

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



سیده فاطمه مناجاتی  
دی ماه ۱۴۰۰

# گروه هدف: کارکنان جدید الورد سال ۱۴۰۰

- اهداف آموزشی:

آشنایی با بیمارستان رسالت و چشم انداز و ارزش ها

حقوق گیرنده خدمت

ایمنی بیمار

مدیریت خطر

# معرفی بیمارستان

- بیمارستان امام حسین (ع) از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۵۷ تاسیس شد. دارای ۱۱۴ تخت مصوب، ۷۶ تخت فعال و دارای بخش های :

- اورژانس، داخلی – جراحی زنان، داخلی – جراحی مردان، جراحی زنان، اطفال، ICU، CCU، زایشگاه، اتاق عمل، دیالیز و درمانگاه تخصصی و همچنین دارای واحدهای پاراکلینیکی

- آزمایشگاه، رادیولوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی، ماموگرافی، تست ورزش، اکوکاردیوگرافی، هولتر مانیتورینگ می باشد.

- این بیمارستان دارای متوسط ۱۰۰۰ پذیرش بستری (بخش ها و اورژانس) و ۱۰۰۰۰ پذیرش در اورژانس، در ماه است. بیمارستان دارای ۳۰۰ کارمند با ۹۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش می باشد.



## مقدمه

ضمن خوش آمدگویی به همکاران جدید ورود  
ماموریت اصلی بیمارستان ارائه مراقبت به موقع و ایمن و اثر بخش است.  
سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران یکی از مهمترین نیازها  
و اساسی ترین حقوق مردم به رسمیت شناخته شده است و اعتبار بخشی  
به عنوان یک ابزار ارزیابی نظام مند خدمات سلامت در کشورها می باشد  
و با پیاده سازی این استاندارد ها موجب رتبه بندی بیمارستان به عنوان  
رتبه عالی - برتر - یک - دو - سه - چهار - وزیر استاندارد است. و بیمارستان  
گلپایگان دارای رتبه یک در پیاده سازی استانداردهای اعتبار بخشی می  
باشد.

کتابچه توجیه بدو ورود - برنامه استراتژیک و برنامه ۵ ساله

# رسالت

- رسالت سندی است که یک سازمان را از سایر سازمان های مشابه متمایز می نماید. رسالت بیمارستان نشان دهنده طیف فعالیت، از نظر خدمت و بازار می شود. رسالت، هویت و شناسنامه بیمارستان است. پاسخ به این سوال است که ما برای چه منظوری وجود داریم. یک رسالت بیانگر ارزش ها و اولویت های یک سازمان است.

# رسالت بیمارستان امام حسین ع گلپایگان

- ما برآنیم که با تعهد و تخصص، نقش خود را در ارتقا سلامت و جلب رضایت گیرندگان خدمت ایفا نماییم.

•

## چشم انداز

- چشم انداز تصویری محرک از آینده مطلوب بیمارستان است (ترجیحاً تصویر مطلوب و ایده‌ال در پنج سال آینده بیمارستان). چشم انداز مهیج و انرژی زا است و بالاترین استانداردی است که یک بیمارستان می‌تواند خود را در قبال میزان نیل به آن سنجش کند.
- چشم انداز موقعیتی آرمانی است که سازمان امید دستیابی به آن را دارد. به عبارت دیگر چشم انداز آینده‌ای است که همه دست اندرکاران سازمان خود را متعهد به ساختن آن می‌کنند. چشم انداز بیانگر مقصد و نهایی است که سازمان می‌خواهد در آینده به آن دست یابد و نیز بیانگر ایده آل‌های سازمان است.

# چشم انداز بیمارستان گلپا یگان

پیشگام در تامین سلامت و رضایت  
با کسب رتبه عالی اعتباربخشی



## ارزش های بیمارستان امام حسین ع گلپایگان

- ارزش های اساسی در سازمان پاسخ به سوال چگونگی است. پاسخ به این سوال که در راستای تحقق رسالت چه حریم ها و ضوابطی رعایت می شوند. ارزش ها در واقع اصول اعتقادی دیرپا و اساسی یک سازمان می باشند و باعث رشد و نمو افراد در قالب گروه می شوند. ارزش ها اصول راهنما در سازمان می باشند که رهنمودهای لازم برای تصمیم گیری و رفتار خواهند بود.

# ارزش های بیمارستان امام حسین ع گلپایگان

• احترام به حقوق گیرندگان خدمت

• مراقبت و ایمنی

• انضباط و تعهد

• مسئولیت پذیری

• حسن نیت و صداقت

• سلامت محیط زیست

• یادگیری و نوآوری

• نشاط و شادابی

• عدالت محوری

•

# حقوق گیرنده خدمت

- منشور حقوق بیمار

## حقوق گیرنده خدمت (منشور حقوق بیمار)

- ۱-بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی و فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
- ۲-بیمار حق دارد محل بستری و پزشک و پرستار و وسایل اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.
- ۳-بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص و درمان و سایر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را را شخصا و یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید
- بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش ها را در حد درک خود

## منشور حقوق بیمار

- از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید

۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی احاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و با دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید .

۶ بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی و نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت میگیرد اطمینان حاصل نماید .

۷ بیمار حق دارد راز داری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیم در روند درمان شرکت ندارند موکول به کسب اجازه بیمار خواهد بود

## منشور حقوق بیمار

- ۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاعات کامل از نوع فعالیت های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او موثر است تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خوداری نماید.

۱۰

- بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی از مهارت گروه معالج میزان تعرفه ها و پوشش بیمه ای خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد
- ۱۱ بیمار حق دارد در صورت نارضایتی از ارائه خدمات داده شده بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید

# حقوق گیرنده خدمت

- ولی قانونی بیمار شامل والدین و سرپرستان قانونی افراد صغیر  
نمایندگان قانونی وی بوده و مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار  
سرپرستار بخش و پرستار بیمار است.

-رضایت نامه معالجه و عمل جراحی-مسئولیت اصلی تفهیم رضایت نامه  
معالجه و عمل جراحی با پزشک معالج میباشد زیرا طبق حقوق بیمار  
پزشک معالج بیمار باید در ارتباط با روش درمان و درصد خطر پذیری  
اطلاعاتی به بیمار بدهد اما این رضایت نامه به طور رسمی در زمان  
پذیرش بیمار و ورود ان به سیستم درمانی توسط واحد پذیرش بیمارستان  
ها تنظیم و به امضا می رسد

مداخلات تهاجمی (رضایت آگاهانه) حداقل شامل:

- اعمال جراحی
- آنژیوگرافی
- آنژیوپلاستی
- دیالیز
- شیمی درمانی
- پرتو درمانی
- انواع اسکوپ‌ها
- سایر موارد با تشخیص بیمارستان





# اطلاع رسانی خبر ناگوار

- در بخش بستری خبر بد توسط پزشک معالج بیمار گفته می شود و در صورت عدم حضور سرپرستار و یا سوپر وایزر و یافردی که کمیته اخلاق بالین مشخص نموده اطلاع رسانی انجام می شود .
- چنانچه عملیات احیا موفق نبود رهبر تیم احیا مسئول اطلاع رسانی خبر بد خواهد بود .
- - خبر بد به صورت تلفنی اطلاع رسانی نگردد و همراه بیمار به بیمارستان فراخوان گردد و بعد اطلاع رسانی انجام شود .

مبحث ایمنی

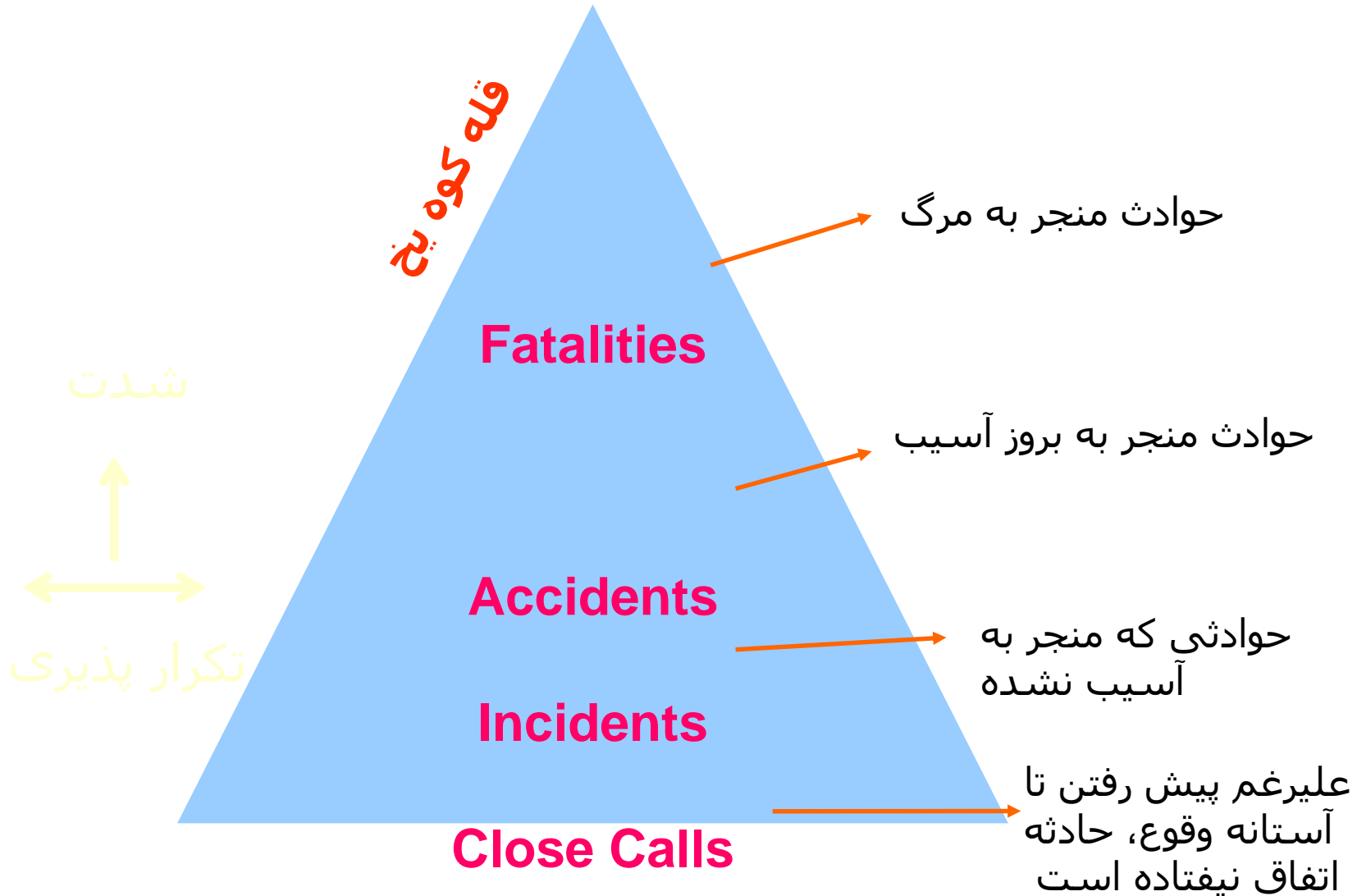
ایمنی و مدیریت خطا •

پزشکی را دیدند که هر گاه به گورستان می رسید روی خود را می پوشانید. از او سبب این کار را پرسیدند.

گفت: از مردگان این گورستان شرم دارم. زیرا از کنار هر کدام که می گذرم می بینم از من صدمه دیده و داروی مرا خورده و مرده است!

برگرفته از کتاب قصه های جامی اثر سید علی محمد رفیعی، نشر دانش ص

# هرم حوادث



# شناسایی بیمار

❖ شناسایی بیمار: نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد

❖ در صورت تشابه اسمی نام پدر

❖ استفاده از سایر شناسه ها در گروه های خاص بیماران مانند بیماران مجهول الهویه

یا مبتلا به اختلالات روانی شامل

□ شماره پرونده بیمار

□ نام بخش (در شناسه های نمونه های ارسالی به واحدهای پاراکلینیک الزامی است)

□ نام بیمارستان (در انتقال بین بیمارستانی)

□ تعیین رنگ دستبند در اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی بیمار و در بخش بر اساس

ارزیابی اولیه پرستاری

# بیماران آسیب پذیر

## بیماران آسیب پذیر

منظور از بیماران / مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک / فیزیکی / روانی / اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

## بیماران آسیب پذیر شامل:

- بیماران سالمند
- روانپزشکی
- اختلالات ذهنی
- معلولیت‌های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی / گفتاری)
- بیماران مجهول الهویه
- بیماران با اختلال هوشیاری
- نوزادان و کودکان
- مادران باردار
- مراجعین / بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان
- افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان
- بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی
- افراد بیخانمان و ....



# بیماران پر خطر

**بیماران پر خطر:** منظور از بیماران / مراجعین پرخطر در این استاندارد افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی - درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند

بیماران / مراجعین پرخطر غالباً شامل موارد ذیل است:

1. بیماران در معرض سقوط

2. زخم فشاری

**3. خودکشی**

4. سو تغذیه

**5. پلی فارمسی** به مواردی اطلاق می گردد که بیمار بیش از 4 دارو مصرف می نماید.

6. ترومبوز وریدهای عمقی ۱ و ۲

**۷. تشنج**

**۸- سوئ تغذیه**

❖ **بیماران پرخطر: سیستم کد بندی رنگی در دستبند شناسایی بیماران :**

- موارد استفاده از دستبند قرمز: آلرژی شناخته شده

- موارد استفاده از دستبند زرد:

خطر سقوط

ترومبوآمبولی

مستعد یا مبتلا به زخم فشاری

ریسک خودکشی

سوء تغذیه

تشنج

پلی فارمسی کد 33-HBS-HIV-HCV و کد 44=خودکشی



فهرست ۱۲ قلم داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیوم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپرسالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول

• ۱۲ داروی فوق ، دارای بیشترین عوارض جدی ناشی از اشتباه داروپزشکی در بیمارستانهای سراسر کشور هستند.

❑ ممنوعیت دسترسی آزاد به " داروهای با هشدار بالا " " در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی بخش

❑ داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه میباشند در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذاشته و نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود

❑ کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده سازی، راههای تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند.

❑ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش Tall Man Lettering به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود.

❑ ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود.

❑ در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد.

❑ نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.

✓ دو مهره نمودن ثبت داروهای پرخطر

✓ رعایت Right 7 و 9 راه حل ایمنی

- ❑ خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانند نوشتن نسخ یا دستورات دارویی پزشک و نیز انتقال نسخه برداری دستورات دارویی از پرونده به کاردکس / سامانه اطلاعات بیمارستان بسیار حائز اهمیت است.
- ❑ بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ و میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد.
- ❑ جریان داروی با هشدار بالا نباید بصورت **Free** باشد.
- ❑ استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز "داروهای با هشدار بالا" رعایت گردد به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد.
- ❑ تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
- ❑ آموزشهای لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

سطح	ب ۸-۳ گزارش نتایج آزمایش‌ها تحت نظارت مسئول فنی آزمایشگاه برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح یک	ب ۸-۳-۱* مقادیر بحرانی آزمایش‌ها تعیین شده و در معرض دید است و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ تعیین دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها توسط آزمایشگاه با مشارکت پزشکان متخصص به تفکیک گروه‌ها و شرایط بالینی بیماران</li> <li>❖ دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها در معرض دید کلیه کارکنان فنی و کارکنان پذیرش و نمونه‌گیری آزمایشگاه</li> <li>❖ آگاهی کارکنان مرتبط از دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها</li> </ul>
	لازم است به تفکیک گروه‌ها و شرایط بالینی بیماران از جمله نوزادان، بیماران دیالیزی و سایر موارد مشارکت پزشکان در کمیته مربوط اخذ شود.

❑ فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از **آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافت و تصویربرداری** است.

❑ لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین گردد.

❑ توسط مسئول فنی پاراکلینیک ها در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد و پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی، آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ گردد.

❑ در نظر گرفتن خط آزاد یکطرفه مقادیر بحرانی با شرایط خاص

❑ نصب کدهای مخصوص هر بخش جهت اطلاع رسانی مقادیر پاراکلینیک به بخش ها در سریع ترین زمان ممکن

❑ اطلاع رسانی مقادیر در محدوده تعیین شده و یا در صورت افزایش دامنه آزمایش های نرمال بیمار



□ از روش **Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop** تبادل

اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت / تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود.

□ چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله **بازخوانی شنیده ، یادداشت**

**شنیده، بازخوانی یادداشت، اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات** رعایت گردد.

□ از روش **Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop** در

تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی اعم از پزشک و پرستار استفاده شود.

□ انجام / تداوم مداخلات فوری و حیاتی می تواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک

مقیم، آنکال یا معالج باشد. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع و

دقیق روشهای ساختارمند مانند **ISBAR** پیشنهاد می گردد.

□ نظارت بر اجرایی نمودن استانداردهای مقادیر بحرانی توسط کارکنان

# ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۱. کیفیت ها بایستی هماهنگ باشد ۲. زمان لازم بایستی اختصاص داده شود ۳. جز در موارد اضطراری و اورژانس معین کارکنان در زمان تحویل بیماران مجاز به پاسخ به تلفن و یا زنگ احضار پرستار نمی باشند ۴. از درمان بیمار با استفاده از اطلاعات متکی بر حافظه که به معنای وجود اطلاعات اشتباه یا عدم اشتراک اطلاعات است اجتناب شود ۵. از تکنیک SBAR استفاده گردد مراحل این تکنیک SBAR
  ۲. 1. situation (وضعیت) تشریح وضعیت کنونی در طی (۵الی ۱۰ ثانیه)
  ۳. ۲. Background (سوابق) بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
  ۴. ۳. Assessment (ارزیابی) نتیجه گیری ان چه که فکر می کنید recommendation توصیه ها

- مدت زمانی برابر یکساعت برای همپوشانی دو نوبت کاری در نظر گرفته شود به نحوی که وقت کافی برای تحویل بیماران در تعویض نوبت کاری فراهم گردد و این زمان در محاسبه زمان حضور کارکنان هر دو نوبت کاری منظور گردد.

- مدیر پرستاری مرکز (مترون) با همکاری تیم مدیریت اجرایی بیمارستان زمان شروع تحویل نوبت کاری را در نوبت کاریهای مختلف تعیین و جهت استقرار در بیمارستان به اطلاع کارکنان پرستاری می‌رساند.

- در صورت همزمانی اعلام کد احیا با تحویل نوبت کاری اولویت با حضور در تیم احیا است، نحوه حضور در تیم احیا در زمان تحویل نوبت کاری (در نظر داشتن عدم وقوع تداخل و مشکل در فرایند تحویل بیمار) توسط مدیریت پرستاری بیمارستان به بخش‌ها ابلاغ و اعلام می‌گردد.

- قبل از شروع فرایند تحویل و حضور بر بالین بیماران، تقسیم بیماران و فعالیتها توسط سرپرستار / مسئول نوبت کاری بخش به شیوه مراقبت موردی انجام، ثبت و پرستار مسئول هر بیمار تعیین می‌شود.

• سرپرستار یا مسئول نوبت کاری قبل مسئول هدایت فرایند تحویل است که می بایست در هنگام تحویل بیمار به همراه پرستار مسئول بیمار در نوبت کاری قبل، مسئول و کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد بر بالین بیماران حضور یابد و پرستار مسئول هر بیمار را به بیمار معرفی نماید.

• در طول فرایند تحویل بیماران، کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل باید به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و مسئولیت مراقبت از بیماران تا پایان تحویل کامل همه بیماران بر عهده کارکنان پرستاری نوبت قبل میباشد و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحویل نوبت کاری باید حفظ شود.

• از تحویل بیماران با استفاده از اطلاعات متکی بر حافظه خودداری شود.

• از بکارگیری شماره تخت و اتاق در شناسایی بیمار اجتناب گردد.

• اشراف و تسلط کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان در

حال اجرا



- تحویل بیماران باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود.
- انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.
- اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد
- اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.
- به هنگام تحویل بالینی راه وریدی، لوله و اتصالات بیمار از نظر درستی تعبیه و صحت کارکرد بررسی شود
- به منظور رعایت احتیاطات کنترل عفونت جهت بیماران ایزوله مستقیم یا معکوس و به حداقل رساندن تردد در محوطه ایزوله هنگام تحویل نوبت کاری، ضروری است افراد حاضر بر بالین به پرستاران مسئول بیمار در دو نوبت کاری محدود شوند.
- مدیران پرستاری دانشگاه ها و بیمارستان ها مسئول حسن اجرای این دستورالعمل میباشند.

**Safety first**

## محدوده زمانی حضور پزشکان آنکال:

پزشکان آنکال در صورت لزوم بنا به نوع تخصص باید در زمان مقرر مطابق تقسیم بندی سه گانه زیر در مرکز درمانی حضور پیدا کنند.

**Emergent:** در صورت درخواست ویزیت **Emergent** از هر سرویس تخصصی،

پزشک آنکال مورد فراخوان می بایست ظرف مدت ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر گردد.

**Urgent:** در صورت درخواست ویزیت **Urgent** از هر سرویس تخصصی، پزشک

آنکال مورد فراخوان می بایست حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد.

**Non Urgent:** در صورت درخواست ویزیت **Non Urgent** از هر سرویس تخصصی

من جمله پزشک اورژانس، پزشک آنکال مورد فراخوان می بایست ظرف مدت 4 ساعت

بر بالین بیمار حاضر گردد و سایر فرایندهای ارائه خدمات به بیمار از جمله انتقال

به بخش نباید منوط به انجام آن گردد.

## دستورالعمل نحوه آنکالی پزشکان :

- موقعیت جغرافیایی و یا زمانی نمی تواند توجیه کننده تاخیر پزشک آنکال مربوطه باشد.
- پزشک اورژانس موظف است تمامی بیماران اورژانس بستری شده را با ثبت نمودن ساعت به اطلاع پزشک آنکال برساند. از این ساعت مسئولیت بیمار بر عهده پزشک آنکال است که دستورات لازم را به پزشک اورژانس می دهد.
- در مورد اورژانس های حیاتی هر رشته تخصصی که نیاز به حضور بلادرنگ متخصص آنکال مربوطه دارد در صورت درخواست حضور، باید پزشک آنکال هر چه سریعتر و بلادرنگ در مرکز درمانی حضور یابد.
- در مواردی که پزشک آنکال توسط پزشک متخصص دیگر به مشاوره درمانی **Emergent** فراخوانده می شود، پزشک آنکال موظف است حداکثر به فاصله زمانی نیم ساعت بر بالین بیمار حضور یابد و نظر خود را ارائه دهد ولی مسئولیت بیمار بر عهده پزشک معالج اولیه بوده و اجرای نظرات پزشک مشاور فقط با تایید پزشک معالج اولیه قابل انجام است.

## دستورالعمل نحوه آنکالی پزشکان :

□ در مواردی که زمان های اعلام شده توسط پزشکان آنکال رعایت نگردد مراتب به رئیس بخش مربوطه اطلاع داده شود و اقدامات بعدی صورت پذیرد.

□ تنظیم برنامه آنکالی به صورت متوالی بیش از ۴۸ ساعت برای یک نفر فقط با تایید معاونت درمان برای بیمارستان های درمانی و تایید ریاست دانشکده پزشکی برای بیمارستان های آموزشی درمانی میسر است.

□ مدیران گروه / روسای بخش ها (سرویس هر رشته) موظفند برای زمان ساعت اداری ۸ صبح تا ۱۴؛ برنامه پزشکان را به صورت ماهانه تنظیم نموده و به اطلاع بخش و معاونت درمان برسانند. و پزشک مذکور می بایست حتما تا ساعت ۱۴ همان روز بیمار را ویزیت نماید.

□ یک پزشک به صورت همزمان نمی تواند در دو بیمارستان آنکال باشد.

□ نظارت بر نحوه کنترل ورود و خروج و حضور مستمر پزشکان آنکال بر اساس اطلاعات

تایمکس ضروری می باشد



❑ مشاوره های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ بر بالین بیمار قابل اجرا می باشد.

❑ مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی باشد.

❑ در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

❑ تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود.

❑ برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد.

❑ دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی / اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

□ تایید دستورات پزشک مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات

پزشک ( Re order ) یا صرفاً تایید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم

مشاوره و مستند نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد"  
قابل انجام است.

□ پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره های اورژانسی و غیر اورژانسی به عنوان

یکی از شاخص های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره های

اورژانسی به تفکیک سرویسهای تخصصی توصیه میشود.

□ پزشک جانشین / ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا

تخصص مرتبط - پزشک انکال با تخصص مرتبط - در بیمارستانهای آموزشی

رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است

## مهمترین دلایل خطاهای دارویی

- افزایش روز افزون تعداد داروها
- وجود داروها با نامهای تجاری و ژنریک و اسامی مشابه از لحاظ نوشتاری  
فورزماید / امپرازول LASIX / LOSEC
- دستخط ناخوانای پزشکان
- کامل ننوشتن نام دارو
- استفاده از نام تجاری داروها در نسخه
- استفاده از شکل های یکسان توسط شرکت های سازنده داروها

## • Medical Reconciliation تلفیق دارویی

• شیوع کلی تداخلات دارویی که می تواند ناشی از تاثیر متقابل دارو با دارو ، دارو با غذا و دارو با داروهای گیاهی باشد در حدود ۵۰ تا ۶۰٪ است و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار بسیار حائز اهمیت است. عوامل تاثیر گذار در تداخلات دارویی عبارتند از:

✓ سن بیمار

✓ شدت بیماری

✓ ژنتیک

✓ بیماری ها مانند نقص عملکردی کبدی و کلیوی

✓ رژیم غذایی

✓ استعمال دخانیات

✓ مصرف الکل و ...

- تلفیق دارویی فرایندی به منظور بهبود ایمنی دارویی بیمار در زنجیره درمان ( انتقال بیمار از منزل به بیمارستان ، انتقال بین بخشی ، ارجاع و ترخیص )
- تلفیق دارویی فرایندی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت انجام می گردد.
- تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم ، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع و تغییر دستور داروی جدید است.
- این فرایند جزئی از مدیریت دارویی بیماران است که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسب ترین دارو برای بیمار می نماید.
- این فرایند بایستی به منظور پیش گیری از حذف، مصرف بیش از میزان دستور داده شده، خطای مرتبط به دوزاژ یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال بایستی انجام گردد.

- تلفیق دارویی بایستی در زمان پذیرش، زمان انتقال بین بخشی و زمان ترخیص انجام گردد.

- اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار انجام گردد.

- فهرستی از داروهای مصرفی بیمار شامل نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف دارو تهیه و ضمن مشاوره با دارو ساز بالینی یا دارو ساز و رفع تداخلات دارویی تصمیم گیری ادامه مصرف توسط پزشک معالج انجام می گردد.

- در صورت لزوم جهت تلفیق دارویی پزشک درخواست مشاوره با متخصص مرتبط را صادر می نماید.

- در مواقع اورژانس اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی بیمار می تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش بیماران به تعویق افتد.

- در بیمارستان های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام شود.

## داروهای مشمول تلفیق دارویی:

- ✓ داروهای نسخه شده
- ✓ ویتامین ها
- ✓ داروهای OTC یا داروهای بدون نسخه
- ✓ داروهای تشخیصی و کنتراست ها
- ✓ تغذیه مکمل ها
- ✓ فراورده های خونی
- ✓ مایعات وریدی
- ✓ مواد غذایی
- ✓ داروهای گیاهی

## ۹ راه حل ایمنی بیمار برای پیشگیری از خطرات

□ توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

□ توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

□ ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

□ انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

□ کنترل غلظت محلول های الکترولیت



## ۹ راه حل ایمنی بیمار برای پیشگیری از خطرات

- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات
- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

# مدیریت خطر

- پیشگیری از آتش سوزی

# مدیریت خطر و آتش سوزی در بخش بر حسب نوع سوخت

نوع سوخت	خاموش کننده
مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می گذارد مثل (کاغذ و چوب پارچه	اب
مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (الکل استون بنزین)	کف، CO <sub>2</sub> پودر و گاز
گازهای مایع و مایعاتی که به راحتی به گاز تبدیل میشود (مثل گاز شهری)	CO <sub>2</sub> پودر و گاز و کف و
وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO <sub>2</sub>

## نکات مهم در خصوص خاموش کننده های دستی

- تعداد و نوع خاموش کنند های دستی مورد نیاز بخش /واحدهای مختلف مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده و آماده خاموش کردن آتش باشد.
- -و سایل اطفای حریق باید نزدیک ورودی و خروجی بخش قرار بگیرد.
- -فاصله قرار گیری کپسول ها برای حریق جامدات ۲۱ متر و حریق مایعات ۱۵ متر باشد.

خدا قوت و با  
آرزوی موفقیت



