

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند کتابچه روشهای اجرایی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		



ردیف	محور	شماره سنجه	عنوان روش اجرایی	صفحه
۱	رهبری و مدیریت	الف-۱-۷-۳	نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	۳
۲	رهبری و مدیریت	الف-۱-۷-۶	نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی	۴-۵
۳	مدیریت خطر حوادث و بلایا	الف-۲-۲-۶	تدوین روش اجرایی گزارش حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی آن به تمامی کارکنان تدوین روش اجرایی ایمنی در برابر آتش سوزی	۶-۷ ۸-۹
۴	مدیریت خدمات پرستاری	الف-۳-۴-۵	تدوین روش اجرایی "نظارت بر روند تعامل بخشهای بالینی با سایر بخشها"	۱۰
۵	مدیریت خدمات پرستاری	-	تدوین روش اجرایی "نظارت بر اداره امور بخش های بالینی"	۱۱-۱۲
۶	مدیریت خدمات پرستاری	-	روش اجرایی سیاستهای کلی آموزش به بیمار و همراه و ارتقا سلامت جامعه	۱۳-۱۴
۷	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	الف-۵-۲-۱	تدوین روش اجرایی کنترل صحت دادههای ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرایند	۱۵-۱۶
۸	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	الف-۵-۳-۱	تدوین روش اجرایی "نگهداری و پشتیبانی منظم دادهها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان"	۱۷-۱۸
۹	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	الف-۵-۳-۲	تدوین روش اجرایی "پشتیبانی از سیستمهای سخت افزاری"	۱۹
۱۰	مراقبت های عمومی بالینی	ب-۱-۴-۱	تدوین روش اجرایی اطلاع رسانی مقادیر بحرانی پاراکلینیک آزمایشگاهی و تصویربرداری	۲۰
۱۱	مراقبت های عمومی بالینی	-	تدوین روش اجرایی رفع علت عدم انطباق های موجود و یا بالقوه در آزمایشگاه	۲۱-۲۲
۱۲	مراقبت های عمومی بالینی	-	تدوین روش اجرایی انبارش ایمن آزمایشگاه	۲۳-۲۴
۱۳	مراقبت های عمومی بالینی	ب-۱-۴-۱ ب-۱۰-۳-۲	روش اجرایی دستورات تلفنی / شفاهی	۲۵
۱۴	مراقبت های عمومی بالینی		روش اجرایی نحوه انجام مشاوره های اورژانسی و غیر اورژانسی در بخش های بالینی	۲۶-۲۷
۱۵	پیشگیری و کنترل عفونت	ب-۵-۲-۵	روش اجرایی برچسب گذاری اقلام استریل شده در فرایند فراخوان و رهگیری	۲۸
۱۶	پیشگیری و کنترل عفونت	ب-۵-۵-۲	تدوین روش اجرایی "پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی" عفونتهای تنفسی-کاتترهای ادراری-کاتترهای عروقی-عفونتهای موضع جراحی/نمونه برداری	۲۹-۳۸
۱۷	پیشگیری و کنترل عفونت	-	تدوین روش اجرایی نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل بکاررفته بیمار	۳۹-۴۰
	مدیریت دارویی	-	تدوین روش اجرایی نحوه نگهداری دارو های یخچالی در زمان قطعی برق	۴۱
۱۸	تامین تسهیلات گیرنده خدمت/احترام به حقوق گیرندگان خدمت	-	تدوین روش اجرایی حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران	۴۲-۴۴
۱۹	//		تدوین روش اجرایی نحوه ارائه خدمت به بیماران مجهول الهویه	۴۵
۲۰	//		تدوین روش اجرایی انجام خدمات درمانی توسط کارکنان همگن	۴۶

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه ۱	دامنه کاربرد: کل بیمارستان	

۱-هدف: - تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن

✓ نظارت شیوه مند، مستمر و موثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای

✓ تدوین و اندازه گیری شاخصهای مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت و نظارت کمیته اخلاق بالینی

✓ تحلیل نتایج اندازه گیری شاخصها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای در کمیته اخلاق بالینی

✓ انجام اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود بر اساس نتایج بررسی روند رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای

۲- تعاریف: اخلاق حرفه ای: (professional ethics یا work ethics) اخلاق کار، متعهد شدن انرژی ذهنی و روانی و فیزیکی فرد یا گروه به ایده جمعی است در جهت اخذ قوا و استعداد درونی گروه و فرد برای توسعه به هر نحو

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیریت ، کارکنان و مراجعین مرکز و بیماران

۴-مسئولیت ها و اختیارات: تیم رهبری و مدیریت انجام بازدیدهای سرزده - مسئول طرح تکریم دریافت مکتوبات صندوق های گزارش

۵-شیوه انجام کار: در این مرکز برای پایش نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای از روش های ۱ . نظارت میدانی تیم رهبری و مدیریت ۲ . اخذ گزارشهای محیطی از صندوقهای ارتباط مردمی استفاده می شود. در همین راستا بازدیدهای سرزده از بخش ها و واحد های مربوطه توسط تیم رهبری و مدیریت انجام می شود و چک لیست مربوطه جهت پایش واحد ها پر می شود، همچنین سرکشی به صندوق های پیشنهادات و انتقادات جهت بررسی مکتوبات و رسیدگی به امور بیماران توسط مسئول گیرندگان خدمت و مسئول پی گیری امور بیماران به صورت فصلی انجام خواهد گرفت و کلیه موارد در کمیته سلامت اداری مطرح و بررسی خواهد شد و در تیم رهبری و مدیریت گزارشی از موارد عدم انطباق ارائه شده و برنامه اصلاحی / پیگیریانه نوشته و پیاده سازی گردد.

سطح بندی پیشنهادی در خصوص شیوه رسیدگی به شکایتهای واصله : ۱. رسیدگی آنی، به صورت حضوری و بلافاصله های در صینه با پیگیری میدانی صورت پذیرد. ۲. رسیدگی فوری، به صورت تلفنی بلافاصله پیگیری شود. ۳. رسیدگی در اولویت اول، تا پایان روز کاری ۴. رسیدگی بدون اولویت، برحسب حساسیت موضوع و نوبت بندی برای پیگیری در اولین فرصت

۶-امکانات-تسهیلات: تیم رهبری و مدیریت برای بازدیدهای سرزده ، وجود صندوق رسیدگی به شکایات ، صورت جلسات / کمیته اخلاق بالینی و سلامت اداری

۷- منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: ارش شجاعی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول طرح تکریم	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان	
	صفحه ۲	دامنه کاربرد: کل بیمارستان	

۱-هدف:

- ✓ تهیه روش مدون برای تشریح شیوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
- ✓ اطمینان از پایبندی کارکنان بر اصول حرفه ای در مشاغل بالینی
- ✓ پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
- ✓ ارائه گزارش از عدم انطباق های بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت
- ✓ انجام اقدام اصلاحی / پیشگیرانه در موارد عدم انطباق
- ✓ نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان

۲- تعاریف:

۱- اخلاق حرفه ای: (work ethics یا professional ethics) اخلاق کار، متعهد شدن انرژی ذهنی و روانی و فیزیکی فرد یا گروه به ایده جمعی است در جهت اخذ قوا و استعداد درونی گروه و فرد برای توسعه به هر نحو

۲- اخلاق بالینی: شناخت، آنالیز و حل تعارض-های ارزشی که در هنگام مراقبت-های بهداشتی درمانی در بیمارستان-ها و مراکز درمانی به وجود می آید.

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیریت ، کارکنان و مراجعین مرکز و بیماران

۴-مسئولیت ها و اختیارات: تیم رهبری و مدیریت انجام بازدیدهای سرزده – مسئول طرح تکریم دریافت مکتوبات صندوق های گزارش

۵-شیوه انجام کار: برای تشریح شیوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان یک روش مدون در سه حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران، ارتباط با جامعه تدوین، اجرا و پایش می شود. گام اول در مسیر تحقق این استاندارد، شناسایی مبانی اخلاق حرفه ای در تمامی گروههای شغلی و برنامه ریزی جهت ارتقای آن در همه سطوح سازمان می باشد. در همین راستا یک چک لیست شامل موارد زیر تهیه شده است تا با آن پایش واحدهای درمانی انجام شود. بدیهیست نتایج این پایش جهت بررسی و ارائه راهکار در کمیته اخلاق بالینی مطرح خواهد شد.

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از:

- ✓ ۱. مشارکت بیمار در تصمیم گیریهای مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار
- ✓ ۲. رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی
- ✓ ۳. اجرای دستورالعمل بیمارستان درمعاینه بیماران غیرهم جنس
- ✓ ۴. ارائه آموزش کافی بیمار
- ✓ ۵. رعایت حقوق بیمار در پژوهش
- ✓ ۶. عدم بهره جویی پزشکان در رابطه با بیمار
- ✓ ۷. برخورد حرفه ای با بیمار و همراهان متعارض
- ✓ ۸. عدم تیمیل هزینه بی مورد و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار
- ✓ ۹. اجرای کوریکولومهای پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک

- ✓ ۱۰. بازخورد به سیستم در جهت ارتقای کیفیت خدمات
- ✓ ۱۱. اولویت بخشی به منافع سلامت بیمار
- ✓ ۱۲. صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار و بروز مسائل اخلاقی و قانونی

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از:

- ✓ ۱. میزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
- ✓ ۲. برخورد مناسب در زمان بروز اختلاف و یا بی احترامی تیم پزشکی
- ✓ ۳. حضور به موقع و در دسترس بودن پزشکان آنکال و پاسخگویی به فراخوانها
- ✓ ۴. زمان بندی مناسب و عدم اتلاف وقت تیم پزشکی
- ✓ ۵. انتقال نوع دوستانه دانش و تجربه به سایر همکاران
- ✓ ۶. عدم بهره کشی مازاد بر روالهای موجود از دیگر همکاران (فراگیران، پرستاران، همکاران جوان)
- ✓ ۷. برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سو رفتار جزئی و جدی همکار و مواجهه با ناتوانی و بیماری همکار
- ✓ ۸. درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار.

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارت است از:

- ✓ ۱. همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
- ✓ ۲. بهبود در دسترسی به خدمات
- ✓ ۳. ارائه صادقانه گزارشها و گواهیهای پزشکی
- ✓ ۴. رعایت شان حرفه پزشکی در شبکههای اجتماعی
- ✓ ۵. برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی

مسائل مطرح در اخلاق بالینی: ۱- رضایت آگاهانه؛ ۲- رازداری؛ ۳- حفظ حریم خصوصی؛ ۴- توانایی یا اهلیت تصمیم گیری؛ ۵- تصمیم گیری در مورد گروه های ناتوان؛ ۶- تخصیص منابع و مراقبت های پایان حیات؛ ۷- خودکشی مساعدت شده توسط پزشک؛ ۸- مراقبت های تسکینی؛ ۹- خطاهای پزشکی؛ ۱۰- اخلاق ژنتیک؛ ۱۱- بیوتروریسم.

موضوعات اساسی مورد مطالعه در اخلاق بالینی: ۱- تبیین معیارهای اخلاق بالینی؛ ۲- چگونگی آموزش و نهادینه کردن آن در مراکز درمانی؛ ۳- تشریح برنامه های راهبردی آموزش اخلاق بالینی؛ ۴- شناخت روش های اخلاق بالینی؛ ۵- ضرورت بسط و گسترش اخلاق بالینی و نهادینه کردن آن در نظام جامع سلامت.

۶- امکانات-تسهیلات: بازدیدهای سرزده ، وجود صندوق رسیدگی به شکایات ، جلسات کمیته اخلاق بالینی و سلامت اداری

۷- منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: ارش شجاعی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول طرح تکریم	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 وزارت بهداشت و درمان وزارت بهداشت و درمان	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی گزارش حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی آن به کارکنان	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه:	دامنه کاربرد: کلیه واحد های بیمارستانی	

۱-هدف: ۱-پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین، و کارکنان-۲پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده-۳کاهش خسارات مالی ناشی از حادثه-۴شناسایی موقعیتهای نا امن و اقدامات لازم برای رفع آن

۲- تعاریف: **مخاطره** عوامل خطر آفرین) پدیده هایی گفته میشود که بالقوه آسیب زا هستند و میتوانند منجر به آسیبهای جانی، مالی و محیطی به مردم و یا بیمارستان شوند.

***عوامل خطر آفرین طبیعی: سیل، زلزله، طوفان

***عوامل خطر آفرین انسان ساز: آتش سوزی، اپیدمی، تصادفات

***حوادث غیر مترقبه خارجی: طبق تعریف به حادثی اطلاق می گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشأ می گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می شوند. مثال هایی از حوادث غیر مترقبه خارجی عبارتند از: ۱- تصادفات جاده ای ۲- زلزله ۳- سرما ۴- گرد و غبار ۵- مسمومیت های گازهای شیمیایی

***حوادث غیر مترقبه داخلی: (Internal Disasters) بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدید کنندگان وارد نماید.

موقعیت وقوع حوادث غیر مترقبه بیمارستانی را می توان بر اساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از: ۱- حوادث غیر مترقبه داخلی: مانند آتش سوزی زلزله قطع برق، اپیدمی، Overlod بیمارستانی ۲- حوادث غیر مترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می کند. ۳- حوادث غیر مترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می کند. ۴- تهدیدات ناشی از حوادث غیر مترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل ۵- حوادث غیر مترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می دهد.

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: ریاست مرکز، مدیریت مرکز، مدیر خدمات پرستاری مرکز و سوپروایزرین کشیک

۴- مسئولیت ها و اختیارات: در سامانه HICS ثبت شده است

۵- شیوه انجام کار:

- ✓ **در صورت وقوع حادثه داخلی** در هر قسمت بیمارستان توسط پرسنل به ریاست اطلاع رسانی شده (در شیفت صبح) و در شیفتهای عصر و شب و تعطیلات به سوپروایزر اطلاع داده میشود.
- ✓ توسط مسئول ایمنی (جانشین دوم) و یا سوپروایزر در محل حادثه حضور و بررسی اولیه انجام میشود.
- ✓ فرم گزارش حادثه موجود در دفتر پرستاری و در صورت نبود فرم گزارش تلفنی صورت گرفته و اطلاع رسانی میگردد.
- ✓ سوپروایزر وقت به فرمانده یا جانشین گزارش میدهد، در صورت حادثه در بخش سریعاً توسط دفتر فنی و مسئول ایمنی و مسئول بخش، مدیر بیمارستان و کارشناس ایمنی و سوپروایزر شیفت جلسه تشکیل میگردد و به بررسی نکات و رعایت موارد پیشگیری، علت ایجاد حادثه می پردازند.

✓ برای اقدامات پیشگیرانه در حوادث بیمارستانی با توجه به گزارشات در کمیته مدیریت خطر به بررسی حوادث در زمینه سازه ای و غیر سازه ای پرداخته و اقدام اصلاحی جهت رفع آنها صورت میگیرد: ۱- آموزش به کارکنان واگهی از شرح وظایف خود در بحران و برخورد با آن استفاده از کپسولهای آتشنشانی-۲- پرسنل تاسیسات بازدیدهای دوره ای تجهیزات و ساختمان انجام دهند جهت پیشگیری از آسیبهای سازه ای و غیر سازه ای

حوادث غیر مترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری به فرد اعلام کننده خطر (فرمانده حادثه) بیمارستان اطلاع داده می شود. فرد اعلام کننده خطر (فرمانده حادثه) در اولین زمان ممکن به سوپروایزر وقت جهت آمادگی بیمارستان و اعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد.

✓ فرمانده حادثه با کسب اطلاعات کامل از شدت و وسعت حادثه نیازهای اولیه منابع مالی، انسانی و تجهیزات و ملزومات را برآورد کرده و نسبت به آماده سازی آنها

دستورات لازم را به سوپروایزر بیمارستان میدهد و در اسرع وقت در بیمارستان حضور می یابد (ارزیابی سریع).

✓ سوپروایزر وقت بیمارستان نسبت به اعلام آماده باش و فراخوان نیروها بر اساس میزان و شدت حادثه با هماهنگی فرماندهی حادثه اقدام می نماید- مسئولین رده

بالای مدیریتی بحران شامل مدیریت پشتیبانی _ مدیریت خدمات انسانی- مدیریت خدمات پاراکلینیک- مدیریت مناطق درمان- مدیریت مناطق بیماران در اسرع

وقت توسط سوپروایزر کشیک فراخوان می شوند

✓ مدیران مناطق مذکور پس از حضور در پوزیشن عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وسعت حادثه به انجام فعالیتهای خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام میکنند.

✓ سوپروایزر کشیک به پوزیشن اصلی خود بر میگردد.

✓ پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت طبیعی حالت پاسخ به حادثه توسط فرمانده حادثه اعلام می شود.

۵- امکانات - تسهیلات: منابع مالی و منابع انسانی

۶- منابع / مستندات: کتابچه آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (حمید رضا خانکه)- صورت جلسه کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا- فرم گزارش حوادث- چک

لیستهای واحدهای بیمارستانی، ارزیابی مخاطرات

تهیه کنندگان: فاطمه نصیری	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی ایمنی در برابر آتش سوزی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: کلیه واحد های بیمارستانی	

۱-هدف: ۱- کاهش احتمال خطر آتش سوزی ۲-محافظت از جان بیماران و همراهان و کارکنان در برابر آتش ۳-کاهش خسارت مالی ناشی از آتشسوزی و ایجاد کمترین آسیب به سازه ساختمان ۴-ارتقای سطح آگاهی کارکنان

۲-تعاریف: آتش: واکنش شیمیایی بین یک ماده شعله ور و اکسیژن رخ میدهد و در ایجاد سه عامل حرارت مواد سوختنی و اکسیژن نقش اساسی دارد. سیستم اعلام حریق: سامانه ای طراحی شده برای شناسایی خودکار وقوع آتش. خاموش کننده های دستی: کپسولهایی که چند نوع هست (پودری و ابی و گاز و کف و مواد هالوژنه)

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیریت، مسئول خدمات، مسئول تیم آتش نشانی و کارکنان و مراجعین مرکز و بیماران

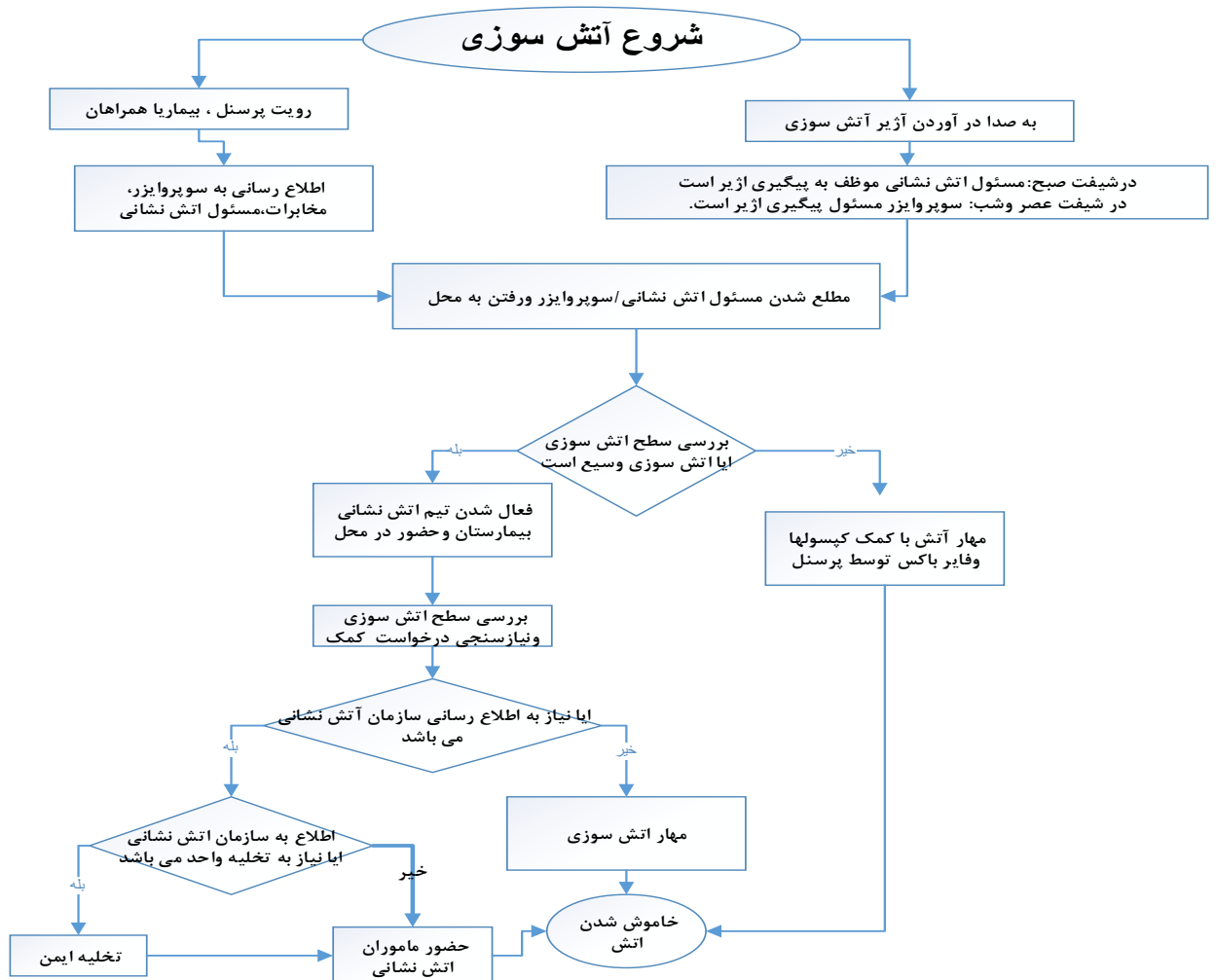
۴-مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت نظارت بر شارژ کپسولهای آتشنشانی به عهده مسئول واحدهای بیمارستانی است.

-مسئولیت تفکیک و نوع و مکان کپسولهای آتشنشانی به عهده مسئول بهداشت حرفه ای است. -تعیین کد اعلام آتشنشانی به عهده کمیته مدیریت خطر بیمارستان است. -تعیین رابطین آتشنشانی و ایجاد تیم به عهده مسئول تیم آتشنشانی است. -مسئول انتظامات: جهت برقراری نظم

۵-شیوه انجام کار: پس از مشاهده، اولین فرد نسبت به حریق (اگر دکتور فعال نشده باشد) بلافاصله تا رسیدن تیم اطفای حریق، باید شاسی اعلام حریق را بزند و به سوپروایزر اطلاع رسانی کند و فوراً شروع به خاموش کردن آتش کند. با به صدا در آمدن کد اعلام حریق مسئول تیم آتشنشانی آدرس محل حریق را پیگیری میکند تا رسیدن آنها پرسنل شروع به خروج کلیه افراد با توجه به سطح آتش سوزی میکنند و مبادرت به مهار آتش توسط کپسولهای آتشنشانی کرده در صورت نیاز با سازمان آتشنشانی تماس می گیرند. باید از خروج کلیه افراد (پرسنل و بیماران) اطمینان حاصل کرد جهت جلوگیری از گسترش آتش به سایر قسمتها دربهای بین دو بخش بسته شود و کلیه سیلندرهای گاز از محل حریق دور گردد و انتظامات جهت برقراری نظم حضور یافته بعد تخلیه افراد، تجهیزات خارج می گردد پس از خاموش کردن آتش با مسئول تیم به پاکسازی محیط پرداخته و بررسی علل آتش سوزی نتایج یافته ها و گزارش خود را در دفتر وقایع ثبت میکند و سپس در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تشکیل و به بررسی نقاط قوت و ضعف عملیات پرداخته و هم چنین نتایج عملیات و خسارات وارده می پردازند.

۶-امکانات-تسهیلات: تعریف کد آتشنشانی، کپسول اطفاء حریق، علائم خطر بر روی کپسول گازهای طبی، تابلو خطر درب آسانسورها و وجود تیم حریق

۷-منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵/ چک لیست مرتبط به سیستم های اطفاء حریق و کپسولهای آتشنشانی، صورت جلسات مانور اطفاء حریق و استفاده از کپسولهای آتشنشانی و کد آتشنشانی



**مسئول آتش نشانی: آقای حق نژاد هستند
 **متصدی مخابرات موظفند که محل نشان داده شده در پنل را
 در شیفت صبح به اطلاع آقای حق نژاد و پرسنل تاسیسات
 و شیفت عصر و شب به اطلاع سوپروایزر و پرسنل تاسیسات
 برسانند.

تهیه کنندگان: فاطمه نصری	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها دامنه کاربرد: بخشهای بالینی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱		

۱- **هدف:** بهبود و ارتقا درمان با استفاده از امکانات موجود در کل بیمارستان

۲- **تعاریف:** تعامل (ارتباط بین بخشی به طور موثر)

۳- **صاحبان فرآیند و ذینفعان:** مدیریت پرستاری، سوپروایزرها، سرپرستاران، مسئول واحدها

۴- **مسئولیت ها و اختیارات:** مسئولین شیفتها: واگذاری تجهیزات و نیروها یا دریافت آنان/ سوپروایزرین: هماهنگی های لازم

۵- **شیوه انجام کار:**

- ✓ چک دستگاه و تجهیزات بخش در اول هر شیفت توسط مسئولین شیفتها که در صورت خرابی و یا کمبود ترجیحا در اول شیفت اطلاع داده شود و اگر در حین شیفت رخداد بلافاصله سوپروایزر و وقت را در جریان بگذارند.
- ✓ برآورد نیروها با توجه به بیماران در هر شیفت و سطوح مراقبتی آنان که در صورت نیاز به پرسنل پرستاری و یا خدماتی به سوپروایزرین در اول شیفت اطلاع داده شود و اگر در حین شیفت به دلیل به وجود آمدن مشکلات برای همکاران پرستاری یا خدماتی که منجر به عدم توانایی آنها جهت حضور در بخش شد مسئولین شیفت ها به سوپروایزرین اطلاع دهند.
- ✓ بعد از اطلاع به سوپروایزرین مسئولین شیفتها جهت تهیه تجهیزات مورد نیاز با توجه به بخش پشتیبان خود به آن بخش رجوع مینمایند و با هماهنگی سوپروایزرین، مسئولین شیفت بخش معین تجهیزات را دریافت می نمایند و رسید تحویل میدهد.
- ✓ جهت تامین نیروی مورد نیاز با توجه به برآورد نیروها در کل بیمارستان سوپروایزر نیروهای لازم را از بخشهایی که تراکم کمتر دارند تامین نموده و با هماهنگی مسئولین شیفتها انتقال نیروها را انجام میدهد.
- ✓ بازگشت نیروها به بخش های معین با توجه به صلاحدید مسئولین شیفت بخش کمک گیرنده می باشد که سوپروایزرین وقت را در جریان میگذارند.
- ✓ بازگشت تجهیزات به بخش مربوطه نیز با توجه به صلاحدید مسئولین شیفتها و صلاحدید سوپروایزرین صورت می گیرد.
- ✓ تحویل وسایل و یا جابجایی نیروها در دفتر گزارش پرستاری بخشها ثبت می شود. تا مسئولین بخش به رفع خرابی ها یا تهیه وسایل اقدام نمایند و یا در صورت لزوم به پرسنل شیفتهای بعد نیز اضافه نمایند. و در دفتر گزارش سوپروایزرین در دفتر پرستاری ثبت مشود تا مترون مرکز در رفع آن در صورت لزوم اقدامات اصلاحی را انجام دهد.

۶- **امکانات-تسهیلات:** پرستاران- خدمات- مسئولین شیفتها- سوپروایزرین بالینی- تجهیزات موجود در بخشها

۷- **منابع / مستندات:** کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵/دفتر گزارش سوپروایزرین - دفتر گزارش پرستاری

تهیه کنندگان: ابوالحسن رفیعی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر آموزشی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	روش اجرایی	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	نظارت بر اداره امور بخش های بالینی	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی، دفتر پرستاری	

۱- هدف: بهبود مستمر مراقبت های پرستاری مبتنی بر شواهد علمی و متناسب با نیاز بیماران و برنامه درمانی طراحی شده

۲- تعاریف: -

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیریت پرستاری، سوپروایزرها، سرپرستاران، مسئول واحدها

۴- مسئولیت ها و اختیارات: تیم مدیریتی بیمارستان، ارزیابی از طریق مشاهده، مصاحبه و مستندات

۵- شیوه انجام کار:

- سوپروایزر ارشد بالینی و مترون بر برنامه نوبت کاری بخشهای درمانی از نظر چیدمان کمی و کیفی نیروی پرستاری نظارت می کنند.
- سوپروایزرین بالینی، سوپروایزر آموزشی و مترون طی بازدیدهای میدانی از بخش های درمانی موارد زیر را ارزیابی می کنند: (بازدیدهای هر شیفت توسط سوپروایزر بالینی و بازدیدهای تیم مدیریت پرستاری با استفاده از چک لیست بر اساس برنامه زمانبندی مشخص)
- ✓ تجهیزات پزشکی بخش از نظر موجود و آماده به کار بودن، کیفیت، صحت کارکرد، نگهداری، آگاهی کارکنان نسبت به کار با آن ها و کنترل در هر شیفت ونیز کمبود تجهیزات پزشکی بخش بر اساس نیاز بیماران
- ✓ وضعیت دارویی بخش از نظراستوک دارویی، موجود بودن داروهای حیاتی و ضروری، داروهای ترالی اورژانس، داروهای یخچالی، کنترل تاریخ انقضای داروها و نگهداری صحیح آن ها، کنترل داروهای مخدر، آگاهی کارکنان و عملکرد ایشان در زمینه آماده سازی و تجویز داروها
- ✓ مستندات پرونده بیماران شامل دستورات پزشکی و کنترل آن ها، گزارشهای پرستاری، تکمیل صحیح فرم ها مانند فرم ارزیابی اولیه بیمار، فرم های درخواست و نظارت بر تزریق فرآورده های خونی، فرم رضایت آگاهانه و... نیز نحوه ثبت در کاردکس، کارت دارویی و...
- ✓ وضعیت آموزشی بخش شامل آموزش به بیماران و همراهان بالاخص در زمینه حفظ ایمنی بیمار و خودمراقبتی و نیز میزان آگاهی کارکنان از مراقبت های پرستاری بیماری های شایع بخش، مهارت های عمومی بالینی، ارتباطی و تخصصی آن ها و همچنین برگزاری دوره های آموزشی داخل بخشی با توجه به نیازسنجی کارکنان
- ✓ رضایتمندی بیماران و همراهان ایشان از کارکنان پزشکی و پرستاری و نحوه ارائه مراقبت ها
- آراستگی ظاهر کارکنان و رعایت فرم پرسنلی
- ✓ رعایت استانداردهای ارائه خدمات در بالین
- ✓ نظافت و رعایت نکات ایمنی در بخش مانند استفاده صحیح از کپسول های اکسیژن، سالم و بالا بودن بدساید تخت و برانکاردها، چینش صحیح انبار، زنگ احضار پرستار در اتاق بیماران و سرویس های بهداشتی، ویژگی های لازم در انداع ست های استریل و ...
- ✓ سوپروایزرین بالین نتایج و موارد مشاهده شده در راندها و بازدیدهای میدانی شیفت را به صورت شفاهی یا با تکمیل چک لیست به مترون ارائه می دهند.

✓ تیم مدیریت پرستاری گزارشات سوپروایزرین بالینی و نیز نتایج بازدیدهای میدانی خود را بررسی و تحلیل کرده و در موارد عدم تطابق با دستورالعمل ها، اقدامات اصلاحی مورد نیاز را با مشارکت مسئول و کارکنان بخش درمانی اجرا می کنند و یا در صورت نیاز به تیم مدیریت اجرایی جهت اتخاذ تصمیمات مناسب گزارش می نمایند.

✓ گزارش ۲۴ ساعته سوپروایزرین به ریاست بیمارستان

- کلیه بخش های درمانی در تمام ساعات شبانه روز طبق برنامه تنظیمی مشغول ارائه خدمات به بیماران سرپایی و بستری می باشند.
- به جز روزهای تعطیل، در سایر ایام هفته علاوه بر پرسنل بخش، مسئول بخش نیز حضور داشته و وظیفه نظارت و هماهنگی امورات بخش را در راستای ایمنی هرچه بیشتر بیماران و ارائه خدمات استاندارد عهده دار میباشد. در روزهای تعطیل و شیفت عصر و شب این کار به عهده مسئول شیفت خواهد بود.
- در ایام غیر تعطیل تمامی بیماران توسط پزشک معالج مداوا می شوند و در ایام تعطیل در صورت نیاز بیمار توسط پزشک معالج ویزیت خواهد شد و یا با اطلاع بخش، بیمار توسط پزشک آنکال ویزیت خواهد شد.
- سوپروایزر کشیک در شیفت عصر و شب بر ارائه خدمات در مرکز با تمرکز بر مسائل ایمنی نظارت می کند.
- سوپروایزر کشیک به صورت روزانه گزارش بازدید خود را به مدیریت خدمات پرستاری ارائه می دهد.
- موارد مهم و خاص گزارش سوپروایزر کشیک توسط مدیریت خدمات پرستاری به مدیریت و ریاست مرکز راجع داده می شود و گزارش ۲۴ ساعته سوپروایزر به ریاست اعلام می شود.
- مداخلات لازم با توجه به نتایج بازدیدها و گزارش های دریافتی انجام می گیرد.
- بازدید نظارتی در روزهای تعطیل انجام می گردد..

۶- امکانات- تسهیلات: پرستاران- خدمات- مسئولین شیفتها- سوپروایزرین بالینی- تجهیزات موجود در بخشها

۷- منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵/ دفتر گزارش سوپروایزرین - دفتر گزارش پرستاری

تهیه کنندگان: ابوالحسن رفیعی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر آموزشی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	روش اجرایی سیاستهای کلی آموزش به بیماروهمراه و ارتقا سلامت جامعه	
	صفحه ۲	دامنه کاربرد: کلیه کادر پرستاری و مامایی	

هدف:

- مدیریت هدفمند آموزش ها برای بیماران و همراهان در راستای ارائه خدمات پرستاری
- تامین نیازهای آموزشی بیماران به منظور ارتقاء کیفیت خدمات و تسريع در روند بهبودی و خود مراقبتی
- مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه جامعه

۲- تعاریف: مورد نامفهومی وجود ندارد.

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیریت ، کارکنان و مراجعین مرکز و بیماران

۴- مسئولیت ها و اختیارات: مسئولین بخش ها-سوپروایزر آموزش به بیمار

۵- شیوه انجام کار:

۱- مدیریت هدفمند آموزش ها برای بیماران و همراهان در راستای ارائه خدمات پرستاری

- ✓ ۱-۱- نیازسنجی آموزشی سالانه بیماران و همراهان در کلیه بخشها با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبتهای پرستاری براساس بیماری های شایع هربخش که توسط کارگروه آموزش بیمارشناسایی والویت بندی شده است
- ✓ ۲-۱- تشکیل کارگروه آموزش بیمار در بخشهای بیمارستان و تعیین نیازهای آموزشی بیماران
- ✓ ۳-۱- برنامه ریزی در جهت تهیه محتواهای آموزشی معتبر و استاندارد متناسب با نیازسنجی انجام شده و اولویتهای خاص
- ✓ ۴-۱- نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی بیماران در بخش
- ✓ ۵-۱- ارزیابی اثربخشی آموزشهای ارائه شده به بیماران با استفاده از روشهای استاندارد
- ✓ ۶-۱- ارائه گزارش نتایج سنجش اثربخشی آموزشهای ارائه شده به معاونت درمان دانشگاه هر سه ماه
- ✓ ۷-۱- اجرای برنامه های اصلاحی تدوین شده و بررسی مجدد اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده
- ✓ ۸-۱- پیش بینی منابع مالی و تسهیلات آموزشی مورد نیاز
- ✓ ۹-۱- پایش و بازبینی مستمر برنامه های آموزش به بیمار در جهت ارتقاء کیفیت خدمات آموزش به بیمار در بخشها
- ✓ ۱۰-۱- مشارکت در توانمند سازی آموزشی پرسنل
- ✓ ۱۱-۱- تامین اعتبار لازم جهت تهیه نیازهای آموزشی توسط مدیران ارشد سازمان
- ✓ ۱۲-۱- تدوین دستورالعمل آموزش خودمراقبتی بیماریهای شایع
- ✓ ۱۳-۱- باید مسئول آموزش همگانی بیماران در خصوص آموزشهای سرطان ، دیابت ، خودمراقبتی و پرفشاری خون و مناسبتهای سلامت برنامه های مصوب در معاونت درمان را اجرا نماید.
- ✓ ۱۴-۱- باید واحد مراقبت در منزل بیمارستان مشخص و مسئول مراقبت در منزل مشخص شود.
- ✓ ۱۵-۱- طبق راهنمای تعیین شده از طرف معاونت درمان دانشگاه در زمینه مراقبت در منزل باید فعالیت لازم را داشته باشد.

۲- تامین نیازهای آموزشی بیماران به منظور ارتقاء کیفیت خدمات و تسريع در روند بهبودی و خودمراقبتی

- ✓ ۱-۲- باید رابطین فعال جهت آموزش به بیمار در کلیه بخشها تعیین شود.
- ✓ ۲-۲- نیازسنجی آموزشی سالانه بیماران و همراهان در کلیه بخشها باتوجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبتهای پرستاری ، شناسایی شده و با نظر کارگروه آموزشی بیمار متناسب با الویتهای مراقبتی تهیه شود.
- ✓ ۳-۲- باید پرسنل پرستاری بر مبنای دستورالعمل آموزش خودمراقبتی نیازهای آموزشی بیمار را مشخص کرده و براساس نیازهای شناسایی شده ، آموزش بدهند.
- ✓ ۴-۲- باید بدو پذیرش و حین بستری بیمار ، حداقل موارد آموزشی خودمراقبتی توسط پرستاران به صورت چهره به چهره به بیمار یا همراه وی آموزش داده شده و در گزارش پرستاری ثبت شود.
- ✓ ۵-۲- باید از روشها و رسانه های آموزشی مناسب برای آموزش موثرتر بیماران استفاده شود (چهره به چهره ، پمفلت ، کلاسهای آموزش گروهی ، پخش فیلم و مراجعه به سایت بیمارستان ...)
- ✓ ۶-۲- باید حداقل موارد آموزشهای حین ترخیص توسط پرستاران بصورت چهره به چهره به بیمار یا همراه وی آموزش داده شده و در برگه آموزش ترخیص ثبت گردد و نسخه اصلی تحویل بیمار گردد.
- ✓ ۷-۲- باید ارزیابی اثربخشی آموزش بیماران بصورت فصلی انجام شده و نتایج ارزیابی را مسئول آموزش به بیمار بیمارستان در کمیته گزارش داده و برنامه بهبود کیفیت مصوب شده در بخشها اجراء و اجراى آنها نظارت نماید.
- ✓ ۸-۲- باید مسئولین بخشها نظارت مستمر و کارا بر ارائه آموزش به بیمار ، ارزیابی و توانمندسازی پرسنل داشته باشند.
- ✓ ۹-۲- کارکنان بخشها باید مشارکت مکفی در برنامه های ارتقاء سلامت جامعه و کارکنان داشته باشند.

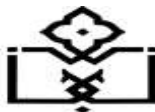
۳- مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه جامعه

- ✓ ۱-۳- باید مسئول آموزش همگانی بیماران در خصوص آموزشهای سرطان ، دیابت ، خودمراقبتی و پرفشاری خون و مناسبتهای سلامت برنامه های مصوب دانشگاه را اجراء نماید.
- ✓ ۲-۳- مشارکت در برنامه های ارتقاء سلامت جامعه (بیماران ، همراهان ، عموم جامعه و کارکنان) در روزهای مناسبتی سلامت
- ✓ ۳-۳- تامین بودجه و اعتبارات لازم

۶- امکانات-تسهیلات: تیم رهبری و مدیریت برای بازدیدهای سرزده ، صورت جلسات / کمیته پایش و رهبری

۷- منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فریبا فیروزیان ، ابوالحسن رفیعی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس آموزش به بیمار و ارتقاء سلامت-سوپروایزر آموزشی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدیر ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	روش اجرایی	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	بیمارستانی	
	صفحه:	دامنه کاربرد: کاربران HIS	

۱-هدف: اطمینان از ورود صحیح و کامل داده ها ، اصلاح خطاهای محتمل

۲-تعاریف: HIS : سامانه (سیستم) اطلاعات بیمارستانی Audit LOG: ثبت فعالیت های کاربران (لاگ عملیات HIS)

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان : مسئولان بخش ها ، مسئول ترخیص ، مدیریت اطلاعات سلامت (مدارک پزشکی) ، مدیریت بیمارستان ، واحد درآمد ، اسناد پزشکی ، داروخانه،مسئول پذیرش، مدیریت اطلاعات (IT)

۴-مسئولیت ها و اختیارات:

- ✓ مدارک پزشکی و پذیرش : مسئولیت بررسی اطلاعات دموگرافیک
- ✓ اسناد پزشکی : مسئولیت ارسال به سامانه سپاس و اعلام موارد و ایرادات به واحد های مربوطه
- ✓ مدارک پزشکی : ثبت تشخیص ها و کنترل صحت ثبت آنها
- ✓ داروخانه : بررسی دارویی پرونده ها قبل ترخیص
- ✓ مدیریت : بررسی و جمع بندی خطا ها
- ✓ IT : به روز رسانی HIS ، تعامل با شرکت نرم افزاری جهت رفع خطاهای سیستمی

۴-شیوه انجام کار:

سامانه اطلاعات بیمارستانی دارای ابزار های مختلفی برای نظارت و کنترل ورود اطلاعات میباشد که اطلاعات بیماران را حتی قبل از ورود به سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS) چک میکند:

• از جمله این ابزار ها سرویس استحقاق سنجی است که اطلاعات بیمه ای و هویتی بیماران را از طریق وزارت متبوع و سازمان ثبت احوال استعلام میکند ، این کار از طریق ارسال کد ملی و تاریخ تولد بیمار از سامانه HIS و دریافت اطلاعات از طریق سرویس استحقاق سنجی انجام میگردد ، مسئول بررسی صحت ورود اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیماران در HIS مسئول مدارک پزشکی و به تبع آن مسئول پذیرش بیمارستان می باشد ضمناً این اطلاعات توسط ناظرین بیمه چک میشود و در صورت وجود مغایرت به مسئول پذیرش اطلاع داده میشود در غیر این صورت برگه تایید اطلاعات هویتی بیمار تکمیل و در پرونده فیزیکی بیمار نگهداری میگردد - در هنگام ارسال اطلاعات از HIS به سپاس اگر بیماری دارای اطلاعات متفاوتی نسبت به آنچه در سامانه وزارتخانه داشته موجود است داشته باشد ، خطای مربوطه نمایش داده می شود . با توجه به این که در حال حاضر ارسال الکترونیک پرونده ها برای بیمه سلامت توسط اسناد پزشکی انجام میشود و سامانه سپاس توسط این واحد مدیریت میشود لیست بیماران خطا دار به طور هفتگی (به لحاظ هویتی) به مسئول پذیرش جهت اصلاح خطا های هویتی تحویل میگردد یک رو نوشت به مدیریت و فن آوری اطلاعات سلامت تحویل میگردد

• در خصوص صحت ورود اطلاعات درمانی بیمار (پروسیجر های درمانی - دارو لوازم مصرفی و...) ابتدا توسط پرستاران بخش های بستری و سرپایی در HIS ثبت میشود ، خدمات پاراکلینیک درخواست شده و توسط واحد مربوطه در صورت صحت کد اقدام درمانی / دارو لوازم درخواستی تایید شده و برای بیمار انجام / دارو لوازم تحویل میگردد . کلیه موارد انجام شده برای هر بیمار توسط هر کاربر در HIS به اسم خود کاربر ثبت (Audit LOG) میشود که در صورت ورود اشتباه قابل پیگیری میباشد خدمات برای بیماران به غیر از دارو و لوازم توسط واحد ترخیص بررسی و چک میگردد در صورت وجود ایراد جهت رفع ایراد به بخش مبدا ارجاع میگردد ، دارو و لوازم مصرفی توسط داروخانه بررسی و در صورت ایراد اصلاح میگردد و در نهایت صورت حساب برای بیمار صادر میگردد

بسیار بیمارانی که ایرادی در پرونده درمانی داشته اند به صورت هفتگی به مدیریت و فن آوری اطلاعات سلامت تحویل میگردد. واحد اسناد پزشکی وظیفه بررسی و کنترل صحت ورود اطلاعات درمانی و دموگرافیک را بعد از رسیدگی ترخیص به عهده دارد و ایرادات مربوطه را رفع و بعد از تکمیل رسیدگی به ناظران بیمه تحویل میدهد (در حال حاضر ارسال الکترونیک پرونده ها برای بیمه سلامت توسط اسناد پزشکی انجام میشود)

بسیار خطاهای مربوطه به صورت هفتگی به مدیریت و فن آوری اطلاعات سلامت و مسئول درآمد بیمارستان تحویل میگردد و به طور ماهانه در کمیته درآمد بیمارستان موارد بررسی میگردد. کلیه کد های مربوط به تشخیص ، خدمات ، دارو و لوازم ، کد های IRC الزامات بیمه ای و رگولاتوری توسط شرکت طرف قرارداد (تیراژه رایانه تهران) با هماهنگی واحد مدیریت اطلاعات (IT) به روز رسانی های خود را در نسخه های جدید دریافت می نمایند این به روز رسانی از طریق نامه به واحد ها اطلاع رسانی میگردد و چنانچه ایرادی در آن مشاهده شود توسط مسئولین واحد ها به مدیریت اطلاعات (IT) جهت رفع مورد اطلاع داده میشود

• تشخیص ابتدایی ، حین درمان و نهایی (احيانا علت فوت ، گواهی فوت) توسط مدارک پزشکی (مدیریت اطلاعات سلامت) تکمیل میگردد و در صورتی که بیماری کد های مذکور را نداشته باشد در هنگام ارسال به سامانه سپاس خطا مربوطه نمایش داده میشود. بررسی صحت ورود کد های تشخیصی به طور تصادفی چند بیمار در هفته توسط مسئول مدارک پزشکی صورت می پذیرد و ایرادات اصلاح میگردد نتایج این اصلاحات به صورت هفتگی به مدیریت و مدیریت اطلاعات اطلاع رسانی میگردد

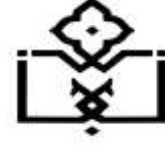
• کلیه نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده ها به مسئول واحد مدیریت اطلاعات (IT) اطلاع رسانی میگردد

• در کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامتی چک لیستی برای ثبت نتایج کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی HIS تنظیم گردید که به صورت هفتگی تکمیل و نتایج بایگانی میگردد

۵-امکانات -تسهیلات: چک لیست ها / سامانه های استحقاق سنجی و استعلام هویت / سامانه سپاس / HIS / اینترنت یا هر بستر ارتباطی لازم دیگر)

۶-منابع/مستندات: فرآیند های داخلی بیمارستان

تهیه کنندگان: مهندس نوید پوریگانه	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول واحد مدیریت اطلاعات (IT)	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۰۳	عنوان سند روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدیر ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه:	دامنه کاربرد: کل بیمارستان	

۱-هدف:

- ✓ در دسترس بودن (availability) بالای ۹۹٫۸٪ سیستم ها و سامانه های نرم افزاری بیمارستان .
- ✓ نگهداشت مناسب سیستم های نرم افزاری موجود در بیمارستان جلوگیری از دست رفتن داده ها و یا ایجاد خسارت به اطلاعات و حفظ داده های مهم به طور دائمی.

۲-تعاریف:

- ✓ SAN : Storage Area Network ذخیره کننده تحت شبکه
- ✓ BackUp : پشتیبان (پشتیبانی گیری)
- ✓ در دسترس بودن (availability)
- ✓ HIS : Hospital Information System سیستم اطلاعات بیمارستانی
- ✓ PCAS : سیستم ذخیره تصاویر

۳- صاحبان فرایند و ذینفعان: مسئول و کارشناس واحد رایانه

۴-مسئولیت ها و اختیارات: مسئول واحد فناوری اطلاعات (یا کارکنان) : مسئول برنامه ریزی و انجام امور پشتیبان گیری

۵-شیوه انجام کار: با توجه به هدف این روش اجرایی ، یعنی در دسترس بودن (availability) بالای ۹۹٫۸٪ سیستم ها و سامانه های نرم افزاری بیمارستان و جلوگیری از بین رفتن اطلاعات بایستی طبق برنامه ای منظم از داده ها Backup داشته باشیم ، علاوه بر آن زیر ساخت هایی آماده کنیم که علاوه بر نرم افزار ها ، سخت افزار ها نیز در دسترس باشند

Backup ها : نرم افزارهای متعددی در این بیمارستان مشغول به سرویس رسانی هستند برنامه ای مدون برای پشتیبان گیری از اطلاعات این نرم افزار ها تهیه گردیده که به شرح زیر میباشد:

- ✓ الف) **HIS بیمارستان** : Backup کامل (Full) هر روز ساعت ۷،۲۰ در دو محل سرور و تخت شبکه بر روی سیستم IT گرفته میشود، همچنین Backup به صورت تغییرات بعد از Full backup یعنی (differential) هر ۱۰ دقیقه هم بر روی سرور و هم تحت شبکه بر روی سیستم IT گرفته میشود. علاوه بر این پشتیبان گیری به صورت Mirror بر روی سرور مجازی بیمارستان (ESXI ۶) به طور لحظه ای گرفته میشود هرچند این روش زیاد به نظر میرسد ولی به توجه به اهمیت و ارزش اطلاعات کاملاً ضروری و توجه پذیر است
- ✓ ب) **نرم افزار تایمکس ، ارسال SMS به بیماران بستری ، نوبت دهی**: پشتیبانگیری از این نرم افزار ها به طور هفته ای انجام میشود

- ✓ ج) تعدادی از نرم افزار ها و سامانه های بیمارستان تحت شبکه داخلی دانشگاه اجرا و مورد استفاده قرار میگیرند، بدیهیست پشتیبان گیری از اطلاعات این نرم افزار ها توسط مدیریت IT دانشگاه متبوع به طور منظم و مدون انجام میگیرد به عنوان مثال : **نرم افزار امور مالی** (روز آمد یا حسابداری تعدی) ، **نرم افزار تجهیزات پزشکی** ، **اتوماسیون اداری** ، **تارنمای بیمارستان (Website)** و...
- ✓ د) تعدادی از نرم افزار ها و سامانه های بیمارستان تحت شبکه داخلی ایران (اینترنت) اجرا و مورد استفاده قرار میگیرند، بدیهیست پشتیبان گیری از اطلاعات این نرم افزار ها توسط مدیریت IT وزارتخانه متبوع به طور منظم و مدون انجام میگیرد به عنوان مثال : **نرم افزار قاصدک** ، **سامانه آواب** ، **سامانه تصادفی** ، **سامانه ثبت موالید** ، **سپاس** ، **سجاد** و...
- ✓ ه) **سیستم PACS** (Picture Archiving and Communication System) این سیستم دارای سرور Mirror (پشتیبان لحظه ای) میباشد که در این روش هم از عکس ها و هم از پایگاه داده به طور لحظه ای Backup گرفته میشود ضمنا از عکس ها به طور ماهانه بر روی SAN بیمارستان پشتیبان گرفته میشود

۶- امکانات- تسهیلات: کارکنان واحد فناوری اطلاعات، SAN، سیستم HIS، زیر ساخت های شبکه و سوئیچ ها .

۷- منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: نویدپوریگانه	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول واحد IT	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی پشتیبانی از سیستمهای سخت افزاری بیمارستان	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: کل بیمارستان	

۱-هدف: حفظ و نگهداری از سخت افزار و نرم افزار های سیستم های موجود در بخش ها و جلوگیری از ایجاد خسارت های احتمالی

۲-تعاریف: بلور: دستگاه دمنده باد جهت گردگیری داخل کیس

- ✓ سیستم HIS: سیستم مدیریت اطلاعات بیمارستانی
- ✓ سیستم های امنیتی: در اینجا منظور سیستم امنیتی کسپرسکی می باشد.
- ✓ PC: کامپیوتر های معمولی که شامل کیس، کیبورد، موس و مانیتور می باشد.
- ✓ درام: جزء اصلی دستگاه پرینتر لیزری است که نقش انتقال دهنده ی تصویر از پرینتر لیزری به روی کاغذ برای تولید چاپ نهایی را دارد.
- ✓ UPS: مخفف عبارت Uninterruptible power supply، به معنای منبع تغذیه بدون وقفه است. یوپی اس یک منبع تغذیه الکترونیکی است که وظیفه اصلی آن، تامین بدون وقفه ی توان مورد نیاز بار مصرفی می باشد

۳-صاحبان فرایند و ذینفعان: مسئول و کارشناس واحد رایانه

۴-مسئولیت ها و اختیارات:

- ✓ کارشناس IT: جدا کردن قطعات متصل و مراقبت از صدمه ندیدن سوکت ها و پورت ها زمان جدا کردن
- ✓ خدمه: با نظارت مسئول واحد: جابجایی کیس به بیرون از ساختمان، گردگیری و بازگردانی کیس به محل خود
- ✓ کارشناس IT: اتصال دوباره تجهیزات به کیس--تاسیسات: جهت بررسی و تست باتری و ups

۵-شیوه انجام کار: نگه داری سیستم PC: جدا کردن وسیله های متصل به کیس و جابجایی کیس به فضای باز و باز کردن درب کیس، جدا کردن اتصال فن ها به مادر برد جهت جلوگیری از ایجاد اتصال کوتاه و استفاده از بلور جهت گردگیری مادربرد و دیگه قطعات کیس و بستن درب کیس، نصب دوباره کیس در محل خود و اتصال تجهیزات متصل به آن و بررسی کارکرد درست آنها، بررسی و حصول اطمینان از سیستم امنیتی و آنتی ویروس سیستم که در این بیمارستان نسخه ۱۰ کسپرسکی است، بررسی تجهیزات نصب شده به کیس از لحاظ عملکرد و سالم بودن، بررسی اجرای صحیح و بدون مشکل نرم افزار HIS و در آخر تحویل کیس به مسئول واحد آن بخش و ثبت در فرم نگه داری دوره ای. این پروسه درباره های زمانی سه ماه توسط کارشناس فناوری اطلاعات انجام می پذیرد، فرم مربوطه تکمیل میگردد.

✓ نگه داری پرینتر: در نگه داری از پرینترها یکی از موارد مصرفی و پر استفاده، کارتریج ها هستند که به صورت مداوم نیاز به شارژ کردن دارند، کارتریج از جهت سالم بودن درام بررسی میشود و مسئول بخش بعد از تایید این واحد کارتریج را جهت شارژ به واحد تدارکات تحویل می دهد. کارتریج پس از شارژ توسط IT بررسی و تحویل بخش مبدا میدهد.

✓ نگه داری UPS: جهت تست و بررسی صحت عملکرد یو پی اس نیاز به همکاری تاسیسات نیز می باشد در تست UPS دو گزینه تست دستگاه یو پی اس و باتری های موجود مواجه میشویم در تست طول عمر باتری ها جهت تست برق یو پی اس قطع میشود و باتری ها و یو پی اس مورد بررسی قرار میگیرند.

۶-امکانات-تسهیلات: کارکنان واحد فناوری اطلاعات، دستگاه بلور / هماهنگی با مسئول خدمات، مسئولین واحد، سیستم HIS، فرم نگه داری دوره ای سیستم ها

۷-منابع/مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: نوید پوریگانه	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول واحد IT	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی اطلاع رسانی مقادیر بحرانی پاراکلینیک (ازمایشگاهی-تصویر برداری)	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: کلیه بخشهای بستری	
	صفحه: ۱		

هدف: آزمایشگاه و رادیولوژی مرکز ملزم است در صورت وجود نتایج پاراکلینیکی بحرانی نتایج را سریعاً به بخش مربوطه جهت تصمیم گیری فوری برساند.

۲- تعاریف: موارد بحرانی: **Critical Value** مواردی هستند که نتایج اقدامات پاراکلینیک به نحو خطرناکی غیر طبیعی است و ممکن است جان بیمار در خطر باشد

HOT LINE خط یکطرفه برای اطلاع رسانی مقادیر بحرانی توسط واحد های پاراکلینیکی به بخش های بالینی

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: پزشک -پرستار-کارشناس آزمایشگاه -کارکنان رادیولوژی -بیماران

۳-مسئولیت ها و اختیارات: کاردان یا کارشناس آزمایشگاه و کارشناس رادیولوژی باید از مقادیر بحرانی نتایج اطلاع داشته باشند تا در موارد بحرانی نتیجه را به اطلاع بخش برساند و آموزش لازم در مورد نحوه گزارش را دیده باشد .

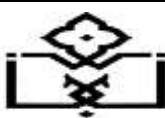
۴-شیوه انجام کار: پس از آماده شدن جواب بیمار در صورت وجود مقادیر بحرانی به این صورت عمل شود:

- ✓ مقادیر بحرانی پاراکلینیکی (تستهای آزمایشگاهی-رادیولوژی-سونوگرافی و سی تی اسکن) جداگانه در هر بخش به دیوار نصب شده است،
- ✓ **درواحد آزمایشگاه**، قبل از اینکه اقدام پاراکلینیکی را تکرار کنید **توسط تلفن یکطرفه** با توجه به شماره تماس بحرانی بخشهای بالینی ، سریع اطلاع دهید. **اگر نیاز به تکرار داشته باشد تکرار کرده** اگر نتیجه با جوابی که قبلاً اعلام کردید مطابقت نداشته باشد به بخش اطلاع دهید. **نام فردی که به ایشان اطلاع دادید روی برگه نتایج** که پرینت مجدد گرفته اید یادداشت نمایید **از طرف مقابل پشت تلفن بخواهید نتیجه را مجدداً تکرار کند** تا از صحت دریافت نتیجه اطمینان حاصل نمایید .بعداً وارد کردن نتیجه به سیستم **۲ تا پرینت بگیرید** (یکی جهت بایگانی و دیگری جهت ارسال به بخشهای بالینی) -در برگه ای که جهت بایگانی پرینت گرفته اید نام انجام دهنده اقدام پاراکلینیکی را همراه با مهر و امضاء ثبت نمایید سپس نتیجه را در ذونکن مربوطه. قرار دهید.
- ✓ **در واحد رادیولوژی، سی تی اسکن** بلافاصله نتایج بحرانی توسط خط یک طرفه **HOT LINE** به اطلاع بخش می رسد و در دفتر مربوطه مشخصات بیمار و پرستار مربوطه ثبت می گردد.
- ✓ **در بخش های بالینی بعد از اطلاع از نتایج مقادیر بحرانی، بلافاصله به پزشک معالج اطلاع داده شده** و اقدامات نجات بخش توسط کادر بالینی انجام میشود.

۵-امکانات -تسهیلات: خط تلفن یک طرفه (HotLine)-ذونکن-جواب اقدامات پاراکلینیکی

۶-منابع/مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: سرپرستاران بخش های درمانی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستاران بخش های درمانی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی رفع علت عدم انطباق های موجود و یا بالقوه در آزمایشگاه	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه ۲	دامنه کاربرد: کل بیمارستان	

۱: هدف از اجرای این روش اجرایی رفع علت عدم انطباق های موجود و یا بالقوه بمنظور جلوگیری از وقوع مجدد آنها می باشد و شناسایی و طبقه بندی انواع عدم انطباق هایی که ممکن است در آزمایشگاه پزشکی به وجود آید

۲ - تعاریف :

اقدام اصلاحی : اقدامی که برای از بین بردن علل بوجود آورنده عدم انطباق یا عیب و سایر شرایط نامطلوب بالفعل و بمنظور پیشگیری از وقوع مجدد آنها انجام می گیرد .
 اقدام پیشگیرانه : اقدامهایی که برای از بین بردن علل بوجود آورنده عدم انطباق یا عیب و سایر شرایط نامطلوب بالقوه و به منظور پیشگیری از وقوع آنها انجام می گیرد .

عدم انطباق : به انواع خطاها و مواردی اطلاق میگردد که با اصول از پیش تعیین شده انجام صحیح کار انطباق ندارد به بیانی دیگر به مواردی گفته می شود خواهان اتفاق آن در آزمایشگاه نیستیم و با عملکرد صحیح ما مغایرت دارد

۳-صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیریت ، کارکنان و مراجعین مرکز و بیماران

۴-مسئولیت ها و اختیارات : مسئول فنی آزمایشگاه با همراهی سوپروایزر و پرسنل هر بخش

۵-شیوه انجام کار : مدیریت آزمایشگاه باید دارای سیاست و روش اجرایی مشخص برای شناسایی و کنترل عدم انطباق در تحقق مراحل و نتایج آزمایش ، برآورده کردن الزامات سیستم مدیریت کیفیت و درخواست پزشک بالینی باشد . در این روش اجرایی موارد زیر باید در نظر گرفته شود :
 فرد مسئول حل مشکلات مشخص شود -مراحل عملیات باید تعریف شود -اهمیت عدم انطباق در تحقق انجام آزمایش باید در نظر گرفته شود در صورت لزوم پزشک معالج در جریان قرار گیرد.-در صورت لزوم انجام آزمایش و یا صدور متوقف شود

۵-۱- انجام اقدامات اصلاحی : اقدامات اصلاحی می تواند ناشی از موارد ذیل باشد :

الف (شکایات مشتری

ب (محصول نامنطبق (مواد اولیه ، مواد مصرفی تولید ، محصول نیمه ساخته و محصول نهایی)

ج (زیر ساخت ها و محیط کار نامنطبق

د (نتایج تحلیل داده ها (روند فرایند ها) و بازنگری مدیریت

ه (عدم انطباق های یافت شده در ممیزی

و (هر گونه عدم انطباق مربوط به سیستم مدیریت

در صورت بروز عدم انطباق های فوق، یک درخواست اقدام اصلاحی/پیشگیرانه توسط مدیر ذیربط یا ممیز تهیه و امضاء می گردد . عدم انطباق موجود توسط نماینده مدیریت / سر ممیز بررسی شده و علل ریشه ای بروز آن مشخص می گردد . نتایج تجزیه و تحلیل علل ریشه ای پیش از تعریف و انجام اقدام اصلاحی در گزارش عدم انطباق باید توسط نماینده مدیریت تصدیق گردد . پس از ریشه یابی، اقدام اصلاحی متناسب با عدم انطباق موجود توسط مدیر مجری در گزارش ثبت و پس از درج تاریخ انجام اقدام ، آن را امضاء می کند. پیش از تعیین اقدام اصلاحی ، مدیر اقدام کننده باید اصولاً نیاز به اقدام جهت اطمینان از عدم بروز مجدد عدم انطباق ها را بررسی نماید و سپس نتیجه (اقدام اصلاحی ، توجیه عدم نیاز به اقدام اصلاحی) را ذکر کند .
 یک کپی از درخواست اقدام اصلاحی / پیشگیرانه در اختیار مدیر اقدام کننده قرار گرفته و اصل گزارش جهت انجام اقدامات پیگیرانه در دفتر نماینده مدیریت باقی می ماند .

یاد آوری ۱ : چنانچه به علت انجام اقدامات اصلاحی ، تغییراتی در مدارک سیستم ضروری باشد ، مطابق روش اجرایی کنترل مدارک و سوابق عمل می گردد .

یاد آوری ۲: چنانچه اشکال موجود مربوط به عدم تبحر نیروی انسانی باشد، مطابق فرآیند آموزش جهت آموزش آنها عمل خواهد شد.

یاد آوری ۳: اقدامات اصلاحی در مورد محصولات نامنطبق ممکن است در رابطه با محصول شامل توقف خط و فراخوانی محصول از مشتری، نگهداری موقت محصول، شناسایی محصولات نامنطبق، بازکاری یا تعمیر و اصلاح محصول، اسقاط نمودن محصول به عنوان ضایعات و یا در رابطه با فرآیند، تنظیم فرآیند یا تنظیم / تصحیح شرایط فرآیند باشد.

۵-۲- اقدام پیشگیرانه: داده های لازم جهت انجام اقدامات پیشگیرانه می تواند از منابع زیر بدست آیند:

(الف) استفاد از آنالیز ریسک، مانند آنالیز خطا و آثار آن (FMEA)

(ب) بازنگری نیازها و انتظارات مشتری و تحلیل بازار

(ج) نتایج حاصل از تحلیل داده ها (بویژه روند فرایندها و پارامترهای کنترل کیفی پایش و اندازه گیری شده)

(د) اندازه گیری های رضایت مشتری / فرآیند

(ه) سوابق کنترل کیفیت (بویژه اجازه ارفاقی در مورد پذیرش محصول نامنطبق و یا روندی که به خارج شدن از معیارهای پذیرش می انجامد)

(و) نتایج ممیزی ها

(ز) نتایج بازنگری مدیریت

در صورتیکه داده های حاصل از بررسی موارد فوق (توسط هر یک از مدیران) نشان دهند که روند موجود منجر به بروز عدم انطباق درآینده خواهد شد، این عدم انطباق های بالقوه و علل آنها تعیین و درخواست اقدام اصلاحی / پیشگیرانه ضمن مشخص کردن درخواست اقدام پیشگیرانه ثبت گردند.

عدم انطباق بالقوه توسط نماینده مدیریت مورد بررسی بیشتر قرار گرفته و نتیجه ارزیابی مبنی بر نیاز یا عدم نیاز به اقدام جهت پیشگیری از وقوع عدم انطباق ها در همان برگه ثبت و امضاء می گردد. سپس توسط مدیری که رفع علل بالقوه باید در حوزه کاری وی صورت پذیرد، اقدام پیشگیرانه تعیین و مهلت انجام آن نیز درج می شود. یک کپی از گزارش در اختیار مدیر اقدام کننده قرار گرفته و اصل گزارش جهت انجام اقدامات پیگیرانه در دفتر تضمین کیفیت باقی می ماند

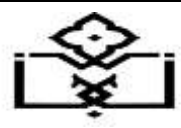
تکنیک های اتخاذ اقدام اصلاحی و پیشگیرانه در جدول زیر برخی از تکنیک هایی که می توان جهت اتخاذ اقدام اصلاحی یا پیشگیرانه از آنها استفاده نموده ذکر شده اند:

۵-۳ اقدامات پیگیرانه ممیز / نماینده مدیریت باید اقدام اصلاحی یا پیشگیرانه صورت گرفته را قبل، حین و یا پس از انجام مورد بازنگری قرار داده و نتایج مشاهدات خود را در برگه درخواست اقدام مربوطه ثبت نماید. در نهایت مشاهدات و بررسی ها در مورد اقدام انجام شده باید اثر بخش بودن آن را نشان دهد، در غیر اینصورت مهلت بیشتر یا اقدام مناسب دیگری در نظر گرفته می شود. خلاصه آخرین وضعیت اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه در جدول مربوطه توسط نماینده مدیریت باید ثبت گردد. سوابق: درخواست اقدام اصلاحی / پیشگیرانه (QA-F10) جدول وضعیت اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه (QA-F11)

۶- امکانات - تسهیلات

۷- منابع/مستندات: نظامنامه مدیریت کیفیت - روش اجرایی کنترل محصول نامنطبق - روش اجرایی ممیزی داخلی - فرآیند فروش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	روش اجرایی انبارش ایمن آزمایشگاه	
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: آزمایشگاه	

۱- هدف: حفظ و صیانت از اموال بیمارستان و استفاده از فن آوری و روشهای نوین و اصول صحیح انبار داری جهت سرعت بخشیدن به امور جاری و عملیاتی انبار-

حفظ و نگهداری مناسب کلیه اقلام انبار- ارائه خدمات موثر و جلب همکاری و رضایت سایر بخش ها و کارکنان- افزایش و بهینه کردن ارائه خدمات و برقراری ارتباط منطقی روشمند با کلیه قسمت ها- کاهش هزینه های انبار و نگهداری کالا- به کار گیری و آموزش کارکنان آزمایشگاه با مهارت های مورد نیاز

۲- تعاریف: انبارش ایمن: به عملیات دریافت، تخلیه، بارگیری و نگهداری کالاهای مورد نیاز افراد و سازمان در مکان هایی با شرایط مناسب و صحیح و تحویل به موقع آنها به مصرف کننده، اطلاق میشود. انبارش آزمایشگاه شامل سیستم های قرار گرفتن جنس در انبار و ایجاد روش ها و اعمال مدیریت کنترل موثر از زمان ورود تا لحظه تحویل است. به عبارت دیگر انبار داری و انبارش ایمن عبارت است از: دریافت کیت یا کالا از خارج یا داخل سازمان و نگهداری آن طبق نظم و اصولی که متضمن سهولت در تحویل دادن (صدور) و تحویل گرفتن (ورود) باشد.

۳- مهارت مسئول:

- ✓ مهارتها: آشنایی با سیستم ها و نرم افزارهای انبارداری استفاده از نرم افزار نظام نوین مالی جهت ورود و خروج کالا و ثبت رسیدها و حواله ها و استفاده از نرم افزار HIS جهت کنترل میزان ورودی بیماران و میزان درخواست با توجه به تعداد مراجعین
- ✓ اجرای سیستم بر اساس نیاز و مورد مصرف و کیت های مربوطه.
- ✓ مدیریت و برنامه ریزی جهت نحوه کنترل کالای موجود و مقدار مصرفی و مقدار مورد نیاز در یک دوره مصرف و پیش بینی جایگزینی و خرید به موقع که در ارائه خدمات دچار کمبود و ایجاد اختلال در توزیع کیت مورد نیاز واحد نشود.

۴- شرح اقدامات:

- ✓ حفاظت و ایمنی موجودیهای انبار.
- ✓ مقادیر ورودی و خروجی و موجودیهای انبار از طریق کنترل اسناد انبار و شمارش فیزیکی موجودیهای انبار .
- ✓ استفاده بهینه از امکانات و تجهیزات جابجایی موجودیهای کیت در انبار .
- ✓ نحوه تحویل گرفتن، نگهداری و تحویل دادن کیت در انبار
- ✓ نحوه چیدن و استفاده از فضای انبارها.
- ✓ میزان سطوح موجودیهای کیت در انبار با توجه به مقادیر حداقل و حداکثر موجودیها.
- ✓ کنترل پرسنلی و نحوه رفتار و ارتباطات در مصرف کیت ها
- ✓ بررسی گردش کار و نگهداری اسناد و مدارک انبار .
- ✓ بررسی گزارش ها و اندازه گیری عملکرد (اثربخشی و کارایی) انبار.
- ✓ بررسی ضایعات، کسری و اضافات و تاریخ گذشته موجودیهای انبار
- ✓ بررسی نحوه جابجایی و حمل و نقل، بارگیری، و حمل موجودیهای انبار .

روش اجرایی خرید موارد مورد نیاز (کیت) انبار و بخشهای آزمایشگاه: درخواست کیت یا کالا براساس نیاز مسئولیت و اختیارات: سوپروایزر آزمایشگاه و تدارکات

شیوه انجام کار :

- ✓ مسئول تدارکات پس از رسیدن میزان یک کالا به نقطه سفارش و یا در خواست خرید، درخواست را به مدیریت ارائه میدهد.
- ✓ با توجه به لیست تامین کنندگان کالاهای مورد نیاز آزمایشگاه بیمارستان، نسبت به استعلام قیمت و دریافت پیش فاکتور از فروشندگان اقدام مینماید (حداقل ۳ مورد از تامین کنندگان)
- ✓ پیشنهادهای دریافتی را بر اساس مواردی چون قیمت پایه، هزینه حمل و نقل، تخفیف های کلی، شرایط پرداخت، مدت زمان تحویل، ضمانت نامه و اعتبار فروشنده بررسی می نماید
- ✓ موارد مندرج در پیش فاکتور را به تایید مدیریت میرساند.
- ✓ مدیریت با بررسی شرایط نسبت به صدور دستور خرید اقدام می نماید.
- ✓ مسئول تدارکات با توجه به بررسی شرایط تامین کنندگان مختلف، کیت های مورد نظر از فروشنده ای که شرایط و قیمت مناسب تری اعلام نموده است خریداری می نماید.

*****نکات اصلی در مورد طبقه بندی کیت ها در انبار: تقسیم بندی انواع کیت های موجود به گروه ها و دسته هایی که دارای صفات مشترک و یا کاربر مشترک باشند را گویند - همچنین در انبارها جهت نگهداری بهتر، تعیین محل، کنترل موجودی و موضوع طبقه بندی اهمیت زیادی دارد و کیت های انبار با توجه به جنس، کاربرد، حجم و گنجایش انبارها طبقه بندی میشوند.**

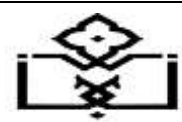
******نکات مهم و حداکثر بهره وری از فضای انبار: استفاده از حداکثر فضای بالا سر- رعایت اندازه جنس- انبار کردن عمودی- رعایت فاصله مناسب- در نظر گرفتن زمان مصرف کیت ها**

******نکاتی که در مورد ساختمان انبار ها باید در نظر گرفته شود:**

- درب و پنجره انبارها باید از جنس فلزی باشد و مجهز به حفاظ و نرده بدون شکاف باشند
- محیط انبار آگیر و نمناک نباشد.
- داخل انبار با توجه به مساحت آن دارای تهویه و هواکش مناسب داشته باشد.
- آزمایشگاه باید مجهز به وسایل آتش نشانی به تعداد کافی. سالم. آماده و شارژ شده باشد
- کپسول های آتش نشانی در محل های مشخص شده نصب شده جهت دسترسی راحت به آن و قابل دسترس بودن
- آزمایشگاه باید مجهز به جعبه کمک های اولیه باشد.
- کف انبار باید نسبت به مایعات غیر قابل نفوذ و دارای سطح صاف غیر لغزنده باشد و به راحتی تمیز شود و همچنین مقاومت کف انبار نیز در رابطه با نوع کالا و تجهیزاتی در آن مورد استفاده قرار میگیرد تعیین شود
- سقف انبار آزمایشگاه باید طوری باشد که از ورود آب باران به داخل جلوگیری کرده و در عین حال در صورت آتش سوزی دود و گرمای حاصله را خارج نماید
- انبار آزمایشگاه باید سیستم هشدار دهنده حریق و اطفای حریق اتوماتیک داشته باشد.
- نوع خاموش کننده مورد استفاده جهت اقلام مختلف موجود در انبار آزمایشگاه باید جهت کنترل و اطفاء حریق احتمالی در انبار کپسول های آب، CO₂ و پودر و گاز در محل های مناسب جاگذاری شده تا در صورت وقوع حادثه به درستی استفاده شوند.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: بازدید دوره ای وقوع حادثه به درستی استفاده شوند.

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد پروموتیو کیفیت و اعتبار پزشکی	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	روش اجرایی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱		

-۱

هدف: به حداقل رساندن اشتباهات درمانی و تسریع در امر درمان

۲- تعاریف: دستور تلفنی: دستور دارویی و یا مراقبتی که تلفنی و یا شفاهی (بدون ثبت در پرونده توسط پزشک) در مواقع نیاز (ضروری) و در صورت عدم دسترسی به پزشک (در صورت مقیم نبودن) قابل اجراست

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: صاحبان فرآیند و ذینفعان: پرسنل درمانی و بیماران

۳- مسئولیت ها و اختیارات: مترون - سوپروایزرین - سرپرستاران مسئولیت چک پرونده هارا به عهده دارند

۴- شیوه انجام کار:

- ✓ در صورت نیاز و بروز مشکل برای بیمار توسط پرستار مسئول بیمار با پزشک معالج وی تماس گرفته میشود.
- ✓ پزشک معالج بعد از شناسایی دقیق بیمار، دستور تلفنی خود را به پرستار یا مامای شیفت به صورت تلفنی ارائه می دهد، در هنگام گزارش تلفنی، پرونده بیمار جهت هر گونه سوال احتمالی از طرف پزشک در دسترس می باشد.
- ✓ پرستار مسئول بیمار در هنگام اطلاع به پزشک و دریافت دستورات شفاهی از همکار خود می خواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند به عنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضای کند.
- ✓ پرستار مسئول بیمار بعد از دریافت دستور با صدای بلند دستور را باز خوانی می نماید تا پزشک بیمار تایید نماید ضمن اینکه پرستار دوم نیز دستور را شنیده و تکرار می نماید. که این امر را "باز خوانی مجدد" می نامند.
- ✓ تاریخ و زمان دستور، نام پرستار، نام پزشک معالج و دستور داده شده در برگه دستورات پزشک در پرونده بطور کامل نوشته می شود. دستورات ثبت شده تلفنی توسط دو پرستار مهر و امضاء و حتما توسط خط بسته و ساعت و تاریخ نوشته می شود.
- ✓ پس از مراجعه پزشک معالج در اولین فرصت ممکن، دستور شفاهی خود را مهر و امضاء می نماید.
- ✓ محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی
- ✓ در صورت مقیم بودن پزشک معالج دستور تلفنی قابل اجرا نیست و حضور پزشک الزامی است.

۵- امکانات - تسهیلات: پرونده های بیماران

۶- منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فاطمه فخمی، ولی ا. محمد بیگی، فاطمه نظری	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-03	روش اجرایی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: کلیه بخش ها و واحدهای درمانی	

۱-هدف: حصول اطمینان از اینکه در تمامی مراحل مراقبتی بیمار پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه درمان ها ، مشاوره ها و مراقبت های لازم بااطلاع و هماهنگی ها انجام می شود. -اطمینان از اینکه همه مشاوره ها و اجرای آنها ،درمانها و مراقبت لازم ،با اطلاع و هماهنگی پزشک معالجه صورت می گیرد.

سایر اهداف: انجام به موقع امور درمانی بیمار توسط پزشک و پرستار-نجات جان بیمار-رضایت دینفعان-جلوگیری از طولانی شدن اقامت بیمار در بیمارستان- جلوگیری از مشکلات قانونی برای پرسنل و پزشکان-جلوگیری از اتلاف وقت

۲-تعاریف:-

۳- صاحبان فرآیند و دینفعان : پرسنل درمانی و بیماران

۴-مسئولیت ها و اختیارات: مترون -سوپروایزرین-سرپرستاران مسئولیت چک پرونده هارا به عهده دارند

۵-شیوه انجام کار:

- ✓ در برگه درخواست مشاوره ، نوع مشاوره (اورژانسی ، غیر اورژانسی) ذکر شود.
- ✓ برخی مشاوره ها به علت شرایط بحرانی یا پیچیده بیمار که به صورت اورژانسی درخواست می گردد ، مستقیماً توسط پزشک معالج در برگه مربوط به خود ، درخواست و شرح حال دقیقی از بیمار و شرایط وی و علت مشاوره به صورت خوانا و دقیق نوشته شود.
- ✓ مشاوره های فوری و اورژانسی باید توسط پزشک معالج به پزشک مشاوره ، اطلاع رسانی گردد و علت درخواست و شرایط بیمار به اطلاع وی ، رسانده شود.
- ✓ مشاوره های اورژانسی به طور فوری در عرض ۳۰ دقیقاً انجام گیرد.
- ✓ مشاوره های غیر اورژانسی در بیماران بستری اورژانسی ظرف مدت ۶ ساعت و در بیماران بستری در بخش های درمانی ، حداکثر تا پایان شیفت آنکالی (۲۴ ساعت) انجام شود .
- ✓ مشخصات درخواست مشاوره : مشخصات بیمار شامل نام، بخش بستری و شماره تخت کاملاً مشخص باشد.سرویس تخصصی یا فوق تخصصی مورد مشاوره، مشخص باشد.تاریخ و ساعت نگارش مشاوره دقیق باشد.نوع مشاوره (اورژانسی، فوری یا غیرفوری) مشخص شود.اطلاعات کلی از بیمار شامل اطلاعات بالینی و بیماریهای زمینه ای مرتبط با مشاوره ذکر شود.هدف نهایی از مشاوره مشخص باشد.مشاوره مهر و امضای پزشک درخواست کننده را داشته باشد.
- ✓ مشخصات پاسخ مشاوره : تاریخ و ساعت انجام مشاوره ذکر شود.در پاسخ مشاوره، خلاصه ای از "شرح حال " و "معاینات بالینی" - مرتبط با هدف مشاوره - ذکر شود.علائم حیاتی مرتبط باید اندازه گیری شده و درج شود. به طور مثال در مشاوره قلب فشار خون و نبض و در مشاوره با موضوعات بیماریهای التهابی یا عفونی، تب بیمار در زمان مشاوره ذکر شود.نتیجه مشاوره به صورت مشخص و با اظهارنظر واضح در خصوص تشخیص های مطرح بیان شود و به درخواست بررسی های پاراکلینیک محدود نشود.در صورتی که انجام مشاوره منوط به انجام بررسی های تشخیصی بیشتر می باشد، فرد مشاوره کننده خود با مراجعه بعدی باید بررسی را ملاحظه و مشاوره را تکمیل نماید.پاسخ مشاوره باید با مهر و امضای پزشک مشاور باشد.
- ✓ در صورت تاخیر در انجام مشاوره ها ، سوپروایزر شیفت در جریان امور برای پیگیری های بعدی قرار گیرد.
- ✓ بعد از انجام مشاوره ها ، نتایج مشاوره به اطلاع پزشک معالج متخصص می رسد و در صورت تایید ایشان توسط پرستار اجرا می گردد.(این موارد باید در برگه مشاوره ذکر شود)

✓ چنانچه پزشک مشاور برای مشاوره دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود بیمار تا قبل از رسیدن خویش ارائه نماید، توسط دو پرستار شنیده و با خودکار در برگه مشاوره نوشته و چک می شود و عین دستورات به اطلاع پزشک معالج می رسد و در صورت تایید ایشان اجرا می شود .

✓ پس از حضور پزشک معالج، کلیه دستورات پزشک مشاوره دهنده با مهر و امضا ایشان به تایید برسد یا در برگه دستورات مجدداً نوشته شود.

توجه: لازم به ذکر است که شرایط و قوانین ذکر شده ، در مورد در خواست های تصویر برداری نیز صدق کرده و در صورت هر گونه گزارش عدم تطابق با قوانین ، طبق مقررات برخورد لازم انجام خواهد شد

۶-امکانات -تسهیلات: پروندهای بیماران

۷-منابع/مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فاطمه فخمی ،ولی ا. محمدبیگی،	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی برچسب گذاری اقلام استریل شده در فرایند فراخوان	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی القدير
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: واحد CSR- اتاق عمل - بخشهای بستری	

۱-هدف: سیستم رهگیری برای مشخص کردن وسایل و تجهیزات استریل بکار برده شده برای بیمار

۲-تعاریف: سیستم رهگیری: برای نشان دادن استریلیزاسیون تجهیزات بکار برده شده برای بیمار با استفاده از اندیکاتورهای شیمیایی انجام می شود. اندیکاتورهای شیمیایی نقش بسیار مهمی را در تضمین کیفیت هر وسیله استریل شده و یا محموله ایفا می کنند، چرا که استفاده از این اندیکاتورها راحت و آسان بوده و علاوه بر شناسایی مسائل و مشکلات مرتبط با فرایند استریلیزاسیون مانند بسته بندی یا بارگیری اشتباه، بد کار کردن یا خرابی دستگاه را نیز نشان می دهند. و بر اساس نحوه عمل آنها به ۶ دسته تقسیم کرده است: اندیکاتورهای کلاس ۱ تا ۶. از رایجترین تستهای کنترل صحت عملکرد فرایندهای استریلیزاسیون بخار می توان به تستهای کلاس ۶ یا TST اشاره کرد که این تست ها دارای اندیکاتور شیمیایی حساس به دمای استریلیزاسیون، اشباع بخار و مدت زمان استریلیزاسیون می باشد.

۳-صاحبان فرایند و ذینفعان: کارکنان و مسئول بخش CSSD و پرستاران و سرپرستار ان بخش اتاق عمل و بخشهای بالینی

۴-مسئولیت ها و اختیارات: مسئول واحد CSR و مسئول اتاق عمل مسئولیت فراهم آوردن امکانات برای رهگیری استریلیزاسیون را دارد و سوپروایزر کنترل عفونت اختیار نظارت بر اجرای این روش اجرایی را دارد

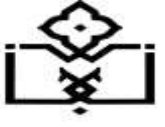
۵-شیوه انجام کار: تستهای کلاس ۶ یا TST را در قسمت مرکزی ست قرار می دهند و می توان از دستیابی به میزان های کافی دما، اشباع بخار و زمان مورد نیاز در داخل بسته اطمینان حاصل کرد (کارکنان CSR).

✓ تغییر کامل اندیکاتور نشان دهنده صحت فرایند استریلیزاسیون و بیانگر حضور سه پارامتر حیاتی یعنی فشار، دما و زمان است (کارکنان CSR).
 ✓ در صورتی که تغییر رنگ اندیکاتور (که در ابتدا زمانی که بسته یا ست باز می شود مورد بازبینی قرار می گیرد) کامل نبوده و معرف استریلیتی بسته یا ست نباشد، قبل از استفاده از آن لازم است بسته یا ست مجدد جهت استریل شدن به واحد CSSD ارسال گردد (پرستار مسئول و مسئول بخش).
 ✓ اندیکاتورهای بکار رفته جهت اعمال جراحی حساس لازم است در پرونده بیمار ضمیمه و مستند گردند (از نظر استریل بودن به عنوان document) (پرستار سیرکولر اتاق عمل یا مسئول ریکواری)

۶-امکانات-تسهیلات: کارکنان واحد CSR با امکانات اندیکاتور های کلاس ۶ و دستگاه های استریلیزاسیون (اتوکلاو)

۷-منابع/مستندات: کتاب اصول استریلیزاسیون و ضدعفونی (طبق سرفصل دروس کارشناسی اتاق عمل): لیلا ساداتی و احسان گلچینی. ۱۳۹۱/ اندیکاتور های نصب شده بر روی پرونده های جراحی

تهیه کنندگان: فاطمه کردلو-کیارش صالحی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول CSR و اتاق عمل	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق اینتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور و یا تراکئوستومی ایجاد می شود دامنه کاربرد: اورژانس و بخش های ویژه	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۳		

۱-هدف

- ✓ ارتقاء ایمنی بیمار
- ✓ پیشگیری از انتقال عفونت مجاری تنفسی از طریق اینتوباسیون، تراکئوستومی
- ✓ کاهش متوسط اقامت بیماران در بخش مراقبت ویژه
- ✓ کاهش هزینه های درمانی
- ✓ حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی از طریق رعایت اصول بهداشتی و تکنیک های استریل

۲) تعاریف:

- ✓ عفونت تنفسی: یکی از ۴ نوع عفونتهای بیمارستانی شایع محسوب می شود که علائم و نشانه های پنومونی (عفونت ریوی) عبارتند از: رال در سمع ریه، Dullness در دق ریه، خلط چرکی، تغییر حالت خلط، آپنه، تاکیکاردی، تاکی پنه، ویزینگ، سرفه، رونکای، افزایش ترشحات تنفسی.
- ✓ اینتوباسیون^۱: قرار دادن لوله تنفسی برای بیماران که به هردلیل توانایی تنفس خود به خودی را ندارد.
- ✓ تراکئوستومی: بازکردن لوله تراشه از قسمت قدامی گردن و ارتباط دادن فضای تراشه با بیرون توسط کانول فلزی یا پلاستیکی به دلایل مختلف از جمله تهویه مکانیکی طولانی مدت
- ✓ VAP^۲: پنومونی وابسته به ونتیلاتور

۳) صاحبان فرایند/ذینفعان: کمیته کنترل عفونت، متخصصین بیهوشی، مسئولین بخش های ویژه/بیماران و کارکنان

- ۴) **مسئولیت ها و اختیارات:** مسئول بخش و سوپروایزر کنترل عفونت بر رعایت تکنیک های استریل طی اجرای مراحل اینتوباسیون یا ساکشن تراشه نظارت دارند و در صورت لزوم طبق نظر پزشک مسئول عفونت بیمارستان ارسال کشت از ترشحات تراشه صورت گیرد.

- ۵) **شیوه انجام کار(چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود):** با توجه به خطر بالای پنومونی در بیماران بستری در بخش های ویژه که اینتوبه و تحت ونتیلاسون مکانیکی قرار دارند و افزایش هزینه های درمانی و افزایش میزان اقامت بیمار در آی سی یو، این مرکز سعی در پیشگیری و کنترل عفونت های تنفسی با رعایت موارد ذیل دارد:

- ✓ لوله گذاری داخل تراشه جز در موارد ضروری محدود گردد و در صورت لوله گذاری، با توجه بر شرایط بیمار و طبق نظر پزشک معالج در اسرع وقت خارج گردد.
- ✓ لوله گذاری داخل تراشه ترجیحا از طریق دهان انجام می شود و به دلیل خطر سینوزیت لوله گذاری از راه بینی انجام نمی شود.
- ✓ حجم باقیمانده معده برای جلوگیری از نفخ و اتساع معده به صورت مرتب توسط پرستار کنترل گردد و موقع گاوآژ حتما سر بیمار حداقل در ۳۰ درجه از تخت باشد.

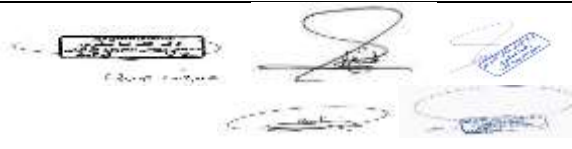
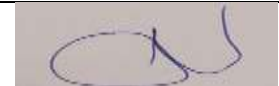
^۱ -INTUBATION

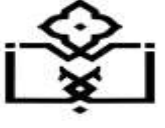
^۲ -Ventilator Associated Pneumonia

- ✓ پرسنل اتاق عمل و بخش های بستری اصول رعایت بهداشت دست را طبق دستورالعمل وزارت بهداشت را رعایت می نمایند.
- ✓ پرسنل اتاق عمل و بخش های بستری از وسایل حفاظت فردی (ماسک، گان، محافظ صورت، پیش بند پلاستیکی، دستکش) هنگام ساکشن، اینتوباسیون یا اقداماتی که احتمال پاشیده شدن ترشحات وجود دارد، استفاده می نمایند.
- ✓ پرسنل در جابجایی ترشحات تنفسی و لوازم مورد استفاده از دستکش استفاده می نمایند و در موارد زیر نیز دستکش بایستی تعویض و دست ها ضد عفونی شود:
 - تماس بین بیماران
 - جابجایی ترشحات دستگاه تنفس
 - قبل از تماس با بیمار بعدی، اشیا و سطوح مورد تماس
 - بین تماس با قسمت های آلوده بدن در یک بیمار
- ✓ پرسنل اتاق عمل و بخش های بستری از کاتترهای ساکشن یکبار مصرف استفاده می نمایند و بعد از هر بار استفاده دور انداخته می شود.
- ✓ هر بیمار لاین ساکشن جداگانه دارد.
- ✓ پرستار مسئول بیمار باید کاتترهای جداگانه جهت ساکشن دهان، تراشه و تراکئوستومی استفاده نماید و همچنین از اریگاتور جهت شستشوی لاین ساکشن استفاده کند و ترجیحا از باز کردن سرم نرمال سالین جهت شستشوی لاین ساکشن خودداری کند و در صورت استفاده هر شیفت تعویض گردد. آب مورد استفاده جهت شستشوی سریع بعد از هر بار ساکشن بایستی استریل بوده و هر بار تعویض گردد.
- ✓ پرستاران بخش های ویژه موظف هستند که قبل و بعد از ساکشن بهداشت دست ها را رعایت نمایند و موقع انجام ساکشن لوله تراشه و تراکئوستومی ترجیحا دستکش استریل بپوشند و ساکشن را به روش استریل انجام دهند.
- ✓ باتل های ساکشن به محض پر شدن دو سوم حجم توسط پرسنل خدمات در توالت ها تخلیه گردد و در انتهای هر شیفت هم تخلیه شود و با آب و دترجنت شستشو داده شود و روزانه در محلول های ابزار غوطه ور و سپس آبکشی و خشک شوند.
- ✓ آمبویگ ها با نظارت مسئول شیفت و توسط پرسنل خدمات بعد از استفاده در صورت نداشتن قابلیت اتوکلاو با آب و دترجنت شستشو داده شوند و سپس ضد عفونی سطح بالا روی آن صورت گیرد و جهت استفاده بیمار بعدی آبکشی و خشک شوند.
- ✓ در بیمارانی که تراکئوستومی دارند جهت ایجاد رطوبت کافی از بخور استفاده شود.
- ✓ در صورت وجود علائمی چون تب، تائیکاردی، تاکی پنه، ترشح و قرمزی اطراف تراکئوستومی پرستار مسئول بیمار باید در گزارش پرستاری قید نماید و به پزشک معالج اطلاع دهد.
- ✓ پرسنل اتاق عمل و بخش های بستری ترشحات ریه مرتب ساکشن گردد. (ناحیه زیر گلو ت ساکشن و درناژ مایع و ترشحات بالای حلقه لوله تراشه)
- ✓ سر بیمار در زاویه (۴۵ - ۳۰) درجه بالا نگهداشته شود. (در بیمارانی که دچار مشکلات سیستم عصبی هستند این کار امکان پذیر نیست.)
- ✓ پرستار مسئول بیمار وضعیت تنفس و ترشحات بیمار را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- ✓ دهانشویه با محلول کلر هگزیدین یا نرمال سالین جهت جلوگیری از ایجاد کلونیزاسیون در حفره دهان هر شش ساعت توسط پرستار مسئول بیمار داده می شود.
- ✓ مایعات جمع شده داخل تیوب های ونتیلاتور را به صورت دوره ای تخلیه نمایند.
- ✓ پزشک معالج بیمار جهت پیشگیری از استرس اولسر پروفیلاکسی با داروهای ضد اسید را شروع نماید.
- ✓ از رقیق کردن ترشحات با سرم نرمال سالین تا حد امکان اجتناب نمایند زیرا سرم نرمال سالین باعث پایین رفتن ترشحات به داخل راه های هوایی تحتانی می گردند.
- ✓ محفظه مرطوب کننده ونتیلاتور همیشه تا حد مطلوب از آب مقطر پر شود جهت مرطوب نمودن هوای تنفسی بیمار و رقیق شدن ترشحات.

- ✓ از روز سوم به بعد از ترشحات لوله تراشه نمونه، جهت کشت و اسمیر ترشحات فرستاده شود.
 - ✓ پرسنل موظف هستند بعد از تماس با بیمار و قبل ورود بر بالین بیمار بعدی بهداشت دست را انجام دهند.
 - ✓ پزشک بیهوشی بعد از اینتوباسیون از قرار گیری صحیح لوله تراشه با گرفتن گرافی پرتابل و یا کاپنوگراف اطمینان حاصل نماید.
 - ✓ پزشک معالج بیمار مشکلات زمینه ای مانند سوء تغذیه، ادم ریه، اسیدوز، داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی و .. را بعنوان عوامل ایجاد کننده پنومونی مد نظر قرار دهد و نسبت به رفع این اختلالات تا حد ممکن تلاش نماید.
 - ✓ فشار کاف لوله تراشه در حد نرمال ۲۳ تا ۲۹ میلیمتر جیوه حفظ شود.
 - ✓ تیوب ساکشن برای هر بیمار اختصاصی باشد و روزانه تعویض شود.
 - ✓ لوله تراشه بیمار در صورت انسداد مکانیکی با ترشحات غلیظ و چسبنده و کم شدن قطر لومن لوله و ایجاد علایم تنفسی در بیمار تعویض شود. در غیر این صورت تا ۷ تا ۱۴ روز قابل استفاده است و بعد از این مدت باید نسبت به ایجاد تراکئوستومی با توجه به شرایط بیمار و نظر پزشک معالج تصمیم گرفته شود.
 - ✓ لوله خرطومی برای هر بیمار اختصاصی باشد و در صورت آلودگی یا کارکرد معیوب تعویض شود. HME یا فیلتر ونتیلاتور هر ۹۶ ساعت یکبار یا بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده تعویض گردد.
 - ✓ نبولایزر به روش صحیح استفاده گردد. (نبولایزرهای طبی باحجم کوچک که آب کمتری در آنها ریخته شود تا امکان رشد ارگانیسم در آن کاهش یابد).
 - ✓ پرستار مسئول بیمار تنفس عمیق، حرکات تنفسی و سرفه به بیماران هوشیار یا قبل از اعمال جراحی به بیمار آموزش می دهد.
 - ✓ تجهیزات یکبار مصرف پس از استفاده بایستی با رعایت اصول تفکیک پسماند توسط خدمات دفع شوند.
 - ✓ خدمات باتل های ساکشن یکبار مصرف پس از استفاده به عنوان زباله عفونی در سطل زرد دفع و به واحد پسماند تحویل داده می شود.
- ۶) امکانات- تسهیلات: وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، دستکش، عینک)، محلول ضد عفونی دست، تجهیزات ساکشن، Chest Bottle- کاتترهای ساکشن، سرم فیزیولوژی، تجهیزات پانسمان، وسایل و مواد لازم جهت شستشو و ضد عفونی و... متخصص عفونی مرکز

منابع/مستندات: کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی، تالیف و تدوین حسین معصومی اصل و سایر همکاران- ۱۳۸۶ -آمار عفونتهای بیمارستانی به تفکیک نوع آن

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، رقیه عسگری، دکتر علیرضا صدری، معصومه صالحی،	تایید کننده: دکتر جواد حسینیخانی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، متخصص بیهوشی، سرپرستار بخش CCU.	سمت: متخصص عفونی	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	روش اجرایی پیشگیری از عفونت کاتترهای ادراری	
	صفحه ۲:	دامنه کاربرد: کلیه واحدهای درمانی	

۱. اهداف:

- ارتقاء ایمنی بیماران
- کاهش هزینه درمان
- کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان
- پیشگیری از عفونت کاتترهای ادراری که برای اهداف تشخیصی و درمانی تعبیه شده است.

۲. تعاریف:

- کاتتر ادراری یا سوند ادرار: لوله باریک، توخالی و انعطاف‌پذیری است که برای جمع‌آوری ادرار، درون مثانه (به دو صورت موقت و یا دائمی) قرار داده می‌شود.
۳. صاحبان فرایند: کمیته کنترل عفونت، سرپرستاران و روسای بخش‌های بالینی و پزشک متخصص عفونی و ارولوژی
۴. ذینفعان: بیماران و کارکنان
۵. مسئولیت‌ها و اختیارات:
- مسئول بخش و سوپروایزر کنترل عفونت بر رعایت تکنیک‌های استریل طی اجرای مراحل کاتتریزاسیون ادراری نظارت دارند و کلیه پرسنل ملزم به رعایت نکات آسپتیک در کاتتریزاسیون ادراری و مراقبت از آن را بر عهده دارند.

۶. شیوه انجام کار:

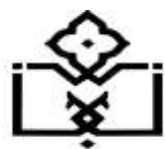
- ✓ سوندگذاری ادراری بر اساس وجود اندیکاسیون بالینی و طبق دستور پزشک معالج صورت گیرد و از سوند گذاری بی مورد به دلیل افزایش ریسک عفونت خودداری شود.
- ✓ کاتتر به محض رفع اندیکاسیون و با دستور پزشک معالج و توسط پرستار مسئول بیمار در اولین فرصت خارج گردد.
- ✓ ضرورت انجام سونداژ ادراری و روش انجام آن توسط پرستار مسئول مراقبت از بیمار، با توجه به قدرت فهم بیمار به وی توضیح داده شود.
- ✓ پرستار باید قبل از انجام پروسیجر کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام سونداژ (ست سونداژ، سینی سونداژ، دستکش استریل، آب مقطر، کیسه ادرار و سوند فولی با اندازه مناسب، ژل لیدو کائین و سرنگ ۱۰ سی سی) را بر بالین بیمار آماده نماید.
- ✓ ابتدا ضد عفونی و بهداشت دست‌ها را انجام دهد و سپس دستکش استریل پوشیده و ناحیه اطراف مجرای ادرار را با محلول بتادین و یا کلر هگزیدین ضد عفونی نماید. (در این بیمارستان از محلول بتادین استفاده می شود).
- ✓ کلیه مراحل سونداژ باید به روش آسپتیک انجام شود.

- ✓ در مورد افراد پیر و ناتوان که توانایی مراقبت از خود را ندارند و بیماران غیر هوشیار بهداشت ناحیه پرینه و ناحیه تناسلی به صورت روزانه رعایت شود. (توسط کمک بهیار بخش و با نظارت پرستار)
- ✓ بطور کلی تعویض کاتتر ادراری و کیسه ادرار به صورت روتین توصیه نمی شود، مگر در صورت اختلال در عملکرد، نشت یا انسداد سوند، آلودگی سوند ادراری و از بین رفتن سیستم بسته، جدا شدن مکرر سوند از کیسه ادرار بویژه حین تهیه نمونه ادرار یا پارگی در محل اتصال کاتتر به کیسه ادرار و بروز علائم بالینی عفونت و .
- ✓ **فولی اکسترنال به صورت روتین تعویض نمی شود** و در صورت نیاز بیمار تعویض می شود.
- ✓ کیسه ادراری حتما باید پایین تر از مثانه باشد تا ادرار از مثانه به طرف کیسه ادرار در جریان باشد.
- ✓ کیسه ادرار بطور منظم در یک ظرف جمع آوری ادرار تمیز و مخصوص هر بیمار جداگانه تخلیه شود و از پاشیدن و تماس شیر تخلیه با ظرف جمع آوری ادرار جلوگیری شود.
- ✓ در مواردی که فرد امکان تخلیه ادرار دارد ولی قادر به کنترل آن نیست مخصوصا در افراد مسن و بیماران با ضایعه نخاعی از سوند اکسترنال و یا سونداژ متناوب استفاده شود.
- ✓ **کیسه ادرار پایین تر از سطح مثانه و از نرده کنار تخت آویزان باشد و با زمین اتصال نداشته باشد.**
- توجه : در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری انجام شود.**
- ✓ در خصوص بیمارانی که سوند نفروستومی یا سیستوستومی دارند، پرستار باید به موارد ذیل توجه داشته باشد:
- از خم کردن، مسدود کردن و یا پیچ خوردن لوله نفروستومی خودداری شود.
- در صورت خروج لوله نفروستومی، کاهش حجم ادرار ، بروز تب، درد پشت، کدر و بدبو شدن ادرار به پزشک معالج اطلاع دهد.
- همیشه کیسه تخلیه ادرار پایین تر از کمر بیمار باشد.
- پانسمان اطراف نفروستومی از لحاظ خونریزی و نشت ادرار و یا ترشحات غیر عادی چک شود و در صورت خیس شدن تعویض گردد و هر گونه علائم غیر عادی در گزارش بیمار ثبت شود و به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.

۶) **امکانات-تسهیلات:** وسایل حفاظت فردی (گان ، ماسک ، دستکش ، عینک)، کاتتر ادراری، محلول ضد عفونی دست، ست پانسمان، متخصص عفونی مرکز

۷) **منابع/مستندات:** راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی، تالیف وتدوین حسین معصومی اصل و سایر همکاران- ۱۳۸۶

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، رقیه عسگری، کیارش صالحی، ابوالحسن رفیعی، معصومه صالحی ،انتیتا دهقانی، ولی ا.. محمدبیگی، فاطمه فخمی	تایید کننده: دکتر جواد حسینخانی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مدیر خدمات پرستاری، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئول اتاق عمل، سرپرستار بخش ICU، سرپرستار بخش CCU، سرپرستار بخش NICU، سرپرستار اورژانس، سرپرستار جراحی مردان، سرپرستار جراحی زنان	سمت: متخصص عفونی	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	روش اجرایی	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای عروقی	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: کلیه واحد های درمانی تشخیصی	
	صفحه: ۲		

۱-هدف: ارتقاء ایمنی بیماران-کاهش هزینه درمان-کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان -کاهش میزان بروز عفونت مرتبط با کاتترهای عروقی

۲) تعاریف: کاتتر ورید مرکزی یا کاتتر سیاهرگ مرکزی (Central Venuse Catheter) در اصطلاح پزشکی CVC به کاتتر (یا کانولا) که در یک سیاهرگ (ورید) با کالیبر بزرگ قرار داده شده است، گفته می شود.

۳) صاحبان فرایند/ذینفعان: کمیته کنترل عفونت، سرپرستاران و مسئولین فنی بخش های بستری و اورژانس /بیماران و کارکنان

۴) مسئولیت ها و اختیارات: سوپروایزر کنترل عفونت نسبت به آموزش پرسنل در زمینه احتیاطات استاندارد، بهداشت دست، رعایت روش های آسپتیک، استفاده از وسایل حفاظت فردی، تزریقات ایمن و سایر مطالب مرتبط اقدام می نماید. مسئول بخش و سوپروایزر کنترل عفونت بر رعایت تکنیک های استریل طی اجرای مراحل کاتتریزاسیون نظارت دارند و کلیه پرسنل ملزم به رعایت نکات آسپتیک در کاتتریزاسیون عروق و مراقبت از آن را بر عهده دارند.

۵) شیوه انجام کار:

✓ پرسنل درمان باید، جهت ارایه صحیح مراقبت و نگهداری از کاتترها و اتصالات مربوط به آنها و انجام اقدامات پیشگیرانه مناسب جهت پیشگیری از عفونت مربوط به این وسایل بصورت مستمر آموزش ببینند.

✓ دفتر پرستاری در بخشهای ویژه ترجیحا پرسنل مجرب و آموزش دیده را جهت مراقبت از کاتترهای عروق مرکزی بکار گیرد. مهارت کارکنان در تعبیه کاتتر های عروقی در کاهش میزان عفونت های مرتبط با کاتتر موثر می باشد. جابجایی نیدل درمسیر رگ که منجر به پارگی رگ یا آسیب به رگ گردد، احتمال عفونت را افزایش می دهد.

✓ پرسنل پرستاری باید کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر را از قبیل گارو، چسب، پد الکلی، آنژیوکت سایز مناسب، دستکش لاتکس، سیفتی باکس و ماژیک را در سینی یا باکس مخصوص رگ گیری آماده نماید و ترجیحا در اتاق کار یا اتاق مخصوص رگ گیری انجام شود و در صورت نیاز به حضور بر بالین بیمار حتما از ترولی دارویی به همراه سیفتی باکس و سطل زباله عفونی استفاده نمایند.

✓ پرسنل کادر پرستاری قبل از جاگذاری کاتتر عروق محیطی باید بهداشت دست و پوشیدن دستکش را رعایت نمایند.

✓ جهت آماده سازی و ضد عفونی پوست محل رگ گیری از پد الکلی و یا سواپ پنبه یکبار مصرف آغشته با محلول پایه الکلی (بادی پرپ) استفاده شود و موضع تزریق از مرکز به خارج به صورت دورانی تمیز شود. (حداقل به مدت ۳۰ ثانیه).

✓ هرگز از سواپ پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکل که در الکل خیس خورده اند، استفاده نشود و پنبه ها به صورت خشک نگهداری شوند و افشانه الکلی روی موضع اسپری شود.

✓ از آنژیوکت فقط یکبار استفاده شود و در صورت عدم موفقیت در رگ گیری آنژیوکت جدید استفاده شود.

✓ پرستار بعد از اتمام کار، بر روی چسب آنژیوکت تاریخ، ساعت و نام خود را درج نماید و سپس دستهای خود را ضدعفونی نماید.

✓ در صورت مشاهده خون در اطراف کاتتر، خون باید با الکل تمیز شود، چراکه خون خشک شده همانند محیط کشت عمل کرده و محل مناسبی برای رشد میکروارگانیسم که می باشد.

✓ در گزارش پرستاری نیز محل گرفتن لاین وریدی، نوع آنژیوکت، فرد ارائه دهنده خدمت قید شود.

✓ پرسنل پرستاری باید نحوه مراقبت از آنژیوکت و حفظ تمیزی و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت محل آنژیوکت مثل درد و حساسیت محل تزریق، قرمزی ناحیه، خروج ترشح و تورم ناحیه را به بیمار و همراه وی آموزش دهند.

✓ آنژیوکت تعبیه شده را می توان تا ۷۲ ساعت ساعت نگه داشت و بعد از این مدت نسبت به تعویض آن اقدام نمود و در صورت نشستی و قرمزی، فلیبت و .. زودتر تعویض گردد.

✓ در خصوص اتصالات مربوط به بیمار از قبیل میکروست، ست سرم، سه راهی آنژیوکت و ... کلیه پرسنل بخشهای بالینی باید دستورالعمل تاریخ تعویض اتصالات مربوط به بیمار به را رعایت نمایند.

کاتتریزاسیون ورید و شریانهای مرکزی:

- ✓ اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروق مرکزی حتما باید توسط پزشک معالج تعیین گردد.
- ✓ قبل از انجام پروسیجر توسط پزشک جراح کلیه وسایل مورد نیاز جهت کاتتریزاسیون مانند دستکش استریل، شان استریل بزرگ، ست CVC یا کات دان، کلاه، ماسک، عینک محافظ صورت، گان، سرنگ استریل در اندازه های مختلف، بتادین، ، لیدوکائین، گازاستریل و کاتتر CVC با سایز تعیین شده توسط پزشک معالج، بربالین بیمار توسط پرسنل پرستاری آماده گردد .
- ✓ جهت ضد عفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر از محلول بتادین و کلر هگزیدین استفاده گردد.
- ✓ در هنگام جاگذاری کاتترهای مرکزی (وریدی و شریانی) حداکثر حفاظت را جهت ایجاد شرایط آسپتیک بکار ببرند، یعنی اسکراب جراحی انجام دهند و دستکش و گان استریل بپوشند و از ماسک و کلاه استفاده نمایند.
- ✓ تکنیک آسپتیک در حین کاتترگذاری و تا پایان آن توسط پرستار و پزشک معالج باید رعایت شود .
- ✓ کاتتر ورید مرکزی نیاز به تعویض روتین ندارد مگر در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت ، انسداد و ...)
- ✓ **پانسمان کاتتر ورید مرکزی اگر بصورت پوشش گازی استریل باشد هر ۲۴ ساعت یکبار، اگر بصورت پوشش شفاف استریل باشد هر ۷ یکبار و در صورت آلودگی، خیس یا شل شدن باید در اسرع وقت تعویض گردد.**

- ✓ از تماس دست آلوده با محل جاگذاری کاتتر خودداری نمایید.
 - ✓ در محل کاتترها پماد آنتی بیوتیکی استفاده نشود. چون باعث عفونت قارچی و مقاومت آنتی بیوتیکی می شود.
 - ✓ کاتتر ورید نافی فقط در صورت عدم کارکرد جایگزین شود و به محض رفع اندیکاسیون کارگذاری خارج شود.
 - ✓ پرستار مراقب بیمار باید در صورت مشاهده علائم حساسیت در محل کاتتر، قرمزی، تب بدون علامت و یا علائم ترومبوز سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده شود تا نسبت به خروج کاتتر اقدام شود و دیگر از آن محل جایگزین نشود.
 - ✓ تعویض روتین کاتتر عروق مرکزی به صورت روتین توصیه نمی شود. ترجیحاً از به جای کاتتر فمورال از کاتتر ساب کلاوین استفاده شود.
- (۶) **امکانات-تسهیلات:** وسایل حفاظت فردی (گان ، ماسک ، دستکش ، عینک)، تجهیزات پزشکی نظیر آنژیوکت، کاتتر کات دان و شالون و چسب و محلول ضد عفونی دست و محلول های آنتی سپتیک ، ست پانسمان و متخصص عفونی مرکز

(۷) **منابع/مستندات:** راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی، تالیف وتدوین حسین معصومی اصل وسایر همکاران- ۱۳۸۶

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، یوسف حکیمیان، ، رقیه عسگری، کیارش صالحی معصومه صالحی، انیتا دهقانی، سحر دهقانی	تایید کننده: دکتر جواد حسینیخانی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مدیر خدمات پرستاری، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئول اتاق عمل، سرپرستار بخش ICU، سرپرستار بخش CCU، سرپرستار بخش NICU، سرپرستار اورژانس	سمت: متخصص عفونی	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری دامنه کاربرد: کلیه واحد های درمانی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۳		

(۱) **هدف:** ارتقاء ایمنی بیماران-کاهش هزینه های درمانی-پیشگیری از بروز عفونت بیمارستانی در بیمارانی که تحت عمل جراحی یا نمونه برداری قرار می گیرند .

کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان

(۲) **تعاریف:** عفونت ناحیه عمل: چهار نوع عفونت بر اساس تعاریف استاندارد NNIS وجود دارد که یکی از آن ها عفونت محل جراحی است. طبق تعریف عفونت موضع جراحی به وجود تورم، قرمزی، گرمی و ترشح چرکی و دردناکی محل (طی ۳۰-۹۰ روز بعد از عمل) حتی در صورت ترخیص بیمار و نیز وجود تب و سایر علائم اطلاق می شود و خود بر حسب عمق عفونت به سه دسته سطحی برش جراحی، عمقی برش جراحی و عفونت ارگان یا فضای خاص متعاقب عمل جراحی تقسیم می شود و همچنین نوع دیگر دسته بندی آن با توجه به محل انسزیون به اولیه و ثانویه تقسیم می شود. عفونت سطحی / عمقی که در محل انسزیون اولیه حادث می شود، نوع اولیه می باشد. مثلاً انسزیون سینه در عمل جراحی CABG در جراحی هایی که بیش از یک انسزیون دارند عفونتی که در محل برش ثانویه اتفاق می افتد مثلاً در انسزیون ساق پا در عمل جراحی CABG از نوع عفونت سطحی/عمقی ثانویه می باشد.

(۳) **صاحبان فرایند/ذینفعان:** کمیته کنترل عفونت، سرپرستاران و پزشکان بخش های اتاق عمل، جراحی مردان و جراحی زنان/بیماران و کارکنان

(۴) **مسئولیت ها و اختیارات:** مسئولین بخش ها مسئول نظارت بر اجرای موازین کنترل عفونت در راستای پیشگیری از از بروز عفونت بیمارستانی در بیمارانی که تحت عمل جراحی یا نمونه برداری قرار می گیرند، را دارند و مسئول کنترل عفونت نیز مسئولیت آموزش و نظارت بر موازین کنترل عفونت را دارد.

(۵) **شیوه انجام کار:** به طور کلی پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی و محل نمونه برداری باید سه محور زیر مد نظر قرار بگیرد.

الف - بیمار

ب - پرسنل و محیط اتاق عمل

ج - پرسنل بخش های درمانی

الف) محور مربوط به بیمار

- ✓ پزشک جراح، قبل از عمل جراحی، **عفونت در سایر قسمت های بدن بیمار را بررسی** و در صورت لزوم تحت درمان قرار می دهد و اعمال جراحی الکتیو را تا حل مشکل عفونت به تاخیر می اندازد.
- ✓ پزشک، **قند خون بیماران مبتلا به دیابت را کنترل** می نماید و در صورت نیاز از متخصص داخلی جهت کنترل قند بیمار مشاوره می خواهد.
- ✓ در مورد بیماران الکتیو، بیمار قبل از عمل به **ترک سیگار و قلیان** تشویق شود.
- ✓ در مورد بیماران چاق که عمل الکتیو دارند، از طرف پزشک مربوطه آموزش داده می شود تا نسبت به **کاهش وزن** خود اقدام نماید.
- ✓ پزشک و پرستار به بیمار آموزش های لازم در رابطه با اهمیت **استحمام در شب قبل از عمل** را می دهند.
- ✓ حتی الامکان اقامت قبل از عمل بیمار در بیمارستان به حداقل رسانده می شود.
- ✓ در صورتی که احتمال عفونت محل جراحی وجود دارد، پزشک **آنتی بیوتیک انتخابی** را تجویز می نماید.

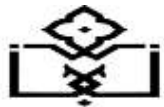
- ✓ در بیمارانی که کاندید جراحی های بزرگ هستند یا بیماران High risk پروفیلاکسی قبل از عمل طبق نظر جراح بلافاصله قبل از عمل تجویز می شود. **آنتی بیوتیک پروفیلاکسی** باید زمانی داده شود که بیشترین غلظت را در هنگام آغاز جراحی برای افراد ایجاد کند و تا مدت کمی بعد از شروع جراحی باقی بماند.
 - ✓ قبل از اعمال جراحی انتخابی کولو رکتال پزشک معالج **دستور آمادگی مکانیکی کولون را با استفاده از تنقیه و مسهل دهد** و آمادگی های لازم توسط بخش مورد نظر و پرستار مسئول داده می شود.
 - ✓ پرستار یا تکنسین اتاق عمل پوست بیمار را بلافاصله قبل از جراحی در اتاق عمل آماده می نماید.
 - ✓ قبل از آماده کردن پوست بیمار با مواد آنتی سپتیک به طور کامل اطراف محل برش جراحی را شستشو و تمیز می نماید.
 - ✓ **از بتادین اسکراب، یا از محلول بادی پرپ (محلول الکلی و کلرهگزیدین) برای آماده کردن پوست استفاده می نماید.** این ماده را به صورت دایره وار از محل عمل به طرف محیط به مدت ۳۰ ثانیه جهت آماده کردن پوست به کار می برد.
 - ✓ **بهیار یا کمک بهیار موهای محل عمل را در صورت نیاز بلافاصله قبل از عمل با دستگاه موزر اصلاح می نماید.** در صورت عدم وجود کمک بهیار آموزشهای لازم درمورد نحوه شیو به همراه بیمار یا بیمار توسط پرستار یا پزشک داده می شود. هرگز از تیغ جهت شیو استفاده نمی شود.
- محور پرسنل و محیط اتاق عمل**
- ✓ کارکنان جراحی شستشو و ضد عفونی دست را در اتاق عمل طبق دستورالعمل بهداشت دست انجام می دهند.
 - ✓ کلیه پرسنل اتاق عمل از گان استریل، کلاه مخصوص اتاق عمل و محافظ چشم و صورت استفاده می نمایند.
 - ✓ تعویض کفش در اتاق عمل به صورت روتین انجام می شود.
 - ✓ کلیه پرسنل اتاق عمل، متخصصین بیهوشی، جراحان و پرستاران از ماسک استاندارد جراحی استفاده می نمایند و در صورت مرطوب شدن و در بین اعمال جراحی ماسک خود را تعویض می نمایند. ماسک را نباید به گردن آویزان کرد و یا به جیب گذاشت و دوباره استفاده کرد.
 - ✓ پزشکان و پرسنل اتاق عمل باید قبل از عمل و از اسکراب جراحی دستکش لاتکس استریل بپوشند و در صورت آلودگی یا پاره شدن آن را تعویض می نمایند و در اعمال بعد جراحی پیوند و نیز جراحی بر روی بیماران پرخطر مانند HIV، HCV، HBV مثبت پوشیدن دو جفت دستکش احتمال آلوده شدن با خون و سایر مایعات بدن را کاهش میدهد.
 - ✓ پرسنل اتاق عمل در صورت وجود هر گونه بیماری تنفسی یا پوستی قابل انتقال تا بهبودی کامل طبق صلاح دید سرپرستار اتاق عمل از کار کردن در اتاق عمل معاف می شوند.
 - ✓ پزشکان و پرسنل اتاق عمل باید ناخن های خود را کوتاه نگه داشته و استفاده از ناخن مصنوعی و جواهرات به دست و انگشتان خودداری نمایند.
 - ✓ پرسنل اتاق عمل از شان استریل برای ایجاد سدی بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری ها استفاده می کنند. ناخن ها را کوتاه نگه می دارند.
 - ✓ محوطه و محل عمل را مشخص و تا پایان عمل استریل نگه می دارند.
 - ✓ کنترل خونریزی حین عمل و جابجایی آرام بافت محل عمل در کاهش عفونت بعد از عمل موثر خواهد بود.
 - ✓ در زمان کار گذاشتن کتتر عروقی و کاتتر بیهوشی نخاعی یا اسپینال یا در زمان توزیع دارو و مصرف داروهای وریدی اصول آسپتیک را رعایت می کنند.
 - ✓ جراح به بافت ها به آرامی دست زده، هموستاز برقرار نموده و نسوج مرده و جسم خارجی را به حداقل رسانده و فضای مرده در محل جراحی را از بین می برد.
 - ✓ در درناژ لازم باشد از درن ساکشن بسته استفاده می کنند و هرچه سریعتر درن را خارج می کنند.
 - ✓ در حین عمل جراحی تعداد افرادی که وارد اتاق عمل می شوند تا حد امکان محدود می باشد و درب های اتاق عمل تا پایان عمل بسته می باشد. در کل درب های اتاق عمل به جز در مواقع عبور وسایل، پرسنل و بیمار بسته می باشد.
 - ✓ محیط اتاق عمل از نظر تهویه حداقل ۱۵ بار تعویض هوا در ساعت انجام شده، ورودی های هوای یکی از اتاق های عمل مجهز به فیلترهای هپا می باشد، دما ۱۸-۲۴ درجه و رطوبت ۵۰-۵۵ درصد می باشد.
 - ✓ مسئول CSR باید بر استریل شدن لوازم اتاق عمل نظارت کامل داشته باشد و برای این کار باید از اندیکاتورهای بیولوژیک و اندیکاتور های کلاس ۴ و ۶ جهت اطمینان از صحت فرایند استریلیزاسیون در تمامی ست ها استفاده شود.

- ✓ پرستار اتاق عمل موظف است اندیکاتور ست مصرف شده برای بیمار را در فرم مربوطه در پرونده بیمار الصاق نماید.
- ✓ مسئول اتاق عمل باید برنامه منظم برای واشینگ و نظافت اتاق عمل داشته باشد.
- ✓ پرسنل اتاق عمل باید در مواقعی که حین جراحی، آلودگی قابل رؤیت سطوح یا تجهیزات با خون یا سایر مایعات بدن ایجاد شده است، قبل از عمل جراحی بعدی از گندزدایی مناسب بیمارستانی برای تمیز کردن محل آلوده استفاده نماید.
- ✓ مسئول اتاق عمل باید باید برنامه منظم برای واشینگ و نظافت اتاق عمل با همکاری سوپروایزر کنترل عفونت و بهداشت محیط تهیه نماید و واشینگ ها به صورت هفتگی انجام شود و در دفتر مخصوص به همراه اسامی افراد شرکت کننده در واشینگ ثبت گردد.
- ✓ به علت خطر بالای انتقال بیماری های منتقله از طریق خون، خدمات اتاق عمل باید زباله های اتاق عمل را با کمترین دستکاری دفع نماید.

در محور پرسنل بخش های درمانی

- ✓ پرسنل درمانی باید حداقل ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از عمل یا نمونه برداری طبق دستور پزشک معالج پانسمان به روش استریل انجام دهند. در هنگام تعویض پانسمان هر گونه علائمی که نشانه عفونت باشد را گزارش می دهند.
 - ✓ پرسنل موظف است قبل از اقدام به تعویض پانسمان ناحیه عمل، بهداشت وضد عفونی دست ها را انجام داده و از تکنیک استریل جهت انجام پانسمان استفاده می نمایند.
 - ✓ پرستار مسئول بیمار موظف است موقع باز کردن ست ها از تغییر رنگ اندیکاتور موجود در ست اطمینان حاصل نماید و اندیکاتور را در قسمت گزارش پرستاری که توسط وی ثبت می شود. در کنار جمله تعویض پانسمان با رعایت نکات آسپتیک انجام شد، در پرونده الصاق نماید و در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتور موضوع را جهت بررسی اطلاع دهد و ست پانسمان دیگری استفاده نماید.
 - ✓ پرستار مسئول بیمار باید آموزش مداوم در زمینه علائم عفونت زخم بعد از عمل، شستشوی دست ها، رعایت روش آسپتیک در هنگام تعویض پانسمان، استفاده از وسایل حفاظت فردی و مراقبت از زخم را در زمان بستری و حین ترخیص به بیمار و همراهان آموزش داده و از آنها بخواهد در صورت بروز علائم به پزشک مراجعه کند.
 - ✓ پس از ویزیت بیمار توسط پزشک معالج در صورت بروز علائم زخم جراحی مشورت عفونی درخواست می شود .
 - ✓ پزشک کنترل عفونت در برخی موارد پس از ویزیت دستور نمونه کشت از زخم را داده و پرستار بیمار از محل زخم کشت تهیه می نماید.
 - ✓ عفونت های زخم بعد از عمل بر اساس دستورالعمل کشوری و برابر دستور پزشک کنترل عفونت توسط رابط کنترل عفونت ثبت و به سوپروایزر کنترل عفونت اعلام می گردد .
 - ✓ سوپروایزر کنترل عفونت موارد عفونت زخم بعد از عمل جراحی را در فرم شماره ۲ کشوری ثبت می کند و در پورتال کشوری وارد می کند.
 - ✓ آمار عفونت های بیمارستانی از جمله عفونت زخم جراحی ماهانه در کمیته کنترل عفونت مورد بررسی قرار گرفته و به اطلاع مسئولین بخش ها نیز رسانده می شود.
 - ✓ اقدامات اصلاحی اخذ شده در کمیته کنترل عفونت در خصوص پیشگیری از عفونت زخم جراحی توسط سوپروایزر کنترل عفونت به بخش ها اطلاع داده می شود .
- (۶) امکانات- تسهیلات: محلولهای ضد عفونی پوست و موضع جراحی (بتادین و بادی پرپ)، محلول ضد عفونی دست، ست پانسمان، متخصص عفونی مرکز
- (۷) منابع/مستندات: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی، تالیف وتدوین حسین معصومی اصل وسایر همکاران- ۱۳۸۶- فرم گزارش عفونت های بیمارستانی- کتابچه راهنمای تعریف عفونت مرتبط با مراقبت های بهداشت

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، یوسف حکیمیان ، رقیه عسگری، ، معصومه صالحی، انیتا دهقانی، سحر دهقانی	تایید کننده: دکتر جواد حسینیخانی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مدیر خدمات پرستاری، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مسئول اتاق عمل، سرپرستاران	سمت: متخصص عفونی	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۰۳	عنوان سند روش اجرایی نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل بکاررفته بیمار	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه:	دامنه کاربرد: کلیه واحد های درمانی	

(۱) هدف: ارتقاء ایمنی بیمار -پیشگیری و کنترل عفونت-مراقبت ایمن جراحی

(۲) تعاریف: الف. حداقل اطلاعات لازم برای فراخوان یا رهگیری هر بسته استریل شامل موارد زیر می باشد: تاریخ و شیفت کاری -شماره یا کد دستگاه استریل کننده- تاریخ انقضاء مصرف هر بسته استریل -سیکل یا چرخه بارگذاری- نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل- نام ست

ب. تاریخ بسته های استریل انواع بسته بندی ها بر اساس جنس و نوع بسته بندی و شرایط نگهداری در انبار استریل یا بخش ها تنظیم می شود.

(۳) صاحبان فرآیند و ذینفعان: بیماران، کارکنان، سرپرستاران بخش ها، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول CSR، مسئول واحد تجهیزات پزشکی

(۴) مسئولیت ها و اختیارات: مسئولین اتاق عمل و بخش های بستری، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول CSR و کارشناس بهداشت محیط

(۵) شیوه انجام کار:

الف) فراخوان: پرسنل CSR بایستی:

پرسنل CSR بایستی:

- ۱- در حین بسته بندی برای **بسته های دارای اقلام کمتر از ۱۲ قلم، اندیکاتور کلاس ۴ و بیش از ۱۲ قلم اندیکاتور کلاس ۶** و در موارد نیاز تست های بیولوژیک را (در موارد راه اندازی، طراحی مجدد یا جابجایی، خرابی و تعمیر دستگاه استریلایزر تست های بیولوژیک و بوی دیک با چرخه خالی و برای ست های حاوی ایمپلنت، همزمان با بارگیری از تست های بیولوژیک و اندیکاتور کلاس ۵ استفاده می شود. همچنین در موارد عادی تست بوی دیک بصورت روزانه و تست بیولوژیک بصورت هفتگی برای هر دستگاه استریلایزر استفاده می شود).
- ۲- ابزارها با پارچه دو لایه بسته بندی شده و روی هر بسته استریل لیبل مشخصات حاوی حداقل اطلاعات که شامل تاریخ و شیفت کاری، شماره یا کد دستگاه استریل کننده، تاریخ انقضاء مصرف هر بسته استریل، سیکل یا چرخه بارگذاری، نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل را می چسباند و اندیکاتور کلاس یا چسب OK نیز به میزان حداقل ۵ سانتی متر روی بسته چسبانده می شود.
- ۳- برای هر دستگاه، بسته هایی هر چرخه بارگذاری را در دفتر یادداشت و ست ها را به روش صحیح بارگذاری می نماید.
- ۴- بعد از استریل شدن بسته و خارج سازی از دستگاه استریل کننده، از نظر رطوبت و سالم بودن، تغییر رنگ مناسب چسب OK و نیز مشاهده اندیکاتور شاهد یا اندیکاتور پاس شده در بسته های شفاف، اطمینان حاصل می نماید. (بهداشت دست را قبل از تماس با بسته رعایت کنید).
- ۵- بسته های استریل را به قفسه های انبار استریل منتقل و یا به بخش های متقاضی تحویل می نماید (حمل و انتقال با کانتینر مخصوص ابزار استریل صورت می گیرد).
- ۶- مسئول CSR هر زمان که نتیجه تست های بیولوژیک مثبت شد و یا اندیکاتور داخل ست ها پاس نشد بایستی فراخوانی یا Re call را انجام دهد.
- ۷- پرسنل درمانی در زمان بازکردن بسته استریل از سالم بودن بسته، پاس شدن چسب OK و اندیکاتور داخل بسته اطمینان حاصل می کند.

۸- پرسنل درمانی هر زمان که اندیکاتور داخلی بسته پاس نشده باشد در اسرع وقت ست را به همراه لیبل روی بسته به CSR مرجوع و به واحد کنترل عفونت گزارش می نماید.

۹- مسئول CSR براساس مشخصات روی لیبل ، کد دستگاه استریل کننده ، سیکل بارگذاری و تاریخ و شیفت استریل را از روی دفتر دستگاهها شناسایی و نسبت به خارج کردن دستگاه از سرویس و جمع آوری و بازگرداندن بسته های آن چرخه اقدام می نماید .

۱۰- فرایند شستشو، ضدعفونی و استریل بسته های فراخوان شده را مجددا تکرار می کنند.

***توجه: پرسنل ست های فراخوان شده از بخش را از نظر پاس شدن اندیکاتور بررسی می نمایند، در صورتی که اندیکاتور داخل تمامی ست ها تغییر رنگ مطلوب داده باشند، باید اندیکاتور پاس نشده، از نظر تاریخ انقضا و محل نگهداری بررسی شود و در صورت مشکل دار بودن اندیکاتور، اندیکاتور جدید جایگزین اندیکاتور های مشکل دار شود. وگرنه اگر حتی یکی از اندیکاتور ها تغییر رنگ نداده باشد به منزله اشکال فنی دستگاه بوده و دستگاه برای سرویس باید فعلا غیر فعال گردد.**

۱۱- پس از رفع علت دستگاه با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی مجددا" نسبت به اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و استفاده مجدد آن اقدام می شود. (تست بیولوژیک و بوی دیک با چرخه خالی در دستگاه گذاشته می شود) .

(ب) رهگیری: شامل تمام مراحل فراخوان و اجرای مراحل زیر می باشد :

پرسنل درمانی :

۱- پس از اطمینان از پاس شدن اندیکاتورها، اندیکاتور را در پرونده بیماران بستری یا دفتر بیماران مراجعه کننده سرپایی الصاق می نمایند.

۲- در صورت نیاز به رهگیری، با توجه به لیبل مشخصات الصاق شده در پرونده بیمار یا دفتر بیماران سرپایی در اورژانس یا درمانگاه تخصصی، نوع ست استفاده شده، تاریخ و شیفت استریل شده ، نام بارگذاری کننده ست، شماره سیکل، کد دستگاه استریل و تاریخ انقضاء بسته استریل را مشخص می نمایند.

۳- موارد عدم انطباق را به مسئول CSR و سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع می دهند.

۴- سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول CSR برای موارد عدم انطباق اقدام اصلاحی انجام می دهند.

(۶) امکانات - تسهیلات: تست های بیولوژیک، تست بوی دیک، دستگاه اتوکلاو، وسایل بسته بندی ، انواع اندیکاتور (کلاس ۱ و ۲ و ۳ و ۵) ، کانتینر،

(۷) مستندات/منابع دفاتر ثبت دستگاهها، دستورالعمل زمان انقضا بسته ها بر اساس جنس و تعداد لایه و شرایط نگهداری ، پرونده بیمار و دفتر ثبت مستندات برای

ثبت نتایج اندیکاتورها/راهنمای استریلیزاسیون در بیمارستانها و مراکز درمانی ترجمه مهندس حمید زارع، استاندارد های اعتبار بخشی ویرایش چهارم

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، فاطمه کردلو	تایید کننده: ژیلا شیخ پور	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول CSR	سمت: مترون	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی نحوه نگهداری دارو های یخچالی در زمان قطعی برق	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۳	دامنه کاربرد: بخشهای بالینی	

۱-هدف: جلوگیری از فاسد /خراب شدن داروهای یخچالی

۲- تعاریف: داروهای یخچالی: داروهایی هستند که برای حفظ عملکرد خود باید در دمای ۲-۸ درجه سانتیگراد نگهداری شوند. این داروها با برچسب آبی نشان دار هستند

۳-صاحبان فرآیند و ذینفعان : مسئول فنی داروخانه ، سرپرستاران، مسئول انبار دارویی

۴-مسئولیت ها و اختیارات: ۱- تکمیل چک لیست های یخچالی و تکمیل نمودارهای دمایی

۵-شیوه انجام کار :

۱- منظور از "نگه داری در دمای یخچال" دمای "۲-۸ درجه سانتی گراد" می باشد. به همین منظور (حتی در زمانهایی که قطعی برق نیست)، بایستی دمای یخچال را در فواصل منظم چک کنید تا از این بازه خارج نباشد. همچنین داروهای یخچالی تحت هیچ شرایطی نباید در فریزر قرار بگیرند و نباید یخ بزنند.

۲- در صورتی که مکرراً با قطعی برق مواجه هستید بهتر است یک دماسنج جداگانه تهیه کنید و در کنار محل نگه داری دارو در یخچال قرار دهید. دماسنج های دیجیتالی هوشمند برای این مورد مناسب است. برخی از آن ها مجهز به زنگ هشدار نیز می باشند. برخی نمونه ها قابلیت ثبت دما در ساعت های مختلف (data logger) نیز دارند

۳-در زمان قطعی برق، دماسنج کنار داروها را در فواصل منظم (مثلاً هر نیم الی یک ساعت) چک کنید و عدد دما را یادداشت کنید. در صورتی که زمان قطعی برق کوتاه باشد و دمای یخچال از ۸ درجه سانتی گراد بالاتر نرود، نیاز به نگرانی نیست و دمای استاندارد برای نگه داری دارو رعایت شده است. دقت کنید در زمان قطعی برق، برای حفظ سرمای یخچال، حتی الامکان از باز و بسته کردن بی مورد درب یخچال جلوگیری کنید.

۴- به هیچ عنوان در زمان قطعی برق داروهای یخچالی را به بهانه حفظ دمای سردتر در فریزر قرار ندهید.

۵-دقت کنید که در صورتی که در بازه زمانی چند روزه، برق مکرراً قطع می شود، بخصوص برای داروخانه ها بهتر است مجموع ساعتهایی که دارو در دمای بالاتر از ۸ درجه سانتی گراد بوده است را حساب کنید. برای مثال: یک خرداد (۱ ساعت)، دو خرداد (دو ساعت)، سه خرداد (یک ساعت) و سپس جهت استعلام سلامت محصول با شرکت سازنده یا نمایندگی مورد نظر تماس حاصل کنید.

۶-در مورد داروهای با حجم کوچک و یخچال های خانگی توصیه می شود که همیشه مقداری یخ خشک یا ظرف یخ در فریزر داشته باشید و در زمان قطعی برق بلافاصله یخ ها را از فریزر خارج کرده و در نزدیکی دارو قرار دهید. دقت کنید که یخ ها نباید در تماس مستقیم با دارو باشند و باید در تماس با جعبه دارو یا نزدیک جعبه دارو با فاصله یک سانتی متر قرار گیرد.

۶-امکانات-تسهیلات: یخچال دارویی، دیتا لاگر

۷-منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵

تهیه کنندگان:	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول فنی داروخانه	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند روش اجرایی حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۳	دامنه کاربرد: بخشهای بالینی	

۱-هدف: حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران

۲- تعاریف: نگهداری و حفاظت از اطلاعات و نسخه فیزیکی پرونده و مدارک پزشکی بیماران از تعهدات بیمارستان محسوب می شود. نگهداری و حفاظت اطلاعات بیمار محرمانه و متعلق به فرد بیمار است و استفاده از اطلاعات به لحاظ قانونی منوط به رضایت کتبی بیمار می باشد. (حتی از اسم و تشخیص آنها کسی غیر از پرسنل درمان مطلع نمی شود)

۳- صاحبان فرآیند و ذینفعان: مدیریت پرستاری، سوپروایزرها، سرپرستاران، مسئول واحدها

۴- مسئولیت ها و اختیارات: ۱- حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار و تعیین سطح دسترسی افراد ۲- در صورتیکه یکی از همراهان بیمار (که از کادر درمان باشد) در خواست خواندن پرونده بیمار را داشت باید پس از کسب رضایت از خود بیمار انجام شود.

۵- شیوه انجام کار:

- ✓ از زمان پذیرش پس از توجیه بیمار با امضا بیماریا ولی قانونی وی در فرم پذیرش کلیه بیمارستانهای دولتی و خصوصی و آموزشی، اطلاعات مربوط به وی بین پرسنل بیمارستان قابل انتقال خواهد بود که این امر برای کیفیت بهتر در مراقبت از بیمار ضروری است .
- ✓ پرسنل درمانی برای مراقبت بهتر و کافی از بیمار ، لازم است برای استفاده از اطلاعات وی با هم در ارتباط باشند
- ✓ اگرچه پرسنل بیمارستان بودن یا عضو گروه پزشکی بودن بطور معمول حق استفاده از اطلاعات بیمار را به شخص نمی دهد
- ✓ مثلاً تلفنچی بیمارستان لازم نیست از تشخیص های انجام شده برای بیماران مطلع شود همین طور پزشکی که یک بیمار خاص را مداوا نمیکند نیازی نیست که پرونده پزشکی آن بیمار را مطالعه کند.
- ✓ فرستادن پرونده به اتاق مدارک پزشکی، نگهداری هر گونه سند محرمانه در سایر واحدها مجاز نمی باشد (مسئول واحد ترخیص).
- ✓ پرونده بالینی بیمار در دسترس و اختیار افراد غیر مجاز قرار نمی گیرد و جهت انتقال ان بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده می شود
- ✓ نگهداری هر گونه کپی از مکاتبات محرمانه برای گزارش دهندگان مجاز نمی باشد بیمارستان اطمینان حاصل می نماید که تنها گیرنده خدمت، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شود ، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند
- ✓ بیمارستان در صورت در خواست کتبی گیرنده خدمت، ترخیص شده از بخشهای بستری و سرپایی با سن بالای ۱۸ سال و درمورد بیماران زیر ۱۸ سال یا بیماری که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود آگاهی ندارند (اغما و وضعیت سایکوز و جنون به درخواست کتبی ولی یا نماینده قانونی وی ارائه کپی/تصویر کلیه اوراق و اطلاعات پزشکی، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی به همراه اصل تمام کلیشه ها و گرافی ها پس از کنترل و برابر اصل نمودن الزامی است و هزینه تهیه تصویر اوراق یک نوبت بر عهده بیمارستان است.
- ✓ تحویل اصل برگ خلاصه پرونده در زمان ترخیص به کلیه بیماران و در بیماران زیر ۱۸ سال یا بیماری که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود آگاهی ندارند به ولی یا نماینده قانونی وی و بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می کنند الزامی است.

- ✓ در زمان انتقال بین بیمارستانی بیمار جهت ادامه درمان، نسخه اصل یا اول فرم اعزام واجد مهر وامضای اصل پزشک معالج به همراه تصویر اوراق مهم پرونده بیمار منتقل گردد واصل پرونده به همراه نسخه دوم فرم اعزام خوانا و ممه‌ور به مهر وامضای پزشک معالج در بیمارستان مبدا نگهداری شود.
- ✓ در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار می شود (سقوط بیمار از تخت-قطع عضو نابجا و...) مرگهای مشکوک حین بستری بیمار بلافاصله با قید تاریخ وساعت دقیق واقعه تصویر تمام اوراق پرونده تهیه و با ذکر تاریخ وساعت دقیق کیی برداری بر روی نسخه کیی برابر اصل شده و تا زمان بررسی حادثه در محل امن جهت هر گونه بررسی بعدی به عنوان نسخه ایمن پرونده نگهداری شود. ضبط و نگهداری نسخه ایمن پرونده با مسئولیت رئیس بیمارستان است.
- ✓ برای دسترسی به سوابق قبلی با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک معالج و تایید مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت سوابق قبلی بیمار تحت درمان در اختیار پزشک معالج قرار می گیرد.
- ✓ چنانچه کارکنان اداری اسناد و مدارک پزشکی نسبت به مورد خاصی مشکوک باشند از واگذاری آن پرونده ی خاص خودداری و موضوع را به مدیر بیمارستان اطلاع دهند.
- ✓ اعضای کادر پزشکی مجاز نیستند بدون اجازه کتبی مدیریت بیمارستان اطلاعات کتبی یا شفاهی به اشخاص خارج از بیمارستان ارائه دهند.
- ✓ پزشکان کادر نمی توانند به شرکتهای بیمه یا وکلای دادگستری اجازه دریافت پرونده ای را بدهند.
- ✓ کمیته های بیمارستانی (مرگ و میر و آسیب شناسی و...) با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست و تایید رئیس بیمارستان به دبیر کمیته تحویل داده می شود.
- ✓ پزشکان متفرقه (خارج از بیمارستان) که اطلاعاتی درباره یک بیمار می خواهند باید اجازه نامه کتبی بیمار را ارائه نمایند
- ✓ پرونده های پزشکی نباید از بخش اسناد و مدارک پزشکی به سایر قسمتهای بیمارستان فرستاده شود مگر برای انجام امور بیمارستان و حتی الامکان باید با حفظ اصول محرمانگی به مطالعه آن پرداخته شود
- ✓ بخش مدیریت آمار و اطلاعات درمان پیگیریهای لازم جهت بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی را به صورت هفتگی انجام دهد.
- ✓ برای هرگونه درخواستی جهت دسترسی به پرونده برگ درخواست با ذکر نام و نام خانوادگی و امضا درخواست کننده ضمیمه پرونده شود.
- ***درخصوص ارائه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات باید از حراست کسب اجازه کرده و رضایت کتبی و بلاقطع بیمار در زمان مقتضی ضروری است
 - رضایت بیمار فقط در خصوص اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار می باشد و اطلاعات مشخص کننده هویت بیمار به هیچ عنوان در پرسشنامه مورد استفاده قرار نمی گیرد.
 - ارائه معرفی نامه از معاونت آموزشی یا پژوهشی دانشگاه الزامی است
 - امضا تعهد نامه حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر
 - تعهد پژوهشگر به اینکه یک نسخه از گزارشات نهایی تحقیقات انجام شده جهت تایید رعایت تعهدات اخلاقی، به رویت مسئول واحد مدیریت و آمار و اطلاعات درمان مرکز رسانیده شود.
- ***در صورت درخواست اصل یا کیی پرونده توسط دادگستری یا پزشکی قانونی: درخواست پرونده با نامه رسمی به تایید رئیس بیمارستان رسیده و دسترسی کامل به نسخه برابر اصل شده کلیه پرونده های تحت بررسی در مرجع قضایی مربوطه.

***سازمانهای بیمه گر:دسترسی کامل به پرونده های بیمه شدگان تحت پوشش.دسترسی به کپی پرونده جهت باز پرداخت ودریافت غرامت دستمزد از کار افتادگی با نامه رسمی وتایید رئیس بیمارستان

۶-امکانات-تسهیلات: پرستاران - مسئولین شیفتها- سوپروایزرین بالینی- پرونده ها ومستندات مربوط به بیمار

۷-منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵

تهیه کنندگان: آرش شجاعی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس طرح تکریم -مددکار	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵			
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵			
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	روش اجرایی نحوه ارائه خدمت به بیماران مجهول الهویه		
	صفحه ۱:			
دامنه کاربرد: بخشهای بالینی				

۱-هدف: حفظ و حراست از گیرندگان خدمت مجهول الهویه- شناسائی گیرندگان خدمت مجهول الهویه و برنامه ریزی اختصاصی در بیمارستان جهت ارائه حمایت های لازم به گیرندگان خدمت مجهول الهویه -اجرائی شدن سیاست های ابلاغی از سوی وزارت متبوع در رعایت حقوق گیرندگان خدمت از جمله گیرندگان خدمت مجهول الهویه-حفظ شخصیت بیمار و احترام به وی

۲- تعاریف: بیماران مجهول الهویه: به فردی اطلاق می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری، فراموشی موقت یا دایم ، مشکلات روانی و ذهنی و ... قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست و همراهی که بتواند این اطلاعات را در اختیار قرار دهد،

۳-صاحبان فرایند و ذینفعان: کلیه بیماران مجهول الهویه

۴-مسئولیت ها و اختیارات :مسئول بخش: هماهنگی با رئیس بیمارستان و اطلاع به مددکار-مددکار: اجرای فرایند شناسایی افراد مجهول الهویه و ارائه حمایت های لازم به آنان

۵-شیوه انجام کار :

- ✓ پرستار مسئول شیفت چنانچه بیمار مجهول الهویه به بیمارستان انتقال داده شود مورد را در اسرع وقت به اطلاع سوپرایزر می رساند.
- ✓ متصدی پذیرش با هماهنگی سوپروایزر جیب بیمار و کلیه وسایل شخصی وی را جهت یافتن کارت شناسایی ، آدرس و شماره تلفن و ... برای تعیین هویت بیمار بررسی نموده و ضمن تنظیم صورتجلسه ، وسایل بیمار را تحویل واحد پذیرش می دهد .
- ✓ متصدی پذیرش با دستور پزشک برای بیمار تشکیل پرونده داده و علاوه بر شماره پرونده به جای مشخصات به وی کد داده می شود.
- ✓ پرستار مسئول شیفت ترتیبی اتخاذ می نماید که بیمار مانند سایر بیماران تحت درمان قرار گیرد.
- ✓ پرستار مسئول بیمار در گزارش پرستاری وضعیت ظاهری بیمار (پوشش ، رنگ پوست و ...) و با هرنشان مشخصه بیمار را در پرونده ثبت نموده و در صورت هوشیاری اطلاعات لازم را از بیمار گرفته و ثبت می نماید.
- ✓ سوپروایزر در اسرع وقت، مورد را به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) اطلاع می دهد تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه تنظیم می نماید و اقدامات لازم در خصوص شناسایی بیمار را از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام می دهد.
- ✓ سوپروایزر شیفت در اسرع وقت مشخصات بیمار مجهول الهویه (شامل جنس ، سن حدودی ، مشخصات ظاهری ، تشخیص احتمالی ،شماره پرونده ، تاریخ حادثه ، محل حادثه) را در سامانه ستاد هدایت ثبت نموده و در صورت شناسایی به بستگان بیمار اطلاع رسانی می نماید.
- ✓ پرستار مسئول کلیه اقدامات لازم را جهت بیمار انجام و به منظور شناسایی بیمار و انجام اقدامات از شماره پرونده و وضعیت ظاهری اولیه استفاده می نماید .
- ✓ سوپروایزر با همکاری مددکار جهت ترخیص بیماران مجهول الهویه و دارای آسیب های اجتماعی تا حصول نتیجه و خروج قانونی بیمار از بیمارستان پیگیری های لازم را انجام می دهند تا بیمار به یک مرکز نگهداری بهزیستی منتقل گردد.
- ✓ سوپروایزر شیفت در صورت فوت بیمار مجهول الهویه و در شرایطی که هیچ راهی برای شناسایی بیمار در بیمارستان وجود ندارد به پلیس ۱۱۰ اطلاع می دهد تا از طریق مراجع قانونی اقدام شود.
- ✓ سوپروایزر وقت جنازه را فقط با نامه نیروی انتظامی یا دادگاه " مبنی بر تحویل جسد به " و طی مراحل اداری تحویل می نماید.
- ✓ سوپروایزر هماهنگ می کند تا جسد را تا زمان تشخیص هویت و یا شناسایی بستگان و ... به سردخانه انتقال می دهد.

۶-امکانات-تسهیلات: پرستاران - مسئولین شیفتها- سوپروایزرین بالینی- پرونده ها ومستندات مربوط به بیمار

۷-منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵

تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی	تایید کننده: سعید صمدی	به کنندگان: آرش شجاعی
سمت: رئیس بیمارستان	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: مددکار
		

	کد سند: MN-PRO BK-۰۳	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵	روش اجرایی	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱	انجام خدمات درمانی توسط کارکنان همگن	
	صفحه:	دامنه کاربرد: بخشهای بالینی	

۱-هدف: حفظ و تکریم شان و منزلت بیمار، افزایش رضایتمندی بیمار، جلوگیری از وقوع حوادث ناخواسته

۲-تعاریف: -

۳-صاحبان فرایند و ذینفعان: بیماران و کلیه مراجعین

۴-مسئولیت ها و اختیارات: -

۵-شیوه انجام کار :

- ✓ ارایه خدمات به بیماران، با رعایت موازین انطباق توسط **کارکنان همگن و با رعایت احترام به منزلت انسانی** انجام میشود
- ✓ بکارگیری کارکنان همگن در بخشها و واحدها کلینیکی و پاراکلینیکی
- ✓ بررسی رعایت استفاده از کارکنان همگن در **شیفت های عصر و شب**
- ✓ **چینش کارکنان** با رعایت اصول ارائه خدمات توسط کارکنان همگن در تمامی نوبتهای کاری بخصوص در بخشهای ویژه و بیماران با کاهش هوشیاری
- ✓ **کارکنان همگن در بخشهای زنان و زایمان و اورولوژی**
- ✓ مراقبت از بیماران **بخشهای ویژه** توسط همگن
- ✓ استفاده **بیمار بر همگن** در همه انتقالهای بین بخشی و درون بخشی (در انتقال به بخشهای کلینیکی و یا پاراکلینیکی)
- ✓ استفاده از بیماربر همگن در همه انتقالهای بین بخشی (در بیماران کاهش سطح هوشیاری حتماً از پرسنل همگن استفاده شود).
- ✓ **پزشکان همگن** در معاینات و ارائه خدمات تشخیصی درمانی **زنان و زایمان** به کار بگیرد.
- ✓ **معاینه های زنان و زایمان** رادر موارد ضرورت انجام توسط افراد غیر هم جنس، باحضور محارم بیمار یا یک نفر از کارکنان فنی زن انجام دهید
- ✓ حضور محارم ازاعضای خانواده باید با رضایت بیمار باشد و در مواردی که بیمار تمایل ندارد یکی از اعضای خانواده در زمان معاینه پزشک غیر همگن بر بالین وی حضوریابد، ضروریست از یکی از کارکنان همگن بیمارستان برای حضور استفاده نمایید.
- ✓ **درپروسجرهای خاص مانند**، گذاشتن سوند، تراشیدن موضع، سونوگرافیهای واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی، کولون سکوپیی و اکو کاردیوگرافی بایستی در تمام نوبتهای کاری از **کارکنان همگن** استفاده نمایید.
- ✓ حین معاینه بیماران برای **حفظ حریم شخصی از پاراوان یا پرده های جداکننده** تختهها استفاده نمایید.

۶-مکانات-تسهیلات- پرستاران - مسئولین شیفتها- سوپروایزرین بالینی- پرونده ها و مستندات مربوط به بیمار

۷-منابع / مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵

تهیه کنندگان: آرش شجاعی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مددکار	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		