## **[별첨 3] Stroke Center (SC) Certification Agenda**

**Half-Day Review Template (150 min)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Time | Activity | Organization Participants |
| 사전 검토 | 제출 서류 및 KSR 제공 서류 사전 검토 | 인증위원 2인 |
| 9:00 - 9:20 (14:00 – 14:20)(20분) | **Opening Conference** * 인증위원 및 기관 의료진 상호 소개 및 인사
* 인증 심사 계획 및 일정 소개
* 사전 서류 검토 의견 제시 및 필요시 추가 자료 준비 요청
 | 인증위원 2인뇌졸중센터 소속 센터장, 의사, 간호사, 기타 관계자 |
| 9:20 - 10:20 (14:20 - 15:20)(60분) | [System Tracer;ST/ 규정 및 의무기록 리뷰]* 사전 서류 검토 시 확인이 필요한 사항 자료 및 EMR 확인/면담
* 1-3-1 뇌졸중환자 NIHSS 평가 환자 확인 (3명)
* 1-3-2 IVT 및 EVT 미시행 사유의 적절성 평가 EMR 확인 (3명)
* 1-3-3 IVT 시행의 적절성 평가 EMR 확인 (5명)
* 2-3 SU 입실기준 충족 평가 적절성 평가 EMR 확인 (3명)
* 2-6 SU 입실 환자 NIHSS 3회/일 이상 시행 EMR 확인 (3명)
 | 인증위원 2인뇌졸중센터 소속 의사, 간호사, 기타 관계자 |
| 10:20 – 10:50(15:20-15:50)(30분) | [Individual Tracer;IT/ 시설방문 (Stoke Unit, ICU, ER, Main ward, etc)]* 2-6 SU 입실 환자 NIHSS 3회/일 이상 시행 환자 혹은 보호자 확인
* 7-1 CP 프로토콜 동선 확인 및 적절성 평가
* 7-3 적정 수준의 장비 유무 확인
 | 인증위원 2인뇌졸중 센터 의사, 간호사환자 및 보호자 1인 (NIHSS 및 신경학적 평가) |
| 10:50 - 11:10(15:50 - 16:10)(20분) | 결과 종합 및 보고서 작성* 추가 보완 사항 서류 확인
* 인증위원 총평보고서 준비 (인증위원 간 최종조사 결과 조율 및 결론 도출)
 | 인증위원 2인(인증위원만 독립된 공간에서 진행) |
| 11:10 - 11:30(16:10 - 16:30)(20분) | 의료기관과 최종 조사결과 상호 확인* 인증 평가 강평
* 뇌졸중 센터 의견 수렴
* 향후 일정 안내
 | 인증위원 2인뇌졸중센터 소속 센터장, 의사, 간호사, 기타 관계자 |

* 제시된 일정은 인증심사 현장 상황에 따라 순서와 소요시간 등 변경 가능함.