و در حال انجام است.	
			۱۴۴- برنامه واکسیناسیون برای ایمن‌سازی کودکان موجود و زنجیره سرد برای نگهداری و انتقال واکسن‌ها رعایت شده است.	
			۱۴۵- آموزش عمومی لازم از طریق پمفلت، پوستر، کتابچه و تجهیزات بازی کودکان (دفتر نقاشی، مداد رنگی، توپ و...) در زمینه حمایت‌های روانی-اجتماعی برای گروه‌های مختلف سنی و جنسی وجود دارد.	
			۱۴۶- غربالگری افراد برای دریافت خدمات روانی-اجتماعی (فردی، گروهی) و یا نیازمند به اعزام فوری به مراکز تخصصی انجام گرفته است.	
			۱۴۷- ارزیابی سریع وضعیت آزمایشگاه‌های بهداشتی در منطقه صورت گرفته و در صورت لزوم آزمایشگاه سیار در منطقه استقرار یافته است.	
			۱۴۸- برنامه عملیاتی مدونی برای انجام آزمایش‌ها لازم بهداشتی تدوین و در حال اجرا هست.	
			۱۴۹- تجهیزات لازم برای تهیه و ارسال نمونه‌های آزمایشگاهی واحدهای بهداشتی (مبارزه با بیماریها-بهداشت محیط) در دسترس است.	
			۱۵۰- دسترسی به کیت‌های تشخیص سریع برای شناسایی بیماری‌ها و مواد خطرناک در آزمایشگاه وجود دارد.	

۲	۱	۰	گویه	ابعاد
			۱۵۱- پس از اتمام تمرین ظرف ۳۰ دقیقه جلسه بازخورد فوری تمرین ^۱ در مرکز هدایت عملیات سازمان مجری برگزار شد.	ارزیابی و گزارش‌گیری تمرین
			۱۵۲- نمایندگان تمام واحدهای درون و برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین در جلسه ارزیابی پس از تمرین حضور دارند.	
			۱۵۳- برنامه گزارش‌گیری یا بازگویی ^۲ تمرین به‌موقع و متناسب با برنامه توالی زمانی رخداد سناریو با حضور اعضای گروه ارزیابی تمرین انجام شده است.	
			۱۵۴- جلسه تهیه گزارش بعد از اقدام ^۳ شامل گزارش مدیران تمرین، گزارش مشارکت‌کنندگان تمرین، گزارش سازمان‌ها همکار و پشتیبان و گزارش گروه برنامه‌ریزی تمرین برگزار شد.	
			۱۵۵- برگه‌های نقد تمرین برای دریافت انتقادات و پیشنهادهای در اختیار مشارکت‌کنندگان تمرین قرار داده شده است.	
			۱۵۶- بعد از اتمام تمرین برگه‌های خودارزشیابی در اختیار مشارکت‌کنندگان برای دریافت اطلاعات و آشنایی آن‌ها از عملکرد خود قرار داده شده است.	
			۱۵۷- فیلم و تصاویر گرفته شده از اجرای تمرین برای افراد حاضر در جلسه (Hot Wash) برای کمک به ارزشیابی بهتر تمرین به نمایش گذاشته شد.	
			۱۵۸- پس از اتمام تمرین تطبیق فعالیت‌های تمرین با اهداف تعیین شده مورد بررسی و میزان دستیابی به اهداف موردنظر مشخص شده است.	
			۱۵۹- چالش‌های اجرایی برنامه عملیاتی حادثه توسط مدیران واحدهای مشارکت‌کننده در تمرین مورد نقد و بررسی قرار گرفت.	
			۱۶۰- در جلسه بازخورد فوری تمرین گزارش‌ها و توصیه‌های پایانی اجرای تمرین توسط گروه برنامه‌ریزی برای کسب درس آموخته تهیه شده است.		اصلاح برنامه‌ها و ارتقاء کارکردهای عملیاتی تمرین
			۱۶۱- جمع‌بندی نهایی و گزارش بعد از تمرین در اختیار تمامی واحدهای درون و برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین قرار داده شد.	
			۱۶۲- برنامه‌ریزی لازم برای تشکیل جلسه گزارش‌گیری یا بازگویی تأخیری ^۴ برای یک هفته پس از اتمام تمرین انجام گردید.	
			۱۶۳- نقاط ضعف و قوت برنامه عملیاتی پاسخ سازمان شناسایی و راه‌کارهای پیشنهادی اعضای گروه تمرین برای بهبود نقاط ضعف لیست و اولویت‌بندی گردید.	
			۱۶۴- برنامه و زمان‌بندی لازم برای اجرای راه‌کارهای اصلاحی برنامه عملیاتی حادثه در نظر گرفته شد.	
			۱۶۵- تقسیم‌کار لازم برای اجرای راه‌کارهای فوق بین سازمان‌های واحدهای مشارکت‌کننده در تمرین انجام گردید.	
			۱۶۶- منابع لازم برای اجرای فعالیت‌های اصلاحی برنامه عملیاتی حادثه توسط سازمان مسئول در نظر گرفته شده است.	
			۱۶۷- فرد یا افراد متخصصی برای پیگیری برنامه فوق و اجرای صحیح این فعالیت‌ها در نظر گرفته شده است.	
			۱۶۸- برنامه‌ریزی لازم برای بازبینی برنامه عملیاتی حادثه (IAP) و اصلاح فرایندهای پاسخ به حادثه بر اساس نتایج ارزیابی‌ها و طراحی اقدامات مداخله انجام گردید.	
			۱۶۹- برنامه‌ریزی لازم برای اصلاح و تغییر ساختارهای سازمانی توسط گروه برنامه‌ریزی تمرین بر اساس نتایج ارزشیابی انجام گردید.	
			۱۷۰- دستورالعمل لازم برای تشویق واحدهای مجری برنامه اصلاحی پیشنهادی جلسه‌ها واش برای برطرف نمودن نقاط ضعف عملکردی تنظیم شده است.	
			۱۷۱- مکانی فیزیکی یا الکترونیکی مناسب برای حفظ و نگهداری مستندات تمرین در مرکز هدایت عملیات تعیین شده است.	
			۱۷۲- گزارش کلی از کلیه اطلاعات مربوط به فرایند کلی تمرین (طراحی، اجرا و پس از تمرین) مستند و ذخیره شده است.	
			۱۷۳- فرایند برگشت به حالت اولیه یا فاز بازیابی تمرین به شکل صحیح و گام‌به‌گام انجام و مستندات موجود است.	
			۱۷۴- پس از اتمام تمرین فرایندی برای تقدیر تشکر از کلیه افراد مشارکت‌کننده در تمرین وجود دارد.	

ابزار شماره دوازده : ابزار جامع اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا

بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت و شرایط خاصی که دارند از جمله وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی، ناتوانی بیماران در هنگام وقوع حادثه جهت پناه و گریز، وجود دستگاه‌های حساس، وجود مواد خطرناک و خطرناک و خطرناک، در معرض انواع حوادث داخلی از جمله آتش‌سوزی، قطع سیستم برق و سامانه اطلاعات بیمارستان، اپیدمی‌ها و سایر موارد قرار دارند. همچنین در صورت وقوع حوادث خارج از بیمارستان مانند تصادفات، زلزله، سیل و سایر بلایای طبیعی، ازدحام مصدومین و مراجعین، بیمارستان‌ها را با چالش مواجه می‌نماید. لذا بیمارستان همچون شهری پرخطر، در هر لحظه مستعد حوادث است. این مهم به‌ویژه در بیمارستان‌های با قدمت بیشتر و با ازدحام مراجعین از حساسیت بیشتری برخوردار است. ایجاد محیطی ایمن برای بیماران، همراهان و کارکنان مستلزم برنامه‌ریزی است. برنامه‌ریزی در راستای پیشگیری از بروز حوادث در داخل بیمارستان و کنترل و مدیریت مواجهه با حوادث و بلایای خارجی، از طریق ایجاد آمادگی و افزایش ظرفیت بیمارستان صورت می‌پذیرد. توجه مدیران ارشد به برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و ایجاد آمادگی در مواجهه پیش از وقوع، سرمایه‌گذاری ارزشمندی است که لازم است در دستور کار مدیریت و رهبری بیمارستان قرار گیرد. ابزار جامع ارزشیابی مدیریت خطر حوادث و بلایا (HDRME)^۱ دارای هشت محور اصلی (مدیریت و رهبری، ارزیابی خطر، برنامه‌ریزی، پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ، بازیابی و نتایج کلیدی عملکرد)، ۲۷ زیر محور، ۵۸ استاندارد و ۱۹۶ سنجه است. جهت طراحی این ابزار از مرور مطالعات، استانداردهای بین‌المللی و تجارب ملی و گروه خبرگان برای تایید روایی مدل، ابعاد مدل و استانداردها استفاده گردید.

1- Hospital Disaster Risk Management Evaluation (HDRME)

محرور	زیر محور	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)		
مدیریت و رهبری	تعهد، حمایت و مشارکت	مدیران ارشد بیمارستان در تدوین و نظارت بر اجرای برنامه و دستورالعملهای مدیریت خطر حوادث و بلایا نقش دارند.	مدیران ارشد در جلسات تدوین برنامه‌ها و دستورالعملهای مدیریت خطر حوادث و بلایا حضور دارند. برنامه‌ها، قوانین، مقررات، روشهای اجرایی و دستورالعملهای مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین و ابلاغ شده است.			
		مدیران ارشد بیمارستان منابع لازم را برای اجرای برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا تأمین می‌کنند.	مدیران ارشد بر رعایت قوانین و مقررات و دستورالعملهای مدیریت خطر حوادث و بلایا نظارت می‌نمایند. منابع لازم برای اجرای برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا تخصیص داده شده است.			
		مدیران ارشد بیمارستان از افراد مشارکت کننده در اجرای برنامه‌ها، حمایت می‌کنند.	بر هزینه کردن منابع برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا نظارت می‌شود.			
	ارتباط و مشارکت با سازمانها و جامعه	مدیران ارشد بیمارستان با ذینفعان جامعه و سایر نهادها همکاری متقابل دارد.	بیمارستان جلسات هماهنگی را با نهادهای پاسخ به فوریتهای امدادی برگزار می‌نمایند. نظیر آتش نشانی، اورژانس ۱۱۵، پلیس منطقه، سایر بیمارستانها، معاونت درمان و دانشگاه بیمارستان جلسات هماهنگی را با سازمانهای مردم نهاد (سمن‌ها) برگزار می‌نمایند.	بیمارستان توافق نامه‌هایی برای همکاری، تأمین منابع، آموزش و تخصیص نیرو و ... با سایر نهادها تنظیم نموده است. برنامه‌های آموزشی برای ارتقاء سطح آگاهی و دانش جامعه در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا اجرا می‌شود.		
		مدیران ارشد مشارکت جامعه را برای جذب منابع و داوطلبین ایجاد می‌کنند.	فرصت‌های بالقوه همکاری و تأمین منابع، شناسایی و منابع برای کمک در شرایط حوادث و بلایا جذب می‌شود. برنامه مشارکت داوطلبین برای کمک در شرایط حوادث و بلایا تدوین و اجرا شده است.			
		سازمان‌دهی	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با حضور مدیران ارشد بیمارستان و مشارکت فعال اعضاء بصورت ماهیانه تشکیل می‌شود. دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مسئولیت پیگیری و پایش برنامه‌های مدیریت خطر بیمارستانی را برعهده دارد. عملکرد کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بصورت دوره‌ای پایش می‌شود.	ساختار فرماندهی حادثه در زمان بروز حوادث و بلایا مطابق با دستورالعملهای کشوری تدوین شده است. افراد از شرح وظایف و مسئولیتهای خود در سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان آگاهی دارند.	مرکز هدایت عملیات فوریت (HCC) در مکانی محافظت شده، ایمن و در دسترس قرار دارد.	
			مرکز هدایت عملیات (HCC) با امکانات لازم در بیمارستان پیش بینی شده است.	امکانات لازم برای مرکز هدایت عملیات فوریت فراهم است.		
ارزیابی خطر	شناسایی و اولویت بندی مخاطرات	مخاطرات داخلی و خارجی بیمارستان شناسایی و اولویت بندی شده است.	بیمارستان با مشارکت مدیران و کارکنان/مسئولین واحدها و دفتر فنی، مخاطرات داخلی خود را با استفاده از ابزار ملی شناسایی و اولویت بندی نموده است.			
			بیمارستان با مشارکت مدیران و کارکنان، سازمانهای امدادی، هواشناسی و سایر سازمانهای مرتبط و افراد جامعه، مخاطرات خارجی را با توجه به موقعیت جغرافیایی بیمارستان، شرایط منطقه، فوریتهای جامعه، اپیدمی‌ها و بلایای طبیعی و براساس شواهد علمی و تجربی با استفاده از ابزار ملی تعیین و اولویت بندی نموده است.			
			اولویت بندی مخاطرات داخلی بیمارستان براساس نتایج محاسبه شده از ضرایب (احتمال، تکرارپذیری و شدت مخاطرات) انجام شده است.			
			اولویت بندی مخاطرات خارجی براساس نتایج محاسبه شده (احتمال، تکرارپذیری و شدت مخاطرات) انجام شده است.			

مخبر	زیرمخبر	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)
	شناسایی آسیب پذیری‌ها و نقاط قوت	آسیب پذیری‌ها و نقاط قوت بیمارستان شناسایی می‌شود.	آسیب پذیری‌های بیمارستان در برابر حوادث و بلایا شناسایی و مستند شده است.	
			نقاط قوت بیمارستان و جامعه در برابر حوادث و بلایا شناسایی می‌شود. (استخراج ظرفیت‌های داخلی و خارجی)	
	تحلیل خطر	بیمارستان اولویت بندی خطر حوادث و بلایا را انجام می‌دهد.	اثرات احتمالی مخاطرات اولویت بندی شده بر سلامتی افراد، اموال و ارائه خدمات ثبت شده است.	
			بیمارستان خطرات شناسایی شده در بررسی مخاطرات و آسیب پذیری (HVA) را مستند نموده است.	
برنامه ریزی	تدوین برنامه	برنامه پاسخ به حوادث و بلایا با رویکرد تمام مخاطرات و با مشارکت ذینفعان جامعه تدوین شده است.	خطرات شناسایی شده محاسبه و اولویت بندی می‌شوند.	
			برنامه پاسخ به حوادث و بلایا با رویکرد تمام مخاطرات با مشارکت مدیران و کارکنان بیمارستان از جمله پزشکان، افراد جامعه/ ذینفعان جامعه، مقامات دانشگاه، سازمانهای همکار محلی، منطقه‌ای و استانی، مراکز اورژانس و نمایندگان سایر سازمان‌های خدمات بهداشتی تدوین می‌شود.	
			بیمارستان نیازها و آسیب پذیری هایش را با سایر نهادها و سازمانهای مردم نهاد (سمن ها) مطرح و توانایی جامعه برای برآوردن این نیازها را شناسایی کرده است.	
			برنامه پاسخ به حوادث و بلایا با رویکرد تمام مخاطرات منطبق با برنامه‌های سازمانهای بالادستی و هماهنگ با قوانین، اختیارات و مقررات کشوری است.	
			محدوده نقش تعاملی بیمارستان با سازمانهای امدادی (پلیس، آتش نشانی، مراکز اورژانس و ..) و منابعی که باید تأمین کند، در برنامه مشخص شده است.	
			محدوده نقش تعاملی بیمارستان و نقش ذینفعان جامعه و سایر نهادها در برنامه مشخص شده است.	
			برنامه مدیریت خطر حوادث و بلایا برای مخاطرات ویژه با مشارکت کارکنان، افراد جامعه/ ذینفعان جامعه، مقامات دانشگاه، سازمانهای همکار محلی، منطقه‌ای و استانی، مراکز اورژانس و نمایندگان سایر سازمانهای خدمات بهداشتی تدوین می‌شود.	
			برنامه ریزی مدیریت خطر حوادث و بلایا برای مخاطرات ویژه مبتنی بر سناریو تدوین شده است.	
پایش و ارزشیابی برنامه‌ها	برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا پایش می‌شوند.	برنامه مخاطرات ویژه (احتمال وقوع بالا) تدوین شده است.	برنامه مخاطرات ویژه شامل برنامه‌های پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ، تداوم خدمات حیاتی و بازیابی است.	
			پیشرفت برنامه‌ها از طریق اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی برنامه بصورت فصلی ارزیابی می‌شود.	
			برنامه‌ها بصورت دوره‌ای تمرین شده و نتایج ارزیابی آنها منجر به بازنگری برنامه می‌شود.	
			دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه بصورت فصلی بررسی و تحلیل می‌شود.	
		اثربخشی برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی می‌شوند.	بازنگری برنامه‌ها براساس نتایج تمرین‌های برگزار شده، پایش برنامه و یا تغییر در نتایج ارزیابی خطر انجام می‌شود.	

مخبر	زیرمخبر	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)	
پیشگیری و کاهش اثر	ایمنی سازه‌ای	بیمارستان براساس استانداردهای ایمنی ساختمان، به صورت ایمن ساخته و تعمیر شده است.	شواهد و مستندات نشان می‌دهند که استانداردهای ایمنی و مقاوم سازی در ساختمان بیمارستان رعایت شده است.		
			شواهد و مستندات نشان می‌دهند که استانداردهای ایمنی در تعمیرات ساختمان رعایت شده است.		
			شواهد و مستندات نشان می‌دهند که قبل از تغییر کاربری ها، توسعه فضای فیزیکی جدید و نصب تجهیزات پزشکی سنگین مثل MRI، CT scan، مطالعات مقاوم سنجی صورت پذیرفته است.		
			برنامه ارزیابی‌های دوره‌ای از وضعیت ایمنی ساختمان و سازه‌ها اجرا می‌شود.		
			نتایج ارزیابی‌ها منجر به انجام مداخلات به موقع و اصلاح وضعیت ایمنی ساختمان می‌شود.		
	ایمنی غیرسازه‌ای	اقدامات ارزیابی، نگهداری و امنیت زیرساختها و تأسیسات بیمارستان اجرا می‌شود.	اقدامات ارزیابی، نگهداری و امنیت تجهیزات الکتریکی بیمارستان اجرا می‌شود.	روش اجرایی "نگهداشت سرمایش، گرمایش و تهویه بیمارستان" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.	
				اصول ایمنی تولید، توزیع و مصرف گازهای طبی در بیمارستان منطبق با دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت رعایت می‌شود.	
				سوابق بازدیدهای دوره‌ای از تأسیسات و تجهیزات بیمارستان بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است.	
				دستورالعمل "ایمنی تجهیزات الکتریکی" (تابلوهای برق، سیم کشی، تابلو برق ایزوله در اتاقهای عمل و بخشهای ویژه) تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.	
				دستورالعمل "کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم‌های تأمین کننده برق اضطراری" تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.	
ایمنی محیط	اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان اجرا می‌شود.	اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان اجرا می‌شود.	روش اجرایی "ایمنی در مقابل آتش سوزی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می‌نمایند.		
			وسایل و تجهیزات اطفاءحریق (کپسول آتش نشانی، فایرباکس‌ها و ...) در تمامی بخش‌ها/واحد‌ها/ فضاها مشخص و در دسترس است.		
			سیستم شناسایی و اعلام حریق حساس به دود/حرارت بکار گرفته شده‌اند.		
			سوابق بازدیدهای دوره‌ای از تجهیزات و سیستمهای کنترل آتش سوزی های، بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است.		
			اصول ایمنی سطوح و دیوارها، پنجره ها، کف پوش ها، درب هاب ورودی و خروجی و ... در بیمارستان رعایت شده است.		
ایمنی محیط	بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان فراهم می‌کند.	بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان فراهم می‌کند.	دستورالعمل استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری تدوین شده است.		
			مسیرهای تخلیه سریع و ایمن و پلکان اضطراری با علائم تصویری مشخص شده‌اند و در تمام اوقات باز و قابل دسترسی هستند.		
			اصول ایمنی وسایل و تجهیزات پزشکی بیمارستان و ثابت نمودن تجهیزات رعایت شده است.		
			سوابق بازدیدهای دوره‌ای از ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح، دیوارها و تجهیزات بیمارستان بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است.		
			رفق نواقص و مشکلات است.		

مخبر	زیرمخبر	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)
پیشگیری و کاهش اثر	ایمنی محیط	اقدامات امنیتی برای پیشگیری از بروز حوادث عمدی اجرایی می‌گردد. (اقدامات پدافند غیرعامل)	اقدامات امنیتی شامل ساختارها و موانع فیزیکی، کنترل دسترسی ها، استفاده از قفل‌ها و آژیرها، سیستمهای دوربین مداربسته برای منطقه‌های مهم و حساس بیمارستان پیش بینی شده است.	
			برنامه ایمنی محل ذخیره آب، مواد غذایی، دارو و تجهیزات، سوخت و ... تدوین و اجرایی شده است.	
آمادگی	آموزش و تمرین	بیمارستان کارکنان را برای نقشهای تعیین شده آنها در مدیریت خطر حوادث و بلایا آموزش می‌دهد.	برنامه ایمنی بر سیستمهای ارتباطی (شبکه‌های کامپیوتری، سایت بیمارستان، سیستم HIS تدوین شده و به روز رسانی می‌شود.	
			فرایند گزارش دهی حوادث بیمارستان و افراد مسئول برای رسیدگی به آن، در بیمارستان تدوین و اجرا شده است.	
			حوادث گزارش شده بیمارستان در زمینه‌های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی و ... در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی و تحلیل شده و اقدامات اصلاحی انجام شده است.	
			نیازسنجی جهت آموزشهای عمومی کلیه کارکنان (بدو ورود و حین خدمت) در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا بصورت سالیانه و طبق برنامه انجام می‌شود.	
			آموزشهای تخصصی برای کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند، برحسب شرح وظایف و مسئولیت‌های آنها داده می‌شود.	
			برای کارکنان بالینی منتخب (تیم) دوره‌های آموزشی تخصصی رفع آلودگی CBRN و نحوه مراقبت از این بیماران برگزار شده است.	
			برای داوطلبین دوره‌های آموزشی متناسب با نقش‌ها و مسئولیت‌های آنان برگزار می‌شود.	
			مدیران و کارکنان با شرح وظایف و مسئولیت هایشان در زمان فعال سازی برنامه آشنایی دارند.	
			مسئولان و کارکنان هر بخش/واحد در بیمارستان از عملکرد خود در زمان بحران آگاهی دارد.	
			برنامه‌های آموزشی بصورت دوره‌ای و براساس نتایج ارزیابی اثربخشی، مورد بازبینی قرار می‌گیرد.	
افزایش ظرفیت	افزایش ظرفیت در حیطه فضای فیزیکی انجام می‌شود.	برنامه‌های مدیریت حوادث و بلایا بصورت منظم تمرین می‌شود.	تمرین‌ها براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریوهای محتمل بلایا برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.	
			تمرین‌ها با مشارکت پزشکان متخصص، مدیران، پرستاران و سایر پرسنل و بصورت سالیانه بر اساس دستورالعمل برگزار می‌شود.	
			تمرین‌ها بصورت دورمیزی و عملکردی با مشارکت افراد و سایر سازمانهای خدمات فوریت برگزار شده است.	
افزایش ظرفیت	افزایش ظرفیت در حیطه فضای فیزیکی انجام می‌شود.	افزایش ظرفیت در حیطه فضای فیزیکی انجام می‌شود.	نتایج پایش تمرینها در جلسه Debriefing ارائه و تحلیل می‌شود و در صورت لزوم برنامه‌ها بازنگری می‌شوند.	
			مکانهایی که برای مراقبت، درمان و ارائه خدمات جایگزین برای بیماران در حین فوریتها در بیمارستان می‌توان استفاده نمود(اتاق بیماران، راهروها، بخشهای بستری، فضای باز بیمارستان و ...) شناسایی و مستند شده اند.	
			مکانی برای نگهداری موقت بیماران نزدیک به تریکس وجود دارد / پیش بینی شده است.	
			فضای لازم جهت وسایل امدادی (آمبولانس، پد بالگرد و ...) پیش بینی شده است.	
			سازه‌های مناسب جهت رفع آلودگی، تشخیص و درمان موارد CBRN پیش بینی شده است.	
			بیمارستان تفاهم نامه با سایر مراکز درمانی، نهادها و سازمانها برای افزایش ظرفیت فضای فیزیکی دارد.	
			کارکنان از تغییر کاربری‌ها و موضوع تفاهم نامه‌ها در زمان حوادث و بلایا مطلع هستند.	

مخبر	زیرمخبر	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)
	آمادگی	افزایش ظرفیت در حیطه نیروی انسانی انجام می شود.	بیمارستان ظرفیت های بالقوه نیروی انسانی خود را نظیر افرادی که در یک یا چند تخصص مهارت دارند، پرسنل کمکی و افراد بازنشسته را شناسایی می نماید. لیست پرورسانی شده از کارکنان و شماره های تماس آنها برای فراخوان، موجود است. لیست پرورسانی شده از داوطلبین واجد صلاحیت و شماره های تماس آنها برای فراخوان، موجود است. بیمارستان تفاهم نامه با سایر مراکز درمانی، نهادها، سازمانهای تأمین کننده منابع برای افزایش ظرفیت منابع انسانی دارد.	
		افزایش ظرفیت در حیطه تجهیزات و منابع انجام می شود.	بیمارستان فهرستی از موجودی منابع و دارایی های مورد نیاز در زمان بروز حوادث و بلايا و محل استقرار آنها را مستند کرده است. بیمارستان برنامه ای برای افزایش تعداد تخت های بیمارستانی در زمان بروز حوادث و بلايا دارد. وسایل و تجهیزات پزشکی لازم برای افزایش تخت های بیمارستانی و پذیرش مصدومین پیش بینی شده است. بیمارستان منابع جایگزین برای برق، گازهای طبی و ساکشن را فراهم نموده است. بیمارستان منابع ذخیره برای تأمین آب و غذای بیماران، کارکنان و مراجعین را به مدت حداقل ۷۲ ساعت فراهم می کند. بیمارستان منابع جایگزین برای سیستمهای ضروری (سیستمهای سرمایش و گرمایش و بخار برای سیستم استریلیزاسیون) را فراهم نموده است. بیمارستان منابع جایگزین برای سوخت مورد نیاز عملکرد ساختمانها، ژنراتورها و سرویسهای حمل و نقل ضروری را تأمین می کند. آمبولانسها، وسایل نقلیه و منابع مورد نیاز برای انتقال بیماران در زمان حوادث پیش بینی شده اند. بیمارستان قراردادهایی با فروشندگان و شرکتهای تأمین سریع نیازهای دارویی، تجهیزات پزشکی و در زمان بروز حادثه دارد. تجهیزات پزشکی مورد نیاز در زمینه پدافند جنگ نوین (داروها، کیتها، کیفهای تشخیصی جنگ نوین) موجود است. بیمارستان تفاهم نامه با سایر مراکز درمانی، نهادها، سازمانهای تأمین کننده منابع، سازمانهای امدادی و امنیتی برای افزایش ظرفیت منابع و تجهیزات دارد. بیمارستان مطمئن می شود که منابع جایگزین تجهیزات پزشکی و سایر منابع در زمان حوادث، در دسترس و آماده به کار هستند و کارکنان می توانند به سهولت با آن کار کنند.	
	افزایش ظرفیت در حیطه خدمات درمانی انجام می شود.	دستورالعمل اولویت بندی خدمات و لغو خدمات غیر ضروری (جراحی الکتیو) در زمان بروز حوادث و بلايا تدوین شده است. دستورالعمل هماهنگی برای ترخیص زودتر از موعد بیماران بستری و یا هماهنگی برای انتقال بدون اینکه عوارضی برای آنها داشته باشد با مشارکت پزشکان و مسئول فنی بیمارستان تدوین شده است. برنامه ای برای پایش مخاطرات داخلی و خارجی بیمارستان با کمک نهادها و سازمانها و کارکنان بیمارستان تدوین شده و علایم صدور هشدار اولیه تدوین شده است. منابع معتبر برای اطلاع رسانی و شروع عملیات پاسخ فوریتهای مشخص شده است. نحوه اطلاع رسانی هشدار به تمام قسمتهای بیمارستان مشخص و فراهم است و کارکنان مفهوم هشدار را می دانند. روش اجرایی سامانه هشدار اولیه* به منظور پاسخ دهی به مخاطرات داخلی و خارجی تدوین شده است.		
	سامانه هشدار اولیه	سامانه هشدار اولیه طراحی و اجرا شده است.		

مخبر	زیرمخبر	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)
پاسخ	سطح بندی حادثه و فعال سازی	فعال سازی برنامه‌های مدیریت حوادث و بلایا، منطبق با سطح حادثه انجام می‌شود.	شاخصهای شروع پاسخ فوریت و فرد مسئول در بیمارستان مشخص شده است.	
		سیستم‌های ارتباطی درون و برون سازمانی متناسب با شرایط حادثه پیش بینی شده است.	براساس دستورالعمل "نحوه فعال سازی برنامه پاسخ" فعال سازی HICS و برنامه در بیمارستان انجام می‌شود. فرایند فراخوان کارکنان براساس سطح فعال سازی انجام می‌شود. فرایند انجام ارزیابی سریع بیمارستانی (اطلاعات اولیه حادثه، وضعیت موجود بیمارستان و نیاز به منابع) تدوین شده است. شماره‌های ارتباطی با مراکز امدادی، EOC دانشگاه، سایر بیمارستانها، آتش نشانی و ... و مسیرهای ارتباطی با آنها در دسترس است.	
	مدیریت مصدومین	پذیرش مصدومین در زمان بروز حوادث و بلایا انجام می‌پذیرد.	روشهای ارتباطی جایگزین پیش بینی شده و در مواقع لزوم فعال می‌شود. فرد مسئول برای اطلاع دادن به مرکز مدیریت فوریت منطقه و ... تماس با مقامات محلی مشخص شده است. افزایش ظرفیت تخت‌های بیمارستان براساس دستورالعملهای "افزایش خدمات درمانی" اجرا می‌شود. مکانهای انجام تریاژ و مسیر ورود و خروج مصدومین مشخص شده و افراد از آن اطلاع دارند. نحوه تریاژ، پذیرش، تعیین هویت و رهگیری مصدومین و ثبت اطلاعات مصدومین ورودی به بیمارستان تعیین شده است. در صورت قطع سیستم HIS، نحوه پذیرش و ثبت اطلاعات مشخص شده است.	
		درمان مصدومین در زمان بروز حوادث و بلایا انجام می‌پذیرد.	ارائه خدمات بالینی به مصدومین براساس تریاژ انجام شده صورت می‌گیرد. نحوه انتقال مصدومین به بیمارستان‌های دیگر و یا ترخیص به مراقبت در منزل مشخص شده است. فرایند ترخیص مصدومین مشخص شده است. بیمارستان نیازهای بهداشتی مصدومین را مدیریت می‌کند.	
	مدیریت کارکنان و داوطلبین	مدیریت اجساد بیماران انجام می‌شود.	امکانات اسکان موقت برای همراهان مصدومین وجود دارد. (سازه موقت، چادر، پتو، کیسه خواب و ...)	
		نقشها و مسئولیتهای کارکنان تعیین شده است.	دستورالعمل مدیریت اجساد شامل شناسایی، نحوه پذیرش، نگهداری و ترخیص متوفیان از سردخانه تدوین شده است. افزایش ظرفیت برای پذیرش اجساد شامل ایجاد سردخانه موقت، قرارداد با سایر مراکز برنامه ریزی شده است. هماهنگی فعالیتها و اجرا در طی حوادث براساس سامانه فرماندهی حادثه اجرایی می‌شود.	
	مدیریت کارکنان و داوطلبین	امکانات و شرایط کاری برای کارکنان و داوطلبین فراهم می‌شود.	نقش و مسئولیت کارکنان برای ارتباطات، منابع و دارایی ها، امنیت و حفاظت، تجهیزات و مدیریت بیماران در طی فوریت مشخص شده است. شرح وظایف پرسنل کمکی و داوطلبین مشخص شده است.	
		نظارت بر عملکرد کارکنان و داوطلبین انجام می‌شود.	برنامه پیشگیری از خستگی کارکنان (چرخش در شیفت و بخش) و خودمراقبتی اجرایی می‌شود. نیازهای حمایتی خانواده کارکنان (نگهداری از بچه، سالمند) در شیفتهای طولانی شناسایی و تأمین می‌شود. نیازهای بهداشتی کارکنان شناسایی و تأمین می‌شود. برنامه برای اسکان نیروهای داوطلب وجود دارد. نظارت بر حضور و غیاب پرسنل در حین حوادث صورت می‌گیرد. نحوه نظارت بر عملکرد ارائه دهندگان خدمت (کارکنان و داوطلبین) کارکنان در حین فوریت‌ها تعیین شده است. (به طور مثال نظارت مستقیم، مشاوره و یا با بازبینی پرونده‌های پزشکی)	

مخبر	زیرمخبر	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)	
پاسخ	مدیریت منابع	منابع و دارایی‌های بیمارستان در حین حوادث و بلایا مدیریت می‌شوند.	فرایند تأمین و جایگزینی منابع و تجهیزات مورد نیاز در مرحله پاسخ و بازیابی از طریق دسترسی به انبارهای بیمارستان تدوین و اجرایی می‌شود.		
			در صورت لزوم تأمین و جایگزینی فوری منابع از طریق تأمین کنندگان خدمات، تجهیزات در طی حوادث و بلایا صورت می‌گیرد.		
	مدیریت اطلاعات	اطلاعات بیماران مدیریت می‌شود.	بیمارستان به جامعه و یا رسانه‌ها در طی فوریت ارتباط برقرار می‌کند.	بیمارستان تعداد منابع و دارایی‌های خود را در طی فوریت پایش می‌کند.	
				بیمارستان با سایر بیمارستانها جهت به اشتراک گذاری منابع و دارایی‌ها ارتباط برقرار می‌کند.	
				منابع و دارایی‌های که از سایر مراکز بهداشتی درمانی خارج از جامعه دریافت می‌شود، پایش و ثبت می‌شود.	
				بیمارستان دارای نظام ثبت اطلاعات در پاسخ به حوادث و بلایا می‌باشد.	
				اطلاعات بصورت سازمان یافته منتشر می‌شود.	
				محل برای اطلاع رسانی و ارتباط با رسانه‌ها مشخص شده است.	
				فردمسئول، محتویات و نوع اطلاع رسانی را با هماهنگی فرمانده حادثه مرکز تدوین می‌کند.	
				بیمارستان با سایر سازمانهای خدمات بهداشتی برای پیگیری اسامی مصدومین، وضعیت درمانی ارتباط برقرار می‌کند.	
ایمنی و حفاظت	امنیت بیمارستان در حین فوریتهای تأمین می‌شود.	اطلاعات بیماران مدیریت می‌شود.	ردیابی مصدومین پذیرش شده در بیمارستان و اطلاع رسانی به مراجعین و همراهان در خصوص وضعیت مصدوم انجام می‌شود.		
			بایگانی و حفاظت از پرونده بیماران بصورت ایمن و محرمانه انجام می‌شود.		
	تخلیه بیماران بصورت ایمن انجام می‌شود.	تخلیه بیماران بصورت ایمن انجام می‌شود.	تخلیه بیماران بصورت ایمن انجام می‌شود.	ارائه اطلاعات بیماران را به مراکز از جمله سایر سازمانهای خدمات بهداشتی درمانی، پلیس و ... بصورت ایمن و با توجه به قوانین بیمارستان و قوانین بالادستی انجام می‌شود.	
				سازماندهی بیمارستان برای حفاظت و امنیت داخلی مشخص شده است.	
				مسئولیت‌های آژانسهای امنیت جامعه (پلیس، کلانتری و ...) در زمان حوادث با بیمارستان هماهنگ شده است.	
				نحوه کنترل ورودی و خروجی‌های بیمارستان و محدودیت دسترسی به ساختمانها و محوطه بیمارستان در طی یک فوریت تعیین شده است.	
				نحوه ورود و خروج مصدومین و انتقال افراد به مراکز بهداشتی درمانی در طی فوریت تعیین شده است.	
				نحوه کنترل ازدحام مراجعه کنندگان تعیین شده است.	
				بیمارستان نحوه شناسایی کارکنان، افراد داوطلب را در زمان فوریت تعیین نموده است.	
				شاخصهای اعلام تخلیه بخش و یا بیمارستان و نوع تخلیه مشخص شده و افراد از آن مطلع هستند.	
ایمنی بیمارستان از طریق اقدامات کنترلی و برنامه‌های بهداشتی فراهم می‌شود.	تخلیه بیماران بصورت ایمن انجام می‌شود.	تخلیه بیماران بصورت ایمن انجام می‌شود.	وسایل و تجهیزات تخلیه بیماران در دسترس است و افراد از نحوه کار با آنها آشنایی دارند.		
			مکانهای امن و محافظت شده برای تجمع نجات یافتگان مشخص شده است.		
			منطبق با دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه"، تخلیه بیماران انجام می‌شود.		
			تجهیزات حفاظت فردی مورد نیاز پرسنل و بیماران تأمین شده و در دسترس قرار دارد.		
			تیم بهداشتی بیمارستان بر آب آشامیدنی و مواد غذایی قبل از مصرف نظارت می‌کند.		
			تیم بهداشتی بیمارستان بر سیستم تصفیه خانه فاضلاب نظارت می‌کند.		
			تیم بهداشتی بیمارستان بر دفع پسماند و مواد خطرناک نظارت می‌کند.		
			نحوه جمع آوری و دفع زباله‌های مواد رادیواکتیو در بیمارستان مشخص شده است.		
تیم بهداشتی بیمارستان نظام کنترل بیماریهای واگیردار را اجرا می‌نماید.					
در صورت بروز اپیدمی بیمارستان اتاقهای ایزوله را برای بیماران فراهم می‌کند.					
بیمارستان ایزوله رادیواکتیو، بیولوژیکی و شیمیایی و الودگی زدایی آن را فراهم می‌کند.					

مخبر	زیرمخبر	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)	
بازیابی	تداوم خدمات حیاتی	بیمارستان خدمات حیاتی خود را در طی حوادث و بلایا ادامه می‌دهد.	خدمات حیاتی بیمارستان تعیین شده و روش‌های تداوم ارائه این خدمات درمانی در زمان وقوع حادثه پیش بینی و اجرایی می‌شود.		
			سیستم‌های پشتیبان برای تداوم خدمات حیاتی در حوادث و بلایا تعریف شده‌اند.		
	برگشت به وضعیت عادی	بازگشت به وضعیت عادی در بیمارستان متطبق با دستورالعملها اجرا می‌شود.	بازسازی پس از حوادث و بلایا در بیمارستان انجام می‌گیرد.	بخشهای حیاتی بیمارستان توان تأمین منابع (فضا- تجهیزات و نیروی انسانی) برای ارائه خدمت تا ۷۲ ساعت را دارند.	
				شاخصهای اعلام پایان پاسخ به حوادث و بلایا و فرد مسئول در بیمارستان مشخص شده است.	
		براساس دستورالعمل "نحوه غیرفعال سازی برنامه پاسخ" بازگشت به حالت عادی در بیمارستان انجام می‌شود.			
		ارزیابی بیمارستان از لحاظ سازه‌ای و غیر سازه‌ای انجام شده و اولویتهای آن مشخص می‌شود.			
		تمهیدات لازم برای برای جایگزینی منابع از دست رفته (تجهیزاتی، منابع نیروی انسانی، مواد مصرفی، ترمیم خسارتها و...) اجرایی می‌شود.			
		بازسازی و تأمین زیرساختها و تجهیزات انجام می‌شود.			
		برنامه ثبت و ردیابی هزینه‌ها در شرایط اضطرار انجام می‌شود.			
		مدیریت منابع مالی انجام می‌شود.			
حمایت از مصدومین و کارکنان	بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان مصدومین و خانواده هایشان را تأمین می‌نماید.	بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان کارکنان و خانواده هایشان را تأمین می‌نماید.	برآورد خسارات، تلفات و هزینه‌های ناشی از حادثه، ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه‌های مربوط به حادثه انجام می‌شود.		
			تأمین منابع مالی برای جبران خدمات پرسنل انجام می‌شود.		
	بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان کارکنان و خانواده هایشان را تأمین می‌نماید.	بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان کارکنان و خانواده هایشان را تأمین می‌نماید.	بیمارستان برنامه ریزی برای ارائه خدمات درمانی به افراد آسیب پذیر در بیمارستان (کودکان، سالمندان، ناتوانان و یا معتادان و بیماران با بیماریهای جدی مزمن) را انجام می‌دهد.		
			بیمارستان از تیم‌های تخصصی (مددکاران، مشاورین و روحانیون) برای ارائه خدمات حمایتی روانی به مصدومین و خانواده آنها بصورت کوتاه مدت و بلندمدت استفاده می‌نماید.		
	توسعه پایدار	تحلیل عملکرد بیمارستان پس از حادثه انجام می‌شود.	بازنگری برنامه‌ها براساس درس آموخته‌ها انجام می‌شود.	پایش وضعیت جسمی و روانی کارکنان درگیر در حوادث و بلایا بصورت دوره‌ای انجام می‌شود.	
				برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای اصلاح آسیبهای جسمی و روانی کارکنان تدوین و اجرا می‌شود.	
بیمارستان افراد مشارکت کننده در مدیریت حادثه (کارکنان - داوطلبین) را مورد تشویق و حمایت قرار می‌دهد.		بازنگری برنامه‌ها و اجرای اقدامات اصلاحی براساس درس آموخته‌ها انجام می‌شود.	پس از حوادث داخلی و خارجی گزارش عملکرد بیمارستان و سازمانهای همکار در جلسه با حضور اعضاء تحلیل می‌شود.		
			گزارشها تجزیه و تحلیل، نواقص برنامه و اجرای آن تعیین شده و درس آموخته‌ها نیز مستند می‌شود.		
نتایج کلیدی عملکرد	نتایج برای سازمان	بیمارستان توانایی لازم در سرعت انتقال از شرایط عادی به شرایط بحرانی و بالعکس را دارد	بازنگری برنامه‌ها براساس درس آموخته‌ها انجام می‌شود.		
			تغییر در برنامه - افراد - سامانه فرماندهی حادثه - اصلاح پروتکلها و گایدلاینها - اصلاح سیاستها براساس تحلیل داده‌ها انجام شده است.		
			فعال شدن برنامه‌های پاسخ به حوادث و بلایا در کمترین زمان انجام شده است.		
			غیر فعال سازی برنامه و برگشت به حالت عادی بیمارستان در زمان منطقی انجام شده است.		
			بیمارستان توانایی افزایش ظرفیت به میزان حداقل ۱۰ درصد تختهای موجود خود را دارد.		

محرور	زیرمحرور	استاندارد	سنجه	امتیاز (۵-۰)	
نتایج کلیدی عملکرد	نتایج برای سازمان	اجرای برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا منجر به حفظ و ارتقاء فعالیت‌های سازمان می‌شود.	اجرای برنامه‌های مدیریت خطر باعث کاهش بروز حوادث‌های داخلی در بیمارستان شده است.		
			تحلیل پس از حادثه و درس آموخته‌ها منجر به اصلاح پروتکل‌ها، روش‌های اجرایی و قوانین و فرایندهای بیمارستان شده است.		
	نتایج برای کارکنان	اجرای برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا منجر به حفظ ایمنی و ارتقاء مهارت و دانش کارکنان می‌شود.	ارزیابی عملکرد بیمارستان در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا بیانگر بهبود مستمر فعالیت‌ها است.		
			دانش و مهارت کارکنان بیمارستان در مقابله با حوادث و بلایا ارتقاء یافته است.		
			کارکنان از عملکرد خود در تمرین‌ها و مقابله با حوادث و بلایا رضایت دارند.		
	نتایج برای جامعه	اجرای برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا منجر به حفظ و ارتقاء سلامت مصدومین حادثه شده است.	رضایتمندی کارکنان را تأمین می‌نماید.	در صورت بروز حادثه مجدد، کارکنان بصورت داوطلبانه تمایل به همکاری با بیمارستان در برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا را دارند.	
			اجرای برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا موجب افزایش رضایتمندی کارکنان شده است.		
			فرایند پذیرش و ارائه خدمات درمانی مصدومین در زمان منطقی انجام شده است.		
			خدمات درمانی به مصدومین براساس اصول علمی و بصورت صحیح ارائه شده است.		
			نهادها و سازمان‌ها در برنامه‌های مدیریت خطر بیمارستان مشارکت فعال دارند.		
		جامعه را ایجاد نموده است.	دانش افراد جامعه در مقابله با حوادث و بلایا ارتقاء یافته است.		

محرور	امتیاز کسب شده
مدیریت و رهبری	
ارزیابی خطر	
برنامه ریزی	
پیشگیری و کاهش اثر	
آمادگی	
پاسخ	
بازیابی	
نتایج کلیدی عملکرد	
جمع کل	

جدول امتیازدهی	
هیچ شواهدی وجود ندارد.	۰
شواهد خیلی کمی وجود دارد. عمل مورد نظر در واحدهای محدودی به کار گرفته شده است.	۱
تا حدودی شواهدی موجود است. • عمل مورد نظر به تازگی در برخی از واحدها به کار گرفته شده است.	۲
همه شواهد مورد نیاز وجود دارد / عمل مورد نظر در برخی از واحدها به کار گرفته شده است.	۳
همه شواهد مورد نیاز وجود دارد / نتایج خوبی در بیشتر واحدها مشهود است	۴
نتایج عالی در تمام واحدها مشهود است	۵

ابزار شماره دوازده: ابزار ارزیابی آمادگی بیمارستانی در حوادث بیولوژیک

چک لیست حاضر شامل ۱۴۷ گویه با هدف "ارزشیابی آمادگی بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک" با سه تم (ظرفیت، قابلیت و شایستگی) و ۸ بعد اصلی و ۲۰ بعد فرعی که شامل توسعه ساختارهای مدیریتی (برنامه ریزی، سازماندهی، الزامات قانونی)، افزایش ظرفیت (ساختار، مدیریت دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی و کارکنان و داوطلبان)، آموزش و تمرین (آموزش و تربیت و تمرین و مانور) مدیریت اطلاعات و ارتباطات (ارتباطات خطر و اطلاع رسانی، ارتباطات و هماهنگی)، نظام مراقبت و آزمایشگاه (ظرفیت تشخیص آزمایشگاهی و هشدار اولیه و نظام مراقبت سندرومیک)، ایمنی و امنیت (ایمنی و بهداشت محیط، امنیت و پیشگیری و کنترل عفونت)، مدیریت بیمار (تریاز بیولوژیک، مدیریت تشخیص و درمان و مدیریت اجساد) و تاب آوری بیمارستان (استمرار عملکرد و سرویس‌های حمایتی ضروری) طراحی شده است.

ارزیابی گویه‌ها بصورت لیکرت ۳ تایی در سه بخش **کامل، تا حدودی و اصلا** طراحی شده است. لطفا با توجه به ماهیت گویه بر اساس راهنمای ذیل پاسخ مناسب را درج بفرمایید.

منظور از کامل: برنامه‌های و فرایندها، توافقی‌ها و تدابیرها وجود دارد و مکتوب شده است، در دسترس است و عملیاتی می‌شود، برنامه‌ها و فرایندها تمرین، بازیابی و بروز رسانی (حداقل سالیانه) شده است، منابع (ساختار، انسانی، مالی، پشتیبانی و تجهیزاتی) برای اجرای آن در دسترس هست و آموزش لازم در این زمینه دیده شده است و وظایف مشخص شده است و منابع جایگزین در نظر گرفته شده است.

منظور از تا حدودی: فرایندها، برنامه‌ها، توافقی‌ها و تدابیرها وجود دارند؛ ولی بطور کامل عملیاتی نیستند و همیشه و به راحتی در دسترس نیستند، برنامه‌ها، فرایندها و ... تمرین، بازیابی و بروز رسانی نشده‌اند، منابع (ساختار، انسانی، مالی، پشتیبانی و تجهیزاتی) برای اجرای آن به طور کافی در دسترس نیست و در این زمینه آموزش کافی صورت نگرفته است و اعضا فعالانه وظایف و مسئولیت‌های خود را انجام نمی‌دهند و فعالیت‌ها بصورت کامل اجرا نمی‌شود، شرح وظایف بصورت کامل مشخص نشده است. ظرفیت عملیاتی محدود، سیستم جایگزین در نظر گرفته نشده است.

اصلا: فرایندها، برنامه‌ها، توافقی‌ها و تدابیرها وجود ندارند یا اینکه فقط بصورت مکتوب وجود دارد و در دسترس نیستند، برنامه‌ها، فرایندها و ... تمرین، بازیابی و بروز رسانی نشده‌اند، منابع (ساختار، انسانی، مالی، پشتیبانی و تجهیزاتی) برای اجرای آن در دسترس نیست و در این زمینه هیچ آموزشی صورت نگرفته است، وظایف وجود ندارند یا مکتوب نشده‌اند، بودجه اضطراری یا روشهای دسترسی به اعتبار در رویدادهای بیولوژیک وجود ندارد. فضای برای اضافه شدن مشخص نشده است، محلی برای تریاژ و فرایندها وجود ندارد.

پروفایل اطلاعات بیمارستان

۱- نوع بیمارستان:

- خصوصی تأمین اجتماعی دولتی (آموزشی-درمانی) دولتی (درمانی)
 خیریه نیروهای مسلح سایر (لطفاً بنویسید):

۲- تعداد تخت مصوب بیمارستان: ۳- تعداد تخت فعال بیمارستان:

۴- تعداد پذیرش سالیانه بیمارستان:

۵- تعداد کل کارکنان:

تعداد کارکنان بالینی (پزشک پرستار و...) تعداد کارکنان غیر بالینی (مدیران میانی، اداری، مهندسين و فناوری اطلاعات):

۶- نوع خدمات بیمارستان (عمومی، تک تخصصی، ثالثیه)

۷- کل تعداد تخت‌های ICU:

تعداد تخت‌های ICU بزرگسالان: تعداد تخت‌های ICU کودکان:

۸- تعداد اتاق‌های ایزوله عادی تعداد اتاق‌های ایزوله فشار منفی

۹- آزمایشگاه میکروبیولوژی: بلی خیر

۱۰- آیا بیمارستان شما به عنوان سانتر اصلی پذیرش پاندمی اخیر (بیماران کرونایی) معرفی شده است؟ بلی خیر

۱۱- نقش بیمارستان شما در رویدادهای بیولوژیک اخیر (کرونا، آنفلو انزا و...)

پذیرش دهنده اصلی بیماران پذیرش دهنده کمکی و پشتیبان

۱۲- آیا بیمارستان شما متخصص عفونی دارد؟ بلی خیر

۱۳- آیا بیمارستان شما بخش عفونی دارد؟ بلی خیر

۱۴- آیا بیمارستان شما مسئول کنترل عفونت دارد؟ بلی خیر

۱۵- آیا بیمارستان شما سوپروایزر کنترل عفونت بصورت مستقل دارد؟ بلی خیر

۱۶- آیا بیمارستان شما اپیدمیولوژیست دارد؟ بلی خیر

"گویه‌های مربوط به ارزیابی ظرفیت آمادگی بیمارستانها در رویدادهای بیولوژیک"

مقیاس لیکرت			گویه	زیر طبقه	طبقه
اصلا	تا حدودی	کامل	۱- انجام ارزیابی خطر جهت شناسایی مخاطرات بیولوژیک، آسیب پذیری‌ها و ظرفیت‌های داخلی و خارجی (HVA) ^۱	برنامه ریزی	نوعه ساختارهای مدیریتی
اصلا	تا حدودی	کامل	۲- طراحی و تدوین برنامه آمادگی (سامانه هشدار اولیه، برنامه پاسخ عملیاتی، برنامه آموزش و برنامه تمرین) در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳- طراحی و تدوین برنامه عملیات فوریت (EOP) ^۲ در پاسخ به رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴- طراحی و تدوین برنامه تداوم خدمات حیاتی و بازتابی (بازتابی و بازسازی) در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵- طراحی و تدوین پروتکل‌های یکسان، مطابق با دستورالعمل‌های کشوری در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶- پایش و بازنگری سالیانه فرایندها و پروتکل‌ها در رویدادهای بیولوژیک بر اساس نتایج تمرینات، تجارب و درس آموخته‌ها		
اصلا	تا حدودی	کامل	۷- انجام هماهنگی راهبردی با ذی نفعان و تنظیم و عقد تفاهم نامه‌های بین سازمانی (جهت تامین منابع، آموزش، تخصیص نیرو و ...)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۸- شرکت منظم و فعال در جلسات کارگروه‌های بیولوژیک در سطح دانشگاه	سازمان دهی	
اصلا	تا حدودی	کامل	۹- ایجاد و تجهیز تیم‌های تخصصی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۰- طراحی و تطبیق سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی (HICS) ^۳ در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۱- تعیین شرح وظایف مدون (JAS) ^۴ و بصورت شفاف برای واحدها و پرسنل پاسخگو در رویدادهای بیولوژیک ^۵		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۲- سطح بندی بیمارستانها در رویدادهای بیولوژیک بر اساس ظرفیت بیمارستان و نوع مخاطرات بیولوژیک (سطح ۱ و ۲ و ۳) ^۶		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۳- اجرای کامل استانداردهای آمادگی بیمارستانی و سنجه‌های اعتبار بخشی مرتبط با رویدادهای بیولوژیک (استاندارهای موجود)	الزامات قانونی	
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۴- پایش اجرای عملیاتی استانداردها و سنجه‌های اعتبار بخشی در بیمارستان بصورت سالیانه		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۵- اجرای الزامات قانونی تصویب شده توسط سازمانهای بالادستی مثل وزارت بهداشت در خصوص قرنطینه کارکنان، بیماران و مراجعه کنندگان در رویدادهای بیولوژیک		

1- Hazard vulnerability assessment

2- Emergency Operations Plan (EOP)

3- Hospital incident command system

4- Job Action Sheets

۵. نقش و مسئولیت کارکنان، داوطلبان و واحدهای پاسخگو در حوادث بیولوژیک در خصوص منابع، پشتیبانی، ایمنی و امنیت، حفاظت، تجهیزات و مدیریت بیمار و ... به منظور پیشگیری از موازی کاری به طور شفاف مشخص شده است.

۶. این گویه مشخص کننده این است که آیا بیمارستان شما در لیست بیمارستانهای پاسخگو به رویدادهای بیولوژیک قرار گرفته است یا خیر؟

مقیاس لیکرت			گویه	زیر طبقه	طبقه
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۶- مکان یابی و ایجاد دسترسی مناسب برای بیماران، ملاقات کنندگان در رویدادهای بیولوژیک (راهنمایی دسترسی بیماران و مشخص کردن مسیرهای ورود و خروج)	ساختار	توسعه ساختارهای مدیریتی
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۷- تعیین و شناسایی مکان‌های مراقبت جایگزین و نگاهتگاه بیمار با هماهنگی مقامات محلی (مثل هتل، سالن ورزشی، مدارس ...)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۸- تغییر کاربری و استفاده چند منظوره از فضای‌های بیمارستان به منظور مراقبت و درمان بیماران در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (اتاق بیماران، راهروها، بخش‌های بستری، فضاهای باز بیمارستان و ...).		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۹- مشخص کردن فضای فیزیکی برای ذخیره منابع و تجهیزات اضافی در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۰- تعیین اتاق‌های ایزوله با تجهیزات و امکانات مناسب (ایزوله فشار منفی، ایزوله عادی) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۱- پیش بینی فضا برای ایزولاسیون گروهی (کوهورت) در صورت کمبود اتاق‌های ایزوله		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۲- طراحی و ایجاد مکان‌های آلودگی‌زدایی (سیار یا ثابت) در بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۳- تدوین دستورالعمل اولویت بندی خدمات و لغو خدمات غیر ضروری (جراحی‌های الکتیو) در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۴- تنظیم معیارهای پذیرش و ترخیص بر اساس اولویت بیماران و با توجه به ظرفیت فعلی تخت‌های بیمارستان		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۵- پیش بینی و تمهیدات لازم برای افزایش تعداد تخت‌های بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۶- پیش بینی و تمهیدات لازم در خصوص افزایش ظرفیت واحدهای ارائه مراقبت ویژه (ICU) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۷- تقویت ظرفیت‌های پاراکلینیک بیمارستان (رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن و ...) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۸- تدوین برنامه مدون شناسایی خیرین و موسسات خیریه و تدوین ساز و کار برای جذب مشارکتهای مردمی و خیرین در رویدادهای بیولوژیک (تجهیزات، منابع و نگاهتگاهها ...)			ملازومات پزشکی و دارو، تجهیزات و دارو	افزایش ظرفیت
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۹- انجام، نظارت و پایش طرح‌های تحقیقاتی در بیمارستان با مشارکت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۰- تهیه فهرست موجودی از منابع، دارو و تجهیزات موجود و منابع مورد نیاز برای مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۱- پیش بینی و تامین تجهیزات ضروری و روش‌های جایگزین برای تامین منابع در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (تجهیزات حفاظت فردی، دستگاههای تنفسی، مواد ضدعفونی و ...)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۲- پیش بینی زنجیره تامین و توزیع داروهای تخصصی و واکسیناسیون در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (تفاهم نامه با شرکت‌های دارویی)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۳- نظارت و نگهداری از دارو، واکسیناسیون، تجهیزات و ملزومات پزشکی و به روز رسانی و نگهداری آنها در مکان مناسب (تهیه زنجیره سرما و تعمیرات و ...)		

طبقه	زیر طبقه	گویه	مقیاس لیکرت
افزایش ظرفیت	تجهیزات و ملزومات	۳۴- نظارت بر فرایند خرید و تدارک تجهیزات و ارزیابی کیفیت اقلام خریداری شده با تایید کمیته خرید بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۳۵- ارزیابی و افزایش ظرفیت داروخانه بیمارستان جهت تامین داروهای مورد نیاز بیماران سرپایی و بیماران بعد از ترخیص در منزل یا نگاهتگاه	کامل تا محدودی اصلا
		۳۶- طراحی و تجهیز آمبولانس‌های ویژه رویدادهای بیولوژیک به منظور انتقال بیماران مبتلا یا مشکوک بصورت ایمن با هماهنگی اورژانس پیش بیمارستانی	کامل تا محدودی اصلا
		۳۷- شناسایی و عقد قرارداد با شرکت‌ها و فروشندگان جایگزین برای تامین منابع، دارو و تجهیزات در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۳۸- تهیه لیست به روز شده کارکنان و داوطلبان و شماره‌های تماس آنها برای فراخوان	کامل تا محدودی اصلا
		۳۹- بکارگیری و آموزش کارکنان اضافی با توجه به نیازهای پیش بینی شده در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
	کارکنان و داوطلبان	۴۰- کنترل حضور و غیاب کارکنان در رویدادهای بیولوژیک (رسیدگی به غیبت کارکنان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک)	کامل تا محدودی اصلا
		۴۱- طراحی پروتکل مدیریت کارکنان و داوطلبان مشکوک یا مبتلا به بیماری (نحوه شناسایی، نظارت و گزارش) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۴۲- شناسایی و تامین نیازهای حمایتی خانواده کارکنان (مراقبت از کودک، معلول یا سالمند) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۴۳- استفاده از تیم‌های تخصصی (مشاوران روانشناختی، مددکاران و روحانیون) برای ارائه خدمات حمایت روانی به خانواده کارکنان و بیماران	کامل تا محدودی اصلا
		۴۴- پایش منظم وضعیت جسمی و روانی کارکنان درگیر در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۴۵- شناسایی و اولویت بندی نیازهای کارکنان و اجرای برنامه‌های پیشگیری از خستگی و فرسودگی شغلی کارکنان (چرخش در شیفت و بخش)	کامل تا محدودی اصلا
آموزش و تمرین	آموزش و تربیت	۴۶- مدیریت داوطلبان (ثبت نام، غربالگری، آموزش، فراخوان، به کارگیری، نظارت بر عملکرد و نگهداری داوطلبان)	کامل تا محدودی اصلا
		۴۷- تعیین خط مشی کاری برای کارکنان غیر بالینی به منظور کاهش گسترش آلودگی (دور کاری، تقلیل پرسنل)	کامل تا محدودی اصلا
		۴۸- ایجاد انگیزه و ترغیب کارکنان از طریق اعطای تسهیلات و مشوق‌های انگیزشی و برقراری امنیت شغلی	کامل تا محدودی اصلا
		۴۹- نیاز سنجی سالیانه آموزشی کارکنان (بدو ورود و حین خدمت) در خصوص رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۵۰- تدوین برنامه‌های سالیانه آموزشی متناسب با نوع رویداد بیولوژیک و نیاز سنجی آموزشی انجام شده	کامل تا محدودی اصلا
		۵۱- برگزاری دوره‌های آموزش تخصصی برای کارکنان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (آلودگی زدایی، تجهیزات حفاظت فردی و کنترل عفونت)	کامل تا محدودی اصلا
	تمرین و مانور	۵۲- برگزاری دوره‌های آموزشی متناسب با نقش و مسئولیت‌های داوطلبان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۵۳- ارزشیابی و اثر بخشی برنامه‌های آموزشی به صورت دوره‌ای	کامل تا محدودی اصلا
		۵۴- آموزش به همراه و خانواده بیمار در خصوص نحوه مراقبت بعد از ترخیص در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
		۵۵- تدوین برنامه تمرین پاسخ به رویدادهای بیولوژیک بصورت سالیانه بر اساس دستورالعمل ملی	کامل تا محدودی اصلا
		۵۶- طراحی، تدوین و اجرای انواع تمرین‌های (مباحثه محور، عملیات محور) در رویدادهای بیولوژیک بر اساس سناریوهای محتمل حداقل بصورت سالیانه (داخل سازمانی) بر اساس دستورالعمل ملی	کامل تا محدودی اصلا
		۵۷- طراحی، تدوین و اجرای انواع تمرین‌ها بصورت تمرین‌های مشترک و بین سازمانی با سازمان‌ها پاسخگو به حوادث بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا
۵۸- برگزاری تمرین‌های آمادگی برای تیم‌های تخصصی سازماندهی شده بیمارستان در پاسخ به رویدادهای بیولوژیک	کامل تا محدودی اصلا		
۵۹- ارزیابی اثربخشی تمرینات، مشخص کردن نقاط ضعف و قوت و بازنگری برنامه‌ها موجود در صورت لزوم	کامل تا محدودی اصلا		

"گویه‌های مربوط به ارزیابی قابلیت و شایستگی آمادگی بیمارستانها در رویدادهای بیولوژیک"

مقیاس لیکرت			گویه	زیر طبقه	طبقه
اصلا	تا حدودی	کامل	۱- تدوین فرایندها و پروتکل‌های اطلاع رسانی درون و برون سازمانی در رویدادهای بیولوژیک	ارتباطات خطر و اطلاع رسانی	مدیریت اطلاعات و ارتباطات
اصلا	تا حدودی	کامل	۲- تعیین سخنگو برای اجرای فرایندهای اطلاع رسانی و ارتباط با مردم، رسانه و مقامات بهداشتی ^۱		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳- تعیین محل برای اطلاع رسانی و ارتباط با رسانه‌ها (کنفرانس‌های رسانه‌ای)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴- تهیه پیامهای از پیش تعیین شده (پمفلت، فکت شیت، فایل صوتی و تصویری) با هماهنگی معاونت بهداشتی برای اطلاع رسانی عمومی در خصوص بیماری عفونی ناشی از رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵- طراحی و نصب هشدارهای اطلاع رسانی آموزشی و بهداشتی بصورت دیداری (پوستر، بنر) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک در مکان‌های پر رفت و آمد و استراتژیک بیمارستان (ورودی‌های بیمارستان)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶- فرایند ارائه اطلاعات بیماران به سایر مراکز بهداشتی و درمانی، پلیس و ... بر اساس قوانین بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۷- فرایند اطلاع رسانی وضعیت بیمار به همراهان و ملاقات کنندگان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۸- تدوین برنامه در خصوص مشارکت جامعه در برنامه‌های آموزشی به منظور ارتقاء آمادگی، آگاهی و دانش جامعه در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (برگزاری کارگاه، شبکه‌های اجتماعی، پمفلت و ...)	ارتباطات و هماهنگی	
اصلا	تا حدودی	کامل	۹- برنامه ریزی و تدوین راههای ارتباطی جایگزین و تقویت ارتباطات و هماهنگی داخل بیمارستانی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (جلسات حضوری، مجازی و ...)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۰- برنامه ریزی و تدوین ساز و کار ارتباطات و هماهنگی بیمارستان با سازمان‌های مدیریتی، امدادی (شهرداری، اورژانس ۱۱۵، هلال احمر، آتش نشانی، و ...)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۱- برنامه ریزی و تقویت ارتباطات و هماهنگی بین بیمارستان و مراکز جامع سلامت معاونت‌های بهداشتی		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۲- پیش بینی سیستم‌های ارتباط جایگزین و پشتیبان مرکز فرماندهی بیمارستان با مرکز هماهنگی و هدایت عملیات فوریت دانشگاه یا سایر سازمانهای پاسخگو (بی‌سیم، تلفن ماهواره‌ای و اینترنت ...)		

۱. راهنمای گویه ۲:

اصلا: فرایندها وجود ندارند و سخنگو منصوب نشده است.

تا حدودی: فرایندها وجود دارند؛ ولی سخنگوها آموزش کافی ندیده‌اند.

کامل: فرایندها وجود دارند، سخنگوها آموزش دیده‌اند و فرایندها حداقل به صورت سالانه مورد آزمایش قرار می‌گیرند.

مقیاس لیکرت			کویه	زیر طبقه	طبقه
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۳- مدیریت استاندارد پسماندها (دفع زباله‌های عفونی، دفع البسه آلوده، دفع نمونه‌های آزمایشگاهی و دفع فاضلاب آلودگی زدایی)	ایمنی و بهداشت محیط	ایمنی و امنیت
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۴- پیش بینی تاثیر بیماری‌های عفونی بر منابع غذایی و آب بیمارستان و انجام اقدامات پیشگیرانه برای اطمینان از امنیت و تامین بهداشتی آب و مواد غذایی در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۵- نظارت و پایش بر روی سیستم‌های فاضلاب، پساب‌ها و سپتیک تانک بیمارستان با همکاری بخش بهداشت محیط معاونت بهداشتی دانشگاه		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۶- پایش و ردیابی عوامل بیولوژیکی در منابع آب، پساب و فاضلاب‌های بیمارستان با همکاری بخش بهداشت محیط معاونت بهداشتی دانشگاه		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۷- راه اندازی و استقرار سیستم تهویه مناسب بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک و نظارت بر صحت عملکرد آن		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۸- پیش بینی اقدامات امنیت فیزیکی شامل موانع، کنترل دسترسی‌ها، سیستم‌های دوربین مدار بسته و... برای منطقه‌های مهم و حساس بیمارستان		
اصلا	تا حدودی	کامل	۱۹- پیش بینی برقراری امنیت اطلاعات و امنیت سیستم‌های ارتباطی بیمارستان (شبکه‌های کامپیوتری، سایت بیمارستان و سیستم HIS)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۰- تعیین نحوه کنترل ورودی و خروجی بیمارستان و محدودیت دسترسی به ساختمانها و محوطه بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	امنیت	
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۱- هماهنگی با سازمان‌های امنیتی (پلیس، کلانتری) در خصوص کنترل ازدحام مراجعہ کنندگان و حفاظت و امنیت داخلی بیمارستان		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۲- تعیین و ابلاغ قوانین مربوط به حفاظت اطلاعات برای کارکنان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۳- پیش بینی اقدامات در خصوص تسهیل شناسایی پرسنل درمانی کمکی و داوطلبان توسط پرسنل امنیتی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (به عنوان مثال، صدور کارت شناسایی)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۴- تدوین برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت (IPC) ^۲ (بهداشت دست‌ها، پاکسازی، ضدعفونی و استریلیزاسیون، فاصله گذاری اجتماعی، بهداشت محیط، ایزولاسیون و احتیاطات بر مبنای راه انتقال و استفاده منطقی از آنتی بیوتیک‌ها) در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۵- تقویت، ارتقاء و پایش میزان قبول بهداشت دست در بین کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان	پیشگیری و کنترل عفونت	
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۶- نصب جایگاههای بهداشت دست (روشویی، شیر آب مناسب، صابون، حوله کاغذی، ضدعفونی‌ها و محلول‌های هندی‌راب الکل) در مکان‌های پر تردد بیمارستان		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۷- تهیه تجهیزات و وسایل حفاظت فردی استاندارد (PPE) ^۳ (ذخیره، توزیع و نظارت بر مصرف منطقی) برای کلیه کارکنان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (ماسک، گان، عینک یا شیلد، دستکش) بر اساس نتایج ارزیابی مداوم خطر		
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۸- گندزدایی و ضد عفونی کلیه سطوح در تماس با بیمار (تخت، درب، دیوار، پرونده‌های بیمار و...) بر طبق پروتکل‌های استاندارد در رویدادهای بیولوژیک		

1- Hospital information system

2- Infection prevention and control (IPC)

3- Personal protective equipment (PPE)

مقیاس لیکرت			گویه	زیر طبقه	طبقه
اصلا	تا حدودی	کامل	۲۹- گندزدایی و ضد عفونی کردن آمبولانس‌های بیمارستان بر طبق پروتکل‌های استاندارد در رویدادهای بیولوژیک	پیشگیری و کنترل عفونت	ایمنی و امنیت
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۰- آلودگی زدایی به روش استاندارد بیماران، کارکنان، تجهیزات و اجساد در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۱- پیش بینی و اجرا احتیاطات استاندارد، قطره ای، تماسی و هوابرد بر اساس نحوه انتشار آلودگی و نوع عامل بیولوژیک برای کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۲- طراحی و تدوین پروتکل نحوه دسترسی مراجعہ کنندگان و ملاقات کنندگان با بیمار مشکوک یا مبتلا در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۳- راه اندازی و ایجاد درمانگاههای مجازی و ارتباط از راه دور از قبیل تله مدیسین و ... به منظور کاهش مراجعات حضوری		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۴- تدوین و آموزش فرایند ایمن انتقال بیمار در داخل بیمارستان و یا به خارج از بیمارستان		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۵- بازدید منظم از ایزوله‌های تنفسی از لحاظ تست تایید تبادل هوا و کارکرد صحیح سیستم آگزوزفن و فیلترها		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۶- رعایت فاصله تخت‌های بیمار بر اساس نحوه انتشار آلودگی و متناسب با نوع رویداد بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۷- سازماندهی تیم‌های تخصصی و آموزش دیده برای مراقبت از بیماران مبتلا در رویدادهای بیولوژیک به منظور کاهش انتشار آلودگی در کارکنان درمانی و بیماران		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۸- ثبت ورود و خروج کلیه افراد به اتاق‌های ایزوله به منظور کنترل و کاهش آلودگی		
اصلا	تا حدودی	کامل	۳۹- ایجاد نظام نظارت بر تجویز منطقی آنتی بیوتیک‌ها جهت جلوگیری از مقاومت‌های آنتی بیوتیکی		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۰- تدوین برنامه در خصوص نظارت، به روز رسانی و اجرای مناسب فرایندها و پروتکل‌های کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۱- طراحی فرایند و پروتکل قرنطینه بیماران، کارکنان و مراجعہ کنندگان به بیمارستان در موارد مشکوک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۲- بررسی، ثبت و گزارش سایر موارد عفونت‌های ناشی از ارائه خدمات سلامت در بیمارستان بر اساس سامانه نظام مراقبت بیمارستان (INIS ¹) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		

مقیاس لیکرت			کوبه	زیر طبقه	طبقه
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۳- توسعه، تدوین و اجرا پروتکل‌های اقدامات ایمنی زیستی ^۱ (Biosafety measures) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک و مطابق با استانداردهای بین‌المللی و دستورالعمل‌های ملی	ظرفیت تشخیصی آزمایشگاهی	نظام مراقبت و آزمایشگاه
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۴- توسعه، تدوین و اجرا پروتکل‌های مربوط به حمل، بسته بندی، نگهداری و انتقال ایمن نمونه‌های آزمایشگاهی متناسب با نوع رویداد بیولوژیک و مطابق با استانداردهای بین‌المللی و دستورالعمل‌های ملی		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۵- شناسایی و دسترسی به منابع ضروری و تجهیزات مناسب آزمایشگاهی در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۶- تعیین آزمایشگاههای پشتیبان و مرجع در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک با هماهنگی وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۷- اولویت بندی آزمایش‌های ویروسی مرتبط با نوع رویداد بیولوژیک (به عنوان مثال ویروس آنفولانزا، کرونا) با توجه به نیاز بالینی و نیازهای مراقبت سندرومیک بیمارستان		
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۸- طراحی و توسعه سامانه یکپارچه اطلاعات آزمایشگاهی با نظام مراقبت سندرومیک ^۱ (اقدامات لازم برای ارائه سریع اطلاعات آزمایشگاهی به پزشکان و مقامات بهداشتی و مسئول درمان بیمارستان)	هشدار اولیه نظام مراقبت سندرومیک	
اصلا	تا حدودی	کامل	۴۹- توسعه پایگاه داده و ثبت اطلاعات نظام مراقبت بیمارستان (INIS) ^۳		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۰- تعریف سندرم‌های شایع بالینی مبتنی بر رویدادهای بیولوژیک و تعیین سطوح توصیه شده برای افزایش نظارت، مراقبت و گزارش‌دهی مطابق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۱- طراحی سیستم پایش ایمنی و گزارش‌دهی (افزایش پذیرش بخش اورژانس، افزایش مصرف آنتی‌بیوتیک، پایش اطلاعات آزمایشگاهی، گزارش مرگ و میر مشکوک، میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی و...)		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۲- ثبت دقیق و مستند سازی رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۳- پایش، نظارت و بازخورد گزارش‌های ارسالی به معاونت بهداشتی		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۴- تعیین مسئول سامانه هشدار سریع (ترجیحاً اپیدمیولوژیست) برای پایش مخاطرات بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۵- ارائه گزارش‌های اپیدمیولوژیک و روندهای بیماری و مبتلا شدن گروه‌های مختلف به خصوص گروه‌های آسیب پذیر بصورت هفتگی در پاسخ به رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۶- طراحی، تدوین، توسعه و اجرا سامانه اعلام هشدار در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۷- تعیین و اطلاع‌رسانی سطح بندی هشدار در رویدادهای بیولوژیک بر اساس دستورالعمل ملی هشدار اولیه و سطح بندی		

۱. اقدامات و تکنیک‌های عملی آزمایشگاه و تجهیزات ایمنی برای مقابله عوامل میکروبی و متناسب با نوع رویداد بیولوژیک
۲. منظور از این کوبه توانایی و ساز و کار لازم برای تجزیه، تحلیل، تفسیر و انتشار اطلاعات آزمایشگاهی با هدف دستیابی به تشخیص‌های زودرس تهدیدات سلامتی و شناسایی سندرم‌های هدف برنامه نظام مراقبت سندرومیک و اعلام هشدار سریع به واحدهایی از جمله آزمایشگاه‌های مرجع دانشگاه و تیم واکنش سریع بهداشتی و درمانی به منظور آغاز هرچه سریعتر عملیات اپیدمیولوژیک و بررسی آزمایشگاهی و انجام سایر اقدامات مقتضی.
۳. منظور از این کوبه که امکان ثبت اطلاعات در موارد مشکوک و موارد ناشناخته به محض تشخیص اولیه در بخش تریاژ بیمارستان ممکن باشد و فقط منحصر به سوپر وایزر کنترل عفونت نباشد و پرستار تریاژ دسترسی به سامانه آنیسی برای ثبت موارد مشکوک دسترسی داشته باشد.

مقیاس لیکرت			گویه	زیر طبقه	طبقه
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۸- توسعه و تجهیز بخش تریاژ بیمارستان متناسب با رویدادهای بیولوژیک	تریاز بیولوژیک	مدیریت بیمار
اصلا	تا حدودی	کامل	۵۹- تعیین منطقه تریاژ اختصاصی در خارج از بخش اورژانس در رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۰- طراحی و تدوین پروتکل و فرایند تریاژ بیولوژیک در رویدادهای بیولوژیک در بیمارستان مبتنی بر منابع علمی (مانند SEIRV) ^۱		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۱- راه اندازی تریاژ تلفنی (آفلاین، آنلاین) برای کاهش مراجعات حضوری به بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۲- طراحی پروتکل و فرایند پیگیری فرد مشکوک بعد از شناسایی از طریق تریاژ تلفنی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۳- تدوین پروتکل برای معیارهای تریاژ، پذیرش و ترخیص بیماران در واحدهای ارائه مراقبت ویژه (ICU) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک بر اساس دستورالعمل‌های ملی (مانند مدل ارائه خدمت بیماران کوید-۱۹ یا کد C19) ^۲		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۴- طراحی پروتکل‌های غربالگری مناسب کارکنان، بیماران و مراجعه کنندگان (سامانه، پرسشنامه، حضوری)	مدیریت تشخیصی و درمان	
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۵- تعیین اتاق انتظار و معاینه مجهز برای افراد مشکوک یا مبتلا به بیماری		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۶- تدوین و اجرا برنامه واکسیناسیون (در خصوص نحوه دریافت، ذخیره و امنیت واکسن‌ها) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۷- تدوین برنامه در خصوص ردیابی و مستند سازی سالیانه واکسیناسیون (آنفلوآنزا و ..) پرسنل.		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۸- تدوین سیاست‌های پیشگیری و پروفیلاکسی یا رژیم درمان دارویی به افراد مشکوک در بیماران سرپایی مطابق با دستورالعمل‌های ملی		
اصلا	تا حدودی	کامل	۶۹- ارجاع و پی گیری بیماران سرپایی شناسایی شده مشکوک یا مبتلا به مراکز جامع سلامت تعیین شده برای رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۷۰- طراحی پروتکل، فرایند و الگوریتم پذیرش، بستری، درمان دارویی و ترخیص بیماران بستری متناسب با نوع رویداد بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۷۱- تدوین برنامه و پروتکل برای مراقبت و درمان از گروه‌های آسیب پذیر (سالمندان، بیماری‌های مزمن، زنان باردار و کودکان) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک		
اصلا	تا حدودی	کامل	۷۲- طراحی پروتکل و فرایند بعد از ترخیص (منزل، نقاهتگاه) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک		

1- Susceptible-Exposed-Infectious-Removed-Vaccinated (SEIRV)

این مدل تریاژ توسط دکتر برکل (۲۰۰۶) و با رویکرد تریاژ مبتنی بر جمعیت معرفی شده که دارای ۲ فاز است که در فاز اول افراد به ۵ طبقه: ۱- طبقه گروه‌های حساس ۲- طبقه افراد مواجهه یافته ۳- طبقه افراد مبتلا ۴- طبقه افراد بهبود یافته ۵- طبقه افراد واکسینه شده تقسیم می‌کند و در فاز دوم طبقه اول تحت کنترل و پیگیری توسط مراکز جامع سلامت قرار خواهند گرفت و غربالگری خواهند شد و طبقه دوم و سوم هم در فاز دوم تریاژ به سه طبقه تحت عنوان ۱- بیماران با احتمال زنده ماندن بالا ۲- احتمال زنده ماندن بیماران با مراقبت‌های ویژه ۳- بیماران با احتمال زنده ماندن پایین تقسیم بندی می‌شوند و افراد با احتمال زنده بودن بالا به صورت خود مراقبتی در منزل یا نقاهتگاه یا بستری در بیمارستان و دریافت خدمات درمانی تقسیم بندی می‌شوند.

Burkle Jr FM. Population-based triage management in response to surge-capacity requirements during a large-scale bioevent disaster. Academic Emergency Medicine. 2006 Nov;13(11):1118-29.

2- Patient Clinical Pathway COVID_19 ,(C19)

طبقه	زیر طبقه	گویه	مقیاس لیکرت
مدیریت اجساد		۷۳- تریاژ و جدا سازی اجساد عفونی در حوادث بیولوژیک با توجه نوع رویداد بیولوژیک (از لحاظ نحوه آلودگی زدایی و شرایط دفن)	کامل تا حدودی اصلا
		۷۴- تدوین دستورالعمل مدیریت اجساد متناسب با نوع رویداد بیولوژیک (شناسایی، نحوه پذیرش، نگهداری و ترخیص متوفیان از سردخانه)	کامل تا حدودی اصلا
		۷۵- افزایش ظرفیت برای پذیرش اجساد با ایجاد سردخانه موقت و قرداد با سایر مراکز و اطمینان از تهیه کفن و کاور مخصوص	کامل تا حدودی اصلا
		۷۶- تفاهم نامه همکاری و قرداد با مراکز مربوط در خصوص تشییع، کفن و دفن	کامل تا حدودی اصلا
استمرار عملکرد	تاب آوری بیمارستان	۷۷- پیش بینی در خصوص بازسازی، تامین و جایگزینی منابع از دست رفته از لحاظ زیرساخت‌ها، تجهیزات و منابع انسانی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا حدودی اصلا
		۷۸- پیش بینی تأمین مالی، تخصیص بودجه و برآورد هزینه آمادگی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا حدودی اصلا
		۷۹- برآورد خسارات، هزینه‌های ناشی از رویدادهای بیولوژیک، ثبت دقیق اطلاعات و مستند سازی هزینه‌ها	کامل تا حدودی اصلا
		۸۰- اولویت بندی تأمین منابع و تجهیزات به بخش‌های ضروری بیمارستان (اورژانس، بخش‌های عفونی و واحدهای مراقبت ویژه)	کامل تا حدودی اصلا
		۸۱- تعیین سیستم‌های پشتیبان برای استمرار عملکرد بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک (توافق نامه با بیمارستان‌های معین و همکار)	کامل تا حدودی اصلا
		۸۲- طراحی و تدوین برنامه و ساز و کارهایی برای تداوم خدمات و ارائه سرویس‌های ضروری و ماموریت اصلی بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (بهداشت باوری، خدمات اورژانس، مراقبت‌های تروما، کدهای ۷۲۴ و کدهای ۲۴۷ و...)	کامل تا حدودی اصلا
		۸۳- تحلیل عملکرد و بررسی اقدامات انجام شده در پاسخ به رویدادهای بیولوژیک به منظور تاب آور شدن بیمارستان و پاسخ بهتر در رویدادهای بعدی	کامل تا حدودی اصلا
		۸۴- پیش بینی منابع جایگزین برای برقراری جریان‌های حیاتی بیمارستان (آب، برق و زیر ساخت‌های ارتباطی و...)	کامل تا حدودی اصلا
سرویس‌های حمایتی ضروری		۸۵- پیش بینی منابع جایگزین در خصوص سوخت مورد نیاز عملکرد ساختمانها، ژنراتورها و سرویس‌های حمل و نقل ضروری	کامل تا حدودی اصلا
		۸۶- پیش بینی منابع جایگزین برای سیستم‌های ضروری (سیستم‌های سرمایش، گرمایش و بخار برای سیستم استریلیزاسیون)	کامل تا حدودی اصلا
		۸۷- پیش بینی آمبولانس‌ها، وسایل نقلیه و منابع مورد نیاز برای انتقال مداوم بیماران	کامل تا حدودی اصلا
		۸۸- پیش بینی و تهیه مناسب گازهای طبی از جمله اکسیژن و وسایل پشتیبانی تنفسی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل تا حدودی اصلا

ابزار شماره چهارده : ابزار ملی ارزیابی آمادگی اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث و بلایا

این ابزار با هدف "ارزیابی آمادگی اورژانس پیش بیمارستان در مواجهه با حوادث و بلایا" طراحی و تدوین شده است. این ابزار دارای ۶ بعد اصلی و ۱۸ بعد فرعی شامل توسعه ساختارهای مدیریتی - رهبری (برنامه‌ریزی و سازماندهی، الزامات حاکمیتی و قانونی، بهبود کیفیت و مدیریت صحنه)، اطلاعات و ارتباطات (هشدار اولیه و اطلاع رسانی خطر، ارتباطات سازمانی)، هماهنگی و مشارکت (هماهنگی سازمانی، هم افزایی)، افزایش ظرفیت (نیروی انسانی، دارو، تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی)، لجستیک، تسهیلات - زیرساخت و مالی و اداری)، ایمنی و امنیت (ایمنی و امنیت فردی - خانواده، ایمنی و امنیت زیرساخت و تجهیزات، ایمنی و امنیت صحنه) و آموزش و تمرین (آموزش‌های همگانی، آموزش‌های تخصصی و تمرین (مانور)) می‌باشد و هر بعد دارای یکسری از اقدامات اولویت دار به منظور مدیریت و فرماندهی موثر حوادث و بلایا در حوزه پیش بیمارستان است.

ارزیابان محترم (رؤسای اورژانس پیش بیمارستانی و تیم تحت امر (مسئولان واحدهای EOC، آموزش، بهبود کیفیت، اعتبار بخشی، پدافند غیر عامل، امور اداری و سایر واحدها) چک لیست پاسخ مناسب خود را بر اساس اقدامات انجام شده در طول یکسال گذشته و با توجه به راهنمای پرسشنامه و واژه نامه در ستون مربوطه مرقوم بفرمایند.

راهنمای نحوه ورود اطلاعات

ارزیابی گویه‌ها بصورت لیکرت ۳ تایی در سه بخش **کاملاً**، **تا حدودی** و **اصلاً** طراحی شده است. لطفاً با توجه به ماهیت گویه بر اساس راهنمای ذیل پاسخ مناسب را درج بفرمایید.

منظور از کاملاً: برنامه‌ها، فرآیندها، دستورالعمل‌ها، تفاهم‌نامه‌ها و تدابیر بصورت مکتوب و مستند وجود دارد، منابع (تسهیلاتی، ساختاری، انسانی، مالی، پشتیبانی و تجهیزاتی) لازم برای اجرای آنها در دسترس بوده و بطور کامل عملیاتی شده‌اند. ساختارهای فرماندهی حوادث ایجاد و استقرار یافته و شرح وظایف در هر رده و پستی بطور شفاف مشخص شده است. برنامه‌ها و فرآیندها و دستورالعمل‌ها مرتب بازبینی و بروز رسانی (حداقل سالیانه) می‌شوند، آموزش‌ها و تمرین‌های مداوم در این زمینه برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود و همچنین در صورت نیاز منابع جایگزین در نظر گرفته شده است.

منظور از تا حدودی: برنامه‌ها، فرآیندها، دستورالعمل‌ها، تفاهم‌نامه‌ها و تدابیر بصورت مکتوب و مستند وجود دارد ولی تنها بخشی (نه کامل) از آنها عملیاتی شده‌اند و منابع (تسهیلاتی، ساختاری، انسانی، مالی، پشتیبانی و تجهیزاتی) لازم برای اجرای آنها بطور کامل در دسترس نیست. ساختارهای فرماندهی حوادث بطور کامل ایجاد و استقرار نیافته و شرح وظایف بطور کامل مشخص نیست و اعضاء فعالانه وظایف و مسئولیت‌های خود را انجام نمی‌دهند. برنامه‌ها و فرآیندها و دستورالعمل‌ها هر از چند گاهی بازبینی و بروز رسانی می‌شوند و آموزش‌ها و تمرین‌ها مداوم و منظم برنامه‌ریزی و اجرا نمی‌شود و منابع جایگزین در نظر گرفته نشده است.

منظور از اصلاً: برنامه‌ها، فرآیندها، دستورالعمل‌ها، تفاهم‌نامه‌ها و تدابیر یا وجود نداشته و یا صرفاً بصورت مکتوب بوده، در هیچ سطحی عملیاتی نشده و منابع (تسهیلاتی، ساختاری، انسانی، مالی، پشتیبانی و تجهیزاتی) لازم برای اجرای آنها در دسترس نیست. ساختارهای فرماندهی حوادث ایجاد نشده و شرح وظایف مشخص و مکتوب نشده‌اند. برنامه‌ها و فرآیندها و دستورالعمل‌های موجود بازبینی و بروز رسانی نشده و هیچ گونه آموزش و تمرینی در این زمینه صورت نگرفته است.

اطلاعات عمومی ابزار

- ۱- اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه:
- ۲- تخصص رئیس سازمان:
- ۳- سابقه خدمت به عنوان ریاست سازمان:
- ۴- شرکت رئیس سازمان در دوره‌های آموزشی مدیریت خطر حوادث و بلایا: بلی خیر
- ۵- تعداد پایگاه‌های اورژانس:
جاده ای: شهری: ساحلی: ریلی: هوایی:

- ۶- تعداد آمبولانس:
آمبولانس (تیپ A,B,C): موتورلانس: اتوبوس آمبولانس: آمبولانس هوایی:
آمبولانس دریایی:

- ۷- تعداد کارکنان
الف- کارکنان اداری- ستادی:
- ب- کارکنان عملیاتی (کاردان، کارشناس و ...):
- ۸- تعداد و نوع حوادث (حوادث با تعداد مصدومان انبوه) و بلایایی که طی ۵ سال اخیر اورژانس پیش بیمارستان با آن مواجهه بوده است:

- ۹- ۵ مخاطره با اول (با اولویت بالا) سازمان اورژانس پیش بیمارستان بر اساس آخرین ارزیابی‌ها
مخاطره اول:..... مخاطره دوم:..... مخاطره سوم:..... مخاطره چهارم:.....
مخاطره پنجم:.....

- ۱۰- تعداد و نوع تمرین/ مانور (دورمیزی، عملیاتی و ..)های برگزار شده طی یکسال گذشته:

چک لیست ارزیابی آمادگی اورژانس پیش بیمارستانی در حوادث و بلايا

کاملا	تا حدودی	اصلا	گويه	زیر طبقه	طبقه
			۱- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا با تخصص های لازم ایجاد شده است؟	برنامه ریزی و سازماندهی	نوعه ساختارهای مدیریتی - رهبری
			۲- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی ارزیابی خطر سالیانه شامل شناسایی مخاطرات، تعیین آسیب پذیری ها، و ظرفیت ها انجام می شود؟		
			۳- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه آمادگی، پاسخ و بازیابی بومی مبتنی بر اسناد بالادستی (از جمله برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلايا و فوریتها ^۱) با رویکرد تمام مخاطراتی ^۲ و با مشارکت تمامی ذینفعان وجود دارد؟		
			۴- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی ملاحظات، الزامات و برنامه خاص (برنامه اقتضایی) برای پاسخ به بلايای محتمل و دارای اولویت تدوین و به برنامه عملیاتی پیوست گردیده است؟		
			۵- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ایجاد و استقرار سامانه فرماندهی حادثه و ساختارهای مربوط به آن نظیر پست فرماندهی حادثه ^۳ (ICP/UCP)، پست پزشکی پیشرفته (AMP) ^۴ ، آمادگاه ^۵ و واحد تخلیه یا انتقال ^۶ وجود دارد؟		
			۶- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل های استاندارد عملیات ^۷ (SOPS) برای اقدامات، پست ها و رده های سازمانی مختلف (به عنوان مثال مسئول دیسیج، کارکنان عملیاتی و غیره) در پاسخ به حوادث و بلايا تدوین و مکتوب گردیده است؟		
			۷- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل ارزیابی اولیه حادثه و منابع لازم برای اجرای آن توسط تیم ارزیاب وجود دارد؟		
			۸- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل و فرآیندی برای تریاژ (تریاز در پیش بیمارستان) مصدومان در حوادث و بلايای احتمالی وجود دارد؟		
			۹- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیندی برای انتقال و توزیع مصدومان (شامل تعیین نوع وسیله انتقال و تعیین مقصد) در زمان حوادث و بلايا تدوین گردیده است؟		
			۱۰- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای مراقبت و ارائه خدمات فوریت های پزشکی به گروه های آسیب پذیر (مانند سالمندان، کودکان، مادران باردار، معلولان و غیره) تدوین گردیده است؟		
			۱۱- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه ای برای موارد طولانی شدن پاسخ به حوادث و بلايا و نیاز به تداوم ارائه خدمات حیاتی فوریت های پزشکی وجود دارد؟		
			۱۲- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل پیگیری و اطلاع رسانی بیماران در صحنه حادثه، حین و بعد از انتقال بیماران به مراکز بهداشتی و درمانی تدوین گردیده است؟		
			۱۳- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیند یا دستورالعملی مبنی بر بررسی و ثبت نظام مند درس آموخته ها، تجارب، گزارش ها و اقدامات انجام شده وجود دارد؟		
			۱۴- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیندی برای پایش و بازنگری برنامه ها، دستورالعمل ها و پروتکل ها بر اساس ملاحظات اجرایی (به عنوان مثال منابع در دسترس و الزامات فرهنگی)، تمرین ها، تجارب و درس آموخته ها وجود دارد؟		

1 - Emergency Operation Plan

4 - Advance Medical Post

7 - Standard operating procedure

2 - All hazard approach

5 - Staging Area

3 - Incident Command Post/Unified Command Post

6 - Evacuation / Transportation Unit

کاملا	تا حدودی	اصلا	گویه	زیر طبقه	طبقه
			۱۵- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل سطح بندی حوادث (شامل اعلام شرایط فوریت و بحران (بلا))، فعالسازی و غیر فعالسازی برنامه پاسخ مشخص شده و در دسترس است؟	الزامات حاکمیتی و قانونی	اطلاعات و ارتباطات
			۱۶- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی صلاحیت ها، مهارت ها، اختیارات و شرح وظایف رده های مختلف ستادی و عملیاتی در پاسخ به حوادث و بلایا بر اساس الزامات قانونی - نظارتی سازمان اورژانس کشور (به منظور ایجاد پشتوانه های قانونی) تبیین گردیده اند؟		
			۱۷- آیا سنجه های آمادگی اورژانس پیش بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا مبتنی بر سیستم اعتبار بخشی تدوین و ابلاغ شده اند؟	بهبود کیفیت	
			۱۸- آیا معیارها و شاخص های عملکردی جهت ارزیابی عملکرد واحد اورژانس پیش بیمارستان در پاسخ به حوادث بلایا تدوین شده و در دسترس می باشند؟		
			۱۹- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیندی برای ارزیابی و پایش آمادگی عملکردی کارکنان در پاسخ به حوادث و بلایا وجود دارد؟	مدیریت صحته	
			۲۰- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی های لازم با سازمانهای همکار و پشتیبان مبتنی بر قانون مدیریت بحران کشور بمنظور مدیریت و فرماندهی صحنه در حوادث و بلایای مختلف صورت گرفته است؟		
			۲۱- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه های آموزشی و تمرینی مشترک با سایر سازمانهای دخیل در پاسخ به حوادث بلایا جهت کسب هماهنگی های بیشتر در مدیریت صحنه حادثه تدوین و اجرا شده است؟		
			۲۲- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه های آموزشی و تمرینی جهت ارتقاء مهارت های مدیریت صحنه برای کارکنان تدوین و اجرا شده است؟		
			۲۳- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی سامانه هشدار اولیه طراحی و استقرار یافته است	هشدار اولیه و هشدار اولیه و اطلاع رسانی خطر	
			۲۴- آیا اورژانس پیش بیمارستانی به منظور پایش مخاطرات هماهنگی و ارتباطات لازم را با سازمانهای رصد کننده مخاطرات دارد؟		
			۲۵- آیا ارتباطات لازم بین واحد دیسپچ اورژانس پیش بیمارستان و سامانه هشدار اولیه واقع در واحد EOC بمنظور فعالسازی سریع و به موقع برنامه پاسخ بعمل آمده است؟	اطلاع رسانی خطر	
			۲۶- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی با مرکز هدایت عملیات (EOC) فرآیندی برای اطلاع رسانی خطر و تولید و انتقال پیام های واضح و روشن از وضعیت حادثه به استفاده کنندگان پیامها (شامل کارکنان، سازمانهای زیربط و مردم) طراحی و تدوین گردیده است؟		
			۲۷- آیا اورژانس پیش بیمارستانی ارتباطات نظام مند، متقابل و حرفه ای با سازمانهای همکار و پشتیبان در زمان پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟	ارتباطات سازمانی	
			۲۸- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی کانال های ارتباطی فوری و چند لایه (شامل تلفن، موبایل، بیسیم، تاکسی واکسی، آسایار، پیک و غیره) با دامنه فرکانس مناسب برای ارتباط با مراکز اورژانس مناطق دیگر و سازمانهای همکار و پشتیبان ایجاد شده است؟		
			۲۹- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی کانال های ارتباطی اختصاصی جهت مشاوره کارکنان و تکنسین های اورژانس با پزشک واحد دیسپچ (پزشک ۵۰-۱۰) در زمان حوادث و بلایا پیش بینی و ایجاد شده است؟		
			۳۰- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و فرآیندی برای نیازسنجی، تأمین، آماده سازی و پایش تجهیزات ارتباطی در مراکز، آمبولانس ها و پست های فرماندهی حادثه (مانند تجهیزات دیسپچ سیار، گوشی ماهواره ای، بیسیم، تاکسی واکسی، رادیومترهای هدست ها و غیره) دارد؟		
			۳۱- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای ارتباط با مردم و رسانه های جمعی (مدیریت رسانه) طراحی و تدوین کرده است؟		

کاملا	تا حدودی	اصلا	گویه	زیر طبقه	طبقه
			۳۲- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی‌های لازم با سازمانهای همکار و پشتیبان و همچنین مراکز و واحدهای اورژانس پیش بیمارستانی خارج از منطقه جغرافیایی بمنظور فعالیت بر مبنای برنامه ملی عملیات (EOP) در پاسخ به حوادث و بلایا به عمل آمده است؟	هماهنگی سازمانی (درون و برون سازمانی)	هماهنگی و مشارکت
			۳۳- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی‌های لازم با متخصصان جهت مشاوره و پشتیبانی از عملیات پاسخ به حوادث ویژه (مانند حوادث CBRNE و مواد خطرناک) به عمل آمده است؟		
			۳۴- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دوره‌های آموزشی و تمرینی مشترک با سازمانهای همکار، پشتیبان و مسئول به منظور حصول هماهنگی‌های بیشتر در پاسخ به حوادث و بلایا برنامه ریزی و اجرا می‌شود؟		
			۳۵- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی اطلاعات مربوط به ظرفیت‌های تجهیزاتی، لجستیکی و سایر منابع با سازمانهای همکار و پشتیبان به اشتراک گذاشته می‌شود؟		
			۳۶- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تفاهمنامه‌ای جهت تأمین منابع و تجهیزات مورد نیاز در زمان حوادث و بلایا با سازمانهای همکار، پشتیبان و بخش خصوصی منعقد شده است؟	هم افزایی	
			۳۷- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیند یا برنامه‌ای برای مشارکت‌های مردمی و داوطلبانه بومی (محلی) شامل مدیریت، آموزش و بکارگیری افراد داوطلب سلامت (کارکنان سلامت غیر اورژانس پیش بیمارستان) و غیر سلامت (افراد عادی بخصوص افراد دارای مدرک کمک‌های اولیه) وجود دارد؟		
			۳۸- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فهرستی از اطلاعات کارکنان و افراد داوطلب شامل آدرس، شماره تلفن و غیره ثبت شده و بروزسانی می‌شود؟	نیروی انسانی	افزایش ظرفیت
			۳۹- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای فراخوان، توزیع و بکارگیری مناسب (شامل تعیین شیفت در گردش مناسب، تعیین ترکیب نیروی مناسب برای واحدها خصوصاً واحدهای عملیاتی) اعضاء سامانه فرماندهی حادثه، کارکنان و داوطلبان وجود دارد؟		
			۴۰- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و فرآیندی برای تأمین و بکارگیری نیروی انسانی مورد نیاز برای احداث و راه اندازی بیمارستان سیار و پست خدمات پزشکی پیشرفته (AMP) وجود دارد؟		
			۴۱- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پشتیبانی و تأمین نیازهای رفاهی کارکنان، داوطلبان و خانواده‌های آنان در زمان حوادث و بلایا وجود دارد؟		
			۴۲- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پایش و بررسی مداوم سلامت جسمی و ارائه خدمات پزشکی به کارکنان، داوطلبان و اعضاء خانواده آنان در زمان حوادث و بلایا وجود دارد؟		
			۴۳- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پایش و بررسی مداوم سلامت روان و ارائه خدمات بهداشت روان (به عنوان مثال استفاده از متخصصان روان، مددکاران و غیره برای ارائه خدمات و حمایت‌های روحی - روانی) به کارکنان، داوطلبان و اعضاء خانواده آنان وجود دارد؟		
			۴۴- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای ارج نهادن به خدمات کارکنان و داوطلبان در حوادث و بلایا و قدردانی از آنان و خانواده‌های آنها و پیش بینی سازوکارهای تشویقی و انگیزشی وجود دارد؟		

کاملا	تا حدودی	اصلا	گویه	زیر طبقه	طبقه
			۴۵- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و طرحی برای نیاز سنجی، تأمین، توزیع و پایش دارو و تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی مورد نیاز در آمبولانس‌ها (کابین راننده و بیمار)، دپوی مراکز، پایگاه‌های جاده‌ای و شهری متناسب با منطقه جغرافیایی، اقلیم و مخاطرات احتمالی وجود دارد؟	دارو، تجهیزات پزشکی و لجستیک	
			۴۶- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و طرحی برای نیازسنجی، ذخیره و آماده سازی تجهیزات رفاهی و پشتیبانی (مانند کوله بحران، لباس و کفش مناسب برای کارکنان و تیم‌های پزشکی و عملیاتی شامل تیم ارزیاب اولیه، تیم اضطراری پزشکی (EMT) تدوین شده است؟		
			۴۷- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و طرحی برای نیازسنجی، تأمین و آماده سازی تجهیزات مرتبط با آلودگی زدایی در حوادث و تهدیدات شیمیایی، بیولوژیک، هسته‌ای (CBRN) و همچنین حوادث مربوط به مواد خطرناک وجود دارد؟		
			۴۸- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تجهیزات و لوازم مورد نیاز جهت تریاژ مصدومان و بیماران در حوادث و بلایا متناسب با منطقه جغرافیایی در دسترس است؟		
			۴۹- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و یا طرحی برای نیاز سنجی، پایش، تأمین و مدیریت منابع و تجهیزات لجستیکی شامل انواع آمبولانس (تیپ A و B و C و غیره)، اتوبوس آمبولانس، موتورلانس، آمبولانس هوایی و دریایی، خودروهای فرماندهی و سایر وسایل نقلیه مانند خودرو سوخت رسان و تعمیرگاه سیار وجود دارد؟		
			۵۰- آیا اورژانس پیش بیمارستانی مجهز به آمبولانس ویژه بیماران نیازمند به ایزولاسیون تنفسی مجهز به فیلترهای HEPA ^۱ می‌باشد؟		
			۵۱- آیا اورژانس پیش بیمارستانی از تجهیزات و سیستم‌های مسیریاب به روز و مبتنی بر ماهواره برای ناوگان خود استفاده می‌کند؟		
			۵۲- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی نقشه جغرافیایی منطقه تحت پوشش و مسیرهای تردد اصلی و فرعی آمبولانس‌ها و تجهیزات لجستیکی ترسیم شده و در دسترس است؟		
			۵۳- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تجهیزات و زیر ساخت های لازم جهت ایجاد ساختارهای فرماندهی شامل پست فرماندهی (ICP/UCP)، مرکز دیسچ سیار، پست خدمات پزشکی پیشرفته (AMP)، بیمارستان سیار، محل تریاژ، آمادگاه و غیره پیش بینی شده است؟	نسبيلات و زیرساخت	
			۵۴- آیا اورژانس پیش بیمارستانی در حوزه استحفاظی خود دارای پدهای اختصاصی مناسب جهت فرود آمبولانس هوایی می‌باشد؟		
			۵۵- آیا اورژانس پیش بیمارستانی در حوزه استحفاظی خود دارای سوله اختصاصی بحران جهت نگهداری و ذخیره منابع، تجهیزات و لجستیک است؟		
			۵۶- آیا مراکز و پایگاه‌های شهری و جاده‌ای در اورژانس پیش بیمارستانی به آب، برق و سوخت اضطراری مجهز می‌باشند؟		
			۵۷- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی بودجه ویژه جهت برنامه‌ها، اقدامات و تأمین منابع لازم برای آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا اختصاص یافته است؟	مالی- اداری	
			۵۸- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای امور مالی و اداری (شامل حسابداری، برآورد خسارات و هزینه کرد، حضور و غیاب و پرداخت حق الزحمه کارکنان و داوطلبان و همچنین شناسایی منابع مالی جدید) در زمان پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟		
			۵۹- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای تأمین بیمه مسئولیت حرفه‌ای و بیمه مشاغل ویژه کارکنان و داوطلبان برای جبران آسیب‌ها و جراحات در زمان حوادث و بلایا دارد؟		

طبقه	زیر طبقه	گویه	اصلا	تا حدودی	کاملا
ایمنی و امنیت	ایمنی خانواده - فردی	۶۰- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و طرحی برای نیازسنجی، تأمین و آماده سازی تجهیزات حفاظت فردی و کنترل عفونت متناسب با حوادث، بلایا و سناریوهای محتمل وجود دارد؟			
		۶۱- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه‌های آموزش مداوم در خصوص نحوه استفاده از تجهیزات حفاظت فردی برای کارکنان برنامه ریزی و اجرا می‌کند؟			
		۶۲- آیا اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعملی برای واکسیناسیون کارکنان و اعضای خانواده آنها در زمان حوادث و بلایا دارد؟			
	ایمنی و امنیت زیر ساخت و تجهیزات	۶۳- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ارزیابی دوره‌ای وضعیت ایمنی سازه‌ای مراکز و پایگاه‌های اورژانس دارد؟			
		۶۴- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ارزیابی دوره‌ای وضعیت ایمنی غیر سازه‌ای مراکز و پایگاه‌های اورژانس دارد؟			
		۶۵- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای مکان یابی صحیح (از نظر توزیع مناسب جغرافیایی، امنیت و تسهیل در دسترسی فیزیکی) مراکز و پایگاه‌های اورژانس دارد؟			
ایمنی و امنیت	۶۶- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ارزیابی دوره‌ای ایمنی و سلامت فنی تجهیزات پزشکی، کپسول‌های اکسیژن و تجهیزات غیر پزشکی (مانند آمبولانس و سایر تجهیزات لجستیکی) دارد؟				
	۶۷- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای ارزیابی دوره‌ای سامانه و تجهیزات اعلان و اطفاء حریق برای مراکز، پایگاه‌ها و تجهیزات لجستیکی دارد؟				
	۶۸- آیا اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی‌های لازم را با دستگاه‌های مربوطه (از جمله نظامی و انتظامی، امنیتی، آتش نشانی و غیره) در خصوص زون بندی و کنترل ورود و خروج و تأمین ایمنی و امنیت کارکنان، داوطلبان، خدمت گیرندگان، تجهیزات، تسهیلات و لجستیک در صحنه حادثه به عمل آورده است؟				
آموزش و تمرین	ایمنی و امنیت صحنه	۶۹- آیا اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل یا فرآیندی برای شناسایی مواد خطرناک و آلودگی زدایی در صحنه حادثه دارد؟			
		۷۰- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی نیازسنجی آموزشی دوره ای (سالیانه) کارکنان (به خصوص نیروهای بدو خدمت) مبتنی بر گایدلاین‌ها، دستورالعمل‌ها و برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام می‌شود؟			
	آموزش های تخصصی	۷۱- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه‌ای برای طراحی، برنامه ریزی و اجرای دوره‌های آموزش مداوم برای کارکنان بر اساس یافته‌های نیازسنجی آموزشی وجود دارد؟			
		۷۲- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی از مدرسان متخصص و با تجربه (بخصوص دانش‌آموختگان دکتری سلامت در بلایا و فوریت‌ها) برای آموزش و تدریس کارکنان استفاده می‌شود؟			
		۷۳- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه‌های آموزشی دوره‌ای و مداوم در خصوص مفاهیم و ساختارهای مدیریت خطر حوادث و بلایا شامل سامانه و پست‌های فرماندهی حادثه (ICS، ICP/UCP، ICS)، تیمهای اضطراری پزشکی (EMTs)، راه اندازی پست پزشکی پیشرفته (AMP)، بیمارستان سیار، دیسپچ سیار و غیره اجرا می‌شود؟			
		۷۴- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه‌های آموزشی در خصوص نقش‌ها، مسئولیت‌ها و شرح وظایف کارکنان و داوطلبان در حوادث و بلایا برنامه ریزی و اجرا می‌شود؟			
		۷۵- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه‌های آموزشی دوره‌ای و مداوم در ارتباط با مضامینی چون تریاژ در پیش بیمارستان، استفاده از تجهیزات ارتباطی، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی و حفظ ایمنی و همچنین مدیریت صحنه برگزار می‌شود؟			
		۷۶- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پایش و ارزیابی نظام مند وضعیت آموزشی - مهارتی کارکنان در حوادث و بلایا و اثر بخشی برنامه‌های آموزشی دارد؟			

کاملا	تا حدودی	اصلا	گویه	زیر طبقه	طبقه
			۷۷- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه‌ای برای طراحی و اجرای دوره‌های آموزشی همگانی (از جمله برای مدارس، مساجد، رانندگان، پادگان‌ها، خانه سالمندان و غیره) در خصوص برنامه‌ها و شرح وظایف اورژانس در پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟	آموزش‌های همگانی	آموزش و تمرین
			۷۸- آیا اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی لازم را با سازمانهای مربوطه جهت استفاده از ظرفیت رسانه‌های جمعی و گروهی در برنامه‌های آموزش همگانی به عمل آورده است؟		
			۷۹- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تمرین (مانور)های دوره‌ای (حداقل سالیانه) در ارتباط با برنامه‌ها (خصوصاً برنامه ملی عملیات پاسخ (EOP)، فرآیندها و دستورالعمل‌ها تحت ساختارهای فرماندهی و مدیریت حادثه (از جمله ICS) برنامه ریزی و اجرا می‌گردد؟	تمرین (مانور)	
			۸۰- آیا تمرین‌های دور میزی و عملیاتی دوره‌ای (حداقل سالیانه) مبتنی بر حوادث و سناریوهای محتمل در همه سطوح عملیاتی (محلی، دانشگاه و قطب) برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود؟		
			۸۱- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پایش و ارزیابی اثربخشی تمرین‌ها، تعیین نقاط قوت و ضعف و بازنگری برنامه‌ها وجود دارد؟		

ابزار شماره پانزده: ابزار سنجش کارکرد هماهنگی درون بخشی نظام سلامت در حوادث و بلایا

چک لیست حاضر با هدف "ارزیابی وضعیت هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مواجهه با حوادث و بلایا" طراحی و تدوین شده است. تقویت و توسعه هماهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که متشکل از حوزه مرکزی وزارتخانه، دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و سازمان‌های وابسته است، تاثیر مستقیم بر کاهش هرج و مرج، تداخل وظایف، موازی کاری‌ها و دوباره کاری‌ها و ارائه بهتر خدمات می‌گردد و از این رو حائز اهمیت است. این ابزار دارای ۶ بعد اصلی، ۱۸ بعد فرعی و ۸۵ گویه شامل پیش‌شرطها (قوانین و سیاست‌ها، فرهنگ سازمانی، دسترسی به منابع، سابقه همکاری، توافقات اولیه)، عوامل تسهیل‌کننده (رهبری، تکنولوژی)، عوامل ساختاری (پیکربندی و طراحی ساختار همکاری، حاکمیت همکاری)، عوامل فرایندی (برنامه‌ریزی، ظرفیت اجرایی، ارتباطات، اعتمادسازی)، عوامل بازدارنده (تعارضات سازمانی، چالش‌های رفتاری) و پاسخگویی و پیامد (پایش و ارزیابی، پاسخگویی عملکردی، پیامدها) می‌باشد.

مسئولیت ارزیابی هماهنگی بر اساس ابزار مذکور در بر عهده اداره کل امور حوادث و بلایا در سازمان اورژانس کشور و دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد که مسئولیت برنامه‌ریزی و نظارت بر اجرای برنامه‌های کاهش خطر بلایا در حوزه سلامت را برعهده دارند. از آنجاکه تقویت هماهنگی به عنوان یکی از کارکردهای مدیریتی بایستی در تمام فازهای مدیریت خطر بلایا مورد توجه قرار گیرد از این رو سنجش این کارکرد به صورت سالیانه و در تمام فازهای مدیریت خطر بلایا توصیه می‌شود.

ابزار مذکور دارای طیف پاسخ بسیار زیاد تا بسیار کم در مقیاس لیکرت ۵ امتیازی است. با توجه به اینکه حداقل امتیاز هر گویه ۱ و حداکثر امتیاز ۵ در نظر گرفته شده است، امتیاز میزان هماهنگی درون بخشی بین ۸۵ تا ۴۲۵ متغیر خواهد بود. در صورت کسب ۶۰٪ کل امتیاز، وضعیت هماهنگی درون بخشی در سطح مطلوب ارزیابی می‌گردد. کسب ۶۰٪-۳۰٪ امتیاز، نشان‌دهنده هماهنگی درون بخشی در سطح متوسط و امتیاز کمتر از ۳۰٪ بیانگر هماهنگی درون بخشی ضعیف خواهد بود.

طبقه	زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	سؤال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
پیش شرطها	قوانین و سیاستها	سیاستهای درون بخشی	شفافیت سیاستها و راهبردهای بخش سلامت در مدیریت و کاهش خطر بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			تقویت هماهنگی درون بخشی در راهبردهای مدیریت و کاهش خطر بلایا چقدر مورد توجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ضمانت اجرای قوانین و سیاستهای مدیریت و کاهش خطر بلایا تا چه اندازه در بخش سلامت مورد توجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			نظارت بخش سلامت بر اجرای قوانین و سیاستهای مدیریت و کاهش خطر بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	فرهنگ سازمانی	ارزشها و باورها	اعتقاد به کار تیمی به عنوان ارزش سازمانی، چقدر مورد پذیرش است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			تفکر سیستمی به عنوان ارزش سازمانی، چقدر مورد پذیرش است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			اصول اخلاق حرفه‌ای به عنوان ارزش سازمانی چقدر مورد پذیرش است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	سابقه همکاری	بهر برداری از تجارب پیشین	تجربه همکاریهای پیشین در مدیریت خطر بلایا چقدر موفق بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			ثبت تجارب و درس آموخته‌های حوادث و بلایا چقدر مورد توجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			آزادی عمل در ثبت تجارب موفق و ناموفق حوادث و بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			تبادل و یادگیری از تجارب و درس آموخته‌های حوادث و بلایا چقدر مورد توجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	دسترسی به منابع	منابع اطلاعاتی	جایگاه EOC به عنوان مرکز مدیریت اطلاعات در حوادث و بلایا چقدر مورد پذیرش مدیران عالی و ارشد است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			فرایند تبادل اطلاعات درون بخشی (جمع آوری، ثبت، سازماندهی، تحلیل و انتشار اطلاعات) تا چه اندازه شفاف است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			نظام ثبت الکترونیک آمارها و اطلاعات مبتنی بر فرمهای آماری مشخص چقدر مورد توجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			به اشتراک گذاری آمارها و اطلاعات بین واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			میزان دسترسی به موقع به اطلاعات جامع و قابل اعتماد در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بسیار کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	سؤال	زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	طبقه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میزان دسترسی به نیروی انسانی به تعداد کافی در واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	منابع انسانی	دسترسی به منابع	پیش شرطها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میزان دسترسی به نیروی انسانی با دانش و تجربه حضور در حوادث و بلایا در واحدهای متولی در چه سطحی است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فراخوان نیروها تا چه اندازه مبتنی بر دستورالعمل سطحبندی حوادث صورت می گیرد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اعزام نیروها تا چه اندازه مبتنی بر نیاز منطقه و برنامه مشخص (ورود، اقدامات عملیاتی و خروج) صورت می گیرد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تأمین نیازهای نیروهای اعزامی به منطقه حادثه (حفظ سلامت جسمی و روانی، اسکان، تغذیه و امنیت، حمایت مالی و معنوی) چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	جابه جایی نیروهای اعزامی به منظور کاهش فرسودگی شغلی چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتقا آمادگی مدیران و کارکنان از طریق نیازسنجی و آموزش مداوم مدیریت بحران (مفاهیم کلی و تخصصی: ICS, NRF, EOP, DHMR) چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برگزاری مداوم تمرینهای مشترک درون بخشی چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آموزشهای تخصصی و تمرینهای مشترک تا چه اندازه در بهبود هماهنگی درون بخشی مؤثر بوده اند؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برآورد منابع مالی جهت تقویت هماهنگی تا چه اندازه در برنامه آمادگی، پاسخ و بازیابی موردتوجه بوده است؟				منابع مالی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تخصیص اعتبارات کافی به منظور اجرای راهبردهای مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظارت بر هزینه کرد اعتبارات جهت اجرای راهبردهای مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شناسایی تسهیلات و تجهیزات (موجود و موردنیاز) پیش از وقوع حوادث چقدر موردتوجه بوده است؟	منابع فیزیکی و تجهیزات		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تأمین و توزیع لوازم و تجهیزات تا چه اندازه مبتنی بر نیاز منطقه حادثه صورت می گیرد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقویت فضای فیزیکی و زیرساختهای سخت افزاری و نرم افزاری EOC چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	باور و اراده جمعی مدیران و کارکنان برای همکاری در زمینه مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	دیدگاه مشترک	توافقات اولیه	

طبقه	زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	سؤال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
پیش شرط-ها	توافقات اولیه	درک متقابل	توافق مشترک مدیران ارشد و عالی در زمینه اهداف و برنامه‌های مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			درک مشترک مدیران ارشد و عالی از وضعیت و مشکلات همکاری درون‌بخشی در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			تدوین توافق‌نامه‌های همکاری بین واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عوامل تسهیل کننده	رهبری	اصل فرماندهی	وحدت فرماندهی مبتنی بر سامانه فرماندهی حادثه (ICS) و چارچوب ملی پاسخ (NRF) تا چه اندازه مورد پذیرش مدیران ارشد و عالی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			شناخت فرمانده از وظایف و اختیارات خود و سایر مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		تعهد	تفویض اختیار به مسئول هماهنگی در چارچوب پاسخ ملی (NRF) جهت ایجاد هماهنگی بین واحدهای متولی پاسخ در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			اعتقاد مدیران ارشد و عالی به اجرای راهبردها و برنامه‌های مدیریت خطر بلایا (کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			مهارت‌های ارتباطی فرمانده و مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	مهارت‌های تخصصی	مهارت‌های انجام کار تیمی فرمانده و مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		مهارت‌های تصمیم‌گیری فرمانده و مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		تجربه مدیران واحدهای متولی در زمینه مدیریت حوادث و بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ابزارهای فنی و تکنیکی	تکنولوژی	میزان دسترسی به تجهیزات ارتباطی چندلایه و پیشرفته در مواجهه با حوادث و بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			میزان دسترسی به سامانه‌های هشدار سریع در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
توسعه سامانه‌ها و بانک‌های اطلاعاتی در حوزه مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			ایجاد سیستم یکپارچه اطلاعات و ارتباط سامانه‌ها در حوزه مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

طبقه	زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	سؤال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
عوامل ساختاری	بیکربندی و طراحی ساختار همکاری	شفافیت ساختار سازمانی	شفافیت ساختار سازمانی بخش سلامت در حوزه مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			یکپارچگی و تجمیع ساختارهای سازمانی مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			جایگاه و نقش مرکز هماهنگی عملیات (ECC) در بخش سلامت چقدر موردتوجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			زنجیره هماهنگی با رویکرد غیرمتمرکز برای آمادگی در سطوح ستادی چقدر موردتوجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			زنجیره فرماندهی با رویکرد متمرکز برای پاسخ به حوادث در سطوح عملیاتی چقدر موردتوجه بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	شفافیت تشکیلات تفصیلی		جایگاه شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و بلایا چقدر مورد پذیرش مدیران عالی و ارشد است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			شفافیت شرح وظایف واحدها در برنامه‌های مدیریت خطر بلایا (برنامه‌های کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			شناخت افراد از شرح وظایف واحد خود و واحدهای همکار (مندرج در برنامه‌های کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			تداخل وظایف و موازی کاری واحدهای متولی کاهش خطر بلایا در مراحل آمادگی، پاسخ و بازیابی در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			جایگاه EOC به‌عنوان مرکز تصمیم‌گیری، اعلام هشدار و پایان حادثه، تا چه حد توسط مدیران ارشد و عالی پذیرفته شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حاکمیت همکاری		تصمیم‌گیری فرمانده و مدیران در فاز پاسخ چقدر مبتنی بر اهداف و برنامه‌های مشترک بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		تفویض اختیار به فرمانده و مدیران در مدیریت حوادث چقدر متناسب با مسئولیت‌های مندرج در چارچوب پاسخ ملی (NRF) بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		مسئولیت‌پذیری مدیران و کارکنان در تحقق اهداف و راهبردهای مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
فرآیندی عوامل	برنامه‌ریزی	تدوین و بازبینی برنامه‌های مدیریت خطر بلایا (کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) چقدر با مشارکت کلیه ذی‌نفعان صورت می‌گیرد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		تدوین برنامه‌های مدیریت خطر بلایا (کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) با رویکرد تک مخاطره‌ای در سطح دانشگاه چقدر موردتوجه بوده است؟	<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"/>	

مسئولیت-پذیری

بسیار کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	سؤال	زیرطبقه فرعی	زیرطبقه اصلی	طبقه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تدوین دستورالعمل‌های تخصصی مدیریت خطر بلایا (مرتبط با برنامه‌های کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) چقدر موردتوجه بوده است؟	تدوین ضوابط اجرایی	برنامه‌ریزی	عوامل فرایندی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تدوین دستورالعمل‌های تخصصی مدیریت خطر بلایا چقدر مبتنی بر نیاز و ظرفیت‌های منطقه‌ای صورت می‌گیرد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اطلاع‌رسانی دستورالعمل‌های تخصصی مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شفافیت فرایندهای کاری واحدهای متولی در فازهای چهارگانه مدیریت بحران در چه سطحی است؟	روش‌های ارائه خدمت	ظرفیت اجرایی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شناخت افراد از فرایندهای کاری مشترک در فازهای چهارگانه مدیریت بحران در چه سطحی است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میزان همکاری واحدهای متولی در ترسیم فرایندهای مشترک فازهای چهارگانه مدیریت بحران در چه سطحی است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برنامه‌های مدون مدیریت خطر بلایا (برنامه‌های کاهش خطر، آمادگی، پاسخ، بازتوانی) چقدر عملیاتی می‌گردد؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظارت بر اجرای برنامه‌ها و دستورالعمل‌های مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اصلاح فرایندهای کاری مبتنی بر نتایج تمرین‌ها و مانورهای مشترک چقدر موردتوجه بوده است؟	ارتباطات درون‌سازمانی	ارتباطات	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برگزاری نشست‌های شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تمایل و اعتقاد مدیران ارشد و عالی به مشارکت در جلسات شورای سیاستگذاری و کمیته‌های تخصصی (DOCS) به چه میزان است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتباط سطوح ملی و عملیاتی واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	به‌کارگیری کانال‌های ارتباطی غیررسمی (شبکه‌های اجتماعی و...) در مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اطلاع‌رسانی همگانی وضعیت حادثه به‌منظور مدیریت شایعات در چه سطحی بوده است؟	ارتباطات خطر		

بسیار کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	سؤال	زیرطبقه		طبقه
						فرعی	اصلی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اعتماد به زیرساخت‌ها و منابع اطلاعاتی موجود در چه سطحی است؟	اعتماد سازمان	اعتمادسازی	عوامل فرایندی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اعتماد به شایستگی مدیران و مسئولین واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	اعتماد به افراد		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قدرت‌طلبی و ترس از کاهش قدرت به چه میزان محدودیت‌هایی را برای همکاری در مدیریت خطر بلایا ایجاد کرده است؟	فردی	چالش‌های رفتاری	عوامل بازدارنده
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رقابت شغلی به چه میزان محدودیت‌هایی را برای همکاری در مدیریت خطر بلایا ایجاد کرده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارجحیت اهداف تخصصی بر اهداف مشترک در واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا به چه میزان محدودیت‌هایی را برای همکاری ایجاد کرده است؟	سازمانی	تعارض سازمانی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	شفافیت فرایند ارزیابی سریع برای تیم‌های ارزیاب به چه میزان است؟	ارزیابی سریع	پایش و ارزیابی	پاسخگویی و پیامدها
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تصمیم‌گیری و طراحی عملیات پاسخ تا چه حد مبتنی بر نتایج ارزیابی سریع بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	انجام اصلاحات در ساختارها و فرایندهای همکاری چقدر مبتنی بر نتایج ارزیابی مدیریت حوادث و بلایا در بخش سلامت بوده است؟	ارزیابی عملکرد		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظام جبران خدمات تا چه اندازه مبتنی بر ارزیابی و پاسخگویی عملکردی مدیران و کارکنان در حوادث و بلایا بوده است؟	پاسخگویی عملکردی	پاسخگویی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیامدهای سازمانی هماهنگی (بهبود عملیات پاسخ، کاهش اتلاف منابع، کاهش هرج‌ومرج و...)، تا چه اندازه برای اصلاح کارکرد هماهنگی موردتوجه بوده است؟	پیامدهای سازمانی	پیامدها	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیامدهای فردی هماهنگی (سلامت جسمی و روانی، یادگیری، ارتقا و رضایت شغلی ارائه‌دهندگان خدمت و...)، تا چه اندازه برای اصلاح کارکرد هماهنگی موردتوجه بوده است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پیامدهای اجتماعی هماهنگی (حفظ و ارتقا سلامت همگانی، افزایش اعتماد عمومی، کاهش نارضایتی و اعتراضات مردم متأثر و...) تا چه اندازه برای اصلاح کارکرد هماهنگی موردتوجه بوده است؟	پیامدهای عمومی		

ابزار شماره شانزده: ابزار ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها کشور در پاسخ به اپیدمی کووید ۱۹

بیمارستانها از پاسخگوترین مراکز در پاندمی کووید-۱۹ می‌باشند. ماهیت ناشناخته این ویروس و سیر بیماری حاصله از آن، ابعاد پاسخ بیمارستانی به این بحران را بسیار پیچیده کرده است. عملکرد مناسب بیمارستان در مدیریت پاندمی کووید-۱۹، ابعاد متعددی دارد. بدین منظور، چک لیستی برای سنجش عملکرد بیمارستانها در حیطه‌های گوناگون مرتبط با این بیماری تدوین شده است.

روش کار در تدوین این چک لیست روش ترکیبی (کیفی - کمی) از نوع روش شناختی (سایکومتریک) بوده و در سال ۲۰۲۰ آغاز و طی سه فاز؛ طراحی مدل مفهومی، طراحی ساختار اولیه چک لیست، و معتبرسازی چک لیست انجام گرفته است. در فاز اول و دوم از روش‌های کیفی مرور متون، مرور ابزارهای مشابه، مصاحبه با متخصصین و مسئولین بیمارستان‌ها و پنل خبرگان برای طراحی مدل مفهومی و ساختار اولیه چک لیست استفاده شده و در فاز سوم روایی صوری، محتوایی، سازه‌ای و پایایی ابزار سنجیده شد. ساختار اصلی چک لیست با ۶ حیطه اصلی، ۲۳ زیر حیطه و ۱۵۲ گویه طراحی شده است. مخاطب اصلی این ابزار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، سیستم بهداشت و درمان نیروهای مسلح، دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، مدیران بیمارستان، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، پزشکان، پرستاران و سایر کادر درمانی درگیر در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا می‌باشند و پیشنهاد می‌شود این ابزار در سطح کشور برای ارزیابی و توسعه آمادگی و پاسخ بیمارستان‌ها در نظر قرار گرفته و مورد استفاده قرار گیرد.

تعاریف

موارد مشکوک: فرد با شرح حال سرفه خشک یا لرز یا گلودرد همراه با تنگی نفس با یا بدون تب که با عامل اتیولوژیک دیگری قابل توجیه نباشد. یا بیمار دارای تب و یا علائم تنفسی (با هر شدتی که باشد):

- سابقه تماس نزدیک با مورد محتمل/قطعی بیماری کووید-۱۹، در عرض ۱۴ روز قبل از شروع علائم بیماری را داشته باشد
- کارکنان بهداشتی درمانی

موارد محتمل: مورد مشکوکی است که:

- با تظاهرات رادیولوژیک که از نظر رادیولوژیست به شدت مطرح کننده بیماری کووید-۱۹ می باشد نظیر- انفیلتراسیون مولتی لوبولر یک یا دو طرفه خصوصا انفیلتراسیون نواحی پرفرال در CT scan ریه یا رادیوگرافی قفسه صدری و ground glass در CT scan ریه Clinically confirmed
- فرد مبتلا به پنومونی که علیرغم درمان های مناسب، پاسخ بالینی نامناسب داشته و به شکل غیر معمول و سرعت غیرقابل انتظاری وضعیت بالینی بیمار حادثتر و وخیم تر شده یا فوت شود.
- نتیجه آزمایش PCR فرد معلوم نیست بعنوان مثبت یا منفی قطعی گزارش نشده است.

موارد قطعی: فرد با تایید آزمایشگاهی ویروس ناشی از کووید-۱۹، صرف نظر از وجود علائم و نشانه های بالینی و ارتباط نزدیک.

اقدامات احتیاطی قطره ای: مجموعه اقدامات پیشگیری و حفاظتی که به منظور جلوگیری از انتقال بیماری ها از طریق آئروسول های درشت (قطرات)، که به دلیل اندازه بزرگ زیاد جابجا نمی شوند و در هوا معلق نمی مانند، صورت می گیرد.

اقدامات احتیاطی تماسی: مجموعه اقدامات پیشگیری و حفاظتی که به منظور جلوگیری از انتقال بیماری ها از طریق تماس مستقیم (تماس با بیمار) و غیر مستقیم (تماس با محیط و اشیاء اطراف بیمار) صورت می گیرد.

اقدامات احتیاطی هوا برد: مجموعه اقدامات پیشگیرانه و حفاظتی که به منظور جلوگیری از انتقال بیماری ها از طریق هسته قطرات با اندازه کوچکتر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عامل عفونی صورت می گیرد.

مواجهه شغلی: هرگونه تماس کارکنان از طریق فرو رفتن یا بریدگی با اجسام تیز، تماس با مخاطات و ترشحات بدن و پوست غیر سالم که منجر به احتمال سرایت بیماری ها شود.

سورویلانس: گردآوری منظم و مستمر داده های مربوط به بیماری های واگیر، تجزیه و تحلیل و سپس انتشار نتایج آن برای مدیران، سیاستگذاران و کارکنان بهداشتی می باشد.

آموزش موثر (آموزش اثربخش): آموزشی که سبب تغییر دانش، نگرش، رفتار و عملکرد آموزش گیرنده شود.

کارکنان مرتبط: کلیه کارکنانی که بصورت مستقیم در تماس با بیمار یا محیط اطراف بیمار مشکوک یا قطعی مبتلا به کووید-۱۹ هستند. مانند پزشک، پرستار، کمک پرستار، خدمات، تکنسین ها

کارکنان خط مقدم: کلیه کارکنانی که بصورت مستقیم و در اولین برخورد در تماس با بیمار مشکوک و یا قطعی مبتلا به کووید-۱۹ قرار دارند. مانند پزشکان و پرستاران بخش مراقبت از بیماران

کووید-۱۹، پرسنل تریاژ، نمونه گیر و...

بخشهای پاسخگوتر: بخش‌هایی که بصورت مستقیم به بیماران قطعی یا مشکوک مبتلا به کووید-۱۹ خدمت رسانی می‌کنند. مانند بخش مراقبت از بیماران کووید-۱۹، تریاژ، بخش‌های ویژه و آزمایشگاه

ردیابی تماسی: ردیابی تماسی فرآیند تشخیص، ارزیابی و مدیریت افرادی است که در معرض یک بیماری واگیر بوده‌اند که به منظور پیشگیری از انتقال رو به جلو آن صورت می‌گیرد. **پایش مستمر:** منظور از آن هشیاری از وضعیت یک سامانه یا پدیده از راه مشاهده مداوم دگرگونی‌هایی است که ممکن است با گذر زمان در آن سامانه یا پدیده رخ دهد.

آزمایشگاه پشتیبان: آزمایشگاه مجهز به امکانات تشخیصی کووید-۱۹ که بر اساس تفاهم نامه جهت خدمت رسانی در مواقع ضروری با بیمارستان همکاری می‌کند.

تصویربرداری پشتیبان: مرکز تصویربرداری مجهز به امکانات تشخیصی کووید-۱۹ که بر اساس تفاهم نامه جهت خدمت رسانی در مواقع ضروری با بیمارستان همکاری می‌کند.

حفاظت فردی: مجموعه اقداماتی که برای حذف تماس مستقیم با بیماری‌ها و عوامل زیان‌آور محیط کار و تقلیل اثرات مخاطره آمیز در محل کار توسط شاغل صورت می‌گیرد.

بیماری‌های زمینه‌ای: شامل بیماری‌های مزمن قلبی، ریوی، دیابت، فشارخون، نارسایی کلیوی، بدخیمی‌ها، تضعیف سیستم ایمنی و چاقی می‌باشد.

دستورالعمل ملی: دستورالعمل‌هایی که از طریق مراجع بالادستی تدوین و به بیمارستان‌ها ابلاغ شده است. مانند ستاد ملی مبارزه با کرونا، وزارت بهداشت، معاونت درمان دانشگاه، معاونت بهداشت دانشگاه، سازمان غذا و دارو و ...

استاندارد ملی: آخرین ویرایش استانداردهای وضع شده توسط مراجع بالادستی در حوزه سلامت و خدمات بهداشتی درمانی. مانند استانداردهای اعتباربخشی ملی

استانداردهای بین‌المللی: آخرین استانداردهای اعلام شده از سوی مراجع معتبر بین‌المللی. مانند استانداردهای WHO

قوانین ملی: مجموعه قوانین و مقررات حاکم بر جامعه که برای آن مجازات تعیین شده است.

نقاهتگاه: یک مرکز مجهز به امکانات مراقبتی، جهت ادامه مراقبت از بیماران ترخیص شده کووید-۱۹ از بیمارستان‌ها با هدف اطمینان از بهبودی کامل مبتلایان قبل از بازگشت به اجتماع.

اقدام غیر ضروری: مواد، تجهیزات و لوازمی که در شرایط پاسخ به حادثه مورد نیاز نبوده و نبود آنها خللی در ادامه مراقبت‌ها و عملکرد سازمان ایجاد نمی‌کند.

مراکز قرنطینه کارکنان: یک مرکز مجهز به امکانات مراقبتی جهت پذیرش و درمان کارکنان مشکوک یا قطعی مبتلا به کووید-۱۹ در داخل بیمارستان می‌باشد.

آزمایشگاه مرجع: آزمایشگاه مجهز به امکانات تشخیصی کووید-۱۹ که از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی متبوع به عنوان مرجع ارسال تست‌های تشخیصی تعیین شده است.

بلاای همزمان: سایر حوادث و بلاهایی که ممکن است بصورت همزمان با یک حادثه دیگر رخ دهد. مانند سیل، زلزله، آتش سوزی

گروه آسیب پذیر: افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض

خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با

اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان،

بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی، افراد بیخانمان و افراد دارای بیماری زمینه‌ای از این گروه بیماران/ مراجعین هستند.

تست تشخیصی: تست‌های تشخیصی کووید-۱۹ که مورد تایید وزارت بهداشت می‌باشد.

جریان شفاف اطلاعات: منظور گردش سریع، به موقع، قابل فهم و دوطرفه اطلاعات، گزارش‌ها، دستورات و پیام‌ها بدون اختلال بین دو یا چند شخص و سازمان است. نیروی انسانی دارای صلاحیت برای پاسخ به پاندمی کووید-۱۹: فردی که حداقل یک دوره آموزش کوتاه مدت (با توجه به میزان تحصیلات و حیطه کاری) در مورد بیماری کووید-۱۹ دیده باشد.

راهنمای ارزیابی:

ارزیابی گویه‌ها بصورت مقیاس ۳ تایی **بلی**، **تا حدودی** و **خیر** طراحی شده است. لطفاً با توجه به ماهیت گویه بر اساس راهنمای ذیل پاسخ مناسب را درج بفرمایید. **منظور از بلی:** تمامی اجزاء، منابع و روش‌ها موجود است و عملیاتی شده است. بعبارت دیگر شاخص به طور کامل در بیمارستان مستقر است و همه شواهد و مستندات آن را تایید می‌کنند و اجرای آن اثربخش بوده است. **منظور از تا حدودی:** ممکن است اجزاء، منابع و روش‌ها در بیمارستان موجود باشد/ نباشد، لیکن عملیاتی نشده / شده باشد. بعبارت دیگر اقداماتی در راستای اجرای شاخص صورت گرفته ولی هنوز به طور کامل در بیمارستان مستقر نشده است و یا اینکه اجرای آن نتیجه‌ای نداشته است. **منظور از خیر:** هیچ شواهد و مستنداتی از وجود اجزاء، منابع و روش‌ها در بیمارستان وجود ندارد. بعبارت دیگر شاخص اصلاً در بیمارستان مستقر نیست.

مشخصات تیم ارزیابی کننده:

ردیف	نام و نام خانودگی	سمت
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		

مشخصات بیمارستان:

ردیف	مشخصات
۱	نام بیمارستان:
۲	نوع مالکیت: دولتی <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> نظامی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۳	نوع فعالیت: عمومی <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> فوق تخصصی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
۴	تعداد تخت مصوب: تعداد تخت فعال:
۵	تعداد تخت اختصاصی برای مبتلایان به کووید-۱۹:
۶	تعداد افزایش تخت برای مبتلایان به کووید-۱۹:
۷	آیا بیمارستان معین مبتلایان به کووید-۱۹ است: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸	نمره ایمنی طبق آخرین ارزیابی FHSI: کل: سازه‌ای: غیر سازه‌ای: عملکردی:
۹	درجه اعتباربخشی بیمارستان: عالی <input type="checkbox"/> یک برتر <input type="checkbox"/> یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> زیراستاندارد <input type="checkbox"/>
۱۰	امتیاز اعتباربخشی محور مدیریت خطر حوادث و بلایا در آخرین اعتباربخشی:

عملکرد بیمارستان در مدیریت مبتلایان طی یک سال گذشته:

فصل	کل پذیرش مبتلایان قطعی	بهبود یافته	فوت شده

مقیاس امتیاز دهی			نحوه ارزیابی	الف) مدیریت و برنامه ریزی خطر
خیر	تا حدودی	بلی		
				الف - ۱ - فرماندهی حادثه
			مصاحبه مستندات	۱- سامانه فرماندهی حادثه (HICS) یا یک تیم با هدف مدیریت پاندمی کووید-۱۹ در بیمارستان فعال است. * حداقل اعضای تیم: رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر مالی، سوپروایزر بالینی، مسئول آموزش، رئیس بخش اورژانس، مسئول کنترل عفونت، کارشناس بحران، مدیر منابع انسانی و سایر افراد به تشخیص کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان * برای هر پست اصلی در سامانه فرماندهی حادثه حداقل دو جانشین در نظر گرفته شده است.
			مصاحبه مستندات	۲- فرمانده حادثه دارای مشاورین متخصص در زمینه مدیریت حوادث زیستی (متخصص عفونی، اپیدمیولوژیست بالینی، داروساز بالینی، متخصص مراقبت‌های ویژه، متخصص علوم آزمایشگاهی، متخصص رادیولوژی، متخصص ریه و...) می‌باشد.
			مشاهده	۳- مکانی مشخص برای تشکیل جلسات مدیریت پاسخ اضطراری (اتاق فرماندهی حادثه)، بصورت ایمن، مجهز به وسایل ارتباطی کارآمد و امکانات برگزاری جلسات وجود دارد.
			مشاهده مصاحبه مستندات	۴- برنامه‌های عملیاتی حادثه بیولوژیک کووید-۱۹ (IAP) در بیمارستان، منطبق با برنامه‌های ملی توسط تیم فرماندهی حادثه تدوین شده و اجرا می‌شود.
			مصاحبه مستندات	۵- کارکنان بیمارستان از نقشهای خود در سامانه فرماندهی حادثه و برنامه عملیاتی حادثه منطبق با پاندمی کووید-۱۹ آگاه هستند.
				الف - ۲ - برنامه ریزی
			مصاحبه مستندات	۶- بیمارستان دارای کمیته فعال* مدیریت خطر حوادث و بلایا به منظور برنامه ریزی مدیریت خطر حوادث و بلایا می‌باشد که اعضا به شرح وظایف خود آگاه هستند. * اعضای کمیته: رئیس بیمارستان، مدیر، مدیر خدمات پرستاری، مدیر خدمات پزشکی (معاون درمان)، کارشناس مدیریت خطر، بهداشت حرفه‌ای، رئیس بخش اورژانس، مسئول کنترل عفونت/ اپیدمیولوژیست، مسئولین فنی داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری، مسئول حراست، تجهیزات پزشکی، تاسیسات، کارگزینی، تغذیه، بهداشت محیط، روابط عمومی، و سایر اعضا به تشخیص کمیته مدیریت خطر بیمارستان. * برگزاری مستمر جلسات با توجه به وضعیت اپیدمی در کشور (حداقل ماهی یکبار)
			مصاحبه مستندات	۷- بیمارستان دارای برنامه جامع مدیریت خطر حوادث و بلایا با رویکرد تمامی مخاطرات و متناسب با تحلیل خطر صورت گرفته، می‌باشد.
			مستندات	۸- بخشی از برنامه جامع مدیریت خطر حوادث و بلایا بیمارستان در خصوص اپیدمیها می‌باشد.
			مصاحبه مستندات	۹- برای سناریوهای امکان‌پذیر در طغیان بیماری‌های عفونی، برنامه و آمادگی لازم در بیمارستان وجود دارد (مانند: شدت یافتن کووید-۱۹ و طغیان همزمان بیماری‌های عفونی دیگر یا سایر اپیدمی‌های شایع در کشور).

الف - ۳ - اورژانس‌های (حوادث) همزمان				
			مستندات	شاخص ایمنی بیمارستان (FHSI) در محدوده قابل قبول است.
			مشاهده مصاحبه مستندات	در تدوین برنامه مدیریت خطر بیمارستان؛ به خصوص در زمینه‌های تریاژ، افزایش ظرفیت، تامین منابع، نیروی انسانی، هشدار سریع و تخلیه اضطراری به احتمال رخداد حوادث همزمان (مانند: همزمانی کووید-۱۹ با آتش سوزی، زلزله، سیل، انفجار و...) نیز توجه شده است و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.
			مصاحبه مستندات	هماهنگی لازم با EOC دانشگاه و سایر بیمارستان‌ها برای کاهش بار مراجعین ناشی از سایر بحران‌های همزمان با پاندمی کووید-۱۹ و هم‌افزایی جهت ارائه خدمات وجود دارد.
الف - ۴ - ارزیابی عملکرد				
			مصاحبه مستندات	ساز و کار/ چک لیست‌های لازم برای خود ارزیابی مستمر بیمارستان در زمینه مدیریت پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ در دسترس است و پایش‌ها بصورت مستمر صورت می‌گیرد.
			مشاهده مستندات	اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت بصورت مستمر (توسط حداقل یک ناظر آموزش دیده) پایش شده و اقدامات اصلاحی صورت می‌گیرد.
			مشاهده مستندات	میزان رعایت راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های ابلاغی بصورت مستمر پایش و اصلاحات لازم صورت می‌گیرد.
			مستندات مصاحبه	کیفیت مراقبت تنفسی و اکسیژن رسانی به بیماران بستری مبتلا به کووید-۱۹ به صورت روزانه توسط تیم مدیریتی بیمارستان کنترل و تضمین می‌شود.
ب - هماهنگی و ارتباطات				
ب - ۱ - هماهنگی (درون و برون بخشی)				
			مشاهده مصاحبه	یک سیستم/ روش ارتباطی درون بیمارستانی برای تبادل موثر داده‌ها و اطلاعات و گزارش‌دهی مکتوب بین واحدهای مختلف در بیمارستان وجود دارد.
			مصاحبه مستندات	جریان شفاف اطلاعات در قالب گزارش‌های لحظه‌ای و روزانه بین بیمارستان و EOC دانشگاه/ وزارت بهداشت وجود دارد.
			مصاحبه مستندات	بین بیمارستان و آزمایشگاه‌های مرجع کشوری بیماری‌ها و آزمایشگاه‌های ارجاع، تفاهم نامه و هماهنگی مناسب وجود دارد.
			مصاحبه مستندات	بین بیمارستان و پزشکی قانونی و مراکز دفن اجساد، تفاهم نامه و هماهنگی مناسب وجود دارد.
ب - ۲ - ارتباطات خطر				
			مصاحبه مستندات	تمامی اطلاعات با تایید فرماندهی حادثه و صرفاً از طریق ارشد روابط عمومی (سخنگو) در اختیار مردم و رسانه‌ها قرار می‌گیرد.
			مصاحبه	کارکنان بیمارستان، از سیستم‌های اطلاعاتی و ارتباطی موجود در بیمارستان کاملاً آگاه هستند.

۲۳-	تصمیمات مربوط به اولویت بندی بیماران (مانند تعدیل معیارهای پذیرش و ترخیص)، اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت، و سیاست‌های مربوط به استفاده از داروها به روشی موثر به کلیه کارکنان و ذینفعان مرتبط ابلاغ می‌شود.	مصاحبه مستندات
۲۴-	بیمارستان دارای روش‌های ارتباطی جایگزین مناسب است (مانند تلفن ثابت، اینترنت، تلفن همراه، پیجر، تلفن‌های ماهواره‌ای، تجهیزات رادیویی دو طرفه، فهرست تماس).	مشاهده مصاحبه
۲۵-	بیمارستان به لیست‌های بروز شده تماس با کارکنان دسترسی دارد.	مستندات
۲۶-	روش‌های اطلاع رسانی و ارتباطی غیرحضوری به خانواده بیماران و کارکنان وجود دارد.	مشاهده مصاحبه
۲۷-	پیش نویس پیام‌های کلیدی به مخاطبان مختلف (مثل بیماران، کارکنان و جامعه) در مورد سناریوهای متفاوت مرتبط با کووید-۱۹، موجود است.	مشاهده مستندات

پ - پیشگیری و کنترل عفونت

پ - ۱ - کنترل عفونت			
خبر	نا حدودی	بلی	نحوه ارزیابی
			۱- کمیته کنترل عفونت فعال* در بیمارستان وجود دارد و در طی پاندمی کووید-۱۹ جلسات مستمر تشکیل می‌دهد. * حداقل هفتگی تشکیل جلسه می‌دهد.
			۲- استفاده از تجهیزات حفاظت فردی (پوشیدن، درآوردن، امحاء) توسط کارکنان به درستی انجام می‌شود.
			۳- رعایت بهداشت دست کارکنان بیمارستان با مواد شوینده و ضدعفونی کننده پایه الکلی انجام می‌شود.
			۴- ماسک‌های پزشکی/ جراحی برای کلیه بیماران مشکوک/ محتمل/ قطعی هنگام انتقال در بیمارستان استفاده می‌شود.
			۵- تدابیر لازم برای کاهش انتقال آلودگی به داخل بیمارستان اندیشیده شده است و مسیر انتقال بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مجزا و مشخص می‌باشد.
			۶- کارکنان از روند و مسیر حرکت ایمن موارد مشکوک به کووید-۱۹ از نقطه شناسایی و محل معاینه تا اتاق بستری آگاهی دارند.
			۷- فرایند مدیریت مواجهه شغلی کارکنان (شامل بررسی، قرنطینه، درمان و مرخصی استعلاجی) در نظر گرفته شده است و اجرا می‌شود.
			۸- دستورالعمل‌های پیشگیری و کنترل عفونت مربوط به نمونه‌های آزمایشگاهی رعایت می‌شود.
			۹- دستورالعمل‌های پیشگیری و کنترل عفونت مربوط به تهیه غذا رعایت می‌شود.
			۱۰- فرایند مدیریت اجساد مبتلایان کووید-۱۹ مطابق با الزامات پیشگیری و کنترل عفونت وزارت بهداشت انجام می‌شود.
			۱۱- سیستم‌های تهویه بیمارستان دارای استانداردهای لازم است و گردش هوا مناسب هوا وجود دارد.
			۱۲- اتاق‌ها، مسیرها و بخش‌هایی که در ارتباط با مراقبت از مبتلایان قطعی کووید-۱۹ استفاده می‌شوند، شناسایی شده و محدودیت رفت و آمد دارند.
			۱۳- فرآیند ردیابی تماسی در بیمارستان وجود دارد و با هماهنگی مراجع ذیربط (بالادستی) انجام می‌شود.

۱۴-	برنامه ممنوعیت و یا محدودسازی رفت و آمد همراهان وجود دارد و اجرا می‌شود.	مشاهده مستندات		
۱۵-	برنامه الزام ملاقات کنندگان به رعایت اقدامات احتیاطی پیشگیری و کنترل عفونت (مشابه کارکنان) وجود دارد و انجام می‌شود.	مشاهده مستندات		
پ - ۲ - قرنطینه و ایزولاسیون				
۱۶-	طرح اسکان موقت کارکنان به منظور قرنطینه در فواصل شیفت‌ها وجود دارد.	مشاهده مصاحبه		
۱۷-	مناطق / اتاق‌های ایزوله برای معاینه موارد مشکوک در بخش‌های بستری و سرپایی مشخص شده است.	مشاهده		
۱۸-	قابلیت جداسازی بیماران به صورت فردی در داخل بیمارستان وجود دارد و انجام می‌شود.	مشاهده		
۱۹-	قابلیت جداسازی بیماران به صورت جمعی در داخل بیمارستان وجود دارد و انجام می‌شود. * محل قرارگیری موارد مبتلای یکسان در واحد/ بخش یکسان مشخص شده است و فاصله بین تخت‌ها حداقل یک و نیم متر می‌باشد.	مشاهده		
۲۰-	فرآیند نظارت منظم بر فشار و تهویه اتاق‌های ایزوله در نظر گرفته شده است تا از آماده به کار بودن و تداوم کار آنها اطمینان حاصل شود.	مصاحبه مستندات		
پ - ۳ - آلودگی زدایی				
۲۱-	نظافت و ضد عفونی فضاهای فیزیکی مطابق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت انجام می‌شود.	مشاهده		
۲۲-	نظافت و گندزدایی تجهیزات چند بار مصرف مطابق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت انجام می‌شود.	مشاهده		
۲۳-	دفع مواد آلوده از البسه در بیمارستان مطابق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت صورت می‌گیرد.	مشاهده		
۲۴-	نظافت و گندزدایی آمبولانس‌ها در بیمارستان مطابق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت انجام می‌شود.	مشاهده		
۲۵-	مدیریت پسماندهای پزشکی و غیر پزشکی بیماران کووید-۱۹ (بویژه در آزمایشگاه، بخش‌های مراقبت ویژه، اورژانس، بستری) مطابق با دستورالعمل‌های وزارت بهداشت انجام می‌شود.	مشاهده		
ت - تشخیص و درمان				
ت - ۱ - توانایی تشخیص				
۲۶-	کیت تشخیص عامل کووید-۱۹ متناسب با تعداد مراجعین در دسترس است.	مشاهده مستندات		
۲۷-	خدمات تصویربرداری تشخیصی کووید-۱۹، به سهولت و در زمان مناسب در دسترس است.	مشاهده		
۲۸-	در صورت نبود امکانات تشخیصی داخل بیمارستان، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری جایگزین/ طرف قرارداد شناسایی و تامین شده است.	مصاحبه مستندات		
۲۹-	کادر درمان از اصول تشخیص مبتلایان به کووید-۱۹ آگاه هستند.	مصاحبه		
۳۰-	فرآیند انجام تست‌های تشخیص افتراقی ویروس‌های تنفسی دیگر (مانند آنفلوآنزا و...) با توجه به نیازهای بالینی و نیاز جمعیت تحت پوشش بیمارستان،	مشاهده		

			مستندات	
۴۶-	مبتلایان شدید کووید-۱۹ در بخش مراقبت‌های ویژه، بستری و درمان می‌شوند.		مشاهده	
۴۷-	نرخ بهبودی مبتلایان کووید-۱۹ در بیمارستان در مقایسه با متوسط کشوری مساوی یا بالاتر است.			
ت - ۵ - اخلاق بالینی				
۴۸-	هرگونه روش درمانی جدید خارج از دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، پس از تصویب طرح تحقیقاتی و کسب کد اخلاق از معاونت پژوهش دانشگاه متبوع انجام می‌شود.		مصاحبه مستندات	
۴۹-	فرآیند گزارش خطا (و نزدیک به خطا) در خصوص اپیدمی کووید-۱۹ در بیمارستان وجود دارد و اطلاع رسانی شده است.		مصاحبه	
۵۰-	گزارش‌های خطا (نزدیک به خطا) در خصوص اپیدمی کووید-۱۹ بلافاصله بررسی شده و اقدامات اصلاحی صورت می‌گیرد.		مصاحبه	
۵۱-	شکایات بیماران با روش مناسب، پیگیری شده و به شاکیان بازخورد داده می‌شود.		مصاحبه	
ت - ۶ - خدمات روانشناختی				
۵۲-	نیازهای روانشناختی بیماران و کارکنان در طی پاندمی کووید-۱۹، بصورت مستمر پایش می‌شود.		مستندات	
۵۳-	برنامه حمایت روانشناختی از کارکنان بیمارستان و بیماران وجود دارد و اجرا می‌شود(۹-۱۱).		مشاهده مستندات	
۵۴-	برنامه حمایت روانشناختی از خانواده‌های کارکنان بیمارستان و همراهان بیمار وجود دارد و اجرا می‌شود(۹-۱۱).		مشاهده مستندات	
ج - آموزش و تمرین				
ج - ۱ - آموزش و تمرین کادر درمان و کارکنان				
۵۵-	دستورالعمل‌های ابلاغی در خصوص کووید-۱۹ بصورت مدون و منظم به کادر درمان و کارکنان آموزش داده می‌شود.		مصاحبه مستندات	
۵۶-	کادر درمان و کارکنان در خصوص شرح وظایف خود در مدیریت پاندمی کووید-۱۹، آموزش موثر دریافت کرده‌اند و آگاه هستند.		مصاحبه مستندات	
۵۷-	کادر درمان و کارکنان در خصوص اصول پیشگیری و کنترل عفونت و حفاظت فردی (مانند راه‌های انتقال، نحوه پوشیدن و درآوردن تجهیزات حفاظت فردی، انواع اقدامات احتیاطی، ایزولاسیون و...) آموزش موثر دریافت کرده‌اند.		مصاحبه مستندات	
۵۸-	کارکنان مرتبط (بویژه کارکنان خط مقدم) در خصوص نحوه شناسایی موارد مشکوک، تریاژ، معاینه و مراقبت از موارد مشکوک یا مبتلا، آموزش موثر دریافت کرده‌اند.		مصاحبه مستندات	
ج - آموزش و تمرین				
			نحوه ارزیابی	بلی
			تا حدودی	خیر
۵۹-	آموزش پیشرفته (احیای مبتلایان، روش لوله گذاری، کار با دستگاه ونتیلاتور،...) به کادر درمان و کارکنان در بخش‌های پاسخگوتر (بخش‌های عفونی، اورژانس و مراقبت‌های ویژه) داده می‌شود.		مصاحبه مستندات	

۶۰-	مصاحبه مستندات	کلیه پرسنل تازه وارد (مانند پرسنل ذخیره، داوطلبان عادی، کارمندان بازنشسته و...) در خصوص اصول پیشگیری و کنترل عفونت، حفاظت فردی (مانند راه‌های انتقال، نحوه پوشیدن و درآوردن تجهیزات حفاظت فردی، انواع احتیاطات، ایزولاسیون و...) و مدیریت مبتلایان قبل از بکارگیری، آموزش موثر دریافت می‌کنند.
۶۱-	مصاحبه مستندات	در طی پاندمی تمرین‌های مرتبط و دوره‌ای در موارد لازم (مانند حوادث همزمان، اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت و...) برای اطمینان از شایستگی و ایمنی کادر درمان و کارکنان فراهم شده است.
۶۲-	مصاحبه مستندات	نحوه مدیریت ریختن و پاشیدن مواد آلوده (Spill management) در آزمایشگاه و بیمارستان تمرین می‌شود.
ج - ۲ - آموزش مراجعین (بیماران و همراهان)		
۶۳-	مصاحبه مستندات	آموزش‌های اثربخش در بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص، به مبتلایان بستری کووید-۱۹ داده می‌شود.
۶۴-	مصاحبه مستندات	آداب بهداشت دست، سرفه و تنفس به بیماران و ملاقات کنندگان از طریق شفاهی، پوسترها، بروشور و... آموزش داده می‌شود.
۶۵-	مصاحبه مستندات	آموزش‌های لازم پس از ترخیص (بهبودیافتگان یا موارد خفیف که نیاز به بستری ندارند) در خصوص نحوه مراقبت در منزل و اقدامات بهداشت فردی، به همراهان بیمار داده می‌شود.
چ - مدیریت منابع		
چ - ۱ - منابع انسانی		
۶۶-	مصاحبه مستندات	برنامه تامین انگیزش کارکنان (کارانه، مزایای غیر مستمر و...) در بیمارستان وجود دارد و اجرا می‌شود.
۶۷-	مستندات	تعداد مناسب پزشک دارای صلاحیت برای پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ برآورد، اولویت بندی و فراهم شده است.
۶۸-	مستندات	تعداد مناسب پرستار دارای صلاحیت برای پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ برآورد، اولویت بندی و فراهم شده است.
۶۹-	مستندات	تعداد مناسب نیروی انسانی پاراکلینیک دارای صلاحیت برای پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ برآورد، اولویت بندی و فراهم شده است.
۷۰-	مستندات	تعداد مناسب نیروی انسانی خدماتی دارای صلاحیت برای پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ برآورد، اولویت بندی و فراهم شده است.
۷۱-	مستندات	تعداد مناسب نیروی انسانی امنیتی دارای صلاحیت برای پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ برآورد، اولویت بندی و فراهم شده است.
۷۲-	مستندات	تعداد مناسب نیروی انسانی پشتیبانی/اداری دارای صلاحیت برای پاسخ به پاندمی کووید-۱۹ برآورد، اولویت بندی و فراهم شده است.
۷۳-	مشاهده	تیم/تیم‌های آموزشی برای آموزش سریع و روزآمد به همه کارکنان بیمارستان، مراجعین و همراهان وجود دارد.
۷۴-	مشاهده	روش و امکانات لازم برای پایش منظم و مستمر سلامت کارکنان وجود دارد.
۷۵-	مشاهده	کارکنان مبتلا به کووید-۱۹ با فرآیندی ویژه (اولویت پذیرش، سیستم ارجاع به سایر مراکز و...) نسبت به سایر بیماران، درمان و مراقبت می‌شوند.
۷۶-	مصاحبه مستندات	مقررات اعطای مرخصی استعلاجی (در صورت قرنطینه کارکنان در منزل) برای کارکنان بیمارستان مبتلا و مشکوک به بیماری کووید-۱۹، وجود دارد و اجرا می‌شود.

چ - مدیریت منابع

خبر	تا حدودی	بلی	نحوه ارزیابی	
			مصاحبه مستندات	۷۷- مقررات اعطای مرخصی استعلاجی برای کارکنانی که اعضای خانواده/ وابستگان مبتلا به کووید-۱۹ دارند وجود دارد و اجرا می‌شود.
			مصاحبه مستندات	۷۸- غیبت احتمالی کارکنان بویژه شاغلین در بخش‌های پاسخگوتر (بخش‌های عفونی، اورژانس و مراقبت‌های ویژه) تخمین زده شده، به طور مداوم پایش می‌شود و کارکنان ذخیره برای جبران این کمبود تامین می‌گردد.
			مصاحبه مستندات	۷۹- امکان بکارگیری پرسنل جدید (مانند پرسنل ذخیره، داوطلبان و کارمندان بازنشسته) بر اساس نیازهای پیش بینی شده وجود دارد.
			مصاحبه مستندات	۸۰- اقدامات حمایتی از کارکنان (مراقبت از کودکان، مراقبت از اعضای بیمار یا معلول خانواده) که می‌تواند باعث افزایش انعطاف پذیری برای کار در شیفت‌های طولانی‌تر شود، مشخص شده و اجرا می‌گردد.
			مصاحبه مستندات	۸۱- برای کارکنانی که بصورت موقت، خارج از تخصص خود کار می‌کنند، مجوز موقت کاری، اعتبار مالی و بیمه فراهم شده است.
			مستندات	۸۲- یک اپیدمیولوژیست بالینی با بیمارستان همکاری مستمر دارد (بصورت اختصاصی یا مشاوره‌ای).
			مصاحبه مستندات	۸۳- کارکنان مبتلا به بیماری‌های زمینهای، در بخش‌های دیگر بکار گرفته می‌شوند.
چ - ۲ - تامین و تدارکات				
			مشاهده مستندات	۸۴- فهرست موجودی کلیه تجهیزات، ملزومات، اقلام بهداشتی و داروها تهیه شده و در فواصل زمانی معین، روزآمد می‌گردد.
			مستندات	۸۵- بر اساس سناریوهای محتمل پاندمی کووید-۱۹، میزان تجهیزات، ملزومات، اقلام بهداشتی و داروها (حداقل مصرف یک ماه) برآورد و تامین شده است.
			مشاهده	۸۶- شرایط محیطی محل انبارش تجهیزات، ملزومات، اقلام بهداشتی و داروها (شامل دسترسی، امنیت، دمای محیط، تهویه، رطوبت، و نور) مناسب است.
			مصاحبه مستندات	۸۷- فرایندی برای کنترل و پایش مستمر تجهیزات، ملزومات، اقلام بهداشتی و داروها (سیستم‌های هشدار کمبود و مکانیسم‌های هشدار تاریخ انقضا) وجود دارد.
			مشاهده	۸۸- زنجیره سرد برای اقلام مرتبط حفظ می‌شود.
			مشاهده مصاحبه	۸۹- تجهیزات حفاظت فردی-PPE (ماسک، دستکش، گان، محافظ چشم، روکش، روکش مو و...) متناسب با سطح خطر ابتلا و حداقل برای مصرف یک ماه در دسترس کارکنان وجود دارد.
			مصاحبه	۹۰- زمانی که عرضه تجهیزات حفاظت فردی محدود باشد، مراقبت کنندگان از بیماران در اولویت هستند.
			مستندات	۹۱- برای اطمینان از تهیه و تحویل فوری تجهیزات، ملزومات، اقلام بهداشتی و داروها در مواقع کمبود، تفاهم نامه با شرکت‌های تامین کننده وجود دارد.
			مصاحبه مستندات	۹۲- ساز و کاری برای نگهداری پیشگیرانه و تعمیر سریع تجهیزات مورد نیاز (مانند ونتیلاتورها و...) برای خدمات ضروری وجود دارد.
			مشاهده	۹۳- خدمات انتقال بیماران جهت ارجاع و اعزام در مراحل مختلف پاندمی کووید-۱۹ تامین شده است.

		مستندات	
		مشاهده	مواد و تجهیزات ضروری آزمایشگاهی حداقل برای مصرف یک ماه فراهم است.
		مشاهده	مواد و تجهیزات ضروری تصویربرداری حداقل برای مصرف یک ماه فراهم است.
		مشاهده	امکانات رعایت بهداشت دست کارکنان با مواد شوینده و ضدعفونی کننده پایه الکلی حداقل برای مصرف یک ماه فراهم است.
		مشاهده	امکانات نظافت و ضد عفونی فضاهای فیزیکی حداقل برای مصرف یک ماه فراهم است.
چ - مدیریت منابع			
خبر	نا حدودی	بلی	نحوه ارزیابی
			مشاهده
			امکانات دفع پسماندهای پزشکی و غیر پزشکی (بوئژه در آزمایشگاه، بخش‌های مراقبت ویژه، اورژانس، بخش بستری بیماران کووید-۱۹) حداقل برای مصرف یک ماه فراهم است.
			مشاهده
			امکانات بهداشتی، حفاظت فردی، درمانی و مراقبتی در مکان قرنطینه کارکنان وجود دارد.
			مشاهده
			خدمات پشتیبانی ضروری (آب، مواد غذایی، برق، اکسیژن، سوخت) در بیمارستان متناسب با ظرفیت پذیرش و موارد افزایش تقاضا تامین شده است.
			مشاهده
			امنیت ورودی بیمارستان، انبارها، رفت و آمد، و پارکینگ تامین شده است.
			مشاهده
			امکانات لازم برای آموزش اثربخش کادر درمان، کارکنان، مراجعین و همراهان وجود دارد.
			مشاهده
			امکانات لازم برای تامین تعداد کافی البسه و ملحفه تمیز وجود دارد.
			مشاهده
			امکانات لازم برای تامین تعداد کافی کیسه جسد و کفن برای استفاده در سردخانه‌ها وجود دارد.
چ - ۳ - منابع فیزیکی			
			مشاهده
			مکانی برای تریاژ بیماران (ترجیحا خارج از ساختمان اصلی بیمارستان) ایجاد شده است.
			مشاهده
			یک منطقه محصور و مستقل برای نگهداری و معاینه افراد مبتلا به علائم تنفسی در ورودی بخش‌های اورژانس ایجاد شده است که بطور مناسب تهویه می‌شود و کم تردد و ایمن است.
			مشاهده
			بخش مراقبت‌های ویژه طبق استانداردهای وزارت بهداشت برای بستری مبتلایان شدید کووید-۱۹ وجود دارد. * نسبت یک تخت ویژه به ازای هر ۵ بیمار بستری.
			مشاهده
			فضای فیزیکی مناسب برای ایزولاسیون بیماران در بیمارستان مطابق با استانداردهای ملی* وجود دارد. * شامل اتاق‌های ایزوله مجزا با تهویه مناسب (تعویض هوا بیش از ۱۲ بار در ساعت)، فشار منفی (برای روش‌های تولید کننده آئروسول) و پیش‌ورودی.
			مشاهده
			فضای فیزیکی مشخصی برای انبارش منابع و مواد اضافی در نظر گرفته شده است.
			مشاهده
			محلی مناسب برای استفاده به عنوان سردخانه موقت برای متوفیان تعیین شده است.
چ - ۴ - فراطرفیتی مناسب با بلایای عفونی			
			مصاحبه
			افزایش تقاضا برای خدمات بیمارستان در طول پاندمی کووید-۱۹ با روشهای مناسب برآورد شده است (مانند مفروضات، روند پیشرفت پاندمی، نظر

			مستندات	اپیدمیولوژیست، ابزارهای برنامه ریزی و...).
			مصاحبه مستندات	۱۱۲- برنامه افزایش ظرفیت پذیرش بیمارستان (از جمله فضای فیزیکی، کارکنان، تجهیزات، فرایندها، ظرفیت تغذیه و لغو خدمات غیر ضروری) وجود دارد.
			مصاحبه	۱۱۳- کارکنان از برنامه افزایش ظرفیت پذیرش بیمارستان و نقش خود در آن آگاه هستند.
			مصاحبه مستندات	۱۱۴- کمبودها و نواقص احتمالی در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی (با تأکید بر مراقبتهای ضروری) به مبتلایان کووید-۱۹، شناسایی شده و با همکاری سازمانهای بالادستی و بیمارستانهای همکار رفع می‌شود.
			مشاهده	۱۱۵- ظرفیتهای اضافی با برون‌سپاری مراقبت بیماران الکتیو و غیر بحرانی به مکانهای مناسب جایگزین، ایجاد شده است.
			مشاهده	۱۱۶- فضاهای اضافی در بیمارستان برای تبدیل شدن به بخش مراقبت از مبتلایان به کووید-۱۹ شناسایی و تجهیز شده است.
			مشاهده	۱۱۷- امکانات جایگزین تامین خدمات پشتیبانی ضروری (آب، مواد غذایی، اکسیژن، برق و سوخت) در بیمارستان وجود دارد.
چ - مدیریت منابع				
			نحوه ارزیابی	نا حدودی خیر
چ - ۵ - استمرار خدمت رسانی				
			مشاهده	۱۱۸- خدمات ضروری پزشکی (برای بیماران غیر کووید-۱۹) بصورت مداوم و بدون وقفه انجام می‌گردد.
			مشاهده مستندات	۱۱۹- از استمرار تامین خدمات اساسی مانند آب، برق، اکسیژن، سوخت و...، اطمینان حاصل شده است.
			مشاهده، مستندات	۱۲۰- از استمرار تامین مواد ضدعفونی کننده و گندزدا مطابق با پاندمی کووید-۱۹، اطمینان حاصل شده است.
			مشاهده مستندات	۱۲۱- از استمرار تامین تجهیزات و ملزومات ضروری، دارو و مواد مصرفی، اطمینان حاصل شده است.
			مشاهده مستندات	۱۲۲- از استمرار تامین نیروی انسانی آموزش دیده و متخصص، اطمینان حاصل شده است.
چ - ۶ - منابع مالی				
			مستندات	۱۲۳- بودجه مناسب برای تامین نیازهای ضروری در پاندمی کووید-۱۹ تخصیص یافته است.
			مستندات	۱۲۴- خدمات بیمه‌ای مناسب برای پشتیبانی از کارکنان در پاندمی کووید-۱۹ فراهم است.
			مستندات	۱۲۵- خدمات بیمه‌ای مناسب برای پشتیبانی از منابع و بیمارستان در پاندمی کووید-۱۹ فراهم است.

اصطلاح‌شناسی مدیریت خطر حوادث و بلایا

Acceptable risk خطر قابل قبول

Accident..... سانحه، تصادف

Act of God اعتقاد به حکمت خدا در رابطه با وقوع حوادث و بلایا

Action plan برنامه عملیاتی

Active defense دفاع فعال

Adaptation سازگاری

Advanced life support (ALS)..... اقدامات پیشرفته حمایت‌کننده حیات

Aeromedical evacuation تخلیه اضطراری از طریق امداد هوایی

After-action report گزارش اقدامات انجام شده

After-action review بازنگری اقدامات انجام شده

Aggregate..... تجمعی - تراکمی

Aggregate surveillance دیدبانی تجمعی

Air ambulance..... آمبولانس هوایی

Air medical transport انتقال پزشکی هوایی

Air search and rescue team تیم جستجو و نجات هوایی

Alarm هشدار

Alerting system..... سامانه آگاه‌سازی (هشداردهی)

All-hazards approach رویکرد تمامی مخاطرات

Area command (unified area command)..... فرماندهی واحد منطقه

Assessment ارزیابی / برآورد

Associate hospital بیمارستان همکار

Best practice بهترین اقدام

Biological agent عوامل بیولوژیکی

Biological attack حملات بیولوژیکی

Biological decontamination آلودگی زدایی بیولوژیکی

Bioterrorism..... بیوتروریسم

Briefing..... جلسه پرسش و پاسخ

Capacity..... ظرفیت

Case fatality rate..... میزان کشندگی

Casualty..... مصدوم

Catastrophe..... فاجعه

Catchment area..... منطقه تحت پوشش

Chain of command زنجیره فرماندهی

Chemical agent..... عوامل شیمیایی

Chemical protective clothing..... پوشش محافظ در برابر مواد شیمیایی

Civil defense..... دفاع مدنی

Classified information اطلاعات طبقه‌بندی شده

Clean-up operation عملیات پاکسازی

Command فرمان

Command & control..... فرماندهی و کنترل

Command & control model..... مدل فرماندهی و کنترل

Command post..... مقر فرماندهی

Command staff..... کارکنان حوزه فرماندهی

Commander فرمانده

Communication security..... امنیت ارتباطات

Community..... جامعه

Community Emergency Response Team (CERT)..... تیم‌های واکنش اضطراری جامعه

Community-based surge capacity..... فرا ظرفیت جامعه محور

Complex disaster بلایای پیچیده

Concept مفهوم

Confirmed disease outbreak طغیان تأیید شده بیماری

Contingency اقتضایی

Contingency plan..... برنامه اقتضایی

Continuity of command..... تداوم فرماندهی

Continuity of government.....	تداوم حاکمیت.....	Disaster prevention.....	پیشگیری از بلایا.....
Continuity of operation.....	تداوم عملیات.....	Disaster reduction	کاهش اثرات بلایا.....
Coordinate	هماهنگ کردن.....	Disaster relief	امداد در بلایا.....
Coordination.....	هماهنگی.....	Disaster research	پژوهش در بلایا.....
Coordinator.....	هماهنگ کننده.....	Disaster severity scale	مقیاس شدت بلایا.....
Crisis	هماهنگ کننده.....	Disaster vulnerability	آسیب پذیری در بلایا.....
Crisis management	مدیریت بحران.....	Dispatch	اعزام.....
Cyber	سایبر.....	Dispatcher	اعزام گر.....
Cyber terrorism.....	تروریسم سایبری.....	Displaced Person.....	فرد آواره.....
Damage assessment.....	ارزیابی خسارت.....	EMAC advance Team	رسانی در وضعیت اضطراری تیم پیشرفته کمک.....
Data reliability	قابلیت اعتماد داده ها.....	Emergency	فوریت.....
Data validity	اعتبار داده ها.....	Emergency Alert System.....	سامانه هشدار اضطراری.....
Debriefing.....	کسب اطلاعات.....	Emergency Broadcast System.....	سامانه سخن پراکنی وضعیت اضطراری.....
Decontamination	آلودگی زدایی.....	Emergency communications	ارتباطات اضطراری.....
Defense.....	دفاع.....	Emergency Department.....	بخش اورژانس.....
Demobilization	رفع بسیج عمومی.....	Emergency Management.....	مدیریت فوریت.....
Deployment	گسیل کردن نیرو.....	Emergency management Agency.....	آژانس مدیریت وضعیت اضطراری.....
Disaster.....	بلا.....	Emergency medical dispatch.....	اعزام فوریت پزشکی.....
Disaster application center	مرکز تسهیلات کاربردی بلایا.....	Emergency medical Dispatcher.....	اعزام کننده فوریت پزشکی.....
Disaster assistance response team	تیم امداد پاسخ بلایا.....	Emergency medical services (EMS)	خدمات فوریت پزشکی.....
Disaster continuum.....	زنجیره (تسلسل) بلایا.....	Emergency operations center (EOC).....	مرکز هدایت عملیات فوریتی.....
Disaster cycle	چرخه بلایا.....	Exercise.....	تمرین.....
Disaster drill	تمرین بلایا.....	Emergency operations plan (EOP).....	برنامه عملیات فوریتی.....
Disaster epidemiology	اپیدمیولوژی بلایا.....	Emergency public information.....	اطلاعات عمومی فوریتی.....
Disaster field office	دفتر بلایای محل حادثه.....	Facility-based surge capacity	فرا ظرفیت با محوریت تسهیلات.....
Disaster informatics.....	اطلاع رسانی در بلایا.....	Fault tree analysis.....	تحلیل به روش درخت خطا.....
Disaster management	مدیریت بلایا.....	Field triage	تریاز در صحنه.....
Disaster medical assistance team (DMAT)	تیم امداد پزشکی در بلایا.....	Fire management zone	منطقه مدیریت آتش.....
Disaster plan.....	برنامه بلایا.....	Field hospital.....	بیمارستان سیار در صحنه حادثه.....
Disaster preparedness	آمادگی در بلایا.....	First responder.....	اولین پاسخگو.....

Functional exercise تمرین عملکردی

Geographic information system سامانه اطلاعات جغرافیایی

Hazard مخاطره

Hazard Analysis تحلیل مخاطره

Hazard area منطقه مخاطره

Hazard communication (HAZCOM) اطلاع رسانی مخاطره

Hazard duration of impact دوره اثر مخاطره

Hazard identification شناسایی مخاطره

Hazard mitigation کاهش اثرات مخاطره

Hazard predictability پیش بینی پذیری مخاطره

Hazard risk خطر مخاطره

Hazard surveillance مراقبت و پایش مخاطره

Hazard vulnerability analysis تحلیل آسیب پذیری نسبت به مخاطره

Health care delivery system سامانه ارائه خدمات سلامت

Health care facility تسهیلات خدمات سلامت

Helispot مکان استقرار بالگرد

High-risk personnel کارکنان مهم و کلیدی

Hazardous materials مواد خطرناک

Hazmat team تیم تخصصی مواد خطرناک

Immediate response پاسخ فوری

Immigration مهاجرت

Incident حادثه

Incident action plan برنامه عملیات حادثه

Incident command فرماندهی حادثه

Incident command post پست فرماندهی حادثه

Incident command system (ICS) سامانه فرماندهی حادثه

Incident commander فرمانده حادثه

Incident management مدیریت حادثه

Incident mitigation تخفیف حادثه

Inclusive trauma care system سامانه فراگیر مراقبت تروما

Industrial facilities تسهیلات صنعتی

Industrial preparedness آمادگی صنعتی

Industrial preparedness planning برنامه ریزی آمادگی صنعتی

Industrial Preparedness Program برنامه آمادگی صنعتی

Information science علم اطلاعات

Information security امنیت اطلاعات

Information sharing به اشتراک گذاری اطلاعات

Information technology (IT) فناوری اطلاعات

Infrastructure زیر ساخت

Injury control کنترل صدمه

Intelligent information systems (ITS) سامانه اطلاعاتی هوشمند

Isolation جدا سازی

Jurisdiction حوزه استحقاقی (قضایی)

Laboratory Response Network (LRN) شبکه پاسخ آزمایشگاهی

Lead agency سازمان پاسخگو

Leadership رهبری

Legislator قانون گذار

Lifelines شریان‌های حیاتی

Local EMS agency سازمان اورژانس محلی

Local government دولت محلی

Logistics پشتیبانی

Major disaster بلایای بزرگ

Man-made disaster بلایای انسان ساخت

Management مدیریت

Mandatory evacuation تخلیه اجباری

Mass casualty مصدومان انبوه

Mass casualty incident (MCI) حادثه با مصدومان انبوه

Mass fatality incident حادثه با تلفات انبوه

Mass fatality management مدیریت تلفات انبوه

Mass-gathering medical care مراقبت پزشکی در تجمع انبوه

Medical direction (offline)	هدایت پزشکی (آفلاین)	Prevention	پیشگیری
Medical direction (online)	هدایت پزشکی (آنلاین)	Public health surge capacity	فرافریت حوزه سلامت عمومی
Military capability	توانایی‌های نظامی	Public information officer (PIO)	ارشد روابط عمومی
Mitigation	کاهش آثار نامطلوب حوادث و بلایا	Public safety answering point (PSAP)	مکان پاسخ ایمنی عمومی
Mitigation evaluation	ارزیابی کاهش آثار بلایا	Public safety officer	ارشد ایمنی عمومی
Mobile communications center	مرکز ارتباطات سیار	Public safety telecommunicator	رابط ایمنی عمومی از راه دور
Mortality rate	میزان مرگ و میر	Quarantine	قرنطینه
Multi-agency command center	مرکز فرماندهی چند سازمانی	Rail transport	حمل و نقل ریلی
Multi-agency coordination entity	نهاد هماهنگی چند سازمانی	Rapid needs assessment	ارزیابی سریع نیازها
Multi-agency coordination system	مرکز فرماندهی چند سازمانی	Rapid needs assessment team	تیم ارزیابی سریع نیازها
National defense	دفاع ملی	Recovery	بازیابی
National Incident Management System (NIMS)	سامانه ملی مدیریت حوادث	Recovery time	زمان بازیابی
National planning scenarios	سناریوهای برنامه‌ریزی ملی	Regional EMS system	سامانه فوریت پزشکی منطقه ای
National preparedness	آمادگی ملی	Regional hospital coordination center	مرکز هماهنگی بیمارستانی منطقه ای
National Response Plan	برنامه پاسخ ملی	Regional hospital emergency planning	برنامه ریزی فوریت بیمارستانی منطقه ای
National strategy	راهبرد ملی	Rehabilitation	بازتوانی
National Warning System	سامانه هشدار ملی	Reliability	پایایی
Natural disaster	بلای طبیعی	Remote sensing	سنجش از راه دور
Natural hazard	مخاطره طبیعی	Remote sensing space capabilities	قابلیت‌های فضایی سنجش از راه دور
Needs assessment	نیاز سنجی	Resilience	تاب آوری
Outbreak	طغیان	Response	پاسخ
Over triage	تریاژ بیش از حد	Risk	خطر
Personal protective equipment	تجهیزات حفاظت شخصی	Risk analysis	تحلیل خطر
Plan	برنامه	Risk assessment	ارزیابی خطر
Planning	برنامه ریزی	Risk communication	اطلاع رسانی خطر
Portable emergency isolation treatment center	مرکز قابل حمل مراقبت از بیماران نیازمند جداسازی	Risk evaluation	ارزشیابی خطر
Post-traumatic stress disorder(PTSD)	اختلال استرس پس از حادثه	Risk management	مدیریت خطر
Pre-incident site planning	برنامه ریزی مکانی قبل از حادثه	Risk Mitigation	تخفیف خطر
Preliminary damage assessment	ارزیابی مقدماتی خسارت	Risk perception	درک خطر
Preparedness	آمادگی	Risk reduction	کاهش خطر

Search and rescue جستجو و نجات
 Situation assessment ارزیابی وضعیت
 Size-up ارزیابی صحنه
 Special needs shelter سرپناه افرادی با نیازهای ویژه
 Spontaneous evacuation خودی تخلیه خود به
 Staging area آمادگاه
 Standard operating procedure شیوه عملیاتی استاندارد
 Strategic plan برنامه راهبردی
 Survey بررسی دقیق / ممیزی
 Surge capacity فرا ظرفیت
 Surge capacity hospital performance standards استانداردهای فرا ظرفیت بیمارستانی
 Survey بررسی دقیق / ممیزی
 Surveillance پایش / مراقبت
 Threat assessment ارزیابی تهدیدات
 Transportation incident حوادث مربوط به سامانه حمل و نقل
 Transportation management مدیریت سامانه حمل و نقل
 Trauma صدمه - آسیب

Tabletop exercise تمرین دورمیزی
 Technological disaster بلایای مربوط به تکنولوژی / فناوری
 Telecommunication ارتباط از راه دور
 Trauma care System سامانه مراقبت تروما
 Trauma center مرکز تروما
 Trauma registry ثبت اطلاعات تروما
 Trauma service area منطقه تحت پوشش خدمات تروما
 Trauma team تیم تروما
 Traumatic stress استرس آسیب زا
 Triage algorithm الگوریتم تریاژ
 Triage criteria معیار تریاژ
 Unified command فرماندهی واحد
 Unified Command Plan برنامه فرماندهی واحد
 Unity of command وحدت فرماندهی
 Vulnerability آسیب پذیری
 Vulnerability analysis تحلیل آسیب پذیری
 Vulnerability assessment ارزیابی آسیب پذیری

توضیحات

اصطلاحات

<p>از این واژه در ارزیابی خطر استفاده می‌شود و عبارت است از اینکه یک فرد، خانواده، گروه، سازمان، جامعه، منطقه، استان یا کشور در قبال اقدامات کاهش خطر بلایا تا چه میزان می‌تواند عواقب جانی، مالی و اقتصادی ناشی از رخداد یک مخاطره را تحمل نماید. به عنوان مثال: خطر ناشی از وقوع سیل هر ۱۰۰ سال یک بار ممکن است قابل قبول باشد، اما وقوع سیل هر ۱۰ سال یک بار قابل قبول نیست.</p>	<p>Acceptable risk خطر قابل قبول</p>
<p>مجموعه‌ای از وقایع که موجب آسیب به یک سامانه مشخص شده و کارکرد فعلی یا آتی سامانه در اثر خسارات وارده مختل می‌گردد. تصادف یک واقعه غیرقابل پیش‌بینی، ناخوشایند است، به ویژه حوادثی که منجر به آسیب یا جراحت می‌گردند، نظیر حوادثی مانند: انفجار در شازند اراک، تصادف اتوبوس‌های مسافر بری در اتوبان قم سال ۱۳۹۲</p>	<p>Accident سانحه، تصادف</p>
<p>زمانی که جامعه یا سازمان به این اجماع برسند که رخداد هر مخاطره طبیعی یا حوادث غیرمعمول، خواست و حکمت خداست، در این هنگام توجهات به سمت رویکرد پاسخ محور می‌رود (شروع اقدامات مدیریتی بعد از رخداد مخاطره صورت می‌گیرد). اما زمانی که جامعه یا سازمان به این نتیجه برسند که حوادث و بلایا در نتیجه اقدامات غلط بشر، طراحی ضعیف، خطای اپراتور، خواسته‌های بی حد و اندازه سازمانی یا اهمال کاری دولت رخ می‌دهند، همه توجهات به سمت پذیرش اختیاری مسئولیت یک واقعه و یافتن فرد یا افراد مقصر معطوف می‌گردد. دادگاه‌ها و محاکم قضایی شکل می‌گیرند و گزارش حوادث منتشر می‌گردد، همه این موارد به امید «فرا گرفتن درسی از این حادثه» صورت می‌گیرد تا اطمینان حاصل شود که اتفاقی مشابه رخ ندهد، یا در مورد «مخاطرات غیر قابل اجتناب» امید داشته باشیم که سطح آمادگی برای پاسخگویی به آنها ارتقا یابد.</p>	<p>Act of God اعتقاد به حکمت خدا در رابطه با وقوع حوادث و بلایا</p>
<p>برنامه عملیاتی حادثه، فرآیند برنامه‌ها و رویه‌های آگاهانه و سازگاری سریع در طی وقوع حادثه، با توجه به شرایط واقعی حادثه است. این برنامه‌ریزی باید ابزارهای مناسبی را برای تصمیم‌گیری مدیران ارشد فراهم نماید. برنامه عملیاتی به‌منظور اجرای اهداف عینی نوشته شده و مشخص‌کننده راهبردهایی است که سازمان با توجه به آنها می‌خواهد خطر بروز حوادث تکراری و ناخوشایند را در زمان آینده کاهش دهد. برنامه‌ریزی عملیاتی حادثه این اطمینان را بوجود می‌آورد که: الف- رویکردی منطقی نسبت به حادثه وجود دارد؛ ب- تبادل سریع و مؤثر اطلاعات حاصل می‌گردد؛ ج- آمادگی به موقع دوره‌های عملیاتی وجود دارد؛ د- تصمیم‌گیری‌ها به‌موقع صورت گیرد.</p>	<p>Action plan برنامه عملیاتی</p>
<p>دفاع فعال در مباحث نظامی به کار می‌رود و در عملیات‌های تهاجمی محدود و ضدحمله به منظور سرکوب یک جمعیت معترض و یا موضع‌گیری در برابر دشمن کاربرد دارد. دفاع فعال در سه سطح؛ راهبردی، عملیاتی و تاکتیکی قابل‌گسترش است.</p>	<p>Active defense دفاع فعال</p>
<p>تغییر در رفتارها یا ساختارهای یک موجود زنده یا یک نظام اجتماعی که تطابق با تغییرات در محیط را تسهیل می‌کند. به‌عنوان مثال؛ سازگاری یک جامعه نسبت به مخاطرات آب و هوایی</p>	<p>Adaptation سازگاری</p>
<p>آن دسته از اقدامات پزشکی که به منظور حفظ حیات انجام می‌شوند. این اقدامات توسط تکنسین‌های رده پارامدیک فوریت‌های پزشکی و سایر متخصصین سلامت واجد شرایط انجام می‌شود. اقدامات پیشرفته حفظ حیات شامل؛ تشخیص و درمان مبتنی بر پروتکل یک بیمار در صحنه حادثه می‌باشد، مانند؛ فشردن قفسه سینه، دفیبریلاسیون، مدیریت پیشرفته راه هوایی، مایع درمانی و دارو درمانی در احیای قلبی-ریوی.</p>	<p>Advanced life support (ALS) اقدامات پیشرفته حمایت‌کننده حیات</p>
<p>انتقال بیماران با استفاده از هواپیما یا بالگردهای امداد پزشکی که با نظارت گروه پزشکی به‌منظور تخلیه بیماران از منطقه حادثه به مراکز درمانی و یا بین دو مرکز درمانی انجام می‌شود.</p>	<p>Aeromedical evacuation تخلیه اضطراری از طریق امداد هوایی</p>
<p>مستندات تخصصی که با مشارکت کلیه اعضای فعال در فرآیند مدیریت یک حادثه یا تمرین تدوین می‌شوند. این مستندات باید با مشارکت کلیه افراد شامل؛ تیم ارزیاب، سازمان‌های حمایت‌کننده مالی، اعضای کلیدی و مهم در قالب سازمان‌های محلی، استانی و یا مرکزی تدوین گردد. این گزارش‌ها سابقه یافته‌ها را مستند می‌کنند و در واقع اساس و پایه ای را برای اصلاح برنامه‌ها، سیاست‌ها، رویه‌ها، آموزش، تجهیزات و آمادگی کامل یک سازمان شکل می‌دهد، همچنین توضیحاتی پیرامون فرآیند، مشاهدات اولیه، موضوعات کلان و پیشنهادهایی برای بهبود ارائه می‌دهند.</p>	<p>After-action report گزارش اقدامات انجام شده</p>
<p>بحث و گفتگوی تخصصی در رابطه با فرآیندهایی نظیر اجرای تمرین حوادث و بلایا می‌باشد که بر روی استانداردهای عملکردی تمرکز دارد و قادر است که مشارکت‌کنندگان را در مورد شناخت آنچه که اتفاق افتاده، چرایی وقوع اتفاق، چگونگی تقویت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف یاری نماید و در واقع ابزاری است که به کمک آن مدیران، آموزش دهندگان و واحدها می‌توانند بهترین نتیجه را از انجام رسالت یا وظیفه خود کسب کنند.</p>	<p>After-action review بازنگری اقدامات انجام شده</p>
<p>کمیت و یا حجم زیادی از نتایج حاصله از تجمیع مقادیر مختلف است که به صورت داده تراکمی به‌دست می‌آید. اقدامات و یا فرآیندهایی که باهم منتج به افزایش کمیت می‌شوند، مانند آنچه که در دیدبانی تجمعی طغیان یک بیماری مشاهده می‌کنیم.</p>	<p>Aggregate تجمعی - تراکمی</p>

اصطلاحات	توضیحات
Aggregate surveillance دیدبانی تجمعی	پایش یک بیماری یا واقعه مربوط به سلامت به کمک جمع آوری داده‌های خلاصه شده در مورد گروه‌هایی از افراد بیمار. به طور مثال؛ از پزشکانی که در طرح‌های نظارتی مشارکت دارند درخواست می‌شود تعداد موارد یک بیماری خاص را که طی دوره زمانی مشخص دیده شده است گزارش نمایند.
Air ambulance آمبولانس هوایی	هوایما و یا بالگردهای پزشکی که مجهز به کارکنان متخصص و تجهیزات لازم برای انتقال بیماران و مجروحین می‌باشند. این تسهیلات دارای مجوزهای لازم بوده و ارزشیابی و اعتباربخشی نیز می‌شوند.
Air medical transport انتقال پزشکی هوایی	انتقال اضطراری مصدومین و بیماران اورژانسی به وسیله هوایما یا بالگرد که به دو روش انجام می‌گیرد؛ الف: انتقال مجروحین یا بیماران از صحنه حادثه به مراکز درمانی ب: انتقال بیماران بین مراکز درمانی
Air search and rescue team تیم جستجو و نجات هوایی	تیمی متشکل از متخصصین ایمنی و داوطلبانی که خدمات ویژه‌ای را از طریق امداد هوایی برای انتقال و اسکان افرادی که در معرض خطر مرگ قرار دارند، ارائه می‌دهند.
Alarm هشدار	وسیله هشدار دهنده‌ای که وقوع مخاطره یا احتمال رخداد آن را هشدار می‌دهد. نظیر هشدارهایی که توسط سازمان هواشناسی در رابطه با احتمال وقوع طوفان یا بارش‌های سیل آسا صادر می‌شوند. گاهی نیز هشدار به منظور آگاه نمودن مردم جامعه صورت می‌گیرد، مانند خبر وقوع آتش سوزی
Alerting system سامانه آگاه سازی (هشداردهی)	سامانه‌ای است برای افزایش توجه به خطر، مانند سامانه هشدار وضعیت‌های اضطراری. برنامه آزمایشی "سامانه هشدار گروه‌های هدف در یک منطقه جغرافیایی" یک پروژه مشترک آگاه‌سازی (هشداردهی) مردم توسط اداره ملی هواشناسی و اقیانوسی (NOAA) می‌باشد. این برنامه فناوری‌های جدید را آزمایش نموده تا به مدیران حوادث و بلاها توانایی پیش‌بینی مناطق پر مخاطره را در بازه زمانی نزدیک به واقعیت ارائه دهد. با توجه به نوع خطر، مناطق جغرافیایی که به آنها هشدار داده می‌شود و پیام‌های ارسالی، این پیام‌ها و هشدارها به ساکنان مناطق جغرافیایی در معرض مخاطره ارسال می‌گردد.
All-hazards approach رویکرد تمامی مخاطرات	رویکردی مفهومی و مدیریتی است که از عناصر مدیریتی مشابهی در برابر تمامی انواع مخاطرات (طبیعی، انسانی ساخت و ترکیبی) استفاده می‌کند. در پاسخ به تمام حوادث و فوریت‌های پزشکی، تشابه‌های بسیاری وجود دارد که این امکان را فراهم می‌کند تا برنامه‌ی جامعی برای تمام مخاطرات محتمل تدوین شود. این رویکرد از چهار قسمت اصلی؛ "تمام مخاطرات، تمام مراحل، تمام اثرها و تمام صاحبان فرآیند" تشکیل شده است.
Area command (unified area command) فرماندهی واحد منطقه	در حوادث بزرگ یا چندگانه‌ای که چندین تیم مدیریت حادثه سازماندهی شده در منطقه حضور دارند، فرماندهی واحد منطقه مسؤلیت تعیین راهبرد و اولویت‌ها، اختصاص منابع کلیدی بر اساس اولویت‌ها، حصول اطمینان از مدیریت مطلوب حادثه و حصول اطمینان از رسیدن به اهداف و اجرای راهبردها را برعهده دارد. هنگامی که چندین حوزه یا بخش درگیر حادثه هستند، پست‌های فرماندهی حاضر در منطقه تبدیل به فرماندهی واحد منطقه می‌شوند. فرماندهی واحد منطقه می‌تواند در مرکز هدایت عملیات فوریت (EOC) و یا امکانی به غیر از پست فرماندهی حادثه تشکیل شود.
Assessment ارزیابی / برآورد	فرآیندی است که طی آن سنجها و معیارها، اندازه گیری و ارزشیابی شده و براساس اهمیت و ارزش آنها، تصمیم گیری می‌شود. مانند: ارزیابی خطر، تخمین خسارت و یا ارزیابی آسیب پذیری
Associate hospital بیمارستان همکار	بیمارستانی است که در نظام ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی و مطابق با برنامه‌های آن مشارکت دارد و به عنوان یک بیمارستان مجهز الزامات ارتباطات بالینی را اجرا می‌کند. بیمارستان‌های همکار در اجرای برنامه‌های آموزشی و عملیات اجرایی خدمات فوریت‌های پزشکی مسؤلیت مستقیم ندارد.
Best practice بهترین اقدام	تکنیک‌ها، رویه‌های عملیاتی، ایده‌های خوب، یا بهترین راه حل‌های اعتبار سنجی شده که بر اساس تجارب واقعی در اجرا، آموزش‌های نظری و عملی استوار است. بهترین تجارب بطور مداوم تکامل پیدا می‌کنند که منجر به تدوین استانداردهای عملی جدید می‌گردد.
Biological agent عوامل بیولوژیکی	میکروارگانیسم‌ها (باکتری‌ها، ویروس‌ها، قارچ‌ها، ریکتزباها و یا تک یاخته‌ها) یا مواد عفونی هستند که از آنها به عنوان سلاح‌های میکروبی برای ایجاد بیماری، آسیب و یا کشتن انسان‌ها، حیوانات و یا گیاهان استفاده می‌شود.
Biological attack حملات بیولوژیکی	انتشار عمدی میکروارگانیسم‌ها، عوامل بیماری‌زا یا سایر مواد بیولوژیکی در میان انسان‌ها و محیط زیست به منظور بروز و شیوع بیماری، کشتار، ایجاد وحشت و اضطراب، اختلالات اجتماعی و صدمات اقتصادی می‌باشد.
Biological decontamination آلودگی زدایی بیولوژیکی	فرآیندی ایمن جهت پاکسازی افراد، اشیاء و یا یک منطقه با به کارگیری روش‌هایی همچون جذب، تخریب، خنثی سازی، بی ضرر سازی، یا پاک کردن مواد شیمیایی، عوامل بیولوژیکی و مواد رادیواکتیو که منجر به کاهش عوامل آلودگی و میکروارگانیسم‌ها تا سطح قابل قبولی می‌شود.

اصطلاحات	توضیحات
Bioterrorism بیوتروریسم	حمله بیوتروریستی به معنی انتشار غیر قانونی و عمدی عوامل بیولوژیک یا سموم آنها برای بیمار کردن انسان‌ها، حیوانات و گیاهان به منظور ایجاد رعب و وحشت یا تحت فشار قرار دادن دولت و یا مردم غیر نظامی برای رسیدن به اهداف سیاسی و اجتماعی می‌باشد. عوامل بیولوژیکی عمدتاً در طبیعت وجود دارند، اما ممکن است آنها را به منظور افزایش قدرت بیماری‌زایی، افزایش مقاومت دارویی و یا افزایش قدرت تکثیر و انتشار دستخوش تغییراتی بکنند.
Briefing جلسه پرسش و پاسخ	فرآیند ارائه اطلاعات و دستورالعمل‌های خاص قبل از شروع هر برنامه مانند؛ اطلاع رسانی رسانه‌ای
Capacity ظرفیت	ترکیبی از تمامی نقاط قوت و منابع در دسترس جامعه، اجتماع یا سازمان است که می‌تواند منجر به تداوم فعالیت‌های سازمانی شده و سطح خطر و یا تأثیرات بلایا را کاهش دهد.
Case fatality rate میزان کشندگی	عبارت است از؛ نسبت مرگ افراد جامعه به دلیل یک بیماری یا شرایط خاص در طول دوره زمان بیماری یا یک محدوده زمانی خاص
Casualty مصدوم	به فرد قربانی یک موقعیت فوریتی می‌گویند که در اثر وقوع حوادث و بلایا دچار آسیب و جراحت‌های جسمی شده باشد.
Catastrophe فاجعه	وقوع مخاطره‌ای با وسعت بسیار زیاد در یک جامعه که موجب بروز آسیب و زیان‌های فراوان به افراد، دارایی‌ها و محیط زیست شده و برای انطباق با آن و پاسخ به اثرات رخداد این مخاطره، منابع و مهارت‌های فوق العاده‌ای لازم است که برآورده نمودن آن از توان جامعه متأثر فراتر بوده و جوامع دیگر برای پاسخ به نتایج حاصله بسیج می‌شوند. در این حالت معمولاً حوزه‌های بین المللی نیز وارد عمل می‌شوند.
Catchment area منطقه تحت پوشش	مناطق که در اطراف یک سازمان (مدرسه یا بیمارستان) وجود داشته و منطقه تحت پوشش برای ارائه خدمت محسوب می‌گردند. این مناطق بر اساس معیارهای خاص و استاندارد تعیین می‌شوند.
Chain of command زنجیره فرماندهی	به مجموعه‌ای از دستورات، کنترل‌ها، امور اجرایی و یا سمت‌های مدیریتی در سلسله مراتب قدرت و اختیار سازمانی اطلاق می‌شود. زنجیره فرماندهی مسیر اختیارات و صدور دستورات در سامانه فرماندهی حادثه را مشخص می‌نماید.
Chemical agent عوامل شیمیایی	مواد شیمیایی که به منظور کشتن، ناتوان کردن یا وارد نمودن آسیب‌های جدی به افراد در عملیات‌های نظامی یا تروریستی به کار برده می‌شوند.
Chemical protective clothing پوشش محافظ در برابر مواد شیمیایی	لوازمی مانند لباس، کلاه، ماسک، چکمه و دستکش که کل سطح بدن را پوشانده، در برابر مواد شیمیایی غیر قابل نفوذ بوده و افراد را در برابر خطرات ناشی از تغییرات شدید محیطی، جنگ‌ها و شرایط کاری خطرناک محافظت می‌کند.
Civil defense دفاع مدنی	در واقع به دفاع غیر نظامی جهت حفاظت از شهروندان، زیر ساخت‌ها و تداوم پایداری اجتماعی اطلاق می‌شود که به منظور ارتقای سطح پاسخ شهری در برابر حوادث و تهدیدات انسان ساخت عمدی و تهدیدات غیر متعارف نظیر جنگ می‌باشد. هدف دفاع مدنی آن است که در صورت حملات دشمن، اثر منفی و مخرب ناشی از آن بر بافت شهری به حداقل رسیده و اقدامات مرتبط با مراحل پاسخ و بازیابی در کوتاه ترین زمان ممکن انجام شود.
Classified information اطلاعات طبقه بندی شده	طبقه‌بندی اطلاعات با توجه به سطح تأثیرگذاری افشای اطلاعات بر امنیت ملی در ۳ طبقه؛ محرمانه، سری و فوق سری قرار می‌گیرند که در این میان "طبقه فوق سری" بالاترین سطح محرمانگی را دارد. میزان محرمانه بودن در نظر گرفته شده برای چنین اطلاعاتی تحت عنوان "حساسیت اطلاعات" شناخته می‌شود. این حساسیت با توجه به محاسبه میزان آسیبی که بر امنیت ملی وارد می‌شود تعیین می‌گردد.
Clean-up operation عملیات پاکسازی	عملیاتی که طی آن مواد خطرناک با روش‌های مختلفی حذف، بسته بندی، سوزانده، خنثی، تثبیت و یا پاکسازی می‌شوند و هدف نهایی آن ایجاد محیط و مکانی امن برای مردم و ایمن سازی محیط زیست می‌باشد.
Command فرمان	فرآیند صدور دستور جهت هدایت و کنترل عملیات به موجب قانون، مقررات و تفویض اختیارات است که در راستای رسیدن به اهداف مشخص صورت می‌گیرد.

اصطلاحات	توضیحات
Command & control فرماندهی و کنترل	فرماندهی و کنترل از عناصر مدیریت و رهبری می‌باشد. فرمانده مسئولیت برنامه‌ریزی، هماهنگی، اختصاص و توزیع منابع تعیین شده و هدایت عملیات را برعهده دارد. فرمانده از طریق ابزارهایی مانند سامانه‌های جمع‌آوری اطلاعات و فرآیندهای ارتباط که در اختیار دارد، نقشه اجرایی عملیات را ترسیم و در قالب آن دستوردهی و نظارت را انجام می‌دهد. این رویکرد در مدیریت بلایا نیز جایگاه سازمانی داشته و در واقع نقشی حیاتی در اثربخشی و مدیریت بلایا دارد.
Command & control model مدل فرماندهی و کنترل	رهیافت مدیریتی برای تفکر و عمل با تمرکز و رویکرد نظامی که با اعمال رهبری قوی بر مشکلات و آشفتگی‌ها غلبه می‌کند. برنامه‌ریزی فرماندهی و کنترل، تمرکز شبیه نظامی دارد. کاربرد مدل نظامی در زمینه غیرنظامی، با توجه به خصوصیات سنتی آن برای ساختار بخش خصوصی و غیرمتمرکز بودن تصمیم‌گیری سیاسی و کنترل محلی، تحت آزمایش مجدد است.
Command post مقر فرماندهی	مکانی فیزیکی وابسته به یک سازمان امدادی یا زیر مجموعه آن که فرمانده و پرسنل فرماندهی در آنجا مستقر شده و فعالیت‌هایشان را در آنجا انجام می‌دهند.
Command staff کارکنان حوزه فرماندهی	در سامانه فرماندهی حادثه (ICS)، افرادی را شامل می‌شود که به عنوان مشاور و نماینده فرمانده در جایگاه‌های خاص قرار می‌گیرند. ارشد روابط عمومی، ارشد ایمنی، ارشد امنیت و ارشد رابط و هماهنگی جایگاه‌هایی هستند که مستقیماً با فرمانده کار می‌کنند.
Commander فرمانده	شخصی که در جایگاه فرماندهی سامانه فرماندهی حادثه (ICS) قرار گرفته، دارای اختیارات تصمیم‌گیری، فرماندهی و کنترل حادثه بوده و مسئولیت تمامی تصمیمات و نتایج عملیات مربوط با این جایگاه را بر عهده دارد.
Communication security امنیت ارتباطات	امنیت ارتباطات فرآیندی است که در آن سعی می‌شود از انتشار اطلاعات در برابر افراد یا سازمان‌های غیرمجاز، جلوگیری شود. این فرآیند مشتمل بر رمزنگاری امنیتی، امنیت ارتباطات، امنیت انتشار و امنیت فیزیکی می‌شود. <ul style="list-style-type: none"> • رمزنگاری امنیتی؛ فراهم نمودن رمزهای امنیتی مناسب از نظر تکنیکی و استفاده درست از آن رمزها می‌باشد. • امنیت انتقال اطلاعات؛ اقدامات طراحی شده برای حفاظت از انتقال اطلاعات و جلوگیری از رهگیری آنها به‌وسیله رمزگشایی‌ها می‌باشد. • امنیت انتشار؛ تمام اقدامات انجام شده برای انکار و عدم پذیرش ارزش و اهمیت اطلاعات افراد غیرمجاز که ممکن است در اثر رهگیری و آنالیز اطلاعات درز کرده از تجهیزات رمز نگاری و سامانه‌های مخابراتی و اطلاعاتی به دست آید. • امنیت فیزیکی؛ تمام اقداماتی که برای حفاظت از تجهیزات، وسایل و اسناد طبقه بندی شده در مقابل دسترسی به آنها و یا مشاهده آنها توسط افراد غیر مجاز صورت می‌گیرند.
Community اجتماع	گروهی اجتماعی متشکل از افرادی که اعضای آن در یک مکان و دوره زمانی مشخص، با دولتی مشترک و اغلب فرهنگ و میراث تاریخی مشترکی زندگی می‌کنند.
Community Emergency Response Team (CERT) تیم‌های واکنش اضطراری جامعه	تیم‌های "واکنش اضطراری جامعه محور" بر اساس برنامه‌ای که هدف آن، ارتقای سطح پاسخ شهروندی در برابر بلایا می‌باشد؛ تشکیل، آموزش دیده و تربیت می‌شوند. این آموزش‌ها ضروری و هدفمند بوده و به منظور ارتقای سطح آمادگی جامعه شهروندی ارائه می‌شوند و در نهایت منجر به ارتقای دانش و مهارت‌های پایه در پاسخ به حوادث و بلایا، مانند ایمنی در برابر آتش، جستجو و نجات ابتدایی، سازماندهی تیمی و عملیات فوریت‌های پزشکی مردمی و حمایت از سازمان‌های امدادی می‌شود.
Community-based surge capacity فرا ظرفیت جامعه محور	فعالیت‌هایی که در سطح جامعه به عنوان مکمل پاسخ سازمان‌های تأمین کننده خدمات سلامتی تلقی می‌گردند. این فعالیت‌ها ممکن است برای اولویت بندی بیماران و درمان‌های اولیه، تأمین خدمات غیر سرپایی بیش از ظرفیت نظام سلامت یا جداسازی (برای مثال خارج از محوطه اصلی بیمارستان) صورت گیرند. این پاسخ‌ها تحت کنترل ساختارهای حکومتی و سازمان‌های دولتی (برای مثال نظام سلامت، مدیریت حوادث و فوریت‌ها) هستند و نشان دهنده تلاش‌های عمومی برای حمایت و افزایش ظرفیت نظام سلامت می‌باشند.
Complex disaster بلایای پیچیده	وضعیت پیچیده‌ای که از ترکیب و یا توالی چندین رخداد ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت شکل می‌گیرد و مدیریت آن بسیار پیچیده و مشکل است.
Concept مفهوم	تصویر و نمایش ذهنی، تقسیم بندی و بر چسب پدیده‌ها می‌باشد. مفاهیم بلوک‌های ساختمانی تشکیل دهنده نظریه‌ها هستند.
Confirmed disease outbreak طغیان تأیید شده بیماری	طغیان یک بیماری که در آن نتایج آزمایشگاهی و تحلیل‌های اپیدمیولوژیک نمونه‌های مناسب، ارگانسیم مسبب را به عنوان منبع بیماری نشان می‌دهند.
Contingency اقتضایی	شرایطی که ممکن است اتفاق بیفتد ولی محتمل یا حتمی نیست. احتمالی که باید برای آن آماده بود؛ مانند برنامه اقتضایی

توضیحات

اصطلاحات

برنامه‌ای که برای شرایط و اتفاقات محتمل در فرآیند مدیریت حوادث و بلایا طراحی می‌شود. برنامه‌های اقتضایی اغلب بر پایه ارزیابی خطر، در دسترس بودن منابع انسانی و تجهیزات، آمادگی جامعه و قابلیت‌های پاسخ محلی و بین‌المللی می‌باشد.	Contingency plan برنامه اقتضایی
ادامه اعمال قدرت واگذار شده به یک فرد در یک سازمان جهت هدایت، هماهنگی و کنترل شرایط فوریت یا بلافاصله برای رسیدن به اهداف مشخص شده. به عنوان مثال؛ تداوم برنامه عملیات فوریت	Continuity of command تداوم فرماندهی
به فعالیت‌هایی که تداوم قانونی حاکمیت را مد نظر قرار می‌دهند، اطلاق می‌شود. هدف برنامه‌ریزی برای تداوم حاکمیت (COG)، حفظ یا بازسازی نهاد دولت و اطمینان از حفظ مسئولیت‌های یک بخش و یا سازمان قانونی، قانون گذاری یا اداری می‌باشد.	Continuity of government تداوم حاکمیت
روند نظام‌مند تجزیه و تحلیل موقعیت، توسعه اطلاعات مرتبط و اطلاع‌رسانی گزینه‌های مناسب به فرمانده قانونی برای انتخاب مؤثرترین ترکیب از منابع در دسترس به منظور رسیدن به اهداف خاص تعیین شده در مدیریت حادثه. فرآیند هماهنگی می‌تواند درون سازمانی یا بین سازمانی باشد.	Coordination هماهنگی
اقداماتی که به صورت تدوین برنامه‌ها و روندهای عملیاتی انجام می‌شود تا فعالیت‌های کلیدی و ضروری تداوم یابند. تداوم در اجرای عملکردها، مأموریت‌ها، یا وظایف لازم برای به انجام رساندن یک مأموریت است. این موارد شامل عملکردها و وظایف فرماندهی و همچنین حمایت از عملکردها و وظایف انجام شده توسط کارکنان و دیگر افراد تحت فرمان و هدایت فرمانده می‌شود. این عبارت در مورد بخش‌های خصوصی و دولتی به کار برده می‌شوند.	Continuity of operation تداوم عملیات
به انجام رساندن مسئولیت‌های خاص مدیریت حادثه به منظور پیشبرد سامانه تجزیه و تحلیل و تبادل اطلاعات میان مدیرانی که برای انجام مسئولیت‌های خاص مدیریت حادثه نیاز به دانستن اطلاعات ویژه دارند.	Coordinate هماهنگ کردن
کسی که با تجزیه و تحلیل موقعیت و توسعه اطلاعات مرتبط، برای رسیدن به اهداف تعیین شده، موجب نظم و سازماندهی در مدیریت یک حادثه می‌شود.	Coordinator هماهنگ کننده
بحران، وضعیتی مربوط به یک تهدید برای مناطق مختلف کشور، شهروندان، نیروهای نظامی، اموال و یا منافع حیاتی است. بحران به‌طور معمول به سرعت توسعه یافته و موجب ایجاد شرایطی ویژه در حوزه‌های دیپلماتیک، اقتصادی، سیاسی و یا نظامی می‌گردد. بحران ممکن است با هشدار و یا بدون هشدار رخ دهد و باعث فوریت‌های بیشتر یا حوادث آشنایی شود که مشکلات جدید خلق کرده یا وضعیت ناپایدار فعلی را تقویت می‌کند.	Crisis بحران
تمامی اقداماتی که جهت شناسایی، دستیابی، برنامه‌ریزی نحوه استفاده از منابع مورد نیاز برای پیش‌بینی، پیشگیری و/یا پاسخ به نتایج یک موقعیت بحرانی مانند تهدید به اقدامی تروریستی انجام می‌شود.	Crisis management مدیریت بحران
به تمام آنچه که مربوط به رایانه و سامانه‌های حمایتی آنها، مانند سرورها، روترها و سوئیچ‌ها که از زیرساخت‌های حیاتی حمایت می‌کنند؛ گفته می‌شود.	Cyber سایبر
تروریسم سایبری حملات غیر قانونی و یا تهدید به حمله علیه رایانه‌ها، شبکه‌ها و اطلاعات ذخیره شده در آنهاست که برای ارباب یا مجبور کردن یک دولت و یا مردم جهت پیشبرد اهداف سیاسی و یا اجتماعی به کار برده می‌شود. تروریسم سایبری منجر به خشونت علیه افراد یا اموال و یا حداقل باعث اختلال و آسیب کافی برای ایجاد ترس می‌شود.	Cyber terrorism تروریسم سایبری
روند مورد استفاده برای تخمین یا تعیین تعداد مجروحان، فوتی‌ها، آسیب به اموال عمومی و خصوصی، وضعیت امکانات و خدمات کلیدی مانند بیمارستان‌ها و دیگر تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی، ایستگاه‌های آتش‌نشانی، پلیس، شبکه‌های ارتباطی، سامانه‌های آب، بهداشت محیط، برق، صنایع همگانی و شبکه‌های حمل و نقل ناشی از یک بلای انسان ساخت یا طبیعی است.	Damage assessment ارزیابی خسارت
درجه‌ای که نشان می‌دهد داده‌های به‌دست آمده، از یک فرآیند جمع‌آوری دقیق و کامل برخوردار است.	Data reliability قابلیت اعتماد داده‌ها
درجه‌ای که بیان می‌کند، داده‌ها نمایشی منطقی از پدیده تحت سنجش می‌باشند.	Data validity اعتبار داده‌ها

اصطلاحات	توضیحات
Debriefing کسب اطلاعات	گزارش‌گیری گروهی برای برنامه‌ریزان، تسهیل‌کنندگان، کنترل‌کنندگان، و ارزیابی‌کنندگان است که پس از برگزاری تمرین یا عملیات به بررسی و ارائه بازخورد می‌پردازد. این جلسه باید یک بحث تسهیل شده باشد تا به هر فرد فرصتی برای ارائه یک نمای کلی از حوزه عملکردی مورد مشاهده و مستند شده توسط آنها در موارد نقاط قوت و زمینه‌های ارتقا، داده شود. جلسات کسب اطلاعات باید توسط رهبر تیم برنامه‌ریزی یا مدیر برنامه تمرین و عملیات تسهیل شود.
Decontamination آلودگی زدایی	فرآیند ایمن‌سازی پرسنل، تجهیزات یا منطقه به‌وسیله جذب، از بین بردن، خنثی‌سازی یا زدودن عوامل شیمیایی یا زیستی در حدی که از اثرات بالقوه بر سلامت پیشگیری کند. آلودگی زدایی و انهدام با تعطیل کردن یا پاک‌سازی یک مرکز پرتوی یا هسته‌ای با توجه به کاوش‌های پرتوی منطقه صورت می‌گیرد.
Defense دفاع	همه توانایی‌های آشکار و پنهان یک نهاد، مانند دولت یا ملت که در دفاع کردن و گسترش نظامی، اقتصادی و نفوذ اجتماعی و امنیت ملی به‌کار گرفته می‌شود. مانند دفاع در برابر رخداد مخاطرات شیمیایی
Demobilization رفع بسیج عمومی	در پاسخ به حوادث و بلایا، فرآیندی است که در آن کارکنان سازمان‌های امدادی فوریت از یک صحنه اضطراری مرخص شده و به وظایف عادی خود برمی‌گردند. به طور معمول رفع بسیج عمومی شامل جمع‌آوری، بازگشت منظم، امن و کارآمد منابع مورد استفاده در حادثه به محل اصلی آنها می‌باشد. این فرآیند بعد از پاسخ به یک فوریت و قبل از بازگشت کامل به شرایط طبیعی می‌باشد.
Deployment گسیل کردن نیرو	عبارت است از اعزام پرسنل از محل خدمت یا زندگی به محل وقوع حادثه (مأموریت) به منظور به‌کارگیری در یک عملیات فوریتی.
Disaster بلا	کلمه‌ی بلا از ریشه لاتین dis و astro به معنی "بداختری" یا به عبارتی بدشانسی است که از یک ترکیب ستاره‌شناسی مشتق شده است. رخداد مخاطره‌زمانی ایجاد بلا می‌کند که قادر باشد قابلیت پاسخ یک جامعه یا اجتماع را در هم بشکند. بر اساس تعریف سازمان ملل؛ بلا از هم‌گسیختگی جدی در عملکرد یک اجتماع یا جامعه است که منجر به خسارات و اثرات سوء گسترده انسانی، اقتصادی یا محیطی می‌شود، به طوری که تطابق با آن فراتر از توانایی اجتماع یا جامعه تحت تأثیر با اتکا بر منابع داخلی می‌باشد.
Disaster application center مرکز تسهیلات کاربردی بلایا	تسهیلات مشترکی که توسط ارشد هماهنگ‌کننده دولت مرکزی و نمایندگان استانی در محل یا منطقه‌ای نزدیک محل وقوع بلایا ایجاد می‌شود و هدف آن، تأمین خدمات واحد و هماهنگ‌نیازهای اضطراری و بازتوانی قربانیان بلایا می‌باشد. پرسنل این تسهیلات اغلب نمایندگان محلی، استانی و دولتی و نمایندگان مشخصی از بخش خصوصی می‌باشند.
Disaster assistance response team تیم امداد پاسخ بلایا	تیم پاسخ سریعی است که زیر نظر سازمان مدیریت حوادث و بلایا تشکیل می‌شود. اعضای این تیم شامل متخصصینی هستند که مهارت‌های امدادی متعددی در حوزه بلایا را دارا بوده و تحت مدیریت سازمان‌های دولتی، خصوصی و مردم‌نهاد به جمعیت متأثر از رخداد مخاطره کمک می‌کند.
Disaster continuum زنجیره (تسلسل) بلایا	چرخه حیات یک بلا یا فوریت که از زمان قبل از رخداد تا فاز نهایی را شامل می‌شود.
Disaster cycle چرخه بلایا	نماد روشنی از برنامه‌ریزی بلایا که شامل مرحله‌های چهارگانه؛ کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی می‌باشد.
Disaster drill تمرین بلایا	شبیه‌سازی یک بلا جهت ارزیابی یا بهبود اثربخشی سازمان‌های پاسخ‌گو (مانند نظام سلامت) یا برنامه‌های آن در پاسخ به بلایای مورد نظر می‌باشد.
Disaster epidemiology اپیدمیولوژی بلایا	مطالعه مرگ و میر، بیماری و جراحت ناشی از بلایا و نیز بررسی فاکتورهای اثرگذار بر مرگ و میر، بیماری و جراحت انسان‌ها در بلایا می‌باشد. روش مطالعه شامل شناسایی و مقایسه عوامل خطر در افراد آسیب دیده و آسیب ندیده می‌باشد. مطالعات اپیدمیولوژیک عواقب احتمالی سلامت عمومی در بلایا را برای متخصصین این حوزه فراهم می‌کند.
Disaster field office دفتر بلایای محل حادثه	مرکزی که به وسیله ارشد هماهنگ‌کننده دولت مرکزی در محل حادثه یا بسیار نزدیک به محل حادثه تعبیه می‌شود تا عملیات پاسخ و بازیابی دولت مرکزی و قطبی/استانی را هماهنگ نماید. در این مرکز، ارشد هماهنگ‌کننده دولت مرکزی، تیم پاسخ بلایا و در صورت امکان ارشد هماهنگ‌کننده قطبی/استانی و پرسنل پشتیبانی مستقر می‌شوند.

اصطلاحات	توضیحات
Disaster management مدیریت بلایا	تجمع تمامی اقدامات و محاسباتی است که با هدف کاهش احتمال خسارات ناشی از وقوع یک مخاطره یا مخاطرات، به حداقل رساندن خسارت در حین وقوع و بازیابی و بازسازی اثرات ناشی از وقوع بلایا می‌باشد. مدیریت بلایا شامل سیاست گذاری، تصمیمات اجرایی و فعالیت‌های عملیاتی در مراحل مختلف بلایا و در همه سطوح می‌باشد.
Disaster medical assistance team (DMAT) تیم امداد پزشکی در بلایا	تیم‌های امداد پزشکی متشکل از افرادی حرفه‌ای، تمرین دیده، خود اتکا و قابل اعزام هستند که می‌توانند در زمان بروز حوادث و بلایا به سرعت و در مرحله حاد حادثه (۴۸ ساعت اول) به منطقه تحت تأثیر حوادثی مانند زلزله، سیل، حوادث هوایی، ریلی و غیره اعزام شوند. هر تیم می‌تواند زیر نظر سازمانی مسئول مانند بیمارستان، سازمان ایمنی و سلامت عمومی باشد که مسئول تشکیل، آموزش، تمرین و نظارت بر عملکرد تیم‌ها می‌باشند.
Disaster plan برنامه بلایا	برنامه رسمی مستند مشتمل بر اقدامات لازم در جهت هماهنگی برای آمادگی و پاسخ یک سازمان در زمان وقوع بلایا در سازمان مربوطه یا جامعه متأثر از آن می‌باشد.
Disaster preparedness آمادگی در بلایا	تجمع تمامی اقدامات و سیاست‌هایی است که قبل از وقوع بلایا در جهت افزایش ظرفیت پاسخ به بلایا و کاهش آسیب‌های ناشی از آن صورت می‌گیرد.
Disaster prevention پیشگیری از بلایا	تجمع رویکردها و اقدامات در جهت اطمینان از عدم وقوع بلا بر اثر مخاطره می‌باشد که شامل پیشگیری از حادثه و انجام اقداماتی در خصوص کاهش قدرت مخاطره و آثار آن می‌باشد.
Disaster reduction کاهش اثرات بلایا	تمام فعالیت‌هایی که در جهت کاهش عواقب یک حادثه اتخاذ می‌شود و شامل اقدامات پیشگیری، کاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و تحقیقات می‌باشد.
Disaster relief امداد در بلایا	کمک فوری برای تسکین آلام و رنج قربانیان بلایا می‌باشد و اغلب شامل خدمات انسان دوستانه، حمل و نقل، پوشاک، غذا، دارو، وسایل خواب، سرپناه موقت و اضطراری، تجهیزات پزشکی، کارکنان پزشکی، فنی و تعمیر و بازسازی سرویس‌های حیاتی است.
Disaster research پژوهش در بلایا	عبارت از بررسی علمی ابعاد و متغیرهای مربوط به بلایا به عنوان پدیده‌ای جامعه شناختی می‌باشد.
Disaster severity scale مقیاس شدت بلایا	مقیاسی است که بلایا را با استفاده از این معیارها طبقه بندی می‌کنند: شعاع محل وقوع، تعداد کشته‌شدگان، تعداد مصدومین، میانگین شدت مصدومیت‌های تثبیت شده، زمان اثرگذاری و زمان نجات. با استفاده از یک مقیاس عددی برای هر یک از این متغیرها، بین ۰ تا ۲ به این شکل که ۰ برای کمترین شدت و ۲ برای بیشترین شدت، می‌توان مقیاسی با طیف بین ۰ تا ۱۸ درست کرد.
Disaster vulnerability آسیب پذیری در بلایا	شرایطی که باعث افزایش میزان تأثیر پذیری یک جامعه در برابر اثرات سوء مخاطرات می‌شود. ابعاد آسیب‌پذیری در برابر مخاطره‌های خاص، مختص به خود مخاطرات بوده و به اثرات مخاطرات بر گروه جمعیتی متأثر وابسته است.
Dispatch اعزام	فرآیندی که به وسیله آن یک نقطه پاسخ‌گویی ایمنی عمومی (PSAP) درخواست‌هایی را برای خدمت رسانی دریافت می‌کند و سپس کمک‌های مناسب را با واگذاری مأموریت از طریق امواج رادیویی ارسال می‌کند. حرکت (گسیل) منظم یک یا چند منبع به یک مأموریت عملیاتی معین یا یک حرکت اداری از یک مکان به مکان دیگر می‌باشد.
Dispatcher اعزام‌گر	شخصی است شاغل در یک ایستگاه مرکزی که کارکنان را به منظور پاسخ‌گویی به درخواست‌های عموم مردم از طریق تلفن یا بی‌سیم به بیرون از مرکز اعزام و ارتباطات را هماهنگ می‌کند. گاهی در صورت نیاز پیام‌ها را تقویت و بازپخش می‌کند. یک اعزام‌گر، خدمات فوریتی مورد نیاز را (که معمولاً شامل پلیس، آتش نشانی و آمبولانس است) اعزام می‌کند.
Person Displaced فرد آواره	فردی غیرنظامی که به طور غیرداوطلبانه در اثر رخداد مخاطرات طبیعی یا انسان ساخت از محل زندگی خود خارج شده و در بیرون از مرزهای منطقه یا کشور خویش مستقر می‌باشد.
EMAC advance Team تیم پیشرفته کمک‌رسانی در وضعیت اضطراری	گروهی است که عمدتاً از دو یا چند نفر کارکنان آموزش دیده و مجرب کمک‌رسانی فشرده مدیریت وضعیت اضطراری تشکیل شده تا در یک منطقه به کار گرفته شده و یا امداد رسانی در قالب تفاهم نامه بین منطقه‌ای را تسهیل کنند. مأموریت این تیم بر اساس درخواست منطقه متأثر شروع می‌شود.

اصطلاحات	توضیحات
Emergency فوریت	حادثه یا وضعیت تهدید کننده طبیعی یا انسان ساختی که نیازمند اقدام سریع برای حفظ حیات انسان‌ها، اموال و محیط زیست می‌باشد. این وضعیت الزاماً به معنی رخداد بلا نیست زیرا با منابع و ظرفیت‌های موجود می‌توان به آن پاسخ داد اما در غیر این صورت می‌تواند تبدیل به بلا شود.
Emergency Alert System سامانه هشدار اضطراری	یکی از سامانه‌های هشدارهای متعددی است که به صورت ملی اداره شده و شامل یک سامانه ارتباطی فناوری دیجیتال (صوت/متن) با قابلیت انتشار و ایستگاه‌های کابلی و تسهیلات بین اتصالی است که توسط کمیسیون ارتباطات ملی و منطقه‌ای اداره می‌شود. در ایالات متحده این امر با همکاری سرویس هواشناسی ملی و سازمان زیرمجموعه اداره ملی امور اقیانوسی و جوی (NOAA)، صورت می‌پذیرد.
Emergency Broadcast System سامانه سخن پراکنی وضعیت اضطراری	سامانه‌ای است که ریاست جمهوری، وزیر کشور، رئیس سازمان مدیریت حوادث و بلایا، مسئولان منطقه‌ای، استانی و محلی را قادر می‌سازد که در زمان رخداد وضعیت اضطراری از طریق ایستگاه‌های پخش صدا و سیما با عموم مردم در سطوح ملی، منطقه‌ای، استانی و محلی ارتباط برقرار کنند.
Emergency communications ارتباطات اضطراری	دسته‌ای از ارتباطات هستند که قبل، حین و پس از وقوع یک فوریت برقرار می‌شوند و شامل فرآیند تماس با شماره تلفن‌های سه رقمی (۱۱۵، ۱۲۵ و ۱۱۰) و اعزام تیم‌های عملیاتی از طریق اعلام به مراکز اعزام توسط بی‌سیم، سامانه هشدار اضطراری، اخبار رادیویی محلی و یا ایستگاه تلویزیون کابلی می‌باشد. این ارتباطات از طریق امدادگران شرایط اضطراری، فرماندهان حادثه، مراکز هدایت عملیات فوریت، کارمندان، سازمان‌های پاسخ‌دهنده امدادی بیرونی، مشاغل موجود در همسایگی، بستگان و خانواده‌ها، عموم مردم و رسانه‌ها برقرار می‌شود.
Emergency Department بخش اورژانس	یک قسمت از تسهیلات بیمارستانی برای ارائه خدمات برنامه‌ریزی شده به بیمارانی که شرایط بالینی ایشان نیاز به درمان فوری داشته و به طور ۲۴ ساعته کارکنان درمانی در آن حضور دارند. بخش‌های اورژانس خارج از محل، که کمتر از ۲۴ ساعت در شبانه‌روز باز هستند، در صورتی که توسط کارکنان بخش اورژانس بیمارستانی اداره شوند، نیز شامل این تعریف می‌شوند.
Emergency Management مدیریت فوریت	مدیریت فوریت عبارت است از علم مدیریت سامانه‌های پیچیده و کارکنان چند حوزه تخصصی به منظور آشنا کردن آنها با فوریت‌ها و بلایای ناشی از رخداد تمام مخاطرات بر اساس مراحل چهارگانه؛ کاهش اثرات، آمادگی، پاسخ و بازیابی.
Emergency management Agency آژانس مدیریت وضعیت اضطراری	یک نهاد دولتی که در سطوح مختلف (ملی، منطقه‌ای، استانی و محلی) وجود داشته و اقدامات بخش‌های سلامت، مسکن، خدمات اجتماعی، و سازمان‌های ایمنی عمومی را در زمان بروز وضعیت اضطراری یا بلایا را هماهنگ می‌کند.
Emergency medical dispatch اعزام فوریت پزشکی	عبارت است از اعزام تیم امداد پزشکی جهت کمک رسانی پزشکی فوری، توسط افراد آموزش دیده که پس از پردازش فوری و دقیق تماس‌های تلفنی مربوط به یک حادثه صورت می‌گیرد. اعزام نظامند تیم‌ها بر اساس پروتکل مصوب بوده و عملکرد این تیم‌ها با نظارت پزشکی صورت می‌گیرد.
Emergency medical Dispatcher اعزام کننده فوریت پزشکی	فردی آموزش دیده در دوره‌های اتباطات از راه دور همراه با آموزش‌های مربوط با دانش اختصاصی فوریت‌های پزشکی که پس از دریافت درخواست کمک‌های پزشکی نزدیکترین تیم عملیاتی را به منطقه مورد نظر اعزام می‌کند.
Emergency medical services (EMS) خدمات فوریت پزشکی	طیف کاملی از مراقبت‌های فوری اعم از شناسایی فوریت، دسترسی تلفنی به سامانه، تأمین مراقبت درمانی پیش‌بیمارستانی تا دسترسی به مراقبت درمانی قطعی در بیمارستان را شامل می‌شود. این خدمات اغلب شامل پاسخ پزشکی به بلایا، برنامه‌ریزی و تأمین پوشش پزشکی در تجمعات انبوه و انتقال بیماران بین دو مرکز درمانی نیز می‌باشد.
Emergency operations center (EOC) مرکز هدایت عملیات فوریت	عبارت است از یک مکان فیزیکی که در آن هماهنگی اطلاعات و منابع برای حمایت از فعالیت‌های مدیریت حوادث که در فرآیند مدیریتی آن نیاز به حضور سازمان‌های متفاوت می‌باشد، صورت می‌گیرد. مرکز هدایت عملیات فوریت (EOC) ممکن است به صورت یک مرکز موقت یا دائمی زیر نظر مدیریت عالی سازمان مربوطه تاسیس شود. سازمان دهی مراکز هدایت عملیات فوریت توسط حوزه‌های مختلف عملکردی (به عنوان مثال: آتش نشانی، استاندارداری، خدمات پزشکی، هلال احمر و پلیس) در سطوح مختلف ملی، منطقه‌ای، استانی و شهرستانی تشکیل می‌شوند.
Exercise تمرین	یک رویداد برنامه‌ریزی شده که در واقع رخداد یک مخاطره را شبیه سازی می‌کند و هدف آن نه تنها آزمایش و تست فعالیت‌ها و برنامه‌های اقدامات فوری، بلکه ارزیابی توانمندی‌های یک سازمان یا زیر بخش‌های آن در مدیریت هماهنگ شده فوریت می‌باشد.

اصطلاحات	توضیحات
Emergency operations plan (EOP) برنامه عملیات فوریتی	یک برنامه راهبردی مکتوب در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی می‌باشد که در آن سازماندهی، مأموریت و عملکردهای دولتی و خدمات حمایتی برای مرحله پاسخ و بازیابی در حوادث و بلایا آورده شده است. برنامه عملیات فوریت (EOP) شامل برنامه‌های پاسخ کاربردی و عملیاتی در سطوح مختلف مدیریتی می‌باشد. <ul style="list-style-type: none"> برنامه عملیات فوریت (EOP) سندی است که چگونگی حفظ جان افراد و اموال در زمان احتمال یا رخداد حوادث و بلایا را توصیف می‌کند. جزئیاتی مانند: شناسایی پرسنل، تجهیزات، امکانات و سایر منابع در دسترس برای استفاده در حوادث و بلایا و اینکه در زمان حادثه چه کسی مسئول انجام چه کاری است و هماهنگی اقدامات چگونه انجام خواهند شد، در این برنامه مکتوب می‌شود. برنامه عملیات فوریت (EOP) در فاز آمادگی چرخه مدیریت خطر بلایا تهیه می‌شود.
Emergency public information اطلاعات عمومی فوریتی	عبارت است از آن دسته از اطلاعاتی که در مواقع بروز وضعیت اضطراری از سوی مقامات رسمی و با استفاده از رادیو، تلویزیون و مطبوعات برای اطلاع رسانی عموم مردم منتشر می‌شوند. اطلاعات ممکن است شامل موارد زیر باشد: <ul style="list-style-type: none"> دستورالعمل‌های آموزشی برای حفظ سلامت و بقا (به عنوان مثال: چه کارهایی باید انجام شوند، چه کارهایی نباید انجام شوند، روش‌های تخلیه و ...) اطلاعات مربوط به وضعیت بلایا (به عنوان مثال، تعداد مرگ و میر، تعداد مجروحین، خسارت وارده به اموال و ...) دسترسی به کمک‌های ملی، منطقه‌ای و محلی
Facility-based surge capacity فرا ظرفیت با محوریت تسهیلات	اقدامات صورت گرفته در سطح یک واحد سازمانی (آتش نشانی، فوریت‌های پزشکی، بیمارستان، هلال احمر و...) که منجر به افزایش خدمات در مرحله پاسخ می‌شود. این اقدامات ممکن است در خارج از ساختار واقعی آن تسهیلات، اما نزدیک به آن باشند (به عنوان مثال ارائه مراقبت‌های پزشکی در چادرهایی که در حیاط بیمارستان برپا شده‌اند). این اقدامات تحت کنترل سامانه‌های مدیریت حادثه آن مرکز بوده و در درجه اول به برنامه‌های عملیات فوریت آن تسهیلات بستگی دارند.
Fault tree analysis تحلیل به روش درخت خطا	یک روش بررسی نظام‌مند آینده نگر برای شناسایی خطاها و شکست‌های احتمالی یک طرح می‌باشد. این تجزیه و تحلیل علل مستقیم نزدیک احتمالی منجر به رخداد را مد نظر قرار داده و به دنبال منشأ آن می‌گردد. هنگامی که منشأ و عامل رخداد شناسایی گردید روش‌های اجتناب و جلوگیری از آنها باید مشخص شود.
Field triage تریاز در صحنه	فرآیند اولویت بندی بیماران با توجه به حدت وضعیت و نیازهای پزشکی ایشان در صحنه آسیب یا محل شروع یک بیماری می‌باشد.
Fire management zone منطقه مدیریت آتش	منطقه جغرافیایی از یک حوزه استحفاظی که با توجه به یک یا چند خطر دسته‌بندی شده است. معمولاً اندازه و طبقه‌بندی یک منطقه تجزیه و تحلیل آتش برپایه منطقه خاص و یا یک ساختمان صورت می‌گیرد. گروه خطر اختصاص داده شده به یک منطقه خاص مدیریت آتش سوزی معمولاً نشانگر بالاترین سطح خطر موجود در منطقه می‌باشد.
Field hospital بیمارستان سیار در صحنه حادثه	یک نوع تسهیلات مراقبت سلامت سیار و خودکفا، که قادر به استقرار سریع و امکان قبض و بسط، به منظور پاسخگویی به نیازهای فوریتی برای یک دوره مشخص از زمان می‌باشند. بیمارستان سیار ممکن است به طور موقت با پرسنل و یا بدون پرسنل به منطقه متأثر از حادثه اهدا شود. شرایط استقرار بیمارستان سیار: <ul style="list-style-type: none"> پس از اعلام وضعیت فوریت و درخواست مقامات حوزه سلامت کشور یا منطقه تحت تأثیر حادثه جهت تلفیق با سامانه خدمات درمانی محلی برای هم افزایی زمانی که تعریفی روشن از نقش و مسئولیت‌های نصب و راه اندازی و نگهداری عملیاتی سازه وجود داشته باشد
First responder اولین پاسخگو	شخصی که در مراحل اولیه یک فوریت برای محافظت از جان، مال و محیط زیست وارد عمل می‌شود. پاسخ دهندگان اولیه ممکن است کارکنان دولتی (ملی، منطقه‌ای/قطبی، استانی، محلی) و یا سازمان‌های غیر دولتی باشند.
Functional exercise تمرین عملکردی	تمرین تعداد محدودی از عملکردهای برنامه عملیاتی فوریت (EOP) در دوره زمانی کم با هدف آزمایش و ارزیابی توانمندی‌های فردی، عملکردهای چندگانه، اقدامات انجام شده در طی یک عملکرد یا مجموعه به هم پیوسته‌ای از عملکردها می‌باشد. این تمرین‌ها به طور کلی متمرکز بر ارزیابی برنامه‌ها، سیاست‌ها، روش‌ها و کارکنان می‌باشند که تحت هدایت و کنترل فرمانده حادثه و فرماندهی واحد قرار دارند.

اصطلاحات	توضیحات
Geographic information system سامانه اطلاعات جغرافیایی	برنامه رایانه‌ای برای یکپارچه سازی، ذخیره سازی، ویرایش، تجزیه و تحلیل و نمایش اطلاعات جغرافیایی که قادر به مدیریت داده‌های مکانی و ویژگی‌های همراه آن می‌باشد.
Hazard مخاطره	مخاطره عبارت است از پدیده یا فعالیت انسانی که به طور بالقوه دارای توان ایجاد آسیب‌های جانی، زیست محیطی، اموال عمومی و خصوصی، زیر ساخت‌ها و امور اقتصادی (تجاری) می‌باشد.
Hazard Analysis تحلیل مخاطره	بخشی از فرآیند ارزیابی خطر است که به مطالعه، شناخت و پایش هر نوع مخاطره برای تعیین میزان انرژی، منشأ، رفتار، مشخصات و اثرات آن بر جامعه می‌پردازد.
Hazard area منطقه مخاطره	یک منطقه قابل شناسایی جغرافیایی که در آن یک مخاطره خاص با تهدید بالقوه برای جان، مال و محیط وجود دارد.
Hazard communication (HAZCOM) اطلاع رسانی مخاطره	عبارت از ارائه آموزش‌های لازم در مورد تشخیص مخاطرات و رعایت احتیاط‌های لازم جهت جلوگیری از رخداد مخاطرات قابل پیش بینی و محافظت از خود در حین و بعد از رخداد آنها می‌باشد.
Hazard duration of impact دوره اثر مخاطره	زمان مابین شروع و خاتمه اثرات یک مخاطره در صورتی که اطلاعات هشدار دهنده آن قبلاً منتشر شده باشد.
Hazard identification شناسایی مخاطره	فرآیند شناسایی مخاطراتی است که یک جامعه را تهدید می‌کنند. این فرآیند اغلب با دانستن اینکه مخاطرات خاص، در گذشته چگونه و با چه شدتی اتفاق افتاده‌اند، به شناسایی مخاطرات می‌پردازد. شناسایی مخاطرات اولین اقدام در چرخه مدیریت خطر بلایا می‌باشد.
Hazard mitigation اثرات مخاطره	اقداماتی پایدار جهت کاهش یا حذف خطر ناشی از مخاطرات و اثرات آنها که زندگی و دارایی انسان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اصطلاح گاهی در یک مفهوم صریح به معنی اقدامات مقرون به صرفه جهت کاهش آسیب‌های بالقوه وارد شده به مراکز و تسهیلات ناشی از بلایا می‌باشد.
Hazard surveillance مراقبت و پایش مخاطره	بررسی و پایش وقوع، توزیع و روند دوره‌های زمانی مربوط به انواع مخاطرات (طبیعی، انسان ساخت و پیچیده) که مسئول بروز آسیب‌ها و صدمات هستند. در حوزه سلامت عمومی، سامانه مراقبت مخاطره به شناسایی فرآیندهای کاری یا کارکنانی که با میزان قابل توجهی از عوامل خاص در صنایع خاص و مشاغل مختلف سر و کار دارند می‌پردازد. این امر ما را قادر به مداخله به موقع می‌سازد تا از بیماری‌های شغلی و مرگ و میر و ناتوانی مرتبط با آن پیشگیری کنیم.
Hazard vulnerability analysis تحلیل آسیب پذیری نسبت به مخاطره	تحلیلی است که اثرات بالقوه یک مخاطره را در یک منطقه تخمین می‌زند. هدف این نوع تحلیل اولویت بندی مخاطرات بالقوه‌ای است که می‌توانند تأثیرات مخربی بر اساس احتمال وقوع و شدت اثرات بر یک منطقه بگذارند. این تحلیل راهی است که توجهات را به سمت مخاطراتی که احتمال دارد تأثیرات مخربی بر روی تسهیلات و جمعیت تحت پوشش آن بگذارد، معطوف می‌کند. این نوع تحلیل می‌تواند به عنوان نقطه شروع برنامه‌های مدیریت خطر استفاده شده و جوامع را قادر سازد تا منابع‌شان را به صورت بهینه و اثربخش مصرف کنند. تحلیل آسیب پذیری حداقل هر سال یک بار باید بازبینی شود.
Health care delivery system سامانه ارائه خدمات سلامت	یک چیدمان خاص برای ارائه خدمات سلامت که می‌تواند به صورت محلی، منطقه‌ای و ملی باشد. این اصطلاح معمولاً اشاره دارد به نظام یا برنامه‌ای که به وسیله آن خدمات سلامت در دسترس جمعیت قرار می‌گیرد و به وسیله دولت، بخش خصوصی و یا هر دو تأمین مالی می‌شود.
Health care facility تسهیلات خدمات سلامت	مکانی است که فضای آن برای ارائه خدمات سلامت اختصاص داده شده است. این مکان‌ها شامل بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مراکز سرپایی، و مراکز تخصصی و فوق تخصصی مانند مراکز مامایی و مراکز روان‌شناسی می‌باشد.
Helispot مکان استقرار بالگرد	مکانی است که برای پرواز و فرود ایمن بالگرد طراحی شده است. بعضی از این مکان‌ها به منظور بارگیری تدارکات، تجهیزات و یا کارکنان استفاده می‌شوند.

اصطلاحات	توضیحات
High-risk personnel کارکنان مهم و کلیدی	در کاربرد نظامی، کارکنانی هستند که به خاطر درجه سازمانی، ارزش نمادین، مأموریت‌شان و یا جداسازی‌های مرتبط برای مقاصد تروریستی جذاب و در دسترس می‌باشند.
Hazardous materials مواد خطرناک	هر ماده‌ای که برای حیات، سلامت و یا دارایی انسان به خاطر ماهیت ترکیباتش خطرناک است. این دسته از مواد در صنعت، کشاورزی، پزشکی، تحقیقات و کالاهای مصرفی استفاده می‌شوند. این مواد در شکل‌های قابل انفجار، اشتعال‌زا و محترقه، سمی و رادیواکتیو وجود دارند. <ul style="list-style-type: none"> مواد خطرناک توانایی آسیب به انسان‌ها، حیوانات، یا محیط به صورت ذاتی یا در صورت تعامل با دیگر عوامل را دارا می‌باشند و یک خطر بزرگ برای زندگی و دارایی‌ها در تمام کشورها محسوب می‌شوند. بیشتر دولت‌ها استانداردها و راهنماهایی را برای نحوه ساخت و استفاده در تجارت به وسیله اشخاص، سازوکارهایی برای انتقال این مواد، روش‌هایی برای محدود سازی و وسایلی که برای ذخیره آنها استفاده می‌شود تدوین و معلوم کرده‌اند.
Hazmat team تیم تخصصی مواد خطرناک	این اصطلاح برای توصیف افرادی با مهارت بالا که برای مقابله با حوادث مواد خطرناک تخصص دارند، استفاده می‌شود. از یک تیم پاسخ به مواد خطرناک سازمان یافته انتظار می‌رود که عواقب ناشی از نشت واقعی مواد خطرناک را کنترل و مدیریت کند. انواع خدماتی که به وسیله تیم مواد خطرناک ارائه می‌شود شامل: ارزیابی محل، شناسایی مواد، ارزیابی منابع، ارزیابی مداخلات درمانی، پاکسازی قربانیان، جستجو و نجات، برقراری تهویه، تخلیه و پایش ایمنی می‌باشد.
Immediate response پاسخ فوری	هر گونه اقدام فوری که جهت کمک به مقامات محلی یا عموم مردم برای نجات جان انسان‌ها، کاهش از درد و رنج، کاهش میزان آسیب به اموال، دارایی‌ها و محیط زیست، بلافاصله پس از وقوع مخاطره‌ای جدی صورت می‌گیرد. لازم به ذکر است که در لحظه‌های اولیه پس از حادثه انتظار برای دریافت پاسخ از مقامات بالاتر باعث افزایش میزان آسیب‌ها خواهد شد.
Immigration مهاجرت	رفتن به یک کشور جدید با هدف اقامت به طور دائم در آن کشور.
Incident command فرماندهی حادثه	مجموعه‌ای از افراد و رویه‌هایی که در فرآیند فرماندهی، کنترل و هماهنگی پاسخ به حوادث درگیر می‌باشند. این افراد و رویه‌ها ابزاری برای هماهنگ کردن تلاش‌های سازمان‌های مختلفی می‌باشند که برای رسیدن به هدفی مشترک (ایجاد ثبات در یک حادثه) و حفاظت از جان، مال، و محیط زیست با یکدیگر همکاری می‌کنند.
Incident command post پست فرماندهی حادثه	محلی امن و ایمن که در نزدیکی صحنه حادثه ایجاد شده و فرمانده حادثه برای هدایت عملیات در راستای رسیدن به اهداف تاکتیکی در آن مستقر می‌شود. این مکان با علامت‌های خاص از دیگر جایگاه‌ها تمایز داده می‌شود.
Incident command system (ICS) سامانه فرماندهی حادثه	ساختاری استاندارد برای مدیریت حادثه در صحنه می‌باشد که به‌طور خاص برای اتخاذ ساختار سازمانی یکپارچه طراحی شده که نشان دهنده پیچیدگی و نیازهای یک حادثه خاص یا چند حادثه گوناگون، بدون ایجاد مانعی توسط مرزهای اداری و قضایی می‌باشد. سامانه فرماندهی حادثه (ICS) ترکیبی از امکانات، تجهیزات، پرسنل، روش‌ها و عوامل ارتباطاتی با ساختار سازمانی مشترک می‌باشد که برای کمک در مدیریت منابع (انسانی و تجهیزات) در صحنه حوادث طراحی شده است. سامانه فرماندهی حادثه (ICS) قابلیت استفاده توسط تمامی نهادهای دولتی، خصوصی و عمومی را دارد. مفاهیم و اصول اساسی سامانه (سامانه) فرماندهی حادثه شامل؛ کاربرد ادبیات مشترک، داشتن ساختاری منعطف، وجود سامانه ارتباطی یکپارچه و منسجم، ساختار فرماندهی واحد، برنامه عملیات یکپارچه، محدوده مدیریت قابل کنترل، امکانات و تسهیلات لازم برای حادثه و مدیریت جامع منابع می‌باشد.
Incident commander فرمانده حادثه	فردی که مسئول و پاسخگوی تمام فعالیت‌های مدیریتی حادثه، از جمله توسعه راهبردها، تاکتیک‌ها، درخواست و توزیع منابع می‌باشد. فرمانده حادثه دارای اختیارات کلی و مسئولیت اجرای عملیات حادثه و همچنین مسئول مدیریت تمامی فعالیت‌های مرتبط با عملیات حادثه در صحنه حادثه می‌باشد.
Incident management مدیریت حادثه	رویکرد جامع ملی برای مدیریت مراحل پیشگیری، آمادگی، پاسخ، و بازیابی بعد از رخداد بلایای طبیعی و انسان ساخت (تعمدی و غیر تعمدی) و دیگر شرایط اضطراری. مدیریت حادثه شامل انجام اقدامات و فعالیت‌های مرتبط در سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی بوده که خود حادثه و عواقب ناشی از آن را شامل می‌شود.
Incident mitigation تخفیف حادثه	طراحی اقداماتی که در جریان یک حادثه برای به حداقل رساندن اثرات حادثه مانند آسیب به انسان‌ها، خسارت به اموال و یا محیط زیست صورت می‌گیرد.

توضیحات	اصطلاحات
سامانه مراقبت از مصدومان ترومایی است که می‌تواند در مراکز مراقبت سلامت ادغام شده و به ارائه زنجیره‌ای از خدمات برای افرادی که در جریان حوادث مجروح شده و نیاز به مراقبت در مرکز مراقبت‌های حاد دارند، می‌پردازد. در چنین سامانه‌ای، نیازهای بیماران آسیب دیده با تجهیزات بیمارستان مناسب همسان سازی شده است.	Inclusive trauma care system سامانه فراگیر مراقبت تروما
تجهیزات صنعتی که برای تولید، تعمیر و نگهداری و تحقیق و توسعه استفاده می‌شوند و شامل اموال حقیقی و حقوقی مرتبط با آن، ساختمان‌ها، سازه‌ها و تجهیزات نیرو گاهی می‌شود.	Industrial facilities تسهیلات صنعتی
شرایط آمادگی در صنعت برای تولید مواد ضروری و پایه برای حمایت از اهداف ملی نظامی	Industrial preparedness آمادگی صنعتی
اقداماتی که انجام می‌شوند تا از در دسترس بودن منابع صنعتی و قابلیت افزایش رضایت بخش ظرفیت و نیز بسیج امکانات در شرایط اضطراری، اطمینان حاصل شود.	Industrial preparedness planning برنامه ریزی آمادگی صنعتی
فرآیندی است که طی آن اطلاعات تولید شده به فراخور نیاز بین سازمان‌ها یا اشخاص توزیع می‌شود. این فرآیند، برای امنیت حوزه‌های استحقاقی، جهت افزایش آمادگی در برابر مخاطرات حیاتی است. فرآیندها و ساز و کارهای مؤثر به اشتراک‌گذاری اطلاعات، مسئولان امنیت عمومی را قادر می‌سازد تا به اطلاعات کلیدی مربوط به مخاطرات خرابکارانه‌ای مانند تروریسم به سرعت و به نحو مؤثری دست یابند. این اطلاعات موجب می‌شوند مسئولان، آسیب‌پذیری‌های محلی را به دقت ارزیابی کنند، منابع را به درستی اختصاص دهند و تغییرات شرایط تهدید را پایش نمایند.	Information sharing به اشتراک‌گذاری اطلاعات
هرگونه تجهیزات و یا سامانه‌های تجهیزاتی به هم پیوسته که برای دریافت خودکار، ذخیره‌سازی، دستکاری، مدیریت، جابجایی، کنترل، نمایش، سوئیچ کردن (راه‌گزینی)، تبادل، ارسال یا دریافت داده و یا اطلاعات که برای پشتیبانی کارکردها و عملیات‌ها استفاده می‌شود. این فناوری شامل رایانه‌ها، تجهیزات کمکی مانند تجهیزات اطلاعات بصری، نرم افزار، سخت‌افزار و روندها و خدمات مشابه (شامل خدمات پشتیبانی) و منابع مرتبط می‌شود.	Information technology (IT) فناوری اطلاعات
<p>سامانه‌های فیزیکی که خدمات عمومی ارائه می‌کند، مانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اجزای فیزیکی آب، فاضلاب و زیرساخت‌های آب شامل لوله‌های آب، ساختمان‌ها، تأسیسات پمپاژ و واحدهای تصفیه. • اجزای فیزیکی زیرساخت‌های اطلاعاتی شامل هر چیزی که برای اتصال رایانه‌ها به هم و ارتباط کاربران به کار می‌رود؛ شامل خطوط تلفن، خطوط کابلی تلویزیون، ماهواره‌ها و آنتن‌ها، سایر وسایل (مثلا روتر، تجمیع‌کننده و تکرارکننده)، مسیره‌های کنترل انتقال و حتی نرم‌افزاری که برای ارسال، دریافت و مدیریت سیگنال‌ها استفاده می‌شود. • سامانه حمل و نقل در یک منطقه شامل فرودگاه‌ها، محل‌های فرود هلیکوپتر؛ بزرگراه‌ها، پل‌ها، تونل‌ها، خیابان‌ها، پل‌های هوایی؛ راه آهن، پل مخصوص عبور قطار و همچنین راه‌های آبی، کانال‌ها، سدها، بندر، گذرگاه‌ها، لنگرگاه‌ها، اسکله‌ها، موج‌شکن‌ها و سدهای محلی 	Infrastructure زیر ساخت
رویکرد علمی به آسیب‌دیدگی شامل تحلیل، اخذ اطلاعات، تشخیص مشکل صدمه‌دیدگی در گروه‌های پر خطر، تحلیل راهکارهای موجود برای درمان و ارائه خدمات درمانی و ارزیابی اقدامات انجام شده.	Injury control کنترل صدمه
سامانه‌هایی که استفاده از رایانه و فناوری ارتباطات از راه دور را ارتقا می‌دهند تا ایمنی و بهره‌وری انتقال اطلاعات افزایش یابد. فناوری‌های زیادی در عرصه سامانه‌های اطلاعاتی هوشمند وجود دارد که در ارتباطات از راه دور، حسگرها و یا رایانه‌های مورد استفاده در ارتقای عملکردها عملیاتی (ظرفیت‌ها و توان عملیاتی)، ایمنی و امنیت بزرگراه‌ها و انواع تجهیزات حمل و نقل به کار می‌روند.	Intelligent information systems (ITS) سامانه اطلاعاتی هوشمند
<p>جدا کردن یک فرد یا حیوان آلوده از بقیه، در دوره‌ای که بیماری مسری است؛ برای جلوگیری یا محدود سازی انتقال یک عامل عفونی از افراد آلوده به کسانی که مستعد بیمار شدن هستند و یا می‌توانند عامل بیماری را به بقیه منتقل کنند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، در حال حاضر، چهار دسته جداسازی را در نظر می‌گیرند: ۱- جداسازی برای جلوگیری از تماس بیماران یا افراد آلوده با سایر افراد ۲- جداسازی برای پیشگیری از انتقال عامل عفونی از طریق قطرات کوچک ۳- جداسازی برای جلوگیری از انتقال عامل عفونی از طریق هوا ۴- جداسازی استاندارد • هفت دسته قدیمی جداسازی شامل جداسازی مطلق، جداسازی تماسی، جداسازی تنفسی، جداسازی سل، جداسازی روده ای، جداسازی ترشحات و جداسازی خون بود. 	Isolation جدا سازی

اصطلاحات	توضیحات
Laboratory Response Network (LRN) شبکه پاسخ آزمایشگاهی	یک سامانه پیچیده و به هم متصل از آزمایشگاه‌ها که آزمایشگاه مرجع کشور و مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر و سایر سازمان‌های مرتبط با همکاری همه بخش‌های آزمایشگاهی اعم از خصوصی و دولتی در سطوح ملی، منطقه‌ای، استانی ایجاد کرده تا به همه‌گیری‌ها و تهدیدات بیوتروریسم پاسخ دهند. این شبکه ظرفیت آزمایش‌های لازم را در کشور با تعریف سطح بندی خدمات آزمایشگاهی ایجاد نموده است. همچنین آزمایشگاه مرجع از طریق نمایندگان خود در دانشگاه‌های علوم پزشکی آزمایشگاه‌های منتخب برای پاسخ به حوادث بزرگ را مشخص نموده است.
Lead agency سازمان پاسخگو	یک سازمان که به عنوان نماینده برای اجرای یک برنامه در سطوح مختلف محلی، استانی یا منطقه‌ای کار می‌کند. سازمان مدیریت حوادث و بلایا، سازمان مسئول از طرف دولت برای مدیریت و هماهنگی پاسخ به بلایا در هر منطقه است.
Jurisdiction حوزه استحقاقی (قضایی)	منطقه تحت پوشش یک حکومت یا نهاد می‌باشد. سازمان‌های عمومی در حوادث در یک مرز مشخص، مسئولیت و اختیارات دارند که به آن، حوزه استحقاقی می‌گویند. این حوزه می‌تواند مرزهای جغرافیایی و یا سیاسی باشد (مثلاً کشور، استان، شهرستان، روستا و دهستان) و یا بر اساس شرح وظایف و عملکردها مجزا گردد (مثلاً قضایی و یا سلامت عمومی).
Leadership رهبری	فرآیند هدایت و هماهنگ نمودن دیگران برای انجام یک مأموریت به وسیلهٔ مشخص کردن هدف، مسیر و ایجاد انگیزه برای آنان. رهبری مؤثر، توانمندهای بالقوهٔ افراد را به ظهور می‌رساند.
Legislator قانون گذار	عضو مجلس یا هیئت قانونگذار که در فرآیند انتخاباتی برگزیده می‌شود تا به عنوان مدافع خواسته‌های قانونی رأی‌دهندگان حوزهٔ انتخاباتی خود در فرآیند قانون گذاری اعمال نظر نماید.
Lifelines شریان‌های حیاتی	به زیرساخت‌هایی اطلاق می‌شود که برای برقراری و تأمین ارتباطات، آب و فاضلاب، ذخیره‌سازی مایحتاج، خدمات درمانی و توزیع سوخت ایجاد شده‌اند.
Major disaster بلایای بزرگ	هر مخاطره طبیعی (از قبیل انواع توفان‌ها، گردبادها، طغیان رودخانه‌ها، امواج جزر و مدی، سونامی، زلزله، فوران آتشفشانی، زمین لغزش، حرکت توده‌های گل، توفان برف و خشکسالی) یا صرف نظر از علت، هر نوع حادثه (مانند آتش سوزی، سیل، انفجار و از این قبیل) در هر نقطه از کشور که بر اساس تشخیص دولت، از نظر ایجاد صدمات به حدی شدید و بزرگ است که نیازمند امدادرسانی اساسی با کمک گرفتن از منابع محلی، منطقه‌ای، ملی و سازمان‌های امداد رسان است تا از این طریق به کاهش خسارات و تلفات و رنج و سختی کمک نمایند.
Man-made disaster بلایای انسان ساخت	حوادثی مانند جنگ، درگیری‌های مسلحانه یا نزاع‌های داخلی و نیز حوادث تکنولوژیکی مانند حوادث صنعتی، تصادفات ریلی و غیره که بطور وضوح، انسان در بروز آنها دخیل است.
Management مدیریت	فرآیند اتخاذ تصمیم، سازماندهی، هدایت و ایجاد هماهنگی است که در یک سازمان و توسط یک یا چند نفر صورت می‌گیرد تا با بهره برداری مناسب از منابع موجود (انسانی، مالی، تجهیزات و غیره) فعالیت‌های افراد دیگر را به منظور دستیابی به اهداف مشخص که توسط هر فرد به تنهایی قابلیت دسترسی ندارد، هماهنگ کند.
Major disaster بلایای بزرگ	هر مخاطره طبیعی (از قبیل انواع توفان‌ها، گردبادها، طغیان رودخانه‌ها، امواج جزر و مدی، سونامی، زلزله، فوران آتشفشانی، زمین لغزش، حرکت توده‌های گل، توفان برف و خشکسالی) یا صرف نظر از علت، هر نوع حادثه (مانند آتش سوزی، سیل، انفجار و از این قبیل) در هر نقطه از کشور که بر اساس تشخیص دولت، از نظر ایجاد صدمات به حدی شدید و بزرگ است که نیازمند امدادرسانی اساسی با کمک گرفتن از منابع محلی، منطقه‌ای، ملی و سازمان‌های امداد رسان است تا از این طریق به کاهش خسارات و تلفات و رنج و سختی کمک نمایند.
Man-made disaster بلایای انسان ساخت	حوادثی مانند جنگ، درگیری‌های مسلحانه یا نزاع‌های داخلی و نیز حوادث تکنولوژیکی مانند حوادث صنعتی، تصادفات ریلی و غیره که بطور وضوح، انسان در بروز آنها دخیل است.
Management مدیریت	فرآیند اتخاذ تصمیم، سازماندهی، هدایت و ایجاد هماهنگی است که در یک سازمان و توسط یک یا چند نفر صورت می‌گیرد تا با بهره برداری مناسب از منابع موجود (انسانی، مالی، تجهیزات و غیره) فعالیت‌های افراد دیگر را به منظور دستیابی به اهداف مشخص که توسط هر فرد به تنهایی قابلیت دسترسی ندارد، هماهنگ کند.
Mandatory evacuation تخلیه اجباری	نوعی از تخلیه جمعیت است که بر حسب تشخیص مسئولان محلی ضرورت دارد تا افراد، منطقه را به صورت گسترده و احتمالاً برای یک دوره طولانی که بیشتر از ۲۴ ساعت می‌باشد، ترک نمایند.

اصطلاحات	توضیحات
Mass casualty مصدومان انبوه	مصدومان زیادی که بر اثر حوادثی مانند سوانح هوایی، توفان‌های شدید، زلزله یا حملات مسلحانه و از این قبیل، در یک مدت زمان نسبتاً کوتاه به وجود می‌آیند. از آنجا که جوامع از نظر وسعت، بزرگی و دسترسی به منابع (ظرفیت‌های موجود برای پاسخ) متفاوت می‌باشند، عدد خاصی را به عنوان حداقل تعداد مصدومان نمی‌توان تعیین کرد. معمولاً حوادث با مصدومان انبوه، زمانی اتفاق می‌افتد که نیازهای به وجود آمده فراتر از ظرفیت و توانایی پاسخ منطقه متأثر باشد.
Mass casualty incident (MCI) حادثه با مصدومان انبوه	موقعیتی است که در آن شمار زیادی مجروح یا بیمار در نتیجه بروز یک حادثه از قبیل حوادث طبیعی، فناوری‌ها یا اقدامات تروریستی به جای می‌ماند. این شرایط زمینه ساز هجوم تعداد بالایی از مصدومان به بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی می‌شود.
Mass fatality incident حادثه با تلفات انبوه	شرایطی است که در آن تعداد کشته‌های ناشی از حادثه بیشتر از توان رسیدگی و مدیریت منابع محلی است. از آنجا که جوامع از نظر وسعت، بزرگی و دسترسی به منابع (ظرفیت‌های موجود برای پاسخ) متفاوت می‌باشند، عدد خاصی را به عنوان حداقل تعداد افراد کشته شده نمی‌توان تعیین کرد. امکان دارد تعداد ۵ کشته در یک حادثه برای منطقه روستایی به عنوان تلفات انبوه لحاظ گردد اما همین تعداد کشته برای منطقه شهری وسیع این مفهوم را نداشته باشد.
Mass fatality management مدیریت تلفات انبوه	رسیدگی به امور متوفیان شامل بازایی، شناسایی و انتقال آنان که از مسئولیت‌های پزشکی قانونی محل وقوع حادثه است. سه حیطة عملیاتی اصلی در پاسخ به حوادث با تلفات انبوه، شامل جستجو و بازایی اجساد، انجام اقدامات پزشکی قانونی و کمک به خانواده‌های متوفیان است.
medical care Mass-gathering مراقبت پزشکی در تجمع انبوه	مجموع خدمات مراقبت فوری سازماندهی شده برای تماشاچیان و شرکت‌کنندگان در مراسمی است که ممکن است در آن تعداد زیادی از افراد (به عنوان مثال؛ حداقل ۱۰۰۰ نفر) در زمانی مشخص و در مکان خاصی تجمع کرده باشند.
Medical direction (offline) هدایت پزشکی (آفلاین)	نهادینه کردن و پایش همه اجزای سامانه خدمات پزشکی در فوریت‌ها که شامل پروتکل‌های درمانی، دستورات حفاظتی، برنامه‌های آموزشی و کنترل کیفیت می‌باشد.
Medical direction (online) هدایت پزشکی (آنلاین)	هدایت مستقیم پزشکی پرسنل فوریت‌های پیش بیمارستانی از راه دور که توسط پزشک یا یک منبع ارتباطی مجاز که تحت نظر پزشک صورت می‌گیرد.
Military capability توانایی‌های نظامی	مجموع توانمندی‌های نظامی یک جامعه که توانایی دستیابی به اهدافی خاص در زمان جنگ را برای آن فراهم می‌کند. این توانمندی‌ها دارای چهار مؤلفه و عنصر اصلی می‌باشد که عبارتند از: <ul style="list-style-type: none"> • ساختار سازمانی: شامل تعداد، اندازه و ترکیب واحدهایی است که نیروی دفاعی را تشکیل می‌دهند. • نوسازی: شامل مهارت‌های فنی نیروها، واحدها، سامانه‌های تسلیحاتی و تجهیزات می‌باشد. • آمادگی: توانایی نیروها، واحدها، سامانه‌های تسلیحاتی یا تجهیزات برای انجام وظایفی که برای آنها طراحی شده‌اند (شامل قدرت بسیج و به کارگیری بدون تأخیر امکانات). • پایداری: قدرت نگهداری سطح و مدت توان عملیاتی لازم برای دسترسی به اهداف نظامی می‌باشد.
Mitigation کاهش آثار نامطلوب حوادث و بلایا	مجموعه فعالیت‌هایی که برای حذف خطرات مخاطرات برای مردم یا اموال آنان یا کاهش اثرات واقعی یا بالقوه مخاطرات صورت می‌گیرد. در اغلب موارد اثرات نامطلوب حوادث را نمی‌توان از بین برد اما می‌توان شدت آنها را کاهش داد. اقدامات کاهش می‌تواند است قبل، حین یا پس از حادثه به انجام برسند. اقدامات کاهش اغلب بر پایه درس‌های آموخته شده از حوادث قبلی طراحی می‌شوند. کاهش آثار بلایا شامل اقدامات مداومی است که احتمال بروز، مواجهه و آسیب دیدن از مخاطرات را کاهش می‌دهد. این اقدامات می‌تواند شامل منطقه‌بندی و تدوین آئین‌نامه‌های ساخت و ساز، مهار دشت‌های سیلابی، تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تهدیدها در جهت تعیین میزان امنیت یک ساختمان یا تسهیلات موقتی باشد. کاهش آثار بلایا می‌تواند تلاش برای آموزش دولت‌ها، مشاغل یا عموم مردم در مورد اقداماتی باشد که برای کاهش خسارات و تلفات ناشی از حوادث و بلایا باید انجام شوند.
Mitigation evaluation ارزیابی کاهش آثار بلایا	شناسایی فرآیندها و اقداماتی که به کارگیری آنها موجبات کاهش خسارات و تلفات ناشی از یک مخاطره مشخص را در پی دارد. در این رابطه ارزیابی هزینه و اثر بخشی فرآیندها و اقدامات به کار گرفته شده برای کاهش اثرات مخاطره نیز صورت می‌گیرد.
Mobile communications center مرکز ارتباطات سیار	وسیله‌ای است که قابلیت و توانمندی استفاده در محیط‌هایی بدون خدمات پایه ارتباطی و یا با حداقل امکانات را به صورت یک مرکز عملیات سیار خود کفا داشته و فرآیند ارتباطات را بین نهادها و موسسات موجود از طریق آنتن‌های ثابت و یا تجهیزات ارتباطی بدون سیم تسهیل می‌کند. این واحد سیار فضای مناسب کاری و خدمات پایه را برای ارائه عملکردهای روزمره و رفع نیازهای پرسنل در کوتاه مدت و یا بلند مدت فراهم می‌کند.

اصطلاحات	توضیحات
Mortality rate میزان مرگ و میر	نسبتی از جمعیت است که در طی یک دوره زمانی مشخص فوت می‌کنند. در این نسبت صورت کسر تعداد افراد فوت شده در طی یک دوره زمانی و مخرج کسر اندازه کل جمعیت منطقه است که به طور معمول جمعیت وسط سال محاسبه و در نظر گرفته می‌شود. میزان مرگومیر ممکن است به صورت نرخ خام مرگومیر (صورت کسر تعداد افراد فوت شده در طی یک دوره و مخرج کسر تعداد کل جمعیت در سال) و یا میزان‌های اختصاصی مرگ و میر بر اساس نوع بیماری‌ها و یا شرایطی مثل وقوع بلایا و یا گاهی برای سن، جنس، مکان وقوع مرگ و یا سایر ویژگی‌ها بیان گردد. میزان مرگومیر یکی از شاخص‌های مهم اثرات بلایا در بسیاری از منابع و پایگاه‌های داده‌ها می‌باشد.
Multi-agency coordination system سامانه هماهنگی چند سازمانی	سامانه‌ای که ساختاری جهت پشتیبانی هماهنگی به منظور اولویت‌بندی حوادث، تخصیص منابع ضروری، یکپارچه سازی سامانه‌های ارتباطی و هماهنگی اطلاعات را فراهم می‌نماید. این سامانه‌ترکیبی از مراکز هدایت عملیات فوریت، امکانات، تجهیزات، پرسنل، نهادهای هماهنگی چند مؤسسه خاص، روش‌ها و ارتباطات است که با چارچوبی مشترک برای هماهنگی و حمایت از مدیریت حادثه، یکپارچه و منسجم شده است. این سامانه به مؤسسات و سازمان‌ها در یکپارچه‌سازی و ادغام کامل زیر سامانه‌های سامانه ملی مدیریت حوادث کمک می‌کند.
National defense دفاع ملی	هر گونه فعالیتی در ارتباط با برنامه‌هایی برای ساخت و تولید تسهیلات نظامی، کمک نظامی به کشورهای‌های خارجی، ذخیره سازی تجهیزات و ایجاد فضا را می‌گویند. دفاع ملی شامل حمایت از زیرساخت‌های حیاتی و استقرار مجدد آنهاست.
National Incident Management System (NIMS) سامانه ملی مدیریت حوادث	سامانه‌ای که رویکردی همسان را در سرتاسر کشور برای سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی، بخش خصوصی و سازمان‌های غیر دولتی جهت کار با یکدیگر به صورت مؤثر و کارآمد به منظور آمادگی، پاسخ و بازیابی در حوادث ملی صرف نظر از علت، اندازه و پیچیدگی آنها فراهم می‌آورد. به منظور ایجاد سازگاری و قابلیت همکاری بین سازمان‌ها و قسمت‌های مختلف دولت، این سامانه مجموعه‌ای از مفاهیم، اصطلاحات و اصول اساسی و مشترک دارد که شامل؛ سامانه فرماندهی حادثه، سامانه هماهنگی چند سازمانی، آموزش، شناسایی و مدیریت منابع، شرایط احراز، صلاحیت و گواهی‌ها، جمع‌آوری، پایش و گزارش اطلاعات مربوط به حادثه و منابع آن است.
National planning scenarios سناریوهای برنامه‌ریزی ملی	سناریوهایی در سطح ملی و مشتمل بر مخاطرات فاجعه باری که دارای بیشترین اثرات جهت ایجاد تلفات و خسارات انبوه، از دست دادن کلان دارایی‌ها و اختلال اجتماعی وسیع می‌باشند. به‌طور مثال: سناریوهایی برای زلزله، انتشار آتروسل سیاه زخم و یا انفجار تانکر گاز کلر. سناریو باید شامل وظایف حیاتی باشد که ممکن است در یک حادثه بزرگ انجام شود.
National preparedness آمادگی ملی	عبارت است از وجود برنامه‌ها، خط‌مشی‌ها، روش‌های اجرایی، آموزش و تمرین و تجهیزات ضروری در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی به منظور افزایش توان پیشگیری، پاسخ و بازیابی در حوادث عمده مانند: حوادث تروریستی، بلایای بزرگ و سایر فوریت‌ها. در اصل این آمادگی باید برای تمام مخاطرات وجود داشته باشد. <ul style="list-style-type: none"> • اقدامات آمادگی در چهارچوب مدیریت خطر بلایا و با هدف ساخت ظرفیت‌های مورد نیاز مدیریت مؤثر تمام انواع فوریت‌ها و گذار منظم از مرحله پاسخ به مرحله بازیابی پایدار صورت می‌گیرد. • آمادگی بر پایه تحلیل دقیق خطر و ارتباط مناسب با سامانه‌های هشدار اولیه انجام می‌گیرد و شامل فعالیت‌هایی مانند: طرح‌ریزی رویدادهای احتمالی، ذخیره سازی تجهیزات و مایحتاج، ایجاد ساز و کارهای هماهنگی، تخلیه، اطلاع رسانی همگانی، آموزش و تمرین‌های میدانی است. این موارد باید توسط ظرفیت‌های رسمی سازمانی، قانونی و مالی حمایت شوند.
National Response Plan برنامه پاسخ ملی	برنامه‌ای در سطح ملی و با رویکرد تمام مخاطرات به منظور تقویت توانایی کشور برای مدیریت حوادث ملی می‌باشد. این برنامه با ادغام و ترکیب کردن بهترین عملکردها و روش‌های اجرایی از رشته‌ها و حوزه‌های مختلف درگیر در فرآیند مدیریت فوریت‌ها و منسجم کردن آنها در قالب یک ساختار متحد و یکپارچه به‌منظور شکل دادن اصول چگونگی هماهنگی دولت با بخش‌های منطقه‌ای و محلی دولتی و بخش‌های خصوصی در جریان حوادث شکل گرفته است. هدف اصلی این برنامه ایجاد یک پاسخ هماهنگ، منسجم و مؤثر به پیامدهای حوادث ملی در کشور است.
National strategy راهبرد ملی	عبارت است از؛ هنر و دانش توسعه، به‌کارگیری قدرت‌های سیاسی، اقتصادی و روانشناختی کشور به اضافه توان نیروهای مسلح در هنگام صلح و جنگ برای محفوظ نگاه داشتن اهداف ملی. در واقع راهبرد ملی مجموعه تدابیر سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و نظامی ملی می‌باشند.
Warning System National سامانه هشدار ملی	در واقع سامانه هشدار اولیه عبارت از مجموعه ظرفیت‌های مورد نیاز برای تولید و انتشار اطلاعات به موقع و قابل درک نسبت به وقوع یک مخاطره برای افراد، جوامع و سازمان‌های مورد تهدید است تا برای اقدامات مناسب در زمان مناسب آماده شوند. هدف از استقرار سامانه هشدار اولیه، پیشگیری و کاهش احتمال آسیب‌ها یا خسارات است. این سامانه، بخش ملی سامانه هشدار دفاع غیر نظامی در یک کشور است که برای انتشار هشدارها و سایر اطلاعات مرتبط با فوریت‌ها از مراکز یا مناطق هشدار در هر منطقه یا استان استفاده می‌کند.
Natural disaster بلای طبیعی	بلایایی با منشأ طبیعت هستند که به دلیل وجود آسیب‌پذیری و ظرفیت ناکافی برای مقابله و پاسخ باعث از هم‌گسیختگی جدی عملکرد یک اجتماع یا جامعه شده و منجر به خسارات و آثار سوء گسترده انسانی، اقتصادی یا محیطی می‌شوند، به طوری که تطابق با آن‌ها فراتر از توانایی اجتماع یا جامعه تحت تأثیر، با اتکا بر منابع داخلی و در دسترس خودش می‌باشد.

اصطلاحات	توضیحات
<p>Natural hazard مخاطره طبیعی</p>	<p>پدیدهایی با منشأ طبیعت که می‌تواند باعث مرگ، مصدومیت یا دیگر تأثیرات سوء بر سلامت، آسیب به اموال، معیشت و خدمات، از هم‌گسیختگی اجتماعی و اقتصادی یا آسیب زیست محیطی شود. افزایش وقوع برخی مخاطرات زمین‌شناختی و آب و هوایی مانند رانش زمین، سیل، نشست زمین و خشکسالی، ناشی از برهم کنش مخاطرات طبیعی با بهره برداری بیش از حد یا فرسایش منابع زمینی و محیطی در اثر فعالیت انسان هاست.</p>
<p>Needs assessment نیازسنجی</p>	<p>فرآیند نظام‌مند شناسایی اختلافات و تفاوت‌ها بین آنچه که وجود دارد و آنچه که در حال حاضر مورد نیاز است، می‌باشد. نیازسنجی برای شناسایی علل احتمالی اختلافات بین نیازمندی‌های حال و آینده نیز صورت می‌گیرد.</p>
<p>Outbreak طغیان</p>	<p>تراکم و انبوه مواردی از بیماری در یک محیط مشخص و در بازه زمانی معین، با در نظر گرفتن این موضوع که تعداد این موارد باید بیش از حد مورد انتظار در منطقه باشد. در واقع، طغیان به همه‌گیری اطلاق می‌شود که میزان بروز یک بیماری در یک مکان محدود مثل یک روستا یا شهر افزایش داشته است. بسیاری از اپیدمیولوژیست‌ها واژه‌های طغیان و همه‌گیری را به جای یکدیگر مورد استفاده قرار می‌دهند. اما برخی از آنان واژه همه‌گیری را فقط در مورد درگیری تعداد زیادی از مردم در یک محدوده وسیع جغرافیایی به کار می‌برند.</p>
<p>Over triage تریاز بیش از حد</p>	<p>به طور کلی هر گاه بر اساس معیارهای بالینی و اولویت نیاز به درمان، سطح تریاز بیماران بیش از اندازه واقعی تعیین گردد، نوعی تریاز بیش از حد رخ داده است. به عنوان مثال قرار دادن بیماری با اولویت دوم (زرد) در جایگاه اولویت اول (قرمز). در نقطه مقابل این حالت واژه تریاز پایین تر از حد (Under Triage) وجود دارد که این مورد بسیار خطرناک بوده و می‌تواند با تأخیر در رسیدگی به بیمار باعث مرگ یا ناتوانی وی شود.</p>
<p>Personal protective equipment تجهیزات حفاظت شخصی</p>	<p>وسایل و تجهیزات ایمنی و حفاظت شخصی که برای محافظت و جداسازی افراد در مواجهه با مخاطرات شیمیایی، زیستی و فیزیکی مورد استفاده قرار گرفته و بر اساس نوع و کاربری به چهار سطح A، B، C و D تقسیم بندی می‌شوند. سطح C که بیشتر توسط کارکنان بهداشتی و درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد شامل گان، دستکش، ماسک ساده و فیلتردار، عینک، شیلد محافظ صورت، کاور، کفش و چکمه است.</p>
<p>Plan برنامه</p>	<p>عبارت از روشی نظام‌مند برای ساختن، انجام دادن و یا به انجام رساندن اقداماتی برای رسیدن به هدف مشخص می‌باشد. انواع برنامه در مدیریت فوریت شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برنامه آمادگی: چگونه ظرفیت را افزایش دهیم؟ • برنامه پاسخ: چگونه از ظرفیت موجود استفاده کنیم؟ • برنامه اقتضایی: چگونه به شرایط احتمالی پیش آمده (مثلاً بدترین حالت) پاسخ دهیم؟ • برنامه تداوم ارائه خدمات: چگونه در زمان رخداد مخاطره ارائه خدمات ضروری ادامه یابد؟ • برنامه بازیابی: چگونه کارکردها به حالت عادی برگشته و بازسازی انجام شود؟
<p>Planning برنامه ریزی</p>	<p>عمل یا فرآیند تدوین و طراحی یک برنامه به منظور رسیدن به یک راهکار معین و روشن می‌باشد. مثل برنامه‌ریزی عملیات فوریت "Emergency Operation Planning"</p>
<p>Portable emergency isolation treatment center مرکز قابل حمل مراقبت از بیماران نیازمند جداسازی</p>	<p>سازه‌ای با قابلیت حمل، جابجایی و مونتاژ سریع که از آن برای قرنطینه کردن افرادی که در جریان یک حادثه عمدی یا مخاطره طبیعی با یک همه‌گیری مواجهه داشته‌اند استفاده می‌شود. این مرکز مکانی است که در آن می‌توان گروه زیادی از بیماران را بدون آلوده نمودن فضاهای دیگر با استفاده از تجهیزات یکبار مصرف درمان نمود.</p>
<p>Preliminary damage assessment ارزیابی مقدماتی خسارت</p>	<p>ساز و کاری می‌باشد که از آن به منظور تعیین میزان تأثیر، بزرگی و گستره آسیب و همچنین نیازهای موجود در محل حادثه که توسط بخش‌های خصوصی و دولتی مسئول برآورده نشده، استفاده می‌شود. اطلاعات به دست آمده از تحلیل ارزیابی‌ها، مستندات اساسی هستند که به‌واسطه آنها مقامات محلی یا منطقه‌ای به مسئولین دولتی اعلام وضعیت کرده و از طریق این اطلاعات از مقامات استانی، منطقه‌ای یا ملی درخواست کمک می‌کنند.</p>
<p>Preparedness آمادگی</p>	<p>فرآیند آمادگی شامل طیف وسیعی از وظایف ویژه و فعالیت‌های لازم می‌باشد که قبل از رخداد حوادث و مخاطرات برای ساخت، حفظ و بهبود قابلیت‌های عملیاتی به‌منظور پیشگیری و محافظت در برابر آسیب‌ها، ارائه پاسخ مناسب به اثرات، و بازیابی ناشی از عوارض حوادث صورت می‌گیرند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • آمادگی یک فرآیند مداوم بوده که شامل تلاش‌های تمام سطوح دولتی و بخش‌های خصوصی و سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن) برای شناسایی تهدیدات، تعیین آسیب پذیری، و شناسایی ظرفیت (منابع) موجود و مورد نیاز می‌باشد. • آمادگی شامل طراحی سامانه‌های هشدار دهنده، برنامه‌ریزی برای تخلیه و جابجایی افراد، ذخیره سازی آب و مواد غذایی، ساخت سرپناه موقت، ابداع استراتژی‌های مدیریتی، و آموزش و تمرین‌های مرتبط با فاز پاسخ و بازیابی می‌باشد.

اصطلاحات	توضیحات
Prevention پیشگیری	اقدامات صورت گرفته برای جلوگیری از وقوع یک حادثه و یا مداخله به منظور متوقف کردن روند یک حادثه پس از وقوع برای حفاظت از حیات، اموال و دارایی‌ها و محیط زیست می‌باشد. <ul style="list-style-type: none"> پیشگیری شامل استفاده از هوش و ذکاوت و اطلاعات برای طیفی از فعالیت‌ها شامل اقداماتی به‌عنوان عملیات بازدارندگی، افزایش بازرسی‌ها، بهبود عملیات پایش و امنیت، تحقیقات برای تعیین ماهیت و منبع تهدید، نظارت بر سلامت عمومی و آزمایش فرآیندهای کشاورزی، واکسیناسیون، جداسازی یا قرنطینه و همچنین وضع و اجرای قوانین خاص، اقدام برای ممانعت از فعالیت‌های غیر قانونی، ایجاد ممنوعیت در ایجاد اختلال و دستگیری عاملان اختلال می‌باشد. پیشگیری می‌تواند شامل فعالیت‌هایی باشد که توسط اولین پاسخ‌گویان فوریت در مراحل اولیه وقوع یک حادثه برای کاهش آثار و عواقب مخاطرات صورت می‌گیرند.
Public health surge capacity فرا ظرفیت حوزه سلامت عمومی	توانایی سامانه سلامت عمومی که برای افزایش ظرفیت برای مراقبت از بیماران و توان انجام اقداماتی بیشتر مانند تحقیقات اپیدمیولوژیکی، اطلاع‌رسانی خطر، استفاده از داروهای پروفیلاکسی یا واکسیناسیون، مدیریت مرگ‌ومیر انبوه، حمایت از سلامت روانی، خدمات آزمایشگاهی و دیگر فعالیت‌ها صورت می‌گیرند.
Public information officer (PIO) ارشد روابط عمومی	این جایگاه مسئول جمع‌آوری اطلاعات، تولید و ارائه اخبار مربوط به حادثه به فرمانده یا انتشار اخبار با دستور فرماندهی حادثه، به مسئولین، رسانه‌ها و عموم مردم می‌باشد. داده‌های اولیه برای تولید اخبار از بخش برنامه‌ریزی و صحنه حادثه تهیه می‌شوند.
Public safety answering point (PSAP) مکان پاسخ ایمنی عمومی	مکانی مجهز به امکانات و پرسنل جهت مدیریت کارآمد و پاسخ به‌موقع و مناسب به تماس‌های در خواست خدمات فوریت مانند پلیس، آتش‌نشانی و اورژانس پزشکی می‌باشد. در این مرکز پاسخ‌گوهای تماس اولیه بر اساس شکایت اصلی فرد تماس‌گیرنده، نوع خدمات مورد نیاز را تشخیص و پاسخ‌گوی مناسب را به محل اعزام می‌کند.
Public safety officer ارشد ایمنی عمومی	یکی از جایگاه‌های کارکنان فرماندهی می‌باشد که فرد حاضر در این جایگاه مسئول نظارت و ارزیابی خطرات ایمنی و یا موقعیت‌های غیر ایمن و انجام اقدامات جهت اطمینان از ایمنی پرسنل، افراد متأثر از حادثه و ناظران حاضر در منطقه می‌باشد. این جایگاه همچنین به‌طور رسمی امور مربوط به مواد خطرناک در یک بلایا یا فوریت‌ها را به عهده دارد.
Public safety telecommunicator رابط ایمنی عمومی از راه دور	فردی آموزش دیده در استان یا شهرستان است که مسئول برقراری ارتباط از راه دور با افراد و تیم‌های پاسخ‌گوی دولتی یا داوطلب ارائه کمک‌های اضطراری در منطقه تحت تأثیر حادثه می‌باشد. علاوه بر این رابطین، با سازمان‌ها و نهادهای مسئول تیم‌های امدادی و کمک‌رسان ارتباط برقرار می‌کنند.
Rapid needs assessment ارزیابی سریع نیازها	عبارت از تعیین سریع میزان اختلال در عملکرد زیرساخت‌ها و ارزیابی منابع مورد نیاز اولیه جهت اجتناب از پاسخ غیر مؤثر در زمان وقوع حوادث و بلایا می‌باشد. برای دسترسی به نتایج قابل قبول در رابطه با میزان آسیب‌ها، ظرفیت‌های موجود و نیازهای جمعیت متأثر، از پیدمیولوژی، آمار و اطلاعات جمعیت‌شناختی کمک گرفته می‌شود که به سه شکل انجام می‌شود: ۱- ارزیابی سریع ۲- ارزیابی دقیق ۳- ارزیابی مداوم
Rapid needs assessment Team تیم ارزیابی سریع نیازها	تیمی که بلافاصله پس از رخداد یک مخاطره اساسی و یا موقعیت اضطراری در منطقه، شروع به ارزیابی سریع نیازها می‌کند. این تیم اطلاعات لازم برای تعیین ملزومات و منابع مهم مورد نیاز جهت حمایت از فعالیت‌های پاسخ اضطراری را جمع‌آوری می‌کند. تیم ارزیابی، مسئولیت بررسی و ارزیابی تأثیرات کلی یک مخاطره و همچنین تعیین سطح پاسخ فوری در سطوح مختلف ملی، منطقه‌ای یا محلی را بر عهده دارد. این تیم از هر دو روش مشاهده مستقیم و ابزارهای ارزیابی سریع برای اندازه‌گیری پیامدهای اختلال‌های وارده به ابعاد مختلف، استفاده می‌کند.
Recovery بازیابی	فرآیند بازیابی بلایا یکی از مراحل چرخه مدیریت خطر بلایا می‌باشد که از دو بخش بازسازی (Reconstruction) و بازتوانی (Rehabilitation) تشکیل شده است. هدف اصلی در فرآیند بازیابی بازگرداندن کشورها، جوامع، خانواده‌ها و افراد متأثر به وضعیتی بهتر از قبل و کاهش خطر مخاطره در آینده می‌باشد.
Rail transport حمل و نقل ریلی	جابجایی مسافران شهری، بین شهری و حمل و نقل کالا از طریق خطوط راه آهن، که از قرارگیری دو ریل موازی از جنس فولاد، ساخته شده و عموماً توسط رابط‌های چوبی یا بتنی به یکدیگر متصل شده‌اند، تشکیل شده است. این نوع جابجایی یکی از روش‌های ایمن در سامانه حمل و نقل می‌باشد.
Recovery time زمان بازیابی	مدت زمانی که طول می‌کشد تا یک سامانه بعد از اختلال یا نارسایی ایجاد شده در اثر رخداد مخاطره به شرایط عملکردی عادی قبلی و حتی بهتر از آن برگردد.

توضیحات	اصطلاحات
عبارت از برنامه‌ریزی هماهنگی آمادگی بین بیمارستان‌ها و دیگر تسهیلات خدمات سلامت منطقه جغرافیایی در زمان وقوع حوادث می‌باشد. این برنامه‌ریزی شامل مکانیسم هشدار اولیه به موقع و مناسب در زمان حوادث پر تلفات، تبادل اطلاعات بین بیمارستان و اورژانس پیش بیمارستانی، استفاده مناسب از منابع و خدمات و ارتقای ارتباط بین بیمارستان و پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی که در صحنه حضور دارند می‌شود.	Regional hospital emergency planning برنامه ریزی فوریت بیمارستانی منطقه ای
پروژه بلند مدتی که شامل عملیات و تصمیماتی است که به دنبال بلایا و فوریت‌ها ایجاد شده، توانایی‌های از دست رفته کشور، جامعه، خانواده و اشخاص را به وضعیت سطح قبل از حادثه و حتی بهتر از آن بر می‌گرداند. بازتوانی اغلب با یک فرصت برای توسعه بهتر از شرایط قبل و نه فقط یک "بازسازی" ساده جامعه همراه است.	Rehabilitation بازتوانی
درجه یکسان بودن یا سازگار بودن نتایج در آزمون‌های مجدد می‌باشد. تعریف دیگری، پایایی را احتمال کارکرد بدون اختلال یک ساختار، وسیله، روش یا سامانه تحت شرایط مشخص و در دوره زمانی خاص بیان می‌کند.	Reliability پایایی
فرآیند ثبت اطلاعات با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از راه دور (معمولاً توسط امواج الکترو مغناطیس گسیل شده یا منعکس شده به وسیله اشیا) توسط حس‌گرهای کار گذاشته شده بر روی ماهواره یا هواپیما. این تکنیک برای مدیریت مخاطرات طبیعی کاربرد دارد زیرا پدیده‌های زمین‌شناختی، آب و هوایی و جوی رویدادهایی تکرار شونده هستند که شواهدی از رخداد‌های قبلی به جای می‌گذارند.	Remote sensing سنجش از راه دور
شامل؛ تمام سامانه‌ها، اجزا، تولیدات، داده‌ها، خدمات و اطلاعات مرتبط حس‌گرهای فضایی از راه دور می‌شود. سامانه فضایی شامل سفینه فضایی، بسته ارسالی، ایستگاه‌های زمینی، خطوط انتقال داده‌ها و امکانات فرماندهی و کنترل است که ممکن است پردازش داده و استفاده از نرم افزار و سخت‌افزار را نیز شامل باشد.	Remote sensing space capabilities قابلیت‌های فضایی سنجش از راه دور
عبارت است از توانمندی یک سامانه، جامعه یا اجتماع در معرض مواجهه با مخاطرات برای مقاومت، جذب، تطبیق و بازیابی در برابر اثرات مخاطرات در زمان مناسب و با روش‌های مؤثر که بدون ایجاد اختلال در ساختار و عملکردهای اساسی به فعالیت خود ادامه دهند. تاب‌آوری، به مفهوم ظرفیت سازگاری و نقطه مقابل آسیب‌پذیری است که شامل میزان گرایش برای دوری جستن از آسیب یا درجه‌ای از انعطاف‌پذیری یک جامعه که موجب می‌شود در زمان حادثه؛ بدون اختلال در عملکرد، اثرات آن را تحمل نماید.	Resilience تاب‌آوری
اقدامات کوتاه و بلند مدت که در حین و بعد از رخداد حوادث و بلایا برای پاسخ به اثرات مستقیم صورت می‌گیرند. فرآیند پاسخ شامل اقداماتی برای حفظ جان انسان‌ها، محافظت از اموال و دارایی‌ها و برآورده نمودن نیازهای اولیه انسان‌ها می‌باشد. اقدامات پاسخ شامل اجرای برنامه عملیات فوریت (EOP) و فعالیت‌های مربوط به کاهش اثر بلایا برای پیشگیری از مرگ‌ومیر بیشتر، آسیب‌های فردی، آسیب به دارایی‌ها و سایر نتایج ناگوار می‌باشد. علاوه بر این فعالیت‌های مرحله پاسخ در منطقه متأثر شامل به کار گرفتن سامانه‌های اطلاعاتی هوشمند و سایر اطلاعات برای کاهش اثرات یا نتایج حادثه، افزایش امنیت عملیات، بررسی‌های متوالی برای یافتن ماهیت و منبع تهدیدها، اجرای نظام مراقبت به صورت مداوم، اجرای برنامه‌های واکسیناسیون، جداسازی افراد (در صورت نیاز) یا قرنطینه کردن آنان می‌باشد. در این مرحله از چرخه مدیریت خطر بلایا برای جلوگیری از فعالیت‌های غیرقانونی و حفظ امنیت در منطقه، تدابیر ویژه‌ای توسط مسئولین دولتی منطقه صورت می‌گیرد.	Response پاسخ
عبارت است از میزان احتمال آسیب به حیات انسان‌ها، دارایی و محیط زیست که در اثر رخداد مخاطرات می‌تواند به وجود بیاید. خطر نتیجه تعامل مخاطره و آسیب‌پذیری می‌باشد که بر گروهی از عناصر منطقه تحت تأثیر حوادث و بلایا مانند جمعیت، دارایی‌ها، فعالیت‌های اقتصادی، خدمات عمومی و غیره اثرات سوء می‌گذارد. خطر یا ترکیب احتمال رخداد مخاطره و اثرات ناشی از آن (عموماً فقدان و آسیب‌ها در نظر گرفته می‌شوند) تخمین زده می‌شود. فرمول مفهومی خطر عبارت است از: $\text{خطر} = \text{مخاطره} \times \text{آسیب‌پذیری}$	Risk خطر
عبارت است از تخمین کمی آسیب‌ها، جراحات و هزینه‌های ناشی از رخداد مخاطرات در منطقه جغرافیایی ویژه و در دوره زمانی خاص. تحلیل خطر سطحی فراتر از تحلیل/ارزیابی مخاطره می‌باشد. <ul style="list-style-type: none"> • با این تفاسیر خطر دارای دو عنصر قابل اندازه‌گیری می‌باشد: ۱- اندازه/بزرگی صدمات (در جریان ارزیابی آسیب‌پذیری مشخص می‌شود)؛ ۲- احتمال بروز صدمات در هر مکان خاص در یک دوره زمانی مشخص (خطر = بزرگی × احتمال). • تحلیل جامع خطر شامل ارزیابی کامل احتمال رخداد مخاطرات و اثرات آنها بر ساختارها و جمعیت حاضر در منطقه می‌باشد. 	Risk analysis تحلیل خطر

اصطلاحات	توضیحات
Risk assessment ارزیابی خطر	متدلوژی (روش شناسی) جهت تعیین ماهیت و گستره خطر می‌باشد که براساس تحلیل مخاطره‌های بالقوه و ارزیابی وضعیت آسیب پذیری انجام می‌گیرد که ممکن است ابعاد سلامتی مردم، اموال، شیوه معیشت و محیط آنان را در معرض آسیب بالقوه قرار دهد. <ul style="list-style-type: none"> فرآیند انجام ارزیابی خطر بر پایه مطالعه خصوصیت‌های مخاطرات مانند مکان رخداد، شدت، تکرار پذیری/احتمال و همچنین تحلیل ابعاد مختلف آسیب پذیری مانند سازه‌های ساختمانی، مشخصات جمعیت شناختی جامعه، وضعیت اقتصادی و محیط پیرامون به همراه میزان مواجهه می‌باشد. ارزیابی جامع خطر نه تنها میزان احتمال و بزرگی آسیب‌ها را ارزشیابی می‌کند بلکه فهم و شناختی کامل از دلایل و اثرات آسیب و فقدان‌ها را نیز ارائه می‌کند.
Risk communication اطلاع رسانی خطر	عبارت است از شناخت خطرات، انتقال اطلاعات مرتبط با خطر به عموم مردم و همچنین انتقال اطلاعات از سوی عموم مردم به تصمیم‌گیرندگان. اطلاع رسانی خطر شامل تبادل اطلاعات مابین متخصصین، سیاست‌گذاران و جمعیت متأثر می‌باشد.
Risk evaluation ارزشیابی خطر	عبارت است از معیارهایی که مدیران خطر بلایا بر اساس آنها اقدامات خاص مراحل قبل از پاسخ (تخفیف خطر / آمادگی یا هر دو) برای مقابله با خطر را انتخاب می‌کنند. این انتخاب بر اساس میزان اثر بخشی، تناسب و فایده در برابر هزینه‌ها می‌باشد. در این مرحله از مدیریت خطر بلایا مدیران، خطرهای مخاطرات را ارزش گذاری نموده و بر اساس اولویت به‌دست آمده برنامه‌ریزی کرده و اقدامات تخفیف آثار یا آمادگی را انجام می‌دهند.
Risk management مدیریت خطر	فرآیند تصمیم سازی و اجرای اقداماتی برای حذف یا کاهش اثرات مخاطرات شناخته شده می‌باشد. مدیریت خطر چارچوبی برای کاربرد نظام‌مند سیاست‌های مدیریتی، روش‌ها و اقدامات برای شناخت، تحلیل، ارزشیابی، پایش و پاسخ مناسب به خطر احتمالی مخاطرات است.
Risk Mitigation تخفیف خطر	اجرای اقدامات تخفیفی یا تسکینی که به انتخاب سازمان‌های مسئول مدیریت بلایا صورت می‌گیرد. <ul style="list-style-type: none"> به طور ویژه تخفیف خطر می‌تواند شامل پذیرش خطر (عدم نیاز به اقدامی خاص)، اجتناب از خطر (انجام اقداماتی برای دوری از فعالیت‌هایی که باعث بروز خطر می‌شوند)، کاهش خطر (انجام اقداماتی برای کاهش میزان احتمال و/یا اثرات مخاطرات) و اشتراک گذاری خطر (انجام اقداماتی برای کاهش خطر به وسیله به اشتراک گذاری خطر با دیگر نهادها). بهترین الگوی تخفیف خطر با رویکرد انسجام سامانه‌ها در نهادهای سازمانی به دست می‌آید؛ انسجام کارکنان، فرآیندها، تکنولوژی، زیرساخت‌ها و حاکمیت. رویکرد انسجام سامانه‌ها به این موضوع کمک می‌کند تا اطمینان پیدا کنیم که انجام اقدامات در یک یا چند حوزه موجب ایجاد عوارض ناخواسته در حوزه‌های دیگر نمی‌شود.
Risk perception درک خطر	عبارت است از خرد جمعی در رابطه با فهم مخاطرات، مواجهه و خطر که در جامعه به وسیله استدلال شهودی (بصیرت) به وجود می‌آید و بیانگر وجود یا عدم ایمنی می‌باشد. تصمیم‌های اتخاذ شده در زمان حوادث و بلایا همیشه به وسیله میزان درک خطر جمعیت تحت تأثیر و سیاستگذاران هدایت می‌شود. درک خطر همیشه با ارزیابی علمی خطر مغایرت (اختلاف) دارد.
Risk reduction کاهش خطر	کاهش خطر عبارت است از تمهیدات دراز مدت برای کاهش اندازه و/یا دوره زمانی عوارض جانبی مخاطرات اجتناب‌ناپذیر و غیر قابل پیشگیری به وسیله؛ کاهش آسیب پذیری افراد جامعه، سازه‌ها، خدمات و فعالیت‌های اقتصادی در جامعه‌ی در معرض خطر، با تأکید بر شناخت مخاطراتی که توانایی ایجاد بلایا را دارند. سنجه‌های کاهش خطر شامل بهبود استانداردهای ساختمانی، مشخص کردن مناطق سیل خیز و برنامه‌های آمایش سرزمینی، گوناگونی حیات وحش و پوشش گیاهی می‌باشد. این سنجه‌ها به زیر گروه‌های سازه‌ای و غیر سازه‌ای، فعال و غیر فعال تقسیم‌بندی می‌شوند.
Search and rescue جستجو و نجات	جستجو و نجات عبارت است از اقدامات هدایت شده و مشخص که توسط متخصصین ایمنی عمومی و افراد داوطلب برای جستجو و یافتن افرادی که در معرض خطر مرگ ناشی از اثرات حوادث و بلایا هستند انجام می‌شود.
Spontaneous evacuation تخلیه خود به‌خودی	ساکنان و یا شهروندان در معرض تهدید که حادثه را مشاهده کرده و یا اطلاعات غیر رسمی از تهدید واقعی دریافت یا درک نموده و بدون دریافت دستورالعمل‌هایی برای انجام هر گونه اقدامی، تصمیم به تخلیه این منطقه می‌کنند. در این نوع تخلیه، حرکت، اهداف و جهت حرکت، سازمان نیافته و بدون نظارت است.
Size-up ارزیابی صحنه	اقدامی برای شناسایی مشکل و ارزیابی پیامدهای بالقوه می‌باشد. مسئولیت ارزیابی صحنه در اولین قدم به عهده اولین عضو تیم پاسخ می‌باشد که به صحنه حادثه می‌رسد. ارزیابی صحنه در سراسر مرحله پاسخ صورت گرفته و به طور مداوم و بر اساس وضعیت حادثه به روز می‌گردد. ارزیابی مخاطرات موجود در صحنه، تعیین وسعت منطقه آسیب دیده و همچنین اینکه آیا منطقه قابلیت جداسازی دارد یا خیر در این مرحله صورت می‌گیرد. همچنین ارزیابی صحنه مشخص می‌کند که آیا منطقه عملیات درمان موقت مورد نیاز است یا خیر و در صورت لزوم ایجاد این منطقه، جهت برقراری بهترین جریان پرسنل و تجهیزات، این محل در کجا استقرار داشته باشد.

توضیحات	اصطلاحات
پناهگاهی که به طور خاص برای اقامت افرادی با نیازهای ویژه پزشکی طراحی شده که مشکل آنها به حدی نیست که نیاز به بستری شدن در بیمارستان پیدا کنند. این پناهگاهها توسط پزشکان و پرستاران داوطلب حمایت و اغلب دارای سامانه پشتیبان الکتریکی جهت حمایت از تجهیزات پزشکی متکی به الکتریسیته می‌باشند.	Special needs shelter سرپناه افرادی با نیازهای ویژه
<p>عبارت از توانایی افزایش ناگهانی و بیش از حد ظرفیت برای ایجاد، اجرا یا مستقر کردن یک قابلیت و توانایی خاص در پاسخ به افزایش ناگهانی نیازهای به‌وجود آمده ناشی از وقوع حوادث و بلایا می‌باشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • در مراقبت‌های سلامت، شامل توانایی مدیریت افزایش ناگهانی و غیر منتظره در حجم (تعداد) بیماران و نیازهای ویژه آنان که می‌تواند ظرفیت و توانمندی فعلی سامانه ارائه خدمات سلامت را با چالش جدی مواجه نماید. • افزایش ظرفیت به معنای توان افزایش تخت‌های بستری و فضاهای در دسترس (جهت انجام تریاژ، خدمات درمانی و مراقبتی، واکسیناسیون و آلودگی زدایی) و امکان دسترسی به پرسنل با تخصص‌های متفاوت، داروها، تجهیزات و امکانات ضروری یا حتی تأمین ظرفیت قانونی برای ارائه مراقبت بهداشتی در شرایطی که خدمات درخواستی بیش از ظرفیت مجاز می‌باشد. 	Surge capacity فرا ظرفیت
وضعیت‌های مورد انتظار در رابطه با توانایی بیمارستان‌ها در تطبیق دادن ظرفیت‌های خود با افزایش ناگهانی و گذرا در تقاضا برای مراقبت‌های سلامتی متعاقب یک حادثه با اثرات مضر محسوس یا نامحسوس بر سلامت افراد. به عنوان مثال، وجود سامانه‌ای برای تریاژ، درمان و تثبیت ابتدایی ۵۰۰ فرد بزرگ سال و کودک بیمار به ازای هر میلیون نفر از جمعیت که بالاتر از ظرفیت فعلی تخت و کارمند مجهز روزانه، برای قربانیان حوادث شیمیایی، بیولوژیکی، رادیولوژیکی، هسته‌ای و یا حادثه انفجار می‌باشد. این محاسبه افزایش ۱۵٪ یا ۲۰٪ بیشتر از میزان ظرفیت پایه تجهیزات و کارمند می‌باشد.	Surge capacity hospital performance standards استانداردهای فرا ظرفیت بیمارستانی
نوعی بررسی با دقت و مو شکافانه می‌باشد، مانند تعیین مرزهای منطقه، ارتفاعات زمین و یا ساختارهایی در سطح زمین با استفاده از اندازه گیری زوایا و فاصله ها. این اصطلاح به معنای بررسی کمپسیون مشترک بیمارستان نیز می‌باشد.	Survey بررسی دقیق/ممیزی
پایش مداوم با استفاده از روش‌هایی که با خصوصیت‌هایی مانند عملی بودن، یک شکل بودن و سرعت، علاوه بر دقت کاملاً متمایز می‌باشند. هدف از نظارت تشخیص تغییرات در روند و یا توزیع تحقیقات اولیه و یا ابزار کنترل می‌باشد. نظارت فعال، نظام‌مند بوده و شامل بررسی هر مورد در یک چارچوب زمانی تعریف شده می‌باشد. نظارت غیرفعال به‌صورت نظام‌مند نمی‌باشد. به عنوان مثال موارد ممکن است از طریق گزارش‌های مکتوب حادثه، روش‌های کلامی، انتقال الکترونیکی و یا خطوط تلفن ویژه "هات لاین" گزارش شوند.	Surveillance پایش / مراقبت
شناسایی یا معرفی اجزای تشکیل دهنده حوادث آسیب زا می‌باشد که می‌توانند بر ابعاد مختلف جوامع (انسان‌ها، اموال و دارایی و محیط زیست) تأثیر بگذارند که ممکن است در سطح جهانی، ملی، منطقه‌ای یا محلی رخ بدهند.	Threat assessment ارزیابی تهدیدات
هر نوع رویداد انتشار غیر عمدی و عمدی مواد خطرناک در حین حمل و نقل که قادر به ایجاد خطر برای سلامتی و ایمنی بوده و در بخش حمل و نقل به عنوان مواد مشمول مقررات حمل و نقل محسوب می‌شود. چنین موادی به عنوان مواد و عوامل انفجاری، گازهای اشتعال‌زا و غیر قابل احتراق، مایعات محترقه، مواد جامد قابل اشتعال، اکسیدکننده‌ها، سموم، مواد رادیواکتیو و زباله‌های خطرناک طبقه بندی می‌شوند.	Transportation incident حوادث مربوط به سامانه حمل و نقل
مدیریت حمل و نقل عبارت از مجموعه فعالیت‌هایی مانند اولویت بندی در حمل و نقل، سفارش، کسب و یافتن منابع، برنامه‌های زمانبندی، مدیریت ناوگان و هماهنگی حرکت و ردیابی می‌باشد.	Transportation management مدیریت سامانه حمل و نقل
اصطلاحی است که از کلمه یونانی Wound به معنی جراحت گرفته شده و اشاره بر هر نوع جراحت جسمی دارد.	Trauma تراوما/آسیب
تمرینی است که در آن کارکنان ارشد، مقامات انتخابی یا انتصابی و دیگر پرسنل کلیدی در یک محیط رسمی به بحث در مورد شرایط شبیه‌سازی شده می‌پردازند. این نوع تمرین برای تحریک بحث و گفتگو در مورد مسائل مختلف یک وضعیت فرضی در نظر گرفته شده است. می‌توان از این نوع تمرین برای ارزیابی برنامه‌ها، سیاست‌ها، روش‌ها و یا ارزیابی انواع سامانه‌ها که نیازمند راهنمایی در مراحل پیشگیری، پاسخ، و بازیابی از رویداد تعریف شده می‌باشند، استفاده نمود. تمرین‌های دور میزی به‌طور مشخص موجب تسهیل در درک درست مفاهیم، شناسایی نقاط قوت و ضعف و/یا دستیابی به یک تغییر در نگرش می‌شوند. شرکت کنندگان تشویق به بحث عمیق در مورد مسائل شده و توسعه تصمیم‌گیری از روش گام آهسته به جای سرعت در حل مشکل بوده و به‌طور خود به خود تصمیم‌گیری تحت شرایط واقعی یا شبیه سازی شده رخ می‌دهد.	Tabletop exercise تمرین دور میزی
حوادثی مربوط به فن آوری‌های نوین هستند که توسط انسان و در محل سکونت یا استقرار انسان‌ها رخ می‌دهند. آتش‌سوزی، نشت مواد شیمیایی، انفجارها و درگیری‌های مسلحانه نمونه‌هایی از بلایای مربوط به تکنولوژی/فناوری	Technological disaster بلایای مربوط به تکنولوژی/فناوری

اصطلاحات	توضیحات
Telecommunication ارتباط از راه دور	انتقال، انتشار و یا دریافت صدا/ داده‌ها از طریق هر رسانه‌ای با سیم، رادیو، یا دیگر وسایل الکترومغناطیسی الکتریکی و یا تجهیزات نوری می‌باشد. ارتباط از راه دور شامل تمام جنبه‌های انتقال اطلاعات می‌باشد.
Trauma care System سامانه مراقبت تروما	سامانه‌ای سازماندهی شده برای مراقبت و درمان بیماران دارای آسیب‌های حاد است که با استفاده از پرسنل متخصص، تسهیلات و تجهیزات مراقبتی مؤثر و هماهنگ تروما در یک منطقه جغرافیایی مشخص، صورت می‌گیرد. این سامانه‌ها معمولاً در طول ۲۴ ساعت شبانه روز فعال هستند.
Trauma center مرکز تروما	تسهیلات بیمارستانی ویژه هستند که با دسترسی فوری و ۲۴ ساعته به انواع متخصصان جراحی، بیهوشی، ارتوپدی، مغزواعصاب و پرستاران در کنار تجهیزات احیا و امکانات پاراکلینیکی از مصدومان آسیب دیده یا بیمارانی که در معرض خطر آسیب شدید هستند، مراقبت می‌کنند.
Trauma registry ثبت اطلاعات تروما	مجموعه‌ای از اطلاعات بیمارانی که به دلیل انواع خاصی از جراحات و آسیب‌ها، مراقبت‌های ویژه ترومایی را در بیمارستان‌ها دریافت می‌کنند. این اطلاعات در ابتدا، برای اطمینان از کیفیت مراقبت از تروما و بازده سامانه‌ها و سازمان‌های مربوط به تروما جمع آوری می‌شوند و اما هدف بعدی، فراهم کردن اطلاعات سودمند برای مراقبت از جراحات، ناخوشی و مرگ‌ومیر می‌باشد.
Traumatic stress استرس آسیب‌زا	فشار ایجاد شده در اثر وقایع و شرایطی فوق العاده، ناگهانی و خارج از تجربه روزمره فرد است که باعث ایجاد ترس، اضطراب و علائم اجتنابی می‌شود. وقایع آسیب‌زا اغلب با شدت بالا، غیر منتظره و نادر بوده و از نظر طول مدت وقوع از حد تا مزمن متغیر می‌باشند.
Trauma service area منطقه تحت پوشش خدمات تروما	منطقه جغرافیایی که در برنامه سامانه مراقبت تروما، به عنوان منطقه ارائه خدمت توسط مرکز تروما طراحی شده است.
Trauma team تیم تروما	عبارت است از تیمی چند تخصصی، متشکل از حرفه‌های مختلف که جهت ارائه مراقبت‌های جامع به بیماران ترومایی در یک سامانه مراقبت تروما در نظر گرفته می‌شوند.
Triage algorithm الگوریتم تریاژ	روشی مرحله به مرحله برای طبقه‌بندی یا اولویت‌بندی بیماران بر اساس وضعیت بالینی و نوع خدمات مراقبتی مورد نیاز می‌باشد؛ به عنوان مثال روش تریاژ مصدومان سوختگی ناشی از حادثه آتش سوزی.
Triage criteria معیار تریاژ	اقدامات یا روش‌های ارزیابی شدت جراحات یک شخص که برای ارزیابی بیمار، به ویژه در محیط پیش‌بیمارستانی استفاده می‌شود و در آن از ملاحظات آناتومیکی، فیزیولوژیکی و همچنین مکانیسم آسیب استفاده می‌شود.
Unified command فرماندهی واحد	شامل یک کاربری از سامانه فرماندهی حادثه (ICS) بوده و زمانی استفاده می‌شود که بیش از یک ارگان در حوزه استحقاقی حادثه وجود داشته باشد و یا هنگامی که حادثه در وسعت حوزه استحقاقی سیاسی باشد. ارگان‌ها از طریق اعضای تعیین شده در پست فرماندهی واحد، با قرار دادن فرماندهان حادثه تحت یک پست فرماندهی حادثه، یک مجموعه از اهداف و استراتژی‌ها و یک برنامه عملیاتی واحد، با هم کار می‌کنند.
Unified Command Plan برنامه فرماندهی واحد	برنامه‌ای است که ماموریت‌ها، مسئولیت‌ها، ساختار نیروها و منطقه جغرافیایی فرماندهان عملیاتی را با توجه به حوزه استحقاقی آنها مشخص کرده و مسئولیت‌های عملکردی آنها را تعیین می‌کند.
Unity of command وحدت فرماندهی	وحدت فرماندهی یک روش سلسله‌مراتبی است که در آن برای هر فرد تنها یک سرپرست تعیین می‌شود تا در صحنه حادثه تنها به وی گزارش بدهد. این اصول، مسیر گزارش‌دهی را روشن کرده و سردرگمی ناشی از دستورات متعدد، متضاد و گیج‌کننده را از بین می‌برد.
Vulnerability آسیب‌پذیری	آسیب‌پذیری عبارت است از ویژگی‌های یک کشور، منطقه، استان، محل، جامعه، گروه و فرد که موجب افزایش تأثیر پذیری آنها از مخاطرات شده و ظرفیت آنها را برای پیش‌بینی، مقابله و مقاومت در برابر حوادث و بلایا و بازیابی پس از آن راتحت تأثیر قرار می‌دهد. آسیب‌پذیری نتیجه ترکیب عوامل فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و یا فرآیندهای محیطی می‌باشد.
Vulnerability analysis تحلیل آسیب‌پذیری	شامل بررسی نظام‌مند ویژگی‌های یک کشور، منطقه، استان، محل، جامعه، گروه و فرد و وضعیت آنها می‌باشد که بر ظرفیت آنها در پیش‌بینی، مقابله و مقاومت در برابر مخاطرات طبیعی اثر می‌گذارد.
Vulnerability assessment ارزیابی آسیب‌پذیری	ارزیابی آسیب‌پذیری عبارت است از تعیین میزان در معرض مخاطره بودن، ضعف و یا حساسیت نسبت به وقوع مخاطرات. ارزیابی آسیب‌پذیری فرآیندی نظام‌مند برای برآورد آسیب و حساسیت یک کشور، منطقه، استان، محل، جامعه، گروه و فرد در برابر وقوع یک حادثه یا مخاطره با شدت مشخص در یک منطقه مشخصی می‌باشد.

1. Khankeh HR, Farrokhi M, Roudini J, Pourvakhshoori N, Ahmadi S, Abbasabadi-Arab M, et al. Challenges to Manage Pandemic of Coronavirus Disease (COVID-19) in Iranian Special Situation: A Qualitative Multi-Method Study. 2021.
2. Khankeh HR, Farrokhi M, Khanjani MS, Momtaz YA, Forouzan AS, Norouzi M, et al. The Barriers, Challenges, and Strategies of COVID-19 (SARS-CoV-2) Vaccine Acceptance: A Concurrent Mixed-Method Study in Tehran City, Iran. 2021;9(11):1248.
3. Khankeh HR, Akbari Shahrestanaki Y, Bahrapouri S, Beyramijam MJEmi. National Health-Oriented Hazard Assessment in Iran Based on the First Priority for Action in Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. 2021;2021.
4. Khankeh HR, Ebadi A, Norouzi Tabrizi K, Moradian STJH, community scit. Home health care for mechanical ventilation-dependent patients: A grounded theory study. 2021.
5. Khankeh HR, Kolivand P, Fathi M, Lornejad H, Abbasabadi-Arab MJDM, Preparedness PH. Risk Assessment of Covid-19 in the Iranian Health System: A Brief Report. 2021:1-12.
6. Khankeh HR, Lankarani KB, Zarei N, Joulaei HJIJoMS. Three Decades of Healthcare System Reform in Iran from the Perspective of Universal Health Coverage: A Macro-Qualitative Study. 2021;46(3):198.
7. Suburban Emergency Management Project. Disaster Dictionary 2009 [updated 2009; cited 2009 April 1, 2009.].
8. Coppola DP. Introduction to International Disaster Management: Elsevier Science; 2015.
9. Koenig KL, Schultz CH. Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices: Cambridge University Press; 2016.
10. Ciottone GR, Biddinger PD, Darling RG, Fares S, Jacoby I, Keim ME, et al. Ciottone's Disaster Medicine: Elsevier - Health Sciences Division; 2015.
11. Powers R, Daily E. International disaster nursing: Cambridge University Press; 2010.
12. Blanchard BW. Guide to emergency management and related terms, definitions, concepts, acronyms, organizations, programs, guidance, executive orders & legislation. Retrieved August. 2008;20:2010.
13. Khankeh HR. Disaster Hospital Preparedness: National Plan. 2, editor. Tehran. Iran: University of Social Welfar & Rehabilitation; 1392 1392. 304 p.
14. UNISDR M. UNISDR Terminology for Disaster Risk Redution. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) Geneva, Switzerland. 2009.
15. Khankeh H, Kolivand P, Fathi M, Lornejad H, Abbasabadi-Arab MJDM, Preparedness PH. Risk Assessment of Covid-19 in the Iranian Health System: A Brief Report. 2021:1-12.
16. Khankeh HR, Hosseini SA, Mehmandar M, Ebadi AJMJoTIROI. Components of driving competency measurement in the elderly: A scoping review. 2021;35(1):10-21.
17. Khankeh H, Nazdik ZMJMsHJ. Reviewing of published studies on Health risk management in Emergency and Disaster. 2021;5(1):e23-e.
18. Khankeh H, Farrokhi M, Roudini J, Pourvakhshoori N, Ahmadi S, Abbasabadi-Arab M, et al. Challenges to Manage Pandemic of Coronavirus Disease (COVID-19) in Iranian Special Situation: A Qualitative Multi-Method Study. 2021.

19. 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.
20. Ostadtaghizadeh, A., Khankeh,HR.,et al., Community Disaster Resilience: a Systematic Review on Assessment Models and Tools. *PLoS Currents*. 7.
21. 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.
22. 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
23. 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.
24. 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.
25. Alipour, F.,Khankeh.HR., et al., Challenges for Resuming Normal Life After Earthquake: A Qualitative Study on Rural Areas of Iran.
26. 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.
27. 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).
28. Froutan, R., Khankeh,HR.,et al., Pre-hospital burn mission as a unique experience: A qualitative study. *Burns*, 2014.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.

38. 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.
39. 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).
40. 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.
41. 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
42. 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.
43. 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.
44. Ardalan, A., Khankeh, HR., et al., A pilot study: Development of a local model to hospital disaster risk assessment. Hospital, 2011. 9(3, 4).
45. 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.
46. 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).
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Aminizadeh M, Farrokhi M, Ebadi A, Masoumi GR, Kolivand P, Khankeh HR, Joe, et al. Hospital management preparedness tools in biological events: a scoping review. 2019; 8.
51. Aminizadeh M, Farrokhi M, Ebadi A, Masoumi G, Kolivand P, Khankeh HJDM, et al. Hospital preparedness challenges in biological disasters: A qualitative study. 2020:1-5.
52. Arab MA, Khankeh HR, Mosadeghrad AM, Farrokhi M. Developing a hospital disaster risk management evaluation model. Risk management and healthcare policy. 2019;12:287.