



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

مرکز پزشکی آموزشی درمانی توحید

کتابچه توجیهی آشنایی دانشجویان جدیدالورود با مقررات بیمارستانی

بر اساس استاندارد اعتباربخشی «فراگیران»
دستورالعمل اعتباربخشی در بیمارستانهای آموزشی
(زمستان ۱۳۹۵)

تهیه و تنظیم: ادیب خضری
مسئول واحد آموزش بیمارستان توحید
تابستان ۱۳۹۸

۱	بیمارستان توحید.....
۱	بخش های بیمارستان.....
۲	مدیریت بیمارستان.....
۳	معاونت آموزشی پژوهشی بیمارستان.....
۴	اهم وظایف معاونت آموزشی مرکز.....
۷	اساتید و اعضای هیئت علمی.....
۱۰	دفتر مطالعات و توسعه آموزش پزشکی.....
۱۱	واحد آموزش.....
۱۳	شرح وظایف واحد آموزش.....
۱۶	پاسخگویی به فراگیران.....
۱۶	فضاهای واحد آموزش.....
۱۶	کلاس ها.....
۱۷	آمفی تاتر.....
۱۷	کتابخانه.....
۱۹	سالن مطالعه.....
۲۰	سلف سرویس.....
۲۰	سایت پزشکان.....
۲۱	دفتر گروه های آموزشی.....
۲۱	رختکن.....
۲۲	پاویون.....
۲۳	سیستم HIS بیمارستان.....
۲۴	جلسات توجیهی بدو ورود برای فراگیران.....
۲۵	نحوه ارتباطات سازمانی دانشجو.....
۲۶	رشته های دانشجویی در بیمارستان.....
۲۷	معرفی به بخش.....
۲۷	ثبت حضور.....

۲۹	مورنینگ.....
۳۰	کشیک.....
۳۳	مرخصی.....
۳۵	آیین نامه پوشش مناسب و اخلاق حرفه‌ای در محیط‌های بالینی.....
۳۷	رسیدگی به تخلفات فراگیران.....
۳۸	امتحان پایان بخش.....
۴۰	الزامات و قوانین بیمارستانی برای فراگیران.....
۴۴	نکات آموزشی و توجیهی بدو ورود اینترن طب اورژانس.....
۴۷	ثبت خطای پزشکی.....
۴۸	مشور حقوق بیمار.....
۵۰	دسترسی فراگیران به فایل‌های پاراکلینیک بیمارستان.....
۵۱	دستورالعمل مشارکت فراگیران در آموزش به بیماران.....
۵۳	امنیت فراگیران.....
۵۵	الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی.....
۵۷	عوامل منجر به کسورات بیمه‌ای.....
۵۸	الزامات اسناد سرپائی بیمارستانی.....
۵۸	مصادیق خدشه در اسناد بیمه‌ای.....
۵۹	دستورالعمل کشوری مستندسازی پرونده پزشکی.....
۶۶	برگه‌های پرونده بیماران.....
۶۶	الف) برگ پذیرش.....
۶۷	ب) برگ خلاصه پرونده.....
۶۸	ج) برگ شرح حال.....
۶۸	د) برگ سیر بیماری.....
۶۹	ه) برگ درخواست مشاوره.....
۷۰	و) برگ بیهوشی.....
۷۱	ز) برگ گزارش عمل جراحی.....

- ح) برگ دستورات پزشکی..... ۷۱
- دستورالعمل درج دستور تلفنی یا شفاهی..... ۷۳
- چند نکته مهم در مستندسازی پرونده بیماران..... ۷۴
- چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی..... ۷۷
- شرح وظایف کارآموز پزشکی..... ۷۸
- شرح وظایف کارورز پزشکی..... ۸۴
- شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری..... ۹۰
- ایمنی و بهداشت در محیط‌های درمانی..... ۹۵
- بهداشت محیط..... ۱۰۱
- عفونت بیمارستانی..... ۱۰۴
- مدیریت بحران..... ۱۰۷
- کدهای بحران..... ۱۰۸
- مانور..... ۱۰۹
- آتش نشانی..... ۱۰۹
- قابل توجه فراگیران ساکن در پاریس..... ۱۱۲
- تلفن‌های اضطراری بیمارستان..... ۱۱۳

بیمارستان توحید

بیمارستان توحید نخستین بیمارستان رسمی استان کردستان است که با نام «بیمارستان ۲۰۰ تختخواهی پهلوی سنندج» و نام مصطلح «بیمارستان گریاشان» در سال ۱۳۵۴ تأسیس و در سال ۱۳۵۶ افتتاح گردید. این بیمارستان پس از انقلاب به «بیمارستان توحید» تغییر نام داد. بیمارستان در جنوب شرقی سنندج مجاور کوه توس نوذر و به مساحت کلی در عرصه ۱۶ هکتار و اعیانی ۲۴,۰۰۰ مترمربع در یک طبقه با ظرفیت اولیه ۲۰۰ تخت ساخته شده است. بنابه مقتضیات و براساس نیاز، بیمارستان دستخوش تغییراتی در ساخت واحدهای جدید، جابجایی بخش‌ها و تغییر ساختمان شده است و اکنون با ۴۵۷ تخت فعال و ۸۵۰ نفر پرسنل خدمت‌رسانی می‌کند.

بخش‌های بیمارستان

۱. بخش جراحی قلب شهید پروجرودی (تأسیس: مرداد ۱۳۹۲) دارای ۳۴ تخت در زمینی به مساحت ۳۸۰۰ مترمربع و در سه طبقه متشکل از بخش‌های مختلفی نظیر بستری، اتاق عمل، CCU، ICU، رادیولوژی و آزمایشگاه.
۲. درمانگاه دیابت (تأسیس: ۱۳۹۱) با مساحت ۳۵۰ مترمربع.
۳. بخش رادیوتراپی (تأسیس: ۱۳۸۴) با مساحت ۱۱۰۰ مترمربع.
۴. مرکز تحقیقاتی گوارش و کبد (تأسیس: مهرماه ۱۳۸۵) وابسته به معاونت پژوهشی دانشگاه.

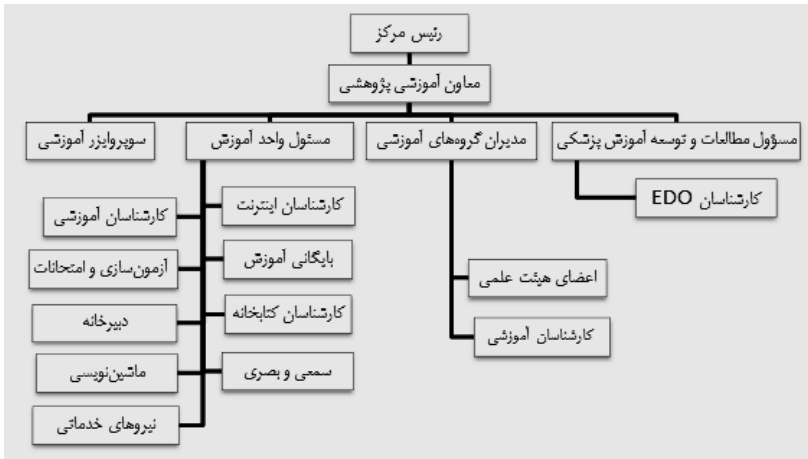
شماره	نام بخش	تخت فعال	شماره	نام بخش	تخت فعال
۱	نورولوژی	۲۴	۱۲	اتاق عمل	۸
۲	عفونی	۳۵	۱۳	دیالیز	۳۰
۳	ICU	۱۷	۱۴	CCU	۱۵
۴	قلب مردان	۲۸	۱۵	اورژانس	۴۵
۵	قلب زنان	۳۲	۱۶	شیمی درمانی	۱۴
۶	انکولوژی	۲۵	۱۷	جراحی قلب	۳۴
۷	گوارش	۱۶	۱۸	رادیولوژی	-
۸	سوختگی	۱۴	۱۹	اکومری	-
۹	داخلی زنان	۳۱	۲۰	آزمایشگاه	-
۱۰	داخلی مردان	۲۹	۲۱	آنژیوگرافی	-
۱۱	ریه	۲۹	۲۲	رادیوتراپی	-

مدیریت بیمارستان

نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	سمت
دکتر صدیق جدیدالاسلامی	متخصص داخلی	رئیس بیمارستان
دکتر اسعد فتحی پور	متخصص طب اورژانس	مدیر بیمارستان
دکتر فرزانه کریمیان	متخصص نورولوژی	معاون آموزشی
شکرالله حیدریان	کارشناس	مترون
ادیب خضری	کارشناس ارشد	مسئول واحد آموزش
سارا روحی	کارشناس ارشد	سوپروایزر آموزشی

معاونت آموزشی و پژوهشی بیمارستان

با توجه به قدمت این بیمارستان بدیهی است که ابتدا کاربری درمانی داشته است. در مهرماه سال ۱۳۶۴ با تصویب قانون تشکیل «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» از سوی مجلس شورای اسلامی مقدمات تغییر در بیمارستانهای دولتی آغاز گردید. نهایتاً در سال ۱۳۷۵ این بیمارستان رسماً به «مرکز پزشکی آموزشی درمانی» تبدیل شد و تغییراتی در ساختار آن بوجود آمد. مهم ترین تغییر، اضافه شدن معاونت آموزشی و تشکیلات آن به چارت سازمانی بیمارستان بود تا عهده دار تربیت دانشجویان رشته های پزشکی و پیراپزشکی در بخشهای بالینی باشد؛ از این رو کلیه تخت های این بیمارستان، آموزشی بوده و اساتید مرکز در ابتدای درمان تذکرات لازم را درخصوص لزوم حضور دانشجو در تمام مراحل درمان به اطلاع بیمار می رسانند.



معاون آموزشی مرکز با پیشنهاد رئیس بیمارستان، و تأیید رئیس دانشکده پزشکی، و ابلاغ معاون آموزشی دانشگاه منصوب می شود. معاون پژوهشی مرکز نیز با ابلاغ معاون پژوهشی دانشگاه منصوب شده و مسئول واحد تحقیقات بالینی بیمارستان است. معاونین آموزشی بیمارستان توحید از ابتدای تشکیل معاونت به ترتیب عبارتند از: دکتر حسام الدین

اسدی، دکتر بهروز احسن، دکتر شهین کنعانی، دکتر بهرام نیکخو، دکتر بهزاد محسن پور، دکتر محمدمسعد فرقانی، دکتر بهار مؤسس غفاری؛ و اکنون دکتر فرزانه کریمیان. امکانات و فضای فیزیکی تحت پوشش این معاونت عبارت است از: کلاس‌ها، سالن آمفی تاتر، سالن مطالعه، دفاتر گروه‌های آموزشی، دفتر معاونت آموزشی، سایت پزشکان، پویون دانشجویان، رختکن دانشجویان.

اهم وظایف معاونت آموزشی مرکز

۱. نظارت بر فعالیت‌های آموزشی گروه‌های آموزشی و اساتید مرکز، و پایش آنها.
۲. نظارت بر رعایت موازین و اصول اخلاق حرفه‌ای اساتید و فراگیران.
۳. بررسی و نظارت بر نحوه تقسیم شدن فراگیران در بخشهای مختلف.
۴. نظارت بر برنامه‌ریزی و کیفیت آموزش در بخشهای آموزشی به صورت تئوری و عملی.
۵. نظارت بر نحوه ارزشیابی و امتحان پایان دوره آموزش گیرندگان.
۶. نظارت بر اجرای برنامه‌ها و مقررات آموزشی.
۷. شرکت منظم در کمیته‌های بیمارستانی بویژه کمیته آموزش.
۸. پایش عملکرد کمیته‌های بیمارستانی، نظارت بر خرید، توزیع امکانات و تجهیزات آموزشی بیمارستان.
۹. نظارت بر تجهیز کلاس‌های آموزشی، کتابخانه، پویون‌ها، و سالن کنفرانس.
۱۰. شرکت در جلسات شورای گروه‌های آموزشی بیمارستان.
۱۱. ارائه خدمات کمک آموزشی از قبیل تایپ، تهیه اسلاید، مشاوره آماری به طرح‌های تحقیقاتی.

پایش فراگیران مجموعاً شامل نظارت بر عملکرد بالینی آنها در محیط بیمارستان است. این نظارت از معرفی آنها به بیمارستان آغاز شده و تا زمان اعلام نتایج آزمون به مدیر گروه ادامه دارد. عناوین نظارتها عبارتند از:

۱. نظارت بر نحوه تقسیم شدن فراگیران در بخشهای مختلف و ارائه پیشنهادهای لازم برای رفع مشکلات آنان.
۲. نظارت بر برنامه‌ریزی و کیفیت آموزش در بخشهای آموزشی به صورت تئوری و عملی.
۳. نظارت بر نحوه ارزشیابی و امتحان پایان دوره آموزش گیرندگان.
۴. نظارت بر نحوه اجرای برنامه‌ها و مقررات آموزشی.
۵. نظارت بر کیفیت اجرای اخلاق حرفه‌ای پزشکی در بخش‌ها.
۶. پیگیری مشکلات و مسائل آموزشی فراگیران در بخشها و انعکاس آن به روسای دانشکده‌ها.
۷. نظارت بر حضور دانشجویان در کشیک‌ها.
۸. معرفی دانشجویان پزشکی به روتیشن‌های بخشهای دیگر.
۹. تأیید معرفی‌نامه دستیاران به امتحان ارتقاء و برد تخصصی.
۱۰. شرکت منظم در جلسات هماهنگی معاونین آموزشی با حضور مسؤولان دانشکده و ارسال گزارش سالانه در مورد وضعیت آموزش بستری و سرپایی در حوزه فعالیت مربوطه به رئیس دانشکده‌ها؛ شامل ارائه گزارش از فعالیت‌های آموزشی در رشته‌های مختلف تخصصی، و گزارش از روند کلی آموزش دانشجویان و دستیاران در قسمت‌های بستری و سرپایی.
۱۱. ارائه پیشنهادهای اصولی و سازنده جهت ارتقاء سطح آموزش و افزایش میزان آموزش سرپایی دانشجویان و دستیاران.
۱۲. ارائه و تنظیم طرح‌های مربوط به تکنولوژی آموزشی و تأیید درخواست تجهیزات پزشکی در بخش‌هایی که استفاده آموزشی دارند.

۱۳. نظارت بر تجهیز کلاس‌های آموزشی، کتابخانه، پایون‌ها، و سالن کنفرانس.
۱۴. هماهنگی با مدیران گروه‌های آموزشی در ارتقاء کیفیت پرونده‌های پزشکی.

اساتید و اعضای هیئت علمی

در حال حاضر چهارگروه آموزشی داخلی، قلب، نورولوژی، و عفونی بصورت ثابت در بیمارستان مستقر هستند. مشخصات اعضای هیئت علمی و اساتید همکار با گروههای آموزشی در این بیمارستان عبارتند از:

گروه آموزشی قلب		
نام و نام خانوادگی	نوع همکاری	تخصص
دکتر هادی زاده، نوشین	هیئت علمی	فلوشیپ اکو کاردیوگرافی
دکتر شیوخی، فاطمه	هیئت علمی	متخصص قلب (معاون گروه)
دکتر واحدی، سیامک	هیئت علمی	فوق تخصص قلب
دکتر اسدی، حسام الدین	هیئت علمی	متخصص قلب
دکتر نقشبندی، محمد خالد	هیئت علمی	متخصص قلب
دکتر کریمی، کژال	درمانی	فلوشیپ اکو کاردیولوژی
دکتر لطفی، رضا	درمانی	فلوشیپ اکو کاردیولوژی
دکتر مطلبی، سینا	درمانی	فوق تخصص قلب
دکتر مجیدی، صادق	درمانی	متخصص قلب
دکتر کاهه، زهره	درمانی	متخصص قلب
دکتر محمدی، امید	درمانی	متخصص قلب
دکتر احمدی، دارا	درمانی	متخصص قلب

گروه آموزشی رادیوتراپی و انکولوژی		
نام و نام خانوادگی	نوع همکاری	تخصص
دکتر صالحی، زینب	هیئت علمی	متخصص رادیوتراپی انکولوژی
دکتر احمدی، منوچهر	درمانی	متخصص رادیوتراپی انکولوژی
دکتر جمشیدی، سمانه	درمانی	متخصص رادیوتراپی انکولوژی

گروه آموزشی عفونی		
نام و نام خانوادگی	نوع همکاری	تخصص
دکتر محسن پور، بهزاد	هیئت علمی	متخصص عفونی (مدیر گروه)
دکتر افراسیابیان، شهلا	هیئت علمی	متخصص عفونی (معاون گروه)
دکتر حاجی باقری، کتابون	هیئت علمی	متخصص عفونی
دکتر فرزین پور، ژیلا	هیئت علمی	متخصص عفونی
دکتر لطفی، گوهر	درمانی	متخصص عفونی
دکتر براری، محمد	درمانی	متخصص عفونی

گروه آموزشی نورولوژی		
نام و نام خانوادگی	نوع همکاری	تخصص
دکتر احسن، بهروز	هیئت علمی	متخصص نورولوژی (مدیر گروه)
دکتر کریمیان، فرزانه	هیئت علمی	متخصص نورولوژی (معاون گروه)
دکتر خماند، پیام	هیئت علمی	متخصص نورولوژی
دکتر معتمدی، دینا	هیئت علمی	متخصص نورولوژی
دکتر رجبی، عارف	درمانی	متخصص نورولوژی
دکتر صدرالاسلامی، نورالدین	درمانی	متخصص نورولوژی
دکتر محمودی، پرستو	درمانی	متخصص نورولوژی
دکتر حسین پناهی، پریا	درمانی	متخصص نورولوژی
دکتر بازیار، مریم	درمانی	متخصص نورولوژی

گروه آموزشی داخلی		
نام و نام خانوادگی	نوع همکاری	تخصص
دکتر مقیمی، نسرین	هیئت علمی	فوق تخصص روماتولوژی (مدیر گروه)
دکتر شیخ احمدی، کوروش	هیئت علمی	فوق تخصص روماتولوژی
دکتر ساعد، لطف الله	هیئت علمی	فوق تخصص غدد (معاون آموزشی)
دکتر غفوری، شهناز	هیئت علمی	فوق تخصص غدد
دکتر کیانی، سیده مهدیه	هیئت علمی	فوق تخصص غدد
دکتر محمدی بانه، انور	هیئت علمی	فوق تخصص نفرولوژی (معاون پژوهشی)
دکتر فرقانی، محمدسعد	هیئت علمی	فوق تخصص نفرولوژی
دکتر سیگاری، ناصر	درمانی	فوق تخصص نفرولوژی
دکتر سیگاری، ناصح	هیئت علمی	فوق تخصص ریه
دکتر حسنی، صباح	هیئت علمی	فوق تخصص ریه
دکتر قادری، بابزید	هیئت علمی	فوق تخصص انکولوژی
دکتر نصیری، فر، علیرضا	هیئت علمی	فوق تخصص انکولوژی
دکتر مظفری، رامبد	هیئت علمی	فوق تخصص انکولوژی
دکتر شیخ اسماعیلی، فرشاد	هیئت علمی	فوق تخصص گوارش
دکتر پرهیز کار، باران	درمانی	فوق تخصص گوارش
دکتر نقشبندی، جلال الدین	هیئت علمی	فوق تخصص گوارش
دکتر یوسفی نژاد، وحید	هیئت علمی	متخصص پزشکی قانونی
دکتر مولانایی، امیر	درمانی	متخصص پزشکی قانونی
دکتر الحق، صدیق	درمانی	متخصص داخلی
دکتر خضری، یوسف	درمانی	متخصص داخلی
دکتر شیخ الاسلامی، امیر	درمانی	متخصص داخلی
دکتر جدید الاسلامی، صدیق	درمانی	متخصص داخلی

دفتر مطالعات و توسعه آموزش پزشکی

Education Development Office

یکی از واحدهای تحت نظارت معاونت آموزشی بیمارستان و نماینده EDC در دانشکده پزشکی محسوب شده که به منظور ارتقای کیفیت آموزش بالینی در آیت‌های زیر با همکاری واحد آموزش بیمارستان برعهده دارد:

۱. تعیین نیازهای علمی اعضای هیئت علمی
۲. بهینه‌سازی برنامه‌های آموزشی در سطوح مختلف
۳. بهبود وضعیت ارزشیابی برنامه‌های اعضای هیئت علمی و دانشجویان
۴. ارزشیابی اساتید، معاونین آموزشی پژوهشی، و دانشجویان و ارسال نتایج به EDC
۵. ارزشیابی معاونین آموزشی و پژوهشی توسط مدیران گروه‌های آموزشی
۶. ارزشیابی درونی گروه‌های آموزشی
۷. همکاری با EDC در انجام ارزشیابی درون گروهی
۸. همکاری با گروه‌های آموزشی در تهیه log book
۹. برنامه‌ریزی برای اجرای کارگاه‌های آموزشی در زمینه‌های مختلف آموزشی
۱۰. برنامه‌ریزی و اجرای کارگاه‌های آموزشی، نسخه‌نویسی و مهارت‌های بالینی
۱۱. همکاری با EDC در اجرای کارگاه‌های آموزشی برای اعضای هیئت علمی
۱۲. تحلیل کیفیت سوالات امتحانی و اعلام گزارش به اساتید مربوطه
۱۳. بررسی طرح درسها (و طرح دوره) گروه‌های بالینی
۱۴. مشارکت در تعیین عناوین پژوهش در آموزش و اولویتهای پژوهشی بیمارستان

مسئولیت این واحد با خانم دکتر ناهید زمانی مهر (استادیار گروه طب اورژانس دانشگاه) می‌باشد.

واحد آموزش

دانشجویان پزشکی تحصیلات خود را در دو دوره کلی «علوم پایه» و «بالینی» می‌گذرانند؛ دوره علوم پایه در دانشکده، و دوره بالینی در بیمارستان سپری می‌شود. اجرای کلی مقررات آموزشی وزارت متبوع در بیمارستان، وظیفه واحد آموزش بیمارستان است؛ لذا واحد آموزش بیمارستان‌ها نماینده آموزش هر دانشکده محسوب شده و لازم است هرگونه اقدام اداری و فعالیت آموزشی را صرفاً با هماهنگی و اطلاع دانشکده‌های ذیربط انجام دهد. وظیفه دیگر واحد آموزش بیمارستان تهیه امکانات آموزشی و رفاهی لازم برای آنها و اساتید در بیمارستان است. حداقل این امکانات شامل کلاس، سالن آمفی‌تاتر، سالن مطالعه، دفاتر گروه‌های آموزشی، دفتر معاونت آموزشی، پایون دانشجویان و رختکن دانشجویان است. متولی تأمین این اماکن و تجهیزات آن ابتدا برعهده رئیس بیمارستان و سپس رؤسای دانشکده‌ها (بخصوص رئیس دانشکده پزشکی) است و معاونت آموزشی بیمارستان نیز نظارت بر تجهیزات و پشتیبانی آنها را عهده‌دار بوده و هرگونه کاستی یا بروز مشکل را در امور رفاهی و آموزشی بیمارستان، در اسرع وقت کتباً به اطلاع رئیس بیمارستان و رئیس دانشکده مربوطه می‌رساند.

آیین‌نامه‌های اجرایی، دستورالعمل‌های بالینی، و هر نوع اطلاع‌رسانی درخصوص وضع آموزشی دانشجویان و اساتید مانند نقص پرونده و برگزاری همایش‌های علمی که شامل حال دانشجویان و اساتید می‌شود، صرفاً از طریق رؤسای دانشکده‌ها به آموزش بیمارستان ابلاغ می‌شود.

دفتر آموزش بیمارستان با مساحت تقریبی ۳۰ مترمربع در مجاورت سایت پزشکان، گروه‌های آموزشی داخلی و نورولوژی و عفونی قرار دارد. یک اتاق نیز در روبروی دفتر آموزش به واحد امتحانات اختصاص یافته است.

چنانکه گفته شد، دوره بالینی دانشجویان پزشکی، پرستاری و پیراپزشکی و بهداشت حرفه‌ای در بیمارستان سپری می‌شود. این دوره‌ها بخش عملی آموزش دانشجویی

محسوب می‌شود؛ از این نظر آموزش بیمارستانی از اهمیت بالایی برخوردار بوده و لازم است واحد آموزش بعنوان نماینده اداره آموزش دانشکده‌ها حساسیت و دقت لازم را درخصوص نظارت بر امر آموزش دانشجویان داشته باشد. این نظارت، دائمی است و صرفاً محدود به زمان برگزاری آزمون نمی‌شود.

برنامه‌ریزی برای دانشجویان که براساس کوریکولوم وزارت بهداشت تهیه می‌شود، دو گونه است. برنامه آموزشی بالینی برای گروه غیرپزشکی توسط مدیران گروه‌های مربوطه و در دانشکده متبوع انجام می‌شود. این برنامه‌ها به انضمام روتیشن (برنامه زمانبندی حضور در هریک از بخش‌ها و بیمارستانها) یک هفته پیش از آغاز نیمسال تحصیلی به معاونت آموزشی بیمارستان اعلام می‌شود و واحد آموزش نیز آن را به سوپروایزر آموزشی بیمارستان و سرپرستاران بخش (مثلاً برای توزیع منطقی تخت در بین دانشجویان) ارجاع می‌دهد. درخصوص دانشجویان پزشکی فقط لیست حضور و غیاب دانشجویان به انضمام تعداد بخش‌های فعال به معاونت آموزشی بیمارستان ارسال می‌گردد. واحد آموزش چند روز پیش از آغاز ماه لیست دانشجویان را در اختیار مدیرگروه گذاشته و برنامه آموزشی با هماهنگی معاونت آموزشی مرکز تهیه و تایپ می‌شود تا در اختیار مدیرگروه، اساتید گروه، رئیس بیمارستان، و دفتر پرستاری قرارگیرد. دانشجویان دانشگاه آزاد نیز با معرفی‌نامه از سوی اداره کل آموزش دانشگاه و با نظارت مربیان دانشگاه متبوع و دفتر آموزش بیمارستان کار خود را در بیمارستان شروع می‌کنند. همکاران شاغل در این معاونت عبارتند از:

نام	سمت	میزان تحصیلات	تلفن داخلی
ادیب خضری	مسوول واحد آموزش	کارشناس ارشد	۳۱۹
شهره رحیم پور	کارشناس دفتر آموزش	کارشناس	۲۱۷
مهین حاجی زاده	کارشناس گروه داخلی	دیپلم	۲۲۶
شادی سیفی	کتابدار	کارشناس	۲۲۰
محمود کاظمی	خدمه دفتر آموزش	سوم راهنمایی	-
ویدا شکرالله نسب	خدمه سایت پزشکان	سوم راهنمایی	-

شرح وظایف واحد آموزش

«اجرای کلیه برنامه‌ها، مقررات آموزشی وزارت متبوع، و ابلاغی از سوی مقامات مافوق با نظارت معاون آموزشی بیمارستان» وظیفه اصلی و کلان دفتر آموزش است؛ براین اساس فعالیت‌های واحد آموزش در راستای تحقق اهداف اعتباربخشی آموزشی بیمارستانهای آموزشی عبارت است از:

الف) پایش فعالیت‌های آموزشی گروه‌های آموزشی

این پایش شامل نظارت بر حسن اجرا و ارزشیابی کلیه فعالیت‌های آموزشی گروه‌های بالینی براساس برنامه مدون اعلام شده از طرف مدیر گروه‌ها و دانشکده‌ها می‌شود. فعالیتها عبارتند از: برگزاری کلاس، راند بخش، گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، آموزش سرپایی در درمانگاه، ارزشیابی دانشجویان از نظر علمی و عملی و رفتاری، طرح سؤالات، و حضور در جلسات امتحانی.

همچنین نظارت بر عملکرد و حضور در تمامی جلسات «کمیته آموزش» جهت حل مشکلات و اختلافات بین گروه‌های آموزشی و ایجاد برنامه‌های آموزشی مشترک از دیگر وظایف معاونت آموزشی مرکز است که توسط واحد آموزش اجرایی می‌شود.

گروه‌های آموزشی موظفند مرخصی اساتید، مأموریت‌های علمی و آموزشی آنها را چند روز قبل از اجرا کتباً به معاون آموزشی مرکز اعلام نمایند تا هماهنگی‌های لازم عملیاتی گردد.

ب) پایش عملکرد فراگیران

پایش فراگیران شامل نظارت بر عملکرد بالینی آنها در محیط بیمارستان است. این نظارت از معرفی آنها به بیمارستان آغاز شده و تا زمان اعلام نتایج آزمون به مدیر گروه ادامه دارد. عناوین نظارتها عبارتند از:

۱. تقسیم شدن فراگیران در بخشهای مختلف و ارائه پیشنهادها برای رفع مشکلات آنان
۲. برنامه‌ریزی و کیفیت آموزش در بخشهای آموزشی به صورت تئوری و عملی
۳. ارزشیابی و امتحان پایان دوره آموزش گیرندگان
۴. برنامه‌ها و مقررات آموزشی
۵. رعایت اخلاق حرفه‌ای و مقررات پزشکی در بخش‌ها
۶. پیگیری مشکلات و مسائل آموزشی فراگیران در بخشها و انعکاس آن به روسای دانشکده‌ها
۷. حضور دانشجویان در کشیک‌ها و برنامه‌های آموزشی درمانی
۸. معرفی دانشجویان پزشکی به روتیشن‌های بخشهای دیگر
۹. تأیید معرفی‌نامه دستیاران به امتحان ارتقاء و مورد تخصصی
۱۰. شرکت منظم در جلسات هماهنگی معاونین آموزشی با حضور مسؤولان دانشکده و ارسال گزارش سالانه در مورد وضعیت آموزش بستری و سرپایی در حوزه فعالیت مربوطه به رئیس دانشکده‌ها؛ شامل ارائه گزارش از فعالیت‌های آموزشی در رشته‌های مختلف تخصصی، و گزارش از روند کلی آموزش دانشجویان و دستیاران در قسمت‌های بستری و سرپایی

۱۱. ارائه پیشنهاد‌های اصولی و سازنده جهت ارتقاء سطح آموزش و افزایش میزان آموزش سرپائی دانشجویان و دستیاران
۱۲. ارائه و تنظیم طرح‌های مربوط به تکنولوژی آموزشی و تأیید درخواست تجهیزات پزشکی در بخش‌هایی که استفاده آموزشی دارند.
۱۳. هماهنگی با مدیران گروه‌های آموزشی در ارتقاء کیفیت پرونده‌های پزشکی
۱۴. نظارت بر خرید، توزیع امکانات و تجهیزات آموزشی بیمارستان

ج) نظارت بر برگزاری جلسات دفاع از پایان‌نامه‌های دانشجویی در مرکز

جلسه دفاع از پایان‌نامه‌های دانشجویی شامل انترنی و رزیدنتی پس از طی مراحل اداری لازم در دانشکده پزشکی و تأیید نهایی، در بیمارستانی که استاد راهنما در آنجا ساکن باشد، برگزار می‌شود. روال بدین گونه است که از طرف معاون پژوهشی دانشکده پزشکی معرفی‌نامه لازم با قید زمان و ساعت برگزاری جلسه، نام اساتید راهنما، مشاور و مشاور آماری به اطلاع معاون آموزشی بیمارستان رسیده و آموزش نیز در زمان مقرر مکان مناسب را در اختیار مهمانان قرار می‌دهد.

د) برنامه‌ریزی گزارش صبحگاهی و کنفرانس‌های ماهیانه

گزارش‌های صبحگاهی مشترک به صورت دو دوره شش ماهه طراحی می‌شود و براساس نوبت تمامی اتندهای بیمارستان در روزهای سه‌شنبه ساعت ۸-۹ صبح موظفند در سالن آمفی‌تاتر بیمارستان یک مورد بیماری قابل توجه را همراه با ذکر مراحل تشخیص و درمان شرح داده و نظرات دیگر اساتید و دانشجویان را جویا شوند. در این نشست از همه اتندها و دستیاران در دفتری بخصوص امضا گرفته می‌شود و در پایان ماه در برگه گزارش عملکرد آنها ثبت می‌گردد. بنابه مصوبه شورای آموزشی پژوهشی دانشکده پزشکی، مورنینگ مشترک بیمارستانی در ماههای فروردین و شهریور، و دوهفته پایانی اسفند ماه برگزار نمی‌شود. برنامه‌ریزی جهت برگزاری دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم برای

پزشکان و اساتید بعنوان اجرای دستورالعمل توانمندسازی اساتید و اعضای هیئت علمی نیز از وظایف این واحد است.

پاسخگویی به فراگیران

معاون آموزشی بیمارستان در روزهای شنبه، دوشنبه، چهارشنبه ساعت ۹-۱۱ آماده پاسخگویی به فراگیران و مراجعان است و در غیاب ایشان، این مسئولیت به مسئول آموزش بیمارستان واگذار شده است.

فضاهای واحد آموزش

کلاس‌ها

اتاق‌های در نظر گرفته شده برای معاونت آموزشی قبلاً کاربری درمانی داشته و اکنون با اصلاحاتی به صورت کلاس درآمده‌اند. با افزایش تعداد دانشجویان و تقاضای گروه‌های آموزشی برای افزایش فضای آموزشی، این مرکز فعلاً با ۸ کلاس در اختیار دانشجویان و اساتید است. تعدادی از کلاس‌ها به صورت انحصاری در اختیار یک گروه آموزشی گذاشته شده و چند کلاس نیز مشترکاً از سوی دانشجویان مقاطع پزشکی، و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و دانشگاه آزاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. امید است در آینده‌ای نزدیک با احداث سایت آموزشی، همه فضاهای آموزشی شامل کلاسها، کتابخانه، سالن مطالعه و دفتر آموزش جمع گردند. در کلاس‌ها تجهیزات مورد نیاز آموزشی و رفاهی در حد مطلوب شامل ویدیوپروژکتور، کامپیوتر متصل به اینترنت و اینترنت، پرده نمایش، نگاتوسکوپ، شوفاز، و کولر آبی گنجانده شده است.



شماره کلاس	محل	تعداد صندلی	متراژ (مترمربع)
۱	کلاس اعصاب	۲۵	۲۵
۲	کلاس عفونی	۲۵	۲۵
۳	کلاس قلب	۳۰	۳۰
۴	کلاس انکولوژی	۲۰	۳۰
۵	کلاس گوارش	۳۵	۵۰
۶	کلاس رادیوتراپی	۲۰	۳۰
۷	کلاس اورژانس	۱۵	۲۰
۸	دپارتمان پژوهشی	۲۰	۲۵

آمفی تاتر

آمفی تاتر مرکز در مسیر راهرو اصلی و همجوار کتابخانه بوده و با ظرفیت ۸۴ صندلی و امکانات سمعی بصری چون ویدئوپروژکتور، رایانه متصل به اینترنت و اینترنت، نگاتوسکوپ، سیستم صوتی، شفاژ، و کولرگازی مکان مناسبی برای برگزاری مراسم، کارگاه‌های آموزشی، گراند راند، ژورنال کلاب، مورنینگ مشترک، CPC و نظایر آن است. فضای آمفی تاتر تحت پوشش مودم wifi بوده و اساتید و دانشجویان می‌توانند با لب‌تاب و تبلت شخصی از اینترنت استفاده کنند.

کتابخانه

کتابخانه مرکز با فضای ۱۲۰ مترمربع در مسیر راهرو اصلی مرکز قرار دارد. براساس آخرین آمار (مرداد ماه ۱۳۹۸) تعداد ۴۴۳۰ عنوان کتاب فارسی و ۸۵۰ عنوان کتاب انگلیسی در دسترس مستقیم بوده و اساتید، فراگیران، کادر درمانی و کارمندان وابسته به دانشگاه می‌توانند از امکانات کتابخانه استفاده کنند. سه میز اختصاصی و جداگانه برای استفاده

اساتید و دستیاران در مخزن کتابخانه وجود دارد و تعداد ۵ دستگاه رایانه مجهز به اینترنت، اینترنت، شبکه بیمارستان و چاپگر در اختیار متقاضیان گذاشته شده است. این کامپیوترها به سرور کتابخانه مرکزی دانشگاه متصل بوده و مراجعان از این طریق به کلیه سایتهای معتبر پزشکی نظیر دسترسی دارند.



فضای کتابخانه تحت پوشش مودم WIFI بوده و اساتید و دانشجویان می‌توانند با رایانه یا تبلت شخصی خود از اینترنت استفاده کنند.

یک دستگاه ویدئوپروژکتور نیز در کتابخانه تعبیه شده تا بتوان در هنگام لزوم برخی از کلاس‌ها یا کارگاه‌ها را در آنجا برگزار کرد. ساعت کار بخش امانات کتابخانه هر روز (به استثنای ایام تعطیل) ۱۴ - ۷:۳۰ و عصرها ۱۷ - ۱۴:۳۰ (به استثنای ایام تعطیل و پنج‌شنبه‌ها) است و اساتید و دانشجویان با معرفی‌نامه رسمی از دانشکده مربوطه یا ارائه کارت الکترونیکی عضویت می‌توانند کتب مورد نیاز را مطابق مقررات به امانت بگیرند. رده‌بندی کتابها در کتابخانه به روش NLM بوده و امکان جستجوی اطلاعات کتابشناختی، از طریق نرم افزار کتابخانه برای کاربران فراهم شده است.

همه ساله در ابتدای اردیبهشت، طی فراخوان عمومی در دانشگاه و ارسال کاتالوگهای کتب نمایشگاه بین‌المللی تهران برای مدیران گروههای آموزشی، مشخصات کتب مورد نیاز جمع‌آوری شده و طی مکاتبات رسمی در اختیار معاونت پژوهشی دانشگاه گذاشته می‌شود تا در نمایشگاه یادشده نسبت به تهیه آنها اقدام گردد. وظایف کتابدار کتابخانه تحت نظارت مسئول واحد آموزش عبارت است از:

۱. ارائه خدمت به کلیه وابستگان دانشگاه طبق ضوابط کتابخانه مرکزی دانشگاه
۲. برآورد کتاب‌های مورد نیاز برحسب گروه‌ها و رشته‌های مختلف
۳. برآورد امکانات مورد نیاز کتابخانه و اعلام به مسئول آموزش
۴. نظارت و اجرای چیدمان کتاب‌ها و نگهداری از آنها
۵. تنظیم زمان برای استفاده کاربران از اینترنت

سالن مطالعه

فضای سالن مطالعه مرکز مستقل است و با مساحت تقریبی ۱۱۰ مترمربع در روبروی مخزن کتابخانه واقع شده و در آن برای ۶۰ نفر میز و صندلی تعبیه شده است. ساعت کار

سالن مطالعه در تمام ایام هفته از ساعت ۷:۳۰ صبح لغایت ۱۱ شب است. صرفاً اساتید، دانشجویان و کارمندان مرکز می‌توانند از این سالن استفاده کنند و ورود افراد غیر بدان ممنوع است.

سلف سرویس

سلف سرویس بیمارستان در محل انتهای راهروی دیالیز واقع شده و در آن برای ۳۶ نفر میز و صندلی چیده شده است. اسامی دانشجویان پزشکی کشیک در ابتدای هر ماه براساس لیست اعلام شده از سوی مدیر گروه، و برای دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی از سوی آموزش دانشکده‌ها به تفکیک به واحد آشپزخانه مرکز اعلام می‌شود تا این دانشجویان بتوانند ناهار، شام آن روز و صبحانه روز بعد را در بیمارستان میل کنند. دیگر دانشجویان غیرکشیک که تمایل به استفاده از وعده‌های غذایی بیمارستان را داشته باشند، می‌توانند بصورت آزاد غذا خریداری کنند. دستگاه اتوماسیون غذایی با پیگیری‌های این معاونت خریداری و در خرداد ماه سال ۱۳۹۵ رسماً راه‌اندازی شد. این سیستم در فرآیند تعریف دانشجویان برای رزرو غذا و مدیریت توزیع آن نقش بسیار مهمی در صرفه‌جویی مالی و زمانی دارد. قند و چای بصورت رایگان در اختیار دانشجویان این دانشگاه گذاشته شده تا در زمان استراحت (ساعت ۹-۱۰) بتوانند در سلف از آن استفاده کنند.

سایت پزشکان

سایت پزشکان در مجاورت معاونت آموزشی بیمارستان قرار داشته و امکانات رفاهی مطلوبی چون آشپزخانه، یخچال، میز، میل، تلفن (داخلی ۲۲۴)، کولر، تلویزیون، کامپیوتر مجهز به اینترنت و اینترنت فراهم شده است. این سایت تحت پوشش اینترنت WIFI نیز می‌باشد. یک نفر از نیروهای خدماتی نیز بعنوان خدومه سایت مسئول پذیرایی از اساتید بیمارستان است. وعده صبحانه برای اساتید در نظر گرفته شده که در صورت تمایل

می‌توانند در این سایت از آن استفاده کنند. رختکن اساتید گروه پرستاری نیز با مساحت ۳۰ متر مربع در مجاورت بخش گوارش واقع شده است.

دفتر گروههای آموزشی

هریک از گروه‌های آموزشی داخلی، قلب، نورولوژی و عفونی دارای دفتر جداگانه بوده و اساتید گروه می‌توانند مشاوره‌های علمی و جلسات آموزشی خود را در آن برگزار کنند. اتاق گروه قلب در ابتدای بخش قلب زنان و سایر دفتر گروههای آموزشی در مجاورت سایت معاونت آموزشی واقع شده‌اند.

رختکن

برای دانشجویان تعداد ۴ رختکن در فضای درون بیمارستان با مشخصات زیر در نظر گرفته شده است:

شماره	محل	تعداد کمد	مترائ m^2	ساکنان
۱	جنب بخش نورولوژی	۳۶	۱۵	خواهران پزشکی
۲	جنب بخش نورولوژی	۴۲	۲۵	خواهران پرستاری
۳	ورودی داخلی زنان	۴۲	۱۵	خواهران دانشگاه آزاد
۴	ورودی داخلی زنان	۵۴	۲۵	برادران

پاویون

ساختمان پاویون‌ها با مساحت هریک ۱۲۰ مترمربع مجزای از همدیگر بوده و خارج از محیط بیمارستان و روبروی سایت اداری قرار دارد.

شماره	ساکنان	مشخصات داخل	امکانات رفاهی
۱	رزیدنت ارشد برادران	دو اتاق،	تلویزیون، کامپیوتر مجهز به
۲	رزیدنت برادران سال ۳	هال،	اینترنت و چاپگر، میز و
۳	رزیدنت برادران سال ۱ و ۲	آشپزخانه،	صندلی، یخچال فریزر، مبل،
۴	رزیدنت خواهران	حمام و	فرش و موکت، تخت
۵	اینترنت برادران	سرویس	خواب، اجاق گاز، تلفن
۶	اینترنت خواهران	بهداشتی	داخلی، جاروبرقی، کمد، کابینت، فایل

سیستم HIS بیمارستان

کلیه سیستمهای در دسترس اساتید و فراگیران در بیمارستان شامل اتاق مدیران گروه، بخشها، کلاسها، پاوینها، آمفی تاتر به شبکه اینترنت و پکس متصل بوده و متقاضیان می توانند با استفاده از user:a و pass:13988 به گراف و تصاویر رادیولوژی بیماران دسترسی داشته باشند.

جلسات توجیهی بدو ورود برای فراگیران

در نخستین روز حضور در بخش به جای مورنینگ، برنامه توجیهی بدو ورود برگزار می‌شود. در این جلسه یکساعته که با حضور کلیه فراگیران پزشکی بیمارستان (اکسترن، اینترن، رزیدنت) می‌شود، معاون آموزشی بیمارستان، مسئول دفتر توسعه آموزش پزشکی، مسئول واحد آموزش، سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان، مسئول واحد مراقبتهای دارویی و مسئول ایمنی هریک براساس برنامه تنظیمی (براساس فهرست کتابچه حاضر)، کلیاتی را که دانشجویان در بدو ورود به بیمارستان باید بدانند خلاصه‌وار توضیح می‌دهند. چنانچه همه برنامه‌ها در یک ساعت قابل اجرا نباشد، سعی خواهد شد در هفته اول بخش، و طی جلسه یا جلسات آتی، مطالب تشریح گردد. مریبان و رابطین ناظر بالینی دانشکده پرستاری مامایی جلسات بدو ورود مستقل داشته و با حضور معاون آموزشی دانشکده، مدیران گروههای آموزشی دانشکده پرستاری و مسئول آموزش بیمارستان برگزار می‌شود.

نحوه ارتباطات سازمانی دانشجو

با توجه به این که معاونت آموزشی بیمارستان رابط و نماینده مستقیم دانشکده‌ها در بیمارستان محسوب شده و کلیه فعالیتهای آموزشی اساتید و فراگیران در همه مقاطع و رشته‌ها زیر نظر این معاونت هدایت و اجرا می‌شود، هر نوع مکاتبه آموزشی و دانشجویی در بیمارستان به این معاونت ارجاع داده شده و اساتید و فراگیران نیز لازم است مسائل آموزشی و رفاهی خود را با معاونت آموزشی و در غیاب ایشان با مسئول واحد آموزش در میان بگذارند.

رشته‌های دانشجویی در بیمارستان

الف) دانشکده پزشکی

۱. اکسترن و اینترن پزشکی در گروه‌های داخلی (دوماه در توحید، یک ماه در کوثر)، عفونی، اکسترنی نورولوژی، قلب، طب اورژانس (هر کدام یک ماه)، اینترنی نورولوژی (۱۵ روز)

۲. رزیدنت‌های داخلی (بصورت ثابت در بخش‌های داخلی و بخش‌های مستقر در بیمارستان)

۳. دستیاری روانپزشکی (روتیشن سه ماهه در بخش نورولوژی)

۴. دستیاری بیهوشی (روتیشن یک ماهه در بخش قلب)

۵. طب اورژانس

ب) دانشکده پرستاری مامایی

۱. پرستاری (کارشناسی و کارشناسی ارشد) ۲. مامایی (کارشناسی)

ج) دانشکده پیراپزشکی

۱. علوم آزمایشگاهی (کارشناسی) ۲. رادیولوژی (کارشناسی)

۳. رادیوتراپی (کارشناسی) ۴. اتاق عمل (کارشناسی)

۵. هوشبری (کارشناسی) ۶. فوریتهای پزشکی (کارشناسی)

د) دانشکده بهداشت

بهداشت حرفه‌ای (کارشناسی)

ه) دانشگاه آزاد اسلامی سنندج

۱. پرستاری (کارشناسی) ۲. مامایی (کارشناسی)

۳. دامپزشکی (بازدیدهای یکروزه از بخش رادیولوژی)

کلیه دانشجویان این دانشگاه در همه مقاطع و دانشکده‌ها با حضور اساتید/ مربیان و طی معرفی‌نامه مربوطه در بخش‌های این مرکز دوره‌های کارآموزی، کارآموزی در عرصه، و کارورزی را می‌گذرانند. دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی سنندج نیز با ارائه معرفی‌نامه از

سوی اداره کل آموزش این دانشگاه جهت استفاده از خدمات آموزشی بیمارستان معرفی می‌شوند.

معرفی به بخش

براساس لاین‌بندی انجام شده در آموزش دانشکده پزشکی، دانشجویان کارآموز و کارورز در گروه‌های مشخص شده چند روز پیش از ابتدای هر ماه به آموزش بیمارستان معرفی می‌شوند. لیست دانشجویان بلافاصله در اختیار مدیران گروه‌های آموزشی قرار می‌گیرد تا برنامه‌ریزی لازم جهت برگزاری بخش براساس سرفصل وزارتی انجام گیرد. روز اول ماه، روز نخست بخش محسوب می‌شود و دانشجویان مطابق برنامه تنظیمی از سوی مدیر گروه لازم است در کلیه برنامه‌های اعلام شده شامل مورنینگ، کلاس، راند، بخش، و اورژانس حضور یابند.

ثبت حضور

لیست حضور و غیاب دانشجویان در ابتدای بخش در اختیار اساتید قرار می‌گیرد؛ اما در کنار آن جهت کنترل دقیق‌تر از دستگاه ثبت اثر انگشت (تایمکس) استفاده می‌شود. همزمان، کمد لباس نیز در اختیار دانشجویان قرار می‌گیرد و فراگیران موظفند در آخرین روز ماه و پس از امتحان پایان بخش، کلید کمد خود را به آموزش برگردانند.

کلیه دانشجویان پزشکی اعم از دانشجویان بخش یا روتیشن و دانشجویان تحصیلات تکمیلی غیرپزشکی موظف هستند در همه بخش‌ها و تمام روزهای کاری (حتی روز آزمون پایان بخش) نسبت به ثبت ورود و خروج خود در دستگاه تایمکس معاونت آموزشی واقع در چهارراه نگاهیانی اقدام نمایند.

نظارت بر حضور دانشجویان پرستاری و پیراپزشکی برعهده مربی دانشکده مربوطه است. عدم حضور در بخش به هر دلیل آموزشی (شرکت در همایش‌های علمی) یا

فرهنگی (شرکت در مسافرت‌های مذهبی، ورزشی و ...) صرفاً با اخذ مجوز از رئیس دانشکده مربوطه امکان‌پذیر است.

همزمان با برگزاری آزمون پایان بخش، پرینت تایمکس دانشجویان در اختیار استاد مربوطه قرار می‌گیرد تا مدیر گروه نسبت به تأثیر آن در نمرات پایان بخش اقدام نماید. جدول زمانبندی ورود و خروج دانشجویان بیمارستان در جدول زیر آمده است:

ساعت ورود و خروج				ایام هفته
پرستاری، پیراپزشکی	رزیدنتی	اینترنی	اکسترنی	
7:30-13				شنبه تا چهارشنبه
-	7:30-12	-	-	پنجشنبه

کلیه دانشجویان لازم است در خصوص حضور به موقع در مرکز دقت و حساسیت لازم را داشته باشند. ذیلاً برخورد انضباطی از سوی گروه‌های آموزشی مرکز در خصوص حضور و غیاب دانشجویان اعلام می‌شود:

شرح مورد	تعجیل / تاخیر	عدم ثبت ورود / خروج	غیبت
برخورد انضباطی	به ازای هر دو ساعت، کسر ۰/۵ نمره	به ازای هر مورد، کسر ۰/۵ نمره	به ازای هر روز، کسر یک نمره (غیبت غیرموجه بیش از سه روز= صفر)

مورنینگ

فراگیران باید در هفته دوم و چهارم ماه در روزهای یکشنبه ساعت ۸-۹ در جلسه گزارش صبحگاهی گروه داخلی (در محل سالن آمفی تاتر)، سه‌شنبه‌ها ساعت ۸-۹ در مورنینگ مشترک بیمارستان (در محل سالن آمفی تاتر)، و روزهای شنبه، یکشنبه و چهارشنبه ساعت ۸-۹ صبح در جلسه گزارش صبحگاهی گروه عفونی (در محل کلاس عفونی) حضور داشته باشند.

کشیک

یکی از برنامه‌های آموزشی برای دانشجویان پزشکی، کشیک است. حضور در کشیک در بازه زمانی، به تعداد تعیین شده و انجام وظایف محوله براساس مقررات وزارت متبوع به نحو احسن و با احساس مسئولیت‌پذیری از سوی فراگیر الزامی است:

بازه زمانی کشیک اینترنتی و رزیدنتی	بازه زمانی کشیک اکسترنی
از ساعت ۱۳ تا ساعت ۷:۳۰ صبح روز بعد	شش ماهه اول سال، ساعت: ۱۷-۲۳ شش ماهه دوم سال، ساعت: ۱۶-۲۲

۱. برنامه کشیک در ابتدای روز هر بخش بصورت توافقی در بین فراگیران و با نظارت دفتر آموزش مرکز تنظیم شده و با تایید مدیر گروه اجرایی می‌شود.
۲. ملاک حضور در کشیک (ورود و خروج) فراگیران، ثبت انگشت آنها در دستگاه تایمکس است (این دستگاه در چهارراه نگهداری بیمارستان نصب شده است).
۳. کارآموزان کشیک موظفند ورود عصر، و خروج شب خود را جدای از ثبت ورود و خروج صبح در دستگاه تایمکس ثبت کنند.
۴. بازه زمانی کشیک کارورزی و رزیدنتی در روزهای تعطیل رسمی ۷/۳۰ صبح لغایت ۷/۳۰ صبح روز بعد است.
۵. تعداد کشیک‌های موظفی کارورزان در بخشهای ماژور ۸-۱۰ شب و در بخشهای مینور ۶-۸ شب و برای کارورزان طب اورژانس حداقل ۱۵ کشیک ۱۲ ساعته است.
۶. تعداد کشیک کارآموزان براساس شرایط گروه، تعداد بیمار و تعداد کارآموز تعیین شده و در هر صورت از ۱۰ شب بیشتر نخواهد بود. حداقل تعداد کشیک کارآموزان در گروههای داخلی، جراحی، کودکان و زنان ۵ شب در ماه و در گروههای آموزشی دیگر براساس نظر مدیر گروه تعیین می‌شود.

۷. کشیک کارآموزان در صورت موافقت مدیر گروه در روزهای پنجشنبه و تعطیلات قابل حذف است.
۸. در صورت بروز هرگونه تخلف در زمان کشیک (نظیر واگذاری کشیک به غیر، غیبت یا ترک کشیک) از سوی فراگیر کشیک، علاوه بر تکرار بخش در پایان دوره، مراتب از طریق کمیته انضباطی نیز پیگیری خواهد شد.
۹. چیش کشیک کارورزان در تعطیلات نوروز باید به گونه‌ای باشد که هر کاروز حداقل ۵۰ درصد تعداد کشیک‌های خود را در ۱۵ روز نخست فروردین ماه سپری کند.
۱۰. فراگیرانی که بیماری خاص دارند و یا در ضمن گذراندن بخش‌های بالینی دچار آسیب شوند، براساس گزارش معاونت آموزشی مرکز در شورای آموزش دانشکده تعیین تکلیف خواهند شد.
۱۱. کشیک قابل واگذاری به غیر نیست. در صورت عذر موجه، فراگیر می‌تواند حداکثر ۲ روز پیش از زمان کشیک، صرفاً از طریق دفتر آموزش مرکز و تکمیل فرم درخواست جابجایی کشیک، برنامه کشیک خود را با سایر همدوره‌های خود در همان بخش تعویض نماید. با توجه به این که لیست کشیک فراگیران در ابتدای ماه رسماً برای واحدهای مختلف دانشگاه ارسال می‌شود، ملاک حضور صرفاً این لیست رسمی بوده و عدم تکمیل فرم کشیک از سوی فراگیر و بی‌اطلاعی آموزش بیمارستان از جابجایی کشیک، از نظر قانونی و حقوقی می‌تواند برای فراگیر مشکلات جدی بوجود آورد.
۱۲. در تنظیم برنامه کشیک موظفی نباید ۲ کشیک پشت سرهم باشد. در موارد اضطراری که کارورز کشیک روز بعد حضور نداشته نباشد، با نظر مدیر گروه، کارورز کشیک شب قبل موظف به پوشش کشیک روز بعد است.

۱۳. چنانچه اولین روز ماه بعد، مصادف با روز/ روزهای تعطیل رسمی باشد، این تعطیل/ تعطیلات در برنامه آموزشی ماه قبل محسوب شده و پوشش کشیک تعطیلات پایان ماه برعهده کارورزان ماه قبل است.

۱۴. گروه‌های آموزشی می‌توانند برنامه کشیک موظفی دانشجویان را به نحوی تنظیم نمایند که دانشجویان اکسترن در یک یا چند کشیک، دانشجویان اینترن را همراهی کنند. در این صورت برنامه‌ریزی باید به گونه‌ای باشد که تعداد کشیک‌ها از سقف کشیک موظفی ذکر شده فراتر نرود. بدیهی است در صورت همراهی اکسترن با اینترن در یک کشیک، تقسیم زمان کشیک بین دانشجوی اکسترن و اینترن تخلف محسوب شده و از سوی کمیته انضباطی قابل پیگیری است.

۱۵. تعداد کشیک رزیدنتهای سال اول، ۱۲ شب، رزیدنتهای سال دوم ۱۰ شب، و رزیدنتهای سال سوم ۸ شب است.

مرخصی

۱. دانشجویان اکسترن در طول مدت اکسترنی مرخصی استحقاقی ندارند.
۲. خروج فراگیران از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت مدیر گروه/اتند مقدور است.
۳. دانشجویان اینترن به ازای هر ماه در یک بخش، با موافقت اتند و مدیر گروه دو روز مرخصی دارند. این مرخصی‌ها در صورت استفاده نکردن، قابل ذخیره برای ماه یا بخش‌های دیگر نیست.
۴. دستیاران می‌توانند به ازای هر ماه، ۲/۵ روز و در هر سال تحصیلی جمعاً یک ماه از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند. در صورت عدم استفاده از مرخصی در طول سال تحصیلی، فقط ۱۵ روز ذخیره و به سال‌های بعد موکول می‌شود. دستیار مجاز است در سال آخر حداکثر از ۴۵ روز مرخصی ذخیره علاوه بر مرخصی استحقاقی همان سال استفاده کند. ترتیب استفاده از مرخصی با نظر رئیس بخش و تأیید مدیر گروه مربوطه خواهد بود.
۵. هر دستیار می‌تواند در طول دوره، معادل مجموع مدت مرخصی استحقاقی خود با موافقت رئیس بخش و مدیر گروه آموزشی و دانشکده انقطاع تحصیل داشته باشد (مثلاً دستیار دوره‌های چهارساله که جمعاً ۴ ماه مرخصی استحقاقی دارد، می‌تواند از ۴ ماه مرخصی بدون کمک هزینه تحصیلی نیز استفاده کند). بدیهی است مدت مذکور به طول دوره دستیاری افزوده خواهد شد. خانم‌های دستیاری که همسر آنها جزو کارکنان دولت بوده و به دلیل مأموریت یا ادامه تحصیل همسر، عازم خارج از کشور هستند، می‌توانند با ارائه مدارک مستدل صرفاً از یکسال مرخصی بدون مقرری دستیاری و فقط یک بار در طول دوره دستیاری بهره‌جویند. پرداخت کمک هزینه تحصیلی دستیاری در مدت انقطاع تحصیلی مجاز نیست.

۶. استفاده از مرخصی استعلاجی برای دستیاران به میزان حداکثر یک ماه در طول دوره دستیاری براساس گواهی پزشک و تأیید پزشک معتمد و شورای پزشکی دانشگاه بلامانع است. در صورتی که غیبت دستیار به علت بیماری در طول دوره تحصیلی از یک ماه بیشتر باشد، برابر مدت مذکور به دوره دستیاری وی اضافه خواهد شد. در مدت بیماری بیش از سه ماه به دستیار کمک هزینه تحصیلی پرداخت نمی‌شود. در صورت بروز بیماری، دستیار موظف است مراتب را ظرف یک هفته به دانشگاه اطلاع دهد و ارائه گواهی استعلاجی برای شروع مجدد دوره الزامی است. در صورتی که مدت بیماری دستیار از ۶ ماه تجاوز کند، تصمیم در مورد ادامه یا لغو دوره دستیاری پس از تأیید شورای پزشکی دانشکده، به عهده شورای آموزشی دانشگاه خواهد بود. استفاده دستیاران خانم از ۶ ماه مرخصی زایمان برای یکبار در طول دوره دستیاری بلامانع می‌باشد. فقط برای یکبار در طول دوره دستیاری استفاده‌کنندگان از مرخصی زایمان از کمک هزینه تحصیلی استفاده خواهند کرد.

آیین‌نامه پوشش مناسب و اخلاق حرفه‌ای در محیط‌های بالینی

گروه‌های پزشکی مرهم‌گذار درد بیماران و محرم اسرار ایشانند؛ بنابراین برای توفیق بیشتر خود و بهبود زودتر دردهای جسمانی بیماران باید زمینه‌های برقراری ارتباطات روحی و عاطفی خود را با آنان فراهم نمایند و یکی از عوامل مؤثر در فرآیند هماهنگی‌های روحی بیماران با مداواگران، رعایت اخلاق حرفه‌ای و آراستگی و پوشش مناسب است. بخشی از مهمترین مفاد آیین‌نامه پوشش مناسب و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان بدین شرح است:

۱. روپوش دانشجویان پزشکی، پرستاری و مامایی باید سفید یکدست بدون حاشیه و نقش، تمیز، مرتب، راحت، با بلندی حداقل تا زانو بوده و اندازه متناسبی با فیزیک بدن داشته باشد.
۲. از شلوار تنگ، کوتاه و نامناسب با رنگ‌ها و طرح‌های غیرمتعارف نباید استفاده شود.
۳. دختران دانشجو، از مقنعه‌های بلند استفاده کنند؛ به طوری که حداقل شانه‌ها را پوشش دهد. حجاب اسلامی و پوشاندن کامل مو مورد تاکید است.
۴. پوشیدن جوراب الزامی بوده و از رنگ و طرح متناسب برخوردار باشد.
۵. کفش‌ها باید جلوبسته، راحت، پنجه پهن، تمیز و دارای رنگ ملایم و متعارف باشد. استفاده از صندل و کفشهای پاشنه‌دار غیرمعمول مجاز نیست.
۶. استفاده از هرنوع زیورآلات (جز حلقه ازدواج) و عطرهای تند و حساسیت‌زا ممنوع است.
۷. ناخن‌ها باید کوتاه، تمیز، و بدون لاک باشد. استفاده از ناخن‌های مصنوعی و بلند به دلیل افزایش احتمال انتقال عفونت و حتی آسیب به بیماران جایز نیست.
۸. استعمال دخانیات، خوردن، نوشیدن و جویدن آدامس در حضور بیماران ممنوع است.
۹. رعایت ادب نفس و اخلاق حرفه‌ای به ویژه فروتنی و برخورد مناسب با بیماران و دیگر همکاران ضروری و ستودنی است.

۱۰. نظارت بر رعایت اصول این آیین‌نامه در بیمارستان‌ها و سایر محیط‌های بالینی بر عهده معاونت آموزشی بیمارستان می‌باشد. به افرادی که اخلاق حرفه‌ای پزشکی را تعامداً رعایت نکنند، ابتدا تذکر شفاهی لازم داده شده و در صورت تکرار تخلف، از طریق رئیس مرکز به ریاست دانشکده ذی‌ربط معرفی خواهند شد.

پوشش دانشجویان پیراپزشکی بدین شرح است:

رشته	مقنعه	کفش	شلوار	روپوش
علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، رادیوتراپی	سرمه‌ای یا مشکی	جلوبسته ساده مشکی یا سرمه‌ای	پارچه‌ای مشکی یا سرمه‌ای	سفید رنگ تا زیر زانو
فوریت‌های پزشکی	استفاده از فرم مخصوص اتاق عمل			

رسیدگی به تخلفات فراگیران

گزارش موارد تخلف فراگیران از سوی اعضای هیئت علمی، متخصصین، پزشکان، روسای بخش‌ها، مسئولان واحدها و سرپرستاران مستقیماً به معاونت آموزشی / واحد آموزش بیمارستان منعکس می‌شود. اکسترنها و ایترنهای پزشکی به مدیر گروه مربوطه و دانشجویان پرستاری مامایی به ناظر بالینی مستقر در بیمارستان معرفی می‌شوند. چنانچه مسائل مطروحه در سطح بیمارستان به نتیجه قطعی نرسد، مراتب از سوی معاونت آموزشی بیمارستان به دانشکده ذیربط ارجاع داده خواهد شد. در خصوص پرونده‌های ارجاع شده به کمیته مورتالیتی موربیدیته (در بررسی پرونده‌های متوفیان، شکایات همراهان از قصور احتمالی کادر درمان، بروز وقایع ناخواسته) در صورت صلاحدید کمیته، فراگیران به کمیته احضار شده و پس از استماع توضیحات آنان، بنابه مصوبه کمیته، فراگیران متخلف جهت صدور حکم به مدیر گروه مربوطه معرفی می‌گردند. رسیدگی به تخلفات دستیاران در کمیته دستورالعمل ارزشیابی پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران ابلاغیه معاونت آموزشی وزارت متبوع خواهد بود.

امتحان پایان بخش

روز پایانی هر بخش به برگزاری آزمون آن بخش اختصاص دارد. امتحانات پایان بخش با نظر مدیر گروه و طرح درس تنظیم شده از سوی واحد EDO، به صورت‌های MCQ و OSCE و گاهی نیز MINI CEX برگزار می‌گردد. امتحانات معمولاً در سالن کنفرانس بیمارستان برگزار می‌شود. بلافاصله پس از برگزاری امتحان، اوراق امتحانی MCQ توسط واحد امتحانات بیمارستان تصحیح شده و نمره آن در اختیار مدیر گروه قرار می‌گیرد. مدیر گروه نمرات موقت دانشجویان را در سامانه ثبت نمرات «سما» وارد کرده و دانشجویان می‌توانند در پروفایل خود تا سه روز نسبت به نمرات خود اعتراض‌شان را اعلام نمایند. نهایتاً وضعیت قبولی دانشجو پس از ثبت قطعی نمرات از سوی مدیر گروه مشخص خواهد شد.

اگر دانشجویی در امتحان غیبت نماید، به هیچ وجه از وی امتحان مجدد به عمل نخواهد آمد. همچنین در صورت حضور دانشجو در جلسه امتحانی امکان حذف آن درس وجود ندارد. چنانچه دانشجو به علل بیماری (مانند بستری بودن در بیمارستان) نتواند در امتحان شرکت کند، باید پس از ترخیص از بیمارستان، مدارک پزشکی شامل گواهی بستری شدن و رسید تصفیه حساب مالی با بیمارستان را جهت بررسی حداکثر ۳ روز پس از ترخیص به اداره آموزش دانشکده ارائه نماید.

امتحانات پایان بخش طبق برنامه اعلام شده از سوی معاونت آموزشی مرکز انجام خواهد شد. به همراه داشتن اصل کارت دانشجویی در جلسات امتحان الزامی است و ضروری است دانشجویان حداقل ۱۵ دقیقه قبل از شروع امتحان در جلسه حاضر باشند. حداقل نمره قبولی دوره کارآموزی و کارورزی در دروس عملی و نظری ۱۲، و حداقل معدل ۱۴ است. چنانچه معدل دانشجویی در دوره کارآموزی کمتر از ۱۴ باشد، وی لازم است جهت جبران معدل، همه یا تعدادی از واحدهای با نمره کمتر از ۱۴ را تکرار کند.

در پایان دوره کارآموزی، دانشجویان قبل از ورود به دوره کارورزی در امتحان جامع پیش کارورزی (پره‌ایترنی) شرکت می‌نمایند. این امتحان، دوبار در سال و معمولاً در نیمه شهریور و نیمه اسفندماه برگزار می‌گردد. شرط شرکت در این آزمون، تصویب پروپوزال پایان‌نامه، و شرط شروع دوره ایترنی کسب حداقل معدل ۱۴ از دوره کارآموزی می‌باشد. چنانچه دانشجویی در این امتحان قبول نشود، حداکثر ۴ مرتبه می‌تواند در این امتحان شرکت نماید.

الزامات و قوانین بیمارستانی برای فراگیران

الف) رعایت اصول اداری

۱. احترام به مقررات و آیین‌نامه‌های داخلی بیمارستان وظیفه قانونی کلیه پزشکان، پرستاران، پرسنل و فراگیران است.
۲. فراگیران لازم است جهت شروع کار در ابتدای هر بخش خود را به واحد آموزش بیمارستان معرفی کنند تا نسبت به تعریف اثر انگشت آنها در سیستم تایمکس بیمارستان اقدام شود. از آن پس فراگیران موظفند در ساعت مقرر در بیمارستان حضور یافته و ورود و خروج خود را در دستگاه تایمکس معاونت آموزشی بیمارستان واقع در چهارراه نگهداری ثبت کنند.
۳. رعایت سلسله مراتب اداری در سطوح مدیریتی هنگام ارتباطات رسمی الزامی است.
۴. فراگیران موظفند مشکلات خود را به مقامات مشخص و تعریف شده در بیمارستان (معاون آموزشی یا مسئول آموزش) اطلاع دهند.
۵. الصاق اتیکت سینه و همراه داشتن کارت شناسایی دانشجویی در تمام مدت حضور در محیط‌های بالینی ضروری است.
۶. تکمیل اسناد و پرونده بیمار نظیر برگه سیر بیماری، برگه شرح حال، فرم اخذ رضایت آگاهانه، فرم آموزش به بیمار جزو وظایف اصلی فراگیران است.

ب) رعایت انضباط فردی

۷. در محیط‌های درمانی، گفتگو باید آرام و همراه با ادب باشد. بلند صحبت کردن، خندیدن، ایجاد سرو صدا، خوردن و آشامیدن بر بالین بیمار، و جویدن آدامس ممنوع است.
۸. استعمال انواع دخانیات در محیط‌های آموزشی و بالینی اکیدا ممنوع است.

۹. صدای زنگ تلفن همراه می تواند برای بیمار آزاردهنده باشد؛ از این نظر در محیط بیمارستان باید روی حالت بی صدا تنظیم شود.
۱۰. رعایت ادب نفس و اخلاق حرفه ای به ویژه فروتنی و برخورد مناسب با بیماران و دیگر همکاران ضروری و ستودنی است.
۱۱. مشاجره در بخش با بیمار، همراهان، پرسنل و همکاران به هر علت دور از شأن است.
۱۲. در صورت احتمال بروز هر گونه مشاجره با کشمکش لازم است فراگیر خود را به ایستگاه پرستاری یا نگهبانان برساند.

ج) رعایت اصول اخلاق پزشکی و مقررات حرفه ای

۱۳. فراگیر لازم است در اولین ملاقات و پس از شناسایی کامل بیمار، مشخصات (شامل نام و نام خانوادگی، و تخصص) خود را به بیمار معرفی کند.
۱۴. در صورت عدم اشراف به زبان بیمار، کمک گرفتن از همراهان یا بستگان درجه اول به عنوان مترجم ضروری است.
۱۵. لازم است اصل همجنس و یا همگون بودن با بیمار رعایت شود. در غیر این صورت معاینه در حضور فرد ثالث از بستگان یا همراهان ضروری است.
۱۶. اختصاص وقت مناسب جهت مذاکره با همراهان در خصوص سیر بیماری و روند آن لازم است.
۱۷. معاینه بیمار باید در مکان مناسب استفاده از پرده، پاروان، اتاق معاینه (رعایت طرح انطباق) انجام گیرد.
۱۸. اندام های غیر ضروری در هنگام معاینه باید پوشانده شود.
۱۹. لازم است آموزشهای لازم و توضیحات ضروری به بیمار ارائه گردد.
۲۰. پاسخگویی به بیماران در ساعات تعیین شده طبق قانون بخش الزامی است.

۲۱. اطلاعات بیمار، اسرار وی محسوب شده و صرفاً به خود بیمار، و قیم / ولی بیمار داده می‌شود. صحبت کردن از بیماری بیمار در حضور سایر بیماران و همراهان، و نیز انتقال اطلاعات بدون هماهنگی و رضایت بیمار به سایرین ممنوع است.

د) رعایت پوشش حرفه‌ای

۲۲. استفاده از روپوش سفید، تمیز، مرتب، راحت، اتو شده و با بلندی حداقل تا زانو به طوری که بلندی و سبک آن متناسب با فیزیک بدن باشد، الزامی است. دوخت یا الصاق هر نوع نقش یا نشانه تبلیغاتی بر روی روپوش ممنوع است.

۲۳. استفاده از از شلوار تنگ، کوتاه و نامناسب با رنگ‌ها و طرح‌های غیر متعارف و تند ممنوع است.

۲۴. دگمه‌های روپوش باید در تمام مدت حضور در محیط‌های درمانی، بهداشتی به طور کامل بسته باشد.

۲۵. استفاده خواهران دانشجو از مقنعه‌های بلند به طوری که موها را پوشانده و حداقل شانه‌ها را پوشش دهد الزامی است.

۲۶. پوشیدن جوراب با رنگ و طرح مناسب ضروری است.

۲۷. کفش‌ها باید جلو بسته، راحت، پنجه پهن، تمیز و دارای رنگ ملایم و متعارف باشد. و استفاده از دمپایی، صندل و کفشهای پاشنه دار و صدادار خلاف مقررات است.

۲۸. از بکار بردن زیورآلات (به جز حلقه ازدواج)، و عطرها، تند و حساسیت‌زا خودداری شود.

۲۹. ناخن‌ها باید کوتاه، تمیز، و بدون لاک باشد. استفاده از ناخن‌های مصنوعی و ناخن بلند به دلیل احتمال انتقال عفونت و حتی آسیب به بیماران جایز نیست.

۳۰. دانشجویان پسر نباید موهای خود را بلندتر از حد معمول نگاه دارند. استفاده از مدل های مو و ریش غیر متعارف ممنوع است.

۳۱. نصب اتیکت شناسایی سینه بر روی روپوش که از طرف دانشکده مربوطه یا واحد آموزش بیمارستان در اختیار دانشجویان گذاشته می شود، الزامی است. واحد آموزش بیمارستان هیچ تعهدی در قبال مشکلات پیش آمده برای فراگیران بدون اتیکت ندارد.

نظارت بر رعایت اصول این آیین نامه در محیط های بالینی بر عهده معاونت آموزشی بیمارستان است. به افرادی که اخلاق حرفه ای و مواد این آیین نامه را رعایت نکنند، ابتدا تذکر شفاهی لازم داده شده و در صورت تکرار تخلف، به ریاست دانشکده ذیربط معرفی خواهند شد.

نکات آموزشی و توجیهی بدو ورود اینترن طب اورژانس

۱. کشیک فراگیران در بخش طب اورژانس ۱۲ ساعته بوده و ساعت تحویل شیفت در تمام ایام هفته (تعطیل و غیرتعطیل) ۸ صبح تا ۸ شب است.
۲. فراگیران موظف هستند نیم ساعت قبل از ساعت تحویل شیفت در بخش حضور فعال داشته باشند.
۳. اینترنهای شیفت قبل موظفند لیست بیماران باقیمانده در سرویس طب را همراه با برنامه درمانی مورد نظر کتباً به اینترن شیفت بعد تحویل دهند.
۴. اینترن طب اورژانس باید در تمام ساعت کشیک صبح، عصر و شب در بخش حضور فعال داشته و حق ترک اورژانس را به هر دلیل و بدون هماهنگی با اتند مقیم ندارد.
۵. هرگونه جابجایی کشیک باید با اطلاع نماینده گروه و مسئول آموزش اینترنی گروه طب و اتندینگ مقیم همان کشیک باشد.
۶. اینترنهای طب اورژانس موظف به حضور مؤثر و مفید در تمامی کلاسهای آموزشی، مورنینگ و مورنینگ مشترک که برنامه آن هر ماه توسط شورای آموزشی گروه اعلام می‌گردد، هستند.
۷. در صورت غیبت غیرموجه اینترن طب اورژانس در برنامه‌های آموزشی مذکور و یا ترک بخش اورژانس بدون هماهنگی، در مرتبه اول تذکر شفاهی و در مرتبه دوم ضمن گزارش کتبی به شورای آموزشی گروه، براساس مصوبات شورا اقدام خواهد شد.
۸. هرگونه استفاده غیرعلمی از تلفن همراه در زمان حضور در بخش اورژانس ممنوع است.

گردش کار در بخش اورژانس

۹. اینترنهای طب موظف هستند در اولین روز حضور در بخش فلوجارت مربوطه را به طور کامل مطالعه نموده و با روند برخورد با بیماران در بخش اورژانس آشنایی لازم داشته باشند.
۱۰. تمامی بیماران سطح دوم و سوم باید ابتدا توسط اینترن طب ویزیت و شرح حال کامل طبق دستورالعمل‌های کشوری اخذ و در پرونده ثبت و امضا و مهر شود.
۱۱. تمام بیماران سطح دوم و سوم باید کمتر از ۵ دقیقه از حضور در بخش توسط اینترن طب ویزیت و روند درمانی آغاز شود.
۱۲. با توجه به حساسیت بیماران بخش اورژانس باید علایم حیاتی بیمار توسط اینترن طب اورژانس کنترل شده و با دقت در شرح حال بیماران ثبت گردد.
۱۳. هرگونه شرایط تهدیدکننده حیات و یا ابهام در نحوه برخورد با بیمار باید سریعاً توسط اینترن مربوطه به اطلاع اتند مقیم رسانده شود.
۱۴. اینترن بخش اورژانس موظف به رعایت کامل اصول اخلاق حرفه‌ای بوده و باید قبل از شروع معاینه خود را به بیمار معرفی نموده و خلاصه‌ای از روند درمان را به اطلاع بیمار و همراه وی برساند.
۱۵. با توجه به آمار بالای سقوط از تخت بیماران، توصیه‌های لازم را در این مورد به بیمار و همراهان ارائه نماید.
۱۶. اینترن طب اورژانس باید همکاری و تعامل لازم را با سایر گروه‌های درمانی و پرسنل و پرستاران بخش داشته و در صورت بروز هرگونه مشکل موارد را به اطلاع اتند مقیم برساند.
۱۷. اینترن بخش اورژانس موظف است در تمامی پروسیجرهای اتاق جراحی صغیر شامل پانسمان، آتل، و سوچور صرفاً با نظر اتند مقیم مشارکت فعال داشته باشد.
۱۸. اینترن طب اورژانس مجاز به ویزیت و نوشتن order برای بیماران سطح یک بدون هماهنگی و حضور همزمان اتند مقیم نمی‌باشد.

۱۹. در هر دوره، نماینده‌ای از سوی فراگیران انتخاب و به گروه طب اورژانس در جلسه توجیهی بدو ورود معرفی می‌شود. نماینده موظف است ضمن پیش‌برنامه کشیک طبق نظر مسوول آموزش اینترنتی گروه طب، تمامی نکات موارد ابلاغی را سریعاً به اطلاع فراگیران برساند.
۲۰. نماینده گروه باید در طول دوره و در تمامی ساعات شبانه روز در دسترس بوده و پاسخگو باشد.
۲۱. در نحوه پیش‌برنامه باید تعداد کشیک هر فراگیر در بیمارستان توحید و کوثر، و شیفت شب و روز متعادل باشد.
۲۲. حداکثر زمان مجاز برای off شدن اینترنت طب در طول یک ماه، یک هفته است.
۲۳. شیفت‌های ۲۴ ساعته ممنوع است.

نحوه ارزیابی فراگیران طب اورژانس

۱. رعایت تمامی موارد فوق در طول دوره ۴۵ روزه که در جلسات شورای آموزشی گروه در پایان هر دوره توسط اتندینگ گزارش می‌شود.
۲. نمره آزمون کتبی و آسکی و شفاهی پایان دوره.
۳. نحوه حضور در جلسات آموزشی کارگاه راندهای روزانه و شبانه و جلسات مورنینگ.

ثبت خطای پزشکی

یکی از وظایف فراگیران ثبت خطایای پزشکی به عنوان یکی از راههای به اشتراک گذاری دانش خود در حوزه فعالیتهای انجام گرفته در بیمارستان است؛ از این رو فراگیران می‌توانند بدون هیچ گونه ترس و واهمه، خطایای پزشکی خود را در سیستم MIS بیمارستان ثبت کنند. برای این کار کافی است با یکی از کامپیوترهای سطح بیمارستان (بدون نیاز با اینترنت) و نوشتن آدرس 172.168.2.4 در نوار آدرس اکسپلورر، وارد سایت داخلی بیمارستان شده و با کلیک آیکون زرد رنگ «فرم ثبت خطا»، فرم را تکمیل نمایند. این اقدام در راستای حفظ و ارتقای ایمنی بیمار و پزشک بوده و در صورت اجرای درست از سوی پرسنل درمان از جمله فراگیران، این امکان را برای مدیران بیمارستان فراهم می‌کند تا بر اساس بازخورد داده شده، بیشترین نوع خطاهای ثبت شده را شناسایی کرده و برنامه‌ریزی‌های لازم را طی برگزاری کارگاه‌های آموزشی انجام و اقدامات مناسب را جهت رفع این خطایا اجرا نمایند. شایان ذکر است فراگیرانی که صادقانه با تکمیل پرسشنامه مندرج در سایت، بیشترین تعداد خطایای خود را گزارش کنند، مورد تشویق ریاست بیمارستان قرار خواهند گرفت. گزارش و ثبت خطای این ارزشها را در پی دارد:

۱. ضرورت ثبت و مدیریت درس آموخته‌ها
۲. به اشتراک گذاشتن تجربیات ارزشمند
۳. بهبود فرآیند اجرای فعالیت‌ها، کاهش زمان و هزینه و عوارض احتمالی
۴. جلوگیری از بروز مشکلات مشابه و پرهیز از دوباره کاری‌ها، و سعی و خطا
۵. تقویت توان تصمیم‌گیری مدیران در حل مشکلات پیش روی پرسنل درمان

منشور حقوق بیمار

۱. بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، موثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد.
۲. بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد.
۳. بیمار حق دارد مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری، و اطلاعات ضروری را شخصا و یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک معالج درخواست نماید؛ بطوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تاخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد.
۴. بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان، اطلاعات ضروری را در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید.
۵. بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه، طبق موازین قانونی، رضایت شخصی خود را از خاتمه درمان اعلام کرده و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید.
۶. بیمار حق دارد برای حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوی پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می گیرد، اطمینان حاصل نماید.
۷. بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد؛ لذا حضور بالینی افرادی که مستقیما در روند درمان شرکت ندارند، موکول به کسب اجازه بیمار خواهد بود.

۸. بیمار حق دارد از دسترسی پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید.
۹. بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیتهای آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند، تمایل و رضایت شخصی خود را به مشارکت درمانی اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید.
۱۰. بیمار حق دارد در صورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلا از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

دست‌رسی فراگیران به فایل‌های پاراکلینیک بیمارستان

با توجه به ضرورت حفظ اسرار بیماران و رعایت منشور اخلاقی و به استناد الزامات اعتباربخشی آموزشی و پژوهشی بیمارستان، نحوه دست‌رسی به فایل‌های پاراکلینیک برای فراگیران بدین صورت تعریف شده است:

۱. کلیه فراگیران پیش از ورود به واحد پاراکلینیک هماهنگی لازم را با مسئول فنی این واحد انجام می‌دهند. مبنای این هماهنگی معرفی‌نامه/ لیست فراگیرانی است که از سوی معاونت آموزشی بیمارستان در اختیار آزمایشگاه قرار گرفته است.
۲. خروج اسناد و فایل‌های پاراکلینیک از بخش ممنوع است و فراگیران می‌توانند صرفاً در اتاق مخصوص نگهداری سوابق از فایل‌های موجود استفاده نمایند.
۳. در صورت نیاز مبرم به خارج نمودن فایل، فراگیر موظف است با جواز رئیس بخش (و تحویل کارت دانشجویی بصورت امانی تا بازگرداندن امانت)، مشخصات دقیق فایل خروجی و تحویل‌گیرنده را در اختیار پرسنل قرار داده و در دفتر ثبت نماید.
۴. فراگیر موظف است بلافاصله پس از اتمام کار، فایل و سند خروجی را به رئیس بخش مسترد نماید.
۵. کلیه فراگیران جهت انجام هر مطالعه علمی و تحقیقاتی موظفند جهت برخورداری گسترده از فایل‌های موجود و اسناد آزمایشگاهی پیش از انجام هرگونه فعالیت، معرفی‌نامه خود را که به تایید معاون آموزشی بیمارستان رسیده، به مسئول فنی مربوطه ارائه نمایند.
۶. فراگیران موظفند مطالعات و تحقیق خود را بروی فایل‌ها و اسناد موجود با حضور پرسنل و در ساعات مقرر اداری انجام دهند.

دستورالعمل مشارکت فراگیران در آموزش به بیماران

با توجه به ضرورت، اهمیت و تاثیر آموزش به بیماران با رویکرد حفظ ایمنی، پیشگیری و رعایت اصول تلفیق دارویی و فرهنگ سازی سلامت بر اساس دستورالعمل های طرح تحول نظام سلامت، بیمارستان با رویکرد موارد یادشده نسبت به تدوین روش اجرایی مشارکت فراگیران در آموزش بیماران اقدام نموده و به آن عمل می نماید. آموزش به بیمار به مجموعه آموزش های ضروری که حسب نیاز بیمار در سه مرحله:

الف) بدو پذیرش

ب) حین بستری

ج) زمان ترخیص

توسط فراگیران، اعضای هیات علمی و کارکنان مرتبط ارائه می گردد، اطلاق می شود. فراگیران موظفند رعایت اصول آموزش به بیمار را برحسب توانایی و توانمندی بیمار/همراهان ارائه نموده و نسبت به تکمیل فرم آموزش به بیمار و درج آن (با مهر و امضا) در پرونده بیمار اقدام نمایند. مواردی که باید در حین بستری بیمار آموزش داده شود، عبارت است از:

۱. آموزش های لازم قبل از عمل
۲. آموزش مراقبت از محل عمل و زخم (در صورت لزوم)
۳. توضیح در مورد پروسیجرهای درمانی و لزوم انجام آنها
۴. آموزش در مورد رژیم غذایی مناسب
۵. آموزش در مورد میزان فعالیت و استراحت
۶. آموزش در مورد پوزیشن صحیح، تغییر پوزیشن
۷. آموزش در مورد نحوه و زمان مصرف داروهای بخش
۸. آموزش در مورد عوارض حاد دارویی و پیشگیری از آن
۹. آموزش در مورد مدیریت درد

۱۰. آموزش در مورد رعایت بهداشت فردی
۱۱. توضیح در مورد عوارض بی حرکتی (یبوست، پنومونی و آتکتازی) و آموزش های لازم جهت پیشگیری از این عوارض
۱۲. آموزش در مورد نحوه استفاده و مراقبت از تجهیزات پزشکی مورد استفاده بیمار (مانیتورینگ، درپیر، پالس اکسی متری)
۱۳. آموزش مراقبت از اتصالات بیمار (سوند، درن، چست تیوب) و مراقبت از گچ، آتل، تراکشن.
۱۴. آموزش خودمراقبتی در صورت وجود عوامل خطر عام (سوء مصرف مواد، تغذیه نامناسب، محدودیت های حرکتی)
۱۵. آموزش خودمراقبتی در صورت وجود عوامل خطر خاص (دیابت، فشارخون، بیماری قلبی، سرطان).

فراگیر موظف است در زمان ترخیص بیمار موارد ذیل را به بیماران آموزش دهد:

۱. رژیم غذایی
 ۲. تعیین تاریخ و زمان مراجعه بعدی
 ۳. پانسمان و نگهداری آن
 ۴. مصرف داروها و تداخلات دارویی
 ۵. علائم هشدار دهنده که نیاز به مراجعه فوری به پزشک معالج دارد.
- در مراحل آموزش به بیمار می توان از روش های «ارائه پمفلت آموزشی»، «آموزش چهره به چهره»، و «ارائه فرم آموزش حین ترخیص» استفاده نمود.

امنیت فراگیران

تامین امنیت در بیمارستان برعهده انتظامات بیمارستان است. جزئیات وظایف این واحد در جلسات توجیهی بدو ورود به شرح زیر به اطلاع فراگیران می‌رسد:

۱. نگهبانان بیمارستان، مرد بوده و ملبس به اونیفورم نگهبانی هستند.
۲. تیم حفاظت و امنیت بیمارستان (نگهبانی) تحت نظارت واحد حراست بیمارستان فعالیت می‌کند.
۳. نگهبانان مسئول برقراری امنیت در بیمارستان برای پرسنل، پزشکان، فراگیران، بیماران، همراهان و کلیه افرادی هستند که در بیمارستان حضور دارند؛ لذا همکاری با آنها سبب ایجاد محیطی امن می‌گردد.
۴. سامان‌دهی وضعیت حضور همراهان بیماران، نظارت بر تردد وسایل نقلیه، حمل اموال، حفاظت از اموال بیمارستان، پرسنل، بیماران، و فراگیران برعهده تیم نگهبانی است.
۵. تیم حفاظت براساس برنامه تنظیمی واحد حراست بیمارستان به صورت شبانه‌روزی در بیمارستان فعال بوده و در صورت بروز خطر یا احضار، موظفند در کوتاهترین زمان ممکن در محل حضور یابند.
۶. مکانهای اصلی تعیین شده برای حضور نگهبانان علاوه بر ایستگاه نگهبانی در محل ورودی بخش بیمارستان (چهارراه نگهبانی «با شماره تلفن داخلی ۱۰۷») عبارت است از: درب ورودی بیمارستان، درب ورودی بخش بیمارستان، اورژانس، محوطه بیمارستان، درمانگاه.
۷. پرسنل و فراگیران موظفند شکستگی قفل درب‌ها، باز بودن درب اتاقها، سرقت، وجود بسته‌های بدون صاحب و مشکوک، رؤیت سلاح گرم یا سرد با بیمار یا

همراهان، و وضعیت غیرعادی در هریک از مکانهای بیمارستان را سریعاً به نگهبانی اطلاع دهند.

۸. سرپرستاران بخش علاوه بر وظیفه درمانی، مسئولیت ایجاد آرامش در بخش خود را نیز برعهده دارند؛ لذا در صورت بروز هر گونه ازدحام، سروصدای همراهان، صدای ناهنجار یا انفجار، آتش سوزی، حوادث غیرمترقبه، برخورد فیزیکی، دعوا و نظایر آن موظفند سریعاً مراتب را طریق شماره تلفن ۱۰۷ یا گرفتن شماره «صفر» (تلفنخانه بیمارستان) اطلاع دهند.

۹. کلیه چهارراه‌های بخش‌ها، اورژانس، قرائتخانه، محوطه، ورودی پايونهای دانشجویی، پارکینگ، ورودی بخش‌ها، حوزه ریاست، رادیوتراپی و مرکز جراحی قلب به سیستم دوربین مداربسته مجهز بوده و اداره حراست بیمارستان بر آن نظارت دارد. در محلهای نصب دوربین مداربسته، تابلوی زردرنگ اطلاع‌رسانی وجود دوربین نصب شده است.

۱۰. با توجه به این که همراهان بیماران بدحال ممکن است رفتاری نامعقول و گاه تهاجمی داشته باشند، لازم است فراگیران از هرگونه واکنش به این گونه رفتارها جداً خودداری نموده و در صورت وقوع مراتب را سریعاً از طریق ایستگاه پرستاری یا تلفن داخلی ۱۰۷ اطلاع دهند.

۱۱. نصب دوربین مداربسته طبق نظر ریاست بیمارستان و رئیس حراست مرکز در مکانهای استراتژیک بیمارستان (نظیر ورودی‌ها و خروجی‌های بیمارستان، پارکینگ، راهروها، ورودی اتاق عمل و بخش‌ها، سالن قرائتخانه، ورودی پايونها و رختکن فراگیران).

انزومات نظام بیمه‌ای و درمانی

(استاندارد ۶/د)

برخی لغت «بیمه» را از ریشه عربی و به معنای «تأمین و آسایش» ترجمه کرده و عده‌ای هم معتقدند ریشه فارسی داشته و از «بیم» به اضافه پسوند «ه» تشکیل شده؛ یعنی «آنچه مربوط به هراس و نگرانی است». در اصطلاح حقوق، بیمه عملی است که به موجب آن، یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند در ازای دریافت وجه یا وجوهی از جانب طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه‌ای معین برای مورد بیمه شده (بیمه‌گذار)، خسارت وارده را جبران نموده، یا وجه معینی را بپردازد. اینک با چند اصطلاح کلیدی در بیمه آشنا می‌شویم: فرانشیز: (Franchise به معنای معافیت) در بیمه سلامت، قسمتی از هزینه سلامت تحت پوشش بیمه است (سهام بیمه پایه) و تأمین بقیه خسارت برعهده بیمه‌گذار بوده و بیمه‌گر نسبت به آن تعهدی ندارد.

تعرفه: نرخ خدمت با کالای خاصی است که بر اساس ملاحظات اقتصادی، سیاسی، و اجتماعی در راستای ایجاد فرهنگ خاصی در جامعه با تحصیل هدف مشخصی تعدیل می‌گردد.

رسیدگی: فرآیندی که طی آن مدارک و مستندات خدمات انجام گرفته توسط مؤسسات درمانی برای بیمار بستری بررسی شده و بعد از انطباق با ضوابط، مقررات و تعرفه‌های مصوب ارزشگذاری می‌گردد.

تعدیلات: میزان هزینه‌ای که به علت انجام نگرفتن خدمت، یا عدم انطباق مدارک و مستندات با تعهدات، ضوابط و تعرفه‌های مصوب اعلام شده از مبلغ درخواستی مؤسسات کسر می‌شود.

استاد بستری و سرپایی: کلیه مستنداتی است که بابت ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در بیمارستانها به بیمه‌شدگان بستری یا سرپایی توسط مراکز درمانی تهیه و جهت دریافت سهم بیمه پایه به ادارات اسناد پزشکی ارسال می‌گردد.

اسناد مثبت: اوراقی که باید طبق ضوابط شورای عالی بیمه جهت پرداخت هزینه سهم بیمه پایه به صورت حساب بستری ضمیمه گردد. این اسناد عبارتند از

۱. دستور بستری با تشخیص اولیه با مهر امضای پزشک بر روی برگه دفترچه بیمه بیمار (صدور دستور بستری بر روی سرنسخه بیمارستان صرفاً در بخش اورژانس بلامانع می باشد. در هنگام ترخیص ارائه دفترچه درمانی الزامی است).
۲. برگه صورتجلسه به مهر و امضای پزشک معالج و مهر و امضای بیمارستان بر روی صورت حساب که به تأیید نهایی کارشناس بیمه رسیده باشد.
۳. برگه شرح عمل به مهر و امضای پزشک جراح و کمک جراح (در صورت حضور) و درج کدهای مربوط بر اساس کتاب ارزش های نسبی به همراه درج زمان شروع و پایان عمل جراحی
۴. برگه بیهوشی به مهر و امضای متخصص بیهوشی و درج ارزش تام مسائل پایه (زمان ریکاوری) و کدهای تعدیلی بیهوشی بر اساس کتاب ارزش های نسبی بر اساس شرح حال و ذکر درخواست به همراه درج زمان شروع و پایان بیهوشی
۵. لیست داروی مصرفی و قیمت گذاری شده به مهر و امضای مسئول فنی داروخانه.
۶. لیست دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل به مهر و امضای مسئول اتاق عمل و مسئول فنی داروخانه

عوامل منجر به کسورات بیمه‌ای

۱. تمام شدن تاریخ اعتبار برگ بیمه، پارگی یا مخدوش شدن تاریخ اعتبار، نداشتن مهر ارجاع برگه بیمه روستایی.
۲. خط خوردگی و مغایرت امضای برگ بیمه‌ها توسط پزشک، و نداشتن مهر و امضای پزشک.
۳. کامل نبودن شرح عمل، شرح حال، خلاصه پرونده، مشاوره و دستورات پزشکی توسط پزشک در برگه شرح حال تمامی جراحی‌ها (درج زمان شروع و پایان جراحی با تأیید جراح الزامی است و جز اسناد مثبت حساب می‌شود. در صورت عدم درج زمان در شرح عمل، ۱٪ حق العمل جراح به صورت غیر قابل برگشت کسر می‌گردد).
۴. ویزیت‌های منجر به جراحی برای جراح قابل مقایسه و اخذ نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی).
۵. ویزیت منجر به بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.
۶. برای بیمارانی که در بخش ویزیت می‌شوند، فقط یک ویزیت برای یک روز تعلق می‌گیرد. چنانچه پزشک معالج تشخیص دهد که پزشک دیگری بیمار را ویزیت نماید، باید درخواست مشاوره کند تا برای پزشک دوم مشاوره حساب شود. حداکثر مشاوره قابل پرداخت برای یک بیمار، تا ۶ مشاوره با تخصص‌های مختلف، و حداکثر تا ۳ مشاوره از یک تخصص است. لازم است مشاوره‌های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت مشاوره درخواست گردد.
۷. عمل‌هایی که جنبه زیبایی داشته باشد در تعهد بیمه نیست.

الزامات اسناد سرپائی بیمارستانی

۱. دفترچه باید تاریخ اعتبار داشته باشد و بروی نسخه مربوطه درج شده باشد.
۲. مشخصات فردی مندرج در دفترچه و عکس الصاقی با مراجعه کننده تطبیق داشته باشد.
۳. نسخ باید دارای تاریخ، امضا، مهر نظام پزشکی همراه با متن بدون خدشه و با یک دست خط باشد. هر گونه خدشه در تاریخ یا متن نسخه باید در پشت نسخه توسط پزشک معالج ذکر و مهر و امضا گردد.

مصادیق خدشه در اسناد بیمه‌ای

۱. خط خوردگی، کاربندی بودن، لاک‌گیری، دو خط و دو رنگ بودن متن نسخه، پانچ شدگی (در صورتی که مندرجات نسخ مخدوش گردد).
۲. نبود یا ناخوانا بودن نام و نام خانوادگی، شماره نظام پزشکی، و تخصص پزشک معالج
۳. پارگی نسخه از دفترچه (در صورت بروز این امر باید قسمت پاره شده، چسبانده شده و در پشت نسخه توسط پزشک معالج توضیحات لازم با مهر و امضا قید گردد.

دستورالعمل کشوری مستندسازی پرونده پزشکی

پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط مؤثر میان ارائه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می‌نماید. پرونده پزشکی به عنوان زیربنای ثبت تمام استانداردهای ارائه خدمت به بیمار در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارائه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش، مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه‌ها نقش دارد.

الف) اصول کلی

ماده ۱. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.

ماده ۲. تمامی فرم‌های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم‌های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد. با توجه به یکسان سازی فرم‌های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت و ارائه آن به کلیه دانشگاهها و دانشکده‌ها لازم است در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود از فرم‌های مذکور استفاده شود. لذا هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم‌ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.

ماده ۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی با آبی ثبت شود. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می‌گردد. مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشکی و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیر طبیعی بیمار و در مجموع تأمین

ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارائه شده از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می‌باشد.

ماده ۴. کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم‌ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم‌های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه «کاربرد ندارد، با اختصاره (N/A) استفاده شود.

ماده ۵. در اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم‌ها به درستی و به‌طور کامل ثبت گردد. ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ‌ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می‌باشد که محتوای فرم را مستند می‌کند. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ‌ها به عهده منشی بخش است.

ماده ۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد. ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی‌شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولاً در انتهای هر شیفت کاری ثبت می‌گردد، از این تبصره مستثنی است؛ اما اقدامات غیرروتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد. همچنین هر اقدام، آزمایش، معاینه با وقوع هر اتفاق بلافاصله پس از انجام باید ثبت شود. در واقع ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. همچنین لازم است مستندسازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد. در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج می‌شود. ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی، غیرقانونی و غیر اخلاقی است.

ماده ۷. هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تأیید گردد. تأیید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت می‌گیرد. در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) انجام شود. پزشک اتند در صورت

عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته‌ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا می‌کند. این کار می‌تواند در فرم جداگانه‌ای از نوع همان فرم انجام شود.

ماده ۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه‌ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت گیومه در ابتدا و انتهای کلام استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.

ماده ۹. در صورت استفاده از کلمات لاتین از املائی صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خالصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نشود. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی است.

ب) اصول جزئی در ثبت عبارات‌های تشخیصی

ماده ۱. ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیص‌های حین درمان، تشخیص نهایی، وضعیت‌های همراه و عوارض در قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزئیات مورد نیاز صورت گیرد.

- در خصوص عدم ثبت علائم و نشانه‌های بیماری‌ها به عنوان تشخیص، ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه‌ها به جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.
- عدم تناقض در ثبت عبارتهای تشخیصی در بخش‌های مختلف پرونده رعایت گردد.
- رعایت اولویت در ثبت تشخیصها و اقدامات به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی از سایر وضعیتها صورت گیرد.
- از اختصارات غیر استاندارد برای ثبت تشخیص‌ها و اقدامات درمانی استفاده نشود.

ماده ۲. عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان جزئیات مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمتهای مختلف می‌باشد، ذکر محل دقیق، سمت موضع (در مورد مواضع دوطرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپیکی) باشد. در موارد استفاده از اصطلاح اپوئیم در شرح اقدامات، اقدامات صورت گرفته با ذکر جزئیات مربوط به آنها ثبت گردد.

ماده ۳. در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت «تیک» تأیید و برنامه ریزی نماید. پس از انجام نیز با ذکر تعداد موارد انجام شده، تاریخ و ساعت انجام دستور، نام و امضای خود را مستند نماید. البته پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا شود، نباید مطلبی به آن اضافه گردد.

ماده ۴. دستورات تلفنی بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

- براساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد؛ بنابراین پرستار مسئول هر بیمار، مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می‌باشد.
- لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود: ساعت و تاریخ تماس تلفنی با دستور شفاهی (برحسب قبل و بعد از ظهر)، نام و عنوان پزشکی ارائه دهنده دستور، متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد، نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور، امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی.

ماده ۵. در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور آن را در فرم دستورات پزشکی مستند نماید. این دستورات از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تأیید می‌گردد؛ مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را گرفته باشد. تأیید دستورات پزشکی مشاور از طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک یا صرفاً تأیید (مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند نمودن اینکه «دستورات پزشکی مشاور مورد تأیید می‌باشد» قابل انجام است. گزارش تمامی مشاوره‌های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک معالج باید در پرونده بیمار موجود باشد.

ماده ۶. کلیه آزمایشات، تصویربرداری‌ها و خدمات تشخیصی باید به دستور پزشک معالج انجام شده باشد. نتایج یافته‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری با خدمات تشخیصی خاص در پرونده بیمار نگهداری می‌شود. زمانی که گزارش خدمات تشخیصی دریافت می‌شود، پرستار باید نتایج را کنترل نموده و یافته‌های غیر طبیعی و بحرانی را مشخص و به همراه اقدامات انجام شده دیگر در گزارش پرستاری ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر خدمات تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

ج) اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستندسازی

ماده ۱. روش تصحیح خطا: هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:

- دور موردی که اشتباه ثبت شده، خط نازکی کشیده شود.
- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود.
- علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت گردد).

- اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع شود.
 - هرگز نباید اشتباه ثبت شده را پاک کرد یا با کشیدن مار کر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح روی آن نوشته را تغییر داد.
 - لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضاء گردد.
- ماده ۲. مستندات از قلم افتاده: مواعی اتفاق می افتد که موردی با تأخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.
- ثبت داده‌ها با تأخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تا زمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشد، فرم جدید شروع نشود؛ مگر آنکه خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شود. در ثبت موارد تاخیری لازم است:
- اولاً ثبتهای جدید تحت عنوان اثب تأخیر یا مشخص گردد؛
- ثانیاً تاریخ و زمان جاری ثبت شود؛
- ثالثاً رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته شده، مشخص یا به آن ارجاع گردد. از آنجایی که محدوده زمانی خاصی برای ثبت تاخیری تعریف نشده، باید در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تأخیر افتاده، ثبت شود.
- ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: ضمایم و ملحقات، نوع دیگری از ثبتهای تاخیری هستند که برای فراهم کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت با رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه آنکه اطلاعات فراموش شده یا اشتباه نوشته شده مستند

شوند. برای اضافه کردن اطلاعات ابتدا باید تاریخ و زمان جاری مستند گردد؛ سپس عبارت ضمیمه اضافه شده ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردی که این اطلاعات به آن افزوده شده بیان گردد. بدیهی است در اسرع وقت موردی که باید به نوشته‌های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

- ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تاخیری، یادداشت توصیفی است. این گونه یادداشتها برای جلوگیری از هرگونه تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده‌اند، نوشته می‌شوند. برای ایجاد یادداشت توضیحی، ابتدا تاریخ و زمان جاری مستند می‌شود و سپس عبارت «یادداشت توضیحی» ثبت، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود، اشاره می‌شود. بدیهی است تا حد ممکن، یادداشت‌های توضیحی در حداقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه نوشته شود.

برگه‌های پرونده بیماران

الف) برگ پذیرش

۱. پزشک معالج مکلف است تشخیص‌های اولیه، تشخیص حین درمان و تشخیص نهایی را در قسمتهای مربوطه به زبان انگلیسی و به صورت کامل ثبت کند.
۲. در صورت تغییر در مسیر درمان بیمار، ثبت تشخیص در حین درمان الزامی است.
۳. تشخیص نهایی شامل بیماری اصلی و بیماریهای همراه و سایر عوارض می‌باشد.
۴. در ثبت تشخیص از عبارت کلی برای توصیف بیماری یا صدمه استفاده نشود. باید نوع خاص بیماری یا حالت پزشکی و موضع آناتومیکی درگیر به دقت مشخص گردد.
۵. از بکار بردن اختصارات برای ثبت تشخیص‌ها تا حد امکان خودداری گردد و در صورت استفاده از اختصارات، از اختصارات استاندارد و تصویب شده استفاده شود.
۶. هنگام گزارش موارد HIV به‌ویژه موارد مشکوک آن، باید دقت کرد که صرفاً موارد تأیید شده اعلام شود.
۷. از ثبت علائم و نشانه‌ها به‌عنوان تشخیص اجتناب گردد.
۸. در بیماران دارای عمل جراحی، ثبت اعمال جراحی الزامی است.
۹. اعمال جراحی به زبان انگلیسی و به صورت کامل توسط پزشک معالج و یا جراح ثبت گردد.
۱۰. عبارت توصیفی عمل جراحی باید شامل اقدام اصلی، موضع آناتومیکی که اقدام بر روی آن انجام می‌شود و روش انجام اقدام باشد.
۱۱. در مورد بیماران مراجعه کننده به دلیل صدمه یا مسمومیت، ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت الزامی است.

۱۲. ثبت علت خارجی صدمه یا مسمومیت باید شامل این موارد باشد: مکانیسم حادثه مانند تصادف، مسمومیت، سقوط از ارتفاع، چاقو خوردگی، سوختگی، قصد حادثه نظیر تصادفی، عمدی، نامشخص) نوع شیء (مانند چاقو، اتو، چکش)، مکان وقوع حادثه منزل، خیابان، کارخانه، و نوع فعالیت فرد (در حین بازی، در حین کار، در حال ورزش).

۱۳. در صورت فوت بیمار، ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و همچنین مشخص نمودن فوت، قبل یا بعد از ۲۴ ساعت، الزامی است.

۱۴. برگ پذیرش حتماً توسط استان مهر و امضا شده سپس به تائید برسد.

(ب) برگ خلاصه پرونده

۱. کلیه موارد ثبت شده در این فرم شامل تاریخ ترخیص، شکایت اصلی بیمار، تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی، اعمال جراحی، نتایج آزمایشات، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، و توصیه‌های پس از ترخیص الزامی است.

۲. چنانچه پزشک معالج بیمار در دسترس نباشد، تکمیل این برگ به عهده پزشک مسئول بخش بوده و یا به صلاح‌دید وی به پزشک دیگری واگذار می‌شود.

۳. در صورتی که توسط پزشک معالج برای بیمار استعلاجی صادر شده، به مدت استعلاجی د خلاصه پرونده اشاره گردد.

۴. اگر بیمار به علت تصادفات یا حوادث بستری شود، پزشک معالج باید نظر خود را در مورد مدت درمان و میزان از کارافتادگی بیمار در قسمت وضعیت بیمار هنگام ترخیص ثبت نماید؛ زیرا این اطلاعات از نظر صدور احکام دعاوی در مراجع قضائی حائز اهمیت است.

۵. برگ خلاصه پرونده باید به تائید رزیدنت مسئول و یا پزشک معالج برسد.

ج) برگ شرح حال

۱. برگ شرح حال باید حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد از پذیرش بیمار تکمیل گردد.
۲. از تکمیل شرح حال به صورت انشایی اکیداً خودداری شود.
۳. مستندات حتی الامکان به زبان انگلیسی گزارش شده و در نوشتار آن از هجا، گرامر و عبارتهای صحیح استفاده شود.
۴. آلرژی‌ها و حساسیتهای دارویی یا غذایی بیمار به طور مشخص و واضح یادداشت شود.
۵. تشخیص اولیه یا موقت در انتها و پشت برگ شرح حال ذکر گردد.
۶. اگر برگ شرح حال توسط انترن کامل شده، باید توسط پزشک معالج در وهله اول، و در صورت نبود پزشک معالج، توسط رزیدنت مسئول مهر و امضا گردد تا صحت مطالب آن تأیید شود. در صورتی که پزشک معالج نمی‌تواند صحت مطالب ذکر شده را تأیید کند، باید نظر خود را در پایین برگ نوشته و سپس مهر و امضا کند.

د) برگ سیر بیماری

- یادداشت‌های برگ سیر بیماری با پیشرفت معالجات شامل سه بخش عمده است:
۱. یادداشت‌های پذیرش بیمار که حاوی (خالصه ای از وضعیت عمومی بیمار و بیماری و ی در هنگام پذیرش است).
 ۲. یادداشت‌های بعدی که حاوی مراحل درمان و وضعیت بهبودی بیمار در طول مدت بستری می‌باشد. این اطلاعات باید هر روز و حتی براساس وضعیت بیمار، در مراحل شدت بیماری، هر چند ساعت یکبار ثبت شوند. همچنین تمام اقدامات انجام گرفته برای بیمار در طول مدت بستری به ترتیب تاریخ ذکر گردد.

۳. یادداشت‌های ترخیص بیمار که در روز آخر بستری بیمار توسط پزشک معالج ثبت می‌گردد و حاوی اطلاعات کاملی از وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه‌های الزامی می‌باشد.

چنانچه سیر بیماری توسط اینترن نوشته شده باشد، باید به تأیید پزشک معالج و یا رزیدنت مسئول برسد. در صورتی که بیمار برای ادامه درمان به بخش دیگری منتقل شود، پزشک مسئول بیمار در بخش اول، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، انتقال وی به بخش دیگر را ثبت نموده و پزشک مسئول بیمار در بخش جدید، باید برگ سیر بیماری جداگانه‌ای برای بیمار تهیه نموده و به ترتیب تاریخ، روند بهبودی و درمان را ثبت نماید. لازم است از ثبت موارد کلی و مهم برای نشان دادن وضعیت بیمار (نظیر: حال عمومی بیمار خوب است) خودداری شود.

(هـ) برگ درخواست مشاوره

مشاوره پزشکی در موارد ذیل توصیه می‌شود:

۱. زمانی که بیمار در ریسک جراحی یا پزشکی خوبی نباشد.
۲. زمانی که پزشک معالج به تشخیص پزشکی واضحی نرسیده باشد.
۳. زمانی که در بکار گرفتن بهترین روش درمانی، شک و تردید وجود داشته باشد.
۴. در شرایط پیچیده و غیر عادی که به سایر تخصص‌ها نیاز باشد.
۵. زمانی که بیمار علائم روانی شدیدی را نشان دهد. و زمانی که از طرف بیمار یا بستگانش، جهت تشخیص دقیق‌تر، مشاوره درخواست می‌شود.
۶. تمامی سزارین‌ها

در برگ درخواست مشاوره، ثبت تاریخ و ساعت مشاوره، و نام پزشک درخواست کننده توسط پزشک، ضروری است. نوشتن تشخیص اولیه نیز توسط پزشک معالج الزامی

می‌باشد؛ زیرا این تشخیص، حوزه تشخیص نهایی را برای پزشک مشاور مشخص خواهد کرد. تعیین نوع مشاوره (اورژانسی یا غیر اورژانسی) به منظور تعیین وخاوت بیماری و ضرورت انجام مشاوره، حائز اهمیت است و لازم است مهر و امضای پزشکی درخواست کننده مشاوره، پس از نوشتن درخواست مشاوره ثبت شود. پزشک مشاور پس از معاینه و بررسی بیمار، نظرات، توصیه‌ها و تشخیص بیماری فرد را برای پزشک معالج نوشته و با درج تاریخ انجام مشاوره، مهر و امضا می‌کند. در صورت عدم درج مهر و امضا، هزینه مشاوره به پزشک مشاور، توسط سازمانهای بیمه گر پرداخت نمی‌گردد.

(و) برگ بیهوشی

در صفحه اول فرم بیهوشی تشخیص قبل از عمل، به صورت کامل و به زبان انگلیسی نوشته شود. ثبت عمل جراحی پیشنهاد شده، داروهای قبل از بیهوشی، نوع بیهوشی، داروی مورد استفاده برای بیهوشی، ثبت علائم حیاتی بیمار در مدت بیهوشی، ثبت مقدار مایعات تزریق شده به بیمار، ثبت مدت زمان بیهوشی و مدت زمان عمل، ثبت ریسک بیهوشی، ثبت وضعیت عمومی بیمار در پایان بیهوشی الزامی است.

در صفحه دوم بیهوشی تشخیص بعد از عمل، به صورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد. ثبت وضعیت تنفس و وضعیت قلب بیمار، حساسیت دارویی، عوارض و ناراحتی‌های قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل، الزامی است. چارت ترسیم شده در برگ بیهوشی برای مدت چهار ساعت و پانزده دقیقه می‌باشد. در صورتی که بیهوشی بیش از این زمان به طول انجامد، باید از برگ بیهوشی دیگری استفاده شود و مهر و امضای متخصص بیهوشی درج گردد. مسئولیت بیمار و عوارض ناشی از بیهوشی از لحظه ورود به اتاق عمل تا سه روز پس از بیهوشی برعهده متخصص بیهوشی است و در صورتی که بیمارستان، متخصص بیهوشی نداشته باشد، این مسئولیت به جراح واگذار می‌شود.

(ز) برگ گزارش عمل جراحی

۱. برگ گزارش عمل جراحی باید بلافاصله بعد از جراحی تکمیل گردد.
۲. محتوی گزارش عمل شامل شرح دقیق یافته‌ها، اقدامات فنی، موضع آناتومیکی مورد جراحی، مشخصات نمونه برداشته شده، و تخمینی از خون از دست رفته است.
۳. تشخیص قبل و بعد از عمل و همچنین نوع عمل جراحی به صورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت گردد.
۴. عبارت توصیفی برای ثبت عمل جراحی باید شامل اقدام اصلی انجام شده، قسمتی از بدن که اقدام بر روی آن انجام می‌شود، روش انجام اقدام و ابزار مورد استفاده باشد.
۵. درج مهر و امضای پزشک جراح الزامی است.
۶. ثبت دستورات بعد از عمل، ضروری است.
۷. در صورت قطع عضو، حتماً باید در اتاق عمل، گواهی دفن توسط جراح صادر و همراه با عضو قطع شده، جهت تدفین ارسال گردد.
۸. برگ مراقبت بعد از عمل مهر و امضای پزشک بیهوشی به منزله پذیرفتن تمامی مسئولیت‌های بیمار در اتاق ریکاوری است.

(ح) برگ دستورات پزشک

۱. چنانچه دستور پزشک توسط اینترن نوشته شده باشد، باید به تأیید پزشک معالج و یا رزیدنت مسئول برسد.
۲. دستور ترخیص بیمار، آخرین دستور پزشک می‌باشد؛ مگر آنکه والدین بیمار، اجازه ترخیص با میل شخصی را تکمیل کرده باشند.
۳. ذکر تاریخ و ساعت برای هر دستور الزامی است.
۴. دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود.

۵. پزشک باید در انتهای دستورات، آن‌ها را ببندد.
۶. دستورات پزشکی مشاور باید به تأیید پزشک معالج رسانده شود.
۷. دریافت و گزارش دستورات تلفنی و شفاهی به‌جز در موارد اورژانسی ممنوع است.

دستورالعمل درج دستور تلفنی یا شفاهی

۱. پس از ثبت دقیق تاریخ و ساعت، دستور داده شده را در برگ دستورات پزشک ثبت کنید و زیر گزارش را ببندید.
۲. دستور گرفته شده را یکبار برای دریافت مجدد برای پزشک مربوطه بازخوانی کنید. می توانید از همکار خود بخواهید که در زمان گرفتن دستور در کنار شما باشد تا ایشان به عنوان شاهد، برگه را امضا کند. بازخوانی دستور شامل این موارد است: نام پزشک، نام کامل دارو، دوز مصرف دارو، نحوه مصرف دارو، نام بیماری که قرار است دارو به وی داده شود.
۳. دستور را امضا کنید. در امضای شما باید این موارد مشخص باشد:
اختصار O.T برای دستورات تلفنی و اختصار O.V برای دستورات شفاهی، نام پزشک دستوردهنده، نام پرستار دستورگیرنده، سمت پرستار دستورگیرنده، مهر و امضای دستورگیرنده، و مهر و امضای همکار شاهد (در صورت وجود).
۴. به محض حضور پزشک معالج، دستورات تلفنی و شفاهی، باید به تأیید و مهر و امضای وی برسد.

چند نکته مهم در مستندسازی پرونده بیماران

۱. از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارش‌های پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده کنید. بواسطه انگلیسی نوشتن نباید نقصی در مستندات وجود داشته باشد. البته نوشتن همه اقدامات به انگلیسی باعث می‌شود بسیاری از پرسنل و پزشکان نتوانند یا حوصله‌اش را نداشته باشند از علم شما استفاده کنند و این به ضرر همه است.
۲. اطلاعات سربرگ فرمها (شامل نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نام بخش، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج را به‌طور کامل و دقیق ثبت و تکمیل کنید. این مساله شامل شرح حال و گزارش روزانه و مشاوره و دستورات هم می‌شود.
۳. کلیه موارد ثبت شده باید با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستندساز تائید و تصدیق گردد.
۴. در تمامی گزارش‌ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.
۵. از مداد، خودکار سبز و قرمز برای مستندسازی استفاده نکنید.
۶. از حدسیات، گمان‌ها و گفته‌های کلی و مبهم در ثبت اطلاعات پرهیزید.
۷. در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل شوید. مشخص کنید کدام اطلاعات را همراه بیمار داده و چه نسبتی با او دارد.
۸. مستندسازی باید به‌نگام باشد و در زمان رخداد حوادث، و بعد از انجام هر اقدامی ثبت شود. در صورت فراموش شدن ثبت یک دستور باید بلافاصله یادداشتی به عنوان یادداشت‌های تاخیری (late entry) به پرونده بیمار اضافه شده و با ثبت تاریخ و ساعت و هویت مستندساز تکمیل گردد.
۹. خوانا بودن، مرتب بودن، املا صحیح، نقطه‌گذاری و جمله‌بندی درست در ثبت اطلاعات ضروری است.

۱۰. حتی اشتباهات مستندسازی هم باید ثبت شود. هرگز اشتباهات را با خط زدن، پاک کردن یا لاک گرفتن اصلاح نکنید. در صورت بروز اشتباه در نوشتن، ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و با خودکار قرمز روی آن نوشته شود: Error؛ سپس تاریخ و ساعت اصلاح را ذکر نمایید.
۱۱. محرمانگی اطلاعات ثبت شده را رعایت کنید. مشاهدات ارزیابی‌ها و اقدام‌های درمانی ثبت شده صرفاً باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.
۱۲. از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی کنید.
۱۳. هر پرونده باید «گزارش اولیه»، «گزارش روزانه» و «گزارش نهایی» داشته باشد که توسط اکسترن، اینترن، رزیدنت، جداگانه نوشته خواهد شد. به این ترتیب بیماری‌ها و شرایط پزشکی مهم از دید هر کدام مشخص می‌شود.
۱۴. گزارش روزانه باید بر اساس فرمت SOAP مستند گردد. گزارش اولیه در صورتی نوشته می‌شود که دانشجو خودش شرح حال بیمار را ثبت نکرده باشد. فرمت گزارش اولیه کاملاً شبیه به شرح حال می‌باشد. گزارش نهایی نیز شبیه به شرح حال است؛ با این تفاوت که وضعیت بیمار حین ترخیص و نکات مهم جهت پیگیری بیمار بعد از ترخیص نیز باید نوشته شود.
۱۵. در مشاوره‌ها باید جواب مشاوره، در آزمایشها باید جواب آنها، در تصویربرداری‌ها گزارش آنها، و در نوار قلب باید نتایج آن توسط درخواست دهنده، پاراف شود.
۱۶. اگر دانشجویی به نیابت از استاد امضا می‌کند، صراحتاً ذکر کند به اطلاع استاد یا دستیار سال ۳ و ۴ رسید.

۱۷. در پرونده بیمار باید حساسیت‌ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان، به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت‌ها و واکنش‌ها اطلاعی ندارد، این مطلب باید در پرونده پزشکی قید شود.
۱۸. کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد با ذکر تاریخ و زمان تأیید شود.

چارچوب زمانی ثبت و تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

۱. پرونده‌های تحت نظر طب اورژانس تا ۲۴ ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس باید مستندسازی شود.
۲. شرح حال تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش و قبل از انجام اقدامات تهاجمی باید ثبت شود.
۳. جواب مشاوره تا ۲۴ ساعت پس از درخواست مشاوره باید ثبت شود.
۴. گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل تا ۲۴ ساعت پس از انجام عمل باید مستندسازی شود.
۵. گزارش اقدامات خاص (نوار مغز، نوار قلب، و تست‌های استرس قلبی، و کلیه تصویربرداری‌های پزشکی) تا ۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام مربوطه باید انجام و ضمیمه پرونده گردد.
۶. خلاصه پرونده زمان ترخیص تا ۱۴ روز پس از ترخیص باید نوشته شود.
۷. گواهی فوت تا ۷ روز پس از ترخیص باید نوشته شود.
۸. اگر گزارشی در چارچوب زمانی ثبت انجام نگردد و بعد از این زمان تکمیل گردد، تحت عنوان late entry (یادداشت‌های تاخیری) در پرونده ثبت می‌گردد.

شرح وظایف کارآموز پزشکی

(مصوب بیست و هفتمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۸۳/۹/۷)

کارآموز پزشکی به دانشجوی دکتری عمومی پزشکی اطلاق می شود که مراحل علوم پایه و فیزیوپاتولوژی را به پایان رسانده و مجاز به ورود به بخشهای بالینی برای کسب دانش نظری و تجربیات علمی و مهارت های حرفه ای، تحت نظارت اعضای هیأت علمی و برای اخذ مدرک دکتری پزشکی است. مسئولیت کارآموزان در هر گروه و یا بخش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیأت علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. پزشک معالج به عضو هیأت علمی که بیمار تحت نظارت وی در بیمارستان بستری می شود اطلاق می گردد. دوره کارآموزی می تواند به دو دوره کارآموزی پایه یا استیودنتی و کارآموزی پیشرفته یا اکسترنی تقسیم شود. در دوره استیودنتی دانشجو عمدتاً نقش نظاره کننده و مشاهده گر داشته و در دوره اکسترنی می تواند تحت نظر پزشک معالج یا دستیار، فعالیت های تشخیصی و درمانی مندرج در این آئین نامه را انجام داده تا بتواند برای انجام وظایف آینده خود به عنوان کارورز آمادگی لازم را کسب نماید.

الف) کلیات

۱. حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان.
۲. رعایت مقررات داخلی گروه یا بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه.
۳. رعایت مفاد آئین نامه ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ب) مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی

۴. اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگیری نتایج آزمایشات و بررسی‌های پاراکلینیک، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیص‌های افتراقی مناسب از کلیه بیماران بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک.
۵. ویزیت روزانه بیماران بستری مربوط در بخش به همراه کارورز و دستیار پزشک معالج؛ و اطلاع از کلیات برنامه درمانی و لیست داروهای دریافتی و نوشتن سیر بیماری در صورت لزوم و یا ویزیت بیماران سرپایی.
۶. در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه پیگیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیرحضوری مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش‌های پاراکلینیکی بیمار.
۷. در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن یادداشت‌های مخصوص آغاز و پایان هر دوره (on & off-service notes).
۸. در صورت لزوم و به تشخیص دانشکده پزشکی و گروه مربوطه نوشتن برگه‌های درخواست تصویر برداری از جمله MRI, CT Scan, رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه‌های درخواست پاراکلینیک دیگر، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد.

ج) اقدامات تشخیصی و درمانی

۹. فراگیری امور زیر به منظور کسب مهارت حداکثر به مدت ۶ ماه و با تعیین معاونت آموزشی دانشکده بر عهده کارآموز می‌باشد. بدیهی است با توجه به راه‌اندازی مراکز آموزش مهارت‌های بالینی لازم است این مهارت‌ها قبل از مواجه شدن با بیمار واقعی، در این مراکز و به نحو مقتضی به کارآموزان داده می‌شود: تزریق، رگ گیری (IV blood sampling)، نمونه‌گیری وریدی (venous blood sampling)،

نمونه گیری برای کشت خون، گرفتن ECG و تفسیر آن، پانسمان ساده، رنگ آمیزی گرم و مشاهده لام، تهیه و تفسیر میکروسکوپی نمونه ادرار و لام خون محیطی، ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه، فیزیوتراپی تنفسی، تهیه لام خون محیطی، نمونه گیری از گلو و زخمها.

۱۰. انجام امور زیر صرفاً با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار می تواند توسط کارآموز انجام شود: گذاشتن لوله معده و گرفتن نمونه از ترشحات معده، گذاشتن سوند ادراری به جز در نوزادان و شیرخواران (ترجیحاً در بیماران هم جنس)، گرفتن گازهای خون شریانی (ABG)، فلوتومی، بخیه زدن و کشیدن بخیه، انجام تست PPD و خواندن آن، انجام پانسمان‌هایی که نیاز به دبریدمان شست و شوی تخصصی (غیر روتین) و یا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند، انجام واکسیناسیون روتین اطفال در خانه‌های بهداشت و یا درمانگاهها، انجام شست و شوی گوش، کنترل ضربان قلب جنین (Fetal Heart Rate) و انقباضات رحم و حرکات جنین، گچ گیری ساده و باز کردن گچ.

۱۱. کارآموزان در موارد زیر صرفاً می توانند انجام هر کدام از این اعمال را توسط فراگیران مقاطع بالاتر (کارورز یا دستیار) مشاهده نمایند: مشاهده تامپون قدامی بینی، مشاهده خارج کردن جسم خارجی از گوش، حلق، بینی و چشم، مشاهده کوتتر خون ریزی بینی، مشاهده گذاشتن لوله تراشه و airway، مشاهده کارگذاری کشش پوستی، مشاهده آتل گیری، مشاهده انجام پونکسیون لومبار (Lumber Puncture)، مشاهده تخلیه آبه، مشاهده نمونه گیری سوپراپوبلیک، مشاهده کشیدن (tap) مایع آسیت و پلور، مشاهده و یادگیری CPR، مشاهده و یادگیری زایمان طبیعی (مربوط به کارآموزان دختر براساس بخشنامه شماره ۸۲۲۱۸ مورخ ۱۳۸۴/۴/۱۶ وزیر محترم وزارت بهداشت)، مشاهده آسپیراسیون و بیوپسی مغز و استخوان، مشاهده پونکسیون مفصل زانو، مشاهده تزریق داخل نخاعی (intrathecal) و داخل مفصلی، مشاهده انجام جراحی‌های سرپایی ساده (خته،

۱۲. شرکت منظم و فعال در کلیه کلاس‌های درس تئوری و یا کارگاهی و جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس‌های علمی، کلاس‌های management اتاق‌های عمل، راندهای آموزشی و سایر برنامه‌های آموزشی.
۱۳. حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج.
۱۴. شرکت در درمانگاه یا خانه‌های بهداشت طبق برنامه تعیین شده و گرفتن شرح حال، انجام معاینه از بیمار و معرفی بیمار به پزشک معالج یا دستیار.
۱۵. معرفی بیمار در راندهای آموزشی طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوط، شامل معرفی کوتاه بیمار، دلیل بستری شدن، بیان تشخیص‌های افتراقی و طرح درمانی.
۱۶. ارائه کنفرانس‌های علمی در صورت لزوم طبق برنامه تنظیمی توسط آموزش بخش یا دستیار ارشد.

برداشتن توده‌های سطحی، خارج کردن *in growing nail*، مشاهده گذاشتن *Chest tube*، مشاهده تزریق داروهای خطرناک، مشاهده تعویض لوله نفروستومی یا سیستوستومی، مشاهده درناژ سوپراپوبیک مثانه، مشاهده گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزدان، مشاهده سونداژ ادراری شیرخواران، مشاهده کات دان، مشاهده هر اقدام تشخیصی، درمانی و تهاجمی دیگر که در برنامه آموزشی مصوب کارورزان پیشنهاد شده، و بقیه موارد مشابه که در این آئین نامه نیامده است.

د) شرکت در همایش‌های آموزشی

ه) حضور در بیمارستان

۱۷. حضور در بیمارستان، درمانگاه و یا خانه‌های بهداشت طبق برنامه تعیین شده از سوی ریاست هر گروه و یا بخش یا دانشکده (مسئول آموزش کارآموزان هر بخش موظف

است برای کلیه ساعات حضور آنان در بخش برنامه آموزشی مدون تهیه و در آغاز دوره اعلام کند).

۱۸. حداکثر تعداد کشیک بر اساس شرایط گروه و دانشکده تعیین و در هر صورت از ۱۰ شب در ماه تجاوز نخواهد کرد. حداقل تعداد کشیک در گروه‌های داخلی، جراحی، کودکان و زنان ۵ شب در ماه، و در گروه‌های دیگر مدیر گروه یا رئیس بخش براساس تعداد بیمار، تعداد کارآموز، امکانات رفاهی، تعداد تخت بیمارستانی و برنامه آموزشی حداقل تعداد کشیک را تعیین می‌کند. ساعت کشیک کارآموزان براساس امکانات و شرایط هر دانشکده پزشکی تعیین می‌گردد.

۱۹. تنظیم برنامه چرخش کارآموزان در بخشها و کشیک‌ها به عهده پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان است.

۲۰. جابجایی در برنامه کشیک ممکن نیست، مگر با اطلاع قبلی (حداقل ۲۴ ساعت قبل) و یا در موارد اضطراری، به شرط تعیین جانشین و موافقت پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان.

۲۱. ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از پزشک یا دستیار ارشد مطلقاً ممنوع است.

۲۲. خروج از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت پزشک یا دستیار مستقیم و پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارآموزان مقدور است.

۲۳. اولویت کاری کارآموزان، شرکت در جلسات و همایش‌های آموزشی، راندهای آموزشی و در درمانگاه‌ها است.

۲۴. موارد تخلف کارآموزان از شرح وظایف فوق و یا هرگونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات کارآموزان در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی بخش، گروه یا بیمارستان یا دانشکده مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد. چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسیده، مورد به

مرجع بالاتر جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد. مرجع نهایی تصمیم‌گیری، شورای آموزشی دانشکده خواهد بود.

۲۵. مدیران گروه‌ها و روسای بخش‌های بیمارستانی آموزشی مسئول حسن اجرای این آئین‌نامه هستند و رؤسای دانشکده‌های پزشکی از طریق معاونین آموزشی بیمارستانها بر حسن اجرای این آئین‌نامه نظارت خواهند داشت. برنامه مدون آموزشی کارآموزان در هر گروه باید با تائید دانشکده پزشکی تهیه و از طریق دانشکده و گروه به کارآموزان ابلاغ گردد. همچنین گروه‌های آموزشی موظفند در جلسه‌ای توجیهی کارآموزان هر دوره را در ابتدای دوره کارآموزی در آن گروه توجیه نموده و آنان را با شرح وظایف و مقررات گروه آشنا نمایند.

شرح وظایف کارورز پزشکی

(مصوب هیجدهمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۸۱/۳/۱۱)

کارورز پزشکی به دانشجوی مرحله پایانی دکترای عمومی پزشکی اطلاق می‌شود که آموزش‌های نظری و دوره عملی کار آموزی را به پایان رسانده باشد و مجاز به کاربرد آموخته‌های قبلی، تحت نظارت اعضای هیات علمی، برای کسب مهارت‌های حرفه‌ای برای اخذ مدرک دکترای پزشکی است. مسئولیت کارورزان در هر گروه یا بخش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. تشخیص موارد اورژانس در این آیین‌نامه برعهده پزشک معالج و در ساعات کشیک برعهده پزشک معالج کشیک یا عضو هیات علمی آنکال یا دستیار ارشد کشیک بخش یا بیمارستان است. پزشک معالج به عضو هیات علمی که بیمار تحت نظارت وی در بیمارستان بستری می‌شود اطلاق می‌گردد.

الف) کلیات

۱. حفظ و رعایت شئون شرعی و اخلاق پزشکی در کلیه ساعات حضور در بیمارستان.
۲. رعایت مقررات داخلی گروه یا بخش، بیمارستان، دانشکده و دانشگاه.
۳. رعایت مفاد آئین‌نامه‌ها و مقررات ابلاغ شده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

ب) مراقبت از بیمار و مدارک پزشکی

۴. اخذ شرح حال و انجام معاینه بالینی، تفسیر و پیگیری نتایج آزمایشات و بررسی‌های پاراکلینیک، ارزیابی و بیان برنامه تشخیصی و مطرح نمودن تشخیص‌های افتراقی مناسب.
۵. ویزیت بیماران بستری مربوط در بخش قبل از پزشک معالج یا دستیار.
۶. پیگیری دریافت جواب آزمایشات (به شکل غیرحضور مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش‌های پاراکلینیکی بیمار.

۷. نوشتن برگ سیر بیماری.
۸. نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت پزشک معالج با دستیار.
۹. نوشتن یادداشت‌های خاص آغاز و پایان هر دوره (on & off service notes)
۱۰. نوشتن خلاصه پرونده زیر نظر پزشک معالج یا دستیار مسوول در بخش.
۱۱. نوشتن برگه مشاوره با نظر پزشک معالج یا دستیار مسوول در بخش.
۱۲. نوشتن برگه‌های درخواست تصویربرداری مانند MRI، CT Scan، رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه برگه‌های درخواست پاراکلینیک دیگر، در صورتی که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده نیاز به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط باشد.
۱۳. حضور بر بالین بیمارانی که احیا می‌شوند و انجام CPR.
۱۴. حضور بر بالین بیماران بدحال و آنهایی که نیاز به مراقبت ویژه دارند و هر بیماری که در بخش نیاز به ویزیت مجدد داشته باشد.
۱۵. کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی کبد، بیوپسی کلیه یا کسانی که برای آنها تست‌های خطیر نظیر محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می‌شود؛ تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار مسوول در بخش.
۱۶. همراهی با بیماران بدحال که علائم حیاتی بی‌ثبات داشته باشند و بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های خاص پزشکی دارند و امکان بروز عارضه‌ای آنها را تهدید می‌کند؛ در انتقال به بخش‌های دیگر و یا سایر بیمارستان‌ها با نظر پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک.

ج) اقدامات تشخیصی و درمانی

۱۷. انجام اقدامات زیر برعهده کارورز می‌باشد:

گذاشتن لوله معده، گذاشتن سوند ادراری در بیماران ترجیحاً همجنس به جز در شیرخوران، گرفتن ABG، تهیه لام خون محیطی، نمونه برداری از زخم‌ها، نمونه گیری برای کشت گلو، بخیه زدن و کشیدن بخیه، انجام تست PPD و خواندن آن، تفسیر مقدماتی ECG و نوشتن آن در پرونده، انجام پانسمان‌هایی که نیاز به دبریدمان یا شستشوی تخصصی (غیرروتین) و یا بخیه مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند و یا عفونی شده باشند، انجام شست و شوی گوش، تامپون قدامی بینی چک کردن مشخصات کیسه خون یا فرآورده خونی برای تزریق خون یا فرآورده به بیمار.

۱۸. انجام امور زیر فقط با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار برعهده

کارورز می‌باشد:

نوشتن نسخه‌های دارویی بیماران بستری خود، گذاشتن لوله تراشه و airway، گرفتن زایمان واژینال، انجام اینداکشن در زایمان، کنترل ضربان قلب جنین (FHR) و انقباضات رحم و حرکات جنین، گذاشتن IUD، کورتاژ، خارج کردن جسم خارجی از گوش، حلق و بینی و چشم، کوترخونریزی بینی، کارگذاری کشش پوستی، آتل گیری، گچ گیری ساده، انجام نکسیون لومبار (LP)، آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان، بونکسیون مفصل زانو، تزریق داخل نخاعی و داخل مفصلی، انجام جراحی‌های سرپایی ساده (ختنه، برداشتن توده‌های سطحی، خارج کردن ingrowing nail، تخلیه آبسه، نمونه گیری سوپر اپوییک، گذاشتن Chest Tube، کشیدن (tap) مایع آسیت و پلور، Colon washout، تزریق داروهای خطرناک، تعویض لوله نفروستومی یا سیستم‌ستومی، درناژ سوپراپوییک مثانه، گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان، سونداژ ادراری شیرخوران، کاتدان، و هر اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی دیگر که ممکن است در برنامه آموزشی کارورزان پیشنهاد شده باشد.

۱۹. انجام امور زیر به منظور کسب مهارت تنها در دو دوره کارورزی حداکثر به مدت ۶

ماه و به تعیین معاونت آموزشی دانشکده برعهده کارورز می‌باشد مگر در موارد

اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک (چنانچه در دانشکده این مهارت‌ها در دوره کارآموزی کسب شده باشد به تشخیص دانشکده کارورزان از انجام این وظیفه معاف می‌باشند):

تزریق، رگ‌گیری (IV cannulation)، نمونه‌گیری وریدی (venous blood sampling)، نمونه‌گیری برای کشت خون، گرفتن ECG، پانسمان ساده، رنگ‌آمیزی گرم، تفسیر میکروسکوپی نمونه ادرار و لام خون محیطی، ساکشن ترشحات حلق و لوله تراشه، فیبریو تراپی تنفسی.

۲۰. انجام امور زیر تنها در موارد ضروری و اورژانس به تشخیص پزشک معالج یا دستیار

ارشد کشیک بر عهده کارورز می‌باشد:

کنترل و چارت علائم حیاتی و intake/output، گرفتن نمونه از ترشحات معده، باز کردن گچ، فلبوتومی، نوشتن برگه‌های درخواست پاراکلینیک که نیاز به نگرارش شرح حال ندارند، انتقال نمونه به آزمایشگاه، پیگیری حضوری جواب اقدامات پاراکلینیک، همراهی بیماران به قسمت‌های دیگر بیمارستان، آموزدن، حضور پیوسته (standby) بر بالین بیمار، شیمی درمانی، انتقال بسته‌های خون

د) شرکت در همایش‌های آموزشی

۲۱. حضور فعال و منظم در ویزیت بیماران توسط پزشک معالج یا دستیار بخش.
۲۲. شرکت در درمانگاه طبق برنامه تعیین شده و گرفتن شرح حال، انجام معاینه و معرفی به پزشک معالج یا دستیار و نوشتن نسخه با نظارت پزشک معالج یا دستیار.
۲۳. شرکت در راندهای تحویلی و سپردن بیماران خطیر به کارورز کشیک بعد
۲۴. شرکت منظم و فعال در کلیه جلسات آموزشی بخش شامل گزارش صبحگاهی، کنفرانس‌های علمی، کلاسهای Management، اتاق‌های عمل، راندهای آموزشی و سایر برنامه‌های آموزشی مگر در مواردی که به علت حضور در اورژانس

یا بر بالین بیماران بدحال در بخش به تأیید پزشک معالج یا دستیار مربوطه امکان پذیر نباشد.

۲۵. معرفی بیمار در گزارش صبحگاهی یا سایر کنفرانس‌ها طبق نظر پزشک معالج یا دستیار مربوطه، شامل: معرفی کوتاه بیمار، دلیل بستری شدن بیان تشخیص‌های افتراقی، بیان علت درخواست اقدامات پاراکلینیک و تفسیر نتایج آن‌ها و اقدامات درمانی.

۲۶. ارائه کنفرانس‌های علمی در صورت لزوم طبق برنامه تنظیم شده توسط مسئول آموزش بخش با دستیار ارشد.

ه) حضور در بیمارستان

۲۷. زمان حضور در بیمارستان در اوقات عادی طبق برنامه تعیین شده از سوی ریاست هر گروه یا بخش یا دانشکده (مسئول آموزش کارورزان هر بخش موظف است برای کلیه ساعات حضور آنان در بخش برنامه آموزشی مدون تهیه و در آغاز دوره اعلام کند).

۲۸. حداکثر تعداد کشیک، ۱۰ شب در هر ماه است. حداقل تعداد کشیک در گروه‌های داخلی، جراحی، کودکان و زنان ۸ شب در ماه و در گروه‌های دیگر مدیر گروه یا رئیس بخش براساس تعداد بیمار، تعداد کارورز، امکانات رفاهی، تعداد تخت بیمارستانی و برنامه آموزشی حداقل تعداد کشیک را تعیین می‌کند.

۲۹. تنظیم برنامه چرخش کارورزان در بخش‌ها و کشیک‌ها به عهده پزشک یا دستار مسئول آموزش کارورزان و یا در صورت تفویض اختیار و با نظارت پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارورزان به عهده کارورز ارشد است.

۳۰. جابه‌جایی در برنامه کشیک ممکن نیست. مگر با اطلاع قبلی (حداقل ۲۴ ساعت قبل) و یا در موارد اضطراری، به شرط تعیین جانشین و موافقت پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارورزان پس از کسب موافقت پزشک معالج یا دستیار بخش.

۳۱. ترک کشیک جز در موارد اضطراری و با کسب اجازه از پزشک یا دستیار ارشد کشیک مطلقاً ممنوع است.
۳۲. خروج از بیمارستان در اوقات عادی با استفاده از مرخصی ساعتی و با موافقت پزشک یا دستیار مستقیم و پزشک یا دستیار مسئول آموزش کارورزان مقدور است.
۳۳. به طور کلی، اولویت با جلسات و همایش‌های آموزشی است مگر در مواردی که با نظر پزشکی یا دستیار مستقیم، وجود خطر جانی برای بیمار، انجام امور تشخیصی درمانی را در اولویت قرار دهد.
۳۴. در مورد دوره کارورزی پزشکی اجتماعی و بهداشت، باید مطابق آخرین «برنامه دوره یک ماهه کارورزی بهداشت و پزشکی اجتماعی» مصوب پنجمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی مورخ ۱۳۷۸/۱۱/۲۳ عمل شود و بر اهمیت این دوره تاکید گردد.
۳۵. موارد تخلف کارورزان از شرح وظایف فوق و یا هر گونه اهمال در انجام وظایف و یا شکایات کارورزان در این رابطه حسب مورد در شورای آموزشی بخش، گروه یا بیمارستان یا دانشکده مطرح و تصمیمات لازم گرفته خواهد شد. چنانچه مسائل مطروحه در هر کدام از مراجع رسیدگی کننده اولیه به نتیجه قطعی نرسیده مورد به مرجع بالاتر جهت اتخاذ تصمیم مقتضی ارجاع خواهد شد. مرجع نهایی تصمیم‌گیری شورای آموزشی دانشکده خواهد بود.
۳۶. مدیران گروهها و روسای بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی مسئول حسن اجرای این آیین نامه هستند. روسای دانشکده‌های پزشکی بر حسن اجرای آیین نامه نظارت خواهند داشت.
۳۷. این آیین نامه در ۳۷ ماده در تاریخ ۱۳۸۱/۳/۱۱ در هیجدهمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی تصویب شد و کلیه آیین نامه‌ها و دستورالعمل‌های قبلی مغایر با این آیین نامه از تاریخ تصویب این آیین نامه از درجه اعتبار ساقط است.

شرح وظایف عمومی کارشناس پرستاری

پرستاری حرفه‌ای است تخصصی با نقش‌های چند گانه که دارای وظایف عمومی و اختصاصی می‌باشد. (وظایف عمومی در کلیه سطوح خدماتی و وظایف اختصاصی در سطوح تخصصی ارائه می‌شود) جهت تعیین شرح وظایف عمومی، هدف کلی ارائه خدمات پرستاری و شرح شغل پرستاری ذیلاً ارائه می‌شود:

الف) هدف کلی

ارائه خدمات پرستاری به مددجویان / بیماران - به مفهوم افراد نیازمند مراقبت در طیف سلامت - جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجویان.

ب) شرح شغل

پرستار با دید جامع و جامعه‌نگر، به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجویان، در کلیه سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی که سطح اول آن فرد، خانواده، مدرسه، کارخانه و ... سطح دوم مراکز بهداشتی درمانی، سطح سوم بیمارستان و کلینیک‌های عمومی و تخصصی اعم از دولتی و خصوصی، سطح چهارم مراکز فوق تخصصی و سطح پنجم مراکز توانبخشی و نگهداری است انجام وظیفه می‌نماید. وظایف یادشده در کلیه سطوح خدماتی، شامل: پیشگیری، غربالگری، درمانی، توانبخشی و نگهداری است که پرستاری در انجام وظایف با به‌کارگیری فرآیند پرستاری (بررسی و شناخت، تشخیص پرستاری، تدوین اهداف، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیاب) خدمات خود را با توجه به ضرورت ایفای نقش‌های حمایتی، حفاظتی، آموزشی، مراقبتی، هماهنگی، رهبری، مشاوره‌ای و پژوهشی ارائه می‌نماید. فعالیت‌ها / مداخلات پرستار بر سه نوع است:

۱. فعالیت‌ها / مداخلات مستقل

فعالیت‌هایی است که براساس بررسی و شناخت و تشخیص پرستاری انجام می‌شود. (تغییر وضعیت در بیماران بی حرکت، ارتقاء سطح آگاهی مددجو خانواده در مراقبت بهداشتی، استفاده از روش‌های آرام سازی در کاهش اضطراب و ...)

۲. فعالیت‌ها / مداخلات غیر مستقل

فعالیت‌هایی است که در حیطه‌های بهداشتی درمانی و توانبخشی بنا به تجویز و توصیه پزشک و سایر اعضای تیم بهداشتی انجام می‌شود.

۳. فعالیت‌ها / مداخلات بینابینی

فعالیت‌هایی است که پرستار با همراهی و مشارکت سایر اعضای تیم مراقبت بهداشتی، با توجه به عکس العمل‌های بیمار نسبت به درمان‌های تجویز شده انجام می‌دهد (کمک به مددجو در کاهش عوارض شیمی درمانی، داروهای قلبی و غیره).

شرح وظایف پرستار

وظایف پرستار با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو و مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح ذیل می‌باشد:

۱. جلب اعتماد و اطمینان مددجو (فرد، خانواده و جامعه) و برقراری ارتباط حرفه‌ای مؤثر و پاسخ صحیح به سؤالات، درخواست‌ها و مشکلات با دادن اختیار به وی (با به‌کارگیری مهارت‌های کلامی و غیر کلامی و در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی مددجویان، تلاش در ایجاد محیطی امن، حفظ استقلال و کیفیت زندگی و سلامت).
۲. بررسی و شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده.
۳. تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بهداشتی مددجو و تشخیص پرستاری مبتنی بر دانش، مهارت و پژوهش.
۴. برنامه‌ریزی اقدامات مراقبتی براساس اهداف و اولویت‌ها و ثبت آن در پرونده.
۵. مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات و نظارت بر فعالیت تیم پزشکی.

۶. انجام اقدامات مراقبتی براساس استانداردهای خدمات پرستاری وثبت و پیگیری آن، با توجه به:

الف) تأمین نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و خصوصی مددجو در موارد: بهداشت فردی (پوست و مو، دهان و ...) / خواب، استراحت و آسایش / تغذیه و متابولیک (گذاشتن سوند معده، رژیم‌های غذایی، تأمین نیازهای تغذیه‌ای بیمار از طریق سوند معده، لاواژ، گاوآژ) تأمین نیازهای دفعی بیماری (سوندگذاری، شست و شوی مثانه، مراقبت از سوند و درن‌ها، مراقبت از کلستومی، انواع تنقیه و لاواژ) تنفس (تمرینات تنفسی، اکسیژن رسانی، ساکشن، مراقبت از تراکتوستومی، مراقبت از لوله تراشه) گردش خون (کنترل علائم حیاتی) - تحرک (حرکت در تخت، خروج از تخت، انتقال به صندلی تغییر وضعیت، انجام حرکات فعال و غیرفعال، به‌کارگیری از وسایل کمک حرکتی) تعادل آب الکترولیت‌ها (کنترل جذب و دفع و بررسی و حفظ تعامل الکترولیتی، توزین روزانه) مراقبت از سیستم پوششی (مراقبت از پوست، انواع زخم‌ها، انجام بخیه لایه اول پوست، کشیدن بخیه) مراقبت از سیستم عصبی (کنترل سطح هوشیاری بیمار و کنترل تحریکات محیطی مناسب) ارتقاء کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیتهای روزمره زندگی با مشارکت تیم توانبخشی، اعتلای مفهوم از خود در مددجو / تطابق روانی اجتماعی مددجو (تشویق بیمار به شرکت فعال‌تر در تصمیم‌گیری‌های درمانی خود ...) محیط مناسب جهت تأمین نیازهای معنوی و مذهبی مددجو.

ب) تأمین نیازهای تشخیصی درمانی و تجویز شده در موارد زیر: انجام بخور، دادن داروهای خوراکی، واژینال، رکتال، تزریقی (جلدی، زیرجلدی، وریدی، عضلانی و واکسیناسیون)، مایعات وریدی / تزریق خون و فرآورده‌های آن / پیشگیری و کنترل اثر درمان و عوارض جانبی آنها / TPN / تغذیه کامل وریدی / انجام EEG, ECG، گچ‌گیری، آتل‌گذاری، سوندگذاری داخل مثانه، گذاشتن تراکشن، بخیه لایه اول پوست.

- ج) انجام اقدامات اولیه احیاء قلبی ریوی تا حضور تیم احیا.
- د) ارائه اقدامات پرستاری در انتقال بیمار از اورژانس یا اتاق عمل به بخش - از بیمارستان به بیمارستان - از بیمارستان به شهرستان و انجام اقدامات پرستاری در بحران‌ها و فوریت‌ها (اورژانس‌ها) تا حضور پزشک و ثبت و ارائه گزارشات مربوطه ارزشیابی نتایج خدمات ارائه شده به مددجو و در صورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت‌های لازم.
۷. ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد.
۸. شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف از پیش تعیین شده.
۹. به‌کارگیری روشهای تصمیم‌گیری و حل مشکل به کمک سایر اعضای تیم در موقعیتهای خاص و بحرانی و حوادث غیرمترقبه.
۱۰. اقدامات مناسب در جهت تأمین ایمنی بیمار یا مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی.
۱۱. سرپرستی و نظارت مستمر بر حسن اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری.
۱۲. بررسی نیازهای آموزشی، تعیین سطح انگیزش، توسعه برنامه‌های آموزشی، اجرای آموزش و ارزیابی یادگیری در مددجو، خانواده و جامعه به‌منظور تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی.
۱۳. ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل.
۱۴. راهنمایی و مشاوره با مددجو در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی، حمایتی و اجتماعی.
۱۵. اولویت و آماده‌سازی مددجو جهت ترخیص.
۱۶. شرکت در دوره‌های آموزشی و همکاری در برنامه ریزی‌های آموزشی - پژوهشی (آموزش ضمن خدمت، بازآموزی‌ها، آموزش دانشجویان پرستاری و سایر اعضای

- گروه بهداشتی درمانی، همکاری در انجام پژوهش‌های مورد نیاز در جهت اعتلای کیفیت خدمات پرستاری (...).
۱۷. مشارکت در ارائه خط مشی‌های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات.
۱۸. مراقبت از بیمار و خانواده در مرحله احتضار و نظارت و کنترل به مراقبت از جسد طبق موازین شرعی.
۱۹. تحویل بخش به پرسنل شیفت قبل و بعد بر بالین بیماران و گزارش اقدامات انجام شده.
۲۰. پیگیری اقدامات پرستاری در منزل پس از ترخیص یا هماهنگی مرکز درمانی.
۲۱. ثبت گزارش پرستاری در پرونده بیماران.
۲۲. شرکت و همراهی با پزشک در ویزیت بیماران.

ایمنی و بهداشت در محیط‌های درمانی

همواره باید مد نظر داشت که خطاهای درمانی به واسطه وجود سیستم‌های نامناسب، فرصت بروز می‌یابند و نه به علت وجود افراد. از آنجا که کلیه فرآیندهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی با درجه‌ای از عدم ایمنی و خطر توأم می‌باشد لذا ایمنی بیمار یکی از اساسی‌ترین اصول ارائه خدمات در مراکز بهداشتی درمانی می‌باشد.

ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت‌های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می‌شود. بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

- ارزیابی ریسک
- شناسایی و مدیریت ریسک‌های مرتبط با بیمار
- گزارش دهی و تحلیل حوادث
- ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده‌سازی راه‌حلهایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خط

راه‌حل‌های نه‌گانه ایمنی بیمار به شرح ذیل است:

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها
۸. استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات

۹. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

برای رعایت ایمنی بیمار توجه به این موارد ضروری است:

۱- شناسایی صحیح بیماران

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود. با توجه به زیان و آسیب های حاصل از این امر، ضروری است کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلپوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند.

۲- تزریقات ایمن

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه اعمال می کند. از مهمترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن به دست کارکنان بهداشتی درمانی می باشد (Needle stick). این نوع صدمه در سه حالت زیر رخ می دهد:

- به طور کلی جراحات ناشی از در پوشگذازدن سرسوزن.
- انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ به داخل لوله های آزمایش.
- دفع نامناسب وسایل درمانی تیز و برنده مصرف شده.

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 نشود.

در مقابل، تزریقات غیرایمن عبارت است از:

۱. روش غلط تزریق
۲. محل نامناسب تزریق
۳. داروی اشتباه
۴. حلال غلط
۵. دوز غلط دارو
۶. دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سر سوزن استفاده شده (امحاء نادرست)

۳- رعایت بهداشت دست

شستن دستها به تنهایی مهمترین و موثرترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می رود. برای جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران، کارکنان یا محیط، شستن دست در موارد زیر الزامی است:

- قبل و بعد از تماس با بیمار (با یا بدون پوشیدن دستکش)
- قبل از جاگذاری وسایل بهداشتی برای بیمار
- بلافاصله پس از دست زدن به خون و یا سایر مایعات بدن به جز عرق در صورت تماس با ترشحات، مواد دفعی و وسایل آلوده (بدون در نظر گرفتن این نکته که از دستکش استفاده شده است یا خیر)

- پس از در آوردن دستکش اگر برای یک بیمار اقدامات تهاجمی یا مراقبتی در قسمتهای مختلف بدن صورت می گیرد، باید در فواصل این امور دست ها شسته شوند تا از انتقال عفونت از قسمت آلوده به قسمت دیگر جلوگیری شود.
- عفونتهای ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایع ترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستان ها محسوب می گردد. مطابق آمار سازمان جهانی بهداشت در هر لحظه ۱,۴۰۰,۰۰۰ نفر از عوارض ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج می کشند. به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود. برای بهداشت دست از دو روش استفاده می شود. شستن دستها با آب و صابون؛ و استفاده از محلولهای بنیان الکیلی به روش Hand Rub.
- هر فردی که ممکن است با خون و یا ترشحات بدن تماس داشته باشد، باید برای رفع آلودگی دست اقدام کند. در این حالات دستها را با آب و صابون بشوید:
۱. دستها آشکارا کثیف باشد.
 ۲. دستها به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن آلوده باشد.
 ۳. دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانسیم های تولیدکننده اسپور باشند؛ نظیر طغیان های کلستریدیوم دیفیسیل.
 ۴. بعد از استفاده از سرویس بهداشتی.

مرحله مهم برای بهداشت دست های شما



قبل از تماس با بیمار
تمیزی دستها، پیش از نزدیک شدن و تماس با بیمار



همکاران در مراکز بهداشتی و درمانی

قبل از شروع خدمات درمانی
تمیزی دست ها، پیش از ارائه هرگونه خدمات درمانی



بعد از ریسک تماس با مایعات
تمیزی دست ها، پس از هرگونه امتحان تماس با مایعات بدن بیمار (و پس از درآوردن دستکش)



بعد از تماس با بیمار
تمیزی دست ها، پس از تماس با بیمار و یا وسایل مورد استفاده او



بعد از تماس با وسایل بیمار
تمیزی دست ها، پس از تماس با تخت و وسایل بیمارانی که تفریح می شوند



سازمان جهانی بهداشت با همکاری برنامه کنترل سرایت بیماری از دانشگاه Hightower آریزونا

سازمان جهانی بهداشت
World Health Organization
سازمان جهانی بهداشت



سازمان جهانی بهداشت
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در حالات زیر از محلولهای بنیان الکلی به روش Hand Rub استفاده کنید:

۱. قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران.
۲. بعد از درآوردن دستکش استریل یا غیراستریل از دستها.
۳. قبل و بعد از دست زدن به وسیله‌های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیماران صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده‌اید یا خیر.
۴. بعد از تماس با غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده، یا پانسمان زخم در بیماران.

۵. در صورتی که در حین مراقبت یا انجام اقدام درمانی، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار، با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد داشت.
۶. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار.

۴- داروهای با نام و شکل مشابه

داروهایی هستند که از لحاظ بسته‌بندی دارویی و یا از لحاظ نام دارویی در تلفظ بسیار شبیه به هم باشند. این داروها یکی از شایع‌ترین علل خطاهای دارویی تهدیدکننده سلامت و مشکل جهانی محسوب می‌گردند که باعث افزایش مرگ و میر و هزینه‌های بیمارستانی می‌شوند؛ مانند Hydroxyzine و Hydralazine

در شرایط ذیل خطاهای دارویی در مورد داروهایی با شکل و نام مشابه افزایش می‌یابد:

۱. خوانا نبودن دستورات دارویی در نسخ پزشکی
۲. دستور شفاهی دارو بدون تکرار
۳. انبار کردن و یا در کنار هم قرار دادن بسته‌های دارویی مشابه
۴. استفاده از اختصارات دارویی مشابه بدون تعریف آن در نسخ پزشکی و در سطح بیمارستان

بهداشت محیط

به منظور ارتقای بهداشت و سلامت جامعه و همچنین کاهش عفونت‌های بیمارستانی، زباله‌ها در بخش‌های مختلف بیمارستان ابتدا بصورت مجزا تفکیک و سپس طی مراحل طی و تبدیل به زباله‌های بی‌خطر، نهایتاً برای دفع نهایی از بیمارستان خارج می‌شود. مدیریت پسماندها (زباله‌ها)ی بیمارستان بخش جدایی‌ناپذیر بهداشت محیط و کنترل عفونت در بیمارستان است و دانشجویان نقش مهمی در تفکیک و جداسازی پسماندهای بیمارستان و کاهش عفونت و حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه دارند. براساس دستورالعمل‌های زیست محیطی، زباله‌های بیمارستانی چهار نوع است:

۱. زباله‌های غیر عفونی (مواد زاید جامد معمولی یا شبه خانگی) شامل زباله های قسمت اداری، مالی، آشپزخانه، آبدارخانه، پايون، کارکنان و ایستگاه‌های پرستاری است که بخش بزرگی از زباله‌ها را تشکیل می‌دهد. این پسماندها باید در کیسه های مشکی رنگ با سطل آبی رنگ ریخته شود.
۲. زباله های عفونی (خطرناک) کلیه پارچه ها و البسه آلوده به خون و مواد و وسایلی که با بیماران عفونی تماس دارد، زباله عفونی محسوب می‌شود. این پسماندها باید در کیسه‌های زرد رنگ با سطل زرد رنگ ریخته شود.





۳. زباله‌های تیز و برنده، سوزن تزریق، تیغ بیستوری، تیغه چاقو جراحی، سوزن‌های زیرجلدی و نظایر آن، یا هر چیزی که موجب زخم، بریدگی یا سوراخ شدگی شود، جزو زباله‌های تیز و برنده محسوب می‌شود و بشدت تهدیدکننده سلامتی است. این نوع

زباله‌ها باید در محیط‌های ایمن و مقاوم و استاندارد مانند سفتی باکس (safety box) به رنگ زرد و با درب قرمز دارای برچسب «تیز و برنده و خطرناک» ریخته شده و به همراه زباله‌های عفونی به جایگاه زباله در قسمت زباله عفونی منتقل گردد.



۴. زباله‌های شیمیایی و دارویی پسماندهای دارویی عبارت است از داروهای تاریخ گذشته، مصرف نشده، ترمومترهای شکسته، واکسن‌ها، باتری‌ها و معرف‌های آزمایشگاهی که باید در کیسه سفید (یا قهوه‌ای) با سطل سفید رنگی ریخته شده و برابر ضوابط اعلام شده توسط وزارت متبوع و سازمان انرژی اتمی، مدیریت شوند.

نوع پسماند	محل جمع آوری	نحوه امحا
پسماندهای عفونی	سطل / کیسه زرد	توسط دستگاه زباله‌سوز شرکت طرف قرارداد یا بیمارستان خرد و اتوکلاو می‌شود.
زباله‌های تیز و برنده	سفتی باکس	با پسماندهای عفونی امحا و بی‌خطر می‌شود.
پسماندهای دارویی و شیمیایی	سطل سفید	توسط شرکتهای معتمد وزارت بهداشت و محیط زیست امحا و خنثی‌سازی می‌شود.
پسماندهای معمولی	سطل آبی / کیسه زباله مشکی	توسط شهرداری به جایگاه دفن زباله‌های عادی شهر منتقل می‌شود.

عفونت بیمارستانی

عفونت بیمارستانی (Nasocomial Infections) به عفونتی اطلاق می شود که بیمار در زمان بستری به آن دچار نبوده و ۴۸-۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود؛ مشروط بر آنکه در دوره کمون آن هم نبوده باشد.

عفونت های بیمارستانی می توانند علاوه بر بیماران، کارکنان و عیادت کنندگان را نیز مبتلا سازند. با توجه به اینکه عفونت های بیمارستانی منجر به افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان، بالا رفتن میزان مورتالیتی و موربیدیتی و تحمیل هزینه های ناشی از طولانی شدن مدت اقامت به بیمار، خانواده و سیستم درمانی می شوند، پیشگیری از وقوع این عفونتها و تشخیص زودرس آنها بسیار مهم است. درخصوص پیشگیری از انتقال عفونت احتیاطات لازم به دو صورت بیان شده:

الف) Transmission based precautions: احتیاطاتی که بر حسب راه انتقال بیماری متفاوت هستند.

ب) Standard precautions: احتیاطات استاندارد که شامل شستن دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی است و باید برای تمامی بیماران تحت مراقبت انجام شوند.

پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی

احتیاطهای استاندارد به منظور کاهش خطر انتقال میکروارگانیسمها از منبع شناخته شده یا ناشناخته در بیمارستان، بکار می رود و حداقل هایی است که باید برای تمامی بیماران تحت مراقبت، صرف نظر از نوع بیماری و تشخیص عفونی بودن یا نبودن بیمار، رعایت شوند. در همین راستا هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان جلوگیری از انتقال میکروارگانیسمها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل پزشکی است. اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت «احتیاطهای استاندارد» و «احتیاط براساس راه انتقال بیماری» می باشد. در احتیاطهای استاندارد، رعایت موارد زیر در بیمارستان ضروری است:

۱. پوشیدن دستکش
۲. شستن دست ها بلافاصله پس از درآوردن دستکش و در فواصل تماس بین بیماران
۳. استفاده از گان، محافظ چشم، همراه با ماسک با محافظ صورت
۴. عدم دستکاری سوزن و وسایل نوک تیز
۵. جمع آوری وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی

در زمان مواجه با موارد نیدل استیک اقدامات ذیل را انجام دهید.

۱. شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون و در مورد تماس با مخاطات شستشوی ناحیه با N/S فراوان
۲. گرفتن دو نمونه خون لخته به میزان هر کدام ۵CC از منبع تماس و نمونه دیگر خون لخته ۵CC از فرد نیدل استیک شده و جدا کردن سرم این نمونه‌ها توسط آزمایشگاه.
۳. مراجعه فوری به سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان (مستقر در دفتر پرستاری بیمارستان) جهت مشاوره و راهنمایی و معرفی به مرکز مشاوره مرکز بهداشت و پزشک کنترل عفونت

با توجه به اینکه شستن دست‌ها نقش مهمی در کاهش میزان عفونت‌های بیمارستانی دارد، همیشه شستن دست‌ها باید در اولویت باشد. البته چنانچه دست‌ها آلودگی واضح نداشته باشند، می‌توان برای ضدعفونی کردن آنها از محلول‌های الکلی ضدعفونی کننده دست استفاده نمود؛ بدین ترتیب که:

۱. دست‌ها خشک باشند
۲. مقدار ۵CC-۳ از محلول فوق را در کف دست ریخته و به مدت ۲۰-۴۰ ثانیه مالش دهید.

برای حفظ بهداشت فردی و همچنین کاهش عفونت‌های بیمارستانی لازم است همیشه ناخن‌ها کوتاه باشد و حتی‌المقدور از زیور آلات، لاک ناخن و نظایر آن استفاده نشود. در هنگام مراقبت از بیمار و در صورت نیاز از عینک، ماسک و دستکش استفاده شود.

پسماندها و زباله‌های عفونی (پانسمان بیمار، ست سرم، یورین بگ، NGT و نظایر آن)
در سطل / کیسه مخصوص خود انداخته شود.

مدیریت بحران

بحران عبارت است از واقعه پیش‌بینی نشده که به دلیل اضطراب فوریت آن، باید مورد توجه فوری قرار گیرد؛ زیرا عدم توجه به آن به وخیم‌تر شدنش می‌افزاید. به عبارت دیگر بحران حادثه‌ای است ناگهانی که اثرات آن در جامعه به حدی شدید است که لازم است با حسابگری خاص و استثنایی به آن پاسخ داد. از این رو فرآیند پیش‌بینی و پیشگیری از وقوع بحران، برخورد و مداخله در بحران، و سالم‌سازی بعد از وقوع بحران را مدیریت بحران گویند. در مراکز درمانی مانند بیمارستان‌ها هرگونه حادثه غیرمترقبه به عنوان بحران تلقی شده و می‌باید به صورت صحیح مدیریت و کنترل گردد تا از تبدیل آن به فاجعه جلوگیری گردد. به طور کلی انواع بحران‌های معمول مطرح در دنیا عبارتند از زمین لرزه، آتشفشان، موج‌های دریایی ناشی از زلزله، گردبادهای استوایی (طوفان)، طغیان رودخانه‌ها، شکافتن زمین، آتش‌سوزی طبیعی جنگل‌ها و بیشه‌ها، خشکسالی، بیماری‌های شایع، تصادفات عمده و بحران‌های ناشی از جنگ.

کدهای بحران

هنگام بروز حادثه یا بحران در بیمارستان جهت اطلاع رسانی به عموم کارکنان یک کد از طریق pager بیمارستان اعلام می‌گردد. لازم است این کدها و حوادث مربوط به آن در بوردهای اطلاع‌رسانی بخشها و راهروهای بیمارستان نصب، و نحوه واکنش براساس حوادث اضطراری اتفاق افتاده در بیمارستان و پیرو مصوبات کمیته‌های بحران و بلایا، بدقت تعریف گردد.

شماره کد	معنی
۴۴	کد بحران
۹۹	کد احیاء قلبی ریوی
۱۰۱	کد فراخوان نگهبان
۱۲۵	کد اطفاء حریق
۲۴۷	کد سکته حاد قلبی (PPCI)
۷۲۴	کد تحویل بیمار از آمبولانس هوایی
۳۵۰	کد سکته حاد مغزی (SCU)

مانور

مانور مجموعه‌ای است از راهکارهای مناسب شبیه‌سازی شده و غیرواقعی که از قبل از وقوع فاجعه یا حوادث به منظور بالابردن سطح آگاهی و آموزش مهارت‌های عملی کارکنان در بیمارستان انجام می‌گردد. لازم است حداقل سالی یکبار در بیمارستان مانور برگزار گردد تا میزان آمادگی کارکنان مورد ارزیابی قرار گرفته و نواقص شناسایی و رفع شود.

آتش‌نشانی

آتش، فعل و انفعال سریع مواد سوختنی با اکسیژن هوا (اکسیداسیون)، همراه با نور و حرارت است. اجتماع سه عنصر اکسیژن و سوخت و حرارت، مثلث حریق را تشکیل می‌دهد که با جمع این سه عامل، حریق تشکیل شده و با از بین رفتن یکی از اضلاع این مثلث، حریق خاموش می‌شود. روش‌های عمومی اطفاء حریق عبارت است از:

۱. سرد کردن: این روش با آب و یا دی‌اکسید کربن انجام می‌شود. آب، فراوان و ارزان است و در برابر حرارت آتش تجزیه نمی‌شود؛ اما در مقابل، سنگین است و هادی الکتریسیته و تخریب‌کننده می‌باشد.
۲. خفه کردن: منظور پوشاندن آتش با خاک، شن، ماسه و پتوی خیس انجام است.
۳. حذف ماده سوختنی: در ابتدای آتش‌سوزی عملی مؤثر است و با قطع جریان و یا ریختن خاگریز انجام‌پذیر است.
۴. کنترل واکنش‌های زنجیره‌ای: با استفاده از ترکیبات هالن (هالوژنه) و یا جوش شیرین انجام می‌گیرد.

جایگاه کپسول آتش نشانی		
آب	پودر	گاز دی اکسید کربن
		
برای خاموش کردن مسواک خشک نسایل چوب، کاغذ، پارچه و تیره ...	برای خاموش کردن مشقات نفتی و حله کردن از نوع مسایعات	برای خاموش کردن آتش بسوزی ناشی از مواد قابل اشتعال و الکتریکی (بری)

 دستورالعمل استفاده از کپسول آتش نشانی

 ۱- ضامن را جدا کنید.

 ۲- ریشه ی آتش را نشانه بگیرید.

 ۳- اهرم عملکرد را فشار دهید.

 ۴- به شکل جارویی با آتش مبارزه کنید.

- تا زمانی که آتش خاموش نشده، ادامه دهید.
- در هوای آزاد پشت به باد بایستید.
- منبع برق و گاز را قطع کنید.

Faraimen.com

قابل توجه فراگیران ساکن در پایون

۱. لطفاً در رعایت نظافت کوشا باشید.
۲. در صورت قطع بودن تلفن پایون فوراً و به نحو مقتضی به آموزش اطلاع دهید.
۳. در صورت نیاز به لوازم یا وسیله‌ای خاص صرفاً با آموزش بیمارستان تماس بگیرید.
۴. هرگونه پیشنهاد یا انتقاد خود را صرفاً با واحد آموزش بیمارستان در میان بگذارید.
۵. فقط فراگیران دارای معرفی‌نامه رسمی از دانشکده پزشکی می‌توانند در ماه مشخص شده از پایون استفاده کنند.
۶. آوردن وسایلی بجز وسایل شخصی و مصرفی به درون پایون ممنوع است. در موارد خاص حتماً با آموزش بیمارستان هماهنگی کنید.
۷. در هر ساعت شبانه‌روز در صورت بروز خرابی در هریک از دستگاههای موجود در پایون، سریعاً مراتب را به آموزش یا تاسیسات اطلاع دهید.
۸. ورود افراد غیر حتی فراگیران این دانشگاه که معرفی‌نامه حضور در بخش ندارند، به پایون ممنوع است. در صورت حضور اینگونه افراد حتماً به آموزش یا نگهبانی خبر دهید.
۹. هریک از تجهیزات و وسایل موجود در هر پایون دارای برچسب اموال همان پایون بوده و بیرون بردن آنها بدون اطلاع آموزش بیمارستان از درب پایون تخلف محسوب می‌شود.
۱۰. اموال و تجهیزات موجود در پایون مشمول اموال دولتی بوده و نگهداری از آنها در مدتی که در پایون بیمارستان حضور دارید، برعهده شماست؛ لطفاً در بکارگیری درست آنها دقت کنید.

تلفن‌های اضطراری بیمارستان

۳۱۹	اداره آموزش
۱۵۱	تاسیسات
۳۳۸-۱۰۷	نگهبانی
صفر	تلفنخانه