



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت



مورد تایید است  
دفتر بهبود کیفیت مجلس شورای اسلامی (ع.ا.م.)



# کمیته های بیمارستانی



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

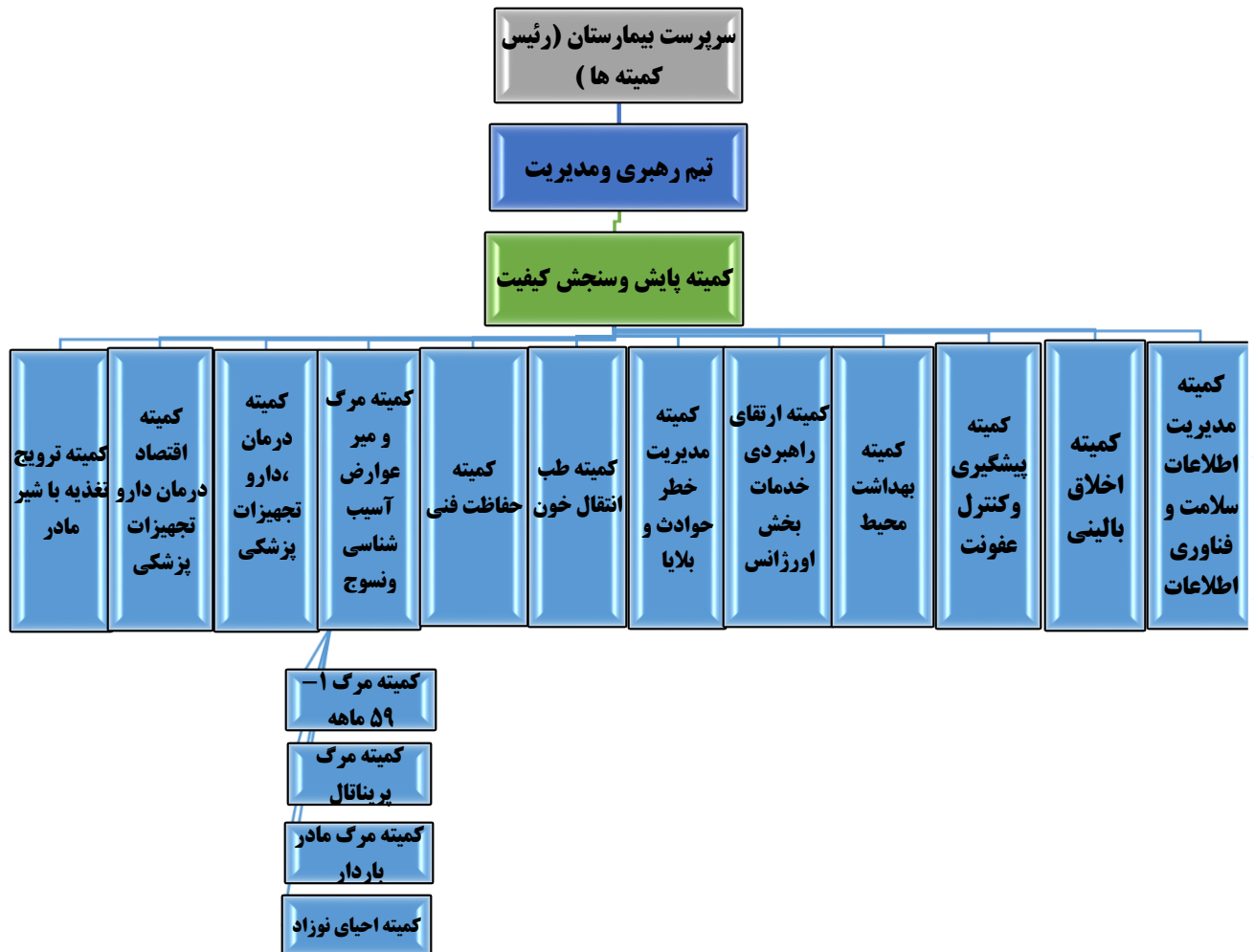
تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

## چارت سازمانی کمیته





بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

توالی برگزاری کمیته	دبیر کمیته	رئیس کمیته	عنوان کمیته
ماهانه	کارشناس کنترل عفونت	رئیس بیمارستان	کنترل عفونت

## ❖ رسالت کمیته

رسالت تشکیل کمیته‌ها و جلسات، هم‌فکری و مشورت برای تعیین و شناسایی مشکلات یک مجموعه، ارائه بهترین راه کار برای رفع مشکلات با توجه به نقاط ضعف و قوت آن مجموعه یا سازمان و همچنین پیگیری مستمر برای حصول نتیجه مورد نظر می‌باشد. بدیهی است که انجام اثر بخش این امر مهم نیازمند اهتمام و همکاری کلیه اعضای کمیته‌ها می‌باشد. یکی از سیاست‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای ارتقا کیفی و کمی خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی راه اندازی کمیته‌های بیمارستانی می‌باشد. یکی از اهداف مهم تشکیل کمیته‌ها ایجاد یک اتاق فکر منسجم و متخصص برای برنامه‌ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت‌های بیمارستانی در جهت حصول اهداف کلی و اختصاصی بیمارستان با استفاده از همفکری و خرد جمعی است.

## ❖ اهداف کمیته

- ایجاد فرهنگ تعامل افکار با تصمیم‌گیری بر اساس خرد جمعی
- سهولت در ایجاد ارتباط بین مسئولین بخش‌ها/واحدها و مدیریت بیمارستان



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

- پاسخ مثبت به انتظارات سازمان های بالا دستی (دانشگاه و وزارتخانه)
- شناسایی مؤثرتر مشکلات بیمارستان و همکاری و همفکری جهت رفع آن ها
- پیگیری روند ارتقا کیفیت خدمات بیمارستانی و ارزشیابی منظم و مستمر درونی
- ایجاد ارتباط و ریشه یابی دلیل مشکلات موجود
- جهت دهی اثربخش به نیروی انسانی و توان مالی بیمارستان در نیل به اهداف کلی و اختصاصی

### ❖ نحوه انتخاب رئیس و دبیر کمیته

در تمامی جلسات کمیته ها رئیس / سرپرست بیمارستان ، ریاست جلسات کمیته ها را بر عهده دارد و در صورت عدم حضور رئیس بیمارستان، جلسه با جانشین منتخب ایشان قابل برگزاری می باشد. همچنین ریاست بیمارستان با در نظر گرفتن تمایل، دانش و توانایی افراد مرتبط با حیطه کاری کمیته ها دبیر کمیته را تعیین می نماید.

### ❖ نحوه تعامل با سایر کمیته ها و تیم رهبری و مدیریت

جهت تعامل کارا تر و مؤثرتر بین کمیته های مختلف و تیم رهبری و مدیریت تمهیدات ذیل اندیشیده شده است:

- دبیر کمیته پایش و کیفیت که عموماً نقش مهمی در تعیین شرایط برگزاری کمیته ها ایفا می کند علاوه بر دبیری کمیته مذکور، مسئول هماهنگی و برگزاری دیگر کمیته ها می باشد. این امر در تعامل هرچه بهتر کمیته ها مثمر تر خواهد بود.
- جلسات تیم رهبری و مدیریت نیز به عنوان یک کمیته در نظر گرفته شده و دبیر آن، مسئول دفتر بهبود کیفیت، دبیر کمیته پایش و سنجش کیفیت نیز می باشد. انتظار می رود همپوشانی این مسئولیت ها تعامل و ارتباط بین کمیته های بیمارستانی را افزایش دهد.
- توالی ماهانه جلسات تیم رهبری و مدیریت (کمیته تیم رهبری و مدیریت) سبب همزمانی ادواری این کمیته مهم با سایر کمیته های بیمارستانی و در نتیجه تعامل بیشتر خواهد شد.



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

- برگزاری کارگاه توجیهی برای تمامی دبیران کمیته‌ها در جهت توجیه شرح وظایف آن‌ها بر اساس آخرین تغییرات استانداردهای اعتباربخشی
- ارائه نتایج اجرایی شدن یا عدم اجرایی شدن مصوبات به تیم مدیریت اجرایی

### ❖ نحوه مستندسازی سوابق جلسات

مسئول دفتر بهبود کیفیت بر اساس الزامات اعتبار بخشی یک فرم صورت جلسه استاندارد را طراحی کرده و در اختیار تمامی دبیران کمیته‌ها قرار می‌دهد. پس از اتمام هر جلسه، دبیر کمیته موظف است مصوبات و نکات مورد نیاز را در دفتر مربوط به کمیته خود، به صورت دستی و خوانا ثبت کند و امضاء اعضای را در فرم حضور غیاب تهیه کرده و در نهایت صورت جلسه را به امضاء ریاست بیمارستان برساند. دبیر کمیته مستندات نوشته شده را حداکثر تا ۴ روز بعد از تشکیل جلسه به دفتر بهبود کیفیت تحویل خواهد داد و به صورت فایل الکترونیکی بایگانی خواهد شد و نسخه اصلی در اختیار دبیر کمیته خواهد بود. وجود امضاء ریاست بیمارستان در صورت جلسات مؤید مصوبات و ضمانت اجرایی آن‌ها می‌باشد.

### ❖ نحوه پیگیری مصوبات

مسئول پیگیری تمامی مصوبات کمیته‌ها دبیر همان کمیته (به استثنای کمیته تیم رهبری و مدیریت) خواهد بود و مسئول اقدام و اجرایی کردن آن‌ها با توجه به حیطه وظایف و اختیارات افراد، مشخص خواهد شد. دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیری‌های لازم و مستمر را تا زمان تشکیل کمیته بعدی انجام دهد و در جلسه یا جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات در کمیته مربوطه ارائه کند و اعضای کمیته در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد.



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

## ❖ نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

ارزیابی عملکرد کمیته‌ها با تدوین فرم ارزیابی و تعیین شاخص عملکردی (درصد مصوبات اجرا شده نسبت به کل مصوبات) به صورت ماهانه توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی خواهد شد. نتایج ارزیابی در این فرم مناسب ثبت شده و پس از تحلیل توسط دفتر بهبود کیفیت نتایج آن بصورت فصلی به تیم مدیریت اجرایی ارائه خواهد شد و این تیم اقدام اصلاحی (در صورت لزوم) را جهت ارتقاء عملکرد کمیته‌ها انجام خواهد داد و کمیته‌های برتر اعلام می‌گردد.

شاخصهای عملکردی مرتبط با ایمنی بیماران برای هر یک از کمیته‌ها تعیین شود و گزارش اجرای مصوبات هر یک از کمیته‌ها که موثر بر کیفیت خدمات و ایمنی بیماران بوده اند بصورت مجزا از عملکرد هر کمیته و تحلیل تاثیر مصوبات مرتبط اجرایی شده کمیته‌ها بر شاخصهای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران تدوین و به صورت فصلی به تیم رهبری و مدیریت ارائه شود.

ارزیابی روند عملکرد کمیته‌ها در پرداختن به ارتقا کیفیت خدمات و ایمنی بیماران و نتایج حاصل از آن در دفتر بهبود کیفیت برنامه ریزی و انجام شود. همچنین توصیه میشود پیوست ایمنی هر یک از مصوبات مرتبط با بیماران و خدمات تشخیصی و درمانی پیش بینی شده و مد نظر قرار گیرد.

## ❖ شرح وظایف رئیس کمیته

- انتخاب دبیر کمیته و تفویض اختیار در صورت لزوم
- صیانت از دستور کار جلسه
- مدیریت زمان جلسه، جهت دهی به موضوعات مطرح شده و ممانعت از پراکندگی و هرج و مرج در جلسه
- تصمیم گیری سریع و به موقع در مواقع اضطراری
- جمع بندی مباحث و موضوعات مطرح شده جهت تصویب راهکارهای مناسب



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: **آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت**

- تعامل عادلانه با دیگر اعضا
- پرهیز از خود محوری و عمل به تصمیم گیری بر اساس خرد جمعی
- پشتیبانی و همکاری مناسب جهت اجرایی شدن مصوبات

## شرح وظایف دفتر بهبود کیفیت

- تنظیم جدول زمانبندی برگزاری جلسات کمیته‌های بیمارستانی منطبق بر فعالیت‌های جاری بیمارستان
- هدایت فعالیت دبیران کمیته‌ها، منطبق بر برنامه تدوینی، اهداف بیمارستانی و شرح وظایف هر کمیته
- مشاوره با مدیر بیمارستان در خصوص معرفی اعضا کمیته‌ها منطبق بر ضوابط ابلاغی و توانمندی افراد
- حضور در جلسات کمیته‌های بیمارستانی
- جمع بندی نهایی عملکرد کمیته‌های بیمارستانی

## ❖ شرح وظایف دبیر کمیته

- تدوین دستور کار جلسه منطبق بر مصوبات جلسات قبل و شرح وظایف ابلاغی کمیته
- هماهنگی و اطلاع زمان تشکیل جلسات به اعضای ثابت کمیته و دفتر بهبود کیفیت در جهت تعیین برنامه زمانی جلسات
- جمع بندی نتایج پیگیری مصوبات و ارائه در هر جلسه
- تدوین و ارائه صورت جلسه کمیته‌ها و امضاء اعضا به دفتر بهبود کیفیت بیمارستان در کمتر از ۴ روز کاری بعد از برگزاری جلسه



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

- انجام پیگیری‌های مستمر جهت اجرایی شدن مصوبات و ارائه گزارش در جلسه یا جلسات بعدی
- هدایت بحث‌های مطرح شده در جهت نیل به اهداف کمیته مورد نظر
- اطلاع مفاد صورتجلسه به اعضاء ثابت کمیته قبل از برگزاری جلسات
- همکاری و مساعدت با رئیس جلسه و دبیران دیگر کمیته‌ها
- دبیر کمیته بایستی لیستی از اعضاء، اهداف و شرح وظایف کمیته‌ها را داشته باشد و لیست اعضاء کمیته کنترل عفونت باید در اختیار تمامی بخش‌ها و واحدها باشد.

### شرح وظایف اعضاء کمیته

- مشارکت فعال در جلسات کمیته‌ها
- عدم خروج از دستور کار و پرهیز مطالب جانبی و حاشیه ای
- مساعدت و همکاری با دبیر و رئیس جلسه جهت پیشبرد اهداف تعیین شده

### آیین نامه کمیته پیشگیری کنترل عفونت

تعداد اعضای کمیته ۱۲ نفر و سمت‌ها به شرح ذیل میباشد:

#### اعضاء ثابت:

\*رئیس بیمارستان (رئیس کمیته)

\*مدیر

\*مدیر خدمات پرستاری

\*مسئول واحد بهبود کیفیت





بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: **آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت**

\* سوپر وایزر کنترل عفونت (دبیر کمیته)

\* سوپر وایزر آموزشی

\* کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

\* یک نفر از متخصصین (به ترتیب اولویت عفونی، جراحی، داخلی و اطفال)

\* مسئول آزمایشگاه

\* مسئول واحد بهداشت محیط

\* مسئول خدمات

### اعضاء موقت:

\* مسئولین بخش های درمانی و غیر درمانی به تناسب بحث کمیته

### شرح وظایف کمیته:

۱- اجرای دستورالعمل های کنترل عفونت در اعتبار بخشی

۲- به روز رسانی و مرور منظم خط مشی ها و روش های کنترل عفونت

۳- جمع آوری منظم و تحلیل داده های نظام مراقبت عفونت های کسب شده از بیمارستان و اثر بخشی برنامه

۴- نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونت های بیمارستان به مدیران و واحدها

۵- گزارش عفونت های بیمارستانی به سازمان های مرتبط

۶- پایش و کنترل انجام صحیح ضد عفونی محیط های بیمارستانی و روش های صحیح استریلیزاسیون در

بیمارستان



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

۷- نظارت و پیگیری بر نحوه مراقبت‌های پزشکی و پرستاری از بیماران عفونی

۸- گزارش بیماری‌های واگیر و غیر واگیر و موارد جدید به سازمان‌های مرتبط

### هدف:

هدف اصلی از برگزاری این کمیته کاهش نرخ عفونت‌های بیمارستانی و ارتقا و حفظ سلامتی کارکنان، بیماران و کلیه کارکنان می‌باشد که عامل بسیار مهمی در کاهش مرگ و میر بیمارستانی و هزینه‌های مختلف بیمارستان است.

### ضوابط برگزاری جلسات

- رعایت نظم و احترام به حقوق دیگران
- توجه به محدودیت زمانی و پرهیز از پرداختن به مسائل غیر مرتبط
- حضور مستمر و به موقع اعضاء در جهت رسیدن به نتایج و راهکارهای پربارتر
- تشکیل جلسات کمیته‌ها بر اساس توالی زمانی ابلاغ شده
- اطلاع و عمل به مفاد آیین نامه داخلی
- پیاده سازی الزامات اعتبار بخشی در مورد کمیته های بیمارستانی
- مدیر بیمارستان جانشین تام الاختیار در نبود رئیس کمیته می باشد .
- مدت زمان جلسه حداکثر ۱ ساعت خواهد بود که با صلاح دید رئیس جلسه قابل تمدید است.
- فاصله زمانی برگزاری کمیته ها ماهی یکبار میباشد.
- تصویب مصوبات مستلزم رأی موافق رئیس جلسه و نیمی از اعضای ثابت جلسه میباشد( افراد مدعو حق رأی ندارند).
- مصوبات قابلیت اجرایی داشته باشند. بایستی در صورت جلسات به طور واضح مشخص شود که چه کسی، چه کاری را با استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد/ پی گیر نماید
- منابع مورد نیاز برای اجرای مصوبات توسط مسئولان ارشد بیمارستان تامین میشود.



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸	کد سند: IR.LQM.RE.6	عنوان سند: <b>آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت</b>
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲		

- رئیس جلسه، مسئول دفتر بهبود کیفیت، و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار باید در تمامی جلسات کمیته ها حضور داشته باشند.
- آیین نامه تدوین شده باید به تأیید تیم رهبری و مدیریت برسد.
- دبیر کمیته در صورت دعوت اعضای موقت، آیین نامه تدوین شده را به هنگام دعوتنامه برای اعضای موقت اتوماسیون میکند.
- در صورت غیبت اعضای ثابت به صورت ۳ جلسه متوالی، بررسی های لازم جهت تعیین عضو جدید با تشخیص ریاست جلسه انجام می گیرد.
- مدت زمان جلسه حداکثر ۱ ساعت خواهد بود که با صلاح دید رئیس جلسه قابل تمدید است.
- **نحوه پیگیری مصوبات:** مسئول پیگیری تمامی مصوبات کمیته ها دبیر کمیته خواهد بود و مسئول اقدام و اجرایی کردن آن ها با توجه به حیطه وظایف و اختیارات افراد، مشخص خواهد شد. دبیر کمیته موظف است جهت عملی شدن مصوبات در محدوده زمانی تعیین شده، پیگیریهای لازم و مستمر را تا زمان تشکیل کمیته بعدی انجام دهد و در جلسه یا جلسات بعدی نتایج حاصل از پیگیری و میزان اجرایی شدن مصوبات در کمیته مربوطه ارائه کند و اعضای کمیته در صورت نیاز اقدام اصلاحی لازم را انجام دهد.

تهیه کننده	تأیید کننده	تصویب کننده
دفتر بهبود کیفیت دبیر کمیته کنترل عفونت	اعضای تیم رهبری و مدیریت	تیم رهبری و مدیریت



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

ارزیابی عملکرد کمیته ها

ریز محورها	حد نمره	محور ارزیابی	
تعداد مصوبات اجرا شده	۲۰-۰	درصد پیگیری مصوبات کمیته	
تعداد مصوبات در دست اجرا			
تعداد مصوبات اجرا نشده			
درصد = تعداد مصوبات اجرا شده / کل مصوبات			
نمره: (درصد پیگیری مصوبات کمیته / ۵)			
تعیین دستور کار جلسات کمیته ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته، و سنجش های اعتبار بخشی	۲۰-۵۵	مصوبات کمیته های بیمارستانی شامل راه حل های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.	
ارسال دعوتنامه همراه با دستور کار جلسه ۳ روز قبل از زمان برگزاری کمیته			۵
تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز			۲
اولویت بخشی به ارتقا مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته های بیمارستانی			۱۰
ارائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین			۵
مدیریت زمان و به حاشیه نکشیدن بحث			۳
برگزاری جلسه در تاریخ تعیین شده			۵
حضور ۱۰۰٪ اعضا: ۵ نمره			۱۰-۰
حضور ۷۵٪ اعضا: ۳ نمره			
حضور کمتر از ۷۵٪: ۱ نمره			
ساعت حضور به موقع اعضا	۳		
ترکیب اعضای مهمان	۲		
فونت B نازنین	۲-۳	ارسال صور جلسه با فرمت صحیح	
نحوه نوشتن صور جلسه			
نحوه تعامل با دفتر بهبود کیفیت	۳-۰	میزان تطابق مستندات ارائه شده در کمیته با دستور کار جلسه	
ارسال صور جلسه: ۴ نمره	۷-۰	نحوه تعامل با دفتر بهبود کیفیت	
تعامل با سایر کمیته ها: ۲ نمره			
ارسال به موقع مستندات: ۱ نمره			
100 نمره			



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸  
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

\*این آیین ۱۴ صفحه تنظیم و طبق فرمت زیر به اطلاع اعضای کمیته رسانده شده است .

### فرم مطالعه اعضای کمیته از آیین نامه ابلاغی

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	تاریخ مطالعه آیین نامه	امضا
۱	دکتر سید ناصر قدیرنژاد	سرپرست بیمارستان (رئیس کمیته)	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۲	دکتر محمد کریمی	متخصص عفونی و رئیس واحد کنترل عفونت	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۳	فرهاد صفایی	مدیریت بیمارستان	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۴	منیژه یوسفیان	مدیریت پرستاری	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۵	سمیه اسماعیل زاده	مسئول واحد بهبود کیفیت (دبیر کل کمیته ها)	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۶	آزاده مرادی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۷	کبری شیخانی	سوپروایزر کنترل عفونت (دبیر کمیته)	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۸	زهرابره کار	کارشناس بهداشت محیط	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۹	مائده عبدالمی	کارشناس بهداشت حرفه ای	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۱۰	اعظم آذری فر	سوپروایزر آزمایشگاه	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	
۱۱	کتانه فرخ منش	سوپروایزر آموزشی	۱۳۹۸/۰۸/۱۱	



بسمه تعالی  
دفتر بهبود کیفیت

تاریخ بازنگری: ۱۳۹۸/۰۸/۰۸

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۰۸/۲۲

کد سند: IR.LQM.RE.6

عنوان سند: آیین نامه داخلی کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

۱۳۹۸/۰۸/۱۱

مسئول خدمات

حسن شعبان زاده

۱۲