

برنامه توجیهی بدو ورود فراگیران



گرد آورنده: معاونت آموزشی

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

بیمارستان سیدالشهداء (ع)

کتابچه توجیهی فراگیران

تاریخ تدوین: دی ماه ۱۴۰۲

تاریخ بازنگری مجدد: دی ماه ۱۴۰۳

لیست تصویب کنندگان

نام و نام خانوادگی	سمت	امضاء	نام و نام خانوادگی	سمت	امضاء
دکتر عبدالله عسگری	رئیس بیمارستان		دکتر فرزانه اشرفی	نماینده گروه داخلی	
دکتر پردیس نعمت الهی	معاون آموزشی		دکتر مهدی محمودزاده	نماینده روسای بخش ها	
دکتر مهناز رعایایی	مدیر گروه رادیو انکولوژی		دکتر ناهید رئیسی	نماینده گروه اطفال	
دکتر نادیا نجفی زاده	مسئول EDO		دکتر مهسا مزروعی	معاون درمان	
دکتر آتوسا حکمی فرد	معاون پژوهشی				

فهرست مطالب		
ردیف	عنوان	شماره صفحه
۱	معرفی بیمارستان	۱
۲	برنامه استراتژیک بیمارستان	۲
۳	رسالت	۲
۴	چشم انداز و ارزش های بیمارستان	۲
۵	اهداف کلی و اهداف اختصاصی	۳
۶	نمودار آموزش بیمارستان	۴
۷	معرفی معاونت آموزشی	۵
۸	نحوه ارتباطات درون و برون سازمانی	۷
۹	فرآیند ارتباط معاون آموزشی	۸
۱۰	لیست اعضای هیات علمی	۹
۱۱	آشنایی با بخش های مختلف بیمارستان	۱۰
۱۲	تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه	۱۱
۱۳	اسامی مدیران و مسئولان بیمارستان	۱۳
۱۴	تلفن های ضروری بیمارستان	۱۴
۱۵	مقررات داخلی بیمارستان	۱۵
۱۶	منشور حقوق بیمار در ایران	۱۸
۱۷	پزشکی مبتنی بر شواهد	۲۱
۱۸	مهارتهای ارتباطی و اخلاق پزشکی	۲۲
۱۹	مدیریت خطر و ایمنی بیمار	۲۶
۲۰	کنترل عفونت در بیمارستان	۵۶
۲۱	شناخت استانداردهای زیست محیطی	۵۸
۲۲	کتابخانه	۶۱
۲۳	واحد تغذیه	۶۳
۲۴	واحد دیپر خانه	۶۳
۲۵	سیستم آتش نشانی مرکزی	۶۴
۲۶	نحوه تکمیل پرونده بیماران	۶۴
۲۷	نحوه همکاری فراگیران در آموزش	۶۵
۲۸	دانستنی های الزامات بیمه ای جهت فراگیران	۶۶

پیام ریاست بیمارستان

فراگیران گرامی مقدم شمارا به این مرکز گرامی میدارم.

بیمارستان سیدالشهداء (ع) به عنوان یکی از بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان درصدد است جهت ارتقاء کیفی خدمات ارائه شده از آخرین دستاوردها و پیشرفته ترین تولیدات علمی و پژوهشی بهره مند گردد و به عنوان بیمارستان دانشگاهی برتر کشور ارائه خدمت نماید لذا شأن این افق بلند می طلبد که اساتید، دانشجویان، کارکنان در کلیه سطوح به این هدف مهم توجه داشته و آینده را براساس دانش و فن و اخلاق و ایمان ببینند و ترسیم نمایند. ضمن خیر مقدم به تمامی فراگیران جدید الورد، درخواست می شود محیط مقدس بیمارستان، کارکنان زحمتکش و بیماران را تکریم نمایید و زمینه را برای رشد بصیرت و معرفت، تعامل، صمیمیت و همچنین محیطی سالم فراهم نمایید تا محیطی زنده، پویا و پر از نشاط در چارچوب ارزشهای ناب جامعه انسانی و اسلامی داشته باشیم.

به امید آن روز

معرفی بیمارستان

در اسفند ماه سال ۱۳۴۷ اولین کلنگ مرکز مبارزه با سرطان اصفهان بنام امید در قطعه زمینی به مساحت ۶۰۰ متر مربع در اصفهان به همت و مساعدت نیکوکاران شهر بر زمین زده شد و بانی اصلی این امر مرحوم آقای دکتر حکمی بود. که در سال ۱۳۵۰ به بهره برداری رسید و در سال ۱۳۵۳ درمانگاه تشخیصی و پیشگیری سرطان به بهره برداری رسید.

پس از انقلاب اسلامی ایران نام بیمارستان به نام مبارک حضرت سیدالشهداء (ع) تغییر یافت.

در بهمن ماه سال ۱۳۹۳ با همت مسئولین مرکز و خیرین محترم با افتتاح بیمارستان فوق تخصصی امام رضا(ع) در کنار این بیمارستان مشکل کمبود فضا و قدیمی بودن بافت بیمارستان برطرف شد.

در حال حاضر این بیمارستان با بهره گیری از هیئت علمی دانشگاه و کادر متعهد در زمره پیشرفته ترین و مجهزترین مراکز آموزشی درمانی سرطان و بیماریهای خاص بوده و در سطح کشور کم نظیر و به گفته بسیاری از پزشکان و متخصصان خارجی که از این مرکز بازدید نموده اند، کیفیت خدمات ارائه شده در حد استاندارد های جهانی می باشد.

آدرس پستی: اصفهان - خیابان شهید مطهری بعد از پل شیری - کدپستی ۸۱۸۴۹۱۷۳۵۴

تلفن های تماس: ۰۳۱-۳۲۳۵۰۲۱۰-۱۹

فراگیران محترم جهت آگاهی از اخبار مرکز می توانند به سایت مرکز به آدرس ذیل مراجعه نمایند:

سایت اینترنتی: omid.mui.ac.ir

این مرکز شامل بخش /واحدهای زیر می باشد:

۱. بخش های بالینی: اورژانس، هماتولوژی مردان و زنان، انکولوژی زنان و مردان، اطفال ۱، اطفال ۲، جراحی زنان، جراحی مردان، شیمی درمانی، تالاسمی و هموفیلی، ICU، اتاق عمل، پیوند، دی کلینیک
۲. واحدهای پاراکلینیک: آزمایشگاه، بانک خون، رادیولوژی، رادیوانکولوژی، پزشکی هسته ای، سی تی اسکن
۳. درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی

برنامه استراتژیک بیمارستان

هر سازمانی که تحت مدیریت علمی اداره شود لا جرم برای هدایت منطقی فعالیتهای خود نوعی از انواع برنامه ریزی استراتژیک را به عنوان ابزار مدیریتی لازم بایستی انتخاب کند.

برنامه ریزی استراتژیک در بیمارستان سیدالشهداء (ع) هر ساله با مشارکت اعضای کمیته استراتژیک، برنامه استراتژیک بازننگری می گردد. در آخرین بازننگری، این برنامه با هدف تحقق استانداردهای اعتبار بخشی، ایمنی بیمار و نیز استانداردهای سیستم مدیریت یکپارچه IMS و با مشارکت کلیه مسئولین واحدها تدوین گردیده است. برنامه های استراتژیک به صورت برنامه های عملیاتی و بهبود کیفیت، در کلیه واحدهای بیمارستان جاری می گردد و در مقاطع زمانی مشخص از نظر میزان اجرا و پیشرفت پایش می گردند.

رسالت:

بیمارستان سیدالشهداء(ع) به عنوان مرکز جامع سرطان استان اصفهان، با بهره گیری از نیروهای متخصص، تکنولوژی مدرن و تأکید بر استانداردهای اعتباربخشی، ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار و بهبود مستمر کیفیت، ضمن تشخیص زودهنگام سرطان، خدمات درمانی مورد نیاز بیماران خون، انکولوژی و صعب العلاج در سطح کشور را تأمین و با آموزش فراگیران، سهم خود را در ارتقای سطح دانش و پژوهش ایفا می نماید.

چشم انداز:

ما برآنیم جزء مراکز جامع آموزشی درمانی، پژوهشی تیپ سه سرطان در سطح کشور، در ۵ سال آینده باشیم.

ارزش ها:

رعایت ارزش های اخلاقی و موازین شرعی

احترام به حقوق بیماران و همراهان

آموزش و توانمندسازی کارکنان و فراگیران

تأمین ایمنی بیمار و کارکنان

بهبود مستمر کیفیت

سیاست گذاری براساس خرد جمعی

هدف استراتژیک

✓ ارتقای سطح آموزش و توانمندی کارکنان، بیماران و فراگیران

هدف کلی

✓ توسعه آموزش، دانش پژوهی و پژوهش

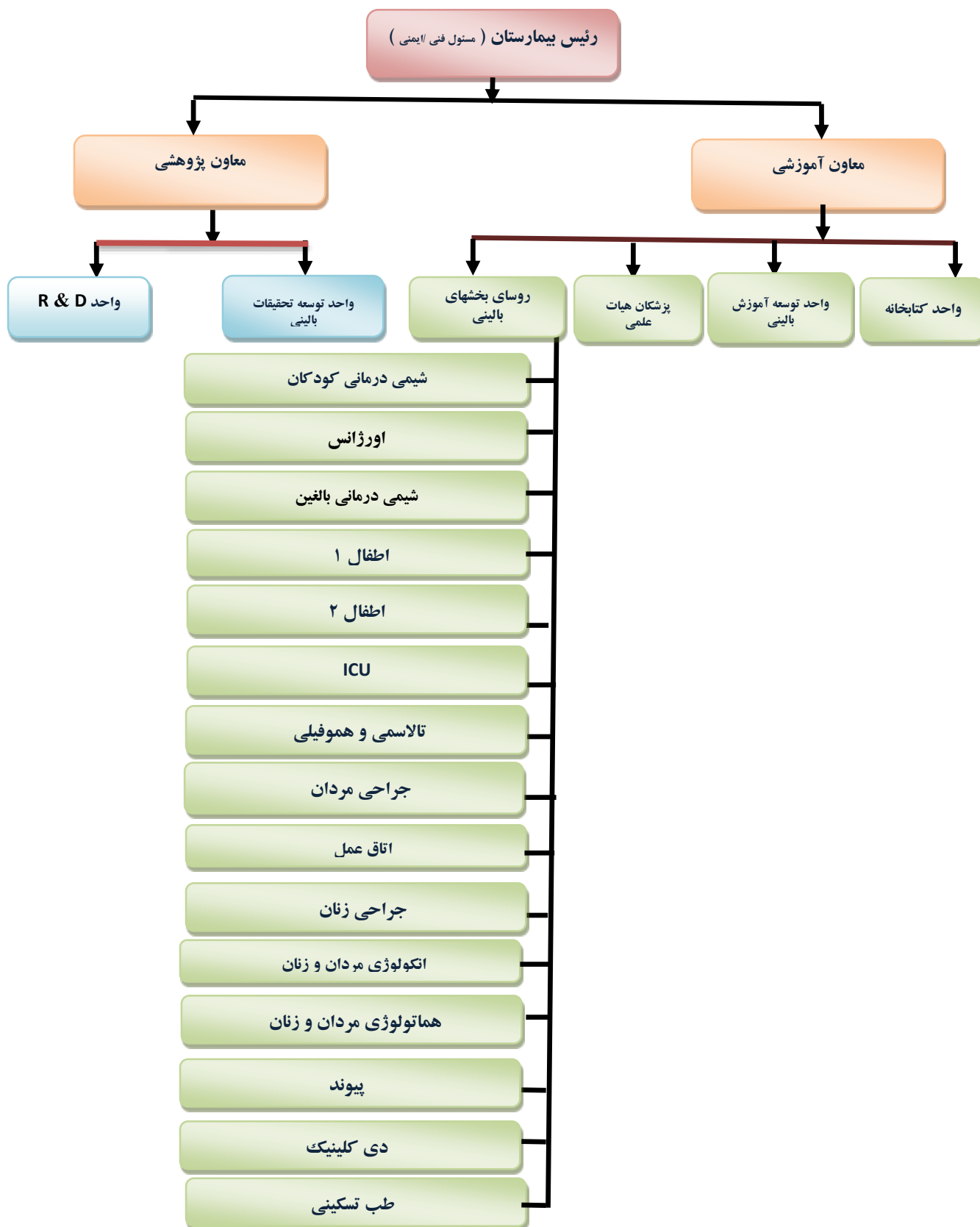
اهداف اختصاصی

- ✓ ارتقا توانمندسازی اعضای هیات علمی و فراگیران (دستیار متخصص و فوق تخصص) با برگزاری کارگاه ها و دوره های کاربردی مورد نیاز در پژوهش و آموزش از ۶۵ درصد به ۷۰ درصد تا پایان سال ۱۴۰۲
- ✓ ارتقا کیفیت آموزش بالینی و درمانگاهی از ۷۰ درصد به ۷۳ درصد تا پایان سال ۱۴۰۲
- ✓ توسعه و بازسازی فضاها و امکانات آموزشی از ۸۰ درصد به ۸۶ درصد تا پایان سال ۱۴۰۲
- ✓ افزایش رضایت بیماران سرپایی به میزان ۵ درصد تا پایان سال ۱۴۰۲

عنوان برنامه

- ✓ راه اندازی درمانگاه آموزشی گروه اطفال توسط تک تک اعضا هیات علمی آموزشی
- ✓ برگزاری دوره های CPC به صورت فصلی
- ✓ برگزاری جلسات تومور بورد مشترک با همکاری گروه های مختلف آموزشی
- ✓ راه اندازی کلینیک ویژه در شیفت عصر
- ✓ ارجاع new case های بیشتر به درمانگاه آموزشی جهت ارتقا سطح آموزش دستیاران فوق تخصص
- ✓ برگزاری جلسات ماهانه پژوهشی مشترک بین گروه های آموزشی
- ✓ به روزرسانی تجهیزات و امکانات مورد نیاز پاپیون ها
- ✓ توسعه فضای درمانگاه آموزشی بالغین
- ✓ برگزاری جلسات Slide review مشترک بین گروه پاتولوژی و هماتولوژی بالغین
- ✓ بهره گیری از بازخوردها و تجارب فراگیران در برنامه های آموزشی

نمودار آموزش بیمارستان



معاونت آموزشی

محل استقرار معاونت آموزشی بیمارستان: ساختمان شماره ۶، طبقه سوم

اهم فعالیتهای معاونت آموزشی به قرار ذیل است:

- اجرای استانداردهای اعتباربخشی آموزشی
- مکاتبات اداری اعضای هیئت علمی
- تکمیل و دسته بندی نظرخواهی فراگیران و اعضا هیات علمی در مورد امکانات بیمارستان
- انجام امور رفاهی فراگیران
- ثبت مرخصی استحقاقی و استعلاجی اعضای هیئت علمی در سامانه کسرا
- هماهنگی با گروه های آموزشی مربوطه جهت آموزش دستیاران فوق تخصصی، دستیاران تخصصی، کارورزان، کارآموزانی که از سوی دانشگاه علوم پزشکی معرفی می شوند .
- این مرکز آموزش دستیاران در رشته های «داخلی»، «پاتولوژی»، «رادیولوژی»، «داروسازی بالینی»، «رادیوانکولوژی»، اطفال را بر عهده دارد.
- آموزش دستیاران فوق تخصصی در رشته خون و سرطان بالغین نیز در این مرکز انجام می شود.
- آموزش کارآموزان و کارورزان در دوره های داخلی، اطفال، رادیولوژی نیز انجام می پذیرد.

فعالیت های آموزشی

کلاس های فراگیران طبق برنامه آموزشی هر گروه برگزار میگردد.

تقویم کنفرانس های علمی مرکز

ردیف	عنوان دوره	تاریخ برگزاری	ساعت برگزاری	گروه هدف
۱	ژورنال کلاب هماتولوژی انکولوژی	چهارشنبه ها	۱۱-۱۲	گروه خون و سرطان بالغین
۲	تومور بورد	سه شنبه هر هفته	۷:۳۰-۸:۳۰	تمام گروه های آموزشی مرکز/خارج از مرکز
۳	جلسات MDT	یکشنبه هر هفته	۸:۳۰-۹:۳۰	گروه خون و سرطان بالغین و گروه قلب و عروق
۴	ژورنال کلاب برست	چهارشنبه ها یک هفته در میان	۷:۳۰-۹	تمام گروه های آموزشی مرکز/ خارج از مرکز
۵	کلاس لام آموزشی مشترک گروه پاتولوژی و بالغین	پنجشنبه آخر هر ماه	۸-۹	گروه پاتولوژی و بالغین

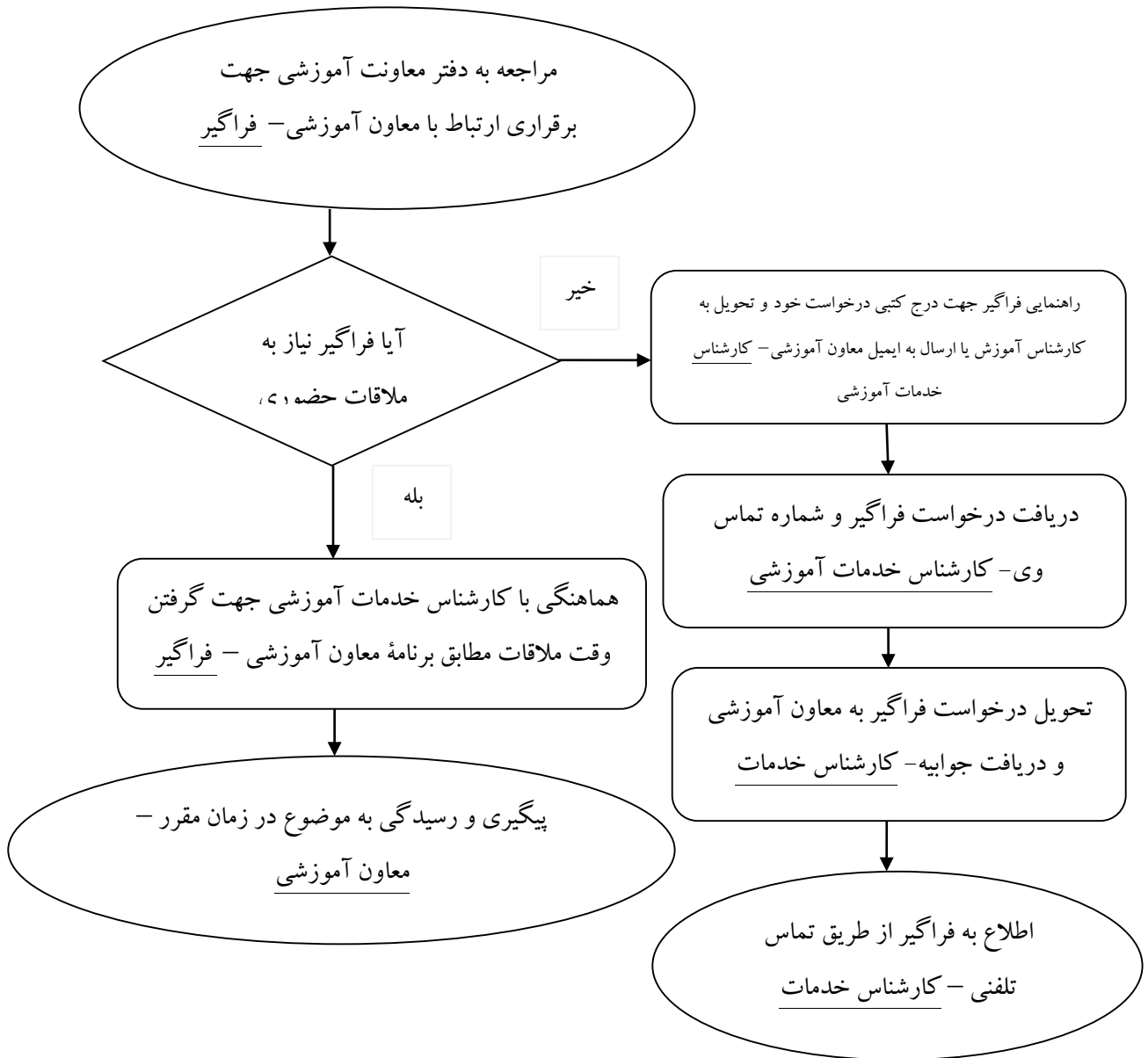
نحوه ارتباطات درون و برون سازمانی

ارتباط با معاون آموزشی در این مرکز هم به صورت حضوری پس از هماهنگی با کارشناس خدمات آموزشی مرکز و هم به صورت تلفنی امکان پذیر است.

ارتباط با ریاست / مدیریت بیمارستان پس از هماهنگی با مسئول دفتر ریاست امکان پذیر است.

کلیه ی مکاتبات فراگیران با دانشگاه علوم پزشکی از طریق مدیر گروه بالینی انجام می گیرد.

فرآیند ارتباط با معاون آموزشی بیمارستان



- زمان ملاقات با معاون آموزشی مرکز چهارشنبه هر هفته از ساعت ۹-۱۲ پس از هماهنگی با کارشناس خدمات آموزشی مرکز می باشد.
- تلفن تماس با واحد معاونت آموزشی : ۰۳۱-۳۲۳۵۰۲۱۰ داخلی ۲۰۱۵
- ایمیل معاون آموزشی مرکز : nematolahy@yahoo.com

لیست اعضای هیات علمی

نام و نام خانوادگی	نوع تخصص	نام و نام خانوادگی	نوع تخصص
پدیده عقاب	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	مهسا مسجدی	متخصص رادیولوژی
مهدی محمودزاده	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	آتوسا ادیبی	متخصص رادیولوژی
محدثه پوریونه	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	سمیه شیرازی نژاد	متخصص رادیولوژی
علیرضا صادقی	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	سمیرا سلیمانی	متخصص رادیولوژی
محمد صالح پیکر	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	فریبا علیخانی	متخصص رادیولوژی
فرزانه اشرفی	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	مسعود شکرچی زاده	فوق تخصص قلب و عروق - کاردیوانکولوژی
مهران شریفی	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	مسعود مصلحی	متخصص پزشکی هسته ای
سید علی درخشنده	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	پردیس نعمت الهی	فلوشیپ هماتوپاتولوژی
علی حاجی غلامی	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	میترا حیدرپور	متخصص پاتولوژی
ولی اله مهرزاد	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین	بهنوش محمدی	متخصص پاتولوژی
سعید یوسفیان	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی کودکان	اردشیر طالبی	متخصص پاتولوژی
مجید قنوت	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی کودکان	آزاده مقدس	داروساز بالینی
ناهید رئیسی	فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی کودکان	محمد رضا شعر بافچی زاده	متخصص روانپزشکی
علی اخوان	متخصص رادیوانکولوژی	آتوسا حکمی فرد	متخصص بیماری های عفونی و فلوشیپ عفونت در نقص ایمنی
سیمین همتی	متخصص رادیوانکولوژی	رضا اشراقی	فلوشیپ جراحی سرطان
نادیا نجفی زاده	متخصص رادیوانکولوژی	معصومه صفایی	متخصص جراحی عمومی و فلوی جراحی پرست
مهناز رعایائی	متخصص رادیوانکولوژی	فرزاد امینی	متخصص جراحی عمومی
مینا تجویدی	متخصص رادیوانکولوژی		
مهسا کیانی نیا	متخصص رادیوانکولوژی		
محمد رضا خادمی	متخصص رادیوانکولوژی		

آشنایی با بخش های مختلف بیمارستان

الف) بخشهای بستری		
۱	بخش بستری اطفال ۱ و ۲	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیماران اطفال
۲	بخش بستری هماتولوژی مردان و زنان	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیماران داخلی
۳	بخش بستری جراحی زنان و مردان	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیماران جراحی عمومی
۴	بخش بستری انکولوژی مردان و زنان	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیماران داخلی
۵	بخش پیوند	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیمارانی که کاندید پیوند اتولوگ می شوند
۶	بخش ICU	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیمارانی که نیاز به مراقبت های ویژه دارند
ب) بخشهای سرپایی		
۱	بخش شیمی درمانی سرپایی	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیماران سرپایی
۲	بخش تالاسمی و هموفیلی	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیماران تالاسمی و هموفیلی
۳	بخش دی کلینیک	سرویس دهی و خدمات رسانی و انجام مراقبتهای پرستاری به بیماران سرپایی
ج) درمانگاه بیمارستان		
۱	درمانگاه کودکان	معاینه و ویزیت بیماران در روزهای شنبه تا چهارشنبه
۲	درمانگاه داخلی	معاینه و ویزیت و مشاوره بیماران در روزهای شنبه تا پنجشنبه
۳	درمانگاه جراحی	معاینه و ویزیت بیماران در روزهای شنبه تا چهارشنبه
۴	درمانگاه خون و انکولوژی بزرگسالان	معاینه و ویزیت بیماران در روزهای شنبه تا چهارشنبه
۵	درمانگاه رادیوانکولوژی	معاینه و ویزیت بیماران در روزهای شنبه تا چهارشنبه
۶	درمانگاه قلب	معاینه و ویزیت بیماران در روزهای شنبه، دوشنبه و پنجشنبه
۷	کلینیک ویژه عصر	معاینه و ویزیت بیماران در روزهای شنبه، یکشنبه و چهارشنبه
د) واحدهای پاراکلینیک		
۱	آزمایشگاه	نمونه گیری - انجام آزمایشهای سروالوزی، بیوشیمیایی - خون - انگل - میکروب شناسی - آنتی بیوگرام - کشت ادرار و خون - CSF شناسی و
۲	پاتولوژی	سیتوپاتولوژی، Immunohistochemistry، Multicolor flowcytometry جهت تشخیص دقیق بیماری های بدخیم خونی و لنفاوی
۳	رادیولوژی	گرفتن عکسهای سیاه و سفید و همراه با کنتراست از کل اندام های بدن
۴	سونوگرافی	انجام سونوگرافی
۵	سی تی اسکن	
ه) سایر		
۱	اطلاق عمل و ریکاوری	انجام عملهای جراحی عمومی انجام عملهای جراحی انکولوژی
۲	داروخانه	ارائه داروهای مورد نیاز بیماران سرپایی و بستری
۳	ترخیص و حسابداری	تسویه حساب و ترخیص بیماران دارای شرایط ترخیص
۴	پذیرش	پذیرش بیماران سرپایی و بستری - انجام امور مربوط به صندوق
۵	آمار و اطلاعات	جمع آوری انواع اطلاعات و آمار مربوط به بیماران و بیمارستان

تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه

ردیف	نام تسهیلات	آدرس تسهیلات
۱	اتاق پزشکان هیات علمی داخلی	ساختمان شماره ۵، طبقه دوم مجهز به اینترنت
۲	دفتر رئیس بخش هماتو و انکو بالغین	ساختمان شماره ۶، طبقه سوم مجهز به اینترنت
۳	اتاق پزشکان آقا اطفال	ساختمان شماره ۵، طبقه سوم مجهز به اینترنت
۴	دفتر رئیس بخش اطفال، کلاس درس و مشاوره گروه اطفال	ساختمان شماره ۵، طبقه سوم
۵	دفتر مدیر گروه رادیونکولوژی	ساختمان شماره ۲، طبقه اول مجهز به اینترنت
۶	اتاق پزشک رادیولوژی	ساختمان شماره ۵، زیرزمین
۷	اتاق پزشک اورژانس	ساختمان شماره ۵، بخش اورژانس، طبقه همکف، روبروی تریاژ
۸	دفتر کار معاون آموزشی	ساختمان شماره ۶، طبقه سوم مجهز به اینترنت
۹	کلاس درس / آموزشی	ساختمان شماره ۵، طبقه چهارم مجهز به اینترنت
۱۰	کلاس درس رادیونکولوژی	ساختمان شماره ۱، طبقه اول مجهز به اینترنت
۱۱	پایون رزیدنت های رادیونکولوژی (خانم)	ساختمان شماره ۱، طبقه اول
۱۲	پایون رزیدنت های رادیونکولوژی (آقا)	ساختمان شماره ۱، طبقه اول
۱۳	پایون رزیدنت، اینترنت، اکسترن، استیجر و پزشکان کشیک (خانم)	ساختمان شماره ۵، طبقه دوم
۱۴	پایون رزیدنت، اینترنت، اکسترن، استیجر و پزشکان کشیک (آقا)	ساختمان شماره ۵، طبقه اول
۱۵	پایون دستیاران فوق تخصص خون و سرطان بالغین	ساختمان شماره ۵، طبقه ششم، مجهز به اینترنت
۱۶	پایون پزشکان مقیم	ساختمان شماره ۴
۱۷	مرکز پژوهش های تشخیص و درمان مرکز سرطان	ساختمان شماره ۴، طبقه اول
۱۸	پایون اساتید آقا	ساختمان شماره ۶، طبقه سوم
۱۹	پایون اساتید خانم	ساختمان شماره ۶، طبقه سوم

تجهيزات		مكان	ظرفيت	فضا
مانيتور LED	ويديو پروژكتور	ساختمان شماره ۶، طبقه سوم	۳۰۰ نفر	سالن اجتماعات زنده ياد دكتور دبيري
ريموت پوينتر	سيستم PC			
تخته وايت برد	سيستم صوت			
تيريون	دستگاه DVD			
ويديو پروژكتور	دوربين ZOM			
دوربين فيلم برداري	دستگاه ميكسر تصوير			
سيستم تهويه	دوربين عكاسي			
ميز نشست	ويديو پروژكتور	ساختمان شماره ۶، طبقه سوم	۲۷ نفر	سالن شوراي يك
سيستم PC	سيستم تهويه			
نگاتوسكوپ	سيستم صوت			
سيستم لپ تاپ	مانيتور LED	ساختمان شماره ۶، طبقه دوم	۲۰ نفر	سالن شوراي دو
ميز نشست	سيستم تهويه			
سيستم تهويه	سيستم PC	ساختمان شماره ۵، طبقه چهارم	۲۵ نفر	كلاس درس
ميز سخنران	مانيتور LED			
	تخته وايت برد			
نگاتوسكوپ	كامپيوتر	ساختمان شماره ۱	۱۵ نفر	كلاس درس
ويژولايزر	ويديو پروژكتور			

اسامی مدیران و مسئولان مرکز

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
۱	دکتر عبدالله عسگری	رئیس بیمارستان
۲	دکتر مهسا مزروعی	معاون درمان
۳	دکتر پردیس نعمت الهی	معاون آموزشی
۴	مریم اسماعیلی	مدیر بیمارستان
۵	اصغر صالحی	رئیس حراست
۶	فاطمه باباشاهی	مدیر خدمات پرستاری
۷	دکتر نادیا نجفی زاده	مسئول EDO
۸	فیروزه کاوسی	مسئول درمانگاه
۹	فریبا زمانی نژاد	مسئول رسیدگی به شکایات
۱۰	اشرف حاج هاشمی	مسئول واحد بهبود کیفیت
۱۱	فروغ فروزان فر	مدیر امور مالی
۱۲	مهندس اعظم باقری	مسئول واحد بهداشت محیط
۱۳	زهرا اکبری	پرستار کنترل عفونت

تلفن های مرکز

۱۱۵	تیم احیاء
۱۱۰	تیم انتظامات
۱۲۵	تیم بحران
۲۰۰۶	معاونت درمان
۲۰۲۰	سوپروایزر بالینی
۲۳۱۲،۲۰۹۰	اورژانس
۲۰۰۸	دفتر ریاست مرکز
۲۰۱۰	دفتر مدیریت مرکز
۲۰۷۹	واحد حراست
۲۰۷۴	واحد روابط عمومی
۲۲۵۷	مسئول رسیدگی به شکایات
۲۰۱۵	واحد EDO، معاونت آموزشی
۲۲۴۸	واحد بهبود کیفیت
۲۲۷۲	واحد کنترل عفونت
۲۲۰۰	واحد بهداشت
۱۱۱	مرکز تلفن
۳۲۳۶۳۲۲۴	فکس بیمارستان

مقررات داخلی بیمارستان

قوانین پوششی لباس فراگیران

بیمارستان ها با سیاست های مشخص و مخصوصی اداره می شوند که نیازمند هماهنگی فراگیران مشغول آموزش در آن ها و رعایت برخی قوانین است. قوانین پوششی نیز جزء سیاست های هر بیمارستانی هستند و لازم است رعایت و اجرا شوند. قوانین پوششی در یک بیمارستان، نه تنها از لحاظ حفظ ظاهر حرفه ای و مسائل مربوط به بهداشت بیمارستان اهمیت دارند، بلکه تصویر یکپارچه و زیبایی از آن بیمارستان در میان عموم مردم ایجاد می کند. رعایت دقیق قوانین جهت ایجاد محیطی امن با کنترل مناسب برای جلوگیری از انتقال عفونت برای فراهم آوردن خدمات سلامت ضروری است.

ضرورت جایگزینی لباس های شخصی با روپوش سفید در بیمارستانها:

۱. کنترل انتقال عفونت ها
۲. یکسان سازی پوشش بیمارستانی
۳. رعایت دقیق تر قوانین پوششی و عدم پوشش سلیقه ای کادر درمانی
۴. راحتی پرسنل در ضمن حفظ ظاهر حرفه ای

بهداشت فردی

انتظار می رود کلیه ی فراگیران در محیط بیمارستان نکات ذیل را رعایت نمایند:

- ✓ تمیز و مرتب باشند.
- ✓ تا حد امکان از عطر یا اسپری استفاده نمایند.
- ✓ آگاهی کافی از تکنیک های صحیح شستشوی دست کسب نمایند و آن را دقیقاً رعایت نمایند.
- ✓ بهداشت دهان و دندان مناسب داشته باشند.
- ✓ بوی نامطبوع بدن و دهان نداشته باشند.
- ✓ از استعمال سیگار و دخانیات خودداری نمایند.

لازم به ذکر است قوانین مرتبط به موی سر و صورت، ظاهر، استفاده از عطر و ادکلن، استفاده از جواهرات و ... در همه ی محیط های داخل بیمارستان اعم از اورژانس، بخش، محیط های آزمایشگاهی، محیط های پژوهشی، محیط های اداری و کلاس درس توسط آقایان و خانم ها لازم اجرا می باشد.

سایر مقررات:

- ✓ تعویض روپوش و پوشیدن لباس شخصی زمانی که فرد می خواهد محیط بیمارستان را ترک نماید.
- ✓ عدم استفاده از تلفن همراه در محیط درمانی
- ✓ عدم استفاده از آدامس در حضور بیماران، بازدیدکنندگان و سایر میهمانان بیمارستان
- ✓ عدم استفاده از هدفون، وسایل الکترونیکی و گوشی های تلفن همراه در حضور بیماران و همراهان

قوانین و مقررات بیمارستان در راستای آشنایی فراگیران پزشکی

۱. کلیه فراگیران این مرکز هنگام شروع دوره باید معرفی نامه رسمی از دانشگاه داشته باشند.
۲. کلیه فراگیران موظف به رعایت شئون و اخلاق پزشکی و حرفه ای و قوانین بخش مربوطه در کلیه ساعات حضور در بیمارستان و شرکت در کلیه برنامه های آموزشی می باشند.
۳. در پایان دوره ارزشیابی فراگیران مطابق فرم های ارزشیابی صورت می گیرد و نتایج آن به مدیر گروه مربوطه ارسال می گردد.

آنچه باید فراگیران در رابطه با سنجه های استاندارد اعتباربخشی بدانند:

- ✓ آگاهی از مأموریت، چشم انداز و برنامه های عملیاتی بیمارستان
- ✓ آگاهی و عمل به مفاد منشور حقوق بیمار
- ✓ معرفی خود قبل از انجام هر اقدامی به بیمار یا همراه وی
- ✓ آگاهی و عمل به ۱۹ استاندارد ایمنی بیمار و ۹ راه حل ایمنی
- ✓ آگاهی و عمل به استانداردهای پرونده نویسی
- ✓ آگاهی و عمل به خط مشی حداقل های قابل قبول شرح حال
- ✓ آگاهی و عمل به خط مشی حداقل های قابل قبول خلاصه پرونده
- ✓ آگاهی از شرح وظایف و محدوده فعالیت
- ✓ شرکت در دوره های مرتبط استانداردهای اعتباربخشی با هماهنگی واحد آموزش کارکنان
- ✓ آگاهی از محدوده های زمانی اعلام شده توسط بیمارستان در زمینه ارزیابی بیماران به تفکیک رده
- ✓ آگاهی از فهرست بیماری های پرخطر اعلام شده توسط بیمارستان به تفکیک هر بخش و شناسایی بیماران پرخطر هر بخش
- ✓ آگاهی از برنامه مدون توجیهی فراگیران
- ✓ مراجعه کلیه اینترن ها و رزیدنت ها در پایان شیفت کاری صبح به اورژانس قبل از خروج بیمارستان جهت ویزیت، ثبت شرح حال و تکمیل اوراق پرونده (تلفیق دارویی و ...)
- ✓ ویزیت بیماران توسط پزشکان مقیم در بازه زمانی کمتر از ۶ ساعت و به صورت ذیل:
در سه نوبت به صورت روتین ۱۴:۳۰-۱۴:۰۰ بعدازظهر، ۱۸-۱۷:۳۰ عصر و ۲۱:۳۰-۲۱:۰۰ شب
در اولین دقایق حضور بیمار در اورژانس (جهت ویزیت بیماران پرخطر و اورژانسی)

روند بستری، ارجاع بیماران و نحوه ی کار در بخش

ویزیت و تعیین تکلیف بیمار

اورژانس: کلیه ی پزشکان در تمامی رده ها در ابتدای شیفت صبح به اورژانس مراجعه می نمایند و بیمار را ویزیت و تعیین تکلیف می نمایند. داخلی: اکسترن، رزیدنت و دستیار فوق تخصص انکولوژی در ابتدای شیفت بیمار را ویزیت می نمایند، در موقع ویزیت اتند کلیه دستورات چک و مهر و امضاء می گردد. در شیفت عصر و شب پزشک اورژانس فوری و بعد از آن پزشک مقیم ویزیت می نماید. اطفال: در صورتی که بیمار از نظر حال عمومی شرایط خوبی نداشته باشد به اورژانس اطفال مراجعه می نماید پس از تریاژ به ترتیب توسط پزشک اورژانس، رزیدنت و اتند اطفال ویزیت می شود و در صورت پایدار شدن شرایط، بیمار با دستور پزشک اورژانس یا اتند یا رزیدنت به بخش انتقال می یابد پس از پذیرش بیمار در بخش، بیمار به ترتیب توسط اینترن، رزیدنت و اتند ویزیت می شود. (اطفال و بزرگسال مجزا می باشد دو عدد تخت مختص اطفال موجود است)

شرح حال

اورژانس: در شیفت صبح توسط اکسترن، اینترن و در نهایت رزیدنت در ابتدای شیفت پس از مراجعه به اورژانس و پس از بستری بیمار جدید ثبت می گردد و در شیفت عصر و شب پزشک اورژانس اقدامات مذکور را انجام می دهد. داخلی: توسط اکسترن و رزیدنت به صورت مجزا نوشته می شود و مهر و امضاء می گردد. اطفال: توسط اینترن نوشته می شود به رویت رزیدنت می رسد و مهر و امضاء می گردد.

خلاصه پرونده

اورژانس و داخلی و اطفال: در شیفت صبح توسط اکسترن/اینترن نوشته می شود به رویت رزیدنت می رسد و مهر و امضاء می گردد، نوشتن داروهای موقع ترخیص، آزمایشات و زمان ارجاع بعدی و آموزشهای لازم بعهد رزیدنت مربوطه می باشد و در شیفت عصر و شب پزشک اورژانس اقدامات مذکور را انجام می دهد.

اعزام بیماران

اورژانس و داخلی و اطفال و جراحی

پذیرش بیمار (باردار و پرخطر، مشکل دار) در سایر مراکز

پس از تکمیل فرم اعزام توسط مسئول بخش، اتند/ دستیار فوق تخصص در شیفت صبح، پزشک کشیک /پزشک مقیم در شیفت عصر و شب فرم مذکور را تکمیل و مهر و امضاء می نماید. سوپروایزر اطلاعات بیمار را وارد سامانه MCMC می نماید و هماهنگی های لازم را با ستاد هدایت انجام می دهد فرم های اعزام را پرینت می نماید و به اتند / دستیار فوق تخصص جهت مهر و امضاء تحویل می نماید. تیم اعزام توسط رزیدنت در بخش های اورژانس و داخلی و توسط اتند در بخش اطفال تعیین می شود و در صورت نیاز به همراهی پزشک، اکسترن/ اینترن مسئولیت همراهی بیمار را تا مرکز مربوطه دارد.

مشاوره در سایر مراکز

در شیفت صبح پس از تکمیل فرم مشاوره توسط مسئول بخش، رزیدنت هماهنگی های لازم را انجام می دهند و در شیفت عصر و شب پزشک اورژانس اقدامات مذکور را انجام می دهد.

انجام خدمات پاراکلینیک در سایر مراکز

پس از تکمیل فرم توسط مسئول بخش، هماهنگی های لازم بسته به نوع خدمت توسط واحد مربوطه انجام می شود و به بخش اطلاع رسانی می گردد. اتند / دستیار فوق تخصص در شیفت صبح ، پزشک کشیک /پزشک مقیم در شیفت عصر و شب فرم خرید خدمت را مهر و امضاء می نماید.

دستور انتقال بین بخشی

اورژانس: توسط رزیدنت، دستیار فوق تخصص و اتند و در صورت پایدار بودن علائم حیاتی بیمار، توسط پزشک عمومی اورژانس ثبت می گردد. جهت انتقال نیاز به reorder می باشد.

داخلی: توسط دستیار فوق تخصص و اتند ثبت می گردد و توسط رزیدنت reorder می شود.

اطفال: توسط اتند ثبت می گردد.

تلفیق داروئی

برگه تلفیق داروئی الزاما باید توسط پزشکان محترم تکمیل و مهر و امضاء گردد و در سیستم آموزشی توسط رزیدنت مهر و امضاء می گردد.

نکات کلیدی

کلیه ی بیماران مراجعه کننده به اورژانس جهت بستری طبق دستور اتند بستری می شود مگر در موارد اورژانسی که پزشک اورژانس دستور اولیه ثبت می نماید و بلافاصله با پزشکان مربوطه تماس گرفته می شود.

بیماران مراجعه کننده به اورژانس به هیچ عنوان جهت شیمی درمانی بستری نمی شوند مگر اینکه علائم حیاتی پایداری نداشته باشند. ضروری است به هنگام رویت آزمایشات، سونوگرافی و رپورت گرافی ها و کلیه تصویربرداریها و سایر دستورات ساعت و تاریخ ثبت شود و همچنین مهر و امضاء گردد.

اکسترن و رزیدنت تا پایان شیفت مسئولیت های واگذار شده را انجام می دهند و در صورتی که تا پایان شیفت اوراق تکمیل نشده یا ویزیت انجام نشده است به پزشک کشیک عصر اطلاع می دهند.

برگه شیمی درمانی توسط دستیار فوق تخصص یا اتند، مشاوره، آموزش به بیمار، تفسیر ECG، تفسیر پالس اکسی متر همه باید توسط رزیدنت تایید شده و پس از انجام مراحل اداری بیمار مرخص گردد.

در روزهای تعطیل در صورت لزوم بیماران توسط پزشک کشیک / پزشک مقیم ویزیت می شوند.

منشور حقوق بیمار در ایران

بینش و ارزش

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

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

حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید :

۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛

۱-۲) بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛

۱-۳) فارغ از هر گونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛

۱-۴) براساس دانش روز باشد؛

۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛

۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد؛

۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد؛

۱-۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری باشد؛

- ۹-۱) توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛
- ۱۰-۱) در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد؛
- ۱۱-۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛
- ۱۲-۱) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) براساس ضوابط تعریف شده باشد؛
- ۱۳-۱) در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
- ۱۴-۱) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.
- ۲-۱) اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :
- ۲-۲-۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش ؛
- ۲-۱-۲) ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیردرمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش؛
- ۳-۱-۲) نام، مسئولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر؛
- ۴-۱-۲) روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار؛
- ۵-۱-۲) نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛
- ۶-۱-۲) کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند؛
- ۷-۱-۲) ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان؛
- ۲-۲) نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :
- ۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که :
- تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود.)
- بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد؛
- ۲-۲-۲) بیمار می تواند به کلیه ی اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.
- ۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد :
- ۱-۳-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛
- ۲-۳-۱) انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛
- ۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

- ۴-۱-۳) قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد؛
- ۵-۱-۳) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد؛
- ۲-۳) شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد :
- ۱-۲-۳) انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛
- ۲-۲-۳) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود؛
- ۴-۱-۳) ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.
- ۱-۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛
- ۲-۴-۱) در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛
- ۳-۴-۱) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛
- ۴-۴-۱) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت های پزشکی باشد؛
- ۵-۴-۱) دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.
- ۱-۵-۱) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذیصلاح شکایت نماید؛
- ۲-۵-۱) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛
- ۳-۵-۱) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود؛
- در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه ی حقوق بیمار مذکور در این منشور بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنان چه تصمیم گیرنده ی جایگزین برخلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.
- چنان چه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM)

ساده ترین تعریف در مورد پزشکی مبتنی بر شواهد عبارتست از:

استفاده از بهترین شواهد موجود برای هدایت تصمیم گیری های بالینی در تعریفی جامع تر پزشکی مبتنی بر شواهد، استفاده مطمئن، دقیق و مدبرانه از بهترین مدارک موجود جاری در تصمیم گیری درباره مراقبت از تک تک بیماران است.

EBM فرایندی آموزشی بلند مدت و در واقع نوعی آموزش مبتنی بر مسئله (Learning Based Problem) است که پنج جزء اصلی آن عبارتند از:

۱. تبدیل اطلاعات بالینی به سوالات فنی، قابل جستجو و قابل توجه
۲. جستجوی مناسب و فایده مند بهترین شواهد جهت پاسخ به سوالات
۳. بررسی نقادانه شواهد از نظر اعتبار و کاربرد بالینی
۴. بکارگیری نتایج جستجو و نقد در حوزه بالینی
۵. ارزیابی عملکردی شواهد در حل مسائل بالینی

همانطوری که در تعریف دکتر دیوید ساکت - پدر EBM از پزشکی مبتنی بر شواهد آمده این نوع طبابت مناسب ترین شیوه ادغام بهترین شواهد پژوهشی (Evidence Research Best) با تجارب بالینی پزشک (Expertise Clinical) و ارزش های بیمار (Value Patient) است. با ادغام این سه جزء است که نوعی اتحاد و همدمی بین بیمار و کلینیسین جهت بهبود پیامدهای بالینی و کیفیت زندگی بیمار بوجود می آید.

- اما بکارگیری EBM مانند دیگر رهیافت ها با چالش های مهمی همراه می باشد که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد:
- ✓ محدودیت منابع اطلاعاتی آنلاین که البته بنظر می رسد با توسعه زیر ساخت های اینترنتی تا حد زیادی از این محدودیت ها کاسته شده باشد.
 - ✓ وابستگی کامل به مهارت آموزی کلینیسین ها در جستجوی بهترین شواهد و نیز ارزیابی اعتبار شواهد با استفاده از علوم آماری و اپیدمیولوژی
 - ✓ مهمترین چالش تغییر نگرش کلینیسین ها در به روز رسانی دانش پزشکی می باشد
 - ✓ ایستادگی فرض کردن شواهد و استناد به گایدلاین های قدیمی و عدم تالش در به روز رسانی گایدلاین ها

چرا به پزشکی مبتنی بر شواهد نیاز داریم؟

چون پژوهش های معتبر و بی ارزش بسیار زیادی منتشر شده اند قابل درک است که کلینیسین ها از بسیاری از این پژوهش بی اطلاع بوده و ابزاری برای ارزیابی آنها در اختیار نداشته باشند. از طرفی اغلب افراد نتایج کارهای پژوهشی خود را به طریقی منتشر می کنند که برای کادر درمانی پرمشغله به آسانی قابل دسترس نیست.

برخی از اجزای ضروری روش پزشکی مبتنی بر شواهد:

۱. موارد عدم اطمینان را در مورد اطلاعات بالینی تشخیص دهد.
۲. اطلاعات موجود در پژوهش های موجود را برای کاهش موارد عدم اطمینان به کار گیرد.
۳. شواهد متقن وضعیت را از هم تمیز دهد.
۴. موارد عدم اطمینان از نظر کمی ارزیابی نموده و آنها را با احتمالات موجود مرتبط نماید.

مهارت‌های ارتباطی و اخلاق پزشکی

در موقعیت‌های بهداشت و درمان، ارتباط در جهت برقراری پیوندی حیاتی بین بیماران، خانواده‌هایشان، پرستاران، پزشکان و سایر کارگزاران مراقبت سلامت به کار می‌رود فرایند ارتباط شامل: فرستنده پیام، کانال ارتباطی، دریافت کننده و بازخورد است. بنابراین برای برقراری ارتباط ابتدا فرستنده پیام باید فکر، اندیشه، عقیده یا احساسی داشته باشد تا بتواند پیام را تشکیل داده و منتقل کند. با توجه به این فرایند اگر پیام فاقد بازخورد باشد، ارتباط به صورت یک جانبه انجام می‌شود و هرگاه گیرنده عکس العمل و نظر خود را درباره محتوای پیام به اطلاع فرستنده برساند، ارتباط دوجانبه بوده و این نوع ارتباط مؤثر است. اهمیت ارتباط ارتباط مستلزم انتقال اطلاعات از فرد فرستنده به فرد گیرنده به منظور افزایش دانش گیرنده، توانمندسازی وی برای انجام وظایف یا اثرگذاری بر نگرش‌ها و رفتارهای او می‌باشد. درک بهتر نحوه وابستگی ارتباط با مسائل بهداشتی، در نهایت می‌تواند به کاهش بروز بیماری، رنج بشری و میزان مرگ و میر، ضمن افزایش رفاه فیزیکی و روان‌شناختی و رضایتمندی از مراقبت بهداشتی در میان اعضای جامعه کمک نماید. گاهی رابطه نامطلوب مانع از بهبود بیماری خواهد شد و حتی ممکن است بیمار را برای همیشه از سلامت و یا زندگی سالم محروم سازد.

در مقابل رابطه مطلوب بیش از درمان با دارو در بهبودی بیمار اثر می‌گذارد. از اینجاست که پرستار آگاه و متعهد، بیش از برخوردهای خشک و فیزیکی با بیمار، به روابط اخلاقی، عاطفی و حمایتی اهمیت می‌دهد. آثار و نتایجی را که حسن رابطه با بیمار در بهبود و تأمین سلامت روح و جسم او خواهد داشت نیز همگان را به ضرورت این مهم واقف می‌سازد. با برقراری ارتباط مشکلات بیماران تعیین و به استناد آن برنامه ریزی مراقبتی درمانی تنظیم می‌گردد.

پرستاران با برقراری ارتباط مشکلات و نیازهای بیمار را تشخیص داده و برنامه درمانی را تنظیم می‌نمایند. از طریق ارتباط بیمار احساس امنیت نموده و به تیم درمانی اعتماد می‌کند. لذا برقراری ارتباط مؤثر بطور وسیعی به عنوان یک شاخص کلیدی جهت رضایت، همکاری و التیام بیمار در نظر گرفته شده است و توانایی برقراری ارتباطی مؤثر با دیگران، قلب تمامی مراقبت‌ها از بیماران محسوب می‌شود. بنابراین هر پرستاری باید از عهده‌این مهم بر آید.

یکی از ویژگی‌های آموزش پزشکی لزوم یادگیری تعداد زیادی از مهارت‌های عملی و ارتباطی در کنار حیطه‌های دانشی و نظری می‌باشد. این خصوصیت آموزش پزشکی باعث شده است تا از دیرباز دانشجویان علوم پزشکی با به پای اساتید خود در آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و بر بالین بیمار به مشاهده و تمرین مهارت‌های عملی، تجربه مهارت‌های ارتباطی با همکاران، بیماران و کسب نگرش‌های لازم بپردازند. در دهه اخیر با علمی شدن فرآیند آموزش، رشد تکنولوژی آموزشی و افزایش اهمیت ارزش‌های مطرح در اخلاق پزشکی، از جمله احترام به بیمار و صدمه هرچه کمتر به وی در حین آموزش، روش‌های سنتی مورد سؤال قرار گرفته‌اند. محققان نشان داده‌اند که بین فرآیند تدریس و مراحل یادگیری تفاوت زیادی وجود دارد. برای اینکه تدریس مؤثر واقع شود، باید مراحل یادگیری را نیز در نظر داشت.

از سویی پژوهش‌های مختلف در مورد یادگیری مهارت‌های بالینی نشان داده‌اند که دانشجویان در برخوردهای اولیه خود با بیماران اضطراب دارند و این اضطراب اغلب مربوط به انجام مهارت‌های عملی است. اگر دانشجوی تمرین کافی نداشته باشد، ترس از شکست و اشتباه کردن مانع عملکرد درست وی می‌شود.

در این جا این سؤال مطرح می‌گردد که چرا کیفیت ارتباط پزشک و بیمار دارای اهمیت می‌باشد؟ در این رابطه ۶ دلیل ذکر شده است که عبارتند از: ۱. رضایت بیمار - ۲. اثرات مثبت بر دست‌آورد مراقبت از بیمار ۳. پیروی بیمار از دستورات پزشک ۴. کاهش زمان لازم برای توجیه بیمار ۵. کاهش شکایات از پزشکان ۶. ارزیابی مثبت از عملکرد پزشک

راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی

در طبابت باید از پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده شود. این شواهد از راه پژوهش به دست می‌آیند. بنابراین پیشرفت دانش پزشکی بر پژوهش مبتنی است. بخش بزرگی از پژوهش‌ها برای رسیدن به نتایج معتبر، در نهایت باید بر روی انسان به انجام برسند.

راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های دارای آزمودنی انسانی در جمهوری اسلامی ایران، در بردارنده‌ی اصول و مقررات اخلاقی است که تمامی پژوهشگرانی که اقدام به پژوهش بر روی آزمودنی‌های انسانی (که شامل داده‌ها یا مواد بدنی به دست آمده از انسان‌ها نیز می‌شود) می‌کنند، و تمامی مدیران پژوهشی و کمیته‌های اخلاق در پژوهش کشور، باید آن را مبنا و راهنمای عملکرد خود قرار دهند و تمامی تلاش خود را برای تضمین رعایت حداکثری آن در عملکرد پژوهشی خود - و تا جای ممکن دیگر پژوهشگران - به عمل آورند. این راهنما بر اساس اصول اخلاقی، به‌ویژه کرامت انسانی، مبنایی و ارزش‌های اسلامی و ملی تدوین یافته است. تقدم و تأخر بندهای این راهنما، بر اساس اهمیت نیست. این راهنما باید به صورت یک کل واحد دیده شود و هیچ کدام از بندهای آن نباید بدون توجه کافی به مقدمه و سایر بندهای مرتبط تفسیر شود. هر پژوهشگر باید علاوه بر این راهنما، از دیگر قوانین و راهنماهای مرتبط که از سوی مراجع رسمی ابلاغ شده‌اند مانند راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور آگاهی داشته باشد و آن‌ها را رعایت کند.

۱. هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقای سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد.
۲. در پژوهش بر آزمودنی انسانی، سلامت و ایمنی فرد آزمودنی‌ها در طول و بعد از اجرای پژوهش، بر تمامی مصالح دیگر اولویت دارد. هر پژوهشی که بر روی آزمودنی انسانی انجام می‌گیرد، باید توسط افرادی طراحی و اجرا شود که تخصص و مهارت بالینی لازم و مرتبط را داشته باشند. در کارآزمایی‌های بالینی بر روی بیماران یا داوطلب‌های سالم نظارت پزشک دارای مهارت و دانش متناسب الزامی است.
۳. پژوهش بر انسان فقط در صورتی توجیه‌پذیر است که منافع بالقوه‌ی آن برای هر فرد آزمودنی بیش‌تر از خطرهای آن باشد. در پژوهش‌های دارای ماهیت غیر درمانی، سطح آسیبی که آزمودنی در معرض آن قرار می‌گیرد نباید بیش‌تر از آن‌چه باشد که مردم عادی در زندگی روزمره‌ی خود با آن مواجه می‌شوند. حصول اطمینان از این امر برعهده‌ی طراحان، مجریان و همکاران پژوهش و تمامی شوراها، بررسی یا پایش‌کننده‌ی پژوهش از جمله کمیته‌ی اخلاق در پژوهش است.
۴. مواردی از قبیل سرعت، سهولت کار، راحتی پژوهشگر، هزینه‌ی پایین‌تر و/یا صرفاً عملی بودن آن به هیچ وجه نباید موجب قرار دادن آزمودنی در معرض خطر یا زیان افزوده یا تحمیل هر گونه محدودیت اختیار اضافی به وی شود.
۵. قبل از آغاز هر پژوهش پزشکی، باید اقدامات اولیه جهت به حداقل رساندن زیان احتمالی وارده به آزمودنی‌ها و تامین سلامت آن‌ها انجام گیرد.
۶. در کارآزمایی‌های بالینی دوسوکور که آزمودنی از ماهیت دارویی یا مداخله‌ای که برای وی تجویز شده بی‌اطلاع است، پژوهشگر باید تدابیر لازم جهت کمک‌رسانی به آزمودنی در صورت لزوم و در شرایط اضطراری را تدارک ببیند.
۷. اگر در حین اجرای پژوهش مشخص شود که خطرات شرکت در این پژوهش برای آزمودنی‌ها بیش از فواید بالقوه‌ی آن است، باید آن پژوهش بلافاصله متوقف شود.
۸. طراحی و اجرای پژوهش‌هایی که بر روی آزمودنی انسانی انجام می‌گیرند، باید منطبق با اصول علمی پذیرفته شده بر اساس دانش روز و مبتنی بر مرور کامل منابع علمی موجود و پژوهش‌های قبلی آزمایشگاهی، و در صورت لزوم، حیوانی مناسب باشد. مطالعات حیوانی باید با رعایت کامل اصول اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی انجام شوند.
۹. در پژوهش‌های پزشکی که ممکن است به محیط زیست آسیب برسانند، باید احتیاط‌های لازم در جهت حفظ و نگهداری و عدم آسیب رسانی به محیط زیست انجام گیرد.

۱۰. هر پژوهشی باید بر اساس و منطبق بر یک طرح‌نامه (پروپوزال) به انجام برسد. در کارآزمایی‌های بالینی باید علاوه بر طرح‌نامه، دستورالعمل (پروتکل) نیز تهیه و ارائه شود. طرح‌نامه و دستورالعمل باید شامل تمامی اجزای ضروری باشد. از جمله بخش ملاحظات اخلاقی، اطلاعات مربوط به بودجه، حمایت‌کننده‌ها، وابستگی‌های سازمانی، موارد تعارض منافع بالقوه‌ی دیگر، مشوق‌های شرکت‌کنندگان، پیش‌بینی درمان و یا جبران خسارت افراد آسیب‌دیده در پژوهش. در مواردی که لازم است رضایت‌نامه‌ی آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شود، فرم رضایت‌نامه باید تدوین و به طرح‌نامه پیوست شده باشد. پیش از تصویب یا تأیید طرح‌نامه از سوی کمیته‌ی مستقل اخلاق در پژوهش، نباید اجرای پژوهش شروع شود.
۱۱. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش علاوه بر بررسی و تصویب طرح‌نامه و دستورالعمل، این حق را دارد که طرح‌ها را در حین و بعد از اجرا را از نظر رعایت ملاحظات اخلاقی مورد پایش قرار دهد. اطلاعات و مدارکی که برای پایش از سوی کمیته‌ی اخلاق درخواست می‌شود، باید از سوی پژوهشگران در اختیار این کمیته گذاشته شود.
۱۲. انتخاب آزمودنی‌های بالقوه از میان جمعیت بیماران یا هر گروه جمعیتی دیگر، باید منصفانه باشد، به‌نحوی که توزیع بارها (خطرات یا هزینه‌ها) و منافع شرکت در پژوهش، در آن جمعیت و کل جامعه، تبعیض‌آمیز نباشد.
۱۳. کسب رضایت آگاهانه و آزادانه در هر پژوهشی که بر روی آزمودنی انسانی اجرا می‌شود، الزامی است. این رضایت باید به شکل کتبی باشد. در مواردی که اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی غیر ممکن یا قابل صرف‌نظر باشد، باید موضوع با ذکر دلایل به کمیته‌ی اخلاق منتقل شود. در صورت تأیید کمیته‌ی اخلاق، اخذ رضایت کتبی قابل تعویق یا تبدیل به رضایت شفاهی یا ضمنی خواهد بود.
۱۴. اگر در طول اجرای پژوهش تغییری در نحوه اجرای پژوهش داده شود یا اطلاعات جدیدی به دست آید که احتمال داشته باشد که بر تصمیم آزمودنی مبنی بر ادامه‌ی شرکت در پژوهش تأثیر گذار باشد، باید موضوع به اطلاع کمیته‌ی اخلاق رسانده شود و در صورت موافقت کمیته با ادامه‌ی پژوهش، مراتب به اطلاع آزمودنی رسانده شود و رضایت آگاهانه مجدداً اخذ گردد.
۱۵. پژوهشگر باید از آگاهانه بودن رضایت اخذ‌شده اطمینان حاصل کند. برای این منظور، در تمامی پژوهش‌های پزشکی، اعم از درمانی و غیردرمانی، پژوهشگر موظف است فرد در نظر گرفته شده به‌عنوان آزمودنی را از تمامی اطلاعاتی که می‌تواند در تصمیم‌گیری او مؤثر باشند، به‌نحو مناسبی آگاه سازد. این اطلاعات مشتملند بر: عنوان و اهداف پژوهش، طول مدت پژوهش، روشی که قرار است به کار گرفته شود (شامل احتمال تخصیص تصادفی به گروه‌مورد یا شاهد)، منابع تأمین بودجه، هر گونه تعارض منافع احتمالی، وابستگی سازمانی پژوهشگر، و فواید و زیان‌هایی که انتظار می‌رود مطالعه در بر داشته باشد. هم‌چنین، هر آزمودنی باید بداند که می‌تواند هر لحظه که بخواهد از مطالعه خارج شود و باید درباره‌ی خطرات و زیان‌های بالقوه‌ی ناشی از ترک زودرس پژوهش آگاه و پشتیبانی شود. پژوهشگر هم‌چنین باید به تمامی سؤالات و دغدغه‌های این افراد، با حوصله و دقت پاسخ بدهد. این موارد باید در رضایت‌نامه‌ی آگاهانه منعکس شود.
۱۶. پژوهشگر باید از آزادانه بودن رضایت اخذ‌شده اطمینان حاصل کند. رفتارهایی که به هر نحوی متضمن تهدید، اغواء، فریب و یا اجبار باشد موجب ابطال رضایت آزمودنی می‌شود. به فرد باید فرصت کافی برای مشاوره با افرادی که مایل باشد - نظیر اعضای فامیل یا پزشک خانواده - داده شود. هم‌چنین، در پژوهش‌هایی که پژوهشگر مقام سازمانی بالاتری نسبت به آزمودنی داشته باشد، دلایل این شیوه‌ی جذب آزمودنی، باید توسط کمیته‌ی اخلاق تأیید شود، در این موارد شخص ثالث و معتمدی باید رضایت را دریافت کند.
۱۷. پژوهشگر ارشد مسؤول مستقیم ارائه‌ی اطلاعات کافی و به زبان قابل فهم برای آزمودنی، اطمینان از درک اطلاعات ارائه شده، و اخذ رضایت آگاهانه است. در مواردی که بنا به‌دلیلی، نظیر زیاد بودن تعداد آزمودنی‌ها، این اطلاع‌رسانی از طریق شخص دیگری انجام می‌گیرد، این پژوهشگر ارشد است که مسؤول انتخاب فردی آگاه و مناسب برای این کار و حصول اطمینان از تأمین شرایط مذکور در این بند است.

۱۸. در پژوهش‌هایی که از مواد بدنی (شامل بافت‌ها و مایعات بدن انسان) یا داده‌هایی استفاده می‌شود که هویت صاحبان آن‌ها معلوم یا قابل کشف و ردیابی است، باید برای جمع‌آوری، تحلیل، ذخیره‌سازی و/یا استفاده‌ی مجدد از آن‌ها رضایت آگاهانه گرفته شود. در مواردی که اخذ رضایت غیرممکن باشد یا اعتبار پژوهش را خدشه‌دار کند، می‌توان در صورت بررسی مورد و تصویب کمیته‌ی اخلاق، از داده‌ها یا مواد بدنی ذخیره شده، بدون اخذ رضایت آگاهانه استفاده کرد.
۱۹. عدم قبول شرکت در پژوهش، یا ادامه ندادن به همکاری، نباید هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات درمانی که در همان مؤسسه - نظیر بیمارستان - به فرد ارائه می‌شود، داشته باشد. این موضوع باید در فرایند اخذ رضایت آگاهانه، به آزمودنی اطلاع داده شود.
۲۰. در مواردی که آگاه کردن آزمودنی درباره‌ی جنبه‌ای از پژوهش باعث کاهش اعتبار پژوهش می‌شود، ضرورت اطلاع‌رسانی ناکامل از طرف پژوهشگر باید توسط کمیته‌ی اخلاق تأیید شود. بعد از رفع عامل این محدودیت، باید اطلاع‌رسانی کامل به آزمودنی انجام گیرد.
۲۱. برخی از افراد یا گروه‌هایی از مردم، نظیر ناتوانان ذهنی، کودکان، جنین و نوزاد، بیماران اورژانسی، یا زندانیان که ممکن است به‌عنوان آزمودنی در پژوهش شرکت کنند، نمی‌توانند برای دادن رضایت، آگاهی یا آزادی لازم را داشته باشند. این افراد یا گروه‌ها آسیب‌پذیر دانسته می‌شوند و باید مورد حفاظت ویژه قرار گیرند.
۲۲. از گروه‌های آسیب‌پذیر هیچ‌گاه نباید (به دلایلی چون سهولت دسترسی) به‌عنوان آزمودنی ترجیحی استفاده شود. پژوهش پزشکی با استفاده از گروه‌ها یا جوامع آسیب‌پذیر تنها در صورتی موجه است که با هدف پاسخگویی به نیازهای سلامت و اولویت‌های همان گروه یا جامعه طراحی و اجرا شود و احتمال معقولی وجود داشته باشد که همان گروه یا جامعه از نتایج آن پژوهش سود خواهد برد.
۲۳. در پژوهش بر روی گروه‌های آسیب‌پذیر، وظیفه‌ی اخذ رضایت آگاهانه مرتفع نمی‌شود. در مورد افرادی که سرپرست قانونی دارند، پژوهشگر موظف است که علاوه بر اخذ رضایت آگاهانه از سرپرست قانونی، متناسب با ظرفیت خود فرد، از وی رضایت آگاهانه اخذ کند. در هر حال، باید به امتناع این افراد از شرکت در پژوهش احترام گذاشته شود.
۲۴. اگر در حین اجرای پژوهش، آزمودنی دارای ظرفیت، ظرفیت خود را از دست بدهد یا آزمودنی فاقد ظرفیت، واجد ظرفیت شود، باید با توجه به تغییر حاصله، رضایت آگاهانه برای ادامه‌ی پژوهش از سرپرست قانونی یا خود فرد اخذ شود.
۲۵. پژوهشگر مسئول رعایت اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن است. هم‌چنین، پژوهشگر موظف است که از رعایت حریم خصوصی آزمودنی‌ها در طول پژوهش اطمینان حاصل کند. هرگونه انتشار داده‌ها یا اطلاعات به‌دست آمده از بیماران باید بر اساس رضایت آگاهانه انجام گیرد.
۲۶. هر نوع آسیب یا خسارت ناشی از شرکت در پژوهش باید بر طبق قوانین مصوب جبران خسارت شود. این امر باید در هنگام طراحی پژوهش لحاظ شده باشد. نحوه‌ی تحقق این امر ترجیحاً به‌صورت پوشش بیمه‌ای نامشروط باشد.
۲۷. در پایان پژوهش، هر فردی که به‌عنوان آزمودنی به آن مطالعه وارد شده است، این حق را دارد که درباره‌ی نتایج مطالعه آگاه شود و از مداخلات یا روش‌هایی که سودمندی‌شان در آن مطالعه نشان داده شده است، بهره‌مند شود.
۲۸. پژوهشگران موظفند که نتایج پژوهش‌های خود را صادقانه، دقیق، و کامل منتشر کنند. نتایج، اعم از منفی یا مثبت، و نیز منابع تأمین بودجه، وابستگی سازمانی، و تعارض منافع - در صورت وجود - باید کاملاً آشکارسازی شوند. پژوهشگران نباید در هنگام عقد قرارداد انجام پژوهش، هیچ‌گونه شرطی را مبنی بر حذف یا عدم انتشار یافته‌هایی که از نظر حمایت‌کننده‌ی پژوهش مطلوب نیست، بپذیرند.
۲۹. نحوه‌ی گزارش نتایج پژوهش باید ضامن حقوق مادی و معنوی تمامی اشخاص مرتبط با پژوهش، از جمله خود پژوهشگر یا پژوهشگران، آزمودنی‌ها و مؤسسه‌ی حمایت‌کننده‌ی پژوهش باشد.
۳۰. گزارش‌ها و مقالات حاصل از پژوهش‌هایی که مفاد این راهنما را نقض کرده‌اند، نباید برای انتشار پذیرفته شوند.
۳۱. روش پژوهش نباید با ارزش‌های اجتماعی، فرهنگی و دینی جامعه در تناقض باشد.

مدیریت خطر و ایمنی بیمار

۹ راه حل ایمنی بیمار:

از سال ۱۳۸۹ تا کنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز درصدد اجرای طرح ایمنی بیمار برآمده است. سازمان جهانی بهداشت به منظور ارتقای سلامت جامعه با چالش هایی مواجه شده و جهت حل آنها ۹ راه حل ایمنی بیمار را در نظر گرفته است که در ذیل به آنها اشاره می گردد:

نه راه حل ایمنی بیمار:

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

راه حل اول- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

تشابه داروها از سه منظر مطرح است. این تشابه می تواند به لحاظ شباهت در بسته بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد می شود، وجه دیگر از تشابه، مشابهت در تلفظ یا به عبارتی املا و تشابه نوشتاری می باشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو می شوند، این تشابه غالبا می تواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات دارویی به صورت شفاهی/تلفنی می شود، فلسفه ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تازمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته اند و به عبارتی مشاهده کننده بدون توجه به سایر حروف و بر اساس تداعی ذهنی قبلی خود از آن کلمه برداشت می نماید، به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه، گیج کننده می شود و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است. با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی و اسمی، رعایت استانداردهای تجویز ایمن داروهای مشابه شکلی و اسمی بسیار حائز اهمیت است.

❖ آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود:

- ۱) بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/ تجویز و پرستاران هنگام نسخه برداری
- ۲) بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواهای مشابه
- ۳) بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه

راه حل دوم- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطای شناسایی بیماران:

شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت و پایه اصلی و خشت اول ایمنی بیماران در کلیه بیماران بستری و تمامی بخشها / واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپری ها را تشکیل می دهد. تاکید می گردد که استفاده از دستبند های شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

❖ تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران:

- ۱) به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیمار بایستی به صورت خوانا و واضح بر روی دستبند های شناسایی درج شود.
- ۲) بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
- ۳) هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.

❖ برخی حیطة های عملکردی شایع که موجب بیشترین میزان شناسایی نادرست بیماران می شود:

- ۱) دارو دهی به بیماران
- ۲) فلبوتومی
- ۳) ترانسفوزیون خون
- ۴) اقدامات تهاجمی
- ۵) اعمال جراحی
- ۶) اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
- ۷) ترخیص نوزادان
- ۸) خدمات غیر مستمر مانند مشاوره ها
- ۹) انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیر شاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تحت گاید، دیالیز و سایر
- ۱۰) ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به کارگیری نیروها از سایر بخش ها در قالب اضافه کار)
- ۱۱) بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه
- ۱۲) بیماران تازه وارد اورژانس

❖ برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران:

- ۱) تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبت های کاری، بین بخشی، بین بیمارستانی
- ۲) مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیر بالینی
- ۳) عدم به کار بستن چک لیست های قبل از عمل
- ۴) عدم رعایت روش های صحیح کنترلی
- ۵) بیماران دارای محدودیت های خاص در برقراری ارتباط مانند گویش ها و زبان های مختلف
- ۶) بیماران با سطح هوشیاری پایین یا اغما
- ۷) نوزادان و کودکان، سالمندان به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر
- ۸) بیماران روانپزشکی
- ۹) افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

❖ جهت شناسایی صحیح بیماران باید از روش شناسایی فعال به شرح ذیل استفاده شود:

الف) از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.

ب) پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.

ج) اگر بیمار کودک / معلول ذهنی / قادر به تکلم **نباشد** / هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.

در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج، پلی فارمسی) مورد استفاده قرار می گیرد.

تعریف این خطرات در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی تعیین و در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان به صورت کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب و به بخشها ابلاغ شد. کلیه پرسنل نسبت به کدها آگاهی داشته باشند. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار / همراهان از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید محل حریم خصوصی یا موجب تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می توان به "خودکشی" اشاره نمود. با توجه به پرسش و پاسخ های اعتبار بخشی، در خصوص خطر سقوط در کودکان/ نوزادان و پلی فارمسی، شناسایی بیماران و در مراحل ارزیابی و سیر مراقبت بایستی مدیریت ایمنی بیمار رعایت شود، اما استفاده از دستبند زرد برای این دسته از بیماران الزامی نیست. در خصوص سوء تغذیه با توجه به ارزیابی های تخصصی تغذیه ایمنی بیمار مدیریت می شود.

بیماران پرخطر با استفاده از ابزارهای معتبر شناسایی می شوند، شامل بیماران مستعد زخم بستر با استفاده از ابزار برادن، بیمار مستعد سقوط با استفاده از ابزار هامپی دامپی (کودکان) و مورس (بزرگسالان)، بیمار مستعد ترومبوآمبولی با استفاده از ابزار ولز، بیماران در معرض سوء تغذیه با BM کمتر از ۲۰، بیماران مستعد تشنج و خودکشی با توجه به ارزیابی و شرح حال بیمار و بیماران پلی فارمسی (مصرف بیش از چهار دارو) با توجه به شرح حال شناسایی می شوند. در زمان تحویل شیفت اطلاع رسانی و در کاردکس و گزارش پرستاری نیز ثبت می گردد.

***** نکته مهم: کلیه بیماران در معرض خطر تشنج با کد Se، زخم فشاری با کد B، ترومبوآمبولی با کد T و خودکشی با کد S، چند دارویی P، سقوط F و سوء تغذیه با M باید بر روی دستبند های شناسایی کد های مصوب زرد رنگ الصاق گردد.*****

❖ شناسایی صحیح نوزادان:

۱. ترخیص و تحویل نوزاد تنها به ولی قانونی وی

۲. احراز هویت والدین نوزاد با استفاده از کارت شناسایی معتبر و عکس دار

۳. تطبیق مشخصات والدین نوزاد با مشخصات ثبت شده در پرونده الکترونیکی

۴. اخذ اثر انگشت و امضای والدین هنگام تحویل نوزاد

❖ شناسایی بیماران مجهول الهویه:

بیماران مجهول الهویه با نام و نام خانوادگی مجهول الهویه در بیمارستان پذیرش می شوند که ملاک شناسایی آنها کد پذیرش و شماره پرونده بیمار می باشد. در زمان انتقال بین بخشی نام بخش و در زمان انتقال بین بیمارستانی نام بیمارستان نیز به عنوان ملاک شناسایی می باشد. قابل ذکر است باید کلیه اشیاء همراه بیمار در گزارش پرستاری قید گردد.

❖ شناسایی بیماران آسیب پذیر:

منظور از بیماران / مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک / فیزیکی / روانی / اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. مانند: بیماران سالمند، روانپزشکی / اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی / گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین / بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی، افراد بی خانمان و ... از این گروه بیماران / مراجعین هستند. این بیماران آسیب پذیر باید شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه شود.

بیماران سالمند: خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان. کودکان و نوزادان: به علت عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند.

بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی: خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند آلزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز دارویی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان

بیماران دچار معلولیت های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی): به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند.

بیماران مجهول الهویه: به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه ها و نحوه نامگذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند.

بیماران با اختلال هوشیاری: به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند.

مادران باردار با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روشهای درمانی، داروهای و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند. مراجعین / بیماران مقیم مراکز نگهداری: مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه / خانواده، و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین هزینه های مراقبت و درمان ممکن است دچار مشکل شوند. این بیماران / مراجعین از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری پس از بستری و عوارض ناشی از آن احتمالاً آسیب پذیر هستند.

این شرایط با مخدوش نمودن تداوم زنجیره مراقبت می تواند باعث تهدید ایمنی بیمار و عدم دریافت پیامد مطلوب از درمان شود. بیمارستان برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، افراد بی خانمان و بیماران با شخصیت های ضداجتماعی، بایستی ملاحظات دقیقی را مدنظر بگیرد. حمایت و مدیریت اقدامات توسط مددکاری اجتماعی می باشد. همچنین ترخیص ایمن بیماران آسیب پذیر باید مورد توجه قرار گیرد.

راه حل سوم-ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

ایجاد و ترویج روش های برقراری ارتباط باز و آزادانه با عموم مردم و جامعه و توجه به صحبت های بیماران به عنوان یکی از هفت گام به سوی ایمنی بیمار می باشد. جهت تسهیل در این امر نکات ذیل مورد توجه می باشد:

- ✓ معرفی نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای توسط پزشک معالج /پرستار و تیم درمانی، در اولین برخورد با بیمار
 - ✓ آگاهی و شناخت بیمار از پزشک معالج /پرستار و تیم درمانی خود
 - ✓ اطمینان بیماران از هدایت و محوریت پزشک معالج خود در همه اقدامات تشخیصی، درمانی و جراحی
 - ✓ اطمینان بیماران از عملکرد تیم درمان و انجام به موقع امور تشخیصی و درمانی بدون نیاز به پیگیری
- برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن در زمان هایی مانند تحویل صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر، از سرویسی به سرویس دیگر، از بخش به واحدهای پاراکلینیک، تحویل بیمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک، از ابزارهایی مانند **ISBAR** استفاده می شود. با استفاده از تکنیک **ISBAR** که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می طلبد، مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگی های تکنیک **ISBAR** محسوب می شود.

❖ مراحل تکنیک ISBAR عبارت است از:

- ۱) احراز هویت بیمار (**Introduction**): شناسایی و معرفی کامل بیمار
- ۲) وضعیت (**Situation**): تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ (الی ۱۰ ثانیه)
- ۳) بیان سوابق (**Background**): سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
- ۴) ارزیابی (**Assessment**): نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید
- ۵) توصیه ها (**Recommendation**): آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

❖ اهمیت ارتباط صحیح :

- ✓ ارتباط مناسب کارکنان در زمان تحویل بیماران و ارتباط موثر تیم سلامت به منظور تبادل اطلاعات حیاتی
- ✓ اطمینان بیمار به تیم درمان و ارتباط موثر آنها با بیمار
- ✓ کنترل و حذف موانع ارتباطی بیمار از جمله درد، ترس، ازدحام، سر و صدا، ناتوانی های بیمار قبل از آموزش به بیمار
- ✓ تقویت ارتباط با بیمار با استفاده از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام با چاشنی طنز محترمانه
- ✓ ارتباط انسانی موثر با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، به عنوان مبنای ارتباط با بیمار
- ✓ ارتباط و تعامل منطقی با بیمار برای کنترل استرس و اضطراب
- ✓ ارتباط موثر بین بیمار و کادر جراحی جهت ارائه توضیحات شفاف و قابل فهم توسط پزشک معالج جهت کاهش اضطراب بیمار
- ✓ برقراری ارتباط عاطفی نوزاد و والدین در جهت مراقبت پس از تولد تا زمان ترخیص
- ✓ برقراری ارتباط صادقانه، باز و منسجم با بیمار/مراجعین یا فرد حامی او بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته
- ✓ انجام ارزیابی مهارت های ارتباطی کارکنان پرستاری و تکمیل فرم مربوطه توسط سرپرستار/کارشناس خبره

راه حل چهارم-انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

جراحی ایمن به عنوان دغدغه های بارز نظام های سلامت در جهان تشخیص داده شده است

چرا که بر اساس گزارش های جهانی سهم عمده ای از ناتوانی ناشی از بیماری ها در جهان ناشی از شرایطی است که قابل درمان با مداخلات جراحی است. بنابراین عوارض جراحی قابل پیشگیری سهم بزرگی را در مرگ و میر و آسیب های قابل پیشگیری پزشکی در جهان بر عهده دارد. همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

❖ اصول عمومی جراحی ایمن:

گام اول: اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه

اخذ رضایت آگاهانه از الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی می باشد. اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می باشد. قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی روش درمانی پیشنهادی، عواقب ترک درمان پیشنهادی و سایر موارد توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزشهای لازم و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، ارائه داده و رضایت آگاهانه اتخاذ می شود.

اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران تحت اقدامات تشخیصی /درمانی تهاجمی و قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی انجام می شود. انجام رضایت آگاهانه در بیماران همودیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فرز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی صورت پذیرد. با توجه به اینکه خدمت دیالیز جز اقدامات درمانی تهاجمی می باشد لازم است در ابتدای تشکیل پرونده از بیمار یا ولی قانونی وی جهت ارائه خدمت دیالیز رضایت آگاهانه اخذ گردد.

لازمه ذکر است که در این مرکز درمانی با هدف صرفه جویی در صرف وقت و کاغذ امکان ثبت رضایت آگاهانه در سیستم HIS وجود دارد با درج تاریخ اخذ و تاریخ اتمام رضایت آگاهانه (در مواردی مثل تزریق خون و فرآورده، پلاسما فرز، دیالیز و شیمی درمانی که از تاریخ اخذ تا یک سال به شرط تغییر نکردن حال عمومی، هوشیاری و پس نگرفتن رضایت توسط بیمار دارای اعتبار است) و امکان نوشتن توضیحات در مورد عمل جراحی یا پروسیجر وجود دارد.

گام دوم: شناسایی بیمار

بیمار، جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد. بیمار از زمانی که برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می شود، یکی از اعضای تیم درمانی موظف است که هویت او را دقیقاً شناسایی نموده و فرایند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد. پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی (دو شناسه)، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

گاهاً بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی کنند و نمی توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. خصوصاً که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری، علاوه بر مشکل اصلی زمینه ای تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر از جمله: LP, B.M.A و ... هم قرار گیرند لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است. خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آنچه روی داده است، نمی باشد.

گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر نهاجمی

بر اساس پروتکل های جهانی موضع یا موضع عمل بایستی علامت گذاری شود. به ویژه در مورد ارگان های قرینه طرفی، چند ساختاری نظیر (انگشتان دست و پا و دنده ها) و سطوح چندگانه (ستون مهره ها). علامت گذاری باید بر روی یا در کنار و مجاورت موضع عمل باشد و کاملا واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی پاک نشود، صورت گیرد.

محل عمل جراحی یا پروسیجر نهاجمی بایستی توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود. فقط در صورتی میتوان علامت گذاری موضع عمل را به فرد دیگری تفویض نمود که آن فرد در تمام مدت جراحی یا انجام پروسیجر در آن مکان حضور داشته باشد. و به لحاظ اهمیت مشارکت فعال بیمار باید علامت گذاری تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار انجام شود. جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود. نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.

گام چهارم: بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت گذاری پیش از عمل)

وقفه / درنگ جراحی (time out)، فرآیند تائید پیش از عمل، یک زمان استراحت یا وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل، که بلافاصله قبل از برش پوست / شروع یک روش به منظور تایید بیمار، پروسیجر و موضع عمل صحیح منظور می شود. هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضای تیم جراحی اعم از جراح/جراحان، متخصص بیهوشی، تکنسین بیهوشی و پرستار سیرکولر و اسکراب و .. بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرایند بررسی بیمار کاملا وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضای تیم درمان است. بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد. مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد. توجه: در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

گام پنجم: اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط
کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار: پرونده، گرافی ها، آزمایشات، تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت مانند Implant در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده می شود. حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضای تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

راه حل پنجم- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

محلول های الکترولیت تغلیظ شده داروهایی هستند که جهت جبران اختلال الکترولیتی در بیماران استفاده می شود. در صورت عدم مدیریت و تجویز نادرست این محلول می توانند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بیماران داشته باشند و جزء داروهای پرخطر (High Risk) محسوب می شوند. از بین داروهای تزریق الکترولیت های تغلیظ شده KCL خطرات جدی تری را در بر دارد. جهت انبارش الکترولیتها با غلظت بالا با اشکال مشابه باید فضای فیزیکی اختصاصی تعیین شود.

❖ توجه نمایید:

- ✓ ویال کلرید پتاسیم را دور از سایر دارو ها و در جایگاه مجزایی نگه دارید.
- ✓ ویال های انسولین و هپارین در محفظه های مجزا و دور از یکدیگر جای دهید.
- ✓ تمامی داروهای وریدی ضد انعقادی را منحصرا در صورتی انبار نمایید که دارای برجسب دقیق مشخصات دارو باشد.
- ✓ دسترسی به محلول های کلرید سدیم با غلظت بیش از ۰٫۹ درصد را محدود نمایید.
- ✓ در تمامی موارد جهت تجویز محلول های الکترولیتی با غلظت بالا از چک دو گانه استفاده نمایید.
- ✓ قبل از تزریق از سالم بودن لاین وریدی بیمار اطمینان حاصل می شود.
- ✓ علایم حیاتی بیمار در طی تزریق الکترولیت های غلیظ کنترل می شود.

راه حل ششم-اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسب ترین دارو برای بیمار می نماید. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می نماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی / داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام می شود. پزشک معالج در زمان ترخیص بیمار نیز در مورد نحوه مصرف هم زمان داروهای مرتبط و غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری نموده و در صورت لزوم بیمار را در خصوص ادامه مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی، به پزشک متخصص ارجاع می دهد و اقدامات انجام شده را در برگه خلاصه پرونده ثبت می نماید.

❖ داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند:

- (۱) داروهای نسخه شده
 - (۲) ویتامین ها
 - (۳) داروهای روی پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد.
 - (۴) مواد تشخیصی و کنتراست ها
 - (۵) تغذیه مکمل
 - (۶) فرآورده های خونی
 - (۷) مایعات وریدی
 - (۸) مواد غذایی
 - (۹) داروهای گیاهی
- اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستان های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذی صلاح انجام می شود.

راه حل هفتم-اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در سازمان های مراقبت بهداشتی، تجهیزات پزشکی مانند کاتترها، سوند ها و راه های وریدی یا شریانی به منظور انتقال داروها و مایعات، تغذیه و گازهای تنفسی به بیماران است. از آنجا که طراحی بسیاری از آنها به نحوی است که غالباً دارای محل اتصال مشابه و یکسان هستند، همین امر باعث ایجاد خطر شده و ممکن است داروها و یا مایعات از مسیری اشتباه به بیمار تزریق شده و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیر و حتی منجر به مرگ بیماران می شوند.

این تجهیزات شامل:

- ✓ اتصالات شریانی و وریدی (آنژیوکت، شالدون، CVP LINE و ...)
- ✓ اتصالات مربوط به راه هوایی شامل لوله تراشه، تراکئوستومی، اتصالات اکسیژن، چست تیوپ و ...
- ✓ سایر موارد مانند درن، سوند فولی، NTG، همووک و ...

❖ اصول عمومی:

- ۱) قبل از هرگونه تجویز یا اتصال وسیله پزشکی، تمام اتصالات بیمار از نظر باز بودن مسیر و صحت عملکرد از منشا اولیه جاگذاری کنترل و بررسی شود.
 - ۲) کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتترها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیر استاندارد مختلفی ثابت نمایند. این امر به ویژه در هنگام مراقبت از نوزادان حائز اهمیت است.
 - ۳) مسیر راه وریدی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار ثابت شود.
 - ۴) به کارکنان پشتیبانی، بیماران و خانواده آنان تاکید شود که نبستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند.
 - ۵) برچسب گذاری کاتترهای پرخطر برای مثال: کاتترهای شریانی، اپیدورال و اینتراتکال الزامی است.
 - ۶) از اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
 - ۷) همیشه اتصالات لوله ها و کاتترها را در نور کافی انجام دهید.
 - ۸) لوله ها و کاتترها را کدبندی رنگی نکنید.
 - ۹) پرستار در صورت مشاهده هرگونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل: نشت، انسداد، جابجایی و یا پارگی در آنها در صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج می رساند.
 - ۱۰) سوندها و کاتترهای خطرناک و مواردی که اتصال صحیح صورت نمی گیرد شناسایی و گزارش می شوند.
 - ۱۱) به بیمار در مورد میزان فعالیت با وجود داشتن اتصالات آموزش داده شود.
 - ۱۲) توجه به سبب و تاریخ انقضاء از الزامات کنترل آن می باشد.
- راه حل هشتم- استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات**

تزریق یکی از روش های شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت، گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. تزریقات غیر ایمن می تواند سبب انتقال انواع پاتوژن ها از جمله ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها و انگل ها شده و وقایع ناخواسته ای از جمله آبرسه و یا واکنش های توکسیکی را در پی داشته باشد. حذف تزریقات غیر ضروری بهترین روش پیشگیری از عفونت های ناشی از تزریقات غیر ایمن است. در برخی از کشورها ۷۰ درصد تزریقات غیر ضروری محسوب می شوند.

✓ 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.

❖ اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات:

- ۱) رعایت بهداشت دست:
- ۱-۱) واژه ای کلی است که به شستشوی دست ها با آب و صابون و یا با استفاده از ماده ضدعفونی، محلول های ضدعفونی و یا ضدعفونی قبل از جراحی اطلاق می شود.
- ۱-۲) در زمانی که احتمال تماس مستقیم با خون و یا سایر مایعات و ترشحات بدن و بزاق بالقوه عفونی بیماران وجود دارد در زمان انجام تزریق وریدی و یا خون گیری، در صورت آسیب پوستی از دستکش یکبار مصرف غیر استریل که کاملا اندازه دستتان می باشد، استفاده نمایید.

۲) پوشیدن دستکش در مواقع ضروری:

از آن جا که پوشیدن دستکش هیچ گونه حفاظتی در قبال Needl-stick و یا سایر زخم های سوراخ کننده که به دلیل فرو رفتن اشیاء نوک تیز و برنده رخ می دهند، ایجاد نمی نماید، در صورت سلامت کامل پوست دست فرد ارائه کننده خدمت در زمان انجام تزریقات معمول داخل پوستی و زیر جلدی و عضلانی، و بیمارپوشیدن دستکش توصیه نمی شود. نهایت احتیاط در جابجایی و کار با اشیاء نوک تیز و برنده نظیر سرسوزن ها و اسکالپ توصیه می شود.

۳) استفاده از وسایل حفاظت فردی یکبار مصرف:

برای انجام تزریقات استفاده از وسایل حفاظت فردی یکبار مصرف مانند ماسک، حفاظ چشمی و یا سایر موارد حفاظتی توصیه نمی شود، مگر در مواقعی که احتمال آلودگی با خون و یا پاشیده شده خون و ترشحات بیمار به فرد ارائه کننده خدمت پیش بینی می شود.

۴) آماده سازی پوست و ضدعفونی آن:

۴-۱ از پنبه سوآب یک بار مصرف آغشته به محلول های با پایه الکل ۷۰-۶۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) برای ضدعفونی موضع تزریق استفاده نمایید.

۴-۲ هرگز از سوآب پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکل که در الکل خیس خورده اند به دلیل آلودگی به وسیله باکتری های دست و محیط جهت تزریق استفاده نمایید.

۴-۳ از متیل الکل و یا متانول جهت تزریق استفاده ننمایید.

۴-۴ موضع تزریق را از مرکز به خارج با پنبه الکل ضد عفونی نمایید.

۴-۵ پنبه الکل را به مدت ۳۰ ثانیه در موضع تزریق به روش فوق الذکر بمالید.

۴-۶ از الکل برای ضدعفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده ننمایید.

➤ آماده سازی و ضدعفونی پوست در انواع مختلف تزریقات:

ضد عفونی و آمادگی پوست			
محلول های با پایه الکل ۷۰-۶۰٪ (ایزوپروپیل و یا اتانول)	آب و صابون	نوع تزریق	
خیر	بله	داخل جلدی	
خیر	بله	زیر جلدی	
خیر	بله	واکسیناسیون	عضلانی
بله	بله	درمانی	
بله	خیر	وریدی	

❖ خلاصه گام های ضروری در تزریقات:

- ۱) برای هر تزریق منجمله؛ آماده نمودن یک واحد تزریق دارو و یا واکسن از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده نمایید.
- ۲) هرگز از داروی کشیده شده در یک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید.
- ۳) برای هر بار تزریق یک سرنگ و سرسوزن مصرف کنید.
- ۴) از تعویض صرفاً سر سوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.
- ۵) از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.
- ۶) از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.
- ۷) از تماس سرسوزن با سطوح آلوده ممانعت نمایید.

- ۸) از استفاده مجدد سرنگ حتی اگر سر سوزن هم تعویض شده باشد، اجتناب نمایید.
- ۹) از لمس دیافراگم پلاستیکی سر ویال دارویی پس از ضدعفونی با الکل ۷۰ درصد اجتناب نمایید.
- ۱۰) از داخل نمودن یک سرسوزن و سرنگ به داخل چندین ویال مولتی دوز خودداری نمایید.
- ۱۱) برای یک بیمار و یا چندین بیمار مختلف از سرسوزن و سرنگی که یک بار جهت تزریق دارو از آن استفاده شده است، استفاده ننمایید.
- ۱۲) از یک کیسه و یا شیشه مایعات وریدی برای تزریق به بیماران متعدد استفاده ننمایید.
- ۱۳) روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.
- ۱۴) در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
- ۱۵) از استفاده مجدد سرنگ حتی اگر سر سوزن هم تعویض شده باشد، اجتناب نمایید.
- ۱۶) توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
- ۱۷) اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست بکار ببرید.
- ۱۸) به منظور پیش گیری از جراحات و صدمات ناشی از وسایل تیز و برنده، بایستی دفع سرسوزن و سرنگ با هم صورت پذیرد.
- ۱۹) جهت حمل وسایل تیز و برنده بایستی از ریسور استفاده شود و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری گردد.
- ۲۰) به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده ننمایید.
- ۲۱) استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.
- ۲۲) به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.
- ۲۳) در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از جسیانیدن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگاهداری نمایید.
- ۲۴) ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- ۲۵) در صورتی که ویال های مولتی دوز در اختیار دارید، برای کشیدن هر بار دارو، از سر سوزن و سرنگ استریل استفاده ننمایید.
- ۲۶) ویال چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید:
- ۱- در صورتی که استرلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.
 - ۲- در صورتی که تاریخ انقضاء دارو گذشته است. حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد.
 - ۳- در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگاهداری و انبار نشده باشد.
 - ۴- در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضاء زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده
 - ۵- صرف نظر از تاریخ انقضاء دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.

❖ برچسب زدن ویال های دارویی آماده شده:

الف) پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز بر روی ویال دارویی موارد ذیل را با برچسب بزیند:

- ۱- تاریخ و زمان آماده نمودن دارو
- ۲- نوع و حجم حلال
- ۳- غلظت نهایی
- ۴- تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو
- ۵- نام فرد مسئول

ب) برای ویال های دارویی مولتی دوزی که نیاز به آماده سازی ندارند مشخصات ذیل را درج نمایید :

۱- تاریخ و زمان اولیه ای که از ویال استفاده نموده اید.

۲- نام فرد مسئول

❖ دستورالعمل کمک های اولیه فوری پس از مواجهه در کارکنان خدمات سلامت

پاشیدن خون یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به بریدگی های باز، ملتحمه، غشاء مخاطی برای مثال داخل دهان و گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود و مواجهه با وسایل تیز و برنده

❖ کمک های اولیه فوری در صورت مواجهه

۶- شستشو محل مواجهه با آب معمولی و صابون

۷- شستشو غشای مخاطی (به استثناء چشم مورد مواجهه) با آب معمولی و فراوان

۸- شستشو چشم مورد مواجهه با محلول نرمال سالین و آب فراوان

۹- خودداری از هرگونه دست کاری و فشردن محل مواجهه

۱۰- استفاده از مواد ضد عفونی کننده پوست برای محل مواجهه (غیر چشم)

۱۱- خودداری از مالش موضعی چشم

۱۲- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی

۱۳- در صورتی که منبع مشخص می باشد ۵ سی سی نمونه خون از بیمار گرفته و در غیر این صورت ۵ سی سی نمونه از خود فرد گرفته

شود. (جهت بررسی آزمایشات HIV / HCV / HBC)

۱۴- ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر در پرونده بهداشتی کارکنان و طرح در کمیته کنترل

عفونت بیمارستانی و پی گیری از طریق مراجع مربوطه در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ۷۲ ساعت اولیه پس از مواجهه

راه حل نهم- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

نتایج مطالعات بسیاری نشان داده است که کارکنان خدمات سلامت می توانند با انجام پروسیجرهای تمیز یا لمس نواحی سالم پوست بیماران بستری دست ها یا دستکش هایشان را آلوده به پاتوژن هایی نظیر باسیل گرم منفی ، استافیلوکوک آرتوس ، اینتروکوک یا کلسترییدیوم دیفیسیل نمایند.

قبل از آماده نمودن داروهای تزریقی و بعد از اتمام تزریق، قبل و بعد از هرگونه تماس مستقیم با بیماران برای انجام اقدامات درمانی، قبل و بعد از پوشیدن و در آوردن دستکش بهداشت دست ها را رعایت فرمایید. در صورت کثیفی و یا آلودگی دست ها با مایعات بدن و خون ممکن است مابین تزریقات نیز نیازمند رعایت بهداشت دست با آب و صابون می باشید. توجه نمایید در صورتی که پوست دست ارائه کننده خدمت ، بریده و یا مبتلا به درماتیت باشد، از انجام تزریق برای بیمار اجتناب شود و توصیه می شود که زخم های کوچک پانسمان گردند.

❖ در موقعیت های زیر حتما بایستی دست ها با آب و صابون شسته شوند:

- ۱) در صورت کثیفی آشکار دست ها
- ۲) آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن
- ۳) بعد از استفاده از توالت
- ۴) در صورت مواجهه با ارگانسیم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلستریدیوم دیفیسیل

❖ در موقعیت های زیر مالش دست ها با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکل توصیه می شود:

- ۱) قبل و بعد تماس با بیمار
- ۲) بعد از درآوردن دستکش استریل و غیر استریل
- ۳) قبل و بعد از جابجایی وسیله مورد استفاده در مداخلات تهاجمی بیمار
- ۴) بعد از تماس اشیاء یا سطوح بی جان محیطی مجاور بیمار

➤ مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست:

۱. قبل از تماس بیمار
۲. قبل از اقدامات درمانی تمیز / استریل
۳. بعد از خطر مواجهه با مایعات
۴. بعد از تماس با بیمار
۵. بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

*****برای رعایت بهداشت دست به صورت هم زمان از محلول های مالش با پایه الکی و صابون استفاده نکنید.*****

مدت زمان شستشوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه و مدت زمان ضدعفونی دست ها با محلول های پایه الکل ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است. با توجه به این که دست خیس به سهولت آلوده یا میکروارگانسیم را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است. در محیط اتاق عمل، بعد از استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکی و قبل از پوشیدن دستکش استریل، اجازه دهید دست ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملا خشک شوند.

➤ اقدامات پیشگیری:

- ۱) به هیچ وجه دستکش جایگزین شستشوی دست با آب و صابون یا ضدعفونی با محلول های Hand Rub نمی شود.
- ۲) استفاده نامناسب دستکش عامل انتقال پاتوژن ها می باشد. ضروریست از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمات منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و روش انتقال می باشد. اگر به صورت منطقی تماس با خون یا سایر موارد بالقوه عفونی، غشاء مخاطی یا پوست آسیب دیده پیش بینی می شود، پوشیدن دستکش ضروری است.
- ۳) از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده کنید.
- ۴) در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز نیست موضع دیگر همان بیمار (مشمول بر پوست آسیب دیده، مخاطات یا ابزار پزشکی) یا محیط لمس شود، دستکش را در آورده یا عوض کنید.

▪ ۲۰ استاندارد الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار:

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت است و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها می باشد، در حال اجرا می باشد. در همین راستا دفتر مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. استانداردها در سه سطح تعریف شده اند:

- ۱- استانداردهای الزامی (critical standards): ۲۰ استاندارد که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند. در قسمت ذیل شرح داده شده است.
- ۲- استانداردهای اساسی (core standards): شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند. استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.
- ۳- استانداردهای پیشرفته (developmental standards): الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آن ها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

❖ استاندارد اول - ایمنی بیمار اولویت برنامه استراتژیک:

ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا است.

❖ استاندارد دوم - وجود مسئول فنی یا ایمنی:

یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است. (ریاست بیمارستان)

❖ استاندارد سوم - اجرای برنامه های بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار:

یک روش غیر رسمی و دوستانه برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارائه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان می باشد و همچنین حمایت مدیران از گزارش خطا را نشان می دهد. افراد تیم مدیریتی ایمنی بیمار عبارتند از ریاست، مدیریت، مترون، سوپروایزر آموزشی، کارشناس کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار می باشند. آگاهی از نام و شرح وظایف مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار الزامی می باشد. این بازدید ها به صورت هفتگی در بخش ها و واحدهای مختلف طبق تقویم زمانی که توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تهیه شده و در بخش ها موجود می باشد، انجام می شود.

❖ استاندارد چهارم - وجود کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار:

یکی از کارکنان بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.

❖ استاندارد پنجم - برگزاری جلسات مرگ و میر:

بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید.

❖ استاندارد ششم - وجود تجهیزات ضروری:

بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید. تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر، ایمنی بیماران را به مخاطره بیندازد. به عنوان مثال: دی سی شوک در صورتی که تجهیزات ضروری بخشی دچار مشکل گردد، بخش یا واحد پشتیبان، به نحوی انتخاب می شود که امکان جایگزینی تجهیزات را به صورت شبانه روزی به بخش مربوطه در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان، میسر سازد. طی ۲۴ ساعت در صورت عدم کارکرد تجهیزات ضروری بخش و

عدم پشتیبانی توسط بخش تعیین شده می بایست به دفتر پرستاری / مسئول تجهیزات پزشکی گزارش شود و کلیه پرسنل نسبت به این امر آگاهی داشته باشند.

❖ استاندارد هفتم- اطمینان از وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد:

بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید. مانند کلیه تجهیزاتی که جهت استریل به واحد CSR ارسال می شود.

❖ استاندارد هشتم- تجهیزات کافی برای ضد عفونی و استرایلیزاسیون:

بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین ارتقاء ضد عفونی و استرایلیزاسیون می باشد.

❖ استاندارد نهم- استخدام کادر بالینی حائز شرایط:

جهت ارائه خدمات و مراقبت ها کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شوند

❖ استاندارد دهم- اخذ رضایت آگاهانه:

پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید.

✓ فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخش های مختلف بیمارستان مشمول اخذ رضایت آگاهانه برگرفته از موارد مندرج در دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت با امضای ریاست بخش روی برد هر بخش

✓ آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه در هر بخش

✓ آگاهی از دستورالعمل های آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی شامل جراحی ها، اسکوپ های، شیمی درمانی، دیالیز و اخذ رضایت قبل از آن

✓ اخذ رضایت آگاهانه در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل مانند دیالیز و اسکوپ های و رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام آن

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار/مراجعین برای انجام پروسیجرهای تهاجمی واحد رادیولوژی در واحد مربوطه

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار/مراجعین برای انجام پروسیجرهای تهاجمی قبل از انجام اسکوپ های

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار/مراجعین برای استفاده از خون و فرآورده های خونی

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار /خانواده در زمان اعزام/ارجاع بیمار

➤ نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه:

✓ رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.

✓ مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی /پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.

✓ هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

✓ اخذ رضایت از بیمار/مراجعین جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیت های تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.

✓ گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

✓ پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل /حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

✓ از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی،

به شرط ثابت ماندن شرایط میتوان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه مشروط بر عدم تغییر در

شرایط بیمار، نحوه درمان، روشهای جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، عدم تغییر ظرفیت بیمار برای

رضایت دادن، پس نگرفتن رضایت قبلی از سوی بیمار خود را پس نگیرد به مدت یک سال اعتبار دارد.

✓ اخذ رضایت در وضعیت های تهدید کننده حیات زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.

❖ استاندارد یازدهم- شناسایی صحیح بیماران:

قبل از هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا انتقال خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز هویت می گردند. (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از شناسه ها نمی باشد).

❖ استاندارد دوازدهم- اعلام اضطراری نتایج بحرانی پاراکلینیک:

بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی (Critical values) آزمایش ها، کانال ارتباطی همواره آزاد (هات لاین Hot Line) پیش بینی کرده است. فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافت و تصویربرداری است.

از روش Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت /تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. از این روش در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) مانند دستورات تلفنی خصوصاً دارو های مشابه استفاده شود. محدوده بحرانی آزمایشات و رادیولوژی در دستورالعمل گزارش آتی نتایج بحرانی آزمایشگاه و تصویربرداری ذکر شده است.

❖ استاندارد سیزدهم- اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی :

بیمارستان دارای روال مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد. کلیه جواب آزمایشات و پاتولوژی در صورت عدم رسیدگی به موقع ممکن موجب مرگ یا آسیب جدی، فیزیکی و یا فیزیولوژیک گردد.

➤ دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان:

۱. منشی واحد پاراکلینیک، جواب نتایج پاراکلینیکی داخلی بیماران ترخیصی را به بخش مربوطه ارجاع دهد.
۲. پرستار مسئول بیمار قبل از ترخیص بیمار در خصوص پیگیری فعال نتایج معوق احتمالی به بیمار آموزش می دهد و در فرم آموزش حین ترخیص ثبت نماید.
۳. پرستار مسئول بیمار، فرم اخذ نتایج پاراکلینیکی معوقه را تکمیل و تحویل والدین نماید.
۴. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت بعد از رویت نتایج پاراکلینیکی داخلی توسط پزشک و تایید، آن را به واحد بایگانی عودت دهد.
- ۵-دستیار تخصصی در صورت بحرانی و غیر طبیعی بودن نتایج پاراکلینیکی به پزشک معالج اطلاع دهد.
۶. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت در صورت بحرانی و غیر طبیعی بودن نتایج پاراکلینیکی داخلی از طریق تلفن به همراهان اطلاع دهد.
۷. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت بعد از اطلاع نتایج پاراکلینیکی غیر طبیعی به همراه بیمار تماس حاصله و نتایج آن را در دفتر مربوطه در بخش ثبت نماید.
۸. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت، کپی نتایج پاراکلینیکی موردی را به همراهان تحویل دهد و در دفتر مربوطه در بخش امضاء بگیرد.
۹. والدین جهت دریافت نتایج پاراکلینیکی معوقه به واحد مربوطه (آزمایشگاه / بایگانی) مراجعه نماید.
۱۰. منشی آزمایشگاه جواب آزمایشات ارسالی را از باکس موجود در آزمایشگاه تحویل همراهان نماید و فرم را تحویل بگیرد.
۱۱. مسئول واحد بایگانی کپی جواب سونوگرافی، ریپورت گرافی ها، ریپورت اقدامات تشخیصی انجام شده را تحویل والدین نماید.

❖ استاندارد چهاردهم - کنترل عفونت:

بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.

❖ استاندارد پانزدهم - استیلیزاسیون:

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

❖ استاندارد شانزدهم - هموویژولانس:

بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت رادزمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجراء مینماید.

➤ نکات قابل توجه در زمان تزریق خون و فرآورده های خونی:

۱. شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی
۲. مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
۳. مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
۴. بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
۵. بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی
۶. بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشستی پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی
۷. نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار
۸. توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون
۹. قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح / نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار و تکمیل فرم مربوطه
۱۰. اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویژولانس

❖ استاندارد هفدهم - غربالگری خون:

بیمارستان روش های اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HVB است. این غربالگری در سازمان بانک خون (خارج از مرکز) انجام می شود.

❖ استاندارد هجدهم - تضمین داروهای حیاتی و ضروری:

بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی ساعات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید.

❖ استاندارد نوزدهم - تفکیک پسماند:

بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماند ها را مبدا تفکیک و کدبندی رنگی می نماید.

❖ استاندارد بیستم - دفع پسماند تیز و برنده:

بیمارستان از رهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماند های نوک تیز و برنده تبعیت می نماید. پس از پر شدن ۳/۴ ظروف مستحکم و ایمن جمع آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده و سپس بی خطر سازی شوند.

- ✓ سوزن سرنگ نایستی مجدداً درپوش گذاری گردد و باید بدون دستکاری داخل safety box جمع آوری شود.
- ✓ سوزن و سرنگ تماماً در safety box جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد. درمورد سوزن و سرنگ آزمایش های تشخیص طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل شود.
- ✓ سوزن ست سرم، جدا شده و در safety box قرار گیرد. مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.
- ✓ محتوای باتل های حاوی سرم های قندی و نمکی که بصورت کامل استفاده نشده اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است را می توان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم، در پسماندهای عفونی قرار گیرند.
- ✓ باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.
- ✓ نصب safety box در اتاق های بستری و تحت نظر (مانند اورژانس) ممنوع است. پسماند های تیز و برنده این مکان ها در داخل سفتی باکس که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شوند. ولی در بخش های ویژه (به جز بخش های دیالیز، CCU و PICU) اتاق ایزوله، اتاق خون گیری آزمایشگاه و اتاق عمل (در یونیت هر بیمار) می توان safety box را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد.

▪ دارو دهی ایمن:

دارو دهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود. هفت قانون دارو دهی عبارت است از **داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح** دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارو دهی اضافه شده، عبارت است از **مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده** می باشد.

▪ داروهای مخدر:

- ✓ نسخه نویسی داروهای مخدر باید توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.
- ✓ جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستور دارویی از حروف درشت استفاده شود.
- ✓ داروهای نارکوئیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه / بخش های بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده نگهداری شود.
- ✓ داروهای نارکوئیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت های دارویی مشخص شوند.
- ✓ سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت ها درج شود. (دفتر تحویل داروهای نارکوئیک)
- ✓ تیم درمانی در مراحل تزریق داروی های مخدر ملزم به **چک مستقل دو گانه** و رعایت هفت اصل درو دهی می باشند.

▪ داروهای با هشدار بالا:

بر اساس منابع معتبر زمانی که " داروهای با هشدار بالا " به اشتباه مورد استفاده قرار می گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است.

- ✓ از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به " داروهای با هشدار بالا " است. دسترسی به " داروهای با هشدار بالا " در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد.

- ✓ داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می باشند در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود.
- ✓ کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده سازی، راه های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند.
- ✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما از روش نگارش به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین در مقابل دوبوتامین).
- ✓ ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود.
- ✓ در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد.
- ✓ بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد.
- ✓ تجویز و آماده سازی " داروهای با هشدار بالا " توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
- ✓ آموزش های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.
- ✓ نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا در تمام مراحل دقیق رعایت شود.
- ✓ فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر، دارای الویت برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده:

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	کلرید پتاسیم	۷	آتروپین
۲	سولفات منیزیوم	۸	اپی نفرین
۳	بیکربنات سدیم	۹	هپارین سدیم
۴	گلوکونات کلسیم	۱۰	رتپلاز
۵	هایپرسالین	۱۱	هالوپریدول
۶	لیدوکائین	۱۲	پروپرانولول

نکته: با توجه به نامه سازمان غذا دارو به شماره ۶۶۵/۹۱۵۲۷ مورخ ۹۷/۱۰/۸ مبنی بر الزام به برچسب گذاری دارو های با هشدار بالا از میدا، **تمامی کارخانجات تولید کننده ۹ قلم فرآورده تزریقی شامل داروهای ردیف یک تا نه جدول فوق که دارای بیشترین عوارض جدی جبران ناپذیر ناشی از اشتباه دارو پزشکی بوده اند، اقدام به برچسب گذاری تمامی قدرت های دارویی این ۹ فرآورده نمایند.**

▪ داروهای مشابه:

- ✓ نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان می باشد.
- ✓ برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.
- ✓ جعبه محتوی ویال ها و آمپول ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.
- ✓ در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.

▪ داروهای حیات بخش:

داروهایی هستند که وجود آنها در ترالی احیا بخش اورژانس و سایر بخش های تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی، ضروری و غیر قابل حذف بوده و عدم وجود آنها موجب آسیب جدی و تهدید حیات بیمار می گردد. استفاده از داروهای دارای علامت ستاره (*) نیازمند استفاده از امکانات مانیترینگ قلبی است.

▪ داروهای ضروری:

داروهایی هستند که وجود آنها در قفسه دارویی بخش تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف هیچ کدام از آنها وجود ندارد.

▪ دارو های مولتی دوز (Multiple dose):

- ✓ به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده شود.
- ✓ استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.
- ✓ به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی در بالین بیماران باز نشود.
- ✓ در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری شود.
- ✓ ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- ✓ ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید.
- ✓ در صورتی که استریلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.
- ✓ در صورتی که تاریخ انقضا دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد).
- ✓ در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.
- ✓ در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضا زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.
- ✓ صرف نظر از تاریخ انقضا دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.

▪ دارو ها یا تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده (ریکال):

- ✓ اطلاع رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده به بخش /واحدها توسط مسئول مراقبت دارویی /مسئول تجهیزات پزشکی
- ✓ نظارت بر جمع آوری فوری دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده
- ✓ نشانگذاری تجهیزات پزشکی فراخوان شده با مدیریت مسئول تجهیزات پزشکی
- ✓ عدم دسترسی کارکنان بالینی به دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محل ارائه مراقبت /خدمت
- ✓ عدم قرار گرفتن دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محدوده داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی در حال مصرف و گردش کار
- ✓ روشن بودن سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان و جمع آوری شده در بخش مراقبت های دارویی / مدیریت تجهیزات پزشکی

▪ **انهدام دارو ها:**

انهدام دارو ها و تجهیزات مصرفی پزشکی تاریخ مصرف گذشته با تدوین صورتجلسه برای هر مورد با حضور مسئول فنی داروخانه انجام می شود. علل عدم مصرف دارو (عدم مصرف در بخش، عدم موجودی داروخانه جهت جابجایی و ...) در صورتجلسه قید گردد. انهدام / تجهیزات مصرفی پزشکی باید توسط واحد مراقبت دارویی انجام گیرد.

▪ **ثبت دارو در کارت دارویی و کاردکس:**

- ✓ حساسیت های دارویی با خودکار قرمز در کاردکس ثبت شود.
- ✓ لیست دارو ها بدین ترتیب نوشته شود: سرم، داروهای تزریقی (ابتدا وریدی و سپس زیر جلدی)، داروهای خوراکی، شیاف، پماد
- ✓ ساعت دارو به صورت اعداد ۰ الی ۲۴ نوشته شود.
- ✓ نام دارو بطور کامل نوشته شود.
- ✓ از هاشور برای ثبت دارو یا تاریخ تکراری در کاردکس استفاده نگردد.

❖ **عوارض ناخواسته دارویی :**

عوارض واکنش و خطاهای دارویی در بیمار، طبق دستورالعمل ثبت عوارض و خطاهای دارویی و راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی مشاهده شده در بیمارستان ها به گروه ثبت و گزارش ایمنی و عوارض ناخواسته فرآورده های سلامت، زیرمجموعه دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو گزارش می شود. یادآوری مهم مفهوم ADR آن است که علی رغم رعایت دارویی صحیح با دوز صحیح، به بیمار صحیح، از راه صحیح، در زمان صحیح با واکنش ناخواسته در بیمار مواجه شویم. این امر با خطاهای دارویی دو مقوله مستقل و متفاوت هستند. کاربرد واکنش های ناخواسته دارویی در ارزیابی کشوری و تصمیم در خصوص حذف اریکال نمودن دارو است. خطاهای دارویی در بخش دارودهی صحیح در مراقبت های عمومی بالینی ارزیابی خواهد شد. بدیهی است گزارش خطاهای دارویی بایستی به مراجع مربوط طبق دستورالعمل وقایع ناخواسته مضمون استانداردهای رهبری و مدیریت در کیفیت منعکس و مدیریت شود.

در این مرکز در صورت بروز هر نوع عوارض ناخواسته دارویی، در فرم مربوطه ADR به رنگ زرد تکمیل و سپس به واحد داروخانه ارسال و از آنجا پیگیری های لازم جهت اطلاع و ارسال توسط مسئول ADR مرکز انجام می شود.

▪ **خطاهای پزشکی (Medical Error) :**

هر گونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است سبب به خطر انداختن ایمنی و سلامتی گیرنده خدمت و بیمار شود، این خطاها مستقل از خطرات ذات بیماری زمینه ای و یا عوارض آن و حتی بیماری نهفته می باشد و به عبارتی بر بیمار تحمیل می شود.

❖ **تعریف انواع خطاهای درمانی:**

۱- خطاهای جبران ناپذیری منجر به مرگ یا آسیب جدی (SENTINEL EVEN) : خطاهای منجر به مرگ یا آسیب جدی فیزیکی و فیزیولوژیک می شوند به عنوان خطاهای SENTINEL یا هشداردهنده نامیده می شوند.

مثال: مرگ یا از دست دادن عملکرد دائمی به شرطی که با بیماری اصلی و یا زمینه ای بیمار ارتباطی نداشته باشد / خودکشی بیمار / جراحی محل عمل اشتباه، بیمار اشتباه، روش اشتباه / رپوده شدن نوزاد یا ترخیص کودک به خانواده دیگر / موارد تجاوز و...

۲- خطاهای منجر به بروز آسیب (ACCIDENT) : خطاهای که اتفاق افتاده و منجر به آسیب هم شده است اما آسیب وارده جبران پذیر است. مانند بیماری که به دنبال سقوط از تخت، دچار جراحت شده است (مانند خراشیدگی پوست)

۳- خطاهای بدون عارضه (NO HARM EVENT یا INCIDENT): خطاهایی که اتفاق می افتد و در نتیجه آن هیچ آسیبی به بیمار وارد نمی شود اما حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان فرایند دارد. حادثه متوقف نمی شود ولی عارضه ندارد. مانند بیماری که از تخت سقوط کرده و هیچ آسیبی به او وارد نشده است.

۴- حوادث نزدیک به خطا (NEAR MISS): یعنی اشتباه و خطایی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را حوادث نزدیک به خطا دارد اما به علت شانس، تشخیص و تصحیح به موقع، خطا متوقف شده و روی نداده است. به عنوان نمونه احتمال سقوط بیمار از تخت که از سقوط بیمار جلوگیری شده و سقوط وی اتفاق نیافتاده است. اما تکرار این خطا می تواند منجر به آسیب جدی وی گردد.

❖ روش های گزارش دهی خطاهای پزشکی:

آنچه که در بحث خطاهای پزشکی حائز اهمیت است گزارش دهی خطاهای پزشکی است. توجه به رویکرد سیستمی به جای سرزنش افراد خطاکار، بررسی و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیر گذار و نهایتاً تغییر سیستم به گونه ای بر پیدایش خطا در داخل سیستم که احتمال وقوع خطا در آن کم شود از اهداف اساسی گزارش خطاهای پزشکی می باشد.

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است.

➤ گزارش دهی خطاهای پزشکی بر حسب آسیب به بیمار به دو صورت می باشد:

۱- گزارش داوطلبانه خطاهای پزشکی: تمامی خطاهایی که منجر به آسیب نشده است شامل خطاهای صورت داوطلبانه توسط پرسنل گزارش داده می شود.

نحوه گزارش: هر خطای پزشکی روی داده در فرم های مخصوص گزارش خطا توسط پرسنل تکمیل شده و در صندوق پیش به سوی ایمنی که در هر بخش قرار داده شده است انداخته می شود. و یا به صورت شفاهی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار اطلاع رسانی می شود (تلفنی، حضوری) و یا در وب سایت بیمارستان در قسمت گزارش دهی خطا ثبت می شود. در این مرکز شاخص های گزارش دهی خطا به صورت فصلی در فصلنامه ایمنی بیمار و folder share بخش ها گذاشته می شود و بخشی که بیشترین گزارش دهی خطا را داشته باشد یا سطح گزارش دهی خطای ایشان به صورت چشمگیری افزایش پیدا کرده باشد شامل تشویقی مالی و کتبی می گردد.

گزارش اجباری خطاهای پزشکی: تمامی خطاهای منجر به بروز آسیب مانند وقایع ۲۸ گانه تهدید کننده حیات بیمار، وقایع ناخواسته ناشی از مصرف نایمن داروهای هشدار بالا یا داروهای مشابه به صورت اجباری بایستی توسط پرسنل گزارش داده شود. این نوع خطاها بلافاصله پس از تکمیل فرم وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان، در ساعات اداری به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و در ساعات غیراداری به سوپروایزر وقت اطلاع داده و سوپروایزر وقت بلافاصله آن را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در همان زمان گزارش می نماید. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به محض اطلاع از وقایع ۲۸ گانه تهدید کننده حیات بیماران، به ریاست بیمارستان و معاونت درمان به صورت پیامک/تماس تلفن اطلاع رسانی می کند. فرم مربوطه در نزدیکترین زمان به معاونت درمان دانشگاه ذیربط اعلام می شود. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری مسئول فنی/ایمنی بیمارستان و دبیر کمیته مرگ و میر جهت برگزاری جلسه RCA (تحلیل ریشه ای وقایع) و عوارض ناخواسته هماهنگی های لازم را بعمل آورد. ریاست بیمارستان (آنکال وقایع ناخواسته) ظرف حداکثر یک هفته با برگزاری جلسه RCA (تحلیل ریشه ای وقایع) نتیجه جلسه را به معاونت درمان اعلام نماید.

دو تکنیک مورد استفاده در مدیریت خطر:

(۱) تحلیل علل ریشه ای (RCA) Root Cause Analysis:

یکی از ابزارهای مدیریت خطر که به صورت گذشته نگر است. تحلیل علل ریشه ای فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت یا علل واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت یا علل می باشد. خطاهای تکراری، حیاتی و ۲۸ وقایع ناخواسته توسط تیم RCA در کمیته مرگ و میر به منظور شناسایی و تحلیل علت ریشه ای خطا مورد بررسی قرار می گیرد.

(۲) ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی (FMEA) Failure Mode Effects Analysis:

یکی از ابزارهای مدیریت خطر که به صورت آینده نگر است. به منظور ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی عوامل زیرساختی و فرایندی مستعدکننده بروز خطاهای پزشکی از طریق بازدیدهای مدیریتی و میدانی ایمنی جمع آوری شده و بعد از تعیین اولویت در کارگروه FMEA در کمیته های مرتبط بررسی و اقدامات اصلاحی انجام می گردد.

❖ ۲۸ وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان:

وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات /مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل تهدید کننده حیات است و محدود به ۲۸ وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی نمی باشد و شامل مواردی است که هرگز نباید اتفاق بیافتد.

➤ وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

- کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
- کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد...)
- کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن
- کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)
- کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

➤ وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

- کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

➤ وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

- کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری...)
- کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

➤ وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

- کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو،...
- کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
- کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی..)

➤ وقایع مرتبط با محیط درمانی:

- کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
- کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
- کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)
- کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله ، ...)

➤ وقایع جنایی:

- کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی
- کد ۲۶. هر گونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
- کد ۲۷. ربودن بیمار
- کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

▪ مدیریت و پیشگیری از سقوط بیمار:

سقوط و آسیب های ناشی از آن دارای تعاریف متفاوتی می باشد. بانک داده های ملی شاخص های کیفیت پرستاری سقوط را " به عنوان افتادن به زمین منجر به آسیب یا بدون آسیب " تعریف می نماید. مطابق راهنمای شناسایی صحیح بیمار در سیستم کد بندی رنگی، رنگ " زرد " برای شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط مورد استفاده قرار می گیرد. ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک برای بیماران در معرض خطر سقوط باید مشخص باشد. برنامه پیشگیری به منظور جلوگیری از خطر سقوط در زمان نقل و انتقال بیماران از بخش به واحدها و بالعکس انجام شود. تمهیدات لازم برای مدیریت و پیشگیری از سقوط بیماران در واحد تصویر برداری پیش بینی شود. در صورت وقوع سقوط بیمار چه منجر به آسیب چه بدون آسیب منجر به آسیب جزء گزارش وقایع ناخواسته می باشد. تشخیص عوامل خطر داخلی و خارجی مؤثر بر سقوط، شناسایی راهکارهای مؤثر در پیشگیری از سقوط را آسان تر می کند. عوامل داخلی، مجموعه عواملی هستند که دارای منشأ فیزیولوژیک می باشند مانند: سابقه سقوط قبلی، اختلالات بینایی، بیماران سالمند، بیماری های حاد و مزمن. عوامل خارجی علل محیطی یا سایر مخاطرات می باشند مانند: مصرف داروهای مؤثر بر سیستم عصبی مرکزی، فقدان ریل های کمکی در توالی و دستشویی، سطوح لغزنده، کفش یا دمپایی نامناسب، پایین بودن نسبت تعداد کمک پرستاران به بیماران.

❖ ارزیابی خطر سقوط بیماران :

با استفاده از معیارهایی دامپی (برای اطفال) یا معیار مورس (برای بزرگسال) احتمال خطر سقوط را در بیماران بستری پیش بینی نمایید:

الف) تمامی بیماران را در بدو پذیرش و در راندهای روتین پرستاری و پزشکی ارزیابی نمایید.

ب) ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری بایستی حداقل یک بار در روز و یا در هنگام تغییر شرایط صورت گیرد.

ج) بر اساس اطلاعات فراهم آمده از بکارگیری معیارها، بایستی مداخلات با توجه به نیاز بیمار طراحی و تنظیم شود.

➤ معیار هامپی دامپی:

در این ابزار بر حیطه های ذیل تأکید می شود:

سن / جنس / تشخیص بالینی / اختلالات شناختی / فاکتور های محیطی / پاسخ به جراحی ، مسکن و یا داروهای بیهوشی / دارو های مصرفی

امتیاز کسب شده براساس معیار هامپی دامپی بین ۱۱-۷ امتیاز جز بیماران در معرض خطر پایین سقوط قرار میگیرند. این بیماران ممکن با تغییر شرایط بالینی جز بیماران در معرض خطر بالا قرار گیرند و نیاز به ارزیابی مجدد دارند. امتیاز کسب شده براساس معیار هامپی دامپی امتیاز ۱۲ و یا بیشتر باشد جز بیماران در معرض خطر بالای سقوط قرار می گیرند. نمره های کسب شده باید در گزارش پرستاری و کاردکس قید شود.

➤ معیار مورس:

در این ابزار بر حیطه های ذیل تأکید می شود:

وجود سابقه افتادن بیمار (سه ماهه گذشته) / تشخیص ثانویه (داشتن بیش از یک بیماری) / وسایل کمک حرکتی / داشتن سرم یا هپارین لاک / وضعیت ذهنی / الگوی گام برداشتن و حرکت

امتیاز کسب شده براساس معیار مورس بین ۲۴-۰ امتیاز جز بیماران ریسک پایین و کم خطر قرار می گیرند. بین ۵۰-۲۵ امتیاز جز بیماران ریسک متوسط و خطر متوسط قرار می گیرند. این بیماران ممکن با تغییر شرایط بالینی جز بیماران در معرض خطر بالا قرار گیرند و نیاز به ارزیابی مجدد دارند. امتیاز کسب شده براساس معیار مورس امتیاز ۵۱ و بیشتر باشد جز بیماران در ریسک بالا و پر خطر قرار می گیرند. نمره های کسب شده باید در گزارش پرستاری و کاردکس قید شود.

نکته: برای ریسک متوسط و بالا باید دستبند زرد استفاده شود.

❖ در صورت مثبت بودن نتیجه ارزیابی، برای پیشگیری از سقوط طرح درمانی بریزید.

- ۱- بیمار یا مراقبین (همراهان) وی را در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.
- ۲- بیماران را راهنمایی کنید که دمپایی یا کفش های مناسب بپوشند تا سر نخورند.
- ۳- مطمئن شوید که در راهروها /مسیر رفت و آمد مانعی بر سر راه بیماران قرار ندارد.
- ۴- حفاظ تخت بیماران را **همیشه** بالا نگهدارید.
- ۵- در اتاق درمان و یا واحدهای تشخیصی همچنین روی تخت اتاق عمل بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید.
- ۶- در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکاردها مطمئن شوید وجابجایی بیماران را به روش ایمن انجام دهید.
- ۷- در شب محیط را به صورت نسبی روشن نگاهدارید.
- ۸- در بین ساعات ۱۲ شب تا ۶ صبح چند بار به بیمار سرکشی بکنید.

- ۹- در صورتی که بیمار داروهایی مصرف می نماید که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن بیمار وی تأثیر گذار است، بیمار را به لحاظ سقوط زمانی که دارو به بیشترین میزان خود در خون وی می رسد کنترل نمایید.
- ۱۰- در نظر بگیرید بیماری که تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک، ضد تشنج و بنزودیازپین هاست احتمال خطر سقوط او بالاست.
- ۱۱- در نظر بگیرید بیماری که داروهایی برای پرفشاری خون، داروهای قلبی، آنتی آریتمی یا ضد افسردگی مصرف می نماید، احتمال خطر سقوط برای وی در حد متوسط است.
- ۱۲- اختلال بینایی بیماران بستری در حد امکان بایستی رفع شود.
- ۱۳- طرح پیشگیری را با سایر تیم درمانی در میان گذاشته و اجرایی نمایید.
- ۱۴- در صورت سقوط، بیمار را حتماً به لحاظ آسیب های احتمالی مرتبط ارزیابی نمایید.
- ۱۵- سهولت دسترسی به میز کنار تخت، دستمال کاغذی، سطل آشغال، زنگ احضار پرستار و ... بررسی شود.
- ۱۶- وضعیت دمپایی بیمار، سطح درد بیمار، دسترسی به داروها در صورت نیاز بررسی شود.
- ۱۷- در صورت لزوم دسترسی بیمار را به واکر، عصا و سایر وسایل کمک حرکتی تسهیل نمایید.
- ۱۸- محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار، بررسی نمایید، بیمارانی که دچار مشکلات حرکتی می باشند وسیله کمک حرکتی آنها بایستی در کنار تخت و به سهولت قابل دسترسی باشد

❖ ترخیص ایمن:

یکی از مهمترین گلوگاه ها در زمینه خدمات مراقبت ارائه شده به بیماران در بیمارستان که می تواند ایمنی بیمار را تهدید کند مرحله ترخیص بیمار از یک سطح از مراقبت به سطح پایین تر و نیازمند توجه کمتر می باشد. ترخیص از بیمارستان به محل اقامت یا نگهداری خارج از بیمارستان و در راس آنها منزل (یا مراکز نگهداری) یکی از دغدغه های مهم ایمنی بیماران می باشد. فرایند ترخیص نه به معنای قطع مراقبت بلکه به عنوان جزئی متاخر از زنجیره مستمر مراقبت می باشد ادامه مراقبتی که الزاماً همانند حضور بیمار در بیمارستان با حضور مستمر کادر بالینی همراه نیست بلکه شکل این ارتباط به اجرای توصیه های مراقبتی ارائه شده حین بستری و هنگام ترخیص و نیز ارتباطات یا مراجعات بعدی و به موقع بیمار به افراد ذی صلاح ارائه کننده خدمت تغییر می یابد. به همین علت، بستری مجدد ناخواسته در بیمارستان یک شاخص عملکردی کلیدی برای بیمارستان محسوب می شود و بسیاری از اتفاقاتی که پس از ترخیص ممکن است برای بیمار اتفاق بیفتد به عنوان وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات مراقبت دسته بندی می گردد. برای نمونه بروز سکت قلبی مجدد برای بیمار در منزل طی ماه اول بستری می تواند به عنوان خطای مراقبتی محسوب گردد.

ترک زود هنگام بیمارستان توسط بیمار می تواند ایمنی وی و استمرار زنجیره مراقبت را دچار اختلال نماید. انتقال ضعیف اطلاعات بین بیمار و کادر درمان و مراقبت و اشتباهات در برقراری ارتباط، دو عامل عمده اختلال در زنجیره مراقبت می باشند. از طرفی اقامت بیمار بیش از میزان لازم، علاوه بر اشغال تخت، تحمیل هزینه های بیمورد به بیمار و بیمارستان و محرومیت سایر بیماران نیازمند از خدمات و تخت های بیمارستانی، بیمار را نیز در معرض مواجهه بیشتر و غیر ضروری با خطرات و تهدید ایمنی وی مانند ابتلاء به عفونت های بیمارستانی قرار می دهد.

ترخیص و برنامه ریزی برای آن فرایندی تیمی است که اعضای از تخصص های مختلف ارائه کننده خدمات مراقبتی و بالینی را شامل می گردد. علاوه بر بیمار و خانواده/مراقبین به عنوان اعضای اصلی و ثابت تیم برنامه ریزی ترخیص، پزشک معالج، پزشکان مشاور، پرستار، تیم توانبخشی و فیزیوتراپی، روانشناس، کارشناس/متخصص تغذیه و البته مددکار اجتماعی اعضای این تیم مهم هستند. باید به نقش مددکار اجتماعی به عنوان یک عضو مهم در تیم برنامه ریزی و اجرای ترخیص بیمار تأکید نمود. با توجه به اهمیت موضوع ترخیص برای ارتقاء فرایند آن در سنجه های اعتباربخشی استفاده از ابزار SMART توصیه شده است. این ابزار به عنوان ابزاری ساده برای ارتقاء کیفیت ایمنی و مراقبت بیمار و ترخیص ایمن طراحی و ارائه گردیده است که اساس آن مشارکت فعال بیمار/خانواده/مراقبین در برنامه ترخیص خود می باشد.

❖ عبارت اختصاری SMART به ۵ عنوان اشاره دارد که به شرح ذیل می باشند:

SMART : Signs, Medications, Appointments, Results, Talks with me

➤ Signs:

علائم و نشانه ها/شکایات (Symptoms) مهم و حیاتی که ضروری است بیمار در طی مدت اقامت در بیمارستان و یا پس از ترخیص آنها را به درستی تشخیص داده، درک نماید و به موقع گزارش یا اقدام کند (مانند تب ۳۸٫۵ درجه، درد قفسه سینه، خونریزی...) علائم، نشانه ها و شکایاتی که نیازمند توجه پزشکی هستند باید برای بیمار قبل از ترک بیمارستان توضیح داده شوند و این علائم توسط بیمار/خانواده وی روی این برگه نوشته شود. بیمار باید آموزش ببیند که برای چه سطح یا شدت از چه علامت یا شکایتی چه بکند و با که تماس بگیرد (اورژانس، بیمارستان، پزشک معالج و ...)

➤ Medications:

سئوالات مربوط به داروهای جدید، تغییر داروها، توقف مصرف داروها، عوارض دارویی و اقدام لازم و به موقع (اقدام اولیه مانند قطع داروها و واکنش های ضروری اولیه، تماس با افراد ذیربط و زمان آن و...)، تواتر مصرف دارو، اندیکاسیون های مصرف و ... توسط بیمار و خانواده وی مطرح و پاسخ داده شوند. اطلاعات دارویی با اهمیت برای بیمار مانند دوز، توضیحات شکل و اندازه و رنگ دارو (قرص، شربت، کپسول، آمپول...) و عوارض توسط بیمار/خانواده وی در برگه نوشته شود. بیمار/خانواده/مراقبین آموزش ببیند پس از ترخیص در خصوص سئوالات دارویی خود (اعم از نحوه مصرف، عوارض و ...) با چه کسی تماس بگیرند (داروساز، پزشک معالج، درمانگاه و ...) و توسط بیمار/خانواده وی روی این برگه یادداشت گردد.

➤ Appointments:

قرارهای برنامه ریزی شده برای ویزیت های بعدی، آزمایشات طی بستری و پیگیری ها و قرارهایی که بیمار یا خانواده باید برای بعد از ترخیص (مانند فیزیوتراپی، ویزیت متخصصین مربوطه مانند قلب یا جراح مربوطه، زمان انجام آزمایشات و ...) پیگیری نمایند. مطمئن شوید بیمار ضرورت پیگیری هایی که برایش برنامه ریزی شده (مانند ویزیت کاردیولوژیست، فیزیوتراپی، ...) را متوجه شده است. محدوده زمانی را که طی آن لازم است این قرارهای پیگیری به انجام برسد مرور کنید.

➤ Results:

مشخص شدن نتایج معوق بررسی های پاراکلینیک اعم از انجام یافته یا در دست اقدام در هنگام ترخیص به منظور پیگیری می باشد. بیمار و خانواده وی را در هنگام ترخیص در خصوص بررسی های پاراکلینیک که نتیجه آنها آماده نیست (مانند نتایج کشت ادرار، پاتولوژی و...) ولی این امر مانع ترخیص نیست آگاه سازید.

➤ Talks with me:

این بخش در حقیقت برای باز کردن باب مکالمه بین بیمار/خانواده وی و ارائه دهندگان خدمت استفاده می شود. بیمار/خانواده را به سمت سئوالات مهم سوق دهید. از ایشان بخواهید لافل در سه موضوع با شما صحبت و طرح سؤال کنند:

-بیمار/خانواده وی را در خصوص طرح سئوالات یا نگرانی ها در خصوص ترخیص و درج آن در این برگه تشویق کنید.

-بیمار/خانواده وی ۳ سؤال یا بیشتر در باره هر آنچه در مورد آن کنجکاو هستند روی این برگه بنویسند.

-بیمار/خانواده وی از پزشک روزانه سئوالات خود را تا روز ترخیص مطرح نمایند تا از انباشتگی اطلاعات هم جلوگیری شود.

****در این مرکز ترخیص ایمن به روش SMART در بر گه آموزش حین ترخیص ثبت می شوند.****

❖ کنترل و مصرف گازهای طبی :

پرسنل هر بخش و واحد بایستی از استاندارد رنگ سیلندرهای گازهای طبی (استاندارد ملی شماره ۳۰۴ با موضوع ۴۵۵۷ / ۲ / د مورخ ۹۵ / بر اساس نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۰۲) آگاهی داشته باشند و از پر بودن کپسول های اکسیژن در ابتدای هر نوبت کاری اطمینان حاصل نمایند.

❖ نکات ایمنی کپسول های گازهای طبی شامل موارد ذیل می باشد:

۱. کپسول های گازهای طبی در مکان های خود محکم شده اند و بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.
۲. حمل کپسول های گازهای طبی پر با کلاهک و ترالی انجام می شود.
۳. دستورالعمل استفاده از کپسول های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.
۴. از سیلندرهای گاز نباید به عنوان غلطک، تکیه گاه و یا دیگر مقاصد به جز تحویل گاز استفاده شود .

رنگ بندی کپسولها بر طبق استاندارد

ردیف	نام گاز یا فرمول شیمیایی	رنگ
۱	No2 (اکسید نیتروژن)	آبی
۲	Co2 (دی اکسید کربن)	خاکستری
۳	هلیوم	قهوه ای
۴	اتیلن	بنفش
۵	سیکلو پروپان	نارنجی
۶	اکسیژن	سفید یخچالی
۷	نیتروژن	سیاه

❖ منبع تغذیه بدون وقفه (UPS) :

UPS بین برق شهر و مصرف کننده قرار گرفته و در صورت قطع برق شهر بدون هیچگونه وقفه برق مصرف کنندگان را تأمین می کند. در بخش های حساس و حیاتی مانند اتاق عمل ، PICU ، NICU ، همودیالیز تغذیه برق برای تجهیزات درمانی و تشخیصی از UPS استفاده می شود. علاوه بر تأمین برق موقت می تواند اثرات مخرب کاهش یا افزایش ولتاژ شبکه و نویز الکتریکی را نیز بر روی مصرف کننده از بین ببرد.

*** تمامی پرسنل بایستی از محل پرین های UPS (برچسب زرد رنگ) بخش خود آگاهی داشته باشند. **

❖ اهداف ایمنی بیمار:



پوستر رعایت بهداشت دست (با ضدعفونی کننده های الکلی):

نحوه شستشوی دست ها

هنگامی که آلودگی قابل رویت روی دست ها وجود دارد آنها را بشویید، در غیر اینصورت از ضد عفونی کننده الکلی استفاده نمایید.

مدت زمان لازم : ۴۰-۶۰ ثانیه



ابتدا دست ها با آب خیس شود



مایع صابون به اندازه کافی روی دست ها ریخته شود



کف دست ها را به هم بمالید



کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و بر عکس



کف دست ها روی هم قرار گرفته و ما بین انگشتان را مالش دهید



انگشتها را در هم تابیده به حالت قفل شده و پشت انگشت ها به کف دست مقابل مالش داده شود



انگشت شست دست چپ را با کف دست راست احاطه کرده به صورت دورانی مالش دهید و برعکس



انگشتان را جمع کرده و به صورت چرخشی در کف دست مقابل حرکت دهید و بر عکس



دست ها را با آب شستشو دهید



دست ها را با دستمال یکبار مصرف خشک کنید



برای بستن شیر آب از همان دستمال استفاده کنید. اینک دستان شما کاملا تمیز است.



دست ها آماده است.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

احاطه کرده و به صورت دورانی مالش دهید و بر عکس

در کف دست مقابل حرکت دهید و برعکس

کنترل عفونت در بیمارستان

عفونت ناشی از خدمات بهداشتی (HAIS) یکی از مشکلات عمده بهداشتی و درمانی بوده و هست. برنامه های کنترل عفونت در جهت کاهش خطر عفونت های اکتسابی در بیمارستان می باشد که علاوه بر حفاظت از بیماران از پرسنل هم محافظت لازم صورت بگیرد.

چهار عفونت شایع ناشی از خدمات بهداشتی:

- ۱) عفونت ادراری
 - ۲) عفونت ناشی از عمل جراحی
 - ۳) پنومونی و عفونت ناشی از ونتیلاتور (VAP)
 - ۴) عفونت دستگاه گردش خون
- (البته عفونت ناشی از ابزارهای مورد استفاده برای بیماران یکی از علل مهم ایجاد عفونت بیماران است)

اهمیت عفونت بیمارستانی:

- ۱) مرگ و میر و ناخوشی بیماران
- ۲) افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان
- ۳) افزایش هزینه های ناشی از طولانی شدن اقامت بیماران، اقدامات تشخیصی و درمانی

راههای انتقال میکروارگانیسم در بیمارستان:

- ۱) انتقال از طریق تماس (Contact)
- * تماس مستقیم
- * تماس غیرمستقیم (از طریق وسایل مشترک و آب و غذا و دارو) و ناقلین
- ۲) انتقال از طریق هوا (شل سل، زونای منتشر و ...)
 - ۳) انتقال از راه قطرات (مثل آنفلوآنزا و پنومونی و کووید)

عوامل مستعد کننده بیماران بر عفونت های بیمارستانی :

۱. سن بیماران (نوزادان، افراد مسن)
۲. بیماری زمینه ای مانند نارسایی عضو اسیدوز کبدی، دیابت ملتیوس، بیماری مزمن انسدادی ریه، نارسایی کلیه، سرطان، نوتروپنی)
۳. نقص ایمنی مادرزادی یا اکتسابی (ایدز، درمان با داروهای سرکوب کننده دستگاه ایمنی، سوء تغذیه)
۴. آسیب پذیری در مقابل عفونت های ویروسی
۵. اختلال در سد دفاعی جلدی دفاعی بدن، سوختگی، جراحی، اندوسکوپي بیماریهای پوستی و مخاطی
۶. بیهوشی، ایجاد خواب آلودگی (Sedation) که به سرکوب سرفه یا کاهش تهویه ریوی منجر می گردد.
۷. استفاده از داروهای آنتی بیوتیک بی رویه و بدون علت، آنتی اسید (تغییر فلور بدن و کاهش مقاومت در مقابل جایگزینی فلور بیمارستانی، انتخاب باکتری ها و قارچ های جهش یافته و مقاوم به آنتی بیوتیک ها و انواع بالقوه مقاوم)
۸. کلونیزه شدن فلور و در نتیجه بروز حالت ناقلی باکتری ها و قارچ های فرصت طلب
۹. عفونت های نهفته و خاموش و فعالیت مجدد آنها بدنبال سرکوب دستگاه ایمنی

کلیه پرسنل درمان و فراگیران جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی ملزم به رعایت نکات ذیل می باشند:

رعایت احتیاطات استاندارد در مورد همه ی بیماران شامل ۱. رعایت بهداشت دست ۲. استفاده از وسایل حفاظت فردی ۳. دفع صحیح وسایل تیز و برنده ۴. شست و شو و ضدعفونی ابزار و وسایل مشترک ۵. انجام پروسیجرها به روش آسپتیک ۶. دفع صحیح پسماندها ۷. رعایت آداب عطسه و سرفه ۸. رعایت بهداشت محیط)

رعایت بهداشت دست

داشتن ناخن کوتاه و عدم استفاده از زیورآلات و لاک ناخن و ناخن کاشته و رعایت بهداشت دست و عدم جایگزینی دستکش به جای رعایت بهداشت دست.

انجام Handrub و Handwash در موقعیت های لازم (لازم به ذکر است پوستر نحوه ی انجام هندراب و هندواش در بخش ها موجود است) (نحوه صحیح بهداشت دست را بدانند و انجام دهند)

استفاده از وسایل حفاظت فردی

استفاده از وسایل حفاظت فردی به طور صحیح و در مواقع لزوم و دفع صحیح وسایل حفاظت فردی به درستی در سطل عفونی و عدم استفاده از یک جفت دستکش جهت مراقبت از دو بیمار

نکات مهم:

توجه به نوع ایزولاسیون بیمار (مستقیم یا معکوس)
رعایت احتیاطات (هوایی، قطرات، تنفسی) براساس راه انتقال بیماری
ارائه آموزش های لازم به بیماران در خصوص رعایت بهداشت و بهداشت شخصی و احتیاطات براساس نوع بیماری
استفاده از پوشش مناسب در هنگام ورود به بخش های ویژه (پیوند، اتاق عمل)
همکاری با واحد کنترل عفونت در انجام بیماریابی عفونت های بیمارستانی و اجرای برنامه های کنترل عفونت و سنجش های اعتباربخشی
انجام آنتی بیوتیک تراپی بیمار با توجه به مقاومت میکروبی و جواب آنتی بیوگرام و با ارائه آموزش های لازم به بیمار در خصوص مصرف به موقع دارو و اتمام کامل دوره درمان

دفع صحیح وسایل تیز و برنده (ایمنی فراگیر)

یکی از مخاطرات جدی که پرسنل پزشکی و پرستاری را در زمان ارائه خدمات درمانی به ویژه هنگام تزریقات تهدید می کند، فرو رفتن سوزن آغشته به خون یا ترشحات خونی بیماران در دست پزشک یا پرستار است. این عارضه که اصطلاحاً به آن نیدل استیک شدن گفته می شود ممکن است به عوارض جبران ناپذیری همچون ایدز، هپاتیت B، هپاتیت C یا سایر بیماریهای عفونی منتهی شود و فرد مراقبت دهنده را تا آخر عمر با مشکلاتی مواجه کند. پرستاران و به ویژه پرستاران جوان و یا پزشکانی که دوره اینترنی را طی می کنند بیشتر در معرض این گونه آسیبهای قرار دارند. شیوع این عارضه با عوامل مختل کننده تمرکز شامل شلوغی، حجم کاری، شیفت کاری، حواسپرتی، عجله کردن، خستگی و ناکافی بودن آموزش و کم تجربگی ارتباط مستقیم دارد.

مایعات خونی که ممکن است ویروس های قابل انتقال را منتقل کنند:

- ✓ خون
- ✓ مایعات مهبل و واژینال
- ✓ بزاق در رابطه با دندانپزشکی
- ✓ منی
- ✓ مایع مغزی نخاعی
- ✓ مایع دور قلب پریکارد
- ✓ شیر پستان انسانی

- ✓ مایع صفافی
- ✓ مایع پلورجنب
- ✓ مایع سینوویال
- ✓ نسوج یا اندامهای انسانی جایگذاری نشده
- ✓ مایع یا نسج مترشحه از زخم یا سوختگی
- ✓ هرگونه مایع بدن در صورتی که به خون قابل مشاهده آلوده باشد.

نکات مهم در استفاده از اجسام تیز و برنده

همه اقلام تیز بایستی در ظروف مخصوص اجسام تیز با مشخصات قابل قبول دور انداخته شوند. (Safety Box) سرنگ هایی که با سرسوزن همراه هستند بایستی در ظروف مخصوص اجسام تیز جای داده شوند. همه اجسام تیز استفاده شده بایستی در همان مکان استفاده و توسط شخص استفاده کننده دور انداخته شوند. اجسام تیز و سوزنهای آلوده بایستی دوباره در کاور گذاشته شوند. در صورتی که به دلیل امنیتی خاصی مطلقاً لازم باشد که سوزن مجدداً در کاور خود بازگردانده شود، سوزن را با یک دست روی یک سطح صاف به داخل غلاف بلغزانید تا در نتیجه از خطر احتمالی جراحات در امان باشید. ظروف مخصوص اجسام تیز بایستی در همه مکانهایی که اجسام تیز پزشکی مورد استفاده قرار می گیرند در دسترس باشد اما بایستی در دسترس کودکان قرار گیرد.

دستورالعمل اقدامات لازم بعد از مواجهه شغلی:

شخصی که متحمل جراحات ناشی از سرسوزن یا تماس با مایعات بدن شده است، در معرض خطر ابتلا به بیماری قابل انتقال از طرق خون خصوصاً هپاتیت B، هپاتیت C و ایدز می باشد و بایستی واکسیناسیون علیه هپاتیت B انجام شده و فرد از میزان تیترا آنتی بادی هپاتیت B خود آگاهی داشته باشد.

بلافاصله زخم را بطور کامل با صابون و آب جاری بشویید. عضو را به منظور خروج خون بیشتر فشار ندهید. اطراف آن را با پارچه ضد عفونی شده تمیز کرده و روی آن را با چسب محافظ بپوشانید. اگر خون به داخل چشم یا دهان پاشیده شده باشد، بلافاصله کار را متوقف کرده و محل را با آب لوله کشی یا سرم نرمال سالین بشویید. هرگز چشم خود را نمالید.

به پرستار کنترل عفونت/ سوپروایزر بالینی را اطلاع داده و فرم حادثه را خیلی زود پر کرده و به او تحویل دهید. اگر فرد منبع مشخص است، ۵ تا ۱۱ سی سی از خون (سرم) او را برای تست آنتی ژن سطح هپاتیت B، آنتی بادی هپاتیت C و آزمایش HIV جمع آوری کنید و همچنین نمونه فرد مواجهه شونده برای بررسی و HBSAg و HBSAb و HBCAb و HIVAb و HCVAb ارسال شود. نتایج فرد منبع و فرد آلوده شده بایستی به متخصص کنترل عفونت اطلاع داده شود. در صورتی که فرد منبع آلوده باشد، برنامه پیگیری برای تست های ۱،۵، ۳ و ۶ ماهه جهت هپاتیت B، هپاتیت C و HIV ترتیب دهید و در صورت لزوم طبق توصیه متخصص عفونی از آنتی ویروس ها یا ایمونوگلوبولین و واکسن استفاده شود (طبق فلوجارت مواجهات شغلی)

شناخت استانداردهای زیست محیطی

شرح انواع پسماندهای پزشکی ویژه :

پسماندهای عفونی

پسماندهای عفونی مطلقاً به داشتن عوامل زنده بیماریزا (باکتریها، ویروسها، انگل ها یا قارچها) به مقدار و یا کیفیتی که بتوانید در میزبانان حساس موجب بیماری شوند، می باشند. این رده شامل موارد ذیل است :

کشت و مواد نگهداری شده حاوی عوامل بیماریزای ناشی از کار آزمایشگاه

پسماندهای ناشی از عوامل جراحی و کالبد شکافی اجساد مبتلا به بیماریهای عفونی (مانند بافتها، مواد و تجهیزات) که در تماس با خون یا دیگر آبگونه های بدن).

پسماندهایی که در تماس با بیماریهای عفونی (مانند بافتها، مواد و تجهیزات) که در تماس با خون یا دیگر آبگونه های بدن) پسماندهایی که در تماس با بیماریهای عفونی همودیالیز شده باشند (مانند تجهیزات دیالیز از جمله لوله گذاری و فیلترها، حوله های یکبار مصرف، گان، پیشبند، دستکش و لباس آزمایشگاه) هر نوع اسباب یا مواد دیگری که در تماس با اشخاص یا جانوران آلوده بوده اند.

توجه: اجسام تیز و برنده آلوده نیز زیر مقوله پسماندهای عفونی اند اما در این ضوابط جداگانه شرح داده می شوند. کشت ها و مواد نگهداری شده بشدت آلوده کننده و شامل عوامل بیماریزای عفونی بوده پسماند کالبد شکافی ها، اجساد جانداران و دیگر پسماندهایی که به آنها تلقیح شده و آلوده شده اند یا در تماس با این گونه عوامل بیماریزا بوده اند « پسماند بشدت آلوده کننده » نامیده می شوند.

پسماندهای آسیب شناختی

پسماندهای آسیب شناختی شامل بافتها، اندامها، اجزای بدن، جنین انسان و جسد جانداران، خون و آبگونه های بدن اند. در این مقوله اجزای قابل شناسایی بدن انسان و جانوران را پسماندهای تشریحی می نامند.

اجسام تیز و برنده

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی ها و یا سوراخ شدگی شوند. و عبارتند از سوزنهای، سوزنهای زیر جلدی، تیغه چاقوی جراحی، و دیگر تیغه ها، چاقوست ها انفوزیون، اره ها، شیشه شکسته ها، و ناخن بیماران و ... که ممکن است عفونی باشند یا نباشند. به هر حال بعنوان پسماندهای بشدت تهدید کننده سلامتی به شمار می آیند.

پسماندهای دارویی

پسماندهای دارویی عبارتند از داروی تاریخ گذشته، مصرف نشده، تفکیک شده و آلوده کننده، واکسن ها مواد مخدر و سرم هایی که دیگر به آنها نیازی نیست و باید به نحو مناسبی دفع شوند. این رده همچنین شامل اقلام دور ریخته شده مورد مصرف در کارهای دارویی مانند بطری ها و قوطی های دارای باقیمانده داروهای خطرناک، دستکش ماسک، لوله های اتصال، و شیشه (ویال) های داروها هم بوده که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر باشند.

پسماندهای ژئوتوکسیک

پسماندهای ژئوتوکسیک به شدت خطرناکند و ممکن است خصوصیات ایجاد جهش سلولی عجیب الخلقه یا سرطان زایی داشته باشند این پسماندها مشکلات ایمنی جدی به وجود می آورند. این مشکلات هم درون بیمارستان و هم پس از دفع پسماندها در بیرون از بیمارستان می تواند باشد و باید مورد توجه خاص قرار داشته باشند. پسماندهای ژئوتوکسیک می توانند دارای سایتوتوکسیک (یا ضد نئوپلازی) که مواد اصلی این مقوله را تشکیل می دهند می توانند بعضی سلولهای زنده را بکشند یا رشد آنها را متوقف کنند. این داروها برای شیمی درمانی سرطانها به کار می روند. داروهای سایتوتوکسیک نقش مهمی در درمان انواع بیماریهای نئوپلازیک دارند همچنین به عنوان ماده ایمونوساپرسیو هنگام پیوند اندام و درمان بیماریهای گوناگون دارای اساس ایمنی شناختی کاربردهای گسترده ای دارند. داروهای سایتوتوکسیک بیشتر اوقات در بخشهای تخصصی مانند بخش سرطان شناسی و واحدهای پرتو درمانی مصرف می شوند. که نقش اصلی آنها درمان سرطان است.

**** در زمان شیوع کرونا کلیه ی پسماندها جزء پسماند عفونی محسوب می شوند به جز پسماندهای شیمیایی و رادیواکتیو که در اولویت نسبت به پسماندهای عفونی هستند.****

کدبندی رنگی پسماندهای تفکیک شده ی بیمارستانی

ردیف	نوع پسماند	رنگ ظرف	شکل ظرف	برچسب
۱	پسماند عادی (پسماند شبه خانگی شامل: پاکت آبمیوه، پلاستیک، پسماند غذایی، کاغذ و ...)	سطل آبی کیسه سیاه		عادی
۲	عفونی (وسایل آغشته به خون و ترشحات بیمار، دستکش و ماسک مصرف شده و ...)	سطل زرد کیسه زرد		عفونی
۳	تیز و برنده (سرسوزن و سرنگ، پوکه آمپول، ویال دارویی شکسته شده، لانست، تیغ جراحی و تیغ بیستوری، لام و لامل آزمایشگاهی و ...)	Safety Box استاندارد زرد با درب قرمز		تیز و برنده دارای خطر زیستی
۴	شیمیایی/داروئی (داروهای تاریخ مصرف گذشته، باقی مانده دارویی، گندزدهای اضافی و تاریخ گذشته، حلال آزمایشگاهی و ...)	سطل سفید کیسه سفید		شیمیایی داروئی

کتابخانه

تاسیس کتابخانه :

کتابخانه بیمارستان سیدالشهداء(ع) در سال ۱۳۶۷ با حدود ۲۰۰ جلد کتاب راه اندازی شد. در حال حاضر ساختمان جدید کتابخانه، سالن مطالعه و سایت بیمارستان در (دیماه ۱۳۹۸) در ساختمان شماره ۶ طبقه همکف جهت سرویس دهی به مراجعین واقع شده است.

آیین نامه شیوه استفاده از کتابخانه

۱. مخزن کتابخانه به صورت قفسه باز (Open stock) اداره می گردد.
۲. امانت منابع کتابخانه مرکز براساس آئین نامه امانت دانشگاه و در مواردی نیز آئین نامه داخلی انجام می شود.
۳. اشتراک اینترنت به صورت vpn (مراحل تنظیمات vpn روی گوشی یا لپ تاپ در سایت کتابخانه می باشد)
۴. دسترسی به wifi کتابخانه جهت کاربران با هماهنگی مسئول کتابخانه موجود میباشد.
۵. بخش اطلاع رسانی کتابخانه بیمارستان
واحد اطلاع رسانی پزشکی بیمارستان در بخش کتابخانه قرار دارد و با استفاده از چهار رایانه به کاربران سرویس دهی می نماید. جستجوی مقالات علمی مورد نیاز مراجعین از اینترنت و بانکهای اطلاعات پزشکی دانشگاه (که از معتبرترین ناشرین بین المللی تهیه شده) و سرویس دهی کتب الکترونیک و مجلات الکترونیک از طریق این واحد می باشد.
۶. جستجوی منابع چاپی و الکترونیکی (کتاب، ژورنال، پایان نامه ها و پایگاههای اطلاعاتی پزشکی) از طریق نرم افزار جامع کتابخانه و سایت کتابخانه دیجیتال دانشگاه می باشد که در صورت نیاز به صورت فردی در کتابخانه بیمارستان به کاربران آموزش داده می شود.
۷. مجموعه کتابخانه شامل کتاب لاتین، کتاب فارسی، پایان نامه، گزارش طرح تحقیقاتی (که فهرست آنها در نرم افزار کتابخانه) و فایل های pdf تعدادی از کتابها و CD (روی سیستمهای کامپیوتری کتابخانه) می باشد.
۸. رده بندی منابع کتابخانه بیمارستان سیدالشهداء(ع)
تمام کتابهای با موضوع پزشکی کتابخانه های علوم پزشکی اصفهان دارای رده بندی NLM می باشند و کتابهای با موضوع غیر پزشکی دارای رده بندی کنگره LC می باشد که از طرف کتابخانه مویدالاطباء به کتابها داده شده است.
۹. مخزن، سالن مطالعه و سیستمهای کامپیوتری
* مخزن کتابخانه و سالن مطالعه همه روزه به جز ایام تعطیل از ساعت ۷:۱۵ صبح الی ۱۴:۱۵ بعد از ظهر باز می باشد.
* در حال حاضر در سایت کتابخانه سه سیستم کامپیوتری جهت مراجعین محترم می باشد که استفاده از این کامپیوتر تنها با هماهنگی مسئول کتابخانه امکان پذیر است و فقط جهت جستجوی منابع علمی و پژوهشی می باشد و هرگونه استفاده دیگری از آن ممنوع است.
* لطفا پس از استفاده از سیستم کامپیوتر در صورتیکه فایلی بر روی Desktop دانلود و یا کپی کرده اید و نیازی به آن ندارید آنرا حذف نمایید.
* به دلیل محدود بودن سیستم رایانه ای کتابخانه از استفاده به مدت طولانی از سیستم رایانه کتابخانه خودداری نمایید تا دیگر پرسنل نیز بتوانند استفاده کنند.
* پرینتر کتابخانه فقط جهت پرینت مقاله و پژوهشهای علمی می باشد.
* در صورتیکه تعداد پرینتهای شما زیاد باشد از پرینتر استفاده نشود.
* مراجعین موظف می باشند قبل از ورود به کتابخانه تلفن همراه خود را خاموش نموده و با کیف و وسایل شخصی وارد مخزن کتابخانه نشوند

خدمات دیگر کتابخانه (اطلاع رسانی، کلاسهای آموزشی و آموزشهای چهره به چهره):

۱. لیست کتابهای تازه خریداری شده در وب پیج کتابخانه (centlib.mui.ac.ir/ssh/news) بخش اطلاع رسانی موجود می باشد.
۲. برگزاری نمایشگاه از کتابهای تازه خریداری شده و یا اهدایی به کتابخانه در طول سال انجام می شود..
۳. لیست کتابهای خریداری شده در تابلو اعلانات مربوط به کتابخانه می باشد.
۴. کاربران و فراگیران محترم میتوانند جهت امور پژوهشی مربوط به جستجو در پایگاههای الکترونیکی پزشکی و آموزش دسترسی به منابع دیجیتال دانشگاه که در سایت کتابخانه دیجیتال (diglib.mui.ac.ir) موجود است به کتابدار بیمارستان مراجعه نمایند.
۵. در صورت تمایل می توانید ایمیل خود را به کتابدار کتابخانه بدهید تا لیست کتابهای جدید و زمان برگزاری نمایشگاه ها و آخرین تغییرات دستیابی به پایگاههای الکترونیکی پزشکی به شما اطلاع داده شود.
۶. شماره داخلی کتابخانه جهت تماس با کتابدار ۲۰۱۱ می باشد.
۷. فراگیران گرامی کلاسهای توجیهی بدو ورود دانشجویان در اولین دوشنبه هر ماه با هماهنگی مسئول آموزش بیمارستان و مسئول کتابخانه بیمارستان در سالن کنفرانس دکتر دبیری یا سالن شورا برگزار می گردد. (لطفا جهت آشنایی با خدمات کتابخانه های بیمارستانی و دسترسی به منابع علمی پزشکی در این کلاسها حضور داشته و در صورت داشتن سوالات بیشتر به مسئول کتابخانه مراجعه نمایید) (اسلاید معرفی دسترسی به منابع علمی در وب پیج کتابخانه قسمت راهنمای کاربران جهت مطالعه قرار داده شده)
۸. معرفی مهمترین وب سایتها و وب پیجها جهت دسترسی به منابع علمی پزشکی شامل:

سایت کتابخانه دیجیتال: diglib.mui.ac.ir

مجموعه Daneshlink موجود در سایت کتابخانه دیجیتال

سایت کتابخانه مرکزی: centlib.mui.ac.ir شامل (وب سایت کتابخانه های دانشکده ای و کتابخانه های بیمارستانی)

وب پیج کتابخانه بیمارستان: centlib.mui.ac.ir/ssh/news شامل: اخبار روز آمد، معرفی کتابخانه، پرسنل، آیین نامه ها، فرایندها، گزارش عملکرد، خدمات کتابخانه، خدمات بیماران، راهنمای کاربران، کارگاه آموزشی، اطلاع رسانی، آلبوم تصاویر، ساعات کار، تماس با ما، لینک پرسش از کتابدار، لینک نرم افزار کتابخانه، سامانه نوپا، سامانه منع یاب، و...

سایت بیمارستان سیدالشهداء(ع): omid.mui.ac.ir (جهت دسترسی به لینک وب پیج کتابخانه بیمارستان، لینک کتابخانه مرکزی و لینک کتابخانه دیجیتال)

۹. معرفی مهمترین سامانه ها و پایگاههای پزشکی بالینی مانند:

سامانه نوپا (نظام نوین اطلاعات پژوهشهای پزشکی ایران) به آدرس <http://research.ac.ir>

سامانه منبع یاب به آدرس <http://rsf.research.ac.ir>

پایگاه اطلاعاتی پزشکی بالینی clinical key در کتابخانه دیجیتال دانشگاه

۱۰. ایمیل کتابخانه جهت پیشنهادات شما فراگیران و کاربران گرامی: hospital.omid@gmail.com

آئین نامه امانت کتابخانه

ماده ۱: شرایط امانت منابع کتابخانه:

- ۱-۱. منابع کتابخانه با ارائه کارت شناسایی کارمندی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کارت دانشجویی توسط صاحب کارت امانت داده می شود.
- ۱-۲. مدت امانت کتاب جهت پزشکان ۱۵ روز و سایر اعضا یک هفته تا ده روز می باشد و در صورت امکان و عدم درخواست امانت دوبار تمدید می شود.
- ۱-۳. کتابهایی که دارای متقاضی زیاد می باشد و تعداد نسخه های آن در کتابخانه محدود است به صورت رزرو درآمده و حداکثر به مدت ۲۴ ساعت بنا به تشخیص کتابدار امانت داده می شود.
- ۱-۴. سی دی ها به مدت ۳ روز امانت داده می شود.
- ۱-۵. فایل دیجیتال پایان نامه ها در نرم افزار جامع کتابخانه بارگزاری شده و فراگیران محترم میتوانند با ورود شماره دانشجویی و کدملی به این فایلها دیجیتال دسترسی پیدا کنند.
- ۱-۶. مراجعین موظفند منابع امانت گرفته شده را در تاریخ تعیین شده به کتابخانه برگردانند و در صورت نیاز با صلاحدید کتابدار نسبت به تمدید آن اقدام نمایند.

۷-۱. مراجعین موظفند از خط کشیدن زیر نوشته ها و یا حاشیه نویسی در کتابهای امانتی اکیدا خودداری نمایند.

ماده ۲: شرایط عضویت :

فراگیران با ارائه کارت دانشجویی دانشگاه می توانند از امکانات کتابخانه استفاده نمایند.

ماده ۳: استفاده کنندگان منابع :

کارآموزان، کارورزان، دستیاران تخصصی فوق تخصصی و فلوشیپ، پزشکان - پیراپزشکان - پرستاران - پرسنل مرکز - بیماران و همراهان بیمار علاقمند به مطالعه (محققین و پژوهشگران با ارائه معرفی نامه) .

ماده ۴: شرایط تاخیر در امانت کتاب .

چنانچه در موعد مقرر منابع بازگردانده نشود تاسه مرتبه به فرد مذکور تذکر داده می شود و سپس فایل امانت فرد در نرم افزار امانت دانشگاه به مدتی که کتابدار تعیین نماید مسدود خواهد شد.

ماده ۵: شرایط مفقود شدن کتاب.

در مورد کتابهایی که توسط امانت گیرنده مفقود گردید و یا مطابق نظر کتابدار به آن خسارت وارد شده بایستی آخرین چاپ منبع مربوطه حداکثر ظرف مدت یک ماه از طریق بازگشت کتاب توسط امانت گیرنده تهیه و به کتابخانه تحویل گردد و چنانچه تهیه نسخه اصلی کتاب مقدور نباشد شخص امانت گیرنده موظف است معادل ریالی کتاب مذکور (در مورد کتابهای لاتین به قیمت دلار محاسبه می گردد) رابه حساب درآمد بیمارستان واریز و اصل فیش رابه کتابخانه تحویل نماید.

واحد تغذیه

این بخش در طبقه زیرزمین بیمارستان ثامن ائمه امام رضا (ع) واقع شده است مهمترین وظیفه ی پرسنل این واحد ارائه خدمات رژیم درمانی به بیماران بستری و سرپایی می باشد و علاوه بر شرح وظایف مصوب وزارت متبوع موظف به تهیه ی منوی غذایی پرسنل و بیماران به صورت ماهیانه می باشند.

تلفن داخلی (واحد تغذیه): ۲۱۰۱

طبخ و توزیع غذای این بیمارستان طی برگزاری مناقصه به بخش خصوصی واگذار شده که پیمانکار موظف به تامین نیروی انسانی طبق قرارداد و رعایت مفاد قرارداد می باشد. خرید اقلام مورد نیاز توسط خود بیمارستان طبق تابل غذایی نوشته شده توسط کارشناس تغذیه تهیه می شود. رستوران مرکز در طبقه ی زیرزمین بیمارستان ثامن ائمه امام رضا (ع) واقع شده است.

ساعات سرو غذا در این مرکز به شرح ذیل است:

صبحانه: ۷:۳۰-۶

ناهار: ۱۳:۳۰-۱۲:۰۰

شام: ۲۱-۱۹:۴۵

دریافت غذا از رستوران مرکز پس از ارائه ژتون صادر شده توسط کارشناس خدمات آموزشی مرکز امکان پذیر است.

واحد دبیرخانه

مکاتبات اداری یکی از وسایل انتقال اطلاعات برای اجرای وظایف در هر سازمان است که یکی از ابزارهای مهم مدیریت در تهیه برنامه ها و تصمیم گیری های اداری محسوب می شود.

با توجه به اهمیت مکاتبات اداری و سهم بزرگ آن در پیش برد اهداف مورد نظر، لازم است که به اصولی که رعایت آنها باعث گردش صحیح کار و افزایش کارایی می شود، توجه نمود. در بحث گردش مکاتبات اداری، دبیرخانه نقش مهمی به عهده داشته و شاهره ارتباطی هر مجموعه به حساب می آید. بدون تردید نبودن یک سیستم و برنامه منظم و مدون برای طبقه بندی، تنظیم و نگهداری و در نهایت استفاده از اسناد و مدارک، موجب تراکم و پراکندگی پرونده ها، کندی در مراحل انجام کار، دوباره کاری ها و در نتیجه اختلال در گردش مکاتبات و اجرای وظایف مربوط به آن سازمان می گردد.

دبیرخانه واحد سازمانی مشخصی است که آسان سازی کارها، افزایش دقت و سرعت امور و بخصوص بستری مناسب برای ایجاد ارتباط شفاف و سازنده بین مدیران، کارکنان و مراجعان سازمان می باشد و ضمن انجام عملیات ثبت و توزیع مکاتبات و مراسلات اداری، نظارت بر حسن جریان گردش نامه های وارده و صادره در داخل و خارج مرکز را تقبل می نماید.

اهداف این واحد:

1. نظارت بر سوابق و اطلاعات از مرحله تولید تا آخرین مرحله انتقال اسناد به آرشیو ملی و امحای اوراق
2. طبقه بندی، تنظیم و نگهداری اسناد و ایجاد امکان دسترسی سریع به آن
3. برقراری ارتباط اداری سازمان متبوع با واحدهای داخلی، خارجی و سایر سازمانها
4. تبادل اطلاعات در راستای ارتقا کیفیت ارائه خدمات، افزایش رضایتمندی پرسنل، ارباب رجوع و مدیر مافوق
5. ایجاد بستری مناسب برای ارتباط شفاف و سازنده در سازمان

سیستم آتش نشانی مرکزی

آتش سوزی یکی از خطرناک ترین پدیده هائی است که خسارتهای جانی و مالی زیادی به وجود می آورد و خطری واقعی برای مراکز خدماتی همچون بیمارستان است. از آنجا که بیماران بستری در بیمارستان عموماً افراد ناتوانی هستند که امکان نجات خود را ندارند، بنابراین آتش سوزی در بیمارستان بیش از هر مکان عمومی دیگری می تواند باعث خسارتهای جانی شود، بعلاوه به دلیل وجود دستگاهها و تجهیزات گران قیمت و متعدد در بیمارستان، آتش سوزی باعث خسارتهای مالی بزرگی می شود.

خاموش کننده های مرکز

کپسول های آتش نشانی موجود در مرکز دو نوع می باشند:

1. پودر و گاز: برای آتش سوزی گروه A، B، C
2. CO₂: برای موارد آتش سوزی گروه A، B و e (خاموش کردن تابلوهای برق و موارد آتش با نفت و گاز)
جعبه F: قابل استفاده برای تمام گروه ها به جز تابلوهای برق و وسایل الکتریکی
تذکر: در مواقع آتش سوزی از آسانسورها استفاده نشود و از راه پله های اضطراری که در طبقات مشخص شده اند استفاده گردد.

نحوه تکمیل پرونده بیماران

- ✓ از زبان فارسی یا انگلیسی جهت تمامی گزارش های پزشکی در پرونده بیمار استفاده گردد.
 - ✓ تشخیص نهایی، اقدام درمانی، عوارض و پیامدها، علت خارجی بیماری و صدمه، علت فوت به زبان انگلیسی باشد.
 - ✓ در تمامی گزارش ها درج تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت الزامی است.
 - ✓ از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده استفاده شود.
 - ✓ کلیه دستورات شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی ۲۴ ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.
- روش تصحیح خطاهای مستندسازی:** یک خط ساده روی مطلب اشتباه کشیده شده و اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود. تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود.
- اگر خطا در یادداشت های تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.
- ثبت داده ها با تاخیر:** 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.
- ثبت داده های جدید تحت عنوان «ثبت تاخیری» مشخص گردد. تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.
- فرم پذیرش و خلاصه تروخیص:** پزشک معالج مکلف است تشخیص اولیه، تشخیص حین درمان، تشخیص نهایی و اعمال جراحی و سایر اقدامات پزشکی را در قسمت مربوطه به زبان انگلیسی و به طور کامل ثبت کند

وضعیت بیمار به هنگام ترخیص ثبت گردد. در صورت فوت بیمار ثبت علت فوت به همراه تاریخ و ساعت و مشخص نمودن فوت قبل یا بعد از ۲۴ ساعت الزامی است. در پایان مهر و امضاء پزشک معالج (اتند) پس از بررسی و اطمینان از تکمیل بودن پرونده، مهر و امضاء رزیدنت الزامی است.

فرم خلاصه پرونده: پزشک معالج (اتند) بایستی پس از دستور ترخیص، اقدام به تکمیل این فرم نماید.

محتوی خلاصه پرونده: دلیل بستری شدن بیمار، خلاصه ای مختصر از تشخیص ها و یا هر گونه بیماری همراه و یا عارضه، مهم ترین یافته های دوران بستری، اقدامات انجام شده و درمان ارائه شده، شرایط بیمار در زمان ترخیص (توصیف محدودیت ها)، ثبت دستورات بیمار و خانواده آن ها برای ادامه مراقبت و یا پیگیری

فرم شرح حال: فرم شرح حال باید در مدت ۲۴ ساعت اول پذیرش، توسط پزشک معالج تکمیل گردد.

محتوای فرم شرح حال: نشانه های بیماری فعلی، تاریخچه بیماری فعلی، تاریخچه بیماری قبلی، داروهای در حال مصرف و سایر اعتیادات، حساسیت، سوابق فامیلی، معاینات بدنی و بررسی های بالینی
تشخیص اولیه یا موقت را بایستی بصورت کامل و به زبان انگلیسی ثبت شود. ثبت تشخیص الزامی است. اگر توسط اینترنت، اکسترن و یا رزیدنت نوشته شود باید توسط پزشک معالج تایید (مهر و امضاء) گردد.

فرم سیر بیماری: در اولین یادداشت سیر بیماری (on service note) باید وضع عمومی بیمار به هنگام پذیرش بیان گردد.

در آخرین یادداشت های سیر بیماری (off service note) باید وضعیت بیمار در هنگام ترخیص (فوت و علت فوت، بهبودی، انتقال به مراکز دیگر و...) و نکات مهم و عمده جهت پیگیری درمان شامل برنامه های مراقبتی بیمار بعد از ترخیص، فعالیت بیمار، رژیم غذایی بیان گردد.

فرم درخواست مشاوره پزشکی: ثبت تاریخ و ساعت درخواست مشاوره، نام پزشک درخواست کننده و نوع مشاوره (اورژانسی و غیر اورژانسی) و مهر و امضای پزشک درخواست کننده الزامی است.

ثبت درخواست مشاوره و توضیحات آن توسط پزشک معالج (پزشک درخواست کننده) الزامی است.
ثبت مشاهدات و نظریات و در صورت نیاز روش های درمانی توصیه شده، دستورات دارویی پزشک مشاوره دهنده، و مهر و امضاء تاریخ و ساعت ارائه مشاوره الزامی است.

فرم گزارش عمل جراحی: این فرم باید بلافاصله بعد از عمل جراحی تکمیل گردد.

محتوای یک گزارش عمل: شرح دقیق یافته ها، اقدامات فنی، موضوع آناتومیکی مورد جراحی، مشخصات نمونه برداشته شده، تخمینی از خون از دست رفته، تشخیص بعد از عمل

فرم دستورات پزشک: ثبت کلیه دستورات درمانی بیمار با ذکر تاریخ و ساعت دستورات داده شده الزامی است. دوزهای دارویی با خط درشت و خوانا نوشته شود. مهر و امضاء پزشک در پایان دستورات الزامی است.

رفع نقص پرونده پزشکی: پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت، پس از بررسی کمی و کیفی پرونده، در صورت ناقص بودن پرونده، مستندساز را از طریق تماس تلفنی از نقص پرونده پزشکی آگاه می کنند.
مستندساز موظف است طی ۷۲ ساعت از تاریخ دریافت نقص نسبت به رفع نقص مراجعه کند.
چنانچه پرونده ظرف ۷۲ ساعت رفع نقص نگردد ابتدا به صورت شفاهی اخطار داده می شود و در صورت تکرار مسئول مدیریت اطلاعات سلامت درخواست تذکر کتبی را به مدیریت مرکز ارسال می کند.

نحوه همکاری فراگیران در آموزش

۱. فراگیر آموزش به بیمار را به شیوه ذیل اجرا می نماید.

الف- آموزش به بیمار در طول بستری:

- ✓ بیماری و نحوه درمان را به بیمار توضیح می دهد.
- ✓ مراحل و طول احتمالی درمان را به بیمار توضیح می دهد.
- ✓ درمان های جایگزین را به بیمار توضیح می دهد.

- ✓ عوارض درمان یا عدم درمان را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ پیش آگهی را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ داروهای مصرفی و عوارض احتمالی را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ تغذیه و رژیم درمانی را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ خودمراقبتی و بازتوانی را به بیمار توضیح می دهد.
- ب- آموزش قبل از هرگونه پروسیجر (تشخیصی - درمانی)
- ✓ نوع پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ روش انجام پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ مراحل و طول احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ روش های جایگزین پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ پیامدهای ناشی از انجام پروسیجر / عدم انجام پروسیجر را به بیمار توضیح می دهد.

ج- آموزش به بیمار حین ترخیص

- ✓ نوع رژیم غذایی را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ داروهای مصرفی در منزل را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ وضعیت حرکتی در منزل را به بیمار توضیح می دهد.
 - ✓ زمان و مکان مراجعه ی بعدی به پزشک را به بیمار توضیح می دهد.
۲. پزشک مسئول بیمار و یا دستیار گزارش آموزش های ارائه شده به بیمار در زمان ترخیص را چک، بازبینی و مهر و امضاء می نماید.

دانستنی های الزامات بیمه ای جهت فراگیران

عواملی که منجر به کسورات می شود:

۱. کامل نبودن گزارش عمل جراحی توسط جراح و عدم مهر و امضاء جراح در برگ گزارش جراحی
۲. عدم درج زمان شروع و پایان جراحی توسط جراح در برگ گزارش جراحی که در اینصورت منجر به کسر ۱۰ درصد از حق العمل جراحی به صورت غیرقابل برگشت می گردد.
۳. انتقال بیمار به ICU بعد از جراحی حتما توسط پزشک جراح درخواست مشاوره به بیهوشی انجام و با تایید پزشک بیهوشی انتقال انجام یابد در غیر اینصورت تحت ICU قابل پرداخت نمی باشد.
۴. عدم تکمیل و یا نقص در برگه های بیهوشی ریکاوری، کدهای جراحی و خلاصه پرونده
۵. در جراحی های متعدد به وسیله یک یا دو جراح درصد کدهای جراحی باید مطابق دستورالعمل بیمه ها اعمال گردد.
۶. اعمال کدهای تعدیلی بیهوشی باید مطابق قوانین مصوب شورای عالی بیمه انجام شود.
۷. ویزیت های منجر به جراحی برای جراح قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود (قبل و بعد از عمل جراحی).
۸. ویزیت منجر به بیهوشی در پرونده بستری برای متخصص بیهوشی قابل محاسبه و اخذ نخواهد بود.
۹. برای بیمارانی که در بخش ویزیت می شوند فقط یک ویزیت برای یک روز تعلق می گیرد. چنانچه پزشک معالج تشخیص دهد که پزشک دیگری بیمار را ویزیت نماید درخواست مشاوره کند تا برای پزشک دوم مشاوره حساب شود و حداکثر مشاوره قابل پرداخت جهت یک بیمار ۶ مشاوره با تخصص های مختلف و حداکثر ۳ مشاوره از یک تخصص و مشاوره های بیش از تعداد مجاز به صورت ویزیت مشاوره درخواست گردد. (ویزیت روزانه جهت پزشک دیگر غیر از پزشک معالج جهت روز جداگانه)
۱۰. درخواست مشاوره انجام و ثبت ویزیت مشاوره کننده در هر فرم جداگانه انجام گردد.
۱۱. عمل هایی که جنبه زیبایی داشته باشد در تعهد بیمه نیست.
۱۲. کا دوم پزشک در هزینه تزریق فرآورده ها غیر قابل پرداخت است.

۱۳. شیمی درمانی خوراکی فقط در داروی فینگولیمود قابل پرداخت است.
۱۴. ویزیت های اتند حین شیمی درمانی غیر قابل پرداخت است.
۱۵. انجام خدمات و ویزیت توسط رزیدنت سال ۳ به بالا انجام گردد تا قابل پرداخت باشد.
۱۶. انجام خدمات و ویزیت توسط رزیدنت سال اول و دوم غیر قابل پرداخت می باشد لذا در صورت انجام حتما توسط اتند تایید و مهر و امضا گردد.
۱۷. درخواست و انجام مشاوره توسط رزیدنتهای سال اول و دوم و پزشک عمومی قابل تایید نمی باشد و مشمول تعدیلات است.
۱۸. ویزیت و انجام خدمات در روزهای تعطیل و عصر و شب توسط رزیدنت سال اول و دوم غیر قابل محاسبه می باشد لذا باید توسط پزشکان مقیم تایید گردد.
۱۹. جلسات شیمی درمانی حتما توسط اتند مهر و امضا گردد (تایید توسط رزیدنتهای سال اول و دوم غیر قابل پرداخت است).
۲۰. بیماران بستری در اورژانس تا ۶ ساعت باید توسط اتند و پزشک مقیم تعیین تکلیف گردد (در صورت انتقال بیمار به بخش با دستور رزیدنت های سال اول و دوم و ویزیت توسط آنها هتلینگ غیر قابل پرداخت است).
۲۱. ویزیت پزشک بیهوشی در بخش های ویژه و ICU در ۳۰٪ هزینه هتلینگ نهفته است لذا جداگانه قابل درخواست نمی باشد.
۲۲. ثبت خدمات CPR در پرونده های بخش ICU. عملیات احیا در ICU غیر قابل پرداخت (جزو هتلینگ ICU است)
۲۳. استفاده از کدهای نادرست جهت تطابق دادن با حق العمل
۲۴. عدم تطابق شرح عمل با کدهای جراحی (درخواست کد بدخیم ولی جواب پاتولوژی خوش خیم)
۲۵. درخواست آزمایشات HIV به طور روتین جهت بیمار غیر قابل درخواست است (هر ۶ ماه یکبار) در بیماران بستری قبل از شروع شیمی درمانی

دستور العمل نحوه پر کردن برگه های بیمه در درمانگاه

- استحقاق سنجی هنگام پذیرش در بیمه شرکت نفت، سلامت، نیرو مسلح و در سامانه تامین اجتماعی
- تاریخ اعتبار و تاریخ ویزیت خوانا و بدون خط خوردگی نوشته شود. (در صورت اشتباه پشت نویسی گردد) تاریخ صفحه دوم نیز کپی باشد. (در بیمه هایی که هنوز الکترونیکی نشده است)
- ویزیت های سرپایی و خدمات پاراکلینیک به صورت نسخه الکترونیکی درخواست گردد.

دستور العمل نحوه پر کردن پرونده ی بیمار در اورژانس

- بستری بیمار در اورژانس به صورت بستری موقت و ۹۰٪ در قالب پرونده بستری تحت نظر می باشد و مشمول یارانه تحول سلامت نمی گردد.
- ویزیت توسط پزشک عمومی و رزیدنت سال اول و دوم در اورژانس قابل پرداخت می باشد.
- ویزیت رزیدنت سال اول و دوم معادل پزشک عمومی می باشد.
- ویزیت توسط رزیدنت سال سوم به بالا معادل ویزیت متخصص قابل پرداخت است.
- دفترچه بیمار باید دارای اعتبار و شرایط استحقاق درمان را داشته باشد. (استحقاق سنجی شده باشد و استحقاق داشته باشد جهت استحقاق کد #1666*)
- در بیماران بستری و بستری موقت در صورتی که دهک و مددجو باشند طبق استحقاق سنجی سهم سازمان ۹۵٪ و یارانه دولتی جهت آنها استفاده می گردد.

رعایت نکات مهم از زمان بستری تا ترخیص بیماران

- لطفاً موارد ذیل را از هنگام بستری تا ترخیص بیماران رعایت فرمائید
- دستورات پزشک، سیر بیماری، خلاصه پرونده ها، و ... حتماً خوش خط و خوانا نوشته شده و مهر و امضاء شود.

- درخواست مشاوره به صورت کامل و دقیق نوشته شود و شرح حال بیمار را به صورت شفاف و جامع در آن قید نمایند حتماً توسط اتند و یا رزیدنت سال ۳ به بالا درخواست انجام گردد.
- جواب مشاوره ها نیز باید کامل باشد و تاریخ انجام ثبت گردد و توسط اتند یا رزیدنت سال سوم به بالا انجام گردد.
- برگه های شرح عمل و بیهوشی خوش خط و کامل نوشته شود و کدهای انتخابی عمل با شرح عمل هم خوانی داشته باشد.
- در تمام اوراق پرونده باید حتماً نام بیمار و شماره پرونده آن قید شود.
- نسخ در سرپایی حتماً صرفاً الکترونیکی باید انجام گردد از نسخ کاغذی (در بیمه سلامت و تامین اجتماعی) خودداری گردد مگر سامانه به دلایلی قطع باشد که با ذکر علت قطع سامانه و درج تاریخ و ساعت به صورت دستی انجام گردد.
- کلیه بیماران باید در روزهای تعطیل حتماً ویزیت شوند و دستور پزشک در پرونده آنان نوشته شود توسط مقیم یا رزیدنت سال سوم به بالا
- خلاصه پرونده باید دارای مختصات پرونده بوده و به تمام موارد مهم اشاره شود تا در مراجعه بعدی بیمار به پزشک، نیازی به اصل پرونده نباشد.
- به بیمار یادآوری شود که هنگام مراجعات بعدی حتماً خلاصه پرونده را همراه داشته باشد.
- از نوشتن تشخیص ها به صورت اختصار در حد امکان خودداری شود.
- دستیاران فقط از مهر مخصوص بیمارستان استفاده نمایند.
- کلیه خدمات انجام شده جهت بیمار اعم از BM، IT، شیمی درمانی، Tap آسیت و پلور حتماً توسط اتند ها تایید و مهر و امضا گردد.
- ویزیت و خدمات انجام شده در روزهای تعطیل و عصر و شب حتماً توسط پزشکان مقیم و یا دستیاران فوق تخصص تایید و مهر و امضا گردد.
- بیمارانی که جهت درمان نیاز به خرید خدمت از مراکز دیگر یا مشاوره دارند تحت عنوان زنجیره ارجاع با فرم خرید خدمت اعزام کردند هزینه آمبولانس در زنجیره ارجاع به عهده بیمارستان می باشد (نه در یارانه و نه از بیمار)
- دریافت وجه خارج از صندوق بیمارستان تحت هر شرایطی از بیمار بستری (آزمایش خارج از مرکز، خرید خدمت و ...) تخلف محسوب می گردد لذا انجام آزمایشات خارج از مرکز، خرید خدماتی مانند سی تی اسکن و ام آر آی و مشاوره های مورد نیاز که نیاز به اعزام بیمار می باشد حتماً تحت عنوان زنجیره نظام ارجاع انجام گردد.

محدوده فعالیت فراگیران

محدوده فعالیت دانشجویان پیراپزشکی در بیمارستان بر اساس طرح درس ابلاغی از سوی دانشگاه و طبق صلاحدید مسئول واحد مربوطه بعنوان مربی و در محدوده قوانین و مقررات داخلی بیمارستان و الزامات سازمان های بالادستی همانند کارکنان بیمارستان می باشد.

کلیه فراگیران موظفند در حین مدت حضور خود در بیمارستان، در حفظ و نگهداری تجهیزات و اموال بیمارستان کوشا بوده. در صورت بروز هر گونه خسارت در اموال بیمارستان، ملزم به جبران و تأدیه عین اموال خواهند بود. در برخوردهای خود با بیماران، منشور حقوق بیمار را رعایت نموده و از رسالت بیمارستان مطلع باشند. ضمن رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات، از هر گونه مصور نمودن اماکن و اسناد (عکاسی، فیلمبرداری و ...) خودداری نموده و افراد خاطی در برابر کمیته انضباطی دانشکده معرفی کننده پاسخگو خواهند بود.

لازم به ذکر است شرح وظایف فراگیران به تفکیک رده به صورت کتابچه مجزا در پایون ها موجود می باشد.

منابع:

۱. تجربیات بیمارستانی
۲. راهنمای ارزیابان بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار
۳. کتاب بهبود مستمر کیفیت دمنینگ
۴. کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی (راهنمای کشوری)