بسم الله الرحمن الرحیم

ابزارهای ملّی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا

و اصطلاح شناسی مدیریت خطر حوادث و بلایا

تألیف:

دکتر حمیدرضا خانکه و دکتر داود خراسانی زواره

با همکاری گروه نویسندگان به ترتیب حروف الفبا :

دکتر یوسف اکبری شهرستانکی، دکتر علی نصیری، دکتر مهدی بیرامی‌جم، دکتر الهام قناعت‌پیشه، دکتر لیلا داددوست، دکتر الهام سیادت، دکتر زهرا عباسی، دکتر شکوفه احمدی، دکتر سعیده بهرامپوری، دکتر ژولیت رودینی، دکتر بابک فرزین‌نیا، دکتر مریم رنجبر، دکتر احمد سلطانی، دکتر محمدتقی طالبیان، دکتر محمد سرور، دکتر جعفر میعادفر، دکتر حسن نوری، دکتر معصومه عباس آبادی، دکتر حجت شیخ بردسیری، دکتر محسن امینی زاده، مجتبی خالدی، وحید دل‌شاد، عطیه مبینی، دکتر شیوا یوسفیان، دکتر مریم نخعی، دکتر علی اردلان، دکتر غلامرضا معصومی، دکتر امین صابری‌نیا

ویراستاران

آرزو دهقانی، دکتر معصومه عباس آبادی، دکتر داود خراسانی زواره

تابستان 1400

سرشناسه	:	خانکه، حمیدرضا، ۱۳۴۶ -
عنوان و نام پدیدآور	:	ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا/ تألیف حمیدرضا خانکه و داود خراسانی زواره، با همکاری گروه نویسندگان امین صابری‌نیا... [و دیگران]؛ ویراستاران (به ترتیب حروف الفبا) داود خراسانی‌زواره... [و دیگران].
وضعیت ویراست	:	[ویراست ۲].
مشخصات نشر	:	تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۵.
مشخصات ظاهری	:	جدول (بخشی رنگی).
شابک	:	978-600-6442-64-8
وضعیت فهرست‌نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	با همکاری گروه نویسندگان امین صابری‌نیا، مریم نخعی، علی اردلان، یوسف اکبری، علی نصیری، مهدی بیرامی‌جم، الهام قناعت‌پیشه ...
یادداشت	:	ویراستاران (به ترتیب حروف الفبا) آرزو دهقانی داود خراسانی‌زواره ، لیلا داددوست، آرزو دهقانی، مریم نخعی، علی نصیری.
یادداشت	:	چاپ قبلی کتاب حاضر تحت عنوان "مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا (نقشه خطر)" منتشر شده است.
یادداشت	:	کتاب‌نامه.
عنوان دیگر	:	مجموعه ابزارهای ملی ارزیابی مخاطرات و شاخص‌های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا (نقشه خطر).
موضوع	:	حوادث -- ایران -- پیشگیری -- برنامه‌ریزی
موضوع	:	Accidents -- Iran -- Prevention -- Planning
موضوع	:	مدیریت بحران-- ایران
موضوع	:	Crisis management -- Iran
موضوع	:	سلامت‌پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی
موضوع	:	Health promotion -- Planning -- Iran
موضوع	:	پزشکی -- خدمات -- ارزشیابی
موضوع	:	Medical care -- Evaluation
موضوع	:	بیمارستان‌ها -- مدیریت
موضوع	:	Hospitals -- Administration
موضوع	:	مدیریت بحران -- برنامه‌ریزی
موضوع	:	Crisis management -- Planning
شناسه افزوده	:	صابری‌نیا، امین، ۱۳۵۴ -
شناسه افزوده	:	خراسانی زواره، داود، ویراستار
شناسه افزوده	:	دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
رده‌بندی کنگره	:	۱۳۹۵ ۲خ۹الف/ HT۱۶۹
رده‌بندی دیویی	:	۱۲۱۶۰۹۵۵/۳۰۷
شماره کتابشناسی ملی	:	۴۲۱۸۰۵۰

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نام کتاب: ابزارهای ملّی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا

مؤلف: *دکتر حمیدرضا خانکه و همکاران*

شابک: *978-600-6442-64-8*

شمارگان: *2000 جلد*

قیمت: *200000 ریال*

چاپ دوم:*1400*

چاپ: *ارشیا*

ناشر: *دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی*

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

تلفن و نمابر: *۲۲۱۸۰۰۸۱*

با قدردانی از همکاری

- *ویراستاران: دکتر داود خراسانی زواره، دکتر معصومه عباس آبادی*
- *صفحه‌آرا: گروه گرافیکی ارشیا ● طراحی جلد: گروه گرافیکی ارشیا*

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

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

- **مقدمه مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** 4
- **مقدمه معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** 5
- **مقدمه رئیس سازمان اورژانس کشور** 6
- **مقدمه مؤلف** 7
- **راهنمای خوانندگان** 10
- **ابزار شماره یک:** ابزار بررسی مخاطرات و تهدیدات 14
- **ابزار شماره دو:** ابزار بررسی ظرفیت اورژانس پیش بیمارستانی در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه) 19
- **ابزار شماره سه:** ابزار بررسی ظرفیت حوزه‌ی درمان در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه) 34
- **ابزار شماره چهار:** ابزار بررسی آسیب‌پذیری حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه) 61
- **ابزار شماره پنج:** ابزار بررسی پاسخ آمادگی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی‌درمانی به حوادث و بلایا 70
- **ابزار شماره شش:** ابزار بررسی آمادگی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی‌درمانی در پاسخ به شرایط اضطراری روانی 83
- **ابزار شماره هفت:** ابزار ارزیابی سریع حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا 87
- **ابزار شماره هشت:** شاخص‌ها و معیارهای سطح‌بندی حادثه در مراکز هدایت عملیات سلامت از سطح محلی تا ملی 119
- **ابزار شماره نُه:** ابزار بررسی سریع ظرفیت ملی حوزه‌ی سلامت در پاسخ به حوادث و بلایا 125

- **ابزار شماره ده**: ابزار تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا .....
- **ابزار شماره یازده:** ابزار جامع ارزشیابی تمرین‌های حوزه سلامت در حوادث و بلایا.....
- **ابزار شماره دوازده:** ابزار جامع اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا.....
- **ابزار شماره سیزده:** ابزارارزیابی آمادگی بیمارستانی در حوادث بیولوژیک.....
- **ابزار شماره چهارده:** ابزار ملی ارزیابی آمادگی اورژانس پیش بیمارستان در حوادث و بلایا.....
- **ابزار شماره پانزده:** ابزار ملی سنجش کارکرد هماهنگی درون بخشی نظام سلامت در حوادث و بلایا.....

173.....

- **منابع** 184

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، به‌طوری‌که همواره بیش از ۹۰ درصد جمعیت آن در معرض خطرات ناشی از زلزله، سیل و خشک‌سالی قرار دارند. گسترش کووید-19 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 ابزار های 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 1404، 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 سیاست گذاری حوادث و سوانح در نظام سلامت موردتوجه 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 عین الهی

وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مقدمه معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

حوادث و بلایا ناشی از مخاطرات طبیعی یا انسان‌ساخت به هر شکل و یا با هر علتی که وقوع پیدا کنند، تهدیداتی جدی برای حیات، توسعه و تکامل جامعه بشری بـه همـراه دارنـد. کشور ما ایران به دلیل موقعیت جغرافیایی خود از بلاخیزترین مناطق دنیا است، این مسئله به همراه شواهد اخیر مبنی بر افزایش وقوع اینگونـه حـوادث و سـوانح و همچنـین پانـدمی کووید-19 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 مهمتـرین مطالبـه مردم است را بیش‌ازپیش نشان می‌دهد. بنابراین توجه به پیشگیری، پیش‌بینی و تدارک لوازم و تجهیزات لازم جهت ارائه پاسخ مؤثر و مناسب به‌منظور کاهش مرگ‌ومیر، مصـدومیت و معلولیت و بار ناشی از وقوع این حوادث و همچنین ارزیابی مداوم آمادگی و تاب آوری عناصر و کارکرد های نظام سلامت از اهمیت بسزایی برخوردار است.

آمادگی از ارکان اصلی مدیریت حوادثو سوانح بوده و در ساده‌ترین شکل خـود نیازمنـد برنامـه‌ریزی، آمـوزش ،تمـرین ، تـامین منـابع، پـیش بینـی سـاختار مـدیریت و فرمانـدهی و ارزیابیاقدامات ، برنامه ها و ظرفیت ها است .این آمادگی در سطح فردی به افزایش دانش ، بهبود نگرش و کسب مهارت‌های لازم کمک کرده و در سطح محلی منجر به تـدوین برنامـه، 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 به‌منظور کسب آمادگی و کاهش اثرات ناشی از وقوع حوادث و بلایا و مدیریت جامع خطر، بررسـی و تحلیـل عناصر اصلی خطر و پیش‌بینی نتایج حاصل از تعامل آن‌ها است که البته در راستای اسناد و شواهد بین المللی خصوصا اولویت اول سند سندایییعنی لزوم فهم و شناخت کامـل خطـر و عناصر تعیین کننده آنست. لذا بدین منظور طراحی و تدوین ابزارهایی جامع، متناسب با بستر و فرهنگ بومی می تواند اطلاعات قابل‌اعتماد و معتبر لازم به‌منظور شناخت خطـرات ناشی از وقوع حوادث و بلایا با مشاء طبیعی یا انسان‌ساخت 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 جـامع و ادغام شده خطر انجام دهد که با همراهی کلیه نخبگان این حوزه تدوین‌شده و به‌عنوان مجموعه ابزارهای معتبر کشوری به‌منظور بررسی و شناخت خطر و عوامل تاثیر گذار در حـوزۀ سلامت مورداستفاده قرار خواهد گرفت.

در پایان ضمن تشکر از زحمات کلیه مولفین خصوصا گروه آموزشی و مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و فوریت‌هـای پزشـکی دانشـگاه علـوم توانبخشـی و سـلامت اجتمـاعی 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 رییس سازمان اورژانس کشور

مطالعات نشان می‌دهد که روند وقوع حوادث و بلایابا منشا 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-19 معرف کمبود آمادگی در تمام حوزه ها خصوصا 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 پیش فعالی 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 سیاست گذاری 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 سیاست گذاری سلامت در حوادث و سوانح در سطح وزارت متبوع و تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، کلیه اساتید و دانشجویان محترم خصوصا 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

مقدمه مؤلف

حوادث و بلایا چه ناشی از مخاطرات طبیعی و چه انسان‌ساخت دارای آثار و نتایج مخربی هستند که ممکن است عمیق و آشکار و یا نـامعلوم باشـند. در سـال 2019 ، حـداقل 396 بلایای طبیعی در EM-DAT گزارش شده است که منجر به کشته شدن 11755 نفر شده ، 95 میلیون نفر دیگر را تحـت تـأثیر قـرار داد و نزدیـک بـه 130 میلیـارد دلار آمریکـا خسارت اقتصادی به بار آورد. آسیا با رخداد بیش از 40٪ از بلایای طبیعی، بعنوان آسیب‌پذیرترین قاره 45٪ از کل مرگ‌ومیرها و 74٪ از مـردم تحـت تـأثیر بلایـا را نیـز بـه خـود اختصاص داده است. خسارات و آسیب‌های ناشی از انواع بلایا در کشورهای با درآمد پایین و متوسط همواره بیشتر بوده است.

ایران ازجمله کشورهای با رخداد بالای بلایا و حوادث با مصدومین انبوه در دنیا محسوب می‌شود که در مناطق مختلف آن، انواع حوادث و بلایا با منشا طبیعی همچـون سـیل، زمـین 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 وقـوع اسـت. به‌عنوان‌مثال امکان بروز زلزله در بیش از 93 درصد شهرها و مناطق کشور ایران وجود دارد و در طی 97 سال اخیر حدود 40 زلزله با بزرگای بیش از 5 ریشـتر در کشـور ثبت‌شـده که جان بیش از 180000 نفر را گرفته است. بر اساس اعلام سازمان مدیریت بحران کشور در سال 1398، حدود 5270 حادثه طبیعی در کشور به وقوع پیوسته اسـت. ازآنجایی‌کـه ایران یک کشور حادثه‌خیز 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 عواقـب حـوادث و بلایا است و اگر تأثیر این وقایع بر افراد و جوامع نیز مدنظر قرار گیرند، نتایج مخرب آن‌ها عظیم‌تر خواهد بود. شیوع سریع و گسترده کوویـد-19 از زمسـتان 1398 در کـل دنیـا 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 نظـام سـلامت بود.

حوزۀ سلامت در حوادث و سوانح نقش اساسی در کاهش مرگ‌ومیر و صدمات دارد، از طرفی اولین و مهم‌ترین مطالبۀ مردم در زمان رخـداد حـوادث، سـلامت اسـت و ارائـه خـدمات سلامت هماهنگ، یکپارچه، مداوم و قابل‌دسترسی ضرورت داشته و از شاخص‌های مهم توسعه ملی است. حوادث و سوانح تنها از طریق برنامـه‌ریزی هوشـمندانه و مـدیریت یکپارچـه قابل‌کنترل هستند. مدیریت مؤثر در بلایا بستگی به پیش‌بینی 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 بین‌المللی به‌منظور تأمین آمادگی‌های لازم، بررسی خطر وقوع حوادث[1] و پیش بینی سناریوهای محتمل ضـروری بـوده، لازم

1- Risk Assessment

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 آسیب‌پذیری و ظرفیت‌های 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 فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی و به سفارش دبیرخانهٔ 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" 14 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 بین المللی تدوین و به دفعات، بازبینی شده است.

با استفاده از این ابزارها، برآورد منطقی از خطر حوزهٔ سلامت، مبتنی بر نتایج، انجام شود که در طراحی و تدوین نقشه خطر، نقش تعیین کننده داشته و می تواند 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

وریس رصدخانه اجتماعی کووید-19

راهنمای خوانندگان

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

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

1- راهنمای تکمیل، تعریف اصطلاحات و توضیحات مربوط به هر مورد به‌دقت مطالعه شود.

2- فرم‌ها ترجیحاً با نظارت کارشناسانی تکمیل شود که در دوره‌ی آموزشی آمادگی بیمارستانی[1] و ارزیابی ایمنی بیمارستانی[2] و کارگاه اختصاصی ارزیابی خطر که توسط دبیرخانه‌ی کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه‌ی کشور برگزارشده است، شرکت کرده باشند.

3- 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.

4- تنظیم قراردادها 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 مشخص‌شده باشد چه کسی، چه‌کاری 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).

5- 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.

6- منظور از فراظرفیت (ظرفیت قابل‌افزایش)، 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

1- Hospital Disaster Preparedness (HDP)
2- Hospital Safety Index (HSI)

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 افـزایش ظرفیـت تنها برای زمان حادثه صورت نگرفته است (این‌گونه موارد را می‌توان در قسمت توضیحات ذکر نمود). ظرفیت قابل افزایش، فراتر از نیاز روزمره بیمارسـتان بـوده، صـرفاً بـرای زمان حادثه طراحی و پیش‌بینی‌شده است.

به‌منظور بهره‌برداری از نظرات و تجربیات ارزشمند شما، خواهشمند است پیشنهادهای خود را در خصوص تکمیل مطالب، به دبیرخانه‌ی کـارگروه سـلامت در حـوادث غیرمترقبه‌ی کشور، مستقر در س 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 ملّی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" مشتمل بر14 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 رشته ای 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 می بایست 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)
1	حسن صادقی	37	مذکر	کارشناس پرستاری	کارشناس دبیرخانه	سوپروایزر آموزشی	بیمارستان شهید رجایی	10 سال	HSI-HDP ابزارها

ابزار شماره‌ی یک

ابزار بررسی مخاطرات و تهدیدات

ابزار ارزیابی مخاطرات ، به‌منظور استخراج و بررسی فهرست مخاطرات کشور بر اساس مناطق جغرافیایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی 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 نحوه‌ی 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 دوره‌ی آموزشی آمادگی بیمارستانی[1] و کارگاه ارزیابی مخاطرات که توسط دبیرخانه‌ی کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه برگزار شده است، شرکت کرده باشند. توصیه می‌شود در هر منطقه کارشناسان کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان‌های منطقه‌ی جغرافیایی در تهیه‌ی نقشه‌ی مخاطرات مشارکت فعال داشته باشند.

توضیح (1): منظور از منطقه، مرکز استان و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌های تابعه است. (در کلان‌شهرها فهرست مخاطرات بر اساس مناطق شهرداری استخراج می‌شود.)

1- Hospital Disaster Preparedness

توضیح (2): 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 (به‌عنوان‌مثال دانشگاه علوم پزشکی شیراز دانشگاه مرجع استان فارس است). لازم به توضیح است که نقشه‌ی خطر مناطق مختلف جغرافیایی استان باید به‌صورت 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[1] به دبیرخانه‌ی کارگروه بهداشت و درمان در حوادث غیرمترقبه‌ی 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 کمیجان توسط مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک تهیه و به‌صورت فایل اکسل به دبیرخانه‌ی کارگروه سلامت در حوادث غیرمترقبه‌ی وزارت بهداشت ارسال گردد.

راهنمای تکمیل جدول شماره‌ی 8

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 1 انتخاب کنید. درصورتی‌که پدیده‌ای مشخصات یک مخاطره را داشته و در لیست مذکور درج نشده است، آن‌را به انتهای جدول اضافه کنید. همچنین شما می‌توانید اطلاعات مربوط به مخاطرات را از سازمان مدیریت بحران منطقه، یا سازمان‌های مرتبط دیگر مثل مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت، جهاد کشاورزی، هواشناسی، مؤسسه ژئوفیزیک دانشگاه تهران، جمعیت هلال‌احمر، آتش‌نشانی، معتمدین محلی و سایر منابع معتبر به دست آورید.
پیشنهاد می‌شود در ابتدا 10 مخاطره از مخاطرات محتمل بر اساس جدول شماره 3 انتخاب شود و سپس بر اساس جدول شماره‌ی 7 اطلاعات تکمیل گردد.

تعریف مخاطره[2]

مخاطره به‌تمامی 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.

1- Excel
2- Hazard

جدول شماره‌ی 1- تعریف برخی از مخاطرات مهم و شایع

مخاطرات	تعریف
زمین‌لرزه	لرزش ناگهانی پوسته‌ی جامد زمین که براثر آزاد شدن ناگهانی انرژی ایجاد می‌شود.
زمین‌لغزش	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 زیردریا 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 جداشده 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 به‌تنهایی یا همراه با باران، رعدوبرق، تندر و برف باشد.
طوفان گردوغبار	به‌سرعت باد بیشتر از 15 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 56 کیلومتر در ساعت به همراه بارش فراوان برف یا برف بلند شده از زمین که دید را به کمتر از 400 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 0/5 تا 50 میلی‌متر است.
طوفان یخ	تجمع و انباشتگی برف که منجر به ایجاد سطوح یخی باضخامت 6/4 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 براثر 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 طولانی‌مدت 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.
نشت 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 دیگر، یا با یک کاربر (استفاده‌کننده) راه دیگر، یا یک جسم ثابت در کنار جاده، و یا با خودرو دیگر که معمولاً آسیب مالی یا جانی در پی دارد، برخورد کرده باشد.
تهدید زیستی	به انتشار 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، براثر 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[1] وقوع مخاطرات

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

توضیح (1):

1. 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 5 قرار می‌گیرد.
   مثال: روستایی که چندین بار در سال درجاتی از سیل در آن اتفاق افتاده است، در سطح 5 قرار می‌گیرد.
2. اگر در بیست سال گذشته مخاطره (مانند آتش‌سوزی جنگل) چهار و پنج بار در منطقه‌ی شما اتفاق افتاده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح 4 قرار می‌گیرد.
3. 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 3 قرار می‌گیرد.
4. 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 درسطح 2 قرار می‌گیرد.
5. اگر در بیست سال گذشته مخاطره‌ای مثل یک فوران آتش‌فشان رخ نداده باشد، تکرارپذیری آن مخاطره در سطح 1 قرار می‌گیرد.

توضیح (2): ضریب این شاخص در محاسبات، 7 است.

جدول شماره‌ی 2- سطح‌بندی مخاطرات بر اساس تکرارپذیری

سطح تکرارپذیری	تعریف
1	در بیست سال گذشته اتفاق ثبت نشده است.
2	در بیست سال گذشته اتفاق یک بار ثبت شده است.
3	در بیست سال گذشته اتفاق 2 تا 3 بار ثبت شده است.
4	در بیست سال گذشته اتفاق 4 تا 5 بار ثبت شده است.
5	در بیست سال گذشته اتفاق بیشتر از پنج بار ثبت شده است.

احتمال[2]

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

توضیح (1): 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.

1 - Frequency
2- Probability

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

توضیح (2): در محاسبه‌ی امتیاز نهایی، ضریب این شاخص 2 است.

جدول شمارهٔ 3- سطح‌بندی مخاطرات بر اساس احتمال

سطح احتمال	تعریف
1	احتمال وقوع مخاطره در محل موردنظر بسیار نادر است.
2	مخاطره در فاصله‌ی زمانی بیش از 20 سال آینده، احتمال وقوع دارد.
3	مخاطره در فاصله‌ی زمانی بین 10 تا 20 سال آینده، احتمال وقوع دارد.
4	مخاطره در فاصله‌ی زمانی بین 5 تا 10 سال آینده، احتمال وقوع دارد.
5	مخاطره در فاصله‌ی زمانی کمتر از 5 سال آینده، احتمال وقوع دارد.

شدت[1] مخاطره:

در این مدل؛ شدت مخاطره بر اساس تعداد کشته، مصدوم، بی‌خانمان، خسارات مالی **یا** اختلال عملکرد تعریف می‌شود.

توضیح (1): اگر مخاطره‌ای در منطقه‌ی جغرافیایی شما چندین بار اتفاق افتاده باشد به‌منظور تعیین شدت آن، تعداد کشته، مصدوم، بی‌خانمان، خسارات مالی یا اختلال عملکـرد 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 بـه همـراه داشـته است، به‌عنوان بدترین حالت در نظر گرفته شود.

توضیح (2): 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 (3): منظور از خسارت مالی، خسارات وارده به اموال و دارایی، تجهیزات و ... مرتبط با حوزه بهداشت و درمان است.

توضیح (4): در محاسبه‌ی امتیاز نهایی، ضریب این شاخص 6 است.

جدول شمارهٔ 4- سطح‌بندی مخاطرات بر اساس شدت

سطح شدت	تعریف
1	مخاطره اثراتی بر روی سلامت مردم منطقه نداشته است. خسارات مالی کمتر از یک میلیارد ریال بدون بی‌خانمان مخاطره اثری بر ارائه‌ی خدمات سلامت نداشته است.
2	کشته: یک تا دو نفر مصدوم: یک تا پنج نفر خسارات مالی بیش از یک میلیارد تا 10 میلیارد ریال بین یک تا 100 نفر بی‌خانمان ایجاد اختلال در ارائه‌ی خدمات سلامت 2- 0 ساعت
3	کشته: سه تا پنج نفر مصدوم: شش تا نه نفر خسارات مالی بیش از 10 میلیارد تا 200 میلیارد ریال بین 101 تا 1000 نفر بی‌خانمان ایجاد اختلال در ارائه‌ی خدمات سلامت 12- 2 ساعت

1- Severity

سطح شدت	تعریف
4	کشته: شش تا نه نفر مصدوم:10 تا 99 نفر خسارات مالی بیش از 200 میلیارد تا 500 میلیارد ریال بین 1001 تا 10000 نفر بی‌خانمان ایجاد اختلال در ارائه‌ی خدمات سلامت 24- 12 ساعت
5	کشته: بیش از 10 نفر مصدوم: بیش از 100 نفر خسارات مالی بیش از 500 میلیارد ریال بیش از 10000 نفر بی‌خانمان ایجاد اختلال در ارائه‌ی خدمات سلامت بیش از 24 ساعت

آسیب‌زایی[1]

توضیح (1): مجموعه‌ی مشخصات و ویژگی‌هایی از جامعه که منجر به تأثیرپذیری منفی از وقوع مخاطره می‌شود.

مثال: شهرستانی با جمعیت 100 هزار نفر که در زلزله‌ای با بزرگی بیش از 6 در مقیاس ریشتر، بیش از ۸۰٪ جمعیت آن متأثر خواهندشد، در سطح 5 قرار می‌گیرد.

توضیح (2): در محاسبه‌ی امتیاز نهایی، ضریب این شاخص 5 است.

جدول شمارهٔ 5- سطح‌بندی مخاطرات بر اساس آسیب‌زایی

سطح آسیب‌زایی	تعریف
1	در صورت وقوع، برای کمتر از 20 درصد جمعیت در معرض مخاطره، احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.
2	در صورت وقوع، برای 21 تا 40 درصد جمعیت در معرض مخاطره، احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.
3	در صورت وقوع، برای 41 تا 60 درصد جمعیت در معرض مخاطره، احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.
4	در صورت وقوع، برای 61 تا 80 درصد جمعیت در معرض مخاطره، احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.
5	در صورت وقوع، برای 81 تا 100 درصد جمعیت در معرض مخاطره، احتمال آسیب جانی یا مالی و عملکردی وجود دارد.

1- Impact

شیوه‌ی محاسبه‌ی امتیازات نهایی

جدول شماره‌ی 6- محاسبه‌ی امتیازات نهایی

مخاطره	تکرارپذیری (7)	احتمال (2)	شدت (6)	آسیب‌زایی (5)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
لرزش زمین	5 × 7 = 35	5 × 2 = 10	5 × 6 = 30	5 × 5 = 25	100

توضیح (1): 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 8 (ارزیابی مخاطرات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی) درج و مرتب نمایید.

جدول شماره‌ی 7- فهرست مخاطرات

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (7)	احتمال (2)	شدت (6)	آسیب‌زایی (5)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
1	زمین‌لرزه	... = 7 × ...	... = 2 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
2	زمین‌لغزش	... = 7× ...	... = 2 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
3	فرونشست زمین	... = 7 × ...	... = 2 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
4	ریزش صخره/ سنگ	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
5	روان گرایی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
6	بالازدگی آب	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
7	فوران آتش‌فشانی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
8	سونامی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
9	گرمای شدید	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
10	موج گرما	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
11	سرمای شدید	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
12	موج سرما	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
13	بارش برف سنگین	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
14	کولاک	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
15	بهمن	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
16	طوفان	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (7)	احتمال (2)	شدت (6)	آسیب‌زایی (5)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
17	طوفان تگرگ	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
18	طوفان یخ	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
19	طوفان گردوغبار	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
20	طوفان تندری	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
21	طوفان شن	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
22	طوفان حاره‌ای	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
23	صاعقه	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
24	گردباد	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
25	آتش‌سوزی با منشأ طبیعی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
26	سیل فصلی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
27	سیل برق‌آسا	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
28	سیل ساحلی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
29	آلودگی هوا	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
30	آلودگی آب	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
31	آلودگی خاک	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
32	طوفان گردوغبار (ریز گردها)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
33	خشک‌سالی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
34	بیابان‌زایی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
35	جنگل‌زدایی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
36	همه‌گیری بیماری عفونی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
37	آفات نباتی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
38	حمله‌ی حیوانات (حیوانات وحشی، حشرات و ...)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
39	آلودگی فراورده‌های خونی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
40	امواج و جریان‌های دریایی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
41	پیشروی آب دریا	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
42	بالا آمدن آب دریا	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
43	فرسایش ساحل	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (7)	احتمال (2)	شدت (6)	آسیب‌زایی (5)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
44	آلودگی‌های دریایی (نفت و ...)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
45	مخاطرات زیستی دریایی (کشند سرخ و ...)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
46	حوادث ترافیکی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
47	حوادث ریلی (راه‌آهن، مترو، مونوریل و ...)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
48	حوادث هوایی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
49	حوادث دریایی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
50	حوادث ساحلی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
51	غرق‌شدگی (شهری و ...)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
52	حوادث صنعتی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
53	حوادث سد	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
45	حوادث معدن	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
55	تخریب ساختمان (آوار)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
56	سقوط (سقوط از ارتفاع یا سقوط ماشین‌آلات و ابزار و ...)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
57	حوادث حین اجرای پروژه‌ها	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
58	ریزش پل	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
59	حوادث مرتبط با تونل	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
60	حوادث مرتبط با قنات و چاه	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
61	آتش‌سوزی انسان‌ساخت	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
62	حوادث گازهای طبیعی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
63	حوادث مواد خطرناک	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
64	تهدیدات شیمیایی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
65	تهدیدات زیستی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
66	حوادث و تهدیدات پرتوی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
67	حوادث و تهدیدات هسته‌ای	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
68	حملات تروریستی	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
69	انفجار	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
70	حوادث و تهدیدات سایبری	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	

ردیف	مخاطره	تکرارپذیری (7)	احتمال (2)	شدت (6)	آسیب‌زایی (5)	امتیاز کل مخاطره در منطقه‌ی جغرافیایی مفروض
71	حوادث کوهستان (سایر موارد)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
72	جنگ	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
73	نزاع و درگیری (قومی، خیابانی، سازمانی)	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
74	تجمع انبوه	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	
75	جابه‌جایی جمعیت انبوه	... = 2 × ...	... = 7 × ...	... = 6 × ...	... = 5 × ...	

جدول شماره‌ی 8– ارزیابی مخاطرات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...../ شهرستان .....

اولویت	مخاطره	امتیاز	اولویت	مخاطره	امتیاز	اولویت	مخاطره	امتیاز
1			21			41		
2			22			42		
3			23			43		
4			24			44		
5			25			45		
6			26			46		
7			27			47		
8			28			48		
9			29			49		
10			30			50		
11			31			51		
12			32			52		
13			33			53		
14			34			54		
15			35			55		
16			36			56		
17			37			57		
18			38			58		
19			39			59		
20			40			60		

ابزار شماره‌ی دو

ابزار بررسی ظرفیت اورژانس پیش‌بیمارستانی 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 فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی 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 :

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

آمبولانس تیپ B[1]*: آمبولانسی که به‌منظور انتقال و یا درمان‌های اولیه و پایش بیماران، طراحی و تجهیز شده است. عمده‌ی آمبولانس‌های سیستم اورژانس پیش بیمارستانی کشور ما از این نوع آمبولانس می‌باشند. این آمبولانس دارای تجهیزات پنج‌گانه‌ی اصلی شامل کپسول اکسیژن، برانکارد، کیف احیا، DC شوک (به‌صورت 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 به‌منظور 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 درزمانی 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 ـ ساحلی** هست.

مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات: مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات، واحد اطلاع‌رسانی و فراخوان اورژانس (115) 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 (250) هزار نفر به‌صورت مستقل در یک مکان مناسب قرار می‌گیرد.

---

*آمبولانس تیپ A: لازم به ذکر است ازنظر طبقه‌بندی انواع آمبولانس، آمبولانس تیپ A نیز وجود دارد که از آن برای نقل‌وانتقال 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 پیش بیمارستانی کشور ما فاقد این نوع آمبولانس است و فقط در بیمارستان‌ها از آن‌ها استفاده می‌شود.

مرکز پیام: در شهرستان‌هایی که فاقد شرایط لازم برای ایجاد مرکز ارتباطات و فرماندهی عملیات می‌باشند و جمعیت آن‌ها کمتر از (250) هزار نفر هست مرکز پیام ایجادشده و به‌عنوان واحد اطلاع‌رسانی وظیفه‌ی هماهنگی و فراخوان اورژانس (115) را به عهده دارد و در شرایط بحرانی با مرکز ارتباطات همکاری لازم را انجام خواهد داد.

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 (50) 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 (50) هزار نفر بافاصله حداکثر (40) کیلومتر و با در نظر گرفتن حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه (15) 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 به‌منظور آمادگی و توان عملیاتی بیشتر در مکان‌هایی که افزایش جمعیت و یا تردد بیش‌ازحد 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 به‌صورت 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 115:

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

1-دارو و تجهیزات پزشکی:

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

1-1-دارو و تجهیزات اتاقک بیمار: شامل دارو و تجهیزاتی می‌باشد که در کابین عقب (بیمار) به‌منظور اهداف درمانی، تسکینی و کاهش آسیب بیمار قرار می‌گیرد.

1-2-جامبگ دارویی و CPR: شامل دارو و تجهیزات تشخیصی، درمانی و نیز وسایل احیا است.

1-3-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.

1-4-کیف زایمان: شامل دارو و تجهیزاتی است که به‌منظور 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.

1-5-کیف تریاژ: شامل وسایل و ابزارهای موردنیاز جهت اولویت‌بندی و تعیین تکلیف (تریاژ) بیماران حوادث پرتلفات و بحران بوده که به‌صورت پکیج یا بسته‌ای است.

1-6-کیف دپو پانسمان: شامل وسایل و لوازمی است که جهت حفاظت بافت، پرکردن فضا، جلوگیری از خونریزی یا پانسمان استفاده می‌شود.

1-7-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 20 پایگاه یک عدد می‌باشند).

1-8-تجهیزات حفاظت فردی: شامل وسایل و تجهیزاتی است که جهت جلوگیری از انتقال بیماری بین کارکنان درمانی و بیماران به‌کاربرده می‌شود.

1-**9-کمد دارو و تجهیزات پایگاه[1](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).

2- 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[2] بیمار بوده و شامل موارد زیر است:

2-1-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.

2-2-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.

2-3-تجهیزات کابین جلو: شامل تجهیزات و وسایلی است که در کابین جلو به‌منظور اهداف ارتباطی، هشداری، حفاظت فردی و بهبود تسهیل فرآیندهای عملیات و درمان کاربرد دارد.

[1] - لازم به ذکر است که تعداد اقلام و داروهای لیست کمد دارو و تجهیزات پایگاه به ازای یک آمبولانس می باشد و می بایست به ازای هر آمبولانس جدید، به همین تعداد اضافه گردد.

[2] - Light Extrication

دارو و تجهیزات ضروری، ترجیحی، اختیاری، افزوده و قابل‌افزایش

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

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 3 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 افزوده‌شده 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 قابل‌افزایش: 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[1] برای زمان حادثه، در نظر گرفته‌شده است.

1 – **سازمان مسئول، همکار و پشتیبان:**

سازمان مسئول: سازمانی است که بیشترین متخصص ، امکانات و گسترده ترین 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 فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی اورژانس کشور و اورژانس های پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه های علوم پزشکی و واحد های تابعه می باشد.

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

جدول شماره‌ی 1- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی		موجود: بلی	موجود: خیر	قابل افزایش	توضیحات
1	مالکیت زمین اورژانس	مستقل				
		غیرمستقل			-	
2	متراژ ساختمان	پایگاه‌های شهری حداقل 110 متر				
		پایگاه‌های جاده‌ای حداقل 87 متر				
3	نوع سازه	کانکس: بالای 5 سال (فرسوده)			-	
		کانکس: زیر 5 سال (غیرفرسوده)				
		ساختمان: بالای 20 سال (فرسوده)			-	
		ساختمان: زیر 20 سال (غیر فرسوده)				
4	پارکینگ آمبولانس	پارکینگ مسقف				
		پارکینگ به همراه سایبان برای آمبولانس				
		پارکینگ بدون وجود سایبان برای آمبولانس				
		بدون پارکینگ			-	
5	فاصله‌ی پارکینگ تا ساختمان	زیر 30 ثانیه			-	
		بالای 30 ثانیه			-	

جدول شماره‌ی 2- ارزیابی تجهیزات و سامانه‌ی ارتباطی

ردیف	تجهیزات و سامانه‌ی ارتباطی	موجود: بلی	موجود: خیر	قابل‌افزایش	توضیحات
1	تلفن ثابت				
2	تلفن همراه				
3	تلفن ماهواره‌ای				

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 فرآورده های 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.

ردیف	تجهیزات و سامانه‌ی ارتباطی	موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
		بلی	خیر		
4	نمابر				
5	بی‌سیم دستی				
6	رایانه و متعلقات				
7	شبکه‌ی شمس (اینترنت)				

جدول شماره‌ی 3- ارزیابی آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها			موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
				بلی	خیر		
1	نوع آمبولانس	تیپ A	طول عمر 0 تا کمتر از 15سال				
			طول عمر 5 تا 15 سال				
			طول عمر بیش از 15 سال				
		تیپ B	طول عمر 0 تا کمتر از 15 سال				
			طول عمر 0 تا 15 سال				
			طول عمر بیش از 15 سال				
		تیپ C	طول عمر 0 تا کمتر از 15 سال				
			طول عمر 5 تا 15 سال				
			طول عمر بیش از 15سال				
2	دارو و تجهیزات کابین بیمار آمبولانس*[1]						
3	تجهیزات پزشکی جامبگ دارویی و CPR*[2]						
4	دارو و تجهیزات کیف رزرو*						
5	تجهیزات کیف زایمان*						
6	لوازم کیف تریاژ*						

[1] *جهت ملاحظه فهرست دارو و تجهیزات کابین بیمار در آمبولانس به اپندیکس شماره .....(جدول دارو وتجهیزات آمبولانس) مراجعه گردد.

[2] جهت ملاحظه فهرست آیتم هایی که با علامت * مشخص شده اند به اپندیکس شماره .....(جدول دارو وتجهیزات آمبولانس) مراجعه شود.

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها	موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
		بلی	خیر		
7	کیف دپو پانسمان*				
8	کیف CBRNe*				
9	لیست تجهیزات حفاظت فردی*				
10	تجهیزات خدمات فنی و ایمنی*				
11	لیست تجهیزات کابین جلو*				
12	لیست تجهیزات آشکارسازی و مدیریت ترافیک*				

جدول شماره 4- ارزیابی سرمایه‌های انسانی

ردیف	نیروی انسانی		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			بلی	خیر		
1	نیروی عملیاتی موجود	کد عملیاتی: 1 نفر پزشک یا 1 نفر تکنیسین پارامدیک + 1 نفر تکنیسین میانی + 1 نفر تکنیسین پایه				
		کد عملیاتی: 1 نفر تکنیسین میانی + 1 نفر تکنیسین میانی				
		کد عملیاتی: 1 نفر تکنیسین میانی + 1 نفر تکنیسین پایه				
		کد عملیاتی: 1 نفرتکنیسین پایه + 1 نفر تکنیسین پایه				
		کدموتورلانس: 1 نفرتکنیسین پارامدیک یا میانی				
2	استقرار مسئول منطقه در آن پایگاه	تعداد پایگاه‌های تحت سرپرستی: 2 پایگاه و کمتر			-	
		تعداد پایگاه‌های تحت سرپرستی: بیش از 2 پایگاه			-	
		شرایط احراز[1]			-	
3	نیروی اپراتور					
4	نیروی خدمه	همه‌روزه به‌جز روزهای تعطیل دارد				
		ندارد یا کمتر از 15 روز در ماه دارد			-	
5	سرپرست شیفت	شرایط احراز[2]			-	

جدول شماره‌ی 5- ارزیابی مقررات و پروتکل‌ها

ردیف	ارزیابی مقررات و پروتکل‌ها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
1	دارا بودن چک‌لیست تجهیزات و آمبولانس			
2	وجود شرح وظایف مدوّن در زمان بلایا و حوادث			
3	وجود آخرین ویرایش دفتر ثبت حضوروغیاب و مأموریت			
4	وجود نظام بایگانی فرم مأموریت			
5	وجود آخرین ویرایش دفتر تغییر و تحول کد			
6	وجود دستورالعمل بلایا و حوادث با مصدومین انبوه			
7	وجود نقشه‌ی حوزه‌ی عملیاتی بر روی دیوار			
8	وجود پروتکل آفلاین (در صورت ابلاغ)			
9	دستورالعمل اندیکاسیون اورژانس هوایی در پایگاه جاده‌ای واجد اورژانس هوایی			

[1]- تکنیسین باحداقل رتبه پایه میانی ارشد با حداقل 5 سال فعالیت عملیاتی و سابقه‌ی سرپرست شیفت کاری
2- تکنیسین با حداقل رتبه‌ی پایه با 3 سال سابقه‌ی عملیات

جدول شماره‌ی 6- ارزیابی دپوی تجهیزات در پایگاه‌ها[1]*

ردیف	آمبولانس‌ها و تجهیزات آن‌ها		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			بلی	خیر		
1	تجهیزات اداری	مناسب جهت بهره‌برداری در وضعیت عادی				
		مناسب جهت بهره‌برداری در حوادث و بلایا				
2	تجهیزات دارویی و پزشکی	مناسب جهت بهره‌برداری در وضعیت عادی				
		مناسب جهت بهره‌برداری حوادث و بلایا				
		غیر مناسب جهت بهره‌برداری			-	
3	تجهیزات خدمات فنی و ایمنی	کامل			-	
		ناقص			-	

جدول شماره 7: ارزیابی عملکردها

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
1	برنامه‌ی نحوه‌ی فراخوان کارکنان			
2	برنامه‌ی هشدار سریع			
3	برنامه و فرآیند اطفاء حریق			
4	برنامه جهت تعیین گروه‌های اعزام به منطقه (محل وقوع حادثه)			
5	برنامه‌ی توزیع بیماران مصدومان بلایا و حوادث پر تلفات			
6	فرایند فعال کردن (ICS -[2]ICP)			
7	برنامه‌ی افزایش ظرفیت عملیاتی پیش بیمارستانی در بلایا و حوادث پر تلفات			
8	برنامه و دستورالعمل انجام تریاژ [3]START			

[1] * جهت بررسی فهرست کامل دپوی تجهیزات پایگاه‌ها به ایندکس شماره 1(جدول دارو و تجهیزات دپوی پایگاه‌ها) مراجعه گردد.

2- Incident Command Post (ICP)8
3- Simple Triage and Rapid Treatment (START)33

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
9	برنامه‌ی فرآیند آلودگی‌زدایی پیش بیمارستانی			
10	برنامه‌ی فراظرفیت آلودگی‌زدایی			
11	برنامه‌ی فراظرفیت جداسازی			
12	برنامه‌های آموزشی و یادگیری در ارتباط با حوادث پر تلفات و بلایا			
13	برنامه برای دپو (انبار) منابع مورد نیاز			
14	برنامه جهت چگونگی توزیع منابع در بلایا			
15	برنامه‌ی اطلاع‌رسانی به مراکز، کارکنان، خانواده‌ها و بیماران			
16	برنامه‌ی ارزیابی سریع امکانات موجود (دارو و تجهیزات، کارکنان و...)			
17	برنامه‌ی ارزیابی سریع حوادث و بلایا			
18	برنامه بازگشت به حالت عادی			
19	برنامه‌ی نحوه‌ی گزارش‌دهی بیماری‌های مشمول گزارش			
20	برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری سازمان‌های همکار و پشتیبان (مانند پلیس، آتش‌نشانی، شهرداری و غیره)			
21	برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری و مدیریت داوطلبان (عمومی و تخصصی)			
22	برنامه‌ی نحوه‌ی تحویل تجهیزات و وسایل			
23	برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین تجهیزات مورد نیاز			
24	برنامه‌ی نحوه‌ی هزینه‌کرد منابع مالی			
25	برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین خدمات جهت کارکنان			
26	برنامه‌ی حمایت از خانواده‌ی کارکنان حاضر در عملیات پیش بیمارستانی در هنگام وقوع بلایا			
27	فرآیند کنترل عفونت پیش بیمارستانی در هنگام وقوع حوادث و بلایا			
28	فرآیند احیای قلبی- ریوی در شرایط حوادث و بلایا			
29	برنامه پاسخ پیش بیمارستانی به گروه های آسیب پذیر (کودکان، کهنسالان، زنان و مادران باردار و..) در بلایا			
30	برنامه پاسخ پیش بیمارستانی در حوادث CBRNe			
31	برنامه پاسخ پیش بیمارستانی در تجمعات انبوه[1]			

[1] - Mass Gatherings

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
32	برنامه پاسخ پیش بیمارستان در حوادث تروریستی			
33	فرآیند تأمین خدمات بیمه‌ی مسئولیت کارکنان			
34	فرآیند ثبت حضور کارکنان در زمان حوادث و بلایا			
35	فرآیند ارتباط با رسانه‌ها			
36	تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین دارو			
37	تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین تجهیزات			
38	تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد مصرفی			
39	تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد غذایی			
40	تفاهم‌نامه با مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی سایر دانشگاه‌ها			
41	تفاهم‌نامه با سازمان نظام پرستاری			
42	تفاهم‌نامه با سازمان نظام روان‌شناسی			
43	تفاهم‌نامه با جمعیت هلال‌احمر			
44	تفاهم‌نامه با شهرداری			
45	تفاهم‌نامه با ارتش (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)			
46	تفاهم‌نامه با سپاه پاسداران (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)			
47	تفاهم‌نامه با نیروی انتظامی (جهت تأمین امنیت)			
48	تفاهم‌نامه با شرکت نفت جهت تامین سوخت آمبولانس ها و خودروهای عملیاتی			
49	تفاهم‌نامه با سازمان آب			
50	تفاهم‌نامه با سازمان برق			
51	تفاهم‌نامه با مخابرات			
52	تفاهم‌نامه با سایر مراکز			
53	تمرین فراخوانی نیرو			
54	تمرین هشدار سریع			
55	تمرین دورمیزی[1]			
56	تمرین عملیاتی تریاژ در صحنه			

1- Tabletop

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
57	تمرین عملیاتی برپایی ICP- [1]AMP			
58	تمرین عملیاتی جزء و کل مجموعه (تمام عیار[2])			
59	تمرین جهت تعیین تیم های عملیاتی اعزام به صحنهٔ حادثه			
60	تمرین انجام مداخلات حفظ حیات در صحنهٔ حادثه			
61	تمرین انتقال مصدومان به مراکز بهداشتی- درمانی از قبل تعیین شده			
62	تمرین کمک در تخلیه‌ی اضطراری مرکز درمانی			
63	تمرین فعال‌سازی سامانه‌ی فرماندهی حادثه			
64	تمرین افزایش ظرفیت پاسخ پیش بیمارستان در بلایا			
65	تمرین پاسخ پیش بیمارستان در حوادث CBRNe			
66	تمرین پاسخ پیش بیمارستان در تجمعات انبوه			
67	تمرین پاسخ پیش بیمارستان در حوادث تروریستی			
68	تمرین فرآیند آلودگی‌زدایی			
69	تمرین فرآیند اطفای حریق			

جدول شماره‌ی 8- ارزیابی مرکز هدایت عملیات (EOC)

[1] - Advance Medical Post

2- Full scale

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)			موجود		قابل افزایش	توضیحات
				بلی	خیر		
1-8- ساختمان							
1-8- 1- ارزیابی ساختمان							
1	ایمنی ساختمان طبق استانداردهای ایمنی سازه	ایمن				-	
		غیر ایمن				-	
2	فضای فیزیکی	مستقل					
		غیرمستقل					
3	توزیع فضای فیزیکی ساختمان بر اساس استانداردهای موجود					-	
2-1-8- ارزیابی تجهیزات							
4	تجهیزات رایانه‌ای	لپ‌تاپ 10 عدد					
		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					
5	تجهیزات ارتباطی و مخابراتی	تلفن ثابت	تعداد خط	کمتر از 5 خط			
				5 خط و بیشتر			
			ای وان				
		تلفن همراه					
		تلفن ماهواره‌ای ثریا					

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)		موجود		قابل افزایش	توضیحات
			بلی	خیر		
		تلفن ماهواره‌ای اینمارست[1]	یک خط			
			پنج خط			
		دستگاه ضبط مکالمات				
		بی‌سیم	کانال‌های امدادی مصادیق: اورژانس، پلیس انتظامی، پلیس راهور، آتش‌نشانی، هلال‌احمر، استانداری، راهداری، کنترل ترافیک و ...			
			دستگاه بی‌سیم			
			دستگاه تاکی واکی			
		اینترنت	DIAL UP			
			ADSL			
			LAN			
			WIRELESS			
8	تجهیزات ایمنی و امنیتی	سامانه‌ی اعلان حریق هوشمند			-	
		سامانه‌ی خودکار اطفای حریق			-	
		سامانه‌ی اطفای حریق دستی:کپسول کارشناسی شده				
		جعبه‌ی کمک‌های اولیه				
		وسایل ایمنی فردی مثل کلاه ایمنی و لباس ایمنی				
		جعبه‌ی ابزار				
		آژیر				
		عدم دسترسی نرم‌افزاری (امنیت شبکه)			-	

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

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			بلی	خیر		
9	تجهیزات اداری	میز کار کارشناسی به تعداد افراد برای حضور				
		میز اداری فرماندهی				
		میز اداری ارتباطات				
		لوازم‌التحریر				
		کاور با رنگ‌های مختلف				
		بلندگوی دستی				
		ویدیو پروژکتور				
		پرده‌ی اتوماتیک پروژکتور				
		دوربین عکاسی و فیلم‌برداری				
		DVD و CD				
		ساعت دیواری 2 عدد				
		صندلی به تعداد میزها				
		نرم‌افزارهای لازم				
		تابلو اعلانات				
		کاغذ خردکن				
		گاوصندوق				
		دستگاه ضبط‌صوت				
		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				

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			بلی	خیر		
10	تجهیزات پشتیبانی	سامانه‌ی برق اضطراری				
		کپسول آتش‌نشانی به میزان اطفای 50 درصد محیط				
		نمابر				
		اسکنر				
		چاپگر				
		گوشی تلفن مشابه موارد موجود 5 دستگاه				
		گوشی تلفن همراه 1 عدد				
		لوازم‌التحریر				
		رایانه 5 دستگاه به همراه متعلقات				
		لپ‌تاپ 5 دستگاه				
		وسایل روشنایی اضطراری				
		باتری خشک				
		کلاه ایمنی 5 عدد				
		چراغ‌قوه به تعداد 50 درصد نیروهای عملیاتی				
		بی‌سیم دستی 2 دستگاه				
		بی‌سیم تاکی واکی 2 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 48 ساعت به ازا هر نفر				
		غذا به تعداد نیروهای عملیاتی برای 48 ساعت				
		آب‌سردکن				
		فلاسک برقی				
		یخچال				
		قفسه				

ردیف	مرکز هدایت عملیات (EOC)		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			بلی	خیر		
10	تجهیزات پشتیبانی	هیتر				
		ماکروویو				
		فلاسک				
		سرویس خواب برای نیروهای مستقر				
		اتو و میز مربوطه				
		میز ناهارخوری				
3-1-8- مرکز هدایت عملیات (EOC) سیار						
11	مرکز هدایت عملیات (EOC) سیار				-	
4-1-8- فرایندها و دستورالعمل‌ها						
12	فرایندها	سامانه‌ی فرماندهی حادثه	داشتن چارت سامانه‌ی فرماندهی حادثه			-	
			داشتن برنامه‌ی عملیات فوریت (EOP)				
			حضور افراد در جایگاه مربوطه				
			عملیاتی بودن چارت و هماهنگی افراد				
13	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 2500				-	
		نقشه‌ی دسترسی به ساختمان				-	
		نقشه‌ی پراکندگی سلامت				-	
		مستندسازی حوادث				-	
		نقشه‌ی مراکز حساس و راهبردی				-	

ابزار شماره‌ی سه

ابزار بررسی ظرفیت حوزه‌ی درمان در پاسخ به حوادث و بلایا (در سطح دانشگاه)

تعاریف و اصطلاحات

تخت مصوب: تعداد تخت‌های مشخص‌شده در پروانه‌ی تأسیس بیمارستان.

تخت فعال: تعداد تخت‌های بخش‌های بستری، که بیمار ازآنجا 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 قابل‌افزایش: تعداد تخت‌هایی که بیمارستان می‌تواند در زمان حوادث و بلایا، به تعداد تخت‌های در حال استفاده اضافه نماید، به‌طوری‌که 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.

به‌طور مثال اگر بیمارستان قادر است 30 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 20 تخت کارکنان و تجهیزات تأمین نماید (هرچند علاوه بر این 20 تخت، 10 تخت دیگر هم در انبار آماده داشته باشند) تعداد تخت قابل‌افزایش آن بیمارستان همان 20 تخت است.

توضیحات جدول شماره‌ی 2- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف 1- تعداد تخت اورژانس: منظور تخت‌های موجود در بخش اورژانس است که به بیماران اورژانسی مراجعه‌کننده به این بخش اختصاص دارد.

ردیف 3- تعداد تخت ایزوله‌ی معکوس: منظور تعداد تخت ایزوله‌ی تنفسی با فشار منفی و فیلتر[1] است.

ردیف 18- 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 بستری‌شده و خدمات درمانی دریافت می‌نماید (تخت‌هایی که برای آن‌ها هتلینگ محاسبه می‌شود).

فعال: تعداد دستگاه‌هایی است که امکان استفاده از آن‌ها وجود دارد و ازنظر 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.

قابل‌افزایش: 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 گرفته‌شده است. این ظرفیت باید در ستون ظرفیت قابل‌افزایش مربوط به وزارت بهداشت ذکر شود و درصورتی‌که 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 72 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 39- ظرفیت کل بخش مرکزی خدمات استریل[2]: منظور از ظرفیت کل CSSD، حجمی (لیتر) است که واحد CSSD بیمارستان می‌تواند در یک روز، استریلیزاسیون انجام دهد.

ردیف 53- تجهیزات رایانه‌ای:

فعال: منظور از تجهیزات رایانه‌ای، یک مجموعه‌ی کامل سخت‌افزاری و نرم‌افزاری است که صرفاً برای حوادث غیرمترقبه در نظر گرفته‌شده است و بسته به نظر کمیته‌ی بحران می‌تواند در زمان‌هایی به‌غیراز حوادث هم استفاده شود. (نرم‌افزارهایی که به بحران مربوط می‌شوند؛ مثل فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات و غیره که قبل از زمان حادثه روی کامپیوتر نصب‌شده است.)

قابل‌افزایش: تجهیزات رایانه‌ای مصوب کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان که در زمان حوادث باید و یا می‌تواند به این امر اختصاص داده شود.

ردیف 56- تجهیزات ارتباطی غیر ماهواره‌ای:

فعال: تلفن ثابت و همراه فعال، شماره‌ای است که به دانشگاه و مقامات دانشگاهی و استانی برای حوادث غیرمترقبه اعلام‌شده است و Hot Line ارتباطی است که فقط ارتباط بین دو مرکز خاص که از قبل تعریف‌شده‌اند، را برقرار می‌کند (مثلاً ارتباط بین مرکز هدایت عملیات[3] دانشگاه و بیمارستان) و جایی غیر از EOC و بیمارستان نمی‌توانند با این خط ارتباط برقرار کنند.

1- HEPA (High Efficient Purified Air)
2- Central Sterile Services Department (CSSD)
3- Emergency operation Center

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

قابل‌افزایش: خطوطی هستند که می‌توان آن‌ها را در حوادث از حالت تماس عادی خارج کرده و به تعداد خطوط موردنیاز فرمانده‌ی حادثه اضافه کرد.

ردیف 57- حمل‌ونقل:

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

قابل‌افزایش: شامل امکاناتی است که در صورت نیاز بلافاصله به ظرفیت قبلی افزوده می‌شود و درصورتی‌که بیمارستان تمهیدات لازم را جهت تردد کارکنان برای زمان حوادث در نظر گرفته و تفاهم‌نامه‌ای در این خصوص منعقدشده باشد، جزء ظرفیت قابل‌افزایش لحاظ خواهد شد.

ردیف 58- تداوم ارائه‌ی خدمات: منظور تعداد روزهایی است که بیمارستان قادر است برای تمامی کارکنان و بیماران (با ظرفیت 100 درصد بیماران) غذا و خدمات رفاهی تهیه کند.

ردیف 59- ذخیره‌ی تجهیزات سازمانی در بلایا: (که معمولاً برای حداقل 72 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، هرچند که تجهیزات ذخیره‌ی معمول بیمارستان، برای جلوگیری از انقضای تاریخ‌مصرف آن‌ها به‌صورت 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. درصورتی‌که علاوه بر موارد مذکور، با سازمانی تفاهم‌نامه‌ای به این منظور منعقد کرده باشد جزء ظرفیت قابل‌افزایش محسوب می‌شود.

ردیف 60- انبار تجهیزات موردنیاز در بلایا: فضای فیزیکی است که به این امر اختصاص داده‌شده 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 پیش‌بینی‌شده، غیرفعال است. در صورت تفاهم با سازمان‌های همکار یا پشتیبان قابل‌افزایش محسوب می‌شود.

ردیف 62- دستگاه ژنراتور: مدت‌زمان کارکرد دستگاه ژنراتور برحسب ساعت و میزان پوشش بیمارستان و بخش‌های مراقبت‌های ویژه برحسب درصد ذکر می‌شوند. منظور از بخش‌های مراقبت‌های ویژه؛ ICU[1]، CCU[2]، اتاق عمل و اورژانس است.

توجه: دستگاه ژنراتور بیمارستان باید قادر باشد، برق بخش‌های تعریف‌شده را، برای مدت‌زمان تعیین‌شده تأمین نماید. مثلاً اگر برای ژنراتور تعریف‌شده که 5 بخش معین بیمارستان را باید به مدت 12 ساعت پوشش دهد، در این صورت گزینه‌ی **فعال** را وقتی انتخاب می‌کنیم که این موضوع را امتحان کرده و طی این مدت (12 ساعت) هر 5 بخش مشخص‌شده دارای برق بوده‌اند. **غیرفعال** یعنی ژنراتوری که تهیه‌شده تاکنون مورد بهره‌برداری قرار نگرفته است و **قابل‌افزایش** وقتی است که بیمارستان با مرکز برق دیگری، غیر

1- Intensive Care Unit
2- Critical Care Unit

از مرکزی که برق معمول بیمارستان را تأمین می‌کند، تفاهم‌نامه‌ای جهت تأمین برق ژنراتور برای زمان حوادث منعقد نموده باشد، در این صورت مدت‌زمان منعقدشده در قرارداد به‌عنوان تعداد ساعت قابل‌افزایش ذکر شود.

ردیف‌های 63 و 65- فضاهای غیر درمانی: فضاهایی چون پارکینگ، آمفی‌تئاتر، راهرو، سالن غذاخوری و غیره که با نظر کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان این قابلیت رادارند 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 انتخاب‌شده و برای کاربردهای درمانی، مناسب بوده است؛ پس این قابلیت را دارد که مجدداً نیز در حوادث استفاده شود.

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

قابل‌افزایش: 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 64 و 66- 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 متراژ فضا و در نظر گرفتن شرایط مندرج در راهنما).

ردیف 68- مکان تجمع همراهان:

فعال: یعنی در زمان معمول این فضا وجود دارد.

غیرفعال: یعنی این فضا وجود ندارد.

قابل‌افزایش: یعنی با نظر کمیته‌ی 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 69- 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، به‌عنوان‌مثال عقد قرارداد جهت تأمین مبل تختخواب‌شو و...

ردیف 70- 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 71- ظرفیت نگهداری اجساد:

فعال: یعنی سردخانهٔ بیمارستان در زمان معمول این امکان را دارد که چند جسد را برای 72 ساعت نگهداری نماید.

غیرفعال: یعنی این امکان وجود ندارد.

قابل‌افزایش: یعنی برای زمان حادثه با مراکز مربوطه برای نگهداری اجساد برای مدت حداقل 72 ساعت، تفاهم‌نامه منعقدشده است.

بیمارستان‌ها در صورت فراهم نمودن شرایط لازم جهت مواجهه با حادثه/ بلیه باید بتوانند برای مدت 72 ساعت، بدون نیاز به کمک، حادثه را مدیریت نمایند. درصورتی‌که آن بیمارستان برای گزینه‌های 71 تا 73 برای مدت کمتر از 72 ساعت آمادگی دارد، این مدت‌زمان را به‌صورت ذکر ساعت در توضیحات مربوطه قید نمایید.

ردیف 72- 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 73- 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.

قابل‌افزایش: یعنی توسط کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان، فضا و تمهیدات لازم برای زمان حادثه در این خصوص برای تعداد کارکنان معین، در نظر گرفته‌شده است.

1- اطلاعات کلی بیمارستان / درمانگاه / مرکز بهداشتی‌درمانی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی	
بیمارستان / درمانگاه / مرکز بهداشتی‌درمانی	
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 درجهٔ ارزشیابی بیمارستان (اعتباربخشی)	
تلفن	
نمابر	

پایگاه اینترنتی	

جدول شمارهٔ 2- ارزیابی تجهیزات و فضای فیزیکی

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			فعال	غیرفعال		
1	تعداد تخت اورژانس	مانیتور دار				
		بدون مانیتور				
2	تعداد تخت ایزوله (عفونی)					
3	تعداد تخت ایزوله‌ی معکوس					
4	تعداد تخت اتاق عمل سرپایی					
5	تعداد کلیه تخت‌های ICU (اعم از جنرال، جراحی، قلب باز ...)					
6	تعداد تخت CCU					
7	تعداد تخت POST CCU					
8	تعداد تخت NICU					
9	تعداد تخت PICU					
10	تعداد تخت BICU					
11	تعداد تخت سوختگی					
12	تعداد تخت هسته‌ای/ پرتوی					
13	تعداد تخت زایمان (Labor)					
14	تعداد تخت زایمان (Delivery)					
15	تعداد تخت CPR					
16	تعداد تخت اورژانس اعصاب و روان					
17	تعداد تخت بستری اعصاب و روان					
18	تعداد تخت بستری در سایر بخش‌ها					
19	تعداد تخت معاینه‌ی درمانگاهی معمولی					
20	تعداد تخت معاینه‌ی ژنیکولوژی (مجموع بیمارستان، اورژانس و درمانگاه)					
21	تعداد دوش آلودگی‌زدایی (مجموع ثابت و سیار)					
22	تعداد تخت اتاق عمل					

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			فعال	غیرفعال		
23	تعداد کل تخت‌های رادیولوژی بیمارستان					
24	تعداد دستگاه CT اسکن					
25	تعداد دستگاه ونتیلاتور ثابت					
26	تعداد دستگاه ونتیلاتور پرتابل					
27	تعداد دستگاه MRI					
28	تعداد دستگاه DC شوک					
29	تعداد دستگاه AED					
30	تعداد دستگاه سونوگرافی معمولی					
31	تعداد دستگاه سونوگرافی کالرداپلر					
32	تعداد دستگاه اکوکاردیوگرافی					
33	تعداد دستگاه آندوسکوپی					
34	تعداد دستگاه کولونوسکوپی					
35	تعداد دستگاه برونکوسکوپی					
36	تعداد دستگاه آنژیوگرافی					
37	تعداد دستگاه‌های دیالیز	پرتابل				
		ثابت				
38	تعداد دستگاه‌های رادیولوژی کل بیمارستان	پرتابل				
		دیجیتال				
		آنالوگ				
39	تجهیزات استریلیزاسیون پزشکی	تعداد واحد CSSD				
		ظرفیت کل CSSD				
		تعداد دستگاه اتوکلاو				
40	تعداد تجهیزات محافظت شخصی[1] (سری کامل) به تفکیک کلاس A تا D ذکر شود.	شیمیایی				
		زیستی				
		پرتوی / هسته‌ای				
41	تعداد ترالی احیا					

1- Personal Protective Equipment (PPE)

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			فعال	غیرفعال		
42	تعداد دستگاه مانیتورینگ قلبی					
43	تعداد دستگاه پالس اکسی‌متر					
44	تعداد کل برانکارد (انواع برانکاردهای موجود به تفکیک در توضیحات ذکر شود)					
45	تعداد تخته پشتی بلند[1]					
46	تعداد دستگاه اکسیژن ساز					
47	تعداد کل کپسول اکسیژن با حجم‌های بالاتر از 10 لیتر					
48	تعداد برانکارد چرخ‌دار					
49	تعداد ویلچر					
50	تعداد ناوگان آمبولانس بیمارستان	تیپ A				
		تیپ B				
		تیپ C				
51	تعداد کپسول اطفای حریق					
52	تعداد دستگاه امحای زباله					
53	تجهیزات رایانه‌ای در حوادث					
54	تعداد خطوط اینترنت فعال					
55	تعداد تجهیزات ارتباطی ماهواره‌ای	اینمارست				
		ثریا				
56	تعداد تجهیزات ارتباطی غیر ماهواره‌ای	تلفن ثابت				
		Hot Line				
		انواع بی‌سیم				
		تلفن همراه				
		پیجر				
57	ظرفیت حمل‌ونقل روزانه کارکنان (نفر)					
58	تعداد روزهای ممکن جهت تداوم ارائه خدمات به کارکنان و بیماران در شرایط بلایا					
59	تعداد روزهای ممکن جهت بهره‌برداری از ذخیره‌ی تجهیزات سازمانی در بلایا					
60	متراژ انبار تجهیزات مورد 3-نیاز در بلایا					

1 Long Back Board

ردیف	تجهیزات و فضای فیزیکی		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			فعال	غیرفعال		
61	حجم ذخیره‌ی آب (لیتر)					
62	دستگاه ژنراتور بیمارستان	مدت‌زمان کارکرد				
		درصد پوشش بیمارستان				
		درصد پوشش بخش‌های ویژه				
		تعداد ژنراتور: معمولی				
		تعداد ژنراتور: دوگانه‌سوز				
63	متراژ فضای بسته‌ی غیر درمانی قابل‌استفاده جهت درمان در زمان اضطرار					
64	تعداد تخت‌های قابل‌افزایش در فضاهای بسته‌ی غیر درمانی جهت استفاده درمانی در زمان اضطرار					
65	متراژ فضای باز غیر درمانی قابل‌استفاده جهت درمان در زمان اضطرار					
66	تعداد تخت‌های قابل‌افزایش در فضاهای باز غیردرمانی جهت استفاده‌ی درمانی در زمان اضطرار					
67	متراژ فضاهای مناسب جهت نقاهت گاه (محل نگهداری بیماران پس از ترخیص در شرایط حوادث و بلایا)					
68	متراژ مکان تجمع همراهان بیماران					
69	متراژ فضای مناسب جهت اسکان همراهان بیماران					
70	متراژ فضای مناسب جهت نگهداری اجساد					
71	ظرفیت نگهداری اجساد در سردخانه برای حداقل 72 ساعت (تعداد جسد)					
72	ظرفیت نگهداری اجساد در فضایی غیر از سردخانه برای حداقل 72 ساعت (تعداد جسد)					
73	ظرفیت محل‌های مناسب جهت استراحت شبانه‌روزی کارکنان در بلایا برای حداقل 72 ساعت (تعداد نفرات)					
74	مکان‌های مناسب (بالقوه و بالفعل) برای استقرار بالگرد					

ردیف 1- 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 6 ماه آتی در مرخصی به سر می‌برند (استعلاجی، بدون حقوق و غیره).

قابل‌افزایش: تعداد کارکنانی که با نظارت و ابلاغ کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان برای هر قسمت با وظیفه‌ی مشخص برای زمان وقوع حوادث و بلایا مشخص‌شده‌اند. مثلاً متخصص پوست همین بیمارستان اعلام آمادگی نموده است که در زمان حادثه به بخش اورژانس کمک کند و از طرف کمیته‌ی حوادث و بلایا نیز جهت بخیه زدن در زمان حادثه برای بخش اورژانس در نظر گرفته‌شده است؛ یا با رادیولوژیست یا جراح مغز و اعصاب از خارج از بیمارستان جهت همکاری در زمان حادثه قرارداد منعقدشده است. این افراد جزو ظرفیت قابل‌افزایش 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 37- تعداد کارکنان شرکت‌کننده در کارگاه‌های آموزشی: دوره‌های آموزشی گذرانده شده از سال 1394 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 1394 به بعد برگزارشده باشند، قابل استناد هستند).

منظور از **غیرفعال** تعداد افرادی هستند که آموزش‌دیده‌اند، لیکن در شش ماه آتی در خدمت سامانه نمی‌باشند و منظور از **قابل‌افزایش** تعداد نفراتی است که برنامه‌ریزی جهت آموزش آن‌ها در شش ماه آتی، انجام‌شده است.

تعریف عناوین آموزشی نامبرده در کتاب برنامه‌ی ملّی آمادگی بیمارستانی آمده است. جهت پاسخگویی دقیق‌تر به سؤالات35 تا 44 می‌توانید به این کتاب مراجعه فرمایید.

جدول شمارهٔ 3- ارزیابی ظرفیت سرمایه‌های انسانی

ردیف	نیروی انسانی		موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
			فعال	غیرفعال		
1	تعداد بهیار و کمک بهیار					
2	تعداد کارکنان پرستاری (از کاردان تا دکترا)	درمانی				
		اجرایی				
3	تعداد کارکنان مامایی (از کارشناس تا دکترا)	درمانی				
		اجرایی				
4	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ بیهوشی					
5	تعداد پزشک متخصص و فوق تخصص طب اورژانس					
6	تعداد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص جراحی عمومی					
7	تعداد پزشک عمومی					
8	تعداد پزشک متخصص و فوق تخصص داخلی					
9	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ زنان					
10	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ رادیولوژی					

ردیف	نیروی انسانی	موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
		فعال	غیرفعال		
11	تعداد پزشک متخصص جراحی مغز و اعصاب				
12	تعداد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق‌تخصص اطفال				
13	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ ارتوپدی				
14	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ گوش و حلق و بینی				
15	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ چشم‌پزشکی				
16	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ اعصاب و روان (روان‌پزشکی)				
17	تعداد پزشک متخصص و فلوشیپ پزشکی قانونی				
18	تعداد پزشک متخصص، فلوشیپ و فوق‌تخصص سایر رشته‌های بالینی				
19	تعداد کارکنان تخصصی آزمایشگاه				
20	تعداد کارکنان تخصصی داروخانه				
21	تعداد کارکنان تخصصی اتاق عمل (تکنیسین و هوشبری)				
22	تعداد کارکنان تخصصی رادیولوژی از کاردان به بالا				
23	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت عمومی (از کاردان تا دکترا)				
24	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت محیط (از کاردان تا دکترا)				
25	تعداد کارکنان تخصصی بهداشت حرفه‌ای و طب کار (از کاردان تا دکترا)				
26	تعداد کارکنان تخصصی تغذیه (از کاردان تا دکترا)				
27	تعداد کارکنان اداری				
28	تعداد کارکنان مالی				
29	تعداد کارکنان نگهبانی، انتظامات و حفاظت فیزیکی				
30	تعداد کارکنان نیروی انتظامی مستقر در بیمارستان				
31	تعداد کارکنان تأسیسات و فنی مهندسی				
32	تعداد کارکنان شاغل در بخش نقلیه و ترابری				
33	تعداد کارکنان خدماتی (اعم از خدمات نظافت و جابه‌جایی، آبدارخانه و تغذیه، باغبانی با هر مدرک تحصیلی)				
34	تعداد سایر کارکنان استخدام بیمارستان (اعم از رسمی، پیمانی و قراردادی) با ذکر مورد				
35	تعداد کارکنان پیمانکاری و شرکتی مستقر در بیمارستان (نظیر بوفه‌ها و غرفه‌های فروش تجهیزات عمومی و پزشکی و ...) با ذکر مورد				

ردیف	نیروی انسانی	موجود		قابل‌افزایش	توضیحات
		فعال	غیرفعال		
36	جمع کل کارکنان پشتیبانی شامل 9 مورد فوق				
37	تعداد کارکنانی که در کارگاه‌های آموزشی مرتبط با بلایا شرکت کرده‌اند				
38	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در دوره‌ی تخصصی آمادگی بیمارستانی در بلایا (کارگاه HDP) با تأیید معاونت درمان				
39	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص مواد خطرناک				
40	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص سامانه‌ی فرماندهی حوادث بیمارستانی				
41	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص حملات مسلحانه و تروریستی				
42	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص تریاژ در حوادث و بلایا				
43	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص تحلیل خطر				
44	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص نحوه‌ی فعال‌سازی سامانه‌ی فرماندهی حادثه				
45	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص فرایند فعال شدن تریاژ				
46	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص آلودگی زدایی و مکان مناسب و نحوه‌ی استفاده از سامانه‌ی آلودگی‌زدایی بیمارستان				
47	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص "شبیه‌سازی رایانه‌ای بلایا"				
48	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص تمرین دورمیزی				
49	تعداد کارکنان آموزش‌دیده در خصوص تمرین عملیاتی (تمام‌عیار/ محدود به یک بخش)				

توضیحات جدول شماره‌ی 4 – ارزیابی عملکردها:

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

ردیف 2- برنامه‌ی فراخوان کارکنان: منظور برنامه‌ای است که توسط کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان تدوین‌شده 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 انجام‌شده 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 کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان برای این موارد این راهکار ارائه‌شده باشد که ایشان توسط پیک فراخوان شوند.

ردیف 3- برنامه‌ی هشدار سریع: برنامه‌ای که در آن برای هر وضعیت/ سطح حادثه (هشدار ـ آماده‌باش ـ عملیات) این امر مشخص‌شده باشد که چه کارکنانی در وضعیت‌های تعیین‌شده (زرد ـ نارنجی ـ قرمز) باید فراخوان شوند.

ردیف 4- 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 5- پیش‌بینی فضاهای جایگزین: کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان می‌بایست برنامه‌های لازم به‌منظور تعیین و یا ایجاد فضاهای جایگزین (درمانی ـ غیر درمانی) را داشته باشد که البته این درصورتی‌که تجهیزات و کارکنان موردنیاز لحاظ شده باشد، قابل‌اجرا است. این فضاها می‌توانند داخل بیمارستان یا بر اساس تفاهم‌نامه با سازمان‌های دیگر، حتی خارج از بیمارستان نیز در نظر گرفته‌شده باشند.

ردیف 6- برنامه جهت تعیین بیمارستان معین: در این برنامه، نیازهایی که بیمارستان مبدأ نمی‌تواند در زمان حادثه مرتفع نماید، مشخص‌شده 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 7- 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[1] مشخص می‌شود.

ردیف 8- برنامه‌ی انجام مداخلات حفظ حیات درصحنه: 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 9- 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 برقرارشده است؟ و...). تمامی این موارد باید توسط کمیته‌ی حوادث و بلایا بررسی، برنامه‌ریزی و انجام شود.

ردیف 10- برنامه‌ی ارجاع به سایر مراکز درمانی: این برنامه بر اساس تفاهم‌نامه یا دستورالعمل‌های دانشگاه تنظیم می‌شود.

ردیف 11- 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 کمیته‌ی حوادث و بلایا تنظیم شود.

1- Field

ردیف 16- برنامه‌ی انجام تریاژ ثانویه: تدوین برنامه‌ی تریاژ ثانویه در حوادث لازم است. تریاژ اولیه درصحنه 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 17- 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 18- برنامه‌ی فرایند آلودگی‌زدایی: با توجه به نوع حادثه و مخاطره نیاز به آلودگی‌زدایی، اختصاصی است، که این فرایند تخصصی باید توسط کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان تبیین شود.[1]

ردیف 19- 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 20- 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 22- برنامه‌های آموزشی و یادگیری: تمامی برنامه‌های آموزشی مربوطه به حوادث اعم از برنامه‌های انجام‌شده و در حال انجام، مدنظر است.

ردیف‌های 23 تا 26- برنامه‌های تمرین (مانور): در خصوص انواع مانور و برنامه‌ریزی برای اجرای آن‌ها در کتاب برنامهٔ ملّی آمادگی بیمارستانی توضیحات به‌تفصیل آمده است.

ردیف 27- برنامه برای انبار منابع: نیازهای مربوط به حادثه توسط کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان بر اساس تحلیل خطر مشخص و برنامه‌ی ذخیره‌ی منابع مطابق با آن تبیین می‌شود.

ردیف 28- برنامه‌ی چگونگی توزیع منابع: در مجتمع‌های بیمارستانی بزرگ، با توجه به نظر کمیته‌ی حوادث و بلایا انجام می‌شود.

ردیف 30- 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 ملّی 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 31- برنامه‌ی مدیریت کارکنان: بر اساس برنامه‌ی ملّی آمادگی بیمارستانی، کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان باید برنامه‌های مربوط به ورود و خروج کارکنان، اضافه‌کار، حضوروغیاب و... را برنامه‌ریزی و تبیین نماید (جزء فعالیت‌های شاخه اداری مالی است).

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

ردیف 32- برنامه‌ی ترخیص زودهنگام بیماران انتخابی: کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان، فرآیند ترخیص زودهنگام بیماران را تبیین می‌نماید. در زمان حادثه با دستور فرمانده و طبق این برنامه‌ی تبیین شده، می‌توان نسبت به ترخیص بیماران اقدام نمود. بدیهی است ازآنجایی‌که در ترخیص زودهنگام، 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 35- برنامه‌ی ارزیابی سریع امکانات: برنامه‌ی فرآیند ارزیابی سریع امکانات مطابق برنامه‌ی ملّی آمادگی بیمارستانی باید تبیین شود.

ردیف 36- برنامه‌ی ارزیابی سریع صدمات: کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان بر اساس برنامه‌ی ملّی 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.

ردیف 37- برنامه‌ی ارزیابی سریع ایمنی مرکز درمانی: کمیته‌ی حوادث و بلایای بیمارستان بر اساس سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی[1]، چگونگی انجام این فرآیند را توسط افسر ایمنی تبیین می‌کند.

به‌طورکلی در تمامی سؤالات مربوط به قسمت "*عملکردها*" باید نکات ذیل موردتوجه قرار گیرد:

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

جدول شماره‌ی 4- ارزیابی عملکردها

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
1	ابزار تکمیل‌شده‌ی شاخص ایمنی عملکردی بیمارستانی (FHSI)[2]			
2	برنامه‌ی فراخوانی کارکنان (تاریخ آخرین بازبینی ذکر شود)			
3	برنامه‌ی هشدار سریع			
4	برنامه‌ی اطفای حریق			
5	برنامه‌ی پیش‌بینی فضاهای جایگزین			
6	برنامه جهت تعیین بیمارستان معین به‌منظور افزایش ظرفیت بیمارستان			
7	برنامه جهت تعیین گروه‌های اعزام به منطقه (محل وقوع حادثه)			

1- Hospital Incident Command System (HICS)
2- Farsi Hospital Safety Index (FHSI)

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
8	برنامه‌ی انجام مداخلات حفظ حیات در عرصه			
9	برنامه‌ی تخلیه‌ی اضطراری مصدومان به مراکز از قبل تعیین‌شده			
10	برنامه‌ی ارجاع بیمار به سایر مراکز درمانی			
11	برنامه‌ی تخلیه‌ی اضطراری مرکز درمانی			
12	فرایند فعال کردن برنامهٔ پاسخ بیمارستانی[1]			
13	فرایند فعال کردن (ICP[2] - EOC[3] - HCC[4])			
14	فرایند فعال کردن سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی[5]			
15	برنامه‌ی افزایش ظرفیت پاسخ بیمارستان (ترخیص بیماران انتخابی[6] و کاربری فضاهای جایگزین)			
16	برنامه‌ی انجام تریاژ ثانویه بر اساس ESI[7] یا START[8]			
17	برنامه‌ی افزایش تعداد تخت و ظرفیت پذیرش بیماران			
18	برنامه‌ی فرآیند آلودگی‌زدایی			
19	برنامه‌ی فراظرفیت آلودگی‌زدایی			
20	برنامه‌ی فراظرفیت جداسازی			
21	برنامه‌ی تأمین تجهیزات دارویی موردنیاز			
22	برنامه‌های آموزشی و یادگیری			
23	تمرین دورمیزی[9]			
24	برنامه‌ی تمرین عملیاتی تخلیه‌ی اضطراری			
25	برنامه‌ی تمرین عملیاتی محدود[10] در یک بخش			
26	برنامه‌ی تمرین عملیاتی کل مجموعه (تمام‌عیار[11])			

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

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
27	برنامه برای انبار منابع موردنیاز			
28	برنامه جهت چگونگی توزیع منابع در مراکز درمانی			
29	برنامه‌ی بهبود ظرفیت‌های بیمارستانی (پذیرش بیمار، آلودگی‌زدایی، جداسازی، ...) برای پاسخ به حوادث در شرایط حضور و مداخله‌ی سازمان‌های درگیر			
30	برنامه‌ی نظارت و پیگیری تخت‌ها			
31	برنامه‌ی مدیریت کارکنان بر اساس الگوی کشوری			
32	برنامه‌ی ترخیص زودهنگام بیماران انتخابی			
33	برنامه‌ی راه‌اندازی فضای اقامت بیماران پس از ترخیص و نیاز به ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه			
34	برنامه‌ی اطلاع‌رسانی به مراکز، کارکنان، خانواده‌ها و بیماران			
35	برنامه‌ی ارزیابی سریع امکانات موجود (تخت‌ها، کارکنان)			
36	برنامه‌ی ارزیابی سریع صدمات			
37	برنامه‌ی ارزیابی سریع ایمنی مرکز درمانی			
38	برنامه‌ی اقتضایی به‌منظور تأمین زیرساخت‌های اساسی بیمارستان (آب، برق، گاز، اکسیژن، داروها، مواد غذایی، راه‌های در دسترس)			
39	برنامه‌ی اطلاع‌رسانی بیماران پذیرش‌شده و فوتی			
40	مدیریت اجساد و فوت‌شدگان			
41	بازگشت به حالت عادی			
42	برنامه‌ی فعال کردن مرکز هدایت عملیات بیمارستان			
43	برنامه‌ی ورود و خروج بیماران و مصدومان به بیمارستان			
44	برنامه‌ی پذیرش سریع مصدومان و بیماران در حوادث و بلایا			
45	برنامه‌ی سطح‌بندی و نحوه‌ی ترخیص بیماران بستری در بیمارستان و اطلاع‌رسانی به خانواده			
46	برنامه‌ی نحوه‌ی جابجایی بیماران و مصدومان در بیمارستان			
47	برنامه‌ی نحوه‌ی پیگیری روند درمان بیماران بستری و ترخیص شده از بیمارستان			
48	برنامه‌ی نحوه‌ی فراخوانی کارکنان			
49	فرایند نقل‌وانتقال کارکنان به بیمارستان			
50	برنامه¬ی نحوه¬ی تریاژ بیماران و مصدومان			
51	برنامه¬ی نحوه¬ی ارائه خدمات درمانی خارج از بیمارستان			

ردیف	عملکردها		موجود		توضیحات
			بلی	خیر	
52	برنامه‌ی نحوه‌ی گزارش‌دهی بیماری‌های مشمول گزارش				
53	برنامه‌ی مراقبت بیماری‌ها[1]	جمع‌آوری اطلاعات			
		گزارش دهی			
54	برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری سازمان‌های همکار و پشتیبان (مانند پلیس، آتش‌نشانی، شهرداری و غیره)				
55	برنامه‌ی نحوه‌ی به‌کارگیری و مدیریت داوطلبان (عمومی و تخصصی)				
56	برنامه‌ی نحوه‌ی تحویل تجهیزات و وسایل				
57	برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین تجهیزات موردنیاز				
58	برنامه‌ی نحوه‌ی هزینه کرد منابع مالی				
59	برنامه‌ی نحوه‌ی تأمین خدمات جهت کارکنان				
60	برنامه‌ی حمایت از خانواده‌ی کارکنان حاضر در بیمارستان در هنگام وقوع بلایا				
61	برنامه¬ی ارتباط بیمارستان با سامانه‌ی اورژانس پیش بیمارستانی				
62	فرایند پذیرش بیماران در زمان حوادث و بلایا				
63	فرآیند توسعه‌ی تأسیسات در فضای پیش‌بینی‌شده				
64	فرآیند کنترل عفونت در هنگام وقوع حوادث و بلایا				
65	فرآیند تثبیت تجهیزات غیرسازه‌ای در بیمارستان				
66	فرآیند احیای قلبی- ریوی در شرایط حوادث و بلایا				
67	فرآیند تأمین خدمات بیمه‌ی مسئولیت کارکنان				
68	فرآیند ثبت حضور کارکنان در زمان حوادث و بلایا				
69	فرآیند ثبت بیماران پذیرش‌شده و ارجاعی سایر بیمارستان‌ها				
70	فرآیند ارتباط با رسانه‌ها				
71	فرآیند اطفای حریق				
72	فرایند افزایش فضای بستری				
73	تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین دارو				
74	تفاهم‌نامه با مراکز دیگر جهت تأمین تجهیزات				
75	تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد مصرفی				
76	تفاهم‌نامه جهت تأمین مواد غذایی				

1- Surveillance

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
77	تفاهم‌نامه با مراکز بهداشتی درمانی نظامی			
78	تفاهم‌نامه با مراکز بهداشتی درمانی خیریه			
79	تفاهم‌نامه با مراکز بهداشتی درمانی خصوصی			
80	تفاهم‌نامه با مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی سایر دانشگاه‌ها			
81	تفاهم‌نامه با سازمان‌های حامی سلامت			
82	تفاهم‌نامه با سازمان نظام پزشکی			
83	تفاهم‌نامه با سازمان نظام پرستاری			
84	تفاهم‌نامه با سازمان نظام روان‌شناسی			
85	تفاهم‌نامه با سازمان انتقال خون			
86	تفاهم‌نامه با جمعیت هلال‌احمر			
87	تفاهم‌نامه با سازمان بهزیستی			
88	تفاهم‌نامه با سازمان پزشکی قانونی			
89	تفاهم‌نامه با شهرداری			
90	تفاهم‌نامه با ارتش (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)			
91	تفاهم‌نامه با سپاه پاسداران (جهت تأمین نیروی کمکی امدادی)			
92	تفاهم‌نامه با نیروی انتظامی (جهت تأمین امنیت)			
93	تفاهم‌نامه با شرکت نفت			
94	تفاهم‌نامه با کارخانه‌ها			
95	تفاهم‌نامه با سازمان آب			
96	تفاهم‌نامه با سازمان برق			
97	تفاهم‌نامه با مخابرات			
98	تفاهم‌نامه با بهداری نیروهای مسلح			
99	تفاهم‌نامه با سایر مراکز			
100	فرایند بایگانی اسناد پزشکی در حوادث و بلایا			
101	تمرین فراخوانی نیرو			
102	تمرین هشدار سریع			

ردیف	عملکردها	موجود		توضیحات
		بلی	خیر	
103	تمرین راه‌اندازی بیمارستان صحرایی			
104	تمرین تأمین نیرو جهت راه‌اندازی بیمارستان صحرایی			
105	تمرین پیش‌بینی فضاهای جایگزین			
106	تمرین تعیین بیمارستان معین جهت افزایش ظرفیت بیمارستان			
107	تمرین جهت تعیین گروه‌های اعزام به صحنهٔ حادثه			
108	تمرین انجام مداخلات حفظ حیات درصحنه‌ی حادثه			
109	تمرین انتقال مصدومان به مراکز بهداشتی- درمانی از قبل تعیین‌شده			
110	تمرین انجام تریاژ ثانویه			
111	تمرین تخلیه‌ی اضطراری مرکز درمانی			
112	تمرین فعال‌سازی برنامه‌ی پاسخ بیمارستانی			
113	تمرین فعال کردن مرکز هدایت عملیات			
114	تمرین فعال‌سازی سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی			
115	تمرین افزایش ظرفیت پاسخ بیمارستان (ترخیص بیماران انتخابی، کاربری فضاهای جایگزین)			
116	تمرین برنامه‌ی ارجاع بیمار به مراکز بهداشتی‌درمانی سازمان‌های همکار و پشتیبان			
117	تمرین برنامه‌ی افزایش تعداد تخت و ظرفیت پذیرش بیماران			
118	تمرین فرآیند آلودگی‌زدایی			
119	تمرین فرآیند اطفای حریق			

ابزار شماره‌ی چهار

ابزار بررسی آسیب‌پذیری حوزه‌ی 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 برابرِ 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 حوزه¬ی 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 تدوین‌شده است.

راهنمای تکمیل ابزار آسیب‌پذیری حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا

1. **مشخصات مربوط به گروه ارزیابی**: در این قسمت مشخصات دقیق گروه تکمیل‌کننده یادداشت شود.
2. **اطلاعات جغرافیایی محل:** در این قسمت اطلاعات جغرافیایی محل را با توجه به تقسیمات سیاسی کشوری، یادداشت نمایید.

3. **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.
4. **برآورد آسیب‌پذیری حوزه‌ی سلامت بر اساس درصد در معرض مخاطره بودن:** در این قسمت مؤلفه‌های حوزه‌ی سلامت مانند کارکنان[1]، گیرندگان خدمات سلامت، زیرساخت‌ها، تجهیزات[2] 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.
5. **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. به‌عنوان‌مثال برای خدمات اورژانس بیمارستان، بند "1-5: 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

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

1- Staff
2- Stuff

4. برآورد آسیب‌پذیری حوزه‌ی سلامت بر اساس درصد در معرض (Expose) مخاطره بودن							
مؤلفه‌های حوزه‌ی سلامت / درصد در معرض مخاطره بودن			میزان خام	کمتر از 25 درصد	25 تا 50 درصد	51 تا 75 درصد	76 تا 100 درصد
4-1. کارکنان (staff)	4-1-1. کارکنان بخش مدیریتی - ستادی						
	4-1-2. کارکنان حوزه‌ی درمان (حوزه بیمارستانی)						
	4-1-3. کارکنان حوزه‌ی بهداشت						
	4-1-4. کارکنان حوزه‌ی پیش بیمارستان						
4-2. گیرندگان خدمات سلامت	4-2-1. جمعیت تحت پوشش حوزه‌ی سلامت	مردان					
		زنان					
		خانوار					
	4-2-2. جمعیت آسیب‌پذیر	بیماران بستری					
		بیماران دارای بیماری مزمن					
		سالمندان					
		کودکان کمتر از 5 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					

4-3. زیرساخت	4-3-1. ساختمان‌های اداری						
	4-3-2. ساختمان‌های آموزشی	مهدکودک					
		مراکز پیش‌دبستانی					
		مدارس					
		دانشگاه‌ها					
		حوزه‌های علمیه					
	4-3-3. بیمارستان	بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی					
		بیمارستان‌های تأمین اجتماعی					
		بیمارستان‌های وابسته به نیروهای مسلح					
		بیمارستان‌های بخش خصوصی					
	4-3-4. مرکز بهداشت	شهری					
		روستایی					
	پایگاه بهداشت	پایگاه شهری					
		خانه‌ی بهداشت روستایی					
	4-3-5. مراکز بهداشت و درمان‌بخش خصوصی	درمانگاه/ پلی کلینیک					
		دی کلینیک / مراکز جراحی محدود					
		آزمایشگاه					
		مراکز تصویربرداری					
		مطب (پزشکی / دندانپزشکی)					
		مراکز سلامت امور خیریه					
	4-3-6. پایگاه‌های اورژانس 115	شهری					
		جاده‌ای					

4-3. زیرساخت	4-3-7. زیرساخت‌های حیاتی	شبکه‌ی آب		–					
		شبکه‌ی فاضلاب		–					
		شبکه‌ی برق		–					
		شبکه‌ی گاز		–					
	4-3-8. مسیرهای مواصلاتی	زمینی		–					
		ریلی		–					
		آبی (بندرها و اسکله‌ها)		–					
		هوایی (فرودگاه)		–					
	4-3-9. امکانات ارتباطی	شبکه‌ی تلفن		–					
		شبکه‌ی موبایل		–					
		شبکه‌ی اینترنت		–					
		تلفن ماهواره‌ای		–					
		ارتباطات بی‌سیم امواج رادیویی UHF / VHF		–					
4-4. تجهیزات	4-4-1. تجهیزات اداری			–					
	4-4-2. تجهیزات بیمارستانی	تخت	تخت‌های بخش اورژانس						
			تخت‌های اتاق عمل						
			سایر تخت‌های بستری						
			تخت‌های ایزوله						
			تخت‌های ایزوله‌ی معکوس						
		دستگاه ونتیلاتور							
		دستگاه **DC** شوک							
		دستگاه رادیولوژی							
		دستگاه آنژیوگرافی							
		دستگاه سی‌تی‌اسکن							

4-4. تجهیزات	4-4-2. تجهیزات بیمارستانی		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					
	4-4-3. تجهیزات حوزه‌ی بهداشت (خودرو، تجهیزات زنجیرهٔ سرد و....)				-			
	4-4-5. تجهیزات حوزه‌ی پیش بیمارستانی	آمبولانس (فعال)	تیپ A					
			تیپ B					
			تیپ C					
		آمبولانس پشتیبان	تیپ A					
			تیپ B					
			تیپ C					
		موتورلانس						
		اتوبوس آمبولانس						
		بالگرد اورژانس هوایی						
		آمبولانس دریایی						
		تجهیزات ارتباطی اورژانس	بی‌سیم					
			دکل بی‌سیم					
	تجهیزات بخش خصوصی				-			

5. برآورد آسیب‌پذیری بر اساس میزان اثر مخاطره بر خدمات سلامت						
میزان اثر / خدمات سلامت		کمتر از 10٪ کاهش	10 تا 50٪ کاهش	51 تا 100٪ کاهش	مختل شدن کامل در ارائه‌ی خدمت برای 3 روز اول پس از حادثه	مختل شدن کامل ارائه‌ی خدمت به مدت بیش از 3روز
5-1. اورژانس بیمارستان (میزان تخت‌های فعال)						
5-2. خدمات بستری (میزان تخت‌های فعال بستری)						
5-3. اورژانس پیش بیمارستانی						
5-4. خدمات بهداشت عمومی	خدمات بهداشت مادر و کودک					
	سامانه‌ی مراقبت (پیشگیری و کنترل) بیماری‌های واگیر					
	واکسیناسیون					
	خدمات بهداشت روان					
	خدمات بهداشت محیط					
	دسترسی به داروهای اساسی					
5-5. خدمات بخش خصوصی	خدمات بستری (میزان تخت‌های فعال)					
	خدمات تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، ام آرای و ...)					
	خدمات سرپایی (ویزیت پزشکان، تزریقات و ....)					

ابزار شماره‌ی پنج

ابزار بررسی آمادگی پاسخ بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی‌درمانی 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 طبیعتشان، منجر به افزایش نیاز به خدمات ضروری و سریع می‌شوند که می‌تواند ظرفیت عملکردی و ایمنی بیمارستان را اشباع کند. هر حادثه‌ای که باعث از بین رفتن زیرساخت‌ها یا افزایش مراجعین به بیمارستان شود، اغلب نیاز به یک پاسخ همه‌جانبه و جامع دارد که باید شامل ارائه مراقبت‌های سلامت باشد. بدون وجود برنامه‌ریزی مناسب برای پاسخ به حوادث، سامانهٔ 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 قابل‌توجهی 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 9 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:

1. تداوم خدمات ضروری
2. اجرای هماهنگ فعالیت‌های بیمارستان در تمامی سطوح

3. ارتباط داخلی و خارجی دقیق و روشن
4. تطابق سریع به افزایش تقاضا
5. استفاده مؤثر از منابع کمیاب
6. ایجاد محیط امن برای کارکنان بخش سلامت و مراقبت.

دستیابی به این اقدامات با توجه به سایر ابزارهای مکمل، دستورالعمل‌ها و دیگر منابع قابل‌اجرا 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، قابل‌اجرا و با رویکرد به‌تمامی حوادث و بلایا است.

جزء کلیدی شماره 1

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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	وجود مرکز فرماندهی حادثه در بیمارستان یا مکانی شبیه به آن، جهت هماهنگی فعالیت‌های مرتبط با پاسخ در شرایط اضطراری	☐	☐	☐
2	تعیین یک فرد به‌عنوان مسئول هر یک از مؤلفه‌های 9 گانه‌ی کلیدی در این چک‌لیست، جهت اطمینان از مدیریت مناسب و هماهنگی فعالیت‌ها	☐	☐	☐
3	تعیین گروه فرماندهی حادثه و جایگزین احتمالی آنها جهت تضمین ادامه‌ی مدیریت، کنترل و عملکرد	☐	☐	☐
4	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	☐	☐	☐
5	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	☐	☐	☐
6	آموزش تمام اعضای کمیته و کارکنان بیمارستان در مورد ساختار و عملکرد سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستانی و وظایف در شرایط اضطراری به‌اندازه‌ی کافی	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=6	تعداد موارد ×2=12	تعداد موارد ×3=18

جزء کلیدی شماره 2

ارتباطات خطر و روابط عمومی: ارتباطات شفاف، دقیق و به‌موقع 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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	تعیین یک فرد به‌عنوان رابط و سخنگو جهت هماهنگی تمام ارتباطات بیمارستانی با جامعه، رسانه‌ها و مقامات بهداشتی	☐	☐	☐
2	وجود فضایی مناسب برای برگزاری اجلاس‌های مطبوعاتی (خارج و دور از ساختمان اورژانس/ محل تریاژ/ سالن انتظار و مرکز فرماندهی)	☐	☐	☐
3	تهیه پیش‌نویس پیام‌های ارتباطات خطر وقوع حوادث برای مخاطبان هدف (مانند بیماران، کارکنان، عموم مردم) جهت اجرای سناریوهای مختلف و محتمل	☐	☐	☐
4	اطمینان از کنترل تمام اطلاعات ارائه‌شده به عموم مردم، رسانه‌ها، کارکنان و مقامات بهداشتی توسط فرمانده حادثه	☐	☐	☐
5	وجود یک سازوکار ساده برای تبادل اطلاعات بین مدیریت بیمارستانی/ فرماندهی حادثه/ بخش سلامت و کارکنان آن	☐	☐	☐
6	وجود سامانه‌ی فراخوان نیرو	☐	☐	☐
7	وجود یک روش مناسب جهت جمع‌آوری به‌موقع و تجزیه‌وتحلیل اطلاعات و گزارش آن به دولت، مقامات بهداشتی، بیمارستان‌های هم‌جوار و اورژانس پیش‌بیمارستانی	☐	☐	☐
8	سامانه اطلاع‌رسانی پیام خطر و انتقال تصمیم‌گیری‌های مربوط به اولویت‌بندی بیماران (به‌عنوان‌مثال معیارهای پذیرش و معیارهای ترخیص، روش‌های تریاژ، پیشگیری از عفونت و اقدامات درمانی) به تمام کارکنان و نهادهای مربوطه	☐	☐	☐
9	وجود جایگزین‌های قابل‌اطمینان (مانند تلفن‌های ماهواره‌ای، موبایل، تلفن‌های ثابت، ارتباطات اینترنت و وجود پیجر[1]، بی‌سیم، راهنمای تلفن)	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=9	تعداد موارد ×2=18	تعداد موارد ×3=27

[1]- Pager

جزء کلیدی 3

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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	تعیین گروه ایمنی و امنیت بیمارستان که مسئول ایمنی بیمارستان و فعالیت‌های امنیتی است.	☐	☐	☐
2	تعیین آسیب‌پذیری محل‌هایی که حساسیت بیشتری دارند (مانند محل‌های ورود و خروج، انبار دهی آب و غذا، ذخیره‌ی دارو) و اقدامات اصلاحی	☐	☐	☐
3	اطمینان از حفظ دسترسی به تجهیزات، محل تریاژ و دیگر نقاطی که باید برای انتقال بیماران باز بماند و همچنین وجود برنامه‌ی کنترل مناطق پرترافیک و پارکینگ‌ها برای تداوم آمدوشد به بیمارستان	☐	☐	☐
4	وجود یک روش معتبر جهت شناسایی کارکنان بیمارستان، بیماران و مراجع کنندگان در زمان حوادث	☐	☐	☐
5	در نظر گرفتن سازوکاری جهت تأمین امنیت کارکنان بخش‌های بیمارستان خصوصاً اورژانس	☐	☐	☐
6	وجود برنامه‌ی تخلیه‌ی ایمن و کارآمد بیمارستان در زمان بلایا	☐	☐	☐
7	تعریف قوانین لازم برای حضور افراد در بیمارستان در زمان حوادث و بلایا(پروتکل به‌کارگیری، بیمه مسئولیت و اعتبارسنجی داوطلبان)	☐	☐	☐
8	وجود مستندات بررسی گزارش‌های کارگروه ایمنی بیمارستان جهت شناسایی چالش‌ها و محدودیت‌های ایمنی ازجمله نقص‌های سازه‌ای، مدیریت مواد خطرناک و پیشگیری و کنترل عفونت	☐	☐	☐
9	وجود مستندات آغاز و پیگیری ایمن‌سازی نقاط غیر ایمن بیمارستان	☐	☐	☐
10	در نظر گرفتن روش‌هایی برای تلفیق قوانین بیمارستان و قوانین انتظامی برای اجرای عملیات امنیتی در بیمارستان	☐	☐	☐
11	در نظر گرفتن یک منطقه برای استریلیزاسیون مواد شیمیایی، زیستی و پرتوزا و ایزوله کردن در صورت نیاز	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=11	تعداد موارد ×2=22	تعداد موارد ×3=33

جزء کلیدی شماره 4

تریاژ: حفظ عملیات مربوط به تریاژ بیماران، بر اساس پروتکل از پیش تعیین‌شده 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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	تعیین یک فرد باتجربه برای نظارت بر تمام مراحل تریاژ (مانند یک پزشک طب اورژانس، جراح عمومی و یا یک پرستار آموزش‌دیده)	☐	☐	☐
2	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	☐	☐	☐
3	قرار داشتن مکان تریاژ در نزدیکی کارکنان آموزش‌دیده و امکانات پزشکی و خدمات درمانی ویژه (مانند بخش اورژانس، اتاق عمل و واحد مراقبت‌های ویژه)	☐	☐	☐
4	مشخص بودن مسیرهای ورود و خروج (به/ از) منطقه تریاژ	☐	☐	☐
5	در نظر گرفتن محل‌های جایگزین احتمالی برای دریافت و تریاژ انبوه مصدومین	☐	☐	☐
6	تعیین یک مکان انتظار برای بیماران زخمی که قادر به راه رفتن می‌باشند	☐	☐	☐
7	وجود دستورالعملی برای پذیرش مصدومان بر مبنای شدت بیماری/ آسیب، بقا و ظرفیت بیمارستان که از قوانین و راهنماهای بین‌المللی تبعیت می‌نماید	☐	☐	☐
8	تعریف یک روش واضح جهت تریاژ بیماران در زمان بلایا و عرضه کافی و مناسب برچسب‌های تریاژ	☐	☐	☐
9	وجود برنامه‌ی سطح‌بندی حادثه و اعلام وضعیت اضطراری در بیمارستان	☐	☐	☐
10	اطمینان از اینکه پروتکل پذیرش، ترخیص و ارجاع بیماران درزمانی که برنامه¬ی حوادث و بلایا فعال‌شده است، می‌تواند فرایند مراقبت بیماران را عملی سازد(برگزاری انواع تمرین)	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=10	تعداد موارد ×2=20	تعداد موارد ×3=30

جزء کلیدی 5

افزایش ظرفیت: توان افزایش ظرفیت خدمات بهداشتی‌درمانی در شرایط معمولی، یک عامل مهم در پاسخ بیمارستان به بلایا و فوریت‌ها است و باید به‌سرعت 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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	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	☐	☐	☐
2	محاسبه¬ی افزایش تقاضا برای خدمات بیمارستانی، با به‌کارگیری برنامه‌های در دسترس، پیش‌فرض‌ها و سایر ابزارهای موجود در زمان حوادث احتمالی	☐	☐	☐
3	تنظیم تفاهم‌نامه با سایر مراکز درمانی مجاور برای انتقال بیماران	☐	☐	☐
4	تعیین برنامه افزایش کارکنان برای مراقبت از بیماران در هنگام لزوم افزایش ظرفیت بیمارستان	☐	☐	☐
5	در نظر گرفتن مکان‌های جایگزین‌درمانی جهت انتقال بیماران غیر اورژانسی داخل بیمارستان	☐	☐	☐
6	تعبیه وسایل نقلیه و منابع موردنیاز برای حمل‌ونقل بیماران در زمان حوادث و بلایا	☐	☐	☐
7	تعیین طرح جایگزین برای انتقال آسان بیماران زمانی که روش‌های معمول حمل‌ونقل در دسترس نیستند	☐	☐	☐
8	شناسایی مشکلات موجود در ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت، با تأکید بر خدمات جراحی اورژانسی در شرایط اضطراری	☐	☐	☐
9	شناسایی مکان‌هایی که امکان تبدیل آن‌ها به واحدهای مراقبت از بیماران سرپایی با کمک مقامات محلی (هتل‌ها، مدارس، مراکز اجتماعی، ورزشگاه)	☐	☐	☐
10	در نظر گرفتن طرحی جهت اولویت‌بندی اقدامات و لغو کردن خدمات درمانی غیر فوری (مانند جراحی‌های انتخابی)	☐	☐	☐
11	تعیین معیارها و یک مسئول برای ترخیص بیماران و اولویت‌بندی مداخلات بالینی بر اساس ظرفیت درمانی و تقاضاهای موجود	☐	☐	☐
12	تعیین یک منطقه به‌عنوان سردخانه‌ی موقت و حصول اطمینان از وجود تعداد کافی کاورهای جسد	☐	☐	☐
13	عقد قرارداد با سایر نهادها برای ارائه‌ی خدمات پس از مرگ (به‌عنوان‌مثال نهادهای کفن‌ودفن، بازرسان پزشکی قانونی و پاتولوژیست)	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1= 13	تعداد موارد ×2= 26	تعداد موارد ×3= 39

جزء کلیدی 6

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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	فهرست بندی و اولویت‌بندی تمامی خدمات بیمارستان و ارائه راهکار تداوم آن‌ها	☐	☐	☐
2	تعیین نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند کودکان، زنان و افراد مسن)	☐	☐	☐
3	تهیه منابع موردنیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و راهکار تأمین آن‌ها	☐	☐	☐
4	تعیین یک طرح سامانه‌ای و قابل‌گسترش برای حفظ تداوم مراقبت‌های ضروری (به‌عنوان‌مثال، دسترسی به گازهای طبی و داروهای حیاتی)	☐	☐	☐
5	هماهنگی با وزارت بهداشت و پزشکان بخش خصوصی جهت اطمینان از تداوم خدمات پزشکی	☐	☐	☐
6	حصول اطمینان از در دسترس بودن اقلام ضروری برای ادامه‌ی حیات در بیمارستان، ازجمله آب، برق و مواد غذایی در زمان حوادث و بلایا	☐	☐	☐
7	بررسی تأثیر وقایع احتمالی ناشی از حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی و ارائه راهکارهای جایگزینی	☐	☐	☐
8	حصول اطمینان از وجود سازوکارهایی برای جمع‌آوری و امحا پسماندهای بیمارستانی و سایر ضایعات خطرناک در شرایط اضطراری	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=8	تعداد موارد ×2=16	تعداد موارد ×3=24

جزء کلیدی 7

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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	تکمیل و به‌روز نمودن فهرست شماره تماس کارکنان بیمارستان	☐	☐	☐
2	برآورد و نظارت مداوم بر غیبت کارکنان و داشتن برنامه آنکالی در حوادث و بلایا	☐	☐	☐
3	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	☐	☐	☐
4	تعیین ضمانت اجرایی برنامه آنکالی در حوادث و بلایا	☐	☐	☐
5	در نظر داشتن یک برنامه‌ی احتمالی برای تأمین غذا، آب و فضای استراحت و ماندگاری برای کارکنان بیمارستان	☐	☐	☐
6	اولویت‌بندی نیازهای درمانی و برنامه‌ی توزیع کارکنان بر اساس آن	☐	☐	☐
7	استخدام و آموزش نیروهای داوطلب/ اضافی بر طبق نیازهای پیش‌بینی‌شده (مانند کارکنان بازنشسته، کارکنان مازاد نظامی، افراد مرتبط دانشگاهی/ دانشجویان و افراد داوطلب)	☐	☐	☐
8	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.	☐	☐	☐
9	تعیین سامانه‌ای برای تأمین سریع کارکنان مراقبت‌های سلامت (کارکنان پزشکی داوطلب) دارای گواهینامه کار در شرایط اورژانسی مطابق باسیاست‌های بیمارستان و مقامات بهداشتی	☐	☐	☐
10	آموزش مراقبت و درمان در شرایط اضطراری به کارکنان (مانند اورژانس، بخش‌های ICU و جراحی)	☐	☐	☐
11	تمرین حوادث و بلایا به‌خصوص در اورژانس و بخش مراقبت‌های ویژه، جهت حصول اطمینان از ظرفیت و مهارت کافی کارکنان	☐	☐	☐
12	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	☐	☐	☐
13	حصول اطمینان از چرخش کافی نوبت‌ها و خود مراقبتی برای کارکنان بالینی به‌منظور تقویت روحیه و کاهش خطای پزشکی	☐	☐	☐
14	در نظر گرفتن گروه‌های چند تخصصی برای حمایت روانی؛ شامل مددکاران، مشاوران و روحانیون برای حمایت از خانواده‌ی کارکنان و بیماران	☐	☐	☐
15	بررسی کارکنان ازنظر دریافت واکسن کافی و لازم بر اساس سیاست‌های ملّی و دستورالعمل مقامات بهداشتی در مواجهه با بیماری‌ها و مشکلات تنفسی همه‌گیر	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=15	تعداد موارد ×2=30	تعداد موارد ×3=45

جزء کلیدی 8

مدیریت پشتیبانی و تدارکات: تدارک و تأمین مایحتاج بیمارستانی و زنجیره‌ی تحویل آن غالباً در طی وقوع بلایا و فوریت‌ها به‌عنوان یک چالش، کمتر موردتوجه 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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	تهیه‌ی یک فهرست از تمام تجهیزات، لوازم، مواد و تعیین روش درخواست و تأمین فوری در صورت کاهش و کمبود موارد فوق	☐	☐	☐
2	برآورد مصرف منابع ضروری و دارویی، (به‌عنوان‌مثال مقدار مورداستفاده در هر هفته) بر اساس محتمل‌ترین سناریوها	☐	☐	☐
3	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)	☐	☐	☐
4	ارزیابی کیفیت اقلام احتمالی قبل از خرید، و درخواست صدور گواهینامه کیفیت برای آن‌ها (در صورت در دسترس بودن آن‌ها)	☐	☐	☐
5	عقد قراردادهای همکاری با فروشندگان برای اطمینان از تحویل فوری تجهیزات و دیگر منابع در زمان کمبود	☐	☐	☐
6	تعیین فضای فیزیکی در بیمارستان برای ذخیره‌سازی مواد، که دارای خصوصیاتی 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.	☐	☐	☐
7	ذخیره‌ی کالاهای ضروری و دارو مطابق با دستورالعمل‌های ملّی اطمینان از استفاده به‌موقع از اقلام ذخیره‌شده برای جلوگیری از هدر رفتن آن‌ها به علت اتمام تاریخ انقضا	☐	☐	☐
8	تعریف نقش داروخانه بیمارستان در ارائه دارو به بیماران در خانه و یا در مکان‌های درمانی جایگزین در شرایط اضطراری	☐	☐	☐
9	وجود برنامه‌هایی برای نگهداری و تعمیر سریع تجهیزات موردنیاز برای ارائه خدمات ضروری	☐	☐	☐
10	هماهنگی با اورژانس پیش‌بیمارستانی و سایر مؤسسات آمبولانس‌های خصوصی جهت اطمینان از انتقال مداوم بیماران	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=9	تعداد موارد ×2=18	تعداد موارد ×3=27

جزء کلیدی 9

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 (1)	در دست انجام (2)	خاتمه یافته (3)
1	تعیین یک فرد مسئول جهت نظارت بر عملیات بازگشت پس از بلایا	☐	☐	☐
2	تعیین معیارها و فرآیندهای ضروری جهت کنترل حادثه و بازیابی کارکردهای بیمارستان	☐	☐	☐
3	برنامه‌ی ارزیابی ایمنی بیمارستان ازنظر سازه‌ای	☐	☐	☐
4	تعیین برنامه و منابع موردنیاز برای تکمیل و ترمیم بیمارستان درصورتی‌که تخلیه‌ی بیمارستان لازم باشد.	☐	☐	☐
5	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.	☐	☐	☐
6	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.	☐	☐	☐
7	سازمان‌دهی تیم گزارش‌گیری حرفه‌ای و برای ارائه به فرمانده‌ی حادثه در فواصل2، 6،12، 24 تا 72 ساعت پس از وقوع حادثه جهت کمک به برنامه‌ی پاسخ	☐	☐	☐
8	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	☐	☐	☐
9	تشکیل گروه مشاوره روانی در بلایا برای حمایت از کارکنان آسیب‌دیده روحی در بلایا	☐	☐	☐
	جمع:	تعداد موارد ×1=9	تعداد موارد ×2=18	تعداد موارد ×3=27

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 1، به گزینه در دست انجام نمره 2 و به گزینه خاتمه یافته نمره 3 داده می‌شود. نحوه محاسبه سطح آمادگی در هر مؤلفه بدین‌صورت 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 به‌دست‌آمده برای هر جزء کلیدی، تقسیم‌بر عدد 3 (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) به‌صورت 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]

به‌عنوان‌مثال برای جزء کلیدی "فرماندهی و کنترل" که دارای 6 سؤال است، جمع نمرات گزینه‌های اول، عدد 6، جمع نمرات گزینه‌های دوم، عدد 12 و جمع نمرات گزینه سوم، عدد 18 خواهد شد. طول طیف نمره آمادگی این جزء از کم کردن عدد 6(مجموع گزینه‌های اول) از 18 (مجموع گزینه‌های سوم)، عدد 12 (6-18) به‌دست‌آمده و سپس طول به‌دست‌آمده را بر سه قسمت تقسیم می‌کنیم تا فاصله سطوح به دست آید (می‌شود 4). حال فاصله سطوح آمادگی را برای جزء کلیدی موردنظر به‌صورت زیر محاسبه می‌کنیم:

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

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

سطح آمادگی قوی جزء کلیدی "فرماندهی و کنترل" : [18= 4+14] 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 به‌دست‌آمده را تقسیم‌بر عدد 3 (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) به‌صورت 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 به‌دست‌آمده، دارای اعشار بود، به سمت پایین گرد شده است. بدین‌صورت با استفاده از روش فوق نحوه‌ی رتبه‌بندی میزان آمادگی در هر جزء کلیدی و درنهایت رتبه‌بندی آمادگی کلی بیمارستان به‌صورت زیر است:

❖ **جزء کلیدی شماره 1:**

- سطح آمادگی ضعیف = 6-10
- سطح آمادگی متوسط = 11-14
- سطح آمادگی قوی = 15-18

❖ **جزء کلیدی شماره 2:**

- سطح آمادگی ضعیف = 9-14
- سطح آمادگی متوسط = 15-20
- سطح آمادگی قوی = 21-27

❖ **جزء کلیدی شماره 3:**

- سطح آمادگی ضعیف = 11-17
- سطح آمادگی متوسط = 18-25
- سطح آمادگی قوی = 26-33

❖ **جزء کلیدی شماره 4:**

- سطح آمادگی ضعیف = 10-17
- سطح آمادگی متوسط = 18-25
- سطح آمادگی قوی = 26-33

❖ **جزء کلیدی شماره 5:**

- سطح آمادگی ضعیف = 13-21
- سطح آمادگی متوسط = 22-30
- سطح آمادگی قوی = 31-39

❖ **جزء کلیدی شماره 6:**

- سطح آمادگی ضعیف = 8-13
- سطح آمادگی متوسط = 14-19
- سطح آمادگی قوی = 20-24

❖ **جزء کلیدی شماره 7:**

- سطح آمادگی ضعیف = 15-25
- سطح آمادگی متوسط = 26-36
- سطح آمادگی قوی = 37-45

❖ **جزء کلیدی شماره 8:**

- سطح آمادگی ضعیف = 10-17
- سطح آمادگی متوسط = 18-25
- سطح آمادگی قوی = 26-33

❖ **جزء کلیدی شماره 9:**

- سطح آمادگی ضعیف = 9-14
- سطح آمادگی متوسط = 15-20
- سطح آمادگی قوی = 21-27

➢ **سطح آمادگی کلی بیمارستان:**

- سطح آمادگی ضعیف = 93-152
- سطح آمادگی متوسط = 153-212
- سطح آمادگی قوی = 213-273

ابزار شماره‌ی شش

ابزار بررسی آمادگی روانی بیمارستان در شرایط اضطراری[1]

مقدمه

این ابزار به‌منظور کمک به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تهیه‌شده است تا میزان ظرفیت خود در برابر افزایش ناگهانی آسیب دیدگان روانی ناشی از موارد فوریتی در مقیاس بزرگ (شامل بلایای طبیعی، حوادث انسان‌ساخت ازجمله وقایع تروریستی و دیگر موارد فوریت‌های سلامت عمومی) را ارزیابی نمایند. اعضای اصلی گروه پاسخگوی بلایا در تسهیلات بهداشتی و درمانی (به‌عنوان‌مثال، 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 چهارعنصر 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، ارائه‌شده است. مثال و نمره‌ی مرتبط را انتخاب کنید، و سپس پاسخی را که توصیف‌کننده ظرفیت فعلی تسهیلات

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

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 2 است که نمره‌ی "صفر" نشان‌دهنده‌ی این است که هیچ‌کدام اجرایی صورت نگرفته، نمره‌ی "1" بیانگر اقدام یا اجرای نسبی و نمره‌ی "2" 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 این‌که نیاز به تقویت دارند (نمره¬ی ۱ کسب کرده‌اند) را مرور کنید.

ساختار				
عناصر روانی	**اجرای کامل (نمره = ۲)**	**اجرای نسبی (نمره = ۱)**	**اجرانشده (نمره = ۰)**	**نمره‌ی شما و حوزه‌های نیازمند بهبود**
ساختار داخلی سازمان و زنجیره‌ی فرماندهی[1]	• 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[2] 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 وEAP [3]) برای اعزام تشکیل‌شده است. • نقش‌های واضح برای ارائه‌ی خدمات مستقیم سلامت روان به بازماندگان، خانواده‌ها و کارکنان مشخص‌شده‌اند. • فرد مسئول برای اقدامات مربوط به اطلاع‌رسانی عمومی و تعامل با رسانه‌ها برای انتشار مسائل مربوط به‌سلامت روان مشخص‌شده است.	بعضی از این ساختارها برای شناسایی عواقب روانی حوادث موجود است.	هیچ زیرساختی برای شناسایی نتایج روانی حوادث وجود ندارد.	0□ 1□ 2□ ....
منابع و زیرساخت‌ها	• تفاهم‌نامه با وزارت بهداشت، سازمان مدیریت بحران، جمعیت هلال‌احمر، 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 قرارگرفته 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 به‌سلامت روان به میزان **حداقل چهار برابر** خسارات فیزیکی	تعدادی از منابعی که در سلامت روان موردنیاز است در دسترس است.	منابع در دسترس برای زمان رخداد بلایا ناکافی هستند.	0□ 1□ 2□ ....

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

ساختار				
عناصر روانی	**اجرای کامل (نمره = ۲)**	**اجرای نسبی (نمره = ۱)**	**اجرانشده (نمره = ۰)**	**نمره‌ی شما و حوزه‌های نیازمند بهبود**
	(ازجمله منطقه‌ی انتظار برای خانواده) را برآورده سازد.			
دانش و مهارت	• کارکنان سلامت روان برای ایفای نقش‌های خود در ساختار فرماندهی آموزش‌دیده‌اند و با شرح وظایف آشنا هستند. • کارکنان، در مورد خطرات و عواقب مواجهه با بلایا آموزش‌دیده و در مورد اصول مراقبت از خود، آگاهی دارند. • کارکنان سلامت روان درزمینه‌ی ارزیابی سلامت روان، مداخلات اولیه‌ی روانی و همچنین کمک‌های اولیه‌ی روانی آموزش‌دیده‌اند. • 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.	تعدادی از کارکنان برخی از فعالیت‌های آموزشی مبتنی بر واکنش و پاسخ در سلامت روان را دریافت می‌کنند.	کارکنان فعالیت‌های آموزشی مبتنی بر واکنش و پاسخ در سلامت روان را دریافت نمی‌کنند.	0□ 1□ 2□ ....

نمره‌ی زیرمجموعه‌ی (ساختار: طیف امتیاز ممکن = 6-0)

فرآیندها				
عناصر آمادگی روانی	**اجرای کامل (نمره = ۲)**	**مقداری اجراشده (نمره = ۱)**	**اجرانشده (نمره = ۰)**	**نمره‌ی شما و حوزه‌های نیازمند بهبود**
هماهنگی با سازمان‌های بیرونی	• 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 درزمینه‌ی خدمات سلامت روان شکل‌گرفته است؛ روابط جامعه توسعه‌یافته است (با مساجد محلی و غیره). • مقرراتی برای حوزه‌های خارج بخشی سلامت روان (برای مثال مدارس و درمانگاه‌های موجود در جامعه) تدوین‌شده است	برنامه‌ریزی اندکی برای جامعه و همبستگی برای سلامت روان شکل‌گرفته است.	هیچ هماهنگی و اتحادی با سازمان‌های بیرونی موردتوجه قرار نگرفته است.	0□ 1□ 2□ ....
ارزیابی خطر و فرآیند پایش	• پروتکل‌های غربالگری، ارزیابی خطر و پیگیری ازجمله در شرایط نیاز به افزایش خدمات سلامت روان تدوین‌شده است.	تعدادی از پروتکل‌ها در مورد ارزیابی خطر	هیچ پروتکلی در مورد ارزیابی خطر و	0□ 1□ 2□ ....

فرآیندها				
عناصر آمادگی روانی	**اجرای کامل (نمره = ۲)**	**مقداری اجراشده (نمره = ۱)**	**اجرانشده (نمره = ۰)**	**نمره‌ی شما و حوزه‌های نیازمند بهبود**
	• ابزار پایش خطر برای بررسی نیازهای روانی کارمندان موجود است (ازجمله فرسودگی شغلی و مواجهه با آسیب روحی) • کارمندان با چگونگی پیگیری ابزار تریاژ سلامت روان برای مشخص کردن افرادی که ازنظر روانی نیاز به مداخله دارند، آشنا هستند.	سلامت روان وجود دارد.	پایش آن تدوین نشده است.	.....
حمایت‌های روانی و مداخلات	• کارمندان سلامت روان، برای ارائه‌ی مداخلات مشخص‌شده (ازجمله 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.	متخصصان سلامت روان و یا دیگر کارکنان بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها می‌توانند مراقبت‌های اولیه روانی در پاسخ به واکنش‌های روانی را ارائه دهند.	تعداد اندکی از کارکنان مراقبت‌های اولیه روانی را ارائه می‌دهند اما هیچ پروتکل مبتنی بر شواهد علمی وجود ندارد.	0□ 1□ 2□ ....
تبادل اطلاعات و ارتباطات	• کارکنان سلامت روان به راهبرد ارتباطات وسیع کمک می‌کنند. • اطلاعات مربوط به‌سلامت روان و تجهیزات آموزشی، برای انتشار در موقعیت اضطراری، توسعه داده‌شده‌اند (به‌صورت چندزبانه و برای گروه‌های خاص). • پیام‌های از پیش طراحی‌شده‌ی اطلاع‌رسانی خطر، برای توجهات روان‌شناختی آماده‌ی استفاده هستند.	یک طرح ارتباطی سلامت روان که شامل تعدادی عناصر روان‌شناختی هست وجود دارد.	هیچ راهبردی مبنی بر ارتباط جامعی وجود ندارد.	0□ 1□ 2□ ....

نمره‌ی زیرمجموعه (فرآیندها: طیف امتیاز ممکن = (0–8)

نمره‌ی کامل ارزیابی (فرآیندها و ساختار: طیف امتیاز ممکن = (0–14)

ابزار شماره‌ی 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 قرارگرفته از بلایا، دارند. بااین‌حال، 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 درنتیجه 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 مواجه‌شدن با یک حادثه مانند زلزله اولین الزام این است که به محل رفته و کمک نمایید، به‌هرحال، صرف‌نظر از احساسات، پس از انجام اقدامات حیاتی مانند جستجو، نجات و ارائه‌ی خدمات خاص سلامت برای حفظ زندگی قربانیان، باید در اقدام نخست به ارزیابی سریع در محل بپردازید.

همان‌طور که در استانداردهای بین‌المللی اشاره‌شده است اولین گام در پاسخ بشردوستانه، ارزیابی نیازهای جمعیت تحت تأثیر قرارگرفته و طراحی یک برنامه‌ی اولویت‌بندی عملیاتی بر اساس نیازها است. بدون یک ارزیابی سریع، ممکن است شکاف قابل‌توجه و یا همپوشانی در فرآیند کمک‌رسانی رخ بدهد، که نه‌تنها باعث هدر رفتن حجم زیادی از منابع می‌شود بلکه می‌تواند موجب افزایش اثرات منفی در جمعیت تحت تأثیر قرارگرفته، 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 بپذیرد.

در رابطه باهدف 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 رخداده 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، ازجمله 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[1]

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 به‌طورمعمول درزمانی کمتر از 72 ساعت اول بعد از حادثه انجام می‌شود. لازم به ذکر است که این ارزیابی باید توسط یک ارزیابی دقیق پیگیری گردد.

1- Rapid Health Assessment

مراحل انجام ارزیابی سریع سلامت

1. ارزیابی اولیه‌ی سلامت[1] (0 الی 2 ساعت پس از وقوع حادثه/بلیه)
2. ارزیابی سریع سلامت[2] (24 ساعت پس از وقوع حادثه/ بلیه
3. ارزیابی جامع سلامت[3] (72 ساعت پس از وقوع حادثه/ بلیه)

- ارزیابی اولیه‌ی سلامت در اولین لحظه پس از وقوع حادثه (0 الی 2 ساعت) توسط تسهیلات متأثر از حادثه/بلیه صورت می گیرد. در این سطح ارزیابی کاملاً تقریبی و بر اساس مشاهدات عینی صورت می‌گیرد. این ارزیابی توسط مرکز فرماندهی و زیر نظر فرمانده سامانه حادثه[4] باید صورت بگیرد
- ارزیابی سریع سلامت در اولین ساعات (24 ساعت اول) پس از حادثه/ بلیه توسط گروه ارزیابی شهرستان انجام‌شده و اطلاعات آن برای مرکز هدایت عملیات دانشگاه[5] ارسال گشته و بر اساس آن مرکز هدایت عملیات دانشگاه در سطح تعریف‌شده، فعال می‌گردد.
- ارزیابی سریع سلامت جامع توسط گروه ارزیابی مرکز هدایت عملیات دانشگاه علوم پزشکی انجام‌شده، 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 حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا

1. **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

2. **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.

---

[1] Initial Health Assessment

2- Rapid Health Assessment
3- Comprehensive Health Assessment
[4] Incident Command System (ICS)

5- Emergency Operation Center, EOC

3. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده:

3-1 نوع حادثه / بلا: در این قسمت مخاطره‌ی اصلی که رخداده است را باید ذکر نمایید.

3-4 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)

5 -3 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.

3-6 سایر حوادث مرتبط (ثانویه/ آبشاری): حوادث ثانویه (آبشاری) حوادثی هستند که ممکن است پس از رخ دادن حادثه اصلی و به علت نتایج ناشی از آن به وقوع بپیوندند. مانند وقوع سیلاب بعد از زلزله در منطقه‌ای که دارای سد آبی است.

4. اطلاعات مربوط به جمعیت منطقه:

این قسمت شامل دو بخش اطلاعاتی است: 1- اطلاعات‌پایه که باید از قبل در مراکز هدایت عملیات دانشگاه‌ها وجود داشته باشد. 2- 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) به‌صورت تقریبی است. توصیه می‌شود این اطلاعات از مطلع‌ترین فرد حاضر در منطقه، کسب گردد.

4-11 تعداد مفقودین: افرادی هستند که یافته نشده و اطلاعی از وضعیت سلامت آنان در دست نیست.

4-12 تعداد افراد بی‌خانمان (آواره): جمعیت آواره متشکل از افرادی است که متعاقب رخداد حادثه/ بلیه و اثرات آن، به‌اجبار 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.

4-3 افراد ناتوان (معلول): افرادی که به دلیل ناتوانایی‌های ذهنی و جسمی توان مراقبت از خود نداشته، نیازمند حمایت دیگران می‌باشند.

4-5 زنان بی‌سرپرست: آن دسته از زنان که به دلیل از دست دادن همسر یا سرپرست خانواده، سرپرستی خانواده خویش را بر عهده‌دارند.

4-6 افراد دارای بیماری‌های مزمن: بیماران مزمن مانند؛ افراد مبتلابه 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.

4-9 اقلیت‌های قومی، مذهبی و زبانی حاضر در منطقه: به گروه‌هایی از مردم جامعه گفته می‌شود که ازنظر تعلق به قومی خاص، مذهبی و زبان تکلم و تحریر به نسبت کمتر از جمعیت اصلی جامعه می‌باشند.

5. 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.

6. 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.

6-1 پایگاه‌های امدادی: محل‌هایی هستند که کارکنان اورژانس پیش‌بیمارستانی و یا هلال‌احمر در آن مستقرشده‌اند و به انجام‌وظیفه 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 (50) 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 50 هزار نفر بافاصله‌ی حداکثر 40 کیلومتر و با در نظر گرفتن حداکثر زمان رسیدن به محل حادثه 15 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 ـ 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[1] جهت رهاسازی مصدومان حوادث جاده‌ای و تثبیت 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.

6-2 تعداد آمبولانس‌های موجود:

1- Rescue

آمبولانس تیپA: 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، برانکارد، 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 پیش‌بینی‌شده و در پایگاه مستقر است.

3-6 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 300 ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن 40 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 550 ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن 40 ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهینامه‌های ACLS و HTC و دارای مهارت‌های اقدامات سطح اول و رگ گیری، 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 750 ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن 40 ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهینامه‌های پروتکل آفلاین 1 و PHTLS و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح 2 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 900 ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن 40 ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهینامه‌های مدیریت بحران پروتکل آفلاین 2 و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح 3 تفسیر پایه‌ی الکتروکاردیوگرافی، الکتروشوک دستی، تزریق داخل استخوان (IO)، سطح دو پروتکل آفلاین است.
- **تکنیسین عالی:** حداقل دارای مدرک لیسانس و حداقل گذراندن 1000 ساعت آموزش مرتبط با الزام به گذراندن 40 ساعت دوره‌ی آموزشی سالانه‌ی ثابت، دارای گواهینامه‌ی ATLS و دارای مهارت‌های تمام اقدامات سطح 4 و کریکوتیروتومی، تفسیر پیشرفته‌ی الکتروکاردیوگرافی و ختم احیا است.

7. اطلاعات مربوط به مراکز بیمارستان

7-2 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 ارائه¬ی خدمات تشخیصی و درمانی در بیش از یک‌رشته‌ی تخصصی عمومی فعالیت دارد.

درمانگاه تخصصی: درمانگاهی است که به‌منظور ارائه¬ی خدمات تشخیصی و درمانی دریکی 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 یک‌رشته تخصصی یا فوق تخصصی پزشکی فعالیت می‌کند.

7-3 تعداد تخت:

تخت بیمارستانی: به تختی گفته می‌شود که جهت بستری شدن بیماران برای دریافت خدمات درمانی در بیمارستان تعبیه‌شده 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 گرفته‌شده 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.

7-4 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.

7-6 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.

7-7 و 7-8 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)

8. 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 9000 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 50000 تا 60000 نفر است. در مناطق شهری فاقد بخش خصوصی این مرکز جمعیت کمتری (12500 نفر) را در پوشش خود می‌گیرد و تمامی فعالیت‌های آزمایشگاهی و رادیولوژی را نیز خود انجام می‌دهد. رئیس این مرکز پزشک است. وظیفه‌ی 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 2 مجوز (زن و مرد) حدود 2000 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 6000 نفر جمعیت و تمامی مناطق شهری است و جمعیتی حدود 12500 نفر را پوشش می‌دهد. کارکنان فعال در پایگاه شامل ماما، کاردان بهداشت زن و مرد می‌باشند.

9. 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 مسئولِ 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 درزمینه‌ی 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، هلال‌احمر و سازمان بهزیستی، به‌عنوان سازمان‌های همکار در نظر گرفته می‌شوند.

سازمان پشتیبان: به سازمانی گفته می‌شود که هیچ تخصص یا امکاناتی به‌عنوان سازمان همکار درزمینه‌ی 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.

10. 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 کفن‌ودفن آن‌ها مطابق با اعتقادات مذهبی و فرهنگی رایج در جامعه، انجام می‌گیرد.

11. 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 (2 – 0 ساعت پس از حادثه / بلیه)

زمان ارزیابی سریع؛ روز.....مورخ / / 13 ساعت آغاز: : ساعت پایان: : شماره فرم:

1. مشخصات مربوط به تیم ارزیابی‌کننده			
نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سمت / جایگاه	مدرک تحصیلی

2. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه / بلیه					منبع اطلاعات
استان:	شهرستان:	شهر:	بخش:	روستا:	

3. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده	منبع اطلاعات
1-3 نوع حادثه / بلیه:	
2-3 تاریخ رخداد حادثه / بلیه: / /	
3-3 زمان رخداد حادثه / بلیه: □ صبح □ عصر □ شب ساعت رخداد حادثه / بلیه:	
5-3 شدت و وسعت جغرافیایی حادثه / بلیه:	

4. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می‌باشند)	منبع اطلاعات
4-1 تعداد کشته ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته	
4-2 تعداد افراد مصدوم ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته	
4-3 تعداد مفقودین ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته	
4-4 تعداد افراد بی‌خانمان ≠ .....نفر	
5. نحوه دسترسی به محل حادثه	**منبع اطلاعات**
امکان دسترسی به محل وجود دارد ؟ □ بلی □ خیر اگر پاسخ مثبت است روش دسترسی را ذکر کنید: (به‌عنوان‌مثال زمینی به‌وسیله خودروی کمک دار)	

6. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش بیمارستانی

6-1 اطلاعات مربوط به پایگاه‌های امدادی و آمبولانس‌های منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش بیمارستانی و هلال‌احمر)

پایگاه	تعداد	آمبولانس	تعداد	منبع اطلاعات
پایگاه‌های آسیب‌دیده و غیرفعال		آمبولانس‌های آسیب‌دیده و غیرفعال		

6-3 اطلاعات مربوط به نیروی انسانی حوزه پیش بیمارستانی	منبع اطلاعات
تعداد کل نیروهای پیش بیمارستانی فعال در منطقه:.....نفر	

6-4 امکانات ارتباطی							منبع اطلاعات
	تلفن با خطوط زمینی	تلفن همراه	تلفن ماهواره‌ای	امواج رادیویی (بی‌سیم) UHF / VHF	سامانه پیامک	سایر	
غیرفعال	□	□	□	□	□	□	
درصورتی‌که وضعیت ارتباطات در منطقه نیاز به توضیح بیشتری دارد، در این قسمت ذکر گردد:							

ردیف	1-7 نام بیمارستان	2-7 نوع مرکز درمانی (مرکز تروما، عمومی،تک تخصصی و غیره)	4-7 نوع مدیریت (دانشگاهی، غیردانشگاهی، نظامی، خصوصی، خیریه و ....)	5-7 مرکز قابلیت ارائه خدمات دارد		6-7 وضعیت آسیب‌دیدگی بیمارستان		7-7 شبکه برق رسانی برقرار است		8-7 کارکنان/ بیماران کشته یا مجروح شده‌اند		منبع اطلاعات
	نام مرکز			بلی	خیر	کلی	جزئی	بلی	خیر	بلی	خیر	

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

1-8 علاوه بر کارکنان حوزه سلامت نیاز به مشارکت کدام سازمان‌ها در محل حادثه وجود دارد؟				منبع اطلاعات
هلال‌احمر	بلی □ خیر □	آتش‌نشانی □	بلی □ خیر □	
بسیج جامعه پزشکی	بلی □ خیر □	پلیس خیر □	بلی □	
9. وضعیت زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)				
1-9 آیا زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)؛ شبکه راه‌ها، شبکه آب، برق، گاز و غیره دچار آسیب شده‌اند؟				**منبع اطلاعات**
راه‌های ارتباطی	بلی □ خیر □	شبکه برق □	بلی □ خیر	
شبکه آب‌رسانی	بلی □ خیر □	شبکه گاز □	بلی □ خیر	

زمان پایان ارزیابی؛ روز.....مورخ / / 13 **نام و نام خانوادگی و محل امضا مسئول تیم ارزیابی سریع**

ابزار ارزیابی سریع سلامت اولیه (24 ساعت پس از حادثه / بلیه)

زمان ارزیابی سریع؛ روز.....مورخ / / 13 ساعت آغاز: ساعت پایان: شماره فرم:

1. مشخصات مربوط به تیم ارزیابی‌کننده			
نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سمت / جایگاه	مدرک تحصیلی

2. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه / بلیه					منبع اطلاعات
استان:	شهرستان:	شهر:	بخش:	روستا:	
سایر اطلاعات جغرافیایی:					
3. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده					**منبع اطلاعات**
3-1 نوع حادثه / بلیه:					
3-2 تاریخ رخداد حادثه / بلیه: / /					
3-3 زمان رخداد حادثه / بلیه: □ صبح □ عصر □ شب ساعت رخداد حادثه / بلیه:					
3-4 شدت و وسعت جغرافیایی حادثه / بلیه:					

4. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می‌باشند)			**منبع اطلاعات**
	منبع اطلاعات		
4-1 تعداد کشته ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته		4-4 تعداد افراد بی‌خانمان ≠ .....نفر	
4-2 تعداد افراد مصدوم ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته		4-5 تعداد افراد تخلیه‌شده از محل حادثه ≠ .....نفر	
4-3 تعداد مفقودین ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته		4-6 تعداد افراد نیازمند تخلیه از محل حادثه≠ .....نفر	
5. نحوه دسترسی به محل حادثه			**منبع اطلاعات**
امکان دسترسی به محل وجود دارد ؟ □ بلی □ خیر اگر پاسخ مثبت است روش دسترسی را ذکر کنید: (به‌عنوان‌مثال زمینی به‌وسیله خودروی کمک دار)			

6. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش بیمارستانی					
6-1 اطلاعات مربوط به پایگاه‌های امدادی و آمبولانس‌های منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش بیمارستانی و هلال‌احمر)					
پایگاه	تعداد پایگاه فعال	**منبع اطلاعات**	آمبولانس	تعداد آمبولانس فعال	**منبع اطلاعات**
پایگاه شهری 115			آمبولانس تیپ A, B , C		
پایگاه جاده‌ای 115			موتور آمبولانس		

پایگاه اورژانس هوایی 115			اتوبوس آمبولانس		
پایگاه اورژانس دریایی 115			اورژانس هوایی (بالگرد)		
پایگاه امداد و نجات هلال‌احمر			آمبولانس دریایی		

2-6 اطلاعات مربوط به نیروی انسانی حوزه پیش بیمارستانی	**منبع اطلاعات**
تعداد کل نیروهای پیش بیمارستانی فعال در منطقه:.....نفر	

3-6 امکانات ارتباطی							**منبع اطلاعات**
	تلفن با خطوط زمینی	تلفن همراه		تلفن ماهواره‌ای	امواج رادیویی (بی‌سیم) UHF / VHF	سامانه پیامک	سایر
		ایرانسل	همراه اول				
کاملاً فعال	□	□	□	□	□	□	□
نسبتاً فعال	□	□	□	□	□	□	□
غیرفعال	□	□	□	□	□	□	□
درصورتی‌که وضعیت ارتباطات در منطقه نیاز به توضیح بیشتری دارد، در این قسمت ذکر گردد:							

7. اطلاعات مربوط به مراکز بیمارستانی

ردیف	1-7 نام بیمارستان	**2-7 نوع مرکز درمانی** (مرکز تروما، عمومی،تک تخصصی و غیره)	**3-7 تعداد تخت فعال**	**4-7 نوع مدیریت** (دانشگاهی، غیردانشگاهی، نظامی، خصوصی، خیریه و ...)	**5-7 شبکه برق رسانس برقرار است**		**6-7 وضعیت آسیب‌دیدگی بیمارستان**				7-7 دسترسی زمینی وجود دارد؟		**8-7 کارکنان / بیماران کشته یا مجروح شده‌اندکارکنان /**		**منبع اطلاعات**
							سازه‌ای		غیر سازه‌ای						
	نام				بلی	خیر	کلی	جزئی	کلی	جزئی	بلی	خیر	بلی	خیر	

8.سایر سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان حاضر در محل حادثه / بلیه	
8-1 علاوه بر نیروهای دانشگاهی کدام سازمان‌ها در امر ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند؟ (هلال‌احمر، بسیج جامعه پزشکی و ....)	**منبع اطلاعات**

9.وضعیت زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)	
9-1 آسیب به زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)؛ در رابطه با آسیب به راه‌ها، شبکه آب، برق، گاز و غیره به‌اختصار توضیح دهید)	**منبع اطلاعات**
10. سایر نکات قابل‌ذکر مرتبط با مدیریت حادثه در حوزه سلامت	
10-1 نواقص موجود در نظام سلامت محل حادثه را ذکر نمایید: -1 -2 -3	
10-2 مشکلات اصلی منطقه را ذکر نمایید (5 مشکل): -1 -2 -3	

10-3 اولویت‌های اصلی امدادرسانی را ذکر نمایید (5 اولویت): -1 -2 -3
توضیحات تکمیلی:

زمان پایان ارزیابی؛ روز.....مورخ / / 13 **نام و نام خانوادگی و محل امضا مسئول تیم ارزیابی سریع**

ابزار ارزیابی سریع سلامت جامع (72 ساعت پس از حادثه / بلیه)

زمان ارزیابی سریع؛ روز.....مورخ / / 13 ساعت آغاز: ساعت پایان: شماره فرم:

1. مشخصات مربوط به تیم ارزیابی‌کننده			
نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سمت / جایگاه	مدرک تحصیلی

2. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه / بلیه					**منبع اطلاعات**
استان:	شهرستان:	شهر:	بخش:	روستا:	
سایر اطلاعات جغرافیایی:					

3. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده	**منبع اطلاعات**
1-4 نوع حادثه / بلیه:	

3-2 تاریخ رخداد حادثه / بلیه: / /	
3-3 زمان رخداد حادثه / بلیه: □ صبح □ عصر □ شب ساعت رخداد حادثه / بلیه:	
3-5 شدت و وسعت جغرافیایی حادثه / بلیه:	
3-6 سایر حوادث / بلایای مرتبط (ثانویه/آبشاری):	

4. اطلاعات جمعیت شناختی (تمامی اطلاعات در این مرحله از ارزیابی تقریبی می‌باشند)			
اطلاعات پایه*	**منبع اطلاعات**	**اطلاعات مربوط به اثرات حادثه / بلیه**	**منبع اطلاعات**

4-1 جمعیت منطقه ≠ .....نفر تعداد زنان ≠ .....نفر - تعداد مردان ≠ .....نفر تعداد خانوار ≠ .....خانوار		4-10 تعداد کشته ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته	
4-2 تعداد سالمندان ≠ .....نفر		4-11 تعداد مصدوم ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته - تعداد مصدومین با اولویت قرمز ≠ ..... نفر** - تعداد مصدومین با اولویت زرد ≠ ..... نفر**	
4-3 تعداد افراد ناتوان (معلول) ≠.....نفر		4-12 تعداد مفقودین ≠ .....نفر در .....ساعت گذشته	
4-4 تعداد کودکان کمتر از 5 سال≠.....نفر		4-13 تعداد افراد بی‌خانمان ≠ .....نفر***	
4-5 تعداد زنان بی‌سرپرست ≠ .....نفر		4-14 تعداد افراد تخلیه‌شده ≠ .....نفر	
4-6 تعداد بیماران مزمن≠.....نفر		4-15 تعداد افراد نیازمند تخلیه ≠ .....نفر	
4-7 تعداد زنان باردار ≠ .....نفر		4-16 تعداد افراد واردشده به منطقه بعد از حادثه ≠....نفر	
4-8 تعداد زنان شیرده≠ .....نفر		سایر اطلاعات:	
4-9 اقلیت‌های قومی، مذهبی و زبانی حاضر ≠ .....نفر			

5. نحوه دسترسی به محل حادثه	منبع اطلاعات
امکان دسترسی به محل وجود دارد ؟ □ بلی □ خیر	

اگر پاسخ مثبت است روش دسترسی را ذکر کنید: (به‌عنوان‌مثال زمینی به‌وسیله خودروی کمک دار)	

*اطلاعات‌پایه جمعیت شناختی باید در مرکز هدایت عملیات دانشگاه موجود بوده و با توجه به شرایط و تغییرات ایجادشده به‌روزرسانی شود.

** اولویت‌های فوق بر اساس رتبه‌بندی فرآیند تریاژ در حوادث و بلایا صورت می‌گیرد.

*** تعداد افرادی که در اثر رخداد حادثه / بلیه فعلی محل سکونت خود را ازدست‌داده‌اند.

6. اطلاعات مربوط به تسهیلات حوزه پیش بیمارستانی					
6-1 اطلاعات مربوط به پایگاه‌های امدادی منطقه حادثه / بلیه (اورژانس پیش بیمارستانی و هلال‌احمر)					**منبع اطلاعات**
پایگاه	تعداد کل*	آسیب‌دیده و فعال	آسیب‌دیده و غیرفعال	توضیحات	
پایگاه شهری 115					
پایگاه جاده‌ای 115					
پایگاه اورژانس هوایی 115					
پایگاه اورژانس ریلی 115					
پایگاه اورژانس دریایی 115					
پایگاه امداد و نجات هلال‌احمر					
6-2 اطلاعات مربوط به آمبولانس‌های منطقه حادثه / بلیه					**منبع اطلاعات**
آمبولانس	تعداد کل*	آسیب‌دیده و فعال	آسیب‌دیده و غیرفعال	توضیحات	
آمبولانس تیپ A					
آمبولانس تیپ B					
آمبولانس تیپ C					

موتور آمبولانس					
اتوبوس آمبولانس					
اورژانس هوایی (بالگرد)					
آمبولانس خصوصی					
آمبولانس نظامی					

3-6 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 هلال‌احمر .....نفر	

4-6 امکانات ارتباطی							**منبع اطلاعات**
	تلفن با خطوط زمینی	تلفن همراه		تلفن ماهواره‌ای	امواج رادیویی (بی‌سیم) UHF / VHF	سامانه پیامک	سایر**
		ایرانسل	همراه اول				
کاملاً فعال	□	□	□	□	□	□	□
نسبتاً فعال	□	□	□	□	□	□	□
غیرفعال	□	□	□	□	□	□	□
درصورتی‌که وضعیت ارتباطات در منطقه نیاز به توضیح بیشتری دارد، در این قسمت ذکر گردد:							

*موارد فوق مربوط به اطلاعات‌پایه می‌باشند که باید در مرکز هدایت عملیات دانشگاه موجود بوده و با توجه به شرایط و تغییرات ایجادشده به‌روزرسانی شود.

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

7. اطلاعات مربوط به مراکز بیمارستانی																				
1-7 اطلاعات بیمارستان		2-7 نوع مرکز درمانی (مرکز تروما، عمومی،تک تخصصی و غیره)	3-7 تعداد تخت		4-7 نوع مدیریت (دانشگاهی، غیردانشگاهی، نظامی، خصوصی، خیریه و ....)	5-7 وسعت برق رسانی		6-7 میزان آسیب وارده				7-7 ارتباط زمینی برقرار است ارتباط زمینی		8-7 اثرات انسانی تعداد کشته و مجروح آسیب						منبع اطلاعات
ردیف	نام مرکز		مصوب	فعال		کل بیمارستان	فقط واحدهای ویژه	سازه‌ای		غیر سازه‌ای		بلی	خیر	کارکنان		بیماران		همراهان		
								کلی (غیرفعال)	جزئی (فعال)	کلی (غیرفعال)	جزئی (فعال)			کشته	مجروح	کشته	مجروح	کشته	مجروح	

7-9 فاصله نزدیک‌ترین بیمارستان‌ها به منطقه حادثه‌دیده (به ترتیب فاصله ذکر شوند)					منبع اطلاعات
نوع مرکز درمانی	فاصله (کیلومتر)	فاصله (کیلومتر)	فاصله (کیلومتر)	توضیحات	
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):					

7-10 اطلاعات مربوط به تعداد کارکنان حوزه بهداشت و درمان				منبع اطلاعات
7 -10 -1 تعداد کل کارکنان حوزه درمان منطقه				
تعداد پزشکان	تعداد کادر پرستاری	تعداد پیراپزشکان	تعداد سایر کارکنان	

7-10-2 تعداد کارکنان فوتی، آسیب‌دیده و غیرفعال				منبع اطلاعات
تعداد پزشکان	تعداد کادر پرستاری	تعداد پیراپزشکان	تعداد سایر کارکنان	

8. اطلاعات شبکه‌های سلامت (بهداشت) و زیرمجموعه‌های مربوطه

8-1 اطلاعات تشکیلات مراکز سلامت شهرستان

نوع تسهیلات	تعداد کل*	نحوه ارائه خدمات		بدون آسیب و فعال	آسیب‌دیده و فعال	آسیب‌دیده و غیرفعال	توضیحات	منبع خبر
		روزانه	شبانه‌روزی					
مرکز جامع خدمات سلامت روستایی**								
مرکز جامع خدمات سلامت شهری***								
مرکز جامع خدمات سلامت شهری – روستایی								
پایگاه بهداشت ****								
خانه بهداشت*****								

8-2 اطلاعات واحدهای ذی‌ربط شبکه‌های بهداشت

نوع واحد	تعداد کل*	نحوه ارائه خدمات		بدون آسیب و فعال	آسیب‌دیده و فعال	آسیب‌دیده و غیرفعال	توضیحات	منبع خبر
		روزانه	شبانه‌روزی					
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								

3-8 اطلاعات مربوط به تعداد کارکنان شبکه بهداشت											
پزشک	دندان‌پزشک	پرستار	ماما	بهداشت محیط	بهداشت عمومی	بهداشت روان	رادیولوژی	علوم آزمایشگاهی	بهیار	بهورز	تعداد کل

*موارد فوق مربوط به اطلاعات‌پایه می‌باشند که باید در مرکز هدایت عملیات دانشگاه موجود بوده و با توجه به شرایط و تغییرات ایجادشده 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 9000 نفر است و کارکنان شاغل دران شامل پزشک عمومی، کارشناس یا کاردان بهداشت، تکنیسین آزمایشگاه و دارویی، بهیار 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 50000 تا 60000 نفر می‌باشد. در مناطق شهری فاقد بخش خصوصی این مرکز جمعیت کمتری (12500 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 6000 نفر جمعیت و تمامی مناطق شهری است و جمعیتی حدود 12500 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 2 مجوز (زن و مرد) حدود 2000 نفر است. بهورزان زن و مرد کارکنان خانه سلامت (بهداشت) هستند که بومی بودن آن‌ها از شرایط الزامی است.

9. سایر سازمان‌های همکار و پشتیبان حاضر در محل حادثه / بلیه	
9-1 علاوه بر نیروهای دانشگاهی کدام سازمان‌ها در امر ارائه خدمات سلامت مشارکت دارند؟	**منبع اطلاعات**
□ جمعیت هلال‌احمر	
□ بسیج (جامعه پزشکی، دانشجویی و ....)	
□ نیروهای نظامی و انتظامی (ذکر شوند):	
□ مؤسسات خیریه	
□ نهادهای دولتی خارج از وزارت بهداشت مانند تأمین اجتماعی و... (ذکر شوند):	
□ سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها یا NGO ها)	
□ گروه‌های داوطلب مردمی	
□ افراد و سازمان‌های خارجی (ذکر شوند)	
سایر (ذکر شوند):	

10. مدیریت اجساد در محل حادثه			منبع اطلاعات
10-1 آیا فرآیند شناسایی و ثبت در مدیریت اجساد انجام می‌شود؟	□ بلی	□ خیر	
10-2نماینده پزشکی قانونی در منطقه حضور دارد؟	□ بلی	□ خیر	
10-3 آیا فضای کافی سردخانه جهت نگهداری اجساد وجود دارد؟	□ بلی	□ خیر	
10-4 آیا فرآیند کفن‌ودفن بر اساس عرف منطقه صورت می‌گیرد؟	□ بلی	□ خیر	
10-5آیا فرآیند کفن‌ودفن با سرعت قابل‌قبول صورت می‌گیرد؟	□ بلی	□ خیر	
10-6 متولی اصلی مدیریت اجساد با چه واحد یا سازمانی است؟			

11. وضعیت زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)			
11-1 آسیب به زیرساخت‌ها (شریان‌های حیاتی)			
نوع زیرساخت	وضعیت عملکرد فعلی	توضیحات	**منبع اطلاعات**
راه‌ها و جاده‌های زمینی	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
راه‌آهن	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
فرودگاه	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
شبکه آب	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
شبکه فاضلاب	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
شبکه برق	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
شبکه گاز	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
شبکه اینترنت	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
راه‌آبی (بندر و اسکله)	□ به‌طور کامل فعال □ به‌طور نسبی فعال □ غیرفعال		
سایر زیرساخت‌های آسیب‌دیده:			

12. سایر نکات قابل‌ذکر مرتبط با مدیریت حادثه در حوزه سلامت
12-1 نواقص موجود در نظام سلامت محل حادثه را ذکر نمایید (5 مورد)؛ -1 -2 -3 -4 -5
12-2 مشکلات اصلی منطقه را ذکر نمایید (5 مشکل)؛ -1 -2 -3 -4 -5
12-3 اولویت‌های اصلی امدادرسانی را ذکر نمایید (5 اولویت)؛ -1 -2 -3 -4 -5
توضیحات تکمیلی:

زمان پایان ارزیابی سریع؛ روز.....مورخ / / 13

نام، نام خانوادگی و امضا مسئول تیم ارزیابی سریع

ابزار شماره‌ی 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 ملّی** برای تصمیم‌گیری به منظور فعال سازی 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 می دهند.

لازمست دانشگاه های علوم پزشکی در سراسر کشور، برای هر سطح فعالیت مراکز عملیات اضطراری، مجموعه ای 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 فعالیت	رنگ	سطح هشدار
پایش[1]	سفید	E_0
آماده‌باش[2]	زرد(محلی/شهرستان/شبکه)	$_1E$
فعال‌سازی نسبی[3]	نارنجی(استانی/دانشگاه)	$_2E$
فعال‌سازی کامل[4]	قرمز(ملی)	$_3E$

[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 سازمان ها / دستگاه ها تقسیم بندی می شود.

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 شاخص ها چهار سطح فعال سازی مراکز عملیات اضطراری تعریف شده است . در کلیه سطوح نظارت، مشارکت و/یا مداخله سطح ملی مورد نیاز می باشد.

لازم به توضیح است که سطح بندی فعلی بر اساس 5 شاخص که مبتنی بر تجارب ملی و مورد تایید مراجع علمی ملی و بین المللی 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 امدادرسانی** می باشد.لازم به توضیح است که در سطح ملی(E3) درصورت تایید 3 شاخص از 5 شاخص، سطح ملی تایید می شود. در سطوح شهرستان/شبکه و استانی/دانشگاهی(E2,E1) در صورت تایید هر یک از شاخص های 5 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 6 ساعت تا 72 ساعت اول، و هر روز تا هفته اول و هر هفته تا ماه اول لازمست سطح بندی انجام و اعلام گردد.

توصیه می شود در 0 تا 2 ساعت اول بعلت 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 6 ساعت اول سطح حادثه بطور واقعی تعیین و اعلام گردد.

سطح حادثه E0 (سفید) :

در این سطح، حادثه و سانحه ای 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 امدادرسانی 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 گزارش های مورد نیاز تهیه شده و ضمن نمایش در مراکز هدایت عملیات بر اساس دستورالعمل اطلاع رسانی به مسئولین و دستگاه های ذی ربط اطلاع رسانی می شود. مراکز عملیات اضطراری استان ها /دانشگاهها هم از شهرستان ها/شبکه ها اطلاعات را دریافت و پس از تحلیل به نمایش می گذارند. 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 ساخت ها، جمعیت شناختی و منابع و ظرفیت های 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 ظرفیت های 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 کشته ها بیشتر از 10 نفر و کمتر از 100 نفر
• تعداد مصدومین بیشتر از 100 نفر و کمتر از 1000 نفر
• تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی(جمعیت متاثر مستقیم) بیشتر از 1000 نفر و کمتر از 10000 نفر
• خسارت اقتصادی: 12 میلیارد تومان(ده میلیون دلار) تا 120 میلیارد تومان (یکصد میلیون دلار)
• گستره جغرافیای در سطح:دهستان(تعداد) بخش(تعداد)، یک شهرستان

در این شرایط حادثه ای 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 می کند. 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 شهرستان های/ شبکه های 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 پاسخNRF-NRS داشته باشند.
- **بر اساس بند الف ماده 11 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 می کند و فرماندهی عملیات پاسخ به بحران را برعهده می گیرد. فرماندار در صورت رفع شرایط اضطراری، خاتمه آنرا اعلام می کند. 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 بعهده گرفته و هماهنگ با ستاد شهرستان و دانشگاه خاتمه عملیات اضطراری را در صورت رفع شرایط اضطراری در حوزه سلامت اعلام می کند.**

سطح حادثهE2 نارنجی در سطح استان/دانشگاه:

سطح حادثه E2 استان
• تعداد کشته ها بیشتر از 100 و کمتر از 1000 نفر
• تعداد مصدومین بیشتر از 1000 و کمتر از 10000 نفر
• تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی(تعداد افراد متاثر) بیشتر از 10000 و کمتر از 100000 نفر
• خسارت اقتصادی: 120 میلیارد تومان (یکصد میلیون دلار) – 1200 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 می باشد. **دروضعیت نارنجی بیش از 1 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 می گردد.**

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 استان های 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 می کند. علاوه بر این مرکز عملیات اضطراری استان موظف است اطلاع رسانی لازم را به مرکز عملیات اضطراری استان های معین و ملی انجام دهد.

در این شرایط لازمست اطلاع رسانی به طور مداوم به مراکز عملیات اضطراری استان های معین و ملی صورت می گیرد.

- در این سطح لازمست مراکز عملیات اضطراری استان های 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 11 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 می دهد. استاندار در صورت تایید گزارش وی، ضمن اطلاع رسانی به رییس سازمان، فرماندهی عملیات پاسخ را بر عهده می گیرد. در حالت اخیر، استاندار در صورت رفع شرایط اضطراری، خاتمه آن را اعلام می کند. 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 می کند و فرماندهی عملیات پاسخ به بحران را بر عهده می گیرد و در صورت رفع شرایط اضطراری، خاتمه آن را اعلام می کند.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 می کند.**

سطح حادثه E3 قرمز در سطح ملی

سطح حادثه E3 ملی
• تعداد کشته ها بیش از 1000 نفر
• تعداد مصدومین بیش از 10000 نفر
• تعداد افراد نیازمند به امداد رسانی(تعداد افراد متاثر) بیش از 100000 نفر
• خسارت اقتصادی: بیشتر از 1200 میلیارد تومان(یک میلیارد دلار)
• گستره جغرافیای در سطح: بیش از یک استان(تعداد)

دراین سطح ، حادثه ، در گستره وسیعی رخداده است تعدادی از استان ها مستقیما درگیر حادثه هستند. میزان خسارت، مصدومین، کشته شده ها و افراد نیاز مند به خدمات امدادی بیشتر از توان یک استان بوده و نیاز به درخواست و ارسال کمک از استان های 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 درسطح استان با مشارکت استان های معین و با هماهنگی و نظارت سطح ملی مدیریت شود.

دروضعیت قرمز بیش از 1 استان از حادثه متاثر شده است و به منظور مدیریت حادثه حداقل نیاز به مداخله و تخصیص منابع 2 استان یا بیشتر ضرورت دارد.

میزان آسیب قابل مدیریت با حمایت منابع در سطح ملی می باشد. 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 دستگاه ها/ سازمان ها هماهنگ و مدیریت میشود.

مرکز عملیات اضطراری ملی سلامت با هماهنگی ستاد ملی، لازمست شرایط را مدیریت کرده و مراکز عملیات اضطراری استان ها/دانشگاههای معین با هماهنگی مرکز عملیات اضطراری ملی همکاری لازم را با مرکز عملیات اضطراری استان/دانشگاهها های 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 هماهنگی ها توسط مرکز عملیات اضطراری ملی سلامت با هماهنگی ستاد ملی صورت گیرد.

بر اساس بند الف ماده 11 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 می دهد. رییس سازمان در صورت تایید گزارش وی، مراتب را به وزیر کشور اطلاع می دهد. وزیر کشور در صورت تایید گزارش رییس سازمان، ضمن اعلام شرایط اضطراری، فرماندهی عملیات پاسخ بحران را بر عهده می گیرد و پس از رفع شرایط اضطراری، خاتمه آن را اعلام می کند. 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 می کند.

❖ نکات قابل توجه:

تبصره 1:لازم به یادآوری است که به منظور تعیین سطح حادثه در کلانشهر تهران بر اساس آیین نامه ابلاغی وزارت کشور در خصوص استان های معین تهران اقدام می شود.

تبصره 2: حوادث در سطح E1 وE2 در سطح شهرستان/شبکه و استان/دانشگاه قابل سطح بندی بوده و لازمست برنامه های 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 3:لازم است سطح بندی در داخل هر استان بر اساس ارزیابی مرکز هدایت عملیات استان و مطابق با دستورالعمل ملی و بر اساس ظرفیت های استان صورت گیرد.

تبصره 4: 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 می تواند 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 مستقیما می تواند فرماندهی حادثه را بعهده گیرد.

تبصره 5: بر اساس بند الف ماده 11 قانون مدیریت بحران کشور در خصوص آن دسته از بحران های ملی که پاسخ به آنها نیاز به بسیج کلیه منابع و ظرفیت های سراسر کشور و احتمالا درخواست کمکهای بین المللی دارد، وزیر کشور شرایط را به رییس شورای عالی گزارش می دهد و رییس شورای عالی در صورت تایید گزارش وی، مستقیما فرماندهی عملیات پاسخ به بحران را بر عهده می گیرد. در این حالت، اعلام خاتمه شرایط اضطراری با رییس جمهور است.

تبصره 6: اعلام شروع و خاتمه شرایط اضطراری و فرماندهی عملیات پاسخ به بحران در شهر تهران بر عهده وزیر کشور می باشد.

تبصره 7: در صورت وقوع **حوادث ویژه(منظور حوادثی که علی رغم اینکه با شاخص های ابلاغی تناسب ندارد با نظر مدیران سطح بالاتر می تواند به علت اهمیت خاص آن سطحی بالاتر را ابلاغ نماید)** مثل زلزله با بزرگی بیش از 7 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 8: 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 /شبکه های تابعه است.

تبصره 9: در صورتیکه حادثه/سانحه ای فقط مختص نظام سلامت باشد وزارت بهداشت می تواند 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 دستگاه ها باید از سطح بندی ابلاغی سازمان مدیریت بحران تبعیت نمایند.

تبصره 10: 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 می گردد. حوادثی بزرگتر از سطح استانی(E2) ملی(E3) فرض شده و طبق قانون توسط وزیر کشور مدیریت می شود.

❖ تعاریف :

1. ارتباط بین شاخص های مذکور در سطح شهرستان(E1) و استان(E2) "یا "می باشد به این معنی که در صورت وقوع هر یک از شاخص هـای پـنج گانـه، سـطح متناظر تایید و اعلام خواهد شد. در سطح ملی(E3) حداقل باید 3 شاخص از 5 شاخص تایید شود تا سطح حادثه بطور ملی تایید و برنامه پاسخ ملی فعال گردد.
2. منظور از مصدومین افراد مجروح نیازمند به دریافت خدمات سلامتی (حفظ کننده حیات) درمراکز بهداشتی درمانی می باشند.
3. منظور از امداد رسانی، خدمات مورد نیاز اولیه شامل : جستجو و نجات ، جابجایی / انتقال و اسکان اضطراری، تریاژ و تخلیه ، تامین و توزیـع منـابع و امکانـات، تدفین، آواربرداری، اسکان موقت می باشند.
4. در سطح استان بهتر است خسارات وارده به شریان های حیاتی و زیر ساخت ها، شامل خسارات در شبکه آب، برق، گاز، و خطوط و مسیر های مواصلاتی اصلی که متنج به اختلال در ارائه خدمات شود را نیز مورد نظر قرار گیرد.
5. مقیاس بندی خسارات اقتصادی بر اساس برآورد کارشناس مربوطه از تامین خسارات(کارشناس ارزیابی حادثه با هماهنگی مرکز هدایت عملیات) صورت گیرد.
6. محاسبه کلیه خسارات و دارایی ها به منظور برآورد ظرفیت ها و خسارات ناشی از حوادث و سوانح بر اساس ارز رایج بین المللی صورت خواهد گرفت.
7. در صورت اعلام وضعیت اضطراری و یا تعیین وضعیت توسط دستور سازمان/مقام مافوق، مرکز هدایت عملیات بدون در نظر گـرفتن شـاخص هـای فـوق فعـال خواهد شد.
8. در 2-0 ساعت اول ارزیابی بیشتر به صورت دیداری (Visual) و تخمینی(Estimation) انجام می گیرد. 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: ...../...../.....13 ساعت آغاز: ..... ساعت پایان: ..... شماره فرم: .....

1. مشخصات مربوط به فرد (گروه) ارزیابی‌کننده			
نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	سمت / جایگاه	منبع اطلاعات

2. اطلاعات جغرافیایی محل حادثه / بلیه					منبع اطلاعات
استان:	شهرستان:	شهر:	منطقه:	ناحیه:	

3. اطلاعات مربوط به وضعیت اضطراری به وجود آمده	منبع اطلاعات
3-1 نوع حادثه / بلیه:	
3-2 تاریخ رخداد حادثه / بلیه:	
3-3 زمان رخداد حادثه / بلیه: □ صبح □ عصر □ شب ساعت رخداد حادثه / بلیه:	
3-5 شدت و وسعت جغرافیایی حادثه / بلیه : □ کمتر از 20٪ □21-40٪ □41- 60٪ □ بیش از 61٪	

4. اطلاعات مربوط به تاثیرات حادثه	منبع اطلاعات
4-1 تعداد کشته/ مفقود(تریاژ سیاه) : ..... نفر	
4-2 تعداد افراد مصدوم نیاز به امداد رسانی فوری(تریاژ قرمز): ..... نفر	
4-3 تعداد افراد مصدوم تاخیر در اعزام (تریاژ زرد) : ..... نفر	
4-4 تعداد افراد مصدوم نیاز به درمان سرپایی(تریاژ سبز) : ..... نفر	
4-5 برآورد خسارت اقتصادی به دلار	

❖ نکات قابل توجه:

تبصره 1: درصدهای ذکر شده به منظور برآورد تعداد کشته ، مصدوم و نیاز به امداد رسانی می باشد.

تبصره 2:کلیه ارزیابی های سریع و مداوم لازم است بر مبنای ابزار استاندارد ارزیابی در حوادث و سوانح صورت گیرد.

تبصره3: ارزیابی های انجام شده بر اساس ابزارها تا 2 ساعت اول بصورت دیداری و تخمینی می باشد ولی پس از آن لازمست سعی شود بطور دقیق ارزیابی و گزارش شود

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

دستورالعمل فراخوانی ظرفیت در حوادث و سوانح

سطح بندی حوادث	E0	E1	E2	E3
شهرستان/شبکه		فراخوانی تا 100 درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا 100 درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا 100 درصد در صورت نیاز

استان/دانشگاه		فراخوانی تا 50-70 درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا 100 درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا 100 درصد در صورت نیاز
ملی		فراخوانی تا 30 درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا 50-70 درصد در صورت نیاز	فراخوانی تا 100 درصد در صورت نیاز

اقدامات پاسخ ملی در حوادث و سوانح در سطح **E3**

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
0–2 ساعت	1. دریافت و تایید خبر 2. تعیین سطح حادثه 3. صدور هشدار و اعلام کد حادثه (دستورالعمل کدینگ تدوین گردد.آقای خالدی) 4. اطلاع رسانی به مدیر آنکال 5. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از EOC دانشگاه درگیر 6. دریافت گزارش ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه درEOC وزارت 7. اطمینان از فراخوان ظرفیت ها 8. دریافت مستندات و گزارش های مربوطه 9. رصد دائمی حادثه	1. دریافت و تایید خبر 2. تعیین سطح حادثه باپیشنهاد مرکز هدایت عملیات بحران ملی و با تایید دبیر شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و بلایا 3. صدور هشدار و اعلام کد حادثه 4. اطلاع رسانی به مدیر آنکال 5. ارتباط با مسئولین قطب، ملی و سازمان های همکار 6. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از EOC دانشگاه قطب و دانشگاه درگیر 7. دریافت گزارش اقدامات انجام شده 8. ارزیابی کلی ظرفیت قطب درگیر 9. فعال کردن چارچوب پاسخ ملی و فراخوانی نمایندگان سازمان های همکار و پشتیبان 10. اطمینان از فراخوان تا 70-50 درصد نیروهای قطب درگیر در صورت نیاز 11. اطمینان از آماده باش 25درصد نیروهای ملی 12. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی از سوی دانشگاه قطب 13. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت 14. اعلام آماده باش به سازمان های همکار و پشتیبان 15. ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان	1. دریافت و تایید خبر 2. تعیین سطح حادثه با پیشنهاد دبیر شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و بلایا و تایید وزیر بهداشت 3. صدور هشدار و اعلام کد حادثه 4. اطلاع رسانی به مسئولین قطب، ملی و سازمان های همکار 5. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از EOC دانشگاه های قطب و دانشگاه درگیر 6. دریافت گزارش اولیه ارزیابی سریع از IRCC و سازمان های همکار 7. دریافت گزارش اقدامات انجام شده 8. ارزیابی کلی ظرفیت قطب درگیر 9. فعال کردن چارچوب پاسخ ملی(NRF) و فراخوانی نمایندگان سازمان های همکار و پشتیبان 10. اطمینان از فراخوان 100 درصد نیرو های دانشگاه درگیر 11. اطمینان از فراخوانی 50 درصد نیروهای قطب درگیر 12. اطمینان از فراخوان 25درصد نیروهای ملی

		شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه درEOC وزارت 16. مستند سازی و تنظیم گزارش	13. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی از سوی دانشگاه قطب 14. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت 15. اعلام آماده باش به سازمان های همکار و پشتیبان 16. فراخوانی اعضای شورای سیاستگذاری سلامت در حوادث و سوانح 17. ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه درEOC وزارت 18. مستند سازی و تنظیم گزارش
بازه زمانی	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E1**	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E2**	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E3**
	1. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای 2. اطمینان از تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC دانشگاه 3. اطمینان از اعزام نماینده تام الاختیار (افسر رابط) به استانداری در صورت درخواست 4. اطمینان ازتدوین سیاستهای کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری دانشگاه 5. اطمینان از فعال کردن دستورالعمل ملی	1. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای 2. اطمینان از تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC دانشگاه قطب 3. اطمینان از اعزام نماینده تام الاختیار(افسر رابط) به استانداری در صورت درخواست 4. اطمینان از تدوین سیاستهای کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری دانشگاه قطب 5. دریافت گزارش از کلیه برنامه های عملیاتی IAP 6. اطمینان از فراخوان تا 100 درصد نیرو های دانشگاه درگیر و 50-70 درصد نیروهای دانشگاه های قطب در صورت نیاز بر اساس	1. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای 2. تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC وزارت 3. اعزام نماینده تام الاختیار در سازمانهای همکار در صورت درخواست 4. تدوین سیاستهای کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری 5. هماهنگی با DOC ها جهت اجرای سیاست های کلی پاسخ اضطراری 6. تدوین برنامه عملیاتی IAP

2–12 ساعت	حوادث اولویت دار 6. اطمینان از فراخوان تا 100 درصد نیرو های دانشگاه درگیر در صورت نیاز بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت 7. اطمینان از ارزیابی و نظارت ظرفیت منطقه آسیب دیده توسط EOC قطب 8. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی ارزیابی سریع با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز 9. اطمینان از فعال سازی کامل EOC و IMS دانشگاه مربوطه بر اساس چارچوب پاسخ ملی سلامت(NRF) 10. اطمینان از تخلیه مراکز بهداشتی- درمانی در معرض خطر در صورت نیاز پس از دریافت گزارش ارزیابی سریع 11. برقراری ارتباط دائم با سطوح قطبی و در صورت نیاز دانشگاهی بطور موثر و چند لایه 12. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS دانشگاه 13. اطمینان از راه اندازی ICP/UCS/AMP بر اساس نیاز و برنامه قبلی از محل حادثه تا ستاد دانشگاه قطب 14. اطمینان از بررسی نیاز برپایی بیمارستان سیار 15. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت	پروتکل ابلاغی وزارت 7. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی ارزیابی سریع از دانشگاه قطب با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز 8. اطمینان از فعال سازی کامل EOC و IMS دانشگاههای قطب مربوطه بر اساس چارچوب پاسخ ملی سلامت(NRF) 9. نظارت بر فرایند تخلیه و توزیع مصدومان در سطح دانشگاههای درگیر و قطب و در صورت نیاز حمایت در سطح ملی 10. اطمینان از تخلیه مراکز بهداشتی- درمانی در معرض خطر در صورت نیاز پس از دریافت گزارش ارزیابی سریع 11. برقراری ارتباط دائم با سطوح قطبی و در صورت نیاز دانشگاهی بطور موثر و چند لایه 12. تعیین اولویت های نیازمند اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت 13. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت 14. اطمینان از راه اندازی ICP/UCS/AMP بر اساس نیاز و برنامه قبلی از محل حادثه تا ستاد دانشگاه قطب 15. اطمینان از بررسی نیاز برپایی بیمارستان های سیار 16. ارزیابی ظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت 17. اطمینان از اعلام آماده باش به سازمان های	7. پیگیری اعزام تیم های ارزیابی خسارت PDNA و EMT/DMAT 8. اطمینان از فراخوان تا 100 درصد ظرفیت دانشگاه درگیر و 100 درصد ظرفیت دانشگاه های قطب و 100 درصد ظرفیت ملی در صورت نیاز بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت 9. اطمینان از اعزام تیم های چند تخصصی ارزیابی سریع از قطب های درگیر با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز 10. تشکیل جلسه توجیه عملیات پاسخ اضطراری فرمانده هان واحدهای عملیاتی 11. فعال سازی کامل EOC و IMS قطب های مربوطه بر اساس چارچوب پاسخ ملی سلامت(NRF) 12. کمک به فرآیند تخلیه و توزیع مصدومان در سطح قطب های درگیر بر اساس اعلام نیاز 13. توصیه تخلیه مراکز بهداشتی- درمانی در معرض خطر در صورت نیاز پس از دریافت گزارش ارزیابی سریع 14. برقراری ارتباط با سطوح محلی، قطبی و ملی مدیریت بحران و نظام سلامت بطور موثر و چند لایه

	16. اطمینان از اعلام آماده باش به سازمان های همکار و پشتیبان 17. اطمینان از ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه درEOC وزارت 18. مستند سازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی	همکار و پشتیبان 18. اطمینان از ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه درEOC وزارت 19. مستندسازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی	15. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت 16. اطمینان از راه اندازی ICP/UCS بر اساس نیاز و برنامه قبلی از محل حادثه تا سطح وزارت 17. بررسی نیاز برپایی بیمارستان های صحرایی در قطب های درگیر 18. اعلام نیازهای نظام سلامت به ستاد ملی مدیریت بحران کشور مستندسازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی
بازه زمانی	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E1**	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E2**	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E3**
	1. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای 2. اطمینان از تشکیل جلسه اضطراری شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح در محل EOC دانشگاه 3. اطمینان از اعزام نماینده تام الاختیار (افسر رابط) به استانداری در صورت درخواست 4. اطمینان ازتدوین سیاستهای کلی پاسخ توسط شورای سیاستگذاری دانشگاه 5. اطمینان از فعال کردن دستورالعمل ملی حوادث اولویت دار 6. اطمینان از فراخوان تا 100 درصد نیرو های دانشگاه درگیر در صورت نیاز بر اساس پروتکل ابلاغی وزارت	1. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای 2. پیگیری تامین ظرفیت های (تدارکات و منابع) موردنیاز بر اساس گزارشات ارزیابی و اعلام نیاز ارسالی EOC قطب 3. پیگیری دریافت گزارش اقدامات فراخوان ظرفیت ها ، اعزام تیم های تخصصی، تخلیه مصدومان، تخلیه مراکز در معرض خطر، بیمارستان صحرایی و... دانشگاه ها و قطب درگیر 4. اطلاع رسانی مستمر عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت 5. پیگیری روند درمان مصدومان حادثه از دانشگاه ها و قطب درگیر از طریق MCMC(ردیابی	1. دریافت گزارش ارزیابی دوره ای 2. پیگیری مصوبات جلسه شورای سیاستگذاری مدیریت خطر حوادث و سوانح 3. تامین ظرفیت های (تدارکات و منابع) موردنیاز بر اساس گزارشات ارزیابی و اعلام نیاز ارسالی EOC قطب های درگیر و توزیع آن 4. پیگیری دریافت گزارش اقدامات فراخوان ظرفیت ها، اعزام تیم های تخصصی، تخلیه مصدومان، تخلیه مراکز در معرض خطر، بیمارستان صحرایی و... قطب های درگیر 5. اعلام نیازها به سازمانهای منطقه ای و بین المللی 6. اعلام نیاز به ستاد ملی مدیریت بحران ملی و

بیش از 12 ساعت	7. اطمینان از ارزیابی و نظارت مستمر ظرفیت منطقه آسیب دیده توسط EOC قطب 8. اطمینان از اعزام تیم چند تخصصی ارزیابی سریع با استفاده از ابزار ابلاغی وزارت بهداشت در صورت نیاز 9. برقراری ارتباط دائم با سطوح قطبی و در صورت نیاز دانشگاهی بطور موثر و چند لایه 10. اطلاع رسانی عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS دانشگاه 11. ارزیابی مستمرظرفیت قطب درگیر توسط EOC وزارت 12. اطمینان از ارزیابی فرایند بازگشت به حالت عادی و پایان شرایط اضطراری توسط کارشناس مربوطه درEOC وزارت 13. مستند سازی و تنظیم و ارسال گزارش مقطعی	بیماران) 6. پیگیری نیازها و اقدامات بهداشتی مناطق درگیر حادثه 7. اطمینان از برقراری خط ارتباطی مستمر بین EOC دانشگاه های درگیر و قطب با EOC وزارت 8. ارزیابی مداوم ظرفیت در سطح دانشگاهی قطب ملی 9. ارزیابی مداوم سطح حادثه 10. مستند سازی ، تنظیم و ارسال گزارش نهایی	منطقه ای 7. دریافت گزارش اقدامات سازمانهای همکار ملی و بین المللی 8. اطلاع رسانی مستمر عمومی توسط ارشد اطلاع رسانی (سخنگو) در IMS وزارت 9. پیگیری روند درمان مصدومان حادثه از دانشگاه ها و قطب های درگیر از طریق MCMC(ردیابی بیماران) 10. پیگیری نیازها و اقدامات بهداشتی مناطق درگیر حادثه 11. برقرار خط ارتباطی مستمر بین EOC دانشگاه ها و قطب های درگیر با EOC وزارت و مر کز هدایت عملیات ستاد ملیIRCC 12. مستند سازی ، تنظیم و ارسال گزارش نهایی
بازه زمانی	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E1**	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E2**	**اقدامات پاسخ EOC در وضعیت E3**
بازگشت به شرایط عادی	1. اعلام بازگشت به شرایط عادی توسط EOC وزارت بر مبنای گزارش دریافتی از EOC دانشگاه درگیر	1. اعلام بازگشت به شرایط عادی با هماهنگی رئیس سازمان اورژانس کشور بر مبنای گزارش دریافتی از EOC قطب درگیر	1. تدوین برنامه بازیابی 2. غیرفعال سازی EOC 3. اعلام بازگشت به شرایط عادی با هماهنگی وزیر بهداشت بر مبنای گزارش دریافتی از EOC قطب های 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 شماره‌ی نُه

ابزار بررسی سریع ظرفیت ملّی 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 2011 وزیران بهداشت 193 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 تجزیه‌وتحلیل 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 به‌صورت داوطلبانه انجام‌شده است و نمی‌تواند شامل بررسی ظرفیت با جزئیات بیشتری باشد. گزارش حاضر به‌عنوان مکملی در نظارت بر اجرای مقررات بین‌المللی حوزه‌ی سلامت در سال 2005 خواهد بود. این گزارش‌ها، تا حد زیادی برنامه‌های ملی طراحی و اجراشده 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 83 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 1: مدیریت چندبخشی خطر بلایا / فوریت‌ها
- قسمت 2: مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی 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. بااینکه مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی 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.

1-1. خط‌مشی‌ها و قانون‌گذاری

خط‌مشی‌های چندبخشی و قانون‌گذاری در خصوص مدیریت خطر بلایا و فوریت‌ها

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

	بلی، تکمیل‌شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد
در سطح ملی					
در سطح استانی					

* تأکید این سؤال برخط مشی‌ها 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 به‌طورمعمول 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: درصورتی‌که پاسخ شما به سؤال مذکور "بلی" است به سؤال 2 و در پاسخ‌های دیگر به سؤال 3 پاسخ دهید.

2- 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، تکمیل‌شده	در حال تکمیل است	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرا ندارد
در سطح ملی					
در سطح استانی					

توجه: تأکید این سؤال برخط مشی‌ها 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 " قابل‌اجرا نیست" است، توضیح دهید.

.....

2-1. توسعه‌ی ظرفیت

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

3- آیا برنامه‌ای چندبخشی برای توسعه‌ی ظرفیت‌های مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب را انتخاب کنید.

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

* 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[1] به‌تنهایی به‌عنوان برنامه‌ی توسعه‌ی ظرفیت در نظر گرفته نمی‌شود.

*این برنامه‌ها ممکن است شامل برنامه‌ی کاهش خطر بلایا، برنامه‌ی آمادگی فوریت[2] 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: درصورتی‌که پاسخ شما تنها در سطح ملی، "بلی" بود به سؤال 5، در پاسخ‌های دیگر به سؤال 6 پاسخ دهید.

5- آیا در برنامه‌های ملی توسعه‌ی ظرفیت چندبخشی، به موضوع سلامت پرداخته‌شده است؟

1- Emergency Response Plan
2- Emergency Preparedness Plan

☐ بله، در تمامی آن‌ها
☐ بله، در بعضی از آن‌ها
☐ خیر
☐ نمی‌دانم

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

.....

3-1. هماهنگی

سازوکارهای هماهنگی چندبخشی در مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

7- 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 8 و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال 9 پاسخ دهید.

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

☐ بلی
☐ خیر
☐ نمی‌دانم

9- 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، تکمیل‌شده	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 10 و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال 11 پاسخ دهید.

10- 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

11- 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 حوزۀ سلامت وجود داشته باشد به این سؤال پاسخ "بلی" دهید.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر پاسخ شما به سؤال فوق بلی است، به سؤال 12 و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال 13 پاسخ دهید.

12- 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

13- آیا پروسیجرهایی 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

14- 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

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

.....

4-1. برنامه‌ریزی- پاسخ به بلایا / فوریت‌ها و بازیابی

پاسخ چندبخشی به بلایا / فوریت‌ها و برنامه‌ی بازیابی

16- آیا برنامه‌ای چندبخشی برای پاسخ به بلایا / فوریت‌ها وجود دارد؟ لطفاً برای هر سطحی پاسخ مناسب انتخاب کنید.

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

* 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" مورداستفاده قرار گیرد. برنامه‌ی مذکور قوانین مورد انتظار گروه‌های مختلف را در پاسخ به‌فوریت موردتوجه 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 17-18 پاسخ دهید. برای پاسخ‌های دیگر به سؤال 19 پاسخ دهید.

17- 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
در سطح استانی				
در سطح محلی				

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

	کمتر از یک سال پیش	از 1 تا 2 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							

19- 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					

20- 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					

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

.....

5-1. مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

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

- ☐ کمتر یا مساوی دو سال
- ☐ بین 5-2 سال
- ☐ بیشتر از 5 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 انجام‌شده است به سؤال 23 بروید وگرنه به سؤال شماره 24 بروید.

23- 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 (فنّاورزاد)			
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، آشفتگی 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

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

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

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

.....

قسمت دوم: مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت

2-1. قوانین و خط‌مشی‌ها

26- 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.

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

1- 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.

27- 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.

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

* 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 پذیرفته‌شده‌اند. خط‌مشی‌ها ممکن است شامل خلاصه‌ای از اولویت‌ها و نقش‌های مورد انتظار گروه‌های مختلف باشد و موجب ایجاد آگاهی و اجماع در افراد شود (WHO)

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

	بلی	خیر، خط‌مشی سلامت که این جوانب را پوشش دهد وجود ندارد	نمی‌دانم
پیشگیری/ کاهش اثرات			
آمادگی			
پاسخ			
بازیابی			

* 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 داده‌شده 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 آن‌که شامل تلاش و کوشش برای کاهش عوامل خطر بلایا است.

29- 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 فنّاورانه			
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).

30- 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.

	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
وزارت بهداشت				
دانشگاه علوم پزشکی				
شبکهٔ 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				

31- 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

32- 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 برنامهٔ رسمی است
☐ بلی، مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها دیده‌شده اما نه به‌عنوان یک برنامه‌ی رسمی
☐ خیر
☐ نمی‌دانم
☐ قابلیت اجرایی ندارد

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

.....

.....

2-2. افزایش ظرفیت

راهبردها و برنامه‌های افزایش ظرفیت مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

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

- ☐ =< 2 سال
- ☐ بین 2 تا 5 سال
- ☐ بیشتر از 5 سال
- ☐ در دست بررسی است
- ☐ هرگز انجام‌نشده
- ☐ نمی‌دانم

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

35- آیا در کشور "برنامه‌ی عملیاتی جامع افزایش ظرفیت" برای ارتقاء ظرفیت مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی 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
در سطح ملی					
در سطح استانی					

* 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 حوزهٔ سلامت) است. این برنامه‌ها ممکن است شامل برنامه آمادگی حوزه‌ی 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.

36- 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.

	بلی	خیر	نمی‌دانم
پیشگیری/ کاهش اثر			
آمادگی			
پاسخ			
بازیابی			

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

	بلی	در دست بررسی	خیر	نمی‌دانم
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 وزاتخانه‌های 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 بااستعداد همه‌گیری) را باهدف اعمال مداخله و اتخاذ راهبردهای سریع برای مدیریت خطر بلایا / 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.

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

	بلی	در دست بررسی	خیر	نمی‌دانم
خدمات آمبولانس/ پیش‌بیمارستانی				
خدمات مراقبت‌های اولیه				
پیشگیری از جراحت (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 بلایا / فوریت‌ها				
برنامه‌های واکسیناسیون				
مدیریت فوتی‌ها و مفقودشده‌ها (مدیریت مرگ‌ومیر)				
خدمات بهداشت محیط				
خدمات تغذیه و مواد غذایی				
اقدامات اجتماعی (برای مثال قرنطینه)				
ایمنی مواد شیمیایی				
ایمنی مواد رادیولوژیکی				
ایمنی مواد غذایی				

39- 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
افراد فقیر				
زنان و دختران				
مردان و پسران				
افراد ناتوان				
سالمندان				
مهاجران، آوارگان و افراد معلول				
مبتلایان به بیماری‌های مزمن				

40- 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

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

.....

.....

2-3. مدیریت منابع

مدیریت نیروی انسانی و مالی

42- آیا کارکنان شاغل در سامانه‌ی بهداشت و درمان در طی 12 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 در سطح بین‌المللی				
دوره‌های آموزشی در سطح ملی				
دوره‌های آموزشی در سطح استانی				
دوره‌های آموزشی در سطح محلی				

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

43- 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
بهداشت عمومی					
پرستاری					
پزشکی					

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

44- 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.

	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح ملی				
سطح استانی				

لطفاً توجه کنید: اگر پاسخ شما برای سطح ملی (فقط) " بلی" است به سؤال شماره‌ی 45 پاسخ دهید و برای پاسخ‌های دیگر به سؤال 46 پاسخ دهید.

45- 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

46- 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:

	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح ملی				
سطح استانی				

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

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

.....

4-2. هماهنگی

سازوکارهای هماهنگی برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها

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

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

* 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 52-49 بروید، برای تمام پاسخ‌های بعدی به سؤال 53 بروید.

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

	بلی	خیر	نمی‌دانم
پیشگیری / کاهش اثرات			
آمادگی			
پاسخ			
بازیابی			

50- 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.

	بلی	در دست بررسی	خیر	نمی‌دانم
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				

51- 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.

	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
وزارت بهداشت				
دانشگاه علوم پزشکی				
شبکهٔ 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				

52- چه کسی ریاست کمیته‌ی هماهنگ‌کننده‌ی 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، شوراهای سلامت در بلایا و غیره باشد.

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

- ☐ دفتر/ واحد هماهنگ‌کننده به‌طور رسمی ایجادشده و با کارکنان تمام‌وقت و بودجه کامل فعالیت می‌کند.
- ☐ دفتر/ واحد هماهنگ‌کننده به‌طور رسمی در داخل یک چارت سازمانی ایجادشده 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 گرفته‌شده است.
- ☐ یک فرد، کمیته موقت و یا فرد مسئول برای موضوع در نظر گرفته‌شده است.
- ☐ به موضوع پرداخته نشده و در دست بررسی است.
- ☐ نمی‌دانم.

54- 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

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

.....

2-4. برنامه‌ریزی- پاسخ و بازیابی حوزه‌ی **سلامت در بلایا / فوریت‌ها**

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

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

	بلی، اتمام یافته	در دست بررسی است، کامل نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
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" مورداستفاده 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 56 در سطح ملی " بلی" است، سؤالات 64-56 را ملاحظه نمایید، برای پاسخ‌های دیگر ابتدا به سؤال 57 پاسخ دهید و سپس از سؤال 65 ادامه دهید.

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

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

تعداد کلی قطب‌ها: ☐

توجه: اگر کشور سطح استانی نداشت، در هر دو قسمت عدد 0 بگذارید.

58- 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 2 سال
☐ بین 2 تا 5 سال
☐ بیش از 5 سال
☐ نمی‌دانم

59- 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

60- آیا در برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها، به مخاطرات/منابع خطر زیر پرداخته‌شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

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

61 - 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.

	بلی	در دست بررسی	خیر	نمی‌دانم
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					

62- آیا برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها، طی 5 ساله گذشته در بلایا / فوریت‌های بزرگ فعال‌شده است؟ لطفاً تنها یکی از موارد زیر را انتخاب کنید.

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

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

	بلی	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
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				

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

	بلی، کمتر مساوی یک‌بار در سال	بلی، یک‌بار در کمتر از 1 تا 2 سال	بلی، یک‌بار در بیش از 2 سال	در دست اقدام است، تکمیل‌نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح ملی							
سطح استانی							

* تمرین: مانند شبیه‌سازی، دورمیزی، در فیلد

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

	بلی، تکمیل‌شده	در دست اقدام است، تکمیل‌نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح ملی					
سطح استانی					

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

.....

5- 2. مدیریت اطلاعات و ارزیابی خطر

ارزیابی خطر، هشدار سریع و ارتباطات

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

- ☐ کمتر مساوی 2 سال
- ☐ 2 تا 5 سال
- ☐ بیشتر از 5 سال
- ☐ درحال‌توسعه، کامل نشده
- ☐ هرگز
- ☐ نمی‌دانم

* این سؤال مربوط است به ارزیابی‌های خطر سلامت در بلایا / فوریت‌ها که توسط حوزه‌ی سلامت انجام‌شده 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 انجام‌شده است، به سؤال 68 و اگر انجام‌نشده است به سؤال 69 پاسخ دهید.

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

	بلی	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			

69- 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				

70- 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				

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

.....

2-6. تدارکات و زیرساخت‌های سلامت

تدارکات و تسهیلات سلامت ایمن و آماده

72- 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، تکمیل‌نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح ملی					
سطح استانی					

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

	بلی، تکمیل‌شده	در دست اقدام است، تکمیل‌نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح ملی					
سطح استانی					

* 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.

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

	بلی، تکمیل‌شده	در دست اقدام است، تکمیل‌نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
ارزیابی ایمنی بیمارستان و سایر تسهیلات سلامت					
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 مبحث صدور مجوز و گواهینامه‌ی بیمارستان (به فرآیند اعتباربخشی بیمارستان‌ها)					

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

.....

2-7. سلامت و خدمات مربوط به آن

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

	بلی	در دست اقدام است، تکمیل‌نشده	خیر	نمی‌دانم	قابلیت اجرایی ندارد
سطح ملی					
سطح استانی					
سطح محلی					

* لطفاً توجه کنید: به سؤال 77 تنها زمانی که کشور دارای برنامه‌ی ملی پاسخ به بلایا / فوریت‌ها با رویکرد چند مخاطره‌ای داشته باشد، پاسخ دهید.

77- آیا در برنامه‌ی ملی پاسخ حوزه‌ی سلامت در بلایا / فوریت‌ها، به خدمات سلامت زیر پرداخته‌شده است؟ لطفاً برای هر مورد پاسخ مناسب انتخاب کنید.

	بلی	خیر	نمی‌دانم
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			

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

.....

2-8. ظرفیت‌های مربوط به جامعه

ظرفیت‌های جامعه برای مدیریت خطر بلایا / فوریت‌ها در حوزه‌ی سلامت

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

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

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

.....

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

ابزار شماره‌ی 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 20 سال گذشته، درنتیجه بلایای طبیعی بیش از 100 بیمارستان و 65 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 هست. 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 به‌صورت ایمن و بدون اختلال در دریافت مراقبت‌های درمانی مداوم بسیار حیاتی است. موارد مرگ‌ومیر در تخلیه اضطراری بیمارستان گزارش‌شده است. پنج مورد مرگ به دنبال حادثه سونامی سال 2011 در تخلیه بیمارستان در کشور ژاپن رخداده است. با توجه به افزایش حوادث انسان‌ساخت و بلایای طبیعی در سال‌های اخیر، برنامه‌ریزی جهت پاسخگویی بهتر به این حوادث ضروری به نظر می‌رسد. ازآنجایی‌که 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 اتخاذشده می‌گردد. با طراحی سامانه تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری در بیمارستان، آموزش و تمرین آن در طی مانورهای مکرر می‌توان اثرات طولانی‌مدت افزاینده در 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 برنامه ریزان 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 هست. 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 به‌صورت صحیح و سریع در زمان پاسخ به حوادث و بلایا می‌باشد.

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

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

معرفی ابزار و حیطه‌های آن

الف-براورد خطر و تهدید جانی..... 13گویه
ب-امکان پذیری تداوم ارائه خدمات درمانی..... 16گویه
ج- پیش‌نیازهای تخلیه اضطراری بیمارستان..... 31گویه
کل ابزار..... 60 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 طراحی‌شده است. در کنار هر گویه، به‌منظور کاربرد آموزشی مهارت تصمیم‌گیری و افزایش توانایی تجزیه‌وتحلیل شرایط حادثه در بیمارستان،عبارات راهنمای گویه در نظر گرفته شد.
ابزار در اکسل در شش شیت طراحی گردید.

1-سناریوی حادثه بیمارستان
2-راهنمای ابزار
3-برآورد خطر و تهدید جانی

4- امکان‌پذیری تداوم ارائه خدمات درمانی

5- پیش‌نیازهای تخلیه اضطراری

6- 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 از60(60>)
آمادگی جهت تخلیه اضطراری	60 -120
اقدام به تخلیه اضطراری	بیشتر از 120 (120<)

<table>
<tr><th colspan="2">1-بعد برآورد خطر و تهدید جانی</th></tr>
<tr><td colspan="2">الف-تراکم جمعیت
تعریف عملیاتی: تعداد افراد در معرض خطر در بیمارستان
ب- ویژگی‌های بیمارستان
تعریف عملیاتی: موارد مؤثر در افزایش خطر و تهدید جانی جمعیت حاضر در بیمارستان در زمان وقوع حادثه</td></tr>
<tr><td>1. تعداد کل تخت‌های فعال
کمتر از 200 تخت ☐
201 تا 400تخت ☐
بیشتر از 400 تخت ☐</td><td>2-تعداد تقریبی همراهان بیمار چند نفر است؟
کمتر از 200 نفر ☐
بین 400-201 نفر ☐
بیشتر از 400 نفر ☐</td></tr>
<tr><td colspan="2">3-..... تعداد تقریبی مراجعین روزانه به درمانگاه‌های تخصصی بیمارستان چقدر است؟
کمتر از 200 نفر ☐
بین 400-201 نفر ☐
بیشتر از 400 نفر ☐
توجه: در صورت بروز حادثه در زمان تعطیلی درمانگاه نظیر شیفت شب، از پاسخ‌دهی به این سؤال خودداری گردد.
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.</td></tr>
<tr><td colspan="2">4-امکان بروز آتش‌سوزی در مکان پرخطر در بیمارستان (ازنظر بروز پیامدهای جانی) وجود دارد؟
بلی ☐ خیر ☐
راهنما: واحدهای پرخطر بیمارستان شامل بخش‌های بستری، بخش‌های ویژه، اتاق عمل، انبار گازهای پزشکی، واحد تأسیسات، واحدهای رادیوتراپی و تصویربرداری پزشکی است.</td></tr>
</table>

5-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 اطفا، خاموش‌کننده‌های سیار، خاموش‌کننده‌های دستی) و پرسنل آموزش‌دیده جهت کار با تجهیزات اطفای حریق باشد.

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

بلی ☐ خیر☐

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

7 -آیا در اطراف بیمارستان مراکز پرخطر ازنظر گسترش آتش‌سوزی نظیر پمپ‌بنزین، انبارهای مواد شیمیایی، بیولوژیک و رادیولوژیک واقع‌شده است؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت وجود مراکز پرخطر ازنظر گسترش آتش‌سوزی در اطراف بیمارستان، احتمال انفجار و گسترش حریق بیشتر می‌شود (حداقل فاصله قرارگیری انبارهای مواد شیمیایی 1000 متر از بیمارستان و پمپ‌بنزین 2000 متر از بیمارستان)

8-تعداد طبقات بیمارستان چقدر است؟

سه‌طبقه 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.

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

متمرکز ☐

پراکنده ☐

راهنما: منظور از طراحی متمرکز بیمارستان این است که تمامی واحدهای بیمارستان در یک ساختمان متمرکز 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 متمرکز، دشواری و پیچیدگی فرایند تخلیه اضطراری بیشتر می‌شود.

11- بیمارستان به چه میزان تحت تأثیر حادثه قرارگرفته است؟

کم ☐

متوسط ☐

زیاد ☐

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

12-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، ام آر آی) ☐

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 ازنظر شدت خطر جانی و گسترش حریق با یکدیگر متفاوت است. به‌عنوان‌مثال بخش‌های بستری نسبت به انبار دارو از اهمیت بیشتری در تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری برخوردار هستند.

13- 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. به‌عنوان‌مثال حتما باید کارکنان بیمارستان یا **EOC** خبر وقوع حادثه را تأیید کرده باشند.

امکان‌پذیری تداوم مراقبت‌های درمانی
الف- ارزیابی آسیب‌پذیری بیمارستان تعریف عملیاتی: بروز حوادث و بلایا تا چه میزان بر عناصر سازه‌ای و غیر سازه‌ای بیمارستان، تأثیر گذاشته است. ب- ارزیابی ظرفیت بیمارستان تعریف عملیاتی: توانایی بیمارستان در جهت تداوم ارائه خدمات در صورت بروز حادثه
1. آیا ساختمان بیمارستان پس از حادثه دارای ایمنی لازم جهت بستری بیماران است؟ بلی ☐ خیر ☐ 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.
2. میزان آسیب سیستم برق بیمارستان در اثر بروز حادثه چقدر است؟ آسیب کامل ☐ آسیب جزئی ☐ بدون آسیب ☐ راهنما: در آسیب کامل برق بیمارستان کاملاً قطع‌شده است. در آسیب جزئی برق برخی از واحدها قطع‌شده 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.
3. در صورت قطع برق بیمارستان، توانایی ژنراتور برق پشتیبان تا چند ساعت است؟ عدم پشتیبانی (ارزش 3) کمتر از 72 ساعت(ارزش 2) بیشتر و مساوی 72ساعت (ارزش 1) 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.
4.آیا بیمارستان به سیستم جایگزین برای تأمین برق اضطراری در خارج از بیمارستان، دسترسی دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ 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.
5.آیا سیستم روشنایی مناطق اصلی بیمارستان (اتاق‌های عمل، بخش‌های درمانی و آزمایشگاه) پس از حادثه برقرار است؟ بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و قطع سیستم روشنایی مناطق اصلی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان پذیر نبوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می کند.

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

آسیب کامل ☐

آسیب جزئی ☐

بدون آسیب ☐

راهنما: در آسیب کامل آب بیمارستان کاملاً قطع‌شده است. در آسیب جزئی آب برخی از واحدها قطع‌شده است. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و قطع کامل آب، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

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

عدم پشتیبانی ☐

کمتر از 72 ساعت ☐

بیشتر و مساوی 72 ساعت☐

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

8-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 قطع‌شده است. در آسیب جزئی سیستم ارتباطی برخی از واحدها قطع‌شده است. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و قطع سیستم ارتباطی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

9- 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 قطع‌شده است. در آسیب جزئی سیستم ارتباطی برخی از واحدها قطع‌شده است. در صورت بروز حادثه و اختلال کامل سیستم گرمایشی و سرمایشی بیمارستان، تداوم ارائه خدمات درمانی امکان‌پذیر نبوده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش پیدا می‌کند.

10- 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.

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

کمتر از 72 ساعت ☐

بیشتر و مساوی 72ساعت ☐

عدم ارتباط با حادثه ☐

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

12. توانایی پوشش انبار دارو بیمارستان تا چند ساعت است؟

کمتر از 72 ساعت ☐

بیشتر و مساوی 72ساعت ☐

عدم ارتباط با حادثه ☐

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

13. توانایی پوشش ذخیره سوخت بیمارستان تا چند روز است؟

کمتر از 3روز ☐

مساوی 3روز 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.

14. توانایی پوشش ذخایر گازهای پزشکی بیمارستان تا چند روز است؟

کمتر از 10روز ☐

مساوی 10 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.

15- آیا بیمارستان دارای نیروی انسانی به میزان کافی برای حداقل 24 ساعت است؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما:کفایت نیروی انسانی، شرایطی است که نیروی انسانی، مطابق شیفت‌های روتین در دسترس باشند. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم‌کفایت نیروی انسانی جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

16- آیا بیمارستان دارای برنامه به‌کارگیری داوطلبین آموزش‌دیده است؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم وجود برنامه به‌کارگیری داوطلبین آموزش‌دیده جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

پیش‌نیازهای تخلیه اضطراری بیمارستان
الف- هماهنگی‌های اجرایی تعریف عملیاتی: مواردی که در اجرای تخلیه اضطراری تأثیرگذار بوده و بایستی در تصمیم‌گیری موردتوجه قرار گیرد. ب- امکان‌پذیری تخلیه اضطراری بیمارستان 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.
1-آیا فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری از سوی مسئولین مافوق است؟ بلی ☐ خیر ☐ راهنما: چنانچه فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی کامل از سوی مسئولین مافوق باشد، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.
2-آیا فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی درزمینه تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری از سوی مسئولین امنیتی و سیاسی منطقه است؟ بلی ☐ خیر ☐ راهنما: چنانچه فرمانده حادثه در بیمارستان دارای اختیارات قانونی کامل از سوی مسئولین امنیتی و سیاسی باشد، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.
3- آیا بیمارستان دارای نیروی انسانی به میزان کافی برای حداقل 24 ساعت است؟ بلی ☐ خیر ☐ راهنما: کفایت نیروی انسانی، شرایطی است که نیروی انسانی مطابق شیفت‌های روتین در دسترس باشند. در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم‌کفایت نیروی انسانی جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.
4- آیا بیمارستان دارای برنامه به‌کارگیری داوطلبین آموزش‌دیده است؟ بلی ☐ خیر ☐ راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و عدم وجود برنامه به‌کارگیری داوطلبین آموزش‌دیده جهت ارائه مراقبت‌های درمانی، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.
5- آیا شناخت کامل از موقعیت جغرافیایی و ساختمان بیمارستان جهت اجرای برنامه تخلیه اضطراری وجود دارد؟ بلی ☐ خیر ☐ 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.

6-- آیا سیستم ارتباطی با خارج از بیمارستان پس از حادثه فعال است؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و توانایی برقراری سیستم ارتباطی با خارج از بیمارستان، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

7- آیا بیمارستان برنامه پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و تدوین برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

8- آیا برنامه تخلیه اضطراری بیمارستان به‌صورت مکتوب وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و تدوین برنامه تخلیه اضطراری بیمارستان، دشواری فرایند تخلیه بیماران کاهش‌یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

9- آیا برگه شرح وظایف برای تمامی کارکنان در زمان تخلیه اضطراری وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه در بیمارستان و تدوین برگه شرح وظایف برای تمامی کارکنان در زمان تخلیه اضطراری، دشواری فرایند تخلیه بیماران کاهش‌یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

10- آیا سناریوی تخلیه اضطراری بیمارستان تمرین شده است؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه و تمرین سناریوی تخلیه اضطراری بیمارستان، دشواری فرایند تخلیه بیماران کاهش‌یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

11- آیا به کارکنان در مورد برنامه تخلیه اضطراری و جابجایی بیماران آموزش داده‌شده است؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه و آموزش کارکنان در مورد برنامه تخلیه اضطراری و جابجایی بیماران، دشواری فرایند تخلیه کاهش‌یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

12- آیا بیمارستان برنامه ترخیص زودهنگام بیماران انتخابی را دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه و برنامه ترخیص زودهنگام بیماران انتخابی در بیمارستان، دشواری فرایند تخلیه کاهش‌یافته و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

13- آیا دسترسی به شماره تماس ضروری همراهان بیمار وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: در صورت بروز حادثه و دسترسی به شماره تماس ضروری همراهان بیمار، از دشواری فرایند ترخیص زودهنگام بیماران انتخابی در بیمارستان کاسته شده و احتمال تصمیم‌گیری تخلیه اضطراری افزایش می‌یابد.

14- آیا فهرست اسامی و شماره تلفن‌های بروز رسانی شده کارکنان در دسترس است؟

بلی ☐ خیر ☐

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.

15- آیا سیستم فراخوان کارکنان در زمان حوادث و بلایا وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

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.

16- آیا بیمارستان دسترسی به تعداد مناسب نیروی انسانی جهت جابجایی بیماران دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: تعداد نیروی انسانی مناسب شرایطی است که جابجایی و حمل بیماران به‌صورت 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.

17- آیا وسایل و تجهیزات کمکی جهت تخلیه بیماران (برانکارد، پتو، ویلچر) به میزان کافی وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: کفایت وسایل و تجهیزات کمکی جهت تخلیه بیماران (برانکارد، پتو، ویلچر)، شرایطی است که در آن جابجایی و حمل بیماران به‌صورت 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.

18- آیا مسیر خروج اضطراری بخش‌های بیمارستان و محل تجمع بیماران به تفکیک مشخص‌شده است؟

بلی ☐ خیر ☐

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.

19- آیا راه‌های خروجی اضطراری بیمارستان به فضای باز ایمن ختم می‌شود؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: دسترسی به راه های خروجی اضطراری به فضای باز ایمن در بیمارستان سبب کاهش دشواری فرایند تخلیه اضطراری بیماران شده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش می یابد.

20- آیا تابلوهای راه‌های خروج اضطراری بیمارستان در معرض دید مراجعین قرار دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: نصب تابلوهای راه‌های خروج اضطراری بیمارستان در مکان های معرض دید مراجعین از ایجاد ازدحام و بی نظمی در فرایند تخلیه بیماران جلوگیری نموده و در صورت بروز حادثه، احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش می یابد.

21-- آیا مسیر راه‌های خروج اضطراری کاملاً باز می‌باشند؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: باز بودن مسیر راه‌های خروج اضطراری در اجرای فرایند تخلیه بیماران بسیار مهم می باشد. در صورت بروزحادثه و اطمینان از باز بودن مسیر خروج بیماران، احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش می یابد.

22- آیا بیمارستان به مکان ایمن جهت تجمع بیماران، با توجه به نوع حادثه دسترسی دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

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 تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش می یابد.

23- آیا بیمارستان به جاده اصلی دسترسی دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: دسترسی بیمارستان به جاده اصلی جهت جابجایی بیماران توسط آمبولانس در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش می یابد.

24- وضعیت ترافیک منطقه در دسترسی به محل بیمارستان چگونه است؟

روان ☐

نیمه سنگین ☐

سنگین ☐

راهنما: نقشه گوگل درصورتی 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 تصمیم گیری تخلیه را افزایش می دهد.

25- آیا بیمارستان امکان جابجایی هوایی بیماران دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: دسترسی بیمارستان به امکان جابجایی هوایی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش می یابد.

26- آیا بیمارستان پشتیبان برای تخلیه اضطراری وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: دسترسی به بیمارستان پشتیبان، جهت جابجایی بیماران و اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری در این شرایط افزایش می یابد.

27- آیا بیمارستان مقصد دارای ظرفیت متناسب با نیازهای درمانی بیماران انتقالی می‌باشد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: انطباق بیمارستان پشتیبان با نیازهای درمانی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده واحتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری افزایش می یابد.

28- آیا بیمارستان مقصد دارای ظرفیت پذیرش متناسب با تعداد بیماران انتقالی می‌باشد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: دسترسی به بیمارستان پشتیبان دارای ظرفیت پذیرش متناسب با بیماران انتقالی، در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم بوده و احتمال تصمیم گیری تخلیه اضطراری در این شرایط افزایش می یابد.

29- آیا امکان جابجایی بیماران توسط آمبولانس های در اختیار بیمارستان، مهیا می‌باشد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: تعداد مورد نیاز آمبولانس با توجه به جابجایی تعداد بیماران، در نظر گرفته می شود. دسترسی به آمبولانس، راننده، سوخت و... در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم می باشد.

30- آیا بیمارستان دارای تفاهم‌نامه با سازمان‌های دیگر (شرکت‌های خصوصی آمبولانس، سیستم حمل و نقل عمومی) جهت تخلیه بیماران می‌باشد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: دسترسی به تعداد آمبولانس کافی جهت جابجایی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم می باشد.

31- آیا تفاهم‌نامه‌های همکاری بیمارستان با سازمان‌های دیگر نظیر آتش‌نشانی، نیروی انتظامی و ارتش جهت جابجایی بیماران وجود دارد؟

بلی ☐ خیر ☐

راهنما: برخورداری از همکاری با سازمان های دیگر جهت جابجایی بیماران در اجرای فرایند تخلیه بسیار مهم است.

ابزار شماره‌ی یازده

ابزار جامع ارزشیابی تمرین‌های حوزه سلامت در حوادث و بلایا

مقدمه

ابزار حاضر یک چک‌لیست برای ارزشیابی تمرین‌های حوزه سلامت در 3 بعد (طراحی تمرین، اجرای تمرین و بازخورد فوری تمرین) طراحی و شامل موارد ذیل است:

چک‌لیست ارزشیابی بعد طراحی تمرین‌های حوزه سلامت شامل 50 گویه و در 4 بعد "هماهنگی، فرماندهی و هدایت تمرین"،" الزامات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری تمرین "، منابع سازمانی تمرین "، " ارتباطات و اطلاع‌رسانی عمومی تمرین " از گویه شماره 1 تا گویه شماره 50 طراحی‌شده است.

چک‌لیست ارزشیابی بعد اجرای تمرین‌های حوزه سلامت شامل 100 گویه در 6 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 51 تا گویه شماره 100 طراحی‌شده است.

چک‌لیست ارزشیابی بعد بازخورد فوری تمرین‌های حوزه سلامت شامل 24 گویه در 2 بعد "ارزیابی و گزارش‌گیری تمرین "و" اصلاح برنامه‌ها و ارتقاء کارکردهای عملیاتی تمرین" از گویه شماره 101 تا 174 طراحی‌شده است.

راهنمای تکمیل ابزار

نمره دهی

با استفاده از نظرات کارشناسان خبره درزمینه 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 انجام‌شده باشد.

- اگر عملکرد مورد انتظار به درستی و در زمان مناسب انجام‌شده است زیر شماره‌ی 2 علامت تیک بزنید.
- اگر عملکرد مورد انتظار انجام‌شده اما کیفیت آن یا زمان انجام آن نامناسب بود زیر شماره‌ی 1 تیک بزنید.
- اگر عملکرد مورد انتظار انجام‌نشده است زیر شماره‌ی 0 علامت بزنید.

تعیین نقطه‌ی برش ابزار

با توجه به مجموع نمرات 174 سؤال بر اساس مقیاس لیکرت 3 گزینه‌ای بیشترین نمره 348 و کمترین نمره صفر (0) خواهد بود. در این ابزار نمرات بین 0-115 نشانگر آمادگی ضعیف، نمرات بین 231-116 آمادگی متوسط و نمرات بین 348-232 آمادگی خوب در نظر گرفته می‌شود. همچنین با استفاده از فرمول تبدیل خطی[1] با تبدیل امتیاز کسب‌شده 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 = صفرتا 33/5 درصد، آمادگی متوسط 33/5-66/5 درصد و آمادگی خوب 66/5-100 درصد هست.

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

Raw=نمره خام کسب‌شده Min =حداقل نمره ابزار Mix =حداکثر نمره ابزار

[1] Linear Transformation

چک‌لیست ارزشیابی مرحله‌ی طراحی تمرین‌های حوزه‌ی سلامت در حوادث و بلایا

ابعاد	گویه	0	1	2
هماهنگی، فرماندهی و هدایت تمرین	1- مجوز رسمی از بالاترین مقام مسئول سازمان برای اجرای تمرین توسط مجریان تمرین اخذ شده است.			
	2- قبل از اجرای تمرین مشورت‌های لازم با واحدهای درون و برون‌سازمانی که قبلاً تجربه برگزاری تمرین را داشته‌اند انجام‌شده است.			
	3- برای طراحی تمرین حاضر جلسات هماهنگی متناسب با سطح تمرین با سایر واحدهای درون و برون‌سازمانی انجام‌شده است.			
	4- برای طراحی تمرین برنامه‌های پاسخ سایر سازمان‌ها مشارکت‌کننده در تمرین مدنظر قرارگرفته شده است.			
	5- تفاهم‌نامه درون و برون‌سازمانی با واحدهای مرتبط با مدیریت حوادث و بلایا متناسب با سطح تمرین تأمین و مستندات موجود هست.			
	6- واحدهای درون و برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین تعیین و جایگاه و نقش آن‌ها در برنامه‌ی عملیاتی حادثه سازمان مشخص‌شده است.			
	7- چارت سامانه‌ی فرماندهی حادثه در تمامی واحدهای حوزه سلامت ازجمله بهداشت، درمان، پشتیبانی، آموزشی، دانشجویی - فرهنگی و غذا و دارو طراحی‌شده است.			
	8- افراد مسئول، جانشین و شرح وظایف آن‌ها در جایگاه‌های مختلف سامانه‌ی فرماندهی‌ی حادثه و همچنین زمان‌بندی استاندارد پاسخ 0 تا 2،2 تا 12 و بیشتر از 12 ساعت مشخص و تعریف‌شده است.			
	9- ساختار اجرایی تمرین متناسب با موقعیت سازمان در سطح محلی، قطب و ملی طراحی و شرح وظایف کمیته مربوطه مشخص‌شده است.			
الزامات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری تمرین	10- ارزیابی خطر و شناسایی مخاطرات اولویت‌دار با استفاده از ابزار ملی ارزیابی مخاطرات انجام و تمرین حاضر منطبق با آن طراحی‌شده است.			
	11- قبل از اجرای تمرین نقشه‌ی خطر برای تمامی مخاطرات با اولویت طراحی و در مرکز هدایت عملیات سازمان مجری ترسیم‌شده است.			
	12- برنامه‌ی سطوح هشدار برای مخاطرات با اولویت بر اساس برنامه‌ی سطح‌بندی ملی در مرکز هدایت عملیات طراحی‌شده است.			
	13- سناریوی تمرین به شکل دقیق بر اساس اولویت‌بندی مخاطرات سازمان طراحی و در اختیار واحدهای برون و درون‌سازمانی مشارکت‌کننده گذاشته‌شده است.			
	14- تمرین حاضر بر اساس نیازسنجی، مرور نتایج و درس آموخته‌های حوادث پیشین منطقه‌ی موردنظر، برنامه‌ریزی‌شده است.			
	15- برنامه عملیاتی حادثه برای اجرای تمرین بر اساس الگوی ملی مورد تائید دبیرخانه کارگروه طراحی و تدوین‌شده است.			
	16- تمرین حاضر مطابق با مطالعه و در نظر گرفتن اسناد بالادستی از جمله برنامه‌ی ملی تمرین در نظام سلامت ایران طراحی‌شده است.			

ابعاد	گویه	0	1	2
	17- اهداف تمرین مشخص و دقیقاً نشان می‌دهد چه بعدی از عملکرد سازمان مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.			
	18- برنامه‌ریزی و تهیه جدول زمان‌بندی برگزاری تمرین از مرحله پیش طراحی تا مرحله اصلاح و ارتقاء برنامه عملیاتی پاسخ فراهم‌شده است.			
	19- لیست کارکردها و فعالیت‌های اصلی مورد انتظار در تمرین توسط گروه برنامه‌ریزی تمرین، تدوین و تهیه‌شده است.			
	20- تمرین حاضر توسط یک گروه متخصص از کارشناسان خبره درزمینه‌ـی حوادث و بلایا یا از طریق مشاوره با افراد مذکور طراحی‌شده است.			
	21- نمایندگانی از مردم جامعه محلی، سازمان‌های همکار و پشتیبان در جلسات طراحی جزئی و کلی تمرین سازمان مشارکت داشته‌اند.			
	22- تمرین بحث محور (کارگاه، سمینار، بازی، تمرین دور میزی) متناسب با اهداف تمرین قبل از اجرای تمرین عملیاتی در نظر گرفته و انجام‌شده است.			
	23- 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.			
	24- تمامی افراد برای مشارکت در تمرین حاضر رضایت آگاهانه داشته و مستندات لازم وجود دارد.			
	25- برنامه‌ی پاسخ ایمنی و امنیت عمومی از طرق هشدارهای اولیه، رفتار و پاسخ به‌موقع به حادثه در مرکز هدایت عملیات سازمان وجود دارد.			
	26- برنامه‌ی نحوه‌ی فراخوان کارکنان سازمان مسئول و نحوه‌ی به‌کارگیری کارکنان داوطلب، سازمان‌های همکار و پشتیبان برای شرکت در تمرین مشخص‌شده است.			
	27- برگه‌ی شرح وظایف[1] برای افراد مشارکت‌کننده در تمرین برای آشنایی آن‌ها با نقش‌ها و مسئولیت‌هایشان تهیه‌شده است.			
	28- بودجه و منابع مالی لازم برای اجرای فازهای مختلف تمرین در ردیف مالی سازمان مجری تمرین پیش‌بینی‌شده است.			
	29- خدمات پشتیبانی شامل تهیه کارت شناسایی یا اتیکت، تجهیزات سرمایشی، گرمایشی، ارتباطی، تغذیه، پارکینگ، مکان‌های شبیه‌سازی‌شده، نقل و انتقال، سرویس‌های بهداشتی و سایر ملزومات موردنیاز برای تمامی کارکنان مشارکت‌کننده در تمرین تأمین‌شده است.			
	30- ساختار تشکیلاتی مرکز هدایت عملیات سازمان (EOC[2], DOC[3]) مجری تمرین از تمامی جوانب ازجمله تجهیزات ارتباطی، فضای فیزیکی، نیروی انسانی و ملزومات مطابق با برنامه پاسخ سلامت (تدوین‌شده توسط کارگروه) مجهز شده است.			

[1] Job Action Sheet

[2] Emergency Operation Center

[3] Departement Operation Center

ابعاد	گویه	0	1	2
منابع سازمانی تمرین	31- اعضای گروه ارزیابی سریع سلامت متناسب با سطح حادثه و تعیین‌شده در سناریوی تمرین، از نظر تعداد متخصص مشخص و شماره تماس آن‌ها در دسترس هست.			
	32- گروه ارزشیابی تمرین مشخص و آموزش لازم درزمینه نحوه ارزیابی تمرین توسط رهبر گروه ارائه شده است.			
	33- کارشناسان ارزیاب تمرین متناسب با نوع و اهداف تمرین دارای تخصص و تجربه لازم برای ارزشیابی تمرین هستند.			
	34- 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 گرفته‌شده است.			
	35- افراد مشارکت‌کننده در تمرین دور میزی متناسب با سطح تمرین دارای تخصص و تجربه لازم درزمینه تمرین‌های حوادث و بلایا را دارا می‌باشند.			
	36- مدرسین و سخنرانان تمرین‌های بحث محور ازجمله کارگاه و سمینار از افراد متخصص و باتجربه درزمینه حوادث و بلایا انتخاب شده‌اند.			
	37- فرد مشخصی برای مستندسازی کل فرایند اجرای تمرین و همچنین درس آموخته‌های آن در نظر گرفته‌شده است.			
	38- کنترل‌گرها[1]، تسهیل گران[۲]، بازیگران[۳]، نقش‌آفرینان[۴]، ارزیابان [۵]تمرین قبل از اجرای تمرین مشخص و آموزش لازم برای مشارکت در تمرین را دریافت کرده‌اند.			
	39- 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.			
	40- کارکنان تمرین برای مشارکت در تمرین دارای توانمندی‌های جسمی (آمادگی جسمانی) و روانی لازم ازجمله انگیزه، جدیت، میل و رغبت کافی می‌باشند.			
	41- فهرست کامل و به‌روز شده‌ای از تجهیزات و ملزومات موردنیاز برای اجرای تمرین در سطوح مختلف در سازمان وجود دارد.			

[1] Controllers

[2] Facilitators

[3] Players

[4] Actors

[5] Evaluators

ابعاد	گویه	0	1	2
ارتباطات و اطلاع‌رسانی عمومی تمرین	42- فرم به‌روز شده اطلاعات تماس سایر مراکز و سازمان‌ها مرتبط با تمرین‌های حوادث و بلایا در مرکز هدایت عملیات سازمان وجود دارد.			
	43- بانک اطلاعات جامع شامل شماره تلفن، روش تماس و آدرس محل سکونت تمامی افراد سازمان برای مشارکت در تمرین تهیه‌شده است.			
	44- یک برنامه ارتباطی مناسب با انواع بسترهای ارتباطی مختلف و چندلایه بین سطوح مختلف از فرماندهی‌ها سطوح عملیاتی در مرکز هدایت عملیات سازمان (EOC) طراحی‌شده است.			
	45- تجهیزات موردنیاز برای برقراری ارتباط ازجمله ارتباط رادیویی یا مخابراتی بین واحدها درون برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین تأمین‌شده است.			
	46- عوامل فرهنگی (ازجمله رعایت شئون اسلامی، زبان و فرهنگ جامعه مکان تمرین) در فرایند اجرای تمرین مورد ملاحظه قرارگرفته شده است.			
	47- جلسه هماهنگی و برنامه آموزشی لازم برای مشارکت رسانه در فرایند اجرای تمرین انجام و مستندات آن موجود هست.			
	48- 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.			
	49- هماهنگی لازم برای مشارکت گروه مستندساز تصویری (فیلم و عکس) به مکان‌های مختلف تمرین به‌عنوان یکی از فن‌های ارزشیابی انجام‌شده است.			
	50- برنامه‌ریزی لازم برای حضور افراد برجسته در زمان مناسب در مکان تمرین برای پیش‌گیری از اختلال در نظم و جریان تمرین اتخاذ شده است.			

چک‌لیست ارزشیابی مرحله اجرای تمرین‌های حوزه سلامت در حوادث و بلایا

بعد	گویه	0	1	2
مدیریت اطلاعات و هماهنگی حادثه در تمرین	51- دریافت، تحلیل و تائید خبر به‌صورت مداوم از مراکز پایش کننده حادثه فرضی توسط مرکز هدایت عملیات سازمان انجام می‌شود.			
	52- اطلاعات اولیه و قابل‌اعتماد توسط بخش برنامه‌ریزی سیستم مدیریت حادثه (IMS[1]) متمرکز و در مدت 15 دقیقه اولیه در اختیار مسئول سیستم مدیریت حادثه قرار داده‌شده است.			
	53- سیستم مدیریت حادثه ظرف مدت 20-15 دقیقه پس از تائید خبر نهایی حادثه در مرکز هدایت عملیات سازمان فعال گردید.			
	54- گروه ارزیابی سریع حادثه پس از تائید خبر و فعال شدن سیستم مدیریت حادثه متناسب با برنامه توالی زمانی رخدادها تمرین به‌موقع به مکان حادثه اعزام‌شده‌اند.			
	55- برآورد خسارات و تأمین تجهیزات، آمبولانس، آمبولانس سیار، بالگرد اورژانس و نیروی انسانی موردنیاز توسط گروه ارزیابی سریع مشخص‌شده است.			
	56- سطح‌بندی حادثه فرضی (محلی، قطب و ملی) به‌موقع و متناسب با اطلاعات دریافتی از مکان حادثه به شکل صحیح توسط مرکز هدایت عملیات سازمان انجام‌شده است.			
	57- تحلیل گزارش ارزیابی سریع و تبدیل آن به برنامه عملیاتی پاسخ (IAP[2]) توسط مرکز هدایت عملیات سازمان انجام‌شده است.			
	58- سامانه هشدار سریع به شکل صحیح فعال و تعیین سطح هشدار به واحدهای درون‌سازمانی و گروه‌های عملیاتی توسط مرکز هدایت عملیات انجام شد.			
	59- فراخوان کارکنان سازمان متناسب با سطح حادثه و اعلام وضعیت به سازمان‌های همکار و پشتیبان پس از سطح‌بندی حادثه انجام گردید.			
	60- فراخوان گروه‌های پاسخ پزشکی بلایا (DMAT[3]) متناسب با سطح حادثه فرضی (محلی، قطب و ملی) و مطابق با برنامه توالی زمانی رخدادها تعیین‌شده در سناریوی تمرین انجام‌شده است.			
	61- تمامی اعضای سیستم مدیریت حادثه و گروه‌های مربوطه با کاور و اتیکت مختص خود در مرکز هدایت عملیات سازمان حضور و قابل‌شناسایی می‌باشند.			
	62- تصمیم‌گیری‌های لازم برای پاسخ به حادثه متناسب با بازه‌های زمانی پاسخ 0-2،2-12 و 12 ساعت به بالا توسط فرمانده مدیریت حادثه به‌موقع و در حال انجام هست.			

شاخص	63- مکان تمرین و راه‌های انتقال منابع به مکان تمرین متناسب با نوع و سطح تمرین در سناریو به‌درستی انتخاب‌شده است.			
	64- در مکان تمرین چیدمان DMAT درمان ازجمله ناوگان پیش بیمارستان، پست پزشکی پیشرفته AMP[1]، بیمارستان صحرایی، داروخانه و DMAT بهداشت ازجمله (محیط، روان،			

[1] Incident Management System

[2] Incident Action Plan

[3] Disaster Medical Assistance Team

	خانواده، مبارزه با بیماری‌ها، دهان و دندان) به شکل صحیح انجام‌شده است.			
	65- تعداد آمادگاه متناسب با سطح‌بندی حادثه و سطوح مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی (محلی، قطب و ملی) در مکان تمرین هست.			
	66- محل تمرین به لحاظ وجود مواد شرایط خطرناک یا مخاطرات طبیعی توسط ارشد ایمنی و امنیت سامانه فرماندهی مورد بررسی مداوم قرارگرفته است.			
	67- موارد حراستی شامل کنترل ورود و خروج و برقراری نظم و امنیت محل حادثه تمرین به شکل استاندارد توسط نیروهای نظامی تأمین‌شده است.			
	68- در محل تمرین مکانی امن برای رسانه و گزارش لحظه‌به‌لحظه حادثه به سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین و جامعه، وجود دارد.			
	69- در محیط تمرین مکان سایر سازمان‌های مشارکت‌کننده و حوزه فضای فیزیکی برای فعالیت آنها مشخص‌شده است.			
	70- منطقه بندی مکان تمرین (منطقه داغ، گرم و سرد) به شکل صحیح و بر اساس (EOP[2]) مشخص‌شده است.			
	71- مکان مناسب برای جمع‌آوری مصدومین[3] برای تریاژ مصدومین به شکل صحیح انتخاب‌شده است.			
	72- همه واحدهای مشارکت‌کننده در تمرین مطابق با زمان پیش‌بینی‌شده در سناریوی تمرین به‌موقع در مکان تمرین حاضر و تجهیزات خود را برپا نموده‌اند.			
	73- سامانه فرماندهی حادثه (ICS)[4] دستگاه متناسب با سطح حادثه فرضی و برنامه توالی زمانی رخدادها سناریوی تمرین به‌موقع توسط فرمانده حادثه در مکان حادثه فعال گردید.			
	74- فرماندهی واحد حادثه متناسب با سطح و نوع تمرین برای مدیریت حوادث و بلایا در منطقه حادثه مشخص‌شده است.			
	75- پست فرماندهی حادثه[5]/ فرمانده ناحیه حادثه[6] مطابق با برنامه توالی زمانی رخدادها و برنامه عملیاتی حادثه مشخص‌شده در سناریو به‌موقع و در محل حادثه برپا و به‌آسانی قابل‌تشخیص هست.			

فرایند کنترل و	76- برای تعیین محل پست فرماندهی حادثه ملاحظات ایمنی (وجود انواع مخاطرات) و امنیتی لحاظ گردیده است.			
	77- تمرین حاضر متناسب و منطبق بر باورها و عادات فرهنگی و ساختار مذهبی جامعه محلی مکان اجرای تمرین است.			

Advance Medical Post[1]

Emergency Oerations Plan[2]

Collection Point[3]

Incident Command Seystem[4]

Incident Command Post[5]

Incident Commander[6]

				78- تعداد ارزیاب متناسب با برنامه عملیاتی حادثه، سطح و نوع تمرین سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین در نظر گرفته‌شده است.	
				79- ارزیابان از تخصص و تجربه لازم درزمینه حوادث و بلایا برخوردار و سابقه ارزشیابی تمرین را داشته است.	
				80- ارزیابان تمرین در مکان و زمان مناسب و مطابق با برنامه توالی زمانی رخدادهای سناریو برای ارزشیابی تمامی فعالیت‌های تمرین مستقرشده‌اند.	
				81- تمامی کارکنان حاضر در انجام تمرین نسبت به شرح وظایف خود مطابق با برنامه عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوریت‌ها آگاهی دارند.	
				82- 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 21 نفر، تأسیسات آب، تأسیسات برق، عمران، رایانه، خدمات و ماشین ارتباطات رادیویی).	
				83- کارکنان مشارکت‌کننده در تمرین توان کنترل هیجانات و احساسات خود را در شرایط حوادث و بلایا فرضی دارند.	
				84- فرمانده صحنه حادثه از توانمندی‌های علمی، جسمی، روانی، اجتماعی و فرهنگی لازم برای مدیریت و فرماندهی گروه‌های عملیاتی برخوردار هست.	
				85- افسر رابط و هماهنگی میان سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین در مکان تمرین با کاور مشخص‌شده است.	
				86- کارکنان گروه‌های پشتیبانی از سرعت عمل کافی در برپایی چادرها و بیمارستان صحرایی در مکان تمرین برخوردار هستند (ظرف یک ساعت).	
				87- تسهیل گر و کنترل‌گر تمرین به شکل استاندارد و پیوسته تمرین را در راستای اهداف تعیین‌شده در سناریو هدایت می‌کنند.	
				88- شرکت‌کنندگان در تمرین توانستند نقش‌های خود را مطابق یا دستورالعمل‌ها برنامه عملیاتی حادثه اجرا نمایند.	
				89- تمرین به‌خوبی توسط گروه برنامه‌ریزی ساختارمند و سازمان‌دهی شده و تمامی مشارکت‌کنندگان تمرین ازجمله کنترل‌گرها و تسهیل گران، بازیگران، نقش‌آفرینان و ارزیابان به‌راحتی قابل‌شناسایی هستند.	
				90- نیروهای موردنیاز سازمان‌های همکار و پشتیبان برای برقراری ایمنی ازجمله آتش‌نشانی- هلال‌احمر در منطقه تمرین حضور دارند.	
				91- حداقل تجهیزات محافظت شخصی (ماسک، دستکش، کلاه، گان) برای کارکنانی که وارد منطقه گرم حادثه می‌شوند تهیه‌شده است.	
				92- در استقرار خودروهای حاضر در منطقه حادثه ملاحظات ایمنی ازجمله فواصل بین خودروها و چادرها (حداقل 3 متر) رعایت شده است.	
				93- وسایل ایمنی ازجمله کپسول اطفاء حریق در چادرها به تعداد کافی (حداقل یک کپسول) موجود است.	
				94- در سایت حادثه در تمرین فضاهایی که نباید به آن وارد شد به شکل استاندارد مشخص و امن شده‌اند.	
				95- خط‌مشی و روش مشخصی برای پایان دادن زودهنگام تمرین وجود دارد (در ارتباط با مسائل امنیتی).	
				96- هماهنگی لازم درون‌سازمانی بین سیستم پیش بیمارستان، بیمارستان‌های مرجع، ستاد هدایت دانشگاه، مرکز هدایت عملیات بحران و ستاد هدایت دانشگاه وجود دارد.	
				97- هماهنگی برون‌سازمانی بین سازمان مجری تمرین در حوزه سلامت با سایر سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین تمام‌مقیاس مانند آتش‌نشانی، هلال‌احمر و غیره وجود دارد.	
				98- 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.	

				99- گزارش عملکرد گروه‌های بهداشتی، درمانی و پشتیبانی در حادثه فرضی به‌موقع توسط مسئول پست فرماندهی حادثه (ICS[1]) تهیه و به مرکز هدایت عملیات سازمان مجری برای تصمیم‌گیری ارسال‌شده است.	
				100-مستندسازی تمام کارکردهای واحدهای عملیاتی حاضر در تمرین به‌درستی و به شکل استاندارد در حال انجام هست.	
				101- راه‌هایی ارتباطی در بسترها و ابزارهای مختلف (رادیویی و مخابراتی) بین تمامی سطوح تمرین برقرار و بدون مشکل قابل‌استفاده هست.	مدیریت پشتیبانی و تدارکات تمرین
				102- کانال ارتباطی رادیویی برای ارتباط مشترک تمامی سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین طراحی‌شده است.	
				103- ارتباط مستمر بین مرکز هدایت عملیات دانشگاه و واحدهای عملیاتی در زمان رخداد حادثه فرضی برقرار هست.	
				104- فرمانده صحنه حادثه به‌طور مداوم با مرکز پیام و سایر سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین برای تبادل اطلاعات ارتباط برقرار می‌کند.	
				105- ارتباط فعال با سازمان‌های حاضر درصحنه ازجمله جمعیت هلال‌احمر، آتش‌نشانی، نیروی انتظامی، بهداری نیروهای مسلح و... وجود دارد.	
				106- پایش مستمر کیفیت ارتباطات در زمان پاسخ به حادثه توسط مسئول واحد عملیات به‌درستی و در زمان‌های مختلف در حال انجام هست.	
				107- از زبان ارتباطی رایج برای اطمینان از اینکه اطلاعات به شکل صحیح و به‌موقع توسط همه دریافت‌کنندگان اطلاعات درک شود، استفاده می‌گردد.	
				108- دارو و اقلام مصرفی موجود در داروخانه مرکزی و واحدهای داروئی سیار مطابق با چک‌لیست برنامه عملیات فوریت (EOP) مربوط تأمین‌شده است.	
				109- 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.	
				110- حداقل یک منبع آب در منطقه حادثه مستقر گردیده است.	
				111- اسکان و آب و غذای بهداشتی، تجهیزات گرمایشی و سرمایشی، توالت و حمام برای گروه‌های عملیاتی (حداقل برای ۲ روز) در آمادگاه تأمین‌شده است.	
				112- دپوی تجهیزات سخت و نرم‌افزاری و منابع انسانی لازم برای پشتیبانی از برنامه عملیاتی حادثه در سازمان مجری تمرین وجود دارد.	
				113- امکان عملی درخواست، خرید و ره‌گیری لوازم و تجهیزات فوری موردنیاز توسط سازمان‌های مشارکت‌کننده در تمرین وجود دارد.	
				114- 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 گرفته‌شده است.	

[1] Incident Command System

مدیریت عملیات درمان تمرین	115- 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 اعزام‌شده‌اند.				
	116- راهبری و هدایت مداوم آمبولانس‌ها و سایر گروه‌های عملیاتی توسط دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی در حال انجام هست.				
	117- ثبت زمان فراخوان، اعزام، رسیدن به محل، اعزام به بیمارستان و پایان مأموریت‌ها ناوگان آمبولانس‌ها توسط دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی در حال انجام است.				
	118- طی پاسخ به حادثه فرضی، دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی با واحد هدایت عملیات دانشگاه ارتباط مداوم درزمینه ارائه گزارش لحظه‌به‌لحظه شرایط حادثه را دارد.				
	119- ارتباط مداوم با فرمانده حادثه و دریافت مداوم اطلاعات توسط دیسپچ مرکز فوریت‌های پزشکی در حال انجام است.				
	120- اطلاعات مأموریت‌ها و مصدومین و اقدامات انجام‌شده توسط گروه فوریت پزشکی توسط مرکز پیام به‌طور مداوم ثبت و مستندسازی می‌شود.				
	121- 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.				
	122- نظارت بر توزیع مناسب مصدومین بین بیمارستان‌ها بر اساس ظرفیت آن‌ها، توسط ستاد هدایت عملیات دانشگاه در حال انجام است.				
	123- پایش لحظه‌به‌لحظه وضعیت بیمارستان‌ها و تهیه آمار و لیست مصدومین توسط ستاد هدایت عملیات دانشگاه در حال انجام است.				
	124- 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.				
	125- هماهنگی لازم بین ستاد هدایت عملیات دانشگاه و بیمارستان‌ها در زمینه اجرای فرایند فراظرفیت بیمارستان‌ها برای پذیرش بیشتر مصدومین وجود دارد.				
	126- دریافت و ارزیابی گزارش نهایی عملکرد بیمارستان‌ها و اعلام به مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه توسط ستاد هدایت عملیات انجام گردید.				
	127- کارکنان گروه تریاژ به تجهیزات و ملزومات فرایند تریاژ مانند (کاور، کیف و کارت‌های تریاژ و غیره) مجهز و به‌آسانی قابل‌شناسایی هستند.				
	128- کارکنان گروه تریاژ در فیلد حادثه، به انواع فن‌های تریاژ مصدومین (استارت، جامپ استارت، معکوس) در حوادث و بلایا تسلط کافی دارند.				
	129- تعداد اعضای گروه تریاژ متناسب با نوع و سطح تمرین و مطابق با برنامه عملیاتی در نظر گرفته‌شده است.				
	130- گزارش فعالیت‌های گروه تریاژ به تفکیک اولویت به‌طور مداوم به فرمانده حادثه برای مدیریت حادثه ارسال می‌شود.				
	131- سیستم استانداری برای ردیابی مصدومین منتقل‌شده از مکان تمرین به مراکز درمانی وجود دارد.				

مدیریت عملیات بهداشت تمرین	132- نظام مراقبت بیماری‌های واگیر (منابع انسانی-دستورالعملها-فرمها-تجهیزات) در منطقه تمرین استقراریافته است.			
	133- برنامه عملیاتی پاسخ و دستورالعمل مناسب برای کنترل بیماری‌های واگیر در منطقه حادثه تدوین و در حال اجراست.			
	134- نظام مراقبت و دستورالعمل‌های استانداردی به‌منظور رصد و کنترل طغیان بیماری‌های واگیر در منطقه حادثه طراحی‌شده است.			
	135- سرشماری و ارزیابی جمعیت آسیب‌دیده ازنظر نوع واکسن موردنیاز و اجرای برنامه واکسیناسیون انجام‌شده است.			
	136- نظام مراقبت بیماری‌های غیر واگیر در منطقه حادثه استقراریافته و جمعیت هدف برنامه‌های غیر واگیر برآورد یا سرشماری شده است (مبتلایان دیابت-مبتلایان فشارخون بالا-بیماران قلبی-تالاسمی-آسم).			
	137- برنامه عملیاتی پاسخ و دستورالعمل مناسب برای کنترل بیماری‌های غیر واگیر در منطقه حادثه تدوین و در حال اجرا است.			
	138- داروهای اساسی مطابق با (EOP) برای کنترل بیماری‌های واگیر و غیر واگیر در منطقه حادثه تدارک دیده‌شده است.			
	139- 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.			
	140- 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 توزیع‌شده، تغذیه گروه‌های آسیب‌پذیر) مشخص و در حال انجام است.			
	141- برنامه عملیاتی پاسخ بهداشت محیط در منطقه حادثه (برنامه سم‌پاشی برای کنترل و دفع جا نواران 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.			
	142- 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.			
	143- برنامه عملیاتی پاسخ بهداشت خانواده در منطقه حادثه ازجمله 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.			
	144- برنامه واکسیناسیون برای ایمن‌سازی کودکان موجود و زنجیره سرد برای نگهداری و انتقال واکسن‌ها رعایت شده است.			
	145- آموزش عمومی لازم از طریق پمفلت، پوستر، کتابچه و تجهیزات بازی کودکان (دفتر نقاشی، مداد رنگی، توپ و...) درزمینهٔ حمایت‌های روانی -اجتماعی برای گروه‌های مختلف سنی و جنسی وجود دارد.			
	146- غربالگری افراد برای دریافت خدمات روانی-اجتماعی (فردی، گروهی) و یا نیازمند به اعزام فوری به مراکز تخصصی انجام‌گرفته است.			
	147- ارزیابی سریع وضعیت آزمایشگاه‌های بهداشتی در منطقه صورت گرفته و در صورت لزوم آزمایشگاه سیار در منطقه استقراریافته است.			
	148- برنامه عملیاتی مدونی برای انجام آزمایش‌ها لازم بهداشتی تدوین و در حال اجرا هست.			
	149- تجهیزات لازم برای تهیه و ارسال نمونه‌های آزمایشگاهی واحدهای بهداشتی (مبارزه بابیماریها-بهداشت محیط) در دسترس است.			
	150- دسترسی به کیت‌های تشخیص سریع برای شناسایی بیماری‌ها و مواد خطرناک در آزمایشگاه وجود دارد.			

چک‌لیست ارزشیابی مرحله بلافاصله پس از اجرای تمرین‌های حوزه سلامت در حوادث و بلایا

ابعاد	گویه	0	1	2
ارزیابی و گزارش‌گیری تمرین	151-پس از اتمام تمرین ظرف 30 دقیقه جلسه بازخورد فوری تمرین[1] در مرکز هدایت عملیات سازمان مجری برگزار شد.			
	152-نمایندگان تمام واحدهای درون و برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین در جلسه ارزیابی پس از تمرین حضور دارند.			
	153-برنامه گزارش‌گیری یا بازگویی[2] تمرین به‌موقع و متناسب با برنامه توالی زمانی رخداد سناریو با حضور اعضای گروه ارزیابی تمرین انجام‌شده است.			
	154-جلسه تهیه گزارش بعد از اقدام[3] شامل گزارش مدیران تمرین، گزارش مشارکت‌کنندگان تمرین، گزارش سازمان‌ها همکار و پشتیبان و گزارش گروه برنامه‌ریزی تمرین برگزار شد.			
	155-برگه‌های نقد تمرین برای دریافت انتقادات و پیشنهادها در اختیار مشارکت‌کنندگان تمرین قرار داده‌شده است.			
	156-بعد از اتمام تمرین برگه‌های خود ارزشیابی در اختیار مشارکت‌کنندگان برای دریافت اطلاعات و آشنایی آن‌ها از عملکرد خود قرار داده‌شده است.			
	157-فیلم و تصاویر گرفته‌شده از اجرای تمرین برای افراد حاضر در جلسه (Hot Wash) برای کمک به ارزشیابی بهتر تمرین به نمایش گذاشته شد.			
	158-پس از اتمام تمرین تطبیق فعالیت‌های تمرین با اهداف تعیین‌شده موردبررسی و میزان دستیابی به اهداف موردنظر مشخص‌شده است.			
	159-چالش‌های اجرایی برنامه عملیاتی حادثه توسط مدیران واحدهای مشارکت‌کننده در تمرین مورد نقد و بررسی قرار گرفت.			
	160-در جلسه بازخورد فوری تمرین گزارش‌ها و توصیه‌های پایانی اجرای تمرین توسط گروه برنامه‌ریزی برای کسب درس آموخته تهیه‌شده است.			
	161-جمع‌بندی نهایی و گزارش بعد از تمرین در اختیار تمامی واحدهای درون و برون‌سازمانی مشارکت‌کننده در تمرین قرار داده شد.			

[1] Hot Wash

[2] Debriefing

[3] After-Action Reort

اصلاح برنامه‌ها و ارتقاء کارکردهای عملیاتی تمرین	162-برنامه‌ریزی لازم برای تشکیل جلسه گزارش‌گیری یا بازگویی تأخیری[1] برای یک هفته پس از اتمام تمرین انجام گردید.			
	163-نقاط ضعف و قوت برنامه عملیاتی پاسخ سازمان شناسایی و راه‌کارهای پیشنهادی اعضای گروه تمرین برای بهبود نقاط ضعف لیست و اولویت‌بندی گردید.			
	164-برنامه و زمان‌بندی لازم برای اجرای راه‌کارهای اصلاحی برنامه عملیاتی حادثه در نظر گرفته شد.			
	165-تقسیم‌کار لازم برای اجرای راه‌کارهای فوق بین سازمان‌های واحدهای مشارکت‌کننده در تمرین انجام گردید.			
	166-منابع لازم برای اجرای فعالیت‌های اصلاحی برنامه عملیاتی حادثه توسط سازمان مسئول در نظر گرفته‌شده است.			
	167-فرد یا افراد متخصصی برای پیگیری برنامه فوق و اجرای صحیح این فعالیت‌ها در نظر گرفته‌شده است.			
	168-برنامه‌ریزی لازم برای بازبینی برنامه عملیاتی حادثه (IAP) و اصلاح فرایندهای پاسخ به حادثه بر اساس نتایج ارزیابی‌ها و طراحی اقدامات مداخله انجام گردید.			
	169-برنامه‌ریزی لازم برای اصلاح و تغییر ساختارهای سازمانی توسط گروه برنامه‌ریزی تمرین بر اساس نتایج ارزشیابی انجام گردید.			
	170-دستورالعمل لازم برای تشویق واحدهای مجری برنامه اصلاحی پیشنهادی جلسه‌ها واش برای برطرف نمودن نقاط ضعف عملکردی تنظیم‌شده است.			
	171-مکانی فیزیکی یا الکترونیکی مناسب برای حفظ و نگهداری مستندات تمرین در مرکز هدایت عملیات تعیین‌شده است.			
	172-گزارش کلی از کلیه اطلاعات مربوط به فرایند کلی تمرین (طراحی، اجرا و پس از تمرین) مستند و ذخیره‌شده است.			
	173-فرایند برگشت به حالت اولیه یا فاز بازیابی تمرین به شکل صحیح و گام‌به‌گام انجام و مستندات موجود است.			
	174-پس از اتمام تمرین فرایندی برای تقدیر تشکر از کلیه افراد مشارکت‌کننده در تمرین وجود دارد.			

[1] Cold Debriefs

ابزار شماره‌ی دوازده

ابزار جامع اعتباربخشی بیمارستانی مدیریت خطر حوادث و بلایا

بیمارستان‌ها با توجه به ماهیت و شرایط خاصی که دارند ازجمله وابستگی بیماران بستری به تجهیزات پزشکی حیاتی، ناتوانی بیماران در هنگام وقوع حادثه جهت پناه و گریز، وجود دستگاه‌های حساس، وجود مواد خطرناک و خطرساز، در معرض انواع حوادث داخلی ازجمله 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 هرلحظه 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 (HDRME1) دارای هشت محور اصلی (مدیریت و رهبری، ارزیابی خطر، برنامه‌ریزی، پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ، بازیابی و نتایج کلیدی عملکرد)، 27 زیر محور، 58 استاندارد و 196 سنجه است. جهت طراحی این ابزار از مرور مطالعات، استانداردهای بین المللی و تجارب ملی و گروه خبرگان برای تایید روایی مدل ، ابعاد مدل و استانداردها استفاده گردید(38).

[1] Hospital Disaster Risk Management Evaluation (HDRME)

محور	زیرمحور	استاندارد	سنجه	امتیاز (0–5)
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 برنامه ها و دستورالعملهای مدیریت خطر حوادث و بلایا حضور دارند.	
			برنامه ها، قوانین، مقررات، روشهای اجرایی و دستورالعملهای مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین و ابلاغ شده است.	
			مدیران ارشد بر رعایت قوانین و مقررات و دستورالعملهای مدیریت خطر حوادث و بلایا نظارت می نمایند.	
		مدیران ارشد بیمارستان منابع لازم را برای اجرای برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا تأمین می کنند.	منابع لازم برای اجرای برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا تخصیص داده شده است.	
			بر هزینه کرد منابع برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا نظارت می شود.	
		مدیران ارشد بیمارستان از افراد مشارکت کننده در اجرای برنامه ها، حمایت می کنند.	افراد و کارکنان در تصمیم گیریهای مرتبط با مدیریت خطر حوادث و بلایا مشارکت داده می شوند.	
			خدمات کارکنان در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا جبران شده و از آنها قدردانی و حمایت می شود.	
			بیمه مسئولیت برای کارکنان و داوطلبین پیش بینی شده است.	
	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 می نمایند. نظیرآتش نشانی، اورژانس 115، پلیس منطقه، سایر بیمارستانها، معاونت درمان و دانشگاه	
			بیمارستان جلسات هماهنگی را با سازمانهای مردم نهاد (سمن ها) برگزار می نمایند.	
			بیمارستان توافق نامه هایی برای همکاری،تأمین منابع، آموزش و تخصیص نیرو و ....با سایر نهادها تنظیم نموده است.	
			برنامه های آموزشی برای ارتقاء سطح آگاهی و دانش جامعه در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا اجرا می شود.	
		مدیران ارشد مشارکت جامعه را برای جذب منابع و داوطلبین ایجاد می کنند.	فرصت های بالقوه همکاری و تأمین منابع، شناسایی و منابع برای کمک در شرایط حوادث و بلایا جذب می شود.	
			برنامه مشارکت داوطلبین برای کمک در شرایط حوادث و بلایا تدوین و اجرا شده است.	
	سازمان دهی	**کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با حضور مدیران ارشد بیمارستان برگزار می شود.**	کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با با حضور مدیران ارشد بیمارستان و مشارکت فعال اعضاء بصورت ماهیانه تشکیل می شود.	
			دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مسئولیت پیگیری و پایش برنامه های مدیریت خطر بیمارستانی را برعهده دارد.	
			عملکرد کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بصورت دوره ای پایش می شود.	
		سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان تدوین شده است.	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 (HCC) با امکانات لازم در بیمارستان پیش بینی شده است.	مرکز هدایت عملیات فوریت(HCC) در مکانی محافظت شده، ایمن و در دسترس قرار دارد.	
			امکانات لازم برای مرکز هدایت عملیات فوریت فراهم است.	
			بیمارستان با مشارکت مدیران و کارکنان/ مسئولین واحدها و دفتر فنی ، مخاطرات داخلی خود را با استفاده از	

ارزیابی خطر	شناسایی و اولویت بندی مخاطرات	مخاطرات داخلی و خارجی بیمارستان شناسایی و اولویت بندی شده است.	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، اپیدمی ها 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.	
	شناسایی آسیب پذیری ها و نقاط قوت	آسیب پذیری ها و نقاط قوت بیمارستان شناسایی می شود	آسیب پذیری های بیمارستان در برابر حوادث و بلایا شناسایی و مستند شده است.	
			نقاط قوت بیمارستان و جامعه در برابر حوادث و بلایا شناسایی می شود.(استخراج ظرفیت های داخلی و خارجی)	
			اثرات احتمالی مخاطرات اولویت بندی شده بر سلامتی افراد، اموال و ارائه خدمات ثبت شده است.	
	تحلیل خطر	بیمارستان اولویت بندی خطرِحوادث و بلایا را انجام می دهد.	بیمارستان خطرات شناسایی شده در بررسی مخاطرات و آسیب پذیری (HVA) را مستند نموده است.	
			خطرات شناسایی شده محاسبه و اولویت بندی می شوند.	
برنامه ریزی	تدوین برنامه	برنامه پاسخ به حوادث و بلایا با رویکرد تمام مخاطرات و با مشارکت ذینفعان جامعه تدوین شده است.	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، منطقه ای و استانی ، مراکز اورژانس و نمایندگان سایر سازمان های خدمات بهداشتی تدوین می شود.	
			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 برنامه های 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 با رویکرد مخاطرات ویژه (احتمال وقوع بالا) تدوین شده است.	برنامه مدیریت خطر حوادث و بلایا برای مخاطرات ویژه با مشارکت کارکنان، افراد جامعه/ ذینفعان جامعه ، مقامات دانشگاه، سازمانهای همکار محلی، منطقه ای و استانی ، مراکز اورژانس و نمایندگان سایر سازمان های خدمات بهداشتی تدوین می شود.	
			برنامه ریزی مدیریت خطر حوادث و بلایا برای مخاطرات ویژه مبتنی بر سناریو تدوین شده است.	
			برنامه مخاطرات ویژه شامل برنامه های پیشگیری و کاهش اثر، آمادگی، پاسخ، تداوم خدمات حیاتی و بازیابی است.	

	پایش و ارزشیابی برنامه ها	برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا پایش می شوند.	پیشرفت برنامه ها از طریق اندازه گیری شاخص های عملکردی برنامه بصورت فصلی ارزیابی می شود.	
			برنامه ها بصورت دوره ای تمرین شده و نتایج ارزیابی آنها منجر به بازنگری برنامه می شود.	
		اثربخشی برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی می شوند.	دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه بصورت فصلی بررسی و تحلیل می شود.	
			بازنگری برنامه ها براساس نتایج تمرین های برگزار شده، پایش برنامه و یا تغییر در نتایج ارزیابی خطر انجام می شود.	
پیشگیری و کاهش اثر	ایمنی سازه ای	بیمارستان براساس استانداردهای ایمنی ساختمان، به صورت ایمن ساخته و تعمیر شده است	شواهد و مستندات نشان می دهند که استانداردهای ایمنی و مقاوم سازی در ساختمان بیمارستان رعایت شده است.	
			شواهد و مستندات نشان می دهند که استانداردهای ایمنی در تعمیرات ساختمان رعایت شده است.	
			شواهد و مستندات نشان می دهند که قبل از تغییر کاربری ها، توسعه فضای فیزیکی جدید و نصب تجهیزات پزشکی سنگین مثل CT scan،MRI، مطالعات مقاوم سنجی صورت پذیرفته است.	
		ارزیابی های دوره ای از وضعیت ایمنی ساختمان انجام می شود	برنامه ارزیابی های دوره ای از وضعیت ایمنی ساختمان و سازه ها اجرا می شود.	
			نتایج ارزیابی ها منجر به انجام مداخلات به موقع و اصلاح وضعیت ایمنی ساختمان می شود.	
	ایمنی غیرسازه ای	اقدامات ارزیابی، نگهداری و امنیت زیرساختها و تأسیسات 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 می شود.	
			سوابق بازدیدهای دوره‌ای از تأسیسات و تجهیزات بیمارستان بیانگر مداخلات به موقع در رفع نواقص و مشکلات است.	
		اقدامات ارزیابی، نگهداری و امنیت تجهیزات الکتریکی بیمارستان اجرا می‌شود.	دستورالعمل "ایمنی تجهیزات الکتریکی"(تابلوهای برق، سیم کشی، تابلو برق ایزوله در اتاقهای عمل و بخشهای ویژه) تدوین شده و براساس آن عمل می شود.	
			دستورالعمل "کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم‌های تأمین کننده برق اضطراری" تدوین شده و براساس آن عمل می‌شود.	
		اقدامات پیشگیری و کنترل اتش 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، فایرباکس ها و ...) در تمامی بخش‌ها/واحدها/ فضاها مشخص و دردسترس 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	

	ایمنی محیط	**بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان فراهم می کند**	شده است.	
			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.	
		اقدامات امنیتی برای پیشگیری از بروز حوادث عمدی اجرایی می گردد. (اقدامات پدافند غیرعامل)	اقدامات امنیتی شامل ساختارها و موانع فیزیکی، کنترل دسترسی ها، استفاده از قفل ها و آژیرها ، سیستمهای دوربین مداربسته برای منطقه های 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.	
			برنامه ایمنی بر سیستمهای ارتباطی (شبکه های کامپیوتری ، سایت بیمارستان ، سیستم HIS تدوین شده و به روز رسانی می شود.	
		گزارش دهی حوادث در بیمارستان اجرا می شود	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 خطرِ حوادث و بلایا بررسی و تحلیل شده و اقدامات اصلاحی انجام شده است.	
آمادگی	آموزش و تمرین	**بیمارستان کارکنان را برای نقشهای تعیین شده آنها در مدیریت خطرحوادث و بلایا آموزش می دهد.**	نیازسنجی جهت آموزشهای عمومی کلیه کارکنان (بدو ورود و حین خدمت) در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا بصورت سالیانه و طبق برنامه انجام می شود.	
			آموزشهای تخصصی برای کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند، برحسب شرح وظایف و مسئولیت های آنها داده می شود.	
			برای کارکنان بالینی منتخب (تیم) دوره های آموزشی تخصصی رفع آلودگی CBRN و نحوه مراقبت از این بیماران برگزار شده است.	
			برای داوطلبین دوره های آموزشی متناسب با نقش ها و مسئولیت های آنان برگزار می شود.	
			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.	
			برنامه های آموزشی بصورت دوره ای و براساس نتایج ارزشیابی اثربخشی، مورد بازبینی قرار می گیرد.	
		برنامه های مدیریت حوادث و بلایا بصورت منظم تمرین می شود.	تمرین ها براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریوهای محتمل بلایا برنامه ریزی و اجرا می شود.	
			تمرین ها با مشارکت پزشکان متخصص، مدیران، پرستاران و سایر پرسنل و بصورت سالیانه بر اساس دستورالعمل برگزار می شود.	
			تمرین ها بصورت دورمیزی و عملکردی با مشارکت افراد و سایر سازمانهای خدمات فوریت برگزار شده است.	

			نتایج پایش تمرینها در جلسه Debriefing ارائه و تحلیل می شود و در صورت لزوم برنامه ها بازنگری می شوند.	
	افزایش ظرفیت	**افزایش ظرفیت در حیطه فضای فیزیکی انجام می شود.**	مکانهایی که برای مراقبت، درمان و ارائه خدمات جایگزین برای بیماران در حین فوریتها در بیمارستان می توان استفاده نمود(اتاق بیماران، راهروها، بخشهای بستری ، فضای باز بیمارستان و ....) شناسایی و مستند شده اند.	
			مکانی برای نگهداری موقت بیماران نزدیک به ترخیص وجود دارد / پیش بینی شده است.	
			فضای لازم جهت وسائل امدادی (آمبولانس، پد بالگرد و ...) پیش بینی شده است.	
			سازه های 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 کاربری ها و موضوع تفاهم نامه ها در زمان حوادث و بلایا مطلع هستند.	
		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 بروزرسانی شده از کارکنان و شماره های تماس آنها برای فراخوان، موجود است.	
			لیست بروزرسانی 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 بلایا و محل استقرار آنها را مستند کرده است.	
			بیمارستان برنامه ای برای افزایش تعداد تخت های بیمارستانی در زمان بروز حوادث و بلایا دارد.	
			وسایل و تجهیزات پزشکی لازم برای افزایش تختهای 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 72 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 ومنابع مورد نیاز برای انتقال بیماران در زمان حوادث پیش بینی شده اند.	
			بیمارستان قراردادهایی با فروشندگان و شرکتها برای تأمین سریع نیازهای داروئی، 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 افزایش خدمات درمانی انجام می شود.	دستورالعمل اولویت بندی خدمات و لغو خدمات غیر ضروری (جراحی الکتیو) در زمان بروز حوادث و بلایا 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.	
	سامانه هشدار اولیه	**سامانه هشدار اولیه طراحی و اجرا 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 فوریتها 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 پاسخ‌دهی به مخاطرات داخلی و خارجی تدوین شده است.	
پاسخ	**سطح بندی حادثه و فعال سازی**	**فعال سازی برنامه های مدیریت حوادث و بلایا، منطبق با سطح حادثه انجام می شود.**	شاخصهای شروع پاسخ فوریت و فرد مسئول در بیمارستان مشخص شده است.	
			براساس دستورالعمل"نحوه فعال سازی برنامه پاسخ" فعال سازی HICS و برنامه در بیمارستان انجام می شود.	
			فرایند فراخوان کارکنان براساس سطح فعال سازی انجام می شود.	
			فرایند انجام ارزیابی سریع بیمارستانی (اطلاعات اولیه حادثه، وضعیت موجود بیمارستان و نیاز به منابع) تدوین شده است.	
		سیستم های ارتباطی درون و برون سازمانی متناسب با شرایط حادثه پیش بینی شده است.	شماره های ارتباطی با مراکز امدادی،EOC دانشگاه، سایر بیمارستانها، آتش نشانی و .... و مسیرهای ارتباط با آنها در دسترس است.	
			روشهای ارتباطی جایگزین پیش بینی شده و در مواقع لزوم فعال می شود.	
			فرد مسئول برای اطلاع دادن به مرکز مدیریت فوریت منطقه و .... تماس با مقامات محلی مشخص شده است.	
	مدیریت مصدومین	**پذیرش مصدومین در زمان بروز حوادث و بلایا انجام می پذیرد.**	افزایش ظرفیت تختهای بیمارستان براساس دستورالعملهای "افزایش خدمات درمانی" اجرا می شود.	
			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 شده است.	
		درمان مصدومین در زمان بروز حوادث و بلایا انجام می پذیرد.	ارائه خدمات بالینی به مصدومین براساس تریاژ انجام شده صورت می گیرد.	
			نحوه انتقال مصدومین به بیمارستان های دیگر و یا ترخیص به مراقبت در منزل مشخص شده است.	
			فرایند ترخیص مصدومین مشخص شده است.	

			بیمارستان نیازهای بهداشتی مصدومین را مدیریت می کند.	
			امکانات اسکان موقت برای همراهان مصدومین وجود دارد. (سازه موقت،چادر، پتو، کیسه خواب و ...)	
		مدیریت اجساد بیماران انجام می شود	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.	
	مدیریت کارکنان و داوطلبین	**نقشها و مسئولیتهای کارکنان تعیین شده است.**	هماهنگی فعالیتها و اجرا در طی حوادث براساس سامانه فرماندهی حادثه اجرایی می شود.	
			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.	
		امکانات و شرایط کاری برای کارکنان و داوطلبین فراهم می شود.	برنامه پیشگیری از خستگی کارکنان (چرخش در شیفت و بخش) و خودمراقبتی اجرایی می شود.	
			نیازهای حمایتی خانواده کارکنان (نگهداری از بچه، سالمند) در شیفتهای طولانی شناسایی و تأمین می شود.	
			نیازهای بهداشتی کارکنان شناسایی و تأمین می شود.	
			برنامه برای اسکان نیروهای داوطلب وجود دارد.	
		نظارت بر عملکرد کارکنان و داوطلبین انجام می شود.	نظارت بر حضور و غیاب پرسنل در حین حوادث صورت می گیرد.	
			نحوه نظارت برعملکرد ارائه دهندگان خدمت (کارکنان و داوطلبین) کارکنان در حین فوریت ها تعیین شده است.(به طور مثال نظارت مستقیم ، مشاوره و یا با بازبینی پرونده های پزشکی)	
	مدیریت منابع	**منابع و دارایی های بیمارستان در حین حوادث و بلایا مدیریت می شوند.**	فرایند تأمین و جایگزینی منابع و تجهیزات مورد نیاز در مرحله پاسخ و بازیابی از طریق دسترسی به انبارهای بیمارستان تدوین و اجرایی می شود.	
			در صورت لزوم تأمین و جایگزینی فوری منابع از طریق تأمین کنندگان خدمات، تجهیزات در طی حوادث و بلایا صورت می گیرد.	
			بیمارستان تعداد منابع و دارایی های خود را در طی فوریت پایش می کند.	
			بیمارستان با سایر بیمارستانها جهت به اشتراک گذاری منابع و دارایی ها ارتباط برقرار می کند.	
			منابع و دارایی های که از سایر مراکز بهداشتی درمانی خارج از جامعه دریافت می شود ، پایش و ثبت می شود.	
	مدیریت اطلاعات	**بیمارستان به جامعه و یا رسانه ها در طی فوریت ارتباط برقرار می کند.**	بیمارستان دارای نظام ثبت اطلاعات در پاسخ به حوادث و بلایا می باشد.	
			اطلاعات بصورت سازمان یافته منتشر می شود.	
			محلی برای اطلاع رسانی و ارتباط با رسانه ها مشخص شده است.	
			فردمسئول، محتویات و نوع اطلاع رسانی را با هماهنگی فرمانده حادثه مرکز تدوین می کند.	
		اطلاعات بیماران مدیریت می شود.	بیمارستان با سایر سازمانهای خدمات بهداشتی برای پیگیری اسامی مصدومین، وضعیت درمانی ارتباط برقرار می کند.	
			ردیابی مصدومین پذیرش شده در بیمارستان و اطلاع رسانی به مراجعین و همراهان در خصوص وضعیت مصدوم انجام می شود.	

			بایگانی و حفاظت از پرونده بیماران بصورت ایمن و محرمانه انجام می شود.	
			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 می شود.	
		امنیت بیمارستان در حین فوریتها تأمین می شود.	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 خروجی های 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.	
	ایمنی و حفاظت	**تخلیه بیماران بصورت ایمن انجام می شود.**	شاخصهای اعلام تخلیه بخش و یا بیمارستان و نوع تخلیه مشخص شده و افراد از آن مطلع هستند.	
			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 می شود.	
		ایمنی بیمارستان از طریق اقدامات کنترلی و برنامه های بهداشتی فراهم می شود.	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 می کند.	
			تیم بهداشتی بیمارستان بر سیستم تصفیه خانه فاضلاب نظارت می کند.	
			تیم بهداشتی بیمارستان بر دفع پسماند و مواد خطرناک نظارت می کند.	
			نحوه جمع آوری و دفع زباله های مواد رادیواکتیو در بیمارستان مشخص شده است.	
			تیم بهداشتی بیمارستان نظام کنترل بیماریهای واگیردار را اجرا می نماید.	
			در صورت بروز اپیدمی بیمارستان اتاقهای ایزوله را برای بیماران فراهم می کند.	
			بیمارستان ایزوله رادیواکتیو، بیولوژیکی و شیمیایی و آلودگی زدایی آن را فراهم می کند.	
بازیابی	**تداوم خدمات حیاتی**	**بیمارستان خدمات حیاتی خود را در طی حوادث و بلایا ادامه می دهد**	خدمات حیاتی بیمارستان تعیین شده و روش های تداوم ارائه این خدمات درمانی در زمان وقوع حادثه پیش بینی و اجرایی می شود.	
			سیستم های پشتیبان برای تداوم خدمات حیاتی در حوادث و بلایا تعریف شده اند.	
			بخشهای حیاتی بیمارستان توان تأمین منابع (فضا- تجهیزات و نیروی انسانی) برای ارائه خدمت تا 72 ساعت را دارند.	
		بازگشت به وضعیت عادی در بیمارستان متطبق با دستورالعملها اجرا می شود	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 می شود.	
		بازسازی پس از حوادث و بلایا در بیمارستان	ارزیابی بیمارستان از لحاظ سازه ای و غیر سازه ای انجام شده و اولویتهای آن مشخص می شود.	
			تمهیدات لازم برای برای جایگزینی منابع از دست رفته (تجهیزاتی، منابع نیروی انسانی، مواد مصرفی، ترمیم	

	برگشت به وضعیت عادی	انجام می گیرد	خسارتها و...)اجرایی می شود.	
			بازسازی و تأمین زیرساختها و تجهیزات انجام می شود.	
		مدیریت منابع مالی انجام می شود	برنامه ثبت و ردیابی هزینه ها در شرایط اضطرار انجام می شود.	
			برآورد خسارات،تلفات و هزینه های ناشی از حادثه، ثبت دقیق اطلاعات و مستندسازی هزینه های مربوط به حادثه انجام می شود.	
			تامین منابع مالی برای جبران خدمات پرسنل انجام می شود.	
	حمایت از مصدومین و کارکنان	بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان مصدومین و خانواده هایشان را تأمین می نماید	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 می دهد.	
			بیمارستان از تیم های تخصصی (مددکاران، مشاورین و روحانیون)برای ارائه خدمات حمایتی روانی به مصدومین و خانواده آنها بصورت کوتاه مدت و بلندمدت استفاده می نماید.	
		بیمارستان نیازهای خدمات حمایتی و بهداشت روان کارکنان و خانواده هایشان را تأمین می نماید	پایش وضعیت جسمی و روانی کارکنان درگیر در حوادث و بلایا بصورت دوره ای انجام می شود.	
			برنامه های کوتاه مدت و بلند مدت برای اصلاح آسیبهای جسمی و روانی کارکنان تدوین و اجرا می شود.	
			بیمارستان افراد مشارکت کننده در مدیریت حادثه (کارکنان - داوطلبین) را مورد تشویق و حمایت قرار می دهد.	
	توسعه پایدار	تحلیل عملکرد بیمارستان پس از حادثه انجام می شود	پس از حوادث داخلی و خارجی گزارش عملکرد بیمارستان و سازمانهای همکار در جلسه با حضور اعضاء تحلیل می شود.	
			گزارش ها تجزیه و تحلیل، نواقص برنامه و اجرای آن تعیین شده و درس آموخته ها نیز مستند می شود.	
		بازنگری برنامه ها براساس درس آموخته ها انجام می شود	بازنگری برنامه ها و اجرای اقدامات اصلاحی براساس درس آموخته ها انجام می شود.	
			تغییر در برنامه- افراد - سامانه فرماندهی حادثه- اصلاح پروتکلها و گایدلاینها - اصلاح سیاستها براساس تحلیل داده ها انجام شده است.	
نتایج کلیدی عملکرد	نتایج برای سازمان	بیمارستان توانایی لازم در سرعت انتقال از شرایط عادی به شرایط بحرانی و بالعکس را دارد	فعال شدن برنامه های 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 10 درصد تختهای موجود خود را دارد.	
		اجرای برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا منجر به حفظ و ارتقاء فعالیتهای سازمان می شود	اجرای برنامه های مدیریت خطر باعث کاهش بروز حوادث های داخلی در بیمارستان شده است.	
			تحلیل پس از حادثه و درس آموخته ها منجر به اصلاح پروتکلها، روشهای اجرایی و قوانین و فرایندهای بیمارستان شده است.	
			ارزیابی عملکرد بیمارستان در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا بیانگر بهبود مستمر فعالیتها است.	
	نتایج برای	اجرای برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا منجر به حفظ ایمنی و ارتقاء مهارت و دانش کارکنان می شود	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.	
		اجرای برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا	در صورت بروز حادثه مجدد، کارکنان بصورت داوطلبانه تمایل به همکاری با بیمارستان در برنامه های مدیریت	

	کارکنان	رضایتمندی کارکنان را تأمین می نماید	خطر حوادث و بلایا را دارند.	
			اجرای برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا موجب افزایش رضایتمندی کارکنان شده است.	
	نتایج برای جامعه	اجرا ی برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا منجر به حفظ و ارتقاء سلامت مصدومین حادثه 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.	
		اجرای برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا مشارکت جامعه را ایجاد نموده است	نهادها و سازمانها در برنامه های مدیریت خطر بیمارستان مشارکت فعال دارند.	
			دانش افراد جامعه در مقابله با حوادث و بلایا ارتقاء یافته است.	

جدول امتیازدهی	
هیچ شواهدی وجود ندارد.	0
شواهد خیلی کمی وجود دارد. عمل مورد نظر در واحدهای محدودی به کار گرفته شده است.	1
تا حدودی شواهدی موجود است. • عمل مورد نظر به تازگی در برخی از واحدها به کار گرفته شده است.	2
همه شواهد مورد نیاز وجود دارد /عمل مورد نظر در برخی از واحدها به کار گرفته شده است.	3
همه شواهد مورد نیاز وجود دارد /نتایج خوبی در بیشتر واحدها مشهود است	4
نتایج عالی در تمام واحدها مشهود است	5

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

ابزار شماره‌ی سیزده

ابزار ارزیابی آمادگی بیمارستانی در حوادث بیولوژیک

چک لیست حاضر شامل **147 گویه** با هدف **"ارزشیابی آمادگی بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک" با سه تم (ظرفیت، قابلیت و شایستگی)** و **8 بعد اصلی** و **20 بعد فرعی** که شامل توسعه ساختارهای مدیریتی **(برنامه ریزی، سازماندهی، الزامات قانونی)**، افرایش 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**(تریاژ بیولوژیک، مدیریت تشخیص و درمان و مدیریت اجساد)** و تاب آوری بیمارستان **(استمرار عملکرد و سرویس های حمایتی ضروری)** طراحی شده است.

راهنما:

ارزیابی گویه ها بصورت لیکرت 3 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: برنامه های و فرایندها، توافق ها و تدابیرها وجود دارد و مکتوب شده است، در دسترس است و عملیاتی می شود، برنامه ها و فرایند ها تمرین، بازبینی 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، برنامه ها، توافق ها و تدابیرها وجود دارند؛ ولی بطور کامل عملیاتی نیستند و همیشه و به راحتی در دسترس نیستند، برنامه ها، فرایندها و ... تمرین، بازبینی و بروز رسانی نشده اند، 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 مسئولیت های خود را انجام نمی دهند و فعالیت ها بصورت کامل اجرا نمی شود، شرح وظایف بصورت کامل مشخص نشده است. ظرفیت عملیاتی محدود، سیستم جایگزین در نظر گرفته نشده است.

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

پروفایل اطلاعات بیمارستان

1- نوع بیمارستان:

خصوصی ⬭ تأمین اجتماعی ⬭ دولتی(آموزشی-درمانی) ⬭ نظامی(درمانی) ⬭

خیریه ⬭ نیروهای مسلح ⬭ سایر (لطفاً بنویسید): .....

2- تعداد تخت مصوب بیمارستان: ..... 3- تعداد تخت فعال بیمارستان: .....

4- تعداد پذیرش سالیانه بیمارستان : .....

5- تعداد کل کارکنان.....

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

6- نوع خدمات بیمارستان (عمومی، تک تخصصی، ثالثیه) .....

7-کل تعداد تخت های ICU: .....

تعداد تخت های ICU بزرگسالان: ..... تعداد تخت های ICU کودکان: .....

8- تعداد اتاق های ایزوله عادی ..... تعداد اتاق های ایزوله فشار منفی .....

9- آزمایشگاه میکروبیولوژی: بلی ⬭ خیر ⬭

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

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

پذیرش دهنده اصلی بیماران پذیرش دهنده کمکی و پشتیبان ⬭

12- آیا بیمارستان شما متخصص عفونی دارد ؟ بلی ⬭ خیر ⬭

13- آیا بیمارستان شما بخش عفونی دارد ؟ بلی ⬭ خیر ⬭

14- آیا بیمارستان شما مسئول کنترل عفونت دارد؟ بلی ⬭ خیر ⬭

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

16- آیا بیمارستان شما اپیدمیولوژیست دارد؟ بلی ⬭

"گویه های مربوط به ارزیابی ظرفیت آمادگی بیمارستانها در رویدادهای بیولوژیک"

درطول یکسال گذشته در مواجهه با وقایع بیولوژیک (تب کریمه کنگو، آنفلوآنزا، پاندمی کرونا و ...) ...

طبقه	زیر طبقه	گویه	مقیاس لیکرت		
توسعه ساختارهای مدیریتی	برنامه ریزی	1- انجام ارزیابی خطر جهت شناسایی مخاطرات بیولوژیک، آسیب پذیری ها و ظرفیت های داخلی و خارجی(HVA)[1]	کامل	تا حدودی	اصلا
		2- طراحی و تدوین برنامه آمادگی (سامانه هشدار اولیه، برنامه پاسخ عملیاتی، برنامه آموزش و برنامه تمرین) در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		3- طراحی و تدوین برنامه عملیات فوریت (EOP)[2] در پاسخ به رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		4- طراحی و تدوین برنامه تداوم خدمات حیاتی و بازیابی(بازتوانی و بازسازی) در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		5- طراحی و تدوین پروتکل های یکسان، مطابق با دستورالعمل های کشوری در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		6- پایش و بازنگری سالیانه فرایندها و پروتکل ها در رویدادهای بیولوژیک بر اساس نتایج تمرینات، تجارب و درس آموخته ها	کامل	تا حدودی	اصلا
		7- انجام هماهنگی راهبردی با ذی نفعان و تنظیم و عقد تفاهم نامه های بین سازمانی (جهت تامین منابع، آموزش، تخصیص نیرو و ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
	سازمانده ی	8- شرکت منظم و فعال در جلسات کارگروههای بیولوژیک در سطح دانشگاه	کامل	تا حدودی	اصلا
		9- ایجاد و تجهیز تیم‌های تخصصی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا

. Hazard vulnerability assessment1

Emergency Operations Plan (EOP) .2

	الزامات قانونی	10- طراحی و تطبیق سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی (HICS)[1] در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		11- تعیین شرح وظایف مدون(JAS)[2] و بصورت شفاف برای واحدها و پرسنل پاسخگو در رویدادهای بیولوژیک[3]	کامل	تا حدودی	اصلا
		12- سطح بندی بیمارستانها در رویدادهای بیولوژیک بر اساس ظرفیت بیمارستان و نوع مخاطرات بیولوژیک (سطح 1 و 2 و 3)[4]	کامل	تا حدودی	اصلا
		13- اجرای کامل استانداردهای آمادگی بیمارستانی و سنجه های اعتبار بخشی مرتبط با رویدادهای بیولوژیک (استانداردهای موجود)	کامل	تا حدودی	اصلا
		14- پایش اجرای عملیاتی استانداردها و سنجه ها ی اعتبار بخشی در بیمارستان بصورت سالیانه	کامل	تا حدودی	اصلا
		15- اجرای الزامات قانونی تصویب شده توسط سازمانهای بالادستی مثل وزارت بهداشت در خصوص قرنطینه کارکنان، بیماران و مراجعه کنندگان در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
	ساختار	16- مکان یابی و ایجاد دسترسی مناسب برای بیماران، ملاقات کنندگان در رویدادهای بیولوژیک (راهنمایی دسترسی بیماران و مشخص کردن مسیر های ورود و خروج)	کامل	تا حدودی	اصلا
		17- تعیین و شناسایی مکان های مراقبت جایگزین و نقاهتگاه بیمار با هماهنگی مقامات محلی (مثل هتل، سالن ورزشی، مدارس ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		18- تغییر کاربری و استفاده چند منظوره از فضای های بیمارستان به منظور مراقبت و درمان بیماران در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (اتاق بیماران، راهروها، بخش های بستری، فضاهای باز بیمارستان و ...).	کامل	تا حدودی	اصلا
		19- مشخص کردن فضای فیزیکی برای ذخیره منابع و تجهیزات اضافی در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		20- تعیین اتاق های ایزوله با تجهیزات و امکانات مناسب (ایزوله فشار منفی، ایزوله عادی) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		21- پیش بینی فضا برای ایزولاسیون گروهی (کوهورت) در صورت کمبود اتاق های ایزوله	کامل	تا حدودی	اصلا

[1] . Hospital incident command system

. Job Action Sheets 2

5. 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.

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

افزایش ظرفیت		22- طراحی و ایجاد مکان های آلودگی زدایی(سیار یا ثابت) در بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		23- تدوین دستورالعمل اولویت بندی خدمات و لغو خدمات غیر ضروری (جراحی های الکتیو) در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		24- تنظیم معیارهای پذیرش و ترخیص بر اساس اولویت بیماران و با توجه به ظرفیت فعلی تخت های بیمارستان	کامل	تا حدودی	اصلا
		25- پیش بینی و تمهیدات لازم برای افزایش تعداد تخت های بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		26- پیش بینی و تمهیدات لازم در خصوص افزایش ظرفیت واحدهای ارائه مراقبت ویژه (ICU) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		27- تقویت ظرفیت های پاراکلینیک بیمارستان (رادیولوژی، سونوگرافی، سی تی اسکن و ...) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		28- تدوین برنامه مدون شناسایی خیرین و موسسات خیریه و تدوین ساز وکار برای جذب مشارکت های مردمی و خیرین در رویدادهای بیولوژیک (تجهیزات، منابع و نقاهتگاهها ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		29- انجام، نظارت و پایش طرح های تحقیقاتی در بیمارستان با مشارکت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
	دارو ، تجهیزات و ملزومات پزشکی	30- تهیه فهرست موجودی از منابع، دارو و تجهیزات موجود و منابع مورد نیاز برای مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		31- پیش بینی و تامین تجهیزات ضروری و روش های جایگزین برای تامین منابع در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (تجهیزات حفاظت فردی ، دستگاههای تنفسی، مواد ضدعفونی و ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		32- پیش بینی زنجیره تامین و توزیع داروهای تخصصی و واکسیناسیون در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (تفاهم نامه با شرکت های دارویی)	کامل	تا حدودی	اصلا
		33- 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 ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		34- نظارت بر فرایند خرید و تدارک تجهیزات و ارزیابی کیفیت اقلام خریداری شده با تایید کمیته خرید بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		35- ارزیابی و افزایش ظرفیت داروخانه بیمارستان جهت تامین داروهای مورد نیاز بیماران سرپایی و بیماران بعد از ترخیص در منزل یا نقاهتگاه	کامل	تا حدودی	اصلا

		36- طراحی و تجهیز آمبولانس های ویژه رویدادهای بیولوژیک به منظور انتقال بیماران مبتلا یا مشکوک بصورت ایمن با هماهنگی اورژانس پیش بیمارستانی	کامل	تا حدودی	اصلا
		37- شناسایی وعقد قرارداد با شرکت ها و فروشندگان جایگزین برای تامین منابع، دارو و تجهیزات در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
	کارکنان و داوطلبان	38- تهیه لیست به روز شده کارکنان و داوطلبان و شماره های تماس آنها برای فراخوان	کامل	تا حدودی	اصلا
		39- بکارگیری وآموزش کارکنان اضافی با توجه به نیاز های پیش بینی شده در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		40-کنترل حضور و غیاب کارکنان در رویدادهای بیولوژیک (رسیدگی به غیبت کارکنان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک)	کامل	تا حدودی	اصلا
		41- طراحی پروتکل مدیریت کارکنان و داوطلبان مشکوک یا مبتلا به بیماری (نحوه شناسایی، نظارت و گزارش) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		42- شناسایی و تامین نیازهای حمایتی خانواده کارکنان (مراقبت از کودک، معلول یا سالمند) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		43- استفاده از تیم های تخصصی(مشاوران روانشناختی، مددکاران و روحانیون) برای ارائه خدمات حمایت روانی به خانواده کارکنان و بیماران	کامل	تا حدودی	اصلا
		44- پایش منظم وضعیت جسمی و روانی کارکنان درگیر در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		45- شناسایی و اولویت بندی نیازهای کارکنان و اجرای برنامه های پیشگیری از خستگی و فرسودگی شغلی کارکنان (چرخش در شیفت و بخش)	کامل	تا حدودی	اصلا
		46- مدیریت داوطلبان (ثبت نام، غربالگری، آموزش، فراخوان، به کارگیری، نظارت بر عملکرد و نگهداری داوطلبان)	کامل	تا حدودی	اصلا
		47- تعیین خط مشی کاری برای کارکنان غیر بالینی به منظور کاهش گسترش آلودگی (دور کاری، تقلیل پرسنل)	کامل	تا حدودی	اصلا
		48- ایجاد انگیزه و ترغیب کارکنان از طریق اعطای تسهیلات و مشوق های انگیزشی و برقراری امنیت شغلی	کامل	تا حدودی	اصلا
آموزش و تمرین	آموزش و تربیت	49- نیاز سنجی سالیانه آموزشی کارکنان (بدو ورود و حین خدمت) در خصوص رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		50- تدوین برنامه های سالیانه آموزشی متناسب با نوع رویداد بیولوژیک و نیاز سنجی آموزشی انجام شده	کامل	تا حدودی	اصلا
		51- برگزاری دوره های آموزش تخصصی برای کارکنان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (آلودگی زدایی، تجهیزات حفاظت فردی و کنترل عفونت)	کامل	تا حدودی	اصلا
		52- برگزاری دوره های آموزشی متناسب با نقش و مسئولیت های داوطلبان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا

		53- ارزشیابی و اثر بخشی برنامه های آموزشی به صورت دوره ای	کامل	تا حدودی	اصلا
		54- آموزش به همراه و خانواده بیمار در خصوص نحوه مراقبت بعد از ترخیص در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
	تمرین و مانور	55- تدوین برنامه تمرین پاسخ به رویدادهای بیولوژیک بصورت سالیانه بر اساس دستورالعمل ملی	کامل	تا حدودی	اصلا
		56- طراحی، تدوین و اجرای انواع تمرین های (مباحثه محور، عملیات محور) در رویدادهای بیولوژیک بر اساس سناریو های محتمل حداقل بصورت سالیانه (داخل سازمانی) بر اساس دستورالعمل ملی	کامل	تا حدودی	اصلا
		57- طراحی، تدوین و اجرای انواع تمرین ها بصورت تمرین های مشترک و بین سازمانی با سازمان ها پاسخگو به حوادث بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		58- برگزاری تمرین های آمادگی برای تیم های تخصصی سازماندهی شده بیمارستان در پاسخ به رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		59- ارزیابی اثربخشی تمرینات، مشخص کردن نقاط ضعف و قوت و بازنگری برنامه ها موجود در صورت لزوم	کاملا	تا حدودی	اصلا

درطول یکسال گذشته در مواجهه با وقایع بیولوژیک (تب کریمه کنگو، آنفلوآنزا، پاندمی کرونا و ...) ...

طبقه	زیر طبقه	گویه			
مدیریت اطلاعات و ارتباطات	ارتباطات خطر و اطلاع رسانی	1- تدوین فرایند ها و پروتکل های اطلاع رسانی درون و برون سازمانی در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		2- تعیین سخنگو برای اجرای فرایند های اطلاع رسانی و ارتباط با مردم، رسانه و مقامات بهداشتی[1]	کامل	تا حدودی	اصلا
		3- تعیین محل برای اطلاع رسانی و ارتباط با رسانه ها (کنفرانس های رسانه ای)	کامل	تا حدودی	اصلا
		4- 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	کامل	تا حدودی	اصلا
		5- طراحی و نصب هشدارهای اطلاع رسانی آموزشی و بهداشتی بصورت دیداری(پوستر، بنر) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک در مکان های پر رفت و آمد و استراتژیک بیمارستان (ورودی های بیمارستان)	کامل	تا حدودی	اصلا
		6- فرایند ارائه اطلاعات بیماران به سایر مراکز بهداشتی و درمانی، پلیس و ... بر اساس قوانین بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		7- فرایند اطلاع رسانی وضعیت بیمار به همراهان و ملاقات کنندگان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا

[1]. راهنمای گویه 2:

اصلا: فرایندها وجود ندارند و سخنگو منصوب نشده است.

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

کامل: فرایندها وجود دارند، سخنگوها آموزش دیده اند و فرایندها حداقل به صورت سالانه مورد آزمایش قرار می گیرند.

		8- تدوین برنامه در خصوص مشارکت جامعه در برنامه های آموزشی به منظور ارتقاء آمادگی، آگاهی و دانش جامعه در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (برگزاری کارگاه، شبکه های اجتماعی، پمفلت و ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
	ارتباطات و هماهنگی	9- برنامه ریزی و تدوین راههای ارتباطی جایگزین و تقویت ارتباطات و هماهنگی داخل بیمارستانی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (جلسات حضوری، مجازی و ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		10- برنامه ریزی و تدوین ساز وکار ارتباطات و هماهنگی بیمارستان با سازمان های مدیریتی، امدادی (شهرداری، اورژانس115، هلال احمر، آتش نشانی، و ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		11- برنامه ریزی و تقویت ارتباطات و هماهنگی بین بیمارستان و مراکز جامع سلامت معاونت های بهداشتی	کامل	تا حدودی	اصلا
		12- پیش بینی سیستم های ارتباط جایگزین و پشتیبان مرکز فرماندهی بیمارستان با مرکز هماهنگی و هدایت عملیات فوریت دانشگاه یا سایر سازمانهای پاسخگو (بی سیم ، تلفن ماهواره ای و اینترنت ....)	کامل	تا حدودی	اصلا
ایمنی و امنیت	ایمنی و بهداشت محیط	13- مدیریت استاندارد پسماندها (دفع زباله های عفونی، دفع البسه آلوده، دفع نمونه های آزمایشگاهی و دفع فاضلاب آلودگی زدایی)	کامل	تا حدودی	اصلا
		14- پیش بینی تاثیر بیماری های عفونی بر منابع غذایی وآب بیمارستان و انجام اقدامات پیشگیرانه برای اطمینان از امنیت و تامین بهداشتی آب و مواد غذایی در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		15- نظارت و پایش بر روی سیستم های فاضلاب، پساب ها و سپتیک تانک بیمارستان با همکاری بخش بهداشت محیط معاونت بهداشتی دانشگاه	کامل	تا حدودی	اصلا
		16- پایش و ردیابی عوامل بیولوژیکی در منابع آب، پساب و فاضلاب های بیمارستان با همکاری بخش بهداشت محیط معاونت بهداشتی دانشگاه	کامل	تا حدودی	اصلا
		17- راه اندازی و استقرار سیستم تهویه مناسب بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک و نظارت بر صحت عملکرد آن	کامل	تا حدودی	اصلا

	امنیت	18- پیش بینی اقدامات امنیت فیزیکی شامل موانع، کنترل دسترسی ها، سیستم های دوربین مدار بسته و... برای منطقه های مهم و حساس بیمارستان	کامل	تا حدودی	اصلا
		19- پیش بینی برقراری امنیت اطلاعات و امنیت سیستم های ارتباطی بیمارستان (شبکه های کامپیوتری، سایت بیمارستان و سیستم HIS[1])	کامل	تا حدودی	اصلا
		20- تعیین نحوه کنترل ورودی و خروجی بیمارستان و محدودیت دسترسی به ساختمانها و محوطه بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		21- هماهنگی با سازمان های امنیتی (پلیس، کلانتری) در خصوص کنترل ازدحام مراجعه کنندگان و حفاظت و امنیت داخلی بیمارستان	کامل	تا حدودی	اصلا
		22- تعیین و ابلاغ قوانین مربوط به حفاظت اطلاعات برای کارکنان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		23- 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)	کامل	تا حدودی	اصلا
	پیشگیری و کنترل عفونت	24- تدوین برنامه های پیشگیری وکنترل عفونت (IPC)[2] (بهداشت دست ها، پاکسازی، ضدعفونی و استریلیزاسیون، فاصله گذاری اجتماعی، بهداشت محیط، ایزولاسیون و احتیاطات بر مبنای راه انتقال و استفاده منطقی ازآنتی بیوتیک ها) در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		25- تقویت، ارتقاء و پایش میزان قبول بهداشت دست در بین کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان	کامل	تا حدودی	اصلا
		26- نصب جایگاههای بهداشت دست (روشویی، شیر آب مناسب، صابون، حوله کاغذی، ضدعفونی ها و محلول های هندراب الکل) در مکان های پر تردد بیمارستان	کامل	تا حدودی	اصلا
		27- تهیه تجهیزات و وسایل حفاظت فردی استاندارد (PPE)[3] (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	کامل	تا حدودی	اصلا

1. Hospital information system

2. Infection prevention and control (IPC)

3 . Personal protective equipment (PPE)

28- گندزدایی و ضد عفونی کلیه سطوح در تماس با بیمار (تخت، درب، دیوار، پرونده های بیمار و ...) بر طبق پروتکل های استاندارد در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا		
29-گندزدایی و ضد عفونی کردن آمبولانس های بیمارستان بر طبق پروتکل های استاندارد در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا		
30-آلودگی زدایی به روش استاندارد بیماران، کارکنان، تجهیزات و اجساد در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا		
31- 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	کامل	تا حدودی	اصلا		
32- طراحی و تدوین پروتکل نحوه دسترسی مراجعه کنندگان و ملاقات کنندگان با بیمار مشکوک یا مبتلا در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا		
33- راه اندازی و ایجاد درمانگاههای مجازی و ارتباط از راه دور از قبیل تله مدیسین و ... به منظور کاهش مراجعات حضوری	کامل	تا حدودی	اصلا		
34- تدوین و آموزش فرایند ایمن انتقال بیمار در داخل بیمارستان و یا به خارج از بیمارستان	کامل	تا حدودی	اصلا		
35- بازدید منظم از ایزوله های های تنفسی از لحاظ تست تایید تبادل هوا و کارکرد صحیح سیستم اگزوزفن و فیلتر هپا	کامل	تا حدودی	اصلا		
36- رعایت فاصله تخت های بیمار بر اساس نحوه انتشارآلودگی و متناسب با نوع رویداد بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا		
37- سازماندهی تیم های تخصصی و آموزش دیده برای مراقبت از بیماران مبتلا در رویدادهای بیولوژیک به منظور کاهش انتشار آلودگی درکارکنان درمانی و بیماران	کامل	تا حدودی	اصلا		
38- ثبت ورود و خروج کلیه افراد به اتاق های ایزوله به منظور کنترل و کاهش آلودگی	کامل	تا حدودی	اصلا		
39- ایجاد نظام نظارت برتجویز منطقی آنتی بیوتیک ها جهت جلوگیری از مقاومت های آنتی بیوتیکی	کامل	تا حدودی	اصلا		
40- تدوین برنامه در خصوص نظارت، به روز رسانی و اجرای مناسب فرایندها و پروتکل های کنترل عفونت بر اساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا		
41- طراحی فرایند و پروتکل قرنطینه بیماران، کارکنان و مراجعه کنندگان به بیمارستان در موارد مشکوک	کامل	تا حدودی	اصلا		

		42- بررسی، ثبت وگزارش سایر موارد عفونت های ناشی از ارائه خدمات سلامت در بیمارستان بر اساس سامانه نظام مراقبت بیمارستان(INIS[1]) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
نظام مراقبت و آزمایشگاه	ظرفیت تشخیص آزمایشگاهی	43- توسعه، تدوین و اجرا پروتکل های اقدامات ایمنی زیستی[۲](Biosafety measures) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک و مطابق با استانداردهای بین المللی و دستورالعمل های ملی	کامل	تا حدودی	اصلا
		44- توسعه، تدوین و اجرا پروتکل های مربوط به حمل، بسته بندی، نگهداری و انتقال ایمن نمونه های آزمایشگاهی متناسب با نوع رویداد بیولوژیک و مطابق با استانداردهای بین المللی و دستورالعمل های ملی	کامل	تا حدودی	اصلا
		45- شناسایی و دسترسی به منابع ضروری و تجهیزات مناسب آزمایشگاهی در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		46- تعیین آزمایشگاههای پشتیبان و مرجع در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک با هماهنگی وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه	کامل	تا حدودی	اصلا
		47- اولویت بندی آزمایش های ویروسی مرتبط با نوع رویداد بیولوژیک (به عنوان مثال ویروس آنفولانزا، کرونا) با توجه به نیاز بالینی و نیازهای مراقبت سندرومیک بیمارستان	کامل	تا حدودی	اصلا
		48- طراحی و توسعه سامانه یکپارچه اطلاعات آزمایشگاهی با نظام مراقبت سندرومیک[3] (اقدامات لازم برای ارائه سریع اطلاعات آزمایشگاهی به پزشکان و مقامات بهداشتی و مسئول درمان بیمارستان)	کامل	تا حدودی	

1 . *Iranian Nosocomial Infections Surveillance Software*

2 . اقدامات و تکنیک های عملی آزمایشگاه و تجهیزات ایمنی برای مقابله عوامل میکروبی و متناسب به نوع رویداد بیولوژیک

3. منظور از این گویه توانایی و ساز و کار لازم برای تجزیه، تحلیل، تفسیر و انتشار اطلاعات آزمایشگاهی با هدف دستیابی به تشخیص های زودرس تهدیدات سلامتی و شناسایی سندرم های هدف برنامه نظام مراقبت سندرومیک و اعلام هشدار سریع به واحد هایی 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.

					اصلا
هشدار اولیه و نظام مراقبت سندرومیک	49- توسعه پایگاه داده و ثبت اطلاعات نظام مراقبت بیمارستان(INIS)[1]	کامل	تا حدودی	اصلا
	50- تعریف سندرم های شایع بالینی مبتنی بر رویدادهای بیولوژیک و تعیین سطوح توصیه شده برای افزایش نظارت، مراقبت و گزارش دهی مطابق با دستورالعمل های وزارت بهداشت	کامل	تا حدودی	اصلا
	51- طراحی سیستم پایش ایمنی و گزارش دهی(افزایش پذیرش بخش اورژانس، افزایش مصرف آنتی بیوتیک، پایش اطلاعات آزمایشگاهی،گزارش مرگ و میر مشکوک، میزان بروز عفونت های بیمارستانی و...)	کامل	تا حدودی	اصلا
	52- ثبت دقیق و مستند سازی رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
	53- پایش، نظارت و بازخورد گزارش های ارسالی به معاونت بهداشتی	کامل	تا حدودی	اصلا
	54- تعیین مسئول سامانه هشدارسریع (ترجیحا اپیدمیولوژیست) برای پایش مخاطرات بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا

1 . منظور از این گویه 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 آنیس برای ثبت موارد مشکوک دسترسی داشته باشد.

		55- ارائه گزارش های اپیدمیولوژیک و روندهای بیماری و مبتلا شدن گروههای مختلف به خصوص گروههای آسیب پذیر بصورت هفتگی در پاسخ به رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		56- طراحی، تدوین، توسعه و اجرا سامانه اعلام هشدار در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		57- تعیین و اطلاع رسانی سطح بندی هشدار در رویدادهای بیولوژیک بر اساس دستورالعمل ملی هشدار اولیه و سطح بندی	کامل	تا حدودی	اصلا
مدیریت بیمار	تریاژ بیولوژیک	58- توسعه و تجهیز بخش تریاژ بیمارستان متناسب با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		59- تعیین منطقه تریاژ اختصاصی در خارج از بخش اورژانس در رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		60- طراحی و تدوین پروتکل و فرایند تریاژ بیولوژیک در رویدادهای بیولوژیک در بیمارستان مبتنی بر منابع علمی (مانند SEIRV)[1]	کامل	تا حدودی	اصلا
		61- راه اندازی تریاژ تلفنی (آفلاین، آنلاین) برای کاهش مراجعات حضوری به بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		62- طراحی پروتکل و فرایند پیگیری فرد مشکوک بعد از شناسایی از طریق تریاژ تلفنی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		63- تدوین پروتکل برای معیارهای تریاژ، پذیرش و ترخیص بیماران در واحد های ارائه مراقبت ویژه (ICU) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک بر اساس دستورالعمل های ملی (مانند مدل ارائه خدمت بیماران کوید-19 یا کد C19)[2]	کامل	تا حدودی	اصلا
		64- طراحی پروتکل های غربالگری مناسب کارکنان، بیماران و مراجعه کنندگان (سامانه، پرسشنامه، حضوری)	کامل	تا حدودی	اصلا

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

این مدل تریاژ توسط دکتر برکل (2006) و با رویکرد تریاژ مبتنی بر جمعیت معرفی شده که دارای 2 فاز است که در فاز اول افراد به 5 طبقه: 1- طبقه گروههای حساس 2- طبقه افراد مواجهه یافته 3- طبقه افراد مبتلا 4- طبقه افراد بهبود یافته 5- طبقه افراد واکسینه شده تقسیم می کند 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 1- بیماران با احتمال زنده ماندن بالا 2- احتمال زنده ماندن بیماران با مراقبت های ویژه 3- بیماران با احتمال زنده ماندن پایین تقسیم بندی می شوند 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 می شوند.

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)

		65- تعیین اتاق انتظار و معاینه مجهز برای افراد مشکوک یا مبتلا به بیماری	کامل	تا حدودی	اصلا
		66- تدوین و اجرا برنامه واکسیناسیون (در خصوص نحوه دریافت، ذخیره و امنیت واکسن ها) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		67- تدوین برنامه در خصوص ردیابی و مستند سازی سالیانه واکسیناسیون (آنفلوآنزا و ..) پرسنل.	کامل	تا حدودی	اصلا
		68- تدوین سیاست های پیشگیری و پروفیلاکسی یا رژیم درمان دارویی به افراد مشکوک در بیماران سرپایی مطابق با دستورالعمل های ملی	کامل	تا حدودی	اصلا
		69- ارجاع و پی گیری بیماران سرپایی شناسایی شده مشکوک یا مبتلا به مراکز جامع سلامت تعیین شده برای رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		70- طراحی پروتکل، فرایند و الگوریتم پذیرش، بستری، درمان دارویی و ترخیص بیماران بستری متناسب با نوع رویداد بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		71- تدوین برنامه و پروتکل برای مراقبت و درمان از گروههای آسیب پذیر (سالمندان، بیماری های مزمن، زنان باردار وکودکان) در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		72- طراحی پروتکل و فرایند بعد از ترخیص(منزل، نقاهتگاه) متناسب با نوع رویداد بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
	مدیریت اجساد	73- 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
		74- تدوین دستورالعمل مدیریت اجساد متناسب با نوع رویداد بیولوژیک (شناسایی، نحوه پذیرش، نگهداری و ترخیص متوفیان از سردخانه)	کامل	تا حدودی	اصلا
		75- افزایش ظرفیت برای پذیرش اجساد با ایجاد سرد خانه موقت و قرداد با سایر مراکز و اطمینان از تهیه کفن و کاور مخصوص	کامل	تا حدودی	اصلا
		76- تفاهم نامه همکاری و قرداد با مراکز مربوط در خصوص تشییع، کفن و دفن	کامل	تا حدودی	اصلا
تاب آوری بیمارستان	استمرار عملکرد	77- پیش بینی در خصوص بازسازی، تامین و جایگزینی منابع از دست رفته از لحاظ زیرساخت ها ، تجهیزات و منابع انسانی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		78- پیش بینی تأمین مالی، تخصیص بودجه و برآورد هزینه آمادگی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا
		79- برآورد خسارات، هزینه های ناشی از رویدادهای بیولوژیک، ثبت دقیق اطلاعات و مستند سازی هزینه ها	کامل	تا حدودی	اصلا
		80- اولویت بندی تامین منابع و تجهیزات به بخش های ضروری بیمارستان (اورژانس ، بخش های عفونی و واحدهای مراقبت ویژه)	کامل	تا حدودی	اصلا
		81- تعیین سیستم های پشتیبان برای استمرار عملکرد بیمارستان در رویدادهای بیولوژیک (توافق نامه با بیمارستان های معین و همکار)	کامل	تا حدودی	اصلا

		82- طراحی و تدوین برنامه و ساز وکارهایی برای تداوم خدمات و ارائه سرویس های ضروری و ماموریت اصلی بیمارستان در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک (بهداشت باوری، خدمات اورژانس، مراقبت های تروما، کد های 724 و کدهای 247 و...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		83- 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
	سرویس های حمایتی ضروری	84- پیش بینی منابع جایگزین برای برقراری شریان های حیاتی بیمارستان (آب ، برق و زیر ساخت های ارتباطی و ...)	کامل	تا حدودی	اصلا
		85- پیش بینی منابع جایگزین در خصوص سوخت مورد نیاز عملکرد ساختمانها، ژنراتورها و سرویس های حمل و نقل ضروری	کامل	تا حدودی	اصلا
		86- پیش بینی منابع جایگزین برای سیستم های ضروری (سیستم های سرمایش، گرمایش و بخار برای سیستم استریلیزاسیون)	کامل	تا حدودی	اصلا
		87- پیش بینی آمبولانس ها، وسایل نقلیه و منابع مورد نیاز برای انتقال مداوم بیماران	کامل	تا حدودی	اصلا
		88- پیش بینی و تهیه مناسب گازهای طبی از جمله اکسیژن و وسایل پشتیبانی تنفسی در مواجهه با رویدادهای بیولوژیک	کامل	تا حدودی	اصلا

ابزار شماره‌ی 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 6 بعد اصلی و 18 بعد فرعی شامل توسعه ساختارهای مدیریتی - رهبری (برنامه ریزی 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)، افرایش 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 (آموزش های همگانی، آموزش های تخصصی و تمرین (مانور)) می باشد 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 واحد های EOC، آموزش، بهبود کیفیت، اعتبار بخشی، پدآفند غیر عامل، امور اداری و سایر واحد ها) چک لیست پاسخ مناسب خود را بر اساس اقدامات انجام شده درطول یکسال گذشته و با توجه به راهنمای پرسشنامه و واژه نامه در ستون مربوطه مرقوم بفرمایند.

راهنمای نحوه ورود اطلاعات

ارزیابی گویه ها بصورت لیکرت 3 تایی در سه بخش **کاملا**، **تا حدودی** و **اصلا** طراحی شده است. لطفا با توجه به ماهیت گویه بر اساس راهنمای ذیل پاسخ مناسب را درج بفرمایید.

منظور از کاملا: برنامه ها، فرآیندها، دستورالعمل ها، تفاهمنامه ها و تدابیر بصورت مکتوب و مستند وجود دارد، منابع (تسهیلاتی، ساختاری، انسانی، مالی، پشتیبانی و تجهیزاتی) لازم برای اجرای آنها در دسترس بوده و بطورکامل عملیاتی شده اند. ساختارهای فرماندهی حوادث ایجاد و استقرار یافته و شرح وظایف در هر رده و پستی بطور شفاف مشخص شده است. برنامه ها و فرآیند ها و دستورالعمل ها مرتب بازبینی و بروز رسانی(حداقل سالیانه) می شوند، آموزش ها و تمرین های مداوم در این زمینه برنامه ریزی و اجرا می شود و همچنین درصورت نیاز منابع جایگزین در نظر گرفته شده است.

منظور از تا حدودی: برنامه ها، فرآیندها، دستورالعمل ها، تفاهمنامه ها و تدابیر بصورت مکتوب و مستند وجود دارد ولی تنها بخشی (نه کامل) از آنها عملیاتی شده اند 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 مسئولیت های خود را انجام نمی دهند. برنامه ها و فرآیند ها و دستورالعمل ها هر از چند گاهی بازبینی و بروز رسانی می شوند و آموزش ها و تمرین ها مداوم و منظم برنامه ریزی و اجرا نمی شود و منابع جایگزین در نظر گرفته نشده است.

منظور از اصلا: برنامه ها، فرآیندها، دستورالعمل ها، تفاهمنامه ها 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 نشده اند. برنامه ها و فرآیند ها و دستورالعمل های موجود بازبینی و بروز رسانی نشده و هیچ گونه آموزش و تمرینی در این زمینه صورت نگرفته است.

اطلاعات عمومی ابزار

1- اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه: ..... .

2- تخصص رئیس سازمان: ..... .

3- سابقه خدمت به عنوان ریاست سازمان: ..... .

4- شرکت رئیس سازمان در دوره های آموزشی مدیریت خطرحوادث و بلایا: بلی ☐ خیر ☐

5- تعداد پایگاه های اورژانس:

جاده ای: شهری: ساحلی: ریلی: هوایی:

6- تعداد آمبولانس:

آمبولانس (تیپ A,B,C): موتورلانس: اتوبوس آمبولانس : آمبولانس هوایی:

آمولانس دریایی: .....

7- تعداد کارکنان

الف- کارکنان اداری- ستادی: ..... ب- کارکنان عملیاتی (کاردان، کارشناس و ...): .....

8- تعداد و نوع حوادث (حوادث با تعداد مصدومان انبوه) و بلایایی که طی 5 سال اخیراورژانس پیش بیمارستان با آن مواجهه بوده است:

9- 5 مخاطره با اول (با اولویت بالا) سازمان اورژانس پیش بیمارستان بر اساس آخرین ارزیابی ها

مخاطره اول:..... مخاطره دوم:..... مخاطره سوم:..... مخاطره چهارم:.....

مخاطره پنجم:.....

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

طبقه	زیر طبقه	گویه	اصلا	تا حدودی	اصلا
توسعه ساختارهای مدیریتی – رهبری	برنامه ریزی و سازماندهی	1-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا با تخصص های لازم ایجاد شده است؟			
		2- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی ارزیابی خطر سالیانه شامل شناسایی مخاطرات، تعیین آسیب پذیری ها، و ظرفیت ها انجام می شود؟			
		3- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه آمادگی، پاسخ و بازیابی بومی مبتنی بر اسناد بالادستی (از جمله برنامه ملی پاسخ نظام سلامت دربلایا وفوریتها[1]) با رویکرد تمام مخاطراتی[2] و با مشارکت تمامی ذینفعان وجود دارد؟			
		4- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی ملاحظات، الزامات و برنامه خاص(برنامه اقتضایی) برای پاسخ به بلایای محتمل و دارای اولویت تدوین و به برنامه عملیاتی پیوست گردیده است؟			
		5- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ایجاد و استقرار سامانه فرماندهی حادثه و ساختارهای مربوط به آن نظیر پست فرماندهی حادثه[3](ICP/UCP) ، پست پزشکی پیشرفته (AMP)[4]، آمادگاه[5] و واحد تخلیه یا انتقال[6] وجود دارد؟			
		6- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل های استاندارد عملیات[7](SOPs) برای اقدامات، پست ها و رده های سازمانی مختلف (به عنوان مثال مسئول دیسپچ، کارکنان عملیاتی و غیره) در پاسخ به حوادث و بلایا تدوین و مکتوب گردیده است؟			
		7- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل ارزیابی اولیه حادثه و منابع لازم برای اجرای آن توسط تیم ارزیاب			

1 - Emergency Operation Plan
2 - All hazard approach
3 - Incident Command Post/Unified Command Post
4 - Advance Medical Post
5 - Staging Area
6 - Evacuation Transportation Unit
7 - *Standard operating procedure*

		وجود دارد؟			
		8- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل و فرآیندی برای تریاژ(تریاژ در پیش بیمارستان) مصدومان در حوادث و بلایای احتمالی وجود دارد؟			
		9- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیندی برای انتقال و توزیع مصدومان (شامل تعیین نوع وسیله انتقال و تعیین مقصد) در زمان حوادث و بلایا تدوین گردیده است؟			
		10- 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؟			
		11- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه ای برای موارد طولانی شدن پاسخ به حوادث و بلایا و نیاز به تداوم ارائه خدمات حیاتی فوریت های پزشکی وجود دارد؟			
		12- 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؟			
		13- 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؟			
		14- 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؟			
	الزامات حاکمیتی و قانونی	15-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؟			
		16- 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 ؟			
	بهبود کیفیت	17-آیا سنجه های آمادگی اورژانس پیش بیمارستان در پاسخ به حوادث و بلایا مبتنی بر سیستم اعتبار بخشی تدوین وابلاغ شده اند؟			

		18- 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 ؟			
		19- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیندی برای ارزیابی و پایش آمادگی عملکردی کارکنان در پاسخ به حوادث و بلایا وجود دارد؟			
	مدیریت صحنه	20- 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؟			
		21- 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؟			
		22-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه های آموزشی و تمرینی جهت ارتقاء مهارت های مدیریت صحنه برای کارکنان تدوین و اجرا شده است؟			
اطلاعات و ارتباطات	هشدار اولیه و اطلاع رسانی خطر هشدار اولیه و اطلاع رسانی خطر	23- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی سامانه هشدار اولیه طراحی و استقرار یافته است			
		24- آیا اورژانس پیش بیمارستانی به منظور پایش مخاطرات هماهنگی و ارتباطات لازم را با سازمانهای رصد کننده مخاطرات دارد؟			
		25- آیا ارتباطات لازم بین واحد دیسپچ اورژانس پیش بیمارستان و سامانه هشدار اولیه واقع در واحد EOC بمنظورفعالسازی سریع و به موقع برنامه پاسخ بعمل آمده است؟			
		26- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگ 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 پیام ها (شامل کارکنان، سازمانهای زیربط و مردم) طراحی و تدوین گردیده است؟			
	ارتباطات سازمانی	27- آیا اورژانس پیش بیمارستانی ارتباطات نظام مند، متقابل و حرفه ای با سازمانهای همکار و پشتیبان در زمان پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟			
		28- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی کانال های ارتباطی فوری[1] و چند لایه (شامل تلفن، موبایل، بیسیم، تاکی واکی، آسایار ، پیک وغیره) با دامنه فرکانس مناسب برای ارتباط با مراکز اورژانس مناطق دیگر و سازمانهای همکار و پشتیبان			

[1] -Hot line

		ایجاد شده است؟			
		29- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی کانال های ارتباطی اختصاصی جهت مشاوره کارکنان و تکنسین های اورژانس با پزشک واحد دیسپچ(پزشک 50-10) در زمان حوادث و بلایا پیش بینی و ایجاد شده است؟			
		30-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و فرآیندی برای نیاز سنجی، تأمین، آماده سازی و پایش تجهیزات ارتباطی در مراکز، آمبولانس ها و پست های فرماندهی حادثه (مانند تجهیزات دیسپچ سیار،گوشی ماهواره ای، بیسیم، تاکی واکی، رادیومتری هدست ها وغیره) دارد؟			
		31- آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای ارتباط با مردم و رسانه های جمعی (مدیریت رسانه) طراحی و تدوین کرده است؟			
هماهنگی و مشارکت	هماهنگی سازمانی (درون و برون سازمانی)	32-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی های لازم با سازمانهای همکار و پشتیبان و همچنین مراکز و واحد های 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؟			
		33-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی های لازم با متخصصان جهت مشاوره و پشتیبانی از عملیات پاسخ به حوادث ویژه (مانند حوادث CBRNE ومواد خطرناک) به عمل آمده است؟			
		34-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی دوره های آموزشی و تمرینی مشترک با سازمانهای همکار،پشتیبان و مسئول به منظور حصول هماهنگی های بیشتر در پاسخ به حوادث و بلایا برنامه ریزی و اجرا می شود؟			
		35-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی اطلاعات مربوط به ظرفیت های تجهیزاتی، لجستیکی و سایر منابع با سازمانهای همکار و پشتیبان به اشتراک گذاشته می شود؟			
	هم افزایی	36-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تفاهمنامه ای[1]جهت تأمین منابع و تجهیزات مورد نیاز در زمان حوادث و بلایا با سازمانهای همکار، پشتیبان و بخش خصوصی منعقد شده است؟			
		37-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فرآیند یا برنامه ای برا ی مشارکت های 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 کمک های اولیه) وجود دارد؟			

[1] - Mutual aid agreement

افزایش ظرفیت	نیروی انسانی	38-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی فهرستی از اطلاعات کارکنان و افراد داوطلب شامل آدرس،شماره تلفن و غیره ثبت شده و بروزرسانی می شود؟			
		39-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 واحد ها خصوصاً واحد های عملیاتی) اعضاء سامانه فرماندهی حادثه، کارکنان و داوطلبان وجود دارد؟			
		40-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؟			
		41-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پشتیبانی و تامین نیازهای رفاهی کارکنان ، داوطلبان و خانواده های آنان در زمان حوادث و بلایا وجود دارد؟			
		42-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؟			
		43-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 وحمایت های روحی – روانی) به کارکنان ، داوطلبان و اعضاء خانواده آنان وجود دارد؟			
		44-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 خانواده های آنها و پیش بینی سازوکارهای تشویقی و انگیزشی وجود دارد؟			
	دارو، تجهیزات (پزشکی و غیر پزشکی) و لجستیک	45-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 آمبولانس ها(کابین راننده و بیمار) ، دپوی مراکز ، پایگاه های جاده ای و شهری متناسب با منطقه جغرافیایی، اقلیم و مخاطرات احتمالی وجود دارد؟			
		46-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 تیم های پزشکی و عملیاتی شامل تیم ارزیاب اولیه، تیم اضطراری			

		پزشکی [1](EMT) تدوین شده است؟			
		47-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 ، هسته ای(CBRN) و همچنین حوادث مربوط به مواد خطرناک وجود دارد؟			
		48-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تجهیزات و لوازم مورد نیازجهت تریاژ مصدومان و بیماران در حوادث و بلایا متناسب با منطقه جغرافیایی در دسترس است؟			
		49-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه و یا طرحی برای نیاز سنجی، پایش، تأمین و مدیریت منابع و تجهیزات لجستیکی شامل انواع آمبولانس (تیپA 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؟			
		50-آیا اورژانس پیش بیمارستانی مجهز به آمبولانس ویژه بیماران نیازمند به ایزولاسیون تنفسی مجهز به فیلترهای HEPA[2] می باشد؟			
		51-آیا اورژانس پیش بیمارستانی از تجهیزات و سیستم های مسیریاب به روز و مبتنی بر ماهواره برای ناوگان خود استفاده می کند ؟			
		52-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی نقشه جغرافیایی منطقه تحت پوشش و مسیر های تردد اصلی و فرعی آمبولانس ها و تجهیزات لجستیکی ترسیم شده و در دسترس است؟			
	تسهیلات و زیرساخت	53-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تجهیزات و زیر ساخت های لازم جهت ایجاد ساختارهای فرماندهی شامل پست فرماندهی(ICP/UCP)، مرکز دیسپچ سیار، پست خدمات پزشکی پیشرفته(AMP)، بیمارستان سیار، محل تریاژ ،آمادگاه و غیره پیش بینی شده است؟			
		54-آیا اورژانس پیش بیمارستانی در حوزه استحفاضی خود دارای پد های اختصاصی مناسب جهت فرود[3] آمبولانس هوایی می باشد؟			

[1] - Emergency Medical Teams

[2] - High-efficiency particulate air filters

[3] - Landing

ایمنی و امنیت		55-آیا اورژانس پیش بیمارستانی در حوزه استحفاضی خود دارای سوله اختصاصی بحران جهت نگهداری و ذخیره منابع، تجهیزات و لجستیک است؟			
		56-آیا مراکز و پایگاه ها ی شهری و جاده ای در اورژانس پیش بیمارستانی به آب، برق و سوخت اضطراری مجهز می باشند؟			
	مالی – اداری	57-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی بودجه ویژه جهت برنامه ها، اقدامات و تأمین منابع لازم برای آمادگی و پاسخ به حوادث و بلایا اختصاص یافته است؟			
		58-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 وداوطلبان و همچنین شناسایی منابع مالی جدید) در زمان پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟			
		59-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای تأمین بیمه مسئولیت حرفه ای و بیمه مشاغل ویژه کارکنان و داوطلبان برای جبران آسیب ها و جراحات در زمان حوادث و بلایا دارد؟			
	ایمنی فردی – خانواده	60-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؟			
		61-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه های آموزش مداوم در خصوص نحوه استفاده از تجهیزات حفاظت فردی برای کارکنان برنامه ریزی و اجرا می کند؟			
		62-آیا اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعملی برای واکسیناسیون کارکنان و اعضای خانواده آنها در زمان حوادث و بلایا دارد؟			
	ایمنی و امنیت زیرساخت و تجهیزات	63-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ارزیابی دوره ای وضعیت ایمنی سازه ای مراکز و پایگاه های اورژانس دارد؟			
		64-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ارزیابی دوره ای وضعیت ایمنی غیر سازه ای مراکز و پایگاه های اورژانس دارد؟			
		65-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای مکان یابی صحیح(از نظر توزیع مناسب جغرافیایی، امنیت و تسهیل در دسترسی فیزیکی) مراکز و پایگاه های اورژانس دارد؟			

		66-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا دستورالعملی برای ارزیابی دوره ای ایمنی و سلامت فنی تجهیزات پزشکی، کپسول های اکسیژن و تجهیزات غیر پزشکی (مانند آمبولانس و سایر تجهیزات لجستیکی) دارد؟			
		67-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای ارزیابی دوره ای سامانه و تجهیزات اعلان واطفاء حریق برای مراکز، پایگاه ها و تجهیزات لجستیکی دارد؟			
	ایمنی و امنیت صحنه	68آیا اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی های لازم را با دستگاه های 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؟			
		69-آیا اورژانس پیش بیمارستانی دستورالعمل یا فرآیندی برای شناسایی مواد خطرناک وآلودگی زدایی در صحنه حادثه دارد؟			
آموزش و تمرین	آموزش های تخصصی	70-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی نیاز سنجی آموزشی دوره ای(سالیانه)کارکنان (به خصوص نیروهای بدو خدمت) مبتنی بر گایدلاین ها، دستورالعمل ها و برنامه های مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام می شود؟			
		71- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه ای برای طراحی، برنامه ریزی و اجرای دوره های آموزش مداوم برای کارکنان بر اساس یافته های نیاز سنجی آموزشی وجود دارد؟			
		72- 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 می شود؟			
		73- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه های آموزشی دوره ای و مداوم در خصوص مفاهیم و ساختارهای مدیریت خطر حوادث و بلایا شامل سامانه و پست های فرماندهی حادثه(ICS، ICP/UCP)تیمهای اضطراری پزشکی(EMTs) ، راه اندازی پست پزشکی پیشرفته (AMP) ، بیمارستان سیار، دیسپچ سیار و غیره اجرا می شود؟			
		74- آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه های آموزشی در خصوص نقش ها، مسئولیت ها و شرح وظایف کارکنان و داوطلبان در حوادث و بلایا برنامه ریزی و اجرا می شود؟			
		75-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه های آموزشی دوره ای 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 می شود؟			
		76-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پایش و ارزیابی نظام مند وضعیت آموزشی- مهارتی کارکنان			

		در حوادث و بلایا و اثر بخشی برنامه های آموزشی دارد؟				
	آموزش های همگانی	77-آیا اورژانس پیش بیمارستانی برنامه ای برای طراحی و اجرای دوره های آموزشی همگانی (از جمله برای مدارس، مساجد، رانندگان، پادگان ها، خانه سالمندان و غیره) در خصوص برنامه ها و شرح وظایف اورژانس در پاسخ به حوادث و بلایا دارد؟				
		78-آیا اورژانس پیش بیمارستانی هماهنگی لازم را با سازمانهای مربوطه جهت استفاده از ظرفیت رسانه های جمعی و گروهی در برنامه های آموزش همگانی به عمل آورده است؟				
	تمرین (مانور)	79-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی تمرین(مانور) های دوره ای (حداقل سالیانه) در ارتباط با برنامه ها (خصوصاً برنامه ملی عملیات پاسخ (EOP) ، فرآیندها و دستورالعمل ها تحت ساختار های فرماندهی و مدیریت حادثه(از جمله ICS) برنامه ریزی و اجرا می گردد؟				
		80-آیا تمرین های دور میزی و عملیاتی دوره ای (حداقل سالیانه) مبتنی بر حوادث و سناریوهای محتمل در همه سطوح عملیاتی (محلی، دانشگاه و قطب) برنامه ریزی و اجرا می شود؟				
		81-آیا در اورژانس پیش بیمارستانی برنامه یا فرآیندی برای پایش و ارزیابی اثربخشی تمرین ها ، تعیین نقاط قوت و ضعف و بازنگری برنامه ها وجود دارد؟				

ابزار شماره‌ی 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 برکاهش هرج‌ومرج، تداخل وظایف، موازی‌کاری‌ها و دوباره‌کاری‌ها و ارائه بهتر خدمات می‌گردد و ازاین‌رو حائز اهمیت است. این ابزار دارای 6 بعد اصلی، 18 بعد فرعی و 85 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 می باشد که مسئولیت برنامه ریزی و نظارت بر اجرای برنامه های کاهش خطر بلایا در حوزه سلامت را برعهده دارند. ازآنجاکه 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 می شود.

ابزار مذکور دارای طیف پاسخ بسیار زیاد تا بسیار کم در مقیاس لیکرت 5 امتیازی است. با توجه به اینکه حداقل امتیاز هر گویه 1 و حداکثر امتیاز 5 درنظرگرفته شده است، امتیاز میزان هماهنگی درون بخشی بین 85 تا 425 متغیر خواهد بود. در صورت کسب 60٪ کل امتیاز، وضعیت هماهنگی درون‌بخشی در سطح مطلوب ارزیابی می‌گردد. کسب 30٪-60٪ امتیاز، نشان‌دهنده هماهنگی درون‌بخشی در سطح متوسط و امتیاز کمتر از 30٪ بیانگر هماهنگی درون‌بخشی ضعیف خواهد بود.

طبقه	زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	سؤال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
پیش‌شرط‌ها	قوانین و سیاست‌ها	سیاست‌های درون بخشی	شفافیت سیاست‌ها و راهبردهای بخش سلامت در مدیریت و کاهش خطر بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تقویت هماهنگی درون‌بخشی در راهبردهای مدیریت و کاهش خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			ضمانت اجرای قوانین و سیاست‌های مدیریت و کاهش خطر بلایا تا چه اندازه در بخش سلامت موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			نظارت بخش سلامت بر اجرای قوانین و سیاست‌های مدیریت و کاهش خطر بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
	فرهنگ سازمانی	ارزش‌ها و باورها	اعتقاد به کار تیمی به‌عنوان ارزش سازمانی، چقدر مورد پذیرش است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تفکر سیستمی به‌عنوان ارزش سازمانی، چقدر مورد پذیرش است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			اصول اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان ارزش سازمانی چقدر مورد پذیرش است؟	☐	☐	☐	☐	☐
	سابقه همکاری	بهره‌برداری از تجارب پیشین	تجربه همکاری‌های پیشین در مدیریت خطر بلایا چقدر موفق بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			ثبت تجارب و درس آموخته‌های حوادث و بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			آزادی عمل در ثبت تجارب موفق و ناموفق حوادث و بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تبادل و یادگیری از تجارب و درس آموخته‌های حوادث و بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
	دسترسی به منابع	منابع اطلاعاتی	جایگاه EOC به‌عنوان مرکز مدیریت اطلاعات در حوادث و بلایا چقدر مورد پذیرش مدیران عالی و ارشد است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			فرایند تبادل اطلاعات درون‌بخشی (جمع‌آوری، ثبت، سازماندهی، تحلیل و انتشار اطلاعات) تا چه اندازه شفاف است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			نظام ثبت الکترونیک آمارها و اطلاعات مبتنی بر فرم‌های آماری مشخص چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			به اشتراک‌گذاری آمارها و اطلاعات بین واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			میزان دسترسی به‌موقع به اطلاعات جامع و قابل‌اعتماد در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐

طبقه	زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	سؤال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
پیش‌شرط‌ها	دسترسی به منابع	منابع انسانی	میزان دسترسی به نیروی انسانی به تعداد کافی در واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			میزان دسترسی به نیروی انسانی با دانش و تجربه حظور در حوادث و بلایا در واحدهای متولی در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			فراخوان نیروها تا چه اندازه مبتنی بر دستورالعمل سطح‌بندی حوادث صورت می‌گیرد؟	☐	☐	☐	☐	☐
			اعزام نیروها تا چه اندازه مبتنی بر نیاز منطقه و برنامه مشخص (ورود، اقدامات عملیاتی و خروج) صورت می‌گیرد؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تأمین نیازهای نیروهای اعزامی به منطقه حادثه (حفظ سلامت جسمی و روانی، اسکان، تغذیه و امنیت، حمایت مالی و معنوی) چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			جابه‌جایی نیروهای اعزامی به‌منظور کاهش فرسودگی شغلی چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			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؟	☐	☐	☐	☐	☐
			برگزاری مداوم تمرین‌های مشترک درون‌بخشی چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			آموزش‌های تخصصی و تمرین‌های مشترک تا چه اندازه در بهبود هماهنگی درون‌بخشی مؤثر بوده‌اند؟	☐	☐	☐	☐	☐
		منابع مالی	برآورد منابع مالی جهت تقویت هماهنگی تا چه اندازه در برنامه آمادگی، پاسخ و بازیابی موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تخصیص اعتبارات کافی به‌منظور اجرای راهبردهای مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			نظارت بر هزینه‌کرد اعتبارات جهت اجرای راهبردهای مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
		منابع فیزیکی و تجهیزات	شناسایی تسهیلات و تجهیزات (موجود و موردنیاز) پیش از وقوع حوادث چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تأمین و توزیع لوازم و تجهیزات تا چه اندازه مبتنی بر نیاز منطقه حادثه صورت می‌گیرد؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تقویت فضای فیزیکی و زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاریEOC چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
	توافقات اولیه	دیدگاه مشترک	باور و اراده جمعی مدیران و کارکنان برای همکاری در زمینه مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐

طبقه	زیرطبقه اصلی	زیرطبقه فرعی	سؤال	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	بسیار کم
پیش‌شرط‌ها	توافقات اولیه	درک متقابل	توافق مشترک مدیران ارشد و عالی در زمینه اهداف و برنامه‌های مدیریت خطر بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			درک مشترک مدیران ارشد و عالی از وضعیت و مشکلات همکاری درون‌بخشی در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تدوین توافق‌نامه‌های همکاری بین واحدهای متولی مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
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؟	☐	☐	☐	☐	☐
			شناخت فرمانده از وظایف و اختیارات خود و سایر مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تفویض اختیار به مسئول هماهنگی در چارچوب پاسخ ملی (NRF) جهت ایجاد هماهنگی بین واحدهای متولی پاسخ در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
		تعهد	اعتقاد مدیران ارشد و عالی به اجرای راهبردها و برنامه‌های مدیریت خطر بلایا (کاهش خطر، آمادگی، پاسخ و بازیابی) در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
		مهارت‌های تخصصی	مهارت‌های ارتباطی فرمانده و مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			مهارت‌های انجام کار تیمی فرمانده و مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			مهارت‌های تصمیم‌گیری فرمانده و مدیران مسئول در چارچوب پاسخ ملی (NRF) در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			تجربه مدیران واحدهای متولی در زمینه مدیریت حوادث و بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
	تکنولوژی	ابزارهای فنی و تکنیکی	میزان دسترسی به تجهیزات ارتباطی چندلایه و پیشرفته در مواجهه با حوادث و بلایا در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			میزان دسترسی به سامانه‌های هشدار سریع در چه سطحی است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			توسعه سامانه‌ها و بانک‌های اطلاعاتی در حوزه مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐
			ایجاد سیستم یکپارچه اطلاعات و ارتباط سامانه‌ها در حوزه مدیریت خطر بلایا چقدر موردتوجه بوده است؟	☐	☐	☐	☐	☐

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

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

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

اصطلاح شناسی مدیریت خطر حوادث و بلایا

گردآوری و تألیف: دکتر حمیدرضا خانکه و یوسف اکبری

با همکاری: دکتر زهره قمیان، دکتر سید حسام الدین سیدین، کیومرث اله بخشی، مهدی بیرامی جم، سید حسین حسینی، محمد حیدری، امیر سالاری، دکتر احمد سلطانی، خسرو شاکری، سیمین تاج شریفی فر، سکینه شریفیان، حسن قدسی، دکتر محمد جواد مرادیان، دکتر مهدی نجفی و دکتر علی نصیری

ویراستار علمی و ادبی: دکتر مهدی نجفی و یوسف اکبری

سیر تحول تاریخ زندگی بشر بر روی کره‌ی زمین و فراوانی حوادث و بلایا حاکی از آن است که افزایش میزان احتمال وقوع حوادث و بلایا کماکان اجتناب‌ناپذیر بوده و با ایجاد تغییرات، دست‌کاری‌های محیطی، جمعیتی، و تغییرات اقلیمی روبه افزایش، جوامع به صورت فزاینده‌ای در معرض خطر بلایا قرار دارند. در زمان وقوع مخاطرات، زیرساخت‌های اقتصادی، سیاسی و فرهنگی جوامع در معرض تهدید می‌باشند که لازم است بیشتر نهادها و سازمان‌های مسئول، همکار و پشتیبان با تمامی تجهیزات و امکانات موجود خود برای پاسخ به نیازهای بوجود آمده در جامعه بسیج شوند. برای حصول نتیجه مطلوب در مدیریت اثرات مخاطرات، وجود هماهنگی و همکاری در میان بخش‌های دولتی، خصوصی و تمامی سازمان‌ها (در سطوح محلی، استانی، ملی و حتی بین‌المللی) امری لازم و حیاتی است.

به منظور دست یابی به اهداف کاهش خطر بلایا که هدف مد نظر سازمان های بین المللی و مهمترین رکن مدیریت خطر بلایا می‌باشد، حوزه جدیدی تحت عنوان مدیریت سلامت در حوادث و بلایا در جهان و کشور ما پدیدار گشته که به ارائه رویکردهای جدیدی جهت بهینه‌سازی مدیریت حوادث و بلایا می‌پردازد. با این حال، بسیاری از اطلاعات مورد نیاز برای ایجاد پایه و اساس این تخصص در حال رشد، بطور هدفمند و عینی توصیف نشده و یا در میان منابع مختلف پراکنده شده است. به نظر می‌رسد برای رسیدن به رویکردهای علمی و عملیاتی مناسب مدیریت سلامت در حوادث و بلایا نیازمند ایجاد فهم مشترک بین تمامی زیر مجموعه‌های حوزه سلامت، می‌باشیم. در این راستا اولین اقدام دستیابی به اشتراک نظر در تعاریف واژه‌ها می‌باشد. از تلاش های همه جانبه دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث و بلایا در توسعه مدیریت خطر سلامت و تدوین این مجموعه که به همت اساتید و دانشجویان گروه سلامت در حوادث و بلایای دانشگاه های علوم پزشکی با محوریت مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، اقدام به گردآوری مجموعه اصطلاح شناسی حوادث و بلایا نموده‌اندتشکر می نمایم. وجود این مجموعه جامع ضمن ایجاد ادبیات مشترک در کلیه متخصصین و مدیران این حوزه زمینه مناسب برای انجام مطالعات و تحقیقات مرتبط را بر اساس ادبیات واحد ایجاد می نماید. در انتها ضمن تقدیر از مولفین این مجموعه مطالعه و کاربرد تعاریف موجود در این مجموعه را به تمامی واحدهای علمی و عملیاتی دخیل در مدیریت سلامت در حوادث و بلایا، توصیه می‌نمایم.

دکتر پیر حسین کولیوند

رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور

همزمان با توسعه و گسترش جوامع جهانی، ارتقای تکنولوژی، مداخلات بشری در محیط زیست، و تغییرات روزافزون اقلیمی، احتمال وقوع مخاطرات و خطرات آنها نیز در حال افزایش می‌باشند. با توجه به تغییر رویکرد مدیریت بلایا به مدیریت خطر بلایا و رویکرد کاهش خطر بلایا، باید سیاست‌ها و شیوه‌های بکار رفته در این رویکرد بر پایه درک صحیح خطر بلایا در تمام ابعاد آن مانند؛ آسیب پذیری، ظرفیت، میزان مواجهه افراد و دارایی ها، ویژگی های مخاطره و محیط زیست انجام پذیرند. به منظور همگام شدن با رویکرد جامع کاهش خطر بلایا و اجرای شیوه‌هایی برای رسیدن به آن نیازمند به دانشی هستیم که توسط آن کاهش خطر بلایا را به چالش‌های سلامتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، توسعه پایدار، مدیریت زیست محیطی، انطباق با تغییرات اقلیمی و یا کمک های بشر دوستانه مرتبط نماید. مفاهیم (و واژه‌هایی که این مفاهیم را توصیف می‌کنند) بخشی از چنین دانشی می‌باشند.

اسناد بین‌المللی همانند سند سندای (2015) در راستای کاهش خطر بلایا برای رسیدن به چشم انداز ؛کاهش پایدار خطر بلایا و میزان آسیب به حیات، معیشت و سلامت انسان‌ها، دارایی‌های اقتصادی، ساختارهای فیزیکی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی درجوامع و کشورها، مهمترین اولویت را شناخت خطر بلایا[1] معرفی کرده و تاکید دارد که تمامی سازمان‌های درگیر در مدیریت خطر بلایا در تمامی سطوح (ملی، منطقه ای و محلی) ، و تمامی آحاد مردم باید به شناخت و درک مشخصی از خطر بلایا برسند. به نظر می آید برای رسیدن به این مهم، اولین گام ایجاد ادبیات مشترک در زمینه مفاهیم و تعاریف تخصصی حوزه مدیریت خطر بلایا می‌باشد. به همین منظور کارگروه سلامت در حوادث و بلایا با محوریت مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایای دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و همکاری اساتید و دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی بنا بر سفارش سازمان مدیریت بحران کشور با استفاده از منابع علمی ملی و بین‌المللی، اقدام به گردآوری مجموعه؛ اصطلاح شناسی جامع در حوادث و بلایا نموده است. مجموعه حاضر مشتمل بر تعاریف 268 واژه اساسی مدیریت خطر بلایا می‌باشد که طی فرآیند همفکری متخصصان این حوزه انتخاب و اولویت بندی شده است. امید است که این مجموعه با ایجاد ادبیات مشترک بین تمامی ذینفعان دخیل در مدیریت خطر بلایا ضمن افزایش شناخت و درک آحاد مردم و متخصصین از ابعاد و پیچیدگی های خطر بلایا منجر به ارتقای؛ هماهنگی، همکاری و انسجام بین سازمان‌های مختلف امدادی و مردم بشود.

[1] Understanding Disaster Risk

دکتر حمید رضا خانکه

استاد و رییس مرکز تحقیقات سلامت در حوادث و بلایا

رییس دبیرخانه کارگروه سلامت در حوادث و بلایا

Contents

Acceptable risk	**خطر قابل قبول**
Accident	**سانحه، تصادف**
Act of God	**اعتقاد به حکمت خدا در رابطه با وقوع حوادث و بلای**
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**	266
Alarm	**هشدار**	267
Alerting system	**سامانه آگاه سازی (هشداردهی)**	267
All-hazards approach	**رویکرد تمامی مخاطرات**	267
Area command (unified area command)	**فرماندهی واحد منطقه**	267
Assessment	**ارزیابی / برآورد**	267
Associate hospital	**بیمارستان همکار**	267
Best practice	**بهترین اقدام**	268
Biological agent	**عوامل بیولوژیکی**	268
Biological attack	**حملات بیولوژیکی**	268
Biological decontamination	**آلودگی زدایی بیولوژیکی**	268
Bioterrorism	**بیوتروریسم**	268
Briefing	**جلسه پرسش و پاسخ**	269
Capacity	**ظرفیت**	269
Case fatality rate	**میزان کشندگی**	269
Casualty	**مصدوم**	269
Catastrophe	**فاجعه**	269
Catchment area	**منطقه تحت پوشش**	269

Chain of command	**زنجیره فرماندهی** 269
Chemical agent	**عوامل شیمیایی** 270
Chemical protective clothing	**پوشش محافظ در برابر مواد شیمیایی** 270
Civil defense	**دفاع مدنی** 270
Classified information	**اطلاعات طبقه بندی شده** 270
Clean-up operation	**عملیات پاکسازی** 270
Command	**فرمان** 271
Command & control	**فرماندهی و کنترل** Error! Bookmark not defined.
Command & control model	**مدل فرماندهی و کنترل** Error! Bookmark not defined.
Command post	**مقر فرماندهی** Error! Bookmark not defined.
Command staff	**کارکنان حوزه فرماندهی** Error! Bookmark not defined.
Commander	**فرمانده** 271
Communication security	**امنیت ارتباطات** 272
Community	**جامعه** 272
Community Emergency Response Team (CERT)	**تیم های واکنش اضطراری جامعه** 272
Community-based surge capacity	**فرا ظرفیت جامعه محور** 272
Complex disaster	**بلایای پیچیده** 273
Concept	**مفهوم** 273

Confirmed disease outbreak	**طغیان تأیید شده بیماری**	273
Contingency	**اقتضایی**	273
Contingency plan	**برنامه اقتضایی**	273
Continuity of command	**تداوم فرماندهی**	273
Continuity of government	**تداوم حاکمیت**	274
Continuity of operation	**تداوم عملیات**	274
Coordinate	**هماهنگ کردن**	274
Coordination	**هماهنگی**	274
Coordinator	**هماهنگ کننده**	274
Crisis	**بحران**	275
Crisis management	**مدیریت بحران**	275
Cyber	**سایبر**	275
Cyber terrorism	**تروریسم سایبری**	275
Damage assessment	**ارزیابی خسارت**	275
Data reliability	**قابلیت اعتماد داده‌ها**	**Error! Bookmark not defined.**
Data validity	**اعتبار داده ها**	**Error! Bookmark not defined.**
Debriefing	**کسب اطلاعات**	**Error! Bookmark not defined.**
Decontamination	**آلودگی زدایی**	**Error! Bookmark not defined.**

Defense **دفاع** 276

Demobilization **رفع بسیج عمومی** 276

Deployment **گسیل کردن نیرو** 277

Disaster **بلا** 277

Disaster application center **مرکز تسهیلات کاربردی بلایا** 277

Disaster assistance response team **تیم امداد پاسخ بلایا** 277

Disaster continuum **زنجیره (تسلسل) بلایا** 277

Disaster cycle **چرخه بلایا** 278

Disaster drill **تمرین بلایا** 278

Disaster epidemiology **اپیدمیولوژی بلایا** 278

Disaster field office **دفتر بلایای محل حادثه** 278

Disaster informatics **اطلاع رسانی در بلایا** **Error! Bookmark not defined.**

Disaster management **مدیریت بلایا** 278

Disaster medical assistance team (DMAT) **تیم امداد پزشکی در بلایا** 279

Disaster plan **برنامه بلایا** 279

Disaster preparedness **آمادگی در بلایا** 279

Disaster prevention **پیشگیری از بلایا** 279

Disaster reduction **کاهش اثرات بلایا** 279

Disaster relief **امداد در بلایا** 280
Disaster research **پژوهش در بلایا** 280
Disaster severity scale **مقیاس شدت بلایا** 280
Disaster vulnerability **آسیب پذیری در بلایا** 280
Dispatch **اعزام** 280
Dispatcher **اعزام گر** 281
Person Displaced **فرد آواره** 281
EMAC advance Team **تیم پیشرفتهٔ کمک‌رسانی در وضعیت اضطراری** 281
Emergency **فوریت** 281
Emergency Alert System **سامانهٔ هشدار اضطراری** 281
Emergency Broadcast System **سامانهٔ سخن پراکنی وضعیت اضطراری** 282
Emergency communications **ارتباطات اضطراری** 282
Emergency Department **بخش اورژانس** 282
Emergency Management **مدیریت فوریت** 282
Agency Emergency management **آژانس مدیریت وضعیت اضطراری** 283
Emergency medical dispatch **اعزام فوریت پزشکی** 283
Emergency medical Dispatcher **اعزام کننده فوریت پزشکی** 283
Emergency medical services (EMS) **خدمات فوریت پزشکی** 283

Emergency operations center (EOC)	**مرکز هدایت عملیات فوریتی**	284
Exercise	**تمرین**	284
Emergency operations plan (EOP)	**برنامه عملیات فوریتی**	284
Emergency public information	**اطلاعات عمومی فوریتی**	284
Facility-based surge capacity	**فراظرفیت با محوریت تسهیلات**	285
Fault tree analysis	**تحلیل به روش درخت خطا**	285
Field triage	**تریاژ در صحنه**	285
Fire management zone	**منطقه مدیریت آتش**	286
Field hospital	**بیمارستان سیار در صحنه حادثه**	286
First responder	**اولین پاسخگو**	286
Functional exercise	**تمرین عملکردی**	287
Geographic information system	**سامانه اطلاعات جغرافیایی**	287
Hazard	**مخاطره**	287
Hazard Analysis	**تحلیل مخاطره**	287
Hazard area	**منطقه مخاطره**	287
Hazard communication (HAZCOM)	**اطلاع رسانی مخاطره**	288
Hazard duration of impact	**دوره اثر مخاطره**	288
Hazard identification	**شناسایی مخاطره**	288

Hazard mitigation	**کاهش اثرات مخاطره** 288
Hazard predictability	**پیش بینی پذیری مخاطره** Error! Bookmark not defined.
risk Hazard	**خطر مخاطره** Error! Bookmark not defined.
Hazard surveillance	**مراقبت و پایش مخاطره** Error! Bookmark not defined.
Hazard vulnerability analysis	**تحلیل آسیب پذیری نسبت به مخاطره** Error! Bookmark not defined.
Health care delivery system	**سامانه ارائه خدمات سلامت** 289
Health care facility	**تسهیلات خدمات سلامت** 289
Helispot	**مکان استقرار بالگرد** 289
High-risk personnel	**کارکنان مهم و کلیدی** 289
Hazardous materials	**مواد خطرناک** 290
Hazmat team	**تیم تخصصی مواد خطرناک** 290
Immediate response	**پاسخ فوری** 290
Immigration	**مهاجرت** Error! Bookmark not defined.
Incident	**حادثه** Error! Bookmark not defined.
Incident action plan	**برنامه عملیات حادثه** Error! Bookmark not defined.
Incident command	**فرماندهی حادثه** 291
Incident command post	**پست فرماندهی حادثه** 291
Incident command system (ICS)	**سامانه فرماندهی حادثه** 291

Incident commander	**فرمانده حادثه**	291
Incident management	**مدیریت حادثه**	292
Incident mitigation	**تخفیف حادثه**	292
Inclusive trauma care system	**سامانه فراگیر مراقبت تروما**	292
Industrial facilities	**تسهیلات صنعتی**	292
Industrial preparedness	**آمادگی صنعتی**	292
Industrial preparedness planning	**برنامه ریزی آمادگی صنعتی**	293
Industrial Preparedness Program	**برنامه آمادگی صنعتی**	Error! Bookmark not defined.
Information science	**علم اطلاعات**	Error! Bookmark not defined.
Information security	**امنیت اطلاعات**	Error! Bookmark not defined.
Information sharing	**به اشتراک گذاری اطلاعات**	293
Information technology (IT)	**فناوری اطلاعات**	293
Infrastructure	**زیر ساخت**	293
Injury control	**کنترل صدمه**	294
Intelligent information systems (ITS)	**سامانه اطلاعاتی هوشمند**	294
Isolation	**جدا سازی**	294
Jurisdiction	**حوزه استحفاظی (قضایی)**	295
Laboratory Response Network (LRN)	**شبکه پاسخ آزمایشگاهی**	295

Lead agency	**سازمان پاسخگو**	295
Leadership	**رهبری**	295
Legislator	**قانون گذار**	296
Lifelines	**شریان های حیاتی**	296
Local EMS agency	**سازمان اورژانس محلی**	Error! Bookmark not defined.
Local government	**دولت محلی**	Error! Bookmark not defined.
Logistics	**پشتیبانی**	Error! Bookmark not defined.
Major disaster	**بلایای بزرگ**	297
Man-made disaster	**بلایای انسان ساخت**	297
Management	**مدیریت**	297
Mandatory evacuation	**تخلیه اجباری**	297
Mass casualty	**مصدومان انبوه**	297
Mass casualty incident (MCI)	**حادثه با مصدومان انبوه**	298
Mass fatality incident	**حادثه با تلفات انبوه**	298
Mass fatality management	**مدیریت تلفات انبوه**	298
Mass-gathering medical care	**مراقبت پزشکی در تجمع انبوه**	298
Medical direction (offline)	**هدایت پزشکی (آفلاین)**	298
Medical direction (online)	**هدایت پزشکی (آنلاین)**	299

Military capability	**توانایی‌های نظامی** 299
Mitigation	**کاهش آثار نامطلوب حوادث و بلایا** 299
Mitigation evaluation	**ارزیابی کاهش آثار بلایا** 300
Mobile communications center	**مرکز ارتباطات سیار** 300
Mortality rate	**میزان مرگ و میر** 300
Multi-agency command center	**مرکز فرماندهی چند سازمانی** Error! Bookmark not defined.
Multi-agency coordination entity	**نهاد هماهنگی چند سازمانی** Error! Bookmark not defined.
Multi-agency coordination system	**مرکز فرماندهی چند سازمانی** 300
National defense	**دفاع ملی** 301
National Incident Management System (NIMS)	**سامانه ملی مدیریت حوادث** 301
National planning scenarios	**سناریوهای برنامه‌ریزی ملی** 301
National preparedness	**آمادگی ملی** 301
National Response Plan	**برنامهٔ پاسخ ملی** 302
National strategy	**راهبرد ملی** 302
National Warning System	**سامانه هشدار ملی** 302
Natural disaster	**بلای طبیعی** 303
Natural hazard	**مخاطره طبیعی** 303
Needs assessment	**نیاز سنجی** 304

Outbreak	**طغیان** 304
Over triage	**تریاژ بیش از حد** 304
Personal protective equipment	**تجهیزات حفاظت شخصی** 304
Plan	**برنامه** 305
Planning	**برنامه ریزی** 305
Portable emergency isolation treatment center	**مرکز قابل حمل مراقبت از بیماران نیازمند جداسازی** 305
Post-traumatic stress disorder(PTSD)	**اختلال استرس پس از حادثه** **Error! Bookmark not defined.**
Pre-incident site planning	**برنامه ریزی مکانی قبل از حادثه** **Error! Bookmark not defined.**
Preliminary damage assessment	**ارزیابی مقدماتی خسارت** 305
Preparedness	**آمادگی** 306
Prevention	**پیشگیری** 306
Public health surge capacity	**فراظرفیت حوزه سلامت عمومی** 306
Public information officer (PIO)	**ارشد روابط عمومی** 307
Public safety answering point (PSAP)	**مکان پاسخ ایمنی عمومی** 307
Public safety officer	**ارشد ایمنی عمومی** 307
Public safety telecommunicator	**رابط ایمنی عمومی از راه دور** 307
Quarantine	**قرنطینه** **Error! Bookmark not defined.**
Rail transport	**حمل و نقل ریلی** 309

Rapid needs assessment	**ارزیابی سریع نیاز ها** 308
Rapid needs assessment team	**تیم ارزیابی سریع نیازها** 308
Recovery	**بازیابی** 308
Recovery time	**زمان بازیابی** 309
Regional EMS system	**سامانه فوریت پزشکی منطقه ای** Error! Bookmark not defined.
Regional hospital coordination center	**مرکز هماهنگی بیمارستانی منطقه ای** Error! Bookmark not defined.
Regional hospital emergency planning	**برنامه ریزی فوریت بیمارستانی منطقه ای** 309
Rehabilitation	**بازتوانی** 309
Reliability	**پایایی** 309
Remote sensing	**سنجش از راه دور** 310
Remote sensing space capabilities	**قابلیت های فضایی سنجش از راه دور** 310
Resilience	**تاب آوری** 310
Response	**پاسخ** 310
Risk	**خطر** 311
Risk analysis	**تحلیل خطر** 311
Risk assessment	**ارزیابی خطر** 311
Risk communication	**اطلاع رسانی خطر** 312
Risk evaluation	**ارزشیابی خطر** 312

Risk management	**مدیریت خطر**	312
Risk Mitigation	**تخفیف خطر**	313
Risk perception	**درک خطر**	313
Risk reduction	**کاهش خطر**	313
Search and rescue	**جستجو و نجات**	313
Situation assessment	**ارزیابی وضعیت**	**Error! Bookmark not defined.**
Size-up	**ارزیابی صحنه**	314
Special needs shelter	**سرپناه افرادی با نیازهای ویژه**	314
Spontaneous evacuation	**تخلیه خود به‌خودی**	314
Staging area	**آمادگاه**	**Error! Bookmark not defined.**
Standard operating procedure	**شیوه عملیاتی استاندارد**	**Error! Bookmark not defined.**
Strategic plan	**برنامه راهبردی**	**Error! Bookmark not defined.**
Survey	**بررسی دقیق/ممیزی**	**Error! Bookmark not defined.**
Surge capacity	**فراظرفیت**	315
Surge capacity hospital performance standards	**استانداردهای فراظرفیت بیمارستانی**	315
Survey	**بررسی دقیق/ممیزی**	315
Surveillance	**پایش / مراقبت**	315
Threat assessment	**ارزیابی تهدید ات**	316

Transportation incident	**حوادث مربوط به سامانه حمل و نقل** 316
Transportation management	**مدیریت سامانه حمل و نقل** 316
Trauma	**صدمه – آسیب** 316
Tabletop exercise	**تمرین دورمیزی** 316
Technological disaster	**بلایای مربوط به تکنولوژی/فناوری** 317
Telecommunication	**ارتباط از راه دور** 317
Trauma care System	**سامانه مراقبت تروما** 317
Trauma center	**مرکز تروما** 317
Trauma registry	**ثبت اطلاعات تروما** 317
Trauma service area	**منطقه تحت پوشش خدمات تروما** 318
Trauma team	**تیم تروما** 318
Traumatic stress	**استرس آسیب زا** 318
Triage algorithm	**الگوریتم تریاژ** 318
Triage criteria	**معیار تریاژ** 318
Unified command	**فرماندهی واحد** 318
Unified Command Plan	**برنامه فرماندهی واحد** 319
Unity of command	**وحدت فرماندهی** 319
Vulnerability	**آسیب پذیری** 319

Vulnerability analysis	**تحلیل آسیب پذیری**	319
Vulnerability assessment	**ارزیابی آسیب پذیری**	319

Acceptable risk **خطر قابل قبول**	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 100 سال یک بار ممکن است قابل قبول باشد، اما وقوع سیل هر 10 سال یک بار قابل قبول نیست.
Accident **سانحه، تصادف**	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، نا خواسته و معمولاً 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 1392
Act of God **اعتقاد به حکمت خدا در رابطه با وقوع حوادث و بلایا**	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، همهٔ 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.
Action plan **برنامه عملیاتی**	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 تصمیم گیری مدیران ارشد فراهم نماید. • برنامه عملیاتی به‌منظور اجرای اهداف عینی نوشته شده و مشخص کننده 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- تصمیم گیری‌ها به‌موقع صورت گیرد.
Active defense	دفاع فعال در مباحث نظامی به‌کار می‌رود و در عملیات‌های تهاجمی محدود و ضدحمله به منظور سرکوب یک جمعیت معترض و یا موضع گیری در برابر دشمن کاربرد دارد.

دفاع فعال	• دفاع فعال در سه سطح؛ راهبردی، عملیاتی و تاکتیکی قابل گسترش است.
Adaptation **سازگاری**	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
Advanced life support (ALS) **اقدامات پیشرفته حمایت‌کننده حیات**	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.
Aeromedical evacuation **تخلیه اضطراری از طریق امداد هوایی**	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.
After-action report **گزارش اقدامات انجام شده**	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 حمایت کننده 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 پایه‌ای 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 ارایه می‌دهند.
After-action report **گزارش اقدامات انجام شده**	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 حمایت کننده 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 پایه‌ای 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 ارایه می‌دهند.

After-action review **بازنگری اقدامات انجام شده**	**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 مشارکت کنندگان 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.**
Aggregate **تجمعی – تراکمی**	**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.**
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**	**هواپیما 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 به‌وسیله هواپیما 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 می گیرد، 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 بلایا توانایی پیش‌بینی مناطق پرمخاطره 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، انسان ساخت و ترکیبی) استفاده می‌کند. در پاسخ به تمام حوادث و فوریت‌های پزشکی، تشابه‌های بسیاری وجود دارد که این امکان را فراهم می‌کند تا برنامهٔ 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 اماکنی به غیر از پست فرماندهی حادثه تشکیل شود.
Assessment ارزیابی / برآورد	فرآیندی است که طی آن سنجه‌ها 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	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

بیمارستان همکار	را اجرا می‌کند. • بیمارستان‌های همکار در اجرای برنامه‌های آموزشی و عملیات اجرایی خدمات فوریت‌های پزشکی مسئولیت 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، ریکتزیاها 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، عومل 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، اشیا، و یا یک منطقه با به‌کارگیری 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.
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 بیماری زایی، 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**	**مناطقی 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	**به مجموعه‌ای از دستورات، کنترل‌ها، امور اجرایی و یا سمت‌های مدیریتی در سلسله مراتب قدرت و اختیار سازمانی اطلاق می‌شود.**

زنجیره فرماندهی	• 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 به‌منظور ارتقای سطح پاسخ شهری در برابر حوادث و تهدیدات انسان ساخت تعمدی و تهدیدات غیر متعارف نظیر جنگ می‌باشد. هدف دفاع مدنی آن است که درصورت حملات دشمن، اثرت 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 امینت 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.**
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 جمع آوری 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، تمرکزی شبه 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 مستقیم 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 می شود از انتشار اطلاعات در برابر افراد یا سازمان‌های غیرمجاز، جلوگیری شود. این فرآیند مشتمل بر رمزنگاری امنیتی، امنیت ارتباط، امنیت انتشار و امنیت فیزیکی می‌شود.** • **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 سامانه های 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) **تیم های واکنش اضطراری جامعه**	**تیم‌های "واکنش اضطرای 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	**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**

فرا ظرفیت جامعه محور	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، ارگانیسم 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
Contingency plan **برنامه اقتضایی**	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 بین المللی می‌باشد.
Continuity of command **تداوم فرماندهی**	ادامه اعمال قدرت واگذار شده به یک فرد در یک سازمان جهت هدایت، هماهنگی و کنترل شرایط فوریت یا بلایا برای رسیدن به اهداف مشخص شده. به عنوان مثال؛ تدام برنامه عملیات فوریت

Continuity of government **تداوم حاکمیت**	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.
Coordination **هماهنگی**	روند نظام‌مند تجزیه و تحلیل موقعیت، توسعه اطلاعات مرتبط و اطلاع رسانی 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.
Continuity operation of **تداوم عملیات**	اقداماتی که به‌صورت تدوین برنامه‌ها و روندهای عملیاتی انجام می‌شود تا فعالیت‌های کلیدی و ضروری تداوم یابند. • تداوم در اجرای عملکردها، ماموریت‌ها، یا وظایف لازم برای به انجام رساندن یک ماموریت 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 درمورد بخش‌های خصوصی و دولتی به کار برده می‌شوند.
Coordinate **هماهنگ کردن**	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.
Coordinator **هماهنگ کننده**	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.

Crisis **بحران**	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 آبشاری شود که مشکلات جدید خلق کرده یا وضعیت ناپایدار فعلی را تقویت می‌کند.
Crisis management **مدیریت 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.
Cyber **سایبر**	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 terrorism **تروریسم سایبری**	تروریسم سایبری حملات غیر قانونی و یا تهدید به حمله علیه رایانه‌ها، شبکه‌ها و اطلاعات ذخیره شده در آنها ست که برای ارعاب یا مجبورکردن 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.
Damage assessment **ارزیابی خسارت**	روند مورد استفاده برای تخمین یا تعیین تعداد مجروحان، فوتی ها، آسیب به اموال عمومی و خصوصی، وضعیت امکانات و خدمات کلیدی مانند بیمارستان‌ها و دیگر تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی، ایستگاه‌های آتش نشانی، پلیس، شبکه‌های ارتباطی، سامانه‌های آب، بهداشت محیط، برق، صنایع همگانی و شبکه‌های حمل و نقل ناشی از یک بلای انسان ساخت یا طبیعی است.

Data reliability **قابلیت اعتماد داده‌ها**	درجه‌ای که نشان می‌دهد داده‌های به‌دست آمده، از یک فرآیند جمع آوری دقیق و کامل برخوردار است.
Data validity **اعتبار داده ها**	درجه‌ای که بیان می‌کند، داده‌ها نمایشی منطقی از پدیده تحت سنجش می‌باشند.
Debriefing **کسب اطلاعات**	گزارش‌گیری گروهی برای برنامه‌ریزان، تسهیل کنندگان، کنترل کنندگان، و ارزیابی کنندگان 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 ایمن سازی پرسنل، تجهیزات یا منطقه به‌وسیله جذب، از بین بردن، خنثی سازی یا زدودن عوامل شیمیایی یا زیستی در حدی که از اثرات بالقوه بر سلامت پیشگیری کند. • آلودگی زدایی و انهدام با تعطیل کردن یا پاک سازی 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 بر می‌گردند. • به طور معمول رفع بسیج عمومی شامل جمع آوری، 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 ستاره شناسی مشتق شده است. رخداد مخاطره زمانی ایجاد بلا می‌کند که قادر باشد قابلیت پاسخ یک جامعه یا اجتماع را در هم بشکند. بر اساس تعریف سازمان ملل؛ بلا از هم گسیختگی جدی در عملکرد یک اجتماع یا جامعه است که منجر به خسارات و اثرات سوء گسترده انسانی، اقتصادی یا محیطی می شود، 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 هماهنگ کننده دولت مرکزی و نمایندگان استانی در محل یا منطقه‌ای نزدیک محل وقوع بلایا ایجاد می شود و هدف آن، تأمین خدمات واحد و هماهنگ نیازهای اظطراری 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 مردم نهاد 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**	**شبیه سازی 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 هماهنگ کننده دولت مرکزی در محل حادثه یا بسیار نزدیک به محل حادثه تعبیه می‌شود تا عملیات پاسخ و بازیابی دولت مرکزی وقطبی/استانی را هماهنگ نماید.** • **در این مرکز، ارشد هماهنگ کننده دولت مرکزی، تیم پاسخ بلایا و در صورت امکان ارشد هماهنگ کننده قطبی/استانی و پرسنل پشتیبانی مستقر می‌شوند.**
Disaster management **مدیریت بلایا**	**تجمیع 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 (48 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 تیم ها 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**	**تجمیع 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**	**تجمیع 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 0 تا 2 به این شکل که 0 برای کمترین شدت و 2 برای بیشترین شدت، می توان مقیاسی با طیف بین 0 تا 18 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 وسیلهٔ آن یک نقطهٔ پاسخ گویی 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 **اعزام گر**	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.
Displaced Person **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 پیشرفتهٔ کمک‌رسانی در وضعیت اضطراری**	گروهی است که عمدتاً از دو یا چند نفر کارکنان آموزش دیده و مجرب کمک‌رسانی فشردهٔ مدیریت وضعیت اضطراری تشکیل شده تا در یک منطقه به کارگرفته شده و یا امدادرسانی در قالب تفاهم نامهٔ بین منطقه ای را تسهیل کنند. • مأموریت این تیم بر اساس درخواست منطقه متأثر شروع می‌شود.
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 **سامانهٔ هشدار اضطراری**	یکی از سامانه‌های هشداری متعددی است که به صورت ملی اداره شده و شامل یک سامانهٔ 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 زیرمجموعهٔ ادارهٔ ملی امور اقیانوسی و جوی(NOAA)، صورت می‌پذیرد.

Emergency Broadcast System **سامانهٔ 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 (115، 125 و 110) و اعزام تیم‌های عملیاتی از طریق اعلام به مراکز اعزام توسط بی‌سیم، سامانهٔ هشدار اضطراری، اخبار رادیوی 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 خانواده ها، عموم مردم و رسانه ها برقرار می‌شود.**
Emergency Department **بخش اورژانس**	**یک قسمت از تسهیلات بیمارستانی برای ارائهٔ خدمات برنامه‌ریزی شده به بیمارانی که شرایط بالینی ایشان نیاز به درمان فوری داشته و به طور 24 ساعته کارکنان درمانی در آن حضور دارند.** • **بخش‌های اورژانس خارج از محل، که کمتر از 24 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 فوریتی 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 حوادثی 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، استانداری، 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 فوریتی، بلکه ارزیابی توانمندی‌های یک سازمان یا زیر بخش‌های آن در مدیریت هماهنگ شده فوریت می‌باشد.**
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.** • **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:**

	• 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 **فراظرفیت 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 سامانه های 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 **تریاژ 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 استحفاضی 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:** • **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** • **زمانی‌که 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، سیاست ها، روش‌ها و کارکنان می‌باشند که تحت هدایت و کنترل فرمانده حادثه و فرماندهی واحد قرار دارند.**
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 می باشد.
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 **کاهش 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	تحلیلی است که اثرات بالقوه یک مخاطره را در یک منطقه تخمین می‌زند. هدف این نوع تحلیل اولویت بندی مخاطرات بالقوه‌ای است که می توانند تأثیرات

vulnerability analysis **تحلیل آسیب پذیری نسبت به مخاطره**	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.
High-risk personnel **کارکنان مهم و کلیدی**	در کاربرد نظامی، کارکنانی هستند که به خاطر درجه سازمانی، ارزش نمادین، ماموریت‌شان 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. • 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.
Inclusive trauma care system **سامانه فراگیر مراقبت تروما**	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.
Industrial facilities **تسهیلات صنعتی**	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 preparedness **آمادگی صنعتی**	شرایط آمادگی در صنعت برای تولید مواد ضروری و پایه برای حمایت از اهداف ملی نظامی

Industrial preparedness planning **برنامه ریزی 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.
Information sharing **به اشتراک گذاری اطلاعات**	فرآیندی است که طی آن اطلاعات تولید شده به فراخور نیاز بین سازمان‌ها یا اشخاص توزیع می‌شود. این فرآیند، برای امنیت حوزه‌های استحفاظی، 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 خرابکارانه ای مانند تروریسم به سرعت و به نحو مؤثری دست یابند. • این اطلاعات موجب می‌شوند مسئولان، آسیب پذیری‌های محلی را به دقت ارزیابی کنند، منابع را به درستی اختصاص دهند و تغییرات شرایط تهدید را پایش نمایند.
Information technology (IT) فناوری 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.
Infrastructure **زیر ساخت**	سامانه های فیزیکی که خدمات عمومی ارائه می‌کند، مانند: • 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 رایانه ها به‌هم و ارتباط کاربران به کار می‌رود؛ شامل خطوط تلفن، خطوط کابلی تلویزیون، ماهواره‌ها و آنتن‌ها، سایر وسایل (مثلا روتر، تجمیع‌کننده و تکرارکننده)، مسیرهای کنترل انتقال و حتی نرم افزاری که برای ارسال، دریافت و مدیریت سیگنال‌ها استفاده می‌شود. • سامانهٔ حمل و نقل در یک منطقه شامل فرودگاه ها، محل های فرود هلیکوپتر؛ بزرگراه ها، پل‌ها، تونل‌ها، خیابان‌ها، پل‌های هوایی؛ راه آهن، پل مخصوص

	عبور قطار و همچنین راه‌های آبی، کانال‌ها، سدها، بنادر، گذرگاه‌ها، لنگرگاه‌ها، اسکله‌ها، موج‌شکن‌ها و سدهای محلی
Injury control **کنترل صدمه**	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.
Intelligent information systems (ITS) **سامانه اطلاعاتی هوشمند**	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 عرصهٔ سامانه‌های اطلاعاتی هوشمند وجود دارد که در ارتباطات از راه دور، حسگرها و یا رایانه‌های مورد استفاده در ارتقای عملکردها عملیاتی (ظرفیت ها و توان عملیات)، ایمنی و امنیت بزرگراه ها و انواع تجهیزات حمل و نقل به کار می‌روند.
Isolation **جدا سازی**	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. • مراکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، در حال حاضر، چهار دسته جداسازی را در نظر می گیرند: 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 ٤- جداسازی استاندارد • هفت دسته قدیمی جداسازی شامل جداسازی مطلق، جداسازی تماسی، جداسازی تنفسی، جداسازی سل، جداسازی روده ای، جداسازی ترشحات و جداسازی خون بود.

Laboratory Response Network (LRN) **شبکه پاسخ آزمایشگاهی**	**یک سامانه پیچیده و به‌هم 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 استحفاظی (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 استحفاظی می‌گویند. این حوزه می‌تواند مرزهای جغرافیایی و یا سیاسی باشد (مثلا 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 خواسته های قانونی رأی‌دهندگان حوزهٔ انتخاباتی خود در فرآیند قانون گذاری اعمال نظر نماید.**
Lifelines **شریان های 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 امدادرسان 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) فعالیت های 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 امدادرسان 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) فعالیت های 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 24 ساعت می باشد، ترک نمایند.
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 (ظرفیت های موجود برای پاسخ) متفاوت می‌باشند، عدد خاصی را به عنوان حداقل تعداد مصدومان نمی توان 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، فناورزاد یا اقدامات تروریستی به جای می‌ماند. • این شرایط زمینه ساز هجوم تعداد بالایی از مصدومان به بیمارستان ها 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 (ظرفیت های موجود برای پاسخ) متفاوت می‌باشند، عدد خاصی را به عنوان حداقل تعداد افراد کشته شده نمی‌توان تعیین کرد. • امکان دارد تعداد 5 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 بازیابی، شناسایی و انتقال آنان که ازمسئولیت های پزشکی قانونی محل وقوع حادثه است. • سه حیطه عملیاتی اصلی در پاسخ به حوادث با تلفات انبوه، شامل جستجو و بازیابی اجساد، انجام اقدامات پزشکی قانونی و کمک به خانواده‌های متوفیان است.
Mass-gathering medical care **مراقبت پزشکی در تجمع انبوه**	مجموع خدمات مراقبت فوریتی سازماندهی شده برای تماشاچیان و شرکت‌کنندگان در مراسمی است که ممکن است در آن تعداد زیادی از افراد (به عنوان مثال؛ حداقل 1000 نفر) در زمانی مشخص و در مکان خاصی تجمع کرده باشند.
Medical direction (offline)	نهادینه کردن و پایش همهٔ اجزای سامانهٔ خدمات پزشکی در فوریت‌ها که شامل پروتکل‌های درمانی، دستورات حفاظتی، برنامه‌های آموزشی و کنترل کیفیت می‌باشد.

هدایت پزشکی (آفلاین)	
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: • 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 کاهشی ممکن است قبل، حین یا پس از حادثه به انجام برسند. اقدامات کاهشی 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 به‌صورت 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.
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**	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 می‌کنند.

سازمانی	
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 آئروسل 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	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. • اقدامات آمادگی در چهارچوب مدیریت خطر بلایا و با هدف ساخت ظرفیت‌های مورد نیاز مدیریت مؤثر تمام انواع فوریت‌ها و گذار منظم از مرحلهٔ پاسخ

آمادگی ملی	به مرحلهٔ 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 **برنامهٔ 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 اضافهٔ 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.
National Warning System **سامانه هشدار ملی**	در واقع سامانه هشدار اولیه عبارت از مجموعهٔ 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.**
Natural hazard **مخاطره طبیعی**	**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.**

Needs assessment **نیاز سنجی**	**فرآیند نظام‌مند شناسایی اختلافات و تفاوت‌ها بین آنچه که وجود دارد و آنچه که در حال حاضر مورد نیاز است، می‌باشد. نیاز سنجی برای شناسایی علل احتمالی اختلافات بین نیازمندی‌های حال و آینده نیز صورت می‌گیرد.**
Outbreak **طغیان**	**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 واژهٔ همه‌گیری را فقط در مورد درگیری تعداد زیادی از مردم در یک محدودهٔ وسیع جغرافیایی به کار می‌برند.**
Over triage **تریاژ بیش از حد**	**به طور کلی هر گاه بر اساس معیارهای بالینی و اولویت نیاز به درمان، سطح تریاژ بیماران بیش از اندازه واقعی تعیین گردد، نوعی تریاژ 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 تریاژ 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.**
Personal protective equipment **تجهیزات حفاظت شخصی**	**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.**

Plan **برنامه**	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: 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؟
Planning **برنامه ریزی**	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"
Portable emergency isolation treatment center **مرکز قابل حمل مراقبت از بیماران نیازمند جداسازی**	سازه‌ای با قابلیت حمل، جابجایی و مونتاژ سریع که از آن برای قرنطینه کردن افرادی که در جریان یک حادثه تعمدی 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.
Preliminary damage assessment **ارزیابی مقدماتی خسارت**	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، مستنداتی 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.

Preparedness **آمادگی**	**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.** • **آمادگی یک فرآیند مداوم بوده که شامل تلاش‌های تمام سطوح دولتی و بخش‌های خصوصی و سازمان‌های مردم نهاد (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.**
Prevention **پیشگیری**	**اقدامات صورت گرفته برای جلوگیری از وقوع یک حادثه و یا مداخله به‌منظور متوقف کردن روند یک حادثه پس از وقوع برای حفاظت از حیات، اموال و دارایی‌ها و محیط زیست می‌باشد.** • **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 پاسخ گویان فوریت در مراحل اولیه وقوع یک حادثه برای کاهش آثار و عواقب مخاطرات صورت می‌گیرند.**
Public health surge capacity **فراظرفیت حوزه سلامت عمومی**	**توانایی سامانه سلامت عمومی که برای افزایش ظرفیت برای مراقبت از بیماران و توان انجام اقداماتی بیشتر مانند تحقیقات اپیدمیولوژیکی، اطلاع رسانی 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 جمع آوری 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، آتش نشانی و اورژانس پزشکی می‌باشد. • در این مرکز پاسخ‌گوهای تماس اولیه بر اساس شکایت اصلی فرد تماس گیرنده، 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 به طور 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 نیاز ها	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 جمعیت شناختی کمک گرفته می‌شود که به سه شکل انجام می‌شود: • ارزیابی سریع • ارزیابی دقیق • ارزیابی مداوم
Rapid needs assessment تیمteam 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 اختلال های 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 باز گرداندن 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 ونقل کالا از طریق خطوط راه آهن، که از قرار گیری دو ریل موازی از جنس فولاد، ساخته شده و عموماً توسط رابطهای چوبی یا بتنی به یکدیگر متصل شده اند، 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.
Regional hospital emergency planning **برنامه ریزی فوریت بیمارستانی منطقه ای**	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 پیش‌بیمارستانی، استفاده مناسب از منابع و خدمات و ارتقای ارتباط بین بیمارستان و پرسنل اورژانس پیش‌بیمارستانی که در صحنه حضور دارند می‌شود.
Rehabilitation **بازتوانی**	پروژه بلند مدتی که شامل عملیات و تصمیماتی است که به دنبال بلایا و فوریت ها ایجاد شده، توانایی های 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.
Reliability **پایایی**	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.

Remote sensing **سنجش از راه دور**	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 برروی 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 space capabilities **قابلیت های فضایی 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.
Resilience **تاب آوری**	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.
Response **پاسخ**	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) وفعالیت‌های 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 غیر قانونی و حفظ امنیت در منطقه، تدابیر ویژه‌ای توسط مسئولین دولتی منطقه صورت می‌گیرد.
Risk **خطر**	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 با 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: ظرفیت/آسیب پذیری× مخاطره = خطر در این فرمول مفهومی **خطر** به معنای گستره نتایج رخداد یک مخاطره (مرگ و میر و جراحت، آسیب به اموال یا محیط زیست)، **مخاطره** به عنوان پدیده‌های طبیعی و انسان ساخت که در صورت رخداد دارای توان آسیب رسانی می‌باشند و **آسیب‌پذیری** به معنای شاخص‌های موجود در سازه‌های ساختمانی، جمعیت ساکن منطقه، وضعیت اقتصادی و محیط پیرامون به همراه میزان مواجهه که باعث تأثیر پذیری بیشتر از حوادث و بلایا می‌شود.
Risk analysis **تحلیل خطر**	عبارت است از تخمین کمّی 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. • با این تفاسیر خطر دارای دو عنصر قابل اندازه گیری می‌باشد: 1- اندازه/بزرگی صدمات (در جریان ارزیابی آسیب‌پذیری مشخص می‌شود)؛ 2- 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 assessment **ارزیابی خطر**	متدلوژی (روش شناسی) جهت تعیین ماهیت و گسترهٔ خطر می باشد که براساس تحلیل مخاطره های بالقوه و ارزیابی وضعیت آسیب پذیری انجام می گیرد که ممکن است ابعاد سلامتی مردم، اموال، شیوه معیشت و محیط آنان را در معرض آسیب بالقوه قرار دهد.

	• فرآیند انجام ارزیابی خطر بر پایه مطالعه خصوصیت های مخاطرات مانند مکان رخداد، شدت، تکرار پذیری/احتمال و همچنین تحلیل ابعاد مختلف آسیب پذیری مانند سازه های ساختمانی، مشخصات جمعیت شناختی جامعه، وضعیت اقتصادی و محیط پیرامون به همراه میزان مواجهه می باشد. • ارزیابی جامع خطر نه تنها میزان احتمال و بزرگی آسیب ها را ارزشیابی می کند بلکه فهم و شناختی کامل از دلایل و اثرات آسیب و فقدان ها را نیز ارائه می کند.
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 تصمیم گیرندگان. • اطلاع رسانی خطر شامل تبادل اطلاعات مابین متخصصین، سیاست گذاران 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 هزینه ها 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. • به طور ویژه تخفیف خطر می تواند شامل **پذیرش خطر** (عدم نیاز به اقدامی خاص)، **اجتناب از خطر** (انجام اقداماتی برای دوری از فعالیت هایی که باعث بروز خطر می شوند)، **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 حوزه های 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 ایمنی‌می باشد. • تصمیم‌های اتخاذ شده در زمان حوادث و بلایا همیشه به وسیله میزان درک خطر جمعیت تحت تأثیر و سیاست گذاران 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 اجتناب ناپذیر 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 دستورالعمل هایی 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.
Special needs shelter **سرپناه افرادی با نیازهای ویژه**	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.

Surge capacity **فراظرفیت**	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. • 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 درشرایطی که خدمات درخواستی بیش از ظرفیت مجاز می‌باشد.
Surge capacity hospital performance standards **استانداردهای فراظرفیت بیمارستانی**	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 برسلامت افراد. • به عنوان مثال، وجود سامانه‌ای برای تریاژ، درمان و تثبیت ابتدایی 500 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 15٪ یا 20٪ بیشتر از میزان ظرفیت پایه تجهیزات و کارمند می‌باشد.
Survey **بررسی دقیق/ممیزی**	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 کمیسیون مشترک بیمارستان نیز می‌باشد.
Surveillance **پایش / مراقبت**	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.

Threat assessment **ارزیابی تهدید ات**	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.
Transportation incident **حوادث مربوط به سامانه حمل و نقل**	هر نوع رویداد انتشار غیرعمدی 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 management **مدیریت 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.
Trauma **تروما/آسیب**	اصطلاحی است که از کلمه یونانی **Wound** به معنی جراحت گرفته شده و اشاره بر هر نوع جراحت جسمی دارد.
Tabletop exercise **تمرین دورمیزی**	تمرینی است که در آن کارکنان ارشد، مقامات انتخابی یا انتصابی و دیگر پرسنل کلیدی در یک محیط رسمی به بحث در مورد شرایط شبیه سازی 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.
Technological disaster **بلایای مربوط به تکنولوژی/فناوری**	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 فناور زاد هستند.
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 24 ساعت شبانه روز فعال هستند.
Trauma center **مرکز تروما**	تسهیلات بیمارستانی ویژه هستند که با دسترسی فوری و 24 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 جراحت‌ها 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 جراحت، ناخوشی و مرگ‌ومیر می‌باشد.

Traumatic stress **استرس آسیب زا**	**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 آسیب زا اغلب با شدت بالا، غیر منتظره و نادر بوده و از نظر طول مدت وقوع از حاد 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 می باشد؛ 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 استحفاظی حادثه وجود داشته باشد و یا هنگامی که حادثه در وسعت حوزه استحفاظی 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 استراتژی ها 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 باتوجه به حوزه استحفاظی آنها مشخص کرده و مسئولیت‌های عملکردی آنها را تعیین می‌کند.
Unity of command **وحدت فرماندهی**	وحدت فرماندهی یک روش سلسله مراتبی 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 گیج کننده را از بین می‌برد.
Vulnerability **آسیب پذیری**	آسیب پذیری 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 پیش بینی، مقابله و مقاومت در برابر حوادث و بلایا و بازیابی پس از آن راتحت تأثیر قرار می‌دهد. • آسیب پذیری نتیجه ترکیب عوامل فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و یا فرآیندهای محیطی می‌باشد.
Vulnerability analysis **تحلیل آسیب پذیری**	شامل بررسی نظام‌مند ویژگی‌های یک کشور، منطقه، استان، محل، جامعه، گروه و فرد و وضعیت آنها می‌باشد که بر ظرفیت آنها در پیش بینی، مقابله و مقاومت در برابر مخاطرات طبیعی اثر می‌گذارد.
Vulnerability assessment **ارزیابی آسیب پذیری**	ارزیابی آسیب پذیری عبارت است از تعیین میزان در معرض مخاطره بودن، ضعف و یا حساسیت نسبت به وقوع مخاطرات. ارزیابی آسیب پذیری 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.

References

1. Suburban Emergency Management Project. Disaster Dictionary 2009 [updated 2009; cited 2009 April 1, 2009.]. Available from: http://www.semp.us/publications/disaster_dictionary.php.
2. Coppola DP. Introduction to International Disaster Management: Elsevier Science; 2015.
3. Koenig KL, Schultz CH. Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices: Cambridge University Press; 2016.
4. Ciottone GR, Biddinger PD, Darling RG, Fares S, Jacoby I, Keim ME, et al. Ciottone's Disaster Medicine: Elsevier - Health Sciences Division; 2015.
5. Powers R, Daily E. International disaster nursing: Cambridge University Press; 2010.
6. Blanchard BW. Guide to emergency management and related terms, definitions, concepts, acronyms, organizations, programs, guidance, executive orders & legislation. Retrieved August. 2008;20:2010.
7. Khankeh HR. Disaster Hospital Preparedness: National Plan. 2, editor. Tehran. Iran: University of Social Welfar & Rehabilitation; 1392 1392. 304 p.
8. UNISDR M. UNISDR Terminology for Disaster Risk Redution. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) Geneva, Switzerland. 2009.

منابع

1. Suburban Emergency Management Project. Disaster Dictionary 2009 [updated 2009; cited 2009 April 1, 2009.]. Available from: http://www.semp.us/publications/disaster_dictionary.php.
2. Coppola DP. Introduction to International Disaster Management: Elsevier Science; 2015.
3. Koenig KL, Schultz CH. Koenig and Schultz's Disaster Medicine: Comprehensive Principles and Practices: Cambridge University Press; 2016.
4. Ciottone GR, Biddinger PD, Darling RG, Fares S, Jacoby I, Keim ME, et al. Ciottone's Disaster Medicine: Elsevier - Health Sciences Division; 2015.
5. Powers R, Daily E. International disaster nursing: Cambridge University Press; 2010.
6. Blanchard BW. Guide to emergency management and related terms, definitions, concepts, acronyms, organizations, programs, guidance, executive orders & legislation. Retrieved August. 2008;20:2010.
7. Khankeh HR. Disaster Hospital Preparedness: National Plan. 2, editor. Tehran. Iran: University of Social Welfar & Rehabilitation; 1392 1392. 304 p.
8. UNISDR M. UNISDR Terminology for Disaster Risk Redution. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) Geneva, Switzerland. 2009.
9. 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.
10. Khankeh HR, Hosseini SA, Mehmandar M, Ebadi AJMJoTIRoI. Components of driving competency measurement in the elderly: A scoping review. 2021;35(1):10-21.
11. Khankeh H, Nazdik ZMJMsHJ. Reviewing of published studies on Health risk management in Emergency and Disaster. 2021;5(1):e23-e.
12. 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.
13. 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.
14. Ostadtaghizadeh, A., Khankeh,HR.,et al., Community Disaster Resilience: a Systematic Review on Assessment Models and Tools. PLoS Currents. 7.
15. 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.
16. 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
17. 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.

18. 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.
19. Alipour, F.,Khankeh.HR., et al., Challenges for Resuming Normal Life After Earthquake: A Qualitative Study on Rural Areas of Iran.
20. 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.
21. 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).
22. Froutan, R., Khankeh,HR.,et al., Pre-hospital burn mission as a unique experience: A qualitative study. Burns, 2014.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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).
34. 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.
35. 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
36. 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.
37. 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.
38. Ardalan, A.,Khankeh, HR., et al., A pilot study: Development of a local model to hospital disaster risk assessment. Hospital, 2011. 9(3, 4).

39. 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.
40. 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).`
41. 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.
42. 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.
43. 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.
44. Aminizadeh M, Farrokhi M, Ebadi A, Masoumi GR, Kolivand P, Khankeh HRJJoe, et al. Hospital management preparedness tools in biological events: a scoping review. 2019;8.
45. 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.
46. Arab MA, Khankeh HR, Mosadeghrad AM, Farrokhi M. Developing a hospital disaster risk management evaluation model. Risk management and healthcare policy. 2019;12:287.