



مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

کتابچه دستورالعمل

کد سند: RC.PRO.02

شماره ویرایش: ...

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
مقدمه	۶
▪ محور مدیریت و رهبری	۹
نحوه گزارش وقایع ناخواسته	۱۰
معاینه بیماران غیر همجنس	۱۵
دستورالعمل های زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان	۱۶
▪ محور مدیریت خطر حوادث و بلایا	۱۸
تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه	۱۹
فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث	۲۳
انبارش ایمن	۲۶
▪ مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای	۲۹
انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان	۳۱
انتقال دانش و تجربه راهبر(استاد) و رهجو(شاگرد)	۳۳
▪ مراقبت های عمومی بالینی	۳۴
خودمراقبتی برای بیمارهای شایع	۳۵
آمادگی بیماران قبل از اقدامات تهاجمی	۴۱
نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک	۴۳
رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	۴۵

استفاده از دستبند شناسایی در بیماران شناسایی بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی ۴۸

۵۲..... مراقبت های جراحی و بیهوشی.....

۵۳..... اعمال جراحی بیماران مبتلا به عفونت اورژانسی.....

..... اعمال جراحی بیماران مبتلا به عفونت مسری
۵۷

..... جراحی ایمن
۵۹

۶۱..... نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه

۶۳..... تجهیزات پزشکی.....

۶۴..... استفاده از کپسول های گاز طبی.....

۶۵..... بهداشت محیط.....

۶۶..... اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان

۶۸..... نظافت، شستشو، گند زدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدها

۷۵..... پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی.....

۷۸..... شستشوی انواع البسه.....

۸۱..... نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سروغذا با حداقل های مورد

۸۳..... سالم سازی سبزیجات آماده.....

۸۵..... گندزدایی اتاق عمل.....

۸۷..... گندزدایی سردخانه.....

۸۹..... گندزدایی دیالیز.....

۹۱..... گندزدایی ایزوله.....

گندزدایی آمبولانس	۹۴
▪ خدمات آزمایشگاه..... ۹۶.....	
نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی	۹۷
نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود	۱۰۲
نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود.....	۱۰۳
نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود.....	۱۰۷
نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود	۱۰۹
نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود.....	۱۱۱
نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود	۱۱۲
کنترل کیفیت آزمایش های بیوشیمی	۱۱۳
کنترل کیفیت آزمایش های هماتولوژی.....	۱۱۷
کنترل کیفیت آزمایش های بیوشیمی ادرار.....	۱۱۹
کنترل کیفیت آزمایش های سروایمونولوژی و هورمون.....	۱۲۰
کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی)	۱۲۲
گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران توسط مسئول فنی	۱۲۹
ارجاع نمونه های بالینی	۱۳۱
جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی	۱۳۸
نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایشگاه.....	۱۴۸
درخواست شفاهی آزمایش از آزمایشگاه.....	۱۴۹
▪ طب انتقال خون..... ۱۵۱.....	

- انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening و Cross match خون و فراورده ۱۵۲
- انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم RH(D) به روش لوله ای..... ۱۵۶
- انجام آزمایش جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره و انجام آزمایش های آنتی گلوبین مستقیم ۱۶۰
- تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون.....، ۱۶۳
۱۶۹. تصویر برداری.....
- نحوه استفاده از مواد حاجب ۱۷۰
- نحوه اطلاع رسانی موارد بحرانی ۱۷۷
- مقابله با سوانح بر اساس شرایط واقعی کار ۱۸۰
- ۱۸۲ تسهیلات و حمایت ها(گیرندگان خدمت).....
- محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/پیجر ۱۸۳
- روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران ۱۸۵
- تشویق و کنترل های انضباطی کارکنان..... ۱۸۸
- ۱۹۰ مراقبت های حاد و اورژانس.....
- اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر قبل از آنژیوگرافی..... ۱۹۱
- اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر پس از آنژیوگرافی..... ۱۹۴
- نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد و اورژانس و سایر بخش ها به بخش مراقبت های ویژه ۱۹۷
۱۹۹. پیشگیری و کنترل عفونت.....
- تجویز پروفیلاکسی آنتی بیوتیکها قبل از اعمال جراحی ۲۰۲
- ۲۰۳ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت.....
- دستورات تلفنی..... ۲۰۴

۲۰۵ خدمات سرپایی. ■

۲۰۶ برقراری ارتباط و مدیریت به موقع مقادیر بحرانی

مقدمه: کتاب دستورالعمل های بیمارستان رازی با همکاری پرسنل بیمارستان ، متخصصین ، پزشکان و کلیه مسئولین بخش / واحدهای بالینی، پشتیبانی و اداری، تدوین گردیده تا مورد استفاده کارکنان این بیمارستان باشد. امید است مجموعه پیش رو در راستای تحقق آرمان های اعتباربخشی در امر بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران راهگشا و موثر باشد.

در ادامه، جدول عناوین زیرمحوهای ذکر شده در سنجه های اعتباربخشی و نیز معادل انگلیسی و اختصارات مربوطه ذکر گردیده است.

شیوه کدگذاری در این کتاب بصورت ذیل و از چپ به راست می باشد.
 شماره مستند مربوطه: حروف اول نام نوع مستند، حروف اول نام زیرمحور

ردیف	واژه فارسی	واژه انگلیسی	کد اختصار
۱	مرکز درمانی، آموزشی تحقیقاتی رازی	Razi Medical Education and Research Center	RC
۲	مدیریت رهبری	LeadershipT Managemen	LM
۳	بهبود کیفیت	quality Improvement	QI
۴	مدیریت خدمات پرستاری	Nursing management	NM
۵	کنترل عفونت	infection control	IC
۶	بهداشت حرفه ای	Occupational Health	OH
۷	بهداشت محیط	Environmental Health	EH
۸	آزمایشگاه	laboratory	IAB
۹	طب انتقال خون	Blood Transfusion	BT
۱۰	تصویر برداری	Imaging	IM
۱۱	فناوری اطلاعات	Information Technology	IT
۱۲	مدیریت اطلاعات سلامت	Health Information Management	HIM
۱۳	مدیریت خطر حوادث و بلایا	Crisis Management	CM
۱۴	تجهیزات پزشکی	Medical Equipment	ME

HRM	Human Resources Management	مدیریت منابع انسانی	۱۵
FRM	financial resources management	مدیریت منابع مالی	۱۶
GCC	General and clinical care	مراقبتهای عمومی و بالینی	۱۷
EC	Emergency care	مراقبتهای اورژانس	۱۸
SAC	Surgery & Anesthesia Care	مراقبتهای بیهوشی و جراحی	۱۹
MNC	Maternal & Neonatal care	مراقبتهای مادر و نوزاد	۲۰
SR	Service Recipients	حقوق گیرنده خدمت	۲۱
DC	Hemodialysis care	بخش دیالیز	۲۲
CCU	Cardiac Care Unit	بخش سی سی یو	۲۳
OR	Operation Room	عمل اتاق	۲۴
PED	Pediatrics	کودکان	۲۷
NU	Nutrition Unit	واحد تغذیه	28
ED	Education	آموزش	29
PS	Patient Safety	ایمنی بیمار	30
MM	Medication Management	مدیریت دارویی	۳۱
OPS	Outpatien Services	خدمات سرپایی	32

PO	Policy	خط مشی	۱
WI	Work instruction	دستورالعمل	۲
PR	Procedure	روش اجرایی	۳

رهبری و مدیریت





عنوان دستورالعمل: نحوه گزارش دهی وقایع ناخواسته

کد سند: LM-WI-01

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

- افزایش سطح ایمنی بیمار
- افزایش سطح کیفیت خدمات به بیماران
- ایجاد فرهنگ گزارش دهی خطا جهت کشف و شناسایی خطاهای مهم و شناسایی دلایل بروز خطا
- اتخاذ تصمیمات منتهی به پیشگیری و رفع خطاهای آتی

دامنه (محدوده): کلیه واحدهای درمانی

روش کار:

- ۱- سرپرست بیمارستان فرم وقایع ناخواسته را به کلیه واحدهای درمانی ابلاغ می نماید.
- ۲- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار طبقه تکمیل فرم را به پرسنل کلیه واحدهای درمانی و پرسنل جدید ورود آموزش می دهد.
- ۳- در مورد خطاهایی که منجر به آسیب به بیمار شده اند، کادر درمانی ملزم به گزارش دهی خطای خود می باشند.
- ۴- هر یک از پرسنل کادر درمان در صورت انجام و یا مشاهده ی خطاهایی که منجر به آسیب به بیمار شده اند، فرم مربوط به گزارش دهی خطاهای اجباری را به دقت تکمیل می نماید.
- ۵- فرد گزارش دهنده ی خطا پس از تکمیل فرم گزارش دهی اجباری خطا، فرم را به واحد ایمنی بیمار (شیفت صبح) یادفتر پرستاری (شیفت عصر و شب) تحویل می دهد.
- ۶- دفتر پرستاری پس از پیگیری های لازم فرم گزارش دهی اجباری خطا را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تحویل می دهد. کارشناس ایمنی موضوع خطا را اگر خطا جز موارد ۲۸ گانه باشد به آنکال وقایع ناخواسته بیمارستان (مسئول فنی بیمارستان) اطلاع می دهد.
- ۷- آنکال وقایع ناخواسته بیمارستان بلافاصله و به محض وصول خبر، به معاونت درمان دانشگاه اطلاع رسانی می نماید.
- ۸- پرستار بیمار فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران را تکمیل میکند و به کارشناس ایمنی تحویل می دهد.
- ۹- کارشناس ایمنی بررسی اولیه موضوع را انجام می دهد.
- ۱۰- سرپرست بیمارستان فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران را ظرف مدت ۶ ساعت به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ارسال می نماید.
- ۱۱- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بررسی دقیق موضوع خطا را انجام می دهد.
- ۱۲- کارشناس ایمنی ظرف مدت ۲۴ ساعت جلسه مشترک تیم مدیریت اجرایی با تیم ایمنی برگزار می نماید و وقایع به صورت ریشه ای تحلیل و برنامه مداخله ای جهت پیشگیری از بروز مجدد تدوین می نماید.
- ۱۳- کارشناس ایمنی بیمار بر اجرای برنامه مداخله ای جهت پیشگیری از بروز مجدد خطا نظارت می نماید.

۱۴- کارشناس ایمنی در صورتی که مرگ اتفاق افتاده باشد موضوع مرگ را به دبیر کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج اطلاع میدهد.

۱۵- دبیر کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج به صورت اورژانسی ظرف مدت ۲۴ ساعت کمیته مرگ را جهت تحلیل ریشه ای علت مرگ در موارد **Sentinel Event** و ارائه راه حل تشکیل می دهد.

۱۶- کارشناس ایمنی (RCA) های انجام شده را به کلیه بخش های بالینی جهت درس آموزی ارسال می نماید.

۱۷- سرپرست بیمارستان صورتجلسات کمیته مرگ های غیر منتظره و **Sentinel Event** و تحلیل های ریشه ای انجام شده را ظرف مدت ۷۲ ساعت به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید.

کد و شرح موارد ۲۸ گانه:

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

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

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

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

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

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

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

کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)

کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و اشخاص غیر از ولی قانونی

کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...)

کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو ، دوز دارو، زمان تزریق دارو ، ...

کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ..)

کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.

کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گازهای دیگر...)

کد ۲۲. سوختگی ها بدنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

کد ۲۳. موارد مرتبط با نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ...)

کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله...)

کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت وعدول از چهارچوب اخلاق پزشکی

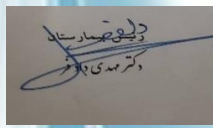
کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و...) وارده به بیمار

کد ۲۷. ربودن بیمار

کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمانی

منابع : شیوه نامه اجرایی ونظارتی گزارش وقایع ناخواسته وزارت بهداشت ودرمان سال ۱۳۹۶

امکانات: فرم گزارش وقایع، کامپیوتر، نیروی انسانی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد رمضانی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیر هم جنس

کد سند: LM-WI-02

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار و رعایت حریم خصوصی

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بیمارستان

روش کار

-در این بیمارستان سعی می شود تا حد امکان ارایه خدمات به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن صورت گیرد ، مگر در مواردی که به علت ضرورت این امر امکان پذیر نباشد که در این صورت کلیه کارکنان موظف به رعایت دستورالعمل زیر می باشند:

۱-در خصوص معاینه های زنان و زایمان در موارد ضرورت انجام توسط افراد غیر هم جنس، باحضور محارم بیمار یا یک نفر از کارکنان فنی زن انجام شود.

۲- در سایر معاینه ها در صورت درخواست پزشک یا بیمار، در حضور یکی از محارم بیمار انجام شود.

-در خصوص حضور محارم از اعضای خانواده توجه نمایید که حتما باید با رضایت بیمار باشد و در مواردی که بیمار تمایل ندارد یکی از اعضای خانواده در زمان معاینه پزشک غیر همگن بر بالین وی حضور یابد، ضروریست یکی از کارکنان همگن بیمارستان حضور یابد.

۳-در مورد فوریت های پزشکی و ارائه خدمات اورژانسی حفظ حیات و سلامتی بیمار در اولویت است. جایگزینی کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار صورت پذیرد.

۴- در موارد جابجایی بیماران در همه انتقال های بین بخشی، درون بخشی و ... با رعایت پوشش کامل بیماران و در صورت امکان به همراه یکی از کارکنان همگن و یا یکی از محارم بیمار صورت گیرد.

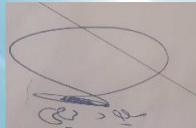
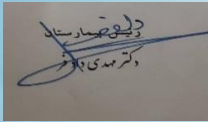
۵-در خصوص پروسیجرهای خاص مانند گذاشتن سوند فولی، تراشیدن موضع ، انما بایستی در تمامی نوبت های کاری توسط کارکنان همگن انجام شود.

۶- نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل در تمامی نوبت های کاری بر عهده سوپروایزر کشیک می باشد و سوپروایزر می بایست موارد لازم جهت طرح در کمیته اخلاق پزشکی به مدیریت پرستاری بیمارستان گزارش نمایند.

منابع / امکانات: آیین نامه اجرایی قانون انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی با موازین شرع مقدس (۱۳۸۰/۰۶/۲۰)

استانداردهای اعتباربخشی ویرایش چهارم

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول حقوق گیرندگان خدمت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
تیم مدیریت و رهبری مسئول حقوق گیرندگان خدمت(اسما برجی)	میلاد برجی(مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر(ریاست بیمارستان) 



عنوان دستورالعمل: دستورالعمل های زیست محیطی برای بخش های مختلف بیمارستان

کد سند: LM-WI-03

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

- ۱- اجرای استانداردهای بیمارستان سبز
- ۲- ارتقای سلامت در حیطه محیط زیست
- ۳- استفاده از محلول های گندزدای دوستدار محیط زیست
- ۴- کاهش تولید و تفکیک پسماند در بیمارستان
- ۵- جلوگیری از آلودگی هوا در بیمارستان و کنترل آلاینده های هوا
- ۶- کاهش تولید ضایعات در بخش تغذیه
- ۷- کاهش مصرف انرژی در بیمارستان

دامنه کاربرد: مدیریت-ریاست-تاسیسات-بخش های درمانی

روش کار:

تعاریف:

بیمارستان سبز: بیمارستانی است که سلامت مردم را با کاهش مداوم پیامدهای زیست محیطی و برطرف کردن سهم خود در کاهش میزان بیماری ها ارتقاء دهد. بیمارستان سبز و سالم ارتباط بین سلامتی انسان و محیط زیست را به رسمیت می شناسد و این شناخت را از طریق نوع اداره کردن ، راهبرد و عملیات خود نشان می دهد.

گندزدایی: فرآیند حذف تعداد یا همه میکروارگانیسم های بیماریزای موجود در اشیای بی جان بجز اسپور باکتری ها قبل از گندزدایی فرآیند پاک کردن وسایل الزامی است. زیرا حضور مواد روی اشیا و سطوح بر کارآیی و اثربخشی این فرآیند تاثیر می گذارد. گندزدایی را به سه دسته تقسیم میکنند.

گندزدایی سطح بالا (high level disinfection) - گندزدایی سطح متوسط (intermediate level disinfection)

گندزدایی سطح پایین (low level disinfection)

پسماندهای پزشکی ویژه: به کلیه پسماندهای عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستان ها، مراکز بهداشتی، درمانی، آزمایشگاه های تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه که به دلیل بالا بودن حداقل یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماری زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و مشابه آن که به مراقبت ویژه و مدیریت خاص نیاز دارند، گفته می شود.

چهار دسته اصلی پسماند پزشکی: ۱- پسماند عفونی ۲- پسماند تیز و برنده ۳- پسماند شیمیایی و دارویی ۴- پسماند عادی.

بی خطر سازی: اقداماتی که ویژگی خطرناک بودن پسماند پزشکی را رفع نماید

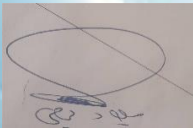
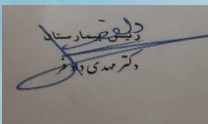
۱- مدیر بیمارستان با در نظر گرفتن استانداردهای بیمارستان سبز محورهای ارتقای سلامت در حیطه حفاظت از محیط زیست را در تصمیم گیری های تیم های رهبری و همچنین کمیته های بهبود کیفیت ، کنترل عفونت و بهداشت محیط و ایمنی بیمار در نظر می گیرد.

۲- کارشناس بهداشت محیط به منظور پیشگیری از انتشار آلاینده ها بر هرگونه فعالیت های ساخت و ساز در بیمارستان نظارت و راهکارهای مناسب جهت به حداقل رساندن انتشار آلاینده ها به محیط زیست را به مدیریت بیمارستان ارائه می دهد.

- ۳- کارشناس بهداشت محیط بر استفاده از راهکارهای بهسازی محیط جهت کنترل حشرات و جوندگان تاکید نموده و ضمن بازدید از بخش ها پیشنهادات مربوطه را در قالب برنامه عملیاتی به مدیریت بیمارستان ارائه می نماید.
- ۴- کارشناس بهداشت محیط بر کاربرد سموم و حشره کش ها در محیط بیمارستان نظارت می نماید.
- ۵- کارشناس بهداشت محیط بر تهیه محلول های ضد عفونی کننده و گندزدای دوستدار محیط زیست تاکید می نماید.
- ۶- کارشناس بهداشت محیط جهت کنترل حشرات و جوندگان بر عدم ورود کارتن به داخل بخش های درمانی تاکید می نماید.
- ۷- کارشناس بهداشت محیط برنامه عملیاتی جهت کاهش پسماند را تدوین و به کمیته بهداشت محیط ارائه می نماید.
- ۸- کارشناس بهداشت محیط تیم مدیریت اجرایی بیمارستان راهکارهای کنترل مصرف بهینه آب را در بیمارستان تدوین و جهت تصویب به کمیته بهداشت محیط ارائه می نماید.
- ۹- کارشناس بهداشت محیط و پرستار کنترل عفونت بر به حداقل رساندن مصرف آب بخصوص در مواقع واشینگ دوره ای نظارت داشته و بر اجرای برنامه دستمال کشی و نظافت علمی بجای شستشوی سنتی تاکید می نماید.
- ۱۰- تاسیسات بیمارستان همواره در برنامه نگهداری پیشگیرانه و سرویس های دوره ای تاسیسات، کنترل مصرف انرژی را مد نظر قرار می دهد.
- ۱۱- کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه بر سرو غذا به اندازه کافی به منظور پیشگیری از دورریز غذا نظارت داشته و موارد مورد نیاز را به آشپزخانه متذکر می شوند.
- ۱۲- کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه بر خرید مواد اولیه غذایی از قبیل سبزی بصورت پاک و خرد شده تاکید می نمایند.
- ۱۳- کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه بر خرید مرغ بصورت پاک شده نظارت می نماید.
- ۱۴- کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه بر استفاده مناسب آب و مواد شوینده در نظافت و پاکسازی آشپزخانه نظارت می نمایند.

منابع / امکانات: الزامات، دستورالعملها و رهنمودهای تخصصی مرکز سلامت محیط و کار سال 1395- بهداشت محیط و نقش آن در کنترل عفونت های محیطی در بیمارستان / محلول های ضد عفونی کننده و گندزدای مناسب و سموم مجاز

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

خطر حوادث وبلايا

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه		
کد سند: CM-WI-05		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: افزایش میزان آمادگی و عکس العمل به موقع بیمارستان در مقابله با حوادث و بلایا حفظ جان بیماران، همراهان، کارکنان و حفظ تجهیزات بیمارستانی و کاهش میزان آسیب و خسارت ناشی از حوادث دامنه کاربرد: بیمارستان		
روش کار: در صورتی که شدت حادثه و یا احتمال وقوع آن به قدری باشد که جان بیماران، کارکنان و مراجعین به بیمارستان در معرض خطر و تهدید قرارگیرد ممکن تخلیه تمام و یا بخشی از بیمارستان ضرورت یابد. حوادثی مانند احتمال قریب الوقوع زلزله و یا وقوع پس لرزه ها بعد از زلزله، احتمال وقوع سیل، وقوع آتش سوزی و تخریب قسمتی از ساختمان، آسیب جدی به زیر ساختها و شریانهای حیاتی بیمارستان مثل قطع برق و آب و گاز، از مهمترین علل تخلیه بیمارستان به حساب می آیند. لذا گرفتن تصمیم در مورد تخلیه بیمارستان بسیار پیچیده و دشوار است و مسئولیت پاسخگویی سنگینی بر دوش مسئولان اجرایی بیمارستان می گذارد و در این زمینه کسب آمادگی و داشتن یک برنامه تدوین شده و کارآمد و تمرین شده از قبل می تواند به کاهش میزان آسیب و خسارات احتمالی کمک نماید، لذا این مرکز با توجه به این اصول مهم این دستورالعمل را به صورت ذیل مدون نموده است: ۱- اندیکاسیونهای تخلیه تمام یا بخشی از بیمارستان طبق تایید کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا شامل وقوع زلزله و تخریب بنای ساختمان به نحوی که جان بیماران و کارکنان در معرض خطر قرار گیرد، احتمال وقوع پس لرزه بعد از زلزله، وقوع آتش سوزی گسترده در بخشها درمانی و احتمال سرایت به سایر قسمتها، احتمال قوی اقدامات خرابکارانه مانند احتمال حوادث تروریستی و بمب گذاری، احتمال وقوع سیل در طبقات پایین بیمارستان، قطع و آسیب جدی شریانهای حیاتی بیمارستان مانند برق، آب و گاز و قطع سیستمهای جایگزین آنها می باشد ۲- اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد، معمولاً به صورت تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع، تخلیه کامل انجام گردد. ۳- مکان نقاط امن بیمارستان و محل تجمع ایمن مانند پارکینگهای مسقف بیمارستان و محل اورژانس صحرایی، باید از قبل به تایید کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا رسیده باشد و با تابلوها و علائم استاندارد مشخص شده باشد. ۴- آغاز تخلیه بیمارستان با اعلام کد ۳۳ از پیج عمومی توسط سوپروایزر وقت صورت می گیرد. ۵- تخلیه بیماران و پرسنل از منطقه خطر و مناطق نزدیک به آن شروع شده و به یکی از دو مکان امن که از قبل تعیین شده است صورت میپذیرد. ۶- مسیر امن توسط پرسنل نگهبان مشخص می گردد.		

- ۷- تابلوهای راهنما نیز از قبل مسیر حرکت بیماران و پرسنل را نشان می دهند.
- ۸- انتقال و جابجایی بیماران و پرسنل مطابق فرایندی که در کمیته بحران تدوین میگردد صورت می پذیرد.
- ۹- قبل از شروع انتقال بیماران، سرشماری توسط سرپرستار و یا مسئول شیفت هر بخش انجام میشود. لازم به ذکر است که این حضور و غیاب نیز پس از تکمیل مرحله انتقال دوباره انجام می پذیرد.
- ۱۰- یکی از پرسنل یا افراد داوطلب که به مسیرهای خروجی آشناست باید جلوی بیماران حرکت نماید و یک نفر هم پشت سر آخرین بیمار حرکت نماید (بصورت زنجیره ای) و بیماران و بقیه پرسنل را به محل ایمن انتقال دهند و تا زمان اعلام وضعیت سفید یا دریافت دستور جدید در این محل بمانند.
- ۱۱- سرپرستاران و یا مسئول شیفت ارتباط مداوم با مدیر دفتر خدمات پرستاری (مترون) و یا جانشین وی دارند و اوضاع را به وی گزارش می دهند.
- ۱۲- جهت اولویت بندی انتقال بیماران ابتدا بیمارانی که در معرض خطر فوری قرار دارند منتقل شوند، سپس بیمارانی که توانایی حرکت دارند خارج شوند، بعد بیمارانی که با صندلی چرخ دار قادر به حرکت هستند و بچه ها و بیماران اتاقهای ایزوله و در آخر بیمارانی که قادر به حرکت نیستند، از بخش خارج شوند.
- ۱۳- مترون مسئول گزارش دهی و آگاهی سازی، مدیر عملیات و رئیس برنامه ریزی است
- ۱۴- هنگامی که یک حادثه در محل، مراقبت از بیماران اتفاق می افتد و یا تهدیدی برای بیماران وجود دارد پرسنل بالینی بایستی نجات بیماران در معرض خطر را شروع کنند و نباید منتظر دستور بمانند و بیماران به نزدیک ترین محل ایمن منتقل میشوند.
- ۱۵- بعد از حضور سوپروایزر در محل فرماندهی انتقال بر عهده ایشان خواهد بود و در صورت اعلام بحران و تشکیل سیستم مدیریت بحران فرماندهی بر عهده فرمانده حادثه یا قائم مقام وی خواهد بود.
- ۱۶- سرپرستار هر بخش یک نفر را به عنوان مسئول انتقال پرونده های پزشکی بیماران تعیین میکنند اگرچه اولویت با انتقال بیماران است ولی حفظ اسناد بخش نیز باید مد نظر باشد.
- ۱۷- کارکنان بخش تاسیسات از قطع بودن سیستم گاز، خاموش بودن سیستم گرمایش، تهویه و دیگر تجهیزات تهویه و ژنراتور بر عهده ایشان است.
- ۱۸- کارکنان خدمات عمومی نیز در انتقال بیماران نیازمند به تجهیزات خاص همکاری مینمایند.
- ۱۹- در صورتی که قسمت آشپزخانه تخلیه نشده باشد امور مربوط به تهیه غذا در همان مکان انجام میشود.
- ۲۰- اعزام و انتقال بیماران به بیمارستان های دیگر ترجیحا از بخش اورژانس صورت گیرد.
- ۲۱- کنترل ترافیک و عبور و مرور خودروها بر عهده پرسنل آموزش دیده نگهبان بر اساس برنامه داخلی مدیریت بحران نگهبانی میباشد. این افراد علاوه بر حفظ نظم و امنیت عمومی بیمارستان مراقبت جلوگیری از خرابکاری های احتمالی به اموال رها شده در طبقات نیز میباشد.

۲۲- وسایل امداد و نجات مانند طناب، کلنگ، بیل، قیچی مفتول بر، بالابر دستی، چراغ قوه شارژی، فانوس و ... در اتاق بحران بیمارستان موجود است و در صورت نیاز از این واحد درخواست شود. (تهیه و خرید بالابر برقی جهت عملیات امداد و نجات و همچنین خرید چادر بادی جهت برپایی اورژانس صحرایی در برنامه هتلینگ و برنامه عملیاتی واحد بحران بیمارستان دیده شده است و تا پایان سال جاری اجرایی خواهد شد)

۲۳- طبق دستور فرمانده حادثه و یا مسئول پشتیبانی چادرهای بادی و اورژانس صحرایی توسط پرسنل تاسیسات برپا شود.

۲۴- جهت راهنمایی مسیرها و اطلاع رسانی از بلندگوهای دستی و یا سوت استفاده شود.

۲۵- کمیته مدیریت خطر و بلایا باید در برنامه عملیاتی سالانه واحد بحران تهیه و خرید ژنراتور برق دستی و مخازن ذخیره و توزیع آب جهت اورژانس صحرایی را در نظر داشته باشند تا در صورت موافقت سازمان نسبت به خرید آنها اقدام شود.

۲۶- مسئول پشتیبانی باید نسبت به تهیه آب بهداشتی و جیره غذایی برای بیماران و ساکنین حداقل به مدت ۷۲ ساعت اقدام نماید. (از ذخیره جیره غذایی خشک بیمارستان) و همچنین نسبت به تهیه وسایل سرمایشی و گرمایشی از سایر نقاط بیمارستان و در صورت لزوم از سایر بیمارستانها، هلال احمر و سایر ارگانها طبق تفاهم نامه های منعقد شده اقدام نماید.

۲۷- تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند به روش صحیح و از طرق گوناگون مانند خط تلفن، موبایل، تلفن بی سیم، و بلندگو و .. انجام گردد.

۲۸- طی فاز عملیات تخلیه، اعضای تیم اضطراری آخرین نفرات خارج شده از محل باشند و از خروج کلیه افراد از محول حادثه اطمینان حاصل نمایند.

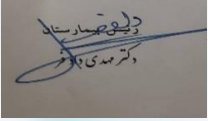
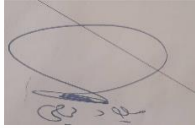
۲۹- مسئول هر بخش و واحد باید در پایان عملیات تخلیه گزارش کاملی از فرایند تخلیه و اتفاقات رخ داده، به فرمانده حادثه ارائه نماید.

۳۰- برنامه ریزی برای برگشت به وضعیت عادی توسط فرمانده حادثه صورت می پذیرد و پایان عملیات تخلیه و بازگشت به شرایط عادی باید با دستور ایشان و توسط مرکز تلفن به کلیه واحدها اعلام گردد. همانگونه که تخلیه بیمارستان آرام آرام و بخش به بخش پذیرفته است. برگشت بیماران نیز به تدریج صورت پذیرفته خواهد شد.

منابع و امکانات: تجارب بیمارستان / لیست پرسنل بیمارستان - دفتر و قلم - لیست حضور و غیاب - کارت شناسایی - تجهیزات پزشکی مانند پانسمان، وسایل رگ گیری، کپسول اکسیژن - امکانات ارتباطی مانند تلفن ثابت، موبایل

فرد ناظر بر عملکرد: سرپرست بیمارستان

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
-------------	--------------	--------------

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	آقای علی یعقوبی (کارشناس بهبود کیفیت)
--	--	--



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

کد سند: CM-WI-06

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری: تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: پاسخگویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران، مراجعان و کارکنان

دامنه کاربرد: بیمارستان

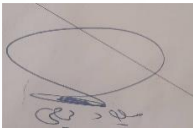
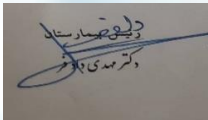
روش کار:

- ۱- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان /مرکز تلفن بیمارستان اطلاع داده شود.
- ۲- فرمانده حادثه باید فردی را جهت دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب نماید.
- ۳- بایستی مسئول دریافت شرح خبر حادثه، اطلاعات مورد نیاز را طبق فرم دریافت اطلاعات خبر حوادث (پیوست) از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد.
- ۴- در حوادث داخلی، فرمانده حادثه با توجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند.
- ۵- تأیید خبر حوادث داخلی، باید توسط مرکز هدایت عملیات بیمارستان (EOC بیمارستان) باشد.
- ۶- خبر آماده باش /هشدار یا فعالسازی توسط EOC اعلام شود.
- ۷- بایستی در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی (کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی، میزان، گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، کشته شدگان، مصدومان ارزیابی شود.
- ۸- با توجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی شود.
- ۹- بایستی تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان بررسی شود.
- ۱۰- بایستی بیماران فعلی بیمارستان تعیین تکلیف شوند (اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند).
- ۱۱- باید با توجه به ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، فضایی انجام شود.
- ۱۲- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، باید طبق برنامه افزایش ظرفیت اقدام شود.
- ۱۳- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مازاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، باید نسبت به تماس با بیمارستان های معین (دارای تفاهم نامه) اقدام شود.

- ۱۴- تأثیر حادثه بر دسترسی به بیمارستان و محوطه آن بررسی شود.
- ۱۵- طبق خبر /سطوح هشدار اعلام شده، برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر باید فعال شود.
- a. رنگ زرد/ هشدار: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شود.
- b. رنگ نارنجی/آماده باش: ۹ جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و ۳۰-۵۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود.
- c. رنگ قرمز/اقدام: کد بحران (کد قرمز) توسط فرمانده حادثه به مرکز تلفن اعلام شود/کد بحران (کد قرمز) توسط مرکز تلفن پیچ شود. / کل سامانه فرماندهی حادثه و ۱۰۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود)
- ۱۶- در هر حادثه با هر سطح شدت، فرمانده حادثه مطلع باشد.
- ۱۷- بایستی با توجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود.
- ۱۸- در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز، باید واحد فرماندهی عملیات (EOC) سریعاً فعال شده و امکانات لازم طبق برنامه آمادگی، فراهم گردد.
- ۱۹- ۹ جایگاه اصلی فرماندهی حادثه در جایگاه خود حاضر شوند و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرماندهی حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند.
- ۲۰- آسیب ها و منطقه عملیات باید مرتباً طبق دستور فرماندهی حادثه ارزیابی و به فرمانده حادثه و رئیس بخش برنامه ریزی اطلاع رسانی شود.
- ۲۱- بایستی با توجه به شدت تأثیر حوادث بر اختلال عملکرد بیمارستان، برنامه در سطح بخش اورژانس/جزئی/کلی فعال شود.
- ۲۲- در صورت دستور فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه توسط فرمانده حادثه، باید طبق دستورالعمل فعال سازی سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی اقدام شود.
- ۲۳- اعضای چارت بحران جهت دریافت جلیقه های مشخصه موقعیت در در EOC مرکز حضور یابند .
- ۲۴- مرکز تلفن باید طبق فهرست کامل و به روز شده از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه پاسخ در هر سطح با آن ها تماس بگیرد، بر اساس دستور فرمانده حادثه اقدام کند.
- ۲۵- هر بخش بایستی طبق لیست تهیه شده از پرسنل بخش خود و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی به روش خوشه ای نماید.
- ۲۶- بایستی مستند سازی کلیه اقدامات و گزارش ها جهت برنامه ریزی انجام شود.
- ۲۷- بایستی در خصوص تخلیه افقی، عمودی و کلی بیمارستان تصمیم گیری های لازم توسط تیم بحران انجام گیرد.
- ۲۸- در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی، باید تیم آتش نشانی بیمارستان با اعلام کد ۱۲۵ فعال شود.
- ۲۹- بایستی مدیریت ازدحام در بیمارستان و محیط اطراف آن انجام شود و واحد مربوطه طبق دستورالعمل های موجود اقدام نماید.

منابع و امکانات: تجارب بیمارستان / وسایل ارتباطی - سیستم اعلام کد -

فرد ناظر بر عملکرد: فرمانده حادثه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
علی یعقوبی (کارشناس بهبود کیفیت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن

کد سند: CM-WI-07

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: حفظ و صیانت از اموال بیمارستان و ارتقای سطح ایمنی در انبارهای موجود در بیمارستان

دامنه کاربرد: کلیه انبارها (دارویی - کالا - بحران و...)

روش کار:

❖ در ساختمان انبارها نکات زیر را در نظر بگیرید:

۱. باید از سطح زمین های اطراف بالاتر باشد.
 ۲. آبگیر و نمناک نباشد.
 ۳. در ساخت دیوارها و سقف ها بدون استثناء باید از مصالح غیرقابل اشتعال بکار برده شود.
 ۴. کف انبارها باید از بتن و مقاوم باشد تا در برابر وزن اجسام قابلیت تحمل را داشته باشد.
 ۵. کف انبار ها باید دارای شیب ملایم باشد تا در صورت شستشو آب در محل هایی از آن جمع نشود.
 ۶. درب انبارها باید از جنس فلز و سطح داخلی آن بدون درز و شکاف باشد.
 ۷. پنجره انبارها باید فلزی و مجهز به حفاظت (نرده محافظ) و تور سیمی باشد.
 ۸. داخل انبارها باید به نسبت حجم آن دستگاه تهویه و هواکش داشته باشد.
 ۹. سیم کشی برق باید توکار و از داخل لوله های مخصوص انجام گیرد و کلید و پریزها و روشنایی از نوع ضد جرقه باشد.
 ۱۰. انبارها باید مجهز به وسائل و ابزار آتش نشانی به تعداد کافی، سالم، آماده و شارژ شده باشد.
 ۱۱. انبار باید مجهز به جعبه کمک های اولیه باشد.
 ۱۲. انبار باید مجهز به سیستم روشنایی مناسب و کافی باشد. روشنایی طبیعی انبارها می بایستی به گونه ای طراحی گردند که مواد شیمیایی و سموم موجود در آن ها در معرض تابش مستقیم نور خورشید قرار نگیرند.
 ۱۳. در فضای خارج از انبار اصلی از دتکتوهای هشدار دهنده بایستی استفاده نمود.
 ۱۴. کلیدها، فیوزها و سایر ادوات و وسایل الکترونیکی در انبارها از نوع ضد شعله انتخاب گردد.
 ۱۵. درجه حرارت و رطوبت انبار به طور مرتب چک شوند.
 ۱۶. کف انبار باید نسبت به مایعات غیرقابل نفوذ و دارای سطحی صاف و غیر لغزنده باشد و فاقد هرگونه ترک و شکاف باشد و به راحتی تمیز شود.
 ۱۷. سقف انبار باید به گونه ای باشد که از ورود آب باران به درون انبار جلوگیری کرده و در عین حال در صورت بروز آتش سوزی بتواند دود و گرمای حاصله را خارج نماید.
- ❖ برای استقرار کالا و مواد در انبار به میزان مراجعه به کالا و هم خانواده بودن اقلام و خصوصیات اقلام (مخاطره امیز بودن یا فساد پذیری و ...) باید توجه شود.
- ❖ برای چیدمان کالا اصول اساسی زیر باید رعایت شود:
۱. قبل از هر چیز، مسیر و جا برای چیدن را از قبل مشخص نمایید.
 ۲. کالاهای و مواد ناهمجنس و ناسازگار را در کنار هم نچینید.
 ۳. قبل از جایگذاری بار، قفسه ها را خوب بررسی کنید که شکاف، تیزی یا ناهمواری نداشته باشد.

۴. تمام مواد و کالا را در یک سطح صاف بچینید.
 ۵. اجسام سنگینتر را نزدیک کف بچینید و اجسام و کالاهای سبکتر را در قفسه های بالاتر انبار نمایید.
 ۶. اصل مراجعه به کالا را رعایت نمایید. کالاهایی که همیشه مورد نیاز هست در نزدیک افراد و انبار باشد.
 ۷. از وسایل بالابر برای کالاهای سنگین یا انبار کردن در ارتفاع استفاده کنید.
 ۸. هرگز روی صندلی، جعبه یا قفسه نیاستید.
 ۹. هرگز کالاهای روی قفسه به سمت راهرو بیرون نیاید.
 ۱۰. موقع بسته بندی بار با طناب یا هر وسیله دیگر و در نهایت انبار کردن آن، بار را زیاد محکم و یا زیاد شل نبندید.
 ۱۱. از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال استفاده کنید.
 ۱۲. مواد شیمیایی و قابل اشتعال باید به صورت مستقل از هم و از سایر کالاهای موجود در انبار، انبارش گردد.
 ۱۳. مواد سوزاننده و اشتعال زا را در طبقات پایین قفسه ها نگهداری نمایید.
 ۱۴. ورود و خروج افراد به انبار باید کنترل شده و از ورود و خروج افراد متفرقه بایستی جلوگیری نمایید.
 ۱۵. علائم هشدار دهنده مانند (سیگار کشیدن ممنوع) در داخل انبار نصب کنید.
 ۱۶. مواد ریخته شده را سریعاً جمع کنید.
 ۱۷. کالاهای انبار شده را در فاصله ایمنی از وسایل برقی قرار دهید.
 ۱۸. مایعات قابل اشتعال را در ظروف سربسته نگهداری کنید.
 ۱۹. اجناسی که به فرم کارتن یا مکعب میباشند به فرم آجری بچینید که نریزند.
- ❖ برای چیدن مواد بدون زنجیر و کیسه ای به موارد زیر دقت کنید:
۱. مواد کیسه ای باید از سمت دهانه بسته به طرف تیرک یا دیوار انبار شوند.
 ۲. کیسه ها باید به طور دقیق و تمیز روی هم انباشته شوند.
 ۳. از برآمدگی و پیش آمدگی کیسه ها روی همدیگر به سمت بیرون اجتناب شود چون ممکن است آسیب ببینند و پاره شوند و محتویات داخل آنها به بیرون ریخته شوند.
 ۴. این احتیاطات فوق نیز باید در هنگام روی هم گذاشتن کیسه ها روی پالت ها رعایت شود و موارد فوق بکار گرفته شود.
- ❖ انبار مواد غذایی :
۱. در صورت لزوم آشپزخانه انبار مواد غذایی اولیه و سالن غذا خوری با فضای کافی به تناسب تعداد کارگران و شاغلین با شرایط کاملاً بهداشتی مطابق ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در محل بیمارستان ایجاد نمایند.
 ۲. هر کارگر موظف به داشتن کلیه وسایل نظافت، شستشو، و استحمام اختصاصی می باشد.
- ❖ کف ساختمان باید دارای شرایط زیر باشد:
۱. از جنس مقاوم، صاف، بدون درز و شکاف و قابل شستشو باشد.
 ۲. دارای کف شور به تعداد مورد نیاز، مجهز به شتر گلو بوده و نصب توری ریز روی آن الزامی است.
 ۳. دارای شیب مناسب به طرف کف شور فاضلاب رو باشد.
 ۴. ساختمان دیوار از کف تا سقف از مصالح مقاوم بوده و طوری باشد که از ورود حشرات و جوندگان جلوگیری به عمل آورد.
 ۵. سطح دیوارها باید صاف، بدون درز و شکاف و برنگ روشن باشد.
 ۶. پوشش دیوار ها باید متناسب با احتیاطات و لوازم مربوط به نوع کار و برحسب مشاغل مختلف به شرح تبصره های ذیل باشد.

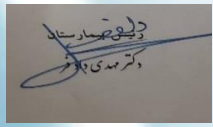
۷. پوشش بدنه دیوار انبارهای بزرگ مانند انبارهای عمومی و امثال آن ها و بنکداری ها می تواند از مصالح دیگر مانند سنگ و سیمان صاف و صیقل و برنگ روشن باشد.

• نکات :

- سیستم اعلام و اطفاء حریق بصورت ماهانه در انبار ها توسط مسئول آتش نشانی بررسی می گردد.
- سیم کشی برق انبارها بصورت ماهانه توسط مسئول برق تاسیسات بررسی می گردد.
- نحوه چیدمان و فیکس بودن قفسه ها بصورت ماهانه توسط مسئول انبار و مسئول ساختمان بررسی می گردد.

منابع / امکانات: آیین نامه وزارت کار - ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت - تجارب بیمارستان / قفسه - تجهیزات سرمایشی و گرمایشی

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی - مسئول فنی بیمارستان

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
علی یعقوبی (کارشناس بهبود کیفیت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: غیر فعال سازی برنامه و برگشت به حالت عادی بیمارستان

کد سند: CM-WI-14

تاریخ ابلاغ: آذر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: بازگشت به حالت عادی بیمارستان بعد از بحران به وجود آمده

دامنه کاربرد: بیمارستان

روش کار:

توقف برنامه باید با هماهنگی فرمانده حادثه بیمارستان با مرکز هدایت عملیات دانشگاه و بر اساس وضعیت بیمارستان و اطلاعات بدست آمده از وضعیت صحنه حادثه اعمال شود:

۱. فرمانده حادثه بیمارستان با مشورت سایر اعضای مرکز هدایت عملیات و هماهنگی با EOC دانشگاه برای توقف برنامه تصمیم می گیرد.

۲. از طریق سیستم پیچینگ توقف برنامه با کدهای هشدار دهنده اعلام می گردد. (کد پایان بحران ۲۰۰ می باشد)

۳. فرماندهی حادثه بر استقرار مجدد بیمارستان نظارت می کند .

۴. فرماندهی حادثه از نیروهای فراخوان شده و داوطلبین ، پرسنل، نیروهای دولتی و غیر دولتی که در حادثه شرکت داشته اند تشکر و قدر دانی می کند.

۵. ارشد روابط عمومی جلسه توجیهی نهایی را با رسانه ها برگزار می کند و پس از ارزیابی وضعیت و به دست آوردن اطلاعات مناسب از بیماران ، گزارشی تهیه کرده و اتمام حادثه را اعلام می کند.

۶. ارشد روابط و هماهنگی مرکز هدایت عملیات دانشگاه ، مرکز مدیریت حوادث محلی ، آتش نشانی را از پایان حادثه و باز گشایی مجدد ساختمان مطلع می نماید .

۷. ارشد ایمنی برایمن بودن انجام فعالیت های عادی و بازگشت بیماران نظارت می کند .

۸. واحد عملیات فعالیت های مراقبت از بیمار و مدیریت را به حالت اول بر می گرداند.

۹. واحد عملیات بیماران تخلیه شده به بخش ها باز می گرداند .

۱۰. واحد عملیات بازرسی و ارائه خدمات غیر ضروری را مجددا برقرار می کند .

۱۱. واحد عملیات در صورت نیاز حمایت روانی ، اطلاعاتی در مورد خدمات اجتماعی به بیماران و خانواده ها ارائه می نماید.

۱۲. واحد برنامه ریزی برنامه عملیاتی حادثه و اتمام فراخوان عمومی را نهایی می کند .

۱۳. واحد برنامه ریزی خلاصه ی گزارشی از وضعیت و موقعیت بیماران تهیه کرده و بعد از هماهنگی با مرکز هدایت عملیات، برای پرسنل فرماندهی ، مسئولین بخش ها و سایر ارگان های درخواست کننده ارسال می کند .

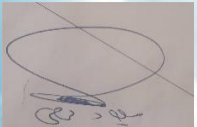
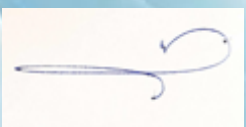
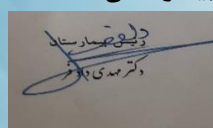
۱۴. واحد برنامه ریزی گزارش پس از عملیات و برنامه به سازی را مشتمل بر موارد زیر می نویسد:

- خلاصه عملیات انجام شده
- خلاصه ای از رویداد حادثه و علت آن
- فرایندهای که خوب اجرا شده یا دچار نقصان بوده اند
- پیشنهادهایی در خصوص به سازی نرم یا سخت افزاری
- بازنگری و اصلاح نقاط ضعف برنامه ی عملیاتی انجام شده و پیشنهاد برنامه عملیاتی آینده
- عملیات اصلاحی

۱. واحد پشتیبانی حمایت روانی از پرسنل را فراهم نموده و جلسات مدیریت استرس را براساس نیاز برگزار می کند
۲. واحد پشتیبانی بر وضعیت سلامت پرسنل نظارت دارد
۳. واحد پشتیبانی تجهیزات ، دارو ، آب ، غذا را در حد نرمال مجددا ذخیره می کند.
۴. واحد پشتیبانی کلیه خسارات وارده به تجهیزات و تدارکات را جزء به جزء نوشته و به بخش اداری مالی ارسال می کند
۵. واحد پشتیبانی تجهیزات قرض گرفته شده را بعد پاک سازی و ضد عفونی باز می گرداند
۶. واحد اداری/مالی هزینه و مخارج نهایی پاسخ ، خسارت و درآمد از دست رفته ی تخمینی را جمع آوری کرده و خلاصه گزارش آن را جهت تایید برای فرماندهی حادثه ارسال می کند.

منابع و امکانات: تجارب بیمارستان / وسایل ارتباطی - سیستم اعلام کد -

فرد ناظر بر عملکرد: فرمانده حادثه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
زینب سارایی (کارشناس مدیریت و حوادث و بلایا)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

منابع انسانی و سلامت حرفه ایی

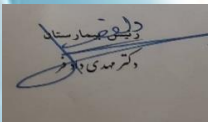
	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
عنوان دستورالعمل: انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان		
کد سند: HRM-WI-07		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: ۱. برقراری نظام مطلوب انتخاب و انتصاب مدیران متعهد و متخصص ۲. ایجاد ثبات در مدیریت ۳. ایجاد و افزایش انگیزه در کارکنان جهت ارتقاء شغلی ۴. ارتقاء کیفیت خدمات مدیریتی		
دامنه کاربرد: این دستورالعمل شامل واحدهای اداری و درمان بیمارستان در سطوح مختلف مدیریت می باشد.		
تعاریف: ** مدیران عملیاتی: شامل مدیران آن دسته از واحدهای عملیاتی یا اجرایی دستگاه های اجرایی نظیر مدارس، بیمارستان ها، ورزشگاه ها، موزه ها، مراکز فنی و حرفه ای و مراکز نگهداری معلولین هستند که تولید، تأمین و آرایه خدمات اصلی و نهایی دستگاه را به عهده دارند. ** شایستگی عمومی مدیران: به مجموعه ای از دانش، مهارتها، نگرش ها و ویژگی های تعیین شده از سوی سازمان اطلاق می شود که به یک فرد امکان می دهد تا بتواند وظایف مربوط را پس از احراز سمت مدیریتی و یا ارتقاء به سطوح بالاتر به طور موفقیت آمیز انجام دهد ** وظایف مدیران عبارتست از:		
۱- رهبری: یعنی نفوذ و تسلط بر دیگران برای کسب هدف. ۲- برنامه ریزی: بررسی و شناسایی شرایط موجود، تجسم و طراحی وضعیت مطلوب در آینده و یافتن و ساختن راه حلها و امکاناتی که رسیدن به وضعیت مطلوب را فراهم کند. ۳- سازماندهی: تقسیم کار میان افراد و گروه های کاری و هماهنگی میان آنان ۴- کنترل: تلاش در جهت رسیدن به اهداف استاندارد و طراحی سیستم بازخورد اطلاعات ** نقش های مدیریت عبارت است از: ۱- نقش ارتباطی ۲- نقش اطلاعاتی ۳- نقش تصمیم گیری ** مهارتهای مدیریتی عبارت است از: ۱- مهارتهای ادراکی ۲- مهارتهای انسانی ۳- مهارتهای فنی روش کار: باعنایت به اینکه مهمترین مرحله در مدیریت نیروی انسانی انتصاب، ابقاء و ارزشیابی متصدیان پستهای مدیریتی می باشد وعدم توجه به کیفیت خدمات مدیریتی ارائه شده در بیمارستانها صدمات جبران ناپذیری را به پیکره سلامت جامعه وارد می		

نماید. بدین منظور واحد منابع انسانی و دفتر پرستاری در راستای انتخاب افراد شایسته و دارای صلاحیت با بهره گیری از منابع علمی و تجربیات ارزنده همکاران پرستاری به انتخاب افراد شایسته می پردازند.

- ۱- افراد متقاضی پست های مدیریتی ابتدا درخواست خود را به ریاست بیمارستان می دهند
- ۲- پس از پاراف توسط ریاست به واحد کارگزینی تحویل می دهند.
- ۳- کارگزینی درخواست ها را جمع آوری نموده و در هر فصل کمیته داخلی برگزار می نماید.
- ۴- اعضای کمیته رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون بیمارستان و مسئول کارگزینی می باشد.
- ۵- در جلسه بر اساس نظر اعضا و شایستگی و لیاقت، سوابق کاری، مسائل اخلاقی و... سه نفر از متقاضیان انتخاب میشوند.
- ۶- صورتجلسه توسط واحد کارگزینی تهیه و جهت طرح در کمیته معاونت درمان ارجاع داده می شود.
- ۷- پس از کمیته معاونت درمان صورتجلسه به کمیته معاونت توسعه جهت نتیجه نهایی ارجاع داده می شود.
- ۸- کمیته توسعه نتیجه نهایی را به صورت صورتجلسه به واحد ها ارجاع می دهد.
- ۹- واحد کارگزینی پس از تایید حراست نسبت به صدور احکام اقدام می نماید.

منابع / امکانات: دستورالعمل انتصاب، ارتقا، تنزل مدیران، اتوماسیون اداری

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول منابع انسانی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
عمران علیمردانی (سرپرست اداره منابع انسانی) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

عنوان دستورالعمل: انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)

کد سند: HRM-WI-06

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ | تاریخ بازنگری: | تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: ۱- کسب تجربه و آشنایی با محیط کار واقعی و آماده سازی شاگرد برای ورود به عرصه

۲- ارتقای توانمندی های حرفه ای معطوف به نیازهای شغل

۳- ایجاد انگیزه و ارتقای خودباوری شاگرد با مشاهده محیط کار واقعی

دامنه کاربرد:

تعاریف: استاد کار: فردی است که تجربه، توان فنی و مهارتی وی مورد تایید بوده و صلاحیت عمومی وی به تایید رئیس بیمارستان رسیده و در بیمارستان شاغل می باشد.

آموزش به روش استاد - شاگردی نوین: یکی از روش های آموزش است که طی آن شایستگی های مربوط به یک شغل از استاد کار به شاگرد طی یک دوره آموزش در محل بیمارستان منتقل می گردد

روش کار: پرسنل جدیدالورود به واحد آموزش بیمارستان ارجاع داده می شوند و توسط سوپروایزر آموزشی نکات لازم به ایشان آموزش داده می شود.

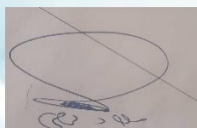
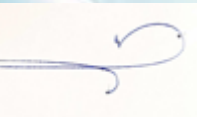
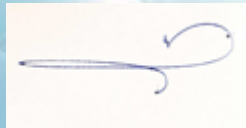
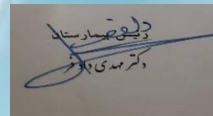
همچنین در سامانه آموزش ثبت نام کرده و دوره های آموزشی مجازی مرتبط با رشته شغلی و دوره های عمومی از طریق این سامانه می گذرانند. سپس در کارنامه آموزشی آنها ثبت می گردید.

دوره های آموزشی حضوری هم توسط سوپروایزر آموزشی اعلام می گردد و افراد در روز مشخص شده در آن دوره شرکت می نمایند.

در مشاغل مدیریتی و حراست آموزش توسط خود دانشگاه برگزار می گردد

منابع / امکانات: اتوماسیون اداری، کتاب، فایل های آموزشی

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول منابع انسانی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
عمران علیمردانی (سرپرست اداره منابع انسانی) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های مراقبت های عمومی بالینی



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: خود مراقبتی برای بیماران شایع

کد سند: GCC-WI-03

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: ارتقا سطح سلامت و بهداشت افراد جامعه در سایه توانمند سازی بیماران در امر خود مراقبتی ارتقا و بهبود وضعیت بالینی بیماران به وسیله آموزش به بیماران و خانواده های آنان در مورد رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی

دامنه کاربرد: کلیه کادر بالینی و مسئول آموزش به بیمار بیمارستان

روش اجرای دستورالعمل:

۱. پرستار هر بیمار باید برای بیمار و خانواده ی آنان یا وابسته نزدیک او، آموزشهای مناسب، بسته به نوع تشخیص پزشکی، مشکلات و نیازهای تشخیص داده شده در بررسی بیمار فراهم نماید.
۲. نیازها، آمادگی، توانایی یادگیری، سطح تحصیلات، سن فرد بررسی شده و در فرم ارزیابی اولیه بیمار ثبت شود و نیازهای آموزشی جهت آموزش اولویت بندی گردد.
۳. پرستار اولین هماهنگ کننده آموزش به بیمار یا خانواده اوست و باید آموزشها ی لازم را به موقع به بیمار ارائه داده و در فرم آموزش به بیمار ثبت نماید.
۴. در صورت نیاز به ارائه آموزش توسط سایر اعضای تیم درمانی، لازم است آموزشها ارائه شده و توسط پرستار در فرم آموزش به بیمار ثبت گردد.
۵. بیماران باید آموزش های لازم جهت تطابق با نیازهای بهداشتی و درمانی خود را دریافت کنند. این آموزشها شامل آموزش های بدو پذیرش، حین بستری و زمان ترخیص میباشد و باید طبق الویت تعیین شده، انجام گردد.
۶. همواره در اجرای آموزش به بیمار موانع و مشکلاتی پیش روی کارکنان بهداشتی وجود دارد. یادآوری این موانع کمک می کند که با جستجوی راهکارهایی امکان غلبه بر این موانع فراهم گردد. این موانع شامل سن، زبان گفتاری، انگیزه، اختلالات دید و اختلالات شنوایی، تفاوت های فرهنگی، مشکلات احساسی روحی روانی، اختلالات شناختی، مشکلات مادی تفاوت های مذهبی، شدت یا مرحله بیماری، سطح تحصیلات میباشد.
۷. پرستار مسئول بیمار، بسته به ارزیابی اولیه و شناخت نیازهای مراقبتی بیمار، آموزشها را با ترتیب زمانی و اولویت و در وقت مناسب به بیمار می دهد تا در زمان پذیرش و طول مدت بستری و زمان ترخیص به اطلاعات مورد نیاز خود دست یابد

آموزش بدو پذیرش

- معرفی بخش و خدمات غیر درمانی (bed side / واحد بیماراهرم های تخت /زنگ اخبار)
- سرویس های بهداشتی
- درب های اضطراری
- امکانات رفاهی بخش
- قوانین کلی موجود در بخش و بیمارستان
- نحوه تهیه لباس
- ساعات ویزیت پزشک
- ساعات ملاقات
- ممنوعیت استعمال دخانیات .
- درخواست از بیمار برای اطلاع دادن به پرستار در صورت بروز هرگونه مشکل
- در صورت عدم فهم دستورات پزشک توسط بیمار، از پزشک مجدد سوال نمایند
- منشور حقوق بیمار
- پنج محور منشور حقوق بیمار
- نحوه رسیدگی به شکایات بر اساس خط مشی رسیدگی به شکایات بیمارستان
- توجیه هزینه های درمان و بیمه بر اساس هزینه های تعریف شده بیمارستان
- معرفی کلیه تیم پزشکی و وظایف آنها(پزشک ، سرپرستار ، کمک بهیار ، خدمه ، مددکاری)
- آموزش های حین بستری
- نوع بیماری و نحوه درمان
- توضیحات مختصر در خصوص بیماری
- روش های مختلف بیماری به عنوان مثال عوارض بیماری از جمله هیپو یا هیپر گلیسمی در بیماران دیابتی
- عوارض داروها
- آموزش نکات مهم عوارض دارویی
- تداخلات غذا و دارو
- داروهایی که مصرف همزمان آنها با برخی غذاها ایجاد عارضه و تداخل می نماید
- میزان فعالیت
- استراحت مطلق CBR
- استراحت نسبی RBR
- میزان و زمان شروع فعالیت های بعد از عمل
- دامنه حرکت اندام ROM
- ورزشهای و فعالیت های مناسب در هر بیماری
- پوزیشن ها
- تغذیه و رژیم غذایی
- نوع رژیم غذایی
- رعایت رژیم غذایی توسط بیمار

تحمل رژیم غذایی توسط بیمار

تعریف رژیم غذایی : پر پروتئین، پر کالری ، قلبی ، دیابتی ، بعد از عمل ، مایعات ، سیروز کبدی ، کلیوی ، سوختگی و
ایمنی یا احتیاطات

نحوه مراقبت از اتصالات : درن ها ، مانیتورینگ ، بگ ادراری ، سرم ها و....

پیشگیری از صدمات ناشی از کاهش فشار خون وضعیتی و..... : **Bed side** : نکات ایمنی
خود مراقبتی نسبت به دریافت دارو

مدیریت درد

روش های غیر دارویی (تکنسین های آرام سازی ، انحراف فکر ، پوزیشن ها و.....)

روش های دارویی

اقدامات تشخیصی ، درمانی و آزمایشات

شرح چگونگی انجام پروسیجر یا آزمایش

آمادگی ها و مراقبت های قبل و بعد از پروسیجر ها

هدف از انجام پروسیجر

برائت و رضایت از هرگونه اقدامات تشخیصی و تهاجمی

عدم مصرف دخانیات

هدف از عدم مصرف دخانیات

نحوه ترک و عدم مصرف

داروهای زمان بستری

نحوه مصرف

آگاه نمودن بیمار از داروهای مصرفی روزانه

آموزش کلی در مورد چگونگی اثر دارو بر بیماری (بسته به سطح تحصیلات بیمار)

مراقبت از زخم

پیشگیری از عفونت ها

پوزیشن ها

علائم زخم بستر و

مراقبت از پانسمان و دفعات نیاز به تعویض پانسمان

علائم زخم عفونی و.....

وضعیت بیماری

توضیح در مورد فرایند بیماری ، سیر بیماری و

علائم و نشانه ها

مسائل بهداشت فردی

شستشوی دست ها

کنترل عفونت

خواب و استراحت

در صورت وجود مشکل ارائه راهکارها جهت بهبود خواب و استراحت
روش های ذخیره انرژی (در بیماران عدم تحمل فعالیت)

الگوی دفع

راه های پیشگیری از یبوست

بررسی وضعیت ادراری و پیشگیری از عفونت و

مراقبت های قبل و بعد از عمل

رژیم غذایی

فعالیت

پوزیشن

مراقبت از زخم ناحیه عمل

مراقبت از اتصالات

آموزش های زمان ترخیص

زمان مراجعه به پزشک

اعلام زمان و مکان مراجعه به پزشک

داروهای پس از ترخیص

نحوه مصرف داروها

عوارض احتمالی و مهم داروها

تداخلات دارویی و تداخلات غذا و دارو

شناخت نام داروها توسط بیمار

محل نگهداری داروها

برنامه خود مراقبتی و تکنیک های بازتوانی در منزل

مراقبت از زخم

بهداشت فردی

فعالیت ها و ورزش ها

شروع مجدد فعالیت حرفه ای و شغلی

شروع مجدد محدوده فعالیت جنسی

تغذیه پس از ترخیص

رژیم غذایی مناسب پس از ترخیص

فعالیت های پس از ترخیص

زمان از سرگیری فعالیت های طبیعی

میزان محدودیت در فعالیت

پوزیشن ها

نشانه های خطر پس از ترخیص

علائم هشدار دهنده که بایستی با بروز آنها سریعاً "به پزشک مراجعه نماید".

چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس

تلفن های تماس اضطراری که در صورت بروز علائم هشدار دهنده بیمار می تواند با آن تماس بگیرد.

آدرس منابع و آدرس مراکز و سایت های آموزشی

در انتهای مطالب آموزشی ارائه شده به بیمار، منابعی جهت مطالعه بیشتر به بیمار و خانواده وی معرفی می گردد.

روش آموزش

چهره به چهره: پرستار در برابر بیمار قرار گرفته و یا در حال نشستن و یا ایستادن کنار وی به او آموزش لازم را بیان کرده و از انتقال صحیح مطالب به بیمار مطمئن می شود.

بحث و گفتگو: این روش بیشتر مناسب برای ایجاد تغییر نگرش در بیماران است. بحث گروهی با حضور ۳ تا ۵ بیمار در یک مکان مناسب و خلوت با حضور پرستار صورت می گیرد.

فیلم: این روش آموزشی برای آموزش نحوه استفاده از وسایل، نحوه انجام تزریقات، نحوه انجام فعالیت های خود مراقبتی، مناسب است. در این روش ابتدا پرستار نحوه صحیح انجام فعالیت را به بیمار نشان داده و پس از آن بیمار مستقلا آن فعالیت را انجام داده و

پرستاری روی انجام فعالیت نظارت داشته و به بیمار بازخورد می دهد.

مواد آموزشی نوشتاری: شامل پمفلت ها و کتابچه ها می باشد.

مواد آموزشی چند رسانه ای: عبارت است از فایل های صوتی و تصویری که برای آموزش به بیمار آماده شده است.

ارزیابی و اثربخشی برنامه ریزی آموزش:

پس از انجام آموزش، پرستار مربوطه بایستی میزان دریافت آموزش و یادگیری بیمار خود را بررسی نماید

اگر بیمار به طور کامل به سوالات پرستار پاسخ داده و مطالب آموزشی ارائه شده را به درستی تکرار کند. اثربخشی مطلوب است.

اگر بیمار قادر به یادآوری تنها بخشی از مطالب آموزش داده شده است. در چنین شرایطی پرستار آموزش دهنده باید در

فرستی دیگر مطالب آموزش داده شده را مرور نماید. اگر به دلیل وجود موانع آموزشی متعدد بیمار محتوای آموزشی را درک نکرده است پرستار باید پس از برطرف شدن نسبی موانع آموزشی، برنامه آموزشی مجددا تکرار شود.

چک لیست اثر بخشی آموزش به بیمار نیز توسط مسئول و رابطین آموزشی، ماهیانه برای ده بیمار بخش تکمیل شده و نقاط ضعف وقوت آموزشها پیگیری گردیده و در بخش اقدام اصلاحی صورت می گیرد. و علاوه بر آن در جلسه ماهیانه مدیریتی با رابط آموزش به بیمار تحلیل آن صورت می گیرد.

• منابع / امکانات:

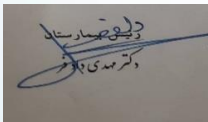
- فرم آموزش به بیمار در پرونده
- اطلاعات مورد نیاز بیماران که در قالب پمفلت و کتابچه در بخشها موجود است
- برنامه مدون آموزشی مختص هر بخش
- فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار

فرد ناظر بر عملکرد: سرپرستار بخش - سوپروایزر

تهیه کننده

تایید کننده:

ابلاغ کننده:

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	مریم بدری (سوپروایزر آموزشی) مسئولین بخش های درمانی
--	--	---



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: آمادگی قبل از مداخلات تهاجمی

کد سند: GCC-WI-04

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: برنامه ریزی یکسان سازی مراقبت و پایش مستمر بیماران پس از مداخلات تهاجمی و غیر تهاجمی. / کاهش عوارض احتمالی پس از مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی در بیماران.

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی

روش کار:

آمادگی های قبل از اعمال جراحی:

پرستار باید دستور کتبی پزشک جهت عمل جراحی بیمار را رویت و چک نماید.

پرستار خودش را به بیمار معرفی می نماید.

پرستار، بیمار را با پرونده و دستبند شناسایی و با نوع عمل بیمار مطابقت می دهد.

پرستار دستبند مشخصات بیمار را روی دست بیمار فیکس می نماید.

پزشک معالج بیمار عضو و محل دقیق عمل جراحی را با استفاده از مارکر مخصوص مشخص می نماید.

پرستار عضو و محل دقیق عمل جراحی را با پرونده بیمار مطابقت می دهد و دقیق در پرونده ثبت می نماید.

پرستار پرونده بیمار را از نظر اقدامات قبل از عمل از جمله انجام شدن آزمایشات / گرافی ها / مشاوره ها / EKG چک می نماید.

پرستار بیمار را برای اطمینان از NPO بودن و شیو ناحیه عمل چک می نماید .

پرستار IV LINE مناسب عمل جراحی را برای بیمار فیکس می نماید و مایع درمانی را در زمان NPO بودن برای بیمار آغاز می کند.

پرستار بیمار توضیحات لازم را جهت اطلاع بیمار در مورد عمل جهت کاهش استرس بیمار می دهد.

رضایت آگاهانه توسط پرستار مربوطه از بیمار و همراه و در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد (کمتر از 18 سال) از والدین گرفته و ضمیمه پرونده می نماید.

پرستار بیمار در بیمارانی که نیاز به رضایت های خاص در بعضی اعمال از قبیل آمپوتاسیون دارند رضایت قطع عضو از بیمار یا همراه می گیرد.

پرستار در صورتی که بیمار نیاز به تزریق خون در اتاق عمل داشته باشد قبل از انتقال بیمار با بانک خون جهت اطمینان از آماده بودن

کیسه خون هماهنگی لازم را انجام می دهد.

پرستار به بیمار نحوه پوشیدن گان - خارج کردن زیورآلات - دندان مصنوعی - پاک کردن آرایش و لاک ناخن را آموزش می دهد.

پرستار بیمار علائم حیاتی بیمار را کنترل و در پرونده ثبت می نماید و آزمایشات مورد نیاز را با توجه به دستور پزشک ارسال می نماید و مشاوره های قبل از اتاق عمل را پیگیری و انجام می دهد.

پرستار بیمار به بیمارانی که سوند فولی ندارند قبل از عمل توصیه به تخلیه مثانه می کند.

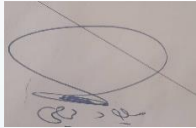
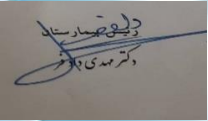
گزارش پرستاری قبل از عمل توسط پرستار مربوطه به طور کامل نوشته می شود و ساعت تزریق پروفیلاکسی و ساعت ورود بیمار به اتاق عمل نوشته می شود.

بیمار با هماهنگی اتاق عمل با بخش طبق لیست عمل با ویلچر یا برانکارد توسط بیماربر و پرستار مربوطه به اتاق عمل فرستاده می شود.

در ورودی اتاق عمل بیمار به پرستار اتاق عمل تحویل داده می شود و ساعت ورود نوشته می شود و فرم تحویل بیمار مهر و امضاء می شود و توضیحات لازم به صورت شفاهی در مورد بیمار توسط پرستار مربوطه داده می شود و فرم آمادگی قبل از عمل توسط پرستار اتاق عمل کنترل ، چک و مهر و امضاء می شود.

منابع / امکانات: راهنمای جراحی .ایمن- تجارب بیمارستان / پرونده بیمار، IV Line

فرد ناظر بر عملکرد: سرپرستار بخش

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مسئولین بخش های درمانی سوپروایزر آموزشی	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک

کد سند: GCC-WI-05

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از خطرات ناشی از عدم دسترسی بیماران به نتایج معوقه آزمایشات و تصویربرداری و آگاهی دادن به بیمار نسبت به پیگیری نتایج تست های معوقه جهت روند ادامه درمان

دامنه (محدوده): کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیک بیمارستان

روش انجام کار :

۱- برای دسترسی به نتایج اقدامات پاراکلینیک در حین بستری ، موارد قابل پیگیری در کاردکس بیمار ثبت می گردد.

۲- در هر شیفت نتایج اقدامات توسط پرستار پیگیری و در پرونده بیمار ثبت می شود و نتایج به اطلاع پزشک رسانده می شود.

۳- در مورد نتایج تأخیری اقدامات پاراکلینیک ، زمان نهایی آماده شدن نتایج در کاردکس بیمار ثبت و پیگیری میگردد.

۴- در حین ترخیص پرستار مسئول بیمار توضیحات لازم را در مورد نتایج تست ها و آزمایشات معوقه و پیگیری زمان دقیق آن به بیمار و همراه وی ارائه می دهد.

۵- پرستار لیست تست ها و آزمایشات نیازمند پیگیری را در فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص ثبت و به وی ارائه می گردد.

۶- نتایج CT بیمار بستری حداکثر تا 24 ساعت و در موارد اورژانس 2 ساعت پس از انجام آماده و در اختیار بخش قرار می گیرد.

۷- نتایج CT اسکن بیماران سرپایی حداکثر در مدت ۲ هفته آماده شده و همراه بیمار یا بیمار می تواند گزارش مورد نظر را از پذیرش رادیولوژی تحویل بگیرند

نتایج تست هایی که در محدوده بحرانی قرار می گیرند:

۱- مسئول آزمایشگاه در مورد نتایج آزمایشاتی که در محدوده بحرانی قرار می گیرند در مورد بیماران سرپایی با استفاده از شماره تلفن بیمار که در سیستم پذیرش آزمایشگاه ثبت شده فوراً با بیمار مربوطه تماس گرفته و نتیجه تست را اطلاع دهد و در دفتر مربوطه ثبت نماید.

۲- در صورت عدم پاسخ در اولین تماس به هر دلیل بار دوم ۶ ساعت بعد و بار سوم ۱۲ ساعت بعد از تماس اول مجدداً تماس گرفته شود.

۳- در موارد بحرانی که تماس با بیمار گرفته شد و جواب نداد و به علت دوری مسافت دسترسی به بیمار امکان پذیر نبود توسط کارپرداز بیمارستان جواب برای بیمار پست می شود.

۴- در موارد بحرانی که تماس با بیمار گرفته شد و جواب نداد و دسترسی به بیمار امکان پذیر بود جواب تست در پاکت گذاشته می شود و با قید محرمانگی توسط راننده بیمارستان به دست بیمار رسانیده می شود.

۵- مسئول آزمایشگاه در مورد نتایج آزمایشاتی که در محدوده بحرانی قرار می گیرند در مورد بیماران بستری با استفاده از خطوط تلفن یک طرفه به بخش مورد نظر اطلاع دهد و در دفتر مربوطه ثبت نماید.

نتایجی که در محدوده طبیعی قرار می گیرند:

۱-پرستار باید در زمان ترخیص بیمار لیست تست های معوقه (سی تی اسکن / آزمایشات) نیازمند پیگیری را مشخص کند
پرستار باید لیست تست ها را با کد و تاریخ دریافت جواب در یک فرم ۲ برگی پر نماید و یک نسخه از آن در اختیار بیمار یا همراه قرار دهد و نسخه دوم در بخش نگهداری می شود.

۲-پرستار باید به هنگام آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه از او بخواهد در زمان مقرر قید شده جهت دریافت جواب تست های خود به واحد های مربوطه مراجعه کند و در برگ آموزش به بیمار ثبت می نماید.

۳-مسئول آزمایشگاه/ مسئول رادیولوژی فرم های نتایج تست های معوقه از بیمارانی که جهت گرفتن جواب تست مراجعه نموده اند را جمع آوری نماید و پایان هر ماه به کلیه بخشهای بستری تحویل دهد.

۴-مسئول بخش / منشی بخش مربوطه باید در صورت عدم مراجعه بیمار برای دریافت جواب در پایان هر ماه با شماره تلفن بیمار در فرم مربوطه تماس بگیرد و او را از نتایج مطلع کند و یاد آور می شود جهت تحویل جواب تست ها به بخش مربوطه مراجعه نماید و نتایج را در دفتر مربوطه ثبت نماید و یک کپی از جواب تست را به بایگانی اسناد و مدارک پزشکی جهت قرار دادن در پرونده بیمار بفرستد.

۵-در بیماران بستری ترخیص شده جواب تا دوماه در بخش مربوطه نگهداری می شود و پس از آن به بایگانی اسناد و مدارک ارسال می گردد و در صورت نیاز بیمار از آنجا تحویل می گیرد.

۶-مسئول بخش مربوطه / منشی بخش برای دومین بار پایان ماه دوم و برای سومین بار در پایان ماه سوم مجدداً " با بیماران که جهت گرفتن جواب تست ها مراجعه ننموده اند تماس گرفته و در دفتر مربوطه ثبت می نماید.

۷-پرستار باید به بیمار آموزش دهد که جهت دریافت گزارش سی تی اسکن دو هفته بعد با برگه قبض به واحد رادیولوژی مراجعه نماید

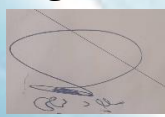
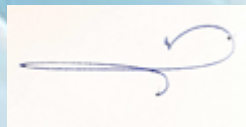
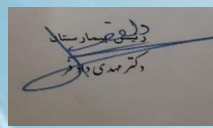
مسئول رادیولوژی در صورت عدم مراجعه بیمار بعد از آماده شدن جواب با استفاده از شماره دفتر مربوطه به بیمار اطلاع دهد.

۸-مسئول بخش / منشی بخش در دفتر مربوط به ثبت آزمایشات معوقه موارد زیر را ثبت می نماید: نام و نام خانوادگی بیمار - تاریخ تولد به روز/ماه/ سال - نام پدر - شماره پرونده بیمار - نوع آزمایشات معوقه - تاریخ جواب دهی آزمایشگاه - تاریخ و زمان اولین اعلام به بیمار - تاریخ و زمان دومین اعلام به بیمار/تاریخ و زمان سومین اعلام به بیمار

۹-در موارد آزمایشاتی که برون سپاری می گردند آزمایشگاه موظف است جواب را در زمان تعیین شده دریافت و مانند سایر آزمایشات اطلاع رسانی نماید.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / لیست تست های معوقه - فرم آموزش به بیمار

فرد ناظر بر عملکرد: سرپرستار بخش

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مسئولین بخش های بالینی مسئول آزمایشگاه: رضا محبی	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل

کد سند: GCC-WI-06

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

- پیشگیری از عفونت و سایر عوارض مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی در خارج از فضای اتاق عمل و جلوگیری از هرگونه آسیب احتمالی برای بیمار

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی غیر از اتاق عمل

روش کار:

۱- پرستار بیمار دستبند شناسایی بیمار را پس از تایید صحت مندرجات مطابق دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران الصاق می نماید.

۲- پزشک معالج علامتگذاری موضع انجام اقدام تهاجمی راست ، چپ یا هر دو طرف بدن را انجام می دهد.

۳- واحد داروخانه و کارکنان بخش -های درمانی رعایت استانداردهای دارویی مرتبط با تشابه اسمی، تشابه ظاهری ، تلفیق دارویی، داروهای پرخطر را انجام می دهد.

۴- مسئول کنترل عفونت لیست اقدامات تهاجمی را به تفکیک - بخش به بخش های درمانی ابلاغ مینماید.

۵- مسئول کنترل عفونت آموزشهای لازم را در خصوص انجام هرگونه اقدام تهاجمی استریل در اتاق عمل را به کلیه پرسنل میدهد.

۶- مسئول کنترل عفونت آموزشهای لازم را در مورد رعایت نکات استریل در زمان انجام اقدام تهاجمی در بخش ها به کلیه کارکنان میدهد.

۷- مسئول کنترل عفونت آموزشهای لازم در خصوص ضدعفونی و نحوه نگهداری تجهیزات مربوط به اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل - را به کارکنان بخشهای درمانی مختلف ارائه میدهد.

۸- مسئول شیفت چک لیست کنترل وسایل و تجهیزات در بخش جراحی و اورژانس را در هر شیفت از نظر آماده به کار بودن کنترل می کند.

۹- پرستار بیمار، اتاق، وسایل و تجهیزات لازم برای انجام اقدامات تهاجمی در بخش را روزانه چک می کند.

۱۰- پرستار قبل از شروع عمل های سرپایی از صحت وسایل توالی احیاء اطمینان حاصل می کند.

۱۱- پزشک توضیحات پیرامون اقدامات تهاجمی (خطرات، منافع، عوارض جانبی و درمان های جایگزین) را به بیمار ارائه می دهد.

۱۲- پزشک رضایت آگاهانه را از بیمار می گیرد.

۱۳- پزشک دستور انجام اقدامات تهاجمی را در پرونده بیمار وارد می کند.

- ۱۴- مسئول بخش اتاقی را تحت عنوان اتاق اقدامات اسپتیک در بخش در نظر میگیرد.
- ۱۵- سرپرستار، تجهیزات لازم برای اقدامات تهاجمی در بخش را در نظر می گیرد.
- ۱۶- مسئول شیفت بیمار را در اتاق اسپتیک جهت انجام اقدام تهاجمی آماده میکند.
- ۱۷- مسئول بخش یک استریل جهت انجام اقدامات تهاجمی استریل را تهیه می کند و در اختیار پرسنل قرار می دهد.
- ۱۸- مسئول کنترل عفونت آموزشهای لازم را در مورد نحوه ی استفاده از وسایل حفاظت فردی، نحوه بازکردن بسته های استریل و نحوه پوشیدن گان و دستکش به روش استریل به کارکنان ارائه میدهد.
- ۱۹- قبل از شروع پروسیجر رعایت پروتکل شستشوی دست توسط کلیه پرسنل الزامی می باشد ..
- ۲۰- پزشک مربوطه در زمان انجام اقدام تهاجمی بعد از پوشیدن گان و دستکش استریل ناحیه اقدام تهاجمی را با بتادین سبز ضد عفونی میکند.
- ۲۱- پزشک، ناحیه انجام اقدام تهاجمی را با یک شان پرفوره میپوشاند و اقدام تهاجمی انجام میشود.
- ۲۲- در این بیماران بر حسب نظر پزشک معالج از بی حسی های موضعی استفاده می شود.
- ۲۳- عمل جراحی در شرایط تمیز و با رعایت نکات استریل توسط پزشک صورت می گیرد.
- ۲۴- بیمار از نظر خونریزی و عوارض عمل توسط پرستار مسئول کنترل می گردد.
- ۲۵- کلیه اقدامات انجام شده پس از انجام مداخلات توسط پزشک و پرستار در پرونده ثبت می شود.
- ۲۶- بعد از اقدامات تهاجمی سرپایی جهت پیشگیری از افت فشارخون بیمار و پیشگیری از ترومای سر و اندامها در بیمار، بیمار به مدت ۲۰ دقیقه در وضعیت سوپاین بماند و بعد از اطمینان از **stable** - شدن وضعیت بیمار، بیمار به اتفاق همراهش به بخش ترخیص- ارجاع می شود.
- ۲۷- در کلیه مراحل پروسیجر رعایت ۵ مرحله شستشوی دست و دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی توسط پرسنل مرتبط- رعایت می شود.
- ۲۸- خدمات بخش باید بعد از اتمام عمل های سرپایی کلیه ابزار را با آب شسته و برس کشی می نماید جهت ادامه پروسه ضد عفونی و استریل زاسیون به **CSSD** ارسال می نماید.
- ۲۹- پرسنل زایشگاه جهت انجام زایمان بدون درد در بیماران با دیلاتاسیون ۴ سانت و احتمال پیش بینی زایمان طبیعی بدون عارضه هماهنگی لازم با اتاق عمل را انجام می دهد.
- ۳۰- پرسنل بیهوشی اطلاعات بیمار را دریافت کرده و به اطلاع متخصص بیهوشی می رساند. متخصص بیهوشی با کمک پرسنل بیهوشی بی حسی نخاعی (اسپینال) را انجام می دهد.
- ۳۱- تجهیزات مانیتورینگ و وسایل احیا جهت انجام پروسیجرهایی که نیاز به سدا تیو و مداخلات بیهوشی دارند موجود باشد.
- ۳۲- پرسنل بی هوشی تا زمان پایان زایمان طبیعی در زایشگاه حضور دارند. تا یک ساعت بعد از زایمان کنترل علائم حیاتی بیمار را بر

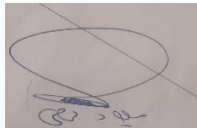
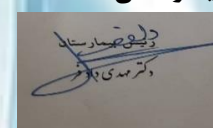
عهده دارد.

۳۳-مختص بی هوشی برگه بی هوشی را تکمیل و امضا می نماید.

منابع / امکانات:

دستورالعمل استانداردهای ایمنی بیمار- راهنمای ارزیابان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار چاپ ۱۳۹۰ وزارت - بهداشت و درمان- دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
پزشک و پرستار- وسایل و تجهیزات (ست کات دان و Tube. chest و...) -فرم اخذ رضایت آگاهانه، وسایل و تجهیزات لازم
برای انجام اقدام تهاجمی، امکانات شست و شوی دست و ضد عفونی، مکان مناسب (اتاق) جهت انجام پروسیجر

فرد ناظر بر عملکرد: پزشک انجام دهنده پروسیجر تهاجمی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد رمضانی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) مسئولین بخش های درمانی	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: استفاده از دستبند شناسایی در بیماران شناسایی بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی

کد سند: GCC-WI-07

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: پیشگیری از هرگونه خطای پزشکی و ارائه خدمات منطبق بر طرح مراقبت و درمان به هریک از بیماران با مدیریت احراز هویت در حین بستری

دامنه (محدوده): کلیه پرسنل درمان و پذیرش بیمارستان

روش کار:

1- پرسنل واحد پذیرش بیمارستان در هنگام پذیرش بیمار و تشکیل پرونده برای کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و بخش های بستری عادی و ویژه بر اساس مشخصات بیمار دستبند شناسایی بیمار را چاپ می نماید و قبل از ورود به بخش مورد نظر به بیمار تحویل می دهد.

توجه: ضروریست بیمار دریافت باندشناسایی را در پرونده به صورت کتبی تأیید و امضاء نماید.

a- به منظور پیشگیری از خطا مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح و به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبند شناسایی نوشته شود بدین منظور حداقل بایستی دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز - ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود - توصیه میشود، کد رایانه ای پذیرش بیمار در دست بند شناسایی بیماران قید شود.

b- در صورت مشابهت نام دو نام خانوادگی دو بیمار بستری ضروریست نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.

c- پرستار بیمار به منظور هشدار، در روی جلد پرونده بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" قید می کند.

d- جهت شناسایی بیماران با اختلالات روانی از دستبند سفید استفاده شود و عکس بیمار توسط سرپرستار بخش مربوطه یا مسئول شیفت بخش مربوطه بر روی کاردکس بیمار زده می شود. اگر بر اساس ارزیابی بالینی و یا ارزیابی اولیه پرستاری مشخص شود که جزء بیماران در معرض خطر باشد دستبند زرد بکار برده می شود.

e: در بیماران با شرایط خاص بالینی منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی و یا آمپوتاسیون پرستار بیمار دستبند شناسایی را روی باند می چسباند و روی پای بیمار با رعایت نکات ایمنی گره میزند. در صورتی که پای بیمار شرایط الصاق باند شناسایی را نداشت باند شناسایی روی بازو گره زده می شود.

f: پرستار بیمار در گزارش پرستاری ثبت میکند که دستبند یا باند شناسایی به چه محلی از بدن بیمار الصاق شده است.

توجه: تأکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و شماره تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.

g- پرستار رییمار دستبند شناسایی بیمارآن را بر روی بازوی دست غالب می بندد (بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار به منظور انجام اقدامات درمانی وجود دارد).

h- سیستم کدبندی رنگی و رنگ قرمز فقط برای شناسایی بیمارآن مبتلا به آلرژی شناخته شده بکار برده می شود .

i- سیستم کدبندی رنگی و رنگ زرد برای شناسایی سایر گروه بیمارآن در معرض خطر منجمله (بیماران مستعد سقوط یا ابتلا به زخم فشاری ، ترومبو آمبولیسم وریدی، ریسک خودکشی، پلی فارمسی ، سوء تغذیه و یا تشنج) بکار برده می شود.(دقت شود بیمارآن در معرض خطر منظور مواردی است که از طرف کارکنان بیمارستان مورد خطر واقع می شوند نه اینکه خود بیمار پرخطر باشد)

j- تشخیص رنگ دستبند برعهده پرستار پذیرش دهنده بیمار می باشد و پس از پذیرش بیمار در بخش مربوطه با توجه به شرح حالی که پرستار از بیمار می گیرد در صورت نیاز بیمار به دستبند رنگی، رنگ دستبند را مشخص می کند و با واحد پذیرش هماهنگ کرده و همراه بیمار را جهت تحویل گرفتن دستبند رنگی به واحد پذیرش راهنمایی می کند.

k- پرستار در بخش اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی به عمل آمده و در بخش های بستری و ویژه طبق ارزیابی اولیه پرستاری رنگ دستبند را تعیین میکند.

۲- قبل از ارائه هرگونه اقدامات و خدمات درمانی -تشخیصی و مراقبتی بایستی تمامی بیمارآن به طرز فعال به شرح ذیل شناسایی شوند و مشخصات آنان با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق داده شود.

a- هنگام پذیرش بیمار در بخش مربوطه پرستار بیمار از بیمار درخواست کند که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید- سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق می دهد.

b- در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده یا قادر به تکلم نبوده یا هشیار نمی باشد پرستار بیمار با پرسش مشخصات بیمار از والدین و یا بستگان درجه یک وی ایشان را به طور صحیح شناسایی می کند.

c- به منظور پیش گیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون -تغذیه مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی -نسخه پیچی در داروخانه بستری -آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیمارآن، بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل می شود.

d- پرستار بیمار بر روی دستبند شناسایی زائو حداقل شناسه های ذیل را درج می کند :

i. نام و نام خانوادگی (نام پدر در مورد اسامی مشابه)

ii. تاریخ تولد به روز /ماه / سال

iii. شماره پرونده

e- پرستار بیمار در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایشگاه (در موارد سزارین قبل از ترک اتاق عمل) برای نوزاد دو دستبند تهیه می کند و بعد از چک مجدد با مشخصات مادر به میچ پاهای وی می بندد.

f- پرستار بیمار موارد ذیل را بر روی دستبند شناسایی نوزاد می نویسد:

i. نام و نام خانوادگی مادر (نام پدر در مورد اسامی مشابه)

ii. جنسیت نوزاد

iii. تاریخ تولد به روز /ماه / سال

iv. ساعت تولد

v. شماره پرونده مادر

توجه: در صورتی که نوزاد دوقلو یا سه قلو است بر روی دستبند شناسایی قید می شود.

g- به منظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال داده می شود -پرستار قبل از انتقال خون از بیمار درخواست می نماید که نام و نام خانوادگی و نام پدر خود را به صورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و یا پرونده بیمار مطابقت می دهد.

h- در صورتی که بیمار بیهوش یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد پرستار قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی روی دستبند شناسایی را با مشخصات پرونده بیمار مطابقت می دهد.

i- پرستار بیمار در تطابق خون و فرآورده های خونی حداقل موارد ذیل را با پرونده / دستبند شناسایی با بیمار مورد بررسی قرار می دهد: نام و نام خانوادگی بیمار به صورت کامل / نام پدر بیمار - تاریخ تولد به روز / ماه / سال - شماره پرونده - شماره خون یا فرآورده های خونی

j- پرستار بیمار برچسب کلیه نمونه هایی که به بخش آزمایشگاه فرستاده می شوند را با ذکر نام و نام خانوادگی بیمار - نام پدر - نام بخش - شماره پذیرش / شماره پرونده و نام آزمایشات مورد درخواست و ثبت تاریخ و زمان جمع آوری نمونه در بالین بیمار بر روی لوله های نمونه می چسباند.

k- پرستار بیمار برگه درخواست آزمایشات را در قبال شناسه های اصلی بیمار کنترل میکند و پس از کسب اطمینان از نوع آزمایشات درخواستی برچسب بیمار به لوله / ظرف نمونه گیری را الصاق می کند و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب می کند.

l- پرستار بیمار برچسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله / ظرف نمونه گیری می چسباند.

m- پرستار بیمار در صورت وجود هرگونه ابهامی در ارتباط با برچسب نمونه ها -نمونه گیری مجدد انجام می دهد و فرآیندی که منجر به اشتباه شده است را بررسی می کند.

۳- چنانچه در حین بستری بیماران دستبندها آسیب دید یا گم شد فوراً "توسط مراجع ذی صلاح (سرپرستار بخش - مسئول شیفت -پرستار بیمار- منشی بخش) تهیه و تعویض می شود.

۴- در صورتی که هریک از اعضای تیم درمانی به منظور ارایه یک خدمت درمانی - تشخیصی یا مراقبتی دستبند شناسایی بیمار را باز نمود ضروریست سریعاً پس از اتمام مورد راساً "نسبت به بستن آن اقدام می نماید.

۵- پرستار بیمار در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران را تحویل می گیرد و در سطل زباله عفونی می ریزد.

۶- شناسایی بیماران مجهول الهویه به صورت زیر انجام می پذیرد:

a- پرستار بیمار جهت شناسایی صحیح در بیماران مجهول الهویه از موارد زیر استفاده می کند:
- شماره پرونده بیمار.

- نام بخش

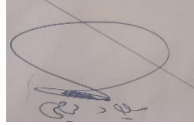
- نام بیمارستان انتقال دهنده (در انتقال بین بیمارستانی)

منابع: دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت

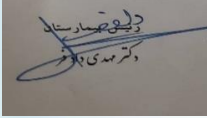
امکانات: دستبند شناسایی بیمار، دستگاه چاپ دستبند

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
زینب خدادادی (مددکاری اجتماعی) مسئولین بخش های درمانی	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)

محمد رمضانی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)



بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت
(



مراقبت های جراحی و بیهوشی



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و
اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: اعمال جراحی بیماران اورژانسی

کد سند: SAC-WI-01

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: کاهش مورتالیتی و موریبیدیتی به دنبال اعمال جراحی ایمن

دامنه کاربرد: اتاق عمل

روش کار:

- از ۲۴ ساعت روز قبل لیست اعمال جراحی را با ذکر موارد (نام بیمار، سن، نوع عمل، نوع بیهوشی، ذکر پرخطر یا عفونی بودن) اولویت بندی نموده و به همراه ساعت مجاز ناشتایی (لیست ساعت مجاز ناشتایی به تفکیک سن با هماهنگی پزشک بیهوشی در بخش و اتاق عمل موجود است) در دو برگ توسط پزشک متخصص تدوین و یک نمونه از آن را در اختیار بخش بستری و یک نمونه را در اختیار اتاق عمل قرار داده می شود.
- قبل از پذیرش بیماران از حضور پزشکان متخصص در اتاق عمل اطمینان حاصل نمایید.
- بیماران پرخطر و اورژانس باید بلافاصله توسط پرسنل اتاق عمل پذیرش شوند.
- بیماران پرخطر بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائم نیاز به دریافت خدمات درمانی ویژه در اولین فرصت دارند.
- لیست بیماران پرخطر:
- باردارهای پرخطر - بیماران با کاهش سطح هوشیاری - بیماران اینتوبه - بیماران بعد از ارست قلبی و تنفسی و انجام احیای قلب - بیماران تشنجی - بیماران دیابتی - بیماران نقص ایمنی - بیماران ریوی - بیماران دچار مشکلات قلبی شدید - بیماران نارسایی کلیوی - بیماران بستری در بخشهای ویژه و...
- لیست بیماران اورژانس:
- کلیه بیماران ترومایی به ویژه هدتروماها و ترومای نافذ شکم و قفسه سینه - آسیبهای راه هوایی - آسیبهای ترومای چشم - پارگی در شریانها - شکم حادها (زخمهای خونریزی دهنده گوارشی - آپاندیس و...) - هموریدهای خونریزی دهنده - سزارینهای اورژانسی - کورتاژهای اورژانسی - حاملگی های خارج رحمی و...
- پذیرش اینگونه بیماران منوط به حضور جراح و بیهوشی در اتاق عمل است.
- در شیفت های غیرفعال اتاق عمل که از نیروهای آنکال استفاده می شود سوپروایزر موظف است بانیروی آنکال تماس گرفته و وی را به اتاق عمل فراخوان نماید.
- پذیرش بیماران الکتیو براساس اولویت های تهدید کننده (از لحاظ آسیب پذیری در نوبت) صورت پذیرد.
- مادران باردار جهت انجام سزارین به علت حساسیت موضوع
- کودکان به جهت عدم تحمل ناشتا و بیقراری
- سالمندان به علت ناملایمات جسمی و روحی

-در آخرسایر گروه های سنی

-در بدو ورود بیمار به اتاق عمل ابتدا بررسی پرونده بیمار انجام شود.

- برگ پذیرش و برگ رضایت آگاهانه توسط تکنسین تحویل گیرنده که عموماً تکنسین بیهوشی باشد بررسی گردد.

-بررسی برگ پذیرش بیمار و مطابقت اطلاعات پرونده با بیمار انجام گیرد(اطلاعات پرونده از بیمار به صورت شفاهی پرسیده شود)

-رضایت نامه بیمار در پشت صفحه برگ پذیرش بررسی شود(اثر انگشت و امضای بیمار یا همراه وی موجود باشد)

-رضایت نامه بیمار در صورت داشتن جراحی قطع عضو بررسی شود(این قسمت نیز در پشت صفحه برگ پذیرش است)

-از اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیماران هوشیار و قانونی بودن اخذ رضایت از بیماران غیرهوشیار اطمینان حاصل شود.

-اخذ رضایت بیماران غیرهوشیار از بستگان درجه یک آن ها صورت پذیرد. در صورتی که بستگان درجه یک بیمار در دسترس نباشند حتی الامکان از همراهان وی رضایت گرفته شود. در صورت نداشتن همراه، طبق قوانین جراحی های حاد و اورژانس انجام جراحی ممنوعیت ندارد.

-برگ رضایت آگاهانه باید مشخصات، امضا، اثر انگشت بیمار و همراه وی را داشته باشد. تاریخ و ساعت امضا هم قید گردد.

-برگ رضایت آگاهانه باید مهر و امضاء پرستار بخش را داشته باشد. تاریخ و ساعت امضا هم قید گردد.

- برگ دستورات جراح توسط تکنسین چک شود تا صحت دستورات جراح در مورد شرایط انتقال بیمار به اتاق عمل توسط پرستاران بخش رعایت شده باشد(مواردی مثل برقراری فولی ان جی تیوب و...جهت بیمار-)

-برگه های آزمایش و رادیولوژی بیمار توسط تکنسین تحویل گیرنده به طور کامل بررسی گردد.

-از(Npo ناشتا)بودن کلیه بیماران کاندید جراحی در اتاق عمل، طبق مقررات مربوطه اطمینان حاصل شود.رعایت ساعات Npo ازسوی بیمارانی که مشکل خاصی ندارند و کاندید جراحی الکتیو هستند الزامی است (1 تا 10 ساعت قبل از جراحی چیزی نخورند)

-ساعات Npo کودکان و سالمندان به جهت مخاطرات روحی و جسمی می تواند کاهش یابد(حداقل 2 تا 1 ساعت قبل از جراحی چیزی نخورند)

-تجویزداروهای ضروری در ساعات Npo جهت کسانی که بیماری خاص دارند منوط به دستور پزشک بیهوشی است که باید در مشاوره قبل از بیهوشی به بیمار توضیح داده شود(مصرف داروهای کم کاری و پرکاری تیروئید داروهای دیابت و فشارخون- و)...

-در صورتی که بیمار کاندید جراحی اورژانس و پرخطر است بدون توجه به Npo بودن بیمار پذیرش شود .

پزشک بیهوشی دراین زمینه تصمیم گیری کند.

-در صورتی که بیمار کاندید جراحی الکتیو است و Npo را رعایت ننموده تکنسین سریعاً به جراح و بیهوشی اطلاع دهد و پزشک بیهوشی در خصوص جراحی یا ارجاع بیمار به بخش مربوطه تصمیم گیری نماید.

-کلیه بیماران کاندید جراحی اورژانس پرخطر و الکتیو باید با همراهی خدمه و پرستار بخش مربوطه به اتاق عمل آورده شوند-

و اطلاعات مربوط به بیمار به صورت چهره به چهره (face to face) (بین پرستار اتاق عمل و پرستار بخش منتقل گردد.

-گان جراحی کلاه شلوار (چادر برای خانم ها) و دستبند شناسایی برای تمام بیماران تهیه و استفاده گردد - - .
-در صورتی که بیمار کاندید جراحی الکتیو است و موارد فوق را رعایت ننموده ، به بخش مربوطه ارجاع گردد.
-در صورتی که بیمار کاندید جراحی پرخطر یا اورژانسی است رعایت موارد فوق، الزامی نیست و حتی الامکان پرستار مربوطه با همکاری پرسنل اتاق عمل در جهت رفع مشکل اقدام نماید.

-دمپایی بیمار جهت انتقال به اتاق عمل تعویض شده و به وی دمپایی اتاق عمل داده شود.

-شیو محل عمل جراحی توسط تکنسین تحویل گیرنده بررسی شود و در صورت عدم رعایت، بیمار به بخش مربوطه ارجاع شود.

-بیمار از نظر داشتن طلا و جواهرات و سایر مصنوعات (دندان مصنوعی سمک و)...بررسی شود.

-طلا، جواهرات و دندان مصنوعی به همراه بیمار تحویل داده شود.

-سمک را جهت ارتباط کلامی با بیمار تا هنگام القای بیهوشی می توان نگاه داشت و پس از آن، به همراه بیمار تحویل داده شود.

-سایر ملزوماتی که به ارتباط بیمار با پرسنل کمک می کند و یا برای حیات بیمار تا قبل از القای بیهوشی الزامی است، با بیمار نگاه داشته و پس از آن به همراه بیمار تحویل داده شود.

-بررسی فولی iv-NG Tube -و سایر مواردی که بیمار قبل از انتقال به اتاق عمل باید داشته باشد حتما توسط تکنسین تحویل گیرنده بررسی گردد .فقط در صورت کارکرد صحیح، پرستار موظف به پذیرش بیمار است.

-کلیه بیماران بزرگسال کاندید جراحی اورژانسی باید دارای ۲ عدد آنژیوکت سبز باشند.

-کلیه بیماران کاندید جراحی سزارین باید دارای ۲ عدد آنژیوکت سبز باشند.

-کودکان و افرادی که رگ گیری از آنها مشکل است حداقل باید دارای یک عدد آنژیوکت باشند.

-کلیه بیماران کاندید جراحی های اورژانس و پرخطر باید دارای یک عدد آنژیوکت خاکستری و یک عدد آنژیوکت سبز باشند.

-وسایل استاندارد انتقال بیمار به اتاق عمل، باید از سوی بخش تحویل دهنده و بخش اتاق عمل فراهم باشد.

-در صورتی که حال عمومی بیمار مطلوب باشد می توان بیمار را با پای خود به اتاق عمل منتقل کرد.

-در صورت عدم توانایی بیمار در راه رفتن به هر علت ،بیمار با ویلچر به اتاق عمل منتقل گردد(.بیمار به کمک

پرستار و خدمه از روی ویلچر بخش به ویلچر اتاق عمل منتقل و سپس به اتاق عمل منتقل گردد).

-در صورتی که بیمار به جهت داشتن جراحات و سایر عواملی که تکان دادن بیمار همراه با آسیب است، استفاده از برانکارد برای نقل و انتقال بیمار الزامی است(بیمار از روی برانکارد بخش مربوطه با کمک پرستاران و خدمه به برانکارد اتاق عمل منتقل شده و سپس به اتاق عمل منتقل گردد).

-استفاده از وسایل حفاظتی مثل کلارگردنی اسکوپها و ...جهت جلوگیری از آسیب به بیماران درنقل و انتقال

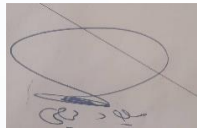
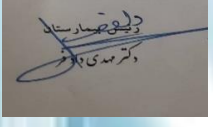
ضروری است و- این وسایل می تواند تا انتقال بیمار به تخت جراحی همراه وی باشد.

-محل جراحی روی بدن بیمار(مثل چپ یا راست بودن محل جراحی) باید طبق اظهارات بیمار نسبت به مندرجات

پرونده منطبق باشد. پرستار باید به صورت شفاهی از بیمار سوال کند و به جراح گزارش نماید.
 -کلیه تکنسین های جراحی و بیهوشی در بدو ورود آموزش های لازم را در مورد جراحی مربوطه به بیمار ارائه دهند و به سوالات وی در صورت امکان پاسخگو باشند و اظهارات بیمار را به جراح و پزشک بیهوشی اطلاع دهند.
 فرایند جراحی ایمن در کمترین زمان ممکن شروع گردد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / پرونده بیمار

فرد ناظر بر عملکرد: سرپرستار اتاق عمل

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
دفتر پرستاری	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



عنوان: دستورالعمل پذیرش بیماران مبتلا به عفونتهای مسری

کد سند:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ | تاریخ بازنگری: | تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: ارائه خدمات صحیح و ایمن به بیماران و جلوگیری از انتشار عفونت به سایر بیماران و پرسنل اتاق عمل

دامنه کاربرد: کلیه پرسنل اتاق عمل

روش کار:

پذیرش بیماران مبتلا به عفونتهای مسری

پیشگیری از ابتلا کارکنان درمانی به عفونتها در ۴ حیطه لازم است.

۱- واکسناسیون ۲- رعایت بهداشت دست ۳- جداسازی بیماران مبتلا به بیماریهای واگیر ۴- شروع به موقع درمان در صورت مواجهات ناخواسته

اقدامات قبل از عمل جراحی:

۱- موقع تحویل بیمار از بخش مربوطه از تاریخچه بیمار سوال و بیماری زمینه ای عفونی بیمار محرز میشود

۲- مشاوره بیهوشی بیمار انجام شده و متخصص بیهوشی بلامانع بودن بیهوشی جهت جراحی را ثبت و اعلام کرده است

۳- اگر بیمار مبتلا به هیپاتیت مسری ویا ویروس (اچ آی وی) ویا سایر بیماریهای عفونی مسری باشد در پرونده بیمار روی فرم مراقبت قبل از عمل با خط قرمز این مورد ذکر شده و به پرسنل اتاق عمل مربوطه و پزشک بیهوشی و جراح مربوطه اطلاع رسانی میشود.

۴- هنگام تحویل بیمار استفاده از وسایل حفاظت فردی (حداقل ماسک و دستکش) الزامی است.

اقدامات حین عمل جراحی:

در این حین لازم است احتیاطات استاندارد در مواجهه با (خون- تمامی مایعات و ترشحات بدن- پوست آسیب دیده بیمار- غشاهای مخاطی و قطرات تنفسی) به کار برده شود

مراقبتهای عمومی دیگر شامل کاربرد صحیح تجهیزات حفاظت فردی که برای تیم درگیر الزامی میباشد. تجهیزات حفاظت فردی به دو گروه تقسیم میشوند:

الف: موانع فیزیکی (گان- دستکش- محافظ صورت- چکمه و پیشبندهای یکبار مصرف)

ب: محافظ های تنفسی (ماسک جراحی و ماسک N95)

-لوازم حفاظت فردی را قبل از تماس با بیمار بیوشید.

-لوازم حفاظت فردی را صحیح بیوشید و بطور صحیح خارج کنید و بر طبق مدیریت پسماند دفع نمایید و آلودگی را پخش نکنید.

-دستکش در طول استفاده در صورت پارگی یا آلودگی بیش از حد تعویض گردد.

-جهت جلوگیری از آلودگی دستها را شسته و گان به عنوان اولین وسیله حفاظت فردی پوشیده میشود و در پایان دستکش به عنوان آخرین وسیله حفاظت فردی خارج میشود.

-برای پرسنل بیمار مبتلا به هیپاتیت مسری ویا (اچ آی وی) تعداد ۳ عدد دستکش آنتی ویروس از انبار اتاق عمل تحویل گردیده تا یکی جراح و دوم را اسکراب و سوم را بیهوشی در صورت اسپینال بیمار استفاده میکند و اگر موردی اسکراب دوم ویا جراح دوم لازم شد دستکش آنتی ویروس اضافه تحویل می گردد.

-ماسکهای معمولی حفاظت کاملی ندارند و در مواجهه با این بیماران باید از ماسکهای N95 استفاده گردد زیرا قابلیت فیلترینگ آن بسیار بهتر است.

-توصیه میشود حین جراحی ماسک معمولی هر ۲ تا ۳ ساعت و ماسک N95 پس از ۸ ساعت تعویض گردد. پس از پایان جراحی های عفونی بدون توجه به مدت زمان استفاده شده ماسک معدوم گردد.

-دستها را بلافاصله بعد از خارج کردن وسایل حفاظت فردی بشویید.

-روی درب اتاق عملی که این بیماران هستند مورد هیپاتیت مثبت ویا (اچ آی وی) روز یه برگه باماژیک قرمز ذکر میشود تا بقیه پرسنل نیز در جریان باشند.

اقدامات بعد از عمل جراحی:

توجه: نحوه تمیز کردن اتاق جراحی- شستشوی ست جراحی و دفع پسماند اینگونه جراحی ها مطابق دستورالعملهای بهداشت محیط انجام گردد.

۱- موقع تحویل بیمار از اتاق عمل به ریکاوری مورد (هیپاتیت -ایدز و سایر عفونتهای مسری) بیمار به اطلاع پرسنل ریکاوری رسانده شود

۲- ست جراحی بعد از عمل موقع تحویل به سی اس آر جهت شستشو و استریل مورد (هیپاتیت -ایدز و سایر عفونتهای مسری) علاوه بر ثبت بصورت شفاهی نیز اطلاع رسانی شود

۳- بر روی شانههای کثیف ارسالی به لثری مورد (هیپاتیت -ایدز و سایر عفونتهای مسری) که بیمار داشته ذکر شود

۴- بعد از عمل جراحی اتاق ضد عفونی شده و میکرو جت گذاشته شود.

-اولین اقدام پس از مواجهه پرخطر پرستار با بیماران عفونتهای مسری گزارش شفاهی -تلفنی یا کتبی به مسول شیفت است.

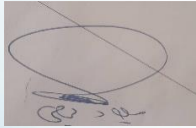
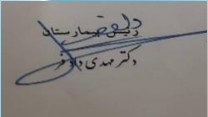
۶-همزمان نمونه خون بیمار جهت مشخص شدن وضعیت منبع آلوده کننده به آزمایشگاه ارسال شود.

۷-مسول شیفت با هماهنگی سوپروایزر وقت موضوع را به اطلاع مسول کنترل عفونت بیمارستان برساند.

۸-مسول کنترل عفونت بیمارستان باید نسبت به تهیه گزارش تکمیلی واخذ نتیجه تستهای آزمایشگاهی اقدام نماید و نتیجه حاصله را به اطلاع شخص در معرض عفونت برساند.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / تخت عمل جراحی - چراغ سیالتیک - الکترو کوتر - ساکشن - ست های استریل - پگ استریل - انواع چسپ و انواع نخ بخیه - انواع درن

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (سوپروایزر کنترل عفونت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: جراحی ایمن

کد سند: SAC-WI-03

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری: تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: کاهش مورتالیتی و موریبیدیتی به دنبال اعمال جراحی ایمن

دامنه کاربرد: کلیه پرسنل اتاق عمل

روش کار:

- ۱- در شروع شیفت تمام تجهیزات پزشکی مربوط به جراحی بیمار شامل: تخت عمل جراحی - چراغ سیالتیک - الکترو کوتر - ساکشن - ست های استریل - پگ استریل - انواع چسپ و انواع نخ بخیه - انواع درن و تمام مواردی مربوط به جراحی ایمن، بررسی گردد.
- ۲- از صحت کارکرد تمام تجهیزات پزشکی، اطمینان حاصل شود و در صورت داشتن اشکال فنی و یا کمبود تجهیزات در اتاق عمل، به مسئول بخش اطلاع دهند تا در اسرع وقت و قبل از شروع عمل جراحی، رفع اشکال - تعویض و یا تهیه شوند. سپس تمام موارد چک شده در دفتر تحویل تجهیزات که در بخش تهیه شده، ثبت گردد.
- ۳- تمام تجهیزات پزشکی مربوط به بیهوشی بیمار که شامل: دستگاه بیهوشی - پالس اکسیمتر - مانیتورینگ - کاپنوگراف - ساکشن - الکتروشوک - پمپ انفوزیون - سرنگ - کیسول های اکسیژن - N2O - وجود انواع لوله تراشه - سوزن اسپاینال و انواع داروهای بیهوشی و چک ترالی اورژانس، بطور کامل انجام و از صحت کارکرد و وجود آن ها، اطمینان حاصل شود تا در صورت داشتن اشکال فنی و یا کمبود تجهیزات در اتاق عمل به مسئول بخش اطلاع دهند تا در اسرع وقت و قبل از شروع عمل جراحی رفع اشکال - یا تعویض و یا تهیه شوند. سپس تمام موارد چک شده در دفتر تحویل تجهیزات که در بخش تهیه شده، ثبت گردد.
- ۴- در صورت عدم وجود مشکل در تمام موارد قبل از شروع عمل جراحی و بیهوشی نیز یک بار دیگر تجهیزات مربوط به نوع عمل جراحی چک گردد و پزشک متخصص بیهوشی نیز پس از اطمینان از صحت آن ها، دفتر تجهیزات را تایید و امضا نماید.
- ۵- چک لیست جراحی ایمن - که آن نیز مربوط به چک وسایل و تجهیزات اتاق عمل می باشد - تکمیل و پس از امضاء متخصصین جراحی و بیهوشی و مسئول اتاق عمل در پرونده بیمار ضمیمه گردد.
- ۶- بیمار بعد از عمل جراحی در ریکاوری مراقبت شود تا زمانی که طبق صلاحدید پزشک متخصص بیهوشی، دستور تحویل به بخش داده شود. تمام اقدامات انجام شده در ریکاوری پس از ثبت، به تایید پزشک متخصص بیهوشی برسد سپس بیمار تحویل بخش داده شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / تخت عمل جراحی - چراغ سیالتیک - الکترو کوتر - ساکشن - ست های استریل - پگ استریل - انواع چسپ و انواع نخ بخیه - انواع درن

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
دفتر پرستاری مریم کریمی (سوپروایزر کنترل عفونت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه

کد سند: SAC-WI-04

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

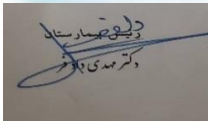
تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: مراقبت از نمونه پاتولوژی جهت تشخیص بهتر علت بیماری و ادامه بهتر درمان بیمار

دامنه کاربرد: بخش اتاق عمل، بخش جراحی و بخش آزمایشگاه

- ۱- روش کار: نمونه بافت که به تشخیص جراح از بیمار برداشته شده، جهت پاتولوژی به آزمایشگاه ارسال گردد. (هر نمونه ای که از بیمار برداشته می شود نبایستی به همراه بیمار تحویل شود).
- ۲- تمام نمونه هایی که از بیمار گرفته می شود بایستی در دفتر ثبت نمونه که در اتاق عمل می باشد ثبت و پس از ثبت پاتولوژی در دفترچه بیمار و تکمیل فرم پاتولوژی توسط پزشک متخصص تاکید گردد که نمونه تا زمان تحویل به آزمایشگاه، دور از نور مستقیم خورشید باشد.
- ۳- به نمونه هایی که برای نگهداری به محلول فرمالین نیازمندند بلافاصله پس از ورود نمونه به ظرف، محلول اضافه گردد.
- ۴- در مواردی که بیمار بیش از یک نمونه پاتولوژیک دارد هر نمونه در ظرف جداگانه و با چسباندن مشخصات مربوط به خود قرار داده شود.
- ۵- روی اتیکت برچسب نمونه پاتولوژیک نام و نام خانوادگی بیمار، نوع نمونه، محل نمونه برداری، پزشک جراح، نام پدر، شماره پرونده، تاریخ و ساعت درج شود.
- ✓ اگر یک تاخیر غیر قابل اجتناب در انتقال نمونه به آزمایشگاه و یا در کار روی نمونه وجود دارد، نگهداری ظرف در یخچال در دمای ۴ درجه برای کاهش سرعت اتولیز توصیه شود.
- ✓ اکثریت نمونه های بیوپسی کوچک (بیوپسی سوزنی، بیوپسی انسیزیونال و بیوپسی اندوسکوپی) باید در فیکساتور مناسب بلافاصله پس از اینکه نمونه به دست می آید گذاشته شود.
- ✓ فرمالین ۱۰٪ به عنوان بهترین فیکساتور در اکثر نمونه ها می باشد.
- ✓ غلظت نهایی با رقت بین ۸-۱۲٪ پذیرفته شده و تفاوت قابل ملاحظه ای با ۱۰٪ ندارد.
- ✓ برای تهیه فرمالین ۱۰٪ از فرمالین خالص، مقدار ۱۰ سی سی فرمالین خالص با ۹۰ سی سی آب مقطر مخلوط گردد.
- ✓ حجم فرمالین باید حداقل ۱۰ برابر بافت باشد.
- ✓ ظرف حاوی نمونه باید درب بزرگ داشته باشد، به طوری که بعد از فیکساسیون، نمونه به راحتی از ظرف در آورده شود.
- ✓ فرمالین باید نمونه را از هر طرف احاطه کند.
- ✓ نمونه های بزرگ که شناور در فرمالین هستند بایستی به وسیله گاز پوشانده شوند.
- ✓ برای نمونه های سنگین، صفحه ای، بزرگ، که در کف ظرف قرار می گیرند بایستی گاز بین کف ظرف و نمونه قرار گیرد.
- ✓ نمونه ها در ظرفهای پلاستیکی، شیشه ای، فلزی و یا در کیسه های پلاستیکی بدون اضافه کردن هیچگونه مایعی انتقال داده شوند.
- ✓ از قرار دادن مستقیم نمونه در گاز استریل اجتناب شود. زیرا این کار باعث خشک شدن نمونه می شود.
- در نهایت نمونه پاتولوژی پس از ثبت در دفتر نمونه های اتاق عمل و نوشتن دستور پزشک معالج، به آزمایشگاه ارسال گردد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / دفتر ثبت نمونه - محلول فرمالین		
فرد ناظر بر عملکرد: سرپرستار اتاق عمل		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
عباد کاظمی (مترون) مریم کریمی (سوپروایزر کنترل عفونت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های تجهیزات پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: استفاده از کپسول گازهای طبی

کد سند: ME-WI-03

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: هشدار ایمنی گازهای طبی

دامنه کاربرد: در تمام بخشهای بالینی

روش کار:

- ۱- پیش از تحویل سیلندر، از سالم بودن همه ی قسمت های آن مطمئن شوید.
- ۲- استعمال دخانیات در محل های تولید و ذخیره ی گازهای طبی ممنوع می باشد.
- ۳- به طور عمومی از روغن کاری شیر کپسول و اتصالات مربوطه خودداری کنید.
- ۴- در صورت یخ زدن شیر کپسول از آب نیمه گرم برای برداشتن یخ و انتقال به محیط گرم اقدام کنید.
- ۵- کپسول ها باید به صورت ایستاده و با ابزار مناسب از قبیل زنجیر و.... در مقابل سقوط مهار شوند.
- ۶- در هنگام نگهداری، کپسول ها را از یکدیگر جدا و کپسول حاوی هر نوع گاز را به صورت مجزا نگهداری کنید.
- ۷- درپوش (محافظ) شیر می بایست بر روی آن قرار داشته باشد.
- ۸- از قراردادن کپسول بر روی سطح مرطوب به دلیل خوردگی خودداری نمایید.
- ۹- وسایل اطفاء حریق می بایست در محل نگهداری کپسول ها وجود داشته باشد.
- ۱۰- از قرار دادن سیلندرها ی پر در مجاورت سیلندرها ی خالی خودداری کنید.
- ۱۱- از قراردادن کپسول ها در مجاورت گرما و زیر نور مستقیم خورشید خودداری نمایید.
- ۱۲- از آویزان کردن لباس و روپوش بر روی کپسول ها خودداری نمایید.
- ۱۳- از غلتانیدن سیلندر و کشیدن آن روی زمین خودداری و از ترابری های دستی استفاده نمایید.
- ۱۴- در صورت مشاهده ی عیب فنی، یا اعمال و شرایط ناایمن، به واحد تجهیزات و یا تاسیسات گزارش دهید.
- ۱۵- همیشه هر سیلندر را باید پر فرض نموده و طبق مقررات سیلندرها ی پر با آن رفتار نمود.
- ۱۶- در صورتیکه مشخصات سیلندرها قابل تشخیص نمی باشد از سیلندر استفاده ننمائید و با تامین کننده آن تماس بگیرید
- ۱۷- رها نمودن سیلندر در زمانیکه شیر آن باز می باشد ممنوع می باشد.
- ۱۸- استفاده از شعله یا آب جوش جهت گرم کردن لوله های یخ زده سیلندر ممنوع می باشد

منابع / امکانات: آیین نامه ی سیلندرها ی تحت فشار - ترالی حمل، درپوش سیلندر - تاسیسات

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول تجهیزات پزشکی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد لطفی (مسئول تجهیزات پزشکی) شیوا انوری (کارشناس تجهیزات پزشکی)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)

دستورالعمل های بهداشت محیط



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل نظافت، شست و شو و گندزدایی بخش های ویژه

کد سند: EH-WI-20

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ | تاریخ بازنگری: | تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد، کنترل عفونت و پیشگیری از انتشار بیماری

دامنه کاربرد: مسئول واحد بهداشت محیط، مسئولین بخش های ویژه

تعاریف:

بخش ویژه: از بخش های تخصصی در بیمارستان است که خدمات مراقبت های ویژه پزشکی را به بیماران ارائه می دهد.
بیماران در این بخش معمولاً با بیماری ها و موارد تهدید کننده ی زندگی مانند سندرم زجر حاد تنفسی و شوک عفونی و پس از جراحی های عمده و با خطر بالا در بخش مراقبت های ویژه بستری می شوند.
گندزدایی: نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانیسم های بیماری زا بر روی اشیاء بی جان را گندزدایی می گویند. یک عامل گندزدا الزاماً "سبب استریل شدن شیء نمی گردد و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب ها را نابود کند، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است.
روش کار:

تمامی بخش باید روزی سه مرتبه شامل اتاق های ایزوله، سرویس های بهداشتی، اتاق کار کثیف، اتاق گاوآژ، اتاق استراحت پرسنل، آبدارخانه، اتاق دارو، فضای داخلی بخش (محل قرارگیری بیماران) و ایستگاه پرستاری و در صورت آلودگی مشهود نظافت و گندزدایی گردد.

واشینگ کامل بخش شامل: شست و شو، نظافت و گندزدایی تمامی بخش می شود که به صورت هفتگی بایستی انجام گیرد.
نظافت بخش شامل گرد گیری و نظافت کف، سطوح و وسایل موجود در بخش می باشد

گندزدایی به معنای استفاده ی صحیح و اصولی از گندزدا های مخصوص کف، سطوح، تجهیزات پزشکی و ... است.
شست و شو شامل پاک سازی با استفاده از آب و مواد دترجنت می باشد که معمولاً "به غیر از سرویس ها، تی شویخانه، حمام بیمار و اتاق کار کثیف که روزانه شست و شو داده می شوند در زمان واشینگ انجام می گیرد.
سطح ها و بین های موجود در بخش بایستی در صورت آلودگی مشهود شست و شو و گندزدایی گردند و در غیر این صورت هفتگی شست و شو و گندزدایی گردند.

حین جمع آوری لوازم و سطوح آلوده به خون و سایر مایعات بدن باید از لوازم حفاظت فردی استفاده شود.

روش جمع آوری خون و سایر مایعات بدن بدین صورت می باشد:

روش جمع آوری و گندزدایی خون:

اگر خون و سایر مایعات بدن ریخته شده بیشتر از 30cc باشد:

به میزان خون ریخته شده پارچه نظیف قرار داده شود.

روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کرد.

آن را جمع کرد و داخل سطل عفونی انداخت.

به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد .

با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود

در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده کمتر از ۳۰ cc باشد:

استفاده از وسایل حفاظت فردی.

خون به وسیله ی پارچه تنظیف تمیز گردد.

به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد .

با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود .

نظافت پنجره ها با استفاده از شیشه پاک کن به صورت روزانه انجام گیرد.

برفک زدایی ، نظافت و گندزدایی قسمت خارجی یخچال ها به صورت حداقل یک هفته ای و یا در صورت آلودگی مشهود انجام گیرد.

رنگ بندی تی های نظافت بدین صورت است:

تی زرد رنگ: مخصوص کف قسمت های بحرانی و احتمال بالای عفونت مانند فضای داخلی بخش شامل اطراف تخت بیماران و اتاق های ایزوله.

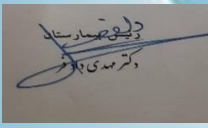
بایستی توجه داشت که اتاق های ایزوله بایستی تی های اختصاصی به رنگ زرد داشته باشند.

تی قرمز: مخصوص گندزدایی محل هایی که خون ریخته شده

تی آبی رنگ: مخصوص قسمت های غیر بحرانی مانند آبدارخانه و اتاق استراحت پرسنل

منابع / امکانات: ملزومات نظافت – گندزدای کف و سطوح – پرسنل آموزش دیده

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول بهداشت محیط – کارشناس کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

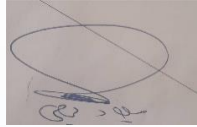
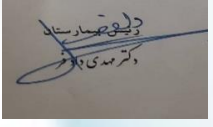
	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی
عنوان دستورالعمل: اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان		
کد سند: EH-WI-03		
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: جلوگیری از بروز مسمومیت ها و عوارض ناشی از سموم مورد استفاده در محیط داخل و خارج بیمارستان برای پرسنل سم پاش و افرادی که به صورت اتفاقی در معرض سموم قرار می گیرند.		
دامنه کاربرد: تمامی محیط داخل و خارج بیمارستان		
نکات: سم پاشی در بخش ها بایستی با استفاده از سمومی که سمیت بالایی برای حشرات و سمیت کمی برای انسان داشته انجام گرفته و بدون بو و باشند. راه های ورود سم به بدن عبارتند از: خوراکی، تنفسی، جذب پوستی و تزریقی		
تعاریف : سم: ماده ای است که دارای منشأ گیاهی، حیوانی یا شیمیایی بوده و از یک راه خاص یا راه های مختلف در مقادیر معینی باعث اختلال یا توقف فعل و انفعالات حیاتی انسان یا هر موجود زنده به طور موقت یا دائم می گردد. مسمومیت: مجموعه ای از اختلالات بدن است که در اثر جذب ماده ای بیگانه که به آن سم گفته می شود بروز می کند.		
روش کار: - بایستی قبل از استفاده از روش های شیمیایی پرسنل سم پاش آموزش های لازم و اطلاعاتی نظیر نوع سم، فرمولاسیون، نوع ماده موثره، غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد و پادزهر هر کدام از سموم مورد استفاده ای را که توسط کارشناس بهداشت محیط ارائه میگردد فرا گرفته سپس اقدام به سم پاشی نمایند. ۲- پرسنل سم پاش بایستی نحوه ی استفاده از وسایل حفاظت فردی که توسط کارشناس بهداشت حرفه ای ارائه میگردد مانند ماسک مخصوص، دستکش، چکمه، عینک و شیلد و لباس مناسب را فرا گرفته و عمل نمایند. ۳- پرسنل سم پاش بایستی پس از اتمام فرآیند اقدام به استحمام، تعویض لباس ها و پاپوش هایی که با آن سم پاشی را انجام داده کرده و اقدام به نوشیدن زیاد مایعات به منظور رقیق سازی دز احتمالی سم ورودی به بدن نمایند. ۴- بایستی در صورت سم پاشی بخش ها ابتدا در صورت امکان بیماران را به ترتیب از اتاق ها خارج کرد و از استفاده ی ماسک و وسایل حفاظت فردی دیگر توسط بیماران در هنگام اجرای فرآیند اطمینان حاصل کرد. ۵- بایستی در صورت تماس با سموم مورد استفاده توسط پرسنل شاغل در بیمارستان و بیماران اقدامات ذیل را انجام داد: ۱- مراجعه به اطلاعات سم مورد نظر از طریق فرم های موجود در پرونده ی بهداشت محیط بخش های مختلف درج شده در سامانه ftp بیمارستان به منظور اطلاع از اطلاعات اختصاصی آن سم مانند ماده موثره و پادزهر اختصاصی آن سم در صورت وجود جهت اقدامات درمانی بعدی در صورت شدت گرفتن علائم ۱- تماس چشمی: بلافاصله شستشو با آب به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه و در صورت عدم بهبودی به پزشک مراجعه شود		

۲- تماس پوستی: شستنش با آب و صابون به مدت ۱۵ دقیقه و در صورت عدم بهبودی و احساس خارش و سوزن سوزن شدن پوست بایستی حتماً به پزشک مراجعه شود

۳- تعویض البسه و استحمام

منابع / امکانات: دستورالعمل های ایمنی ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
کارشناس بهداشت محیط: محمد امین قهرمانی	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها/واحدها

کد سند: EH-WI-04

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری: تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: حفظ سلامتی پرسنل و بیماران و جلوگیری از انتقال عفونت
جلوگیری و کاهش میزان انتقال عفونت از فرد به فرد دیگر از طریق تماس با دستگاه یا تجهیزات آلوده

دامنه کاربرد: کلیه بخش ها

دستورالعمل شستشوی بخشها

- استفاده از مواد گندزدایی کننده ، نوع آن و دستورالعمل مربوط به رقت بایستی در بخش موجود باشد.
- کف ، سطوح و وسایلی از قبیل یخچال و .. بخش بایستی روزی سه مرتبه و در صورت مشاهده ی هر باره ی آلودگی نظافت، و گندزدایی گردد.
- واشینگ کلی بخش شامل کف ، سطوح و تمامی وسایل موجود در بخش می باشد و بایستی شامل نظافت ، شست و شو و گندزدایی باشد که به صورت هفتگی انجام می شود.
- * هنگام نظافت دیوارها سطوح تا حد ممکن بایستی خشک باشند.
- * قسمت های خراب دیوار خصوصا در اتاق عمل به دلیل افزایش احتمال انتقال عفونت باید سریعا تعمیر و صاف گردند.
- ❓ شستشوی حمام ها، سینک ها و محل شستن دستها:
- حمامها و محل شستشوی دستها بایستی حداقل بصورت روزانه و پس از هر بار استحمام توسط پرسنل خدمات شست و شو و در صورت نیاز(بیمار مشکوک به عوامل عفونی) و یا مشاهده ی ترشحات گندزدایی گردد.
- در مواردی که بیمار عفونی استحمام کرده یا بیمار مبتلا به ارگانیسم های مقاوم و یا ارگانیسم های مشکل دار باشد، بایستی از ماده گندزدا استفاده شود.
- گندزدایی ، قبل از استحمام بیماران با زخم باز نیز لازم می باشد .
- ❓ دستورالعمل مربوط به وسایل مورد استفاده جهت نظافت :
- جهت نظافت حمام ها و سینک ها بایستی از برس های نایلونی استفاده کرد.
- استفاده از دستمال های پنبه ای یا برس های غیرپلاستیکی موجب آلودگی شدید آنها شده و ضدعفونی آنها را مشکل می سازد
- در صورتی که پارچه های چندبار مصرف برای نظافت استفاده میشود پارچه ها پس از هر بار استفاده شسته شده و سپس خشک شوند.
- استفاده از پارچه های رنگی این جداسازی را کاملا آسان می نماید.
- ❓ رنگ بندی و نگهداری از تی ها:

- وسایل مربوط به این نظافت از قبیل سطل ها، نخ تی باید بصورت خشک و در محل مناسب نگهداری شود. تی ها باید همیشه آویزان باشند و در صورت امکان در هوای آزاد نگهداری شوند.
- خشک نمودن وسایل تمیز کننده زمین لازم بوده زیرا به راحتی با باسیل های گرم منفی آلوده می شوند ولی این آلودگی بصورت موقت به سطح زمین منتقل شده و مشکل جدی ایجاد نمی کند.
- در هر بخش تی ها با سه نوع رنگ دسته مشخص میشوند.
- آبی (اتاق پرسنل و نقاط غیر بحرانی مانند آبدارخانه ، ایستگاه پرستاری و ..) ۲- زرد (اتاق های بیماران و راهروها و اتاق ایزوله) ۳- قرمز (مخصوص خون)
- نخ تی هر ۱۵ روز یکبار و یا در صورت آلودگی غیر قابل رفع باید تعویض شوند.
- ❓ روش جمع آوری و گندزدایی خون و سایر مایعات بدن :
- در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده بیشتر از ۳۰ سی سی باشد:
- به میزان خون ریخته شده پارچه تنظیف قرار داده شود.
- روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کرد.
- آن را جمع کرد و داخل سطل عفونی انداخت.
- به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد.
- با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود
- ❓ در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده کمتر از ۳۰ سی سی باشد:
- استفاده از وسایل حفاظت فردی
- خون با پارچه تنظیف تمیز گردد.
- به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد.
- با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود
- ❓ حتما" بایستی توجه داشت که رقیق سازی گندزداها با استفاده از بروشور راهنمای موجود در بخش صورت پذیرد.
- ❓ شستشوی توالت ها
- در صورتی که هنگام استفاده از صابون مایع اطراف ظرف دستشویی آلوده به قطرات صابون مایع گردید باید روزانه تمیز و صابون های اضافی پاک گردد.
- پس از اتمام صابون موجود در ظرف صابون مایع از پرکردن مجدد آن خودداری کرده و حتما پس از شستشو و خشک کردن ظرف اقدام به پر نمودن آن نمایید.
- باقی ماندن آلودگی ها در ظرف مزبور و یا پر کردن مجدد آن بدون شستشو و خشک نمودن باعث رشد باکتری های بیمارستانی در صابون مایع می شود.

- توالتها حداقل روزانه ۳ بار بایستی نظافت و گندزدایی شوند، بعلاوه در مواردی که بصورت قابل رویت آلوده باشند نیز نظافت و گندزدایی الزامی است.
 - جهت نظافت روتین استفاده از محلول دتر جنت کافی است مگر سرویس های اتاق ایزوله عفونی که حتما " بایستی گندزدایی گردند.
 - در مواردی که محل نشستن بصورت آشکار آلوده بوده و یا بعد از استفاده بیمارانی که مبتلا به عفونت دستگاه گوارش می باشند گندزدایی نمودن الزامیست.
 - محل نشستن باید با آب شستشو شده و قبل از استفاده خشک گردد.
 - نشیمنگاه توالت های فرنگی پس از شسته شدن و خشک نمودن با الکل ۷۰٪ و یا گندزدای مخصوص سطوح ضدعفونی گردد.
- دستورالعمل شستشوی تخت و لاکر
- تختها و لاکرهای بیماران را باید بعد از ترخیص هر بیمار با ماده دترجنت شسته سپس خشک و گندزدایی گردد.
 - در مورد بیماران عفونی از یک ماده گندزدا استفاده و سپس با یک ماده دترجنت شسته و آب کشی و خشک کنید.
 - در هنگام داشتن بیمار در تخت می توان با یک دستمال مرطوب به مواد ضدعفونی کننده تخت و لاکر را ضدعفونی کنید..
- نظافت ترالی پانسمان و دارو
- قبل از انجام کار و پایان هر شیفت کاری بایستی روی ترالی گندزدایی شود.
- نظافت تلفن و یخچالها
- در پایان هر روز با الکل ۷۰٪ و یا گندزدای مخصوص سطح گندزدایی شود.
- یخچالها باید بصورت هفتگی تمیز شوند و باید دقت شود از گذاشتن پلاستیک سیاه داخل یخچال خودداری شود.
- دستورالعمل شستشوی سطل های آشغال
- در پایان هر شیفت کاری که زباله ها تخلیه می شود بایستی سطلهای زباله با آب داغ و دترجنت (مواد پاک کننده) شسته و در صورت مشاهده ی ترشحات بر روی سطل ها با استفاده از هیپو کلریت سدیم(وایتکس) گندزدایی و به صورت وارونه نگهداری شوند تا خشک شود و سپس کیسه زباله جدید کشیده شود .
- تشک و بالش ها
- تشک و بالش بیمار باید از روکش ضد آب باشد تا هنگام شستشو نظافت آب به داخل آن نفوذ نکند
 - روکش تشک و بالش بیمار بعد از ترخیص هر بیمار با دستمال آغشته به دترجنت تمیز و سپس با دستمال دیگر که آغشته به محلول ضدعفونی کننده می باشد ضدعفونی شود و بعد از خشک شدن جهت بیمار بعدی مورد استفاده قرار گیرد.
- شستشوی پرده ها

شستشوی پرده های هر بخش برحسب نوع آن متفاوت می باشد. شستشوی پرده های پارچه ای معمولاً هر سه ماه یکبار با آب و دترجنت کافی است و شستشوی پرده های کرکره هردو هفته یکبار با یک دستمال حاوی ماده دترجنت گردو غبار آن برطرف شود و هر سه ماه یکبار به طور کامل با آب و دترجنت شسته شود و سپس نصب شوند.

نظافت قاب عکس و تلویزیون با دستمال مرطوب هفتگی گردگیری شود.

دستورالعمل شستشوی سطل های پسماند

در شیفت کاری که زباله ها تخلیه میشود باید سطل های زباله با آب داغ و دترجنت شستشو شود و به صورت وارونه نگهداری شود تا خشک شود و سپس کیسه زباله جدید کشیده شود.

دستورالعمل نظافت انبار

انبارها باید هر هفته با دستمال مرطوب گردگیری شود و از گذاشتن کارتن در انبار جدا خودداری شود.

در صورتی که هنگام استفاده از صابون مایع اطراف ظرف دستشویی آلوده به قطرات صابون مایع گردید باید روزانه تمیز و صابون های اضافی پاک گردد.

پس از اتمام صابون موجود در ظرف صابون مایع از پرکردن مجدد آن خودداری کرده و حتماً پس از شستشو و خشک کردن ظرف اقدام به پر نمودن آن نمایید.

باقی ماندن آلودگی ها در ظرف مزبور و یا پر کردن مجدد آن بدون شستشو و خشک نمودن باعث رشد باکتری های بیمارستانی در صابون مایع می شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / مواد گندزدا- لوازم حفاظت فردی- مواد دترجنت- نیروی انسانی آموزش دیده

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط- کارشناس کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط) مریم کریمی (سوپروایزر کنترل عفونت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی

کد سند: EH-WI-05

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: حفظ سلامت بیماران و کارکنان بخش رادیولوژی در مقابل اشعه

دامنه کاربرد: بهداشت محیط – رادیولوژی

روش کار:

تعاریف:

پرتوهای یونیزان: مانند اشعه ایکس مورد استفاده در رادیولوژی و سی تی اسکن
شیلدهای محافظتی: پوششی از جنس سرب برای جلوگیری از تابش اشعه به بدن
پاراوان سربی: نوعی پاراوان که در الیاف پارچه های داخلی آن از سرب جهت تامین حفاظت پرتویی استفاده شده است و به عنوان وسیله حفاظتی در برابر پرتوهای یونیزان استفاده می شود.
رادیوگرافی پرتابل: به هرگونه رادیوگرافی که در بخش های بستری و اتاق عمل (خارج از بخش رادیولوژی) به دلیل عدم امکان انتقال بیمار به بخش رادیولوژی توسط دستگاه پرتابل گفته می شود .
فیلم بچ: فیلم های مورد استفاده جهت ثبت پرتوگیری دوره ای کارکنان
بچ: قاب نگهدارنده فیلم ها

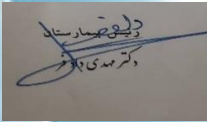
روش کار:

- بخش رادیولوژی به منظور اطلاع رسانی همکاران و بیماران از تابش پرتو در اتاق ها و چراغ های آلارم پرتو دهی در بالای درب اتاق های رادیولوژی بایستی نصب گردد.
- پرتوکاران به منظور تامین سلامت بیماران و کارکنان واحد رادیولوژی در هنگام تصویربرداری بایستی از شیلدهای حفاظتی جهت بیماران و کارکنان استفاده کنند.
- پرتوکاران بایستی از فیلم بچ به عنوان وسیله ی مانیتورینگ و سنجش دز تابشی اشعه در بخش های مختلف کار با پرتو استفاده کنند.
- فیلم بچ مورد استفاده کارکنان روی سینه بازو یا شکم نصب میشود و در صورت استفاده از روپوش سربی در زیر آن قرار داده میشود.
- مسئول فیزیک بهداشت بایستی نتایج دوزیمتری کارکنان را نگهداری کرده و در صورت پرتوگیری افراد علت پرتوگیری را بررسی و به فرد اطلاع رسانی لازم را انجام نمایند.
- به منظور اطمینان از سلامتی کارکنان پرتوکار، معاینات دوره ای پرسنل باید هر شش ماه یکبار انجام شود و نتایج مربوطه پس از اطلاع رسانی به پرتوکار بایگانی گردد.
- کارشناس رادیولوژی به دلیل اهمیت پرتوگیری بیماران باردار، در صورتی که بیمار نسبت به حامله بودن خود مطمئن نباشد مضرات اشعه را باید برای بیمار توضیح دهد و از وی بخواهد که برای تعیین تکلیف به پزشک خود مراجعه نماید و پس از انجام تست بارداری و اطمینان از باردار نبودن رادیوگرافی انجام گیرد.

- کارشناس تصویربرداری باید در صورت ضرورت انجام تصویر برداری جهت بانوان باردار با اشعه یونیزان با استفاده از اپرون و سایر وسایل حفاظتی گرافی را انجام دهد.
- کارشناس رادیولوژی بایستی فیلد تابشی به افراد را تا حد امکان کوچک انتخاب کند و تا حد امکان از تکرار رادیولوژی خودداری کنند.
- کارشناس رادیولوژی در صورت نیاز به انجام تصویربرداری با اشعه ایکس برای ثابت نگه داشتن بیمار امکانات لازم را به کار ببرد.
- به منظور پیشگیری از تکرار گرافی در صورت وجود نقص فنی در هر یک از تجهیزات از کار کردن با دستگاه معیوب خودداری گردد.
- مسئول فیزیک بهداشت به منظور اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه ها باید بصورت دوره ای و سالانه اقدام به انجام کنترل کیفی دستگاه های پرتوساز از طریق شرکت های مجاز اعلام شده توسط سازمان انرژی اتمی کند.

منابع و امکانات: آیین نامه ی سیلندرهای تحت فشار-ترالی حمل، درپوش سیلندر-تاسیسات

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول تجهیزات پزشکی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: شستشوی انواع البسه

کد سند: EH-WI-06

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

- حفظ سلامتی پرسنل و بیماران و جلوگیری از انتقال عفونت
- جلوگیری و کاهش میزان انتقال عفونت از فرد به فرد دیگر از طریق استفاده از البسه آلوده

دامنه کاربرد: رختشویخانه - بخش ها/واحدهای بیمارستان

مقدمات و جمع آوری:

- ۱- تمامی خدمات/ کمک پرستار ها، بایستی قبل از شروع به کار از وسایل حفاظت فردی مانند دستکش ، ماسک ،عینک و... استفاده نمایند.
- ۲- خدمات/ کمک پرستار های هر بخش، هنگام جمع آوری البسه ، تمامی البسه های عفونی (البسه های آغشته به ترشحات بیمار) را از سایر البسه کثیف جداسازی نمایند.
- ۱- خدمات/ کمک پرستار های هر بخش، هنگام جمع آوری البسه بایستی از عاری بودن البسه و منسوجات دیگر به هر
- ۳- تمامی خدمات/ کمک پرستار ها البسه های عفونی را داخل کیسه های پلاستیک زرد رنگ و البسه ی غیر عفونی و یا چرک را در کیسه ی سیاه رنگ قرار دهند. درب کیسه ها گره زده شود(حداکثر سه چهارم کیسه باید پر شود) و برچسب مخصوص البسه عفونی و یا غیر عفونی بر روی آن ها الصاق گردد.
- ۲- خدمات/کمک پرستار های هر بخش، تمامی البسه های کثیف و عفونی را با بین مخصوص زرد رنگ و غیر عفونی را با بین آبی رنگ به متصدیان واحد رختشویخانه تحویل دهند.
- ۳- بایستی برگه ی مستندات ارقام تحویلی به واحد رختشویخانه به تفکیک تاریخ در بخش موجود باشد.

روش کار:

- متصدیان واحد رختشویخانه (لاندری) قبل از شروع به کار از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند.
- ۶- متصدیان واحد رختشویخانه (لاندری) تمامی البسه های عفونی را از کثیف جدا نمایند.
- ۷- مراحل شستشو عبارتست از ۱- شستشو با آب سرد (در صورتی که رخت ها آغشته به خون باشند برای زدودن خون آنها باید دو مرحله با آب سرد شستشو شوند) ۲- شستشوی اصلی با آب داغ ۳- افزودن سفیدکننده ۴- آبکشی -رخت ها باید با آب داغ حداقل به مدت 25 دقیقه شستشو گردند .استفاده از مایع سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم)، مطابق با دستورالعمل موجب افزایش حاشیه ایمنی شستشو می شود .میزان که کلر باقیمانده درد سترس در محلول 50-150ppm میبا شد .در صورت عدم امکان ر سیدن دمای آب به 71 درجه سانتی گراد، باید از محلولهای گندزدای مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل های مربوطه استفاده کرد.
- رخت آلوده و رخت کثیف باید با ماشین های لباسشویی جداگانه شستشو گردند.

-رخت های مرطوب نباید در طول شب در ماشین لباسشویی رها شوند(قرار دادن رخت ها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شستشو ممنوع است).

- در زمان استفاده از دستگاه های اتوماتیک برای لباسشویی با توجه به رخت آلوده یا کثیف و میزان مقاومت رخت ها به حرارت از برنامه های دستگاه ها برای شستشو استفاده شود.

- بایستی حتما " به منظور شست و شوی البسه ی پرسنل در صورت عفونی نبودن از ماشین جداگانه ی مخصوص این البسه استفاده گردد.

۸- مستندات دمای شستشو میبایست در محل مناسب نگهداری گردد.

۹- هر البسه ای که دوخت و دوز یا تعمیر شود باید مجدد شستشو گردد.

۱۰- کلیه رخت های اتاق عمل و بخشهای با خطر بالا مانند بخش سوختگی و پیوند اعضا باید بعد از شستشو، اتوکلاو شوند.

۱۱- البسه آلوده به آنتراکس یا سیاه زخم باید قبل از شستشو اتوکلاو شوند(بهتر است برای بیماران مبتلا به آنتراکس یا سیاه زخم از رخت یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف رخت آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد).

۱۲- البسه آلوده به ایدز و تیفوئید باید به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از 85 درجه سانتیگراد شسته شود. (بهتر است برای بیماران مبتلا به ایدز و تیفوئید از رخت یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف رخت آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد).

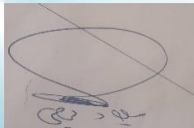
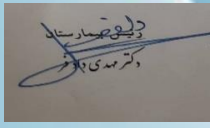
۱۳- متصدیان واحد لندری تمامی البسه عفونی و کثیف هر بخش را به تفکیک هر بخش شستشو دهند و از اختلاط البسه هر بخش با بخش دیگر حین شستشو اجتناب گردد.

۱۴- متصدیان واحد لندری پس از طی مراحل شستشو، البسه تمیز را با استفاده از ترالی مخصوص به داخل دستگاه آبگیر و خشک کن انتقال دهند سپس البسه اتو کشی شده و داخل کیسه سفید رنگ پک گردد.

۱۵- متصدیان واحد لندری البسه های پک شده را به خدمات/ کمک بهیاران هر بخش مطابق با دفتر ثبت آمار البسه تحویل نمایند.

منابع / امکانات: ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود / تجهیزات شستشو، وسایل حفاظتی فردی، مواد شوینده و گندزدا

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلااد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 





دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی

کد سند: EH-WI-07

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری: تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

- تهیه و طبخ غذا براساس اصول علم تغذیه و بهداشت
- استفاده از مواد غذایی سالم و بهداشتی در پخت و پز
- افزایش کیفیت غذای پخت شده
- نظارت بر غذاهای طبخ شده توسط پیمانکار
- پیشگیری از شیوع بیماری های منتقله از راه مواد غذایی

دامنه کاربرد: مسئول واحد بهداشت محیط ، مسئول واحد تغذیه ، پیمانکار و کارکنان آشپزخانه

تعاریف: زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی بایستی رعایت شود ، مواد غذایی فاسد شدنی در یخچال و یا سردخانه قرار گیرد، مواد غذایی فاسد شدنی نباید بیش از دو ساعت در محدوده دمای بین 5 تا 60 درجه سلسیوس نگهداری شود و لازم است در دمای پایین تر از 5 درجه و بالاتر از 60 درجه سلسیوس در شرایط پخت نگهداری شود.

نکات: بررسی مواد غذایی اولیه از نظر شرایط تهیه و شرایط نگهداری آنها به نحوی که برابر استاندارد و براساس قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی، آن و دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه ، تولید ، توزیع ، نگهداری ، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹ باشد

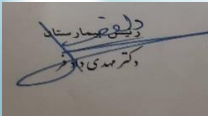
کارکنان آشپزخانه مواد غذایی خام حیوانی نظیر تخم مرغ، ماهی، گوشت قرمز، گوشت ماکیان و غذاهایی که حاوی مواد غذایی خام حیوانی می باشند و نیز سبزیجات و میوه جات جهت از بین رفتن میکروارگانیسم های بیماری زا که باید در حین طبخ دما به تمام قسمت های مواد غذایی به طور یکنواخت برسد و شرایط دمایی را به شرح ذیل رعایت می کنند:

✓ دمای حداقل ۵۸ درجه سلسیوس در حین طبخ سبزیجات و میوه جات در صورتی که به صورت پخته مصرف گردد.

✓ گوشت قرمز و سفید در سردخانه و یخچال جداگانه نگهداری می شوند.

روش کار:

- کارکنان آشپزخانه اقدامات و تجهیزات لازم برای تامین زنجیره سرد مواد غذایی مانند آب معدنی، ماست، دوغ، میوه و مانند آنها و رسیدن به دمای پایین تر از ۵ درجه سلسیوس (از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می رسد) فراهم می کنند.
- تبصره: مواد غذایی که به صورت منجمد می باشند تا زمانی که به دست مصرف کننده می رسند (در مرحله حمل و نقل و ذخیره سازی) در دمای انجماد نگهداری می شوند.
- ۲- تامین زنجیره گرم برای مواد غذایی
 - ۳- کارکنان آشپزخانه اقدامات و تجهیزات لازم برای تامین زنجیره گرم غذاهای گرم و سوپ و رسیدن به دمای بالاتر از ۶۰ درجه سلسیوس (از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می رسد فراهم می کنند).
 - ۴- دمای پخت مواد غذایی

۵- کارکنان آشپزخانه مواد غذایی خام حیوانی نظیر تخم مرغ، ماهی، گوشت قرمز، گوشت ماکیان و غذاهایی که حاوی مواد غذایی خام حیوانی می باشند و نیز سبزیجات و میوه جات جهت از بین رفتن میکروارگانیسم های بیماری زا که باید در حین طبخ دما به تمام قسمت های مواد غذایی به طور یکنواخت برسد و شرایط دمایی را به شرح ذیل رعایت می کنند: ۶- دمای حداقل ۵۸ درجه سلسیوس در حین طبخ سبزیجات و میوه جات در صورتی که به صورت پخته مصرف گردد. ۷- گوشت قرمز و سفید در سردخانه و یخچال جداگانه نگهداری می شوند.		
منابع / امکانات: قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن و دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه ، تولید ، توزیع ، نگهداری ، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹ باشد. کتاب اعتبار بخشی ویرایش ۱۴۰۱، ترالیگرمخانه دار-فریزر-یخچال		
فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



عنوان دستورالعمل: دستورالعمل سالم سازی سبزیجات آماده

کد سند: EH-WI-08

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف:

با توجه به اینکه سبزیجات آلوده به میکروبها و تخم انگل می تواند زمینه ابتلا به انواع بیماریهای انگلی روده ای و اسهالی مانند اسهال خونی، حصه، شبه حصه، وبا، ژiardیا، آمیبازیس، کرمهای روده ای و ... را فراهم آورند اما سالم سازی سبزیجات بسیار مورد توجه می باشد. جهت پیشگیری از بیماریهای گوارشی ناشی از مصرف سبزیجات آلوده بهتر است از مصرف غذاهای آماده شده مانند ساندویچ کاهو و سبزیجات، سالادها و انواع سبزیهای خام در اماکن عمومی و غیر مطمئن مواد غذایی خود داری شود. پیشگیری از شیوع بیماریهای منتقله از راه مواد غذایی

تعاریف: منظور از سالم سازی انجام اقداماتی ترتیبی در جهت عاری سازی میوه و سبزیجات از هرگونه کثیفی مانند گل و لای و عوامل بیماری زا مانند تخم انگلها و میکروارگانیسم های بیماری زا بوده که در چهار مرحله به ترتیب شامل: شستشو، انگل زدایی، گندزدایی و شستشوی نهایی با آب انجام می گیرد.

دامنه کاربرد: آشپزخانه/بوفه

- باید سبزیجات منجمد آخرین خرید شما از فروشگاه باشد و پس از آن سریع به خانه برگردید تا یخ آنها خیلی باز نشود.
- آب سبزیجات را پیش از قرار دادن در فریزر خوب بگیرید. با این روش سرعت انهدام مواد مغذی آن به حداقل می رسانید.
- میوه ها و سبزیجات منجمد را باید در حالت انجماد استفاده کرد. بنابراین به هیچ وجه قبل از مصرف آنها را از انجماد خارج نکنید زیرا با خروج از انجماد میوه ها و سبزی ها ارزش غذایی خود را از دست می دهند.
- زمان مناسب برای نگهداری سبزیجات را حداکثر شش ماه می توان ذکر کرد که البته بهترین مدت ۳ ماه است.

روش کار:

بهتر است سبزی به شکل تازه و فله ای از مراکز مورد تأیید یا بسته بندی شده در مراکز مطمئن مورد تأیید مراجع ذیصلاح که نکات بهداشتی را در تهیه و بسته بندی رعایت نموده اند تهیه گردد سعی کنید از سبزیجاتی که به طور نارس چیده شده و به طور مصنوعی می رسد استفاده نکنید سبزیجاتی که به طور طبیعی می رسد برای استفاده مناسب می باشد برای حمل سبزی از پلاستیک رنگ روشن یا پاکت کاغذی استفاده کنید استفاده از پلاستیک مشکی و روزنامه به دلیل جذب سرب نوشته های روزنامه و ایجاد آلودگی بیشتر در سبزیجات توصیه نمی شود چهار عامل عمده سبب تخریب مواد مغذی سبزیجات می شوند: نور - حرارت - آب و هوا نکته مهم: مدت زمان ماندگاری سبزی گندزدایی شده در یخچال 3 تا 4 روز می باشد. سالم سازی سبزیجات طی چهار مرحله صورت می گیرد

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

انگل زدایی: سبزیجات را در یک ظرف متناسب با میزان سبزی ریخته و به ازای هر لیتر ۳ تا ۵ قطره مایع ظرفشویی معمولی به آن اضافه کرده و ظرف را از آب پرکرده و قدری به هم بزنید تا تمام سبزی در داخل کفاب قرار گیرد مدت ۵ دقیقه سبزی را داخل کفاب نگه دارید. سپس سبزی را از روی کفاب جمع آوری کرده و کفاب را تخلیه نمایید. ظرف و سبزی را دوباره با آب سالم شستشو دهید تا تمام انگل ها و باقی مانده ی مایع ظرفشویی از آنها جدا شوند.



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نظافت، شستشو و گندزدایی اتاق عمل

کد سند: EH-WI-09

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تامین، حفظ و ارتقا سلامت افراد، کنترل عفونت و پیشگیری از انتشار بیماری

دامنه (محدوده): اتاق عمل – بهداشت محیط – خدمات

روش کار:

۱- مرحله اول پاک سازی: ابتدا بایستی سبزیجات را بخوبی پاک کرده و شستشو دهید تا مواد زائد و گل و الی آن برطرف شود.

۲- مرحله دوم انگل زدایی: سپس بایستی سبزیجات را در یک ظرف (۵ لیتری) ریخته بازای هر لیتر ۳ تا ۵ قطره مایع ظرفشویی معمولی به آن اضافه کرده و ظرف را از آب پر کرده قدری بهم بزنید تا تمام سبزی در داخل کفاب قرارگیرد مدت ۵ دقیقه سبزی را در کفاب نگهدارید سپس سبزی را از روی کفاب جمع آوری و کفاب را تخلیه کرده و ظرف و سبزی را مجدداً با آب سالم شستشو دهید تا تخم انگل و باقیمانده مایع ظرفشویی از آنها جدا شوند.

۳- مرحله سوم گندزدایی: (برای ضد عفونی و از بین بردن میکروبها، یک گرم) نصف قاشق چایخوری پودر پرکلرین ۷۰٪ را در ظرف ۵ لیتری پر از آب ریخته کاملاً حل کنید تا محلول ضد عفونی کننده بدست آید. سپس سبزیانگل زدایی شده را برای مدت ۵ دقیقه در محلول ضد عفونی کننده اخیر قرار دهید تا میکروبهای آن کشته شوند. (و یا هر ماده ضد عفونی کننده مجاز دیگری که در داروخانه ها و سوپر مارکت ها و بقالیها وجود دارد طبق دستور العمل مصرف شود).

۴- مرحله چهارم شستشو (آبکشی) نهایی: سبزی ضد عفونی شده را مجدداً با آب سالم بشوئید تا باقیمانده کلر از آن جدا شود و سپس مصرف نمائید.

منابع و امکانات: سایت مرکز سلامت و محیط کار دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت

فرد ناظر بر عملکرد: بهداشت محیط

تهیه کننده:

تایید کننده:

ابلاغ کننده:

محمد امین قهرمانی (کارشناس
بهداشت محیط)

میلاد برجی (مدیر بیمارستان)

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)

بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: نظافت، شستشو و گندزدایی سردخانه متوفیان

کد سند: EH-WI-10

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: کنترل عفونت و پیشگیری از انتشار بیماری

دامنه (محدوده): بهداشت محیط – خدمات – کنترل عفونت

تعاریف:

گندزدایی: نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانیسم های بیماری زا بر روی اشیاء بی جان را گندزدایی می گویند. یک عامل گندزدا الزاماً "سبب استریل شدن شیء نمی گردد و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب ها را نابود کند، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است.

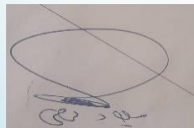
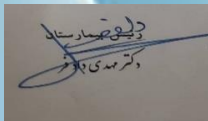
- روش کار:
- کلیه پرسنل خدمات باید از دستورالعمل نظافت و گندزدایی سردخانه متوفیان مطلع و آگاه باشند.
- کلیه کارکنان مربوطه باید دستورالعمل را به طور کامل اجراء نمایند.
- نظافت و گندزدایی واحد میبایست بصورت روزانه توسط نیروی خدمات و مطابق با آموزش های انجام شده صورت گیرد.
- در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (پیش از ۳۰ سی سی) باشد:
- استفاده از وسایل حفاظت فردی
- رنگ بندی تی های نظافت بدین صورت است:
- تی زرد رنگ: مخصوص کف قسمت های بحرانی و احتمال بالای عفونت مانند: کف بخش سردخانه و اتاق تشریح
- تی قرمز: مخصوص گندزدایی محل هایی که خون ریخته شده
- تی آبی رنگ: مخصوص قسمت های غیر بحرانی مانند آبدارخانه و اتاق استراحت پرسنل
- در صورت وجود قطعات شیشه ای و تیز و برنده با پنس جمع شده و در سفتی باکس دفع گردد.
- روش جمع آوری و گندزدایی خون و سایر مایعات بدن:
- در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده بیشتر از ۳۰ سی سی باشد:
- به میزان خون ریخته شده پارچه تنظیف قرار داده شود.
- روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کرد.
- آن را جمع کرد و داخل سطل عفونی انداخت.
- به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد.
- با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود
- در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده کمتر از ۳۰ سی سی باشد:
- استفاده از وسایل حفاظت فردی
- خون با پارچه تنظیف تمیز گردد.

- به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد.
- با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود
- پرسنل خدماتی در واحد سردخانه متوفیان با توجه به شرح وظیفه محوله می بایست با رعایت احتیاطات استاندارد نسبت به موارد ذیل اقدام نمایند:
- کف سردخانه بایستی روزانه و در طول سال نظافت و با محلول گندزدای مناسب گندزدایی گردد.
- کلیه کفشورهای موجود بایستی مجهز به توری بوده و این توریها روزانه و در طول سال نظافت شوند.
- تی های مورد استفاده در سردخانه بایستی بعد از هر بار استفاده توسط نیروی خدماتی در طول روز و در شیفت های مختلف کاملاً شسته و از قرار دادن تی ها به صورت مرطوب روی زمین اکیدا خودداری شود.
- داخل کسوه های نگهداری جسد بایستی توسط نیروی خدمات طبق برنامه اعلامی در واحد بطور مرتب نظافت و با استفاده در هنگام کار از لباس کار مناسب و دستکش ودر هنگام شستشوی کف سردخانه جسد حتماً از چکمه استفاده گردد.
- گندزدایی طبقات و سطوح سردخانه و همچنین دیوار و کف با محلول گندزدای مناسب همان قسمت استفاده شود.
- گندزدایی طبقات سردخانه از قسمت های جلویی آغاز و در قسمت انتهای سینی پایان پذیرد همچنین سطوح سردخانه نیز از بالا به پایین گندزدایی گردد.
- کف و دیوارها و نیز قسمت خارجی سردخانه ها باید بصورت روزانه و سینی ها و قسمت های داخلی سردخانه بعد از هر بار تخلیه و خارج ساختن جسد نظافت و گندزدایی شود.

استفاده از تجهیزات حفاظت فردی حین کار الزامی است

منابع و امکانات: سایت مرکز سلامت و محیط کار

فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: نظافت شستشو و گندزدایی دیالیز

کد سند: EH-WI-11

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تامین، حفظ و ارتقا سلامت افراد، کنترل عفونت و پیشگیری از انتشار بیماری

دامنه (محدوده): دیالیز- بهداشت محیط - خدمات

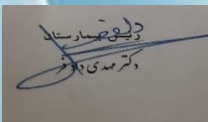
روش کار:

تعاریف:

گندزدایی: نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانیسم های بیماری زا بر روی اشیاء بی جان را گندزدایی می گویند. یک عامل گندزدا الزاما "سبب استریل شدن شیء نمی گردد و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب ها را نابود کند، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است.

گندزدایی وسایل و سطوح:

- بایستی پیش از شروع فرآیند نظافت، شستشو و گندزدایی بخش از لوازم حفاظت فردی مانند: ماسک، کلاه، دستکش و ... توسط پرسنل دخیل استفاده گردد.
- گندزدایی و نظافت بخش بایستی حداقل سه مرتبه در روز و یا آلودگی مشهود شامل تمامی قسمت های بخش مانند سرویس های بهداشتی، آبدارخانه و .. انجام پذیرد.
- تشک و تخت بیمار بلافاصله بعد از هر بار دیالیز توسط محلول گندزدای سطوح گندزدایی می شود.
- کف بخش دیالیز حداقل روزی سه مرتبه و یا در صورت آلودگی مشهود توسط محلول گندزدای کف گندزدایی می شود.
- واشینگ کلی روزهای پنجشنبه می باشد.
- وسایل نظافت بخش دیالیز بایستی اختصاصی باشد.
- رنگ بندی تی های نظافت بدین صورت است:
- تی زرد رنگ: مخصوص کف قسمت های بحرانی و احتمال بالای عفونت مانند اطراف تخت بیماران و راهرو ها
- تی قرمز: مخصوص گندزدایی محل هایی که خون ریخته شده
- تی آبی رنگ: مخصوص قسمت های غیر بحرانی مانند آبدارخانه و اتاق استراحت پرسنل
- حین جمع آوری لوازم و سطوح آلوده به خون و سایر مایعات بدن باید از لوازم حفاظت فردی استفاده شود.
- روش جمع آوری خون بدین صورت می باشد:
- روش جمع آوری و گندزدایی خون و سایر مایعات بدن:
- اگر خون و سایر مایعات بدن ریخته شده بیشتر از ۳۰CC باشد:
- به میزان خون ریخته شده پارچه تنظیف قرار داده شود.
- روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کرد.
- آن را جمع کرد و داخل سطل عفونی انداخت.

- به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد . - با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود - در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده کمتر از ۳۰ سی سی باشد: - استفاده از وسایل حفاظت فردی - خون به وسیله ی پارچه تنظیف تمیز گردد. - به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد . - با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود نظافت پنجره ها با استفاده از شیشه پاک کن به صورت روزانه انجام گیرد. برفک زدایی و نظافت یخچال ها به صورت حداقل یک هفته ای و یا در صورت آلودگی مشهود انجام گیرد. • پیش از استفاده از مواد ضدعفونی کننده می بایست از سازگاری مورد استفاده در دستگاه دیالیز اطمینان حاصل نمود. • سطل ها و بین های موجود در بخش بایستی در صورت آلودگی مشهود شست و شو و گندزدایی گردند و در غیر این صورت هفتگی شست و شو و گندزدایی گردند.		
منابع و امکانات: سایت مرکز سلامت و محیط کار		
فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط)		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: دستورالعمل نظافت، شست و شو و گندزدایی آزمایشگاه

کد سند: EH-WI-21

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ | تاریخ بازنگری: | تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد، کنترل عفونت و پیشگیری از انتشار بیماری

دامنه کاربرد: مسئول واحد بهداشت محیط، آزمایشگاه

تعاریف:

گندزدایی: (Disinfection)

نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانسیم های بیماری زا بر روی اشیاء بی جان را گندزدایی می گویند. یک عامل گندزدا الزاما سبب استریل شدن شیء نمی گردد و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب ها را نابود کند، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است.

روش کار:

تمامی بخش باید روزی سه مرتبه شامل و در صورت آلودگی مشهود نظافت و گندزدایی گردد.

واشینگ کامل بخش شامل: شست و شو، نظافت و گندزدایی تمامی بخش می شود که به صورت هفتگی بایستی انجام گیرد.

نظافت بخش شامل گرد گیری و نظافت کف، سطوح و وسایل موجود در بخش می باشد

گندزدایی به معنای استفاده ی صحیح و اصولی از گندزدا های مخصوص کف، سطوح، تجهیزات تشخیصی و ... است.

شست و شو شامل پاک سازی با استفاده از آب و مواد دترجنت می باشد که معمولا" به غیر از سرویس ها، تی شویخانه، حمام پرسنل و آبدارخانه که روزانه شست و شو داده می شوند در زمان واشینگ انجام می گیرد.

سطل ها و بین های موجود در بخش بایستی در صورت آلودگی مشهود شست و شو و گندزدایی گردند و در غیر این صورت هفتگی شست و شو و گندزدایی گردند.

حین جمع آوری لوازم و سطوح آلوده به خون و سایر مایعات بدن باید از لوازم حفاظت فردی استفاده شود.

روش جمع آوری خون و سایر مایعات عفونی بدین صورت می باشد:

روش جمع آوری و گندزدایی خون و سایر مایعات بدن :

اگر خون و سایر مایعات عفونی ریخته شده بیشتر از 30cc باشد:

به میزان خون ریخته شده پارچه تنظیف قرار داده شود.

روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کرد.

آن را جمع کرد و داخل سطل عفونی انداخت.

به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد.

با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود

در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده کمتر از ۳۰ cc باشد:

استفاده از وسایل حفاظت فردی.

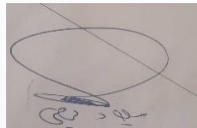
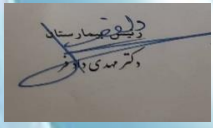
خون به وسیله ی پارچه تنظیف تمیز گردد.

به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد .
 با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود .
 نظافت پنجره ها با استفاده از شیشه پاک کن به صورت روزانه انجام گیرد.
 برفک زدایی ، نظافت و گندزدایی قسمت خارجی یخچال ها به صورت حداقل یک هفته ای و یا در صورت آلودگی مشهود انجام گیرد.

رنگ بندی تی های نظافت بدین صورت است:
 تی زرد رنگ: مخصوص کف قسمت های بحرانی و احتمال بالای عفونت(اتاق های فنی) شامل: بانک خون-بیوشیمی و هماتولوژی-سرولوژی-میکروب شناسی-پاتولوژی و اتاق نمونه گیری می شود.
 تی قرمز: مخصوص گندزدایی محل هایی که خون و سایر مایعات عفونی ریخته شده
 تی آبی رنگ: مخصوص قسمت های غیر بحرانی مانند آبدارخانه ، اتاق استراحت پرسنل و پذیرش

منابع / امکانات: ملزومات نظافت – گندزدای کف و سطوح – پرسنل آموزش دیده

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول بهداشت محیط – کارشناس کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: گندزدایی اتاق ایزوله عفونی

کد سند: EH-WI-11

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تعاریف:

عفونت: به ورود، رشد و نمو میکروب‌ها یا انگل در زخم یا یک اندام از موجود زنده (میزبان) گفته می‌شود. ارگانیسم میکروبی از بدن میزبان به عنوان منبع و محل رشد و نمو و تکثیر استفاده می‌کند و اغلب باعث بیماری می‌گردد. عامل عفونت می‌تواند انواع انگل، ویروس، پرئون، باکتری، ویروئید و قارچ را شامل گردد.

اتاق ایزوله عفونی: این اتاق که آن را اتاق‌های ایزوله تنفسی هم می‌نامند برای جداسازی بیمارانی است که ارگانیسم‌های آلوده کننده آنها از طریق قطرات ریز کمتر از ۵ میکرون منتشر می‌شوند و شامل دو بخش پیش ورودی (از اجزای اصلی آن می‌توان به سینک اسکراب، برکت حفاظت فردی و موارد قرار داده شده در آن و سطل پسماند عفونی و.. اشاره کرد) و اتاق اصلی می‌باشد. گندزدایی: نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانیسم‌های بیماری‌زا بر روی اشیاء بی‌جان را گندزدایی می‌گویند. یک عامل گندزدا الزاماً "سبب استریل شدن شیء نمی‌گردد و نمی‌تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب‌ها را نابود کند، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است.

روش کار:

هنگام ورود تمامی افراد به اتاق ایزوله عفونی با هر دلیلی و هر زمانی حتی اگر بیمار در اتاق بستری نباشد بایستی حتماً "نسبت به استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل دستکش، ماسک، شیلد و.. که در پیش ورودی اتاق مذکور قرار داده شده اند اقدام نمایند و هنگام خروج ضمن دفع آنها در سطل عفونی واقع در پیش ورودی دست‌های خود را با محلول ضدعفونی کننده دست واقع در پیش ورودی ضدعفونی نمایند.

بایستی در صورت واشینگ کلی زمانی اقدام کرد که بیمار بستری در اتاق ایزوله عفونی نباشد.

بایستی پس از ترخیص هر بیمار نسبت به نظافت و گندزدایی تمامی قسمت‌های اتاق ایزوله شامل کف، سطح، تخت، لوازم پزشکی و... به وسیله گندزدای مخصوص هر قسمت اقدام نمود.

نظافت شامل: برطرف سازی آلودگی‌های مشهود، گردگیری تمامی سطوح و جاروی کف اتاق می‌باشد.

شست و شو: شامل شستن تمامی قسمت‌های قابل شست و شو مانند سرویس‌ها، کف و.. با استفاده از مواد دترجنت (کف‌زا) می‌باشد.

گندزدایی: بایستی توجه داشت که تمامی قسمت‌های اتاق ایزوله عفونی شامل سطوح، کف، تخت و.. به خوبی پس از نظافت با استفاده از مواد گندزدای مخصوص هر قسمت و با توجه به آموزش‌های ارائه شده از جانب واحد بهداشت محیط گندزدایی شود.

نکات:

استفاده از وسایل نظافت و گندزدایی سایر قسمت‌های بخش به منظور نظافت و گندزدایی اتاق‌های ایزوله و برعکس جدا خودداری شود (اتاق‌های ایزوله در همه حال باید با استفاده از وسایل نظافت و گندزدای اختصاصی به منظور جلوگیری از انتشار عفونت به سایر بخش‌ها نظافت و گندزدایی گردند).

- رنگ بندی تی های نظافت و گندزدایی اتاق ایزوله بدین صورت است:
تی زرد رنگ: مخصوص کف اتاق ایزوله
تی قرمز: مخصوص گندزدایی محل هایی که خون ریخته شده
 - حین جمع آوری لوازم و سطوح آلوده به خون و سایر مایعات بدن باید از محافظ استفاده شود.
 - روش جمع آوری خون و سایر مایعات بدن بدین صورت می باشد:
- روش جمع آوری و گندزدایی خون:
اگر خون و سایر مایعات بدن ریخته شده بیشتر از ۳۰ CC باشد:
- به میزان خون ریخته شده پارچه تنظیف قرار داده شود.
- روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کرد.
- آن را جمع کرد و داخل سطل عفونی انداخت.
- به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد .
- با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود
 - در صورتی که مقدار خون یا مایعات آلوده در محیط ریخته شده کمتر از ۳۰ سی سی باشد:
- استفاده از وسایل حفاظت فردی
- خون به وسیله ی پارچه تنظیف تمیز گردد.
- به وسیله ی ماده ی دترجنت (کف زا) محل خون پاکسازی گردد .
- با محلول گندزدای کف به وسیله ی تی مخصوص (قرمز رنگ) محل مورد نظرتی کشی شود
- نظافت پنجره ها با استفاده از شیشه پاک کن و گندزدای سطوح به صورت روزانه انجام گیرد و بایستی توجه داشت که پنجره های اتاق ایزوله عفونی به هیچ عنوان قابلیت باز شدن را نداشته باشند(می توان دستگیره های آنها را درآورد) و تنها در صورت نظافت و گندزدایی باز گردند.
- برفک زدایی ، نظافت و گندزدایی یخچال ها پس از ترخیص هر بیمار و یا در صورت آلودگی مشهود انجام گیرد.
- سطل ها و بین های موجود در بخش بایستی در صورت آلودگی مشهود شست و شو و گندزدایی گردند و در غیر این صورت هفتگی شست و شو و گندزدایی گردند.

دامنه کاربرد: بهداشت محیط –بخش ایزوله

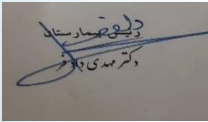
منابع و امکانات:

فرد ناظر بر عملکرد: کارشناس بهداشت محیط

تهیه کننده:

تایید کننده:

ابلاغ کننده:

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)
--	--	--

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: نظافت – شستشو و گندزدایی آمبولانس		
کد سند: EH-WI-12		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد، کنترل عفونت و پیشگیری از انتشار بیماری		
تعاریف:		
گندزدایی: نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانیسم های بیماری زا بر روی اشیاء بی جان را گندزدایی می گویند. یک عامل گندزدا الزاما "سبب استریل شدن شیء نمی گردد و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب ها را نابود کند، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است. روش کار:		
- شستشو و نظافت آمبولانسها ۳ بار در هفته الزامی است.		
- در صورت وجود محل مخصوص شست و شو و گندزدایی آمبولانس حتما "بایستی در محل مذکور این عمل صورت گیرد.		
- شستشو و نظافت به دو بخش تقسیم می شود که به ترتیب اولویت به شرح ذیل می باشد:		
۱- شستشو، نظافت و گندزدایی کف، سقف و کناره ها، شیشه و کلیه سطوحی که در تماس با بیمار می باشد		
۱- شستشو، نظافت و گندزدایی صندلی ها، تخت بیمار و کلیه ی وسیله های پزشکی و باکس های دارویی		
- بدین منظور در صورت وجود آلودگی مشهود آلودگی آنها برطرف شده و سپس شستشو با آب و مواد دترجنت (کف زا) (به جز وسایل و ابزار پزشکی که همگی آنها پس از رفع آلودگی مشهود بایستی با استفاده از الکل ۷۰٪ گندزدایی گردند) و پس از آن با استفاده از مواد گندزدای در اختیار قرار داده شده از جانب واحد بهداشت محیط گندزدایی انجام گیرد بدین صورت که به منظور گندزدایی هر کدام از بخش ها بایستی از گندزدای مخصوص همان قسمت و یا وسیله استفاده گردد مثلا نمی توتن از گندزدای کف برای گندزدایی سطوح آمبولانس استفاده کرد.		
- توجه داشت که ابتدا بایستی قسمت ها و وسایل داخلی آمبولانس و سپس قسمت خارجی آن شستشو و گندزدایی گردد.		
- در ابتدا استفاده از تمامی لوازم حفاظت فردی مانند: دستکش، ماسک، گان، شیلد و ... الزامی می باشد.		
- ملحفه ها بایستی در کیسه های زرد رنگ جمع آوری و به لنزری (رختشویخانه) منتقل گردد. در صورت امکان از ملحفه های یکبار مصرف برای هر بیمار استفاده گردد.		

- جهت شستشوی داخل آمبولانس باید ابتدا کلیه وسایل قابل حمل مانند: کپسولهای اکسیژن، جعبه کمکهای اولیه و ... از آمبولانس خارج شود.

- شستشوی آمبولانس از قسمت‌های تمیز و سپس قسمت‌های آلوده می‌باشد.
- قسمت‌های آلوده به ترشحات و خون باید با دقت شسته ، آبکشی و مطابق آموزش های داده شده در رابطه با جمع آوری و گندزدایی خون گندزدایی شود.

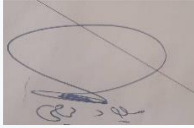
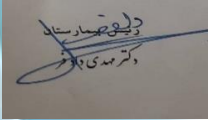
- وسایل علائم حیاتی و کلیه ی وسایل پزشکی بایستی گندزدایی و تمیز شوند.

- شستن دست‌ها پس از پایان کار و ضدعفونی دست‌ها با محلول الکلی توصیه میشود

دامنه کاربرد: بهداشت محیط-اورژانس- اعزام

منابع و امکانات:

فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
محمد امین قهرمانی (کارشناس بهداشت محیط)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های خدمات آزمایشگاهی



عنوان دستورالعمل: نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی

کد سند: LAB-WI-06

تاریخ ابلاغ: اردیبهشت ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: فروردین ۱۴۰۳

هدف: حصول اطمینان از نحوه صحیح ارسال نمونه از سوی آزمایشگاه های ارجاع دهنده و دریافت نتایج آزمایش از آزمایشگاه ارجاع به منظور حفظ حقوق بیماران و ارتقاء کیفیت خدمات و نیز رعایت اصول ایمنی می باشد.

دامنه (محدوده):

این دستورالعمل جهت ارسال نمونه های مربوط به آزمایش هایی که در لیست ضمیمه قید گردیده اند و توسط آزمایشگاه های همکار قابل پذیرش و نمونه گیری بوده ولیکن به هر دلیلی (نظیر عدم وجود دستگاه ، کیت و یا عدم صرفه اقتصادی) در آزمایشگاه مبدا قابل انجام نمی باشند و به آزمایشگاه ارسال می گردند، کاربرد دارد.

روش کار:

نحوه ارسال نمونه

۱- فرم درخواست آزمایش تنظیم شود.

با استفاده از کامپیوتر و جستجو در بخش هایی که نمونه های ارسالی معمولاً مربوط به آنها می باشند و همچنین هماهنگی با مسئولین بخش های فنی مربوطه، لیست نمونه های ارسالی در فرم مربوطه فرم تنظیم و ثبت می گردد . ثبت کامل و دقیق اطلاعات درخواستی در فرم مذکور توسط آزمایشگاه ارجاع دهنده جزء الزامات می باشد.

این موارد عبارتند از:

- نام آزمایشگاه ارجاع دهنده
 - نام مسئول ارسال نمونه ها در آزمایشگاه ارجاع دهنده
 - تاریخ تحویل فرم به پیک آزمایشگاه ارجاع
 - نام بیمار (بطور کامل ، خوانا و بدون قلم خوردگی) بدیهی است این نام می بایست با نام درج شده بر روی برچسب نمونه انطباق کامل داشته باشد و چنانچه عدم انطباقی مشاهده گردد آزمایشگاه ارجاع از پذیرش نمونه معذور بوده و این نمونه به آزمایشگاه ارجاع دهنده عودت داده می شود. در مورد نام هایی که جنسیت بیمار را نمی توان از روی آن تشخیص داد ، لطفاً جنسیت نیز در قسمت توضیحات درج گردد.
 - سن بیمار : از آنجائیکه در بسیاری از موارد سن بیمار جهت تفسیر نتیجه و همچنین لحاظ نمودن موارد مربوط به کنترل و ارزیابی مهم می باشد ، لطفاً سن دقیق بیمار را در قسمت مربوطه درج نمایید.
 - نام آزمایش های درخواستی (بطور خوانا و بدون قلم خوردگی) : بدیهی است برای نوشتن این نام ها می بایست از اصطلاحات رایج و مرسوم و همچنین استاندارد (ترجیحاً مطابق لیست ارایه شده) استفاده نمایید . توجه و دقت آزمایشگاه ارجاع دهنده در ثبت دقیق نام آزمایش های درخواستی ، علاوه بر جلوگیری از اتلاف سرمایه و امکانات، مانع از اتلاف زمان و خسارات مرتبط با آن می گردد.
- ***توجه : در مورد آزمایش هایی که نام های تا حدی شبیه یکدیگر دارند ترجیحاً از نام های کامل استفاده نمایید . بعنوان مثلاً بجای **ASM** از **Anti Smoot Muscle Ab** و بجای **ASM** از **Anti Smith Ab** استفاده نمایید و یا در هنگام نگارش نام هایی مثل **HBeAb** و **HBc Ab** حروف **e** و **c** را کاملاً واضح و مشخص درج نمایید.

- نوع نمونه: از آنجایی که بر اساس پروتکل های استاندارد شده، انجام هر آزمایشی تنها بر روی انواع خاصی از نمونه ها امکان پذیر می باشد لذا درج نوع نمونه در قسمت مربوطه علاوه بر جلوگیری از اتلاف سرمایه و امکانات، مانع از اتلاف زمان و خسارات مرتبط با آن می گردد.
 - **توجه: منظور از نوع نمونه، عباراتی نظیر سرم، پلاسمای EDTA، پلاسمای هیپارینه، پلاسمای سیترا ته، خون کامل بر روی EDTA، خون کامل بر روی هیپارین، ادرار، ادرار همراه با ماده نگهدارنده (با ذکر نوع نگهدارنده)، مدفوع، مدفوع همراه با ماده نگهدارنده (با ذکر نوع نگهدارنده)، مایع مفصل، مایع پلور، مایع مغزی-نخاعی و غیره می باشد. توجه: چنانچه برای انجام آزمایش های مربوط به یک بیمار نیاز به چند نوع نمونه مختلف باشد، ارسال و درج نوع نمونه ها الزامی است. بعنوان مثال اگر آزمایش های الکتروفورز پروتئین های سرم و ادرار برای یک بیمار درخواست می گردد، هر دو نمونه سرم و ادرار با ذکر نوع و بطور همزمان ارسال گردند.
 - **توجه: در مورد نمونه های حجم دار نظیر انواع آزمایش های مربوط به ادرار ۲۴ ساعته یا ۱۲ ساعته، لازم است تا حجم دقیق نمونه بر حسب میلی لیتر در قسمت توضیحات درج گردد. بدیهی است در غیر اینصورت پس از انجام آزمایش مورد نظر نتیجه تنها بصورت «غلظت در واحد حجم» گزارش می گردد و انجام محاسبات مربوطه جهت کسب نتیجه نهایی به آزمایشگاه ارجاع دهنده واگذار می گردد.
 - **توجه: چنانچه نوع نمونه ارسالی متناسب با آزمایش درخواستی نباشد و یا با آنچه در فرم درخواست درج گردیده است در تناقض باشد آزمایشگاه مرجع از پذیرش نمونه معذور بوده و این نمونه به آزمایشگاه ارجاع دهنده عودت داده می شود.
 - توضیحات: این قسمت جهت درج هر گونه توضیحی که ممکن است به فرد آزمایش کننده و یا مسئول کنترل نتیجه کمک نماید در نظر گرفته شده است (توضیحاتی از قبیل جنس بیمار، دوره های مربوط به سیکل ماهیانه در بانوان، سوابق بیماری مرتبط با آزمایش درخواستی و یا حتی سوابق مربوط به آزمایش های قبلی).
 - **نکته: در مورد نمونه هایی که بطور قطع و یقین نتیجه آزمایش های عفونی خطرناک نظیر هپاتیت B، هپاتیت C، HIV، سیفلیس و نظایر آن ها مثبت می باشد، درج این موضوع در قسمت توضیحات و همچنین برچسب روی نمونه الزامی است.
- ۲- جداسازی و بسته بندی نمونه های ارسالی انجام شود.
- با توجه به فرم درخواست آزمایش تنظیم شده در مرحله قبل، نمونه مورد نیاز و متناسب با آزمایش های درخواستی برای هر یک از بیماران در ظروف مناسب و با کیفیت، جدا شده و پس از گذاشتن درب مناسب در شرایط مناسب از نظر دما و محیط (مندرج در برگه های راهنما) تا قبل از زمان ارسال و تحویل به پیک نگهداری می گردد.
- **توجه: بنا بر الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت، مسئولیت بسته بندی ایمن نمونه ها بر عهده آزمایشگاه ارجاع دهنده است و همچنین بسته بندی آزمایشگاهی باید طبق اصول صحیح و مطابق دستورالعمل مشخص و مکتوب صورت گیرد. فرد مسئول بسته بندی و همچنین فردی که بر مناسب بودن نحوه بسته بندی نظارت دارد باید در آزمایشگاه ارجاع دهنده مشخص شده باشد. بسته بندی باید به نحوی باشد که ایمنی فرد انتقال دهنده (پیک)، افراد جامعه، محیط و نیز کارکنان آزمایشگاه ارجاع حفظ گردد.
- **توجه: جهت تسریع در کنترل نمونه های دریافتی در محل آزمایشگاه ارجاع، توصیه می گردد بر روی بسته آماده شده در محل آزمایشگاه ارجاع دهنده یک برچسب دارای نام آزمایشگاه ارجاع دهنده الصاق گردد.
- ۳- نگهداری نمونه های جدا شده جهت ارسال تا قبل از تحویل به پیک صورت گیرد.
- شرایط نگهداری نمونه ها قبل از انجام آزمایش (قبل از ارسال در آزمایشگاه های ارجاع دهنده) از جداول مربوط به آزمایش های هر بخش قابل استخراج و استفاده می باشد.

۴- نمونه های ارسالی به پیک آزمایشگاه ارجاع تحویل داده شود.

جهت سهولت و امنیت هر چه بیشتر مرحله انتقال نمونه های ارسالی ، روش استفاده از «پیک ماشینی» انتخاب گردیده است. مراجعه پیک ماشینی آزمایشگاه به آزمایشگاه های ارجاع دهنده براساس توافق فی ما بین صورت می گیرد. بدیهی است در صورت نیاز آزمایشگاه ارجاع دهنده به ارسال خارج از برنامه، این امر تنها از طریق استفاده از امکاناتی نظیر آژانس و یا پیک آزمایشگاه ارجاع دهنده امکان پذیر خواهد بود.

ارسال خارج از برنامه نمونه توسط آزمایشگاه های ارجاع دهنده در صورت رعایت ضوابط مربوط به شرایط دمایی و محیطی و همچنین موارد ایمنی ، در صورتی که در زمان مناسب صورت گیرد (منظور از زمان مناسب زمانی است که نمونه های دریافتی در محل آزمایشگاه ارجاع قابل کنترل و بررسی و پذیرش و جداسازی باشند) امکان پذیر می باشد. بر اساس الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت در مواردی که پیک آزمایشگاه ارجاع ، نمونه را در محل آزمایشگاه ارجاع دهنده تحویل گرفته و انتقال نمونه بین دو آزمایشگاه به عهده آزمایشگاه ارجاع می باشد ، می بایست اصول حفظ تمامیت و کیفیت نمونه و ایمنی فرد حمل کننده و محیط به دقت رعایت گردد. پیک آزمایشگاه موظف است تا نمونه های دریافتی از آزمایشگاه های ارجاع دهنده را در حداقل زمان ممکن و در شرایط دمایی و محیطی مناسب به آزمایشگاه منتقل نماید.

❖ نحوه دریافت نمونه ها:

۱- دریافت نمونه های ارسالی توسط مسئول واحد جداسازی نمونه ها انجام شود.

۲- کنترل و بررسی نمونه های ارسالی و فرم های درخواست آزمایش انجام شود.

توجه : به دلیل اهمیت فوق العاده فرایند کنترل و بررسی نمونه های ارسالی و فرم های درخواست آزمایش این مرحله در آزمایشگاه براساس برنامه ریزی در نظر گرفته شده توسط مسئولین بخش های فنی مرتبط انجام می گردد.

توجه : با توجه به اهمیت فرایند کنترل و بررسی نمونه های ارسالی و فرم های درخواست آزمایش ، دستورالعملی به همین منظور تهیه و ارایه گردیده است.

توجه : در حین انجام کنترل و بررسی نمونه های ارسالی و فرم های درخواست آزمایش چنانچه هر گونه عدم انطباقی (جزئی یا کلی) مشاهده گردید موضوع در فرم های مربوطه ثبت و به طریق مقتضی به اطلاع آزمایشگاه ارجاع دهنده رسانده می شود. توجه : چنانچه عدم انطباق گزارش شده در حدی باشد که مانع از پذیرش و یا انجام آزمایش بر روی نمونه ارسالی گردد ، آزمایشگاه از پذیرش نمونه معذور بوده و این نمونه به آزمایشگاه ارجاع دهنده عودت داده می شود.

❖ زمان چرخه کاری (TAT (Turn- Around – Time :

زمان گردش کار نمونه های ارسالی شامل مدت زمان دریافت نمونه تا ارایه جواب آزمایش با توجه به امکانات فراهم شده مشخص و تعیین گردیده است. این اطلاعات در هنگام عقد قرارداد همکاری بصورت مکتوب به آزمایشگاه ارجاع دهنده ارایه می گردد. *توجه : آزمایشگاه ارجاع سعی می نماید تا زمان چرخه کاری (TAT) اعلام شده در برنامه را رعایت نماید ولیکن در پاره ای موارد نظیر فقدان نمونه ، نیاز به نمونه مجدد برای تکرار آزمایش و همچنین تاخیر در آماده شدن نتیجه به دلایل فنی ، ممکن است این زمان مدتی به تعویق بیفتد

❖ نحوه دریافت جواب آزمایش های درخواستی:

نتیجه آزمایش های درخواستی بر روی نمونه های ارسالی پس از گزارش بخش های فنی و چاپ در بخش جوابدهی ، توسط مسئولین فنی آزمایشگاه مورد ارزیابی و کنترل قرار گرفته و پس از صحه گذاری ، آماده ارایه به آزمایشگاه های ارجاع دهنده می گردد. بر اساس توافق بعمل آمده و مندرج در قرارداد همکاری فیما بین کلیه نتایج آزمایش ها بر روی نمونه های ارسالی به صورت مکتوب

به آزمایشگاه همکار ارایه می گردد . براین اساس حتی الامکان از ارایه نتایج آزمایش ها بصورت شفاهی (تلفنی) خودداری می گردد.

توجه : جهت تسریع و تسهیل در ارتباطات میان آزمایشگاه ارجاع با آزمایشگاه ارجاع دهنده ، لازم است تا فردی به عنوان مسئول پیگیری موارد مربوط به نمونه های ارسالی در آزمایشگاه ارجاع دهنده تعیین و به آزمایشگاه ارجاع معرفی گردد و در صورت امکان جانشین وی نیز مشخص و اعلام گردد.

توجه : آن دسته از نتایج که در «محدوده بحرانی» قرار می گیرند پس از تأیید مسئول فنی آزمایشگاه ارجاع فوراً از طریق فاکس و تلفن به آزمایشگاه ارجاع دهنده گزارش می گردند و پیگیری های بعدی بر عهده آزمایشگاه ارجاع دهنده خواهد بود.
توجه : به دلیل اهمیت کنترل و ارزیابی نتایج مربوط به آزمایش های نمونه های ارسالی توسط مسئولین فنی آزمایشگاه ارجاع ، درخواست می گردد تا آزمایشگاه های ارجاع دهنده از درخواست دریافت پیش از موعد نتایج (بویژه قبل از تأیید مسئولین فنی آزمایشگاه ارجاع) جداً خودداری نمایند.

توجه : در صورت نیاز آزمایشگاه ارجاع دهنده به ارایه مجدد جواب آزمایش ، این نتیجه ترجیحاً از طریق فاکس ارسال خواهد گردید.

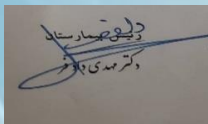
توجه : در صورت نیاز آزمایشگاه ارجاع دهنده به ارایه مجدد آن دسته از جواب هایی که دارای ضمیمه نظیر نمودار و یا تفسیر می باشند ، ارسال مجدد جواب ممکن است تا حدی به تاخیر افتد.

توجه : در پاره ای از موارد (بسیار معدود) ممکن است آزمایشگاه ارجاع ناگزیر به اصلاح و تغییر نتایجی گردد که قبلاً به آزمایشگاه ارجاع دهنده گزارش کرده است . تغییر در نتایج ممکن است به علت تکرار آزمایش و یا انجام آزمایش به روش دیگر اتفاق بیفتد.
بدیهی است ارایه نتیجه جدید تنها پس از تایید و صحه گذاری مسئول فنی آزمایشگاه ارجاع امکان پذیر بوده و بخش جوابدهی آزمایشگاه ارجاع مسئولیت پیگیری موضوع تا حصول اطمینان از دریافت نتیجه جدید توسط آزمایشگاه ارجاع دهنده را بر عهده دارد.

توجه : مسئولین دریافت جواب در آزمایشگاه های ارجاع دهنده لازم است تا در قسمت انتهایی فرم درخواست آزمایش برای نمونه های ارسالی (نسخه مربوط به آزمایشگاه ارجاع دهنده) تاریخ دریافت جواب از آزمایشگاه ارجاع را ثبت نمایند و چنانچه نتیجه آزمایشی در موعد مقرر گزارش نگردد ، موضوع را به بخش جوابدهی آزمایشگاه ارجاع اعلام نمایند تا پیگیری های لازم صورت گیرد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / فرم درخواست آزمایش - پیک

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود

کد سند: LAB-WI-07

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: انجام آزمایش های بیوشیمی به روش استاندارد، انجام کنترل کیفی

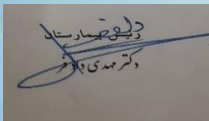
دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

۱. دستگاه اتوآنالایزر را توسط اپراتور دستگاه طبق دفترچه راهنمای دستگاه روشن و آماده کنید و سرم کنترل را به دستگاه بدهید و جواب آن را چک و در صورت نیاز تست ها را کالیبره کنید.
۲. لیست کاری را تهیه کنید و در دفتر مخصوص بیوشیمی بنویسید. (قید تاریخ و نام کاربر در بالای صفحه)
۳. نمونه ها از بخش خونگیری تحویل بگیرید و آن ها را در بن ماری ۳۷ درجه به مدت ۱۵ الی ۳۰ دقیقه قرار دهید.
۴. نمونه ها را سانتریفوژ کنید.
۵. کد بیماران را بر روی کاپهای مخصوص دستگاه اتوآنالایزر بنویسید.
۶. به مقدار مورد نیاز در کاپ ها و لوله ها سرم بریزید.
۷. تست های درخواستی را بر اساس لیست کاری پذیرش کنید و کاپ ها را در جایگاه مربوطه قرار دهید و برای انجام آزمایش دستگاه را راه اندازی کنید.
۸. جواب های خوانده شده توسط دستگاه به سیستم LIS وارد شده و بعد از چک توسط کارشناس بخش بیوشیمی به HIS ارسال می شود.
۹. از انجام همه آزمایش ها اطمینان حاصل نمایید و اگر آزمایشی خارج از رنج نرمال می باشد با تکرار آن از جواب آزمایش اطمینان حاصل کنید.
۱۰. طبق اصول دفترچه راهنمای دستگاه، شست و شوهای مورد نیاز دستگاه را انجام دهید و دستگاه را خاموش کنید.
۱۱. باتل های محلول ها را در یخچال بیوشیمی قرار دهید.
۱۲. روکش دستگاه را بکشید.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / لوله آزمایش - بن ماری - اتوآنالایزر - سانتریفیوژ

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
	 	



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود

کد سند: LAB-WI-08

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

انجام آزمایشهای:

CBC diff , ESR , Blood Group , Retic Count , PBS

برای بیماران بستری و سرپایی

شمارش سلولی مایعات بدن

وانجام کنترل کیفی به روش استاندارد

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

تست های این بخش شامل سه زیر مجموعه می باشند:

❖ تست های انعقادی PT و PTT

- ۱- مسئول بخش هماتولوژی نمونه های مربوطه را از نمونه گیری تحویل گیرد و با WORK LIST LIS چک نماید و پس از مطمئن شدن از وجود همه آنها تست ها را در اسرع وقت و اورژانسی، مطابق بروشور کیت ها و دفترچه راهنمای SOP تست های هماتولوژی انجام دهد. بهتر است نمونه های مربوط به تست های انعقادی در فریزر و یا حتی در یخچال گذاشته نشود و آزمایش سریع و روی نمونه تازه انجام گیرد.
- ۲- آب بن ماری را چک کنید که اولاً به اندازه ی کافی باشد ثانیاً دمای آن ۳۷ سانتی گراد باشد و ثالثاً تمیز باشد. (کلیه اصول کار با بن ماری در دفترچه SOP دستگاه های آزمایشگاه ذکر شده است)
- ۳- محلول های لازم را از درب یخچال و کنترل ها از فریزر بیرون آورید تا به دمای محیط برسند.
- ۴- مسئول بخش کار خود را با گذاشتن تست های مربوطه روی کنترل ها شروع کند و سپس جوابهای کنترل را وارد بخش آمار کامپیوتر نماید و در صورت تأیید کامل، کار خود را روی نمونه های بیماران آغاز نماید و در صورت مشاهده هر گونه خطا باید در صدد اقدامات اصلاحی برآید.
- که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود برآید:
 - چک دمای بن ماری که باید ۳۷ سانتیگراد باشد.
 - چک محلول ها و در صورت نیاز ویال جدید محلول ساخته شود.
 - در صورت نیاز ساختن کنترل جدید و...
- ۵- بعد از انجام اقدامات اصلاحی مسئول موظف است کار خود را مجدداً با انجام تست روی کنترل چک کند و فقط در صورتی اجازه دارد کار خود را روی نمونه بیماران آغاز کند که با وارد کردن کنترل در قسمت آمار و کنترل کیفی با مشکلی مواجه نشود و خطایی نداشته باشد (اعداد مورد انتظار و قابل قبول کنترل در برگه مربوطه که داخل کیت موجود بوده و اکنون ابتدای دفتر تست های انعقادی چسبانده شده موجود می باشد). لازم به ذکر است که مورد خطا و اقدام اصلاحی انجام شده ی متعاقب آن حتماً باید در فرم نامنطبق، اصلاحی و پیشگیرانه ثبت شود.

- ۶- مسئول باید **Work List** گرفته و نمونه ها را مرتب و شماره گذاری نماید و تست ها را انجام و سپس جوابها را ابتدا در **Work List** و سیستم **LIS** و سپس در کامپیوتر وارد نماید و پس از اتمام کار یک ناقصی کلی از بخش گرفته و در صورت نبودن نمونه بیمار، مورد را سریعاً به سوپر وایزر اطلاع دهد تا اقدامات مربوط انجام گیرد و درضمن مورد را به همراه اقدام اصلاحی انجام شده در فرم عدم انطباق، اصلاحی و پیشگیرانه ثبت نماید.
- ۷- مسئول موظف است جوابهای قرار گرفته شده در محدوده بحرانی را (با توجه به جدول محدوده بحرانی نصب شده بردیوار آزمایشگاه) در دفتر مربوطه ثبت و مورد را سریعاً به سوپر وایزر اطلاع دهد.
- ۸- پس از پایان کار محلول ها را در درب یخچال قرار دهید و نمونه های انجام شده را به مدت ۴۸ ساعت در یخچال ذخیره نموده و پس از این مدت مطابق **SOP** اوت زباله های آزمایشگاهی اقدام شود.
- ❖ تست های **CBC** و تست های متفرقه که روی نمونه **CBC** انجام می شود مانند **Retic** و **G6PD** و کومبس مستقیم و گروه خون:
- ۱- نمونه ها همراه با لیست مربوط از نمونه گیر تحویل گرفته شود و نمونه ها را با لیست چک و مطابقت دهید و در صورت عدم وجود نمونه، مورد را پیگیری کنید و نمونه ها را تا لحظه انجام در یخچال قرار دهید.
 - ۲- دستگاه اورفی **Mithich 18** و میکروس ۱۶۵ را مطابق دفترچه **sop** مربوط به دستگاه های آزمایشگاه آماده کنید.
 - ۳- نمونه خون کنترل را از یخچال بیرون آورید و آن را مطابق بروشور نمونه خون کنترل آماده نمایید.
 - ۴- نمونه کنترل را به دستگاه بدهید و نتایج را در برنامه آمار و کنترل کیفی وارد کنید و در صورت عدم وجود خطا، شروع کار، بر روی نمونه ها و در صورت مشاهده هر گونه خطا در پارامترهای مربوطه و برنامه آمار باید اقدامات اصلاحی مربوط به آن پارامتر را به کار برده و تا زمان بر طرف نشدن خطا از انجام تست خودداری شود و نهایتاً مورد خطا همراه با اقدام اصلاحی حتماً باید در دفترنا منطبق، اصلاحی و پیشگیرانه ثبت شود.
 - ۵- نمونه ها را ۵ تایی از یخچال بیرون آورید (از بیرون آوردن یکجا نمونه ها خودداری شود) و بعد از ۵ دقیقه **mix** نمونه ها، آنها را یکی یکی به دستگاه داده و منتظر باشید تا در سیستم **LIS** ثبت شوند، بعد از انجام به سیستم **LIS** ارسال نمایید.
 - ۶- در حین انجام **CBC** ها کلیه اصول مندرج در دفتر **SOP** تست های هماتولوژی رعایت شود.
 - ۷- پس از اتمام **CBC** ها، تست های متفرقه ثبت شده روی **Label** بیمار مطابق دفترچه **SOP** هماتولوژی انجام شود و نتایج در **LIS** ثبت و به **HIS** ارسال شود.
 - ۸- در پایان، میز کار را مرتب کنید و دستگاه را با محلول **Clean** شستشو دهید. نمونه ها را برای مدت ۴۸ ساعت در یخچال ذخیره و پس از این مدت نمونه ها را مطابق راهنمای **SOP** دفع زباله های آزمایشگاهی اوت کنید.
- ❖ تست های **ESR**
- ۱- نمونه ها را همراه با لیست مربوط از نمونه گیر تحویل بگیرید و آنها را با لیست چک کنید و از وجود همه آنها مطمئن شوید.
 - ۲- دستگاه را روشن و آماده کنید.
 - ۳- نمونه ها را به طور صحیح مخلوط کنید و آنها را به ترتیب شماره در جایگاه مشخص دستگاه قرار دهید و نام آنها را در دفتر **ESR** ثبت کنید. پس از ۳۰ دقیقه نتایج روی صفحه دستگاه نمایان می شود، نمونه ها را بیرون آورده و اعداد مربوطه را در دفتر و سپس در کامپیوتر ثبت کنید.
 - ۴- نمونه ها را در ظرف مخصوص کنار دستگاه قرار دهید تا در پایان روز مطابق راهنمای **sop** دفع زباله های آزمایشگاهی اوت شوند. (ذخیره نمونه های **ESR** لزومی ندارد).

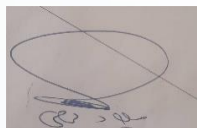
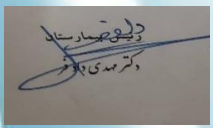
۵- هر چند روز یکبار ESR را به صورت دستی و دستگاهی چک کنید و نتایج را در برنامه کنترل کیفی وارد کنید و نتایج را ارزیابی و از دقت دستگاه اطمینان حاصل نمایید.

۶- در هر یک از قسمت های A,B,C دفتر Log book باید تاریخ و ساعت شروع، نام کاربر، وضعیت دستگاه ها و سیستم در ابتدا و حین و انتهای کار، ساعت خاتمه کار ثبت شود.

۷- در صورت بروز هر گونه نقص فنی در سیستم با مهندس دستگاه جهت برطرف شدن مورد تماس بگیرید. سه دفتر در این زمینه باید تکمیل گردد که به شرح زیر می باشد:
- دفتر درخواست تعمیر، سرویس و کالیبراسیون دستگاه که توسط مسئول بخش پر می شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / Work list - دستگاه سل کانتر و سدیمان - کرونومتر - میکروسکوپ - سمپلر - پوار - روتاتور - محلولهای لایز و ایزوتون - لام و لامل - مواد و معرف های لازم

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

کد سند: LAB-WI-09

تاریخ بازنگری بعدی: فروردین ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: انجام آزمایش های کشت ادرار، مدفوع، خون، مایعات بدن، زخم

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

- ۱- لیست کاری را در سیستم LIS تهیه کنید.
- ۲- نمونه ها را از محل نمونه گذاری و یا از یخچال اتاق آنالیز ادراری تحویل بگیرید و به زیر هود میکروشناسی منتقل کنید.
- ۳- نمونه ها را از نظر کد و نام بیمار بررسی کنید.
- ۴- شعله را روشن کنید.
- ۵- نمونه ها را ردیف کنید.
- ❖ کشت ادرار:
- ۱- پلیت های حاوی محیط کشت بلاد آگار و EMB را در دمای اتاق قرار دهید.
- ۲- نام و کد بیمار را بر روی محیط کشت بنویسید.
- ۳- لوپ را روی شعله استریل کنید.
- ۴- کشت ادرار را بر روی محیط کشتهای به صورت استاندارد انجام دهید.
- ۵- لوپ را دوباره استریل کنید.
- ۶- محیط های کشت شده را درون انکوباتور ۳۷ درجه به مدت ۲۴ ساعت قرار دهید.
- ۷- نمونه های کشت داده شده را در سطل آشغال بریزید.
- ۸- پس از ۲۴ ساعت محیط های کشت داده شده را از نظر رشد میکروب بررسی کنید.
- ۹- جواب را در سیستم LIS ثبت کنید و به سیستم HIS انتقال دهید.
- اگر میکروبی رشد نکرده باشد: No Growth
- اگر میکروب رشد کرده باشد:
- تهیه اسمیر برای رنگ آمیزی گرم

- کشت میکروب در محیطهای افتراقی در صورت لزوم و قرار دادن آن در انکوباتور به مدت ۲۴ ساعت دیگر. پس

از آن تشخیص نوع میکروب و آنتی بیوگرام بر اساس میکروب

- خواندن جواب آنتی بیوگرام پس از ۲۴ ساعت و رسیدن به جواب نهایی

❖ کشت مدفوع:

۱- پلیت های حاوی محیط کشت مکانکی و XLD آگار را در دمای اتاق قرار دهید.

۲- نام و کد بیمار را بر روی محیط کشت بنویسید.

۳- کشت مدفوع را بر روی محیط کشت ها به صورت استاندارد با سواب استریل انجام دهید.

۴- محیط های کشت شده را درون انکوباتور ۳۷ درجه به مدت ۲۴ ساعت قرار دهید.

۵- نمونه های کشت داده شده را در سطل آشغال بریزید.

۶- پس از ۲۴ ساعت محیط های کشت داده شده را از نظر رشد میکروب بررسی کنید.

۷- جواب را در سیستم LIS ثبت کنید و به سیستم HIS انتقال دهید.

• اگر میکروب فلورنرمال رشد کرده باشد : Non pathogen

• اگر میکروب رشد کرده باشد :

- تهیه اسمیر برای رنگ آمیزی گرم

- کشت میکروب در محیطهای افتراقی در صورت لزوم و قرار دادن آن در انکوباتور به مدت ۲۴ ساعت دیگر. پس

از آن تشخیص نوع میکروب و آنتی بیوگرام بر اساس میکروب

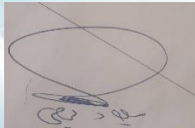
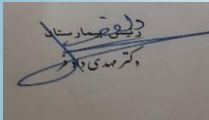
- خواندن جواب آنتی بیوگرام پس از ۲۴ ساعت و رسیدن به جواب نهایی.

** دستورالعمل های محیط کشت: محیط های کشت براساس دستورالعمل کارخانه سازنده که بر روی آن آمده است ساخته می شود و تمامی شرایط نوشته شده روی آن اجرا می گردد و پس از ساخت طبق دستورالعمل محیط ها استریل و توزیع می شوند و یا قبل از استریل شدن با توجه به نوع محیط توزیع و استریل می شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / شعله - یخچال - محیط کشت - انکوباتور - اتوکلاو - پلیت - لام و لامل - میکروسکوپ - لوله

آزمایش - لوپ و پنس - انکوباتور - رنگهای گرم - معرف ها و مواد لازم

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلااد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود

کد سند: LAB-WI-10

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: کاهش خطاهای فردی درانجام آزمایش ها

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

تهیه کنید. LIS روش کار: ۱. لیست کاری را سیستم

۱- نمونه ها را از محل نمونه گذاری به میز کارمنتقل و بر اساس کد پذیرش مرتب سازی کنید.

۲- به ازای هر نمونه یک عدد لوله تمیز برداشته و کد را روی آن بنویسید.

۳- حدود ۱۰ سی سی از ادرار را داخل لوله بریزید و از نظر ماکروسکوپی و میکروسکوپی بررسی کنید.

• ماکروسکوپی: ابتدا ادرار را از نظر رنگ و کدورت بررسی کنید:

- رنگها شامل: Yellow – Dark yellow – Pale yellow – Orange – Red – Brown – Colorles

- کدورت بر طبق جدول زیر سنجیده شود:

تعریف	شفافیت
هیچ ذره قابل رویتی وجود ندارد.	Clear

Semi Clear	ذراتی در نمونه مشاهده می شود و متن نوشته شده از پشت لوله قابل خواندن است.
Semi Turbid	ذرات زیادی دیده میشود و متن نوشته شده از پشت لوله فقط مشاهده می شود ولی واضح و قابل خواندن نیست.
Turbid	متن نوشته شده از پشت لوله قابل رویت نیست.

- بعد از آن داخل هر لوله یک نوار ادرار ۱۱ پارامتری را به طور عمودی وارد کنید و پس از چند ثانیه آنرا برداشته و به طور افقی قرار دهید و در زمان حداکثر یک دقیقه با کمک جدول رنگ روی قوطی نوار آنرا قرائت و نتایج را در دفتر ثبت کنید.

- لوله ها را داخل سانتریفیوژ بگذارید و در دور ۱۸۰۰ به مدت ۵ دقیقه سانتریفیوژ کنید. مایع رویی را روی لوله دیگری خالی کرده و سپس حدود ۲-۳ سی سی اسید سولفوسالسیلیک ۳٪ را روی آن بریزید و از نظر کدورت طبق جدول زیر بررسی کنید:

مشاهدات	نتیجه آزمایش با اسید سولفوسالسیلیک ۳٪
کدورتی مشاهده نمی شود یا به کدورت نمونه اضافه نمی گردد	Negative
کدورت محسوس دیده شده - متن نوشته شده از پشت لوله قابل خواندن است	Trace
کدورت شدید- بدون گرانولاسیون - متن نوشته شده از پشت لوله قابل خواندن نیست	1+
کدورت همراه با گرانولاسیون بدون فلوکولاسیون	2+
کدورت همراه با گرانولاسیون و فلوکولاسیون	3+
توده بزرگ رسوب یا توده جامد	4+

• میکروسکوپی :

- رسوب باقی مانده ته لوله را به هم زده و یک قطره روی لام بگذارید و روی آن لامل گذاشته و در زیر عدسی ۱۰ و ۴۰ میکروسکوپ بررسی کنید.

- تعداد گلبول های سفید و گلبول های قرمز و میزان باکتریها و مخمرها و تری کوموناس و اسپرم و چربی ها و کریستال های نرمال اسیدی و بازی با عدسی ۴۰ بررسی و گزارش شوند.

- تعداد کریستال های غیر نرمال اسیدی و بازی و تعداد Cast ها و میزان Squamous Ep.cell و mucus ها با عدسی ۱۰ بررسی و گزارش شوند.

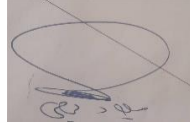
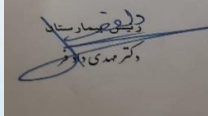
- جواب را در سیستم LIS ثبت کنید و به سیستم HIS انتقال دهید.

***نکته: ۳ گرم پودر اسید سولفوسالسیلیک را در آب مقطر محلول می کنیم که در این صورت اسید سولفو سالیسیلیک ۳ درصد ایجاد می شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / دفتر ثبت جواب ها- میکروسکوپ- نوار ادراری- لام و لامل- اسید سولفوسالسیلیک- سانتریفیوژ

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)	دکتر مهدی دادقر (ریاست بیمارستان)



بہار ہاشمی (مسئول بہبود کیفیت)





عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود

کد سند: LAB-WI-11

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: کاهش خطاهای فردی در انجام آزمایش ها

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

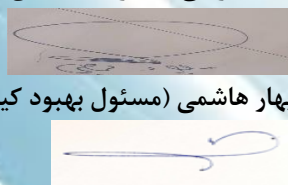
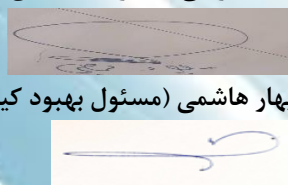
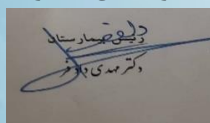
روش کار:

❖ انگل شناسی:

- ۱- لیست کاری را از سیستم LIS تهیه کنید.
 - ۲- نمونه ها را از محل نمونه گذاری تحویل بگیرید.
 - ۳- نمونه ها را بر اساس کد پذیرش ردیف کنید.
 - ۴- ظاهر مدفوع از نظر رنگ (قهوه ای - سبز - زرد - سیاه - خونی و ...) و قوام (Normal, Soft, Formed, Loose, Diarrhea) بررسی کنید.
 - ۵- یک لام شیشه ای تمیز برداشته و روی آن یک قطره سرم فیزیولوژی بریزید.
 - ۶- با استفاده از اپلیکاتور مقداری از مدفوع را از داخل ظرف برداشته و روی سرم فیزیولوژی بگذارید و به هم بزنید و یک لامل روی آن بگذارید و زیر میکروسکوپ بررسی کنید.
 - ۷- از عدسی ۱۰ برای گزارش تخم انگل های پر سلولی و از عدسی ۴۰ برای گزارش گلبول های سفید و قرمز و بررسی تک یاخته ها استفاده کنید.
 - ۸- اگر تخم انگل دیده شد اسم کامل آنرا بنویسید و اگر دیده نشد به صورت not seen گزارش شود.
 - ۹- تعداد گلبول ها و میزان مخمر را گزارش دهید.
 - ۱۰- جواب را در LIS ثبت و سپس در سیستم LIS وارد کنید.
- ❖ خون مخفی مدفوع :
- ۱- لیست کاری را از LIS تهیه و نمونه ها را آماده کنید.
 - ۲- کیت مربوط به خون مخفی را به دمای اتاق برسانید.
 - ۳- مقداری از مدفوع را در بافر مخصوص حل کرده سپس ازین مخلوط یک قطره را روی نوار میریزیم. در صورت تغییر رنگ هردو بخش مخصوص به نمونه کنترلی و نمونه , جواب مثبت در نظر گرفته میشود.
 - ۴- جواب را در LIS ثبت و سپس وارد HIS کنید.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / لام و لامل - سرم فیزیولوژی - میکروسکوپ - لوگل - اپلیکاتور

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
		



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود

کد سند: LAB-WI-12

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: انجام آزمایشات هورمونی وایمونولوژیک به روش الایزا بر اساس دستورالعمل های کشوری مرجع سلامت

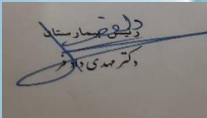
دامنه (محدوده): آزمایشگاه و بخش های بستری

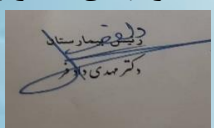
روش کار:

- ۱- نمونه های گروهی بخش هورمون را با لیست مربوط از نمونه گیری تحویل بگیرید و آن ها را چک کنید و با لیست مطابقت دهید و در صورت عدم وجود یکی از آن ها، علت عدم وجود را پی گیری کنید.
- ۲- آنها را مطابق جایگاه های تعیین شده در فریزر بر اساس روز تعیین شده جهت انجام تست مطابق برنامه پذیرش تفکیک کنید .
- ۳- دمای محیط را چک کنید که حتما باید ۲۵-۱۵ درجه سانتی گراد باشد.
- ۴- یک ساعت قبل از شروع کار کیت ها را به دمای محیط برسانید.
- ۵- تمام نمونه های مربوط به تست هائی که باید در آن روز انجام شود را از فریزر خارج کنید تا به دمای محیط برسند.
- ۶- سپس لیست کار را از سیستم LIS تهیه و تمام سرم ها را با لیست کار چک کنید و از وجود همه آنها مطمئن شوید و برای سرم هائی که شماره آنها در لیست وجود دارد ولی سرم را نداریم پیگیری های لازم انجام شود.
- ۷- اگر اقدام اصلاحی انجام شده متعاقب آن در دفترنامنطبق ،اصلاحی وپیشگیرانه ثبت گردد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / کیت های مورد نیاز- دفتر ثبت-دستگاه الایزا و الایزا وشر- سمپلر- آب مقطر

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)
	 	

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های بیوشیمی		
کد سند: LAB-WI-13		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف کنترل کیفیت شناسایی، ارزیابی و تصحیح خطاهایی است که به هنگام کار ممکن است از طریق سیستم، محیط و یا خطای پرسنلی به وجود آید. این فرآیند می بایست پیش از ارائه گزارش به بیمار انجام شود:		
دامنه (محدوده): آزمایشگاه		
روش کار:		
۱- صحت عملکرد دستگاه اتوآنالایزر به هنگام نصب، پس از سرویس و یا سیکل زمانی مشخص تایید شود. (آزمون های دقت و صحت: شامل تکرار پذیری، صحت عملکرد پروب ها، پایداری دمای انکوباتور، انتقال ناخواسته نمونه، انتقال ناخواسته معرف، بررسی صحت خوانش مقدار، غلظت یا فعالیت آنالیت مورد نظر). نکته: تایید صحت عملکرد سایر تجهیزات با الزامات مربوط به هر تجهیز (نظیر آنچه به عنوان مثال در مورد اتوآنالایزر بیان شد) شامل: فوتومتر، فوتومتر، بن ماری، سمپلرها، پیپت ها و سایر شیشه آلات حجمی، ترمومترها، سانتیفریوژر و غیره باید انجام شده و نتایج آن ثبت گردد. ۲- از نمونه کنترل بصورت روزانه و از برنامه کنترل کیفی با منحنی های پایه لوجینگ و قوانین وستگارد استفاده شود. ۳- بررسی ظاهری کیت و کنترل های مصرفی از نظر پلمپ بودن، تاریخ مصرف، تغییر رنگ و شرایط ظاهری با نمونه های قبلی انجام شود. ۴- بررسی نمونه های آزمایشگاهی از نظر وجود همولیز، لیپمیک، ایکتریک، فیبرین، حباب هوا و مواردی که می توانند در آزمون تداخل ایجاد نمایند و در موارد علل رد نمونه ثبت گردد. ۵- کنترل ماهیانه رندوم برخی از پارامترهای دستگاهی و محدوده مرجع در جوابدهی و اقدام اصلاحی در صورت بروز مغایرت انجام شود. ** اگر سرم کنترل بالاتر یا پایینتر از رنج خواند مقدار سرم کنترل و همینطور محلولها و رینجت ها را چک میکنیم در صورت برطرف نشدن سوزن های پمپ ۱و ۲ را با آب مقطر شستشو میدهیم در غیر این صورت سوزن مکش را شستشو می دهیم.		
منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / دستگاه اتوآنالایزر - کیت و کنترل های مصرفی - سانتیفریوژر - بن ماری - لوله آزمایش - سمپلر		
فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های هماتولوژی

کد سند: LAB-WI-14

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: کنترل کیفیت شناسایی، ارزیابی و تصحیح خطاهایی است که به هنگام کار ممکن است از طریق سیستم، محیط و یا خطای پرسنلی به وجود آید. این فرآیند می بایست پیش از ارائه گزارش به بیمار انجام شود.

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

❖ کنترل کیفی داخلی:

- ۱- صحت عملکرد دستگاه به هنگام نصب و یا آخرین سرویس تایید شود. (آزمون های دقت و صحت).
 - ۲- کالیبر کردن یا تغییر فاکتور کالیبراسیون (CF) دستگاه سل کانتر با استفاده از پنج نمونه CBC و مقایسه روش دستی و دستگاهی با استفاده از نرم افزار کنترل کیفی هر شش ماه یکبار و یا در هر زمانی که لازم است. (به هنگام سرویس دستگاه یا زمانی که نتایج QC نیاز به کالیبراسیون را اثبات نماید و یا تغییر در نوع ایزوتون و لایز) ..
 - ۳- انجام آزمایش T-test با استفاده از پنج نمونه CBC در دو روز متوالی به صورت هفتگی و از نرم افزار کنترل کیفی استفاده شود.
 - ۴- نگهداری پیشگیرانه تجهیزات اصلی هماتولوژی صورت گیرد.
 - ۵- تایید تمامی نتایج در مقایسه با هم در یک Run کاری توسط مسئول بخش و یا سوپروایزر و در صورت نیاز کالیبراسیون و تکرار آزمایشات صورت گیرد.
 - ۶- کنترل کیفی و ثبت شاخص های ارزیابی و کیفیت محلول های رنگ آمیزی انجام شود و نیاز برچسب های مناسب برای شناسایی آنها استفاده شود.
 - ۷- کنترل رندوم برخی از لام ها و نیز تمامی لام های مشکل دار توسط مسئول بخش، سوپروایزر و یا مدیر فنی و سوابق آن ثبت شود.
 - ۸- کنترل WBC و پلاکت با لام نئوبار و شیوه دستی در مواقعی که نمونه مورد آزمون مشکل دارد. (نظیر وجود NRBC و تصحیح نتایج به دست آمده).
 - ۹- مقایسه نتایج و پارامترهای دستگاه و همخوانی با لام خون محیطی بررسی شود.
 - ۱۰- کنترل کیفی سدیمان: مقایسه نتایج سدیمان دستگاه بر روی ۳ تا ۵ نمونه بیمار به صورت ماهانه و با روش دستی صورت گیرد.
 - ۱۱- دمای بن ماری و انکوباتور جهت آزمون های انعقادی کنترل شود.
- کنترل کیفی خارجی:
- ۱- ممیزی بر اساس چک لیست اختصاصی هماتولوژی توسط مسئول بخش / سوپروایزر / مدیر کیفی در فواصل هر سه ماه انجام شود.
 - ۲- ارزیابی صلاحیت کارکنان هماتولوژی متناسب با نوع و حجم کار انجام شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / دستگاه سل کانتر و سدیمان - روتاتور - پیپت - پایه ESR - سمپلر

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)



عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های میکروب شناسی

کد سند: LAB-WI-15

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: کنترل کیفیت شناسایی، ارزیابی و تصحیح خطاهایی است که به هنگام کار ممکن است از طریق سیستم، محیط و یا خطای پرسنلی به وجود آید. این فرآیند میبایست پیش از ارائه گزارش به بیمار انجام شود.

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

❖ کنترل کیفی محیط های کشت:

ارزیابی محیط ها شامل نگهداری محیط ها به صورت پودر خشک و محیط های تهیه شده است.

۱- محیط های به صورت پودر خشک باید در بسته، در جای خشک و خنک در حرارت زیر ۲۵ درجه سانتی گراد، دور از نور مستقیم خورشید و رطوبت نگهداری شود و از قراردادن آن ها در مجاورت منابع حرارتی مانند اتوکلاو و فور باید خودداری کرد.

۲- محیط های تهیه شده بایستی دور از حرارت و نور خورشید در یخچال و دردمای ۲ تا ۶ درجه سانتی گراد نگهداری شود. محیط تایوگلائیکولات دردمای اتاق و دور از نور مستقیم نگهداری شود. تمامی محیط ها قبل از استفاده بایستی به دمای اتاق برسد.

۳- محیط های کشت طبق دستورالعمل بر روی آن نگهداری و محافظت می شود و بایستی از نظر تاریخ انقضاء مورد ارزیابی قرار گیرند (تمام محیط ها ماهیانه از نظر نحوه نگهداری، شرایط نگهداری و تاریخ انقضاء بایستی کنترل شوند و نتایج ماهانه ثبت گردد).

۴- باتوجه به امکانات و داشتن سویه های استاندارد می توان محیط های کشت را از نظر رشد باکتری بر روی آن ها کنترل و ارزیابی کرد برای هر lot بهتر است این ارزیابی انجام شود.

۵- محیط های کشت براساس دستورالعمل کارخانه سازنده که بر روی آن آمده است ساخته می شوند و تمامی شرایط نوشته شده روی آن اجرا می گردد (به عنوان مثال pH محیط مولر هینتون آگار پس از تهیه بایستی توسط اسید کلریدریک یا سود بین ۷٫۲- ۷٫۶ تنظیم شود) پس از ساخت طبق دستورالعمل محیط ها استریل و توزیع می شوند و یا قبل از استریل شدن با توجه به نوع محیط توزیع و استریل می شوند.

۶- برای کنترل آلودگی از هر محیط یک یا دو مورد به طور راندوم جدا و به مدت ۲۴ ساعت در ۳۵ تا ۳۷ درجه سانتیگراد انکوبه می شوند و سپس از نظر آلودگی ارزیابی شوند. (بهتر است در شرایط مختلف انکوبه شوند به عنوان مثال در شرایط بی هوازی، هوازی، آنروفلیکو ...)

❖ کنترل کیفی معرف ها، تست ها و محیط های شناسایی و تشخیصی:

۱- برای ارزیابی تمامی معرف ها، تست ها و محیط های تشخیصی بهتر است در هر ران کاری که از این موارد استفاده می شود کنترل های مثبت و منفی نیز استفاده گردد و نتایج آن در کنار نتایج بیماران ثبت گردد.

به عنوان مثال در باکتری های گرم مثبت تستهای کاتالاز، کوآگولاز، DNase، هیدرولیز هیپورات، تست CAMP، حساسیت به دیسک های تشخیصی و یا در باکتری های گرم منفی تستهای MR، VP، سیترات، اکسیداز، اندول و ... تمامی تستهایی که از معرف ها، دیسک های تشخیصی و محیط های تشخیصی استفاده می شود یک نمونه کنترل منفی و یک نمونه کنترل مثبت نیز در کنار نمونه مجهول کار و نتایج ثبت گردد.

۲- تهیه نمونه های کنترل منفی و مثبت در مورد هر تست:

- خرید و استفاده از سویه های استاندارد (ATCC) که نتایج آنها در مورد هریک از این تست ها مشخص است.
- نگهداری و استفاده از باکتری ها و سویه هایی که نتایج آنها در مورد هر تست قبلا مثبت و منفی تشخیص داده شده به عنوان کنترل مثبت و منفی در هر رانکاری. (به عنوان مثال اگر باکتری استافاوریوس جدا شده که از نظر کوآگولاز، کاتالاز، DNase مثبت بوده است این سویه نگهداری شده و در هر ران کاری به عنوان کنترل مثبت انجام شود و یک باکتری که از نظر تست های فوق منفی است نیز به عنوان کنترل منفی).

۳- لازم به ذکر است که برای این نوع کنترل بهتر است از سویه های استاندارد که نتایج تست های آنها کاملاً مشخص است استفاده گردد.

۴- معرف ها و محیط های و دیسک های تشخیصی نیز بایستی ماهانه و با ورود هر Lot از نظر نگهداری تاریخ انقضا و ... ارزیابی و نتایج آن ها ثبت شود.

۵- محلول هایی که در آزمایشگاه توسط پرسنل فنی این بخش ساخته میشوند از نظر شرایط نگهداری نوع ماده شیمیایی تاریخ نگهداری و ... بایستی لیبل زده شوند.

❖ کنترل کیفی رنگ ها و روش رنگ آمیزی:

۱- کیت ها و معرف های مربوط به رنگ آمیزی بایستی هر هفته و با ورود یک Lot جدید از نظر تاریخ انقضا، شرایط نگهداری مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج ثبت گردد.

۲- برای ارزیابی و کنترل کیفی رنگ ها به ویژه رنگ آمیزی گرم توسط این رنگ دو باکتری استاندارد یکی اشرشیاکولی ATCC25922 به عنوان باسیل گرم منفی و استافاوریوس ATCC25923 به عنوان کوکسی گرم مثبت رنگ شده و از نظر نوع رنگ آمیزی :

- فیکس شدن قبل از رنگ آمیزی (استفاده از الکل متانول و یا حرارت)

- گرم منفی و گرم مثبت بودن

- تثبیت کردن ید در گرم مثبت ها

- از نظر رنگبری (الکل استن)

- از نظر رنگ زمینه سافرانین و یا فوشین و ...

ارزیابی شود و نتایج آن ثبت گردد.

❖ کنترل کیفی نیمه مک فارلند:

همانطور که در دستورالعمل تهیه نیمه مک فارلند آمده این محلول پس از ساخت در داخل یخچال و دور از نور ۶ ماه پایداری دارد . برای کنترل کیفی نیمه مکفارلند ساخته شده میتوان ماهانه مقداری از آن را در شرایط استریل برداشت و از نظر کدورت توسط اسپکترو فوتومتر ارزیابی کرد. میزان جذب نور یا ین محلول در طول موج ۶۲۵ نانومتر بایستی بین ۰,۸ تا ۰,۱ باشد.

❖ کنترل کیفی دیسک های آنتی بیوتیکی:

- دیسک های آنتی بیوتیکی بایستی هر هفته و با ورود هر Lot جدید توسط سویه های استاندارد طبق SOP حساسیت آنتی بیوتیکی کنترل و نتایج آن ثبت گردد.

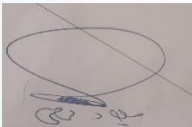
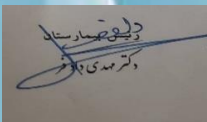
❖ کنترل کیفی تجهیزات:

- درجه حرارت انکوباتور، یخچال و فریزر بایستی روزانه کنترل و ثبت شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / هود - یخچال - انکوباتور - محیط های کشت و معرف های مورد نیاز - لوپ

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)

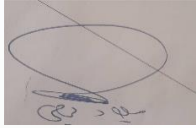
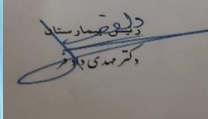
دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های بیوشیمی ادرار		
کد سند: LAB-WI-16		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: کنترل دقت و صحت در نوار ادراری و انجام آزمایش		
دامنه (محدوده): آزمایشگاه		
روش کار: کنترل کیفی بیوشیمی ادرار براساس کنترل هایی که از شرکت سازنده برای آزمایشگاه فرستاده می شوند نوار ادراری را از نظر پارامترهای آن چک می کنند..		
منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / نوار ادراری - نمونه کنترل - سائترفیوژ		
فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های سروایمونولوژی و هورمون		
کد سند: LAB-WI-17		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: هدف کنترل کیفیت شناسایی، ارزیابی و تصحیح خطاهایی است که به هنگام کار ممکن است از طریق سیستم، محیط و یا خطای پرسنلی به وجود آید. این فرآیند می بایست پیش از ارائه گزارش به بیمار انجام شود.		
دامنه (محدوده): آزمایشگاه		
روش کار: با توجه به اینکه ما در این بخش با داده های کمتری نسبت به سایر بخش ها مواجه هستیم، می بایست تاکید و کنترل بیشتری روی سایر عناصر طرح کیفیت ارائه گردد. کنترل کیفی داخلی: ۱- صحت عملکرد دستگاه های آنالایزر هورمون (الایزا) به هنگام نصب، پس از سرویس و یا سیکل زمانی مشخص تایید شوند. (آزمونهای دقت و صحت: شامل بلانک گیری، تکرارپذیری، صحت عملکرد پروب ها / بازوها / ریل ها، پایداری دمای انکوباتور، انتقال ناخواسته نمونه، انتقال ناخواسته معرف، بررسی صحت خوانش مقدار، غلظت یا فعالیت آنالیت مورد نظر) - نکته ۱: تاییدیه صحت عملکرد دستگاه در مورد صحت خوانش مقدار، غلظت یا فعالیت آنالیت مورد نظر ممکن است توسط روش مرجع، ماده مرجع، سرم کنترل، دو دستگاه مختلف و یا مقایسه بین آزمایشگاهی انجام شود. - نکته ۲: تایید صحت عملکرد سایر تجهیزات با الزامات مربوط به هر تجهیز (نظیر آنچه به عنوان مثال در مورد آنالایزرهای هورمون شناسی بیان شد) شامل: اتوکلاو، بن ماری، سمپلرها، دیسپنسرها، پیپت ها و سایر شیشه آلات حجمی، ترمومترها، سانتیفریوژر و غیره باید انجام شده و نتایج آن ثبت گردد. ۲- ظاهر کیت و کنترل های مصرفی از نظر پلمپ بودن، تاریخ مصرف، تغییر رنگ، شفافیت ول ها، محتویات کیت و شرایط ظاهری با نمونه های قبلی بررسی شود. ۳- بررسی نمونه های آزمایشگاهی از نظر وجود همولیز، لیپمیک، ایکتریک، فیبرین، حباب هوا و مواردی که می توانند در آزمون تداخل ایجاد نمایند و در موارد علل رد نمونه ثبت گردد. ۴- کنترل ماهیانه رندوم برخی از پارامترهای دستگاهی و محدوده مرجع در جوابدهی و اقدام اصلاحی در صورت بروز مغایرت انجام شود. ۵- مقایسه منحنی ها از نظر شیب و سیگنال (به عنوان مثال OD در مورد الایزا) برحسب ضرورت و نیاز در حین کار خصوصاً در زمان تعویض محلول یا سرویس دستگاه یا تغییرات محیطی شدید در آزمایشگاه و در صورت لزوم کالیبراسیون انجام شود.		

- ۶- تعیین و کنترل مشخصات عملکردی هر آزمایش با آنچه سازنده کیت بیان نموده است. (از قبیل خطی بودن، حساسیت و واکنش های تداخلی به هنگام راه اندازی آزمایش و یا تغییر در نوع کیت و یا پارامترهای دستگاه).
- ۷- نگهداری پیشگیرانه تجهیزات هورمون شناسی انجام شود.
- ۸- رعایت استانداردهای کیفی در آماده سازی آب مقطر مصرفی، استانداردها، معرف ها، سرم کنترل ها، کالیبراتورها و به ویژه محلول های Wash ویژه هر تست انجام شود.
- ۹- بررسی کیت های جدید و یا کیت های قبلی که در آن ها تغییراتی توسط سازنده بیان شده است و تصدیق و صحه گذاری آن ها، مثلاً استفاده از کیت دیگر و یا روش دیگر برای مقایسه صورت گیرد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / دستگاه الایزا و الایزا وشر- سمپلر- کیت های مصرفی

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی)

کد سند: LAB-WI-18

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف:

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

ردیف	نام تجهیز	شرح اقدام
۱	یخچال	۱- در صورت آلودگی با مایعات بیولوژیک با محلول سفید کننده ۱۰٪ باید ضد عفونی و تمیز شود. ۲- هر شش ماه یک بار یخچال تمیز گردد. ۳- دمای یخچال از روی دماسنج کالیبره طبق دستورالعمل روزانه ساعت ۱۰ در فرم مخصوص ثبت شود. ۴- دماسنج نصب شده در یخچال سالی یک بار توسط مراجع ذیصلاح کالیبره شود. ۵- نظافت عمومی دستگاه شامل گردگیری با گاز آغشته به الکل ۷۰ درصد به صورت هفتگی انجام پذیرد.
۲	فریزر منفی بیشتر درجه	۱- در صورت خراب شدن فریزر سریعاً با شرکت پشتیبانی که شماره آن بر روی شناسنامه دستگاه قید شده، تماس گرفته شود و موجودی آن به یخچال دیگری منتقل گردد. ۲- لاستیک دور درب فریزر کنترل شود. ۳- هر شش ماه یک بار فریزر تمیز گردد. ۴- دمای فریزر از روی دماسنج کالیبره طبق دستورالعمل روزانه ساعت ۱۰ در فرم مخصوص ثبت شود. ۵- دماسنج نصب شده در فریزر سالی یک بار توسط مراجع ذیصلاح کالیبره شود. ۶- نظافت عمومی دستگاه شامل گردگیری با گاز آغشته به الکل ۷۰ درصد به صورت هفتگی انجام پذیرد.

کنترل کیفی سمپلر:

بررسی دقت و صحت سمپلرهای دستی ۳ تا ۴ بار در سال توصیه شده است که انجام حداقل دوبار الزامی می باشد. این بررسی با استفاده از روش های توزین و رنگ سنجی قابل انجام است. به علت نبود ترازوهای با حساسیت کافی در آزمایشگاههای معمولی برای کنترل سمپلر (تا یک صدم میلی گرم)، روش رنگ سنجی تحت شرایط موجود قابل اطمینان تر است.

در این روش با استفاده از یک محلول رنگی با جذب پایدار در طول زمان (مثل رنگ سبز خوراکی در طول موج ۶۲۰-۶۳۰ نانومتر و یا پارانیتروفنل در طول موج ۴۰۱-۴۰۵ نانومتر) دقت و صحت عملکرد سمپلر کنترل می شود.

جهت انجام برنامه کنترل کیفی، سمپلرها، در کارهای روتین به دو گروه تقسیم میشوند:

۱-۱۰۰-۱ میکرو لیتر

۲-۱۰۰-۱۰۰۰ میکرو لیتر

که برای هر گروه باید یک محلول ذخیره از رنگ سبز تهیه نمود.

الف- برای گروه ۱۰-۱۰۰ میکرو لیتر:

تهیه محلول ۱۵۵mg/dl رنگ سبز خوراکی ضروریست که از حل کردن ۱۵۵ میلی گرم پودر رنگ سبز در ۱۰۰ میلی لیتر آب مقطر تهیه می گردد.

ب- برای گروه ۱۰۰-۱۰۰۰ میکرو لیتر:

می بایست محلول ذخیره 15.5 mg/dl رنگ سبز خوراکی را از حل کردن 15.5mg پودر در ۱۰۰ میلی لیتر آب مقطر تهیه نمود.

غلظت محلول های ذخیره به گونه ای انتخاب شده است که محلول 155mg/dl پس از رقیق شدن به نسبت ۱/۱۰۱ و محلول ۱۵/۵mg/dl پس از رقیق شدن به نسبت ۱/۱۱ جذبی حدود ۰/۴ داشته باشد، زیرا اسپکتروفتومترها در محدوده جذبی ۰/۴ کمترین خطای عملکردی را نشان می دهند. هنگام استفاده از پارانیتروفنل نیز سمپلرها به دو گروه تقسیم می شوند و برای هر گروه یک محلول ذخیره تهیه می شود.

برای گروه ۱۰-۱۰۰ میکرو لیتر، پارانیتروفنل با غلظت ۴۲ میلی گرم در دسی لیتر و برای گروه ۱۰۰-۱۰۰۰ میکرو لیتر پارانیتروفنل با غلظت ۴۲ میلی گرم در لیتر تهیه می شود. برای تهیه رقت از سود ۰/۰۱ نرمال استفاده می شود. تاکید می شود که تهیه stock پارانیتروفنل و رقتهای لازم، بترتیب با استفاده از آب مقطر و سود ۰/۰۱ نرمال انجام می گردد.

۱- کنترل دقت:

پس از آماده نمودن ۱۰ لوله آزمایش و انتخاب محلول ذخیره رنگی متناسب با حجم سمپلر مورد کنترل، با توجه به جدول زیر مقدار مشخصی آب مقطر با دقت بسیار زیاد به لوله ها اضافه می شود، سپس به کمک سمپلر مورد کنترل محلول رنگی کشیده شده و به لوله ها اضافه می شود. پس از مخلوط کردن محتویات لوله ها، میزان جذب نوری هر ۱۰ لوله در مقابل آب مقطر قرائت می گردد.

ضریب رقت حاصله	حجم آب بر حسب میلی لیتر	مقدار رنگ بر حسب میکرو لیتر	حجم سمپلر
۱۰۱/۱	۱	۱۰	۱۰
۱۰۱/۱	۲	۲۰	۲۰
۱۰۱/۱	۲/۵	۲۵	۲۵

۱۰/۱/۱	۵	۵۰	۵۰
۱۰/۱/۱	۱۰	۱۰۰	۱۰۰
۱۱/۱	۲	۲۰۰	۲۰۰
۱۱/۱	۵	۵۰۰	۵۰۰
۱۱/۱	۱۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰

در صورت انتقال صحیح حجم آب ، اختلاف در جذب نوری لوله ها به اختلاف در حجم رنگ انتقالی توسط سمپلر نسبت داده می شود. بدین ترتیب محاسبه ضریب انحراف معیار (CV٪) بین ۱۰ خوانده معرف مقدار عدم تکرارپذیری در سمپلر خواهد بود. در کارهای روزمره حداکثر ۳٪ خطای عدم دقت قابل قبول است.

-کنترل صحت :

جهت کنترل صحت عملکرد سمپلر ،وجود بالن ژوژه های کلاس A 10 و ۱۰۰ میلی لیتر و پی پت های کلاس A 1 و ۱۰ میلی لیتر ضروری می باشد . برای انجام این آزمایش با استفاده از پی پت و بالن ژوژه رفتهای ۱/۱۱ و ۱/۱۱ از محلول رنگ سبز خوراکی تهیه می گردد، که بترتیب برای تهیه رقت ۱/۱۰۱ ، یک میلی لیتر رنگ سبز خوراکی به بالن ژوژه حاوی ۱۰۰ میلی لیتر آب مقطر و برای تهیه رقت ۱/۱۱، ده میلی لیتر رنگ سبز خوراکی به بالن ژوژه حاوی ۱۰۰ میلی لیتر آب مقطر اضافه می گردد. پس از مخلوط نمودن محتویات بالنها ، جذب نوری هر رقت از محلول رنگی حداقل سه بار قرائت شده و پس از محاسبه میانگین ، مقدار بدست آمده به عنوان مقدار مورد انتظار (Expected) در نظر گرفته می شود . میزان عدم صحت با استفاده از فرمول Bias برای هر سمپلر محاسبه می گردد.

میانگین جذب بدست آمده از هر سمپلر در مرحله ارزیابی عدم دقت _ میانگین جذب نوری در بالن ژوژه (جذب واقعی)

$$100 * \% \text{ Bias} =$$

جذب نوری در بالن ژوژه

در کارهای روزمره حداکثر ۵٪ عدم صحت قابل قبول می باشد.

نکات:

- ۱-ضربه به سمپلر می تواند این وسیله را از کالیبراسیون خارج نماید.
 - ۲- با انتخاب سر سمپلر مناسب حجم محلول برداشتی باید در حدی باشد که مایع وارد قسمت های داخلی نگردد.
 - ۳-تماس دست با نوک سمپلر آلوده ممنوع است.
 - ۴-در صورت مکش محلول های اسیدی و سایر مواد با خاصیت خوردندگی باید بخش نگهدارنده سر سمپلر (Tip-holder) باز شده و پیستون و حلقه پلاستیکی (O-ring) بخوبی با آب مقطر شسته شود.
 - ۵-هرگز نباید سمپلر حاوی محلول به پهلوی زمین گذاشته شود.
 - ۶-هرگز نباید سمپلرهای متغیر را بر روی حجمی خارج از محدوده حجمی ادعائی آن تنظیم نمود.
- کلیه عملیات مربوط به سرویس ونگهداری می بایست ثبت و نگهداری شود.

کنترل کیفی فتومتر:

ردیف	نام تجهیز	شرح اقدام
۱	اسپکتروفتومتر	۱- با توجه به کالیبره بودن دستگاه، هر سه ماه صحت طول موج و صحت فتومتریکی و خطی بودن خوانش دستگاه مورد بررسی قرار گیرد. ۲- نظافت عمومی دستگاه شامل گردگیری با گاز آغشته به الکل ۷۰ درصد به صورت ماهانه انجام پذیرد.

صحت طول موج:

ارزیابی صحت طول موج به منظور ارزیابی ادعای سیستم در تاباندن طول موجی است که دستگاه برای آن تنظیم شده است.

راحت ترین و قابل دسترس ترین روش برای اسپکتروفتومترهایی که با نور مرئی کار میکنند، استفاده از محلول سیان مت هموگلوبین (۲۰ میکرولیتر خون و ۵ میلی لیتر درابکین) بوده که دارای حداکثر جذب نوری در طول موج ۵۴۰ نانومتر است.

۱- ابتدا با محلول درابکین به عنوان بلانک دستگاه را صفر کرده و سپس جذب نوری نمونه در طول موج ۵۳۰، ۵۳۵، ۵۴۰، ۵۴۵ و ۵۵۰ نانومتر قرائت میگردد. (لازم بذکر است پس از هر تغییر طول موج، باید جذب نوری دستگاه با محلول بلانک صفر گردد.)

۲- بر اساس طول موج و میزان جذب یک منحنی رسم میگردد که در صورت وجود صحت طول موج، حداکثر جذب نوری را در ۵۴۰ نانومتر نشان خواهد داد.

*بررسی صحت طول موج با استفاده از روش گفته شده برای فوتومتر امکان پذیر نمی باشد. این بررسی میبایست با استفاده از محلولها یا فیلترهای مناسب و توسط شرکت های پشتیبان انجام گردد.

کنترل کیفی ترازو:

ردیف	نام تجهیز	شرح اقدام
۱	ترازوی حساس دیجیتال	۱- قبل از کار با ترازو با وزنه استاندارد از کالیبر بودن آن اطمینان حاصل شود. ۲- قبل و بعد از استفاده حتما صفحه گردترازو جهت اندازه گیری مواد کاملاً تمیز شود. توجه نمایید که در هنگام این کار ترازو حتما خاموش باشد. ۳- کالیبراسیون دستگاه توسط شرکت ذیصلاح سالی یک بار انجام شود. ۴- نظافت عمومی دستگاه شامل گردگیری با گاز آغشته به الکل ۷۰ درصد به صورت هفتگی انجام پذیرد.

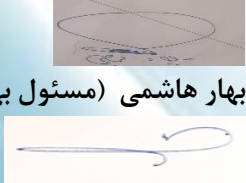
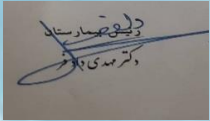
کنترل کیفی تجهیزات گرمایشی:

ردیف	نام تجهیز	شرح اقدام
۱	انکوباتور	۱- قبل از انجام کار، دمای انکوباتور با دماسنج کالیبره کنترل شده و در فرم ثبت دما یادداشت شود. ۲- داخل انکوباتور حداقل هر دو هفته یکبار با استفاده از مواد ضد عفونی کننده کاملاً تمیز شود. ۳- کالیبراسیون دستگاه توسط شرکت ذیصلاح سالی یک بار انجام شود.

		۴- نظافت عمومی دستگاه شامل گردگیری با گاز آغشته به الکل ۷۰ درصد به صورت هفتگی انجام پذیرد.
۲	بن ماری معمولی	۱- آب بن ماری هر دو ماه تعویض شود. ۲- برای جلوگیری از رسوب املاح در بن ماری از آب مقطر استفاده نمود. ۳- اگر در بن ماری رسوب وجود داشته باشد، ابتدا باید با اسید رقیق (محلول اسید کلریدریک دو نرمال) شست و شو داده شده و سپس سریع و به طور کامل با آب شسته شود. ۴- با توجه به اینکه داغ شدن بیش از حد المنت ها به علت خشک شدن بن ماری، موجب آسیب رساندن به دستگاه می شود، به حداقل حجم آب مورد نیاز جهت حفظ کارکرد مطلوب دستگاه توجه نمود. ۵- در ابتدا، در حین و در انتهای انجام کار دمای دستگاه با استفاده از یک ترمومتر کالیبره چک شده و یادداشت شود. ۶- کالیبراسیون دستگاه توسط شرکت ذیصلاح سالی یک بار انجام شود. ۷- نظافت عمومی دستگاه شامل گردگیری با گاز آغشته به الکل ۷۰ درصد به صورت هفتگی انجام پذیرد.
۳	فور (آون)	۱- به طور ماهانه داخل آن تمیز گردد. ۲- هنگام نظافت دستگاه باید خاموش و خنک باشد. ۳- کالیبراسیون دستگاه از نظر دما سالی یک بار توسط شرکت ذیصلاح انجام شود. ۴- نظافت عمومی دستگاه شامل گردگیری با گاز آغشته به الکل ۷۰ درصد به صورت هفتگی انجام پذیرد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه) 	میلااد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



عنوان دستورالعمل: گزارش آنی نتایج بحرانی

کد سند: LAB-WI-19

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: اعلام گزارشاتی که ممکن است عدم اعلام آن به بیمار و یا پزشک موجب مشکلات عدیده ای برای بیمار و یا اطرافیان وی گردد.

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

در آزمایشگاه مسئولیت گزارش به موقع نتایج بحرانی برعهده تمامی کارکنان شاغل در بخش های فنی میباشد. محدوده بحرانی در رابطه با تمامی تست های قابل انجام در آزمایشگاه بیان شده است که در SOP ها ذکر شده است.

تمامی کارکنان بخشهای فنی می بایست این محدوده ها را بدانند.

پس از اینکه فردی در آزمایشگاه متوجه شد که نتیجه یک تست در محدوده بحران قرار دارد:

۱- باید مساله را با مسئول فنی یا سوپروایزر مطرح نماید.

۲- مسئول فنی و یا سوپروایزر با تکرار آزمایش بر روی همان نمونه به صورت دوتایی و یا در کنار یک کنترل مناسب از نتیجه به دست آمده قبلی اطمینان حاصل نموده و مورد را پس از مقایسه با نتایج قبلی و همبستگی بالینی و تاریخچه بیمار بسته به مورد به پزشک ، بیمار و یا سیستم مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت سریع اطلاع دهد.

***گاهی نیاز است که شرایط زمان نمونه گیری از بیمار سوال شده و یا نمونه گیری مجدد انجام پذیرد. به هر حال علت و نتیجه تکرار نمونه در فرم مربوطه ثبت شود.

الف) موارد مشمول گزارش فوری تلفنی :

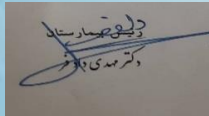
فلج شل حاد ، وبا (التور) ، سرخک ، سندرم سرخجه مادرزادی ، دیفتری ، کزاز نوزادان ، مننژیت ، آنفولانزا ، پنومونی ، طاعون ، تیفوس ، تب زرد ، تب راجعه ، هر نوع حیوان گزیدگی ، بوتولیسم ، سیاه زخم تنفسی ، شیستوزومیازیس ، عوارض ایمنسازی ، هر نوع بیماری بثوری خونریزی دهنده ، مالاریا ، سیاه زخم تنفسی و سایر بیماریهای واگیر در صورت مشاهده افزایش موارد گزارش داده شود.

ب) موارد مشمول گزارش ماهیانه کتبی :

سل ، سیاه سرفه ، تیفوئید ، هیپاتیت های ویرال ، HIV+ ، بیماریهای آمیزشی ، مالاریا ، سالک و کال آزار ، تب مالت ، سیاه زخم جلدی ، کیست هیداتیک ، توکسوپلاسموز ، پدیکولوز ، کچلی و سایر بیماریهای قارچی ، گال ، جذام ، کزاز بالغین ، بیماریهای آمیزشی ، شیگلوز ، عفونت های بیمارستانی و کلیه موارد مشمول گزارش فوری داده شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / وسایل ارتباطی

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: ارجاع نمونه های بالینی

کد سند: LAB-WI-20

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: نمونه های ارجاعی می تواند شامل هر نمونه ای باشد البته باید شرایط مربوط به انتقال نمونه کاملاً رعایت شود.

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

الزامات مربوط به نحوه انتقال نمونه از نظر درجه حرارت، زمان، ظرف، فاصله و...
الف - نمونه هایی که باید بلافاصله به آزمایشگاه ارسال شده و مورد آزمایش قرار گیرند:

Activated Clotting Time (ACT)

Ammonia, Plasma

Acid Phosphatase, Serum or Plasma

Bilirubin, Urine

CSF

Ketones, Urine

Nitrite, Urine

Nitro Blue Tetrazolium Test (NBT)

PCo2, Blood

PH, Urine

Synovial Fluid Analysis

نمونه هایی که باید در اولین فرصت ممکن سرم و یا پلاسما جدا گردند:

aPTT, PT

Aldolase, Plasma or Serum

Angiotensin Converting Enzyme (ACE)

Antidiuretic Hormone (ADH)

Antiphospholipid Antibody

Antiplasmin

Antithrombin

Apolipoprotein A-I

Apolipoprotein B-100

Calcitonin

D-Dimer

DHEA, DHEA-S

Factor XIII
FDP
Fibrinogen
FSH
Hemoglobin, Plasma
Heparin Neutralization
HMWK
Insulin, Serum
Luteinizing Hormone (LH)
Mixing Studies
PTH

Phosphorus, Serum
PAI-1, Plasminogen
Potassium
Prekallikrein
Protein C
Protein S
Reptilase Time
Thrombin Time
Vasoactive Intestinal Peptide (VIP)
Von Willebrand Factor

ب-نمونه‌هایی که برای جداکردن هر چه سریع‌تر سرم یا پلاسما نیاز به سانتریفیوژ یخچال‌دار است:

Antidiuretic Hormone (ADH)
ACTH
Calcitonin
C-peptide
Gastrin
IGF-1
Lecithin: Sphingomyelin Ratio, Amniotic Fluid
Prolactin
Renin Plasma Activity (RPA)

ت- مواردی که حمل و جا به جایی نمونه حتما باید بر روی یخ صورت گیرد:

Aldosterone, Serum or Plasma
Carcinoembryonic Antigen (CEA)
Methemoglobin, Whole Blood & PCO₂, Blood PH (در مخلوط آب و یخ)

ث - مواردی که باید انتقال نمونه به صورت فریز (منجمد) شده صورت گیرد:

ADH

CA19-9

Hepatitis B, C & D, Serology

ج - سایر موارد

✦ **Calcium, Ionized, Serum**: انتقال نمونه باید در شرایط بی‌هوازی انجام دهید.

✦ **Cryoglobulin & Cryofibrinogen**: بلافاصله نمونه‌ها را در آب گرم قرار داده و به آزمایشگاه ارسال نمایید.

✦ **Semen Analysis**: به بیمار آموزش دهید که نمونه را در عرض ۶۰-۳۰ دقیقه پس از گرفتن و با حفظ در دمای ۳۷°C به

آزمایشگاه برساند که راحت‌ترین کار چسباندن نمونه به بدن است. دمای پایین در حین انتقال به آزمایشگاه ممکن است میزان حرکت اسپرم را کاهش دهد.

الزامات مربوط به شرایط نگهداری نمونه قبل از انجام آزمایش

الف - مواردی که می‌توان نمونه را در یخچال (۲-۸°C) نگهداری کرد:

Amylase, Urine

C1 Esterase Inhibitor, Serum

Calcium, Serum

Catecholamines, Fractionation, Urine

Chloride, Serum or Plasma

Cortisol, Serum (تا هفت روز)

Creatine Kinase, Serum

CK-MB

Creatinine Clearance, Urine

Digoxin, Serum

Drugs of Abuse Testing, Urine

Erythrocyte Sedimentation Rate (حداکثر ۱۲ ساعت)

Ferritin, Serum

HbA1C (تا هفت روز)

TIBC & Iron (تا هفت روز)

Jo-1 Antibody

Leukocyte Esterase, Urine

Lithium, Serum

Magnesium, Serum or Urine

Metanephrines, Urine

Methadone, Serum or Urine

Methamphetamine, Qualitative, Urine

Morphine



Mycobacteria by DNA Probe

Mycobacterial Culture, Sputum

Myoglobin, Serum or Plasma

Opiates, Qualitative, Urine

Osmolality, Serum

Osmotic Fragility

Peripheral Blood, Red Blood Cell Morphology

Phosphorus, Serum

Porphyryns, Quantitative, Urine

Potassium, Urine

(PAPP) Pregnancy-Associated Protein A, Serum

Protein Electrophoresis, Serum or Urine

Protein, Quantitative, Serum or Urine

Reducing Substances, Urine

Schilling Test

Specific Gravity, Urine

T3 Uptake

Triglycerides, Serum or Plasma

Zn, Urine

Hb Electrophoresis, Hb A2 (تا هشت روز)

ب - مواردی که باید نمونه را در فریزر (-۲۰ °C) نگهداری نمود:

α - Fetoprotein (AFP), Serum

B-Type Natriuretic Peptide (BNP)

CA19-9

Calcitonin, Serum

Ceruloplasmin, Serum or Plasma

Cobalamin, Serum

C-Peptide, Serum

Dihydrotestosterone, Serum

Glucagon, Plasma

Hemoglobin, Plasma

Hepatitis A, B, C, D, Serology

Insulin, Serum

Metanephrines, Plasma

Mucopolysaccharides, Urine

PTH, Serum

Prolactin, Serum
Renin Plasma Activity (RPA)
Testosterone, Serum or Plasma
Thyroglobulin, Serum

زمان چرخه کاری: ارسال نمونه های ارجاعی فقط در شیفت صبح انجام میگردد .

،ملاحظات ایمنی حین جمع آوری و انتقال نمونه

جمع آوری نمونه در مواردی که احتمال آلودگی بیمار یا نمونه وجود دارد مثل خلط بیمار مشکوک به TB یا خون فرد مبتلا به هیپاتیت و ایدز باید با رعایت کامل اصول ایمنی و پیشگیرانه انجام دهید و هنگام جابجایی و انتقال نمونه نیز باید این موارد کاملا رعایت کنید.

➤ نمونه جداگانه به همراهی پرونده بیمار لازم است .

➤ سریعاً باید به بخش پاتولوژی برسانید چون در اثر ماندن سلولها دژنره می شوند.

➤ از افزودن فرمالین خودداری شود.

برداشت و ارسال نمونه پاتولوژی

تکمیل فرم شماره یک (فرم درخواست سیتولوژی و پاتولوژی)

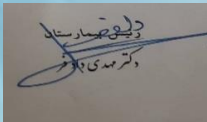
-این فرم در دو نسخه تکمیل کنید

-قسمت اطلاعات دموگرافیک ،در اتاقهای عمل ،توسط منشی اتاق عمل و در مطبها توسط پزشک نمونه بردار تکمیل میگردد
 (بخشنامه معاونت سلامت وزارت بهداشت به شماره ۵۰۷۶۱/ب/س مورخ ۸۵/۴/۱۸)

-قسمت اطلاعات بالینی توسط پزشک معالج تکمیل میگردد
 هر دو نسخه به همراه نمونه به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال کنید

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / وسایل ارتباطی

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی

کد سند: LAB-WI-21

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: جمع آوری صحیح نمونه های آزمایشگاهی در تمام بخشها

دامنه کاربرد: بخشهای بستری و پاراکلینیک

روش کار:

نوع آزمایش	شرایط و آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	نوع نمونه	حجم نمونه لازم	زمان و نگهداری (گرفته نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمودن نمونه
FBS	12 ساعت ناشتایی لازم است	-	سرم	2 ^{cc}	- حداکثر 2 ساعت فاصله بین نمونه گیری تا جداسازی قابل قبول است. - پس از جداسازی تا 8 ساعت در دمای اتاق پایدار است. - 72 ساعت در یخچال پایدار است	ناشتا نبودن همولیز تماس سرم با سلول بیش از 2 ساعت
BUN	عدم مصرف بیش از حد فرآورده گوشتی	-	سرم	2 ^{cc}	دمای محیط: یک روز یخچال هفت روز فریزر: تا یک سال	همولیز
Creat	مصرف زیاد گوشت، جنتامایسین و سایمتدین و سفالوسپورین ها افزایش می دهند.	نیاز نیست یا هپارین (برای روش آنزیمی مناسب نیست)	سرم	2 ^{cc}	24 ساعت در یخچال پایدار است. برای نگه داری بیشتر فریزر شود.	همولیز
AST	ترجیحاً ناشتا باشد	-	سرم	2cc	- حداکثر 2 ساعت فاصله نمونه گیری تا جداسازی سرم - 48 ساعت در دمای یخچال پایدار است	همولیز و سرم لیپمیک
ALT	ترجیحاً ناشتا باشد	-	سرم	2cc	حداکثر 2 ساعت فاصله نمونه گیری تا جداسازی سرم - 48 ساعت در دمای یخچال پایدار	همولیز و سرم لیپمیک
ALP	ترجیحاً ناشتا باشد	-	سرم	2cc	حداکثر 2 ساعت فاصله نمونه گیری تا جداسازی سرم - 48 ساعت در دمای یخچال پایدار	همولیز و سرم لیپمیک
Uric acid	- مصرف کورتون افزایش می دهد	-	سرم	2 ^{cc}	دمای محیط 3: روز	-

		یخچال 3 تا 5 روز فریزر 6 تا 12 ماه				-مصرف آلپورینول و تریامترن کاهش می دهد.	
	-	از ذوب و یخ زدگی مجدد جلوگیری شود دمای محیط 2: روز یخچال 7: روز فریزر: تا یک سال	2 ^{cc}	سرم	نیاز نیست یا EDTA	14ساعت ناشتایی لازم است. -عدم تغییر وزن در سه هفته قبل. -کورتون، OCP افزایش می دهند.	TG
	همولیز	دمای محیط 7: روز یخچال 7: روز فریزر 3: ماه	2 ^{cc}	سرم	نیاز نیست یا EDTA	ترجیحاً ناشتا باشد (12 ساعت)، تورنیکه زیاد بسته نباشد، 5 دقیقه آرام بنشیند.	Cholesterol
همولیز لوله اسید و اش نباشد		دمای محیط 7: روز یخچال 21: روز فریزر 8: ماه	2 ^{cc}	سرم	نیاز نیست یا هپارین	ترجیحاً ناشتا باشد، عدم مصرف لبنیات قبل از آزمایش	Ca
همولیز لوله اسید واش نباشد		جداسازی سریعاً انجام شود (کمتر از یک ساعت) دمای محیط: E روز یخچال: 7 روز فریزر: 3 ماه	2 ^{cc}	سرم	نیاز نیست یا هپارین	ترجیحاً ناشتا باشد، مصرف آنتی اسیدها باعث کاهش می شود	P

نوع آزمایش	شرایطی آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	نوع نمونه	حجم نمونه لازم	زمان و نگهداری (گرفته نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمودن نمونه
HDL	ناشتایی بیش از 12 ساعت لازم است. رژیم غذایی در سه هفته گذشته تغییر نکند.	نیاز نیست یا EDTA	سرم	2 ^{cc}	یک تا سه روز در یخچال تا چند هفته در فریزر	حجم ناکافی
LDL	ناشتایی بیش از 12 ساعت لازم است. رژیم غذایی در سه هفته گذشته تغییر نکند.	نیاز نیست یا EDTA	سرم	2 ^{cc}	یک تا سه روز در یخچال تا چند هفته در فریزر	حجم ناکافی
VLDL	ناشتایی بیش از 12 ساعت لازم است. رژیم غذایی در سه هفته گذشته تغییر نکند.	نیاز نیست یا EDTA	سرم	2 ^{cc}	یک تا سه روز در یخچال تا چند هفته در فریزر	حجم ناکافی
Fe	ناشتایی لازم است. در صورت استفاده از مکمل آهن اطلاع دهید	نیاز نیست یا هپارین	سرم	5 ^{cc}	سرم هر چه سریعتر جداسازی گردد تا 3 روز در دمای اتاق و یک هفته در یخچال پایدار است.	همولیز
Tibc	ناشتایی لازم است. در صورت استفاده از مکمل آهن اطلاع دهید.	نیاز نیست یا هپارین	سرم	2 ^{cc}	سرم هر چه سریعتر جداسازی گردد تا 4 روز در دمای اتاق و یک هفته در یخچال پایدار است.	همولیز
Albumin	ترجیحاً ناشتا باشد. تورنیکه طولانی مدت بسته نشود.	نیاز نیست	سرم	2 ^{cc}	کمتر از 72 ساعت در یخچال 6 ماه در فریزر پایدار است.	لیپمیک همولیز

لیپمیک همولیز	کمتر از 72 ساعت در یخچال 6 ماه در فریزر پایدار است.	2 ^{cc}	سرم	نیاز نیست	ترجیحاً ناشتا باشد. تورنیکه طولانی مدت بسته نشود.	Total. Prot
لوله غیر اسیدوآش همولیز	سرم هر چه سریعتر جداسازی گردد تا چندین روز در یخچال پایدار است.	2 ^{cc}	سرم	نیاز نیست	ناشتایی لازم است	Mg
-	حداکثر تا 2 ساعت پس از نمونه گیری سرم باید جداسازی گردد. پس از جداسازی تا 8 ساعت در دمای اتاق و 72 ساعت در یخچال پایدار است.	2 ^{cc}	سرم	ندارد یا هیپارین یا EDTA	-	BS(Random)
-	حداکثر تا 2 ساعت پس از نمونه گیری سرم باید جداسازی گردد. پس از جداسازی تا 8 ساعت در دمای اتاق و 72 ساعت در یخچال پایدار است.	2 ^{cc}	سرم	ندارد یا هیپارین یا EDTA	2 ساعت پس از صرف صبحانه عادی مراجعه کند (2 ساعت را از زمان شروع صرف صبحانه محاسبه کند)	2hpp
ناکافی بودن حجم	به BS مراجعه شود	2 ^{cc}	سرم	ندارد	12 ساعت ناشتایی لازم است. هر گونه مصرف مداوم دارو را اطلاع دهد.	GTT

نوع آزمایش	شرایطی آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	نوع نمونه	حجم نمونه لازم	زمان نگهداری (گرفته نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمودن نمونه
Hb A1C	ناشتایی ارجح است	EDTA	پلاسما	1 ^{cc}	حداکثر تا یک هفته در یخچال پایدار است.	حجم ناکافی
Urine Vol (24H)	مصرف مایعات در حد اعتدال باشد. (عمداً زیاد یا کم مصرف نکند)	-	ادرار	حجم ادرار 24 ساعت کامل	ندارد	نداشتن لیبل
Urine Urea (24H)	در صورت مصرف داروی مداوم اطلاع دهد	نگهدارنده: Thymol	ادرار	حجم ادرار 24 ساعت کامل	4 ساعت در یخچال	نداشتن لیبل
Urine Cr (24H)	در صورت مصرف داروی مداوم اطلاع دهد. گوشت زیاد مصرف نکند	Boric acid	ادرار	حجم ادرار 24 ساعت کامل	4 روز در یخچال	نداشتن لیبل
Urine Uric acid (24H)	لبنیات بیش از حد استفاده نشده باشد. مکمل غذایی یا هورمون رشد مصرف نکرده باشد.	Boric acid	ادرار	حجم ادرار 24 ساعت کامل	4 روز در یخچال	نداشتن لیبل
Urine prot (24H)	هر گونه مصرف دارو پرسیده و اطلاع داده شود.	Boric acid	ادرار	حجم ادرار 24 ساعت کامل	4 روز در یخچال	نداشتن لیبل

نداشتن لیبل	4 ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار 24 ساعت کامل	ادرار	HCL	هر گونه مصرف دارو پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine ca (24H)
نداشتن لیبل	4 ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار 24 ساعت کامل	ادرار	ندارد	هر گونه مصرف دارو پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine k (24H)
نداشتن لیبل	4 ساعت در دمای اتاق	حجم ادرار 24 ساعت کامل	ادرار	ندارد	هر گونه مصرف دارو پرسیده و اطلاع داده شود.	Urine Na (24H)
نمونه بدون برچسب یا در ظرف نامناسب	به صورت اورژانسی و فوری انجام می شود (ندارد)	2 ^{cc} حداقل	مایع نخاعی		-	CSF analysis
استفاده از ضد انعقاد نامناسب لخته بود. نمونه برای بررسی سلولی	به ردیف آنالیز مربوطه رجوع شود	5 ^{cc}	مایع مفصلی	EDTA برای بررسی سلول بیوشیمی: نیاز ندارد یا هیپارین	-	Synovial Anal.

نوع آزمایش	شرایطی آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	نوع نمونه	حجم نمونه لازم	زمان و نگهداری (گرفته نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمودن نمونه
Anti TOXO	ترجیحاً ناشتا	-	سرم	2 ^{cc}	یک هفته در دمای یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک ایکتریک
Mono Test	-	-	سرم	2 ^{cc}	72 ساعت در یخچال 6 ماه در فریزر	همولیز
Serum IgE	-	-	سرم	2 ^{cc}	4 ساعت در دمای اتاق مدت بیشتر در 20 -	همولیز
ANA	مصرف دارو اطلاع داده شود خصوصاً پلی سیلینو استروئید	-	سرم	2 ^{cc}	72 ساعت در یخچال به مدت طولانی در فریزر	همولیز
Anti-dsDNA	عدم مصرف هیدرالازین و پروکابین آمید	-	سرم	2 ^{cc}	72 ساعت در یخچال به مدت طولانی در فریزر نمونه سریعتر به یخچال منتقل شود.	همولیز
HBSAb	-	-	سرم	2 ^{cc}	7 روز در دمای اتاق بمدت طولانی در فریزر	مصرف ماده ضد انعقاد باعث مثبت کاذب می شود
Anti- HBC	ترجیحاً ناشتا باشد	-	سرم	2 ^{cc}	24 تا 48 ساعت در یخچال و بمدت طولانیتر در فریزر	نمونه شدیداً همولیز یا لیپمیک
Anti Hbs Ag	-	-	سرم	2cc	7 روز در دمای اتاق بمدت طولانی در یخچال یا فریزر	همولیز

Anti- HCV	-	-	سرم	2 ^{cc}	7روز در دمای اتاق بمدت طولانی در یخچال یا فریزر	همولیز
Cortisol	ترجیحاً ناشتا باشد	نیاز ندارد هیپارین تداخل ندارد	سرم	2 ^{cc}	2روز در یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز
Fast State GH	ناشتا باشد. میزان هورمون صبح بیشتر از عصر می باشد.	-	سرم	2 ^{cc}	بلافاصله در یخچال قرار داده شود(8 ساعت در یخچال پایدار است) بمدت بیشتر در فریزر	حجم ناکافی
Ferritin	ناشتا نیازی نیست. در زمان خونریزی قاعدگی کاهش دارد.	نیاز ندارد هیپارین تداخل ندارد	سرم	2 ^{cc}	1تا 2 هفته در یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	حجم ناکافی
AEP	در صورت بارداری سن حاملگی باید روی برچسب نمونه ثبت شود.	-	سرم	2 ^{cc}	یک روز در دمای یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک
CEA	-	-	سرم	2 ^{cc}	یک روز در دمای یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک
PSA	ترجیحاً ناشتا در موارد بیوپسی پا انزال طی 24 ساعت قبل و در عفونت افزایش دارد	-	سرم	2 ^{cc}	یک هفته در دمای یخچال بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک

نوع آزمایش	شرایط ی آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	نوع نمونه	حجم نمونه لازم	زمان و نگهداری (گرفته نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمودن نمونه
Pleural anal	-	EDTA برای بررسی سلول بیوشیمی: نیاز ندارد یا هیپارین		5 ^{cc}		استفاده از ضد انعقاد نامناسب لخته بودن نمونه برای بررسی سلولی
Periton eal fluid	-	EDTA برای بررسی سلول بیوشیمی: نیاز ندارد یا هیپارین		5 ^{cc}		استفاده از ضد انعقاد نامناسب لخته بودن نمونه برای بررسی سلولی
(ادراری) VMA	عدم مصرف مواد کافئین دار	HCL به عنوان نگهدارنده	ادرار	حجم ادرار 24ساعت کامل		نداشتن لیبل
CRP	-	ندارد	سرم	1 ^{cc}	72ساعت در یخچال 6 ماه در فریزر	همولیز لیپمیک
RF	-	ندارد	سرم	1 ^{cc}	24ساعت در یخچال 6 ماه در فریزر	همولیز لیپمیک

ASO	در صورت مصرف دارو اطلاع دهید	ندارد	سرم	1 ^{cc}	یک روز در یخچال	همولیز
Wright-coombs w 2ME	-	ندارد	سرم	2 ^{cc}	یک روز در یخچال	همولیز لیپمیک
Widal	ترجیحاً ناشتا باشد	ندارد	سرم	2 ^{cc}	یک روز در یخچال	همولیز
VDRL	-	ندارد	سرم	2 ^{cc}	یک روز در یخچال	همولیز
D/coombs	در صورت مصرف دارو اطلاع دهید	EDTA	پلاسما	2 ^{cc}	یک هفته در یخچال	آلودگی لوله مصرفی
IND/coombs	در صورت مصرف دارو اطلاع دهید	ندارد	سرم	2 ^{cc}	یک هفته در یخچال	آلودگی لوله مصرفی
Brucella IgG	-	بدون ضد انعقاد یا هپارین یا EDTA	سرم	2 ^{cc}	48 ساعت در دمای یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک ایکتربک
HIV	عدم مصرف واکسن آنفو آنزا (اخیراً) (مثبت کاذب می دهد)	بدون ضد انعقاد یا EDTA	سرم	2 ^{cc}	یک هفته در دمای یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک ایکتربک
H/Pylori Ig	ترجیحاً ناشتا	-	سرم	2 ^{cc}	یک هفته در دمای یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک ایکتربک
Anti Rubella	-	-	سرم	2 ^{cc}	یک هفته در دمای یخچال - بمدت طولانی تر در فریزر	همولیز لیپمیک ایکتربک

نوع آزمایش	شرایطی آمادگی لازم برای بیمار	ضد انعقاد مناسب	نوع نمونه	حجم نمونه لازم	زمان و نگهداری (گرفته نمونه تا انجام آزمایش)	معیار رد نمونه
BT	تا یک هفته مصرف آسپیرین تداخل دارد. هرگونه مصرف را اطلاع دهد	-	خون تام	-	-	-
CT	-	-	خون تام	۳ ^{cc}	-	حجم ناکافی
PT-PTT	مصرف OCP تداخل دارد . در بیمار بستری که هپارین می گیرد (نمونه گیری) نیم یا یک ساعت قبل از تزریق هپارین باشد	سیترات سدیم	پلاسما	1/8 ^{cc}	سریعاً پلاسما جداسازی گردد. یک ساعت در یخچال 28 روز در فریزر	لیپمیک همولیز حجم ناکافی

نمونه لخته و همولیز	تا ۴ ساعت در دمای اتاق و ۲۴ ساعت در یخچال قابل نگهداری است	1.5CC	پلاسما	EDTA		CBC
لیپمیک همولیز حجم ناکافی	دو ساعت در یخچال چند ماده در فریزر 4 ساعت در یخچال	1/8 ^{cc}	پلاسما	سیترات سدیم	مصرف OCP تداخل دارد. غذای چرب مصرف نکرده باشد.	Fibrinogen
-	سریعاً پلاسما جداسازی گردد. 8 ساعت در دمای اتاق تا 24 ساعت روی یخ	1-2 ^{cc}	پلاسمنوع نمونه	سیترات سدیم	-	D-Dimer
حجم ناکافی آلودگی با مدفوع بازبودن درب ظرف	تا حداکثر یک ساعت در دمای اتاق	10ML	ادرار	-	مصرف آنتی بیوتیک پرسیده و اطلاع داده شود. دستورات داده شده را فهمیده و اجرا کند.	Urine/C
کم بودن حجم خون استفاده از ظرف نمونه گیری نامناسب	هر چه سریعتر در انکباتور 37 درجه قرار داده شود	نوزادان 1-2 ^{cc} اطفال 2-5 ^{cc} بزرگسال 10 ^{cc}		SPS	مصرف آنتی بیوتیک پرسیده و اطلاع داده شود بهتر است زمان شروع تب نمونه گیری شود	Blood/C
کهنه بودن نمونه (سالمونلا و شیگلا در نمونه تازه قابل جدا سازی است)	حداکثر تا 2 ساعت در دمای اتاق	-		-	-	Stool/C
نمونه کهنه آلودگی با مدفوع حجم ناکافی	حداکثر تا 2 ساعت در دمای اتاق تا 6 ساعت در یخچال	10-15 ^{cc}		-	-	U/A
-	-	چند قطره		-	-	SG Specific Gravity
نمونه کهنه آلودگی با مدفوع	تا 6 ساعت در یخچال	1ML		-	-	Gravindex.T
-	نمونه ادرار تازه باشد	10 ^{cc} حداقل		--	-	Bence jonesp
آلودگی واضح با موارد نامبرده	حداکثر تا 4 ساعت در دمای اتاق نمونه حاوی خون یا موکوس حداکثر یک ساعته انجام شود	مقداری		-	آموزش داده شود که نمونه با آب-ادرار-روغن یا گرد و خاک آلودگی نیابد	S/E

Scotch Test	نمونه اول صبح	یک قطره تولوئن یا گزین جهت شفافیت چسب می توان افزود	-	-	-
OB	دستورالعمل کتی داده شده را رعایت کند	-	حداکثر تا 4 ساعت در دمای اتاق	نمونه خشک شده و مانده	شده و

نمونه خلط

یک "نمونه ی خلط خوب" عبارتست از مواد ترشعی حاصل از ریه ها پس از یک سرفه عمیق. بعبارتی نمونه ای که از حلق و بینی ترشح می شود همانند آب دهان، نمونه مناسبی محسوب نمی شود. همچنین از آنجایی که تعداد باسیل در خلط های دفع شده در زمان های مختلف متفاوت می باشد، آزمایش تنها یک نمونه خلط، برای تشخیص کافی نبوده و بنابراین باید سه نمونه خلط تهیه و مورد آزمایش قرار گیرد. به منظور کاهش دفعات مراجعه بیمار برای دادن سه نمونه خلط، توصیه می شود که نمونه اول در اولین مراجعه بیمار همزمان با تکمیل فرم بیماریابی، تحت نظارت کارمند بهداشتی (اعم از بهورز، کاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی، پرستار یا تکنسین آزمایشگاه) و در فضای باز دریافت شود (تنها در صورتی بیمار مجاز به دادن خلط در فضای بسته است که تمهیدات کنترل عفونت نظیر فشار منفی، تهویه، فیلتراسیون هوا توسط فیلتر هپا و یا لامپ UV در آن فضا لحاظ شده است). سپس ضمن تحویل ظرف دارای مشخصات بیمار برای جمع آوری نمونه دوم و توصیه به بیمار جهت مراجعه به واحد بهداشتی در روز بعد، به وی آموزش داده شود که صبح روز دوم قبل از برخاستن از بستر و بدون اینکه چیزی بخورد، با سرفه ای عمیق خلط خود را خارج کرده و در ظرف دریافتی از واحد بهداشتی خالی کند و پس از بستن در ظرف و گذاشتن آن در کیسه تایلونی، کیسه را بسته و با خود به واحد بهداشتی بیاورد. سپس کارمند بهداشتی در هنگام دومین مراجعه بیمار، ضمن تحویل گرفتن نمونه ی دوم، از بیمار می خواهد که سومین نمونه ی خلط را تحت نظارت مستقیم وی به داخل ظرف بریزد.

بدیهی است که در اولین مراجعه، باید نحوه دادن نمونه ی خلط مناسب (که در ذیل آمده است) برای فرد به زبان ساده توضیح داده شود.

روش دادن نمونه خلط:

۱. کارمند بهداشتی تاکید می شود. برای این کار باید کارمند بهداشتی در هنگام تهیه نمونه خلط، پشت سر بیمار ایستاده و بر جریان کار نظارت به بیمار در مورد اهمیت دادن نمونه ی خلط مناسب و کافی توضیح دهید
 ۲. به وی آموزش دهید که قبل از تهیه نمونه خلط، دهان خود را با آب شستشو دهد تا ذرات و بقایای مواد غذایی و باکتری های آلوده کننده از دهان فرد خارج شود.
 ۳. به فرد یاد بدهید که ابتدا باید ۲ نفس عمیق بکشد، به این ترتیب که در هر بار تنفس، پس از یک دم عمیق، چند ثانیه نفس خود را در سینه حبس کند و سپس به آرامی هوای بازدمی را از ریه ها خارج کند. سپس بدنبال تنفس بعدی، هوای بازدمی را با فشار خارج کرده و بعد در پی تنفس بعدی سرفه کند. با این کار امکان خروج خلط از اعماق ریه ها فراهم می شود.
 ۴. از بیمار بخواهید که قوطی خلط را نزدیک لب های خود نگه داشته و خلط ایجاد شده را به آرامی درون آن بریزد.
- نکته ۱: واضح است که اگر حجم خلط تهیه شده کافی نباشد، باید از فرد خواسته که اقدامات فوق را آنقدر تکرار کند که نمونه خلط کافی تهیه شود. (حجم خلط مناسب ۳ تا ۵ میلی لیتر می باشد)
- نکته ۲: کیفیت و کمیت نمونه بقدری در فرآیند بیماریابی موثر بوده و اهمیت دارد که مجدداً بر تهیه نمونه های اول و سوم تحت نظارت مستقیم کند.
- نکته ۳: کارمند بهداشتی، علاوه بر تکمیل فرم استاندارد بیماریابی (فرم شماره ۱)، باید مشخصات بیمار را روی بدنه ظرف (و نه روی در آن) ثبت کند. حداقل مواردی که باید روی ظرف خلط ثبت شود عبارتند از: نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، شماره مسلسل نمونه، تاریخ دریافت نمونه و نام واحد یا مرکز بهداشتی - درمانی (و خانه بهداشت، در صورت ارسال نمونه از روستا)
- نکته ۴: کارمند بهداشتی باید در تمام مراحل گرفتن ظرف حاوی خلط و کنترل آن از دستکش یکبار مصرف استفاده کند.
- نکته ۵: ظرف خلط باید دهانه گشاد، درب پیچ دار و از جنس پلاستیک شفاف باشد تا بدون نیاز به باز کردن در آن بتوان از مناسب بودن کمیت و کیفیت خلط موجود در آن اطمینان حاصل کرد.
- نکته ۶: نمونه های خلط تا زمان ارسال به آزمایشگاه باید در داخل ظرف حمل قوطی های خلط و در محلی خنک و دور از نور آفتاب نگهداری شود.
- نکته ۵: نمونه ها باید در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال گردد. ایده آل آنست که این کار در کمتر از ۷۲ ساعت صورت پذیرد و نباید بیشتر از یک هفته بطول انجامد. آزمایشگاه ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان دریافت نمونه باید نتیجه آن را تعیین و گزارش کند و نتیجه آزمایش اسمیر بیمار می بایست حداکثر ظرف مدت ۴ روز از زمان تحویل نمونه به آزمایشگاه در اختیار محل بیماریابی (مرکزی که نمونه بیمار را ارسال نموده است) قرار بگیرد.

القاء خلط

توجه داشته باشید که بر خلاف تهیه شیر معده، القاء خلط شیوه ای است که در طی آن آئروسول ایجاد می شود. بنابراین می بایست در یک اتاق ایزوله که آن امکانات احتیاطی کافی برای کنترل عفونت "نظیر فشارمندی، اشعه ماوراء بنفش (که در زمانیکه اتاق در حال استفاده نیست باید روشن باشد) و کش " وجود دارد انجام پذیرد.

القاء خلط روشی است که از نظر ایجاد خطر برای فرد بیمار، روشی کم خطر تلقی می شود و موارد بسیار کمی از عوارض ناخواسته (نظیر حملات سرفه، دیزینگ ملایم و خونریزی بینی) در اثر آن گزارش شده است.

مطالعات اخیر نشان داده است که این شیوه می تواند بدون مشکل حتی در کودکان کم سن و سال انجام پذیرد؛ اما برای انجام آن در سنین پائین، پرسنل آموزشها و تجهیزات ویژه نیاز خواهند داشت.

اقدامات اولیه:

افراد را قبل از این اقدام معاینه نمایید تا از سلامتی کافی آنان برای انجام عملیات القای خلط مطمئن شوید.

افراد دارای خصوصیات ذیل نباید تحت القاء خلط قرار گیرند:

- ناشتا بودن به میزان ناکافی؛ در صورتیکه کودک حداقل ۳ ساعت ناشتا نبود، القای خلط را تا زمان مناسب به تعویق بیندازید.
- وجود ناراحتی شدید تنفسی؛ (نظیر تنفس سریع، خس خس سینه، هیپوکسی)
- لوله گذاری شده
- خونریزی یا خطر بالای بروز آن؛ پائین بودن تعداد پلاکت (کمتر از ۵۰ عدد در میلی لیتر خون)، گرایش به خونریزی، خونریزی شدید بینی
- سطح هوشیاری پایین؛
- سابقه آسم شدید (آسم تشخیص داده و معالجه شده توسط پزشک)

روش کار

۱. یک داروی برونکودیلاتور (مانند سالبوتامول) برای کاهش احتمال بروز دیزینگ تجویز کنید.

۲. محلول سالین هیپر تونیک (سالین ۳٪) را بصورت بخور برای مدت ۱۵ دقیقه یا تا زمانیکه ۵ سی سی از محلول بطور کامل استفاده شده باشد بیز کنید.

۳. دادن فیزیوتراپی قفسه سینه برای به حرکت درآوردن ترشحات لازم است. هرچند که باید از تلاش ارادی خود فرد برای ارائه خلط پس از سرفه ق نیز بهره برد.

۴. برای کودکان بویژه کودکان کم سن و سال که خود قادر به همکاری برای دادن خلط در پی سرفه عمیق نیستند می توانید مراحل زیر را دنبال کنید:

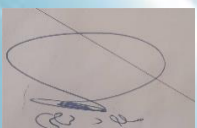
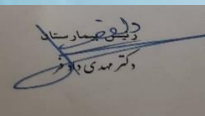
✓ راههای تنفسی (هوایی) را برای خارج کردن ترشحات تنفسی ساکشن کنید؛

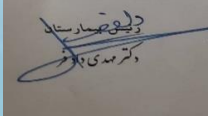
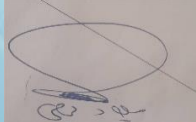
✓ ترشحات ناروفارنژیال را برای جمع آوری نمونه مناسب جمع آوری کنید.

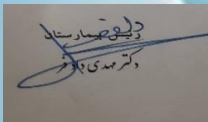
نکته: هر وسیله ای که مجدداً مورد استفاده قرار خواهد گرفت می بایست قبل از استفاده برای بیمار بعدی استریل و ضد عفونی گردد

منابع / امکانات: کتابچه تشخیص طبی-آزمایشگاه مرجع سلامت

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایشگاه		
کد سند: LAB-WI-22		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: ارتقای ایمنی بیماران در مراحل تشخیص و درمان های متعاقب آن		
دامنه (محدوده): آزمایشگاه		
روش کار: ۱. پرسنل بخش یا نمونه گیر آزمایشگاه در بخش های قبل از اقدام به نمونه گیری در صورت هوشیار بودن بیمار پرسش از خود وی و کنترل دستبندشناسایی و در صورت عدم هوشیاری با کنترل دستبند شناسایی بیمار از هویت وی اطمینان حاصل کرده و سپس اقدام به نمونه گیری نماید. ۲. پرسنل بخش یا نمونه گیر آزمایشگاه بلافاصله پس از اتمام نمونه گیری برچسب دارای اطلاعات لازم را در بالین بیمار بر رو لوله ها و یا ظروف حاوی نمونه الصاق نمایند. را اطلاعات مورد نیاز جهت درج بر روی برچسب نمونه: • نام و نام خانوادگی بیمار • کد پذیرش • تاریخ، ساعت و دقیقه نمونه گیری • آزمایش درخواستی یا گروه آزمایش درخواستی ❖ دزر مورد نمونه های پاتولوژی علاوه بر موارد فوق نام پزشک ، نامک بخش و سمت عضو (چپ یا راست) نیز حتما قید گردد. ❖ در مورد نمونه های ارسالی به بانک خون برای کراس مچ و تعیین گروه خ.نی ، قید کردن نام فرد نمونه گیر الزامی می باشد. ۳. مسئول پذیرش آزمایشگاه در مورد بیماران سرپایین برچسب نمونه را تایپ و سپس بر روی ظرف الصاق کرده و نمونه پیر قبل از اقدام به نمونه گیری با پرسش از بیمار از هویت وی اطمینان حاصل کرده و سپس اقدام به نمونه گیری می نماید.		
منابع / امکانات: تجارب بیمارستان		
فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: درخواست شفاهی آزمایش از آزمایشگاه		
کد سند: LAB-WI-23		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: تسریع در روند تشخیص بیماری از طریق انجام آزمایش		
دامنه (محدوده): پرسنل بخش اورژانس		
روش کار: ۱- پیش از تشکیل پرونده برای بیمار به منظور تسریع در روند تشخیص و درمان اگر پزشک اقدام به درخواست آزمایش نماید فرد مسئول شیفت در بخش موظف است درخواست رابه صورت تلفنی یا شفاهی به آزمایشگاه اعلام نماید و نیز به صورت کتبی بر روی برگه سربرگدار بیمارستان یادداشت و ممهور نماید، و به صورت دوبرگ به آزمایشگاه ارسال نماید. آزمایشگاه نیز موظف است به صورت شفاهی و تلفنی آن را تایید و برگه را تحویل گرفته و مهر نماید، یک نسخه از آن را به اورژانس برگرداند.		
منابع / امکانات: تجارب بیمارستان		
فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)

دستورالعمل های طب انتقال خون



عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening و Cross match خون و فراورده های خونی

کد سند: BT-WI-04

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تحویل خون سازگار با بیمار و جلوگیری از آسیب به بیماران

دامنه (محدوده): بانک خون

دستورالعمل انجام کراس مچ

۱- از نمونه پلاسما EDTA بیمار استفاده شود.

۲- الزامی است ثبت نام و نام و نام خانوادگی بیمار و شماره منحصر به فرد شناسایی کننده بر روی لوله حاوی خون بیمار ثبت شود.

۳- الزامی است نام خونگیر و تاریخ خون گیری بر روی لوله حاوی خون بیمار ثبت شود.

۴- در صورتی که فرد تزریق خون یا سابقه بارداری در سه ماه گذشته دارد نمونه تهیه شده فقط تا ۷۲ ساعت پس از انجام آخرین آزمایش غربالگری خون معتبر می باشد.

۵- از نمونه هایی که ظاهر همولیز یا لیپیمی دارند استفاده نکنید نمونه گیری مجدد انجام شود.

۶- شرایط نگهداری نمونه :

- نمونه های خون به مدت حداقل ۷ روز پس از هر کراس مچ جهت هرگونه آزمایشهای بعدی ذخیره شود.

- نمونه های خون در دمای یخچال ۲ تا ۸ درجه ذخیره شود.

-- جهت پیشگیری از هرگونه خطای انسانی یا جداسازی سرم یا پلاسما از گلبول قرمز خون نمونه بیمار و ذخیره سازی در لوله های تفکیک شده توصیه نمیشود.

تجهیزات و مواد و معرفیها :

۱- سالین ۰,۹ درصد

۲- سوسپانسیون ۲ تا ۵ درصد گلبول قرمز خون اهدا کننده

۳- لوله آزمایش ۱۲*۷۵ میلی متر

۴- پیپت یکبار مصرف (پیپت ۵۰ و ۱۰۰ لاندا)

۵- ساتریفوژ سرولوژیک کالیبره شده

۶- گلبول قرمز خون حساس شده

۷- انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد

دستورالعمل انجام:

۱- لوله هایی را که با نمونه خون هر یک از اهدا کنندگان و سرم بیمار آزمایش میشوند نشانه گذاری کنید .

۲- به هریک از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسما بیمار اضافه نمایید.

۳- به هر یک از لوله های مربوطه ۱ قطره سوسپانسیون گلبول قرمز خون ۲ تا ۵ درصد اهدا کننده اضافه کنید.

۴- محتوای لوله ها را مخلوط نمایید سپس در ساتریفوژ سرولوژیک کالیبره شده مطابق زمان مشخص ساتریفوژ نمایید.

۵- توده گلبولی لوله ها را جهت مشاهده همولیز و درجه بندی اگلوتیناسیون با استفاده از اینه مقعر مشاهده و ارزیابی نمایید.

۶- نتایج آزمایش را خوانده و تفسیر و بلافاصله ثبت نمایید.

- ۷- دو قطره البومین ۲۲ درصد یا محلول LISS به لوله فوق اضافه نمایید.
 - ۸- لوله حاوی البومین ۲۲ درصد را به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتی گراد انکوبه نمایید. مطابق دستورالعمل سازنده عمل نمایید.
 - ۹- لوله را پس از مدت معین سانتریفوژ کنید. (معمولا زمان ۱۵ تا ۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰-۱۰۰۰ می باشد)
 - ۱۰- لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود وجود هر گونه اگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده نمایید.
 - ۱۱- نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.
 - ۱۲- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.
 - ۱۳- سپس لوله را سه تا چهار بار با سالیन ۰.۹ درصد شست و شوی دهید و در مرحله آخر کاملاً سالین را تخلیه نمایید.
 - ۱۴- به این لوله دو قطره AHG یا مطابق دستورالعمل سازنده اضافه کنید.
 - ۱۵- محتوای لوله را مخلوط کرده و سانتریفوژ نمایید.
 - ۱۶- لوله را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود وجود هر گونه اگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده کنید ابتدا ماکروسکوپی بررسی کرده در موارد مشکوک میکروسکوپی توصیه می گردد.
 - ۱۷- نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.
 - ۱۸- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.
 - ۱۹- در صورت عدم وجود هر گونه واکنش، کراس منفی و نمونه خون اهدا کننده با خون بیمار سازگار گزارش میشود.
 - ۲۰- در صورت مشاهده هر گونه اگلوتیناسیون نمونه با خون بیمار سازگار نبوده گزارش میشود.
 - ۲۱- به لوله منفی یک قطره گلبول قرمز حساس شده اضافه کنید پس از سانتریفوژ کردن مشاهده اگلوتیناسیون آزمایش را تایید میکند در صورت عدم مشاهده واکنش باید آزمایش مجدداً تکرار شود.
- تفسیر :
- ۱- وجود اگلوتیناسیون یا همولیز نشان دهنده نتیجه آزمایش مثبت یا عدم سازگاری میباشد.
 - ۲- وجود سوسپانسیون گلبولی یک نواخت با گلبولهای قرمز خون آزاد پس از سانتریفوژ و سوسپانسیون مجدد توده گلبولی نشان دهنده آزمایش منفی یا کراس منفی کامل سازگار میباشد.
- نکات مهم :
- ۱- در صورت انجام آزمایش غربالگری الوانتی بادی غیر منتظره با استفاده از کیت ANTIBADI SCREEN CEELS استاندارد و مشاهده نتیجه منفی فقط آزمایش کراس منفی مختصر یعنی مراحل ۱ تا ۶ کافی میباشد و ادامه آزمایش لازم نیست.
 - ۲- در صورت وجود الوانتی بادی در سرم بیمار کراس منفی کامل انجام شود.
 - ۳- در صورت عدم وجود نمونه خون کامل EDTA استفاده از خون لخته بلامانع است به دستورالعمل تولیدکننده معرفیها رجوع شود.
 - ۴- زمانی که سابقه انجام آزمایش ABO RH بیمار در بانک خون موجود نیست انجام یکی از بندهای ذیل با رعایتالویت الزامی است.
- از بیمار نمونه گیری مجدد شده و به بانک خون جهت تکرار و تایید نتیجه آزمایش ABO RH اولیه ارسال شود.
 - آزمایش ABO RH مجدداً بر روی نمونه توسط کارشناس دیگری تکرار و تایید گردد.
 - کارشناس انجام دهنده آزمایش اولیه ABO RH مجدداً آزمایش ABO RH را تکرار و تایید و مستند سازی نماید.

درخواست خون در شرایط اضطراری :

زمانی که پزشک پس از ارزیابی بالینی بیمار درخواست خون کراس مچ نشده میدهد باید مراحل ذیل جهت تحویل خون رعایت گردد تاکید میگردد باید پس از تحویل خون کلیه مراحل آزمایش کراس مچ به طور کامل انجام پذیرد .

۱-درخواست تحویل خون در شرایط اضطراری (بدون کراس مچ) با امضای پزشک درخواست کننده و توضیح اندیکاسیون شرایط بالینی بیمار دریافت شود.

۲-باید خون با گروه ABO سازگار توسط کارشناس بانک خون تحویل شود.

توجه: درخواست خون در شرایط اضطراری با امضای پزشک ، ساقط کننده مسئولیت کارشناس بانک خون جهت تحویل خون با گروه ABO سازگار نمی باشد.

۳-خون سازگار کراس مچ نشده با شرایط و الویت بندی زیر تحویل شود:

-خون با گروه O منفی به ویژه به بیمار زن در سن باروری

-خون با گروه O منفی

در صورت دریافت نمونه و تعیین گروه ABO RH بیمار خون سازگار با گروه بیمار تحویل شود.تاکید میشود از سابقه قبلی گروه ABO RH بیمار استفاده نشود.

۴-کیسه های ارسالی خون را با علامت کراس مچ انجام نشده مشخص کنید.

۵-پس از ارسال کیسه های خون آزمایش کراس مچ را فوراً شروع کنید و در صورت مشاهده هر گونه اگلوتیناسیون پزشک را مطلع نمایید.

خطاهای شایع :

گلبول قرمز حساس شده جهت اطمینان از عدم وجود منفی کاذب در مرحله AHG کاربرد دارد. زمانی که واکنش منفی باشد معرف AHG به صورت ازاد در لوله وجود دارد که با گلبول قرمز حساس شده اگلوتیناسیون میدهد.در صورت عدم مشاهده اگلوتیناسیون یکی از موارد زیر اتفاق افتاده است :

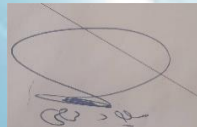
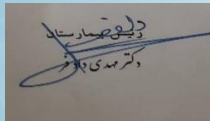
-معرف AHG اضافه نشده است.

-معرف AHG اضافه شده و لی با توجه به وجود سالیین باقی مانده یا عدم شست و شوی مناسب با انتی بادی های ازاد خنثی شده است.

-معرف AHG دارای POTENCY مناسب نیست.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / لوله آزمایش - سالیین - آینه مقعر

فرد ناظر بر عملکرد:مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه) پریا ملکی (مسئول بانک خون)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش RH(D) به روش لوله ای

کد سند: BT-WI-05

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: تحویل خون سازگار با بیمار و جلوگیری از آسیب به بیماران

دامنه (محدوده): بانک خون

روش عملکردی استاندارد تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم با روش لوله ای
اصول:

نوع ABO خون با توجه به وجود انتی ژن A و یا B در سطح گلبول قرمز خون و ANTI-A و یا ANTI-B در سرم فرد تعیین میشود. در افراد بزرگسال رابطه متقابل بین انتی ژن A و یا B سطح گلبول قرمز خون و انتی بادی های A و B در سرم یا پلاسما فرد وجود دارد برای مثال در صورت عدم وجود انتی ژن A در سطح گلبول قرمز انتظار میرود که در سرم یا پلاسما ANTI-A مشاهده شود.
نمونه:

- ۱- حداقل ۲ تا ۵ میلی لیتر خون بیمار در لوله حاوی ضد انعقاد EDTA برای آزمایش تعیین ABO قابل قبول است.
- ۲- الزامی است که نام و نام خانوادگی بیمار و شماره منحصر به فرد شناسایی کننده بر روی لوله حاوی خون بیمار ثبت شود.
- ۳- الزامی است که نام خونگیر و تاریخ نمونه گیری بر روی لوله حاوی خون بیمار ثبت شود.
- ۴- نمونه نوزادان کمتر از ۴ ماه معمولاً حاوی ANTI-A یا ANTI-B نمی باشد بنابراین فقط آزمایش گلبول قرمز جهت این بیماران انجام شود.
- ۵- زمانی که سابقه انجام آزمایش ABO بیمار در بانک خون موجود نیست در صورت نیاز به تزریق خون انجام یکی از بندهای ذیل با رعایت الویت الزامی است:

- ۱- از بیمار نمونه گیری مجدد شده و به بانک خون جهت تکرار و تایید نتیجه آزمایش ABO اولیه ارسال شود.
- ۲- آزمایش ABO مجدداً بر روی نمونه توسط کارشناس دیگری تکرار و تایید گردد.
- ۳- کارشناس انجام دهنده آزمایش اولیه ABO مجدداً آزمایش ABO را تکرار و مستند سازی نماید.
- ۴- از نمونه هایی که ظاهر همولیز یا لیپیمی دارند استفاده نکنید نمونه گیری مجدد انجام شود.
- ۵- شرایط نگهداری نمونه:

- ۶- به دستورالعمل تولید کننده معرف ها جهت محدودیت و شرایط ذخیره سازی نمونه ها رجوع شود.
- ۷- نمونه های خون در دمای یخچال ۲ تا ۸ درجه و به مدت حداقل ۷ روز جهت هر گونه آزمایش بعدی ذخیره شود.
- ۸- جهت پیشگیری از هر گونه خطای انسانی یا جداسازی سرم یا پلاسما از گلبول قرمز خون نمونه بیمار و ذخیره سازی در لوله های تفکیک شده توصیه نمیشود.

تجهیزات و مواد و معرفیها :

ANTI-A از نوع POLYCLONAL یا MONOCLONAL

ANTI-B از نوع POLYCLONAL یا MONOCLONAL

۳- سوسپانسیون گلبول قرمز A و B که به صورت تجاری تهیه شده یا توسط آزمایشگاه با استفاده از محلول سالین ۰.۹ در صد با رقت ۲ تا ۵ درصد روزانه آماده سازی شده است .

توجه : تمام معرف ها باید مطابق با دستورالعمل سازنده استفاده شوند.

۴-لوله آزمایش ۱۲*۷۵ میلی متر

۵-سانتریفوژ سرولوژیک کالیبره شده

۶-آینه مقعر و منبع روشنایی

۷-سالین ۰.۹ درصد

۸-پیپت یکبار مصرف (پیپت ۵۰ و ۱۰۰ لاندا)

۹-جالوله ای

کنترل کیفی :

انجام آزمایش و مشاهده واکنشهای ذیل روزانه برای هر یک از معرفهای استفاده شده با شماره LOT مشخص الزامی است :

۱- معرف ANTI-A با گلبول قرمز گروه A1 واکنش (+۴) و با گلبول قرمز گروه B واکنش منفی میدهد.

۲- معرف ANTI-B با گلبول قرمز گروه B واکنش (+۴) و با گلبول قرمز گروه A واکنش منفی میدهد.

*مهم : در صورت عدم دسترسی به گلبول قرمز A1 یا B شناخته شده مقداری از گلبول قرمز دو گروه A یا B را مخلوط نموده و در صورت مشاهده واکنش (+۴) قابل استفاده میباشد.

روش کار :

آزمایش گلبول قرمز (CELL TYPE)

۱- یک قطره ANTI-A را به یک لوله ۱۲*۷۵ میلی متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید اضافه نمایید.

۲- یک قطره ANTI-B را به یک لوله ۱۲*۷۵ میلی متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید اضافه نمایید.

۳- به هریک از لوله ها یک قره از سوسپانسیون گلبول قرمز ۲ تا ۵ درصد بیمار را اضافه نمایید.

۴- محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط کنید و مطابق دستورالعمل سازنده معرف با سانتریفوژ کالیبر شده به مدت ۱۵ تا ۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰ تا ۱۰۰۰ سانتریفوژ نمایید.

۵- لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود وجود هر گونه اگلوتیناسیون یا همولیز را با استفاده از آینه مقعر مشاهده نمایید.

۶- نتایج واکنش را درجه بندی و تفسیر نمایید.

۷- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت نمایید.

آزمایش سرم یا پلاسما (BACK TYPE)

۱-۲ تا ۳ قطره از سرم یا پلاسما را به دو لوله ۱۲*۷۵ میلی متر تمیز که قبلا A1 و B نشانه گذاری شده اضافه نمایید.

۲- یک قطره از سوسپانسیون گلبول A 1 را به لوله ای که A1 نشانه گذاری شده اضافه نمایید.

۳- یک قطره از سوسپانسیون گلبول B را به لوله ای که B نشانه گذاری شده اضافه نمایید.

۴- محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط کنید و مطابق دستورالعمل سازنده معرف با سانتریفوژ کالیبر شده به مدت ۱۵ تا ۳۰ ثانیه با دور ۹۰۰ تا ۱۰۰۰ سانتریفوژ نمایید.

۵- لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود وجود هر گونه اگلوتیناسیون یا همولیز را با استفاده از آینه مقعر مشاهده نمایید.

۶- نتایج واکنش را درجه بندی و تفسیر نمایید.

۷- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت نمایید.

تفسیر :

نتایج واکنشهای بدست آمده با آزمایش سرم یا پلاسما را با نتایج واکنش گلبول قرمز مفایسه نمایید و گروه ABO را مطابق با جدول ذیل تفسیر کنید.

If RBC reacts		And serum or plasma reacts		Then ABO type is	
Anti-A	Anti-B	A1 RBCs	B RBCs		
0	0	+۳	+۳	O	
+۳	۰	۰	+۳	A	
۰	+۳	+۳	۰	B	
+۳	+۳	۰	۰	AB	

عدم مشاهده آگلوتیناسیون همراه با محیط همگن مخلوط گلبول قرمز نشان دهنده نتیجه منفی میباشد.

هر گونه ناهمخوانی در نتایج آزمایش گلبول قرمز خون و سرم باید قبل از ثبت و تفسیر گروه ABO پیگیری و حل شود.

در صورت وجود واکنش ضعیف تر از +۳ در آزمایش سرم یا پلاسما لوله را به مدت ۵ تا ۱۵ دقیقه در دمای اتاق انکوبه نمایید و سپس مراحل ۴ تا ۸ را تکرار نمایید.

نکات مهم :

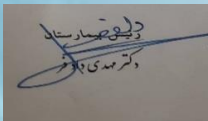
۱- در صورت عدم وجود نمونه خون کامل EDTA استفاده از خون لخته بلامانع است به دستورالعمل تولیدکننده معرف ها رجوع شود.

۲- گلبولهای قرمز گروه A که با آنتی سرمهای ANTI-A1 و یا ANTI-A واکنش نشان میدهند A1 CEEL نامیده می شوند. بنابراین معمولاً جهت تعیین A1 CEEL استفاده از معرف آنتی سرم ANTI-A1 الزامی نیست.

۳- در بانک خونهای مراکز بیمارستانی و آزمایشهای تشخیص طبی انجام آزمایش ABO با استفاده از اسلاید ممنوع میباشد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / لوله آزمایش - آنتی A و B - سوسپانسیون

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیرمنتظره، و انجام آزمایش های آنتی گلوبین مستقیم

کد سند: BT-WI-06

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: انجام آزمایش جستجوی آنتی بادی های غیرمنتظره با مجاورت سرم یا پلاسما بیمار و معرف های استاندارد گلبول های قرمز خون گروه **O** حاوی آنتی ژن ها که به منظور جستجو و مشاهده آنتی بادی های غیر منتظره میباشد. آلو آنتی بادی های غیر منتظره در سرم بیمارانی که سابقه تزریق خون یا بارداری داشته اند یافت میشود. برخی از آلوآنتی بادی ها مانند **I-H-P-M** بصورت طبیعی در افراد ایجاد می گردند. آزمایش آنتی گلوبین مستقیم برای بررسی **RBC** های حساس شده در داخل بدن مورد استفاده قرار می گیرد اگر به خاطر عوامل اتوایمیون یا عوامل ایمیون آنتی بادی بر علیه آنتی ژنهای غشاء **RBC** وجود داشته باشد در داخل بدن اتصال آنتی بادی با آنتی ژن مورد نظر اتفاق می افتد اگر آنتی بادی، **IgG** باشد با کومیس مستقیم قابل تشخیص است ولی اگر آنتی بادی **IgM** باشد به طور غیر مستقیم اجزاء کمپلمان را فعال کرده و اجزاء اولیه مثل **C3b**، **C4b** و **C3d** در غشاء **RBC** باقی می ماند با استفاده از آنتی هیومن ضد اجزا کمپلمان می توان این نوع ناسازگاری را هم مشخص کرد.

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

❖ آزمایش جستجوی آنتی بادی های غیرمنتظره:

سرم بیمار را با سلولهای معرف اسکرین (پنل های **P1** و **P2** و **P3**) بطور جداگانه و در شرایط زیر مجاور کنید:

- در دمای اتاق (**RT**)

- در دمای بن ماری ۳۷ درجه سانتی گراد با محلول لایز **MLB2**

پس از گذشت ۲۰ دقیقه لوله های دمای ۳۷ درجه سانتیگراد **RT** را سروفیوژ کرده و از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید. لوله های **RT** را **out** کرده سپس به لوله های ۳۷ درجه سانتی گراد که سه بار شستشو دادید ۲ قطره **AHG** بیافزایید. دوباره سانتیفریوژ کرده و در صورت منفی بودن یک قطره سلول حساس شده اضافه کنید. ایجاد آگلوتیناسیون در این مرحله باعث منفی شدن تست اسکرین آنتی بادی بوده و در صورت عدم آگلوتیناسیون بیانگر بی خاصیت بودن **AHG** میباشد و تست دوباره باید تکرار شود.

• محدودیت ها و عوامل مداخله گر:

- آلوده بودن **AHG** بوسیله دست

- آلوده بودن قطره چکانی

- آلوده بدن سرم فیزیولوژی

- سپری شدن مدت انقضاء پنل های **P1** و **P2** و **P3** و یا محلول لایز **MLB2**

• علل تکرار:

- سانتیفریوژ با دور تند یا کند که باعث مثبت یا منفی کاذب می شود.

- آلودگی **AHG** بوسیله دست یا سرم که باعث بی خاصیت شدن آن می شود.

- سپری شدن مدت انقضاء پنل های **P1** و **P2** و **P3** و یا محلول لایز **MLB2** و **AHG**

❖ آزمایش آنتی گلوبین مستقیم:

نمونه لازم و موارد رد نمونه :

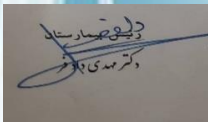
نمونه خون کامل با **EDTA**.

۱- نمونه باید شفاف و فاقد هر گونه **Clot** و یا رشته های فیبرین باشد.

- ۲- حداقل حجم مورد نیاز برای سنجش Direct Coombs توسط روش اسلایدی مقدار ۱۰۰ میکرولیتر باشد.
- ۳- ذخیره سازی نمونه در دمای ۲-۸°C به مدت ۲ روز انجام شود.
- ۴- نمونه های ذخیره شده در فریز بعد از دفریز شدن باید توسط ورتکس، همگن شوند.
- ۵- از فریز کردن نمونه هایی که قبلاً دفریز شده اند به شدت اجتناب شود.
- ۶- حداقل ۲-۵ درصد از نمونه خون کامل در لوله حاوی ماده ضد انعقاد EDTA باشد جمع آوری شود.
- ۷- سوسپانسیون تازه ۲-۵ درصد باید بلافاصله قبل آزمایش تهیه و مورد آزمایش قرار گیرد.
- ۸- مقدار ۱۰۰ میکرولیتر از سوسپانسیون را با ۲۰۰ میکرولیتر از AHG را در یک لوله آزمایش سمپل کنید.
- ۹- به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در RT انکوبه کنید.
- ۱۰- لوله را ۱۵ ثانیه در دور ۳۵۰۰ دور در دقیقه و یا ۱ دقیقه در دور ۱۰۰۰ سانتریفیوژ نمائید.
- ۱۱- از نمونه خونی که بیشتر از ۴۸ ساعت از خونگیری گذشته باشد استفاده نگردد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / لوله آزمایش - پنل های P1 و P2 و P3 - محلول لایز MLB2 - سوسپانسیون

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و
اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول های قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول های قرمز حساس

کد سند: BT-WI-07

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: نسبت سرم به گلبول قرمز خون می تواند به شدت روی حساسیت آزمایش و قدرت آگلوتیناسیون اثر بگذارد. سوسپانسیون ۳ درصد معرفی است که در روشهای سرولوژیک بکار برده می شود. تهیه سوسپانسیون نهایی ۳ درصد به صورت دقیق الزامی نیست، بلکه سوسپانسیون نزدیک به ۳ درصد (۵-۲ درصد) می تواند نسبت لازم سرم به گلبول را در بیشتر روش ها فراهم آورده و تعداد کافی و مناسب از گلبول قرمز خون را برای خواندن و درجه بندی واکنش در دسترس قرار دهد.

دامنه (محدوده): آزمایشگاه

روش کار:

- ❖ جهت تهیه ۱۰ میلی لیتر از سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز خون مراحل ذیل را انجام دهید:
- حداقل ۱ میلی لیتر از خون کامل را به یک لوله ۱۰ میلی لیتری انتقال دهید.
- به گلبول های قرمز خون نرمال سالین اضافه نموده و به مدت ۱ الی ۳ دقیقه سانتریفیوژ نمایید.
- این مرحله را ۲ تا ۳ بار تکرار نمایید. محلول نهائی باید کاملاً شفاف و گلبول قرمز در انتهای لوله جمع شده باشد. محلول سالین فوقانی supernatant را کاملاً دور بریزید.
- مقدار ۰,۳ میلی لیتر از گلبول های قرمز متراکم شسته شده را به لوله های حاوی ۹,۷ میلی لیتر سالین ۰,۹ درصد انتقال دهید.
- با استفاده از پارافیلیم لوله را پوشش دهید.
- با چند بار سروته کردن لوله، گلبول های قرمز خون را با سالین ۰,۹ درصد کاملاً مخلوط نمایید. سوسپانسیون بدست آمده دارای غلظت ۳ درصد می باشد.
- ❖ کنترل کیفی :

جهت کنترل چشمی رنگ و تراکم سوسپانسیون، مقداری از سوسپانسیون تهیه شده را به لوله ۷۵*۱۲ میلی متر انتقال دهید. سپس حجم مشابه ای از نمونه سوسپانسیون ۳ درصد تجاری (کنترل) را به لوله ۷۵*۱۲ میلی متر دیگری انتقال دهید. جهت مقایسه، لوله ها را مقابل منبع نور قرارداده و بررسی نمایید. یا به منظور مقایسه مقدار تجمع گلبول قرمز سوسپانسیون ۳ درصد تهیه شده، یک قطره از این سوسپانسیون را به لوله ۷۵*۱۲ میلی متر انتقال دهید. به صورت مشابه یک قطره از نمونه سوسپانسیون ۳ درصد تجاری (کنترل) را به لوله ۷۵*۱۲ میلی متر دیگری انتقال دهید. لوله ها را به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه سانتریفیوژ نمایید. اندازه دو رسوب گلبول قرمز خون با مشاهده در آینه مقعر باید مشابه باشد.

❖ نکات مهم:

- در صورت عدم وجود نمونه خون کامل EDTA استفاده از خون لخته بلامانع است.

- سوسپانسیون تهیه شده را فقط در روز آماده سازی استفاده نمایید . جهت نگهداری روزانه از یخچال آزمایشگاه دردمای ۸-۲ درجه سانتی گراد استفاده شود.
- جهت تهیه حجم کمتر ، مقدار سالین ۰,۹ درصد و گلبول قرمز خون را به تناسب انتخاب نمایید
- تهیه سوسپانسیون گلبولی غلیظ یا رقیق می تواند منجر به پاسخ مثبت یا منفی کاذب در آزمایش گردد.
- خواندن و درجه بندی آگلو تیناسیون
- تهیه گلبولهای قرمز حساس شده (IgG sensitized check cells)
- هدف / اصول:
- تهیه سوسپانسیون گلبولهای قرمز حساس شده با (IgG sensitized check cells) IgG 1 به منظور کنترل عملکرد آنتی هیومن گلوبولین (AHG) در آزمایشات مبتنی بر کومبس
- موارد/دامنه کاربرد:
- بانک های خون بیمارستانی و مراکز مصرف کننده خون و فرآورده های خونی
- تجهیزات، مواد و لوازم مورد نیاز:
- معرف مناسب (Anti-D)
- گلبول های قرمز گروه خونی (Rh(D) Positive) o+
- لوله آزمایش ۷۵*۱۲ میلی متر
- لوله ۱۰ میلی لیتری (۱۰۰*۱۶ میلی متر)
- سانتریفوژ کالیبره شده
- سانتریفوژ سرولوژیک کالیبره شده
- آینه مقعر و منبع روشنایی
- سالین 0/9 درصد (نرمال سالین)
- محلول Albumin 0/6 در سالین (جهت تهیه می توان محلولهای تجاری Albumin 22% را بصورت ۳ به ۸ با نرمال سالین رقیق کرد)
- پیپ یک بار مصرف یا پیپ ۸-۱۰۰۰-۵۰
- پیپت های ۱-۱۰ میلی لیتری کالیبر شده
- (AHG (Anti IgG Monospecific
- جا لوله ای
- بن ماری ۳۷ درجه سانتیگراد
- ظروف مخصوص دارای درب قطره چکان دار (ویالهای خالی و شسته شده معرفهای تعیین ABO & Rh گروه خونی)
- نکات ایمنی:
- (۱) استفاده از دستکش و عینک محافظ در هنگام کار
- (۲) وجود سیفتی باکس جهت دفع کلیه مواد بیولوژیک و زباله های تیز و برنده
- فرم و مستندات:
- فرم ثبت مشخصات سوسپانسیون تهیه شده

کنترل کیفی:

سوسپانسیون تهیه شده باید با AHG تایید شده واکنش آگلوتیناسیون + ۲ > نشان دهد.

سوسپانسیون تهیه شده باید با محلول ۶٪ Albumin در سالیین واکنش آگلوتیناسیون منفی نشان دهد.
مراحل اجرا:

۸-۱ لوله انتخاب کرده و به همه لوله ها بجز لوله اول ۱۰۰ ل نرمال سالیین اضافه کنید.

۲-به لوله اول ۲۰۰ ل معرف Anti-D اضافه کنید.

۳-از لوله اول ۱۰۰ ل برداشته به لوله دوم اضافه نمایید و به همین ترتیب از لوله دوم به لوله سوم و.... و در نهایت ۱۰۰ ل آخر را بیرون بریزید.

۴-به هر یک از لوله ها ۱۰۰ ل سوسپانسیون ۵-۲ درصد گلبولهای قرمز O + اضافه کنید.

۵-لوله ها را به مدت ۲۰ دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهید.

۶-سپس لوله ها را به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه با دور ۱۰۰-۹۰۰* g سروپیوژ نمایید.

لوله ها را از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید و بر اساس روش عملکردی استاندارد خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون ۷-

درجه بندی نمایید . (AOBB95/SOP01/) ۰۱

۸-محتویات لوله های فاقد آگلوتیناسیون را ۳ الی ۴ بار با نرمال سالیین به خوبی شست و دهید و در مرحله آخر شستشو ، سالیین را کاملاً تخلیه کنید.

۹-به همه لوله های شستشو شده مطابق دستورالعمل سازنده مقدار مناسب AHG اضافه کنید.

۱۰-محتوای لوله ها را به آرامی مخلوط کرده و مطابق دستورالعمل سازنده یا با دور ۱۰۰۰* g به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه سانتریفوژ کنید.

۱۱-لوله ها را به آرامی بیرون آورده سریعاً جهت مشاهده هر گونه آگلوتیناسیون با استفاده از آینه مقعر بررسی کنید.

۱۲-بر اساس روش عملکردی استاندارد خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون (AOBB95/SOP01/01) درجه بندی نمایید.

۱۳-رقت لوله ای که واکنش آگلوتیناسیون + ۲ دارد را یادداشت نمایید (در دفعات بعدی برای تهیه چک سل با همین Anti-D مستقیماً همان رقت را تهیه کنید و دیگر نیازی نیست سایر رقت ها را تهیه نمایید)

۱۴-به منظور تهیه حجم مورد نیاز برای مصرف یک هفته ، یک حجم از Anti-D با رقت بدست آمده و یک حجم از سوسپانسیون ۵-۲ درصد گلبول قرمز O+ را مخلوط نمایید.

۱۵-مخلوط تهیه شده را به مدت ۲۰ دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهید.

۱۶-پس از این زمان سلولها را ۳ الی ۴ بار با نرمال سالیین به خوبی شستشو دهید و در مرحله آخر شستشو ، سالیین را کاملاً تخلیه کنید.

۱۷-با اضافه کردن نرمال سالیین به سلولهای شسته شده سوسپانسیون ۵-۳ درصد تهیه نمایید.

۱۸-بر اساس مصرف روزانه سوسپانسیون تهیه شده را در ویالهای دارای درب قطره چکان دار تقسیم کنید.

۱۹-ویالها را با تاریخ تهیه و مشخصات سوسپانسیون تهیه شده برچسب گذاری کنید.

۲۰-فرم مشخصات سوسپانسیون تهیه شده را بر اساس نام فرد تهیه کننده، زمان تهیه ، مشخصات Anti-D مصرفی و نتایج کنترل کیفی تکمیل نمایید.

محدودیت:

در طول زمان نگه داری ، گلبول های قرمز تدریجا دچار همولیز می شوند که بدین علت بهتر است سوسپانسیون بصورت هفتگی تهیه گردد و برای مصرف روزانه بصورت جداگانه تقسیم شود. ویالهای تهیه شده باید در دمای یخچال (۶۰ C-۱) نگه داری شوند و در زمان مصرف از یخچال خارج شده و پس از آن مجددا به یخچال منتقل گردند.

خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون

*درجه بندی واکنشها در آزمایشهای سرولوژی گروه خون به منظور مقایسه توان واکنشها یکنواخت سازی و تکرار پذیری نتایج آزمایشها و درجه بندی واکنش های آگلوتیناسیون بین تمام کسانی که در آزمایشگاه، آزمایش انجام میدهند استاندارد کردن نحوه قرائت ، درجه بندی و ثبت واکنش آگلوتیناسیون موارد/دامنه کاربرد:

بانک های خون بیمارستانی و مراکز مصرف کننده خون و فرآورده های خونی.
نمونه:

لوله های آزمایش حاوی سوسپانسیون گلبول قرمز و آنتی بادی پس از سانتریفوژ کردن تجهیزات مواد و لوازم مورد نیاز:

۱-وسیله مشاهده آگلوتیناسیون

۲-منبع روشنائی

نکات ایمنی :

۱-استفاده از دستکش و عینک محافظ در هنگام کار

۲- وجود سیفتی باکس جهت دفع کلیه مواد بیولوژیک و زباله های تیز و برنده
مراحل اجرا:

لوله ها را از نظر وجود توده گلبولی (cell pellet) بررسی میکنیم و عدم مشاهده توده گلبولی ته نشین شده به دوعلت می تواند باشد:

الف) عدم اضافه کردن سوسپانسیون ، که در اینصورت آزمایش باید تکرار گردد

ب) ایجاد همولیز ، که باید لوله ها را از نظر وجود همولیز بررسی و آن را ثبت کرد.

وجود همولیز نشان دهنده واکنش مثبت بسیار قوی آنتی ژن-آنتی بادی می باشد

۲) با دقت و آرامی لوله حاوی توده گلوبولی را تکان داده و هر بار کج نمایید این تکان دادن باید به دقت و آرامی چند بار تکرار شود به طوری که توده گلوبولی از انتها و جداره لوله جدا شود.

۳) چگونگی جدا شدن گلبول ها را از لوله و انتشار آنها را از توده گلوبولی مقابل منبع نور مشاهده نمایید .

۴) با استفاده از جدول پیوست بلافاصله واکنشها را درجه بندی و ثبت نمایید.

نکات: باید به مشخصات آگلوتیناسیون هنگام خواندن لوله، دقت شده و موارد غیرمعمول ثبت گردند. این اطلاعات میتواند در ارزیابی نهائی واکنش مانند پدیده Rouleaux anti-sda refractile agglutination کمک نماید

شدت واکنش	شاهدات ماکروسکوپی
4+	یک توده گلبولی سفت معلق در مایع زمینه ای شفاف
3+	چند قطعه بزرگ از توده گلبولی معلق در مایع زمینه ای شفاف
2+	قطعات توده سلولی با اندازه متوسط معلق در مایع زمینه ای شفاف
1+	قطعات متعدد از توده های سلولی با اندازه کوچک معلق در مایع زمینه ای کدر
Weakly +	ذرات متعدد تجمعات سلولی با اندازه بسیار کوچک (مشاهده با میکروسکوپ
• (Negative)	گلبولهای آزاد معلق در مایع زمینه ای یکنواخت و کدر (عدم مشاهده ی تجمعات سلولی)
MF1	وجود همزمان گلوبولهای قرمز آزاد و تجمعات گلبولی معلق در مایع زمینه ای کدر
CH2	وجود عدم -آزاد هموگلوبین از ناشی درخشان آلبالویی رنگ به و یکنواخت مایع گلبولهای قرمز
PH3	همراه به آزاد هموگلوبین از ناشی درخشان آلبالویی رنگ به و یکنواخت مایع تعدادی گلبول قرمز باقی مانده

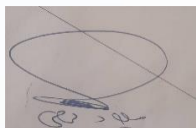
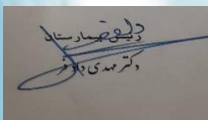
کنترل کیفی:

(۱) پس از اینکه به لوله آزمایش منفی حاوی AHG سوسپانسیون گلبول قرمز حساس شده (IgG-Control cells) اضافه گردد، باید واکنش mixed field مشاهده شود..
محدودیت ها :

واکنشها باید زمانی که گلبولهای قرمز کاملاً از توده گلبولی و انتهای لوله آزمایش جدا شدند ارزیابی و ثبت گردند.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / لوله آزمایش - نرمال سالین -

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی آزمایشگاه

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
رضا محبی (مسئول آزمایشگاه) پریا ملکی (مسئول بانک خون)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های خدمات تصویربرداری



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه استفاده از مواد حاجب

کد سند: IM-WI-03

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: کارکنان با مواد حاجب و موارد استفاده آن در تصویربرداری آشنا می شوند و نحوه استفاده از این مواد و دامنه کاربرد آنها برای پرسنل مشخص می شود.

دامنه (محدوده): رادیولوژی، سی تی اسکن

تعاریف:

GFR (Glomerole Filtration Rate): سرعت فیلتراسیون گلومرولی

مولتیپل میلوما : تکثیر بدخیم پلاسماسل ها

روش کار:

❖ قبل از پذیرش بیمار موارد زیر رعایت شود:

- ۱- پس از دریافت درخواست تصویربرداری با ماده حاجب، ابتدا درخواست تصویربرداری به همراه شرح حال بیمار در اختیار پزشک رادیولوژیست قرار گرفته و پزشک پس از مطالعه (هویت بیمار، باردار نبودن، حساسیت دارویی در بیمار) نوع و مقدار دز دارو حاجب را با توجه به وضعیت و شرح حال و ویژگی های فردی بیمار (سن، جنس، وزن، میزان کراتینین خون و ...) مشخص و سپس آمادگی های قبل از تصویربرداری را تجویز نماید.
- * شرح حال کامل هرگونه حساسیت به مواد کنتراست در آزمونهای قبلی و همچنین حساسیت غذایی و دارویی پرسیده شود.
- * در صورت حساسیت به مواد کنتراست تزریق ماده حاجب انجام نگیرد.
- * در صورت حساسیت به مواد غذایی یا دارویی قبل از تزریق با مشاوره مسئول فنی (پزشک رادیولوژیست)، هیدروکورتیزون تزریق گردد.

۲- در بیماران بستری GFR محاسبه شود.

- ❖ * اگر GFR بالای ۵۰ باشد ماده کنتراست تزریق گردد.
- ❖ * اگر GFR بین ۳۵-۵۰ باشد مشاوره با متخصص داخلی قبل از استفاده از کنتراست انجام گردد.
- ❖ * اگر GFR زیر ۳۵ باشد تزریق کنتراست صورت نگیرد.

۳- در بیماران سرپایی در موارد زیر کراتینین حتما چک شود:

- ✓ * سن بالای ۵۰ سال
- ✓ * سابقه بیماری کلیوی
- ✓ * فشار خون بالا
- ✓ * دیابت (مصرف متفورمین ۴۸ ساعت قبل و بعد از تزریق قطع شود)
- ✓ * هرگونه بیماری مزمن نیازمند مصرف چندین دارو (مشورت با پزشک در مورد انجام یا لغو آزمون)

✓ *مولتیپل میلوما

۴- چک کردن آزمایش های بیمار مانند Cr-Bun-PT-PTT-INR الزامی می باشد..

در هنگام شیردهی مواد حاجب باید با احتیاط مصرف گردد.

در همه موارد فوق در صورت بالا بودن کراتینین با مشاوره پزشک رادیولوژیست باید از ماده حاجب غیر یونی با اسمولاریته پایین استفاده گردد.

۵- اخذ سونوگرافی شکم و لگن در بیماران با تزریق شکم و لگن قبلی بیمار الزامیست.

پس از انجام اقدامات فوق در صورت تصمیم به انجام آزمون فرم رضایت آگاهانه قبل از انجام توسط بیمار و همراه درجه یک، تکمیل و امضا و ممهور به اثر انگشت شود و سپس بیمار پذیرش شود.

نکاتی که باید هنگام آماده سازی ماده حاجب رعایت گردد:

*مواد حاجب باید از نظر تاریخ انقضا و از نظر ظاهری بررسی شوند(شفاف ، بی رنگ کمی مایل به زرد ، بی بو).

*در صورت وجود رسوبات قابل توجه یا تغییر رنگ نباید استفاده شود.

*ماده حاجب پس از باز شدن باید بلافاصله استفاده شود.

*کشیدن مواد حاجب باید کاملاً استریل باشد.

*وسایل مورد استفاده در آزمون باید یکبارمصرف باشند.

*ترکیب حجم و غلظت ماده حاجب باید با توجه به فاکتورهای مانند سن ،وزن ، اندازه رگ، سرعت جریان خون در رگ و عملکرد کلیه ها محاسبه شود.

❖ پس از بررسی و آماده سازی ماده حاجب مرحله بعد (اتصالات بیمار) آغاز گردد که رعایت نکات زیر

الزامی:

*از آنژیوکت مناسب با سن ، اندازه رگ، نوع پروسیجر و سرعت جریان خون عروق مربوطه استفاده شود.

* نحوه انجام آزمون را به منظور حفظ خونسردی و همکاری بیشتر به بیمار آموزش داده شود.

پس از انجام موارد ذکر شده اتصالات بیمار برقرار شده و آزمون آغاز می شود که در این قسمت نیز توجه به نکات زیر اهمیت دارد:

*ماده حاجب هنگام تزریق باید دمایی مساوی یا نزدیک به دمای بدن داشته باشد.

*تزریق ماده حاجب نباید به تنهایی و در جای خلوت و بدون امکانات انجام شود.

*ترالی اورژانس باید کاملاً مجهز و در دسترس باشد.

*اگر در طول تزریق واکنش ناخواسته ای اتفاق افتاد باید تزریق بلافاصله متوقف شود.

*در مواردی که در حین تزریق پارگی رگ یا نشت ماده حاجب اتفاق افتاد؛ تزریق باید متوقف و رگ دیگری جایگزین شود تزریق ماده حاجب انجام و تصاویر مورد نظر تهیه می شود.

در پایان باید حجم استفاده شده از ماده حاجب مشخص شود تا در صورت نیاز به اطلاع پزشک معالج برسد.

پس از پایان آزمون باید آنژیوکت به مدت ۴۰ دقیقه در رگ باقی بماند (بیشترین درصد وقوع واکنش حساسیتی در این زمان است).

در استفاده از مواد حاجب خوراکی، ماده حاجب باید توسط آب معدنی رقیق شده و نحوه خوردن آن به طور کامل به بیمار آموزش داده شود. (در موارد خوراکی بیمار باید از نظر نداشتن حالت تهوع بررسی شود).

در صورت مشاهده علائم واکنش تزریق سریعاً متوقف شده و با توجه به نوع عارضه ایجاد شده، اقدامات درمانی توسط پزشک مربوطه صورت می گیرد.

«مشخصات داروهای مورد استفاده در واحد سی تی اسکن»

ماده حاجب ایودیکسانول (ویزپاک VISIPAQUE) این دارو برای آنژیوکاردیوگرافی (ارزیابی شریان های کرونر و بطن چپ)، آنژیوگرافی، آنورتوگرافی (برای ارزیابی آنورت)، آرتریوگرافی (برای ارزیابی عروق محیطی، انشعاب عروق بزرگ احشائی، ضایعات شریانی مغزی)، ونوگرافی (ارزیابی سیستم وریدی محیطی) بکار می رود. این دارو همچنین برای اوروگرافی دفعی (ارزیابی فعالیت کلیه)، مقطع نگاری کامپیوتری و مغز و بدن نیز به کار می رود.

مکانیسم اثر ایودیکسانول ترکیبات آلی ید در هنگام عبور از مجاری مختلف بدن با جذب اشعه X باعث تشخیص ساختار بافت مورد نظر می شوند. شدت جذب اشعه به غلظت ید بستگی دارد.

فارماکوکینتیک ایودیکسانول ۱۵-۲۰ ثانیه بعد از تزریق به حداکثر اثر خود می رسد، ولی در مورد پارانشیم کلیه، مطلوبترین زمان ۵-۱۵ دقیقه بعد از تزریق می باشد. نیمه عمر دارو ۱۲۳ دقیقه است ولی در نارسائی کلیوی نیمه عمر به ۲۳ ساعت می رسد. دفع این دارو ۹۷٪ کلیوی و ۲٪ از طریق مدفوع است.

منع مصرف ایودیکسانول در صورت وجود حساسیت به ترکیبات حاوی ید، فتوکروموسیتوم، دهیدراتاسیون نباید از هیچکدام از راههای مصرف تجویز شود.

عوارض جانبی ایودیکسانول آنژین صدری، آرتیمی، افت فشار خون، سنکوپ، پارستزی، ادم، واکنشهای آلرژیک کاذب، تهوع، استفراغ، اسهال، سردرد، سرگیجه، عوارض جانبی این دارو هستند.

تداخلات دارویی ایودیکسانول این دارو را نباید همزمان با داروهای پرتونگاری کیسه صفرا و داروهای هوشبر مصرف کرد.

هشدار ها ایودیکسانول ۱- در صورت هیپرتیروئیدیسم، نقص ایمنی یا اختلالات خود ایمنی، سابقه آسم یا آلرژی، نارسائی شدید کلیوی و بیماری کم خونی داسی شکل این دارو با احتیاط مصرف شود.

۲- در صورت آمفیزم مزمن ریوی (برای آنژیوکاردیوگرافی)، هوموسیستینوری (برای آنژیوگرافی) عفونت موضعی یا ایسکمی شدید، التهاب وریدی، ترومبوز و انسداد سیستم وریدی (برای ونوگرافی) این دارو با احتیاط مصرف شود.

۳- این دارو نباید به فضای زیر عنکبوتیه تزریق شود.

توصیه های دارویی ایودیکسانول ۱- پس از مصرف این دارو احتمال بروز تداخل در آزمایشات غده تیروئید، آزمایش

بیوشیمیایی ادرار، زمان تولید ترومبین، میزان فعالیت و به هم چسبندگی پلاکت ها وجود دارد.

۲- به منظور جلوگیری از دهیدراتاسیون، باید قبل از آزمایش به مقدار کافی مایعات به بیمار داده شود.

۳- در حین تزریق و حداقل ۶۰ دقیقه بعد از تزریق داخل عروقی دارو، بیمار باید تحت مراقبت باشد.

۴- تجویز گلوکوکورتیکوئیدها و آنتی هیستامین ها به منظور کاهش بروز و شدت واکنشهای شدید در بیماران پر خطر (مثل آسم، سابقه آلرژی یا حساسیت به پنی سیلین، دهیدراتاسیون، سابقه حملات صرعی و فئوکروموسیتوما) توصیه می شود.

موارد مصرف مگلو مین کامپاند (Meglumin Compound) این دارو به عنوان داروی تشخیصی برای پرتونگاری دستگاه گوارش (در صورت منع مصرف سولفات باریم) و برای تشخیص بیماری های عروقی، اختلالات مجاری صفراوی، اختلالات مغزی، اختلالات ورید باب یا ورید طحال، اختلالات کلیه و مجاری ادرار و اختلالات دیسک و مفاصل مصرف می شود. همچنین به عنوان ماده حاجب در تشخیص بیماریهای مفصل و دیسک، افزایش دهنده کنتراست در مقطع نگاری کامپیوتری از بدن، اختلالات گوارشی و بیماریهای قلبی استفاده می شود.

مکانیسم اثر مگلو مین کامپاند ترکیبات آلی ید در هنگام عبور از مجاری مختلف بدن با اشعه X باعث تشخیص ساختار بافت مورد نظر می شوند. شدت جذب اشعه به غلظت ید بستگی دارد.

فارماکوکینتیک مگلو مین کامپاند این دارو به مقدار کمی از مجرای گوارشی جذب می شود. بعد از تزریق بین مهره ای، داخل مفصلی، داخل عضلانی، داخل مثانه یا داخل طحال به سرعت جذب شده و پس از تزریق وریدی در عروق به سرعت در مایعات بین سلولی توزیع می گردد. اتصال آن به پروتئین های پلاسما کم است و در صورت عملکرد طبیعی کلیه، نیمه عمر پلاسمائی آن ۶۰-۳۰ دقیقه می باشد. دفع دارو از طریق کلیه است. در صورت نارسائی کلیوی نیمه عمر دارو ۱۴۰-۲۰ ساعت خواهد شد.

منع مصرف مگلو مین کامپاند در موارد سابقه حساسیت مفرط به ید، مواد حاجب یددار یا پنی سیلین، سابقه آلرژی یا آسم، بیماری شدید قلبی - عروقی، دهیدراتاسیون، فئوکروموسیتون، نارسائی کلیوی، حملات عصبی اخیر این دارو نباید مصرف شود. در موارد خاص ذکر شده در پائین نیز نباید این دارو را استفاده کرد:

در صورت افزایش فشار خون ریوی (برای آنژیوگرافی)، در صورت هوموسیستینوری (برای آنژیوگرافی مغزی)، در صورت بیماری برگر، ایسکمی شدید همراه با عفونت (برای آرتریوگرافی محیطی)، در صورت نقائص انعقادی (برای کولانژیوگرافی و اسپلنوپورتوگرافی)، در صورت ضایعات مغزی و خونریزی زیر عنکبوتیه (برای توموگرافی کامپیوتری مغز)، در صورت عدم تشکیل ادرار، دیابت شیرین (برای اورو گرافی دفعی)، انسداد یا عفونت حاد قسمت فوقانی مجاری ادراری (برای اوروگرافی برگشتی)، و در حضور عفونت داخل یا مجاور ناحیه (برای آرتروگرافی و دیسکوگرافی)، و در صورت عفونت قسمت فوقانی دستگاه تنفس (برای دیسکوگرافی).

عوارض جانبی مگلو مین کامپاند عوارض جانبی معمولاً به غلظت دارو، ویسکوزیته، میزان و سرعت تجویز بستگی دارد. به دلیل مقادیر کم ید موجود در فراورده یا آزاد شده از آن ممکن است موجب پرکاری غده تیروئید گردد. در صورت تزریق این دارو با غلظت ۶۰٪ در داخل فضای زیر عنکبوتیه ممکن است تشنج و مرگ بروز کند. بروز نارسائی حاد کلیوی پس از تزریق داخل عروقی دیاتریزوات در طول پرتونگاری دفعی از مجاری ادراری به خصوص در بیماران مبتلا به آسیب کلیوی ناشی از بیماریهای دیگر گزارش شده است. واکنشهای آلرژیک کاذب، ضعف شدید و غیر عادی ناشی از کاهش فشار خون، خس خس یا اشکال در تنفس، احساس گرمی و برافروختگی غیر عادی پوست، تهوع و استفراغ، اسهال، طعم فلزی، سرگیجه، سردرد، التهاب بینی،

سرفه، خارش، اختلال بینائی، عطسه، بزرگی غدد بزاقی، کاهش یا افزایش ضربان قلب، اختلالات ECG، آریتمی قلبی، شک و ایست قلبی از عوارض عمومی نسبتاً شایع هستند. از عوارض موضعی می توان از درد و آسیب بافتی در ناحیه تزریق، ترومبوفلیت، ترومبوزیس، اسپاسم وریدی و آمبولیسم نام برد.

تداخلات دارویی مگلو مین کامپاند مصرف همزمان با داروهای تنگ کننده عروق می تواند خطرات بروز اثرات عصبی این دارو را افزایش دهد. مصرف همزمان با آنتاگونیست های بتا باعث بروز واکنشهای آنافیلاکتوئید می گردد. مصرف این دارو با داروهای خوراکی پرتونگاری کیسه صفرا احتمال سمیت کلیوی را افزایش می دهد. مصرف همزمان این دارو با داروهای ضد فشار خون بالا، باعث افت شدید فشار خون می شود. تجویز اینترلوکین ۲ با این دارو، احتمال بروز عوارض تأخیری مواد حاجب داخل وریدی را افزایش می دهد.

هشدار ها مگلو مین کامپاند ۱- با مصرف دیاتریزوات مگلو مین تزریقی به خصوص در صورت تزریق های مکرر، احتمال بروز تشنج در شیرخواران وجود دارد.

۲- به علت اثر اسموتیک این داروها در دفع و از دست رفتن آب بدن از طریق ادرار، در شیر خواران، خردسالان یا بیماران سالخورده، به خصوص در صورت ابتلا به پرادراری، کم ادراری، دیابت یا کاهش قبلی آب بدن ممکن است بدتر شود. به منظور جلوگیری از دهیدراتاسیون، باید قبل از آزمایش به مقدار کافی مایعات به بیمار داده شود. احتمال بروز نارسائی کلیوی در بیماران سالخورده بیشتر است.

۳- در صورت وجود تصلب شرائین مغزی، افزایش فشار داخل جمجمه، ضایعات اولیه یا متاستاتیک مغز با احتیاط مصرف گردد.

۴- به دلیل حساسیت متقاطع، بیماران حساس به مواد حاجب رادیواکتیو یددار ممکن است نسبت به این دارو نیز حساسیت نشان بدهند.

توصیه های دارویی مگلو مین کامپاند ۱- در میلوگرافی یا معاینه کیست ها یا سینوس های پشتی که ممکن است با فضای زیر عنکبوتیه مرتبط باشند، استفاده از این مواد حاجب توصیه نمی شود.

۲- برای جلوگیری از آسیب راسیون محتویات معده پیش از انجام آزمون غذا مصرف نشود، اما خوردن مایعات رقیق منعی ندارد.

۳- مصرف ترکیبات حاجب یددار ممکن است با آزمون های عملکرد تیروئید، شمارش گلبول ها، آزمایشات انعقاد خون و بعضی از آزمون های خاص ادرار، تداخل داشته باشد.

۴- قبل از تجویز مقدار اصلی، تزریق داخل وریدی ۱-۵ میلی لیتر از فرآورده به منظور آزمون حساسیت توصیه می شود. اگر چه وسایل لازم برای جلوگیری از واکنشهای حساسیتی باید در دسترس باشند.

۵- غده تیروئید و بیماران مستعد به ابتلا به نارسائی کلیوی احتمال بروز عوارض جانبی را افزایش می دهد.

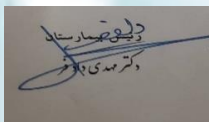
۶- برای تشخیص به موقع آریتمی در حین آزمایش آرتریوگرافی عروق کرونر و آنژیوگرافی انجام الکتروکاردیوگرافی ضروری است.

۷- تجویز گلوکوکورتیکوئیدها و آنتی هیستامین ها به منظور کاهش بروز و شدت واکنشهای شدید در بیماران پرخطر (مثل آسم،

سابقه آلرژی یا حساسیت به پنی سیلین، دهیدراتاسیون، سابقه حملات صرعی و فتوکروموسیتوم) توصیه می شود.
۸- قطع موقتی شیردهی (حداقل ۲۴ ساعت) بعد از تجویز دارو توصیه می شود.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / ماده حاجب - دستگاه رادیولوژی

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول فنی رادیولوژی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مصیب کاظم زاده (مسئول تصویر برداری)	دکتر حسنا تابه زر (مسئول فنی تصویر برداری) دکتر سارا مهتدی (مسئول فنی تصویر برداری) مصیب کاظم زاده (مسئول تصویر برداری) سمیه حیدری زادی (مسئول سی تی اسکن) زهرا اکبری (مسئول رادیولوژی) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه اطلاع رسانی موارد بحرانی

کد سند: IM-WI-04

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲

هدف: اطلاع رسانی سریع موارد بحرانی به پزشک معالج و تسریع در روند درمان بیمار

دامنه (محدوده): بخش های تصویربرداری – اورژانس – بخش های بستری

شرح فعالیت (روش کار):

بیماران بستری :

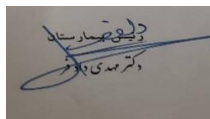
- ۱- سی تی اسکن و یا کلیشه رادیوگرافی بیمار توسط کارشناس رادیولوژی به سیستم PACS ارسال شود.
- ۲- سی تی اسکن و یا گرافی بیمار توسط پزشک متخصص رادیولوژی رویت شده و در صورت وجود موارد بحرانی موجود در لیست ذیل و تایید پزشک رادیولوژیست با استفاده از خط آزاد ارتباطی یکطرفه (Hot Line) به پزشک و در صورت در دسترس نبودن پزشک مربوطه به پرستار بخش اطلاع داده شود.
- ۳- پرستار گزارش تصویربرداری را در اختیار پزشک معالج و یا پرستار بخش قرار دهد.
- ۴- کارشناس رادیولوژی نتایج بحرانی تصویربرداری بیمار بستری را در دفتر ثبت مقادیر بحرانی واحد تصویربرداری با ذکر نام و نام خانوادگی بیمار، نوع گرافی و یا سی تی اسکن، تاریخ و ساعت انجام، فرد اطلاع دهنده و فرد اطلاع گیرنده در دفتر ثبت نماید.
- ۵- از روش Read Back. Write Down . Repeat Bach Close the Loop، جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود.
- ۶- کارشناس رادیولوژی (مسئول شیفت بخش رادیولوژی) در بیماران ترخیص شده موارد بحرانی معوقه را همراه با ثبت ساعت و تاریخ در دفتر اطلاع رسانی ثبت کند و به پزشک معالج و در صورت نبودن پزشک به مسئول بخش مربوطه اطلاع دهد.

بیماران سرپایی :

- ۱- سی تی اسکن و یا کلیشه رادیوگرافی بیمار توسط کارشناس رادیولوژی به سیستم PACS ارسال شود.
- ۲- کلیشه رادیوگرافی و یا آزمون سی تی اسکن مشکوک به موارد بحرانی، توسط کارشناس رادیولوژی به پزشک رادیولوژیست اطلاع داده شود.
- ۳- کارشناس رادیولوژی، پس از تایید پزشک رادیولوژیست مورد بحرانی را با استفاده از خط یک طرفه (Hot Line) به اطلاع پزشک معالج و یا بیمار برساند.
- ۴- مورد بحرانی در دفتر ثبت موارد بحرانی با ذکر نام و نام خانوادگی بیمار، نوع گرافی یا سی تی اسکن، تاریخ و ساعت انجام، فرد اطلاع دهنده و فرد اطلاع گیرنده ثبت شود.
- ۵- در صورت عدم پاسخ در اولین تماس به هر دلیل بار دوم ۶ ساعت بعد و بار سوم ۱۲ ساعت بعد از تماس اول مجدد با بیمار تماس گرفته شود.

فهرست محدوده بحرانی واحد تصویربرداری پزشکی				
		عنوان	اقدام از طرف بخش رادیولوژی و سی تی اسکن	اقدام از طرف بخش مربوطه
			گزارش تلفنی فوری به مسئول بخش/شیفت/پرستار مسئول	گزارش فوری به پزشک معالج/سوپروایزر کشیک
سی تی اسکن	صدمات مغزی (Brain Injury)	هماتوم و خونریزی های مغزی	"	"
		هرنی مغزی	"	"
		سکته حاد	"	"
		عفونت مغزی	"	"
		انواع شکستگی های جمعیه	"	"
		انواع تومورهای مغزی	"	"
	آسیب های گردنی (Neck Injury)	شکستگی فقرات گردنی	"	"
		صدمه راه های هوایی	"	"
		قطع و تنگی شریان کاروتید	"	"
		توده گردنی	"	"
	قفسه سینه (Thorax)	آمبولی ریوی	"	"
		پنوموتوراکس	"	"
		هموتوراکس	"	"
		پارگی آنوریسم	"	"
	شکم و لگن (Abdomen & Pelvic)	دایسکشن آئورت	"	"
		ایسکمی روده ای	"	"
		انسداد روده ای	"	"
		آپاندیسیت	"	"
		پارگی احشاء شکمی	"	"
		خونریزی داخلی	"	"
			اقدام از طرف بخش رادیولوژی و سی تی اسکن	اقدام از طرف بخش مربوطه

رادیولوژی	عنوان		گزارش تلفنی فوری به مسئول بخش/شیفت/پرستار مسئول	گزارش فوری به پزشک معالج/سوپروایزر کشیک
	قفسه سینه (Chest)	هموتوراکس	"	"
		پنوموتوراکس	"	"
	آسیب های ستون فقرات (Spine Injury)	شکستگی های مهره گردن	"	"
		شکستگی های مهره های توراسیک	"	"
		شکستگی های مهره های لومبار	"	"
	شکستگی ها (Fracture"s)	انواع شکستگی های باز	"	"
	امکانات و تسهیلات: دستگاههای مولد پرتو - سیستم PACS - خط یک طرفه (Hot Line) - دفتر ثبت موارد بحران			
ابلاغ کننده:		تایید کننده:		تهیه کننده:
دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان)		دکتر حسنا تابه زر (مسئول فنی تصویربرداری) دکتر سارا مهتدی (مسئول فنی تصویربرداری) مصیب کاظم زاده (مسئول تصویر برداری) سمیه حیدری زادی (مسئول سی تی اسکن) زهرا اکبری (مسئول رادیولوژی) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)		سمیه حیدری زاد (مسئول سی تی اسکن) زهرا اکبری (مسئول رادیولوژی)





عنوان دستورالعمل: مقابله با سوانح بر اساس شرایط واقعی کار

کد سند: IM-WI-05

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: حفظ سلامت بیماران و کارکنان بخش رادیولوژی در مقابل اشعه

دامنه کاربرد: بهداشت محیط - رادیولوژی

روش کار:

تعریف سانحه پرتویی: هر واقعه ناخواسته شامل خطای کار، نقص سیستم، کمبود تجهیزات یا هر حادثه دیگری که منجر به پرتوگیری غیرعادی به پرسنل، بیمار و یا همراه بیمار شود و مقدار آن از دیدگاه حفاظت در برابر اشعه حائز اهمیت باشد را سانحه پرتویی میگویند. به عبارت دیگر به پرتودهی بیش از حد مجاز و کنترل نشده به افراد سانحه پرتویی میگویند.

راه کارهای پیشگیری از بروز سانحه پرتویی:

۱- چراغ های هشدار تشعشع باید در مناطق در معرض پرتو نصب شوند.

۲- دزیمتری دوره ای پرتو بصورت ۶ ماهه انجام شود. اتاق اشعه در حین اکسپوز باید از پشت قفل شود.

۳- نتایج دزیمتری پرسنل و آزمایشات دوره ای پرسنل کنترل شود.

۴- کنترل کیفی سالانه دستگاههای مولد پرتو انجام شود.

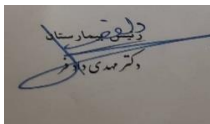
در صورت مواجهه با سانحه پرتویی در بخش تصویربرداری:

۱- در صورت پرتوگیری بیش از حد مجاز، دانسیته بالاتر از حد استاندارد گرافی ها، به سرعت کنترل کنترل کیفی و کالیبراسیون مجدد دستگاه دارای نقص انجام شود.

۲- در صورت نشستی دستگاه مولد پرتو، دزیمتری محدوده سانحه انجام شده و پس از مرتفع نمودن نشستی اتاق های پرتودهی مجدداً دزیمتری انجام شود.

۳- در صورت تایید پرتودهی بیش از حد مجاز به پرسنل پس از پایش فیلم بج ها توسط شرکت پشتیبان، همه پرسنل جهت انجام آزمایشات دوره ای مجدد شامل CBC- Diff - CRP- U/A

منابع: تجارب بیمارستانی

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
سمیه حیدری زاد (مسئول سی تی اسکن) (زهرا اکبری (مسئول رادیولوژی)	دکتر حسنا تابه زر (مسئول فنی تصویربرداری) دکتر سارا مهدی (مسئول فنی تصویربرداری) مصیب کاظم زاده (مسئول تصویر برداری) سمیه حیدری زادی (مسئول سی تی اسکن) زهرا اکبری (مسئول رادیولوژی)	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های حقوق گیرندگان خدمت



عنوان دستورالعمل: محدود و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/پیجر

کد سند: SR-WI-09

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ | تاریخ بازنگری: | تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: آشنایی پرسنل با کاربرد و نحوه ی عملکرد پیجر و محدودیت های آن

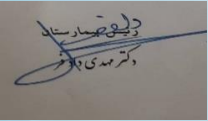
دامنه کاربرد: کل بیمارستان

روش کار:

- ۱- سیستم های صوتی پیجر/بلندگو باید در کلیه محیط بیمارستان تعبیه شده باشد.
- ۲- صدای پیج باید به صورت واضح در همه واحدها، راهرو و سالن ها شنیده شود.
- ۳- صدای پیج در بخش های ویژه و بستری جهت رفاه حال بیماران تنظیم شده باشد.
- ۴- قبل از هرگونه اعلام پیج زنگ (گلبانگ) پخش شود.
- ۵- درخواست پیج از سوی کارکنان جهت فراخوان پزشک یا همراه بیمار به سوپر وایزر داده شود و ایشان کار پیج را انجام دهد.
- ۶- پیج برای شرکت کارکنان در کلاس های آموزشی و کنفرانس ها دو بار با فاصله ۵ دقیقه انجام شود.
- ۷- اعلام پایان ساعت ملاقات بیماران دو بار با فاصله ۲ دقیقه پیج شود.
- ۸- در صورت اعلام کدهای حیاتی دو بار با فاصله ۲۰-۱۰ ثانیه کد اعلام شود.
- ۹- در صورت اعلام کدهای حیاتی با اعضای کد به صورت تلفنی نیز اطلاع داده شود.
- ۱۰- اعلام کد در دفتر گزارشات اپراتور با ذکر زمان و مکان ثبت شود.
- ۱۱- به جز کدهای اضطراری که مسئله جان بیمار در میان باشد استفاده از پیجر در موارد دیگر از ساعت ۲۲ تا ۸ صبح انجام نشود.
- ۱۲- در هنگام اوقات شرعی صدای ملایم اذان و در طول روز برای دقایقی موسیقی های آرام قابل پخش می باشد.
- ۱۳- آموزش نیروهای خدماتی بخش ها جهت اطلاع رسانی اعلام کد در مواقع قطع بودن سیستم پیجر و تلفن. (به صورت پیک / دهنده)
- ۱۴- تمام نقاط مرکز آموزشی درمانی رازی مجهز به سیستم بلندگو جهت دریافت پیامهای صوتی می باشد.
- ۱۵- بایستی چک لیست ادواری کنترل سیستم بلندگو جهت کنترل و نظارت سالم بودن دستگاه بصورت روزانه توسط تاسیسات تکمیل گردد تبصره: روش جایگزین برای سیستم بلندگو در حوادث غیرمترقبه استفاده از بلندگوی دستی بوده که در انبار بحران قرار داشته و طبق تشخیص و دستور

منابع / امکانات:

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول حقوق گیرنده ی خدمت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
اسما ترجمان (مسئول حقوق گیرندگان خدمت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران

کد سند: SR-WI-10

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: بیان خبرهای ناگوار بر پایه اخلاق حرفه ایی و منش انسانی به منظور کاهش هزینه های فرهنگی - اجتماعی - اقتصادی

دامنه کاربرد: کلیه بخش های بستری - درمانگاه - اورژانس و پاراکلینیک

روش کار:

- ۱- در خدمات پاراکلینیک اطلاع رسانی اخبار ناگوار به صورت گزارش برای پزشک معالج اعلام شود.
- ۲- در بخش های بستری، اورژانس و درمانگاه مسئولیت اطلاع رسانی این اخبار بر عهده پزشک می باشد.
- ۳- در تمام موارد فوق پرستار بیمار یا مسئول شیفت با رضایت خود و با هماهنگی با پزشک معالج می تواند اخبار را منتقل کند.

روش های قابل استفاده جهت ابلاغ خبر ناگوار:

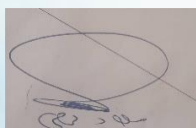
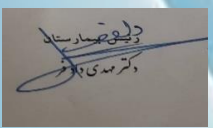
- ۱- واگذار کردن به پزشک در صورت اصرار و سوال بیمار/همراه.
 - ۲- واگذار کردن به همراه (در این روش با حفظ اصل راز داری و محرمانگی اخبار ناگوار به اطلاع یکی از بستگان بیمار می رسد و با توجه به شناخت وی از اقوام اخبار آرام آرام به صورت مناسب تری به بیمار و ولی ایشان می رسد).
 - ۳- زمینه چینی و روحیه دادن قبل از اعلام خبر .
 - ۴- کوچکتر جلوه دادن موضوع جهت حفظ روحیه بیمار /همراه.(در این روش مقداری از وخامت موضوع کاسته و بیشتر سعی در توضیح دادن نحوه برخورد با بیماری و راههای درمان آن می شود)
 - ۵- استفاده از پروتکل ۶مرحله ای.
- *نحوه استفاده از موارد فوق نباید ناقض اصل حقیقت گویی شود؛ چون ممکن است جنبه حقوقی به خود بگیرد و حتی به دادخواهی منجر شود.

پروتکل ۶ مرحله ای:

مرحله	فن مورد آموزش
۱- آغاز صحیح	- استفاده از ارتباطات پایه و مهارت های تسهیل کننده - تنظیم جنبه های فیزیکی مصاحبه - استفاده صحیح از فن زبان بدن (ارتباط غیر کلامی) - برقراری تماس چشمی
۲- آگاهی از اطلاعات قبلی بیمار	- پرسش از بیمار درباره اینکه می داند بیماریش چیست یا حدس می زند. - دقت به شیوه تشریح موقعیت توسط بیمار، توجه به لغاتی که بیمار مورد استفاده قرار می دهد، همچنین توجه به مکانیزم دفاعی انکار از سوی بیمار.
۳- آگاهی از اینکه بیمار اکنون چه می خواهد	- دعوت شفاف برای مشارکت اطلاعاتی، اگر بیمار خواستار آن باشد (پرسش از سوالاتی که با > آیا شما نگران هستید که...< آغاز می شود. - عبور از توضیحات عمومی بیماری در صورت عدم تمایل بیمار به دانستن آنها.
۴- بیان اطلاعات	تنظیم: شروع صحبت در سطح فهم بیمار و استفاده از کلمات و اصطلاحات غیر تخصصی. آموزش دادن: بیان اطلاعات به زبان ساده و در حد درک بیمار.
۵- پاسخ به واکنش های بیمار	- تایید تمام واکنش ها و احساسات بیمار - استفاده از فن همدلی (در هیجان و علت هیجان و پاسخ به بیمار) - همراهی با گریه و خشم و دیگر هیجان های قدرتمند بیمار.
۶- اتمام	- جمع بندی بحث و پرسش از بیمار که آیا سوال یا موضوعی هست که بخواهد راجع به آن بحث کند.

منابع / امکانات: ویژه نامه مجله اخلاق و تاریخ پزشکی

فرد ناظر بر عملکرد: مسئول حقوق گیرنده های خدمت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
اسما ترجمان (مسئول حقوق گیرندگان خدمت) مسئول مددکاری: خانم زینب خدادادی 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهد دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: تشویق و کنترل های انطباقی کارکنان

کد سند: SR-WI-11

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: ۱. افزایش رضایتمندی پرسنل

۲. بهبود عملکرد کارکنان در بیمارستان

دامنه کاربرد: بخش های بالینی و اداری بیمارستان

تعاریف:

انضباط اداری: انطباق عملکرد پرسنل با آیین نامه و قوانین

روش کار:

تشویق پرسنل:

۱. الف: مسئول بهبود کیفیت به مسئولین واحدها جهت معرفی پرسنل شایسته تشویق اطلاع رسانی می کند

ب: مدیر پرستاری در جلسات ماهانه سوپروایزر و سرپرستار بخش ها ملزم به نظارت بر عملکرد پرسنل و ارایه بازخورد می نماید.

۲. مسئولین بخش ها بر اساس ارزیابی عملکرد پرسنل لیست پرسنلی که نیاز به تشویق دارند را به مدیر پرستاری اعلام می نمایند.

۳. سوپروایزر کشیک عملکرد پرسنل را پایش و اسامی پرسنل که نیاز به تشویق دارند در دفتر گزارش و دفتر پرسنلی وارد می نمایند.

۴. مدیر پرستاری بر اساس لیست ارسالی مسئولین بخش ها و گزارشات سوپروایزرها طبق صلاح دید، تشویقی ها را درخواست می نمایند.

۵. مدیر پرستاری در صورت صلاح دید اسامی پرسنلی که نیاز به تشویقی از طرف مدیر و رئیس بیمارستان دارند را به کمیته اخلاق اعلام می نماید.

۶. مسئول بهبود کیفیت ها بر اساس ارزیابی عملکرد پرسنل لیست پرسنلی که نیاز به تشویق دارند را آماده و برای دبیرکمیته اخلاق ارسال می نماید.

۷. تشویقی درخواست شده در کمیته اخلاق مطرح و در صورت تایید صادر می گردد.

۸. دبیر خانه تشویقی ارسالی را به بخش مربوطه جهت تحویل به پرسنل ارسال می نماید.
انتخاب کارمند و پرستار نمونه فصلی و سالانه:

۱. الف: مدیر پرستاری به سوپروایزرها و مسئولین بخش ها جهت معرفی پرسنل نمونه اطلاع رسانی می کند.

ب: مسئول بهبود کیفیت به مسئولین واحدها جهت معرفی پرسنل نمونه اطلاع رسانی می کند.

۲. الف: سوپروایزرها و مسئولین بخش ها بر اساس چک لیست پایش عملکرد پرسنل اسامی پرسنل درمانی را به مدیر پرستاری اعلام می نمایند.

ب: مسئولین واحدها بر اساس چک لیست پایش عملکرد پرسنل اسامی پرسنل اداری را به دفتر بهبود کیفیت اعلام می نمایند

۳. ۲. مدیر بیمارستان اسامی و چک لیست ها را بررسی و طبق صلاح دید پرسنل درمانی و اداری را که امتیاز بالاتر دارند (تعدادی از طرف دانشگاه اعلام می شود) انتخاب می نماید.

۴. دبیر کمیته لیست را در کمیته اخلاق ارائه می دهد.

۵. اعضا کمیته اخلاق از بین اسامی ارسالی پرسنلی را که صلاحیت بیشتری دارند را انتخاب می نماید.

۶. دبیرخانه تشویقی صادره به بخش های مربوطه جهت تحویل به پرسنل ارسال می نماید.

تنبیه و کنترل انطبباتی:

1. الف: مسئولین واحد ها عملکرد پرسنل را پایش و اسامی پرسنل خاطی را به مسئول بهبود کیفیت می نمایند
- ب:مدیر پرستاری در جلسات ماهانه سوپروایزر و سرپرستار بخش ها ملزم به نظارت بر عملکرد پرسنل و ارایه بازخورد می نماید.
2. سوپروایزر کشیک عملکرد پرسنل را پایش و اسامی پرسنل خاطی را در دفتر گزارش و دفتر پرسنلی وارد می نمایند.
3. مسئولین بخش ها عملکرد پرسنل را پایش و اسامی پرسنل خاطی را به مدیر پرستاری اعلام می نمایند.
4. مدیر پرستاری تایمکس پرسنل را کنترل و جهت پرسنل خاطی در ورود و خروج اخطار کتبی صادر می نمایند.
5. مدیر پرستاری پیرو گزارشات سوپروایزرها و مسئولین بخش ها، بر حسب صلاح دید اخطار شفاهی می دهد و یا این که پرسنل خاطی را به کمیته اخلاق معرفی می نماید.
6. کمیته اخلاق عملکرد پرسنل را بررسی و تصمیم گیری می نماید.
7. دبیر کمیته اخلاق تصمیمات گرفته شده را پیگیری می نماید.
8. دبیر کمیته اخلاق نتایج حاصله را به اطلاع مسئولین واحدها و بخش های مربوطه می رساند.

منابع / امکانات:

لیست اسامی پرسنلی که برای آن ها تشویقی صادر شده است.

دفتر تذکرات به پرسنل موجود در دفتر پرستاری

اخطار کتبی پرسنل کارکنان بخش های درمانی و اداری

فرد ناظر بر عملکرد:

مدیر بیمارستان : مسئولیت نظارت و صدور تشویقی جهت کارکنان برعهده دارد.

مسئول بهبود کیفیت: مسئولیت صدور تشویقی ، تنبیه پرسنل خاطی ، تعیین کارمند نمونه فصلی و سالیانه اداری را بر عهده دارد.

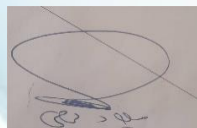
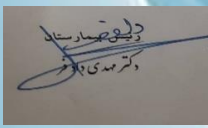
مدیر پرستاری : مسئولیت صدور تشویقی ، تنبیه پرسنل خاطی ، تعیین کارمند نمونه فصلی و سالیانه درمانی را بر عهده دارد.

سوپروایزر کشیک : مسئولیت ارزیابی عملکرد پرسنل و ارایه گزارش به مدیر پرستاری را برعهده دارد.

مسئولین بخش ها : مسئولیت ارزیابی عملکرد پرسنل و ارایه لیست تنبیه و تشویق به مدیر پرستاری بر عهده دارد.

مسئولین واحد ها : مسئولیت ارزیابی عملکرد پرسنل و ارایه لیست تنبیه و تشویق به مسئول بهبود کیفیت بر عهده دارد

دبیر کمیته طرح اخلاق : مسئولیت رهگیری صدور تشویقی و تنبیهی در داخل بیمارستان را برعهده دارد .

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
اسما ترجمان (کارشناس حقوق گیرنده خدمت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های حاد واورژانسی



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر قبل از آنژیوگرافی

کد سند: EC-WI-16

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: اطمینان از ارائه ی خدمات مراقبتی دقیق و ایمن قبل و بعد از آنژیوگرافی

دامنه کاربرد: بخش بستری ، CCU، پست کت، بخش های آنژیوگرافی

تعاریف: آنژیوگرافی روش تشخیصی تهاجمی است که با یک یا چند کاتتر در شریان یا ورید های محیطی و انتقال آن به درون قلب انجام می شود. این روش جهت تعیین آناتومی قلب، عروق، دریچه ها، شریانهای کرونر، حرکات دیواره ی بطن و تعیین اعمال همودینامیک قلب به کار می رود. B HCG (تست حاملگی)، کت لب (بخش آنژیوگرافی)

روش کار: نحوه نوبت دهی بیماران آنژیوگرافی

*جهت جلوگیری از سردرگمی و حضور به موقع بیمار در بیمارستان، شماره تماس مسئول بخش توسط متخصص قلب، در مطب یا بیمارستان به بیمار یا همراه بیمار داده می شود.

*ممدجو پس از تماس با مسئول بخش ، جهت انجام آنژیوگرافی راهنمایی شود.

*مسئول بخش به صورت تلفنی و غیر حضوری به بیمار یادآوری کند که در چه تاریخ و چه ساعتی به بیمارستان مراجعه کند.

*به بیمار تاکید شود که مدارک مورد نیاز جهت انجام آنژیوگرافی را همراه خود بیاورد ، که مدارک مورد نیاز برای پذیرش بیمار شامل نوار قلب، اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، آزمایشات CBC/Ur/Cr، و همچنین برگه معرفی نامه متخصص قلب جهت انجام آنژیوگرافی و برگه خلاصه پرونده در بیماران بستری در بیمارستان.

* به بیمار آموزش داده شود که ۸ساعت قبل از مراجعه به بیمارستان ناشتا باشد.

* در بیماران خانم در سن بارداری حتما تست B HCG انجام شود.

*داروهای بیمار که به صورت روتین روزهای قبل مصرف میکند در روز آنژیوگرافی مصرف نماید(در بیماران دیابتیک به بیمار تاکید کنید از ۲۴ ساعت قبل از انجام آنژیوگرافی مصرف قرص متفورمین را قطع کند).

*قرص کمدین ۲۴ ساعت قبل از پروسیجر قطع و شده و هپارین نیز بر اساس PT و PTT، ۸ ساعت قبل از پروسیجر داده شود.

*به بیمار آموزش دهید که ناحیه کشاله ران هر دو پا و مچ دست راست را در منزل، شب قبل از مراجعه شیو کند.

*در بیماران خانم بهتر است زیورآلات همراه نداشته باشند.

*پروسیجر آنژیوگرافی در بیمارستان رازی در حال حاضر در این مرکز انجام نمی شود.

*در صبح روز آنژیوگرافی بیمار و همراه بیمار با در دست داشتن دفترچه خود بیمار به بخش پذیرش بیمارستان مراجعه نماید .

* در بخش پذیرش فرم رضایت آنژیوگرافی توسط بیمار و همراه او تکمیل میشود.

* پس از پذیرش، بیمار به بخش داروخانه مراجعه و کیف بهداشتی مخصوص بیمار را خریداری کرده و به بخش مربوطه (پست کت، بستری یا CCU) مراجعه کند.

* مراقبت های قبل از آنژیوگرافی در بخش**

*در بخش مربوطه در بدو ورود، پرستار خود را به بیمار معرفی کند.

* بیمار برگه پذیرش و مدارک مربوطه را تحویل پرستار و منشی بخش دهد.

* بیمار به اتاق بخش مراجعه و با رعایت حریم خصوصی، بیمار لباس مخصوص بیمارستان بر تن کند (بیمار فاقد لباس زیر باشد).

* پرونده بیمار توسط منشی بخش تکمیل و تحویل پرستار مسئول بیمار داده شود و مدارک بیمار ضمیمه پرونده شود.

* V/S بیمار چک و چارت شود و سوابق پزشکی بیمار از نظر فشار خون، دیابت، حساسیت غذایی و دارویی، هر نوع عمل جراحی در پرونده ثبت شوند.

* پس از توضیح شرح پروسیجر آنژیوگرافی توسط پرستار برای بیمار، از بیمار و همراه بیمار رضایت آگاهانه گرفته شود.

* وسایل برقراری لاین وریدی آماده و آنژیوکت در دست چپ بیمار فیکس شود.

* سرم درمانی (نرمال سالین) در بیماران شروع شود که در بیماران فاقد سابقه فشار خون 300 CC سرم نرمال سالین دریافت شود. دندان مصنوعی و زیور آلات بیمار خارج شوند.

* به بیمار توضیح داده شود که در حین انجام پروسیجر از طریق شریان رادیال، ممکن است که ادامه آنژیوگرافی از طریق شریان رادیال مقدور نباشد و ادامه آنژیوگرافی از طریق شریان فمورال انجام میشود که آمادگی لازم را داشته باشد.

* پس از تماس تلفنی پرستار بخش آنژیوگرافی با بخش مربوطه، طبق نوبت و شماره پرونده، بیمار با ویلچر یا برانکارد به بخش کت لب انتقال داده شود.

* * مراقبت های قبل از آنژیوگرافی در بخش کت لب * *

* در بدو ورود بیمار به بخش کت لب، پرستار بخش کت لب پرونده بیمار را از پرستار بخش مربوطه تحویل میگیرد، خود را به بیمار معرفی کند، مشخصات بیمار با پرونده مطابقت داده شود، V/S بیمار چک شود، iv Line بیمار چک و از در جریان بودن سرم مطمئن شوید.

* به بیمار توضیح دهید که قبل از انتقال به تخت آنژیوگرافی در صورت داشتن ادرار یا مدفوع، به دستشویی برود.

* پرونده بیمار توسط منشی بخش کت لب (در صورت نبود منشی، توسط پرسنل بخش کت لب) در سیستم کامپیوتری ثبت شود.

* پرونده بیمار، آزمایشات، نوار قلب، اکو، تست ورزش و معرفی نامه انجام آنژیوگرافی توسط متخصص قلب بررسی نهایی شود.

* بیمار توسط نیروی خدمات و پرستار به تخت مخصوص آنژیوگرافی انتقال داده شود.

* وسایل مخصوص انجام آنژیوگرافی توسط پرستار سرکولر آماده شوند.

* مانیتورینگ قلبی تنفسی بیمار انجام شود.

منابع / امکانات: مانیتورینگ، فشار سنج، نیروی انسانی

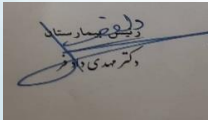
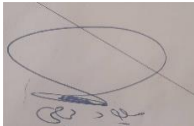
کتاب پرستاری مراقبتهای ویژه

فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:

تایید کننده:

ابلاغ کننده:

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	سوپروایزر: خانم بدری
		



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر پس از آنژیوگرافی

کد سند: EC-WI-17

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری:

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

هدف: اطمینان از ارائه ی خدمات مراقبتی دقیق و ایمن قبل و بعد از آنژیوگرافی

دامنه کاربرد: بخش بستری ، CCU، پست کت، بخش های آنژیوگرافی

تعاریف: کیت شریانی وسیله ای است که در شریان رادیال یا فمورال بیمار تعبیه میشود که مسیر انجام پروسیجر از طریق آن میسر میشود.

TR بند وسیله ای است که جهت بند آوردن خونریزی در آنژیوگرافی از طریق شریان رادیال استفاده میشود.

فعالیت (روش):

* اتمام آنژیوگرافی به بیمار اطلاع داده شود که پروسیجر با موفقیت انجام و بیمار به ریکاوری انتقال داده شود.

* بیمار با کمک نیروی خدمات و پرستار بخش پس از دستور پزشک از روی تخت آنژیوگرافی به روی برانکارد انتقال و به اتاق ریکاوری منتقل شود.

* مانیتورینگ قلبی تنفسی انجام شود.

* به بیمار توضیح داده شود که کیت شریانی از شریان رادیال یا فمورال خارج میشود که نیاز به کمپرس فشاری دارد که بیمار آرامش خود را حفظ کند.

* وسایل پانسمان فشاری که شامل گاز استریل، چسب، دستکش استریل، کیسه شن میباشد، توسط پرستار آماده شوند.

* در بیمارانی که آنژیوگرافی از طریق شریان رادیال انجام شده است *

* در صورت وجود TR بند، کیت شریانی همزمان با باد کردن TR بند خارج شود. میزان هوای داخل TR بند در حدود 20CC باشد البته بستگی به نظر متخصص قلب این میزان ممکن است متغیر باشد.

* در صورت عدم وجود TR بند، کیت شریانی خارج و پس از آن پانسمان فشاری انجام شود.

* به بیمار توضیح دهید که تا ۴۸ ساعت پس از انجام پروسیجر از بلند کردن اجسام سنگین خودداری کند، از خم و راست کردن دست خودداری کند.

* به بیمار توضیح دهید ۱ ساعت پس از انجام پروسیجر در صورت نداشتن تهوع و استفراغ میتواند PO شود.

* مایعات فراوان بنوشد.

* داروهایی که قبلاً مصرف کرده را طبق روتین مصرف کند (در بیماران دیابتیک تا ۴۸ ساعت پس از آنژیوگرافی در صورت داشتن قرص متفورمین، از مصرف قرص متفورمین خودداری کند).

- * به بیمار توضیح دهید در صورت درد غیر قابل تحمل در محل پانسمان، یا احساس خیس و گرم شدن محل پانسمان، پرستار را مطلع کند.
- * به بیمار توضیح دهید که ممکن است تا ۱ هفته در ناحیه مچ دست احساس سنگینی، درد و کبودی داشته باشد که جای نگرانی نیست.
- * در بیمارانی که پروسیجر از طریق شریان فمورال انجام شده است**
- * پس از خروج کیت شریانی به مدت نیم ساعت محل پانکچر شریان را فشار دهید تا اینکه خونریزی متوقف شود.
- * به بیمار توضیح داده شود در صورت داشتن ادرار یا مدفوع، از رفتن خودسر به دستشویی خودداری کند که برای بیمار از لگن یا سونداژ (طبق دستور پزشک) استفاده شود.
- * مایعات زیاد مصرف کند.
- * به بیمار توضیح داده شود که یک یا دو عدد کیسه شن جهت جلوگیری از خونریزی بر روی پانسمان بیمار قرار داده میشود که در صورت افتادن کیسه شن به پرستار اطلاع داده شود.
- * در صورت عدم مشکل، ۲ ساعت بعد از عمل بیمار PO گردد و به مدت ۶ تا ۸ ساعت به خوردن مایعات تشویق شود. (جهت دفع بهتر ماده حاجب).
- * در صورت مشکل در دیورز، از کیف آب سرد و گرم به صورت متناوب استفاده شده و در صورت نیاز طبق فرآیند سونداژ شود.
- * در صورت درد ناحیه ی شکم، افت فشار و اختلال همودینامیک، NPO و به پزشک اطلاع داده شود.
- * علایم حیاتی، کیسه شن، محل پانسمان، نبض های محیطی، حس و گرمای انتهای محل (هر ۱۵ دقیقه تا یک ساعت و هر نیم ساعت تا ۲ ساعت و هر یک ساعت به مدت ۴ ساعت) کنترل و ثبت پرونده شود.
- * به بیمار توضیح داده شود که تا ۴۸ ساعت پس از آنژیوگرافی از هرگونه فعالیت سنگین، دویدن و بالا و پایین آمدن از پله با شدت بالا خودداری کند.
- * پانسمان روز بعد از پروسیجر در زیر دوش حمام و پس از خیس کردن کامل پانسمان خارج شود.
- * پس از تکمیل پرونده بیمار توسط پزشک، پرونده بیمار توسط منشی بخش کت لب چک شود.
- * فرم گزارش آنژیوگرافی به همراه CD مربوط به بیمار داخل پوشه قرار گیرد و تحویل همراه بیمار گردد.
- * پرستار از دادن هرگونه اطلاعات مربوط به گفتمانی یا نرمال بودن عروق بیمار، به بیمار یا همراه بیمار خودداری کند.
- * پس از stable شدن بیمار، بیمار به بخش بستری یا پست کت یا CCU منتقل شود.
- * نحوه خروج TR بند توسط پرستار به این شرح میباشد که تا ۸ ساعت پس از اتمام پروسیجر، هر ۱ ساعت ۲ و نیم CC هوا خارج شود.
- آموزش به بیمار بعد از آنژیوگرافی:
- ۱- به بیمار در مورد عدم فعالیت هایی مثل دویدن، ورزش های تماسی و فعالیت های خشن در ۴۸ ساعت اول آموزش دهید. همچنین توضیح داده شود که می تواند از ۴۸ ساعت بعد قدم بزند.
 - ۲- به بیمار در مورد عدم استراحت مطلق بیش از یک ساعت توضیح داده شود.
 - ۳- به بیمار در مورد برطرف شدن کبودی کشاله ی ران بعد از حدود یک هفته یا بیشتر و تغییر رنگ و طبیعی بودن احساس توده ی سفت در محل توضیح داده شود.
 - ۴- به بیمار توضیح داده شود که روز بعد از آنژیوگرافی با در دست داشتن پوشه حاوی CD و گزارش آنژیوگرافی و مدارک قبلی خود به مطب پزشک مراجعه نماید.

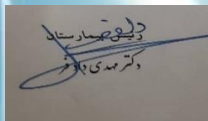
۵- به بیمار آموزش داده شود، در صورت بروز موارد زیر به بیمارستان مراجعه کند:

- ❖ افزایش تحریک پذیری و ایجاد زخم در محل کشاله ی ران
- ❖ تورم افزایش یافته همراه با نبض، تغییر رنگ آبی یا ارغوانی در کشاله ی ران
- ❖ کمرختی و رنگ پریدگی پاها، قرمزی و گرمی، داغی شدید، ترشح همراه با چرک در محل آنژیوگرافی
- ❖ در صورت انجام عمل جراحی و دندان پزشکی با پزشک خود مشورت کند.
- ❖ یافته ها و اقدامات و آموزش ها در پرونده ثبت گردد.
- ❖ آموزش ها در فرم آموزش پس از ترخیص ثبت و یک کپی به همراه سایر مدارک به بیمار داده شود.

منابع / امکانات: مانیتورینگ، فشار سنج، نیروی انسانی

کتاب پرستاری مراقبتهای ویژه

فرد ناظر بر عملکرد:

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مسئول بخش آنژیوگرافی	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

عنوان دستورالعمل: نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد و اورژانس و سایر بخش ها به بخش مراقبت های ویژه

کد سند: EC-WI-18

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: روشمند سازی انتقال بیماران - ایمن سازی هرگونه انتقال بیماران - پیشگیری از هرگونه خطا یا قصور یا اتفاقات غیر مترقبه مغایر قانون در جابجایی بیماران.

دامنه کاربرد: کلیه بخشهای بالینی

روش کار:

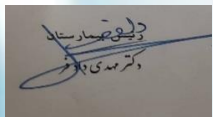
- ۱- پزشک متخصص پس از ویزیت بیمار دستور انتقال بیمار به بخش مراقبت های ویژه را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- ۲- پرستار مسئول بیمار باید دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار به بخش ویژه را چک می نماید و اقدامات حیات بخش لازم و اورژانسی را برای بیمار انجام می دهد و وضعیت همودینامیک بیمار را ثبت می کند.
- ۳- پرستار مسئول بیمار، وجود بیمار بدحال جهت انتقال به بخش ویژه را به مسئول کشیک اطلاع می دهد.
- ۴- پرستار مسئول بیمار، بیمار و خانواده اش را از هدف انتقال به بخش مراقبت های ویژه مطلع می سازد.
- ۵- پرستار مسئول بیمار در صورت عدم وجود تخت خالی در بخش مراقبت های ویژه، سوپروایزر را جهت انجام هماهنگی مطلع می سازد.
- ۶- پزشک معالج درخواست کتبی مبنی بر انجام گرافی و سونوگرافی را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- ۷- پرستار مسئول بیمار، موظف است به هنگام جابجایی بیمار جهت انجام اقدامات پاراکلینیک بیمار را همراهی نماید.
- ۸- پرستار مسئول بیمار تجهیزات لازم جهت انتقال بیمار را آماده نموده و کلیه نکات ایمنی بیمار را در هنگام انتقال وی در نظر می گیرد. (مهار فیزیکی، تجهیزات کمک تنفسی، مانیتورینگ قلبی، حفظ حریم خصوصی، بالا کشیدن بدساید دوطرفه، خطر سقوط و ...)
- ۹- پرستار بیمار کلیه اتصالات شامل IV LINE، لوله تراشه، درن، چست تیوپ و ... را بررسی و اطمینان حاصل پیدا می کند.
- ۱۰- پرستار مسئول بیمار قبل از انتقال بیمار نیروی نگهبان را جهت انتقال سریعتر و ایمن مطلع می سازد.
- ۱۱- پرستار مسئول بیمار با کمک نیروی خدمات / پزشک معالج، بیمار را بر حسب نیاز بر روی ویلچر یا برانکارد مجهز به کپسول اکسیژن، دستگاه الکتروشوک، پالس اکسی متری، آمبوبگ، داروهای ضروری، مدارک بالینی و ... بیمار را با بدساید بالا و حفظ حریم خصوصی به بخش ویژه انتقال می دهد.
- ۱۳- پرستار مسئول بیمار موظف است هنگام تحویل، بیمار را کامل به دو صورت بالینی و پرونده ای به پرستار بخش ویژه تحویل دهد و فرم انتقال بیمار SBAR با حضور دو پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده بر بالین بیمار بررسی گردد.
- ۱۴- به هنگام جابجایی بیمار باید اصول صحیح جابجایی به کمک چند نیروی خدمات و همراهان در بیمارانی که کاهش سطح هوشیاری، ناتوانی، پلژی یا عمل جراحی داشته اند جهت پیشگیری از آسیب به بیمار به درستی انجام گردد.
- ۱۵- طبق اندازه گیری معیار موریس برای کلیه بیماران، جابجایی و انتقال صحیح بیمار اجرا گردد.

۱۶- هرگونه انتقال بیمار به واحدهای پاراکلینیک دیگر باید با هماهنگی قبلی انجام شود و حتما هنگام انتقال بیماران بدحال یک پرستار بیمار را همراهی نماید.

۱۷- سر پرستار بخش مراقبت ویژه ماهانه چک لیست فرم انتقال بین بخشی را پر نموده و به کارشناس ایمنی تحویل می دهد.

منابع / امکانات: تجارب بیمارستان / برانکارد یا ویلچر - پرونده بیمار

فرد ناظر بر عملکرد: مترون بیمارستان یا سوپروایزر وقت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مسئولین بخش های ویژه و بستری	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های پیشگیری و کنترل عفونت

با توجه به عدم راه اندازی اتاق عمل دستورالعمل تجویز پروفیلاکسی آنتی بیوتیکها قبل از اعمال جراحی به صورت موقت تدوین شده و پس از راه اندازی اتاق عمل مجددا بازبینی می گردد.



دانشگاه علوم پزشکی ایلام
مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی

عنوان دستورالعمل: تجویز پروفیلاکسی آنتی بیوتیک ها قبل از اعمال جراحی

کد سند: IC-WI-04

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری:

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

هدف: ۱- کاهش مصرف غیر منطقی و بی رویه آنتی بیوتیکها ۲- تدوین دستورالعمل آنتی بیوتیکهای پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی

۳- تجویز منطقی آنتی بیوتیکها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان ۴- کاهش میزان هزینه های درمانی

دامنه کاربرد: بخش های درمانی، آزمایشگاه و داروخانه

روش کار:

۱- از آنجاییکه عفونت محل عمل منبع عمده موربیدیتی عفونی در بیماران جراحی به حساب می آید و استفاده از آنتی بیوتیک ها پیش از اعمال جراحی در صورت اندیکاسیون، جزو اصلی مراقبت استاندارد در اکثر اعمال جراحی به شمار می رود که منجر به کاهش میزان بروز عفونتهای پس از عمل می گردد، لذا این مرکز این روش اجرایی را با تاکید بر اجرای صحیح پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی و یافتن راهکاری مناسب جهت جلوگیری از مصرف بی رویه آنتی بیوتیک ها و با نظر پزشکان متخصص رشته های مختلف جراحی، تدوین نموده و امیدواریم که در جهت اجرای صحیح آن حداکثر تلاش خود را بنماییم:

1- تیم کنترل عفونت بیمارستان با هماهنگی واحد آزمایشگاه نسبت به بررسی حساسیت و مقاومت جرم های جدا شده از نمونه های کشت مربوط به بیماران اقدام می کنند.

2- واحد آزمایشگاه نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را جهت تعیین الگوی مقاومت میکروبی و تجزیه تحلیل بصورت هر سه ماه یکبار به کمیته کنترل عفونت اطلاع می دهد.

3- واحد آزمایشگاه الگوهای مقاومت غیر طبیعی مانند مقاومت استافیلوکوک اورئوس به متی سیلین و ونکومايسين را به واحد کنترل عفونت گزارش می دهد.

4- تیم کنترل عفونت با همکاری و استفاده از نظرات پزشکان متخصص جراحی عمومی، ارولوژی، جراحی زنان پروتکل استفاده از داروهای پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی را تدوین نموده و به کلیه بخشهای بستری و اتاق عمل جهت اجرای پروتکل ابلاغ می نماید.

5- تیم کنترل عفونت نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی و الگوی مقاومت میکروبی را به پزشکان و پرسنل جهت اطلاع و اقدام جهت کنترل آن، اطلاع رسانی می کند.

6- تیم کنترل عفونت الگوی مقاومت میکروبی و الگوی مصرف آنتی بیوتیکها و تجزیه تحلیل مربوط به آنها را به کمیته کنترل عفونت شهرستان ارسال می نماید.

7- تیم کنترل عفونت نصب نرم افزار WHONET جهت انالیز و تجزیه تحلیل مقاومتهای میکروبی در واحد آزمایشگاه و با همکاری متخصص پاتولوژی و سوپر وایزر آزمایشگاه نصب نموده است و آمار را به واحد کنترل عفونت ارسال می نماید.

8- مسئول داروخانه و دبیر کمیته دارو و تجهیزات، میزان مصرف آنتی بیوتیک های پر مصرف را بصورت شش ماهه به کمیته کنترل عفونت اطلاع رسانی می نماید تا کمیته کنترل عفونت هم با توجه به عفونتهای شایع مرکز (عفونت ادراری) و الگوی مقاومت میکروبی گزارش شده توسط واحد آزمایشگاه، تصمیماتی در خصوص نحوه مصرف یک یا چند آنتی بیوتیک اتخاذ نموده و نتیجه آن را به کلیه پزشکان و مسئولین بخش ها اعلام نماید.

➤ در خصوص پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بعد از نظر خواهی از جراحان محترم استفاده از دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده ، نحوه تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی به صورت ذیل تدوین گردید:

1- اعمال جراحی تمیز نیاز به پروفیلاکسی ندارند، مگر مواردی که خطر بالقوه ذاتی عفونی وجود داشته باشد.

2- در اعمال جراحی عمومی نظیر هرنی- هموروئید- خروج توده های چربی و آنتی بیوتیک پروفیلاکسی دو گرم سفازولین می باشد.

3- در اعمال جراحی عمومی در بیماران پرخطر مانند جراحی های وسیع، وجود عفونت در محل عمل (نظیر آپاندیس پرفوره)-

سن بالای ۶۵ سال - سابقه وجود زردی یا سابقه عمل جراحی قبلی تزریق دو گرم سفازولین قبل از جراحی توصیه میشود

۴- در عمل فتق کشاله ران (هرنی اینگوینال) ، ماستکتومی توتال و نسبی پروفیلاکسی دو گرم سفازولین می باشد..

۵- درمورد عمل جراحی سزارین دو گرم سفازولین یک ساعت قبل از عمل ، در جراحی هیستروکتومی ابدومینال و واژینال سفوکستین

دو گرم سفوتتان دو گرم ، در جراحی کورتاژ تشخیصی داکسی سیلین ۱۰۰ میلی گرم قبل از عمل و ۲۰۰ میلی گرم پس از عمل

و مترونیدازول ۵۰۰ میلی گرم هر ۱۲ ساعت تا ۵ روز و در هیستروسالپنگوگرافی داکسی سیلین ۱۰۰ میلی گرم تا ۵ روز در صورت

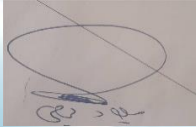
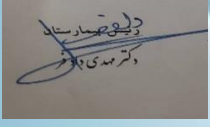
حساسیت به کفلین کلیندامایسین ۹۰۰ میلی گرم وریدی هر ۸ ساعت استفاده می شود در گذاشتن ای یو دی و بیوپسی اندومتر

و وکورتاژ تخلیه و لاپاروتومی تشخیصی و ای پی ار و تی ال هیچگونه آنتی بیوتیک پروفیلاکسی استفاده نمی شود.

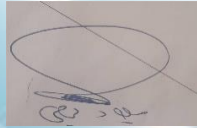
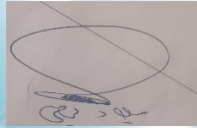
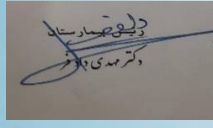
منابع / راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی

امکانات: یخچالهای دارویی دیو دارویی بخشها انواع ویالهای آنتی بیوتیک

فرد ناظر بر عملکرد: سوپروایزر کنترل عفونت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم کریمی (کارشناس پیشگیری و کنترل عفونت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

**دستورالعمل های فناوری اطلاعات و مدیریت
اطلاعات سلامت**

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی رازی	
عنوان دستورالعمل: دستورات تلفنی		
کد سند: HIM-WI-10		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: اجرایی صحیح دستورالعمل دستورات تلفنی		
دامنه کاربرد: همه بخشهای بالینی		
تعاریف: TELorder/Teleorder دستورات تلفنی اخذ شده از پزشک معالج اطلاق می شود که بهتر است فقط در مواقع اورژانس انجام شود روش کار: ۱- مسئولیت اخذ دستور تلفنی به عهده پرستارمسئول بیمار است ۲- با اخذ گزارش صحیح و گرفتن شرح حال کامل اقدام به گرفتن دستورات تلفنی نمائید. ۳- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا (دستورات شفاهی) را برحسب زمان بندی ۲۴ساعته را دقیق و خوانا بنویسید ۴- عنوان و نام پزشک ارائه دهنده دستور را کامل و خوانا بنویسید ۵- دستورات تلفنی را به طور کامل و در برگه دستورات پزشک کلمه به کلمه گفته پزشک را ثبت کنید و جهت صحت درک دستور، مجدداً توسط پرستار مستمع بازگو نمایید تا پس از اطمینان از صحت دستورات تلفنی آن را اجرا کنید ۶- عنوان پرستار مسئول بیمار (دریافت کننده دستور) و پرستار شاهد مهر و امضا کنید ۷- حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از اخذ دستورات شفاهی، دستور مورد نظر را به امضا و تایید پزشک معالج برسانید		
منابع: تجارب بیمارستانی و دستورالعمل مستند سازی و گاید لاین گزارش نویسی امکانات: تلفن مستقیم راه دسترس سریع با پزشک معالج		
فرد ناظر بر عملکرد:		
تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
عباد کاظمی (مترون) آیت ویسی (مسئول اطلاعات سلامت) 	میلاد برجی (مدیر بیمارستان) بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت)  	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

دستورالعمل های خدمات سرپایی

دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی	دانشگاه علوم پزشکی ایلام	
عنوان دستورالعمل: برقراری ارتباط و مدیریت به موقع مقادیر بحرانی		
کد سند: OPS-WI-01		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تاریخ بازنگری:	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
هدف: اطلاع رسانی سریع موارد بحرانی به بیمار / پزشک معالج و تسریع در روند درمان بیمار		
دامنه کاربرد: بخش های تصویربرداری / آزمایشگاه - اورژانس - درمانگاه تخصصی		
تعاریف: ۱- متخصصین بالینی و پاراکلینیک مرتبط فهرست مقادیر بحرانی نتایج بررسی های پاراکلینیک را تدوین کنند . ۲- سرپرست بیمارستان فهرست مقادیر بحرانی نتایج بررسی های پاراکلینیک را به تمامی بخشهای پاراکلینیک و درمانگاه ابلاغ نماید. ۳- سرپرست بیمارستان روش اجرایی دستورات تلفنی / شفاهی را جهت اطلاع کلیه کارکنان بخشهای بالینی و کارکنان بخشهای پاراکلینیک ابلاغ نماید. <u>نحوه گزارش به هنگام نتایج بحرانی بررسی های پاراکلینیک:</u> در بیماران سرپایی: ۱: بخش تصویربرداری: ۱- کارشناس رادیولوژی سی تی اسکن و یا کلیشه رادیوگرافی بیمار را به سیستم PACS ارسال نماید. * پس از اینکه کارشناس رادیولوژی متوجه شد که نتیجه یک تست در محدوده بحران قرار دارد: ۲- کارشناس رادیولوژی مساله را با مسئول فنی رادیولوژی گزارش نماید. ۳- کارشناس رادیولوژی، پس از تایید مسئول فنی رادیولوژی، اطلاع رسانی به پزشک و یا بیمار را همراه با ثبت در دفتر ثبت بیماران با قید ساعت و تاریخ انجام دهد. ۷- کارشناس رادیولوژی کنترل مجدد نتایج بحرانی پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بیمار / پزشک معالج را انجام دهد. ۸- کارشناس رادیولوژی در صورت عدم پاسخ در اولین تماس به هر دلیل بار دوم ۶ ساعت بعد و بار سوم ۱۲ ساعت بعد از تماس اول مجدداً با بیمار تماس گرفته شود . ۹- کارشناس رادیولوژی بیماران سرپایی دارای نتایج بحرانی را برای مراجعه مجدد و ویزیت مجدد توسط پزشک مربوطه راهنمایی نماید. ب- ۲: بخش آزمایشگاه:		

پس از اینکه فردی در آزمایشگاه (کارشناس آزمایشگاه) متوجه شد که نتیجه یک تست در محدوده بحران قرار دارد:

۱- کارشناس آزمایشگاه مساله را با مسئول فنی یا سوپروایزر مطرح می نماید.

- مسئول بخش (مسئول شیفت) آزمایشگاه، پس از تایید مسئول فنی، به پزشک معالج (از طریق خط آزاد ارتباطی یکطرفه) یا بیمار (هنگام پذیرش از آنها شماره تماس گرفته می شود) اطلاع می دهد (ضمن اخذ شرح حال بیمار به وی گفته می شود که جهت گرفتن جواب و ارایه آن به پزشک به آزمایشگاه مراجعه کند) و در دفتر مربوط به ثبت نتایج بحرانی با قید ساعت و تاریخ ثبت می کند، سپس با تکرار آزمایش بر روی همان نمونه به صورت دوتایی و یا در کنار یک کنترل مناسب از نتیجه به دست آمده قبلی اطمینان حاصل نموده و مورد را پس از مقایسه با نتایج قبلی و همبستگی بالینی و تاریخچه بیمار بسته به مورد به پزشک، بیمار و یا سیستم مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت سریعاً اطلاع می دهد.

الف) موارد مشمول گزارش فوری تلفنی :

فلج شل حاد، وبا (التور)، سرخک، سندرم سرخچه مادرزادی، دیفتری، کزاز نوزادان، مننژیت، آنفولانزا، پنومونی، طاعون، تیفوس، تب زرد، تب راجعه، هر نوع حیوان گزیدگی، بوتولیسم، سیاه زخم تنفسی، شایستوزومیازیس، عوارض ایمن سازی، هر نوع بیماری بثوریتی خونریزی دهنده، مالاریا، سیاه زخم تنفسی و سایر بیماریهای واگیر در صورت مشاهده افزایش موارد گزارش داده شود.

ب) موارد مشمول گزارش ماهیانه کتبی :

سل، سیاه سرفه، تیفوئید، هپاتیت های ویرال، HIV+، بیماریهای آمیزشی، مالاریا، سالک و کالآزار، تب مالت، سیاه زخم جلدی، کیست هیداتیک، توکسوپلاسموز، پدیکولوز، کچلی و سایر بیماریهای قارچی، گال، جذام، کزاز بالغین، بیماریهای آمیزشی، شیگلوز، عفونت های بیمارستانی و کلیه موارد مشمول گزارش فوری داده شود.

کارشناس آزمایشگاه کنترل مجدد نتایج بحرانی پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بیمار/ پزشک معالج را انجام می دهد.

مسئول بخش (مسئول شیفت) آزمایشگاه در صورت عدم پاسخ در اولین تماس به هر دلیل بار دوم ۶ ساعت بعد و بار سوم ۱۲ ساعت بعد از تماس اول مجدداً با بیمار تماس گرفته می گیرد.

مسئول بخش (مسئول شیفت) آزمایشگاه بیماران سرپایی دارای نتایج بحرانی را برای مراجعه مجدد و ویزیت مجدد توسط پزشک مربوطه راهنمایی می کند. مسئول بخش مربوطه (آزمایشگاه/رادیولوژی) باید در صورت عدم مراجعه بیمار برای دریافت جواب در پایان هر ماه با شماره تلفن بیمار در دفتر مربوطه - تماس می گیرد و او را از نتایج مطلع می کند و یاد آور می شود جهت تحویل جواب تست ها به بخش مربوطه مراجعه نماید و نتایج را در دفتر مربوطه ثبت می نماید.

مسئول بخش مربوطه (آزمایشگاه/رادیولوژی) هر سه ماه یکبار مجدداً با بیمارانی که جهت گرفتن جواب تست ها مراجعه ننموده اند تماس گرفته و در دفتر مربوطه ثبت می نماید.

در تمامی موارد فوق چنانچه پیگیریها به نتیجه مطلوب نرسد مسئول بخش مربوطه مراتب را کتباً به مسئول ایمنی بیمارستان گزارش می نماید.

فهرست محدوده بحرانی تصویربرداری			
	عنوان	اقدام از طرف رادیولوژی	اقدام از طرف بخش مربوطه
		گزارش تلفنی فوری به پزشک / مسئول بخش، شیفت/پرستار مسئول	گزارش فوری به پزشک معالج/سوپروایزر کشیک
CNS مغزی	هماتوم و خونریزی مغزی	*	*
	هرنی مغزی	*	*
	سکته حاد	*	*
	عفونت مغزی	*	*
	شکستگی پیچیده استخوان مغز	*	*
	شکستگی ناپایدار ستون فقرات	*	*
	فشردگی و له شدگی نجاج	*	*
NECK گردن	صدمه و التهاب راه هوایی	*	*
	قطع شریان کاروتید	*	*
	تنگی حاد کاروتید	*	*
CHEST قفسه سینه	پنوموتوراکس فشاری	*	*
	آمبولی ریوی	*	*
	پارگی آنوریسم یا تهدید به پارگی	*	*
	تجمع هوا در فضای شکمی بدون انجام جراحی	*	*

ABDOMEN شکم	ایسکمی روده ای	*	*
	آپاندیسیت	*	*
	وجود هوا در ورید پورت	*	*
	انسداد روده ای (یبوست روده ای)	*	*
	جراحت آسیب زا به احشا شکم	*	*
	خونریزی خلف صفاقی	*	*
UROGENITAL ژنیتال	حاملگی خارج از رحمی	*	*
	جداشدگی و پارگی جفت	*	*
	جفت سر راهی	*	*
	پیچ خوردگی لوله تخمدان و بیضه ها	*	*
	مرگ جنین	*	*
BONE استخوان	شکستگی جدید	*	*
	شکستگی چند تکه ای	*	*
GENERAL عمومی	جاگذاری اشتباه لوله	*	*

فهرست محدوده بحرانی آزمایشات:

			هماتولوژی
Hematology	Low	High	
Hct (Packed cell volume)	<20 vol%	>60 vol%	
Hb	<7 g/dl	>20 g/dL	
Hb (New born)	<10 g/dl	<22 g/dl	

Platelet count (Adult)	<40,000/cu mm	>1,000,000/cu mm	
Platelet count (Pediatric)	<20,000/cu mm	>1,000,000/cu mm	
aPTT	None	>78 secs	
PT	None	>24 secs or >2×control level	
INR	None	>4	
Fibrinogen	<100 mg/dl	>700 mg/ dL	
WBC	<2000/cu mm	>30,000/cu mm	
WBC (children)	<2000/cu mm	>43000/cu mm	
D-Dimer	None	>2 mg/L	
CSF- WBC	None	>10 cells/μL	
Presence of blast cells, sickle cells New diagnosis of leukemia, sickle cell anemia, aplastic crisis			

موضوع: جدول نتایج بحرانی بخش بیوشیمی

			بیوشیمی
Blood Chemistry	Low	High	
Ammonia	None	>40 μ mol/L	
Amylase	None	>200 U/L	
Arterial pCO ₂	<20 mm Hg	>70 mm Hg	
Arterial pH	<7.2 U	>7.6 U	
Arterial pO ₂ (adults)	<40 mm Hg	None	
Arterial pO ₂ (newborns)	<37 mm Hg	92 mm Hg (SD=12)	
Bicarbonate	<10 mEq/L	>40 mEq/L	
Bilirubin, total (newborns)	None	>15 mg/dL	
Calcium			
Adult	<6 mg/dL	>13 mg/dL	
Children	<6.5 mg/dL	>12.5 mg/dL	
Carbon dioxide	<10mEq/L	>40 mEq/L	
Cardiac troponin T (cTnT)	None	>0.1 μg/L	
Cardiac troponin I (cTnI)	None	>1.6 μg/L	
Chloride	<80 mEq/L	>115 mEq/L	
CK	None	>3-5 × upper limit of normal (ULN)	
CK-MB	None	>5% or ≥10 μg/L	
Creatinine (except dialysis patients)	None	>5.0 mg/dL	
Children		>3.8 mg/dL	
Gluucose	<40 mg/dL	>450 mg/dL	
Gluucose (Children)	<46 mg/dL	>445 mg/dL	
Gluucose (newborn)	<30 mg/dL	>300 mg/dL	
Magnesium	<1.0 mg/dL	>4.7 mg/dL	

Phosphorus	<1 mg/dL	None
Potassium	<2.8 mEq/L	>6.2 mEq/L
Potassium (newborns)	<2.5 mEq/L	>8.0 mEq/L
Sodium	<120 mEq/L	>160 mEq/L
Lead	≥ 45 µg/dL(birth-18years) ≥70 µg/dL(≥19 years)	
BUN (except dialysis patients)	< 2 mg/ dL	>80 mg/dL

موضوع: جدول نتایج بحرانی بخش بیوشیمی

مایع مغزی، نخاعی		
Cerebrospinal Fluid	Low	High
Glucose Adult Children	< 80% of blood level < 31% of blood level	
Protein total		>45 mg/dL
positive bacterial stain, antigen detection, culture or India ink preparation	None	If was positive
WBC in CSF Presence of malignant cells or blast in any other body fluid	None	>10/ cu mm

موضوع: جدول نتایج بحرانی بخش میکروبیشناسی

میکروب شناسی
Positive blood culture
Positive B.K culture
Positive culture or isolate for <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , <i>Cryptococcus neoformans</i> , <i>Bordetella pertussis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (only nongenital sites), dimorphic fungi (<i>Histoplasma</i> , <i>Coccidioides</i> , <i>Blastomyces</i> , <i>Paracoccidioides</i>)
Presence of blood parasites (e.g. <i>Malaria</i> organisms, <i>Babesia</i> , <i>Microfilaria</i>)
Positive antigen detection (e.g. <i>Cryptococcus</i> , group B <i>Streptococci</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> type B, <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i>)
Stool culture positive for <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , <i>Vibrio</i> , or <i>Yersinia</i>

کشت خون مثبت

وجود کشت یا گسترش مستقیم مثبت در مایعات استریل بدن (مایع نخاع، مایع مفصل، مایع پریکارد، مایع پلور و پریتون)

استافیلوکوک اورئوس مقاوم به ونکومايسين

گسترش خون محیطی مثبت از نظر مالاریا

گسترش مثبت نمونه از نظر باسیل اسید فست

گسترش مثبت از نظر باسیلوس انتراسیس

تشخیص پاتوژن های مهم نظیر لژیونلا، بروسلا
موارد مثبت کریپتوکوکوس در آزمون شناسایی آنتی ژن

موضوع: جدول نتایج بحرانی بخش آنالیز ادرار

آنالیز ادرار	
گلوکز	+++
کتون	+++
مواد احیاء کننده در ادرار نوزادان	Positive
کریستالهای تیروزین، سیستئین ولوسین	Are seen

موضوع: جدول نتایج بحرانی تست های بخش هورمون، ایمونوسرولوژی و داروها

بخش هورمون و ایمونوسرولوژی

D-Dimer	> 2 mg/L
Troponin I	> 0.3 ng /mL
Troponin T hs	>52 p/mL
Digoxin	>2.4 ng/mL
HBS Ag	POS
HIV	POS
T4	> 25 µg /dL
TSH	> 400 µIu/mL

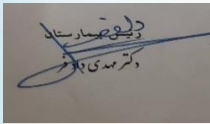
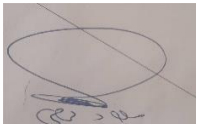
داروها

Therapeutic Drugs	Blood Levels
Acetaminophen	>150 µg/mL
Carbamazepine	>20 µg/mL
Chloramphenicol	>50 µg/mL (peak)
Digitoxin	>35 ng/mL
Digoxin	>2.4 ng/mL
Ethosuximide	>200 µg/mL
Gentamicin	>12 µg/mL
Imipramine	>400 ng/mL
Lidocaine	>9 µg/mL
Lithium	>2 mEq/L
Phenobarbital	>60 µg/mL
Phenytoin	>40 µg/mL
Primidone	>24 µg/mL
Quinidine	>10 µg/mL
Salicylate	>700 µg/mL
Theophylline	>25 µg/mL
Tobramycin	>12 µg/mL (peak)

ابلاغ کننده:

تایید کننده:

تهیه کننده:

دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 	میلاذ برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	مسئولین بخش های پاراکلینیک مسئول بخش های بالینی
--	--	--