



# کتابچه توجیهی بدوورودعمومی

بیمارستان

امام حسین (ع) گلیایگان

۱۳۹۸

فهرست

| عنوان                            | صفحه |
|----------------------------------|------|
| معرفی بیمارستان .....            | ۳    |
| ویژگی های بومی .....             | ۵    |
| مشور حقوق بیمار .....            | ۷    |
| مدیریت خطر و ایمنی .....         | ۱۱   |
| کنترل عفونت و بهداشت محیط .....  | ۳۰   |
| مدیریت بحران .....               | ۴۵   |
| اطفای حریق .....                 | ۴۹   |
| قوانین و مقررات اداری مالی ..... | ۵۲   |

## معرفی بیمارستان

بیمارستان امام حسین (ع) از بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۵۷ تاسیس شد. دارای ۱۱۴ تخت مصوب، ۷۳ تخت فعال و دارای بخش های :

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

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

این بیمارستان دارای متوسط ۱۰۰۰ پذیرش بستری (بخش ها و اورژانس) و ۵۰۰۰ پذیرش در اورژانس، در ماه است. بیمارستان دارای ۲۷۷ کارمند با ۹۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش می باشد.

### بیانیه رسالت (Mission):

بیمارستان امام حسین (ع) یک مرکز جنرال است که با اتخاذ شیوه های نوین درمانی و با همکاری پرسنل مجرب و متعهد و متخصصین با صلاحیت، به منظور ارائه موثرترین، کارآمدترین و ایمن ترین خدمات بهداشتی و درمانی به مراجعین محترم با حفظ کرامت انسانی جهت ارتقای کیفی سلامت جامعه مشغول فعالیت می باشد.

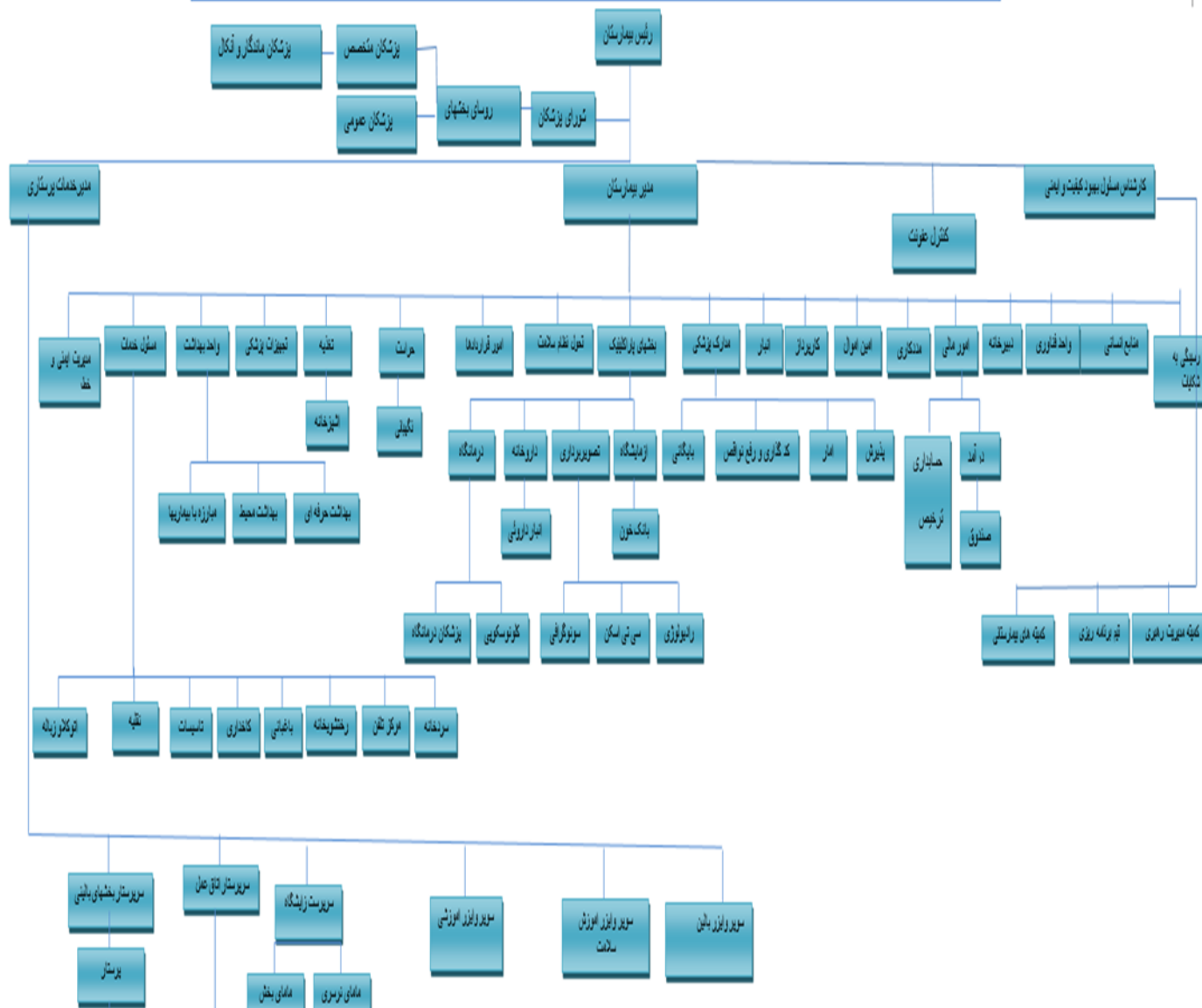
امید است این مجموعه بتواند با بهره مندی از عنایت باری تعالی، موجبات رضایت شهروندان عزیز را فراهم آورد.

### بیانیه چشم انداز (Vision):

سعی ما بر آن است تا بیمارستان امام حسین (ع) با تحکیم و تعالی اخلاق و معنویت در راستای خدمت به مردم محترم شهرستان گلپایگان و شهرستان های همجوار، با کمک نوآوری و فن آوری های جدید و پرسنل مجرب، متعهد به تلاش برای تامین سلامت جامعه در محیط سرشار از آرامش و با افزایش میزان بهبودی، میزان رضایت مندی را بالا ببریم و به درجه برترین بیمارستان منطقه برسیم.



|                               |                |                         |
|-------------------------------|----------------|-------------------------|
| کد فرایند: ES, GH2, MAN, F250 | نمودار سازمانی | تاریخ تدوین: 98/08/15   |
|                               |                | تاریخ بازنگری: 99/08/15 |
|                               |                | تاریخ اصلاح: 98/09/15   |



# ویژگی های بومی و فرهنگی

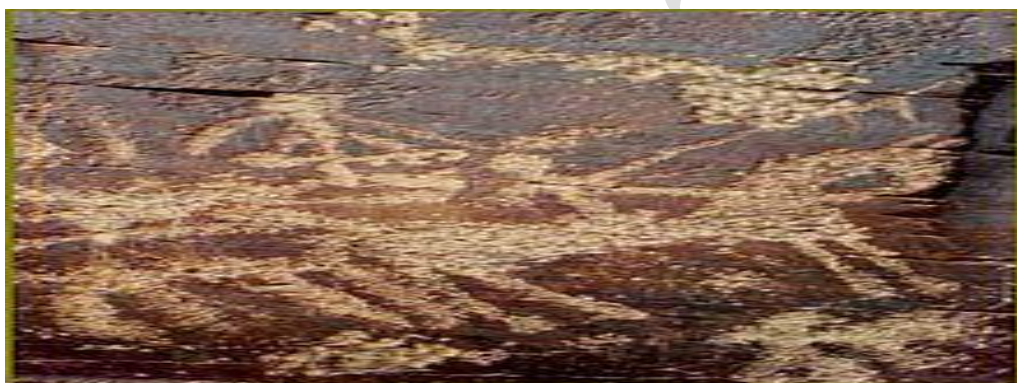
## ویژگی های بومی و فرهنگی شهرستان و مردم شناسی:

گلپایگان را همای بنت بهمن کیانی ساخت و بنام خود سمره خواند که در اول همای را سمره می گفتند. دخترش آن را تجدید عمارت کرد و گلبادگان یا گربادگان گفت.

### سابقه سکونت در گلپایگان

سابقه سکونت در گلپایگان این کهن شهر دوران کیانی، به دوران پارینه سنگی میانه و نو سنگی می رسد. این ادعا را از جمله، سنگ نگاره هایی که بیانگر اشیایی از قبیل چماق و تیر و کمان و کمند و کهن ترین سازهای ایرانی است، اثبات می کند.

گفته می شود بزرگ ترین و کامل ترین مجموعه سنگ در نگاره های ایران در شهرستان گلپایگان و بیشتر در مناطق ۲۱ گانه



غرقاب و کوچری قرار دارد.

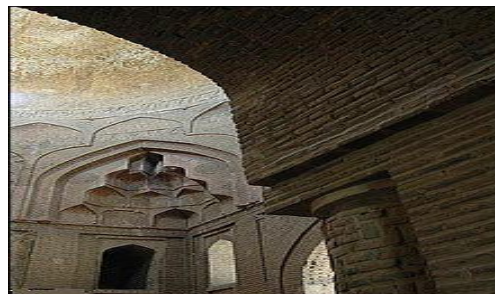
این شهرستان سه دهستان (جلگه، کنار رودخانه و نیوان)، سه شهر (گلپایگان، گوگرد و گلشهر) و ۵۲ روستا دارد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵ تعداد جمعیت شهرستان گلپایگان ۸۶۶۰۱ نفر (۲۴۸۲۰ خانوار) بوده است.

در گلپایگان به جز عده محدودی از روستاهای منطقه که زبان خاص خودشان را دارند بیشتر مردم به زبان فارسی صحبت می کنند. آب و هوای گلپایگان متغیر و دارای زمستان های نسبتا سرد با حداقل حرارت ۲۱- درجه و تابستان های گرم و خشک است که حداکثر حرارت آن تا ۳۷/۵+ درجه می رسد. بارندگی غالبا در زمستان و میزان آن حدود ۳۰۰ میلیمتر است. گلپایگان از مناطق نیمه صحرایی است و به علت نزدیکی به کویر مرکزی، بارندگی آن کم و هوایش متغیر است. دشت گلپایگان، وسیع و آب آن از رودخانه و قنات و چشمه و منابع آب های زیرزمینی تامین می گردد.

**سد گلپایگان** اولین سد مخزنی خاکی و اولین سد مدرن ایران است

شهرستان گلپایگان یک قطب مهم کشاورزی و دامپروری کشور محسوب می شود.

### آثار تاریخی و نقاط دیدنی گلپایگان:



### مسجد جامع، یادگار دوران سلجوقی (نمایی از شبستان مسجد جامع گلپایگان)

بازار چار سوق، مناره آجری سلجوقی، بنای سیدالسادات، ارگ تاریخی گوگد، امامزاده هفده تن، ناصر بن علی، مسجد حجه الاسلام، گنبد بابا مصری، مسجد جامع سراوان، کاروانسرای جلودار (در جاده قدیم اصفهان)، کاروانسرای دُر، شهر مخروبه آذرآباد، امامزاده ابوالفتح وانشان، گوشه، باب شیخ، دره شهیدان، صالح پیغمبر، امامزاده عمران بن علی، ظرف آتشدان نقره ای، قلعه ادیب (پشت بارو)، قلعه باقرخان، رُوخونه (رودخانه قبله)، باغ برج علی اکبری، خانه میثمی، خانه معظمی ها و خانه شجاع نظام در سر رباطان و ...

### دکتر مصطفی حبیبی؛ پایه گذار آسیب شناسی در ایران



صنایع دستی مهم گلپایگان قالی بافی، نمد بافی، گلیم بافی، منبت کاری، خطاطی، نقاشی ... است. تعمیر منبر صاحب الزمان مسجد گوهرشاد نیز اثر استاد حیدر نیکنام گلپایگانی است. شعر و موسیقی و ادبیات هم در گلپایگان سابقه چندین ساله دارد.

از صنایع مهم شهرستان می توان به کارخانه بزرگ لبنیات پگاه گلپایگان، تولید دانه طیور، پتروشیمی قائد بصیر، سازه های خودروی دیار (دیار خودرو)، زرفرسایپا، بهران محور سایپا، صابر لاستیک، خودرو سازان سپهر، سردساز خودرو، لوله و پروفیل گلپایگان، پلیمر گلپایگان، پلی اتیلن گلپایگان، پویا صنعت، نصیر ماشین، سایپا پلوس، صنعت پژوهان کیا، فن آوری ذوب، روان فن آور، تولید پولیکا، موزاییک سازی، سنگ بری و تولید گچ و ساینده پلوس و ساینده پیستون و... اشاره کرد.

## منشور حقوق گیرندگان خدمت

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند؛ این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت و الای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تامین نماید. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه، مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

منشور حقوق بیمار با توجه به ارزش های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقاء و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

## منشور حقوق بیمار

### محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید:

- شایسته ی شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- فارغ از هر گونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- بر اساس دانش روز باشد.
- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد.
- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

- در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد و موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارایه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارایه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد، مراقبت با هدف حفظ آسایش وی ارایه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

### محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
  - ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
  - نام، مسوولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسوول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر
  - روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار
  - نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
  - کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند
  - ارائه ی آموزش های ضروری برای استمرار درمان
- نحوه ی ارائه ی اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:
- تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).



- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.
- بیمار می‌تواند به کلیه تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

### **محور سوم: حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.**

محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

- انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
- انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- شرکت یا عدم شرکت در پژوهش‌های زیستی با اطمینان از این که تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
- قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.
- اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

### **محور چهارم: ارایه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.**

- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.
- در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی، باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
  - فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.
  - بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

### محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.

- بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.

- خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات، مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

منشور حقوق کارکنان

از آنجایی که توفیق خدمت به بیماران از برترین عبادات است و به جهت حفظ حقوق کارکنان عزیز و فداکاری که شبانه‌روز در خدمت بیماران می‌باشند منشور حقوق کارکنان بیمارستان به شرح ذیل تهیه گردید تا با رعایت آن، خدمت متناسب با شأن و منزلت بیماران و کارکنان گرامی فراهم گردد. حق در این منشور به معنی اختیار، توانایی و مصونیت است و کارکنان می‌توانند در مواردی بزرگوارانه از حق خود بگذرند.

۱. کارکنان بیمارستان حق دارند در قبال ارائه‌ی مراقبت مطلوب و موثر از جانب بیماران و همراهان مورد احترام کامل قرار گیرند.

۲. کارکنان بیمارستان حق دارند فقط در چارچوب وظایف قانونی و بر اساس اصول علمی و دستورالعمل‌های مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به ارائه‌ی خدمت و روش‌های درمانی اقدام نمایند.

۳. کارکنان بیمارستان حق دارند جهت ارائه‌ی مراقبت مطلوب و موثر محیطی آرام و امن داشته باشند.

۴. کارکنان بیمارستان حق دارند از هرگونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری احتمالی توسط بیماران و یا همراهان در امان باشند.

۵. کارکنان بیمارستان حق دارند علیرغم درخواست و اصرار بیماران از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد حرفه‌ای که موجب آسیب دیدن جسمی یا روحی بیمار می‌شود امتناع نمایند.

۶. کارکنان بیمارستان حق دارند از سلوک مناسب و تکریم از سوی مسوولین، کارکنان، ماموران دولتی و بازرسان برخوردار شوند.

۷. کارکنان بیمارستان حق دارند از حمایت و مساعدت قضایی از سوی مسوولین، در مواردی که به دلیل انجام وظایف شغلی مورد پیگرد قرار می‌گیرند، برخوردار شوند.

۸. کارکنان بیمارستان حق دارند از آخرین دستورالعمل‌ها و روش‌های نوین درمانی و آیین نامه‌هایی که مرتبط با وظایف شغلی آنان می‌باشد در چارچوب مقررات مربوطه بهره‌مند شوند.

# مدیریت خطر و ایمنی

تعریف ایمنی بیمار از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، اجتناب از آسیب‌های بی‌مورد یا بالقوه، مرتبط با خدمات مراقبت سلامت است. بررسی‌ها نشان داده است که خدمات درمانی یکی از پرخطرترین فعالیت‌ها در عرضه خدمات است. برآورد کلی حاکی از آنست که بطور متوسط حدود ۱۰٪ موارد بستری در موسسات درمانی، به نوعی از ناحیه‌ی خدمات درمانی دچار آسیب می‌شوند که بررسی‌ها حدود ۱٪ مرگ را در آن لحاظ نموده است؛ نکته مهم درخصوص نحوه‌ی برخورد با این حوادث یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن آن‌ها می‌باشد.

**۲۰ استاندارد ایمنی** برای رسیدن به بیمارستان دوستدار ایمنی در سطح یک که جزء استانداردهای ضروری و حیاتی برای بیمار می‌باشند عبارتند از:

۱. ایمنی بیمار در بیمارستان، یک اولویت استراتژیک می‌باشد و به صورت برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا می‌باشد.
۲. یکی از کارکنان با اختیارات مناسب به عنوان مسوول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان منصوب شده است.
۳. هیات مدیره بیمارستان به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت‌ها، بازدید منظم مدیریتی دارند.
۴. یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ‌کننده‌ی فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.
۵. بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را مرتب برگزار کرده و علل ریشه‌ای خطاهای اتفاق افتاده را بررسی می‌کند.
۶. بیمارستان وجود دستگاه‌ها و تجهیزات ضروری را تضمین می‌نماید.
۷. بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می‌نماید.
۸. بیمارستان دارای تدارکات کافی به منظور تامین ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون می‌باشد.
۹. جهت ارائه‌ی خدمات و مراقبت‌های درمانی کادر بالینی و قراردادی حائز شرایط توسط کمیته مناسبی استخدام و به کار گمارده می‌شوند.
۱۰. پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیص تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار بر گه‌ی رضایت نامه را امضاء می‌نماید.
۱۱. قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه‌های در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان

حداقل با دو شناسه (شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد) شناسایی و مورد تایید قرار می گیرند (شماره اتاق بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد).

۱۲. بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی خود را آزاد نگه می دارد.

۱۳. بیمارستان دارای سیستم های تضمین کننده به منظور اطلاع رسانی و اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد.

۱۴. بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی برنامه عملیاتی، راهنمای بالینی و طرح راهنمای عملی می باشد.

۱۵. بیمارستان تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پرخطر تضمین می نماید.

۱۶. بیمارستان راهنماهای بالینی معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید.

۱۷. بیمارستان دارای روش های ایمن قبل از ترانسفوزیون خون برای مثال ثبت نام و انتخاب و رد داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HBV است.

۱۸. بیمارستان دسترسی ۲۴ ساعته به داروهای حیاتی را تضمین می نماید.

۱۹. بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماندها را از مبدا تفکیک و کدبندی رنگی می نماید.

۲۰. بیمارستان از راهنماهای بالینی، از جمله راهنماهای بالینی سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماندهای تیز و برنده تبعیت می نماید.

### برنامه های اجرایی مرتبط با ایمنی بیمار:

سازمان جهانی بهداشت دو چالش بزرگ را در مقابل ایمنی بیمار بر شمرده است که اولین آنها عفونت های مکتسبه خدمات سلامت و دیگری تهدید ناشی از انجام غیر ایمن اعمال جراحی است. برای هر دوی این چالش ها چک لیست راهنماهایی هم از سوی سازمان جهانی بهداشت ارائه شده که هم اکنون اجرای آنها مانند برنامه بهداشت دست ها از سوی وزارت متبوع در بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی تابعه پیگیری می شود.

### ۹ راه حل ایمنی بیمار:

سازمان جهانی بهداشت، ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقاء ایمنی بیمار ارائه نموده که عناوین عبارتند از:

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

۲. شناسایی بیمار

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت

۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه‌ی خدمات

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله‌ها

۸. استفاده یک‌بار مصرف از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

- داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آن‌ها) در باکس‌ها و قفسه‌های جداگانه چیدمان شود.
- درخصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک حتماً باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.
- فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه‌های مشابه دارویی و ... رعایت شود.

- قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب شود.
- هنگام دارو دادن، حتماً بیمار با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار داده شود (وی را به اسم بخوانید).
- هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی و تاریخ انقضاء توجه شود.
- هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو و ... مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۲. شناسایی بیمار:

کلیه گلوگاه‌هایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد (فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده) مدنظر قرار گیرد و طبق دستورالعمل یا گایدلاین مربوطه (شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون، درمان دارویی، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی) به‌منظور

کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی ناشی از خطاها اقدام شود. به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای دستبند شناسایی باشند.

- یادآوری می‌شود که استفاده از دستبند شناسایی توسط بیماران از مسوولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌گاهد.

- از صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش بیمار اطمینان حاصل شود.

- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی بر روی زمینه دستبند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود.

- پرستار بخش موظف است در ادیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

- بمنظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی نوشته شوند و پرستار مسوول بیمار موظف است در صورت خدشه‌دار شدن نوشته، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.

- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی، دستبند شناسایی را از یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی نسبت به بستن دستبند شناسایی به دست بیمار اقدام نماید. در ضمن دستبند شناسایی بر روی میز، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین، در هر بخش به صورت رندوم نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسوول بخش در شیفت‌های عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود دستبند و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرمایند.

- در برگه‌ی آموزش به بیمار در بدو ورود به بخش‌ها و یا هنگام ادیت بیمار، ضرورت وجود دستبند شناسایی و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

- تأکید می‌شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار بعنوان شناسه‌ی وی استفاده نشود.

- پس از بستری شدن بیمار در بخش، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر یا تاریخ تولد بیماران نیز قید گردد.

- دستبندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پروسیجرهای درمانی و تشخیصی، وجود دست‌بند شناسایی بر روی دست غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می‌باشند.

### ۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار:

بطور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می‌شود:

- ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریت‌های پزشکی با مددجو و یا مددجویانی که دریافت‌کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می‌باشند).
- ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت‌های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیمار، بدحال و فوت شده و ... می‌باشد.
- ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می‌شود.
- از دسته‌بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوط به آن را کاملاً رعایت نماییم.
- ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است.
- برقراری ارتباط صحیح، مهم‌ترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می‌باشد.
- گروه‌های مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می‌باشند به ترتیب شامل نیروهای نگهداری، پرسنل پذیرش، پرسنل تریاژ، پزشک اسکرین، پرسنل بخش‌های پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و ...)، پرسنل بخش‌های بستری و بخش‌هایی مانند اتاق عمل و ... می‌باشند.

#### الف: نگهداری بیمارستان:

- در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل نگهداری هستند. رعایت اصول ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم وظایف انتظامی‌شان می‌باشد، باعث پدیدار شدن بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می‌شود. این ارتباط بایستی دارای ویژگی‌های زیر باشد:
- برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده‌تر و سریع‌تر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس
  - پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان
  - برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول با مددجو و همراه، به منظور آرام‌سازی
  - برقراری نظم و انضباط بخش‌ها و کنترل ورود و خروج افراد، همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم

- ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه در عین حال جدی با همراهان
- خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدیدآمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی‌اعتمادی در فرد می‌شود.
- ب: پذیرش بیمارستان
- ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخش‌ها می‌باشد.
- پرسنل محترم پذیرش موظفند به سوالات بیمار پاسخ داده، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند.
- پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری دست‌بند شناسایی تحویل دهند. اطلاعات مندرج در دست‌بند شناسایی باید با دقت و خوانا ثبت شود.
- پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین، محل خدمت خود را ترک نمایند.
- در هنگام ازدحام، خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و .... حتماً سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار، وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی‌شود مگر با ارتباط همراه با احترام و آرایه توضیحات کافی به بیمار.
- ج: بخش اورژانس بیمارستان:
- معمولاً اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است، بخش اورژانس می‌باشد. بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن)، ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است. مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش اورژانس در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل:
- پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز و با احترام کامل و راهنمایی آن‌ها به بخش اورژانس
- معرفی خود به عنوان پرستار مسوول تریاژ
- گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری
- ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی
- احترام متقابل بین بیمار و پرسنل
- صدا کردن بیمار با نام خود
- حفظ شأن و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی
- حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی
- زمانی که از بیمار می‌خواهید وظیفه‌ای را انجام دهد "خواهش می‌کنم و متشکرم" را فراموش نکنید.



- ارایه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز
  - اجازه گرفتن از بیمار، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیماران
  - داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است.
  - بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید.
  - رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد.
  - سوالات باز می تواند نتایج فوق العاده ای را در استخراج اطلاعات در بر داشته باشد (سوالات باز، سوالاتی است که بیمار را مجبور به دادن پاسخ های مفصل تر از بلی یا خیر می کند؛ مثلاً با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟)
  - ارائه توضیحات کافی، شفاف و منطبق با شرایط سنی، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار
  - انتخاب مناسب ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکاربردن اصطلاحات
  - زمان عامل اساسی در ارتباط است؛ به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می باشد.
  - تشویق به برقراری ارتباط با برقراری فضای صمیمی و دوستانه و پذیرش بیمار
  - به روزرسانی ارائه اطلاعات به بیمار از روند بیماری
  - شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می باشد.
- ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهان وی به مراتب سخت تر از مراجعین دیگر می باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به برقراری ارتباط نیز نمی باشد. از طرفی همراهان بیمار نیز به دلیل نگرانی و اضطراب، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند؛ لذا در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق، ایجاد حس همدلی، صبر و خویشتن داری، احترام و وظیفه شناسی بیش از پیش نمود خواهد کرد.
- د- بخش بستری بیمارستان:
- نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اورژانس و ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری، مطلب بسیار مهمی است که متأسفانه در اکثر موارد پذیرش بیمار رعایت نمی شود. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش، قوانین و مقررات درون بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته می شود.
- منشور حقوق بیمار بطور کامل برای وی توضیح داده شود. به اضطراب پنهانی بیمار به دلیل ناشناخته بودن محیط، کاملاً توجه شود. عوامل مخرب ایجاد کننده اختلال در خواب و آرامش بیمار حذف شود. کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل رادیولوژی و ...) نیز موظف به حفظ شأن و منزلت بیماران در هر شرایط می باشند.

به همین منظور از پرستار انتظار می‌رود آگاهی و مهارت کافی در برقراری ارتباط موثر داشته و موارد ذیل را مورد توجه قرار دهد:

- ۱- نیازهای ارتباطی بیماران را از زمان پذیرش، ارزیابی و ثبت نماید.
  - ۲- در برقراری ارتباط با بیمار به فرهنگ، زبان، مذهب، سبک زندگی، باورها و شیوه‌های ارتباطی بیمار احترام گذاشته و توجه نماید.
  - ۳- در حین هرگونه ارتباط با بیمار (ارائه‌ی مراقبت پرستاری، انجام دستورات پزشک و ...)، بطور شمرده و واضح با بیمار صحبت نماید و از تبادل پیام ارتباطی (فرستنده و گیرنده) بطور کامل و صحیح مطمئن گردد.
  - ۴- هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا مراقبتی را که برای بیمار انجام می‌دهد، بصورت کاملاً قابل درک و به زبان بسیار ساده برای بیمار یا خانواده توضیح دهد و از بیان اصطلاحات تخصصی پزشکی خودداری نماید.
  - ۵- در برقراری ارتباط با بیمار، حد و مرز و قلمرو بیمار را در نظر گرفته و حریم بیمار را حفظ نماید.
  - ۶- به اهمیت محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمار آگاه بوده و از افشای اطلاعات خصوصی بیمار خودداری کند.
  - ۷- در هنگام تردید در مورد محدوده ارتباط مراقبتی با بیمار، همکاران و افراد تیم درمانی مشورت نماید.
  - ۸- اطمینان یابد که عدالت و تساوی در دسترسی به خدمات بیمارستانی برای بیمار فراهم شده است.
  - ۹- از دسترسی کافی بیماران غیر فارسی زبان، به خدمات درمانی و مراقبت‌های پرستاری اطمینان یابد.
  - ۱۰- از دسترسی کافی بیماران با مشکلات خاص (از جمله مشکلات شنوایی یا بینایی)، به خدمات مورد نیاز درمانی یا مراقبتی اطمینان حاصل نماید.
  - ۱۱- توجه کافی، به هنگام و عادلانه‌ای به شکایات و خواسته‌های بیمار داشته باشد.
  - ۱۲- در برخورد با رفتارهای ناسازگارانه و مشکلات ارتباطی بیمار، روش ارتباطی صحیح، مناسب و موثری را اتخاذ نماید.
  - ۱۳- ضمن برقراری ارتباط موثر درمانی با بیمار، به سیاست‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی (بیمارستانی) متعهد باشد.
- رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل قوت قلب دادن بیجا، پاسخ‌های تکراری و کلیشه‌ای، خصومت، تحمیل ارزش‌های خود به بیمار، نصیحت کردن، کنجکاوی، تحقیر کردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است.

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار:

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح در همه بخش‌ها به ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است؛ لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش‌های مختلف درمانی و اتاق عمل، رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

در تدوین خط مشی و پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

### گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر:

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می‌باشد.

به عنوان یک خط مشی، انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه‌های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می‌باشد. مشروط بر آنکه رضایت‌دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد.

کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی مورد نیاز جزو نکات اصلی و ضروری در سیستم‌های ارزیابی سلامت می‌باشد. در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی قیومیت لازم می‌باشد؛ لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود و در دسترس کلیه کادر درمانی قرار گیرد.

### گام دوم - تأیید هویت بیمار:

بیمار جزء لاینفک و جدایی‌ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می‌باشد. از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می‌شود، درگیر اولین مراحل فرآیند شش گانه‌ی «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح، داروی صحیح، زمان صحیح و ثبت صحیح» می‌گردد.

قبل از اجرای هر گونه قضاوت و داوری موثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضای تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش‌های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

• نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی به طور مستقیم از بیمار پرسیده شود نه به گونه‌ای باشد که بیمار تأیید نماید)

• نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده

• دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر

• نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

پرستار بایستی پاسخ‌های بیمار را با مشخصات دست‌بند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده‌ی پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می‌شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی‌باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید. در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه‌های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه‌گر با صلاحیت، بایستی پاسخ‌گوی سوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد که در این خصوص، جزییات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود. گاهی بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی‌درمانی)، از دست‌بند شناسایی استفاده نمی‌کنند و نمی‌توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد، خصوصاً که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری، علاوه بر مشکل اصلی زمینه‌ای تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر هم قرار گیرند؛ لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است، خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آن‌چه روی داده است، نمی‌باشد.

### **گام سوم- علامت‌گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی:**

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهنده‌ی پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه‌گذاری شود.

سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد با صلاحیت دیگری (بنا به صلاحدید) واگذار نماید. در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری، کاملاً در زمینه‌ی بیماری یا پروسیجر مورد نظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد. اگر فرد مورد نظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار ابهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه‌ی لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده‌ی پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد. در مواردی که بیمار از انجام علامت‌گذاری امتناع می‌ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده‌ی پزشکی بیمار و گزارش پرستاری، چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود. پزشک مسوول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت‌گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می‌گردد. در صورتی که پزشک مسوول این وظیفه را به شخص دیگری (رزیدنت ارشد) واگذار نماید امکان بروز اشتباه در تعیین محل صحیح عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی قابل پیش‌بینی است.

گام چهارم- بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تایید نهایی و صحت‌گذاری پیش از عمل)

هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه‌ی اعضای تیم درمانی و تیم جراحی درگیر (جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران، پرستاران و تکنسین‌ها) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه‌ی اعضای تیم درمان است. براساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی‌هوشی بیمار صورت گیرد.

گام پنجم- اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی‌های تشخیصی مرتبط خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل‌گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره‌آمیز در شناسایی بیمار صحیح می‌باشد.

#### ۵. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت:

یک مساله متداول که در مورد ایمنی داروها ذکر می‌شود، توزیع سهوی الکترولیت‌ها است. جهت جلوگیری از خطاها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی جدیدالورود به نکات ذیل باید توجه شود:

- حتی‌الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود.
- داروهای موردنظر از دیگر داروها به صورت واضح جدا شود.
- کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود.
- هنگام مصرف دارو، دستور پزشک دوباره چک شود.
- نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد.
- علایم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد.
- دستورالعمل نحوه رقیق‌سازی و تهیه دوز موردنظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد.
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود.

#### ۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده صدمه به بیماران به هنگام ارایه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می‌دهند ولی میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایع‌تر می‌باشد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخش‌ها الزامی بوده و بدنال آن تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود.

به منظور اجتناب از تلفیق دارویی رعایت نکات زیر الزامی است:

- ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسوول بیمار
- پرستار مسوول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.
- هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.
- برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک، اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.
- در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگر، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسوول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

### ۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله‌ها:

- هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کاتترها و لوله‌ها از جهات زیر توسط پرستار مسوول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:
- بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کاتترها، سوندها و لوله‌ها
  - بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
  - کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
  - بررسی میزان درناژ باتل‌ها
  - بررسی output ادراری و بگ ادراری بیمار
  - بررسی لوله تراشه و NGT از لحاظ قرارگیری در محل خود
  - کنترل تاریخ فیکس اتصالات

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه مطرح بوده و روزانه در بخش‌هایی که مورد بازدید قرار می‌گیرند باید کنترل گردد. توجه به ساینز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده و دستور پزشک از الزامات کنترل می‌باشد.

### ۸. استفاده صرفاً یک‌باره از وسایل تزریقات:

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می‌باشد. تزریق، یکی از روش‌های شایع در تجویز داروها است. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه‌دهنده خدمت، گیرنده خدمت و جامعه بدنبال خواهد داشت؛ لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می‌باشد.

## انجام تزریقات باید بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

- استفاده از وسایل استریل
- برای هر تزریق، از یک سرنگ یک بار مصرف جدید استفاده شود
- از یک سرنگ و سر سوزن استریل یک بار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده شود
- از آلودگی وسایل (سرنگ - سر سوزن و ویال ها) پیشگیری شود
- روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق آماده گردد
- حتی المقدور از ویال های تک دوزی دارو استفاده شود
- در صورتی که الزام به استفاده از ویال های چند دوزی دارو است، برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده شود
- هنگام شکستن سر آمپول، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست و جدار آمپول، انگشتان از آسیب و صدمه محافظت گردند
- قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی از نظر کدورت، شکستگی جداری آنها و تاریخ انقضاء بررسی و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، به نحوه صحیح دفع شوند
- توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار گیرند
- در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، به نحوه صحیح دفع شود
- قبل از آماده کردن دارو و تزریق، پرستار دست های خود را با آب و صابون بشوید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کند. در صورتی که بین تزریقات، دست کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است
- از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب شود
- نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درجه ی تازه استفاده گردد. از گلوله های پنبه ی آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نشود
- از کاربرد ماده ی ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ی ضعیف شده برای تلقیح اجتناب شود
- قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف بود، حتما پوست شسته شود
- سرنگ و سر سوزن از نظر وجود پارگی بسته بندی چک شده و به تاریخ انقضاء آن توجه شود
- اگر سرپوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست بکار گرفته شود

۹. رعایت بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت‌های سلامتی:

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش‌ها باید رعایت، کنترل و پایش شود. باید توجه داشت که شستن دست‌ها به تنهایی مهم‌ترین راه پیشگیری از عفونت-های بیمارستانی به شمار می‌آید. شستن دست‌ها توسط صابون‌های معمولی یا انواع ضد میکروبی توصیه می‌گردد. شستن دست با صابون‌های معمولی و آبکشی باعث می‌شود تا میکروارگانیسم‌ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروب‌ها باعث کشته شدن میکروارگانیسم‌ها یا مهار رشد آن‌ها نیز می‌گردد.

پوست دست کارکنان پزشکی، دارای میکروارگانیسم‌های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب‌های مقیم پوست در لایه‌های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد آن‌ها در لایه‌های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنال شستشوی دست‌ها با صابون‌های معمولی پاک نمی‌شوند ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می‌گردد. شستن دست‌ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب‌های موقتی پوست خواهد شد. مواردی که باید دست‌ها شسته شوند عبارتند از:

- در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- قبل از مراقبت از بیماران آسیب‌پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن‌ها با میکروب‌های بیماری‌زا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب‌هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری‌های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- قبل و بعد از تماس با زخم
- پس از در آوردن دستکش‌ها از دست

**مواردی که هرگز نباید اتفاق بیافتند:**

براساس [National Quality forum](#) شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می‌افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شوند:

**الف) وقایع جراحی**

✓ انجام جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن



- ✓ انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه
- ✓ انجام جراحی با روش و رویه غلط بر روی بیمار
- ✓ جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن بعد از جراحی یا سایر روش های درمانی
- ✓ مرگ در حین عمل یا بلافاصله بعد از عمل جراحی در بیمار با وضعیت سلامتی طبیعی
- ✓ تلقیح مصنوعی با اهدا کننده های (اسپرم و تخمک) اشتباه

#### ب) وقایع مرتبط با تجهیزات و تولیدات

- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از داروها و تجهیزات آلوده در تسهیلات
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال استفاده از دستگاه ها و تجهیزات مصرف شده قبلی یا دستگاه هایی با عملکرد متفاوت با آنچه مورد انتظار است
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال آمبولی هوای داخل عروقی در مراکز ارائه خدمات مراقبتی و سلامتی

#### ج) وقایع مراقبتی بیمار

- ✓ ترخیص نوزاد به شخص اشتباه
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال مفقود شدن (بیش از ۴ ساعت بیمار)
- ✓ خودکشی یا قصد خودکشی منجر به ناتوانی جدی در حین ارائه خدمات مراقبتی

#### د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی

- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با خطای درمانی
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک بعثت تجویز خون یا فرآورده های خونی ناهمگون و ناسازگار (تزریق گروه خون اشتباه)
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی مادر در زایمان طبیعی یا وضع حمل حاملگی های کم خطر موقع ارائه خدمات مراقبتی
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با هیپوگلیسمی که موقع ارائه خدمات مراقبتی شروع شود.
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی ( کرینکتروس Kernicterus ) مرتبط با نارسائی و شکست در شناخت و درمان یرقان نوزادی

- ✓ زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش جهت خدمات بالینی
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت درمان نخاعی

#### ه) وقایع مرتبط با محیط

- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار همراه شوک الکتریسیته در حین مراقبت های درمانی
- ✓ هرگونه حادثه ای در اثر انتقال اشتباه لوله های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیمار یا آلودگی این لوله ها
- ✓ هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعثت سوختگی ناشی از هرمنبعی در حین مراقبت های درمانی
- ✓ هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعثت اختلال در محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
- ✓ هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعثت افتادن

## و) وقایع جنائی

- ✓ هرگونه اصرار دستورات درمانی توسط پزشک، پرستار، داروساز و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی دارای پروانه کار
- ✓ سوء استفاده و تجاوز جنسی از بیمار
- ✓ مرگ یا جراحت مهم بیمار یا پرسنل ناشی از سوء استفاده و تجاوز فیزیکی
- ✓ ربودن بیمار

## شاخصهای ایمنی بیمار Patient Safety Indicators

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پایش می کنند. با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

## شاخص های سطح بیمارستانی ایمنی بیمار (۲۰ شاخص)

- ۱- عوارض بیهوشی
- ۲- مرگ در گروههای DRG با احتمال مرگ پایین
- ۳- زخم بستر
- ۴- نارسایی در نجات بیمار
- ۵- جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی
- ۶- پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی
- ۷- عفونت انتخابی به دلیل مراقبت درمانی
- ۸- شکستگی لگن بعد از عمل
- ۹- هماتوم یا خونریزی بعد از جراحی
- ۱۰- اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل
- ۱۱- نارسایی تنفسی بعد از عمل
- ۱۲- آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی
- ۱۳- عفونت خون بعد از عمل
- ۱۴- جدا شدن زخم بعد از عمل در بیماران جراحی شکمی و لگنی
- ۱۵- پارگی و سوراخ شدگی تصادفی

۱۶- واکنش ناشی از انتقال خون

۱۷- آسیب حین تولد- آسیب به نوزاد

۱۸- ترومای زایمان طبیعی با ابزار

۱۹- ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار

۲۰- ترومای زایمان - سزارین

مراقبت‌های سلامت بطور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی و تهدید سلامت همراه است. بیماران حق دارند، مراقبت از آن‌ها علاوه بر تطابق با بهترین شرایط و استانداردها و آخرین شواهد علمی و بالینی، سلامتی ایشان را دچار مخاطره نسازد.

### خطا چیست؟

خطا عبارت است از شکست در انجام کامل یک فعالیت برنامه‌ریزی شده مطابق با برنامه (خطای اجرایی) و یا استفاده از یک برنامه غلط برای رسیدن به یک هدف (خطای برنامه‌ریزی).

پس دو نوع خطا وجود دارد: خطای اجرایی و خطای برنامه‌ریزی.

بعضی از خطاهای اجرایی قابل مشاهده هستند و گروهی دیگر معمولا به چشم نمی‌آیند، پس می‌توان خطاهای اجرایی را نیز به دو گروه تقسیم کرد: خطاهای لغزشی که قابل مشاهده هستند و خطاهای سهوی که قابل مشاهده نیستند.

در تقسیم‌بندی دیگر، خطاها به دو دسته فعال و پنهان تقسیم می‌شوند:

خطای فعال خطایی است که توسط عاملین اصلی کار اتفاق می‌افتد و اثرات آن تقریبا بلافاصله احساس می‌شود. معمولا از این خطاها تحت عنوان «خطاهای انسانی» یاد می‌شود.

خطای پنهان خطایی است که در طراحی سازمان و یا تربیت نیروها اتفاق می‌افتد، ولی اثرات این خطا برای مدت‌ها در سازمان نهفته و خاموش می‌ماند. معمولا از این خطاها تحت عنوان «خطاهای سیستمی» نام برده می‌شوند.

در تقسیم‌بندی دیگری خطاها به دو گروه خطای غفلت و خطای ارتکاب تقسیم‌بندی می‌شوند: خطای غفلت انجام ندادن یک کار صحیح است، مانند تشخیص ندادن یک بیماری، ارزیابی با تاخیر، عدم تجویز یک داروی لازم برای درمان بیماری و .... خطای ارتکاب انجام دادن یک عمل اشتباه است، مانند تجویز یک داروی غلط برای یک بیمار اشتباه در یک زمان نادرست. تصادف و حوادث ناگوار زمانی

به وقوع می‌پیوندند که شرایط مخفی نظیر نارسایی سیستم، با یک اشتباه فعال انسانی همراه شوند. شرط برقراری امنیت بیمار، رهایی از آسیب‌های اتفاقی است که برای حصول به آن‌ها نیاز به تاسیس سیستم‌ها و پروسه‌های عملکردی وجود دارد که احتمال وقوع خطاها را به حداقل رسانده و احتمال جلوگیری از بروز آن‌ها و کاهش عوارض ناشی از آن‌ها را در صورت وقوع، به حداکثر رساند.

اولین گام برای دستیابی به این مهم، **شناسایی خطاها** است. سه روش برای شناسایی خطاها وجود دارد:

۱. گزارش‌دهی اجباری

۲. گزارش‌دهی اختیاری

۳. سیستم‌های فعال نظارتی

### ایجاد برنامه‌های مدیریت خطا:

یک فرآیند ۶ مرحله‌ای جهت مدیریت خطا پیشنهاد می‌شود:

۱- شرح حال و معاینه که باید شامل بررسی جزئیاتی در مورد سازمان و کارکنان آن باشد

۲- دریافت اطلاعات محرمانه سیستم‌های گزارش‌دهی خطاها، جزئیات حوادث ناگوار و موارد نزدیک به خطا و مشاهده سیستماتیک فعالیت‌های گروهی

۳- مقابله با عوامل مخفی شناسایی شده، تغییر محیط شغلی و سازمانی، تهیه دستورالعمل‌های اجرایی استاندارد و پایه‌ریزی یک سیستم شناسایی خطای غیرتنبیهی

۴- اجرای دوره‌های آموزشی در کار گروهی، شناخت خطاها و محدودیت‌های عملکردی افراد

۵- تقویت روابط بین‌فردی و مهارت‌های تکنیکی

۶- تداوم مدیریت خطا به عنوان یک برنامه‌ی سازمانی از طریق دوره‌های آموزشی ممتد و جمع‌آوری اطلاعات

اگر سازمان‌ها و محیط‌های شغلی، اجتناب‌ناپذیری رخداد خطا را بپذیرند و به اهمیت جمع‌آوری اطلاعات در مدیریت خطا پی ببرند، تلاش‌های سیستماتیک در ارتقای امنیت به طور حتم میزان و شدت حوادث ناگوار را کاهش خواهد داد. بررسی‌ها نشان داده است که انسان‌های بی‌کفایت مسوول حداکثر ۱٪ مشکلات و خطاها هستند. سایر خطاها (۹۹٪) توسط انسان‌های خوب و کارآمدی انجام می‌شود که می‌خواهند کارشان را به بهترین صورت انجام دهند، اما مرتکب اشتباهات ساده‌ای می‌شوند و این سیستم و فرایندهای آن است که محیط مناسبی برای این موضوع فراهم می‌آورد.

جهت شناسایی خطاها روشهای مختلفی وجود دارد این روشها میتواند شامل بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخصهای ایمنی بیمار، بررسی شکایات، نتایج رضایت مندی بیماران باشد

در این مرکز روند گزارش دهی خطا و خطر از طریق تکمیل فرمهای خطا و خطر و فرم گزارش خطاهای دارویی موجود در واحدها و بخشهای مربوطه تحویل به مسئول خطا و خطر است. سپس این فرمها توسط واحد بهبود کیفیت مورد بررسی قرار گرفته و اقدامات اصلاحی به صورت گزارش یک مورد خطا تدوین و به بخشها و واحدهای موردنظر ارسال می گردد.

## بهداشت محیط و عفونت بیمارستانی

### بهداشت محیط بیمارستان

بهداشت محیط بیمارستان شامل کلیه اقداماتی است که در جهت بهبود وضعیت و سالم سازی محیط بیمارستان به منظور جلوگیری از گسترش و شیوع عوامل بیماری زا انجام می گردد و این کار با کنترل بهداشتی آب، فاضلاب، مواد زائد و پسماندها، حشرات موذی، تهویه، نور، رطوبت، درجه حرارت و مواد غذایی، ضد عفونی کننده ها و... توسط کارشناس بهداشت محیط مستقر در بیمارستان انجام می شود. لذا با سالم سازی محیط، از اشاعه بیماری به داخل و انتقال آن به خارج از بیمارستان جلوگیری و با ایجاد محیطی سالم و بهداشتی، به بهبود بیماران کمک نماید. بنابراین با رعایت اصول و موازین بهداشت محیط در بیمارستان علاوه بر تامین رفاه جسمی و روانی افراد، خواهیم توانست کانون تمرکز عفونت های بیمارستانی نیز کنترل نمائیم.

با توجه به تعریف بهداشت محیط و مسئولیت فردی در برابر سلامت افراد جامعه، رعایت مسائل بهداشتی در محیط کار بیمارستانی از اهمیت ویژه ای برخوردار می گردد.

از این رو بهداشت محیط بیمارستانها رابطه مستقیمی با میزان شیوع عفونتهای بیمارستانی داشته که رعایت این امر به عهده پرسنل شاغل می باشد. با توجه به این موضوع و جهت بالا بردن سطح آگاهی افراد به کار گمارده شده نسبت به خطرات کاری موجود در راستای کاهش عفونتهای بیمارستانی آموزش، از جایگاه ویژه ای برخوردار می گردد.

### گندزدایی و ضد عفونی در بیمارستان

همانطور که در قسمت های قبلی نیز بدان اشاره شد و به دلایلی که در زیر آمده است اهمیت گندزدایی و ضد عفونی در بیمارستان ها بسیار بالا می باشد :

۱. بیمارستان محل مراجعه بیماران و همراهان آن بوده، بنابراین مراجعه کنندگان، همراهان و ارائه کنندگان خدمات، انسان می باشند.
۲. خدمات گیرندگان، افرادی با سطح ایمنی و بهداشت بدنی پایین می باشند و آمده اند تا این سطح کم ایمنی بدن را ارتقا دهند، بنابراین بسیار حساس ترند.
۳. احتمال انتقال آلودگی از بیماران به پرسنل بیمارستان بیشتر می باشد.
۴. احتمال انتشار آلودگی در محیط بیمارستان بیشتر می باشد.
۵. انواع آلودگی در بیمارستان، فیزیکی، شیمیایی و بالاحص عفونی وجود دارد.

بنا به دلایل فوق الذکر در این قسمت به تعریف و توضیح اصطلاحات مطرح می پردازیم:

### میکروب کش

ماده میکروب کش ، عوامل بیماری زا و بسیاری عوامل غیر بیماری زا را کشته ولی آندوسپورها را از بین نمی برد.

### متوقف کننده رشد میکروب ها

عواملی که برای ارگانیسم ها کشنده نبوده ولی شدیداً از رشد آنها جلوگیری می کنند. این عوامل فقط از افزایش تعداد میکروارگانیسم ها جلوگیری می کنند و قادر به کشتن و یا حذف میکروارگانیسم ها نبوده و با زدودن و حذف ماده میکروبیواستاتیک، مجدداً میکروارگانیسم ها رشد و تکثیر می یابند.

### مواد پاک کننده یا دترجنت (Detergents):

ماده یا ترکیبی که پس از انحلال در آب یا حلال، با استفاده از کاهش کشش سطحی مایع، آلودگی را از بین می برد و اجازه می دهد ضد عفونی کننده ها به میکروارگانیسم ها که در زیر یا پایین آن ها قرار دارند دسترسی پیدا کنند. ماده پاک کننده نامیده می شود.

### گندزدا

گندزدا به موادی اطلاق می شود که مانع رشد و یا فعالیت میکروارگانیسم ها شود و یا آنها را نابود سازد. در غلظت های پایین، گندزداها ممکن است باعث جلوگیری از رشد و از بین رفتن فعالیتهای حیاتی میکروارگانیسم شود، اما در غلظت های زیاد باعث از بین رفتن میکروب می شود.

### گندزدایی (Disinfection):

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

### ضد عفونی کردن و ضد عفونی کننده (Sterilization):

ضد عفونی کننده به عواملی اطلاق می گردد که از رشد و تکثیر میکروب ها در نسوج زنده جلوگیری کرده و یا موجب نابودی آنها می گردند و به طور اختصاصی در مورد سطوح زنده کاربرد دارد. در غلظت های پایین یک آنتی سپتیک ممکن است از رشد و نمو جلوگیری نماید، ولی در غلظت های بالا ممکن است همان ماده میکروارگانیسم

را بکشد. زمان برای این مواد دارای اهمیت خاصی است. غلظت ضد عفونی کننده بایستی نسبت به گندزداها کمتر باشد تا از آسیب به بافت های بدن اجتناب گردد.

### ضد عفونی کننده

هر عامل یا ترکیب شیمیایی را که باعث جلوگیری از عفونت و یا نابودی میکروب های بیماری زا و سایر میکروارگانیسم های مضر (نه الزاما" اسپور باکتری ها) می گردد ضد عفونی کننده می نامند. طبق تعریف انجمن بهداشت عمومی آمریکا به کشتن عوامل پاتوژن با روش های شیمیایی و یا فیزیکی که به طور مستقیم اعمال می گردد ضد عفونی گفته می شود. ضد عفونی کردن و گندزدایی دو کلمه مترادف هستند که در مورد اشیاء و جامدات، بیشتر کلمه گندزدایی و در مورد انسان و جانداران کلمه ضد عفونی به کار می رود. تفاوت شان از نظر علمی در این است که یک ترکیب شیمیایی که خاصیت ضد عفونی کننده دارد در غلظت های کم این اثر را دارد ولی یک ترکیب گندزدایی کننده در غلظت های بالا اثر مشابه را دارد.

### پسماندهای بیمارستانی

**تفکیک زباله:** با توجه به اهمیت تفکیک زباله های بیمارستانی و دستورالعمل های وزارت بهداشت و درمان که همگی تاکید بر اهمیت و ضرورت تفکیک زباله های بیمارستانی دارند، کلیه پرسنل، به خصوص پرسنل شاغل در بخش های بستری بیمارستان باید نسبت به این امر آگاهی و همکاری لازم را داشته باشند و بدون همکاری آنها موفقیت، میسر نیست.

**اولین قدم در مدیریت پسماند ها به حداقل رساندن پسماندهاست که به روش های زیر انجام پذیراست :**

#### ۱- کاهش منابع تولید

#### ۲- اقدامات مدیریتی و کنترل خوب

#### ۳- تفکیک زباله

**تعریف پسماند های پزشکی:** پسماند های پزشکی (بیمارستانی) به کلیه پسماند های عفونی و زیان آور ناشی از بیمارستانها، مراکز بهداشتی درمانی، آزمایش های تشخیص طبی و مراکز مشابه گفته می شود. لذا پسماند های بیمارستانی به دلیل دارا بودن ترکیبات آلاینده و مخاطره آمیز زیست محیطی در سیستم مدیریت مواد زائد از اهمیت خاصی برخوردار است، ماهیت خطرناک این زائدات و تاثیرات سوء زیست محیطی و بهداشتی ناشی از مدیریت نامناسب آنها یکی از دلایل اهمیت مدیریت پسماند های بیمارستانی می باشد.

زباله های بیمارستانی به دسته مهم شامل عفونی، غیر عفونی، تیز و برنده، دارویی و شیمیایی و ویژه تقسیم می شوند که شامل:



۱- زباله عفونی: کلیه وسایل و لوازم آلوده به خون و ترشحات عفونی و...، کلیه پارچه‌ها و البسه آلوده به خون و ترشحات و...، گاز و پنبه و دست‌بند های مصرف شده برای پانسمان، وسایل پلاستیکی استفاده شده برای بیمار از قبیل سوند، کیسه‌های ادرار، سرم، ست سرم، قسمت پلاستیکی برانول، دستکش، ماسک، لوله‌های اتصال و...، پسماندهای مظنون به داشتن عوامل بیماری‌زا شامل محیط‌های کشت میکروبی آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از جدا سازی بیماران عفونی، بافت‌ها، سواپ آلوده، مواد یا تجهیزاتی که با فرد مبتلا به بیماری عفونی تماس داشته‌اند و مواد دفع شده از این بیماران زباله عفونی محسوب می‌شوند. پسماندهای عفونی در کیسه زباله زرد رنگ و در سطل زرد رنگ جمع‌آوری می‌شوند.

۲- پسماندهای نوک تیز و برنده: سر سوزن، تیغ بیستوری، انواع آنژیوکت، شیشه‌های شکسته سرم و فرآورده‌های خونی، دارویی و هرگونه وسیله یک‌بار مصرف تیز و برنده که برای تشخیص، درمان و مراقبت بیماران استفاده شده باشد مشمول پسماندهای تیز و برنده می‌شوند. زباله نوک تیز و برنده صرف نظر از این که آلودگی داشته باشد یا نه در جعبه مقاوم Safety Box جمع‌آوری می‌گردد.

۳- پسماندهای غیر عفونی: کلیه زباله‌های شبه خانگی، باقیمانده مواد غذایی، ظروف یک‌بار مصرف، پوست میوه و... پسماندهای غیر عفونی هستند که باید در کیسه زباله مشکی رنگ و در سطل آبی رنگ جمع‌آوری شوند.

۴- پسماندهای دارویی و شیمیایی: داروهای تاریخ گذشته یا باقی مانده داروهای بیماران، معرف‌های آزمایشگاهی، مواد ضد عفونی کننده و گندزادی استفاده شده یا تاریخ گذشته، ویال داروها و واکسن‌ها، بطری‌ها و قوطی‌های حاوی مواد شیمیایی که در سطل سفید کیسه سفید جمع‌آوری می‌شوند.

۵- پسماندهای ویژه: اعضا و اندام قطع شده، جنین مرده، جفت و .... اعضا و اندام‌های قطع شده، قسمت‌های جدا شده از بدن و جنین سقط شده باید به صورت جداگانه جمع‌آوری و به گورستان محل منتقل و به روش خاص مدفون گردند.

**جمع‌آوری**: وقتی سه چهارم ظروف و کیسه‌های پلاستیکی پر از پسماند شد پس از بستن درب آنها، باید آنها را برداشت. هیچ کیسه محتوی پسماند بدون داشتن برچسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل خارج نشود. پسماندها باید همه روزه (یا در صورت لزوم چندبار در روز) گردآوری شوند و به محل تعیین شده برای انباشتن پسماندها حمل شوند.

- برچسب باید دارای مشخصاتی از قبیل (تاریخ، نام بخش، نوع پسماند و...) باشد.

- سطل‌های پسماند پس از خارج شدن کیسه پر شده بلافاصله طبق دستورالعمل شستشو و گندزدایی گردند.

**حمل زباله‌ها در بیمارستان**: باید حتما به وسیله بین (بین زرد عفونی و بین آبی غیر عفونی) صورت گیرد و برای جمع‌آوری کیسه‌های زباله از اتاق و بخش‌ها، از انبار کردن و گذاشتن آنها روی زمین و در گوشه‌ی بخش و همچنین از پرتاب کردن و فشرده کردن آنها خودداری کرده و جهت جمع‌آوری آنها، برای جلوگیری از انتشار آلودگی و وارد آوردن آسیب احتمالی به خود و بیماران و پرسنل، حتما زباله‌ها در بین جمع‌آوری و به محل دفع منتقل گردد.

توجه: به طور کلی بازیافت پسماندهای مراکز بهداشتی درمانی ممنوع است.

### نکات ایمنی :

- به هیچ وجه نباید کاربران اجسام تیز و برنده را در دستشان به صورت آزاد و بدون سینی حمل کنند.
- به هیچ وجه نباید کاربران قطعات مورد استفاده را تا زمانی که مجبور نیستند از هم جدا کنند.
- به هیچ وجه نباید کاربران اجسام تیز را به حال خود رها کرده تا بعداً آن را مرتب کنند.
- به هیچ وجه نباید Safety Box در بالای یک سطل زباله قرار گیرد.
- به هیچ وجه نباید Safety Box به وسیله دسته آویزان شود.
- به هیچ وجه نباید درب Safety Box در فاصله ای که از آن استفاده نمی شود باز بماند.
- 

### مشخصات اتاق ایزوله :

۱. فقط دارای یک تخت باشد (یا حداقل فقط بیماران با بیماری مشابه در آن بستری شوند)
۲. جلوی در اتاق ایزوله گان، ماسک و دستکش به میزان کافی باشد.
۳. داخل اتاق ایزوله حتماً سرویس بهداشتی مجزا، دستشویی، مایع صابون و هندراب الکلی باشد.
۴. دارای دو سطل (پسماند و ملحفه) باشد.
۵. فردی که داخل اتاق می شود در هنگام خروج از اتاق ایزوله (بخصوص درمورد بیماران عفونی) گان، ماسک و دستکش را خارج کرده و در سطل های مزبور بیاندازد.
۶. دارای تهویه باشد.
۷. بعد از مرخص نمودن بیمار حتماً "اتاق با مواد ضد عفونی مناسب ضد عفونی شود.
۸. کلیه وسایل استفاده شده بایستی از اتاق جدا و تمیز شده و سپس ضد عفونی شود.
۹. وسایل اتاق ایزوله برای بیماران دیگر به هیچ عنوان استفاده نشود مگر در صورت ضد عفونی و استریل شدن.
۱۰. درب اتاق بسته باشد و به بیمار توصیه شود تا حد ممکن از اتاق خارج نشود.
۱۱. ملاقات کنندگان محدود باشند و به حداقل برسند.
۱۲. تمام ملاقات کنندگان کلیه اصول بهداشتی از قبیل دست شستن، استفاده از گان، ماسک و دستکش را رعایت کنند.
۱۳. ملافه ها و پسماندهای اتاق ایزوله مجزا از سایر بخش جمع آوری و با برچسب عفونی حمل و نقل شود.
۱۴. هر ماه از اتاق های ایزوله کشت گرفته شود.

۱۵. به بیمار آموزش داده شود در صورت خروج از اتاق حتماً "از ماسک استفاده کند".  
تمام وسایل تزریقات و ریدی بیمار بصورت بهداشتی جمع آوری و به روش مناسب معدوم شود

### واکسیناسیون هپاتیت ب:

مطابق برنامه راهنمای ایمن سازی مصوب کمیته کشوری ایمن سازی، کلیه پرسنل شاغل در مراکز درمانی بستری و سرپایی که با خون و ترشحات آغشته به خون در تماس هستند، شامل پزشکان، پرستاران، بهیاران، کمک بهیارها، واکسیناتور، کارشناسان و تکنسین های آزمایشگاه های تشخیص طبی، نظافت چي های واحدهای بهداشتی و درمانی و آزمایشگاه های تشخیص طبی و دانشجویان پرستاری و پزشکی، جزء گروه های پرخطر برای ایمن سازی هپاتیت ب محسوب می شوند و لازم است در سه نوبت صفر، یک ماه بعد از اولین تزریق، شش ماه بعد از اولین تزریق، واکسن هپاتیت ب را دریافت نمایند و یک ماه بعد از آخرین تزریق تیتراژ آنتی بادی خود را اندازه گیری نموده و اگر تیتراژ آنتی بادی وی بیش از  $10 IU/MI$  باشد نیازی به دوز بوستر ندارد و چنانچه میزان آنتی بادی، زیر  $10 IU/MI$  باشد، لازم است مجدداً ۳ نوبت واکسن هپاتیت ب با دوز معمولی، را دریافت نماید.

✓ قابل ذکر است کلیه پرسنل جدیدالورود این مرکز باید جهت واکسیناسیون و تشکیل پرونده به واحد بهداشت و کنترل عفونت مرکز مراجعه نمایند.

### رعایت بهداشت فردی و استفاده از وسایل حفاظت فردی موقع کار:

- کلیه پرسنل قبل از شروع به کار طبق دستورالعمل و مقررات بیمارستان، باید روپوش، کفش و لباس کار مخصوص خود را تهیه کرده و نسبت به تمیز و بهداشتی بودن و آراستگی آن نهایت دقت را داشته باشند و در آغاز و پایان هر شیفت نسبت به تعویض لباس اقدام نمایند.
- قبل از ورود به غذا خوری بیمارستان، باید نسبت به تعویض لباس اقدام و از ورود به رستوران با روپوش و لباس کار خود اکیدا خودداری نمایند.
- پرسنل بیمارستان بخصوص پرسنل شاغل در بخش ها، موقع کار وسایل زینتی (انگشتر) و لاک ناخن نداشته باشند و ناخن ها نیز کوتاه باشد.
- موقع کار بسته به محل کار خود از وسایل حفاظت فردی شامل لباس کار مناسب (روپوش و ...)، دستکش، عینک، ماسک و کفش مناسب استفاده نمایند؛ زیرا استفاده از این وسایل نقش بسیار مهمی در ایمنی فرد و جلوگیری از بروز حادثه و انتقال آلودگی دارد.

### روش بهداشت دست

۱. همیشه ناخنهارا کوتاه نگهدارید و وسایل زینتی استفاده نکنید.
۲. هنگام شستن دست بایستی از دستشویی فاصله گرفت تا از خیس شدن و آلوده شدن یونیفرم پیشگیری گردد.
۳. ابتدا حلقه و ساعت را بیرون آورده سپس آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای مناسب تنظیم گردد.
۴. در حالی که دستها سرازیر هستند آنها را خیس کنید تا آب به طرف انگشتان جاری گردد
۵. مقدار ۱۰-۵ سی سی مایع در کف دستها بریزید و دستها را به هم بمالید تا کاملاً کف ایجاد گردد

۶. شستن دست را با حرکت مالشی و دورانی آغاز نمایید.

۷. سپس کف دست راس تربه پشت دست چپ و بالعکس کاملاً کشیده شود.

۸. کف دستها به هم کشیده شود به طوری که انگشتان بین هم قرار گیرند و کاملاً به هم ساییده شود.

۹. پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ به طوری که انگشتان به حالت قفل شده به هم قرار گیرند و با فشار شست و شو شوند و بالعکس.

۱۰. با کف یک دست انگشت شست دست دیگر به صورت چرخشی کاملاً ساییده شود و بالعکس.

۱۱. نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و با حرکت چرخشی کاملاً شست و تمیز شود و بالعکس.

۱۲. هر یک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دستها بایستی پنج بار تکرار گردد.

۱۳. دستها را با حوله کاغذی کاملاً خشک نموده و با همان حوله کاغذی شیر آب را ببندید و از بستن آب با دستخ و د خودداری نمایید زیرا موجب آلوده شدن دستهای گردد.

۱۴. استفاده از دست خشک کن برقی توصیه نمیشود زیرا موجب پراکنده شدن میکروبها و گرد و غبار در هوا میگردد.

۱۵. استفاده از صابون جامد توصیه نمیکرد اما در صورت استفاده پس از مصرف، کف صابون را شسته و مجدداً در جای خود قرار دهید.

### موارد شستن دست با آب و صابون:

۱. دستها به صورت آشکارا کثیف باشند

۲. دستها به صورت مشهود آلوده به مواد پر و تئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشند

۳. شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت

۴. در صورتی که دستها به صورت آشکارا کثیف نمیشوند ترجیحاً با استفاده از محلولهای رعایت بهداشت دستها را Hand rub ضد عفونی با بنیان الکلی و بکارگیری روش Hand rub نمایند، توجه نمایند در صورتی که محلولهای ضد عفونی با بنیان الکلی جهت در دسترس نیست دستها را با آب و صابون بشوید

۵. قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران (مانند گرفتن نبض یا فشار خون یا بلند کردن بیمار)

۶. بعد از آوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست خود به علت وجود پودر در دستکش

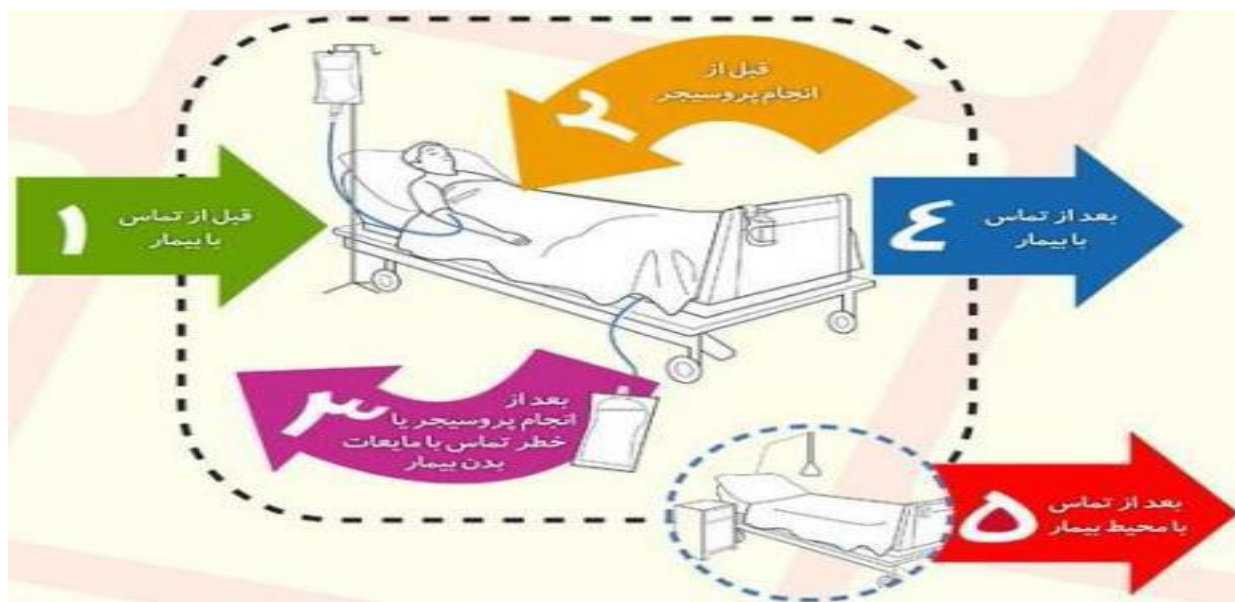
۷. قبل از دست زدن یا هر گونه جابه جایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار و صرف نظر از این که دستکش پوشیده اید یا خیر

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

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

۱۰. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشمول بر تجهیزات پزشکی)

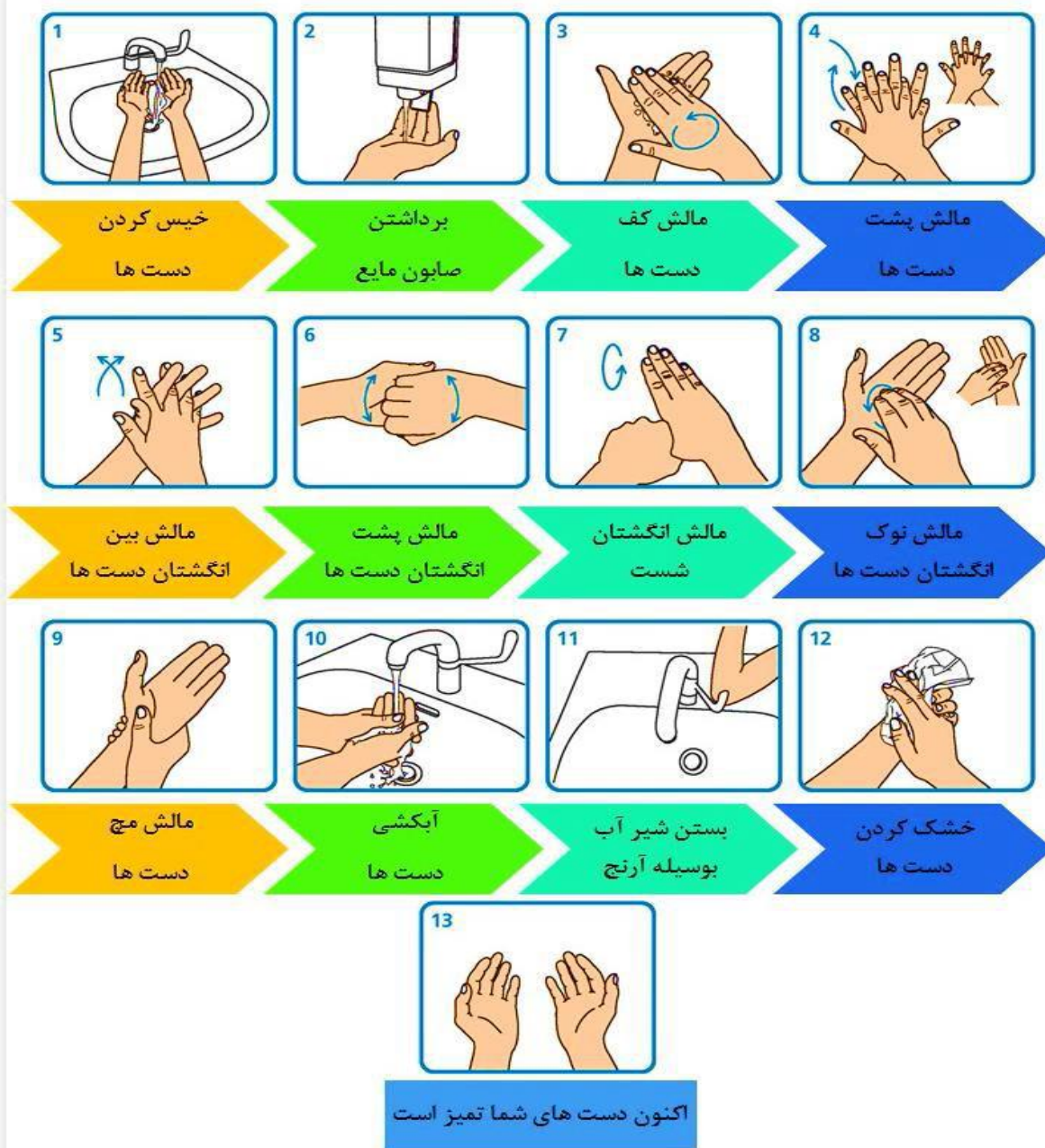
برای تشخیص آسان موقعیت های رعایت بهداشت دست، سازمان بهداشت جهانی WHO مدل "۵" موقعیت برای رعایت بهداشت دست "را ارائه نموده است. که این پوستر توسط سوپروایزر کنترل عفونت به بخش ها جهت نصب داده شده است



۱. پرسنل برای رعایت بهداشت دست به صورت هم زمان از محلول هندراب و آب و صابون استفاده نمی کنند.
۲. پرسنل از استفاده لاک و ناخن مصنوعی در بیمارستان خودداری می کنند.
۳. به منظور افزایش میزان رعایت بهداشت دست، افشانه های محلول ضد عفونی کننده را در اطاق بیماران قرار می دهند.
۴. با توجه به افزایش احتمال آسیب پوست در طی تماس مکرر با آب داغ، جهت شستن دست ها از آب نیم گرم استفاده می کنند.
۵. به هیچ وجه دستکش را جایگزین هندراب و هندوآش نمی کنند.
۶. در زمان تعویض پانسمان و سونداژ بیمار پرسنل از دستکش استریل استفاده می کنند.



## شستشوی دست با آب و صابون



## ضد عفونی دست با هند راب

Hand rub: روش مقدار کافی Hand rub به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلولهای مایع باینیان الکلی جهت از محلول رادر کف دست خود ریخته و تازمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را به هم بمالید

پرسنل برای هندراب کردن نکات ذیل را رعایت میکنند :

۱. ۳۰ تا ۴۰ ثانیه وقت صرف میکنند.

۲. مراحل هندراب را برای هر دو دست اجرا میکنند.

۳. مالش دست ها را تا خشک شدن محلول روی پوست دست ادامه میدهند.

۴. حداکثر بعد از ۷-۸ بار هندراب یک نوبت هند واش می کنند

۵. پرسنل با دستان خیس هندراب نمی کنند.

پرسنل به روش تصویری ذیل هندواش می کنند و مراحل را برای هر دو دست اجرا می کنند:



**پیشگیری از فیدل استیک شدن:**

پرسنلی که تزریقات انجام می دهند، باید طبق دستورالعمل موجود در بخش ها اصول ایمنی را موقع تزریق رعایت نموده، به خصوص از سرپوش گذاری مجدد خودداری کنند و بعد از تزریق سرنگ را فوراً در سفتی باکس بیندازند. با توجه به

این که بیماران ممکن است دچار عفونت‌های ناشناخته باشند، پرسنل شاغل در بخش‌ها با دقت و رعایت اصول ایمنی می‌توانند از نیدل استیک و آلوده شدن خود، پیشگیری نمایند.

برای ایمنی خود و بیماران و سایر پرسنل بخش از رها کردن سرنگ، آنژیوکت، برانول و پنبه بر روی تخت بیماران خودداری کنید.

### اقدامات لازم در هنگام Needle Stick شدن:

۱. شستشوی زخم با آب و صابون به مدت ۳ تا ۵ دقیقه
۲. خودداری از دستکاری و فشردن محل مواجهه
۳. خودداری از مالش موضعی چشم و سایر مخاطات در معرض قرار گرفته
۴. شستشوی چشم‌ها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
۵. گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی
۶. ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارش حین کار توسط سوپروایزر و تشکیل پرونده بهداشتی کارکنان و اطلاع به مدیر و مسئول مرکز و طرح در کمیته کنترل عفونت بیمارستانی و پیگیری از طریق مراجع مربوطه
۷. تشکیل پرونده و پیگیری مورد
۸. در صورتی که الودگی منبع تماس با عفونت HIV محرز باشد الزامی است فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحا در عرض ساعت اول تحت مراقبت‌های درمانی با نظر پزشک کنترل عفونی قرار گیرد.
۹. در صورتی که منبع الوده به عنوان مورد شناخته شده HBV/HIV باشد ۵-۱۰ سی سی خون از فرد مورد نظر گرفته و به منظور پیگیری اتی ذخیره شود.
۱۰. در صورتی که الودگی منبع تماس با HBV/HIV نامشخص باشد ۵-۱۰ سی سی خون از منبع تماس جهت بررسی ان اخذ و مورد آزمایش قرار گیرد.

### چگونگی افزایش ریسک آسیب‌های ناشی از تماس با Needle:

آسیب‌های ناشی از تماس با needle اغلب وابسته به فعالیت‌های زیر است:

۱. قرار دادن مجدد کلاهک needle
۲. انتقال مایعات بدن به داخل ظروف
۳. نقص در دفع مناسب needle استفاده شده در ظروف مقاوم در برابر قطعات تیز که شکسته یا سوراخ شده
۴. طراحی نامناسب لوازم مورد استفاده
۵. وضعیت نامناسب بدنی (پوسچر غلط بدن) در هنگام کار کردن
۶. تجربه کارکنان
۷. از دست دادن تمرکز

### راههای محافظت از آسیب‌های ناشی از تماس با Needle:



۱. اجتناب از استفاده نیدل هائی که موثر و ایمن نیستند.
۲. در انتخاب و ارزیابی ابزاری که با خصوصیت ایمنی خود ریسک آسیب های ناشی از needle را کاهش میدهد، به مسئول خود کمک کنید.
۳. از قرار دادن مجدد کلاهک needle اجتناب نمائید.
۴. ابزاری را استفاده کنید که با در نظر گرفتن خصوصیات ایمنی، توسط مسئولین شما تهیه می شود.
۵. قبل از استفاده از needle، برای جابجائی با دست و دفع آنها برنامه ریزی نمائید.
۶. Needle استفاده شده را فوراً در ظروف اختصاصی دفع وسایل نوک تیز و برنده (safety box) بریزید.
۷. همواره آسیب های ناشی از قطعات نوک تیز و needle را گزارش دهید تا زمانیکه از دریافت پاسخ مراقبتی مقتضی مطمئن شوید.
۸. در صورت مشاهده هر گونه خطر بالقوه ناشی از تماس با needle، مسئول خود را مطلع نمائید.
۹. در برنامه های آموزشی پیشگیری از عفونت ها شرکت کنید.
۱۰. نسبت به انجام واکسیناسیون هپاتیت B اقدام نمائید.

### عفونت بیمارستانی

عفونت، پدیده ای است که میزبان به دلیل تهاجم، رشد و تکثیر عامل بیماری زای عفونی دچار آسیب می شود. عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماری زای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد شود به شرطی که حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شده، در زمان پذیرش، فرد علائم آشکار عفونت مربوطه را نداشته و بیماری در دوره بستری باشد؛ معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی (کد مربوطه) را جهت تعریف عفونت بیمارستانی دارد.

### چهار نوع عفونت براساس تعاریف استاندارد NNIS بررسی می شود:

۱. عفونت ادراری
۲. عفونت جراحی
۳. عفونت خونی
۴. عفونت تنفسی (پنومونی)

علائم عفونت تنفسی - عفونت ادراری - عفونت محل جراحی - عفونت خونی به شرح زیر است:

علائم عفونت تنفسی: افزایش ترشحات خلط، بی ثباتی استرنوم، تنگی نفس، رال، صداهای تنفسی برونکیال، سرفه، ویزینگ، هموپتری

علائم عفونت ادراری: سوزش ادراری، (frequency) اولیگوری (کمتر از ۲۰ سیسیدر ساعت)، تکرر ادرار (urgency) فوریت ادراری، (disuria)

عفونت محل جراحی: عفونت مربوط به عمل جراحی که طی ۳۰ روز بروز کرده باشد در صورتی که هیچ جسم خارجی (implant) در محل قرار داده نشده باشد، یا در صورت وجود (implant) طی یکسال بروز کرده باشد  
علائم: ترشح چرکی از محل برش، حساسیت محل، قرمزی، تورم، درد، تب بالای ۳۸ درجه

عفونت خونی یا سپسیس: دمای بالای ۳۸ درجه یا کمتر از ۳۶ درجه سانتیگراد، افت فشار (فشار سیستولیک < ۹۰)، اولیگوری کمتر از ۲۰ سی سی در ساعت، تاکی پنه و تاکی کاردی

### پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی:

الف) ایزولاسیون یا جداسازی بیماران: هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم‌ها از بیمار به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل است. رعایت اصول جداسازی، مشتمل بر دو قسمت می‌باشد:  
احتیاط‌های استاندارد احتیاط براساس راه انتقال بیماری

### احتیاط‌های استاندارد (Standard Precautions)

در صورت تماس با خون، تمام مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بدن بجز عرق (بدون در نظر گرفتن خون قابل رویت در آن‌ها)، پوست آسیب دیده و مخاط‌ها، رعایت موارد زیر ضروری است:

۱. شستن دست‌ها
۲. پوشیدن دستکش
۳. استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد.
۴. عدم دستکاری سوزن‌ها و وسایل تیز. درپوش سوزن‌ها نباید مجدداً روی سوزن‌ها قرار گیرد، سر سوزن نباید خم یا شکسته شوند.
۵. سر سوزن‌ها و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی دفع گردند.

توجه: بدلیل انتقال اکثر موارد عفونت‌های بیمارستانی از طریق تماس، بویژه با دست پرسنل، شستن دست‌ها مهم‌ترین راه پیشگیری از عفونت بیمارستانی به‌شمار می‌آید. پوشیدن دستکش به هیچ وجه نباید جایگزین شستن دست‌ها شود.

احتیاط‌هایی که باید براساس راه انتقال عفونت‌ها رعایت گردند:

رعایت این نوع احتیاط‌ها باید با رعایت اصول احتیاط‌های استاندارد توام گردد. سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت‌ها وجود دارد که عبارتند از:

الف- هوا (Airborne)      ب- قطرات (Droplet)      ج- تماس (Contact)

#### الف- احتیاط هوایی:

برای جلوگیری از انتقال بیماری‌هایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچک‌تر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عامل عفونی (Droplet nuclei) بکار می‌رود.

بیماری‌هایی که رعایت احتیاط هوایی برای آن‌ها ضرورت دارد عبارتند از:

سل ریه یا حنجره، سرخک، آبله مرغان، یا زونا منتشر

#### اصول احتیاط‌های هوایی عبارتند از:

۱- بستن بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده

۲- درب اتاق

۳- خروج هوا از اتاق بیمار باید بطور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد نه داخل بخش

۴- تمام افرادی که وارد اتاق بیماران می‌شوند باید از ماسک فیلتردار استفاده نمایند (N۹۵)

۵- جابجایی بیمار باید محدود گردد و بیمار قبل از ترک اتاق، باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد. پرسنلی که قرار

است بیمار را تحویل بگیرند، باید قبل از جابجایی بیمار مطلع شوند تا احتیاط‌های لازم را بکار گیرند.

#### ب- احتیاط قطرات:

برای جلوگیری از انتقال آئروسول‌های درشت (قطره)، از این نوع احتیاط استفاده می‌شود. بدلیل اندازه بزرگ، این قطرات در هوا معلق نمی‌مانند و تا فاصله زیادی حرکت نمی‌کنند. این ذرات حین صحبت، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می‌شوند.

#### اصول رعایت احتیاط قطرات عبارتند از:

۱. بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد (در صورت وجود

چند بیمار با یک بیماری خاص، می‌توان آن‌ها را در یک اتاق بستری کرد).

۲. درب اتاق می‌تواند باز بماند (بدلیل جابجایی کم ذرات).

۳. در صورت کار کردن پرسنل در فاصله یک متری بیمار، باید از ماسک استاندارد جراحی استفاده گردد. استفاده از

گان و دستکش تابع اصول احتیاط‌های استاندارد است.

۴. در صورت انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد.

#### ج- احتیاط‌های تماسی:

برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم‌هایی که از طریق تماس مستقیم (لمس کردن بیمار) یا تماس غیر مستقیم (تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال می‌یابند، رعایت احتیاط تماسی توصیه می‌شود.

#### اصول احتیاط‌های تماسی عبارتند از:

۱. بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی (یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی).
  ۲. استفاده از وسایل محافظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل:
    - پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق
    - درآوردن دستکش قبل از ترک اتاق
    - رفع آلودگی دست‌ها با یک ماده طبی شوینده دست بلافاصله پس از درآوردن دستکش
    - جلوگیری از آلودگی مجدد دست‌ها قبل از ترک اتاق
- استفاده از گان در صورتی که بیمار بی‌اختیاری دارد، کولوستومی یا ایلئوستومی شده، یا ترشح زخم وی کنترل نمی‌شود. قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید درآورده شود.
- وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی و فشارسنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و برای سایر بیماران مورد استفاده قرار نگیرند. در صورت لزوم استفاده مشترک از این وسایل، باید آن‌ها را ابتدا پاک و گندزدایی نموده و سپس مورد استفاده قرار داد.

## مهریت بحران

حوادث غیر مترقبه، بسته به نوع، شدت، زمان و مکان وقوع، می توانند اثرات مختلفی بر مراکز درمانی بجای گذارند که از آن جمله می توان به تاخیر و یا عدم اطلاع رسانی صحیح و بموقع، سردرگمی پرسنل و بی نظمی آنان، کمبود و تکمیل سریع ظرفیت اورژانس، کمبود تجهیزات و مواد مصرفی، بروز واکنش های روحی- روانی در پرسنل و بیماران، اختلال در عملکرد عادی مرکز درمانی بدلیل خرابی تجهیزات و تاسیسات و نیز ازدحام مردم اشاره نمود. عوامل یاد شده به همراه سایر عوامل، موجب افزایش موربیدیتی و مورتالیتی بیماران و مصدومین می گردد؛ لذا برای کاهش اثرات حوادث غیر مترقبه و پیشگیری از عوارض ناشی از آن، وجود یک برنامه کامل و مدون در کلیه مراکز درمانی ضروری بنظر می رسد.

### بحران چیست؟

حادثه ای که بطور طبیعی و یا بوسیله بشر بطور ناگهانی و یا بصورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید و جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد بحران گویند. بحران به هرگونه حادثه ای اطلاق می شود که به جان یا مال انسان آسیب برساند و نیاز به اقدام فوری و فوق العاده داشته باشد.

### ویژگی های بحران:

- معمولاً غیر قابل پیش بینی است (یعنی نمی توان پیش بینی کرد که کی و در کجا اتفاق می افتد)، اما معمولاً غیرمنتظره نیست.
- بیشتر یک وضعیت اضطراری و آنی است تا یک حالت ماندگار.
- پویا و متغیر است.
- بحران ها آثار مخربی دارند و مردمی که تا قبل از بحران نیازمند کمک نبودند به محض وقوع بحران نیازمند کمک می- شوند.
- ماهیت و آثاری طولانی و استهلاکی دارند.
- در وضعیت بحرانی معمولاً تصمیم گیری تحت شرایط وخیم و در زمان محدود بوده و اطلاعات مورد نیاز تصمیم- گیرندگان ناقص است.

○ زمان موجود برای پاسخ‌دهی پیش از انتقال تصمیم را محدود کرده و اعضای واحد تصمیم‌گیری را به تعجب و حیرت وامی‌دارد.

○ محدودیت و فشردگی زمان، غافلگیری، استرس و مخدوش شدن اطلاعات در بحران وجود دارد.

### مدیریت بحران:

فرآیند پیش‌بینی و پیشگیری از وقوع بحران، برخورد و مداخله در بحران و سالم‌سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند. مدیریت بحران علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحران‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها، در جستجوی یافتن ابزاری است که بوسیله آن‌ها بتوان از بروز بحران‌ها، پیشگیری نمود و یا در صورت بروز بحران، برای کاهش اثرات آن، امداد رسانی سریع و بهبودی اوضاع اقدام نمود.

### مدیر بحران کیست؟

کسی که تهدیدکننده‌ها را بشناسد و از فرصت‌ها خوب استفاده کند. در فرهنگ ما ضرب‌المثلی است که می‌گوید «علاج واقعه قبل از وقوع باید کرد». متأسفانه در کشور ما زنگ خطرها نادیده و ناشنیده گرفته می‌شوند و بعد از وقوع بحران، تازه به فکر می‌افتیم و راه حلی جستجو می‌نماییم. متأسفانه مدیر بحران یا علایم را نمی‌شناسد و یا به اهمیت این علایم واقف نیست. مدیر بحران باید به دنبال راه کارهایی جهت کاستن ابعاد بحران باشد. به عبارت دیگر آثار هر عامل را با پارامترهای دیگر بسنجد و پس از تحلیل نسبت به رفع آن بکوشد. مدیر بحران باید تفکر استراتژیک را یاد بگیرد؛ یعنی بتواند به آشفته‌گی ذهنی خویش در کوتاه‌ترین مدت نظم بخشد. این امر امکان ندارد مگر با حضور مداوم در بحران‌ها که نهایت پایداری مدیریت سازمان را می‌طلبد.

### حوادث و وقایع محتمل الوقوع:

حوادثی که مراکز درمانی را تهدید می‌کنند می‌توان به چند دسته بشرح ذیل تقسیم بندی نمود:

۱. حوادث داخلی: آتش سوزی، انفجار، پخش و انتشار مواد خطرناک
۲. حوادث خارجی کوچک: وقایعی است که تعداد کمی قربانی به جای می‌گذارد.
۳. حوادث خارجی بزرگ: وقایعی است که تعداد زیادی قربانی به جای می‌گذارد.

### نحوه اجرای برنامه مقابله با حوادث غیر مترقبه در مراکز درمانی:

لازم است برای اجرای برنامه، کمیته مقابله با حوادث غیرمترقبه در مرکز درمانی بشرح ذیل تشکیل شود. اعضای کمیته مقابله با حوادث غیرمترقبه در مراکز عبارتند از:

۱. رییس مرکز درمانی
۲. مدیر مرکز درمانی
۳. مترون
۴. رییس و سرپرستار اورژانس و دیگر بخش‌های مرکز درمانی
۵. مسوولین فنی کلیه واحدهای پاراکلینیک
۶. روسای حراست و یا انتظامات و واحدهای اداری و مالی

۷. کارشناس فنی - مهندسی و یا مسوول تأسیسات

۸. مسوول بهداشت مرکز درمانی

۹. نماینده ستاد مقابله با حوادث غیر مترقبه منطقه یا شهرستان

برنامه مقابله با حوادث غیر مترقبه به دو بخش پیش از وقوع حادثه و پس از وقوع حادثه تقسیم می گردد:

برنامه مقابله با حوادث غیر مترقبه پیش از وقوع حادثه، شامل شناسایی کلیه خطرات محتمل الوقوع، پیشگیری، آماده سازی و ایمن سازی مرکز درمانی و پرسنل شاغل در آن، تدوین برنامه کامل مقابله با حوادث غیر مترقبه، آشناسازی پرسنل با بخش های مختلف برنامه و شرح وظایف آن ها در برنامه، ایجاد ارتباطات بیرونی با کلیه سازمان های پاسخ دهنده به حادثه و سازمان های کمکی می باشد.

برنامه مقابله با حوادث غیر مترقبه پس از وقوع حادثه، اهداف مهمی همچون تشکیل سریع سیستم فرماندهی حادثه، برقراری ارتباط با ستاد بحران و سایر سازمان های پاسخ دهنده به حادثه، اجرای دقیق شرح وظایف کلیه واحدها، ارائه خدمات مناسب به بیماران قلبی و مصدومین جدیدالورود و نهایتاً ارزیابی مجدد برنامه و بازنگری آن را دنبال می کند.

### مراحل عملکرد مراکز درمانی پس از وقوع حادثه:

#### ۱. فعال سازی سیستم هشدار

اولین مرحله پس از وقوع حادثه، مرحله فعال سازی سیستم هشدار است. داشتن یک برنامه مدون برای سیستم هشدار، امری بسیار مهم است. چرا که داشتن اطلاعات صحیح و در کمترین فاصله زمانی پس از وقوع حادثه، لازمه تصمیم گیری صحیح و آمادگی برای ارائه خدمات مطلوب است. نمودار زیر به عنوان نمونه سیستم هشدار مراکز درمانی طراحی گردیده است:

اولین فردی که از وقوع حادثه مطلع می شود

#### فعال شدن مرحله ای نمودار تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران

به محض اطلاع بالاترین مسوول حاضر در مرکز درمانی از وقوع حادثه، لازم است بصورت مرحله ای، نمودار تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران را فعال نماید. در شرح وظایف هر یک از اعضا، اقداماتی که هر یک از اعضا به ترتیب باید انجام دهند، ذکر شده است و بدین ترتیب مرحله پاسخ به حادثه شکل می گیرد. مرحله پاسخ به حادثه براساس شرح وظایف اعضا ادامه می یابد و در همین حال فرمانده حادثه برای بازگشت به وضع عادی برنامه ریزی می نماید.

#### ۲. بازگشت به وضع عادی

فرمانده حادثه، لازم است با در نظر گرفتن تمامی شرایط و جوانب، اعم از وضعیت فیزیکی مرکز درمانی، وضعیت تجهیزات و مواد مصرفی، وضعیت پرسنلی و وضعیت بیماران و مصدومین مراجعه کننده، اقدام به اعلام بازگشت به وضع عادی نماید. نکته مهم در این زمینه آن است که اعلام بازگشت به وضع عادی تنها هنگامی امکان پذیر است که پذیرش بیمار جدید، منوط به ترخیص بیماران قلبی نباشد.



۳. ترمیم، بازسازی و احیای کلیه خدمات مرکز درمانی

پس از بازگشت به وضعیت عادی، رییس مرکز درمانی با همکاری سایر پرسنل، ستاد مرکزی مدیریت بحران و سایر موسسات و شرکت‌های طرف قرارداد، ترمیم و بازسازی مرکز درمانی را آغاز می‌نماید. لازم است در کوتاه‌ترین زمان ممکن، کلیه خدمات مرکز درمانی احیا شده و پرسنل آسیب‌دیده و یا از دست رفته، به نحو مطلوب جایگزین گردند.

۴. بازنگری و اصلاح برنامه

اگر چه پس از انجام هر مانور عملیاتی سراسری قبل از وقوع حادثه، برنامه مقابله با حوادث غیرمترقبه مرکز درمانی مورد بازنگری قرار می‌گیرد، اما هیچ مانوری نمی‌تواند مانند حوادث واقعی، نقایص برنامه را نشان دهد؛ لذا اعضای کمیته مقابله با حوادث غیرمترقبه پس از بازگشت به وضع عادی و همزمان با آغاز ترمیم، بازسازی و احیای خدمات مرکز درمانی، با استفاده از کلیه موارد ثبت شده در مرحله پاسخ به حادثه و مشاهدات خود اقدام به بازنگری و اصلاح کلیه نقایص برنامه می‌نمایند. لازم به ذکر است که پس از بازگشت به وضع عادی، باید ضمن برگزاری کارگاه‌های توجیهی و مانورهای عملیاتی محدود، مانورهای عملیاتی سراسری به روال قبل از حادثه، هر سال دو بار برگزار شود تا ضمن بازنگری دائمی برنامه، آمادگی پرسنل برای پاسخ به حادثه حفظ شود.

## اطفای حریق

### ایمنی حریق

آتش سوزی از حوادثی است که هر لحظه ممکن است در هر مکان و برای هر کسی اتفاق بیفتد و بر اثر آن خسارت‌های جانی و مالی جبران‌ناپذیری وارد شود. از این رو همه افراد به ویژه کودکان، سالمندان و همه مکان‌های پرخطر نظیر منازل، دفاتر کار، مدارس، بیمارستان‌ها، کارخانجات در معرض این خطر خانمان و جان‌سوز قرار دارند. آمارهایی که در جهان انتشار می‌یابد، معرف خسارات عظیم و تلفات نسبتاً زیاد ناشی از آتش سوزی است. دانش و اطلاعات مربوط به آتش و شناخت راه‌های پیشگیری و کنترل آن، از ضروریات زندگی سالم محسوب می‌شود.

### انواع آتش:

۱- **حریق نوع اول A:** این نوع آتش سوزی از سوختن مواد معمولی قابل احتراق، عموماً جامد و دارای ترکیبات آلی طبیعی یا مصنوعی حاصل می‌شود. این منابع کاغذ، پارچه، چوب، پلاستیک و امثال آن است که پس از سوختن از خود خاکستر به جا می‌گذارند. خاموش‌کننده‌هایی که برای کنترل آن بکار می‌روند علامتی مثلث شکل و سبز رنگ با نشان A دارند. اطفای این نوع حریق مبتنی بر سرد کردن می‌باشد. برای خاموش کردن آتش‌های نوع A بهترین ماده، آب است.

۲- **حریق نوع دوم B:** این آتش در اثر سوختن مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (عموماً مواد نفتی و روغن‌های صنعتی) پدید می‌آید. برخی از این مواد ممکن است حلال در آب نیز باشند (مانند الکل و

استون)، لیکن استفاده از آب، به هیچ وجه برای اطفای آنها توصیه نمی‌شود. خاموش‌کننده‌هایی که برای این دسته مناسب هستند دارای برجسب مربع قرمز رنگ با علامت B هستند. اطفای این حریق عموماً مبتنی بر خفه کردن حریق است.

**۳- حریق نوع سوم C:** این دسته شامل آتش‌سوزی‌های ناشی از گازها و یا مایعاتی که به راحتی قابلیت تبدیل به گاز را دارند مانند گاز مایع و گاز شهری می‌باشد. این گروه نزدیک‌ترین نوع حریق به دسته B هستند. خاموش‌کننده‌های مربوطه با علامت C در مربع آبی رنگ مشخص می‌شوند. راه اطفای این حریق قطع کردن و سد کردن مسیر نشت می‌باشد (بستن شیر گاز).

**۴- حریق نوع چهارم D:** حریق‌های این دسته ناشی از فلزات سریعاً اکسید شونده مانند منیزیوم، سدیم، پتاسیم و امثال آن می‌باشد و خاموش‌کننده‌های مناسب برای اطفای آنها با علامت ستاره زرد رنگ D مشخص می‌شوند.

**۵- حریق نوع پنجم E:** این دسته شامل حریق‌های الکتریکی می‌باشد که عموماً در وسایل الکتریکی و الکترونیکی اتفاق می‌افتد، مانند سوختن کابل‌های تابلو برق یا وسایل برقی و حتی سیستم‌های کامپیوتری. نام‌گذاری این دسته نه به خاطر متفاوت بودن نوع ماده سوختنی بلکه بخاطر مشخصات وقوع، اهمیت و نوع دستگاه‌هایی است که حریق در آنها رخ می‌دهد. راه اطفای این دسته، قطع جریان برق و خفه کردن حریق با گاز  $\text{CO}_2$  یا هالون و هالوکربن می‌باشد. خاموش‌کننده‌هایی که قابلیت کنترل آن را دارند با حرف E نشان داده می‌شوند.

نکته: در هنگام آتش‌سوزی حتی المقدور از نزدیکترین کپسول آتش‌نشانی که در بخش موجود است استفاده گردد.

طرز کار خاموش‌کننده پودر و گاز:

۱- قبل از استفاده از پر بودن و شارژ آن مطمئن شوید. ۲- در صورت وزش باد، پشت به باد در نزدیکی حریق ایستاده و خاموش‌کننده را برای جلوگیری از کلوخه شدن چند بار سر و ته نمایید. اگر توانایی این کار را ندارید چند بار کف خاموش‌کننده را بر روی زمین بزنید تا مطمئن شوید که پودر خاموش‌کننده کلوخه نشده باشد. ۳- در شرایطی که سرلوله

در دست شماست، ضامن را با دست دیگر کشیده و با فشار روی اهرم مسیر خروج پودر را باز نموده و بصورت جارو کردن پودر را بر روی سطح کانون حریق هدایت نمایید. ۴- توجه داشته باشید که برای اطفای مایعات قابل اشتعال سر نازل را بصورت عمود یا با شیب تند بر روی مایعات قابل اشتعال نگیرید، زیرا باعث پاشیدن مایعات قابل اشتعال به اطراف می گردد، بلکه با شیب ۳۵ درجه سر نازل را در دست گرفته و سپس اقدام به خروج پودر نمایید. ۵- پس از اتمام عملیات، خاموش کننده را بصورت واژگون نگه دارید تا اگر گاز در داخل خاموش کننده باقی مانده تخلیه شود و سپس دستگاه را برای شارژ مجدد بفرستید.

طرز کار خاموش کننده دی اکسید کربن ( $CO_2$ ).

۱- با توجه به فشار زیادی که در دستگاه است بعلت طرح خاص سر لوله، حداکثر فاصله پرتاب مواد این خاموش کننده، بین ۲ تا ۴ متر است، بنابراین برای استفاده بهینه از آن باید به حریق نزدیک شوید. ۲- در فاصله دورتر از حریق، ضامن را آزاد کرده و سر لوله (شیپور) را در دست گرفته و با قرار گرفتن در موقعیت مناسب، با فشار بر روی اهرم با باز کردن شیر گاز و با حرکت سر لوله قیفی شکل به محل دلخواه، مواد خاموش کننده را هدایت نمایید. ۳- حداکثر زمان تخلیه برای خاموش کننده ۶ کیلویی بین ۶۰ تا ۱۶۰ ثانیه است که در مدت فوق باید حداکثر استفاده را در امر اطفاء نمود. ۴- در صورتی که از پر بودن سیلندر مطمئن هستید ولی هنگام استفاده گاز خارج نمی شود، احتمالاً راه خروج آن بعلت یخ زدگی مسدود شده است، برای چند لحظه شیر را ببندید و مجدداً باز نمایید. ۵- در هنگام استفاده از این نوع خاموش کننده، ممکن است با دو مورد ذیل برخورد کنید که از خصوصیات نوع خاموش کننده بوده و بدون هیچگونه تردیدی به کار خود ادامه دهید: الف- ایجاد صدای نسبتاً زیاد در هنگام خروج گاز از سر لوله که برای اولین بار، ممکن است برای فرد استفاده کننده ایجاد ترس و دلهره کند، ب- تولید الکتریسیته ساکن و انتقال آن به بدن بر اثر انبساط سریع گاز از حالت مایع به گاز که ممکن است در فرد ترس از اینکه دچار برق گرفتگی شده است را بدنبال داشته باشد.

نکته: باید دقت نمود که اگرچه دی اکسید کربن سمی نیست ولی تجمع آن بویژه در فضای بسته، بسیار خطرناک بوده و

اگر تهویه در محیط وجود نداشته باشد می تواند باعث بیهوشی و حتی مرگ در اثر فقدان اکسیژن شود. همچنین ایجاد مه

ناشی از این گاز می تواند باعث کاهش دید شود.

نکته: از طرق دیگر اطفای حریق خاموش کردن آتش بوسیله ی پتو یا آب می باشد.

## قوانین اداری - مالی

**مستخدم:** کسی است که به موجب حکم یا قراردادی از طریق شرکت در آزمون و یا سایر مراحل قانونی از محل مجوزهای استخدامی به استخدام دولت پذیرفته شده است.

**پست سازمانی:** عبارت از جایگاهی است که در سازمان ها وزارت خانه ها و موسسات دولتی بطور مستمر برای انجام وظایف و مسئولیت های مشخص پیش بینی و برای تصدی یک کارمند در نظر گرفته می شود. هر گونه بکارگیری و پرداخت حقوق بدون داشتن پست سازمانی مصوب ممنوع است.

**شغل:** عبارتست از مجموع وظایف و مسئولیتهای مرتبط و مستمر و مشخصی که بعنوان کار واحد شناخته می شود.

**رسته:** عبارت از مجموع رشته های مشاغلی است که از لحاظ نوع کار و حرفه و رشته تحصیلی و تجربه وابستگی نزدیک داشته باشد مانند رسته بهداشتی درمانی، اداری مالی و خدمات

**سابقه خدمت دولتی:** عبارت است از مدت خدمت در وزارت خانه ها موسسات و شرکت های دولتی که در حالت اشتغال بصورت تمام وقت انجام شده و کسور مربوط را پرداخت نموده باشد، همچنین ایام مربوط به مرخصی استحقاقی و استعلاجی به عنوان خدمت دولتی لحاظ می شود.

**از کار افتادگی:** عبارت از آنست که کارمند بنا به تشخیص پزشک معالج و تایید کمیسیون پزشکی توانایی کار کردن را از دست داده و طبق مقررات از کار افتاده شده است و از مستمری از کار افتادگی استفاده می نماید

**انفصال دائم :** عبارت از آنست که کارمند به موجب احکام دادگاه یا آراء قانونی مراجع ذی صلاح از خدمت در موسسه یا دستگاه دولتی محروم شود.

**انفصال موقت :** عبارت از آنست که کارمند موسسه به موجب احکام دادگاه یا آراء قانونی مراجع ذی صلاح و برای مدت معین از اشتغال در موسسه محروم شود.

**آماده به خدمت :** عبارت از آن است که کارمند طبق مفاد این آئین نامه در انتظار تعیین تکلیف یا ارجاع شغل باشد.

**باز خرید خدمت :** عبارت از آن است که رابطه استخدامی کارمند با موسسه قطع و سوابق خدمت دولتی آنان باز خرید شود.

**ارتقاء شغلی :** تخصیص پست سازمانی یا سطح شغلی بالاتر به کارمند بر اساس ضوابط طرح طبقه بندی مشاغل و ارزشیابی

**تعلیق :** ناظر بر وضعیت کارمندی است که طبق حکم مقامات صلاحیت دار تا تعیین تکلیف وی به موجب احکام دادگاه و یا آراء مراجع قانونی ذی صلاح به طور موقت از ادامه خدمت در موسسه محروم شده باشد.

**استعفاء :** عبارت است از ارائه درخواست معافیت از ادامه خدمت در موسسه توسط کارمند.

**انتقال :** عبارت است از جابجایی محل خدمت کارمند با صدور حکم رسمی به واحد های تحت پوشش موسسه یا به منظور اشتغال در سایر موسسه ها و واحد های وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و یا سایر دستگاه های دولتی و نهاد های عمومی غیر دولتی با حفظ سوابق خدمت.

**مامور به خدمت :** عبارت است از اعزام کارمند با صدور حکم رسمی به منظور اشتغال در سایر موسسه ها و واحد های وابسته به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و یا سایر دستگاه های دولتی و نهاد های عمومی غیر دولتی با حفظ پست سازمانی.

**اخراج :** عبارت از آن است که کارمند در اجرای احکام هیات های رسیدگی به تخلفات اداری یا آراء قانونی مراجع ذیصلاح به خدمت وی در موسسه به طور دائم خاتمه داده شود.

**قوانین مرخصی:**

مرخصی استحقاقی (کمتر از یک روز و روزانه):

○ مرخصی کمتر از یک روز (پاس ساعتی) جزء مرخصی استحقاقی منظور می شود و حداکثر مدت مرخصی کمتر از یک روز نباید در یک سال از ۱۲ روز تجاوز نماید.

○ مرخصی استحقاقی پرسنل رسمی، پیمانی، قراردادی و طرحی ۲/۵ روز در ماه و در کل سال ۳۰ روز می باشد.

○ استفاده از مرخصی استحقاقی منوط به موافقت مسئول مربوطه می باشد.

○ هیچ مستخدمی نمی تواند در هر سال بیش از ۱۵ روز از مرخصی استحقاقی سالیانه خود را ذخیره نماید.

مرخصی استعلاجی (طبق قانون):

○ حداکثر مرخصی استعلاجی در طول سال جهت کارکنان ۴ ماه می باشد.

○ هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد، باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد.

○ کارگزینی مکلف است گواهی پزشک معالج مستخدم را برای اظهار نظر نزد پزشک معتمد وزارتخانه یا موسسه دولتی متبوع ارسال دارد و در صورتی که مفاد گواهی مورد تایید قرار گیرد، حکم مرخصی استعلاجی را صادر نماید.

○ به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل، ۹ ماه معذوریت منظور و معذوریت وضع حمل جزء مرخصی استعلاجی محسوب می شود و تشخیص تاریخ شروع آن بر عهده پزشک معالج است.

مرخصی استعلاجی در مرکز:

○ چنانچه پرسنل پیمانی، تبصره ۴، قانون کار و شرکتی بیشتر از ۳ روز مرخصی استعلاجی استفاده نمایند، قطع حقوق شده و غرامت آن را با مراجعه به بیمه تامین اجتماعی و تشکیل کمیسیون پزشکی دریافت می نمایند.

○ چنانچه پرسنل رسمی کمتر از ۳۰ روز مرخصی استعلاجی استفاده نمایند، بایستی به پزشک معتمد بیمارستان مراجعه و تایید وی را دریافت نمایند و در صورتی که مرخصی استعلاجی آنها بیشتر از ۳۰ روز طول کشیده باشد باید به معاونت درمان مراجعه و تایید پزشک معتمد دانشگاه را دریافت نمایند.

مرخصی بدون حقوق:

○ مرخصی بدون حقوق در طول ۳۰ سال خدمت ۳ سال و حداکثر جهت موارد آموزشی ۵ سال می باشد.

○ استفاده از مرخصی بدون حقوق موقوف به اختتام دوره آزمایشی است و فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود:

- مستخدم مرخصی استحقاقی ذخیره شده نداشته باشد و احتیاجش به استفاده از مرخصی مسلم شود.

- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارائه نماید.

- مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.

- مستخدم پس از استفاده از ۴ ماه مرخصی استعلاجی سالانه، به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلا به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او هم صعب‌العلاج تشخیص داده نشود.

تبصره- اعطای مرخصی بدون حقوق به مستخدمین آزمایشی که در طول خدمت آزمایشی با ارائه مدارک و به تشخیص موسسه متبوع خود نیاز به استفاده از مرخصی بدون حقوق داشته باشند، حداکثر تا ۲ ماه متوالی با رعایت سایر مقررات مرخصی بدون حقوق امکان‌پذیر است.

تبصره- مرخصی بدون حقوق نیروهای تبصره ۳، یک دوازدهم مدت قرارداد، نیروهای طرحی ۲ ماه، نیروهای رسمی و پیمانی ۳ سال است.

### ساعات حضور و غیاب طبق قانون:

پرسنل اداری و مالی: ۷:۳۰ الی ۱۴:۳۰

شیفت صبح: ۷:۳۰ الی ۱۴:۳۰

شیفت عصر: ۱۳:۳۰ الی ۲۰:۳۰

شیفت شب: ۱۹:۳۰ الی ۸:۳۰ صبح فردا

### تخلفات اداری:

تخلفات اداری بر اساس قانون عبارتند از:

- ۱- اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری
- ۲- نقض قوانین و مقررات مربوطه
- ۳- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل
- ۴- ایراد تهمت و افترا، هتک حیثیت
- ۵- اخاذی
- ۶- اختلاس
- ۷- تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص
- ۸- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
- ۹- تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز
- ۱۰- تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی، ایراد خسارات به اموال دولتی
- ۱۱- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری
- ۱۲- ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه



- ۱۳- سرپیچی از اجرای دستورهای مقام‌های بالاتر در حدود وظایف اداری
- ۱۴- کم‌کاری یا سهل‌انگاری در انجام وظایف محول شده
- ۱۵- سهل‌انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر
- ۱۶- ارائه‌ی گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری
- ۱۷- گرفتن وجوهی غیر از آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هرگونه مالی که در عرف رشوه‌خواری تلقی می‌شود.
- ۱۸- تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند.
- ۱۹- تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری
- ۲۰- رعایت نکردن حجاب اسلامی
- ۲۱- رعایت نکردن شئون و شعائر اسلامی
- ۲۲- اختفا، نگهداری، حمل، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر
- ۲۳- استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر
- ۲۴- داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت‌های آموزشی و تحقیقاتی
- ۲۵- هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی
- ۲۶- جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی
- ۲۷- دست بردن در سوالات، اوراق، مدارک و دفاتر امتحانی و افشای سوالات امتحانی یا تعویض آن‌ها
- ۲۸- دادن نمره یا امتیاز برخلاف ضوابط
- ۲۹- غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی
- ۳۰- سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری
- ۳۱- توقیف، اختفا، بازرسی یا باز کردن پاکت‌ها و محولات پستی یا معدوم کردن آن‌ها و استراق سمع بدون مجوز قانونی
- ۳۲- کارشکنی و شایعه‌پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم‌کاری و ایراد خسارات به اموال دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
- ۳۳- شرکت در تحصن، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی در اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
- ۳۴- عضویت در یکی از فرقه‌های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده‌اند.
- ۳۵- همکاری با ساواک منحل به عنوان مامور یا منبع خبری و داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی

۳۶- عضویت در سازمان‌هایی که مرامنامه یا اساسنامه آن‌ها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آن‌ها

۳۷- عضویت در گروه‌های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آن‌ها

۳۸- عضویت در تشکیلات فراماسونری

**توجه:** کلیه کارکنان شاغل در مرکز که قصد سفر به خارج از کشور (اعم از علمی، سیاحتی، زیارتی و تفریحی) را دارند، الزاماً بایستی برای تکمیل فرم مخصوص به واحد حراست بیمارستان مراجعه نمایند. در غیر این صورت مسوولیت آن به عهده خود افراد می باشد.

### مدارک مورد نیاز جهت امور مالی:

حکم کارگزینی، شماره حساب (افتتاح حساب بانک رفاه)، نیروهای پیمانی و طرحی (تامین اجتماعی) افتتاح شماره بیمه در تامین اجتماعی، فتوکپی شناسنامه و کارت ملی و شروع به کار از کارگزینی

### **حقوق و مزایای کارکنان رسمی، پیمانی و طرحی**

نظام پرداخت حقوق و مزایای کارکنان رسمی، پیمانی و طرحی بر اساس قانون خدمات کشوری صورت می گیرد. قانون پرداخت حقوق و مزایای این کارکنان تا قبل از سال ۸۸ از قانون استخدام کشوری تبعیت می کرد حقوق و مزایای این کارکنان شامل آیتم های حق شغل، حق شاغل، فوق العاده شغل، تفاوت تطبیق، فوق العاده بدی آب و هوا، سختی کار، نوبت کاری و فوق العاده جذب می باشد.

**حق شغل:** کلیه مشاغل بر اساس اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها به یکی از طبقات جدول حق شغل اختصاص می یابند.

هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی ها حداکثر در پنج رتبه: مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می شوند و هر کدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول اختصاص می یابند. شاغلین مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی و اولین طبقه شغلی مربوط قرار می گیرند و در طول دوره خدمت بر اساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش مهارت ها، انجام خدمات برجسته طی دوره های آموزشی، میزان جلب رضایت ارباب رجوع و... متناسب با ویژگی های مشاغل ارزیابی و حسب امتیازات کسب شده و طی حداقل مدت سنوات خدمت مورد نیاز به رتبه های پایه، ارشد، خبره و عالی ارتقا می یابند. رتبه های خبره و عالی فقط به مشاغل کاردانی، کارشناسی و بالاتر اختصاص می یابد.

جانبازانی که مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد می باشند کماکان از مقطع تحصیلی بالاتر دکتری **PH.D** بهره مند خواهند شد

جدول حق شغل:

| گروه قبلی | رتبه های شغلی | طبقات جدول | مقدماتی | پایه | ارشد | خبره | عالی |
|-----------|---------------|------------|---------|------|------|------|------|
|           |               |            |         |      |      |      |      |
| ۱ تا ۵    | طبقه ۱        | ۲۴۰۰       | ۲۶۰۰    | ۲۸۰۰ |      |      |      |
| ۶         | طبقه ۲        | ۲۶۰۰       | ۲۸۰۰    | ۳۰۰۰ |      |      |      |
| ۷         | طبقه ۳        | ۲۸۰۰       | ۳۰۰۰    | ۳۲۰۰ |      |      |      |
| ۸         | طبقه ۴        | ۳۰۰۰       | ۳۲۰۰    | ۳۴۰۰ | ۳۶۰۰ | ۴۰۰۰ | ۴۶۰۰ |
| ۹         | طبقه ۵        | ۳۲۰۰       | ۳۴۰۰    | ۳۶۰۰ | ۳۸۰۰ | ۴۲۰۰ | ۴۸۰۰ |
| ۱۰        | طبقه ۶        | ۳۴۰۰       | ۳۶۰۰    | ۳۸۰۰ | ۴۰۰۰ | ۴۴۰۰ | ۵۰۰۰ |
| ۱۱        | طبقه ۷        | ۳۶۰۰       | ۳۸۰۰    | ۴۰۰۰ | ۴۲۰۰ | ۴۶۰۰ | ۵۲۰۰ |
| ۱۲        | طبقه ۸        | ۳۸۰۰       | ۴۰۰۰    | ۴۲۰۰ | ۴۴۰۰ | ۴۸۰۰ | ۵۴۰۰ |
| ۱۳        | طبقه ۹        | ۴۰۰۰       | ۴۲۰۰    | ۴۴۰۰ | ۴۶۰۰ | ۵۰۰۰ | ۵۶۰۰ |
| ۱۴        | طبقه ۱۰       | ۴۲۰۰       | ۴۴۰۰    | ۴۶۰۰ | ۴۸۰۰ | ۵۲۰۰ | ۵۸۰۰ |
| ۱۵        | طبقه ۱۱       | ۴۴۰۰       | ۴۶۰۰    | ۴۸۰۰ | ۵۰۰۰ | ۵۴۰۰ | ۶۰۰۰ |
| ۱۶        | طبقه ۱۲       | ۴۶۰۰       | ۴۸۰۰    | ۵۰۰۰ | ۵۲۰۰ | ۵۶۰۰ | ۶۲۰۰ |
| ۱۷        | طبقه ۱۳       | ۴۸۰۰       | ۵۰۰۰    | ۵۲۰۰ | ۵۴۰۰ | ۵۸۰۰ | ۶۴۰۰ |
| ۱۸        | طبقه ۱۴       | ۵۰۰۰       | ۵۲۰۰    | ۵۴۰۰ | ۵۶۰۰ | ۶۰۰۰ | ۶۶۰۰ |
| ۱۹        | طبقه ۱۵       | ۵۲۰۰       | ۵۴۰۰    | ۵۶۰۰ | ۵۸۰۰ | ۶۲۰۰ | ۶۸۰۰ |
| ۲۰        | طبقه ۱۶       | ۵۴۰۰       | ۵۶۰۰    | ۵۸۰۰ | ۶۰۰۰ | ۶۴۰۰ | ۷۰۰۰ |

## حق شاغل

کلیه شاغلین بر اساس عواملی نظیر تحصیلات، دوره های آموزشی، مهارت، سنوات خدمت و تجربه از امتیاز حق شاغل بهره مند می گردند.

توضیح ۱- کارکنانی که قبل از استخدام سابقه کار در بخش خصوصی را دارا باشند و یا سابقه کار بصورت قراردادی را دارا باشند پس از استخدام بصورت پیمانی یا آزمایشی بایستی طی درخواستی تقاضای احتساب سنوات خدمت خود را کتبا اعلام نموده و فرم تکمیل شده سیاهه ریز حقوقی که در آن نوع شغل ذکر شده باشد را از محل کار قبلی خود دریافت و به همراه سابقه بیمه بابت مدت پرداخت حق بیمه قبل از استخدام را به واحد کارگزینی جهت طرح در کمیته اجرایی دانشگاه ارائه نمایند در صورت تایید سوابق مورد بحث توسط کمیته مذکور این مدت به سنوات تجربی ایشان اضافه می گردد.

توضیح ۲- کارکنانی که در حین خدمت موفق به اخذ مدرک تحصیلی بالاتر می گردند می بایست گواهی پایان تحصیلات خود را به واحد کارگزینی ارائه نموده و تقاضای اعمال مدرک خود را کتبا اعلام نمایند. این واحد گواهی مذکور را پس از اخذ نظریه مسئولین مربوطه جهت طرح در کمیته اجرایی دانشگاه به مدیریت منابع انسانی دانشگاه ارسال می نماید. این کمیته بسته به ارتباط رشته تحصیلی با رشته شغلی نسبت به تایید یا رد آن اقدام و نتیجه را طی صورتجلسه ای اعلام می نماید و سپس واحد کارگزینی در صورت تایید نسبت به صدور حکم اعمال مدرک تحصیلی اقدام می نماید. در صورتیکه رای کمیته اجرایی دانشگاه مبنی بر رد سوابق و مدرک تحصیلی باشد نتیجه کتبا به کارمند اعلام می گردد. علاوه بر پرداخت های (حق شغل و حق شاغل و فوق العاده مدیریت) که حقوق ثابت تلقی می شود فوق العاده هایی به شرح زیر به کارمندان قابل پرداخت می باشد:

۱- **فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا:** کارکنان شاغل در مناطق کمتر توسعه یافته و بد آب و هوا بر اساس ضریب محرومیت محل خدمت و با توجه به درجه بندی آب و هوای محل خدمت از فوق العاده مذکور برخوردار می گردند.

۲- **فوق العاده شغل:** برای مشاغل تخصصی متناسب با سطح تخصص و مهارت، پیچیدگی وظایف و مسئولیت ها و شرایط بازار کار برای مشاغل تا سطح کاردانی ۱۰۵۰ امتیاز و برای مشاغل همسطح کارشناسی و بالاتر ۲۲۵۰ امتیاز برای مشاغل بالاتر حداکثر ۳۰۰۰ امتیاز تعیین می گردد.

**۳- تفاوت تطبیق:** در صورتی که حقوق ثابت و فوق العاده های مشمول کسور بازنشستگی هر یک از کارمندان که به موجب قوانین و مقررات قبلی دریافت می نمودند کاهش یابد تا میزان دریافتی قبلی حقوق و فوق العاده های مشمول کسور بازنشستگی مندرج در آخرین حکم کارگزینی سال ۱۳۸۷ به عنوان تفاوت تطبیق، برای کارمند منظور می شود. . این تفاوت تطبیق در حکم حقوقی کارمند ثابت تلقی شده و با ارتقاء های بعدی مستهلک نشده و مانع از افزایش های بعدی نیز نخواهد بود این تفاوت در محاسبه حقوق بازنشستگی یا وظیفه وی نیز ملاک عمل قرار گرفته است.

**۴- فوق العاده ایثارگری:** متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت و همچنین به فرزندان شاهد تعلق می گیرد.

**۵- فوق العاده سختی شرایط محیط کار:** فوق العاده سختی شرایط محیط کار به متصدیان مشاغل تعلق می گیرد که با وجود رعایت شرایط بهداشتی و ایمنی مربوطه شاغل در معرض ابتلا به بیماریها یا عوارض نامطلوب قرار گرفته و یا اینکه ماهیت وظایف آنان احتمال بروز بیماری یا عوارض نامطلوب بدنال داشته باشد، متناسب با نوع بخش محل خدمت و میزان سختی کار امتیاز آن از حداقل ۱۴۴ امتیاز در واحدهای اداری تا حداکثر ۱۵۰۰ امتیاز در بخش های ویژه تعیین می گردد. کارکنانی که دارای ابلاغ کتبی برای عضویت در تیم احیا بیمارستان می باشند به میزان ۱۸۰ امتیاز به امتیاز سختی کار ایشان اضافه می گردد که در حال حاضر سقف آن از ۱۵۰۰ امتیاز بیشتر نخواهد شد.

**۶- فوق العاده حق اشعه:** با توجه به گسترش روز افزون کاربرد اشعه (پرتوها) در امور مختلف و ضرورت حفاظت کارکنان در برابر اثرات زیان آور اشعه، به مستخدمینی که در معرض و یا در مجاورت مستمر پرتوها قرار دارند تسهیلاتی از قبیل حق اشعه، کسر ساعات کار، مرخصی و استفاده از معافیت خدمتی پس از تصویب کمیسیون انرژی اتمی هر دستگاه و براساس دستور العمل شماره یک سازمان انرژی اتمی ایران اعطاء می گردد

کارکنانی که در معرض پرتوها قرار دارند گروه (الف) و کارکنانی که در مجاورت پرتوها قرار دارند گروه (ب) شناخته می شوند. فوق العاده کار با اشعه براساس درصد تعیین شده توسط کمیسیون مربوطه و براساس درصدی از مجموع حقوق و مزایای مشمول کسور بازنشستگی قابل پرداخت است.

براساس ماده ۶ دستورالعمل شماره ۱ پرداخت فوق العاده کار با اشعه پرداخت فوق العاده کار با اشعه فقط تا زمانی که فرد به کار با اشعه اشتغال دارد و یا در مرخصی استحقاقی یا استعلاجی حداکثر تا یکماه در سال و یا مرخصی استعلاجی ناشی از کار با اشعه به سر می برد تعلق می گیرد.

۷- کمک هزینه عائله مندی و اولاد : به کارمندان مرد شاغل، بازنشسته و از کار افتاده مشمول این قانون که دارای همسر و فرزند می باشند پرداخت می شود.

تبصره ۱۰. از سال ۹۱ سقف تعداد فرزند برای کمک هزینه اولاد از قانون مذکور حذف گردیده است.

تبصره ۲۰. حداکثر سن برای اولاد ذکور که از مزایای این بند استفاده می کنند تا ۲۰ سال و به شرط ادامه تحصیل و غیر شاغل بودن فرزند تا ۲۵ سال تمام.

تبصره ۳۰. اولاد اناث مادام که شوهر نداشته باشند بدون رعایت سقف سنی . برقراری مجدد هزینه اولاد برای کارکنانی که اولاد اناث آنان ازدواج و سپس متارکه نموده است پس از ارائه مستندات قابل پرداخت می باشد

تبصره ۴۰. کارمندان زن شاغل، بازنشسته ، از کار افتاده که دارای همسر نبوده (همسر فوت کرده یا مطلقه باشد) و یا همسر آنان از کار افتاده و یا معلول باشند از مزایای کمک هزینه عائله مندی بهره مند می شوند و در صورتیکه این کارمندان بر اساس رای مراجع ذیصلاح به تنهایی متکفل مخارج فرزندان خود باشند از مزایای کمک هزینه اولاد نیز بهره مند می شوند . این قبیل افراد در صورتی که مجدداً ازدواج کنند و برابر حکم دادگاه حضانت فرزندان و نفقه آنان بر عهده آنها قرار گیرد در خصوص فرزندان تحت تکفل خود از کمک هزینه اولاد برخوردار می گردند.

تبصره ۵۰. فرزندان معلول و از کار افتاده کلی به تشخیص مراجع پزشکی ذیربط مشمول محدودیت سقف سنی مزبور نمی باشند.

۸- فوق العاده جذب هیئت امنا : به استناد بند ۱۷ ماده ۵۴ آئین نامه اداری و استخدامی برای کارکنان رسمی و پیمانی و مشمولین خدمت پزشکان و پیرا پزشکان بـماخذ % ۳۵ حقوق ثابت و مزایای مستمر مشتمل بر (حق شغل، حق شاغل، فوق العاده مدیریت، ایثارگری و سختی کار) پرداخت می شود . لازم به ذکر است در صورت تامین اعتبار بودجه مربوطه این فوق العاده قابل پرداخت خواهد بود.

۹- فوق العاده نوبت کاری : به کارکنانی پرداخت می شود که در نوبت های غیر متعارف به صورت گردشی تمام وقت و مستمر ملزم به انجام وظیفه می باشند.

نوبت های غیر متعارف شامل موارد ذیل می باشد:

۱- سه نوبتی منظم چرخشی ( صبح - عصر - شب )

۲-دونوبتی چرخشی منظم (صبح - شب)

۳-دو نوبتی منظم (عصر - شب)

۴-دونوبتی منظم (شب - صبح)

۵-یک نوبتی دائم (عصر)

۶-یک نوبتی دائم (شب)

۷-ترکیب دو یا چند حالت از حالات فوق بصورت متناوب (۹۰۰ امتیاز)

در بین نوبت های کاری فوق یک نوبتی دائم (شبکار) بیشترین درصد و یک نوبتی دائم (عصر کار) کمترین درصد را دارا می باشد. مبلغ این فوق العاده برای کارکنان رسمی ، پیمانی و طرحی از سال ۸۸ تاکنون درصدی ثابت بوده و بر اساس درصد نوبت کاری در سال ۸۷ تعیین شده است.

**کارمندان شاغل مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری در صورت تحقق شرایط زیر به یک طبقه شغلی بالاتر در جدول حق شغل ارتقا می یابند:**

۱-شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره ابتدایی بوده است با طبقه ورودی دو به ازای هر شش سال سابقه یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۷ ارتقا می یابند.

۲-شاغلین مجموعه مشاغلی که شرایط احراز تحصیلی آنها مدرک تحصیلی پایان دوره راهنمایی بوده است با طبقه ورودی دو به ازای هر پنج سال سابقه یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۸ ارتقا می یابند.

۳-شاغلین مجموعه مشاغلی که مدرک آنها دیپلم می باشد با طبقه ورودی سه به ازای هر پنج سال سابقه یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۹ ارتقا می یابند.

۴-شاغلینی که مدرک تحصیلی آنها کاردانی می باشد با طبقه ورودی چهار به ازای هر پنج سال یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۰ ارتقا می یابند.

۵-شاغلینی که مدرک تحصیلی آنها کارشناسی می باشد با طبقه ورودی پنج و به ازای هر چهار سال سابقه یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۲ ارتقا می یابند.

۶- شاغلینی که مدرک تحصیلی آنها کارشناسی ارشد یا همتراز می باشد با طبقه ورودی شش و به ازای هر چهار سال سابقه یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۳ ارتقا می یابند.

۷- شاغلینی که مدرک تحصیلی آنها دکترای حرفه ای یا همتراز می باشد با طبقه ورودی هفت و به ازای هر چهار سال سابقه یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۴ ارتقا می یابند.

۸- پزشکان متخصص و شاغلینی که مدرک تحصیلی آنها دکترای تخصصی می باشد با طبقه ورودی هشت و به ازای هر چهار سال سابقه، یک طبقه و حداکثر تا طبقه ۱۵ ارتقا می یابند.

لازم به ذکر است جهت ارتقا طبقه سنوات تجربی مورد استفاده قرار می گیرد.

### نحوه ارتقای کارمندان در رتبه های جدول حق شغل:

مدت تجربه لازم برای ارتقای رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر به شرح جدول ذیل می باشد:

| رتبه ها                                               | مقدماتی | پایه  | ارشد   | خبره   | عالی   |
|-------------------------------------------------------|---------|-------|--------|--------|--------|
|                                                       |         |       |        |        |        |
| مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر | ۰       | ۶ سال | ۱۲ سال | ۱۸ سال | ۲۴ سال |
| مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل کاردانی               | ۰       | ۸ سال | ۱۶ سال | ۲۴ سال |        |
| مدت تجربه لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی              | ۰       | ۸ سال | ۲۰ سال |        |        |

### برای ارتقا کارمند به رتبه پایه

۱- کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز نمره ارزیابی عملکرد سالانه

۲- گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

تبصره: مشاغل رسته خدمات گذراندن ۷۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان کافی است.



## برای ارتقا به رتبه ارشد

کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی عملکرد سالانه

گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

تبصره: مشاغل رسته خدمات گذراندن ۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان کافی است.

## برای ارتقا به رتبه خبره

۱- کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز از نمره ارزیابی عملکرد سالانه

۲- گذراندن ۲۰۰ ساعت آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

## برای ارتقا به رتبه عالی

۱- کسب حداقل ۸۵ درصد امتیاز از نمره ارزیابی عملکرد سالانه

۲- گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳- کسب حداقل ۳۶۰ امتیاز از ۴۸۰ امتیاز جدول امتیازات ارتقا رتبه کارمند

## حقوق و مزایای کارکنان

**ضریب حقوق:** دولت هر ساله با توجه با شاخص هزینه زندگی ضریب حقوق کارکنان را تعیین و ابلاغ می نماید .

## اقلام حقوقی مندرج در احکام/قراردادها حسب مورد:

حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت + تفاوت تطبیق + سایر جزء بند ۱۱ (م.خ.ک) + فوق العاده شغل + فوق العاده جذب هیات امناء + فوق العاده نوبت کاری + فوق العاده بدی آب و هوا + کمک هزینه های عائله مندی و اولاد + فوق العاده اشعه + فوق العاده ایثارگری + فوق العاده ایثارگری + فوق العاده سختی شرایط محیط کار + فوق العاده ویژه + تفاوت جزء ۱ بند (الف) تبصره ۱۲ قانون بودجه سال ۱۳۹۷ کل کشور + تفاوت بند (ی) تبصره ۱۲ قانون بودجه سال ۱۳۹۸ کل کشور

## حقوق و مزایای کارکنان قراردادی تبصره ۴

حقوق و مزایای کارکنان قراردادی تبصره ۴ از قانون کار تبعیت می کند.

قرارداد کارکنان قراردادی تبصره ۴ شامل:

مزد مبنا + کمک هزینه مسکن + بن خوار و بار + کمک هزینه عائله مندی + فوق العاده جذب هیئت امنا + فوق العاده نوبت کاری + مزد سنوات + سایر = جمع کل مزد و مزایا مبلغ مزد مبنا، کمک هزینه مسکن و بن خوار و بار و مبلغ کمک هزینه عائله مندی در ابتدای هر سال توسط هیئت محترم وزیران تعیین و ابلاغ می شود.

**کمک هزینه عائله مندی قانون کار:** شرایط دریافت کمک هزینه عائله مندی و اولاد در صورت داشتن ۲ سال پرداخت بیمه و داشتن اولاد می باشد. این کمک هزینه علاوه بر کارکنان مرد به کارکنان زن نیز که دارای فرزند باشند تعلق می گیرد.

براساس ماده ۵۶ قانون کار کارکنانی که در طول ماه به طور نوبتی کار می کنند و نوبت‌های کار آنان در صبح و عصر واقع می شود ۱۰٪ و چنانچه نوبت‌ها در صبح و عصر و شب قرار گیرد ۱۵٪ و در صورتیکه نوبت‌ها در صبح و شب و یا عصر و شب قرار گیرد ۲۲/۵٪ علاوه بر مزد به عنوان فوق العاده نوبت کاری دریافت خواهند کرد. در صورتیکه به صورت شیفت دائم شبکار انجام وظیفه نمایند فوق العاده نوبت کاری به میزان ۳۵٪ حقوق پایه قابل پرداخت است.

**فوق العاده جذب هیئت امنا:** فوق العاده جذب هیئت امنا کارکنان قراردادی تبصره ۴ به میزان ۳۵٪ حقوق پایه یا مزد شغل در صورت وجود اعتبار می باشد.

### سایر مزایا

**حق مشارکت (پرکیس):** سهمی از درآمد ماهیانه بیمارستان براساس میزان سابقه، تحصیلات، رضایت ارباب رجوع، اضافه کاری، تعداد شبکاری و عملکرد فرد امتیاز آن محاسبه و پرداخت می شود. از سایر موارد تاثیر گذار بر امتیاز حق مشارکت می توان به ایام مرخصی استعلاجی و مرخصی استحقاقی بیشتر از ۲۵ روز اشاره کرد.

**اضافه کار:** به استناد ماده ۹۳ قانون مدیریت خدمات کشوری کلیه کارمندان موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوطه پردازند و در صورتیکه در مواقع ضروری خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنها نیاز باشد بر اساس اعلام نیاز دستگاه مکلف به حضور در محل کار و انجام وظایف محوله در قبال پرداخت اضافه کار برابر مقررات خواهند بود.

تبصره: نرخ یک ساعت فوق العاده اضافه کار یک کارمند (رسمی، پیمانی، طرحی) به شرح ذیل محاسبه می شود:

مبلغ (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت) تقسیم بر ۱۷۶

نرخ یک ساعت اضافه کار کارکنان قراردادی تبصره ۳ به شرح زیر محاسبه می گردد:

(فوق العاده جذب + حداقل حقوق دولت) تقسیم بر ۱۶۰

حداقل حقوق هر ساله از سوی دولت اعلام می شود.

اضافه کار پرسنل قراردادی تبصره ۴ به میزان % ۴۰ مازاد بر مبلغ ساعات کار عادی می باشد.

### قانون ارتقا بهره وری:

این قانون شامل کارکنان بالینی شاغل در مراکز درمانی (بیمارستان ها) که شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، کاردانان و کارشناسان اتاق عمل، کاردانان و کارشناسان هوشبری، ماماها، کاردان و کارشناس آزمایشگاه، پزشکان و شاغلین رشته شغلی فوریت های پزشکی که بصورت مستقیم به بیماران ارائه خدمت می دهند، می شود.

### نحوه محاسبه اضافه کاری براساس قانون ارتقا بهره وری:

۱- تعیین ساعت کارکرد ماهانه کارکنان استفاده کننده از مزایای قانون ارتقا بهره وری توسط کارشناس مربوطه در معاونت درمان دانشگاه:

میزان ساعات کار کارکنان ۴۴ ساعت در هفته می باشد. با توجه به اینکه کلیه پرداخت ها در سیستم پرسنلی بصورت ماهانه محاسبه میشود، لازم است این ساعت کارکرد هفتگی به ساعت کارکرد ماهانه تبدیل شود.

ساعت کارکرد ماهانه به شرح زیر محاسبه می گردد:

تعداد روزهای جمعه و تعطیل رسمی در ماه = X

تعداد شیفت موظفی (Y) = X - تعداد روزهای ماه

ساعات کارکرد موظفی (Z) = ساعت تقلیل کارکرد ماهانه کارکنان بر اساس قانون مذکور - (Y \* ۷/۳)

ساعات کارکرد بر اساس شیفت های تنظیمی (T) = تعداد شیفت های گذرانده شده \* ۶,۳۰ ساعت

## ۲- تعیین ساعت تقلیل کارکرد ماهانه کارکنان استفاده کننده از مزایای قانون ارتقا بهره وری:

بر اساس بند نخست قانون ارتقا بهره وری، ساعت کار پرستاران حداکثر تا ۸ ساعت در هفته کاهش می یابد. در اجرای این قانون کاهش ساعت کار پرستاران بر اساس ۳ عنصر سختی کار، شیفت کاری و سنوات خدمت دیده شده است. بر اساس سنوات خدمت، میزان ساعات کاری شاغلان کادر پرستاری ۱ تا ۴ سال سابقه خدمت - یک ساعت، هشت سال سابقه - دو ساعت، ۱۲ سال سابقه - سه ساعت، ۱۶ سال - چهار ساعت و ۱۶ سال به بالا پنج ساعت در هفته کم می شود. سختی کار در قانون مدیریت خدمات کشوری به امتیاز تبدیل و محاسبه می شود و بر اساس سختی کار به ازای ۰ تا ۵۶۳ امتیاز نیم ساعت، از ۵۶۳ تا ۱۱۲۵ امتیاز یک ساعت، از ۱۱۲۵ تا ۱۵۰۰ امتیاز ۱ ساعت و نیم و ۱۵۰۰ تا ۱۵۰۰ امتیاز و بالاتر ۲ ساعت از میزان ساعات کاری شاغلان کادر پرستاری در هفته کم می شود. مدت کسر ساعات کار بابت کار در نوبت کاری های غیر متعارف ۱ ساعت در هفته تعیین شده است.

## ۳- تعیین ساعات شیفت های کاری سه گانه (صبح، عصر و شب) بر اساس قانون ارتقا بهره وری

ساعات کار کارکنانی که در نوبت های شب و ایام تعطیل اشتغال دارند با ضریب ۱,۵ محاسبه خواهد شد مشمولین این ماده اجازه کار بیش از دوازده ساعت متوالی را نداشته و می توانند در صورت نیاز ماهانه حداکثر (۸۰) ساعت بر اساس دستورالعمل ماده ۲ این آئین نامه با توافق کارفرما اضافه کاری انجام دهند. با اعمال این ضریب هیچ یک از کارکنان مجاز به صرف خوابیدن در طی شیفت های شب و ایام تعطیل نمی باشند. براساس قانون فوق الذکر شیفت هایی مانند عصر و شب (۱۸ ساعت) یا شب و صبح روز بعد (۱۸ ساعت) ممنوع می باشد. در تعویض شیفت های کاری ساعتی صرف تغییر و تحول امور جاری بخش و بیماران بستری می گردد و جزء ساعت کار محاسبه می گردد.

ساعات شیفت شب کلیه ایام ۱,۵ + ۱۳ ضریب شبکاری (۶,۳۰ ساعت) = ۱۹ ساعت

ساعت شیفت صبح و عصر و ایام تعطیل: ۱,۵ + ۷ ضریب تعطیلات (۳,۳۰ ساعت) = ۱۰,۳۰ ساعت

ساعات شیفت صبح و عصر ایام غیر تعطیل = ۷ ساعت

## محاسبه ساعت اضافه کار بر اساس قانون ارتقا بهره وری:

ساعت کارکرد موظفی = (Z) که روش محاسبه آن ذکر گردید

ساعت کار کرد انجام شده (T): تعداد شیف های انجام شده \* ۷ ساعت

میزان اضافه کار = (T-Z) + ساعات بابت ضریب شبکاری و تعطیلات

مزایای این آئین نامه فقط شامل شاغلینی است که در یکی از بخش های دولتی یا غیر دولتی به کار بالینی در رشته شغلی مرتبط اشتغال دارند . مشمولین این آئین نامه موظف به ارایه تعهد نامه ای که طی آن فرد متعهد به انجام خدمت در یک بخش می شود می باشند.

### فصل ششم : امور رفاهی کارکنان

**حساب پس انداز کارکنان دولت :** دولت به منظور تشویق پس انداز و حمایت از کارکنان دولت بنا به درخواست هریک از کارکنان ( رسمی و پیمانی ) حساب سپرده خاصی تحت عنوان حساب پس انداز سهم مستخدم نزد یکی از بانک ها به نام او افتتاح و همراه مبلغی بابت پس انداز کارکنان از دریافتی او کسر و به حساب مذکور واریز می شود . و همراه مبلغی به همین میزان دولت به عنوان حساب پس انداز دولت به حساب سپرده جداگانه ای که به نام کارمند افتتاح خواهد شد واریز می کند. و سود متعلق به هر دو حساب به حساب کارمند واریز خواهد شد . بدیهی است نیازی به صدور دفترچه حساب پس انداز به نام هر کارمند وجود ندارد . موجودی حساب پس انداز در زمان اشتغال کارمند غیر قابل برداشت می باشد. کلیه موجودی حساب های سهم مستخدم و سهم دولت برای کارکنان رسمی به هنگام بازنشستگی ، باز خریدی و از کار افتادگی و یا خروج از خدمت به دلایل دیگرو در مورد کارکنان پیمانی به هنگام لغو و یا خاتمه قرارداد بطور یکجا در وجه آنان پرداخت می شود. در صورت فوت کارمند موجودی حساب پس انداز اعم از اصل و سود سپرده بین وراث قانونی تقسیم و پرداخت خواهد شد.

نحوه باز کردن حساب پس انداز دولت : پرسنل جهت افتتاح حساب پس انداز دولت بایستی به واحد کارگزینی مراجعه و بعد از تحویل گرفتن فرم حساب پس انداز در دو نسخه و تکمیل آن ، به امضای مسئول امور اداری و مدیر بیمارستان رسانده و به واحد دبیر خانه بیمارستان تحویل نمایند. یک نسخه از فرم به امور مالی بیمارستان جهت کسر از حقوق و نسخه دیگر در پرونده پرسنلی بایگانی می شود.

**کمک هزینه مهد :** پرداخت فوق العاده کمک هزینه مهد کودک برای کارکنان اناث که دارای فرزند زیر ۶ سال هستند به ازای هر کودک ( بدون سقف ) برای کلیه کارکنان بصورت ماهانه قابل پرداخت است جهت دریافت کمک هزینه مذکور کارکنان مشمول می بایست نسبت به ارائه مدارک ( تصویر اول و دوم صفحه شناسنامه خود و تصویر اول شناسنامه فرزند ) به واحد رفاه اقدام نمایند . مبلغ کمک هزینه مهد هر سال از طرف دولت تعیین می شود.

**بیمه مسئولیت :** با توجه به ریسک شغلی در حرفه پزشکی و خطراتی که از ناحیه خطاهای غیر عمدی وجود دارد، کادر درمان باید از هر لحاظ آسوده خاطر و فارغ البال از دغدغه های شغلی خود باشند . بیمه مسئولیت بهترین راهکار برای رهایی کادر درمانی از استرس شغلی می باشد. کادر درمان همواره در حوادث ناخواسته ای که در مراکز درمانی رخ می دهد قرار دارند و لذا، بیمه مسئولیت می تواند بهترین راهکار برای مواجهه با خسارات ناشی از وقوع چنین حوادثی باشد.

**حق لباس :** در راستای اجرای آئین نامه اجرایی ماده ۸۶ قانون مدیریت خدمات کشوری و به استناد دستورالعمل شماره ۱۵ سازمان امور اداری جهت ایجاد محیط مناسب کار می بایست به آندسته از کارکنانیکه انجام وظایف آنان مستلزم داشتن لباس مخصوص است لباس تهیه و تحویل گردد

میزان حق لباس هر ساله توسط مدیریت توسعه و منابع انسانی دانشگاه به واحد ها ابلاغ می شود.

**کمک هزینه مسکن :** مبلغ این کمک هزینه سالانه توسط هیات امنای دانشگاه تعیین و به کلیه کارکنان رسمی و پیمانی و قراردادی برحسب میزان کارکرد آنان پرداخت می شود.

**کمک هزینه ایاب و ذهاب :** در صورتیکه در سازمان سرویس ایاب و ذهاب برای کارکنان تعیین نشده باشد این کمک هزینه با رعایت مقررات مربوطه قابل پرداخت است.

**هزینه غذا :** به استناد دستورالعمل فصل دهم قانون مدیریت خدمات کشوری سقف قابل پرداخت برای کمک هزینه مستقیم یا غیر مستقیم غذا برای کارمندانی که ساعت کار آنها حداقل ۸ ساعت در روز تعیین شده با تشخیص بالاترین مقام مجاز دستگاه تنها برای یک وعده غذایی ( ناهار یا شام یا صبحانه ) در روز تعیین گردیده است.

**کمک هزینه ازدواج :** کمک هزینه ازدواج در صورت ازدواج دائم خود و فرزندان کارکنان شاغل، بازنشسته، از کار افتاده و متوفی فقط یک بار برای هریک از آنان قابل پرداخت است . کمک هزینه ازدواج فرزند در صورتی قابل پرداخت است که آن فرزند خود کارمند مشمول مقررات مذکور نباشد . در صورتیکه زن و شوهر هر دو کارمند باشند کمک هزینه ازدواج فرزند به یکی از آنان ترجیحا مرد تعلق می گیرد در صورتیکه مزدوجین هر دو کارمند باشند و مشمول مقررات مذکور باشند کمک هزینه ازدواج به هر دوی آنان تعلق می گیرد.

**کمک هزینه فوت:** کمک هزینه فوت در صورت فوت کارمند شاغل، بازنشسته و افراد تحت تکفل وی قابل پرداخت می باشد.

مبلغ کمک هزینه ازدواج و فوت به استناد ماده ۸۴ قانون بودجه سال در کلیه دستگاههای اجرایی مشمول قانون مدیریت خدمات کشوری به میزان ۶۵۰۰ امتیاز تعیین گردیده است که با رعایت مقررات و احتساب ضریب سالیانه به مشمولین قابل پرداخت خواهد بود.

کارکنان مشمول قانون تامین اجتماعی از نظر پرداخت این کمک هزینه از قانون تامین اجتماعی تبعیت می نمایند که در صورت داشتن حداقل ۷۲۰ روز سابقه پرداخت حق بیمه معادل میانگین حقوق ۲ سال آخر به ایشان پرداخت می شود.

### بازنشستگی

سازمان با یکی از شرایط زیر می تواند کارمند خود را بازنشسته نماید:

الف) حداقل سی سال سابقه خدمت برای مشاغل غیر تخصصی و سی و پنج سال برای مشاغل تخصصی با تحصیلات دانشگاهی کارشناسی ارشد و بالاتر با درخواست کارمند برای سنوات بالاتر از سی سال.

ب) حداقل شصت سال سن و حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت با بیست و پنج روز حقوق.

تبصره ۱- سازمان موظف است کارمندانی را که دارای سی سال سابقه خدمت برای مشاغل غیر تخصصی و شصت سال سن و همچنین کارمندانی را که دارای سی و پنج سال سابقه خدمت برای مشاغل تخصصی و شصت و پنج سال سن می باشند را بدون تقاضای کارمند بازنشسته نماید

تبصره ۲- سابقه مذکور در بند الف و همچنین شرط سنی در بند ب برای متصدیان مشاغل سخت و زیان آور و جانبازان و معلولان تا پنج سال کمتر می باشد و شرط سنی برای زنان منظور نمی گردد.

تبصره ۳- سازمان موظف است کارمندانی را که دارای شصت و پنج سال سن و حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت می باشند را بازنشسته نماید. سقف سنی برای مشاغل تخصصی هفتاد سال می باشد. کارمندان تخصصی فوق الذکر که سابقه خدمت آنها کمتر از بیست و پنج سال است در صورتیکه بیش از بیست سال سابقه خدمت داشته باشند می توانند تا رسیدن به بیست و پنج سال سابقه ادامه خدمت دهند و در غیر اینصورت بازخرید می شوند.

**سابقه پرداخت کسور بازنشستگی یا حق بیمه:**

۱ اگر چه سابقه پرداخت کسور بازنشستگی اغلب مترادف با سابقه خدمت تلقی میگردد، لیکن در محاسبه حقوق بازنشستگی سابقه ای که کسور آن پرداخت شده و یا تعهد پرداخت گردیده است، ملاک قرار می گیرد همچنین خدمت ارفاقی، سنوات کاری در نظر گرفته می شود که درافزایش میزان حقوق بازنشستگی تاثیر گذار است.

### نحوه محاسبه حقوق بازنشستگی

سنوات خدمت قابل قبول به روز (حداکثر ۳۰ سال) ضربدر معدل حقوق و مزایای دریافتی که ملاک کسور بازنشستگی است در دو سال آخر اشتغال با اعمال آخرین ضریب سال تقسیم بر ۱۰۸۰۰ روز.

در هنگام تعیین حقوق بازنشستگی به کارمندانی که بیش از سی سال خدمت دارند به ازای هر سال خدمت مازاد بر سی سال ۲,۵ درصد حقوق بازنشستگی علاوه بر حقوق تعیین شده محاسبه و پرداخت خواهد شد.

پاداش پایان خدمت بازنشستگان: براساس قانون خدمات کشوری به کارمندان مشمول این قانون که بازنشسته می شوند به ازای هر سال خدمت، یکماه آخرین حقوق و مزایای مستمر (تا سی سال) به اضافه وجوه مربوط به مرخصی های ذخیره شده پرداخت خواهد شد.

در صورتی که سابقه خدمت مستخدم کمتر از سی سال باشد، پاداش به نسبت سالهای خدمت، محاسبه و پرداخت می شود.

در صورت فوت مستخدم پاداش پایان خدمت به وراث قانونی مستخدم متوفی تعلق می گیرد.

به استناد قانون اصلاح ماده ۲ قانون پاداش پایان خدمت مصوب ۲۱/۱/۸۱ مجلس شورای اسلامی، به ازای هر بار محکومیت اداری در ده سال آخر خدمت، یک ماه از پاداش پایان خدمت مستخدم کسر می شود.

### فصل هشتم: آموزش و ارزیابی عملکرد کارکنان



سازمان موظف است به منظور ارتقا سطح کارایی و اثر بخشی بیمارستان، نظام آموزش کارکنان را متناسب با شغل مورد نظر بگونه ای طراحی نماید تا انگیزه کارکنان جهت مشارکت مستمر در فرایندهای سازمان افزایش یابد

۱- شرکت کلیه شاغلین رسمی، پیمانی و قراردادی (اعم از مدیران و کارکنان) در دوره های آموزشی ضمن خدمت مصوب به میزان حداقل ۵۰ ساعت در سال الزامی است.

۲- برنامه های آموزش شغلی الزاما در طول ماههای اردیبهشت تا پایان بهمن ماه طراحی و اجرا شود و به گونه ای برنامه ریزی گردد تا کارمندان بتوانند حداقل دوره های آموزشی (۵۰ ساعت) را سالیانه طی نمایند.

توجه: شرکت کارکنان در دوره های مزاد بر سقف تعیین شده که بر اساس نیاز دانشگاه صورت پذیرفته، صرفا در بالا بردن سطح علمی و تخصصی فرد تاثیر خواهد داشت و فاقد هر گونه امتیاز آموزشی است.

۳- تبدیل وضع استخدامی آزمایشی به رسمی، تمدید قرارداد پیمانی، تمدید قرارداد کارکنان قراردادی، تبدیل وضعیت کارکنان قراردادی، انتصاب و ارتقای کارکنان (رسمی، پیمانی و قراردادی) به پستها یا سمتهای مدیریت حرفه ای؛ منوط به گذراندن حداقل ۵۰ ساعت آموزشی و طی دوره توجیهی بدو خدمت میباشد.

تبصره: مدیران و روسا، سالیانه بجز آموزشهای عمومی و شغلی ملزم به طی حداقل ۵۰ ساعت آموزش با عناوین مدیریتی یا بهبود مدیریت میباشند.

۴- سقف آموزش مداوم سالیانه به میزان ۵۰ ساعت معادل ۲۵ امتیاز جهت پزشکان و ۳۰ ساعت معادل ۱۵ امتیاز جهت کاردان و کارشناس میباشد.

۵- در صورت عدم انجام ارزیابی و یا پیش آزمون دوره توسط فراگیر، سامانه آموزش به صورت اتوماتیک یک چهارم از ساعت آموزش آن دوره کسر مینماید. بدیهی است در صورت عدم انجام موارد فوق نیمی از ساعات آموزش دوره کسر خواهد شد.

۶- با توجه به برقراری ارتباط بین نرم افزار آموزش کارکنان با نرم افزارهای جامع پرسنلی و ارزیابی عملکرد کارکنان، جمع ساعات آموزشی مندرج در شناسنامه آموزشی کارکنان به صورت الکترونیکی به نرم افزارهای مذکور انتقال داده شده است.

۷- احتساب امتیاز آموزشی برای کارکنان به جهت شرکت در دوره های آموزشی مربوط به وظایف ابلاغ انشایی منوط به اینکه عنوان ابلاغ صادره در تشکیلات مصوب واحد مربوطه وجود داشته باشد بلا مانع است.

سقف پذیرش دوره های آموزشی که توسط ستاد مرکزی وزارت متبوع و یا سایر دانشگاه های علوم پزشکی به صورت کشوری برگزار می گردد، برای مشمولین مربوطه در صورتی که مبتنی بر نیازسنجی آموزشی و پست سازمانی کارمند طراحی و با معرفی و تأیید گروه آموزش و توسعه کارکنان صورت پذیرفته باشد، حداکثر ۳۰ ساعت در سال تعیین می گردد.

سقف ساعات آموزشی سالیانه برای کارکنان دارای مدرک دیپلم و پایین تر ۱۵۰ ساعت با در نظر گرفتن حداکثر یک سوم دوره های عمومی و دو سوم دوره های شغلی، مدرک کاردانی ۱۵۰ ساعت با در نظر گرفتن حداکثر یک چهارم دوره های عمومی و سه چهارم دوره های شغلی و مدیریتی، مدرک کارشناسی ۱۳۰ ساعت و کارشناسی ارشد و بالاتر ۱۲۰ ساعت با در نظر گرفتن حداکثر یک چهارم دوره های عمومی و سه چهارم دوره های شغلی و مدیریتی خواهد بود و دوره های مازاد بر آن مورد پذیرش و قابل ذخیره برای سال بعد نخواهد بود.

در خصوص شرکت در دوره های آموزشی مصوب کوتاه مدت که بر اساس معرفی واحد آموزش و موافقت واحد مربوطه باشد، مدت حضور آنان در کلاس های آموزشی می بایست ماموریت ساعتی و یا ماموریت روزانه لحاظ گردد..

شرکت هر یک از کارمندان در دوره آموزش کوتاه مدت مطابق با رعایت ماده ۱۳ این دستورالعمل که منجر به ترک منطقه جغرافیایی محل اشتغال اعم از داخل و خارج از کشور وی گردد، فوق العاده ماموریت پرداخت می گردد.

انتقال اطلاعات آموزشی مشمولین جامع آموزش پزشکی از سامانه آموزش مداوم جامع پزشکی به سامانه آموزش کارکنان به صورت الکترونیکی و با رعایت سقف ساعت (پزشکان ۵۰ ساعت معادل ۲۵ امتیاز و کارشناس و کاردان ۳۰ ساعت معادل ۱۵ امتیاز) از سال ۱۳۹۴ شروع و کماکان انجام می پذیرد.

صدور هرنوع گواهینامه دوره آموزشی ضمن خدمت، بدون هماهنگی با گروه آموزش و توسعه کارکنان دانشگاه برای کارمندان این دانشگاه، دانشگاه های سراسر کشور و یا سایر دستگاه ها، که کارکنان را برای بهره مندی از امتیازات آموزشی برخلاف قوانین و مقررات متوقع نماید ممنوع می باشد

جهت ارتقاء سطح معلومات و مهارت های شغلی کارمندان، شرکت کلیه کارمندان در دوره های شغلی جزو وظایف آنان بوده و الزامی می باشد

داشتن حد نصاب سالیانه (۵۰ ساعت) به واسطه شرکت در دوره های عمومی / مدیریتی / توجیهی دلیلی بر شرکت نکردن در دوره های شغلی نبوده و عواقب ناشی از عدم شرکت در دوره های شغلی بر عهده کارمند می باشد.

ارتباط بین سامانه آموزش کارکنان با سامانه های جامع پرسنلی و ارزیابی عملکرد کارکنان (انتقال جمع ساعات آموزشی مندرج در شناسنامه آموزشی کارمندان به صورت الکترونیکی) برقرار می باشد.

صلاحیت علمی کارمندان برای تدریس حضوری: حداقل مدرک دیپلم با ۱۰ سال سابقه تجربی کار، فوق دیپلم با ۸ سال سابقه تجربی کار، مدرک لیسانس با ۴ سال سابقه تجربی کار، فوق لیسانس و بالاتر با ۲ سال سابقه تجربی کار

ملاک موفقیت در دوره های آموزشی کسب حد نصاب نمره (۶۰٪) در آزمون هایی که در پایان دوره آموزشی توسط مجری به عمل می آید، می باشد.

ابلاغ انشایی: احتساب امتیاز آموزشی برای کارکنان به جهت شرکت در دوره های آموزشی مربوط به وظایف ابلاغ انشایی  
ا منوط به اینکه عنوان ابلاغ صادره در تشکیلات مصوب واحد مربوطه وجود داشته باشد؛ بلامانع است  
احتساب امتیاز آموزشی برای کارکنانی که دارای ابلاغ انشایی متعدد می باشند و در دوره های آموزشی شرکت می کنند،  
برای ابلاغی که وظایف کاری بیشتری را بعهده فرد قرار داده می شود مورد تایید است.

دوره های آموزشی کارمندان از نوع آموزش های کوتاه مدت بوده و با عنایت به زمان اجرا ، ماهیت و محتوای آنها به شرح زیر طبقه بندی می شوند:

-آموزش های توجیهی بدو خدمت

-آموزش های شغلی

-آموزش های فرهنگی و عمومی

-آموزش مدیران

**آموزش های توجیهی بدو خدمت :** به آموزش هایی اطلاق می شود که در بدو خدمت در راستای موارد ذیل طراحی و اجرا می گردد:

۱- آشنا ساختن کارمندان جدید الاستخدام با اهداف و وظایف موسسه محل خدمت آنها و قوانین و مقررات استخدامی کلیات آیین نامه اداری استخدامی مرکز حقوق فردی و شغلی محیط کار قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و نظام اداری

۲- ایجاد توانایی شغلی مورد نیاز برای کارمندان جدید الاستخدام (رسمی، پیمانی و قراردادی) جهت تصدی شغل مربوط.

**آموزش های شغلی :** به آموزش هایی اطلاق می گردد که توانمندیهای تخصصی مورد نیاز مشاغل موسسه را به شاغلین انتقال می دهد.

**اهداف:**

۱- ارتقا سطح معلومات و مهارت های شغلی کارمندان و متناسب ساختن اطلاعات و توانمندیهای آنان با وظایف رشته شغلی مورد نظر منطبق با پیشرفت های دانش و فناوری در زمینه مربوط

۲- آماده ساختن کارمندان برای پذیرش مسئولیت های جدید در آینده. شرکت در این آموزش ها در طول خدمت برای تمامی کارمندان بر حسب نیاز شغلی الزامی می باشد.

### آموزش های فرهنگی و عمومی

تعریف : به آموزش هایی اطلاق می گردد که در حیطه های فرهنگی اجتماعی توانمندیهای عمومی و فناوری اطلاعات به منظور رشد فضایل اخلاقی و ارتقا فرهنگ سازمانی و افزایش دانش مهارت و نگرش عمومی و فردی و فناوری اطلاعات کارمندان ارائه می گردد.

### آموزش مدیران

تعریف : به آموزش هایی اطلاق می گردد که در راستای تعالی معنوی و حرفه ای مدیران در زمینه های افزایش دانش بهبود نگرش و بصیرت و توسعه مهارت های انسانی ادراکی و فنی طراحی و اجرا می گردد.

### گواهینامه آموزشی

برگه ای است که در پایان دوره آموزشی در ازای کسب نمره قبولی به هریک از شرکت کنندگان اعطا می شود.

می بایست حاوی این موارد باشد:

- ۱- اطلاعات شخصی شرکت کننده      ۲- عنوان دوره، سمینار و ...      ۳- شماره مجوز برگزاری      ۴- زمان برگزاری  
۵- مدت دوره      ۶- نمره کسب شده      ۷- امضای بالاترین مقام منابع انسانی دانشگاه

درج نمره قبولی در گواهینامه های آموزشی سمینارها و همایش ها الزامی نیست.

### انواع گواهینامه

#### گواهینامه نوع اول

#### گواهینامه های نوع دوم

تذکر: صدور گواهینامه نوع دوم از تاریخ ۰۵/۱۲/۱۳۹۲ ممنوع گردید.

• گواهینامه های آموزشی مورد قبول:

- ۱- گواهینامه های دارای مجوز از سازمان مدیریت و برنامه ریزی سابق.
  - ۲- گواهینامه های آموزشی دارای مجوز از کمیته راهبردی در سطح کشور و کمیته آموزش در سطح سازمان.
  - ۳- گواهینامه های آموزشی مصوب رشته شغلی مامور حراست که با هماهنگی و تایید اداره حراست کل کشور مستقر در نهاد ریاست جمهوری اجرا شده.
  - ۴- گواهینامه آموزشی مصوب رشته شغلی مسئول گزینش که با هماهنگی و تایید هیئت عالی گزینش اجرا شده
  - ۵- گواهینامه های دوره تخصصی آموزش مداوم جامعه پزشکی صرفا برای مشمولین قانون مربوطه.
- تذکر ۱: گواهینامه های دوره های حضوری که در آن ساعات آموزشی قید نشده است به طور میانگین ۶ ساعت به ازای هر روز در نظر گرفته می شود
- تذکر ۲: دوره های آموزش مداوم جامعه پزشکی صرفا بر اساس امتیاز و هر امتیاز معادل ۲ ساعت در نظر گرفته می شود.

تذکر ۳: حداکثر میزان ساعت آموزشی مورد قبول برای هر دوره ۳۴ ساعت می باشد.

شناسنامه آموزشی

کاربرگی الکترونیکی است که تمامی اطلاعات آموزشی هر یک از کارمندان موسسه، اعم از اطلاعات پرسنلی، آموزش های مورد نیاز، آموزشهای گذرانده شده و معادل سازی فعالیت های علمی مرتبط با شغل کارمند (تالیف، تحقیق، ترجمه، تدریس و ...) در آن ثبت و نگهداری می گردد و در ارتقاء، انتصاب و ارزشیابی عملکرد کارمندان مورد استفاده قرار می گیرد.

سوابق آموزشی

کاربرگی الکترونیکی است که شامل اطلاعات پرسنلی و کلیه آموزش های گذرانده شده کارمند بدون در نظر گرفتن شرایط احراز می باشد. (دوره های شغلی غیر مرتبط با رشته شغلی، آموزش های مازاد بر سقف سالانه کارکنان، دوره های آموزشی که کارکنان حد نصاب نمره (۶۰٪) را کسب نکرده اند، آموزش های طی شده با ابلاغ انشایی، آموزش هایی که سالیانه صرفا در راستای انتقال اطلاعات و ارتقای دانش و بدون امتیازات انگیزشی برگزار می گردد).

### نحوه محاسبه ساعات دوره های آموزشی:

دوره های آموزشی باید مرتبط با رشته شغلی مورد تصدی بوده و در شناسنامه آموزشی درج شده باشد و در صورت:

-تغییر پست بدون تغییر رشته شغلی، ساعات آموزشی طی شده قابل احتساب خواهد بود.

-تغییر رشته شغلی در داخل رشته فرعی، ساعات آموزشهای طی شده مرتبط با رشته شغلی جدید با تایید کمیته آموزش و همچنین ساعات آموزشی بهبود مدیریت و ساعات آموزشی فرهنگی و عمومی طی شده قابل احتساب خواهد بود.

-تغییر رشته، ساعات آموزش های طی شده مرتبط در رشته شغلی قبلی قابل احتساب نخواهد بود ولی ساعات آموزشی بهبود مدیران و ساعات آموزشی فرهنگی و عمومی طی شده قابل احتساب خواهد بود.

### ارزیابی عملکرد سالانه (ارزشیابی سالانه)

واحدهای اجرائی دانشگاه مکلفند شایستگی مدیران و کارکنان خود را طی فرآیندی منظم و مستمر، مورد بررسی و ارزشیابی قرار داده و نتایج آن را در پرونده پرسنلی و نرم افزار کارگزینی ثبت و به ذینفعان اطلاع دهند. نتایج ارزشیابی سالانه در وضعیت استخدامی و مزایای دریافتی آنان تاثیر گذار خواهد بود.

دوره ارزشیابی از اول فروردین ماه هر سال تا پایان اسفند ماه همان سال می باشد.

### نحوه تکمیل فرم های ارزشیابی عملکرد

۱- امتیازها: مجموع امتیاز در هر سطح ارزشیابی ۱۰۰ می باشد که ۴۰ امتیاز مربوط به شاخص های اختصاصی و ۶۰ امتیاز مربوط به شاخص های عمومی است.

فرم های ارزشیابی عملکرد توسط ارزشیابی شونده تکمیل و توسط ارزشیابی کننده (مسئول واحد) تایید می شود

### فصل نهم : سایر مقررات

کارمندان رسمی ، پیمانی ویا قراردادی حسب نوع استخدام در یکی از حالات زیر قرار می گیرند:

الف ) اشتغال در واحد سازمانی مربوط

ب ) در حال گذراندن مرخصی استعلاجی ، استحقاقی و یا بدون حقوق

ج) در حالت آماده به خدمت

د) انتقالی یا ماموریت به موسسه ها و سایر و سایر واحدها و یا ماموریت آموزشی

ه) انفصال موقت یا دائم و یا اخراج به موجب احکام قطعی مراجع قضائی و یا هیئت های رسیدگی به تخلفات اداری

و) استعفا و یا بازخریدی

ز) غیبت موجه و غیر موجه

ح) بازنشستگی و یا از کارافتادگی

ط) تعلیق

م) فسخ قرارداد کارمند پیمانی

تبصره: درایام انفصال موقت، تعلیق و غیبت تا تعیین تکلیف کارمند، پرداخت هرگونه وجهی به ایشان ممنوع است.

بر اساس ماده ۶۴ قانون خدمات کشوری، کارمند رسمی می تواند با درخواست کتبی با یک ماه اعلام قبلی از خدمت دولت استعفا کند. در هیچ مورد استعفای او رافع تعهداتش در برابر دولت نخواهد بود. استعفا از تاریخی تحقق می یابد که سازمان به موجب حکم رسمی با آن موافقت کند.

بر اساس ماده ۱۱۶ قانون خدمات کشوری در صورتیکه به علت حذف پست سازمانی یا انحلال وزارت خانه یا موسسه دولتی به وجود عده ای از مستخدمین رسمی احتیاج نباشد مستخدمین مزبور به حالت آماده به خدمت در می آیند.

بر اساس ماده ۱۲۲ قانون خدمات کشوری کارمندان رسمی دستگاه های اجرایی در حالات زیر به حالت آماده به خدمت در می آیند:

۱- انحلال دستگاه اجرایی

۲- حذف پست سازمانی

۳- نبود پست سازمانی بعد از اتمام ماموریت یا مرخصی بدون حقوق

۴- بر اساس رای هیات تخلفات اداری

### استانداردهای پوشش پرسنل

- روپوش باید سالم، تمیز، با دکمه های بسته، اتو کشیده، گشاد و حداقل تا زانو با ضخامت مناسب بنحوی که - لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالتر از مچ) باشد
- کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
- زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی هستند، نباید استفاده شوند -
- استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع است-
- ناخن ها باید کوتاه تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط ارائه - خدمات درمانی ممنوع است
- هرگونه تصویربرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و ... بدون اجازه کتبی بیمار و رئیس - بیمارستان ممنوع است
- استفاده از اتیکت ضرورست.

### رنگ یونیفرم کادر پرستاری

| ردیف | سمت   | آقا / خانم | روپوش                                    | شلوار   | مقنعه   | کفش  |
|------|-------|------------|------------------------------------------|---------|---------|------|
| ۱    | مترون | خانم       | سرمه ای با سه نوار نقره ای به هردو آستین | سرمه ای | سرمه ای | مشکی |
| ۲    |       | آقا        | سفید با سه نوار سرمه ای به هردو آستین    | سرمه ای | -       | مشکی |



## کتابچه توجیهی بدو ورود عمومی

|    |                    |      |                                          |            |            |      |
|----|--------------------|------|------------------------------------------|------------|------------|------|
| ۳  | سوپروایزر          | خانم | سرمه ای با دو نوار نقره ای به هردو آستین | سرمه ای    | سرمه ای    | مشکی |
| ۴  |                    | آقا  | سفید با دو نوار سرمه ای به هردو آستین    | سرمه ای    | -          | مشکی |
| ۵  | سرپرستار           | خانم | سرمه ای بایک نوار نقره ای به هردو آستین  | سرمه ای    | سرمه ای    | مشکی |
| ۶  |                    | آقا  | سفید با یک نوار سرمه ای به هردو آستین    | سرمه ای    | -          | مشکی |
| ۷  | پرستار             | خانم | سفید                                     | سرمه ای    | سرمه ای    | سفید |
| ۸  |                    | آقا  | سفید                                     | سرمه ای    | -          | سفید |
| ۹  | پرستار ویژه        | خانم | آبی آسمانی                               | آبی آسمانی | سرمه ای    | سفید |
| ۱۰ |                    | آقا  | آبی آسمانی                               | آبی آسمانی | -          | سفید |
| ۱۱ | اتاق عمل           | خانم | سبز                                      | سبز        | سبز        | سفید |
| ۱۲ |                    | آقا  | سبز                                      | سبز        |            | سفید |
| ۱۳ | ماما درماتگاه      | خانم | سفید                                     | مشکی       | مشکی       | مشکی |
| ۱۴ | مامابلوک<br>زایمان | خانم | سبز یا آبی                               | سبز یا آبی | سبز یا آبی | مشکی |
| ۱۵ | بیمار              | خانم | سفید                                     | سفید       | سرمه ای    | سفید |
| ۱۶ |                    | آقا  | سفید                                     | سفید       | -          | سفید |
| ۱۷ | کمک بیمار          | خانم | کر می                                    | کر می      | کر می      | سفید |
| ۱۸ |                    | آقا  | کر می نیم تنه                            | کر می      | -          | سفید |
| ۱۹ | منشی               | خانم | قهوه ای                                  | قهوه ای    | قهوه ای    | مشکی |
| ۲۰ |                    | آقا  | قهوه ای                                  | قهوه ای    | -          | مشکی |

## آشنایی با بخش ها / واحدهای بیمارستان

| اداری  |     |       |     |                  |     |
|--------|-----|-------|-----|------------------|-----|
| مدیریت | ۲۵۰ | ریاست | ۲۴۹ | واحد بهبود کیفیت | ۲۳۰ |

## کتابچه توجیهی بدو ورود عمومی

|                       |                      |         |                    |         |                 |
|-----------------------|----------------------|---------|--------------------|---------|-----------------|
| ۲۳۷                   | واحد آموزش کارکنان   | ۲۶۸     | مسول خدمات         | ۲۸۲     | تحول نظام سلامت |
| ۲۳۲                   | واحد کنترل عفونت     | ۲۴۷     | مدارک پزشکی        | ۲۶۳-۲۰۳ | دفتر پرستاری    |
| ۲۳۹                   | واحد بهداشت محیط     | ۲۶۹     | دبیر خانه          | ۲۸۳     | کارگزینی        |
| ۳۴۲                   | پذیرش درمانگاه       | ۳۳۹     | مسول درمانگاه      | ۲۲۲     | IT              |
| ۲۴۶                   | ترخیص                | ۲۸۵     | درآمد              | ۲۸۹     | بایگانی         |
| ۲۸۶                   | خوابگاه              | ۲۴۵     | پذیرش              | ۲۴۸     | بیمه            |
| ۲۳۸                   | امین اموال           | ۲۰۶     | انبار              | ۹-۳۰۰   | مرکز تلفن       |
| ۲۲۶-۲۲۷               | تاسیسات              | ۲۶۱     | داروخانه           | ۲۲۵     | انبار دارویی    |
| ۲۶۶                   | زیراکس               | ۲۲۸     | اشپزخانه           | ۲۲۴     | رختشویخانه      |
|                       |                      |         |                    | ۲۴۷     | مدارک پزشکی     |
| کلینیکی و پاراکلینیکی |                      |         |                    |         |                 |
| ۲۱۷                   | رادیولوژی            | ۲۲۰     | آزمایشگاه          | ۲۷۴     | ICU             |
| ۲۰۷                   | منشی بخش داخلی جراحی | ۲۴۳     | پزشک اورژانس       | ۲۴۴     | اورژانس         |
| ۲۱۶                   | داخلی مردان و زنان   | ۲۰۴     | جراحی مردان و زنان | ۲۱۵     | اطفال           |
| ۲۷۲-۲۰۲               | زایشگاه و نرسری      | ۲۵۹-۲۶۰ | دیالیز             | ۲۰۱-۲۷۰ | اتاق عمل        |
| ۲۱۱                   | اکو و تست ورزش       | ۲۰۹     | CCU                | ۲۱۴     | CT SCAN         |
|                       |                      |         |                    | ۲۳۳     | پزشک رادیولوژی  |

شماره تلفن نوبت دهی تلفنی درمانگاه تخصصی ۰۳۱-۳۳۰۳۳۵۲۰

شماره تلفنهای بیمارستان: ۲۵- ۲۱- ۰۳۱-۵۷۲۴۱۰۲۰

فاکس : ۰۳۱-۵۷۲۴۱۰۲۴

آدرس : گلپایگان - بلوار شهید بهشتی (بلوار معلم) بیمارستان امام حسین (ع)

آدرس سایت [ghhospital.mui.ac.ir](http://ghhospital.mui.ac.ir)

بیمارستان امام حسین (ع) گلپایگان