

نکات مهم اعتباربخشی ۱۴۰۵
مختص پرسنل
ازمایشگاه، رادیولوژی و درمانگاه



رسالت یا مأموریت (Mission) بیمارستان الغدير ابهر:

بیمارستان الغدير به عنوان بزرگترین مرکز درمانی شرق استان زنجان وظیفه ارائه خدمات درمانی موثر و کارآمد را برای بیماران در راستای تامین و ارتقا سلامت مردم بر اساس قوانین و مقررات وزارت بهداشت-درمان و آموزش پزشکی در سرلوحه کار خود قرار می دهد.

دورنما vision بیمارستان الغدير ابهر

ما بر آنیم:

۱. با گسترش و بهبود کیفیت (اجرای کدهای ۷۲۴ و ۲۴۷ و راه اندازی بخش SCU) و کمیت خدمات تخصصی (افزودن خدمات جراحی چشم و ENT) و تجهیزات پیشرفته تشخیصی و درمانی و به کارگیری بهینه از کلیه منابع و ظرفیت های انسانی و مادی موجود، تمامی نیازهای تشخیصی و درمانی مراجعین را مرتفع سازیم.
۲. بهترین الگو در زمینه توانمندسازی مجموعه نیروی انسانی نظام سلامت باشیم.
۳. از نظر رضایتمندی مراجعین و پرسنل در بالاترین رتبه در سطح استان قرار بگیریم.
۴. پیشتاز استفاده از فناوریهای نوین در خدمات درمانی - آموزشی و تلاش در جهت جهانی شدن، باشیم.
۵. تلاش برای ارتقاء بهره وری در جهت بهبود تراز مالی
۶. ایجاد بستر مناسب برای جذب بیماران بیشتر
۷. تلاش در راستای ساماندهی نیروی انسانی
۸. افتتاح و راه اندازی بخش خدمات ویژه رفاهی
۹. افتتاح و راه اندازی بخش IPD
۱۰. خدمات رسانی به بیماری های نوپدید طبق دستورالعمل های وزارت بهداشت

ارزش های سازمانی (Values):

ما متعهد می باشیم به رعایت:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| ✓ مسئولیت پذیری | ✓ عدالت |
| ✓ دوستدار محیط زیست | ✓ کرامت انسانی |
| ✓ ارتقاء مهارت های فردی و تیمی | ✓ اخلاق حرفه ای |
| ✓ ایجاد فرصت برای آموزش مستمر (کارکنان و مددجویان) | ✓ رعایت حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان |
| ✓ همدلی و صداقت | ✓ ارتقاء مستمر کیفیت |
| ✓ نظم و انضباط | ✓ پاسخگویی |
| | ✓ شایسته سالاری |

۱- بهبود مستمر کیفیت

(بیماران، همراهان، مراجعین، کارکنان)

۲- مشارکت با نهادهای ذیربط در حفظ و ارتقای سطح سلامت مراجعین

(بیماران، همراهان، مراجعین، تامین کنندگان و پیمانکاران)

۳- تامین، حفظ و ارتقای سطح ایمنی بیماران و کارکنان

(بیماران، همراهان، مراجعین و کارکنان)

۴- اجرای طرح تحول سلامت

(بیماران، همراهان، مراجعین و بیمه های طرف قرارداد)

۵- حفظ و ارتقاء آمادگی بیمارستانی در مخاطرات داخلی و خارجی

(بیماران، مراجعین و کارکنان)

۶- آموزش و تربیت نیروی انسانی در حوزه سلامت

(کارکنان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان)

۷- پایش اجرای سیاستهای کلان و دستورالعملهای ابلاغی از وزارت مطبوع

(بیماران، همراهان، مراجعین و کارکنان)

۸- تامین و حفظ زیر ساخت ها

(بیماران، همراهان، مراجعین و کارکنان)

مدیریت خطا(ایمنی بیمار)

***مسئول ایمنی بیمارستان کیست؟ رئیس بیمارستان

***کارشناس ایمنی بیمار کیست؟ خانم معصومه قدیمی

***مسئول رسیدگی به شکایات کیست؟ آقای رحیم میرزایی

***جهت بررسی وضعیت ایمنی بیماران دونوع بازدید وجود دارد؛

۱- بازدیدهای مدیریتی ایمنی یا واک راند: تیم ایمنی هفتگی بدون چک لیست با سوالات باز با هدف ارتقاء فرهنگ ایمنی با پرسنل مصاحبه می کنند و در رابطه با ارتقاء فرهنگ ایمنی و ترویج گزارش دهی خطا بدون ترس از تنبیه و سرزنش ، شناسایی خطرات احتمالی بحث می گردد و پیشنهادات ارائه و اقدامات اصلاحی در کمیته مدیریت اجرایی طرح و بازخورد به بخش ها داده می شود. اعضای بازدیدهای مدیریتی شامل: مسئول ایمنی (رئیس بیمارستان)، مدیر بیمارستان ، مدیر خدمات پرستاری ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مسئولان بخش ها و واحدها بنا به تشخیص رییس لازم به ذکر است که مدیر ارشد می تواند به صورت چرخشی حضور داشته باشد. این بازدید ها با اطلاع قبلی و ذکر تاریخ و ساعت به پرسنل انجام میگردد.

۲- بازدیدهای میدانی که ماهانه با چک لیست در رابطه با چک اجرا و اطلاع پرسنل از ۹ راه حل ایمنی و... اعضای تیم ایمنی بدون اطلاع قبلی در بخش حضور می رسانند و موارد قوت و ضعف در کمیته تیم اجرایی مطرح و بازخورد به بخش داده می شود.

۹ راه حل ایمنی بیمار

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی



انواع شاخص ها: ۱- شاخص های اصلی (با ۱۱ فرایند اصلی و ۱۵ شاخص اصلی) ۲- شاخص های عملکردی (با ۷ شاخص الزامی و ۱۶ شاخص پیشنهادی) ۳- شاخص های عملکرد ایمنی (با ۱۰ شاخص)

۷ شاخص عملکردی الزامی بیمارستان کدامند؟

درصد CPR ناموفق- درصد بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت- درصد بیماران تعیین تکلیف شده بعد از ۱۲ ساعت- درصد رضایت شخصی- میانگین مدت زمان انتظار ویزیت در ۵ سطح اورژانس (در اورژانس) مرگ مغزی (در ای سی یو) MI (سی سی یو)

*** همپوشانی شیفتها، پرستار جانشین

✓ هر گاه به هر دلیلی پرستاری مجبور به خروج از بخش شد (حتی برای مدت زمان کوتاهی) می بایست بیمار خود را به همکار همگن خود بسپارد.

*** برنامه ریزی آموزشی سالانه بر اساس برنامه توسعه فردی (PDP(Personal Development plan))

✓ نیازسنجی سالانه آموزشی برای ارتقا سطح دانش و مهارت پرسنل

*** اطلاع از کد ۷۲۴ و ۲۴۷

*** اطلاع از احیا قلبی ریوی پایه

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند	
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	دستورالعمل نحوه گزارش دهی وقایع	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: تمامی بخش /واحد های درمانی و پاراکلینیکی	
	صفحه: ۲		

*** اطلاع از کاربری تجهیزات پزشکی (شوگ-ساکشن و...)

انواع خطاها:

- ✓ NO HARM (خطاهای بدون آسیب)
- ✓ NEAR MISS (خطاهای نزدیک به وقوع)
- ✓ NEVER EVENT (خطاهایی که هرگز نباید اتفاق بیفتد)

نحوه گزارش خطا:

- ✓ ۱. فرم های ثبت خطا موجود در بخش و تکمیل فرم (تحويل دادن به بهبود کیفیت یا انداختن در صندوق های گزارش خطا)
- ✓ ۲. اطلاع شفاهی (تلفنی یا حضوری)
- ✓ ۳. ثبت در سامانه گزارش خطا به آدرس www.zums.ac.ir بیمارستان الغدير ابهر - قسمت بهبود کیفیت - فرم گزارش دهی خطا

خبرنامه چیست؟ مجموعه از خطاهای اتفاق افتاده در این مرکز (NO HARM-NEAR MISS-NEVER EVENT) و خطاهای کمیته مورتالیتی و موریبیدیت (وسایر مراکز که بصورت ۶ ماهه جمع بندی وبعد از طرح اقدامات اصلاحی ارسال میگردد).

واژه های کلیدی:

- ✓ **RCA: Root Cause Analysis** تحلیل ریشه ای خطا: خطایی اتفاق افتاده وسیعی در تجزیه و تحلیل علل خطا است تا از بروز موارد مشابه جلوگیری گردد (گذشته نگر است)
- ✓ **FMEA: Failure Mode And Effects Analysis** تجزیه و تحلیل حالات خطا و اثرات ناشی از آن در اینجا خطایی اتفاق نیوفتاده است اما احتکالات بررسی میگردد و حالات احتمالی بروز خطا شناسایی میگردد (آینده نگر است)
- ✓ **Never Event = Sentinel Event** وقایعی که هیچوقت نباید اتفاق بیافتد:

کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد).

کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن

کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)

کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

- کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
- کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد ۱۱. فرار یا مفقودی ای که بیش از ۴ ساعت طول بکشد در بیماران بستری که نیازمند مراقبت امن و سطح بالای تحت نظرمی باشند مانند دمانس، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی .
- کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
- کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،....
- کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
- کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ..)
- کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر ...)
- کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
- کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)
- کد ۲۴. سقوط بیمار تنها در مواردی که منجر به فوت بیمار و یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری گردد
- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
- کد ۲۷. ربودن بیمار
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
- کد ۲۹. مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین
- شرح اقدامات:

- ✓ اطلاع وقایع ناخواسته توسط پرسنل بخش/واحد به آنکال وقایع ناخواسته بیمارستان یا کارشناس هماهنگ کننده ایمنی (با رعایت اصل محرمانگی) در شیفت صبح و سوپروایزر بالینی در شیفت های عصر و شب انجام گردد
- ✓ در صورتی که وقایع ناخواسته بازتاب رسانه ای داشته باشد پاسخ اولیه مناسب به رسانه ظرف ۶ ساعت توسط معاونت درمان با همکاری روابط عمومی دانشگاه بدهید
- ✓ در صورتی که بازتاب رسانه ای نداشته باشد اطلاع رسانی واقعه بلافاصله و به محض وصول خبر توسط آنکال وقایع ناخواسته به کارشناس مربوطه در زنجان انجام دهید
- ✓ فرم تکمیل شده وقایع ناخواسته به معاونت درمان ارسال کنید
- ✓ در صورت لزوم تحلیل ریشه ای در بیمارستان انجام دهید
- ✓ نتیجه تحلیل ریشه ای و جلسه به معاونت درمان ارسال کنید
- ✓ بررسی اولیه موضوع و اطلاع رسانی خبر ظرف حداکثر ۶ ساعت توسط اداره نظارت بر درمان از طریق شماره همراه مدیر آنکال ۰۹۱۲۲۹۹۵۵۹۴ یا سامانه ۱۹۰ انجام دهید
- ✓ بررسی دقیق و کارشناسی موضوع توسط تیم تیم اعزامی از سوی معاونت درمان با نظارت مستقیم رئیس دانشگاه ظرف مدت ۷۲ ساعت انجام دهید(در صورت لزوم و عدم حضور متخصص مرتبط با نوع رویداد، از اساتید دانشگاه قطب استفاده کنید)
- ✓ تحلیل فرایندهای درمانی توسط تیم تخصصی توسط اداره نظارت بر درمان دانشگاه انجام دهید
- ✓ ارسال تحلیل ریشه ای رویداد حداکثر در بازه زمانی ۲ هفته به دفتر کل نظارت و اعتباربخشی وزارت متبوع انجام دهید
- ✓ احتمال قصور بررسی شده و در صورت لزوم موضوع به مراجع قضایی و انتظامی و اداری توسط معاونت درمان ارجاع دهید
- ✓ سناریوی آموزشی جهت پیشگیری از تکرار موارد مشابه تدوین کنید
- ✓ برای افراد دارای بیشترین گزارش خطا و موارد ناخواسته تشویقی در نظر بگیرید

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	عنوان سند
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱		دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی

***منظور از خطاهای پزشکی: هرگونه اقدام کلینیکی /پاراکلینیکی که تهدید کننده ایمنی بیمار باشد

سه نوع خطای پزشکی وجود دارد

۱- Near miss: خطای نزدیک به وقوع (قبل از وقوع خطا، خطا شناسایی و رفع شده است)

۲- No harm: بدون آسیب (خطا رخ داده بدون آسیب به بیمار بوده است)

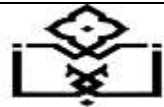
۳- Never event: خطاهای ۲۸ گانه که نباید اتفاق بیفتد.

نحوه گزارش خطا:

- ✓ ۱. فرم های ثبت خطا موجود در بخش و تکمیل فرم (تحويل دادن به بهبود کیفیت یا انداختن در صندوق های گزارش خطا)
- ✓ ۲. اطلاع شفاهی (تلفنی یا حضوری)
- ✓ ۳. ثبت در سامانه گزارش خطا به آدرس www.zums.ac.ir بیمارستان الغدير ابهر -قسمت بهبود کیفیت- فرم گزارش دهی خطا

- شرح اقدامات:

- ✓ اطلاع خطا توسط پرسنل به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی (با رعایت اصل محرمانگی) در شیفت صبح و سوپروایزر بالینی در شیفت های عصر و شب انجام گردد
- ✓ اطلاع خطا به ۳ صورت است: کتبی/حضوری-شفاهی(تلفنی)- الکترونیکی
- ✓ جمع اوری خطا ها توسط مسئول بهبود کیفیت وانعکاس در خبر نامه انجام شود
- ✓ سناریوی آموزشی جهت پیشگیری از تکرار موارد مشابه تدوین گردد
- ✓ برای افراد دارای بیشترین گزارش خطا و موارد ناخواسته تشویقی در نظر گرفته شود

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	عنوان سند	
	دستورالعمل معاینه بیماران غیر همجنس	
	دامنه کاربرد: بخش های بستری، سرپایی و اتاق عمل	
	صفحه: ۱	
 واحد پژوهش و کیفیت بیمارستانی	INS BK-۰۵ - MN کد سند:	
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	

شرح اقدامات

- ارایه خدمات به بیماران راه، با رعایت موازین انطباق توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به منزلت انسانی انجام دهید.
- کارکنان همگن در بخشها و واحدها کلینیکی و پاراکلینیکی بکار گیرید.
- در همه انتقالهای بین بخشی و درون بخشی در انتقال به سایر بخشهای کلینیکی و یا پاراکلینیک از بیمار بر هم جنس استفاده کنید.
- چینی کارکنان را با رعایت اصول ارائه خدمات توسط کارکنان هم جنس/هم جنس در تمامی نوبتهای کاری بخصوص در بخشهای ویژه و بیماران با کاهش هوشیاری انجام دهید.
- پزشکان همگن/هم جنس 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
- از حضور کارکنان فنی هم جنس یا یک نفر محرم یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی در معاینات استفاده نمایید.
- 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 حضور یابد، ضروریست از یکی از کارکنان همگن/همجنس بیمارستان برای حضور استفاده نمایید.
- در پروسیجرهای خاص مانند، گذاشتن سوند، تراشیدن موضع، سونوگرافیهای واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی، کولون سکوپ و اکو کاردیوگرافی بایستی در تمام نوبتهای کاری از کارکنان همگن /هم جنس استفاده نمایید.
- حین معاینه بیماران برای حفظ حریم شخصی از پاراوان یا پرده های جداکننده تختها استفاده نمایید.

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

-شرح اقدامات:

- ۱- استفاده از تلفن همراه توسط کلیه کارکنان بالینی و غیر بالینی در زمان ارائه خدمات تحت هیچ شرایطی مجاز نمی باشد. ✓
- ۲- کلیه گوشی های تلفن همراه را در هنگام شیفت های موظف در حالت بی صدا قرار دهید ✓
- ۳- در بخش های بستری بهتر است در فضای مجزا از بخش در حالیکه اختلال در کار ایجاد نشود از تلفن همراه استفاده کنید ✓
- ۴- ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه سی سی یو، ای سی یو، ان ای سی یو، اتاق عمل ممنوع می باشد و استفاده از آن در موارد ضروری صرفاً در اتاق های استراحت بخش های ذکر شده مقدور می باشد ✓
- ۵- در بخش های بستری سرپرستار، منشی بخش و نیز سایر سرپرستاران در هنگام پذیرش بیمار بر بی صدا بودن گوشی تلفن همراه بیماران تاکید نماید ✓
- ۶- کارکنان واحدهای غیر بالینی مجاز به استفاده از تلفن همراه در مواقع ضروری هستند مشروط به اینکه منجر به تضییع حقوق گیرنده خدمت نشود. ✓
- ۷- استفاده از برنامه های اشتراک گذاری شبکه های اجتماعی در محل کار ممنوع می باشد. ✓

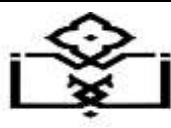
	کد سند: MN-INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل استفاده از کپسول گازهای طبی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد : تجهیزات پزشکی -بخش های درمانی- مسئول انبار کپسولها-مسئول خدمات-نیروهای خدمات	

روش کار:

- ✓ ۱- شیشه مانومتر را تا خط نشانه (یا دو سوم لیوان) از آب مقطر پر کنید.
- ✓ ۲- با باز کردن شیر کپسول میزان فشار اکسیژن در گیج فشارسنج مانومتر نمایش داده می شود (بیش از حد باز نشود) و سپس میزان تجویزی را با استفاده از پیچ کنترل ست نمایید
- ✓ ۳- در صورت استفاده از ماسک مسیر کش بررسی شده و جهت کاهش تحریک از پنبه برای محافظت پوست استفاده می شود.
- ✓ ۴- پس از اکسیژن درمانی سوند یا ماسک را برداشته پیچ کنترل و شیر اصلی را ببندید و کپسول اکسیژن را در محل امن قرار دهید.

اصول ایمنی و نگهداشت:

- ۱- در ابتدای تحویل سیلندر از انبار، به تطابق رنگ سیلندر (جدول استاندارد رنگ) با نوع گاز درخواستی دقت شود.
- ۲- دقت شود بر روی سیلندر تحویل گرفته شده از انبار، نام مرکز و عنوان گاز موجود باشد.
- ۳- از تحویل گرفتن هرگونه سیلندر دارای معایب فیزیکی جدا خودداری شود.
- ۴- عدم استفاده از کرم های محلول در چربی جهت صورت یا بینی بیماری که اکسیژن می گیرد.
- ۵- عدم باز و بسته نمودن کپسول گاز طبی با دستهای چرب
- ۶- عدم مصرف سیگار یا مواد اشتعال زا یا دستگاه الکتریک در مجاورت سیلندر به علت خطر انفجار
- ۸- استفاده از ترکیب آب ، دترجنت و فرچه جهت تمیز کردن شیشه مانومتر (در صورت نیاز با سوپروایزر کنترل عفونت هماهنگ شود)
- ۹- پیش از پر کردن شیشه، از عدم وجود رسوب بر دیواره های شیشه اطمینان حاصل نمایید. و بعد از هر بار استفاده، شیشه مانومتر حتما از آب خالی و خشک شود.
- ۱۰- کپسولهای گازهای طبی در مکان های خود، با زنجیر ثابت و محکم شوند.
- ۱۱- حمل کپسولهای گازهای طبی پر در تمامی نقاط بیمارستان با کلاهک انجام شود.
- ۱۲- جهت حمل و جابجایی از ترالی مخصوص حمل کپسول استفاده شود.
- ۱۳- در حین انتقال سیلندرها گازهای طبی مانومتر از سیلندر جدا شود.
- ۱۲- در حین انتقال سیلندر گاز طبی باید زنجیر ترالی (یا نگهدارنده فلزی ترالی) بسته باشد.
- ۱۴- در حین انتقال سیلندرها گاز طبی به صورت ایستاده حمل شده و از کشیدن یا غلتاندن آن ها به صورت افقی روی زمین جدا خودداری شود.
- ۱۵- محیط نگهداری سیلندرها گاز طبی دارای تهویه بوده و زیاد گرم نباشد.
- ۱۶- در صورت بروز هرگونه مشکل با واحد تاسیسات تماس بگیرید.

	کد سند: MN - INS BK-۰۰۵	عنوان سند دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران شناسایی بیمار با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (سوختگی، شکستگی اندام فوقانی) دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیکی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲		

-شرح اقدامات :

- ✓ -الزامیست **دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه** و قبل از ورود بیمار به بخش و هنگام پذیرش بیمار در اختیار آنان قرار گیرد
- ✓ -**صحت اطلاعات مندرج بر روی دستبند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی** کنترل میشود.
- ✓ -ضروری است بیمار دریافت دستبند شناسایی رادر پرونده به صورت کتبی امضاء و تایید نماید.
- ✓ -الزامیست مشخصات بیمار بارتنگ آبی یا مشکی بر روی زمینه دستبند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود.
- ✓ -**سایز و اندازه دستبند** شناسایی باید متناسب با سایز بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب باسایز نوزاد تا بیماران بسیار چاق ویا داری بانداژ تهیه گردد.
- ✓ -**قابلیت انعطاف و تمیز کردن مجدد باشد** و هوا نیز عبور گردد و باعث فشردگی پوست نگردد.
- ✓ -محل مناسب دستبند شناسایی **بر روی مچ دست غالب** بیماران می باشد که احتمال باز شدن آن کمتر است.
- ✓ -شناسه بیماران بر روی دستبندهای شناسایی شامل موارد ذیل است:نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد، شماره پرونده
- ✓ -**در صورت تشابه نام و نام خانوادگی نام پدر بیماران** نیز قید گردد.
- ✓ -در بیماران خاص از جمله **(بیماران روانی، سوختگی و مجهول الهویه) نام بخش و نام بیمارستان** نیز لازم است بر روی دستبند شناسایی مندرج شود.
- ✓ -در شناسایی بیمار با **اختلالات روانی، شرایط خاص بالینی (سوختگی، شکستگی اندام فوقانی)** میتوان **دستبند روی سینه بیمار** فیکس کرد.
- ✓ **تاکید میشود پرستار هیچگاه از روی شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نمیکند.**
- ✓ -در صورت جدا شدن دستبند در روند مراقبت و درمان ضروری است سریعاً نسبت به بستن دستبند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام گردد.
- ✓ -الزامیست در هنگام پذیرش به بیمار در رابطه با ضرورت داشتن دستبند و مراقبت از آن به بیمار آموزش داده شود. و مشخصات مندرج بر روی دستبند را بررسی کرده در صورتیکه با مشخصات بیمار مغایرت داشت سریعاً نسبت به اصلاح آن اقدام نمایند.
- ✓ -پرستار از سیستم کدبندی رنگی در دستبند شناسایی بیماران آگاهی داشته باشد و استفاده کند.
- ✓ **رنگ قرمز جهت** بیمار ام مبتلا به آسم و آلرژی
- ✓ **رنگ زرد جهت** شناسایی گروههای در معرض خطر مثل بیماران مستعد سقوط ۲۴ یا مبتلا به زخم فشاری ۱۷ یا ترومبوآمبولی ۹-خودکشی ۱۲-سوء تغذیه ۳۱ - تشنج ۲۹- پلی فارمیسی ۳۲
- ✓ دستبند تمام بیماران مبتلا به اختلالات **روانی رنگ زرد** می باشد
- ✓ -قبل از هرگونه اقدامات و خدمات درمانی تشخیصی یا مراقبتی بیمار باید بصورت فعال شناسایی شود.
- ✓ -پرستار از روش شناسایی فعال آگاهی دارد
- ✓ به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در بیماران روانی از همراه آگاه در تمام مراحل درمان و مراقبت باید کمک جست (داروهای و استفاده از انواع مهار ها....)
- ✓ جهت شناسایی بیماران با سطح هوشیاری پایین (کما) در بخش های ویژه ، نوشتن برد بالای سر بلا مانع می باشد.
- ✓ به منظور هشدار در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت "احتیاط : **بیمار با اسامی مشابه** " قید شود

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه اطلاع رسانی نتایج بحرانی پاراکلینیک به مراجعین سرپایی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: درمانگاه – رادیولوژی – آزمایشگاه	

-شیوه انجام کار:

الف) پس از آماده شدن جواب آزمایش بیمار **آزمایشگاه از طریق Hot line** به اطلاع مسئول آزمایشگاه می رساند.

ب) پس از آماده شدن **ریپورت جواب سی تی - ام آر آی - سونوگرافی - اکو** توسط متخصص مربوطه به اطلاع مسئول درمانگاه می رساند.

ج) **اطمینان از صحت نمونه و کلیشه**

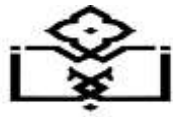
د) **اطمینان از درستی جواب** (کنترل جواب- صحت کنترل کیفی داخلی- کنترل های آزمایش و تستهای پاراکلینیک تکرار مجدد در صورت امکان

ه) **گرفتن سابقه از بیمار:** در صورت داشتن سابقه قبلی و گرفتن شرح حال و عدم تغییر جواب آزمایش یا پاراکلینیک نسبت به دوره ی قبل جواب تست پاراکلینیک اطلاع داده می شود. در صورت تغییر جواب آزمایش (رو به وخامت) و یا عدم مراجعه قبلی (نداشتن سابقه) در روند گزارش مقادیر بحرانی قرار می گیرد

۵) **جواب نتایج بحرانی بیمار در فرم مربوطه (برگه ثبت مقادیر بحرانی) ثبت گردیده و در اسرع وقت مسئول بخش به مسئول پیگیری مقادیر بحرانی تحویل می نماید.**

لازم به ذکر است که در این مرکز فعلا سونوگرافی سرپایی نداریم .

هنگام پذیرش بیماران سرپایی از بیمار شماره تماس گرفته و ثبت می شود تا در صورت لزوم با ایشان تماس گرفته شود.

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی آزمایشگاهی بیماران توسط مسئول فنی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدیر ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۴	دامنه کاربرد: آزمایشگاه	

Critical Value محدوده بحرانی: به نتیجه ای اطلاق میشود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر بسزایی در تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری و مرگ بیمار داشته باشد. ((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

-**شرح اقدامات** : پس از آماده شدن جواب بیمار در صورت وجود مقادیر بحرانی به این صورت عمل شود:

✓ **اطمینان از صحت نمونه** (کنترل مجدد نام بیمار و شماره پذیرش و....) (مسئول بخش)

✓ **اطمینان از درستی جواب** (کنترل جواب، صحت کنترل کیفی داخلی، کنترل های آزمایش، شرایط آزمایش، تکرار مجدد تست در صورت امکان) (م.بخش)

✓ **گرفتن سابقه** از بیمار در صورت داشتن سابقه قبلی و گرفتن شرح حال و عدم تغییر جواب آزمایش نسبت به دوره ی قبل، به بیمار جهت دریافت جواب آزمایش اطلاع داده شود. (م.بخش)

✓ **در صورت تغییر جواب آزمایش** (رو به وخامت) و یا عدم مراجعه قبلی (نداشتن سابقه) در روند گزارش مقادیر بحرانی قرار گیرد. (م.بخش)

✓ **جواب بدست آمده** بعد از اطلاع به مسئول فنی و یا مسئول بخش و ثبت در دفتر نتایج بحرانی با استفاده از تلفن یک طرفه به بخش مربوطه اطلاع داده و نام فرد گیرنده نیز ثبت شود. (م.بخش)

نکات مربوط به نتایج بحرانی: شرح حال بیمار باید ظرف مدت یکساعت پس از اطلاع به مسئول پیگیری به بخش فنی گزارش گردد. در طی این مدت جواب در دفتر ثبت گردیده ولی باید مشخص گردد که جواب گزارش نشود.

مقادیر بحرانی بیوشیمی (Chemistry Critical Values (Panic Value		
Test	Lower Limit	Upper Limit
Amylase	None	>۲۵۰ IU/L
Calcium	< ۱,۶ mg/dL	>۱۲,۹ mg/dL
Creatinine	None	>۵ mg/dL
Potassium	< ۲,۸ mEq/L	>۶,۰ mEq/L

مقادیر بحرانی هماتولوژی (Hematology Critical Values (Panic Value		
Urea	None	>۲۱۴ mg/dL
Test	Lower Limit	Upper Limit
D - Dimer	None	≥ ۵۰۰ ng/mL
Hematcrit (Hct)	< ۲۱ %	>۶۰ %
Hemoglobin (Hgb)	≤ ۷ g/dL	≥ ۲۰ g/dL
Platelet Count	≤ ۳۰ k/cmm	≥ ۹۵۰ k/cmm

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل گزارش انی مقادیر بحرانی تصویربرداری ((سی تی اسکن -MRI-سونوگرافی-رادیولوژی))	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابرهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: رادیولوژی	

Critical Value محدوده بحرانی: به نتیجه ای اطلاق میشود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر بسزایی در تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری و مرگ بیمار داشته باشد. (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

-شرح اقدامات: 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،
- ✓ 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 قبلا 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 مجددا تکرار کند تا از صحت دریافت نتیجه اطمینان حاصل نمایید.
- ✓ ۲ تا پرینت بگیری دیگری 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.
- ✓ نتیجه را در ذونکن مربوطه، قرار دهید.
- ✓ 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.

	کد سند: MN – INS BK-۰۴	عنوان سند دستورالعمل حفاظت از اموال بیماران	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابرار
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: بخش های بستری، سرپایی	

-شرح اقدامات

۱. مسئول بخش یا پرستار مسئول شیفت، در صورت **هوشیار بودن بیمار** اموال بیمار که قیمتی و ارزشمند است را به **همراهان وی** تحویل داده و نزد بیمار باقی نماند.
۲. در صورت **عدم هوشیاری** برای خارج کردن طلاها یا وسایل قیمتی بیمار یا اگر مدارکی نزد بیمار است که باید **تحویل همراهان وی** داده شود در حضور **دو پرستار از ولی و یا وکیل بیمار کتبا دستخط گرفته شود** مبتنی بر تحویل تک تک موارد دیگر که به وی تحویل داده شده است و تمامی وسایل به ریز ثبت شود و امضاء و اثر انگشت گرفته شود.
۳. در صورت **عدم هوشیاری و عدم وجود همراه درجه یک** بیمار تمامی وسایل بیمار صورتجلسه شده (با امضا دو پرستار و متصدی پذیرش) نزد **مسئول پذیرش** بماند تا در فرصتی مناسب به وکیل یا وصی بیمار تحویل داده شود یا در صورت هوشیاری به بیمار تحویل داده شود.
۴. به هیچ عنوان وسایل مهم و قیمتی بیمار در بخش و یا توسط پرسنل درمان نگهداری نشود.
۵. پرسنل در مقابل وسایل بیمار مسئول می باشند .
۶. **در صورتی که بیمار آماده عمل** می باشد به هیچ وجه با طلا و زیور آلات وارد اتاق عمل نشود اگر نتوانسته وسایل را خارج نماید حتما باید بریده شوند و تحویل همراهان خود بیمار داده شود .
۷. **در صورت اورژانسی بودن اعمال جراحی** در صورت خارج نمودن وسایل و طلاها و اشیاء قیمتی اگر وکیل یا وصی وجود نداشت تمامی موارد کتبا در پرونده بیمار در قسمت گزارش پرستاری ثبت شود که چه وسیله ای نزد بیمار بوده و از وی جدا شده توسط چه کسانی و در حضور چه کسی تحویل چه کسی داده شده است.

	عنوان سند	
	کد سند: MN-PRO BK-۰۰۴	
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	
روش اجرایی		نحوه ارائه خدمت به بیماران مجهول الهویه
دامنه کاربرد: بخشهای بالینی		صفحه ۱:

-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 یا هرنشانه 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.

	کد سند: MN-PRO BK-04	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه ۱:	دامنه کاربرد: بخشهای بالینی	

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 دهد
- ✓ 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.
- ✓ **در پروسیجرهای خاص مانند**، گذاشتن سوند، تراشیدن موضع، سونوگرافیهای واژینال، یوروگرافی، بایم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی، کولون سکوپ و اکو کاردیوگرافی بایستی **در تمام نوبتهای کاری از کارکنان همگن استفاده نماید.**
- ✓ **حین معاینه بیماران برای حفظ حریم شخصی از پاراوان یا پرده های جداکننده تختهها** استفاده نماید.

	کد سند: MN-PRO BK-۰۴	عنوان خط مشی و روش:	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: تمامی بخش ها و واحدهای بیمارستان	

شیوه انجام کار:

- ✓ کارشناس مسئول ایمنی بیمار لیست اقدامات تشخیصی تهاجمی را با کمک رئیس بخش و سرپرستار و پرسنل درگیر تهیه می کند.
- ✓ فهرست اقدامات تشخیصی درمانی توسط کارشناس مسئول ایمنی، به تایید مدیر خدمات پرستاری و رئیس بیمارستان (مسئول ایمنی) می رسد.
- ✓ فهرست مزبور توسط رئیس بیمارستان (مسئول ایمنی) به بخش ها ابلاغ میگردد
- ✓ دستورالعمل وزارت خانه رضایت و براثت آگاهانه در اختیار کلیه پرسنل بخش ها برای مطالعه و عمل بر اساس آن قرار داده شود
- ✓ فرم رضایت آگاهانه به همراه عوارض ، مزایا و روش های جایگزین ، توسط پزشک معالج ، (به صورت آگاهانه و ازادانه) به بیمار توضیح داده شده و توسط پزشک مربوطه مهر و امضا (به همراه تاریخ و ساعت) می گردد.
- ✓ از بکار بردن اصطلاحات علمی -اختصاری و غیر قابل فهم برای بیمار اجتناب شود
- ✓ اگر پروسیجر چندگانه برای بیمار انجام میشود برای هر پروسیجر فرم جداگانه تکمیل شود.
- ✓ بیمار و همراه وی (ترجیحا قیم بیمار) در پایان ، فرم مربوط را امضا و اثر انگشت خود را درج می نمایند.
- ✓ در صورتی که اقدام درمانی /تشخیصی برای نجات بیمار ضروری است ، اورژانسی تلقی شده ، طبق نظر پزشک معالج نیازی به اخذ رضایت از بیمار نمی باشد
- ✓ در هر زمانی که شرایط بالینی بیمار تغییر پیدا کرد باید فرم رضایت جداگانه ای برای بیمار تکمیل گردد

*****لیست اقدامات تشخیصی تهاجمی*****

- پروسیجرهای تشخیصی درمانی تهاجمی و تمامی اعمال جراحی
- هرگونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توام باشد.
- هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی / بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
- هر گونه جراحی های کوچک و بزرگ
- تزریق بوتاکس، سوزاندن رگ بینی
- تزریق هرگونه ماده / مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن
- آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست
- LP، آرتروسنتز، آسپیراسیون مغز استخوان ، پاراسنتز، توراکوسنتز، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، تعبیه Chest tube، تعبیه لوله نفروستومی، تعبیه J-tube، تعبیه PEG
- اکموتراپی / رادیوتراپی در بیماران انکولوژی BMA/BMB
- ، آتروسنتز، شالودن گذاری ، جاندازی های ارتوپدی، لاواژ تشخیصی پریتنون CVP-Line
- بیوپسی (مغز استخوان ، پستان، کبد، عضلات ، کلیه ، پروستات ، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری)
- پروسیجرهای قلبی ، کاتتریزاسیون قلبی ، تعبیه پیس میکر قلبی ، آنژیوپلاستی ، تعبیه بالن اینترا آنورتیک ، کاردیوورژن الکتیو، آنژیوگرافی کرونری – محیطی، STENT IMPLANTATION ، اکوی ترانس ازوفازال

آندوسکوپی ، کولونوسکوپی ، برونکوسکوپی ، ازوفاگوگاستریک آندوسکوپی، سیستوسکوپی ، گاسترستومی آندوسکوپیک زیرجلدی، لاواژ پریتون ...
پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، بیوپسی تحت گاید سونو و...)
پروسیجرهای درماتولوژی (بیوپسی اکسیزیون و کرایوتراپی عمیق بافت های بدخیم ، دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل / مداخلات تشخیصی درمانی انجام میشود.)
پروسیجرهای تهاجمی چشمی (پروسیجرهای مختلفی که با ایمپلنت توام می باشند.)
پروسیجرهای دهانی شامل کشیدن دندان و بیوپسی لثه ، جراحی ریشه ، پالپوتومی اطفال ، بازکردن آبسه دهان، جاندازی فک
جراحی ضایعات پاتولوژیک دهان ، فک و صورت اعم از خوش خیم و بدخیم، شکستگی های استخوان صورت ، آبسه های فضاها، فاسیال،
پاروتیدکتومی، Section گردن ، بازسازی بافت نرم با فلاپ های ناحیه ای و دور دست، تراکتوستومی
اعمال تهاجمی جراحی کودکان
درمان الکتروشوک
سنگ شکنی (به عنوان مثال: سنگ های انسدادی کلیه)
پروسیجرهای تهاجمی ناباروری ، بیوپسی سرویکس، واژن، کورتاژ تشخیصی سرپایی، پولیپکتومی، گذاشتن IUD، کولپوسکوپی ، بیوپسی آندومتر،
دیالیز صفاقی، همودیالیز
اسکلروتراپی



	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دستورالعمل داروهای سایتوتوکسیک	
	صفحه: ۱		

***راهنمایی های جهت آماده سازی و دفع داروهای سایتوتوکسیک

- ✓ داروهای سایتوتوکسیکی که در مراکز مورد استفاده قرار می گیرد ، شناسایی شده و به روز گردد.
- ✓ لیست داروهای سایتوتوکسیک این مرکز: -کلرامفنیکل - مترونیدازول - اگزازپام - فنوباربیتال - فنیئتوئین - پروژسترون - متوترکسات - ایزوترتینوئین
- ✓ دوره های آموزشی اجباری برای تمام کارکنان بر اساس وظایف شان در کار با داروهای سایتوتوکسیک برگزار گردد.
- ✓ با توجه به اینکه معمولاً تا ۴۸ ساعت بعد از تزریق دارو تمامی ترشحات بدن بیمار حاوی متابولیت های سایتوتوکسیک است توصیه می گردد در این فاصله زمانی ، تیم درمان و خانواده بیمار ، هنگام حمل ملحفه ها و سایر البسه که احتمال آلودگی با مدفوع ، ادرار و سایر ترشحات بیمار را دارند از گان ، دستکش و عینک (در صورت تراوش) استفاده کنند
- ✓ نیروی خدمات ، ملحفه ها و البسه آلوده این بیماران را در یک کیسه جداگانه منتقل نمایند .
- ✓ سطل زباله با نایلون سفید با برچسب مشخص (فقط زباله سایتوتوکسیک) باید برای جمع آوری داروهای سایتوتوکسیک ، سرم ، میکروست و... که حاوی داروی سایتوتوکسیک هستند، دستکشها ، گانها ، عینک ها و سایر مواد یکبار مصرف بکار رود .
- ✓ سر سوزنها، سرنگها و مواد شکستنی باید در safty box (رنگ بدنه زرد -رنگ در قهوه ای) و برچسب قهوه ای حامل اطلاعات جمع آوری شود
- ✓ خدمه باید هنگام جابجایی سطل های زباله ، گان و دستکش های لاتکس پوشیده باشند.
- ✓ زمانی که سطل زباله داروهای سایتوتوکسیک تا ۳/۴ ظرفیت پر شد، به محل نگهداری زباله های سایتوتوکسیک در ساختمان امحا منتقل می شوند و سالانه توسط شرکت رهپویان صالح اصفهان جهت امحا از این مرکز خارج می شوند.

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار دانش	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل داروهای هشدار بالا ALERT-HIGH	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲		

*****داروی هشدار بالا ALERT- HIGH :** زمانی که "داروهای با هشدار بالا" به اشتباه مورد استفاده قرار میگیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران میشوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است.

این داروها که میتوان از میان آنها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیکها، اوپوئیدها، انسولین و آرام بخشها اشاره نمود، بیشتر تئام با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض میتوانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث شوند.

- شرح اقدامات: از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها :

*****نگهداری در انبار و استوک:**

- ✓ **ممنوعیت دسترسی آزاد** به "داروهای با هشدار بالا" است.
- ✓ دسترسی به "داروهای با هشدار بالا" در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد.
- ✓ داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه میباشند در محل نگهداری در بخش در **سبدهای قرمز رنگ** گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با **فونت حداقل ۴۸** که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود.
- ✓ استانداردسازی و دقت بسیار بالا در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای هشدار بالا به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد
- ✓ انبار ویالهای با غلظت بالای: پتاسیم کلراید، پتاسیم فسفات، کلسیم گلوکونات و سولفات کلسیم باید به صورت مجزا از یکدیگر در داروخانه بیمارستان قرار گیرد.

*****تجویز توسط پزشک**

- ✓ **محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی**
- ✓ نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص و بالاتر انجام شود.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه می باشند، حتما از نگارش **TALL MAN LETTERING** (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی)، به منظور تاکید بر روی اختلاف اسامی دارویی استفاده شود. به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine هنگام نوشتن نام داروهای با هشدار بالا در دستورات دارویی، باید از حروف بزرگ استفاده شود.

*****آماده سازی در بخش، اجرا و گزارشات پرستاری**

- ✓ کارکنان بالینی به اطلاعات دارویی داروهای هشدار بالا مانند اشکال دارویی، دوزها، طریقه آماده سازی، راههای تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای دارویی دسترسی داشته باشند.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار، **هفت قانون دارودهی** رعایت شود
- ✓ **بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر** (مانند سرنگ و میکروست، پمپ و...) **برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت ۶ مناسب** الصاق گردد.
- ✓ در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا نبایستی در حالت آزاد قرار بگیرد.

- ✓ گزارش پرستاری دو مهره باشد.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه می باشند، حتما از نگارش **TALL MAN LETTERING** (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی)، به منظور تاکید بر روی اختلاف اسامی دارویی استفاده شود. به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine هنگام نوشتن نام داروهای با هشدار بالا در دستورات دارویی، باید از حروف بزرگ استفاده شود.
- ✓ خوانا بودن دستورات، نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی بسیار حائز اهمیت است (گزارشات پرستاری الزاما خوش خط و خوانا باشند)
- ✓ تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
- ✓ آموزشهای لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار دانش	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی	
	صفحه: ۲		

***** داروهای پرخطر :** زمانی که "داروهای پرخطر" به اشتباه مورد استفاده قرار میگیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران میشوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این تداروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است.

فهرست دوازده گانه داروهای پرخطر دارای اولویت برچسب گذاری روی هر آمبول یا ویال فراورده

نام دارو	ردیف	نام دارو	ردیف
آتروپین	۷	کلرید پتاسیم	۱
اپی نفرین	۸	سولفات منیزیم	۲
هیپارین سدیم	۹	بیکربنات سدیم	۳
رتیلز	۱۰	گلوکونات کلسیم	۴
هالوپریدول	۱۱	هایپر سالین	۵
پروپرانولول	۱۲	لیدوکائین	۶

***** نگهداری در انبار و استوک:**

- ✓ **ممنوعیت دسترسی آزاد** به "داروهای با هشدار بالا" است.
- ✓ دسترسی به "داروهای پرخطر" در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد.
- ✓ داروهای پرخطر که دارای اسامی و یا اشکال مشابه میباشند در محل نگهداری در بخش در **سبدهای قرمز رنگ** گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با **فونت حداقل ۴۸** که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود.
- ✓ **روی پوکه ۱۲ داروی پرخطر می بایست برچسب قرمز نصب شود**
- ✓ استانداردسازی و دقت بسیار بالا در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای هشدار بالا به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد
- ✓ انبار ویال های با غلظت بالای: پتاسیم کلراید، پتاسیم فسفات، کلسیم گلوکونات و سولفات کلسیم باید به صورت مجزا از یکدیگر در داروخانه بیمارستان قرار گیرد.

***** تجویز توسط پزشک**

- ✓ **محدودیت در تجویز داروهای پرخطر به صورت شفاهی یا تلفنی**
- ✓ نسخه نویسی داروهای پرخطر توسط پزشک متخصص و بالاتر انجام شود.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای پرخطر که دارای اسامی مشابه می باشند، حتما از نگارش **TALL MAN LETTERING** (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی)، به منظور تاکید بر روی اختلاف اسمی دارویی استفاده شود. به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine
- ✓ هنگام نوشتن نام داروهای پرخطر در دستورات دارویی، باید از **حروف بزرگ** استفاده شود.

***** آماده سازی در بخش ، اجرا و گزارشات پرستاری**

- ✓ کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای پرخطر مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده سازی، راههای تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار، **هفت قانون دارودهی** رعایت شود
- ✓ **بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر** (مانند سرنگ و میکروست، پمپ و...) **برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت ۶ مناسب الصاق** گردد.
- ✓ در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا نبایستی در حالت آزاد قرار بگیرد.
- ✓ **گزارش پرستاری دو مهره** باشد.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای پرخطر که دارای اسامی مشابه می باشند، حتما از نگارش **TALL MAN LETTERING** (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی)، به منظور تاکید بر روی اختلاف اسامی دارویی استفاده شود. به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine
- ✓ هنگام نوشتن نام داروهای پرخطر در دستورات دارویی، باید از **حروف بزرگ** استفاده شود.
- ✓ **خوانا بودن دستورات، نسخ دارویی و متون** نوشته شده توسط کارکنان بالینی بسیار حائز اهمیت است (گزارشات پرستاری الزاما خوش خط و خوانا باشند)
- ✓ **تجویز و آماده سازی "داروهای پرخطر" توسط دو نفر از کادر حرفه ای** به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
- ✓ **آموزشهای لازم به بیماران** در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای پرخطر و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار دانش	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دستورالعمل داروهای مشابه	
	صفحه: ۱		

: این داروها، به داروهای LASA نیز معروف هستند Look-Alike, Sound-Alike :

شباهت ظاهری/ نمایی **Look-Alike** : این تشابه میتواند به لحاظ شباهت در بسته بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد میشود.

شباهت تلفظی/ آوایی **Sound-Alike** : وجه دیگر از تشابه، مشابهت در تلفظ یا به عبارتی املا و تشابه نوشتاری میباشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو میشوند. این تشابه غالباً میتواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات دارویی به صورت شفاهی/تلفنی میشود.

***آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود : ۱. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/تجویز و پرستاران هنگام نسخه برداری ۲. بروز خطاها / اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسمی مشابه یا آواهای مشابه ۳. بروز خطاها / اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه

۳-مهارت مسئول: پرستار-سرپرستار-مسئول فنی داروخانه

۴- شرح اقدامات: از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها :

- ✓ نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها
- ✓ برچسب داروهای با اسمی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.
- ✓ جعبه محتوی ویالها و آمپولها و داروهای با اسمی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.
- ✓ در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان(بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسمی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.
- ✓ حین برچسب گذاری بر روی ظروف نگهدارنده برچسب صحیح الصاق و از چک مستقل دوگانه استفاده شده و به صورت دوره ای به روز شود.
- ✓ برقراری ارتباط در خصوص داروهای مشابه باید به صورت شفاف باشد. بدین منظور از روشهایی مانند "Repeat back / Right Down / Read back" "Close the Loop" میتوان استفاده کرد.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار قانون **RIGHT ۸** (دارودهی درست) اعمال گردد.
- ✓ به منظور تأکید بر روی اختلاف اسمی داروهای با اسمی مشابه، نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی صورت پذیرد.

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار دانش	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر	
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵			
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵			
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی		
	صفحه: ۱			

شرح اقدامات: نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر

۱. نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص و بالاتر انجام شود .
۲. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی
۳. اتصال تجویز داروهای مخدر به سیستمهای هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
۴. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
۵. مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظتهای دارویی
۶. ارائه آموزشهای لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوتهای مورفین و هیدرومورفین
۷. نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه/ بخشهای بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده
۸. درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفتها
۹. استفاده از برچسب واجد مشخصات دارو و غلظت آن در صورت نیاز فوری به ارسال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت از غلظت استاندارد داروی نارکوتیک
۱۰. الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد دوم
۱۱. وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتر اسکالن و بلو موضعی عصب انفوزیون میشود
۱۲. رعایت اصول دارو دهی
۱۳. محفوظ بودن داروهای مخدر در انبار داروخانه و بخش در یک قفسه قفل دار با دسترسی کارکنان مسئول و معین
۱۴. در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی ، تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته از جمله آپنه مدنظر قرارگیرد.
۱۵. در خصوص استفاده از پمپ های مخدر تمهیدات ایمنی لازم طبق دستورالعمل استاندارد از سوی بیمارستان رعایت شود.
۱۶. همچنین به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیمار جهت اجرای دقیق دستورالعمل، آگاه سازی بیمار از عوارض داروهای مسکن رده های پایانی دستورالعمل داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی و مخدر صورت میپذیرد
۱۷. آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی	

***** داروی مالتیپل دوز : dose multipl** داروهایی که در چند مرحله امکان استفاده دارند و می توان پس از باز کردن آن ها را نگهداری کرد

– شرح اقدامات: نکاتی مهم در زمینه مصرف ایمن داروهای مولتی دوز

۱. به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، **حتی المقدور از ویالهای تک دوزی** برای هر بیمار استفاده شود.
 ۲. استفاده از ویالهای چند دوزی تنها در زمانی توصیه میشود که راه حل منمصر به فرد باشد.
 ۳. **به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نشود.**
 ۴. **در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده** و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری شود .
 ۵. **ویالهای چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپریها و ترشحات محیطی قرار ندهید.**
 ۶. **ویالهای چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید.**
- ✓ در صورتی که استریلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.
 - ✓ در صورتی که تاریخ انقضا دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد).
 - ✓ در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.
 - ✓ در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضا زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.
 - ✓ صرف نظر از تاریخ انقضا دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد .

مدیریت خطر حوادث وبلایا

- ۱- کدهای هشدار: کد ۱۰۰ تخلیه- کد ۱۲۵ آتش نشانی - کد ۱۱۱ بحران - کد حوادث CBRN ۴۰۰ - کد اپیدمی ۵۵۰ - کد حوادث جوی ۵۰۰
- ۲- سیستم اعلان حریق: دکتورهای سقفی و شاسی های اعلان حریق (که ادرس پذیر هستند)
- ۳- سیستم اطفاء حریق: فایر باکس ها - کپسول های آتش نشانی که ۲ نوع هستند کپسول CO₂ برای خاموش کردن تجهیزات الکتریکی - کپسول پودر خشک برای خاموش کردن سایر اشیا مثل میز و صندلی و کاغذ و پرده و....
- ۴- محل های پرخطر: به سه دسته تقسیم می شوند

تاسیسات-MRI-رادیولوژی-بایگانی پرونده ها-آزمایشگاه-انبار دارویی،تجهیزات والبسه - لاندری-محل نگهداری کپسول های اکسیژن-واحدهای درمانی	High risk
پارکینگ-سالن کنفرانس-اتاق جلسات	Moderate risk
رختکن پرسنل-ایستگاه پرستاری-واحدهای اداری	Low risk

- ۵- مکان های تجمع ایمن: ۱- ورودی اصلی بیمارستان ۲- انتهای خروج اضطراری به سمت اورژانس ۳- انتهای خروج اضطراری به سمت پارکینگ پرسنل (هر سه مکان با تابلو تجمع ایمن مشخص شده اند).
- ۶- وضعیت های بحران:

سطح هشدار (رنگ): سفید سطح هشدار (عنوان): رفع خطر تعریف: احتمال وقوع مخاطره بر طرف شده است. اقدامات مورد انتظار: اعلام بازگشت به شرایط عادی در صورتی که مخاطره روی نداده باشد. اعلام آغاز فاز بازیابی در صورتی که مخاطره روی داده و عملیات پاسخ فوری انجام یافته است.	۱
سطح هشدار (رنگ): زرد سطح هشدار (عنوان): اطلاع تعریف: امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن کم است. اقدامات مورد انتظار: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی - بررسی تجهیزات و رفع کمبودهای احتمالی و فر دسترس (انکال) بودن نیروها.	۲
سطح هشدار (رنگ): نارنجی سطح هشدار (عنوان): آماده باش تعریف: امکان وقوع مخاطره وجود دارد و احتمال آن زیاد است. اقدامات مورد انتظار: فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه (فرماندهی و برنامه ریزی) - فراخوان ۳۰ تا ۵۰ درصد نیروها.	۳
سطح هشدار (رنگ): قرمز سطح هشدار (عنوان): اقدام تعریف: مخاطره روی داده است یا وقوع آن قطعی است. اقدامات مورد انتظار: فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه (عملیات) و اجرای کارکردهای عملیات پاسخ. فراخوان و حضور ۱۰۰ درصد نیروها. فعال کردن برنامه فرا ظرفیت.	۴

- ۷- خروج اضطراری بخش اداری (طبقه همکف) با تابلو مشخص شده است. در طبقات ۱ تا ۴ در دو طرف راهرو ها و منتهی به مکان تجمع ایمن هستند.
- ۸- سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان HICS (Hospital incident command system) به شرح زیر است.
- ۹- EOC مرکز عملیات اورژانسی: کانکسی که در حیاط است. فعلا در کانکس است.

۱۰- رابط آتش نشانی در همه بخش ها یک نفر وجود دارد.

۱۱- پنج مخاطره اصلی: حوادث ترافیکی- زمین لرزه- اپیدمی- سیل- آتش سوزی

۱۲- دستورالعمل تخلیه

-هدف:

- ✓ کاهش آسیب به مصدومین و مراجعین و کارکنان جهت مقابله باحوادث و بلایای خارجی و داخلی
 - ✓ افزایش سرعت عمل کارکنان در تخلیه ساختمان و کاهش میزان تلفات جانی در بیمارستان در زمان وقوع بحران
 - ✓ افزایش سرعت عمل کارکنان در تخلیه ساختمان و کاهش میزان تلفات جانی در بیمارستان در زمان وقوع بحران
- تعاریف: تخلیه کامل: همه افراد بطور کامل خارج شوند.

- ✓ تخلیه عمودی: ساکنین یک طبقه به طبقه فوقانی یا تحتانی منتقل کرد.
- ✓ تخلیه افقی: ساکنین یک طبقه به سمت دیگر در همان طبقه منتقل میشوند.
- ✓ شرایط اضطراری: شرایطی که در مدت زمان کوتاه خسارات زیاد ایجاد و سازمان توانایی برگرداندن این شرایط به حالت عادی را ندارد.

- شرح اقدامات:

- ✓ مناطق امن بیمارستانی با تابلو مشخص کنید
- ✓ تابلوهای خروج با تابلو شب رنگ (فسفری) باشد طوری که افراد بیسواد بتوانند تشخیص دهند.
- ✓ کلیه کارکنان را درباره نحوه خروج اضطراری آموزش دهید
- ✓ کدهای اضطراری را به مرکز تلفن اعلام کنید
- ✓ محل تجمع ایمن جهت واحدها مشخص کنید.
- ✓ تمهیداتی جهت خروج اضطراری طبقات اتخاذ کنید
- ✓ در هنگام شرایط اضطراری از آسانسور استفاده نکنید
- ✓ هنگام تخلیه به اولویت بندی خروج اضطراری توجه کنید
- ✓ نوزادان و کودکان را تخلیه عمودی، بیماران سرپایی را تخلیه عمودی و نیمه هوشیار را تخلیه افقی (با صندلی چرخدار) و بیماران بیهوش با برانکارد تخلیه کنید
- ✓ هنگام تخلیه مراقب مراجعین باشید. هنگام استفاده از پله های اضطراری یا رمپ از سمت راست و نرده استفاده کنید
- ✓ محلهای تجمع شناسایی کنید
- ✓ محل تخلیه بدون وقف تخلیه کنید
- ✓ تجهیزات و برق منطقه تخلیه را قطع کنید
- ✓ به محض شنیدن کد (۱۰۰) شروع به تخلیه کنید و با افراد تیم جهت تخلیه وایمن در کار همکاری کنید
- ✓ در صورت بروز سیل تخلیه به سمت طبقات بالا و در صورت آتش سوزی تخلیه افقی صورت گیرد
- ✓ در صورت بحران در طبقات دوم و سوم تخلیه عمودی و در هم کف افقی باشد.
- ✓ مسیرها و راههای خروج را به سیستم روشنایی اضطراری مجهز کنید
- ✓ در هنگام تخلیه کلیه راهروها را خالی کنید (انتظامات)
- ✓ هماهنگی و تعامل بین واحدها داشته باشید
- ✓ تجهیزات لازم برای انتقال را پیش بینی و تهیه کنید
- ✓ کلیه پرسنل را از دستورالعمل آگاه کنید.

- ✓ منابع لازم آب و غذا را در کمیته حوادث عنوان کنید. (کلیه پرسنل آگاه به حضور در عملیات و سرشماری آنها همکاری کنند).
- ✓ تهیه پلانتها و کرویکی ساختمانها و کد گذاری آنها را انجام دهید
- ✓ وسایل حفاظت فردی-چراغ قوه-باتری و لیست پرسنل و بلندگو و باکسهای امداد و برانکار و صندلی چرخدار در دسترس قرار دهید



۱۳- تریاژ در بحران

تعریف: روش کلی برای انتخاب بیماران و تقسیم بندی آنها براساس فوریت نیاز به درمان تریاژ،

عبارتست از یک فرآیند تصمیم-گیری برحسب سلسله مراتب یا اولویت بندی که می-تواند برای یک بیمار

در بیمارستان انجام گیرد و یا برای چند بیمار در یک فیلد خارج از بیمارستان (بحرانها ،میدان جنگ و...) انجام شود.

موثرترین تریاژ روشی است که برای کارکنان آسان باشد، نیاز به دسته بندی وارزیابی با معیارهای پیچیده نداشته باشد و با این حال پیش آگهی بیماران را در حد مطلوبی تعیین نماید.

چهار تا پنج رنگ در تریاژ وجود دارد.

گروه فوری (قرمز): بیماران اورژانسی که ضایعات مخاطره آمیز داشته و بدون اقدام درمانی سریع در کمتر از ۱ تا ۲ ساعت آینده جان خود را از دست داده یا دچار مشکلات و عوارض شدید می شوند . خونریزی خارجی شدید و قابل کنترل - مشکلات تنفسی قابل اصلاح - جراحات شدید ناشی از آوار - قطع شدگی عضو بطور ناقص - پارگی-های شدید همراه شکستگی باز - سوختگی شدید صورت و راههای هوایی - سوختگی های درجه ۲ و ۳ با وسعت ۴۰ درصد - عدم هوشیاری بدون علت مشخص - نشانه-های انفارکتوس میوکارد - تشنج پایدار - علایم دال بر زایمان قریب الوقوع یا زودر - مسمومیت شدی - مراحل اولیه

گروه تاخیری (زرد): بیمارانی که جراحات شدید داشته و نیاز به مداخله درمانی و بستری دارند اما بدون درمان هم بیش از یک ساعت دوام خواهند آورد. به عبارت دیگر بین ۱۲ تا ۲۴ ساعت آینده باید خدمات درمانی مناسب به این بیماران ارائه شود . شکستگیهای ساده استخوان های بزرگ پارگیهای متوسط بدون خونری - صدمات چشمی - آسیب دیدگیهای غیربحرانی سیستم عصبی مرکزی بدون - زخم های نافذ و سوراخ کننده شکم بدون ش - دیابت بدون اختلال هوشیاری - دیسترس تنفسی غیرحاد - مشکل طبی غیرسرپایی

گروه سرپایی (سبز): افرادی که ضایعات خفیفی دارند، که نه جانشان به خطر خواهد افتاد و نه دچار عوارض دائمی ناشی از آسیب می-شوند و نیاز به درمان اختلالات عصبی- روان سوختگیهای خفیف غیر از راه هوایی شکستگی های کوچک و بسته آسیب دیدگیهای خفیف بافت نر - اورژانس ندارند . آسیب دیدگانی که نیاز به اقدام خاصی ندارند شکایتهای طبی معمول اختلالات زنان و زایمان

متوفیان و افراد در حال مرگ (سیاه و آبی) این گروه شامل افراد فوت شده و همچنین افراد در حال مرگ می-باشند، یعنی افرادی که در کمتر از یک ساعت خواهند مرد و پیش بینی می-شود حتی در صورت رسیدن به بیمارستان نیز اقدامات درمانی برای زنده ماندن آنها موثر نخواهد بود. در برخی مراجع افراد در حال مرگ را با رنگ آبی تقسیم بندی و مشخص می-کنند . کبودی نعشی و یا جمود نعشی گشادی دوطرفه مردمکها -ایست قلب- هیپر/هیپوترمی شدید- صدمات

بحرانی سیستم عصبی مرکزی همراه باکوما/ صدمات شدید طناب نخاعی - آسیب دیدگیهای بحرانی متعدد- سوختگیهای شدید با وسعت بیشتر از ۴۰ درصد- آسفیکسی تروماتیک- خونریزی/شوک در مراحل پایانی

مناطق تریاژ بیمارستان الغدير

منطقه قرمز Red Zone در شرایط ورود انبوه مصدومین اولویت ورود به اورژانس بیمارستان الزاماً با مصدومین دارای برچسب تریاژ قرمز می باشد لذا اورژانس بیمارستان تحت عنوان منطقه قرمز تعیین می گردد.* در این مرکز اورژانس منطقه قرمز در نظر گرفته شد.

منطقه زرد Yellow Zone توصیه می شود مصدومین دارای برچسب تریاژ زرد، در منطقه ای ترجیحاً در مجاورت بخش اورژانس تحت درمان قرار گیرند. این بخش، منطقه زرد نامگذاری می شود. از بخش هایی چون دی کلینیک، اسکوپ، پست کت و ... که در حالت عادی زیرساخت های مراقبت بیمار اورژانسی (مانند ترالی کد، مانیتورینگ و ...) را هم دارند، می توان به عنوان منطقه زرد استفاده کرد.* در این مرکز درمانگاه منطقه زرد در نظر گرفته شد.

منطقه سبز Green Zone برای تعیین مکان استقرار و رسیدگی درمانی به مصدومین دارای برچسب تریاژ سبز (سرپایی)، که منطقه سبز نام دارد، باید بر اساس بزرگی و شدت حادثه و تعداد مصدومین آن اقدام کرد؛ یعنی بیمارستان ها می توانند حداقل دو مکان را جانمایی کنند: برای حوادث و بلایایی که تعداد مصدومین کمتری برایشان متصور است (مثل یک حادثه ترافیکی)، در مکانی در داخل بیمارستان که تا حد ممکن دور از بخش اورژانس (منطقه قرمز) باشد، مانند مجموعه کلینیک های بیمارستان، فیزیوتراپی و ... یا با استقرار چادر در فضاهای باز بیمارستان، منطقه سبز جانمایی شود. اما برای حوادث و بلایای مهم و دارای مصدومین مورد اشاره، عقد تفاهم نامه و برگزاری جلسات هماهنگ با دستگاه های مسئول ذیربط کمک کننده است. استقرار این فضا در حیاط بیمارستان هایی که دارای فضاهای باز بزرگ هستند، به شرط عدم دسترسی مصدومین سبز به اورژانس و سایر فضاهای درمانی اصلی بیمارستان و امکان مدیریت ایشان، بلامانع است.

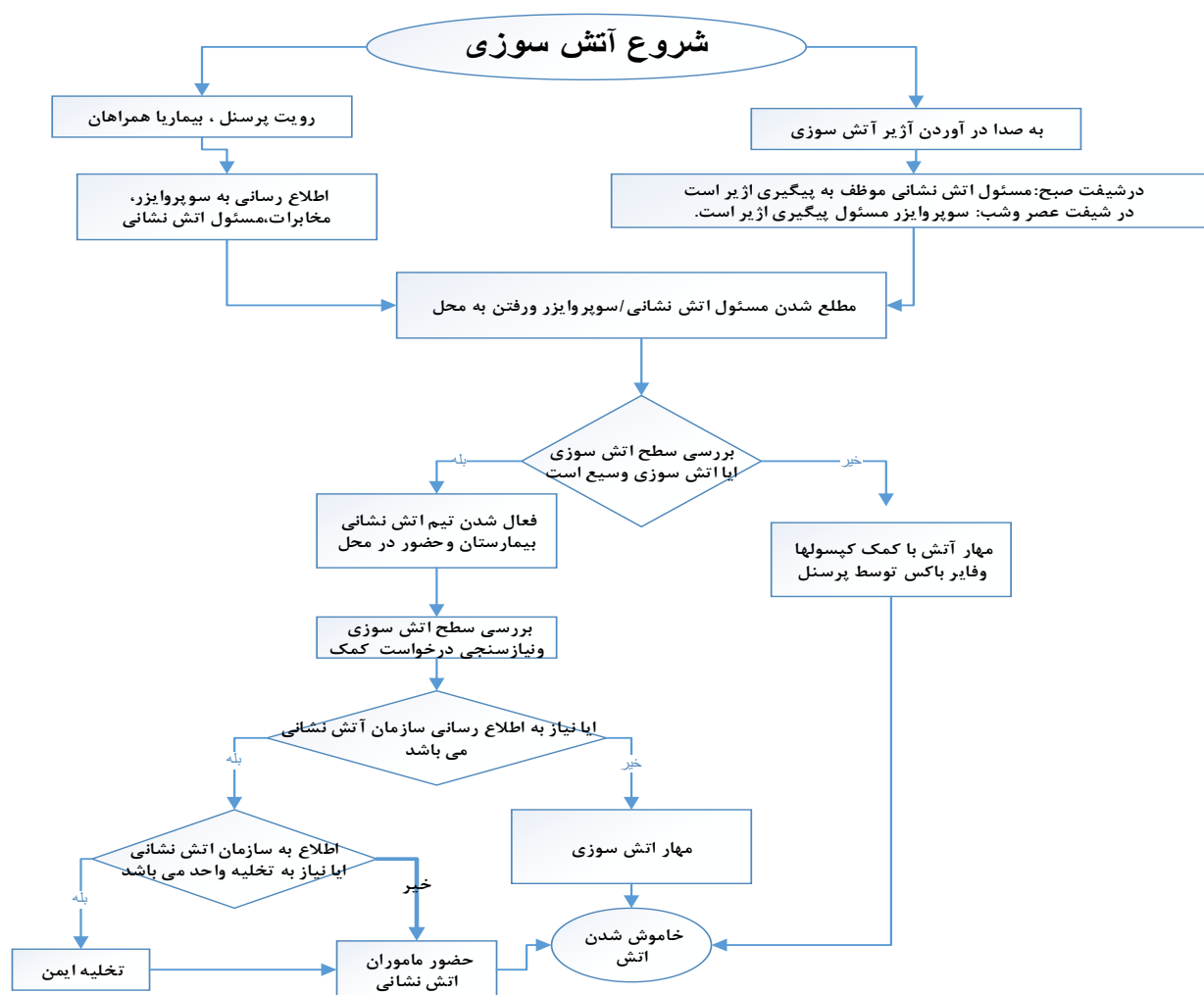
- ❖ در مناطق مختلف به ویژه منطقه سبز حادثه، تیم تخصصی و آموزش دیده سلامت روان مستقر شده، به ارائه خدمات حمایتی روانی - اجتماعی می پردازند. گاه مشاهده می شود که برخی مصدومین (بخصوص سبز)، صرفاً نیازمند دریافت خدمات سلامت روان هستند. همچنین امکان نیاز کارکنان بیمارستانی به این خدمات نیز جهت تخلیه استرس روانی بسیار محتمل است.
- ❖ در این مرکز فضای سبز داخل بیمارستان منطقه سبز در نظر گرفته شد.

منطقه سیاه Black Zone مسئولیت مدیریت اجساد صحنه حادثه با بیمارستانها نیست و دستگاههای امدادی نباید اجساد صحنه حادثه را به بیمارستانها انتقال دهند؛ ولی به هر حال برای مدیریت مصدومینی که در منطقه تریاژ بیمارستان برچسب سیاه به ایشان تعلق می گیرند باید در بیمارستان مکانی تحت عنوان منطقه سیاه ایجاد شود. در شرایط فراتر بودن تعداد اجساد از ظرفیت سردخانه جسد بیمارستان، راه اندازی این مکان موجب می شود ضمن رعایت ملاحظات فرهنگی و مذهبی و حفظ حرمت متوفیان و خانواده های ایشان، از تجمع اجساد در انظار عمومی و مشکلات روان شناختی و بهداشتی پیشگیری شود. لازم به تأکید است که مسئولیت کلی منطقه سیاه و تعیین تکلیف قانونی اجساد با پزشکی قانونی است در نبود پزشک قانونی، یک پزشک عمومی (با تعیین کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان) این وظیفه را عهده دار

خواهد بود و در صورت در دسترس نبودن پزشک عمومی؛ فرد دیگری، که از قبل طی پروتکل ابلاغی کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان تعیین شده است، مسئولیت پیگیری امور حقوقی و قانونی مصدومین منطقه سیاه و متوفیان را بر عهده خواهد داشت.

❖ در این مرکز به دلیل سهولت دسترسی به ارامستان، در صورت ازدیاد اجساد، مستقیماً به آنجا فرستاده می شوند.

❖ جناب آقای دکتر قاسمی پزشک قانونی مسئول اجساد و منطقه سیاه می باشند.



***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.

حمایت از حقوق گیرندگان خدمت

۱- آگاهی از مفاد منشور حقوق بیمار نصب شده در هر بخش و عمل به آنها در حین انجام وظیفه

❖ منشور حقوق بیمار شامل ۵ اصلی میباشد:

- ✓ محورا اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- ✓ محورا دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ✓ محورا سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ✓ محورا چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
- ✓ محورا پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۲- نصب انبیکت به سمت چپ سینه:

۳- آگاهی از استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان

