



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم (عج)

روش اجرایی مدون (Documented Procedure)

عنوان روش اجرایی مدون : خط مشی و روش مددکاری در بیمارستان	
کد: PRO-FM-02	دامنه روش اجرایی مدون : کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیک
تاریخ تدوین: 1402/07/20	کد روش اجرایی مدون :
تاریخ ابلاغ : 1402/07/20	صفحه: 1
تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20	
تاریخ بازنگری بعدی : 1403/07/20	
شماره بازنگری : 2	

هدف : بیانیه خط مشی و روش اجرا

تعاریف : این بیمارستان در نظر دارد با اجرای این خط مشی در جهت ایجاد امنیت روانی ،افزایش رضایتمندی ،تسهیل در روند درمانی واولویت بندی بیماران جهت دریافت خدمات مددکاری و افزایش آگاهی بیمارستان وخانواده نسبت به فرایند امور درمانی گام بردارد.

دامنه : بیماران مجهول الهویه -بی خانمان -اتباع خارجی-بیماران بدون همراه-زندانیان -مددجویان بهزیستی-بیماران رهاشده -بیماران خاص ومددجویان کمیته امدادمشمول خدمات مددکاری اجتماعی می باشند.

منابع و امکانات :بانک اطلاعات مرکز، موسسات خیریه، اشخاص حقوقی وحقیقی، سایر سازمان ها وسامانه های حمایتی از مددجویان وهمچنین داشتن نیروی متخصص حداقل متناسب با پروتکل های مددکاری ، داشتن مکان وفضای مناسب جهت رسیدگی به امور بیماران داشتن خط تلفن مستقیم جهت تسهیل امور

صاحبان فرایند و ذینفعان :

مسئول مددکاری اجتماعی و کارکنان

شیوه انجام کار(به صورت گام به گام همراه با مسئول -زمان و مکان اجرا) :

1-در بدو ورود بیمار به اورژانس انجام تریاژ و یا ورود به بخش ،پرستار پس از ارزیابی و شناسایی بیمار نیازمند به خدمات مددکاری از طریق سیستم HIS و تماس تلفنی مواردی چون سالمند و کودک رها شده ،کودک ازاری، همسر ازاری، خشونت علیه زنان، سالمند ازاری، مجهول الهویه، بیماران اعصاب و روان رهاشده ،زنان باردار بدسرپرست یا فاقد سرپرست ،اتباع، فاقد پوش بیمه،فراری، ضرب و جرح، بیماری های خاص یا صعب العلاج، خودکشی، ارجاعی از بهزیستی ویا ارگانها ونهاد های دولتی ، عدم بضاعت مالی ،معلولان جسمی بدون سرپرست یا فاقد سرپرست مراتب را به اطلاع واحد مددکاری می رساند.

- 2-مددکار اجتماعی در راندهای خود از بخش ها از طریق مصاحبه بالینی ومشاهده بیماران آسیب پذیر را شناسایی می نماید وفرم مربوط به پروتکل را برای بیماران تکمیل می نماید.
- 3-مددکار اجتماعی با توجه یه فرایندهای مصوب نیازهای مختلف (بیمه ای، اسکان پس از ترخیص، مسائل قضایی بیماران، در صورت لزوم شبکه حمایتی اعم از کمیته امداد امام خمینی ، بهزیستی، خانواده، هزینه های درمانی وملزوات پزشکی و...)را بررسی می نماید.
- 4-مددکار در صورت مشاهده موارد فوق (سالمند وکودک رها شده ،کودک ازاری، همسر ازاری، خشونت علیه زنان، سالمند ازاری، مجهول الهویه، بیماران اعصاب و روان رهاشده) بعد ازپیگیری های اولیه جهت یافتن خانواده و بیمه بیمار، مراتب را به اورژانس123بهزیستی اطلاع داده ودر صورت عدم پیگیری بهزیستی جهت حکم قضایی از دادسرا به منظور تعیین تکلیف بیماران پس از ترخیص اقدام می نماید.
- 5- مددکار هماهنگی لازم در خصوص بیماران تحت پوشش کمیته امداد وبهزیستی و سایر ارگان های حمایتی (در صورت عدم همکاری خانواده (جهت ترخیص وهزینه درمانی با مددکار مربوطه در آن ارگان صورت می دهد.
- 6- در خصوص اعمال تخفیف هزینه های درمانی مددکار اجتماعی ملاک های اعم از نوع بیماری با اولویت بیماران خاص، معیشت، شغل، مرحله بیماری وتعداد دفعات بستری وهمچنین تحت پوشش ارگانهای حمایتی بودن را در نظر میگیرد.
- 7- در خصوص حل مشکلات بیماران ارجاعی از مراکز حمایتی جلساتی به منظور هم اندیشی و ارائه راهکار به آن مرکز برگزار میگردد.
- 8- ارزیابی نحوه عملکرد واحد مددکاری توسط ریاست محترم ومدیریت بیمارستان صورت می پذیرد
- 9-بررسی وضعیت بیمه ای بیماران بستری و سرپایی و در صورت نداشتن بیمه درمانی و یا اشکال در بیمه مددکار اجتماعی راهنمایی های لازم را ارائه مینماید.
- 10-ارائه مشاوره و کمک در پرونده های بلا تکلیف و بدهکار به واحد ترخیص و درآمد.
- 11-آموزش لازم و مکفی در چهارچوب دستورالعمل های مددکاری اجتماعی و بیمارستان به نیروهای کارآموز و پرسنل بیمارستان

امضاء :	نام و نام خانوادگی :	تهیه کنندگان :
	لیلا برزویی (بهبود کیفیت)	
	ایرج نوری (مسئول مددکاری)	
	فرهاد هادی کبیر(مدیر بیمارستان)	تأیید کننده :
	دکتر سمانه جم(رییس بیمارستان)	تصویب کننده :



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم (عج)

روش اجرایی مدون (Documented Procedure)

عنوان روش اجرایی مدون : مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	
تاریخ تدوین 1395/10/20	دامنه روش اجرایی مدون: کل بخش های بالینی کد روش اجرایی مدون: PRO-AC-2 صفحه: 1
تاریخ ابلاغ 1395/10/25	
تاریخ آخرین بازنگری: 20/ 1402/07/	
تاریخ بازنگری بعدی: 20/ 1403/07/	
شماره ویرایش: 1	
شماره بازنگری: 2	

تعاریف : بررسی فیزیولوژیک شامل موارد زیر می باشد.

فشار خون سیستولیک و دیاستولیک - فشار خون متوسط شریانی - ضربان قلب - تعداد تنفس - درجه حرارت - درصد اشباع

اکسیژن خون شریانی

ذینفعان: بیماران

صاحبان فرایند: پزشکان، پرستاران، بیماران

بیانیه سیاست / خط مشی :

بیمارستان در نظر دارد با توجه به ایمنی بیمار و ارائه خدمات حیات بخش و موثر و به موقع در مورد بیمارانی که دچار شرایط

اورژانسی شده اند سیاست ذیل را تدوین نموده است.

سیاست:

واحد آموزش بیمارستان به منظور ارتقاء سطح توانمندی کارکنان دوره آموزشی پایش همودینامیک را برگزار می کند.

فرد پاسخگوی خط مشی: پزشک معالج

شیوه انجام کار : (بصورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا) :

- 1- پزشک دستور مانیتورینگ مداوم بیمار و کنترل علائم حیاتی و کنترل درصد اشباع اکسیژن خون را در برگ دستورات پزشک ثبت می کند
- 2- پرستار ضمن چک کردن دستورات پزشک، بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار می دهد در صورت هر گونه کاهش یا افزایش در موارد فوق پزشک را مطلع می نماید و طبق دستور پزشک اقدامات مربوطه را انجام می دهد.
- 3- پرستار جهت اندازه گیری فشار خون، ابتدا باز و بند با اندازه مناسب را انتخاب می کند و سپس بازو بند را دور بازوی بیمار قرار می دهد. به صورتی که قسمت قابل باد شدن قسمت بازو بند حدود دو سوم از طول بازو را بپوشاند و طول بازو بند به صورتی باشد که حدود $1/5$ دور به دور بازوی بیمار میپیچد و به تحتانی بازو بند حدوداً $2/5$ سانتی متر در بالای چین جلوی آرنج قرار داشته باشد.
- 4- پرستار دقت می کند که بیمار از 30 دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته باشد و حداقل 5 دقیقه استراحت کرده باشد
- 5- پرستار وضعیت بازو را طوری تنظیم می کند که شریان بازو در سطح قلب قرار بگیرد (تقریباً هم سطح با چهارمین فضای بین دنده ای در محل اتصال آن با جناح)
- 6- پرستار در صورت اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ، با فشردن دکمه کنترل BP، فشار خون بیمار شامل فشار سیتولیک، فشار خون دیاستولیک را اندازه گیری کرده و در پرونده بیمار ثبت و چارت می کند.
- 7- پرستار در صورت نیاز به کنترل دستی فشار خون، بعد از بستن بازو بند، کاف فشار سنج را به حدی افزایش می دهد که نبض رادیال ناپدید شود، این فشار را از روی مانومتر خوانده و 20 میلی متر جیوه به آن اضافه می کند. از این حاصل جمع به عنوان نقطه ای برای سنجش های بعدی استفاده می کند تا از بوجود آمدن ناراحتی غیر ضروری در اثر فشارهای بازو بند جلوگیری شود. سپس قسمت بل گوشی را از روی شریان بازویی قرار میدهد و بازو بند را به آهستگی و با سرعت تقریباً 3-2 میلی متر جیوه در ثانیه خالی می کند و در همین حین عمل سمع صدا را انجام می دهد و اعداد مربوطه به سمع صداهای کورتوکوف و قطع آن را ثبت می کند.
- 8- پرستار جهت کنترل تعداد ریت قلبی (HR) با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور میزان HR را در پرونده بیمار ثبت می کند. در بیماران AF، تعداد نبض Apical با استفاده از گوشی در یک دقیقه سمع و ثبت می گردد در صورت نیاز به ثبت میزان PR (تعداد نبض) از نبض های محیطی مانند کاروتید، برای کال، رادیال و فمورال استفاده می کند. و پس از شمارش نبض و محاسبه تعداد نبض در یک دقیقه، در پرونده بیمار ثبت می کند. (اگر ریتم تنظیم نبود تعداد نبض را در 15 ثانیه شمارش نموده و سپس در عدد 4 ضرب می کند، اگر تعداد ضربان بطور غیر طبیعی کند یا سریع بود، تعداد نبض را در یک دقیقه کامل شمارش می کند.
- 9- پرستار جهت کنترل تعداد تنفس (RR)، تعداد بالا رفتن قفسه سینه را در طی 15 ثانیه یا 1 دقیقه شمارش نموده و ثبت می کند. پرستار جهت کنترل RR همچنان که نبض را کنترل می کند انگشتان خور را روی مچ بیمار نگه می دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس وی را شمارش می کند.

- 10- پرستار جهت کنترل درجه حرارت (T) از روش اورال استفاده می کند در هنگام از ترومتر، ابتدا با تکان دادن دماسنج آن را به حداکثر از 35/5 رساند. پس ترومتر را در زیر زبان قرار داده و به بیمار آموزش می دهد لب های خود را ببندد و پس از 3-5 دقیقه درجه حرارت را خوانده و ثبت می کند.
- 11- پرستار جهت کنترل در صد اشباع اکسیژن خون شریانی (SPO2) ، پروپ پالس اکسیمتر را به بیمار وصل نموده و میزان SPO2 بیمار را کنترل و ثبت می کند.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش

- 1- بررسی دوره ای روند اجرا 2- دادن بازخورد 3- تعامل با مجریان و ذینفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا 4- برطرف کردن آنها با بهره گیری از مشارکت منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط : پرونده بیمار- پالس اکسیمتری -مانیتور پرتابل -دیفیبریلاتور
- منابع / مراجع: کلیات استاندارد های مراقبتی و حرفه ای پرستاری تالیف : اعظم گیوری ،مهوش صلصالی و دیگران (وزارت بهداشت و درمان -دفتر مشاور وزیر در امور پرستاری

تهیه کنندگان :	نام و نام خانوادگی :	امضاء :
	مهتری صفری (مدیر خدمات پرستاری)	
	نسرین عطایی (مسئول CCU)	
	میثم بصیری (مسئول اورژانس)	
تأیید کننده :	فرهاد هادی کبیر (مدیر بیمارستان)	
تصویب کننده :	دکتر سمانه جم (رییس بیمارستان)	



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم (عج)

روش اجرایی مدون (Documented Procedure)

عنوان روش اجرایی مدون : استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی	
تاریخ تدوین: 95/10/20 تاریخ ابلاغ : 95/10/25 تاریخ آخرین بازنگری : 1402/07/20 تاریخ بازنگری بعدی: 1403/07/20 شماره ویرایش : 1 شماره بازنگری: 2	دامنه روش اجرایی مدون: کل بخش های بالینی کد روش اجرایی مدون : PRO-AC-2 صفحه : 1

مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت تعیین نوع مهار شیمیایی و مدت زمان اجرای آن با پزشک معالج است و پرستار اجراکننده

دستورات پزشک و اطلاع رسان وضعیت پاسخ بیمار به مهار شیمیایی به پزشک است .

امکانات و تسهیلات: در دسترس بودن داروهای مورد نیاز جهت اجرای دستور پزشک

هدف : جلوگیری از ضربه بیمار به خود و دیگران

شیوه انجام کار:

شرایط استفاده از مهار شیمیایی در این بیمارستان به شرح ذیل می باشد:

1- پرستار / پزشک با ارزیابی بیمار، بیماران نیازمند به مهار شیمیایی را مشخص می نمایند. بیمارانی که (رفتارهای تهاجمی؛ رفتارهای خطرناک برای بیماران دیگر، رفتار خودتخریبی، رفتار فیزیکی یا کلامی تهدیدکننده یا سابقه پرخاشگری و تهاجم، مسمومیت با الکل، داروهای همراه با کنترل ضعف یا فقدان کنترل رفتارها، رفتارهایی همراه با کنترل ضعیف و سابقه تهاجم و رفتارهای خود آسیب رسانی همراه با کنترل ضعیف، خواست خود بیمار) را دارا هستند.

2- پزشک معالج موظف است در برگه دستورات پزشک نوع مهار شیمیایی و مدت زمان اجرایی شدن مهار شیمیایی را به شکل شروع و پایان مدت زمان مشخص نماید.

3- پرستار مهار شیمیایی بیمار را باید طبق دستور زمانی و نوع مهار شیمیایی که پزشک دستور داده است به انجام رساند.

4- پرستار در صورت نیاز بیمار به مهار شیمیایی مجدد، به پزشک اطلاع دهد و پس از بررسی مجدد بیمار دستورات مهار شیمیایی مجدد توسط ایشان نوشته شود.

5- پرستار نحوه کنترل بیمار در دستورات مهار شیمیایی - مدت زمان (شروع-پایان) و واکنش های بیمار نسبت به آن را در برگه گزارش پرستاری ثبت می نماید.

6- پرستار از گرفتن دستورات شفاهی جهت اجرایی شدن مهار شیمیایی برای بیمارانی که اندیکاسیون آن در بالا ذکر شد حتی الامکان خودداری نماید.

7- پرستار موظف است در شرایط اورژانسی و بحرانی دستور شفاهی یا کتبی را در طی 1 ساعت اول دریافت نماید.

8- پرستار کنترل علایم حیاتی / نیازهای تغذیه ای / نیازهای اجابت / نیازهای بهداشتی بیمارانی که تحت مهار شیمیایی قرار گرفته اند را ارزیابی کرده و موظف به برطرف کردن آنها با هماهنگی با پرسنل مربوطه (کارشناس تغذیه-خدمات) به انجام می رساند.

امکانات و تسهیلات: در دسترس بودن داروهای مورد نیاز جهت اجرای دستور پزشک

منابع: کتاب استاندارد های مرجع خدمات پرستاری

تهیه کنندگان :	نام و نام خانوادگی :	امضاء :
	مهتری صفری (مترون)	
	فائزه وندایی (مسئول بخش زنان)	
	میثم بصیری (مسئول اورژانس)	
	سمیرا سجادی (مسئول بخش جراحی)	
تأیید کننده :	فرهاد هادی کبیر (مدیر بیمارستان)	
تصویب کننده :	دکتر سمانه جم (رییس بیمارستان)	



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم (عج)

روش اجرایی مدون (Documented Procedure)

عنوان روش اجرایی مدون : استفاده صحیح از روش های مهار فیزیکی	
تاریخ تدوین: 95/10/20 تاریخ ابلاغ : 95/0/25 تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20 تاریخ بازنگری بعدی: 1403/07/20 شماره ویرایش: 1 شماره بازنگری: 2	دامنه روش اجرایی مدون: کل بخش های بالینی کد روش اجرایی مدون: PRO-AC-2 صفحه: 1

هدف: افزایش ایمنی بیمار

مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت تعیین نوع مهار فیزیکی با پزشک معالج بوده و پرستار اجرا کننده و کنترل کننده اقدامات در حین مهار فیزیکی است .

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام شود)

- 1- پرستار بیمار را ارزیابی نموده و علت بی قراری وی را به پزشک معالج گزارش می نماید.
- 2- پزشک معالج به علت مشاهده یا گزارش موارد زیر دستور استفاده از مهار فیزیکی را برای بیمار صادر می نماید:
رفتار تهاجمی - رفتارهای خطرناک برای بیمار و دیگران - رفتارهای خودتخریبی و تهاجم - مسمومیت با الکل یا داروها - کنترل ضعیف با فقدان کنترل رفتارها (دیپریوم) - رفتارهای خودآسیب رسان همراه با کنترل ضعیف - خواست خود بیمار.
- 3- پزشک معالج باید در پرونده بیمار دستور کتبی مهار فیزیکی و تاریخ و مدت زمان مهار را ثبت نماید در شرایط اورژانسی یا بحرانی در صورت دستور شفاهی بایستی پرستار طبق خط مشی دستورات شفاهی را در پرونده ثبت نموده و در اسرع وقت دستور کتبی را از پزشک بگیرد.
- 4- پزشک معالج دستور مهار فیزیکی را به مدت بسیار محدود و بر اساس دستورالعمل زیر صادر می نماید.
(بالغین حداکثر 4 ساعت - نوجوانان 9 تا 17 سال حداکثر 2 ساعت - کودکان زیر 9 سال حداکثر یک ساعت)
- 5- پرستار بیمار بی قرار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده و در صورت وجود صدمات حاد به پزشک اطلاع رسانی کرده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- 6- پرستار باید کنترل نماید نرده کنار تخت بیمار بالا باشد.
- 7- پرستار وسایل لازم جهت مهار فیزیکی را آماده می نماید (نوارهای پددار قابل انعطاف - دستبند پددار - شکم بند پددار - باند - پنبه و...)
- 8- پرستار باید دقت نماید راستای طبیعی بدن بیمار در طول مدت مهار حفظ شود و شانه ها در وضعیت مناسب قرار گیرد.

9- پرستار کنترل می نماید که وسایل مهار فیزیکی به شکلی بسته شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد

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

11- پرستار به کمک بیمار و خدمات هر 2 ساعت بیمار را تغییر پوزیشن می دهد و نواحی مهار را کنترل می نماید تا آسیبی به بدن بیمار وارد نشود.

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

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

14- در صورت اجازه پزشک پرستار جهت خوردن غذا مهار فیزیکی را شل نموده و برای کنترل بیمار از خدمات و یا بیماربر کمک می گیرد.

15- در صورت اجازه پزشک طی مدت مهار فیزیکی خدمات باید در برآورده کردن نیاز های شخصی مثل استفاده از توالت به بیمار کمک نماید در غیراینصورت از لوله لگن استفاده شود و یا بیمار سونداژ گردد.

16- اگر مهار بیمار بصورت فیزیکی میسر نباشد یا احتمال آسیب جدی به وی به دنبال آن باشد پرستار باید به پزشک معالج اطلاع رسانی نموده و در گزارش پرستاری ثبت نماید.

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

امکانات و تسهیلات: ابزار مهار فیزیکی مناسب

منابع: کتاب استاندارد های مرجع خدمات پرستاری

امضاء :	نام و نام خانوادگی :	تهیه کنندگان :
	مهتری صفری (مترن)	
	فائزه وندایی (مسئول بخش زنان)	
	میثم بصیری (مسئول اورژانس)	
	سمیرا سجادی (مسئول بخش جراحی)	
	فرهاد هادی کبیر (مدیر بیمارستان)	تأیید کننده :
	دکتر سمانه جم (رییس بیمارستان)	تصویب کننده :



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم(عج)

روش اجرایی (Policy / Procedure)

عنوان/موضوع خط مشی : مدیریت پیشگیرانه خطر جهت اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات	
تاریخ تدوین: 98/07/16	دامنه روش اجرایی: کلیه واحدهای بیمارستان کد روش اجرایی: PRO-FM-1 صفحه: 5-1
تاریخ ابلاغ : 98/07/28	
تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20	
تاریخ بازنگری بعدی : 1403/07/20	
شماره ویرایش و بازنگری : 2	

تعاریف : خطاهای پزشکی **Medical Malpractice** عبارت است از قصور در خدمات درمانی و تشخیصی یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا ، که بطور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته برای بیمار می شود. عوامل مستعدکننده:عوامل مستعد کننده بروز خطا در این مرکز به دو دسته زیر ساختی و فرایندی تقسیم می شوند.عوامل زیرساختی مرتبط بامنابع انسانی، تجهیزات و عوامل ساختاری است و عوامل فرایندی مرتبط با روش های ارایه مراقبت و در مان است .برای ارزیابی پیشگیرانه خطر در این مرکز ترجیحا از مدل FMEA استفاده می شود. (Failure Mode and Effects Analysisتحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن)

اهداف:

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی
توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی
پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیل ریشه ای علل بروز خطا
پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

ذینفعان و صاحبان فرآیند:بیماران و کادر درمان

- مسئولیت ها و اختیارات:مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده مسئولیت پیگیری اجرای روش اجرایی مذکور را دارند
شیوه انجام کار : (بصورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا) :
1. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با توجه به خطاهای رایج اتفاق افتاده در مرکز یا سایر مراکز لیست خطاهای قابل گزارش را تهیه و تدوین نماید.
 2. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار لیست خطاهای قابل گزارش را برای کلیه سرپرستاران ارسال نماید.
 3. مدیر بیمارستان لیست خطاهای قابل گزارش را برای کلیه مسئول واحدهای پاراکلینیک و خدماتی ارسال نماید.

4. کلیه مسئول واحد‌ها لیست خطاهای قابل گزارش را در اختیار کارکنان قرار داده و اطمینان حاصل کند که تمامی کارکنان لیست را مطالعه نموده اند.

سیستم گزارش دهی ساده و در دسترس خطاهای پزشکی

1. تیم مدیریت اجرایی سیستم گزارش دهی خطاها را به چند تدوین می نماید:

✓ تهیه فرم های تسهیل شده گزارش خطا

✓ قرار دادن دفترهای ثبت خطا در هر بخش

✓ گزارش دهی از طریق تلفن

2. تیم مدیریت اجرایی امکانات و ملزومات گزارش دهی را فراهم نماید.

✓ در دسترس بودن انواع فرم ها و آگاهی پرسنل از آنها

فراهم نمودن مدل و شیوه ارزیابی پیشگیرانه خطاهای گزارش شده این مرکز
روش اجرایی:

1. مسئول ایمنی بیمار با همکاری مسئول دفتر بهبود کیفیت با توجه به نتایج علل بروز ریشه ای خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی را استخراج می نمایند.

2. تیم مدیریت اجرایی در صورت نیاز اقدامات اصلاحی جهت عوامل مستعد کننده بروز خطا تدوین و در اختیار واحد ها قرار می دهد .

3. ریاست بیمارستان باید فراهم کردن شرایط استاندارد انجام کارهای درمانی را تضمین نماید .

4. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تمامی دستورالعمل های وزارتخانه در رابطه با ایمنی بیمار را در اختیار مسولین واحدها قرار میدهند.

5. مسولین واحد ها و سرپرستاران بخشهای بالینی تمامی دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با ایمنی بیمار را در اختیار کارکنان قرار داده و از آگاهی و اجرای آنها توسط کارکنان اطمینان حاصل نماید .

6. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار باید بر اساس نتایج علل بروز خطاهای پزشکی به دلیل کمبود آگاهی، دوره های آموزشی مرتبط تنظیم نماید

7. سوپر وایزر آموزشی باید بر اساس نتایج علل بروز خطاها به دلیل کمبود آگاهی کلاس های آموزشی جهت تمامی رده های پیراپزشکی و خدماتی تنظیم نماید .

8. سوپر وایزرین باید در راند های بخش نظارت دقیق بر اجرای دستورالعمل های ایمنی بیمار نمایند و از طریق چک لیست ، بازخورد شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطاها را به مسئول واحد ها گزارش دهند.

9. مسئول فنی بیمارستان باید در تدوین برنامه های پیشگیری از بروز و مدیریت خطاهای پزشکی براساس روشهای حرفه ای و هوشمندانه نظارت داشته باشند.

10. کمیته مدیریت اجرایی باید بر اساس مقتضیات زیرساختی و فرایندی خود وسایر عوامل 'گردش اطلاعات و گزارش خطاهای رخ داده را تسهیل نماید

11. مسئول ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مور خطاهای پزشکی است را ترویج دهد .

12. کمیته مرگ و میر، دارو و درمان، طب انتقال خون، زایمان طبیعی و برخی کمیته های دیگر بر حسب عوامل پیش ساز خطاهای پزشکی بایستی برنامه ریزی نموده و با محوریت رئیس / مدیر عامل و مسئول فنی بیمارستان مداخلات اصلاحی و پیشگیرانه بروز خطای پزشکی را در سطح بیمارستان به اجرا بگذارند.

13. دفتر بهبود باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحد های مرتبط قرار دهد.

14. مسئول واحد ها باید کلیه روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را طبق برنامه زمانبندی شده اجرا نمایند.

15. سوپر وایزرین بالینی باید به صورت دوره ای طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید و از اجرای روش های پیشگیرانه تدوین شده اطمینان حاصل نمایند.

16. تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به ماهانه طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید بعمل آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظری جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش کوشا باشند.

17. تیم بازدید های مدیریت ایمنی باید عوامل مستعد کننده برای بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان را شناسایی و بر اساس الویت بندی، اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروز خطا صورت پذیرد

اقدامات پیشنهادی جهت پیشگیری از بروز خطاها بر اساس خطاهای صورت گرفته در این بیمارستان

- مسئول فنی داروخانه باید طبق دستورالعمل داروهای هشدار بالا لیست مربوطه را تهیه و در اختیار مسئول واحد ها قرار دهد
- پرسنل داروخانه تحت نظارت مسئول فنی داروخانه باید کلیه داروهای هشدار بالا را در داروخانه با برچسب گذاری مشخص و سپس به واحد ها ارسال نماید.
- مسئول فنی داروخانه باید لیست داروهای مشابه را تهیه و در اختیار واحد ها قرار دهد.
- مسئول واحد ها باید قفسه داروهای هشدار بالا را از سایر داروها جدا نمایند و برچسب گذاری با رنگ قرمز را بر روی باکس های نگهداری دارو انجام دهند.
- مسئول تجهیزات پزشکی باید از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل نماید.
- مسئول واحد ها باید کلیه تجهیزات پزشکی را به صورت ماهیانه از نظر نیاز به تعمیرات و صحت عملکرد بررسی و نتایج را در فرم های مرتبط ثبت نمایند.
- یکی از پرسنل شیفت درموقع تحویل شیفت صحت عملکرد تجهیزات را بررسی و در صورت مشکل داربودن در دفتر مربوطه ثبت نماید.
- مسئول واحد یا مسئول شیفت باید یکی از پرسنل را جهت بررسی روزانه تجهیزات حیاتی و توالی احیا مشخص نماید.
- فرد مسئول تحویل تجهیزات باید در ابتدای هر شیفت از صحت عملکرد تجهیزات حیاتی و توالی احیا اطمینان حاصل نماید و نتایج را در دفتر های مرتبط ثبت نماید.
- مسئول واحد باید به صورت راندم دفاتر تحویل وسایل را از نظر ثبت صحیح کنترل نماید.
- مسئول واحد باید تمامی داروهای موجود در بخش را به صورت ماهیانه از نظر تاریخ انقضا کنترل و در لیست مربوطه ثبت نماید.
- سوپر وایزر آموزشی باید سالیانه امتحانات صلاحیت حرفه ای مسئول واحد ها را برگزار نماید.
- مسئول واحد ها باید سالیانه امتحانات صلاحیت حرفه ای کارکنان واحد خود را برگزار نمایند.
- کلیه پزشکان باید مطابق با گاید لاین های معتبر و آخرین دستورالعمل های وزارتخانه خدمات درمانی را به بیماران ارائه دهند

- کارکنان باید طبق آخرین دستورالعمل وزارتخانه در راستای کاهش ساعت کاری انجام وظیفه نمایند.
- مسئول واحد ها نباید بیشتر از ساعت موظفی و حداکثر سقف اضافه کار برای پرسنل ، شیفت کاری تنظیم نمایند.
- دفتر بهبود عوامل مستعد کننده بروز خطاهای گزارش شده و همچنین سایر عوامل استخراج شده از کمیته های مصوب بیمارستان را در کمیته مدیریت اجرایی مطرح می نماید .
- اعضای کمیته مدیریت اجرایی با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل خطاهای گزارش شده و عوامل مستعد کننده بروز خطای شناسایی شده اقدامات اصلاحی و برنامه های عملیاتی تدوین می نمایند .
- دفتر بهبود تمامی برنامه های عملیاتی را در اختیار واحد های مرتبط قرار می دهد .
- مسئول واحد ها باید تمامی برنامه های پیشگیری از بروز خطاهای تدوین شده را اجرا نماید .
- مراحل ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی به صورت مداوم انجام می گیرد .
- ❖ مدل های ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
- کمیته مدیریت اجرایی باید کلیه خطاهای گزارش شده با عوارض پایدار یا منجر به مرگ و عوارض شایع تر را با استفاده از الگوی RCA تحلیل علل ریشه ای انجام دهد و علل بروز ریشه ای خطاها را استخراج و براساس اولویت اقدامات اصلاحی بنویسد .
- کمیته مدیریت اجرایی باید با استفاده از الگوی FMEA تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن را استخراج و در پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی برنامه های عملیاتی تدوین نماید .
- 1. مسئولین واحدها و سرپرستاران بخش های بالینی باید در گزارش دهی کامل و به موقع خطاهای پزشکی کوشا باشند.
- 2. مدیر عامل و مسئول فنی بیمارستان باید در تدوین برنامه های پیشگیری از بروز و مدیریت خطاهای پزشکی بر اساس روش های حرفه ای و هوشمندانه نظارت داشته باشند.
- 3. کمیته مدیریت اجرایی باید بر اساس عوامل زیر ساختی و فرایندی و سایر عوامل .گردش اطلاعات و گزارش خطاهای رخ داده را تسهیل نماید.
- 4. مسئول ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه را تسهیل کند.
- 5. گردش اطلاعات صحیح و صریح در مورد خطاهای پزشکی را ترویج دهد.
- 6. کمیته مرگ و میر و دارو درمان .طب انتقال خون .زایمان طبیعی و برخی کمیته های دیگر برحسب عوامل پیش ساز خطاهای پزشکی بایستی برنامه ریزی نموده و مدیر عامل و مسول فنی بیمارستان مداخلات اصلاحی و پیشگیرانه بروز خطاهای پزشکی در سطح بیمارستان به اجرا در بیاورند.
- 7. کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را با توجه نتایج عوامل مستعد کننده بروز خطا گزارش شده به صورت فصلی در اختیار کادر درمان قرار دهد.
- 8. دفتر بهبود باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحدهای مرتبط قرار دهد.
- 9. مسئول واحدها باید کلیه روش های پیشگیرانه خطا های پزشکی را بف برنامه زمان بندی شده اجرا نمایند.
- 10. سوپر وایزرین بالینی باید به صورت دوره ای طبق برنامه زمانبندی شده ازواحد ها بازدید و از اجرای روش های پیشگیرانه تدوین شده اطمینان حاصل نمایند .

11. تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید بعمل آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظر بجدیداز خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش کوشا باشند.
12. مسئول تجهیزات پزشکی باید از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل نماید .
13. مسئول واحد ها باید کلیه تجهیزات پزشکی رابه صورت ماهیانه از نظر نیاز به تعمیرات و صحت عملکرد بررسی و نتایج را در فرم های مرتبط ثبت نمایند .
14. سوپر وایزر بالینی صبح باید به صورت ماهیانه تمامی فرم های بررسی صحت عملکرد تجهیزات را مشاهده و امتیاز مربوطه را در ارزیابی عملکردی مسئول واحد منظور نماید.
15. مسئول واحد یا مسئول شیفت باید یکی از پرسنل را جهت بررسی روزانه تجهیزات حیاتی و ترالی احیا مشخص نماید .
16. فرد مسئول تحویل تجهیزات باید در ابتدای هر شیفت از صحت عملکرد تجهیزات حیاتی و ترالی احیا اطمینان حاصل نماید و نتایج را در دفتر های مرتبط ثبت نماید .
17. مسئول واحد باید به صورت راندم دفاتر تحویل وسایل را از نظر ثبت صحیح کنترل نماید.
18. مسئول واحد باید تمامی داروهای موجود در بخش را به صورت ماهیانه از نظر تاریخ انقضا کنترل و در لیست مربوطه ثبت نماید
19. سوپر وایزر بالینی صبح باید در پایان هر ماه لیست های تکمیل شده دارویی را کنترل و امتیاز مربوطه را در ارزیابی عملکردی مسئول واحد منظور نماید.
20. مسئول واحد ها باید تمامی دستورالعمل های وزارت خانه که در راستای ایمنی بیمار می باشد را در اختیار کارکنان واحد خود قرار دهند .
21. کلیه کارکنان باید مطابق با دستورالعمل های وزارتخانه اقدامات درمانی و مراقبتی را انجام بدهند.
22. سوپر وایزر آموزشی باید سالیانه امتحانات صلاحیت حرفه ای مسئول واحد ها را برگزار نماید .
23. مسئول واحد ها باید سالیانه امتحانات صلاحیت حرفه ای کارکنان واحد خود را برگزار نمایند.
24. کلیه پزشکان باید مطابق با گاید لاین های معتبر و آخرین دستورالعمل های وزارتخانه خدمات درمانی را به بیماران ارائه دهند
25. کارکنان باید طبق آخرین دستورالعمل وزارتخانه در راستای کاهش ساعت کاری انجام وظیفه نمایند.
26. مسئول واحد ها نباید بیشتر از ساعت موظفی و حداکثر سقف اضافه کار برای پرسنل ، شیفت کاری تنظیم نمایند.
27. مسئول واحد ها باید به صورت فصلی با استفاده از نتایج خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطا را شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند .
28. سوپر وایزرین باید به صورت فصلی با استفاده از نتایج خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطا را در راند های زمانبندی شده شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند .
29. تیم بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار باید در بازدید های هفتگی عوامل مستعد کننده بروز خطا را شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند.

30. دفتر بهبود عوامل مستعد کننده بروز خطاهای گزارش شده و همچنین سایر عوامل استخراج شده از کمیته های مصوب بیمارستان را در کمیته مدیریت اجرایی مطرح می نماید .
31. اعضای کمیته مدیریت اجرایی با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل خطاهای گزارش شده و عوامل مستعد کننده بروز خطایشناسایی شده اقدامات اصلاحی و برنامه های عملیاتی تدوین می نمایند .
32. دفتر بهبود تمامی برنامه های عملیاتی را در اختیار واحد های مرتبط قرار می دهد .
33. مسئول واحد ها باید تمامی برنامه های پیشگیری از بروز خطاهای تدوین شده را اجرا نماید .
34. مراحل ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی به صورت مداوم انجام می گیرد .
35. کمیته مدیریت اجرایی باید کلیه خطاهای گزارش شده با عوارض پایدار یا منجر به مرگ و عوارض شایع تر را با استفاده از الگوی RCA تحلیل علل ریشه ای انجام دهد و علل بروز ریشه ای خطاها را استخراج و براساس اولویت اقدامات اصلاحی بنویسد .
36. کمیته مدیریت اجرایی باید با استفاده از الگوی FMEA تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن را استخراج و در پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی برنامه های عملیاتی تدوین نماید .
منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط: سامانه ثبت خطا، فرم ثبت خطا
منابع / مراجع: دستورالعمل های ایمنی بیمار و تجربه بیمارستان

امضاء :	نام و نام خانوادگی :	
	لیلا برزویی (مسئول بهبود کیفیت)	تهیه کنندگان :
	سمیرا سادات صادقی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)	
	نرگس قادری (سوپروایزر آموزشی)	
	فرهاد هادی کبیر (مدیریت)	تأیید کننده :
	دکتر سمانه جم (ریاست و مسئول ایمنی بیمار)	تصویب کننده :



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم

دستورالعمل (Instruction)

عنوان دستورالعمل : روش اجرایی تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه	
تاریخ تدوین: 95/8/16 تاریخ ابلاغ: 95/9/24 تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20 تاریخ بازنگری بعدی: 1403/07/120 شماره ویرایش و بازنگری: 2	دامنه دستورالعمل : کلیه واحدها و بخشهای بیمارستان کد دستورالعمل: INS-RM-2 صفحه: 1

هدف و دامنه کاربرد: کلیه واحدها و بخشهای بیمارستان

تعاریف: FHSI :Farsi Hospital Safety Index (ابزار سنجش ایمنی بیمارستانها در ایران)

سیستم فرماندهی حوادث بیمارستانی (HICS): سیستمی مدیریتی که متشکل از ساختار سازمانی منعطف و اصول مدیریتی مبتنی بر زمان های بررسی شده است. این سیستم شامل تعیین مسئولیت ها و کانال های ارتباطی و استفاده از زبان واصطلاحات واحد؛ به منظور بهبود ارتباطات داخلی و خارجی و تلفیق با دیگر سازمان های درگیر در پاسخ به حوادث وفوریت هاست

شرح اقدامات:

- 1- سیستم فرماندهی حوادث بیمارستانی در جلسه تیم مدیریت بحران؛ اولویت بندی همه خدمات بیمارستان را بسته به نوع بحران؛ مطابق بامصوبات کمیته خطر حوادث وبلایا لیست مینماید.
2. لیست خدمات اساسی بیمارستان، یعنی آنهایی که باید در همه زمان در هر شرایطی نیز در دسترس باشندطبق مصوبات کمیته خطر حوادث وبلایا توسط مدیر خطر بیمارستان تهیه وتدوین شده است.
3. فرمانده حادثه در جلسه تیم مدیریت بحران؛ منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تامین آن ها بخصوص برای گروه های دارای شرایط بحرانی وسایر گروه های آسیب پذیر(مانند زنان باردار، نوزادان) را تعیین می نماید.
4. مدیریت خطر بیمارستان طبق مصوبات کمیته خطر حوادث وبلایا؛ یک طرح سیستماتیک و قابل گسترش برای حفظ تداوم مراقبت های ضروری(به عنوان مثال، دسترسی به تهویه مکانیکی و داروهای حیاتی) تعیین نموده است.
5. طبق تفاهم نامه های امضاء شده با سایر بیمارستانهای دانشگاه؛ مراکز هلال احمر وهماهنگی با مرکز EOC دانشگاه؛ ارائه مداوم خدمات ضروری پزشکی صورت میگردد.
6. در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی، از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا طبق مصوبات کمیته خطر حوادث وبلایا.(مسئول پیگیری ورسیدگی به آن مدیریت خطر حوادث وبلایا می باشد.)
7. بررسی تاثیر وقایع احتمالی حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی ومنابع آب و غذا و...در بررسی های تیم ارزیابی بیمارستان(تکمیل فرم FHSI بیمارستان) در کمیته خطر حوادث وبلایا انجام شده وپیش بینی های لازم صورت گرفته است.

8. طبق مصوبات کمیته خطر حوادث وبلايا؛ مکانیسمهای احتمالی برای جمع آوری و دفع اجساد و دیگر ضایعات خطرناک بیمارستانی؛ توسط کارشناس بهداشت محیط و مدیریت خطر تعریف شده است.
 مستندات و سوابق: میزان کارایی و اثربخشی شرح فعالیت روش اجرایی را نشان می دهد. نوع و محل و مدت نگهداری این مستندات تعریف گردد. منابع: دفترچه راهبری شرکت تولید کننده دیزل ژنراتور

تهیه کنندگان :	نام و نام خانوادگی :	امضاء :
	میثم بصیری (مسئول اوژانس)	
	لیلا برزویی (مسئول بهبود کیفیت)	
تأیید کننده :	فرهاد هادی کبیر (مدیر بیمارستان)	
تصویب کننده :	دکتر سمانه جم (رییس بیمارستان)	



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم (عج)

دستورالعمل (Instruction)

عنوان دستورالعمل : دستورالعمل کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستمهای تأمین کننده برق اضطراری

تاریخ تدوین: 95/8/16	دامنه دستورالعمل : تاسیسات – کلیه واحدها و بخشهای بیمارستان
تاریخ ابلاغ : 95/9/24	کد دستورالعمل : INS-RM-2
تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20	صفحه: 1
تاریخ بازنگری بعدی : 1403/07/20	
شماره ویرایش و بازنگری: 2	

هدف: ایجاد شرایط مناسب برای بهره مندی کلیه بخشهای بیمارستان در صورت قطع برق با استفاده از ژنراتور اتوماتیک

• تعاریف: ژنراتور: مولد برق 3 فاز با قدرت 120KV

اتوماتیک: دستگاه بدون دخالت اپراتور در صورت قطع شبکه روشن و به مدار برق اضطراری وصل میشود

شرح فعالیت (روش کار): -

- 11- به صورت دوره ای سیستم ارت تجهیزات و بخشها تست شده و مستندات آن ثبت گردد. (توسط مسئول تجهیزات)
- 12- بایستی به صورت روزانه از مخازن سوخت و گاز و دستگاه اکسیژن ساز و سانترال اکسیژن بازدید بعمل آید و مستندات آن ثبت گردد.
- 13- بایستی تاییدیه سلامت مخازن گاز از پیمانکار خارجی مورد تأیید اداره گاز دریافت شده باشد
- 14- بایستی هفته ای حداقل یکبار از کلیه تابلوهای برق بازدید به عمل آمده و موارد معیوب توسط پرسنل تاسیسات رفع گردیده و گزارش آن به مدیریت ارجاع داده شود.
- 15- بایستی کلیه کپسولهای اکسیژن داخل بخشها توسط مهاربه دیوار فیکس شده باشد
- 16- سالانه یکبار تأیید سلامت کپسولهای اکسیژن از شرکت طرف قرارداد بیمارستان گرفته شده و در بایگانی تاسیسات نگهداری شود.
- 17- بایستی کلیه راههای منتهی به پشت بام ها و موتورخانه ها توسط حفاظ نرده ای یا درب آهنی مسدود شده باشد و از ورود افراد متفرقه جلوگیری بعمل آید.
- 18- بست کلید تابلوهای برق و تلفن قفل داشته باشد تا در دسترس عموم نباشند.

عنوان دستورالعمل : دستورالعمل کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستمهای تأمین کننده برق اضطراری

تاریخ تدوین: 95/8/16	دامنه دستورالعمل : تاسیسات - کلیه واحدها و بخشهای بیمارستان
تاریخ ابلاغ : 95/9/24	کد دستورالعمل : INS-RM-2
تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20	صفحه: 2
تاریخ بازنگری بعدی : 1403/07/20	
شماره ویرایش و بازنگری: 2	

9- لوازم تأسیساتی و تجهیزاتی که احتمال سقوط آن به روی بیماران و کاربران می باشد به صورت ایمن و استاندارد فیکس و مهار گردند

منابع، مراجع: بسته خدمات تاسیسات - تجربیات بیمارستان
مستندات مرتبط: چک لیستهای واحد تاسیسات
منابع/امکانات و کارکنان مرتبط :

کتابچه بحران- کلیه کارکنان بیمارستان- منابع مالی- انسانی

امضاء :	نام و نام خانوادگی :	تهیه کنندگان :
	حمید سبزه ای (مسئول تاسیسات)	
	لیلا برزویی (مسئول بهبود کیفیت)	
	بهمن مرادی (مسئول خدمات)	
	طاهره بخشی (مسئول تجهیزات)	
	فرهاد هادی کبیر (مدیر بیمارستان)	تأیید کننده :
	دکتر سمانه جم (رئیس بیمارستان)	تصویب کننده :



بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم (عج)

خط مشی و روش (Policy / Procedure)

عنوان/موضوع خط مشی: شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	
تاریخ تدوین: 95/8/20	دامنه خط مشی و روش: کلیه بخش های بستری
تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20	کد خط مشی: POL-EC-1
تاریخ بازنگری بعدی: 1403/07/20	صفحه: 1 از 4
شماره ویرایش و بازنگری: 2	

ذینفعان: بیماران، مدیر پرستاری، سرپرستاران، سوپروایزرین بالینی، پزشکان اورژانس و مقیم صاحبان فرایند: مدیر پرستاری، سرپرستاران، سوپروایزرین بالینی، پزشکان اورژانس و مقیم
بیانیه سیاست / خط مشی :

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

فرد پاسخگوی خط مشی: مسئولین بخش ها

شیوه انجام کار: (بصورت گام به گام همراه با مسئول، زمان و مکان اجرا):

1. لیست بیماری های پرخطر و اورژانسی در کلیه بخش ها مشخص شده و نحوه عملکرد پزشک و پرستار در بخش ها موجود می باشد.
2. مراقبت های لازم برای بیماران بدحال و اورژانسی مطابق با نحوه عملکرد ابلاغی عمل مینمایند.
3. در صورت نیاز به انتقال به بخش های ویژه و اتاق عمل کارکنان به ترتیب ذیل عمل می کنند.

انتقال بیماران بد حال از اورژانس و بخش ها به اتاق عمل:

1- پزشک بعد از هماهنگی با پزشک آنکال دستور انتقال اورژانسی بیمار به اتاق عمل را در پرونده ثبت می نماید و توضیحات لازم را به بیمار و همراهانش می دهد.

- 2- پرستار بیمار، با اتاق عمل هماهنگی تلفنی جهت انتقال اورژانسی بیمار را انجام داده و گزارش کاملی از وضعیت بیمار ارائه می دهد. و جهت آماده بودن آسانسور با نگهبانی هماهنگی لازم را انجام می دهد.
- 3- پرستار بیمار دستورات پزشک را قبل از انتقال بیمار انجام می دهد (برای مثال ارسال نمونه به آزمایشگاه برقراری IV Line و کنترل علائم حیاتی و ...) و توضیحات لازم را نیز به بیمار و همراهش می دهد.
- 4- کمک بهیار (خدمات) به بیمار کمک می کند تا لباس اتاق عمل بپوشد.
- 5- پرستار دستبند مشخصات بیمار را چک می نماید
- 6- پرستار بیمار لوازم قیمتی و سایر لوازم شخصی بیمار را (النگو، انگشتر، دندان مصنوعی و ..) تحویل همراهان داده و در صورت نداشتن همراه آنها را لیست نموده و تحویل مسئول شیفت می دهد.
- 7- پرستار بیمار گزارش پرستاری را تکمیل کرده و IV Line کنترل می نماید. در صورت داشتن NG.Tube و سوند فولی از نظر درست بودن موقعیت و تخلیه کیسه مربوطه کنترل لازم را انجام می دهد
- 8- خدمه با کمک پرستار ضمن رعایت اصول ایمنی، بیمار را به برانکار دمجهز به اکسیژن منتقل می نمایند.
- 9- خدمه بیمار را با همراهی پرستار با حفظ حریم خصوصی به اتاق عمل منتقل می کند. (در صورت نیاز تیم احیاء بیمار را همراهی می کند)

انتقال بیماران بد حال به CCU :

- 1- پزشک معالج ضمن شناسایی بیماران بد حال قلبی و گزارش وضعیت بیمار به آنکال قلب دستور انتقال و اقدامات اولیه را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- 2- پرستار بیمار دستورات پزشک را چک، اجرا و در پرونده ثبت و تکمیل می نماید
- 3- مسئول شیفت هماهنگی لازم را جهت انتقال سریع بیمار با مسئول بخش CCU انجام داده و لوازم انتقال از قبیل کپسول اکسیژن -کیف احیاء- DC شوک و... را آماده می نماید.
- 4- مسئول شیفت هماهنگی لازم را جهت بازبودن آسانسور با نگهبانی قسمت مربوطه انجام می دهد.
- 5- پرستار بیمار، پس از انتقال بیمار به برانکار بدسایدها را بالا کشیده و با حضور پزشکانکال و حفظ حریم خصوصی بیمار را تا CCU همراهی می نماید.
- 6- پرستار بیمار پس از انتقال بیمار به CCU توضیحات لازم و اقدامات انجام شده جهت بیمار را به مسئول شیفت بخش CCU داده و پرونده تکمیل شده را نیز تحویل می دهد.
- 7- پرستار بخش انتقال دهنده چک لیست انتقال بیمار را تکمیل و پرستار بخش مقصد نیز وضعیت بیمار در حین تحویل را در چک لیست مذکور ثبت و تأیید می نماید.

انتقال بیماران بد حال از بخش ها به ICU :

- 1- پزشک معالج ضمن شناسایی بیماران نیازمند به ICU وضعیت بیمار را به آنکال مربوطه اطلاع می دهد.
 - 2- پزشک مقیم متخصص ضمن ویزیت اورژانسی بیمار درخواست مشاوره بیهوشی را می دهد و پرستار بیمار با پزشک معالج با پزشک بیهوشی مقیم هماهنگی لازم را انجام می دهد.
 - 3- پزشک بیهوشی مشاوره را انجام و در صورت نیاز دستور انتقال به ICU را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
 - 4- مسئول شیفت موارد را به اطلاع سوپروایزری رساند و با مسئول شیفت ICU هماهنگی لازم را انجام می دهد.
 - 5- مسئول شیفت هماهنگی لازم را جهت باز بودن آسانسور با نگهبانی انجام می دهد.
 - 6- پرستار بیمار کلیه دستورات پزشک را چک، اجرا و در پرونده ثبت و تکمیل نموده و اتصالات بیمار را بررسی می نماید.
 - 7- مسئول شیفت هماهنگی لازم را با خدمه بخش جهت انتقال بیمار به برانکارد مجهز به اکسیژن و کیف احیاء و ... را می نماید.
 - 8- پرستار بیمار پس از انتقال بیمار بروی برانکارد بدساید هارا بالا آورده و با تیم احیاء و همچنین حفظ حریم خصوصی بیمار را تا بخش مقصد همراهی می نماید.
 - 9- پرستار بیمار پس از انتقال بیمار به ICU ضمن تکمیل چک لیست انتقال، توضیحات لازم و اقدامات انجام شده جهت بیمار را به مسئول شیفت بخش ICU داده و پرونده تکمیل شده را نیز تحویل می دهد.
- * قابل ذکر است با توجه به اورژانسی بودن انتقال بیمار و حفظ حیات وی در صورتی که فرصت جهت تشکیل و تکمیل پرونده در سیستم HIS

تا زمان انتقال نداشته باشیم اقدامات لازم را پس از انتقال بیمار به بخشهای ویژه و یا اتاق عمل انجام میشود.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش :

کنترل مستندات : بررسی گزارشات سوپروایزری در خصوص مدیریت بیماران بدحال و اورژانسی توسط مدیر پرستاری و مشاهدات و مستندات ثبت شده در پرونده بیماران بدحال و اورژانسی

مصاحبه: جهت اطمینان از آگاهی ذینفعان از مفاد خط مشی در شیفت های مختلف از پرسنل مربوطه توسط سوپروایزری بالینی مصاحبه به عمل آمده و نتایج در دفتر سوپروایزری ثبت می گردد

گزارش و پیگیری: تحلیل نتایج صورت گرفته و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی بعمل می آید.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط :

منابع / مراجع : اکبری، محمد اسماعیل " راهنمای ملی سلامت " جلد 1. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. چاپ دوم، سال 1392

تهیه کنندگان			
سمت - نام و نام خانوادگی	امضاء	سمت - نام و نام خانوادگی	امضاء
بمحمدرضا امینی کوثر (مسئول بخش داخلی) نسرین عطایی (مسئول بخش CCU) الهام بلندی (مسئول بخش ICU)		دکتر علی افشین پور (رییس بخش اطفال	
		دکتر فرامرز نیازی (رییس بخش اورژانس	
		دکتر سمانه جم (ریاست بیمارستان)	



بسمه تعالی
دانشده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد
بیمارستان قائم(عج)

عنوان/موضوع دستورالعمل : کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها/واحدها	
تاریخ تدوین: 98/03/20 تاریخ ابلاغ: 98/03/28 تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20 تاریخ بازنگری بعدی: 1403/07/20 شماره ویرایش و بازنگری: 2	دامنه خط مشی و روش: کلیه واحدهای بیمارستان کد خط مشی: PRO-FM-1 صفحه: 2-1

اهداف:

جلوگیری از مفقود شدن پرونده و اطلاعات بالینی در نقل و انتقال پرونده در بین بخش ها / واحدها

بیانیه سیاست /خط مشی : به منظور جلوگیری از مفقود شدن اطلاعات بالینی بیمار که شامل اطلاعاتی است که محرمانه به

حساب می آید و یا جلوگیری از کم یا زیاد شدن اطلاعات پرونده پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت موظف به حفظ و

صیانت از پرونده از طریق کنترل ورود و خروج، محدودیت افراد مجاز به خروج پرونده و... می باشند.

فرد پاسخگوی خط مشی : پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت

شیوه انجام کار : (بصورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا) :

1- جهت خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت اقدامات زیر انجام می گیرد:

افراد مجاز جهت درخواست خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت عبارتند از:

ریاست و مدیریت بیمارستان (جهت بررسی در کمیته های بیمارستانی)

مدیر خدمات پرستاری و مامایی

مسئولین بخش های درمانی در صورتیکه جهت بررسی موارد مرتبط با کنترل عفونت درخواست دهند. (ثبت درخواست

به همراه مهر و امضاء و تاریخ درخواست)

پزشک معالج

درخواست از سوی مراجع قانونی

2- ثبت خروج پرونده از واحد مدارک پزشکی در دفتر مخصوص ثبت خروج پرونده توسط تحویل گیرنده پرونده افراد مجاز برای تحویل پرونده عبارتند از:

□ افراد معرفی شده از سوی ریاست و مدیریت بیمارستان

□ دبیر کمیته مرگ و میر

□ افراد معرفی شده از سوی مترون بیمارستان

□ منشی بخش ها در صورتی که از طرف مسئول بخش نامه یه همراه داشته باشد.

□ مسئولین بخش ها و واحدها

□ افراد دارای مجوز و نامه از مراجع قانونی ذیصلاح

□ بیمار/ ولی قانونی وی/ بستگان درجه یک بیمار در صورت ارائه کارت شناسایی و احراز هویت از سوی پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت

گاهی جهت کپی برداری از برخی برگه های پرونده، بیمار یا ولی قانونی وی به این واحد مراجعه کرده که پس از شمارش اوراق و تشخیص صحت هویت فرد تحویل گیرنده برگه های درخواستی به وی تحویل داده می شود.

3- خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت

4- در صورتی که پرونده به موقع به واحد مدارک پزشکی عودت داده شود قسمت مربوط به تاریخ عودت در دفتر ثبت خروج پرونده ثبت می شود و پرونده بایگانی می شود. در صورتیکه تاخیری در عودت پرونده صورت بگیرد پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت با پیگیری موضوع به صورت تلفنی خواستار برگرداندن هر چه سریعتر پرونده به واحد اطلاعات سلامت می شوند.

5- پیگیری و کنترل پرونده های خروجی هر هفته و یا حداکثر دوهفته یکبار انجام می شود بدین صورت که پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت لیست پرونده های خروجی را با پرونده های عودت داده شده مقایسه کرده و پیگیری های لازم را درخصوص تاخیر در پرونده های برگردانده نشده انجام می دهند.

6- گزارشات تاخیری پرونده نتیجه آزمایشات پاتولوژی پس از ترخیص بیمار، توسط خود بیمار پیگیری می شود و پس از آماده شدن نتیجه در اختیار خود بیمار قرار می گیرد.

7- درخصوص سایر آزمایشات، گزارشات تاخیری بر اساس دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک اقدام می شود.

صاحبان فرآیند: پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت، مسئولین بخش ها/ واحدها

ذینفعان: بیماران، کارکنان

منابع و امکانات مورد نیاز: سیستم HIS، دفتر ثبت خروج پرونده بیمار، تلفن

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش: مشاهده و بازدید دوره ای بصورت فصلی میباشد.

امضاء	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
	لیلا برزویی (مسئول بهبود کیفیت)	
	سمیراسادات صادقی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)	
	مهتری صفری (مدیر خدمات پرستاری)	
	بهنام اسفندیاری (مدیر امور عمومی)	
	فرهاد هادی کبیر (مدیریت)	
	دکتر سمانه جم (ریاست)	تصویب کننده :



بسمه تعالی

دانشده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم(عج)

عنوان/موضوع دستورالعمل: نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/خانواده/مراجعی	
تاریخ تدوین: 98/04/10	دامنه خط مشی و روش: کلیه واحدهای بیمارستان کد خط مشی: PRO-FM-1 صفحه: 2-1
تاریخ ابلاغ: 98/04/28	
تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20	
تاریخ بازنگری بعدی: 1403/07/20	
شماره ویرایش و بازنگری: 2	

اهداف:

این مرکز در خصوص اجرای این خط مشی ، برنامه ریزی برای بهبود فعالیت های درمانی ، بکارگیری نیروی انسانی ماهر، تامین نیروهای آموزشی و آشنایی پرسنل با ضوابط و مقررات برنامه های آموزشی در راستای افزایش مهارت های بالینی و اخلاقی جهت کاهش بروز موارد غفلت ، سهل انگاری در سیر درمان و مراقبت و پیش گیری از وقایع ناخواسته درمانی می باشد.

بیانیه سیاست /خط مشی: این مرکز درمانی جهت نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/خانواده/مراجعی دارای روش های اجرایی میباشد.

تعاریف: اتفاق ناخواسته پزشکی به اتفاقاتی گفته می شود که غیرقابل پیش بینی بوده و به نحوی که توسط بیمارستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث آسیب به بیمار می گردد.

فرد پاسخگوی خط مشی: تمام قسمت های بالینی و پشتیبانی

شیوه انجام کار: (بصورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا) :

1- کلیه کادر درمانی در هر موقیت شغلی و مکانی در قبال بیمار به طور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای رخ

داده در برابر بیمارانی می باشند .بنابراین چنانچه غفلت، عدم مهارت، عدم رعایت موازین دولتی، قضایی و

پزشکی در مسیر درمانی صورت گیرد و باعث بروز خسارت گردد میبایست بیمارستان یا فرد خاطی ، نسبت به

جبران آن برآید.

- 2- افزایش سطح آگاهی بیماران و مراجعین با منشور حقوق خود و از سوی دیگر اطلاع رسانی در مورد تخلفات پزشکی و درمانی موجب گردیده است که بیماران خواستار رعایت استانداردهای درمانی بوده و در صورت بروز خطاها از روی کادر درمان می بایست بیمارستان نسبت به پذیرش مسولیت و جبران خسارت اقدام نماید.
- 3- در صورت بروز حادثه منجر به خسارت لازم است ارتباط بی پرده و واضح و شفاف با بیمار و یا همراه وی که تاثیر گذار بر بیمار میباشد برقرار شود. هیچ گاه نباید انتقال خبر را به صورت یکباره یا ناگهانی و بدون پیش زمینه آغاز نمود. فرد حامل خبر و راوی می بایست کاملا متاثر و متاسف از وضع پیش آمده و با حفظ شان و کرامت انسانی و رفتار محترمانه آن چه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه و شفاف و نه آنچه را که موجب تبرئه آن ها می گردد را بازگو نماید.
- 4- مسول ارشد کادر درمانی می بایست در جریان کامل حادثه باشد تا چنانچه موضوع قابل پیگیری از سوی مقامات ذیربط بود بتواند به طور واضح جریان امر را توضیح داده و بازگو کند.
- 5- از سوی کمیته اخلاق بالینی مسولان و کارکنانی که فرایند توضیح، اظهار پشیمانی و عذرخواهی از بیماران را انجام میدهند انتخاب گردیده اند که شامل فرد مسئول بروز خسارت و مسئول بخش و در سطوح بالاتر سوپروایزر وقت زیر نظر مترون یا مدیر ارشد بیمارستان می باشد.
- 6- طی 24 ساعت اول پس از رخداد حادثه می بایست فرد مسئول با ایجاد آمادگی و با مقدمه و با تشریح کامل رخداد به طور شفاف واقعه را توضیح داده و نسبت به عذر خواهی و اظهار پشیمانی توسط مسئول تعیین شده اقدام شود.
- 7- به هنگام گفتن وقایع و حوادث و پیامدها، امکان رویداد هر گونه رفتار و برخورد از سوی مخاطب وجود دارد که باید با بردباری و سعه صدر مسولیت امر را پذیرفته و به انتظارات منطقی ایشان توجه نماید.
- 8- فردی که رخدادی برایش حادث شده است انتظارات و خواسته هایی دارد که فرد راوی پیام می بایست این خواسته های منطقی را به موقع تشخیص داده و نسبت به مدیریت این امر اقدام نماید.
- 9- حفظ محرمانگی وقایع و رخداد های حادث شده رعایت می گردد.
- 10- این مرکز به حمایت کارکنان منطبق بر فرهنگ منصفانه ایمنی بیماران از طریق حمایت عاطفی کارکنان درگیر، پی گیری امورات کارکنان از دفاتر حقوقی مرکزی و بیمه مسولیت حرفه ای کارکنان می پردازد.

11- کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران/مراجعین هستند در خصوص نحوه مدیریت میدانی در صورت بروز وقایع در ساعات اولیه آموزش های لازم را دریافت نموده اند (از جمله حفظ خونسردی، گزارش وقایع در دقیقه صفر بروز حادثه، شرح کامل حادثه به مسئول ارشد کادر درمانی، عدم پنهان کاری و...)

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

13- در خصوص پیش بینی راهکارهای جبران خسارت اعم از (جسمی، مالی، روانی، روحی) به بیماران و مراجعین به این صورت عمل می نماید.

14- تشخیص موارد خسارت جسمی، روانی و روحی در کمیته مورثالیتی و موربیدیتی صورت می گیرد.

15- نحوه جبران خسارت وارده بر اساس شکایت واصله و یا دریافت گزارش در حین بازدید های میدانی از نظر میزان شدت آسیب وارده به بیمار/مراجعین با تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان که شامل موارد 15 گانه وقایع تهدید کننده حیات است بررسی و در خصوص نحوه ارجاع به مراجع ذی ربط صلاح تصمیم گیری می شود.

16- بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط مانند هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نخواهد داشت باید توجه داشت بابت طولانی شدن مدت اقامت و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته نباید هزینه ای پرداخت نماید.

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

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش: مشاهده و بازدید دوره ای بصورت فصلی میباشد.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: پرسنل کار آمد، بیماران همراهان

منابع/مراجع: منشور حقوق بیمار، دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع، راهنمای اعتباربخشی

مستندات و سوابق مرتبط: گزارشات واصله

امضاء :	نام و نام خانوادگی :	تهیه کنندگان
	لیلا برزویی (مسئول بهبود کیفیت)	
	سمیرا سادات صادقی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)	
	ابوذر کاظمی (مدیر خدمات پرستاری)	
	بهنام اسفندیاری (مدیر امور عمومی)	
	فرهاد هادی کبیر (مدیریت)	تأیید کننده :
	دکتر سمانه جم (ریاست)	تصویب کننده :

بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اسدآباد

بیمارستان قائم (عج)

خط مشی و روش (Policy / Procedure)



عنوان/موضوع خط مشی : نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	
تاریخ تدوین: 95/9/20	دامنه خط مشی و روش: کلیه بخش های بالینی
تاریخ ابلاغ : 95/10/5	کد خط مشی: POL-AC-1
تاریخ آخرین بازنگری: 1402/07/20	صفحه: 1 از 7
تاریخ بازنگری بعدی: 1403/07/20	
شماره ویرایش: 1	
شماره بازنگری: 2	

تعاریف : تشخیص و پذیرش مواردی که بیمار نیاز به بستری در بخش ویژه دارد و ارائه خدمات درمانی، مراقبتی و تشخیصی به بیماران بدحال و نیازمند به مراقبت ویژه بدون در نظر گرفتن شرایط فردی، مذهبی، سیاسی و ملیتی می باشد

ذینفعان: بیماران، کارکنان بخش های بستری

صاحبان فرایند: کلیه کارکنان دفتر مدیریت پرستاری، کلیه کارکنان پرستاری، پزشکان متخصص بیهوشی یا کلیه تامین کنندگان مراقبت اعم از پزشکان و گروه های پرستاری

بیانیه سیاست /خط مشی :

با توجه به کمبود تختهای ویژه در اغلب بیمارستان ها الویت بندی ارائه مراقبت های ویژه به بیماران حاد و بحرانی نقش به سزایی در مدیریت تختها دارد لذا پذیرش و ترخیص بیماران در این بخشها با هماهنگی و نظارت متخصصین انجام میشود.

1- پذیرش بیمار جهت دستیابی به مراقبت و درمان مناسب با بیماری

2- تعیین امکانات لازم برای برطرف ساختن نیاز های بیمار با توجه به وخامت اوضاع بیمار

3- مراقبت یکسان از بیماران

- لزوم استفاده از تخت های ویژه جهت نیازمندان واقعی

- تشخیص تخت ویژه به بیماران نیازمند

- بهبود سریعتر بیماران بدحال و ویژه

فرد پاسخگوی خط مشی :مسئول فنی بخش های ویژه

شیوه انجام کار : (بصورت گام به گام همراه با مسئول ، زمان و مکان اجرا) :

3نوع پذیرش در ICU انجام می شود :

الف) پذیرش از اتاق عمل

ب) پذیرش از اورژانس یا سایر بخش های درمانی

ج) پذیرش از خارج از بیمارستان (از مطب یا بیمارستان یا مراکز درمانی دیگر)

2- پذیرش بیمار در ICU فقط با دستور پزشک معالج و پزشک متخصص بیهوشی و با هماهنگی و نظارت سوپروایزر ارشد انجام میگردد.

روش اجرایی : الف) پذیرش از اتاق عمل :

1- پزشک متخصص بیهوشی قبل از عمل یا حین عمل در بخش مبدا مشاوره بیهوشی بیمار را انجام می دهد و نیاز به تخت ICU پس از عمل را تعیین می کند

2- پرستار مسئول شیفت مبدا یا متخصص بیهوشی نیاز به تخت ICU را به صورت تلفنی یا حضوری به پرستار مسئول شیفت ICU و یا سوپروایزر اعلام می کند

3- برگه مشاوره بیهوشی و نیاز به تخت ICU با مشخصات کامل بیمار و شرح حال کامل از اتاق عمل تحویل گرفته می شود

4- مسئول شیفت ICU پس از تحویل گرفتن برگه ی مشاوره بیهوشی ، تخت و پرستار مسئول بیمار را تعیین می کند

5- مسئول شیفت ICU در موارد اورژانسی رزرو قبلی انجام نشده است طبق هماهنگی با پزشک بیهوشی و سوپروایزر ارشد پذیرش می دهد

6- پرستار مسئول بیمار برنحوه آماده کردن تخت مورد نظر توسط کمک بیمار نظارت می کند (مانند کنترل صحت چرخ های تخت ، کنترل عملکرد تشک ... ، مانیتور و ..)

7- مسئول شیفت اتاق عمل ، طی هماهنگی تلفنی با مسئول شیفت ICU رزرو ICU را OK می دهد

8- مسئول شیفت اتاق عمل ، پس از اتمام عمل و stabe شدن بیمار تایید مهر بیهوشی اتاق عمل ، آماده بودن بیمار و وضعیت بالینی بیمار مثل هوشیاری و نیاز یا عدم نیاز به وسایل کمک تنفسی را به مسئول شیفت بخش ICU اطلاع می دهد

9- پرستار مسئول بیمار جهت شناسایی صحیح بیمار اقدامات شناسایی را بر اساس خط مشی و روش اجرای شناسایی صحیح بیمارن انجام می دهد

10- پرستار مسئول بیمار و خدمات و کمک پرستار با تختی که برای بیمار آماده شده است به اتاق عمل میروند و بیمار را از تکنسین بیهوشی اتاق عمل تحویل میگیرند (در صورتی که نیاز به ونتیلاتور و اکسیژن داشته باشند 3 نفر از پرسنل ICU جهت تحویل بیمار به اتاق عمل می روند

11- پرستار مسئول بیمار پس از ورود بیمار به بخش به کمک سایر همکاران اقدامات اولیه را انجام می دهند سطح هوشیاری بیمار را کنترل می نمایند مردمک ها را بررسی می کند بیمار را به ونتیلاتور وصل می کند و دستگاه را طبق دستور پزشک بیهوشی تنظیم می نماید. درن ها یا سایر اتصالات را در مسیر درست قرار می دهد و باز بودن جریان آنها را کنترل می کند. پوزیشن مناسب به بیمار می دهد (طبق دستور پزشک بی هوشی و پزشک معالج) ، ناحیه عمل را از نظر خون ریزی کنترل می نماید تمامیت پوست را بررسی می کند مشاوری های انجام شده قبل از عمل را Recheck میکند و حس و حرکت اندام ها را کنترل می کند

12- پرستار مسئول بیمار بیمار را ارزیابی می کند

(ب) روش اجرایی پذیرش از اورژانس یا سایر بخش های درمانی خارج از سیستم (مرکز درمانی دیگر):

1- پرستار مسئول شیفت اورژانس یا بخش وضعیت بیمار را به اطلاع پزشک مربوطه می رساند. پزشک معالج پس از ویزیت و ارزیابی بیمار و ضرورت نیاز به ICU پس از ویزیت بیمار نیاز به تخت ICU را به اطلاع سوپروایزر می رساند. سوپروایزر با پرستار مسئول شیفت ICU تماس و اطلاع از تعداد تخت خالی با دکتر آنکال بیهوشی جهت ویزیت بیمار هماهنگ می کند

2- سوپروایزر ارشد ، نیاز به تخت ICU را به مسئول شیفت ICU اعلام می کند

3- سوپروایزر به آنکال بیهوشی جهت ویزیت و OK بستری در ICU اطلاع می دهد

4- بعد از ویزیت متخصص بیهوشی و تکمیل مشاوره بیهوشی با پرستار اورژانس یا بخش یا مراکز درمانی دیگر پس از انجام هماهنگی های لازم با پرستار مسئول شیفت ICU به همراه پرستار آنکال اعزام و کمک پرستار به بخش ICU منتقل می نمایند

5- پرستار آنکال اعزام و کمک پرستار پس از ورود بیمار به بخش ICU به کمک سایر پرستاران ICU بلافاصله بیمار را به تخت مورد نظر منتقل می نمایند

6- پرستار مسئول بیمار در ICU دستورات پزشک معالج و پزشک بیهوشی را کنترل و در برگه (شیت) ICU ثبت و دستورات را به ترتیب اولویت انجام می دهد و گزارش پرستاری بدهد و بر اساس پذیرش و خوشامد گویی انجام دهد

7- پرستار مسئول بیمار در ICU جهت ویزیت بیمار در ICU جهت ویزیت بیهوشی به پزشک بیهوشی مستقیم اطلاع دهد

اندیکاسیون های بستری در ICU:

در این بیمارستان بیمار دارای شرایط ویژه و نیازمند به مراقبت خاص شامل موارد زیر می باشد :

-بیماران با اختلالات قلبی -تنفسی که نیاز به راه هوایی مصنوعی و دستگاه ونتیلاتور دارند

-نارسایی قلبی - تنفسی و مشکلات تهدید کننده حیات بیمار که منجر به آسیب ارگان های حیاتی ، حین و بعد از عمل جراحی می داند

-ضربات و تصادفات (ترومای قفسه سینه - ترومای شکمی و..)

-اختلالات همودینامیک به دلیل هیپوولمی به هر دلیلی

-بیماری های غدد از قبیل DKA ، هایپو و هایپرکالمی با دیس ریتمی و ضعف عضلانی ، هیپرفسفاتی با ضمن عضلانی

-بیماران نیازمند عمل جراحی که در ارزیابی قبل از عمل طبق مشاوره متخصص بیهوشی قلب جراح و پزشکان مشاور دیگر عمل آنها از ریسک بالایی برخوردار است و نیاز مند مراقبت های ویژه بعد از عمل هستند

-آمبولی ریه با ناپایداری همودینامیک

-تشنج مداوم CVA+ با تغییرات سطح هوشیاری + مسمومیت ها

-اختلال در CNS و یا عصبی عضلانی به همراه اختلال ریوی

-نارسایی حاد کبدی ، پانکراسیت شدید

گروه های کاندید در پذیرش در ICU :

گروه 1: بیماران با وضعیت نا پایدار که نیازمند پایش و درمان های داخلی هستند که در خارج از بخش مراقبت های ویژه ایم مهم قابل انجام نیست(مثل حمایت تنفسی - انفزیون مداوم -دارو های وازواکتیو

گروه 2: بیمارانی که در خطر بالای اختلال ناگهانی در وضعیت بالینی هستند و نیازمند پایش تهاجمی و مداخلات درمانی سریع می باشند مانند(بیمارانی که بیماری مزمنی دارند و ناگهان به سمت شرایط حاد داخلی و جراحی اورژانسی پیشرفت میکنند)

گروه 3:بیمارانی که احتمال بهبودی آنها از بیماری زمینه ای کم است اما بستری شدن در ICU شرایط حاد بیماری را تخفیف می دهد

گروه 4: بیمارانی که بسیار کم و یا اصلا فایده ای از مراقبت های بحرانی نمی برند و نوع بیماری آنها برگشت ناپذیر است و منجر به مرگ با احتمال بالا می شود

-پزشک معالج بیمار و خانواده بیمار از پیامد های مراقبتی و درمانی مطلع نموده و اطلاعات داده شده را در برگه سیستم بیماری ثبت می نمایند

اندیکاتور های اصلی و پایه ی ترخیص از ICU که باید یک یا چند مورد همزمان وجود داشته باشند :

-پایداری همودینامیک بدون دارو های وازواکتیو

-خوب و قابل قبول بودن رفلکس های هوایی

-قابل قبول بودن سطح هوشیاری به صورتی که در بخش مربوطه همکاری لازم را داشته باشد

-عدم نیاز به ساپورت های تهاجمی تنفسی قریب الوقع

-اقدامات مدیکال برای بیمار در بخش ICU قابل انجام در بخش مربوطه باشد

* بدیهی است برحسب مورد و سطح بالینی و تشخیص اختصاصی بیمار خاص و برحسب پیش بینی و خطرات احتمالی ناشی از ترخیص زودرس و یا هزینه ها و خطرات ناشی از طولانی شدن غیر معمول در بخش با هماهنگی متخصصین مربوطه تصمیم گرفته می شود .

پذیرش بیمار در بخش CCU:

الف) پذیرش بیمار از بخش اورژانس.

ب) پذیرش بیمار از کلینیک.

پذیرش در حالت الف به این صورت می باشد که:

1. پزشک معالج در صورت صلاحدید نیاز بیمارمبنی بر بستری در بخش مراقبت های ویژه را بررسی ودستور مشاوره در پرونده ثبت می کند.
2. پرستار دستور فوق را چک وبه پزشک متخصص انکال اطلاع می دهد.
3. پزشک متخصص انکال ویزیت بیمار را انجام ودستور انتقال به بخش ویژه در پرونده ثبت می شود.
4. پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک متخصص را چک می نماید.
5. پرستار مسئول بیمار نیاز بیمار به انتقال به بخش ویژه را به مسئول (بخش-شیفت سوپروایزر) خود اطلاع می دهد.
6. پرستار مسئول (شیفت -بخش) با بخش ویژه جهت رزرو تخت هماهنگی می نماید.
7. پرستار مسئول بیمار اطلاع به خانواده بیمار وایجاد آمادگی برای انتقال به بخش ویژه را انجام می دهد.
8. پرستار مسئول بیمار انتقال بیمار به بخش ویژه با امکانات لازم(اکسیژن تراپی - مانیتورینگ و...) را انجام می دهد.
9. پزشک متخصص در صورت صلاحدید عدم نیاز بیمار به بخش ویژه ودستور انتقال/ترخیص را در پرونده ثبت می نماید .
10. پرستار مسئول بیمار چک دستورات پزشک متخصص انکال را انجام وبه پزشک معالج اطلاع می دهد.
11. پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک معالج را اجرا می نماید.

پذیرش در حالت ب به این صورت می باشد که:

1. بیمار به کلینیک قلب مراجعه می نماید پس از معاینه پزشک مربوطه و برحسب اندیکاسیون پزشک دستور بستری در بخش ویژه را میدهد
 2. تنظیم دستور توسط پزشک و ارایه ان به بیمار
 3. مراجعه بیمار به بخش جهت پذیرش
 4. کنترل دستور توسط پرستار مسئول
 5. پرستار مربوط بیمار را پذیرش داده و آموزش لازم جهت تشکیل و تکمیل پرونده را به همراه بیمار مید هد
 6. پرستار مسئول اقدامات لازم را طبق برگه دستورات انجام میدهد
- نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش : نظارت رییس بخش بر حسن اجرای خط مشی 1- بررسی دوره ای روند اجرا
- 2- دادن بازخورد 3- تعامل با مجریان و ذینفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا 4- برطرف کردن آنها با بهره گیری از مشارکت
- منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط : کارکنان و امکانات و تجهیزات بخش های ویژه
- منابع / مراجع :

- کلیات استاندارد های مراقبتی و حرفه ای پرستاری :تالیف : اعظم گیوری ،مهوش صلصالی و دیگران(وزارت بهداشت و درمان - دفتر مشاور وزیر در امور پرستاری)-تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان :	نام و نام خانوادگی :	امضاء :
	میثم بصیری(مسئول اورژانس)	
	نسرین عطایی(مسئول قلب)	
	الهام بلندی (مسئول بخش ICU)	
تأیید کننده :	فرهاد هادی کبیر (مدیر بیمارستان)	
تصویب کننده :	دکتر سمانه جم (رئیس بیمارستان)	