|  |
| --- |
| **نام بیمارستان : شهرستان: تاریخ تکمیل:** |
| ردیف | سوال | پاسخ |  |
| 1 | **تعداد تخت فعال** |  | **اقدامات انجام شده در خصوص بهسازی فضای فیزیکی و یا خرید و جایگزینی تجهیزات بخش تغذیه با ذکر هزینه:****اقدامات در سال 93:****اقدامات در سال 94:****هزینه بهسازی فضای فیزیکی****در سال 93:****در سال 94:** **هزینه خرید تجهیزات:** **در سال 93:****در سال 94:** |
| 2 | **تعداد تختICU** |  |
| 3 | **تعداد تختCCU** |  |
| 4 | **تعداد تختNICU** |  |
| 5 | **تعداد تخت دیالیز** |  |
| 6 | **تعداد کارشناسان تغذیه استخدامی و قراردادی** |  |
| 7 | **تعداد کارشناسان تغذیه طرحی** |  |
| 8 | **تعداد سایر پرسنل آشپزخانه** |  |
| 9 | **واگذاری به پیمانکار و تهیه غذا در رستوران غیر بیمارستانی (بلی یاخیر)** |  |
| 10 | **تعداد کل کارشناسان تغذیه** |  |
| 11 | **وجود کلینیک سرپایی فعال تغذیه** |  |
| 12 | **درصد مشارکت کارشناسان تغذیه در عقد قرارداد** |  |
| 13 | **درصد بیمارانی که غذایی مطابق با رژیم تنظیم شده توسط مشاور تغذبه دریافت کرده اند** |  |
| 14 | **درصد مراقبت تغذیه ای بیماران بستری ICU** |  |
| 15 | **امتیاز اعتباربخشی دور اول (1393)** |  |
| 16 | **درصد تکمیل فرم های ارزیابی اولیه تغذیه ای** |  |
| 17 | **درصد پوشش فرم های ارزیابی تخصصی** |  |
| 18 | **تعداد کارشناسان تغذیه آموزش دیده دوره تغذیه ICU** |  |
| 19 | **تعداد کارشناسان تغذیه آموزش دیده دوره تغذیه NICU/ PICU** |  |
| 20 | **تعداد کارشناسان تغذیه آموزش دیده دوره بیماری های کلیوی** |  |
| 21 | **درصد تطابق فرآیند خدمات غذایی بیمارستان با فرآیندهای مطلوب** |  |
| 22 | **درصد رضایت مندی بیماران از مشاوره تغذیه و رژیم درمانی بیمارستان** |  |
| 23 | **درصد رضایت مندی بیماران از خدمات غذایی بیمارستان** |  |

**نام نام خانوادگی مسئول بخش تغذیه: امضاء و مهر**