

بیمارستان امام حسین (ع) بیجار ۱۳۹۹

دفترچه راهنمایی آموزشی مهارت های جدیدالورود بخشهای بالینی فرآیند آموزش :

آموزش حداقل های مهارتهای عمومی و ارتباطی بر اساس چک لیست



توسط سرپرستار: کارشناس خبره:

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) بیجار ۱۳۹۹

صفحه	عنوان مطالب	ردیف	عنوان
۳	معرفی کلی بیمارستان در یک نگاه		حیطه ها
۴	نحوه استفاده از کامپیوتر و ورود به سامانه ساتک و HIS	۱	۱- آشنایی با مقررات عمومی و جاری بخش
۵-۱۲	مقررات بخش و آشنایی با نحوه شیفت (ساعت ورود و خروج)	۲	
۱۳-۱۷	آشنا سازی با کلیات اعتباربخشی و ارزیابی آن/نقش در بحران	۳	
۱۸-۲۰	آشنایی با تالی احیاء اطلاع از نحوه استفاده از دارو، چینش، کنترل تاریخ و چک دفتر تالی برابر لیست	۴	
۲۱	آگاهی از ممنوعیت استفاده از تلفن همراه، منشور حقوق بیمار	۵	
۲۲	آگاهی پرسنل در خصوص راه حل های ۹ گانه ایمنی بیمار	۱	۲- آشنایی با اصول ایمنی (بیمار محوری و ایمنی بیمار)
۲۳-۲۴	آگاهی از نحوه شناسایی داروهای پرخطر و نگهداری آن با (شکل، نام و تلفظ مشابه)، مقادیر بحرانی آزمایشگاه	۲	
۲۳	آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیمار با حداقل دو شناسه (نام و نام خانوادگی و نام پدر)	۳	
۲۴-۲۵	آگاهی از گرفتن رضایت آگاهانه در پروسجرهای تهاجمی بخش نحوه گزارش دهی خطای پزشکی، شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار و ثبت در گزارش پرستاری	۴	
۲۵	آگاهی کارکنان از اصول صحیح دارو دهی و دارو دهی با رعایت 7 Rights	۵	
۲۶	آشنایی با نحوه چک کردن دستگاهها در هر شیفت (آموزش و ارزیابی بصورت عملی)	۱	۳- آشنایی با نحوه کار با دستگاه پزشکی (ساگشن، ECG دیسی شوک و..)
-	آشنایی با نحوه کار با دستگاه ساگشن (آموزش و ارزیابی بصورت عملی)	۲	
-	ECG آشنایی با نحوه کار با دستگاه (آموزش و ارزیابی بصورت عملی)	۳	
-	آشنایی با نحوه کار با دستگاه دیسی شوک (آموزش و ارزیابی بصورت عملی)	۴	
-	آشنایی با نحوه کار با دستگاه..... ، (آموزش و ارزیابی بصورت عملی)	۵	
۲۶	ارزیابی سریع مددجو و تشخیص نیاز به احیاء	۱	۴- احیای قلبی و ریوی
۲۶	تسلط بر دارو ها و تجهیزات موجود در تالی	۲	
۲۶	تسلط عملی بر انجام عملیات احیاء شامل ماساژ قلبی، باز بودن راه هوایی و ونتیلاتور و....	۳	
۲۶	آشنایی با کدهای احیا و سرعت عمل در عملیات احیاء و.....	۴	
۲۶	آگاهی از مراقبت و کنترل لازم از مددجو پس از احیایی موفق	۵	
۲۷	سرعت عمل در پذیرش و ادمیت بیمار، مهارت در شناسایی فعال بیمار با دو شناسه	۱	۵- نحوه پذیرش (ادمیت بیمار)، تحویل مددجو از (سایر بخشها)، ترخیص و اعزام / آموزش بیمار
۲۷-۲۸	آموزش به بیمار در بدو ورود و همراه در خصوص آموزشهای بدو ورود و حین بستری و آموزش حین ترخیص و ثبت در گزارش پرستاری	۲	
۲۸	آگاهی از اصول و فرایند ترخیص و اعزام بیمار و اقدام به تسویه حساب پس از وارد کردن در HIS	۳	
۲۹	آگاهی از دستورالعمل ترک بیمار با رضایت شخصی	۴	
۲۹	اجرای دستورات قبل از ترخیص و یا اعزام و ثبت در گزارش پرستاری	۵	
۲۹	آگاهی و آشنایی با ارزیابی صحیح بیمار و شناسایی بیماران اورژانسی و در معرض خطر	۱	۶- مهارت در ارزیابی و تشخیص پرستاری ثبت و گزارش نویسی، دستورات تلفنی پزشکی،
۳۰	تشخیص پرستاری بر اساس ارزیابی و اجرایی طرح مراقبتی ثبت نتایج اقدامات در گزارش پرستاری	۲	
۳۱-۳۲	آگاهی و آموزش اصول گزارش نویسی بر اساس گایدلاین مربوطه	۳	
۳۳	آگاهی از دستورالعمل گزارش نویسی دستورات تلفنی پزشکی با امضاء دو پرستار	۴	
۳۳	آگاهی از نحوه آموزش به بیمار، تکمیل فرم، و ثبت آموزش در گزارش پرستاری	۵	
۳۳	اهمیت شناسایی فعال بیمار با دو شناسه قبل از تزریق خون	۱	۷- تزریق خون و فرآورده های خونی (آگاهی هموویژلانس)
۳۳	آگاهی از اصول هموویژلانس و اهمیت بهداشت دست قبل از تزریق و استفاده از ست فیلتر دار تزریق خون	۲	
۳۳	آگاهی از مراقبتهای (قبل، حین و بعد از تزریق)، شناخت عوارض خون و قطع جریان خون در صورت عوارض و اطلاع بلافاصله به پزشک و گزارش آن در فرم مربوطه	۳	
۳۳	آگاهی از موارد کنترل خون قبل از تزریق و تطابق شماره کیسه خون با درخواست، کنترل از نظر تاریخ، عدم لخته و	۴	
۳۳	اهمیت ثبت گزارشات در پرونده بیمار بر اساس مشاهدات و اقدامات	۵	

۳۴	آگاهی از پروسه‌های مانند : ساکش کردن سونداژ ، تزریقات و دارو دادن، سرم تراپی ، ثبت و چارت علائم IVLin ، حیاتی و.....	۱	۸- اقدامات پرستاری و ثبت صحیح اقدامات در گزارش پرستاری
۳۴	آگاهی از کنترل جذب و دفع ، مهارت کافی در کنترل و ثبت جذب و دفع ، شناخت علائم الیگوری	۲	
۳۴	آگاهی از اصول خون گیری ، تهیه نمونه های آزمایشگاهی ، تعیین هویت بیمار ورعایت اصول ایمنی در گرفتن نمونه و برچسپ گذاری	۳	
۳۵	آگاهی از دستورات عمل های مشاوره ، پیگیری ، ثبت در گزارش و چک و اجرای دستورات مشاوره با نظر پزشک معالج	۴	
۳۵	ثبت صحیح تمامی اقدامات پرستاری در گزارش پرستاری	۵	
۳۵	آگاهی از دستورات عمل های کنترل عفونت و تعریف عفونت بیمارستانی ، اصول ایزولاسیون و احتیاط های استاندارد	۱	۹- کنترل عفونت و بهداشت محیط
۳۵	آگاهی از دستورالعمل بهداشت دست طبق ۵ اندیکاسیون و پذیرش بهداشت دست	۲	
۳۶	اطلاع از جدول زمانی استفاده از تجهیزات مصرفی مثل : آنژیوکت ، ست سرم ، میکروست و.....	۳	
۳۶-۳۸	آگاهی از تفکیک پسماندهای عفونی و غیر عفونی ، تزریقات ایمن و اطلاع مورد مواجهه شغلی به پرستار کنترل عفونت	۴	
۳۹	آگاهی در خصوص زباله های تیز و برنده در سفتی باکس ، آشنایی کامل از حفظهای فردی و زمان کاربرد آن	۵	
۴۱	برقراری ارتباط موثر و اطمینان بخش پرستار با بیمار/بستگان قانونی	۱	۱۰- مهارت های رفتاری و مهارت های ارتباطی
۴۱	رعایت ادب و احترام و مهربانی و معرفی خود به بیمار/ان با روی گشاده	۲	
۴۱	رازداری و جلب اعتماد مددجو ورعایت طرح انطباق در ارائه خدمات ، حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار	۳	
۴۱	رعایت اصول شرعی مطابق دین و مذهب بیمار ، استفاده از مهارت های کلامی و غیر کلامی در برقراری ارتباط با مددجو	۴	
۴۱	ارتباط موثر با کارکنان و رعایت سلسله مراتب ، و اختصاص وقت کافی جهت پاسخگویی به پرسش بیمار/ان و همراهان مددجو	۵	

ضمیمه های کتابچه

۴۲	ابلاغ حیطه های مهارتهای ارتباطی و عمومی جدید ورود و دستورالعمل فرآیند آموزش و ارزیابی	ضمیمه جهت مطالعه و آگاهی کلیه پرسنل	حیطه مهارت
۴۳-۴۷	نمونه چک لیست ارزیابی مهارتهای ارتباطی و عمومی جدید ورود و فرآیند آموزش مجدد		چک لیست ارزیابی
۴۸-۴۹	فلوچارت و فرآیند بکارگیری نیروی جدید ورود به بیمارستان		فلوچارت و فرآیند
۵۰-۵۱	فلوچارت و فرآیند بکارگیری نیروی جدید ورود (انتقال بین بخشی)		فلوچارت و فرآیند
۵۲	آموزش استفاده از کاردکس		کاردکس
۵۳	معیار برادن برای بررسی زخم بستر		جدول برادن
۵۳	رنگ سیلندر گازهای طبی		رنگ کپسول
۵۴	نکات ایمنی در استفاده از سیلندر گازهای طبی		نکات ایمنی
۵۴	جدول وقایع ناخواسته 28 گانه تهدید کننده حیات		وقایع ۱۴ گانه
۵۵	فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیمار/ان		فرم گزارش وقایع ۱۴ گانه
۵۶	جدول چگونگی تبدیل ماه و سال میلادی به شمسی جهت کنترل تاریخ انقضاء داروها و تجهیزات مصرفی		جدول تبدیل سال
۵۷	معیار ولز جهت ترومبوز آمبولی وریدی		معیار ولز
۵۸-۵۹	نکات بسیارمهم در ثبت گزارش پرستاری		آموزش گزارش پرستاری
۶۰	جدول محدوده زمانی اولین ارزیابی بیمار توسط پزشکان ، پرستاران و مامای بلوک زایمان		اولین ارزیابی بیمار
۶۱	تفکیک صحیح زباله ها		تفکیک صحیح زباله ها
۶۲	دستورالعمل تزریقات ایمن	تزریقات ایمن	
۶۳	جدول زمانی تعویض تجهیزات مصرفی مثل : آنژیوکت ، ست سرم ، میکروست	زمان تعویض تجهیزات	

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) بیجار ۱۳۹۹

معرفی کلی بیمارستان در یک نگاه

بیمارستان امام حسین (ع) بيجار
تعداد تخت مصوب : ۱۱۸ تعداد تخت فعال : ۱۰۸

راهنمایی طبقات (ساختمان اصلی)

طبقه سوم	طبقه دوم	طبقه اول	طبقه همکف
مراقبت از بیماران تنفسی حاد(کرونا)	ژنیکولوژی	سی سی یو	اورژانس
اتاق عمل	بلوک	دفتر پرستاری و اتاق سوپروایزران	رختشویخانه
سی اس آر	اطفال	داخلی / جراحی زنان و مردان	آشپزخانه
		آزمایشگاه	تاسیسات
		آی سی یو	سونوگرافی
		رادیولوژی	IT
		داروخانه تجهیزات	واحد ترخیص و پذیرش
		نمازخانه	واحد اسناد پزشکی

ساختمان اداری در داخل محوطه ضلع غربی بیمارستان شامل

دیالیز	حسابداری و تدارکات	واحد امور اداری	مددکاری	مدیر داخلی
--------	--------------------	-----------------	---------	------------

ساختمان کلینیک تخصصی بیمارستان در دو طبقه در ورودی بیمارستان

طبقه اول (همکف)	کلینیک ارتوپدی	کلینیک جراحی عمومی	کلینیک قلب و عروق	
طبقه دوم در مانگاه	کلینیک زنان	کلینیک چشم	کلینیک بارداری پرخطر	کلینیک اعصاب و روان و روان
	کلینیک داخلی	کلینیک آندوسکوپی	کلینیک اطفال	

۱- آشنایی با مقررات عمومی و جاری بخش

نحوه استفاده از کامپیوتر و ورود به سامانه HIS و ساتک (سامانه آموزش و توانمندسازی کارکنان بیمارستان)

آموزش کار با سامانه ساتک : در یک فایل (در سامانه ساتک) ، نحوه کار با سامانه بار گذاری شده است از طریق اینترنت که بر روی سرور بیمارستان قرار دارد از طریق آدرس زیر استفاده کنید: ۱۹۲,۱۶۸,۳۰,۱۰۰,۳۳۳۳



مطالب یادگاری شده در سامانه ساتک : جهت استفاده تمامی کارکنان (درمانی و غیر درمانی- پرسنل جدیدالورود)

- برنامه استراتژیک بیمارستان
- فایل‌های اعتباربخشی شامل فایل‌های اعتباربخشی (دستورالعملها و روشهای اجرایی و خط مشی های بیمارستان به تفکیک)
- کتاب طبقه بندی مشاغل (اطلاع کارکنان از تکالیف ، شرح شغل و شرح وظایف)
- کتاب مقررات داخلی در حوزه اداری و مالی
- کتاب پرسنل جدیدالورود
- تحلیل ریشه ای خطا
- سایر مطالب مرتبط با آموزش و توانمندسازی

آشنایی ونحوه کار با سیستم اطلاعات بیمارستانی HIS : پرسنل جدید الورد پس از ورود به بخش توسط سرپرستار /کارشناس خبره با سیستم اطلاعات بیمارستانی آشنا شده و برابر فلوچارت جدیدالورود به بخش به مسئول فناوری بیمارستان معرفی می گردد تا ضمن آموزش با سامانه HIS ، شماره و رمز کاربری با سطح دسترسی مشخص تعریف گردد..**توجه :** پرسنل موظف به داشتن گواهینامه مهارتهای کامپیوتری می باشد در غیر اینصورت به سوپروایزر آموزشی معرفی تا نسبت به معرفی به آموزشگاههای مجاز اقدام شود.

مقررات بخش: همان مقررات ساری و جاری بخش است که توسط سرپرستار / کارشناس خبره آموزش داده میشود:

(**آموزشهای مانند:** وضعیت بخش از نظر تعداد تخت ، درصد اشغال و نوع بیماران بستری ، کلیات فعالیتها در زمینه کاری ، شرح وظایف ، یونیفرم و آراستگی ظاهر ، تکریم ارباب رجوع ، ورود و خروج ، مرخصی و غیبت ، تشویق و تنبیه ، معرفی مسئولین بیمارستان و نحوه ارتباط با واحدها) معرفی رئیس و همکاران بخش و)

دستور العمل مرخصی (اهم موارد مرخصی های استحقاقی ، استعلاجی و زایمان ، پاس شیر و بدون حقوق)

مرخصی استحقاقی :

ماده ۳- مرخصی استحقاقی کارمند از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به ازاء هر ماده دو و نیم روز به وی تعلق می گیرد.

ماده ۴- استفاده از مرخصی استحقاقی منوط به ارائه تقاضای کارمند و موافقت مسئول مربوطه می باشد.

تبصره ۱: موسسه موظف است ترتیبی اتخاذ نماید تا امکان استفاده کارمندان از مرخصی استحقاقی سالیانه به میزان استحقاق در زمان مناسب و حداکثر تا پایان همان سال فراهم گردد و با درخواست آنان در این زمینه موافقت نماید.

ماده ۱۲- کارگزینی موسسه مکلف است نسبت به اعلام مانده ذخیره مرخصی استحقاقی سالیانه کارمند تا آخر دپهشت سال بعد اقدام نماید.

ماده ۱۳- موسسه می تواند در صورت تقاضای کارمندان مشمول قرارداد کار معین نسبت به باز خرید پانزده روز مرخصی ذخیره سالیانه در پایان هر سال اقدام نماید.

ماده ۱۶- وجوه موضوع ماده ۱۰۳ آئین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیات علمی، مربوط به کارمند فوت شده بابت مرخصی استحقاقی به وارث قانونی وی پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۰۳: به کارمندان مشمول این آئین نامه که بازنشسته ، از کارافتاده یا فوت می شوند ، به ازاء هر سال خدمت یک ماه آخرین حقوق و مزایای مستمر (تا سی سال) به اضافه وجوه مربوط به مرخصی های استحقاقی ذخیره شده ، پرداخت خواهد شد. آن قسمت از سابقه کارمند که در ازاء آن وجوه باز خریدی دریافت نموده اند از سنوات خدمتی که مشمول دریافت این وجوه می گردد، کسر می شود.

مرخصی استعلاجی :

ماده ۱۹- کارمندان موسسه در صورت بیماری که مانع از خدمت آنان شود باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به مسئول مربوطه اطلاع دهند.

ماده ۲۰- کارگزینی مکلف است پس از تأیید پزشک معتمد و یا شورای پزشکی نسبت به صدور حکم مرخصی استعلاجی اقدام نماید.

تبصره : گواهی نامه ای که در مورد بیماری کارمند در خارج از کشور صادر شده باید از حیث صحت صدور به تصویب سفارت خانه و یا کنسول گری ایران در محل برسد. مفاد گواهی نامه های صادره باید با رعایت مفاد این دستورالعمل به تأیید پزشک معتمد یا شورای پزشکی حسب مورد برسد.

ماده ۲۱. در صورتی که گواهی نامه استعلاجی کارمند طبق مفاد این دستورالعمل مورد موافقت قرار نگیرد مدت مذکور از مرخصی استحقاقی وی کسر خواهد شد و در صورت عدم وجود مرخصی استحقاقی ، مرخصی بدون حقوق منظور خواهد شد.

ماده ۲۲. نحوه محاسبه حقوق و مزایای کارمندان در ایام مرخصی استعلاجی به شرح زیر می باشد:

الف. حقوق و مزایای کارمندان در صورت استفاده از مرخصی استعلاجی حداکثر به مدت یک سال به میزان حقوق ثابت، تفاوت تطبیق، فوق العاده های مستمر، فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا و کمک هزینه های عائله مندی و اولاد قابل پرداخت می شود.

ب. مرخصی استعلاجی صعب العلاج مازاد بر یک سال تا بهبودی کامل یا از کار افتادگی کارمند فقط به میزان حقوق ثابت به اضافه تفاوت تطبیق، فوق العاده ایثارگری و کمک هزینه های عائله مندی و اولاد قابل پرداخت است. تبصره - تمدید مرخصی صعب العلاج در صورت تایید شورای پزشکی امکان پذیر است

ج. حقوق و مزایای مرخصی استعلاجی مشمولین صندوق تأمین اجتماعی تا سه روز از سوی موسسه قابل پرداخت می باشد و مازاد بر آن برابر مفاد ماده ۸۳ آیین نامه اداری و استخدامی اعضای غیر هیات علمی خواهد بود.

د. پرداخت حقوق و مزایای کارمندان رسمی، پیمانی، مشمولین طرح پزشکان و پیراپزشکان، قراردادی مشمول صندوق تأمین اجتماعی در ایام مرخصی استعلاجی برابر قانون تأمین اجتماعی به صورت غرامت دستمزد از سوی صندوق تأمین اجتماعی می باید پرداخت گردد.

ماده ۲۳. تشخیص تاریخ شروع معذوریت وضع حمل بانوان باردار به عهده پزشک معالج می باشد. مرخصی زایمان بمدت نه ماه است که از تاریخ تولد فرزند با احتساب ایام تعطیل خواهد بود.

ماده ۲۶. تاریخ شروع استفاده از مرخصی اضطراری مراقبت از همسر بعد از وضع حمل (موضوع تبصره ۳ ماده ۸۲ آیین نامه اداری و استخدامی اعضای غیر هیات علمی) از تاریخ ولادت فرزند با احتساب ایام تعطیل خواهد بود.

مرخصی شیردهی (پاس شیر)

ماده ۲۷: میزان استفاده از مرخصی ساعتی شیردهی از مرخصی استحقاقی کارمند کسر نمی گردد.

ماده ۲۹: مادران پس از شروع به کار مجدد می توانند در صورت تمایل تا ۱۲ ماهگی کودک از برنامه شیفت کاری شب معاف شوند.

تبصره: در صورت انجام نوبت کاری، استفاده از پاس شیر در شب دو ساعت و در شیفت های مضاعف به ازاء هر شیفت کاری یک ساعت می باشد.

مرخصی بدون حقوق

ماده ۳۲. کارمند باید تقاضای مرخصی بدون حقوق خود را با ذکر علت و مدت به مسئول واحد ارائه نماید و قبل از موافقت مسئول واحد و صدور حکم مجاز به ترک خدمت نمی باشد حکم مرخصی بدون حقوق با رعایت ماده ۷۸ آئین نامه اداری و استخدامی اعضاء غیر هیات علمی پس از تایید مسئول واحد توسط کارگزینی صادر می گردد.

ماده ۳۴- در مواردی که کارمند متقاضی مرخصی بدون حقوق، دارای ذخیره مرخصی استحقاقی می باشد لازم است ابتدا از مرخصی استحقاقی خود استفاده نماید و صدور حکم مرخصی بدون حقوق هم زمان با موافقت مرخصی استحقاقی انجام گردد.

ماده ۳۶- مدت مرخصی بدون حقوق از لحاظ بازنشستگی به جز برای ادامه تحصیل جزو سابقه خدمت محسوب نخواهد شد.

ماده ۳۷- روزهای تعطیل که در مدت مرخصی بدون حقوق واقع می شود جزو مدت مرخصی محسوب می گردد.

ساعت ورود و خروج و آشنایی با نحوه شیفت (انواع شیفت کاری) شامل:

۱- موظفی (ثابت و گردش): شامل افرادی هستند که قانون ارتقاء بهره وری شامل آنها نمیشود و رعایت سقف ساعت کاری ۴۴ ساعت در هفته برای کلیه این گروه الزامی است.

این افراد شامل:

الف: گروه شاغلین غیر بالینی

ب: شاغلین بالینی که در درمانگاه بیمارستان نیستند.

۲- ارتقاء بهره وری (ثابت و گردش): این گروه شامل شاغلین بالینی رشته بهداشتی و درمانی (تمامی نیروهای رسمی، پیمانی، طرحی و قراردادی را مشمول می شود.) که در بیمارستانها و مراکز درمانی شبانه روزی به صورت مستقیم به بیماران ارائه خدمت می دهند. می توانند از

مزایای قانون مذکور بهره مند شوند. بنابراین به کلیه بخش ها و درمانگاه های بیمارستانها تعلق می گیرد. ساعت کار هفتگی شاغلین موضوع این

قانون با توجه به صعوبت کار، سابقه خدمت و کار در نوبت کارهای غیرمتعارف، به تناسب در هفته حداکثر تا هشت ساعت تقلیل مییابد.

در تمامی چهار گروه: (عنوان شیفت، نوع شیفت، اختصار شیفت در برنامه، ساعات مجاز ورود و خروج، و محاسبات ساعت) به



تفصیل بر اساس قوانین و بصورت جداول جداگانه در ادامه آورده شده است

۱- ارتقاء بهره وری گردشگری

۱۰۰۶

بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

صفحه: ۱ از ۲

لیست شیفت‌های تعریف شده

تاریخ: ۱۳۹۷/۸/۲۱

قانون: ارتقاء بهره وری گردشگری

ردیف	عنوان شیفت	نوع شیفت	اختصار	ورود و خروج						فاصله ساعت تا شیفت بعدی				
				ورود ۱	خروج ۱	مجاز تاخیر ۱	مجاز تجدید ۱	ورود ۲	خروج ۲		مجاز تاخیر ۲	مجاز تجدید ۲		
۱	صبح	حضور	M	۰۷:۰۵	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵							
۲	عصر	حضور	E	۱۳:۰۵	۲۰:۰۵	۱۵	۱۵							
۳	شب	حضور	N	۱۹:۰۵	۰۸:۰۵	۱۵	۱۵							
۴	صبح و عصر	حضور	ME	۰۷:۰۵	۲۰:۰۵	۱۵	۱۵							
۵	صبح و شب	حضور	MN	۰۷:۰۵	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵	۱۹:۰۵	۰۸:۰۵	۱۵	۱۵			
۶	آنکال صبح	آنکالی	O.M											
۷	آنکال عصر	آنکالی	O.E											
۸	آنکال شب	آنکالی	O.N											
۹	آنکال صبح و عصر	آنکالی	O.ME											
۱۰	آنکال عصر و شب	آنکالی	O.EN											
۱۱	آنکال ۲۴ ساعته	آنکالی	O.24											
۱۲	آنکال صبح و شب	آنکالی	O.MN											
۱۳	مرخصی استحقاقی	مرخصی	H											
۱۴	مرخصی استعلاجی	مرخصی	SL											
۱۵	مرخصی زایمان	مرخصی	ML											
۱۶	مرخصی بدون حقوق	مرخصی	UL											
۱۷	مستول شیفت	مستولیت	*											
۱۸	کارگاه	کارگاه	W											
۱۹	کارگاه و عصر	حضور	WE	۱۳:۰۵	۲۰:۰۵	۱۵	۱۵							
۲۰	کارگاه و شب	حضور	WN	۱۹:۰۵	۰۸:۰۵	۱۵	۱۵							
۲۱	شب محدود	حضور	N2	۱۹:۰۵	۰۰:۰۵									
۲۲	صبح و آنکال عصر و شب	حضور	MoEN	۰۷:۰۵	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵							
۲۳	ماموریت اداری صبح و عصر	ماموریت	Ma.ME											
۲۴	صبح و شب محدود	حضور	MN2	۰۷:۰۵	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵	۱۹:۰۵	۰۰:۰۵					
۲۵	عصر و شب محدود	حضور	EN2	۱۳:۰۵	۰۰:۰۵									
۲۶	صبح و عصر و آنکال شب	حضور	MEON	۰۷:۰۵	۲۰:۰۵	۱۵	۱۵							
۲۷	کارگاه و آنکال عصر و شب	آنکالی	WoEN											
۲۸	آنکال صبح و عصر و شب	حضور	OmeN	۰۷:۰۵	۱۹:۰۵	۱۵	۱۵							
۲۹	عصر درمانگاه	حضور	Ed											
۳۰	صبح و عصر محدود درمانگاه	حضور	MEd	۰۷:۰۵	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵	۱۷:۰۰	۲۰:۰۰					
۳۱	عصر محدود	حضور	E2	۱۳:۰۵	۱۶:۰۵									
۳۲	صبح و عصر محدود	حضور	ME2	۰۷:۰۵	۱۶:۰۵	۱۵	۱۵							
۳۳	صبح ۶/۱۵	حضور	Mk	۰۶:۳۰	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵							
۳۴	صبح ۶/۱۵ و عصر	حضور	MkE	۰۶:۳۰	۲۰:۰۵									
۳۵	صبح ۶/۱۵ و شب	حضور	MkN	۰۶:۳۰	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵	۱۹:۰۵	۰۸:۰۵					
۳۶	صبح و آنکال شب	حضور	MoN	۰۷:۰۵	۱۴:۰۵	۱۵	۱۵							
۳۷	مرخصی ۱۲ ساعته استحقاقی	مرخصی	H12											
۳۸	مرخصی استعلاجی ۱۲ ساعته	مرخصی	SL12											
۳۹	ماموریت اداری ۲۴ ساعته	ماموریت	Ma.24											

کارپر: مدیر سیستم

۲- قانون ارتقاء بهره وری ثابت

بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

۱۰۰۶

صفحه: ۱ از ۱

لیست شیفت‌های تعریف شده

تاریخ: ۱۳۹۶/۰۸/۲۱

قانون: ارتقاء بهره وری ثابت

ردیف	عنوان شیفت	نوع شیفت	اختصار	روبه و خروج				محاسبات			فاصله مجاز تا شیفت بعدی			
				ورود ۱	خروج ۱	مجاز تاخیر ۱	مجاز تعجیل ۱	ورود ۲	خروج ۲	مجاز تاخیر ۲		مجاز تعجیل ۲	ایام غیر تعطیل	ایام تعطیل
۱	صبح	حضور	M	۰۷:۱۵	۱۴:۱۵	۱۵	۱۵					۰۷:۰۰	۱۰:۰۰	
۲	عصر	حضور	E	۱۳:۱۵	۲۰:۱۵	۱۵	۱۵					۰۷:۰۰	۱۰:۰۰	
۳	شب	حضور	N	۱۹:۱۵	۰۸:۱۵	۱۵	۱۵					۱۹:۰۰	۱۹:۰۰	۰۵:۰۰
۴	صبح و عصر	حضور	ME	۰۷:۱۵	۲۰:۱۵	۱۵	۱۵					۱۹:۰۰	۱۳:۰۰	
۵	صبح و شب	حضور	MN	۰۷:۱۵	۱۴:۱۵	۱۵	۱۵	۱۹:۱۵	۰۸:۱۵	۱۵	۱۵	۲۹:۰۰	۲۳:۰۰	۰۷:۰۰
۶	آنکال صبح	آنکالی	O.M	۰۷:۳۰	۱۳:۳۰									۰۶:۰۰
۷	آنکال عصر	آنکالی	O.E	۱۳:۳۰	۱۹:۳۰									۰۶:۰۰
۸	آنکال شب	آنکالی	O.N	۱۹:۳۰	۰۷:۳۰									۱۲:۰۰
۹	آنکال صبح و عصر	آنکالی	O.ME	۰۷:۳۰	۱۹:۳۰									۱۲:۰۰
۱۰	آنکال عصر و شب	آنکالی	O.EN	۱۳:۳۰	۰۷:۳۰									۱۸:۰۰
۱۱	آنکال ۲۴ ساعته	آنکالی	O.24											۲۴:۰۰
۱۲	آنکال صبح و شب	آنکالی	O.MN	۰۷:۳۰	۰۷:۳۰									۱۸:۰۰
۱۳	مرخصی استحقاقی	مرخصی	H	۰۷:۰۰	۱۴:۰۰									۰۷:۳۰
۱۴	مرخصی استعلاجی	مرخصی	SL											۰۷:۳۰
۱۵	مرخصی زایمان	مرخصی	ML											۰۷:۳۰
۱۶	مرخصی بدون حقوق	مرخصی	UL											۰۷:۳۰
۱۷	مسئول شیفت	مسئولیت	*											
۱۸	کارگاه	کارگاه	W	۰۷:۱۵	۱۳:۴۵									
۱۹	کارگاه و عصر	حضور	WE	۱۳:۱۵	۲۰:۱۵	۱۵	۱۵							۰۷:۰۰
۲۰	شب محدود	حضور	N2	۱۹:۱۵	۰۰:۱۵									۰۵:۰۰
۲۱	صبح و آنکال عصر و شب	حضور	MoEN	۰۷:۱۵	۱۴:۱۵	۱۵	۱۵					۱۷:۰۰	۱۰:۰۰	۰۷:۰۰
۲۲	ماموریت اداری صبح و عصر	ماموریت	Ma.ME									۱۲:۳۰	۱۲:۳۰	
۲۳	صبح و شب محدود	حضور	MN2	۰۷:۱۵	۱۴:۱۵	۱۵	۱۵	۱۹:۱۵	۰۰:۱۵	۱۵	۱۵	۱۵:۰۰	۱۳:۰۰	
۲۴	عصر و شب محدود	حضور	EN2	۱۳:۱۵	۰۰:۱۵							۱۴:۰۰	۱۳:۰۰	
۲۵	کارگاه و آنکال عصر و شب	آنکالی	WoEN	۱۳:۳۰	۰۷:۳۰									۱۸:۰۰
۲۶	آنکال صبح و عصر و شب	حضور	OmnN	۱۹:۱۵	۰۸:۱۵	۱۵	۱۵					۱۳:۰۰	۱۹:۰۰	۰۷:۰۰
۲۷	عصر درمانگاه	حضور	Ed	۱۷:۰۰	۲۰:۰۰									
۲۸	صبح و عصر محدود در مانگاه	حضور	MEd	۰۷:۱۵	۱۴:۱۵	۱۵	۱۵					۱۰:۰۰		
۲۹	عصر محدود	حضور	E2	۱۳:۱۵	۱۹:۱۵							۰۳:۰۰	۰۳:۰۰	
۳۰	صبح و عصر محدود	حضور	ME2	۰۷:۱۵	۱۳:۱۵							۱۲:۰۰	۰۹:۰۰	
۳۱	صبح ۶/۱۵	حضور	Mk	۰۶:۳۰	۱۴:۱۵	۱۵	۱۵					۱۰:۳۰	۰۷:۳۰	
۳۲	صبح ۹/۱۵ عصر	حضور	MkE	۰۶:۳۰	۲۰:۱۵							۱۹:۳۰	۱۳:۳۰	
۳۳	صبح ۱۶/۱۵ و شب	حضور	MkN	۰۶:۳۰	۱۴:۱۵	۱۵	۱۵	۱۹:۱۵	۰۸:۱۵	۱۵	۱۵	۲۹:۳۰	۲۳:۳۰	۰۷:۰۰
۳۴	ماموریت اداری ۲۴ ساعته	ماموریت	Ma.24									۲۴:۰۰	۲۴:۰۰	
۳۵	ماموریت اداری عصر و شب	ماموریت	Ma.EN									۱۸:۳۰	۱۸:۳۰	
۳۶	ماموریت اداری صبح	ماموریت	Ma.M									۰۷:۰۰	۰۷:۰۰	

کاربر: مدیر سیستم

۳- قانون موظفی ثابت

۱-۰۰۶

بیمارستان امام حسین (ع) بيجار

صفحه: ۱ از ۲

تاریخ: ۱۳۹۶/۰۸/۲۱

لیست شیفت‌های تعریف شده

قانون : موظفی ثابت

ردیف	عنوان شیفت	نوع شیفت	اختصار	ورود و خروج						فاصله مجاز تا شیفت بعدی				
				ورود ۱	خروج ۱	مجاز تاخیر ۱	مجاز تعجیل ۱	ورود ۲	خروج ۲		مجاز تاخیر ۲	مجاز تعجیل ۲		
۱	صبح	حضور	M	۷:۱۵-	۱۴:۳۵	۹:۵	۳:۵							
۲	عصر	حضور	E	۱۳:۱۵	۲۰:۳۵	۹:۵	۳:۵							
۳	صبح و عصر	حضور	ME	۷:۱۵-	۲۰:۰۰	۹:۵								
۴	آنکال صبح	آنکالی	O.M											
۵	آنکال عصر	آنکالی	O.E											
۶	آنکال شب	آنکالی	O.N											
۷	آنکال صبح و عصر	آنکالی	O.ME											
۸	آنکال عصر و شب	آنکالی	O.EN											
۹	آنکال ۲۴ ساعته	آنکالی	O.24											
۱۰	آنکال صبح و شب	آنکالی	O.MN											
۱۱	مرخصی استحقاقی	مرخصی	H											
۱۲	مرخصی استعلاجی	مرخصی	SL											
۱۳	مرخصی زایمان	مرخصی	ML											
۱۴	مرخصی بدون حقوق	مرخصی	UL											
۱۵	استول شیفت	استولیت	*											
۱۶	کارگاه	کارگاه	W											
۱۷	صبح و آنکال عصر و شب	حضور	MoEN	۷:۱۵-	۱۴:۳۵	۹:۵	۳:۵							
۱۸	ماموریت اداری صبح و عصر	ماموریت	Ma.ME											
۱۹	صبح و آنکال عصر و شب	حضور	MoEN	۷:۱۵-	۱۴:۳۵	۹:۵	۳:۵							
۲۰	صبح و عصر و آنکال شب	حضور	MEoN	۷:۱۵-	۲۰:۱۵	۹:۵								
۲۱	کارگاه و آنکال عصر و شب	آنکالی	WoEN											
۲۲	شب محدود تغذیه رمضان	حضور	N3R	۰۰:۰۰-	۰۷:۰۰									
۲۳	عصر درمانگاه	حضور	Ed	۱۵:۰۰-	۲۰:۰۰									
۲۴	صبح و عصر محدود درمانگاه	حضور	MEd	۷:۱۵-	۱۴:۱۵	۹:۵	۳:۰۰	۷:۰۰						
۲۵	صبح و عصر و شب محدود و	حضور	MEN2O	۷:۱۵-	۰۰:۱۵									
۲۶	صبح و عصر منشی ریاست	حضور	MEN	۷:۱۵-	۱۴:۳۵	۹:۵	۳:۵	۷:۳۰	۴:۰۰					
۲۷	عصر محدود	حضور	E2	۱۴:۳۶	۱۶:۳۰									
۲۸	صبح و عصر محدود	حضور	ME2	۷:۱۵-	۱۶:۳۰	۹:۵								
۲۹	عصر پیوسته صبحکار ثابت	حضور	Emot	۱۴:۳۶	۱۹:۴۵									
۳۰	شیفت صبح تعطیل ترخیص	حضور	Mt	۸:۳۰-	۱۴:۳۰									
۳۱	آنکال شب محدود	آنکالی	ON2											
۳۲	آنکال عصر و شب محدود	آنکالی	EoN2											
۳۳	صبح ۶/۱۵	حضور	Mk	۶:۱۵-	۱۴:۳۵	۹:۵	۳:۵							
۳۴	عصر نهمان	حضور	Emeh	۱۵:۰۰-	۲۰:۰۰	۹:۵								
۳۵	صبح ۶/۱۵ عصر	حضور	MkE	۶:۱۵-	۲۰:۱۵	۹:۵								
۳۶	صبح و آنکال عصر	حضور	MOe	۷:۱۵-	۱۴:۳۵	۹:۵	۳:۵							
۳۷	ماموریت اداری صبح و آنکال	آنکالی	MAoEN											
۳۸	صبح ۶/۱۵ عصر درمانگاه	حضور	MkEd	۶:۱۵-	۱۴:۳۵	۹:۵	۳:۵	۷:۰۰	۴:۰۰					
۳۹	مرخصی وزارتی و اضطراری	مرخصی	EZ											

کارپر : مدیر سیستم

۴- قانون موظفی گردش

۱-۰-۶

بیمارستان امام حسین (ع) بيجار

صفحه: ۱ از ۲

تاریخ: ۱۳۹۶/۰۸/۲۱

لیست شیفت‌های تعریف شده

قانون ۱: موظفی ثابت گردش															
ردیف	عنوان شیفت	نوع شیفت	اختصار	ورود و خروج						محاسبات		فاصله مجاز تا شیفت بعدی			
				ورود ۱	خروج ۱	مجاز تاخیر ۱	مجاز تمویل ۱	ورود ۲	خروج ۲	مجاز تاخیر ۲	مجاز تمویل ۲		ایام غیر تعطیل	ایام تعطیل	آنکالی
۱	صبح	حضور	M	۰۷:۱۵	۱۳:۴۵	۱۵							۰۶:۳۰	۰۶:۳۰	
۲	عصر	حضور	E	۱۳:۱۵	۱۹:۴۵								۰۶:۳۰	۰۶:۳۰	
۳	شب	حضور	N	۱۹:۱۵	۰۷:۴۵								۱۲:۳۰	۱۲:۳۰	
۴	صبح و عصر	حضور	ME	۰۷:۱۵	۱۹:۴۵	۱۵							۱۲:۳۰	۱۲:۳۰	
۵	صبح و شب	حضور	MN	۰۷:۱۵	۱۳:۴۵	۱۵	۱۹:۱۵	۰۷:۴۵					۱۹:۰۰	۱۹:۰۰	
۶	عصر و شب	حضور	EN	۱۳:۱۵	۰۷:۴۵								۱۸:۳۰	۱۸:۳۰	
۷	صبح و عصر و شب	حضور	MEN	۰۷:۱۵	۰۷:۴۵	۱۵							۲۴:۳۰	۲۴:۳۰	
۸	آنکال صبح	آنکالی	O.M												۰۶:۰۰
۹	آنکال عصر	آنکالی	O.E												۰۶:۰۰
۱۰	آنکال شب	آنکالی	O.N												۱۳:۰۰
۱۱	آنکال صبح و عصر	آنکالی	O.ME												۱۳:۰۰
۱۲	آنکال عصر و شب	آنکالی	O.EN												۱۸:۰۰
۱۳	آنکال ۲۴ ساعته	آنکالی	O.24												۲۴:۰۰
۱۴	آنکال صبح و شب	آنکالی	O.MN												۱۸:۰۰
۱۵	مرخصی استحقاقی	مرخصی	H										۰۷:۳۰		
۱۶	مرخصی استعلاجی	مرخصی	SL										۰۷:۳۰		
۱۷	مرخصی زایمان	مرخصی	ML										۰۷:۳۰		
۱۸	مرخصی بدون حقوق	مرخصی	UL										۰۷:۳۰		
۱۹	مستول شیفت	سستولیت	*												
۲۰	کارگاه	کارگاه	W												
۲۱	کارگاه و عصر	حضور	WE	۱۳:۱۵	۱۹:۴۵								۰۶:۳۰		
۲۲	کارگاه و شب	حضور	WN	۱۹:۱۵	۰۷:۴۵								۱۲:۳۰		
۲۳	کارگاه و عصر و شب	حضور	WEN	۱۳:۱۵	۰۷:۴۵								۱۸:۳۰		۰۶:۳۰
۲۴	شب محدود	حضور	N2	۱۹:۱۵	۰۰:۱۵								۰۵:۰۰	۰۵:۰۰	
۲۵	صبح و آنکال عصر و شب	حضور	MoEN	۰۷:۱۵	۱۳:۴۵								۰۶:۳۰	۰۶:۳۰	۱۷:۳۰
۲۶	ناموریت برای صبح و عصر	ناموریت	Me.ME										۱۲:۳۰	۱۲:۳۰	
۲۷	صبح و شب محدود	حضور	MN2	۰۷:۱۵	۱۳:۴۵	۱۵	۱۹:۱۵	۰۰:۱۵					۱۹:۳۰	۱۹:۳۰	
۲۸	عصر و شب محدود	حضور	EN2	۱۳:۱۵	۰۰:۱۵								۱۹:۰۰	۱۹:۰۰	
۲۹	صبح و عصر و شب محدود	حضور	MEN2	۰۷:۱۵	۰۰:۱۵								۱۷:۰۰	۱۷:۰۰	
۳۰	صبح و عصر و شب محدود	حضور	MEN2	۰۷:۱۵	۰۰:۱۵	۱۵							۱۷:۳۰	۱۷:۳۰	
۳۱	صبح و آنکال عصر و شب	حضور	MoEN	۰۷:۱۵	۱۴:۰۰	۱۵							۰۶:۳۰	۰۶:۳۰	۱۷:۴۵
۳۲	کارگاه و آنکال عصر و شب	آنکالی	WoEN												۱۸:۰۰
۳۳	آنکال صبح و عصر و شب	حضور	OmeN	۱۹:۱۵	۰۷:۴۵								۱۲:۳۰	۱۲:۳۰	۱۲:۰۰
۳۴	عصر محدود	حضور	E2	۱۳:۴۵	۱۶:۳۰	۱۵							۰۲:۳۰	۰۲:۳۰	
۳۵	صبح و عصر محدود	حضور	ME2												
۳۶	عصر پیرسته صبحکار ثابت	حضور	Emot	۱۱:۳۶	۱۹:۴۵								۰۵:۰۰		
۳۷	شیفت صبح تعطیل ترخیص	حضور	Mt	۰۸:۳۰	۱۳:۳۰								۰۵:۰۰		
۳۸	آنکال عصر و شب محدود	آنکالی	EoN2												۱۰:۰۰
۳۹	صبح ۶/۱۵	حضور	Mk	۰۶:۱۵	۱۴:۰۰	۱۵							۰۷:۳۰	۰۷:۳۰	

کارپر: مدیر سیستم

اعتبار بخشی بیمارستان : به منظور ایجاد اعتماد عمومی از وجود و اجرایی فرایندهایی مبتنی بر استانداردها و لحاظ پیامدهای سلامت ، بعنوان یک ابزار سیستماتیک و هدفمند در راستای تامین ایمنی بیمار، همراهان و کارکنان و بهبود مستمر کیفیت تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان ، مدیران و رهبران نظام سلامت رادر عمل به وظایف خطیر خود در حوزه مراقبت یاری می نماید.

یعنی اعتبار بخشی در یک سازمان: تعهدی آشکار است که در جهت بهبود (خدمات، ایمنی مراقبت بیمار، اطمینان از محیط مراقبتی ایمن ،) فعالیت مستمر را برای کاهش خطر بیماران و کارکنان فراهم می نماید. که بصورت یک فرایند خود ارزیابی و ارزیابی بیرونی برای ارزیابی صحیح سطح عملکردشان در ارتباط با استانداردهای تدوین و پیاده سازی شده برای بهبود مستمر تعریف شده است.

تجربه اعتبار بخشی و ارزیابی بیمارستانها توسط یک ارگان مستقل: هم در قانون برنامه پنجم پیش بینی شده و هم توصیه سازمان بهداشت جهانی می باشد.

اعتبار بخشی نسل چهارم: اعتبار بخشی رویکردی است برای ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات در مراکز درمانی و بهداشتی .

نسل چهارم اعتبار بخشی مشتمل بر :

- راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی نسل نوبین؛ در ۱۹ محور، ۱۱۰ استاندارد و ۵۱۴ سنجه تدوین شده است. که ۲۱۴ سنجه در سطح یک و ۲۱۴ سنجه در سطح ۲ و ۸۶ سنجه در سطح سه قرار دارد.
- در هریک از زیرمحورها، دستاوردهای هریک از استانداردها به منظور ارائه چشم انداز و بیان پیامد حاصل از پیاده سازی آن استانداردها تبیین شده است. (دستورد استاندارد)
- همچنین در ذیل هر استاندارد، سنجه های مرتبط در چارچوب جداول یکسان معرفی و گامهای اجرای آن از ابتدا تا پایان در محدوده مورد انتظار بیان شده است.

سنجه های اعتبار بخشی در سه سطح طبقه بندی می شوند:

سنجه های سطح یک : اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان

□ **سنجه های سطح دو :** امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستانها

□ **سنجه های سطح سه :** امکان تحقق پایین تر و فرا تر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستانها

سنجه های سطح سه صرفا در بیمارستان های درجه یک، یک برتر و عالی ملاک رتبه بندی است

رتبه بندی اعتباربخشی

□ پیش نیازهای اخذ گواهینامه اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

1 رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

2 کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح یک در استانداردهای محورهای 19 گانه

3 کسب حداقل امتیاز از استانداردهای ایمنی بیمار در استانداردهای محورهای 19 گانه

4 کسب حداقل امتیاز از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس

5 کسب حداقل امتیاز از مجموع استانداردها در محورهای زیر مجموعه رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

□ معیارهای رتبه بندی اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

1 کسب حداقل امتیاز از سنجه های سط یک در هریک از رتبه بندی ها

2 کسب حداقل امتیاز از سنجه های سط دو در هریک از رتبه بندی ها

3 کسب حداقل امتیاز از سنجه های سط سه در هریک از رتبه بندی ها

در نظام نوین اعتباربخشی، بیمارستانها در شش درجه مختلف رتبه بندی می شوند:

1 رتبه عالی

2 رتبه یک برتر

3 رتبه یک

4 رتبه دو

5 رتبه سه

6 رتبه چهار

بیمارستانهایی که موفق به کسب حداقل امتیاز برای کسب رتبه چهار نشوند زیر استاندارد محسوب شده و برابر مقررات و ضوابط مربوط

اقدام خواهد شد هریک از بیمارستان ها با توجه به سط بندی استانداردها و پیش نیازها و بر اساس توانمندی ههای موجود و مسهیر ارتقهای

کیفیت و ایمنی بیمار قادر خواهند بود متناسب با هدف گذاری اختصاصی خود برنامه ریزی و نسبت به استقرار استاندارد هها در حدود انتظار

برای هریک از رتبه های اعتباربخشی اقدام نمایند در این بخش به منظور شفافیت کامل و تبیین نقشه راه، شرای کسب هریهک از شش نهوع

رتبه /درجه اعتباربخشی به صورت اختصاصی و به تفصیل بیان می شود

در ستون روش ارزیابی و در مقابل هر گام، روش جمع آوری داده با سه شیوه زیر تعیین و مشخص شده است :

۱- **بررسی مستند** (بررسی پرونده، دستورالعمل و...)

۲- **مصاحبه** (با کارکنان یا ذینفعان و...)

۳- **مشاهده** (ارزیابی عملکرد پرسنل و یا مشاهده وجود زیر ساختها) تعیین شده است.

محورهای ۱۹ گانه ویرایش چهارم استانداردهای اعتباربخشی



توجه: تمامی دستورالعمل، روش اجرایی و خط مشی محورهای اعتباربخشی در ساتک و در قسمت فایل های اعتباربخشی بار گذاری شده و کارکنان بایستی به آن دسترسی و آگاهی کامل داشته باشند

بحران و نقش فرد در بحران

بحران عبارتند از حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد.

مدیریت بحران (فلوچارت بحران و نقش فرد در بحران در کتابچه جدیدالورود در ساتگ بار گذاری شده است)

مدیریت بحران، علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحران ها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله آنها بتوان از بروز بحران ها، پیشگیری نمود؛ و یا در صورت بروز آن، در خصوص کاهش اثرات آن، آمادگی لازم، امداد رسانی سریع، و به بهبودی اوضاع اقدام نمود.

(مرجع تعیین سطح حادثه، اعلام شرایط اضطراری و ختم آن، EOC دانشگاه می باشد.)

سطح هشدار (رنگ)	سطح هشدار (عنوان)	تعریف	اقدامات لازم
زرد	اطلاع	امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن کم است	اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی
نارنجی	آماده باش	امکان وقوع مخاطره وجود دارد و احتمال آن زیاد است	فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه HICS
قرمز	اقدام	مخاطره روی داده است یا وقوع آن قطعی است	فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه HICS و اجرای برنامه های عملیاتی
سفید	رفع خطر	احتمال وقع مخاطره بر طرف شده است	۱- اعلام بازگشت به شرایط عادی در صورتیکه مخاطره روی نداده باشد. ۲- اعلام آغاز فاز بازیابی در صورتی که مخاطره روی داده و عملیات پاسخ فوری اتمام یافته است.

Code Yellow زرد	کد ۳	کد فعال سازی بحران (سامانه هشدار) حادثه داخلی (Internal Emergency)
Code Brown قهوه ای	کد ۳۳	کد فعال سازی بحران (سامانه هشدار) حادثه خارجی (External Emergency)
Code Green سبز	کد ۴۴	کد تخلیه اضطراری Evacuation
Code Light Blue آبی روشن	کد ۷۷	کد احیا مادر باردار Pregnant Medical Emergency
Code BLUE آبی	کد ۹۹	اورژانس پزشکی (احیا) Medical Emergency
Code white سفید	کد ۸۸	احیاء کودک و نوزاد Newborn/Pediatric Medical Emergency
Code Red قرمز	کد ۱۲۵	آتش سوزی / دود Fire/Smoke
Code Black سیاه	کد ۱۱۰	حمله و نزاع و درگیری، تهدید شخصی (Personal Threat)
Code light green	کد ۳۵۰	کد اورژانس هوایی
سفید	کد	End Of Emergency کد پایان بحران و غیر فعال سازی سامانه هشدار

واحد مسئول : رئیس واحد عملیات بر اساس HICS بیمارستان

واحدهای همکار : اتاق هدایت عملیات بحران دانشگاه (EOC) ، ستاد هدایت و اطلاع رسانی دانشگاه، معاونت درمان دانشگاه ، معاونت

بهداشت دانشگاه، معاونت غذا و دارو دانشگاه، معاونت توسعه دانشگاه

شرح کارکرد

حادثه ممکن است به صورتی رخ دهد که به تخلیه تمام یا قسمتی از بیمارستان نیاز باشد. بسته به نوع حادثه و داخل یا خارج بیمارستانی بودن آن، محدوده زمانی و اقدامات لازم برای اینکار متفاوت است؛ ولی اغلب، از همان ابتدای حادثه آغاز می شود. تخلیه برای افزایش ظرفیت بیمارستان صرفاً شامل بیماران بستری می شود اما هنگامی که حادثه در داخل بیمارستان وجود دارد و ایمن نباشد همه افراد شامل پرسنل و بیماران تخلیه می شوند.

شرح وظایف واحد مسئول

- ۱- دریافت دستور تخلیه از فرمانده حادثه
- ۲- اطلاع رسانی نیاز به تخلیه به کارکنان
- ۳- تعیین اولویت تعداد بیمارانی که باید تخلیه شوند.
- ۴- تعیین محل بیمارانی که باید تخلیه شوند.
- ۵- نظارت بر اطلاع رسانی به خانواده های بیماران
- ۶- اطلاع به EOC دانشگاه و درخواست انجام هماهنگی لازم با سایر سازمان ها مانند نیروی انتظامی
- ۷- اطلاع به ستاد هدایت و اطلاع رسانی برای تعیین و درخواست هماهنگی با بیمارستانهای مقصد
- ۸- نظارت بر تعیین وسایل انتقال مورد نیاز برای تخلیه
- ۹- ارزیابی مجدد بیماران

شرح وظایف واحدهای همکار

- ۱- تعیین مراکزی که امکان پذیرش بیمار دارند
- ۲- تامین وسیله انتقال یا تجهیزاتی که برای انتقال بیماران لازم است
- ۳- ارتباط با سازمانهای دارای آمبولانس و بخش خصوصی برای کمک در انتقال بیماران
- ۴- تامین وسایل اضطراری برای ارائه خدمات درمانی فوری مانند چادر

تریاز در بحران

بخش تریاز قرمز : واحد درمان خیلی فوری و گرفتن سریع فشار خون و بررسی وضعیت تنفسی بیماران در اولویت اقدامات قرار میگیرد

بخش تریاز زرد : واحد درمان غیر فوری که میتوان تا 45 دقیقه بیمار را تحت نظر داشت و معاینه مکرر بیماران این دسته و اطمینان از عدم تغییر شرایط بالینی و عدم تبدیل آنها به تریاز به رنگ دیگر

بخش تریاز سبز : واحد درمان غیرفوری و باید در زمینه ترخیص فوری مصدومین سرپایی و اقدامات سرپایی (اتل و گچ) تصمیم گیری شود و بررسی مجدد بیماران موجود در تریاز سبز و اطمینان از اینکه این بیماران به گروه تریازی با رنگ قرمز تبدیل نشده باشند

مجروحان با برچسب رنگی سیاه (فوت شده) را به سردخانه بیمارستان منتقل نمایید (لازم به ذکر است در حوادث با قربانیان زیاد بیمارانی که هنوز فوت نشده اند ولی امکان زنده ماندن آنها با شرایط ذکر شده مقدور نیست برچسب سیاه زده می شود لذا بعد از پذیرش ، تریاز و خدمات رسانی لازم است مصدومان با برچسب سیاه مجدداً تریاز شوند تا در صورت زنده ماندن اقدامات درمانی برای این بیماران شروع شود .)

تعریف ترالی اورژانس :

ترالی اورژانس یک واحد متحرک است که برای هدف حیاتی احیای قلبی ریوی طراحی شده است این ترالی با تمام داروها و ملزومات مورد نیاز تیم اورژانس در زمان احیای قلبی ریوی قبلاً تجهیز گردیده است این واحد متحرک در محلهای استراتژیک بیمارستان یا اورژانس قرار گرفته و قادر است در زمان توقف عمل قلب و ریه به سرعت بر بالین بیمار آورده شده و توسط تیم اورژانس مورد استفاده قرار گیرد.

اهدافی که ترالی اورژانس بر اساس آنها طراحی و تجهیز گردیده است :

- ۱- برقراری و حفظ راه هوایی
- ۲- نگهداری و گردش خون در وضعیت اپتیوم
- ۳- اصلاح و پیشگیری از اختلالات اسید و باز و آب و الکترولیت
- ۴- ارزیابی پاسخ بیمار به اقدامات احیای قلبی ریوی
- ۵- آماده سازی بیمار جهت ارجاع به مرکز مراقبتهای ویژه با توجه به شرایط بحرانی زمان احیای قلبی و ریوی و همراهی استرس و اضطراب لازم است داروها و ملزومات ترالی اورژانس با ترتیبی خاص که تمام پرسنل درمانی قبلاً نسبت به آن آشنایی کافی داشته باشند قرار داده شود. مناسب است وسایلی که معمولاً همزمان و با هدف واحد استفاده می شوند در یک سینی یا جعبه قرارداده شده تا باعث سرعت و سهولت و دقت مورد استفاده قرارگیرد

♦ لوازم و تجهیزات استاندارد ترالی

- ۱ - دفیبریلاتور (دستگاه شوک)
- ۲ - مانیتور قلبی - پالس اکسی متر و امکانات پیس میکر اکسترنال
- ۳ - داروهای اورژانس (داروهای حیات بخش و داروهای ضروری در کشوی اول و دوم)
- ۴ - لوله های هوایی (ایروی) در تمامی اندازه ها
- ۵ - لوله تراشه برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان
- ۶ - آمبویگ مناسب برای نوزادان، کودکان و بزرگسالان
- ۷ - لارنگوسکوپ و تیغه ها در تمامی اندازه ها
- ۸ - باتری و لامپ یدک برای لارنگوسکوپ
- ۹ - تخته احیاء
- ۱۰ - ساکشن
- ۱۱ - کپسول اکسیژن و ملزومات



دستورالعمل کلی آماده و به روز بودن ترالی اورژانس

- ۱) تمامی کارکنان طبق سنجه اعتباربخشی و خط مشی های موجود در بیمارستان روزانه باید از آماده و به روز بودن ترالی با خبر باشند و ترالی را روزانه (و در ابتدایی هر شیفت) چک نمایند.
- ۲) ترالی در تمام ساعات شبانه روز در دسترس فوری پرسنل باشد. ترالی اورژانس از نظر موقعیت قرار گیری و سهولت دسترسی پرسنل مناسب می باشد. ترالی اورژانس روان و براحتی جابجا میشود.
- ۳) لیست مکتوب کلیه داروها و ملزومات موجود در ترالی اورژانس برابر استاندارد و به ترتیب طبقات منظور شده و اطلاعات ضروری در آن مندرج است و در یکی از طرفین ترالی بایستی نصب باشد.
- ۴) نحوه چیدمان داروها ترالی در کشوی اول و دوم از راست به چپ، جلوه عقب به ترتیب شماره های مندرج در لیست حاضر، و به صورت مارپیچی می باشد. و تمام پرسنل درمانی از قبل با آن آشنایی کافی داشته باشند.
- ۵) ترالی احیای بخش در هر شیفت کنترل می گردد. و چیدمان آن بر اساس آخرین دستورالعمل می باشد. (جداسازی داروهای پرخطر در شرایط ایمن انجام یافته است).
- ۶) لیست مکتوب و خوانای محتویات ترالی و داروها برابر استاندارد روی درب طبقات نصب است.
- ۷) پرسنل بخش روش صحیح استفاده از آمبوبگ و ماسک را می داند.
- ۸) وضعیت بیرونی و داخلی ترالی از نظر بهداشتی و نظافت مناسب می باشد.
- ۹) برچسب گذاری داروی پرخطر (قرمز) و مشابه (زرد رنگ) با فونت ۱۰ رعایت شود.
- ۱۰) اقلام و تعداد دارو های اصلی و مفید CPR در ترالی اورژانس بر اساس بخشنامه وزارتخانه / مصوب کمیته دارو به تعداد کافی و چیدمان مناسب وجود دارد..
- ۱۱) تاریخ انقضاء تمام داروها و تجهیزات مصرفی اول هر هفته (شنبه) چک گردیده و عدم گذشتن تاریخ مصرف یا تعویض دارو در دفتر ثبت گردد.
- ۱۲) در ترالی اورژانس با زدن برچسب قرمز رنگ "داروهای با هشدار بالا" با فونت ۱۰ توجه کاربران را به خطر بالقوه این داروها جلب نمائید..
- ۱۳) در ترالی و یا استوک های دارویی در صورت موجود بودن در بخش عبارت "داروی با هشدار بالا" با فونت ۱۰ روی قفسه های دارویی نوشته می شود و کلیه داروهای با هشدار بالا بایستی با نوارهای قرمز رنگ به نحوی که نوشته های روی آمپول قابل خواندن باشند، مشخص شوند
- ۱۴) نظارت و کنترل ترالی بر عهده سرپرستار / مسئول شیفت واجد شرایط با هماهنگی و نظارت دفتر پرستاری خواهد بود..
- ۱۵) استفاده از داروهای دارای علامت ستاره (*) نیازمند امکانات استفاده از مانیتور قلبی می باشد. با زدن برچسب (ستاره*) توجه کاربران را به این داروها جلب نمائید. بعنوان نمونه: کلسیم کلگونات ۱۰٪ *
- ۱۶) آماده بودن ترالی برای استفاده باید خط خوانا روی برچسب نوشته و نصب گردد.

نکاتی که باید رعایت شود (دستورالعمل تحویل و کنترل ترالی اورژانس بیمارستان امام حسین (ع) در ابتدایی هر شیفت)

- ۱) تاریخ انقضاء تمام داروها و تجهیزات مصرفی ترالی اول هر هفته (شنبه) چک گردیده و عدم گذشتن تاریخ یا تعویض دارو در دفتر ثبت گردد
- ۲) وسایل ترالی برابر چک لیست از نظر تعداد، توجه به سایزهای مختلف و بررسی کمبودها در ابتدایی هر شیفت بشرح زیر کنترل گردد:

➤ در صورت اطمینان از صحت آن با خودکار آبی تیک زده شود.

➤ در صورت عدم مطابقت با لیست (از نظر تعداد، تاریخ، نوع دارو) یا خودکار قرمز تیک زده شود.

- موارد تیک زده شده با خودکار قرمز (مغایرت با لیست) در قسمت توضیحات ، در شیفت و تاریخ مربوطه نوع مشکل و عدم مغایرت ثبت شود و اقدامات اصلاحی لازم در اسرع وقت انجام و در ادامه آن ثبت گردد.
- نام و نام خانوادگی ، امضاء فرد کنترل کننده در هر شیفت در قسمت توضیحات نوشته و ثبت گردد.

- ۳) کنترل و چک تجهیزات ترالی اورژانس مانند لارنگوسکوپ ، آمبویگ ، چراغ قوه ، از نظر صحت عملکرد و وجود باتری و لامپ اضافه ، توجه به تاریخ انقضاء ستهای پانسمان
- ۴) توجه به نظافت کلی ترالی اورژانس و سالم بودن چرخهای آن و باز و بسته شدن راحت دربهای آن
- ۵) وجود تخته CPR ، اکسیژن و مانومتر ، داشتن ماسک اکسیژن ، سوند رابط جهت آمبویگ
- ۶) آماده بودن کامل آمبویگ جهت CPR و تست کردن آمبویگ در ابتدایی هر شیفت
- ۷) الصاق چک لیست مربوط به داروهای ترالی در یکی از طرفین ترالی الزامی است.
- ۸) نحوه تعویض و کنترل تاریخ انقضا داروهای ترالی در ابتدایی هرماه:

- داروهای که پرمصرف هستند . با تاریخ انقضا شش ماهه تعویض و در دفتر ثبت گردد.
- داروهای که مصرف ندارند و یا کم مصرف هستند با تاریخ انقضا یک ماهه عودت و از طرف داروخانه با تاریخ انقضا بالا جایگزین و در دفتر ثبت گردد.

۸) دفیبریلاتور (از نظر سالم بودن و آماده کار بودن) روزانه چک و در دفتر ثبت گردد. نمونه کاغذ دیسی شوک به قسمت توضیحات شیفت و تاریخ مربوطه الصاق شود و در صورت ایراد و نقص:

- سریعابه دفتر پرستاری اطلاع داده شده تا زمان رفع نقص از تجهیزات پشتیبان دفتر پرستاری جایگزین گردد .
- به واحد تجهیزات مهندسی اطلاع داده تا توسط واحد تجهیزات نسبت به رفع نقص اقدام شود .
- تمامی موارد در قسمت توضیحات روزانه ترالی ثبت شود

۱۰) تست کپسول اکسیژن (از نظر شارژ بودن، سالم بودن مانومتر ، و آماده استفاده بودن) چک و در صورت اطمینان تیک آبی زده شود.

نحوه تعویض و کنترل تاریخ انقضا داروهای ترالی در ابتدایی هرماه:

۱. داروهای که پرمصرف هستند . با تاریخ انقضا شش ماهه تعویض و در دفتر ثبت گردد
۲. داروهای که مصرف ندارند و یا کم مصرف هستند با تاریخ انقضا یک ماهه عودت و از طرف داروخانه با تاریخ انقضا بالا جایگزین و در دفتر ثبت گردد..

فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر	
(لیست داروهای پرخطر که بایستی توسط دو پرستار داده شده در پرونده ثبت، مهر و امضاء گردد.)	
۱- کلرید پتاسیم	۷- اتروپین
۲- سولفات منیزوم	۸- اپی نفرین
۳- بیگربنات سدیم	۹- هپارین سدیم
۴- گلوکونات کلسیم	۱۰- رتپلاز
۵- هایپرسالین	۱۱- هالوپریدول
۶- لیدوکائین	۱۲- پروپرانولول

داروهای با هشدار بالا (پرخطر)

میزان تکرر خطا در مصرف و تجویز "داروهای با هشدار بالا" ممکن است شایع نباشد اما عوارض و سکل به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار، غیر قابل جبران و بازگشت است. عوارض هر یک از این داروها، می تواند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث گردد.

آگاهی پرسنل از دستورالعمل استفاده از تلفن همراه و منشور حقوق بیمار

استفاده از تلفن همراه در موارد زیر ممنوعیت مطلق دارد:

- ۱- در داخل اتاق های عمل - اتاق ریکاوری
 - ۲- داخل بخش های مراقبتهای ویژه آی س یو (بزرگسال، نوزادان، کودکان)
 - ۳- در اورژانس (اتاق عمل سرپایی اتاق احیا و غیره)
 - ۴- به همراه داشتن گوشی تلفن در تمامی بخشها در حین دارو دهی و پذیرش بیمار
 - ۵- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی در زمان شیفت موظفی
 - ۶- ایستگاه پرستاری - اتاق درمان - در حین انجام اقدامات مراقبتی
- تبصره: کارکنان در مواقع ضروری میتوانند با تعیین جانشین بصورت محدود در اتاق استراحت از تلفن همراه استفاده نمایند**

(مسئولیت نظارت و پاسخ گویی، گزارش دهی موارد تخلف بر عهده مسئولین بخشها و واحدها ومسئول شیفت و سوپروایزرهای بالینی میباشد)

محور های منشور حقوق بیمار شامل: (تابلوی منشور حقوق بیمار در ورودی هر بخش نصب شده است).

- محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
- محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
- محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

آشنایی با انواع دستبند شناسایی:

- بیمار معمولی: دستبند سفید
- بیماران پر خطر (احتمال سقوط بیمار، ترومبو آمبولی و زخم فشاری): با برچسب زرد مشخص شود
- بیمار دچار آلرژی: با برچسب قرمز مشخص شود
- برچسب داروهای پر خطر: قرمز
- برچسب داروهای مشابه: زرد
- برچسب داروهای یخچالی: آبی
- دمای داروهای یخچال: ۲-۸

۲- آشنایی با اصول ایمنی (بیمار محوری و ایمنی بیمار)

- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲- شناسایی صحیح بیمار
- ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
- ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- ۸- استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
- ۹- بهبود بهداشت دست

آگاهی از نحوه شناسایی داروهای پرخطر و نگهداری داروهای با (شکل، نام و تلفظ مشابه)، (لیست داروهای ۱۲ گانه پرخطر در بالا)

انخاذ راهکارهای پیشگیرانه:

- ✓ دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا" لازم است کنترل شده و ممنوعیت دارند.
- ✓ در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی، لازم است محدود شود.
- ✓ آماده سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
- ✓ ویال کلرید پتاسیم / فسفات پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه دارید.
- ✓ در کلیه موارد جهت تجویز محلول های الکترولیت با غلظت بالا (مشمتمل بر سالین هیپر تونیک 3% و 5% و کلرید سدیم ۱۴/۶٪ و کلرید پتاسیم (mEq/ml2) فسفات پتاسیم، سولفات منیزیم و کلرید کلسیم از چک دو گانه (توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر) استفاده نمائید.
- ✓ دستور پزشک را چک دوگانه تائید نمائید تا دستور دوز صحیح دارو تائید شود.
- ✓ در ترائی اورژانس با زدن برچسب قرمز رنگ "داروهای با هشدار بالا" با فونت ۱۰ توجیه کاربران را به خطر بالقوه این داروها جلب نمائید.
- ✓ برچسب داروهای با هشدار بالا به رنگ قرمز است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی قرار گیرد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.
- ✓ پوستر داروهای با هشدار بالا برای کلیه بخش ها تهیه شده و در معرض دید کارکنان جهت آگاهی و اطلاع از این داروها قرار گرفته است.
- ✓ قفسه جداگانه برای داروهای پرخطر در هر بخش وجود داشته باشد و دفتر تحویل و تحول حین شیفت برای این قفسه در نظر گرفته شود.
- ✓ برای کلیه داروهای با هشدار بالا چک دوگانه توسط دو پرستار، رعایت گردد.
- ✓ الکترولیتهای با غلظت بالا را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده نام و دوز دارو را (با فونت ۱۰) در بخش ها و فونت ۴۸ در انبار دارویی که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
- ✓ KCL را در تمامی انبار های دارویی و ترائی اورژانس به لحاظ فیزیکی از سایر داروها و الکترولیتهای با غلظت بالا تفکیک کرده و در سبد های قرمز متناسب نگهداری نموده و نام و دوز دارو را با فونت (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد) روی آن نصب کنید.
- ✓ در بخش های ویژه الکترولیتهای با غلظت بالا موجود در بالین و یونیت بیمار را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده و تجویز آنها را با روش چک مستقل دو گانه انجام دهید.
- ✓ جعبه محتوی ویال ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترائی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری نمائید. عبارت "داروی مشابه" بر روی ویال و جعبه دارویی در ترائی اورژانس و یا استوک (در صورت موجود بودن) با فونت ۱۰ الزامی است.
- ✓ کادر مرتبط با بیمار بایستی از قانون (۷ رایت) اطلاع داشته و آن را در مراحل درمانی کاملاً رعایت نمایند.
- ✓ بر ارائه خدمت کادر حرفه ای جدیدالورود در حین ارائه خدمات دارویی نظارت کنید.
- ✓ در صورتی که داروی جدید مشابه وارد داروخانه شود، مسئول فنی داروخانه سریعاً به بخش ها اطلاع رسانی و یادآوری نماید.
- ✓ کارکنان از لحاظ اخلاقی موظف می باشند، خطاهای دارویی یا وقایع نزدیک به خطا را گزارش نمایند.

۱- اصول عمومی شناسایی صحیح بیماران

- ✓ نصب دستبند شناسایی برای تمام بیماران بلافاصله بعد از ورود به اورژانس و بخش (دستبند شناسایی بیمار لازم است بر دست غیر غالب بسته شود).
 - ✓ آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران و تعیین حداقل دو شناسه معین براساس دستوالعمل و استفاده از دستبند شناسایی برای شناسایی صحیح بیماران (از بیمار خواسته شود نام و نام خانوادگی و نام پدر را بیان و با دستبند تطبیق داده شود)
 - ✓ سیستم کد رنگ بندی در بیمارانی که دارای آلرژی هستند دستبند به رنگ قرمز، و در بیمارانی در معرض خطر دستبند به رنگ زردمی باشد.
 - ✓ تکمیل نمودن تابلوهای شناسایی بالای تخت بیماران بصورت روزانه و ملزم نمودن چک آن توسط تحویل گیرنده
 - ✓ بر جلد پرونده بیمار با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت احتیاط بیمار با تشابه اسمی "قید گردد در تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار در بخش، شناسه بعدی نام پدر می باشد
 - ✓ ثبت مشخصات بیمار بر روی تابلو شناسایی بالای تخت بیمار به صورت روزانه (نام پزشک، پرستار مسئول)
 - ✓ تاکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.
 - ✓ در صورت بیمار کودک، معلول ذهنی و... باشد با پرورش از والدین و بستگان درجه یک شناسایی و تطبیق شود.
 - ✓ شناسایی بیمار از طریق دستبند شناسایی قبل از انجام هر پروسیجر مواقع دارو دهی، ترانسفوزیون خون، انجام نمونه گیری و..... (تطبیق بیمار با دستبند شناسایی به ترتیب: ۱- نام و نام خانوادگی، ۲- نام پدر، ۳- تاریخ تولد، ۴- شماره پرونده)
 - ✓ نام بیمارستان در انتقال بین بیمارستانی و نام بخش در شناسه های نمونه های ارسالی به واحدهای پاراکلینیک اجباری است.. (در هنگام ترخیص دستبند شناسایی تحویل بخش و امحاء گردد). در صورتی که دستبند آسیب و یا مفقود شود بایستی سریعاً با پیگیری سرپرستار/منشی از طریق پذیرش جایگزین
- برای بیماران مجهول الهویه، شناسه های مورد نیاز بیمار شامل: شماره پرونده، نام بخش، تاریخ و شیفت پذیرش و نام بیمارستان در موارد انتقال بین بیمارستانی لازم است

۲- فرایند شناسایی صحیح نوزادان

- ۱) بر روی دستبند شناسایی زائو درج حداقل شناسه های زیر ضروری است:
{ نام و نام خانوادگی (نام پدر در مورد اسامی مشابه)، تاریخ تولد (به روز، ماه و سال)، شماره پرونده }
- ۲) در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو دستبند تهیه کرده و پس از چک مجدد با مشخصات مادر به میچ پاهای وی ببندید.
- ۳) نوشتن موارد ذیل بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامی است:
ساعت تولد، نام و نام خانوادگی مادر (نام پدر در مورد اسامی مشابه)، جنسیت نوزاد، جنسیت نوزاد، تاریخ تولد نوزاد به روز، ماه و سال، شماره پرونده مادر
- ۴) در صورتیکه نوزاد دو قلو یا سه قلو است بر روی دستبند شناسایی قید شود.
- ۵) دستبندهای شناسایی نوزادان بایستی در طی هر شیفت بررسی شود. در صورتیکه فقط یکی از دستبندهای نوزاد مفقود گردد، برای نوزاد دستبند جدید تهیه کرده و به میچ پای او ببندید.
- ۶) در صورتیکه هر دو دستبند شناسایی نوزاد مفقود شود، کلیه دستبندهای شناسایی نوزادان بستری در بخش را چک کرده و در صورتیکه مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردید، برای نوزاد دستبند جدید تهیه کنید.
- ۷) در هنگام انجام اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل آنان به خانواده به دستبند شناسایی توجه نمایید.

۳- در تطابق خون / فراورده های خونی ضروری است حداقل موارد (پرونده / دستبند شناسایی یا بیمار) مورد بررسی قرار گیرند

مقادیر بحرانی آزمایشگاه

تعریف: محدوده بحران به محدوده ای از نتایج حاصل از انجام آزمایش اطلاق میشود که برای بیمار خطر حیاتی دارد و باید سریعاً به پزشک معالج اطلاع داده شود. (لیست مقادیر بحرانی آزمایشگاه در بخش موجود است.)

روش اجرایی:

- دستورالعملی که در آن مقادیر بحرانی برای هر بخش مشخص شده در آزمایشگاه و بخشها وجود دارد.
- این دستورالعمل در همه شیفتهای کاری در دسترس کارکنان قرار دارد
- کارکنان فنی از این مقادیر آگاهی داشته و در برخورد با این موارد این گونه عمل خواهند کرد:
- ✓ تکرار مجدد آزمایش با نمونه موجود
- ✓ در صورت امکان اخذ نمونهی جدید از بخش و تکرار آزمایش
- ✓ مقایسه نتایج با جدول مقادیر بحرانی
- ✓ اطلاع سریع به مسئول تعیین شده در برخورد با موارد بحرانی (مسئول فنی یا فرد معرفی شده از طرف وی ((سوپروایزر))
- ✓ اطلاع به بخش و پزشک مربوطه (حداکثر ظرف مدت ۱۵ دقیقه). به صورت تلفنی
- ✓ در هنگام تماس تلفنی باید نام پرسنل آزمایشگاه ، نام فردی که به وی اطلاع داده شده و ساعت و تاریخ ثبت شود .
- ✓ در هنگام تماس تلفنی باید نام و مشخصات بیمار دوباره با فردی که به وی اطلاع می دهید چک شود تا از اشتباهات احتمالی جلوگیری به عمل آید
- ✓ پر کردن فرم های طراحی شده مخصوص برخورد با موارد بحرانی و ثبت مستندات

آگاهی از گرفتن رضایت آگاهانه در پروسجرهای تهاجمی بخش / نحوه گزارش دهی خطاهای پزشکی / شرایط تهدید کننده ایمنی

قبل از انجام اقدامات تهاجمی از بیمار رضایت آگاهانه اخذ میشود؟ (لیست اقدامات تهاجمی در بخش موجود است و رویت میشود)

- رضایت در لغت به معنی خشنودی، اجازه و رخصت آمده است. در رضایت آگاهانه وجود ۵ شرط الزامی است که شامل ارائه اطلاعات به بیمار، درک بیمار از اطلاعات، صلاحیت تصمیم گیری، رضایت نامه صریح یا ضمنی و داوطلبانه بودن رضایت می باشد. به رضایت بیمار یا ولی قانونی جهت اقدامات تشخیصی یا درمانی، **رضایت آگاهانه** گفته می شود.
- رضایت آگاهانه باید در موارد ذیل اخذ گردد:
- ۱- تمامی اعمال جراحی
- ۲- بیهوشی و آرام بخشی در حد sedation متوسط تا عمیق
- ۳- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و مواردی مانند شوک درمانی (ECT) ، پرتودرمانی ، شیمی درمانی ، آنژیوگرافی و...
- ۴- استفاده از خو و فرآورده های خونی
- تحقیقات
- ✓ در بخش یک لیست مشخص از اقدامات و درمان هایی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ می گردد.
- ✓ پزشک قبل از انجام هرگونه اعمال جراحی ، اقدامات تشخیصی درمانی (پروسجرهای) تهاجمی به کلیه خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار و بیمار برگه رضایت نامه را امضا کند. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی معادل ۳۰ روز می باشد.
- ✓ رضایت اخذشده، همراه با تاریخ، ساعت، امضا، اثر انگشت گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی بوده در پرونده گیرنده خدمت درج می گردد.
- ✓ اخذ رضایت از بیماران در وضعیت تهدید کننده زندگی و اختلالات هوشیاری لازم نیست.
- ✓ گذاشتن سوند فولی ، باز کردن راه وریدی محیطی، گذشتن NG و تزریق وریدی از پروسجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
- ✓ در بیماران خاص هستند (شیمی درمانی ، ترانسفوزیون، پلاسمافوروز ، دیالیز صافی و...) فقط یکبار در ابتدا دوره درمان کفایت و به مدت یکسال اعتبار دارد.

نحوه گزارش دهی خطاهای پزشکی

خطاهای پزشکی: آگاهی پرسنل از دستورالعمل مربوطه، فرم گزارش خطا، نتایج آن

فرایند گزارش دهی خطا در بیمارستان:

- ✓ گزارش دهی خطا توسط مسئول بخش یا پرسنل از طریق ارسال فرم کاغذی خطا/تماس تلفنی یا ارسال نامه از طریق کارتابل به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/سیستم الکترونیک گزارش خطا و یا اطلاع رسانی حضوری
- ✓ وارد نمودن خطاها در فایل اکسل مربوطه
- ✓ در صورت نیاز به اقدام فوری، سریعاً مداخله انجام می گیرد
- ✓ دسته بندی و بررسی خطاهای سیستمیک و فرایندی به صورت ماهیانه
- ✓ بررسی نتایج جمع بندی خطا در کمیته ایمنی بیمار و خطا به صورت ماهیانه
- ✓ ارسال نتایج به صورت فصلی به بخشها ریاست بیمارستان

شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار و ثبت در گزارش پرستاری

۱- ایمنی بیمار

- ✓ موارد ارزیابی ایمنی شناسایی و کارکنان از لیست شرایط تهدید کننده ایمنی در بخش آگاهی داشته و به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای کاهش بروز خطا تدابیر پیشگیرانه اتخاذ شود (مانند شناسایی بیماران در معرض سقوط و.....) بر اساس آن در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- ✓ همچنین ۲۸ واقعه ناخواسته تهدید کننده حیات ملزم هستیم در ارزیابی اولیه مدنظر قرار داده و در صورت مشاهده در گزارش پرستاری ثبت و فوراً به دفتر پرستاری و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی گزارش دهیم.
- ✓ لیست شرایط تهدید کننده ایمنی در بخش در دسترس باشد و کارکنان از آن آگاهی داشته و عمل نمایند

۲- ارزیابی ایمنی بخش شامل:

- ✓ دستبند شناسایی بیمار با هویت وی کنترل شده است
- ✓ چرخهای وسایلی مانند تخت، برانکارد، ویلچر و... قفل ایمنی دارند
- ✓ کپسول اطفای حریق دارای تاریخ شارژ و دستورالعمل بوده و در جای مناسب نصب شده است
- ✓ در صورت وجود دو بیمار همنام با اتیکت مخصوص در هر پرونده مشخص شده است
- ✓ کلید و پریزهای برق سالم، ایمن و دارای پوشش مناسب و ارت دار می باشند
- ✓ پرسنل آموزش مواجهه با حوادث و نحوه استفاده از کپسول های اطفاء حریق را گذرانده اند

آگاهی کارکنان از اصول صحیح دارو دهی و دارو دهی با رعایت 7 Rights

- ۱- بیمار صحیح: هنگام دارو دادن، حتماً " بیمار را با نام و نام خانوادگی " مخاطب قرار دهید و تطبیق مشخصات بیمار با کارت دارویی
- ۲- داروی صحیح: هنگام آماده کردن داروها، به دوز و شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود (توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و ...)
- ۳- راه مصرف صحیح: تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار
- ۴- زمان صحیح: هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود

۳- آشنایی با نحوه کار با دستگاه ساکشن ، دیسی شوک ، ECG

ارزیابی و آموزش کار با دستگاه‌های بخش همچنین نحوه چک کردن در هر شیفت توسط مهندس تجهیزات پزشکی بصورت عملی انجام گردد

۴- احیای قلبی و ریوی

۵- دوز مصرف صحیح: دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد.

۶- ثبت صحیح

۷- تجویز صحیح: هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود

۸- پاسخ مناسب به دارو

اهم مطالب احیاء قلبی ریوی

- ✓ آخرین گاید لاین احیاء مربوط به سال ۲۰۲۰ است که تعداد ماساژ حداقل ۱۰۰-۱۲۰ بار و اجازه برگشت کامل قفسه سینه بعد از هر بار ماساژ
- ✓ در احیاء قلبی ریوی پایه اولین اقدام کنترل سطح هوشیاری سپس درخواست کمک از همکاران یا از طریق تلفن همراه از اورژانس ۱۱۵ و بلافاصله شروع ماساژ قلبی
- ✓ تعداد تنفس ۸-۱۰ بار عمق ماساژ ۵-۶ سانتی متر در بزرگسالان و در اطفال و نوزادان ۱/۲ قطر قدامی خلفی سینه و حداقل ۱۰ تا ۱۲۰ بار و اجازه برگشت کامل قفسه سینه بعد از هر بار ماساژ
- ✓ میزان انرژی انتخابی دفیبریلاتور در بزرگسالان بای فایزیک ۲۰۰ ژول و در مونوفایزیک ۳۶۰ ژول
- ✓ میزان انرژی انتخابی دفیبریلاتور در اطفال کیلوگرم /ژول ۲ در دومین شوک کیلوگرم /ژول ۴
- ✓ نسبت ماساژ به تنفس در بزرگسالان ۳۰ به ۲ در اطفال ۱۵ به ۲ در نوزادان ۳ به ۱
- ✓ علل برگشت پذیر در گاید لاین احیاء 5T, 5H که شامل: هیپو ولمی - هیپوکسی - هیپوگلیسمی - هیپوکالمی - هیپوترمی و پنوموتوراکس فشارنده - تاپوناد قلبی - توکسین - ترومبوز وریدی - ترومبوز ریوی
- ✓ در نوزادان در صورت ضربان قلب زیر ۱۰۰ و تنفس Gasping: تهویه با فشار مثبت یا pppv و مانیتورینگ قلبی
- ✓ و در صورت ضربان قلب زیر ۶۰ تهویه با فشار مثبت و ماساژ قلبی و در صورت پایدار ماندن ضربان زیر ۶۰ تزریق اپی نفرین با دوز 0/01mg/kg و تکرار آن هر ۳ تا ۵ دقیقه
- ✓ تزریق اپی نفرین در بزرگسالان به میزان ۱ میلی گرم هر ۳ تا ۵ دقیقه بعد از شوک دوم در ریتم vf یا vt و بعد از ۲ دقیقه ماساژ در ریتم آسیستول
- ✓ تزریق آمیودارون بعد از شوک سوم به میزان ۳۰۰ میلی گرم در بزرگسالان و 5mg/kg در اطفال

آگاهی از کد احیا:

اعلام کد مادر بار دار: ۷۷

اعلام کد کودکان: ۸۸

کد بزرگسال: ۹۹

نکته ۱: آشنایی با توالی احیاء اطلاع از نحوه استفاده از داروها، چینی آنها، کنترل تاریخ انقضا، و چک دفتر توالی برابر چک

لیست در قسمت مقررات بخشی کاملاً توضیح داده شده است

۵- نحوه پذیرش (ادمیت بیمار) و تحویل مددجو از (سایر بخشها)

نکته ۲: دستورالعمل احیای پایه و پیشرفته در فایلهای اعتبار بخشی در ساتک بارگذاری شده است.

➤ ادمیت و پذیرش بیمار بعد از ادمیت و پذیرش بیمار ارزیابی اولیه بیمار در محدوده زمانی تعیین شده توسط پرستار صورت گرفته و فرم

مربوطه تکمیل شده و برنامه مراقبتی در گزارش پرستاری ثبت شود

- ✓ ابلاغ چک لیست و نحوه تکمیل ارزیابی اولیه در بخش موجود باشند و کلیه پرسنل از آن آگاهی داشته باشند.
- ✓ ارزیابی اولیه پرستاری در محدوده زمانی تعیین شده انجام شده است
- ✓ فرم های ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار مسئول بیمار، بایستی در بخش بستری بر اساس دستورالعمل تا یکساعت اول بستری حداکثر تا آخر شیفت تکمیل گردد.
- ✓ تکمیل کننده این فرم می بایست پس از معرفی خود و کسب اجازه از بیمار/همراهان با استفاده از تکنیک های مصاحبه، مشاهده و بررسی اطلاعات لازم را جمع آوری و ثبت نماید.
- ✓ در بخش اورژانس (زنان، کودکان، اورژانس بزرگسال) نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه بیمار نمی باشد و منظور از ثبت ارزیابی اولیه بیمار در اورژانس، ثبت کامل وضعیت بیمار در گزارش پرستاری می باشد.
- ✓ محدوده زمانی اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار در بخش های بستری و در شرایط اورژانس: همزمان با اقدامات حیات بخش اولیه صورت می گیرد و در شرایط غیر اورژانس از زمان بستری تا یک ساعت اول بستری حداکثر تا پایان شیفت اقدامات اساسی بعد از ارزیابی اولیه:

□ تشخیص پرستاری و ارزیابی وضعیت کامل بیمار و نتایج حاصل از پیگیری در گزارش پرستاری ثبت گردد

□ اطلاع موارد اورژانسی در اسرع وقت به پزشک معالج بیمار

□ شناسایی خدمات خود مراقبتی مورد نیاز و ارائه آموزش بدو ورود و تدوین برنامه آموزشی در حین بستری و ترخیص

□ حضور پرستار مسئول بیمار در ویزیت روزانه و ارائه خلاصه ارزیابی ۲۴ ساعته بصورت شفاهی به پزشک

□ اجرای برنامه درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک

➤ کلیه آموزشهای (بدو ورود، حین بستری و موقع ترخیص) داده شده به بیمار و یا همراه وی در فرم آموزش به بیمار و ثبت گزارش پرستاری

- الف: آموزش زمان پذیرش: پرستار ادمیت کننده، مسئول آموزش زمان پذیرش میباشد. شامل (۱- معرفی فرد آموزش دهنده به بیمار ۲- آشنایی با محیط فیزیکی بخش، مقررات بیمارستان، روتین بخش (زمان غذا دادن، ساعات ملاقات، ساعات گرفتن علائم حیاتی روتین، زمان دارو دادن و...) ۳- آموزش استفاده از وسایلی مانند: زنگ اخبار، تخت، تلفن، کلید های چراغ برق، تلویزیون و ...
- ب- آموزش حین بستری: ۱- افزایش آگاهی بیماران در مورد خصوصیات بیماری (نام بیماری، فرایند بیماری، ریسک فاکتور ها، نشانه و عوارض) ۲- افزایش آگاهی بیماران در مورد درمان بیماری (معاینات لازم برای تشخیص بیماری، درمان های موجود بیماری (دارویی، جراحی)، انواع اقدامات پاراکلینیکی لازم (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایشگاه)، عوارض دارویی و روش برخورد با عوارض، مراقبت قبل و بعد از اعمال جراحی و بیهوشی در صورت انجام و نحوه برخورد با آن، رژیم غذایی و ...)
- ج- آموزش زمان ترخیص: ترخیص: ترخیص ایمن بیمار باید بر اساس پروتکل اسمارت انجام گیرد.

، چارچوبی برای ترخیص موثر بیماران SMART پروتکل اسمارت

پروتکل ترخیص اسمارت (SMART Discharge Protocol) به منظور بهبود مراقبت های ارائه شده به بیماران و خانواده ها و ارتقای فرایند ترخیص تدوین شده است.

با توجه به اهمیت **فرایند ترخیص؛** چارچوب اسمارت به منظور اطمینان از توجه به ۵ حوزه مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص تدوین شده است. این ۵ موضوع عبارتند از:

- ۱- **علائم:** (Signs) علائم و نشانه‌های مهمی که باید به آن‌ها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه‌هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن‌ها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آن‌ها را به بیمارستان گزارش کنند.
- ۲- **داروها:** (Medications) سوال یا نکته مبهمی درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها
- ۳- **زمان ویزیت بعدی:** (Appointments) پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمانبندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود.
- ۴- **نتایج:** (Results) ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایش‌ها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد.
- ۵- **توصیه‌ها یا صحبت‌های لازم:** (Talk with me) توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه‌کنندگان ایجاب می‌کند که در زمینه‌هایی که لازم است گفتگو‌هایی با هم داشته باشند که باید جدی تلقی شوند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود

➤ **ثبت علائم حیاتی، میزان I&O و ... پیگیری انجام به موقع آزمایشات و ثبت صحیح اقدامات لازم با توجه به دستورات مراقبتی توسط پرستار**

علائم حیاتی: تعداد تنفس را (Respiratory Rate) یا (RR)، تعداد نبض را (Pulse Rate) یا (PR) یا P و درجه حرارت (Temperature) یا T و فشار خون را (Blood Pressure) یا BP نشان می‌دهند.

۱- دستورات پزشکی تاریخ و ساعت دارند

۲- دستورات و توصیه‌های پزشک مشاور قبل از اجرا توسط پزشک معالج تایید شده است

۳- تعداد موارد چک شده بحروف ثبت شده است

۴- در انتهای دستورات پزشک خط ممتد کشیده شده است

۵- تاریخ - ساعت - مهر و امضا پرستار در انتهای دستورات پزشک ثبت شده است

۶- خط مشی اخذ دستورات تلفنی رعایت شده است

۷- نتیجه مشاوره‌های پزشکی به پزشک معالج اطلاع و در پرونده ثبت شده است

۸- ساعت درخواست و زمان دقیق اجرای مشاوره‌های پزشکی اورژانسی ثبت و مستند شده است

نکات مهم آموزشی در ادمیت بیمار :

✓ پرستار باید به صورت تئوری و عملی جنبه‌های قانونی و حرفه‌ای، آناتومی و فیزیولوژی، پارامترهای طبیعی VS در سنین مختلف، روش

بررسی و اندازه‌گیری در سنین مختلف و نحوه گزارش یافته‌های غیرطبیعی را آموزش دیده باشد.

✓ پرستار مراقب، مسئول اندازه‌گیری VS است. اگر توسط نیروی کمکی انجام گردد، مسئولیت تجزیه تحلیل، تفسیر و تصمیم‌گیری تدابیر پرستاری با پرستار است.

✓ پرستار باید از محدوده VS مددجو آگاه باشد و آن را برای مقایسه با یافته‌های بعدی به کار برد.

✓ پرستار باید از تاریخچه پزشکی، درمان و داروهای تجویز شده برای مددجو و تأثیر آنها بر VS آگاه باشد.

✓ وسایل و تجهیزات مورد استفاده باید سالم و براساس وضعیت و ویژگی‌های مددجو انتخاب شود.

✓ علائم حیاتی (V/S)، هر ۶ ساعت (۶-۱۲-۱۸-۲۴) در برگه مخصوص ثبت گردد. ساعت ۶ صبح و ساعت ۶ بعداز ظهر (۱۸:۰۰) را علاوه بر ثبت در برگه کنترل علائم حیاتی (V/S) پرونده در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نمایید.

✓ در صورتیکه بیمار دستورپزشک مبنی بر کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی ثبت شود.

✓ پرستار شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.

اندیکاسیون بررسی علایم حیاتی: (بر اساس دستور پزشک یا استانداردها بیمارستان (هر ۶ ساعت) - قبل، حین و بعد از اعمال جراحی - قبل حین و بعد از ترانسفیوژن خون و فرآورده ها - تغییر در وضعیت معمول جسمی مددجو - قبل، حین و بعد از روش های تشخیصی و تهاجمی - گزارش علایم غیراختصاصی ناراحتی های جسمی

دستورالعمل اعزام

- ۱- کلیه اعزام ها از بیمارستان مبداء به هر علتی باید با اطلاع و هماهنگی ستاد هدایت درمان دانشگاه صورت گیرد
- ۲- پزشک بیمارستان مبدا قبل از اعزام موظف به انجام موارد ذیل قبل از انجام می باشد:
 - تثبیت وضعیت بیمار قبل از انتقال
 - مشخص نمودن اندیکاسیون اعزام
 - تعیین شدت بیماری بر اساس فرم شماره ۲ (ضمیمه برگه اعزام)
 - تعیین شرایط تیم همراه و تجهیزات آمبولانس انتقال دهنده
 - ارائه دستور کتبی اقدامات درمانی در حین انتقال توسط کادر درمانی همراه
 - اطلاع به بیمار/بستگان درجه یک و آموزش در باره ضرورت اعزام و کسب رضایت بیمار و خانواده
- ۳- مترون / سوپروایزر مسئول تهیه امکانات نیروی انسانی و آمبولانس بر اساس دستورات پزشک همراه می باشند
- ۴- پس از رسیدن بیمار به مقصد و تحویل آن تمامی مشکلات اعزام به مترون گزارش تا اقدامات اصلاحی و مدیریتی انجام گیرد
- ۵- اعزام بیمار تنها با مهر متخصص آنکال / مقیم و یا متخصص طب اورژانس می باشد

وظایف پرستار در قبال اعزام

- ✓ لازم است پس از ثبت دستور اعزام توسط پزشک بلافاصله برگه اعزام بیمار و مشاوره در سه برگ توسط پزشک صادر کننده دستور نوشته و مهر و امضاء گردد و دستور اعزام بیمار توسط پرستار مسئول شیفت به صورت تلفنی به دفتر پرستاری اطلاع و برگه اعزام به آن واحد ارسال گردد . پرستار مسئول شیفت موظف است نام خود و تاریخ و ساعت اطلاع به دفتر پرستاری و نام سوپروایزر گیرنده اطلاعات را در جلوی دستور اعزام در کارتکس بیمار ثبت نماید . در صورت لغو دستور اعزام پرستار مسئول شیفت باید در اولین زمان ممکن آن را به اطلاع دفتر پرستاری برساند و کلیه قوانین مربوطه به انتقال اطلاعات را رعایت نماید . پرستار مسئول شیفت باید برگه را کنترل و مدارک مورد نیاز جهت اعزام بیمار را بررسی و از کامل بودن آن مطمئن باشد .
- ✓ جهت اعزام بیمار باید کلیه موارد ضروری است از قبیل CXRay، آزمایشات Hbs Ag و HIV و سایر موارد در اسرع وقت تهیه شود .
- ✓ قبل از اعزام باید مطابق با بیماران ترخیص شده توسط اینترن خلاصه پرونده پزشکی نوشته شود .
- ✓ پرونده بیمار به واحد ترخیص ارائه داده شود تا پس از تسویه حساب بیمار، بیمار به مقصد مورد نظر اعزام گردد.
- ✓ پیگیری اعزام از طریق سوپروایزر و هماهنگی با ستاد هدایت درمان انجام گردد
- ✓ پزشک اعزام کننده از طریق تلفن بیمارستان با پزشک پذیرش دهنده صحبت نموده و به او در مورد بیمار شرح حال میدهد در صورت اخذ پذیرش به سوپروایزر اطلاع میدهد
- ✓ سوپروایزر ضمن اطلاع به ستاد هدایت درمان دانشگاه با دفتر پرستاری بیمارستان مقصد تماس و پذیرش اخذ می نماید

نکته بسیار مهم: ترخیص با رضایت شخصی فقط با اطلاع سوپروایزر و پزشک معالج طی مراحل قانونی انجام می گیرد و رضایت شخصی در مداران باردار پرخطر و بیماران بخشهای ویژه و بیماران بدحال رضایت شخصی انجام نمی شود. (مگر توسط واحد حقوقی و قاضی کشیک).

شناسایی بیماران اورژانسی و در معرض خطر:

بیماران اورژانسی: به بیماران بدحال اطلاق می شود که به هردلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبتهای فوری ضرورت پایدارسازی و خروج آنها از شرایط بحرانی است

بیماران پرخطر:، بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دایمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت میباشند. این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند. مانند بیماران دیابتی... خودایمن... نقص ایمنی

نحوه عملکرد در بیماران اورژانسی:

در صورتی که طبق ارزیابی اولیه مشخص گردید بیمار در گروه بیماران اورژانسی می باشد اقدامات نجات دهنده حیات سریع انجام میگردد و مطابق دستورالعمل تعیین بازه زمانی ویزیت و مشاوره اورژانس توسط سرویس متخصص مربوط (متخصص مقیم/انکال) صورت می گیرد.

اقدامات نجات دهنده حیات شامل:

- راه هوایی / تنفسی: تهویه با ماسک و آمبوبک - لوله گذاری تراشه - کریکوتیروئیدکتومی
- استفاده از ونتیلاتور
- مداخلات الکتریکی: دفیبریلاسیون - کاردیوورژن اورژانسی - پیس میکر پوستی
- پروسیجرها: توراکنوستومی قفسه سینه با سوزن، پریکاردوستنز - توراکوتمی باز - تزریق داخل استخوان
- همودینامیک: احیاء مایعات بدن - تزریق خون - کنترل خونریزی شدید
- داروها مانند: نالوکسان، دکستروز ۵۰٪، دوپامین، آتروپین، آدنوزین و...

نحوه عملکرد در بیماران پرخطر:

در صورتی که طبق ارزیابی اولیه مشخص گردید بیمار در گروه بیماران پرخطر می باشد اقدامات کمک کننده حیات سریع انجام میگردد و مطابق دستورالعمل تعیین بازه زمانی ویزیت و مشاوره بیماران پرخطر توسط سرویس متخصص مربوط (متخصص مقیم/انکال) صورت می گیرد.

- جهت کمک در راه هوایی و تنفسی: تجویز اکسیژن از طریق ماسک یا کانال های بینی
- جهت مداخلات الکتریکی: مانیتورینگ قلبی
- جهت پروسیجرها: نوار قلب - آزمایشات - FAST
- جهت همودینامیک: رگ گیری
- جهت داروها: آسپرین، آنتی بیوتیک، هپارین، کنترل درد، اسپری بتاآگونیست

نکته: آگاهی پرسنل جدیدالورود از دستورالعمل ابلاغی، لیست و نحوه عملکرد، در خصوص بیماران پرخطر و اورژانسی

۶- مهارت در ارزیابی و تشخیص پرستاری گزارش نویسی، دستورات تلفنی، آموزش به بیمار

گزارش پرستاری:

"انتقال اطلاعات درباره چیزهایی است که با آن روبرو می شویم، می بینیم، می شنویم، انجام می دهیم یا ملاحظه می کنیم."

توضیحات	الزام ثبت حداقل ها در گزارش پرستاری
<ul style="list-style-type: none"> ➤ قید ساعت تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری بیمار در هر بخش ➤ مهر و امضا پرستار مسول بیمار در ذیل هر گزارش پرستاری 	تاریخ و ساعت ورود و نحوه ورود به بخش (قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار موید زمان آغاز برنامه مراقبتهای پرستاری بیمار در هر بخش میباشد)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار ➤ علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج 	شکایت اصلی و علت بستری در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار
در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری آموزشها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود.	نحوه انتقال (بکارگیری تکنیک SBAR در تحویل بیماران)
نحوه ارزیابی وضعیت هوشیاری بر اساس روش گلاسکو GCS	ارزیابی وضعیت هوشیاری در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در بخش و ثبت آن
ارزیابی وضعیت جسمی بر اساس دستورالعمل ارزیابی اولیه	ارزیابی وضعیت سلامت جسمی در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش
در ارزیابی وضعیت روحی بر اساس دستورالعمل ارزیابی اولیه	ارزیابی وضعیت روحی در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در بخش و ثبت آن
	کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی
گزارش نتایج حاصل از ارزیابی پرستاری در ویزیت روزانه به پزشک	نتایج ارزیابی بیمار در هر شیفت و پاسخ بیمار به مراقبت پرستاری
اجرای برنامه پیشگیری و کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی بر اساس ارزیابی اولیه	برنامه ریزی به منظور کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی
	نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی
تعیین و ابلاغ محدوده زمانی و اطلاع رسانی به پزشک و پرستار	ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج

توجه: در نوشتن گزارش پرستاری پرونده موارد زیر آموزش و اجرا گردد:

- ۱- در گزارش پرستاری ساعت و تاریخ پذیرش بیمار ثبت، مهر و امضاء شده است
ثبت شده است
- ۲- شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش پرستاری
- ۳- علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است
پرستاری ثبت شده است
- ۴- نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش
- ۵- ارزیابی وضعیت هوشیاری، سلامت روحی، سلامت جسمی بیمار در اولین گزارش پرستاری در بدو پذیرش ثبت شده است
- ۶- در گزارش پرستاری نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی ثبت شده است
گزارش پرستاری ثبت شده است
- ۷- آموزش به بیمار در بدو ورود، حین بستری در
- ۸- در گزارش پرستاری شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار شناسایی شده است
و برای ارائه خدمات برنامه ریزی میشود
- ۹- خدمات خود مراقبتی و باز توانی بیمار شناسایی
- ۱۰- فرآیند پرستاری در گزارش پرستاری رعایت شده باشد.
شیمیایی/ فیزیکی در گزارش ثبت شود ۱۰- مهر و امضاء پرستار و پرستار شاهد در دستورات دارویی پر خطر ثبت شده است.
- ۱۱- الزامات قانونی نحوه کنترل بیماران با مهار
- ۱۲- ثبت صحیح اقدامات انجام شده برای بیمار با ذکر ساعت و چگونگی انجام آن در گزارش هر شیفت انجام گیرد. و نیجه اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت گردد

نکته بسیار مهم: آموزش صحیح گزارش نویسی (مطالب مهم) در **ساتک بار گذاری** شده است

عناوین آموزش به بیمار		
آموزشها	ردیف	حین ورود به بیمارستان و بخش
توسط منشی و واحد پذیرش	۱	راهنمایی بیمار و همراه توسط واحد پذیرش و اطلاعات
	۲	توجه بیمار در خصوص هزینه های درمان و بیمه
	۳	ارائه پمفلت راهنمای بستری بیمار
	۴	تحویل دستبند شناسایی بیمار
	۵	سایر موارد
آموزشها	ردیف	بدورود / حین بستری
آموزش به بیمار توسط پرستار	۱	معرفی بخش و آشنایی با فضای فیزیکی بخش
	۲	آشنایی با امکانات رفاهی بخش / مرکز: اعم از پله اضطراری □ زنگ اخبار □ نحوه استفاده از اهرم های تخت □ نرده های کنار تخت □ نحوه استفاده از امکانات موجود در بخش (دستشویی □ حمام و ...)
	۳	آشنایی با قوانین و مقررات بخش / مرکز: زمان ویزیت پزشک □ حضور همراه □ ساعات ملاقات □ استفاده بهینه از وسایل بخش □ ساعت سرو غذا □ تفکیک زباله □ و ...)
	۴	منشور حقوق بیمار و پرسنل
	۵	فرآیند رسیدگی به شکایات
	۶	معرفی پزشک و سرپرستار و پرستار و ...
	۷	تاکید بر اهمیت دستبند شناسایی بیمار
	۸	آموزش در مورد بیماری و روند درمان و مراقبت (روشهای تسکین درد و ...)
	۹	آموزش پیشگیری و مراقبت زخم فشاری
	۱۰	آموزش در مورد رژیم غذایی

اهم وظایف مسئول آموزش بیمار در بخش

۱. انجام هماهنگی مستمر برای تمامی اقدامات مرتبط با آموزش بیماران با سرپرستار و سوپروایزر آموزشی بیمارستان
۲. برنامه ریزی و انجام نیازسنجی آموزشی از بیماران ۳- اولویت بندی نیازهای آموزشی ۴- مشارکت و نظارت بر اجرای برنامه آموزشی بیماران
- ۵- طراحی برنامه های آموزشی مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده ۶- پیشنهاد برنامه آموزشی بخش توسط سرپرستار به مدیریت پرستاری
- ۷- اجرای برنامه های آموزشی بیماران براساس نیازسنجی انجام شده پس از تایید و ابلاغ مدیر پرستاری
- ۸- برنامه ریزی و مشارکت در زمینه طراحی پمفلت های و جزوات آموزشی براساس استانداردها و تهیه بانک اطلاعاتی آموزشی
- ۹- ارزیابی و تعیین میزان اثربخش بودن آموزشهای ارائه شد (حداقل سه ماه یکبار)

عناوین آموزش به بیمار توسط پرستار		
آموزشها	ردیف	بدورود / حین بستری توسط پرستار
آموزش به بیمار توسط پرستار	۱۱	آموزش در مورد زمان - نحوه دریافت دارو و عوارض جانبی دارو و ...
	۱۲	آموزش در مورد میزان فعالیت و استراحت
	۱۳	آموزش پیشگیری از سقوط از تخت
	۱۴	آموزش رعایت بهداشت فردی و رعایت بهداشت دست ها
	۱۵	ارائه و توجیه فرم های رضایت آگاهانه به بیمار و همراه
	۱۶	مددجو زائو یا مادر باردار است بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب بلی توضیحات لازم در مورد نحوه زایمان <input type="checkbox"/> روش های کاهش درد زایمان <input type="checkbox"/> مراقبت های نوزاد به مادر قبل از زایمان <input type="checkbox"/> اهمیت توجه به تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله بعد از تولد <input type="checkbox"/> و شروع تغذیه با شیرمادر در ساعت اولیه تولد <input type="checkbox"/> مراقبت های مادر پس از زایمان <input type="checkbox"/> و ...
	۱۷	مددجو کیس روانپزشکی است بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب بلی آموزش لازم در مورد استفاده از درمان جایگزین اعم از <input type="checkbox"/> ECT و نوروفیدبک <input type="checkbox"/> نوار مغز <input type="checkbox"/> تست های تشخیصی <input type="checkbox"/> و ...
آموزشها	ردیف	آموزش حین ترخیص توسط پرستار
آموزش حین ترخیص توسط پرستار	۱	آموزش زمان نحوه استفاده از دارو / ذکر نام ژنریک / تجاری / عوارض جانبی
	۲	آموزش رژیم غذایی بعد از ترخیص
	۳	آموزش علائم هشدار دهنده در مورد بیماری
	۴	آموزش بیمار و همراه در مورد مراجعات بعدی (تاریخ و زمان مراجعه / / ۱۳ تعویض پانسمان، درن <input type="checkbox"/> تاریخ دریافت نتایج تست های پارکلینیکی معوقه / / ۱۳ <input type="checkbox"/> و.....
	۵	آموزش بیمار و همراه در مورد مراقبت از خود و چگونگی استفاده از وسایل بازتوانی
	۶	ذکر اسامی پمفلت آموزشی مرتبط با بیماری ارائه شده به بیمار:

کلیه آموزشهای (بدورود، حین بستری و موقع ترخیص) داده شده به بیمار و یا همراه وی در

فرم آموزش به بیمار و گزارش پرستاری ثبت می شود.

دستورالعمل دستورات تلفنی پزشک

در رابطه با دستورات تلفنی: بایستی نام پزشک، ساعت دستور ثبت شده درج گردد و جهت صحت درک، دستور مجدداً توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی چک شده و اجرا گردد. در نهایت دستور مزبور بایستی توسط پزشک معالج درج و امضاء گردد (حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت) و یاد آوری و تذکر این موارد از سوی پرستار الزامی است.

در صورت نیاز به ثبت گزارش تلفنی، شرایط زیر را بطور کامل رعایت کنید:

- ✓ دستور تلفنی در برگه دستورات پزشک ثبت و توسط ۲ پرستار امضاء شود.
- ✓ دستور تلفنی ظرف مدت ۲۴ ساعت به امضاء پزشک مربوطه رسانده شود.

۷- آموزش و آگاهی تزریق خون و فرآورده خونی هموویژولانس

✓ زمان برقراری تماس تلفنی، نام و سمت شخصی که با وی تماس گرفته شده، شخص تماس گیرنده، اطلاعات داده و گرفته شده ثبت شود

دستورالعمل استقرار هموویژولانس:

- پزشک هموویژولانس: دکتر امیر جواهری و مسئول بانک خون خانم لیلا سهرابی
 - اخذ رضایت آگاهانه از بیمار قبل از تزریق خون
 - نحوه در خواست خون: فرم مورد نظر باید تکمیل شود که باید توسط پزشک معالج انجام شود... تحویل خون بر اساس برچسب روی کیسه خون و برگه ارسالی از آزمایشگاه
 - شناسایی بیمار و مطابقت دادن مشخصات بیمار با مشخصات برگه ترانسفوزیون خون و مشخصات روی کیسه (از نظر گروه خون و ...)
 - تکمیل فرم ترانسفوزیون خون و مهر و امضاء نفر دوم (کارشناس دوم به عنوان شاهد)
 - پوسترهای مربوط به هموویژولانس، نحوه شناسایی بیمار قبل از تزریق و عوارض خون در تمامی واحد ها موجود می باشد.
 - رعایت بهداشت دست در تمامی مراحل و در صورت بروز عوارض انتقال خون در اسرع وقت به آزمایشگاه و پزشک معالج اطلاع دهد.
- در تطابق خون / فرآورده های خونی ضروری است حداقل موارد زیر با پرونده / دستبند شناسایی یا بیمار مورد بررسی قرار گیرند**

- نام و نام خانوادگی بیمار به صورت کامل
- شماره پرونده و نام پدر بیمار
- تاریخ تولد به روز ماه و سال
- شماره خون / فرآورده خونی
- فرایند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه

نکات مهم در ترانسفوزیون خون

- **در تمام مراحل تزریق خون اطلاعات زیر را در پرونده بیمار ثبت کنید:**
- حال عمومی بیمار - درجه حرارت بدن - نبض و فشار خون و نحوه تنفس - تناسب میان مایعات بدن - میزان جذب مایعات و میزان برون ده ادراری - زمان شروع و پایان تزریق - حجم و نوع فرآورده های تزریقی - شماره های کیسه تمام فرآورده های تزریقی - هر گونه واکنش
- **اقدام فوری برای تمام واکنش های ایجاد شده پس از انتقال خون**
- انتقال خون را متوقف نمائید .
- جریان IV را با استفاده از سالی ۰/۹٪ بازنگه دارید .
- مطمئن شوید که واحد صحیح به بیمار مربوطه داده شده (شناسایی بیمار و واحد خون در خواستی)
- علائم حیاتی را کنترل نمائید . و به پزشک مسئول و بانک خون اطلاع دهید .

۸- اقدامات پرستاری و ثبت صحیح اقدامات در گزارش پرستاری

➤ پس از اینکه انتقال خون متوقف شد (بجز در موارد واکنش های خفیف آلرژیک ، به مورد زیر توجه نمائید)

• نمونه تازه ای از خون و ادرار جمع آوری نموده و همراه با واحد خون و ست تزریق به بانک خون ارسال نمائید.

آموزش عملی در بالین و آگاهی از پروسجرهای : ساکش کردن سونداژ ، تزریقات و دارو دادن، سرم تراپی ، ثبت و چارت علائم حیاتی و.....

آگاهی کارکنان از رعایت الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایش : (حداقل شامل : دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار، تاریخ و زمان

دقیق نمونه گیری، بخش و شماره تخت و قید نام نمونه گیر بر روی ظروف نمونه) و بصورت فعال :

✓ شناسایی صحیح هویت بیمار* (شناسایی دقیق و صحیح بیمار در هنگام نونه گیری خون جهت آزمایش کاملا ضروری است و این یک مسئولیت برای تمامی کارکنان است). شناسایی بیمار هرگز به اینگونه نباشد که اطلاعات بیمار را بنویسید و از او بخواهید که با بله یا خیر آنرا تایید کند. مطمئن شوید که اطلاعات بیمار از تمام جهات با بیمار مطابقت کامل دارد. مرگ یا آسیب جدی نتیجه گرفتن نمونه خون اشتباه به علت شناسایی اشتباه بیمار و متعاقب آن است که در حوزه سلامت هرگز نباید اتفاق بیفتد.

✓ عدم هوشیاری بیمار و شرایطی که بیمار قادر به بیان هویت خود نیست، مهم تر و بحرانی تر است. وجود دستبند شناسایی برای کلیه بیماران در کلیه مراحل درمان ضروری بوده و جهت اطمینان از شناسایی صحیح بیمار از روش شناسایی فعال (از بیمار بخواهید نام و نام خانوادگی خود را بگویند) و مطابقت مشخصات با دستبند بیمار استفاده نمائید.

الزامات برچسب گذاری ظرف حاوی نمونه:

بلافاصله پس از اتمام نمونه گیری باید برچسب دارای اطلاعات زیر را بر روی لوله ها و ظروف حاوی نمونه خون بیمار الصاق نمود:

- نام، نام خانوادگی بیمار، شماره تخت / پرونده، تاریخ، زمان نمونه گیری (بخصوص در آزمایش های ردیابی دوز درمانی داروها TDM)، نام فرد

ارزیابی عملکرد بخش شامل در زمینه :

۱- ثبت صحیح اقدامات مراقبتهای پرستاری

- ✓ سرپرستار چک لیست روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری را برای پرستاران به صورت ماهیانه تکمیل نموده است
- ✓ سرپرستار بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی روش ثبت صحیح مراقبت های پرستاری نقاط قابل بهبود را استخراج نموده است
- ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران برای نقاط قابل بهبود ، مداخلات اصلاحی تعیین نموده است
- ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را انجام داده است
- ✓ سرپرستار اثر بخشی ارزیابی و مداخلات اصلاحی را بررسی کرده است

۲- ارزیابی اولیه پرستاری

- ✓ سرپرستار چک لیست ارزیابی اولیه بیمار را برای پرستاران به صورت ماهیانه تکمیل نموده است
- ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران برای نقاط قابل بهبود ، مداخلات اصلاحی تعیین نموده است
- ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را انجام داده است
- ✓ سرپرستار اثر بخشی ارزیابی و مداخلات اصلاحی را بررسی کرده است

سرم و میکروست بیمار دارای ایتکت شامل تاریخ وصل ، نام پرستار ، نام بیمار ، تعداد قطرات و دوز دقیق دارویی باشد

۱- سرم ها دارای برچسب شامل تاریخ، ساعت وصل، نام پرستار و بیمار، تعداد قطرات، دوز دقیق داروهای اضافه شده می باشند

۲- نوع مقدار و تعداد قطرات تنظیم شده سرم ها با دستور پزشک همخوانی و جریان دارد

۳- علائم نشت و فلبیت در محل تزریق مشهود نیست

۴- دستورالعمل حداکثر زمان استفاده از وسایل (آنژیوکت، ست سرم، میکروست و...) رعایت شده است

۵- تاریخ انقضاء سرم ها، وجود کریستال و یا تغییر رنگ آنها کنترل شده است

۶- چسب های آنژیوکت تمیز بوده و خون آلود نیست. تاریخ وصل روی چسب نوشته شده باشد.

۷- زمان مجاز در تعویض اتصالات وریدی - میکروست - NGT- سوند فولی رعایت میشود.

آموزش پرسنل جدید الورد در زمینه انواع مشاوره های پزشکی برای بیمار بصورت عملی و چهره به چهره در بالین با توجه به زمانبندی قانونی بصورت زیر برای انجام مشاوره :

زمان حضور پزشک آنکال برای مشاوره : پزشکان آنکال در صورت لزوم بنا به نوع تخصص باید در زمان مقرر در مرکز درمانی حضور پیدا کنند و بدیهی است که موقعیت جغرافیایی یا زمانی نمی تواند توجیه کننده تأخیر پزشک آنکال باشد. لازم است زمان تماس با پزشک آنکال توسط سوپروایزر وقت بیمارستان ثبت گردد. در این زمینه :

رعایت دسته بندی مشاوره سه گانه زیر در زمینه بیماران اورژانسی الزامی است :

(الف) تخصص هایی که حضور بلادرنگ و فوری پزشک آنکال الزامی است؛ مانند تخصص های بیهوشی و کاردیولوژی. واضح است که این نوع آنکال، معادل کشیک موظف محسوب می شود.

(ب) تخصص هایی که حضور سریع (کمتر از ۳۰ دقیقه) پزشک آنکال الزامی است؛ مانند جراحی مغز و اعصاب، زنان و زایمان، کودکان، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، نورولوژی، ارتوپدی، اورولوژی،

(ج) تخصص هایی که حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است؛ مانند پوست و پرتودرمانی. بدیهی است که در مورد هر رشته در شرایط اورژانس های حیاتی که نیاز به حضور بلادرنگ متخصص آنکال مربوطه دارد، در صورت درخواست حضور، باید پزشک آنکال هرچه سریع تر و بلادرنگ در مرکز درمانی حضور یابد

آگاهی کادر پرستاری با تعریف عفونت بیمارستانی و روش اجرایی شناسایی ونحوه گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی به کارشناس کنترل عفونت .

- **عفونتهای بیمارستانی** به عفونتی گفته می شود که پس از پذیرش بیمار در بیمارستان (۴۸ یا ۷۲ ساعت بعد) یا طی دوره ای مشخص (۱۰ تا ۳۰ روز) پس از ترخیص بیمار (۲۵ تا ۵۰٪ عفونت های زخم جراحی، پس از ترخیص بیمار ظاهر می گردند) رخ دهد و در زمان پذیرش بیمار وجود نداشته و در دوره نهفتگی خود نیز نباید قرار داشته باشد. در صورتیکه به دنبال اعمال جراحی بیماران جسم خارجی کار گذاشته شود عفونت می تواند تا یکسال به وقوع بپیوندد.

۹- آموزش جدید الورد در زمینه کنترل عفونت و بهداشت محیط

طبق تعریف نظام کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی در ایران (NNIS) سیزده نوع از عفونت های بیمارستانی بایستی شناسایی و گزارش داده شود که شامل:

- ✓ عفونت ادراری UTI
- ✓ عفونت محل زخم جراحی SSI
- ✓ عفونت ریه PNEU
- ✓ عفونت خون BSI
- ✓ رویداد مرتبط با ونتیلاتور VAE
- ✓ عفونت محل جراحی ssi
- ✓ عفونت استخوان ومفصل Bg
- ✓ عفونت سیستم اعصاب مرکزی CNS
- ✓ عفونت دستگاه قلبی عروقی CVS
- ✓ عفونت چشم، گوش، حلق، بینی، دهان EENT
- ✓ عفونت دستگاه گوارش GI
- ✓ عفونت دستگاه تنفسی تحتانی غیر از پنومونی LRI
- ✓ عفونت دستگاه تناسلی REPR

- شناسایی بیماریهای واگیردار با اطلاع فوری، و غیر فوری (کتبی)
- آگاهی و مطالعه روش های اجرایی، خط مشی، دستورالعمل در رابطه با عفونت های بیمارستانی
- آگاهی مواجهات شغلی شامل، اجسام تیز و برنده، تماس مخاطی (چشم، بینی، دهان) آزرده و بریدگی دست کارکنان، تشکیل پرونده بهداشتی و تعیین تیتراژ آنتی بادی)
- نحوه و زمان استفاده از ماسک N95، و در صورت نبود این ماسک جایگزین آن با ماسک معمولی همراه ۴ لایه گاز استفاده شود.
- آگاهی از نحوه استفاده از وسایل فردی، در احتیاطات (تماسی، قطره ای، تنفسی).
- آگاهی از روشهای پیشگیری در موارد شیوع (اپیدمی، پاندمی.....)
- گندزدایی و ضد عفونی کردن به وسیله انواع محلول ها یکی از ارکان کاهش عفونتهای بیمارستانیست

عفونت بیمارستانی :

عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماریزای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود، به شرطی که:

- ♣ حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.
- ♣ در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.
- ♣ معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد

دستورالعملهای کنترل عفونت موجود است و کادر نسبت به آنها آگاه هستند. (اصول تزریقات ایمن، نگهداری ویالها، برانولها، ست ها، سرمها و..)

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

- ۱- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزنند.
- ۲- به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد .
- ۳- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نشود

تزریقات غیر ایمن:

- * روش غلط تزریق
- * محل نامناسب تزریق
- * داروی ناصحیح
- * حلال غلط
- * دوز غلط دارو
- * دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سرسوزن استفاده شده (امحاء ناصحیح)

کلیات تزریقات ایمن

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز فرآورده های دارویی می باشد که در صورت عدم رعایت موازین توصیه شده خطرات سیاری را بر ارائه کنندگان - مصرف کنندگان و نیز جامعه اعمال می کند، ایمنی تزریقات با تکیه بر چهار محور بنیادی ذیل تأمین می گردد:

۱- کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی درمانی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده

۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی

۳- جمع آوری - نگهداری - انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده پر خطر

۴- تغییر رفتار و نگرش افراد جامعه و پزشکان نسبت به تجویز دارو به روش تزریقی

۱- کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی، درمانی

الف) کارکنان بهداشتی، درمانی باید در خصوص چگونگی پیشگیری از صدمات ناشی از وسایل مزبور و نیز اقدامات درمانی و پیشگیرانه اولیه به صورت مداوم آموزش ببینند

ب) تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان علیه هیپاتیت B برای همه کارکنان بهداشتی، درمانی که با توجه به نوع وظایفشان اقدامات پر خطر دارند، نظیر: واکسیناتورها، بخش های ویژه، اتاق عمل اورژانس، واحدهایی که انتقال خون انجام می دهند یا افرادی که روش های درمانی تهاجمی انجام می دهند یا در معرض تماس با خون، سرم و سایر ترشحات آلوده بیماران می باشند و نیز همه دانشجویان پزشکی، پرستاری و مامایی توصیه می شود.

۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده

الف) ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کند، نظیر **Safety box** و فورسپس جهت جدا کردن تیغ جراحی و... در دسترس کارکنان قرار گیرد.

ب) وسایل حفاظتی مناسب نظیر: دستکش، گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند پلاستیکی، ماسک، عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی، درمانی متناسب با وضعیت بیمار و روش های درمانی در دسترس باشد.

۳- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده

الف) توصیه می شود سر سوزن و سایر اشیا تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت، بیستوری، لانتست، اسکالپ وین، ویال های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن (**Safety box**) جمع آوری شود و به نحو مطلوب دفع گردد.

ب) ضروری است ظروف جمع آوری، مستحکم، غیر قابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشد.

ج) لازم است ظروف جمع آوری ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس کارکنان قرار داشته باشد.

د) استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی **Safety box** ها با مضمون «احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی» به منظور جلب توجه کارکنان درمانی الزامی است.

به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی، در صورتی که حداکثر ۳/۴ حجم ظروف مذکور پر شده باشد، ضروری است درب ظروف به نحو مناسبی بسته شده و دفع شوند

توجه: هرگز وبالهای خالی (به جز وبالهای شکسته)، پنبه الکل، گاز، باند، دستکش یا سایر ضایعات پلاستیکی را در **Safety box** نیندازید.

آشنایی و آموزش در زمینه اصول بهداشتی در نظافت، شستشو و گندزدایی محیط و شستشوی کلیه تجهیزات بخش

۱- نظافت بخش براساس برنامه تنظیمی بخش انجام شده است

۲- سطل های آشغال (به تفکیک عفونی و غیر عفونی) دارای درب و کیسه زباله است

- ۳- وسایل استریل موجود در بخش دارای برچسب مشخصات و تاریخ (طبق دستورالعمل) است
- ۴- تخت (، انکوباتور در صورت وجود) پس از ترخیص بیمار بطور کامل تمیزی می شود (، تشک ، سینی زیر بیمار، شیشه های اطراف و....)
- ۵- محفظه آب مقطر (نبولایزر، اکسیژن) باید روزانه یکبار باز شده و بطور کامل تمیزی شود در صورت عدم استفاده خشک باشد.
- ۶- نظافت دستگاه بخور (سرد و گرم) مطلوب است.
- ۷- رعایت بهداشت دست، مطابق دستورالعمل انجام می شود.
- ۸- وسایل نوک تیز و برنده در ظروف مقاوم جمع آوری می شود و بعد از پرشدن به میزان 3/4 ، تعویض می شود.
- ۹- زباله های بخش مطابق دستورالعمل تفکیک و جمع آوری می شود (زمان تعویض)
- ۱۰- رعایت اصول انواع ایزوله براساس نوع بیمار بستری در بخش، انجام می شود
- ۱۱- در صورت عدم استفاده از ساکشن، خشک نگهداری می شود.
- ۱۲- کلیه اتصالات مربوط به درناژ (Urine bag, N.G.Tube, ..) در سطحی پایین تر از محل درناژ قرار دارند و با زمین تماس ندارند.

تفکیک و جمع آوری، لباس ها و ملحفه ها با رعایت اصول ایمنی و مطابق موازین بهداشتی انجام میشود.!

- ۱- ملحفه ها و لباس بیماران عفونی توسط خدماتی بخش در کیسه های زرد رنگ قرار داده و کامل گره زده می شود و برپسب مشخصات شامل نام بخش و عفونی بودن بر روی آن چسبانده و داخل بین کثیف قرار داده می شود
- ۲- دریافت لباس ها و ملحفه های کثیف باید با حضور مسئول واحد رختشویخانه و خدمات بخش مربوطه انجام شود
- ۳- پرسنل خدمات جهت انتقال ملحفه و لباس بیماران از وسایل محافظتی مانند دستکش ، ماسک و در صورت لزوم عینک و .. استفاده می کنند.
- ۴- پرسنل خدماتی و رختشویخانه آموزشهای لازم در این خصوص را فرا میگیرند.
- ۵- ملافه و لباسهای عفونی و غیر عفونی تفکیک شده و جداگانه شسته می شوند.
- ۶- لباسها و ملحفه ها پس از شستشو و اتو کشی به اتاق تمیزی منتقل میشوند
- ۷- البسه هر بخش در داخل کمد مخصوص قرار میگیرند
- ۸- خدمات هر بخش لباسهای تمیزی را از قسمت (درب تحویل البسه تمیزی) تحویل میگیرند

آشنایی و آموزش در زمینه روش های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی (پسماند تیز و برنده با رعایت اصول و الزامات آن)

تفکیک :

- ✓ پسماندهای عفونی و پسماندهای شیمیایی بایستی در کیسه زباله مقاوم زرد رنگ جمع آوری و در مخزن زرد رنگ دارای علامت مخصوص ، قابل شستشو وضد عفونی ، نگهداری شوند (اعم از: ست های سرم ، کیسه های ادرار ، سوند ، کیسه های استوما.....).
- ✓ زباله های نوک تیز و برنده صرف نظر از اینکه آلودگی داشته یا نداشته باشد در جعبه یا محفظه مقاوم (S.B) مخصوص جمع آوری گردد. ظروف جمع آوری این اجسام باید ضد سوراخ شدن بوده و در پوش مناسب داشته باشد و جنس این ظروف به قدری سخت و نشسته ناپذیر باشد که نه فقط اجسام برنده و نوک تیز بلکه هر گونه بقایای آلودگی های موجود در سرنگ ها را در خود نگه دارد .
- ✓ پسماندهای پرتوزا و رادیو اکتیو ، برابر ضوابطی که به اتفاق وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و سازمان انرژی اتمی تهیه و اعلام خواهد شد زیر نظر مسئول فیزیکی بهداشت مدیریت خواهد شد .
- ✓ زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم مشکی رنگ جمع آوری و در مخزن آبی رنگ قابل شستشو وضد عفونی ، نگهداری شود

آموزش در خصوص اینکه: در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه وسط زرد رنگ وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود؟

- ⊙ Safety Box برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی (کیسه و وسط زرد رنگ) در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود.
- ⊙ در بخشهای ویژه بجز دیالیز و Safety Box ccu می تواند در یونیت هر بیمار بصورت ثابت و فیکس شده در محل مناسب مورد استفاده قرار گیرد .
- ⊙ در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ظروف مستحکم و ایمن برای پسماند تیز و برنده و پسماند عفونی کیسه وسط زرد وجود ندارد.
- ⊙ پسماندهای سیتوتوکسیک باید در ظروف محکم و غیر قابل نشسته نگهداری شوند.

کد بندی رنگی پسماند های تفکیک شده مشخص شده است و تمامی پسماندها برچسب گذاری می شوند				
ردیف	نوع پسماند	نوع ظرف	رنگ ظرف	برچسب
۱	عفونی	کیسه پلاستیکی مقاوم ۱	زرد	عفونی
۲	تیز و برنده	S . Box استاندارد	زرد با درب قرمز	تیز و برنده _ دارای خطر
۳	شیمیایی و دارویی	کیسه پلاستیکی ۳مقاوم	سفید یا قهوه ای	شیمیایی و دارویی
۴	پسماند عادی	کیسه پلاستیکی ۴مقاوم	سیاه	عادی

برچسب گذاری کیسه ها یا ظروف حاوی پسماند

© برچسب گذاری باید دارای ویژگیهای زیر باشد:

الف - هیچ کیسه محتوی پسماند نباید بدون داشتن برچسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود.

ب - کیسه ها یا ظروف حاوی پسماند باید برچسب گذاری شوند.

پ - برچسب ها با اندازه قابل خواندن باید بر روی ظرف یا کیسه چسبانده و یا به صورت چاپی درج شوند.

ت - برچسب در اثر تماس یا حمل، نباید به آسانی جدا یا پاک شود.

ث - برچسب باید از هر طرف قابل مشاهده باشد.

ج - نماد خطر مشخص کننده نوع پسماند باید بر روی برچسب درج گردد.

بر روی برچسب باید مشخصات زیر ذکر گردد: (نام، نشانی و شماره تماس تولیدکننده - نوع پسماند - تاریخ تولید و جمع آوری - تاریخ

تحويل - نوع ماده شیمیایی. تاریخ بی خطر سازی.)

آموزش در خصوص دستورالعمل نگهداری ست های پانسمان، پانسمان زخم، ضد عفونی وسایل و رعایت اصول صحیح بهداشتی آن

- ❖ توجه به تغییر رنگ نوار چسب مخصوص مشخصات بسته های استریل که نسبت به بخار آب حساس بوده و تغییر رنگ می دهد.
- ❖ بر چسب بر روی قسمت خارجی بسته چسبانده می شود.
- ❖ مشخصات وسیله مورد نظر ، تاریخ استریل ، شیفت ، بخش و نام پک کننده بر روی آن درج شود
- ❖ رفت و آمد به محل های نگهداری وسایل استریل بایستی محدود باشد.
- ❖ خیس شدن، باز شدن برچسب بسته ها و روی زمین افتادن وسایل استریل، باعث آلوده شدن و خارج شدن آنها از شرایط استریل می گردد.
- ❖ وسایل استریل نباید در مجاورت منابع آب، پنجره، درب، لوله روکار و ... نگهداری شوند و از آلودگی وسایلی که در قفسه فوقانی قرار گرفته اند بایستی اجتناب شود.
- ❖ کلیه بسته های استریل شده باید در داخل وسیله های چرخدار یا قفسه های ثابت قابل شستشو و گندزدایی نگهداری شوند.

تذکر : اطراف پارچه های بستن وسایل ، باید دوخته شده و سالم باشد

رعایت تاریخ سفتی باکس و امحای آن (۵ روز - ۳/۴ حجم) و تفکیک پسماند های عفونی ، غیر عفونی ، شیمیایی و نوک تیز با شیوه صحیح

جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده:

الف) توصیه می شود سر سوزن و سایر اشیا تیز و برنده مصرفی (آژیوکت، بیستوری، لانست، اسکالپ وین، ویال های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن (Safety box) جمع آوری شود و به نحو مطلوب دفع گردد.

ب) ضروری است ظروف جمع آوری، مستحکم، غیر قابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشد.

ج) لازم است ظروف جمع آوری ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس کارکنان قرار داشته باشد.

د) استفاده از برجسب هشداردهنده بر روی Safety box ها با مضمون «احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی» به منظور جلب توجه کارکنان درمانی الزامی است.

به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی، در صورتی که حداکثر ۵ روز و یا ۳/۴ حجم ظروف مذکور پر باشد، ضروری است درب ظروف به نحو مناسبی بسته و دفع شوند.

برای اطمینان از حمل و نقل ایمن Safety Box :

- ۱- حمل و تکان دادن آن را به حداقل برسانید، هرگز به آن فشار وارد نکنید، روی آن ننشینید یا نایستید.
- ۲- مراقبت از آنها را به هنگام حمل و نقل تا محل دفع افزایش دهید.
- ۳- آنها را در مکان خشک و ایمن دور از دسترس کودکان قرار دهید.
- ۴- فردی که مسؤول جمع آوری و حمل و نقل سفتی باکس ها است آموزش های لازم را گذرانده باشد.

جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز:

۱- سرنگ و سرسوزن های مصرف شده را همیشه در Safety box قرار دهید.

۲- برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سوزن در دست هرگز بعد از واکسیناسیون، به سر سوزن دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سر سوزن اجتناب کنید.

۳- سرنگ و سرسوزن را بلافاصله بعد از استفاده در Safety box بیندازید.

۴- بیش از ۳/۴ حجم Safety box را پر نکنید.

۵- درب Safety box های پر شده را قبل از حمل برای دفع ببندید.

۶- Safety box های پر شده را در یک مکان مطمئن و خشک دور از دسترس کودکان و مردم نگهداری کنید تا مطابق دستورالعمل های موجود دفع شوند.

۷- برای اجتناب از ایجاد صدمه در اثر سر سوزن هرگز Safety box پر شده را در دست نگیرید، تکان ندهید، فشار ندهید یا روی آن ننشینید یا نایستید.

۸- Safety box پر را دوباره باز نکنید، خالی نکنید یا مورد استفاده مجدد قرار ندهید.

توجه: هرگز ویالهای خالی (به جز ویالهای شکسته)، پنبه الکل، گاز، باند، دستکش یا سایر ضایعات پلاستیکی را در Safety box نیندازید.

آموزش اصول موازین رعایت بهداشت دست (قبل و بعد از تماس بیمار، قبل و بعد از کارتهاجمی و تماس با ترشحات، بعد از تماس با محیط بیمار)

✓ بهداشت دست، روند حذف فیزیکی آلودگی (چرک)، خون، مایعات بدنی و میکروارگانیسم های گذرا از روی دست (شستن دست) یا نابودی میکروارگانیسم ها (ضدعفونی کردن) است. این روش اساساً پاتوژن های بالقوه را روی دست کاهش می دهد.

✓ **توجه:** در هنگام گرفتن علایم حیاتی و فشارخون، تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار، لباس پوشاندن به بیمار، انتقال بیمار، هرگونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشخون، مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات، پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد.

✓ با رعایت اصول بهداشت دست در بیمارستانها تا ۸۰ درصد از آمار عفونتهای بیمارستانی کاسته می شود.

✓ بصورت عملی در هنگام پایش از پرسنل درمانی در تمامی سطوح هند راپ و هند واشینگ انجام و روش صحیح بهداشت دست ارزیابی گردد.

اصول عمومی بهداشت دست

در صورت کثیفی آشکار دستها، آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانسیم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلستریدیوم دیفیسیل دستها را با آب و صابون بشویید.

برای ضد عفونی معمول دستها در تمامی دیگر ارائه خدمات بالینی به شرح ذیل مالش دستها با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی توصیه می شود:

- قبل و بعد تماس مستقیم بیمار.
- بعد از در آوردن دستکش استریل و غیر استریل.
- قبل از دست زدن به یا هرگونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی برای بیمار (صرف نظر از پوشیدن دستکش).
- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده یا پانسمان زخم بیمار.
- در صورت احتمال تماس دست با نواحی تمیز بدن بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن در حین مراقبت از یک بیمار.
- بعد از تماس با اشیاء و سطوح بی جان محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشمول بر تجهیزات پزشکی).
- قبل از آماده سازی دارو و غذای بیمار، بهداشت دست به روش شستشو با آب و صابون ساده یا آنتی میکروبیال یا مالش توصیه می شود.
- برای رعایت بهداشت دست به طور هم زمان از محلول های مالش دست با پایه الکلی و صابون استفاده نکنید.

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف- روش Hand rub:

به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت **Hand rub** مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و طبق پوستر آموزشی نصب شده کنار روشویی ها تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید. مدت زمان کل فرایند ۷۰ تا ۳۰ ثانیه است.

ب - روش صحیح شستن دست با آب و صابون (هند واشینگ):

در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید. ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند. با استفاده از حرکات چرخشی طبق پوستر آموزشی نصب شده کنار روشویی ها کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید. دستها را کاملاً آبکشی نمائید. با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید. با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید.

مدت زمان کل فرایند ۴۰ تا ۱۰ ثانیه است.

1 قبل از تماس با بیمار	چه وقت؟ قبل از تماس با بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن ، کمک به بیمار برای حرکت ، معاینه بالینی
2 قبل از اقدام به کار آستیک	چه وقت؟ قبل از اقدام به کار آستیک دست هایتان را تمیز کنید. مثال: مراقب دهان و دندان ، آسپراسیون ترشحات تنفسی ، پانسمان زخم گذاشتن کانتور ، آماده کردن غذا دادن دارو
3 بعد از تماس با مایعات بدن بیمار	چه وقت؟ بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار و بعد از در آوردن دستکش دست هایتان را تمیز کنید. مثال: مراقبت دهان و دندان ، آسپراسیون ترشحات تنفسی ، خون گیری و کار با نمونه های خونی ، آزمایش و جابجایی نمونه های ادرار و مدفوع ، جابجایی مواد زاید
4 بعد از تماس با بیمار	چه وقت؟ پس از لمس بیمار یا محیط اطراف بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن ، کمک به بیمار برای حرکت معاینه بالینی.
5 بعد از تماس با محیط اطراف بیمار	چه وقت؟ بعد از تماس با هریک از وسایل اطراف بیمار حتی بدون تماس با خود بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: تعویض ملحفه تخت ، تنظیم سرعت تزریق وریدی.



۱۰- مهارت های رفتاری و مهارت های ارتباطی

آموزش در زمینه:

۱- روش اجرایی حفظ محرمانگی

حفظ محرمانگی) در تابلوی بالای سر تخت بیمار به دو دلیل نام و نام خانوادگی بیمار نوشته نمی شود:

- I. با توجه به این مهم که شناسایی بیمار حتما باید به روش فعال صورت پذیرد (سؤال کردن از بیمار/تطبیق مشخصات با دستبند شناسایی) لذا استفاده از تابلوی بالای سر بیمار جز به مخاطره افکندن ایمنی بیمار نتیجه ای نخواهد داشت.
- II. به منظور حفظ اصل محرمانه بودن اطلاعات مربوط به بیمار، ثبت نام و نام خانوادگی بیمار و تشخیص بیماری نباید در تابلوی بالای سر بیمار انجام پذیرد.
- III. در استاندارد خارجی این نکته اشاره شده که اگر بیمار دوست دارد با اسم خاصی مخاطب قرار گیرد این اسم خاص (Nickname) را می توان در تابلوی بالای سر بیمار نوشت.
- IV. ثبت نام و نام خانوادگی بیمار بر روی برگ علایم حیاتی/جذب و دفع و الصاق به چارت کنار تخت بیمار معنی ندارد اما باید از یک برگه که می تواند حاوی مشخصات بیمارستان باشد باید به عنوان صفحه اول/کاور استفاده شود.
- V. ثبت نام و نام خانوادگی بیمار بر روی چارت فلزی حاوی اوراق پرونده بیمار معنی ندارد.
- VI. نوشتن نام بیماران به همراه نام پزشک معالج بر روی یک تابلو که به منظور تسهیل ویزیت بیماران صورت می پذیرد و قرار دادن آن در منطقه ای که فقط کارکنان به آن دسترسی دارند مانند اتاق کار، معنی ندارد ولی این تابلو نباید در مکان های عمومی مانند راهرو بخش نصب شود.
- VII. در تابلو مشخصات بالای سر بیمار نام پزشک و پرستار مربوطه نوشته می شود.

۲- رعایت شئون اسلامی، آراستگی ظاهر، استفاده از یونیفرم استاندارد و اتیکت شناسایی عکس دار: آراستگی ظاهر هر یک از نیروهای بکارگیری شده نشانه ای از شخصیت فرد شاغل می باشد. لذا فرد باید شرایط بهداشت شخصی و آراستگی ظاهری و حجاب و شئون اسلامی، اخلاقی و مقررات را در محل کار و در حین کاررا کاملاً رعایت نماید، یونیفرم (مطابق دستورالعمل) را در وضعیت مناسب و تمیز بپوشد.

۳- رضایتمندی بیماران و آگاهی پرسنل از مفاد منشور حقوق بیمار و تکریم ارباب رجوع:

آموزش و ارزیابی میزان (رضایتمندی) بیماران از خدمات درمانی و پرستار را بطریق زیر می سنجند:

- ۱- حفظ حریم خصوصی و پوشش بیمار رعایت شده است
- ۲- بیمار در زمان بستری راهنمایی های لازمه را دریافت کرده است
- ۳- بیمار پزشک و پرستار خود را می شناسد
- ۴- بیمار از حضور بموقع پزشک راضی می باشد
- ۵- دستورات دارویی بیمار در زمان مناسب داده شده است
- ۶- نحوه برخورد کارکنان با بیمار رضایت بخش بوده است
- ۷- برای انجام فرایض دینی امکانات لازمه مهیا شده است
- ۸- بیمار از کیفیت غذای بیمارستان راضی می باشد
- ۹- بیمار از نظافت و بهداشت اتاق راضی می باشد
- ۱۰- به شکایات بیمار در اسرع وقت رسیدگی می شود

۴- آموزش مهارت های ارتباطی به منظور تامین مراقبت جامع از بیمار در هر نوبت کاری در چار چوب شرح وظایف مصوب بصورت:

- معرفی خود به بیمار
- ثبت نام پرستار مسئول مراقبت از بیمار در پرونده و تابلوی مشخصات بالای سر بیمار
- پاسخگویی به موقع به نیازهای مراقبتی بیمار
- بررسی وضعیت بیمار، تدوین و اجرای برنامه مراقبت پرستاری بر اساس فرایند پرستاری
- تعامل با پزشک معالج و اعضاء تیم درمان به منظور هماهنگی و پیگیری اقدامات تشخیصی، درمانی و ...
- ارائه آموزش خود مراقبتی به بیمار در طول دوران بستری و هنگام خروج از بخش
- تدوین برنامه ترخیص بیمار به هنگام ترخیص بیمار از بیمارستان
- ثبت تمام اقدامات پرستاری مطابق شرح وظایف مصوب پرستاری

ابلاغ حداقل مهارت های عمومی و ارتباطی کارکنان جدید الورد (پرستار، ماما، اتاق عمل و بیهوشی)

ردیف	عنوان مهارت	نحوه آموزش
۱	آشنایی با مقررات عمومی و جاری بخش	چهره به چهره و بصورت شفاهی/عملی
۲	آشنایی با اصول ایمنی (بیمار محوری و ایمنی بیمار)	چهره به چهره و با همکاری کارشناس ایمنی
۳	آشنایی با نحوه کار با دستگاه پزشکی (ساکشن ، ECG دیسی شوک و..)	چهره به چهره و آموزش بالینی و عملی و همکاری مهندس تجهیزات پزشکی
۴	احیای قلبی و ریوی	چهره به چهره و با همکاری سوپروایزر آموزشی
۵	نحوه پذیرش (ادمیت بیمار)، تحویل مددجو از (سایر بخشها) ، ترخیص و اعزام بیمار	چهره به چهره و با همکاری سوپروایزر بالینی
۶	مهارت در ارزیابی و تشخیص پرستاری ثبت و گزارش نویسی ، دستورات تلفنی پزشک، آموزش به بیمار	چهره به چهره و آموزش بالینی و عملی و با همکاری سوپروایزر آموزشی و بالینی
۷	تزیق خون و فرآورده های خونی (آگاهی هموویژلانس)	چهره به چهره و آموزش بالینی و عملی
۸	اقدامات پرستاری و ثبت صحیح اقدامات در گزارش پرستاری	چهره به چهره و آموزش بالینی و عملی
۹	کنترل عفونت و بهداشت محیط	چهره به چهره و همکاری با کارشناس بهداشت و سوپروایزر کنترل عفونت
۱۰	مهارت های رفتاری و مهارت های ارتباطی	چهره به چهره و آموزش بالینی و عملی

مهارت های عمومی

رفتاری و

دستورالعمل فرآیند آموزش و ارزیابی :

- ۱- حداقل مهارتهای عمومی و ارتباطی جدید الورد در ۱۰ حیطه تعریف شده و حداکثر امتیاز هر حیطه ۱۰ نمره معادل ۱۰ درصد می باشد.
- ۲- زمان آموزش توسط سرپرستار/کارشناس خبره بمدت ۷ تا ۱۴ روز بوده و با توجه به توانایی فراگیر ارزیابی آموزش برابر چک لیست از هفته دوم حضور فرد در بخش انجام می گیرد.
- ۳- چک لیست بر اساس نمره عددی و بصورت (۰ = خیر) ۱ تا حدودی) ۲ = بلی) تکمیل میگردد
- ۴- تعیین صلاحیت فرد با کسب نمره عالی تایید می گردد .
- ۵- در صورت عدم کسب نمره کمتر از دو سوم کل ، برنامه ریزی در جهت آموزش و ارزیابی مجدد فراگیر انجام می گیرد.
- ۶- تمامی مستندات فرآیند آموزش در پرونده آموزشی فراگیر در بخش بایگانی و مستند می گردد.
- ۷- بعد از ارزیابی مهارت های (ارتباطی و عمومی) فراگیر به همین صورت آموزش و ارزیابی مهارت های تخصصی جدیدالورد سنجیده و مستند می گردد.
- ۸- پس از دو دوره ۱۴ روزه در صورت عدم کسب نمره حد نصاب (دو سوم کل نمره) به مدیر دفتر پرستاری معرفی گردد.

سطح مهارت ارتباطی و عملی	درصد کل کسب شده	نتیجه ارزیابی با توجه به نمره کسب شده
عالی	۷۶ تا ۱۰۰٪	تایید صلاحیت و بکارگیری دربخش
خوب	۵۱ تا ۷۰٪	عدم تایید صلاحیت و نیاز به آموزش و ارزیابی مجدد
متوسط	۲۶ تا ۵۰٪	عدم تایید صلاحیت و نیاز به آموزش و ارزیابی مجدد
ضعیف	۰ تا ۲۰٪	عدم تایید صلاحیت و نیاز به آموزش و ارزیابی مجدد

نام و امضاء پرستار جدیدالورد :

نام و امضاء کارشناس خبره بخش

تأیید سوپروایزر آموزشی

نام و امضاء مسئول بخش:

رده شغلی:		نام و نام خانوادگی پرسنل:		وضعیت استخدامی:		
بخش:		نام مسئول بخش:		تاریخ ورود به بیمارستان:		
چک لیست حداقل های آموزش مهارت های عمومی و ارتباطی جدیدالورود						
ردیف	عنوان مهارت	اقدامات			طیف	
		۰	۱	۲	در صورت نیاز به آموزش	
۱	آشنایی با مقررات عمومی و جاری بخش	نحوه استفاده از کامپیوتر و ورود به سامانه ساتک و HIS				
		مقررات بخش و آشنایی با نحوه شیفت (ساعت ورود و خروج)				
		آشنا سازی با کلیات اعتباربخشی و ارزیابی آن/نقش در بحران				
		آشنایی با توالی احیاء اطلاع از نحوه استفاده از داروها، چینش آنها، کنترل تاریخ انقضا ، وچک دفتر توالی برابر چک لیست				
		آگاهی از ممنوعیت استفاده از تلفن همراه ، منشور حقوق بیمار				
نمره کسب شده : مقررات عمومی و جاری بخش						
۲	بیمار محوری و ایمنی بیمار	آگاهی پرسنل در خصوص راه حل های ۹ گانه ایمنی بیمار				
		آگاهی از نحوه شناسایی داروها برخطر و نگهداری داروهای با (شکل، نام و تلفظ مشابه)، مقادیر بحرانی آزمایشگاه				
		آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیمار با حداقل دو شناسه (نام و نام خانوادگی و نام پدر)				
		آگاهی از گرفتن رضایت آگاهانه در پروسجرهای تهاجمی بخش نحوه گزارش دهی خطاهای پزشکی، شناسایی شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار و ثبت در گزارش پرستاری				
		آگاهی کارکنان از اصول صحیح دارو دهی و دارو دهی با رعایت 7 Rights				
نمره کسب شده : آشنایی با توالی احیاء						
۳	آشنایی با نحوه کار با دستگاه (ساکشن ، ECG دیسی شوک و..)	آشنایی با نحوه چک کردن دستگاهها در هر شیفت				
		آشنایی با نحوه کار با دستگاه ساکشن				
		آشنایی با نحوه کار با دستگاه ECG				
		آشنایی با نحوه کار با دستگاه دیسی شوک				
		آشنایی با نحوه کار با دستگاه..... ،				
نمره کسب شده : آشنایی با نحوه کار با دستگاه ساکشن ، دیسی شوک ECG						
۴	احیای قلبی و ریوی	ارزیابی سریع مددجو و تشخیص نیاز به احیاء				
		تسلط بر داروها و تجهیزات موجود در توالی				
		تسلط عملی بر انجام عملیات احیاء شامل ماساژ قلبی ، باز بودن راه هوایی و ونتیلاتور و....				
		آشنایی با کدهای احیا و سرعت عمل در عملیات احیاء و....				
		آگاهی از مراقبت و کنترل لازم از مددجو پس از احیایی موفق				
نمره کسب شده : احیای قلبی و ریوی						

			سرعت عمل در پذیرش و ادمیت بیمار، مهارت در شناسایی فعال بیمار با دو شناسه	نحوه پذیرش (ادمیت بیمار) تحویل مددجو از (سایر بخشها) ترخیص و اعزام بیمار	۵
			آموزش به بیمار در بدو ورود و همراه در خصوص آموزشهای بدو ورود و حین بستری و آموزش حین ترخیص و ثبت در گزارش پرستاری		
			آگاهی از اصول و فرایند ترخیص و اعزام بیمار و اقدام به تسویه حساب پس از وارد کردن اقدامات در HIS		
			آگاهی از دستورالعمل ترک بیمار با رضایت شخصی		
			اجرای دستورات قبل از ترخیص و یا اعزام و ثبت در گزارش پرستاری		
			نمره کسب شده: نحوه پذیرش (ادمیت بیمار)، تحویل مددجو، ترخیص و اعزام		
			آگاهی و آشنایی با ارزیابی صحیح بیمار و شناسایی بیماران اورژانسی و در معرض خطر	مهارت در ارزیابی و تشخیص پرستاری ثبت و گزارش نویسی دستور تلفنی پزشک، آموزش به بیمار	۶
			تشخیص پرستاری براساس ارزیابی و اجرایی طرح مراقبتی ثبت نتایج اقدامات در گزارش پرستاری		
			آگاهی و آموزش اصول گزارش نویسی بر اساس گایدلاین مربوطه		
			آگاهی از دستورالعمل گزارش نویسی دستورات تلفنی پزشک با امضاء دو پرستار		
			آگاهی از نحوه آموزش به بیمار، تکمیل فرم، و ثبت آموزش در گزارش پرستاری		
			نمره: ارزیابی و تشخیص پرستاری گزارش نویسی، دستورات تلفنی، آموزش به بیمار		
			اهمیت شناسایی فعال بیمار با دو شناسه قبل از تزریق خون	آموزش و آگاهی تزریق خون و فرآورده خونی هموویژلانس	۷
			آگاهی از اصول هموویژلانس و اهمیت بهداشت دست قبل از تزریق و استفاده از ست فیلتر دار مخصوص تزریق خون		
			آگاهی از مراقبتهای (قبل، حین و بعد از تزریق)، شناخت عوارض خون و قطع جریان خون در صورت عوارض و اطلاع بلافاصله به پزشک و گزارش آن در فرم مربوطه		
			آگاهی از موارد کنترل خون قبل از تزریق و تطابق شماره کیسه خون با درخواست خون، کنترل کیسه خون از نظر تاریخ، عدم لخته و ...		
			اهمیت ثبت گزارشات در پرونده بیمار براساس مشاهدات و اقدامات		
			نمره کسب شده: تزریق خون و فرآورده های خونی (آگاهی هموویژلانس)		
			آگاهی از پروسجرهای مانند: ساکش کردن سونداز، IVLin، تزریقات و دارو دادن، سرم تراپی، ثبت و چارت علائم حیاتی	اقدامات پرستاری و ثبت صحیح اقدامات در گزارش پرستاری	۸
			آگاهی از کنترل جذب و دفع، مهارت کافی در کنترل و ثبت جذب و دفع، شناخت علائم الیگوری		
			آگاهی از اصول خون گیری، تهیه نمونه های آزمایشگاهی، تعیین هویت بیمار و رعایت اصول ایمنی در گرفتن نمونه و برجسپ گذاری		
			آگاهی از دستورالعمل های مشاوره، پیگیری، ثبت در گزارش و چک و اجرای دستورات مشاوره با نظر پزشک معالج		
			ثبت صحیح تمامی اقدامات پرستاری در گزارش پرستاری		

نمره کسب شده : اقدامات پرستاری و ثبت صحیح اقدامات در گزارش پرستاری			
۹	کنترل عفونت و بهداشت محیط	آگاهی از دستورالعمل های کنترل عفونت و تعریف عفونت بیمارستانی ، اصول ایزولاسیون و احتیاط های استاندارد	
		آگاهی از دستورالعمل بهداشت دست طبق ۵ اندیکاسیون و پذیرش بهداشت دست	
		اطلاع از جدول زمانی استفاده از تجهیزات مصرفی مثل : آنژیوکت ، ست سرم ، میکروست و.....	
		آگاهی از تفکیک پسماندهای عفونی و غیر عفونی ، تزریقات ایمن و اطلاع مورد مواجهه شغلی به پرستار کنترل عفونت	
		آگاهی در خصوص زباله های تیز و برنده در سفتی باکس ، آشنایی کامل از حفاظهای فردی و زمان کاربرد آن	
نمره کسب شده : کنترل عفونت و بهداشت محیط			
۱۰	مهارت های رفتاری و مهارت های ارتباطی	برقراری ارتباط موثر و اطمینان بخش پرستار با بیمار/بستگان قانونی	
		رعایت ادب و احترام و مهربانی و معرفی خود به بیماران با روی گشاده	
		رازداری و جلب اعتماد مددجو و رعایت طرح انطباق در ارائه خدمات ، حفظ محرمانگی اطلاعات بیمار	
		رعایت اصول شرعی مطابق دین و مذهب بیمار ، استفاده از مهارت های کلامی و غیر کلامی در برقراری ارتباط با مددجو	
		ارتباط موثر با کارکنان و رعایت سلسه مراتب ، و اختصاص وقت کافی جهت پاسخگویی به پرسش بیماران و همراهان مددجو	
نمره کسب شده : مهارت های رفتاری و مهارت های ارتباطی			
جمع کل نمره کسب شده:		= درصد کل کسب شده :	



در صورت نیاز به آزمون مجدد

آموزش و ارزیابی مجدد

شيوه آموزش	زمان آموزش	مورد آموزش
احراز صلاحیت نهایی و بکارگیری در بخش		
در تاریخ / / طبق لیست بالا آموزش داده شد و ارزیابی مجدد گردید بنابراین آقا / خانم		
با سمت در بخش می تواند بکارگیری شود.		
سوپروایزر آموزشی مهر و امضاء		سرپرستار/ کارشناس خبره بخش مهر و امضاء

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع)

راهنمایی تکمیل فرم فرآیند:

فرم فرآیند بعد از تکمیل تحویل دفتر پرستاری می گردد در پوشه نیروهای جدیدالورود بایگانی می شود

نکته: (تصویر فرم فرآیند به سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش جهت الصاق به پرونده آموزشی پرسنل تحویل می گردد)

پرسنل جدیدالورود پس از معرفی از نیروی انسانی دانشگاه و دستور ریاست بیمارستان مبنی بر شروع به کار در بیمارستان باید توسط

کارگزینی به دفتر پرستاری بیمارستان معرفی شوند.

۱- پرسنل جدیدالورود به دفتر پرستاری مراجعه می نمایند.

➤ مصاحبه حضوری (شفاهی) توسط مدیر پرستاری

➤ معرفی سایت ساتک به جهت آشنایی با قوانین و مقررات کلی بیمارستان

➤ تعیین بخش توسط مدیر پرستاری

۲- معرفی فرد به واحد حراست و تکمیل پرونده و تحویل مدارک (قبل از مراجعه به بخش باید مرحله دوم تکمیل و برگه فرآیند به امضاء مدیر

حراست رسیده باشد)

۳- پرسنل پس از ورود به بخش:

➤ توسط سرپرستار تاریخ شروع بکار و وضعیت شیفت پرسنل جدید از طریق اتوماسیون به مترون اعلام می شود.

➤ به مدت ده روز در برنامه کاری بصورت محدود جهت کسب آموزش و آشنایی با بخش بکارگیری می شود.

➤ حداقل مهارتهای (ارتباطی-عمومی-اختصاصی بخش) به پرسنل جدیدالورود توسط سرپرستار آموزش داده می شود.

➤ ارزیابی مهارتهای (ارتباطی-عمومی، اختصاصی بخش) بر اساس چک لیست توسط سرپرستار و کارشناس خبره انجام می گیرد

➤ پس از انجام ارزیابی توسط سرپرستار و کارشناس خبره:

➤ بکارگیری نیروی جدیدالورود پرستاری در بخش بعد از احراز صلاحیت نهایی و اعلام به دفتر پرستاری

(نکته: در صورت عدم احراز از مواردی از مهارتهای مورد نیاز معرفی به سوپروایزر آموزشی، جهت اجرایی برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی)

مراحل ۴ و ۵ و ۶ و ۷- همزمان با مرحله ۳ میتواند انجام گیرد.

۸- بعد از حداکثر یک ماه معرفی به سوپروایزر آموزشی برای بررسی و ارزیابی آزمون های بدو ورود و تایید نهایی توسط سوپروایزر

آموزشی

۹- تایید نهایی و احراز صلاحیت حرفه ای نیروی فوق توسط مدیر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) و بکارگیری در بخش

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

فلوچارت و فرآیند بکارگیری نیروی جدید ورود به بیمارستان



فرآیند بکارگیری و آموزش توجهی پرسنل جدیدالورود بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

<p style="text-align: center;">۱- مراجعه به مدیریت خدمات پرستاری</p> <p>مصاحبه حضوری (شفاهی) توسط مدیر پرستاری جهت تعیین بخش معرفی سایت ساتک جهت آشنایی با قوانین و مقررات بیمارستان آدرس ساتک: اینترنتی: ۱۰,۲۴۹,۳۴,۱۵۴:۸۰۰ داخل بیمارستان ۱۹۲,۱۶۸,۱۵۳ تحویل یک قطعه عکس ۳×۴ جهت اتیکت پرستلی</p> <p>نام بخش: نام و نام خانوادگی: ارشد / کارشناس / کاردان رشته: وضعیت خدمت: شیفت: تاریخ و امضاء مترون:</p>	<p style="text-align: center;">۲- مراجعه به دفتر حراست مرکز</p> <p>تشکیل پرونده پرستلی و تحویل مدارک:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> کپی تمام صفحات شناسنامه خود/همسر <input type="checkbox"/> کپی کارت ملی <input type="checkbox"/> عکس ۳×۴ جدید پرستلی سه قطعه <input type="checkbox"/> تصویر مدرک تحصیلی معرفینامه طرح <input type="checkbox"/> تصویر گذرنامه <p style="text-align: center;">امضاء مسئول حراست مرکز</p>	<p style="text-align: center;">۳- بخش (سرپرستان)</p> <p>انجام اعلام شروع بکار و وضعیت شیفت به دفتر پرستاری از طریق اتوماسیون به شماره فرآیند: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> آموزش بر اساس شرح وظایف و قوانین بیمارستان ، آشنایی با اعتبار بخشی <input type="checkbox"/> تشکیل پرونده آموزشی پرستلی <input type="checkbox"/> بکارگیری بصورت محدود در برنامه کاری <p><input type="checkbox"/> آموزش بر اساس شرح وظایف و قوانین بیمارستان توسط سرپرستار / کارشناس خبره (۱۰ تا ۱۴ روز):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> آموزش و ارزیابی مهارت های عمومی بر اساس چک لیست (مستندات پایگانی پرونده بخش) <input type="checkbox"/> آموزش و ارزیابی مهارت های ارتباطی بر اساس چک لیست (مستندات پایگانی پرونده بخش) <input type="checkbox"/> آموزش و ارزیابی مهارت های تخصصی بخش بر اساس چک لیست (مستندات پایگانی پرونده بخش) <p>تایید صلاحیت حرفه ای شروع بکار کامل نیروی جدیدالورود</p> <p style="text-align: center;">امضاء سرپرستار</p>
<p style="text-align: center;">۴- امور اداری</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> تکمیل فرمهای اداری و تحویل مدارک پرستلی <input type="checkbox"/> ثبت اثر انگشت جهت تایمکس <p style="text-align: center;">امضاء مسئول کارگزینی</p>	<p style="text-align: center;">۵- واحد حسابداری</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ارائه شماره حساب: <input type="checkbox"/> تعیین وضعیت بیمه شافل: شماره بیمه <p style="text-align: center;">امضاء مسئول حسابداری</p>	<p style="text-align: center;">۶- واحد IT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ثبت دسترسی به HIS <input type="checkbox"/> آموزش اولیه HIS <p style="text-align: center;">امضاء مسئول واحد IT</p>
<p style="text-align: center;">۷- سوپروایزر کنترل عفونت</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> تشکیل پرونده بهداشتی <input type="checkbox"/> انجام و بررسی تیت AB و HBS <input type="checkbox"/> آموزش ، تاکید بر رعایت و انجام بهداشت دست و مباحث بهداشت حرفه ای و ... <p style="text-align: center;">امضاء سوپروایزر کنترل عفونت</p>	<p style="text-align: center;">۸- تایید نهایی سوپروایزر آموزشی</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ارزیابی نهایی بر اساس آموزشهای انجام شده در بخش (کتابچه جدیدالورود ، فایل های اعتباربخشی، کتابچه مقررات داخلی در حوزه اداری و مالی ، کتاب طبقه بندی مشاغل) <input type="checkbox"/> بعد از تکمیل برگه فرآیند مراحل توسط سوپروایزر آموزشی بررسی و صلاحیت حرفه ای نیروی فوق را تایید می نماید <p style="text-align: center;">تایید نهایی و احراز صلاحیت حرفه ای نیروی فوق توسط مدیر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) بیجار</p> <p style="text-align: center;">امضاء مترون:</p>	

کارشناس خبره بخش: با معیارهای تعیین شده شناسایی و پس از تایید مدیر پرستاری در ارزیابی صلاحیت کارکنان جدید مشارکت مینماید.

کارکنان جدیدالورود: صرفاً تازه استخدام نیستند و تمامی پرستاران انتقالی از سایر بخشها نیز بایستی قبل از بکارگیری احراز صلاحیت بشوند.

فرآیند بکارگیری نیروی جدید ورود (انتقال بین بخشی)

راهنمایی تکمیل فرم فرآیند انتقال بین بخشی :

فرم فرآیند بعد از تکمیل تحویل دفتر پرستاری می گردد در پوشه نیروی های جدیدالورود بایگانی میشود

نکته : تصویر فرم فرآیند باید به سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش جهت الصاق به پرونده آموزشی پرسنل تحویل میشود.

سرپرستار / کارشناس خبره (بخش مبداء) بایستی پرونده آموزشی پرسنل را تحویل سرپرستار / کارشناس خبره (بخش مقصد) نماید.

مراحل:

۱- در صورت تصمیم متخذه توسط مترون مبنی بر انتقال پرسنل به بخش دیگر ، به سرپرستار بخش مبداء و مقصد اطلاع داده میشود

➤ تعیین بخش و معرفی پرسنل به بخش جدید

➤ سرپرستار / کارشناس خبره (بخش مبداء) بایستی پرونده آموزشی پرسنل را تحویل سرپرستار / کارشناس خبره (بخش مقصد) نماید .

۲- پرسنل پس از ورود به بخش :

➤ توسط سرپرستار تاریخ شروع بکار و وضعیت شیفت پرسنل جدید از طریق اتوماسیون به مترون اعلام می شود.

➤ به مدت ده روز در برنامه کاری بصورت محدود جهت کسب آموزش و آشنایی با بخش بکارگیری میشود .

➤ در صورت لزوم و عدم دریافت آموزش در زمینه حداقل مهارتهای (ارتباطی . عمومی) به پرسنل توسط سرپرستار / کارشناس خبره آموزش داده می شود .

➤ حداقل مهارتهای اختصاصی بخش (به پرسنل جدیدالورود توسط سرپرستار آموزش داده می شود

➤ ارزیابی مهارتهای (ارتباطی . عمومی . اختصاصی بخش) بر اساس چک لیست توسط سرپرستار و کارشناس خبره بخش انجام می گیرد و مستندات ضمیمه پرونده می گردد.

➤ پس از انجام ارزیابی توسط سرپرستار و کارشناس خبره :

➤ بکارگیری نیروی جدیدالورود پرستاری در بخش بعد از احراز صلاحیت نهایی و اعلام به دفتر پرستاری

(نکته : در صورت عدم احراز مواردی از مهارتهای مورد نیاز معرفی به سوپروایزر آموزشی ، جهت اجرایی برنامه آموزشی ، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی)

۳- توسط سوپروایزر کنترل عفونت پرونده بهداشتی پرسنل کنترل و ارزیابی و آموزشهای لازم داده میشود.

۴- بعد از حداکثر یک ماه معرفی به سوپروایزر آموزشی برای بررسی و ارزیابی آموزشهای انجام شده در بخش و تایید نهایی توسط سوپروایزر آموزشی

۵- تایید نهایی و احراز صلاحیت حرفه ای نیروی فوق توسط مدیر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) و بکارگیری در بخش

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

فلوچارت و فرآیند بکارگیری نیروی جدید ورود (انتقال بین بخشی)



فرآیند بکارگیری و آموزش توجیهی پرسنل جدید (انتقال بین بخشی) بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

۲- بخش (سرپرستان)	۱- مراجعه به مدیریت خدمات پرستاری
<p>انجام اعلام شروع بکار و وضعیت شیفیت به دفتر پرستاری از طریق اتوماسیون به شماره فرآیند:</p> <p><input type="checkbox"/> آموزش بر اساس شرح وظایف و قوانین بیمارستان - آشنایی با اعتبار بخشی</p> <p><input type="checkbox"/> تحویل پرونده آموزشی پرسنلی (بخش قبلی) و الصاق به پرونده جدید</p> <p><input type="checkbox"/> بکارگیری بصورت محدود در برنامه کاری</p> <p><input type="checkbox"/> آموزش بر اساس شرح وظایف و قوانین بخش توسط سرپرستار / کارشناس خبره (۱۴ تا ۱۶ روز):</p> <p>در صورت لزوم آموزش و ارزیابی مهارت های عمومی بر اساس چک لیست (مستندات بایگانی پرونده بخش)</p> <p>در صورت لزوم آموزش و ارزیابی مهارت های ارتباطی بر اساس چک لیست (مستندات بایگانی پرونده بخش)</p> <p>آموزش و ارزیابی مهارت های تخصصی بخش بر اساس چک لیست (مستندات بایگانی پرونده بخش)</p> <p>تایید صلاحیت حرفه ای شروع بکار کامل نیروی فوق <input type="checkbox"/></p>	<p>نام بخش جدید:</p> <p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>ارشد / کارشناس / کاردان رشته:</p> <p>وضعیت خدمت:</p> <p>شیفت:</p> <p>تاریخ و امضاء مترون:</p>
امضاء سرپرستار	
HIS-۲ واحد	
<input type="checkbox"/> ثبت دسترسی بخش جدید به HIS	
امضا مسئول واحد HIS	
۵- تایید نهایی سوپروایزر آموزشی	۴- سوپروایزر کنترل عفونت
<p><input type="checkbox"/> ارزیابی نهایی بر اساس آموزشهای انجام شده در بخش جدید</p> <p><input type="checkbox"/> بعد از تکمیل برگه فرآیند مراحل توسط سوپروایزر آموزشی بررسی و صلاحیت حرفه ای نیروی فوق را تایید می نماید</p>	<p><input type="checkbox"/> کنترل پرونده بهداشتی</p> <p><input type="checkbox"/> انجام و بررسی تیتتر AB و HBS</p> <p><input type="checkbox"/> آموزش و ارزیابی اصول رعایت و انجام بهداشت دست و مباحث بهداشت حرفه ای و...</p>
امضاء سوپروایزر آموزشی	امضاء سوپروایزر کنترل عفونت
تایید نهایی و احراز صلاحیت حرفه ای نیروی فوق توسط مدیر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع)	
امضاء مترون:	
تاریخ	

توجه :

۱- نیروی جدیدالورود بعد از معرفی به بخش در زمان آموزش و ارزیابی (دو هفته) بطور محدود بکارگیری شود.

۲- بعد از تایید نهایی جدیدالورود توسط مترون و احراز صلاحیت حرفه ای میتوان بعنوان نیروی بخش بکار گیری شود.

کاردکس :

هدف اصلی از در نظر گرفتن کاردکس برای هر بخش ، ایجاد سرعت عمل در مراقبت از بیمار و به حداقل رساندن اشتباهات احتمالی است . همچنین استفاده از کاردکس امکان ملاحظه مجموعه اطلاعات همه بیماران بخش را در کنار هم به ما می دهد از یک کاردکس اطلاعات زیر قابل اخذ می باشد :

اطلاعات دموگرافیک بیمار ، نام پزشک معالج ، تشخیص پزشکی ، شماره تخت بستری ، اقدامات تشخیصی یا درمانی خاص مورد نیاز که در ساعات آینده باید انجام گیرد ، مانند : مشاوره ، رادیوگرافی و بیمارانی که در آن روز باید به اتاق عمل بروند و ...

نحوه تکمیل کاردکس:
برای ثبت در کاردکس از سه قلم (خودکار قرمز ، خودکار آبی ، مداد) استفاده می شود .

خودکار قرمز: برای ثبت موارد مهم و ثابت مانند : حساسیت دارویی ، خطر خودکشی ، وجود زخم یا هرگونه آسیب پوستی ، تزریق عضلانی ممنوع ، قطع نمودن دارو (DC) و ثبت EROOR به طور کلی اطلاعات خاص در مورد بیمار می باشد .

خودکار آبی: برای ثبت موارد ثابت در کاردکس مانند : نام و نام خانوادگی ، سن ، (در بخش نوزادان تاریخ تولد) شماره پرونده ، کد کامپیوتری ، نام پزشک معالج ، نام پزشک جراح ، تاریخ و ساعت پذیرش ، علائم حیاتی زمان ادمیت ، نوع بیمه درمانی ، تاریخ و نوع عمل ، و داروها و سرم های تجویز شده می باشد .

مداد: برای ثبت موارد متغیر مانند : کلیه مراقبت های پرستاری و دستورات پزشک که باید پیگیری شوند از جمله : درخواست آزمایشات و رادیوگرافی های تشخیصی ، زمان انجام علایم حیاتی ، رژیم غذایی ، وضعیت حرکتی ، تغییر پوزیشن و ... می باشد

معیار برآدن برای بررسی زخم بستر

تفاوتن ارزیابی ابتلاء بیمار این بحال به زخم بستر (Bredem Scale)

تفره	وضعیت پوست	تفره	وضعیت کنترل ابرو و متفرع	تفره	وضعیت تحرک	تفره	وضعیت پوشاری	تفره	وضعیت تغذیه
۱	تورگور پوست مناسب و گرم و مرطوب است	۱	قادر به کنترل خود است	۱	با کمک راه می رود	۱	پوشاری و آگاه است	۱	عده چیز می خورد
۲	تورگور پوست کم و سرد و خشک است	۲	این اختیاری اثر از دارد	۲	تحرک محدود به تخت و متدلی است	۲	سرج است	۲	کم تشا است
۳	توانی رنگی گرم حساس یا زخم شده وجود دارد	۳	این اختیاری متفرع دارد	۳	تحرک با کمک محدود به تخت است	۳	آشنایی به زمان و مکان و شخص ندارد	۳	الجاب از خوردن امتناع می کند
		۴	این اختیاری گفعل دارد	۴	بدون تحرک	۴	استوری این حس ندارد	۴	از و امتسود اینی مدنی گفته می شود
						۵	بپوش است	۵	گفته وروانی می شود
۱	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۱	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۱	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۱	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۱	جدائل تفره گسب شده در هر معیار
۳	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۴	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۴	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۵	جدائل تفره گسب شده در هر معیار	۵	جدائل تفره گسب شده در هر معیار

گسب امتیاز بین (۵ تا ۹) خطر بیروز زخم شاری در بیمار کم می باشد.
گسب امتیاز (۱۰ به بالا) خطر بیروز زخم شاری در بیمار زیاد بوده و نیاز به برتقمه ریزی و مداخلات مناسب پرستاری می باشد.

رنگ سیلندر گاز های طبی



نکات ایمنی

در استفاده از سیلندر گاز های طبی

- سیلندر ها به صورت قائم نگهداری شوند.
- سیلندر ها توسط زنجیر یا تسمه مناسب در مرکز و زیر شانه مهار شوند.
- سیلندر ها دارای کلاهک باشند.
- سیلندر ها به فاصله مناسب ۶متر دور از شعله مستقیم و مواد احتراق پذیر باشند.
- بدنه سیلندر ها دارای رنگ استاندارد و عاری از خوردگی و شکستگی باشد.
- سیلندر ها نباید در محل عبور و مرور جلوی درب ها و راهروها نگهداری شوند.
- سیلندر ها باید در محلی به دور از سرما و گرمای شدید ، باران و برف و تابش مستقیم آفتاب نگهداری شوند.



فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت و درمان و
آموزش پزشکی
معاونت درمان

اطلاعات دموگرافیک

نام دانشگاه علوم پزشکی: شهر: نام و نوع موسسه تشخیصی درمانی: در صورتی که موسسه بیمارستان باشد
تامین اجتماعی نیروی مسلح خیریه خصوصی دولتی تک تخصصی آموزشی درمانی موارد ذیل تکمیل گردد: (نوع بیمارستان: سایر)
نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: مونث مذکر سن:
تاریخ مراجعه به مرکز درمانی: تاریخ وقوع: ساعت وقوع: AM PM

کد و شرح موارد ۲۸ گانه:

کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد...)

کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن

کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)

- کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه درزوجین نابارور
- کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی
- کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی
- کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری....)
- کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی
- کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،....
- کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
- کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی...)
- کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
- کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
- کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال:گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)
- کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، ، سقوط از پله ،...)
- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
- کد ۲۷. ربودن بیمار
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعددی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

شرح مختصر اقدامات انجام شده:

جدول تبدیل ماه های میلادی به شمسی (جهت کنترل تاریخ انقضاء مدت مصرف داروها)

ماه میلادی به عدد	ماه میلادی به اسم	ماه میلادی در روز و ماه شمسی
۱	ژانویه – jan	از ۱۱ دی تا ۱۱ بهمن
۲	فبریه – Feb	از ۱۲ بهمن تا ۹ اسفند
۳	مارس – Mar	از ۱۰ اسفند تا ۱۱ فروردین
۴	آوریل – Apr	از ۱۲ فروردین تا ۱۰ اردیبهشت
۵	می – May	از ۱۱ اردیبهشت تا ۱۰ خرداد
۶	ژوئن – jun	از ۱۱ خرداد تا ۹ تیر
۷	جولای – jul	از ۱۰ تیر تا ۹ مرداد
۸	اگوست – Aug	از ۱۰ مرداد تا ۹ شهریور
۹	سپتامبر – sep	از ۱۰ شهریور تا ۸ مهر
۱۰	اکتبر – oct	از ۹ مهر تا ۹ آبان
۱۱	نوامبر – Nov	از ۱۰ آبان تا ۹ آذر
۱۲	دسامبر – Dec	از ۱۰ آذر تا ۱۰ دی

فرم کلی تبدیل سال میلادی به شمسی : سال میلادی را از ۲۰/۲/۲۰۶۲۱ کم می کنیم یعنی :

➤ روز را از عدد ۲۰

➤ ماه را از عدد ۲

➤ سال را از عدد ۶۲۱ کم می کنیم مثال : سال میلادی ۲۰۱۴/۷/۲۲ که اگر از فرمول بال کم کنیم میشود ۱۳۹۳/۵/۲ شمسی

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) سال ۱۳۹۹

- محدوده زمانی اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک: محدوده زمانی که پزشک بر بالین بیمار حاضر شده و پروسه درمان را از اولویت تا سایر اقدامات شروع می‌کند.
- محدوده زمانی اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار: محدوده زمانی که پرستار بر بالین بیمار حاضر شده و اقدامات پرستاری، درمانی را شروع می‌کند.

Wells Criteria VTE (معیار وزن جهت ترومبوز آمبولی وریدی)					
نمره اکتسابی	نمره	یافته های بالینی برای آمبولی ریبوی - PTE	نمره اکتسابی	نمره	یافته های بالینی برای DVT
	+۳	وجود علائم بیماری DVT		+۱	جراحی و یا صدمه یا گچ در اندام تحتانی - پارزی یا پارالیزی
	+۳	تشخیص افتراقی دیگری که علائم بیمار را توجیه کند نداشته باشیم		+۱	بستری در تخت بیش از سه روز یا جراحی بزرگ در چهار هفته قبل
	+۱/۵	ضربان قلب بالای ۱۰۰		+۱	تندرنس در مسیر ورید های پشت زانو یا رانی
	+۱/۵	بی حرکتی بیش از سه روز یا جراحی در چهار هفته اخیر		+۱	تورم یک عضو
	+۱/۵	سابقه قبلی از TE و DVT		+۱	ادم غوده گذار در اندام مبتلا
	+۱	وجود خلط خونی		+۱	تورم بیشتر از سه cm یک پا نسبت به پای دیگر در ۱۰ سانتی متری زیر زانو
	+۱	بدخیمی حاد یا درمان شده در طول شش ماه قبل یا درمان تسکینی		+۱	تورم عروقی محیطی که ناشی از واریس نباشد
				+۱	داشتن سابقه DVT قبلی
				+۱	بدخیمی حاد یا درمان شده که شش ماه قبل بوده است
				+۳	تزریق وریدی دارو
				-۱	تشخیص جایگزین با احتمال بیشتری نسبت به DVT
	*	۲ < نمره احتمال کم ۲-۶ احتمال متوسط ۶ > نمره احتمال بالا		*	۱-۰ احتمال کم ۲-۰ ۱-۲ احتمال متوسط ۳-۰ ۳-۸ احتمال بالا

بیماران با ریسک بالا:

سن بالای ۶۰ - سال - سن بین ۴۰-۶۰ و دارای یک فاکتور خطر دیگر، سابقه VTE در افراد خانواده یا خود بیمار - چاقی - انعقاد پذیری اکتسابی یا ارثی - بیماریهای زمینه ای مثل بیماری قلبی - عفونت، سگته های اخیر بیماریهای التهابی - جراحی سر فمور - آرتروپلاستی زانو - شکستگی لگن - ترومای شدید - صدمات نخاعی یا اعمال جراحی سرطان

بیماران با ریسک پایین:

سن کمتر از ۴۰ سال - مدت زمان بیهوشی کمتر از ۳۰ دقیقه

بیماران با ریسک متوسط:

بیمارانی که تحت عمل جراحی کوچک قرار گرفته است ولی سن بین ۴۰-۶۰ سال دارند و به بیهوشی بیشتر از ۳۰ دقیقه نیاز دارند. قفسه صدی - جراحی اعصاب

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

نکات بسیار مهم در ثبت گزارش پرستاری:

۱. چنانچه نام و مشخصات بیمار در بالای صفحه نوشته نشده باشد قبل از نوشتن گزارش باید توسط فرد نویسنده گزارش بطور کامل تکمیل و ثبت شود.
۲. به منظور جلوگیری از اتلاف وقت، انتقال صحیح مطالب و سرعت بخشیدن به کارها گزارش را خوانا و مرتب بنویسید.
۳. جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید. بعنوان مثال ساعت ۱ بعد از ظهر را بصورت ۰۰:۱۳ و ساعت نه و ربع بامداد را بصورت ۰۹:۱۵ ثبت نمایید.
۴. گزارش پذیرش بیمار (اولین گزارش پرستاری در هر بخش) باید بسیار کامل نوشته شده و بایستی شامل ساعت و تاریخ پذیرش در بخش، نحوه ورود (با پای خودش، با برانکار، با صندلی چرخدار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهان و ...)، شکایت فعلی بیمار و دلیل بستری شدن وی، نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش (ارزیابی پرستاری)، وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود، داشتن sore گچ، آتل، بانسمان قبلی، چست تیوب... و سایر موارد مهم مشاهده شده، برنامه درمانی و تمام بررسیها و آزمایشهای درخواست شده توسط پزشک معالج و توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار باشد.
- ۴-۱ تذکر: در صورتیکه بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری باشد، ثبت موارد وضعیت روحی و آموزشهای ارائه شده به بیمار لازم نیست.
۵. در ابتدای هر گزارش پرستاری ثبت وضعیت عمومی بیمار ضروری است. منظور از حال عمومی بیمار مواردی چون چگونگی ارتباط بیمار، عملکرد سیستم های حیاتی، علائم عینی و حسی بیمار و ... می باشد.
۶. کلیه اطلاعات ضروری در مورد دستورات دارویی باید ثبت شود (این موارد شامل: نام دارو، دوز دارویی، راه تجویز دارو، تاریخ و زمان دادن دارو می باشد)
۷. در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به علتی اجرا نشده ضروری است دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شود.
۸. مسئولیت درج صحیح دستور پزشک در کاردکس با پرستار مسئول شیفت است و در این زمینه دقت کافی برای جلوگیری از بروز اشتباه بعمل آید.
۹. دستور پزشک یک دستور کلی است و اجرای مواردی چون محاسبه تعداد قطرات، محاسبه غلظت محلول، چگونگی تنظیم ساعات و... بر عهده پرستار است.
۱۰. در صورت ندادن دارو به هر علت باید علت آن در بالای ساعت تجویز دارو بطور مختصر ذکر شده و در گزارش پرستاری نیز در مورد آن توضیح داده شود. (برخی از علل احتمالی عبارتند از: موجود نبودن دارو، پایین بودن فشار خون بیمار و...)
۱۱. در رابطه با HOLD دارو (داروهایی که امکان استفاده از آنها میسر نبوده و یا بنا به دلایلی مورد استفاده قرار نگرفته باید با ذکر دلیل مربوطه در گزارش درج گردد)
۱۲. در رابطه با داروهای PRN: درج زمان و مقدار دارو الزامی است (جهت جلوگیری از استفاده بیش از حد یا عدم استفاده).
۱۳. در رابطه با داروهای stat نیز درج زمان و مقدار دارو و واکنش بیمار به دارو الزامی است.
۱۴. با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن را مد نظر قرار داده و در صورت بروز بلافاصله گزارش نمایید.
۱۵. یکی از وظایف اساسی پرستاری توجه و تامین نیازهای اساسی مددجویان است و طبعا نیاز به غذا، خواب، استراحت از اهمیت ویژه ای برخوردار است و ضروری است که چگونگی تامین این نیازها در گزارش پرستاری درج گردد. درج رژیم غذایی و میزان رعایت رژیم تجویزی در گزارش پرستاری الزامی است. در همین رابطه ذکر این نکته ضروری است که در صورت عدم تحمل رژیم غذایی و نخوردن غذا توسط بیمار، مورد حتما بایستی علاوه بر درج در گزارش پرستاری در اسرع وقت به پزشک معالج نیز گزارش شود.
۱۶. در بیماران NPO ابتدا درج NPO بودن و زمان آن در پرونده پزشکی و گزارش پرستاری و کاردکس الزامی است همچنین بیمار نیز در خصوص عدم مصرف هرگونه خوراکی باید توجیه گردد و بالای تخت بیمار نیز تابلوی NPO نصب گردد.
۱۷. در مواردی که غذای بیمار گاوآزمی گردد مقدار و نوع محلول بایستی در گزارش ثبت شود.
۱۸. از آنجا که سبک و روند تغذیه بیماران در بیمارستان با منزل متفاوت است با تغییر الگوی غذایی و نوع فعالیت بدنی است که الگوی دفعی بیمار نیز مختل می گردد. لذا گزارش وضعیت اجابت مزاج و الگوی دفع ادرار در هر شیفت ضروری است.
۱۹. ثبت انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار و تستهای خاص مثل PPD و تست پنی سیلین در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ گزارش الزامی است.
۲۰. دریافت پاسخ آزمایشات را گزارش نموده و در صورت وجود موارد غیر طبیعی آنها را بطور کامل با ذکر اقدامات انجام شده نظیر اطلاع به پزشک و درمان های مربوطه گزارش نمایید.
۲۱. ثبت تاریخ انجام گرافیها و آمادگیهای لازم در گزارش پرستاری ضروری است.
۲۲. ثبت زمان ارسال نمونه های خلط، ادرار، مدفوع و... لازم است.
۲۳. در صورتیکه بیمار از طریق داخل وریدی مایع دریافت می کند میزان مایع دریافتی در شیفت خود را محاسبه نموده و علاوه بر تنظیم سرم بیمار میزان مایع دریافتی وی (هر همان شیفت) را در گزارش قید نمایید.
۲۴. در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده الصاق شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
۲۵. در بیمارانی که میزان سرم دریافتی بایستی براساس out put تنظیم و انقویون گردد درج حجم out put بیمار و میزان سرم دریافتی که بر اساس I&O محاسبه و انقویون می شود، در هر شیفت به طور مجزا الزامی است.
۲۶. عصرکار باید در پایان شیفت خود جمع ۱۲ساعته و شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی (موجود در پرونده بیمار) در ستون مربوطه ثبت نماید.
۲۷. در رابطه با بیمارانی که تحت ونتیلاسیون مکانیکی می باشند، درج setting ونتیلاتور و در صورت استفاده از sedative دوز و زمان و نحوه تزریق آن الزامی است. انجام ABG و اقدامات انجام شده به دنبال دریافت جواب آن نیز بایستی در گزارش ثبت گردد.
۲۸. در رابطه با بیمارانی که تحت O2 تراپی می باشند، ذکر میزان اکسیژن دریافتی و نحوه تجویز آن و نیز واکنش بیمار به آن در گزارش ذکر گردد.

۲۹. اگر بیمار اینتوبه می باشد و یا تراکئوستومی دارد، مراقبتهای انجام شده در این زمینه بایستی در گزارش ثبت شود.
۳۰. وضعیت حرکتی بیمار با ذکر ساعات انجام تغییر پوزیشن (در صورت نیاز) و استفاده از تشک موج را ثبت نمایید.
۳۱. تاریخ جایگذاری کلیه کاتترها از جمله کاتتر فولی، کاتترهای شریانی یا وریدی، NGT، و... بایستی در گزارش پرستاری ثبت شود.
۳۲. در بیمارانی که به دلایل مشکلات تنفسی تحت درمان می باشند، قید الگوی تنفسی، نیاز بیمار به بخور، نیاز بیمار به ساکشن، فواصل انجام ساکشن، نوع و میزان ترشحات بایستی در گزارش ثبت شود.
۳۳. در بیمارانی که دارای پانسمان می باشند ذکر نوع پانسمان، تاریخ انجام آن، میزان ترشح زخم یا درن (حجم ترشحات یا تعداد گازهایی که در هر بار تعویض مورد استفاده قرار می گیرد) و فواصل انجام پانسمان در گزارش الزامی است.
۳۴. در خصوص مشاوره های پزشکی ضمن درج ساعت انجام مشاوره و زمان اطلاع نتیجه مشاوره به پزشک معالج باید توجه شود که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام می باشد و نباید هیچگاه بطور مستقیم و بدون اطلاع پزشک معالج اجرا گردد.
۳۵. در رابطه با دستورات تلفنی: بایستی نام پزشک، ساعت دستور ثبت شده درج گردد و جهت صحت درک، دستور مجدداً توسط پرستار مستمع بازگو گردد و پس از اطمینان از صحت دستور تلفنی چک شده و اجرا گردد. در نهایت دستور مزبور بایستی توسط پزشک معالج درج و امضاء گردد (حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت) و یاد آوری و تذکر این موارد از سوی پرستار الزامی است.
۳۶. با توجه به تشخیص اصلی یا افتراقی بیمار علائمی را که می تواند در تشخیص قطعی بیماری، سیر بیماری و تصمیم گیری برای درمان کمک کننده باشد در گزارش پرستاری بیمار حتماً قید نمایید.
۳۷. ضروریست پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار، در اسرع وقت گزارش نماید.
۳۸. ضروری است کلیه موارد ثبت شده در گزارش پرستاری با ثبت دقیق ساعت مشاهده یا اجرای آن باشد.
۳۹. در صورت طولانی بودن در انتهای صفحه گزارش بنویسید (دامه دارد) سپس امضا کنید و بعد وارد صفحه دیگری شوید.
۴۰. گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی (C.P.R) بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیاء باید در پرونده ثبت شود.
۴۱. از ثبت روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرای آنها اجتناب نمایید.
۴۲. گزارش پرستاری باید در انتهای شیفت برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی نوشته شود.
۴۳. از تصحیح عبارات اشتباه در گزارش بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اکیداً اجتناب نمایید.
۴۴. فقط باید از کلمات مخفف استاندارد مورد قبول استفاده نمایید.
۴۵. توجه داشته باشید ابزار و وسایل مورد استفاده برای ایمنی بیمار نظیر استفاده از بدساید را ثبت کنید.
۴۶. برای بیماران مرخص شده ثبت گزارش ترخیص شامل آموزش های ارائه شده در زمینه رژیم غذایی، رژیم فعالیت و رژیم دارویی و در صورت نیاز زمان مراجعه بعدی الزامی است. همچنین ثبت وضعیت عمومی بیمار در زمان ترخیص ضروری است.
۴۷. در گزارش نویسی انحصاراً مواردی را که خود انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته اید ثبت نمایید.
۴۸. در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار را گزارش نمایید.
۴۹. از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات ناخوشایند پرهیزید. از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری نمایید.
۵۰. اطلاعاتی را که خودتان به پزشک معالج گزارش می نمایید (حضور، تلفنی) دقیقاً ثبت کنید.
۵۱. در بین و ابتدا و انتهای گزارش جای خالی باقی نگذارید.
۵۲. در پایان گزارش از مهر (ترجیحاً دارای شماره نظام پرستاری) استفاده کنید همچنین نام خانوادگی، سمت و امضاء خود را وارد نمایید.
۵۳. پرستار موظف است در صورت بروز حوادث غیر مترقبه ای چون آلزای، تشنج، واکنشهای ناگهانی دارویی (فوری یا تاخیری)، سقوط از تخت، برق گرفتگی، اغماغ ناگهانی، ایست قلبی - تنفسی، فرار از بخش، سقوط از طبقات، خودکشی و ... اهم فرایند حادثه را به طور واقع بینانه در گزارش خود ثبت نموده و سریعاً اقدام لازم را متناسب با نوع حادثه انجام و مسئولین زیربط (پزشک معالج، سوپروایزر و همراه و...) را در جریان امر قرار دهد.
۵۴. جهت جلوگیری از بروز حوادث فوق الذکر استفاده از حفاظ تخت، کنترل اتصالات برق، بستن پنجره ها و استفاده از حفاظ، اطمینان از خوردن نوبتهای دارویی، مهیا ساختن آنتی دوتهاهای اساسی، گزارش تغییرات همودینامیک، حفاظت از قفسه دارویی و دقت کافی در دادن داروها ضروری است.
- نکته:** دستورات عمل تصحیح موارد اشتباه در گزارش پرستاری
۱. بر روی مورد اشتباه خط کشیده اما به نحوی که قابل خواندن باشد.
 ۲. در قسمت بالای مورد اشتباه بنویسید: اشتباه است
 ۳. مورد اصلاح شده را با خط خوانا مجدداً در متن گزارش درج کنید

دفتر خدمات پرستاری و مامایی بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

نام بخش	سطح تریاز	ارزیابی پزشک	ارزیابی پرستار / ماما	توضیحات
اورژانس	۱	بلافاصله در بدو ورود	بلافاصله در بدو ورود	نیاز به اقدامات فوری مانند احیای قلبی - ریوی
	۲	۲-۵ دقیقه	۲-۵ دقیقه	نیاز به مراقبت فوری و ویژه
	۳	۴-۱۵ دقیقه	۴-۱۵ دقیقه	با توجه به شرایط بخش احتمال کاهش یا افزایش دارد و بستگی به میزان تسهیلات ارائه شده دارد
	۴	۱۵-۶۰ دقیقه	۱۵-۶۰ دقیقه	
	۵	۱۵-۶۰ دقیقه	۱۵-۶۰ دقیقه	
بخش بستری	اورژانسی	بلافاصله	بلافاصله در بدو ورود	درموردی که بیمار با دستوریستری دچار هریک از علائم بیماریهای باریسک زیاد ، جراحی ، اورژانسی و موارد پرخطر باشد
	اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک آنکال	اورژانس بلادرنگ (کمتر از ۳۰ دقیقه)	بلافاصله	تکمیل فرم ارزیابی اولیه و گزارش پرستاری و انجام اقدامات اولیه درخواستی از طرف پزشک توسط پرستار
		غیر اورژانس در اولین فرصت حداکثر تا پایان شیفت آنکالی	۱-۱۵ دقیقه ارزیابی پرستار/ماما	
	اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک مقیم	مشاوره اورژانس بلافاصله	بلافاصله	در اولین فرصت و با توجه به شرایط بخش و بیماران کاندید بستری، به شرطی که در سیستم مراقبتی شان مشکلی ایجاد نشود.
مشاوره غیر اورژانس اسرع وقت (حداکثر تا ۲ ساعت)		۳۰-۴۵ دقیقه ارزیابی پرستار/ماما		
بلوک زایمان (مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان)	۱	بلافاصله در بدو ورود	بلافاصله در بدو ورود	مددجویان با نیاز به اقدامات فوری
	۲	بلافاصله در بدو ورود	بلافاصله در بدو ورود	مددجویانی که نیاز به مراقبت فوری و ویژه دارند
	۳	۴-۱۵ دقیقه	۴-۱۵ دقیقه	بستری و یا در نظر گرفتن تعداد تسهیلات مورد نیاز
	۴	۱۵-۶۰ دقیقه	۱۵-۶۰ دقیقه	با توجه به شرایط بخش احتمال کاهش یا افزایش دارد
	۵	۱۵-۶۰ دقیقه	۱۵-۶۰ دقیقه	دارد

زمان حضور پزشک آنکال

پزشکان آنکال در صورت لزوم بنا به نوع تخصص باید در زمان مقرر در مرکز درمانی حضور پیدا کنند و بدیهی است که موقعیت جغرافیایی یا زمانی نمی تواند توجیه کننده تأخیر پزشک آنکال باشد. لازم است زمان تماس با پزشک آنکال توسط سوپروایزر وقت بیمارستان ثبت گردد. در این زمینه :

رعایت دسته بندی سه گانه زیر در زمینه بیماران اورژانسی الزامی است:

(الف) تخصص هایی که حضور بلادرنگ و فوری پزشک آنکال الزامی است؛ مانند تخصص های بیهوشی و کاردیولوژی. واضح است که این نوع آنکال، معادل کشیک موظف محسوب می شود.

(ب) تخصص هایی که حضور سریع (کمتر از ۳۰ دقیقه) پزشک آنکال الزامی است؛ مانند جراحی مغز و اعصاب، زنان و زایمان، کودکان، جراحی عمومی، گوش و حلق و بینی، نورولوژی، ارتوپدی، اورولوژی.

(ج) تخصص هایی که حضور در اولین فرصت پزشک آنکال الزامی است؛ مانند پوست و پرتودرمانی. بدیهی است که در مورد هر رشته در شرایط اورژانس های حیاتی که نیاز به حضور بلادرنگ متخصص آنکال مربوطه دارد، در صورت درخواست حضور، باید پزشک آنکال هر چه سریع تر و بلادرنگ در مرکز درمانی حضور یابد.

زمان انجام و جوابدهی خدمات پاراکلینک بیماران که به صورت اورژانسی و غیر اورژانسی در بیمارستان انجام میشود برابر لیست خدمات پاراکلینک می باشد

تفکیک صحیح زباله ها

تفکیک صحیح پسماندها

- ▶ **پسماند عادی** که در سطل زباله آبی ریخته می شوند شامل زباله های آشپزخانه ، آبدار خانه قسمت اداری -مالی ، ایسکاهای پرستاری ، باغبانی را در مراکز بهداشتی - درمانی تشکیل می دهند.



- ▶ **پسماند عفونی** که در سطل زباله زرد ریخته می شوند شامل پسماند های عفونی مفلنون به داشتن عوامل زنده بیماریزا (باکتریها، ویروسها، انگلها یا قارچها) به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبانان حساس موجب بیماری شوند.



- ▶ **پسماند های دارویی** که در سطل زباله سبز ریخته می شوند شامل داروهای تاریخ گذشته ، واکسن ها، دماسنج جیوه ای، مواد مخدر و سرمهایی که دیگر به آنها نیازی نیست و باید به نحو مناسبی دفع شوند . این ردد همچنین شامل اقلام دور ریخته شده مورد مصرف در کارهای دارویی مانند بطری ها و قوطی

های دارای باقیمانده داروهای خطرناک ، دستکش ، ماسک ، لوله های اتصال و ویال های داروها هم بوده که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر باشند.



- ▶ **پسماند های رنوتوکسیک** که در سطل زباله قرمز ریخته می شوند شامل داروهای سایتو توکسیک ، مواد شیمیایی و مواد پرتوساز می باشند.





1. جهت رعایت اصول ایمنی برای شکستن ویال های دارویی از یک محافظ ، مثل پد استفاده شود.
2. پس از تزریق از گذراندن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص که گذاردن درپوش به روش یک دستی (SCOP) بایستی انجام شود.
3. از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.
4. الزامی است سر سوزن و سایر اشیاء تیز و برنده (آنژیوکت ، بیستوری ، لانس ، اسکالپ وین ، ویال های شکسته و ..) بلافاصله پس از مصرف در ظروف ایمن جمع آوری و سپس به یکی از صور استاندارد امحاء گردند.
5. به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده دفع سرسوزن و سرنگ (با هم) و در صورت محدودیت منابع در تامین ظروف ایمن در بیمارستان، دفع سر سوزن (به تنهایی) بلامانع می باشد.
6. به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف ایمن دفع گردند ، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات در کلیه واحد های ذی ربط قرار داشته باشند . توجه نمائید از باقی ماندن ظروف ایمن بیش از 5 روز در محیط درمانی اجتناب شود.
7. به منظور پیش گیری از سرریز شدن وسایل دفعی ، در صورتی که حداکثر 3/4 حجم ظروف مزبور پر شده باشد، باید تخلیه شود.
8. جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسپور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.
9. ضروری است ظروف جمع آوری پسماند های نوک تیز و برنده مستحکم ، غیر قابل نفوذ ، دهانه گشاد ، دارای قفل و ضامن ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.
10. استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون "احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی " به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیش گیری از آلودگی آنان الزامی است.
11. ظروف ایمن حاوی پسماندهای نوک تیز و برنده و پسماندهای عفونی را جهت انتقال به اتاقک موقت نگه داشت پسماندها ، مهر و موم نمائید . بعد از مهر و موم ظروف ایمن محتوی پسماند های نوک تیز و برنده از باز کردن ، تخلیه ظروف و استفاده مجدد اجتناب نمائید.
12. وجود این ظروف در کلیه واحد های بهداشتی درمانی در محل ارائه خدمت الزامی است.

دفتر خدمات پرستاری بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

منبع : دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی



دستور العمل فاصله زمانی تعویض پاره ای از ابزار و اتصالات بیماران در بیمارستان تابعه دانشگاه علوم پزشکی کردستان

دسته بندی	عنوان	زمان تعویض
سیستم گردش خون	آزبوتکت	هر ۷۲ ساعت یکبار - در صورت وجود اندیکاسیون (مثل : فلیت ، در، قرمز، نشی و...) زودتر تعویض شود
	ست سرم	هر ۲۴ ساعت یکبار - بعد از تزریق فرآورده های جریبی و آمینواسیدی یا هر فرآورده تعویض شود
	میگروست	(و شیمی درمانی بلافاصله تعویض شود TPN هر ۲۴ ساعت پس از NICU هر ۷۲ ساعت یکبار، در بخش
	ست خون	با هر بار ترانسفوزیون
	سرم تزریقی و شستشو نرمال سالین	هر ۲۴ ساعت یکبار
	اکستنشن نیوپ	هر ۲۴ ساعت یکبار
	کات دان	در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (علائم : عفونت ، انسداد و ...)
	کاتتر نافی (ورید و شریان)	در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (علائم : عفونت ، انسداد و ...) خارج شود و دیگر جایگزین نشود، کاتتر شریان نافی حداکثر بعد از ۵ روز و کاتتر ورید نافی حداکثر بعد از ۱۴ روز تعویض شود
	ویالهای مولتیپل دوز	نگهداری طبق دستور کار خانه سازنده (ویالهای حاوی مواد نگهدارنده مثل ویال انسولین ، ویال هپارین و ...)
	ویالهای سینگل دوز	بلافاصله بعد از برداشتن مقدار داروی مورد نیاز دور انداخته شوند (و ویالهای بدون مواد نگهدارنده مثل : محلولهای فندی هیپروتونیک نمکی NICU آب مقطر ، آمپولها) آنتی بیوتیکها جزء ویالهای سینگل دوز هستند اما طبق دستور کار خانه سازنده و یا حفظ شرایط مطلوب به مدت کم قابل نگهداری هستند.
سیستم اداری	سوند ادراری داخلی	در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (علائم : عفونت ، انسداد و ...) هر ۱۵ روز یکبار
	فولی اکسترنال	هر ۲ روز یکبار
	کیسه ادراری	هر ۲۴ ساعت یکبار و در صورت (جدا شدن از سوند ادراری ، آلودگی ، پارگی و نشی تعویض شود).
سیستم تنفسی	لوله تراشه (اندوتراکیال نیوپ)	در صورت وجود اندیکاسیون بالینی (در صورتیکه شرایط بیمار اجازه دهد گذاشتن لوله از طریق دهان ترجیح دارد) (پس از گذشت ۷ تا ۱۴ روز بسته به شرایط بیمار جهت تراکئوستومی اقدام شود)
	ساکشن نیوپ	اختصاصی برای هر بیمار
	کاتتر ساکشن (باز و بسته)	در نوع باز یکبار مصرف - در نوع بسته در صورت آلودگی واضح یا کار کرد معیوب تعویض شود
	لوله خرطومی و تیلانور	اختصاصی برای هر بیمار - در صورت آلودگی واضح یا کار کرد معیوب تعویض شود هر ۵ روز یکبار
	فیلتر (HME)	اختصاصی برای هر بیمار - هر ۷۲ ساعت در صورت آلودگی واضح تعویض شود .
	کاتتر و ماسک اکسیژن	اختصاصی برای هر بیمار - در صورت آلودگی واضح یا کار کرد معیوب تعویض شود
سیستم گوارشی	چست بانل	در صورت پر شدن و دستور پزشک معالج تعویض شود
	سوند معده	هر ۱۵ روز یکبار در صورت وجود اندیکاسیون بالینی در صورت نیاز طولانی NGT - بپتر است OGT گذاشته شود
	سرتگ گاواژ	در پایان هر شیفت کاری
مصرفه	سفتی پاکس	پس از پر شدن سه چهارم آن و یا حداکثر پس از ۵ روز معدوم گردد
	چست لید	در صورت وجود اندیکاسیون (جدا شدن ، کثیف شدن و عدم کارایی) تعویض شود
	CVC بانسمان کاتتر ورید مرکزی	پوشش گازی استریل هر ۲۴ ساعت یکبار ، بانسمان شفاف استریل هر ۷ روز یکبار - در صورت آلودگی ، خیس یا شل شدن بانسمان باید در اسرع وقت تعویض گردد.

نذکر ۱- رعایت دستورالعمل فوق منوط به رعایت کامل تکنیک استریلیزاسیون (در مورد سیستم گردش خون ، سیستم تنفسی) و تکنیک تمیز در مورد سیستم گوارشی در بدو جایگزینی ابزار میباشد ۲- کلیه کاتتر های متصل به بیماران در صورت آلوده شدن به خون و عفونت باید بلافاصله تعویض شوند ۳- در هر کدام از موارد فوق ، در صورت وجود دستور دیگری از جانب پزشک معالج دستور قابل اجرا است . ۴- کاتترهای که به صورت اورژانسی و بدون رعایت اصول استریلیزاسیون متصل شده باشد، باید در اولین فرصت تعویض گردد ۵- کلیه اتصالات به محض رفع اندیکاسیون و دستور پزشک بر داشته شوند.

ارزیابی ریسک سقوط بیمار مورس		
ریسک فاکتور	شاخص	امتیاز
سابقه افتادن بیمار	بله	۲۵
	خیر	۰
تشخیص ثانویه (سن- سابقه بیماری- مصرف دارو و...)	بله	۱۵
	خیر	۰
وسایل کمک حرکتی	کمک گرفتن از وسایل داخل اتاق (کمد- صندلی و...)	۲۰
	واکر- عصا- عصای زیر بغل	۱۵
	کمک گرفتن از پرستار- استراحت در تخت- بی حرکت- بدون هیچ وسیله کمک حرکتی	۰
IV درمانی یا هپارین لاک	بله	۲۰
	خیر	۰
الگوی گام برداشتن و حرکتی	مختل	۲۰
	ضعیف	۱۰
	بیحرکت- استراحت در تخت- طبیعی	۰
وضعیت مغزی	فراموشی در محدودیت های حرکتی	۱۵
	آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود	۰

امتیاز ریسک افتادن بیمار	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵-۴۴
ریسک کم	۰-۲۴

تعریف مراقبت موردی: یک روش تقسیم کار در پرستاری است که سرپرستار /مسئول شیفت، بیماران بخش را به تناسب، بین کادر پرستاری حاضر در هر نوبت کاری تقسیم می کند در این روش کلیه مراقبت های یک یا چند بیمار با مسئولیت یک پرستار ارائه می شود که در هر شیفت کاری بیماران بر اساس سطوح مراقبتی بر اساس اصل عدالت و توانمندی پرستاران توسط سرپرستار /مسئول شیفت تخصیص داده خواهد شد نکته: سیستم طبقه بندی بر اساس شدت بیماری بیماران (۵ سطح مراقبتی): توجه: ملاک اصلی تعیین ضریب سطح مراقبت، شیفت صبح است (به استثنای بیماران جدیدالورود)

سطح ۱: قادر به مراقبت از خود:

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

- خوردن و آشامیدن: خود بیمار قادر به خوردن و آشامیدن می باشد و یا نیاز به کمک اندکی دارد.
- نظافت و آراستگی: تقریباً کاملاً به خود متکی می باشد.
- دفعی: خود به خود به تنهایی یا تقریباً تنها به توالت می رود و بی اختیاری ادراری ندارد.
- حرکت: بیمار به خود متکی است.

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار جهت یک پروسیجر تشخیصی، انجام یک پروسیجر یا جراحی ساده یا جزئی پذیرفته شده است

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- آموزش روتین برای پروسیجر ساده
 - آموزش بعد از ترخیص از بیمارستان
 - واکنشهای غیر معمول عاطفی ندارد
 - بیمار ممکن است نسبت به آگاه شدن به زمان، مکان و شخص در هر شیفت نیاز داشته باشد.
- ۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication) ندارد یا داروها و درمانهای ساده دارد.

سطح ۲: مراقبت جزئی

۱- فعالیتهای روزانه (Daily living)

- خوردن و آشامیدن: بیمار می تواند به تنهایی غذا بخورد ولی نیازمند کمک در آماده کردن غذا تشویق به خوردن و پوزیشن گرفتن است.
- نظافت و آراستگی: اکثریت موارد بدون کمک یا با کمک جزئی جهت بیمار انجام می گیرد.
- دفعی: نیاز به کمک جهت رفتن به توالت یا استفاده از لوله ادراری دارد. بی اختیاری ادراری یا تجربه بی اختیاری ادراری یا قطره قطره ادرار کردن را ندارد.
- حرکت: به خودی خود یا با کمک جزئی حرکت می کند.

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار علائم و نشانه های جزئی بیشتر از یک بیماری متوسط دارد.
- نیازمند مانیتورینگ، گرفتن علائم حیاتی
- درناژ و انفوزیون

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی (Teaching and Emotional Support)

- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی ۱۰-۵ دقیقه در هر شیفت است.
- بیمار ممکن است به صورت جزئی گیج بوده، حالت تهاجمی داشته باشد اما به خوبی توسط داروها، آگاه نمودن مکرر یا محدود کننده کنترل می گردد.

۴- درمان ها و داروها (Treatment and Medication)

- ۳۰-۲۰ دقیقه در هر شیفت نیازمند ارزیابی از نظر موثر بودن دارو و درمان می باشد
- بیمار ممکن است هر ۲ ساعت نیاز به بررسی وضعیت مغزی یا شناختی را داشته باشد.

سطح ۳ : مراقبت متوسط

۱- فعالیتهای روزانه (Daihy living)

- خوردن و آشامیدن : بیمار ممکن است توانایی بلعیدن و یا قورت دادن را داشته باشد اما نیازمند کمک به خوردن و آشامیدن است .
- نظافت و آراستگی : به تنهایی قادر به انجام بیشتر این فعالیتهای نمی باشد .
- دفعی : نیاز به دریافت و برداشت لگن و لوله ادراری را دارد .
- حرکت : به طور کامل وابسته می باشد و نیازمند چرخاندن توسط یک نفر می باشد و تنها می تواند به صورت جزئی بچرخد

۲- سلامت عمومی (General Health)

- بیمار علائم حاد دارد که ممکن است کاهش یابد
- نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی وضعیت فیزیولوژیکی یا وضعیت عاطفی هر ۲ تا ۴ ساعت است
- درناژ مداوم یا انفوزیون که نیازمند مانیتورینگ هر ۱ ساعت است را دارد .
- آموزش و حمایت عاطفی و روانی : (Teaching and Emotional Support)
- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی ۳۰-۱۰ دقیقه در هر شیفت است
- گاهی در مقابل به آموزش ها مقاومت می نماید و یا سریعاً درک می نماید .
- بیمار ممکن است گیج ، آژیته باشد اما نسبتاً به خوبی توسط دارو ، آگاهی دادن مرتب یا محدود کننده کنترل می گردد

۴- درمان ها و داروها (Treatment Medication)

- ۶۰-۳۰ دقیقه در هر شیفت نیازمند مشاهده مکرر برای اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک است
- بیمار ممکن است هر ۱ ساعت نیاز به بررسی وضعیت مغزی یا شناختی را داشته باشد .

سطح ۴ : مراقبت شدید

۱- فعالیتهای روزانه (Daihy living)

- خوردن و آشامیدن : بیمار نمی تواند به تنهایی غذا بخورد به سختی می بلعد و یا قورت می دهد ممکن است نیازمند تغذیه از راه لوله معده داشته باشد .
- نظافت و آراستگی : کلیه موارد مانند حمام کردن ، مراقبت از موها ، مراقبت از دهان را بیمار کاملاً با کمک انجام می دهد .
- دفعی : بیشتر از ۲ بار در هر شیفت بی اختیاری دارد
- حرکت : خود بیمار نمی تواند بچرخد ، جهت چرخیدن در تخت نیازمند ۲ نفر می باشد .

۲- سلامت عمومی (General Health)

- به شدت بیمار است و دچار علائم حادی مانند خونریزی یا کاهش مایعات بدن ، حملات تنفسی حاد و ... می باشد
- نیازمند مانیتورینگ و ارزیابی

۳- آموزش و حمایت عاطفی و روانی : (Teaching and Emotional Support)

- نیازمند آموزش و حمایت عاطفی و روانی بیشتر از ۶۰ دقیقه در هر شیفت است

➤ بیمار ممکن است گیج، بی قرار و عصبی و آزرته بوده و با دارو محدود کننده و یا آگاهی دادن مکرر کنترل نمی گردد

۴-درمان ها و داروها (Treatment Medication)

- نیازمند بیشتر از ۶۰ دقیقه مشاهده مکرر برای اثرات جانبی یا واکنشهای آلرژیک است
- نیازمند مشاهده و ارزیابی وضعیت مغزی و شناختی هر ۱ ساعت دارد .

سطح ۵ : مراقبت ویژه

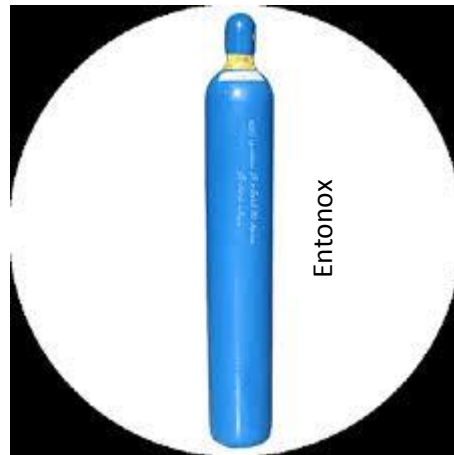
➤ نیازمند مشاهدات دائم می باشد و در هر شیفت مانیتورینگ مداوم نیاز دارد مانند مراقبت از بیمار تحت ونتیلاتور

به منظور تامین مراقبت جامع، پرستار مسئول هر بیمار در هر نوبت کاری در چارچوب شرح وظایف مصوب، موظف به اقدامات زیر می باشد .

- ثبت نام پرستار مسئول مراقبت از بیمار در پرونده و تابلوی مشخصات بالای سر بیمار
- پاسخگویی به موقع نیازهای مراقبتی بیمار
- بررسی وضعیت بیمار، تدوین و اجرای برنامه مراقبت پرستاری بر اساس فرایند پرستاری
- تعامل با پزشک معالج و اعضاء تیم درمان به منظور هماهنگی و پیگیری اقدامات تشخیصی، درمانی و ...
- ارائه آموزش خود مراقبتی به بیمار در طول دوران بستری و هنگام خروج از بخش
- تدوین برنامه ترخیص بیمار به هنگام ترخیص بیمار از بیمارستان
- ثبت تمام اقدامات پرستاری مطابق شرح وظایف مصوب پرستاری

توجه، توجه : ترک محل خدمت در صورت ترک موقت یا کامل محل خدمت پرستار مسئول باید با همکاری سرپرستار مسئول شیفت فردی را به عنوان جانشین معرفی کند تا در غیاب ایشان تداوم مراقبت را بر عهده گیرد . همچنین در صورت ترک کامل محل خدمت توسط پرستار در طی شیفت پرستار مسئول اولیه باید تا لحظه حضور گزارش را در پرونده ثبت و امضاء نماید و پرستار جانشین نیز از لحظه تحویل تا پایان شیفت گزارش اقدامات خود را ثبت نماید .

جدول رنگ بندی استاندارد سیلندر گازهای طبی



O2

توضیحات	مورد کاربرد	علامت مشخصه سیلندر	نوع سیلندر
استنشاق آن باعث سرگیجه و تهوع می شود	عمل های لاپاراسکوپی و کرایو	به رنگ طوسی می باشد	Co2 دی اکسید کربن
ترکیب این گاز با هیدروکربن ها و روغن ایجاد احتراق و انفجار می کند	اکسیژن رسانی به بیمار و ونتیلاتور	به رنگ سفید می باشد	O2 اکسیژن
جز گازهای بی اثر می باشد	دستگاههای پنوماتیکی اتاق عمل و غیره	به رنگ مشکی می باشد	ازت (N2) (هوای فشرده)
استنشاق آن باعث ایجاد سرگیجه و تهوع می شود	در ماشین بیهوشی کاربرد دارد	به رنگ آبی می باشد	N2O (گاز بیهوشی)
استنشاق مداوم و بیش از حد آن باعث تهوع و سرگیجه و خشکی دهان می گردد.	در تسکین زایمان کاربرد دارد	قسمت بالای آن سفید و قسمت پایین آن آبی می باشد	Entonox انتونکس