



بیمارستان امام حسین ع گلپایگان

[Date]

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
بیمارستان امام حسین (ع) گلپایگان  
کتابچه خط مشی، دستورالعمل و روش اجرایی  
واحد بهبود کیفیت

**pp** (Policy & procedure) : خط مشی

**IN** (Instruction) : دستورالعمل

**pr** (Procedure) : روش اجرایی

تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۴/۰۱

# فهرست

## Contents

۱۰.....	مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت
۴.....	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران
۹.....	استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی
۱۱.....	استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی
۱۳.....	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
۱۶.....	نحوه اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه
۱۹.....	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری
۲۳.....	نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیماران / خانواده / مراجعین
۲۶.....	مددکار اجتماعی
۲۹.....	نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی و نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته
۳۱.....	استفاده از آسانسور در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری
۳۴.....	انبارش ایمن
۴۵.....	فعال سازی پاسخ در زمان بروز حوادث
۵۰.....	تخلیه بیمارستان در زمان حادثه
۵۲.....	نحوه ی حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصولی بهداشت در مراحل توزیع و سرو غذا
۵۴.....	نحوه ی شناسایی صحیح بیمار
۵۷.....	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل
۶۰.....	خود مراقبتی برای بیماری های شایع
۶۴.....	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب
۶۷.....	نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه
۷۸.....	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه
۹۳.....	گزارش آنی نتایج بحرانی

- ۹۶..... نحوه ی انجام آزمایشات بانک خون
- ۱۰۲..... نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک
- ۱۰۶ ..... روش های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی (BAD NEWS)
- ۱۰۹..... انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) در مشاغل حساس
- ۱۱۱..... نظارت بر روند تعاملی بخش های بالینی با سایر بخش ها
- ۱۱۳ ..... کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی:
- ۱۱۵..... نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان
- ۱۱۷..... پشتیبانی از سیستم های سخت افزار
- ۱۲۰..... گزارش حوادث بیمارستانی و اطلاع رسانی آن
- ۱۲۴ ..... پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی

### عنوان خط مشی:

## مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.01	۳	تمامی واحدها	مصوبات کمیته های مربوطه ونظارت واحد بهبود کیفیت	پرستار مسئول بیمار

### تعاریف:

FMEA (Failure Mode Effect Analysis): تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن: یک ابزار نظام یافته بر پایه کار تیمی است

که به شناسایی، ارزیابی، پیشگیری، حذف یا کنترل حالت، علل و اثرات حالت خطا و آثار آن خطاهای بالقوه می پردازد.

RPN (Risk priority number): این رهنمود بیانگر این است که اعداد با اولویت ریسک بالاتر جهت آنالیز و تخصیص منابع

مقدم می باشند و تیم بایستی روی حالت خطاهایی کار کند که RPN های بالاتری دارد.

RCA (Root Causes Analysis): تحلیل ریشه ای وقایع

ابزار جهانی تریگر موسسه ملی سلامت به راحتی و بدون استفاده از تکنولوژی های پیچیده، با رصد آسیب ها و شمارش مواردی که نباید رخ می داد به شناسایی وقایع ناخواسته احتمالی می پردازد. تریگرهای مراقبت سلامت، دارویی، جراحی، ویژه، پره ناتال و اورژانس تریگرهای مختلف موجود هستند که در زمینه تخمین میزان بروز وقایع ناخواسته کمک کننده خواهند بود.

وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل است و محدود به ۲۸ کد تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ مورخ ۹۶/۱۲/۶ نیست بلکه این دستورالعمل بر گزارش ملی ۲۸ کد تاکید دارد.

### بیانیه / سیاست:

با توجه به لزوم اهمیت پیشگیری خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت با هدف ارائه راهکار جهت کاهش خطاهای پزشکی و ایجاد موانع جهت مهار خطاهای پزشکی و ارتقاء ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی و توسعه فرهنگ ایمنی بیمار، بیمارستان خطی مشی زیر را اجرا می نماید.

## عنوان خط مشی:

### مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.01	۳	تمامی واحدها	مصوبات کمیته های مربوطه ونظارت واحد بهبود کیفیت	پرستار مسئول بیمار

### شیوه انجام کار :

۱. مسئول ایمنی بیمارستان با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و تیم مدیریت و رهبری ، سوپر وایزر کنترل عفونت و مسئولین واحدها با توجه به موضوع ، تیم ایمنی راتشکیل می دهد.
۲. تیم ایمنی براساس استاندارد های الزامی، اساسی و حتی پیشرفته ، مواردی را که می تواند منجر به خطا شود شناسایی نموده و به مسئول ایمنی بیمارستان گزارش می دهد .
۳. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ابزار سنجش (تریگرهای ) مراقبت سلامت ، دارویی ، جراحی ، ویژه ، پره ناتال و اورژانس را با تخمین میزان بروز وقایع در کلاس آموزشی اطلاع رسانی می نماید .
۴. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ، نسبت به تکمیل پرسشنامه فرهنگ ایمنی هر ۶ ماه اقدام می نماید و بعد از تحلیل نتایج در صورت نیاز برنامه بهبود/اقدامات پیشگیرانه /اصلاحی را برنامه ریزی و اجرا می نماید.
۵. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ، نحوه تکمیل فرم های گزارش خطا را به کارکنان اطلاع رسانی می نماید.
۶. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، کلیه خطاهای گزارش شده را جمع بندی و تحلیل نموده و خطاهای مهم /پرتکرار را با کمک صاحبان فرایند RCA نموده و براساس آن اقدامات اصلاحی انجام می دهد.
۷. تیم مدیریت و رهبری بیمارستان با رعایت محرمانگی در قبال گزارش دهندگان ، پایبندی خود را به رویکرد عاری از سرزنش نابجا ، منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار ترویج می نماید.
۸. تیم ایمنی در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار، براساس گفتمان حضوری و سوالات باز با کارکنان بخش ها / واحدها، در خصوص بیان دغدغه های خود در قبال تهدید ایمنی بیمار صحبت می نماید .
۹. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در موارد بروز خطای منجر به آسیب، طی ۷۲ ساعت و در موارد منجر به مرگ طی ۲۴ ساعت کمیته مورتالیتی و موربیدیتی تشکیل می دهد.
۱۰. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی نتایج RCA را در تیم مدیریت اجرایی مطرح و جهت اقدام اصلاحی اقدام می نماید .
۱۱. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، خطاهای منجر به آسیب را به صورت درس آموخته و به شکل الکترونیک در اختیار کارکنان قرار می دهد
۱۲. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با مشارکت کارشناس بهداشت حرفه ای ،مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد /بخش به ترتیب اولویت از نظر بیشترین آمار خطا و اهمیت ، چند فرایند اصلی را انتخاب و حالات بالقوه خطا (FMEA) را شناسایی می نماید.

### عنوان خط مشی:

### مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.01	۳	تمامی واحدها	مصوبات کمیته های مربوطه ونظارت واحد بهبود کیفیت	پرستار مسئول بیمار

۱۳. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار نتایج حاصل از FMEA, RCA و پایش فرایندها را مورد بررسی قرار داده، اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی را اطلاع رسانی می نماید.

۱۴. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مواردی که نیاز به پشتیبانی، تامین منابع و بودجه می باشد را از طریق تیم مدیریت و رهبری پیگیری می نماید

۱۵. تیم مدیریت و رهبری بر اقدامات اصلاحی عوامل زمینه ساز خطا در حیطه انسانی (کمبود، ضعف عملکردی)، تجهیزات (کمبود،

نقص فنی و کالیبراسیون) و فرایندی و ساختاری (روشهای ارائه مراقبت و درمان عدم رعایت دستورالعملها، الزامات کیفی و فنی)

نظارت و مشکل را رفع می نماید .

### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرایند و ذینفعان: پزشکان، کارکنان، بیماران، همراهان

منابع و امکانات: فرم های FMEA و ابزار RCA، فرم خطا و خطر

منابع و مراجع: سنجه های اعتبار بخشی ویرایش چهارم و دستورالعمل های ایمنی وزارتخانه (فرناز مستوفیان)

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ) منصوره زمانی (کارشناس بهداشت حرفه ای)	تهیه کنندگان
علی اصغر صبوچی (مسئول فنی بیمارستان) عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری و نماینده سرپرستاران)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان خط مشی:

### تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.02	۳	تمامی واحدها	توسط کمیته بحران	فرمانده حادثه بحران

## تعاریف :

در بیمارستان امام حسین (ع) گلپایگان افزایش ظرفیت در قسمت اورژانس شامل: پاراوان وسط ادمیت بوسیله تاسیسات برداشته شده و حدود ۶ برانکارد به ظرفیت ادمیت اضافه می گردد و یک برانکارد از اتاق عمل اورژانس - یک برانکارد از اتاق پزشک اورژانس - یک برانکارد از اتاق پانسمان - ۲ برانکارد از اتاق تزریقات که در مجموع ظرفیت اورژانس به همراه تختهای بستری تا ۲۸ تخت قابل افزایش می باشد (۱۲ عدد به ظرفیت فعلی اورژانس اضافه می گردد)

## بیانیه / سیاست :

با توجه به لزوم اهمیت تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران با هدف جلوگیری از تاخیر / توقف ارائه خدمات سلامت به آسیب دیده گان ، بیمارستان خطی مشی زیر را اجرا می نماید.

## شیوه انجام کار :

۱. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا نسبت به شناسایی بخشها/واحدهای حیاتی بیمارستان اقدام می نماید.
۲. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا نسبت به تهیه فهرست و نحوه تدارک اقلام ضروری و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای تداوم عملکرد بخشها/واحدهای حیاتی بیمارستان اقدام می نماید .
۳. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا فضاها و تجهیزات پزشکی و مصرفی قابل افزایش را تعیین می نماید.
۴. فرمانده حادثه بیمارستان به محض صدور دستور افزایش ظرفیت، دستور ترخیص ایمن بیماران سرپایی بخش اورژانس و لغو عمل جراحی الکتیورا به پزشکان می دهد .
۵. فرمانده حادثه توسط سوپر وایزر ، به کلیه پزشکان معالج جهت ترخیص بیماران دارای بهبودی نسبی و قابل ترخیص، اطلاع رسانی می نماید و در صورت در دسترس نبودن پزشک معالج بیمار، پزشک آنکال، این کار را انجام می دهد.

## عنوان خط مشی:

### تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.02	۳	تمامی واحدها	توسط کمیته بحران	فرمانده حادثه بحران

۶. پرستار تریاژ، بیماران سطح ۵ و سطح ۴ بدون اقدام، در فرم تریاژ را پس از هماهنگی با پزشک به درمانگاه هدایت می نماید و پرستار درمانگاه به صورت مستمر بیماران را بررسی نموده و در صورت تغییر در سطح تریاژ بیمار، پس از هماهنگی تلفنی به صورت ایمن به اورژانس منتقل می نماید.
۷. فرمانده حادثه با هماهنگی با پزشک اورژانس، کد بحران (۱۰۰) را در یکی از سه سطح بحران اعلام می نماید. و پرسنل سایر بخشها طبق سطح بحران اعلام شده، در اورژانس حضور می یابند.
۸. متصدی پذیرش به صورت سیار بر بالین بیماران حضور یافته و نسبت به پذیرش بیمار (با توجه به دستورالعمل شناسایی بیماران مجهول الهویه) اقدام می نماید.
۹. فرمانده حادثه در صورت نیاز به استفاده از ظرفیت سایر ارگانها و نهادها طبق تفاهم نامه های کتبی عمل می نماید.
۱۰. فرمانده حادثه دستور باز شدن درب ورودی شرقی بیمارستان را جهت تسهیل در ورود و خروج کارکنان و تردد وسایل نقلیه در صورت نیاز صادر می نماید (مسیر ورودی بیماران از مراجعین و کارکنان جدا می شود)
۱۱. پرسنل انتظامات جهت برقراری نظم و جلوگیری از ازدحام مراجعین و همراهان بر درب های ورودی و خروجی و فضای بیمارستان نظارت می نمایند.
۱۲. کارشناس روابط عمومی اطلاعات لازم در زمینه بحران را در اختیار رسانه ها و... قرار می دهد.
۱۳. فرمانده حادثه دستور استفاده از فضاهای جایگزین را در صورت نیاز صادر می نماید.
۱۴. کارشناس مددکاری جهت تداوم خدمات ضروری به گروه های آسیب پذیر (مانند: کودکان، افراد سالمند، کم توان، بیهوش و معلولین) بیماران را ارزیابی می نماید.
۱۵. فرمانده حادثه با هماهنگی EOC دانشگاه نسبت به اعزام و جابجایی مصدومان هماهنگی می نماید.
۱۶. فرمانده حادثه دستور استفاده از فضاهای جایگزین را در صورت نیاز صادر می نماید.
۱۷. کارشناس روابط عمومی در صورت نیاز به افزایش ظرفیت سردخانه طبق تفاهم نامه با شهرداری، هماهنگی لازم را انجام می دهد.
۱۸. واحد مدیریت و اطلاعات سلامت نسبت به جمع آوری آمار بیماران موجود اقدام و به فرمانده حادثه گزارش می نماید.
۱۹. پزشک معالج با هماهنگی Bed manager پس از انجام اقدامات اولیه بیماران را بر اساس سطح بندی مراقبتی ویزیت و دستور انتقال به بخش را صادر می نماید.
۲۰. فرمانده حادثه با هماهنگی ستاد هدایت دانشگاه، غیر فعال سازی بحران را بر اساس شرایط اعلام می نماید.



### عنوان خط مشی:

### تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.02	۳	تمامی واحدها	توسط کمیته بحران	فرمانده حادثه بحران

۲۱. مسئول کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، ظرف مدت ۷۲ ساعت گزارش کاملی از فعالیت های صورت گرفته، مشکلات و پیشنهادات اعضای فرماندهی حادثه را جمع آوری می نماید.

۲۲. مسئول کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا پس از اتمام برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، درس آموخته های آنرا اعلام می نماید.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرایند و ذینفعان : EOC دانشگاه ، پزشکان ، کارکنان ، بیماران ، همراهان

منابع و امکانات : دستور العمل های سطح بندی بحران ، فهرست منابع انسانی ، اقلام و تجهیزات پزشکی ضروری ، تفاهم نامه با مراکز

منابع و مراجع: کتاب بحران در بلایا و اعتباربخشی نسل چهارم

تهیه کنندگان	فاطمه مناجاتی (دبیر کمیته بحران) مرضیه کریمی (مسئول اورژانس) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)
تایید کننده	علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان و فرمانده حادثه) عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)

### عنوان خط مشی:

### کنترل و صیانت پرونده های پزشکی بیماران در نقل و انتقال بین بخشها/ واحدها

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.03	۲	تمامی واحدها	بازدید میدانی و کمیته های واحد مدیریت اطلاعات سلامت	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

### بیانیه /سیاست :

با توجه به اهمیت کنترل و صیانت پرونده های پزشکی بیماران در نقل و انتقال بین بخشها/ واحدها و به منظور حفظ محرمانگی ، این مرکز سیاست های زیر را اتخاذ نموده است.

### شیوه انجام کار :

۱. مسئول فناوری اطلاعات ردیابی و تعیین محل دقیق پرونده های بالین بیماران را از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی فعال کرده است.
۲. درخواست کننده مجاز ابتدا فرم درخواست پرونده را تکمیل و پس از مهر و امضاء، فرم را جهت تحویل پرونده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت تحویل می دهد.
۳. مسئول مدیریت اطلاعات سلامت درخواست مربوطه را بررسی و درخواست پرونده را ثبت دفتر یا سامانه الکترونیک می نماید.
۴. فرد یا افراد معین و مجاز، انتقال پرونده به بخش مربوطه را انجام می دهند و پرونده بیمار برای نقل و انتقال بین بخشی هرگز تحویل همراه بیمار نمی شود.
۵. کارشناس بخش مدیریت اطلاعات سلامت کنترل مستمر و هفتگی سیستم ثبت کاغذی/ الکترونیک خروج پرونده برای عودت به موقع پرونده های تحویلی به بخشها/ واحدها را انجام می دهد.
۶. مسئول مدیریت اطلاعات سلامت تدابیر کنترلی لازم به منظور اطمینان از الصاق گزارشهای تاخیری از جمله گزارش پاتولوژی پس از ترخیص و قبل از بایگانی به پرونده کاغذی بیمار اتخاذ می نماید
۷. کارشناس بخش مدیریت اطلاعات سلامت تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با فهرست پرونده های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان پس از ترخیص بیماران را انجام می دهد.
۸. مسئول مدیریت اطلاعات سلامت گزارش پرونده های مفقودی را به صورت فصلی به مدیریت اعلام نموده و در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان تعیین تکلیف شده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرا می شود.

**عنوان خط مشی:****کنترل و صیانت پرونده های پزشکی بیماران در نقل و انتقال بین بخشها/ واحدها**

کد HE.PP.03	تعداد صفحات ۲	دامنه کاربرد تمامی واحدها	روش نظارت بر اجرای خط مشی بازدید میدانی و کمیته های واحد مدیریت اطلاعات سلامت	فرد پاسخگو مسئول مدیریت اطلاعات سلامت
----------------	------------------	------------------------------	---	---

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**

صاحبان فرایند و ذینفعان: بیماران و کارکنان

منابع و امکانات و کارکنان: کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت، پرستار، منشی، خدمتگذار

فرم درخواست پرونده

فرد پاسخگو: مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

افراد مجاز درخواست کننده پرونده: پزشک معالج/سرپرستار

افراد مجاز انتقال دهنده پرونده: منشی/کمک پرستار /خدمتگذار

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) فرزانه یآوری (مسئول مدیریت اطلاعات سلامت) زهرا سلامی (مسئول فناوری اطلاعات)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان خطی مشی :

### استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.04	۲	بخش های بالینی	مشاهده و ارزیابی سوپروایزرها	پرستار مسئول بیمار

## تعاریف :

مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج، به مدت محدود انجام شده و تمدید آن نیاز به دستور پزشک معالج دارد.

## بیانیه /سیاست

با توجه به لزوم اهمیت مهار فیزیکی بیماران با هدف ایمن ترین روش ، مهار اندام ها و اعضای مجاز با روش استاندارد و بدون عوارض در بیمارستان، خطی مشی زیر را اجرا می نماید.

## شیوه انجام کار :

۱. پرستار مسئول بیمار پس از ارزیابی ،بیمار بی قرار را شناسایی می نماید.
۲. پرستار مسئول بیمار بعد از ارزیابی علت بی قراری بیمار ، ملاحظات لازم را (تسکین درد،ایجاد محیط آرام و ....) انجام می دهد..
۳. پزشک معالج بیمار، انجام مهار فیزیکی را با ذکر اندام و مدت زمان آن در دستورات خود ثبت می نماید و در صورت نیاز به ادامه مهار فیزیکی، مجددا پزشک دستور را تکرار می نماید.
۴. پرستار مسئول بیمار با رعایت حریم خصوصی بیمار به همراه کمک پرستار/خدمه نسبت به مهار فیزیکی بیمار با استفاده از تجهیزات لازم اقدام می نماید.
۵. پرستار مسئول بیمار زمان شروع و خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی را در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
۶. سرپرستار بخش نسبت به تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز به لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی اقدام می نماید .
۷. پرستار مسئول بیمار تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخمهای فشاری و صدمه بافتی به بیمار و آسیب به خود و...را در نظر می گیرد.
۸. پرستار مسئول بیمار از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی استفاده می کند و اندامها و اعضای مجاز را با روشهای استاندارد و بدون عوارض مهار می نماید.
۹. کمک پرستار/خدمه بخش وسایل بالقوه تهدید کننده ایمنی بیمار را جهت جلوگیری از آسیب به خود و دیگران از اطراف بیمار دور می نماید.

**عنوان خطی مشی :**  
**استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.04	۲	بخش های بالینی	مشاهده و ارزیابی سوپروایزرها	پرستار مسئول بیمار

۱۰. پرستار مسئول بیمار شرایط بیمار را قبل و حین مهار فیزیکی به طور مستمر بررسی و ثبت می نماید.
۱۱. پرستار مسئول بیمار سیستم عصبی -عروقی بیمار را با بررسی نبض انتهای اندام مهار شده به طور مستمر کنترل و ثبت می نماید.
۱۲. پزشک معالج دستور عدم نیاز به مهار فیزیکی و یا استفاده از سایر سطوح مهار شدنی و یا آرام بخش را مکتوب می نماید.
۱۳. پرستار مسئول بیمار از تکرار مهار فیزیکی بدون دستور پزشک و حتی با وجود دستور PRN امتناع می نماید .
۱۴. پرستار مسئول بیمار علائم عینی و بالینی بیمار را از نظر ایجاد وقایع ناخواسته ناشی از مهار فیزیکی بررسی می نماید .
۱۵. پرستار مسئول بیمار در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، و بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، از مهار فیزیکی امتناع می نماید .
۱۶. پرستار با کاهش عوامل تحریک کننده در جهت قطع مهار فیزیکی در کوتاه ترین زمان ممکن اقدام می نماید .
۱۷. سوپروایزر آموزشی نسبت به آموزش اثر بخش کارکنان زیر مجموعه جهت مهار فیزیکی اقدام می نماید

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**

**صاحبان فرایند و ذینفعان :** پزشکان، بیماران ، کارکنان  
**منابع و امکانات :** فرم ارزیابی اولیه، بد ساید، کمر بند محافظ تخت و مچ بند مخصوص مهار فیزیکی  
**منابع :** سنجه های اعتبار بخشی نسل سوم و چهارم

فاطمه مناجاتی(مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) فاطمه جمالی(کارشناس بهبود کیفیت) فخری اطاعتی(سوپروایزر آموزشی)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی(مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

عنوان خطی مشی :				
استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی				
کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.05	۲	بخش های بالینی	مشاهده و ارزیابی سرپرستار و سوپروایزر	پرستار مسئول بیمار

### تعاریف :

مهار شیمیایی با دستور پزشک معالج و به مدت بسیار محدود (حداکثر ۳ بار در روز) و تمدید آن نیاز به دستور پزشک معالج دارد.

### بیانیه /سیاست :

با توجه به لزوم اهمیت مهار شیمیایی به شیوه صحیح و ایمن با هدف پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیماران بستری و استفاده از ایمن ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی، بیمارستان خطی مشی زیر را اجرا می نماید.

### شیوه انجام کار :

۱. پرستار مسئول بیمار پس از ارزیابی، بیمار بی قرار را شناسایی می کند.
۲. پرستار مسئول بیمار بعد از ارزیابی علت بی قراری بیمار، ملاحظات لازم را (تسکین درد، ایجاد محیط آرام و ...) انجام می دهد.
۳. پرستار مسئول بیمار سابقه و حساسیت دارویی بیمار را بررسی می نماید.
۴. پرستار مسئول بیمار مهار شیمیایی را تنها با دستور پزشک، با حفظ حریم خصوصی و حداکثر سه بار در روز انجام می دهد و در صورت نیاز به تکرار، مجدداً پزشک دستور را تکرار می نماید.
۵. پرستار مسئول بیمار شرایط بالینی، پاسخ بیمار به درمان، سطح هوشیاری، علائم حیاتی و عوارض داروهای تجویز شده را به طور مستمر قبل، حین و پس از مهار شیمیایی ارزیابی و در پرونده ثبت می نماید.
۶. کمک پرستار / خدمه بخش وسایل بالقوه تهدید کننده ایمنی بیمار را جهت جلوگیری از آسیب به خود و دیگران از اطراف بیمار دور می نماید.
۷. پرستار مسئول بیمار تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ مداوم و ... را پایش و به صورت مستمر کنترل می نماید.
۸. پرستار مسئول بیمار با کاهش عوامل تحریک کننده در جهت قطع مهار شیمیایی در کوتاه ترین زمان ممکن اقدام می نماید.
۹. پرستار مسئول بیمار با پایش و مانیتورینگ مداوم، بیمار را از نظر بروز وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بررسی می نماید.

**عنوان خطی مشی :  
استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی**

کد HE.PP.05	تعداد صفحات ۲	دامنه کاربرد بخش های بالینی	روش نظارت بر اجرای خط مشی مشاهده و ارزیابی سرپرستار و سوپروایزر	فرد پاسخگو پرستار مسئول بیمار
----------------	------------------	--------------------------------	---	----------------------------------

۱۰. سوپروایزر آموزشی نسبت به آموزش اثر بخش کارکنان زیر مجموعه جهت مهار شیمیایی اقدام می نماید.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرایند و ذینفعان : پزشکان، بیماران و کارکنان

منابع و امکانات : انواع داروهای آرام بخش (SEDATION)، تخت استاندارد و پمپ انفوزیون جهت انفوزیون دارو

منابع و مراجع : سنجه های اعتبار بخشی نسل سوم و چهارم

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) کبری جابری (مدیر پرستاری) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان خطی مشی :

### مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.06	۳	بخش های بالینی	مشاهده و ارزیابی سرپرستار و سوپروایزر ومصوبات کمیته مرگ و میر	سرپرستار

## تعاریف :

فشار خون: نیرویی است که به جدار سرخرگها وارد می شود تا خون در سراسر بدن گردش پیدا می کند و برابر است با برون ده قلبی

فشار خون سیستولیک: زمانی است که قلب منقبض می شود.

فشار خون دیاستولیک: زمانی است که قلب ریلکس می شود.

فشار خون متوسط شریانی: یک پارامتر مهم بالینی جهت بررسی پرفیوژن بافتی است و ایده آل آن بین ۷۰-۹۰ mm است

درصد اشباع اکسیژن خون شریانی: میزان هموگلوبینی که با اکسیژن آمیخته شده و قابل اندازه گیری می باشد و به درصد توسط دستگاه پالس اکسی متر قابل اندازه گیری است.

## بیانیه /سیاست :

با توجه به لزوم اهمیت کنترل شاخص های فیزیولوژیک بیماران حاد و بحرانی شامل فشار خون سیستولیک، دیا ستولیک و فشار خون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت و درصد اشباع اکسیژن خون شریانی، در راستای جلوگیری از افزایش وخامت حال بیمار و پایدار نمودن علائم حیاتی وی خصوصا وقتی ارگانهای حیاتی در معرض آسیب هستند، لزوم استمرار مراقبتها تا پایداری کامل علائم حیاتی و شاخص مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد را اتخاذ می نماید.

## شیوه انجام کار :

۱. پرستار به محض مشاهده هرگونه اختلال در علائم حیاتی و تغییر وضعیت بالینی و سطح هوشیاری بیمار، سریعاً اقدامات اولیه مراقبتی درمانی از قبیل مانیتورینگ و پالس اکسی متر را انجام می دهد.
۲. پرستار بخش سریعاً پرستار مسئول شیفت را مطلع می کند.



**عنوان خطی مشی :****مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.06	۳	بخش های بالینی	مشاهده و ارزیابی سرپرستار و سوپروایزر ومصوبات کمیته مرگ و میر	سرپرستار

۳. پرستار مسئول بیمار مراقبت و مانیتورینگ BP.HR.RR.Temp. O2 Sat و MAP (فشار متوسط شریانی) را برای بیمار ، در برگه علایم حیاتی/ فلوجارت در فواصل زمانی کوتاه پایش و ثبت می نماید.
۴. پرستار مسئول شیفت پزشک معالج بیمار را در خصوص تغییر وضعیت بالینی بیمار مطلع می نماید.
۵. پزشک معالج بر بالین بیمار حضور یافته و با توجه به وضعیت اورژانسی بیمار ، انجام اقدامات مراقبتی درمانی و مشاوره ای را برای بیمار در پرونده ثبت می نماید.
۶. پزشک معالج در صورت نیاز به مشاوره اورژانسی به صورت تلفنی یا مکاتبه ای با متخصص مورد نظر مشاوره انجام می دهد و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
۷. پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک را در پرونده بیمار چک کرده و اقدامات مراقبتی درمانی اقدام ثبت شده را انجام می دهد .
۸. پرستار مسئول بیمار مطابق با دستور پزشک معالج اقدامات مراقبتی درمانی و مشاوره ای را به طور کامل در پرونده ثبت می نماید.
۹. پرستار مسئول شیفت وضعیت بیمار را در طول شیفت پایش نموده و در صورت نیاز اقدام مداخله ای لازم را انجام می دهد.
۱۰. پرستار مسئول بیمار در صورت دستور انتقال بیمار به بخش مراقبت های ویژه هماهنگی لازم را با بخش مربوطه انجام می دهد.
۱۱. بیمار تحت مراقبت و مانیتورینگ علایم حیاتی و با رعایت موازین ایمنی به همراه پرستار مسئول بیمار به بخش مراقبت ویژه منتقل می شود .
۱۲. سرپرستار بخش نسبت به وجود و سلامت امکاناتی نظیر مانیتورینگ علائم حیاتی و کپسول اکسیژن پرتابل جهت استفاده بر بالین بیمار اطمینان حاصل می نماید.

### عنوان خطی مشی :

### مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

کد HE.PP.06	تعداد صفحات ۳	دامنه کاربرد بخش های بالینی	روش نظارت بر اجرای خط مشی مشاهده و ارزیابی سرپرستار و سوپروایزر ومصوبات کمیته مرگ و میر	فرد پاسخگو سرپرستار
----------------	------------------	--------------------------------	--	------------------------

### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرایند و ذینفعان: روسای بخش ها و سرپرستاران بخش های ویژه، کارکنان تخصصی و غیر تخصصی ویژه

منابع و امکانات : مانیتورینگ و DC شوک و سایر تجهیزات پزشکی

منابع و مراجع:سنجه های اعتبار بخشی نسل چهارم

فاطمه مناجاتی(مسئول بهبود کیفیت) کبری جابری (مدیر پرستاری) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت) مریم نظری (مسئول ICU) مریم نیکنامی (مسئول بخش CCU )	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی(مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان خطی مشی :

### نحوه اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.07	۳	بخش های بالینی	گزارش های سوپروایزر و نظارت سرپرستار	سرپرستار

## تعاریف :

**اندیکاسیون بستری در بخش های ویژه :** بیماران شدیداً بد حال به بیمارانی اطلاق می شود که نیاز به اقدامات فوری ویژه نظیر اقدامات تنفسی (انتوباسیون، وصل به ونتیلاتور) بیماران با کاهش سطح هوشیاری، سکته قلبی (کد ۲۴۷)، تزریق ترومبولیتیک و بیماران ایسکمی مغزی (کد ۷۲۴) کومای کتواسیدوز، بیماران مولتیپل تروما و انواع شوک... دارند. معمولاً در چنین حالاتی به علت وخامت وضعیت و ناپایداری علائم، بیمار دچار آسیب و یا نارسایی ارگان های متعدد شده و بیمار نیازمند استمرار مداخلات درمانی، دریافت مراقبت های مستمر و پایش مداوم است. از آنجا که این گروه از بیماران حاد و بحرانی نیازمند به مانیتورینگ مداوم بوده و در فهرست پذیرش بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بیمارستان قرار می گیرند.

## بیانیه /سیاست :

با توجه به لزوم اهمیت استفاده بهینه از تخت های ویژه و ضرورت دریافت خدمات مطلوب برای بیماران بد حال جهت تسریع بهبودی و به حداقل رساندن مدت اقامت بیمار در بیمارستان، با هدف افزایش رضایت مندی بیماران ، خط مشی پذیرش و ترخیص بیماران بخش ICU را به شکل زیر اتخاذ می نماید.

## شیوه انجام کار :

۱. پزشک اورژانس، بیماران اورژانس را ویزیت و در صورت بد حال بودن بیمار درخواست مشاوره فوری از تخصص مربوطه می نماید .
۲. پزشک متخصص آنکال طبق دستور العمل مدیریت شده، طی زمان تعیین شده در مورد بیماران پرخطر و حاد بر بالین بیمار حاضر شده و درخواست مشاوره بیهوشی و انتقال به ICU می دهد.
۳. پرستار اورژانس اقدامات مورد نیاز در مورد بیمار بد حال با توجه به شرایط بیمار و دستور پزشک معالج را انجام می دهد.

### عنوان خطی مشی :

### نحوه اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.07	۳	بخش های بالینی	گزارش های سوپروایزر و نظارت سرپرستار	سرپرستار

۴. پرستار در بخشهای بالینی بعد از ارزیابی بیمار تغییر وضعیت و شرایط همودینامیک بیمار را به اطلاع پزشک معالج رسانده و پس از ویزیت و دستور انتقال بیمار به بخش های ویژه اقدامات لازم را انجام می دهد.
۵. پزشک متخصص مربوطه جهت پذیرش ICU با متخصص بیهوشی آنکال هماهنگی می کند.
۶. پرستار بخش مبدا با پرستار بخش ویژه در رابطه با انتقال سریع بیمار هماهنگی می کند.
۷. پرستار مسئول بیمار در بخش مبدا تا آماده شدن شرایط انتقال بیمار به بخش ویژه بیمار را پایش نموده و کلیه دستورات درمانی و مراقبتی را انجام و ثبت می نماید .
۸. پرستار مسئول شیفت بخش ویژه پس از فراهم نمودن شرایط و وسایل مورد نیاز از جمله ونتیلاتور- مانیتور- تشک مواج و سرنگ پمپ و... به بخش مبدا پذیرش می دهد.
۹. پرستار مسئول بیمار با حفظ حریم شخصی، پس از انجام اقدامات با تجهیزات لازم ومانیتورینگ بیمار را به صورت ایمن منتقل می کند.
۱۰. پرستار مسئول بیمار طبق ISBAR بیمار را به پرستار بخش ویژه تحویل می دهد.
۱۱. دستورات پزشک معالج بعد از تحویل بیمار به بخش ویژه توسط پرستار مسئول بیمار اجرا می گردد.
۱۲. پزشک آنکال بیهوشی بیمار ICU را ویزیت نموده ، در غیر اینصورت دستورات لازم و تنظیمات ونتیلاتور را به پرستار مسئول بیمار به صورت تلفنی اطلاع می دهد.
۱۳. پرستار مسئول بیمار کلیه اقدامات انجام شده را در پرونده بیمار ثبت می کند.
۱۴. پزشک معالج با حضور پرستار مسئول بیمار، نسبت به اخذ رضایت آگاهانه طبق دستورالعمل مربوطه اقدام می نماید .
۱۵. پرستار مسئول بیمار در اولین فرصت فرم ارزیابی اولیه را تکمیل می کند .
۱۶. پرستار مسئول بیمار علاوه بر مانیتورینگ مداوم در فواصل زمانی کوتاه بیمار را از نظر وضعیت عمومی و علایم حیاتی پایش نموده و کلیه اقدامات را ثبت می نماید .
۱۷. سرپرستار بخش لیستی از قوانین و مقررات بخش تهیه نموده و در زمان ادمیت در اختیار خانواده بیمار قرار می گیرد .
۱۸. پرستار مسئول بیمار تشخیص های پرستاری را در پرونده بیمار ثبت نموده و مداخلات پرستاری براساس آن برنامه ریزی ، انجام و ثبت می گردد.

### عنوان خطی مشی :

### نحوه اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.07	۳	بخش های بالینی	گزارش های سوپروایزر و نظارت سرپرستار	سرپرستار

### روش اجرایی ترخیص بیمار از بخش های ویژه

۱. پزشک معالج دستور انتقال/ترخیص بیمار از بخش ویژه را در پرونده بیمار ثبت می کند.
۲. پرستار مسئول بیمار دستور کتبی پزشک را مهر و امضاء می کند.
۳. پزشک متخصص بیهوشی بیمار ICU راویزیت کرده و دستور تأیید ایشان جهت انتقال ثبت می شود.
۴. پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک بیهوشی را مهر و امضاء و اجرا می کند.
۵. پرستار مسئول بیمار در خصوص انتقال بیمار به بخش مقصد/ترخیص با همراه بیمار تماس گرفته و شرایط بیمار را تلفنی توضیح می دهد .
۶. پرستار مسئول بیمار پس از هماهنگی با مسئول شیفت بخش مقصد با حضور همراه و حفظ حریم شخصی، با تجهیزات لازم بیمار را به صورت ایمن به بخش منتقل می کند .
۷. پرستار مسئول بیمار بر اساس تکنیک ISBAR بیمار و پرونده را تحویل پرستار بخش مقصد می دهد .
۸. پرستار مسئول بیمار در صورت ترخیص بیمار از بخش ویژه، مطابق دستور ترخیص ایمن اقدامات لازم را انجام می دهد.

### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرایند و ذینفعان: تمامی متخصصین، مسئول فنی و کارکنان و پزشکان بخش ICU، بیماران  
 منابع و امکانات: و تجهیزات پزشکی لازم (ونتیلاتور- مانیتور- برانکارد- دفیبریلاتور و DC شوک و...)  
 منابع و مراجع: سنجه های اعتبار بخشی نسل سوم و چهارم ، برونر. مراقبت های پرستاری قلب و عروق

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت) مریم نظری (مسئول بخش ICU) مریم نیکنامی (مسئول بخش CCU)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان خطی مشی :

### شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.08	۴	کلیه بخش های بالینی و اتاق عمل	گزارش های سوپروایزر و نظارت سرپرستار و کمیته مورثالیتی و موربیدیتی	پزشک معالج

## تعاریف :

از آنجا که وظیفه بیمارستان فراهم آوردن مراقبت متناسب و مداوم براساس نیازهای بیماران می باشد و با توجه به با ارزش بودن زمان در انتقال سریع بیمار بدحال به بخش های ویژه برای دریافت مراقبت های اختصاصی، بیمارستان این خط مشی را باهدف دسترسی سریع بیماران بدحال به خدمات درمان قابل قبول و کاهش خطرات حین انتقال، حفظ حرمت و کرامت انسانی و با اطمینان از اجرای این سیاست که انتقال بیمار با هماهنگی بخش مقصد، رعایت ایمنی بیمار حین انتقال، فراهم بودن تجهیزات کافی در حین انتقال و اطلاع رسانی به همراه بیمار انجام می شود.

## بیانیه /سیاست :

با توجه به لزوم اهمیت رسیدگی به بیمار بدحال و اورژانسی به شیوه صحیح و ایمن با هدف رسیدگی به موقع به بیمار بدحال و اورژانسی در بخش های بستری واستفاده از ایمن ترین روش با ارائه مراقبت های فوری و ضرورت پایدار سازی خروج بیمار از شرایط بحرانی، بیمارستان خطی مشی زیر را اجرا می نماید.

## شیوه انجام کار

۱. پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار بر اساس ارزیابی اولیه و ارزشیابی مستمر پرستاری و پزشکی نسبت به شناسایی بیمارانی که احتمال وخامت حال آنها می رود، اقدام می نمایند.
۲. مسئول بخش چینش نیروها را براساس توانمندی پرسنل در کلیه شیفتهها تنظیم می نماید .
۳. پرستارمسئول شیفت بر اساس مهارت پرستاران ، نسبت به مراقبت موردی بیماران بدحال یا با وخامت وضعیت بالینی اقدام می نماید .
۴. پرستار مسئول بیمار احتمال وخامت حال عمومی بیمار را با نظارت مستمر بر بالین بیمار رصد می نماید.
۵. پرستار مسئول بیمار در صورت وخامت حال عمومی جهت درخواست ویزیت تخصصی به پزشک معالج تلفنی اطلاع رسانی می نماید و دستورات تلفنی پزشک معالج اجرا می گردد.

### عنوان خطی مشی :

### شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.08	۴	کلیه بخش های بالینی و اتاق عمل	گزارش های سوپروایزر و نظارت سرپرستار و کمیته مورتالیتی و موربیدیتی	فرد پاسخگو پزشک معالج

۶. پرستار مسئول بیمار با توجه به وخامت حال بیمار در فاصله زمانی کوتاه و پی در پی به ارائه مراقبت مستقیم پرستاری می پردازد.

۷. پرستار مسئول بیمار با جابه جایی و استقرار بیمار در اتاق های نزدیک ایستگاه پرستاری به بیمار بدحال ارائه خدمت می نماید.

۸. پرستار مسئول بیمار علاوه بر نظارت مستقیم در مورد گزارش تغییر حال عمومی و وضعیت بالینی، به بیمار و همراه آموزش می دهد .

۹. پرستار مسئول بیمار در انتقال بیماران بدحال و اورژانسی به بخش مراقبتهای ویژه در اولین فرصت طبق دستور پزشک اقدام می نماید.

۱۰. پرستار مسئول بیمار در صورت لزوم نسبت به مانیتورینگ مستمر بیمار بدحال/پرخطر اقدام می نماید.

۱۱. پرستار مسئول بیمار در صورت وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز با تماس تلفنی پزشک را فراخوان می نماید. در صورت عدم پاسخگویی با سوپروایزر کشیک هماهنگی می شود .

۱۲. سوپروایزر موارد عدم تطابق ارائه خدمات با خط مشی بیماران بد حال و اورژانسی را به مدیر پرستاری گزارش می دهد .

۱۳. مسئول بهبود کیفیت موارد گزارش شده مدیر پرستاری را در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی مطرح نموده و بر اساس نتایج حاصل از بررسی بیماران بد حال در صورت لزوم روشهای تدوین شده را بازنگری می نماید .

### انتقال بیماران بد حال از اورژانس / بخشهای بستری به اتاق عمل:

۱. پزشک کشیک اورژانس/پرستار مسئول شیفت بعد از هماهنگی با پزشک آنکال ، دستور انتقال اورژانسی بیمار به اتاق عمل را در پرونده ثبت می نماید و توضیحات لازم را به بیمار و همراهانش می دهد.

۲. پرستارمسئول بیمار، با اتاق عمل و سوپروایزرکشیک جهت انتقال اورژانسی بیمار هماهنگی لازم را انجام می دهد .

۳. پرستارمسئول بیمار اقدامات لازم را طبق دستور پزشک انجام و در پرونده ثبت می نماید.

۴. کمک پرستار/خدمه، در آماده نمودن بیمار برای انتقال به اتاق عمل کمک می نماید .

۵. پرستارمسئول بیمار پس از کنترل مجدد هویت بیمار ، اتصالات لوله ها و کاترها با تجهیزات لازم و رعایت حریم خصوصی به صورت ایمن اقدام به انتقال بیمار می نماید.

### عنوان خطی مشی :

### شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.08	۴	کلیه بخش های بالینی و اتاق عمل	گزارش های سوپروایزر و نظارت سرپرستار و کمیته مورثالیتی و موربیدیتی	پزشک معالج

### انتقال بیماران بد حال از اورژانس / بخشهای بستری به CCU :

۱. پزشک اورژانس/پرستارمسئول شیفت ضمن شناسایی بیماران بد حال قلبی، وضعیت بیمار را به پزشک معالج/آنکال اطلاع می دهد .
۲. پرستار مسئول شیفت پس از ویزیت اورژانسی پزشک معالج/آنکال دستورات لازم را اجرا و در صورت دستور انتقال به بخش CCU هماهنگی لازم را انجام می دهد .
۳. پرستار مسئول بیمار با حفظ حریم شخصی، پس از انجام اقدامات با تجهیزات لازم ومانیتورینگ بیمار را به صورت ایمن به بخش CCU منتقل می کند.
۴. پرستارمسئول بیمار طبق تکنیک ISBARبیمار را به بخش CCU تحویل می دهد .

### انتقال بیماران بد حال از اورژانس / بخشهای بستری به ICU :

۱. پزشک اورژانس/ پرستارمسئول شیفت ضمن شناسایی بیماران بد حال وضعیت بیمار را به پزشک معالج/آنکال اطلاع می دهد.
  ۲. پزشک معالج/ آنکال ضمن ویزیت اورژانسی بیماردر صورت نیاز جهت انتقال بیمار به بخش ICU با متخصص بیهوشی هماهنگی لازم را انجام می دهد .
  ۳. پرستار مسئول شیفت پس از ویزیت بر اجرای دستورات پزشک نظارت و جهت انتقال بیمار به بخش ICU هماهنگی لازم را انجام می دهد .
  ۴. پرستار مسئول بیمار با حفظ حریم شخصی، پس از انجام اقدامات با تجهیزات لازم ومانیتورینگ بیمار را به صورت ایمن به بخش ICU منتقل می کند.
  ۵. پرستارمسئول بیمار طبق تکنیک ISBARبیمار را به بخش ICU تحویل می دهد .
- ✚ قابل ذکر است باتوجه به اورژانسی بودن انتقال بیمار و حفظ حیات وی در صورتی که فرصت تشکیل و تکمیل پرونده در سیستم HIS تا زمان انتقال نبود، اقدامات لازم پس از انتقال بیمار انجام گردد.



### عنوان خطی مشی :

### شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

کد HE.PP.08	تعداد صفحات ۴	دامنه کاربرد کلیه بخش های بالینی و اتاق عمل	روش نظارت بر اجرای خط مشی گزارش های سوپروایزر و نظارت سرپرستار و کمیته مورثالیتی و موربیدیتی	فرد پاسخگو پزشک معالج
----------------	------------------	---	---	--------------------------

### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرآیند و ذینفعان : پزشکان معالج، پرستار بخش های بالینی، بیماران

منابع و امکانات: دستگاه مانیتورینگ قلبی، فرم کنترل علائم حیاتی، برانکارد و ونتیلاتور و ترالی احیا

گزارش و پیگیری: تحلیل نتایج ارائه شده در کمیته مورثالیتی و موربیدیتی

منابع و مراجع: اکبری، محمد اسماعیل " راهنمای ملی سلامت " جلد ۱. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید بهشتی. چاپ دوم. سال ۱۳۹۲

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت) مریم نظری (مسئول بخش ICU) مریم نیکنامی (مسئول بخش CCU) فایزه طاهر شمس (مسئول اتاق عمل)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

### عنوان خطی مشی :

### نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیماران / خانواده / مراجعین

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.09	۳	تمامی واحدها	بازدید میدانی ایمنی، کمیته اخلاق بالین و ایمنی	پرستار مسئول بیمار

### تعاریف :

چارچوب ها برای اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به مراجعین/بیماران/همراهان در مورد نتایج و پیامدهای بد درمان، شامل هفت مرحله (آمادگی، شروع مکالمه، بیان تمام واقعیات، گوش دادن فعال، تأیید آن چه بیان شده است، نتیجه گیری مکالمه و مستند کردن) می باشد. بایستی افراد و مکان مناسب برای اطلاع رسانی واقعه به همراهان تعیین شود.

### بیانیه /سیاست :

با توجه به لزوم اهمیت نحوه اطلاع رسانی وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیماران / خانواده / مراجعین ، با هدف برقراری ارتباط به موقع و صادقانه کارکنان طی ۲۴ ساعت اول بعد از وقوع حادثه، بیمارستان خطی مشی زیر را اجرا می نماید.

### شیوه انجام کار

۱. کمیته مورتالیتی و موربیدیتی بیمارستان نسبت به تشخیص خسارت جسمی ، مالی، روحی و روانی اقدام می نماید.
۲. کمیته اخلاق بیمارستان در خصوص نحوه جبران خسارت وارده به صورت موردی تصمیم گیری می نماید .
۳. کمیته اخلاق بیمارستان ، مصادیق مشمول جبران خسارت (حداقل شامل موارد ۱۵ گانه وقایع تهدید کننده حیات) را تعیین می نماید
۴. کمیته اخلاق بیمارستان میزان شدت آسیب وارده به بیماران/مراجعین ناشی از وقایع ناخواسته را در مصادیق مشمول جبران خسارت تعیین می کند .
۵. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ، بعد از بررسی پرونده و مصاحبه با کارکنان مربوطه و کسب اطمینان به وقوف کامل حادثه، گزارش حادثه را به مسئول ایمنی و تیم رهبری و مدیریت اعلام می نماید.
۶. کمیته اخلاق بیمارستان مسئولان و کارکنانی که لازم است فرایند اطلاع رسانی خطای منجر به آسیب را به بیماران/همراه /خانواده توضیح دهد، تعیین می نماید.

### عنوان خطی مشی :

نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیماران / خانواده / مراجعین

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.09	۳	تمامی واحدها	بازدید میدانی ایمنی، کمیته اخلاق بالین و ایمنی	پرستار مسئول بیمار

۷. افراد تعیین شده توسط کمیته اخلاق بالین افراد واجد صلاحیت (پزشک ، مسئول ایمنی ، روانشناس بالینی ، مسئول بخش، کارشناس ایمنی ، مددکار اجتماعی ، کارشناس بهبود کیفیت و مدیر خدمات پرستاری، پرستار مربوطه) می باشند که باید فرایند اظهار پشیمانی و عذر خواهی از بیماران / خانواده / مراجعین را انجام دهند.

۸. افراد تعیین شده جهت گزارش وقایع ناخواسته در اتاقی ساکت و آرام با ارتباط به موقع و صادقانه در طی ۲۴ ساعت اولیه پس از وقوع حادثه و با تشریح کامل رخداد به صورت باز و شفاف اقدام به توضیح مسئله بدون پنهان کاری به مراجعین / بیماران / خانواده می نماید.

۹. سوپروایزر و مسئول شیفت و کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران / خانواده / مراجعین هستند لازم است در خصوص نحوه مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه در خصوص برقراری ارتباط با بیمار، آموزش دیده و در این خصوص مهارت لازم را کسب نمایند.

۱۰. کارکنانی که درگیر بروز آسیب به بیماران / مراجعین نیستند نیز در خصوص نحوه مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه و پس از آن در خصوص برقراری ارتباط با بیمار، آموزش دیده و مهارت لازم را داشته باشند. و انتظارات منطقی بیماران / خانواده / مراجعین و فرد خاطی را تشخیص دهند.

۱۱. تیم رهبری و مدیریت از افراد و کارکنان درگیر، حمایت عاطفی به عمل آورده و جهت جبران خسارت کلیه کارکنان ذیربط از بیمه مسئولیت حرفه ای پیگیری لازم توسط کارشناس امور حقوقی انجام می دهد.

۱۲. بر اساس فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار باید از کارکنانی که گزارش های لازم را در زمینه خطاهای پزشکی ارائه می کنند حمایت نموده و جوانب محرمانگی حفظ شود.

**عنوان خطی مشی :****نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیماران / خانواده / مراجعین**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.09	۳	تمامی واحدها	بازدید میدانی ایمنی، کمیته اخلاق بالین و ایمنی	پرستار مسئول بیمار

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرایند و ذینفعان : پزشکان ، تمامی کارکنان ، همراهان و بیماران

منابع و امکانات: محیط آرام و ساکت در بخش ، صورتجلسه کمیته های اخلاق بالینی و ایمنی

منابع /مراجع : سنجه های اعتبار بخشی نسل سوم وچهارم

شیوه نظارت : کمیته اخلاق بالینی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

فاطمه مناجاتی(مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت) فاطمه نوری ( دبیر کمیته اخلاق بالین)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی(مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

عنوان خطی مشی :

## مددکار اجتماعی

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.10	۳	تمامی واحدها	بازدید روزانه مددکار، کمیته اخلاق بالین	مددکار بیمارستان

### تعاریف :

بیماران 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 که شامل: بیماران سالمند، روانپزشکی، اختلالات ذهنی، معلولیت‌های جسمی (بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری) بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و 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 بی خانمان و .... از این گروه بیماران/ مراجعین هستند.

### بیانیه /سیاست :

با توجه به لزوم اهمیت مددکاری اجتماعی با هدف شناسایی بیماران/ مددجویان آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی و همچنین پیشگیری از آسیب‌های احتمالی روانی فیزیکی ناشی از افراد با رفتارهای پرخطر اجتماعی برای سایر بیماران/ مراجعین و یا ارائه کنندگان خدمت این بیمارستان خطی مشی زیر را اجرا می نماید.

### شیوه انجام کار :

۱. مددکار با راند غیر حضوری/حضوری (به صورت مصاحبه با مددجویان، پرکردن فرم های راند و تریاژ ) یا مراجعه حضوری مددجو به واحد مددکاری، ارجاع و معرفی مددجواز طرف بخش ها برای دریافت خدمات مددکاری نسبت به شناسایی بیماران نیازمند اقدام می نماید.
۲. مددکار با مصاحبه با بیمار و کسب اطلاعات مادی، شرایط روانی واجتماعی بیمار(محل سکونت : شهری یا روستایی/مالک یا مستاجر بودن/شغل و درآمد/میزان تحصیلات/افراد تحت تکلف/نوع بیمه: آزاد یا تحت پوشش )را بررسی نموده و جهت اطمینان از نیازمند بودن مددجو ، از کمیته امداد و بهزیستی استعلام می نماید .
۳. مددکار در راندهای غیر حضوری/حضوری روزانه بخش های بالین ، جهت اطمینان از اعتبار بیمه درمانی بیمار،از کارشناسان بیمه استعلام می گیرد و در صورت نداشتن بیمه راهنمایی لازم را انجام می دهد.

**عنوان خطی مشی :****مددکار اجتماعی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.10	۳	تمامی واحدها	بازدید روزانه مددکار، کمیته اخلاق بالین	مددکار بیمارستان

۴. مددکار ضمن بررسی معرفی نامه مددجویان، از نهاد های خیریه کمیته امداد و بهزیستی و اداره زندان با هماهنگی تلفنی از خدمات آن ها برای حمایت از مددجویان استعلام می نماید.
۵. مددکار لیست مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی را به کلیه بخش های بالین و غیر بالین اعلام و ابلاغ می نماید.
۶. مددکار بعد از کنترل فرم ارزیابی اولیه بیمار ، برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی اقدام می نماید.
۷. واحد مددکاری موارد بومی و شایع بیماران (اقدام به خود کشی /خشونت علیه زنان و کودکان و سالمندان /سوء مصرف مواد مخدر/افراد بی خانمان /بیماران خاص و صعب العلاج /نزاع و درگیری /بیماران مجهول الهویه و اتباع خارجی/) را شناسایی و اولویت بندی می نماید و در صورت نیاز هماهنگی لازم را با اورژانس اجتماعی و نهادهای خیریه انجام می دهد.
۸. مددکار جهت ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه در صورتی که بیمار اطلاعات هویتی داشته باشد سعی در پیدا کردن خانواده و بستگان مددجو نموده تا مورد حمایت خانواده خود قرار گیرد.
۹. مددکار هماهنگی های لازم را در ارجاع بیماران بی خانمان یا بد سرپرست به مراجع حمایتی در بهزیستی به عمل آورده و از انجام اقدامات تا مرحله اخذ خدمات توسط مددجو اطمینان حاصل می نماید.
۱۰. مددکار پس از شناسایی بیماران ناتوان جسمی و اختلالات روانی ،کودکان بی سرپرست و بد سرپرست پس از ترخیص روند درمانی /تشخیصی/توانبخشی را از طریق تلفنی/حضور در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندیهای مددجو پیگیری می نماید.
۱۱. مددکار پس از شناسایی و ارزیابی مددجو در صورتی که بیمه درمانی داشته باشد با توجه به شرایط و هماهنگی با مدیریت بیمارستان تخفیف لازم را برای مددجو لحاظ و در سامانه های مربوط ثبت می نماید .
۱۲. مددکار در صورتی که مددجو بیمه درمانی نداشته باشد ،جهت اخذ بیمه درمانی راهنمایی های لازم را می نماید.
۱۳. در شیفتهای عصر و شب و روز های تعطیل کلیه اقدامات مربوط به مددکاری و شناسایی بیماران آسیب پذیر و ... بر عهده سوپروایزر کشیک می باشد.
۱۴. گزارش مربوط به عملکرد واحد مدد کاری به صورت فصلی و سالیانه به مدیران اجرایی بیمارستان و معاونت درمان ارسال می گردد.

**عنوان خطی مشی :****مددکار اجتماعی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	روش نظارت بر اجرای خط مشی	فرد پاسخگو
HE.PP.10	۳	تمامی واحدها	بازدید روزانه مددکار	مددکار بیمارستان

۱۵. مددکار شناسایی و جذب منابع خیرین برای حمایت اجتماعی و مالی از مددجویان را انجام می دهد.

## منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

صاحبان فرایند و ذینفعان: مددکار، پرستاران، مراجعین سرپایی و بیماران و همراهان در بخش های بستری

منابع و امکانات : فرم ارزیابی تخصصی مددکار اجتماعی و فرم مدیریت مورد مددکار اجتماعی

منابع/مراجع: سنجه های اعتبار بخشی نسل سوم و چهارم و دستورالعمل های مددکاری

نحوه پایش و ارزیابی: مشاهده، مصاحبه با بیمار و مستندات

تهیه کنندگان	فاطمه مناجاتی(مسئول بهبود کیفیت) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت) سپیده دادخواه(مددکار بیمارستان)
تایید کننده	عبدالرضا حسینی(مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)

### عنوان دستورالعمل :

نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی و نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.001	۲	تمامی واحدها	پرستار مسئول بیمار

### اهداف:

- افزایش سطح ایمنی بیمار و افزایش سطح کیفیت خدمات به بیماران
- تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی و ارائه راهکار جهت کاهش خطا و اتخاذ تصمیمات منتهی به پیشگیری و رفع خطاهای آتی
- افزایش گزارش دهی خطا با رفع موانع گزارش خطا و ایجاد فرهنگ گزارش دهی خطا بدون سرزنش

### تعاریف:

مراقبت های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است. در رویکرد سیستمیک و با عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد، نحوه طراحی، شرایط آن و نحوه پاسخ دهی سیستم به نواقص و شکست ها تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار است. ارزیابی حوادث نه برای پیدا کردن مقصر، اعمال تنبیه و سرزنش بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت، به ما نشان می دهد. لذا در راستای افزایش ایمنی و ارتقاء سلامت بیمار، وجود دستورالعمل مشخص در ارتباط با تحلیل و شیوه ی گزارش دهی خطاها ضروری می باشد

### شیوه انجام کار:

۱. بلافاصله پس از یک واقعه ناخواسته، به صورت تلفنی به سوپروایزور بالینی کشیک اطلاع رسانی نمایید.
۲. سوپروایزور بالینی سریعا در محل واقعه حاضر و بعد از بررسی، مورد را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اطلاع رسانی نماید.
۳. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی واقعه ناخواسته ای که نیاز به گزارش دهی فوری دارد را در کمتر از 6 ساعت پس از وقوع، به شکل پیامک به مسئول ایمنی بیمارستان و معاونت درمان ارسال نماید.
۴. در صورتی که واقعه ناخواسته باعث آسیب به پرسنل شود توسط مسئول بخش /جانشین وی، در کمتر از ۲۴ ساعت به کارشناس بهداشت حرفه ای گزارش شود.
۵. در صورتی که واقعه ناخواسته خطر انتقال عفونت به بیمار یا کارکنان ایجاد کرده باشد، توسط مسئول بخش /جانشین وی در کمتر از ۲۴ ساعت به کارشناس کنترل عفونت گزارش شود.



**عنوان دستورالعمل :****نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی و نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته**

عامل انجام کار	دامنه کاربرد	تعداد صفحات	کد
پرستار مسئول بیمار	تمامی واحدها	۲	HE.IN.001

۶. در صورتی که واقعه ناخواسته باعث آسیب به تجهیزات پزشکی شده است ، توسط مسئول بخش / جانشین وی در کمتر از ۲۴ ساعت به مسئول تجهیزات پزشکی گزارش شود.
۷. تمام افراد فوق که گزارشات مبنی بر وقوع حوادث ناخواسته دریافت کرده اند در کمتر از 24 ساعت به کارشناس مدیریت خطر اطلاع دهند تا در صورت نیاز برنامه ریزی لازم جهت پیگیری و طرح در کمیته انجام و در شاخص های گزارش دهی خطا محاسبه گردد.
۸. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی ، اشتراک گذاری خطاهای رخ داده در بخشها را بصورت سناریو/درس آموخته با اقدامات اصلاحی جهت پیشگیری از بروز مجدد خطا ، در اختیار کلیه کارکنان جهت مطالعه و کسب تجربه قرار دهد .

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:**

صاحبان فرآیند و ذینفعان :تمامی کارکنان،تمامی مراجعین سرپایی و بستری

منابع وامکانات:فرم گزارش دهی خطا به شکل کاغذی ،تلفن ، درس آموخته

منابع و مراجع :دستورالعمل های ابلاغی ایمنی و سنجه های اعتباربخشی نسل چهارم

فاطمه مناجاتی(مسئول بحران و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) فاطمه جمالی( کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی(مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### استفاده از آسانسور در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.002	۲	تمامی واحدها، مراجعین	پرسنل استفاده کننده از آسانسور

#### اهداف:

حفظ و صیانت ایمنی و سلامت افراد در زمان بروز حریق و یا زمان تخلیه اضطراری

#### تعاریف:

**شرایط اضطراری:** موقعیتی که غیرقابل پیش بینی و پاره اوقات قابل پیش بینی است و حیات عوام جامعه و بیمارستان و تجهیزات را تهدید می نماید و موجب بی نظمی و متوقف شدن فعالیت‌های روزمره می گردد.

بیمارستان امام حسین ع گلپایگان، دارای یک ساختمان دوطبقه در قسمت بخش های بستری و درمانگاه تخصصی نیز دو طبقه و دارای آسانسور می باشند.

#### شیوه انجام کار:

#### شرایطی که هرگز نباید از آسانسور استفاده شود:

در زمان وقوع حریق، سیل و زلزله، قطعی برق، تخریب قسمتی از ساختمان در اثر حوادث مختلف، شلوغی بیش از حد بیمارستان و یا حجم انبوه بیماران و وجود هرگونه نقص فنی در آسانسور - تا پس از اعلام عادی شدن شرایط - از آسانسور استفاده ننمایید.

(بجای آسانسور، از پله ها یا رمپ ها جهت جابجایی و رفت و آمد استفاده نمایید.)

#### در هنگام گیر افتادن در آسانسور می بایست نکات زیر را انجام دهید:

- از بیرون پریدن یا بالا رفتن از آسانسور خوداری نمایید و خونسردی خود را حفظ کنید.
- دیوارهای کابین آسانسور در مقابل هوا ایزوله نیست و قرار نیست دچار کمبود اکسیژن شوید. پس آرام باشید و خطر خفگی را در تخیلاتتان تقویت ننمایید.
- به هیچ وجه درصدد باز کردن درهای کابین با اهرم نباشید، چون خطر را جدی تر می کند. نگران سقوط آزاد نباشید، سیستم ترمز اضطراری آسانسور فعال شده و این سیستم مکانیکی است و از کار نمی افتد. ضمن اینکه سیم بکسل‌های آسانسور دارای ضریب ایمنی بسیار بالایی هستند و امکان پاره شدن شان چیزی در حد صفر است.

**عنوان دستورالعمل :  
استفاده از آسانسور در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.002	۲	تمامی واحدها، مراجعین	پرسنل استفاده کننده از آسانسور

۴. آسانسور مجهز به زنگ خطر می باشد. اگر زنگ خطر عمل نکرد، از موبایل استفاده کنید و با شماره های درج شده بر روی دستورالعمل موجود در آسانسور تماس حاصل نمایید و اگر موبایل هم آنتن نداشت، خونسرد باشید و از روش سنتی فریاد زدن و کوبیدن به در استفاده کنید.

### در هنگام استفاده از آسانسور

- ۱- از سوار شدن بیش از ظرفیت نهایی خودداری نمایید.
- ۲- هرگز در حال گفتگو، به صورت عقب یا از پهلو به کابین آسانسور وارد نشوید.
- ۳- روبه کابین وارد آسانسور شده واز وجود کابین در مقابل خود مطمئن شوید.
- ۴- مشاهده افراد و دیده شدن تصویر خود در کابین نشانه وجود کابین در مقابل می باشد.
- ۶- در صورت لزوم می توانید با فشردن کلید از بسته شدن درب کابین جلوگیری نمایید.
- ۷- هنگام حرکت آسانسور، از تکیه دادن و دست زدن به درب کشویی جدا خودداری کنید.

### دقت نمایید:

\* آسانسور بخش ها متصل به برق اضطراری می باشد.

\* استفاده از آسانسورها در زمان آتش سوزی یا هر حادثه دیگری که منجر به قطع برق می شود ممنوع است انتقال بیماران با حضور تکنسین تاسیسات امکان پذیر می باشد .

\* کلیه پرسنل موظف هستند در زمان بحران یا آتش سوزی تا حد امکان از پله استفاده نمایند .

\* آسانسور ها در زمان آتش سوزی در اختیار پرسنل تاسیسات و آتش نشانها هستند تا راندمان تخلیه افزایش یابد .

\* بازدید آسانسور بصورت دوره ای توسط مسئول تاسیسات چک و کنترل می گردد .

\* گواهی ایمنی آسانسور بصورت دوره ای تمدید می گردد .

\* علامت ایمنی مبنی بر " استفاده از آسانسور در زمان حریق ممنوع " در کنار آسانسور نصب است.

**عنوان دستورالعمل :  
استفاده از آسانسور در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.002	۲	تمامی واحدها، مراجعین	پرسنل استفاده کننده از آسانسور

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

صاحبان فرآیند و ذینفعان: تمامی کارکنان، مراجعین و بیماران

منابع و امکانات: آسانسور، تجهیزات اطفاء حریق، فرم کنترل دوره ای تاسیسات

منابع و مراجع: کتاب بحران دکتر اردلان، سنجه های اعتبار بخشی

فاطمه مناجاتی (دبیر کمیته بحران و مسئول بهبود کیفیت) امیر شریفی (مسئول تاسیسات) طیب علیشاهی (مسئول انتظامات) منصوره زمانی (کارشناس بهداشت حرفه ای)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

### اهداف:

هدف : حفظ و صیانت از اموال بیمارستان ، افزایش ضریب کارایی داروها ، ملزومات و تجهیزات پزشکی ، حفظ ایمنی مرکز در برابر وقایع ناخواسته

### تعاریف:

انبارش به معنی موقعیت قرار گرفتن کالا در انبار نامیده می شود.

**انبار :** محدوده های فیزیکی که جهت نگهداری از اقلام در نظر گرفته می شود.

**انبار دارویی :** به فضاهای محصور با دیوار، سقف عایق بندی ، کف و دیوارهای محکم (بهتر است بتونی باشد)، دارای قفسه بندی

که در برابر نور مستقیم محافظت شده و از نظر درجه حرارت و رطوبت تحت کنترل باشد، انبار دارویی گفته می شود.

**اقلام مصرفی و عمومی :** اقلامی که مستقیماً در سازمان در بخشهای مختلف مورد استفاده قرار می گیرد.

تقسیم بندی انبار از نظر درجه حرارت:

فریزر : با برودت ۱۰-۲۰ درجه برای بعضی از داروهای خاص مانند داروهای بیولوژیک و واکسنها

سردخانه: ۲-۸ درجه

انبار خنک: ۸-۱۵ درجه

انبار معمولی: بین ۱۵-۳۰ درجه می تواند متغیر باشد.

### شیوه انجام کار:

کلیات باتوجه به اینکه هر کدام از انبارهای بیمارستانی ، ویژه نگهداری نوع خاصی از مواد و کالا هستند لذا برای هر انبار به صورت مجزا ، دستورالعمل ایمنی مختصری ذکر خواهیم کرد.

### انبار دارویی:

رعایت موارد زیر توسط مسئول انبار دارویی الزامی می باشد:

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

- بهترین رطوبت برای نگهداری داروها زیر % 60 می باشد و همچنین انبارها باید دارای روشنایی کافی نیز باشند.
- نظارت بر کنترل محموله ها از لحاظ آسیب دیدگی یا مخدوش بودن برچسب آنها و جداسازی داروهای مشکل دار
- وارد کردن نام و مقدار کالا در دفتر موجودی یا در کارت مخصوص هر محصول یا کالا
- ثبت هر محموله یا کالای وارد شده به انبار در دفتر انبار و دادن شماره به آنها و درج نمودن شماره انبار و کد محصول روی هر پالت
- رعایت شرایط نگهداری دارو که مطابق با اطلاعات درج شده روی برچسب محموله یا دستورالعمل شرکت وارد کننده یا تولید کننده
- نظارت بر رعایت نظافت و جلوگیری از تردد افراد متفرقه
- ثبت دما و رطوبت در فرمهای مخصوص و مقایسه آن با شرایط استاندارد
- نظارت بر عملکرد صحیح ماشین آلات و کنترل دستگاههای موجود در انبار (دماسنج، رطوبت سنج) تهویه، سیستم اعلام هرگونه نقص در انبار به مسئول فنی
- نظارت بر عملکرد صحیح کارگران در انبار از قبیل جابجایی محموله ها، تخلیه بار و سایر موارد به طور مداوم و مستمر.
- نظارت دقیق بر نگهداری داروهای مرجوعی ، ضایعات و ریکال
- نظارت بر انبار گردانی سالیانه

### ساختمان وامکانات:

#### چک کردن موارد زیر توسط مسئول ساختمان انجام شود:

- مراقبتهای لازم در خصوص جلوگیری از ورود افراد غیرمجاز به انبار باید در نظر گرفته شود.
- ساختمان انبارها باید محکم باشد.سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد.

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

- کف ، دیوارها و سقف باید فاقد هر گونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات ، حیوانات موذی و پرندگان جلوگیری بعمل آید . کف و دیوارها باید قابل نظافت باشند. جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستشوی انبار جداً خودداری شود.
- چاهکهای فاضلاب در انبارها باید دارای درپوش و وضعیت ظاهری مناسب باشند.
- قفسه بندی انبار باید مناسب باشد و بصورتی که از برگشت بسته ها و پالتها جلوگیری شود . قفسه بندی مناسب باعث چیدمان صحیح بسته ها و کمک به نظافت بهتر انبار خواهد شد و همچنین روش قرار گیری محموله ها باید به گونه ای باشد که، سیستم (First Expired- First Out) به راحتی قابل اجراء باشد.
- میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.
- متناسب با وضعیت انبار و میزان گرد و غبار موجود در آن باید هواکش مورد نیاز نصب گردد.
- محل نگهداری داروهای ریکال و ضایعاتی باید مجزا و دارای حفاظ باشد.
- سیستم اعلام و اطفاء حریق، لامپهای ضد جرقه، کلید برق خارج از محوطه انبار و گردش هوای مناسب انباری مجزا با ایمنی مناسب ( جهت نگهداری محصولات قابل اشتعال) و تابلوی راهنما جهت استفاده از وسایل ایمنی در کنار آنها وجود داشته باشد.
- کلیه پرسنل انبارها باید دوره های آموزشی عملی اطفاء حریق را طی کرده و در کار خود تجربه و مهارت کافی را داشته باشند.
- انباری مجزا و اختصاصی جهت نگهداری داروهای مخدر، بیوداروها و داروهای سمی باید وجود داشته باشد . در انبارداروهای مخدر باید علاوه بر مسائل ایمنی، تمهیدات امنیتی نیز مطابق با دستورالعمل اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر لحاظ شود.
- " محلی مناسب با تجهیزات کامل سرمایشی و ثبت دما جهت نگهداری داروهای حساس به دما (یخچالی، فریزری) ایجاد شود . نشانگرهای دما باید در نقاطی قرار گیرند که احتمال حداکثر نوسانات در آن مناطق وجود دارد.
- محموله های دارویی باید به گونه ای حمل و انبار شوند که از ایجاد هر گونه احتمال آلودگی یا اختلاط جلوگیری بعمل آید.
- هواکشهای انبار مجهز به قاب توری یا کرکره بوده و در نقاط مختلف انبار نصب و تمامی روز روشن باشند.
- جهت نظافت انبار جارو برقی صنعتی موجود باشد و وسایل گرد گیری در محل‌های مناسب و مشخص قرار گیرند.

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

• انبار باید دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب بوده و تعداد مناسب دماسنج و رطوبت سنج در انبار جهت ثبت و کنترل دما و رطوبت موجود باشد. استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی غیرمجاز می باشد.

• اتاقی در انبار به عنوان اتاق انباردار، جهت نگهداری از اسناد و مدارک انبار و همچنین محلی برای قرار گرفتن کامپیوتر باید وجود داشته باشد.

• در هر انبار باید حداقل یک جعبه کمکهای اولیه بهداشتی تعبیه و برای مواقع ضروری آماده و نگهداری شود.

• راه های ورود و خروج با تابلو و علائم راهنما مشخص شود.

استعمال دخانیات در محوطه داخل و خارج انبار مطلقاً ممنوع و به تعداد کافی علائم " استعمال دخانیات ممنوع است " باید نصب شود.

• ساختمان انبار باید از مصالحی ساخته شود که در برابر زلزله و حریق مقاوم باشد.

• محدوده ایمن قفسه ها و وسایل مستقر در انبار مشخص و بوسیله علائم دیداری نشان داده شود.

• قفسه ها و وسایل مستقر در انبار دارای حفاظ باشند.

• جهت جلوگیری از بالارفتن رطوبت و ایجاد آلودگی نباید شیرآب و یا سینک ظرفشویی درون انبار وجود داشته باشد.

### انبار تجهیزات پزشکی:

رعایت موارد زیر و چک کردن آنها توسط مسئول تجهیزات پزشکی انجام شود:

• برای دستگاههای کلاس استفاده از سیستم زمین الکتریکی استاندارد در مراکز درمانی (چاه ارت)

• استفاده از مدار محافظ جریان زمین (استفاده از دستگاههای قطع کننده منبع تغذیه در صورت بروز خطای مین مانند

(LIM, ..., GIF)

• پرهیز از بکارگیری مبدل سه سیمه به دو سیمه و کابلهای رابط برق بدون سیم زمین الکتریکی در بخشهای درمانی



## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

- استفاده از ترانس ایزوله در فضاها و بخشهای حساس بیمارستانی مانند محیطهای مرطوب، اتاقهای عمل، و.... و متعاقباً کنترل جریان ناشی ترانسهای ایزوله (با استفاده از مانیتورینگ جریان ناشی)

- انجام تستهای ایمنی الکتریکی برای تجهیزات پزشکی و متعلقات آنها قبل از بهره برداری اولیه پس از هر بار تعمیر و در مراحل بازرسی ادواری عدم استفاده از دستگاه پزشکی بدون آموزش کاربری و لزوم آمادگی کامل کاربر قبل از استفاده از دستگاه (تبصره 1 ماده 10 آیین نامه تجهیزات پزشکی)

- آموزش پرسنل در مورد نکات ایمنی الکتریکی، تشخیص موارد خطر و بالقوه خطرناک، راههای مقابله و کاهش خطرهای مربوط به دستگاه / دستگاههای تحت کاربری

- استفاده از اتصالات استاندارد به بیمار از قبیل پروبها، کابلهای بیمار، لیدهای مورد تایید اداره کل تجهیزات پزشکی - هم پتانسیل نمودن کلیه زمینهای (الکتریکی) حفاظتی، هادی های مربوطه و اتصالات آنها، پینهای زمین حفاظتی، محفظه وسایل وسط و فلزی متصل به زمین های حفاظتی با در نظر گرفتن نکات خاص الکتریکی در مورد مراکز درمانی از قبیل استفاده مجزا از هادی های حفاظتی زمین و سیم نول و عدم استفاده از هادی مشترک حفاظتی.

تذکر ۱: نیروی انسانی متخصص بایستی بدو ورود به مراکز درمانی و قبل از پذیرش مسئولیت، دوره های آموزشی مرتبط با مدیریت نگهداشت تجهیزات پزشکی را گذرانده باشد.

تذکر ۲: چنانچه امکان جذب و تأمین نیروی انسانی مطابق با معیارهای فوق برای مراکز درمانی وجود نداشته باشد، مراکز می توانند از طریق شرکتهای ارائه دهنده خدمات نگهداشت تجهیزات پزشکی اقدام به برونسپاری این موضوع نمایند.

## انبار مواد غذایی:

رعایت موارد زیر توسط مسئول انبار آشپزخانه الزامی می باشد:

در صورت لزوم آشپزخانه، انبار مواد غذایی اولیه و سالن غذا خوری با فضای کافی به تناسب تعداد شاغلین با شرایط کاملاً بهداشتی مطابق ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در محل بیمارستان ایجاد نمایند.

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

هر کارگر موظف به داشتن کلیه وسایل نظافت، شستشو، و استحمام اختصاصی می باشد.

کف ساختمان باید دارای شرایط زیر باشد:

الف :از جنس مقاوم، صاف، بدون درز و شکاف و قابل شستشو باشد.

ب :دارای کف شور به تعداد مورد نیاز، مجهز به شتر گلو بوده و نصب توری ریز روی آن الزامی است.

ج :دارای شیب مناسب به طرف کف شور فاضلاب رو باشد.

-ساختمان دیوار از کف تا سقف از مصالح مقاوم بوده و طوری باشد که از ورود حشرات و جوندگان جلوگیری به عمل آورد.

-سطح دیوارها باید صاف، بدون درز و شکاف و به رنگ روشن باشد.

-پوشش دیوارها باید متناسب با احتیاطات و لوازم مربوط به نوع کار و برحسب مشاغل مختلف به شرح تبصره های ذیل باشد.

-پوشش بدنه دیوار انبار مواد غذایی، آشپزخانه، آبدارخانه، حمام، دستشویی باید از کف تا زیر سقف کاشی، سنگ یا سرامیک باشد.

### انبار مواد شیمیایی:

- ظرفیت انبار با میزان سموم و مواد شیمیایی مورد نگهداری مطابقت داشته و حداقل 15% ظرفیت اضافه جهت جابجایی سهل محموله و احتیاجات احتمالی آینده در نظر گرفته شود.

. وجود گذرگاههای شیب دار (RAMP) درمبادی ورودیهای انبار برای ممانعت از خروج تراوشات به خارج از انبار ضروری می باشد. این گذرگاه بایستی در داخل و خارج انبار در ورودی ها احداث گردد.

\_دیوارهای داخلی بایستی صاف و صیقلی بوده، عاری از ترک و لبه باشد تا به آسانی پاکیزه شود. دیوارها بایستی روپیندی اسدیکه از مواد نفوذ ناپذیر به ارتفاع ۱۴ سانتی متر پوشیده باشد قرار گیرد و دیوار دور تا دور تمام انبار را در بر می گیرد .

-دفتر انباردار باید جدا از منطقه نگهداری سموم و مواد شیمیایی باشد.

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

-دریها بایستی مجهز به قفل ایمنی و میله های حفاظتی بوده، پنجره ها و هواکشها نیز باید به میله های حفاظتی مجهز بوده تا از ورود

افراد غیر مسئول ممانعت شود.

-چنانچه از وسایل جانشینی دیگری برای هواکش و نور استفاده می شود اجباری برای ساخت پنجره نمی باشد . در غیر این صورت باید

پنجره ها سایه بان داشته تا از ورود نور مستقیم خورشید ممانعت شود.

-سیستم هواکش مناسب، مجهز به فیلتر جهت ممانعت از تجمع بخارات شیمیایی مواد و خطر آتش زایی تعبیه گردد . این سیستم باید به نسبت وسعت انبار نصب شود و سطح آن بایستی حداقل  $1/150$  سطح کف باشد .

علائم هشداردهنده بایستی در خارج از انبار به زبان فارسی نصب گردند . علائم " خطر سموم، آتش زایی و عدم اجازه ورود به افراد غیر

مسئول " از جمله علائم هشدار دهنده مهم است .

-سیستم خنک کننده و گرم کننده بایستی به گونه ای تعبیه گردد که موجب گرم شدن و یا سرد شدن مستقیم مواد انبار نگردد . استفاده از وسایل گرم کننده هوا که با نفت و گاز می سوزند ممنوع است .

-ایجاد هرگونه مخزن جهت نگهداری مواد شیمیایی مایع و یا گاز در انبارهای کوچک بطور کلی ممنوع است .

### نکات:

- ✓ سیستم اعلام و اطفاء حریق بصورت ماهانه در انبار ها توسط مسئول تاسیسات 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 .

**جدول مواد ناسازگار: کالاهای خطرناکی هستند که نباید در کنار یکدیگر انبار شوند.**

اسیدها با قلیاها

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

اکسید کننده ها با مواد آلی

مایعات قابل اشتعال با اسیدها یا قلیاها

گازهای قابل اشتعال با گازهای اکسید کننده

### مقادیر مجاز بلندکردن دستی بار

حدود تماس مجاز برای بلندکردن دستی شرایطی پیشنهاد می شود که تحت آن شرایط تمام کارگران بصورت دائم و روزانه در تماس با خطر بلندکردن دستی بار بعنوان یک وظیفه تکراری بوده بدون آنکه دچار آسیب در ناحیه کمر و شانه شوند. (حداکثر وزن بار مجاز برای بار 23 کیلوگرم تعیین شده است.)

### قوانین بلند کردن بار:

رعایت این قوانین توسط مسئولین انبار الزامی می باشد :

نکات زیر باید در هنگام بلند کردن بار رعایت شود:

۱. به طور صحیح در جلوی بار بایستید.
۲. پاها را به اندازه عرض شانه ها از یکدیگر فاصله دهید.
۳. زانوهایتان را خم و عضلات شکمی خود را منقبض نمایید.
۴. از هر دو دست استفاده نمایید، بار را محکم چنگ بزنید و هر چقدر امکان دارد آنرا به خود نزدیکتر نمایید.
۵. از آنجائیکه عضلات پا از عضلات کمر نیرومند تر می باشند، بار را با پا بلند نمایید.
۶. انحنا طبیعی را در ستون فقرات خود حفظ نمایید. کمر خود را خم نکنید. برای چرخیدن، پاها را حول محور کفشهایتان حرکت دهید نه اینکه کمر خود را بپیچانید.
۷. هنگام پائین آوردن بار نیز لحظه بسیار مهمی است، زیرا باید به صورت صحیح انجام پذیرد.
۸. زانوهایتان را خم کرده و بار را در جلو خود نگه دارید. بهتر است بار را روی یک میز بگذارید، در غیر این صورت بدون خم کردن کمر و فقط با خم کردن زانوها و پاها بار را روی زمین قرار دهید.

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

### اصول اساسی در چیدمان کالا شامل موارد زیر می باشد:

۱. قبل از هر چیز، مسیر و مکان برای چیدمان را انتخاب نمایید.
۲. کالاها و مواد ناهمجنس را کنار هم نچینید.
۳. ضرورت دارد انبارها از نظر کالا، محتویات و غیره درجه بندی، طبقه بندی و گروه بندی گردد.
۴. قبل از جاگذاری بار، قفسه ها را خوب بررسی کنید که شکاف، تیزی و ناهمواری نداشته باشد.
۵. اصول مراجعه به کالا را رعایت نمایید. کالاها و موادی که همیشه نیاز است در نزدیک افراد انبار شود طوری در طبقات چیده شوند که در هنگام برداشت امکان دسترسی به کالاها و مواد قدیمی تر وجود داشته و زودتر مورد استفاده قرار گیرند.
۶. جهت جاگذاری و چیدمان بار بر روی قفسه ها هرگز روی صندلی، قفسه یا جعبه نایستید.
۷. رعایت نظم و ترتیب در چیدمان کالاها و مواد مختلف شیمیایی و نیز نظافت عمومی انبارها جز، اصول اولیه ایمنی انبار بوده و بایستی رعایت گردد.
۸. تمام ارقام و کالاها بایستی روی سطوح کاملاً صاف چیده و حداکثر ارتفاع مجاز کالاهای مختلف دقیقاً رعایت گردد.
۹. در انبارداری، تجانس کالاها مدنظر قرار گیرد، به طوری که بتوان با نصب تابلوهای راهنما بخشهای مختلف انبار را از یکدیگر جدا نمود.
۱۰. اجناس سنگین، مایعات شیمیایی و مواد خطرناک بایستی در طبقات زیرین قفسه ها نگهداری گردند.
۱۱. چیدن ارقام در مسیربالابرها و مسیر رفت و آمد عمومی پرسنل اکیدا ممنوع است و کالاها باید در محل‌های مناسب چیده شود.
۱۲. محل چیدن مواد اکسید کننده را باید در طبقات بالای انبار در نظر گرفت و از مواد دیگر جدا نمود.
۱۳. از چیدن مواد شیمیایی مختلف (نامتجانس) در کنارهم در طبقات اکیدا خود داری شود.
۱۴. لبه جعبه های چیده شده باید روی هم در یک راستا بوده و لبه ی یک بسته از بقیه بسته ها بیرون نزنند.
۱۵. چیدن بشکه های حاوی مواد محلول صنعتی بر روی یکدیگر ممنوع میباشد (در موارد استثنایی چیدن بشکه های مذکور بر روی یکدیگر تنها با اجازه کتبی مسئول ایمنی مجاز می باشد)
۱۶. ظروف حاوی مایعات شیمیایی را نباید روی هم چید اما میتوان آنها را در طبقات پایین تر قفسه ها قرار داد.
۱۷. نردبانهای مورد استفاده در انبار علاوه بر اینکه باید امکان دسترسی به بالاترین طبقات قفسه ها را فراهم سازد بایستی به منظور جلوگیری از سقوط ، انتهای بالایی آنها به قفسه ها قلاب شود.

## عنوان دستورالعمل :

### انبارش ایمن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

۱۸. ارتفاع کالا در تمامی انبارها نباید بیش از ۴ متر باشد و به طور کلی فاصله بین سقف انبار و مرتفع ترین نقطه کالاهای چیده شده نباید کمتر از یک متر باشد.

۱۹. فاصله کالاها از دیوار جانبی، حداقل 60 سانتیمتر بوده و فاصله بین ردیف ها بایستی حداقل 2 متر باشد.

### الزامات ایمنی در انبارداری کیسه ها

- ✓ مواد کیسه ای باید از سمت دهانه بسته، به طرف تیرک یا دیوار، انبار شوند.
- ✓ کیسه ها باید بطور دقیق و تمیز روی هم قرار بگیرند.
- ✓ از برآمدگی کیسه ها به سمت بیرون اجتناب شود. چرا که ممکن است آسیب ببینند و محتویات آن به بیرون بریزد.

### الزامات ایمنی در انبار کردن بشکه ها و ظروف محتوی مایعات خطرناک

بشکه ها و ظروف خطرناک باید در انبارهایی با خصوصیات زیر نگهداری شوند:

-مقاومت کف انبار با توجه به نوع بشکه ها و ظروف محتوی مایعات خطرناک، تعیین می گردد. لذا در این مورد می بایست کف انبار دارای سطحی صاف و غیر لغزنده بوده و در تماس با مایعات خطرناک غیر قابل نفوذ باشد و همچنین در برابر وزن بشکه ها و ظروف، مقاومت لازم را داشته باشد.

-بشکه های محتوی مایعات خطرناک باید در محل خنک نگهداری شوند و سر پیچ این بشکه ها را باید با احتیاط کامل جهت تقلیل فشار داخل بشکه باز کرد و دوباره بست و این عمل را در طول هفته، در صورت لزوم تکرار کرد.

-بشکه ها و ظروف باید در سکوهای سیمانی، بتنی، آجری و یا جایگاه های فلزی نگهداری شوند.

**عنوان دستورالعمل :****انبارش ایمن**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.003	۱۰	تمامی انبارها	متصدی انبار

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:**

صاحبان فرآیند و ذینفعان: تمامی کارکنان، مراجعین و بیماران

**منابع و امکانات:** چک لیست های پایش سه ماهه ، وجود فضاها و قفسه های استاندارد ، تجهیزات اعلام و اطفای حریق ، وسایل حفاظت فردی ، تجهیزات پیشگیری از حریق ، چرخ دستی های حمل مواد

**منابع و مراجع:** آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت

فاطمه مناجاتی (مسئول بحران و بهبود کیفیت) منصوره زمانی (کارشناس بهداشت حرفه ای) سیدعباس شفاعت (کارشناس تجهیزات پزشکی) عباس جمالی (مسئول انبار) فاطمه جمالی ( کارشناس بهبود کیفیت) ساجده جنت (کارشناس بهداشت محیط)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### فعال سازی پاسخ در زمان بروز حوادث

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.004	۵	تمامی واحدها	فرمانده حادثه، دبیر کمیته بحران

#### اهداف:

۱- مدیریت کردن بحران ها

۲- ارائه خدمات مناسب در مواقع بحران به بهترین نحوه ، در کمترین زمان با کیفیت مناسب به بیماران و سایرین

#### تعاریف:

#### حوادث غیر مترقبه خارجی (External Disasters)

به حوادثی اطلاق می گردد که خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء می گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می شوند. مثال هایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از: نشت مواد مضر ، آتش سوزی وسیع ، مواجهه با پرتو رادیواکتیو ، حوادث با تلفات متعدد

#### حوادث غیرمترقبه داخلی (Internal Disasters) :

به حوادثی اطلاق می گردد که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحی و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدید کنندگان وارد نماید. نمونه هایی از حوادث غیر مترقبه داخلی در زیر آورده شده است: بمب گذاری ، گروگان گیری ، قطع ارتباطات، قطع برق یا آب ، مواد مضر /پرتوهای رادیواکتیو، آتش سوزی، نقص سیستم گرمایشی و قطع گازهای درمانی.

موقعیت وقوع حوادث غیر مترقبه بیمارستانی را می توان بر اساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

1-حوادث غیرمترقبه داخلی:مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر

2-حوادث غیر مترقبه خارجی جزئی:تعداد محدودی مصدوم ایجاد می کند

3-حوادث غیرمترقبه خارجی عمده:تعداد زیادی مصدوم ایجاد می کند

4-تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه که متوجه بیمارستان یا جامعه می باشد، مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.



**عنوان دستورالعمل :**  
**فعال سازی پاسخ در زمان بروز حوادث**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.004	۵	تمامی واحدها	فرمانده حادثه، دبیر کمیته بحران

5- حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می دهد.

**شیوه انجام کار:**

- 1- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان باید به سرعت توسط سوپروایزر به فرمانده حادثه بیمارستان اطلاع داده شود.
- 2- فردی از سوی فرمانده حادثه جهت دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب شود.
- 3- مرکز تلفن امکان ارتباط مسئول دریافت شرح خبر حادثه را از منبع خبر فراهم کند.
- 4- مسئول دریافت شرح خبر حادثه، اطلاعات مورد نیاز را از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد.
- 5- فرمانده حادثه تأیید خبر خارجی را از EOC دانشگاه اخذ می کند (ملاک نهایی در تأیید خبر مرکز هدایت عملیات دانشگاه می باشد)
- 6- در حوادث داخلی، فرمانده حادثه باتوجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی به محل حادثه اعزام کند.
- 7- تأیید خبر حوادث داخلی توسط مرکز هدایت عملیات بیمارستان (HCC) است.
- 8- خبر آماده باش، هشدار یا فعالسازی توسط فرمانده حادثه یا EOC اعلام شود
- 9- در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی (کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیر سازه ای، میزان گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، تعداد کشته شدگان و مصدومان توسط کمیته حوادث و بلایا ارزیابی شود..
- 10- باتوجه به ارزیابی آسیب های وارده، نیاز به خدمات پزشکی بهداشتی، منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی و تغذیه ای توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی شود.
- 11- باتوجه به ارزیابی نیازهای انجام شده در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، فضای فیزیکی انجام شود.
- 12- تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی شود.

**عنوان دستورالعمل :**  
**فعال سازی پاسخ در زمان بروز حوادث**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.004	۵	تمامی واحدها	فرمانده حادثه، دبیر کمیته بحران

13- بیماران فعلی بیمارستان در هر بخش توسط مسئول بخش مربوطه تعیین تکلیف شوند ( اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند)

14- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، طبق برنامه افزایش ظرفیت با دستور فرمانده حادثه و توسط سوپروایزر وقت اقدام شود.

15- مسئول فنی 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 نماید.

16- تأثیر حادثه بر دسترسی به بیمارستان و محوطه آن بررسی شود.

17- طول زمانی تأثیر حادثه بر فعالیت بیمارستان بررسی شود.

۱۸- حادثه نام گذاری شود ( داخلی توسط فرمانده حادثه / خارجی توسط EOC دانشگاه)

۱۹- طبق خبر /سطوح هشدار اعلام شده و برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر فعال شود.

20- رنگ زرد/ هشدار : اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شده و 30-50 نیروها و تجهیزات فراخوان شود .

۲۱- رنگ نارنجی /آماده باش : جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و ۵۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود.

22- رنگ قرمز/اقدام :کد بحران(۱۰۰) توسط فرمانده حادثه اعلام شده ،کل سامانه فرماندهی حادثه و 100 % نیروها و تجهیزات فراخوان شود.

23- هر حادثه با هر سطح شدت، فرمانده حادثه مطلع شود.

24- باتوجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود.

۲۵- در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز، واحد فرماندهی عملیات ( EOC ) سریعا فعال شود و امکانات لازم طبق برنامه امادگی، فراهم شود.

26- پس از حضور فرمانده حادثه در جایگاه خود بر اساس شرح وظایف و دستورات انجام وظیفه نماید.

**عنوان دستورالعمل :**  
**فعال سازی پاسخ در زمان بروز حوادث**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.004	۵	تمامی واحدها	فرمانده حادثه، دبیر کمیته بحران

27- منطقه عملیات باید مرتباً ارزیابی و میزان آسیب ها به فرماندهی حادثه اطلاع رسانی شود.

28 - در طول بحران به صورت مرتب ارتباط با EOC دانشگاه و سازمانهای خارج از بیمارستان جهت دریافت اطلاعات کاملتر برقرار شود.

29- با توجه به شدت تأثیر حوادث بر اختلال عملکرد بیمارستان، فعالسازی در سه سطح اورژانس، سطح جزیی و فعالسازی کامل انجام شود.

30- اطلاع رسانی سطح فعال سازی برنامه براساس سه سطح انجام شود . (سطح اول :مرکز تلفن در زمان فعال شدن برنامه در هر سطحی افراد را فراخوان نماید. سطح دوم اطلاع رسانی بخشها :هر بخش طبق لیست تهیه شده براساس الویت تماس گرفته و افراد جایگزین را تعیین نماید . سطح سوم :اطلاع رسانی در سطح جامعه :مرکز عملیات اضطراری بیمارستان با هماهنگی مرکز هدایت دانشگاه با سازمانها و مراجع خارج از بیمارستان جهت اطلاع وقوع حادثه و نیازهای احتمالی ارتباط برقرار می نماید )

31- در صورت دستور فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه ،طبق دستور العمل فعالسازی سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی اقدام شود.

32- اعضای چارت بحران جهت دریافت جلیقه های مشخصه موقعیت، در EOC مرکز حضور یابند.

33- اطلاع رسانی داخل بیمارستان، بر اساس فلوچارت انجام شود.

34- مرکز تلفن 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.

۳۵- هر بخش طبق لیست تهیه شده از پرسنل بخش خود و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی به روش خوشه ای نماید.

36- مدت زمان عملیات پاسخ و اهداف آن مشخص شود.

37- در خصوص تخلیه افقی، عمودی و کلی بیمارستان تصمیم گیری شود.

38- طبق برنامه پاسخ طراحی شده در هر مخاطره و دوره های زمانی پاسخ به حادثه (فوری: تا ۲ ساعت، میان مدت: ۲ تا ۱۲ ساعت، طولانی مدت بیش از ۱۲ ساعت و بازگشت به وضعیت عادی) اقدام شود .

**عنوان دستورالعمل :**  
**فعال سازی پاسخ در زمان بروز حوادث**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.004	۵	تمامی واحدها	فرمانده حادثه، دبیر کمیته بحران

39- در صورت حادثه خارجی، تریاژ در محل درب اصلی بیمارستان فعال و طبق دستورالعمل START انجام شود.

40- در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی ، تیم واکنش در شرایط اضطراری بیمارستان با اعلام کد ۱۲۵ فعال شود.

41- در صورت نشت مواد رادیواکتیویته با احتمال آلودگی مراجعین با رادیواکتیو، برنامه آلودگی زدایی طبق برنامه آمادگی طراحی شده فعال شود.

42- مستندسازی کلیه اقدامات و گزارش ها جهت برنامه ریزی انجام شود.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**صاحبان فرآیند و ذینفعان:** افراد چارت بحران، کلیه پرسنل بخش ها، سوپروایزر کشیک، مراجعین و بیماران

**منابع و امکانات:** منابع انسانی ، مالی ، تغذیه ای ، چارت فرماندهی حادثه

**منابع و مراجع:** کتاب آمادگی بیمارستانی (HDP) و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا

<p>فاطمه مناجاتی(مسئول بحران) عباس فراهی(مسئول حراست) امیر شریفی(مسئول تاسیسات) سید عباس شفاعت(کارشناس تجهیزات پزشکی) طیب علیشاهی(مسئول نگهبانی) فاطمه جمالی ( کارشناس بهبود کیفیت) کبری جابری(مدیر پرستاری)</p>	تهیه کنندگان
<p>عبدالرضا حسینی(مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)</p>	تایید کننده
<p>علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)</p>	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### تخلیه بیمارستان در زمان حادثه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.005	۲	کلیه پرسنل بیمارستان	فرمانده حادثه

## اهداف:

کاهش آسیب به بیماران ، مراجعین و کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی و داخلی

## شیوه انجام کار:

1- برنامه تخلیه بیمارستانی در زمان وقوع بحران هایی از قبیل سیل، زلزله، آتش سوزی، انفجار، بمب گذاری و... توسط فرمانده بحران (ریاست) و در نبود ایشان توسط سوپروایزر وقت انجام گردد.

2- مسئولیت های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا از قبل مشخص شود.

3- اولویت بندی جهت تخلیه براساس تریاژ توسط مسئول بخش / مسئول شیفت در شرایط بحران انجام شود. بدین صورت که ابتدا بیماران دارای وضعیت جسمی مطلوب تر از محیط خارج شده و سپس بیماران بدحال و نامساعد و در صورت نیاز با تجهیزات از بخش خارج شوند و در صورت امکان در مرحله آخر مدارک مهم و ضروری از بخش خارج گردد.

4- در صورت بوجود آمدن بحران در طبقات همکف و زیر زمین ، تخلیه افقی و در صورت بروز بحران در طبقات اول ، دوم تخلیه عمودی صورت گیرد . اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد ، تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع ، تخلیه کلی انجام گردد.

\* نکته : در صورت بروز سیل تخلیه عمودی به سمت طبقات بالا و در صورت بروز آتش سوزی تخلیه افقی انجام شود.

5- فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان بندی مشخص شده ، به اینصورت که طبق فلوچارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه ، پرسنل از بحران مطلع گردند و براساس شرایط بخش، مسئول شیفت با توجه به منابع و تجهیزات موجود در بخش ، بیماران را جهت تخلیه اولویت بندی نموده و تخلیه انجام گردد.

۶- مسیره ها و خروجی های تخلیه در کلیه بخش ها بوسیله تابلوها توسط واحد ایمنی و بهداشت از قبل مشخص شده باشد و پرسنل انتظامات و خدمات باید از خالی بودن راهروها اطمینان حاصل نمایند.

7- تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند ، توسط تلفن های موجود در بخش و تلفن های همراه پرسنل انجام گردد.

**عنوان دستورالعمل :**  
**تخلیه بیمارستان در زمان حادثه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.005	۲	کلیه پرسنل بیمارستان	فرمانده حادثه

8- در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت تخلیه با توجه مانورهای انجام شده پیش بینی و موجود باشد. (ویلچر -برانکارد سیار و...)

9- مسئول تدارکات می بایست چگونگی دسترسی به منابع لازم آب و غذا را طبق تفاهم نامه به مدت 72 ساعت تعیین نماید.

10- براساس فلوچارت تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران، مسئولیت فرماندهی و کنترل در زمان بحران و حادثه به عهده فرمانده حادثه می باشد و در صورت عدم حضور، به عهده جانشین ایشان می باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

صاحبان فرآیند و ذینفعان: فرمانده حادثه ، سوپروایزر وقت، مسئولین بخش ها ، پرسنل خدمات، پرسنل انتظامات، بیماربر ، پرسنل تاسیسات، اعضای کمیته حوادث و بلایا ،مسئول ایمنی

منابع و امکانات: تجهیزات مورد نیاز تخلیه ،منابع آب و غذا ،تلفن و بی سیم ،تابلو ها و علائم هشدار دهنده ایمنی

منابع و مراجع: سنجه های اعتبار بخشی و تجربه بیمارستان

فاطمه مناجاتی (مسئول بحران) عباس فراهی (مسئول حراست) کبری جابری (مدیر پرستاری) سید عباس شفاعت (کارشناس تجهیزات پزشکی) امیر شریفی (مسئول تاسیسات) فاطمه جمالی ( کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### نحوه ی حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصولی بهداشت در مراحل توزیع و سرو غذا

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.006	۲	کلیه پرسنل آشپزخانه	پرسنل توزیع کننده غذا

#### اهداف:

هدف: حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا

#### شیوه انجام کار:

- جهت توزیع غذا باید از توالی های گرم خانه دار استفاده شود و شرایط برای تامین زنجیره گرم و حفظ دمای 60 درجه سانتی گراد تامین شود و تامین زنجیره سرد با دمای پایین تر از 5 درجه سانتی گراد جهت مواد غذایی مانند ژله، بستنی، آبمیوه و ... فراهم باشد.
- زمان توزیع غذا باید جهت حفظ دمای مناسب تا حد امکان کوتاه باشد. ( زمان کشیده شدن غذا تا زمانی که غذا به دست بیمار می رسد نباید بیشتر از 30 دقیقه باشد)
- پرسنل توزیع کننده غذا موظف اند هنگام خروج از آشپزخانه جهت توزیع غذا روپوش خود را تعویض نموده و روپوش مخصوص توزیع غذا در بخش را بپوشند.
- پرسنل توزیع کننده غذا موظف اند هنگام سرو غذا از ماسک، دستکش، کلاه استفاده نمایند.
- پرسنل توزیع کننده غذا موظف اند از ظروف یکبار مصرف ( آلومینیومی درپوش دار، ظروف پلی پروپیلن و گیاهی مجوز دار و استاندارد) استفاده نمایند.
- سرپرستاران می بایست بر توزیع غذای بخش نظارت کنند و در صورت وجود هرگونه مشکل بهداشتی گزارش را به مسئول بهداشت محیط ارائه دهند.
- کنترل تصادفی دمای غذا توسط مسئول بهداشت محیط در جهت حفظ زنجیره سرد و گرم انجام گردد.

### عنوان دستورالعمل :

### نحوه ی حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصولی بهداشت در مراحل توزیع و سرو غذا

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.006	۲	کلیه پرسنل آشپزخانه	پرسنل توزیع کننده غذا

### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

صاحبان فرآیند و ذینفعان: کارشناس بهداشت محیط، مسئول تغذیه، پیمانکار تغذیه، کارکنان توزیع غذا، تمامی کارکنان و بیماران

منابع و امکانات: تراسی گرم خانه دار، ظروف توزیع غذا، ماسک، کلاه، دستکش

منابع و مراجع: سنجه های اعتباربخشی نسل چهارم

ساجده جنت (کارشناس بهداشت محیط) فاطمه مرادی (کارشناس تغذیه) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده



## عنوان دستورالعمل :

### نحوه ی شناسایی صحیح بیمار

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.007	۳	کلیه بخش های درمانی	پرستار مسئول بیمار

### اهداف:

تأمین و حفظ ایمنی بیمار ، پیشگیری از بروز خطاها ، اجرای صحیح پروسیجرها برای بیمار صحیح و به حداقل رساندن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران

### تعاریف:

-شناخت سریع بیمار بدون در نظر گرفتن شماره اتاق و تخت جهت پیشگیری از اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیمار برای تمام کادر درمان

-یکی از موارد تضمین کننده ایمنی بیمار، شناسایی صحیح بیمار می باشد. شناسایی بیمار، از بدو ورود و در هنگام پذیرش بیمار، شروع شده و در طی ارائه ی مراقبت های سلامت نیز باید انجام شود.

-استفاده از “دستبند شناسایی” در کلیه بیماران بستری الزامی است.

### شیوه انجام کار:

- ۱- متصدی پذیرش قبل از ورود بیمار به بخش دستبند شناسایی را تحویل دهد .
- ۲- صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی بیمار توسط متصدی پذیرش با خود بیمار یا یکی از بستگان درجه یک وی کنترل گردد.
- ۳- به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شده و بدین منظور شناسه هایی مشتمل بر: نام و نام خانوادگی / تاریخ تولد (روز- ماه- سال) / نام بخش / تاریخ بستری / شماره پرونده / نام پدر با رنگ مشکی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
- ۴- پرستار مسئول پذیرش بیمار، در بدو ورود صحت اطلاعات دستبند شناسایی را با بیمار/ همراه چک نماید.
- ۵- دستبند شناسایی بیمار بر روی مچ دست غالب نصب شود.
- ۶- استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با شرایط خاص بالینی منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام های فوقانی تا حد امکان در عضو غیر آسیب دیده و در غیر این صورت بر روی لباس بیمار نصب شده و در کاردکس و پرونده بیمار قید گردد.

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه ی شناسایی صحیح بیمار**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.007	۳	کلیه بخش های درمانی	پرستار مسئول بیمار

- ۷- در صورت حضور دو بیمار بستری با نام و نام خانوادگی مشابه باید علاوه بر دو شناسه نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد از نام پدر به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی استفاده گردد.
- ۸- در بیماران با اسامی مشابه روی دستبند شناسایی و جلد پرونده به منظور هشدار، با برچسب قرمز عبارت "احتیاط بیمار با اسامی مشابه" توسط پرستار پذیرش کننده بیمار نصب گردد .
- ۹- پرستار مسئول شیفت در صورت پذیرش بیمار مجهول الهویه به سوپروایزر کشیک و پلیس ۱۱۰ گزارش نماید.
- ۱۰- جهت شناسایی صحیح چند بیمار مجهول الهویه از سیستم شماره بندی استفاده نموده و این شماره روی دستبند شناسایی و کاردکس و پرونده بیمار ثبت گردد .
- ۱۱- در صورتی که بیمار کودک / معلول ذهنی / بدون تکلم / عدم هوشیاری است، با پرسش مشخصات بیمار از والدین و بستگان درجه یک، بیمار را شناسایی نمایید.
- ۱۲- برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی از برچسب قرمز و برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبو آمبولیسم، ریسک خودکشی، سوء تغذیه، تشنج HIV و HBS) از برچسب زرد روی دستبند استفاده نمایید.
- ۱۴- به منظور حفظ حریم خصوصی بر روی دستبند شناسایی بیمار با ریسک خودکشی، برچسب زرد کد ۴۴ و برای بیمار مبتلا / مشکوک به HIV و HBS، برچسب زرد کد ۳۳ نصب گردد .
- ۱۵- دستبند طوری بسته شود که سبب فشردگی پوست نشود.
- ۱۶- در صورت نیاز به باز کردن دستبند شناسایی جهت انجام اقدام درمانی، پس از پایان فرآیند درمانی نسبت به بستن دستبند اقدام شود .
- ۱۷- قبل از انجام هر پروسیجر درمانی، شناسایی صحیح بیمار انجام شود .
- ۱۸- در مورد نگهداری دستبند شناسایی و علل نصب برچسبهای روی دستبند به بیمار و همراه آموزش داده شود .
- ۱۹- جهت انجام پروسیجرهای پرخطر ( دادن داروهای با هشدار بالا، ترانسفوزیون خون و ...) شناسایی صحیح بیمار، توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای واجد صلاحیت به‌طور مستقل از یکدیگر انجام شود.

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه ی شناسایی صحیح بیمار**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.007	۳	کلیه بخش های درمانی	پرستار مسئول بیمار

۲۰- جهت شناسایی صحیح نوزادان از دستبند شناسایی با گزینه های نام و نام خانوادگی مادر (نام پدر درمورد اسامی مشابه)/ تاریخ تولد دقیق نوزاد / جنسیت نوزاد / شماره پرونده مادر استفاده شود .

۲۱- بلافاصله پس از تولد نوزاد در اتاق زایمان / اتاق عمل دستبند شناسایی روی مچ دست و پای مخالف نوزاد نصب شود ، در صورت دو یا چند قلوبی نوع قل مشخص شود .

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**صاحبان فرایند و ذینفعان :** پزشکان، کارکنان ، بیماران ، همراهان

**منابع و امکانات :** دستبند شناسایی ، برچسب دستبندها

**منابع و مراجع:** دستورالعمل های وزارت خانه راهنمای شناسایی صحیح بیمار- فرناز مستوفیان کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار - مرداد ۱۳۹۲

فرزانه یآوری (مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) زهرا فاضلیان دهکردی (مسئول زایشگاه) فخری اطاعتی (سوپروایزر آموزشی) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.008	۳	کلیه بخش های بالینی	مسئول واحد

#### اهداف:

رعایت الزامات ایمنی بیماران در پیشگیری از بروز خطا های پزشکی و آسیب به بیماران

#### تعاریف:

### لیست اقدامات درمانی و تشخیصی تهاجمی خارج از اتاق عمل:

۱. هر گونه پروسیجری که انجام آن با انسزیون پوست توام است.
  ۲. هر گونه پروسیجری که انجام آن با بی حسی موضعی یا اسپاینال یا سداسیون، مراقبت های پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
  ۳. تزریق هر گونه ماده در فضای بین مفاصل یا فضا های بدن
  ۴. آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن با هوا از طریق پوست (chest tube و پارسنتز، توراسنتز، lp)
  ۵. بیوپسی
  ۶. تراکتوستومی
  ۷. لاواژ پريتوین
  ۸. دبریدمان پوست یا زخم که به جهت مداخلات تشخیصی یا درمانی انجام می شود.
  ۹. گذراندن کاتتر ورید مرکزی و شالدون گذاری و تعبیه کتتر کات داون
  ۱۰. ترانسفوزیون خون
  ۱۱. اپیدورال زایمان بدون درد
  ۱۲. آندوسکوپی های تشخیصی، کلونوسکوپی، برونوسکوپی
- توجه: لازم است کلیه پزشکان قبل از هرگونه اقدام درمانی تخصصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و بیمار بر گه رضایت یا برائت را در حضور پرستار امضاء نمایند.

## عنوان دستورالعمل :

### رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.008	۳	کلیه بخش های بالینی	مسئول واحد

تبصره: أخذ رضایت از بیماران در وضعیت تهدید کننده زندگی و یا بیماران دچار اختلالات هوشیاری الزامی نیست

### شیوه انجام کار:

۱. مدیران / سرپرستاران و پرستار بیمار، جهت شناسایی بیماران دستبند مناسب را تهیه و الصاق نموده اند.
۲. پرستار حداقل با دو شناسنامه بیمار را شناسایی می نماید.
۳. پرستار تجهیزات مورد نیاز را از نظر کالیبراسیون و آماده به کار بودن قبل از شروع هرگونه اقدام تهاجمی بررسی می نماید.
۴. سوپروایزر کنترل عفونت آموزش های لازم در خصوص ضد عفونی و نحوه نگهداری تجهیزات مربوط به اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل را به کارکنان بخش های درمانی مختلف ارائه می دهد.
۵. مسئول کنترل عفونت لیست اقدامات تهاجمی خاص هر بخش را تفکیک و نحوه رعایت نکات استریل در انجام آنها را به بخش های درمانی ابلاغ و آموزش می دهد.
۶. مسئول کنترل عفونت روش های بهداشت و اسکراب جراحی را به کلیه پرسنل آموزش می دهد.
۷. مسئول کنترل عفونت اهمیت آموزش های لازم درخصوص انجام هرگونه اقدام تهاجمی استریل را بیان کرده و سرپرستار را موظف به آموزش سایر پرسنل می نماید.
۸. مسئول کنترل عفونت سرپرستار بخش هایی را که در آنها اقدامات تهاجمی انجام می شود، موظف به اختصاص دادن اتاق یا فضایی با تجهیزات و وسایل مورد نیاز می نماید.
۹. مسئول شیفت در صورت انجام هرگونه اقدام تهاجمی استریل برای بیمار موظف است امکانات و اقدامات لازم جهت انجام صحیح پروسیجر مورد نظر را فراهم نماید.
۱۰. سرپرستار بخش موظف است امکانات و وسایل مورد نیاز برای انجام پروسیجر را تهیه و در دسترس پرسنل خود قرار دهد.
۱۱. مسئول کنترل عفونت آموزشهای لازم را درخصوص استریل نمودن ونحوه استفاده استریل از وسایل ، ست ها و پک ها و وسایل حفاظت فردی به کارکنان ارائه می نماید.
۱۲. مسئول شیفت قبل از هرگونه اقدام تهاجمی رضایت آگاهانه مربوط به آن اقدام را که توسط بیمار و پزشک امضا شده ، کنترل و ضمیمه پرونده می نماید.

### عنوان دستورالعمل :

### رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.008	۳	کلیه بخش های بالینی	مسئول واحد

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

صاحبان فرایند و ذینفعان : تمامی پرسنل بخش های درمانی و پزشکان متخصص

منابع و امکانات : امکانات مربوط به انجام پروسیجر، اتاق کار یا فضای از قبل مشخص شده

منابع و مراجع: کتاب پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی، منشور حقوق بیمار، کتاب اعتباربخشی

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) مریم هاشمی (کارشناس کنترل عفونت) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت) کبری جابری (نماینده پرستاری)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

**عنوان دستورالعمل :**  
**خود مراقبتی برای بیماری های شایع**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.009	۴	کلیه بخش های بالینی	مسئول واحد

**اهداف:**

کمک به بیمار به منظور یادگیری برنامه مراقبت از خود و اینکه مسئولیت مراقبت از خود را بپذیرد.

**تعاریف:**

خود مراقبتی مجموعه ای از اعمالی است که فرد به طور اکتسابی و آگاهانه و هدف دار انجام دهد تا از لحاظ جسمی ، روانی و اجتماعی سالم بماند و همچنین در صورت ابتلاء به بیماری و بستری در بیمارستان بر اساس آموزش های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.

**شیوه انجام کار:**

**سرپرستار اقدامات زیر را باید انجام دهد:**

۱. دستورالعمل تدوین شده را در اختیار پرستاران قرار دهد.
۲. انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل روند آموزش به بیماران و ثبت آنها در برگه گزارش و فرم ترخیص را مشاهده نموده و در فرم ترخیص قسمت مربوطه را مهر و امضاء نماید.
۳. نتایج عملکرد آموزشی را در ارزیابی مستمر پرستاران دخالت دهد.
۴. بر عملکرد مسئول آموزش به بیمار نظارت نماید.

**سوپروایزر آموزش سلامت:**

۱. دستورالعمل ها و حداقل های آموزش به بیمار را نوشته و جهت ابلاغ به بخش ها به مدیریت پرستاری ارسال نماید.
۲. برنامه آموزشی طراحی شده توسط مسئول آموزش به بیمار بخش را، تصحیح و ابلاغ نمایند.
۳. برنامه آموزش گروهی مراجعین بخش ها را تنظیم و اجرا نماید.
۴. مدیریت فرآیند پیگیری بیماران را انجام دهد.
۵. فرآیند آموزش به بیمار بخش ها را هر ماه ارزیابی نماید.

**مسئول آموزش به بیمار در بخش:**

**عنوان دستورالعمل :**  
**خود مراقبتی برای بیماری های شایع**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.009	۴	کلیه بخش های بالینی	مسئول واحد

۱. مطالب و موارد آموزشی را از روی نیازسنجی و براساس 5 مورد شایع بخش و حداقل های آموزشی آماده کند
۲. محتوای آموزشی به صورت پمفلت و فیلم و عکس تهیه نماید .
۳. نیازهای آموزشی را اولویت بندی کند.
۴. برنامه های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی را طراحی نماید.
۵. برنامه آموزش گروهی را به سوپروایزر آموزش سلامت پیشنهاد کند.
۶. برنامه ریزی جهت آموزش گروهی را انجام دهد.
۷. ضمن هماهنگی با مدرس (پزشک یا پرستار) نسبت به برگزاری کلاس آموزشی اقدام نماید.
۸. جهت تعیین اثربخشی آموزشی هر ماه یکبار آموزش به بیمار را ارزیابی و به سوپروایزر آموزش سلامت ارائه نماید.
۹. چک لیست اثربخشی آموزش به بیمار و ترخیص ایمن را هر ماه تکمیل کرده و به سوپروایزر آموزش سلامت تحویل دهد.
۱۰. برنامه مداخلاتی پیشنهادی کارگروه را اجرا نماید.

**پرستار مسئول بیمار :**

۱. خود را به بیمار معرفی کرده و دلیل حضور خود را توضیح دهد.
۲. پس از ارزیابی اولیه بیمار نیازهای خودمراقبتی بیمار را استخراج نماید.
۳. بیمار را در موقعیت راحت ، محیط ساکت و در شرایط مناسب آموزشی قرار دهد.
۴. موارد ارزیابی را به صورت آموزشی از طریق فیلم یا چهره به چهره و یا تحویل پمفلت های آموزشی ارائه دهد.
۵. در صورت استفاده از اتاق آموزش و یا اتاق دیگر، بیماران را بعد از آموزش به تخت خودشان راهنمایی کند.
۶. به سوالات بیماران و همراهان پاسخ دهد.
۷. جهت اطمینان از اثربخشی، سوالاتی در رابطه با موارد آموزشی مطرح کند.
۸. آموزش های خود را در برگه گزارش پرستاری ثبت کند.
۹. آموزش ارائه شده به بیمار در بدو ورود و حین بستری را در گزارش پرستاری ثبت نماید.



**عنوان دستورالعمل :  
خود مراقبتی برای بیماری های شایع**

عامل انجام کار	دامنه کاربرد	تعداد صفحات	کد
مسئول واحد	کلیه بخش های بالینی	۴	HE.IN.009

**پرستار مسئول حین ترخیص:**

۱. خود را به بیمار معرفی کند و دلیل حضور خود را به بیمار توضیح دهد.
۲. نیازها، آمادگی و توانایی یادگیری، سطح تحصیلات و سن فرد را بررسی کرده و در فرم آموزش حین ترخیص بیمار وارد نماید.
۳. بیمار را در موقعیت راحت، محیط ساکت و در شرایط مناسب آموزشی قرار دهد.
۴. آموزش های ارائه شده در طول بستری را ارزیابی کرده و نیازهای آموزشی بیمار را در اختیار بیمار و خانواده قرار دهد.
۵. در فرم آموزش حین ترخیص قسمت مربوطه را بطور کامل و صحیح تکمیل نماید.
۶. بعد از اتمام ثبت آموزش فرم مربوطه را مهر و امضاء نماید.
۷. فرم را به امضاء بیمار و همراه وی برساند.
۸. برگه فرم آموزش به بیمار حین ترخیص را به بیمار/ همراه وی تحویل دهد.
۹. حداقل موارد آموزش حین ترخیص را طبق SMART ثبت نماید.

**پزشک معالج بیمار:**

۱. نوع دارو و نحوه صحیح مصرف داروهای بیمار را آموزش دهد.
۲. عوارض دارویی را توضیح دهد.
۳. رژیم غذایی بیمار را به وی توضیح دهد.
۴. زمان بعدی مراجعه به پزشک را به اطلاع بیمار برساند.
۵. تذکرات لازم در خصوص تداخلات دارویی را یادآور شود.
۶. موارد آموزش داده شده را در فرم آموزش حین بستری بیمار ثبت و مهر و امضاء نماید.
۷. دارو و پیگیری های زمان ترخیص را در برگه دستورات پزشک ثبت نماید.

**عنوان دستورالعمل :**  
**خود مراقبتی برای بیماری های شایع**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.009	۴	کلیه بخش های بالینی	مسئول واحد

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

امکانات: پمفلت، پوستر و فلش و مانیتور، فرم های سنجش اثربخشی فرآیند آموزش

منابع و مراجع: کتاب استانداردهای خدمات پرستاری و سنجه های اعتباربخشی سال ۹۸

کارکنان: کلیه پرسنل درمانی و پزشکان

تهیه کنندگان	علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان و نماینده پزشکان) فاطمه جمالی ( سوپروایزر آموزش سلامت) فخری اطاعتی ( سوپروایزر آموزشی)
تایید کننده	عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)

## عنوان دستورالعمل :

### نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: کلیه بخش های	عامل انجام کار
HE.IN.10	۳	بالینی و بخش رادیولوژی	متصدی رادیولوژی

## اهداف:

اجرای پروتکل تزریق ماده حاجب

## شیوه انجام کار:

1. منشی بخش رادیولوژی ( در مورد بیماران سر پایي ) و با پرسنل بخش بستری ( در مورد بیماران بستری ) فرم کنتراست را برای بیمار تکمیل نمایند. (ثبت میزان Cr – BUN الزامی است )
2. منشی بخش رادیولوژی درخواست بیمار و فرم تکمیل شده کنتراست و سوابق بیماری را به اطلاع پزشک رادیولوژیست برساند.
3. رادیولوژیست نوع و میزان ماده حاجب و پروتکل انجام تصویر برداری را مشخص کند و در فرم کنتراست ثبت کند.

### در مورد بیماران سر پایي:

- منشی بخش رادیولوژی نوبت و آمادگی لازم جهت تصویر برداری را به بیمار بدهد .
- بیمار در روز مورد نظر داروها را تهیه کند و طبق آمادگی به بخش مراجعه کند .
- پرسنل رادیولوژی بیمار را جهت گرفتن لاین به واحد تزریقات بفرستد .
- منشی بخش درخواست بیمار را پذیرش و در سیستم HIS ثبت نماید.

### در مورد بیماران بستری:

- منشی بخش رادیولوژی آمادگی لازم جهت انجام تصویر برداری را به اطلاع پرستار بیمار برساند .
- پرستار دستورات لازم جهت انجام تصویر برداری را در مورد بیمار اجرا کند ( جهت آمادگی قبل از انجام تصویر برداری )
- پرستار درخواست تصویر برداری بیمار و ماده کنتراست را در سیستم HIS وارد نماید.
- کمک پرستار/خدمه بخش ماده حاجب را از داروخانه بیمارستان تهیه کند.
- در صورتیکه بیمار احتیاج به داروی خوراکی حاجب دارد ، پرسنل واحد رادیولوژی دستور مصرف آن را به پرستار مسئول بیمار داده و سپس طبق دستور، دارو توسط بیمار در بخش مصرف می شود.
- هنگام انجام سی تی اسکن با تزریق، بیمار حتما از ۶ ساعت قبل NPO باشد.
- لاین بیمار قبل از فرستادن به واحد رادیولوژی توسط پرستارمسول بیمار حتما چک شود . (لاین بیمار سائز کوچک نباشد)

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: کلیه بخش های	عامل انجام کار
HE.IN.10	۳	بالینی و بخش رادیولوژی	متصدی رادیولوژی

• پرستار مسئول بیمار، طبق هماهنگی با واحد رادیولوژی بیمار را با داروی حاجب تزریقی و مدارک قبلی جهت انجام تصویر برداری به واحد رادیولوژی بفرستد.

۴. پرسنل واحد رادیولوژی مراحل انجام کار و خطرات احتمالی را برای بیمار شرح دهد تا بیمار فرم رضایت را بصورت آگاهانه امضاء کند.

۵. پرسنل واحد رادیولوژی در حضور رادیولوژیست، بعد از گرفتن شرح حال کامل بیمار طبق پروتکل، تزریق ماده حاجب را انجام دهد

۶. پرتوکار در صورتیکه بیمار حین یا بعد از تزریق دچار مشکل شد به رادیولوژیست اطلاع دهد تا اقدامات لازم صورت گیرد.

۷. پرسنل بعد از تزریق ماده حاجب، فرم مربوطه (فرم کنتراست / رضایت آگاهانه) را تکمیل و برچسب دارو را ضمیمه نموده و فرم در رادیولوژی بایگانی گردد. (در صورت بروز عارضه گزارش ثبت شود)

**ضمیمه:**

\*مقدار متوسط ماده حاجب ۱-۲ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن می باشد.

\*طبق نظر رادیولوژیست کنتراست خوراکی مصرف گردد. (ویال مگنومین یا پودر پلی اتیلن گلیکول در بطری ۱/۵ لیتری آب معدنی ریخته شود و از یک ساعت و نیم قبل از تزریق هر ۱۵ دقیقه یکبار یک لیوان به بیمار داده شود).

\*کشیدن ماده حاجب با استفاده از دستگاه انژکتور تحت شرایط استریل صورت گیرد .

\* در صورتی که بیمار حساسیت دارویی یا غذایی دارد طبق نظر رادیولوژیست قبل از تزریق کنتراست، دارو برای بیمار تجویز می شود.

**عوارض جانبی:**

در جریان تزریق ماده حاجب داخل عروقی معمولا عوارض خفیف یا متوسط بوده که به سرعت به حالت طبیعی برمی گردد.

به هر حال حساسیت شدید نسبت به ترکیبات یددار ممکن است در نزد بیماران حساس نیز عوارضی چون تهوع - استفراغ - آریتمی -

سردرد - سرگیجه - ضعف - خارش - کهیر - گرم شدن زیاد - ادم حنجره - کاهش فشارخون - برادی کاردی و ... ایجاد کند

که بلافاصله تزریق ماده حاجب قطع شده و به سرعت داروهای مورد نیاز بیمار به درخواست رادیولوژیست تزریق شود.

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: کلیه بخش های	عامل انجام کار
HE.IN.10	۳	بالینی و بخش رادیولوژی	متصدی رادیولوژی

**موارد احتیاط و تداخلات دارویی:**

- 1- بیماران که سابقه دیابت دارند و قرص متفورمین مصرف می کنند؛ باید به دلیل تداخل دارویی 48 ساعت قبل و بعد از تزریق ماده حاجب دارو را قطع کنند و در این مورد حتما با رادیولوژیست هماهنگ شود.
- 2- بیماران که مشکل تیروئید دارند و دارو مصرف می کنند نیز باید بعد از مشاوره پزشک داخلی یا غدد و رادیولوژیست مبنی بر بلا مانع بودن تزریق ماده کنتراست، تزریق صورت گیرد.
- 3- تزریق ماده حاجب با هماهنگی و نظارت رادیولوژیست صورت گیرد.
- 4- چک کردن وزن، سن و جواب آزمایش Bun-cr الزامی است
- 5- برگ رضایت آگاهانه توسط بیمار و همراه وی قبل از انجام تصویربرداری با کنتراست توسط رادیولوژیست تکمیل شود.
- 6- بیماران باید از نظر سابقه حساسیت دارویی - حساسیت غذایی (بخصوص غذاهای دریایی) آسم آلرژی و بیماریهای خاص مورد غربالگری قرار گیرند.

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:**

امکانات : ماده حاجب، آب، سرنگ، وسایل تزریق سرم، دستگاه انژکتور

منابع و مراجع: کتاب مواد حاجب در تصویربرداری پزشکی ترجمه ولی الله ذکریایی و رضا احد

تهیه کنندگان	الهه امینی (مسئول بخش رادیولوژی) ساره منتظری (مسئول آزمایشگاه) کبری جابری (مترون و نماینده پرستاری) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)
تایید کننده	عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)

## عنوان دستورالعمل :

### نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

#### اهداف:

انجام صحیح آزمایشات مختلف در آزمایشگاه، کاهش خطاهای فردی و مدیریت کیفیت آزمایشگاه

#### شیوه انجام کار:

نحوه انجام انواع آزمایشات در آزمایشگاه به شرح زیر می باشد:

۱. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود: پیوست 1
۲. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود: پیوست 2
۳. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود: پیوست 3
۴. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود: پیوست 4
۵. نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود: پیوست 5
۶. نحوه نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود: پیوست ۶

**پیوست ۱: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود**

#### اهداف:

- انجام آزمایشهای بیوشیمی به روش استاندارد
- انجام کنترل کیفی در آزمایشات بیوشیمی

#### شیوه انجام کار:

- ۱- تهیه لیست کار و ثبت در دفتر مخصوص بیوشیمی (قید تاریخ و نام کاربر در بالای صفحه)
- ۲- تحویل نمونه ها از بخش خونگیری به بخش بیوشیمی و سانتریفیوژ کردن نمونه ها

### عنوان دستورالعمل :

### نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

- ۳- روشن کردن و آماده سازی دستگاههای اتوآنالیز توسط اپراتور دستگاه طبق دفترچه راهنمای دستگاه ، دادن سرم کنترل به دستگاه و چک کردن جواب آن در صورت رد جواب ها طبق قوانین وستگارد، ابتدا کنترل دیگری به دستگاه داده می شود اگر باز مشکل حل نشد تعویض محلول ها و در نهایت در صورت عدم رفع مشکل کالیبر نمودن تست مربوطه .
- ۴- ردیف کردن کاپ های مربوط به بیماران بر اساس شماره دفتر، ریختن سرم در کاپها ولوله ها به مقدار مورد نیاز و راند کردن دستگاه بیوشیمی
- ۵- ردیف کرن کاپ ها و ریختن سرم بیمارانی که دارای سدیم و پتاسیم هستند و مرتب کردن آن بر اساس دفتر
- ۶- انجام شست و شوی مربوط به دستگاه ISE طبق دستورالعمل شرکت سازنده ، دادن کنترل به دستگاه ISE و در صورت تایید جواب طبق قوانین و دستگاه دادن سرم بیماران به دستگاه
- ۷- ردیف کرن کاپ ها و ریختن سرم بیمارانی که دارای سدیم و پتاسیم هستند و مرتب کردن آن بر اساس دفتر
- ۸- وارد کردن جوابهای خوانده شده توسط دستگاه در دفتر بیوشیمی و تکرار آزمایش ها در صورت نیاز
- ۹- تکمیل دفتر بیوشیمی و اطمینان از انجام همه آزمایشها و وارد کردن جوابها در سیستم کامپیوتری
- ۱۰- انجام شست و شوهای مورد نیاز دستگاه و خاموش کردن دستگاه طبق اصول دفترچه راهنمای دستگاه
- ۱۱- قراردادن باتلهای محلولها در یخچال بیوشیمی

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

کارکنان: کلیه پرسنل آزمایشگاه

امکانات : فرم کنترل ،دفتر مخصوص بیوشیمی، Log book دستگاهها

منابع و مراجع: بروشورهای مربوط به محلولها، دستورالعمل کار با دستگاه اتوآنالایزر، دستورالعمل های استاندارد مدیریت کیفیت در آزمایشگاه های بالینی "اداره کل آزمایشگاه مرجع سلامت"، مجموعه ای از مستندات سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه پزشکی "تدوین دکتر حسین دارآفرین"

پیوست ۲: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود

### اهداف:

- انجام آزمایشهای هماتولوژی به روش استاندارد
- انجام کنترل کیفی در آزمایشات هماتولوژی

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

**شیوه انجام کار:**

**الف- کار با دستگاه هماتولوژی**

- روشن کردن دستگاه و آماده سازی آن با انجام شست و شوی روزانه
- نمونه ها توسط متصدی انجام آزمایش از نظر صحت (لخته نبودن ، کم و زیاد نبودن و...) و داشتن درخواست کامپیوتری مربوطه بررسی می شود.
- تهیه لیست کار و نوشتن آن در دفتر مخصوص هماتولوژی
- ردیف کردن نمونه ها و قرار دادن آنها روی روتاتور به مدت ۱۰ دقیقه
- دادن خون کنترل به دستگاه و چک کردن جواب آن و اطمینان از صحت عملکرد دستگاه
- دادن نمونه ها به دستگاه با وارد کردن کد هر نمونه به دستگاه
- انتقال جواب های خوانده شده توسط دستگاه به سیستم HIS پس از تایید جواب، امضا نمودن جواب ها توسط متصدی آزمایش
- کشیدن لام در صورتیکه پارامترهای بیمار خارج از مقادیر نرمال باشد.
- خاموش کردن دستگاه با توجه به اصول و راهنمای دستگاه
- نوشتن Log Book

**ب- انجام آزمایش سدیمانتاسیون**

- تهیه لیست مورد نظر ، نمونه ها توسط متصدی انجام آزمایش از نظر صحت (لخته نبودن ، کم و زیاد نبودن و...) و داشتن درخواست کامپیوتری مربوطه بررسی می شود.
- قراردادن نمونه ها در دستگاه سدیمکس و یا در صورتیکه نمونه در لوله های مخصوص دستگاه گرفته نشده باشد به روش دستی گذاشته شود.
- انتقال جواب های خوانده شده توسط دستگاه به سیستم HIS پس از تایید جواب، امضا نمودن جواب ها توسط متصدی آزمایش



**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

**ج- انجام گروه خونی**

- تهیه لیست کار و نوشتن آن در دفتر مخصوص گروه خونی
- تطبیق نمونه های دریافتی با لیست کاری
- رساندن دمای آنتی سرمها به دمای اتاق
- انجام گروه خونی به روش لوله ای

- یادداشت کردن جوابها در دفتر مربوطه و وارد کردن جوابها

**د- Retic Count**

- تهیه لیست کار و نوشتن آن در دفتر مخصوص هماتولوژی
- انجام آزمایش:

۱۰۰ لاندا از نمونه موردنظر (CBC) را با ۱۰۰ لاندا از رنگ درون لوله ای مخلوط می کنیم و ۳۰ دقیقه در بن ماری ۳۷ درجه می گذاریم. سپس لام تهیه کرده و بعد از خشک کردن زیر میکروسکوپ توسط متخصص پاتولوژیست بررسی می گردد. (به این شکل که ۱۰ میدان را که حدود ۱۰۰ عدد RBC دارد بررسی کرده و مجموع سلولهای رتیکولوسیت را بر ۱۰۰۰ تقسیم کرده و درصد تهیه می کنیم).

**ه- انجام PBS**

- تهیه لیست کار و نوشتن آن در دفتر مخصوص هماتولوژی

- رنگ آمیزی نمونه موردنظر (به نسبت مساوی رنگ گیمسا با آب مخلوط و بمدت ۱۰ دقیقه روی لام می ماند پس از شستشو لام تحویل پزشک می گردد).

- توسط متخصص پاتولوژی بررسی میدانهای لام از نظر مورفولوژی، اندازه، تعداد و رنگ سلول های خونی انجام می گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان: کلیه پرسنل آزمایشگاه و متخصص پاتولوژیست**

**امکانات:** لام شیشه ای تمیز، اپلیکاتور پلاستیکی تمیز و نو، لام جهت کشیدن فروتی، خون کنترلی، لام نئوبار به همراه لامل مخصوص، میکروسکوپ، رنگ گیمسا، رنگ گریزل بریلیانت بلو، ایزوتون های مخصوص دستگاه

**منابع و مراجع:** کاتالوگ دستگاه ها، کتاب هنری

## عنوان دستورالعمل :

### نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

پیوست ۳: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

#### اهداف:

انجام آزمایش های کشت ادرار، مدفوع، خون، مایعات بدن، زخم، خلط و تهیه اسمیر به روش استاندارد  
انجام کنترل کیفی در آزمایشات کشت ادرار، مدفوع، خون، مایعات بدن، زخم، خلط و تهیه اسمیر

#### شیوه انجام کار:

\* نمونه ها توسط متصدی انجام آزمایش از نظر داشتن درخواست کامپیوتری بررسی می شود.

\* تهیه لیست کار و نوشتن آن در دفتر مخصوص میکروب/ آنالیز ادرار

#### الف - کشت ادرار

۱. قرار دادن پلیتهای حاوی محیط کشت بلاد آگار و EMB در دمای اتاق

۲. نوشتن نام و نام خانوادگی - بخش تاریخ کشت روی محیط کشت

۳. استریل کردن لوپ در روی شعله

۴. انجام کشت ادرار بر روی محیط کشتها به صورت استاندارد

۵. دوباره استریل کردن لوپ

۶. قرار دادن محیطهای کشت شده درون انکوباتور ۳۷ درجه به مدت ۲۴ ساعت

۷. امحا نمونه به روش استاندارد

۸. پس از ۲۴ ساعت بررسی محیطهای کشت داده شده از نظر رشد میکروب:

\* 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

۹. ثبت جواب در دفتر و سیستم HIS

#### ب - کشت مدفوع

۱. قرار دادن پلیتهای حاوی محیط SS یا XLD در دمای اتاق

۲. نوشتن نام و نام خانوادگی - بخش و تاریخ روی محیط کشت

۳. انجام کشت مدفوع بر روی محیط کشتها به صورت استاندارد با سواب استریل

## عنوان دستورالعمل :

### نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

۴. قرار دادن محیطهای کشت شده درون انکوباتور ۳۷ درجه به مدت ۲۴ ساعت

۵. امحا نمودن نمونه طبق دستورالعمل

۶. پس از ۲۴ ساعت بررسی محیطهای کشت داده شده از نظر رشد میکروب:

\*اگر میکروب فلورنرمال رشد کرده باشد : **No Salmonella & Shigella 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

۷. ثبت جواب در دفتر و سیستم HIS

### ج- کشت خون:

۱. قراردادن محیط **cho. Agar – EMB – Blood-Agar** در مای اتاق

۲. پاساژ روی محیط پس از ۶ ساعت از انکوباسیون کشت خون (کشت نوبت اول)

۳. خواندن کشت اول پس از ۲۴ ساعت در صورت عدم رشد نوشتن **No growth** بعد از ۲۴ ساعت در دفتر و کامپیوتر

۴. قراردادن باتل کشت خون در انکوباتور به مدت ۲۴ ساعت (کشت دوم)

۵. بررسی ظاهری باتل از نظر کدورت ، تغییر رنگ و... و در صورت عدم مشاهده کشت روی محیط **Blood-Agar** -

**EMB** انکوباسیون به مدت ۲۴ ساعت دیگر (کشت سوم)

۶. خواندن تست نوبت سوم و در صورت عدم رشد (**No growth**) بعد از ۷۲ ساعت و در صورت رشد نمون تهیه اسمیر

رنگ آمیزی و انجام تست مورد نیاز افتراقی پس از تشخیص باکتری انجام آنتی بیوگرام و خواندن جواب بعد از ۲۴

ساعت و رسیدن به جواب نهایی

**د- کشت های مربوط به نمونه های ترشحات، مایعات بدن، زخم:** مانند کشت خون انجام می گردد با این تفاوت که فقط ۲۴ ساعت کشت داده می شوند.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

کارکنان: کلیه پرسنل آزمایشگاه، متخصص پاتولوژی

امکانات : انکوباتور ۳۷ درجه ،هود آزمایشگاهی ، محیطهای کشت آماده ، دیسک های آنتی بیوگرام ، رنگ گرم

منابع و مراجع: کتاب هنری

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

پیوست ۴: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود

**اهداف:**

- انجام آزمایشهای بیوشیمی ادرار به روش استاندارد
- انجام کنترل کیفی در آزمایشات بیوشیمی ادرار

**شیوه انجام کار:**

تهیه لیست کار و وارد کردن آن در دفتر مخصوص آنالیز ادرار

- انتقال نمونه ها از محل نمونه گذاری به میز کار و مرتب سازی بر اساس کد پذیرش
- به ازای هر نمونه یک عدد لوله ۱۰۰\*۱۶ تمیز برداشته و کد را روی آن می نویسیم
- حدود ۱۰ سی سی از ادرار را داخل لوله می ریزیم و از نظر ماکروسکوپی و میکروسکوپی بررسی می کنیم:
- ماکروسکوپی: ابتدا ادرار را از نظر رنگ و کدورت بررسی می کنیم
- رنگها شامل: Yellow – Dark yellow – Pale yellow – Orange – Red – Brown – Colorless
- کدورت بر طبق جدول زیر سنجیده میشود:

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

**عنوان دستورالعمل :**

**نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

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

- لوله ها را داخل سانتریفوژ می گذاریم و در دور ۱۸۰۰ به مدت ۵ دقیقه سانتریفوژ می کنیم.

- سپس ۲-۳ سی سی اسید سولفوسالیسیلیک ۱۵٪ را روی نمونه های درون لوله ها میریزیم و از نظر کدورت بررسی می کنیم:

مشاهدات	نتیجه آزمایش با
	اسیدسولفوسالیسیلیک ۱۵٪
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 دارد ولی بدون گرانولاسیون - متن نوشته شده از پشت لوله قابل خواندن می باشد	1+
کدورت همراه با گرانولاسیون بدون فلوکولاسیون	2+
کدورت همراه با گرانولاسیون و فلوکولاسیون	3+
توده بزرگ رسوب یا توده جامد	4+

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

کارکنان: کلیه پرسنل آزمایشگاه، متخصص پاتولوژی

امکانات : سانتریفیوژ، نوار ادرار ، اسید سولفوسالیسیلیک ۱۵٪ ، میکروسکوپ

منابع و مراجع: کتاب هنری

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

**پیوست ۵: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود**

**اهداف:**

- انجام آزمایشهای انگل شناسی به روش استاندارد
- انجام کنترل کیفی در آزمایشات انگل شناسی

**شیوه انجام کار:**

**آزمایشات انگل شناسی**

- تهیه لیست کار و وارد کردن آن در دفتر میکروب شناسی
- تحویل نمونه ها از محل نمونه گذاری
- ردیف کردن نمونه ها بر اساس کد پذیرش
- بررسی ظاهری مدفوع از نظر رنگ : قهوه ای - سبز - زرد - سیاه - خونی و ...
- و قوام: Normal, Soft, Formed, Loose, Diarrhea
- سپس یک لام شیشه ای تمیز برداشته و روی آن یک قطره سرم فیزیولوژی می ریزیم
- با استفاده از اپلیکاتور مقداری از مدفوع را از داخل ظرف برداشته و روی سرم فیزیولوژی می گذاریم و به هم می زنیم و یک لامل روی آن می گذاریم.
- زیر میکروسکوپ بررسی می کنیم. از عدسی ۱۰ برای گزارش تخم انگل های پر سلولی و از عدسی ۴۰ برای گزارش گلبولهای سفید و قرمز و بررسی تک یاخته ها استفاده می کنیم.
- تخم انگل اگر دیده شد اسم کامل آن نوشته می شود و اگر دیده نشد به صورت not seen گزارش می شود.
- گلبولها بر حسب تعداد و مخمر بر حسب میزان گزارش می شود.
- ثبت جواب در دفتر و سپس وارد کردن آنها در سیستم HIS

**خون مخفی مدفوع**

- تهیه لیست کار و وارد کردن آن در دفتر میکروب
- آماده کردن نمونه ها
- کیت مربوط به خون مخفی را به دمای اتاق می رسانیم
- یک کاغذ مخصوص از داخل آن برداشته و مقداری مدفوع را با استفاده از اپلیکاتور روی آن مقرار می دهیم و یک قطره از بافر مخصوص روی آن می ریزیم و پس از چند ثانیه از نظر تغییر رنگ بررسی می کنیم.
- اگر رنگ مدفوع روی کاغذ به سبز تغییر کرد یعنی مثبت می باشد.

عنوان دستورالعمل :			
نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه			
کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

- ثبت جواب در دفتر و سپس وارد کردن آنها در سیستم HIS.  
منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

کارکنان: کلیه پرسنل آزمایشگاه، متخصص پاتولوژی

امکانات: کیت خون مخفی، میکروسکوپ، رنگ لوگول

منابع و مراجع: کتاب هنری

پیوست: نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود

#### اهداف:

- برش نمونه های بافتی بر اساس دستورالعمل های علمی
- مشاهده میکروسکوپی مایعات و نمونه های خون و گزارش صحیح آن

#### شیوه انجام کار:

۱. ثبت درخواست نمونه پاتولوژی در اتاق عمل
۲. ارسال نمونه به همراه برگه درخواست پاتولوژی و سیتولوژی تکمیل شده و دفتر ثبت پاتولوژی اتاق عمل
۳. تطابق نمونه با ارسال شده با برگه ارسالی و در خواست سیستم HIS و در صورت تایید مهر و امضاء دفتر توسط متصدی آزمایشگاه
۴. انتقال و نگهداری نمونه و درخواست به اتاق پاتولوژی و ثبت دفتر پاتولوژی
۵. برش نمونه های بافتی در کاست های مخصوص پاتولوژی و انتقال در ظرف فرمالین
۶. ارسال نمونه های بافتی به آزمایشگاه مرجع برای تهیه لام ها و رنگ آمیزی مخصوص
۷. مشاهده میکروسکوپی نمونه ها و گزارش در سیستم HIS

**عنوان دستورالعمل :  
نحوه انجام آزمایشها در بخشهای مختلف آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.11	۱۱	کلیه پرسنل آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** کلیه پرسنل آزمایشگاه، متخصص پاتولوژی

**امکانات:** برگه درخواست پاتولوژی و سیتولوژی، ظرف مخصوص نگهداری نمونه پاتولوژی، فرمالین، تیغ بیستوری، قیچی، تیشوتک و تخته

**منابع و مراجع:** کتاب هنری

تهیه کنندگان	دکتر فاطمه فرهنگ (مسئول فنی آزمایشگاه) ساره منتظری (مسئول بخش آزمایشگاه) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)
تایید کننده	دکتر فاطمه فرهنگ (مسئول فنی آزمایشگاه) عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)



## عنوان دستورالعمل :

### کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

#### اهداف:

کاهش خطاهای فردی، مدیریت کیفیت آزمایشات، تسریع در انجام آزمایشات

#### تعاریف:

کنترل کیفی: طیف وسیعی از فعالیتهای که اجرای آنها در یک قالب منسجم باعث رسیدن آزمایشگاه به کیفیت مطلوب می گردد.

✓ تلاش مستمر در زمینه افزایش کیفیت ارائه خدمات

✓ رضایتمندی بیماران و پزشکان

✓ گام برداشتن در راستای اجرای متدهای استانداردهای آزمایشگاهی و کاهش عوامل ایجادکننده خطا در نتایج آزمایشگاهی با

اجرای فراگیر برنامه کنترل کیفی و با در نظر گرفتن شرایط موجود

✓ تلاش در جهت آموزش کارکنان جهت ارتقا سطح آگاهی و کیفیت عملکرد آنها

#### کنترل کیفیت بر اساس نتایج بیماران

مکانیسم QC بر اساس نتایج بیماران بعنوان مکملی برای روشهای معمول بوده و گرچه وقت گیر است اما بعضا موفق به یافتن خطاهایی می شوند که در تکنیکهای معمول QC قابل تشخیص نیستند

۱- نتایج هر بیمار به طور انفرادی

• هماهنگی با علایم بالینی، الزاما همیشه علایم بالینی با نتایج آزمایشگاهی هماهنگی ندارد. باید ترتیبی اتخاذ شود که

پزشکان ضمن همکاری نزدیک با آزمایشگاه، مشکلاتی از این قبیل را به آزمایشگاه منتقل نمایند.

• هماهنگی با سایر نتایج آزمایشگاهی، مانند ارتباط میزان TSH و T4

• آزمایشهای مضاعف در آزمایشگاه، نمونه دوبار انجام شود (اگر این بررسی در دو آزمایشگاه انجام شود خطاهای

سیستماتیک نیز در آن دخیل می باشد و تفسیر آن مشکل می شود)

• دلتا چک با نتایج قبلی، اگر نتایج جدید هر بیمار با نتایج قبلی مقایسه شود برخی خطاها مانند جابه جایی نمونه یا

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

جواب ، شناسایی می گردد .مقادیر آنالیتها در بدن در محدوده زمانی مشخص در محدوده مشخصی تغییر می کند.

- **Limit checks** نتایجی که با شرایط فیزیولوژیک منافات دارد باید از نظر احتمال اشتباهات تایپی مانند قرار دادن ممیز بررسی گردد.

**۲-کنترل کیفی براساس نتایج بیماران متعدد**

این روش در تشخیص خطاهای سیستماتیک مفید بوده اما توانایی شناسایی خطاهای راندوم را نداشته و نمی تواند جایگزین روشهای معمول کنترل کیفیت گردد ولی نسبت به بررسی نتایج انفرادی هر بیمار ارجحیت دارد .مقادیر میانگین تابعی از مشخصات مراجعین مانند نسبت زن به مرد، نسبت مقادیر بیماران بستری در بیمارستان، ارجاع از کلینیکهای تخصصی و همچنین متغیرهای پر آنالیتیک مانند مدت زمان بسته بودن تورنیکت و نحوه نگهداری نمونه می باشد و با تغییر هر یک دستخوش تغییر می شود ) .خطاهای پر آنالیتیک با روش های معمول QC قابل بررسی نیستند .مثلا همولیز بودن تعدادی از نمونه ها ، خطا در نمونه گیری و **border line** بودن نتایج برخی تستها مانند **TG,FBS** می تواند به عدم رعایت شرایط قبل از آزمایش اشاره کند.

**شیوه انجام کار:**

**نحوه انجام کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه به شرح زیر می باشد:**

پیوست ۱: کنترل کیفی در بخش بیوشیمی

پیوست ۲: کنترل کیفی در بخش هماتولوژی

پیوست ۳: کنترل کیفی در بخش میکروب شناسی

پیوست ۴: کنترل کیفی در بخش بیوشیمی ادرار

پیوست ۵: کنترل کیفی انگل شناسی

**شیوه انجام کار:**

**پیوست ۱: کنترل کیفی در بخش بیوشیمی**

۱- کنترل کیفی داخلی

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

❖ صحت عملکرد دستگاه های آنالایزر شیمی ( Bt ۳۵۰۰ ) به هنگام نصب پس از سرویس و یا سیکل زمانی مشخص (آزمون های دقت و صحت: شامل، تکرارپذیری، بررسی صحت خوانش مقدار آنالیت مورد نظر) توسط مهندسين تجهيزات پزشکی بیمارستان، مسئول فنی آزمایشگاه تایید شود.

نکته ۱: تایید صحت عملکرد دستگاه در مورد صحت خوانش مقدار آنالیت مورد نظر ممکن است توسط روش مرجع، سرم کنترل انجام شود.

(۱) بررسی ظاهری کیت و کنترل های مصرفی از نظر پلمپ بودن، تاریخ مصرف، تغییر رنگ، محتویات کیت، شرایط ظاهری با نمونه های قبلی توسط مسئول بیوشیمی انجام شود.

(۲) بررسی نمونه های آزمایشگاهی از نظر وجود همولیز، لیپمیک، ایکتریک، فیبرین و مواردی که می توانند در آزمون تداخل ایجاد نمایند بررسی و در صورت وجود معیار های رد نمونه درخواست ارسال مجدد نمونه میشود

(۳) استفاده از نمونه کنترل محدوده نرمال توسط مسئول بیوشیمی بصورت روزانه و رسم منحنی لوی جنینگ و بررسی قوانین مربوطه و انجام و ثبت اقدام اصلاحی در مواردی که این قوانین نقض شده است.

(۴) برخی از آزمایشات که در محدوده های بحران، هشدار، بالا و پایین رنج اندازه گیری کیت قرائت شده اند و یا بالین بیمار و سایر نتایج آزمایشگاهی وی تطابق ندارند، توسط مسئول بیوشیمی تکرار شود.

(۵) از نمونه ناشناخته معلوم العیار بین کار توسط مسئول فنی، مسئول کنترل کیفی با سوپروایزر به صورت دوره ای استفاده شود.

(۶) توجه به خطای مجاز آزمایشات اصلی و مقایسه آن با خطای مجاز بیان شده توسط مراجع ذیصلاح و در صورت لزوم انجام اقدام اصلاحی توسط مسئول بیوشیمی انجام شود.

(۷) 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 توسط مسئول بخش انجام شود

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

۸) رعایت استانداردهای کیفی در آماده سازی آب مقطر مصرفی، استانداردها، معرف ها، سرم کنترل ها، کالیبراتورها توسط مسئول بخش بیوشیمی انجام میشود

۹) بررسی کیت های جدید ویا کیت های قبلی که در آنها تغییراتی توسط سازنده بیان شده است و تصدیق وصحه گذاری آنها توسط مسئول بیوشیمی انجام شود.

**۲. کنترل کیفی خارجی**

از نمونه های برنامه ارزیابی خارجی کیفیت بیوشیمی موسسات ارائه کننده نمونه های کنترل کیفی خارجی استفاده شود.

برنامه اجرائی تضمین کیفیت بخش بیوشیمی

۱. ممیزی توسط مسئول بخش / سوپروایزر بصورت دوره ای انجام شود.

۲. آموزش مستمر کارکنان بخش بر اساس نیازسنجی انجام شود.

۳. موارد عدم انطباق به صورت روزانه ثبت شود:

۴. قبل از آنالیز همانند (حجم ناکافی نمونه- همولیز شدید نمونه- اشتباه پذیرش- جابجایی در اسم و کد- ارسال نمونه معیوب از نمونه برداری نظیر ظرف آلوده به دترژان و حجم ناکافی)

۵. حین آنالیز همانند ( جابجایی نمونه سر بروی دستگاه - استفاده از محلول نامناسب- کالیبر نبودن دستگاه)

۶. پس از آنالیز (اشتباه در ثبت نتایج بیمار- جابجایی نتایج بیماران- عدم رجوع به سوابق بیماران ویا عدم مراجعه به تست های مرتبط، نداشتن کامنت های مناسب جهت تفسیر نتایج)

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** کلیه پرسنل آزمایشگاه، مسئول فنی آزمایشگاه

**امکانات :** سرم کنترل نرمال

**منابع و مراجع:** کتاب کنترل کیفیت در آزمایشگاه های پزشکی

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

**پیوست ۲: کنترل کیفی در بخش هماتولوژی**

**شیوه انجام کار:**

آزمایشهای هماتولوژی همانند سایر تستهای آزمایشگاهی نیاز به برنامه های تضمین کیفیت مناسب دارند.

**۱- کنترل کیفی داخلی:**

۱-۱ صحت عملکرد دستگاه های آنالیزر هماتولوژی به هنگام نصب، پس از سرویس یاسیکل زمانی مشخص (آزمون های دقت و صحت: شامل، تکرارپذیری، بررسی صحت خوانش مقدار آنالیت مور نظر) توسط مهندس تجهیزات پزشکی و مسئول فنی تایید شود.

۱-۲ بررسی ظاهری کیت و محلول های مصرفی از نظر پلمپ بودن، تاریخ مصرف، تغییر رنگ، شفافیت توسط مسئول هماتولوژی انجام شود

۱-۳ بررسی نمونه های آزمایشگاهی توسط هماتولوژی از نظر وجود همولیز، لیپمیک، ایکتریک، فیبرین، و مواردی که می توانند در آزمون تداخل ایجاد نمایند و در موارد علل رد نمونه ثبت شود.

۱-۴ استفاده از نمونه کنترل محدوده نرمال بصورت روزانه انجام آزمون T-Test به صورت هفته ای یکبار و رسم منحنی لوی جنینگ و بررسی قوانین وستگارد و انجام و ثبت اقدام اصلاحی ر مواردی که این قوانین نقض شده است.

و انجام برنامه های روزانه هفتگی و ماهانه توسط مسئول هماتولوژی به صورت ذیل:

برنامه های دائمی: مقایسه نتایج دستگاه سل کاتر با گسترش خون محیطی، مقایسه نتایج دستگاه سل کاتر با وضعیت بالینی بیمار

برنامه های هفتگی: انجام آزمایش های T-Brittin در دوروز متفاوت، انجام آزمایش هموگلوبین به روش درابکین و هماتوکریت به روش دستی بر روی ۵ نمونه

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

برنامه های روزانه: استفاده از نمونه کنترل در هر سری کاری، رسم نمودار کنترل با استفاده از نمونه کنترل، انجام آزمایش های مضاعف با دوتایی duplicate بر روی تعدادی از نمونه های بیماران

۱-۵ برخی از آزمایشات که در محدوده های بحران، هشدار، بالا و پایین رنج اندازه گیری کیت قرائت شده اند. و یا با بالین بیمار و سایر نتایج آزمایشگاهی وی تطابق ندارند، توسط مسئول هماتولوژی تکرار شود.

(آزمایش ممکن است بر روی همان نمونه و یا نمونه جدید با همان روش / کیت / دستگاه و یا روش / کیت / دستگاهی دیگر انجام شود)

۷-۱ از نمونه ناشناخته معلوم المعیار بین کار توسط مسئول فنی، مسئول کیفی یا سوپروایزر به صورت هفتگی استفاده شود.

۸-۱ توجه به خطاهای مجاز آزمایشات اصلی و مقایسه آن با خطای مجاز بیان شده توسط مراج ذیصلاح و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی توسط مسئول هماتولوژی انجام شود.

**۲- کنترل کیفی خارجی:**

۱-۲ از نمونه های برنامه ارزیابی خارجی کیفیت هماتولوژی موسسات ارائه کننده نمونه های کنترل کیفی خارجی استفاده شود.

**۳- برنامه اجرایی تضمین کیفیت بخش هماتولوژی**

۱-۳ ممیزی توسط مسئول بخش / سوپروایزر هر سه ماهه انجام شود.

۲-۳ آموزش مستمر کارکنان بخش بر اساس نیازسنجی انجام شود

۳-۳ موارد عدم انطباق به صورت روزانه ثبت شود.

۴- قبل از آنالیز همانند (حجم ناکافی نمونه- همولیز شدید نمونه- اشتباه در پذیرش- جابجایی در اسم و کد، ارسال نمونه معیوب از نمونه برداری نظیر ظرف آلوده به دتراژن و حجم ناکافی)

۵- حین آنالیز همانند (جابجایی نمونه سرم بر روی دستگاه- استفاده از محلول نا مناسب- کالیبر نبودن دستگاه)

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

۶- پس از آنالیز ( اشتباه در ثبت نتایج بیمار - جابجایی نتایج بیماران - عدم رجوع به سوابق بیماران و یا عدم مراجعه به تست های مرتبط ، نداشتن کامنت های مناسب جهت تفسیر نتایج

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** کلیه پرسنل آزمایشگاه، مسئول فنی آزمایشگاه

**امکانات :** خون کنترل ، برنامه کنترل کیفی، محلول درابکین، فتومتر

**منابع و مراجع:** کتاب کنترل کیفیت در آزمایشگاه های پزشکی

### **پیوست ۳: کنترل کیفی در بخش میکروب شناسی**

#### **شیوه انجام کار:**

**کنترل کیفی محیط های کشت:**

ارزیابی محیط ها شامل نگهداری محیط ها به صورت پودر خشک و محیط های تهیه شده است که توسط پرسنل فنی بخش میکروب شناسی انجام می گردد شامل موارد زیر است:

۱- محیط های به صورت پودر خشک باید در بسته ، در جای خشک و خنک در حرارت زیر ۲۵ درجه سانتیگراد ، دور از نور مستقیم خورشید و رطوبت، منابع حرارتی مانند اتوکلاو و فور نگهداری می شود.

۲- محیط های تهیه شده دور از حرارت و نور خورشید در یخچال و در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد نگهداری می 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- با سوبه های استاندارد محیط های کشت را از نظر رشد باکتری بر روی آنها کنترل و ارزیابی کرده و برای هر **lot** این ارزیابی انجام می شود

۵- محیط های کشت بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده که بر روی آن آمده است ساخته می شوند و تمامی شرایط نوشته شده روی آن اجرامی 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 شوند

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

۶- برای کنترل آلودگی از هر محیط سه یا پنج مورد به طور راندوم جدا و به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۷ درجه سانتی گراد انکوبه و سپس از نظر آلودگی ارزیابی می شوند و سه یا پنج مورد در دمای اتاق به مدت ۲۴ ساعت نگهداری و از نظر آلودگی ارزیابی شود.

**کنترل کیفی معرف ها ، تست ها و محیط های شناسایی و تشخیصی**

تمامی معرف ها ، تست ها و محیط های تشخیصی هر هفته دوبار با استفاده از کنترل های مثبت و منفی توسط پرسنل فنی بخش میکروبی شناسی ارزیابی می شود و نتایج آن در فرم مربوطه ثبت می گردد.

به عنوان مثال در باکتری های گرم مثبت تست های کاتالاز، کوآگولاز ، حساسیت به دیسک های تشخیصی و یا در باکتری های گرم منفی تست های MR ، VP ، سیترات ، اکسیداز ، اندول و ... تمامی تست هایی 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 .

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

۲- خرید و استفاده از سویه های استاندارد (ATCC) که نتایج آنها در مورد هر یک از این تست ها مشخص است .

۲- سویه های استاندارد ( ATCC ) استاف اورئوس ، سودموناس آئروژینوزا ، انتروکوک و اشرشیاکولی (موجود بوده و در مورد تست هایی که در این باکتری ها مثبت و منفی است از این باکتری ها به عنوان کنترل استفاده می شود . به عنوان مثال سودموناس اکسیداز مثبت و اشرشیا اکسیداز منفی است و به عنوان کنترل تست اکسیداز استفاده می شوند

۳- معرف ها، محیط ها و دیسک های تشخیصی ماهانه و با ورود هر Lot از نظر نگهداری تاریخ انقضا و ... توسط پرسنل فنی بخش میکروبی شناسی ارزیابی و نتایج آنها ثبت می شود

۴- محلول ها یی که در آزمایشگاه توسط پرسنل فنی این بخش ساخته می شوند از نظر شرایط نگهداری ، تاریخ نگهداری و نام تهیه کننده لیبل زده می شوند

**کنترل کیفی رنگ ها و روش رنگ آمیزی:**

ارزیابی محیط ها شامل نگهداری محیط ها به صورت پودر خشک و محیط های تهیه شده است که توسط پرسنل فنی بخش میکروبی شناسی انجام می گردد شامل موارد زیر است:

۱- محیط های به صورت پودر خشک باید در بسته ، در جای خشک و خنک در حرارت زیر ۲۵ درجه سانتیگراد ، دور از نور مستقیم خورشید و رطوبت، منابع حرارتی مانند اتوکلاو و فور نگهداری می شود



**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

۲- محیط های تهیه شده دور از حرارت و نور خورشید در یخچال و در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد نگهداری می 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- با سویه های استاندارد محیط های کشت را از نظر رشد باکتری بر روی آنها کنترل و ارزیابی کرده و برای هر lot این ارزیابی انجام می شود

۵- محیط های کشت بر اساس دستورالعمل کارخانه سازنده که بر روی آن آمده است ساخته می شوند و تمامی شرایط نوشته شده روی آن اجرامی 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 شوند

۶- برای کنترل آلودگی از هر محیط سه یا پنج مورد به طور راندوم جدا و به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۳۷ درجه سانتی گراد انکوبه و سپس از نظر آلودگی ارزیابی می شوند و سه یا پنج مورد در دمای اتاق به مدت ۲۴ ساعت نگهداری و از نظر آلودگی ارزیابی شود.

۱- کیت ها و معرف های مربوط به رنگ آمیزی هر هفته و با ورود یک Lot جدید از نظر تاریخ انقضاء ، شرایط نگهداری توسط پرسنل فنی بخش میکروب شناسی مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج ثبت می شود

۲- برای ارزیابی و کنترل کیفی رنگ آمیزی گرم هر هفته توسط این رنگ دو باکتری استاندارد یکی اشرشیاکولی ATCC25922 به عنوان باسیل گرم منفی و استاف اورئوس 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 رنگ بری ( الکل استن )
  - از نظر رنگ زمینه سافرانین
- توسط پرسنل فنی بخش میکروب شناسی ارزیابی می شود و نتایج آن ثبت می گردد

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

**کنترل کیفی نیمه مک فارلند:**

همان طور 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 مک فارلند ساخته شده می توان ماهانه مقداری از آن را در شرایط استریل برداشت و از نظر کدورت توسط اسپکتروفوتومتر ارزیابی کرد. میزان جذب نوری این محلول در طول موج ۶۲۵ نانومتر بایستی بین ۰,۰۸ تا ۰,۱۳ باشد.

**کنترل کیفی دیسک های آنتی بیوتیکی:**

دیسک های آنتی بیوتیکی هر هفته و با ورود هر **Lot** جدید توسط سویه های استاندارد طبق **SOP** حساسیت آنتی بیوتیکی توسط پرسنل فنی بخش میکروب شناسی کنترل و نتایج آن ثبت می شود

**کنترل کیفی تجهیزات:**

درجه حرارت انکوباتور، یخچال روزانه توسط پرسنل فنی بخش میکروب شناسی کنترل و ثبت می شود

**تعیین حجم لوپ :** تعیین حجم لوپ بصورت ماهانه و به محض تعویض لوپ بر اساس دستورالعمل انجام و منحنی مربوطه رسم گردد و سوابق نگهداری می شود .

**کنترل کیفی اتوکلاو:**

استفاده از نشانگر شیمیایی و چسب اتوکلاو

۱- استفاده از چسب اتوکلاو و نشانگر ( اندیکاتور ) شیمیایی در هر بار استفاده از اتوکلاو الزامی است

۲- معمولا از دو نشانگر شیمیایی استفاده می شود-

۳- نوار **Temperature, Steam, Time - TST** که بر سه عامل زمان ، بخار و دما نظارت می کند امکان

ثبت تاریخ سترون سازی ، تاریخ انقضا ، سری ساخت ، نام فرد سترون کننده و نام محیط کشت بر روی این برچسب

وجود دارد

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

**پیوست ۴ : کنترل کیفی در بخش بیوشیمی ادرار**

**شیوه انجام کار:**

**اندیکاتور بیولوژیک**

از نشانگر بیولوژیک بطور هفتگی برای کنترل اتوکلاو استفاده می شود .  
 باید از اندیکاتور بیولوژیک شامل ویال حاوی اسپور ژئوباسیلوس استئاروترموفیلوس استفاده و صحت دماسنج را کنترل نمود .  
 این ویال حاوی کپسول شیشه ای محتوی محیط کشت مایع و اندیکاتور **PH** و کاغذ آغشته به اسپور باسیلوس است .  
 پس از خروج ویال بیولوژیک از اتوکلاو ، منتظر بمانید تا خنک شود. سپس کناره های ویال پلاستیکی را فشار دهید تا کپسول شیشه ای داخل آن شکسته شود و محیط کشت با کاغذ آغشته به اسپور در تماس قرار گیرد. سپس ویال پلاستیکی را به مدت ۲ تا ۳ روز داخل انکوباتور ۵۶ درجه قرار دهید و هر روز رنگ آن را بررسی نمایید .  
 گر از بنفش به زرد تغییر رنگ دهد ، باکتری در آن رشد کرده و عدم صحت فرایند استریلیزاسیون را نشان می دهد. باید هنگام استفاده از این نشانگر فشار حدود 1/5 بار و دما در حد مطلوب باشد  
 برنامه کنترل کیفی در بخش آنالیز ادرار شامل :

۱- کنترل کیفی نوارهای ادراری

۲- دستگاه رفاکتومتر

۳- کالیبراسیون سانتریفیوژ

۴- محلول های مصرفی بخش آنالیز ادرار

کنترل کیفی نوارهای ادراری:

- ۱- پرسنل فنی بخش بیوشیمی ادرار برای اطمینان از کیفیت جواب دهی نوارهای ادراری و دستگاه رفاکتومتر ادرار مصنوعی با مقادیر گوناگون ، آنالیت های مورد سنجش تهیه می کند.
- ۲- پرسنل فنی بخش بیوشیمی ادرار ، نمونه ادرار با کنترل پایین، کنترل بالا و کنترل منفی به شرح زیر تهیه می کند یا در صورت وجود ادرار کنترل از ان استفاده می کنند

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

ترکیبات	کنترل پایین	کنترل بالا	کنترل منفی
کلروسدیم	۵ گرم	۱۰ گرم	۵ گرم
اوره	۵ گرم	۱۰ گرم	۵ گرم
کراتی نین	۰/۵ گرم	۰/۵ گرم	-
گلوکز	۳ گرم	۱۵ گرم	-
آلبومین مورد استفاده دربانک خون	CC۵	CC۳۵	-
خون کامل	۱۰۰ میکرولیتر	-	-
استون	-	CC۲	-
کلروفرم	CC۵	CC۵	-
آب مقطر	CC۱۰۰۰	CC۱۰۰۰	CC۱۰۰۰

پرسنل بخش بیوشیمی ادرار کنترلی را بعد از تهیه برچسب شامل تهیه کننده، تاریخ تهیه و تاریخ انقضازده در ظروف قهوه ای یا تیره در یخچال قرار می دهد کنترل ها به مدت ۶ ماه پایدار است. ۲-درج آنالیتیکال کنترل ها

کنترل	PH	پروتئین	گلوکز	کتون	خون	وزن مخصوص
کنترل پایین	۵	+۳	+۲	-	متوسط	۱۰۰۹
کنترل بالا	۶	+۴	+۳	اندک تا متوسط	-	۱۰۲۶
کنترل منفی	۵	-	-	-	-	۱۰۰۶

۱- پرسنل فنی بخش آنالیز ادرار در هفته سه بار با محلول های کنترلی نوارهای ادرار را کنترل کرده و در دفتر مربوطه ثبت می کند

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

- ۲- پرسنل فنی بخش آنالیز ادرار با تغییر Lot NO و هر بار استفاده از بسته جدید حتما نوارهای ادرار را کنترل می کند.
- ۳- اسیدسولفوسالسیک ۰.۶٪ ساخته شده توسط کنترل های پایین و بالای ادرار به عنوان کنترل مثبت و آب مقطر به عنوان کنترل منفی چک شده در دفتر مربوطه ثبت می شود.
- ۳- پرسنل فنی بخش آنالیز ادرار پارامترهای غیر طبیعی را توسط روش های تکمیلی کنترل می کند مانند پروتئین توسط اسید سولفوسالسیلیک ۰.۶٪
- ۴- پرسنل فنی بخش آنالیز ادرار رفرآکتومتر را هفته ای یکبار با نمونه های کنترل چک کرده و در دفتر ثبت می کند.
- ۵- پرسنل فنی بخش آنالیز ادرار نور و نظافت میکروسکوپ را روزانه کنترل می کند.
- ۶- کالیبراسیون و کنترل سانتیفریوژ بعد از هر بار تعمیر و نیز سالانه توسط شرکت پشتیبان سرویس ، دور و زمان سنج آن کنترل می شود.
- برنامه اجرایی تضمین کیفیت بخش ادرار
- ۱- پیگیری انجام کنترل کیفی تجهیزات بخش بیوشیمی
- ۲- آموزش دستورالعمل های بخش بیوشیمی ادرار به پرسنل جدیدا ورود و آموزش مستمر کلیه پرسنل
- ۳- توجه به منابع خطاهای رایج (عدم انطباق رایج) در سه مرحله قبل از آنالیز ادرار / حین آنالیز ادرار / پس از آنالیز ادرار
- ۴- موارد عدم انطباق و محصولات نامنطبق (خطاها) بعد از شناسایی در دفتر مربوطه توسط پرسنل بخش بیوشیمی ثبت می شود.

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** کلیه پرسنل آزمایشگاه، مسئول فنی آزمایشگاه

**امکانات :** تهیه کنترل ها، سانتریفیوژ ، یخچال، نوار ادرار، رفاکتومتر، آب مقطر، اسید سولفوسالسلیک ، میکروسکوپ، محلول ضد عفونی کننده سطوح و و سایل

**منابع و مراجع:** کتاب کنترل کیفیت در آزمایشگاه های پزشکی

**پیوست ۵: کنترل کیفی انگل شناسی**

**شیوه انجام کار:**

- ۱- پرسنل نمونه گیری مراحل جمع آوری نمونه به رو استاندارد را به مراجعین توضیح دهد.
- ۲- آزمایش کامل مدفوع و گزارش کامل از نظر قوام ، رنگ خون، غذاهای هضم نشده ، WBC، RBC، و... توسط پرسنل بخش انگل شناسی انجام م ی شود.
- ۳- ظاهر محلول های مصرفی مانند لوگل از لحاظ کدورت رنگ (آلودگی میکروبی و قارچی) توسط پرسنل بخش انگل شناسی انجام م ی شود.
- ۴- کنترل کیفی کیت OB هفته ای یکبار توسط پرسنل بخش انگل شناسی انجام م ی شود.
- ۵- رنگ محلول لوگل ها به صورت چای پررنگ بوده در صورت کمرنگ شدن توسط پرسنل بخش انگل شناسی انجام م ی شود.
- ۶- برای کنترل کیفیت محلول لوگل مدفوع حاوی گلبول سفید و عاری از انگل با استفاده از محلول لوگل توسط پرسنل بخش انگل شناسی رنگ آمیزی می شود اگر گلبول های سفید رنگ ید را جذب کرده باشند، تک یاخته ها نیز قادر به جذب محلول ید خواهند بود. در رنگ آمیزی باید سیتوپلاسم تک یاخته باید زرد طلایی و مواد نشاسته ای به رنگ قهوه ه ای و کروماتین هسته به رنگ قهوه ای روشن تا تیره مشاهده می شود.

**عنوان دستورالعمل :**  
**کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.12	۱۵	واحد آزمایشگاه	متصدی آزمایشگاه

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** کلیه پرسنل آزمایشگاه، مسئول فنی آزمایشگاه

**امکانات:** میکروسکوپ، محلول ضد عفونی کننده، کیت کنترل کیفی، نوار ادرار

**منابع و مراجع:** کتاب کنترل کیفیت در آزمایشگاه های پزشکی (گرد آورنده دکتر فرید رضی) - کتاب هنری دیویدسیون بخش بیوشیمی ادرار

تهیه کنندگان	دکتر فاطمه فرهنگ (مسئول فنی آزمایشگاه) ساره منتظری (مسئول بخش آزمایشگاه) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت)
تایید کننده	دکتر فاطمه فرهنگ (مسئول فنی آزمایشگاه) عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)

**عنوان دستورالعمل :**  
**گزارش آنی نتایج بحرانی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.13	۳	بخش های بالینی و پاراکلینیک	

**اهداف:**

ارتقاء ایمنی بیماران و انجام اقدامات درمانی به موقع در شرایط اضطراری برای بیماران

**تعاریف:**

**گزارش آنی:** اطلاع دادن سریع و بدون فوت وقت از طریق خط تلفن آزاد(هات لاین ) که شماره آن در واحد تشخیصی و پاراکلینیکی وجود دارد.

**خط تلفن بحران:** یک خط تلفن همواره آزاد (هات لاین ) و در دسترس که یک طرفه است و شماره آن در اختیار واحدهای تشخیصی و پاراکلینیکی قرار دارد و پرسنل بخش ها آن را پس از یک یا دو زنگ پاسخ می دهند.

**نتایج بحرانی:** نتایج تست های آزمایشگاهی یا رادیولوژی که در محدوده بحرانی قرار دارند و یا به عنوان تهدید کننده حیات بیمار معرفی شده اند و در لیست نتایج بحرانی به تایید رسیده اند.

**دستور شفاهی:** دستوری که پزشک در مواقع بحرانی به صورت شفاهی یا تلفنی می دهد و در اسرع وقت به صورت کتبی آن را ثبت می نماید.

**شیوه انجام کار:**

۱- مقادیر نتایج بحرانی تستهای آزمایشگاهی توسط مسئول فنی آزمایشگاه تهیه و به تایید مسئول فنی بیمارستان رسیده و به تمام کارکنان آزمایشگاه و بخش های درمانی و پزشکان ابلاغ گردد.

2-حالت های اورژانس رادیولوژی توسط مسئول فنی بیمارستان و مسئول فنی واحد رادیولوژی مشخص و تایید گردد و به واحد رادیولوژی و بخش های درمانی ابلاغ گردد.

**شرح اقدامات در واحد آزمایشگاه:**

۱. مسئول فنی آزمایشگاه نتایجی که در محدوده بحران قرار دارد مشخص و به پرسنل آزمایشگاه اعلام نماید.
۲. پرسنل آزمایشگاه نتایج بحرانی را سریعاً از طریق هات لاین به بخش مربوطه اطلاع دهد.



**عنوان دستورالعمل :**  
**گزارش آبی نتایج بحرانی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.13	۳	بخش های بالینی و پاراکلینیک	

۳. همزمان آزمایشگاه از نمونه اول موجود، آزمایش مربوطه را تکرار می کند.
۴. در صورتی که مقادیر بحرانی با وضعیت بالینی، سابقه بیمار تطابق نداشته باشد درخواست ارسال نمونه مجدد نموده، در غیر اینصورت جواب اولیه در سیستم ثبت می گردد.
۵. در صورت ارسال نمونه مجدد از طرف بخش مربوطه، جواب نمونه دوم در سیستم ثبت می گردد و همزمان نتیجه تلفنی نیز اطلاع رسانی می گردد.
۶. پرسنل آزمایشگاه نتایج بحرانی اعلام شده، تاریخ و ساعت اطلاع، نام و نام خانوادگی فرد گیرنده اطلاعات و نام خود را در دفتر مربوطه ثبت نماید.

**شرح اقدامات در واحد رادیولوژی:**

- 1- پزشک / پرسنل واحد رادیولوژی در صورت مشاهده موارد بحرانی در سی تی اسکن، سونوگرافی، ام آر آی و یا عکس ساده، فوراً در حضور پرستار بیمار به پزشک معالج اطلاع دهد.
- 2- پزشک معالج در صورت نیاز دستورات لازم را به صورت تلفنی ارایه دهد.
- ۳- فرد تماس گیرنده دستور پزشک را با صدای بلند برای پزشک باز گو کند به طوری که پرستار آن را بشنود.
- 4- دستورات مربوط به انجام گرافی های دیگر بلافاصله انجام شود.
- 5- دستورات دیگر توسط پرستار پیگیری شود.
- 6- پرسنل رادیولوژی موارد را در دفتر مربوطه ثبت نماید.
- 7- پزشک در اسرع وقت ( کمتر از 24 ساعت) دستور خود را در پرونده بیمار ثبت نماید.

**شرح اقدامات در بخش های بستری:**

۱. پرستار با شنیدن اولین / دومین صدای هات لاین آن را پاسخ دهد.
۱. پرستار نتایج بحرانی اعلام شده از طرف بخشهای پاراکلینیک را با صدای بلند تکرار نموده تا پرستار دوم بشنود ( Read Back ) (وهمزمان آن را یادداشت نماید).

**عنوان دستورالعمل :**  
**گزارش آنی نتایج بحرانی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.13	۳	بخش های بالینی و پاراکلینیک	

۲. پرستار نتایج بحرانی را فوراً به پزشک بیمار اطلاع دهد و دستورات پزشک معالج را ثبت و اجرا نماید .
۳. پرستار وقایع را در گزارش خود با ذکر دقیق ساعت و دقیقه و نام اشخاص ، ثبت نماید.
۴. پزشک در اسرع وقت (کمتر از 24 ساعت) دستور خود را در پرونده بیمار ثبت نماید

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** کلیه پرسنل کلینیکی و پاراکلینیکی و پزشکان

**امکانات:** تلفن، خط تلفن اعلام نتایج بحرانی، دفتر مقادیر بحرانی

**منابع و مراجع:** بر اساس تجربه بیمارستان و اعتباربخشی نسل چهارم

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) کبری جابری (مترون و نماینده پرستاری) الهه امینی (مسئول بخش رادیولوژی) ساره منتظری (مسئول بخش آزمایشگاه) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
دکتر فاطمه فرهنگ (مسئول فنی آزمایشگاه) دکتر شیر محمدی (مسئول فنی رادیولوژی) عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### نحوه ی انجام آزمایشات بانک خون

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.14	۶	واحد آزمایشگاه	متصدی باک خون

## اهداف:

هدف: کاهش خطاهای فردی، مدیریت کیفیت آزمایشگاه

## شیوه انجام کار:

نحوه انجام آزمایشات بانک خون به شرح زیر می باشد:

۱- انجام آزمایش های سازگاری از جمله cross match و anti body screeing خون و فراورده های خونی ( پیوست ۱)

۲- انجام آزمایش های تعیین گروه گلبول قرمز ABO و سرم به روش لوله ای، و آزمایش RH(D) به روش لوله ای

(پیوست 2)

۳- انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره، و انجام آزمایش های آنتی گلوبین مستقیم (پیوست 3)

۴- تهیه سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول های قرمز حساس

(پیوست 4)

**پیوست 1: انجام آزمایش های سازگاری از جمله anti body screeing و cross match خون و فراورده های خونی**

## تعاریف:

آزمایش کراس مچ کامل با مجاورت سرم /پلاسمای بیمار و گلبول قرمز اهداکننده خون به منظور تأیید سازگاری ABO

کیسه خون با گروه ABO بیمار و تشخیص وجود هرگونه آلوآنتی بادی غیرمنتظره مهم از نظر بالینی انجام میگردد.

وجود آگلوتیناسیون یا همولیز نشان دهنده نتیجه آزمایش مثبت یا عدم سازگاری (Incompatible) می باشد

وجود سوسپانسیون گلبولی یکنواخت با گلبول های قرمز خون آزاد پس از سانتریفوژ و سوسپانسیون مجدد توده گلبولی نشان دهنده

آزمایش منفی یا کراس مچ کامل سازگار (Compatible) می باشد.

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه ی انجام آزمایشات بانک خون**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.14	۶	واحد آزمایشگاه	متصدی باک خون

۱- پرسنل بانک خون لوله هائی را که با نمونه خون هر یک از اهداکنندگان و سرم بیمار آزمایش می شوند، نشانه گذاری کنید.

2- سپس به هر یک از لوله ها 2 قطره سرم یا پلاسمای بیمار اضافه نمایید.

3- به هر یک از لوله های مربوطه 1 قطره سوسپانسیون گلبول قرمز خون (۲ تا ۵) درصد اهداکننده اضافه کنید.

4- محتوای لوله ها را مخلوط نمایید. سپس در سانتریفیوژ سرولوژیک کالیبره شده مطابق زمان مشخص، سانتریفیوژ نمایید.

5- توده گلبولی لوله ها را جهت مشاهده همولیز و درجه بندی آگلوتیناسیون مشاهده و ارزیابی نمایید.

6- نتایج آزمایش را خوانده، تفسیر و بلافاصله ثبت نمایید.

7- دو قطره آلبومین 22 درصد یا محلول LISS به لوله فوق اضافه نمایید.

۸- لوله حاوی آلبومین 22 درصد را به مدت 30-۱۵ دقیقه لوله حاوی LISS را به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد انکوبه نمایید. مطابق دستورالعمل سازنده عمل نمایید.

۹- لوله را پس از مدت معین سانتریفیوژ کنید معمولاً زمان 30-۱۵ ثانیه با دور (1000g\*۹۰۰) می باشد.

10- لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده نمایید.

11- نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.

12- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.

۱۳- سپس لوله را سه تا چهار بار با سالین ۰,۹ درصد شستشو 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 سانتریفیوژ نمایید.

۱۶- لوله را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه ی انجام آزمایشات بانک خون**

عامل انجام کار	دامنه کاربرد	تعداد صفحات	کد
متصدی باک خون	واحد آزمایشگاه	۶	HE.IN.14

مشاهده کنید . ابتدا ماکروسکوپی برر سی کرده ، در موارد مشکوک میکروسکوپی توصیه میگردد.

17- نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کنید.

18- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید

19- در صورت عدم وجود هرگونه واکنش ، کراس میج منفی و نمونه خون اهداکننده با خون بیمار سازگار (Compatible) گزارش کنید.

۲۰- در صورت مشاهده هرگونه آگلوتیناسیون ، نمونه با خون بیمار سازگار نبوده (Incompatible) گزارش کنید.

۲۱- به لوله منفی یک قطره گلبول قرمز خون حساس شده IgG Control Cells اضافه کنید . پس از سانتریفوژ کردن

مشاهده آگلوتیناسیون، آزمایش را تأیید میکند در صورت عدم مشاهده واکنش ، باید آزمایش مجدداً تکرار کنید.

22- خون های کراس میج شده را لیبل مخصوص زده و همراه برگ های پر شده در یخچال نگهداری کنید.

۲-انجام آزمایش های تعیین گروه گلبول قرمز ABO و سرم به روش لوله ای، و آزمایش RH(D) به روش لوله ای

**(پیوست 2)**

به یک نسبت مساوی گلبول قرمز و آنتی سرم(سرم یا پلاسما ) در لوله آزمایش انجام شود

نتایج	Back Type			Cell Type				گروه Rh	گروه خون
	A Cell	B Cell	O Cell	Anti D	Anti AB	Anti B	Anti A		
				سوسپانسیون تا 4% RBC مشخص			آنتی سرم مشخص		
	-	+	-	سرم یا	+	-	+		A
	+	-	-	پلاسمای	+	+	-		B
	-	-	-	فرد	-	+	+		AB
	+	+	-	اهدا کننده	+	-	-		O

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه ی انجام آزمایشات بانک خون**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.14	۶	واحد آزمایشگاه	متصدی باک خون

۱- پرسنل مسئول تعیین گروه خون می بایست گروه خون بیماران را به روش سل تایپ و بک تایپ انجام دهد و در صورت تطابق دو روش روی لیست یادداشت نماید.

۲- پرسنل مسئول تعیین گروه خون در روش سل تایپ می بایست چند قطره خون بیمار را در لوله های جدا گانه ای که نشاندار شده اند بریزد و در لوله ها آنتی بادی های ضد گروه خونی و ارهانش را با خون بیمار مجاور کند.

۳- سپس لوله ها را سانترفیوژ نماید و با مشاهده آگلوتیناسیون تفسیر نماید.

۴- پرسنل مسئول تعیین گروه خون در روش بک تایپ می بایست به طور جداگانه از گروه خون های A, B, O سوسپانسیون تهیه کند.

۵- سپس سرم بیمار را با سوسپانسیون ها در لوله های جداگانه مجاور کند و پس از سانترفیوژ و مشاهده آن تفسیر کند.

۶- سپس گروه خون را در لیست یادداشت کند.

۷- منشی می بایست گروه خون ها را در سیستم HIS ثبت کند.

**۳- انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره، و انجام آزمایش های آنتی گلوبین مستقیم (پیوست 3)**

**پرسنل بانک خون می بایست مراحل زیر را به ترتیب انجام دهد:**

1. یک چک لیست از بیمارانی که این آزمایش را دارند تهیه کند و سرم بیماران را به ترتیب قرار دهد.

۲. سرم بیمار را با سوسپانسیون 2 تا 5 در صد گلبولهای O+2 قرمز از چند فرد مختلف تهیه شده در آزمایشگاه مجاور کند و پس از افزودن یک قطره البومین در بن ماری 37 درجه به مدت 20 تا 30 دقیقه نگهداری کند.

3. لوله ها را پس از مدت معین بیرون آورده و با دور 3000 در قیقه سانترفیوژ کند و برای واکنش آگلوتیناسیون و همولیز بررسی کند.

۴. در صورت واکنش منفی 3 تا 4 بار با سرم فیزیولوژی شستشو داده و در مرحله آخر خوب خشک کند.

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه ی انجام آزمایشات بانک خون**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.14	۶	واحد آزمایشگاه	متصدی باک خون

5. به توده گلبول قرمز ته لوله یک یا دو قطره آنتی هیومن اضافه کند و لوله ها را سانترفیوژ و مشاهده کند.

6. در صورت واکنش منفی یک قطره گلبول حساس شده به لوله اضافه کند و مشاهده نماید.

7. جواب تست ها را در چک لیست وارد کند و به منشی بخش تحویل دهد.

8. منشی جواب ها را در سیستم HIS وارد کند.

**۴-تهیه سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول های قرمز حساس (پیوست 4)**

1. مسئول بانک خون می بایست مراحل زیر را به ترتیب انجام دهد.

۲. آنتی D پلی کلونال را با آنتی ژن 2ME به مدت 20 دقیقه در دمای 37 درجه مجاور کند تا پلی های IgM شکسته و تبدیل به IgG گردد.

3. سپس 9 لوله شماره زند و 200 لاندا نرمال سیلین درون آنها بریزد.

۴، 200 لاندا از آنتی D را به لوله اول اضافه کند و پس از مخلوط کردن 200 لاندا به لوله های بعدی پاساز دهد و 200 لاندا از آنتی آخر را دور بریزد.

5. سپس چند خون O+ را مخلوط کرده و یک سوسپانسیون 3% تهیه کند و به درون هر کدام از لوله ها 100 لاندا اضافه کند .

6. لوله ها را سانترفیوژ و آگلوتیناسیون را مشاهده نماید .لوله های آگلوتیناسیون داده را دور بریزد و بقیه لول ها را در 37 درجه به مدت 20 دقیقه نگهدارد.

7. لوله ها را سانترفیوژ کند و لوله هایی را که آگلوتیناسیون نداده اند را جدا کرده و 3 بار شستشو دهد و طی هر شستشو برای مشاهده آگلوتیناسیون مشاهده کند.

**عنوان دستورالعمل :**  
**نحوه ی انجام آزمایشات بانک خون**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.14	۶	واحد آزمایشگاه	متصدی باک خون

8. در مرحله آخر اولین لوله ای را که اگلوتیناسیون مشاهده نشده را خوب خشک کند.

9. لوله آخر که حاوی سلول حساس شده می باشد را برای کنترل آنتی هیومن گلوبولین استفاده کند. یعنی آنتی هیومن به آن اضافه کند و پس از سانترفیوژ برای مشاهده اگلوتیناسیون بررسی کند.

۱۰- بقیه لوله ها بعدی را نیز خشک کند و برای شیفت بعد نگه دارد

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** پرسنل فنی آزمایشگاه، منشی آزمایشگاه

**امکانات:** لوله، لام، سانترفیوژ، آنتی بادی های گروه خون و ارهاس، آنتی هیومن گلوبو لین، بن ماری، میکروسکوپ، لام، لامل،

یخچال، البومین، نرمال سالین

منابع: کتاب بانک خون دکتر گل افشان

فاطمه نوری (مسئول بانک خون) ساره منتظری (مسئول آزمایشگاه) دکتر فاطمه فرهنگ (مسئول فنی آزمایشگاه)	تهیه کنندگان
دکتر فاطمه فرهنگ (مسئول فنی آزمایشگاه) عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده



## عنوان دستورالعمل :

### نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.15	۶	بخش های درمانی و پاراکلینیک، واحد ایمنی و دفتر پرستاری	

#### اهداف:

ارتقاء ایمنی بیمار

#### تعاریف:

**تست های پاراکلینیکی معوقه:** جواب اقدامات تشخیصی که در زمان ترخیص بیماران بستری یا خروج بیماران سرپایی از واحدهای پاراکلینیکی آماده نیست و بعدا به بیمار تحویل داده می شود. این تست ها به طور معمول شامل جواب کشت ها، سی تی اسکن پاتولوژی ها MRI و... می باشد .

#### شیوه انجام کار:

#### الف: بیماران بستری

1. پرستار نتایج معوقه آزمایش ، پاتولوژی و گرافی های بیمار در حال ترخیص را مشخص نماید.
2. پرستار مسئول بیمار نتایج معوقه را در گزارش پرستاری وفرم آموزش زمان ترخیص ثبت نماید.
3. پرستار تاریخ و نحوه دریافت جواب تست های معوقه را برای بیمار /همراه بیمار توضیح دهد.
4. پرستار/منشی بخش برای آگاه نمودن پرسنل بایگانی، جهت پیگیری و ضمیمه کردن نتایج تست های معوقه ، در یک برگه نوع تست رامشخص و در ابتدای پرونده بیمار ضمیمه نماید.
5. پرستار/منشی بخش، جواب تست های معوقه را به همراه مشخصات بیمار " نام – نام خانوادگی -تاریخ تولد -شماره پرونده -نوع آزمایش یا گرافی -آدرس و شماره تلفن بیمار" در دفتر مخصوص آزمایشات معوقه ثبت کند.
6. پرستار/منشی بخش، نتایج معوقه را از واحد های پاراکلینیک تحویل بگیرد.
7. منشی بخش نتیجه تستها را به سرپرستار بخش تحویل دهد تا با مشورت با پزشک نتایج بحرانی مشخص گردد.

### عنوان دستورالعمل :

### نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.15	۶	بخش های درمانی و پاراکلینیک، واحد ایمنی و دفتر پرستاری	

8. در صورت بحرانی بودن نتایج، منشی بخش با شماره تلفن های بیمار تماس بگیرد و آماده بودن نتایج تستها را به ایشان اطلاع دهد.

9. در صورت عدم پاسخ دهی بیمار به تماس گرفته شده، مجدداً با بیمار تماس گرفته شود.

10. سرپرستار و منشی بخش مسئول اطلاع رسانی به بیمار می باشد.

11. در صورت عدم پاسخ دهی تلفن بیمار پس از بار دوم، موضوع به مدیر خدمات پرستاری اطلاع داده شود.

12. نتایج بحرانی تستهای معوقه توسط سرپرستار به اطلاع پزشک معالج بیمار رسانده شود.

13. در صورت پرخطر بودن جواب تست معوقه برای بیمار، سوپروایزر با واحد بهداشت خانواده در مرکز بهداشت تماس بگیرد و موضوع را اطلاع دهد، تا از طریق بهورز محل زندگی بیمار آماده بودن نتایج تستها به ایشان اطلاع داده شود و اهمیت دریافت جواب تستها را یادآوری نماید.

14. در مورد نتایج تستهایی که نرمال است اگر شماره تلفن بیمار پاسخ نداد نیاز به پیگیری بیشتر نمی باشد.

15. منشی بخش نتایج تستهای معوقه، اقدامات انجام شده و نتیجه نهایی را با ذکر تاریخ و ساعت در دفتر مربوطه ثبت نماید.

16. منشی بخش پرینت نتایج تست های معوقه را تحویل واحد بایگانی می دهد.

17. پرسنل بایگانی پرینت نتایج تست های معوقه را ضمیمه پرونده بیمار می کند.

### بیماران سرپایی مراجعه کننده به واحدهای پاراکلینیک:

بیماران سرپایی که به رادیولوژی، آزمایشگاه، اندوسکوپی و... در بیمارستان مراجعه می کنند ممکن است جواب تست بعداً آماده شود شرح اقدامات شامل موارد زیر است:

1. در واحد پذیرش بیمار، یک شماره تلفن قابل دسترس و آدرس دقیق محل زندگی از بیمار / همراه بیمار دریافت و در فرم پذیرش ثبت گردد.

## عنوان دستورالعمل :

### نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.15	۶	بخش های درمانی و پاراکلینیک، واحد ایمنی و دفتر پرستاری	

2. در واحد آزمایشگاه متصدی پذیرش ظروف حاوی نمونه، را از بیمار/همراه بیمار تحویل گرفته و برگه پیگیری جواب که بر روی آن تاریخ جواب دهی و مشخصات بیمار با سه شناسه، درج شده است به بیمار تحویل دهد.

3. در واحد رادیولوژی نتایج کتبی سی تی اسکن با تاخیر آماده می شود، در زمان پذیرش شماره تلفن و آدرس دقیق محل زندگی بیمار در فرم پذیرش ثبت گردد و پس از انجام تست برگه حاوی مشخصات بیمار و تاریخ جواب دهی به بیمار /همراه بیمار تحویل داده شود.

4. در صورت بحرانی بودن نتیجه تست آزمایشگاهی یا رادیولوژی، به محض رویت نتیجه تست توسط مسئول فنی واحد/کاربر مربوطه، با بیمار تماس گرفته شود ، نتایج نرمال نیاز به تماس فوری ندارند.

5. برای اطلاع به بیمار در رابطه با نتایج بحرانی توسط مسئول واحد با شماره تلفن های ثبت شده در فرم پذیرش تماس گرفته شود.

6. در صورت عدم پاسخ دهی بیمار ، 24 ساعت بعد نیز تماس تکرار شود.

7. در صورت عدم پاسخ دهی تلفن بیمار پس از بار دوم، موضوع به مدیر خدمات پرستاری اطلاع داده شود.

8. نتایج بحرانی تستهای معوقه توسط سرپرستار به اطلاع پزشک معالج بیمار رسانده شود.

9. در صورت پرخطر بودن جواب تست معوقه برای بیمار، سوپروایزر با واحد بهداشت خانواده در مرکز بهداشت تماس بگیرد و موضوع را اطلاع دهد، تا از طریق بهورز محل زندگی بیمار آماده بودن نتایج تستها به ایشان اطلاع داده شود و اهمیت دریافت جواب تست ها را یادآوری نماید.

10. متصدی پذیرش با هماهنگی مسئول واحد پاراکلینیک، نتایج تستهای معوقه، اقدامات انجام شده و نتیجه نهایی را با ذکر تاریخ و ساعت در دفتر مربوطه ثبت نماید.

11. پیگیری اجرای صحیح دستورالعمل به صورت مداوم بر عهده مدیر بیمارستان است.

12. آموزش، پایش و ارزیابی اجرای دستورالعمل حداقل هر شش ماه یکبار برعهده تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان می باشد.

### عنوان دستورالعمل :

### نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.15	۶	بخش های درمانی و پاراکلینیک، واحد ایمنی و دفتر پرستاری	

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

**کارکنان:** مدیر خدمات پرستاری، مسئول ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، سرپرستار، پرستار، کارشناس آزمایشگاه

، منشی، کارشناس رادیولوژی

**امکانات:** دفتر برای ثبت موارد، تلفن

**منابع و مراجع:** براساس تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان	الهه امینی (مسئول بخش رادیولوژی) ساره منتظری (مسئول بخش آزمایشگاه) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)
تایید کننده	عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)

## عنوان دستورالعمل :

روش های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران براساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی (Bad news)

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.16	۳	کلیه کارکنان بیمارستان	

## اهداف:

کمک به پذیرش اتفاق ناگوار توسط بیمار، خانواده و نزدیکان و کاهش تنش در ایشان  
بالا بردن آگاهی بیمار و خانواده در زمینه بیماری و کمک به گرفتن تصمیم مناسب توسط ایشان  
کمک به خانواده ها در تصمیم گیری برای اهدای عضو در بیماران مرگ مغزی

## تعاریف:

**خبر بد:** اطلاعاتی در زمینه وضعیت بیماری یا شخص بیمار که برای بیمار و خانواده ناگوار است یا حاوی تغییر مهم و ناخواسته در زندگی بیمار می باشد به طوری که زندگی آینده وی را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد و از جمله حقوق بیمار مطلع شدن از آن است. خبرهای بد شامل: خبر فوت بیمار به خانواده وی، خبر مرگ مغزی بیمار به خانواده وی، خبر قطع عضو به بیمار و خانواده وی، خبر بیماری صعب العلاج به بیمار و خانواده وی می باشد.

**فرد مطلع:** پزشک معالج یا جانشین وی که در رابطه با وضعیت بیمار و بیماری اطلاعات صحیح کامل دارد.

**محیط خصوصی:** محلی امن و آرام در بخش که دارای صندلی های مناسب برای نشستن بوده و فقط بیمار/ همراه وی و فرد مطلع در آن حضور دارند و صحبت های آنها از بیرون شنیده نمی شود بیمار و خانواده وی در آن به راحتی میتوانند ابراز احساسات نمایند و در صورت نیاز در مواقعی چون faint کردن بیمار/ همراهیان حداقل امکانات مراقبتی وجود داشته باشد. که این اتاق می تواند در شیفت صبح اتاق مسئول بخش و در شیفت عصر یا شب یکی از اتاق های خالی بخش باشد

## شیوه انجام کار:

### الف) دادن خبر فوت یا مرگ مغزی بیمار به خانواده / همراه بیمار

1. پزشک معالج یا جانشین وی بایستی فوت بیمار را تایید کند و اطلاعات پرونده را تکمیل نماید.
2. پرستار بیمار بایستی پرونده را چک و تایید فوت بیمار را از پزشک دریافت نماید.
3. پرستار بیمار بایستی مسئول شیفت را در جریان قرار دهد.
4. مسئول شیفت بایستی به خانواده بیمار اطلاع دهد تا برای دادن خبر به ایشان به بخش مراجعه نمایند.

### عنوان دستورالعمل :

روش های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران براساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی (Bad news)

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.16	۳	کلیه کارکنان بیمارستان	

5. مسئول شیفت بایستی به انتظامات در خصوص لزوم مراجعه خانواده بیمار به بخش اطلاع دهد.
6. مسئول شیفت بایستی صحت ادعای مراجعه کننده به عنوان افراد با نسبت درجه یک بیمار را چک و تایید کند.
7. مسئول شیفت بایستی اعضای خانواده بیمار را به محیط خصوصی بخش (طبق تعریف) راهنمایی کند که در بخش های مختلف متفاوت می باشد.
8. مسئول شیفت آماده بودن خانواده بیمار را به پزشک معالج یا جانشین وی اطلاع دهد.
9. در صورت نیاز از روانشناس یا مددکار اجتماعی جهت اطلاع رسانی خبر ناگوار کمک گرفته شود.
10. پزشک معالج بایستی نزد خانواده بیمار رود و پس از نشستن در کنار آنها وضعیت بیمار و اقدامات انجام شده را شرح دهد و خبر فوت بیمار را اعلام نماید.
11. در صورت داشتن سوال پزشک معالج پاسخگوی خانواده بیمار باشد.
12. مسئول شیفت و پزشک به خانواده بیمار اجازه دهند تا احساسات خود را در محیط خصوصی ابراز نمایند.
13. در صورت وجود مشکلاتی از قبیل مشکلات مالی، مسئول شیفت به مددکار اجتماعی بیمارستان اطلاع دهد.
14. مددکار اجتماعی بایستی طبق مقررات در حل مشکلات خانواده بیمار به آنها کمک کند.
15. در صورت امکان مسئول شیفت اجازه ملاقات اعضای خانواده با جسد متوفی را قبل از انتقال به سردخانه صادر کند.
16. پس از انتقال جسد به سردخانه مسئول شیفت بایستی اعضای خانواده را جهت انجام امور تسویه حساب راهنمایی نماید.

### ب) مطلع کردن بیمار یا اعضای خانواده وی در رابطه با بیماری صعب العلاج یا قطع عضو:

۱. پزشک بایستی وضعیت بیمار را در پرونده ثبت نماید و از پرستار بخواهد تا اعضای خانواده بیمار را فراخواند.
2. مسئول شیفت دونفر از نزدیکترین افراد خانواده بیمار و در صورت نیاز ولی قانونی بیمار را فرامی خواند.
۲. مسئول شیفت بایستی با انتظامات بیمارستان در رابطه با لزوم حضور اعضای خانواده بیمار در بخش هماهنگ نماید.
۳. پس از مراجعه اعضای خانواده اتاق بیمار توسط انتظامات بیمارستان و با هماهنگی مسئول شیفت از افراد غیر خالی می

### عنوان دستورالعمل :

روش های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران براساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی (Bad news)

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.16	۳	کلیه کارکنان بیمارستان	

گردد و یا در صورت امکان بیمار بایستی به اتاق تک نفره منتقل گردد.

۴. پرستار شیفت مهیا شدن اعضای خانواده بیمار و اتاق وی را به پزشک معالج اطلاع دهد.

۵. پزشک معالج بایستی بر بالین بیمار حاضر گردد.

۶. پزشک معالج بایستی وضعیت بیماری، پیش آگهی، اقدامات انجام شده و اقدامات موردنیاز را با توجه به میزان درک و آگاهی بیمار و خانواده برای آنها شرح دهد و گزینه های ممکن برای ادامه روند درمان را برای آنها بیان کند.

۷. به بیمار و خانواده وی اجازه ابراز احساسات داده شود.

۸. به بیمار و خانواده وی فرصت انتخاب روش های ادامه درمان داده شود.

۹. در صورت نیاز به مشاوره روانشناسی بایستی درخواست انجام مشاوره توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

۱۰. روانشناس بیمارستان بر بالین بیمار حاضر می شود و در پذیرش مشکل به آنها کمک می کند.

۱۱. پزشک معالج بایستی سوالات بعدی بیمار و خانوادگی وی را پاسخ دهد.

۱۲. پرستار مسئول شیفت بایستی در صورت لزوم مراکز حمایت کننده از بیمار و خانواده را به آنها معرفی کند.

۱۳. پرستار مسئول شیفت باید مددکار اجتماعی بیمارستان را برای حمایت از بیمار و خانواده مطلع کند.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

امکانات : تسهیلات لازم جهت دادن خبر

کارکنان مرتبط : پزشک، پرستار، مشاور روانشناس بیمارستان، مددکار

مرضیه رضاعلی (روانشناس بالینی) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی) فاطمه نوری (دبیر کمیته اخلاق بالینی) سپیده دادخواه (مددکار بیمارستان)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان دستورالعمل :

### انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) در مشاغل حساس

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.17	۲	کلیه واحدهای بیمارستان	

#### اهداف:

رویکرد ایجاد بسترهای لازم برای استمرار و تثبیت مشاغل موجود و مورد نیاز بیمارستان بویژه در مشاغل حساس با استفاده از ظرفیت های موجود در راستای اعتباربخشی واحد منابع انسانی

#### شیوه انجام کار:

1. کلیه مسئولین بخش ها و واحدها موظفند جایگزین خود در زمان مرخصی، تعطیلات و عدم حضورهای کوتاه و طولانی مدت را به مسئول بالاتر معرفی نمایند تا در صورت عدم حضور ایشان با فرد جایگزین پیگیریهای لازم بعمل آید. بدین منظور بایستی افراد شایسته و با استعداد واحد خود را شناسایی و نسبت به تربیت جانشین یا جانشین های مناسب اقدام نمایند به گونه ای که در صورت نیاز به تغییر بلافاصله، بخش / واحد مربوطه بدون مدیر شایسته نباشد.
2. فرد جایگزین مسئول بایستی آگاهی لازم از امور بخش / واحد، مشکلات موجود و مراحل پیگیری آن را داشته باشد.
3. دانش و تجربه مسئول بایستی به مرور زمان در اختیار فرد جایگزین قرار گیرد.
4. تقویت علمی و تجربی افراد جدیدالورود و پاسخگویی به نیاز کارکنان به آموختن مطالب جدید از راهبردهای این مرکز می باشد از اینرو کلیه مسئولین بیمارستان موظفند افراد خبره واحد خود را به منظور آموزش نیروهای جدیدالورود معرفی نمایند.
5. رعایت ضوابط ذکر شده در کتاب طبقه بندی مشاغل در انتخاب افراد خبره و همینطور جایگزین مسئول الزامی است.
6. مسئول بخش موظف است انگیزه های آموختن و کسب تجربه در افراد جدید را تقویت نماید و شرایط لازم برای انتقال تجربیات به افراد جدید را با همکاری سوپروایزور آموزشی فراهم آورد. در این راه بخشی از زمان باید به مباحثات علمی و تجربی در میان کارکنان و برگزاری دوره های آموزشی درون بخشی و بیمارستانی اختصاص داده شود.
7. مدت زمان انتقال دانش و تجربه به افراد جدیدالورود حدود یک ماه برای حداکثر حجم مطالب، مطلوب است و سایر اطلاعات بایستی به مرور زمان به فرد جدید منتقل شود.



**عنوان دستورالعمل :****انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) در مشاغل حساس**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد	عامل انجام کار
HE.IN.17	۲	کلیه واحدهای بیمارستان	

8. چیدمان نیرو در شیفتهای مختلف باید به گونه ای باشد که افراد کم تجربه در کنار افراد مجرب در شیفت حضور یابند.

9. نیروهای جدیدالورود بایستی در پی افزایش دانش خود باشند و راه حل سوالات خود را از افراد باتجربه جویا شوند.

10. رعایت احترام متقابل بین افراد جدید و با تجربه در سرلوحه امور قرار گیرد.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

**کارکنان:** پرسنل خبره، پرسنل واحد کارگزینی و دفتر پرستاری

**امکانات:** امکانات و تجهیزات آموزشی

**منابع و مراجع:** بر اساس تجربه بیمارستان

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) سید رضا خاکزاری (مسئول منابع انسانی) فخری اطاعتی (سوپروایزر آموزشی) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان روش اجرایی :

### نظارت بر روند تعاملی بخش های بالینی با سایر بخش ها

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0001	۲	کلیه واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

#### اهداف:

ایجاد تعامل بیشتر بین بخشهای بالینی جهت ارتقاء ایمنی بیمار و پیشگیری از خطاها و انجام خدمات درمانی در شرایط ایمن، ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

#### تعاریف:

ارتباط لازمه پیشبرد اهداف سیستمی است و داشتن ارتباط صحیح در چارچوب قانون و ضوابط موجود سبب ارتقاء و پیشرفت امورات و رفع موانع خواهد شد.

#### شیوه انجام کار:

۱. مدیر خدمات پرستاری روزانه گزارش 24 ساعته دفتر پرستاری را بررسی و موارد عدم انطباق بین بخشهای بالین و یا با پاراکلینک، خدمات پشتیبانی و ... را شناسایی می نماید.
۲. سرپرستار بخش بالین موارد عدم انطباق تعامل بین بخشی را روزانه به دفتر پرستاری گزارش می نماید.
۳. مدیر خدمات پرستاری نسبت به تحلیل اولیه چالش های بین بخشی اقدام می نماید.
۴. مدیر خدمات پرستاری بعد از تحلیل موارد عدم انطباق در تعامل بین بخشی اقدام به تشکیل جلسات تفاهمی و هم اندیشی برای یافتن راههای برون رفت در چالش های بین بخشی می نماید.
۵. مدیر خدمات پرستاری پس از برگزاری جلسه با سر پرستاران و مسئولین واحدها با بحث و گفتگو چالش های بین بخشی را مرتفع و اقدامات اصلاحی را مصوب می نماید.
۶. مدیر خدمات پرستاری چالشهای بین بخشی که در جلسات تفاهمی و هم اندیشی اولیه به توافق نرسیده و یا نیازمند تامین منابع است در جلسات تیم مدیریت و رهبری مطرح می نماید.
۷. تیم مدیریت و رهبری با محوریت ریاست بیمارستان برای رفع موارد عدم انطباق و تامین منابع اقدامات لازم را انجام می دهد.
۸. مدیر خدمات پرستاری راهکارهای لازم را پس از تصویب جهت اجرا به بخش ها اعلام می نماید و مجدداً توسط سوپروایزران پایش می گردد.

## عنوان روش اجرایی :

### نظارت بر روند تعاملی بخش های بالینی با سایر بخش ها

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0001	۲	کلیه واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

۹. مدیر خدمات پرستاری بر روند اعزام نظارت دارد و موارد عدم انطباق را جهت رفع نواقص بررسی و اقدام مداخله ای را انجام می دهد

۱۰. سوپروایزران کشیک در راستای بهینه شدن روابط بین بخشی در راستای دستیابی به اهداف سازمانی نهایت تلاش خود را بکار می گیرد و موانع ارتباطی و عوامل تنش را شناسایی و راهکارهای عملی ارائه می دهد.

۱۱. سوپروایزر کشیک در صورت نیاز از نیروها و تجهیزات سایر بخشها جهت استفاده در بخش مورد نیاز فراخوان داده و تا حد ممکن طبق لیست تجهیزات پشتیبان عمل می کند.

۱۲. سوپروایزر کشیک بر روند احیا قلبی ریوی نظارت داشته و موارد عدم انطباق را شناسایی و به پرسنل تیم یادآوری می نماید

۱۳. سوپروایزر کشیک موارد مدیریت تخت را نظارت و در صورت عدم انطباق مداخله می نماید.

۱۴. مدیر خدمات پرستاری با مشارکت تیم مدیریت و رهبری با سوپروایزران جلسات فصلی تشکیل داده و مشکلات بخش ها و موانع ارتباطی را تجزیه و تحلیل نموده و اقدامات اصلاحی انجام می دهد .

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

کارکنان مرتبط: مترون، سوپر وایزر. سرپرستاران. پرستار

منابع و مراجع: تجربه بیمارستان

کبری جابری (مدیر پرستاری و نماینده سوپروایزرها) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبحی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

## عنوان روش اجرایی:

### کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0002	۲	کلیه واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

## اهداف:

پیشگیری از ثبت اطلاعات نا صحیح در سامانه سپاس و اطلاعات بیمارستانی  
جلوگیری از افزایش کسورات بیمه ای و تکمیل بودن سندهای بیمه ای در جهت افزایش درآمد بیمارستان

## تعاریف:

سپاس : سامانه پرونده الکترونیکی سلامت

فیلد : سلول ثبت داده

HIS : سیستم اطلاعات بیمارستان

## شیوه انجام کار:

- مسئول واحد HIS نسبت به تعیین سطوح دسترسی با سطح متفاوت بر اساس شناسه معتبر جهت مسئولین واحدهای پذیرش ، ترخیص، مدارک پزشکی اقدام می نماید
- جهت بررسی و صحت اطلاعات از سامانه های استعلامی مانند سامانه استعلام هویت و سامانه شناسه شباد ( هم پوشانی بیمه ها) توسط افراد ذیصلاح و دارای سطح دسترسی استفاده می گردد.
- جهت بررسی صحت داده ها در سیستم HIS گزارش هایی طراحی گردیده که بوسیله آنها می توان در بازه های زمانی متفاوت از اطلاعات ناقص گزارش گیری شده و مسئول مدارک پزشکی با استفاده از ایم گزارش نسبت به تصحیح داده ها اقدام نماید.
- از سامانه سپاس بعنوان سامانه ای جهت ارسال کلیه اطلاعات هویتی و درمانی و مالی مراجعه کننده به این مرکز جهت بررسی صحت داده ها استفاده می گردد.

## عنوان روش اجرایی:

### کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0002	۲	کلیه واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

۵. با توجه به اینکه سامانه سپاس اطلاعات صحیح را به وزارت بهداشت می باشد و بسیاری از سامانه های کنترلی در این سامانه قرار دارند، این مرکز از این سامانه بعنوان ابزاری جهت بررسی و پایش صحت داده ها استفاده می نماید.
۶. بررسی مشکلات در صحت داده ها ، در کمیته اطلاعات سلامت بررسی و در صورت نیاز اقدام اصلاحی صورت می گیرد ( در صورت بروز مشکلات مقطعی اقدامات اصلاحی توسط مسئول HIS و مدارک پزشکی انجام می گیرد
۷. کلیه داده های مورد نیاز وزارت بهداشت بر اساس آخرین دستورالعمل های ابلاغی در سیستم HIS توسط واحد HIS به حالت اجباری تعریف گردیده ، لذا کلیه کاربران در این خصوص مجبور به ورود اطلاعات می باشند.
۸. انجام به روزرسانی کدینگ تشخیص ها هاو سایر اقدامات و تعیین هزینه ها توسط واحد HIS دانشگاه بصورت متمرکز بر روی کلیه بیمارستانهای بیمارستانهای زیر مجموعه دانشگاه انجام می گیرد و در موارد استثنا با ابلاغ بیمارستانها توسط مسئول HIS و مسئول درآمد انجام می گیرد.
۹. HIS کلیه تغییرات ( اضافه/ حذف/تغییر داده )توسط کاربران در سیستم HIS ثبت می گردد و قابل بررسی و کنترل می باشد

#### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

**کارکنان مرتبط:** سوپر وایزر. سرپرستاران. پرستار، کارکنان پاراکلینیک، کارشناس مدیریت اطلاع سلامت، کارشناس مدیریت اطلاعات، کارشناس ترخیص، کارشناس درآمد

منابع و امکانات: سامانه سپاس و HIS

تهیه کنندگان	زهرا سلامی (مسئول فناوری اطلاعات) فرزانه یآوری (مسئول مدیریت اطلاعات سلامت) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) فاطمه جمالی ( کارشناس بهبود کیفیت)
تایید کننده	عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)

## عنوان روش اجرایی:

### نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0003	۲	واحد فناوری اطلاعات	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

## اهداف:

- پشتیبان گیری و نگهداری پایدار و ایمن از اطلاعاتی است که توسط کاربران واحدهای مختلف از طریق نرم افزار وارد پایگاه اطلاعاتی موجود در سیستم سرور مرکزی
- روشی مناسب و ایمن جهت پشتیبان گیری از اطلاعات.
- روشی مناسب، دقیق، قابل اعتماد و دائمی جهت نگه داری از نسخه پشتیبان.
- قابلیت بازیابی ساده و سریع اطلاعات از روی نسخه پشتیبان در مواقع ضروری در کمترین زمان ممکن.

## تعاریف:

(Database) دیتابیس: بانک اطلاعاتی و در واقع مکانی برای ذخیره اطلاعات وارد شده در یک نرم افزار .

فایل پشتیبان (Backup): گرفتن یک نسخه کپی از نسخه اصلی فایل اطلاعات (دیتابیس) و نگه داری آن نسخه در مکانی دیگر مسئولین و کارشناسان فناوری اطلاعات : اشخاصی که تحت نظارت مدیریت فناوری اطلاعات متصدی مدیریت و نگهداری اطلاعات ، امکانات نرم افزاری و سخت افزاری واحد فناوری اطلاعات می باشند.

(Administrator) مدیر سیستم: شخصی که مجوز دسترسی کامل به امکانات یک سیستم فناوری اطلاعات (مثل شبکه HIS ، پست الکترونیکی، وب، اتوماسیون اداری و ... را برای اداره یا نگهداری آن داشته باشد و از طرف مدیریت فناوری اطلاعات منصوب می گردد.

کاربر: شخصی که به هر طریق ممکن از امکانات سیستمی مرکز استفاده میکند

(Server): سرور: در اینجا به معنی سیستم مرکزی که دیتابیس اصلی در آن نگه داری می شود.

کلاینت: سیستم های مستقر در واحد های مختلف که از سیستم سرور خدمات می گیرند.

## شیوه انجام کار:

۱- کارشناس فناوری اطلاعات اقدام به شناسایی تمامی سرور های دارای بانک اطلاعات می نماید.

۲- کارشناس فناوری اطلاعات هر شش ماه یکبار با توجه به دستور العمل های دانشگاه و سیاست های بیمارستان ، اقدام به طراحی

## عنوان روش اجرایی:

### نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان

تاریخ بازنگری	تاریخ ابلاغ	دامنه کاربرد:	تعداد صفحات	کد
۱۴۰۱/۰۳/۰۱	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	واحد فناوری اطلاعات	۲	HE.PR.0003

برنامه ی زمانبندی پشتیبان گیری از بانک های اطلاعاتی بیمارستان می کند .

3- برنامه پشتیبان گیری توسط کارشناس فناوری اطلاعات به دو صورت اتوماتیک و دستی انجام می گردد.

4- کارشناسان واحد فناوری اطلاعات بصورت روزانه عملیات بک آپ گیری را رصد و به صورت هفتگی بازایی

می کنند و در صورت بروز خطا شرکت های پشتیبان را مطلع می نمایند.

5- مسئول فناوری اطلاعات، پشتیبان گیری از بانک های اطلاعاتی حیاتی بیمارستان به صورت اتوماتیک و طی بازه

های زمانی کوتاه بر روی چند سیستم ذخیره سازی nas ( ، هارد اکسترنال ) انجام می گیرد.

6- پشتیبان گیری اطلاعات دو بار در هفته بر روی هارد دیسکهای مجزا و همچنین بر روی DVD انجام می گیرد،

فایلهای پشتیبان گرفته شده با فایلهای پشتیبان جدید جایگزین می گردند.

7- یک نسخه از فایل های پشتیبان در قالب DVD ، در پایان هر سه ماه به آرشیو واحد فناوری اطلاعات

دانشگاه تحویل داده می شود و یک رونوشت برای حراست ارسال می گردد.

-یک نسخه از Back up های گرفته شده بصورت هفتگی در محلی خارج از واحد فناوری اطلاعات نیز

نگهداری می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

امکانات: سخت افزار مورد نیاز در واحد فناوری اطلاعات ( هارد اکسترنال، NES)

کارکنان مرتبط: کارشناسان واحد فناوری اطلاعات

تهیه کنندگان	زهرا سلامی (مسئول واحد فناوری اطلاعات) احسان خرمی (کارشناس واحد فناوری اطلاعات) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت)
تایید کننده	عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)

## عنوان روش اجرایی:

### پشتیبانی از سیستم های سخت افزار

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0004	۳	واحد فناوری اطلاعات	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

## اهداف:

نگهداشت و پشتیبانی از تجهیزات سخت افزاری

## تعاریف:

منظور از سیستم های سخت افزاری، کلیه رایانه ها، پرینترها، کیس کالینت، کیس سرور، روترها و سویچها و کابل های شبکه و ... می باشد و منظور از سیستم های نرم افزاری برنامه های HIS، حسابداری تعهدی و اتوماسیونها و ... می باشد منظور از سرویس دوره ای باد گیری و تمیز کردن، تنظیم دمای CPU، بررسی قطعات سیستم ها می باشد. اتاق سرور: اتاقی که تمامی سرور های بیمارستان در آن نگهداری و محافظت می شوند.

## شیوه انجام کار:

- 1- کارشناس واحد فناوری اطلاعات، کلیه سخت افزارها موجود در بیمارستان را شناسایی می کند.
- 2- کارشناس واحد فناوری اطلاعات، برنامه ریزی های لازم جهت نگهداری و پشتیبانی نرم افزار و سخت افزار، بیمارستان را انجام می دهد (برون سپاری: اخذ مجوز از مدیریت آمار و اطلاعات دانشگاه - داخلی: تعریف شرح وظایف کارکنان)
- 3- کارشناس واحد فناوری اطلاعات، دستورالعملها و بخشنامه های صادره از طرف مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نسبت به پشتیبانی از سیستم های سخت بیمارستان را جمع آوری و اجرا می کند.
- 4- کارشناس واحد فناوری اطلاعات سرویس دوره ای تجهیزات سخت افزاری بیمارستان را مطابق برنامه زمانبندی شش ماهه انجام می دهد و همزمان در فرم شناسه سخت افزاری درج می کند.
- 1- کارشناس واحد فناوری اطلاعات، نیازهای این مرکز از لحاظ سخت افزاری و نرم افزاری را مورد بررسی قرار داده و جهت ارائه خدمات بهتر و سریع تر، نسبت به تهیه تجهیزات رایانه ای، اقدام می کند.
- 6- کارشناس واحد فناوری اطلاعات، در بازه زمانی شش ماهه نسبت به نصب و بروزرسانی نرم افزارهای کاربردی عمومی نظیر،



**عنوان روش اجرایی:**  
**پشتیبانی از سیستم های سخت افزار**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0004	۳	واحد فناوری اطلاعات	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

Office، Adobe acrobat، WimRAR و... همچنین نصب و به روز رسانی آنتی ویروس و نرم افزار های مورد نیاز برای کلیه واحدها اقدام می نمایند.

7- در صورت بروز مشکل در سیستم ها از سوی واحدهای مختلف به صورت تلفنی یا کتبی، درخواست مربوطه، توسط مسئول واحد به کارشناس واحد فناوری اطلاعات، داده شده و پس از بررسی اقدامات لازم جهت تعمیر توسط مسئول واحد فناوری اطلاعات انجام می گیرد.

8- در صورت عدم رفع مشکل، دستگاه جایگزین تهیه می گردد و سیستم مذکور جهت تعمیرات به خارج از مرکز انتقال داده شده و پس از رفع مشکل به واحد فناوری اطلاعات و در نهایت به واحد مربوطه انتقال داده می شود، فرایند تعویض قطعات در فرم سوابق شناسه سخت افزاری درج می گردد.

9- کارشناس واحد فناوری اطلاعات، نصب سیستم عامل بر روی سرور و کلاینت ها و بروز رسانی آن توسط نماینده شرکت طرف قرارداد را نظارت میکند.

20- کارشناس واحد فناوری اطلاعات، به آموزش دستورالعمل های کاربردی نرم افزاری و سخت افزاری به کاربران واحدها، و نظارت بر اجرای آن ها می پردازد.

**نگهداری از تجهیزات شبکه و اتاق سرور:**

2- تجهیزات شبکه و اتاق سرور، و همچنین بی عیب بودن ارتباطات به صورت روزانه چک می شود

1- در صورت بروز مشکل در طول روز، درخواستی مبنی بر قطع شدن ارتباط از سوی واحدهای مختلف بصورت تلفنی یا کتبی به مسئول فناوری اطلاعات داده می شود.

3- بررسی مشکل موجود توسط مسئول واحد فناوری اطلاعات انجام می شود.

4- در صورت نیاز، کارشناسان واحد فناوری اطلاعات در محل قطع ارتباط حضور می یابند و اقدام برای تعمیر و حل مشکل گزارش شده، انجام می گیرد.

5- در صورت عدم رفع مشکل، اقدامات لازم جهت اعزام نیروی کمکی از خارج مرکز انجام می شود.

**عنوان روش اجرایی:**  
**پشتیبانی از سیستم های سخت افزار**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد:	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0004	۳	واحد فناوری اطلاعات	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

6- کارشناس واحد فناوری اطلاعات در بازه شش ماهه اقدام به انجام سرویس دوره ای اتاق سرور می نماید.

7- کارشناس واحد فناوری اطلاعات پیگیری های لازم جهت فراهم شدن حداقل مشخصات اتاق سرور را انجام می دهد.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان واحد فناوری اطلاعات

تهیه کنندگان	زهرا سلامی (مسئول واحد فناوری اطلاعات) احسان خرمی (کارشناس واحد فناوری اطلاعات) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)
تایید کننده	عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)
تصویب کننده و ابلاغ کننده	علی اصغر صبوحی (رئیس بیمارستان)

**عنوان روش اجرایی:**  
**گزارش حوادث بیمارستانی و اطلاع رسانی آن**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0005	۴	واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

**اهداف:**

• هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا با توجه به نوع بیماری چنین امکاناتی وجود ندارد.

**تعاریف:**

(Internal Disasters) حوادث غیرمترقبه داخلی:

بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحی و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه هایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است:

- خراب شدن سی تی اسکن
- قطع ارتباطات
- قطع برق یا آب
- آتش سوزی داخلی
- پذیرش بیش از ظرفیت بیمارستان

**حوادث غیرمترقبه خارجی**

طبق تعریف به حوادثی اطلاق میگردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء میگیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان میشوند. مثالهایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از:

- سیل
- آتش سوزی وسیع
- مواجهه با پرتو رادیواکتیو
- حوادث با تلفات متعدد
- نشت مواد مضر

## عنوان روش اجرایی:

### گزارش حوادث بیمارستانی و اطلاع رسانی آن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0005	۴	واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

### شیوه انجام کار:

- ۱- فرمانده حادثه از حوادث غیر مترقبه خارجی / توسط نماینده مخصوص فرمانداری یا پرسنل آتش نشانی و نیروی انتظامی و ... مطلع می گردد و پس از بررسی و تایید در اولین زمان ممکن به سوپروایزر وقت جهت آمادگی بیمارستان و اعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد.
- ۲- فرمانده حادثه با کسب اطلاعات کامل از شدت و وسعت حادثه نیاز های اولیه، منابع مالی، انسانی و تجهیزات و ملزومات را برآورد کرده و نسبت به آماده سازی آنها دستورات لازم را به سوپروایزر بیمارستان می دهد و در اسرع وقت در بیمارستان حضور می یابد.
- ۳- فرمانده حادثه با هماهنگی سوپر وایزر با توجه به نوع بحران و شدت آن دستور فعال نمودن واحدهای مورد نیاز را می دهد.
- ۴- سوپروایزر وقت بیمارستان نسبت به اعلام آماده باش و فراخوان نیروها از بخشها بر اساس میزان و شدت اقدام می نماید
- ۵- سوپروایزر کشیک دستور فراخوان مسئولین بخشها و واحدهای مورد نیاز را طبق لیست از پیش تعیین شده به مرکز تلفن می دهد
- ۶- مسئولین واحدها پس از حضور در پست عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وسعت حادثه به انجام فعالیتهای خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام می کنند.
- ۷- سوپروایزر دوم پس از حضور در دفتر پرستاری امور مربوط به سایر بخشها و کلیه هماهنگی و اعزام ها را انجام می دهد.
- ۸- سوپر وایزر کشیک در اورژانس مستقر و نسبت به تعامل بین اورژانس و واحدهای دیگر اقدامات لازم را انجام می دهد.
- ۹- فرمانده حادثه پس از پایان بحران ، بازگشت به وضعیت طبیعی را به سوپر وایزر اطلاع می دهد و سوپر وایزر هماهنگی لازم را انجام می دهد.

### مخاطرات داخلی:

- ۱۰- کارکنان بیمارستان در صورت وقوع حادثه ، حادثه مورد نظر را بلافاصله در شیفت صبح به مدیر بیمارستان یا سوپر وایزر و در شیفت عصر و شب و تعطیلات به سوپر وایزر اطلاع رسانی می نماید.
- ۱۱- سوپر وایزر/مدیر بیمارستان در محل حادثه حضور یافته و نسبت به بررسی اولیه حادثه و انجام اقدامات کنترلی و درمانی اقدام می نماید.

## عنوان روش اجرایی:

### گزارش حوادث بیمارستانی و اطلاع رسانی آن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0005	۴	واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

12- مسئول شیفت فرم گزارش حادثه را تکمیل و در شیفت صبح تحویل بهداشت حرفه ای و در شیفت عصر و شب تحویل سوپر وایزر می نماید و در صورت نبود فرم به صورت شفاهی به سوپر وایزر یا مسئول بهداشت حرفه ای اطلاع رسانی انجام می دهد.

13- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در صورت گزارش سقوط بیمار در اولین فرصت در محل حادثه حضور پیدا نموده و علت سقوط را بررسی نموده و آمار ماهیانه سقوط را با هماهنگی دفتر پرستاری در کمیته مدیران اجرایی گزارش و نسبت به اقدام اصلاحی اقدام می نماید.

14- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با هماهنگی بهداشت حرفه ای، دبیر کمیته بحران و مسئولان مربوطه اقدام به تحلیل ریشه ای حوادث می نماید.

15- کمیته مدیریت خطر و حوادث، برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در زمینه سازه ای و غیر سازه ای وظرفیت بیمارستان، ماهیانه تشکیل و بعد از بررسی حادثه اقدام مداخله ای لازم را انجام می دهند

16- کارکنان موقعیت های خطر آفرین و شرایط نایمن را به واحد ایمنی، بهداشت حرفه ای، و واحد تاسیسات و در شیفت عصر و شب به سوپر وایزر اطلاع رسانی می گردد و بعد از بازدید از محل نسبت به اقدامات کنترلی مبادرت می ورزد.

17- کارشناس بهداشت حرفه ای با بررسی فرم ها و بازدید از محل گزارش شرایط نا ایمن، نسبت ایمن سازی محل اقدام می نماید و نتیجه اقدام را در کمیته مدیریت خطر و بهداشت حرفه ای اعلام می نماید و اقداماتی که نیاز به هزینه و تصمیم گیری مدیر بیمارستان هست توسط کمیته مشخص و الویت بندی می گردد.

18- مسئول IT جهت پیشگیری از بروز حملات سایبری و آلوده نمودن سیستمهای کامپیوتری، اقدام به بستن تمامی پورت های USB کامپیوترها می نماید.

19- فرمانده حادثه با هماهنگی مسئول پشتیبانی در صورتی که تجهیزات موجود بیمارستان تامین کننده نیاز بخش ها در زمان بحران نباشد لیستی از تجهیزات ضروری و مورد نیاز بخشها، توسط مسئول پشتیبانی تهیه نموده و فرمانده حادثه با هماهنگی EOC دانشگاه موارد کمبود را گزارش داده و این مرکز نسبت به تامین نیازهای بیمارستان اقدام می نماید (تا قبل از تهیه تجهیزات

جهت جلوگیری از آسیب به بیماران طبق تفاهم نامه از قبل تدوین شده با مراکز دیگر در زمان بحران از تجهیزات ان مراکز استفاده می گردد)

## عنوان روش اجرایی:

### گزارش حوادث بیمارستانی و اطلاع رسانی آن

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0005	۴	واحدهای بیمارستان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

20- در اولین فرصت ممکن، حادثه رخ داده توسط مسئول فنی بیمارستان بررسی شده و با دستور ایشان جلسه ای با حضور وی، مدیر بیمارستان، کارشناس هماهنگی ایمنی بیمار، مسئولین و پرسنل بخش مربوطه مسئول تاسیسات در صورت لزوم، مسئول بهداشت حرفه ای، سوپروایزر شیفت مذکور، تشکیل می گردد و ابعاد حادثه، علل ایجاد آن مانند: عوامل محیطی، عوامل فردی، عوامل مادی و تجهیزاتی، فقدان استاندارد، آموزش ناکافی، خطای فردی، کمبود پشتیبانی، کمبود نظارت و ..... مورد تجزیه و تحلیل یا به اصطلاح RCA قرار می گیرد و راهکارهای لازم جهت پیشگیری از وقوع حوادث مشابه در نظر گرفته می شود.

برای پیشگیری از حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی می شود و در صورت برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود.

21- پرسنل تاسیسات در بازدیدهای دوره ای از تجهیزات و ساختمان، هر گونه خرابی و نقص در عملکرد دستگاهها، ایجاد آسیب در سازه ساختمان و یا نمای ساختمان جهت رفع عیب و یا تعمیر و یا تعویض دستگاه مورد نظر و همچنین ترمیم نقاط حادثه خیز و آسیب دیده بیمارستان را به موقع گزارش می کنند.

#### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط

**امکانات:** تلفن، سیستم پیج، بی سیم، صورت جلسه کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، راهنمای ارزیابی بخشها و واحدها از نظر پیشگیری از وقوع حادثه، چک لیستهای بازدید تاسیسات از بخشها و واحدها، فرم های حادثه و شبه حادثه واحد بهداشت حرفه ای

**منابع / مراجع:** آیین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، تجربیات بیمارستان

فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت و دبیر کمیته بحران) امیر شریفی (مسئول تاسیسات) سید عباس شفاعت (کارشناس تجهیزات پزشکی) منصوره زمانی (کارشناس بهداشت حرفه ای) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان
عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)	تایید کننده
علی اصغر صبوچی (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده و ابلاغ کننده

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۱۳	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

**اهداف:**

پیشگیری از عفونت بیمارستانی در بیماران و کاهش آن در بیماران دارای عفونت بیمارستانی

**تعاریف:**

عفونت های بیمارستانی : گروهی از عفونتها که در هنگام پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته و در طول مدت اقامت در بیمارستان ایجاد شده و غالبا پس از ۴۸ ساعت از پذیرش اولیه بوجود می آیند. در صورتی که طی عمل جراحی جسم خارجی در بدن بیمار کار گذاشته شود عفونت های بیمارستانی می تواند تا یک سال پس از این گونه اعمال به وقوع بپیوندد.

**شیوه انجام کار:**

- \* سوپروایزر کنترل عفونت در سطح بیمارستان، پزشک /مسئول واحد،رابطین کنترل عفونت و مسئول شیفت در سطح واحد موظف به انجام هماهنگی های لازم در خصوص اجرای این روش اجرایی می باشد.
- \* رئیس بیمارستان دستورالعمل ها و روش های اجرایی مرتبط با این روش اجرایی را به سرپرستار /مسئول واحد ابلاغ می کند.
- \* مسئول واحد کلیه دستورالعمل ها و روش های اجرایی را جهت اطلاع، مطالعه و اجرا در اختیار کلیه پرسنل واحد مربوطه به خود قرار می دهد.
- \* سوپروایزر کنترل عفونت با هماهنگی مدیر بیمارستان، بر تهیه ملزومات این روش اجرایی، طبق بخشنامه های ابلاغی وزارت بهداشت در این زمینه نظارت مستمر دارد.
- \*مسئول واحد از وجود کلیه وسایل مورد نیاز برای اجرای این روش اجرایی در واحد مربوطه اطمینان حاصل کرده و در صورت نیاز از انبار/داروخانه درخواست و درسترس پرسنل قرار می دهد.
- \* سوپر وایزر کنترل عفونت با همکاری واحد آموزش نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه احتیاطات استاندارد بهداشت دست، رعایت روش های آسپتیک، استفاده از وسایل حفاظت فردی و دیگر مطالب مربوطه اقدام نماید.

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۱۳	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

\* کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل اجرای این روش اجرایی، مطابق با دستورالعمل در شرایط مواجهه با ترشحات بیمار حسب اندیکاسیون از دستکش تمیز یا استریل استفاده می کنند.

با توجه به اینکه اجتناب و پیشگیری از تماس شغلی با خون و سایر مایعات و ترشحات بالقوه عفونت زا، اولین راه جلوگیری از انتقال بیماری های شغل محسوب می شود روش اجرایی مدیریت اجرای مدیریت مواجهه شغلی در چهار قسمت اقدامات پیشگیرانه، اقدامات درمانی، اقدامات پیگیری و گزارش دهی، با تاکید بر پیشگیری به صورت ذیل تدوین شده است:

\* کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، مطابق با جدول اقدامات تهاجمی بخش مربوطه قبل از اقدامات آسپتیک، اسکراب انجام می دهند و از دستکش استریل استفاده می کنند.

\* کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، از وسایل یک بار مصرف کرده و در صورت نیاز به استفاده از وسایل چند بار مصرف، از استریل بودن آن طبق دستورالعمل CSR اطمینان حاصل نمایند.

\* کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی از جدول تاریخ انقضاء اتصالات بیمار پیروی می نمایند.

\* کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، طبق تابلو احتیاطات استاندارد از وسایل حفاظت فردی استفاده می نمایند.

\* نیروی خدماتی بخش، مراقبت بهداشت فردی بیمار را بطور مرتب و با نظارت پرستار مسئول بیمار در طول شیفت انجام میدهد مسئول واحد نسبت به انجام مراقبت بهداشت فردی بیمار در طول روز اطمینان حاصل می نماید.



**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر ادراری**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۲	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

**شیوه انجام کار:**

- ۱- پرستار/ ماما مسئول بیمار تمام وسایل مورد نیاز جهت تعبیه کاتتر ادراری را در سینی مخصوص آماده می نماید و ترجیحا در اتاق کار پروسیجر را برای بیمار انجام می دهد. در صورت نیاز به حضور بر بالین بیمار حتما از ترالی یا سینی کار همراه با سفتی باکس و سطل زباله عفونی استفاده می نماید.
- ۲- پرستار/ ماما مسئول بیمار برای تعبیه کنترل ادراری از ست پانسمان استریل استفاده می نماید. و قبل از تعبیه کاتتر ادراری موضع را با پنبه آغشته به مواد ضد عفونی کننده از مرکز به خارج به صورت دورانی تمیز می نماید و پس از خشک شدن موضع نسبت به تعبیه کتتر اقدام می نماید.
- ۳- پرستار/ ماما مسئول بیمار بعد از اتمام کار، جهت جلوگیری از کشیده شدن کاتتر سوند را با چسب به ناحیه ران یا شکم فیکس کرده و تاریخ نصب کاتتر را در کاردکس ثبت نماید.
- ۴- پرستار/ ماما مسئول بیمار کیسه ادراری متصل به کاتتر را پایین تر از مثانه به صورت آویخته قرار می دهد و از قرار دادن آن بر روی زمین یا چهار پایه خود داری نماید.
- ۵- پرستار/ ماما مسئول بیمار کاتتر ادراری و کیسه ادراری را در طول شیفت از نظر انسداد و پیچ خوردگی بررسی می نماید.
- ۶- پرستار/ ماما مسئول بیمار نحوه مراقبت از کاتتر ادراری و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت مثل درد، حساسیت محل سوند، قرمزی، خروج ترشح را به بیمار و همراه او آموزش می دهد.
- ۷- کمک پرستار/ خدمات بخش در پایان هر شیفت و در صورت نیاز طبق دستور پزشک یا شرایط بیمار بگ ادراری را تخلیه می کند و هر گونه شواهد غیر طبیعی مانند بوی زننده، رنگ غیر طبیعی، رسوب و ... را به پرستار مسئول بیمار اطلاع می دهد.
- ۸- پرستار/ ماما مسئول بیمار حداقل در هر شیفت و در صورت لزوم موضع کتتر ادراری را از نظر نشانه های عفونت بررسی نماید.
- ۹- پرستار مسئول بیمار کمک پرستار جهت کاهش کلو نیزاسیون دهانی، حلقی از محلول دهانشویه کلر هگزین استفاده می کند و دندان ها را مسواک می زند.
- ۱۰- پزشک معالج بیمار در صورت بروز علائم عفونت ادراری مشاوره عفونی درخواست می نماید.
- ۱۱- در صورت اثبات عفونت ادراری در بیمار، روش اجرایی توسط پرسنل بخش انجام می گردد.

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر ادراری**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۲	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

۱۲- پرستار/ ماما مسئول بیمار در صورت عدم وجود ممنوعیت در مصرف مایعات، بیمار را تشویق نماید روزانه ۸-۶ لیوان آب مصرف نماید.

۱۳- سوپروایزر کنترل عفونت به صورت دوره ای طبق برنامه زمان بندی شده واحد کنترل عفونت بوسیله چک لیست مربوطه بخش را پایش می کند و موارد مغایرت با روش اجرایی و دستورالعمل های مربوطه را به مسئول بخش اعلام می نماید.

۱۴- در حین بازدید ها و برحسب ضرورت سوپروایزر کنترل عفونت آموزش چهره به چهره را برای پرسنل انجام می دهد.

۱۵- سوپروایزر کنترل عفونت داده های جمع آوری شده در خصوص عفونت های ناشی از کاتتر ادراری را در کمیته کنترل عفونت بیمارستان ارائه می دهد و اقدامات اصلاحی مصوب شده را با همراهی سرپرستار و روابط کنترل عفونت در بخش اجرا نماید.

**عنوان روش اجرایی:  
پیشگیری و کنترل عفونت خون**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۱	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

**شیوه انجام کار:**

- ۱- پرستار / ماما مسئول بیمار قبل و بعد از تماس با کاتتر های ورید محیطی، مرکزی و شریانی و پانسمان آن نسبت به شستشوی دست اقدام می نماید. و از وسایل حفاظت فردی استفاده می نماید.
- ۲- پرستار/ ماما مسئول بیمار در بالغین برای رگ گیری محیطی از قسمت های انتهایی اندام فوقانی استفاده کرده و در صورت اجبار به استفاده از اندام تحتانی، در اولین فرصت نسبت به تعویض و انتقال مسیر رگ گیری به اندام فوقانی اقدام نموده و در مسیر رگ به علائم فلبیت و عفونت توجه نماید.
- ۳- پزشک آموزش دیده بعد از شستشو و اسکراب دست جهت کارگزاری کاتتر مرکزی از ماسک، دستکش استریل، گان استریل و شان استریل استفاده می نماید. و از ضد عفونی محل کارگزاری کاتتر اطمینان حاصل می نماید. و حتی الامکان از گاید سونوگرافی برای کارگزاری کاتتر های وریدی مرکزی استفاده می نماید.
- ۴- پرستار/ ماما مسئول بیمار ضمن ارزیابی روزانه ورید محیطی یا مرکزی کاتتر از تکنیک آسپتیک در زمان تزریق مایعات داخل وریدی و داروها استفاده می نماید.
- ۵- پرستار/ ماما مسئول بیمار در صورت عدم نیاز به کاتتر داخل عروقی، نسبت به خارج کردن آن اقدام نموده و اگر کاتتر گذاری به صورت اورژانسی و بدون رعایت اصول آسپتیک انجام شده است در اولین فرصت بعد از تثبیت وضعیت بیمار آن را تعویض می نماید.
- ۶- پرستار/ ماما مسئول بیمار در هر شیفت محل کاتتر ورید محیطی را از نظر وجود علائم (قرمزی ، گرمی، حساسیت و ...) بررسی و در صورت نیاز محل آن را تعویض می نماید.
- ۷- پرستار مسئول بیمار فشار کافی داخل تراشه را در هر شیفت چک می کند.

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت کاتترها**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۱	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

**شیوه انجام کار:**

\* کاتتر های نافی

۱- پرستار/ ماما مسئول بیمار در صورت وجود علائم و نشانه های عفونت گردش خون وابسته به کاتتر، نارسایی عروق اندامهای تحتانی یا ترومبوز، کاتتر های شریان و ورید کافی نسبت به خروج آن اقدام می نماید .

۲- پرستار/ ماما مسئول بیمار به دلیل وجود خطر تاثیر بد بر روی تیروئید نوزاد، از استفاده از تنتورید خود داری می نماید و از سایر ترکیبات ید دار مثل پووید و یا یودین استفاده می نمایند.

۳- پرستار/ ماما مسئول بیمار در شرایط مطلوب، جهت خروج کاتتر شریان نافی بعد از دو روز به پزشک معالج اطلاع رسانی می نماید و در صورت عدم نیاز، کاتتر های ورید نافی هرچه سریع تر نسبت به خروج آن اقدام می نماید.

\* تعویض کاتترها

الف ( پرستار/ ماما مسئول بیمار بعد از زمان ۷۲ ساعت نسبت به تعویض کاتتر های محیطی اقدام می نماید ، اما در صورت وجود هر گونه علامت فلبیت بعد از بررسی محل ورود کاتتر نسبت به تعویض محل کاتتر اقدام می نماید .

ب) پرستار/ ماما مسئول بیمار جهت ست هایی که برای تزریق خون ، فرآورده های خونی یا امولسیون چربی به کار می روند ، بعد از هر بار تزریق نسبت به تعویض ست اقدام نموده و یا براساس توصیه کارخانه سازنده نسبت به تعویض آن اقدام می نماید .

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های مجاری تنفسی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۲	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

**شیوه انجام کار:**

- ۱- تکنسین بیهوشی / پزشک مسئول بیمار برای انتوباسیون و تراکتوستومی از لوله تراشه و وسیله تراکتوستومی با سایز مناسب بیمار و یکبار مصرف استفاده می کنند .
- ۲- پرستار مسئول بیمار از لوله خرطومی یک بار مصرف برای هر بیمار استفاده می کند و در صورت ماندگاری بیشتر بیمار طبق جدول تاریخ انقضاء اتصالات بیمار، لوله خرطومی را تعویض می نماید.
- ۳- پرستار مسئول بیمار ترشحات ریه بیمار را بر اساس نیاز هر بیمار به صورت استریل و با استفاده از وسایل یک بار مصرف ساکشن می نماید .
- ۴- پرستار مسئول بیمار برای ساکشن نمودن بیمار از لوله ساکشن یکبار مصرف اختصاصی بیمار استفاده نموده و بعد هر بار ساکشن تیوپ ساکشن با سرم نرمال سالین استریل شسته می شود .
- ۵- پرستار مسئول بیمار از سوند نلاتون و سرم استریل جداگانه برای ساکشن لوله تراشه و دهان استفاده می نماید.
- ۶- پرستار مسئول بیمار، در صورت عدم مغایرت با دستور پزشک و عدم محدودیت، سر بیمار را ۴۵-۳۰ درجه بالاتر از سطح بدن قرار می دهد.
- ۷- پرستار مسئول بیمار به طور مرتب از مناسب بودن میزان هوا داخل کاف لوله اینتوبه داخل تراشه به میزان ۲۰ سانتی متر آب بیمار اطمینان حاصل می کند.
- ۸- پرستار مسئول بیمار به طور مرتب، مایعات جمع شده داخل تیوب های لوله خرطومی را تخلیه می نماید .
- ۹- پرستار مسئول بیمار در هر شیفت و طبق دستور دهان بیمار را با محلول دهانشویه شستشو می دهد .
- ۱۰- پرستار مسئول بیمار در هر شیفت و در صورت آلودگی باند یا ثابت کننده لوله اینتوبه / تراکتوستومی بیمار را تعویض می نماید.
- ۱۱- در صورت نیاز به استفاده از آمبویگ پرسنل پرستاری مسئول بیمار از تمیز بودن آن اطمینان حاصل می کند و پس از استفاده، بر ضد عفونی آمبویگ توسط خدمه طبق دستور العمل نظارت نماید.
- ۱۲- پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز به استفاده از نبولایزر از آب مقطر استریل استفاده نماید.
- ۱۳- نیروی خدماتی پس از پرشدن ۲/۳ باتل ساکشن و در پایان هر شیفت و پس از ترخیص بیمار شیشه های ساکشن را طبق دستور العمل شستشو و گند زدایی می کند و پس از خشک شدن در محل خود قرار می دهد.

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های مجاری تنفسی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۲	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

۱۴- پرستار مسئول بیمار در صورت وجود ترشحات رنگی و بد بو یا بالا بودن درجه حرارت و دیگر نشانه های عفونت مراتب را به پزشک معالج بیمار گزارش می دهد.

۱۵- پزشک معالج بیمار در صورت بروز علائم عفونت تنفسی مشاوره عفونی در خواست می نماید.

۱۶- سوپروایزر کنترل عفونت به صورت دوره ای طبق برنامه زمان بندی شده واحد کنترل عفونت بوسیله چک لیست مربوطه بخش / واحد را پایش می کند و موارد مغایرت با روش اجرایی و دستور العمل های مربوطه را به مسئول بخش اعلام می کند.

۱۷- در حین بازدید ها و بر حسب ضرورت سوپروایزر کنترل عفونت آموزش چهره به چهره را برای پرسنل انجام می دهد.

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های محل جراحی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۵	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

**تعاریف:**

بطور کلی جهت پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی و محل نمونه برداری باید سه محور : الف) بیمار / ب) پرسنل و محیط اتاق عمل / ج) پرسنل بخشهای جراحی مد نظر قرار گیرد.

در محور مربوط به بیمار موارد ذیل باید مد نظر قرار گیرد.

۱- ارزیابی از نظر وجود عفونت :

\* قبل از عمل جراحی عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل مشخص و توسط پزشک، تحت درمان قرار می گیرد ( اعمال جراحی الکتیو تا بر طرف شدن عفونت به تاخیر می افتد).

\* پزشک و پرستار قند خون بیماران مبتلا به دیابت را کنترل می کنند.

۲- دوش گرفتن با آنتی سپتیک قبل از عمل :

\* لازم است بیمار شب قبل از عمل دوش گرفته و یا با مواد آنتی سپتیک حمام نماید و در صورت عدم توانایی بیمار این کار بر عهده کمک بهیار و یا سایر رده های پرستاری می باشد.

۳- چیدن موی محل عمل:

\* در صورتیکه موهای محل عمل ایجاد مزاحمت برای عمل جراحی نماید اصلاح می شود.

\* در صورت نیاز به اصلاح این کار بلافاصله قبل از عمل و با ماشین ریش تراشی توسط پرسنل در بخش انجام می شود و در صورت نیاز در اتاق عمل توسط پرسنل اسکراب انجام می گیرد.

۴- آماده نمودن پوست بیمار در اتاق عمل:

\* قبل از آماده کردن پوست بیمار، با مواد آنتی سپتیک به طور کامل محل و اطراف محل برش جراحی، توسط پرسنل اسکراب شسته و تمیز می شود.

## عنوان روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های محل جراحی

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۵	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

\* پرسنل اسکراب از بتادین اسکراب یا محلول سپتی سیدین ( حاوی کلر هگزیدین ۱/ و اتانول ۶۰/ ) برای آماده کردن پوست استفاده می کند. در صورت استفاده از سپتی سیدین باید مراقب بود که به دلیل داشتن الکل از استفاده بر روی مناطقی که پوست باز است یا بر روی مخاط استفاده نگردد.

\* پرسنل اسکراب این ماده را به صورت دایره وار از محل عمل به طرف محیط جهت آماده کردن پوست به کار می برد.

\* پزشک معالج، حتی الامکان اقامت قبل از عمل بیمار در بیمارستان را به حداقل می رساند.

۵- پیشگیری با آنتی بیوتیک قبل از عمل:

\* دادن آنتی بیوتیک به هیچ عنوان به معنی جایگزینی اقدامات مناسب جهت کنترل عفونت در انجام جراحی نیست .

\* پزشک معالج آنتی بیوتیک را فقط در مواردی به مار ببرد که مشخص شده است از عفونت محل جراحی جلوگیری خواهد کرد.

\* پزشک معالج اولین دوز آنتی بیوتیک را در شروع جراحی تجویز می کند.

\* تمام موارد تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی با نظر پزشک معالج انجام می شود.

### شیوه انجام کار

#### پرسنل اتاق عمل:

\* پرسنل تیم جراحی مبتلا به بیماری عفونی تا زمان بهبودی از شرکت در عمل خود داری می کنند.

\* اسکراب جراحی دست قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل انجام می شود. اسکراب جراحی دست در تمام اعمال جراحی برای

تمام پرسنل اتاق عمل شامل پزشکان- متخصصین بیهوشی و پرستاران الزامی است.

\* پرسنل تیم جراحی از ماسک جراحی استاندارد استفاده میکنند و در صورت مرطوب شدن و در بین اعمال جراحی تعویض می

شود.

\* پرسنل تیم جراحی ماسک را به گردن آویزان نمیکنند و یا از قرار دادن ماسک در جیب و استفاده مجدد آن خود داری می کنند.

\* تمام پرسنل اتاق عمل از گان استریل استفاده می نمایند.

\* پرسنل بیهوشی از شان استریل برای ایجاد سدی بین فیلد جراحی و منبع بالقوه عفونت استفاده می کنند.

\* تیم جراحی لباس های اتاق عمل شامل بلوز و شلوار پوشیده و روی آن گان می پوشند.



**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های محل جراحی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۵	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

- \* تیم جراحی از کلاه مخصوص اتاق عمل و محافظ چشم و صورت استفاده می کنند .
- \* تیم جراحی از کفش مخصوص اتاق عمل استفاده می کنند و در صورت احتمال آلودگی با خون یا مایعات بدن، چکمه غیر قابل نفوذ آب می پوشند.
- \* تیم جراحی ناخن ها را کوتاه کرده و از ناخن مصنوعی استفاده نمی کنند و از آویزان کردن جواهرات و ساعت به دست و انگشتان و ساعد اجتناب می نمایند.
- \* تیم جراحی دستکش استریل جراحی پوشیده و در صورت آلودگی یا پاره شدن تعویض می گردد. ( پوشیدن دو جفت دستکش احتمال آلودگی دست با خون یا مایعات بدن را کاهش می دهد).
- \* تیم جراحی در مواردی که دستکش آلوده شده یا با دست برهنه تماس داشته یا تماس با هر چیز غیر استریل یا سوراخ شدن و نشستی داشتن یا پارگی، آن را تعویض می کنند و در صورت طولانی شدن عمل هر ۲ ساعت دستکش را تعویض می نمایند.
- \* در جراحی های پیوند و جراحی بیماران HCV /HBS /HIV از دوجفت دستکش یا دستکش های high risk استفاده می شود.
- \* تیم جراحی محوطه و محل عمل را تا پایان عمل استریل باقی نگه می دارند.
- \* کنترل خونریزی حین عمل و جابجایی آرام بافت محل عمل، در کاهش عفونت بعد از عمل موثر خواهد بود.
- \* تیم جراحی در صورت نیاز به درناژ از درن ساکشن بسته استفاده میکنند. و هرچه سریع تر درن خارج می گردد.
- \* به منظور کنترل عفونت نباید از پادری یا زیر انداز در محل ورود به سوئیت اتاق عمل استفاده شود.
- \* اسکراب دستها مطابق با آخرین دستور العمل نصب شده در اتاق اسکراب بایستی قبل از ورود به اتاق عمل و اقدام به جراحی توسط کلیه تیم حاضر در اتاق عمل انجام شود.

**کنترل محیط اتاق عمل:**

- \* ورود پرسنل به اتاق عمل فقط به تیم جراحی محدود می شود.
- \* بجز در مواقع عبور وسایل ، پرسنل و بیمار، درب های اتاق عمل بسته می باشد.
- \* هوا باید فیلتر شده و در گردش و تازه باشد.
- \* پرستار سیر کولار و پرستار اسکراب موقع باز کردن ست استریل از تغییر رنگ اندیکاتور موجود در ست و صحت فرایند استریلیزاسیون اطمینان حاصل نموده و اندیکاتور را به همراه لیبل مربوط به ست استریل در فرم مخصوص الصاق کرده و در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتور موضوع را جهت بررسی اطلاع می دهند.

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های محل جراحی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۵	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

\* شستشوی لوازم اتاق عمل و پاک کردن و گند زدایی محیط اتاق طبق دستور العمل ارائه شده از بهداشت محیط بلافاصله بعد از اتمام عمل یا نمونه برداری صورت میگیرد که این روند طبق برنامه زمانبندی شده واحد بهداشت محیط هفته ای یک بار تکرار می شود.

**مراقبت از زخم بعد از عمل جراحی:**

- \* پزشک/ پرستار قبل و بعد از تعویض پانسمان و در صورت هرگونه تماس با محل جراحی دستها را بهداشتی می نمایند.
- \* پزشک/ پرستار از وسایل حفاظت فردی مناسب قبل از تعویض پانسمان استفاده می نمایند.
- \* هنگام تعویض پانسمان زخمهای باز یا وسیع، استفاده از ماسک جراحی ضروری می باشد.
- \* پرستار هنگام تعویض پانسمان محل جراحی از روش استریل استفاده می نمایند.
- \* پرستار قبل از استفاده از ست استریل، به سالم بودن بسته بندی، تاریخ درج شده بر روی ست استریل و تغییر رنگ اندیکاتور موجود در ست استریل دقت می نماید.
- \* پرستار به هنگام تعویض پانسمان برای تمیز نمودن محل جراحی ابتدا محل را با نرمال سالین شستشو داده و بعد از خشک شدن محل، به روش استریل روی آن پانسمان قرار می دهد.
- \* پرستار بعد از اتمام کار روی پانسمان تاریخ زده و دستهای خود را بهداشتی می نماید.
- \* پرستار مستندات مربوط به ست استریل شامل اندیکاتور و لیبل ست استریل را در فرم مخصوص در پرونده بیمار الصاق می نماید.

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط**

**امکانات:** وسایل کامل حفاظت شخصی، ست های استریل، دستگاه اتوکلاو، وسایل استریل با توجه به نوع جراحی، وسایل یکبار مصرف استریل

**کارکنان مرتبط:** کارشناس کنترل عفونت، پزشکان و کلیه کارکنان بیمارستان

**منابع / مراجع:** راهنمای کشوری نظام مراقبت های بیمارستانی مرکز مدیریت بیماری های معاونت سلامت وزارت بهداشت  
سال ۱۳۸۶

**عنوان روش اجرایی:**  
**پیشگیری و کنترل عفونت های محل جراحی**

کد	تعداد صفحات	دامنه کاربرد: تمامی	تاریخ ابلاغ	تاریخ بازنگری
HE.PR.0006	۵	پرسنل درمانی و پزشکان	۱۴۰۱/۰۴/۰۱	۱۴۰۱/۰۳/۰۱

<p>مریم هاشمی (کارشناس کنترل عفونت) فائزه طاهرشمس (مسئول اتاق عمل) سید عباس شفاعت (کارشناس تجهیزات پزشکی) فاطمه مناجاتی (مسئول بهبود کیفیت) فاطمه جمالی (کارشناس بهبود کیفیت)</p>	تهیه کنندگان
<p>عبدالرضا حسینی (مدیر بیمارستان) کبری جابری (مدیر پرستاری)</p>	تایید کننده
<p>علی اصغر صبحی (رئیس بیمارستان)</p>	تصویب کننده و ابلاغ کننده