



کتابچه ایمنی بیمار

تهیه کننده: شیدا کراوند

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

سال 1404

ردیف	عنوان	صفحه
1	ایمنی بیمار چیست؟	3
2	اهداف کلیدی ایمنی بیمار	5
3	شعار ایمنی بیمار	5
4	سطح بندی بیمارستانها به لحاظ میزان تبعیت از استانداردهای ایمنی بیمار	6
5	سقوط	7
6	۹ راه حل ایمنی بیمار Nine Patient Safety Solutions	9
7	فرایند شناسایی فعال بیمار	11
8	تزریق ایمن	19
9	ویروس های منتقله از راه خون	20
10	جراحی ایمن	22
11	معیار ترخیص بیمار از اتاق عمل (آلدرت)	23
12	(Nevar Event) (وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیماران)	24
13	اخذ رضایت آگاهانه از بیماران	28
14	لیست اقدامات تهاجمی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه	31
15	کاهش خطاهای پزشکی و ارتقای ایمنی بیمار	34
16	علل دخیل در وقوع رویداد / حادثه	37
17	بازدید مدیریتی ایمنی بیمار یا واک راند Walk Round	39
18	نحوه اخذ دستورات تلفنی و شفاهی	42
19	نحوه دریافت اطلاعات موارد بحرانی از آزمایشگاه و تصویربرداری	43
20	نحوه نمونه گیری آزمایش به صورت ایمن	44
21	تکنیک SMART	45
22	تکنیک SBAR	54
23	لیست داروهای نیازمند چک مستقل دوگانه شامل دستور پزشک ، دستورات تلفنی / شفاهی ، گزارش پرستاری	55
24	اصول دارودهی	57
25	شاخص کشوری پایش ایمنی بیمار	58
26	بیماران پرخطر	59
27	معیار ریچموند (ارزیابی بیداری / آژیتاسیون / سداسیون)	66
28	معیار گلاسگو در اطفال و کودکان (PGCS)	68
29	معیار گلاسگو در بزرگسالان	71
30	معیار فوراسکور	72
31	تعریف هموویژیلانس Hemovigilance	74
32	دستورالعمل هموویژیلانس	74

78	عوارض هموویژیلانس	33
81	محاسبات دارویی	34
84	مهار فیزیکی	35
86	مهار شیمیایی	36
87	دستورالعمل وزارت بهداشت تلفیق دارویی	37
89	خط مشی مهار فیزیکی	38
91	خط مشی مهار شیمیایی	39
93	فرم ADR	40
95	تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا	41
97	دستورالعمل اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	42
99	دستورالعمل تسکین درد	43



ایمنی بیمار چیست؟

ایمنی بیمار از نظر (WHO)، نرساندن آسیب های احتمالی به بیمار در طول فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد.

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه ، متاثر میسازد. در این میان سهم نارسایی سیستم ها و فرآیندها بیش از نقش افراد است.

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار

1. ع39فونتهای بیمارستانی
2. حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می گردد .
3. عوارض حین و بعد از عمل جراحی
5. زنان و زایمان
6. حوادث ناگوار که به سایر مراقبتهای سلامت مرتبط هستند.

اهداف کلیدی ایمنی بیمار

- (1) شناسایی صحیح بیمار
- (2) بهبود ارتباط موثر
- (3) بهبود ایمنی داروهای خاص
- (4) اطمینان از جوانب درست و مداخلات درست در جراحی بیمار
- (5) کاهش ریسک عفونت
- (6) کاهش ریسک سقوط بیمار

شعار ایمنی بیمار

جلوگیری از آسیب دیدن و آسیب رساندن به بیمار

فرهنگ ایمنی بیمار :

اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان محیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد ، امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی بیمار امری بیهوده است. فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان و جاری باشد.

وقتی میتوان گفت در سازمانی، این فرهنگ جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی ، افراد مورد سرزنش بی مورد و ناعادلانه قرار نگیرند. با توجه به این نکته که در سیستم های خدمات درمانی اکثریت قاطع خطاها زمینه سیستمیک دارند و به میزان ناچیزی مستقیماً به فرد باز میگردند، در این فرهنگ رویکرد به خطاها رویکرد سیستمیک است ، نه

برخورد فردی و تنبیه اشخاص .

تا زمانی که بستر بروز خطا وجود دارد امکان بروز آن نیز هست. نباید فرد را به خاطر سر خوردن روی سطح لغزنده تنبیه

کرد بلکه باید لغزندگی را مرتفع نمود.

در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها

است.

شعار ایمنی بیمار

جلوگیری از آسیب دیدن و آسیب رساندن به بیمار

ابعاد فرهنگ ایمنی :

- (1) تعهد سازمان به آموزش ایمنی و نظارت و پاسخی غیر تنبیهی به گزارشدهی خطا
 - (2) کافی بودن نیروی انسانی ، کافی بودن تجهیزات و منابع زیرساخت مناسب برای گزارشدهی خطا
 - (3) پیروی از قوانین ، دستورالعملها و پروتکلهای کار تیمی
 - (4) ارتباطات و همکاری و ادراک کلی از ایمنی کاهش خطر عفونتهای ناشی از مراقبتهای بهداشتی درمانی
- پیشگیری و کنترل عفونت به عنوان چالشی در بیشتر مراکز بهداشتی درمانی مطرح است. گلوگاه اصلی و مرکز اصلی حذف این عفونت و سایر عفونتها بهداشت صحیح دست می باشد.

سطح بندی بیمارستانها به لحاظ میزان تبعیت از استانداردهای ایمنی بیمار

بیمارستانهای حائز عنوان دوست دار ایمنی بیمار به چهار سطح تقسیم می شوند که سطح 4 بالاترین رتبه قابل دستیابی می باشد.

- سطح یک : تحقق 100 درصد استانداردهای الزامی و هر میزان از استانداردهای اساسی و پیشرفته
- سطح دو: تحقق 100 درصد استانداردهای الزامی و 60 تا 89 درصد از استانداردهای اساسی و هر میزان از استانداردهای پیشرفته
- سطح سه: تحقق 100 درصد استانداردهای الزامی و حداقل 90 درصد از استانداردهای اساسی و هر میزان از استانداردهای پیشرفته
- سطح چهار : تحقق 100 درصد استانداردهای الزامی و حداقل 95 درصد از استانداردهای اساسی و حداقل 80 % از استانداردهای پیشرفته

ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

فرایند ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار یک مکانیسم پیشرفته برای ارزیابی ایمنی بیمار در بیمارستانها می باشد که به

منظور تعیین سطح ایمنی بیمار تدارک دیده شده است و میتواند هم با هدف شروع یک برنامه ایمنی بیمار و هم برای

ارزیابی میزان پیشرفت و برنامههای که در حال اجراست به کار رود. ارزیابی از طریق یک ارزشیابی خارجی انجام میشود. در

حال حاضر تیم ارزیابی اولیه ، گروه مشورتی منطقهای سازمان جهانی بهداشت در ایمنی بیمار می باشد. این گروه

بیمارستانها را با هدف تعیین انطباق یا عدم انطباق با استانداردهای ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت و شاخص های

عملکردی ایمنی بیمار ارزیابی مینماید.

این ارزیابی منافی را برای بیمارستانها در بردارد و تعهد و پاسخگویی بیمارستان را در ارتباط با ایمنی بیمار به جامعه نشان

می دهد.



سقوط :

سقوط بخش مهمی از آسیب های وارده به بیماران بستری شده می باشد. در ارتباط با این مسئله سازمان باید تسهیلات و خدماتی را برای مردم در نظر بگیرد و خطر افتادن بیماران را ارزیابی نماید. همچنین عملیاتی برای کاهش خطر افتادن و صدمات ناشی از آن به کار گیرد. ارزیابی می تواند شامل گرفتن سابقه سقوط (افتادن) بیمار و سابقه مصرف دارو باشد. همچنین بیماران از نظر وضعیت راه رفتن و حفظ تعادل، غربالگری و برای راه رفتن بیمار از کمک یا همراه استفاده گردد. سازمان میبایست فرآیندی برای ارزیابی اولیه خطر سقوط بیماران اجرا نماید. این ارزیابی در حال حاضر در بیمارستان صورت میگیرد.

برخی از راهکارهای موثر پیشگیری از سقوط بیماران

۷ استفاده از دستبند شناسایی برای بیمار و الصاق برچسب زرد رنگ بیماران در معرض خطر و تیک زدن مورد ریسک سقوط (FA) روی برچسب جهت شناسایی بیماران در معرض خطر (با استفاده از معیار موریس) و محاسبه ریسک سقوط جهت انجام مداخلات درمانی به منظور پیشگیری از سقوط بیمار در معرض خطر سقوط.

۷ باید در زمان معارفه بیمار با بیمارستان، فضای فیزیکی بخش و موقعیت مکانی فضاهای مورد نیاز بیمار به ویژه حمام و سرویس بهداشتی معرفی گردند.

- ۷ در دسترس گذاشتن عینک یا سمعک بیمار
- ترغیب کردن بیمار جهت منظم کردن برنامه سرویس بهداشتی
- ۷ کاهش حجم مایعات دریافتی پس از شام) منطبق با رژیم درمانی بیمار)
- ۷ تشویق بیمار جهت استفاده از دستگیره و محافظ قبل از ایستادن و راه رفتن
- ۷ تشویق بیمار که قبل از راه رفتن اگر احساس گیجی می کند، کمی بنشیند
- ۷ استفاده از Bed Side ، ارتفاع پایین تخت
- ۷ توجه سایر همکاران غیر درمانی مانند گروه خدمات و کمک پرستار جهت تاکید بر بالا بردن نرده تخت
- ۷ در دسترس قرار دادن زنگ هشدار پرستار جهت بیمار در هر زمان
- ۷ زنگ احضار پرستار کلیه تخت ها روزانه از نظر کارکرد مطلوب کنترل شوند.
- ۷ دستگیره داخل حمام و دستشویی و زنگ احضار کنترل شوند.
- ۷ قرار دادن بیماران با ریسک بالا نزدیک ایستگاه پرستاری
- ۷ قرار دادن حداقل یک طرف تخت بیمار در کنار دیوار در صورت احتمال خروج از تخت و خطرساز بودن
- ۷ ارائه آموزش های پرستاری با روش های موثر مانند چهره به چهره



9 راه حل ایمنی بیمار Nine Patient Safety Solutions

سازمان جهانی بهداشت 9 راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین

آنها عبارتند از:

1) توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه

Look-alike, Sound-alike medication names



جهت جلوگیری از خطای دارویی

داروهای مشابه هم از نظر آوایی و هم شکل ظاهری در دسته های مشخص شده و توسط مسئول فنی داروخانه لیست آنها در اختیار بخش ها قرار داده شده است . بررسی دوره های داروهای موجود در بیمارستان به منظور ردیابی داروهای مشابه خریداری شده انجام می شود. برچسب زرد رنگ بر روی گردن داروهای مشابه هر بخش به گونه ای که نام دارو قابل خواندن باشد الصاق می گردد.

۲) توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا (شناسایی صحیح بیماران -)



Patient identification

اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران به طور عمده در سه حیطه زیر قرار می گیرند:

*در نتیجه عدم تطبیق نمونه های آزمایشگاهی ، تکه برداری یا نتایج رادیوگرافی با مشخصات بیمار، بیماران تحت درمانهای اشتباه قرار میگیرند.

*در نتیجه فقدان ارتباطات مناسب بین کارکنان درمانی ، بیماران درمانهای اشتباه دریافت میکنند.

*بیماران به علت شناسایی غلط و اشتباه ، تحت درمانی که برای بیمار دیگری در نظر گرفته شده است قرار میگیرند.

به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری در طول مدت اقامت در بیمارستان دارای دستبند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند.

شناسه بیماران بر روی دستبند شناسایی شامل موارد زیر می باشد :

(1) نام و نام خانوادگی بیمار

(2) نام پدر

(3) تاریخ تولد (روز / ماه / سال)

تاکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود.

فرایند شناسایی فعال بیمار:

(۱) پرسنل پذیرش در زمان تهیه کارت یا پرونده برای بیمار، دستبند شناسایی را به بیمار یا همراه وی تحویل می دهند.

(۲) از بیمار بخواهید نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نماید. سپس با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی

تطبیق دهید.

(3) در صورتی که بیمار بی هوش، دارای اختلال روانی، نوزاد، کودک یا ناتوان در تکلم باشد، همراه بیمار به عنوان

مخاطب در تایید شناسه های شناسایی به صورت فعال مخاطب قرار می گیرد.

(4) پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی درمانی یا آزمایشگاهی دستبند شناسایی

بیمار را چک کرده و با پرونده مطابقت می دهند.

(5) به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، تغذیه مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی،

نسخه پیچی در داروخانه، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامیست بیمار صحیح با اقدام صحیح

توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به طور مستقل از یکدیگر کنترل شود.

(6) پرستار جهت ارتقاء ایمنی بیماران مجهول الهویه و توجه خاص به شناسایی آنان با رنگ قرمزروی اتیکت قرمز رنگ

واژه ی *مجهول الهویه* بر روی سینه بیمار الصاق می نماید و شماره گذاری بر روی اتیکت به عنوان مجهول الهویه

۱ و مجهول الهویه ۲ و... انجام می گیرد.

(7) شناسایی در بیماران با شرایط خاص بالینی (من جمله سوختگی و شکستگی موضع اندام های فوقانی) با الصاق

دستبند به دست مخالف، در صورت آسیب دست ها به پای بیمار و در صورتی که اندام فوقانی و تحتانی دچار آسیب

شده باشد، از گردن آویز برای شناسایی بیماران استفاده می شود.

(8) در صورتی که بیمار نوزاد باشد و در بخش نوزادان بستری باشد، دو دستبند شناسایی پس از چک مجدد با مشخصات

مادر، به هر دو مچ پا یا هر دو دست الصاق می گردد.

9) در صورت مفقود شدن دستبند شناسایی نوزاد، طبق مندرجات پرونده درخواست دستبند شناسایی جدید داده می شود و قبل از الصاق دستبند شناسایی، تمامی نوزادان بخش مجدداً شناسایی فعال انجام می شود و در صورت مطابقت با اطلاعات پرونده دستبند به دو عضو نوزاد (پاها/دست ها) الصاق می گردد.

نکته:

نوشتن موارد زیر بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامیست:

1. نام و نام خانوادگی مادر و در صورت تشابه اسمی نام پدر
 2. جنسیت نوزاد
 3. تاریخ تولد نوزاد به روز و ماه و سال
 4. ساعت تولد
 5. شماره پرونده مادر
 6. در صورتیکه نوزاد دوقلو یا بیشتر است ، بر روی دستبند شناسایی قید شود و شماره قل نیز ثبت گردد.
- 10) در کلیه بخش ها در صورت تشابه اسمی در بین بیماران ، بر روی اتیکت *هشدار بیمار دارای نام مشابه* بر روی سینه هر دو بیمار به رنگ زرد الصاق می گردد و همچنین شناسه سوم (نام پدر) به شناسه های اصلی اضافه می گردد و روی پرونده بیمار با رنگ قرمز این موضوع درج می شود.
- 11) از آنجا که ممکن است در بخش های دیگر بیمارستان ، بیماران با نام های مشابه وجود داشته باشند و کارکنان از وجود آن مطلع نباشند و چند بیمار با نام مشابه یک اقدام پاراکلینیک یکسان مانند آزمایش خون نیاز داشته باشند ، تمام واحدهای پاراکلینیک از 4 شناسه نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز / ماه / سال) نام پدر و شماره پرونده برای شناسایی بیمار استفاده می کنند.) اگر نمونه ای حاوی این 4 شناسه نبود به بخش مربوطه برگردانده می شود).
- ۱۲) برچسب قرمز فقط برای بیماران مبتلا به آلرژی، بر روی دستبند شناسایی استفاده می شود و مورد حساسیت حتماً روی دستبند قید شود . ضمناً درج نوع حساسیت با خودکار قرمز بالای کاردکس و نیز روی جلد پرونده بیمار الزامی است.
- 13) محل دستبند شناسایی بر روی مچ / بازوی دست غالب است.

14) برچسب زرد برای شناسایی گروه بیماران در معرض خطر (بیماران مستعد سقوط با ابتلا به زخم فشاری یا DVT ،

بیماران با افکار خودکشی، پلی فارمسی)، بر روی دستبند شناسایی استفاده می شود.

15) در ابتدای تمام شیفت های کاری دستبند شناسایی بیماران توسط پرستار مسئول بیمار چک می گردد و در صورت نبود

دستبند درخواست صدور دستبند مجدد صادر می شود و مجددا دستبند شناسایی بیمار به دست بیمار الصاق می گردد.

16) در هنگام ترخیص ، دستبند بیماران از آنها تحویل و جدا می شود و با انداختن در سطل عفونی امحاء گردد.

نکته مهم : در صورت اعزام بیمار به سایر مراکز درمانی خارج از بیمارستان ، به هیچ عنوان دستبند شناسایی بیمار از دست

وی باز نشود.

3) ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار



Communication During Patient Hand-overs

- A. از یک ارائه کننده خدمت به دیگری (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)
- B. از یک تیم ارائه کننده به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)
- C. از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر برای دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی ، تخصصی
- D. از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین و خانواده آنان در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان به منزل

4) انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

Performance of correct procedure at correct body site



5) کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق

control of concentrated electrolyte solutions



وقتی که دارو دادن، قسمتی از برنامه مراقبت بیمار است ، مدیریت مناسب این برنامه برای تضمین ایمنی بیمار ضروری

است. لیست داروهای با هشدار بالا مشخص شده و در دسترس بخش ها قرار داده شده است.

موثرترین روش ، مدیریت داروهای با هشدار بالا است که شامل جداسازی الکترولیت های غلیظ از سایر داروهاست ، که

این داروها بایستی برچسب های واضح و شفاف داشته باشند و دسترسی آنها جهت جلوگیری از حوادث زیانبار محدود شود.

این داروها با برچسب قرمز با فونت 48 و جدا از داروهای دیگر نگهداری میشوند. بر چسب قرمز رنگ بر روی دارو و

باکس دارو جهت داروهای پرخطر و هشدار بالا استفاده می شود. داروی پتاسیم کلراید از استوک دارویی بخش ها و نیز ترالی احیا حذف شده است.

(6) اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

Assuring medication accuracy at transitions in care



(7) اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

Avoiding catheter and tubing misconnections



1. در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان جهت کنترل مداوم

2. تحویل کامل اتصالات در زمان تغییر تیم درمانی و ثبت جزئیات در گزارش پرستاری
3. کنترل عملکرد اتصالات در هر نوبت تغییر تیم درمانی و یا تجویز دارو یا انجام اقدام خاص
4. مشخص نمودن تاریخ تعبیه کنترها و اتصالات
5. وجود پانسمان و پوشش استاندارد برای کنتترهای تعبیه شده با ذکر تاریخ انجام پانسمان یا پوشش

(8) استفاده صرفاً یک باره از وسایل تزریقات

single use of injection devices



تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی ، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه تحویل می نماید. تزریقات غیر ایمن میتواند سبب انتقال انواع پاتوژن ها از جمله ویروس ها ، باکتری ها ، قارچ ها و انگل ها شده و وقایع ناخواسته از جمله آبسه و یا واکنشهای توکسیکی را در پی داشته باشد.

(9) بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

Improved hand hygiene to prevent health care - associated infection



بهداشت دست به عنوان شاخص کیفی ایمنی بیمار:

➤ رعایت بهداشت به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از اولیه ترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش

مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیماران محسوب میشود.

پنج موقعیت مهم برای بهداشت دست:

استفاده از عدد 5 یادآور پنج انگشت هر دست است که نمیتوانند مستقل از یکدیگر عمل کنند میتواند یادآور این مطلب

باشد که مفاهیم مرتبط با بهداشت دست مانند انگشتان یک دست با یکدیگر پیوسته و هماهنگ هستند و نمیتوانند به

تنهایی و مستقل از یکدیگر عمل کنند

➤ موقعیت یک: قبل از لمس بیمار

➤ موقعیت دو: قبل از انجام اقدامات درمانی (آسپتیک) برای بیمار

➤ موقعیت سه: بعد از مواجهه با مایعات بدن موقعیت چهار: پس از تماس با بیمار

➤ موقعیت پنج: بعد از دست زدن به وسایل اطراف بیمار

موارد شستن دست با آب و صابون

(1) دستها به صورت آشکار کثیف باشند .

(2) دست ها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد .

(3) دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند. از جمله در موارد طغیان-

های کلستریدیوم دیفیسیل (مثل شیوع اسهال) شستن دست با آب و صابون روش ارجح تر رعایت بهداشت دست محسوب میشود.

4) بر اساس اجماع نظر کارشناسان ، مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک پیشنهادی و یا دلایل تئوریک ، شستن دست با آب و- صابون بعد از استفاده از توالت توصیه شده است.

نکته مهم:

تمیز کردن ناقص دست باعث باقی ماندن آلودگی دستها می شود.

در صورتی که دستها بصورت آشکار کثیف نمی باشند ترجیحاً با استفاده از محلول های ضدعفونی با بنیان الکلی بهداشت دست ها را رعایت نمایید:

1) قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران

2) بعد از درآوردن دستکش استریل و غیر استریل از دست خود

3) قبل از دست زدن یا هرگونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی بیمار(صرف نظر از اینکه- دستکش پوشیده اید یا خیر)

4) بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن ، غشاء مخاطی ، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران

5) در صورتی که حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با- نواحی تمیز بدن و تماس خواهد یافت.

6) بعد از تماس با اشیا محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشمول بر تجهیزات پزشکی)

Hand rub

- 1- ضد عفونی دستها با مالش به یکدیگر : مدت زمان کل فرایند 20 تا 30 ثانیه است.
- 2- به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلولهای مایع با بنیان الکلی جهت مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند ، آنها را به هم بمالید.

Hand wash

روش صحیح شستن دست با آب و صابون

- 1- مدت زمان کل فرایند 40 تا 60 ثانیه است.
 - در صورت امکان همیشه از آب تمیز ، روان و لوله کشی استفاده نمایید.
 - 1) ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلیه سطوح دستها را با صابون بپوشانید .
 - 2) با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را به هم بمالید .
 - 3) کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته و بالعکس و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آنها را به هم بمالید.
 - 4) کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشت به داخل هم آنها را به هم بمالید .
 - 5) در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آنها را به هم بمالید .
 - 6) شست چپ (و بالعکس) را در میان کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید
 - 7) انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید. دست ها را کاملاً آبکشی نمایید .
 - 8) با حوله پارچه ای یا کاغذ یکبار مصرف دست ها را کاملاً خشک نمایید .
 - 9) با همان حوله یا دستمال کاغذی شیر آب را بسته و دستمال را در سطل آشغال بیندازید .
- نکته مهم : با توجه به اینکه دست خیس به سهولت آلودگی یا میکرو ارگانیسم ها را گسترش میدهد خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است .

تزریق ایمن



تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

1. به دریافت کننده خدمت / بیمار آسیب نزنند.
2. به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه‌های وارد نسازد.
3. پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نشود.

ویروس های منتقله از راه خون:

خطر انتقال عفونتهای منتقله از راه خون بستگی به نوع عامل بیماریزا و حجم و نوع مواجهه دارد:

پاتوژنهای نظیر HIV , HBV , HBC ممکن است با آلودگیهای نامحسوس نیز منتقل شوند.

ویروس هپاتیت B

HBV از طریق مواجهه بافت زیر پوستی و یا مخاطات با خون آلوده و یا ترشحات بدن مبتلا ممکن

است به افراد سالم منتقل شود. عفونت میتواند ناشی از مواجهه نامحسوس و از طریق خراشیدگی ها و یا زخم ها و یا

سطوح مخاطی اتفاق افتد. آنتی ژن سطحی هپاتیت B که موید ابتلا به هپاتیت B مزمن می باشد از سرم ، بزاق و Seminal

Fluid

جدا شده و عفونت آن به اثبات رسیده شده است HBV. بیشترین غلظت را در سرم داراست و غلظت آن در بزاق و مایع Seminal Fluid کمتر است. ویروس در محیط به طور نسبی پایدار می باشد و به مدت 7 روز در دمای اتاق در روی سطوح در محیط زنده باقی می ماند. ابتلا به عفونت هپاتیت B بعد از فرو رفتن سر سوزن آلوده به خون یک منبع مثبت هپاتیت B، در میان کارکنان خدمات بهداشتی درمانی 32 تا 62 درصد است که البته مداخلات فوری و مناسب بر اساس موازین (post exposure prophylaxis) خطر ابتلا را کاهش می دهد، لذا واکسیناسیون تمامی کارکنان خدمات بهداشتی درمانی و منجمله کادر خدماتی بر علیه هپاتیت B الزامی بوده و قبل از اشتغال آنان در واحدها و بخشهای بالینی توصیه میشود.

ویروس هپاتیت C:

ویروس هپاتیت C: به طور اولیه HCV از طریق مواجهه بافت زیر جلدی با خون آلوده منتقل میشود. انتقال آن به نسبت هپاتیت HBV کمتر است. در محیط به مدت حداقل ۱۶ تا ۲۳ ساعت زنده باقی میماند. انتقال بیماری از طریق خون آلوده به اثبات رسیده است و از طریق مواجهه پوست ناسالم و یا مخاطات با خون آلوده به ندرت وجود دارد.

ویروس HIV:

انتقال HIV از طریق تماس جنسی و یا مواجهه با خون آلوده (انتقال خون و یا تزریقات غیر ایمن) و سر سوزن و سرنگ مشترک بین معتادان اتفاق می افتد. ماندگاری HIV در محیط و قابلیت انتقال آن به نسبت HBV یا HCV کمتر است. ترشحات و مواد ترشحی بدن بیماران مشتمل بر خون، سایر ترشحات بدن، مایع سمن و ترشحات واژینال که به طور مشهود خون آلوده می باشند در صورت تماس با جراحات بافت زیر جلدی، غشای مخاطی و پوست ناسالم برای کارکنان مخاطره آمیز محسوب میشوند. میانگین خطر انتقال بعد از مواجهه زیر جلدی با خون آلوده ۳ درصد و برای تماس غشاء مخاطی ۹ درصد تخمین زده میشود.

پیشگیری: حذف تزریقات غیر ضروری بهترین روش پیشگیری از عفونت های ناشی از تزریقات غیر ایمن است. در برخی از کشورها ۷۰ درصد تزریقات، غیر ضروری محسوب می شوند. در صورتی که درمان موثر از سایر طریق ممکن باشد به منظور کاهش امکان مواجهه با خون و مواد عفونی و خطر انتقال، به عنوان روش ارجح و مورد توصیه است. واکسیناسیون

کارکنان خدمات بهداشتی درمانی علیه هیأتیت B جهت حفاظت کارکنان و بیماران بسیار حائز اهمیت است. سایر روش های موثر در کاهش خطر انتقال عبارت است از رعایت بهداشت دست ، پوشیدن دستکش ، به حداقل رسانیدن دستگاهی وسایل تیز و برنده منجمله وسایل تزریق ، تفکیک مطلوب و دفع بهداشتی وسایل تیز و برنده از مبدا



جراحی ایمن

با تاکید بر سلامت کارکرد دستگاه ها و تجهیزات بیهوشی ، ارتقاء اقدامات درمانی و بهبود ارتباطات درون گروهی اعضا تیم جراحی تلاش شده است تا سلامت و ایمنی بیماران در حین و پس از اعمال جراحی حفظ گردد ؛ که در این جهت کاهش اتفاقات ناخواسته ، عوارض و مرگ و میر غیرضروری ناشی از آن می باشد و هدف اصلی ، بهبود و ارتقاء فرآیندها ، اقدامات درمانی و مراقبتی در جهت افزایش ایمنی بیماران است.

مراحل چک لیست جراحی ایمن

➤ مرحله زمانی قبل از بیهوش نمودن بیمار که تحت عنوان ورود بیمار نامیده میشود. در این مرحله شناسایی بیمار ، -

علامتگذاری موضع عمل ، تایید ایمنی و صحت کارکرد وسایل و تجهیزات ضروری جهت بیهوشی بیمار ، اتصال پالس

اکسی متری به بیمار و صحت عملکرد آن ، بررسی بیمار به لحاظ سابقه داشتن حساسیت ، بررسی بیمار به لحاظ راه هوایی

مشکل و خطر از دست رفتن بیش از 500 میلی لیتر خون در بیماران بالغ و یا 7 میلی گرم در میلی لیتر خون در کودکان

ارزیابی میگردد.

➤ مرحله زمانی بعد از بیهوشی بیمار و قبل از انجام برش جراحی که زمان انتظار نامیده میشود. در این مرحله در صورت

لزوم اعضای تیم جراحی خود را با نام و سمت به سایر اعضای تیم معرفی نمایند . قبل از برش جراحی توسط جراح ، کلیه

اعضای تیم جراحی حاضر در اتاق عمل نسبت به تایید عمل صحیح جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح بیمار

اقدام نمایند

➤ مرحله زمانی حین و یا دقیقاً پس از بستن زخم بیمار تا خروج بیمار از اتاق عمل که خروج بیمار نامیده میشود.

معیار ترخیص بیمار از اتاق عمل (آلدت)

متغیر ارزیابی شده	نمره
فعالیت	2
توانایی حرکت 4 اندام با دستور	1
توانایی حرکت 2 اندام با دستور	0
عدم توانایی حرکت اندام ها	
تنفس	2
توانایی تنفس عمیق و سرفه راحت	1
دیس پنه	0
آپنه	

2	گردش خون
1	فشار خون سیستمیک +20٪ سطح قبل از بیهوشی
0	فشار خون سیستمیک +20 - 49٪ سطح قبل از بیهوشی
	فشار خون سیستمیک +50٪ سطح قبل از بیهوشی
2	هوشیاری
1	کاملاً بیدار
0	قابل بیدار شدن
	عدم پاسخ
2	اشباع اکسیژن
1	به هنگام تنفس هوای اتاق < 92%
0	%نیاز به اکسیژن مکمل جهت حفظ اشباع > 90
	حتی با اکسیژن مکمل 90%

(Nevar Event) وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیماران

وقایعی که هرگز نباید در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق بیافتند.

الف (وقایع جراحی :

1. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم (کد 1)
2. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر- (کد 2)
3. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار- (کد 3)
4. جا گذاشتن هر گونه Device - اعم از گاز و قیچی و پنس در بدن بیمار در حین عمل جراحی و هر پروسیجر دیگر (کد 4)
5. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامتی طبیعی (کد 5)
6. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور (کد 6)

ب (وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی :

1. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی- (کد 7)
2. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده- (کد 8)

3. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی- (کد 9)

ج) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار

1. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی- (کد 10)
2. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد. (کد 11)
3. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مراکز درمانی- (کد 12)

د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار

1. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و-... (کد 13)
2. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآوردههای خونی (کد 14)
3. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین- (کد 15)
4. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی- (کد 16)
5. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار (کد 17)
6. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان- (کد 18)
7. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال به دنبال فیزیوتراپی) (کد 19)
8. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین (کد 29)

ه) وقایع مرتبط با محیط درمانی:

1) مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیای بیمار که میتواند ناشی از

اشکالات فنی تجهیزات باشد. (کد 20)

2) حوادث مرتبط با استفاده اشتباه از گازهای مختلف به بیمار- (کد 21)

3) سوختگیهای به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب-) (کد 22)

4) موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ-) (کد 23)

5) سقوط بیمار (مثال سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله و که منجر به مداخلات درمانی یا طولانی تر شدن مدت بستری بیمار شده باشد.)... (کد 24)

و) وقایع جنایی):

- 1) موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی- (کد 25)
- 2) هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار- (کد 26)
- 3) ربودن بیمار (کد 27)
- 4) اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان- (کد 28)



موارد 29 Never Event

کد و شرح موارد 29 گانه	
کد 1. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم	کد 2. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
کد 3. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد....)	کد 4. جا گذاشتن هرگونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن
کد 5. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاسیک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)	کد 6. تلقیح مصنوعی با DONOR) اشتباه در زوجین نابارور دهنده (
کد 7. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	کد 8. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
کد 9. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی	کد 10. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
کد 12. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی	کد 11. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از 4 ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری ، بیماران دچار دمانس، الزایمر و بیماران روانپزشکی)



موارد 29 Never Event

کد 13. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو، ...	
کد 14. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی	
کد 15. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین	کد 17. زخم بستر درجه 3 یا 4 بعد از پذیرش بیمار
کد 16. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی	کد 18. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
کد 19. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثا: فیزیوتراپی و.....)	
یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.	
کد 21. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر ..)	
کد 22. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطلاق عمل(مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب و ...)	
کد 23. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ.....)	
کد 24. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله.....) که منجر به مداخلات درمانی و یا طولانی شدن مدت بستری بیمار گردد.	



موارد 29 Never Event

کد 25. موارد مرتبط با عدم رعایت وعدول از چارچوب اخلاق پزشکی	کد 26. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
کد 27. ربودن بیمار	کد 28. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
کد 29. کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین	
رویکرد مداخله ای مرتبط با سطح یک وقایع ناخواسته (رنگ قرمز): اطلاع رسانی هر رویداد توسط مسئولین مرکز درمانی به معاونت درمان دانشگاه / دانشکده مربوطه به محض وصول خبر (حداکثر ظرف هشت ساعت)	
تخصصی در سطح معاونت درمان دانشگاه RCA رویکرد مداخله ای مرتبط با سطح دو (رنگ زرد): وقایع ناخواسته::تشکیل و اعزام تیم /دانشکده محل وقوع رویداد و در کوتاهترین زمان ممکن انجام گیرد	

اخذ رضایت آگاهانه از بیماران

The form is titled "فرم رضایت آگاهانه و برآورد نامده" (Informed Consent and Refusal Form). It contains several sections for patient information, medical history, and a detailed explanation of the procedure, risks, and benefits. The form is designed for use in a clinical setting to ensure patients understand and agree to their treatment.

رضایت نامه : امضای مدرکی است که بیمار قبل از تن دادن به هرگونه اقدام درمانی ، از کلیه خطرات عمل ، راه های

درمانی و جایگزین و خطرات آن توسط پزشک معالج آگاهی پیدا میکند.

برائت نامه : چنانچه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضو گردد، در صورتی که پزشک بر اساس موازین عملی و

فنی عمل کرده باشد، مقصر نیست.

این فرم برگه ای است که در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تهاجمی قبل از انجام ، بعد از تفهیم کامل آن به بیمار یا ولی

قانونی او و بعد از ارائه توضیحات لازم توسط فرد انجام دهنده پروسیجر بصورت کاملاً آگاهانه و بدون اجبار تکمیل و امضاء

می شود.

تمامی اطلاعات این فرم باید بصورت عامیانه و قابل فهم برای عموم نوشته شود و در صورت نوشتن کلمات تخصصی

توضیحات لازم به همراه آن آورده شود.

مشخصات بیمار یا فردی که پروسیجر بر روی او انجام خواهد گرفت باید بعد از احراز هویت بصورت صحیح و کامل تکمیل

شود.

نام و نام خانوادگی و سمت انجام دهنده عمل / اقدام: در این قسمت مشخصات فردی که قرار است پروسیجر را انجام دهد، نوشته شود.

تشخیص یا مشکل اصلی و درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل باید با زبان ساده توضیح داده شود.

روش عمل / اقدام: در این قسمت روش انجام پروسیجر پیشنهادی توسط فرد انجام دهنده به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او ثبت شود.

مزایا: در این قسمت کلیه مزایا از قبیل کاهش درد، پیشگیری از عوارض دیگر، کاهش موربیدیتی، کم بودن مدت بستری، هزینه کم و... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود.

معایب: در این قسمت کلیه معایب از قبیل عوارض قطعی و احتمالی، هزینه ها و ... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود.

روشهای جایگزین: در این قسمت روشهای جایگزین و آلترناتیوهای روش پیشنهادی در صورت وجود به هر تعداد بعد از تفهیم به بیمار یا ولی قانونی او ثبت می شود. (مثال: جراحی باز و جراحی با لاپاراسکوپی)

مزایا: در این قسمت کلیه مزایای هر یک از روشهای جایگزین از قبیل کاهش درد، پیشگیری از عوارض دیگر، کاهش موربیدیتی، کمبودن مدت بستری، هزینه کم و... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود.

معایب: در این قسمت کلیه معایب هر یک از روشهای جایگزین از قبیل عوارض قطعی و احتمالی، هزینه ها و ... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود.

رضایت آگاهانه باید از خود بیمار اخذ شود، مگر در افراد صغیر که از ولی قانونی آنها اخذ خواهد شد. در افراد بالغی که

بنا به عللی مانند اختلال هوشیاری و اختلالات روانی در امور مربوط به خود تصمیم گیرنده نمی باشند، رضایت از

قیم آنها اخذ خواهد شد

مشخصات، امضا و اثر انگشت بیمار یا ولی او برای رضایت آگاهانه کافی می باشد، ولی می توان از بستگان و

آشنایان بیمار به عنوان شاهد مخصوصا در اقدامات با خطر بالا امضا و اثر انگشت اخذ نمود. مشخصات و سمت

فرد رضایت گیرنده همراه با امضاء و مهر ثبت شود.

در صورتی که بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم کامل راضی به انجام پروسیجر نشد ، بند عدم رضایت تکمیل و

از بیمار یا ولی او امضا و اثر انگشت اخذ گردد.

تاریخ و ساعت دقیق زمان اخذ رضایت ثبت شود.

به بیمار یا ولی قانونی او توضیح داده شود که هر زمان قبل از انجام پروسیجر مختار است در مورد رضایت یا عدم

رضایت تجدیدنظر نماید.

طبق قانون اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی (اورژانس) و اختلالات هوشیاری الزامی

نیست.

1) در فرآیند رضایت آگاهانه لازم است نکات ذیل به بیمار گفته شود:

- تشخیص یا مشکل اصلی
- درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل
- خطرات توأم با درمان و یا راه کار
- اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار
- نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
- وجود و هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم

2) مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی / پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر 30 روز می باشد.

3) هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

4) عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار / ولی / وابسته درجه یک وی رضایت آگاهانه اخذ نمود.

5) از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده ، به شرط **ثابت ماندن شرایط ذیل و ذکر احتمال تکرار**

در متن رضایت نامه می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد.

- ❖ شرایط بیمار
- ❖ نحوه درمان
- ❖ روش های درمانی جایگزین
- ❖ احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی
- ❖ ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند
- ❖ بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

(6) پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

(7) بیمارستان بایستی لیست اقدامات تهاجمی را بر اساس نظر پزشکان متخصص هر رشته تعیین نماید.

از فردی می تواند رضایت آگاهانه اخذ نمود که شرایط زیر را داشته باشد:

رضایت دهنده باید عاقل و بالغ و واجد اهلیت قانونی باشد بنابراین وضعیت صغیر و مجنون و مست فاقد ارزش قانونی است. با توجه به ماده 59 قانون مجازات اسلامی رضایت و برائت را باید اول از همه از خود بیمار اخذ نمود، مگر در افراد بیهوش ، نابالغ و مجنون که باید از ولی آنها (که البته از نظر شرع مقدس اسلام منظور از ولی به ترتیب اولویت پدر، جد پدری ، حاکم شرع و در شرایط خاص بستگانی از او می باشند) رضایت آگاهانه گرفت.

مادر در صورتی که قیم نامه قانونی از دادگاه داشته باشد و حضانت و نفقه فرزند بر عهده وی باشد می تواند رضایت دهد.

لیست اقدامات تهاجمی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه

- 1) هرگونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توأم باشد.
- 2) هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی/بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توأم باشد .
- 3) هرگونه جراحیهای کوچک و بزرگ .
- 4) تزریق بوتاکس ، سوزاندن رگ بینی .
- 5) تزریق هرگونه ماده/مواد در فضای بین مفاصل/فضاهای بدن .

- 6) آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست .
- 7) تعبیه ، chest tube، آرترو سنتزیس، آسپیراسیون مغز استخوان، پاراسنتز، توراکوسنتز، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، تعبیه ، LP
- 8) Pegتعبیه ، tube-لوله نفروستومی،
- 9) کموتراپی /رادیوتراپی در بیماران انکولوژی /
- 10) BMA /BMB
- 11) آتروسنتز، شالدون گذاری، جاندازی شانه و جا اندازی های ارتوپدی ، لاواژ تشخیصی پریتنون
- 12) CVP LINE
- 13) بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری)
- 14) پروسیجرهای قلبی، کاتتریزاسیون قلبی ، تعبیه پیس میکر قلبی، آنژیوپلاستی، تعبیه بالن اینترا آئورتیک 2 ، کاردیوورژن الکتنیو
- 15) اکوی ترانس ازوفاژیا ، STENT IMPLANTATION، آنژیوگرافی کرونری -محیطی ، آنژیوپلاستی کرونری - محیطی
- 16) آندوسکوپي، کولونوسکوپي، برونکوسکوپي، ازفاگوگاستریک آندوسکوپي، سیستوسکوپي، گاسترستومی آندوسکوپیک زیر جلدی،
- 17) لاواژ پریتنان...
- 18) پروسیجرهای لاپاراسکوپیک (کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک، نفروکتومی لاپاراسکوپیک)
- 19) پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی ، بیوپسی تحت گاید سونو و....)
- 20) پروسیجرهای درماتولوژی (بیوپسی اکسیزیون و کرایوتراپی عمیق بافت های بدخیم، دبریدمان پوست /زخم که در اتاق عمل انجام می شود.)
- 21) پروسیجرهای تهاجمی چشم (پروسیجرهای مختلفی که با ایمپلنت توأم می باشند)
- 22) پروسیجرهای دهانی شامل کشیدن دندان و بیوپسی لثه،، جراحی ریشه ، پالپوتومی اطفال ، باز کردن آبسه دهان، جاندازی فک

23) جراحی ضایعات پاتولوژیک دهان ، فک و صورت اعم از خوش خیم و بدخیم ، شکستگی های استخوان صورت ، آبنه های گردن، بازسازی بافت نرم با فلپ های ناحیه ای و دور دست، تراکتوستومی section ، فضاهای فاسیال، پاروتیدکتومی

24) اعمال تهاجمی جراحی کودکان

25) درمان الکتروشوک

26) سنگ شکن (به عنوان مثال :سنگ های انسدادی کلیه و ...)

27) کولپوسکوپی، IUD پروسیجرهای تهاجمی ناباروری، بیوپسی سرویکس ، واژن، کورتاژ تشخیصی سرپایی، پولیپکتومی، گذاشتن

28) بیوپسی آندومتریال

29) دیالیز صفاقی ، همودیالیز

30) اسکروتراپی

31) FNA

مواردی که اخذ رضایت لازم نیست:

الف-معاینه و اعلام سلامت فرد از نظر ابتلا به بیماری های مسری جهت اعلام به وزارت بهداشت.

ب-معاینات متداول هنگام ورود به زندان ،پرورشگاه ونظایر آن.

ج -معاینه به دستور مراجع قضایی و محاکم.

د . معاینه مهاجران و مسافران به کشورهای گوناگون قبل از عزیمت ویادر مبادی

ورودی کشورها وقرنطینه ها.

ه -معاینات بهداشتی پرسنل صنایع غذایی.

و -معاینات متداول استخدامی وحین خدمت.

ز-معاینات دوره ای کودکان در مدارس.

ج -معاینات ورزشکاران هنگام گزینش و یا در حین بازی در تیم های ورزشی.

ط-معاینات پزشکی قانونی

ی -در موارد ضروری ،فوری و اورژانس اخذ رضایت لازم نمی باشد.

کاهش خطاهای پزشکی و ارتقای ایمنی بیمار

شیوه های کاهش خطاهای پزشکی به میزان زیادی از رویکردهایی که در سایر بخش ها با تجارب بیشتر، استفاده میشوند،

مدل پنیر سوئیسی با لایه های مختلف دفاعی برای جلوگیری از رخداد خطا است. هر لایه ممکن است سوراخهای داشته باشد و اگر این سوراخ ها در یک راستا قرار گیرند ، خطا میتواند اتفاق افتد. در پزشکی ، به طرز خطرناکی برش های حفاظتی کمی از پنیر وجود دارد و این ممکن است منجر به فاجعه شود.

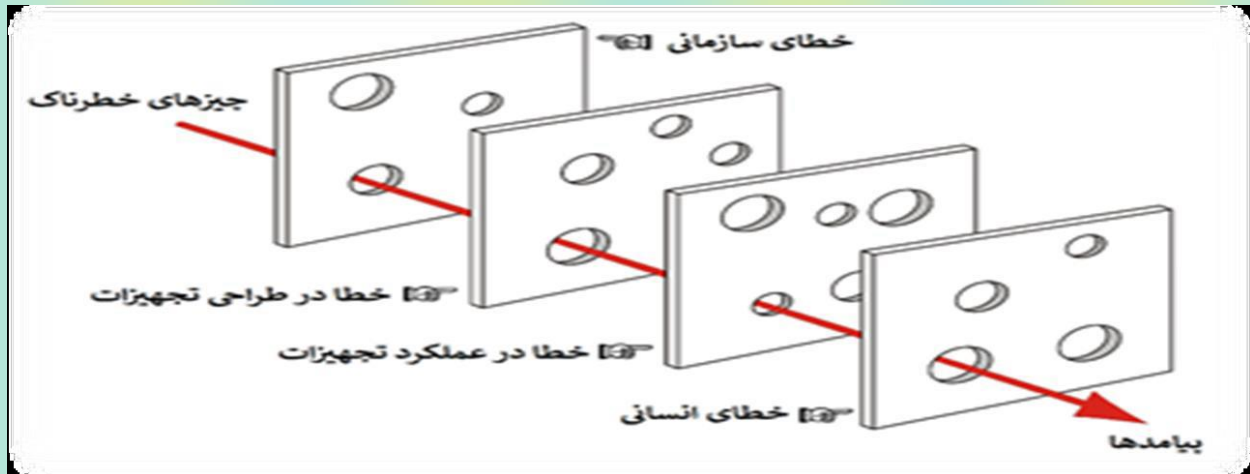
رویکردی که صنعت هواپیمایی برای کاهش خطا به کار گرفت ، اطمینان از این بود که هر خطا و مهم تر از آن ، در هر

مورد نزدیک به خطایی (Near miss) مشخص و گزارش داده شده است . دهها و صدها مورد نزدیک به خطا برای هر خطای

گزارش داده شده وجود دارد. بنابراین مهم است که این موارد مشخص و قبل از بروز خطا اصلاح شوند.

در صنعت سیستم های گزارشدهی جزئی از کار است و تاکید عمده سیستمهای گزارش دهی بر یادگیری از خطاهاست تا

سرزنش افراد .



یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار ، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد. بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود.

جهت شناسایی خطاها ، روشهای مختلفی وجود دارد . این روشها میتواند شامل بررسی پرونده ها ، گزارشدهی خطاها ، استفاده از تجربیات بیماران ، بررسی شاخصهای ایمنی بیمار ، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روشهای گزارشدهی خطاها همان گزارشدهی خطاهاست که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر ، تعریف شود.

تعاریف:

خطا (Error): عدم موفقیت اقدامات برنامه ریزی شده برای دستیابی به اهداف مورد انتظار ، ناشی از عدم پیشرفت اقدامات مطابق برنامه و یا نقص در خود برنامه

خطای پزشکی (Medical Error) : هر نوع خطایی که در فرآیند ارائه مراقبت سلامت رخ دهد ، چه باعث صدمه و آسیب به بیمار گردد و چه هیچ آسیبی در پی نداشته باشد.

خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد:

1) دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی به خطا Person approach

2) دیدگاه جامعه نگر یا رویکرد سیستمی به خطا System approach

رویکرد فردی : به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا ، پیدا کردن فرد خطاکار و سرزنش کردن وی است . تمامی تلاشها برای کاهش خطا، بر افراد متمرکز است.



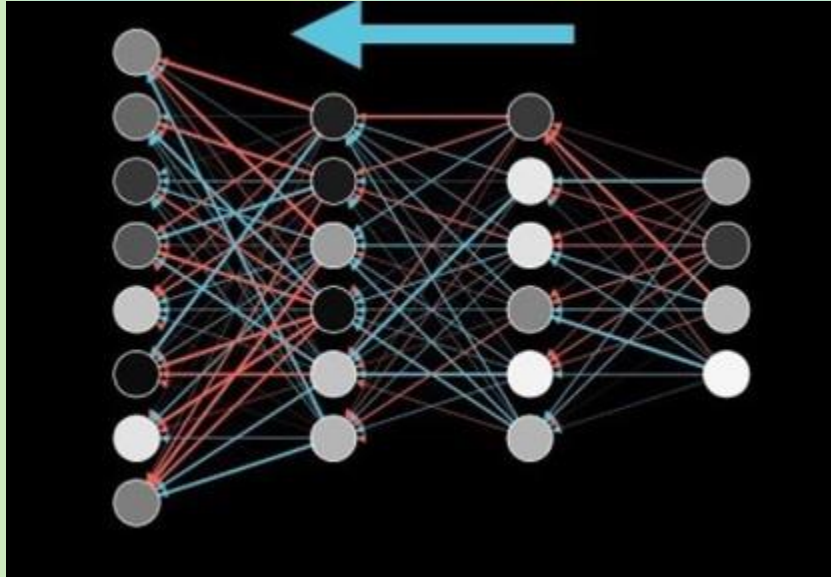
رویکرد سیستمی : در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار ، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که میتوان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد ، نگریسته می شود.

برخلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطاکار و مجازات وی میباشد ، رویکرد سیستمی ، کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای دارد که احتمال وقوع خطا در آن کم شود. برای این منظور باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تاثیرگذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت.



علل دخیل در وقوع رویداد / حادثه

Contributory factors



عوامل تاثیرگذار : Influencing factors فاکتورهایی که در وقوع یک رویداد یا حادثه دخیلند، اما حذف این عوامل

ممکن است منجر به جلوگیری از وقوع حادثه / رویداد مورد نظر نشود، هر چند که حذف آنها به طور کلی باعث افزایش

ایمنی ارائه خدمات میشود (immediate - proximate causes)

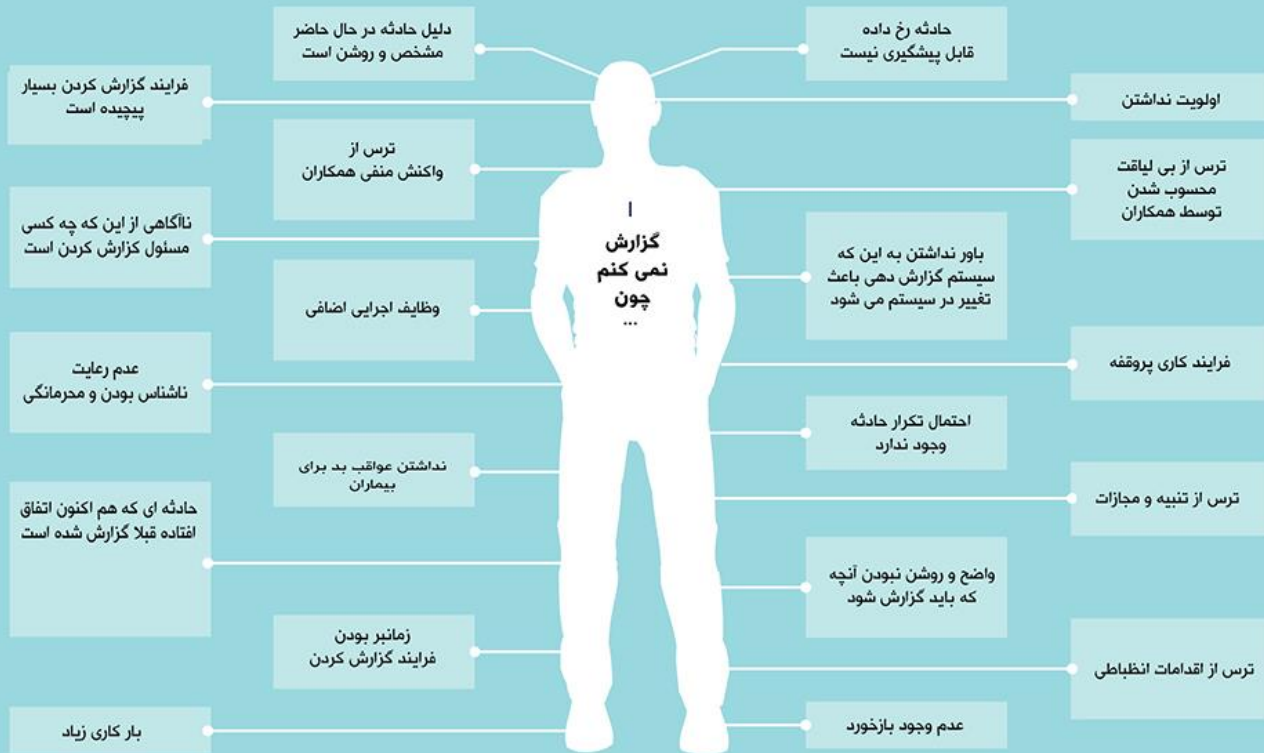
عوامل سببی یا علّی : (causal factors) فاکتورهایی هستند که به طور مستقیم باعث وقوع رویداد میشوند و حذف

آنها منجر به حذف یا کاهش وقوع رویداد می گردد (root causes)

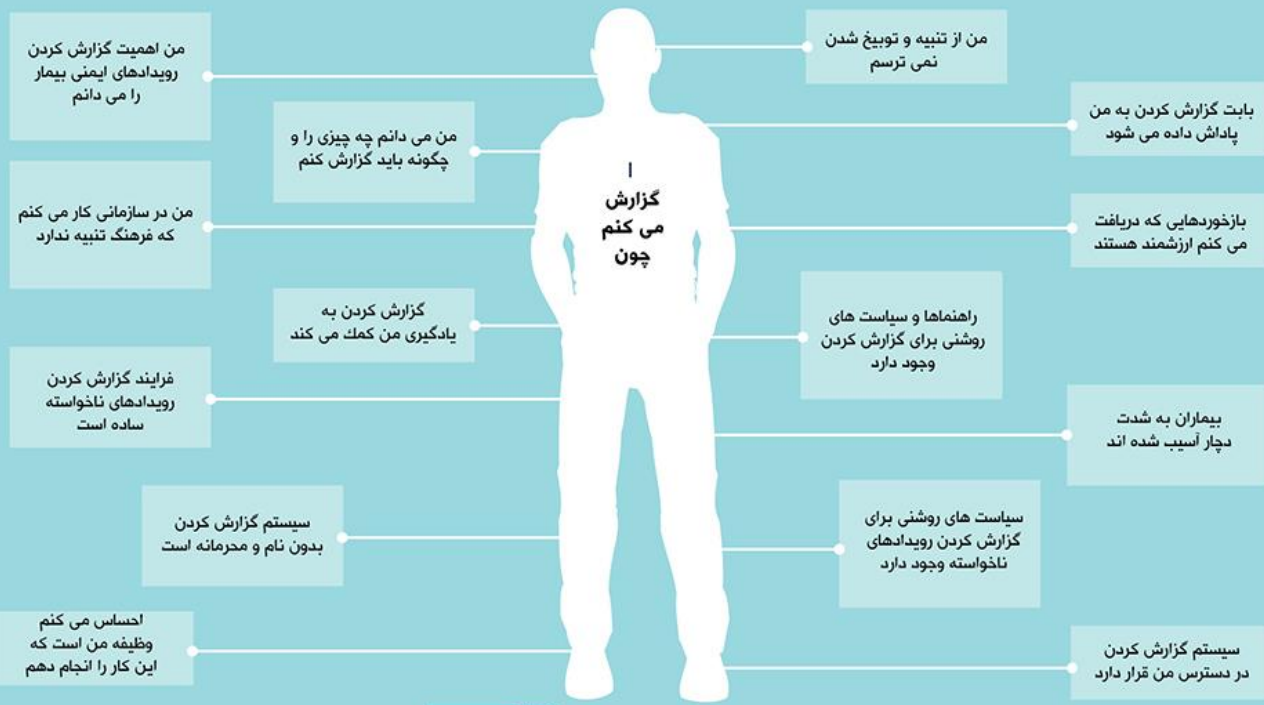
مثال هایی از عوامل دخیل در وقوع حادثه:

- ❖ عوامل مرتبط با بیمار
- ❖ عوامل شخصی
- ❖ عوامل مرتبط با وظیفه
- ❖ عوامل ارتباطی
- ❖ عوامل اجتماعی و مرتبط با تیم
- ❖ عوامل مرتبط با آموزش
- ❖ عوامل مرتبط با منابع و تجهیزات
- ❖ عوامل مرتبط با شرایط کاری

❖ عوامل مدیریتی و سازمان



www.healthcareimprovement.ir





بازدید مدیریتی ایمنی بیمار یا واک راند Walk Round

(1) چک لیست ندارد و گپ و گفتگوی صمیمانه در زمینه چالش های ایمنی

(۲) تقویم سالیانه دارد- .

(3) به صورت هفتگی میباشد.

(4) نصب در برد آموزشی بخش

(5) آگاهی پرسنل از زمان بازدید مدیریتی بخش و مصوبات بازدید(اوایل شروع سال جدید برنامه سالانه بازدید مدیریتی بیمار به بخش های بالینی ابلاغ می گردد).

(6) جمع بندی بازدید بین پرسنل و مدیران ارشد در پایان همان بازدید انجام میشود.

هدف : ترویج فرهنگ ایمنی و اینکه در صورت بروز و مشاهده و یا موارد نزدیک به وقوع که ایمنی بیمار را به مخاطره می اندازد چه اقداماتی انجام می گیرد.

یکی از مهمترین موضوعات در زمینه ایمنی بیمار که با انجام آن بسیاری از چالش ها و خطاها و خلأهای ایمنی شناسایی و

از طریق آن میتوان جهت پیشبرد فرهنگ ایمنی و شناسایی خطا و خطر و جلوگیری از آن گام برداشت ، بازدیدهای

مدیریتی ایمنی بیمار می باشد.

منافع بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای سازمان:

#تعهد مدیریت ارشد سازمان را به ایمنی نشان می دهد.

#فرصتی برای یادگیری مدیران ارشد سازمان در ارتباط با ایمنی بیمار فراهم می نماید.

#فرصت های بهبود ایمنی را در سازمان شناسایی می نماید.

#خطوط ارتباطی بین مدیران ، کارکنان و هیئت مدیره سازمان برقرار می نماید.

#امکان ارتقاء بسیار سریع در زمینه ایمنی بیمار را فراهم می آورد.

اهداف:

- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر اینکه خطمشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار موثر و عملی است).
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته
- اجرای مداخلات اصلاح مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار
- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته

معیارهای موفقیت برنامه:

- ✓ پاسخ کارکنان صف و مدیران به پیمایش در زمینه فرهنگ ایمنی
- ✓ تعداد خطاهای گزارش شده در ماه از طریق سیستمهای گزارشدهی داوطلبانه
- ✓ تعداد تغییرات و مداخلات ایمنی که در سال توسط مدیران انجام شده.
- ✓ درصد تغییرات (روند) در اطلاعات کلی ناشی از پایش

قوانین کلی مربوط به بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

تصمیم گیری و توافق در خصوص اعلام قبلی زمان و مکان مورد بازدید در بیمارستان بر عهده هیئت مدیره بیمارستان می

باشد. تضمین و اطمینان بخشیدن به کارکنان در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات مورد بحث در بازی های مدیریتی

الزامی می باشد.

افراد شرکت کننده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

مدیران ارشد بیمارستان شامل:

رئیس بیمارستان

مدیر بیمارستان

رئیس گروه بالینی

رئیس خدمات پرستاری بیمارستان

روسای بخشها بر حسب مورد

کارشناس مسئول ایمنی بیمار

زمان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بایستی در طول سال حداقل یک بار در هفته به صورت مرتب صورت پذیرد. مدیران ارشد

بیمارستان می توانند جهت سهولت انجام کار به صورت چرخشی در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار حضور یابند.

چارچوب پیشنهادی انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

ابتدا مقدمه ای در ارتباط با موارد و اصول کلیدی ذیل برای هر یک از کارکنان که مورد مصاحبه و گفت و گو قرار می

گیرند، بیان نمایید و سپس سوالات زیر را مطرح کنید:

1) عزم سازمان در ایجاد و برقراری ارتباط باز و فرهنگ سازمانی عاری از سرزنش به منظور ایجاد ایمنی بیشتر هم برای

ارائه کنندگان خدمات و هم برای بیماران

2) تاکید بر سیستم به جای تاکید بر افراد

3) محرمانه باقی ماندن موضوع مورد گفتگو و در صورت عدم تمایل افراد باقی ماندن موضوع مورد بحث فقط در بین جمع حاضر

4) ذکر اینکه پرسش ها بسیار کلی می باشند، لیکن افراد میتوانند مواردی مانند خطاهای دارویی ، عدم برقراری ارتباط

صحیح بین افراد، مواردی که سبب اختلال حواس و بی دقتی میشوند، اقدامات درمانی تهاجمی، عدم کارایی ، افتادن

بیماران ، عدم پیروی و اجرای دستورالعمل ها و غیره را در نظر بگیرند.



نحوه اخذ دستورات تلفنی و شفاهی :

برای تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) و اخذ دستورات تلفنی و شفاهی از روش زیر استفاده می

شود:

- Read back
- Write Down
- Repeat Back
- Close the Loop

(1) اولین مورد **Read Back** یا بازخوانی دستور است که با صدای بلند با حضور پرستار دوم که به عنوان شاهد است انجام

می شود.

(2) مورد دوم **Write Down** است که یادداشت و ثبت دستور پزشک به طور کامل است.

(3) مورد سوم **Repeat Back** یا تکرار مجدد دستور تلفنی پزشک است تا اطمینان حاصل شود که پزشک دستور را تایید

کند.

(4) مورد چهارم **Close The Loop** میباشد که به معنی بستن حلقه می باشد و دستور تلفنی توسط پرستار دستورگیرنده

به طور کامل بسته می شود و توسط خود پرستار و پرستار ثانی که به عنوان شاهد است مهر میگردد.



نحوه دریافت اطلاعات موارد بحرانی از آزمایشگاه و تصویربرداری :

1) در مورد دستورات شفاهی و همچنین تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی و آزمایشگاه و پاراکلینیک (در مورد مقادیر بحرانی

آزمایشات و پاراکلینیک) نیز از همین روش دستورات تلفنی استفاده می شود.

2) بعد از دریافت اطلاعات از واحد آزمایشگاه و تصویربرداری حتما در دفتر مقادیر بحرانی ثبت شود.

نحوه نمونه گیری آزمایش به صورت ایمن:



۱) قبل از انجام آزمایش؛ چک دستور پزشک و شناسایی فعال بیمار باید انجام شود.

۲) لیبل آزمایش از طریق سیستم گرفته شود.

۳) پرستار مسئول بیمار با سینی وسایل و لوله آزمایش و لیبل آزمایشات بر بالین بیمار حاضر شود و شناسایی فعال بیمار انجام شود

۴) قبل از تماس با بیمار شستشوی دست انجام شود.

۵) نمونه گیری به طریق ایمن انجام شود.

۶) نمونه ها داخل لوله آزمایش ریخته شود و بلافاصله بعد از نمونه گیری و قبل از ترک بالین بیمار لیبل آزمایش به نحوی که اطلاعات بیمار قابل خواندن باشد چسبانده شود.

۷) نمونه داخل ظروفی که داخل هر بخش برای جابجایی نمونه ها قرار دارد گذاشته شود و در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال شود.

۸) شستشوی دست بعد از تماس با بیمار حتما انجام شود.

در صورتی که از آزمایشگاه نمونه خاصی مانند محیط کشت یا نمونه دیگری که در بخش ها موجود نیست، گرفته شد و به هر دلیلی ارسال نمونه کنسل شد؛ حتما به پرسنل خدمات یا کمکی اطلاع داده شود که این نمونه را به آزمایشگاه برگرداند

و توسط خود پرستار یا کمکی به پرسنل آزمایشگاه اطلاع داده شود تا به اشتباه در کنار بقیه نمونه های ارسالی گذاشته نشود و باعث سردرگمی و خطا نشود.



ترخیص ایمن در زمینه خدمات مراقبت سلامت

یکی از مهمترین گلوگاه ها در زمینه خدمات مراقبت ارائه شده به بیماران در بیمارستان که میتواند ایمنی بیمار را تهدید کند ، مرحله **ترخیص بیماران از یک سطح از مراقبت به سطح پایین تر و نیازمند توجه کمتر** می باشد. ترخیص از بخش اورژانس به بخش عادی یا از بخش ویژه به بخش عادی و نهایتاً ترخیص از بیمارستان به محل اقامت یا نگهداری خارج از بیمارستان و در راس آنها منزل (یا مراکز نگهداری) یکی از دغدغه های مهم ایمنی بیماران می باشد. کارکنان بالینی همواره باید توجه داشته باشند که فرایند ترخیص نه به معنای قطع مراقبت ، بلکه به عنوان جزئی متأخر از زنجیره مستمر مراقبت می باشد. ادامه مراقبت که الزاما همانند حضور بیمار در بیمارستان با حضور مستمر کادر بالینی همراه نیست بلکه شکل این ارتباط به اجرای توصیه های مراقبتی ارائه شده حین بستری و هنگام ترخیص و نیز ارتباطات و مراجعات بعدی و به موقع بیمار به افراد ذیصلاح ارائه کننده خدمت، تغییر می یابد. به همین علت ، **بستری مجدد ناخواسته در بیمارستان یک شاخص عملکردی کلیدی برای بیمارستان محسوب میشود و بسیاری از اتفاقاتی که پس از ترخیص ممکن است برای بیمار اتفاق بیفتد به عنوان وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات مراقبت دسته بندی می گردد** . برای نمونه بروز سکت قلبی مجدد برای بیمار در منزل طی ماه اول بستری می تواند به عنوان خطای مراقبتی محسوب گردد. باید توجه داشت که شاخص مهم بستری مجدد ارتباط مستقیم و تنگاتنگ با کیفیت ترخیص بیمار از بیمارستان دارد.

وقایع ناخواسته به دنبال ترخیص ، مکرراً پس از ترک بیمارستان توسط بیمار و بازگشت به محل اقامت رخ می دهند. این واژه به آسیب هایی اطلاق می گردد که در نتیجه مراقبت ارائه شده به بیمار و تقریباً یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان اتفاق می افتند، ولی این موضوع یک دغدغه مهم برای نظام های سلامت در جهت تأمین ایمنی بیماران در بسیاری از کشورها میباشد.

به نظر میرسد ارتباط قوی بین وقوع وقایع ناخواسته پس از ترخیص با بسترهای مجدد ناخواسته وجود داشته باشد. این موضوع به ویژه در بیماران مسن نمود بیشتری پیدا میکند. بیشترین تغییری که در مراقبت بیمار با ترخیص از بیمارستان رخ میدهد، مربوط به رژیم دارویی بیمار است.

ترک زودهنگام بیمارستان توسط بیمار میتواند ایمنی وی و استمرار زنجیره مراقبت را دچار اختلال نماید. انتقال ضعیف اطلاعات بین بیمار و کادر درمان و مراقبت و اشتباهات در برقراری ارتباط ، دو عامل عمده اختلال در زنجیره مراقبت می باشند. از طرفی اقامت بیمار بیش از میزان لازم ، علاوه بر اشغال تخت ، تحمیل هزینه های بی مورد به بیمار و بیمارستان و محرومیت سایر بیماران نیازمند از خدمات و تخت های بیمارستانی ، بیمار را نیز در معرض مواجهه بیشتر و غیرضروری با خطرات و تهدیدها ایمنی وی مانند ابتلا به عفونتهای بیمارستانی قرار میدهد.

ترخیص ایمن در نمای ظاهری ، آن را میتوان اینگونه تعریف نمود که ترک بیمارستان توسط بیمار ایمن بوده ، ریسکی بیمار را تهدید نکند و البته به صفر رساندن ریسک ، خود موضوعی سهل و ممتنع است. توانمندسازی بیمار در مراقبت از خود با کاهش اتکا به محیط بیمارستانی و انتقال تدریجی وی به شرایط جامعه یکی از مهمترین اهداف یک ترخیص ایمن می باشد.

در نگاهی از بالا به فرایند ترخیص بیمار از بیمارستان چند مولفه به عنوان اجزاء فرایند ترخیص و یا فرایندهای موثر بر آن جلب نظر می نمایند. وضعیت بیمار قبل از بستری در بیمارستان، شرایط بالینی بیمار و حال عمومی وی، خدماتی که در حال ارائه به بیمار می باشد و امکاناتی که بیمارستان بدین منظور تأمین نموده و از سوی دیگر ریسکهای متوجه بیمار در یک سوی این طیف قرار دارند. بیماری به دنبال گذران یک دوره حاد بیماری و دریافت داروهای تزریقی و انفوزیون به صورت مرتب و کنترل مرتب علائم حیاتی و شواهد بالینی و پاراکلینیک ، اکنون داروهای وی تقلیل یافته و به صورت خوراکی داده میشود و توسط خود بیمار استفاده می گردد و کنترل علائم حیاتی وی به یک بار در روز رسیده است.

از سوی دیگر طولانی شدن مدت اقامت بیمار در شرایط بیمارستان می تواند ریسک عفونت بیمارستانی، اختلالات خلقی و ذهنی و قرار گرفتن در معرض وقایع نا خواسته مختلف مانند سقوط، زخم بستر و خطاهای دارو دهی را افزایش دهد.

فاز بینابینی اقدامات و ملاحظات است که قبل از ترخیص بیمار انجام میشود تا تداوم صحت زنجیره مراقبت پس از ترک محیط بیمارستان توسط بیمار را تضمین نماید. اطمینان از زمان به صرفه و صلاح بودن قطع مراقبت مستقیم بیمارستانی

توسط پزشک معالج اهمیت خاص دارد. **آموزش اثربخش حین ترخیص یک فرایند کلیدی برای تضمین تداوم مراقبت ایمنی بیمار است.**

از طرف دیگر مقصد ترخیص این بیمار باید مورد توجه قرار گیرد. بیمار از بیمارستان به کجا خواهد رفت؟ وضعیت اقامت، مراقبت، برآوردن نیازهای اولیه (مانند اجابت مزاج، خوردن و آشامیدن و بهداشت فردی)، تامین دارو و دارو دهی، تغذیه، نگهداری، در شرایط پس از ترخیص به چه شکل خواهد بود؟ آیا محیطی که بیمار پس از ترک بیمارستان به آن قدم می گذارد به واقع از نظر تداوم زنجیره مراقبت، امن است؟ طیف قابل توجهی از بیمارانی که دچار بستری مجدد میگردند و در کمتر از یک ماه مجدداً ناچار به پذیرش در اورژانس بیمارستان می شوند افرادی هستند که علیرغم وضعیت مناسب و قابل قبول از نظر بالینی به هنگام ترخیص، در ادامه مراقبت در محیط بعدی دچار مشکل گردیده اند. این امر به شکل معناداری ارتباط با مقصد ترخیص (منزل، خانه سالمندان و...) و طبیعتاً کیفیت مراقبت در آن دارد.

ترخیص و برنامه ریزی برای آن، فرآیندی تیمی است که اعضای از تخصص های مختلف ارائه کننده خدمات مراقبتی و بالینی را شامل می گردد. علاوه بر بیمار و خانواده / مراقبین به عنوان اعضای اصلی و ثابت تیم برنامه ریزی ترخیص، پزشک معالج، پزشکان مشاور، پرستار، تیم توانبخشی و فیزیوتراپی، روانشناس، کارشناس / متخصص تغذیه و البته مددکار اجتماعی اعضای این تیم مهم هستند.

با توجه به مطالبی که قبلاً در خصوص شرایط اجتماعی، اقتصادی، فیزیکی و روانشناختی بیمار پس از ترخیص و مقصد

ترخیص وی عنوان شد باید به نقش مددکار اجتماعی به عنوان یک عضو مهم در تیم برنامه ریزی و اجرای ترخیص بیمار تاکید نمود

در برنامه ریزی برای ترخیص، مبدا یا محلی که بیمار از آنجا به بیمارستان آورده شده (زندگی به تنهایی، مراکز نگهداری

و...) حائز اهمیت است. قبل از ترخیص بیمار و در نزدیک ترین زمان ممکن به آن، ارزیابی نهایی وضعیت وی و اطمینان از بی خطر بودن یا داشتن حداقل ریسک برای ترک بیمارستان ضروری است. سوای مسائل بالینی و ارزیابی بالینی توسط پزشک ترخیص کننده، مددکار اجتماعی وضعیت ذهنی / روانشناختی بیمار را قبل از ترخیص مورد توجه قرار داده وضعیت حمایتی و اقتصادی بیمار پس از ترخیص و میزان مشارکت خانواده / دوستان / مراقب بیمار پس از ترخیص را با کمک اعضای مرتبط در تیم ترخیص (مانند فیزیوتراپیست، روانشناس و...) بررسی میکند.

علاوه بر شرایط اقتصادی اجتماعی بیمار، فاکتورهایی مانند علت بستری، بیماری های زمینه ای همراه، بیماری های مزمن و تشخیص نهایی به هنگام ترخیص قطعاً برنامه ریزی برای ترخیص بیمار را تحت الشعاع قرار خواهند داد. برنامه ریزی ترخیص بیماران ویژه مانند دیابتی یا قلبی یا روانپزشکی ملاحظات و توجهات خاص خود را می طلبد.

ردیف	بیماران آسیب پذیر جهت ارجاع به مددکار اجتماعی
1	فیزیولوژیکی سالمندان - نوزادان - کودکان
2	فیزیکی اختلالات ذهنی - معلولیت جسمی / بینایی / شنوایی / گفتاری و ..
3	روانپزشکی خودکشی - اسکیزوفرنی - افسردگی و ...
4	بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان یا بهزیستی و ...
5	افراد دارای انگ اجتماعی معتادان ، مبتلایان به ایدز ، زندانی ها و ...
6	مادران باردار
7	بیماران مجهول الهویه
8	بیماران دچار ضرب و شتم - خودکشی

9	اتباع (قانونی و غیرقانونی)
---	----------------------------

از سویی شرایط بالینی خاص بیمار هنگام ترخیص مانند تراکتوستومی، لوله نازوگاستریک یا سوند ادراری یا کلهستومی و... باید در هنگام ترخیص بیمار و نحوه انتقال بیمار اعم از روش انتقال، وسایل مورد نیاز برای آن و احیاناً سطح مهارت و آگاهی فرد همراه کننده بیمار مورد توجه باشد.

به همان ترتیب شرایطی که بیمار پس از ترخیص از بیمارستان در آن قرار خواهد گرفت اعم از نحوه مراقبت در منزل یا مراکز نگهداری مانند مراکز نگهداری سالمندان یا معلولین ذهنی و نیز افراد بی خانمان نقش تایید کننده در نتیجه مراقبت بیمار خواهد داشت. افراد آسیب پذیر (مانند سالمندان، افراد مقیم مراکز نگهداری، افراد دچار مشکلات روانشناختی یا ذهنی مانند عقب ماندگان ذهنی، بیخانمانها، معتادان و...) دارای ریسک بالاتری نسبت به سایر بیماران پس از ترخیص هستند و توجه ویژه ای می طلبند. بیمارستان برای این بیماران باید با مشارکت نهادهای اجتماعی مرتبط برنامه داشته باشد و مددکار اجتماعی نقش خویش را در این زمینه به طور کامل ایفا نموده، مدیریت و رهبری بیمارستان نیز حمایت لازم را به عمل آورد. برقراری ارتباط موثر بین اعضای تیم ارائه کننده مراقبت و نیز بین بیمار / خانواده / مراقبین وی و ارائه کنندگان خدمت نقش اساسی در ترخیص ایمن بیمار دارد. همانگونه که قبلاً اشاره شد، انتقال ضعیف اطلاعات بین بیمار و کادر درمان و مراقبت و اشتباهات در برقراری ارتباط دو عامل عمده اختلال در زنجیره مراقبت می باشند.

ابزار و راهکارهایی برای ایجاد این ارتباط وجود دارند شامل :

- 1- برگه خلاصه ترخیص واضح و قابل فهم که بیمار از محتوای آن اطلاع کافی داشته باشد.
- 2- دستورالعمل ترخیص تحویلی به بیمار شامل نکات و هشدارهای مهم (Red Flags) و آنچه که بیمار باید در صورت مواجهه با این شرایط حاد انجام دهد ، باشد و بیمار کاملاً از آن آگاهی داشته باشد.
- 3- لیست واضح از پیگیری هایی که بیمار باید انجام دهد مانند آزمایشات، فیزیوتراپی و نیز ویزیت های بعدی در اختیار بیمار قرار گیرد و بیمار کاملاً از آنها آگاهی داشته باشد.

4- راه های برقراری ارتباط به هنگام (تلفنهای آزاد) با افراد مرتبط و کادر درمانی مانند پزشک معالج به شکل شفاف در اختیار بیمار و خانواده وی قرار گیرد.

5- رژیم غذایی، آموزش دیابت در مورد بیماران دیابتی، محل خواب و استراحت، اجابت مزاج و مانند آنها از مفاد آموزشی به بیمار با جلب مشارکت خانواده/مراقبین وی هستند.

6- وضعیت بیمار پس از ترخیص برایش کاملاً توضیح داده شود (مانند استراحت، حرکت، نقل و انتقال و جابجایی).

داروها و کیفیت دارو دهی یکی از اجزاء بسیار مهم به ویژه در بیمارانی که به دنبال ترخیص باید داروهای خاص یا با هشدار بالا و احتمالاً به مدت طولانی مصرف نمایند و بیماران پلی فارمسی از مهمترین اجزاء تاثیر گذار بر ایمنی بیماران پس از ترخیص هستند. قبلاً اشاره شد که بیشترین تغییری که در مراقبت بیمار با ترخیص از بیمارستان رخ می دهد مربوط به رژیم دارویی بیمار است.

در این خصوص ضروری است تا لیست دارو های بیمار حین ترخیص که باید بعد از آن مصرف نماید به واسطه تلفیق

دارویی مشخص و بیمار/ خانواده/ مراقبین از آن آگاهی داشته باشند. برنامه و زمان بندی نحوه کاهش مصرف

(Tapering) یا قطع داروها کاملاً مشخص و به بیمار تفهیم شده باشد. بیمار باید در خصوص عوارض احتمالی هر یک

از داروها و اقدامات مقتضی در صورت مواجهه با هر یک از عوارض یا نتایج حاصل از مصرف دارو آموزش دیده از اقدامات

لازم در هر مورد اینچه در چه زمانی با چه کسی، کجا و از چه طریق در این زمینه ارتباط برقرار نماید آگاهی داشته باشد.

در ترخیص بیماران در آخر هفته و ایام تعطیل و نیز ترخیص های که در شب اتفاق می افتند باید توجه بیشتری برای

پیشگیری از جا ماندن یا فراموش شدن اجزای ترخیص ایمن بیماران توسط کادر بالینی و مدیریتی مبذول گردد. مناسب

است طراحی اداری و برنامه ریزی برای ترخیص به گونه ای باشد که ترخیص نرمال بیماران ترجیحاً قبل از ظهر و در ساعات

فعال و وقت اداری صبح واحدهای مختلف اداری (اعم از پشتیبانی ، مدیریت ، مدیریت پرستاری و ...) هم آماده به کار

هستند ، صورت پذیرد. این طراحی در پیشگیری از بروز تعجیل در فرایند ترخیص موثر است. از سوی حضور سرپرستار

آگاهی از شرایط بالینی بیماران در بخش در هنگام جریان فرایند ترخیص مورد توجه است.

ترخیص بیماران با رضایت شخصی نیازمند عنایت خاص می باشد. باید توجه داشت که ترک بیمارستان توسط بیمار با میل

شخصی و علیرغم توصیه پزشکی به معنای بی تفاوتی و رفع مسئولیت از بیمارستان در قبال برنامه ریزی ترخیص اینگونه بیماران نمی باشد ، بلکه این گروه میتوانند در معرض خطر بالاتری از نظر تهدید ایمنی نسبت به بیماران با ترخیص عادی باشند. در این بیماران توجه ویژه به مواردی مانند مدیریت نتایج معوق بررسی های پاراکلینیک و ارائه مشورت های لازم به بیمار و خانواده / مراقبین وی جهت اطمینان از پیگیریهای درمان با روش های جایگزین ضرورت دارد.

از سوی دیگر ترخیص بیماران در بیمارستان های آموزشی یک گلوگاه مهم از نظر ایمنی بیمار می باشد. فرایند ترخیص با دستور دستیاران تخصصی نیاز به توجه ویژه دارد.

در طراحی و اجرای یک برنامه مطلوب ترخیص این نکات میتوانند نقش اساسی داشته باشند:

- تمرکز بر روی آموزش و ارتقاء سواد سلامت بیمار و خانواده / همراهان
- مدیریت بیماری
- کاهش هزینه های مراقبت / درمان
- رعایت حقوق بیمار و جلب مشارکت بیمار / خانواده در برنامه ترخیص
- یکپارچگی برنامه ترخیص و تیم برنامه ریز
- انتقال شرایط بیمار از شرایط بیمارستانی به شرایط جامعه با شیب کم

در سنجه های اعتباربخشی از ابزار SMART Discharge ، جهت ترخیص ایمن نام برده شده است

SMART Discharge



Sings

علائم و نشانه هایی که بیمار باید به آنها توجه کرده
و در شرایط مشخص به بیمارستان
گزارش کند



@nursingeducate

Medications

سوال و نکات مبهم در مورد داروهای مورد نیاز،
شرایط مصرف، عوارض و زمان مصرف



@nursingeducate



Appointment

پس از ترخیص اگر نیازی به پیگیری و مراجعه
مجدد به بیمارستان باشد
باید مورد توجه قرار گیرد و زمان آن
با بیمار و خانواده هماهنگ شود



@nursingeducate

Results

ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی
آزمایش ها آماده نباشد و یا نیاز باشد
پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود
که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود
تا پیگیری لازم صورت گیرد



@nursingeducate

Talk with me

توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه
کنندگان خدمات ایجاد میکند
که در زمینه های لازم گفتگوهای
باهم داشته باشند



ممنون که کامنت
گذاشتی

@nursingeducate

تحويل و تحول بیمار

SBAR

S	بیان شرح حال و وضعیت فعلی بیمار در مدت ۵ الی ۱۰ ثانیه Situation	www.salamatika.com	B	توضیح مختصر در مورد بیماری‌های زمینه‌ای و سوابق پزشکی بیمار Background
A	نتیجه‌گیری در مورد وضعیت جاری و میزان وخامت حال بیمار و تشخیص‌های محتمل Assessment		R	ارائه‌ی پیشنهادات و توصیه‌هایی در مورد اقدامات بعدی با ذکر چارچوب زمانی Recommendation



لیست داروهای نیازمند چک مستقل دوگانه شامل دستور پزشک ،
دستورات تلفنی / شفاهی ، گزارش پرستاری

1- کلرید پتاسیم

۲ - سولفات منیزیم

3- بیکربنات سدیم

4- گلوکونات کلسیم

5- هایپرسالین

6- لیدوکائین

7- آتروپین

8- اپی نفرین

9- هپارین سدیم

10- رتپلاز

11- هالوپریدول

12- پروپرانولول

(اشکال تزریقی داروهای فوق)

13- داروهای مخدر

14- انسولین

15- داروهای سیتوتوکسیک (شامل متوتروکسات)

16- داروهای بلاک کننده عصب و عضله (آتراکوریوم - پانکوریوم - سوکسینیل کولین) **اشکال تزریقی این داروها**

17- داروهای بیهوشی تزریقی: (اتومیدیت - کتامین - پروپوفول - تیوپنتال) **اشکال تزریقی این داروها**

18- خون و فرآورده های خون

19- تمام داروهای با هشدار بالا در ترالی احیا

- ❖ دستور کتبی توسط دو پرستار بصورت مستقل کنترل و امضا گردد.
- ❖ کاردکس توسط دو پرستار بصورت مستقل کنترل گردد.
- ❖ آماده سازی ویال / آمپول توسط پرستار انجام و توسط نفر دوم نظارت شود.
- ❖ محاسبه دارو و شناسایی صحیح بیمار توسط دو پرستار بصورت مستقل کنترل گردد
- ❖ انتهای گزارش پرستاری شیفت یک خط کامل کشیده و در ادامه محاسبه کامل دارو و ساعت شروع / تزریق دارو ثبت و توسط مسئول و فرد دوم امضاء و مهر گردد.

NIKAN

۵ لحظه مهم برای ایمنی دارو

قطع دارو



هر یک از داروها چه زمانی باید قطع شود؟

آیا به دنبال ناخواسته قطع مصرف دارو، اجبار باشد، گجسه باید گزارش شود؟

مرور دارو



چگونه صحت باید از دارو استفاده شود؟

آیا دارویی مصرف می شود که دیگر نیازی به مصرف آن نباشد؟

افزودن یک دارو



آیا واقعا به مصرف داروی دیگری نیاز است؟

آیا دارو به داروی های دیگر تداخل دارد؟

مصرف دارو



چه زمانی باید دارو مصرف شود؟

چگونه باید داروها مصرف شود؟

در صورت بروز عوارض جانبی چه اقدامی باید انجام داد؟

شروع یک دارو



نام دارو چیست؟

بسیار چه منظور استفاده می شود؟

خطرات و عوارض جانبی احتمالی دارو چیست؟

طراحی و اجرا: دکتران آموزش بیمارستان نیکان آفسیه
edu.nikan

اصول دارودهی



بیماران پرخطر

لیست بیماران در معرض خطر با ابزار مربوطه به همراه کد تعریف شده در کمیته ایمنی بیمار

معیار ارزیابی	کد دستبند	گروه پرخطر
معیار مورس	FA	FA(Falling)
معیار SAD	SU	SU(suicide)
معیار برادن	SO	SO(bed sor)
بنا به وضعیت بالینی و تشخیص پزشک	SE	SE(seizure)
بنا به وضعیت بالینی و تشخیص پزشک	MN	MN) malnutrition(
در صورت مصرف دارو بیشتر از 5 قلم	PPH	PPH) Play Pharmacy(
معیار ولز	TE	TE(thromboembolism)

Morse fall risk assessment

ارزیابی ریسک سقوط بیمار براساس معیار مورس		
امتیاز	معیار	ریسک فاکتور
۲۵	بله	سابقه افتادن بیمار
۰	خیر	
۳۰	بله	تشخیص ثانویه (سن و سابقه بیماری و مصرف دارو و....)
۱۵	واکر - عصا - عصای زیر بغل	
۰	کمک گرفتن از پرستار - استراحت در تخت بی حرکت - عدم نیاز به وسیله حرکتی	
۲۰	بله	IV درمانی
۰	خیر	
۲۰	مختل	الگوی گام برداشتن
۱۰	ضعیف	
۰	بی حرکت - استراحت در تخت - طبیعی	
۱۵	فراموشی در محدودیتهای حرکتی	وضعیت مغزی
۰	آگاه به محدودیتها و تواناییها	

امتیاز ریسک افتادن	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ - ۴۴
ریسک کم	۰ - ۲۴

واحد ایمنی بیمار

1402/10/06

معیار ارزیابی هاستی دامپتی (معیار زمین خوردن در اطفال)

پارامتر	مشخصات	سیر
سن	کمتر از ۳ سال	۴
	۷۵۳ سال	۳
	۱۳۵۷ سال	۲
	بالای ۱۳ سال	۱
جنس	پسر	۲
	دختر	۱
تشخیص	تشخیص نورولوژیکی برای کودک مطرح می باشد	۴
	تغییرات اکسیژناسیون واضح دارد ، یا تغییرات همودینامیک که منجر به تغییرات اکسیژناسیون میشود (تشخیصهای تنفسی ، دهیدراتاسیون ، آنمی ، بی اشتهایی ، سکوپ ، سرگیجه و ...)	۳
	اختلالات عصبی رفتاری	۲
	دیگر تشخیص ها	۱
اختلالات شناختی	از محدودیتهای خودش آگاه نیست	۳
	محدودیتهای خود را فراموش می کند	۲
	به تواناییهای خود آگاه می باشد	۱
	سابقه افتادن در نوزادگی یا نوبایی از تخت دارد	۴
فاکتورهای محیطی	کودک بیمار از وسایل کمک حرکتی (ورووک ، عصا و ...) استفاده می کند یا نوزاد و نوپا در همواره ، قبل تختخوابشو در کنار والدین گذاشته شده است و یا در نوب می باشد. (در اتاقهای عمومی)	۳
	کودک بیمار در تخت است	۲
	کودک بیمار سرپایی است	۱
	در طی ۲۴ ساعت گذشته سابقه جراحی / سایش / یبوشی دارد	۳
پاسخ جراحی / سایش / یبوشی	در طی ۴۸ ساعت گذشته سابقه جراحی / سایش / یبوشی دارد	۲
	بیشتر از ۴۸ ساعت از جراحی / سایش / یبوشی گذشته است / ندارد	۱
	از چند دارو استفاده میکند (بیشتر از ۲ دارو) از دسته داروهای سدائینوها (بجز بیماریهایی که در آن سی یو سایش دریافت میکنند) - فلج کننده ها - خواب آورها - مخدراها - باریتوراتها - فنوتیازین ها - آنتی دپرسان ها - لاکتیوها - دیورتیک ها	۳
استفاده از داروها	یکی از داروهای بالا را دریافت میکند	۲
	داروهای دیگر استفاده میکند / دارو استفاده نمیکند	۱
جمع کل	ریسک پایین : ۱۱-۷	ریسک بالا : ۱۲ یا بالاتر

معیار ولز (Wells) جهت تعیین ریسک ترومبو آمبولی وریدی			
نمره	یافته های بالینی برای آمبولی ریوی PTE	نمره	یافته های بالینی برای DVT
+3	وجود علائم بیماری DVT	+1	جراحی ، صدمه یا گچ در اندام تحتانی ، پارزی یا پارالایزی
+3	تشخیص افتراقی دیگری که علائم بیمار را توجیه کند نداشته باشیم	+1	بستری در تخت بیش از سه روز یا جراحی بزرگ در ۴ هفته قبل
+1.5	ضربان قلب بالای ۱۰۰	+1	تندرنس در مسیر وریدهای پشت زانو یا ران
+1.5	بیحرکتی بیش از سه روز یا جراحی در چهار هفته اخیر	+1	تورم یک عضو
+1.5	سابقه قبلی از TE و DVT	+1	ادم گوده گذار در اندام مبتلا
+1	وجود خلط خونی	+1	تورم بیشتر از ۳ سانتی متر یک پا نسبت به پای دیگر در ۱۰ سانتی متری زیر زانو
+1	بدخیمی حاد یا درمان شده در طول شش ماه قبل یا درمان تسکینی	+1	تورم عروق محیطی که ناشی از واریس نباشد
		+1	داشتن سابقه DVT قبلی
		+1	بدخیمی حاد یا درمان شده که شش ماه قبل بوده است
		+3	تزریق وریدی دارو
		-1	تشخیص جایگزین با احتمال بیشتری نسبت به DVT
	جمع نمرات		جمع نمرات

امتیاز ریسک ترومبو آمبولی ریوی (PTE)		امتیاز ریسک ترومبو آمبولی وریدی (DVT)	
احتمال کم	$2 >$	احتمال کم	۰-۱
احتمال متوسط	۲-۶	احتمال متوسط	۱-۲
احتمال بالا	$6 <$	احتمال بالا	۳-۸



معیار برادن					
درک حسی		رطوبت		فعالیت	
نمره	آیتم	نمره	آیتم	نمره	آیتم
۱	کاملاً مختل	۱	دائماً خیس	۱	وابسته به تخت
۲	خیلی مختل	۲	اکثراً خیس	۲	وابسته به صندلی
۳	نسبتاً مختل	۳	گاه‌ها خیس	۳	راه رفتن با کمک
۴	سالم	۴	خشک	۴	راه رفتن بدون کمک
تحرک		تغذیه		کشش/سایش	
نمره	آیتم	نمره	آیتم	نمره	آیتم
۱	کاملاً بدون تحرک	۱	خیلی مختل	۱	سر خوردن مکرر
۲	خیلی مدود	۲	خوردن کمتر از نیاز بدن	۲	خود داری نسبی از سر خوردن
۳	نسبتاً محدود	۳	خوردن بیشتر از نیاز بدن	-	خود داری از سر خوردن
۴	متحرک	۴	تغذیه کامل	-	-
پایین تراز ۹	۱۲-۱۰	۱۴-۱۳	۱۸-۱۵	بالا تر از ۱۹	
ریسک خیلی بالا	ریسک بالا	ریسک متوسط	ریسک پایین	کنترل معمولی	

مقیاس افراد غمگین (SAD PERSONS)		
ردیف	موضوع	نمره (۰-۱۰)
۱	جنسیت (مرد) sex	
۲	سن (زیر ۲۰ سال یا بالای ۴۵ سال) age	
۳	خلق افسرده depressed mood	
۴	سابقه اقدام به خودکشی previous suicide attempt	
۵	مصرف الکل (یا مواد) ethanol abuse	
۶	فقدان تفکر منطقی (نشانگان آسیب مغزی ، اختلالات عاطفی ، اسکیزوفرنیا) rational thinking loses	
۷	فقدان حمایت اجتماعی social support lacking	
۸	برنامه خودکشی سازماندهی شده organized plan for suicide	
۹	تجرد و یا تنهایی no spouse	
۱۰	بیماری یا فقدان سلامت جسمانی sickness	

نمرات	تفسیر نمرات
۰-۲	توصیه به مراجعه به منزل / خوابگاه اما پیگیری او ادامه دارد
۳-۴	پیگیری جدی
۵-۶	توجه جدی به بستری کردن (بسته به میزان اعتماد به فرآیند پیگیری)
۷-۱۰	بستری کردن

اقدامات مورد نیاز:

۱ - برای هریک از بیماران در معرض خطر **برچسب زرد رنگ** به همراه کد مربوطه بر روی دستبند مشخصات بیمار الصاق گردد.

۲- اعلام پرخطر بودن بیمار به پزشک معالج و اجرای دستورات لازم جهت مقابله با ریسک

3- کنترل ریسک در هر شیفت و ثبت در گزارش پرستاری (در صورت تغییر) و اطمینان از الصاق برچسب ها بر روی دستبند بیمار

4- اگر در مواردی لازم باشد بیمار از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد این عنوان نباید مغل حریم خصوصی یا تشویق برای بیمار شود.

5- در صورتی که اقلام دارویی مصرفی بیمار 5 دارو یا بیشتر باشد گزینه پلی فارمسی برای بیمار مطرح است و در دستبند شناسایی کد مربوطه قید گردد.

قانون الصاق برچسب زرد برای پلی فارمسی در بخش داخلی بیشتر از 5 دارو میباشد

5- برچسب قرمز رنگ برای شناسایی بیمارانی که سابقه حساسیت و آلرژی دارند به دستبند شناسایی الصاق می گردد و مداخلات بر اساس آن برنامه ریزی می گردد.

معیار ریچموند (ارزیابی بیداری / آژیتاسیون / سداسیون)

Richmond Agitation Sedation Score

مقیاس	عنوان	توضیح
+۴	پرخاشگر	خشمگین - آسیب به پرسنل
+۳	شدیداً آشفته	لوله و اتصالات را به صورت پرخاشگرانه می کشد.
+۲	آشفته	بی قراری با ونتیلاتور و حرکات متناوب و بی هدف
+۱	بی قرار	مضطرب - حرکات بدون پرخاشگری
۰	هوشیار-آرام	توجه به مراقبت دهنده
-۱	خواب آلودگی	کاملاً هوشیار نیست ولی با صدا چشم باز می کند و ارتباط بیش از ۱۰ ثانیه است.
-۲	بیهوشی ضعیف	به طور مختصر به صدا جواب میدهد ولی ارتباط کمتر از ۱۰ ثانیه است.
-۳	بیهوشی متوسط	چشم ها را بی هدف باز می کند.
-۴	بیهوشی عمیق	به تحریکات فیزیکی جواب میدهد.
-۵	بیدار نمی شود	به صدا و تحریکات فیزیکی پاسخ نمیدهد.
اگر RASS بالاتر و یا مساوی ۴- و ۵- باشد بیمار هوشیار نمی باشد و مدتی بعد مجدداً چک شود.		

سه مرحله معیار ریچموند برای بررسی آژیتاسیون سداسیون (RASS)

1- مشاهده: بیمار فقط مشاهده می شود اگر بیمار هوشیار است امتیاز مناسب (+ تا 4) را برای او در نظر بگیرید. اگر

هوشیار نیست مرحله دو را انجام دهید.

۲. تحریک کلامی: نام بیمار را با صدای بلند صدا زده و از او بخواهید به شما نگاه کند در صورت نیاز می توانید این

کار را تکرار کنید اگر به شما واکنش نشان داد امتیاز مناسب را در نظر بگیرید (1 تا 3) اگر هیچ واکنشی نشان نداد به-

مرحله بعدی بروید.

3- تحریک فیزیکی: شانه بیمار را تکان دهید اگر واکنشی نداشت به شدت جناغ او را فشار دهید امتیاز مناسب را در

نظر بگیرید. (4 تا 5)

محاسبه مقیاس گلاسکو در کودکان

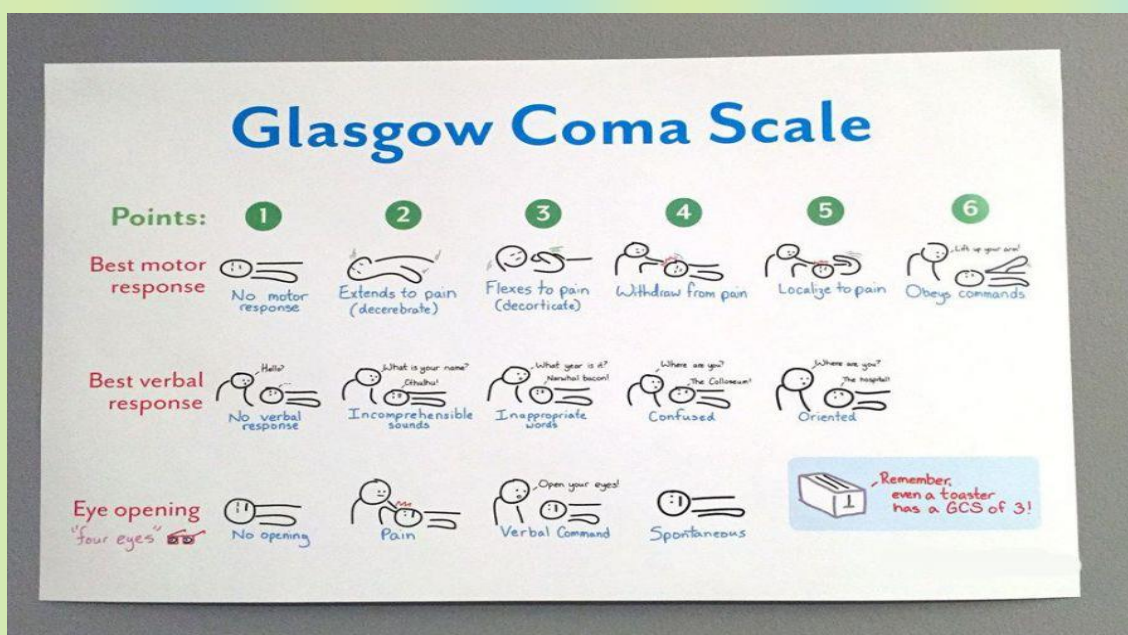
معیار گلاسکو در نوزادان و نوزادان (PGCS)			
پاسخ چشمی			
امتیاز	اطفال	امتیاز	نوزادان
4	خود به خود باز کنید	4	خود به خود باز کنید
3	در پاسخ به محرک ها باز است	3	در پاسخ به محرک ها باز است
2	فقط در پاسخ به درد باز است	2	فقط در پاسخ به درد باز است
1	بدون پاسخ	1	بدون پاسخ
پاسخ کلامی			
امتیاز	اطفال	امتیاز	نوزادان
5	گیرا و مناسب	5	تحرک و جنجال مناسب
4	گیج	4	گریه های تحریک پذیر
3	کلمات نامناسب	3	در پاسخ به درد گریه می کند
2	کلمات نامفهوم یا اصوات نامشخص	2	نالہ در پاسخ به درد
1	بدون پاسخ	1	بدون پاسخ
پاسخ حرکتی			
امتیاز	اطفال	امتیاز	نوزادان

6	از دستورات اطاعت می کند	6	خود به خود و هدفمند حرکت می کند
5	پاسخ به محرک درد موضعی یا محلی	5	برای لمس کنار می کشد
4	در پاسخ به درد کناره گیری می کند	4	در پاسخ به درد کناره گیری می کند
3	با خم شدن به درد پاسخ می دهد	3	با ایستادن decorticate (خم شدن غیر طبیعی) به درد پاسخ می دهد.
2	به درد با اکستنشن کردن اندام پاسخ می دهد	2	با ایستادن decelerate posturing (اکستنشن شدن غیر طبیعی) به درد پاسخ می دهد.
1	بدون پاسخ	1	بدون پاسخ

نمره 12 صدمه شدید به سر را نشان می دهد.

نمره 8 نیاز به لوله گذاری و تهویه را نشان می دهد.

نمره 6 نیاز به نظارت بر فشار داخل جمجمه را نشان می دهد.



سطوح مراقبتی بیماران (کودکان و بزرگسالان)

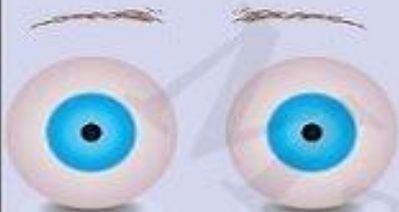
NIKAN HOSPITAL سطوح مراقبتی کودکان



معیار گلاسکو در بزرگسالان

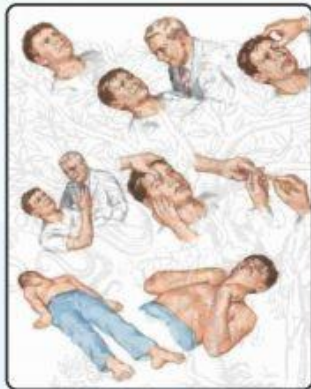


معیار گلاسکو

Behaviour	پاسخ Response
 پاسخ چشمی	خود به خودی با صحبت با درد بدون پاسخ
 پاسخ زبانی	نگاه به مکان، شخص و زمان نیج کلمات نامفهوم صداهای نامفهوم بدون پاسخ
 پاسخ حرکتی	بروی از دستورات حرکت به سمت محل درد خم کردن اندام به سمت درد خم کردن اندام به سمت داخل بدن خم کردن اندام به سمت دور بدن بدون پاسخ

معیار فور اسکور

GLASGOW COMA SCALE



معیار کمای گلاسکو (GCS) ابزاری برای ارزیابی سطح هوشیاری بیماران مبتلا به مشکلات حاد مغزی می باشد که اولین بار در سال ۱۹۷۴ توسط دکتر گراهام تیس دل و برایان جنت ارائه گردید. این ابزار سه جزء را در بیماران بررسی می کند: ۱- پاسخ چشمی ۲- پاسخ حرکتی ۳- پاسخ کلامی. کمترین میزان آن ۳ و بیشترین آن ۱۵ می باشد. ارزیابی GCS توسط افراد مختلف می تواند به راحتی انجام گیرد. ضمناً این ابزار یکی از اجزاء سیستم های Scoring در ICU می باشد. GCS بدو ورود در بعضی موارد (نظیر SAH، آسیب تروماتیک مغزی و مننژیت باکتریایی) با پیش آگهی مرتبط است. ضمناً اپلنوباسیون و داروهای Sedative می توانند با کاربرد آن تداخل ایجاد نمایند.

بر اساس GCS، صدمات مغزی به سه دسته شدید ($GCS \leq 8$)، متوسط ($GCS = 9-12$) و خفیف ($GCS \geq 13$) تقسیم بندی می شوند.

پاسخ حرکتی Motor Response

- M6** - اطاعت از دستورات (انجام کارهای ساده کافی می باشد.)
(در شیرخواران حرکات خودبخودی طبیعی یا هدفمند)
- M5** - نشان دادن محل لمس (لوکالیزاسیون یا انجام حرکات هدفدار)
- M4** - عقب کشیدن عضو یا محرک دردناک
- M3** - فلکسیون غیر طبیعی اندام های فوقانی (پاسخ دکورتیکه)
(مانند اداکسیون بازو، چرخش داخلی ساعد یا فلکسیون مچ دست و آرنج)
- M2** - اکستنسیون غیر طبیعی اندام ها (پاسخ دسریره)
(اداکسیون بازو، چرخش خارجی ساعد یا اکستنسیون آرنج و فلکسیون مچ دست)
(در شیرخواران باز کردن اندام ها)
- M1** - عدم واکنش به هرگونه تحریک دردناک

پاسخ چشمی Eye Opening

- E4** - باز بودن خودبخودی چشم
- E3** - باز کردن چشم با محرک صوتی (در شیرخواران فریاد زدن)
- E2** - باز کردن چشم با محرک دردناک
(جهت تحریک دردناک مرکزی فشار روی عصب سوپراوربیتال یا مفصل تمپورومانندیبولار و جهت تحریک دردناک محیطی فشار بر بستر ناخن)
- E1** - باز نکردن چشم (هی با محرک دردناک)

پاسخ کلامی Verbal Response

- V5** - هوشیار (آگاهی به زمان، مکان و اشخاص)
(در گروه سنی ۵-۲ سال ادای کلمات یا عبارات مناسب)
(در گروه سنی > ۲ سال خنده یا گریه مناسب)
- V4** - خواب آلوده (پاسخ به سوالات ولی با گنجی مختصر)
(در گروه سنی ۵-۲ سال ادای کلمات یا عبارات نامناسب)
(در گروه سنی > ۲ سال گریه آرامش پذیر)
- V3** - ادای کلمات نامناسب
(در گروه سنی ۵-۲ سال گریه یا جیغ پایدار)
(در گروه سنی > ۲ سال گریه یا جیغ نامناسب و پایدار)
- V2** - ادای صداهای غیر قابل فهم
(در گروه سنی ۵-۲ سال خرخر، آشفته و بی قرار)
(در گروه سنی > ۲ سال خرخر، آشفته و بی قرار)
- V1** - عدم وجود هر گونه صدا

گردآوری و تنظیم علمی:
دکتر امید مرادی مقدم (فوق تخصص مراقبت های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ایران)
مجید صحت، امیر سالاری (مدیرین اورژانس و مراقبت های ویژه)
انشارات تخصصی پزشکی
www.majidsehat.ir
02122522222 - 02122522222
info@aminsehat.ir - 02122522222
هرگونه کپی برداری از این پوستر بکاربرد قانون دارد.



با تأیید انجمن مراقبت های ویژه ایران

سطوح مراقبتی بزرگسالان

وضعیت تغذیه	بدون نیاز به کمک
بهداشت فردی	خودکفایی کامل
وضعیت دفع	بدون کمک یا با کمک مختصر
حرکت	بیمار به خود متکی است.
سلامت عمومی	خوب. پذیرش جهت اقدامات تشخیص و فرایندهای درمانی ساده
آموزش و حمایت عاطفی روانی	آموزش معمولی جهت فرایندهای درمانی ساده، واکنش غیرعادی ندارد.
دارو و درمان	ندارد یا داروها و درمان های مختصر دارد.

وضعیت تغذیه	نیازمند کمک در آماده کردن غذا یا تشویق به خوردن
بهداشت فردی	بخش عمده مراقبت بدون کمک یا حداقل کمک می باشد.
وضعیت دفع	نیاز به کمک جهت رفتن به توالت یا استفاده از لوله و لگن، قادر به کنترل دفع می باشد.
حرکت	قادر به حرکت و چرخیدن می باشد یا نیاز به کمک جزئی دارد.
سلامت عمومی	نیازمند مشاهده علائم حیاتی ادرار یا کنترل جذب و دفع مایعات
آموزش و حمایت عاطفی روانی	۵-۱۰ دقیقه آموزش و حمایت عاطفی در هر شیفت، بیمار ممکن است به صورت جزئی گیج باشد.
دارو و درمان	۲۰-۳۰ دقیقه زمان در هر شیفت برای دریافت دارو، نیازمند ارزشیابی اثربخشی دارو و درمان

وضعیت تغذیه	بیمار توانایی بلعیدن یا قورت دادن دارد اما نیازمند کمک می باشد.
بهداشت فردی	قادر به انجام مراقبت زیادی از خود نمی باشد.
وضعیت دفع	نیازمند گذاشتن و برداشتن لگن و لوله ادراری است.
حرکت	کاملاً وابسته می باشد و نیاز به چرخیدن دارد.
سلامت عمومی	مشاهده ارزشیابی وضعیت فیزیولوژیک و عاطفی بیمار هر ۲ تا ۴ ساعت، بررسی دقیق جذب و دفع مایعات هر یک ساعت
آموزش و حمایت عاطفی روانی	در هر شیفت ۱۰ تا ۳۰ دقیقه زمان لازم دارد، بیمار ممکن است گیج و اذیته باشد، گاهی مقاومت در آموزش دارد.
دارو و درمان	۲۰-۶۰ دقیقه در هر شیفت جهت دادن دارو مشاهده دقیق عوارض جانبی یا واکنش های آلرژیک بررسی وضعیت روانی در هر یک ساعت

وضعیت تغذیه	بیمار به طور مستقل نمی تواند غذا بخورد، اشکال در بلع و جویدن، امکان نیاز به تغذیه از طریق لوله
بهداشت فردی	نیازمند حمام، مراقبت از مو و مراقبت از دهان
وضعیت دفع	نیازمند کمک در دفع
حرکت	خود بیمار نمی تواند بچرخد و جهت چرخیدن نیازمند کمک است.
سلامت عمومی	علائم حاد شامل خونریزی یا از دست دادن مایع، بحران حاد تنفسی و نیاز به مشاهده دقیق و ارزشیابی مکرر
آموزش و حمایت عاطفی روانی	بیش از ۳۰ دقیقه زمان برای آموزش در هر شیفت، حمایت زیاد جهت واکنش های عاطفی شدید
دارو و درمان	بیش از ۶۰ دقیقه در هر شیفت جهت دارو و درمان مشاهده دقیق وضعیت روانی با فاصله زمانی کمتر از یک ساعت

نیازمند مشاهده دائم و بررسی دقیق و مداوم و مانیتورینگ در هر شیفت

طراحی و اجرا:
دپارتمان آموزش بیمارستان نیکان اقدسیه

edu.nikan



تعریف هموویژیلانس Hemovigilance

همو به معنای خون و ویژیلانس به معنای مراقبت است و ترکیب مراقبت از خون به عنوان برگردان هموویژیلانس بکار می رود و به فعالیت هایی اطلاق می شود که در کل زنجیره انتقال خون (از زمان جمع آوری خون تا زمان تزریق آن به گیرنده) به منظور جمع آوری و ارزیابی اطلاعات مربوط به وقوع عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تزریق خون و فرآورده های آن در افراد گیرنده انجام شده تا در صورت امکان مانع از بروز مجدد آنها شود. در واقع هموویژیلانس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون است.

هموویژیلانس یک سیستم نظارت کشوری بر سلامت خون و فرآورده های آن در تمام مراحل در زنجیره انتقال خون یعنی از زمان خونگیری از اهدا کنندگان تا پیگیری دریافت کنندگان خون و فرآورده ها گردآوری و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به اثرات ناخواسته انتقال خون و اعلام خطر به منظور تصحیح و اقدامات لازم برای جلوگیری از وقوع مجدد آن هاست هم چنین ضرورت قابل ردیابی بودن خون و فرآورده ها از اهدا کننده تا دریافت کننده در بیمارستان های دولتی، خصوصی و مراکز انتقال خون توصیه شده است.

دستورالعمل های مرتبط با استانداردهای تزریق خون

- 1- ابتدا دستورات پزشک توسط دو پرستار به صورت مجزا چک و مهر می گردد.
- 2- در صورت تزریق اولین فرآورده در طول بستری فعلی رضایت آگاهانه اخذ گردد.

- 3- نمونه بر بالین بیمار گرفته شود و اسم فرد نمونه گیری بر روی لیبل نمونه ذکر گردد.
- 4- فرم درخواست تکمیل و به واحد آزمایشگاه ارسال گردد.
- 5- واحد مربوطه توسط واحد بانک خون آزمایشگاه در کمترین زمان ممکن آماده سازی گردد.
- 6- در صورت آماده شدن فرآورده خونی به واحد مربوطه جهت تحویل فرآورده اطلاع داده شود .
- 7- قبل از تحویل فرآورده خونی از واحد بانک خون ، پرستار مربوطه از علایم حیاتی جهت تزریق ، برقراری لاین مناسب ، و ... اطمینان حاصل نماید .
- 8- فرآورده با کلدباکس از واحد بانک خون آزمایشگاه تحویل گرفته شود . (استفاده از یخ خشک جهت انتقال فرآورده لازم نیست ولی جهت حفظ زنجیره سرد انتقال فرآورده خونی از بانک خون به بخش مربوطه در کمترین زمان ممکن انجام شود .)
- 9- وضعیت ظاهری توسط پرستار مربوطه چک شود .
- 10- مشخصات فرآورده توسط دو پرستار چک گردد.
- 11- قبل از آغاز تزریق خون علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.
- 12- در مورد هر گونه واکنش قبلی نسبت به تزریق خون از بیمار سؤال کنید.
- 13-
- 11- در زمان شروع تزریق فرآورده های خونی لزوم حضور پرستار مربوطه به صورت 5 دقیقه اول به صورت مداوم و 15 دقیقه بعدی به صورت متناوب بر بالین بیمار الزامی است .
- 12- در صورت بروز هر گونه تغییر در شرایط بیمار (تغییر در علایم حیاتی بیمار ، بروز علایم جدید و ...) ، انفوزیون فرآورده متوقف و فوراً به پزشک اطلاع داده شود .

نکته :

- در صورت دستور پزشک مبنی بر تزریق مجدد فرآورده ای که عارضه داده است ، شرط تزریق مجدد حضور اینترن / رزیدنت یا پزشک معالج بر بالین بیمار به صورت 5 دقیقه اول به صورت مداوم و 15 دقیقه بعد به صورت متناوب می باشد .
- تنها مایع وریدی مجاز جهت تزریق در حین ترانسفوزیون خون ، نرمال سالین ۹ / ۰٪ می باشد .

پزشکان هموویتزیلانس:

در هر بیمارستان و بخش مستقل باید پزشک مسئول هموویتزیلانس که ترجیحا از رشته های مرتبط باشد، انتخاب و مسئولیت آن را بعهده گیرد.

نکات مهمی که در هنگام خونگیری و تزریق خون باید رعایت گردد :

➤ برای خون گیری و یا تزریق خون لازم است که هویت بیمار تایید گردد .

1- زیرا در صورت تزریق اشتباهی خون به فرد دیگر ، به دلیل تفاوت گروه های خونی می تواند موجب از دست رفتن جان بیمار گردد.

2- چنانچه بیمار هوشیار است قبل از نمونه گیری از خود فرد، نام، نام خانوادگی، و تاریخ تولد را بپرسید و مشخصات بیمار را با پرونده و اطلاعات فرم درخواست خون مقایسه نمایید.

3- بیمار حتما باید دستبند شناسایی داشته باشد و مطابقت دستبند با اطلاعات پرونده و فرم درخواست تکمیل شده خون انجام گیرد.

4- چنانچه بیمار غیرهوشیار است (یا موارد اورژانس) باید طبق دستورالعمل های داخلی در بیمارستان شناسایی این بیماران تعریف شده باشد.

ب) تهیه نمونه خون قبل از تزریق خون:

➤ نحوه نمونه گیری آزمایش به صورت ایمن:

۱) قبل از انجام آزمایش ؛ چک دستور پزشک و شناسایی فعال بیمار باید انجام شود.

۲) لیبل آزمایش از طریق سیستم گرفته شود.

3) پرستار مسئول بیمار با سینی وسایل و لوله آزمایش و لیبل آزمایشات بر بالین بیمار حاضر شود و شناسایی فعال بیمار

انجام شود.

4) قبل از تماس با بیمار شستشوی دست انجام شود.

5) نمونه گیری به طریق ایمن انجام شود. در زمان خونگیری چنانچه بیمار در حال دریافت مایعات تزریقی از یک دست است، به منظور اجتناب از ترکیب نمونه با مایعات تزریقی، بهتر است از بازوی دیگر بیمار استفاده کرد و یا در صورت لزوم از پائین تر از محل تزریق، نمونه را تهیه نمود.

6) نمونه خون همولیز حتما باید با نمونه صحیح جایگزین شود.

7) نمونه ها داخل لوله آزمایش ریخته شود و بلافاصله بعد از نمونه گیری و قبل از ترک بالین بیمار لیبل آزمایش به نحوی که اطلاعات بیمار قابل خواندن باشد چسبانده شود. از برچسب زدن قبلی لوله های چند بیمار (به عنوان مثال در ایستگاه پرستاری) و سپس اقدام به نمونه گیری از بیماران شدیداً پرهیز گردد

8) نمونه داخل ظروفی که داخل هر بخش برای جابجایی نمونه ها قرار دارد گذاشته شود و در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال شود.

9) شستشوی دست بعد از تماس با بیمار حتما انجام شود.

در صورتی که از آزمایشگاه نمونه خاصی مانند محیط کشت یا نمونه دیگری که در بخش ها موجود نیست گرفته شد و به هر دلیلی ارسال نمونه کنسل شد؛ حتما به پرسنل خدمات یا کمکی اطلاع داده شود که این نمونه را به آزمایشگاه برگرداند و توسط خود پرستار یا کمکی به پرسنل آزمایشگاه اطلاع داده شود تا به اشتباه در کنار بقیه نمونه های ارسالی گذاشته نشود و باعث سردرگمی و خطا نشود.

ج) مواردی که باید حتماً روی برچسب قید گردند:

- ❖ نام، نام خانوادگی بیمار
- ❖ تاریخ تولد
- ❖ شماره پرونده
- ❖ تاریخ و ساعت خونگیری
- ❖ نام یا نام مخفف فردی که نمونه گیری کرده است.

عوارض تزریق فراورده های خونی

تزریق خون می تواند با اثرات ناخواسته همراه شود . برخی از این واکنش ها حاد بوده و در طول تزریق یا مدت کوتاهی پس از آن به وجود می آیند . برخی دیگر تأخیری بوده ممکن است پس از ۲۴ ساعت به وقوع بپیوندند . علی رغم معاینات پزشکی و انجام آزمایشها و با وجود رعایت تمام استانداردها احتمال بروز عوارض انتقال خون هم چنان باقی است . بنابراین تصمیم به تزریق خون برای بیمار باید بر اساس ارزیابی های دقیق از فواید و عوارض آن برای بیمار بوده ، آگاهی و مهارت لازم برای تشخیص و درمان هر گونه واکنش ناسازگار خونی و عوارض آن را دارا باشیم.

رهنمودهای کلی

الف : در زمان تزریق هر واحد خون ، بیمار را در مراحل زیر تحت نظر داشته باشید :

- قبل از آغاز تزریق
- بلافاصله پس از شروع تزریق
- ۱۵ دقیقه بعد
- حداقل هریکساعت طی تزریق
- در پایان تزریق
- ۴ ساعت پس از اتمام تزریق

ب : در تمام مراحل فوق اطلاعات زیر را در پرونده بیمار ثبت کنید:

- حال عمومی بیمار

- درجه حرارت بدن
- نبض و فشار خون
- نحوه تنفس
- میزان جذب مایعات و میزان برون ده ادراری
- زمان شروع و پایان تزریق
- حجم و نوع فرآورده های تزریقی
- شماره های کیسه تمام فرآورده های تزریقی

هر گونه واکنش مشاهده شده بیمار را به خصوص در 15 دقیقه اول تزریق دقیق تحت نظر بگیرید، تا علایم ابتدایی بروز واکنش های تهدید کننده را شناسایی کنید.

چگونه بروز واکنش های حاد پس از انتقال خون را کنترل و اداره نمائیم؟

اقدام فوری برای تمام واکنش های ایجاد شده پس از انتقال خون :

(1) تزریق خون را متوقف نمائید .

(2) جریان IV - را با استفاده از نرمال سالین ۰.۹٪ / 0 بازنگه دارید .

(3) مطمئن شوید که واحد صحیح به بیمار مربوطه داده شده است. (شناسایی بیمار و واحد خون درخواستی)

(4) علائم و نشانه های حیاتی را کنترل نمائید .

(5) به پزشک مسئول و بانک خون اطلاع دهید. پس از اینکه انتقال خون متوقف شد (بجز در موارد واکنش های خفیف آلرژیک) به مورد زیر توجه نمائید . نمونه تازه ای از خون و ادرار جمع آوری نموده و همراه با واحد خون و ست تزریق به بانک خون ارسال نمائید . با پزشک مسئول مشورت نمائید و پروتکل بیمارستان را اجرا نماید.

عوارض و نشانه های واکنش حاد به تزریق فراورده های خونی در بیمار هوشیار

علائم عمومی	علائم سیستم تنفسی	علائم قلبی ریوی	علائم جلدی
✓ تب ✓ لرز ✓ درد قفسه سینه ✓ درد کمر ✓ درد عضلانی ✓ سردرد ✓ احساس گرما در محل تزریق یا در طول رگ	✓ تاکی پنه ✓ اپنه ✓ تنگی نفس ✓ سرفه ✓ ویز	✓ تغییرات ضربان قلب (تاکی کاردی - برادی کاردی) ✓ افت فشارخون یا افزایش فشار خون ✓ خونریزی	✓ راش ✓ کهیر ✓ خارش
علائم گوارشی	علائم کلیوی	علائم سیستم عصبی	
✓ تهوع ✓ استفراغ ✓ کرامپ شکمی ✓ اسهال خونی	✓ تغییرات در حجم ادرار (الیگوری یا انوری) ✓ تغییر در رنگ ادرار	✓ گزگز اندام	

تب

تعریف : افزایش یک درجه سانتی گراد از دمای پایه بدن در طی تزریق خون یا به مدت 1-2 ساعت بعد از اتمام تزریق خون

TACO	TRALI	
کاردیورنیک	غیر کاردیورنیک	ادم ریوی
افزایش حجم	افزایش نفوذ پذیری عروق	مکانیسم
همه	همه (FFP < پلاکت)	فرآورده های خونی
افزایش فشارخون	افت فشارخون	فشار خون
ندارد	اغلب وجود دارد	تب
دارد	ندارد	کاردیومگالی / نارسائی قلب چپ
افزایش	---	BNP و CVP
بله	نه	پاسخ درمانی به دیورنیک
---	لکونی	WBC

محاسبات دارویی



اگر واحد داروی تجویزی با واحد اصل دارو یکسان نباشد

اگر واحد داروی تجویزی با واحد اصل دارو یکسان باشد

وزن بیمار × دوز درخواستی × ۳ = $\frac{\text{cc/h}}{\text{دوز آمپول}}$

دوز درخواستی × حجم سرنگ = $\frac{\text{cc/h}}{\text{دوز آمپول}}$

تجویز پزشک: ۵mc/kg/min دوپامین در پمپ انفوزیون شود.
(وزن بیمار ۸۰ kg ، دوز آمپول دوپامین ۲۰۰ mg)

تجویز پزشک: ۵۰۰ واحد در ساعت هپارین در پمپ انفوزیون شود.
(اصل دارو ۵۰۰۰ واحد است.)

نکته ۱: اگر دارو وزنی بود، در فرمول وزن را می نویسیم وگرنه لازم به نوشتن نیست.
نکته ۲: اگر به جای سرنگ پمپ از میکروست استفاده شود، جواب به دست آمده را ۲ برابر کرده و تعداد قطرات در دقیقه به دست می آید.

مطراحی و اجرا:
دپارتمان آموزش بیمارستان نیکان
@edu.nikan

$\frac{3 \times 5 \times 80}{200} = 6 \text{ cc/h}$

$\frac{500 \times 50}{5000} = 5 \text{ cc/h}$



Drug Calculation

محاسبات دارویی

قانون کلی تنظیم قطرات سرم

V/T
$$\frac{\text{حجم سرم بر حسب میلی لیتر}}{\text{زمان بر حسب ساعت}} = \text{تعداد قطره در دقیقه}$$

V/4T
$$\frac{\text{حجم سرم بر حسب میلی لیتر}}{\text{زمان بر حسب ساعت} \times 4} = \text{تعداد قطره در دقیقه}$$

قواعد تبدیل واحدها

یک گرم	↔	۱۰۰۰ میلی گرم
یک میلی گرم	↔	۱۰۰۰ میکروگرم
یک سی سی میکروست	↔	۶۰ قطره
یک سی سی ماکروست	↔	۱۵ قطره
یک سی سی خون	↔	۲۰ قطره

محاسبه تعداد قطرات در تجویز بر حسب دقیقه

تجویز بر اساس وزن بیمار

۶۰ x مقدار داروی تجویز شده x مقدار حجم سرم به میلی لیتر x وزن بیمار بر اساس کیلوگرم = تعداد قطرات در دقیقه

مقدار کل داروی موجود

مثال:

برای بیمار با وزن ۷۰ کیلوگرم داروی دیوپامین با دوز ۱۰ ug/kg/min تجویز شد در صورتیکه یک آمپول دیوپامین (معادل ۲۰۰ میلی گرم) را با ۱۰۰ میلی لیتر سرم قندی ۵٪ به حجم رسانده باشیم تعداد قطره در دقیقه برابر است با:

چون دوز تجویزی بر اساس واحد میکرو گرم می باشد و دوز دارو بر اساس میلی گرم ابتدا میلی گرم را با ضرب در ۱۰۰۰ تبدیل به میکروگرم می کنیم.

$200 \times 1000 = 200000$

$200000 \times 100 \times 60 = 12000000$

$12000000 \div 200000 = 60$ = تعداد قطرات در دقیقه

میکروست حاوی دارو

برای کلیه دوزهایی که بر حسب موارد زیر باشد:

mg/min , ug/min , u/min , eq/min , meq/min

۶۰ x مقدار داروی تجویز شده x مقدار حجم سرم به میلی متر = تعداد قطرات در دقیقه

مقدار کل داروی موجود

راه حل ساده

هرگاه هر دارویی با هر میزان در ۱۰۰ سی سی میکروست ریخته شود ۶ قطره آن حاوی همان مقدار دارو است با یک واحد کوچکتر بطور مثال چنانچه ۵ میلی گرم TNG در ۱۰۰ میلی لیتر دکتستروز ریخته شود ۶ قطره از آن حاوی ۵ میکروگرم TNG است.

محاسبه دوز داروهای درصدی

بعضی از داروها مانند لیدوکائین، کلسیم، منیزیم بصورت درصدی بیان می شوند.

هرگاه غلظت دارویی با درصد مشخص شده باشد، فقط با حذف علامت درصد (٪) و گذاشتن رقم صفر جلوی عدد آن دارو، یک سی سی آن دارو حاوی این عدد بدست آمده به واحد میلی گرم می باشد.

مثال:

لیدوکائین ۲ درصد یعنی یک سی سی آن ۲۰ میلی گرم دارو دارد.

نکته

جهت دقیق کردن دارو در میکروست یا سرنگ ۵۰ میلی لیتری پمپ انفوزیون، ابتدا باید دارو را با محلول، رقیق نموده و سپس اقدام به هواگیری نماییم چون در غیر این صورت مقدار مایعی که در محفظه و لوله میکروست یا ست اتصال به پمپ انفوزیون وجود دارد فاقد دارو خواهد بود که این مورد خصوصا در انفوزیون داروهای قلبی دارای اهمیت زیادی می باشد.

محاسبه هپارین

هرگاه برای انفوزیون هپارین فقط ۱۰۰۰ واحد هپارین در ۱۰۰ سی سی میکروست حل کردید تعداد قطرات تنظیمی همان مقدار دستور داده شده پزشک در ساعت است فقط با حذف دو رقم سمت راست آن. مثال، اگر دستور ۵۰۰ واحد در ساعت است، ۵ قطره در دقیقه لازم داریم (محلول ۱۰ هزار واحدی هپارین در ۱۰۰ سی سی)

محاسبه اکی والان (کلرید پتاسیم)

با توجه به اینکه KCL موجود در بازار از نوع ۱۵٪ می باشد در یک سی سی آن ۱۵۰ میلی گرم کلرید پتاسیم موجود است و هر سی سی از آن حاوی ۲ میلی اکی والان دارو می باشد.

تجویز دارو با پمپ انفوزیون

در پمپ انفوزیون عدد تنظیم شونده روی نمایشگر دستگاه بیانگر سرعت انفوزیون بر حسب ml/h میلی لیتر بر ساعت می باشد.

یعنی اگر عدد دستگاه روی ۳ تنظیم شده باشد هر ساعت ۳ میلی لیتر از محلول به بیمار انفوزیون می گردد.

اگر بر اساس روش میکروست دارو حل کنید، همان مقدار دارو را در ۱۰۰ سی سی سرنگ حل کنید، تعداد قطرات در دقیقه بر حسب دستور داده شده پزشک، همان مقدار سی سی در ساعت خواهد بود.

مثال:

اگر بیماری دستور ۱۰ میکروگرم بر دقیقه سرم TNG دارد اگر همانند روش میکروستی شما ۵ میلی گرم دارو را در ۱۰۰ سی سی سرنگ پر کنید چون در روش میکروستی ۱۲ قطره در دقیقه می شود پس همان ۱۲ سی سی در ساعت در روش سرنگی خواهد بود فقط اگر از سرنگ ۵۰ سی سی استفاده کردید و همان مقدار دارو را در آن حل کردید این مقدار (سی سی) باید نصف شود.

۶ اصل استاندارد برای تجویز دارو

Rx **دور صحیح**

روش صحیح

داروی صحیح

مستند کردن

زمان صحیح

بیمار صحیح

اصطلاحات و علائم اختصاری واحد اندازه گیری دارو

علائم فارسی	علائم انگلیسی	معادل فارسی	معادل انگلیسی
میلی لیتر	ml	لیتر	l
میلی گرم	mg	گرم	g
میلیگرم	mcg	میکروگرم	ug
میلیگرم	mmg	میلیگرم	mmg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg

علائم فارسی	علائم انگلیسی	معادل فارسی	معادل انگلیسی
میلی لیتر	ml	لیتر	l
میلی گرم	mg	گرم	g
میلیگرم	mcg	میکروگرم	ug
میلیگرم	mmg	میلیگرم	mmg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg

اصطلاحات و علائم اختصاری در زمان تجویز دارو

علائم فارسی	علائم انگلیسی	معادل فارسی	معادل انگلیسی
میلی لیتر	ml	لیتر	l
میلی گرم	mg	گرم	g
میلیگرم	mcg	میکروگرم	ug
میلیگرم	mmg	میلیگرم	mmg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg
میلیگرم	mg	میلیگرم	mg

بیمه کنندگان: عباس عابدی - پوران دخت پور کرمانیان

مه‌ار فیزیکی

کد: GCC-PO-09 تاریخ ابلاغ: تیر 1402 تاریخ بازنگری بعدی: خرداد 1403 تعداد صفحه: 2	عنوان خط مشی و روش: مه‌ار فیزیکی	
دامنه (محدوده): کلیه بخشهای بالینی پرسنل نگهدارنده	فرد پاسخگو: سرپرستار بخش	ابزار و روش پایش: پرونده بیمار
تعاریف: مه‌ار فیزیکی یعنی استفاده از وسایلی جهت کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود و دیگران		
بیانیه خط مشی و روش: با هدف کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران طبق نظر و صلاحدید پزشک مربوطه با برخی وسایل فیکس کننده مورد نظر انجام خواهد شد.		
روش اجرایی: 1- پرستار پس از ارزیابی بیمار هلت بیقراری را به پزشک معالج گزارش می دهد. 2- پزشک معالج به محض مشاهده با گزارش موارد زیر دستور استفاده از مه‌ار فیزیکی را برای بیمار صادر می نماید. رفتار تهاجمی، رفتارهای خطرناک برای بیمار و دیگران، رفتارهای خود آسیب رسان همراه با کنترل ضعیف رفتارهای خود تخریبی و تهاجم، مسمومیت با داروها، کنترل ضعیف با فقدان کنترل رفتارها مانند دلیریوم. 3- پزشک معالج در پرونده بیمار دستور کتبی مه‌ار فیزیکی و تاریخ و مدت زمان مه‌ار را ثبت می نماید و در شرایط اورژانسی یا بحرانی در صورت دستور شفاهی، پرستار طبق خط مشی دستورات شفاهی را در پرونده ثبت نموده و در اسرع وقت دستور کتبی را از پزشک می گیرد. 4- پزشک معالج دستور مه‌ار فیزیکی را به مدت بسیار محدود و بر اساس دستورالعمل زیر صادر می نماید. بالغین حداکثر 4 ساعت، نوجوانان 9 تا 17 سال حداکثر 2 ساعت و کودکان زیر 9 سال حداکثر 1 ساعت) 5- پرستار بیمار بیقرار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده و در صورت وجود صدمات حاد به پزشک اطلاع رسانی می کند و در گزارش پرستاری ثبت می نماید 6- پرستار بالا بودن نرده کنار تخت بیمار را کنترل می نماید 7- پرستار وسایل لازم جهت مه‌ار فیزیکی را آماده می نماید. (نوارهای پد دار قابل انعطاف، دستبند پد دار، باند پنبه....) و با استفاده از این وسایل و کمک نیروهای خدماتی و همراهان بیمار با رعایت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب و راستای طبیعی بدن بیمار را مه‌ار می نمایند. 8- پرستار کنترل می نماید وسایل مه‌ار فیزیکی به شکلی بسته شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد و توجه نماید که راستای طبیعی بدن و شانه های بیمار در طول مدت مه‌ار در وضعیت مناسبی باشند. 9- پرستار پس از بستن عضو نبض انتهای آن و پرشدگی مویرگی را هر یک ساعت بررسی می نماید.		

- 10- پرستار به کمک همراه بیمار یا نیروی خدماتی یا کمکی هر دو ساعت بیمار را تغییر پوزیشن می دهد و نواحی مهار را کنترل می نماید تا آسیبی به بدن بیمار وارد نشود .
- 11- پرستار هر ساعت بیمار را از نظر ادامه نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی می نماید .
- 12- پرستار با اجازه پزشک ، در مدت مهار فیزیکی با دادن مایعات کافی از کم آبی بدن بیمار جلوگیری می کند .
- 13- پرستار، با اجازه پزشک ، جهت خوردن غذا مهار فیزیکی را شل نموده و برای کنترل بیمار از پرسنل خدمات کمک می گیرد
- 14- پرسنل خدمات در صورت اجازه پزشک طی مدت مهار فیزیکی در برآورده کردن نیازهای شخصی مثل استفاده از توالت به بیمار کمک می نمایند در غیر این صورت از لگن یا سونداژ برای بیمار استفاده می شود.
- 15- پرستار اگر مهار فیزیکی موثر نباشد یا احتمال آسیب جدی به بیمار وجود داشته باشد به پزشک معالج اطلاع می دهد و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- 16- پرستار طبق دستور پزشک نوع مهار فیزیکی ، زمان شروع و خاتمه مهار و هلت مهار فیزیکی و اقداماتی که توسط پرستار در قبل ، حین و پس از مهار فیزیکی انجام شده و بررسی های به عمل آمده را در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- ج

امکانات و تسهیلات: پرونده بیمار ، وسایل مهار فیزیکی

منابع /مراجع: تجارب بیمارستان ، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
سرپرستار های بخش های درمانی عباد کاظمی (مترون) مریم بدری (سوپروایزر آموزشی)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

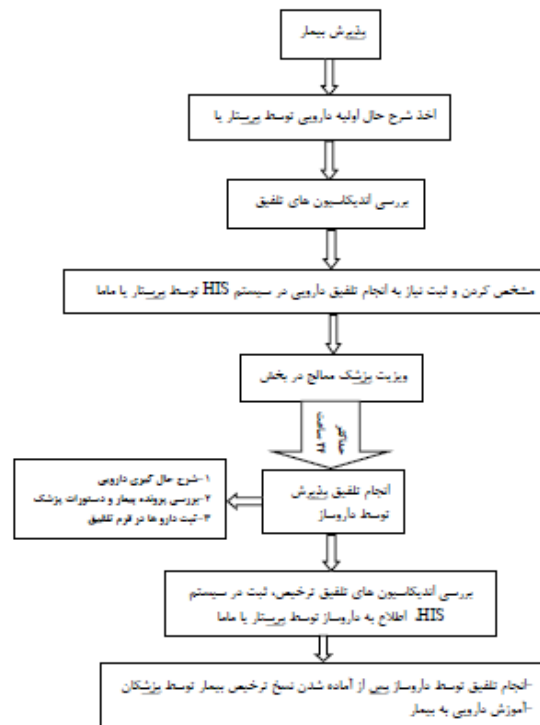
مهار شیمیایی

کد: GCC-PO-08 تاریخ ابلاغ: تیر 1402 تاریخ بازنگری بعدی: خرداد 1403 تعداد صفحه: 2	عنوان خط مشی و روش: مهار شیمیایی	
دامنه (محدوده): کلیه بخشهای بالینی		
فرد پاسخگو: سرپرستار بخش		
ابزار و روش پایش: پرونده بیمار		
تعریف: مهار شیمیایی یعنی استفاده از داروها جهت کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود و دیگران		
بیانیه خط مشی و روش: با هدف کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران طبق نظر و صلاحدید پزشک مربوطه با برخی داروهای مورد نظر انجام خواهد شد.		
روش اجرایی: 1- پرستار و پزشک با معیارهای ارزیابی بیمار، بیماران نیازمند به مهار شیمیایی را ارزیابی می نمایند. (بیمارانی که رفتارهای تهاجمی، رفتارهای خطرناک برای بیماران دیگر، رفتار خود تخریبی، رفتار فیزیکی یا کلامی تهدید کننده با سابقه پرخاشگری و تهاجم، مسمومیت با الکل، داروهای همراه با کنترل ضعف یا فقدان کنترل رفتارها) 2- پزشک معالج در صورت نیاز بیمار به مهار شیمیایی طبق ارزیابی های به عمل آمده از بیمار، در برگه دستورات پزشک نوع مهار شیمیایی و مدت زمان اجرایی شدن مهار شیمیایی را به شکل شروع و پایان مدت زمان مشخص می کند. 3- پرستار دستور پزشک مبنی بر انجام مهار شیمیایی را چک می نماید و مهار شیمیایی بیمار را طبق دستور زمانی و نوع مهار شیمیایی که پزشک دستور داده است به انجام می رساند. 4- پرستار مسئول بیمار بعد از انجام مهار شیمیایی برای بیمار، مرتباً بیمار را از نظر علائم حیاتی و هوارض دارویی چک می کند و در صورت بروز مشکل یا واکنش غیر طبیعی به پزشک مربوطه باافاصله اطلاع رسانی می نماید. 5- پرستار کنترل علائم حیاتی، نیازهای تغذیه ای، نیازهای اجابت و نیازهای بهداشتی بیمارانی که تحت مهار شیمیایی قرار گرفته اند را ارزیابی کرده و با هماهنگی پرسنل مربوطه (کارشناس تغذیه، خدمات) آنها را برطرف می نماید. 6- پرستار مسئول بیمار نحوه کنترل بیمار در دستورات مهار شیمیایی، مدت زمان شروع و پایان مهار، و واکنشهای بیمار نسبت به آن را در گزارش پرستاری به صورت صحیح و دقیق ثبت می نماید. 7- پرستار در صورت نیاز بیمار به مهار شیمیایی مجدد به پزشک اطلاع می دهد و پزشک پس از بررسی مجدد بیمار دستورات مهار شیمیایی را می نویسد. 8- پرستار از گرفتن دستورات شفاهی جهت اجرایی شدن مهار شیمیایی برای بیمارانی که اندیکاسیون آن در بالا ذکر شد حتی الامکان خودداری می کند اما در شرایط اورژانسی و بحرانی دستور شفاهی یا کتبی مهار شیمیایی را در طی یک ساعت اول دریافت می		

دستورالعمل وزارت بهداشت تلفیق دارویی

ک) استانداردهای ثبت شامل گزارش نتایج درمانی و ثبت در پرونده بیمار و بررسی های حین درمان از جمله سوابق بیمار و تلفیق

دارویی):



ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت: (ذکر جزئیات مربوط به ضوابط پاراکلینیکی و بالینی مبتنی بر شواهد و نیز

تعداد مواردی که ارائه این خدمت در یک بیمار، اندیکاسون دارد):

تلفیق پذیرش:

- ✓ بیمارانی که ۵ دارو یا بیش تر در منزل مصرف می کنند.
 - ✓ بیمارانی که یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل یا با پنجره درمانی باریک) را در منزل مصرف می کرده اند. (پیوست شماره ۳)
 - ✓ بیمارانی که در زمان بستری حداقل یکی از داروهای هشدار بالا را دریافت می کنند.
- تلفیق ترخیص:
- ✓ بیمارانی که با ۵ دارو یا بیشتر از بیمارستان ترخیص می شوند.

✓ بیمارانی که تلفیق پذیرش برای آنها انجام شده است.

✓ بیمارانی که با یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل یا با پنجره درمانی باریک) از بیمارستان ترخیص می شوند. (پوست شماره ۳)

م) شواهد علمی در خصوص کنترا اندیکاسیون های دقیق خدمت:

ندارد.

ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	داروسازی	دکترای عمومی	حداقل ۱۵ تا حداکثر ۴۰ دقیقه برای هر بیمار تلفیق دارویی برای هر بیمار	صحبت با بیمار یا همراه وی، بررسی پرونده پزشکی، تکمیل فرم تلفیق دارویی
۲	سایر تخصص های داروسازی غیر از بالینی	دکترای تخصصی	حداقل ۱۵ تا حداکثر ۴۰ دقیقه برای هر بیمار تلفیق دارویی برای هر بیمار	صحبت با بیمار یا همراه وی، بررسی پرونده پزشکی، تکمیل فرم تلفیق دارویی

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

ندارد

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار (موارد آموزشی که باید به بیمار-همراه- به صورت شفاهی، کتبی در قالب فرم آموزش به بیمار، پمفلت آموزشی، CD و ... آموزش داده شود تا روند درمان را تسریع نموده و از هوارش ناشی از درمان جلوگیری نماید):

در زمان ترخیص، تلفیق دارویی بایستی همراه با آموزش های دارویی لازم به بیمار باشد و در فرم آموزش به بیمار ثبت گردد. در فرم مخصوص آموزش به بیمار وزارتخانه، داروها و نحوه مصرف توسط داروساز برای بیمار ثبت می گردد و به بیمار آموزش های دارویی داده می شود و در نهایت انتهای فرم توسط داروساز مهر و امضا می گردد.

خط مشی مشاوره های اورژانسی

اهداف	رسیدگی به موقع و تسريع در تشخيص و تصميم گيريهای درمانی برای بیماران بستری شده با شرایط ویژه یا حاد
تعاریف	نظر خواهی در مورد شرایط بیمار از یک پزشک دیگر
روش اجرایی	(1) پزشک معالج/رزیدنت کشیک زیر نظر پزشک مقیم یا آنکال مشاوره اورژانسی را در پرونده بیمار ثبت می کند (2) مسئول بخش/جانشین مسئول/مسئول شیفت / پرستار/ماما بیمار دستور بیمار را در پرونده چک می نماید (3) رزیدنت/اینترن برگه مشاوره را در دو برگه اصل و کربنی تنظیم می نماید (4) توضیحات کافی توسط پزشک معالج / ذیصلاح یا رزیدنت با تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره ثبت و مهر و امضا می شود (5) مشاوره اورژانسی توسط مسئول بخش/مسئول شیفت/ پرستار مربوطه به اطلاع سوپروایزر کشیک میرساند. (6) سوپروایزر کشیک مشاوره درخواستی را در دفتر گزارشات سوپروایزی ثبت می نماید. (7) سوپروایزر کشیک/مسئول بخش/پرستار مربوطه مشاوره اورژانسی را به پزشک آنکال مربوطه به صورت تلفنی و بلادرنک اطلاع می دهد لازم است زمان تماس با پزشک آنکال، توسط فرد اطلاع دهنده بیمارستان ثبت گردد. . در صورت حضور پزشک در بیمارستان برگه مشاوره را تحویل ایشان میدهد (8) بدیهی است که در مورد هر رشته، اورژانس های حیاتی که نیاز به حضور بلادرنک متخصص آنکال مربوطه دارد در صورت درخواست حضور، باید پزشک آنکال هر چه سریعتر و بلادرنک در مرکز درمانی حضور یابد. (9) از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال مورد فراخوان میبایست ظرف مدت 60 دقیقه بر بالین بیمار جهت انجام مشاوره حاضر گردد. (10) مسئول بخش/جانشین مسئول / مسئول شیفت/ پرستار/ ماما بیمار انجام مشاوره را پیگیری می نماید (11) مسئول بخش/مسئول شیفت/پرستار/ماما بیمار در صورت عدم انجام مشاوره در مدت زمان تعیین شده مورد را به دفتر - پرستار/مامای گزارش می نماید. (12) سوپروایزر کشیک انجام مشاوره را پیگیری می نماید (13) سوپروایزر کشیک در صورت عدم پاسخگویی پزشک مشاوره موارد را به مدیر گروه تخصص مربوطه اطلاع می دهد. (14) مدیر گروه مربوطه انجام مشاوره توسط پزشک مشاور را پیگیری و نتیجه را به دفتر پرستاری اطلاع می دهد و سوپروایزر کشیک نتیجه را به بخش مربوطه اطلاع رسانی می کند. (15) در صورت انجام مشاوره مسئول بخش/جانشین مسئول/مسئول شیفت/پرستار/ماما بیمار انجام مشاوره را به پزشک/رزیدنت کشیک اطلاع رسانی میکند و ساعت اطلاع را در پرونده بیمار ثبت می نماید. (16) پزشک معالج/رزیدنت کشیک برگ مشاوره را رویت نموده و در صورت صلاحدید دستورات پزشکی را در پرونده بیمار درج می نماید.(اجرای دستورات مشاوره منوط به تایید دستورات توسط پزشک معالج/رزیدنت کشیک می باشد). (17) پرستار/ماما بیمار دستورات را چک نموده و نسبت به اجرای آنها اقدام می نماید. (18) پرستار/ماما بیمار اقدامات انجام یافته را در برگ گزارش پرستار/مامای ثبت می نماید.(ذکر تمام اقدامات انجام شده با ذکر دقیق زمان انجام الزامی می باشد). یادآوری : مشاوره های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنک در بالین بیمار قابل اجرا میباشد. بدیهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود . پایش مدت زمان ونحوه انجام مشاوره های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره های اورژانسی به تفکیک سرویسهای تخصصی توصیه میشود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجاتدهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی / اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

برگه مشاوره، گوشی و خط تلفن	امکانات و تسهیلات
پزشک، دستیار، اینترن، سوپروایزر، مسئول بخش / جانشین مسئول / مسئول شیفت / پرستار / ماما بیمار	صاحبان فرآیند

خط مشی انجام مشاوره های غیر اورژانسی

اهداف	مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی برنامه ریزی و در حداقل زمان انجام میشود
تعاریف	مشاوره: نظر خواهی در مورد شرایط بیمار از یک پزشک دیگر
روش اجرایی	(1) پزشک معالج/رزیدنت کشیک زیر نظر پزشک مقیم یا آنکال مشاوره غیر اورژانسی را در پرونده بیمار ثبت می کند. (2) مسئول بخش/جانشین مسئول/مسئول شیفت/پرستار/ماما بیمار دستور پزشک را در پرونده چک می نماید. (3) رزیدنت/اینترن برگه مشاوره را در دو برگه اصل و کاربنی تنظیم می نماید. (4) توضیحات کافی توسط پزشک معالج/ذیصلاح یا رزیدنت با تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره ثبت و مهر و امضا می شود. (5) مسئول بخش/مسئول شیفت/پرستار/ماما بیمار درخواست مشاوره را به اطلاع سوپروایزر کشیک می رساند.. (6) سوپروایزر کشیک بر اساس نوع مشاوره درخواستی به صورت مشاوره داخل بیمارستانی یا خارج بیمارستانی به شرح ذیل عمل می نماید. مشاوره های داخل بیمارستانی از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال موردفراخوان می بایست ظرف مدت 6 ساعت از درخواست مشاوره بر بالین بیمار حاضر گردد و سایر فرایندهای ارائه خدمات به بیمار از جمله انتقال به بخش نباید منوط به انجام آن گردد. مشاوره های خارج بیمارستانی (1) رزیدنت کشیک/اینترن/مسئول بخش/پرستارمربوطه مشاوره را به پزشک آنکال اطلاع می دهد. (2) سوپروایزر کشیک جهت اطمینان از دریافت مشاوره با بیمارستان مقصد تماس حاصل می نماید و نام سوپروایزر تحویل گیرنده را به پرستار مربوطه اطلاع میدهد و در دفتر گزارش سوپروایزر ثبت می نماید. (3) مسئول بخش/جانشین مسئول/مسئول شیفت/پرستار/ماما بیمار انجام مشاوره را پیگیری می نماید. (4) مسئول بخش/مسئول شیفت/پرستار/ماما بیمار در صورت عدم انجام مشاوره در مدت زمان تعیین شده مورد را به دفتر پرستار/مامای گزارش می نماید. (5) سوپروایزر کشیک در صورت عدم پاسخگویی پزشک مشاوره، موارد را به مدیرگروه مربوطه اطلاع می دهد و نتیجه را به دفترپرستاری اطلاع رسانی می کند. (6) سوپروایزر کشیک انجام مشاوره را پیگیری می نماید و نتیجه را به بخش مربوطه اطلاع رسانی می کند. (7) مسئول بخش/جانشین مسئول/مسئول شیفت/پرستار/ماما بیمار انجام مشاوره را به پزشک/رزیدنت کشیک اطلاع رسانی میکند و ساعت اطلاع را در برگ مشاوره ثبت می نماید. (8) پزشک معالج/رزیدنت کشیک برگ مشاوره را رویت نموده و در صورت صلاحدید دستورات پزشکی را در پرونده بیمار درج مینماید.(اجرای دستورات مشاوره منوط به تایید پزشک معالج می باشد.) (9) پرستار/ماما بیمار دستورات را چک نموده و نسبت به اجرای آنها اقدام می نماید. (10) پرستار/ماما بیمار اقدامات انجام یافته را در برگ گزارش پرستار/مامای ثبت می نماید(ذکر زمان انجام اقدامات در گزارش پرستاری الزامی می باشد).

	یادآوری : مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمیباشد . پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره های غیر اورژانسی به عنوان یکی از شاخص های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره های غیر اورژانسی به تفکیک سرویس های تخصصی توصیه میشود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی / اخذ تایید پزشک معالج ندارد.
امکانات و تسهیلات	برگه مشاوره، گوشی و خط تلفن
لیست ذینعان	پزشک، دستیار، اینترن، سوپروایزر، مسئول بخش / جانشین مسئول / مسئول شیفت / پرستار / ماما بیمار
صاحبان فرآیند	

فرم ADR

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
سازمان غذا و دارو

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۱- مشخصات بیمار: کد ملی:
نام و نام خانوادگی: _____
تاریخ تولد: _____
سن: _____
جنس: ☐ مذکر ☐ مؤنث ☐ باردار
محل سکونت: _____
تلفن: _____

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده: _____

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: ____ / ____ / ____
۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟ _____

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار: _____

۶- سابقه بیمار: (آلرژی، بیماری ارثی، نقیض آزیمی، بیماریهای فعلی و اعتیاد...): _____

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ ☐ بلی ☐ خیر
۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۹- سرانجام عارضه دارویی: ☐ بهبودی ☐ عدم بهبودی ☐ نقیض عضو ☐ مرگ ☐ سایر موارد:
۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۱- یافته های دارویی پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده: _____

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت

توضیحات: _____

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

پست جواب قبول

طی قراردادی با منطقه ۱۷ پستی پرداخت گردیده است



نیاز به الصاق تمپر نمی باشد

طرف قرارداد: سازمان غذا و دارو
تهران - صندوق پستی: ۴۶۶-۱۷۷۷۵
تلفن: ۶۱۹۲۷۱۴۴ - ۶۶۱۷۶۹۳۴

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید)

مشخصات گزارشگر: پزشک ☐ داروساز ☐ پرستار ☐ متخصص ☐ سایر مشاغل ☐
نام و نام خانوادگی گزارشگر:
شماره نظام پزشکی:
تلفن تماس:
آدرس کامل پستی گزارشگر:
نام مرکز درمانی:
استان شهرستان روستا خیابان کوچه پلاک
تاریخ/...../..... امضاء یا مهر گزارشگر:

تجویز ایمن داروهای با هشدار بالا

اهداف	داروهای با هشدار بالا به صورت ایمن برای بیماران تجویز گردد.
تعاریف	احتیاطات مرتبط با داروهای با هشدار بالا
روش اجرایی	(۱) احتیاطاتی در مورد داروهای با هشدار بالا دسترسی آزاد به داروهای با هشدار بالا، باید ممنوع باشد. باید برای تجویز شفاهی یا تلفنی داروهای با هشدار بالا، محدودیت اعمال شود. نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا، باید توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود. هنگام نوشتن نام داروهای با هشدار بالا در دستورات دارویی، باید از حروف بزرگ استفاده شود. تجویز و آماده سازی داروهای با هشدار بالا باید توسط دو نفر از کادر حرفه ای و به صورت مستقل از یکدیگر، انجام گردد. (2) احتیاطاتی در مورد داروهای با هشدار بالا در صورت وجود سیستم دستور دارویی الکترونیک در بیمارستان، سیستم یاد شده بایستی به صورت دوره ای و مطابق با استانداردهای مراقبتی و ملاحظات مورد تایید و مصوبه داروخانه و کمیته های دارویی و درمانی بیمارستان، به روز گردد. گایدلاین های مصرف داروها باید توسط کمیته ی دارو و درمان و ایمنی بیمارستان تهیه، تصویب و ابلاغ گردد. 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. محلول های رقیق استاندارد این داروها را در جای مجزا نگهدارید: (برای مثال در ایستگاه پرستاری یا در یک کمد دارویی جداگانه در اتاق درمان) نکات ایمنی در مورد داروهای شیمی درمانی تجویز داروهای شیمی درمانی اصولاً با دستور شفاهی پزشک، جایز نمی باشد. داروهای شیمی درمانی باید در برگی مخصوص دستور داروهای شیمی درمانی، تجویز شده و توسط پزشک اتند، امضاء شوند. رژیم شیمی درمانی بیمار باید بر اساس دستورات پزشک معالج بیمار و مطابق با خطمشی و روش های اجرایی تجویز داروهای شیمی درمانی، به بیماران تجویز شود. تمامی داروهای شیمی درمانی، باید قبل از آماده سازی و تجویز به بیمار، توسط دو نفر کادر مجرب چک شود. در داروخانه: توسط دو نفر داروساز در بخش های بستری و یا درمانگاه های سرپایی: توسط دو نفر پرستار در داروخانه و قبل از ارسال دارو به بخش باید بر روی تمامی داروهای شیمی درمانی یک برچسب به رنگ قرمز چسبانده و نوشته شود "داروی شیمی درمانی، با احتیاط حمل شود" به منظور پیشگیری از شکستن و یا پاشیدن محتویات داخل ویال های داروهای شیمی درمانی، باید آنها را در دو کیسه و در داخل هم قرار داد. نکات ایمنی در مورد داروی انسولین

	انسولین را در یخچال و در جایگاه مخصوص "داروهای با هشدار بالا" نگهداری کنید. در هنگام نگهداری ویال‌های انسولین در یخچال، آنها را بر حسب نوع، از یکدیگر جدا نمایید. الزامی است که بر روی انسولین، برچسب "داروی با هشدار بالا" چسبانده شود. غلظت استاندارد برای انفوزیون انسولین، برابر است با جهت انفوزیون انسولین در بخش‌های ویژه، پروتکل استاندارد را تنظیم و جهت بکارگیری در بیمارستان ابلاغ نمایید. در هنگام تجویز انسولین، کلمه "واحد" را خوانا و درست در انتهای میزان داروی تجویزی بنویسید. در صورتی که یک پرستار، واحدی از انسولین را برای تجویز به بیمار می‌کشد، الزامی است توسط پرستار دیگر، چک شود. ویال‌های انسولینی که در ابتدا در اتاق درمان بخش باز می‌شوند، معمولاً به مدت ۲۸ روز تاریخ انقضا دارند، در نتیجه ثبت و درج تاریخ باز کردن آن، بر روی ویال انسولین و همچنین توجه به تاریخ انقضا آن، از نکات بسیار مهم است. در صورت استفاده از پمپ‌های هوشمند، سرعت و غلظت داروی تجویزی را به دقت تنظیم کنید. نکات ایمنی در مورد نارکوتیک‌ها حتماً به کادر بالینی، در زمینه تفاوت‌های مورفین و هیدرومورفین، آموزش دهید. همچنین احتمال بروز خطا در حین استفاده از ویال مورفین و هیدرومورفین را یادآور شوید. تمام انواع داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده‌های درد موجود در داروخانه و بخش‌های بستری، باید در یک قفسه جداگانه و قفل‌دار نگهداری شوند. تمام انواع داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده‌های درد موجود در داروخانه و بخش‌های بستری، باید در تعویض شیفت‌ها، تحویل داده شوند و سوابق تحویل آنها نیز باید درج گشته و موجود باشد. داروهای نارکوتیک با غلظت بالا باید توسط برچسب مخصوص، از سایر غلظت‌های دارویی، متمایز شوند. هر گونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال انفوزیه شود، نیاز به برچسب بروی کیسه دارو دارد. حتماً چک مستقل دوگانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد ثانی، الزامی نمایید. (۳) احتیاطاتی در مورد داروهای با هشدار بالا ویال‌های انسولین و هپارین را در محفظه‌های مجزا و دور از یکدیگر نگهداری کنید. ویال کلرید پتاسیم و یا فسفات پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاهی مجزا نگه دارید. دسترسی به محلول‌های کلرید سدیم با غلظت بیش از ۰/۹ درصد را محدود نمایید. در تمامی موارد، جهت تجویز محلول‌های الکترولیتی با غلظت بالا، از چک دوگانه استفاده نمایید. در ارتباط با داروهای با هشدار بالا دستور پزشک را چک دوگانه نمایید تا صحیح بودن دوز دارو تایید شود. تمامی داروهای وریدی ضد انعقادی را تنها در صورتی انبار نمایید که دارای برچسب دقیق مشخصات دارو باشند.
منابع	کتاب اعتبار بخشی ویرایش هشتم
امکانات و تسهیلات	پزشک - پرستار - داروهای با هشدار بالا - فرم گزارش پرستاری - فرم دستور پزشک -
لیست ذینفعان	بیمار
صاحبان فرآیند	- پزشک - پرستار - پزشک داروساز

دستورالعمل اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

اهداف	پیشگیری از عفونت و سایر عوارض مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی در خارج از فضای اتاق عمل و حفظ ایمنی بیمار
تعاریف	کلیه اقدامات تشخیصی درمانی ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت که می بایست قبل از انجام آنها رضایت آگاهانه از بیمار گرفته شود که با نظر پزشکان و مسئولین بخش های بیمارستان تعیین و ابلاغ شده است مانند چست تیوب گذاری ، پونکسیون لومبار، کاتتر گذاری ورید مرکزی، نمونه گیری از زانو ، اندوسکوپی ، نمونه گیری های تحت گاید سونوگرافی و ...
روش اجرایی	1- پزشک و پرستار وضعیت ساختاری مکان انجام پروسیجر تهاجمی را ارزیابی می کنند . 2- پرستار و بیمار بر بیمار را به اتاقی که شرایط انجام اقدام تهاجمی را داشته باشد منتقل می کنند. 3- پزشک و پرستار به منظور حفظ حریم خصوصی بیمار ، پوشش مناسب برای وی را فراهم می کنند. 4- پزشک معالج پس از اخذ شرح حال از بیمار و معاینات کامل در صورت عدم وجود مشکلی در بیمار ، کلیه مراحل عمل جراحی یا اقدام تشخیصی تهاجمی را برای بیمار (در صورت هوشیار بودن) و قیم قانونی وی توضیح داده و قسمت مربوط در فرم رضایا آگاهانه را تکمیل و مهر و امضا می کند. 5- بیمار و یا قیم قانونی وی در صورت رضایت به انجام پروسیجر فرم رضایت آگاهانه را با امضا و اثر انگشت تایید می کند. 6- پزشک و پرستار مشخصات بیمار را با دستبند شناسایی و پرونده وی چک کرده و هویت بیمار را به طور کامل شناسایی می کنند . 7- پرستار و سایر کادر درمانی کلیه تجهیزات و امکانات مورد نیاز را بر بالین بیمار آماده می نمایند. 8- پرستار در صورت لزوم بیمار را به دستگاهمانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری وصل کرده و با کمک کمک بهیار یا خدمه پوزیشن مناسب پروسیجر را به بیمار می دهد و پوشش مناسب بیمار را با توجه به اقدام تهاجمی را فراهم می نماید. 9- پرستار ترالی اورژانس و سایر داروها و تجهیزات حیات بخش (ساکشن ، وسایل شوک و ...) را در صورت لزوم بر بالین بیمار آماده می نماید . 10- پزشک موضع جراحی یا روش اقدام تشخیصی تهاجمی را دقیقاً مشخص می نماید. 11- پرسنل از استریل و سالم بودن کلیه وسایل و تجهیزات در نظر گرفته شده برای پروسیجر مانند انواع کاتتر و سوند ها و گند زدایی کامل تجهیزات اسکوپ ها اطمینان حاصل می کند. 12- پرسنل از استریل و سالم بودن کلیه تجهیزات و وسایل در مظر گرفته شده برای پروسیجر مانند انواع کاتتر و سوند ها و ... گندزدایی کامل تجهیزات اطمینان حاصل می کند . 13- پزشک و پرستار دستورالعمل اسکراب دست جراحی را با استفاده از محلول های الکلی موجود در کلیه بخش های موجود طبق دستورالعمل ابلاغی بهداشت دست (ابلاغی به کلیه بخش ها و پوستر های موجود در بخش ها و اتاق عمل و اندوسکوپی) انجام داده و سپس اقدام به پوشیدن دستکش استریل نماید . 14- پزشک و سایر کارکنان از لوازم حفاظت فردی مناسب مانند گان و ماسک و استفاده می نمایند. 15- پرستار با دستور پزشک داروهای سداتیو را با احتیاط و مانیتورینگ بیمار تزریق می نماید.

16- پرستار بیمار را از نظر خطر سقوط از تخت بررسی کرده و احتیاطات لازم مانند بالا کشیدن بدسایدها، مهار فیزیکی یا دارویی بیمار طبق دستور پزشک را انجام می دهد. 17- پزشک موضع پروسیجر را در پروسیجر هایی مثل چست تیوب گذاری و کاتتر گذاری به نحو صحیح با بتادین یا محلول سپتی اسکراب پرپ می کند. 18- پزشک و پرستار در کلیه مراحل انجام اقدام تهاجمی بدقت بیمار را مانیتورینگ نموده و در صورت بروز هر گونه اختلال در همودینامیک بیمار اقدامات لازم را انجام می دهند. 19- پزشک و پرستار کلیه درن ها، لوله ها و اتصالات بیمار را پس از پایان کار به دقت کنترل نموده و در سطح مناسب از بدن قرار می دهند . 20- پرستار در صورت انجام نمونه گیری توسط پزشک در پروسیجر هایی مثل اندوسکوپی یا نمونه گیری از قسمت های مختلف، نمونه مورد نظر را در محلول فرمالین ز قبل تهیه شده یا در ظرف مناسب نمونه گیری قرار داده و پس از تکمیل فرم و برچسب زدن به واحد آزمایشگاه یا پاتولوژی بیمارستان ارسال می نماید . 21- پزشک و پرستار موضع پروسیجر را پانسمان استریل می کنند و پرستار تاریخ روز را بر روی آن درج می کند. 22- پزشک توصیه های لازم را در مورد پوزیشن بیمار و سایر احتیاطات و دستورات لازم را به طور واضح در پرونده بیمار ثبت نموده و به بیمار نیز آموزش می دهد. 23- پرستار پس از پایان اسکوپ می ها در جهت گند زدایی کامل وسایل طبق دستورالعمل ابلاغی اقدامات لازم را انجام می دهد. 24- پرستار در صورت لزوم تا چند ساعت بعد از انجام اقدام تهاجمی بیمار را تحت مانیتورینگ دائم قرار داده و در صورت بروز هر گونه اختلال در همودینامیک بیمار به پزشک مربوطه اطلاع می دهد. 25-	
دستورالعمل های کنترل عفونت	منابع
تجهیزات تخصصی پروسیجر مورد نظر، فرم رضایت آگاهانه، ترالی احیا، تجهیزات حیاتی مانند دستگاه مانیتورینگ و ساکشن و اکسیژن... محلول اسکراب دست، بتادین یا محلول پرپ دست، وسای حفاظت فردی و سایر تجهیزات با توجه به نوع پروسیجر	امکانات و تسهیلات
بیماران	لیست ذینعان
پزشک - پرستار - سوپروایزر کنترل عفونت	صاحبان فرآیند

دستورالعمل تسکین درد

اهداف	روش اجرایی
	1- پرستار، بیمار را از نظر داشتن درد و مشخصات آن مطابق با فرم ارزیابی اولیه و با استفاده از ابزار درد (811) شناسایی و در گزارش پرونده ثبت نماید و به اطلاع پزشک معالج برساند. 2- پرستار با استفاده از روشهای غیر دارویی بسته به نوع و محل درد اقدام نماید. (مانند : استفاده از کیف آب گرم و حمام در درد های عضلانی ، ایجاد تغییر پوزیشن راحت یا حرکات ورزشی مناسب در درد کمر ، کاهش محرک های محیطی مانند نور و صدا) 3- پرستار در صورتی که درد بیمار کمتر نشد، کاردکس را چک کند، اگر دستور مسکن جهت کاهش درد وجود داشت همان دارو را به بیمار دهد و نام دارو، زمان و علت تجویز و تأثیر آن را در گزارش پرستاری ثبت نماید. 4- پرستار در صورتی که دستور تجویز مسکن در پرونده بیمار وجود نداشت، به پزشک معالج یا پزشک کشیک (در بخشهای آموزشی به دستیار روانپزشکی) اطلاع داده و بعد از اخذ دستور مسکن طبق بند 3 اقدام نماید. 5- در صورتی که درخواست داروی مخدر توسط پزشک ثبت شد ، برگه مخدر توسط پزشک تکمیل و مهر و امضاء شود و توسط پرستار بخش با توجه به نوع و دوز دارو و تاریخ تجویز، برگه داروی مخدر تحویل سوپروایزر کشیک شده و دارو به شکل آمپول دریافت شود. پوکه داروی مخدر بعد از مصرف به برگه مخدر چسبانده شود و تحویل دفتر پرستاری گردد داروی مخدر طبق تجویز در بخش مصرف شود و نام دارو، زمان، علت تجویز و تأثیر آن در گزارش پرستاری ثبت گردد. 6- پرستار به زبانی ساده و قابل درک و فهم، بیمار را از عوارض داروهای مسکن / داروهای مخدر آگاه سازد. 7- پرستار جهت تجویز داروی مخدر برای بیمار در حضور یک کارشناس پرستاری دیگر (مجموعاً دو پرستار) اقدام نماید. نکات مهم در داروهای مخدر: داروهای مخدر جزو داروهای هشدار بالا میباشند. توسط متخصص یا بالاتر دستور داده میشود . ترجیحاً بهصورت شفاهی و دستور تلفنی داده نمیشود . از حروف درشت در نوشتن آن در حین دستور پزشک استفاده میشود . نگهداری و انبارش آن در قفسه جدا و قفل دار صورت میگیرد حتی قرص و شربت متادون درج سوابق و موجودی داروی مخدر در تعویض شیفتها انجام میشود چک مستقل و دوگانه و تنظیم پمپ هوشمند در حضور نفر دوم صورت میگیرد در صورت استفاده از پمپ هوشمند حتماً نام داروی مخدر با لیبل قرمز و فونت 41 به زبان فارسی روی دارو نوشته شود. عوارض ناخواسته داروهای مخدر: حدود 96 درصد از بیماران که برای تسکین درد، مخدر استفاده میکنند حداقل دچار یک عارضه میشوند. یبوست، حالت تهوع، خواب آلودگی، آپنه تنفسی و در نهایت وابستگیهای روانی از عوارض شایع داروهای مخدر هستند. افراد سالمند، افراد با نارسایی قلبی، کلیوی و آنهایی که دچار زخم سیتیک هستند مخدر ممکن است موجب وخیم تر شدن شرایطشان شود. رعایت نکات ایمنی حین تزریق مواد مخدر (آهسته و رقیق شده با دستگاه پمپ هوشمند) میتواند از عارضه مهم آپنه تنفسی بکاهد. داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی: داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی مانند آسپرین پیروکسیکام ایندومتاسین ایبوپروفن دیکلوفناک و ناپروکسن و مفنامیک اسید، داروهایی هستند که مصرف فراوانی بخصوص برای درمان آرتریت و دردهای عضلانی و اسکلتی در جامعه دارند. مهمترین نکته ای که در مصرف این داروها وجود دارد و حتماً به خانواده بیمار و بیماران ، عوارض و تداخلات دارویی آموزش

	داده شود. این داروها اثر ضدالتهابی خود را در بدن با کاهش تولید مواد پروستاگلاندین ایجاد میکند. که پروستاگلاندین در معده نقش محافظتی دارند و با مصرف اینداروها این پوشش کمتر میشود لذا سبب ایجاد سوء هاضمه یا زخم معده و اثنی عشر میشوند. در صورت مصرف طولانی مدت این داروها از مهار کننده پمپ پروتون (امپرازول و ...) استفاده شود (در صورت مصرف 6 هفته تا 9 هفته سبب افزایش انزیم های کبدی می شود اما نارسایی کبد نادر است . دیکلوفوناک بیشتر از بقیه در این مورد موثر است و خونریزی معده در افرادی که سابقه خونریزی قبلی دارند مشاهده می شود .) بنابراین توصیه می شود که حتما با دستور پزشک و در مدت زمان محدود تجویز شود .
منابع	دستورالعمل ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران/ ویرایش هشتم
امکانات و تسهیلات	پزشک - پرستار - داروهای مسکن - داروهای مخدر - فرم گزارش پرستاری - فرم دستور پزشک - تلفن با خط آزاد - فرم درخواست دارو مخدر - جعبه قفل دار و نگهداری مخدر
لیست ذینعان	بیماران
صاحبان فرآیند	پزشک - پرستار

مطالعه ، اندیشیدن با ذهن دیگری است .

ارتور شوپنهاور (فیلسوف المانی)