

مرکز آموزشی درمانی تحقیقاتی رازی

کتابچه خط مشی

کد سند: RC-PO-03

شماره ویرایش: ۰۰

تاریخ ابلاغ: تیرماه ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

نام واحد: بهبود کیفیت

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
مقدمه	3
▪ محور مدیریت و رهبری	5
مدیریت پیشگیرا	6
نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی	9
▪ خطر حوادث و بلایا	12
تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران	13
▪ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	15
کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها	16
▪ محور مراقبتهای عمومی بالینی	18
مهار شیمیایی	19
مهار فیزیکی	21
▪ محور حاد و اورژانس	23
شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستر	24
نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	26
مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	30
▪ رعایت حقوق گیرنده خدمت	33
نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین	43
حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	37
▪ کنترل عفونت	40
ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست	41

مقدمه

کتاب خط مشی و روش های اجرایی مرکز آموزشی درمانی تحقیقاتی رازی با همکاری پرسنل، 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 زیرمجموعه های ذکر شده در سنجش 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 زیرمحمور

ردیف	واژه فارسی	واژه انگلیسی	کد اختصار
۱	مرکز درمانی، آموزشی تحقیقاتی رازی	Razi Medical Education and Research Center	RC
۲	مدیریت رهبری	Leadership Management	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
۱۵	مدیریت منابع انسانی	Human Resources Management	HRM
۱۶	مدیریت منابع مالی	financial resources management	FRM
۱۷	مراقبتهای عمومی و بالینی	General and clinical care	GCC
۱۸	مراقبتهای اورژانس	Emergency care	EC
۱۹	مراقبتهای بیهوشی و جراحی	Surgery &	SAC

	Anesthesia Care		
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	Outpatient Services	خدمات سرپایی	32

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

محور رهبری و مدیریت

کد: LM-PO-04	عنوان خط مشی و روش:	
تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲	مدیریت پیشگیرانه خطر	
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳		
تعداد صفحه: ۳		

دامن (محدوده): کلیه بخش های درمانی، پاراکلینیک و پشتیبانی	فرد پاسخگو:	ابزار و روش پایش: کمیته ایمنی بیمار بر روند اجرای این خط مشی در بیمارستان نظارت می نماید.
---	-------------	---

تعاریف:	دینفعان: بیمار پرستار و پزشک
خطاهای پزشکی: خطاهای پزشکی عبارت است از تمامی نقائص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی	
عوامل مستعد کننده: عوامل مستعد کننده بروز خطا در بیمارستان به دو دسته زیرساختی و فرایندی تقسیم میشوند. عوامل زیر ساختی مرتبط با منابع انسانی تجهیزات و عوامل ساختاری است و عوامل فرایندی مرتبط با روش های ارایه مراقبت و درمان است.	
Root Cause Analysis: RCA (تحلیل علل ریشه ای)	
Failure Mode and Effects Analysis :FMEA (تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن)	

بیانیه خط مشی و روش:

جهت پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی و توسعه فرهنگ بیمار محوری و ارتقای ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی، بیمارستان بر آن شده که از طریق شناسایی مخاطرات سازمانی مرتبط با بیمار در سه حیطه ساختاری، فرایندی (عملکردی) و پیامدی از بروز خطاهای پزشکی پیشگیری و خدماتی با کیفیت بالا را ارایه نماید.

روش اجرایی:
۱- شفاف نمودن اهمیت ایمنی بیمار توسط ریاست بیمارستان در برنامه استراتژیک و ابلاغ آن به کلیه واحدها و بخش ها
۲- مسئول هر واحد / بخش عوامل زیر ساختی مستعد کننده خطا (شامل منابع انسانی، تجهیزات، و فرآیند پر مخاطره) را در واحد خود شناسایی و مشکلات موجود را بصورت سالانه جمع آوری در فرم مربوطه مشخص می نماید.
۳- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مخاطرات مرتبط با بیمار را پس از جمع آوری در هر واحد در کمیته ایمنی بیمار فهرست می کند.
۴- کمیته ایمنی بیمار کلیه خطاهای احتمالی را از لحاظ شدت و اهمیت و میزان خطا الویت بندی و مشخص می نماید.
۵- کمیته ایمنی بیمار براساس خرد جمعی و روش های تکنیکی- علمی مرتبط (RCA-FMEA) مخاطرات هر واحد را مطرح و برنامه مداخله ای و پیشگیرانه تدوین و تصویب می کند

۶- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، فایل الکترونیک این مخاطرات فهرست شده به همراه برنامه مداخلات اصلاحی مرتبط را در اختیار بخش ها و واحدها قرار داده تا نسبت به آن آگاهی داشته و براساس آن عمل نمایند.

۷- در صورتیکه مخاطره ای جدید و خارج از فهرست مخاطرات کشف و یا گزارش شود بلافاصله کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، در جهت تحلیل و اقدام اصلاحی آن طبق موارد فوق الذکر مداخله صورت می دهد.

۸- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ماهانه خطاهای پزشکی اتفاق افتاده یا نزدیک به خطا را استخراج می نماید

۹- مسئول ایمنی با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار خطاهای گذشته را اولویت بندی می کند و با در نظر گرفتن اولویت فرایند های اصلی، فرایند هایی که بیشترین امار خطا و بیشترین اهمیت را داشته اند انتخاب و موضوع ارزیابی پیشگیرانه قرار می دهند.

۱۰- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار هر فصل به ترتیب اولویت یکی از فرایند های اصلی را انتخاب و به مشارکت پرسنل درگیر در آن، حالات بالقوه خطا را در آن استخراج می کند.

۱۱- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار موضوع مورد بحث را به دبیر جلسه مربوطه (مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج، درمان، دارو و تجهیزات پزشکی، طب انتقال خون، کنترل عفونت و ...) جهت بررسی و استخراج علل خطا ارائه می دهد.

۱۲- دبیر جلسه مربوطه حالات بالقوه خطا را در فرایند انتخابی را در جلسه به تفصیل مطرح مینماید و نتیجه بررسی خود و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در آن موضوع را ارائه می دهد و براساس خرد جمعی و روش های تکنیکی-علمی مرتبط (RCA-FMEA) در کمیته های مرتبط از جمله مرگ و میر برنامه مداخله ای و پیشگیرانه تدوین و تصویب میشود.

۱۳- اعضای کمیته مربوطه امتیاز درجه اهمیت حالات خطا (RPN) را با نظر به شرح واقعه و بررسی های دقیق دبیر کمیته عنوان کرده و به شیوه بارش افکار ارائه می دهند و اقدامات اصلاحی یا برنامه های بهبود موارد با اولویت بیشتر را جهت رفع مشکل ارائه می دهند.

۱۴- مسئول بهبود کیفیت اقدامات اصلاحی یا برنامه بهبود جهت پیشگیری از بروز خطا را تنظیم و فعالیت های مورد نظر را جهت اجرا به واحد مربوطه ابلاغ می کند.

۱۵- برنامه های تعیین شده پس از تصویب ریاست یا تیم مدیریت اجرایی قابلیت اجرایی داشته و کلیه پرسنل باید به آن آگاه بوده و آنرا اجرا کنند و مسئولیت اجرای آن بر عهده کلیه مسئولین واحدها و بخش ها می باشد

۱۶- مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به همراهی سوپروایزر آموزشی سمینار و کنفرانس بر اساس نتایج حاصل از پرونده های بررسی شده در کمیته مرگ و میر در راستای پیشگیری مجدد خطا ها را برگزار می نمایند.

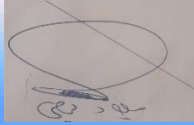
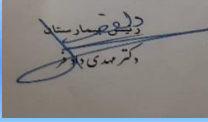
۱۷- مسئول ایمنی بیمارستان روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطای پزشکی را بدون ترس از سرزنش و تنبیه را ترویج می نماید.

۱۸- مسئول تجهیزات پزشکی از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل می نماید.

۱۹- سرپرست بیمارستان از بخش هایی که بیشترین تعداد گزارش دهی اختیاری خطاهای پزشکی را داشته اند تقدیر به عمل می آورد.

امکانات و تسهیلات: فرم -چک لیست - کامپیوتر - پرسنل

منابع/مراجع: دستورالعمل های ایمنی بیمار ابلاغی از وزارت بهداشت

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

کد: LM-PO-05 تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳ تعداد صفحه: ۳ عنوان خط مشی و روش: نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی		
دامنه (محدوده): بیمارستان فرد پاسخگو: سرپرست بیمارستان	ابزار و روش پایش: حسابرسی داخلی (امور مالی بیمارستان) / اداره پایش و عملکرد، اداره امور قرارداد های دانشگاه علوم پزشکی ایلام	
تعاریف: عقد یا قرارداد : به توافق دو اراده ضروری در جهت ایجاد یک اثر حقوقی را گویند. به عبارت ساده تر هرگاه جهت به وجود آمدن یک اثر حقوقی همچون بیع، اجاره و نظایر آن، نیاز به تلاقی و تراضی ضروری دو اراده باشد، عقد محقق می گردد. کارفرما: بیمارستان که موضوع این قرارداد می باشد کارفرما می باشد و شخص حقوقی امضاء کننده پیمان است. پیمانکار: کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی خصوصی یا دولتی خارج از مجموعه بیمارستان که به منظور انجام برخی فعالیت های موضوع این قرارداد به کار گرفته می شود.		
ذینفعان: بیمارستان		
بیانیه خط مشی و روش: مدیریت هزینه ها با توجه به لزوم تسهیل در فعالیت هایی که در بیمارستان نیاز به برون سپاری دارند و نهایی شدن قراردادهای بیمارستان ضمن اجرای الزامات و قوانین مدنی ، قانون تجارت ، قوانین مالیاتی ، وزارت کار رفاه و تامین اجتماعی و وزارت بهداشت ، آئین نامه مالی معاملاتی دستورالعمل های داخلی را جهت انتخاب و نظارت بر عملکرد پیمانکاران لحاظ نموده است.		
روش اجرایی:		
۱- بطور کلی موضوع هر قرارداد و نیز شرایط و تعهداتی که طرفین یک قرارداد برای خود تعیین می کنند ، قانون حاکم بر قرارداد را معین می کند بنابر این واحد امور مالی بیمارستان در تنظیم هر قراردادی پس از آئین نامه مالی معاملاتی که مرجع اصلی تعیین کننده شرایط صحت قرارداد و اوصاف اصلی و تشکیل دهنده آن ها را به طور کلی بیان می کند به سایر قوانین نیز مراجعه می کند. بعنوان مثال چنانچه موضوع قراردادی ، به کارگیری کارگر است به قانون کار و قانون تامین اجتماعی مراجعه می کند یا در تنظیم قرارداد مربوط به حمل و نقل به قانون تجارت، یا برون سپاری بخشی از بیمارستان به آیین نامه مالی معاملاتی و قوانین وزارت بهداشت و امور مالیاتی رجوع می کند.		
۲- قراردادهای بیمارستان طبق فرمت زیر نوشته می شود: حتماً در آن ها ۱- طرفین قرارداد ۲- موضوع و محل قرارداد ۳- مبلغ قرارداد ۴- مدت قرارداد ۵- تعهدات پیمانکار، شرکت یا فروشگاه ۶- تعهدات کارفرما ۷- کسورات قانونی ۸- فورس ماژور (شرایط خاص) ۹- موارد حل اختلاف ۱۰- موارد فسخ قرارداد قید می گردد.		
۳- سالانه پس از ارزیابی ریاست و اداره امور عمومی بیمارستان افرادی که صلاحیت آماده سازی قراردادهای را دارند به امور مالی معرفی می شوند و حدود اختیارات آنها نیز مشخص می گردد.		
۴- قبل از هرگونه قراردادی، تیم اجرایی بر اساس ملاک های ارزیابی ، پیمانکاران مربوطه را به معاونت اجرایی و واحد مالی جهت انتخاب طبق ضوابط حاکم به صورت مکتوب پیشنهاد می دهد.		
۵- هرگونه واگذاری خدمات به پیمانکار و برون سپاری به پیشنهاد مکتوب ریاست بیمارستان و تایید دانشگاه علوم پزشکی ایلام		

می باشد.

۶- کلیه قراردادهایی که مربوط به نیروی انسانی بیمارستان می باشد پس از پیشنهاد مکتوب ریاست بیمارستان که توسط رئیس واحد منابع انسانی نوشته شده، جهت بررسی و اعلام نظر به دانشگاه علوم پزشکی ایلام ارسال می گردد.

۷- کلیه قراردادهای مربوط به تجهیزات و لوازم ساختمان و سرویس و نگهداری و پشتیبانی پس از اخذ دستور کتبی ریاست تا میزان اختیارات، توسط معاونت اجرایی تهیه و به دفتر ریاست جهت ثبت و اخذ امضاء ارسال می شود.

۸- مدیر امور مالی پس از اخذ دستور ریاست کلیه قراردادهای داخلی با پاراکلینیک و کلینیک ها را می نویسد و به امضاء ریاست می رساند.

۹- در صورتی که ریاست صلاح بداند هر یک از قراردادها پس از مطالعه توسط ریاست به دفتر حقوقی طرف قرارداد بیمارستان جهت اظهار نظر در مورد صحت و سقم قرارداد توسط دفتر مدیریت ارسال می شود تا آن مرکز به طور کتبی نظر خود را به دفتر مدیریت اعلام نماید.

۱۰- در صورتی که مبلغ قرارداد بالاتر از ۲ میلیارد ریال باشد درخواست قرارداد توسط دفتر مدیریت جهت تصویب به دانشگاه علوم پزشکی ارسال می شود تا پس از تصویب و اجرا توسط معاونت توسعه و منابع دانشگاه علوم پزشکی ایلام انجام شود.

۱۱- در صورت صلاحدید ریاست بیمارستان در هر یک از مراحل قراردادهای خرید نیاز باشد در کمیته خرید یا دانشگاه علوم پزشکی ایلام مطرح و پس از اخذ تأیید واحد مالی اقدام به نوشتن قرارداد می نمایند.

۱۲- اداره امور عمومی بر چگونگی عقد قرارداد از ابتدا و نیز انجام مناقصه ها هنگام عقد قرارداد به صورت رویت قراردادهای پیش از امضاء توسط طرفین نظارت می کند و در صورت وجود اشکال اصلاحیه را در بالای برگه نوشته و جهت تغییر به واحد مالی عودت می دهد.

۱۳- مدیر مالی بر چگونگی عقد قرارداد از ابتدا و نیز انجام مناقصه ها هنگام عقد قرارداد به صورت رویت قراردادهای پیش از امضاء توسط طرفین نظارت میکند و در صورت وجود اشکال اصلاحیه را در بالای برگه نوشته و جهت تغییر به واحد مدیریت عودت می دهد و کارشناسی قراردادهای از جنبه های مالی و تعهدات انجام شده و کسورات قانونی را بعهده دارد .

۱۴- واحد ذینفع به طور مستمر و اداره امور عمومی به صورت دوره ای حداکثر دو هفته بر حسب نوع قرارداد نظارت بر انجام مراحل قرارداد را بر اساس مفاد مندرج در قرارداد و صورت وضعیت های ارائه شده و طبق دستورالعمل نظارت بر عملکرد پیمانکاران انجام می دهند.

۱۵- مدیر مالی در مقابل پیش پرداخت ها حتماً چک تضمینی یا ضمانت نامه معتبر بانکی حداقل به میزان پرداخت انجام شده در وجه بیمارستان دریافت می کند. (در صورت وجود مدت گارانتی در متن قرارداد ، چک تضمینی به مدت مذکور در قرارداد اخذ می گردد).

۱۶- در صورت وجود هرگونه تخلف و عدم رعایت قوانین و مفاد قرارداد ، موارد مذکور توسط مسئول واحد ذینفع پس از تذکر به پیمانکار و عدم رفع نقص به مدیر مالی و ریاست بیمارستان به طور مکتوب اطلاع داده می شود.

۱۷- بلافاصله پس از اعلام واحد مربوطه یا مدیریت مبنی بر عدم رعایت مفاد قرارداد تمامی پرداخت ها توسط رئیس واحد حسابداری به شرکت یا پیمانکار متوقف می شود.

۱۸- بلافاصله پس از اعلام واحد مربوطه مبنی بر عدم رعایت قوانین و مفاد قرارداد به مدیریت به صورت مکتوب توسط مدیر مالی اطلاع داده می شود.

۱۹- در صورت عدم رعایت مفاد قرارداد با شرایط فوق الذکر اصل گزارش به اطلاع ریاست بیمارستان توسط مدیر مالی رسانده می شود و مشکل توسط ایشان پیگیری و یا در تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و نسبت به ادامه یا فسخ قرارداد تصمیم گیری می

شود.

۲۰ - پیگیری در مورد خسارات یا فسخ یا ادامه قرارداد توسط کارشناس حقوقی بیمارستان پس از دستور کتبی ریاست بیمارستان انجام می شود.

۲۱ - گزارش نحوه و چگونگی برخورد با پیمانکار خارجی پس از حل دعوی به ریاست بیمارستان به صورت کتبی توسط امور مالی داده می شود.

۲۲ - صورت وضعیت پیمانکار می بایست توسط مسئول مربوطه تأیید و به واحد مالی ارسال گردد.

۲۳ - پس از عقد قرارداد پیمانکار با بیمارستان، موضوع فعال شدن قرارداد به واحد متقاضی اعلام می گردد و همزمان واحد مالی، جهت نظارت بر روند کار و گزارش دهی و پیگیری آن، ابلاغ شروع کار به پیمانکار اعلام می نماید.

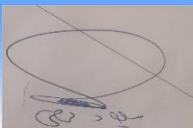
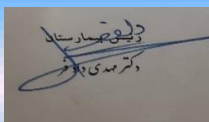
۲۴ - واحد مالی کلیه تأییدیه های صلاحیت حرفه ای پیمانکار با توجه به نوع پیمان اخذ می نماید.

۲۵ - اداره امور عمومی در صورت رعایت مفاد دستورالعمل با توجه به چک لیست نظارتی نسبت به جریمه پیمانکار اقدام می نماید.

امکانات و تسهیلات: آیین نامه کمیته خرید، دستورالعمل نظارت بر عملکرد پیمانکاران، چک لیست نظارت بر عملکرد پیمانکار

منابع/مراجع: آئین نامه مالی معاملات - قوانین مالیاتی - قانون تجارت - قانون کار - قوانین تامین اجتماعی - استاندارد اعتباربخشی

ایران

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

خط مشی خطر حوادث و بلایا

عنوان خط مشی و روش:		
تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران		
کد: CM-PO-09	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲	
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳	تعداد صفحه: ۲	
دامنه (محدوده): کل بیمارستان	فرد پاسخگو:	ابزار و روش پایش:
تعاریف:		
SafetyIndex Hospital F:FSH: (ابزار سنجش ایمنی بیمارستانها در ایران)		
سیستم فرماندهی حوادث بیمارستانی:		
(HICS):		
سیستمی مدیریتی که متشکل از ساختار سازمانی منعطف و اصول مدیریتی مبتنی بر زمان های بررسی شده است. این سیستم شامل تعیین مسئولیت ها و کانال های ارتباطی و استفاده از زبان و اصطلاحات واحد؛ به منظور بهبود ارتباطات داخلی و خارجی و تلفیق با دیگر سازمان های درگیر در پاسخ به حوادث و فوریت هاست.		
بیانیه خط مشی و روش:		
روش اجرایی:		
شیوه انجام کار:		
۱- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان/مرکز تلفن بیمارستان اطلاع داده می شود.		
۲- 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 می دهد.		
۳- فرمانده حادثه در حوادث داخلی، با توجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام می کند.		
۴- 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 می شود.		

۵- باتوجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی می شود.

۶- باتوجه به ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، فضایی انجام می شود.

۷- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مازاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، نسبت به تماس با بیمارستان های معین (دارای تفاهم نامه) اقدام می شود.

۸- تعیین منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تامین آن ها بخصوص برای گروه های دارای شرایط بحرانی و سایر گروه های آسیب پذیر (مانند کودکان، افراد مسن و از کار افتاده) صورت می گیرد.

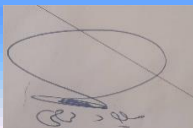
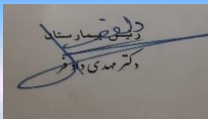
۹- هماهنگی با وزارت بهداشت، بیمارستان های همجوار و پزشکان خصوصی جهت اطمینان از ارائه مداوم خدمات ضروری پزشکی انجام می شود.

۱۰- از در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی، از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا اطمینان حاصل می شود.

۱۱- بررسی تاثیر وقایع احتمالی حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی و منابع آب و غذا و ... در بررسی های تیم ارزیابی (تکمیل فرم FSHI بیمارستان) در کمیت خطر حوادث و بلایا انجام شده و پیش بینی های لازم صورت گرفته است.

امکانات و تسهیلات: نیروی انسانی - تجهیزات و ملزومات اداری

منابع / مراجع: منابع / تجهیزات: تجارب بیمارستان - مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخصهای توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا تالیف: دکتر حمید رضا خانکه ۱۳۹۳

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) 

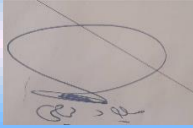
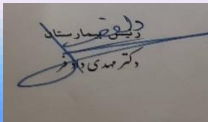
خط مشی های فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت

کد: HIM-PO-10 تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳ تعداد صفحه: ۲	عنوان خط مشی و روش: کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها	
ابزار و روش پایش:	فرد پاسخگو: مسئول مدارک پزشکی	دامنه (محدوده): تمام بخشهای درمانی
ذینفعان: بیماران و کادر درمان	تعاریف: تعاریف: اطلاعات پرونده بالینی محرمانه بوده و فقط با نظر پزشک مسئول مورد استفاده قرار گیرد.	
بیانیه خط مشی و روش:		
روش اجرایی: ۱- دسترسی به پرونده بیماران تحت درمان در بخش ها : ۲- توسط پزشک معالج :با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک معالج و تایید رئیس بیمارستان ،سوابق قبلی تحت درمان جهت درمان در اختیار پزشک معالج قرار می گیرداز طریق منشی بخش تحویل می گردد و زمان عودت پرونده حداکثر تا زمان ترخیص بیمار می باشد ۳- پزشک مشاور :با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک مشاور و تایید رئیس بیمارستان ،سوابق قبلی تحت درمان جهت درمان در اختیار پزشک معالج قرار می گیرداز طریق منشی بخش تحویل می گردد و زمان عودت پرونده حداکثر تا زمان مشاوره بیمار می باشد ۴- مدیر پرستاری بیمارستان :با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط مدیر پرستاری بیمارستان و تایید رئیس بیمارستان ،سوابق قبلی تحت درمان جهت درمان در اختیار پزشک معالج قرار می گیرداز طریق منشی بخش تحویل می گردد و زمان عودت پرونده تا پایان همان شیفت کاری می باشد ۵- مدیریت بیمارستان: دسترسی کامل به پرونده بیماران در بخشها با تکمیل فرم مربوطه تا ۲۴ساعت در اختیار رئیس بیمارستان قرار می گیرد ۶- کمیته های بیمارستانی: با درخواست کتبی دبیر کمیته به همراه ذکر علت درخواست و تایید رئیس بیمارستان کپی برابر اصل پرونده بالینی بیماران فوتی های تحت بررسی به دبیر کمیته تحویل داده می شود. ۷- نماینده حقوقی بیمارستان : با درخواست کتبی وکیل به همراه ذکر علت درخواست و تایید رئیس بیمارستان کپی برابر اصل پرونده بالینی بیماران فوتی های تحت بررسی به نماینده حقوقی بیمارستان تحویل داده می شود. ۸- مدیر امور مالی : با درخواست کتبی مدیر به همراه ذکر علت درخواست و تایید رئیس بیمارستان دسترسی به اطلاعات از پرونده که		

برای اهداف مالی مورد استفاده قرار می گیرد تحویل گزارش یا لیست اطلاعات درخواستی به مدیر مالی داده می شود.

امکانات و تسهیلات: ملزومات اداری

منابع /مراجع: تجارب بیمارستانی و دستورالعملهای کشوری

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
آیت ویسی (مسئول فناوری اطلاعات سلامت)	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 

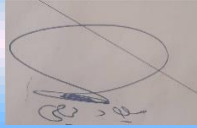
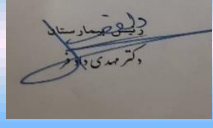
خط مشی های محور مراقبتهای عمومی بالینی

کد: GCC-PO-08 تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳ تعداد صفحه: ۲	عنوان خط مشی و روش: مهار شیمیایی	
ابزار و روش پایش: پرونده بیمار	فرد پاسخگو: سرپرستار بخش	دامنه (محدوده): کلیه بخشهای بالینی
ذینفعان: بیمار ، پرستار و پزشک	تعاریف: مهار شیمیایی یعنی استفاده از داروها جهت کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود و دیگران	
بیانیه خط مشی و روش: با هدف کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران طبق نظر و صلاحدید پزشک مربوطه با برخی داروهای مورد نظر انجام خواهد شد.		
روش اجرایی: ۱ - پرستار و پزشک با معیارهای ارزیابی بیمار، بیماران نیازمند به مهار شیمیایی را ارزیابی می نمایند. (بیمارانی که رفتارهای تهاجمی ، رفتارهای خطرناک برای بیماران دیگر ، رفتار خود تخریبی ، رفتار فیزیکی یا کلامی تهدید کننده با سابقه پرخاشگری و تهاجم، مسمومیت با الکل ، داروهای همراه با کنترل ضعف یا فقدان کنترل رفتارها) ۲ - پزشک معالج در صورت نیاز بیمار به مهار شیمیایی طبق ارزیابی های به عمل آمده از بیمار ، در برکه دستورات پزشک نوع مهار شیمیایی و مدت زمان اجرایی شدن مهار شیمیایی را به شکل شروع و پایان مدت زمان مشخص می کند. ۳ - پرستار دستور پزشک مبنی بر انجام مهار شیمیایی را چک می نماید و مهار شیمیایی بیمار را طبق دستور زمانی و نوع مهار شیمیایی که پزشک دستور داده است به انجام می رساند . ۴- پرستار مسئول بیمار بعد از انجام مهار شیمیایی برای بیمار، مرتباً بیمار را از نظر علایم حیاتی و عوارض دارویی چک می کند و در صورت بروز مشکل یا واکنش غیر طبیعی به پزشک مربوطه بالا فاصله اطلاع رسانی می نماید. ۵- پرستار کنترل علایم حیاتی ، نیازهای تغذیه ای ، نیازهای اجابت و نیازهای بهداشتی بیمارانی که تحت مهار شیمیایی قرار گرفته اند را ارزیابی کرده و با هماهنگی پرسنل مربوطه (کارشناس تغذیه ، خدمات) آنها را برطرف می نماید. ۶- پرستار مسئول بیمار نحوه کنترل بیمار در دستورات مهار شیمیایی ، مدت زمان شروع و پایان مهار ، و واکنشهای بیمار نسبت به آن را در گزارش پرستاری به صورت صحیح و دقیق ثبت می نماید. ۷ - پرستار در صورت نیاز بیمار به مهار شیمیایی مجدد به پزشک اطلاع می دهد و پزشک پس از بررسی مجدد بیمار دستورات مهار شیمیایی را می نویسد . ۸- پرستار از گرفتن دستورات شفاهی جهت اجرایی شدن مهار شیمیایی برای بیمارانی که اندیکاسیون آن در بالا ذکر شد حتی الامکان خودداری می کند اما در شرایط اورژانسی و بحرانی دستور شفاهی یا کتبی مهار شیمیایی را در طی یک ساعت اول دریافت می		

نماید.

امکانات و تسهیلات: داروهای لازم ، پرونده بیمار ، تلفن

منابع /مراجع: تجارب بیمارستان ، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

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



عنوان خط مشی و روش:
مهار فیزیکی

کد: GCC-PO-09

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تعداد صفحه: ۲

دامنه (محدوده): کلیه بخشهای بالینی پرستل نگهبان	فرد پاسخگو: سرپرستار بخش	ابزار و روش پایش: پرونده بیمار
تعاریف: مهار فیزیکی یعنی استفاده از وسایلی جهت کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود و دیگران	ذینفعان: بیمار، پرستار و پزشک	

بیانیه خط مشی و روش:

با هدف کنترل بیماران برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران طبق نظر و صلاحدید پزشک مربوطه با برخی وسایل فیکس کننده مورد نظر انجام خواهد شد.

روش اجرایی:

۱- پرستار پس از ارزیابی بیمار علت بیقراری را به پزشک معالج گزارش می دهد.

۲- پزشک معالج به محض مشاهده یا گزارش موارد زیر دستور استفاده از مهار فیزیکی را برای بیمار صادر می نماید. رفتار تهاجمی، رفتارهای خطرناک برای بیمار و دیگران، رفتارهای خود آسیب رسان همراه با کنترل ضعیف رفتارهای خود تخریبی و تهاجم، مسمومیت با داروها، کنترل ضعیف با فقدان کنترل رفتارها مانند دلیریوم.

۳- پزشک معالج در پرونده بیمار دستور کتبی مهار فیزیکی و تاریخ و مدت زمان مهار را ثبت می نماید و در شرایط اورژانسی یا بحرانی در صورت دستور شفاهی، پرستار طبق خط مشی دستورات شفاهی را در پرونده ثبت نموده و در اسرع وقت دستور کتبی را از پزشک می گیرد.

۴- پزشک معالج دستور مهار فیزیکی را به مدت بسیار محدود و بر اساس دستورالعمل زیر

صادر می نماید. بالغین حداکثر ۴ ساعت، نوجوانان ۹ تا ۱۷ سال حداکثر ۲ ساعت و کودکان زیر ۹ سال حداکثر ۱ ساعت)

۵- پرستار بیمار بیقرار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده و در صورت وجود صدمات حاد به پزشک اطلاع رسانی می کند و در گزارش پرستاری ثبت می نماید

۶- پرستار بالا بودن نرده کنار تخت بیمار را کنترل می نماید

۷- پرستار وسایل لازم جهت مهار فیزیکی را آماده می نماید. (نوارهای پد دار قابل انعطاف، دستبند پد دار، باند پنبه....) و با استفاده از این وسایل و کمک نیروهای خدماتی و همراهان بیمار با رعایت قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب و راستای طبیعی بدن بیمار را مهار می نمایند.

۸- پرستار کنترل می نماید وسایل مهار فیزیکی به شکلی بسته شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد و توجه نماید که راستای طبیعی بدن و شانه های بیمار در طول مدت مهار در وضعیت مناسبی باشند.

۹- پرستار پس از بستن عضو نبض انتهای آن و پرشدگی مویرگی را هر یک ساعت بررسی می نماید.

۱۰- پرستار به کمک همراه بیمار یا نیروی خدماتی یا کمکی هر دو ساعت بیمار را تغییر پوزیشن می دهد و نواحی مهار را کنترل می نماید تا آسیبی به بدن بیمار وارد نشود .

۱۱- پرستار هر ساعت بیمار را از نظر ادامه نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی می نماید .

۱۲- پرستار با اجازه پزشک ، در مدت مهار فیزیکی با دادن مایعات کافی از کم آبی بدن بیمار جلوگیری می کند .

۱۳- پرستار، با اجازه پزشک ، جهت خوردن غذا مهار فیزیکی را شل نموده و برای کنترل بیمار از پرسنل خدمات کمک می گیرد

۱۴- پرسنل خدمات در صورت اجازه پزشک طی مدت مهار فیزیکی در برآورده کردن نیازهای شخصی مثل استفاده از توالت به بیمار کمک می نمایند در غیر این صورت از لگن یا سونداژ برای بیمار استفاده می شود.

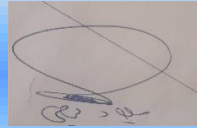
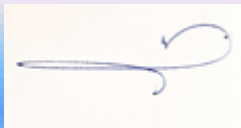
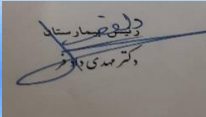
۱۵- پرستار اگر مهار فیزیکی موثر نباشد یا احتمال آسیب جدی به بیمار وجود داشته باشد به پزشک معالج اطلاع می دهد و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۱۶- پرستار طبق دستور پزشک نوع مهار فیزیکی، زمان شروع و خاتمه مهار و علت مهار فیزیکی و اقداماتی که توسط پرستار در قبل، حین و پس از مهار فیزیکی انجام شده و بررسی های به عمل آمده را در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

چ

امکانات و تسهیلات: پرونده بیمار ، وسایل مهار فیزیکی

منابع/مراجع: تجارب بیمارستان ، استانداردهای اعتباربخشی نسل چهارم

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

خط مشی های مراقبت های حاد و اورژانس



عنوان خط مشی و روش:	کد:
شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران	تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲
بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳
	تعداد صفحه: ۲

دامنه (محدوده): کلیه پرسنل بالینی	فرد پاسخگو: سرپرستار بخش	ابزار و روش پایش: پرونده بیمار
تعاریف: بیماران بدحال و اورژانسی: بیمارانی که در شرایط تهدید حیات بوده و باید د راسرع وقت اقدامات مورد نیاز برای آنها انجام گردد.		

بیانیه خط مشی و روش:

از آنجا که وظیفه بیمارستان فراهم آوردن مراقبت مناسب و مداوم براساس نیازهای بیماران می باشد وبا توجه به با ارزش بودن زمان در رسیدگی سریع به بیمار بدحال برای دریافت مراقبت های اختصاصی، بیمارستان این خط مشی را باهدف دسترسی سریع بیماران بدحال به خدمات درمانی وقابل قبول وکاهش خطرات حین بستری، حفظ حرمت و کرامت انسانی و از اجرای صحیح این سیاست اطمینان حاصل می کند.

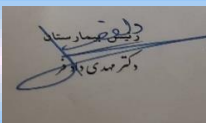
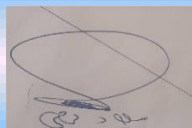
روش اجرایی:

- ۱- پرستار وضعیت بیماری که نیاز به اقدام درمانی اورژانسی دارد را چک می کند و به پزشک معالج اطلاع میدهد.
- ۲- پرستار در صورت نیاز طبق دستور پزشک کد ۹۹ را اعلام می کند.و پزشک اورژانس تا زمان رسیدن پزشک متخصص مسئولیت هدایت تیم احیا را بر عهده دارد.
- ۳- پرستار ترالی اورژانس و وسایل احیا را بر بالین بیمار آماده می کند.
- ۴- پزشک معالج در اسرع وقت (محدوده زمانی تعیین شده) بر بالین بیمار حاضر می شود.
- ۵- پزشک تا قبل از رسیدن خویش بر بالین بیمار دستورات لازم را به صورت تلفنی به پرستار ارائه می دهد.
- ۶- پرستار بلافاصله مطابق خط مشی دستورات تلفنی پزشک را ثبت و اجرا می نماید.
- ۷- پزشک بر بالین بیمار حاضر می شود و درمان بیمار را ادامه می دهد.
- ۸- پرستار مشاوره های اورژانسی درخواستی را بلافاصله پیگیری می نماید.
- ۹- پرستار نتایج مشاوره را به اطلاع پزشک معالج بیمار می رساند و در صورت تایید ایشان دستورات را اجرا می نماید.
- ۱۰- پرستار مسئول بیمار پس از انجام اقدامات لازم نتایج انجام اقدامات و حال بیمار را به پزشک اطلاع می دهد.
- ۱۱- پزشک طبق شرایط بیمار و نتیجه اقدامات انجام شده در صورت نیاز بیمار را به بخش ویژه یا مراکز مجهزتر جهت اعزام انتقال می دهد.

امکانات و تسهیلات: ترالی اورژانس، تلفن، کد ۹۹، سایر وسایل مورد نیاز احیا

منابع /مراجع: اکبری، محمداسماعیل " راهنمای ملی سلامت " جلد۱. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمان شهید بهشتی. چاپ دوم. سال ۱۳۹۲

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




کد: EC-PO-19	عنوان خط مشی و روش: نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	
تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳		
تعداد صفحه: ۳		

دامنه (محدوده): بخش ویژه	فرد پاسخگو: سرپرستار بخش	ابزار و روش پایش: پرونده بیمار
تعاریف: پذیرش و ترخیص بیماران بر اساس شناسایی نیازهای مراقبتی شناخته شده آنها و رسالت سازمان و منابع و امکانات آن جهت بستری شدن در بخش های ویژه		

بیانیه خط مشی و روش: با توجه به لزوم ارایه خدمات درمانی به بیماران بدحال و نیازمند مداخلات فوری بیمارستان با هدف استفاده بهینه از تخت های موجود در بخش های ویژه سیاست به کارگیری اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه را اتخاذ نموده است.

روش اجرایی:		
❖ نحوه پذیرش : بیمار نیازمند مراقبت ویژه پس از دستور پزشک معالج به یکی از شکل های زیر در بخش های ویژه بستری می شود:		
- پذیرش موارد جدید از بخش اورژانس - انتقال بیماران بدحال از سایر بخش های بستری - از اتاق عمل (پس از اعمال جراحی با خطر بالا) - درمانگاه		
۱- پرستار واحد انتقال دهنده بیمار را، پس از هماهنگی با بخش های ویژه (بخش اورژانس یا سایر بخش ها و مراکز اعزامی) به این بخش انتقال می دهد.		
۲- پرستار بیمار را روی برانکارد با اکسیژن و پس از انجام اقدامات اولیه مراقبتی - درمانی به بخش ویژه منتقل می کند.		
۳- بیمار توسط پرستار مسئول بیمار در ورودی بخش از نظر سطح هوشیاری و علائم حیاتی اولیه ارزیابی اولیه شده و سپس در تخت مورد نظر بستری و مانیتورینگ قلبی ریوی می شود.		
۴- در صورت انتقال بیمار از اتاق عمل ، ابتدا مسئول بخش / مسئول شیفت اتاق عمل وجود بیمار قابل انتقال به بخش ویژه را اطلاع می دهد.		
• پرسنل اتاق عمل در صورت وجود تخت خالی در بخش ویژه ، بیمار را جهت انتقال از اتاق عمل آماده می کند. • خدمات بخش ویژه و پرستار مسئول بیمار در بخش، جهت تحویل گرفتن بیمار در ریکاوری حاضر می شوند. • پرستار مسئول بیمار پس از ارزیابی وضعیت هوشیاری و عمومی بیمار (خونریزی محل عمل، علائم حیاتی ، اتصالات سوند و ..) و کنترل پرونده بیمار از نظر وجود دستور انتقال به بخش مراقبت های ویژه ، بیمار را از اتاق عمل بر روی برانکارد تحویل گرفته و به بخش ویژه منتقل می کند.		
۵- پرستار مسئول، بیماری را که با پای خود و با در دست داشتن دستور بستری و برگه دستورات دارویی از درمانگاه قلب به CCU مراجعه کرده است را پذیرش می کند. دستبند شناسایی به مچ بیمار گذاشته می شود و کلیه کارهای بیمار (ارسال آزمایشات، نوارقلب، اجرای دستورات دارویی، گرافی ها و ...) اجرا می شوند. در صورتی که برگه دستورات پزشکی همراه بیمار نباشد پرستار تلفنی به پزشک مربوطه اطلاع داده و پزشک موظف است در اولین فرصت جهت ارائه دستورات مراجعه کند.		

۶- پرستار مسئول شیفت/ بیمار در صورت انتقال بیمار از بخش های بستری با هماهنگی دفتر پرستاری جهت آماده نمودن تخت در بخش ویژه اقدام می کند.

۷- در صورت وجود تخت خالی بیمار توسط کادر همراه (پرستار/پزشک/خدمات) با در دست داشتن پرونده، کارت و کاردکس، مدارک بیمه و کلیه گرافی های بیمار با امکانات لازم در حین انتقال (اکسیژن، پالس اکسی متری، آمبوبگ و ...) بر اساس شرایط بیمار بر روی برانکارد یا ویلچر، به بخش ویژه منتقل می شود.

۸- در صورت عدم وجود تخت خالی، بیماران بستری در بخش ویژه با حال عمومی نسبتاً خوب توسط پزشک معالج ویزیت شده و به بخش بستری انتقال داده می شوند.

• در صورت عدم امکان باز کردن تخت در بخش ویژه ، بیمار بدحال در بخش عمومی تحت مراقبت با امکانات بخش ویژه (مراقبت های فیزیولوژیک / مانیتورینگ مداوم) قرار می گیرد.

❖ اندیکاسیون های پذیرش :

سیستم تنفسی :

نارسایی حاد تنفسی که نیاز به حمایت ونتیلاتور دارد

آمبولی ریه با نارسایی همودینامیک

بیماری که در بخش مراقبت بینابینی قرار دارد و وضعیت تنفسی او بدتر شده است و امکان مراقبت پرستاری یا تنفسی در بخش عادی یا بینابینی وجود ندارد.

هموپتیزی ماسیو

نارسایی تنفسی با انتوباسیون قریب الوقوع

اختلالات عصبی :

سکته مغزی حاد با تغییر وضعیت هوشیاری

کما: متابولیک، توکسیک یا آنوکسیک

خونریزی مغزی با احتمال هرنی

خونریزی حاد ساب آراکنوئید

مننژیت با تغییر وضعیت هوشیاری یا تنفسی

اختلال سیستم اعصاب مرکزی یا عصبی عضلانی که منجر به بدتر شدن وضعیت نورولوژیک یا عملکرد تنفسی گردد.

صرع پایدار

مرگ مغزی در بیماری که کاندید اهداء عضو میباشد

واژواسپاسم

آسیب مغزی شدید

مصرف بیش از اندازه دارو:

همودینامیک ناپایدار یا مصرف دارو

مصرف دارو با تغییر سطح هوشیاری که قادر به حمایت راه هوایی نباشد

تشنج به دنبال مصرف دارو

اختلالات گوارشی:

خونریزی گوارشی تهدیدکننده حیات، شامل: افت فشارخون، کاهش هموگلوبین و خونریزی پایدار و یا اینکه همراه با ناتوانی باشد

نارسایی کبد فولمینانت

پانکراتیت شدید

پارگی مری با یا بدون مدیاستینیت

اختلالات غدد :

کتواسیدوز دیابتیک که با اختلال همودینامیک یا تغییر سطح هوشیاری و یا نارسایی تنفسی و یا اسیدوز شدید عارضه دار شده باشد

طوفان تیروئیدی یا کمای میکزادما همراه با ناپایداری همودینامیک

کمای هایپر اسمولار همراه با بدون بی ثباتی همودینامیک

سایر مشکلات غدد درون ریز نظیر نارسایی آدرنال همراه با ناپایداری همودینامیک

هایپرکلسمی شدید شامل: تغییر سطح هوشیاری که نیاز به پایش همودینامیک دارد

هایپو یا هایپرnatremی با تشنج و تغییر سطح هوشیاری

هایپو یا هایپرمنیزی با جبران همودینامیک یا دیسریتمی
هایپو یا هایپرکالمی به همراه دیسریتمی با ضعف عضلانی
هایپوفسفاتی همراه با ضعف عضلات

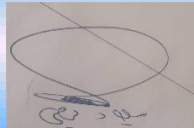
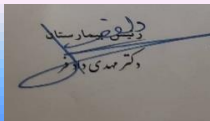
جراحی :
بیماران بعد از عمل جراحی که نیاز به پایش همودینامیک یا حمایت تنفسی

متفرقه :
شوگ عفونی با ناپایداری همودینامیک
پایش همودینامیک
آسیبهای محیطی (رعدوبرق، غرق شدگی، هایپو یا هایپرترمی)
نحوه ترخیص :

- ۱- پزشک معالج پس از بهبود حال عمومی بیمار دستور ترخیص از بخش مراقبت های ویژه و یا انتقال به بخش عمومی را صادر می کند. (که در موارد ترخیص، بیمار پس از آموزش دستورات دارویی و آموزشهای لازم در مورد نحوه ی مصرف دارو، اقدامات پاراکلینیکی و پیگیری های پس از ترخیص مستقیماً از بخش مراقبت ویژه ترخیص میشود.)
- ۲- پزشک معالج با توجه به تکمیل سیر درمان و عدم نیاز بیمار به بخش مراقبت ویژه و ادامه درمان، دستور انتقال به بخش بستری را میدهد و بدین صورت در بخش مراقبت ویژه مدجو ترخیص و انتقال می یابد.
- ۳- پرستار رضایت بیمار در موارد ترخیص با رضایت شخصی را پس از اطلاع به پزشک معالج و سوپروایزر (تکمیل فرم رضایت شخصی توسط همراه درجه یک بیمار ممهور به مهر پرستار مسئول شیفت/بیمار و اثر انگشت از بیمار و همراه درجه یک بیمار) اخذ می کند.
- ۴- برگه خلاصه پرونده بیمار به اضافه توصیه ها و پیگیری های پس از ترخیص توسط پزشک معالج نوشته شده و توسط پرستار به بیمار داده می شود و در پرونده بیمار ثبت می کند.
- ۵- پرستار برگه خلاصه پرونده و برگه آموزش به بیمار و آموزش مراقبت های لازم در منزل، پیگیری مجدد، آموزش نحوه مصرف داروها، تغذیه و علایم هشداردهنده در منزل به بیمار و بعد از گرفتن اثر انگشت بیمار به وی تحویل می دهد.

امکانات و تسهیلات: برانکارد، ترالی اورژانس، ساکشن، مانیتور قلبی ریوی، دستگاه دفیبریلاتور، ونتیلاتور و پالس اکسی متر

منابع/مراجع: مجموعه شناسنامه ها و استانداردهای خدمات سلامت کشور

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
سرپرستار بخش ویژه :خانم حاتمی، آقای دیناروند	میلاد برجی (مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر (ریاست بیمارستان) 



عنوان خط مشی :

مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران
حاد

کد: EC-PO-20

تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳

تعداد صفحه: ۳

دامنه (محدوده): بخش ویژه

فرد پاسخگو: سرپرستار بخش

ابزار و روش پایش: چک لیست

تعاریف: مراقبت های بحرانی مراقبت هایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت های تهدیدکننده حیات با ارائه حمایت های پیشرفته از ارگان های مختلف و مانیتورینگ تهاجمی صورت می پذیرد، این نوع مراقبت ها در بخش ویژه در شرایط بحران بیماران ارائه می شود.

بیانیه خط مشی و روش:

بیماران نیازمند مراقبت های بحرانی به علت ناپایداری علایم نیازمند استمرار مداخلات درمانی و پایش مداوم وضعیت بیماری ارتقا مراقبت ها در حیطه های فیزیولوژیکی می باشند. پایش مداوم وضعیت بیمار نیز از طریق دستگاه مانیتورینگ علایم حیاتی انجام می شود که بیماران بستری در بخش CCU و ICU از جمله مواردی هستند که نیازمند مانیتورینگ مداوم علایم حیاتی می باشند. مراقبت فیزیولوژیک بیماران بخش CCU و ICU در سیستم قلبی عروقی شامل کنترل فشارخون دیاستولیک (DBP)، فشارخون سیستولیک (SBP)، فشار متوسط شریان (AMP)، کنترل ریتم قلبی (HR)، تعداد تنفس (RR)، درجه حرارت (T)، درصد اشباع اکسیژن خون (SPO2)، کنترل نبض های محیطی و بازگشت وریدی می باشد.

روش اجرایی:

- ۱- پزشک دستور مانیتورینگ مداوم ، کنترل علایم حیاتی و درصد اشباع اکسیژن خون را در برگ دستورات پزشک ثبت می کند.
- ۲- پرستار ضمن چک کردن دستورات پزشک، بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار می دهد و در صورت هر گونه کاهش یا افزایش در موارد فوق، پزشک را مطلع می نماید و طبق دستور پزشک اقدامات مربوطه را انجام می دهد.
- ۳- پرستار در شرایط مناسب و جهت اندازه گیری فشارخون از کاف با اندازه مناسب استفاده می کند.
- ۴- پرستار در صورت اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ ، با فشردن دکمه کنترل BP، فشارخون بیمار شامل فشار سیستولیک ، فشار دیاستولیک را اندازه گیری و در پرونده بیمار ثبت و چارت می کند.
- ۵- پرستار در صورت نیاز به کنترل دستی فشارخون ، بعد از بستن بازوبند، فشارخون بیمار را به صورت دستی نیز چک می کند
- ۶- پرستار جهت کنترل تعداد ریت قلبی (HR) با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور میزان HR را در پرونده بیمار ثبت می کند. در بیماران AF تعداد نبض Apical با استفاده از گوشی در یک دقیقه ثبت می گردد در صورت نیاز به ثبت میزان PR (تعداد نبض) از نبض های محیطی مانند کاروتید ، براکیال، رادیال و فمورال استفاده می کند و پس از شمارش نبض و محاسبه تعداد نبض در یک دقیقه ، در پرونده بیمار ثبت می کند ، اگر ریتم منظم بود تعداد نبض را در ۱۵ ثانیه شمارش نموده و سپس در عدد ۴ ضرب می کند، اگر تعداد نبض به طور غیرطبیعی کند یا سریع بود تعداد نبض را در یک دقیقه کامل شمارش می

کند.

۷- پرستار جهت کنترل تعداد تنفس (RR)، تعداد بالا رفتن قفسه سینه را در طی ۱۵ ثانیه یا ۱ دقیقه شمارش نموده و ثبت می کند. پرستار جهت کنترل RR همچنان که نبض را کنترل می کند انگشتان خود را روی مچ بیمار نگه می دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس وی را شمارش می کند.

۸- پرستار جهت کنترل درجه حرارت (T) با استفاده از دماسنج دیجیتال چک می نماید.

۹- پرستار جهت کنترل درصد اشباع اکسیژن خون شریانی (SPO2)، پروپ پالس اکسیمتر را به بیمار وصل نموده و میزان SPO2 بیمار را کنترل و ثبت می کند.

10- (MAP): فشار متوسط شریانی نشانگر خونرسانی بافتی است و پرستار از فرمول زیر اقدام به محاسبه میکند:

$$MAP = \frac{SBP + 2DBP}{3}$$

۱۰- کنترل نبضهای محیطی و بازگشت وریدی: در بیماران پس از آنژیوگرافی، بیمارانی که شوک کاردیوژنیک، افت فشار خون و سایر مشکلاتی که باعث اختلال در نوع نبض میشوند، مخصوصاً برای بررسی خون رسانی محیطی انجام میشود.

✓ پرستار نبض های رادیال، فمورال، کاروتید، پوپت، آل، درسال پدیس را چک و محل های آن را در صورت چک مداوم علامت می زند.

✓ محل نبض ها به صورت قرینه در هر دو طرف بدن چک شده و در برگه گزارش پرستاری نیز ثبت می شود.

✓ پرستار از لمس همزمان نبض های کاروتید در دو طرف گردن خوداری می کند.

✓ پرستار در صورت هر گونه تغییرات در نوع نبض یا تعداد آن پزشک بیمار را مطلع نموده و دستورات لازم را اجرا میکند.

۱۱- اندازه گیری CVP: یک شاخص مهم پر شدن بطن راست قلب است به نوعی حجم ضربه ای قلب را مشخص میکند. CVline توسط پزشک مجرب جراح در یک محیط استریل برای بیمار تعبیه میشود.

✓ پرستار بیمار را در وضعیت supine قرار داده و سپس cvline را با سرم شستشو میدهد تا از باز بودن مسیر مطمئن شود.

✓ خط کش cvp صفر میشود صفر کردن باید قبل از هر بار خواندن cvp انجام شود در غیر اینصورت یافته ها کاذب میشود.

✓ پرستار مایع را کلامپ و مسیر سه راهی را به سمت خط کش باز کرده و اجازه می دهد سرم تا بالای خط 2 cm بالا رود سپس مسیر سه راهی به سمت بیمار باز شده و سطح مایع در مانومتر تا سطحی که بعنوان cvp بیمار می باشد پایین می آید، cvp باید در حالی که بیمار در انتهای دم است خوانده شود.

۱۲- پرستار مسئول بیمار در طول مدت بستری وضعیت هوشیاری، وضعیت همودینامیک، محل عمل (عفونت، ترشحات زخم و ..)، خونریزی از نقاط مختلف بدن، شدت درد، اتصالات بیمار (لوله تراشه، خط وریدی، سوند معده، هموواگ، ...)، عوارض ناشی از دارو یا ترانسفیوزیون خون، جذب و دفع، پیشگیری از عوارض بیحرکتی (زخم فشاری، آمبولی وریدی، ریه و ..) نتایج آزمایشات و یافته های پاراکلینیکی، رژیم غذایی و وضعیت روحی - روانی بیمار را مانیتورینگ می نماید.

۱۳- پرستار مسئول بیمار، تنظیم دستگاه ونتیلاتور را از نظر تطابق با تنظیمات دستور داده شده توسط پزشک در پرونده بیمار کنترل می نماید.

۱۴- پرستار مسئول بیمار، در صورت بروز هر گونه مشکلی در نتایج حاصل از ارزیابی های خود پزشک معالج را خبر می دهد.

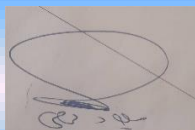
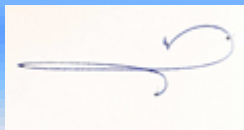
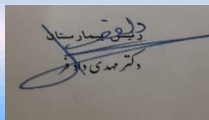
۱۵- پرستار مسئول بیمار اقدامات درمانی دستور داده توسط پزشک معالج جهت رفع مشکل بوجود آمده برای بیمار را انجام می دهد.

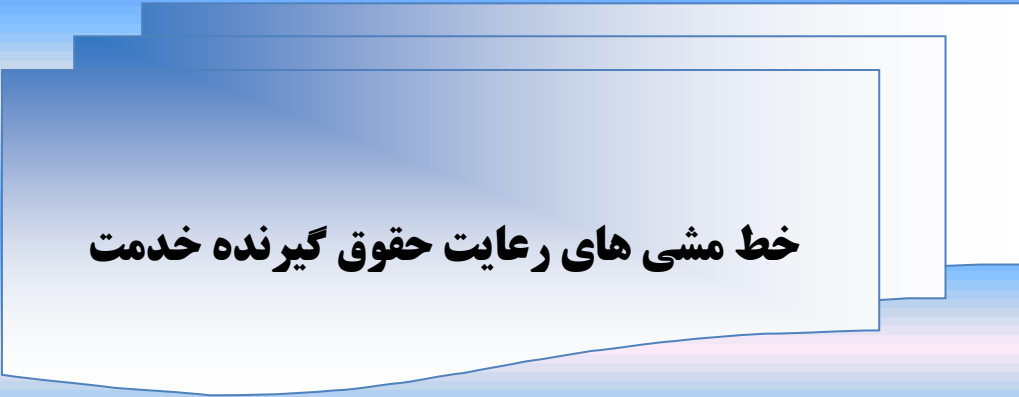
۱۶- پرستار معالج نتایج حاصل از ارزیابی های خود از وضعیت بیمار و مداخلات مراقبتی - درمانی انجام داده شده را در برگه گزارش پرستاری بخش ویژه ثبت می نماید.

۱۷- پرستار مسئول بیمار به منظور تداوم مراقبت مطلوب از بیمار، کلیه اقدامات درمانی و مراقبتی مربوط به بیمار و پیگیری های لازم را به پرستار شیفت بعدی تحویل می دهد.

امکانات و تسهیلات: برانکارد، ترالی اورژانس، اکسیژن، ساکن، مانیتور قلبی ریوی، دستگاه دفیبریلاتور، ونتیلاتور، پالس اکسیمتر

منابع/مراجع: تجربیات بیمارستان

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



خط مشی های رعایت حقوق گیرنده خدمت

کد: SR-PO-12 تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳ تعداد صفحه: ۳	خط مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهانکاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/خانواده/مراجعین	
ابزار و روش پایش: مستندات و بازدیدهای میدانی	فرد پاسخگو: کارکنان بیمارستان	دامنه (محدوده): بخش های بستری و پاراکلینیکی
تعاریف:		
بیانیه خط مشی و روش: بیمارستان به منظور رعایت حقوق بیمار و افزایش تکریم ارباب رجوع اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به بیماران / مراجعین و خانواده آنان در ارتباط با نتایج و پیامدهای نامطلوب در وقایع ناخواسته درمان را تعیین نموده و از اجرای صحیح آن اطمینان حاصل نماید		
روش اجرایی: کلیه کادر درمانی در هر موقعیت شغلی و مکانی در قبال بیمار بطور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای رخ داده در مورد بیماران می باشند. بنابراین چنانچه غفلت، عدم مهارت، عدم رعایت موازین دولتی، قضایی و پزشکی در مسیر درمانی صورت گیرد و باعث بروز خسارت گردد می بایست بیمارستان یا فرد خاطی نسبت به جبران آن برآید. افزایش سطح آگاهی بیماران و مراجعین با منشور حقوق خود و از سوی دیگر اطلاع رسانی در موارد تخلفات پزشکی و درمانی موجب گردیده است که بیماران خواستار رعایت استانداردهای درمانی بوده و در صورت بروز خطاها از سوی کادر درمان، می بایست بیمارستان نسبت به پذیرش مسئولیت و جبران خسارت اقدام نماید. در صورت بروز حادثه منجر به خسارت لازم است ارتباطی بی پرده و واضح و شفاف با بیمار یا همراه وی که تاثیر گذار بر بیمار می باشد، برقرار شود. هیچ گاه نباید انتقال خبر را به صورت یکباره یا ناگهانی و بدون پیش زمینه آغاز نمود. فرد حامل خبر و راوی می بایست کاملاً متاثر و متأسف از وضع پیش آمده و با حفظ شان و کرامت انسانی و رفتار محترمانه آنچه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه و شفاف و نه آنچه را که مورد تبریئه آنان می گردد را بازگو نماید. مسئول ارشد کادر درمانی می بایست در جریان کامل حادثه باشد تا چنانچه موضوع قابل پیگیری از سوی مقامات ذیربط بود بتواند به طور واضح جریان امر را توضیح داده و بازگو نماید.		

از سوی کمیته اخلاق بالینی مسئولان و کارکنانی که فرایند توضیح، اظهار پشیمانی و غذرخواهی از بیماران / همراهان را انجام می دهند مشخص گردیده اند که شامل فرد دخیل در ایجاد حادثه، سوپروایزرین کشیک، سرپرستار بخش و مدیریت مرکز می باشد.

طی ۲۴ ساعت اولیه پس از رخداد حادثه می بایست فرد مسئول با ایجاد آمادگی و با مقدمه و تشریح کامل رخداد به طور شفاف؛ نسبت به غذرخواهی و اظهار پشیمانی توسط مسئول تعیین شده اقدام شود.

به هنگام گفتن وقایع و حوادث و پیامدها، امکان روی دادن هر گونه رفتار و برخوردی از سوی مخاطب وجود دارد که بایستی با بردباری و سعه صدر مسئولیت امر را پذیرفته و به انتظارات منطقی ایشان توجه نمود.

فردی که رخدادی برایش حادث شده است انتظارات و خواسته هایی دارد که فرد راوی می بایست این خواسته های منطقی را به موقع تشخیص داده و نسبت به مدیریت امر اقدام می نماید.

حفظ محرمانگی وقایع و رخدادها حادث شده رعایت می گردد.

نتایج حاصل از گفتگوها به صورت مستند صورتجلسه می گردد.

مرکز به حمایت از کارکنان منطبق بر مبنای فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار از طریق حمایت عاطفی کارکنان درگیر، پیگیری امورات کارکنان از طریق دفاتر حقوقی مرکز و بیمه مسئولیت حرفه ای کارکنان می پردازد.

کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران / مراجعین هستند در خصوص نحوه مدیریت میدانی در صورت بروز وقایع در ساعات اولیه آموزشهای لازم را دریافت نموده اند. (از جمله حفظ خونسردی، گزارش وقایع در لحظه بروز حادثه، شرح کامل حادثه به مسئول ارشد کادر درمانی، عدم پنهانکاری و...)

کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران / مراجعین نیستند در خصوص مهارت برقراری ارتباط با بیمار، همکاری و همدلی با پرسنلی که مستقیماً در بروز حادثه دخیل بوده است، مدیریت سایر امور تا زمانی که فرد دخیل در بروز حادثه بتواند به شرایط و حالت عادی باز گردد؛ آموزش دیده و مهارت کافی را کسب نموده اند.

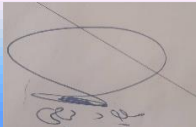
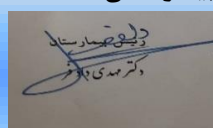
در مورد پیش بینی راهکارهای جبران خسارت اعم از (جسمی - مالی - روحی و روانی) به بیمار و مراجعین بدین صورت عمل می شود:

- تشخیص موارد خسارت جسمی، روحی و روانی در کمیته مورتالیتی و موریبیدی صورت می گیرد.
- نحوه جبران خسارت وارده بر اساس شکایات واصله و یا دریافت گزارش حین بازدیدهای میدانی از نظر میزان شدت آسیب وارده به بیمار / مراجعین با تعیین مصادیق مشمول جبران خسارت با محوریت کمیته اخلاق بالینی بیمارستان بررسی و در خصوص نحوه ارجاع به مراکز ذی صلاح تصمیم گیری می شود.
- بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت درمان و اقامت و هزینه های مرتبط مانند هتلینگ، دارو و لوازم؛ مسئولیتی نخواهد داشت و باید توجه داشت بابت طولانی شدن مدت اقامت و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته نباید هزینه ای پرداخت نماید.

خط مشی تدوین شده به کارکنان مرتبط ابلاغ شده و در خصوص نحوه اجرایی شدن آن پایش ماهانه صورت گرفته و نتایج در کمیته اخلاق بالینی مطرح و مداخلات لازم صورت می پذیرد.

امکانات و تسهیلات: نیروی انسانی و ملزومات اداری

منابع/مراجع: سنجه های اعتباربخشی حقوق گیرندگان خدمت نسل چهارم

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

کد: SR-PO-13 تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳ تعداد صفحه: ۳	عنوان خط مشی و روش: حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	
ابزار و روش پایش: مصاحبه	فرد پاسخگو: مدیریت پرستاری - مسوولین بخش های بالینی - حراست	دامنه (محدوده): مدیریت پرستاری - بخش های بالینی - واحد حقوق گیرنده خدمت - مددکاری
تعاریف: گروه های آسیب پذیر شامل: ۱- کودکان، زنان باردار ۲- افراد ناتوان ۳- سالمندان ۴- بیماران روانی ۵- گیرندگان خدمت مجهول الهویه ۶- معلولان ذهنی و جسمی ۷- افراد بدون سرپرست ۸- دیگر جمعیت های در معرض خطر می باشند. که نیازمند حمایت خاص می باشند.		
بیانیه خط مشی و روش: با توجه به لزوم حمایت و شناسائی گروه های آسیب پذیر بر اساس سیاست های بیمارستان و با هدف رسیدگی و تکریم ارباب رجوع سیاست فراهم نمودن امکانات مناسب در بیمارستان برای این گروه از بیماران اتخاذ شده است.		
روش اجرایی: ۱- بیمارستان گروه های آسیب پذیر را شناسایی و به بخش ها ابلاغ می کند. ۲- بیمارستان از گروه های آسیب پذیر نامبرده، به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت می نماید. ۳- پرسنل گروه های آسیب پذیر شناسائی شده را در اولویت درمان و نوبت دهی قرار می دهند. ۴- پزشک درمان و انجام عمل جراحی جهت گروه های آسیب پذیر را با احتیاطات خاصی انجام می دهد. ۵- حمایت از گروه آسیب پذیر شامل حوزه های ایمنی فراتر از هتک حرمت های فیزیکی هم می شود، مانند محافظت در مقابل سوء استفاده، مراقبت سهل انگارانه، امتناع از ارائه خدمات، یا کمک هنگام بروز آتش سوزی ۶- پرسنل از نزدیکان گروه های آسیب پذیر رضایت نامه جهت ادامه ی درمان و انجام اعمال جراحی اخذ می کنند. ۷- در صورت بستری شدن بیماران آسیب پذیر صحبت در مورد مسائل امنیتی با بیمار و همراه توسط پرسنل انجام میگیرد. (افتادن از تخت - دور بودن از وسایل تیزو...) ۸- بیمارستان جهت حمایت و نگهداری کودکان به یک نفر همراه بخصوص مادر بیمار اجازه ی ورود به بخش و همراه بودن با وی را می دهد. ۹- در صورت واهمه داشتن کودک فاصله مناسب را رعایت در غیر این صورت از راه دور با کودک صحبت نمی شود و با او ارتباط نزدیک برقرار می شود. ۱۰- اتاق کودک در بخش تزئین شده است. ۱۱- استفاده از سیگار در اتاق کودک توسط کارکنان ، والدین و همراهان ممنوع می باشد. ۱۲- بیمارستان جهت امنیت و رفاه بیماران آسیب پذیر امکانات لازم را فراهم می کند. . ۱۳- مهار فیزیکی و شیمیایی متناسب با وضعیت بیمار با دستور پزشک انجام میگیرد. ۱۴- در صورت مشکل در تکلم ، گنگ بودن و ... و یا هر نوع معلولیت دیگر مانعی برای دریافت اطلاعات درمانی و خدمات مورد نیاز نمی باشد.		

۱۵- تخت های کل بخشها دارای بد سایید هستند که بیمارانی که در معرض خطر سقوط هستند، مثل سالمندان، کودکان، بیماران روانی، و ... به وسیله بالا آوردن آن حفاظ شوند.

۱۶- تمام پنجره های بخشها دارای توری یا پرچ شده باشند که خطر سقوط و فرار به حداقل برسد.
در بیماران مجهول الهویه:

۱- توسط پرستار اورژانس پذیرش می شود.

۲- توسط واحد پذیرش جهت بیمار پرونده تشکیل داده می شود و علاوه بر شماره پرونده به جای مشخصات از کلمه ناشناس استفاده می گردد.

۳- در صورتیکه بیمار زنده باشد بسته به نوع تشخیص توسط پزشک اورژانس و پرستار آن اقدامات درمانی انجام می شود.

۴- اطلاع به پلیس مستقر در بیمارستان توسط مسئول شیفت اورژانس صورت می گیرد.

۵- ثبت وضع ظاهری بیمار در گزارش پرستاری (پوشش، رنگ پوست یا هر نشانه ای) در صورت بهبودی و در صورت هوشیاری و عدم فراموشی بیمار اطلاعات لازم از بیمار گرفته می شود و در اختیار واحد پذیرش قرار می گیرد.

۶- در صورت شناسایی بستگان بیمار اطلاع رسانی به آنها توسط پرسنل پرستاری انجام می شود.

۷- در صورت مراجعه همراه بیمار و مشخص شدن هویت بیمار اطلاعات صحیح بیمار در واحد پذیرش ثبت میگردد.
در صورت فوت

۱- اطلاع به پلیس توسط سوپر وایزر انجام میشود.

۲- جیب های متوفی بررسی و در صورت عدم دریافت کارت شناسایی از شخص آورنده مشخصات و آدرس و تلفن توسط انتظامات بیمارستان دریافت می شود.

۳- جنازه تحویل سردخانه میگردد

۴- در صورت عدم پیدا شدن بستگان متوفی پس از طی مراحل اداری جنازه به پزشک قانونی از طریق مقامات ذیر ربط تحویل داده میشود.

واحد مددکاری فضا و جایگاهی مستقل از سایر واحدها دارد تا کار مصاحبه و مشاوره و دیگر امور مددکاری که نیازمند مکانی به دور از سر و صدا است به آسانی صورت گیرد.

واحد مددکاری دارای تابلوی راهنما جهت هدایت مراجعین به واحد مددکاری می باشد.

واحد مددکاری جهت انجام امور اداری و ارسال و دریافت نامه و گزارش های مربوطه مجهز به اتوماسیون اداری می باشد.

واحد مددکاری دارای سیستم و چاپگر چندکاره جهت انجام امور مددکاری می باشد

مددکار از طریق ارتباط تلفنی با مددجویان پیگیری امور پس از ترخیص، روند درمانی/مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی های مددجویان را پیگیری مینماید.

مددکار از طریق ویزیت روزانه بخش های بیمارستان با هدف مورد یابی و پیگیری های لازم و انتقال نتیجه مصاحبه با بیمار و خانواده اش به فرم های مددکاری نسبت به ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان اقدام می کند.

مددکار معیارهای شناسایی بیماران نیازمند را طی یک جدول تحت عنوان مشخصات بیماران نیازمند حمایت مددکار اجتماعی با شماره تماس مددکار در اختیار بخش ها قرار می دهد.

پرستار هر کدام از بخش ها به محض پذیرش بیمار نیازمند به دریافت خدمات مددکاری (برابر جدول ارائه شده مددکار به بخش ها) برای بیمار از طریق تماس تلفنی با مددکار درخواست مددکاری می کند .

مددکار از طریق مصاحبه و بررسی وضعیت مالی بیمار و اسناد مربوطه نسبت به ارئه تخفیف ۵ درصد اقدام میکند. همچنین مددجویانی که نیازمند حمایت بیشتر می باشند از طریق هماهنگی با موسسه خیریه نسبت به ارجاع برون سازمانی آنها جهت حمایت مالی بیشتر اقدام می شود .

مددکار از طریق هماهنگی و اطلاع رسانی به مراجع قانونی نسبت به شناسایی بیماران مجهول الهویه و بی خانمان و بدون همراه اقدام می کند.

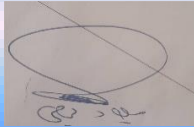
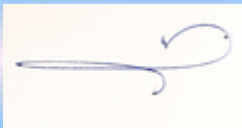
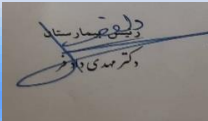
جهت ارتباط بهتر با خیرین و موسسه ای خیریه بانک اطلاعاتی خیرین تشکیل شده است.

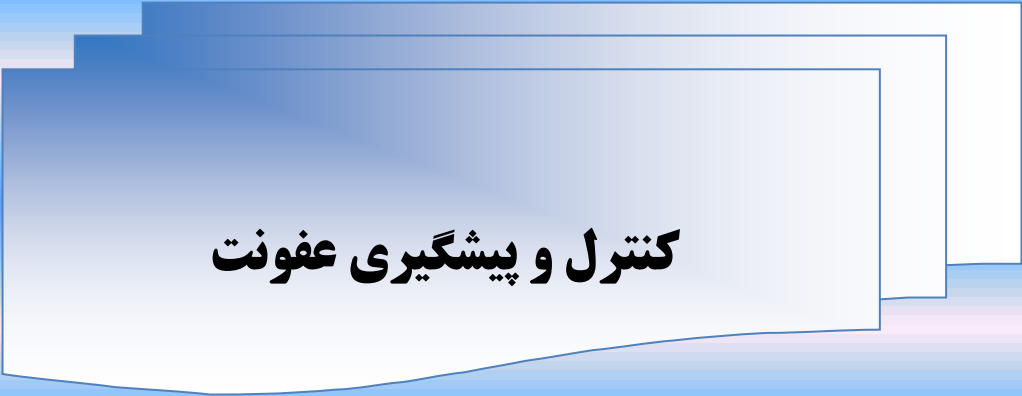
مددکار از طریق ویزیت روزانه بیماران نسبت به خدمات حمایتی و پیشگیرانه لازم مربوط به موارد خاص شامل کودک آزاری، همسر آزاری ،سالمند آزاری و...اقدام می نماید.

مددکار بیمارستان ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی در بیمارستان را به صورت ماهیانه از طریق تجمیع فرم های تکمیل شده ی ارزیابی تخصصی و مدیریت مورد در کمیته مددکاری مطرح می کند و در صورت لزوم اقدام اصلاحی /برنامه بهبود در نظر گرفته می شود.

امکانات و تسهیلات: امکانات مورد نیاز برای رفاه و امنیت بیماران

منابع/مراجع: جزوه ی آموزشی ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت

تهیه کننده:	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
مسئول حقوق گیرندگان خدمت(اسما ترجمان) مددکار: خانم زینب خدادادی	میلاد برجی(مدیر بیمارستان)  بهار هاشمی (مسئول بهبود کیفیت) 	دکتر مهدی دادفر(ریاست بیمارستان) 



کنترل و پیشگیری عفونت

کد: IC-PO-05	عنوان خط مشی و روش: خط مشی ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست	
تاریخ ابلاغ: تیر ۱۴۰۲		
تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۳		
تعداد صفحه: ۳		
ابزار و روش نظارت: پایش بهداشت دست (چک لیست شستشوی دست)	فرد پاسخگو: کارشناس کنترل عفونت	دامنه (محدوده): کلیه بخشهای بالینی و پاراکلینیکی

تعاریف

- **Hand rub** : فرآیند ضد عفونی دست ها با مالش دستها به یکدیگر با استفاده از محلول های با پایه الکلی .
- **Hand wash** : شستشو و ضد عفونی دستها با آب و صابون مایع و یا صابون های جامد .
- **Surgical hand rub**: فرآیند ضد عفونی دستها با محلول های پایه الکلی قبل از اعمال جراحی و اعمال تهاجمی.
- **Surgical hand wash** : فرآیند شستشو و ضد عفونی دست ها با آب و صابون مایع و مواد آنتی سپتیک مانند بتادین قبل از اعمال جراحی و اعمال تهاجمی
- . اندیکاسیون : دلیل و انگیزه رعایت بهداشت دست
- پنج موقعیت رعایت بهداشت دست : ۱- قبل از تماس با بیمار ۲- قبل از انجام کار اسپتیک ۳- بعد از تماس با ترشحات و خون بیمار ۴- بعد از تماس با بیمار ۵- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار

بیانیه خط مشی : جهت ارتقا شاخص های بهداشت دست در بین پرسنل

روش اجرایی:

تیم مدیریتی این بیمارستان، تهیه حداقل ملزومات و امکانات رعایت بهداشت دست را جهت کارکنان، بیماران و افراد مرتبط با بیمار را طبق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت (شامل سینک روشویی مناسب، محلول پایه الکلی، مایع دستشویی با کیفیت مناسب، سطل آشغال پدال دار و دستمال یکبار مصرف) را جزء الویت های بهداشتی بیمارستان می داند و نسبت به تهیه و در اختیار گذاشتن این امکانات و ملزومات نظارت مستمر دارد.

۱. سرپرستاران و مسئولین بخش ها و واحدها لیست تجهیزات و وسایل مورد نیاز جهت رعایت بهداشت دست را تهیه و از انبار عمومی درخواست می نمایند.
۲. پرستار کنترل عفونت یادآورها، پوسترها و پمفلت های مربوط به مراحل و نحوه صحیح شستشو و ضد عفونی دست ها را تهیه و در اختیار کلیه بخشها و واحدها بویژه بخش های درمانی قرار می دهد و با همکاری مسئولین بخشها، کنار کلیه روشویی ها و دیسپنسرهای محلول های هندراب، پوستر نحوه ضد عفونی و شستشوی دست را نصب می نماید.
۳. کارشناس کنترل عفونت با همکاری مسئولین بخش ها نسبت به نصب دیسپنسرهای محتوی محلول پایه الکلی به تعداد کافی و در محل های مناسب در کلیه بخش ها و واحدها اقدام می نمایند (در بخش های عمومی به ازای هر دو تخت یک و در بخش های ویژه به ازاء هر تخت و همچنین در ورودی بخش های ویژه، اتاق تریتمنت، اتاق معاینه، ترالی اورژانس، اتاق برونکوسکوپی و ... یک عدد دیسپنسر نصب می شود).

۴. افشانه ها و ظروف حاوی محلول ها یکبار مصرف هستند و جهت پیشگیری از تبخیر محلول ها از افشانه ها و ظروف نیم لیتری استفاده می شود و در صورتیکه ظروف یکبار مصرف نباشد، قبل از پر کردن مجدد ظروف، ظرف خالی را با آب و پودر شوینده

خوب شستشو و سپس ضدعفونی و در صورت امکان اتوکلاو می نمایند و پس از خشک شدن کامل، از این ظروف استفاده می نمایند. اطمینان از حسن اجرای این کار به عهده مسئولین بخش هاست و کارشناس کنترل عفونت بصورت منظم اجرای صحیح کار را نظارت مینماید.

۵. سوپروایزر کنترل عفونت، فرم نظارت بر بهداشت دست ها را در اختیار مسئولین بخشها قرار داده و آنها با همکاری و هماهنگی کارشناس کنترل عفونت در بازه های زمانی مختلف، چک لیست مذکور را به تفکیک گروه های حرفه ای کارکنان تکمیل و جهت محاسبه درصد میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست ها و تجزیه تحلیل آن به کارشناس کنترل عفونت تحویل می دهند.

۶. سوپروایزر کنترل عفونت چک لیست های تحویلی بخش ها را مورد محاسبه و تجزیه تحلیل قرار داده و میزان پذیرش بهداشت دست را به تفکیک هر بخش و رده کارکنان محاسبه خواهد می کند و همچنین میزان رعایت بهداشت دست را نسبت به پنج اندیکاسیون تعریف شده جهت رعایت بهداشت دست ها محاسبه می نماید و نتیجه ارزیابی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید.

۷. کمیته کنترل عفونت نتایج میزان رعایت بهداشت دست را مورد تجزیه تحلیل قرار داده و در صورت عدم حصول به شاخص تعریف شده اقدامات اصلاحی را تهیه و تنظیم می کند و کارشناس کنترل عفونت بعنوان دبیر کمیته، نتایج ارزیابی به همراه اقدامات اصلاحی را به مسئولین بخشها و واحدها اعلام می نماید و از آنها اثر بخشی و باز خورد اقدامات اصلاحی را طبق بازه زمانی تعریف شده می گیرد.

۸. سوپروایزر کنترل عفونت به منظور افزایش انگیزه کارکنان نسبت به اقدام به بهداشت دست، از آنان در خصوص کیفیت مواد بهداشتی در دسترس حداقل به صورت سالیانه نظر خواهی نموده و نتیجه نظر خواهی را در سفارش خریدهای بعدی مواد ضدعفونی دست ها مد نظر قرار می دهد.

۹. کمیته کنترل عفونت بیمارستان از دسترسی کارکنان به مقادیر کافی مواد بهداشتی و ضد عفونی کننده با کیفیت مناسب و حداقل خاصیت تحریک کنندگی، اطمینان حاصل نموده و در صورت شکایت زیاد از یک محصول و ایجاد عوارض، نسبت به جایگزین نمودن آن با محصولی جدید اقدام می نماید. همچنین مکملها مانند کرمها و لوسیونهای مرطوب کننده دست جهت استفاده در فواصل بین دفعات ضدعفونی دستها و ترغیب بیشتر به رعایت بهداشت دست را تهیه و در اختیار پرسنل قرار می دهد.

۱۰. تیم کنترل عفونت بیمارستان با همکاری ریاست کمیته در خصوص اهمیت بهداشت دست در پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی و ارتقاء بهداشت دست در بین پزشکان در جلسات کاری آنها آموزش رسانی می نماید.

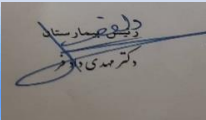
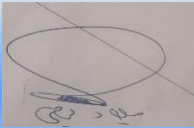
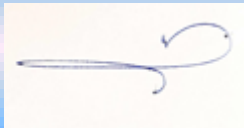
۱۱. سوپروایزر کنترل عفونت نحوه صحیح ضدعفونی و شستشوی دستها را بصورت دستورالعمل و همچنین به صورت پوستر و عکس در اختیار همه بخش ها و واحدها قرار داده است.

۱۲. ریاست بیمارستان اعتبار مشخصی جهت خرید تسهیلات بهداشت دست در نظر گرفته است

۱۳. جهت تشویق پرسنل فعال در حوزه بهداشت دست، هدایای نقدی در غالب کارت اعتباری در نظر گرفته شده است

امکانات و تسهیلات: آب پاکیزه لوله کشی شده - روشویی - سینک اسکراب - پایه دیواری محلول هندراب - پایه تختی محلول هندراب - محلول هندراب - ظرف دیواری مایع صابون - ناخن شوی و برس استریل یک بار مصرف - دستمال کاغذی - حوله استریل - کاغذ خشک کن - مایع صابون - محلول اسکراب - سطل زباله پدالی - پایه دستمال کاغذی دیواری - پایه نگهدارنده کاغذ خشک کن

۱. منابع/مراجع: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی /تالیف و تدوین حسین معصومی اصل و سایر همکاران ۱۳۸۶ . چاپ دوم صفحات ۱۰۱-۸۲
۲. دستورالعمل رعایت بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی ترجمه و تالیف فرناز مستوفیان اردیبهشت ۱۳۸۸
۳. دستورالعمل اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست تهیه و تنظیم فرناز مستوفیان آذر ۱۳۹۲ پ

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