

موضع ممیزی بالینی

شماره سند:  
شماره ویرایش:  
صفحه:

تاریخ شروع:  
تاریخ اتمام:  
تاریخ بازبینی:

نام بیمارستان:  عمومی  تخصصی  فوق تخصصی

نام و نام خانوادگی ریاست بیمارستان:

\* مشخصات تیم ممیزی بالینی:

سمت	نام و نام خانوادگی	اعضاء مجری
شماره تماس:		نام و نام خانوادگی مسئول تیم:

امضاء مسئول تیم:

امضاء ریاست بیمارستان:

موضوع ممیزی بالینی

تاریخ شروع:

تاریخ اتمام:

تاریخ بازبینی:

شماره سند:

شماره ویرایش:

صفحه:

\* علل انتخاب موضوع:

مقدمه :

استانداردها :

منبع	معیار	استانداردها	
			استاندارد 1
			استاندارد 2
			استاندارد 3
			استاندارد 4
			استاندارد...



موضع ممیزی بالینی

شماره سند:  
شماره ویرایش:  
صفحه:

تاریخ شروع:  
تاریخ اتمام:  
تاریخ بازبینی:

**\* بررسی شرایط موجود :**

**ابزار گردآوری اطلاعات:**

مشاهده  مصاحبه  پرسشنامه  استفاده از اسناد و مدارک موجود  فرم اطلاعاتی

**روش کار :**

**یافته ها :**



موضوع ممیزی بالینی

[Empty box for subject name]

شماره سند:  
شماره ویرایش:  
صفحه:

تاریخ شروع:  
تاریخ اتمام:  
تاریخ بازبینی:

**\* تحلیل نتیجه گیری**

**مقایسه نتایج با استاندارد**

**شناسایی مسائل:**

**ابزارشناسایی:** بارش افکار  نمودار استخوانی  نمودار درختی  روش دلفی

**انتخاب راه کارها :**

**تدوین برنامه ریز عملیاتی:**

G هدف کلی :						
01 - 1 هدف اختصاصی...:						
استراتژی...:						
برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی...:						
گزارش پیشرفت برنامه	هزینه لازم	شاخص دستیابی	زمان اجرا	مسوول اجرا	گروه هدف	نام فعالیت



## موضوع ممیزی بالینی

شماره سند:

شماره ویرایش:

صفحه:

تاریخ شروع:

تاریخ اتمام:

تاریخ بازبینی:

### \* ممیزی مجدد

روش:

یافته ها:

تحلیل و نتیجه گیری:

بازخورد: