

	کد سند: MN – INS BK--۵	عنوان سند کتابچه دستورالعمل ها	 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		



ردیف	محور	شماره سنجه	عنوان دستورالعمل	صفحه
۱.	رهبری و مدیریت کیفیت	الف-۱-۴-۶	دستورالعمل نحوه کد گذاری مستندات <u>درون سازمانی</u>	۴-۶
۲.	رهبری و مدیریت کیفیت	الف ۱-۶-۵	دستورالعمل مشخص برای <u>نحوه گزارش وقایع ناخواسته</u>	۷-۸
۳.	رهبری و مدیریت کیفیت	-	دستورالعمل <u>گزارش دهی خطا</u>	۹
۴.	رهبری و مدیریت کیفیت	الف- ۱ - ۷ - ۶	دستورالعمل بیمارستان در <u>معاینه بیماران غیرهم جنس</u>	۱۰
۵.	رهبری و مدیریت کیفیت	الف- ۱ - ۱۱ - ۵	دستورالعملهای <u>زیست محیطی</u> برای بخشهای مختلف بیمارستان	۱۱-۱۲
۶.	رهبری و مدیریت کیفیت	-	دستورالعمل <u>ورود و خروج کالا از انبار</u>	۱۳
۷.	رهبری و مدیریت کیفیت	-	دستورالعمل <u>نظام اراستگی</u>	۱۴
۸.	مدیریت خطر حوادث و بلايا	الف- ۲ - ۲ - ۴	دستورالعمل استفاده از <u>آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری</u> تدوین و اطلاع رسانی شود.	۱۵
۹.	مدیریت خطر حوادث و بلايا	الف- ۲ - ۲ - ۵	دستورالعمل <u>انبارش ایمن با حداقلهای مورد انتظار</u>	۱۶-۱۸
۱۰.	مدیریت خطر حوادث و بلايا	الف- ۲ - ۴ - ۵	دستورالعمل " <u>فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث</u> "	۱۹-۲۰
۱۱.	مدیریت خطر حوادث و بلايا	الف- ۲ - ۴ - ۶	دستورالعمل " <u>تخلیه بیمارستان در زمان حادثه</u> " به تمامی واحدها / بخشها	۲۱-۲۲
۱۲.	مدیریت خطر حوادث و بلايا	-	دستورالعمل <u>امنیتی بیمارستان در زمان عادی و بحران</u>	۲۳
۱۳.	مدیریت خطر حوادث و بلايا	-	دستورالعمل <u>مدیریت اجساد در بحران</u>	۲۴
۱۴.	مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای	الف- ۳ - ۲ - ۳	دستورالعمل انتقال دانش و تجربه <u>راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)</u> حداقل در مشاغل حساس توسط تیم رهبری و مدیریت	۲۵-۲۶
۱۵.	//	الف- ۳ - ۲ - ۳	دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان	۲۷-۲۸
۱۶.	//	الف- ۳ - ۳ - ۱	دستورالعمل <u>ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه</u> در حین انجام وظیفه	۲۹
۱۷.	//	الف- ۳ - ۳ - ۲	دستورالعمل <u>ارزشیابی کارکنان</u> در بیمارستان	۳۰-۳۱
۱۸.	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	الف- ۵ - ۵ - ۶	دستورالعملهای <u>مربوط به ویرایش اطلاعات</u> شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبتهای تاخیری به درستی رعایت شده است.	۳۲
۱۹.	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	الف- ۵ - ۵ - ۶	دستورالعملهای مرتبط با <u>استفاده از نمادها و اختصارات</u> در مستند سازی پرونده رعایت میگردد.	۳۳
۲۰.	بهداشت محیط	الف ۶- ۱ - ۱	دستورالعمل <u>نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی</u> بخشها /واحدهای مختلف بیمارستان با توجه به شرایط اختصاصی آنها	۳۴-۵۳
۲۱.	بهداشت محیط	الف ۶- ۲ - ۴	دستورالعمل <u>سالم سازی سبزیجات آماده</u>	۵۴
۲۲.	بهداشت محیط	الف ۶- ۲ - ۵	دستورالعمل <u>نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم</u> با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا	۵۵-۵۶
۲۳.	بهداشت محیط		دستورالعمل <u>تهیه غذای سالم برای بیماران</u>	۵۷-۵۸
۲۴.	بهداشت محیط	الف ۶- ۵ - ۴	دستورالعمل <u>شستشوی انواع البسه</u>	۵۹
۲۵.	بهداشت محیط	الف ۶- ۶ - ۲	دستورالعملهای پیشگیری و مقابله با <u>اتفاقات و سوانح پرتویی</u>	۶۰-۶۱
۲۶.	مدیریت تجهیزات پزشکی	الف ۷- ۱ - ۲	دستورالعمل استفاده از <u>کیسولهای گازهای طبی</u> تهیه و در مجاورت محل استقرار کیسول نصب شود.	۶۲-۶۳
۲۷.	مراقبتهای عمومی بالینی	ب-۱-۱-۱	دستورالعمل استفاده از <u>دستبند شناسایی</u> در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی(منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندامهای فوقانی)	۶۴-۶۵
۲۸.	مراقبتهای عمومی بالینی	الف- ۵ - ۵ - ۶	دستورالعمل <u>دستورات تلفنی</u>	۶۶
۲۹.	مراقبتهای عمومی بالینی	ب-۱-۳-۳	دستورالعملهای <u>آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی</u> ، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن(تدوین حداقل برای جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپپها، سایر موارد با تشخیص بیمارستان)	۶۷-۷۲
۳۰.	مراقبتهای عمومی بالینی	ب-۱-۳-۵	دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل <u>انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل</u>	۷۳
۳۱.	مراقبتهای عمومی بالینی	ب-۱-۱۰-۲	دستورالعملهای <u>خود مراقبتی برای بیمارهای شایع</u>	۷۴
۳۲.	مراقبتهای عمومی بالینی		دستورالعمل آموزش <u>خودمراقبتی تسکین درد</u> به بیماران	۷۵-۷۸
۳۳.	مراقبتهای عمومی بالینی	ب-۱-۱۲-۴	دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای <u>اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک</u> در کمیته درمان دارو و تجهیزات	۷۹

۳۴.	مراقبت‌های حاد و اورژانس	ب-۲-۱-۲	دستورالعمل <u>انتقال بیماران حاد از اورژانس</u> و سایر بخشها به بخشهای ویژه به صورت ایمن	۸۰
۳۵.	مراقبت‌های حاد و اورژانس	-	دستورالعمل <u>نحوه اهدا عضو در بیماران مرگ مغزی</u>	۸۱
۳۶.	مراقبت‌های حاد و اورژانس	ب-۲-۶-۵	دستورالعمل <u>اطمینان از آمادگیهای قبل</u> و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی	۸۲-۸۳
۳۷.	مراقبت‌های جراحی و بیهوشی	ب-۳-۱-۱	دستورالعمل <u>برنامه ریزی انجام عمل جراحی اورژانسی</u> دستورالعمل برخورد با بیماران مبتلا به <u>عفونتهای مسری (نیازمند اعمال جراحی)</u> دستورالعمل <u>نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل بر اساس اولویت بندی</u>	۸۴-۸۵ ۸۶
۳۸.	مراقبت‌های جراحی و بیهوشی	ب-۳-۱-۸	دستورالعمل <u>کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/جراحی</u>	۸۹-۹۰
۳۹.	مراقبت‌های مادر و نوزاد	ب-۳-۴-۶	دستورالعمل <u>ضد عفونی شیر دوش برقی و وسایل خورانش شیر</u>	۹۱
۴۰.	پیشگیری و کنترل عفونت	ب-۵-۶-۱	پروتکل <u>تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی</u> قبل از اعمال جراحی (تدوین دستورالعمل های زمان انقضاء استفاده از بسته های استریل/ شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی، ابزار و وسایل/ نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت های بیمارستانی/ ضد عفونی برخی تجهیزات پزشکی)	۹۲-۱۰۶
۴۱.	مدیریت دارویی	ب-۳-۳-۳	دستورالعمل <u>داروهای خود بخود متوقف شونده</u>	۱۰۷-۱۰۸
۴۲.	مدیریت دارویی	ب-۳-۳-۳	دستورالعمل <u>داروهای سابتوتوکسیک</u>	۱۰۹
۴۳.	مدیریت دارویی	ب-۱-۶-۲	دستورالعمل <u>داروهای هشدار بالا</u>	۱۱۰-۱۱۱
۴۴.	مدیریت دارویی	-	دستورالعمل <u>داروهای پر خطر</u>	۱۱۲-۱۱۳
۴۵.	مدیریت دارویی	ب-۱-۶-۳	دستورالعمل <u>داروهای مشابه</u>	۱۱۴
۴۶.	مدیریت دارویی	ب-۱-۶	دستورالعمل <u>داروهای مخدر</u>	۱۱۵
۴۷.	مدیریت دارویی	ب-۳-۵	دستورالعمل <u>داروهای مولتی دوز</u>	۱۱۶
۴۸.	تصویربرداری	ب-۷-۱-۱	دستورالعمل آمادگی برای پیشگیری و <u>مقابله با سوانح پرتوی</u> محیط	۱۱۷-۱۱۸
۴۹.	تصویربرداری	ب-۷-۱-۲	دستورالعمل <u>نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب</u>	۱۱۹-۱۲۰
۵۰.	تصویربرداری	ب-۷-۳-۵	دستورالعمل <u>مقادیر بحرانی رادیولوژی</u>	۱۲۱
۵۱.	آزمایشگاه	ب - ۸ - ۱ - ۱	دستورالعمل <u>جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی</u>	۱۲۲-۱۳۲
۵۲.	آزمایشگاه	ب - ۸ - ۲ - ۲	دستورالعمل <u>نحوه انجام آزمایشها</u> در بخشهای مختلف	۱۳۳-۱۳۴
۵۳.	آزمایشگاه	ب - ۸ - ۲ - ۳	دستورالعمل <u>کنترل کیفیت</u> بخشهای فعال آزمایشگاه	۱۳۵-۱۵۷
۵۴.	آزمایشگاه	ب - ۸ - ۲ - ۶	دستورالعمل بسته بندی، انتقال ایمن نمونه-زمان چرخه کاری و <u>ارجاع نمونه های بالینی و لیست آزمایشات اورژانسی و زمان پاسخگویی به آنها</u>	۱۵۸-۱۶۱
۵۵.	آزمایشگاه	ب - ۸ - ۳ - ۲ / ب-۱۰-۳-۲	دستورالعمل <u>گزارش آنی نتایج بحرانی</u> آزمایشگاهی بیماران بستری/سرپایی	۱۶۲-۱۶۵
۵۶.	طب انتقال خون	ب - ۹ - ۳ - ۱	دستورالعمل نحوه انجام <u>آزمایشهای بانک خون</u>	۱۶۶-۱۶۸
۵۷.	طب انتقال خون		دستورالعمل های <u>طب انتقال خون</u> (شناسایی بیمار-نمونه گیری-آماده سازی بیمار-تزریق خون-بررسی کیسه خون-حمل و نقل خون)	۱۶۹-۱۷۵
۵۸.	خدمات سرپایی	ب - ۱۰ - ۳ - ۲	دستورالعملهای نحوه <u>اطلاع رسانی نتایج بحرانی</u> پاراکلینیک به مراجعین <u>سرپایی</u> /خانواده ایشان/پزشک معالج	۱۷۶
۵۹.	خدمات سرپایی	ب - ۱۰ - ۴ - ۱۱	دستورالعمل آمادگی برای پیشگیری و مقابله با <u>سوانح پرتوی محیط</u> کار	۱۷۷-۱۷۸
۶۰.	حمایت از گیرنده خدمت	ج - ۱ - ۱ - ۲/ج-۱-۱-۶	دستورالعملی مدون در خصوص روشهای <u>اطلاع رسانی اخبار ناگوار</u> در زمینه بیماری یا فوت بیماران	۱۷۹-۱۸۰
۶۱.	حمایت از گیرنده خدمت	ج - ۱ - ۱ - ۲	دستورالعمل محدوده و ضوابط محتوا و زمان <u>فعالیت بلندگو/پیجر</u>	۱۸۱
۶۲.	حمایت از گیرنده خدمت	-	دستورالعمل <u>حفاظت از اموال بیمار</u>	۱۸۲
۶۳.	حمایت از گیرنده خدمت	-	دستورالعمل <u>کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/جراحی</u>	۱۸۳

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند: دستورالعمل نحوه کد گذاری مستندات درون سازمانی	 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: ۳	دامنه کاربرد: تمامی واحدها	

۱- تعاریف:

- * منظور از مستندات، نوشته، تصویر، فیلم یا صوتی است که به قصد ارائه اطلاعات برای انجام وظایف، ثبت داده های عملکردی سازمان، انتشار دانش سازمانی، شواهدی برای تعیین انطباق محصول /پیامد بدست آمده با ویژگیهای تعیین شده تهیه می شود.
- * مدیریت مستندات و سوابق، یعنی کنترل نظام مند مستندات و سوابق از لحظه ایجاد تا بکارگیری، توزیع، سازماندهی، ذخیره سازی، بازیابی و به روز رسانی .مستندات می توانند بصورت کاغذی، الکترونیکی، نوری، مغناطیسی و ... باشند.
- * شماره بازنگری: منظور تعداد دفعات تغییر در متن مدرک مربوطه است و مبنای شروع برای شماره ویرایش ۱ می باشد.
- ۲-هدف : تعیین و تشریح چگونگی کدگذاری مدارک و مستندات درون سازمان-هدف اصلی مدیریت مستندات،تحويل مدرک یا سابقه مناسب به فرد مناسب در زمان مناسب است.

۳-مهارت مسئول: مسئول بهبود کیفیت/مسئول اعتبار بخشی بیمارستان باید آموزش لازم جهت کدگذاری مستندات را گذرانده باشند

۴-مراحل انجام کار: کارشناس بهبود کیفیت/اعتباربخشی در هنگام تهیه و تنظیم هر سند و یا بروز رسانی مدارک موجود مطابق روش زیر نسبت به کدگذاری اقدام نماید. کد اختصاص یافته به هر مدرک از سه شناسه تبعیت می نماید.

شناسه اول نشان دهنده نام بخش/واحد مرتبط با مستند ، مطابق جدول شماره ۱می باشد

جدول شماره ۱

ردیف	واژه فارسی	واژه انگلیسی	کد اختصار
۱	مدیریت رهبری	Management Leadership	ML
۲	بهبود کیفیت	quality Improvement	QI
۳	مدیریت خدمات پرستاری	Nursing management	NM
۴	کنترل عفونت	infection control	IC
۵	بهداشت حرفه ای	Occupational Health	OH
۶	بهداشت محیط	Environmental Health	EH
۷	آزمایشگاه	laboratory	IAB
۸	طب انتقال خون	Blood Transfusion	BT
۹	تصویر برداری	Imaging	IM
۱۰	فناوری اطلاعات	Information Technology	IT
۱۱	مدیریت اطلاعات سلامت	Health Information Management	HIM
۱۲	مدیریت خطر حوادث و بلایا	Risk managment	R M
۱۳	مدیریت خطا	Fault Management	FM
۱۴	مدیریت دارویی	Pharmaceutical Administration	PHA
۱۵	مدیریت تجهیزات	Medical Equipment	ME
۱۶	مدیریت منابع انسانی	Human Resources Management	HRM
۱۷	مدیریت منابع مالی	financial resources management	FRM

C&T	Care and treatment	مراقبت و درمان	۱۸
GCC	General and clinical care	مراقبت‌های عمومی و بالینی	۱۹
EC	Emergency care	مراقبت‌های اورژانس	۲۰
SAC	Surgery & Anesthesia Care	مراقبت‌های بیهوشی و جراحی	۲۱
AC	Acute care	مراقبت‌های حاد	۲۲
MNC	Maternal & Neonatal care	مراقبت‌های مادر و نوزاد	۲۳
SUR	service User Rights	حقوق گیرنده خدمت	۲۴
HDC	Hemodializ care	بخش دیالیز	۲۵
CCU	Cardiac Care Units	بخش سی سی یو	۲۶
OR	Operation Room	اتاق عمل	۲۷
IM	Internal Medicine	داخلی	۲۸
GS	General Surgery	جراحی عمومی	۲۹
PED	Pediatrics	کودکان	۳۰
OB	Obstetrics	بلوک زایمان	۳۱
EMS	Emergency	اورژانس	۳۲
LAN	Landry	رختشویخانه	۳۳
NUT	Nutrition	تغذیه	۳۴
CO	Committee	کمیته ها	۳۵
CSR	Central Sterilization Room	استریلیزاسیون مرکزی	۳۶
ED	Education	آموزش	۳۷
PS	Patient Safety	ایمنی بیمار	۳۸

. شناسه دوم نشان دهنده نوع مستند می باشد. بسته به اینکه سند از چه نوعی می باشد نام اختصاری مربوطه ، مطابق جدول شماره ۲ ثبت می گردد. در صورتی که مستندات متعددی از یک واحد مثل بهبود کیفیت خارج گردد در شناسه اول اضافه می‌گردد.

جدول شماره ۲

ردیف	واژه فارسی	واژه انگلیسی	کد اختصار
۱	برنامه استراتژیک	Strategic Plan	SP
۲	برنامه عملیاتی	Action Plan	AP
۳	برنامه بهبود کیفیت	quality Improvement Plan	QIP
۴	فرم اقدام اصلاحی	Corrective Action Form	CAF
۵	استاندارد	Standard	STAN
۶	فرایند اصلی	Realization process	RP
۷	فرایند مدیریتی	Management process	MP
۸	شاخص	Index	IN
۹	جدول	Table	TAB
۱۰	روش اجرایی	Procedure	PR
۱۱	آیین نامه	Regulatory	RE
۱۲	فرم	Form	FO
۱۳	خط مشی	Policy &Procedur	POL

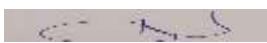
۱۴	چارت	Chart	CH
۱۵	دستورالعمل	Instruction	IN
۱۶	کتاب مرجع	Reference	RF
۱۷	نقشه	Map	MP
۱۸	فهرست	List	LI
۱۹	چک لیست	Check list	CHL
۲۰	صورتح جلسه	Proceedings-Document	DO-PRO
۲۱	کتابچه	Booklet	BK
۲۲	برگه	sheet	sht
۲۳	فرم ثبت و گزارش دهی	Registration and reporting form	Re-fo
۲۴	سیاست های آموزشی	EDUCATION POLICIES	Ed PO
۲۵	فرم رضایت آگاهانه	Informed Consent Form	In Co Fo
۲۶	فرم ممیزی پرونده	File audit form	Fi Au Fo

شناسه سوم با دو کاراکتر عددی مشخص کننده **شماره ویرایش مستند** می باشد. مبنای شروع برای شماره ویرایش ۰۰ (دوصفر) می باشد. در صورت تغییر اجزای اصلی مستند شماره ویرایش تغییر می نماید.

نکته: در مراحل بازنگری مستندات، نسخه قبل با شماره بازنگری پیشین از مجموع مدارک و مستندات در دسترس خارج و در پرونده مجزایی به صورت الکترونیکی به مدت ده سال بایگانی شود و نسخه جدید از طریق اتوماسیون اداری به بخش های مرتبط ابلاغ گردد.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: چک لیستها - فرم ها - کتابچه ها...- کارکنان بیمارستان

۶- منابع: واژگان استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته	 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	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی	

۱- **هدف:** پیشگیری از وقوع وقایع ناخواسته (Never Event) - تشویق به گزارش دهی خطا بدور از سرزنش و تنبیه با رعایت اصل محرمانگی - صیانت از حقوق گیرنده گان خدمت - افزایش ایمنی بیمار - پیشگیری از وقوع موارد مشابه خطاهای پزشکی

۲- **تعاریف:** - منظور از وقایع ناخواسته موارد ۲۸ گانه خطاهای پزشکی (Never Event): مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد (که کدها شامل :

۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
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.)
۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن
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)
۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
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
۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
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، سایکوزو سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی .
۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،....
۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ..)
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.
۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)
۲۴. سقوط بیمار تنها در مواردی که منجر به فوت بیمار و یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری گردد
۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
۲۷. ربودن بیمار
۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

۳- مهارت مسئول: افراد گزارش دهنده باید آموزش های مربوطه را گذرانده و تبحر لازم در زمینه مراحل گزارش دهی و تکمیل فرم را داشته باشند.

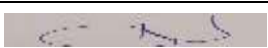
۴- شرح اقدامات:

- ✓ 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

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: فرم گزارش دهی وقایع ناخواسته (خطاهای ۲۹ گانه) - پرسنل تمامی بخش / واحدهای درمانی و

پاراکلینیکی

۶- منابع: شیوه نامه نظارتی وقوع وقایع ناخواسته شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۶ - سنجه های اعتباربخشی ۹۸

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه گزارش دهی خطا و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته	 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: تمامی بخش /واحد های درمانی و پاراکلینیکی	

- ۱- هدف: پیشگیری از وقوع خطا-تشویق به گزارش دهی خطا بدور از سرزنش و تنبیه با رعایت اصل محرمانگی-صیانت از حقوق گیرنده گان خدمت-افزایش ایمنی بیمار-پیشگیری از وقوع موارد مشابه خطاهای پزشکی
- ۲- تعاریف: - 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 ۲۹ گانه که نباید اتفاق بیفتد.

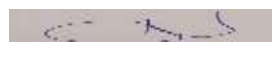
۳- مهارت مسئول: افراد گزارش دهنده باید آموزش های مربوطه را گذرانده و تبحر لازم در زمینه مراحل گزارش دهی و تکمیل فرم را داشته باشند.

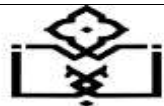
۴- شرح اقدامات:

- ✓ 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 ۴ صورت است: کتبی-شفاهی (تلفنی)- الکترونیکی-حضوری
- ✓ 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

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: فرم گزارش دهی خطا)- پرسنل تمامی بخش /واحد های درمانی و پاراکلینیکی

۶- منابع: شیوه نامه نظارتی وقوع وقایع ناخواسته شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۶ - سنجه های اعتباربخشی ۹۸

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

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

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

۲- تعاریف: مورد نامفهومی وجود ندارد.

۳- مهارت مسئول

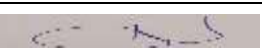
- ✓ آشنایی با قوانین / مقررات شرعی معاینه و حفظ حریم شخصی بیماران
- ✓ آشنایی با مفاد طرح تکریم / منشور حقوق بیمار

۴- شرح اقدامات

- ارایه خدمات به بیماران را، 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 پاراکلینیکی از بیمار بر هم جنس استفاده کنید.
- چیش 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.
- درپروسیجرهای خاص مانند، گذاشتن سوند، تراشیدن موضع، سونوگرافیهای واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپنگو گرافی، ماموگرافی، کولون سکوپپی 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 تختهها استفاده نمایید.

۵- مستندات مرتبط : منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: پاراوان یا پرده های جداکننده تختهها- کادر درمان

۶- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال 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 - INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	زیست محیطی برای بخشهای مختلف بیمارستان	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: کلیه بخش ها و واحد های بیمارستان	

۱- **هدف:** کاهش انتشار عفونت های ناشی از پسماند های بیمارستان و تامین آب سالم

۲- **تعاریف:** عفونت های ناشی از پسماند های بیمارستانی (عفونت های مستقیم ناشی از آلودگی مثل اسهال و ... عفونت های ناشی از اثرات انتشار آلودگی مثل بیماری های ناشی از آلودگی آب زیر زمینی در اثر نفوذ شیرابه)

۳- **مهارت مسئول:** طی دوره های آموزشی تخصصی برای فارغ التحصیلان و نیز طی دوره های آموزشی بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط با درمان

۴- **شرح اقدامات:**

آب وفاضلاب

کنترل کیفیت فیزیکی و شیمیایی و بیولوژیکی آب مصرفی و منبع آب بیمارستان انجام دهید

پایش و کلرسنجی روزانه از سه نقطه بیمارستان مخزن انجام دهید

بخشهای بستری و اداری نمونه میکروبی همراه یکبار و شیمیایی هر شش ماه یکبار، انجام دهید (اعلام موارد صفر)

جمع آوری فاضلاب بیمارستان و تصفیه فاضلاب و نمونه برداری توسط آزمایشگاه معتمد محیط زیست، نمونه برداری از پساب خروجی بیمارستان انجام دهید

بخش های بیمارستان تفکیک پسماند های بیمارستانی از مبدا

۱- انواع پسماندها پس از جمع آوری به محل بی خطر سازی منتقل کنید لکن در فاصله زمانی بین جمع آوری و انتقال در داخل بین های مخصوص حمل پسماند که می بایست کد بندی آن رعایت گردد تا پایان عملیات جمع آوری موقتاً در دمای مناسب دپو کنید.

۲- پسماند ها در در کیسه های عفونی ، شیمیایی ، معمولی ، تیزو برنده طبق دستورالعمل کد گذاری و برچسب گذاری کنید

واحد بی خطر سازی پسماند

هدف : سلامت عملکرد دستگاه های بی خطر سازو حذف آلاینده های بیولوژیکی از پسماند بیمارستان

- اظهارنامه بی خطر سازی پسماند عفونی و تیز برنده به شبکه بهداشت شهرستان و محیط زیست ارسال کنید .
- استاندارد های ساختمان امحاء (جهت پیشگیری از آلودگی محیط و پاکداشت محیط) را رعایت کنید.
- نظارت بر صحت عملکرد دستگاه ها به صورت دوره ای از طریق مشاهده انجام دهید
- تست های فیزیکی و کنترل دما و رطوبت و فشار و ... انجام دهید

- تست های شیمیایی و بیولوژیکی (شاخص های حذف عوامل بیولوژیکی) انجام دهید
- نمونه برداری از پسماند بی خطر شده توسط آزمایشگاه معتمد محیط زیست انجام دهید
- ارسال نمونه برداری از پس آب خروجی فاضلاب توسط آزمایشگاه معتمد انجام دهید
- تفاهم نامه با شرکت مجاز سم پاشی بیمارستان در صورت نیاز انجام دهید
- تفاهم نامه در جهت امحا و ارسال پسماند های شیمیایی و دارویی انجام دهید
- عدم جایگاه اختصاصی نگهداری پسماندهای شیمیایی و دارویی تا تعیین تکلیف انجام دهید

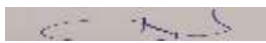
کنترل ظروف و نگهداری و انتقال پسماند

هدف: کاهش عفونت های ناشی از پسماند های بیمارستانی (عفونت های مستقیم ناشی از آلودگی مثل اسهال و ... عفونت های ناشی از اثرات انتشار آلودگی مثل بیماری های ناشی از آلودگی آب زیر زمینی در اثر نفوذ شیرابه)-پاکداشت و ممانعت از پراکندگی زباله در محیط -آشنایی با انواع پسماند و ظروف

- نظارت مستقیم بر نظافت و سلامت ظروف و شست و شوی مرتب و گندزدایی آن ها انجام دهید

۵-مستندات مرتبط :منابع، امکانات و کارکنان مرتبط : کیت کلر سنج ، نمونه برداری میکروبی و شیمیایی ، کنترل کیفی دستگاه امحا و تجهیزات پزشکی ، نمونه برداری از پس آب خروجی تصفیه خانه فاضلاب بیمارستان ، تست های بیولوژیکی و شیمیایی ، بی خطر سازی پسماند

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل ورود و خروج کالا از انبار	 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: کلیه بخش ها و واحدهای اداری	

۱-هدف:

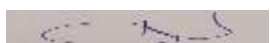
- ✓ کنترل موجودی انبار
- ✓ ممانعت از صفر شدن کالاهای ضروری/اساسی
- ✓ تامین کالا/اقلام ضروری واحدها

۲-تعاریف: -

۳-مهارت مسئول:مسئول انبار

۴-شرح اقدامات

۱. خریداری کالا/ اقلام مورد نیاز طبق نیاز سنجی های انجام شده / درخواست های خرید واحد ها انجام دهید(صدور فاکتور توسط فروشنده)
۲. ثبت فاکتور را در سیستم <<روز آمد>> (توسط مسئول انبار)و اضافه شدن کالا/اقلام به موجودی انبارانجام دهید.
۳. تحویل کالا/اقلام به واحد ها طبق درخواست قبلی انجام دهید
۴. خارج شدن اقلام تحویل داده شده از موجودی انبار بعنوان حواله ،انجام دهید
۵. حواله را در سیستم <<روزآمد>> ثبت کنید،از حواله پرینت بگیریدو توسط فرد تحویل گیرنده ، به تایید و امضا برسانید
۶. حواله ها در محل بایگانی به تفکیک زمان بایگانی کنید

تهیه کنندگان :فرشید عابدینی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول انبار	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	عنوان سند	کد سند: MN - INS BK--۰۵
	دستورالعمل	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵
	استقرار نظام آراستگی	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵
	دامنه کاربرد: کلیه بخش ها و واحد ها	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱
		صفحه: ۱

۱-هدف:

- ✓ سرعت دستیابی افزایش می یابد.
 - ✓ نتایج برای همه ی افراد قابل درک است.
 - ✓ محیط کاری تمیز و سازمان یافته خواهد شد.
 - ✓ عمر وسایل و ابزارآلات کار افزایش می یابد.
 - ✓ هزینه پیاده سازی کاهش پیدا میکند.
- ۲-تعاریف: این نظام نخستین بار توسط ژاپنی ها به اجرا در آمد و نام این نظام هم تشکیل شده از ۵ S است:

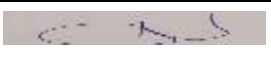
- ✓ ساماندهی Seiri
- ✓ پاکیزه سازی Seiso
- ✓ نظم و ترتیب Seiton
- ✓ استانداردسازی Sekitsu
- ✓ انضباط Shitsuke

۵S پیش شرط اجرای موفقیت آمیز سایر سیستم ها و مدلها می باشد و مزیت آن این است که در همه جا قابل پیاده سازی است.

۳-مهارت مسئول: مسئولین بخش ها و پرستاران و سوپروایزرین

۴-شرح اقدامات

- کار گروه/تیم آراستگی تشکیل دهید
- رابط اسقرارنظام آراستگی (۵S) انتخاب کنید
- کلاس های آموزشی برای کلیه پرسنل برگزار کنید
- چک لیست و تعیین شرح وظایف اعضا، نحوه بازدید از واحد ها تهیه کنید.
- بخش ها و واحد ها بصورت مستمر پایش کنید و نتایج را در جلسات بازخورد دهید.
- کار برای رفع مشکلات راه حل ارائه دهید

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	عنوان سند		کد سند: MN - INS BK-05
	دستورالعمل		تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵
	عدم استفاده از آسانسور در زمان حریق یا تخلیه		تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵
	دامنه کاربرد: کلیه بخش ها و واحدهای اداری		تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱
			صفحه: ۱
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر			

۱- هدف: حفظ ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان بیمارستان و جلوگیری از وقوع حوادث

۲- تعاریف: آسانسور: (به فرانسوی: ascenseur) یا بالابر (برای حمل بار) یا آسانبر (برای حمل انسان)، اتاقک متحرکی است که به وسیله آن از طبقه‌ای به طبقات بالا روند یا از طبقه بالا به پایین فرود آیند.

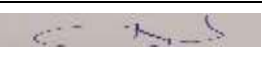
۳- مهارت مسئول: آشنایی با ایمنی آسانسور/ آشنایی با مفاهیم وسطوح تخلیه

۴- شرح اقدامات

- هنگام بروز آتش‌سوزی در ساختمان‌های بلند، بیمارستانها و آپارتمان‌ها استفاده از آسانسور برای پایین آمدن و فرار کردن با خطر مسمومیت و مرگ با گازهای سمی همراه است. (چاه آسانسور در این مواقع در نقش هواکش گازهای سمی و دود ناشی از احتراق عمل می‌کند و متأسفانه حریق ساختمان‌های بلندمرتبه به دلیل ضعف آگاهی عمومی، تلفات جانی را هم در پی دارد).
- بیمارستانها و ساختمان‌های بلندمرتبه را به پله‌های فرار اضطراری مجهز کنید و در صورت نبود این تجهیزات فقط از راه‌پله‌ها برای خروج استفاده کنید
- اگر در آسانسور گیر افتادید و محبوس شدید خونسردی خود را حفظ کنید. در اتاقک آسانسور جریان هوای کافی برای تنفس وجود دارد و نباید در این باره نگران شد. از زنگ خطر استفاده کنید و اگر کار نکرد یا اصلاً موجود نبود با تلفن همراه با دیگری که در ساختمان هستند تماس بگیرید.
- اگر هیچ راهی برای تماس با دیگران نداشتید فریاد بزنید، به در بکوبید و کمک بخواهید، اما بالا و پایین نپرید و خود را به در و دیوارها نکوبید.
- آسانسور بیمارستان باید زنگ خطر برای درخواست کمک (در صورت محبوس شدن، برق اضطراری و زنگ خطر اضافه بار) داشته باشد.
- بخشی از حوادث سقوط آسانسور به دلیل اضافه‌وزن و ظرفیت است. گاهی تمام همراهان و ملاقات کنندگان یک بخش به صورت دسته‌جمعی داخل آسانسور می‌شوند و نداشتن آلام ظرفیت حادثه‌ای تلخ به بار می‌آورد. تابلوی محدوده ظرفیت و وزن باید در اتاقک آسانسور وجود داشته باشد
- پیش از سوار شدن به آسانسور دقت کنید اتاقک آن جلوی رویتان باشد. بخشی از حوادث آسانسور از سوار شدن با عجله و سقوط به چاه آسانسور به دلیل حاضرنبودن اتاقک آن در محل باز شدن درهاست.
- هرگز اجازه ندهید کودکان با آسانسور بازی کنند. همچنین اجازه ندهید به تنهایی سوار آسانسور شوند.
- حمل بار و اجسام سنگین با آسانسور با خطر تجاوز از ظرفیت وزنی مجاز همراه است. هرگز از آسانسور برای حمل وسایل سنگین استفاده نکنید

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: آسانسور - چک لیست بررسی روزانه آسانسور - گواهی استاندارد آسانسور - کتاب ایمنی آسانسور

۶- منابع: کتاب ایمنی آسانسور - راهنمای استانداردهای اعتبار بخشی ۹۸

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

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدیر ابهر	عنوان سند	کد سند: MN - INS BK-۰۵
	دستورالعمل	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵
	انبارش ایمن	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵
	دامنه کاربرد: کلیه بخشها (درمانی/غیر درمانی) - واحدهای اداری و خدماتی	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱
		صفحه: ۳

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 انبار 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، انبارداری و انبارش 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 جنس 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 های بخشها - استفاده از نرم افزار HIS جهت کنترل میزان ورودی بیماران و میزان درخواست با توجه به تعداد مراجعین

- اجرای سیستم بر اساس کدگذاری کالا و مورد مصرف و کالاهای 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 کالای مورد نیاز واحد نشود.

۴-شرح اقدامات:

- حفاظت و ایمنی موجودیهای انبار را انجام دهید

-مقادیر ورودی و خروجی و موجودیهای انبار از طریق اسناد انبار و شمارش فیزیکی موجودیهای انبار کنترل کنید

- از امکانات و تجهیزات جابجایی موجودیهای کالا در انبار بهینه است

- بر نحوه تحویل گرفتن، نگهداری و تحویل دادن کالا در انبار نظارت کنید

-بر نحوه چیدن و استفاده از فضای انبارها نظارت کنید

-میزان سطوح موجودیهای کالا در انبار با توجه به مقادیر حداقل و حداکثر موجودیها بر آورد کنید

- کنترل مالی و پرسنلی و نحوه رفتار و ارتباطات کارکنان انبار با سایر بخش ها، انجام دهید

- گردش کار و نگهداری اسناد و مدارک انبار را بررسی کنید

- گزارش ها و اندازه گیری عملکرد (اثربخشی و کارایی) انبار را بررسی کنید

-ب ضایعات، کسری و اضافات موجودیهای انبار را بررسی کنید

- نحوه تخلیه، جابجایی و حمل و نقل، بارگیری، و حمل موجودیهای انبار را بررسی کنید

روش اجرایی خرید موارد مورد نیاز (کالا) انبار و واحدها

- درخواست (کالا) توسط مسئولین واحدها بر اساس نیاز انجام شود
- -تنظیم درخواست خرید (با توجه به درخواست انبار واحد ها) توسط مسئول انبار انجام شود
- -درخواست پس از تکمیل امضاء مسئولین ، به مسئول تدارکات تحویل داده شود
- -دریافت کالای خریداری شده از واحد تدارکات به انبار تحویل داده شود
- بررسی-کنترل-شمارش وهمچنین نظارت بر سالم بودن جنس خریدار شده توسط انبار انجام شود
- -صدور به روز رسید خرید کالا همزمان با ورود کالا به انبار به صورت رسید خرید یا رسید تحویل مستقیم به صورت سیستمی در نرم افزار نظام نوین مالی توسط انبار تحویل داده شود
- -تحویل کالای خریداری شده به واحد درخواست شده توسط انبار انجام شود

نکات اصلی در مورد طبقه بندی کالا در انبار:

- تقسیم بندی انواع کالاهای موجود به گروهها 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 کالاهای 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 کالاها

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

- -درب و پنجره انبارها باید از جنس فلزی باشد ومجهز به حفاظ و نرده بدون شکاف باشند
- -محیط انبار آبیگر و نمناک نباشد.
- -داخل انبار با توجه به مساحت آن دارای تهویه و هواکش مناسب داشته باشد.
- -انبار باید مجهز به وسایل آتش نشانی به تعداد کافی .سالم.آماده و شارژ شده باشد
- -کپسولهای آتش نشانی در محلهای مشخص شده نصب شده جهت دسترسی راحت به آن و قابل دسترس بودن
- -انبار باید مجهز به جعبه کمکهای اولیه باشد.
- -کف انبار باید نسبت به مایعات غیر قابل نفوذ و دارای سطح صاف غیر لغزنده باشد و به راحتی تمیز شودو همچنین مقاومت کف انبار نیز در رابطه با نوع کالا و تجهیزاتی در آن مورد استفاده قرار میگیرد تعیین شود
- -سقف انبار 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 باید سیستم هشدار دهنده حریق و اطفای حریق اتوماتیک داشته باشد.
- نوع خاموش کننده مورد استفاده جهت اقلام مختلف موجود در انبار باید جهت کنترل و اطفاء حریق احتمالی در انبار کپسولهای آب ، CO₂ و پودر و گاز در محلهای مناسب جاگذاری شده تا در صورت وقوع حادثه به درستی استفاده شوند.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: بازدید دوره ای

۶- منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: آقای فرشید عابدینی ، فاطمه نصیری	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول انبار ، کارشناس مدیریت خطر	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN –INS BK-۰۵		عنوان سند دستورالعمل فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث	 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		دامنه کاربرد: کل بیمارستان		

۱-هدف: کسب آمادگی جهت پاسخگویی مناسب و تاثیر پذیر به حوادث به منظور کاهش خسارت و آسیب به مصدومین و مراجعین و کارکنان

۲-تعاریف:

- **آماده باش:** خبری که از حوادث داخلی و خارجی توسط فرد یا سازمان احتمال وقوع حادثه اعلام میکند.
- **هشدار (NOTIFICATION):** افزایش آمادگی بدلیل نیاز به فعال سازی و پاسخ قطعی یا سریع و قریب الوقوع به حادثه
- **فعال سازی:** زمانی صورت میگیرد که حادثه (داخل یا خارج) رخ داده و عملکرد بیمارستان را مختل کرده (کلید فعال سازی برنامه پاسخ در حوادث خبر معتبر و قابل استناد میباشد)

EOC: مرکز عملیات بیمارستان / HICS: سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی

- **توقف:** هماهنگی فرمانده حادثه (پایان عملیات

۳-مهارت مسئول: مسئولیت فعال سازی برنامه و توقف پاسخ به عهده رئیس بیمارستان یا فرمانده حادثه و در مواقع عصر و شب و ایام تعطیل به عهده سوپروایزر یالینی شیفت میباشد.

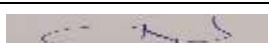
۴- شرح اقدامات:

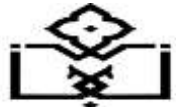
- ✓ احتمال یا وقوع حوادث داخلی یا خارجی توسط فرد (اولین فردی که مطلع شده) به مرکز تلفن اطلاع داده شود.
- ✓ مرکز تلفن خبر را به سوپر وایزر یا مرکز عملیات بیمارستان اطلاع دهد و زمینه ارتباط مسئول را با منبع پاسخ برقرار کند.
- ✓ در صورت عدم وجود مسئول EOC سوپروایزر وقت جهت اطمینان از تایید خبر، با مرکز عملیات دانشگاه یا منابع دیگر (فرمانداری...) تماس گیرد.
- ✓ نام فرد تماس گیرنده، دریافت کننده خبر و نام سازمان و شماره تماس و شرح جزئیات حادثه نوشته شود.
- ✓ گزارش تقریبی مصدومین و زمان تقریبی رسیدن قربانیان، شیوه انتقال تا حد امکان از فرد تماس گیرنده یا سازمانهای دیگر دریافت کند.
- ✓ سوپروایزر یا مسئول EOC قبل از فعال کردن برنامه شدت و وسعت حادثه را ارزیابی کرده و سپس برنامه، تنظیم و در نهایت فرمانده حادثه تصمیم نهایی را بگیرد.
- ✓ در زمان حوادث داخلی یا خارج از بیمارستان اگر اطلاعات کافی نباشد مرحله هشدار ایجاد شده و در این مرحله پنج شاخه اصلی سامانه فعال و ارزیابی شود.
- ✓ ارتباط مداوم سوپر وایزر با مسئول EOC و عملیات دانشگاه تا تایید خبر و بیمارستان جهت مقابله احتمالی (فعال کردن EOC، فراخوانی کارکنان کلیدی و شرح وظایف آنها و وضعیت کارکنان و تختها ارزیابی گردد).
- ✓ فعال شدن برنامه پاسخ بعد از تایید خبر (مختل شدن عملکرد بیمارستان) انجام شود
- ✓ فعال سازی در یکی از سه سطح انجام شود (در سطح اورژانس در حدی که منابع و نیروی موجود این واحد پاسخگو است و در صورت نیاز کمک از بخشها فعال سازی جزئی در این سطح منابع موجود اورژانس کافی نیست و نیاز به امکانات و نیرو از سایر بخشها است) - فعال سازی کامل: تعداد مصدومین و میزان آسیب زیاد و چشمگیر و نیاز به کمک بخشها و نیروهای انکالی و حتی سازمانهای دیگر و بیمارستانهای دیگر است.
- ✓ بعد تعیین سطح، فرمانده دستور فعال سازی داده و افراد کلیدی حاضر شوند (توسط مرکز تلفن فراخوان شده)

- ✓ لیست افراد باید در مرکز تلفن باشد
- ✓ کلیه بخشها فهرست افراد براساس اولویت(انکال و خارج از شیفت) فراخوان شوند.
- ✓ در صورت نیاز، کمک از سازمانها و هماهنگی با مرکز عملیات دانشگاه انجام شود
- ✓ توقف: با هماهنگی فرمانده حادثه با EOC دانشگاه براساس وضعیت حادثه و مشورت سایر اعضا هدایت عملیات صورت گرفته و مرکز تلفن پیام متوقف سازی عملیات را با دستور فرمانده حادثه اعلام کند(کد توقف)

۴- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: (کتابچه بحران کلیه کارکنان بیمارستان - منابع مالی و انسانی)

۵- منابع: کتاب آمادگی بیمارستانی HDP (حمید رضا خانکه) و همکاران (ویراست ۱۳۹۱) - برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در حوادث و بلایا EOP (تالیف علی اردلان و همکاران چاپ ۱۳۹۴)

تهیه کنندگان: ولی ا. محمدبیگی، فاطمه نظری، ، فرح مهدیخانلو ، فاطمه فخمی، صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	کد سند: MN –INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه	 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		

۱-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

۲-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.

۳-مهارت مسئول: آمادگی کامل و سرعت عمل کلیه پرسنل و کارکنان بیمارستان به ویژه تیم بحران

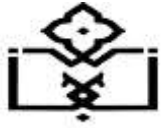
۴- شرح اقدامات:

- ✓ 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 و ایمن 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 اب و غذا را در کمیته حوادث عنوان کنید .(کلیه پرسنل آگاه به حضور در عملیات و سرشماری آنها همکاری کنند).
 - ✓ تهیه پلانه و کروی ساختمانها و کد گذاری آنها را انجام دهید
 - ✓ وسایل حفاظت فردی-چراغ قوه-باتری و لیست پرسنل و بلندگو و باکسهای امداد و برانکارد و صندلی چرخدار در دسترس قرار دهید
- ۵-**مستندات مرتبط :منابع، امکانات و کارکنان مرتبط** - (خط تلفن خارجی آزاد) موبایل -تعدادکافی ماسک های فیلتر دار-چراغ قوه -باتری- لیست پرسنل بیمارستان - قلم ودفتر -بلندگو -چسب کیسه های پلاستیکی و نوار -باند وپارچه- جعبه کمک های اولیه

۶ -**منابع:** کتاب آمادگی بیمارستانی دکتر حمیدرضا خانکه

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

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	عنوان سند	کد سند: MN - INS BK-۰۰۵
	دستورالعمل امنیت در زمان عادی - بحران	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵
		تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵
		تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱
	دامنه کاربرد: کل بیمارستان	صفحه: ۱

۱-هدف: ایجاد امنیت برای پرسنل و مراجعین

۲-تعاریف:مورد نامفهومی وجود ندارد.

۳-مهارت مسئول

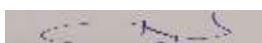
- ✓ آشنایی با قوانین/ مقررات حفظ امنیت
- ✓ توانایی کنترل ازدحام و پیشگیری از تخطی قانون

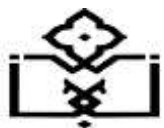
۴-شرح اقدامات

- ✓ مسئول ارشد امنیت وانتظامات را تعیین کنید
- ✓ ایشان را از شرح وظایف محوله طبق سامانه HICS مطلع کنید
- ✓ سامان دهی و آموزش پرسنل در زمینه برقراری امنیت در زمان بحران زیر نظر حراست بیمارستان انجام دهید
- ✓ برنامه برای حفظ امنیت جانی و مالی پرسنل و داوطلبین تدوین کنید
- ✓ برنامه برای حفظ و حراست از اموال بیمارستان تدوین کنید
- ✓ برنامه برای حفظ و حراست از اموال بیماران دو متوفیان تدوین کنید
- ✓ برنامه کنترل جمعیت ، کنترل و امنیت ترافیک تدوین کنید
- ✓ آمار وضعیت اموال، ارباب رجوعان ، رفت و آمد وسائط نقلیه و نیروها (توسط حراست)داده شود

۵-مستندات مرتبط : منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا

۶-منابع: کتاب آمادگی بیمارستانی دکتر حمیدرضا خانکه

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

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل مدیریت اجساد در بحران	 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: کلیه بیمارستان	

۱-هدف: جمع اوری ، حفاظت و تعییبو هویت اجساد ، پیشگیری از انتقال عفونت ، حفظ و تکریم شان اجساد،

۲-تعاریف:مورد نامفهومی وجود ندارد.

۳-مهارت مسئول

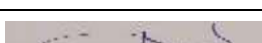
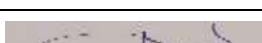
✓ آشنایی با قوانین /مقررات شرعی انتقال و خاکسپاری اجساد

۴-شرح اقدامات

- نوع بیماری(واگیر یا غیر واگیر بودن، عفونی یا غیر عفونی بودن) – حادثه غیر مترغبه رخ داده اشنا باشید
- با پروتکل های نگهداری ، انتقال ودفن اجساد در بروز بیماری های عفونی مصوب دانشگاه اشنا باشید
- پزشک متخصص عفونی را تعیین کنید
- مسئول واحد متوفیان وانجام وظایف طبق شرح وظایف مصوب شده در HICS تعیین کنید
- بر انتقال اجساد توسط واحد حراست وبهداشت محیط طبق پروتکل و دستورالعمل های وزارتی نظارت مستمر داشته باشید
- لوازم حفاظت فردی برای افراد مرتبط با این فرایند تهیه کنید
- مواد گند زدا برای گندزدایی اجساد،کاور اجساد ووسیله نقلیه مربوطه تهیه کنید
- تعداد اجساد را تخمین و برآورد بزنید
- امار دقیق اجساد با هماهنگی دفتر پرستاری ثبت کنید
- تفاهم نامه های لازم برای انتقال صحیح اجساد(با شهرداری) ودفن آنها (اهل قبور) طبق پروتکل های بهداشتی منعقد کنید

۵-مستندات مرتبط :منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: کتاب آمادگی بیمارستانی دکتر حمیدرضا خانکه

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: ، خانم فاطمه نصیری	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
 	 	 

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس	 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: ۲	دامنه کاربرد: کل بیمارستان	

۱- هدف :

- ✓ ۱- کسب تجربه و آشنایی و آماده سازی رهجو برای ورود به عرصه اشتغال و قبول مسئولیتها.
- ✓ ۲- ارتقای توانمندی های حرفه ای معطوف به نیازهای سازمان.
- ✓ ۳- ایجاد انگیزه و ارتقای خودباوری رهجو با مشاهده محیط کار واقعی.
- ✓ ۴- هماهنگ نمودن آموزش های مهارتی و روزآمد کردن استانداردهای آموزشی با تحولات سازمان .
- ✓ ۵- حرکت به سمت برقراری عدالت در آموزش های مهارتی در واحدهایی که محدودیت امکانات آموزش وجود دارد .
- ✓ ۶- حفظ و تقویت مشاغل تخصصی و حرفه ای.
- ✓ ۷- تقویت فرایندهای ارتباطی و روابط کاری .

۲- تعاریف:

انتقال تجربیات شغلی : یکی از روش های آموزش فنی و حرفه ای است که طی آن شایستگی های مربوط به یک شغل از راهبر به رهجو طی یک دوره آموزشی معین در محل اشتغال راهبر منتقل می گردد.

- ✓ آموزش بایستی مطابق تمام یا بخشی از استانداردهای آموزشی سازمان صورت گیرد. برای مشاغل فاقد استاندارد سازمان با مشارکت متخصصین مربوط نسبت به تهیه و تدوین استاندارد ها اقدام می نماید..
- ✓ مدت زمان اجرای دوره در یک بازه زمانی مشخص به توافق طرفین (راهبر و رهجو) برسد.
- ✓ انتقال دانش تجربی بایستی در حد امور متناسب با شغل رهجو که در آن عملاً فعالیت می نماید باشد..
- ✓ آزمون های مورد نیاز در پایان دوره با روشهای متداول و مرتبط انجام پذیرد.
- ✓ ارزشها و کرامات انسانی رعایت شود.

۳- مهارت مسئول : مطابقت با قوانین و بخشنامه ها ، آیین نامه و دستور العمل های جاری کشور ، برآورد نیروی انسانی با روشهای متداول و استانداردهای تعریف شده پیش بینی و به موسسات مربوط معرفی شود .

۴- شرح اقدامات:

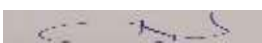
- ✓ انتقال دانش تجربی باید در محل وقوع پست سازمانی و رشته شغلی با هماهنگی رئیس ، سرپرستی ، مدیر، و مسئول اداره و غیره... انجام پذیرد و مستندات آن را طی فرم های تعبیه شده در سوابق پرسنلی راهبر و رهجو درج و یک نسخه از آن به واحد آموزش محل خدمت ارائه دهید
- ✓ برای محل انتقال تجارب فضا و امکانات ضروری و مناسب برای آموزش مهارتهای شغل مربوط را تهیه کنید
- ✓ دستورالعمل های ایمنی و حفاظت و بهداشت کار در واحدهای مورد نظر و مرتبط رعایت کنید
- ✓ یکی از کارشناسان خبره هر یک از واحدها که شرایط احراز راهبری (ماده ۴) را دارند را به عنوان فرد خبره آن واحد طی ابلاغی برای حد اقل مدت یک سال منصوب کنید

- ✓ تدبیری اتخاذ نمایید تا روند انتقال تجربه در پرونده پرسنلی راهبر و رهجو به عنوان سوابق تدریس (برای راهبر) و آموزش شغلی و تخصصی (برای رهجو) ثبت گردد.
- ✓ پس از حصول اطمینان از موفقیت روند انتقال تجربه و به لحاظ فرهنگ سازی و گسترش محیط های آموزشی به نحو مقتضی از خدمات آموزشی انجام شده توسط راهبر و رهجو تقدیر و تشکر نمایید
- ✓ دوره آموزشی(روش و فنون تدریس و ارتقاء مهارت های ارتباطی) برای راهبران قبل از شروع دروه آموزشی پیش بینی کنید
- ✓ به منظور سیاست گذاری، هدایت و نظارت بر اجرای این روش آموزشی، کمیته ای به نام کمیته راهبردی آموزش به روش استاد و شاگردی در اداره تشکیل و نسبت به صدور ابلاغ اعضاء آن به مدت حد اقل یک سال اقدام کنید
- ✓ تعیین رشته های آموزشی، نحوه صدور مجوز، نظارت بر دوره های آموزشی و اجرای دستورالعمل و نیز طراحی فرم های مربوط توسط شورای راهبردی مستقر در مرکز انجام دهید

تبصره: مرجع رسیدگی به اختلافات آموزشی راهبرو رهجو ، در صورت عدم حصول نتیجه در محل خدمت به لحاظ فنی در معاونت های تخصصی دانشگاه مطرح و مورد بررسی قرار خواهد گرفت

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: کلیه مسئولین واحدها و سرپرستاران و کارکنان زیر مجموعه

۶- منابع: تئوری نوین مدیریت کیفیت جامع در بخش دولتی ایران دکتر بهروز ریاحی دانشجوی دکتری مدیریت دولتی واحد و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی دکتر سید مهدی الوانی استاد دانشگاه علامه طباطبایی- مدیریت دانش و سازمان های آموزشی نویسنده: موحذزاده، ایوب- یادگیری سازمانی محمد رضا خلقتی، پدram حیاتی

تهیه کنندگان: مهدی شیخلر	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول منابع انسانی	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل انتخاب ،انتصاب و تغییر مدیران	 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	دامنه کاربرد: مدیران پایه (عملیاتی)	

۱- اهداف : هدف از این دستورالعمل دستیابی به اصل شایسته سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران از طریق شناسایی و ارزیابی افراد با استفاده از معیارهای شایستگی، ثبات مدیریت، افزایش انگیزش کارکنان و نیز شفاف سازی فرایند اداره سازمان می باشد که در راستای ((ضوابط انتخاب ، انتصاب و تغییر مدیران)) موضوع مصوبه شماره ۱۹۰۱/۱۴۲۶ مورخ ۱۳۸۲/۱/۱۱ شورای عالی اداری ، در شورای تحول اداری وزارت متبوع به تصویب رسیده و در تاریخ ۱۳۸۵/۳/۳ بشماره ۱۸۰۴/۳۵۶۹۸۷ مورد تایید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور قرار گرفت.

۲- تعاریف

رهبری : رهبری یعنی نفوذ و تسلط بر دیگران برای جهت کسب هدف ، بعبارت دیگر رهبری ، مدرسیت نفوذ و تسلط بر دیگران جهت کسب اهداف سازمانی می باشد.

برنامه ریزی : بررسی و شناسایی شرایط موجود تجسم و طراحی وضعیت مطلوب در آینده و یافتن و ساختن راه حلها و امکاناتی که رسیدن به وضعیت مطلوب را فراهم می کند .

سازماندهی : فرایندی است که طی آن تقسیم کار میان افراد و گروههای کاری و هماهنگی میان آنان در راستای برنامه ریزی ، بمنظور کسب اهداف صورت گیرد

کنترل : تلاش منظمی است در جهت رسیدن به اهداف استاندارد ، طراحی سیستم بازخورد اطلاعات ، مقایسه اجزای واقعی با استانداردهای از پیش تعیین شده و سرانجام تعیین انحرافات احتمالی و سنجش ارزش آنها بر روند اجرایی (ارزیابی و ارزشیابی) که در برگزیده حداکثر کارایی است .

۳- مهارت مسئول: ریاست بیمارستان – مدیریت – مسئول منابع انسانی

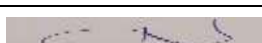
۴- شرح اقدامات: -

- ✓ بمنظور شناسایی افراد شایسته برای انتصاب در پستهای مدیریتی بانک اطلاعاتی مدیران درون دستگاهها تشکیل دهید
- ✓ اطلاعات مربوط به مدیران فعلی و داوطلبان انتصاب پستهای مدیریتی و نیز افراد لایق تصدی پست های مدیریتی که از طریق ارتقاء مسیر شغلی رشد نموده اند در آن ثبت کنید لازم بذکر است که به روز نمودن اطلاعات این بانک حائز اهمیت فراوانی است.
- ✓ از بانک اطلاعاتی مدیران که در سطح ملی توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور تشکیل می شود جهت شناسایی افراد شایسته برای انتصاب در پستهای مدیریتی استفاده کنید
- ✓ کمیته امور مدیران جهت شناسایی افراد شایسته برای انتصاب در پستهای مدیریتی نسبت به تشکیل مراکز ارزیابی و برگزاری آزمونهای عمومی و اختصاصی مدیریت در چارچوب این دستورالعمل و برای سنجش معیارهای عمومی و اختصاصی و اخلاقی اقدام کنید . البته تهیه خزانه و بانک سوالات و تعیین گروه مصاحبه کننده و به روز رسانی آنها اجتناب ناپذیر است.
- ✓ کمیسیون تحول اداری مستقر در ستاد دانشگاه مسئول اجرای این دستورالعمل در واحدهای مختلف و زیر مجموعه های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان می باشد

۵- فرایند انتخاب و انتصاب بشرح نمودار ذیل می باشد :



۶-منابع -دستور العمل شماره ۱۸۰۴/۳۵۶۹۸ مورخ ۸۵/۳/۳ انتخاب ، انتصاب و تغییر مدیران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

تهیه کنندگان: مهدی شیخلر	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول منابع انسانی	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار خدمات	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

۱-هدف: الزام رعایت سنجه اعتبارسنجی و رعایت حقوق گیرنده خدمت

۲-تعاریف: مورد نامفهومی وجود ندارد

۳-مهارت مسئول: تمامی پرسنل باید آشنا به قوانین استفاده از تلفن همراه باشند

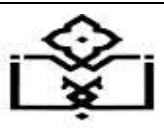
۴-شرح اقدامات:

- ✓ 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 شیفتهای موظف در حالت بی صدا قرار دهید
- ✓ ۳-در بخشهای 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 بخشهای 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 اتاقهای استراحت بخشهای ذکر شده مقدور می باشد
- ✓ ۵-در بخشهای 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.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: دستورالعمل شماره ۴۰۲/۲۶۸۵۰ دمو رخه ۱۳۹۶/۱۱/۰۴

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸ و دستورالعمل شماره ۴۰۲/۲۶۸۵۰ دمو رخه ۱۳۹۶/۱۱/۰۴

تهیه کنندگان: مهدی شیخلر	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول منابع انسانی	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدیر ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	ارزشیابی کارکنان در بیمارستان	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

۱- هدف ۱- تعیین حقوق و مزایا ۲- برنامه ریزی برای آموزش منابع انسانی و بهبود توانایی ها ۳- جابه جایی کارکنان برای ایجاد تناسبی بهتر بین افراد و وظایفشان ۴- مدیریت پاداش ۵- تسهیل نظارت و بازرسی ۶- نظارت و کنترل مناسب

۲- تعاریف:

گروه هدف: گروه هدف ارزیابی عملکرد شامل کلیه کارکنان موضوع ماده ۲ آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیرهیات علمی می باشد. شاغلین موسسه که در چهار گروه مدیران پایه ، مدیران میانی کارکنان و کارکنان پشتیبانی طبقه بندی می شود می بایست فرم های مربوط به خود را در زمان مقرر تکمیل نمایند

عملکرد: چگونگی انجام وظایف و فعالیت ها و نتایج حاصل

ارزیابی: فرایند سنجش، ارزش گذاری و قضاوت

دوره ارزیابی: دوره ارزیابی از اول فروردین ماه هر سال تا پایان اسفند همان سال می باشد.

شروع فرآیند ارزیابی نهایی: از ابتدای اسفندماه هر سال تا پایان خردادماه سال بعد می باشد. ارزیابی آیین ۲ شونده: شامل کلیه کارکنان مشمول ماده نامه اداری استخدامی می باشد.

ارزیابی کننده: یا سرپرست بلافصل کارمند مسئولی است که از لحاظ سلسله مراتب سازمانی در سطح مدیران عالی، میانی، پایه با حداقل مشاغل، رئیس اداره، قسمت، گروه، بخش و عناوین مشابه بوده و مسئولیت ارجاع کار به کارمند و سرپرستی وی را بر عهده دارد و از وی گزارش دریافت می نماید .

مدیر واحد (تأییدکننده): بالاترین مقام اجرایی هر واحد سازمانی که مسئول تأیید نهایی فرم ارزیابی عملکرد کارمندان، پس از بازبینی توسط سرپرست بلافصل آنان می باشد.

شاخص: مشخصه ای که بر اساس آن عملکرد افراد با توجه به ورودی ها، فرایندها، ستانده ها و پیامدها امتیازدهی و مورد ارزشیابی قرار می گیرد.

فرم موافقت نامه عملکرد: فرمی است که در ابتدای دوره ارزیابی بین ارزیابی شونده و ارزیابی کننده تکمیل می شود و در آن حدود انتظارات و وظایفی که در طول دوره ارزیابی بر عهده ارزیابی شونده است مشخص می گردد. عملکردهای مثبت و منفی کارمند در آن ثبت می ،

فرم پایش عملکرد: فرمی است که در حین دوره ارزیابی شود. این فرم به منظور جلوگیری از خطاهای رایج در فرایند ارزیابی عملکرد(هاله ای، تقدم، تأخر و ...) طراحی شده است.

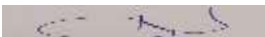
موسسه : منظور از موسسه در این دستورالعمل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مؤسسات تابع آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیرهیات علمی و سایر سازمان ها و مراکز تحت پوشش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد. —

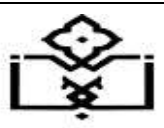
۳- مهارت مسئول: آشنایی کارکنان به روند ارزیابی سالیانه

۴-شرح اقدامات: پس از ابلاغ دستور العمل جدید ارزیابی عملکرد سال ۹۸ کارکنان به شماره ۲۰۹/۳۹۲۳/د مورخ ۹۸/۵/۲۶ اداره کل منابع انسانی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ،توسط دانشگاه متبوع ، مرحله اول (فرایند ارزیابی عملکرد مدیران و کارکنان در سه مرحله :برنامه ریزی عملکرد، پایش عملکرد و ارزیابی عملکرد پس از ارائه آموزشهای لازم به مسئولین مربوط (ارزشیابی کنندگان) به طور رسمی از تاریخ ۹۸/۷/۱ آغاز گردید که طی این روند تا روز ۹۸/۸/۵ می باید روند مزبور به اتمام برسد این روند هرساله از تاریخ ۰۷/۱ با ارزیابی شاخصهای اختصاصی شروع میشود و سپس مرحله دوم ارزیابی (عوامل فرایندی) در تاریخ ۱۲/۱ هرسال انجام خواهد پذیرفت.و تا خرداد ادامه خواهد داشت.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: دستور العمل جدید (سال ۹۸) ارزیابی عملکرد کارکنان موسسات تابع آیین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیات علمی موضوع ماده ۲ آیین نامه به انضمام فرم های مربوط

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸ ودستور العمل جدید (سال ۹۸) ارزیابی عملکرد کارکنان

تهیه کنندگان: مهدی شیخلر	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول منابع انسانی	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	کردن اطلاعات و ثبتهای تأخیری	
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

۱-هدف: سهولت در پرونده نویسی و ثبت اطلاعات و بررسی پرونده

۲-تعاریف: در پرونده پزشکی بیمار ترتیب اوراق بایست رعایت گردیده و پرونده بایست شکل منظمی از نظر ترتیب قرار گرفتن اوراق بر طبق شماره اوراق داشته باشد.

TOMR : TIME Oriented Medical Report

IMR : Integrated Medical Report

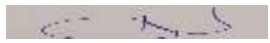
۳-مهارت مسئول: کارکنان واحد پذیرش وظیفه تشکیل و تنظیم پرونده بر اساس اوراق استاندارد شماره دار را بر عهده دارند و پس از ترخیص بیمار پرونده مجدداً توسط کارکنان واحد بایگانی مدارک پزشکی به هنگام پوشه زدن بازبینی و مرتب میگردد. مسئول مدارک پزشکی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح و استفاده از اوراق استاندارد در پرونده سازی و مرتب بودن پرونده را بر عهده دارد

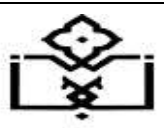
۴-شرح اقدامات:

- ۱- ✓ پرونده سازی و تشکیل پرونده بر طبق اوراق استاندارد (۱۸ برگ اصلی و مخصوص) طبق روش TOMR یا IMR در واحد پذیرش انجام دهید. مجری (کارکنان واحد پذیرش)
- ۲- ✓ پرونده پس از تشکیل به بخش مربوطه ارسال و نهایتاً پرونده پس از ترخیص بیمار به بایگانی مدارک پزشکی تحویل دهید و بازسازی و مرتب و پوشه بنزید و شکل منظمی به پرونده دهید و فایل کنید. مجری (کارکنان واحد بایگانی مدارک پزشکی)

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: اوراق استاندارد شماره دار، کارکنان واحد پذیرش-بخش های درمانی -واحد آمار و مدارک پزشکی

۶-منابع: راهنمای اعتباربخشی ۹۸ / پرونده های بستری و سرپائی بیمارستان

تهیه کنندگان: مژگان اعلائی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	استفاده از نمادها و اختصارات در مستند سازی پرونده	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱ از ۲	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

۱-هدف: استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربردی به منظور برداشت و تفهیم یکسان از این اختصارات و به جهت پیشگیری از به مخاطره افتادن ایمنی بیمار

۲-تعاریف: در ثبت گزارشات پزشکی و پرستاری از حروف اختصاری مجاز و کاربردی و از اصطلاحات پزشکی رایج استفاده گردد

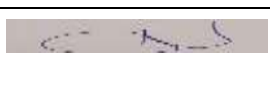
۳-مهارت مسئول: سرپرستار هر بخش مسئولیت نظارت بر حسن اجرای روش استفاده از اختصارات رایج و کاربردی بخش مربوطه را برعهده داشته و با تهیه لیست اختصارات مجاز و کاربردی با پزشکان و پرستاران بخش همکاری لازم را انجام میدهد. مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت نیز با بررسی پرونده ها و در صورت مشاهده اختصارات و اصطلاحات غیر رایج و نامتعارف در پرونده (که منجر به اخلال در کار کد گذاری پرونده گردیده است) با همکاری سرپرستار بخش مربوطه به اصلاح پرونده اقدام مینماید

۴-شرح اقدامات:

- ✓ -لیست اختصارات رایج و کاربردی هر بخش توسط سرپرستار بخش تهیه و در اختیار کادر بخش قرار دهد و رونوشتی از آن به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ارسال کنید (پزشکان و پرستاران مجاز هستند تنها از اختصارات رایج و مجاز تهیه شده در ثبت گزارشات استفاده نمایند).
- ✓ -در بدو شروع به کار کارکنان آموزشهای لازم را در خصوص نحوه استفاده از اختصارات دهید (توسط سرپرستار بخش)
- ✓ -مستندات پرونده به صورت مستمر بررسی و در صورت مشاهده کاربرد ناصحیح اختصارات آموزشهای لازم داده شود
- ✓ -به جهت اینکه تشخیص ها و اقدامات طبی درمانی بایست در واحد مدارک پزشکی کدگذاری گردد لذا در صورت مشاهده استفاده از اختصارات غیر رایج و ساختگی به سرپرستار بخش مربوطه اطلاع دهید و پرونده مربوطه اصلاح و کدگذاری انجام گیرد

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: لیست اختصارات رایج و کاربردی تهیه شده توسط سرپرستار که در اختیار کادر بخش قرار می گیرد. مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸ / گزارشات ثبت شده در پرونده های بیماران

تهیه کنندگان: مژگان اعلائی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار علمی	کد سند: MN –INS BK-۰۵		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدیر اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
صفحه: ۵		دامنه کاربرد : کلیه بخشهای در مانی و پارا کلینیکی	

۱-هدف: جلوگیری از انتقال بیماری، پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی، ارتقاء سطح بهداشت و ایمنی بیماران، همراهان و همکاران

۲-تعاریف:

- ✓ بیماریهای عفونی (بیماریهای ناشی از ریز یاخته ها که از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است).
- ✓ عفونت بیمارستانی: تمامی عارضه های تبداری که ظرف ۷۲ ساعت پس از بستری در بیماران یا همراهان ایجاد میگردد.
- ✓ گند زدائی: هرگونه فعالیت برای جلوگیری از ادامه حیات رشد و تکثیر ریز یاخته هائی که در ایجاد بیماری موثرند.

۳-مهارت مسئول: طی دوره های آموزشی تخصصی برای فارغ التحصیلان و نیز طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط با درمان

۴-شرح اقدامات:

- ۱- کلیه دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی بخش ها و واحد ها میبایست توسط کمیته کنترل عفونت و واحد بهداشت محیط تهیه گردد (نحوه رقیق سازی، کدبندی رنگ تی ها و تنظیف ها محل شستشو و شیوه های نظافت و گندزدایی).
- ۲- کلیه کارکنان باید از دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی بخش ها و واحد ها مطلع و آگاه باشند .
- ۳- کلیه کارکنان باید دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی بخش ها و واحد ها را به طور کامل اجراء نمایند .
- ۴- طبق ضوابط و زمان بندی مشخص شده برای هر وسیله، با هماهنگی مسئولین بخش ها نسبت به انجام به موقع و مناسب فرایند نظافت و گند زدایی وسایل مراقبتی موجود در هر بخش اقدام صورت گیرد .
- ۵- نظافت و گند زدایی بخش ها و واحد ها میبایست بصورت روزانه توسط نیروی خدمات و مطابق با آموزش های انجام شده صورت گیرد .
- ۶- اقدامات قبل از پاکسازی :

- ✓ قبل از پاکسازی بهم ریختگی را رفع کنید
- ✓ دستورالعمل کارخانه سازنده برای رقیق سازی و زمان تماس صحیح برای محلول های پاکسازی و گندزدایی بررسی کنید
- ✓ مواد (ابزار) مورد نیاز برای پاکسازی قبل از ورود به اتاق برای گندزدایی تهیه کنید
- ✓ دست ها در هنگام ورود به اتاق تمیز کنید

۷- اقدامات هنگام پاکسازی :

- ✓ پاکسازی از بخش های با حداقل آلودگی (تماس کم) به بخش های با بیشترین آلودگی (تماس زیاد) و از سطوح با مسافت زیاد به مساحت کم شروع کنید
- ✓ گرد و خاک قبل از پاکسازی و گندزدایی حذف کنید
- ✓ سر تی قبل از اینکه خیس شود خشک کنید
- ✓ حداقل نمودن آشفستگی برای پیشگیری از انتشار گرد و خاکی که ممکن است حاوی میکروارگانیسم باشد

- ✓ هرگز سر تی در هوا تکان ندهید
- ✓ سر تی به وفور تعویض کنید
- ✓ محلولهای پاک سازی بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده تعویض کنید . محلولهای پاکسازی در قسمت های آلوده بیشتر تعویض کنید
- ✓ ظرف حاوی محلول های گندزدایی و پاک کننده ها پس از اتمام دور بیندازید
- ✓ هنگام ترک اتاق دست ها را پاک کنید

۸- در صورت تماس با خون ، تمام مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بدن بجز عرق (بدون در نظر گرفتن خون قابل رویت داخل آنها) ، پوست آسیب دیده و مخاط ها ، رعایت موارد زیر ضروری است :

- ✓ فوراً دستکش یا گان آلوده را در آورید
- ✓ پوست آلوده شده را فوراً با آب و صابون بشوئید
- ✓ خودداری از مالش موضعی چشم و چشم آلوده شده را به مدت حداقل ۱۵ دقیقه زیر شیر آب نگه داشته و شستشو دهید . شستن دستها پس از خروج دستکش ها از دست الزامی است ، دستها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شود (عمل هندراب نیز اگر بصورت صحیح انجام شود کافی است) .
- ✓ پزشک ، فرد مورد تماس را معاینه نموده و آزمایشات لازم را برای وی در خواست می نماید و مسئول شیفت این حادثه را ثبت و گزارش نموده و در پرونده پزشکی فرد مورد نظر ثبت می نماید .

۹- استفاده از گان ، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد الزامی است.

۱۰- به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا ، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولاً کافی است ولی اگر ترشحات ، حاوی ارگانیسم های بالقوه خطرناک باشند باید از یک ماده گندزدا استفاده کرد . برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یکبار مصرف پوشیده و اگر خطرآلودگی لباس نیز وجود دارد بایستی از آپرون پلاستیکی (یکبار مصرف) استفاده گردد .

۱۱- مراحل پاکسازی و ضدعفونی خون

- ✓ جهت پاک کردن خون باید دقت کرد خون تازه باشد (خشک نشده باشد) ، محدوده ی آن بیشتر از ۳۰-۲۰ سانتیمتر نباشد و خون حاوی سر سوزن و یا اجسام نوک تیز و برنده نباشد .

الف) ابتدا جهت بی خطر سازی خون باید مراحل زیر را انجام داد:

- ✓ وسایل حفاظت فردی بپوشید
- ✓ ابتدا دستمال جاذب که به ضد عفونی کننده سطوح آغشته کرده روی خون بگذارید و حدود ۱۰ دقیقه صبر کنید تا ضمن جذب خون به خود بی خطر سازی نیز انجام شود، می تواند دستمال را روی خون گذاشته و ضد عفونی سطوح را روی دستمال بریزید
- ✓ بعد از جذب شدن خون به دستمال، دستمال را به شکل دورانی و به سمت داخل جمع کنید .
- ✓ دستمال در کیسه زرد رنگ (مخصوص عفونی) قرار دهید.

ب) سپس پاکسازی و ضد عفونی سطوحی که خون را بی خطر کرده اید را به شرح زیر انجام می دهید

- ✓ اگر خون متمرکز روی تخت یا دیوار ریخته شده باشد با دستمال آغشته به ضد عفونی کننده سطوح انجام دهید
- ✓ اگر خون روی زمین ریخته شده باشد با تی مخصوص عفونی آغشته به محلول ضد عفونی کننده سطوح همان سطوحی که بی خطر سازی خون را انجام داده اید پاکسازی و ضد عفونی کنید
- ✓ در نهایت با تی سفید رنگ آغشته به محلول ضد عفونی کننده سطوح تی کشی کل سطوح را انجام دهید

✓ اگر خون غیر متمرکز یا گسترده باشد (محدوده آن بیشتر از ۳۰-۲۰ سانتیمتر باشد) به روش ذیل عمل کنید :

الف) ابتدا جهت بی خطر سازی خون باید مراحل زیر را انجام داد:

✓ پوشیدن وسایل حفاظت فردی

✓ با تی مخصوص عفونی آغشته به ضد عفونی کننده همان قسمتی که خونی است را تی کشی می کنیم.

✓ تی عفونی شسته شده و ضد عفونی کنید

ب) جهت پاکسازی و ضد عفونی منطقه ای که بی خطر کرده اید موارد ذیل را انجام دهید

✓ با تی مخصوص عفونی آغشته به ضد عفونی کننده سطوح محل را پاکسازی و ضد عفونی کنید

✓ در نهایت با تی زرد رنگ آغشته به ضد عفونی کننده تی کشی کل سطوح را انجام دهید

✓ در صورتی که خون حاوی سر سوزن و یا اجسام نوک تیز و برنده باشد ابتدا با پنس اجسام نوک تیز را جمع کرده و داخل سفتی باکس قرار دهید و دستمال آغشته به ضد عفونی کننده را با پنس به صورت دورانی بردارید

۱۲- پرسنل خدماتی در هر بخش با توجه به شرح وظایف محوله می بایست با رعایت احتیاطات استاندارد نسبت به موارد ذیل اقدام نمایند :

✓ کف کلیه اتاقها و راهروها ، بایستی روزانه و در طول سال نظافت و در صورت نیاز با آب ژاول رقیق شده گندزدایی گردد .

✓ تی کشیدن باید به صورت زیگزاگی (مارپیچی) و از انتهای اتاق به سمت ورودی اتاق و از محل تمیز به محل آلوده صورت گیرد .

✓ کلیه کفشورهای موجود در قسمتهای مختلف بایستی مجهز به توری بوده و این توریها روزانه و در طول سال نظافت شوند .

✓ تی های مورد استفاده در هر بخش بایستی بعد از هر بار استفاده توسط نیروی خدماتی در طول روز و در شیفتهای مختلف کاملاً شسته و از قرار دادن تی ها بصورت مرطوب روی زمین اکیداً خودداری شود .

✓ ظروف صابون مایع بعد از هر بار خالی شدن بایستی توسط نیروی خدماتی شسته ، با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ گندزدایی و خشک شود و سپس نسبت به پر کردن آن اقدام گردد.

✓ داخل کابینتها بایستی توسط نیروی خدماتی طبق برنامه اعلامی در بخش بطور مرتب نظافت و از پهن کردن روزنامه داخل آنها خودداری شود .

✓ توالت ها توسط نیروی خدماتی حداقل در هر شیفت یکبار بایستی با رعایت احتیاطات استاندارد با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ نظافت و گندزدایی شوند

۱۳- حمام ها باید حداقل بصورت روزانه توسط پرسنل خدمات به شرح ذیل نظافت گردد :

۱. فرآیند پاک سازی از منطقه تمیز به سمت کثیف باشد

۲. جمع آوری رخت های کثیف (در صورت وجود) و نیز جمع آوری پسماندها

۳. تمیز کردن دستگیره و چارچوب درب ، کلید لامپ

۴. تمیز کردن سطوح داخلی و خارجی سینک ، شیر و آینه با استفاده از هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ (زمان تماس حداقل ۱۰ دقیقه رعایت شود

۵. تمیز کردن دوش ها

۶. تمیز کردن نرده ها و قفسه ها

۷. بازدید و تعویض پرده بصورت ماهیانه

۸. درآوردن دستکش ها و شستن دست ها

۹. جایگزینی دوباره کاغذ توالت ، کیسه پسماند ، صابون و سایر اقلام مورد نیاز

۱۰. در صورت مشاهده کپک و درز و وجود نشی گزارش دهید

- ✓ جهت نظافت حمام ها و سینکها بایستی از برس های نایلونی استفاده کنید. (استفاده از دستمالهای پنبه ای یا برسهای غیر پلاستیکی موجب آلودگی شدید آنها شده و گندزدایی آنها را مشکل میکند . به همین دلیل نباید مورد استفاده قرار گیرد)
 - ✓ نخ تی باید ی بصورت خشک و در محل مناسب نگهداری کنید و تی ها باید همیشه آویزان باشند .
 - ✓ در پایان هر شیفت کاری که زباله ها تخلیه می شود ، بایستی سطهای زباله توسط نیروی خدماتی با آب داغ و دترجنت (مواد پاک کننده) شستشو شود و به صورت وارونه نگهداری شود و سپس کیسه زباله جدید با رنگ مناسب کشیده شود .
 - ✓ برای جمع آوری زباله و شستشوی توالتها بایستی از دستکش مخصوص استفاده کنید
 - ✓ در هنگام کار از لباس کار مناسب و دستکش و در هنگام شستشوی سرویسهای بهداشتی حتماً از چکمه استفاده کنید
 - ✓ در صورتی که پارچه های چند بار مصرف برای نظافت استفاده میشوند ، پارچه ها بایستی پس از هر بار استفاده شسته شده و سپس خشک گردند .
- ۱۴- اقدامات پس از پاکسازی :

✓ بیشتر از ظرفیت اتاق اشغال نگردد

✓ ابزار مورد استفاده برای گندزدایی و پاکسازی بین هر بار استفاده باید تمیز و خشک گردند

✓ سر تی روزانه باید شست و شو گردد . تمامی سر تی ها باید به طور کامل قبل از استفاده خشک گردند

۱۵- نظافت بخش های درمانی ویژه :

✓ گردگیری سطوح افقی به طور روزانه به وسیله پارچه مرطوب شده با مواد پاک کننده و یا در صورت لزوم گندزدا

✓ احتیاط هنگام استفاده از وسیله گردگیری مرطوب در سطوحی که بالای سر بیمار قرار دارند به منظور جلوگیری از تماس بیمار با مواد گندزدایی کننده و پاک کننده

✓ عدم استفاده از وسایل نظافت ای که باعث تولید ذرات معلق و یا گرد و غبار می شوند

۱۶- استفاده از مواد گندزدای حاوی فنل در تمام بخش ها بخصوص بخش ویژه نوزادان بعلت افزایش بیلی روبین خون ممنوع است .

✓ نظافت ترالی پانسمان و دارو :-قبل از انجام کار و پایان هر شیفت کاری بایستی روی ترالی با الکل ۷۰٪ یا سایا سپت اچ پی ضدعفونی شود.

✓ دقت کنید باید پایه و چرخ های ترالی روزانه با دستمال جداگانه تمیز کنید

✓ صفحه کلید- ماوس کامپیوتر- گوشی تلفن در پایان هر روز با الکل ۷۰٪ یا سایا سپت اچ پی ضدعفونی کنید

✓ نظافت دستگاه فشار سنج و گوشی :-گوشی فشار سنج باید با الکل ۷۰٪ یا سایا سپت اچ پی ضدعفونی کنید .کاف دستگاه فشار سنج در صورت آلودگی باید خارج کنید

✓ نظافت یخچال :-ضدعفونی دستگیره در یخچال بصورت روزانه با سپتی سرفیس و نظافت کلی یخچال ها باید بصورت هفتگی انجام شوند (با آب و دترجنت) و برفک زدایی صورت بگیرد و باید دقت شود از گذاشتن پلاستیک سیاه داخل یخچال خودداری شود.

✓ شیشه و درهای شیشه ای :-روزانه با شیشه پاک کن تمیز کنید

✓ نظافت قاب عکس ها وتلویزئون :- با دستمال مرطوب در هفته دو بار گرد گیری کنید

✓ پایه سرم شستشو روزانه با آب گرم و دترجنت و خشک کردن و سپس با ماده گندزدای غیر الکلی

دستورالعمل استفاده از تی ها

- ✓ وسایل مربوط به نظافت از قبیل سطل ها، نخ تی بایستی خشک شده و در محل مناسب نگهداری شود. تی ها باید پس از استفاده شست و شو با دترجنت و ضدعفونی با وایتکس و همیشه آویزان بمانند. خشک نمودن زمین لازم بوده چون محیط های مرطوب و آلوده، امکان رشد باسیل های گرم منفی را فراهم می کنند.
- ✓ نظافت اتاق عمل، اتاق ایزوله با تی دارای برچسب قرمز انجام شود
- ✓ نظافت اتاق استراحت پرسنل ، رختکن خانم ها و آقایان و آبدارخانه با تی دارای برچسب آبی انجام شود
- ✓ نظافت اتاق بیماران و راهرو بین اتاق ها با تی دارای برچسب زرد انجام شود
- ✓ نظافت بخش های اداری ، ایستگاه پرستاران ، پذیرش با تی دارای برچسب سفید انجام شود
- ✓ نظافت سرویس بهداشتی با برس جارویی دارای برچسب قرمز انجام شود

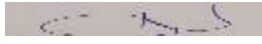
نکات بهداشتی در مورد جمع آوری البسه های کثیف از بخش ها پرسنل مسئول جمع آوری و تفکیک البسه ها بایستی هنگام کار از ماسک و دستکش استفاده کنند و بر علیه بیماری هپاتیت B واکسینه شده باشند. در حین جمع آوری ملحفه های آلوده با خون و سایر مایعات بدن بایستی به صورتی پیچیده شود که قسمت آلوده در وسط ملحفه محفوظ نگه داشته شود و در حین جمع آوری البسه و قرار دادن آنها در داخل کیسه باید از عدم باقی ماندن وسایل نوک تیز و سوزن داخل ملحفه ها اطمینان حاصل شود. البسه پس از جمع آوری توسط پرسنل کمک بهیاری با استفاده از بین های مخصوص البسه کثیف به لنژری منتقل شده و پس از شستشو و گندزدایی در رختشویخانه با استفاده از بین های مخصوص البسه تمیز به بخش های درمانی منتقل می شود. بین های پارچه ای در صورت لزوم هفته ای یکبار به سیستم لنژری منتقل می شود.

حمل و نقل پسماند در داخل بیمارستان پسماند بیمارستانی باید به وسیله ظروف چرخدار، کانتینر یا چرخهای پس ماند که برای هیچ کار دیگری استفاده نمی شوند در محدوده بیمارستان جابجا می شود و این وسایل باید دارای خصوصیات زیر باشند:

- ✓ به آسانی بارگیری و تخلیه شود.
- ✓ لبه های تیز و برنده نداشته باشند تا هنگام بارگیری و تخلیه باعث پاره شدن کیسه ها نشوند.
- ✓ به آسانی قابل تمیز کردن بوده و روزانه تمیز و گندزدایی شوند.

۵- مستندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط): محلولهای ضدعفونی و دستکش و ماسک

۶- منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۰۵		عنوان سند دستورالعمل نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی واحدهای اداری	 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: کلیه بخشهای درمانی و پاراکلینیکی		

۱-هدف: جلوگیری از انتقال بیماری ، پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی ، ارتقاء سطح بهداشت و ایمنی بیماران ، همراهان و همکاران

۲-تعاریف:

- ✓ بیماریهای عفونی(بیماریهای ناشی از ریز یاخته ها که از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است).
- ✓ عفونت بیمارستانی: تمامی عارضه های تبداری که ظرف ۷۲ ساعت پس از بستری در بیماران یا همراهان ایجاد میگردد.
- ✓ گند زدائی: هرگونه فعالیت برای جلوگیری از ادامه حیات رشد و تکثیر ریز یاخته هائی که در ایجاد بیماری موثرند.

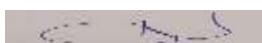
۳-مهارت مسئول: طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای خدمات

۴-شرح اقدامات:

- ✓ سالن (راهرو بیمارستان) : ابتدا جارو و جمع کردن آشغال ها و سپس شست و شو و تی کشی با محلول دترجنت بصورت روزانه انجام دهید
- ✓ دیوار ها ، پنجره ها و درب ها : نظافت با شیشه پاک کن بصورت هفتگی انجام دهید
- ✓ واحدهای اداری : تی کشی با محلول دترجنت بصورت روزانه انجام دهید
- ✓ دستشویی و توالت ها : شست و شو با دترجنت و ضدعفونی با وایتکس یک درصد انجام دهید
- ✓ سالن جلسات : ابتدا جارو و جمع کردن آشغال ها و سپس شست و شو با آب و دترجنت بصورت هفتگی و در صورت لزوم انجام دهید
- ✓ نمازخانه: جارو و گردگیری هفته ای دو بار انجام دهید
- ✓ میزهای واحدهای اداری و سایر سطوح : نظافت با شیشه پاک کن بصورت روزانه انجام دهید

۵-مستندات مرتبط:(منابع ،امکانات وکارکنان مرتبط):محلولهای ضدعفونی ودستکش وماسک

۶-منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان:فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی اشپزخانه	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: آشپزخانه	

۱-هدف: جلوگیری از انتقال بیماری ، پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی ، ارتقاء سطح بهداشت و ایمنی بیماران ، همراهان و همکاران

۲-تعاریف:

- ✓ بیماریهای عفونی(بیماریهای ناشی از ریز یاخته ها که از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است).
- ✓ عفونت بیمارستانی: تمامی عارضه های تبداری که ظرف ۷۲ ساعت پس از بستری در بیماران یا همراهان ایجاد میگردد.
- ✓ گند زدائی: هرگونه فعالیت برای جلوگیری از ادامه حیات رشد و تکثیر ریز یاخته هائی که در ایجاد بیماری موثرند.

۳-مهارت مسئول: طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط در آشپزخانه

۴-شرح اقدامات:

بهداشت فردی کارکنان آشپزخانه:

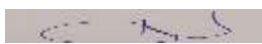
- ✓ کارت بهداشتی کارکنان در معرض دید مراجعین قرار دهید
- ✓ ناخن و موی سر و صورت خود را کوتاه نمایید
- ✓ صورت مرتب و روزانه استحمام نمایید
- ✓ به کلاه و لباس به رنگ روشن ملبس باشید
- ✓ لباس و وسایل شخصی خود را در کمد انفرادی نگهداری نمایید
- ✓ باید قبل از شروع کار دستها و صورت خود را با آب و صابون بشوینید
- ✓ (پرسنل مسئول توزیع غذا) هنگام کار از دست زدن به سر دهان بینی و گوش خود احتراز نمایید
- ✓ (کارکنان رستوران) باید هنگام توزیع غذا از دستکش استفاده کنید
- ✓ هیچ یک از پرسنل آشپزخانه حق دستکاری و دست زدن به مواد غذایی آماده را ندارند
- ✓ شستن دست و صورت در محل ظرفشویی ممنوع است .کارکنانی که نظافت و شستشوی محل و لوازم را برعهده دارند باید در ضمن انجام کار چکمه لاستیکی بپوشند
- ✓ باید قبل شروع به کار استحمام نمایید
- ✓ باید بهداشت فردی را رعایت نمایید و ناخنها و موها کوتاه و تمیز باشد.
- ✓ باید برای البسه و وسایل نظافت و استحمام در بیرون از محوطه پخت و پز قفسه داشته باشید
- ✓ لباس کار و وسایل نظافت و استحمام باید به تعداد و مقدار کافی در اختیار کارگر آشپزخانه قرار دهید
- ✓ کارگران باید در هنگام کار از روپوش و شلوار سفید ،کلاه سفید ، پیش بند و دستکش وچکمه های لاستیکی استفاده نمایند
- ✓ لباس کارگرانی که با مواد غذایی سر و کار دارند به طور اختصاصی و مجزا از لباس سایر کارگران باید شستشو شود
- ✓ بعد از توال و قبل از شروع به کار دستهای خود را با آب و صابون بشویند

بهداشت لوازم و ابزار کار آشپزخانه

- ✓ کلیه ظروف آشپزخانه باید بدون ترک خوردگی و لب پریدگی و غیر پلاستیکی واز جنس زنگ نزن باشد .
- ✓ استفاده از ظروف و لوازم چوبی و حصیری در آشپزخانه ممنوع است
- ✓ پس از شستشو ظروف رادر جاذرفی مخصوص و به طور عمودی قرار داد تا در مجاورت هوا خشک شود.
- ✓ کف کمد ها قفسه ها اجاق گاز و یخچالها باید حداقل ۲۰ سانتیمتر از سطح زمین فاصله داشته باشد.
- ✓ سطوح داخلی و خارجی هودها بایستی هر روز پس از خاتمه کار نظافت شود.
- ✓ کلیه قطعات وسایلی نظیر چرخ گوشت بعد از خاتمه کار باید جدا شده و با آب گرم و مواد پاک کننده شسته شده و فقط هنگام استفاده مجدد به هم وصل شود.
- ✓ آبکش ها نباید روی زمین گذاشته شود برای این منظور میتوان از پایه های فلزی به ارتفاع ۳۰ تا ۴۰ سانتی متری استفاده نمود و آبکشها را بر روی آن قرار داد.
- ✓ تخته مخصوص خرد کردن گوشت و سبزی باید بدون درز و ترک خوردگی باشد و پس از هر بار استفاده شستشو شده و روی سطح آن نمک پاشیده شود.
- ✓ ظروف زباله باید درب دار و قابل شستشو شده و ضد عفونی شود
- ✓ کلیه وسایلی که برای آماده کردن غذا به کار می رود بعد از پایان کار باید کاملاً شسته و ضد عفونی کنید
- ✓ مواد شوینده و پاک کننده مصرفی باید استاندارد و دارای پروانه ساخت باشد .
- ✓ پایان هر شیفت کف آشپزخانه با آب و دترجنت شست و شو و با وایتکس یک درصد ضد عفونی کنید و روزهای جمعه واشینگ کلی آشپزخانه انجام دهید

۵- مستندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط): محلولهای ضد عفونی و دستکش و ماسک

۶- منابع: کتاب راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: ۰۵-INS BK-MN	عنوان سند دستورالعمل نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی اتاق عمل دامنه کاربرد: کلیه بخشهای در مانی و پاراکلینیکی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۴		

۱-هدف: جلوگیری از انتقال بیماری ، پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی ، ارتقاء سطح بهداشت و ایمنی بیماران ، همراهان و همکاران

۲-تعاریف:

- ✓ بیماریهای عفونی(بیماریهای ناشی از ریز یاخته ها که از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است).
- ✓ عفونت بیمارستانی: تمامی عارضه های تبداری که ظرف ۷۲ ساعت پس از بستری در بیماران یا همراهان ایجاد میگردد.
- ✓ گند زدائی: هرگونه فعالیت برای جلوگیری از ادامه حیات رشد و تکثیر ریز یاخته هائی که در ایجاد بیماری موثرند.

۳-مهارت مسئول: طی دوره های آموزشی تخصصی برای فارغ التحصیلان و نیز طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط با درمان

۴-شرح اقدامات:

- کلیه دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی بخش ها و واحد ها (نحوه رقیق سازی ، کدبندی رنگ تی ها و تنظیف ها محل شستشو و شیوه های نظافت و گندزدایی) میبایست تهیه کنید(توسط کمیته کنترل عفونت و واحد بهداشت محیط)
- کلیه کارکنان باید از دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی بخش مطلع و آگاه باشند و اجرا نمایند
- طبق ضوابط و زمان بندی مشخص شده برای هر وسیله ، با هماهنگی مسئولین بخش نسبت به انجام به موقع و مناسب فرایند نظافت و گند زدایی وسایل مراقبتی موجود در هر بخش اقدام کنید
- نظافت و گند زدایی بخش ها و واحد ها میبایست بصورت روزانه توسط نیروی خدمات و مطابق با آموزش های انجام شده صورت گیرد .
- رقیق سازی گندزدا ها باید طبق دستور العمل در تی شوی خانه یا اتاق کثیف و در نهایت دقت و با رعایت احتیاطات ایمنی توسط پرسنل خدمات انجام شود .
- در صورت تماس با خون ، تمام مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بدن بجز عرق (بدون در نظر گرفتن خون قابل رویت داخل آنها) ، پوست آسیب دیده و مخاط ها ، رعایت موارد زیر ضروری است :
- ✓ فوراً دستکش یا گان آلوده را در آورید
- ✓ پوست آلوده شده را فوراً با آب و صابون بشوئید
- ✓ خودداری از مالش موضعی چشم و چشم آلوده شده را به مدت حداقل ۱۵ دقیقه زیر شیر آب نگه داشته و شستشو دهید . شستن دستها پس از خروج دستکش ها از دست الزامی است ، دستها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شود (عمل هندراب نیز اگر بصورت صحیح انجام شود کافی است) .
- ✓ پزشک ، فرد مورد تماس را معاینه نموده و آزمایشات لازم را برای وی در خواست می نماید و مسئول شیفت این حادثه را ثبت و گزارش نموده و در پرونده پزشکی فرد مورد نظر ثبت می نماید .
- ۷- استفاده از گان ، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد الزامی است.
- ۸- به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا ، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولاً کافی است ولی اگر ترشحات ، حاوی ارگانیسم های بالقوه خطرناک باشند باید از یک ماده گندزدا استفاده کرد . برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یکبار مصرف پوشیده و اگر خطرآلودگی لباس نیز وجود دارد بایستی از آپرون پلاستیکی (یکبار مصرف) استفاده گردد .

۹- مراحل پاکسازی و ضدعفونی خون: جهت پاک کردن خون باید دقت کرد خون تازه باشد (خشک نشده باشد)، محدوده ی آن بیشتر از ۳۰-۲۰ سانتیمتر نباشد و خون حاوی سر سوزن و یا اجسام نوک تیز و برنده نباشد .

- ✓ ابتدا جهت بی خطر سازی خون باید مراحل زیر را انجام داد:
- ✓ پوشیدن وسایل حفاظت فردی
- ✓ ابتدا دستمال جاذب که به ضد عفونی کننده سطوح آغشته کرده روی خون می گذاریم و حدود ۱۰ دقیقه صبر می کنیم تا ضمن جذب خون به خود بی خطر سازی نیز انجام شود، می توان دستمال را روی خون گذاشته و ضد عفونی سطوح را روی دستمال ریخت .
- ✓ بعد از جذب شدن خون به دستمال، دستمال را به شکل دورانی و به سمت داخل جمع می کنیم .
- ✓ دستمال در کیسه زرد رنگ (مخصوص عفونی) قرار داده می شود.
- ✓ سپس پاکسازی و ضد عفونی سطوحی که خون را بی خطر کرده ایم رابه شرح زیر انجام می دهیم.
- ✓ اگر خون متمرکز روی تخت یا دیوار ریخته شده باشد با دستمال آغشته به ضد عفونی کننده سطوح انجام می دهیم .
- ✓ اگر خون روی زمین ریخته شده باشد با تی مخصوص عفونی آغشته به محلول ضد عفونی کننده سطوح همان سطوحی که بی خطر سازی خون را انجام داده ایم پاکسازی و ضد عفونی می کنیم.
- ✓ در نهایت با تی سفید رنگ آغشته به محلول ضد عفونی کننده سطوح تی کشی کل سطوح را انجام می دهیم.

اگر خون غیر متمرکز یا گسترده باشد (محدوده آن بیشتر از ۳۰-۲۰ سانتیمتر باشد)، به روش ذیل عمل می کنیم :

- ✓ پوشیدن وسایل حفاظت فردی
- ✓ جهت بی خطر سازی خون ابتدا با تی مخصوص عفونی آغشته به ضد عفونی کننده همان قسمتی که خونی است را تی کشی می کنیم.
- ✓ تی عفونی شسته شده و ضد عفونی می گردد.

جهت پاکسازی و ضد عفونی منطقه ای که بی خطر کرده ایم موارد ذیل را انجام می دهیم:

(۱) با تی مخصوص عفونی آغشته به ضد عفونی کننده سطوح محل را پاکسازی و ضد عفونی می کنیم.

(۲) در نهایت با تی زرد رنگ آغشته به ضد عفونی کننده تی کشی کل سطوح را انجام می دهیم.

-در صورتی که خون حاوی سر سوزن و یا اجسام نوک تیز و برنده باشد ابتدا با پنس اجسام نوک تیز را جمع کرده و داخل سفتی باکس قرار می دهیم و دستمال آغشته به ضد عفونی کننده را با پنس به صورت دورانی برمی داریم.

۱۱- پرسنل خدماتی در هر بخش با توجه به شرح وظایف محوله می باسیت با رعایت احتیاطات استاندارد نسبت به موارد ذیل اقدام نمایند :

- ✓ کف کلیه اتاقها و راهروها ، بایستی روزانه و در طول سال نظافت و در صورت نیاز با محلول ضدعفونی کننده سطوح (اچ پی ۲٪) گندزدایی گردد .
- ✓ تی کشیدن باید به صورت زیگزاگی و از انتهای اتاق به سمت ورودی اتاق و از محل تمیز به محل آلوده صورت گیرد .
- ✓ کلیه کفشورهای موجود در قسمتهای مختلف بایستی مجهز به توری بوده و این توریها روزانه و در طول سال نظافت شوند .
- ✓ تی های مورد استفاده در هر بخش بایستی بعد از هر بار استفاده توسط نیروی خدماتی در طول روز و در شیفتهای مختلف کاملاً شسته و از قرار دادن تی ها بصورت مرطوب روی زمین اکیداً خودداری شود
- ✓ ظروف صابون مایع بعد از هر بار خالی شدن بایستی توسط نیروی خدماتی شسته ، با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ گندزدایی و خشک شود و سپس نسبت به پر کردن آن اقدام گردد.
- ✓ داخل کابینتها بایستی توسط نیروی خدماتی طبق برنامه اعلامی در بخش بطور مرتب نظافت و از پهن کردن روزنامه داخل آنها خودداری شود. .
- ✓ توالت ها توسط نیروی خدماتی حداقل در هر شیفت یکبار بایستی با رعایت احتیاطات استاندارد با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ نظافت و گندزدایی شوند .
- ✓ حمام ها باید حداقل بصورت روزانه توسط پرسنل خدمات به شرح ذیل نظافت گردد :

- I. فرآیند پاک سازی از منطقه تمیز به سمت کثیف باشد
- II. جمع آوری رخت های کثیف (در صورت وجود) و نیز جمع آوری پسماندها
- III. تمیز کردن دستگیره و چارچوب درب ، کلید لامپ
- IV. تمیز کردن سطوح داخلی و خارجی سینک ، شیر و آینه با استفاده از هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ (زمان تماس حداقل ۱۰ دقیقه رعایت شود
- V. تمیز کردن دوش ها
- VI. تمیز کردن نرده ها و قفسه ها
- VII. بازدید و تعویض پرده بصورت ماهیانه
- VIII. درآوردن دستکش ها و شستن دست ها
- IX. جایگزینی دوباره کاغذ توالت ، کیسه پسماند ، صابون و سایر اقلام مورد نیاز
- X. در صورت مشاهده کپک و درز و وجود نشتی گزارش داده شود .
- ✓ جهت نظافت حمام ها و سینکها بایستی از برس های نایلونی استفاده شود . (استفاده از دستمالهای پنبه ای یا برسهای غیر پلاستیکی موجب آلودگی شدید آنها شده و گندزدایی آنها را مشکل میکند . به همین دلیل نباید مورد استفاده قرار گیرد)
- ✓ نخ تی باید توسط نیروی خدماتی بصورت خشک و در محل مناسب نگهداری شود و تی ها باید همیشه آویزان باشند .
- ✓ در پایان هر شیفت کاری که زباله ها تخلیه می شود ، بایستی سطهای زباله توسط نیروی خدماتی با آب داغ و دترجنت (مواد پاک کننده) شستشو شود و به صورت وارونه نگهداری شود و سپس کیسه زباله جدید با رنگ مناسب کشیده شود .
- ✓ برای جمع آوری زباله و شستشوی توالتها بایستی از دستکش مخصوص استفاده شود .
- ✓ در هنگام کار از لباس کار مناسب و دستکش و در هنگام شستشوی سرویسهای بهداشتی حتماً از چکمه استفاده گردد .
- ✓ در صورتی که پارچه های چند بار مصرف برای نظافت استفاده میشوند ، پارچه ها بایستی پس از هر بار استفاده شسته شده و سپس خشک گردند .

۱۲- پاک سازی و نظافت اتاق عمل بین هر عمل جراحی به شرح ذیل توسط پرسنل خدمات انجام شود :

- I. تهیه محلول گندزدای تازه و یا استفاده از محلول های گندزدای تاریخ دار
- II. تمیز کردن دست ها و پوشیدن دستکش
- III. جمع آوری و حذف پسماندها
- IV. جمع آوری و حذف همه ملحفه های کثیف
- V. در آوردن دستکش و تمیز کردن دست ها
- VI. استفاده از پارچه نم دار آغشته به محلول گندزدا (برای سطوح و ابزار مختلف مطابق با کتابچه گندزدایی بیمارستان) برای تمیز و گندزدایی سطوح افقی که در تماس با بیمار یا مایعات بدن می باشد شامل بالای لامپ های جراحی ، فشارسنج ، شریان بند
- VII. پاکسازی مخزن ساکشن (توسط کمک پرستار) ، بخش های انعکاسی لامپ های جراحی
- VIII. پاکسازی و گندزدایی تخت
- IX. پاکسازی تجهیزات الکترونیکی مانند مانیتورها طبق دستورالعمل شرکت سازنده و مطابق با کتابچه گندزدایی بیمارستان
- X. کشیدن تی نم دار در فواصل ۱ الی ۱/۳ متر (۳ تا ۴ فوتی) محیط اطراف تخت (قسمت های بزرگتر اگر آلودگی موجود است) ، گندزدایی نخ طی برای هر بیمار
- XI. تعویض کیسه پسماند
- XII. پس از اتمام پاکسازی درآوردن دستش و تمیز کردن دست ها

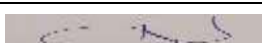
۱۳- پاک سازی و نظافت اتاق عمل در پایان هر روز به شرح ذیل توسط پرسنل خدمات انجام شود :

- I. تهیه محلول گندزدای تازه و یا استفاده از محلول های گندزدای تاریخ دار

- II. تمیز کردن دستها و پوشیدن دستکش
- III. جمع آوری و حذف پسماندها
- IV. جمع آوری و حذف همه ملحفه های کثیف
- V. در آوردن دستکش و تمیز کردن دستها
- VI. پاکسازی و گندزدایی لامپها و اشیایی که از سقف آویزان شده است
- VII. پاکسازی و گندزدایی همه دستگیره های درب ، کلید لامپ ، کنترل ها
- VIII. پاکسازی و گندزدایی تلفن ها و صفحه کلید کامپیوتر
- IX. برسی نقطه ای دیوارها برای پاکیزگی
- X. پاکسازی و گندزدایی همه سطوح بیرونی ماشین ها و تجهیزات (به عنوان مثال تجهیزات بیهوشی مطابق با کتابچه گندزدایی بیمارستان ، اختصاص زمان کافی خشک شدن برای گندزدایی
- XI. پاکسازی و گندزدایی کلیه اسباب و اثاثیه و (مبلمان) شامل چرخ ها
- XII. پاکسازی و گندزدایی همه سطوح بیرونی کابینت ها و درب ها ، بخصوص اطراف دستگیره ها
- XIII. پاکسازی و گندزدایی تمام سطوح افقی
- XIV. تمیز کردن سینک اسکراب جراحی و دیواره های اطراف
- XV. تی کشیدن کف ، اطمینان از اینکه تخت جابجا شده و زیر آن شسته شده است ، جابجایی همه اسباب اتاق به مرکز اتاق ادامه تمیز کردن کف ، به کار بردن مقدار کافی از محلول گندزدا / شوینده برای اطمینان از اینکه کف ۵ دقیقه خیس می ماند ، استفاده از نخ تی و محلول های تازه برای هر اتاق (یا گندزدایی نخ تی بین هر اتاق)
- XVI. قرار دادن کلیه اسباب در محل اختصاصی خود
- XVII. هر تعمیر مورد نیاز گزارش شود
- XVIII. تعویض و ذخیره کردن تجهیزات پاکسازی
- XIX. پس از اتمام پاکسازی درآوردن دستکش و تمیز کردن دست ها

۵- مستندات مرتبط: (منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط): محلولهای ضد عفونی و دستکش و ماسک

۶- منابع: کتاب راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نظافت، گندزدایی بخش CSR	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۳	دامنه کاربرد : کلیه بخشهای درمانی و پاراکلیتیکی	

۱-هدف: جلوگیری از انتقال بیماری، پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی، ارتقاء سطح بهداشت و ایمنی بیماران، همراهان و همکاران

۲-تعاریف:

- ✓ بیماریهای عفونی (بیماریهای ناشی از ریز یاخته ها که از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است).
- ✓ عفونت بیمارستانی: تمامی عارضه های تبداری که ظرف ۷۲ ساعت پس از بستری در بیماران یا همراهان ایجاد میگردد.
- ✓ گند زدائی: هرگونه فعالیت برای جلوگیری از ادامه حیات رشد و تکثیر ریز یاخته هائی که در ایجاد بیماری مؤثرند.

۳-مهارت مسئول: طی دوره های آموزشی تخصصی برای فارغ التحصیلان و نیز طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط با درمان

۴-شرح اقدامات:

۱ - کلیه کارکنان باید از دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی واحد مطلع و آگاه باشند .

۲- کلیه کارکنان باید دستورالعمل ها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی واحد را به طور کامل اجراء نمایند .

۳- طبق ضوابط و زمان بندی مشخص شده برای هر وسیله ، با هماهنگی مسئول واحد نسبت به انجام به موقع و مناسب فرایند نظافت و گند زدایی وسایل مراقبتی موجود در هر بخش اقدام صورت گیرد .

۴- نظافت و گند زدایی واحد میبایست بصورت روزانه توسط نیروی خدمات و مطابق با آموزش های انجام شده صورت گیرد .

۵- اقدامات قبل از پاکسازی :

- ✓ حذف بهم ریختگی قبل از پاکسازی
- ✓ بررسی دستورالعمل کارخانه سازنده برای رقیق سازی و زمان تماس صحیح برای محلول های پاکسازی و گندزدایی
- ✓ تهیه مواد (ابزار) مورد نیاز برای پاکسازی قبل از ورود به اتاق برای گندزدایی
- ✓ تمیز کردن دست ها در هنگام ورود به اتاق

۶- اقدامات هنگام پاکسازی :

- ✓ شروع به پاکسازی از بخش های با حداقل آلودگی (تماس کم) به بخش های با بیشترین آلودگی (تماس زیاد) و از سطوح با مسافت زیاد به مساحت کم
- ✓ حذف گرد و خاک قبل از پاکسازی و گندزدایی
- ✓ خشک کردن سر تی قبل از اینکه خیس شود
- ✓ حداقل نمودن آشفستگی برای پیشگیری از انتشار گرد و خاکی که ممکن است حاوی میکروارگانیسم باشد
- ✓ هرگز سر تی در هوا تکان داده نشود
- ✓ سر تی به وفور تعویض گردد

- ✓ محلولهای پاک سازی بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده تعویض گردد . محلولهای پاکسازی در قسمت های آلوده بیشتر تعویض گردد
- ✓ ظرف حاوی محلول های گندزدایی و پاک کننده ها پس از اتمام دور انداخته شود
- ✓ هنگام ترک اتاق دست ها پاک شود

۷- در صورت تماس با خون ، تمام مایعات بدن ، ترشحات و مواد دفعی بدن بجز عرق (بدون در نظر گرفتن خون قابل رویت داخل آنها) ، پوست آسیب دیده و مخاط ها ، رعایت موارد زیر ضروری است :

- ✓ فوراً دستکش یا گان آلوده را در آورید
- ✓ پوست آلوده شده را فوراً با آب و صابون بشوید
- ✓ خودداری از مالش موضعی چشم و چشم آلوده شده را به مدت حداقل ۱۵ دقیقه زیر شیر آب نگه داشته و شستشو دهید . شستن دستها پس از خروج دستکش ها از دست الزامی است ، دستها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شود (عمل هندراب نیز اگر بصورت صحیح انجام شود کافی است) .
- ✓ پزشک ، فرد مورد تماس را معاینه نموده و آزمایشات لازم را برای وی در خواست می نماید و مسئول شیفت این حادثه را ثبت و گزارش نموده و در پرونده پزشکی فرد مورد نظر ثبت می نماید .

۸- استفاده از گان ، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد الزامی است.

۹- در صورتی که مقدار زیادی خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (بیش از ۳۰ سی سی) باید :

- ✓ استفاده از وسایل حفاظت فردی
- ✓ در صورت وجود قطعات شیشه ای و تیز و برنده با پنس یا فورسپس جمع شده و در سiftی باکس دفع گردد
- ✓ حوله یکبار مصرف روی آن پهن نمود و موضع را پوشاند .
- ✓ روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخت و ۱۰ دقیقه صبر کرد .
- ✓ با حوله یکبار مصرف آن را جمع کرد و داخل سطل عفونی انداخت .
- ✓ با تی آغشته به محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱۰٪ یا اچ پی ۲٪ گند زدایی انجام شود .
- ✓ در نهایت کل محل برای احتیاط با تی زرد رنگ گندزدایی گردد.

۱۰- پرسنل خدماتی در هر بخش با توجه به شرح وظایف محوله می باسیت با رعایت احتیاطات استاندارد نسبت به موارد ذیل اقدام نمایند :

- ✓ همه گوشه ها و کف روزانه تمیز گردد .
- ✓ تمامی قفسه ها ، قسمت های آماده سازی ، بسته بندی و آلودگی زدایی روزانه تمیز گردد .
- ✓ دیوارها هر هفته تمیز گردد .
- ✓ لامپ ها و ملزومات آن ، سرهای آب پاش و دیگر ملزومات از جمله ظروف غوطه وری ابزار هر ماه تمیز گردد .
- ✓ کف کلیه اتاقها و راهروها ، بایستی روزانه و در طول سال نظافت و در صورت نیاز با آب ژاول رقیق شده یا اچ پی گندزدایی گردد .
- ✓ تی کشیدن باید به صورت زیگزآگی (مارپیچی) و از انتهای اتاق به سمت ورودی اتاق و از محل تمیز به محل آلوده صورت گیرد .
- ✓ کلیه کفشورهای موجود در قسمتهای مختلف بایستی مجهز به توری بوده و این توریها روزانه و در طول سال نظافت شوند .
- ✓ تی های مورد استفاده در بخش بایستی بعد از هر بار استفاده توسط نیروی خدماتی در طول روز و در شیفتهای مختلف کاملاً شسته و از قرار دادن تی ها بصورت مرطوب روی زمین اکیداً خودداری شود .

✓ ظروف صابون مایع بعد از هر بار خالی شدن بایستی توسط نیروی خدماتی شسته ، با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ گندزدایی و خشک شود و سپس نسبت به پر کردن آن اقدام گردد.

✓ داخل کابینتها بایستی توسط نیروی خدماتی طبق برنامه اعلامی در بخش بطور مرتب نظافت و از پهن کردن روزنامه داخل آنها خودداری شود..

✓ توالت ها توسط نیروی خدماتی حداقل در هر شیفت یکبار بایستی با رعایت احتیاطات استاندارد با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) ۱٪ نظافت و گندزدایی شوند .

۱۱- جهت نظافت سینکها بایستی از برس های نایلونی استفاده شود . (استفاده از دستمالهای پنبه ای یا برسهای غیر پلاستیکی موجب آلودگی شدید آنها شده و گندزدایی آنها را مشکل میکند . به همین دلیل نباید مورد استفاده قرار گیرد)

✓ نخ تی باید توسط نیروی خدماتی بصورت خشک و در محل مناسب نگهداری شود و تی ها باید همیشه آویزان باشند .

✓ در پایان هر شیفت کاری که زباله ها تخلیه می شود ، بایستی سطولهای زباله توسط نیروی خدماتی با آب داغ و دترجنت (مواد پاک کننده) شستشو شود و به صورت وارونه نگهداری شود و سپس کیسه زباله جدید با رنگ مناسب کشیده شود .

✓ برای جمع آوری زباله و شستشوی توالتها بایستی از دستکش مخصوص استفاده شود .

✓ در هنگام کار از لباس کار مناسب و دستکش و در هنگام شستشوی سرویسهای بهداشتی حتماً از چکمه استفاده گردد .

✓ در صورتی که پارچه های چند بار مصرف برای نظافت استفاده میشوند ، پارچه ها بایستی پس از هر بار استفاده شسته شده و سپس خشک گردند .

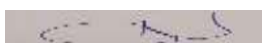
۱۲- اقدامات پس از پاکسازی :

✓ ابزار مورد استفاده برای گندزدایی و پاکسازی بین هر بار استفاده باید تمیز و خشک گردند

✓ نخ تی بعد استفاده شست و شو با دترجنت و گندزدایی با وایتکس و به صورت آویزان نگهداری شود.

۵- مستندات مرتبط: (منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط): محلولهای ضد عفونی و دستکش و ماسک

۶- منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN-INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نظافت، شستشو، گندزدایی سردخانه متوفیان	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: کلیه بخشهای در مانی و پارا کلینیکی	

۱-هدف: جلوگیری از انتقال بیماری، پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی، ارتقاء سطح بهداشت و ایمنی بیماران، همراهان و همکاران

۲-تعاریف:

- ✓ بیماریهای عفونی (بیماریهای ناشی از ریز یاخته ها که از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است).
- ✓ عفونت بیمارستانی: تمامی عارضه های تبداری که ظرف ۷۲ ساعت پس از بستری در بیماران یا همراهان ایجاد میگردد.
- ✓ گند زدائی: هرگونه فعالیت برای جلوگیری از ادامه حیات رشد و تکثیر ریز یاخته هائی که در ایجاد بیماری موثرند.

۳-مهارت مسئول: طی دوره های آموزشی تخصصی برای فارغ التحصیلان و نیز طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط با درمان

۴-شرح اقدامات:

- ✓ کلیه پرسنل خدمات باید از دستورالعمل نظافت و گندزدایی سردخانه متوفیان مطلع و آگاه باشند.
- ✓ کلیه کارکنان مربوطه باید دستورالعمل نظافت و گندزدایی سردخانه متوفیان را به طور کامل اجراء نمایند.
- ✓ نظافت و گند زدایی واحد میبایست بصورت روزانه توسط نیروی خدمات و مطابق با آموزش های انجام شده صورت گیرد.
- ✓ رقیق سازی گندزدا ها باید طبق دستور العمل در تی شوی خانه یا اتاق کثیف و در نهایت دقت و با رعایت احتیاطات ایمنی توسط پرسنل خدمات انجام شود.

مراحل پاکسازی و ضد عفونی خون

جهت پاک کردن خون باید دقت کرد خون تازه باشد (خشک نشده باشد)، محدوده ی آن بیشتر از ۳۰-۲۰ سانتیمتر نباشد و خون حاوی سر سوزن ویا اجسام نوک تیز و برنده نباشد.

- ✓ ابتدا جهت بی خطر سازی خون باید مراحل زیر را انجام داد:
- ✓ پوشیدن وسایل حفاظت فردی
- ✓ ابتدا دستمال جاذب که به ضد عفونی کننده سطوح آغشته کرده روی خون می گذاریم و حدود ۱۰ دقیقه صبر می کنیم تا ضمن جذب خون به خود بی خطر سازی نیز انجام شود، می توان دستمال را روی خون گذاشته و ضد عفونی سطوح را روی دستمال ریخت.
- ✓ بعد از جذب شدن خون به دستمال، دستمال را به شکل دورانی و به سمت داخل جمع می کنیم.
- ✓ دستمال در کیسه زرد رنگ (مخصوص عفونی) قرار داده می شود.
- ✓ سپس پاکسازی و ضد عفونی سطوحی که خون را بی خطر کرده ایم رابه شرح زیر انجام می دهیم.
- ✓ اگر خون متمرکز روی تخت یا دیوار ریخته شده باشد با دستمال آغشته به ضد عفونی کننده سطوح انجام می دهیم.
- ✓ اگر خون روی زمین ریخته شده باشد با تی مخصوص عفونی آغشته به محلول ضد عفونی کننده سطوح همان سطوحی که بی خطر سازی خون را انجام داده ایم پاکسازی و ضد عفونی می کنیم.
- ✓ در نهایت با تی سفید رنگ آغشته به محلول ضد عفونی کننده سطوح تی کشی کل سطوح را انجام می دهیم.

اگر خون غیر متمرکز یا گسترده باشد (محدوده آن بیشتر از ۳۰-۲۰ سانتیمتر باشد). به روش ذیل عمل می کنیم :

- ✓ پوشیدن وسایل حفاظت فردی
- ✓ جهت بی خطر سازی خون ابتدا با تی مخصوص عفونی آغشته به ضد عفونی کننده همان قسمتی که خونی است را تی کشی می کنیم.
- ✓ تی عفونی شسته شده و ضد عفونی می گردد.
- ✓ جهت پاکسازی و ضد عفونی منطقه ای که بی خطر کرده ایم موارد ذیل را انجام می دهیم:
- ✓ با تی مخصوص عفونی آغشته به ضد عفونی کننده سطوح محل را پاکسازی و ضد عفونی می کنیم.
- ✓ در نهایت با تی زرد رنگ آغشته به ضد عفونی کننده تی کشی کل سطوح را انجام می دهیم.
- ✓ در صورتی که خون حاوی سر سوزن و یا اجسام نوک تیز و برنده باشد ابتدا با پنس اجسام نوک تیز را جمع کرده و داخل سفتی باکس قرار می دهیم و دستمال آغشته به ضد عفونی کننده را با پنس به صورت دورانی برمی داریم.

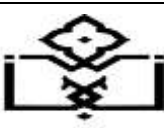
- پرسنل خدماتی در واحد سرد خانه متوفیان با توجه به شرح وظایف محوله می باسیت با رعایت احتیاطات استاندارد نسبت به موارد ذیل اقدام نمایند :

- ✓ کف سرد خانه ، بایستی روزانه و در طول سال نظافت و با محلول گندزدای مناسب گندزدایی گردد .
- ✓ کلیه کفشورهای موجود بایستی مجهز به توری بوده و این توریها روزانه و در طول سال نظافت شوند .
- ✓ تی های مورد استفاده در سرد خانه بایستی بعد از هر بار استفاده توسط نیروی خدماتی در طول روز و در شیفت های مختلف کاملاً شسته و از قرار دادن تی ها بصورت مرطوب روی زمین اکیداً خودداری شود .
- ✓ داخل کشوهای نگهداری جسد بایستی توسط نیروی خدماتی طبق برنامه اعلامی در واحد بطور مرتب نظافت و با استفاده از محلول ضد عفونی کننده مناسب گند زدایی گردد (طبق آموزش های داده شده جهت استفاده از محلول های مورد استفاده در بیمارستان)
- ✓ نخ تی باید توسط نیروی خدماتی بصورت خشک و در محل مناسب نگهداری شود و تی ها باید همیشه آویزان باشند .
- ✓ در هنگام کار از لباس کار مناسب و دستکش و در هنگام شستشوی کف سردخانه جسد حتماً از چکمه استفاده گردد
- ✓ گندزدایی طبقات و سطوح سردخانه ها و همچنین دیوار و کف با محلول گندزدای مناسب
- ✓ گندزدایی طبقات سرخانه از قسمت های جلویی آغاز و در قسمت انتهای سینی پایان پذیرد همچنین سطوح سردخانه نیز از بالا به پایین گندزدایی گردد .
- ✓ کف و دیوار ها و نیز قسمت خارجی سردخانه ها باید بصورت روزانه و سینی ها و قسمت های داخلی سردخانه بعد از هر بار تخلیه و خارج ساختن جسد نظافت و گندزدایی شود .
- ✓ - استفاده از تجهیزات حفاظت فردی (دستکش. لباس کار، چکمه، عینک) حین کار الزامی می باشد .

۵- مستندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط): محلول های ضد عفونی و دستکش و ماسک

۶- منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس	 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	دامنه کاربرد: آمبولانسها	

۱-هدف: کنترل بیماریهای عفونی و عفونتهای بیمارستانی

۲-تعاریف:

- ✓ بیماریهای عفونی: بیماریهای ناشی از ریز یاخته ها که از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است.
- ✓ عفونت بیمارستانی: تمامی عارضه های تبادری که ظرف ۷۲ ساعت پس از بستری در بیماران یا همراهان ایجاد میگردد.
- ✓ گند زدائی: هرگونه فعالیت برای جلوگیری از ادامه حیات رشد و تکثیر ریز یاخته هائی که در ایجاد بیماری موثرند.

۳-مهارت مسئول: طی دوره های آموزشی تخصصی برای فارغ التحصیلان و نیز طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط با درمان

۴-روش اجرا:

۱- راننده آمبولانس می بایست بصورت روزانه اقدام به نظافت کامل کابین راننده و سطوح خارجی آمبولانس به شرح ذیل نماید :

(a) پاکسازی و جارو کردن کف

(b) پاک سازی و گندزدایی تمامی سطوح داخلی شامل دیوارها ، درب ها ، تجهیزات رادیو ، داشبورد و پنجره ها

۲- تجهیزات آلوده در حداقل زمان و قبل از ماموریت بعدی باید تمیز و گندزدایی شود .

۳- قبل از گندزدایی کلیه وسایل قابل حمل مانند کیسول اکسیژن ، جعبه کمک های اولیه موجود در آمبولانس خارج شود .

۴- پرسنل برای جلوگیری از سرایت بیماریهای عفونی حتماً برای تمیز کردن و ضدعفونی آمبولانس از دستکش و در صورت لزوم از ماسک و گان استفاده شود و بعد از درآوردن دستکش ، شست و شوی دستها انجام گیرد .

۵- کلیه پسماندهای داخل آمبولانس شامل دستکش یکبار مصرف ، ماسک و ... پسماند عفونی محسوب شده و برای نگهداری موقت در سطل زباله دربدار توسط پرسنل خدمات جمع آوری شده و پس از رسیدن به مقصد از آمبولانس خارج و طبق دستورالعمل پسماندهای عفونی عمل شود .

۶- اگر ملحفه روی تخت آمبولانس پارچه ای است ، پس از استفاده در کیسه سر بسته نگهداری و پس از رسیدن به مقصد بلافاصله جهت شستشو و ضدعفونی به رختشویخانه بیمارستان فرستاده شود .

۷- اگر ملحفه روی تخت آمبولانس یکبار مصرف است ، طبق دستورالعمل پسماندهای پزشکی (عفونی) در مورد آن اقدام شود .

۸- اشیاء نوک تیز و برنده مانند سرسوزن ، تیغه بیستوری ، شیشه های شکسته در سفتی باکس دفع گردد .

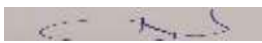
۹- برای تهویه آمبولانس در صورت نیاز اگر بیمار دارای بیماری مسری بوده پنجره های کابین نیمه باز باشد و در صورت بسته بودن تصفیه کننده هوا یا سیستم تهویه فعال شود .

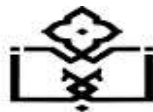
۱۰- برانکارد برداشته شده ، پاک سازی و گندزدایی تشک و کمربند انجام و برای عدم وجود صدمه و شکستگی بازرسی شوند .

- ۱۱- دستگاه ساکشن دیواری برداشته شده و توسط پرسنل اورژانس پاک سازی و گندزدایی گردد .
- ۱۲- محتوای قفسه ها توسط پرسنل برداشته شده و همه سطح پاک سازی و گندزدایی گردد .
- ۱۳- پاک سازی و گندزدایی و خشک کردن همه ابزار و سطوح سخت قبل از برگرداندن به قفسه ها و نیز بازدید به منظور عدم وجود صدمه انجام شود .
- ۱۴- کف آمبولانس توسط پرسنل جارو شده و پاک سازی و گندزدایی گردد .
- ۱۵- صندلی ها و کمربندها توسط پرسنل پاک سازی و گندزدایی گردد .
- ۱۶- تمامی سطوح داخلی شامل سقف و دیوارها پاک سازی و گندزدایی گردد .
- ۱۷- سطل های زباله تخلیه ، پاک سازی و گندزدایی گردد .
- ۱۸- شیشه داخلی پنجره ها تمیز شود .
- ۱۹- درگندزدایی کابین آمبولانس ، گندزدایی از یک نقطه شروع و در نقطه مقابل به پایان می رسد

۵- مستندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط): چک لیست و بررسی موردی (دستکش و ماسک و سایر وسایل حفاظت فردی)

۵- منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهداشت کیفیت و اعتبار بخشی	کد سند: MN - INS BK-۰۰۵	عنوان سند دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گند زدا در واحد رختشویخانه	 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	

۱-هدف: ضد عفونی واز بین بردن فعالیت میکروارگانیسمها با استفاده از آب ژاول (وایتگس،هیپوکلریت سدیم)وپودر ماشین لباسشویی

۲-تعاریف:آب ژاول(وایتگس،هیپوکلریت سدیم)

۳-مهارت مسئول: کارشناس بهداشتمحیط –واحد رختشویخانه

۴-شرح اقدامات:

- محلول باید به صورت تازه وروزانه تهیه شود
- از مصرف محلول رقیق شده پس از مدت ۲۴ ساعت پرهیز نمایید.
- از مصرف ماده باغلظت بیش از ۱٪ خودداری شود. زیرا باعث تحریک دستگاه تنفسی شده و برای بیماران و پرسنل به صورت جدی آزار دهنده میباشد.
- آب ژاول را باید در ظروف مات و سر بسته نگهداری کرد واز به کار بردن آن به همراه جوهر نمک باید جدا خودداری کرد.
- به دلیل اثر تحریک کنندگی بر روی پوست باید در صورت تماس، موضع با آب فراوان شستشو شود.
- به دلیل اثر خوردندگی آن در زمان کار برد دمای ابزار از ۴۰ درجه بیشتر نباشد.
- لباسها به مدت ۴۵دقیقه با هیپوکلریت سدیم(سفید کننده) ضد عفونی میشوند.
- سپس با پودر ماشینی ۲۰ دقیقه شسته می شوند.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:کتاب راهنمای گندزدایی

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل سالم سازی سبزیجات آماده	 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	

۱-هدف: پیشگیری از انتقال بیماری ها و مسمومیت های غذایی به پرسنل ، بیماران و سایر مراجعین

۲-تعاریف:مورد خاصی وجود ندارد.

۳-مهارت مسئول: مسئول بهداشت محیط بیمارستان

۴-شرح اقدامات:

مرحله ۱- پاک سازی: ابتدا سبزیجات را به خوبی پاک کنید و شست و شو دهید تا مواد زائد و گل و لای آن برطرف شود.

مرحله ۲ - انگل زدایی: سبزیجات را در یک ظرف متناسب با میزان سبزی، ریخته و به ازای هر لیتر، ۳ تا ۵ قطره مایع ظرف شویی معمولی به آن اضافه کرده و ظرف را از آب پر کرده و قدری به هم بزنید تا تمام سبزی در داخل کف آب قرار گیرد . مدت ۵ دقیقه سبزی را در کف آب نگه دارید، سپس سبزی را از روی کف آب جمع آوری کرده و کف آب را تخلیه کنید . ظرف و سبزی را دوباره با آب سالم شست و شو دهید تا تمام انگل ها و باقی مانده ی مایع ظرف شویی از آن ها جدا شود.

مرحله ۳ - ضد عفونی: برای ضد عفونی و از بین بردن میکروب ها مقداری پودر پرکلرین ۷۰ در صد را متناسب با ظرف مورد استفاده، در ظرف پر از آب ریخته، به ازای هر ظرف ۵ لیتری، ۱ گرم «نصف قاشق چای خوری» پرکلرین ۷۰ در صد، به طور کامل حل کنید تا محلول ضد عفونی کننده به دست آید، سپس سبزی انگل زدایی شده را برای مدت ۵ دقیقه در محلول ضد عفونی کننده اخیر قرار دهید تا میکروب های آن از بین بروند. توضیح این که اگر پرکلرین در دسترس نباشد می توانید از هر ماده ی ضد عفونی کننده مجاز دیگری که در داروخانه ها وجود دارد، طبق دستورالعمل مصرف آن، استفاده کنید.

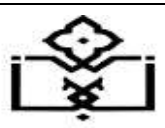
مرحله ۴ - شست و شو: سبزی ضد عفونی شده را به طور مجدد با آب سالم بشوید تا باقی مانده ی کلر از آن جدا شود و سپس مصرف کنید .

تذکر : مصرف نمک طعام به هیچ وجه در ضد عفونی سبزیجات مؤثر نیست. با توجه به موارد فوق، برای نگه داری این گونه سبزیجات باید آب سطح سبزیجات به طور کامل گرفته شود زیرا احتمال رشد میکروب ها که بعد از شستن به سبزیجات حمله می کنند به دلیل وجود رطوبت (آب سطح سبزیجات) بسیار زیاد است .

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: کتاب راهنمای گندزدایی

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا	
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: واحد تغذیه – آشپزخانه و بهداشت محیط	

هدف:

۱-

پیشگیری از انتقال بیماری ها و مسمومیت های غذایی به پرسنل ، بیماران و سایر مراجعین

۲- تعاریف: در این سند منظور از کنترل بهداشتی و کیفی مواد غذایی اطمینان از سلامت مواد اولیه غذایی و نظارت بر توزیع بهداشتی غذا است.

۳- مهارت مسئول: طی دوره های آموزشی تخصصی برای فارغ التحصیلان و نیز طی دوره های آموزش بدو ورود و ضمن خدمت برای شاغلین مرتبط با درمان

۴- شرح اقدامات:

۱- بیمارستان بر اساس آیین نامه مقررات بهداشتی آشپزخانه (ماده ۱۳) و مصوبات کمیته بهداشت محیط روش اجرایی خود را تدوین نموده است.

۲- آموزش های لازم به آشپز ها در خصوص آماده سازی مواد غذایی خام یا فراوری شده طبق اصول تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه داده میشود.

۳- تمامی مواد غذایی خریداری شده می بایست دارای بسته بندی با مشخصات کامل شامل پروانه ساخت ، پروانه بهداشتی ، تاریخ تولید و انقضاء و ... باشد و پرسنل تدارکات لازم است هنگام خرید به آن دقت کنند.

۴- مواد غذایی خریداری شده هنگام ورود به انبار و آشپزخانه توسط سر آشپز و هماهنگی با کارشناس بهداشت محیط کنترل میگردد.

۵- در صورت مشاهده مواد غذایی بدون مشخصات کامل موضوع صورتجلسه میگردد و نسبت به مرجوع و یا معدوم نمودن آن توسط واحد تدارکات و با نظارت واحد بهداشت محیط و مدیریت بیمارستان اقدام میگردد.

۶- وسیله نقلیه حاوی مواد خوردنی مثل گوشت می بایست دارای تائیدیه بهداشتی از مراکز صالح بوده و توسط مسئول تدارکات تحویل و به رویت کارشناس بهداشت محیط برسد.

۷- کارشناس بهداشت محیط به صورت روزانه از تمام قسمتهای آشپزخانه شامل سرد خانه های مواد غذایی ، محل طبخ ، انبارها و... بازدید نموده و نواقص بهداشتی به پرسنل آشپزخانه اعلام میگردد و پرسنل جهت رفع آن اقدام مینمایند.

۸- فرم آیین نامه مقررات بهداشتی آشپزخانه (ماده ۱۳) توسط کارشناس بهداشت محیط با توجه به بازدید به عمل آمده به صورت منظم تکمیل میشود.

۹- نواقص بهسازی و بهداشتی آشپزخانه تعیین و به مدیریت بیمارستان گزارش میشود و در مواردی که نیاز به پیگیری دارد در کمیته بهداشت محیط مطرح میگردد.

۱۰- هنگام خریداری و انتقال گوشت منجمد به آشپزخانه پس از کنترل بهداشتی آن بلافاصله توسط پرسنل آشپزخانه وارد سردخانه زیر صفر (۱۸- سانتیگراد) میگردد و برچسب مشخصات بر روی آن الصاق میشود

۱۱- برگرداندن گوشت دیفرست شده به سردخانه زیر صفر ممنوع است .

۱۲- تمامی پرسنل آشپزخانه و توزیع غذا در هنگام تهیه و طبخ و توزیع غذا لازم است بهداشت فردی را به طور کامل رعایت کنند.

۱۳- سبزیجات و میوه جات خام تهیه شده ابتدا توسط پرسنل آشپزخانه طبق دستورالعمل مربوطه در محل مخصوص سبزیجات شستشو و گندزدایی میشود و سپس وارد محل تهیه و طبخ میشود.

۱۴- آموزش های لازم به پرسنل آشپزخانه و توزیع غذا در ارتباط با بهداشت مواد غذایی به صورت چهره به چهره و برگزاری کلاس و آزمون توسط کارشناس بهداشت محیط انجام میشود.

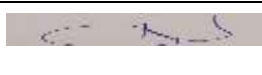
۱۵- مسئول آشپزخانه نسبت به طبقه بندی صحیح مواد غذایی و کنترل دما و تهویه انبار با هماهنگی واحد بهداشت محیط اقدام می نمایند.

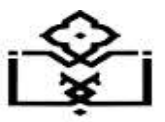
۱۶- تمامی خریدهای آشپزخانه در ساعات اداری انجام میگردد.

۱۷- در تمامی ساعات شبانه روز بویژه در ساعات کاری از طریق نظارت مستقیم و نیز از طریق سنجشگرهای شیمیائی (مثل سنجش میزان ید در نمک) و فیزیکی (مثل کنترل دما) توسط کارشناسان بهداشت محیط و تغذیه انجام می گیرد.

۵-**امکانات-تسهیلات کارکنان مرتبط:** لوازم تشخیصی مثل ید سنج و دما سنج و .. ، دوره های آموزشی، کمیته های ماهانه بهداشت محیط و تغذیه-مسئول بهداشت محیط-کارشناس تغذیه

۶-**منابع/مستندات:** کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸ ، صورتجلسات کمیته بهداشت محیط و تغذیه، قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی ،اشامیدنی ،ارایشی و بهداشتی و ایین نامه اجرایی آن ،دستورالعمل بازرسی بهداشتی از مراکز بهداشتی تهیه ،تولید ،توزیع ،نگهداری ،حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و اشامیدنی.

تهیه کنندگان:فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت:کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تغذیه	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵ تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱ صفحه: ۲	عنوان سند دستورالعمل نحوه تهیه غذای سالم برای بیماران	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير اهر
---	--	--	--

۱- **تعاریف:** تهیه غذای سالم مناسب با رژیم غذایی بیمار نقش موثری در روند بهبود بیمار دارد.

۲- **هدف:** تعیین و تشریح چگونگی تهیه غذا و میان وعده سالم جهت کلیه بیماران

۳- **مهارت مسئول:** کارشناس تغذیه بیمارستان و کارکنان آشپزخانه

۴- **مراحل انجام کار:**

- ۱) طراحی برنامه غذایی جهت کلیه بیماران و میان وعده جهت گروه های هدف (مادران باردار و شیرده ، اطفال در کلیه بخش ها ، بیماران قلبی ، بیماران نیازمند رژیم های پر کالری و پرپروتئین ، بیماران دیابتی) به صورت ماهیانه
- ۲) تهیه لیست مواد اولیه مورد نیاز و تعیین مشخصات بهداشتی و تغذیه ای مورد انتظار
- ۳) هماهنگی لازم جهت ارسال درخواست اقلام غذایی به انبار مرکزی و هماهنگی جهت خرید با تدارکات
- ۴) بررسی مواد اولیه ورودی به آشپزخانه از نظر مشخصات بهداشتی و تغذیه ای و دارای شرایط زیر :

➤ **سبزیجات و میوه ها :**

- ۱) سبزی و میوه به صورت تازه و روزانه یا هفتگی خریداری می گردد.
- ۲) حجم خریداری شده باید متناسب با حجم انبار و یخچال و در مقادیر مورد نیاز باشد.
- ۳) سبزیجات باید قبل از مصرف مراحل پاک کردن ، انگل زدایی ، گند زدایی و شستشو را طی کند.
- ۴) سبزی و میوه باید از نظر ظاهر ، طعم ، بو سالم بوده و هیچ گونه آثار کپک زدگی و فساد در آن ها مشاهده نگردد.

➤ **مواد پروتئینی :**

- ۱) خرید گوشت باید از افرادی که دارای گواهی بهداشتی باشد صورت گیرد.
- ۲) در هربار ورود به آشپزخانه باید به تایید کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه برسد.
- ۳) گوشت گرم و تازه باید رنگ قرمز روشن و بوی طبیعی داشته و نباید لزج ، خیلی پررنگ باشد و چربی گوشت سفید ، بدون خون مردگی و غدد بوده و سطح آن عاری از چروکیدگی متعدد باشد. همچنین بعد از پاک سازی و شستشو به سردخانه بالای صفر (۴ درجه سانتی گراد) تا زمان مصرف منتقل گردد.
- ۴) مرغ باید دارای بسته بندی مناسب و مشخصات ، استاندارد های بهداشتی ، تاریخ روز و بدون آثار و نشانه های فساد ، خونابه درون بسته یا کبودی باشد . همچنین بعد از پاک سازی و شستشو به سردخانه بالای صفر (۴ درجه سانتی گراد) تا زمان مصرف منتقل گردد.
- ۵) ماهی باید از نوع کم استخوان مثل قزل آلا بوده و در زمان ورود به آشپزخانه دارای چشمان سالم و شفاف ، روشن و برجسته ، و رنگ پرده های برونش ها صورتی تا قرمز پررنگ و کاملاً تازه ، بدون علائم فساد ، بوی نامطبوع باشد. همچنین بعد از پاک سازی و شستشو به سردخانه بالای صفر (۴ درجه سانتی گراد) تا زمان مصرف منتقل گردد.
- ۶) تخم مرغ خریداری شده باید شناسنامه دار و دارای بسته بندی و مشخصات تولید کننده ، تاریخ تولید و انقضا باشد و بعد از ورود در سردخانه بالای صفر (۴ درجه سانتی گراد) با رعایت شرایط نگهداری شود.
- ۷) لبنیات باید دارای بسته بندی مناسب ، پروانه ساخت ، تاریخ تولید ، انقضا ، از نوع کم چرب (زیر ۲٫۵ %) و تک نفره تهیه گردد. لبنیات بعد از ورود باید کارتن زدایی شده و در سردخانه بالای صفر (۴ درجه سانتی گراد) نگهداری شوند.

➤ روغن مصرفی :

۱) روغن های خریداری شده باید دارای مشخصات کامل بهداشتی و از انواع مایع معمولی و سرخ کردنی با اسید چرب ترانس زیر ۲ یا ۵٪ تهیه گردد.

➤ نمک مصرفی :

۱) نمک خریداری شده باید دارای بسته بندی مناسب و مشخصات بهداشتی و از انواع ید دار و تصفیه شده با درجه خلوص ۹۹.۲٪ باشد و برای خیساندن برنج می توان از انواع غیر ید دار استفاده کرد.

➤ اقلام خشک :

۱) اقلام خشک مثل حبوبات ، سبزیجات خشک و باید دارای بسته بندی سالم بهداشتی شامل تاریخ مصرف و انقضا باشند.

۵- آماده سازی مواد اولیه موردنیاز باید طبق آنالیز یا حیره غذایی (ریز مواد اولیه برای هر نوع غذا) صورت گیرد.

۶- طبخ و پخت مواد غذایی باید با رعایت اصول بهداشتی و فردی افراد درگیر در امر، مثل آشپز و کمک آشپز(استفاده از لباس مناسب ، پیش بند ، ماسک ، کلاه ، دستکش و ساق دست) صورت گیرد و اصول تغذیه ای مثل توجه به حفظ میزان ویتامین ها در پخت سبزیجات ، عدم از دست دهی خونابه گوشت ، عدم مصرف نمک و روغن اضافی ، حفظ قوام و پخت کامل مواد اولیه رعایت گردد.

۷- سرو و بسته بندی غذای بیماران در آشپزخانه به صورت مرکزی و در محل خاص خود با رعایت اصول بهداشتی و طبق رژیم های ارسالی از طریق سیستم HIS صورت گرفته و جهت بیماران با رژیم های خاص برچسب مخصوص بر روی ظروف نصب می گردد.

۸- جهت بیماران بخش های ویژه ، عفونی و ایزوله و اورژانس از ظروف یکبار مصرف و در مورد سایر بیماران از ظروف چینی استفاده می گردد.

۹- برای کلیه بیماران ، پیش غذا که عمدتاً سوپ ، و دورچین، که لبنیات کم چرب مثل دوغ ، ماست ، ماست خیار و سالاد می باشد ، استفاده می گردد.

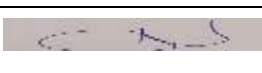
۱۰- روزانه در هر وعده غذایی حداقل ۲ نوع غذا برای بیماران با رژیم های معمولی و رژیم های خاص پخت می گردد.

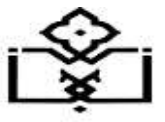
۱۱- میان وعده بیماران هدف طبق برنامه روزانه صبح ها ساعت ۹:۳۰ و بعد از ظهر ساعت ۱۶ سرو می گردد که شامل میان وعده گرم (مثل فرنی ، شیربرنج ، حلیم ، کدو حلوایی) و انواع میوه ، شیر تک نفره و بیسکویت های رژیمی پروبیوتیک می باشد.

۵-مستندات مرتبط :

کتاب سیاست های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان های کشور - در خواست های غذایی - دفاتر ثبت اقلام ورودی به آشپزخانه و دفتر ثبت مستندات اعتبار بخشی واحد تغذیه

۶-منابع:کتاب سیاست های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان های کشور

تهیه کننده:بهناز محمودی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت:کارشناس مسئول تغذیه	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل شستشوی انواع البسه	 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: رختشویخانه	

۱-هدف: تامین لباس و ملحفه مورد نیاز بخشها در اسرع وقت

۲-تعاریف: شستشو و خشک کردن تمامی لباس و ملحفه ها در واحد رختشویخانه به صورت کامل و مطلوب انجام می شود.

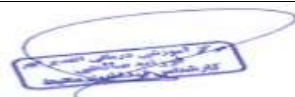
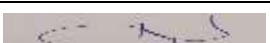
۳-مهارت مسئول: مسئول بهداشت محیط- واحد رختشویخانه

۴-شرح اقدامات:

- ملافه و لباسهای عفونی و غیر عفونی تفکیک شده وباماشین لباسشویی جداگانه ومحلولهای مناسب شسته می شوند.
- لباسهای الوده به خون باید دو مرحله با آب سرد شستشو شوند
- سپس شستشوی اصلی با اب داغ(دمای ۷۱درجه سانتیگراد) و به مدت ۲۵دقیقه شستشو میشوند.
- سپس به مدت ۴۵دقیقه با هیپوکلریت سدیم(سفید کننده) ضدعفونی میشوند.
- سپس مجددا ابکشی میشوند و در انتها پس از ابگیری به خشک کن منتقل میشوند.و سپس لباسها اتو شده و به کمد مخصوص میرود.
- برای بیماران مبتلابه آنتراکس یا سیاه زخم بهتر است از رخت یکبار مصرف استفاده شود . در غیر اینصورت البسه آلوده باید قبل از شستشو اتوکلاو شوند.
- برای بیماران مبتلا به ایدز وتیفوئید بهتر است از رخت یکبار مصرف استفاده شود. در غیر اینصورت البسه آلوده باید به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از ۸۵ درجه سانتیگراد شسته شود.
- رختهای مرطوب نباید در طول شب در ماشین لباسشویی رها شوند(قرار دادن رختها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شستشو ممنوع است)
- هر البسه ای که دوخت ودوز یا تعمیر میشودباید مجدداشستشو شود.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: مواد شوینده- وایتکس -کتابچه بهداشت محیط

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸ چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان- تجارب بیمارستان

تهیه کنندگان: فرزانه صالحی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: بهداشت محیط	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی	 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	دامنه کاربرد: بخش رادیولوژی	

۱-هدف: کاهش بروز اثرات احتمالی تا جائیکه امکان دارد و جلوگیری از بروز اثرات قطعی پرتوهای یونساز

۲-تعاریف: پرتو ها : شکلی از انرژی هستند که در خلاء یا ماده منتشر می شوند .

- پرتوهای یونساز : دسته ای از پرتو ها هستند که قابلیت یونسازی (تبدیل اتم به یون) دارند . پرتوهای X ، گاما ، آلفا ، بتا و از پرتوهای یونساز می باشند . این پرتو ها در صورت برخورد با بافت زنده می توانند تغییراتی در مولکولهای DNA بدن ایجاد نموده و حتی می توانند منجر به بیماریهایی چون سرطان ، آب مروارید و مرگ گردند .
- پرتوهای غیر یونساز : این پرتوهای دارای انرژی کافی برای یونیزاسیون نمی باشند و شامل پرتوهای ماوراء بنفش ، نور مرئی ، اشعه مادون قرمز ، امواج ماکروویو و امواج رادیویی می گردند .
- اثرات احتمالی: به اثراتی گفته می شود که به میزان دز پرتو بستگی ندارد و تنها احتمال وقوع آن وجود دارد که این اثرات می توان به سرطانها اشاره نمود.
- اثرات قطعی: عوارضی هستند که اگر بدن بیش از یک دز معین از اشعه را دریافت کند حتما آن عوارض ظاهر خواهند شد . مانند اثرات خونی ، قرمز شدن پوست و
- پرتوگیری بالقوه: پرتوگیری که در شرایط عادی انتظار آن نمی رود ولی ممکن است در اثر وقوع سانحه در منبع و یا پیامد وقایع محتمل نظیر نقص فنی تجهیزات یا اشتباه انسانی رخ دهد.
- پرتوگیری پزشکی: پرتو گیری بیمار بواسطه تشخیص یا درمان در پزشکی و دندانپزشکی و همچنین پرتوگیری افرادی که داوطلب مراقبت یا پرستاری از بیمار هستند (به استثنای کارکنان) و یا پرتوگیری افرادی که داوطلب شرکت در برنامه تحقیقاتی پزشکی می باشد.
- پرتوگیری شغلی: مربوط به پرتوگیری کارکنان می باشد.
- پرتوگیری طبیعی: پرتوگیری ناشی از منابع طبیعی می باشد.
- پرتوگیری عادی: پرتوگیری قابل انتظار در شرایط عادی کار یا منابع یا تأسیسات ، با در نظر گرفتن پرتو گیریهایی ناشی از سوانح جزئی قابل کنترل.
- پرتوگیری مردم: پرتوگیری افراد جامعه ناشی از فعالیت پرتوی و منابع مجاز . پرتوگیری مردم شامل پرتوگیری شغلی ، پزشکی و یا زمینه طبیعی محیط نمی باشد.

۳-مهارت مسئول: پرسنل تصویر برداری باید آشنایی کامل به اصول محافظت در برابر اشعه داشته باشند

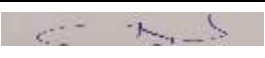
۴-شرح اقدامات:

- ✓ ۱-تابلوهای راهنما و علائم هشدار دهنده استاندارد مرتبط با حفاظت در برابر اشعه وجود دارد.
- ✓ ۲-اتاق عکسبرداری به طرز مناسب حفاظ گذاری گردیده تا از نشر هر گونه اشعه به بیرون جلوگیری گردد.
- ✓ ۳-مسول فیزیک بهداشت مرکز بهداشت استان هر ۶ ماه جهت انجام دزیمتری بخش رادیولوژی مراجعه و نتیجه گزارش مربوطه را به بیمارستان ارسال می نماید.
- ✓ ۴-وسایل حفاظت فردی مورد نیاز توسط مسئول بخش تهیه و در اختیار کارکنان بخش رادیولوژی قرار گرفته است.
- ✓ ۵-مسول فنی و مسئول بخش آموزش لازم را در مورد حفاظت در برابر اشعه به کارکنان ارائه می دهند.
- ✓ ۶-جهت حفاظت فردی پرسنل مسئول بخش در هنگام ورود پرسنل جدید یک دوزیمتر فردی (فیلم بج) در اختیار وی قرار می دهد.

- ✓ ۷- نتیجه پرتوگیری هر دو ماه یکبار توسط مسئول بخش برای مراکز کار با اشعه ارسال می گردد.
- ✓ ۸- در صورتی که پرتوگیری فرد بیش از حد مجاز باشد علت آن باید توسط مسئول بخش و مسئول فیزیک بهداشت بررسی و نتیجه آن به امور حفاظت در برابر اشعه سازمان انرژی اتمی ایران ارسال گردد تا اقدامات لازم در این زمینه انجام گیرد.
- ✓ ۹- کارکنان بخش رادیولوژی معاینات مربوط به پرونده سلامت را هر شش ماه یکبار با پیگیری مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان انجام و نتایج مربوطه در پرونده افراد ثبت و در صورت نیاز اقدامات مداخله ای توسط مسئول بهداشت حرفه ای انجام می پذیرد.
- ✓ ۱۰- آیفون جهت ارتباط پرتوکار با بیمار نصب شود

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: دزیمتری (فیلم بچ)-وسایل محافظت فردی-کارکنان بخش رادیولوژی-پرونده حفاظتی پرتو کاران

۶- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸- دستورالعمل کار با پرتوها مربوط به سازمان انرژی اتمی

تهیه کنندگان: مجید خداینده لو	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول رادیولوژی	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار دانش	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: ۲	دامنه کاربرد : تجهیزات پزشکی -بخش های درمانی- مسئول انبار کپسولها-مسئول خدمات-نیروهای خدمات	

۱-هدف: - اطمینان از تامین ایمن گازهای طبی برای استفاده بیماران

- رعایت اصول ایمنی و نگهداشت صحیح کپسولها

۲-تعاریف:

مجموعه کپسول گاز طبی شامل دو قسمت با مشخصات زیر است:

۱-کپسول: مخزن استوانه ای شکل (۵-۲-۱۰-۲۰-۵۰ لیتری) و حاوی گاز طبی است.

۲-مانومتر: شامل گیج فشارسنج، جریان سنج، پیچ کنترل و شیشه محتوی آب مقطر است. فشارسنج نشان دهنده فشار گاز درون کپسول است. جریان سنج شامل یک لوله شیشه ای مدرج به همراه یک گلوله رنگی که مقدار اکسیژن مصرف شده را بر حسب لیتر در دقیقه نشان می دهد. بوسیله پیچ کنترل می توان اکسیژن را در جریان سنج تنظیم کرد. شیشه محتوی آب مقطر برای مرطوب کردن اکسیژن است.

مهارت مسئول: کارشناس تجهیزات پزشکی که آشنایی کامل با تجهیزات پزشکی داشته باشد

۳-شرح اقدامات:

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.

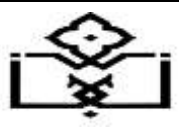
اصول ایمنی و نگهداشت:

- 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 بیمار 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 تrolley مخصوص حمل کپسول استفاده شود.
- ۱۳-در حین انتقال سیلندرهای 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 سیلندرهای 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 سیلندرهای گاز طبی دارای تهویه بوده و زیاد گرم نباشد.
- ۱۶- کپسولها در محل خود در بخش با زنجیر ثابت شود.
- ۱۷- در صورت بروز هرگونه مشکل با واحد تاسیسات تماس بگیرید.
- ۵- منابع: استاندارد ۳۰۴ ملی ایران- استاندارد ۷۵۶۶ ملی ایران- استانداردهای اعتباربخشی ویرایش چهارم ۱۳۹۸

۶- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸-

تهیه کنندگان: فریما عزیزی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس تجهیزات پزشکی	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	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 پاراکلینیک	 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		

۱-هدف: -حفظ ایمنی بیمار در تمام مراحل دریافت درمان و مراقبت در بیمارستان

۲-تعاریف: مسئولیت اصلی کارکنان خدمات سلامت شناسایی صحیح بیمار در تمام مراحل درمان است

به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران الزامیست کلیه بیماران بستری بخش های بیمارستان در دوره پذیرش در بیمارستان دارای دستبند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی تشخیصی و مراقبتی باشند.

۳-مهارت مسئول: کلیه پرستاران و همکاران پاراکلینیک و درمانی

۴-شرح اقدامات :

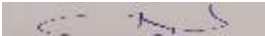
- ✓ -الزامیست دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و قبل از ورود بیمار به بخش و هنگام پذیرش بیمار در اختیار آنان قرار گیرد
- ✓ -صحت اطلاعات مندرج بر روی دستبند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی کنترل میشود.
- ✓ -ضروری است بیمار دریافت دستبند شناسایی را در پرونده به صورت کتبی امضاء و تایید نماید.
- ✓ -الزامیست مشخصات بیمار با رنگ 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 با سایز نوزاد تا بیماران بسیار چاق و یا 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.
- ✓ -در بیماران با اختلالات روانی، شرایط خاص (سوختگی یا شکستگی اندام فوقانی و...) میتوان دستبند شناسایی را روی سینه بیمار فیکس کرد.
- ✓ -تاکید میشود پرستار هیچگاه از روی شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نمیکند.
- ✓ -در صورت جداسدن 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 بیمارام مبتلا به آسم و آلرژی
- ✓ -رنگ زرد جهت شناسایی گروههای در معرض خطر مثل بیماران مستعد سقوط ۲۴ یا ابتلا به زخم فشاری ۱۷ یا ترومبوآمبولی ۹-خودکشی ۱۲-سوء تغذیه ۳۱ -

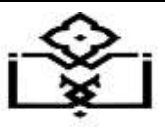
تشنج ۲۹- پلی فارمسی ۳۲

- ✓ دستبند تمام بیماران مبتلا به اختلالات روانی رنگ زرد می باشد
- ✓ -قبل از هرگونه اقدامات وخدمات 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 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

۵-منابع: کتاب ایمنی بیمار مستوفیان

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸-

تهیه کنندگان: فاطمه فخمی ،ولی ا.. محمدبیگی، فاطمه نظری،فرح مهدیخانلو-	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل مستند سازی دستورات تلفنی	 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	

۱-هدف: جلوگیری از تاخیر در اجرای دستورات پزشک در موارد اورژانس، که ممکن است موجب آسیب به بیمار گردد.

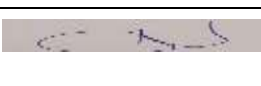
۲-تعاریف: **دستور تلفنی:** دستور دارویی و یا مراقبتی که تلفنی و یا شفاهی (بدون ثبت در پرونده توسط پزشک) در مواقع نیاز (ضروری) و در صورت عدم دسترسی به پزشک (در صورت مقیم نبودن) قابل اجراست.

۳-مهارت مسئول: آگاهی کامل به نحوه انجام دستور تلفنی توسط پرستار و نظارت لازم توسط سرپرستار و سوپروایزر و شرکت در کلاسهای آموزشی

۴-شرح اقدامات:

- ✓ در صورت نیاز و بروز مشکل برای بیمار توسط پرستار مسئول بیمار با پزشک معالج وی تماس گرفته شود.
 - ✓ پزشک معالج بعد از شناسایی دقیق بیمار، دستور تلفنی خود را به پرستار یا ماما شیفت به صورت تلفنی ارئه 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 بخواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند به عنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضا کند.
 - ✓ پرستار مسئول بیمار بعد از دریافت دستور با صدای بلند دستور را باز خوانی نماید تا پزشک بیمار تایید نماید .
 - ✓ پرستار دوم نیز دستور را شنیده و تکرار 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 شود .
 - ✓ دستورات ثبت شده تلفنی توسط دو پرستار مهر و امضاء و حتما توسط خط بسته و ساعت و تاریخ نوشته شود.
 - ✓ پس از مراجعه پزشک معالج در اولین فرصت ممکن، دستور شفاهی خود را مهر و امضاء نماید.
 - ✓ سرپرستار بخش ، بر کلیه ی موارد دریافت ، انجام و ثبت دستورات تلفنی توسط پرستاران ، نظارت نماید.
 - ✓ سوپروایزرهای بالینی، بصورت تصادفی و دوره ای بر موارد دریافت، انجام و ثبت دستورات تلفنی توسط پرستاران، نظارت نمایند.
- ۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: پرونده بیمار- برنامه عملکرد سوپروایزرین بالینی-پزشکان و پرستاران-تجارب بیمارستان

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: فاطمه فخمی، ولی ا. محمدبیگی، فاطمه نظری،	تایید کننده: سعید صمدی - یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار	سمت: مدیر یت بیمارستان/مترون	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	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	دستورالعمل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	مستمر بیمار پس از اعمال جراحی	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: بخش های جراحی	
	صفحه: ۲		

۱-هدف: آمادگی های قبل از جراحی موجب دستیابی بهتر به اهداف جراحی می گردد. همچنین مراقبت و پایش های مستمر بیمار بعد از عمل به کاهش عوارض جراحی و پیشگیری از موقعیت های بحرانی بعد از جراحی کمک می کند.

۲-تعاریف: آمادگی قبل از جراحی (شیو - محل عمل - پوشیدن گان) نخوردن (NPO) - آموزش قبل از عمل.

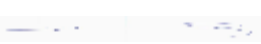
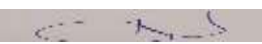
۳-مهارت مسئول: آگاهی از مراقبت های درمانی - آشنایی با نحوه کار با تجهیزات.

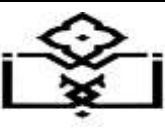
۴- شرح اقدامات:

- ✓ رضایت نامه کتبی از بیمار قبل از عمل و قبل از بیهوشی (در صورتیکه بیمار شرایط لازم برای اخذ رضایت را نداشته باشد، از ولی قانونی وی رضایت گرفته شود.
- ✓ تخلیه معده و روده بیمار جهت پیشگیری از آسپیراسیون و استفراغ (بر حسب دستور پزشک) طی فاصله زمانی مشخص قبل از جراحی NPO شود.
- ✓ تخلیه مثانه بیمار جهت جلوگیری از احتباس ادراری و ... قبل از رفتن به اتاق عمل، از آنها خواسته شود که مثانه خود را تخلیه کنند.
- ✓ محدودسازی مصرف چربی ۸ ساعت قبل از جراحی و مایعات حداقل ۴ ساعت قبل از جراحی، بسته به نوع جراحی.
- ✓ مشخص کردن ناحیه عمل بیمار با توجه به مدارک آزمایشگاهی، سونوگرافی و دستور پزشک.
- ✓ تلاش برای حفظ آرامش و کاهش اضطراب بیمار قبل از جراحی.
- ✓ شیو موهای ناحیه عمل قبل از انجام جراحی.
- ✓ جدا کردن وسایل اضافی از بیمار مانند طلا، پروتز، دندان مصنوعی و ... قبل از جراحی.
- ✓ ضمیمه شدن تمامی آزمایشات، گرافی ها و ... به پرونده بیمار قبل از جراحی و تحویل دادن آن همراه با بیمار به اتاق عمل.
- ✓ شناسایی بیمار طبق دستبند شناسایی و پرسش از خود بیمار (در صورت هوشیاری) و همراه ایشان (در صورت عدم هوشیاری)
- ✓ در صورت مشاهده مغایرت میان اطلاعات پرونده و گفتار بیمار، باید جهت تعیین هویت بیمار اقدام شود.
- ✓ استفاده از پروفیلاکسی طبق دستور پزشک، قبل از جراحی.
- ✓ تهیه لوازم و وسایل مورد نیاز برای عمل مانند پلاتین قبل از جراحی.
- ✓ نشاندار کردن محل عمل توسط جراح یا تکنسین اتاق عمل در حضور جراح
- ✓ کنترل علائم حیاتی بیمار و اطمینان از آمادگی کامل بیمار برای انتقال به بخش در اتاق ریکاوری.
- ✓ انطباق هویت مددجو با پرونده بیمار در زمان تحویل بیمار از اتاق عمل.
- ✓ تحویل گرفتن بیمار از ریکاوری در صورت هوشیاری کامل و پایدار بودن علائم حیاتی وی.
- ✓ چک کردن علائم حیاتی بیمار در بخش (در ساعت اول، هر ۱۵ دقیقه یکبار، سپس هر ۳۰ دقیقه یکبار به مدت ۲ ساعت، سپس هر ۱ تا ۴ ساعت و نهایتاً طبق دستور پزشک).
- ✓ کنترل هوشیاری، وضعیت تنفسی و راههای هوایی بیمار و استفاده از O₂ در صورت نیاز برای بیمار، طبق دستور پزشک.
- ✓ NPO ماندن بیمار بعد از جراحی و استفاده از سرم های تزریقی برای بیمار طبق دستور پزشک.
- ✓ کنترل، ثبت و توجه به میزان و حجم I/O بطور دقیق در صورتیکه بیمار سوند فولی داشته باشد و اطلاع به پزشک در صورت نیاز.
- ✓ آغاز رژیم درخواستی پزشک در صورت تحمل بیمار.
- ✓ چک درن و پانسمان بیمار از نظر افزایش ترشحات پانسمان و اطمینان از فعال بودن درن.
- ✓ چک زخم و بخیه از نظر عفونت، التهاب و ...
- ✓ کمک به بیمار برای افزایش فعالیت در اولین روز بعد از عمل.

- ✓ همراهی پزشک توسط پرستار در زمان ویزیت و اجرای تمام دستورات پزشک.
 - ✓ ثبت تمامی اقدامات انجام شده برای بیمار در گزارش پرستاری و مهر و امضای گزارش.
- ۵- مستندات مرتبط: فرم های درخواست ترانسفوزیون خون، فرم انتقال بیمار به اتاق عمل، فرمهای رضایت آگاهانه

۶- منابع: کتاب استانداردهای خدمات پرستاری، راهنمای جراحی ایمن

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

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل اطمینان از مراقبت و پایش مستمر قبل و حین وبعد از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی	 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	دامنه کاربرد: بخش CCU و قلب	

۱-هدف: - شروع و استمرار مراقبت از مددجو و ادامه دار بودن خدمات رسانی در طول شبانه روز و پیشگیری از ایجاد وقفه در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی

۲-تعاریف: آنژیوگرافی به انگلیسی Angiography عروق کرونر به معنی عکس برداری از رگ های خونرسان قلب با استفاده از تزریق یک ماده رنگی(حاجب)میباشد. با این روش پزشک از گرفتگی یا عدم گرفتگی سرخرگ های کرونر قلب(خونرسان)آگاهی مییابد..

آنژیوپلاستی به انگلیسی Angioplasty: یا رگ بازسازی شیوه ای درمانی برای رفع تنگی رگهای خونی است.

۳-مهارت مسئول: کلیه پرستاران آموزش دیده قلب و CCU

۴-شرح اقدامات:

- ✓ پزشک معالج بیمار بعد از تشخیص اینکه بیمار نیاز به آنژیوگرافی دارد:
- ✓ ۱-اقدام به اخذ پذیرش از مرکز مجهز دارای کت لب(بیمارستان آیت...موسوی)وپزشک فوق آنژیوگرافی میکند ودر صورت نیاز با توجه به شرایط بیمار کد ۲۴۷نیز اعلام میکند.
- ✓ ۲-بعد از اخذپذیرش به سوپروایزر شیفت جهت هماهنگی آمبولانس ویا بالگرد در کد ۲۷۴۴ اطلاع داده می شود
- ✓ ۳-برگه های اعزام توسط پزشک معالج پرمی شود
- ✓ ۴-بیماربا پرستارآموزش دیده قلب وسی سی یو وتجهیزات احیا ازجمله الکتروشوک وترالی احیا اعزام می شود.

اقدامات قبل از آنژیو گرافی عبارت اند از:

- ✓ -حدود ۸ساعت قبل از آنژیوگرافی هیچ خوراکی و نوشیدنی نباید مصرف شود
- ✓ -قبل از آنژیو گرافی بیمار باید فرم رضایت نامه را پر کند.
- ✓ -خطرات احتمالی حین انژیوگرافی و پس از آن برای بیمار شرح داده میشود تا در صورت بروز خطر فرد بیمار انتظار آن را داشته باشد.
- ✓ -شب قبل از عمل دوش بگیرید.موهای ناحیه ناف تا بالای زانو بایدکاملا تراشیده شودودر مورد آقایان موهای سینه نیز تراشیده شود.
- ✓ -درمورد ترس واضطراب خود می توانید با پرستار خود صحبت کنید این کار به شما آرامش می دهد
- ✓ -اگرچه عمل آنژیوگرافی بدون درد وناراحتی انجام می شود با این حال گاهی درهنگام تزریق ماده حاجب احساس تهوع واستفراغ ویا گرمی بوجود می آید که سریعا برطرف می شود.
- ✓ پس از آنژیوگرافی قلب وقبل از انتقال بیمار به بخش پرستار اقدام به خارج کردن لوله وارد شده در رگ کرده ومحل را به مدت ۲۰ دقیقه فشارداده وسپس پانسمان می کند وبه مدت ۴-۶ ساعت کیسه شن یا کمربند مخصوصی را روی محل پانسمان قرار می دهد.

برای کاهش خطر خونریزی به موارد زیر توجه کنید:

- ✓ ۱-سروگردن خود را بالا نیاوریدیا دست خود را زیر سرتان قرارندهید.
- ✓ ۲-پا یا دستی را که آنژیوگرافی ازطریق آن انجام شده خم نکنید.
- ✓ ۳-پاهای خود را روی هم نیندازید.

✓ ۴- در صورت عطسه سرفه و خنده جهت جلوگیری از خونریزی روی پانسمان را فشار دهید.

✓ ۵- جهت سریع تر پاک شدن ماده حاجب از خون مایعات فراوان بنوشید

اقدامات بعد از آنژیوگرافی عبارت اند از:

✓ - به مدت سه روز بعد از آنژیوگرافی از انجام از انجام فعالیت های سنگین بلند کردن اشیای سنگین بالا رفتن از پله ها و رانندگی خودداری کنید.

✓ - پانسمان ناحیه آنژیوگرافی دو روز پس از آنژیوگرافی زیر دوش آب ولرم برداشته شود.

✓ - طبق دستور پزشک داروهای خود را به موقع و به دقت مصرف کنید.

✓ - رژیم غذایی کم نمک و کم چرب را رعایت کنید و ورزش و پیاده روی را در برنامه روزانه خود قرار دهید و از کشیدن سیگار جدا خودداری کنید.

✓ - علائم هشدار و دارای خطر جدی به بیمار آموزش داده می شود و بیمار مرخص می شود که شامل علائم زیر است:

✓ - احساس داغی یا خیسی در ناحیه آنژیوگرافی

✓ - احساس تورم و درد شدید در محل فوق

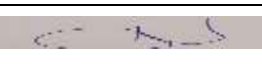
✓ - درد قفسه سینه

✓ - خونریزی ناگهانی از محل آنژیوگرافی

✓ - تغییر در بینایی و یا گفتار

۵ - مستندات مرتبط : منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع: کتاب مراقبت های پرستاری قلب و عروق برونر سوارث ۲۰۱۸

تهیه کنندگان: خانم بابایی و خانم صالحی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار بخش قلب و CCU	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	 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: بخش دیالیز	

۱- هدف: شروع و استمرار مراقبت از مددجو و ادامه دار بودن خدمات رسانی در طول شبانه روز و پیشگیری از ایجاد وقفه در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی

۲- تعاریف: همودیالیز: فرایندی است که در آن از طریق یک غشاء نیمه تراوا (صافی) مواد زائد خون (اوره و کراتنین و الکترولیتها و مایعات اضافی) دفع می گردد.

۳- مهارت مسئول: دارا بودن مهارت کلی برای انجام اقدامات و داشتن مدارک و طی کردن دوره های دیالیز

۴- شرح اقدامات: اقدامات هنگام پذیرش در اولین مراجعه به بخش دیالیز:

- ✓ کلیه مدارک (دستور کتبی پزشک، جواب آزمایش Hbs Ag, Ab و ...) جهت پذیرش از بیماران اخذ گردد.
- ✓ از تعبیه دسترسی به عروق مناسب (فیستول و کاتتر و کورتکس) مطمئن باشیم.
- ✓ در صورت شالودن گذاری جدید جهت بیماران دیالیزی جدید طبق دستور جراح گرافی سینه کنترل انجام و به رویت جراح مربوطه رسانیده و در صورت تایید ایشان جهت دیالیز اقدام می شود
- ✓ بیماران را جهت خاص نمودن دفترچه بیمه و اخذ معرفی نامه از معاونت درمان راهنمایی کنیم و ارجاع دهیم.
- ✓ مقررات بخش توضیح داده شود، مسئول بخش معرفی و لباس و کارت شناسایی به بیمار تحویل گردد.
- ✓ سه برگی ارجاع دیالیز جهت بیماران که برای اولین بار دیالیز برایشان انجام می شود نوشته و به امضای پزشک و سوپروایزر رسانیده می شود
- ✓ چنان چه پزشک معالج بیمار غیر از رئیس بخش دیالیز دکتر هاشم زاده باشد هماهنگی با ایشان نیز جهت انجام دیالیز بیمار صورت پذیرد
- ✓ تماس تلفنی جهت نوبت گیری از بخش دیالیز بیمارستان امدادی و اطلاع موارد دیالیز اورژانسی یا غیر اورژانسی اقدام می شود
- ✓ با اطلاع پزشک و سوپروایزر ساعت دیالیز بیمار اعلام می شود تا هماهنگی سوپروایزر جهت آمبولانس انجام شود
- ✓ بیمار به همراه پرستار رابط و پرونده و سه برگ ارجاع و جواب آزمایشات Hbs Ag و Hcv Ab و Bun و Cr و ... در ساعت مقرر تحویل بخش دیالیز می شود
- ✓ ساعت اتمام دیالیز طی تماس تلفنی به اطلاع بخش داخلی بیمارستان الغدير رسانیده شده و طی هماهنگی با سوپروایزر پرستار رابط جهت تحویل بیمار به بیمارستان امدادی مراجعه و بیمار را به بخش بر می گرداند

اقدامات بعد از همودیالیز:

- ✓ کلیه اقدامات بعد دیالیز شامل کنترل علائم حیاتی، کنترل محل شالودن از نظر خونریزی، کنترل آزمایشات عملکرد کلیه طبق دستور پزشک معالج و آموزش های حین ترخیص بیمار مثل رعایت رژیم غذایی و مصرف صحیح داروها و مراقبت از فیستول و شالودن و پانسمان شالودن انجام گردد.
- ۵- منابع: - کتاب استانداردهای خدمات پرستاری- کتاب پرستار دیالیز (نوشته گروه نویسندگان وزارت بهداشت و درمان معاونت سلامت و اداره پیوند و بیماریهای خاص

- کتاب مبانی دیالیز برای پرستار نویسنده دکتر برومند

تهیه کنندگان: فرح مهدیخانلو	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار داخلی مردان	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپ‌ها	 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		

۱-هدف: آشنایی با آمادگی های بیمار قبل از آندوسکوپی و مراقبتهای لازم در حین و پس از آن

۲-تعاریف: آندوسکوپی عبارت است از یک روش تشخیصی تهاجمی برای دید مستقیم دستگاه گوارش فوقانی (از دهان تا اثنی عشر) می باشد که هرگونه زخم، توده، گاستریت، واریس ها، اجسام خارجی و... انجام می شود در این مرکز آندوسکوپی صرفاً جنبه تشخیصی دارد در مراکز دیگر علاوه بر تشخیص جنبه درمانی نیز دارد

۳-مهارت مسئول: علم ودانش کافی در ارتباط با آندوسکوپی- نحوه کار در اتاق آندوسکوپی- ادمیت بیمار - نحوه شستشو و ضد عفونی دستگاه

۴- شرح اقدامات:

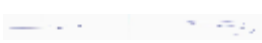
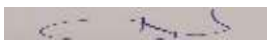
قبل از آندوسکوپی: - آماده کردن دستگاه - چک دستور پزشک - ارائه توضیحات در مورد نحوه آندوسکوپی برای آمادگی روحی بیمار - گرفتن رضایت نامه از بیمار و همراه به صورت آگاهانه-ناشتا بدون بیمار ۱۲ ساعت قبل از آندوسکوپی - در آوردن دندان مصنوعی - خواباندن بیمار در تخت در پوزیشن به پهلو چپ - گرفتن IVLINE برای همه بیماران - استفاده از اسپری لیدوکائین برای بی حسی - تزریق آمپول میدازولام

حین آندوسکوپی: کمک به پزشک- کنترل علایم حیاتی بیمار- در صورت نیاز به بیوپسی فراهم نمودن وسایل

بعد از آندوسکوپی: تحویل لوله فیبرو آندوسکوپ از پزشک برای شستشو و ضد عفونی- درآوردن آنژیوکت بیمار -سپورت فیزیکی بیمار- توصیه به بیمار تا یک ساعت تا برگشتن کامل رفلکس گگ چیزی از دهان نخورد- ۵-۴ ساعت تا هوشیاری کامل ار انجام کارهایی که احتیاج به هوشیاری کامل دارد پرهیز کند-دادن آموزشهای دارویی و غذایی به بیمار باصلاحدید پزشک معالج -در صورت داشتن نمونه پاتولوژی زدن برچسب روی آن و ارسال به آزمایشگاه

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: لیست آمادگی های لازم قبل از آندوسکوپی، کارکنان آندوسکوپی

۵-منابع: کتاب استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کنندگان: معصومه محمدزاده	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: - مسئول آندوسکوپی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تنها جمعی خارج از اتاق عمل دامنه کاربرد: کلیه بخش ها	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدیر ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱		

۱- هدف: حفظ ایمنی بیمار در تمام مراحل انجام کار

۲- تعاریف: پروسیجر نهاجمی/جراحی: به پروسیجرهایی می گویند که به برش یا منفذ روی پوست غشای مخاطی بافت همبند ایجاد کرده ویا اینکه ابزارهایی از منافذ طبیعی بدن وارد شوند.

لیست اقدامات: CV گذاری-چست تیوپ گذاری-پاراسنتز-تزریق داخل مفصلی-بخیه-بیوپسی-زایمان بی درد*خارج کردن جسم خارجی ویا توده از بدن-LP-.....

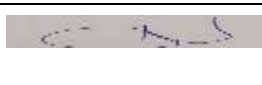
۳- مهارت مسئول: کلیه پرستاران بخش های درمانی

۴- شرح اقدامات:

- ✓ پزشک معالج برای بیمار و همراه آگاه توضیحات لازم (عوارض احتمالی وموارد خطرو روش های جایگزین) رابدهند که برای تشخیص وروند درمان بیماری این عمل لازم است ودرپرونده نیز دستورات لازم نوشته شود..
- ✓ رضایت بیمار و همراه مبنی برانجام اقدامات لازم اخذ شود ودرپرونده ثبت شود وخطرات احتمالی نیز توضیح داده شود.
- ✓ پرستارمسئول بیمار دستور پزشک را کنترل کرده وبا شناسایی صحیح بیمار بیمار را برای انجام پروسیجر آماده نماید..
- ✓ دستبند شناسایی با هویت بیمار وپرونده بیمار تطبیق داده شود.
- ✓ ارتباط موثر با بیمار برقرار گردد تا اضطراب واسترس کاهش پیدا کند.
- ✓ قبل ازانجام پروسیجر علایم حیاتی ،پایش وموارد غیرطبیعی به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.
- ✓ اصول بهداشت دست واسکراپ دست قبل ازانجام پروسیجر رعایت گردد.
- ✓ وسایل استریل وصرفا یک بارمصرف جهت انجام پروسیجر آماده شود.
- ✓ اصول ایمنی تجهیزات(مانیتور وپالس.....) واطمینان ازصحت عملکرد آنها را قبل از انجام پروسیجر رعایت گردد.
- ✓ وسایل حفاظت فردی آماده باشد.(در صورت ابتلای بیمار به کووید ۱۹ ، تمام وسایل حفاظت فردی مخصوص، توسط پرسنل و پزشک، قبل از حضور بر بالین بیمار ، استفاده گردد)
- ✓ حین انجام پروسیجر آرامش بیمار ومحیط فراهم شود.
- ✓ حین وبعد از اتمام پروسیجر علایم حیاتی همانند مواقع بحرانی پایش وثبت شود وموارد غیرطبیعی دراسرع وقت به اطلاع پزشک مربوطه برسد

اقدامات بعد از انجام پروسیجر عبارت اند از: عوارض احتمالی وموارد خطر به بیمار و همراه آگاه توضیح داده شود.-احتمال خونریزی واطلاع دادن به موقع به پرستارمربوطه توضیح داده شود.-علائم حیاتی پایش وثبت شود-موارد غیر طبیعی به پزشک مربوطه اطلاع داده شود.-مدت ماندگاری و احتمال عفونت وموارد خطر وهشدار برای بیمار توضیح داده شود.-زمان مراجعه بعدی برای بیمار توضیح داده شود.

۵- منابع: کتاب مراقبت های پرستاری جراحی برونر سودارث ۲۰۱۸ واعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: زهرا بابایی وفاطمه فخمی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار قلب وجراحی زنان	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخشهای بالینی	 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: کلیه کادر پرستاری و پزشکی	

۱-هدف: ارتقای دانش و مهارت و نگرش بیمار در مورد مراقبت از خود با هدف ارتقای ایمنی و سلامت بیمار و پیشگیری از بستری مکرر به ویژه در خصوص بیماریهای شایع بیمارستان که عبارتند از کرونا، MT، آنژین صدری، عفونت های ادراری و اپاندیسیت می باشند.

۲-تعاریف: خودمراقبتی (self care) مجموعه ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خود، فرزندان و خانواده اش انجام میدهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بماند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان جهت به دست آوردن و حفظ استقلال و انجام فعالیتهای روزمره زندگی بدون نیاز یا حداقل نیاز به کمک براساس آموزشهای دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.

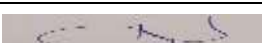
۳-مهارت مسئول: مسئول ارائه آموزش خودمراقبتی فرد یا افرادی هستند که مسلط به محتوای آموزش، ماهر در برقراری ارتباط و دارای دانش و مهارت کافی در مورد روشها و اصول آموزشی است.

۴-شرح اقدامات:

- ✓ بیمار در بخش ادمیت و پرستار مربوطه توسط سرپرستار انتخاب شود.
- ✓ نیازسنجی آموزشی از بدو ادمیت برای بیمار توسط پرستار وی در سه حیطه دانش، نگرش، روانی-حرکتی صورت گرفته و توسط سرپرستار تایید یا اصلاح شود.
- ✓ برنامه آموزشی برای بیمار توسط سرپرستار طراحی و برنامه ریزی شود.
- ✓ بر اساس برنامه طرح شده، روش اجرای مناسب برنامه آموزشی انتخاب و به پرستار بیمار ابلاغ شود
- ✓ برنامه آموزشی از بدو پذیرش بیمار اجرا شود.
- ✓ روش های آموزش (چهره به چهره، پمفلت و...) بر حسب سطح سواد و دانش بیمار انتخاب شود.
- ✓ ارزشیابی آموزشی انجام و فیدبک از بیمار گرفته شود و نقاط مشکل دار و نیازمند آموزش مجدد شناسایی شود و آموزش مجدد انجام شود.
- ✓ بیمار با ارایه برگه، جزوه، پمفلت یا دفترچه آموزشی ترخیص گردد.
- ✓ مسئول آموزش به بیمار در هر بخش تعیین شده و بر عملکرد پرسنل و چگونگی انجام کار نظارت دارد. این مسئولان صرفاً ناظر و هماهنگ کننده کیفیت هستند و استقرار کیفیت و ارائه خدمات با کیفیت وظیفه تک تک کارکنان شاغل در امر مراقبت و درمان بیماران است.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: حداقل آموزشهای بدو ورود در هر بخش - صورتجلسه کارگروه آموزش به بیمار در هر بخش - چک لیست پایش اثربخشی - برگه ارزیابی اولیه - مستندات شاخص ثبت در فرم آموزش به بیمار و خانواده و آموزشهای حین بستری - فرم ترخیص آموزش به بیمار و خانواده -

۶-منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸، کتاب استانداردهای خدمات پرستاری

تهیه کنندگان: فریا فیروزیان	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آموزش بیمار	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار علمی	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	آموزش خودمراقبتی تسکین درد به بیماران	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۴	دامنه کاربرد: کلیه کادر پرستاری و مامایی	

۱-هدف: ارتقاء دانش و مهارت و نگرش بیمار در مورد خودمراقبتی تسکین درد

۲-تعاریف: خودمراقبتی در تسکین درد مجموعه ای از اعمالی است که فرد بصورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خودخوانواده اش انجام می دهد تا بتواند درحین بستری یا پس از ترخیص با استفاده از انواع روشها درد را کنترل کرده و با حفظ استقلال بدون نیاز به کمک دیگران یا حداقل نیاز به کمک بر اساس آموزشهای دریافتی از خود محافظت کرده و کارهای روزمره اش را انجام دهد.

۳-مهارت مسئول مسئول ارائه آموزش خودمراقبتی فرد یا افرادی هستند که مسلط به محتوای آموزش، ماهر در برقراری ارتباط و دارای دانش و مهارت کافی در مورد روشها و اصول آموزشی است.

۴-شرح اقدامات: دستورالعمل خودمراقبتی تسکین درد :

با توجه به اینکه در اکثر موارد مصرف مسکن های قوی بی دلیل بوده و یا روش های کم خطر برای کاهش درد وجود داشته است قبل از مصرف مسکن های داروئی رایج می توان روش های تسکینی جایگزین و کم خطر دیگر از جمله استراحت و حذف عوامل تشدید کننده درد را بکار گرفت . بهره گیری از عوامل فیزیکی مثل کمپرس سرد و گرم ، مدالیته هایی نظیر لیزر، امواج زیر قرمز ،طب سوزنی در درد های اسکلتی عضلانی دارای فواید بیشتری جدای از کاهش درد است.

درد های شدید ناشی از آسیب ریشه های عصبی نظیر فتق دیسک گردنی و یا آسیب های رشته های عصبی ناشی از تصادفات و جراحات را از طریق تزریق و بلوک عصبی و یا تخریب پایانه های عصبی با امواج خاص قابل درمان هستند.

استفاده از دمجوش های گیاهی نیز برای انواع سردرد و برخی از درد های التهابی توصیه می شود. سایر فراورده های گیاهی بصورت خوراکی و یا مالیدنی نیز در درمان دردهای عمومی و عضلانی کاربرد دارند .برخی از ترکیبات ضد التهاب و انتی اکسیدان گیاهی نظیر زنجبیل ،پودر سنجد،زرد چوبه و انواع روغن های گیاهی نظیر کنجد ، کانولا،کتان ،سویا ، شاهدانه، فلفل وانگور قرمز در درمان دردهای اسکلتی و عضلانی و التهابی نقش دارند. بابونه ، اسطوخودوس ، از فراورده هایی هستند که در تسکین انواع درد های احشایی مورد استفاده قرار می گیرند.

در صورت نیاز به تسکین بیشتر می توان از فراورده های موضعی نظیر کرم ،پماد و ژل های مسکن بهره مند شد .ژل کاپسیسین (فلفل) که دارای ترکیباتی ضد ماده مولد درد به نام ماده P میباشد در تسکین دردهای عضلانی و مفصلی موثر است تنها عارضه قابل ذکر آن ایجاد قرمزی و حساسیت پوستی در برخی از افراد حساس است که باید قبل از مصرف وسیع مقداری اندک از آن را به بخشی از پوست ناحیه ساعد مالید و در صورت عدم حساسیت می توان این ژل را استفاده نمود. در نهایت در صورت رفع نشدن درد می توان از خفیف ترین مسکن ها با حداقل دوز (مقدار) درمانی و برای دوره کوتاه بهره جست و در صورت تداوم درد بصورت تدریجی و منقطع از فراورده های خوراکی و تزریقی استفاده نمود.

اضطراب و نگرانی از عوامل تشدید کننده انواع درد های سوماتیک (جسمی) و نروپاتیک (عصبی) می باشند . لذا کاهش استرس و اضطراب و بکارگیری روش های ریلکسیشن (آرام تنی) می تواند در کنترل درد نقش مهمی را ایفاء نماید .

در هر صورت پس از مصرف فراورده های خوراکی و تزریقی می بایست همیشه مراقب علائم مربوط به عوارض داروئی ناخواسته این گروه داروئی بود تا در صورت بروز در مراحل اولیه به مقابله و درمان لازم اقدام نمود. در مورد کاهش انعقاد خون و بروز خونریزی های گوارشی نظیر درد معده و سوء هاضمه ،وجودمدفوع تیره و قیری رنگ و شل از علائم اولیه هستند. خونریزی هایی بشکل لکه های قرمز و ریز پوستی می تواند خود بخود و یا بدنبال ضربه ایجاد شود که معمولا این لکه ها بدون درد و خارش هستند. خونریزی غیر معمول از لثه ها حین مسواک زدن ، از علائم کاهش انعقاد پذیری می باشد. بروز حساسیت های غیر معمول پوستی نظیر خارش و تاول یا تورم وندرتا تنگی نفس نیز از وجوه حساسیت ایجاد شده توسط این داروها هستند.

استامینوفن: این دارو روی دردهای مختلفی مؤثر است و در داروهای مختلفی نیز به صورت ترکیبی وجود دارد. استامینوفن باید در حدی که برای درمان درد هر شخص مورد نیاز است مصرف شود؛ نه بیشتر. مصرف استامینوفن هنگام نوشیدن الکل و نیز در خانم های باردار توصیه نمی شود. مصرف بیشتر از دو استامینوفن در روز را باید با پزشک در میان گذاشت. استامینوفن به طور کلی بی خطر است؛ اما در موارد اندکی و نیز در صورت مصرف بیش از حد باعث آسیب در کبد می شود.

داروی غیر استروئیدی ضد التهاب: آسپیرین، ایبوپروفن و ناپروکسن مثال هایی از این داروها هستند.

عوارض جانبی: عارضه اصلی این داروها مشکلات مربوط به معده است؛ به همین خاطر این داروها باید همراه با غذا یا شیر مصرف شوند. مصرف طولانی مدت این داروها به کلیه ها آسیب می رساند. این داروها فشار خون را بالاتر می برند و نیز با داروهای فشار خون تداخل دارند. سایر عوارض معمول این داروها شامل موارد زیر است: تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، کاهش اشتها، بثورات جلدی، سرگیجه، سردرد، خواب آلودگی

داروهای مخدر یا اپوئیدها تسکین دهنده هایی هستند که می توانند اعتیاد آور باشند. برای بیمارانی که به کمر درد یا دردهای مزمن دیگر مبتلا هستند، این نوع داروها بخش اصلی درمان را تشکیل می دهند. هنگام مصرف داروهای مخدر خودداری از رانندگی و کار با ماشین های سنگین ضروری است. کدئین، فنتانیل، هیدروکدن، هیدرومورفین، مپریدین، مورفین و ترامادول از جمله داروهای مخدر هستند.

عوارض جانبی: اعتیاد یکی از مشکلات اصلی این داروهاست. رخت، سرگیجه، تهوع، استفراغ، یبوست، وابستگی جسمی، مقاوم شدن بدن و دپرسیون تنفسی از دیگر عوارض رایج داروهای مخدر هستند.

داروهای ضد افسردگی: گاه برای درمان دردهای مزمن از داروهای ضد افسردگی استفاده می شود؛ حتی با وجود این که شخص افسردگی ندارد. داروهای ضد افسردگی که به طور معمول به عنوان مسکن نیز استفاده می شوند شامل آمی تریپتیلین، امی پرامین، کلومیپرامین، دوکسپین، نورتریپتیلین و دزیرامین هستند.

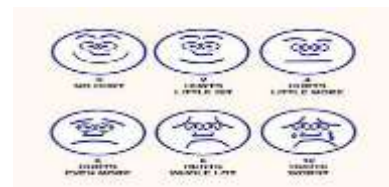
عوارض جانبی: تاری دید، خواب آلودگی، خشکی دهان، احساس سبکی سر هنگام ایستادن به دلیل افت فشار خون، افزایش وزن، عدم تمرکز، یبوست، مشکل در دفع ادرار، مشکلات ریتم قلب

بهترین جایگزین مسکن های مشکل ساز

مصرف دارو به طور مداوم، محدودیت های خاصی را برای بیمار ایجاد می کند. به طور مثال بیمار در صورت نیاز به مصرف هر نوع داروی دیگر باید ابتدا با پزشک مشورت کند. حتی برای مصرف مکمل های گیاهی یا ویتامین ها باید پزشک را در جریان قرار دهد. مصرف مداوم داروهای تسکین دهنده مشکلات و وابستگی هایی را در بدن شخص ایجاد می کند که در برخی موارد، جبران ناپذیر است. به خاطر عوارض مسکن ها، استفاده از درمان های جدید و بی خطر به بیماران در تمام گروه های سنی توصیه می شود

تصویر ، میزان درد خود و یا بیمار را اندازه گیری نموده و به تصویر فوق یکی از معیارهای اندازه گیری شدت درد می باشد. شما می توانید با استفاده از این درد یک تجربه شخصی است و تنها خود بیمار است که چگونگی و شدت آن را تعیین می نماید. پرسنل مربوطه گزارش نمایید تا اقدامات لازم را انجام دهند

هدف از کنترل درد حاد بخصوص پس از عمل جراحی، این است که علاوه بر کاهش سطح درد بیمار به حدی که قابل تحمل باشد، از عوارض محتمل جراحی که به دنبال درد ایجاد می شود، پیشگیری گردد.



دستگاه پمپ درد یا PCA و تسکین درد بعد از جراحی: پمپ درد چیست؟ دستگاه پمپ درد یا PCA (Patient-Controlled Analgesia) دستگاهی است که از طریق استفاده از یک پمپ تزریق پرتابل برای کنترل درد بیمار استفاده می شود. این پمپ دارای یک دکمه (دکمه بلوس) است و این دکمه در اختیار بیمار می باشد و می توان از انواع داروها در آن استفاده کرد. پمپ های درد به این منظور ایجاد شدند که با تزریق پیوسته و تدریجی دارو شریطی را ایجاد کنند تا بیمار در طول زمان لازم بی درد باشد. در برخی موارد پمپی در دست بیمار قرار می گیرد و دکمه ای روی آن وجود دارد که اگر بیمار احساس درد داشته باشد آن را فشار می دهد تا یک دوز از دارو توسط دستگاه وارد بدنش شود. البته به این شکل نیست که بیمار هر قدر می خواهد پمپ را فشار بدهد و مسکن دریافت کند. حداکثر مقدار مجاز دارو که بیمار می تواند آن را دریافت کند، توسط متخصص تنظیم می شود که بیش از آن وارد بدن بیمار نشود. در موارد دیگر پمپ در دست بیمار نخواهد بود و براساس تنظیماتی که انجام شده به طور خودکار دارو از پمپ آزاد شده و به بدن بیمار وارد خواهد شد. عوارض استفاده از پمپ درد: PCA صرفاً یک روش تجویز دارو می باشد پس اساساً عوارضی ندارد. عوارض احتمالی ناشی از داروهای مخدر و غیر مخدر که در این روش برای کنترل درد به کار می روند را باید ناشی از خاصیت داروها دانست.

انواع روش های دارویی تسکین درد زایمان

برای تسکین درد زایمان سه روش دارویی عمده وجود دارد. این سه روش شامل موارد زیر است:

بی حسی موضعی: در زمان زایمان برای بی حس کردن ناحیه ای که در آن احساس درد می کنید یا در صورت نیاز به بخیه کردن اطراف واژن مورد استفاده قرار می گیرد. بی حسی موضعی غیر از بی حس کردن قسمتی خاص برای شما کاربرد دیگری ندارد.

بی حسی ناحیه ای: توسط متخصص بیهوشی انجام می شود و با تزریق دارو به نزدیکی اعصاب پایینی کمر باعث بی حسی و از بین رفتن درد در بخش بزرگی از بدن می شود. در این روش شما در زمان زایمان هشیار خواهید ماند. روش بی حسی ناحیه ای در زایمان به دو روش بی حسی اسپینال؛ Spinal، و بی حسی اپیدورال؛ Epidural، انجام می شود که هر دو روش باعث کاهش چشمگیر درد زایمان می شود. این دو روش در انجام عمل سزارین نیز مورد استفاده قرار می گیرد.

بیهوشی عمومی: بیهوشی عمومی باعث خواب رفتن شما در زمان زایمان می شود و با وجود بی خطر بودن، به این دلیل که بلافاصله پس از تولد نوزاد نمی توانید او را ببینید، این بیهوشی به ندرت و فقط در زمان ضرورت پزشکی انجام می شود.

داروهای مسکن: داروهای مسکن همچنین می تواند با تزریق به رگ و ماهیچه یا با استنشاق باعث کاهش درد زایمان شود. این نوع داروها درد را کاملاً از بین نمی برد، اما آن را کاهش می دهد. این داروها به این دلیل که بر کل بدن تأثیر یکپارچه می گذارد و باعث خواب آلودگی شما و نوزادتان است، بیشتر در اوایل شروع درد زایمان استفاده می شود تا به استراحت کردن شما و ذخیره انرژی برای زمان زایمان کمک کند.

عوارض بی حسی اسپینال و اپیدورال: متخصص بیهوشی همه احتیاط های لازم برای پیشگیری از عوارض بی حسی را انجام خواهد داد. البته با وجود نادر بودن عوارض این نوع بی حسی ها، موارد زیر ممکن است برای شما پیش بیاید:

✓ کاهش فشار خون: برای پیشگیری از این عارضه، مایعات به شما تزریق خواهد شد و فشار خون شما تحت نظر گرفته می شود.

✓ خارش خفیف هنگام درد زایمان: اگر خارش شما را آزار می دهد، متخصص بیهوشی می تواند آن را درمان کند.

✓ سردرد: نوشیدن مایعات و مصرف قرص مسکن پس از بی حسی، سردرد را تسکین می دهد. اگر سردرد ادامه دار است، به متخصص بیهوشی اطلاع بدهید تا داروی بهتری برای شما تجویز کند.

✓ واکنش آلرژیک یا حساسیت به داروهای بی حسی موضعی: با وجود نادر بودن این عارضه، حساسیت به داروهای بی حسی می تواند مشکلی جدی باشد. در صورت سرگیجه یا شنیدن صدای زنگ در گوش به متخصص بیهوشی اطلاع دهید تا به سرعت مشکل را برطرف کند

✓ امکان بروز مشکلات گوارشی «شایع ترین عوارض جانبی داروهای مسکن ضد التهاب چون ASA، دیکلوفناک، ایبوپروفن و ناپروکسن ناراحتی های گوارشی است. مصرف بی رویه این داروها ممکن است باعث ایجاد ورم معده شود یا خطر خونریزی معده را دو تا چهار برابر افزایش دهد که علائم آن وجود خون در مدفوع یا در استفراغ است. در چنین مواقعی پزشک مصرف همزمان مسکن را به همراه داروهای محافظ معده توصیه می کند.

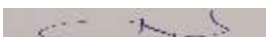
✓ «خطر بروز بیماری های قلبی-عروقی» مصرف بالای برخی از مسکن ها همچون دیکلوفناک در بلندمدت خطر بیماری های قلبی-عروقی را افزایش می دهد. فردی که در معرض ابتلا به این بیماری هاست باید نوع مسکن را با احتیاط انتخاب کند. برای مثال افرادی که از قرص های کاهش دهنده فشار خون استفاده می کنند باید با پزشک معالج خود مشورت کنند. در چنین شرایطی

باید دارویی مصرف شود که با کاهش‌دهنده‌های فشار خون سازگار باشد. همچنین در مواردی چون بیماری‌های کلیوی یا مشکلات کبدی مصرف برخی داروها ممنوع است. بنابراین افرادی که مبتلا به بیماری خاصی هستند باید برای مصرف مسکن‌ها حتماً با پزشک معالج خود مشورت کنند .

✓ «سردردهای ناشی از مصرف دارو» مصرف مسکن‌ها در بلندمدت ممکن است خود باعث بروز سردرد شوند، به همین جهت گفته می‌شود زمانی که شخص دردمند برای تسکین خود از ضد دردها استفاده می‌کند در یک دور باطل گرفتار می‌شود. از این رو افرادی که برای مدت طولانی از این مسکن‌ها استفاده می‌کنند باید از چنین عوارضی آگاهی داشته باشند. در آخر، اصلی که باید در مصرف این مسکن‌ها رعایت شود: «تا حد امکان کم و فقط به اندازه‌ای که لازم است مصرف شود.» بدین ترتیب از بروز مشکلات پیشگیری خواهد شد .

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: فریبا فیروزیان	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: آموزش به بیمار	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار/همراه اوبعد از ترخیص از بیمارستان دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی پاراکلینیکی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير اهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱		

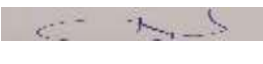
۱- **هدف:** ارتقای ایمنی بیمار و پیگیری روند درمان امکان استفاده بیمار از کلیه اطلاعات بالینی پرونده خود و جلوگیری از اتلاف منابع و اجرای مجدد تست هایی که انجام و هزینه آن ها پرداخت شده .

۳- **مهارت مسئول:** کلیه پرسنل درمانی و پاراکلینیکی و کارکنان زیرمجموعه مدارک پزشکی

۴- **شرح اقدامات:**

- ۱- پرستار شیفست حین ترخیص بیمار به وسیله کنترل نتایج تست های پاراکلینیک در HIS و یا کاردکس تست های معوقه را شناسایی می کند. ✓
 - ۲- در فرم آموزش به بیمار حین ترخیص ثبت نموده و یک برگ از فرم رابه بیمار یا همراهان تحویل می دهد. ✓
 - ۳- لیست آزمایشات مذکور را همراه کد پذیرش شماره تماس بیمار و نیز فرد مورد اعتماد ایشان جهت دریافت جواب (با پرسش از خود بیمار) در دفتر پیگیری تست های معوقه نیز مکتوب می شود. ✓
 - ۴- بصورت شفاهی نیز در رابطه با نحوه پیگیری و زمان مراجعه جهت دریافت نتایج تست های مذکور به بیمار و همراه آموزش داده می شود ✓
 - ۵- بخش موارد ثبت شده در دفتر تست های معوقه را با توجه به دوره انتظار جهت پاسخگویی هر تست پیگیری می کند. ✓
 - ۶- در صورت عدم مراجعه بیمار در موعد مقرر جهت دریافت نتیجه با شماره تلفن وی تماس می گیرد. ✓
 - ۷- در صورت عدم پاسخگویی تماس زمان و دفعات تماس را در دفتر یادداشت می کند. ✓
 - ۸- در صورت مراجعه بیمار یا همراه برای دریافت جواب آزمایشات ، جواب آزمایشات یک برگ کپی گرفته شده به ایشان تحویل می گردد و یک برگ ضمیمه پرونده بیمار میگردد و زمان تحویل و مشخصات تحویل گیرنده در دفتر نتایج معوقه ثبت میشود. ✓
- ۵- **امکانات و تسهیلات مورد نیاز:** فرم آموزش به بیمار دفتر پیگیری تست های معوقه

۶- **منابع:** سنجه های اعتبار بخشی ملی بیمارستان

تهیه کنندگان: زهرا بابایی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار قلب	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و ایمنی پزشکی	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	بخش های ویژه به صورت ایمن	
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

۱-هدف: انتقال و جابجایی ایمن و بدون استرس بیمار

۲-تعاریف: انتقال بین بخشی: شامل انتقال بیمار از اورژانس یا سایر بخش ها به بخشهای ویژه در نظر گرفتن کلیه موارد و ایمنی با حمایت روحی و روانی از بیمار

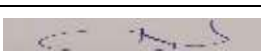
۳-مهارت مسئول: آشنایی کلیه پرسنل پرستاری از جمله سر پرستار و پرستاران مسئول شیفت ها به نحوه انتقال و جابجایی بیماران با در نظر گرفتن کلیه مسایل ایمنی و قانونی و نحوه نظارت به کار پرسنل خدماتی در هنگام انتقال بیماران

۴-شرح اقدامات:

- ✓ داشتن دستور کتبی پزشک مبنی بر انتقال بیمار به بخش های ویژه و دلیل انتقال در پرونده و مطابقت با کاردکس
- ✓ هماهنگی با بخش های ویژه ی مرتبط جهت انتقال بیمار به بخش و اطلاع رسانی دلیل انتقال بیمار به بخش های ویژه
- ✓ قبل از انتقال بیمار از بخش یا اورژانس به بخش های ویژه باید بیمار از نظر بالین و اتصالات stable گردد.
- ✓ جهت انتقال به بخش CCU یا انکال بیهوشی و مسئول بخش/شیفت هماهنگی های لازم صورت بگیرد و جهت انتقال به بخش CCU هماهنگی های لازم با مسئول بخش/شیفت صورت بگیرد و این در حالی است که پزشک مربوطه در اورژانس یا بخش مبدا حضورا بیمار را ویزیت نموده و کتبا دستور انتقال را بدهد.
- ✓ اطلاع دادن به بیمار و همراهان از انتقال بیمار، هدف از انتقال و محل و زمان آن توسط مسئول بخش و پرستار مربوطه هماهنگی با مسئول بخش یا واحد مقصد
- ✓ جمع آوری کلیه وسایل شخصی-گرافی ها-داروها...
- ✓ داشتن دستبند شناسایی بیمار موقع تحویل و انتقال
- ✓ تکمیل پرونده بیمار و نوشتن گزارش پرستاری کامل و دقیق-ساعت انتقال-موارد انجام شده-موارد پیگیری
- ✓ انتقال بیمار با در نظر گرفتن کلیه موارد ایمنی
- ✓ به همراه داشتن تجهیزات لازم (از قبیل ویلچر یا برانکاردر مجهز به BED SIDE اکسیژن پرتابل و رابط یا کانولای اکسیژن-ماسک) و داروهای ضروری مرتبط با بیماری و همراهی بیمار توسط پرستار مجرب.
- ✓ تحویل بیمار از پرستار بخش مبدا به پرستار بخش ویژه بر اساس تکنیک ISBAR انجام می شود.
- ✓ کلیه ی اتصالات و بالین و پرونده بیمار توسط پرستار بخش ویژه چک شده و تحویل گرفته می شود.
- ✓ توضیح دلایل انتقال بیمار به بخش های ویژه و اطلاع رسانی شرایط بالینی بیمار و پیگیری های انجام شده توسط پرستاران بخش های ویژه به همراهان و تاکید بر ممنوع بودن حضور همراهان بر بالین بیمار به بخش های ویژه

۵-مستندات مرتبط: فلوجارت جابه جایی بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه ،چک لیست کنترلی فرایند جابه جایی بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه

۶-منابع: کتاب استانداردهای خدمات پرستاری، دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار

تهیه کنندگان: خانم معصومه صالحی و ثریا یگانه دوست	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستاران بخش های CCU، ICU	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل نحوه اهدا عضو در بیماران مرگ مغزی	
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: بخش های ویژه و اورژانس	

۱-هدف: تسریع در امر شناسایی موارد مرگ مغزی -کمک به افراد نیازمند پیوند عضو در کشور و کاهش مرگ و میر بیماران در انتظار پیوند

۲-تعاریف: ***مرگ مغزی: در مرگ مغزی کل سلولهای مغز و ساقه ی مغز، از بین رفته اند و غیرقابل برگشتند و فرد، فوت شده محسوب می شود

***معیارهای فعلی برای تعیین مرگ مغزی عبارتند از: ۱. عدم پاسخ دهی به تحریکات (تخریب منتشر کورتکس مغز)

۲. از بین رفتن رفلکسهای ساقه ی مغز (تخریب ساقه مغز) رفلکسهای مردمک، قرنیه و حلقی دهانی (مانند رفلکس سرفه و گگ) باید از بین رفته باشند. رفلکس اکولو سفالیک و رفلکس اکولوو سٹیولار سبب حرکت چشمها نمی شوند.

۳. آپنه (تخریب تنه مغزی) فعالیت تنفسی وجود ندارد؛ که با رسیدن فشار دی اکسید کربن بیمار به ۶۰ میلی متر جیوه مشخص می شود. به طوریکه پس از تجویز اکسیژن ۱۰۰٪ و جدا کردن بیمار از ونتیلاتور نیز تلاش تنفسی رخ نمی دهد.

۴. نتایج الکتروآنسفالوگرام: در الکتروآنسفالوگرافی امواج الکتروآنسفالوگرام مغزی صاف (ایزوالکتریک) است.

۳-مهارت مسئول: کلیه پرسنل بخش های ویژه و اورژانس و مسئولین ذیربط باید آشنایی کامل با رابطین هماهنگ کننده پیوند دانشگاه داشته باشند و از نحوه گزارش موارد مرگ مغزی آگاهی لازم داشته باشند

۴- شرح اقدامات:

۱. همه بیماران با هوشیاری کمتر از ۵ را به رابطین هماهنگ کننده پیوند دانشگاه معرفی کنید و همکاری کامل در ارائه اطلاعات موارد به همکاران واحد شناسایی در تمام ساعات شبانه روزی انجام دهید

۲. همه مسئولین، پزشکان و پرسنل بیمارستان با هماهنگ کنندگان اهدا عضو دانشگاه جهت انجام معاینات و تست های مورد نیاز تشخیص مرگ مغزی و عملکرد ارگانها، اجرای دستورات پزشک معالج یا هماهنگ کننده اهدا عضو (با تایید پزشک معالج) در راستای مراقبت موارد مرگ مغزی همکاری لازم داشته باشند و محیط مناسب برای مصاحبه هماهنگ کننده با خانواده فراهم کنند

۳. همه تست های تشخیصی (آزمایش، سونوگرافی، سی تی اسکن) برای موارد مشکوک به مرگ مغزی در اولویت قرار داده شوند

۴. در صورت عدم دسترسی حضوری به پزشک معالج، موافقت وی بصورت تلفنی اخذ شود.

۵. مراقبت دقیق و مطابق با دستورات دارویی، حفظ ارگان های حیاتی فرد مرگ مغزی انجام شود.

۶. مسئولیت حفظ غلایم حیاتی و عملکرد ارگانهای افراد مرگ مغزی به عهده پزشکان مقیم آن بیمارستان است ولی لازم است پزشک مسئول در صورت عدم تجربه کافی در مراقبت از موارد مرگ مغزی، وظیفه مراقبت از وی را به تیم فراهم اوری اعضا دانشگاه بسپارد.

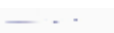
۷. انجام دستورات تیم فراهم اوری اعضای پیوندی ربطی به رضایت خانواده در خصوص اهدای عضو نداشته و برای همه موارد از زمان بروز مرگ مغزی لازم الاجرا است.

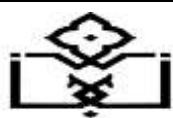
۸. لازم است پزشکان و پرسنل بیمارستان از پیگیری مربوط به این موضوع و درخواست مرتبط با آن خودداری کرده و فقط وضعیت وی را به خانواده اطلاع دهند و در خصوص اهدای عضو هیچگونه صحبتی با خانواده نداشته باشند. طرح موضوع و پیگیری اهدای عضو امری تخصصی است و هماهنگ کنندگان اهدای عضو دانشگاه در مورد آن دوره های لازم را گذرانده اند.

۹. فرانشیز خدمات بستری بیماران مرگ مغزی که اهدا کننده عضو شده اند رایگان بوده و از این رو لازم است فرانشیز هزینه های درمانی این عزیزان به معاونت درمان دانشگاه اعلام گردد.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: نامه شماره ۱۹/۴/۱۵۳۲۴ تاریخ ۱۴۰۰/۱۲/۲۳ -پرسنل بخش های ویژه و اورژانس

۶-منابع: شیوه نامه نظارتی وقوع وقایع ناخواسته شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۰۶ - سنجه های اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: سحر دهقانی-ثریا یگانه دوست	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار اورژانس-سرپرستار ای سی یو	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل اطمینان از مراقبت و پایش مستمر قبل و حین وبعد از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی دامنه کاربرد: بخش CCU و قلب	 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		

۱-هدف:- شروع و استمرار مراقبت از مددجو و ادامه دار بودن خدمات رسانی در طول شبانه روز و پیشگیری از ایجاد وقفه در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی

۲-تعاریف: آنژیوگرافی Angiography عروق کرونر به معنی عکس برداری از رگ های خونساز قلب با استفاده از تزریق یک ماده رنگی (حاجب) میباشد. با این روش پزشک از گرفتگی یا عدم گرفتگی سرخرگ های کرونر قلب (خونساز) آگاهی مییابد..

آنژیوپلاستی Angioplasty: یا رگ بازسازی، شیوه ای درمانی برای رفع تنگی رگ های خونی است.

۳-مهارت مسئول: کلیه پرستاران آموزش دیده قلب و CCU

۴-شرح اقدامات: پزشک معالج بیمار بعد از تشخیص اینکه بیمار نیاز به آنژیوگرافی دارد:

- ✓ ۱-اقدام به اخذ پذیرش از مرکز مجهز دارای کت لب (بیمارستان آیت...موسوی) و پزشک فوق آنژیوگرافی میکند و در صورت نیاز با توجه به شرایط بیمار کد ۲۴۷ نیز اعلام میکند.
- ✓ ۲-بعد از اخذ پذیرش به سوپروایزر شیفت جهت هماهنگی آمبولانس ویا بالگرد در کد ۲۷۴ اطلاع داده می شود
- ✓ ۳-برگه های اعزام توسط پزشک معالج پر می شود
- ✓ ۴-بیمار با پرستار آموزش دیده قلب وسی سی یو و تجهیزات احیا از جمله الکتروشوک و ترالی احیا اعزام می شود.

اقدامات قبل از آنژیوگرافی عبارت اند از:

- ✓ -حدود ۸ ساعت قبل از آنژیوگرافی هیچ خوراکی و نوشیدنی نباید مصرف شود
- ✓ -قبل از آنژیوگرافی بیمار باید فرم رضایت نامه را پر کند.
- ✓ -خطرات احتمالی حین آنژیوگرافی و پس از آن برای بیمار شرح داده میشود تا در صورت بروز خطر فرد بیمار انتظار آن را داشته باشد.
- ✓ -شب قبل از عمل دوش بگیرد. موهای ناحیه ناف تا بالای زانو باید کاملاً تراشیده شود و در مورد آقایان موهای سینه نیز تراشیده شود.
- ✓ -درمورد ترس و اضطراب خود می توانید با پرستار خود صحبت کنید این کار به شما آرامش می دهد
- ✓ -اگرچه عمل آنژیوگرافی بدون درد و ناراحتی انجام می شود با این حال گاهی در هنگام تزریق ماده حاجب احساس تهوع و استفراغ ویا گرمی بوجود می آید که سریعاً برطرف می شود.
- ✓ پس از آنژیوگرافی قلب و قبل از انتقال بیمار به بخش پرستار اقدام به خارج کردن لوله وارد شده در رگ کرده و محل را به مدت ۲۰ دقیقه فشار داده و سپس پانسمان می کند و به مدت ۴-۶ ساعت کیسه شن یا کمربند مخصوصی را روی محل پانسمان قرار می دهد.

برای کاهش خطر خونریزی به موارد زیر توجه کنید:

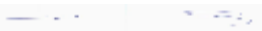
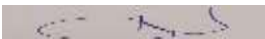
- ✓ ۱-سرگردن خود را بالا نیاورید یا دست خود را زیر سرتان قرار ندهید.
- ✓ ۲-پا یا دستی را که آنژیوگرافی از طریق آن انجام شده خم نکنید.
- ✓ ۳-پاهای خود را روی هم نیندازید.
- ✓ ۴-در صورت عطسه سرفه و خنده جهت جلوگیری از خونریزی روی پانسمان را فشار دهید.
- ✓ ۵-جهت سریع تر پاک شدن ماده حاجب از خون مایات فراوان بنوشید

اقدامات بعد از آنژیوگرافی عبارت اند از:

- ✓ -به مدت سه روز بعد از آنژیوگرافی از انجام از انجام فعالیت های سنگین بلند کردن اشیای سنگین بالا رفتن از پله ها و رانندگی خودداری کنید.
- ✓ -پانسمان ناحیه آنژیوگرافی دو روز پس از آنژیوگرافی زیر دوش آب ولرم برداشته شود.
- ✓ -طبق دستور پزشک داروهای خود را به موقع و به دقت مصرف کنید.
- ✓ -رژیم غذایی کم نمک و کم چرب را رعایت کنید و ورزش و پیاده روی را در برنامه روزانه خود قرار دهید و از کشیدن سیگار جدا خودداری کنید.
- ✓ -علائم هشدار و دارای خطر جدی به بیمار آموزش داده می شود و بیمار مرخص می شود که شامل علائم زیر است:
- ✓ -احساس داغی یا خیسی در ناحیه آنژیوگرافی
- ✓ -احساس تورم و درد شدید در محل فوق
- ✓ -درد قفسه سینه
- ✓ -خونریزی ناگهانی از محل آنژیوگرافی
- ✓ -تغییر در بینایی و یا گفتار

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع: کتاب مراقبت های پرستاری قلب و عروق برونر سوارث ۲۰۱۸

تهیه کنندگان: زهرا بابایی و معصومه صالحی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار بخش قلب و CCU	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل برنامه ریزی انجام عمل جراحی اورژانس	
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

۱- **هدف:** حفظ ایمنی، حریم و فراهم کردن مراقبت مناسب و مداوم براساس نیازهای بیمار و ارایه به موقع اقدامات درمانی و جراحی و آمادگی اتاق عمل از ورود بیمار جهت جلوگیری از تداخل اعمال جراحی

۲- **تعاریف:** بیمارانی هستند که در صورت عدم ارایه به موقع اعمال جراحی، منجر به صدمات عضوی و یا جانی و نیز مشکلات روانی بیمار می شود.

۳- مهارت مسئول:

- ✓ آگاهی از دستورالعمل جراحی ایمن بیمار
- ✓ آگاهی از نحوه گزارش نویسی
- ✓ آگاهی از روش تحویل بیمار اورژانسی
- ✓ آگاهی از نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران و راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار

۴- شرح اقدامات:

- ✓ تحویل بیمار در اتاق عمل می تواند توسط پرستار، تکنسین اتاق عمل و بیهوشی انجام گیرد.
- ✓ -نحوه ارتباط با بخش ها جهت بیماران اورژانسی از لحاظ تعداد، نام، نوع عمل جراحی، نام جراح و سن بیمار از طریق تماس تلفنی (منشی بخش ها، جراح مربوطه و یا مسئولین بخش ها)
- ✓ -پذیرش بیمار اورژانسی با هماهنگی جراح و متخصص بیهوشی، در اسرع وقت انجام گیرد (سرپرستار اتاق عمل)
- ✓ -از وجود فرم رضایت و براث نامه بیمار و از صحت محتوای آن اطمینان حاصل کند (منشی بخش ها)
- ✓ از زمان حضور پزشکان متخصص قبل از فراخوان بیمار به اتاق عمل اطلاع داشته باشد (منشی بخش ها یا مسئول شیفت بخش، سرپرستار اتاق عمل)
- ✓ از آمادگی اتاق عمل جهت تحویل بیمار، قبل از ورود به اتاق عمل اطمینان حاصل کند. (منشی بخش ها یا مسئول شیفت بخش ها)
- ✓ از آمادگی بیمار جهت انجام عمل جراحی اطمینان حاصل کند. (پرستار بخش ها، منشی بخش ها)
- ✓ -در صورت هوشیار بودن بیمار، فرد پذیرش کننده خود را به بیمار معرفی کند. (پرستار ریکاوری)
- ✓ -مشخصات بیمار، نوع بیماری، نوع عمل جراحی و محل صحیح عمل را با خود بیمار، پرونده، دستبند و لیست عمل مطابقت داده شود
- ✓ -بیمار از نظر سوابق اعمال جراحی، بیماری های زمینه ای، حساسیت دارویی و تمامی موارد مندرج در برگه مراقبت قبل عمل چک شود.
- ✓ -ثبت علائم حیاتی در برگ قبل از عمل را کنترل نماید.
- ✓ - lv line (رگ وریدی) بیمار را از نظر برقرار بودن کنترل نماید.
- ✓ -ناحیه عمل و محل اتصال پلیت کوتر را از لحاظ شیو کنترل نماید.
- ✓ -از مایشات (در صورتی که بیمار آزمایش CBC از قبل داشته باشد تا یک ماه قبل قابل قبول است در غیر این صورت باید آزمایش جدیدی درخواست شود)، رادیوگرافی، سونوگرافی و ... مورد نیاز عمل یا مورد درخواست جراح در پرونده را چک نموده و موارد غیر عادی گزارش داده شود.
- ✓ -بیمار از نظر هرگونه وسایل اضافی (گیره سر، النگو، انگشتر، دندان مصنوعی و...) بررسی شود.
- ✓ -در صورت داشتن زیورآلات که خارج کردن آن مشکل است (النگو و...) از پوشاندن آن با گاز و .. خودداری شود و حتما خارج شود.

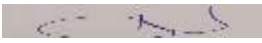
- ✓ -بیمار از نظر داشتن هر گونه آرایش (لاک و ...) بررسی شود.
- ✓ -بیمار را از نظر داشتن لباس مناسب اتاق عمل(گان،شلوار،کلاه یکبار مصرف) کنترل نماید.
- ✓ -بیمار را از لحاظ NPO بودن بررسی نموده و به متخصص بیهوشی اطلاع داده شود (پرستار تحویل گیرنده بیمار)
- ✓ -آمادگی های قبل از عمل انجام شده باشد و از اخذ رضایت آگاهانه از بیمار هوشیار/ولی قانونی بیمار در بیماران غیرهوشیار اطمینان حاصل کند.
- ✓ -در اعمال جراحی مانند هیستریکتومی،کورتاژ،قطع عضو،پیوند اعضا و سایر موارد جراحی اورژانسی،از وجود رضایت همسر اطمینان حاصل شود. (پرستار تحویل گیرنده بیمار)
- ✓ از انتقال بیمار با برانکارد بخش به برانکارد اتاق عمل با حفظ حریم بیمار اطمینان حاصل شود.
- ✓ -در بیمارانی که دستور رزرو و فراورده های خونی دارند از آماده بودن فراورده های خونی اطمینان حاصل شود.
- ✓ -در زمان پذیرش بیمار باید توضیحات لازم و پاسخ سوالات بیمار داده شود.
- ✓ -در صورت نیاز بیمار به فراورده های خونی،هنگام تحویل گرفتن فراورده ها،مشخصات بیمار با مشخصات کیسه ها و درخواست آن چک شود.
- ✓ -قبل از پذیرش بیمار از آمادگی تیم جراحی و تمام لوازم و دستگاههای مورد نیاز عمل اطمینان حاصل کرده و در صورت وجود اشکال به مسئول وقت اتاق عمل و جراح اطلاع داده شود(پرسنل ریکاوری،پرسنل اتاق ها)
- ✓ -گزارش پرستاری مربوط به پذیرش در اتاق عمل(از نظر ارزیابی وضعیت جسمی روحی بیمار،اعضامصنوعی و...) باید در برگه گزارش پرستاری ثبت و فرم مراقبت قبل از عمل نیز تکمیل گردد.گزارش باید خوانا و با نظم و ترتیب در اقدامات انجام شده نوشته شود.(پرسنل ریکاوری)

نکته : در صورتی که شرایط بیمار به نحوی باشد که تهدیدکننده حیات باشد، تحویل بیمار و پرونده و شروع عمل جراحی ،بدون وقفه و حتی در مواردی بدون تحویل پرونده انجام می گیرد و قوانین معمول جهت پذیرش بیماران الکتیو برای بیماران اورژانسی اعمال نمی شود.

در صورتی که بیمار مبتلا به بیماری عفونی(مثلا کووید) ۱۹ باشد ، پس از استفاده از وسایل حفاظت فردی کامل که قبل از تحویل بیمار توسط فرد تحویل گیرنده صورت میگیرد، بیمار پس از تحویل مستقیما به اتاق ۴ که مخصوص بیماران عفونی(کرونایی) میباشد، منتقل میگردد ، پس از اتمام عمل جراحی نیز اقدامات مربوط به ریکاوری و پایش بیمار در همان اتاق ۴ انجام شده و پس از آماده بودن بیمار جهت انتقال به بخش، بیمار مستقیما از اتاق ۴ به بخش تحویل داده میشود و بیمار در هنگام تحویل از بخش و یا تحویل به بخش، نزدیک سایر بیماران قرار نمیگیرد.

۵ مستندات مرتبط: فرم لیست اعمال جراحی -برگه تحویل بیمار از اتاق عمل -تجربه بالینی بیمارستان در مواجهه با بیماران اورژانسی

۵ -منابع: راهنمای جراحی ایمن و سطوح تریاژ در اتاق عمل

تهیه کننده:کیارش صالحی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: ،سرپرستار اتاق عمل	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه برخورد با بیماران مبتلا به عفونت‌های مسری نیازمند اعمال جراحی در بخش اتاق عمل	 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: اتاق عمل	

۱-هدف: پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار دارای عفونت مسری به بیماران بعدی و یا پرسنل کادر درمان

۲-تعریف: بیماری‌هایی هستند که از فرد آلوده به شخص دیگر به طرق مختلف (تماس فیزیکی، تماس با ترشحات بدن فرد آلوده، انتقال از طریق: هوا، قطرات) منتقل میشوند. برای مثال بیماری‌های تنفسی نظیر سل، برونشیت، دیفتری، سرخک، سیاه سرفه / بیماری‌های آمیزشی مثل HIV، HBS، HCV/ بیماری‌های واگیردار توسط حشرات ناقل مثل طاعون، مالاریا، کزاز، مننژیت

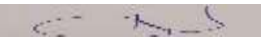
۳-مهارت مسئول: آشنایی کلیه پرسنل اتاق عمل از جمله سرپرستار و پرستار مسئول شیفت درباره انواع عفونت‌های مسری، تعریف عفونت مسری و نحوه برخورد با بیمارانی که به این عفونت‌ها مبتلا هستند.

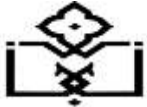
۴-شرح اقدامات:

- ✓ بیمار دارای عفونت مسری در لیست بیماران آماده عمل از روز قبل شناسایی شده است (پرستار یا سرپرستار بخش‌های مربوطه)
- ✓ بیمار دارای عفونت مسری هنگام اولویت بندی تحویل بیماران روزانه در اولویت آخر (ساعت ۱۳ و در اتاق مربوطه به فیلد مربوطه) جهت تحویل از بخش قرار میگیرند (منشی اتاق عمل)
- ✓ اطلاع پرستار بخش از بیماری عفونی زمینه ای بیمار به پرستار تحویل گیرنده اتاق عمل
- ✓ اطلاع پرستار تحویل گیرنده بیمار به سرپرستار بخش یا مسئول شیفت از وجود بیمار دارای عفونت مسری در لیست بیماران تحویل گرفته شده
- ✓ بیمار دارای عفونت مسری به اتاق عمل مربوطه انتقال داده شده و به پرسنل اتاق درباره عفونت مسری بیمار اطلاع داده میشود (پرستار تحویل گیرنده بیمار)
- ✓ پرسنل اتاق (پرستار اتاق عمل، بیهوشی، پزشک جراح و متخصص بیهوشی و خدمات) تمهیدات ایمنی لازم جهت پیشگیری از انتقال عفونت مسری از بیمار اعم از استفاده از وسایل حفاظت فردی، باتوجه به نوع عفونت مسری (ماسک N95، عینک، شیلد، دستکش‌های ریسک و ...) را اجرا میکند.
- ✓ حین عمل جراحی، احتیاطات لازم را جهت پیشگیری از نیدل استیک شدن (احتیاطات قطره ای، تماسی، هوایی) به عمل می آید (پرستار اتاق عمل، بیهوشی، پزشک جراح و متخصص بیهوشی و خدمات)
- ✓ پس از اتمام عمل جراحی و خروج بیمار از اتاق تمام تجهیزات و وسایل اتاق مربوطه و آشینگ کلی با محلول‌های گندزدا انجام می شود (پرستار اتاق عمل و بیهوشی اتاق، خدمات)
- ✓ اتاق مربوطه پس از انجام و آشینگ اشعه گذاری می شود (خدمات)
- ✓ هنگام تحویل ست استفاده شده برای بیمار دارای عفونت مسری، به پرسنل CSR، عفونی بودن ست را اطلاع می دهد تا پرسنل CSR نیز هنگام شستشوی ست و استریل نمودن ابزار از وسایل حفاظت فردی استفاده نموده، از سایر ست‌ها تفکیک کرده، پس از شستشو در محلول گندزدا High Level ضد عفونی و سپس استریل کنند (پرستار اتاق عمل تحویل دهنده ست)
- ✓ هنگام انتقال بیمار از اتاق به ریکاوری، عفونت مسری بیمار را به پرسنل ریکاوری جهت رعایت نکات ایمنی لازم اطلاع داده می شود (پرسنل بیهوشی اتاق مربوطه)
- ✓ پس از انتقال بیمار به بخش مربوطه، برانکارد ریکاوری حامل بیمار توسط خدمات اتاق عمل و آشینگ شده و در اتاق، جهت اشعه گذاری قرار می گیرد.
- ✓ توضیحات: در صورت تحویل بیمار دارای عفونت مسری در بین اعمال جراحی و عدم امکان تحویل وی در پایان شیفت کاری، از اتفاقی که عمل جراحی بیمار در آن انجام شده است برای سایر اعمال جراحی استفاده نشده و اتاق مربوطه و آشینگ و اشعه گذاری می شود.

۵-منابع: روش کار در اتاق عمل فاطمه قارداشی- اصول تکنیک اتاق عمل بری و کهن لیلا ساداتی- تجربه بالینی بیمارستان

۶-امکانات لازم: وسایل حفاظت فردی (شیلد، عینک محافظ، ماسک N95، دستکش‌های ریسک، دروشیت، چکمه و...) که در بخش موجود می باشند.

تهیه کنندگان: آقای صالحی - نیلوفر بهرامی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار اتاق عمل، کنترل عفونت	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-005	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل بر اساس	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	اولویت بندی بیماران	
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: اتاق عمل و بخش های مربوطه	

۱-هدف: مدیریت پذیرش بیماران در اتاق عمل با اولویت معین و از پیش برنامه ریزی شده، توجه به نیاز های انواع بیماران کاندید عمل جراحی و رعایت حقوق آن ها، اطمینان از آمادگی اتاق عمل و بیمار قبل از پذیرش می باشد

۲-تعاریف: مورد نامفهومی وجود ندارد

۳-مهارت مسئول: مسئولین بخش ها و پرستاران و پزشکان و پرسنل اتاق عمل

۴-شرح اقدامات:

- ✓ لیست اعمال جراحی الکتیو صبح روز قبل از عمل توسط مسئول بخش های واحدهای درمانی آماده شده و به اتاق عمل ارسال گردد
- ✓ بخش بستری، بیماران پذیرش شده را با اولویت های اورژانسی -پرخطر - آسیب پذیر (کودکان و سالمندان) و عفونی بودن عمل جراحی با پزشکان معالج هماهنگ نموده و ساعت عمل راتعیین و اطلاع رسانی نماید(مبتلایان به ایدز- هپاتیت- در آخرین الویت پس از بیماران عفونی قرار می گیرد).
- ✓ در صورت اورژانس بودن عمل جراحی جهت انتقال بیمار بدون اتلاف وقت هماهنگی لازم توسط مسئول بخش با مسئول اتاق عمل انجام می گیرد
- ✓ بیماران پر خطر پس از بیماران اورژانس در در اولویت لیست عمل قرار می گیرند
- ✓ (اعمال جراحی الکتیو بیماران در نوبت کاری صبح انجام می شود با توجه این مهم که هر دو اتاق عمل به جراحی الکتیو اختصاص داده نشود و یک تخت برای بیماران اورژانس آماده ارائه خدمت باشد)
- ✓ بیماران آسیب پذیر در اولویت بندی لیست عمل پس از بیماران پر خطر قرار می گیرند و کودکان قبل از سالمندان پذیرش می شوند.
- ✓ بیماران عفونی کاندید عمل جراحی در آخرین الویت پذیرش اتاق عمل قرار دارند تا از سرایت آلودگی به سایر بیماران جلوگیری شود.
- ***نتیجه گیری: اولویت بندی اعمال جراحی در اتاق عمل بدین صورت است: ابتدا بیماران اورژانسی حیاتی / اورژانسی ، سپس بیماران پرخطر و در نهایت بیماران اسیب پذیر
- ✓ مسئول اتاق عمل ابتدای شیفت با سایر سر پرستاران بخش های مربوطه هماهنگی لازم جهت اطمینان از آمادگی بیمار قبل از عمل را انجام می دهد
- ✓ برنامه ریزی و هماهنگی ساعت شروع با پزشکان طبق لیست اعمال جراحی و تعیین اولویت های عمل جراحی به تفکیک تخصص در ابتدای شیفت مجدد توسط مسئول اتاق عمل انجام میشود متخصصین بیهوشی و جراحی طبق برنامه تعیین شده در اتاق عمل حضور دارند و در صورت نیاز به جراحی مادران باردار پر خطر متخصص اطفال در اتاق عمل حضور می یابد.
- ✓ انتقال بیمار از بخشهای بستری و سایر واحد ها (اورژانس و بلوک زایمان و...) به اتاق عمل بدلیل ناشتایی بیمار هم چنین سایر واحد ها با ویلچر یا برانکارد مجهز به کمربند ایمنی همراه با پرسنل مسئول بیمار انجام گردد (در صورت ثابت نبودن علائم حیاتی یا مشکلات زمینه ای بیمار ،وجود تجهیزات مانیتورینگ ، کمک تنفسی و ... ضروری است)
- ✓ انتقال بیمار از برانکارد به برانکارد اتاق عمل با حفظ ایمنی ، حریم خصوصی بیمار و پوشش مناسب انجام گردد
- ✓ پذیرش بیمار توسط پرسنل تحویل گیرنده اتاق عمل انجام می گیرد: فرد پذیرش کننده دارای اتیکت است و خود را به بیمار معرفی نموده - بیمار را مطابق پروتکل شناسایی ایمن کنترل نموده و آموزش های لازم را به بیمار ارائه می دهد و به سوالات وی پاسخ مناسب و قابل درک می دهد و اضطراب بیمار را کاهش می دهد هم چنین سابقه بیمار درخصوص آلرژی کنترل می شود- علائم حیاتی بیمار در فرم قبل از عمل ثبت شده باشد- همچنین چک بیمار از لحاظ داشتن رگ وریدی مناسب ، اتصالات بیمار(سوند و NGT و...) ، تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکسی ، شیو محل عمل جراحی و رزرو خون طبق دستور جراح و با توجه به ماهیت مختلف جراحی، خارج کردن ملحقات بیمار اعم از دندان مصنوعی و زیور آلات ، لاک و ارایش و... ، کنترل مستندات پرونده (برگه های آزمایش و سونوگرافی ، کلیشه و...) انجام گیرد.
- ✓ پرسنل تحویل گیرنده اتاق عمل از اخذ رضایت آگاهانه اطمینان حاصل می نمایند.

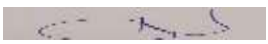
✓ اطلاعات بیمار و تاریخچه بیمار(سوابق جراحی ، بیماری و مصرف دارویی) ناشتا بودن بیمار توسط پرسنل تحویل گیرنده اتاق عمل کنترل گردد و موارد غیر عادی به جراح و متخصص بیهوشی گزارش شود

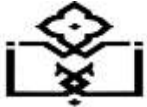
گروه اعمال جراحی	نام اعمال جراحی	واحد PC مورد نیاز برای رزرو
جراحی های ارولوژی	جراحی پروستات	۲ واحد PC
جراحی نوروسرجری	جراحی لامینکتومی کمر و گردن	۲ واحد PC
	انواع تروماهای سر	۲ واحد PC
	تومور مغزی	۱ واحد PC
	سزارین	۲ واحد PC
عمل جراحی زنان و زایمان	هیسترکتومی	۲ واحد PC
	کیست تخمدان	۱ واحد PC
	حاملگی خارج از رحمی	۱ واحد PC
	لاپاراسکوپی (کیسه صفرا)	۱ واحد PC
عمل جراحی عمومی	لاپاراتومی	۱ واحد PC
	کیست هیداتید و اسپلنکتومی	۲ واحد PC
	آناستوموز روده	۲ واحد PC

۱	اعمال جراحی اورژانسی حیاتی	بیمار با علایم حیاتی ناپایدار- خونریزی تروماتیک اورژانسی- زخم ناشی از گلوله به شکم و قفسه سینه- دکولمان جفت - اکلیمپی- سقط با خونریزی فعال- پرولاپس بند ناف- پارگی طحال
۲	اعمال جراحی اورژانسی	پارگی احشا عروقی- ایسکمی اندام- پریتونیت منتشر- عفونت نسج نرم به همراه سپسیس- کمپارتمان شکم- تورشن تخمدان- پپتیک اولسر پرفوره- خونریزی گوارشی- کیست تخمدان- هرنی مختنق- کرانیوتومی- کلانژیت حاد- سندروم کمپارتمان وخیم
۳	اعمال جراحی بیماران پر خطر	بیماران با نقص سیستم ایمنی / خودایمنی- دیابت حاملگی- دیابت پیشرفته- مادران با فشار خون بالا- پره اکلیمپی- زایمان زودرس- حاملگی چند قلو
۴	اعمال جراحی بیماران آسیب پذیر	کودکان- سالمندان- زنان باردار- دیابتی ها

۵- مستندات مرتبط :منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: کارکنان بیمارستان- راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: کیانوش صالحی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سرپرستار اتاق عمل	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	عنوان سند دستورالعمل کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/جراحی دامنه کاربرد: بخش های جراحی و اتاق عمل
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱		

۱-هدف: پیشگیری از بروز آسیب‌ها و پیامدهای سنگین ناشی از استرس قبل از عمل در بیماران

۲-تعاریف: اضطراب نوعی تشویش و نگرانی به دنبال وجود نوعی احساس تهدید یا خطر در فرد ایجاد می‌شود و می‌تواند در کاهش یا افزایش توانایی درک فرد، موثر باشد.

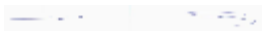
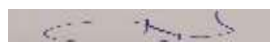
۳-مهارت مسئول: مسئولین بخش‌ها و پرستاران و پزشکان: حفظ آرامش و عزت نفس در بیماران کاندید جراحی

- ❖ با توجه به اینکه بیشترین میزان اضطراب در بیماران کاندید جراحی مربوط به ۱- نگرانی‌های قبل از عمل جراحی ۲- عوامل تنش‌زا و مراقبت انجام شده در بخش ۳- عوامل تنش‌زا در رابطه با کارکنان اتاق عمل ۴- عوامل تنیدگی آور محیط فیزیکی اتاق عمل می‌باشد، می‌بایست با به کارگیری روش‌های متنوع جهت آموزش بیماران و مشخص کردن برنامه مدون آموزشی در جهت رفع عوامل موثر بر اضطراب اقدام گردد.
- ❖ آموزش قبل از عمل به بیماران و حتی بستگان از راه‌های مختلف مانند استفاده از نوارهای ویدیویی، ارائه جزوه‌های آموزشی، ملاقات حضوری قبل از عمل توسط افراد متخصص، در کاهش استرس قبل از عمل موثر می‌باشد باید متذکر شد که ارائه اطلاعات لازم با پرهیز از کاربرد لغات تخصصی ضروری است
- ❖ آمادگی روانی خود بیماران نیز با استفاده از روش‌های آرام‌سازی، نوارهای شاد، وجود گروه حمایتی، تاثیر دعا و نیایش، موسیقی و آمادگی خوب جسمانی به این امر کمک می‌کند
- ❖ مدیران سیستم‌های بهداشتی با توجه به مسایلی نظیر رعایت طراحی مناسب بیمارستان‌ها، پرهیز از سر و صدای اضافی، حفظ حریم بیماران، تهویه مناسب، تسهیلات اقامتی جهت خانواده بیماران و ایجاد فضای مناسب ارتباطی، چشم‌اندازها و تصاویر آرام‌بخش می‌توانند در کاهش تجربه استرس و بهبود سریع بیماران سهم بسزایی داشته باشند.
- ❖ استفاده از روانشناس/روانپزشک با صلاحدید پزشک معالج جهت دریافت خدمات مشاوره کاهش اضطراب قبل از عمل جراحی

۴-شرح اقدامات:

- ✓ تعیین گروه در معرض خطر(کلیه افراد کاندید جراحی که مستعد استرس و اضطراب هستند مثلا افراد مسن، کودکان، زنان، افراد با سابقه بیماری‌های مزمن، افراد بی سرپرست یا بدسرپرست و...)
- ✓ اهمیت بیمار در بخش و قرار گرفتن در لیست عمل جراحی
- ✓ درخواست مشاوره کاهش اضطراب قبل از جراحی از طریق سیستم HIS
- ✓ انجام مشاوره کاهش اضطراب قبل از جراحی توسط روانشناس بالینی در بخش مربوطه(به کارگیری روش‌های متنوع جهت کاهش استرس بیمار-روش‌های به کار رفته جهت کاهش استرس بیماران باید با خصوصیات بارز روانی آنها همخوانی داشته و تاثیر عواملی نظیر جنس، سن، نوع عمل، تجربه قبلی عمل و حمایت خانوادگی را نباید از نظر دور داشت).
- ✓ انتقال ایمن بیمار به اتاق عمل
- ✓ کارشناس اتاق عمل خود را به بیمار معرفی کرده و ارتباط موثر برقرار میکند
- ✓ قبل از عمل ملاقات حضوری با پزشک معالج انجام می‌شود و روند جراحی به زبان ساده توضیح داده می‌شود
- ✓ پس از انتقال بیمار به اتاق عمل، معرفی کلیه کادر جراحی انجام می‌شود

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: کارکنان بیمارستان-راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: سید ارش شجاعی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول طرح تکریم/مددکار	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل ضد عفونی شیر دوش برقی و وسایل خورانش شیر	 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: بخش های زنان، زایمان نوزادان NICU	

۱-هدف: جلوگیری از انتقال عفونت و آلودگی به مادر و نوزاد

۲-تعاریف: بویلر دستگاه شستشوی حرارتی که به روش جوشاندن شیر دوش را ضد عفونی میکند.

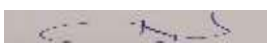
۳-مهارت مسئول: آموزش پرسنل و خدمات در رابطه با نحوه استفاده از بویلر و چگونگی فرایند ضد عفونی

۴-شرح اقدامات:

- ✓ ۱- شستشو کامل دست قبل از فرایند ضد عفونی
- ✓ ۲- پس از هر بار استفاده از شیر دوش هر بخش از آن که در تماس با مادر بوده به مدت ۵ دقیقه در آب سرد خیس شود
- ✓ ۳- تخلیه حباب های محلول از ست های شیر دوش
- ✓ ۴- غوطه وری قطعات در محلول ضد عفونی کننده ابزار با پایه الکل به مدت ۱۵ دقیقه
- ✓ ۵- پس از آب کشی قطعات بر روی یک حوله کاغذی یا یک قفسه قرار داده شود تا خشک شود
- ✓ ۶- قسمت خارجی شیر دوش روزانه توسط پارچه تمیز شود. (پمپ شیر دوش در معرض رطوبت قرار نگیرد)
- ✓ ۷= در پایان هر روز ضد عفونی شیر دوش طبق دستورالعمل شرکت سازنده (استفاده از بویلر)
- ✓ ۵- تمامی قطعات شیر دوش را از هم جدا کنید سپس داخل بویلر قرار دهید. (از جدا شدن دیافراگم اطمینان حاصل کنید).
- ✓ ۶- تخلیه مجدد حباب های آب از ست های شیر دوش
- ✓ ۷- ثبت تاریخ و نام فرد تهیه کننده محلول ضد عفونی بر روی ظرف مربوطه و کنترل روزانه محلول از نظر رنگ و بو
- ✓ ۸- برای اتصالات خارجی دستگاه شیر دوش از محلول ضد عفونی ابزار استفاده شود
- ✓ ۹- ثبت تاریخ و فرد ضد عفونی کننده شیر دوش

۵-مستندات و سوابق: دستکش، ظرف غوطه وری، بویلر، ظرف مخصوص جهت آماده سازی محلول ضد عفونی ابزار

۶-منابع / شناسایی امکانات و کارکنان مرتبط: دستورالعمل شرکت سازنده بویلر

تهیه کننده: لیلی محمدبیگی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس شیر مادر	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۳		

(۱) هدف:

- کاهش مصرف غیرمنطقی و بی رویه آنتی بیوتیک
- تدوین دستورالعمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل اعمال جراحی
- تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها براساس الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان
- کاهش هزینه های درمانی
- کاهش مدت زمان بستری

اصول کلی:

- ✓ معمولاً آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک از یک نوع انتخاب می شود.
- ✓ بیش از یک آنتی بیوتیک در صورت وجود اندیکاسیون بر اساس ارگانیزم آلوده کننده احتمالی تجویز می شود.
- ✓ غلظت موثر بافتی پیش و حین عمل جراحی، با تجویز یک دوز حدود ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پیش از انسزیون ایجاد می شود.
- ✓ دوز موثر بر اساس وزن بیمار و مدت جراحی انتخاب می شود (کمتر از ۳ ساعت یک دوز، بیش از ۳ ساعت یک دوز اضافی)
- ✓ در اعمال جراحی با خونریزی وسیع و مصرف مایعات بیشتر بر حسب مورد ممکن است اندیکاسیون مصرف آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مجدد پیدا شود (در صورت خونریزی بیشتر از ۱۵۰۰ سی سی و زمان جراحی بیشتر، دو نیمه عمر موثر دارو باشد).
- ✓ وانکومايسين زمانی که احتمال MRSA وجود دارد استفاده می شود.

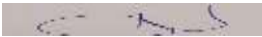
موارد استفاده از وانکومايسين + سفازولين:

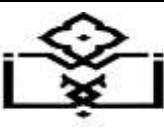
- (۱) ريسک فاکتور MRSA
- (۲) افرادی که دريچه یا گرافت مصنوعی می گذارند
- (۳) افرادی که در معرض کلونیزاسیون گرم مثبت هستند (در صورتی که بستری بیش از سه روز، انتقال از بیمارستان دیگر و دریافت بیش از سه روز آنتی بیوتیک)

نکته: در بیماران با وزن بیش از ۱۲۰ کیلوگرم دوز سفازولين ۳ گرم می باشد و در این موارد، نیاز به تکرار دوز آنتی بیوتیک نمی باشد.

ردیف	نوع عمل جراحی	آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی مورد استفاده	ملاحظات
۱	جراحی های گوارشی (روده کوچک و غیر کامپلیکه)	۱. سفازولین (ارجح) رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) ۲. کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین) ۳. وانکومایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین)	- دوز سفازولین ۲ گرم (اگر وزن بیمار بیش از ۱۲۰ کیلوگرم بود ۳ گرم) و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۴ ساعت باشد. - دوز کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۶ ساعت باشد. - دوز وانکومایسین ۱۵ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن است. - دوز جنتامایسین ۵ میلی گرم/ کیلوگرم. - دوز سیپروفلوکسازین ۴۰۰ میلی گرم است.
۲	سیستم صفراوی: جراحی باز یا لاپاروسکوپی با ریسک بالا	۱- سفازولین یا سفتریاکسون یا آمپی سولباکتام (ارجح) رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) ۲- کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین) ۳- وانکومایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین) ۴- مترونیدازول + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین)	- دوز سفازولین ۲ گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۴ ساعت باشد. - دوز سفتریاکسون ۲ گرم است. - دوز کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۶ ساعت باشد. - دوز وانکومایسین ۱۵ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن است. - دوز جنتامایسین ۵ میلی گرم / کیلوگرم - سیپروفلوکسازین ۴۰۰ میلی گرم است.
۳	سیستم صفراوی لاپاروسکوپی با ریسک پایین	نیاز به آنتی بیوتیک نیست.	
۴	آپاندوکتومی (غیر کامپلیکه) (uncomplicated)	۱. سفازولین + مترونیدازول یا سفوکستین یا سفوتوکس رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) ۲. کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین) ۳. مترونیدازول + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین)	- دوز سفازولین ۲ گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۴ ساعت باشد. - دوز مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم است. - دوز کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۶ ساعت باشد. - دوز جنتامایسین ۵ میلی گرم / کیلوگرم - دوز سیپروفلوکسازین ۴۰۰ میلی گرم
۵	جراحی کولورکتال یا روده کوچک بسته شده (obstructed)	۱. سفازولین + مترونیدازول ۲. سفتریاکسون + مترونیدازول رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) ۳. کلیندامایسین + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین) ۴. مترونیدازول + جنتامایسین (یا آمیکاسین یا سیپروفلوکسازین)	- دوز سفازولین ۲ گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۴ ساعت باشد. - دوز سفتریاکسون ۲ گرم است. - دوز مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم است. - دوز کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۶ ساعت باشد. - دوز جنتامایسین ۵ میلی گرم / کیلوگرم - دوز سیپروفلوکسازین ۴۰۰ میلی گرم است.
۶	جراحی های سر و گردن (ENT)	۱. سفازولین + مترونیدازول رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) ۲. کلیندامایسین	- دوز سفازولین ۲ گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۴ ساعت باشد. - دوز مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم است. - دوز کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۶ ساعت باشد.

۷	جراحی های سینه و هرنیا	۱. سفازولین ، رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) ۲. کلیندامایسین ۳. وانکومایسین	- دوز سفازولین ۲ گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۴ ساعت باشد. - دوز کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۶ ساعت باشد. - دوز وانکومایسین ۱۵ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن است.
۸	جراحی های ارتوپدی	۱. سفازولین (انتخابی) ۲. سفتریاکسون رژیم جایگزین (در صورت حساسیت به پنی سیلین ها) ۳. کلیندامایسین ۴. وانکومایسین (Internal Fixation Procedure, Spiral Procedure, hip FX, Total HP Arthroplasty فقط سفازولین)	- در جاهای تمیز مثل دست، زانو یا پا، بدون تعبیه جسم خارجی (ایمپلنت)، نیاز به پروفیلاکسی نمی باشد. - دوز سفازولین ۲ گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۴ ساعت باشد. - دوز سفتریاکسون ۲ گرم است. - دوز کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم و تکرار آن اگر عمل جراحی بیش از ۶ ساعت باشد. - دوز وانکومایسین ۱۵ میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن است.
۹	جراحی های زنان	۱. هیستریکتومی واژینال یا ابدومینال: سفتریاکسون ۲ گرم وریدی یا سفازولین ۲ گرم (به همراه مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم وریدی در صورت شک به عفونت بی هوازی) ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پیش از انسیزیون پوست تجویز می شود. ۲. سزارین / هیستریکتومی: سفازولین ۲ گرم وریدی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پیش از انسیزیون پوست. مطالعات جدید نشان می دهد، دادن آنتی بیوتیک پیش از کلامپ بندناف عارضه نمی دهد.	
۱۰	جراحی های ارولوژی	- پروستاتکتومی: سفازولین ۲ گرم وریدی ۳۰ تا ۴۵ دقیقه پیش از انسیزیون پوست تجویز می شود. - بیوپسی سوزنی پروستات از طریق صفاق و عمل اتساع پیشابراه: پروفیلاکسی توصیه نمی شود.	

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی ، دکتر شهرام رفیعیان، دکتر مینو احدی، دکتر مریدی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، متخصص زنان و زایمان، متخصص ارتوپدی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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: ۲	دامنه کاربرد: کلیه واحدهای درمانی بیمارستان	

۱- هدف:

- ✓ ارتقاء ایمنی بیمار
- ✓ پیشگیری و کنترل عفونت
- ✓ مراقبت ایمن جراحی

۲- تعاریف:

۳- مهارت مسئول: بیماران، کارکنان، مسئولین بخش ها، مسئول واحد CSR و سوپروایزر کنترل عفونت

۴- شرح اقدامات:

الف) برای نگهداری و انبارش وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش های دارای بسته های استریل باید فضاهای محصور با حداقل تردد، دارای شرایط ذیل باشد:

- دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی گراد و رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد (وجود رطوبت سنج و دما سنج در این اتاق و چارت دما و رطوبت الزامی می باشد).
- فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت
- دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش

ب) جابجایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های دربسته، ترالی های کمد دار/کانتینر درب دار از جنس استیل یا آلومینیوم بایستی صورت گیرد.

ج) تاریخ انقضاء بسته های استریل بر اساس جنس، تعداد لایه های بسته بندی، نوع ابزار و شرایط نگهداری تعریف می شود.

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی، زمان ماندگاری ست طبق جدول ذیل می باشد:

ردیف	شرایط بسته بندی و مکان نگهداری	زمان انقضاء استفاده از بسته استریل
۱	ست های استریل که به صورت دو لایه با پارچه منسوج بسته شده است در بخش	۷ روز
۲	ست های استریل که به صورت دو لایه با پارچه منسوج بسته شده است در CSR	۱۰ روز
۳	گازهای تکی که به صورت تک لایه با کاغذ کرپ بسته شده است و داخل بیکس ۳ گذاشته شده است در بخش	۷ روز
۴	گازهای تکی که به صورت تک لایه با کاغذ کرپ بسته شده است و داخل بیکس گذاشته شده است در CSR	۱۰ روز
۵	بسته های استریل که به صورت V.PACKE به صورت تک لایه بسته بندی شده در بخش	دو هفته
۶	بسته های استریل که به صورت V.PACKE به صورت تک لایه بسته بندی شده در CSR	یک ماه
۷	بسته های استریل که به صورت V.PACKE به صورت دو لایه بسته بندی شده در بخش	یک ماه
۸	بسته های استریل که به صورت V.PACKE به صورت دو لایه بسته بندی شده در CSR	دو ماه

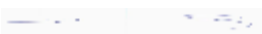
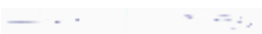
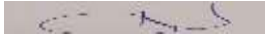
چ) پارچه های منسوج استفاده شده برای بسته بندی ابزار باید به صورت دو لایه در بسته بندی استفاده شود و اگر پارچه دچار پارگی و سوراخ شدگی شد، آنرا را باید دور انداخته شود.

ح) پرسنل خدماتی بایستی در زمان چیدمان ست های استریل ست های قدیمی تر را جلوتر و در دسترس تر قرار دهند و انبارش ست ها نباید روهم بیش از دو ردیف باشد.

د) برای جابجایی ابزار های پاکسازی شده از بخش به واحد CSR نیز از سبدهای درب دار پلاستیکی استفاده شود.
ه) پرسنل از دستکاری ست ها باید اجتناب نمایند.

۵-امکانات-تسهیلات: اتاق کار تمیز بخش های بستری، کابینت درب دار، دماسنج و رطوبت سنج، انبار استریل طبق استاندارد های وزارت بهداشت، رول V.PACKE، پارچه منسوج، کاغذ کrp، بیكس، ترالی درب دار

۶-منابع/مستندات: استانداردهای اعتباربخشی ویرایش چهارم، کتاب راهنمای استریلیزاسیون ترجمه دکتر حمید زارع

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، سمیه تارپوردی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول واحد CSF	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	کد سند: MN – INS BK-005	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان مرکز آموزشی درمانی الغدير	
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵			
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵			
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی، ابزار و وسایل		
	صفحه: ۲			دامنه کاربرد: کلیه واحدهای درمانی بیمارستان

۱. هدف: هر وسیله استفاده شده باید قبل از فرآیند ضدعفونی یا استریلیزاسیون، پاکسازی شود. پاکسازی، شرط اصلی استفاده مجدد از وسایل پزشکی آلوده بوده و هرگز بدون انجام پاکسازی به صورت کامل فرایند استریلیزاسیون موفقیت آمیز نخواهد بود.

۲. تعاریف:

پاکسازی یا cleaning : زدودن و پاک نمودن آلودگی های قابل مشاهده (مواد معدنی و آلی) از روی سطوح، اشیاء است که معمولاً توام با استفاده از آب و مواد شوینده و یا فرآورده های آنزیماتیک به صورت دستی و یا دستگاه های واشر خودکار است .

Disinfection (ضدعفونی): فرآیند حذف بسیاری یا تمامی پاتوژن ها از روی اشیاء بی جان به جز اسپور باکتری ها اطلاق می شود. در مراکز بهداشتی درمانی ، اشیاء معمولاً با محلول های شیمیایی و یا پاستوریزاسیون مرطوب ضد عفونی می شوند. .

۳. مهارت مسئول: مسئول شستشوی دستی یا اتوماتیک ابزار و وسایل دارای مهارت و دانش کافی جهت استفاده از شوینده ها و ضد ضدعفونی کننده های را داراست.

۴. شرح اقدامات:

ا) کلیه پرسنل باید مدنظر داشته باشند پاکسازی تمامی ابزارها حساس و غیر حساس به حرارت با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و با برس آغشته به دترجنت در نزدیک ترین مکان به محل انجام پروسیجر و در حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل باید انجام شود.

ب) پرسنل خدمات قسمت های قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش، قبل از شستشو جدا نمایند.

ج) تمام سطوح ابزار به وسیله برس نرم غیر فلزی به صورت مکانیکی توسط پرسنل خدماتی شستشو داده شود. برس کشیدن باید زیر سطح آب انجام شود تا از تولید آئروسول که حاوی میکروارگانیسم بوده و برای اپراتور فوق العاده خطرناک است به حداقل برسد.

د) هرگز برای مالش و شستشوی وسایل از پودرهای پاک کننده خانگی، سمباده، سیم ظرفشویی اسفنج های فلزی و برس های سیمی استفاده نکنید، زیرا باعث آسیب رسیدن، خط افتادن و افزایش احتمال خوردگی ابزار می شود.

ه) داخل لوله ها و ماندرن ها را با استفاده از اب پر فشار و در صورت نبود آن با سرنگ و آب سرد توسط پرسنل خدماتی کاملاً تخلیه گردد.

و) پرسنل خدمات برای شستشوی قیچی آنرا باز نموده و داخل قیچی و قسمت های دنداندار را به دقت برس کشند و پنس های دنداندار و وسایل حفره دار را با برس غیرسیمی تمیز نمایند.

ز) پرسنل خدمات باید مد نظر داشته باشند، از سالیان برای خیس کردن ابزار استفاده نشود، چون سالیان به برخی از وسایل پزشکی آسیب می رساند.

ح) پرسنل خدماتی وسایل را با آب فراوان آبکشی می نمایند تا اثری از مواد شوینده روی ابزار نماند.

ط) پس از آبکشی کامل وسایل با آب، توصیه می شود، کلیه وسایل به خصوص آن هایی که لوله ای شکل، توخالی و شیاردار هستند، را به وسیله الک آبکشی شوند. هدف از انجام این کار افزایش سرعت خشک شدن وسایل است.

ی) پرسنل خدمات باید مد نظر داشته باشند، خشک کردن وسایل و ابزار شسته شده مرحله بسیار مهمی از فرآیند پاکسازی است. خشک کردن وسایل بلافاصله بعد از آبکشی از آلودگی مجدد آن ها، رقیق شدن تدریجی محلول ضدعفونی کننده و در نتیجه کاهش اثربخشی آن جلوگیری می کند. خشک کردن بعد از آبکشی نهایی ابزار را با پارچه تمیز بدون پرز خشک گردیده شود. خشک کردن دستی بوسیله یک تکه پارچه یا

هوای فشرده انجام می شود. جنس پارچه مورد استفاده باید از الیاف نرم و با خاصیت جذب آب باشد. دقت شود که فیبر یا پرز پارچه روی سطح ابزار نماند. ابزارهای استیل را بلافاصله بعد از آبکشی خشک نموده تا لکه آب روی آن ها باقی نماند.

ک) بعد از شستشوی اولیه ابزارها، ابزار ها با سبد مخصوص حمل وسایل از بخش به CSR توسط پرسنل خدماتی تحویل داده می شود.

ل) شان های پارچه نیز پس از باز شدن ست ها به رخسویخانه تحویل و پس از مراحل شستشو تحویل بخش مربوطه می شود و توسط خدمات بخش تحویل واحد CSR برای پک کردن ابزار داده می شود.

م) پس از تحویل ابزارها از بخش، مسئول و پرسنل خدماتی واحد CSR باید ابزارها در محلول ضدعفونی ابزار (۲٪ HI) به مدت ۱۵ دقیقه غوطه ور شود و بعد از گذشت این زمان از محلول خارج شده و بعد از آب کشی کامل ابزارها خشک شود. برای خشک کردن کامل داخل تجهیزات لومن دار (مثل تجهیزات آندوسکوپی، کت لب و لاپاراسکوپی و ...) از هوای پرفشار استفاده می شود.

ن) به منظور پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات، مسئول واحد CSR بایستی به صورت تصادفی از تست های موجود (پروتئین چک و هموچک) استفاده نمایند. پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات به دو روش مشاهده و استفاده از روش های شیمیایی می باشد. در روش مشاهده مسئول واحد CSR بازدید چشمی ابزار را با استفاده از ذره بین شیشه ای همراه با نور قوی انجام می دهد. همچنین استفاده از آب پرفشار در ناحیه کثیف نیز یکی از معیارهای معتبرسازی فرایند پاکسازی است. روش های کنترل شیمیایی به صورت تصادفی با استفاده تستهای پروتئین چک و هموچک توسط مسئول واحد CSR، نیز از روش های بررسی کیفیت فرایند پاکسازی می باشد. در رابطه با معتبر سازی کارکرد ابزار، وسایل مانند قیچی باید راحت باز و بسته شوند. شکستگی، ترک، خوردگی، جرم روی وسایل شیشه ای، پارچه ای و فلزی وجود ندارد. پرز و کرک روی سطح وسایل وجود ندارد. قطعات وسایل با هم مطابقت دارند. ابزاری که کارکرد مناسب ندارند باید جدا شده و در کوتاه ترین زمان ممکن جایگزین گردند.

س) در صورتی که بیمار مورد شناخته شده HIV یا هپاتیت C یا B است، ابتدا ابزار را بی خطر (غوطه وری در محلول ضدعفونی کننده ابزار مخصوص موارد عفونی در دکوباکس جداگانه) و سپس مرحله پاکسازی انجام شود.

۵. مستندات مرتبط: صورتجلسات آموزش خدمات و پرسنل مرتبط / دفتر مستندات نتایج تست پروتئین چک و هموچک

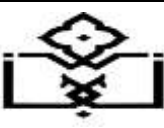
۶. امکانات و تسهیلات مورد نیاز:

- وسایل حفاظت فردی
- دستگاه اتوماتیک شستشوی ابزار
- محلول های دستگاه اتوماتیک شستشوی ابزار
- مواد ضدعفونی کننده
- نیروی انسانی آموزش دیده
- ذره بین و برس
- تست پروتئین چک و هموچک

۷. منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵، کتاب اصول استریلیزاسیون و ضدعفونی (طبق سرفصل دروس کارشناسی اتاق عمل): لیلا ساداتی و احسان گلچینی.

۱۳۹۱-دستورالعمل های پیشگیری و کنترل عفونت (استریلیزاسیون)، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت درمان، مدیریت پرستاری، ۱۳۹۷

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، سمیه تارپوردی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول واحد CSF	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: واحد CSR	

۱-هدف: کاهش انتقال عفونت از طریق ابزار و وسایل جراحی با استفاده مجدد مورد استفاده جهت بیماران

۲-تعاریف: **گندزدایی (Disinfection)** به فرایندی گفته می شود که در آن تمامی میکروارگانیسم های بیماری زا به جز اسپور باکتری ها بر روی اجسام بی جان از بین می روند .

ابزار و وسایل جراحی با استفاده مجدد : شامل دستگاه های آندوسکوپی، اتوسکوپ، افتالموسکوپ، لارنگوسکوپ

۳-مهارت مسئول: مسئول گندزدایی ابزار و وسایل دارای مهارت و دانش کافی جهت استفاده از گندزداها را داراست.

۴- شرح اقدامات:

- در فرایند ضدعفونی کردن ابزار و وسایل پزشکی اولین اصل، پیشگیری از آسیب ناشی از تنفس بخارات محلولهای ضد عفونی کننده است.
- محل ظروف رقیق سازی محلول ضدعفونی (دکوباکس) باید در اتاق های دارای دستگاه تهویه قوی و مناسب توسط کارشناس بهداشت محیط و مسئول بخش تعریف شده باشد. جایگاه کار با وسعت مناسب و دو عدد سینک برای شستشو و آب کشی نیز از ضروریات منطقه پاکسازی و ضدعفونی است.
- پرسنل خدماتی باید توجه داشته باشند در هنگام ضد عفونی ابزار استفاده از ماسک، دستکش، عینک و گان ضروری است. دستکش مورد استفاده بایستی از دستکش نوع آشپزخانه باشد. استفاده از دستکش نایلونی و لاتکس بدلیل احتمال پارگی و آسیب وارد شدن ممنوع می باشد.
- پرسنل خدماتی ابتدا مرحله پاکسازی ابزار را با برس اغشته به دترجنت یا محلول های آنزیماتیک انجام می دهند و پس از آب کشی و خشک کردن مرحله ضدعفونی را انجام می دهند.
- محلول ضدعفونی کننده باید در یک ظرف درب دار ریخته شده و اطلاعات مربوط به تاریخ تهیه و تاریخ انقضاء محلول، نام محلول و درصد رقیق سازی (مثلا محلول ضدعفونی ابزار ۲ درصد)، مدت زمان مورد نیاز برای ضدعفونی تجهیزات (مثلا ۱۵ دقیقه) و نام شخصی که مسئول رقیق کردن محلول ضدعفونی توسط پرسنل بخش بر روی ظرف الصاق شود، اطلاعات بایستی به طور واضح و خوانا نوشته شود.
- سرپرستاران، سوپروایزران و پرستاران مسئول شیفت خود باید نسبت به نوع محلول ضدعفونی کننده مصرفی و نحوه رقیق سازی آن کاملا مطلع بوده تا بتوانند بر عملکرد کارکنان نظارت دقیق داشته باشند.
- پرسنل بخش ها و واحد CSR باید مد نظر داشته باشند، با توجه به حساسیت محلول های ضدعفونی کننده به نور، باید در ظرف کدر نگهداری یا ظرف را دور از نور قرار داده شود.
- در صورتی که رنگ محلول عوض شده یا ته ظرف ترشحات و بافت ته نشین شده و.. مشاهده شد، محلول باید توسط پرسنل خدماتی دور انداخته شود.
- برای ضدعفونی ابزارها نیمه با قابلیت استفاده مجدد از محلول های سطح متوسط استفاده می شود که در این بیمارستان از محلول ابزار (سایاسپت HI) با غلظت ۲ درصد استفاده می شود. طبق توصیه کارخانه سازنده، محلول ابزار موجود در این بیمارستان با غلظت دو درصد در زمان ۱۵ دقیقه و محلول یک درصد در زمان ۶۰ دقیقه عملیات ضدعفونی تکمیل می شود. محلول ابزار موجود در این بیمارستان ۱۴ روز ماندگاری دارد.
- پس از سپری شدن زمان مورد نیاز، سبد داخل ظرف غوطه وری یا دکوباکس برداشته شد و پس از خارج شدن محلول از سبد، ابزارهای ضدعفونی شده توسط خدمات برداشته و به صورت کامل آبکشی می شود.
- پس از آبکشی کامل، فرایند خشک کردن انجام می شود.

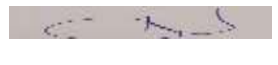
۵- مستندات مرتبط: صورتجلسات آموزش خدمات و پرسنل مرتبط/دفتر مستندات نتایج تست پروتئین چک و هموچک

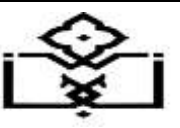
۶- امکانات و تسهیلات مورد نیاز: وسایل حفاظت فردی*دستگاه اتوماتیک شستشوی ابزار*محلول های دستگاه اتوماتیک شستشوی ابزار*مواد ضدعفونی کننده

نیروی انسانی آموزش دیده*ذره بین و برس*تست پروتئین چک و هموچک

۷ -منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵، کتاب اصول استریلیزاسیون و ضدعفونی(طبق سرفصل دروس کارشناسی اتاق عمل): لیلا ساداتی و احسان

گلچینی. ۱۳۹۱

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، سمیه تارپوردی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول واحد CSF	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۳	دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی	

۱-هدف:

- ✓ جلوگیری از انتشار عفونت به سایر بیماران، پرسنل بیمارستان و سایر مردم
- ✓ کاهش هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بر بیمارستان و بیماران

۲-تعاریف:

طغیان (out breaks) عفونت بیمارستانی : عبارتست از افزایش بیش از حد انتظار عفونت ها نسبت به یک دوره زمانی مشابه مثلا یک ماه گذشته یا ماه های مشابه در سال قبل یا به عبارتی وقوع موارد عفونت به تعداد بیش از حد انتظار برای زمان و مکان مورد نظر .

همچنین طغیان عفونت بیمارستانی شامل موارد ذیل می باشد: تغییر در الگوی مقاومت آنتی بیوتیک ها یا افزایش مقاومت میکروبی به آنتی بیوتیک ها یا افزایش موارد عفونت های جدید مانند:

- ✓ عفونت بسیار معمول بعد از عمل جراحی مثل عفونت استرپتوکوک گروه A
- ✓ مجموعه ای از عفونت های بیمارستانی که توسط یک میکروارگانیسم ناشایع ایجاد شده باشد.
- ✓ عفونت های ناشی از یک میکروارگانیسم شایع اما با الگوی حساسیت کاملا غیر طبیعی مثل VRE –MRSA
- ✓ وقوع عفونت های مشابه در یک محل آناتولیک مثل موارد غیرمترقبه اسهال در یک بخش
- ✓ افزایش محسوس میزان مقاومت میکروبی بدنبال تغییر در الگوی مقاومت نسبت به آنتی بیوتیکهای نسل جدید پرهزینه مثل باکتری های گرم منفی مقاوم به کلستین و کارباپنم ها و باکتری های گرم مثبت مقاوم به وانکومایسین و لینزولاید.

مراحل بررسی طغیان عفونت بیمارستانی:

- ✓ شناخت و تشخیص طغیان و تایید وجود آن
- ✓ تدوین تعریف مورد و پیدا کردن موارد بیشتر بر اساس تعریف تدوین شده
- ✓ آنالیز توصیفی طغیان از نظر زمان مکان و شخص
- ✓ افراد در معرض خطر را مشخص نمایید
- ✓ تولید فرضیه (چرا و چگونه)
- ✓ اقدامات کنترلی را بر مبنای شواهدی که تاکنون بدست آوردهاید تغییر و ادامه دهید
- ✓ گزارش اقدامات

۳-شرح اقدامات: اقدامات طبق مراحل فوق انجام می شود.

مراحل شناخت و تشخیص طغیان و تایید وجود آن:

از آن جایی که طغیان های ناشی از عفونت های بیمارستانی می تواند به صورت حاد و در بازه زمانی کوتاه ایجاد شود، ممکن است در وهله اول این طغیان توسط افزایش آمارهای بدست آمده از نظام مراقبت کشف نشود، بلکه بر اساس نظر پزشکان ، پرستاران یا پرسنل آزمایشگاه افزایش غیر عادی موارد عفونت بیمارستانی گزارش شود. بنابراین شناسایی توسط پزشکان پرستاران یا آزمایشگاه و یا از طریق پایش در نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی انجام و گزارش می شود. ابتدا باید وجود طغیان بررسی شود. مشخص شود آیا تعداد موارد بیماری بیش از حد انتظار اتفاق افتاده است یا خیر؟ اقدامات کنترلی فوری نظیر تاکید بر انجام اقدامات استاندارد و انجام احتیاطات لازم برای جلوگیری از انتقال عفونت انجام شود. کمیته کنترل

عفونت به صورت فوری تشکیل گردد و به سایر پرسنل در معرض خطر اعلام شود. توضیح در مورد این که موارد بیماری چگونه ممکن است به هم مربوط باشند به عنوان مثال این که اکثر موارد از یک بخش خاص باشند یا همه با یک میکروارگانیسم خاص بیمار شده‌اند.

مراحل تدوین تعریف مورد و پیدا کردن موارد بیشتر بر اساس تعریف تدوین شده: تدوین مجموعه‌ای از شاخص‌ها برای آن که بتوان بیماران را به صورت شفاف به دو گروه دارای عفونت بیمارستانی و بدون عفونت بیمارستانی طبقه‌بندی کرد. تعریف مورد باید بر اساس اطلاعات بالینی بیماری، مشخصات بیمارانی که دچار عفونت شده باشند، و زمانی شروع علائم و تشخیص بیماری باشد. تعریف بیماران می‌تواند به صورت مشکوک، محتمل، قطعی باشد. این موضوع با توجه به توان پرسنل و انجام آزمایش‌های تایید کننده امکان پذیر است. تعریف تدوین شده می‌تواند با ادامه طغیان و افزایش اطلاعات تغییر یابد. جمع‌آوری اطلاعات لازم را از صاحب‌بیماران، پرونده پزشکی بیماران، و نظر پرسنل درمانی صورت می‌پذیرد. اطلاعاتی که در این بخش باید بدست آورد، شامل موارد زیر است:

- ✓ اطلاعات دموگرافیک بیماران
- ✓ اطلاعات مربوط به بیماری شامل علائم بالینی، زمان شروع علائم، زمان خاتمه علائم، تشخیص‌های احتمالی، بخش بستری و نتایج آزمایشگاهی و در نهایت سرنوشت هر یک از بیماران از نظر بهبودی یا مرگ و ...

مرحله آنالیز توصیفی طغیان از نظر زمان مکان و شخص: بررسی موارد را از نظر شخص (جنس، سن، شغل و محل سکونت):

- ✓ بررسی از نظر مکان: بیماران را نظر مکان‌هایی که ممکن است انتقال عفونت در آن‌ها اتفاق افتاده باشد توصیف شوند مثلاً این که ۷۰٪ بیماران در بخش ICU اتفاق افتاده است.
- ✓ تعیین فراوانی عوامل خطر انتقالی را در بیماران به عنوان مثال چند درصد بیماران مبتلا به عفونت بیمارستانی مرتبط با طغیان دارای سوند ادراری هستند.
- ✓ از نظر زمان، باید مشخص شود زمان شروع بیماری کی بوده است و بر این اساس منحنی همه‌گیری رسم شود. زمان شروع بیماری روی محور X یا افقی و تعداد بیماران در هر زمان شروع روی محور Y یا عمودی
- ✓ بررسی اطلاعات جهت تعیین منشأ عفونت و راههای انتقال/انتشار میکروارگانیسم شامل پرسنل، تجهیزات و یا مواد آلوده (ونتیلاتور، کاتتریزاسیون، اتاق عمل) بسته به فرضیه‌های مطرح شده ممکن است تهیه کشت از محیط بخش و وسایل مورد استفاده لازم باشد، تابتوان مخزن و راه انتقال را مشخص کرد. همچنین مشاهده چگونگی برخورد پزشکان و پرسنل در بخش نسبت به رعایت احتیاطات استاندارد و انواع ایزولاسیون مهم است.

مراحل افراد در معرض خطر را مشخص نمایید: بر اساس اطلاعات بدست آمده از بررسی‌های قبلی افراد در معرض خطر شناسایی می‌شود. تعداد بیماران بستری، زمان شروع و محل بخش بستری، مشخصات فردی بیماران از نظر سن و جنس و نوع بیماری بایستی مشخص گردد و پس از شناسایی افراد در معرض خطر اقدامات کنترلی انجام می‌شود:

- ✓ تشدید اقدامات احتیاطی برای جلوگیری از انتقال عفونت
- ✓ افزایش دفعات تمیز کردن محیط با استفاده از مواد گندزدای مناسب نسبت
- ✓ محدود کردن استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها
- ✓ کاهش اقدامات پرخطر مثل استفاده از کاتتر وریدی در مواردی که ضروری نیست.
- ✓ ایمن‌سازی در صورت لزوم
- ✓ جدا سازی بیماران از سایرین و یا یک‌جا کردن بیمارانی که یک نوع بیماری دارند
- ✓ جدا کردن بیمارانی که با بیماران مبتلا به عفونت بیمارستانی در تماس بوده‌اند از سایر بیماران
- ✓ محدود کردن جابجایی افراد و ملاقات‌کننده‌ها در بخشها
- ✓ تهیه مواد آموزشی و آموزش پرسنل و بیماران

مراحل تولید فرضیه (چرا و چگونه): با توجه به واقعیت‌هایی تاکنون بدست آمده در مورد این که منبع بیماری حاضر چیست، چگونه این بیماری منتقل می‌شود و راه انتقال آن چگونه بوده است، فرضیه (یا فرضیه‌ها) تولید می‌شود.

اقدامات کنترلی را بر مبنای شواهدی که تاکنون بدست آورده‌اید تغییر و ادامه دهید: اقداماتی که قبلاً شروع شده‌اند باید مجدداً مورد بررسی قرار گیرند و در صورت نیاز برای پیشگیری از گسترش بیشتر بیماری اجرای اقدامات کنترلی بیشتری انجام شود.

روش های کنترل فوری جهت مهار اپیدمی

روشهای انتقال عفونت:	عملکردهای پیشنهادی
الودگی متقاطع: انتقال بین افراد	جداسازی بیماران و ایزولاسیون براساس راه انتقال عفونت
انتقال از راه دست الوده	بهبود روش های بهداشت دست
انتقال از راه هوا	ایزوله بیماران و تهویه مناسب
انتقال از راه آب	کنترل منابع آب و تمام ظروف حاوی مایعات
انتقال از راه مواد غذایی	حذف مواد غذایی دارای ریسک

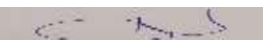
گزارش اقدامات: گزارش اقدامات انجام شده تدوین شده که شامل: الف) شرح کامل طغیان ب) بررسی ها و کنترل های انجام شده ج) اقدامات اصلاحی اجرا شده د) نتایج و کنترل طغیان عفونت بیمارستان می باشد، همچنین وضعیت عوامل خطری که در ارتباط یا این همه گیری هستند بررسی و پایش شود، به عنوان مثال بررسی شود چقدر آنتی بیوتیک خارج از دستورالعمل در بیمارستان مصرف می شود. برای سایر بیمارستان ها و دانشگاه ارسال شود.

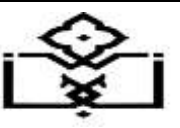
۵- مستندات مرتبط: صورت جلسه کمیته های کنترل عفونت، گزارش کشت آزمایشگاه، آمار های مربوطه

۶- امکانات: وسایل حفاظت فردی، محلول های ضد عفونی، محیط های کشت

کارکنان مرتبط: مدیر خدمات پرستاری، پزشک کنترل عفونت، سوپروایزر کنترل عفونت، سوپروایزر آزمایشگاه، میکروبیولوژیست، سرپرستاران بخش های مرتبط، پرسنل بخشهای مرتبط

۷- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: نیلوفر بهرامی، مریم رفیع،	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول فنی آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل ضد عفونی برخی تجهیزات پزشکی	 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: ۳	دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی	

۱- مقدمه و اهداف:

بیش از ۳۰ سال پیش ، محققى به نام اسپالدینگ، رویکردى عقلانى ، برای ضد عفونی و استریل کردن وسایل و تجهیزات پزشکی مورد استفاده در مراقبت از بیماران را طراحی کرد . از آن زمان تاکنون، یک طرح طبقه بندی در هنگام برنامه ریزی روش های ضد عفونی یا استریلیزاسیون ، توسط متخصصان کنترل عفونت مورد استفاده قرار گرفته است . اسپالدینگ معتقد بود که اگر ابزار و اقلام مورد استفاده برای مراقبت از بیماران با توجه به احتمال خطر ابتلا به عفونت در زمان استفاده به عنوان حیاتی، نیمه حیاتی و غیر حیاتی طبقه بندی شوند، ماهیت ضد عفونی می تواند به راحتی درک شود.

بر اساس معیار اسپالدینگ:

وسایل پزشکی بحرانی: وسایلی هستند که در تماس با بافت و فضاهای استریل بدن قرار می گیرند و در صورتی که آلوده به میکروارگانیسم های پاتوژن باشند، احتمال خطر بالایی به لحاظ ایجاد عفونت دارا می باشند. لذا به منظور پیشگیری و اجتناب از عفونت های متقاطع، جداسازی قطعات وسیله پزشکی حیاتی (در صورت امکان)، شستشو و تمیز نمودن کامل و تمامی سطوح داخلی و خارجی و استریلیزاسیون وسیله بعد از هر بار استفاده الزامی می باشد. این وسایل مانند وسایل جراحی، کاتترهای قلبی، ادراری و وسایل کاشتنی هستند . بیشتر وسایل این گروه باید به صورت استریل خریداری شوند و یا به وسیله روش استریلیزاسیون بخار استریل شوند.

وسایل پزشکی نیمه بحرانی : وسایلی می باشند که در حین انجام پروسیجرها در تماس با غشاء مخاطی سالم و یا پوست آسیب دیده واقع می شوند . این وسایل به طور معمول به داخل بافت نفوذ نمی کنند. با این حال، این تجهیزات بایستی در حین فرآیند فرآوری مجدد، از تمامی میکروارگانیسم ها و پاتوژن ها عاری گردند . مصرف کنندگان بایستی در گام اول اقدام به شستشو و تمیز سازی کامل وسایل نموده و سپس وسیله را استریل نمایند . حداقل رعایت ضد عفونی سطح بالا برای ابزار پزشکی نیمه حیاتی ضروریست. مثال هایی از وسایل نیمه حیاتی عبارتند از دئودوسکوپ ، لوله های آندوتراشیال، برونکوسکوپ، تیغه های لارنگوسکوپ و سایر تجهیزات تنفسی و آندوسکوپ سیستم گوارشی است.

وسيله پزشکی غير بحرانی : که تماس جلدی و غیر تهاجمی با بدن بیمار دارند (در تماس با پوست سالم) می باشد ، وسیله هایی از این دست به لحاظ انتقال عفونت ، کم خطر محسوب می شوند . نمونه هایی از وسایل غیر حیاتی عبارتند از : بدین ها، کافهای فشار سنج، عصاهای زیر بغل، نرده های تخت، ملحفه ها، بعضی از ظروف غذا، میز کنار تخت، وسایل بیمار و سطوح و

سطوح مختلف گندزدایی: اسپالدینگ سه سطح گندزدایی برای سطوح و وسایلی را که برای استفاده نیازی به استریل شدن ندارند، مطرح می کند . این سطوح گندزدایی شامل سطح بالا، سطح متوسط و سطح پایین است . این طبقه بندی براین مبناست که میکروارگانیسم ها معمولاً می توانند با توجه به ماهیت مقاومت آنها در برابر عوامل فیزیکی و شیمیایی گروه بندی شوند:

گندزدایی سطح بالا (High Level Disinfection): این سطح از ضد عفونی به عنوان استاندارد مناسب برای آماده سازی ابزارهای نیمه بحرانی حساس به گرما از جمله آندوسکوپ های فایبراپتیک و قابل انعطاف تمامی باکتری های ، میکوباکتری ها، ویروس ها، قارچ ها و اسپورهای باکتری را غیرفعال می کند. گلو تار آلدئید، پراستیک اسید و پراکسید هیدروژن از جمله مواد شیمیایی اسپوروسیدال قوی هستند که برای ضد عفونی سطح بالا به کار می روند به دلیل اثرات سمی این مواد، فقط باید در موارد محدود ذکر شده به کار روند.

گندزدایی سطح متوسط (Intermediate Level Disinfection): این سطح از ضد عفونی باعث از بین رفتن اسپور باکتری ها نمی شود، اما باعث غیر فعال شدن مایکوباکتریوم توبرکلوزیس می شود که نسبت به جرم های شیمیایی مقاومتر از باکتری های معمولی، قارچ ها و ویروس های با یا بدون پوشش چربی هستند. مثل : الکل، هیپوکلریت سدیم

گندزدایی سطح پایین (low Level Disinfection): باعث غیر فعال شدن باکتری های، قارچ، ویروس های پوشش دار از جمله: ویروس نقص ایمنی انسانی و ویروس آنفولانزا و ویروس های بدون پوشش از جمله آدنو ویروس ها می شود. مواد ضد عفونی کننده سطح پایین شامل ترکیبات چهار گانه آمونیوم (محلول ضد عفونی ابزار و سطوح)، هیپوکلریت سدیم رقیق شده و هستند.

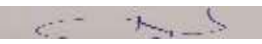
جدول ۱: خلاصه معیار اسپال دینگ

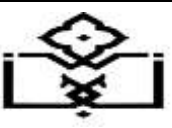
نوع دسته بندی وسایل پزشکی از نظر معیار اسپال دینگ	طبق بندی وسایل	مثالی از این ابزار	سطح مورد نیاز برای ضد عفونی
بحرانی (Critical)	وسایلی که در تماس با بافت و فضاهای استریل بدن می باشند.	کلیه ابزارهای جراحی، سوزن ها، اسکالپ ها	استریلیزاسیون با اتوکلاو، اتیلن اکساید و پلاسما یا روش شیمیایی
نیمه بحرانی (semi critical)	وسایلی که در تماس با مخاطات یا پوست آسیب دیده می باشند.	آندوسکوپ انعطاف پذیر، تیغه لارنگوسکوپ	استریلیزاسیون با اتوکلاو، اتیلن اکساید و پلاسما و روش شیمیایی یا حداقل ضد عفونی سطح بالا
غیر بحرانی (non critical)	وسایلی که در تماس با پوست سالم و مخاط دهان و دندان می باشند.	کاف فشار سنج، گوشی پزشکی، میز و کمده بیمار، ترمومتر و	ضد عفونی سطح متوسط

جدول ۲: نحوه ضد عفونی برخی از تجهیزات پزشکی با قابلیت استفاده مجدد

ردیف	نام ابزار	نوع ابزار بر اساس معیار اسپال دینگ	نوع ضد عفونی	روش ضد عفونی
۱	کلیه ابزارهای جراحی	ابزار بحرانی	استریلیزاسیون	در صورتی که حساس به حرارت نباشد استفاده از اتوکلاو بخار در صورت حساس به حرارت بودن استفاده از محلول های ضد عفونی سطح بالا و قرار دادن در دیش حاوی قرص فرمالین
۲	تیغه لارنگوسکوپ	ابزار نیمه بحرانی	گندزدایی سطح بالا	ابتدا شستشوی اولیه با آب و دترجنت، سپس در صورتی که قابلیت اتوکلاو کردن را داشته باشد، غوطه وری در محلول ابزار و ارسال برای استریل شدن با اتوکلاو در صورت نداشتن قابلیت اتوکلاو: شستشوی اولیه با آب و دترجنت و ارسال به واحد CSR برای غوطه وری سازی در محلول سطح بالا بر پایه گلو تار آل دئید ۲ درصد. در صورت عدم استفاده از لارنگوسکوپ باید ماهانه یکبار لارنگوسکوپ با آب و دترجنت شستشو داده شود و در محلول ضد عفونی ابزار غوطه ور شود. (توضیحات کامل در دستورالعمل ضد عفونی لارنگوسکوپ موجود می باشد.)
۳	دسته لارنگوسکوپ	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	در صورت داشتن قابلیت اتوکلاو کردن پس از شستشوی اولیه و غوطه وری در محلول ضد عفونی ابزار، ارسال برای استریلیزاسیون با اتوکلاو در صورت نداشتن قابلیت اتوکلاو با استفاده از ترکیبات حاوی الکل یا ترکیبات آمونیوم چهار تایی (محلول HI یا محلول ابزار با غلظت ۲ درصد) بصورت Wipe کردن (کشیدن گاز آغشته به محلول ضد عفونی کننده روی دسته) ضد عفونی شود.
۴	باتل ساکشن	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	شستشوی اولیه با آب و دترجنت، غوطه وری در محلول ابزار دو درصد به مدت ۱۵ دقیقه محتویات باتل در توالت یا کلینیکال سینک باید تخلیه شود.

۵	فورسپس نمونه برداری آندوسکوپ	ابزار نیمه بحرانی	گندزدایی سطح بالا	غوطه وری در محلول های لول بر پایه گلو تار آلدئید
۶	آمیوبیگ	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	ابتدا شستشوی اولیه با آب و دترجنت، سپس در صورتی که قابلیت اتو کلاو کردن (آمیوبیگ سیلیکونی) را داشته باشد، غوطه وری در محلول ابزار و ارسال برای استریل شدن با اتو کلاو در صورت نداشتن قابلیت اتو کلاو: شستشوی اولیه با آب و دترجنت و ارسال به واحد CSR برای غوطه وری سازی در محلول سطح بالا بر پایه گلو تار آلدئید ۲ درصد
۷	آندوسکوپ	ابزار نیمه بحرانی	گندزدایی سطح بالا	شستشوی اولیه با آب و دترجنت، غوطه وری در محلول سطح بالا (بر پایه گلو تار آلدئید ۲ درصد)
۸	شیر دوش	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	شستشوی اولیه با آب و دترجنت، غوطه وری در محلول ابزار دو در صد به مدت ۱۵ دقیقه و جوشاندن در بویلر (جوشاندن در بویلر یکبار در ۲۴ ساعت و در سایر مواقع غوطه وری در محلول ضد عفونی ابزار)
۹	فلوسنسور اکسیژن	ابزار نیمه بحرانی	گندزدایی سطح بالا	شستشوی اولیه با آب و دترجنت، غوطه وری در محلول سطح بالا (بر پایه گلو تار آلدئید ۲ درصد)
۱۰	نبولایزر	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	شستشو با آب و دترجنت
۱۲	کاف فشار سنج	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	ضد عفونی با محلول ابزار یا HI درصد، در صورت مشاهده آلودگی شستشو با آب و دترجنت (قسمت پارچه ای شسته شود).
۱۳	گوشی پزشکی	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد یا دستمال آغشته به محلول سپتی سورفیس یا محلول ابزار یا HI
۱۴	اتوسکوپ	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد یا دستمال آغشته به محلول سپتی سورفیس یا محلول ابزار یا HI
۱۵	ترمومتر تیمپان	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد
۱۶	ترمومتر جیوه ای	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد
۱۷	مانومتر کپسول اکسیژن	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	شستشوی اولیه با آب و دترجنت یا ضد عفونی با الکل ۷۰ درصد یا دستمال آغشته به محلول سپتی سورفیس یا محلول HI
۱۸	مخزن آب مقطر مانومتر کپسول اکسیژن	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	شستشوی اولیه با آب و دترجنت، غوطه وری در محلول ابزار دو درصد به مدت ۱۵ دقیقه
۱۹	دستگاه بخور	ابزار غیر بحرانی	گندزدایی سطح متوسط	شستشو با آب و دترجنت

تهیه کننده: نیلوفر بهرامی ، مهندس عزیزی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: س و پروایزر کنترل عفونت، کارشناس تجهیزات پزشکی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل داروهای خودبخود متوقف شونده دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۲		

۱- **هدف:** حفظ ایمنی بیمار در خصوص تجویز برخی داروهای خاص/تضمین کیفیت خدمات دارویی/ارزیابی دوره ای داروهای خاص و اطلاع آن به پزشک و گرفتن دستور جدید برای ادامه مصرف دارو

۲- **تعاریف:** داروهای خود به خود متوقف شونده، داروهایی هستند که به علت اثرات و عوارض آن ها، پس از گذشت مدت زمان معین، مصرفشان باید با دستور مجدد پزشک انجام شود. این داروها در سیستم HIS تعریف شده اند و بعد از گذشت مدت زمان مشخص در مورد هر دارو توسط سیستم هشداردهنده HIS، هشدار داده می شود. دریافت این داروها از داروخانه بعد از طی شدن مدت زمان تعریف شده منوط به رویت و تایید دستور دارویی پزشک، توسط مسئول فنی داروخانه بستری می باشد

فهرست داروهایی که بعد از مدت معینی باید متوقف شوند:

نام دارو	فواصل ارزیابی مجدد
ضد میکروبها (بجز داروهای موضعی)	۷ روز
ضد تشنج ها	۷۲ ساعت
کورتیکواستروئیدها (بجز داروهای موضعی)	۷ روز
داروهای اعصاب و روان	۱۴ روز
اندانسترون	۲۴-۴۸ ساعت
مخدرها(بجز متادون)	۴۸ ساعت
محلولهای استنشاقی بوسیله نبولایزر	۷ روز
تمامی داروهای تغذیه ای غیر خوراکی	۷ روز
تنگ کننده عروق(چشمی و بینی)	۳ روز
NSAID و مهارکننده های COXII	۱۰ روز
کورتیکواستروئیدهای چشمی و خوراکی	۱۰ روز
ضد قارچ های موضعی	۳۰ روز

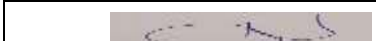
داروهای که دستور مصرف آن ها در صورت نیاز (PRN) است در صورت عدم دستور جدید	۲۸ روز
هپارین و انوگزاپارین	۷ روز
وارفارین	۱۴ روز
کرمها ، پمادها و لوسیون های موضعی حاوی کورتیکواستروئیدها	۲۸ روز
مولتی ویتامین ها ، ضد اسیدها (ALMg - Mgo ^{h2}) و استامینوفن	۳۰ روز

۳-مهارت مسئول: آشنایی با سیستم HIS/آشنایی با داروهای خود به خود متوقف شونده

۴-شرح اقدامات: تدوین لیست داروهای خود به خود متوقف شونده، ایجاد زمینه فعال سازی داروهای خود به خود متوقف شونده در سیستم HIS

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: راهنمای اعتبار بخشی ۹۸، کارشناس IT، پزشک، مسئول فنی داروخانه بستری

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: دکتر نگین برته	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول فنی داروخانه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	

۱- هدف: افزایش ایمنی بیمار و پرسنل- دفع صحیح پسماندهای ویژه

۲- تعاریف: به پسماندهایی که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل: سمیت، بیماریزایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و مشابه آن به مراقبت ویژه (مدیریت خاص) نیاز دارند، پسماند ویژه گفته می شود. نظر به آنکه دفع پسماندهای سایتوتوکسیک بیمارستانی به روش کنونی می تواند عواقب و پیامدهای جبران ناپذیری بدنبال داشته باشد و مشکلات ایمنی جدی به وجود آورد و از آنجا که این مشکلات هم درون بیمارستان و هم پس از دفع پسماندها در خارج از بیمارستان می تواند باقی بماند فلذا باید مورد توجه خاص قرار گیرد. با توجه به مطالعات مختلف ثابت شده که داروهای خطر آفرین توانایی ایجاد یک یا چند مورد از عوارض زیر را در انسانها یا حیوانات ایجاد کنند:

- سرطانزایی - باعث ابتلا با سرطان می شود
- تراتوژنیسیته - باعث ناقص الخفقه زایی میشود.
- مسمومیت عضوی در دوزهای پائین
- مسمومیت ژنتیکی - به DNA آسیب می زند
- مسمومیت باروری - به توانایی در تولید مثل آسیب می زند

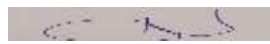
۳- مهارت مسئول: پرستار-سرپرستار-مسئول فنی داروخانه

۴- شرح اقدامات:***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 - اگرازپام - فنوباریتال - فنیوتین - پروژسترون - متروکسات - 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 یا برجسب 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 برجسب 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.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع: - آیین نامه اجرایی قانون مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته، ۱۳۸۳. کتاب مبانی داروسازی بالینی و بیمارستانی، دکتر رستگار پناه و همکاران، ۱۳۸۷.

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	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	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی	

۱- هدف: افزایش ایمنی بیمار- پیشگیری از وقوع خطاهای دارویی

۲- تعاریف:

*****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 تۆام 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.

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

۴- **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

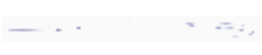
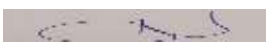
✓ **بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر** (مانند سرنگ و میکروست، پمپ و...) **برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت ۶ مناسب** الصاق گردد.

✓ 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.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع: سنجه های اعتباربخشی

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	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		
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی	

۱-هدف: افزایش ایمنی بیمار- پیشگیری از وقوع خطاهای دارویی

۲-تعاریف:

***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 تنداروها 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

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

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

۴-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 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 دارویی داروهای پرخطر 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 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.

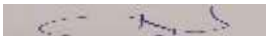
✓ خوانا بودن دستورات، نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی بسیار حائز اهمیت است (گزارشات پرستاری الزاما خوش خط و خوانا باشند)

✓ 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.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع: سنجه های اعتباربخشی

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار پزشکی	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	دستورالعمل داروهای مشابه	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱		

۱- هدف: افزایش ایمنی بیمار- پیشگیری از وقوع خطاهای دارویی

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

شباهت ظاهری/ نامایی **Look-Alike** : این تشابه میتواند به لحاظ شباهت در بسته بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نامایی 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** “و” **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.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع : سنجه های اعتباربخشی

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل داروهای مخدر	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی	

۱-هدف: افزایش ایمنی بیمار- پیشگیری از وقوع خطاهای دارویی-ممانعت از سوء استفاده دارویی

۲-تعاریف: مورد نا مفهوم وجود ندارد.

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

۴- 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 ناركوتیک 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 ناركوتیک 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 ناركوتیک

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 اسکال 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.

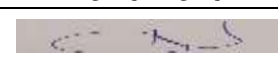
۱۶. همچنین به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیمار جهت اجرای دقیق دستورالعمل، آگاه سازی بیمار از عوارض داروهای مسکن رده های پایانی دستورالعمل داروهای ضد

التهاب غیر استروئیدی و مخدر صورت میپذیرد

۱۷. آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶-منابع : سنجه های اعتباربخشی

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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 مولتی دوز	
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: تمامی بخش / واحدهای درمانی و پاراکلینیکی	

۱- هدف: افزایش ایمنی بیمار- پیشگیری از وقوع خطاهای دارویی

۲- تعاریف:

*** 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

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

۴- 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 .

۵- مستندات مرتبط : منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

۶- منابع : سنجه های اعتباربخشی

تهیه کننده: معصومه قدیمی	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: کارشناس بهبود کیفیت	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	عنوان سند		 واحد پژوهش و اعتبار علمی
	دستورالعمل		
	مقابله با سوانح پرتویی بر اساس شرایط واقعی کار		
	دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی		
	صفحه: ۲		
کد سند: MN – INS BK-۰۵		تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵
		تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	

۱-هدف: کاهش بروز اثرات احتمالی تا جائیکه امکان دارد و جلوگیری از بروز اثرات قطعی پرتوهای یونساز

۲-تعاریف: پرتو ها : شکلی از انرژی هستند که در خلاء یا ماده منتشر می شوند .

- ✓ پرتوهای یونساز : دسته ای از پرتو ها هستند که قابلیت یونسازی (تبدیل اتم به یون) دارند . پرتوهای X ، گاما ، آلفا ، بتا و از پرتوهای یونساز می باشند . این پرتوها در صورت برخورد با بافت زنده می توانند تغییراتی در مولکولهای DNA بدن ایجاد نموده و حتی می توانند منجر به بیماریهایی چون سرطان ، آب مروارید و مرگ گردند .
- ✓ پرتوهای غیر یونساز : این پرتوهای دارای انرژی کافی برای یونیزاسیون نمی باشند و شامل پرتوهای ماوراء بنفش ، نور مرئی ، اشعه مادون قرمز ، امواج ماکروویو و امواج رادیویی می گردند .
- ✓ اثرات احتمالی: به اثراتی گفته می شود که به میزان دز پرتو بستگی ندارد و تنها احتمال وقوع آن وجود دارد که این اثرات می توان به سرطانها اشاره نمود.
- ✓ اثرات قطعی: عوارضی هستند که اگر بدن بیش از یک دز معین از اشعه را دریافت کند حتما آن عوارض ظاهر خواهند شد . مانند اثرات خونی ، قرمز شدن پوست و
- ✓ پرتوگیری بالقوه: پرتوگیری که در شرایط عادی انتظار آن نمی رود ولی ممکن است در اثر وقوع سانحه در منبع و یا پیامد وقایع محتمل نظیر نقص فنی تجهیزات یا اشتباه انسانی رخ دهد.
- ✓ پرتوگیری پزشکی: پرتو گیری بیمار بواسطه تشخیص یا درمان در پزشکی و دندانپزشکی و همچنین پرتوگیری افرادی که داوطلب مراقبت یا پرستاری از بیمار هستند (به استثنای کارکنان) و یا پرتوگیری افرادی که داوطلب شرکت در برنامه تحقیقاتی پزشکی می باشد.
- ✓ پرتوگیری شغلی: مربوط به پرتوگیری کارکنان می باشد.
- ✓ پرتوگیری طبیعی: پرتوگیری ناشی از منابع طبیعی می باشد.
- ✓ پرتوگیری عادی: پرتوگیری قابل انتظار در شرایط عادی کار با منابع یا تأسیسات ، با در نظر گرفتن پرتو گیرهای ناشی از سوانح جزئی قابل کنترل.
- ✓ پرتوگیری مردم: پرتوگیری افراد جامعه ناشی از فعالیت پرتوی و منابع مجاز . پرتوگیری مردم شامل پرتوگیری شغلی ، پزشکی و یا زمینه طبیعی محیط نمی باشد.

۳-مهارت مسئول: پرسنل تصویر برداری باید آشنایی کامل به اصول محافظت در برابر اشعه داشته باشند

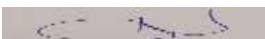
۴-شرح اقدامات:

- ✓ ۱-تابلوهای راهنما و علائم هشدار دهنده استاندارد مرتبط با حفاظت در برابر اشعه وجود دارد.
- ✓ ۲-اتاق عکسبرداری به طرز مناسب حفاظ گذاری گردیده تا از نشر هر گونه اشعه به بیرون جلوگیری گردد.
- ✓ ۳-مسول فیزیک بهداشت مرکز بهداشت استان هر ۶ ماه جهت انجام دزیمتری بخش رادیولوژی مراجعه و نتیجه گزارش مربوطه را به بیمارستان ارسال می نماید.
- ✓ ۴-وسایل حفاظت فردی مورد نیاز توسط مسئول بخش تهیه و در اختیار کارکنان بخش رادیولوژی قرار گرفته است.
- ✓ ۵-مسول فنی و مسول بخش آموزش لازم را در مورد حفاظت در برابر اشعه به کارکنان ارائه می دهند.
- ✓ ۶-جهت حفاظت فردی پرسنل مسول بخش در هنگام ورود پرسنل جدید یک دوزیمتر فردی (فیلم بیج) در اختیار وی قرار می دهد.

- ✓ ۷- نتیجه پرتوگیری هر دو ماه یکبار توسط مسئول بخش برای مراکز کار با اشعه ارسال می گردد.
- ✓ ۸- در صورتی که پرتوگیری فرد بیش از حد مجاز باشد علت آن باید توسط مسئول بخش و مسئول فیزیک بهداشت بررسی و نتیجه آن به امور حفاظت در برابر اشعه سازمان انرژی اتمی ایران ارسال گردد تا اقدامات لازم در این زمینه انجام گیرد.
- ✓ ۹- کارکنان بخش رادیولوژی معاینات مربوط به پرونده سلامت را هر شش ماه یکبار با پیگیری مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان انجام و نتایج مربوطه در پرونده افراد ثبت و در صورت نیاز اقدامات مداخله ای توسط مسئول بهداشت حرفه ای انجام می پذیرد.
- ✓ ۱۰- آیفون جهت ارتباط پرتوکار بابیمارنصب شود

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: دزیمتری (فیلم بچ)-وسایل محافظت فردی-کارکنان بخش رادیولوژی-پرونده حفاظتی پرتو کاران

۶- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸- دستورالعمل کار با پرتوها مربوط به سازمان انرژی اتمی

تهیه کنندگان: مجید خداینده لو	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول رادیولوژی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه استفاده از مواد حاجب	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: کارکنان تصویربرداری	
	صفحه: ۲		

۱-هدف: کارکنان بامواد حاجب و مواد استفاده آن در تصویربرداری آشنا میشوند ونحوه استفاده از این مواد ودامنه کاربرد آنها برای پرسنل مشخص میشود.

۲-تعاریف:مواد حاجب انواع مختلفی دارد: ۱-مصرفی در دستگاه گوارش ۲-مصرفی در دستگاه ادراری ۳-مواد حاجب تزریقی

۳-مهارت مسئول:آشنایی کامل با مواد حاجب، موارد اندیکه و کنترااندیکه و عوارض احتمالی آنها وطریقه‌هاستفاده از مواد حاجب

۴-شرح اقدامات:پس از دریافت در خواست تصویربرداری با ماده حاجب، حتی الامکان درخواست تصویربرداری به اطلاع متخصص رادیولوژی رسانده شود. سپس باتوجه به وضعیت وشرح حال بیمار (هویت بیمار،باردارنبودن و حساسیت دارویی در بیمار) نوع و مقدار دوز داروی دارای مواد حاجب را مشخص وپس از اجرای آمادگی های قبل از تصویر برداری آماده انجام پروسیجر شود.

- ✓ بوسیله شخص پرتونگار آماده شود
- ✓ از بیمار و همراه درجه یک او رضایت تزریق گرفته شود (مواد حاجب تزریقی داخل وریدی)
- ✓ با دستور و مجوز رادیولوژیست برای بیمار مورد استفاده قرار گیرد
- ✓ نوبت دهی به بیماران اعم از سرپایی یا بستری با توجه به نوع گرافی رنگی درخواست شده
- ✓ آمادگی قبلی که بیمار لازم است داشته باشد(در بعضی از عکسهای رنگی)
- ✓ هنگامی که بیمار در موعد مقرر به رادیولوژی مراجعه کرد ابتدا توسط تکنولوژیست پذیرش شود و بعد به اتاق رادیوگرافی راهنمایی شود و بسته به نوع گرافی رنگی ماده حاجب آماده شود
- ✓ در مورد احشایی مانند معده ، مری ، روده کوچک ، روده بزرگ از سولفات باریم استفاده شود که در روده بزرگ این ماده بصورت تنقیه استفاده شود و در بقیه خوراکی استفاده شود
- ✓ سولفات باریم که در عکس رنگی استفاده شود در هر عکسی متناسب با ان غلظت خاصی دارد در مری بصورت غلیظ باید تهیه شود در معده و روده کوچک غلظت ان باید کمتر باشد در باریم انما سولفات باید بصورت رفیق تهیه شود
- ✓ پس از خوراندن یا تنقیه کردن سولفات باریم گرافی عکس رنگی در حالتهای ایستاده ، خوابیده، ابلیک ونیمرخ صورت گیرد
- ✓ در مورد IVP و سی تی های با کنتراست شکم لگن و ریه و سایر اندامها ابتدا بیمار فرم رضایت را پر و امضا کند ،در این عکس از ماده حاجب ایوپاک استفاده شود که این عکس رنگی ماده حاجب توسط بیمار قبلا طبق نسخه پزشک رادیولوژی درخواست دهد انرا تهیه کند و روز مراجعه این ماده بصورت وریدی وطی ۳۰دقیقه کلیشه تهیه شود(این گرافی ها همگی ، ۱۵، ۱۰، ۵)، در فاصله زمانی کوتاه تزریق شود و طبق فواصل زمانی معین بصورت خوابیده صورت گیرد و در پایان نیز یک کلیشه پس از خالی کردن مثانه بیمار از وی بعمل آید.

موارد منع مصرف:انسداد روده ، احتمال پارگی دستگاه گوارش ، بعد از عمل نمونه برداری روده ، بعد از اقدامات تشخیصی مثل رادیوترابی،احتمال

بارداری یا دهیدراتاسیون

عوارض جانبی: یبوست و در صورت سوراخ بودن دستگاه گوارش عفونت شکمی، اسهال و آپاندیسیت

✓ توجهات: شب قبل از اقدام تشخیص ، برای بیمار داروی اسهال آور (ملین) تجویز کنیدیا شیاف بیزاکودیل بدهید.

- ✓ آموزش: به همراه دارو آب فراوان مصرف شود چون ممکن است یبوست ایجاد کند.
 - ✓ همچنین در مواردی که احتمال پرفراسیون وجود داشته باشد از موادیدارمحلول دراب مانند گاستروگرافین استفاده شود.
 - ✓ در عکس رنگی یوئروسیتوگرافی ماده حاجب ویزیوپک جهت بررسی مجاری ادراری بیمار به داخل آن تزریق شده و گرافی صورت گیرد . سیستم گرافی جهت بررسی مثانه و حاجب ها است که باید ماده حاجب ویزیوپک با توجه به سن ووزن بیمار در داخل ۵۰۰CC رقیق شود و سپس از قسمت مثانه سوند زده و تزریق شود و گرافی تهیه میشود.
- موارد منع مصرف :** سابقه حساسیت به یدیا مواد حاجب ید دار ، در هنگام خونریزی قاعدگی، به هنگام بارداری و حساسیت به پنی سیلین.
- عوارض جانبی :** با توجه به غلظت دارو، ویسکوزیته ، میزان و سرعت تجویز دارو عوارض جانبی آن شامل: افت فشار خون، اشکال در تنفس ، احساس گرم شدن ، تهوع و استفراغ، طعم فلز در دهان ، سرگیجه، سردرد، سرفه، خارش، اریتمی قلبی، شوک و ایست قلبی است.

نکته :

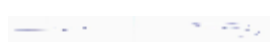
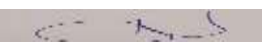
- ✓ در بیماران با سابقه نارسایی کلیوی و کبدی، آسم و آلرژی باید با احتیاط و با مشورت با پزشک رادیولوژیست مصرف شود.
- ✓ -در صورت مصرف متفورمین حتما اطلاع داده شود

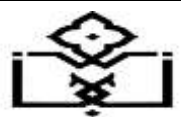
نکته :

- ✓ احتمال بروز عوارض جانبی در افراد سالخورده و نوزادان، بیماران ناتوان و افراد دارای فشار خون بالا، بیماری های قلبی و ریوی، کم خونی داسی شکل و هایپر تیروئید به شدت افزایش مییابد.

۵-مسندات مرتبط:(منابع، امکانات و کارکنان مرتبط): داروی کنتراست-لوازم تزریق

۶-منابع: تکنیکهای رادیوگرافی دکتر تورچیان

تهیه کنندگان: مجید خداپنده لو	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول رادیولوژی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	گزارش انی مقادیر بحرانی رادیولوژی	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: رادیولوژی	
	صفحه: ۱		

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

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

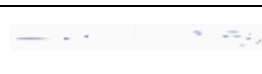
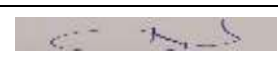
۳-مهارت مسئول: کاردان یا کارشناس آزمایشگاه و کارشناس رادیولوژی باید از مقادیر بحرانی نتایج اطلاع داشته باشند تا در موارد بحرانی نتیجه را به اطلاع بخش برسانند و آموزش لازم در مورد نحوه گزارش را دیده باشد

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

- ✓ . مقادیر بحرانی تستهایی که 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 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.
- ✓ بعد از وارد کردن نتیجه به سیستم ۲ تا پرینت بگیرد 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.
- ✓ 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.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:: خط تلفن یک طرفه (HotLine)-ذونکن-جواب اقدامات پاراکلینیکی

۶-منابع/مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: مجید خداینده لو	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول رادیولوژی	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان القدير ابهر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱۱	دامنه کاربرد: نمونه های ارسالی از بخشها و سایر مراکز طرف قرارداد و کنترل های مربوطه	

۱-هدف: بالا بردن کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاه

۲-تعاریف: نتایج آزمایش ها تحت تاثیر متغیرهای گوناگونی است که یکی از آنها مرحله قبل از آزمایش میباشد که با توجه به اهمیت بسیار آن تاثیر بسزائی در انجام آزمایش و پس از انجام آزمایش دارد.

۳-مهارت مسئول: پذیرش در آزمایشگاه باید دارای مهارت بالا در خواندن نسخه ها و همچنین کار با سیستم HIS و برنامه آزمایشگاه داشته و نمونه گیر نیز باید از مهارت لازم در رگ گیری و آشنا به قوانین استاندارد تمونه گیری داشته باشد.

۴-شرح اقدامات:

۱: پذیرش در بیماران سرپائی:

- ✓ الف: دریافت برگه آزمایش از بیمار یا همراه آن و مطابقت مشخصات برگه با مراجعه کننده از طرق معتبر
- ✓ ب: اطلاع از آمادگی های لازم قبل از نمونه گیری و رعایت اصول اولیه این آمادگی مانند ناشتائی در برخی آزمایشها یا رعایت بعضی موارد خاص (دستورالعمل نمونه گیری) که همراه لیست کلی آزمایشات در اختیار بخشهای مختلف قرار گرفته است.
- ✓ ج: ارائه برگه نحوه نمونه گیری جهت گرفتن این نمونه ها در منزل به مراجعین
- ✓ د: پذیرش مراجعین در صورت داشتن آمادگی و تائید نسخه و دریافت فرانشیز با کارت بانکی
- ✓ ه: تحویل لیبل چاپ شده به پرسنل بخش نمونه گیری جهت مراحل بعد
- ✓ و: ارائه برگه پذیرش حاوی زمان آماده شدن جواب به مراجعه کننده
- ✓ ز: در بیماران بستری: الف: دریافت نمونه ها و انطباق آن با HIS بیمار مربوطه
- ✓ ت: آگاهی از آمادگی بیمار جهت نمونه های گرفته شده از بخش مربوط
- ✓ خ: چاپ لیبل های لازم و تحویل به نمونه گیر

۲-نمونه گیر

۱-مراجعین سرپائی: الف: تحویل گرفتن لیبل های مربوطه از پذیرش و آماده کردن ظروف مخصوص: ب: مطابقت مراجعه کننده با لیبل های دریافتی (مشاهده کارت ملی و.....): ج: سوال در رابطه با آمادگی داشتن مراجعه کننده (برای بار دوم و به جهت اهمیت آن در جواب د: گرفتن نمونه و تحویل به بخش های مربوطه

۲-بیماران بستری: الف: تحویل گرفتن نمونه ها و لیبل های مربوط به آنها و تحویل به بخش های آزمایشگاه

آزمایشات انجام گیرنده در مرکز	
PBS -ESR -Retic -CBC -G6PD -Coombs(D) -PT -PTT	هماتولوژی
FBS-۲HPP-UREA-Cratinin(serum/urine)-Uric Acid-TG-Chol-HDL-LDL- Alp-ALT -AST-Hb A1C- sodium- potassium- CPK-LDH - Albomin-Total protein(S/U) Calcium-Phosphorus-Amylase Iron/TIBC-Lipase -Bili(T,D) -Coombs Indirect ABG/VBG	بیوشیمی
CRP-RF-ASO-Wright-Coombs wright-۲ME-VDRL-Widal	سرولوژی
TSH- T۳- T۴- Ferritin- Vit .D۳- HBS Ag- HBS Ab- HCV HIV	الایزا
CKmb-Troponin - D.Dimer	کاردیا مارکر
BetaHCG – Troponin- D.Dimer- TSH -	آی کروما
کشت ادرار -خون -مدفوع-ترشحات بدن- رنگ آمیزی گرم	میکروب شناسی
کامل ادرار -مدفوع - خون مخفی - پروتئین بنس جونز-آزمایش حاملگی	مدفوع
پاتولوژی انواع بافتهای بدن و پاپ اسمیر و سیتولوژی واسمیر مغز استخوان	پاتولوژی

دستورالعمل جمع آوری نمونه ها:

توصیه های قابل ارائه به بیماران

نحوه جمع آوری نمونه:

- اولین ادرار صبحگاهی را دور بریزید و بعد از آن به مدت ۲۴ ساعت، در یک ظرف تمیز و بزرگ ، ادرار را جمع آوری کنید.
- در مدت جمع آوری، ظرف را در جای خنک نگهداری کنید.
- در صورت وجود مواد نگهدارنده در ظرف، مستقیماً در ظرف آزمایشگاهی ادرار نکنید.
- مواظب باشید که مواد نگهدارنده روی بدنتان نریزد.
- اگر حجم ادرار تان بالاست دو ظرف ادرار ۲۴ ساعته از آزمایشگاه درخواست نمایید.

شرایط نگهداری نمونه و انتقال نمونه:

- در مدت زمان جمع آوری نمونه و در طی انتقال، ظرف نمونه گیری در درجه حرارت 2°C -۸ (دمای یخچال) نگهداری شود.
- اگر دارو مصرف می کنید حتماً در مورد داروهای مصرفی خود قبل از نمونه گیری با آزمایشگاه مشورت کنید.

ملاحظات ایمنی

- ظرف حاوی نمونه باید با رعایت اصول ایمنی و بهداشتی به آزمایشگاه منتقل گردد.
- در هنگام آزمایش روی نمونه باید از دستکش یکبار مصرف استفاده شود.
- به هنگام اضافه کردن مواد نگهدارنده به ظرف ادرار ۲۴ ساعته تمام نکات ایمنی از جمله استفاده از ماسک، عینک ایمنی، دستکش و غیره نکات ایمنی رعایت گردد.

• توصیه های قابل ارائه به بیماران جهت تهیه نمونه ادرار برای آزمایش سیتولوژی

- دومین ادرار صبحگاهی بهترین نمونه جهت جمع آوری است .

- برای نمونه گیری سه نوبته در سه روز متوالی اقدام شود زیرا بیشترین امکان تشخیص را دارد.
- قبل از نمونه گیری مصرف مایعات به میزان کافی توصیه شده است (تا ۳ ساعت قبل از نمونه گیری ۶ لیوان آب بنوشید).

شرایط نگهداری نمونه و نحوه انتقال:

- پس از نمونه گیری باید هر چه سریع تر و حداکثر تا یک ساعت نمونه ها را به آزمایشگاه میکروب شناسی جهت بررسی و کشت انتقال داد.

ملاحظات ایمنی: ظرف حاوی نمونه باید با رعایت اصول ایمنی و بهداشتی به آزمایشگاه منتقل گردد.

- توصیه های قابل ارائه به بیمار: جهت کشت ادرار
- نیازی به محدودیت غذایی قبل از انجام تست نیست.
- بهترین نمونه برای تشخیص عفونت های ادراری نخستین ادرار صبحگاهی است.
- پیش از نمونه گیری از نوشیدن بیش از حد مایعات اجتناب نمایید. مقدار آب مصرفی بطور معمول در طول یک روز زمستان ۴ تا ۵ لیوان و در تابستان ۵ تا ۶ لیوان می باشد.
- دستهای خود را کاملاً با آب و صابون شسته و به خوبی با دستمال کاغذی خشک کنید.

* **بانوان:** با یک دست چین های پوستی دستگاه تناسلی را از هم باز کرده و با یک دستمال یکبار مصرف مرطوب حاوی صابون اطراف پیشابراه و معقد را از جلو به عقب تمیز کنید. سپس دستمال جدیدی برداشته و با آب خیس کنید و مجدداً عمل تمیز کردن را انجام دهید. درب ظرف ادرار را باز کنید تحت هیچ عنوان دستهای شما نباید با سطح داخلی ظرف یا درب آن تماس پیدا کند.

* **آقایان:** سر آلت را با یک دستمال یکبار مصرف مرطوب حاوی صابون تمیز کنید و دستمال را دور بیندازید. سپس دستمال جدیدی برداشته و با آب خیس کنید و مجدداً عمل تمیز کردن را انجام دهید.

* **نوزادان:** در مورد نوزادان و کودکان زیر دو سال باید از کیسه های سترون شده مخصوص جمع آوری ادرار (Urine Bag) استفاده کرد، که از کیسه متناسب جنس کودک (پسرانه یا دخترانه) استفاده می شود. این کیسه نباید بیش از ۴۵ دقیقه به مجرای ادرار متصل باشد. وقتی حدود ۱۵-۱۰ ml ادرار در کیسه جمع شد سر آن را تا کرده تا بسته شود، سپس به آزمایشگاه انتقال یابد. اگر زمان گذاشتن کیسه طولانی شد و نوزاد ادرار نکرد، جهت جلوگیری از آلودگی کیسه، متوان آن را تعویض نمود.

دستورالعمل نمونه گیری جهت انجام آزمایش بررسی خون مخفی در مدفوع

کلیات: برای تشخیص اولیه خونریزی در نقاط فوقانی یا تحتانی دستگاه گوارش از این آزمایش استفاده می شود. در مورد آزمایش خون مخفی در مدفوع شیرخواران باید وجود شقاق در پستان مادر را در نظر داشت.

توصیه های قابل ارائه به بیماران:

- خانم هایی که عادت ماهیانه هستند تا سه روز پس از پایان دوره فوق از انجام این آزمایش خودداری نمایند.
- چنانچه بیمار به بواسیر یا شقاق مقعد مبتلا بوده و خونریزی واضحی از این ضایعات مشاهده می گردد، قبل از انجام آزمایش به آزمایشگاه اطلاع داده شود.
- چنانچه بیمار به علل مختلف دچار خونریزی از لثه یا مخاط دهان است، بلع خون از این ناحیه سبب مثبت شدن کاذب آزمایش می گردد.

- دو تا سه روی پیش از آزمایش و در طی دوره جمع آوری نمونه، از خوردن غذاهای دارای گوشت قرمز (بهتر است گوشت مرغ و ماهی نیز مصرف نگردد)، سبزیجات خام بخصوص شلغم، ترب و تربچه، قارچ، کلم بروکلی، گل کلم، پرتقال، موز، انگور، طالبی یا گرمک، خربزه، ترب کوهی خودداری شود.
 - حداقل از هفت روز قبل از انجام آزمایش از مصرف داروهای سالیسیلات مانند آسپرین، سایر داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی مانند ایبوپروفن، ایندومتاسین، دیکلوفناک سدیم، داروهای استروئیدی، کلشی سین، ویتامین C، آنتی اسیدها، ترکیبات آهن دار، ترکیبات ید دار، دیورتیک های تیازیدی، رزپین اجتناب گردد، در غیر اینصورت به آزمایشگاه اطلاع داده شود. لازم به ذکر است که با توجه به تنوع داروهای مصرفی و امکان تداخل آن ها با نتایج آزمایش بهتر است مصرف هرگونه دارو را قبل از انجام آزمایش به اطلاع پزشک معالج برسانید.
 - نمونه مدفوع باید در ظرف مخصوصی که آزمایشگاه در اختیار شما قرار می دهد و تمیز، دردار و فاقد مواد نگهدارنده است، جمع آوری گردد.
 - چنانچه به علتی امکان جمع آوری مستقیم مدفوع در ظرف نمونه گیری مقدور نباشد باید نکات زیر حتماً رعایت گردد.
 - قبل از اجابت مزاج، کف توالت باید کاملاً شستشو و عاری از مواد شوینده و پاک کننده باشد (ترجیحاً بهتر است دوبار سیفون کشیده شود.)
 - پس از اجابت مزاج با استفاده از آیس لانگ یا اپلیکاتور، مقدار کمی از سطح رویی مدفوع را بدون اینکه با ادرار یا آب مخلوط گردد، در ظرف مخصوص قرار داده و درب آن محکم بسته شود.
- شرایط نگهداری نمونه و نحوه انتقال:
- نمونه باید سریعاً به آزمایشگاه تحویل داده شود در غیر اینصورت تا زمان رسیدن به آزمایشگاه در دمای معادل یخچال (۸-۲ درجه سانتی گراد) نگه داری شود و از قراردادن نمونه ها در گرما یا در مجاورت نور خورشید خودداری شود.
 - تاخیر در آزمایش می تواند تاثیر منفی بر نتایج این آزمایش داشته باشد.
 - نمونه مدفوع نباید با ادرار یا سایر مواد آلوده شود.

حجم نمونه: مقدار مدفوع لازم برای آزمایش خون مخفی در مدفوع قوام دار (جامد) حدود ۵ گرم (به اندازه یک فندق) و در مدفوع آبکی ۵ میلی لیتر است.

ملاحظات ایمنی: چون هر نمونه مدفوع می تواند آلوده به باکتری، ویروس و یا انگل باشد، لذا باید به عنوان یک منبع آلوده کننده مهم در نظر گرفته شود

آمادگی قبل آزمایشات:

آماده سازی بیمار قبل از نمونه گیری:

الف) آزمایش هایی که انجام آنها الزاماً نیاز به ناشتا بودن دارد: ALP-FBS-HDL-LDL-TG

ب) آزمایش هایی که بیمار باید ترجیحاً ناشتا باشد: Amylase-Calcium-CHol-Phosphorus-PSA

پ) آزمایش هایی که انجام آنها نیازمند به رعایت رژیم غذایی خاصی است:

✓ داشتن یک رژیم ثابت غذایی به مدت سه هفته HDL, LDL:

✓ داشتن رژیم ثابت غذایی به مدت سه هفته-عدم مصرف الکل سه روز قبل از نمونه گیری TG:

ت) آزمایش هایی که انجام آنها نیازمند رژیم دارویی است:

✓ عدم مصرف آسپرین در طی هفته ی قبل از انجام آزمایش Bleeding Time:

✓ در بیمار تحت درمان با آهن تعیین فریتین سرم چندان قابل اعتماد نخواهد بود Ferritin:

✓ تازمانی که بیمار حداقل به مدت ده روز مصرف وارفارین را متوقف نکرده نباید آزمایش انجام شود Protein C:

✓ هیرو دین و آرتگروبان زمان آزمایش را طولانی می کنند و بهتر است آزمایش از یک ورید محیطی گرفته شود PT, PTT:

ث) آزمایش هایی که انجام آنها نیاز به رعایت زمان بندی خاص دارد: نمونه در حالت ناشتا و صبح گرفته شود: Iron

ج) آزمایش هایی که انجام آنها به رعایت موارد خاص نیاز دارد:

✓ اجتناب از فعالیت بدنی شدید قبل از نمونه گیری AST,ALT:

✓ عدم بستن تورنیکه به مدت طولانی در Albumin

نحوه صحیح گرفتن نمونه خون شریانی و تفسیر مقدماتی آن

آماده نمودن وسایل: یک عدد سرنگ ، سرسوزن شماره ۲۰-۲۱ (برای اطفال ۲۱-۲۳) ، پنبه با الکل ، بتادین ، گاز استریل ، یک ویال هپارین ، ظرف محتوی یخ خرد شده ، دستکش یک بار مصرف.ش

آماده کردن سرنگ : آغشته کردن سرنگ با هپارین و سپس تخلیه سرنگ از هپارین به طور کامل.قرار دادن بیمار در یک وضعیت راحت (نشسته یا به پشت خوابیده) در حالی که دست ها در وضعیت باز باشند.در صورت استفاده از شریان رادیال ، انجام تست آلن ، به منظور ارزیابی جریان خون .

روش انجام تست آلن:

- ✓ الف) آموزش به بیمار برای مشت کردن دست.
- ✓ ب) وارد آوردن فشار بر روی هر دو شریان اولنا و رادیال .
- ✓ ج) توصیه به بیمار برای باز کردن دست ، مشاهده دست از نظر تغییر رنگ.
- ✓ د) برداشتن فشار وارده بر شریان اولنا و مشاهده از نظر جریان خون و پر شدن مجدد مویرگها و قرمزی دست (در طول ۱۵ ثانیه) پر شدن رگها در پاسخ به این عمل نشان دهنده مثبت بودن تست آلن است یعنی شریان اولنا به تنهایی قادر به تامین خونرسانی دست است.
- ✓ هـ) در صورتی که تست آلن منفی باشد ، نباید از شریان رادیال برای نمونه گیری خون شریانی استفاده شود.و اگر بیمار هوشیار نباشد یا همکاری نداشته باشد، به جای مشت کردن دست میتوان دست بیمار را بلند کرد ، تا زمانی که رنگ پریدگی دست مشاهده شود. سپس دستها را پائین آورده و فشار روی شریان اولنا برداشته شود.
- ✓ پوشیدن دستکش لمس شریان رادیال (یا براکیال یا فمورال)، انتخاب ناحیه ای که نبض بهتر لمس میشود.ثابت کردن شریان رادیال با باز کردن مچ به طرف خارج و ثابت کردن شریان براکیال با باز کردن آرنج به طرف خارج.ضد عفونی کردن ناحیه تعیین شده با پنبه آغشته به بتادین ، سپس با پنبه الکل.نگه داشتن پنبه الکل بین انگشتان .در دست گرفتن سرنگ (با دست دیگر) ، وارد نمودن سوزن با زاویه ۴۵ درجه ، مستقیم به داخل شریان.مشاهده سرنگ از نظر ورود خون پر فشار ، در این صورت از ادامه فرو بردن سوزن باید خودداری شود .کشیدن دو الی سه میلی لیتر خون به داخل سرنگ.نگه داشتن پنبه آغشته به مواد ضد عفونی کننده در کنار سوزن ، بیرون کشیدن سوزن و وارد آوردن سریع فشار بر ناحیه سوراخ شده با پنبه به مدت پنج دقیقه به منظور تشکیل لخته (برای بیمارانی که داروهای ضد انعقاد مصرف میکنند این زمان تا ده دقیقه افزایش مییابد).کنترل ناحیه از نظر خونریزی به کمک مشاهده و لمس.استفاده از پانسمان فشاری در صورت ادامه خونریزی.خارج نمودن سریع حبابهای هوا از داخل سرنگ (به منظور پیشگیری از تاثیر گذاری در نتیجه آزمایش).چسبانیدن بر چسب مشخصات بر روی سرنگ (نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره تخت ، بخش ، تاریخ نمونه گیری).قرار دادن سرنگ در یک ظرف محتوی یخ.در آوردن دستکش و شستشوی دست.ثبت اطلاعات لازم روی فرم درخواست آزمایش .ارسال سریع نمونه خون همراه فرم مربوطه به آزمایشگاه.بدیهی است برای سرعت بخشیدن در امور ذکر شده ، همکاری سایر کارکنان الزامی است.

چند نکته : ماهیچه ها ، تاندون و چربی به درد حساس هستند . استخوانها و اعصاب حساسیت بیشتری دارند بنابراین ناحیههای بایدانتخاب شود که به این بافتها و وریدها آسیب نرساند .اولین ناحیه انتخابی رادیال ، سپس براکیال و آخرین انتخاب فمورال است.در صورت موفق نشدن به خون گیری ، در یک ناحیه بیشتر از دو بار سعی نکنید.لمس ، ثابت کردن و سوراخ کردن رگهای سطحی بسیار آسان تر از رگهای عمقی است . توجه داشته باشید که انتهای ترین قسمت شریان ، سطحی ترین قسمت آن است.

عوارض تهیه نمونه خون شریانی :هماتوم اختلال خونریزی دهنده، ایسکمی نسوج قسمتهای انتهایی ، عفونت ، فیستول شریانی ویریدی.

تفسیر و مقادیر طبیعی نمونه خون شریانی: برخلاف اکثر آزمایشهای خونی، که نمونه خون از سیاهرگها گرفته می شود، نمونه این آزمایش از خون سرخرگی بدست می آید. در این آزمایش، اکسیژنی که در خون، از ریه ها به بافتهای بدن حمل می گردد، همچنین دی اکسید کربنی که از سلولهای بدن تولید شده و توسط خون به ریه ها، کلیه ها و کبد منتقل می گردد، اندازه گیری می شود. همچنین، عوامل دیگری نظیر میزان اسیدیته خون نیز محاسبه می شود. بهمین دلیل از این آزمایش، معمولاً جهت سنجش کفایت اکسیژن رسانی و عملکرد مطلوب ریه ها و کلیه ها و سیستم متابولیسم بدن در بیماران بستری در بیمارستان استفاده می شود. انجام این آزمایش، ساده است، نتیجه آن، فوراً حاضر می گردد و کاربرد زیادی نیز در موارد اورژانس دارد.

✓ **PH** ۷/۳۵-۷/۴۵ نشاندهنده میزان اسیدیته خون. مقادیر آن تحت تأثیر کارکرد صحیح کلیه، ریه و متابولیسم بدن است.

✓ **PCO₂** ۳۵-۴۵ نشاندهنده فشار گاز دی اکسید کربن و اکسیژن مقادیر آنها تحت تأثیر عملکرد ریه هاست.

✓ **PO₂** ۸۰-۱۰۰ نشاندهنده فشار گاز دی اکسید کربن و اکسیژن مقادیر آنها تحت تأثیر عملکرد ریه هاست.

✓ **HCO₃** ۲۲-۲۶ mmol/Lit بسته به عملکرد ریه، کلیه، اسیدیته و متابولیسم بدن، تغییر می کند.

✓ **O₂** (اشباع اکسیژن) بالاتر از ۹۵ درصد نشان دهنده کفایت اکسیژن رسانی خون به بدن

شرایط جمع آوری و پایداری نمونه بیمار

نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفتن نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
FBS	۱۲ ساعت ناشتایی لازم است	-	۲CC	- حداکثر ۲ ساعت فاصله بین نمونه گیری تا جداسازی قابل قبول است . - پس از جداسازی تا ۸ ساعت در دمای اتاق پایدار است . - ۷۲ ساعت در یخچال پایدار است .	ناشتا نبودن - همولیز - تماس سرم با سلول بیش از ۲ ساعت
BUN	عدم مصرف بیش از حد فرآورده های گوشتی	-	۲CC	دمای محیط : یک روز یخچال : ۷ روز فریزر : تا یک سال	همولیز
Creat	مصرف زیاد گوشت ، جنتامایسین و سایمیتدین و سفالوسپورین ها افزایش می دهد .	نیاز نیست یا هپارین (برای روش آنزیمی مناسب نیست)	۲CC	۲۴ ساعت در یخچال پایدار است . برای نگه داری بیشتر فریزر شود .	همولیز
Uric acid	مصرف کورتون افزایش می دهد. مصرف آلوپورینول و تریامترین کاهش می دهد .	-	۲CC	دمای محیط : ۳ روز یخچال : ۳ تا ۵ روز فریزر : ۶ تا ۱۲ ماه	-
TG	۱۴ ساعت ناشتایی لازم است. عدم تغییر وزن در ۳ هفته قبل کورتون ، OCP، افزایش می دهد	نیاز نیست یا EDTA	۲CC	از ذوب و یخ زدگی مجدد جلوگیری شود دمای محیط : ۲ روز یخچال : ۷ روز فریزر : تا یک سال	-
Cholesterol	ترجیحاً ناشتا باشد (۱۲ ساعت) تورنیکه زیاد بسته نباشد ۵ دقیقه آرام بنشینند	نیاز نیست یا EDTA	۲CC	دمای محیط : ۷ روز یخچال : ۷ روز فریزر : ۳ ماه	همولیز
Ca	ترجیحاً ناشتا باشد عدم مصرف لبنیات قبل از آزمایش	نیاز نیست یا هپارین	۲CC	دمای محیط : ۷ روز یخچال : ۲۱ روز فریزر : ۸ ماه	همولیز
P	ترجیحاً ناشتا باشد مصرف آنتی اسید ها باعث کاهش می شود	نیاز نیست یا هپارین	۲CC	جداسازی سریعاً انجام شود (کمتر از یک ساعت) دمای محیط : ۳ روز یخچال : ۷ روز فریزر : ۳ ماه	همولیز

نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفتن نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
HDL	ناشتایی بیش از ۱۲ ساعت لازم است رژیم غذایی در سه هفته گذشته تغییر نکند.	نیاز نیست یا EDTA	۲CC	یک تا سه روز در یخچال تا چند هفته در فریز	حجم ناکافی
LDL	ناشتایی بیش از ۱۲ ساعت لازم است. رژیم غذایی در سه هفته گذشته تغییر نکند.	نیاز نیست یا EDTA	۲CC	یک تا سه روز در یخچال تا چند هفته در فریز	حجم ناکافی
VLDL	ناشتایی بیش از ۱۲ ساعت لازم است. رژیم غذایی در سه هفته گذشته تغییر نکند.	نیاز نیست یا EDTA	۲CC	یک تا سه روز در یخچال تا چند هفته در فریز	حجم ناکافی
Fe	ناشتایی لازم است. در صورت استفاده از مکمل آهن اطلاع دهید.	نیاز نیست یا هپارین	۵CC	سرم هر چه سریعتر جداسازی گردد تا سه روز در دمای اتاق و یک هفته در یخچال پایدار است.	همولیز
TIBC	ناشتایی لازم است. در صورت استفاده از مکمل آهن اطلاع دهید	نیاز نیست یا هپارین	۲CC	سرم هر چه سریعتر جداسازی گردد تا سه روز در دمای اتاق و یک هفته در یخچال پایدار است	همولیز
Albumin	ترجیحا ناشتا باشد. تورنیکه طولانی مدت بسته نشود.	نیاز نیست	۲CC	کمتر از ۷۲ ساعت در یخچال ۶ ماه در فریز پایدار است.	لیپمیک همولیز
Total .prot	ترجیحا ناشتا باشد. تورنیکه طولانی مدت بسته نشود	نیاز نیست	۲CC	کمتر از ۷۲ ساعت در یخچال ۶ ماه در فریز پایدار است.	لیپمیک همولیز
Mg	ناشتایی لازم است	نیاز نیست	۲CC	سرم هر چه سریعتر جداسازی گردد تا چندین روز در یخچال پایدار است.	همولیز
Apt test	- -	ندارد	۲-۵CC	-	خون واضح در نمونه وجود نداشته باشد (قبل یا حین آزمایش معلوم شود)
Bs (Random)	-	ندارد یا هپارین یا EDTA	۲CC	حداکثر تا ۲ ساعت پس از نمونه گیری سرم باید جداسازی گردد. پس از جداسازی تا ۸ ساعت در دمای اتاق و ۷۲ ساعت در یخچال پایدار است.	-
۲hpp	۲ ساعت پس از صرف صبحانه عادی مراجعه کند (۲ ساعت را از زمان شروع صرف صبحانه محاسبه کند.)	ندارد یا هپارین یا EDTA	۲CC	حداکثر تا ۲ ساعت پس از نمونه گیری سرم باید جداسازی گردد. پس از جداسازی تا ۸ ساعت در دمای اتاق و ۷۲ ساعت در یخچال پایدار است.	-
GTT	۱۲ ساعت ناشتایی لازم است. هرگونه مصرف مداوم دارو را اطلاع دهید.	ندارد	۲CC	به BS مراجعه شود.	ناکافی بودن حجم

نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفتن نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
Hb A1C	ناشتایی ارجح است.	EDTA	۱ CC	حداکثر یک هفته در یخچال پایدار است.	حجم ناکافی

نداشتن لیبل	ندارد	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	-	مصرف مایعات در حد اعتدال باشد. (عمداً زیاد یا کم مصرف نکند).	Urine Vol (۲۴H)
نداشتن لیبل	۴ ساعت در یخچال	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	نگهدارنده: Thymol	در صورت مصرف داروی مداوم اطلاع دهد.	Urine Urea (H۲۴)
نداشتن لیبل	۴ روز در یخچال	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	Boric acid	در صورت مصرف داروی مداوم اطلاع دهد. گوشت زیاد مصرف نکند.	Urine Cr (۲۴H)
نداشتن لیبل	۴ روز در یخچال	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	Boric acid	لبنیات بیش از حد استفاده نشده باشد مکمل غذایی یا هورمون رشد مصرف نکرده باشد.	Urine Uric acid (۲۴H)
نداشتن لیبل	۴ روز در یخچال	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	Boric acid	هرگونه مصرف دارویی پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine prot (۲۴H)
نداشتن لیبل	۴ ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	HCL	هرگونه مصرف دارویی پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine Ca (۲۴H)
نداشتن لیبل	۴ ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	HCL	هرگونه مصرف دارویی پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine P (H۲۴)
نداشتن لیبل	۴ ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	ندارد	هرگونه مصرف دارویی پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine K (H۲۴)
نداشتن لیبل	۴ ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	ندارد	هرگونه مصرف دارویی پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine Na (۲۴H)
نداشتن لیبل	۴ ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل	ندارد	جهت انجام Cr ^۲ سرم همزمان نیز نمونه گیری شود.	Creat/Clear
نمونه بدون برچسب یا در ظرف نامناسب	به صورت فوری و اورژانسی انجام میشود. (ندارد)	حداقل ۱CC		-	CSF Analysis
استفاده از ضد انعقاد نامناسب لخته بودن نمونه برای بررسی سلولی	به ردیف آنالیز مربوطه رجوع شود	۵ CC	EDTA برای بررسی سلول بیوشیمی: نیاز ندارد یا هیپارین	-	Synovial Analysis

نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفتن نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
Anti Toxo	ترجیحاً ناشتا	—	۲CC	یک هفته در دمای یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز-لیپمیک ایکتربک
Mono Test	—	—	۲CC	۷۲ ساعت در یخچال ، ۶ ماه در فریزر	همولیز
Serum IgE	—	—	۲CC	۸ ساعت در دمای اتاق بمدت بیشتر در دمای ۲۰-۲۰	همولیز
LTT	حتماً ناشتا باشد	—	۲CC	آزمایش هر چه سریعتر انجام شود. به زمان نگهداری BS رجوع شود.	مانند آزمایش BS
ANA	مصرف دارو اطلاع داده شود خصوصاً پنی سیلین و استروئید	—	۲CC	۷۲ ساعت در یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز
Anti – dsDNA	عدم مصرف هیدرالازین و پروکابین آمید	—	۲CC	۷۲ ساعت در یخچال به مدت طولانی در فریزر. نمونه هر چه سریعتر به یخچال منتقل شود.	همولیز
HBSAb	—	—	۲CC	۷ روز در دمای اتاق به مدت طولانی در فریزر	مصرف ماده ضد انعقاد باعث مثبت کاذب میشود.

Anti-HBC	ترجیحا ناشتا باشد	—	۲cc	۲۴ تا ۴۸ ساعت در یخچال و بمدت طولانی تر در فریزر	نمونه شدیداً همولیز یا لیپمیک
Anti-HCV	—	—	۲cc	۷ روز در دمای اتاق به مدت طولانی در یخچال یا فریزر	همولیز
Cortisol	ترجیحا ناشتا باشد	نیاز ندارد هیپارین تداخل ندارد.	۲cc	۲ روز در یخچال بمدت طولانی در فریزر	همولیز
Fast State GH	ناشتا باشد میزان هورمون صبح بیشتر از عصر میباشد.	—	۲cc	بلافاصله در یخچال قرار داده شود (۸ ساعت در یخچال پایدار است) بمدت بیشتر در فریزر.	حجم ناکافی
Ferritin	ناشتایی نیاز نیست. در زمان خونریزی قاعدگی کاهش دارد.	نیاز ندارد. هیپارین تداخل ندارد.	۲cc	۱ تا ۲ هفته در یخچال و بمدت طولانی تر در فریزر	حجم ناکافی
AEP	در صورت بارداری سن حاملگی باید روی برچسب نمونه ثبت شود.	—	۲cc	یک روز در دمای یخچال بمدت طولانی در فریزر	همولیز و لیپمیک
CEA	—	—	۲cc	یک روز در دمای یخچال بمدت طولانی در فریزر	همولیز و لیپمیک
PSA	ترجیحا ناشتا در موارد بیوپسی یا انزال طی ۲۴ ساعت قبل و در عفونت افزایش دارد.	—	۲cc	یک هفته در دمای یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز و لیپمیک

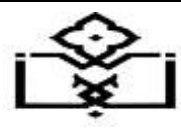
نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفتن نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
Pleural anal	-	EDTA برای بررسی سلول بیوشیمی: نیاز ندارد یا هیپارین	۵CC		استفاده از ضد انعقاد نامناسب لخته بودن نمونه برای بررسی سلولی
Peritoneal fluid	-	EDTA برای بررسی سلول بیوشیمی: نیاز ندارد یا هیپارین	۵CC		استفاده از ضد انعقاد نامناسب لخته بودن نمونه برای بررسی سلولی
(ادراری) VMA	عدم مصرف مواد کافیین دار	HCL به عنوان نگهدارنده	حجم ادرار ۲۴ ساعت کامل		نداشتن لیبل
CRP	-	ندارد	۱CC	۷۲ ساعت در یخچال ۶ ماه در فریزر	همولیز لیپمیک
RF	-	ندارد	۱CC	۲۴ ساعت در یخچال ۶ ماه در فریزر	همولیز لیپمیک
ASO	در صورت مصرف دارو اطلاع دهید	ندارد	۱CC	یک روز در یخچال	همولیز
Wright-coombs W. ۲ME	-	ندارد	۲CC	یک روز در یخچال	همولیز لیپمیک
Widal	ترجیحا ناشتا باشد	ندارد	۲CC	یک روز در یخچال	همولیز
VDRL	-	ندارد	۲CC	یک روز در یخچال	همولیز
D/Coombs	در صورت مصرف دارو اطلاع دهید	EDTA	۲CC	یک هفته در یخچال	آلودگی لوله و ظروف مصرفی
Ind/Coombs	در صورت مصرف دارو اطلاع دهید	ندارد	۲CC	یک هفته در یخچال	آلودگی لوله و ظروف مصرفی

همولیز-لیپیمیک ایکتریک	یک هفته در یخچال	۲CC	ندارد	-	LE latex Test
همولیز-لیپیمیک ایکتریک	۴۸ ساعت در یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر	۲CC	بدون ضد انعقاد یا هپارین یا EDTA	-	Brucella IgG
همولیز-لیپیمیک ایکتریک	یک هفته در یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر	۲CC	بدون ضد انعقاد یا هپارین یا EDTA	عدم مصرف واکسن آنفلونزا(اخیرا) (مثبت کاذب می دهد)	HIV
همولیز-لیپیمیک ایکتریک	یک هفته در دمای یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر		-	تر حیا ناشتا	H/Pylori Ig
همولیز-لیپیمیک ایکتریک	یک هفته در دمای یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر		-	-	Anti Rubella

نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفتن نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
BT	تایک هفته مصرف آسپرین تداخل دارد	-			
CT	-	-	۳CC	-	حجم ناکافی
PT-PTT	مصرف ocp تداخل دارد . در بیمار بستری که هپارین میگیرد (نمونه گیری) نیم ساعت یا یک ساعت قبل از تزریق هپارین باشد	سیترات سدیم	۱,۸CC	سریعا پلاسما جداسازی شود . یک ساعت در یخچال ۲۸ روز در فریز	لیپیمیک همولیز حجم ناکافی
Fibrinogen	مصرف ocp تداخل دارد .غذای چرب مصرف نکرده باشد .	سیترات سدیم	۱,۸CC	دو ساعت در یخچال چندماه در فریز ۴ ساعت در یخچال	لیپیمیک-همولیز حجم ناکافی
D-Dimer	-	سیترات سدیم	۱-۲CC	سریعا پلاسما جداسازی گردد. ۸ساعت در دمای اتاق تا ۲۴ساعت روی یخ	-
U/C	مصرف آنتی بیوتیک پرسیده و اطلاع داده شود دستورات داده شده را فهمیده و اجرا کند.	-	۱۰ML	تا حداکثر یک ساعت در دمای اتاق	حجم ناکافی آلودگی با مدفوع باز بودن درب ظرف
B/C	مصرف آنتی بیوتیک پرسیده و اطلاع داده شود بهتر است زمان شروع تب نمونه گیری شود.	SPS	نوزادان ۱-۲CC اطفال ۲-۵CC بزرگسال ۱۰CC	هرچه سریعتر در انکوباتور ۳۷ درجه قرار داده شود.	کم بودن حجم خون استفاده از ظرف نمونه گیری نامناسب
S/C	-	-	-	حداکثر ۲ ساعت در دمای اتاق	کهنه بودن نمونه (سالمونلا و شیگلا در نمونه تازه قابل جداسازی است)
U/A	-	-	۱۰-۱۵CC	حداکثر تا ۲ ساعت در دمای اتاق تا ۶ ساعت در یخچال	نمونه کهنه آلودگی با مدفوع حجم ناکافی
SG (Specific Gravity)	-	-	چند قطره	-	-
Gravindex	-	-	۱ml	تا ۶ ساعت در یخچال	نمونه گهنه آلودگی با مدفوع حجم ناکافی
Bence jonsep	-	-	حداقل ۱۰CC	نمونه ادرار تازه باشد	-
S/E	آموزش داده شود که نمونه با آب -ادرار- روغن یا گردو خاک آلودگی نیابد	-	مقداری	حداکثر ۴ ساعت در دمای اتاق نمونه حاوی خون یا موکوس حداکثر یک ساعته انجام شود	آلودگی واضح با موارد نامبرده

نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفتن نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
Scotch Test	نمونه اول صبح	یک قطره تولوئن یا گزین جهت شفافیت چسب می توان افزود	-	-	-
OB	دستورالعمل کتبی داده شده را رعایت کند	-	-	حداکثر تا ۴ ساعت در دمای اتاق	نمونه خشک شده و مانده

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه انجام آزمایشگاهی که در آزمایشگاه بیوشیمی	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	انجام میشود	
	صفحه: ۲	دامنه کاربرد: نمونه های ارسالی از بخشها و سایر مراکز طرف قرارداد و کنترلهای مربوطه	

۱-هدف:- انجام آزمایشگاهی که در این مرکز در بخش بیوشیمی انجام می شود.

- کنترلهای روزانه و ارزیابیهای که ملزم به انجام آنها می باشیم.

۲-تعاریف: آزمایشهای بیوشیمی جزء اصلی هر آزمایشگاه تشخیص طبی و با وسعت بالای تستهای موجود بنا به شرایط و امکانات هر مرکز و با تجهیزات آن آزمایشگاه انجام میشود. تستهای بیوشیمی این مرکز آزمایشهای روتین مانند قند ،اوره ،کراتینین ،چربیها ،تستهای کبدی ،کلسیم ،فسفر، الکترولیتها ،تستهای قلبی ،هموگلوبین A1C و.... میباشد که با یک دستگاه اتوانالایزر Dirui در شیفت صبح و عصر و شب انجام میشوند.

۳-مهارت مسئول: با توجه به تجهیزات این مرکز پرسنل باسابقه و مجرب در کار با دستگاههای موجود با کمک یک نیروی اکثرا جدید وظیفه کار در بخش را به عهده دارند

۴- شرح اقدامات: یکنفر پرسنل در هر شیفت صبح یک نفر در عصر و شب وظیفه کار در این بخش را بهعهده دارند.

الف-روشن کردن دستگاه و انجام دستورالعمل راه اندازی دستگاه (پرسنل با سابقه)

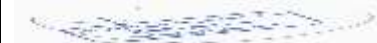
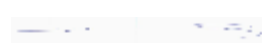
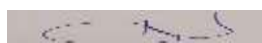
- ✓ -دستگاه:Dirui ابتدا چک کردن مخزن آب مقطر و الکالین و آنتی باکتریال و فاضلاب
- ✓ -با زدن دگمه پاور دستگاه و بعد کیس آن را روشن میکنیم ودر مونیترور رایانه دستگاه روی نرم افزار آن کلیک و رمز شناسه را وارد میکنیم.
- ✓ -تا رسیدن دما به حد مطلوب باکس محلولها را از یخچال خارج و بعد از کنترل سطح محلولها(البته اینکار در دستگاه نیز قابل انجام است)آنها را در جایگاه خاص خود بگذاریم در صورت تمام شدن هر کیت با استفاده از کیتهای موجود در یخچال و بعد از یادداشت لات نامبر و چک کردن تاریخ انقضا از محلول مورد نظر استفاده کنیم.(م.بخش)
- ✓ در این دستگاه یک ظرف برای محلول شستشو نیز تعبیه که آن را نیز پر نمائیم.
- ✓ قبل از شروع کار روزانه انجام کنترل کیفی روزانه و یادداشت در دفتر مخصوص برای اینکار در محفظه مخصوص دستگاه که برای کنترلهای و کالیبراتورهای تعبیه شده یک کاپ از کنترل مخصوص را که در فریزر موجود است و به حرارت اطلاق رسیده قرار میدهیم. در صورت درست بودن نتایج کنترل به ادامه کار پرداخته در غیر اینصورت بعد از رفع مشکل مربوطه و کنترل دوباره دستگاه کار را ادامه دهیم.
- ✓ -سانتریفوژ و جدا کردن نمونه های موجود با ثبت در دفتر (نفر دوم)
- ✓ -دادن نمونه ها به دستگاه به این صورت که ابتدا نام بیماران و آزمایشات درخواستی را در دفتر بیوشیمی وارد کرده سپس نمونه ها را در کاپهای مخصوص ریخته (نمونه باید عاری از فیبرین و همینطور نباید لیز باشد)ودر جایگاههای دستگاه قرار دهیم.
- ✓ -در قسمت پذیرش نرم افزار آزمایشات درخواستی را وارد کرده و دستور شروع به کار را میدهیم.
- ✓ -در صورت نیاز به تکرار یا اضافه شدن هر آزمایشی به نمونه ها باید بعد از ران کاری مراحل دوباره انجام شود
- ✓ جوابهای بدست آمده را در دفتر آزمایشات وارد و سپس به کامپیوتر و سیستم HIS و LIS منتقل نمائیم.
- ✓ -کنترل جوابهای بدست آمده (مسئول فنی)
- ✓ - انجام دستورالعملهای مربوط به خاموش کردن دستگاه (در شیفت عصر و شب توسط مسئول بخش بیوشیمی)
- ✓ -گذاشتن باتلهای دستگاه در یخچال

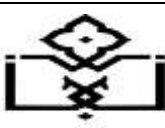
- دستگاه **i. CHROMA II** : موارد اورژانسی آزمایشات کمی تیترا بتا و تروپونین و TSH- D. Dimer- CK.mb با این دستگاه انجام میشود

- نحوه انجام به این صورت است که مقدار تعیین شده توسط کیت با بافر همان کیت مخلوط شده در کاست مخصوص همان کیت ریخته می شود با قرار دادن چپ مخصوص هر آزمایش در دستگاه طبق زمان تعیین شده زیر ۳۰ ثانیه توسط خود دستگاه نتیجه خوانده می شود.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: سانتریفوژ - سمپلر - پیپت - پوار - سرسمپلر - کاپ - تیوپ تست - مزور تجهیزات: اتوانالایزر

۵- منابع: دستورالعمل راه اندازی دستگاههای بیوشیمی، دستورالعملهای کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعملهای آزمایشگاه مرجع سلامت/SOPهای موجود در بخش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهداشت و کیفیت و اعتبار دانش	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه انجام آزمایشگاهی که در آزمایشگاه	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	هماتولوژی انجام میشود	
	صفحه: ۷	دامنه کاربرد: نمونه های ارسالی از بخشها و سایر مراکز طرف قرارداد و کنترلهای مربوطه	

۱-

هدف: انجام کلیه آزمایشهای مربوط به خون شناسی - انجام کنترلها و ارزیابیهای خارجی

۲- تعاریف: هماتولوژی یا خون شناسی از بخشهایی از آزمایشگاه است که نیاز به افراد متبحر و کار آزموده جهت انجام نیاز دارد دیدن لام شمارش پلاکت و رتیکلوسیت انجام آزمایش G6PD و..... در این بخش استفاده از پرسنل با تجربه را نیازمند میباشد.

۳- مهارت مسئول: همانطور که در بالا اشاره شد پرسنل با تجربه اکثر مواقع در این بخش فعالیت دارند.

۴- شرح اقدامات:

- ✓ نمونه های این بخش قبل از کار از نظر وجود لخته یا لیز بودن بررسی شود. (پذیرش مسئول بخش)
- ✓ قرار دادن ویالها بر روی میکسر (م.بخش)
- ✓ چک کردن محلولها (ایزوتون و لایز و و کاغذ پرینتر) (م.بخش)
- ✓ روشن کردن دستگاه (در شیفت های صبح و عصر و شب سیمکس) (م.بخش)
- ✓ دستگاه بعد از شستشوی خودکار در صورت نداشتن هیچ پیام خطائی آماده به کار باشد. دادن خون کنترل قبل از شروع راند کاری و یادداشت کردن آن قدم اول باشد. (خون کنترل سیمکس نباید شیک شود فقط بعد از خروج از یخچال و به دما رسیدن چند با دست و به طور آرام تکان داده شود.)
- ✓ ویال خون بعد از حدود سه دقیقه شیکر آماده دادن به دستگاه باشد.
- ✓ در دستگاه سیمکس جواب نمونه به صورت خودکار جواب آماده می شود. (م.بخش)
- ✓ جوابها بعد از تائید مسئول فنی به پذیرش داده شود. (م.بخش)
- ✓ در صورت بروز موارد بحرانی طبق دستورالعمل نمونه ها چک شده و اعمال اصلاحی از قبیل کشیدن لام و انجام دستی برخی آیتمها انجام و در دفتر مخصوص ثبت شود. (م.بخش)
- ✓ خاموش کردن دستگاه سیمکس با دادن محلول کلین انجام شود.

نگهداری دستگاهها: سیمکس در صورت نیاز به شستشو و سرویس به صورت خودکار اعلام کند (سرویس SRV بعد از ۲۵۰۰ نمونه شستشوی فاضلاب و تمیز کردن چمبرها انجام میشود.

انجام ESR: که به دو صورت دستی و دستگاهی انجام شود: ابتدا بررسی ویال ESR از نظر رنگ درب لوله - مشخصات روی بر چسب نمونه که شامل نام و نام خانوادگی و... - کنترل مقدار خون درون ویال که می بایست تا خط نشانه ویال باشد - کنترل ویال از نظر لخته بودن و وجود ذرات کوچک لخته توسط سرو ته کردن لوله .

مراحل کار: ابتدا نمونه خون گرفته شده را به نسبت ۱ حجم سیترات سدیم ۳.۸٪ و ۴ حجم خون مخلوط کرده سپس پیپت و سترن گرن را تا علامت صفر از نمونه خون پر کرده و دقیقاً به طور عمودی در پایه و درجه حرارت اتاق و محلی بدون ارتعاش و تماس مستقیم نور قرار دهیم بعد از گذشت ۶۰ دقیقه فاصله بین علامت صفر تا راس ستون RBC را بر حسب میلی لیتر به عنوان مقدار ESR کنیم. روش دستگاهی هم به این صورت است که لوله ها را که مخصوص خود دستگاه است را در جایگاه قرار داده و به مدت ۳۰ دقیقه جواب آماده شود .

انجام شمارش Retic: بررسی ویال CBC از نظر مشخصات فرد- مقدار خون که می بایست تا خط نشانه ویال باشد - کنترل ویال از نظر لخته بودن

مراحل اجرا: با سمپلر ۱۰۰ لاندا از خون گرفته شده برای آزمایش CBC را در یک لوله آزمایش ریخته و ۱۰۰ لاندا رنگ Retic که دارای تاریخ و lot number مشخصی میباشد را به آن اضافه کرده و محتویات آن را به آرامی هم زنیم. لوله را به مدت ۱۵ دقیقه در دمای ۳۷ درجه انکوبه کرده و پس از این مدت با حرکت منظم و آرام دوباره محتویات درون لوله را مخلوط کنیم. در نهایت اسمیر از آن تهیه کرده و با عدسی ۱۰۰ بررسی کنیم.

انجام آزمایش Direct coombs: ابتدا از نمونه فرد سوسپانسیون ۵٪ تهیه کرده سپس ۱۰۰ لاندا از آن را داخل لوله ریخته و ۲ قطره AHG را روی آن ریخته سانتریفیوژ کرده و از نظر ماکروسکوپی و میکروسکوپی بررسی کنیم و برای تایید به مدت ۵ دقیقه در دمای اتاق گذاشته و دوباره به صورت میکروسکوپی بررسی کنیم.

انجام G6PD: از نمونه CBC فرد و با توجه به HB آن همولیزات تهیه کنید سپس ۲۰۰ لاندا از بافر داخل تیوب مخصوص ریخته و خوب هم زنید تا رنگ آبی لوله از بین برود سپس ۵۰۰ لاندا از همولیزات و یک قطره هم از REAGENT A به داخل تیوب اضافه کنید و خوب هم بزنینم در نهایت روی آن روغن ریخته و به مدت ۲۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه و تاریکی بگذارید. بعد از ۲۰ دقیقه نتیجه را خوانده که اگر Abnormal باشد دو باره ۲۰ دقیقه دیگر در دمای ۳۷ درجه و به مدت ۲۰ دقیقه قرار دهیم.

آزمایش PBS: یک درخواست اختصاصی برای بخش هماتولوژی میباشد به این معنی که علاوه بر دید میکروسکوپی مسئول بخش و گزارش لام باید مسئول فنی نیز لام را گزارش نماید. درخواست این آزمایش در مواردی که پزشک به ناهنجاریهای خونی مشکوک باشد انجام میشود. رنگ آمیزی لام خون محیطی به روش رایت - گیمسا

نام آزمایش	PBS Stain
نام انگلیسی تست	peripheral blood smear Wright and Giemsa stains for
مخفف انگلیسی تست	-
نام فارسی تست	رنگ آمیزی لام خون محیطی به روش رایت گیمسا
نامهای متعارف دیگر	-
روش انجام	✓ اسمیر شعله شمعی از نمونه خون بیمار تهیه می کنیم. ✓ لام تیه شده را در معرض هوا خشک می کنیم. ✓ روی لام را با متانول می پوشانیم و صبر می کنیم تا بطور کامل خشک و فیکس گردید. ✓ قسمت از رنگ رایت و ۱ قسمت از گیمسا را با هم مخلوط کرده و روی لام هایی که بطور افقی در سینی مخصوص رنگ آمیزی قرار دارند بریزید و ۲-۳ دقیقه صبر کنید. ✓ پس از سپری شدن زمان فوق به همان مقدار آب معمولی بر روی آن ریخته و با فوت کردن آنها را با هم مخلوط کنید تا جلای سبز رنگ روی لام ظاهر شود. ✓ بعد از گذشت ۱۵-۱۰ دقیقه لامها را با آب معمولی شسته و رسوبات پشت لام را با گاز تمیز کنید. ✓ لامها را بصورت عمودی در جا لامی قرار داده تا خشک شوند و سپس آنها را بررسی کنید.
آمادگی بیمار	آمادگی خاصی لازم نیست

زمان نمونه گیری	-
محدوده مرجع (نرمال رنج) وابسته به جنس زن/مرد	-
نوع نمونه	نمونه خون از ورید بازو
بهترین زمان نمونه گیری	-
علت درخواست تست	✓ ارزیابی و تشخیص انواع کم خونی و روند درمان آنها. ✓ بررسی انواع ناهنجاریهای پلاکتی گلبولهای سفید و لوسمی ها و روند درمان آنها.
توضیح راجع به تست	رنگ رایت - گیمسا جزء رنگهای گروه رومانوفسکی بوده و به صورت محلول آماده تهیه می گردد. باید توجه کرد که برای نتیجه بهتر در رنگ آمیزی باید مقدار رنگ مورد استفاده برای هر روز را در همان روز از کاغذ صافی رد کرده تا رسوب اضافی آن گرفته شود.

آزمایش PT و PTT روش دستی: بعد از دادن نمونه کنترل ۲۰۰ لاندا محلول PT و ۱۰۰ لاندا PTT به لوله اضافه شده و همراه نمونه های بیمار به ۳۷ درجه منتقل میشود.

بعد یک دقیقه ۱۰۰ لاندا پلاسما برای آزمایش PT بر روی محلول اول اضافه و تایمر رابه کار میاندازیم.

در زیر نور لامپ بعد از دیدن پلاسمای بسته شده تایمر را خاموش و میزان INR و اکتیویته را در صورت درخواست پزشک از روی جدول مخصوص مینوسیم.

نام آزمایش	PT با تعیین میزان INR
نام انگلیسی تست	Prothrombin Time and International Normalized Ratio
مخفف انگلیسی تست	-
نام فارسی تست	-
نامهای متعارف دیگر	Prothrombin Time; Pro Time; Prottime
روش انجام	✓ لوله PT را به مدت ۱۵ دقیقه با دور ۱۵۰۰ g سانتریفوژ کنید تا پلاسمای آن جدا گردد. ✓ در یک لوله همولیز ۲۰۰ میکرولیتر محلول ترومبوپلاستین D ریخته و آنرا بمدت ۵ دقیقه در بنماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرار دهید. ✓ نمونه پلاسمای بیمار را نیز در بن ماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرار دهید تا به دما برسد. ✓ <u>توجه</u> : نمونه نباید بیش از ۱۰ دقیقه در بن ماری بماند زیرا فاکتورهای انعقادی از جمله فاکتور V غیرفعال می شوند. ✓ ۱۰۰ میکرولیتر از نمونه پلاسما را همزمان با زدن کرنومتر به لوله حاوی ۲۰۰ میکرولیتر ترومبوپلاستین کلسیم که قبلا درون ب نماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرارداده بودید اضافه کنید.

✓ - لوله را به مدت ۸ ثانیه در بنماری به آرامی تکان دهید. بعد از ۸ ثانیه برای دیدن فیبرین، لوله را از بن ماری خارج و در حین تکان دادن لوله آن را در مقابل نور نگاه کرده و با مشاهده رشته فیبرین کرنومتر را متوقف کنید. ✓ - بهتر است برای هر بیمار ۲ لوله انجام داده و سپس معدل آن را به عنوان زمان PT گزارش نمایید.	
آمادگی خاصی لازم نیست، هر چند که اگر فرد تحت درمان ضدانعقاد است، نمونه باید قبل از دریافت دوز روزانه دارو، جمع‌آوری شود.	آمادگی بیمار
-	زمان نمونه‌گیری
۱۵-۱۲ ثانیه	محدوده مرجع (نرمال رنج) وابسته به جنس زن/مرد
نمونه خون کامل که به نسبت ۹ به ۱ با ضد انعقاد سیترات سدیم ۳٫۸ گرم درصد مخلوط شده باشد. (بطور مثال در لوله ۲ سی سی این نسبت برابر ۰٫۲ سی سی ضدانعقاد + ۱٫۸ سی سی خون می باشد).	نوع نمونه
-	بهترین زمان نمونه‌گیری
✓ این تست برای بررسی چگونگی عملکرد داروهای رقیق کننده خون (ضدانعقادها) برای جلوگیری از لخته شدن خون؛ برای کمک به شناسایی و تشخیص اختلال خونریزی؛ یا اگر فرد داروی ضدانعقاد مصرف می‌کند یا اگر پزشک مشکوک است که فرد ممکن است اختلال خونریزی داشته باشد، درخواست می‌شود. ✓ اگر بیمار داروی ضدانعقاد مصرف می‌کند، پزشک PT/INR فرد را به طور منظم کنترل می‌کند تا مطمئن شود که نسخه بیمار به خوبی عمل می‌کند. ✓ PT ممکن است درخواست شود وقتی بیماری که داروهای ضدانعقاد مصرف نمی‌کند، اما علائم یا نشانه‌های اختلال خونریزی را نشان می‌دهد، که می‌تواند از خون دماغ شدن، خونریزی لثه‌ها، کبودی، دوره‌های قاعدگی سنگین، خون در مدفوع و یا ادرار تا ورم و آماس مفاصل (صدمات ناشی از خونریزی داخل مفاصل)، از دست دادن بینایی و کم خونی مزمن باشد. ✓ گاهی اوقات وقتی قرار است بیمار تحت عمل جراحی قرار گیرد، برای اطمینان از توانایی لخته شدن طبیعی خون، تست PT درخواست می‌شود.	علت درخواست تست
تست زمان پروترومبین (PT) مدت زمان تشکیل لخته در نمونه خون را اندازه‌گیری می‌کند. در بدن روند لخته شدن خون، شامل یک سری از واکنش‌های شیمیایی متوالی به نام آبشار انعقادی است، که در آن فاکتورهای انعقادی، یکی پس از دیگری فعال می‌شوند و در نتیجه لخته تشکیل می‌شود. پروترومبین یکی از فاکتورهای انعقادی تولید شده توسط کبد است. یکی از مراحل نهایی آبشار تبدیل پروترومبین (فاکتور II) به ترومبین است. آزمایش PT، عملکرد یکپارچه فاکتورهای انعقادی شامل فاکتورهای I (فیبرینوژن)، II (پروترومبین)، V، VII و X را ارزیابی می‌کند. این تست، توانایی بدن در تولید لخته در مدت زمان مناسب را ارزیابی می‌کند، و اگر هر یک از این فاکتورها ناقص باشند، PT طولانی خواهد شد. آزمایش PT معمولاً در عرض چند ثانیه اندازه‌گیری شده و با مقادیر افراد سالم مقایسه می‌شود. چون معرف‌های مورد استفاده برای انجام آزمایش PT از یک آزمایشگاه به آزمایشگاه دیگر و حتی در یک آزمایشگاه، در طول زمان متفاوت است، مقادیر طبیعی نیز در نوسان است. بنابراین استفاده از نسبت نرمال شده بین‌المللی (INR) با تست PT برای بیمارانی که داروهای رقیق کننده خون وارفاین (کومادین) دریافت می‌کنند، توصیه می‌شود. INR محاسبه‌ای است که تغییر در معرف‌های PT را تنظیم	توضیح راجع به تست

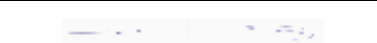
می‌کند و اجازه می‌دهد تا نتایج آزمایشگاه‌های مختلف با هم قابل مقایسه باشند. اکثر آزمایشگاه‌ها در حال حاضر، هر زمان که آزمایش PT درخواست شود، مقادیر هر دو، PT و INR را گزارش می‌کنند. با این حال، برای ارزیابی PT بیمارانی که از رقیق کننده‌های خون استفاده می‌کنند INR نباید مورد استفاده قرار گیرد.	
بیماری‌های کبد، کمبود ویتامین K یا کمبود فاکتور انعقادی می‌توانند PT را افزایش دهند.	در چه شرایطی تست افزایش می‌یابد
بار بیتورات‌ها، قرص‌های جلوگیری از بارداری، درمان هورمونی جایگزین (HRT) و ویتامین K می‌توانند PT را کاهش دهند. برخی از غذاها (مانند جگر گاو و خوک، چای سبز، کلم بروکلی، نخود، کلم پیچ، شلغم و محصولات سویا) حاوی مقادیر زیادی از ویتامین K هستند و می‌توانند PT را کاهش دهند.	در چه شرایطی تست کاهش می‌یابد
Activated Clotting Time (ACT); Partial Thromboplastin Time (PTT); Prothrombin Consumption Time (PCT); Fibrinogen; Coagulation Factors; Platelet Count; Platelet Function Tests; Thrombin Time	تست‌های تکمیلی
نمونه خون از طریق فرو بردن سوزن داخل ورید بازو یا از نوک انگشت به دست می‌آید	طریقه جمع‌آوری نمونه
-	تشخیص‌های افتراقی
-	آمادگی‌های لازم جهت انجام تست
بعضی از آنتی بیوتیک‌ها می‌توانند PT/INR را افزایش دهند.	تداخلات دارویی
PT اغلب همراه با PTT برای ارزیابی عملکرد همه فاکتورهای انعقادی استفاده می‌شود. گاهی اوقات، این آزمایش ممکن است برای غربالگری بیماران از نظر وجود هرگونه مشکل خونریزی که پیش از این بازایی نشده، قبل از اعمال جراحی آن‌ها انجام شود. نسبت نرمال شده بین‌المللی (INR) برای پایش اثربخشی داروهای رقیق کننده خون نظیر وارفارین (کومادین) استفاده می‌شود. این داروهای ضدانعقاد، به جلوگیری از تشکیل لخته خون کمک می‌کنند. بیمارانی که از داروهای ضدانعقاد استفاده می‌کنند، باید INR آن‌ها ۰/۲ تا ۰/۳ باشد. برای بیمارانی که در معرض خطر تشکیل لخته هستند، نیاز است که INR بالاتر، حدود ۵/۲ به ۵/۳ باشد. پزشک از INR برای تنظیم دارو استفاده می‌کند تا PT را در محدوده مناسب برای بیمار قرار دهد.	اطلاعات تکمیلی
PT (International normalized ratio) بمنظور فراهم کردن یکسان برای پزشکان در نقاط مختلف جهان سازمان جهانی بهداشت توصیه نموده که به همراه نتایج PT مقدار نسبت بین‌المللی نرمال شده (INR) گزارش شود. گزارش نتایج بصورت INR مستقل از معرف‌های مصرفی یا روش مورد استفاده می‌باشد. جهت محاسبه INR از فرمول زیر استفاده می‌گردد: $INR = R^{\wedge} ISI$ $\text{Patient PT} = R$ Mean normal PT $ISI = \text{international sensitivity index}$	

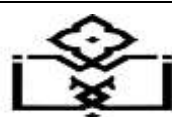
نام آزمایش	PTT
نام انگلیسی تست	Partial Thromboplastin Time
مخفف انگلیسی تست	PTT
نام فارسی تست	-
نام‌های متعارف دیگر	Activated Partial Thromboplastin Time; aPTT; APTT
روش انجام	۱- لوله PTT را به مدت ۱۵ دقیقه با دور ۱۵۰۰ g سانتریفوژ کنید تا پلاسمای آن جدا گردد. ۲- در یک لوله همولیز ۵۰۰ میکرولیتر محلول کلرورکلسیم ریخته و آنرا بمدت ۵ دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرار دهید. ۳- به یک لوله تمیز دیگر ۱۰۰ میکرولیتر پلاسما + ۱۰۰ میکرولیتر محلول APTT سفالوپلاسمین افزوده و پس از مخلوط کردن به مدت ۴ دقیقه دربنماری ۳۷ درجه قرار دهید. ۴- ۱۰۰ میکرولیتر از کلرور کلسیم که به دمای ۳۷ درجه سانتی گراد رسیده را همزمان با زدن کرنومتر به لوله حاوی مخلوط پلاسما و سفالوپلاسمین که قبلاً درون بنماری ۳۷ درجه سانتی گراد قرارداده بودید اضافه کنید. ۵- لوله را به مدت ۲۰ ثانیه در بنماری به آرامی تکان دهید. بعد از ۲۰ ثانیه برای دیدن فیبرین ، لوله را از بنماری خارج و در حین تکان دادن لوله آن را در مقابل نور نگاه کرده و با مشاهده رشته فیبرین کرنومتر را متوقف کنید. ۶- بهتر است برای هر بیمار ۲ لوله انجام داده و سپس معدل آن را به عنوان زمان PTT گزارش نمایید.
آمادگی بیمار	آمادگی خاصی لازم نیست با این حال غذای پرچرب قبل از خونگیری ممکن است باعث تداخل با آزمایش تداخل کند و باید اجتناب شود.
زمان نمونه‌گیری	-
محدوده مرجع (نرمال رنج) وابسته به جنس زن/مرد	۳۰-۴۰ ثانیه
نوع نمونه	نمونه خون کامل که به نسبت ۹ به ۱ با ضد انعقاد سیترات سدیم ۳٫۸ گرم درصد مخلوط شده باشد. (بطور مثال در لوله ۲ سی سی این نسبت برابر ۰٫۲ سی سی ضدانعقاد + ۱٫۸ سی سی خون می باشد.
بهترین زمان نمونه‌گیری	-
علت درخواست تست	این تست به عنوان بخشی از تحقیق درباره اختلال خونریزی احتمالی؛ برای پایش درمان ضدانعقاد هپارین؛ هنگامی که فرد خونریزی یا لخته شدن خون بی‌دلیل است؛ هنگامی که فرد تحت درمان ضدانعقاد هپارین شکسته نشده (استاندارد) است؛ گاهی اوقات به عنوان بخشی از پایش قبل از جراحی درخواست می‌شود.
توضیح راجع به تست	PPT، تست غربالگری است که به ارزیابی توانایی فرد در تشکیل لخته‌های خون به طور مناسب کمک می‌کند. PPT، زمان تشکیل لخته در لوله آزمایش (در ثانیه)، هنگامی که مواد خاص (معرف‌ها) به نمونه پلاسما اضافه می‌شوند را اندازه‌گیری می‌کند. با اندازه‌گیری مدت زمان لازم برای تشکیل لخته، PTT مقدار و نیز عملکرد فاکتورهای انعقادی خاصی را که بخشی از هموستاز هستند، ارزیابی می‌کند.

نتایج PTT که در حد فاصل مرجع قرار می گیرند، معمولاً عملکرد طبیعی لخته شدن خون را نشان می دهند، با این حال، کمبودهای خفیف تا متوسط تنها یک فاکتور انعقادی ممکن است هنوز وجود داشته باشد. PTT ممکن است تا زمانی که مقدار فاکتور به ۳۰٪ تا ۴۰٪ حد نرمال کاهش نیافته است، طولانی نشود. همچنین ضدانعقاد لوپوس ممکن است وجود داشته باشد اما نتیجه PTT را طولانی نکند.	
PTT طولانی مدت به این معنی است که تشکیل لخته بیش از حد انتظار طول می کشد و ممکن است ناشی از علل مختلف باشد. اغلب ممکن است کمبود فاکتور انعقادی یا مهار کننده اختصاصی یا غیراختصاصی تأثیرگذار بر توانایی لخته شدن خون بدن وجود داشته باشد. کمبود فاکتور انعقادی، ممکن است اکتسابی یا ارثی باشد.	
PTT طولانی مدت در کمبود اکتسابی یا ارثی فاکتور انعقادی مانند بیماری Von Willebrand، بیماری هموفیلی A و B (بیماری کریسمس)، کمبود ویتامین K، بیماری کبدی؛ مهار کننده های غیراختصاصی مانند ضدانعقاد لوپوس (LA) و آنتی بادی کاردیولیپین؛ مهار کننده های اختصاصی مانند آنتی بادی های فاکتور VIII؛ هپارین؛ درمان با داروهای ضدانعقاد وارفارین (کومادین)؛ سرطان خون؛ خونریزی بیش از حد در زنان باردار قبل یا بعد از زایمان یا سقط راجعه و نیز در افراد دارای هماتوکریت بالا دیده می شود.	در چه شرایطی تست افزایش می یابد
PTT کوتاه مدت ممکن است زمانی که فاکتور انعقادی VIII افزایش می یابد، ایجاد شود.	در چه شرایطی تست کاهش می یابد
Prothrombin Time (PT); Fibrinogen; Thrombin Time; Lupus Anticoagulant; Activated Clotting Time (ACT); Coagulation Factors; Platelet Count; Heparin Anti-Xa; von Willebrand Factor; Antiphospholipid Antibodies; Dilute Russell Viper Venom Time (DRVVT)	تست های تکمیلی
نمونه خون از طریق فرو بردن سوزن داخل ورید بازو به دست می آید	طریقه جمع آوری نمونه
-	تشخیص های افتراقی
-	آمادگی های لازم جهت انجام تست
-	تداخلات دارویی
اگر PTT، طولانی است و علت آن درمان ضدانعقاد یا آلودگی هپارین نیست، آزمون دوم PTT با مخلوط کردن پلاسمای بیمار یا پلاسمای طبیعی مشترک (مجموعه ای از پلاسماهای تعدادی از اهداءکنندگان عادی) انجام می شود. اگر زمان PTT به نرمال برگردد، کمبود یک یا بیشتر، از فاکتورهای انعقادی در پلاسمای بیمار را نشان می دهد. اگر زمان PTT طولانی باقی بماند، پس مشکل ممکن است به دلیل وجود فاکتور مهار کننده غیرطبیعی (اتوانتی بادی ها) باشد.	اطلاعات تکمیلی

۵- مستندات مرتبط (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶- منابع: دستورالعمل های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت/SOP های موجود در بخش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروبیشناسی انجام می شود.	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپایی و ارزیابی خارجی	
	صفحه: ۱		

۱- هدف: انجام آزمایشات درخواستی/انجام کنترل کیفی

۲- تعاریف: این بخش جزئی از آزمایشگاه میباشد که بعلت حساسیت فراوان آن بخاطر انجام کشت های مختلف از جمله ادرار و مدفوع و خون و ترشحات مختلف همچنین انجام آنتی بیوگرام ممکن است باعث آلودگی های ناخواسته شود که لزوم رعایت کامل دستورالعملهای ایمنی از یکطرف و همچنین نیاز به پرسنل مجرب را میطلبد.

۳- مهارت مسئول: مسئول بخش باید از اطلاعات لازم و کافی جهت انجام کشتهای مختلف و همچنین تهیه اسمیر و رنگ آمیزی مخصوص و تشخیص درست پاتوژنهای مورد نظر را داشته باشد.

۴- شرح اقدامات: الف: کشت ادرار- ادرار در زمان کمتر از نیم ساعت از گرفتن آن باید کشت داده شود ابتدا لوپ استاندارد را که توسط مسئول بخش کالیبره شده است را روی حرارت استریل کرده و بعد از خنک شدن یک لوپ بر روی محیط کشت آگار خوندار و یک لوپ روی EMB یا مک کونکی برده شود. - لوپ را دوباره استریل کرده و مشخصات کامل بیمار در دفتر ثبت شود. (مسئول بخش)- بعد از ۲۴ ساعت در صورت منفی بودن جواب ثبت و به پذیرش داده شود (م.بخش) در صورت مثبت بودن در محیطهای افتراقی برده تا نوع آن مشخص شود. این محیطها هم به صورت کیتهای آماده و هم در آزمایشگاه با پودرهای آماده درست شوند (م.بخش)- جهت تعیین حساسیت داروئی آنتی بیوگرام نیز انجام شود. محیط مولر در آزمایشگاه تهیه شود. (م.بخش)- جواب بدست آمده بعد از ۲۴ ساعت دیگر در برگه ثبت و بعد از تأیید مسئول فنی به پذیرش داده شود (م.بخش)

ب- کشت مدفوع- از محیطهای مختلفی میشود برای این کشت استفاده کرد مانند SSagar, XLD و سسلینت ولی در این مرکز به خاطر سرعت و سهولت در نتیجه گیری از محیط XLD استفاده میشود. مقداری از مدفوع توسط سوآپ به این محیط برده شود. بعد از ۲۴ ساعت در صورت رشد کلنی های لاکتوز منفی که اغلب در مدفوع پاتوژن محسوب میشوند کارهای افتراقی و آنتی بیوگرام انجام شود (محیط مزبور در آزمایشگاه و توسط م.بخش تهیه شود)

پ- کشت گلو: ۱- برای کشت گلو از بلاد آگار EMB و شکلات آگار استفاده شود. به این صورت که ابتدا از ته گلو و از قسمت های چرکی نمونه برداری کرده ابتدا بر روی قسمتی از بلاد آگار و شکلات آگار برده و حتما در بلاد آگار از دیسک های باسیتراسین و اپتوچین جهت سرعت در تشخیص افتراقی اولیه استفاده شود (م.بخش)

۲- یک سوآپ هم جهت تهیه اسمیر بر روی لام تهیه کرده و رنگ آمیزی گرم انجام شود. (م.بخش) ۳- در صورت رشد در هر کدام از محیط ها کارهای افتراقی انجام داده شده و در صورت نیاز آنتی بیوگرام انجام شود. (م.بخش)

ج- کشت مایعات بدن و زخم و بافت - برای کشت از محیط های بلاد آگار شکلات آگار و تایوگلیکولات استفاده میشود. ابتدا بر روی بلاد آگار و شکلات آگار و EMB کشت داده شود و سپس مقداری از مایع یا بافت را داخل تایوگلیکولات ریخته و در ۳۷ درجه گذاشته میشود. پس از ۲۴ ساعت از محیط تایوگلیکولات مجددا در صورت منفی بودن کشت ها بر روی محیط های ذکر شده می بریم و روز بعد بررسی نماییم. - پس از رشد باکتری، تست های افتراقی و آنتی بیوگرام را انجام دهید. (م.بخش)

د- کشت خون: ۱- بعد از ۲۴ ساعت بودن کشت خون در ۳۷ درجه به وسیله سرنگ و بعد از استریل کردن درب محیط کشت با الکل ۷۰ یا بتادین نمونه برداری کرده و روی محیط کشت بلاد آگار و EMB کشت میدهید. روز بعد بررسی کنید در صورت منفی شدن مجددا از محیط کشت خون ساپ کالچر کنید اگر نتیجه منفی شد پس از یک هفته مجددا ساپ کالچر کرده و در نهایت پس از یک ماه اوت شود. ۲- در صورت مثبت بودن کارهای افتراقی و آنتی بیوگرام را انجام دهید. (م.بخش)

۵- منابع: دستورالعملهای کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعملهای آزمایشگاه مرجع سلامت/SOP های موجود در بخش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه آنالیز ادرار انجام می شود.	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: کلیه بخشهای سرپائی و بستری بیمارستان	
صفحه: ۲			

۱-هدف: انجام آزمایشات مربوط به ادرار و کنترل کیفی مربوط به نوار ادرار

۲-تعاریف: آزمایش کامل ادرار UA آزمایش ساده و مهم و گاهی وسیله ای کلیدی برای تشخیص بیماری های کلیوی و اورولوژیک می باشد. این آزمایش شامل بررسی فیزیکی، شیمیایی و میکروسکوپی می باشد. گاهی همین آزمایش ساده و راحت اطلاعات بسیار مهم و الزامی برای تشخیص بیماران را فراهم می آورد. در تمام بیماران اورولوژی و نفرولوژی U/A الزامی است. با این حال این آزمایش چنانچه به درستی تفسیر نشود، می تواند باعث گمراهی پزشک شود. آزمایش کامل ادرار توسط (dipsticks) و میکروسکوپی انجام می شود، خصوصیات فیزیکی ادرار نیز ذکر می گردد.

الف) خصوصیات فیزیکی ظاهری ادرار:

۱-رنگ ادرار – ادرار طبیعی به رنگ زرد کم رنگ (pale yellow) است که به علت پیگمان یوروکروم (urochrom) می باشد. دلایل تغییر رنگ ادرار عبارت اند از: میزان غلظت ادرار، خوراکی ها، دارو ها، تولیدات متابولیسم بدن، عفونت ادراری. در صورت تغییر رنگ ادرار باید، تمام این موارد بررسی شوند.

سندروم کهنه ی قرمز (red diaper syndrome) به علت باکتری سراشیا مارسسنس می باشد که باعث نگرانی مادران می گردد.

۲-توربیدیته (شفافیت): ادرار تازه شفاف است و شایع ترین علت کدري آن فسفاتوری است. در موارد کریستال فسفات اضافی در ادرار قلیایی شروع به رسوب می کنند، معمولا متناوب هستند و پس از مصرف غذا یا مقادیر زیاد شیر رخ می دهد. بیمار بی علامت بوده و چنانچه ادرار با اسید استیک (سرکه) اسیدی شود، شفاف خواهد شد.

از طرف دیگر در آزمایش میکروسکوپی کریستال های فسفات آمورف دیده خواهد شد. علت دیگر کدري ادرار پیوری است که حضور تعداد زیاد WBC در ادرار و بوی تند و زننده باعث افتراق آن از سایر علل خواهد شد. از علل نادر کدري ادرار کایلوری است که ناشی از ارتباط غیر طبیعی سیستم لنفاوی و ادراری میباشد

۳-وزن مخصوص: محدوده ی آن از ۱۰۰۱-۱۰۳۵ می باشد. وزن مخصوص ادرار معمولا نشان گر وضعیت هیدریشن بیمار است؛ ولی، می توانند، ناشی از عمل کرد غیر طبیعی کلیه نیز باشد.

وزن مخصوص طبیعی بین ۱۰۰۵ الی ۱۰۳۰ است، اگر، زیر ۱۰۰۵ باشد، رقیق است و اگر بالای ۱۰۳۰ باشد غلیظ می باشد.

۴-PH ادرار: توسط dipsticks چک می شود PH. ادرار از ۵/۴ تا ۸ متغیر است. متوسط آن در حالت طبیعی ۵/۵ تا ۵/۶ است. اگر زیر ۵/۵ باشد، اسیدی و اگر بالای ۵/۶ باشد، قلیایی در نظر گرفته می شود.

در کل pH ادرار نشان گر pH سرم است، مگر، در موارد خاصی مثل RTA و بیماری های خاص کلیه که قدرت اسیدی کردن ادرار مختل است. عدم توانایی کلیه در اسیدی کردن ادرار به میزان زیر ۵/۵ پس از لود اسید برای RTA تشخیصی است. در UTI چنانچه ادرار قلیایی باشد، احتمالا، عامل آن باکتری های اوره آز مثبت مثل پروتئوس می باشد. این باکتری ها با این آنزیم اوره ادرار را به آمونیاک تبدیل می کنند. در تشکیل سنگ های ادراری pH موثر است. سنگ های سیستینی و اسید اوریکی در ادرار اسیدی ایجاد شده و قلیایی کردن ادرار به درمان و پیشگیری آن ها کمک می کند.

۳-مهارت مسئول: مهارت کار با میکروسکوپ و همچنین تفسیر نوار ادرار خوانده شده انجام کالیبراسیون روزانه نوار ادرار از توانائی های پرسنل این بخش میباشد.

۴-شرح اقدامات: نمونه ادرار باید در کمتر از یک ساعت مورد بررسی قرار گیرد: الف- اولین کار بررسی ظاهر ادرار است (م.بخش)

ب- کنترل نوار ادرار و ثبت در برگه مخصوص (م.بخش)

ج- کنترل ادرار با نوار ادرار کالیبره و ثبت موارد مشخص در دفتر مخصوص (م.بخش)

د- سانتریفوژ ادرار به مدت ۵ دقیقه در دور ۲۵۰۰ (م.بخش)

ه- دیدن رسوب ادرار در میکروسکوپ و ثبت آن در دفتر (م.بخش) در رسوب ادرار امکان دیدن موارد زیر میباشد که حتما باید ذکر شود: دیدن سلولهای مختلف مانند، WBC, RBC پیتلیال سل و کستهای مختلف و باکتری و مخمر در ادرار باید گزارش شود. تعداد سلول سفید بیش از ۲-۳ برای آقایان و ۶-۸ برای خانمها ممکن است نشانه عفونت باشد. در مورد سلولهای قرمز نیز تعداد بیش از ۲-۳ اگر سابقه ورزشهای سنگین نداشته باشد نشانه مشکل در کار کلیه یا مجاری آن میباشد.

در مورد سلولهای اپیتلیال زیاد باعث بدخیمی نیستند ولی اگر تعداد آنها در آقایان به بیش از ۱۰ و در خانمها مقادیر بیش از ۲۵ عدد بخصوص اگر از نوع رنال باشد حائز اهمیت است. کستها نیز در ادرار باید گزارش شوند انواع مختلف آنها شامل هیالین مومی سلولی و گرانولار گزارش میشوند. وجود کست در ادرار نشانه وجود پروتئین در ادرار است که حتما باید مد نظر باشد

از دیگر موارد قابل ذکر وجود انگلها در ادرار میباشد که از جمله آنها تریکوموناس واژینالیس و شیستوزوما هماتوبیوم (البته در این منطقه امکان دیدن آن کم است) و گاها کیست ژیا ردیا نیز در دختر بچه ها دیده میشود.

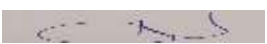
دیدن کریستالهای مختلف از جمله شایعترین آنها کلسیم اگزالات اسید اوریک اوراتها و فسفاتها و.....

باکتری نیز از موارد مهم گزارش رسوب ادرار میباشد.

در پایان موارد ثبت شده در دفتر نوشته وارد سیستم شده و برگه بعد چاپ و تائید مسئول فنی به بخش پذیرش ارسال میگردد (م.بخش)

۵- مستندات مرتبط (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶- منابع: دستورالعملهای کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعملهای آزمایشگاه مرجع سلامت/SOP های موجود در بخش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل	 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	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپایی و ارزیابی خارجی	

۱-هدف: انجام آزمایشات کامل ادرار و انگل شناسی مراجعین- انجام ارزیابی خارجی

۲-تعاریف: از بخشهای مهم و بااهمیت در آزمایشگاه که نیاز به پرسنل مجرب و متبحر بخصوص در کار با میکروسکوپ را میطلبد بخش کامل ادرار و مدفوع میباشد که در صورت درست بودن امکانات و تبحر پرسنل میتواند کمک بسیار شایانی در تشخیص بسیاری از بیماریها بنماید.

۳-مهارت مسئول: داشتن مهارت همچنین سابقه کار با میکروسکوپ در تشخیص رسوبات ادراری یا نمونه های انگلی

۴-شرح اقدامات:

الف:آزمایش ادرار(مسئول بخش ادرار)

برای این منظور نمونه ادرار بایستی اولین ادرار و در کمتر از یک ساعت بایستی مورد بررسی قرار گیرد رنگ ادرار همیشه مورد بررسی است که بطور نرمال مایل به زردی و شفاف میباشد.

PH ادرار کمی اسیدی است و برای بررسی عمل کلیه مفید نیست و در اختلالات اسید و باز اهمیت دارد. تغییرات PH را میتوان در اختلالات زیر بررسی کرد:

تغییرات بالانس اسید و باز-اختلالات توبولهای کلیوی که در اسیدی نمودن ادرار نقش دارند-تغییرات پلاسما و سرم-عفونتهای که در آن میکروارگانسیم اوره را تجزیه می نماید-رژیم غذایی نظیر گوشت زیادکه ادرار را اسیدی می نماید و مصرف سبزی فراوان که ادرار را قلیایی می نماید.

SG-وزن مخصوص ادرار در حالت نرمال ۱۰۰۱-۱۰۳۵ متغیر است و بیان کننده قدرت غلیظ و رقیق کردن ادرار توسط توبولهای کلیه میباشد. تغییرات وزن مخصوص به علت اختلال در جذب آب توسط توبولها در مواردی مانند دیابت شیرین میباشد.-همچنین در صورت وجود پروتئین و یا قند در ادرار میزان آن بالا می رود .در پلی اوری حاصل از تومورهای هیپوفیز خلفی-ازدیاد ترشح ADHمیزان وزن مخصوص ادرار ، کاهش می یابد.وقتی وزن مخصوص ادرار طبیعی باشد بیماریهای شدید مزمن و منتشر کلیه رد می شود.

-وجود پروتئین در ادرار همیشه بررسی میشود. درحالت طبیعی پروتئینها از گلوبولولها فیلتره نمی شود . البته گلوبولینها به میزان کمی فیلتره می شوند و باز جذب توبولی دارند ولی آلبومین که ملکول درشتی دارد به هیچ وجه فیلتره نمیشود. (بطور نرمال قند نیز در ادرار وجود ندارد و وقتی میزان سرمی آن بیش از ۱۶۰ تا ۱۸۰ میلی گرم برسد در ادرار ظاهر میشود. مقادیر طبیعی پروتئین در ادرار ۲۴ ساعته کمتر از ۵۰ میلی گرم میباشد.که مقادیر بیش از آن دال بر بیماری است و اشکالات گلوبولولها را مطرح می کند. پروتینوری فیزیولوژیک را در تحریکات عضلانی شدیدو پس از ایستادهای طولانی مدت داریم.

-دیدن سدیمان ادرار از موارد مهم آزمایش میباشد.به این ترتیب که ادرار را سانتریفوژ کرده و رسوب آنرا در زیر میکروسکوپ بررسی مینمائیم دیدن سلولهای مختلف مانند،WBC،RBC،پیتلیال سل و کستهای مختلف و باکتری و مخمر در ادرار باید گزارش شود.تعداد سلول سفید بیش از ۲-۳ برای آقایان و ۶-۸برای خانمها ممکن است نشانه عفونت باشد.در مورد سلولهای قرمز نیز تعداد بیش از ۲-۳ اگر سابقه ورزشهای سنگین نداشته باشد نشانه مشکل در کار کلیه یا مجاری آن میباشد.

در مورد سلولهای اپیتلیال زیاد باعث بدخیمی نیستند ولی اگر تعداد آنها در آقایان به بیش از ۱۰ و در خانمها مقادیر بیش از ۲۵ عدد بخصوص اگر از نوع رنال باشد حائز اهمیت است. کستها نیز در ادرار باید گزارش شوند انواع مختلف آنها شامل هیالین مومی سلولی و گرانولار گزارش میشوند. وجود کست در ادرار نشانه وجود پروتئین در ادرار است که حتما باید مد نظر باشد. -دیدن نمونه مدفوع چه از نظر ظاهر چه از نظر میکروسکوپی در سرم فیزیولوژی و لوگل (مسئول بخش ادرار)

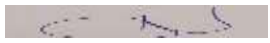
در دیدن میکروسکوپی مدفوع عناصری همچون سلول های سفید و قرمز مخمرها انگلها و کیستهای دیده شده باید گزارش شود. قوام و رنگ مدفوع و گاه PH آن نیز در مواقعی باید گزارش شود.

آزمایش خون در مدفوع:

گاهی اوقات میزان خونریزی های دستگاه گوارش بقدری کم است که علیرغم نداشتن علائم آشکار خونریزی، بیمار به یک آنمی مزمن و شدید مبتلا است. بنابراین در برخورد با هر بیمار آنمیک با منشاء ناشناخته، استفاده از این آزمایش لازم و ضروری است. قابل ذکر است اگر در مدفوع خون تازه مشاهده گردد معمولا خونریزی از قسمتهای تحتانی دستگاه گوارش مطرح است که خونریزی ناشی از هموروئید یا پولیپ های روده تحتانی وغیره میباشد. اما اگر خونریزی مربوط قسمتهای فوقانی دستگاه گوارش باشد (نظیر خونریزی از مری یا معده) معمولا خون جذب شده و ایجاد ملنا (Melena) مینماید. در آزمایش خون مخفی در مدفوع یا (Occult blood) OB مدفوع بیمار مشکوک مورد آزمایش قرار میگیرد. اساس این تست بر تغییر رنگ مواد خاصی چون gum guaiac در نتیجه تاثیر آنزیم پراکسیداز موجود در هموگلوبیناست. این تست بدنبال خونریزی از لثه، خونریزی حاصل از کشیدن دندان و خوردن غذاهای گوشتی بطور کاذب مثبت میشود. بنابراین بیمار از سه روز قبل از انجام تست، نباید گوشت خورده باشد. این تست به تست گایاک نیز معروف است-گزارش و ثبت جوابها در HIS و چاپ و تائید توسط مسئول فنی- دادن جوابها به پذیرش

۵-مستندات مرتبط(منابع،امکانات وکارکنان مرتبط)

۶-منابع: دستورالعملهای کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعملهای آزمایشگاه مرجع سلامت/SOPهای موجود در بخش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود.	 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	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سریانی و ارزیابی خارجی	

۱-هدف: انجام آزمایشات درخواستی - انجام کنترل کیفی و ارزیابی خارجی

۲-تعاریف: سرولوژی یا ایمنولوژی از بخشهای کم درخواست ولی با اهمیت آزمایشگاه میباشد. دقت در انجام و گزارش صحیح نتایج بدست آمده باعث راهنمایی درست پزشک در تشخیص بیماری مراجعه کننده میباشد که متأسفانه در اکثر آزمایشگاهها به آن اهمیت کمتری میدهند. بخش هورمون نیز از بخشهای بسیار حساس میباشد که بعلت احتمال بروز خطا از پرسنل خاصی در این بخش استفاده میشود.

۳-مهارت مسئول: مسئول این بخش باید در مورد انجام آزمایشات و امکان تداخل یا ایجاد جوابهایی در مواقع بروز کراس راکشن و یا مواردی که آنتی بادیهای ایجاد شده با حجم بالا ممکن است ایجاد جواب منفی کاذب نمایند دارای اطلاعات کافی باشد. همچنین کار با دستگاه الیزا و دیگر تجهیزات در بخش هورمون نیاز به افراد آموزش دیده دارد.

۴-شرح اقدامات:

[سرولوژی] نمونه های مورد استفاده ابتدا سانتریفیوژ میشوند. (فرد دوم بیوشیمی)

آنتی سرمهای مورد استفاده از یخچال خارج و به دمای مناسب میرسند.

بعد از کنترل آنتی سرمها و ثبت در دفتر مخصوص نمونه های مورد درخواست در دفتر سرولوژی ثبت میشود. (هر دو نفر بیوشیمی)

آزمایشات رایت به دو صورت راپید با آنتی زنهای پاستور و رز بنگال انجام و در صورت مثبت بودن به صورت لولهای تعیین تیترا میشود.

در صورت درخواست کومبس رایت نیز رایت لولهای بعد از ۲۴ ساعت با سرم فیزیولوژی شسته و همراه آنتی هیومن آزمایش کومبس انجام میشود. (در صورت مثبت بودن رایت لولهای لوله بعد آخرین تیترا کومبس کار میشود)

آزمایش ۲ME نیز در صورت درخواست پزشک به صورت زیر انجام میشود: تهیه رقت ۱۰/۱ با بافر مخصوص بعد از نیم ساعت ادامه کار مانند رایت لوله ای آزمایش ویدال با آنتی زن ویدال انجام و تیترا بدست آمده گزارش میگردد.

آزمایش CRP و RF, ASO, RPR نیز به صورت راپید انجام و گزارش میشود (آزمایش کمی نداریم) جهت آزمایش CRP بروی اسلاید ۵۰ لانداز سرم بیمار را اضافه و یک قطره از محلول CRP اضافه و به مدت ۳-۵ دقیقه شیک میکنیم.

آزمایش RF و ASO نیز عینا مانند CRP میباشد.

ولی در مورد RPR مدت زمان لازم دقیقاً ۸ دقیقه بوده که باید مورد بررسی قرار گیرد

کومبس غیر مستقیم نیز توسط پرسنل این بخش بر روی سرم انجام میشود: ابتدا مخلوط ۵ درصد گلبول قرمز تهیه سپس به صورت یک گلبول و ۲ سرم باهم مخلوط بعد از ۳۰ دقیقه مانند کومبس مستقیم ادامه میدهم

- جوابهای بدست آمده بعد از تأیید مسئول فنی چاپ و در اختیار پذیرش گذاشته میشود

در بخش هورمون

✓ نمونه های فریز شده (بعلت اینکه آزمایشات هورمونی به صورت هفتگی انجام میشود نمونه ها به صورت فریز نگهداری میشوند.) از فریز خارج و به دمای محیط میرسند (م.بخش)

✓ کیت های مورد نیاز از یخچال خارج و به دمای محیط میرسند. (م.بخش)

✓ نمونه ها بنا به درخواست انجام و در دفتر مخصوص ثبت میشوند. (م.بخش)

برای آزمایشهای تیروئیدی از کیت های پیشتاز استفاده میکنیم که طبق دستورالعمل موجود وبا گذاشتن استانداردها و کنترل های آن انجام میشود.

آزمایش ویتامین D^۳ و فریتین هم در یک روز کار میشود.

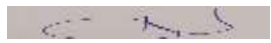
آزمایشهای پنل هپاتیت هم در یک روز (HbsAg, Ab, HIVAb, HCVAb) کار میشود.

✓ بعد از تایید مسئول فنی جوابها چاپ و به بیماران یا بخشها داده میشوند.

✓ کیت های مورد استفاده به یخچال برگردانده میشود.

۵- مستندات مرتبط (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶- منابع: دستورالعمل های کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت/SOP های موجود در بخش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود.	 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	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرنای و ارزیابی خارجی	

۱-هدف: انجام آزمایشات پاتولوژی پاپ اسمیر و سیتولوژی

۲-تعاریف: بخش پاتولوژی بدلیل بالا بودن تعداد عملهای بیمارستانی و همچنین اجبار در انجام آزمایش پاپ اسمیر در سنین خاص ویا نمونه های سیتولوژی یا لامهای تشخیصی جزو بخشهای پر در خواست و خاص آزمایشگاه میباشدکه نیاز به متخصص پاتولوژی کار آزموده در یکطرف و تکنیسینهای دوره دیده از سوی دیگر را دا

۳-مهارت مسئول: دکتر متخصص پاتولوژی بعنوان مسئول بخش و یک یا دونفر تکنیسین دوره دیده که در کار تهیه بلوک و لام و رنگ آمیزی متبحر باشند .

۴- شرح اقدامات:

ابتدا نمونه ها از اتاق عمل داخل ظرف های پلاستیکی حاوی فرمالین به آزمایشگاه فرستاده میشود.(توسط پرسنل اتاق عمل)

نمونه های پاتولوژی پذیرش شده و شماره گذاری میشوند .(پذیرش آزمایشگاه)

نمونه ها توسط پزشک پاتولوژیست پاس داده میشوند .در این مرحله برش های کوچکی از نمونه زده میشود تا داخل دستگاه تیشو پروسور قرار داده شوند .

نمونه های پاس داده شده داخل بسکت های مخصوص قرار داده میشود وداخل دستگاه تیشو قرار داده میشود .(پرسنل پاتولوژی)

نمونه ها داخل دستگاه تیشو پروسور به مدت ۱۸-۱۷ ساعت میچرخد تا مراحل آماده سازی بافت انجام شود .دستگاه تیشو شامل ۱۲ ظرف میباشد که از محلول های فرمالین –الکل –گزیل وپارافین پر شده اند و نمونه ها به ترتیب وارد هر کدام از محلول ها شده و آماده سازی میشوند .(پرسنل پاتولوژی)

بعد از گذشت ۱۸-۱۷ ساعت نمونه ها از دستگاه درآورده شده وداخل بلوک های پارافین قرار داده میشود (مرحله بلوک گیری)

بعد از بلوک گیری نمونه ها را به مدت ۳۰ دقیقه داخل یخچال میگذاریم تا پارافین سفت شود . (پرسنل پاتولوژی)

بعد از بلوک گیری نمونه ها را از داخل قالب ها درآورده و شماره پاتولوژی مربوط به نمونه را با ماژیک روی بلوک ها مینویسیم و سپس نمونه ها را توسط دستگاه برش به سطح میرسانیم .(در این مرحله بافت را پارافین زدایی کرده به طوری که پارافین های اضافی از روی نمونه برداشته شود و سطح نمونه از پارافین بیرون بیاید و آماده برش شود .(مرحله به سطح رساندن که توسط پرسنل پاتولوژی انجام میشود)بعد از به سطح رساندن به مدت ۳۰ دقیقه نمونه ها را روی یخ یا در جایی یخچال قرار میدهم تا سفت نمونه شده و برای برش آماده شود .بعد از ۳۰ دقیقه نمونه ها را یکی یکی از یخ برداشته و توسط دستگاه میکروتوم برش میزنیم .در این مرحله برش های میلی متری از سطح نمونه به عمل می آید بعد از برش زدن بافت برش خورده را داخل الکل انداخته تا بافت باز شود و سپس توسط لام نمونه را از الکل برداشته و روی اب گرم میبریم تا کاملاً فیکس و باز شود

لامهای تهیه شده را داخل فور به مدت ۲۰ دقیقه در دمای ۱۰۰ درجه قرار میدهم .در این مرحله پارافین اضافی از روی لام ها برداشته شده و فقط بافت برش خورده روی لام میماند .بعد از مرحله ذوب پارافین نمونه ها را از فور خارج کرده و سریعاً داخل محلول گزیل قرار میدهم تا نمونه ها کاملاً فیکس و شفاف شوند .

بعد از ۲۰ دقیقه نمونه ها را از گزیل خارج کرده و میگذاریم خشک شوند.نمونه های خشک شده را داخل بسکت های پلاستیکی جهت رنگ آمیزی قرار میدهم .(رنگ های پاتولوژی شامل همتاکسیلین و اتوزین میباشد .این رنگ ها توسط پرسنل پاتولوژی درست میشوند .پودر آماده همتاکسیلین به نسبت مناسب با کربنات آمونیوم

و اکسید جیوه و اب مقطر مخلوط شده و حرارت داده میشود تا رنگ با غلظت مناسب آماده شود. پودر اتوزین نیز به نسبت مناسب با الکل ۹۶ حل شده و آماده مصرف میشود.

برای رنگ کردن لامها ابتدا لامها را از الکل رد کرده تا آبدهی شوند و سپس به مدت زمان مناسب که برحسب غلظت رنگ مورد استفاده میباشد (۱۲ دقیقه) داخل رنگ همتاکسیلین میگذاریم. سپس لام ها را شسته و داخل محلول اسید الکل (اسید کلریدریک +الکل ۹۶) به مدت ۱ ثانیه گذاشته و بهد توسط اب مقطر می شوریم. بعد از این مرحله که لام ها رنگ بری میشوند لامها را به مدت ۱ دقیقه داخل محلول کربنات لیتیم (پودر کربنات +آب) برده و می شوریم. در این مرحله رنگ همتاکسیلین روی نمونه ها فیکس میشود. بعد از شستشو توسط آب در مرحله بعد لام ها را داخل رنگ اتوزین به مدت ۱۵ دقیقه (برحسب غلظت رنگ) میگذاریم و سپس مرحله شستشو را انجام داده و لام ها را خشک میکنیم.

نمونه های خشک شده را داخل گزلیل قرار میدهیم (گزلیل باعث شفاف سازی بافت و تمیز شدن لام ها میشود) سپس توسط چسب ولامل های مخصوص مرحله مونته کردن لام ها را انجام میدهیم.

در مرحله مونته چسب را به مقدار مناسب روی لامل ریخته ولامل را روی لامی که قبلا داخل گزلیل بوده می اندازیم و اجازه میدهیم خشک شود. (پرسنل پاتولوژی)

بعد از خشک شدن لام ها انها را برحسب شماره پاتولوژی شماره میزنیم ودر جعبه های مخصوص لام قرار میدهیم. (پرسنل پاتولوژی)

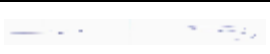
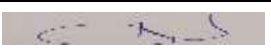
لام ها توسط پزشک پاتولوژیست دیده شده و جواب مربوط در برگه های مخصوص نوشته میشود.

جواب ها توسط پرسنل پاتولوژی تایپ شده و توسط پزشک پاتولوژیست مهر و امضا میشود.

جواب های آماده داخل زونکن در قسمت پذیرش قرار داده میشوند.

۵- مستندات مرتبط (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶- منابع: دستورالعملهای کاری مندرج در بخش مستند سازی دستورالعملهای آزمایشگاه مرجع سلامت/SOPهای موجود در بخش

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ابهر	عنوان سند	کد سند: MN - INS BK-05
	دستورالعمل	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵
	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵
	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپایی و ارزیابی خارجی	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱ صفحه: ۱

۱-هدف: انجام کنترل کیفی روزانه و ارزیابی خارجی

۲-تعاریف: جهت اطمینان از کار روزانه در بخش بیوشیمی استفاده از کنترل کیفی (سرمهائی با مقادیر مشخص) چه نرمال چه غیر نرمال لازم میباشد . همچنین برای شرکت در برنامه های خارجی نیز آزمایشگاه ملزم به شرکت در دوره های ارزیابی خارجی میباشد که هر ۴ ماه یکبار انجام میشود.

۳-مهارت مسئول: پرسنل شاغل در این بخش باید از نحوه کار با سرم کنترلهای و آماده سازی آنها و همچنین تفسیر نتایج بدست آمده آگاهی لازم و کافی داشته باشند.

۴- شرح اقدامات:

- ✓ آماده کردن سرم کنترل برای استفاده (سرمها به صورت لیوفلیزه بوده که باید با آب مقطر آماده شود).
- ✓ تقسیم کنترل به کاپها و انتقال به فریزر.
- ✓ در ابتدای هر ماه میشود با دادن ۲۰ بار نمونه کنترل در ۲ یا ۴ روز کارهای مربوط به تعیین CV و Sd و میانگین را انجام داد و منحنی های مربوط را برای ماه بعد رسم کرد.
- ✓ در اول هر شیفت کاری دستگاههای اتوآنالایزر یک کاپ در قسمت مخصوص دستگاه قرار داده شده و تمامی تستهای موجود برای دستگاه انتخاب شود.
- ✓ جوابهای آماده شده را در دفتر مخصوص ثبت کرده و همچنین در سیستم رایانه ای کنترل کیفیت ثبت شود (مسئول کنترل کیفی)
- ✓ در صورت بروز خطا در تست انجام دوباره تست و در صورت عدم رفع خطا در مراحل بعد تعویض محلولها و کالیبره کردن تست مورد نظر پیشنهاد شود.

انجام ارزیابی خارجی: هر چهار ماه یکبار بسته حاوی کنترل کیفی برای تستهای بیوشیمی برای کار به بخش تحویل میشود.

- ✓ سرم لیوفلیزه با آب مقطر به حجم برسد.
- ✓ تستهای درخواست شده در سیستم وارد شود.
- ✓ کاپ حاوی نمونه مجهول مانند نمونه بیمار به دستگاه داده شود.
- ✓ جوابهای آماده شده در برگه های مخصوص وارد و به مرکز ارسال کننده عودت داده شود.
- ✓ جوابها بعد از بررسی در مرکز ارسال کننده و تعیین ضریب خطای هر آزمایشگاه برای رفع خطاهای احتمالی ت به آزمایشگاه فرستاده شود.
- ✓ در آزمایشگاه با بررسی جواب تستها و محاسبه CV بدست آمده برای هر تست در صورت غیر قابل بودن نتیجه اعمال اصلاحی پیش بینی شده با کمک مسئول فنی انجام شود.

۵-مستندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶-منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۵

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	هماتولوژی انجام می شود.	
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپایی و ارزیابی خارجی	

۱-هدف: انجام کنترل کیفی روزانه و شرکت در کنترل کیفی ارزیابی خارجی

۲-تعاریف: جهت جلوگیری از بروز یا پایین آوردن سطح اشتباهات در این بخش انجام روزانه کنترل کیفی همچنین شرکت در برنامه ارزیابی خارجی هر چهار ماه الزامی است.

۳-مهارت مسئول: آگاهی از سیستم های کنترل کیفی همچنین تفسیر نتایج بدست آمده از ارزیابی خارجی

۴-شرح اقدامات:

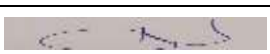
۱. -ویالهای آماده خون کنترل جهت هر دستگاه خریداری شود(برای سیستمس R@d و میندری Labex
۲. -مقادیر هر نمونه خون کنترل در قسمت کوالیتی کنترل دستگاه وارد شود.
۳. -هر روز قبل از شروع راند کاری نمونه خون کنترل به دستگاه داده و مقادیر در دفتر سیستم ثبت شود.
۴. -در صورت بروز خطا از روشهای اصلاحی از قبیل شستشو تعویض محلولها و... استفاده شود.
۵. -مقادیر بدست آمده در سیستم کنترل کیفی رایانه وارد و منحنی های لازم رسم شود.
۶. -انجام آزمایش مضاعف یا دوتایی یا duplicate
۷. انجام آزمایش بازبینی یا chsck test
۸. بررسی تفاوت نتایج یک بیمار با آزمایشهای قبلی خودش delta check

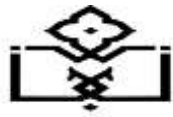
ارزیابی خارجی:

- ✓ -نمونه آماده بوده و بعد از به حرارت رسیدن در دمای اطاق و شیک شدن به دستگاه داده شود.
- ✓ جواب بدست آمده در برگه مخصوص ثبت و ارسال شود.
- ✓ یک لام جهت انجام آزمایش PBS نیز برای تشخیص و شمارش افتراقی به مسئول فنی داده شود.
- ✓ یک ویال لیوفلیزه نیز برای آزمایش PT و PTT با آب مقطر به حجم رسیده.
- ✓ آزمایش با دستگاه و دست انجام و نتایج در قسمت مخصوص ثبت میشود و به مرکز ارسال شود

۵-مسندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶-منابع: دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود.	 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	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سربائی و ارزیابی خارجی	
	صفحه: ۲		

۱-هدف: انجام کنترل کیفی بخش میکروب همچنین شرکت در ارزیابی های خارجی

۲-تعاریف: با توجه به اهمیت این بخش و نیاز به بالا بردن کیفیت و صحت انجام کنترل کیفی به صورت دوره ای در مواقع تعویض لوپ یا ساخت محیطهای مصرفی حائز اهمیت میباشد. همچنین شرکت در ارزیابی خارجی کنترل کیفی نیز به صورت دوره ای اجباری میباشد.

۳-مهارت مسئول: دانش کافی در ساخت و کنترل محیطهای لازم همچنین استفاده از معرفها و محلولها جهت انجام کنترل کیفی از مهارتهای مورد نیاز در این بخش است.

۴-شرح اقدامات: کنترل کیفی لوپ: اگر در این قسمت از لوپهای آماده و کالیبره شده استفاده شود که نیاز به کالیبره کردن نیست ولی در استفاده از لوپهای فلزی: روش اسپکتروفتومتری (مسئول بخش میکروب) در این روش از یک ماده رنگی که دارای جذب نوری در طول موج خاص است استفاده گردد. معمولا از ماده رنگی اوانس بلو برای این آزمایش استفاده شود اما با توجه به کمبود و گران بودن ماده مزبور در این بررسی از متیلن بلو که از نظر اقتصادی به صرفه بوده و در اکثر آزمایشگاه ها موجود است استفاده شد.

مواد مصرفی و معرف ها شامل موارد زیر بود :

پودر متیلن بلو – الکل طبی ۹۶٪ (اتانول) – آب مقطر – لوپ های ۰,۰۱ و ۰,۰۰۱ و لوپ های دست ساز – لوله آزمایش – پی پت – سمپلر ۲۰ لاندا – اسپکتروفتومتر

ابتدا ۰,۲ – ۰,۱ گرم از پودر متیلن بلو را در حلالی که از مخلوط کردن آب مقطر و الکل ۹۶٪ به نسبت ۵۰ به ۵۰ تهیه شده حل می کنیم. پس از حل شدن کامل متیلن بلو در حلال مزبور ۸ لوله آزمایش انتخاب کرده در لوله اول ۲ میلی لیتر و در بقیه لوله ها ۱ میلی لیتر از حلال ساخته شده را ریخته. سپس مقدار ۰,۰۲ میلی لیتر از محلول متیلن بلو را به کمک سمپلر کالیبره شده به محلول اضافه کرده و پس از مخلوط کردن ۱ میلی لیتر از محلول مزبور را به لوله دوم انتقال دهیم و این عمل را تا لوله هشتم پی بگیریم (رقت های سریالی). پس از تهیه رقت های مزبور جذب نوری هر یک از لوله ها را در طول موج ۶۶۳ نانومتر قرائت کرده و ثبت کنیم.

با توجه به کاهش تصاعدی رقت لوله ها از کاغذ لگاریتمی برای تهیه منحنی استاندارد استفاده شود. پس از ترسیم منحنی برای کالیبره کردن لوپ ۱۵-۱۰ لوله برداشته و در هر یک از آنها ۱ میلی لیتر از حلالی که تهیه کرده بودیم ریخته و به کمک لوپ از محلول رنگی (متیلن بلو) در لوله ها وارد کنیم. پس از خواندن جذب نوری آنها در طول موج ۶۶۳ نانومتر و به دست آوردن میانگین جذب نوری و انتقال آن بر روی منحنی مقدار حجم برداشته شده توسط لوپ به راحتی به دست می آید.

مقدار کلنی بر اساس (CFU/ml (colong forming unit) گزارش گردد اگر ۱ میلی لیتر را که برابر با ۱۰۰۰ لاندا باشد بر حجم به دست آمده تقسیم کنیم ضریب لوپ مجهول به دست خواهد آمد.

کالیبره کردن محیطهای کشت: برای کنترل کیفی محیط های کشت از سویه های کنترل کیفی استفاده شود. سویه های کنترل کیفی از منابع مختلف مانند استافیلوکوک اورئوس و انتروکوکوس فکالیس و یا ایشرشیا کلی استفاده شود.

روش انجام آزمون کنترل کیفیت میکروبیولوژیکی محیط های کشت:

یک کشت از ارگانیسم کنترل را روی پلیت تهیه کنید. بعد از انکوباسیون ۳-۵ کلنی ایزوله را در مقدار کمی BHI استریل سوسپانسیون کرده و آن را برای چهار یا پنج ساعت انکوبه نمائید. کدورت را با استاندارد نیم مک فارلند تنظیم کنید (استاندارد نیم مک فارلند در طول موج ۶۲۵nm جذب ۰/۸ تا ۱۳/۰ می باشد). به این روش می توان یک سوسپانسیون در سرم فیزیولوژی از کلنی های ۲۴ ساعته تهیه و کدورت آن را مطابق روش فوق تنظیم نمود. برای آزمایش ظرفیت مغذی بودن

(Nutritional activity) یک محیط کشت پلیتی، سوسپانسیون اولیه را به نسبت ۱ به ۱۰۰ در نرمال سالین رقیق نموده و به هر پلیت ۱۰ میکرولیتر از سوسپانسیون رقیق شده را تلقیح نمائیم. تعداد کلنی های مورد انتظار در هر پلیت ۱۰۰۰۰

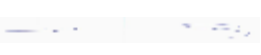
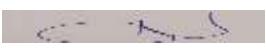
تفسیر نتایج یک محیط کشت زمانی قابل قبول می باشد که با همه سویه های آزمون پیشنهادی برای محیط کشت رشد کافی داشته و خصوصیات رشد و مورفولوژی کلنی ها بارز باشد. در محیط های انتخابی، رشد بعضی از ارگانیسیمهای خاص مهار شود در ضمن اینکه اجازه رشد کافی به ارگانیسیم های دیگر دهد کنترل کیفیت دیسک های آنتی بیوتیک جهت انجام آزمایش تعیین حساسیت میکروبی (مسئول بخش)

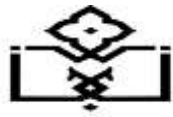
سوشهای مورد نیاز انترکوکوس فکالیز یا ایشرشیا کلی یا استافیلوکوک اورئوس

سویه های کنترل کیفی را باید به روش استاندارد آزمایش *disk diffusion* و با استفاده از همان مواد و روشی که برای سویه های جدا شده از نمونه های کلینیکی استفاده شود آزمایش و نتایج را با جداول ۳ و ۳ CLSI A^۳ ضمیمه ۳ (مقایسه و بررسی نمود. محدوده قطر هاله عدم رشد قابل قبول برای هر سویه کنترلی نسبت به یک دیسک آنتی بیوتیکی در جداول فوق فهرست شده است. چنانچه تغییر در میانگین قطر هاله عدم رشد ناشی از خطا در روش انجام آزمایش نباشد، احتمالاً ناشی از تغییر در حساسیت ذاتی باکتری نسبت به آن آنتی بیوتیک می باشد. در این صورت لازم است کشت تازه از سوش کنترل تهیه شود.

۵-مسندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶-منابع: دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل کنترل کیفیت آزمایشهای آنالیز ادرار	 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: آزمایشگاه آنالیز ادرار	

۱-هدف: انجام روزانه کنترل کیفی نوار و محلولهای مورد استفاده در این بخش

۲-تعاریف: بخش ادرار با توجه به تعداد بالای آزمایشهای آن و همچنین دقت در گزارش و خواندن نوارهای تجاری یا محلولهای مورد مصرف نیاز به کنترل کیفی اقلام نامبرده را به صورت روزانه دارد.

۳-مهارت مسئول: داشتن مهارت کافی در انجام کنترل روزانه و ساخت محلولهای مورد نیاز

۴-شرح اقدامات:

- ✓ کنترل کیفی سانتریفیوژ: هر سال کنترل کیفی دستگاه از طریق بیمارستان و شرکت زنگان انجام میشود (شرکت مربوطه)
- ✓ کنترل کیفی نوار ادرار: ساخت محلول مورد نیاز
- ✓ ۵ میلی سرم فیزیولوژی به اضافه ۲,۵ میلی سرم و ۵ میلی دکستروز ۵۰ درصد و ۱۰۰ لاندا از محلول لایز شده خون که PH آن با اسید سولفوریک به حدود ۵,۵ رسیده باشد این محلول به صورت هفتگی تهیه میشود (م.بخش)
- ✓ هرروز نوار ادرار با این محلول چک و در برگه مخصوص نتایج ثبت میگردد. (م.بخش)
- ✓ محلول اسید سولفوسایسیلیک: این محلول با غلظت حدود ۳ الی ۳۰ درصد ساخته میشود و در کنترل پروتئین ادرار مصرف دارد. به صورت هفتگی یا ماهانه تهیه میشود (م.بخش)

۵-منابع: دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 واحد بهبود کیفیت و اعتبار علمی	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	کنترل کیفیت سروایمونولوژی و هورمون	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپایی و ارزیابی خارجی	
	صفحه: ۱		

۱-هدف: انجام کنترل کیفی روزانه در بخش و شرکت در ارزیابی خارجی

۲-تعاریف: کنترل کیفی در بخش سرولوژی در هر نوبت که کیت جدیدی باز میشود با استفاده از سرم کنترلهای مثبت و منفی آن و در بخش هورمون با استفاده از کنترلهای کیت در هر نوبت کاری و همچنین به صورت دوره ای در ارزیابی خارجی میباشد.

۳-مهارت مسئول: در بخش سرولوژی مسئول کنترل کیفی این وظیفه را بعهده دارد. در هورمون با توجه به حساسیت کار برخی از پرسنل با سابقه این کار را انجام میدهند.

۴-شرح اقدامات: کیتهای خریداری شده در بخش سرولوژی:

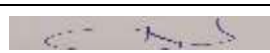
- ✓ - کیت RF و CRP در هر بار که از کیت جدیدی استفاده می شد با کنترلهای مثبت و منفی چک شده و با لات نامبر مربوطه در دفتر نوشته شود.
- ✓ - کیت RPR نیز به همان گونه ثبت گردد.
- ✓ - کیتهای رایت و ویدال نیز دارای کنترلهای مخصوص میباشد که باید انجام و ثبت گردند.

در بخش هورمون:

- کیتهای موجود در این بخش خود دارای استاندارد و کنترلهای مختلفی میباشد که در هر نوبت کاری باید انجام و نوشته شوند.
- شرکت در ارزیابی خارجی برای تستهای فریتین و T₄ و TSH و PSA نیز هر چهار ماه یکبار انجام شود.

۵-مسندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶-منابع: دستورالعمل آزمایشگاه مرجع

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی)	 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: آزمایشگاه	

۱-هدف: استاندارد کردن و بالا بردن صحت و دقت در آزمایشگاه

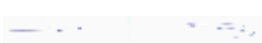
۲-تعاریف: کنترل کردن ابزار پایه مورد استفاده مانند سمپلر یا فتومتر برای بالا بردن کیفیت کار آزمایشگاه بسیار مهم و اساسی بوده بنابراین از الزامات بخش آزمایشگاه کالیبره کردن تمام ابزار های مورد استفاده میباشد.

۳-مهارت مسئول: دقت در انجام کالیبراسیون نیاز به افراد متبحر و کارآزموده و باتجربه دارد.

۴-شرح اقدامات: دو روش در این کار مورد استفاده میباشد در روش اول استفاده از محلولها و معرفهای مختلف می باشد. بدلیل کمبود امکانات و نبود معرف و پودر ها در بازار توسط شرکت های مرتبط کالیبر گردند .

۵-مسندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶-منابع: دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی "	 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: ۴	دامنه کاربرد: آزمایشگاه و بخش ها	

۱-هدف: جلوگیری از الودگی محیط کار و ایمنی آزمایشگاه

۲-تعاریف: انتقال نمونه های الوده از یک آزمایشگاه به آزمایشگاه دیگر از بخشهای مختلف بیمارستان به آزمایشگاه باید تحت شرایط استاندارد صورت گیرد این روند باید با استفاده از ظروف مناسب بسته بندی به روش استاندارد با درج علایم و برچسب های لازم روی بسته رعایت اصول ایمنی جهت انتقال نمونه و در نظر داشتن شرایط مناسب طی انتقال نمونه به نحوی که کیفیت و تمامیت نمونه حفظ شود صورت پذیرد.

مواد عفونی به دو گروه A,B تقسیم میشوند .گروه Aموادی هستند که میتوانند باعث ناتوانی دائم یا بیماری کشنده در انسان یا حیوان می شوندمثل باکتری سل بروسلا هپاتیت Bتحت عنوان UN۲۸۱۴ طبقه بندی شده اند.

گروه دوم B:این ماده عفونی شرایط فوق را از نظر بیماری زایی ندارد و تحت عنوان NU۳۳۷۳ بسته بندی می شود .

روش بسته بندی :۱-نمونه درداخل ظرف در پیچ دار که غیر قابل نفوذ ونشت باشد مثل لوله آزمایش حمل شود .در صورتیکه تعداد نمونه ها زیاد باشد برای جلوگیری از تماس آنها می توان مقوا یا اسفنج قرار داد .در صورتی نمونه مایع باشد میتوان ماده جاذب الرطوبه مانند اسفنج قرار داد و سپس در محفظه دوم قرار داد .

۲-پس از قرار دادن محفظه اول داخل محفظه دوم که مقاوم غیر قابل نشت است میبایستی مشخصات نمونه روی ان درج گردد.

۳-محفظه دوم داخل محفظه سوم که مقاوم به ضربه وشرایط محیطی نامساعد بوده قرار داده می شود.در مورد نمونه هایی که نیاز به زنجیره سرد دارند محفظه سوم میتواند COLD BOX باشد.

علامت گذاری :کلیه بسته ها باید قبل از انتقال بطور مناسب علامت گذاری شده طوری که حاوی اطلاعات لازم در خصوص ماهیت نمونه وخطرات ان و استاندارد های رعایت شده جهت بسته بندی باشد.

علایم روی بسته ها باید واضح درج شده و خوانا باشند و به گونه ای قرار گیرند که کاملاً قابل مشاهده بوده و توسط برچسب یا علامت دیگری پوشانده نشده باشد .

روی محظه خارجی (محظه سوم)هر بسته باید اطلاعات زیر درج گردد:

*نام وادرس فرستنده یا ارسال کننده کالا*نام وادرس حمل کننده کالا*شماره تلفن شخص مسئول تایید شرایط بسته بندی نمونه *نام وادرس دریافت کننده کالا

*نوع نمونه *شماره UN*نام گذاری ویژه برای گروه های خطر *برچسب دارای علامت خطر زیستی باید به صورت لوزی شکل بر روی محفظه بیرونی الصاق شود.

*محدوده دمایی قابل قبول جهت انتقال و ذخیره سازی .

۳-مهارت مسئول: پرسنل با سابقه و مسلط به کنترل کیفی

۴- شرح اقدامات: استفاده از یخ خشک یا ایس بک یا نیتروژن مایع در هنگام انتقال نمونه میبا شد. در این صورت لایه اول و دوم باید در برابر درجه حرارت پایین مقاوم و نشت ناپذیر باشد. در صورتی که از یخ معمولی استفاده میشود کافی است که لایه خارجی کاملاً نشت ناپذیر باشد. در صورتی مسئولیت ارسال کننده به پایان میرسد که نمونه عفونی تحت شرایط استاندارد منتقل شده و ارسال کننده از دریافت آن توسط گیرنده مطمئن شود.

در آزمایشگاه این بیمارستان:

- نمونه بعد از دریافت از بخش از نظر مشخصات بیمار و برگه ارسال چک شود (م.ارسال)
- نمونه از نظر مقدار و همچنین معیار رد یا قبول نمونه نیز مورد بررسی قرار گیرد. (م.ارسال)
- در صورت نیاز به بسته بندی در فویل یا جدا سازی سریع سرم این کار انجام شود (م.ارسال)
- نمونه در باکس مخصوص که کیت مخصوص حمل می باشد به همراه سرد کننده گذاشته شود (م.ارسال)
- باکس همراه برگه های درخواست آزمایش به آزمایشگاه ارجاع ارسال و تحویل گردد (م.حمل نمونه)

آزمایشات ارجاعی	
آزمایش	محل ارسال
OCB-C ³ -C ⁴ -CH ⁵⁰ -Anti dsDNA-ANCA(P,C)- Anti phospholipid- Cardio lipin- Loupos Anti coagulant-Protein (S)-Factor ⁵ ACE-V.B ¹² -ZINC-Folic Acid- Fibrinogen-Protein Electrophoresis(urine/ Blood)- Urine Micro albumine- Acid Amine Chromatographi-Anti Trombin III- EBV- PTH PCR-Aldolase-T ³ uptake-CMV- Helico Bacter Ab- TOXO-Rubella- Anti Endi misial-Anti Gliadin-Lactat- Amoniac گاما جی تی-Mono test	آزمایشگاه شفا (دکتر شمس)

چرخه کاری هماتولوژی							
ردیف	نام آزمایش	نوع نمونه	چرخه کاری	ردیف	نام آزمایش	نوع نمونه	چرخه کاری
۱	CBC	B/E	۱Hour	۹	G ⁶ PD	B/E	Day
۲	Hb/HCT	B/E	۱Hour	۱۰	D.Coombs	B/E	Day
۳	Plt	B/E	۱Hour	۱۱	PT/PTT	P/C	۱Hour
۴	PBS(morph)	B/E	۱Hour	۱۲	CT/BT	B/E	۱Hour
۵	PBS(mal/bour)	B/E	Day	۱۳	Cross math	B/E	۱Hour
۶	RBC index	B/E	۱Hour	۱۴	D.Dimer	B/E	۱Hour
۷	Retic	B/E	۱Hour	۱۵	ABO /Rh	B/E	۱Hour
۸	ESR	P/C	۱Hour	۱۶			

چرخه کاری بیوشیمی

ردیف	نام آزمایش	نوع نمونه	چرخه کاری	ردیف	نام آزمایش	نوع نمونه	چرخه کاری
۱	Glu	S	۱Hour	۲۰	LDL	S	Day
۲	Ure	S	۱Hour	۲۱	Iron	S	Day
۳	Creat	S	۱Hour	۲۲	TIBC	S	Day
۴	Na/K	S	۱Hour	۲۳	HbA1C	S	Day
۵	BillT	S	۳۰min	۲۴	CK.MB	S	۱Hour
۶	BillD	S	Day	۲۵	Troponin	S	۱Hour
۷	Ca	S	۱Hour	۲۶	ABG/VBG	P.H	۱۰ Min
۸	Phos	S	Day	۲۷	Lipase	S	Day
۹	Mg	S	Day	بخش سرولوژی			
۱۰	LFT	S	Day	۱	CRP	S	Day
۱۱	A.U	S	Day	۲	RF	S	Day
۱۲	CPK	S	۱Hour	۳	Wright/Coombs/۲ME	S	۲ Day
۱۳	LDH	S	۱Hour	۴	Widal	S	Day
۱۴	Amylase	S	۱Hour	۵	RPR	S	Day
۱۵	Alb	S	Day	۶	ASO	S	Day
۱۶	T.protein	S	Day	۷	Indirect Coombs	S	Day
۱۷	T.G	S	Day	۸			
۱۸	Cholestrol	S	Day				
۱۹	HDL	S	Day				

چرخه کاری میکروب شناسی

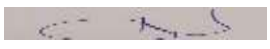
ردیف	نام آزمایش	نوع نمونه	چرخه کاری	ردیف	نام آزمایش	نوع نمونه	چرخه کاری
۱	کامل ادرار	ادرار	۱H	بخش پاتولوژی			
۲	پروتئین بنس جونز	ادرار	۱H	۱	پاپ اسمیر	نمونه ترشحات	یک ماه
۳	گراویندکس	ادرار	۱H	۲	سیتولوژی	ادرار یا مایعات	یک هفته
۴	کامل مدفوع	مدفوع	۱H	۳	پاتولوژی	نمونه های جراحی	یک ماه
۵	خون مخفی در مدفوع	مدفوع	۱H	۴			
۶	هلیکو باکتر در مدفوع	مدفوع	Day				
بخش میکروبی شناسی							
۱	کشت ادرار (منفی)	ادرار	۲۴H	۶	کشت خون و آنتی بیوگرام	خون	۲ الی ۴ روز
۲	کشت ادرار و آنتی بیوگرام	ادرار	۴۸H	۷	کشت مایعات بدن	مایع	۲ الی ۴ روز
۳	کشت مدفوع (منفی)	مدفوع	۴۸H	۸			
۴	کشت مدفوع آنتی بیوگرام	مدفوع	۴۸-۷۲H	۹			
۵	کشت خون (منفی)	خون	۴۸H	۱۰			

لیست آزمایشات اورژانسی و زمان پاسخگویی و ارائه جواب آزمایشات

ردیف	نام آزمایش پس از دریافت نمونه	بیمار اورژانسی	بیمار بخش	بیمار سرپا	مراجعه صبح
۱	نمونه بیوشیمی کامل	یک ساعت	دو ساعت	۲-۴ بعد از ظهر	
۲	نمونه قند و Na,K	۳۰ دقیقه	یک ساعت	// // //	
۳	نمونه قند و اوره و کراتین CBC NA , K	۴۵ دقیقه	دو ساعت	// // //	
۴	CBC+ diff	۳۰ دقیقه	یک ساعت	// // //	
۵	HB-HCT	۱۵ دقیقه	۴۵ دقیقه	// // //	
۶	گروه خون	۱۵ دقیقه	یک ساعت	دو ساعت	
۷	گروه خون و کراسماچ سریع و فوری	۱۵ دقیقه	۱۵ دقیقه	نداریم	
۸	گروه خون و کراسماچ عادی	یک واحد ۳۰ دقیقه به ازای هر واحد ۲۰ دقیقه	-----	-----	
۹	PT , PTT ,D. Dimer	۳۰ دقیقه	یک و نیم ساعت	یک و نیم ساعت	
۱۰	رتیکولوسیت	۳۰ دقیقه	سه ساعت	۲-۴ بعد از ظهر	
۱۱	G6PD	یک ساعت	سه ساعت	// // //	
۱۲	گراویندکس	۱۵ دقیقه	سه ساعت	// // //	
۱۳	ABG, VBG	۱۰ دقیقه	۱۰ دقیقه	۱۰ دقیقه	
۱۴	CT, BT	۳۰ دقیقه	۳۰ دقیقه	۲-۴ بعد از ظهر	
۱۵	سدیمان	یک ساعت	دو ساعت	۲-۴ بعد از ظهر	
۱۶	CRP	۴۰ دقیقه	دو ساعت	// // //	
۱۷	تروپونین , CKMB	یک و نیم ساعت	دو ساعت	-----	
۱۸	U/A	۳۰ دقیقه	دو ساعت	۲-۴ بعد از ظهر	
۱۹	CBC + U/A	۳۰ دقیقه	دو ساعت	// // //	
۲۰	مدفوع	۱۵ دقیقه	دو ساعت	// // //	
۲۱	مایعات ارسالی	۴۵ دقیقه	سه ساعت	// // //	
۲۲	لام رنگ گرم	۳۰ دقیقه	سه ساعت	// // //	
۲۳	LFT ,CPK , LDH	یک ساعت	سه ساعت	// // //	
۲۴	HBS Ag ,HBS Ab ,HCV ,HIV	دو ساعت	تا ده روز	تا ده روز	
۲۵	T _۳ ,T _۴ ,TSH ,Dr _۳ ,Ferritin	-----	تا یک هفته	تا یک هفته	

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

۶- منابع: دستورالعمل ارسال نمونه باکس مخصوص

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران توسط مسئول فنی دامنه کاربرد: آزمایشگاه	 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		

۱-هدف: اعلام گزارشاتنی که ممکن است عدم اعلام آن به بیمار و یا پزشک موجب مشکلات عدیده ای برای بیمار و یا اطرافیان وی گردد.

۲-تعاریف: محدوده بحرانی: **Critical Value** به نتیجه ای اطلاق میشود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر بسزایی در تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری داشته باشد. در آزمایشگاه مسئولیت گزارش به موقع نتایج بحرانی تمامی کارکنان شاغل در بخش های فنی میباشد. محدوده بحرانی در رابطه با تمامی تست های قابل انجام در آزمایشگاه بیان شده است که در SOP ها ذکر شده است. تمامی کارکنان بخشهای فنی میبایست این محدوده ها را بدانند. جدول ضمیمه ذیل شامل محدوده بحرانی تستها در این آزمایشگاه میباشد. پس از اینکه فردی در آزمایشگاه متوجه شد که نتیجه یک تست در محدوده بحران قرار دارد ، باید مساله را با مسئول فنی یا سوپروایزر مطرح نماید. مسئول فنی و یا سوپروایزر با تکرار آزمایش بر روی همان نمونه به صورت دوتایی و یا در کنار یک کنترل مناسب از نتیجه به دست آمده قبلی اطمینان حاصل نموده و مورد را پس از مقایسه با نتایج قبلی و همبستگی بالینی و تاریخچه بیمار بسته به مورد به پزشک ، بیمار و یا سیستم مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت سریعاً اطلاع میدهد. گاهی نیاز است که شرایط زمان نمونه گیری از بیمار سوال شده و یا نمونه گیری مجدد انجام پذیرد. به هر حال علت و نتیجه تکرار نمونه در فرم مربوطه ثبت شود.

۳-مهارت مسئول: تمامی پرسنل شاغل در بخشهای مختلف آزمایشگاه با مقادیر بحرانی آگاه بوده و در اولین فرصت مورد را به بخش مربوطه اطلاع دهند.

۴-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.

در صورت عدم دسترسی به شرح حال بیمار و یا عدم تطابق بین نتایج آزمایش و بالین بیمار بدین صورت عمل گردد:

در بخش سرپایی : جواب بیمار تنها در صورت تکرار با نمونه مجدد تأیید و گزارش گردد. در صورت همخوانی نتایج با بالین بیمار ، به بیمار جهت دریافت سریع جواب اطلاع داده شود.

مقادير بحرانی بیوشیمی (Panic Value) Chemistry Critical Values

Test	Lower Limit	Upper Limit
Amylase	None	>250 IU/L
Bilirubin Total,Adult	None	>18 mg/dL
Bilirubin direct, Premature	None	>1,8 mg/dL
Bilirubin Total, Premature	None	>15 mg/dL
Bilirubin Total, Neonatal	None	>15 mg/dL
βHCG, Serum	None	>5 IU/L On Female Less Than 16 Years
βHCG , Urine	None	Positive On Female Less Than 16 Years
Calcium	< 6.6 mg/dL	>12,9 mg/dL
Calcium, Premature	< 9 mg/dL	>11 mg/dL
Chloride	< 80 mmol/L	>120 mmol/L
CK	None	>500 U/L
CK-MB	None	>15,0 ng/mL
Creatinine	None	>5 mg/dL
Creatinine , Premature	None	>1,6 mg/dL
CO ₂	< 11 mmol/L	>39 mmol/L
CSF Glucose	< 40 mg/dL	>200 mg/dL
CSF Protein	None	≥ 70 mg/dL
Glucose	< 50 mg/dL	>450 mg/dL
Glucose, Premature	< 40 mg/dL	>200 mg/dL
Lactic Acid (Lactate)	None	> 3,4 mmol/L
Lipase	None	>80 IU/L
Lithium	None	>1,5 mEq/L
Magnesium	< 1,2 mg/dL	>3,9 mg/dL
pCO ₂	< 30 mmHg	>50 mmHg
PH	< 7,21	>7,55
Phosphorus	< 1,2 mg/dL	>7,5 mg/dL
Phosphorus , 0-30 day	< 3 mg/dL	>35 mg/dL
Potassium	< 2,8 mEq/L	>6,0 mEq/L
Potassium (Hemolyzed)	< 2,8 mEq/L	>8,0 mEq/L
Potassium, Premature	< 3,0 mEq/L	>6,5 mEq/L
pO ₂	< 46 mmHg	>100 mmHg
Sodium	< 125 mEq/L	> 160 mEq/L
Sodium, Premature	< 125 mEq/L	>150 mEq/L
Troponin I	None	>0,10 ng/mL

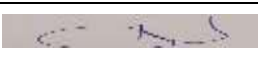
T ₄ ,Adult	None	>18,0 ug/dL
T ₄ ,Newborns	< 3,5 ug/dL	>18,0 ug/dL
Urea	None	>214 mg/dL
Urea , Premature	None	>107 mg/dL
TSH (ED Only)	None	>150,0 uIU/mL

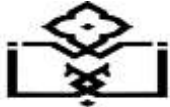
TSH < 4 days	< 1.0 mU/L	> 2.0 mU/L
TSH 4 days- 2 Years	None	> 1.0 mU/
Hematology Critical Values(Panic Value مقادير بحرانی هماتولوژی		
Test	Lower Limit	Upper Limit
Blasts	Any Present in Non-Oncology Patients	Any Present in Non-Oncology Patients With No Blasts Previously
D - Dimer	None	≥ 500 ng/mL
Fibrinogen	≤ 100 mg/d l	> 800 mg/d L
Hematcrit (Hct)	< 21 %	> 60 %
Hemoglobin (Hgb)	≤ 9 g/dL	≥ 20 g/dL
Hemoglobin (Hgb), 0-1 day	≤ 10.8 g/dL	≥ 22.5 g/dL
Hemoglobin (Hgb), 1-3 day	≤ 10.5 g/dL	≥ 25.0 g/dL
Hemoglobin (Hgb), 3-14 day	≤ 10.4 g/dL	≥ 22.5 g/dL
Hemoglobin (Hgb), 14-30 day	≤ 9.0 g/dL	≥ 22.0 g/dL
Hemoglobin (Hgb) , 1 months – 12 years	≤ 9.0 g/dL	≥ 18.0 g/dL
Platelet Count	≤ 30 k/cmm	≥ 950 k/cmm
White Blood Cell Count	≤ 2.0 k/cmm	≥ 25 k/cmm
White Blood Cell Count , 0-3 day	≤ 2.0 k/cmm	≥ 34 k/cmm
White Blood Cell Count , 3-14 day	≤ 2.0 k/cmm	≥ 25 k/cmm
CSF White Blood Cell Count	None	> 10 cells/uL
BT	None	> 5
Non – Therapeutic INR	None	≥ 1.8
Therapeutic INR	None	≥ 4.9
Non – Therapeutic APTT	≤ 18 Seconds	> 50 Seconds
Therapeutic APTT	≤ 20 Seconds	> 100 Seconds
APTT Pediatric, 0-6 months	≤ 18 Seconds	≥ 61 Seconds
Newborn Positive Direct Coombs	Test (DAT)	
Microbiology Critical Valuesمقادير بحرانی میکروب		
Test	Critical Value Notification	
Blood Culture	Positive Smear Or Culture	
Cerebrospinal Fluid(CSF) Exam	Positive Smear Or Culture	
Herpes Culture	Positive Culture From Female Genital Specimen	
Genital Culture	Positive Culture For Neisseria Gonorrhoeae And GroupB Strep From Inpatient /OB Genital , Placenta	
Hepatitis Surface Antigen	Positive Poostpartum Within 24 hrs	
Positive Tissue Cultures (Liver,Biopsy,ets.)		
Beta – Hemolytic Streptococci,Group A From Sterile Sites		

Unusually Resistant Organisms Including: *Vancomycin Resistant Entrococci (VRE) *Methicilin Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) *Multiply Resistant Gram Negative Or Any Other Highly Resistant Organism Or Organism With Unusual Susceptibility Pattern.On Blood/Sterile Fluids/Wound/ANO*/Screening Swabs,BAL,Tracheal Aspirates *Extended Spectrum Beta Lactamases (ESBLs) *Glycopeptide Intermediate StaphylococcusAureus (GISA) Borderline Oxacilin Resistant StaphylococcusAureus (BORSA)	
All Notifiable Disease Isolates	
Stool Pathogens Including SalmonellaShigella,Yersinia,Campylobacter spp.,Clostridium Difficile,E-Coli ٠١٥٧:H٧,Vibrio spp.,Rotavirus	
All Positive And/Or Stat Malaria Tests	
Parasites: Cyclospora spp.,Giardia,Entamoeba Histolytica,Cryptosporidium spp.Acanthamoeba,Parasitic Ova,Worm,,Proglottid,And Larvae	
Urine Analysis Critical Values مقادير بحرانی آنالیز ادرار	
Spermatozoa	Female Less Than ١٦ Years
Any RBC Casts	
Any WBC Casts	
Myoglobin	Positive
Porphobilinogen	Positive
Pediatric <٢ Years : Positive For Reducing Substance	
Children <٧ Years : Positive For Glucose	

۵-مسندات مرتبط:(منابع ،امکانات وکارکنان مرتبط)

۶-منابع: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل انجام آزمایش سازگاری از جمله Antibody screening و کراس مچ (Cross Match) خون و فراورده های خونی دامنه کاربرد: آزمایشگاه	 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: ۱		

۱-هدف: -انجام آزمایش سازگاری خون جهت بیماران -انجام آزمایش کنترل ارزیابی خارجی

۲-تعاریف: آزمایش سازگاری خون از کارهای بسیار مهم و حیاتی بوده که نیاز به تسلط و دقت فراوان داشته که لزوم بکارگیری پرسنل ماهر و دوره دیده را طلب میکند. این آزمایش از چند مرحله تشکیل شده که تمامی مراحل آن باید در زمان و محیط مناسب انجام شود تا یک تزریق خون بدون عوارض را شاهد باشیم.

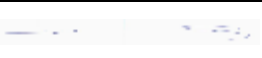
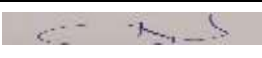
۳-مهارت مسئول: مسئول بانک خون یا پرسنلی که توسط وی آموزش دیده است کار انجام این آزمایش را بعهده دارند.

۱- شرح اقدامات:

- ✓ دریافت برگه درخواست همراه خون بیمار با مشخصات کامل (م.پذیرش)
- ✓ انجام آزمایش گروه خون لوله ای توسط مسئول بانک خون
- ✓ -انتخاب کیسه خون مناسب با تاریخ انقضا مشخص و انجام گروه خون جهت کیسه خون (م.بانک خون)
- ✓ -شستشوی خون کیسه با سرم فیزیولوژی سه بار و تهیه سوسپانسیون ۳-۵ درصد (م.بانک خون)
- ✓ -سانتریفیوژ خون بیمار جهت جدا شدن گلبولها از پلاسما یا سرم (م.بانک خون)
- ✓ -انتخاب سه لوله به ترتیب یکی RT و ۳۷ درجه و کومبس (م.بانک خون)
- ✓ -در هر لوله ۱۰۰ الی ۲۰۰ سوسپانسیون و ۲۰۰ الی ۳۰۰ پلاسما خون اضافه کرده و لوله های ۲ و ۳ را به ۳۷ درجه انتقال داده شود. (م.ب)
- ✓ لوله اول را بعد از ۱۵ الی ۳۰ دقیقه سانتریفیوژ کرده و از نظر آگلوتیناسیون و همولیز بررسی شود (م.ب)
- ✓ -لوله دوم را که حاوی آلبومین میباشد را بعد از ۱۵ الی ۳۰ دقیقه سانتریفیوژ کرده و بررسی شود (م.ب)
- ✓ لوله سوم را بعد از ۲۰ الی ۳۰ دقیقه شستشو داده (۳ بار) آنتی هیومن اضافه و سانتریفیوژ کرده و بررسی شود (م.ب)
- ✓ -وارد کردن مشخصات کیسه خون و مریض در فرم مخصوص بانک خون و چک کردن آنها توسط نفر دوم (م.بانک خون و م.هماتولوژی)
- ✓ -تحويل خون و برگه های همویژولانس به بخش مربوطه (م.ب)
- ✓ آنتی بادی اسکرینینگ: (در این آزمایش از معرف هایی که مطابق با استاندارد سازمان انتقال خون ایران می باشد خریداری می شود که برای تجسس آنتی بادی های نامنظم استفاده می شود.
- ✓ روش آزمایش مشابه آزمایش کراس مچ می باشد ولی به جای گلبول قرمز فرد دهنده از معرف های مطابق با استاندارد سازمان انتقال خون ایران استفاده می شود.
- ✓ تهیه گلبول قرمز مثبت (Ocell با مخلوط کردن چند کورد کیسه O مثبت.
- ✓ سرم شخص مورد نظر را با Ocell بدست آمده مجاور کرده و نیم ساعت در ۳۷ درجه انکوبه شود بعد از سه بار شستشو دو قطره سرم آنتی هیومن اضافه و در دور ۱۵۰۰ به مدت یک دقیقه سانتریفیوژ و نتیجه را بررسی شود

۵-مستندات مرتبط: (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶-منابع: دستورالعمل های سازمان آنتی سرمهای گروه خون و آنتی هیومن و آلبومین .. و دستورالعملهای استاندارد انجام کراس مچ

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای و آزمایش (RH(D) به روش لوله ای دامنه کاربرد: کلیه بخشهای بیمارستان و خون کنترل ارزیابی خارجی	 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: ۱		

۱- **هدف:** انجام آزمایش گروه خون بیماران و مراجعین طبق درخواست- انجام گروه خون ارزیابی خارج

۲- **تعاریف:** آزمایش تعیین گروه خون که به تعداد زیاد جهت کلیه بیماران تحت عمل یا بستری برای رزرو یا تزریق خون انجام میشود جزو آزمایشهایست که در ظاهر بسیار ساده و راحت مینماید ولی با وجود بعضی گروههای نادر یا امکان بروز خطا در انجام آزمایش به صورت اسلایدی طبق دستورالعملهای سازمان انتقال خون تمامی بخشهای بانک خون بیمارستانی یا مراکزی که گروه خون انجام میدهند باید از یک روش ثابت و استاندارد برای این کار استفاده کنند

۳- **مهارت مسئول:** مهارت انجام آزمایش لوله ای گروه خون در بخشهای پر درخواست از جمله مهارتهای مهم برای پرسنل شاغل در این بخش میباشد.

۴- **شرح اقدامات:**

-انجام آزمایش گروه خون به دو صورت سل تایپ و یک تایپ. در روش سل تایپ پس از شستشوی خون و تهیه سوسپانسیون دولوله انتخاب کرده به هر لوله یک قطره سوسپانسیون مریض ریخته یک قطره انتی کر A و یا B اضافه می کنیم پس از سانتریوفیوژ مشاهده اگلوتیناسیون را بررسی می کنیم در روش یک تایپ سرم مورد نظر را با سوسپانسیون گلبولهای مشخص A یا B مجاور کرده سانتریوفیوژ و بررسی اگلوتینه را انجام می دهیم. برای انجام آزمایش RH از سوسپانسیون گلبول مربوطه یک قطره وارد لوله و یک قطره انتی RH ریخته و مشاهده اگلوتیناسیون و همزمان یک قطره آلبومین ۶ درصد جهت کنترل منفی .

۵- **مسندات مرتبط:** (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط)

۶- **منابع:** دستورالعمل های استاندارد

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبولهای قرمز حساس دامنه کاربرد: کلیه بخشهای آزمایشگاه	 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		

۱- **هدف:** انجام آزمایشهای آگلوتیناسیون استاندارد

۲- **تعاریف:** نسبت سرم به گلبول میتواند به شدت روی حساسیت آزمایش و قدرت آگلوتیناسیون تاثیر بگذارد سوسپانسیون ۳ درصد معرفی است که در روشهای سرولوژیک مصرف دارد. تهیه سوسپانسیون نهائی به صورت دقیق الزامی نیست بلکه سوسپانسیون نزدیک به ۳ درصد میتواند نسبت لازم سرم به گلبول را در بیشتر روشها فراهم آورده و تعداد کافی و مناسب از گلبول قرمز خون را برای خواندن و درجه بندی واکنش در دسترس قرار دهد.

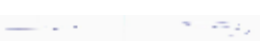
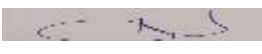
۳- **مهارت مسئول:** مسئول بانک خون با سابقه کار و پرسنل بخش سرولوژی

۴- **شرح اقدامات:**

- حداقل یک میلی از خون را به یک لوله ده میلی انتقال میدهیم. (مسئول بانک خون)
- به خون تا ۳ سی سی نرمال سالین اضافه کرده سانتریفوژ کرده و سه مرتبه تکرار میکنیم در مرتبه آخر کل محلول بالائی را دور میریزیم. (م.ب)
- ۰/۳ سی سی از گلبول مزبور را با ۹,۷ نرمال سالین مخلوط میکنیم. درب لوله را با پارافیلیم مسدود میکنیم. (م.ب)

۵- **مسندات مرتبط:** (منابع، امکانات و کارکنان مرتبط) کارکنان آزمایشگاه

۶- **منابع:** دستورالعمل سازمان انتقال خون تجهیزات آزمایشگاه

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی زنجان	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه شناسایی بیمار قبل از نمونه گیری	 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	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپایی و ارزیابی خارجی	
	صفحه: ۱		

۱-هدف: شناسایی صحیح بیمار – پیشگیری از وقوع خطا – حفظ ایمنی بیمار

۲-تعاریف: شناسایی بیمار از اصول مهم ۹ گام ایمنی بیمار است.

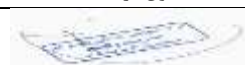
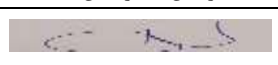
۳-مهارت مسئول: آگاهی و آموزش کلیه پرسنل درمانی که با بیمار در ارتباط هستند.

۴-شرح اقدامات:

- شناسایی دقیق بیمار در تمام مراحل تزریق خون لازم و ضروری است.
- همه بیماران بستری دریافت کننده خون باید دارای دستبند شناسایی بیمار باشند. مشخصات اصلی بیمار عبارتند از: نام خانوادگی، نام، تاریخ تولد، کد پذیرش مخصوص هر بیمار و شماره پرونده.
- در بیماران مبتلا به تالاسمی که بستری نبوده و فقط به منظور دریافت خون به مراکز مربوط مراجعه می کنند، پیشنهاد می شود دستبند شناسایی در مرحله نمونه گیری قبل از تزریق خون استفاده شده و تا انتهای تزریق همراه بیمار باشد. این عمل باید در هر بار مراجعه بیمار انجام شده و دستبند شناسایی جدید برای بیمار استفاده شود.
- در صورتی که بیمار قادر به برقراری ارتباط است از او خواسته شود که خود را معرفی کند (نام شما چیست؟)
- کودکان دارای سنین پایین که قادر به برقراری ارتباط نیستند در معرض خطر زیادی برای بروز اشتباه هستند. شناسایی دقیق کودک و فرآورده های خونی تجویز شده برای او در تمامی مراحل تزریق خون ضروری است.
- در صورت وجود موانع برای برقراری ارتباط (کودکان و بیماران نیمه هوشیار و بیهوش) شناسایی دقیق بیمار باید از طریق والدین یا سرپرست و همراه قانونی او صورت بگیرد. اطلاعات ارایه شده توسط قیم باید با اطلاعات درج شده بر روی دستبند شناسایی مطابقت داشته باشد.
- کودکان باید حداقل دارای یک دستبند و در صورت امکان دو دستبند حاوی اطلاعات اصلی باشند و قبل از تزریق خون، والدین و همراه آن ها به طور دقیق مورد شناسایی قرار گیرد (۱ و ۲).

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: برگه های درخواست و تزریق خون-کلیه پرسنل واحدهای درمانی

۶-منابع: راهنمای ملی تزریق خون-اسلاید های آموزشی انتقال خون

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	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	دستورالعمل	
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵	نحوه نمونه گیری خون	
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپائی و ارزیابی خارجی	

۱-هدف: شناسایی صحیح بیمار - نحوه صحیح نمونه گیری - حفظ ایمنی بیمار

۲-تعاریف:-

۳-مهارت مسئول: آگاهی و آموزش کلیه پرسنل درمانی که با بیمار در ارتباط هستند.

۴-شرح اقدامات

- تمامی بیماران که تحت نمونه گیری قرار می گیرند باید بر اساس توصیه های ذکر شده به طور دقیق مورد شناسایی قرار گیرند.

- خون گیری از بیمار و انتقال نمونه به لوله آزمایش و چسباندن برچسب حاوی اطلاعات به لوله باید به صورت مستمر و بی وقفه و توسط یک پرستار یا پرسنل آزمایشگاه در بالین بیمار و حضور او انجام گیرد.

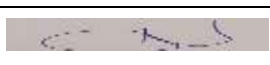
- بلافاصله بعد از نمونه گیری لوله آزمایش باید در بالین بیمار به دقت برچسب زده شود. برچسب روی لوله باید حاوی اطلاعاتی چون: نام، نام خانوادگی، تاریخ تولد، کد مخصوص پذیرش بیمار یا شماره پرونده، تاریخ و زمان نمونه گیری و امضای فرد گیرنده نمونه باشد.

- اطلاعات روی لوله آزمایش باید با مشخصات اصلی بیمار، فرم درخواست و دستبند بیمار مطابقت داشته باشد.

- فرم درخواست باید توسط فرد نمونه گیر با ذکر مشخصات کامل او امضاء شود (۱-۵)

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: برگه های درخواست و تزریق خون-کلیه پرسنل واحدهای درمانی

۶-منابع: راهنمای ملی تزریق خون-اسلاید های آموزشی انتقال خون

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۰۵	عنوان سند دستورالعمل آماده سازی بیمار و تزریق خون	 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: ۱	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپائی و ارزیابی خارجی	

۱-هدف: حفظ ایمنی بیمار – پیشگیری از وقوع خطا

۲-تعاریف:-

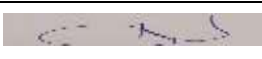
۳-مهارت مسئول: آگاهی و آموزش پرسنل برای فرایند تزریق ایمن خون

۴-شرح اقدامات

- پرستاران موظف هستند که بیمار و در مورد کودکان والدین را نسبت به دلایل تزریق خون، خطرات و فواید آن آگاه سازند و رضایت آگاهانه معتبر را به صورت کلامی و مکتوب از آن ها دریافت کرده در پرونده پزشکی بیمار ضمیمه نمایند.
- قبل از شروع تزریق خون باید به بیماران درباره علایم و نشانه های ناخواسته ناشی از تزریق خون مانند لرز، راش، گرگرفتگی، تهوع، درد در محل تزریق یا شکم، قفسه سینه و عضلات، احساس ناخوشی عمومی، تنگی نفس و ادرار تیره و اهمیت گزارش سریع آن ها آموزش داده شود.
- کنترل نهایی هویت بیمار باید حتماً در بالین بیمار (نه در ایستگاه پرستاری و دور از بیمار) و توسط یک فرد حرفه ای و دارای صلاحیت که اجراکننده تزریق خون است، انجام گیرد.
- هویت بیمار باید به صورت شفاهی مورد تأیید قرار گیرد و از بیمار خواسته شود که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نماید. در کودکان دارای سنین پایین که قادر به برقراری ارتباط نیستند اطلاعات لازم باید از والدین و سرپرست آن ها کسب شود.
- مشخصات اصلی بیمار باید با اطلاعات روی دستبند شناسایی، برگه همراه کیسه خون، پرونده پزشکی بیمار و دستور پزشک یکسان باشد.
- اطلاعات مربوط به گروه خونی (ABO) و Rh باید با برچسب روی کیسه خون و برگه کراس منچ یکسان باشد. در صورت وجود اختلاف در هر کدام از موارد ذکر شده خون نباید تزریق شود. واحد آزمایشگاه سریعاً مطلع شود و خون به همراه فرم مطابقت به آزمایشگاه برگردانده شود.
- کیفیت و هویت کیسه خون و دستور پزشک باید مورد تأیید پرستار مسئول تزریق خون قرار گیرد.
- کیسه خون باید از نظر تاریخ، نشئ، رنگ غیر عادی و همولیز بررسی شده و در صورت وجود نقص در آن حتماً به آزمایشگاه اطلاع داده شود و از تزریق آن خودداری شود (۱-۳).

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: برگه های درخواست و تزریق خون-کلیه پرسنل واحدهای درمانی

۶-منابع: راهنمای ملی تزریق خون-اسلاید های آموزشی انتقال خون

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تأیید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه تزریق خون و فراورده ها	 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: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپائی و ارزیابی خارجی	

۱-هدف: حفظ ایمنی بیمار – پیشگیری از وقوع خطا

۲-تعاریف:-

۳-مهارت مسئول: آگاهی و آموزش پرسنل برای فرایند تزریق ایمن خون

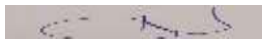
۴-شرح اقدامات:

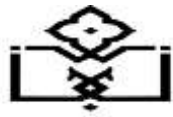
- پرستاران موظف هستند که بیمار و در مورد کودکان والدین را نسبت به دلایل تزریق خون، خطرات و فواید آن آگاه سازند و رضایت آگاهانه معتبر را به صورت کلامی و مکتوب از آن ها دریافت کرده در پرونده پزشکی بیمار ضمیمه نمایند.
- قبل از شروع تزریق خون باید به بیماران درباره علایم و نشانه های ناخواسته ناشی از تزریق خون مانند لرز، راش، گرگرفتگی، تهوع، درد در محل تزریق یا شکم، قفسه سینه و عضلات، احساس ناخوشی عمومی، تنگی نفس و ادرار تیره و اهمیت گزارش سریع آن ها آموزش داده شود.
- کنترل نهایی هویت بیمار باید حتماً در بالین بیمار (نه در ایستگاه پرستاری و دور از بیمار) و توسط یک فرد حرفه ای و دارای صلاحیت که اجراکننده تزریق خون است، انجام گیرد.
- هویت بیمار باید به صورت شفاهی مورد تأیید قرار گیرد و از بیمار خواسته شود که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نماید. در کودکان دارای سنین پایین که قادر به برقراری ارتباط نیستند اطلاعات لازم باید از والدین و سرپرست آن ها کسب شود.
- مشخصات اصلی بیمار باید با اطلاعات روی دستبند شناسایی، برگه همراه کیسه خون، پرونده پزشکی بیمار و دستور پزشک یکسان باشد.
- اطلاعات مربوط به گروه خونی (ABO) و Rh باید با برچسب روی کیسه خون و برگه کراس مچ یکسان باشد. در صورت وجود اختلاف در هر کدام از موارد ذکر شده خون نباید تزریق شود. واحد آزمایشگاه سریعاً مطلع شود و خون به همراه فرم مطابقت به آزمایشگاه برگردانده شود.
- کیفیت و هویت کیسه خون و دستور پزشک باید مورد تأیید پرستار مسئول تزریق خون قرار گیرد.
- کیسه خون باید از نظر تاریخ، نشت، رنگ غیر عادی و همولیز بررسی شده و در صورت وجود نقص در آن حتماً به آزمایشگاه اطلاع داده شود و از تزریق آن خودداری شود (۱-۳).

- تزریق گلبول قرمز در شرایط غیر اورژانسی باید در عرض ۴ ساعت از زمان خارج کردن خون از یخچال مخصوص به پایان برسد و این زمان نباید افزایش یابد.
- در بیمارانی که قادر به تحمل افزایش حجم خون نیستند مانند بیماران قلبی، تزریق خون باید با سرعت کمتر و تحت کنترل مداوم بیمار از نظر همودینامیک انجام شود. ممکن است در برخی از بیماران استفاده از یک داروی دیورتیک مانند furosemide 20 - 40mg به صورت خوراکی لازم باشد.
- خون در کودکان باید با سرعت 5 ml/kg/hour (150 ml/hr) تزریق شود.
- دوز گلبول های قرمز برای بالغین 4ml/kg است که به طور معمول غلظت هموگلوبین را حدود 1g/dl افزایش می دهد.
- مایعات داخل وریدی نباید به طور همزمان با فرآورده های خونی داده شوند مگر اینکه اطلاعات کافی به منظور اطمینان از سازگاری وجود داشته باشد.
- تزریق خون می تواند از طریق یک راه وریدی متصل به یک کاتتر مرکزی که دارای چند مجرا است، صورت پذیرد. سایر مجراها می توانند به طور همزمان برای تزریق داروها و مایعات مورد استفاده قرار گیرند. در صورت عدم وجود کاتتر مرکزی دارای چند مجرا می توان از یک رگ دوم برای تزریق مایعات ضروری استفاده نمود.
- تزریق دو نوع مختلف از فرآورده های خونی به طور همزمان از طریق رگ جداگانه توصیه نمی شود. زیرا در صورت بروز واکنش نامطلوب تعیین نمودن عامل به وجود آورنده واکنش ها دشوار است.
- تنها مایع داخل وریدی سازگار با ترکیبات خون سدیم کلراید ۰/۹٪ (نرمال سالین) است.
- گلبول های قرمز با پلاسمای یکسان از نظر ABO و آلبومین ۴٪ سازگار است.
- دکستروز ۵٪ و مایعات هایپوتونیک باعث همولیز گلبول های قرمز می شوند. محلول های حاوی کلسیم مانند رینگر لاکتات و کلوتیدهای دارای کلسیم مانند هماکسل (Haemaccel) سبب ایجاد لخته در فرآورده های خونی می شوند.
- هیچ دارویی نباید قبل و در حین تزریق خون به کیسه خون، ست تزریق و رگ اضافه شود.
- دسفروکسامین نباید به خون اضافه شود و یا از طریق رگ مربوط به تزریق خون داده شود.
- در صورتی که لازم است دارویی از همان رگ تزریق خون اجرا شود باید تزریق خون متوقف گردیده و رگ با نرمال سالین شستشو داده شود. سپس داروی بیمار اجرا شده و قبل از شروع مجدد تزریق خون رگ مجدداً با نرمال سالین شستشو داده شود. این اقدامات نباید منجر به افزایش زمان تزریق به بیش از ۴ ساعت گردند.
- تحت هیچ شرایطی نباید داروها به طور مستقیم به کیسه خون اضافه شوند (Level II b evidence, grade B recommendation) (۱، ۲، ۹)
- هیچ گونه دارو و محلول تزریقی نباید به فرآورده های خونی اضافه شود زیرا ممکن است منجر به همولیز یا لخته شدن خون شود.
- موارد استفاده از دستگاه گرم کننده خون باید کاملاً مشخص باشد. مواردی که استفاده از دستگاه گرم کننده خون الزامی است عبارتند از: تزریقات حجیم یا سرعت بیشتر از 50 ml/kg/hour در بالغین و 15 ml/kg/hour در کودکان، تعویض خون در نوزادان، بیماران دارای تزریق حجیم خون، خونریزی های شدید و بحرانی.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: برگه های درخواست و تزریق خون-کلیه پرسنل واحدهای درمانی

۶-منابع: راهنمای ملی تزریق خون-اسلاید های آموزشی انتقال خون

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه بررسی کیسه خون و فراورده های دریافتی دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپائی و ارزیابی خارجی	 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		

۱-

هدف: حفظ ایمنی بیمار (تزریق ایمن خون)

۲- تعریف: -

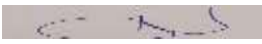
۳- مهارت مسئول: آگاهی پرسنل از روند کنترل کیسه های خون و فراورده های خونی

۴- شرح اقدامات

اگر کیسه خون یا فراورده دارای هر یک از شرایط زیر باشد باید به بانک خون عودت داده شود.	
-	هر گونه نشت از کیسه
-	رنگ غیر طبیعی (بنفش - ارغوانی ...)
-	همولیز
-	وجود لخته
-	گذشتن از تاریخ انقضاء فراورده
-	وجود کدورت
-	وجود گاز در کیسه (کیسه باد کرده)
-	برچسب ناسالم
در صورت وجود هر کدام از موارد بالا پرستار باید از تحویل گرفتن خون و فراورده خودداری کند و با تکمیل قسمت مربوطه در فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار کیسه را عودت دهد.	

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: برگه های درخواست و تزریق خون - کلیه پرسنل واحدهای درمانی

۶- منابع: راهنمای ملی تزریق خون - اسلاید های آموزشی انتقال خون

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN –INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل نحوه صحیح حمل و نقل خون	 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	دامنه کاربرد: کلیه نمونه های ارسالی از بخشها یا سرپائی و ارزیابی خارجی	
	صفحه: ۱		

۱-هدف: حفظ ایمنی بیمار (تزریق ایمن خون)

۲-تعاریف:-

۳-مهارت مسئول: حفظ زنجیره انتقال ایمن خون و فرآورده های خونی

۴-شرح اقدامات:

- مشخصات اصلی بیمار، تاریخ و زمان خارج ساختن خون از یخچال و هویت فرد تحویل گیرنده آن باید ثبت شود.
- در زمان تحویل گرفتن خون از آزمایشگاه و یخچال خون، یک پرسنل آموزش دیده و شایسته باید اسناد را که حاوی شناسه های اصلی بیمار است دریافت نموده و اطلاعات آن را با پرچسب روی فرآورده خون کنترل نماید.
- به منظور بررسی زنجیره سرد در زمان رسیدن خون به بخش هویت فردی که خون را دریافت کرده و تاریخ و زمان رسیدن خون به بخش مربوطه باید ثبت شود.
- خون و فرآورده های خونی باید در یک درجه حرارت خاص ذخیره و سپس منتقل شوند. درجه حرارت مناسب در جدول زیر ارائه شده است:

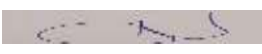
جدول شماره ۱: درجه حرارت مناسب برای ذخیره سازی و انتقال فرآورده های خونی

نوع فرآورده خونی	درجه حرارت ذخیره سازی	درجه حرارت انتقال
گلبول قرمز	۳-۶ درجه سانتی گراد	۲-۱۰ درجه سانتی گراد
پلاکت	۲۰-۲۴ درجه سانتی گراد (همراه با حرکت مداوم و آرام)	۲۰-۲۴ درجه سانتی گراد
پلاسماهای تازه منجمد	۲۵- درجه سانتی گراد و کمتر	۲۵- درجه سانتی گراد و کمتر
کرایوپرسیپیته	۲۵- درجه سانتی گراد و کمتر	۲۵- درجه سانتی گراد و کمتر

- خون نباید قبل از تزریق به بیمار بیش از نیم ساعت در خارج از یخچال نگهداشته شود.
- درجه حرارت ظرف حمل و نقل خون باید کنترل شده باشد و زمان حمل و نقل خون به بخش مربوطه معتبر سازی شود.
- رعایت زنجیره سرد برای تمامی فرآورده های خونی الزامی است.
- در صورت بروز هرگونه تاخیر در استفاده از فرآورده های خون، برگرداندن آن ها به یخچال ذخیره سازی با درجه حرارت کنترل شده در مرکز انتقال خون الزامی است. زمان برگشت خون باید قید شود.
- در صورتی که واحدهای گلبول قرمز کمتر از ۳۰ دقیقه در خارج از یخچال ذخیره کنترل شده قرار داشتند و تزریق نشدند، می توان آن ها را به بانک خون برگرداند و بعداً مورد استفاده قرار داد.
- بخش باید آزمایشگاه را از شرایط برگرداندن خون آگاه سازد. هویت فرد بازگرداننده خون و تاریخ و زمان قرار دادن ترکیبات در یخچال باید ثبت شود.
- در صورتی که خون بیش از ۳۰ دقیقه خارج از یخچال ذخیره دارای درجه حرارت کنترل شده باشد نباید برای تزریق مجدد به یخچال ذخیره برگردانده شود (۳-۱ و ۸-۶).

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: برگه های درخواست و تزریق خون-کلیه پرسنل واحدهای درمانی

۶-منابع: راهنمای ملی تزریق خون-اسلاید های آموزشی انتقال خون

تهیه کنندگان: مریم رفیع	تایید کننده: یوسف حکیمیان	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول آزمایشگاه	سمت: مترون بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

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

۱-هدف: شناخت مقادیر و موارد بحرانی و غیرطبیعی و اطلاع رسانی موارد.

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

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

۳-مسئولیت ها و اختیارات: (۱) دانستن مقادیر نرمال و بحرانی آزمایشات (۲) گرفتن سابقه مراجعات قبلی بیمار (۳) دریافت شرح حال بیمار از مسئول پیگیری

(۴) اعلام نتایج بحرانی سونوگرافی – ام آر آی – سی تی و گرافی و اکوکاردیوگرافی توسط متخصص مربوطه

۴-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

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 بایشان تماس گرفته شود.

۵-منابع/مستندات: کتاب راهنمای اعتباربخشی ۹۸

تهیه کنندگان: ولی اله محمدبیگی	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول درمانگاه	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل مقابله با سوانح بر اساس شرایط واقعی کار	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان بیمارستان الغدير ايهـر
	تاریخ ابلاغ فرم: ۱۴۰۵/۰۱/۱۵		
	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۰۵		
	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱		
	صفحه: ۱	دامنه کاربرد: بخشهای بستری	

۱-هدف: کاهش بروز اثرات احتمالی تا جائیکه امکان دارد و جلوگیری از بروز اثرات قطعی پرتوهای یونساز

۲-تعاریف: پرتو ها : شکلی از انرژی هستند که در خلاء یا ماده منتشر می شوند .

پرتوهای یونساز : دسته ای از پرتو ها هستند که قابلیت یونسازی (تبدیل اتم به یون) دارند . پرتوهای X ، گاما ، آلفا ، بتا و از پرتوهای یونساز می باشند . این پرتوها در صورت برخورد با بافت زنده می توانند تغییراتی در مولکولهای DNA بدن ایجاد نموده و حتی می توانند منجر بیماریهایی چون سرطان ، آب مروارید و مرگ گردند . پرتوهای غیر یونساز : این پرتوهای دارای انرژی کافی برای یونیزاسیون نمی باشند و شامل پرتوهای ماوراء بنفش ، نور مرئی ، اشعه مادون قرمز ، امواج ماکروویو و امواج رادیویی می گردند .

اثرات احتمالی: به اثراتی گفته می شود که به میزان دز پرتو بستگی ندارد و تنها احتمال وقوع آن وجود دارد که این اثرات می توان به سرطانها اشاره نمود.

اثرات قطعی: عوارضی هستند که اگر بدن بیش از یک دز معین از اشعه را دریافت کند حتما آن عوارض ظاهر خواهند شد . مانند اثرات خونی ، قرمز شدن پوست و.....

پرتوگیری بالقوه: پرتوگیری که در شرایط عادی انتظار آن نمی رود ولی ممکن است در اثر وقوع سانحه در منبع و یا پیامد وقایع محتمل نظیر نقص فنی تجهیزات یا اشتباه انسانی رخ دهد.

پرتوگیری پزشکی: پرتو گیری بیمار بواسطه تشخیص یا درمان در پزشکی و دندانپزشکی و همچنین پرتوگیری افرادی که داوطلب مراقبت یا پرستاری از بیمار هستند (به استثنای کارکنان) و یا پرتوگیری افرادی که داوطلب شرکت در برنامه تحقیقاتی پزشکی می باشد.

پرتوگیری شغلی: مربوط به پرتوگیری کارکنان می باشد.

پرتوگیری طبیعی: پرتوگیری ناشی از منابع طبیعی می باشد.

پرتوگیری عادی: پرتوگیری قابل انتظار در شرایط عادی کار یا منابع یا تأسیسات ، با در نظر گرفتن پرتو گیریهای ناشی از سوانح جزئی قابل کنترل.

پرتوگیری مردم: پرتوگیری افراد جامعه ناشی از فعالیت پرتوی و منابع مجاز . پرتوگیری مردم شامل پرتوگیری شغلی ، پزشکی و یا زمینه طبیعی محیط نمی باشد.

۳-مهارت مسئول: پرسنل تصویر برداری باید آشنایی کامل به اصول محافظت در برابر اشعه داشته باشند

۴-شرح اقدامات:

۱-تابلوهای راهنما و علائم هشدار دهنده استاندارد مرتبط با حفاظت در برابر اشعه وجود دارد.

۲-اتاق عکسبرداری به طرز مناسب حفاظ گذاری گردیده تا از نشر هر گونه اشعه به بیرون جلوگیری گردد.

۳-مسول فیزیک بهداشت مرکز بهداشت استان هر ۶ ماه جهت انجام دزیمتری بخش رادیولوژی مراجعه و نتیجه گزارش مربوطه را به بیمارستان ارسال می نماید.

۴- وسایل حفاظت فردی مورد نیاز توسط مسول بخش تهیه و در اختیار کارکنان بخش رادیولوژی قرار گرفته است.

۵- مسول فنی و مسول بخش آموزش لازم را در مورد حفاظت در برابر اشعه به کارکنان ارائه می دهند.

۶- جهت حفاظت فردی پرسنل مسول بخش در هنگام ورود پرسنل جدید یک دوزیمتر فردی (فیلم بچ) در اختیار وی قرار می دهد.

۷- نتیجه پرتوگیری هر دو ماه یکبار توسط مسئول بخش برای مراکز کار با اشعه ارسال می گردد.

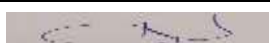
۸- در صورتی که پرتوگیری فرد بیش از حد مجاز باشد علت آن باید توسط مسئول بخش و مسئول فیزیک بهداشت بررسی و نتیجه آن به امور حفاظت در برابر اشعه سازمان انرژی اتمی ایران ارسال گردد تا اقدامات لازم در این زمینه انجام گیرد.

۹- کارکنان بخش رادیولوژی معاینات مربوط به پرونده سلامت را هر شش ماه یکبار با پیگیری مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان انجام و نتایج مربوطه در پرونده افراد ثبت و در صورت نیاز اقدامات مداخله ای توسط مسول بهداشت حرفه ای انجام می پذیرد.

۱۰- آیفون جهت ارتباط پرتوکار بابیمار نصب شود

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: دزیمتری (فیلم بچ)- وسایل محافظت فردی- کارکنان بخش رادیولوژی- پرونده حفاظتی پرتو کاران

۶- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸- دستورالعمل کار با پرتوها مربوط به سازمان انرژی اتمی

تهیه کنندگان: مجید خداپنده لو	تایید کننده: سعید صمدی	تصویب کننده: دکتر مصطفی محمدی
سمت: مسئول رادیولوژی	سمت: مدیر یت بیمارستان	سمت: رئیس بیمارستان
		

	کد سند: MN – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل اطلاع رسانی خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاقی بالینی	 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: بیمارستان	

۱-هدف: تبیین روشهای اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفهای و منش انسانی با محوریت کمیته اخلاق بالینی

*آموزش شیوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران با محوریت کمیته اخلاق بالینی به پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط

*آگاهی پزشکان و پرستاران و سایر افراد واجد شرایط از شیوه اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران

*اطلاع رسانی خبر ناگوار به بیمار یا قیم قانونی وی بر اساس بر روشهای از پیش تعیین شده و اخلاق حرفه ای و منش انسانی

۲-تعاریف: خبر ناگوار: در بالین خبر ناگوار به عنوان هر نوع اطلاعاتی که مرتبط با شرایط سلامت یک فرد باشد و به طور ناسازگار و به شدت دیدگاه بیمار را نسبت به آینده اش به سمت بدتر و منفی شدن تغییر دهد، تعریف شده است.

۳-مهارت مسئول: آشنایی با مهارتهای ارتباطی و توانایی برقراری ارتباط با بیمار/شناخت کامل افراد ارائه دهنده خبر ناگوار/فوت به بیماری و سیر آن/ تشخیص بیماری و علت فوت

۴-شرح اقدامات:

۱- مسئول هر بخش یک اتاق در بخش با شرایط ذکر شده در ذیل جهت برگزاری جلسه گفتن خبر بد آماده نموده و به پزشکان و پرسنل بخش اطلاع رسانی نمایند.

- ✓ صندلی جهت نشستن افراد وجود داشته باشد.
 - ✓ فضای اتاق مذکور دارای حریم مناسبی باشد بنحوی که محرمانگی اطلاعات ذکر شده حفظ شود.
 - ✓ محل قرار گرفتن تلفنی که دیگران باید به آن پاسخ دهند نباشد.
 - ✓ دسترسی به آب و دستمال کاغذی وجود داشته باشد.
 - ✓ امکان مدیریت کردن واکنش های فیزیولوژیک احتمالی همچون faint کردن و... در محیط وجود داشته باشد.
 - ✓ اشیای خطرناک وجود نداشته باشد.
- ۲-پزشک مسئول بیمار که آگاه ترین فرد تیم درمان می باشد مسئولیت گفتن خبر ناگوار/فوت به بیمار و همراه ایشان دارد و در صورت عدم حضور پزشک با توجه به تصویب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان این مسئولیت به سرپرستار، سوپروایزر و پرستار مسئول شیفت تفویض می گردد.
- ۳-فرد مسئول جهت ارائه خبر ناگوار، بیمار یا همراه ایشان را به اتاق مناسب هدایت کرده و با حفظ خونسردی و ضمن احترام به عقاید و ارزش ها در خصوص بیماری و روند آن اطلاعات لازم را ارائه دهند.

- ✓ مناسب بودن لحن و شیوه گفتگو؛ تامل، متانت، گاه سکوت و وقفه در کلام، برای دادن فرصت کافی به شنونده، از ترفندهای موثر و مهم هستند.
- ✓ قبل از هر چیز، باید در نظر داشت که خبر و اطلاعات، بایستی از روی بی طرفی و عادلانه باشد. برای شروع صحبت، هشدار اولیه به بیمار در مورد خبر نامطلوبی که در پی خواهد آمد، ممکن است مانع شوکه شدن او شود و روند اطلاع رسانی را تسهیل کند. به طور مثال می توان با این جملات آغاز به سخن کرد: «متأسفم که خبرهای بدی برایتان دارم...» یا «متأسفم که به شما بگویم...»
- ✓ مطلب بایستی در سطح فهم و دایره لغات مخاطب آغاز شود.

✓ از کاربرد واژه های فنی باید پرهیز کرد و به عنوان مثال به جای متاستاز گفته شود «پخش شدن»، یا به جای بیوپسی گفته شود «نمونه برداری».

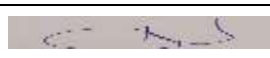
✓ از زنده بودن زیادی لحن و کلام باید پرهیز کرد: «شما یک بیماری خطرناک دارید که اگر درمان نشود خواهید مرد!!» ممکن است بیمار در آن جلسه ی خصوصی تحمل کند، اما یادآوری بعدی، او را عصبانی می کند و گوینده را سرزنش خواهد کرد.

✓ وقتی امید کمی به بهبود هست، باید از جملاتی مانند «کار بیشتری از ما ساخته نیست» یا «این مشکل شماست و...» پرهیز شود.

۴- در صورتی که بیمار ظرفیت تصمیم گیری درباره ی بیماری خود را نداشته باشد، یعنی در شرایط اختلال هوشیاری، حمله حاد سایکوز و نیز در بیماران عقب مانده ذهنی و کودکان زیر سن قانونی، جایگزین قانونی او در جریان امور قرار می گیرد. در ضمن بیماران دارای ظرفیت نیز می توانند در صورتی که خود تمایل داشته باشند حق دانستن خبر ناگوار را به دیگران واگذار نمایند.

۵- مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: S-peter Angelo, Ethical issues in cancer patient care second edition- ۲۰۰۸

۶- منابع: راهنمای اعتبار بخشی سال ۹۸

تهیه کنندگان: سید 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 – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل محدوده وضوابط محتوا و زمان استفاده از پیجر	 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: بیمارستان	

۱-هدف: اطلاع رسانی صحیح و درست، حفظ آرامش محیط بیمارستانی،

۲-تعاریف=پیجر یا بلندگو: وسیله ای برای اطلاع رسانی یا فراخوان

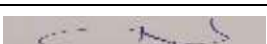
۳-مهارت مسئول: آشنایی با قوانین /مقررات پیج - داشتن صدایی آرام و متین

۴-شرح اقدامات

- ✓ فردی که وظیفه پیج را برعهده دارد باید دارای صدایی آرام و بدون لغزش بوده، از به کار بردن الفاظ والحن نادرست پرهیز نماید.
- ✓ همچنین باید دستورات فراخوانی یا اطلاع رسانی ، را با تایید مدیریت انجام دهد.
- ✓ فرد پیجر باید قبل از پیج، از صحت محتوایی و صوری متون، اطمینان حاصل نماید.
- ✓ فرد پیجر باید خود آگاه به کدهای تعریف شده مرکز و آشنا با پرسنل باشد.
- ✓ برای حفظ آرامش روانی بیماران، مراجعین و پرسنل از ساعت ۲۴، هیچ گونه پیجی انجام ندهد (مگر در مواقع اورژانس و با دستور ریاست محترم، مدیریت و یا سوپروایزر شیفت)

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: پیجر-کارکنان مخابرات بیمارستان-راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: سید 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 – INS BK-۰۵	عنوان سند دستورالعمل حفاظت از اموال بیماران	 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: بخش های بستری، سرپایی	

۱-هدف: حفظ اموال بیماران

۲-تعاریف =

۳-مهارت مسئول: مسئولین بخش ها و پرستاران و سوپروایزرین: حفظ اموال بیمار

۴-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.

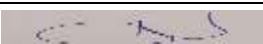
۵.پرسنل در مقابل وسایل بیمار مسئول می باشند .

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.

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: کارکنان بیمارستان-راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

تهیه کنندگان: سید 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 - INS BK-05	عنوان سند دستورالعمل کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی/جراحی دامنه کاربرد: بخش های جراحی اتاق عمل	 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: ۱		

۱-هدف:

پیشگیری از بروز آسیب ها و پیامدهای سنگین ناشی از استرس قبل از عمل در بیماران

۲-تعاریف: اضطراب نوعی تشویش و نگرانی به دنبال وجود نوعی احساس تهدید یا خطر در فرد ایجاد می شود و می تواند در کاهش یا افزایش توانایی درک فرد، موثر باشد.

۳-مهارت مسئول: مسئولین بخش ها و پرستاران و پزشکان: حفظ آرامش و عزت نفس در بیماران کاندید جراحی

❖ با توجه به اینکه بیشترین میزان اضطراب در بیماران کاندید جراحی مربوط به ۱- نگرانی های قبل از عمل جراحی ۲- عوامل تنش زا و مراقبت انجام شده در بخش ۳- عوامل تنش زا در رابطه با کارکنان اتاق عمل ۴- عوامل تنیدگی آور محیط فیزیکی اتاق عمل می باشد، می بایست با به کارگیری روش های متنوع جهت آموزش بیماران و مشخص کردن برنامه مدون آموزشی در جهت رفع عوامل موثر بر اضطراب اقدام گردد.

❖ آموزش قبل از عمل به بیماران و حتی بستگان از راه های مختلف مانند استفاده از نوارهای ویدیویی، ارائه جزوه های آموزشی، ملاقات حضوری قبل از عمل توسط افراد متخصص، در کاهش استرس قبل از عمل موثر می باشد باید متذکر شد که ارائه اطلاعات لازم با پرهیز از کاربرد لغات تخصصی ضروری است

❖ آمادگی روانی خود بیماران نیز با استفاده از روش های آرام سازی، نوارهای شاد، وجود گروه حمایتی، تاثیر دعا و نیایش، موسیقی و آمادگی خوب جسمانی به این امر کمک می کند

❖ مدیران سیستم های بهداشتی با توجه به مسایلی نظیر رعایت طراحی مناسب بیمارستان ها، پرهیز از سر و صدای اضافی، حفظ حریم بیماران، تهویه مناسب، تسهیلات اقامتی جهت خانواده بیماران و ایجاد فضای مناسب ارتباطی، چشم اندازها و تصاویر آرام بخش می توانند در کاهش تجربه استرس و بهبود سریع سهم بسزایی داشته باشند.

❖ استفاده از روانشناس/روانپزشک با صلاحدید پزشک معالج جهت دریافت خدمات مشاوره کاهش اضطراب قبل از عمل جراحی

۴-شرح اقدامات:

✓ تعیین گروه در معرض خطر(کلیه افراد کاندید جراحی که مستعد استرس و اضطراب هستند مثلا افراد مسن، کودکان، زنان و ...)

✓ ادمیت بیمار در بخش و قرار گرفتن در لیست عمل جراحی

✓ درخواست مشاوره کاهش اضطراب قبل از جراحی از طریق سیستم HIS

✓ انجام مشاوره کاهش اضطراب قبل از جراحی توسط روانشناس بالینی در بخش مربوطه(به کارگیری روش های متنوع جهت کاهش استرس بیمار-روش های به کار رفته جهت کاهش استرس بیماران باید با خصوصیات بارز روانی آنها همخوانی داشته و تاثیر عواملی نظیر جنس، سن، نوع عمل، تجربه قبلی عمل و حمایت خانوادگی را نباید از نظر دور داشت).

✓ انتقال ایمن بیمار به اتاق عمل

✓ کارشناس اتاق عمل خود را به بیمار معرفی کرده و ارتباط موثر برقرار میکند

✓ قبل از عمل ملاقات حضوری با پزشک معالج انجام می شود و روند جراحی به زبان ساده توضیح داده می شود

✓ پس از انتقال بیمار به اتاق عمل ، معرفی کلیه کادر جراحی انجام می شود

۵-مستندات مرتبط: منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: کارکنان بیمارستان-راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

۶-منابع: راهنمای اعتبار بخشی ۹۸

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