

کتابچه توجیهی کارکنان

مرکز آموزشی درمانی

سردار سپهبد شهید حاج قاسم سلیمانی





تهیه و تنظیم:

فریبا ارحامی راد (مدیریت پرستاری)،

نرگس سیفی (سوپروایزر آموزشی و ارتقا سلامت)،

مرضیه پارسا (سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس ایمنی)،

رضا علیرضایی تبریزی (سوپروایزر بالین)

فریبا ناصری (کارشناس بهبود کیفیت و اعتبار بخشی)

فاطمه قراقیه (مسئول کارگزینی)

فهرست

فصل اول: معرفی مرکز	۴
فصل دوم : آشنایی با قوانین و مقررات.....	۱۲
فصل سوم : مدیریت آموزش	۲۵
فصل چهارم : پیشگیری و کنترل عفونت.....	۳۴
فصل پنجم : مدیریت ایمنی	۶۷
فصل ششم : ارتقا سلامت	۹۷
فصل هفتم : شرح وظایف	۱۰۴
فصل هشتم : فرایند بالینی و غیر بالینی	۱۴۶
فصل نهم : حقوق گیرندگان خدمت	۱۷۴
فصل دهم : آموزش احیا	۱۸۶
فصل یازدهم : محاسبات دارویی	۲۰۶
فصل دوازدهم : مدیریت بحران	۲۰۹

فصل اول

معرفی بیمارستان



تاریخچه بیمارستان:

مرکز آموزشی و درمانی سردار شهید حاج قاسم سلیمانی فردیس در زمینی با مساحت ۲۹ هزار متر مربع و زیربنای ۲۴ هزار متر مربع در سال ۱۳۹۵ عملیات ساخت آن آغاز شده و در سال ۱۴۰۲ به بهره برداری رسید. این مرکز در سه بلوک و ۵ طبقه و ۲۶۰ تخت، ساخته شده و شامل بخش های اورژانس، CCU، ICU، NICU، داخلی و جراحی زنان، داخلی و جراحی مردان، بلوک زایمان، اتاق عمل، اطفال، زنان و زایمان و بخش های پاراکلینیک و کلینیک است. همچنین این مرکز در تلاش است به عنوان یک مرکز آموزشی در این زمینه گام بردارد.

نوع تخصص های مرکز :

داخلی	اطفال
عفونی	جراحی
قلب	
زنان	

بخش های موجود:

زنان زایمان	داخلی زنان
ICU	داخلی مردان
CCU	جراحی زنان
NICU	جراحی مردان
اتاق عمل	اورژانس
	اطفال

نام بیمارستان: مرکز آموزشی درمانی سردار سپهبد شهید حاج قاسم سلیمانی

آدرس: کرج، فردیس، بلوار طالقانی، مرکز آموزشی درمانی سردار شهید سپهبد حاج قاسم سلیمانی

کد پستی: ۳۱۶۶۷۳۴۷۰۵

شماره تلفن های مرکز: ۰۲۶۳۵۷۷۱۱۰۰-۹۰

شماره نمابر:

تاریخ تاسیس: ۱۴۰۲

تاریخ شماره پروانه تاسیس بیمارستان: ۱۴۰۲/۰۷/۲۴ شماره پروانه: ۳-۳۱۷۳۰۹

نوع تخصص بیمارستان: جنرال

نوع فعالیت: آموزشی - درمانی

نوع مالکیت: دولتی

کل مساحت زمین: ۲۴۰۰۰ مترمربع

تعداد طبقات ساختمانی: ۶ طبقه

تعداد درب های ورودی: همکف ۴ درب ورودی، زیر زمین ۳ درب ورودی

محل فرود بالگرد: ندارد

تعداد تخت های مصوب: ۲۸۲

تعداد تخت های فعال: ۱۲۲

پست الکترونیک: ----

رسالت یا ماموریت (MISSION)

این مرکز به عنوان یک بیمارستان عمومی با بهره گیری از کارکنانی متخصص و مجرب و با رعایت اصول اخلاقی، خدمات مورد نیاز بیماران را با تاکید بر ایمنی بیمار به انجام می رساند و استاندارد های اعتبار بخشی و رضایتمندی بیماران و مراجعین به همراه رعایت اخلاق حرفه ای و حقوق بیماران را سرلوحه فعالیت های خود قرار داده است.

چشم انداز (Vision)

ما برآنیم تا با بهره گیری از مدیریت برتر و با ارائه خدمات درمانی با کیفیت و مطلوب در چارچوب دستورالعمل ها و ضوابط ابلاغی به عنوان بهترین بیمارستان ارایه دهنده مراقبت های درمانی با بالاترین استاندارد ها توسط بیماران، پزشکان و کارکنان انتخاب شویم.

ارزش ها (VALUES)

- ✚ رعایت ارزش های اسلامی و اصول اخلاق حرفه ای
- ✚ احترام به حقوق بیماران و سایر ذینفعان
- ✚ نوآموزی و بازآموزی
- ✚ نوآوری و ابتکار و تعالی سازمانی
- ✚ نظم و انضباط کاری همراه با دقت و سرعت کار
- ✚ همدلی و صداقت
- ✚ حفظ محیط زیست

سیاست های بیمارستان

اجرای بهینه استانداردهای ابلاغی وزارت متبوع بویژه در حیطه ایمنی بیمار و کیفیت خدمات

انطباق اهداف و فعالیت ها با رسالت و چشم انداز بیمارستان و مطالبات سازمان های بالادستی

حفظ و ارتقاء سطح رضایتمندی و تکریم بیماران و مراجعین

جذب منابع مالی جهت بهسازی و توسعه فضاهای فیزیکی مرکز

حفظ و ارتقاء ایمنی و سطح سلامت کارکنان و افزایش رضایتمندی آن ها

توانمندسازی نیروی انسانی موجود و جدیدالورود

توجه ویژه به اقتصاد مقاومتی در بیمارستان

تعامل و عقد قرارداد با سازمان های دولتی، غیردولتی، شرکت ها و خیریه ها و سازمان های مردم نهاد جهت

ارتقاء کیفیت خدمات

شایسته سالاری و برقراری نظام تشویق و تنبیه موثر

منشور حقوق بیماران^۱:

- ۱- بیمار حق دارد در اسرع وقت درمان و مراقبت مطلوب، مؤثر و همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی فرهنگی و مذهبی از گروه درمان انتظار داشته باشد .
- ۲- بیمار حق دارد محل بستری، پزشک، پرستار و سایر اعضای گروه معالج را در صورت تمایل بشناسد .
- ۳- بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص، درمان و سیر پیشرفت بیماری خود اطلاعات ضروری را شخصاً و یا در صورت تمایل از طریق یکی از وابستگان از پزشک معالج درخواست نماید به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در ادامه درمان یا تهدید جانی بیمار گردد .
- ۴- بیمار حق دارد قبل از معاینات و اجرای درمان اطلاعات ضروری در خصوص عوارض احتمالی و یا کاربرد سایر روش‌ها را در حد درک خود از پزشک معالج دریافت و در انتخاب شیوه نهایی درمان مشارکت نماید .
- ۵- بیمار حق دارد در صورت تمایل شخصی و عدم تهدید سلامتی آحاد جامعه طبق موازین قانونی رضایت شخصی خود از خاتمه درمان را اعلام و یا به دیگر مراکز درمانی مراجعه نماید .
- ۶- بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که براساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید .
- ۷- بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر اعضای تیم معالج برخوردار باشد لذا حضور بالینی افرادی که مستقیماً در روند درمان شرکت ندارند موکول به کسب اجازه بیمار خواهد بود .
- ۸- بیمار حق دارد از دسترسی به پزشک معالج و دیگر اعضای اصلی گروه معالج در طول مدت بستری، انتقال و پس از ترخیص اطمینان حاصل نماید .
- ۹- بیمار حق دارد با کسب اطلاع کامل از نوع فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی بیمارستان که بر روند سلامتی و درمان او مؤثرند تمایل و رضایت شخصی خود به مشارکت درمانی را اعلام و یا در مراحل مختلف پژوهش از ادامه همکاری خودداری نماید .
- ۱۰- بیمار حق دارد در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی، قبلاً از مهارت گروه معالج، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع گردد.

سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: منبع^۱

آشنایی با محیط فیزیکی بیمارستان

طبقات			
همکف	اورژانس-تریاز - پذیرش - ترخیص	واحد های پاراکلینیک (داروخانه-رادیولوژی-آزمایشگاه)	ریاست و مدیریت - حراست-قسمت های اداری
طبقه اول	ICU - NICU - بلوک زایمان	اتاق عمل ها-استریل و CSR- ریکاوی	کلینیک و درمانگاه تخصصی-تست ورزش
طبقه دوم	بخش کودکان-CCU	بخش زنان و زایمان	سالن آمفی تئاتر- کتابخانه-دفتر اساتید - پاپیون پزشکان
طبقه سوم	بخش داخلی(زنان)	بخش جراحی(زنان)	اتاق آسانسور
طبقه چهارم	بخش داخلی(مردان)	بخش جراحی(مردان)	اتاق آسانسور
زیر زمین	سلف و غذا خوری پرسنل- رختشویخانه(لاندری)- بایگانی راکد مدارک پزشکی- انبارها-آشپزخانه	انبار تجهیزات پزشکی-سرور و IT -سردخانه جسد موتورخانه	نمازخانه-بارانداز کالا

آشنایی با مدیران و مسئولین واحدهای مختلف

مدیریت

ریاست بیمارستان: آقای دکتر کوروش سلیمی شیوائی

مسئول فنی بیمارستان: آقای دکتر غلامرضا حمید

مدیریت بیمارستان: آقای داود معظمی

مدیریت پرستاری: خانم فریبا ارحامی راد

مدیر امور مالی: آقای سید حمید موسوی کیا

مدیر حراست: آقای هادی خالق پور

مدیر اموراتداری: سید محمود حجازی

سوپروایزران

سوپروایزر آموزشی: خانم نرگس سیفی

سوپروایزران بالینی: آقای رضا تبریزی-خانم مریم مینائی-خانم فرزانه محمودی-خانم سمیه خوشه گیر-

خانم روژین صمیمی فر

سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی: خانم مریم بازگیر

سوپروایزر آموزش به بیمار و مراقبت در منزل: خانم پریسا اکملی

بخش اورژانس	بخش اطفال
ریاست بخش: دکتر شیما حیدری	ریاست بخش: دکتر حسین نیلی
سرپرستار بخش: خانم فخرالسادات میرمعینی	سرپرستار بخش: خانم زینب محمودی
بخش داخلی جراحی زنان	بخش ICU
ریاست: دکتر غلامرضا حمید	ریاست: دکتر سعید بحق
سرپرستار بخش: خانم سامره اسماعیل زاده	سرپرستار بخش: خانم حمیده ایمانی
بخش داخلی جراحی مردان	بخش CCU
ریاست بخش: دکتر غلامرضا حمید	ریاست بخش: دکتر خیری
سرپرستار بخش: خانم مریم آژیده	سرپرستار بخش: خانم حمیده شهدادی
بخش اتاق عمل	بخش بلوک زایمان
ریاست بخش: دکتر پرهام فراهانی	ریاست بخش: -
سرپرستار بخش: خانم سمانه خواجه	سرپرستار بخش: خانم سحر ترابی
مسئول کلینیک تخصصی: خانم معصومه سلیمی	

واحد های پاراکلینیک	سوپروایزر آزمایشگاه: خانم زهرا نورائی سوپروایزر رادیولوژی: خانم تارا افشارفرد مسئول فیزیوتراپی: -----	واحد دارویی	مدیر فنی داروخانه: دکتر علیرضا داودزاده سوپروایزر داروخانه: خانم کوثر محمدی مسئول انبار دارویی: آقای علی فتحی
واحد اسناد و مدارک پزشکی	مسئول واحد: آقای عماد علائی کارشناسان واحد: آقای محمدرضا خسروی-خانم فاطمه صادقی-خانم عسگری	واحد IT	مسئول واحد: خانم مهندس فاطمه بایندور کارشناس واحد: آقای مهندس رامین کریمی
واحد تجهیزات پزشکی	مسئول واحد تجهیزات پزشکی: خانم مهندس مرضیه کریمی کارشناس واحد: خانم مهندس زراعتی مسئول واحد ملزومات پزشکی: خانم مهندس حدیث چگینی کارشناس واحد: خانم سهیلا بهمنش	واحد مالی	مسئول امور مالی: سید حمید موسوی کیا مسئول درآمد: خانم مهناز بخشی زاده مسئول امور ترخیص: خانم هیوا چهارلنگی زنگنه مسئول صندوق: آقای داودی
واحد مددکاری	مسئول واحد: خانم زهرا اعظمی کارشناسان: آقای جواد بهمنی مجد	واحد حراست	مسئول واحد: آقای علی ریحانی

کارشناس بهداشت حرفه ای: خانم مهندس لیلی ادیبی کارشناس بهداشت محیط: خانم مهندس ستاره حیدرقلی پور کارشناس تغذیه: خانم مرضیه خلیلی	واحد بهداشت	مسئول واحد: خانم فریبا ناصری	واحد بهبود کیفیت
		مسئول واحد: خانم فاطمه قراقیه کارشناسان واحد: آقای وحید آجورلو-خانم جوادی	واحد کارگزینی
مسئول انبار: آقای رضایی	واحد انبار	مسئول تاسیسات: آقای بحری	واحد
مسئول واحد: آقای صفی اله حمزه لو واحد نقلیه: آقای محمد باقر نائینی	واحد پشتیبانی و خدمات	مسئول واحد: آقای سیدرضا سیدی کارشناس واحد: خانم سالومه رحمانی	تدارکات و کارپردازی
مسئول واحد: حمیدرضا صفائی نصرآباد	دبیرخانه و امور رفاهی	مسئول واحد: حمیدرضا صفائی نصرآباد	روابط عمومی

فصل دوم

آشنایی با قوانین و مقررات



نحوه شروع به کار

جهت جلوگیری از اختلال در روند اداری بیمارستان لطفا در ابتدای شروع همکاری مراحل زیر را به ترتیب و به صورت کامل انجام دهید:

۱. مراجعه به دفتر مدیریت برای معرفی به واحدهای ذیربط و کسب اطلاعات در خصوص چگونگی اشتغال و آشنایی با فرآیندهای کاری واحد مربوطه. در زمان مراجعه به واحد مدیریت جهت دریافت اتیکت شناسایی یک قطعه عکس پرسنلی به همراه داشته باشید و به مسئول دفتر تحویل دهید.

۲. مراجعه به واحد کارگزینی جهت تشکیل پرونده پرسنلی و صدور حکم کارگزینی. برای مراجعه به این واحد همراه داشتن و ارائه مدارک هویتی از جمله اصل شناسنامه، کارت ملی، یک قطعه عکس ۳×۴، اصل مدرک تحصیلی یا هرگونه گواهی دیگر که نشان دهنده وضعیت تحصیلی شما باشد و کپی تمامی مدارک مذکور لازم است. پس از عقد قرارداد و تایید نهایی، مسئول این واحد برای ثبت ورود و خروجتان در دستگاه تایمکس کد شناسایی تعریف خواهد کرد. در صورت نداشتن تایمکس، حضورتان در شیفتهای کاری تایید و لحاظ نخواهد شد.

۳. دریافت معرفی نامه به سازمان تامین اجتماعی برای اخذ شماره بیمه تامین اجتماعی.

۴. افتتاح حساب حقوقی و ارائه آن به واحد مالی.

۵. دریافت برگه معرفی نامه به سایر واحدها. برگه مذکور پس از معرفی کارمند به مسئولین واحدهای تعیین شده، توسط ایشان ممهور شده و پس از تکمیل تمامی قسمتها به واحد کارگزینی تحویل می گردد.

ساعت موظف کاری :

ساعت کارموظفی ۴۴ ساعت در هفته یا ۱۹۲ ساعت در ماه است.

قوانین و مقررات حضور و غیاب

ساعت ورود و خروج پرسنل در شیفتهای مختلف کاری به شرح زیر می باشد:

ردیف	شیفت	ساعت
۱	صبح	۷:۳۰-۱۴:۳۰
۲	عصر	۱۳:۳۰-۲۰:۳۰
۳	شب	۱۹:۳۰-۸:۳۰
۴	صبح و عصر	۷:۳۰-۲۰:۳۰

ردیف	شیفت	ساعت همپوشانی
۱	تحويل صبح به عصر	۱۳:۳۰-۱۴:۳۰
۲	تحويل عصر به شب	۱۹:۳۰-۲۰:۳۰
۳	تحويل شب به صبح	۷:۳۰-۸:۳۰

۱. در مورد بخش های درمانی و بالینی حضور فرد با یونیفرم مصوب دانشگاه راس ساعت ۷:۳۰ در شیفت صبح،

۱۳:۳۰ در شیفت عصر و ۱۹:۳۰ در شیفت شب در بخش مربوطه ضروری می باشد.

۲. در زمان وجود مشکل و تاخیر در حضور به موقع در محل کار مراتب باید طی تماس تلفنی به مسئول واحد

مربوطه اطلاع رسانی گردد. در خصوص افراد شاغل در بخش های درمانی اعم از خدمات، کمک پرستار و

پرستاران، علاوه بر اطلاع به سرپرستار یا مسئول شیفت بخش، مراتب باید به سوپروایزر بالینی نیز اطلاع

رسانی شود.

۳. کارمندان بالینی می توانند در پایان شیفت کاری و پرسنل اداری و پشتیبانی در شروع شیفت کاری، با فرجه ۱۵ دقیقه‌ای ثبت تایمکس نمایند.

۴. تاخیر در ورود و تعجیل در خروج پس از تایید مسئول واحد مربوطه قابل قبول است و در صورت عدم تایید ایشان، شیفت مورد نظر از ساعت کاری فرد حذف شده و غیبت در شیفت کاری لحاظ می گردد. در خصوص افراد شاغل در بخش های درمانی اعم از خدمات، کمک پرستار و پرستاران، علاوه بر تایید سرپرستار یا مسئول شیفت بخش، تایید سوپروایزر بالینی نیز ضروری می باشد.

۵. تایید حضور شما در شیفت کاری بر اساس ساعات ثبت شده در تایمکس انجام میشود و تمامی کارکنان موظف به درج اثر انگشت در دستگاه تایمکس در هر ورود و خروج هستند.

۶. بنابراین در ثبت ورود و خروج خود توسط تایمکس دقت لازم را داشته باشید.

۷. عدم ثبت اثر انگشت به هنگام ورود یا خروج از بیمارستان، فقط ۳ مرتبه آن هم با امضای مسئول بخش و تایید مدیریت بیمارستان مورد قبول واقع میشود چنانچه برای دفعه چهارم یا بیشتر تکرار شود بایستی برگه مرخصی تکمیل گردد در غیر اینصورت غیبت محسوب می شود.

۸. هنگام ثبت اثر انگشت حتما "دقت کنید که شماره شما در دستگاه نشان داده شود.

۹. از زدن اثر انگشت تکراری خودداری شود .

۱۰. هر فرد موظف است در زمانی که اثر انگشت وی ثبت نگردیده است، برگه مرخصی یا نامه عدم ثبت اثر انگشت را از اول تا سی ام همان ماه به واحد کارگزینی تحویل نماید در غیر اینصورت ترتیب اثر داده نخواهد شد و غیبت منظور می شود.

تاخیر و تعجیل:

میزان تاخیر در ورود به محل کار و یا تعجیل در خروج از محل کار از سقف مرخصی های سالیانه کسر می گردد. چنانچه تاخیر و تعجیل در طول یک ماه به ۱۰ ساعت برسد برای بار اول و دوم به مستخدم اخطار کتبی داده می شود . برای بار سوم ۳۰٪ از فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد. برای بار چهارم ۵۰٪ از فوق

العاده شغل مستخدم کسر میگردد . برای بار پنجم ۱۰۰٪ فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد و چنانچه تاخیرات برای بار ششم ادامه یابد مستخدم جهت تصمیم گیری به تخلفات اداری معرفی خواهد شد.

انواع مرخصی ها

مرخصی استعلاجی:

این نوع مرخصی مختص مشکلات به وجود آمده در رابطه با سلامتی فرد است که پزشک معالج در صورت صلاح دید به مدت معین گواهی استراحت برای کارمند صادر می کند. گواهی مذکور به مسئول واحد ارائه شده و پس از تایید ایشان و پزشکان معتمد بیمارستان قابل قبول می باشد. بدون داشتن تاییدیه، گواهی استعلاجی پذیرفته نشده و در صورت عدم حضور فرد در شیفت کاری، غیبت در شیفت لحاظ می گردد. در خصوص افراد شاغل در بخش های درمانی اعم از خدمات، کمک پرستار و پرستاران، علاوه بر تایید سرپرستار یا پزشک معتمد، تایید سوپروایزر بالینی نیز ضروری می باشد. در خصوص کارمندان رسمی و پیمانی در صورتی که مدت زمان مرخصی بیش از ۳ روز کاری باشد تایید آن با کمیسیون پزشکی دانشگاه خواهد بود. تشخیص ابتلای کارمند به بیماری صعبالعلاج و تعیین مدت معذوریت وی به عهده کمیسیون پزشکی است. حداکثر مدت این معذوریت در هر نوبت شش ماه است و قابل تمدید خواهد بود. مستندات مرخصی استعلاجی بایستی بلافاصله در اولین روز کاری پس از اتمام دوران استعلاجی به واحد اداری تحویل گردد. حداکثر مدت استفاده از مرخصی استعلاجی در طول یکسال تقویمی ۴ ماه خواهد بود. در صورت نیاز به استفاده از استعلاجی، به تشخیص شورای پزشکی مرکز از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می باشند و تائیکسال قابل تمدید میباشد و حقوق نیز به صورت کامل دریافت مینماید. حال اگر استعلاجی فرد بیشتر از یکسال طول کشید و فرد خوب نشد شخص بابت از کارافتادگی درخواست داده و تا مشخص شدن از کارافتادگی وی استعلاجی تمدید میگردد و فقط حقوق ثابت پرداخت می گردد. استعلاجی زایمان برای کلیه کارکنان به مدت ۹ ماه می باشد در این مدت به کارکنان رسمی حقوق بطور کامل توسط سیستم داده میشود. ولی برای کارکنان قراردادی حقوق ایشان بمدت ۶ ماه از بیمه تامین اجتماعی و ۳ ماه باقی مانده توسط سیستم داده میشود. استعلاجی برای زایمان های دوقلو و بالاتر یکسال می باشد. کارکنان شرکتی مدت استعلاجی زایمان مدت ۶ ماه می باشد. برای نیروهای ضریب کا مدت استعلاجی به ازای هر

فرزند ۴ ماه می باشد و مازاد بر این مدت جز خدمات نامبرده محاسبه نمیگردد و به خدمات ایشان اضافه می شود و به مادرانی که فرزند آنها مرده به دنیا می آید به مدت ۲ ماه مرخصی زایمان تعلق میگیرد.

مرخصی استحقاقی:

تمامی کارمندان بیمارستان به مدت یک ماه در سال حق استفاده از مرخصی در روزهای غیر تعطیل با استفاده از حقوق و مزایای شغل و فوق العاده های مربوط به آن را دارند. به عبارتی کارکنان به نسبت مدت خدمت به ازای هر ماه ۲/۵ روز و سالی ۳۰ روز حق مرخصی استحقاقی با استفاده از حقوق و مزایا را دارند که کارکنان رسمی، پیمانی ۱۵ روز از مرخصی خود را در سال میتوانند ذخیره کنند. کارکنان قراردادی تبصره ۳، مدت ۱۵ روز از مرخصی ایشان سالانه بازخرید میشود و مازاد بر ۱۵ روز ذخیره نمی گردد. کارکنان قراردادی تبصره ۴ و شرکتی مدت ۹ روز از مرخصی ایشان بازخرید می شود و مازاد بر ۹ روز ذخیره نمی گردد. کارکنان طرحی در مدت طرح خود باید کلیه مرخصی های خود را استفاده کنند در صورت عدم استفاده مرخصی ایشان ذخیره نمی گردد و بازخرید هم نمی شود.

مرخصی اضطراری:

پرسنل شاغل در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی سالانه دارند و مرخصی مذکور قابل ذخیره یا بازخرید نمیباشد. مانند: ازدواج دائم کارمند، ازدواج فرزند کارمند، فوت بستگان درجه یک شامل همسر، فرزند، پدر، مادر، خواهر، برادر.

مرخصی ساعتی (پاس ساعتی):

این نوع مرخصی، مرخصی کمتر از یک روز نامیده می شود که در زمان حضور فرد در شیفت کاری درخواست شده و نمی تواند بیش از ۳ ساعت باشد. کارمند با تکمیل پاس ساعتی در سیستم کارکنان (آذرخش) و تایید آن توسط مسئول واحد، اجازه خروج از بیمارستان و ترک شیفت را دارد. در صورت عدم تایید مسئول، کارمند مجاز به خروج از بیمارستان نبوده و در صورت خروج، غیبت در شیفت محسوب می گردد. پاس ساعتی از نوع مرخصی استحقاقی بوده و حداکثر مدت این نوع مرخصی نباید از دوازده روز در سال بیشتر شود. در صورت استفاده از پاس اول وقت، اجازه استفاده مجدد از پاس آخر وقت به کارمند داده نمی شود. در خصوص افراد شاغل در بخش های درمانی اعم از خدمات، کمک پرستار و پرستاران، علاوه بر تایید سرپرستار یا مسئول شیفت، تایید سوپروایزر بالینی نیز ضروری می باشد. استفاده از مرخصی

ساعتی اول و آخر وقت ممنوع است مگر اینکه در مواقع ضرورت پس از هماهنگی با مسئول واحد و تایید مدیریت بیمارستان/مترون یا سوپروایزر بالینی انجام شود. کارکنان بایستی هنگام خروج در شیفت مقرر پس از درج اثر انگشت در دستگاه تایمکس اقدام به خروج از بیمارستان نمایند.

مرخصی یا پاس شیر:

مادران شیرده پس از شروع به کار مجدد، در صورت ادامه شیردهی می توانند تا دو سالگی کودک روزانه یک ساعت از مرخصی استحقاقی خود (شامل مرخصی استحقاقی سالیانه به اضافه مرخصی ذخیره شده) استفاده کنند.

شرایط استفاده از مرخصی

- حداکثر مدتی که یک کارمند در طول سال می تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده سالهای قبل استفاده نماید جمعا نباید از چهار ماه بیشتر شود. استفاده از ذخیره مرخصی سالهای قبل مستلزم این است که حداقل یک سال تمام در بیمارستان مشغول به کار بوده باشد.
- کارمندی که در حال مرخصی استحقاقی است می تواند تقاضا کند مرخصی او تمدید شود و در این صورت تاریخ شروع مرخصی اخیر بلافاصله بعد از انقضای مرخصی قبلی خواهد بود. در صورتی که تصمیم مقام مسئول در مورد تمدید مرخصی به کارمند ابلاغ نشده باشد، کارمند موظف است در پایان مدت مرخصی اول در پست خود حاضر شود.

محاسبه ساعت کار براساس قانون بهره وری

روزهای تعطیل	روزهای غیر تعطیل
صبح تعطیل ۱۰ ساعت	صبح غیر تعطیل ۷ ساعت
عصر تعطیل ۱۰ ساعت	عصر غیر تعطیل ۷ ساعت
شب تعطیل ۱۹ ساعت	شب غیر تعطیل ۱۹ ساعت
صبح وعصر تعطیل ۱۹ ساعت	صبح وعصر غیر تعطیل ۱۳ ساعت

فرمول نحوه محاسبه ساعت کار براساس قانون بهره وری

- ساعت کار موظف در هفته: (کسرناشی از نوبتکاری + کسرناشی از سختی کار + کسر ناشی از سابقه) - ۴۴
- ساعت کار موظف در روز: ۶ تقسیم بر ساعت کار موظف در هفته
- ساعت موظفی در ماه: (تعداد روزهای مرخصی - ایام غیر تعطیل) ضربدر ساعت کار موظف در روز
- کارکرد ماهیانه: محاسبه شیفتها براساس نظام هماهنگ (به جز مرخصی)
- اضافه کار: ساعت موظفی در ماه - کارکرد ماهیانه
- ساعت موظفی افراد متفاوت میباشد.

قانون رسیدگی به تخلفات اداری

• فصل اول : تشکیلات و حدود و وظایف

ماده ۱: به منظور رسیدگی به تخلفات اداری در هر یک از دستگاه های مشمول این قانون هیاتهای تحت عنوان "هیات رسیدگی به تخلفات اداری کارمندان" تشکیل خواهد شد.

هیاتهای مزبور شامل هیاتهای بدوی و تجدید نظر می باشد.

تبصره ۱: هیات تجدید نظر در مرکز وزارتخانه یا سازمان مستقل دولتی و نیز تعدادی از دستگاه های مشمول این قانون که فهرست آنها به تصویب هیات وزیران خواهد رسید، تشکیل می شود و در صورت دارای شعبه هایی خواهد بود.

تبصره ۲: در صورت تشخیص هیات عالی نظارت یک هیات تجدید نظر در مرکز برخی از استانها که ضرورت ایجاب نماید تشکیل می گردد.

ماده ۲: هر یک از هیاتهای بدوی و تجدید نظر دارای سه عضو اصلی و یک یا دو عضو علی البدل می باشد که با حکم وزیر یا بالاترین مقام سازمان مستقل دولتی مربوط و سایر دستگاه های موضوع تبصره ماده یک برای مدت سه سال منصوب می شوند و انتصاب مجدد آنان بلامانع است .

تبصره ۱: در غیاب اعضای اصلی اعضای علی البدل به جای آنان انجام وظیفه خواهند نمود.

تبصره ۲: هیچ یک از اعضای اصلی و علی البدل هیاتهای بدوی یک دستگاه نمی توانند همزمان عضو هیات تجدید نظر همان دستگاه باشند، همچنین اعضای مذکور نمی توانند در تجدید نظر پرونده هایی که در هنگام رسیدگی بدوی به آن رای داده اند شرکت نمایند.

ماده ۳: برکناری اعضای هیاتهای بدوی و تجدید نظر با پیشنهاد وزیر یا بالاترین مقام سازمان مستقل دولتی و سایر دستگاه های موضوع تبصره ۱ ماده ۱ و تصویب هیات عالی نظارت صورت می گیرد.

ماده ۴: صلاحیت رسیدگی به تخلفات اداری کارمندان با هیات بدوی است و آرا صادره در صورتی که قابل تجدید

نظر نباشد از تاریخ ابلاغ، قطعی و لازم الاجرا است . در مورد آرای که قابل تجدید نظر باشد هر گاه کارمند ظرف ۳۰

روز از تاریخ ابلاغ رای درخواست تجدید نظر نماید، هیات تجدید نظر مکلف به رسیدگی است. آرای هیات تجدید نظر از تاریخ ابلاغ قطعی و لازم الاجرا است.

تبصره ۱: هر گاه رای هیات بدوی قابل تجدید نظر باشد و متهم ظرف مهلت مقرر درخواست تجدید نظر ننماید رای صادر شده قطعیت می یابد و از تاریخ انقضای مهلت یاد شده لازم الاجرا است.

تبصره ۲: ابلاغ رای طبق قانون آیین دادرسی مدنی به عمل می آید و در هر صورت فاصله بین صدور رای و ابلاغ آن از ۳۰ روز نباید تجاوز کند.

ماده ۵: به منظور تسریع در جمع آوری دلایل و تهیه و تکمیل اطلاعات و مدارک هیاتها می توانند از یک یا چند گروه تحقیق استفاده نمایند. شرح وظایف، تعداد اعضا و شرایط عضویت در گروه های تحقیق، در آن نامه اجرایی این قانون مشخص می شود.

تبصره: گروه های تحقیق هر یک از هیاتهای بدوی و تجدید نظر مستقل از یکدیگر بوده و یک گروه تحقیق نمیتواند در تحقیقات مربوط به مراحل بدوی و تجدید نظر یک پرونده اقدام به تحقیق نماید.

ماده ۶: اعضای هیاتهای بدوی و تجدید نظر علاوه بر تدین به دین مبین اسلام و عمل به احکام آن و اعتقاد و تعهد به نظام جمهوری اسلامی ایران و اصل ولایت فقیه، باید دارای شرایط زیر باشند:

۱- متاهل

۲- حداقل ۳۰ سال سن.

۳- حداقل مدرک تحصیلی فوق دیپلم یا معادل آن.

تبصره ۱: در موارد استثنایی داشتن مدرک دیپلم حسب مورد با تایید هیات عالی نظارت بلامانع است.

تبصره ۲: در هر هیات باید یک نفر آشنا به مسائل حقوقی عضویت داشته باشد و حداقل دو نفر از اعضای اصلی هیاتهای بدوی و تجدید نظر باید از بین کارکنان همان سازمان یا وزارتخانه که حداقل پنج سال سابقه کار دولتی دارند، به این سمت منصوب شوند.

ماده ۷: اعضای هیاتهای بدوی یا تجدید نظر در موارد زیر در رسیدگی و صدور رای شرکت نخواهند کرد:

الف - عضو هیات با متهم قرابت نسبی یا سببی تا درجه دوم از طبقه سوم داشته باشد.

ب - عضو هیات با متهم دعوای حقوقی یا جزایی داشته یا در دعوای طرح شده ذینفع باشد.

فصل دوم : تخلفات اداری

ماده ۸ : تخلفات اداری به قرار زیر است :

- ۱- اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری .
- ۲- نقض قوانین و مقررات مربوط.
- ۳- ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تاخیر در انجام امور قانونی آنها بدون دلیل .
- ۴- ایراد تهمت و افتراء، هتک حیثیت .
- ۵- اخاذی .
- ۶- اختلاس .
- ۷- تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص .
- ۸- ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری .
- ۹- تکرار در تاخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز.
- ۱۰ - تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی ، ایراد خسارات به اموال دولتی .
- ۱۱- افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری
- ۱۲ - ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه .
- ۱۳ - سرپیچی از اجرای دستورهای مقامهای بالاتر در حدود وظایف اداری .
- ۱۴ - کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محول شده .
- ۱۵ - سهل انگاری روسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر.
- ۱۶ - ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری .
- ۱۷ - گرفتن وجوهی غیر از آن چه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هر گونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می شود.

۱۸ - تسلیم مدارک به اشخاصی که حق دریافت آن را ندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن را دارند.

۱۹ - تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری .

۲۰ - رعایت نکردن حجاب اسلامی .

۲۱ - رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی .

۲۲ - اختفاء، نگهداری ، حمل ، توزیع و خرید و فروش مواد مخدر.

۲۳ - استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر.

۲۴ - داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمتهای آموزشی و تحقیقاتی .

۲۵ - هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی و امکانات و اموال دولتی .

۲۶ - جعل یا مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی .

۲۷ - دست بردن در سوالات ، اوراق ، مدارک و دفاتر امتحانی ، افشای سوالات امتحانی یا تعویض آن ها.

۲۸ - دادن نمره یا امتیاز، بر خلاف ضوابط.

۲۹ - غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی .

۳۰ - سو استفاده از مقام و موقعیت اداری .

۳۱ - توقیف ، اختفاء، بازرسی یا باز کردن پاکتها و محمولات پستی یا معدوم کردن آنها واسترقاق سمع بدون مجوز

قانونی

۳۲ - کارشکنی و شایعه پراکنی ، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارت به اموال

دولتی و اعمال فشارهای فردی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی

۳۳- شرکت در تحصن ، اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی ، یا تحریک به برپایی تحصن ،اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی

و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیرقانونی .

۳۴ - عضویت در یکی از فرقه های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده اند.

۳۵ - همکاری با ساواک منحل به عنوان مامور یا منبع خبری و داشتن فعالیت یا دادن گزارش ضد مردمی.

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

۳۷ - عضویت در گروه های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آنها.

۳۸ - عضویت در تشکیلات فراماسونری.

• فصل سوم : مجازاتها

ماده ۹ : تنبیهات اداری به ترتیب زیر عبارتند از:

الف- اخطار کتبی بدون درج در پرونده استخدامی .

ب-توبیخ کتبی با درج در پرونده استخدامی .

ج-کسر حقوق و فوق العاده شغل یا عناوین مشابه حداکثر تا یک سوم از یک ماه تا یکسال .

د-انفصال موقت از یک ماه تا یک سال .

ه-تغییر محل جغرافیایی خدمت به مدت یک تا پنج سال .

و-تنزل مقام و یا محرومیت از انتصاب به پستهای حساس و مدیریتی در دستگاه های دولتی و دستگاه های مشمول این قانون .

ز-تنزل یک یا دو گروه و یا تعویق در اعطای یک یا دو گروه به مدت یک یا دو سال

ظ- بازخرید خدمت در صورت داشتن کمتر از ۲۰ سال سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین زن و کمتر از ۲۵

سال سابقه خدمت دولتی در مورد مستخدمین مرد باپرداخت ۳۰ تا ۴۵ روز حقوق مبنای مربوط در قبال هر سال خدمت به تشخیص هیات صادرکننده رای .

ط- بازنشستگی در صورت داشتن بیش از بیست سال سابقه خدمت دولتی برای مستخدمین زن و بیش از ۲۵ سال سابقه خدمت دولتی برای مستخدمین مرد بر اساس سنوات خدمت دولتی با تقلیل یک یا دو گروه.

ی- اخراج از دستگاه متبوع .

ک- انفصال دائم از خدمات دولتی و دستگاه های مشمول این قانون .

تبصره ۱: در احتساب معدل خالص حقوق، تفاوت تطبیق و فوق العاده شغل مستخدمان موضوع بند ط در سه سال آخر خدمت در هنگام بازنشستگی، حقوق گروه جدید (پس از تنزل یک تا دو گروه) ملاک محاسبه قرار می گیرد.

تبصره ۲: کسور بازنشستگی یا حق بیمه (سهم کارمند) کارمندانی که در اجرای این قانون به انفصال دائم، اخراج یا بازخریدی محکوم شده یا می شوند و نیز حقوق و مزایای مرخصی استحقاقی استفاده نشده آنان و در مورد محکومابه بازنشستگی، حقوق و مزایای مرخصی استحقاقی استفاده نشده، همچنین کسور بازنشستگی یا حق بیمه کارمندانی که در گذشته در اجرای مقررات قانونی از دستگاه دولتی متبوع خود اخراج گردیده اند، قابل پرداخت است.

تبصره ۳: هیاتهای بدوی یا تجدید نظر، نماینده دولت در هر یک از دستگاه های مشمول این قانون هستند و رای آنان به تخلف اداری کارمند تنها در محدوده مجازاتهای اداری معتبر است و به معنی اثبات جرمهایی که موضوع قانون مجازاتهای اسلامی است، نیست.

تبصره ۴: هیاتها پس از رسیدگی به اتهام یا اتهامات منتسب به کارمند، در صورت احراز تخلف یا تخلفات، در مورد هر پرونده صرفا یکی از مجازاتهای موضوع این قانون را اعمال خواهند نمود.

ماده ۱۰: فقط مجازاتهای بندهای د، ه، ح، ط، ی، ک ماده ۹ این قانون قابل تجدیدنظر در هیاتهای تجدید نظر هستند.

ماده ۱۱: برای کارمندانی که با حکم مراجع قضایی یا با رای هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری یا هیاتهای بازسازی و پاکسازی سابق محکوم به اخراج یا انفصال دائم از خدمات دولتی شده یا می شوند، در صورت داشتن بیش از ۱۵ سال سابقه خدمت و ۵۰ سال سن، به تشخیص هیاتهای تجدید نظر رسیدگی به تخلفات اداری مربوط، برای معیشت خانواده آنان مقرری ماهانه که مبلغ آن از حداقل حقوق کارمندان دولت تجاوز نکند برقرار می گردد. این مقرری از محل اعتبار وزارتخانه یا موسسه مربوط پرداخت میشود و در صورت رفع ضرورت به تشخیص هیات مزبور، قطع می شود. چگونگی اجرا و مدت آن طبق آیین نامه اجرایی این قانون است.

ماده ۱۲: رئیس مجلس شورای اسلامی، وزراء، بالاترین مقام اجرایی سازمانهای مستقل دولتی و سایر دستگاه های این قانون را ۹ این قانون و شهردار تهران می توانند مجازاتهای بندهای الف، ب، ج، د ماده ۱ ماده ۱ موضوع تبصره راسا و بدون مراجعه به هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری در مورد کارمندان متخلف اعمال نمایند و اختیارات اعمال

مجازاتهای بندهای الف ، ب و ج را به معاونان خود و بندهای الف و ب را به استانداران ، روسای دانشگاه ها و مدیران کل تفویض کنند. در صورت اعمال مجازات توسط مقامات و اشخاص مزبور هیاتهای تجدید نظر حق رسیدگی و صدور رای مجدد در مورد همان تخلف را ندارند مگر با تشخیص و موافقت کتبی خود آن مقامات و اشخاص .

ماده ۱۳: وزرا یا معاونان آنان در صورت تفویض وزیر، رئیس مجلس شورای اسلامی ، بالاترین مقام سازمانهای مستقل این قانون ، شهردار تهران ، استانداران و روسای دانشگاه ها و ۱ ماده ۱ دولتی و سایر دستگاه های موضوع تبصره مراکز مستقل آموزش عالی و تحقیقاتی و معاونان آنان می توانند کارمندانی را که پرونده آنان به هیاتهای رسیدگی ارجاع شده یا می شود را حداکثر به مدت سه ماه آماده به خدمت نمایند.

تبصره ۱: در مورد موسساتی که آمادگی به خدمت در مقررات استخدامی آنها پیش بینی نشده است ، بر اساس مفاد قانون استخدام کشوری رفتار خواهد شد.

تبصره ۲: چنانچه کارمند پس از رسیدگی در هیاتها براءت حاصل نماید فوق العاده شغل یا مزایای شغل یا عناوین مشابه دوران آمادگی به خدمت بر اساس آخرین حقوق و مزایای قبل از این دوران پرداخت می شود.

تبصره ۳: هیاتهای بدوی رسیدگی به تخلفات اداری مکلفند در مدت آمادگی به خدمت ، به پرونده اتهامی کارمندان رسیدگی کنند و تصمیم لازم را اتخاذ نمایند، و در صورتی که در مدت مذکور پرونده جهت رسیدگی پژوهشی به هیات تجدید نظر ارجاع شود مدت آمادگی به خدمت برای سه ماه دیگر قابل تمدید خواهد بود و هیات تجدید نظر موظف است حداکثر تا پایان مدت مزبور به پرونده رسیدگی کرده رای لازم را صادر نماید. در هر حال با صدور حکم قطعی هیاتهای رسیدگی حکم آمادگی به خدمت لغو می گردد.

ماده ۱۴: هر گاه رسیدگی به اتهام کارمند به تشخیص هیاتهای بدوی و تجدید نظر مستلزم استفاده از نظر کارشناسی باشد، مورد به کارشناسی ارجاع می شود.

ماده ۱۵: پرونده آن دسته از مستخدمان بازنشسته که قبل یا پس از بازنشستگی در هیاتهای پاکسازی یا بازسازی مطرح بوده ولی منجر به صدور رای نگردیده است یا آرای صادر شده قطعیت نیافته یا آرائی که در دیوان عدالت اداری نقض شده است ، همچنین پرونده بازنشستگان متهم به موارد مندرج در بندهای ۳۴ ، ۳۵ ، ۳۶ ، ۳۷ و ۳۸

ماده ۸ در صورت وجود مدارک مثبت ، برای رسیدگی و صدور رای در هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری مطرح و مجازاتهای مصرح در این قانون حسب مورد اعمال خواهد شد.

تبصره : افراد موضوع بند ۳۴ ماده ۸ این قانون که بر اساس قانون پاکسازی بازنشسته شده اند در صورت باقی بودن در عضویت ، پرونده آنان در هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری مطرح و بر اساس این قانون رای لازم صادر می شود.

ماده ۱۷ : رئیس مجلس شورای اسلامی ، وزرا یا بالاترین مقام سازمانهای مستقل دولتی و نهادهای انقلاب اسلامی و سازمانهای موضوع تبصره ۱ ماده ۱ این قانون ، شهرداری تهران ، شهرداران مراکز استانها، استانداران و روسای دانشگاه های می توانند کارمندانی را که بیش از دو ماه متوالی یا چهار ماه متناوب در سال بدون عذر موجه در محل خدمت خود حاضر نشده اند، از خدمت وزارتخانه یا دستگاه متبوع اخراج نمایند.

تبصره ۱: هر گاه کارمند یاد شده حداکثر تا سه ماه پس از ابلاغ حکم دستگاه متبوع خود مدعی شود که عذر او موجه بوده است ، وزیر یا بالاترین مقام دستگاه متبوع کارمندموظف است پرونده وی را جهت تجدید نظر به هیات تجدید نظر مربوط ارجاع نماید.

هیات تجدید نظر مکلف به رسیدگی بوده و رای آن قطعی است و در صورت تایید حکم اخراج یا برائت از تاریخ اخراج ، در غیر این صورت از تاریخ ابلاغ ، لازم الاجرا است .

تبصره ۲ : در مورد آن دسته از مستخدمان موضوع این ماده که به هر دلیل به کار بازگشت داده می شوند، مدت غیبت و عدم اشتغال آنان حسب مورد جزو مرخصی استحقاقی ، استعلاجی یا بدون حقوق آنان منظور خواهد شد.

تبصره ۳ : در مواردی که حکم اخراج یا انفصال کارمند یا کارمندان توسط مقامات صلاحیت دار دستگاه های اجرایی قبل از قانون بازسازی نیروی انسانی صادر گردیده است ، این احکام قطعی محسوب می شوند.

• فصل چهارم : سایر مقررات

ماده ۱۸ : کلیه وزارتخانه ها، سازمانها، موسسات و شرکتهای دولتی ، شرکتهای ملی نفت و گاز و پتروشیمی و شهرداریها و بانکها و موسسات و شرکتهای دولتی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و موسساتی که تمام یا قسمتی از بودجه آنها از بودجه عمومی تامین می شود و نیز کارکنان مجلس شورای اسلامی و نهادهای انقلاب اسلامی مشمول

مقررات این قانون هستند، مشمولان قانون استخدام نیروهای مسلح و غیر نظامیان ارتش و نیروهای انتظامی، قضات، اعضای هیاتهای علمی دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی و مشمولان قانون کار از شمول این قانون خارج بوده و تابع مقررات مربوط به خود خواهند بود.

ماده ۱۹: هر گاه تخلف کارمند عنوان یکی از جرایم مندرج در قوانین جزایی را نیز داشته باشد هیات رسیدگی به تخلفات اداری مکلف است مطابق این قانون به تخلف رسیدگی و رای قانونی صادر نماید و مراتب را برای رسیدگی به اصل جرم به مرجع قضایی صالح ارسال دارد. هر گونه تصمیم مراجع قضایی مانع اجرای مجازاتهای اداری نخواهد بود. چنانچه تصمیم مراجع قضایی مبنی بر برائت باشد هیات رسیدگی به تخلفات اداری طبق ماده ۲۴ این قانون اقدام می نماید.

ماده ۲۰: به آن دسته از کارمندانی که پرونده آنان در هیاتهای پاکسازی و بازسازی سابق و هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری مطرح و به دلیل عدم صدور رای یا قطعیت نیافتن رای یا نقض رای صادر شده در دیوان عدالت اداری، در هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری مورد رسیدگی قرار گرفته و منجر به برائت آنان گردیده حقوق مبنا یا عنوان مشابه دوران عدم اشتغال به مآخذ آخرین پست سازمانی که قبل از این دوران، تصدی آن را به عهده داشته اند پرداخت خواهد گردید. و در صورت عدم برائت دوران عدم اشتغال شاغلان جزو سابقه خدمت آنان محسوب نمی شود، و طبق بند "د" ماده ۱۲۴ قانون استخدام کشوری عمل می شود.

تبصره ۱: در مورد بازنشستگان در صورت برائت حقوق بازنشستگی پرداخت می شود و در صورت عدم برائت نسبت به مدت گذشته حقوق پرداخت نمی شود.

تبصره ۲: کلیه احکام آمادگی به خدمت و برکناری از خدمت در مورد متهمانی که بعد از انقضای مهلت قانونی پاکسازی و قبل از اجرای قانون بازسازی نیروی انسانی توسط مقامات اجرایی صادر گردیده اعتبار قانونی داشته و در صورت محکومیت، غیر از آن چه به عنوان حقوق آمادگی به خدمت دریافت داشته اند، حقوق دیگری به آنان تعلق نخواهد گرفت. در صورت برائت مابه التفاوت حقوق آمادگی به خدمت و حقوق مبنای متعلق به آنان پرداخت خواهد شد.

ماده ۲۱: در صورتی که متهم به آرا قطعی صادره توسط هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری اعتراض داشته باشد، می تواند حداکثر تا یک ماه پس از ابلاغ رای به دیوان عدالت اداری شکایت نماید در غیر این صورت رای قابل رسیدگی در دیوان نخواهد بود.

تبصره ۱: رسیدگی دیوان عدالت اداری به آرا هیاتها به صورت شکلی خواهد بود.

تبصره ۲: آن دسته از کارمندانی که بر اساس آرای هیاتهای بازسازی یا پاکسازی نیروی انسانی به محکومیت قطعی رسیده و تا تاریخ ۱۳۶۵/۰۷/۰۲ به دیوان عدالت اداری شکایت تسلیم نکرده اند، دیگر حق شکایت ندارند.

ماده ۲۲: به منظور نظارت بر حسن اجرای این قانون در دستگاه های مشمول و برای ایجاد هماهنگی در کادر هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری "هیات عالی نظارت" به ریاست دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور و عضویت یک نفر نماینده رئیس قوه قضائیه و سه نفر از بین نمایندگان وزرا و یا بالاترین مقام سازمانهای مستقل دولتی تشکیل می شود. هیات مزبور در صورت مشاهده موارد زیر از سوی هر یک از هیاتهای بدوی یا تجدید نظر دستگاه های مزبور، تمام یا بعضی از تصمیمات آنها را ابطال و در صورت تشخیص سهل انگاری در کار هر یک از هیاتها، هیات مربوط را منحل می نماید.

هیات عالی نظارت می تواند در مورد کلیه احکامی که در اجرای این قانون و مقررات مشابه صادر شده یا می شود بررسی و اتخاذ تصمیم نماید.

الف- عدم رعایت قانون رسیدگی به تخلفات اداری و مقررات مشابه .

اعمال تبعیض در اجرای قانون رسیدگی به تخلفات اداری و مقررات مشابه .

کم کاری در امر رسیدگی به تخلفات اداری .

موارد دیگر که هیات بنا به مصالحی ضروری تشخیص می دهد.

تبصره ۱: تخلفات اداری اعضا هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری توسط هیاتی که از طرف هیات عالی نظارت تعیین می شود رسیدگی خواهد شد.

تبصره ۲: هیچ یک از اعضا هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری را نمی توان در رابطه با آرا صادره از سوی هیاتهای مذکور تحت تعقیب قضایی قرار داد مگر در صورت اثبات غرض محرمانه .

تبصره ۳: هیات عالی نظارت می تواند بازرسانی را که دستگاه های مشمول اعزام نموده و در صورت مشاهده موارد تخلف، کارکنان متخلف را جهت رسیدگی به پرونده آنان به هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری معرفی نماید.

تبصره ۴: در مورد معتادان به مواد مخدر که بر اساس آرای قطعی هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری به مجازاتهای بازخریدی خدمت، بازنشستگی با تقلیل گروه اخراج وانفصال دائم از خدمات دولتی محکوم شده یا می شوند در صورت ترک اعتیاد در مدت شش ماه از تاریخ ابلاغ رای، به تشخیص هیات تجدید نظر، موضوع بر اساس ماده ۲۴ این قانون به هیات عالی نظارت ارجاع می شود.

ماده ۲۳: اعمال مجازات شدیدتر نسبت به آرای غیر قطعی هیاتهای بدوی یا آرا نقض شده توسط دیوان عدالت اداری با توجه به مستندات جدید پس از رسیدگی مجدد باتوجه به کلیه جوانب امر بلامانع است.

ماده ۲۴: اصلاح یا تغییر آرای قطعی هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری صرفا در مواردی که هیات به اکثریت آرا تشخیص دهد که مفاد حکم صادر شده از لحاظ موازین قانونی (به لحاظ شکلی یا ماهوی) مخدوش می باشد، پس از تایید هیات عالی نظارت در خصوص مورد امکان پذیر است.

ماده ۲۵: هر گاه برای عضویت در هیاتهای رسیدگی به تخلفات اداری پست سازمانی پیش بینی نشده باشد، انجام وظیفه به هر عنوان در هیاتها، تصدی دو پست سازمانی محسوب نمی شود.

ماده ۲۶: از تاریخ تصویب آن نامه اجرایی این قانون، کلیه قوانین و مقررات مغایر لغو می گردد و پرونده هایی که در هیاتهای پاکسازی، بازسازی و رسیدگی به تخلفات اداری گذشته منجر به صدور رای قطعی نگردیده یا توسط دیوان عدالت اداری نقض شده است، حسب مورد برای رسیدگی و صدور رای قطعی به هیاتهای بدوی و تجدید نظر موضوع این قانون ارسال می شود.

ماده ۲۷: آیین نامه اجرایی این قانون حداکثر ظرف یک ماه پس از ابلاغ این قانون به وسیله سازمان امور اداری و استخدامی کشور تهیه و به تصویب هیات وزیران می رسد.

سایر قوانین و مقررات بیمارستان

۱. کارکنان موظفند در حفظ و نگهداری دستگاهها، تجهیزات و ملزومات اداری و درمان نهایت دقت را داشته باشند؛ بدیهی است در صورت سهل انگاری در نگهداشت وسایل کارکنان موظف به جبران خسارت وارده به بیمارستان هستند.
۲. کارکنان بایستی در مصرف ملزومات و وسایل صرفه جویی نمایند.
۳. کارکنان بایستی در مواقع ضرورت در ارائه خدمت به ارباب رجوع همکاری داشته باشند؛ بدیهی است در غیر اینصورت در چهارچوب مقررات اداری برخورد قانونی صورت خواهد گرفت.
۴. در محیط کاری از تلفن همراه استفاده ننمایند مگر در مواقع خاص و ضرورت در مدت زمان بسیار کوتاه
۵. کارکنان بایستی خدمت به ارباب رجوع را سرلوحه کار خود قرار داده و مشکلات ارباب رجوع را در اسرع وقت مرتفع نمایند.
۶. کارکنان بایستی در ارائه خدمات به ارباب رجوع برخورد مناسب و رعایت اخلاق حرفه‌ای و اسلامی را نمایند
۷. کارکنان بایستی در پوشش خود استانداردهای ملی پوشش را رعایت نمایند.
۸. استفاده از لباس فرم طبق دستورالعمل مدیریت پرستاری
۹. استفاده از لباس ساده و مناسب محیط اداری
۱۰. عدم استفاده از زیورآلات (بجز یک انگشتر و ساعت)

نظام تشویق، تنبیه و ارزشیابی پرسنل

یکی از وظایف مهم مدیران در سازمانها شناسایی استعدادهای بالقوه کارکنان، شایسته سالاری، توانمند سازی آنان و فراهم نمودن زمینه های رشد و شکوفایی آنان است. که زمینه تحقق هدف مهم و اساسی ارتقای بهره وری را نیز فراهم می کند و به عبارت دیگر شناخت مسائل انگیزشی کارکنان جهت بهبود عملکرد و افزایش بهره وری سازمان بسیار حائز اهمیت است، همچنین کسب چنین شناختی می تواند به بهبود کاربرد منابع انسانی سازمانی کمک کند و در

جلوگیری از مقاومت کارکنان در مقابل تغییرات، کاهش محدودیت در بازده کارکنان کمک نماید و به یک سازمان سودآور منتهی شود.

در راستای اهداف فوق شناسایی کارکنانی که به هر دلیل از انجام شرح وظایف خود سر باز زده و قصور و کوتاهی محرز در عملکردشان به چشم می خورد که منجر به کاهش رضایتمندی مراجعین، قصور پرستاری به دلیل کاهش کیفیت خدمات ارائه شده و همچنین کاهش رضایتمندی همکاران و مسئولین مافوق میگردد باید به نحو مقتضی حدود انتظاراتشان مجدد بازبینی و به ایشان اطلاع رسانی شود و در صورت تکرار مقصور و کوتاهی مراحل تنبیه برایشان در نظر گرفته می شود.

لازم به ذکر است که مسئولین محترم باید ابزار سنجش (چک لیستها) را طبق استانداردها طراحی نموده و براساس آن پرسنل را مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرند.

اقداماتی که انجام آنها منجر به تشویق پرسنل می گردد شامل:

۱. ورود و خروج به موقع.
۲. رعایت فرم مصوب، پوشش مناسب، رعایت حجاب و شئونات اسلامی.
۳. رعایت سلسله مراتب اداری.
۴. انعطاف پذیری و انتقاد پذیری.
۵. تحویل و تحول صحیح بالینی.
۶. رعایت احترام به همکاران.
۷. برقراری ارتباط موثر و مناسب با بیماران و همراهان و افزایش رضایتمندی آنها.
۸. پذیرش صحیح بیمار و ارزیابی اولیه به موقع و مناسب.
۹. اجرای دستورات پزشک و ارائه خدمات پرستاری صحیح طبق استاندارد.
۱۰. ارائه آموزش های لازم بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص.
۱۱. رعایت اصول احتیاطات استاندارد و کنترل عفونت.

۱۲. شرکت مستمر در جلسات درون بخشی، کلاس ها و کارگاههای آموزشی.

۱۳. سرعت عمل مناسب در انجام وظایف محوله.

۱۴. همکاری مناسب با همکاران، مسئول بخش و سوپروایزران در صورت نیاز و برحسب صلاحدید.

۱۵. استمرار در محافظت از تجهیزات و وسایل موجود در بخش و نگهداری صحیح از آنها.

۱۶. استمرار در صرفه جویی و اصول صحیح استفاده از اقلام مصرفی، همکاری و مشارکت در کاهش کسورات.

۱۷. در دسترس بودن در ساعات غیر موظف.

۱۸. داشتن روحیه انتقاد پذیری از مافوق و زیر مجموعه.

۱۹. رعایت فرایندها و استانداردهای مراقبتی و درمانی.

۲۰. مشارکت در امر آموزش و توانمند سازی.

عدم انجام هر یک از موارد فوق می تواند منجر به تنبیه پرسنل می شود.

گام های تشویق پرسنل:

- پرسنل فعال در هر ماه شناسایی و پس از کسب امتیاز لازم در بردهای بیمارستان از طرف دفتر پرستاری اعلام می گردند.
- در صورت ارائه عملکرد ویژه در شیفت که منجر به اقدام مورد تقدیر گردیده، برحسب صلاحدید ۱۰-۲۰ ساعت اضافه کاری به افراد تعلق می گیرد.
- در پایان هر فصل پرسنلی که عملکردشان به تایید مسئولین بخش ها و سوپروایزران برسد به صورت کتبی و مالی تشویق خواهند شد.
- پرسنلی که در ارزشیابی ۶ ماه اول سال بالاترین نمره را داشته باشند، نمره ارزشیابی سال قبل آنها نیز بالاتر از ۹۰ باشد جهت روز پرستار به عنوان پرستار نمونه یا فعال به دانشگاه معرفی می گردند (در صورت عدم تکرار).

گام های تنبیه پرسنل:

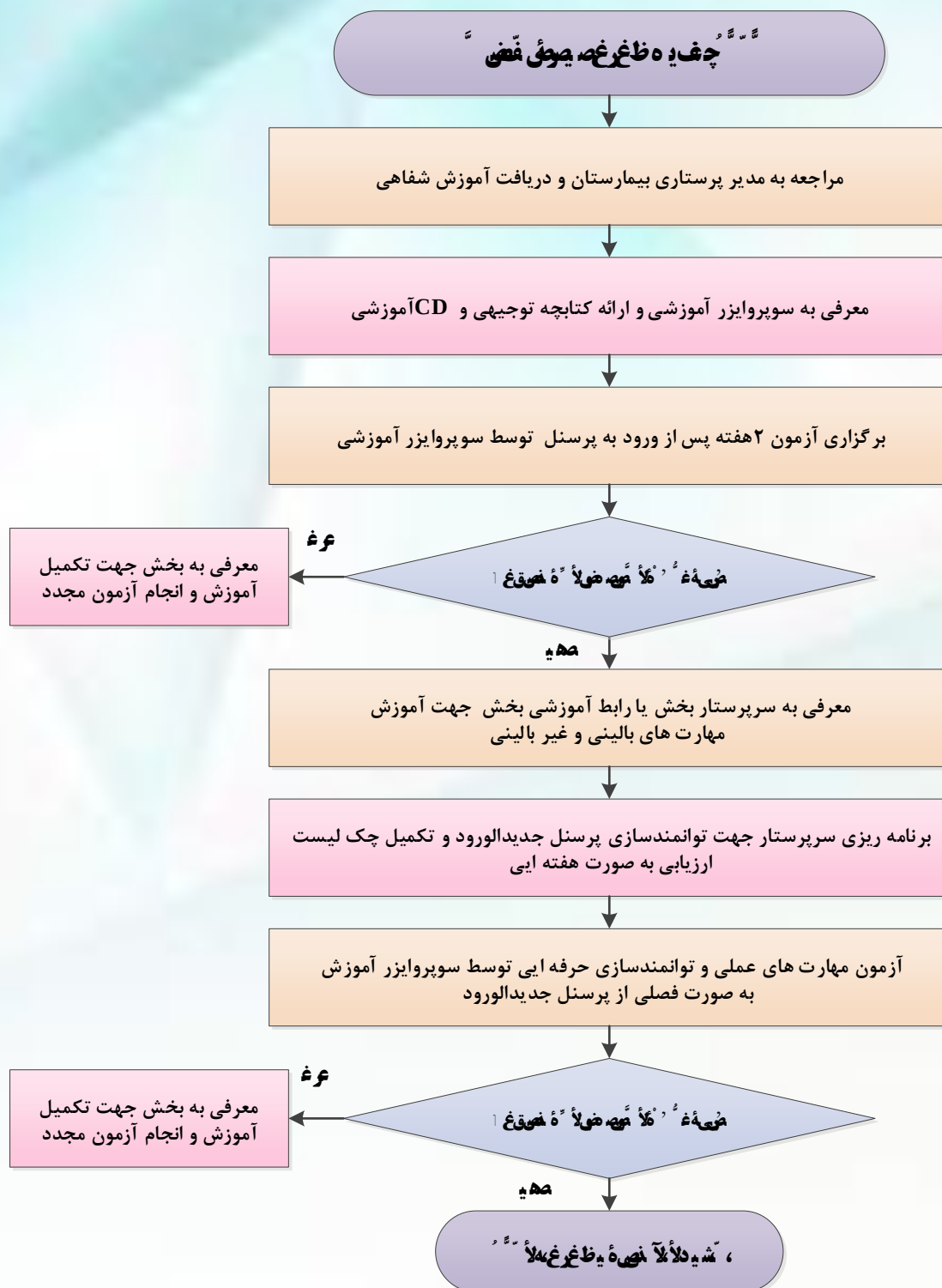
- عدم رعایت برنامه درخواستی به مدت ۱ تا ۳ ماه
- تغییر در شیفت ها برحسب صلاحدید در راستای افزایش توانمندی و ایجاد فرصت های ارتقاء.
- معرفی به دفتر پرستاری بیمارستان و مذاکره شفاهی مترون با پرسنل مربوطه.
- کاهش نمره مبتنی بر عملکرد پرسنل و به دنبال آن کاهش میزان دریافتی مبالغ کارانه.
- تذکر کتبی با درج در پرونده.
- در صورت تکرار قصور و سهل انگاریها معرفی به تخلفات اداری دانشگاه.
- در صورت تکرار قصور و سهل انگاریها اخذ تعهد خدمتی کتبی.
- درخواست لغو قرارداد یا پیمان نامبرده طبق قانون و مقررات اداری.

فصل سوم

مدیریت آموزش



فلوچارت آموزش پرسنل جدیدالورود در مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز



هدف:

آشناسازی پرستار جدیدالورود به بخش ICU

تعریف پرستار جدیدالورود: کلیه پرستاران: طرحی و انتقالی و مامور و رسمی

روش آموزش با توجه به سمت و سابقه کار و میزان تحصیلات:

سخنرانی - چهره به چهره - فیلم - کتاب - دستورالعمل - خط مشی و روش اجرایی - پروتکل - آموزش درون بیمارستانی - آموزش خارج بیمارستانی - کارگاهی

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	سابقه کار:
مدیر تحصیلی:	تاریخ ورود به بخش:	تاریخ کنترل چک لیست:	تیر آنتی بادی:
کارشناس ☐	ارشد ☐	دکتر ☐	

مهارت	ردیف	فرایند ها و فعالیت ها	مسئول اجرا	هفته اول	هفته چهارم	تاریخ و امضا
ارتباطی	۱	آشنایی با اخلاق حرفه ایی (تعهد حرفه ایی، خدمات بالینی، تیم درمانی، طرح انطباق و جامعه)				
	۲	آشنایی با مهارت های ارتباطی در جهت جلب اعتماد مددجو				
	۳	آشنایی با سلسله مراتب و رعایت ادب و احترام با مافوق				
	۴	آشنایی با مهارت های کنترل خشم در مواقع بحران				
	۵	برقراری ارتباط مناسب با بیمار و همراه				
	۶	برقراری ارتباط مناسب با همکاران در بخش				
	۷	برقراری ارتباط مناسب با همکاران سایر بخش ها و واحدها				
	۸	همکاری و مشارکت با پزشک در انجام معاینات بیمار				
	۹	ارتباط مناسب و همراهی با زدیدکنندگان درون و خارج مرکز				
		میانگین				
		میانگین کلی				

مهارت	ردیف	فرایند ها و فعالیت ها	مسئول اجرا	هفته اول	هفته چهارم	تاریخ و امضا
عمومی	۱	آشنایی با محیط فیزیکی مرکز (اداری، درمانی، پاراکلینیک و...)				
	۲	آشنایی با اهداف، رسالت، چشم انداز، ارزش ها و نمودار سازمانی				
	۳	آشنایی با قوانین و مقررات مرکز (مرخصی ساعتی و روزانه، تاخیر و تعجیل، روند ارتقاء شغلی، پاداش و اضافه کار و...)				
	۴	آشنایی با رعایت حقوق گیرندگان خدمت				
	۵	آشنایی با مدیریت بحران (تریاز، بحران و...)				
	۶	آشنایی با آتش نشانی (اطفای حریق، مانور آتش نشانی و زلزله)				
	۷	آشنایی با ایمنی بیمار و کارکنان				
	۸	آشنایی با بهداشت محیط و کنترل عفونت (احتیاطات استاندارد، عفونت های بیمارستانی، ایزولاسیون، واکسیناسیون...)				
	۹	آشنایی با شرح وظایف عمومی و تخصصی				
	۱۰	آشنایی با دستورالعمل ها (صلاحیت حرفه ای، شاخص ملی و...)				
	۱۱	آشنایی با مدیریت ارزشیابی کارکنان (تشویق، تنبیه و...)				
	۱۲	آشنایی با مدیریت آموزش (فرم PDP، امتیازات آموزشی و...)				
	۱۳	آشنایی با فرایند Home care و ارجاع به مراکز مشاوره				

				آشنایی با نرم افزارهای موجود در بخش	۱۴	
				آشنایی با فرم های رایج در بخش و نحوه تکمیل آنان	۱۵	
				آشنایی با بیمه مسئولیت و لزوم داشتن شماره نظام پرستاری	۱۶	
				آشنایی با قوانین بیمه گری (کسورات، بهره وری و ...)	۱۷	
				آشنایی با فرایندهای پژوهشی	۱۸	
				نظارت بر حفظ اموال بخش (تجهیزات پزشکی، مصرفی و...)	۱۹	
				نظارت بر عملکرد پرسنل زیرمجموعه (خدمات، کمک پرستاران و...)	۲۰	
				میانگین		
مهارت	ردیف	فرایند ها و فعالیت ها	مسئول اجرا	هفته اول	هفته چهارم	تاریخ و امضا
اختصاصی	۱	آشنایی با فرایند CPCR و شرح وظایف گروه کد ۹۹				
	۲	آشنایی با تجهیزات پزشکی بخش				
	۳	آشنایی با دستورالعمل ثبت و گزارش نویسی و ملاحظات قانونی				
	۴	آشنایی با استاندارد های دارویی و تجهیزات ترالی اورژانس				
	۵	آشنایی با محاسبات دارویی				
	۶	آشنایی با فرایند آموزش به بیمار				
	۷	آشنایی با دستورالعمل های بخش (پذیرش، ترخیص، اعزام و ...)				
	۸	آشنایی با فرایندهای درمانی (سونداز، پانسمان و...)				
	۹	آشنایی با فرایندهای پاراکلینیک (سونوگرافی، آندوسکوپی و...)				
	۱۰	آشنایی با دستورالعمل دارو دهی (درخواست، مرجوع، تلفیق و...)				
	۱۱	آشنایی با ویزیت پزشکان و فراگیران (رزیدنت، اینترن و...)				
	۱۲	آشنایی با اصول صحیح هموویژلانس (نحوه تزریق، عوارض و ...)				
		میانگین				
مهارت	ردیف	فرایند ها و فعالیت ها	مسئول اجرا	هفته اول	هفته چهارم	تاریخ و امضا
اختصاصی بخش ICU	۱	ارزیابی مراقبتهای هنگام پذیرش بیمار				
	۲	تعیین سطح هوشیاری (GCS, FOUR)				
	۳	مدیریت راه هوایی (اکسیژناسیون، اینتوباسیون و...)				
	۴	اصول مراقبتهای صحیح در وصل و جداسازی بیمار از ونتیلاتور				
	۵	آشنایی با ریتم های قلبی، تشخیص دیس ریتمی های مختلف و انجام اقدامات فوری در صورت بروز دیس ریتمی ها				
	۶	بررسی، ثبت و گزارش موارد غیرطبیعی سیستم های حیاتی (قلب، تنفس و...)				
	۷	آشنایی کامل با معیار های ارزیابی (مورس، برادن، ولز، ژنو و...)				
	۸	آشنایی با دستورالعمل ثبت شیت ICU و				
	۹	برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی مراقبت از پوست				
	۱۰	آشنایی با دارو های رایج بخش (دسته دارویی، کاربرد، عوارض و...)				
	۱۱	کنترل و تنظیم پارامترهای تجهیزات بخش (ونتیلاتور، پمپ و...)				
	۱۲	آشنایی با آزمایشات پرتکرار بخش و گزارش موارد ضروری				
	۱۳	آشنایی با روند، ثبت و گزارش موارد غیر طبیعی معاینات فیزیکی				
	۱۴	اتصال آرترلاین (راه شریانی) بیمار به وسایل مربوطه				

۱۵	مراقبت از مددجویان دچار اختلالات حسی، حرکتی			
۱۶	آشنایی با وسایل مورد استفاده بیمار (پروتز، بریس و...)			
۱۷	آشنایی با نحوه نمونه گیری (شریانی، ادراری و سایر ترشحات)			
۱۸	آشنایی با فرایند تغذیه از طریق لوله های گوارشی و TPN			
۱۹	آشنایی با فرایند ساکشن (دهانی، تراشه، تراک)			
۲۰	ارزیابی عملکرد و ثبت گزارش موارد غیر طبیعی اتصالات بیمار (سوند فولی، پیس میکر، لوله تراشه و انواع درن ها و...)			
۲۱	نحوه بررسی و کنترل فشار ورید مرکزی (C.V.P)			
	میانگین			
	میانگین کلی			
میانگین کلی چک لیست				
راهنمای امتیاز دهی: ضعیف = ۱ متوسط = ۲ خوب = ۳ عالی = ۴				

سیاست های آموزشی کارکنان:

منظور از سیاست های آموزشی کارکنان، مدیریت آموزش به کارکنان به منظور ارتقاء استانداردهای اعتباربخشی آموزشی، تامین نیازهای آموزشی کارکنان با تمرکز بر بهبود کیفیت خدمات بالینی و غیر بالینی، توانمندسازی کارکنان جهت ایفای نقش موثر و ارتقا شغلی و افزایش کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی و ارتقای ایمنی بیمار از طریق توسعه نگرش، دانش و مهارتهای کارکنان می باشد. سیاست های آموزشی کارکنان بر اساس ۴ مرحله نیازسنجی آموزشی، الویت بندی برنامه های آموزشی، تعیین شیوه های آموزشی و ارزیابی اثربخشی دوره های آموزشی برگزار شده انجام می شود.

۱. نیازسنجی آموزشی کارکنان:

اساسی ترین گام در تدوین و اجرای برنامه های آموزشی، اجرای صحیح فرایند نیازسنجی می باشد. نیازسنجی ۱. بر مبنای برنامه توسعه فردی کارکنان (PDP) ۲. شرح وظایف مصوب ۳. نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان (داخلی و خارجی) ۴. نیازهای آتی سازمان ۵. شیوع بیماریهای بازپدید، نوپدید ۶. سایر سر فصل های آموزشی مورد نیاز بیمارستان بر اساس سیاست های کلان مرکز می باشد.

فرم توسعه فردی (PDP):

یک فرایند مستمر در خصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه ریزی برای رفع این نیازهاست که در واحدها در ۴ قسمت تکمیل می گردد. در قسمت اول نظرسنجی از خود فرد مبنی بر نیاز آموزشی، در قسمت دوم مسئول واحد مبنی بر نیاز واحد با توجه به سیاست های کلان مدیریت پرستاری، شرح وظایف و حدود انتظارات، در قسمت سوم نظر سازمان براساس دوره های الزامی اعتباربخشی و قسمت چهارم نظر سوپروایزر آموزشی منطبق با نیازهای تخصصی کارکنان در واحدهای مربوطه می باشد.

۱. اولویت بندی برنامه های آموزشی:

پس از انجام نیازسنجی آموزشی، اولویت بندی نیازها بر اساس اولویت های مراقبت بالینی و غیربالینی، سیاست های سازمان، برنامه های الزامی در اعتباربخشی و ایمنی، وظایف عمومی، تخصصی و سایر موارد مورد نظر انجام می شود و در حیطه آموزش های عمومی، اختصاصی، آموزش های الزامی اعتباربخشی و ایمنی و توجیهی بدو خدمت می باشد.

۱. تعیین شیوه های آموزشی:

آموزش درون بخشی، آموزش چهره به چهره، برگزاری دوره های آموزشی درون سازمانی، کارگاه، وبینار، معرفی کارکنان جهت شرکت در دوره های برون سازمانی، ارائه فایل های ویدئویی و پاورپوینت های آموزشی در Share مرکز

ارزیابی برگزاری دوره های آموزشی:

بررسی اثر بخشی دوره های آموزشی بر اساس الگوی ارزشیابی کرک پاتریک در ۴ سطح واکنش، یادگیری، رفتاری و اثربخشی انجام می شود

الگوی ارزشیابی کرک پاتریک:

۱. سطح واکنش: میزان واکنش فراگیران به عوامل مؤثر در اجرای یک دوره آموزشی اندازه گیری و ارزیابی می شود. آنچه در سطح واکنش ارزیابی می شود، احساس شرکت کنندگان در مورد برنامه آموزشی و نظر آنها در مورد مدرس، محتوای

آموزشی، امکانات آموزشی، سازماندهی دوره و... را شامل می‌شود. در سطح واکنش اطلاعات با استفاده از ابزارهای پرسش‌نامه، مشاهده و مصاحبه گردآوری می‌شوند.

۲. سطح یادگیری: یادگیری عبارت است از تعیین میزان مهارت‌ها، تکنیک‌ها و حقایق که شرکت‌کنندگان در دوره آموزشی فراگرفته‌اند. آنچه در سطح یادگیری اندازه‌گیری می‌شود، میزان دانش قابل سنجشی است که شرکت‌کنندگان در دوره آموخته‌اند. ابزارهایی که در این سطح برای گردآوری اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند، عبارتند از آزمون و بازآزمون، مشاهده، مصاحبه و ارزیابی عملکرد

۳. سطح رفتار: میزان دانش و مهارت آموخته شده و تأثیر آن بر تغییر رفتار شرکت‌کنندگان در دوره‌های آموزشی، با استفاده از ابزارهای پرسش‌نامه، مشاهده و مصاحبه که معمولاً یک الی سه ماه بعد مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌گیرد.

۴. سطح اثربخشی (نتایج): نتایج نهایی آموزش را تجزیه و تحلیل می‌شود و این سطح بر این موضوع تمرکز دارد که آیا هدف از برنامه آموزشی حاصل شده است یا خیر که از طریق تاثیر روی شاخص‌های کلیدی عملکردی (به عنوان مثال مقدار تاثیر برنامه آموزشی CPCR روی شاخص CPCR) ارزیابی می‌شود.

پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاران

گواهینامه ای است که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به هر پرستار پس از اطمینان از احراز شایستگی های لازم (علمی، انضباطی، اخلاقی و جسمی-روانی) مبتنی بر استانداردهای حرفه ای تعلق می گیرد. هدف از صدور پروانه صلاحیت حرفه ای حفظ حقوق مردم با ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت و در دسترس بیماران و مددجویان در بالین و در سطح جامعه، بواسطه کسب اطمینان از داشتن صلاحیت های لازم از نظر علمی، اخلاقی، انضباطی، جسمی و روانی توسط شاغلین حرفه پرستاری است.

کسب پروانه صلاحیت حرفه ای، جهت ایفای هرگونه نقش و ارائه خدمات پرستاری در عرصه هایی چون سطح جامعه، مراکز و موسسات بهداشتی، درمانی، آموزشی و توانبخشی دولتی و غیر دولتی، خصوصی، تامین اجتماعی، خیریه، مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل به افراد، خانواده ها، گروه ها و جوامع الزامی است.

برای احراز شرایط علمی مدارک ذیل مورد نیاز می باشد:

۱. مدرک فراغت از تحصیل از دانشگاه های مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از داخل و خارج کشور
۲. قبولی در امتحان جامع پرستاری (دستورالعمل امتحان جامع پرستاری توسط شورای صدور پروانه صلاحیت حرفه ای به اطلاع ذی نفعان خواهد رسید).

شرایط ذیل برای احراز شرایط اخلاقی و انضباطی لازم است:

۱. صلاحیت علمی: کسب امتیاز بازآموزی به میزان سالانه ۲۵ امتیاز از دفتر آموزش مداوم وزارت بهداشت (مجموع امتیاز آموزش مداوم و ضمن خدمت افراد باید از سال ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۲ به ۱۱۵ امتیاز یا ۲۳۰ ساعت برسد)

۱. صلاحیت اخلاقی، جسمی، روانی و انضباطی
۲. نداشتن ممنوعیت اشتغال به حرفه پرستاری از سوی هیات های انتظامی و سازمان نظام پزشکی.
۳. نداشتن محرومیت اجتماعی از سوی دادگاههای جمهوری اسلامی ایران (ارائه گواهی عدم سوء پیشینه).
۴. عدم اعتیاد به مواد مخدر و روان گردان.
۵. عدم ممنوعیت اشتغال به حرفه پرستاری از سوی کمیسیون انتظامی و اخلاقی (صدور پروانه شرط لازم برای احراز شرایط جسمی و روانی، عدم وجود معلولیت و ناتوانی جسمی و روانی می باشد)

توجه: جهت گروههای حرفه ای وابسته (کارشناسان اتاق عمل، هوشبری و فوریت های پزشکی و بالاتر) و برای گروههای شغلی وابسته (بهبوداران، کاردان های پرستاری، هوشبری، اتاق عمل و فوریت های پزشکی) نیز گواهی صلاحیت حرفه ای صادر می شود.

پرستاران مشمول قانون طرح خدمت پزشکان و پیراپزشکان، سربازان و پیام آوران بهداشت جهت ارائه خدمات پرستاری در مراکز تعیین شده از سوی مراجع، نیازی به دریافت گواهی صلاحیت حرفه ای ندارند.

تمدید گواهی صلاحیت حرفه ای:

گواهی صلاحیت حرفه ای برای ۵ سال اعتبار دارد و سپس بر اساس شرایط ذیل نیاز به تمدید دارد:

۱. **شرایط علمی:** کسب امتیاز باز آموزی سالیانه به میزان ۲۵ امتیاز از سوی دفتر آموزش مداوم

وزارت بهداشت و قبولی در آزمون علمی

۲. **شرایط اخلاقی و انضباطی:** در صورت نداشتن احکام قطعی منجر به محرومیت از اشتغال از طرف

دادگاهها و نظام پزشکی

مزایای صلاحیت حرفه ای پرستاران

- ثبت اطلاعات کلیه پرستاران برای برنامه ریزیهای مدیریتی
- پیگیری وضعیت اشتغال و ردیابی شغلی پرستاران
- امکان دسترسی به اطلاعات خطاهای شغلی
- حفظ سطح دانش پرستاران
- حفظ سطح دانش پرستاران
- مطابقت با سیستم های ثبت بین المللی
- حفظ عنوان پرستار حرفه ای

فصل چهارم

پیشگیری ، کنترل عفونت

و احتیاطات استاندارد

کنترل عفونت

Infection Control



ساده ترین و مهمترین راه پیشگیری از عفونت = شستشوی دست

The easiest and the most important way to prevent infection is hand washing.

تعاریف و اصطلاحات کنترل عفونت

عفونت (infection): فرایندی که در طی آن عامل بیماریزا (یا عفونی) به میزبان حساس حمله کرده، رشد و تکثیر یافته و باعث آسیب رساندن به میزبان می شود. عوامل عفونی مهم عبارتند از: ویروس ها، باکتری ها، ریکتزیاها، قارچ ها و انگل ها

کلونیزاسیون: رشد و تکثیر عامل عفونی در میزبان بدون ایجاد عفونت (یعنی بدون ایجاد آسیب یا واکنش های بافتی).
ناقل (carrier): فردی که کلونیزاسیون میکروارگانیسم ها در وی می تواند بالقوه منجر به کلونیزاسیون یا عفونت دیگران شود.

بیماریزائی (pathogenicity): چگونگی و میزان توانائی یک عامل عفونی برای تهاجم به بافت ها جهت ایجاد عفونت را نحوه پاتوژنیسیته یا چگونگی بیماری زایی آن عفونت گویند.

مخزن (reservoir): محلی که عامل عفونی در آن می تواند زنده بماند و رشد و نمو کند. مثل انسان، حیوان، خاک و آب و **وسایل بیجان (fomite):** وسایل یا موادی که می توانند به عنوان راه انتقال یا مخزن یا منبع عفونت عمل کنند مانند وسایل معاینه آلوده.

منبع (source): اشیاء یا موادی که عوامل عفونی یا بیماری زا بلافاصله از آنها به پذیرنده منتقل می شوند، مانند آب.

وکتور (Vector): منظور پشه، مگس و امثال آن است که گاهی منجر به انتقال عفونت (عامل عفونی) می شوند. گرچه این راه انتقال در مورد عفونت های بیمارستانی شایع نیست.

عفونت بیمارستانی

عفونتی که ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود، به شرط آنکه در زمان پذیرش فرد علایم آشکار عفونت را نداشته و بیماری در دوره کمون خود نباشد. در صورتی که بدنبال اعمال جراحی، در بدن بیماران جسم خارجی کار گذاشته شود (Implant)، عفونت بیمارستانی می تواند تا یکسال پس از اینگونه اعمال، به وقوع

بپیوندد و در صورتی که در بدن بیمار جسم خارجی کار گذاشته نشود تا یک ماه پس از عمل، می تواند عفونت بیمارستانی به وقوع بپیوندد. انواع عفونت های بیمارستانی تمام قسمت ها و ارگان های بدن بیمار بعد از بستری در بیمارستان به نوعی می تواند درگیر عفونت بیمارستانی شود ولی عفونت هایی که هم اکنون پایش می شوند عبارتند از:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| ۱- عفونت ادراری | ۳- عفونت های تنفسی |
| ۲- عفونت محل جراحی | ۴- عفونت خونی |

عفونت ادراری: بیمار ممکن است تنها علامت دار بوده و یا اینکه کشت مثبت ادرار داشته باشد. علائم عفونت ادراری شامل: تکرر ادرار Frequency، سوزش ادرار Dysuria، فوریت ادراری Urgency و درد Supra Pubic و تب است. یا ممکن است بدون علامت بوده و تنها کشت مثبت ادرار داشته باشد.

عفونت محل جراحی: اگر در جراحی انجام شده Implant برای بیمار گذاشته شده و بیمار تا یکسال بعد از جراحی دچار عفونت شود، لازم است از نظر عفونت بیمارستانی بررسی گردد. چنانچه برای بیمار Implant گذاشته نشده است ، طی ۳۰ روز بعد از عمل اگر دچار عفونت شد، از نظر عفونت بیمارستانی باید بررسی شود. ترشح چرکی از محل برش، دردناکی محل، آبرسه، باز شدن بخیه ها، خروج ترشحات چرکی از درنی که در محل زخم یا داخل ارگان قرار داده شده باشد، کشت مثبت از ترشحات می تواند نشانگر عفونت محل جراحی باشد.

عفونت تنفسی (پنومونی): وقتی در یک بیمار، خلط چرکی شروع شود یا اینکه ویژگی خلط بیمار تغییر کند یکی از معیارهای بررسی از نظر عفونت تنفسی می باشد. همچنین ممکن است در یک بیمار کشت ترشحات تنفسی مثبت شود یا میزان ترشحات تنفسی افزوده شود. این علائم هم می توانند عفونت تنفسی را در یک بیمار مطرح کنند.

عفونت خون (سپتیسمی): بیمارانی که دچار این عفونت می شوند، ممکن است: • کشت خون مثبت داشته باشند. • کشت خون مثبت نداشته باشند و تنها علائم بالینی بیمار و تشخیص پزشک مبنی بر بروز عفونت خون برای تأیید عفونت، کافی است.

بهداشت دست ها (Hand Hygiene)

پوست طبیعی انسان با باکتریها کلونیزه شده است پوست دارای دو نوع فلور است:

۱. فلور موقت (عمدتاً Ecoli و سودوموناس آئروژنیوزا): که لایه های سطحی پوست را پوشانده و در صورت تماس مستقیم پوست پرسنل با بیمار یا سطوح آلوده مجاور وی این دو نوع فلور اکتساب می شود.

۲. فلور دایم (به طور عمده استافیلوکوک کوگوالاز منفی) که به لایه های عمقی تر پوست اتصال داشته و قدرت بیماری زایی کمی دارد این نوع فلور بر خلاف فلور موقت با شستن معمولی دست به سختی از بین می رود. بهداشت دست اقدام اولیه، کلیدی و خیلی ساده در کاهش عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی درمانی است.

بدلیل انتقال اکثر موارد عفونت های بیمارستانی از طریق تماس، بویژه با دست پرسنل، شستن دست ها مهم ترین راه پیشگیری از عفونت بیمارستانی بشمار می رود. برای بهداشت دست، از مواد حاوی الکل (Alcohol based hand rub) استفاده می شود. در تمام بخش ها و نیز درمانگاه ها و سایر اتاق ها برای ویزیت سرپایی باید ظروف ثابت حاوی الکل برای ضدعفونی دست ها (Hand rub) نصب گردند. در صورتی که امکان چنین کاری نباشد، باید ظروف قابل حمل حاوی الکل در اختیار قرار گیرد.

توجه: در صورت آلودگی قابل رویت دست ها، باید آن ها را با آب و صابون (با یا بدون ماده ضد میکروبی) شست. استفاده از ناخن مصنوعی در محیط کار توصیه نمی شود. قبل از مراقبت بیمار باید انگشت از دست های پرسنل خارج شود.

اندیکاسیون بهداشت دست:

- پس از درآوردن دستکش ها از دست
- در شروع شیفت کاری
- هنگام آلوده شدن دست ها ،همینطور پس از عطسه کردن ، سرفه یا پاک کردن بینی خود
- در فواصل تماس با بیماران
- قبل از تهیه داروهای بیماران
- پس از رفتن به توالت
- قبل از انجام اقدامات تهاجمی پس از دست زدن به خون،مایعات بدن،ترشحات،مواد دفعی و وسایل آلوده ،بدون در نظر گرفتن این نکته که از دستکش استفاده شده است یا خیر
- قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- قبل و بعد از تماس با زخم
- قبل از غذا خوردن
- بعد از دست زدن به اشیایی با احتمال آلودگی به میکروب های بیماری زا مانند ظروف اندازه گیری ادرار و یا جمع اوری سایر ترشحات بدن

نکته:

استفاده از دستکش نباید جایگزین شستن دست ها گردد . بدون درنظر گرفتن پوشیدن دستکش یا تعویض آن ، دست ها باید شسته شوند.

معمولا هندراب دستها با الکل در مجاورت تخت بیمار ۲۰ ثانیه طول می کشد (در بین مواد ضد عفونی کننده الکل سریع ترین فعالیت ضد باکتریایی را اعمال می کند) از آنجایی که الکل به تنهایی اثرات ماندگار ندارد گاهی ترکیب دیگری با حداقل ضد عفونی کننده به آن اضافه می شود تا اثرات پایدار اعمال کند.

ناخن های پرسنل کمتر از یک چهارم اینچ بلندی داشته باشند (۶ میلی متر)

برای شستن دست ها باید خط مشی مکتوب وجود داشته باشد . جواهرات و زینت آلات باید قبل از شستن دست ها خارج گردد

شستن معمولی دست به انگشتان و مچ محدود می گردد و شستن دست ها به طریق اسکراب جراحی شامل دست ها و ساعد می شود. بسته به میزان خطر بیمار ، نحوه شستن دست متفاوت است.

پنج موقعیت شستشوی دستها رعایت بهداشت دست:

۱. قبل و بعد از تماس مستقیم با بیماران

۲. بعد از بیرون آوردن دستکش ها

۳. قبل از هر اقدام تهاجمی برای مراقبت از بیماران صرف نظر از اینکه آیا از دستکش استفاده شده است یا نه

۴. بعد از تماس با مایعات بدن، مخاط، تماس غیر پوستی و یا پانسمان زخم ها

۵. بعد از تماس با اشیاء بیجان (مثل تجهیزات درمانی) اطراف بیمار

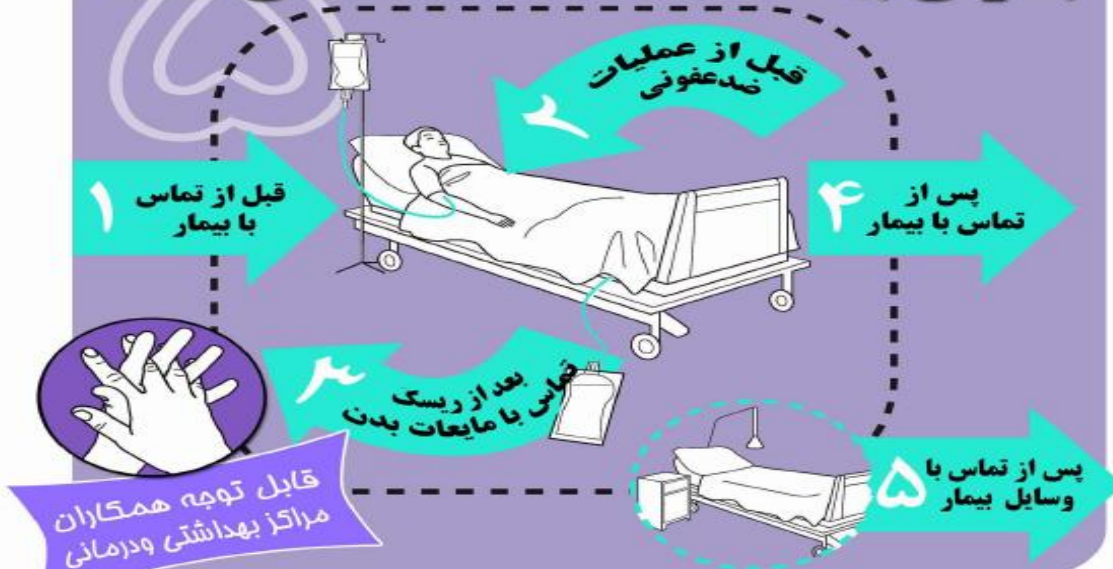
اگر طی فرآیند مراقبت از بیمار قرار است بعد از یک نقطه آلوده بدن به نقطه تمیز آن دست بزنید.

بعد از خارج نمودن دستکش استریل و غیر استریل

قبل از آماده کردن دارو ها یا آماده کردن غذا بایستی دست ها را با استفاده از محلول الکلی بهداشت دست مالش

دهید یا با آب و صابون های معمولی یا صابون ضد میکروبی شستشو دهید.

پنج مرحله مهم برای بهداشت دست های شما



دستهایتان را قبل از نزدیک شدن و تماس با بیمار بشوئید
برای محافظت بیمار از میکروبهایی که بر روی دست خود حمل می کنید

دست ها را پیش از هرگونه کار ضدعفونی یا درمانی، کاملاً بشوئید
برای جلوگیری از ورود میکروب ها به بدن بیمار و خودتان

دستهایتان را بعد از هرگونه ریسک تماس با مایعات بدن بیمار بشوئید
برای محافظت خودتان و محیط در برابر میکروبهای مضر از سوی بیمار

دست ها را پس از تماس با بیمار یا وسایل اطراف او، بطور کامل بشوئید
برای محافظت خود و محیط کارتان از میکروب های مضر از طرف بیمار

دست ها را پس از تماس با ائانیه و وسایل اطراف بیمار پس از ترخیص او بشوئید
برای محافظت خودتان و محیط، از میکروبهای بجای مانده از بیمار ترخیص شده

۱ قبل از
تماس با بیمار

۲ قبل از
عملیات درمانی

۳ بعد از
ریسک تماس با مایعات

۴ بعد از
تماس با بیمار

۵ بعد از
تماس با وسایل بیمار

راهنمای شستشوی دستها

زمانی که دست ها را با آب و صابون می شوئید، دست هایتان را خیس کنید و مقدار لازم صابون را روی تمام سطح دست ها بمالید. دست ها را به صورت چرخشی روی هم حرکت دهید و انگشتان را در یکدیگر قفل کنید تا به این طریق تمام سطوح را در برگیرد، سپس طبق شکل دستها را با تکنیک صحیح بشوئید، آبکشی کنید و با حوله های یکبار مصرف خشک کنید. از حوله نباید برای چند مرتبه استفاده شود و همچنین نباید توسط چندین نفر استفاده شود. از آب لوله کشی تمیز برای شستشو استفاده کنید. از استفاده از آب داغ جهت شستشو اجتناب کنید زیرا شستشوی مکرر با آب داغ خطر درماتیت را افزایش می دهد. از حوله برای بستن شیر آب استفاده کنید.

توجه: استفاده از دستکش نباید جایگزین شستن دست ها گردد. بدون درنظر گرفتن پوشیدن دستکش یا تعویض آن، دست ها باید شسته شوند. معمولاً rub دست ها با الکل در مجاورت تخت بیمار ۲۰-۳۰ ثانیه طول می کشد (در بین مواد ضدعفونی کننده، الکل سریع ترین فعالیت ضدباکتریایی را اعمال می کند). از آنجایی که الکل به تنهایی اثرات ماندگار ندارد، گاهی ترکیب دیگری با حداقل ضدعفونی کننده به آن اضافه می شود تا اثرات پایدار اعمال کند (residual activity یا substantivity).

روش صحیح ضد عفونی دست ها با ضد عفونی کننده های الکلی

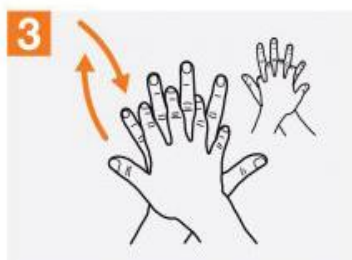
 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



کف دست را با مقدار کافی ضد عفونی کننده الکلی پر کنید



کف دست ها را به هم بمالید



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



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



انگشت ها 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 و به صورت دورانی مالش دهید و برعکس



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



تمام سطح میخ دست چپ را با کف دست راست مالش دهید و برعکس

مواردی که شستن دست با آب و صابون توصیه می شود (Hand washing):

- دستها به صورت آشکارا کثیف باشد.
- دستها به صورت مشهود آلوده به موادی و ترشحاتی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.
- بعد از رفتن به سرویس بهداشتی.
- دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیزم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند از جمله موارد طغیانهای کلستریدیوم دیفیسیل.
- مدت زمان لازم برای شستن دست با آب و صابون معمولی ۴۰-۶۰ ثانیه می باشد.

چطور دست ها را بشوئیم؟

دست ها را فقط وقتی بشوئید که کثیف اند، و گرنه از دستمال استفاده کنید



مدت کل مراحل: ۴۰ تا ۶۰ ثانیه



کف دست ها را
به هم بمالید



صابون کافی برای پوشاندن
سطح دستهای دارید



دستها را با آب خیس کنید



پشت انگشت ها را داخل کف
دستها ببرید تا در هم قفل شوند



مالیدن کف دستها با
انگشتهای در هم



کف دست راست بر پشت دست چپ
با انگشتهای در هم و بالعکس



دستها را با آب شستو دهید



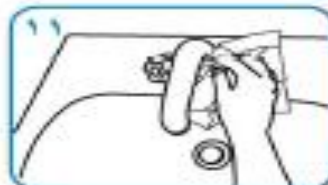
مالش های منور و رفت و برگشتی
با انگشتان بسته یک دست
روی کف دست دیگر و بالعکس



مالش گردشی شست یک دست
در داخل کف دست دیگر
و بالعکس



اکنون دستهای شما کاملاً
تمیز و مطمئن هستند



از همان دستمال برای بستن
شیر آب استفاده کنید



با یک دستمال حوله ای
بطور کامل خشک کنید



World Health
Organization
سازمان جهانی بهداشت

انواع احتیاطات:

دستورالعمل های جدید بر رعایت دو نوع احتیاط جهت پیشگیری از عفونت های بیمارستانی تکیه دارند:

۱. احتیاط های استاندارد (standard precautions)

۲. احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری ها (Transmission – based precautions)

احتیاطات استاندارد (Standard precautions)

احتیاط های استاندارد، جایگزین احتیاط های همه جانبه یا عمومی شده است و رعایت آنها برای تمام بیماران ضروری است. در صورت تماس با خون، همه مایعات و ترشحات بدن بجز تعریق، صرف نظر از اینکه حاوی خون قابل مشاهده باشد یا خیر، پوست آسیب دیده و غشاهای مخاطی، رعایت موارد زیر ضروری است:

۱. پوشیدن دستکش

۲. شستن دستها: بلافاصله پس از خروج دستکش ها از دست، دست ها باید در فواصل تماس بین بیماران نیز شسته شوند. رفع آلودگی دست ها باید قبل و بعد از تماس با بیماران و بلافاصله پس از خروج دستکش ها صورت گیرد.

۳. استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورت انجام اعمالی که احتمال پاشیده یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد.

۴. عدم دستکاری سوزن ها و وسایل تیز، درپوش سوزن ها نباید مجدداً روی سوزن ها قرار گیرد (عدم recap).
(سرسوزن ها نباید خم یا شکسته شوند).

۵. سرسوزن ها و وسایل نوک تیز باید در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی دفع گردند.

احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ها

احتیاط هایی که باید براساس راه انتقال عفونت ها رعایت گردند (Transmission-Based Precautions):

این نوع احتیاط ها باید برای بیمارانی در نظر گرفته می شوند که دچار سندرم بالینی مشکوک یا قطعی، تشخیص بیماری خاص، کلونیزاسیون یا عفونت با ارگانیسم مهم از لحاظ اصول همه گیری شده اند. ذکر این نکته ضروری است که رعایت این نوع احتیاط ها باید با رعایت اصول احتیاط های استاندارد توأم گردد. سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت ها وجود دارد که عبارتند از :

• تماسی	• قطرات	• هوایی
Contact	Droplet	Airborne

احتیاط های هوایی Airborne precautions: احتیاط هوایی برای جلوگیری از انتقال بیماری هایی که از طریق هسته قطرات با اندازه کوچک تر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عامل عفونی (droplet nuclei) بکار می رود. بیماری هایی که رعایت احتیاط هوایی برای آنها ضرورت دارد عبارتند از: سرخک - سل ریه یا حنجره - آبله مرغان یا زونا یا منتشر. توجه:

۱. بیماران دچار HIV یا در معرض خطر آن که بابت سرفه و ارتشاح ریوی مراجعه نموده اند باید به صورت تجربی تحت احتیاط هوایی قرار گیرند تا تشخیص بیماری سل در آنان رد شود.
۲. جهت بیماران دارای زخم پوستی باز ناشی از سل، رعایت احتیاط هوایی در نظر گرفته شود.

اصول احتیاط های هوایی عبارتند از:

- ۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده و حداقل ۶ بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد.
- ۲- بستن درب اتاق

۳- خروج هوا از اتاق بیمار باید بطور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد نه داخل بخش. چنانچه این کار مقدور نباشد هوا باید قبل از برگشت به سیستم تهویه عمومی، با یک فیلتر قوی و کارا HEPA خارج گردد.

۴- تمام افرادی که وارد اتاق بیماران می شوند باید از ماسک شخصی که فیلتر ۱ میکرومتری داشته باشد و حداقل کارایی ۹۵٪ دارد (ماسک N^{۹۵}) استفاده نمایند. این ماسک اختصاصی باید متناسب با اندازه صورت فرد باشد.

۵- جابجایی بیمار باید محدود گردد و قبل از ترک اتاق، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد. پرسنلی که قرار است بیمار را تحویل بگیرند، باید قبل از جابجایی بیمار مطلع شوند تا احتیاط های لازم را بکار گیرند.

احتیاط قطرات Droplet precautions: برای جلوگیری از انتقال آئروسل های درشت (قطره)، از این نوع احتیاط استفاده می شود. بدلیل اندازه بزرگ، این قطرات در هوا معلق نمی مانند و تا فاصله زیادی حرکت نمی کنند. این ذرات حین صحبت، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می شوند. برای عفونت هایی مانند باکتری هموفیلوس آنفولانزای نوع B مهاجم، مننگوکوک، بیماری پنوموکوک مقاوم به چند دارو، مایکوپلاسما پنومونیه، سیاه سرفه، ویروس آنفولانزا، اوریون، سرخجه و پاروویروس B^{۱۹} رعایت احتیاط قطرات ضروری است.

اصول رعایت احتیاط قطرات عبارتند از:

- ۱- بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص، می توان آنها را در یک اتاق بستری نمود).
- ۲- درب اتاق می تواند باز بماند (بدلیل جابجایی کم ذرات در حد ۳ پا یا حدود یک متر).
- ۳- در صورت کار کردن پرسنل در فاصله یک متری بیمار، باید از ماسک استاندارد جراحی استفاده گردد.

۴- استفاده از گان و دستکش تابع اصول احتیاط های استاندارد است. ۵- در صورت انتقال و جابجایی

بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد.

احتیاط تماسی Contact precautions: برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم های مهم از لحاظ همه گیرشناسی

که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم و لمس کردن بیمار (یا تماس غیر مستقیم) تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال می یابند، رعایت احتیاط تماسی توصیه می شود. (بیماران دچار عفونت کلونیزه با باکتری های مقاوم به چند دارو، استافیلوکوک اورئوس مقاوم به متی سیلین یا با کاهش حساسیت به وانکومایسین، انتریت با عامل کلستریدیوم دیفیسیل، عفونت های منتقله از راه مدفوعی دهانی (شیگلا، روتاویروس و هپاتیت A)، بیماری های اسهالی حاد با منشاء احتمالی عفونی).

اصول احتیاط های تماسی عبارتند از:

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق، در صورت نبودن

اتاق خصوصی به تعداد کافی، استفاده از وسایل حافظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و

لباس شامل:

- پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق.

- درآوردن دستکش قبل از ترک اتاق.

۲- رفع آلودگی دست ها با یک ماده طبی شوینده دست یا ماده حاوی الکل بلا فاصله پس از درآوردن

دستکش.

۳- جلوگیری از آلودگی مجدد دست ها قبل از ترک اتاق.

۴- استفاده از گان در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون

بیمار.

۵- استفاده از گان در صورت افزایش خطر تماس با مواد بالقوه عفونی بیمار (در صورتیکه بیمار بی اختیاری

یا اسهال دارد، کولوستومی یا ایلئوستومی شده، یا ترشح زخم وی کنترل نمی شود).

- ۶- قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید درآورده شود و باید مراقب بود که لباس پرسنل آلوده نگردد.
- ۷- وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی، دستگاه فشار سنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و برای سایر بیماران مورد استفاده قرار نگیرند.
- ۸- در صورت لزوم استفاده مشترک از این وسایل، باید آنها را ابتدا پاک و گندزدایی نموده و سپس مورد استفاده قرار داد.
- ۹- انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.
- ۱۰- حرکت و جابه جایی بیمار را محدود کنید.
- ۱۱- اگر انتقال بیمار ضروری است با پوشانیدن ماسک جراحی به بیمار، انتشار و پراکنده شدن قطرات را به حداقل برسانید.

تفکیک زباله های بیمارستانی

انواع پسماندهای تولید شده در بیمارستان ها در ۵ گروه دسته بندی می شود:

- زباله های عفونی: هر شی آلوده به خون و ترشحات بیمار در این گروه قرار می گیرد. این زباله ها باید در سطل های زرد با کیسه زباله زرد رنگ جمع آوری گردد.
- غیر عفونی: زباله های خانگی یا تمامی زباله هایی که به ترشحات و مواد آلوده و عفونی آغشته نباشد مانند کاغذ، ظرف غذا و.... این زباله ها در سطل های آبی با کیسه های سیاه رنگ جمع آوری می شوند.
- زباله های شیمیایی: شامل تمامی زباله هایی می شود که به مواد شیمیایی مانند داروها آغشته شده اند. این مواد در سطل های قهوه ای با کیسه سفید رنگ نگهداری می شوند.
- اشیاء تیز و برنده: شامل کلیه سوزنها می باشد. در ظروف پلاستیکی مقاوم زرد رنگ با درب قرمز رنگ به نام سفتی باکس جمع آوری شده و مانند پسماندهای عفونی دفع می شوند.

- اشیاء تیز و برنده که به مواد شیمیایی آغشته هستند: این زباله ها به صورت جداگانه در ظروف سفتی باکس زرد رنگ با درب قهوه ای نگهداری می شوند.



از ریختن کاغذ، شیشه های خالی الکل، ظروف خالی بتادین، وایتکس و ظروف غذای بیماران، نان، پوست میوه و بسته های مواد غذایی در داخل کیسه زباله های زرد اکیدا خودداری شود.

باقی مانده سرم ها در صورت خونی نبودن در داخل دستشویی تخلیه گردد.

ست سرم ها در صورت خونی بودن و برگشت خون، در داخل کیسه زباله های زرد ریخته شود و در غیر اینصورت اگر در داخل آن دارو بود داخل کیسه زباله های قهوه ای انداخته شود.

وسایل حفاظت فردی ((Personal Protective Equipment (PPE):

وسایل حفاظت فردی تجهیزاتی هستند که برای حفاظت کارکنان از صدمات شغلی و یا بیماری های ناشی از تماس با مواد بیولوژیکی، شیمیایی، فیزیکی، رادیولوژیک، الکتریکی و.... طراحی شده اند. این تجهیزات با توجه به نوع صدمه مورد انتظار و تماس شغلی متفاوت می باشند. وسایل حفاظت فردی مورد استفاده جهت پیشگیری از عفونت ضمن محافظت کارکنان و پیشگیری از ابتلای آنان، مانع انتقال عفونت به سایر بیماران و افراد می گردد. احتمال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کاملاً از بین نمی برند و جایگزین اصلی ترین جزء کنترل عفونت (شستن دست) نمی شوند. فقط در صورتی که درست استفاده شوند مؤثرند.

چه کسانی باید از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند؟

تمام کسانی که با بیمار مشکوک یا مبتلا در تماسند: پزشکان، پرستاران، کارکنان رادیو لوژی، آزمایشگاه، خدمات، خانواده و...

وسایل حفاظت فردی شامل :

۱. کلاه
۲. محافظ صورت/عینک
۳. ماسک
۴. گان و پیش بند پلاستیکی
۵. رو کفشی
۶. دستکش

دستکش

دستکش یک نقش محافظتی دارد و از تماس دست با خون و ترشحات جلوگیری می نماید. هنگام تماس با خون، مایعات و ترشحات بدن، غشاهای مخاطی، پوست آسیب دیده و یا اجسام آلوده باید دستکش تمیز و غیراستریل پوشید. پوشیدن دستکش توسط کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در حین مراقبت از بیماران با توجه به دو هدف ذیل صورت می گیرد:

- پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از دست کارکنان به بیماران و یا از یک بیمار به دیگری در حین ارائه مراقبت یا خدمات.

- پیشگیری از انتقال بیماری از بیماران به کارکنان.

دستکش باید:

- میچ آستین گان را بپوشاند.
- فقط یک بار استفاده گردد.
- در صورت پارگی و آلودگی قابل مشاهده تعویض گردد.
- بین هر بار انجام مراقبت از بیماری که حامل میکروارگانیزم است، تعویض شود.
- پس از استفاده و پیش از ارائه مراقبت به بیمار دیگر، باید خارج و بلافاصله دستها شسته شود تا از انتقال میکروارگانیزم ها به محیط یا سایر بیماران جلوگیری شود. شدیداً توصیه می شود که از استفاده مجدد دستکشها اجتناب شود.

اصول استفاده از دستکش در بیمارستان

موارد استفاده از دستکش:

- هنگام تماس با خون، مایعات، ترشحات و کلیه مواد دفعی از بدن بیمار
- هنگام نقل و انتقال نمونه های ادرار و خون بیماران به آزمایشگاه
- هنگام نظافت و شستشوی سرویس بهداشتی و حمام بیماران
- هنگام جمع آوری و تخلیه زباله های بخش

نکته: قبل از تماس با مخاط و پوست آسیب دیده باید دستکش تمیز پوشید

اگر برای یک بیمار کارهای مختلف و اقدامات تهاجمی صورت می گیرد دستکش ها باید در فواصل انجام این امور تعویض شوند همچنین بعد از تماس با ماده ای که ممکن است حاوی تعداد زیاد میکروارگانیزم باشد، دستکش ها باید تعویض گردند

بلافاصله پس از استفاده از دستکش ، قبل از دست زدن به سطوح و وسایل غیر آلوده و قبل از تماس با بیمار دیگر ، باید دستکش ها را از دست ها خارج نمود

همیشه بعد از خارج نمودن دستکش باید دست ها شسته شوند

گان

برای حفاظت از پوست و جلوگیری از آلوده شدن لباس ها طی انجام پروسیجرهایی که احتمال پاشیده شدن خون یا ترشحات بدن وجود دارد، باید از گان تمیز و یا استریل استفاده کرد. گان باید: یکبار مصرف و یا از جنس قابل شستشو باشد. آستین گان پرسنل باید بلند و مچ آن کش دار باشد. گان باید یقه بسته باشد (یقه باز و یقه هفت نباشد). اندازه گان باید مناسب باشد و نواحی مورد نیاز بدن را بپوشاند (بلندی گان باید تا زیرزانو باشد). گان باید ضد آب باشد و در غیر اینصورت باید یک پیش بند پلاستیکی روی آن پوشیده شود. در صورت آلودگی قابل مشاهده بلافاصله تعویض شود. بهتر است بعد از استفاده گان را معدوم نمود و یا اگر قابل شستشو است به طریق مناسبی بدون پراکنده شدن آلودگی، به رختشویخانه فرستاده و سپس دست ها شسته شوند.

ماسک

برای حفاظت از غشای مخاطی بینی و دهان در طی انجام پروسیجرهایی که احتمال پاشیدن خون مایعات و ترشحات بدن وجود دارد، لازم است از ماسک استفاده شود. ماسک باید: بوسیله بند یا کش به پشت سر بسته شود. در صورت مرطوب شدن تعویض شود. هرگز به گردن آویزان نشود و پس از استفاده در سطل زباله دفع گردد. پس از استفاده از ماسک دستها شسته شوند. وقتی مرطوب می شود تعویض گردد.

انواع ماسک

ماسک ساده: مثل ماسک جراحی، ماسک ساده یا جراحی هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به بیماری منتقله از راه قطرات و یا به عنوان بخشی از محافظت طی فعالیتهای مراقبت از بیمار که احتمال پاشیدن خون، ترشحات یا مایعات بدن وجود دارد، استفاده می شود. این ماسک ها حفاظت کامل را در برابر آئروسول های کوچک ذره ایجاد نمی کنند و نباید در این موارد استفاده شوند مگر اینکه ماسک ۸-۱۲ لایه گاز در داخل ماسک ساده یا جراحی استفاده شود.

ماسک تنفسی مخصوص مثل N۹۵: کارکنانی که اقدامات تولید کننده آئروسول را برای بیماران مثلاً آلوده به ویروس آنفلونزای پرندگان انجام می دهند باید از وسیله ای که بالاترین سطح محافظت تنفسی را داشته باشد استفاده نمایند. محکم نمودن و استفاده درست از ماسک تنفسی مخصوص یکبار مصرف برای اطمینان از عملکرد صحیح آن ضروری است. اگر ماسک به خوبی روی صورت جای نگیرد ممکن است ذرات معلق در هوا از منافذ وارد شوند و استفاده از ماسک مؤثر نباشد.

عینک محافظ / محافظ صورت: عینک محافظ / محافظ صورت صرف نظر از تشخیص بیماری، زمانی که خطر آلودگی چشم ها و ملتحمه وجود دارد، باید از عینک محافظ / محافظ صورت استفاده کرد.

- همیشه هنگام انجام اقدامات تولید کننده آئروسول از عینک محافظ استفاده شود.

- هنگام مراقبت و در تماس نزدیک با بیماری که دچار علائم حاد تنفسی (مانند سرفه و عطسه) و در زمانی که احتمال پاشیده شدن ترشحات وجود دارد و همچنین کار در فاصله یک متری و یا کمتر با بیماری که بیماری حاد تنفسی دارد، باید از عینک محافظ استفاده شود.

- در صورت نیاز به استفاده از عینک آن را بالای سر خود قرار ندهید.

- در صورت چند بار مصرف بودن عینک و محافظ صورت، نکات لازم جهت جمع آوری و استریل نمودن آن را رعایت نمایید.

حفاظت از چشمها می تواند با وسایل زیر صورت گیرد :

- محافظ صورت - کلاه ایمنی با محافظ صورت - عینک محافظ

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی:

- ۱.. شستن دست ها
۲. پوشیدن گان
۳. پوشیدن کلاه یا محافظ موهای سر
۴. زدن ماسک
۵. محافظ صورت
۶. پوشیدن دستکش

ترتیب خروج وسایل حفاظت فردی:

- ۱.. درآوردن دستکش
۲. درآوردن گان
۳. شستن دست ها (می توان بعد از خروج دستکش دست ها را شست)
۴. درآوردن عینک
۵. درآوردن ماسک
۶. خارج کردن کلاه
۷. شستن دست ها

توجه: هنگام درآوردن وسایل حفاظت فردی اطمینان داشته باشید که خود و سایر افراد را آلوده نمی کنید. وسایل یکبارمصرف را داخل سطل زباله های عفونی بیندازید. هرگز صورت و وسایل حفاظتی (عینک، ماسک و...) را با دستکش آلوده لمس ننمایید. از لمس سطوح محیطی ، غیر از مواقع مراقبت از بیمار اجتناب نمایید.

اتاق های ایزوله

تعریف ایزولاسیون: اتخاذ خط مشی های عملی برای جلوگیری از انتقال عفونت در بیمارستان، براساس راههای انتقال عفونت را گویند.

هدف: پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیمار عفونی به سایرین و از سایرین به بیماری که سیستم ایمنی ضعیف دارد.

طبقه بندی اتاق های ایزوله Classification of isolation rooms:

اتاق ایزوله با فشار استاندارد Standard pressure room:

اتاق های ایزوله فشار استاندارد جهت بیمارانی که نیاز به ایزولاسیون تماسی یا قطره ای دارند کاربرد دارد.

اتاق های ایزوله با فشار منفی: اتاق های فشار منفی برای بیمارانی که نیاز به ایزولاسیون (هسته قطرات هوابرد) دارند کاربرد دارد. هدف از جابه جایی بیماران به اتاق های فشار منفی، کاهش انتقال بیماریهایی است که از طریق هوا منتقل می شود. اتاق های ایزوله فشارمنفی از طریق برقراری یک جریان هوا به سمت داخل اتاق باعث حفظ محیط اطراف از آلودگی ها و پاتوژنهای آن می شود. معمول ترین کاربرد آن برای اتاق های توپر کلوزیس (سل) می باشد. میزان تعویض هوا در اتاق های سل را ۱۲-۶ بار در ساعت توصیه می کنند. توصیه می شود اتاق ایزوله سل به یک پیش اتاق مجهز شود زیرا اثرات باز بودن درب ها و رفت و آمدها را می تواند به عنوان یک مانع بین اتاق و راهروها محدود نماید. هوای خروجی معمولاً قبل از اگزاست شدن به خارج اتاق ابتدا از طریق یک فیلتر هپا عبور می کند به حدی که نهایتاً برای طبیعت بی خطر می گردد.

اتاق های ایزوله با فشار مثبت: فشار هوایی که محدود می شود به ایزوله کردن بیمارانی که به طور شدیدی دارای نقص ایمنی می باشند مثل بیمارانی که عمل پیوند انجام داده اند و بیماران انکولوژی، اتاق های ایزوله فشار مثبت از طریق حفظ و برقراری یک جریان هوا به بیرون اتاق باعث محافظت بیماران از آلودگی ها و پاتوژن هایی که ممکن است به طرق مختلف وارد شوند می گردد. هدف کاهش ریسک انتقال عفونت به بیماران حساس (مستعد) از طریق هوا می باشد. معمول ترین کاربرد امروزه آن در اتاق های ایدز و اتاق بیمارانی است که انواع دیگری از نقص ایمنی را دارند مانند بیمارانی که پیشگیری از ورود هر پاتوژنی به بدن آنها شامل حتی قارچ ها و باکتری های معمول که ممکن است برای سلامتی افراد دیگر جامعه بی خطر باشند اهمیت دارد. معیارهای طراحی اتاق های HIV مشابه اتاق های سل می باشد. هوای ورودی یا هوای چرخش مجدد در اتاق های ایدز معمولاً از فیلتر هپا عبور می کند. بیماری که خود از طریق ایزولاسیون فشار مثبت محافظت می شود در صورتی که مبتلا به عفونتی باشد که از طریق هوا قابل انتشار است و باعث عفونت در دیگران می شود ایجاد مشکل می کند (مثل بیمار پیوند کلیه ای که مبتلا به آبله مرغان می باشد).

نکات ضروری قبل از ورود به اتاق ایزوله:

شستن دست قبل از ورود .

در صورت نشستن دست استفاده از محلول های الکلی .

از ماسک معمولی استفاده کنید و در صورت بیمار آنفولانزایی از ماسک N⁹⁵ استفاده کنید.

گان بپوشید.

پوشیدن دستکش .

استفاده از روکفشی پلاستیکی.

شستن دستها یا استفاده از محلول الکلی .

نکات ضروری قبل از خروج از اتاق ایزوله:

✓ در آوردن دستکش ها و انداختن آن در سطل زباله زرد به شیوه صحیح طوری است که دست با قسمت

خارجی دستکش تماس پیدا نکند.

✓ شستن دستها با آب و صابون یا محلول الکلی. لازم به یادآوری و تاکید است که استفاده از دستکش

جایگزین شستن دست نیست.

تزریقات ایمن

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز دارو ها می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استاندارد های درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه اعمال می نماید شواهد مؤید این مسئله است که مرگ و میر و معلولیت ناشی از تزریقات غیر ایمن تا حد زیادی قابل پیشگیری است.

از مهمترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی صدمات ناشی از فرورفتن سر سوزن به دست (Needle)

(Stick) کارکنان بهداشتی درمانی میباشد، که در ۶۵٪ موارد با سوزن های توخالی ۲۹٪ موارد در اثر آنژیوکت

پروانه ای صورت می پذیرد بطور کلی جراحات ناشی از Needle Stick در سه حالت ذیل رخ می دهد:

✓ ضمن درپوش گذاردن (recapping) سرسوزن

✓ انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ به داخل لوله های آزمایش

✓ دفع نامناسب وسایل درمانی تیزو برنده مصرف شده

نکات ایمنی مربوط به تزریقات:

- برای هر تزریق از یک سرنگ استریل یک بار مصرف جدید استفاده کنید
- در روی یک میز و یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن با خون، مایعات بدن و یا سوآپ های کثیف وجود ندارد وسایل تزریق را آماده نمایید
- هیچ گاه سر سوزن را در سر سرنگ بجای نگذارید
- در هنگامی که سر آمپول را اصطلاحاً می شکنید، با قراردادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول انگشتان را از آسیب و صدمه محافظت نمائید.
- قبل از اقدام به تزریق به بیمار کلیه داروهای تزریقی محلول و سرم های وریدی را از لحاظ کدورت، شکستگی جداره آنها و انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هرگونه مغایرت آنها را به نحو صحیح دفع نمائید
- توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، ذخیره سازی (و به ویژه لزوم رعایت زنجیره سرد) و جابجایی دارو به کار گیرید
- در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل آن را به نحو صحیح دفع نمایید.
- قبل از آماده کردن دارو و تزریق آن دست ها را با آب و صابون بشوئید و یا با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکل ضد عفونی کنید . در صورتی که مابین تزریقات دست ارائه کننده خدمت کثیف یا آلوده به خون ومایعات بدن بیمار گردید رعایت بهداشت دست ضروری است.

- از تزریق در نواحی ناسالم پوستی (وجود عفونت موضعی، ضایعات و درماتیت پوستی و یا بریدگی) اجتناب نمائید
- از استفاده از گلوله های پنبه آغشته به ماده ضدعفونی موجود در ظرف پنبه الکلی اجتناب نمائید
- واکسیناسیون رایگان علیه HBV جهت کلیه کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در واحدهایی که کارکنان برخورد با اقدامات پر خطر دارند الزامی است.
- الزامیست وسایل حفاظتی مناسب نظیر دستکش، گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند پلاستیکی، ماسک و عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی درمانی متناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای درمانی در دسترس باشد
- جمع آوری، نگه داری و دفع سر سوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت، بیستوری، لانس، اسکالپ وین، ویال های شکسته و ...) که الزامیست بلافاصله پس از مصرف در ظروف ایمن جمع آوری و سپس به یکی از صور استاندارد امحاء و بی خطر سازی پسماند های خطرناک بهداشتی درمانی تبدیل به پسماند شبه خانگی شده و همراه با سایر پسماندهای بیمارستانی به نحو مطلوب دفع گردند.
- ضروری است ظروف جمع آوری پسماند های نوک تیز و برنده مستحکم، غیر قابل نفوذ، دهانه گشاد، دارای قفل و ضامن، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.
- به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن دفع گردند، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات در کلیه واحد های ذیربط قرار داشته باشند مثلاً در سائز کوچک در روی ترالی تزریقات و یا در اتاق درمان، اتاق تزریقات و....
- استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون "احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی" به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیشگیری از آلودگی آنان الزامی است.
- به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی، در صورتی که حداکثر ۳ / ۴ حجم ظروف مزبور پر شده باشد، ضروری است درب ظروف به نحو مناسب بسته و دفع شوند

- وجود این ظروف در کلیه واحد های بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی در محل ارائه خدمت الزامی است.

- ظروف ایمن حاوی پسماندهای نوک تیز و برنده و پسماندهای عفونی را جهت انتقال به اتاقک موقت نگه داشت پسماندها مهر و موم نمائید . بعد از مهر و موم ظروف ایمن محتوی پسماندهای نوک تیز و برنده از باز کردن، تخلیه ظروف و استفاده مجدد و فروش سر سوزن و سرنگ داخل آن اجتناب نمائید

- از تجویز دارو به روش تزریقی تا زمانی که دارو به دیگر اشکال از جمله خوراکی موجود نباشد، حتی الامکان اجتناب گردد.

- ترجیحاً زمانی از روش تزریقی به جای سایر روش ها استفاده گردد که بیمار تحریک پذیر، بیهوش و یادچار اختلالات گوارشی باشد

رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات الزامی است:

جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند.

پس از تزریق از گذراندن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمودن خون جهت ABG یا کشت خون.

از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.

در موارد ضروری جهت گذراندن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگه داشتن درپوش استفاده نمائید و یا از یک دست جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.

اقدامات لازم در مواجهه های شغلی برای عفونت های HBV، HCV، HIV (نیدل استیک)

✓ پرسنل جدید ورود در بدو ورود ملزم به انجام آزمایشات HIV و HCV و HBSAg ، HBSAb می باشند .

✓ اندازه گیری تیترا HBSAb سالیانه برای پرسنل (پرستاری - پزشکی، خدمات، آزمایشگاه) لازم نیست و ۱ بار برای همیشه ایمنی زاست و معتبرترین زمان چک آن یک ماه بعد از تزریق نوبت سوم واکسن HBV است .

✓ در صورت نیاز به واکسن هپاتیت B، باید با هماهنگی با پرستار کنترل عفونت بیمارستان به واحد واکسیناسیون مرکز بهداشت معرفی شوند.

اقدامات اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی درمانی:

- عدم فشار دادن ناحیه مورد نظر و خودداری از مالش موضعی چشم
- شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون و شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد
- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کنترل عفونت در شیفت صبح روزهایکاری و سوپروایزر بالینی در شیفتهای عصر، شب و صبح روزهای تعطیل
- ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر یا مسئول مربوطه.
- بررسی میزان خطر بیماری زایی ناشی از تماس در کارکنان : در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار - مددجو) با عفونت HIV محرز شود، الزامی است فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ساعت اول تحت مراقبت های درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد
- در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده HBV/HIV می باشد ۱۰ - ۵ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پیگیری آتی ذخیره می شود.
- پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع ۱۰ - ۵ میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت C/B و HIV اخذ ومورد آزمایش قرار می گیرد.

دفع سوزن:

به هنگام استفاده از سوزن، اسکالپل و سایر وسایل نوک تیز، در زمان جمع آوری وسایل نوک تیز (بعد از انجام پروسجر) حین پاک کردن وسایل مصرف شده و در هنگام دفع سوزن های مصرف شده، باید مراقب بود تا آسیبی به فرد وارد نشود

***هرگز درپوش سوزن های مصرف شده را مجدد ا بر روی سوزن قرار ندهید یا آنها را دستکاری نکنید.**

****به هیچ وجه نباید نوک سوزن، به طرف بدن شما قرار گیرد.**

سرنگ های یکبار مصرف و سوزن ها، تیغه های اسکالپل و سایر وسایل نوک تیز مصرف شده را در ظروف مناسب و مقاوم به سوراخ شدگی (در حد امکان این ظروف به محلی که وسایل فوق مورد استفاده واقع می شوند، نزدیک) باشند قرار دهید

مواجهات شغلی

تماس پوستی شامل:

- آسیب پرکوتانئوس (نیدل استیک، بریدگی با اجسام تیزو برنده)
- مخاطی (چشم و دهان)
- پوست غیر سالم

در ارزیابی خطر انتقال بدنال تماس شغلی به نکات زیر توجه شود:

- ✓ نوع مایع
- ✓ وضعیت فرد
- ✓ HBSAg ، HCVAb ، HIV
- ✓ وضعیت منبع

✓ واکسیناسیون و سرولوژی هپاتیت B فرد تماس یافته

راههای کنترل و پیشگیری از عفونتهای منتقله از راه خون:

توجه به اصول احتیاجات همه جانبه

پیشگیری قبل از تماس

پیشگیری پس از تماس

نکاتی در رابطه با واکسیناسیون هپاتیت B:

واکسن هپاتیت B به صورت عضلانی در عضله دلتوئید در سه نوبت تزریق گردد.

در صورتیکه سطح HBS Ag کمتر از ۱۰ باشد فرد باید واکسن هپاتیت B را طبق پروتکل آن دریافت کند. یک ماه پس از پایان سه نوبت تزریق مجدداً تیتراژ چک شده و به اطلاع پرستار واحد کنترل عفونت رسانده شود تا راهنماییهای لازم انجام شود.

اگر پس از واکسن اول برنامه واکسیناسیون قطع شود دوز دوم در اولین فرصت تزریق شود.

اشخاصی که به سری اول واکسیناسیون پاسخ نداده (تیتراژ آنتی بادی کمتر از ۱۰) باشند اولاً از نظر هپاتیت B بررسی و در صورت منفی بودن مجدداً سه نوبت دوز واکسن را دریافت کنند و در صورتی که مجدداً پس از پایان واکسیناسیون تیتراژ آنتی بادی کمتر از ۱۰ داشتند، در صورت تماس شغلی با بیمار آنتی ژن مثبت باید در دو نوبت با فاصله یک ماه ایمونوگلوبولین و یا یک نوبت ایمونوگلوبولین به همراه واکسن دریافت کنند.

بیماری های مشمول گزارش فوری:

التور	فلج شل حاد	سرخک	سرخچه	دیفتیری	سیاه	سرفه
کزاز نوزادان						
مننژیت آنفلوانزا	طاعون	شیستوزومیازیس تیفوس	تب زرد	مالاریا		

بوئولیسف سیاه زخم تنفسی هر مورد حیوان گزیدگی جنون گاوی
تب دانگ

هر گونه افزایش ناگهانی موارد عفونی بیماری های تب دار بثور ی خونریزی دهنده CCHF
عوارض ایمن سازی (موارد مرگ، بستری در بیمارستان، آبه کلیه پیامد های غیر معمول شدید یا خوشه ای
بزرگ و هر گونه عارضه ای که باعث تشویش عمومی شود)

بیماری های مشمول گزارش غیر فوری:

سل جزام کزاز بالغین عوارض ایمن سازی ایدز بیماریهای آمیزی
تیفوئید شیگلوز
کالاآزار تب مالت سالک عفونتهای بیمارستانی موارد نیدل استیک
کیست هیداتیک

لپتوسپیروز سیاه زخم جلدی انواع هپاتیت های ویرال E ، A.B.C.D
بیماریهای غیر واگیر (سرطان ها، سوانح و حوادث، هایپوتیروئیدی مادرزادی، فنیل کتونوری، تالاسمی ماژور)

در صورت بروز بیماریها طبق جدول زیر لازم است در عرض ۲۴ ساعت، با مرکز بهداشت واحد
پیشگیری و مبارزه با بیماریها به تلفن: ۳۴۵۳۳۱۰۰ (شبانہ روزی) گزارش گردد.

فلج شل حاد	وقوع هر نوع فلج شل ناگهانی در اندام ها (بدون سابقه ضربه) در افراد زیر ۱۵ سال
سر خک	هر شخصی که طبق نظر پزشک از لحاظ بالینی به عفونت سر خک مشکوک باشد یا هر شخص دارای نشانه های تب و راش (بثورات) ماکولو پاپولر (غیر وزیکولار)
سر خجه	هر بیمار با تب و راش ماکولو پاپولر همراه با یک یا چند تا از این علایم: ادنوپاتی در گردن پس سر یا پشت گوش درد یا تورم مفاصل

سندرم سرخچه مادرزادی	۱- هر کودک کمتر از یک سال که کارمندان بهداشتی در او مشکوک به CRS شوند. ۲- هر کودک کمتر از یک سال دارای تاریخچه مادری مشکوک یا تایید شده ابتلا به سرخچه در دوران حاملگی ۳- هر نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به کری و یا با یک یا چند علامت از علائم چشمی: مرمک سفید، کاهش دید حرکات پاندولی چشم لوچی
دیفتری	بیمار دارای غشای چسبنده در لوزه حلق یا بینی و متعاقب آن هر یک از موارد لارنژیت فارنژیت و یا تونسیلیت
کزاز نوزادان	مرگ نوزاد در سن ۳ تا ۲۸ روز که علت مرگ شخص نباشد یا هر نوزادی که به علت کزاز نوزادی فوت نموده و مورد بررسی قرار نگرفته است. یا نوزادی که ۲ روز اول به طور طبیعی قادر به مکیدن پستان و گریستن باشد و بین روزهای ۳ تا ۸ دچار عدم توانایی در مکیدن شیر شده و به دنبال آن دچار سفتی و اسپاسم عضلات شود.
مننژیت	شروع ناگهانی تب بالای ۳۸/۵ رکتال یا ۳۸ زیر بغل و یکی از علائم: سفتی گردن کاهش سطح هوشیاری علائم مننژیال (سردرد استفراغ) فونتانل برجسته (در اطفال)
عوارض ایمنسازی	هر پیامد نامطلوبی که متعاقب ایمنسازی به وجود آمده باشد.
وبا (التور)	هر فرد بالای ۲ سال که در اثر اسهال حاد ابکی دچار کم آبی شدید شود یا به علت اسهال ابکی بمیرد.
بوتولیسم	شروع ناگهانی فلج شل پایین رونده قرینه همراه با ضعف عمومی پتوز پلک دوبینی تاری دید تهوع و استفراغ
طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذا	استفاده دونفر یا بیشتر از یک غذا یا آشامیدنی مشترک و بروز علائم مشابه
مالاریا	تبهای متناوب همراه با حمله دوره ای یا سابقه مسافرت به مناطق آلوده

سیاه زخم تنفسی	وجود علایم کلینیکی سازگار با سیاه زخم تنفسی (شروع علایم ریوی) همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم یا محصولات الوده دامی
حیوان گزیدگی	شخصی که از طریق بزاق، گزش یا خراش یک حیوان حساس به هاری یا حیوانی از منطقه الوده به هاری مورد مواجهه قرار گرفته است.
سایر بیماریهای فوری	بیماریهای بشوری خونریزی دهنده (cchf) طاعون تیفوس تب زرد کم کاری تیروئید نوزادان فنیل کتنوری. انفولانزای پرندگان، سیاه سرفه، فاسیولا، شپش تن سارس

فصل پنجم

مدیریت ایمنی



تعاریف:

ایمنی (Safety): فقدان وجود هرگونه صدمه و آسیب اتفاقی.

خطا (Error): عدم توفیق در تکمیل و انجام هرگونه کار و یا فعالیت بر طبق برنامه پیش بینی شده.

رویداد ناگوار (Adverse Event): صدمه مرتبط به سیر درمان مغایر با عوارض ناشی از بیماری.

نزدیک به خطا (Near-mis): اشتباه یا رویداد ناگواری که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس و یا توقف جریان روی نداده است.

رویداد ناخواسته: یک واقعه غیرمنتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی فیزیکی یا فیزیولوژیک و یا خطر وقوع آن اگرچه منجر به مرگ یا صدمه جدی نشود.

عوارض ناخواسته ناشی از اقدامات درمانی علاوه بر متضرر کردن بیماران از لحاظ فیزیکی، روحی- روانی و مالی، خانواده ایشان، کادر درمانی و جامعه را نیز تحت تاثیر عواقب سوء خود قرار می‌دهند. بر اساس آمار جهانی و مطالعات در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته، در حال توسعه و... میزان قابل توجهی از بیماران مورد پذیرش در مراکز تشخیصی و درمانی (بیش از ۱۰ درصد) به نوعی متاثر از این حوادث هستند. دو نکته مهم در خصوص این وقایع یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن اکثریت (بیش از ۷۰ درصد) آنهاست.

ایمنی بیمار:

ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می شود. بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

۱. ارزیابی ریسک

۲. شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار

۳. گزارش دهی و تحلیل حوادث

۴. ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن

خطا

ارزیابی ایمنی بیمار

به دلیل اینکه موضوع ایمنی چند بعدی است، درک و پایش و توسعه ایمنی نیازمند اندازه گیری های مختلف داده های (کمی و کیفی) است شامل:

✓ اندازه گیری رضایتمندی بیمار

✓ اندازه گیری های کمی و کیفی فرهنگ ایمنی بیمار

✓ داده های روتین بیمار

✓ پرونده بیماران

✓ سیستم های گزارش دهی

✓ ارزش "تحلیل کیفی" رویدادهای نامطلوب در افزایش دانش علی، پیشگیری و عملکرد ایمن، مهم است.

✓ در "روشهای کمی" از شاخص ها و روشهای تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیکی استفاده می گردد تا جوجه ایمنی بیمار بطور کمی اندازه گیری شود.

شاخصهای ایمنی بیمار Patient Safety Indicators

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

۱. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ

۲. واکنش ناشی از انتقال خون نا سازگار

۳. آسیب حین تولد نوزاد

۴. سوختگی با کوتر در اتاق عمل

۵. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
۶. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
۷. آمبولی ریوی پی پس از عمل جراحی
۸. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۹. خونریزی یا هماتوم شدید بعد از عمل جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
۱۰. ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم فشاری تونلی در بیمارستان
۱۱. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
۱۲. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی
۱۳. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق تزریق یا مصرف خوراکی دارو
۱۴. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
۱۵. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود

شاخص های سطح بیمارستانی ایمنی بیمار (۲۰ شاخص):

- ۱- عوارض بیهوشی
- ۲- مرگ در گروههای DRG با احتمال مرگ پایین
- ۳- زخم بستر
- ۴- نارسایی در نجات بیمار
- ۵- جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی
- ۶- پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی
- ۷- عفونت انتخابی به دلیل مراقبت درمانی

- ۸- شکستگی لگن بعد از عمل
- ۹- هماتوم یا خونریزی بعد از جراحی
- ۱۰- اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل
- ۱۱- نارسایی تنفسی بعد از عمل
- ۱۲- آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی
- ۱۳- عفونت خون بعد از عمل
- ۱۴- جدا شدن زخم بعد از عمل در بیماران جراحی شکمی و لگنی
- ۱۵- پارگی و سوراخ شدگی تصادفی
- ۱۶- واکنش ناشی از انتقال خون
- ۱۷- آسیب حین تولد- آسیب به نوزاد
- ۱۸- ترومای زایمان طبیعی با ابزار
- ۱۹- ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار
- ۲۰- ترومای زایمان - سزارین

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار:

- عفونتهای بیمارستانی
- حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می شود.
- عوارض حین و بعد از عمل جراحی
- زنان و زایمان
- حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند.

کاهش خطر آسیب به بیمار، ناشی از سقوط:

- ✓ روشهای استاندارد کنترل برای کاهش یا حذف سقوط
- ✓ سیاستها و روشهایی برای کاهش خطر آسیب دیدگی ناشی از افتادن
- ✓ ارزیابی مقدماتی خطر افتادن بیماران؛ همچنین ارزیابی مجدد آنها زمانی که تغییری در وضعیت و داروهای آنها مشاهده می شود.
- ✓ مراقبت از بیماران مسن، ناتوان، و مبتلایان به اختلالات تعادلی، حرکتی، هوشیاری و شناختی در شرایط بستری انجام اقداماتی به منظور کاهش خطر افتادن اشخاصی که تشخیص داده شده در معرض خطر هستند.

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیافتند (Never event):

براساس National Quality forum شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شوند:

الف (وقایع جراحی

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

ب) وقایع مرتبط با تجهیزات و تولیدات

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

ج) وقایع مراقبتی بیمار

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

د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی

- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با خطای درمانی
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با واکنش همولیتیک بعثت تجویز خون یا فراورده های خونی ناهمگون و ناسازگار (تزریق گروه خون اشتباه)
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی مادر در زایمان طبیعی یا وضع حمل حاملگی های کم خطر موقع ارائه خدمات مراقبتی
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با هیپوگلیسمی که موقع ارائه خدمات مراقبتی شروع شود.
- ✓ مرگ یا ناتوانی جدی (کرینکتروس Kernicterus) مرتبط با نارسائی و شکست در شناخت و درمان یرقان نوزادی
- ✓ زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش جهت خدمات بالینی

✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت درمان نخاعی

ه (وقایع مرتبط با محیط

✓ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار همراه شوک الکتریسیته در حین مراقبت های درمانی

✓ هرگونه حادثه ای در اثر انتقال اشتباه لوله های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیمار یا آلودگی این لوله ها

✓ هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلمت سوختگی ناشی از هرمنبعی در حین مراقبت های درمانی

✓ هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلمت اختلال در محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت

✓ هرگونه مرگ یا ناتوانی جدی بعلمت افتادن

و (وقایع جنائی

✓ هرگونه اصرار دستورات درمانی توسط پزشک، پرستار، داروساز و دیگر ارائه دهندگان خدمات درمانی

دارای پروانه کار

✓ سوء استفاده و تجاوز جنسی از بیمار

✓ مرگ یا جراحت مهم بیمار یا پرسنل ناشی از سوء استفاده و تجاوز فیزیکی

✓ ربودن بیمار

خطاهای دارویی

خطای دارویی عبارت است از هرگونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است باعث یا منجر به مصرف نامناسب

فرآورده دارویی یا ایجاد اثرات زیان آور در بیمار گردد.

شایعترین خطاهای دارویی:

تجویز غلط دارو

تجویز دوز نامناسب دارو

زمان و دفعات نامناسب مصرف

تجویز شکل دارویی نامناسب

دستور غلط برای آماده سازی دارو

خطا در پایش دارو درمانی

تجویز دو یا چند دارو که با هم تداخلات مهم و خطرناکی دارند.

از قلم افتادن یک داروی مهم و حیاتی در تجویز پزشک

تجویز داروی اشتباه (Prescribing error)

۱. اولین گام ارتکاب خطا، اشتباه پزشک در تشخیص بیماری یا تجویز داروی مناسب است.

۲. دریافت بیش از حد یا کمتر از مقدار معین شده دارو: این اشتباه زمانی روی می دهد که دوز دارو متناسب با سن، جنس و شرایط عمومی بیمار تعیین نشده باشد.

۳. زمان و دفعات نامناسب مصرف دارو: این اشتباه زمانی رخ می دهد که فاصله بین صرف دو دوز دارویی کمتر یا بیشتر از ۶۰ دقیقه از فاصله زمانی تجویز شده باشد. ظرف ۶۰ دقیقه پس از تجویز دارو، دارو برای بیمار تهیه ولی به مصرف نرسیده باشد. از نظر زمانی، تداخل دارو با وعدههای غذایی بیمار رعایت نشده باشد.

۴. تجویز و مصرف شکل دارویی نامناسب: این اشتباه زمانی رخ می دهد که راه مصرف درست انتخاب شده ولی شکل دارویی به اشتباه تحویل و برای بیمار استفاده شود.

۵. اشتباه در آماده سازی دارو: به عنوان مثال میتوان به رقیق کردن نادرست داروها، عدم رعایت استریلیتی، مصرف سوسپانسیونها بدون تکان دادن آنها، عدم حفاظت دارو از نور، ناسازگاری های فیزیک و شیمیایی و عدم تمیز کردن درپوش ویالها با الکل قبل از ورود نیدل به آنها اشاره کرد.

۶. راههای مصرف اشتباه دارو: تجویز دارو از راهی غیر از آنچه که در نسخه درج شده است.

۷. استفاده از تکنیک غلط برای مصرف دارو: این نوع خطا در اثر عدم رعایت روش تجویز صحیح اتفاق میافتد. مثلاً عدم رعایت دستور صحیح بکارگیری اسپریهای استنشاقی.

۸. مصرف داروی تخریب شده یا تاریخ گذشته: تحویل و یا تجویز داروهایی که در شرایط مناسب (مثلاً داروهای یخچالی و یا حساس به نور) نگهداری نشده اند یا داروهایی که تغییر رنگ واضح دارند و در بوروشور دارو در مورد آن هشدار داده شده است.

۹. تمامی خطاهای که در ارتباط با پایش یک دارو در حین و یا پس از مصرف دارو توسط کادر پزشکی رخ میدهد: به عنوان مثال عدم اندازه گیری غلظت سرمی یک دارو یا عدم ارزیابی تاثیر یک دارو بر کراتینین یا عملکرد آنزیمهای کبدی.

۱۰. خطای حذف: این خطا عبارت است از عدم رسیدن داروی مورد نظر پزشک به دست بیمار. براساس تعریف اگر در یک دوره ۲۴ ساعته مجموع تعداد دوزهای مصرفی کمتر از مجموع دوزهای تجویز شده باشد، خطای حذف اتفاق افتاده است گاهی نیز کلاً یکی از اقلام دارویی تجویز شده از قلم افتاده و حذف میشود.

بایستی توجه داشت که اگر بیمار داروی خود را مصرف نکند خطای دارویی اتفاق نیفتاده است.

۱۱. استفاده از فرآورده های غیر مجاز

۱۲. نقص در کمپلیانس بیمار: در صورتیکه کلیه نکات مربوط به تجویز و تحویل دارو به درستی انجام

شود ولی بیمار نسبت به شکل دارویی یا راه مصرف دارو همکاری مناسب نداشته باشد نیز اشتباه اتفاق می افتد.

علل وقوع اشتباهات دارویی و پزشکی

۱. دستخط نامناسب و ناخوانا

۲. مشابهت دارویی از نظر نوشتاری و لفظی: به عنوان مثال می توان به داروهای زیر اشاره نمود

که به دلیل شباهت زیاد در نوشتار یا تلفظ دارو امکان اشتباه در تشخیص یا تحویل داروهای نوشته شده افزایش می یابد.

▪ Azithromycin-Erythromycin

▪ Prednisone-Primidone

▪ Dopamine- Dobutamine

۳. استفاده از اختصارات در نسخ دارویی

۴. نقص در عملکرد تجهیزات پزشکی

۵. محاسبه ناصحیح دوز دارو

۶. اشتباه در انتقال دستور پزشک به پرونده بیمار

۷. اشتباه در Labeling داروها

۸. فشار کاری زیاد

۹. اشتباه در عملکرد پرسنل

۱۰. عدم دسترسی به دارو

۱۱. کافی نبودن پرسنل آموزش دیده.

روش گزارش دهی خطاهای دارویی

خطاها باید در فرم های مخصوص که در تمام بخشها، داروخانه و دفتر بهبود کیفیت وجود دارند، نوشته شود و سپس در صندوق های مخصوص انداخته شود.

راههای پیشگیری از بروز خطاهای دارویی

۱. در هنگام پذیرش بیمار، انتقال داخل و بین بیمارستانی

بررسی کلیه داروهای مورد استفاده بیمار در منزل و در صورت وجود هر گونه ابهام، بررسی نسخه اولیه. تطبیق داروهای جدید تجویز شده به بیمار با سایر داروهای مورد مصرف بیمار به لحاظ وجود هر گونه واکنش های متقابل دارویی. تماس تلفنی از بخش مبدا به بخش مقصد در هنگام انتقال داخل و بین بیمارستانی و مطلع شدن از وضعیت جسمانی و روانی بیمار در صورت نیاز

۲. در هنگام ترخیص بیمار به منزل

تطبیق کلیه داروهای مورد مصرف بیمار در منزل با داروهای جدید تجویز شده. توضیح دقیق دستورات دارویی به بیمار و در صورت لزوم ارائه دستورات به صورت کتبی

۳. فقدان اطلاعات کافی مرتبط با مشخصات بیمار از عوامل خطرزا در وقوع حوادث ناخواسته

دارویی می باشد.

تاریخچه صحیح دارویی

داروهای مصرفی در حال حاضر

سن، جنس، وزن و قد بیمار
بیماریهای همراه و وضعیت کنونی بیمار
نتایج مرتبط به تست های آزمایشگاهی
حاملگی و وضعیت شیر دهی بیمار در صورت نیاز

به منظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته دارویی الزامیست بیمارستان دارای لیست داروهای پر
خطر و لیست واکنشهای متقابل دارویی خطرناک باشد.

قبل از تجویز دارو به بیمار، پرستار مسئول شیفت و قبل از پیچیدن نسخه پزشک، داروساز داروخانه نسخ
پزشکی را به لحاظ هرگونه ابهام از جمله ناخوانا بودن، کامل نبودن دستور دارویی و یا هرگونه سؤال، بررسی
و رفع نماید.

در هنگام دادن اولین دوز داروی جدید به بیمار برچسب دارویی را در سه مرحله ذیل با دستور
دارویی در کارت دارویی، کنترل نمایید:

در زمان برداشتن دارو از قفسه دارویی و چیدن و آماده نمودن دارو
قبل از دادن دارو به بیمار

در بالین بیمار و در هنگام دادن دارو به بیمار

با استفاده از حداقل دو روش ذیل بصورت تئامان بیمار صحیح را شناسایی نمائید:

پرسش از بیمار در خصوص نام و نام خانوادگی
دستبند شناسایی بیمار (در صورت وجود)

یادآوری می شود هیچگاه از شماره تخت و شماره اتاق برای شناسایی بیمار استفاده نشود.

آثار استفاده نامناسب از داروها

عوارض کاربرد نامناسب از داروها را می توان به صورت زیر خلاصه کرد:

کاهش کیفیت دارو درمانی که منجر به افزایش ناخوشی و مرگ و میر می شود.
 اتلاف منابع مالی که منجر به کم شدن فراهمی سایر داروهای ضروری و نیز افزایش قیمت دارو می شود.
 افزایش خطر عوارض ناخواسته از قبیل عوارض ناخواسته دارویی و مقاومت دارویی مثل سل مقاوم به چند دارو یا مالاریا.

نه راه حل ایمنی طبق سازمان جهانی بهداشت به شرح ذیل می باشد:

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

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

داروهایی هستند که از لحاظ بسته بندی دارویی و یا از لحاظ نام دارویی در تلفظ بسیار شبیه به هم می باشند این داروها یکی از شایع ترین علل خطاهای دارویی محسوب شده که سبب افزایش مرگ و میر و هزینه های بیمارستانی می شوند. مثل hydroxyzine و hydralazine

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

* خوانا نبودن دستورات دارویی در نسخ پزشکی

* دستور شفاهی دارو بدون تکرار

* انبار کردن و یا در کنار هم قرار دادن بسته های دارویی مشابه

* اختصارات دارویی مشابه بدون تعریف آن در نسخ پزشکی و در سطح بیمارستان

۲. شناسایی صحیح بیماران

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود. عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلیبوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند. به همین منظور از مچ بندهای احراز هویت بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی استفاده می شود.

مشخصاتی که روی مچ بند احراز هویت بیماران ثبت می گردد به شرح ذیل می باشد:

بیماران بستری بزرگسال: نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار، نام پدر، کد پذیرش

نوزادان: نام و نام خانوادگی نوزاد، نام و نام خانوادگی مادر نوزاد، جنسیت، تاریخ تولد، تعداد قل (یک، دو، سه و...)، کد پذیرش.

نوزادان و بیماران بزرگسالی مجهول الهویه: ثبت عبارت مجهول الهویه و نام مکانی که بیمار آخرین بار در آن مکان مشاهده شده یا مکانی که اورژانس ۱۱۵ وی را مشاهده کرده است، جنسیت بیمار، کد پذیرش.

نکته ۱: برای بیمارانی که اختلالات روانپزشکی دارند مچ بند صادر نمی گردد.

نکته ۲: در بیمارانی که شنت / فیستول شریانی - وریدی دارند مچ بند در مچ دست راست نصب می گردد.

نکته ۳: مچ بند روی مچ دست راست تمام بیماران نصب می گردد

نکته ۴: اگر در ناحیه ساعد دست شکستگی یا اندام مصنوعی وجود داشته باشند، مچ بند در قسمت بازوی همان دست نصب یا در صورت آتل بندی کل دست راست و دست چپ، مچ بند در پای بیمار نصب می گردد.

کلیه کادر درمان می بایست قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی مچ بند احراز هویت بیمار را چک نموده و از بیمار در صورتی که هوشیار است نام وی را بپرسند.

از بیمار به جای اینکه بپرسید آیا شما آقای علی احمدی هستید، بپرسید نام شما چیست؟ به هیچ عنوان نباید شماره تخت و اقدامات تشخیصی - درمانی و هر آنچه که جزء هویت خود بیمار نمی باشد، مبنای شناسایی بیمار تلقی گردد.

۳. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

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

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

گام اول: اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر: هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد. این مداخلات شامل اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه های انکولوژی بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد.

نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت (وجود حکم یا دستور قضایی یا قیومیت) لازم می

گام دوم: تأیید هویت بیمار

قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضای تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرایند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

این پرسش ها شامل: نام کامل بیمار و تاریخ تولد به گونه ای که خود بیمار یا همراهش به صورت کاملاً واضح نام بیمار را عنوان کند، نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده، دلایل انجام، روش درمان یا پروسیجر مورد نظر است. پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید.

در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی باید به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود.

در مواردی که بیمار از انجام علامت گذاری امتناع میورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده پزشکی بیمار و گزارش پرستاری چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل می شود. پزشک مسئول بیمار

باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می گردد.

فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل:

در زمان علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکار های ذیل الزامیست:

محل مورد نظر انسزیز یون (خط عمل) و یا محل جاگذاری وسیله بای به طور کاملاً شفاف نشانه گذاری شود.

در صورت وجود چندین محل یا چندین پروسیجر، مکان هر کدام باید به صورت جداگانه علامت گذاری شود. محل های غیر پروسیجر علامت گذاری نشوند.

همه سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختار های چند گانه (از قبیل انگشتان، مچ ها، جراحات) و یا سطوح چندگانه (از قبیل طناب نخاعی) باید به طور واضح علامت گذاری شوند.

علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل (drapping) همچنان قابل رؤیت بماند.

علامت گذاری محل عمل باید به گونه ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، همچنان برای کلیه اعضای تیم درمانی قابل رؤیت باشد.

علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.

جز در موارد اورژانسی، نباید بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.

نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه اسناد بیمار ضروری است.

همه ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود.

در واحد های تصویر برداری، اعضای تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائه تصویر (گرافی) صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند.

در صورتی که اطلاعات تصویربرداری جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می گیرد، اعضاء تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح برای بیمار صحیح می باشند.

موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر:

مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی (اپیدورال یا اسپینال)

پروسیجرهای انجام شده بر روی ارگان های خط وسط (Mid line) از قبیل نواحی (anal perineal Umbilical). در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد.

موارد آندوسکوپي یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می شوند.

موارد منفرد از قبیل C/S و برش سزارین، لاپاروسکوپي، لاپاروتومی یا اورتوتومی.

در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد مثل دندان.

در گرافی ها و یا دیگر اسکن های بیمار تا حد امکان باید محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت گردد.

در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می تواند منجر به تتوی دائمی شود.

در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد (محل انجام جراحی)

در زمان انجام پروسیجرهای تصویربرداری داخلی (از قبیل MRI، پروسیجرهای رادیولوژیکی، استریوتاکسی و...)

در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی.

انجام علامت گذاری در خصوص آماده سازی بیماران کاندید جراحی چشم، تأکید ویژه صورت گرفته است. در این گونه موارد حتی الامکان بایستی چشم مورد نظر در بخش توسط متخصص چشم علامت گذاری

شود. در مورد جراحی های چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل (راست یا چپ) به طور کامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و همچنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است.

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

هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی و تیم جراحی درگیر (شامل: جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار) باید در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرایند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است. براساس خط مشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بی هوشی بیمار صورت گیرد.

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضاء تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند.

بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر

بررسی صحت نوع پروسیجر در حال اجرا (طراحی شده)

علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر.

در دسترس بودن پروتزه های صحیح و یا هر تجهیز ویژه دیگر.

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.

گام پنجم: اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های

تشخیصی مرتبط

خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح میباشد

فرآیند های مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری:

حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضای تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد با دقت بررسی شده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند.

از صحت بیمار صحیح - گزارش صحیح اطمینان یابند.

بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد. در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.

۴. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

مواردی که در هنگام تزریق محلولهای الکترولیت با غلظت بالا باید مورد توجه قرار گیرد:

- تهیه چک لیست برای ارائه محلولهای کلرید پتاسیم با غلظت بالا شامل محاسبه دقیق دوز محلول الکترولیتی، ریت پمپ انفوزیون و برچسب راه صحیح دریافت محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا.

- بعد از رقیق شدن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا، نصب برچسب محلول پرخطر قبل از ارائه

محلول به بیمار

الزامی است.

در تزریق محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا تأکید بر استفاده از پمپ انفوزیون است، در صورت نبود پمپ انفوزیون از میکروساست برای تزریق محلول در نظر گرفته می شود و در طول تزریق، بیمار به طور مکرر مانیتور گردد.

حتما در دستورات پزشک دوز و مدت زمان تزریق برای محلولها ذکر گردد.

در Order پزشکی فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک با حروف بزرگ (Capital) و بالاتر از خط زمینه نوشته میشود.

پرستار مسئول شیفت می بایست فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک را با خودکار قرمز در کاردکس وارد نماید.

قبل از تزریق محلولها از شناسایی صحیح بیمار اطمینان حاصل شود.

ملاحظات پرستاری در تزریق محلولهای الکترولیت با غلظت بالا

فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز، حجم، سرعت تزریق و طریقه مصرف با دستور دارویی درج شده در پرونده بیمار توسط دو پرستار قبل از تزریق محلولی به بیمار کنترل گردد.

شناسایی دقیق بیمار از طریق پرسش شفاهی، برگه درخواست و مچ بند احراز هویت بیمار (نام، نامخانوادگی، نام پدر، روز/ماه/سال، کد پذیرش)

فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز، طریقه مصرف، زمان مصرف، ثبت صحیح، دلیل مصرف و پاسخ به دارو توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار، کنترل گردد.

کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار قبل و پس از تزریق

شستن دست، HAND RUB و پوشیدن دستکش تمیز قبل از تزریق و حین تزریق دارو

آماده کردن فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک در ترالی تزریقات و محیط تمیز قبل از تزریق، توضیحات لازم به بیمار داده شود.

محل تزریق وریدی و ناحیه حضور کانولا را از لحاظ عوارض تزریقات وریدی یا عفونت و فلیت، نشست دارویی، انفیلتراسیون، درد محل تزریق، نکروز، ادم ریه، ترومبوز بررسی کنید. در صورت حضور موارد مذکور، از تزریق دارو خودداری کرده و مجدداً یک آنژیوکت دیگر در محل متفاوت برای بیمار بگیرید. بر روی محلول آماده برای تزریق علاوه بر کارت سرم، برچسب رنگی تعریف شده در بیمارستان نصب گردد. در صورت داروی افزودنی به بطری محلول آویزان در حال تزریق، اول تزریق قطع، دارو اضافه و کاملاً با محلول مخلوط شده و سپس مسیر تزریق باز میگردد.

جهت تزریق دارو از طریق لاستیک مخصوص روی ست سرم، از سوزنهای شماره ۲۵-۲۱ استفاده کنید که سوراخ کوچکتری ایجاد می کنند.

توضیح به بیمار در خصوص گزارش فوری هرگونه درد و قرمزی در محل تزریق و ثبت در گزارش پرستاری. کنترل مسیر رگ از نظر باز بودن

پس از اتمام تزریق، ست سرم و میکروست به همراه باتل داخل سطل سبز تخلیه می گردد. وسایل نوک تیز داخل Safty Box تخلیه گردد.

۵. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده مشکل صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است:

ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.

هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.

برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک، اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل، امضا و مهر شود.

در هر بخش میبایست لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده توسط واحد حاکمیت بالینی بیمار نگهداری و در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.

در صورت نیاز به انتقال بیمار به بخشی دیگر، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی مصرف داروهای شخصی بیمار توسط پرستار مسئول تاکید گردد.

۶. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

تعبیه صحیح سوندهایی از قبیل کاتتر ادراری، برقراری راه وریدی چست تیوپ، لوله دهانی - معدی، CVP، LINE، شالدون و غیره

۷. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای 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. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد.

انجام تزریقات بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

۱. استفاده از وسایل استریل.
۲. برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.
۳. از یک سرنگ و سرسوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید.
۴. از آلودگی وسایل (سرنگ، سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید.
۵. 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.
۶. حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
۷. در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.
۸. هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
۹. قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۰. توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
۱۱. در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
۱۲. قبل از آماده کردن دارو و تزریق آن، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید.

۱۳. در صورتی که بین تزریقات، دستتان کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.

۱۴. از تزریق دارو در نواحی ناسالم پوستی اجتناب نمایید.

۱۵. نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درصد تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.

۱۶. از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.

۱۷. قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشویید.

۱۸. سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید

۱۹. اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.

۸. رعایت بهداشت دست

رعایت بهداشت دست که روشی بسیار ساده می باشد به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از بهترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود. جهت بهداشت دست از دو روش استفاده می شود:

- شستن دستها با آب و صابون

- استفاده از محلولهای بنیان الکلی به روش Hand Rub.

هر فردی که ممکن است با خون و یا ترشحات بدن تماس داشته باشد باید در جهت رفع آلودگی دست اقدام نماید.

شرایط لازم جهت شستشوی دست:

۱. نباید در دست زینت آلات باشد، و ساعت مچی نیز باید باز شود.

۲. در بخشهای ویژه و پر خطر مثل اتاق عمل کلیه جواهرات حتی حلقه ازدواج باید برداشته شود.
۳. بریدگیها و خراشیدگیهای دست باید با پانسمان ضد آب پوشانده شود.
۴. ناخنها باید کوتاه بوده (حداکثر ۶ میلیمتر) و از لاک و ناخن مصنوعی هم استفاده نشود.
۵. دست با دستکش نباید شسته و یا ضد عفونی شود.

موارد شستن دست با آب و صابون

۱. دستها به صورت آشکارا کثیف می باشد.
۲. دستها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.
۳. دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های تولید کننده اسپور باشند، از جمله در موارد طغیانهای کلستریدیوم دیفیسیل
۴. بعد از استفاده از سرویس بهداشتی

موارد استفاده از محلولهای بنیان الکلی به روش Hand Rub .

۱. قبل و بعد از تماس مستقیم دستها با بیماران.
۲. بعد از در آوردن دستکش استریل یا غیر استریل از دستها.
۳. قبل و بعد از دست زدن به وسیله های مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیماران (صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر؟)
۴. بعد از تماس با غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده، یا پانسمان زخم در بیماران.
۵. در صورتی که در حین مراقبت یا انجام اقدام درمانی، دست بعد از تماس با ناحیه یا موضع آلوده بیمار، با نواحی تمیز بدن پرستار تماس پیدا کند.
۶. بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار

Panic Value (نحوه مواجهه با مقادیر حیاتی آزمایشات)

مقادیر بحرانی به مقادیر نتایج آزمایشاتی که خارج از مقادیر طبیعی و در محدوده هشدار قرار دارند و گزارش فوری آن می تواند بر وضعیت سلامت و نحوه درمان بیمار نقش بسزایی داشته باشند، اطلاق می گردد. این نتایج در سیستم HIS بیمارستان تعریف شده و در صورتی که نتیجه آزمایش با مقادیر بحرانی تعریف شده در سیستم HIS یکی بود با تأیید مسئول فنی آزمایشگاه با رنگ قرمز در سیستم جواب دهی آزمایشگاه نشان داده می شود.

آزمایش کننده پس از تأیید مسئول مربوطه، نتایج بحرانی را به عنوان هشدار سریعاً و به صورت تلفنی توسط خط HOT line به سرپرستار و یا پرستار مسئول بخش اطلاع می دهد و بلافاصله آزمایش را مجدداً تکرار (Recheck) می نماید.

سرپرستار و یا مسئول شیفت پس از دریافت و ثبت گزارش نتایج بحرانی به منظور اطمینان از صحت دریافت گزارش، یکبار آن را برای پرسنل گزارش دهنده به طور کامل بازگو نموده سپس سریعاً به بالین بیمار مراجعه می نماید و وضعیت بالینی وی را چک و سپس پزشک معالج را مطلع می نماید.

در صورتی که نتیجه آزمایش مجدد با آزمایش قبلی مطابقت داشت و در محدوده بحرانی قرار داشت و یا نتیجه آزمایش مجدد مغایر با نتیجه قبلی بود، آزمایش کننده با تأیید مسئول مربوطه، نتیجه را به بخش گزارش می نماید.

در صورتی که نتیجه آزمایش جزء مقادیر بحرانی بود، پزشک معالج اقدام درمانی را برای بیمار شروع می کند.

اقدامات لازم در خصوص پیگیری نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه

به نتایج تستهای حیاتی بیمار که بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان آماده می شود تستهای معوقه یا pending test result گفته می شود. جهت ارتباط با بیمارانی که نتایج اقدامات پاراکلینیک آنان پس از ترخیص آماده شده است، فرآیندی تعریف شده است که مطابق آن پرستار از پزشک معالج بیمار در خواست

می نماید تا نتایج مذکور را بررسی نمایند. در صورتی که نتیجه اقدامات پاراکلینیک در محدوده بحرانی قرار داشت، از منشی بخش خواسته می شود تا طبق دستورالعمل نحوه برخورد با نتایج پاراکلینیکی معوقه، به بیمار اطلاع رسانی نماید تا جهت ادامه درمان به مرکز درمانی مراجعه نماید.

تفکیک صحیح پسماندهای تیز و برنده

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ شدگی شوند و عبارتند از سوزنها، سوزنهای زیر جلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه ها، چاقو، ست های انفوزیون، اره ها، شیشه شکسته (آمپول ها)، ناخن بیماران و ترمومتر شکسته شده که ممکن است عفونی باشند یا نباشند به هر حال به عنوان پسماند های به شدت تهدید کننده سلامتی بشمار می آیند.

سفتی باکس موجود در ترالی اورژانس، تزریقات و بیهوشی مخصوص پسماند اجسام تیز و برنده است.

تفکیک صحیح پسماندها

 **پسماند عادی** که در سطل زباله آبی ریخته می شوند شامل زباله های آشپزخانه، آبدار خانه

قسمت اداری-مالی، ایستگاههای پرستاری و باغبانی است.

 **پسماند عفونی** که در سطل زباله زرد ریخته می شوند شامل پسماند های عفونی مظنون به داشتن

عوامل زنده بیماریزا (باکتریها، ویروسها، انگلها یا قارچها) است به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در

میزبانان حساس موجب بیماری شوند.

 **پسماندهای دارویی و مواد شیمیایی** که در سطل زباله سفید یا قهوه ای ریخته می شوند و

شامل داروهای تاریخ گذشته، واکسن ها، دماسنج جیوه ای، مواد مخدر و سرمهایی که دیگر به آنها

نیازی نیست و باید به نحو مناسبی دفع شوند است. 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 اتصالی و ویال های داروها هم بوده که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر می باشند.

فصل ششم

ارتقا سلامت، آموزش به بیمار و مراقبت در
منزل (Home care)



خودمراقبتی:

خود مراقبتی شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماریها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماریهای مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند. خودمراقبتی عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد انسان در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می گردد. خودمراقبتی فرایندی مادام العمر است که در تمامی دوران ها و موقعیت های زندگی مطرح است. تمامی دولت ها، با توسعه سیاست های حامی سلامت، عدالت و توسعه پایدار کشور، امکان زندگی در محیط سالم و انتخاب آزاد، عادلانه و ارزان گزینه های سلامت را برای همه شهروندان فراهم می کنند. در واقع، سلامت محصول مشترک دولت ها، ملت ها و بازار است. مردم با انتخاب گزینه های سالم، سلامت را به عنوان یک ثروت حفظ کرده و ارتقا می دهند. شایان ذکر است که این انتخاب نیازمند برخورداری از سواد سلامت و تمرین مهارت های خودمراقبتی است.

انواع خود مراقبتی

➤ خود مراقبتی برای حفظ سلامت

➤ خود مراقبتی در بیماریهای جزئی

➤ خود مراقبتی در بیماریهای مزمن

➤ خود مراقبتی در بیماریهای حاد

حیطه های برنامه خود مراقبتی

➤ ارتقاء سلامت

➤ اصلاح شیوه زندگی

➤ پیشگیری از بیماری

➤ پایش سلامت

➤ حفظ سلامت

➤ درمان بیماری

➤ توانبخشی

ارتقاء سلامت

ارتقاء سلامت بیمار و همراه

برنامه ارتقاء سلامت بیمار و همراهان جهت افزایش آگاهی بیماران در ارتباط با بیماری خود یا بیماریهای شایع جامعه همچون دیابت، فشارخون، سکته قلبی و مغزی و ... می باشد. در ابتدای هر نیمسال برگه نیازسنجی آموزشی جهت تدوین تقویم آموزشی و برگزاری کلاس های آموزشی به همراهان و بیماران بخش تحویل داده شده و نحوه تکمیل آن آموزش داده می شود. بیماران و همراهان مجازند که عناوین مورد دلخواه خود را در مورد تمامی موارد بهداشتی موجود در سطح اجتماع بدون هیچگونه محدودیتی در آن وارد کنند. پس از جمع آوری این برگه ها، عناوین آموزشی الویت بندی شده و تقویم آموزشی بر اساس آن تدوین می گردد.

بر اساس تقویم آموزشی در تاریخ های معین شده کلاس آموزشی برای بیماران و همراهانی که مایل به دریافت اطلاعات بهداشتی در زمینه موضوع مورد نظر باشند در بخش اجرا می گردد.

علاوه بر کلاس های آموزشی تمامی موارد مربوط به بیماری فرد طی شیفت های مختلف و بر اساس تشخیص های پرستاری به بیمار و همراهش آموزش داده می شود. نحوه انجام این آموزش ها بر اساس تکمیل فرم های موجود در پرونده که شامل برگه ارزیابی اولیه، برگه آموزش بدو ورود و حین بستری و برگه آموزش زمان ترخیص می باشد، تعیین می گردد.

برگه ارزیابی اولیه

این برگه توسط پرستار ادمیت کننده در بدو ورود بیمار در بخش های بستری تکمیل می گردد. تمامی آیتم ها باید به دقت تکمیل گردد. در انتها حداقل یک تشخیص پرستاری در فرم مربوطه ثبت شده و اقدامات لازم و قابل پیگیری مربوط به آن در کادر مورد نظر ثبت می گردد. این فرم در انتها توسط پرستار ادمیت کننده امضا و مهر میگردد. دقت داشته باشید که در فرم ارزیابی باید نام و نسبت فرد ارائه دهنده اطلاعات با بیمار قید گردد.

این فرم در بیمارانی با شرایط اورژانسی (سطح ۴ و ۵) بلافاصله و حداکثر طی ۵ دقیقه پس از ورود بیمار به بخش باید تکمیل گردد. در بیماران غیر اورژانسی فرم ارزیابی طی ۱۵ دقیقه پس از ورود بیمار به بخش باید تکمیل گردد.

تمامی موارد غیر عادی مانند سابقه بیماری خاص، سابقه مصرف دارو، بستری در بیمارستان، مصرف سیگار، اعتیاد به مواد مخدر، حساسیت دارویی، غذایی و... تمامی موارد با ذکر نام و به صورت دقیق ثبت می گردد و پس از تکمیل فرم ارزیابی باید طی تماس تلفنی به اطلاع پزشک معالج برسد.

در صورت اختلالات خلقی، مشکل در تامین هزینه های درمانی، مشکلات تغذیه ای و ... مراتب سریعاً باید به مسئول مربوطه یا در صورت عدم دسترسی به آنها به مسئول شیفت خود و مسئول شیفت بعدی اطلاع رسانی صورت گیرد.

در صورت اختلالات مربوط به تغذیه، مراتب به اطلاع کارشناس تغذیه بیمارستان رسانده شده و مشاوره تغذیه برای بیمار انجام می گیرد.

برگه های آموزش به بیمار

دو نوع برگه آموزش به بیمار در پرونده بیمار وجود دارد. یکی از آنها مربوط به آموزش های مربوط به بدو ورود و حین بستری می باشد و دیگری مربوط به آموزش های مربوط به زمان ترخیص است.

ستون اول برگه آموزش بدو ورود و حین بستری توسط پرستار ادمیت کننده تکمیل می شود. تمامی موارد موجود در کادر بالا باید توسط پرستار ادمیت کننده به بیمار آموزش داده شود که در حال حاضر این کار توسط پرستار خوشامدگو انجام شده و پرستار ادمیت کننده فقط اطلاع بیمار از این آموزش ها را چک کرده و در صورت عدم آگاهی بیمار مجدداً به وی آموزش می دهد. در صورت نبودن پرستار خوشامدگو تمامی آموزش ها باید توسط پرستار ادمیت کننده انجام شود.

پس از اتمام آموزش های لازم، پایین صفحه باید توسط بیمار یا همراهش امضا و اثر انگشت زده شود.

ستون های دوم و سوم در شیفت های بعدی توسط پرستاران مسئول تکمیل می گردد.

اطلاعات بالای فرم باید به طور کامل توسط پرستار ادمیت کننده تکمیل شود.

برگه آموزش زمان ترخیص توسط پرستار و پزشک تکمیل و ممهور می گردد. تمامی آیتم ها باید در دو برگه تکمیل گردد و تمامی کادر ها به صورت کامل تکمیل شده و به صورت خالی باقی نمانند. در صورت عدم نیاز به انجام اقدام یا پیگیری در مورد آیتم خاصی، مقابل آن خط تیره کشیده می شود. برگه کاربندی در پرونده مانده و برگه اصلی به بیمار یا همراهش تحویل داده می شود و مجدداً تمامی مواردی که در برگه آموزش ثبت شده است به بیمار و همراهش آموزش داده می شود. علاوه بر برگه آموزش باید برگه خلاصه پرونده نیز در زمان ترخیص به بیمار تحویل داده شده و به بیمار در مورد آن توضیح داده شود. تحویل هر دو برگه باید توسط پرستار انجام گردد.

کادر مربوط به داروهای مصرفی در منزل باید توسط پزشک معالج تکمیل گردد. در صورت نوشتن داروها در نسخه بیمار و عدم تکمیل کادر مذکور توسط پزشک، تمامی موارد نسخه باید وارد برگه آموزش شود و از نوشتن عبارت "نسخه دارویی تحویل داده شد" در این کادر خودداری شود.

ارتقاء سلامت کارکنان

تمامی پرسنل شاغل در بیمارستان باید به صورت سالانه از نظر سلامت جسمی، روحی و روانی بررسی گردند. بدین منظور استاندارد دهگانه سلامت کارکنان توسط دانشگاه علوم پزشکی البرز تدوین و ابلاغ گردید که موارد

آن شامل تجهیزات رفاهی هر بخش برای کارکنان زیر مجموعه، امکانات تفریحی و ورزشی فراهم شده، غربالگری پرسنل از نظر بیماری های پرخطر مانند فشارخون، دیابت، سرطان، سکته قلبی و مغزی، هپاتیت، برنامه های فرهنگی و گردشگری، بررسی سلامت روان و... می باشد.

در این راستا تمامی پرسنل شاغل در بیمارستان باید به صورت سالانه پرونده بهداشتی خود را تکمیل نمایند. جهت تکمیل پرونده بهداشتی خود به واحد بهداشت حرفه ای مراجعه نمایید. در صورت وجود هرگونه مشکل جسمی، روحی و روانی در پرونده بهداشتی افراد، موارد جهت پیگیری های لازم به سوپروایزر ارتقاء سلامت و مدیریت بیمارستان اطلاع رسانی می گردد.

مراقبت در منزل (Home care)

مراقبت در منزل عبارتست از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در محل زندگی بیماران. در این سیستم بیمار تحت نظارت پزشک و پرستار در محل زندگی خود از خدمات بهره مند میشود.

واحد مراقبت در منزل مستقر در بیمارستان

واحد مراقبت در منزل در همه بیمارستان ها توسط کارشناس پرستاری در حال فعالیت می باشد و پاسخگوی تمام مراجعه کنندگان به مرکز می باشد.

مددجویان در بدو ورود با ارائه پمفلت آموزشی با واحد مراقبت های پرستاری در منزل و مراقبت های ارائه شده توسط مراکز مشاوره آشنا می شوند. در طول بستری بر اساس نیازهای مراقبتی و به صلاحدید پرستار و پزشک معالج بیماران توسط پرستار مسئول، مسئول بخش، رابط ارتقاء سلامت، سوپروایزر بالین یا پزشک معالج شناسایی شده و موارد مراقبتی مورد نیاز در منزل به بیماران و همراهان توسط پرستار مسئول و کارشناسان مراقبت در منزل آموزش داده میشود. همچنین بیماران و همراهان در طول بستری با مراکز مشاوره (مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی البرز) و خدمات تحت پوشش آنها از طریق آموزش های ارائه شده توسط پرستار مسئول آشنا می شوند و در صورت نیاز در زمان ترخیص به یکی از مراکز ارجاع داده می شوند.

ارجاع بیماران علاوه بر جلسات شفاهی، بصورت کتبی در قالب فرمهای ارجاع شماره ۱ و ۲ انجام میشود:

✚ **فرم ارجاع شماره ۱:** در سه نسخه تکمیل می گردد. یک نسخه در پرونده بیمار بایگانی می شود، یک نسخه در واحد مراقبت در منزل نگهداری می شود و یک نسخه به مراکز مشاوره و ارائه خدمات و مراقبت های پرستاری ارجاع میگردد.

✚ **فرم ارجاع شماره ۲:** در دو نسخه تکمیل می شود. یک نسخه در واحد مراقبت در منزل نگهداری می شود و نسخه دوم به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری ارجاع می گردد.

واحد مراقبت در منزل علاوه بر آموزش و ارجاع بیماران به مراکز ارائه خدمات پرستاری در منزل و مشاوره تلفنی به مددجویان پس از ترخیص، موظف است که از مراکز مشاوره مراقبت در منزل ارائه دهنده خدمت نظرسنجی به عمل آورد. در جهت ارتقاء کیفیت و بهبود شرایط تلاش کند؛ همچنین این واحد موارد شکایتی و رضایتمندی از مراکز مشاوره را پس از نظرسنجی به واحد ارتقاء سلامت انعکاس می دهد.

نام مراکز طرف قرارداد با دانشگاه علوم پزشکی البرز بر روی برد ارتقاء سلامت بخش های بستری نصب می باشد.

فصل هفتم

شرح وظایف



شرح وظایف

مدیر خدمات پرستاری بیمارستان

مدیر خدمات پرستاری در مراکز بهداشتی، درمانی و توانبخشی، پرستاری است که اداره واحد پرستاری مرکز مربوطه را به عهده دارد. این فرد با پیشنهاد و هماهنگی مدیر/رییس اداره پرستاری دانشگاه و رییس بیمارستان تعیین می گردد.

شرح وظایف مدیر خدمات پرستاری با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو و مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

۱- برنامه ریزی در زمینه های ارتقاء کیفی و بهبود مستمر فعالیت های ارائه خدمات به مددجویان (از طریق برنامه های آموزشی داخل و خارج مرکز کادر پرستاری و آموزش به بیمار، آموزش های مدون ضمن خدمت

۲- گردآوری اطلاعات از:

- مرکز شامل: نمودار سازمانی مصوب، هدف، نوع فعالیت، گزارشات ماهانه و سالانه، گزارش حسابرسی پرستاری، پرونده های کارکنان، مصاحبه با کارکنان - مددجویان: بر حسب نوع بستری، نیاز مراقبتی، خدمات ارائه شده

- منابع شامل نیروی انسانی (پرستاران، تکنسین ها، کاردان و کارشناس های اطاق عمل و هوشبری بهیاران، کمک پرستاران، کمک بهیاران، فوریت ها و سایر کادر وابسته) ساختار فیزیکی، امکانات و تجهیزات و نظارت بر استفاده و نگهداشت بهینه تجهیزات، صرفه جویی در مصرف انرژی و نظایر آن

۳- نظارت بر تدوین و اجرای برنامه های آموزش به بیمار و خانواده در سطوح مختلف پیشگیری

۴- مشارکت در تنظیم بودجه جهت فعالیت های مرکز از طریق شرکت در جلسات بودجه بندی بیمارستان و دانشگاه و پیشنهاد بودجه مورد نیاز و اولویت بندی آنها جهت اجرای برنامه های پرستاری

۵- برنامه ریزی و مشارکت در برنامه های کنترل عفونت مرکز

۶- انجام برنامه ریزی و همکاری با سایر واحدهای ذیربط در جهت ارتقاء دانش و مهارت حرفه ای کارکنان پرستاری

۷- تعیین برآورد سطوح مختلف نیروی انسانی مورد نیاز بخش های پرستاری بر اساس استانداردهای علمی، مقایسه آن با وضع موجود و برآورد کمبودهای پرستاری و گزارش آن به مقامات مافوق

۸- اداره جلسات داخل و خارج مرتبط با وظایف واحدها

۹- تشکیل و اداره جلسات اختصاصی و ویژه در جهت حل مشکلات واحدهای ذیربط با بهره مندی از فن آوری های علمی حل مساله

۱۰- تامین نیازهای آموزشی کارکنان شامل: آشناسازی پرسنل جدید الورد با مقررات خطی مشی ها و آموزش های اختصاصی و نظایر آن

- ۱۱- بکارگیری و تشویق استفاده از نرم افزار های ابلاغی توسط وزارت متبوع
- ۱۲- پیگیری امور فرهنگی و حرفه ای و انجام دادن تشریفات رسمی و اجتماعی به عنوان نماینده پرستاری در سازمان (نقش تشریفات) نظیر برگزاری روز پرستار و مشارکت در برنامه های نهاد های علمی، صنفی و نظایر آن
- ۱۳- شرکت در جلسه مدیران اجرایی مشارکت فعال در برنامه های اعتبار بخشی، ایمنی بیمار، دوستدار کودک و نظایر آن، بحران، مدیریت خطر
- ۱۴- نظارت بر آموزش و پایش عملکرد نیروهای جدیدالورود
- ۱۵- نظارت بر نحوه مصرف داروهای مخدر و سایر داروها
- ۱۶- نظارت و مشارکت فعال بر نحوه توزیع کارانه و سایر پرداختی ها به کادر پرستاری و مامایی
- ۱۷- سازمان دهی جلسات منظم با سرپرستاران، سوپروایزرها و سایر پرسنل به منظور بررسی عملکرد؛ رسیدگی به مشکلات و موانع پرسنل تحت سرپرستی خود.
- ۱۸- ایجاد هماهنگی در برنامه های آموزش بالینی دانشجویان گروه پرستاری با مشارکت دانشکده های پرستاری و مامایی

مسئولیت:

- ۱- شرکت فعال در نهادهای سیاستگزاری و کمیته های درون سازمانی و برون سازمانی مرتبط با حرفه پرستاری
- ۲- مشارکت در تعیین اهداف (کوتاه مدت، میان مدت، دراز مدت) مبتنی بر نیازها و با توجه به خط مشی های مرکز متبوع و پیشنهاد به مقامات ذیربط و شرکت فعال در تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان و با ارائه نقاط ضعف، قوت، فرصت ها و تهدیدهای واحد تحت سرپرستی خود
- ۳- تعیین خط مشی، تدوین برنامه عملیاتی واحد پرستاری با تعیین حدود زمانی و تعیین افراد مسئول در راستای برنامه استراتژیک بیمارستان و برنامه زمانبندی برای پایش برنامه های اجرا شده و ارائه راهکارهای اصلاحی و بر اساس میزان انحراف از اهداف ازپیش تعیین شده
- ۴- جلب مشارکت تیم بهداشتی مرکز برای دستیابی به اهداف
- ۵- ارائه راهکارهای اساسی در برنامه ریزی جهت تامین رفاه کارکنان تحت نظارت با همکاری سایر واحدهای ذیربط
- ۶- تعیین حدود و انتظارات و عوامل عملکردی در رده های مختلف شغلی با توجه به امکانات و شرح وظایف مصوب
- ۷- رهبری و هدایت واحدهای ذیربط در جهت تحقق اهداف سازمانی
- ۸- ارائه الگوی مناسب مدیریتی در برقراری ارتباط موثر با کارکنان تحت سرپرستی، همکاران، اداره پرستاری دانشگاه و سایر مراجعین از طریق عملکرد مطلوب، حسن رفتار شغلی

- ۹- اتخاذ تدابیر لازم و ارائه راهکارهای اساسی در جهت ایجاد تقویت انگیزش در کارکنان (تشویق و تنبیه) کادر پرستاری و مامایی
- ۱۰- همکاری با هیئت رئیسه بیمارستان و کادر پزشکی، در پیشرفت، بازنگری و اجرای خط مشی ها و اقدامات درمانی مربوط به بیمارستان
- ۱۱- توزیع نیروی کادرپرستاری مورد نیاز در سطح بیمارستان
- ۱۲- برنامه ریزی مدون برای کنترل و نظارت بر اجرای برنامه های مراقبتی کادر پرستاری در شیفت های مختلف
- ۱۳- نظارت بر بکارگیری کادر پرستاری دارای پروانه/ گواهی صلاحیت حرفه ای
- ۱۴- نظارت بر استخراج نتایج شاخص های ملی کیفیت مراقبت های پرستاری در بالین، ارائه گزارش های تحلیلی و برنامه ریزی جهت رفع نواقص
- ۱۵- نظارت بر ارائه خدمات پرستاری ایمن و استاندارد به مددجویان
- ۱۶- نظارت بر ایمنی شغلی (بهداشت حرفه ای) کادر پرستاری
- ۱۷- برنامه ریزی جهت تشکیل و شرکت در کمیته های خاص با شرح وظایف مدون

اختیارات:

- ۱- ارائه راهکار بهینه به مسئول و ایجاد شرایط مناسب جهت استفاده بهینه از منابع موجود به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر
- ۲- کنترل و نظارت بر عملکرد کارکنان پرستاری جهت کسب اطمینان از ارائه خدمات پرستاری بر اساس استانداردهای حرفه ای و مراقبتی و تعیین اثر بخشی مراقبت های ارائه شده
- ۳- ارزیابی مهارت های تخصصی، عمومی و ارتباطی کارکنان پرستاری شاغل و جدیدالورود و برنامه ریزی جهت رفع نیازهای آموزشی تا کسب صلاحیت حرفه ای مورد انتظار
- ۴- تدوین و اجرای برنامه های آموزشی برای کارکنان، دانشجویان، بیماران و همراهان به بخش ها و واحدها با همکاری سوپروایزر آموزشی و آموزش به بیمار
- ۵- ایجاد هماهنگی و مشارکت فعال در برنامه ریزی های بهداشتی، درمانی و توانبخشی مرکز
- ۶- مشارکت در طرح های پژوهشی
- ۷- بکارگیری نیروی انسانی بر اساس توانایی افراد در شیفت های مختلف کاری
- ۸- پیشنهاد و مصاحبه با داوطلبان و انتخاب افراد صلاحیت دار و معرفی آنها به کارگزینی جهت بکارگیری
- ۹- پیشنهاد انتصاب (سرپرستاران، سوپروایزرهای بالینی، آموزشی و کنترل عفونت)، ارتقاء و تغییر وضعیت مسيرشغلی و انتقال کارکنان تحت نظارت به ریاست مرکز جهت واحدهای ذیربط
- ۱۰- تصمیم گیری در مورد مرخصی ها، ماموریت ها کارکنان گروه پرستاری
- ۱۱- انجام ارزشیابی مستمر از کارکنان و ارائه بازخورد از نتایج ارزشیابی به آنها

سوپروایزر بالینی

سرپرست پرستاری (سوپروایزر) مرکز آموزشی، درمانی، بهداشتی، توانبخشی و پژوهشی پرستاری است که مسئولیت نظارت مستقیم بر ارائه خدمات تشخیصی، بالینی و مراقبتی را بر عهده دارد.

شرح وظایف سرپرست پرستاری براساس اصول مدیریت و با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

۱- نظارت و کنترل مستمر بر رفتار شغلی کارکنان تحت سرپرستی (رعایت مقررات اداری، رعایت ضوابط کاری و اخلاقی و نظایر آن)

۲- نظارت و کنترل مستمر بر نحوه ارائه خدمات بالینی و مراقبتی مبتنی بر شواهد و استانداردها با استفاده از ابزار مناسب (چک لیست و نظایر آن)

۳- بازدید مستمر از واحدهای مرتبط به منظور حصول اطمینان از حسن ارائه خدمات و ارائه گزارش

۴- ثبت حوادث و وقایع غیرمترقبه و تهیه آمار (بیماران بدحال، پذیرفته شده، ترخیص، اعزام (موقت/ دائم) و فوت شده) و ارائه گزارش به مقام مافوق و همکاران در شیفت بعد جهت پیگیری

۵- مشارکت در ارزشیابی مستمر کارکنان پرستاری و مامایی بر طبق عملکرد و رفتارهای شغلی و اخلاقی

۶- تهیه و تنظیم گزارش بازدیدها از نظر کمی و کیفی از وضعیت موجود گیرندگان، ارائه دهندگان خدمت و عملکرد واحدهای ذیربط

۷- ارائه پیشنهاد بودجه به مدیر خدمات پرستاری در مورد نیازها و الویت بندی آنها جهت اجرای برنامه های پرستاری

۸- همکاری با مدیر پرستاری در تنظیم و تدوین اهداف کوتاه مدت، میان مدت، بلندمدت

۹- همکاری با مدیر خدمات پرستاری در تعیین خط مشی ها، ارزیابی ها، توزیع و انتصاب نیروی انسانی، آموزش و فعالیت های مرتبط

۱۰- شرکت در کلیه جلسات برنامه ریزی شده تعیین شده توسط مقام مافوق

۱۱- پاسخگویی به مراجع مختلف در رابطه با مرکز با توجه به اختیارات و مسئولیت ها

۱۲- مشارکت در شناسایی نیاز های آموزشی کادر پرستاری و ارائه گزارش به مدیر خدمات پرستاری و هماهنگی با سوپروایزر آموزشی جهت آموزش

۱۳- مدیریت برخی از داروهای خاص از جمله داروهای مخدر در طول شیفت بر حسب خط مشی بیمارستان

۱۴- مشارکت در برنامه های ارزیابی بیمارستان

مسئولیت:

- ۱- شرکت در کمیته های بیمارستانی بر حسب دستور مقام مافوق
- ۲- مداخله و تامین شرایط مناسب در زمان بروز فوریت ها (تامین نیروی انسانی، تجهیزات، امکانات و نظایر آن)
- ۳- هدایت مستمر کارکنان پرستاری در جهت ارتقاء سطح کیفی مراقبت های پرستاری
- ۴- همکاری و مشارکت در ارزشیابی کیفیت ارائه خدمات پرستاری
- ۵- کنترل و نظارت مستمر بر چگونگی مصرف و نگهداری دستگاه ها و تجهیزات
- ۶- تشخیص نیازها و مشکلات موجود در واحدهای مرتبط پرستاری (کارکنان، مددجویان، محیط و نظایر آن) و اقدام جهت رفع آن
- ۷- ارائه راهنمایی های لازم به کارکنان پرستاری و گروه های وابسته، کمک و حمایت از آنها
- ۸- هدایت کارکنان در انجام وظایف محوله
- ۹- رعایت قوانین و دستورالعمل های علمی، اداری و اخلاقی

اختیارات:

- ۱- توزیع کارکنان کادر پرستاری و مامایی براساس توانایی ها و نیازها در واحدها و شیفت های مختلف در صورت لزوم
- ۲- هماهنگی در نقل و انتقالات بین بخشی و اعزام و یا ارجاع بیماران
- ۳- تامین و ایجاد شرایط مناسب و اقدام در زمان بروز فوریت ها (تامین نیروی انسانی، تجهیزات، امکانات و نظایر آن)
- ۴- پیشنهاد به مدیر پرستاری در انتصاب و انتقال کارکنان
- ۵- برنامه ریزی و هماهنگی در پذیرش و ترخیص مددجویان
- ۶- مسئولیت کلیه امور مرکز در زمان عدم حضور مسئولان ارشد (ریاست، مدیریت، مدیر پرستاری و نظایر آن)

سوپروایزر آموزشی

سوپروایزر آموزشی پرستاری است که مسئولیت فعالیت های آموزشی و پژوهشی پرستاری و مامایی مرکز آموزشی - درمانی، توانبخشی و پژوهشی را تحت نظارت مدیر پرستاری و در جهت اهداف سازمان بر عهده دارد. شرح وظایف سوپروایزر آموزشی براساس اصول مدیریت با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

- ۱- نظارت و کنترل مستمر بر رفتار شغلی پرستاری تحت سرپرستی (رعایت مقررات اداری، رعایت ضوابط کاری و اخلاقی و نظایر آن)
- ۲- شناسایی و تعیین اهداف آموزشی/تعیین نیازهای آموزشی / اولویت بندی نیازهای آموزشی
- ۳- تدوین برنامه های آموزشی مستمر و مدون جهت رفع نیازهای آموزشی در راستای اهداف کلان بیمارستان
- ۴- تعیین و تنظیم ابزار مناسب جهت ارزیابی عملکرد و فعالیت های آموزشی بخش های مرتبط
- ۵- ثبت و گزارش کلی فعالیت های آموزشی و نتایج حاصله به مدیر خدمات پرستاری
- ۶- کنترل و نظارت بر شرکت فعال رده های مختلف پرستاری در برنامه های آموزشی بر اساس سرانه آموزش
- ۷- شرکت در کلیه جلسات آموزشی مرتبط با پرستاری
- ۸- تعیین و اندازه گیری شاخص های آموزشی
- ۹- مشارکت در برنامه های بازدید و ارزیابی بیمارستان
- ۱۰- هدایت و تشویق کادر پرستاری در جهت کسب امتیازات آموزشی لازم
- ۱۱- ارزیابی اثربخشی آموزش های انجام شده و اطلاع به فراگیران و مسئولین و استفاده از نتایج اثربخش آموزشی
- ۱۲- بکارگیری نتایج ارزیابی رضایت مندی کارکنان و مددجویان (از طریق دفتر بهبود کیفیت) در برنامه های آموزشی
- ۱۳- مشارکت در کمیته ارزشیابی کارکنان
- ۱۴- مشارکت در کمیته آموزش و پژوهش و گزارش فعالیت های آموزشی به مسئولین
- ۱۵- ارائه پیشنهاد بودجه آموزشی به مدیریت پرستاری
- ۱۶- تهیه و گزارش عملکرد مطابق با برنامه آموزشی
- ۱۷- طراحی و اجرای برنامه های آموزشی کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت
- ۱۸- هماهنگی در اجرای برنامه کارورزی دانشجویان و کارآموزان گروه پرستاری و مامایی

مسئولیت ها:

- ۱- همکاری و مشارکت در نظارت و کنترل واحد ها جهت نیازسنجی آموزشی
- ۲- پیشنهاد تهیه کتب، جزوه، مقاله های مختلف علمی و وسائل کمک آموزشی جهت ارتقاء سطح آگاهی کارکنان گروه پرستاری و مامایی
- ۳- پیشنهاد ایجاد زمینه های تشویقی جهت مشارکت فعال کارکنان در فعالیت های آموزشی
- ۴- هدایت و آموزش در جهت تهیه جزوات، فیلم ها و پمفلت های آموزشی جهت کارکنان
- ۵- هماهنگی و همکاری و مشارکت جهت تشکیل و شرکت کارکنان در کلاس های آموزش مداوم
- ۶- تلاش در جهت به روز نمودن اطلاعات و آگاهی پرسنل پرستاری (استانداردها، گایدلاین ها، دستورالعمل ها و مسائل حقوقی)
- ۷- همکاری و هماهنگی با سوپروایزر بالینی، کنترل عفونت و آموزش به بیمار در امر آموزش به ویژه کادر پرستاری جدید
- ۸- همکاری با دانشکده های پرستاری و مامایی در راستای برنامه های آموزشی آن مرکز

اختیارات:

- ۱- اجرای برنامه های آموزشی با همکاری و مشارکت سایر گروه ها
- ۲- شناسایی توانایی پرسنل و به کار گیری آنها جهت فعالیت های آموزشی
- ۳- برنامه ریزی جهت آگاه سازی کارکنان جدیدالورود به مقررات اداری، استانداردهای مراقبتی، وسایل و تجهیزات
- ۴- شناسایی کارکنان توانمند جهت بکارگیری در پست های مدیریتی و یا بخش های خاص

کارشناسی کنترل عفونت

- ۱- شناخت منابع عفونت های بیمارستانی از طریق بررسی و انجام پژوهش
- ۲- به کارگیری نتایج پژوهش ها و مطالعات جدید در انجام مراقبت ها برای پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی
- ۳- همکاری در توسعه و اجرای برنامه های آموزشی برای کادر پرستاری، دانشجویان، مراجعین و سایر کارکنان در صورت لزوم به منظور پیشگیری و کنترل عفونت با همکاری سوپروایزر آموزشی / سوپروایزر آموزش به بیمار
- ۴- شرکت در جلسات و دوره های آموزشی که در رابطه با کنترل عفونت برای کادر پرستاری برگزار می شود
- ۵- تنظیم برنامه واکسیناسیون برای کارکنان بیمارستان طبق برنامه های کشوری
- ۶- ارزیابی وسایل و تجهیزات لازم برای کنترل عفونت های خطرناک و ارائه راهکار مناسب به کمیته کنترل عفونت
- ۷- نیازسنجی آموزشی کارکنان بیمارستان در زمینه عفونت های بیمارستانی و پیگیری اثربخشی آموزشی
- ۸- بازدید از بخش های مختلف بیمارستانی طبق تقویم برای کشف موارد عفونت بیمارستانی جدید و پیگیری موارد گذشته از طریق نتایج آزمایش ها و علائم بالینی و ثبت موارد جدید در نرم افزار و ارائه گزارش های لازم به کمیته مزبور
- ۹- تهیه و تدوین دستورالعمل های کنترل عفونت در بخش های ویژه و سایر بخش های آسیب پذیر بر اساس استانداردهای مراقبتی با همکاری کمیته کنترل عفونت
- ۱۰- نظارت و ارزشیابی اجرای ضوابط و مقررات توصیه شده توسط وزارت متبوع، کمیته کنترل عفونت دانشگاه و کمیته کنترل عفونت بیمارستان و گزارش نتایج به کمیته مربوطه.
- ۱۱- نظارت و کمک در ایزولاسیون بیماران عفونی با توجه به خط مشی های کمیته کنترل عفونت و امکانات موجود
- ۱۲- همکاری با تیم کنترل عفونت بیمارستانی برای تشخیص، تحقیق، کنترل و ارزشیابی بروز عفونت در همه گیری های بیمارستانی
- ۱۳- شرکت در جلسات کمیته کنترل عفونت به منظور ارائه اطلاعات و گزارش ها و دریافت دستورالعمل های اجرایی
- ۱۴- نظارت بر رعایت بهداشت دستها طبق پروتکل مصوب وزارت بهداشت، اندازه گیری میزان رعایت بهداشت دست توسط کارکنان و پزشکان
- ۱۵- مدیریت مواجهه کارکنان با عوامل خطرناک شغلی (کنترل آنتی بادی پرسنل پس از انجام واکسیناسیون، اجرای فرآیند ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت و تکمیل فرم های مربوطه)

- ۱۶- کنترل پوشش های محافظتی کادر خدمات و کادر درمان اعم از پرستاری و پیراپزشکی
- ۱۷- همکاری در کنترل نتایج کشت ها و بررسی میزان مقاومت به آنتی بیوتیک
- ۱۸- انجام ممیزی سنجه های اعتباربخشی کنترل عفونت و همکاری در اجرای این سنجه ها
- ۱۹- نظارت و کنترل مستمر بر رفتار شغلی کارکنان تحت سرپرستی (رعایت مقررات اخلاقی و مشخصات فردی)
- ۲۰- شناسایی و مدیریت سریع طغیان عفونت بیمارستانی
- ۲۱- ارزیابی محصولات جدید مورد استفاده در درمان از نظر کنترل عفونت و تایید یا رد خریداری این محصولات
- ۲۲- ارائه پیشنهاد بودجه به مدیر پرستاری در مورد نیازها و الویت بندی آنها جهت اجرای برنامه های پرستاری
- ۲۳- همکاری با مدیر پرستاری در تنظیم و تدوین اهداف کوتاه مدت، میان مدت، بلندمدت
- ۲۴- مشارکت در ارزشیابی مستمر کارکنان پرستاری و مامایی بر طبق عملکرد و رفتارهای شغلی و اخلاقی
- ۲۵- شرکت در برنامه های مرتبط با توجه به نظر مافوق
- ۲۶- ارائه گزارشات دوره ای به سیستم های بالادست
- ۲۷- نظارت بر تفکیک پسماندهای پزشکی (عفونی، شیمیایی، خون و مایعات بدن، اشیاء نوک تیز) در سطح بخش و خروج ایمن پسماند از بخش و بیمارستان
- ۲۸- مشارکت در برنامه های بازدید و ارزیابی بیمارستان

مسئولیت:

- ۱- شرکت در کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی
- ۲- کنترل و نظارت مستمر بر چگونگی انجام استانداردهای کنترل عفونت
- ۳- هدایت کارکنان در انجام وظایف محوله در حوزه کنترل عفونت
- ۴- رعایت قوانین و دستورالعمل های علمی، اداری و اخلاقی

اختیارات:

- ۱- تهیه خط مشی های کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی
- ۲- کنترل روش های مراقبت های بالینی بخش های ویژه و سایر قسمت های آسیب پذیر بر اساس استانداردهای مراقبتی با همکاری کمیته کنترل عفونت
- ۳- تشکیل جلسات کمیته کنترل عفونت های بیمارستانی با نظر مسئول کمیته

سوپروایزر آموزش به بیمار

سوپروایزر آموزشی پرستاری است که مسئولیت فعالیت آموزشی و پژوهشی پرستاری و مامایی مرکز آموزشی - درمانی، توانبخشی و پژوهشی را تحت نظارت مدیر پرستاری و در جهت اهداف سازمان بر عهده دارد. شرح وظایف سوپروایزر آموزشی براساس اصول مدیریت با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر می باشد:

۱- انجام نیاز سنجی و تعیین اولویت های آموزش به بیمار متناسب با هر گروه از بیمارانی که نیازمند آموزش خاص هستند.

۲- تدوین طرح درس و برنامه ریزی بر اساس نیازسنجی آموزشی: آموزش های مربوط به سیر بیماری، نکات تشخیصی درمانی، پیشگیری از بیماری، پیشگیری و کنترل عوارض، نحوه مراقبت از بیمار، روش های خود مدیریتی و خود مراقبتی در سلامت و بیماری، بازگشت به فعالیت های روزمره، سازگاری و تطابق با بیماری، توانایی و توانبخشی، مراقبت های دارویی، حفظ ایمنی بیمار و محافظت از مخاطرات را در برنامه های آموزشی مدون طراحی و تدوین نمایند.

۳- تهیه مطالب و رسانه های آموزشی و کمک آموزشی شامل کتاب، جزوات، پمفلت و پوستره های بهداشتی، فایل های صوتی تصویری و نظایر آن

۴- شناسایی و معرفی منابع و امکانات موجود و جدید و مدرن و تجهیزات و تسهیلات آموزشی به روز

۵- برگزاری انواع جلسات آموزش انفرادی و گروهی از جمله آموزش چهره به چهره، جلسات مشاوره و پیگیری بیماران، بحث و آموزش های گروهی، کنفرانس، میزگرد، سمپوزیوم

۶- تدوین برنامه عملیاتی واحد به صورت سالیانه

۷- تهیه و تنظیم برنامه های اجرایی به صورت ماهیانه

۸- تهیه ابزار مناسب جهت ارزیابی عملکرد و فعالیت های آموزش سلامت

۹- حضور فعال در کمیته آموزش به بیمار به عنوان دبیر کمیته

۱۰- گزارش پیشرفت برنامه به مقام مافوق در کمیته دانشگاهی

۱۱- ارائه پیشنهاد بودجه به مدیریت پرستاری

۱۲- تهیه و گزارش عملکرد مطابق با برنامه

۱۳- شرکت در برنامه های مرتبط با آموزش به بیمار هماهنگی مدیر پرستاری

۱۴- ثبت و گزارش کلی فعالیت ها و نتایج حاصله به مدیر خدمات پرستاری

۱۵- همکاری و هماهنگی با سوپروایزر بالینی، کنترل عفونت و آموزشی در امر آموزش

مسئولیت ها:

- ۱- توانمندسازی نیروی انسانی از طریق سازمان دهی و حمایت از برنامه های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت برای نیروهای شاغل
- ۲- ترویج رویکرد آموزش به بیمار و فرهنگ سازی در این زمینه
- ۳- طرح مشکلات در کمیته آموزش به بیمار و ارائه راهکارهای مداخله ای جهت حل مشکلات و تصمیم گیری جهت برنامه ریزی آموزشی
- ۴- پایش و ارزشیابی مستمر و تعیین میزان اثربخش بودن آموزش های ارائه شده
- ۵- بررسی و تعیین شاخص های آموزش به بیمار و برنامه ریزی اصلاحی در صورت نیاز
- ۶- ارزشیابی عملکرد کارکنان در ارائه آموزش سلامت

اختیارات:

- ۱- جلب همکاری، مشارکت و هماهنگی درون و برون رشته ای با سایر اعضای تیم سلامت برای طراحی و اجرای برنامه های آموزشی
- ۲- همکاری با کمیته دانشگاهی جهت ارزیابی کیفیت خدمات آموزش سلامت و شناسایی نقاط قوت و ضعف
- ۳- همکاری و مشارکت در انجام طرح های پژوهشی

سرپرستار

سرپرستار مرکز آموزشی بهداشتی، درمانی و توانبخشی پرستاری است که اداره کارکنان پرستاری، تجهیزات و ارائه خدمات پرستاری یک واحد را بر عهده دارد. وظایف سرپرستار بخش / واحد براساس اصول مدیریت و با تکیه بر رعایت منشور حقوق مددجو مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی به شرح زیر است:

۱- بررسی وضعیت موجود در بخش / واحد تحت نظارت به منظور تعیین مشکلات مرتبط با ارائه خدمات و کیفیت مراقبت

۲- نظارت و کنترل مستمر بر رفتار شغلی کادر پرستاری تحت سرپرستی (رعایت مقررات اداری، ضوابط کاری و اخلاقی و نظایر آن)

۳- ارزشیابی مستمر خدمات ارائه شده توسط کادر تحت سرپرستی از طریق: بررسی رضایتمندی مددجویان و همکاران با ابزار مناسب (چک لیست، مشاهده و نظایر آن)

۴- ثبت و گزارش کلیه امور واحدهای مربوط به مسئولین ذیربط (حوادث و وقایع غیرمترقبه، کمبودها، نقایص و نیازها و نظایر آن)

۵- ارزشیابی مستمر کارکنان تحت سرپرستی بر طبق عملکرد و رفتارهای شغلی و اخلاقی

۶- ارائه پیشنهاد بودجه به مدیر پرستاری در مورد نیازها و الویت بندی آنها جهت اجرای برنامه های پرستاری بخش / واحد

۷- همکاری با مدیر پرستاری در تنظیم و تدوین اهداف کوتاه مدت، میان مدت، بلندمدت

۸- همکاری در تعیین خط مشی و اجرای آن جهت واحد مربوطه در راستای اهداف کلی سازمان

۹- شرکت در کلیه جلسات برنامه ریزی شده طبق دستور مقام مافوق

۱۰- پاسخگویی به مراجع مختلف در رابطه با بخش / واحد تحت سرپرستی با توجه به اختیارات و مسئولیت ها

۱۱- بکارگیری نرم افزار های ابلاغی توسط وزارت متبوع از جمله سامانه هوشمند پرستاری

۱۲- تهیه و ارسال گزارش عملکرد در دوره های ۶ ماهه و یک ساله به مدیر خدمات پرستاری

۱۳- کنترل حضور و غیاب پرسنل تحت سرپرستی

۱۴- همراهی با پزشک به هنگام ویزیت بیماران و ارائه گزارش لازم

۱۵- مشارکت در برنامه های ارزیابی بیمارستان نظیر اعتباربخشی

۱۶- محاسبه تعداد نیروی انسانی مورد نیاز و ارایه درخواست به مدیر پرستاری

۱۷- آموزش، برنامه ریزی و نظارت بر نحوه ارائه خدمات پرستاری نیروهای جدید الورد

۱۸- مشارکت در برنامه های ابلاغی وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه از جمله: اعتباربخشی، ایمنی بیمار، دوستدار کودک و طرح مبتنی بر عملکرد، Case Method و برنامه های آتی

مسئولیت ها:

- ۱- شرکت در جلسات بیمارستان با صلاحدید مدیر پرستاری
- ۲- مداخله و تامین شرایط مناسب در زمان بروز فوریت ها (تامین نیروی انسانی، تجهیزات، امکانات و نظایر آن)
- ۳- هدایت مستمر کارکنان پرستاری در جهت ارتقاء سطح کیفی مراقبت های پرستاری در واحد مربوطه
- ۴- همکاری و مشارکت در ارزشیابی برنامه های آموزشی و کیفیت ارائه خدمات پرستاری
- ۵- کنترل و نظارت مستمر بر چگونگی مصرف و نگهداری دستگاه ها و تجهیزات
- ۶- تشخیص نیازها و مشکلات موجود در واحدهای مرتبط پرستاری (کارکنان، مددجویان، محیط و نظایر آن) و اقدام جهت رفع آن
- ۷- ارائه راهنمایی های لازم به کارکنان پرستاری، کمک و حمایت از آنها
- ۸- هدایت کارکنان در انجام وظایف محوله
- ۹- رعایت قوانین و دستورالعمل های علمی، اداری و اخلاقی
- ۱۰- برقراری حسن تفاهم، هماهنگی و همکاری بین کارکنان واحد مربوطه و سایر واحدها
- ۱۱- انجام مراقبت های پرستاری در مواقع اورژانس
- ۱۲- تعیین وظایف و تقسیم کار بین پرسنل تحت نظارت
- ۱۳- تنظیم برنامه کاری کارکنان تحت نظارت در شیفت های مختلف
- ۱۴- دریافت گزارش کامل از وضعیت بیمار بر بالین
- ۱۵- بکار بستن احتیاطات لازم جهت ایمن بودن مداخلات پرستاری را و به شور گذاشتن آن با سایر اعضای تیم سلامت در صورت لزوم

اختیارات:

- ۱- جمع آوری اطلاعات در خصوص کلیه مسائل بخش درطول شیفت های مختلف
- ۲- هماهنگی در نقل و انتقالات بین بخشی و اعزام و یا ارجاع بیماران جهت حفظ ایمنی بیمار
- ۳- تامین و ایجاد شرایط مناسب و اقدام در زمان بروز فوریت ها (تامین نیروی انسانی، تجهیزات، امکانات و نظایر آن)
- ۴- ارائه راهکار بهینه به مسئول مافوق و ایجاد شرایط مناسب جهت استفاده بهتر از منابع موجود
- ۵- برنامه ریزی و نظارت بر تحویل بیمار و تجهیزات واحد مربوطه در هر شیفت کاری
- ۶- تشکیل جلسات گروهی و جلب مشارکت کارکنان در جهت حل مشکلات واحد مربوطه (کارکنان، مددجویان و نظایر آن)
- ۷- پیش بینی نیازهای واحد مربوطه از نظر امکانات، تجهیزات موجود و لوازم مصرفی و پیگیری جهت تامین آن

شرح

وظایف

عمومی

پرستار

وظایف عمومی پرستار با هدف کمک به مددجو/ بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) با دید جامع و جامعه نگر در تمامی سطوح مراقبتی مبتنی است بر:

- توجه به آموزه های دینی، فرهنگی و معنوی
 - رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
 - رعایت اخلاق حرفه ای
 - کاربرد فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی
 - تامین مراقبت های موثر، کارآمد و در دسترس آحاد جامعه
 - برقراری ارتباط موثر حرفه ای و بین حرفه ای با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
 - جلب اعتماد، اطمینان مددجو و خانواده ی وی و تامین ایمنی همه جانبه بیمار
- در سه حوزه ی همکاری با مدیریت و ارائه مراقبت جامع و بهبود کیفیت به شرح زیر می باشد:

الف: همکاری با مدیریت بخش در جمع آوری و گزارش اطلاعات شامل:

- ۱- شاخص های کمی و کیفی منابع انسانی، تجهیزات مصرفی / سرمایه ای، دارو، محیط فیزیکی و وقایع و حوادث بخش
- ۲- مشکلات مددجویان/ بیماران و کارکنان
- ۳- کیفیت ارائه مراقبت
- ۴- موارد ایمنی و خطا

ب: ارائه مراقبت ایمن، مطلوب و اخلاقی بر اساس فرآیند پرستاری و استانداردها، جهت تامین نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مددجو/ بیمار شامل:

- ۱- شناسایی و پذیرش مددجو/ بیمار
- ۲- معرفی خود و در مواقع لزوم همکاران به مددجو/ بیمار
- ۳- آشناسازی مددجو/ بیمار با محیط
- ۴- بررسی وضعیت سلامت بیمار/ مددجو (شرح حال و معاینه فیزیکی) و ثبت در پرونده کاغذی/ الکترونیکی
- ۵- تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بیمار/ مددجو مبتنی بر تشخیص های پرستاری
- ۶- تحویل بیمار بر بالین، بخش و تجهیزات بر اساس دستورالعمل و گزارش اقدامات انجام شده و پیگیری های مراقبتی/ درمانی در پایان هر شیفت
- ۷- برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات مراقبتی بر اساس اهداف و الویت ها و ثبت در پرونده:

- ۱ - ۷ حفظ توانایی های مددجو و ارتقاء سطح سلامت در همه ابعاد آن
- ۲ - ۷ اجرای دستورات پزشکی با انجام مراحل چک و کنترل پرونده، اجرا و ثبت کامل در پرونده مانند کنترل و ثبت علائم حیاتی
- ۳ - ۷ تامین نیازهای اکسیژن رسانی و تهویه (تمرینات تنفسی، باز نگه داشتن راه هوایی، اکسیژن درمانی، ساکشن راه هوایی، مراقبت از چست تیوب، لوله تراشه، تراکئوستومی)
- ۴ - ۷ بررسی نتایج پاراکلینیکی و تشخیص موارد بحرانی و اطلاع به پزشک معالج
- ۵ - ۷ همراهی با پزشک به هنگام ویزیت و ارائه گزارش لازم به سرپرستار و پزشک معالج و همکاری در انجام پروسیجرهای مورد نیاز با پزشک مربوطه
- ۶ - ۷ نظارت بر تامین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی مددجو، سوند گذاری معده، گاواز، تغذیه کامل وریدی و انجام مراقبت های لازم
- ۷ - ۷ نظارت بر تامین نیازهای دفعی مددجو و اجرای سوندگذاری مثانه، شست و شوی مثانه، مراقبت از سوند و درن ها، لاواژ و مراقبت از استومی ها
- ۸ - ۷ نظارت بر تامین بهداشت فردی مددجو
- ۹ - ۷ نظارت بر ایجاد حداکثر تحرک در بیمار (حرکت در تخت، خروج از تخت، انتقال به صندلی، تغییر وضعیت، بکارگیری وسایل کمک حرکتی) و انجام حرکت فعال و غیر فعال
- ۱۰ - ۷ بررسی مددجو/ بیمار به منظور حفظ تعادل الکترولیت ها، کنترل و ثبت جذب - دفع
- ۱۱ - ۷ مراقبت از سیستم پوستی: ارزیابی خطر زخم فشاری و انجام اقدامات پیشگیرانه، مراقبت از انواع زخم و بخیه
- ۱۲ - ۷ کنترل و ثبت سطح هوشیاری بیمار و برقراری تحریکات محیطی مناسب و مراقبت از بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری
- ۱۳ - ۷ مراقبت و توجه به بهداشت روان مددجویان/ بیماران
- ۱۴ - ۷ ایجاد شرایط مناسب جهت تامین نیازهای اعتقادی، معنوی و مذهبی بیمار/ مددجو
- ۱۵ - ۷ حفظ و ارتقای کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیتهای روزمره زندگی با همکاری و مشارکت تیم توانبخشی و توانمند سازی بیمار از طریق مشارکت فعال در تصمیم گیری های مراقبتی
- ۱۶ - ۷ اجرای دستورات دارویی: تزریقی (جلدی، زیر جلدی، داخل جلدی، وریدی، عضلانی و واکسیناسیون)، استنشاقی، خوراکی، قطره ها، پماد ها، پچ های دارویی و داروهای واژینال و رکتال
- ۱۷ - ۷ انجام انفوزیون مایعات وریدی و ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن
- ۱۸ - ۷ همکاری در انجام اقدامات تشخیصی، مراقبتی و درمانی

- ۱۹ - ۷ انجام انواع نمونه گیری ها و کشت (در شرایط اورژانس)
- ۲۰ - ۷ آتل گیری، کشش پوستی، بخیه لایه های سطحی پوست
- ۲۱ - ۷ انجام اقدامات اولیه احیای قلبی ریوی تا حضور تیم احیا و مشارکت در احیای پیشرفته بر اساس وظایف محوله
- ۲۲ - ۷ مشارکت و همراهی در انتقال بین بخشی بیمار، نظارت و مراقبت از وضعیت وی در حین انتقال و ارائه گزارشات و مستندات مربوطه
- ۲۳ - ۷ مدیریت درد بیمار/ مددجو و انجام اقدامات لازم جهت کاهش آن بر اساس دستور پزشک و تشخیص های پرستاری
- ۲۴ - ۷ رعایت استانداردهای ایمنی ابلاغی، انجام اقدامات درمانی و مراقبتی مبتنی بر استانداردهای ایمنی و وقایع ناخواسته در صورت بروز ثبت در پرونده بیمار
- ۲۵ - ۷ انجام اقدامات مناسب پرستاری جهت تامین ایمنی مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی
- ۲۶ - ۷ ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل (با توجه به نوع عمل مددجویان)
- ۲۷ - ۷ مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده وی و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی
- ۲۸ - ۷ شرکت و همراهی با پزشک در ویزیت مددجو/ بیمار، گزارش اقدامات انجام شده، مشاهدات و پاسخ های مددجو در جهت تعیین خط مشی درمانی و مراقبتی مناسب
- ۲۹ - ۷ ثبت کلیه اقدامات انجام شده در فرم های مصوب و پرونده مددجو/ بیمار
- ۳۰ - ۷ راهنمایی و مشاوره به مددجو/ بیمار در خصوص نحوه مراقبت از خود و در صورت لزوم ارجاع
- ۳۱ - ۷ آماده سازی، ارائه توضیحات و آموزش مددجو/ بیمار جهت ترخیص، پی گیری و ارائه خدمات پرستاری در منزل پس از ترخیص با هماهنگی واحد ارجاع به مرکز مراقبت در منزل بیمارستان
- ۳۲ - ۷ توجه و اقدام به آرام سازی محیط فیزیکی، کنترل دما، نور و صدای محیط بستری بیمار و تامین شرایط استراحت بیماران و در صورت لزوم هماهنگی با سایر واحدها نظیر تاسیسات به صورت مستقیم یا از طریق مقام مافوق

ج: وظایف مربوط به آموزش / پژوهش نوآوری / بهبود کیفیت

- ۱- توانمند سازی و رشد حرفه ای خود، همکاران، دانشجویان و سایر اعضای تیم سلامت، از طریق شرکت در برنامه های آموزش ضمن خدمت، آموزش مداوم و توسعه علم به منظور تمدید مداوم کسب پروانه صلاحیت حرفه ای
- ۲- مشارکت در تدوین خط مشی های بهداشتی، مراقبتی و توانبخشی در جهت بهبود

مداوم کیفیت مراقبت های پرستاری

- ۳- مشارکت در بهبود و یا ارتقاء استانداردهای اعتبار بخشی و برنامه های بهبود کیفیت
- ۴- کسب مهارت های لازم در رابطه با فناوری های روز و کار با انواع نرم افزارها و سخت افزارهای مرتبط با مراقبت های پرستاری
- ۵- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیتهای حوادث غیر مترقبه
- ۶- انجام اقدامات ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی
- ۷- نیازسنجی آموزشی، تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه آموزش به بیمار، خانواده و جامعه به منظور تامین، حفظ و ارتقاء خود مراقبتی سطح سلامت
- ۸- همکاری با اعضای تیم سلامت جهت رفع مشکلات محیطی، حفاظتی و خدماتی با استفاده از هم فکری و همپاری و مشارکت جامعه (فرد، خانواده، گروه، مدرسه، و هر جامعه ای با هر ابعادی) و پیگیری آن
- ۹- شناسایی بیماران در معرض آسیب (زخم بستر و سقوط) و انجام اقدامات پیشگیری و مراقبتی مبتنی بر شواهد
- ۱۰- استفاده از سامانه هوشمند پرستاری جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود سامانه
- ۱۱- مشارکت در گروه های تحقیقاتی و ارائه گزارش موارد ضروری به گروه تحقیقات

اتاق عمل

وظایف کاردان / کارشناس اتاق عمل با هدف کمک به بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی مبتنی است بر:

- توجه به آموزه های دینی و فرهنگی
- رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- رعایت استانداردهای مراقبتی تحت نظر پرستار
- برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی

شرح وظایف عمومی:

- ۱- دریافت برنامه تقسیم کار از سرپرستار اتاق عمل
- ۲- کنترل اتاق عمل از نظر سیستم تهویه، برق، نور مناسب، دما و رطوبت، نظافت و ایمنی بر اساس چک لیست های استاندارد
- ۳- اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاه ها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع عمل و پذیرش بیمار
- ۴- بررسی وجود لوازم و امکانات مصرفی مورد نیاز اعمال جراحی، تهیه و آماده سازی آن
- ۵- گزارش نواقص موجود به مسئول مربوطه طبق خط مشی تدوین شده
- ۶- کنترل و آماده نمودن وسایل استریل مورد نیاز عمل طبق لیست جراحی
- ۷- پذیرش بیمار توسط تیم جراحی طبق خط مشی واحد (بررسی نام، مشخصات، داشتن دستبند شناسایی، خارج کردن زیورآلات و نظایر آن)
- ۸- برقراری ارتباط موثر و ارائه آموزش های لازم به بیمار جهت جلب اعتماد وی
- ۹- حفظ و نگهداری و برنامه ریزی جهت کالیبراسیون دوره ای تجهیزات اتاق عمل
- ۱۰- مشارکت فعال و همکاری در آموزش دانشجویان در واحد مربوطه حسب نیاز
- ۱۱- تهیه آمار عمل های جراحی روزانه، هفتگی، ماهانه، عمل های کنسل شده و ارائه آن به مقام مافوق
- ۱۲- تشخیص و بررسی موارد اورژانسی و طبقه بندی آنها با توجه به اولویت جراحی جهت پذیرش در اتاق عمل
- ۱۳- مشارکت و نظارت در انجام ضدعفونی تجهیزات اتاق عمل به شکل روزانه
- ۱۴- هماهنگی فراهم نمودن خون و داروهای مورد نیاز حین عمل
- ۱۵- انجام تزریقات عضلانی، وریدی، داخل جلدی، زیر جلدی مورد نیاز بیمار
- ۱۶- ریختن انواع قطره گوش و چشم بیمار

- ۱۷- قرار دادن و خارج کردن سند (کتر) ادراری و NGT^۱
- ۱۸- تعبیه و شستشوی انواع سوند و کترها و مراقبت از آن
- ۱۹- به کار گیری استانداردها در کاربرد داروها (8R)^۲ و محاسبات دوز داروها
- ۲۰- نظارت بر انجام انواع تنقیه (باقی ماندنی، شستشویی، برگشتی)
- ۲۱- شرکت در عملیات احیا اولیه بیمار
- ۲۲- نظارت بر برنامه شستشو و نظافت و ضد عفونی اتاق عمل طبق خط مشی بیمارستان
- ۲۳- شرکت در کلاس های آموزشی ضمن خدمت و آموزش مداوم
- ۲۴- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و استاندارد ها
- ۲۵- ارتباط با واحد های مختلف (آزمایشگاه، بانک خون، رادیولوژی، مهندسی پزشکی، دفتر پرستاری و سیستم اداری)
- ۲۶- گزارش مشکلات عمل به مسئول شیفت/ بخش و سوپروایزر بالینی
- ۲۷- رعایت مقررات مربوط با حفاظت و ایمنی بیمار و کارکنان و محیط کار
- ۲۸- مشارکت در کنترل عوارض بعد از عمل (شوک و خون ریزی)
- ۲۹- شستشو و اسکراب هفتگی اتاق عمل
- ۳۰- استفاده از سامانه هوشمند پرستاری جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود سامانه

سیار قبل از عمل:

- ۱- تحویل بیمار از کارشناس هوشبری بر حسب خط مشی بیمارستان
- ۲- کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع و موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار
- ۳- کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل مانند اجازه عمل، ناشتا بودن، تشخیص، داشتن اوراق رادیولوژی و آزمایشگاهی و وسایل کاشتنی نظیر پیچ و پلاک ها و تکمیل فرم جراحی ایمن
- ۴- ارزیابی مجدد بیمار از نظر شرایط جسمی، سوابق بیماری، سوابق دارویی و ناشتا بودن و نداشتن زیورآلات و وسایل مصنوعی بر اساس فرایند پرستاری به منظور تعیین تشخیص های پرستاری و تدوین برنامه مداخلاتی در طول اقامت بیمار در اتاق عمل
- ۵- برقراری ارتباط موثر با مددجو جهت جلب اعتماد وی و کاهش اضطراب قبل از عمل
- ۶- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد اتاق عمل همچنین توجه به حفظ حریم بیمار هنگام جا به جایی
- ۷- تنظیم تخت جراحی، چراغ سیالتیک و نصب اتصالات مورد نیاز بر حسب نوع و ناحیه عمل

^۱ Nasogastric Tube

^۲ 8 Right (بیمار صحیح - داروی صحیح - زمان صحیح دارو - راه مصرف صحیح دارو - دوز مصرف صحیح دارو - ثبت صحیح دارو - تجویز صحیح دارو - پاسخ مناسب بیمار به دارو)

- ۸- کمک به انتقال بیمار به تخت جراحی با حفظ حریم و رعایت ایمنی
- ۹- کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی (توجه به بیماری های زمینه ای، آسیب پوستی، شیو ناحیه عمل، محل اتصال پلیت کوتر، بازکردن پانسمان و آتل جهت معاینه)
- ۱۰- کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد (همووک، درن، چست تیوب، 'CVP Line')
- ۱۱- تحویل گرفتن ست ها و پک های مورد نیاز و وسایل مورد نیاز بیمار از اتاق وسایل استریل
- ۱۲- در دسترس قرار دادن دستگاه ها و تجهیزات در محل مناسب و باز نمودن پوشش بسته های استریل (پک جنرال، دستکش، نخ ها و موارد مشابه)
- ۱۳- پرپ اولیه ناحیه عمل
- ۱۴- همکاری با تیم بیهوشی جهت آماده سازی بیمار در صورت نیاز
- ۱۵- تعبیه و مراقبت از کتتر ادراری بر حسب نیاز و تجویز پزشک
- ۱۶- مشارکت در پوزیشن دهی مناسب بیمار زیر نظر جراح و متخصص بیهوشی
- ۱۷- بستن تورنیکه در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل عملکرد دستگاه بر حسب نیاز و درخواست جراح
- ۱۸- توجه به حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از سقوط بیمار
- ۱۹- بستن پلیت در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل عملکرد دستگاه الکتروکوتر بر حسب نیاز جراح

سیار حین عمل:

- ۱- حضور مداوم در طی فرایند جراحی و کمک به فرد اسکراب و جراحان در پوشیدن گان، دستکش و نظایر آن
- ۲- پایش مستمر محیط اتاق عمل و وضعیت بیمار
- ۳- باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخ ها و سایر وسایل و قرار دادن آن ها بر روی میز جراحی با رعایت اصول آسپتیک و علمی
- ۴- تنظیم نور چراغ سیالتیک روی موضع جراحی بر حسب درخواست جراح و تیم جراحی
- ۵- شمارش و ثبت نخ های جراحی، گاز، لنگاز، ابزار جراحی قبل از شروع جراحی مطابق با چک لیست ثبت وسایل شمارشی با شمارش فرد اسکراب در حضور جراح
- ۶- آماده کردن وسایل جمع آوری نمونه پاتولوژیک بر حسب نوع نمونه و درخواست جراح (ریختن محلول نگهداری مناسب، ثبت مشخصات نمونه بر روی بدنه ظرف)
- ۷- جمع آوری، تحویل و نگهداری نمونه مطابق با سیاست مرکز درمانی جهت تحویل به واحد پاتولوژی یا سایر واحدها

- ۸- آماده کردن کات نوزاد، شان کرم و وسایل احیا در اتاق عمل زنان در صورت اضطرار و عدم حضور ماما
- ۹- تحویل نوزاد در اتاق عمل زنان با رعایت اصول ایمنی در صورت عدم حضور ماما
- ۱۰- تزریق ویتامین K و کمک به تیم بیهوشی در احیای نوزاد در صورت نیاز و عدم حضور ماما
- ۱۱- خون گیری بند ناف جهت تعیین Rh نوزاد و تزریق روگام بر حسب نیاز و دستور پزشک در صورت عدم حضور ماما
- ۱۲- تنظیم، ثبت و یاد آوری زمان و فشار استفاده شده از تورنیکه به جراح در طول بکار گیری تورنیکه بر اساس نیاز بیمار
- ۱۳- تنظیم نوع مواد و میزان جریان الکترو کوتر بر حسب درخواست جراح
- ۱۴- رعایت نکات آسپتیک و استریل طی انجام عمل جراحی

سیار بعد از عمل:

- ۱- برداشتن پوشش ناحیه عمل با حفظ حریم بیمار و رعایت اصول طرح انطباق
- ۲- بررسی محل پلیت کوتر از نظر ایمنی و مشاهده از جهت آسیب دیدگی و سوختگی
- ۳- ثبت و تکمیل گزارشات حین عمل در خصوص نمونه های پاتولوژی، شمارش وسایل و موارد مصرفی، استفاده از کوتر، تورنیکه و سایر موارد مشابه
- ۴- جمع آوری و ارسال نمونه های بیمار
- ۵- شمارش نهایی گازها، وسایل و سوزن ها طبق چک لیست اولیه تهیه شده توسط تیم جراحی
- ۶- مشارکت در برگرداندن بیمار از پوزیشن عمل به پوزیشن قابل انتقال
- ۷- جدا نمودن اتصالات بیمار جهت انتقال به ریکاوری
- ۸- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد و ریکاوری توسط تیم جراحی
- ۹- تحویل بیمار به مسئول ریکاوری توسط تیم جراحی
- ۱۰- ثبت و تکمیل گزارشات عمل جراحی (مصرفی ها، عوارض ناخواسته و نظایر آن)
- ۱۱- نظارت بر پاکسازی اتاق عمل و ضد عفونی وسایل جهت پذیرش عمل بعدی

اسکراپ قبل از عمل:

- ۱- پوشیدن گان و دستکش طبق اصول استریل
- ۲- کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع جراحی، موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار
- ۳- شستن و اسکراپ دست مطابق با دستورالعمل های مربوطه
- ۴- اسکراپ ناحیه عمل طبق دستورالعمل وزارت بهداشت
- ۵- کنترل اندیکاتور داخل ست ها طبق خط مشی بیمارستان

- ۶- کنترل و اطمینان از استریل بودن ست ها، پک ها، تک پیچ ها و سایر بسته بندی ها
- ۷- آماده کردن و چیدن میز جراحی
- ۸- کنترل لوازم درون ست های جراحی قبل از عمل طبق شناسنامه هر ست از نظر سلامت و کامل بودن
- ۹- کمک به تیم جراحی جهت پوشیدن گان و دستکش استریل
- ۱۰- شمارش و کنترل وسایل مصرفی (گاز و لنگاز و نظایر آن) و ابزار جراحی
- ۱۱- کمک به جراح در پرپ ثانویه پوست بیمار و پوشاندن بیمار با پوشش های استریل (درپ)
- ۱۲- اطلاع به تیم جراحی در صورت خیس بودن شان ها به منظور پیشگیری از سوختگی
- ۱۳- نظارت بر رعایت نکات استریل توسط تیم جراحی

اسکراب حین عمل:

- ۱- نصب اتصالات لازم قبل از برش جراحی
 - ۲- اتصال پلیت کوتر در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل و تنظیم دستگاه بر حسب نیاز و درخواست جراح
 - ۳- کمک موثر به تیم جراحی حین عمل:
- الف) ایجاد اکسپوژر مناسب با کمک ابزار جراحی (در سطوح مختلف)
- ب) کمک به جراح جهت هموستاز ناحیه جراحی (کوتر نمودن، لیگاتور کردن، ساکشن کردن، پک کردن و نظایر آن)
- ج) کمک به جراح در آماده سازی و جای گذاری ایمپلنت ها، دریچه ها و سایر موارد تعویضی و کاشتنی در اتاق عمل
- د) خارج کردن و آماده سازی ورید سافن برای پیوند در اتاق عمل جراحی قلب تحت نظارت جراح
- ه) کمک به جراح در قرار دهی درن در محل جراحی بر حسب درخواست جراح
- ۴- مراقبت از نمونه های پاتولوژی و تحویل آن به فرد سیار
 - ۵- نظارت بر رعایت نکات آسپتیک و استریل در طول عمل جراحی
 - ۶- پیش بینی نیاز های جراح و آماده کردن وسایل و ابزار لازم در روند جراحی
 - ۷- کمک و مشارکت در مراحل پایانی عمل (دوختن عضله، فاشیا، زیر جلد پوست، انجام پانسمان ناحیه جراحی با پوشش مناسب همراه با رعایت اصول آسپتیک، بستن آتل و بانداز)

اسکراپ بعد از عمل:

- ۱- شمارش نهایی گازها، وسایل و سوزن ها مطابق چک لیست اولیه تهیه شده توسط تیم جراحی
- ۲- انجام پانسمان ناحیه جراحی با پوشش مناسب و رعایت اصول اسپتیک
- ۳- برداشتن پوشش های استریل با حفظ حریم بیمار
- ۴- مشارکت در انجام آتل گیری، گچ گیری زیر نظر جراح
- ۵- جدا نمودن اتصالات جهت انتقال به ریکاوری
- ۶- جدا نمودن ضمائم تخت جراحی
- ۷- مشارکت در برگرداندن بیمار از پوزیشن عمل به پوزیشن قابل انتقال
- ۸- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد ریکاوری توسط تیم جراحی
- ۹- ثبت و تکمیل گزارش عمل جراحی (مصرفی ها، عوارض ناخواسته و نظایر آن)
- ۱۰- جمع آوری وسایل مورد استفاده و انتقال آنها به مرکز استریلیزاسیون بر حسب خط مشی

هوشبری

اقدامات و تدابیر قبل از حضور بیمار

وظایف کاردان / کارشناس هوشبری با هدف کمک به بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی مبتنی است بر:

- توجه به آموزه های دینی و فرهنگی
- رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- رعایت استانداردهای مراقبتی تحت نظر پرستار
- برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی

شرح وظایف عمومی:

- ۱- دریافت برنامه تقسیم کار از سر پرستار اتاق عمل
- ۲- کنترل و اطمینان از صحت عملکرد و کارایی دستگاه ها و تجهیزات بیهوشی به خصوص گازهای بیهوشی و گزارش هر گونه نقص و خرابی احتمالی به سرپرستار و تکمیل فرم مربوطه
- ۳- کنترل و اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و سایر تجهیزات مصرفی مرتبط با بیهوشی و گزارش موارد ناکافی یا کمبود ها به سر پرستار و تکمیل فرم مربوطه
- ۴- آماده نمودن کلیه تجهیزات و لوازم مورد نیاز بیهوشی طبق لیست عمل جراحی در هر شیفت کاری
- ۵- رعایت روش های استریلیزاسیون و ضد عفونی و کاربرد آنها طبق خط مشی کنترل عفونت بیمارستان
- کنترل توالی CPR^۱ برای رفع کمبود ها و تاریخ انقضا
- ۶- کنترل دستگاه دی سی شوک برای اطمینان از صحت عملکرد آن
- ۷- همکاری در اعزام بیمار
- ۸- استفاده از سامانه هوشمند پرستاری جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود سامانه

مراقبت از بیمار در سرویس درد:

- ۱- پذیرش و آماده سازی بیمار
- ۲- آماده و نگهداری وسایل، تجهیزات و داروهای سرویس درد

- ۳- کمک در انجام روش های کنترل درد و مراقبت از بیمار
- ۴- پایش عوارض احتمالی و گزارش آنها طبق دستورالعمل های مربوطه
- ۵- ثبت اطلاعات و گزارش موارد غیر طبیعی

اقدامات و تدابیر هنگام حضور بیمار قبل از بیهوشی:

- ۱- اطمینان از هویت بیمار و کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل، دستبند مشخصات و نیز بررسی مدارک مورد نیاز شامل اجازه عمل، آزمایشات ضروری، گرافی ها، سی تی اسکن، ام آر آی، نوار قلب، برگه های مشاوره و درخواست خون و نظایر آن
- ۲- کنترل بیمار از نظر آمادگی محل عمل، اندام یا عضو مورد نظر، نداشتن زیورآلات، آرایش و لاک. نداشتن اعضای مصنوعی، تمیزی، پوشیدگی و مرتب بودن لباس بیمار
- ۳- اطمینان از ناشتا بودن بیمار
- ۴- معرفی خود و ارائه توضیحات لازم و اطمینان بخش در مورد بیهوشی به بیمار (چنانچه آموزش یا رعایت مواردی به بیمار ضروری به نظر می رسد باید در حد درک و میزان پذیرش، اطلاعات در اختیار وی قرار داده شود)
- ۵- گرفتن شرح حال پیرامون سابقه حساسیت، بیهوشی قبلی، عمل جراحی، مصرف دارو، بیماری های خاص با نظارت متخصص بیهوشی
- ۶- هدایت بیمار به تخت عمل و همراهی وی از ابتدا تا انتهای عمل جراحی
- ۷- حفظ و رعایت حریم بیمار طبق موازین شرعی و رعایت همخوانی جنسیتی
- ۸- کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی
- ۹- استقرار صحیح و راحت بیمار توأم با آرامش روی تخت عمل با کمک سایر افراد تیم، (پوزیشن مناسب با کمک اتصالات مناسب)
- ۱۰- آماده نمودن تجهیزات و داروهای بیهوشی با غلظت مورد نیاز به خصوص بیهوشی اطفال و نوزادان
- ۱۱- مشارکت با متخصص بیهوشی برای استفاده صحیح از گازها در بیهوشی
- ۱۲- برقراری یک یا چند راه وریدی مناسب با توجه به سن بیمار (نوزاد، اطفال، بیمار بد حال)
- ۱۳- مشارکت در انجام روش های بیهوشی یا بی حسی
- ۱۴- انجام ضدعفونی و استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات مربوطه
- ۱۵- اجرای دستورات مکتوب و شفاهی متخصص و گزارش هر یک به تفکیک

اقدامات و تدابیر حین القای بیهوشی و طول مدت عمل جراحی:

- ۱- اتصال کابل های مانیتورینگ، فشار خون و نظایر آن
- ۲- اتصال سرم با قید تاریخ و ساعت (کنترل راه وریدی بیمارانی که قبل از ورود به

اتفاق عمل برقرار شده الزامی است)

- ۳- سرم تراپی در بیماران دهیدراته و کاندید بی حسی نخاعی همراه با آماده نمودن تجهیزات و انجام پوزیشن مناسب جهت انجام انواع بی حسی نخاعی یا بی حسی موضعی
- ۴- پایش مداوم علائم حیاتی و سیستم های بدن و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی
- ۵- مشارکت در القای بیهوشی و برقراری راه هوایی
- ۶- همکاری با متخصص بیهوشی جهت کنترل و تثبیت راه هوایی
- ۷- مشارکت فعال در پوزیشن دهی بیمار بیهوش یا بی حسی قبل و حین عمل و قرار دادن پد مناسب در نقاط تحت فشار و کنترل آن طی عمل
- ۸- تنظیم دستگاه بیهوشی بر اساس وضعیت بیمار با نظارت متخصص بیهوشی
- ۹- مانیتورینگ سطح بیهوشی در بیماران بیهوش و همچنین بیماران قرار گرفته تحت انواع بی حسی
- ۱۰- کنترل و ثبت میزان جذب و دفع مایعات و به کارگیری فراورده های تزریقی تحت نظارت پزشک
- ۱۱- انجام دستورات متخصص بیهوشی و ثبت کلیه اقدامات انجام گرفته دارویی یا پروسیجر درمانی طی عمل جراحی در فرم های مربوطه
- ۱۲- حفظ پوشش و رعایت حریم بیمار طبق خط مشی بیمارستان
- ۱۳- نظارت بر عملکرد دستگاه ها و بررسی نقاط اتصال بیمار یا سایر افراد تیم درمان با اجسام قلزی جهت جلوگیری از مواردی نظیر برق گرفتگی
- ۱۴- کمک و انجام پروتکل TIVA^۱ (انفوزیون پروپوفول، شل کننده)
- ۱۵- کنترل و پیشگیری از انتقال و انتشار عفونت
- ۱۶- مشارکت در محافظت بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی بیهوشی
- ۱۷- مراقبت و پیشگیری از آسیب های احتمالی به اعضای بدن
- ۱۸- رعایت اصول ایمنی بیمار
- ۱۹- کمک به انجام مراقبت های لازم در بیماران مزمن تنفسی:
- ۲۰- الف: تنظیم دستگاه، برقراری PEEP (TV, Rate, O₂ Sat) در صورت لزوم
ب: استفاده از دارو (اسپری سالبوتامول و نظایر آن) در صورت لزوم
ج: تهویه دستی یا تهویه با ماسک طی جراحی در صورت لزوم
- ۲۱- کمک و انجام تهویه کنترل در نوزادان و بیمارانی که فیلد بیهوشی و جراحی در آنان مشترک است (در اعمال جراحی مرتبط با ناحیه صورت)
- ۲۲- انجام اقدامات مناسب جهت بیمارانی که مستعد آمبولی هستند (پوزیشن نیمه نشسته و در بیماران توراکوتومی با تهویه یک ریه یا انجام مانور های مورد نیاز جراح)
- ۲۳- انجام مراقبت های لازم در بیماران قلبی عروقی یا بیمارانی که نیاز به کنترل مداوم فشار خون دارند (کنترل فشار خون با TNG، نیترو پروساید سدیم و نظایر آن)

- ۲۴- انجام اقدامات لازم در درمان آریتمی های قلبی طبق نظر متخصص بیهوشی (دارویی و نظایر آن)
- ۲۵- انجام اقدامات لازم در بیماران ترومایی (انفوزیون دوپامین، اپی نفرین، خون به صورت اورژانس و کراس مج) FFP^۱، پلاکت، هماکسل و نظایر آن طبق نظر متخصص بیهوشی
- ۲۶- کنترل قند خون و اصلاح آن تحت نظارت متخصص بیهوشی
- ۲۷- انجام نمونه گیری آزمایشات بر حسب نیاز بیمار و درخواست متخصص بیهوشی و پیگیری جواب آن
- ۲۸- کنترل خونریزی و در صورت نیاز ترانسفوزیون خون طبق دستور متخصص بیهوشی و پایش ترانسفوزیون خون برابر خط مشی بیمارستان
- ۲۹- کنترل دما بخصوص در نوزادان و اطفال و سایر بیماران مستعد هیپوترمی
- ۳۰- تکرار داروهای بیهوشی در صورت لزوم تحت نظر متخصص بیهوشی
- ۳۱- انجام درخواست های جراح با هماهنگی متخصص بیهوشی
- ۳۲- گزارش موارد غیر طبیعی جراحی به جراح و متخصص بیهوشی
- ۳۳- کمک به متخصص بیهوشی در کارگذاری و یا خارج کردن CV-Line, NGT، آرتریال لاین، کتر اپی دورال)
- ۳۴- انجام اقدامات لازم هنگام اکستوبیشن اتفاقی، اسپیراسیون و ساکشن ریه و دهان در کلیه مراحل بیهوشی

اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی (اتاق ریکاوری)

- ۱- کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار و گزارش موارد غیر طبیعی، پایش سیستم های مختلف بدن بیمار تا هوشیاری کامل
- ۲- کمک به متخصص بیهوشی در به هوش آوردن بیمار، تزریق داروهای لازم، خارج کردن لوله تنفسی بیمار، جداکردن دستگاه بیهوشی و مانیتورینگ بیمار
- ۳- کنترل و اطمینان از باز بودن و کفایت راه هوایی بیمار (اکسیژناسیون) و گزارش موارد غیر طبیعی نظیر لارنگواسپاسم و برونکواسپاسم و نظایر آن و ثبت آنها در فرم های مربوطه
- ۴- کنترل بیمار از نظر بازگشت به رفلکس های طبیعی تا ورود به مرحله هوشیاری
- ۵- محافظت از سر و گردن، اندام ها، محل عمل جراحی، راه های هوایی و وریدی حین انتقال بیمار از تخت عمل به برانکارد با کمک سایر افراد تیم ضمن حفظ پوزیشن و پوشش مناسب تا انتقال به ریکاوری (در صورتی که انتقال بیمار با مانیتورینگ، تنفس کنترل و دارو های در حال استفاده انجام می گیرد مراقبت های ویژه باید مورد توجه قرار گیرد)

- ۶- انجام روش های ایزولاسیون و کنترل عفونت
- ۷- اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ در ریکاوری، برقراری اکسیژن و تحویل بیمار به مسئول ریکاوری با راه هوایی و وریدی باز
- ۸- گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار شامل علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروهای استفاده شده، سطح هوشیاری، رفلکس ها، رنگ پوست، خونریزی، میزان انفوزیون مایعات و یا خون دریافتی و مشکلات احتمالی قبل، حین و یا پس از بیهوشی به مسئول ریکاوری
- ۹- تحویل فرم های تکمیل شده گزارشات، دارو و موارد غیرطبیعی در مراحل قبل، حین و بعد از بیهوشی به مسئول ریکاوری
- ۱۰- نظافت و در صورت لزوم ضد عفونی و آماده نمودن کلیه وسایل لازم جهت بیهوشی بیمار بعدی
- ۱۱- همکاری کامل در انجام عملیات احیا قلبی ریوی در اتاق عمل
- ۱۲- همکاری کامل با تیم جراحی
- ۱۳- انجام واشینگ دستگاه ها، مانیتورها و وسایل اختصاصی بیهوشی و نظارت بر شستشو و ضد عفونی سایر قسمت ها نظیر ترالی و کمد ها
- ۱۴- جایگزینی داروها و لوازم مصرفی استفاده شده در طول شیفت کاری
- ۱۵- تحویل بیماران نیازمند مراقبت ویژه از اتاق عمل به ریکاوری و از ریکاوری به بخش با حضور متخصص بیهوشی

شرح

وظایف

اختصاصی

پرستار تخصصی اورژانس

مهارت های فنی و حرفه ای

- ۱- توانمندی جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
- ۲- انجام تریاژ و سطح بندی بیماران بر اساس شدت بیماری
- ۳- انجام احیای پایه و پیشرفته کودک، نوزاد و بزرگسال
- ۴- مهارت کار با دستگاه ها و تجهیزات تخصصی بخش اورژانس
- ۵- مهارت مراقبت پرستاری از بیماران اورژانسی
- ۶- مهارت دستیابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن جهت برقراری راه وریدی
- ۷- مهارت مدیریت راه هوایی
- ۸- مهارت ارزیابی عملکرد JABP^۱, NGT, Chest Tube, سوندفولی، پیس میکر
- ۹- مهارت فیزیکی بیمار^۲
- ۱۰- مهارت تفسیر ECG
- ۱۱- مهارت مانیتورینگ و تشخیص آریتمی های قلبی
- ۱۲- مهارت انتقال ایمن بیمار
- ۱۳- مهارت محاسبه، آماده سازی و دادن داروها
- ۱۴- مهارت خونگیری شریانی
- ۱۵- مهارت اینتوباسیون
- ۱۶- مهارت برقراری راه وریدی از طریق ورید ژگولار خارجی
- ۱۷- اداره امور بیماران در شرایط بحرانی (شیمیایی، هسته ای و بیولوژیک)

وظایف پرستار در بخش اورژانس

- ۱- ارزیابی کامل بیمار و کنترل وضعیت تنفس، قلب و عروق، هوشیاری، تغذیه
- ۲- برقراری ارتباط مناسب و موثر با خانواده، بیمار و ارتباط با بیماران دچار اختلالات اضطرابی
- ۳- مانیتورینگ قلبی و تشخیص دیس ریتمی های خطرناک
- ۴- مانیتورینگ تنفسی بیمار و انجام پالس اکسی متری و تشخیص مشکلات تنفسی خطرناک و انجام اقدامات لازم جهت رفع آنها
- ۵- بررسی راههای دستیابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن و برقراری راه وریدی مناسب
- ۶- برقراری راه وریدی از طریق ورید ژگولار خارجی
- ۷- انجام نمونه گیری خون شریانی در صورت لزوم و تفسیر نتایج آن

^۱ Intra Aortic Balloon Pump

^۲ Restrain

۸- لوله گذاری تنفسی در صورت لزوم

۹- مدیریت راه هوایی

۱۰- اندازه گیری CVP^۱

۱۱- انتقال ایمن بیماران و مصدومین

وظایف پرستار تخصصی اورژانس در واحد تریاژ

- ۱- اطمینان از عملکرد صحیح وسایل و تجهیزات اتاق تریاژ
- ۲- ارزیابی سریع اولیه از نظر شرایط تهدید کننده حیات در بیماران با وضعیت بحرانی یا آسیب دیده
- ۳- ارزیابی سیستماتیک و سریع (ثانویه) برای شناسایی کلیه ی آسیبهای احتمالی تمامی مراجعین به تریاژ
- ۴- ثبت موارد ارزیابی شده با توجه به مشکل اساسی بیمار
- ۵- برآوردن نیازهای فوری بیمار
- ۶- قراردادن بیمار در یکی از سطوح تریاژ و اعلام کد احیا در صورت نیاز
- ۷- بررسی مجدد و متناوب بیماران
- ۸- تکمیل فرم تریاژ
- ۹- برقراری ارتباط مناسب و موثر با خانواده بیماران در اتاق انتظار و اطلاع وضعیت بیماران به آنها

وظایف پرستار تخصصی اورژانس در CPR^۲

- ۱- اطمینان از عملکرد صحیح وسایل و تجهیزات اتاق CPR
- ۲- اطمینان از وجود و کفایت داروها و سرم های اتاق CPR و ترالی کد احیا بر اساس لیست اعلام شده
- ۳- تحویل گرفتن سریع و بدون وقفه بیمار بدحال
- ۴- بررسی راه هوایی بیمار و اطمینان از برقراری راه هوایی مناسب
- ۵- بررسی نبض محیطی و تعیین سطح هوشیاری بیمار
- ۶- اقدامات مقدماتی احیاء (ABC)
- ۷- اقدامات پیشرفته احیا شامل: برقراری راه هوایی مناسب از طریق لوله گذاری، تجویز داروهای اولیه احیاء - DC^۳ شوک و نظایر آن در شرایط اضطراری تا رسیدن پزشک

^۱ Central Venous Pressure

^۲ Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation

^۳ دستگاه شوک الکتریکی

- ۸- گرفتن نمونه خون شریانی و تفسیر نتایج آن
- ۹- مانیتورینگ قلبی و تشخیص دیس ریتمی های خطرناک و گزارش به پزشک و تجویز داروهای ضد آریتمی
- ۱۰- مانیتورینگ تنفسی بیمار و انجام پالس اکسی متری و تشخیص مشکلات تنفسی و انجام اقدامات لازم جهت رفع آنها
- ۱۱- اکسیژن ترایی به روش های غیرتهاجمی (بکارگیری انواع ماسک و کانولاها)
- ۱۲- ساکشن بیمار (دهانی، بینی، حلقی، آندوتراکیال و تراکیوستومی)
- ۱۳- ست کردن دستگاه، اتصال بیمار به ونتیلاتور و تنظیم و کنترل پارامترهای دستگاه
- ۱۴- مراقبت از بیمار جهت تهویه مکانیکی تنفس
- ۱۵- تفسیر ECG
- ۱۶- بررسی راه های دستیابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن و برقراری راه وریدی مناسب
- ۱۷- ثبت گزارش و عملکرد تیم احیاء
- ۱۸- تحویل دادن بیمار از CPR به بخش یا ارجاع به خارج از بیمارستان
- ۱۹- گذاشتن پیس میکر موقت خارجی

وظایف پرستار تخصصی اورژانس در مراقبت از اورژانس های زنان (در مراکزی که مرکز زایمان ندارند)

- ۱- بررسی وضعیت مادر از نظر فشارخون تنفس نبض و علایم پراکلامپسی و اکلامپسی
- ۲- حمایت تنفسی مادر و قرار دادن وی در پوزیشن مناسب
- ۳- کنترل اینرسی های رحم
- ۴- مراقبت از بیماران پره اکلامپسی
- ۵- بررسی وضعیت نوزاد از نظر تنفسی، جریان خون و سطح هوشیاری
- ۶- گرم نگه داشتن نوزاد
- ۷- انجام زایمان در موارد اورژانس

وظایف پرستار تخصصی اورژانس در مراقبت از اورژانس های ENT^۱

- ۱- شستشوی گوش خارجی
- ۲- بررسی مایع خروجی از گوش از نظر افتراق با مایع CSF^۲
- ۳- مراقبت از مراجعین با اپیستاکی
- ۴- گذاشتن تامپون قدامی بینی

^۱ Ear, Nose and Throat

^۲ Cerebrospinal Fluid

- ۵- خارج کردن اجسام خارجی از حلق با استفاده از مانورهای هملیخ
- ۶- مشارکت با پزشک در انجام ساکشن گوش
- ۷- اقدامات پرستاری در تجمع سرومن و وجود اجسام خارجی گوش
- ۸- خارج کردن اجسام خارجی از مجاری بینی

وظایف پرستار تخصصی اورژانس در مراقبت از مسمومین

- ۱- شستشوی معده
- ۲- اندازه گیری سطح منوکسیدکربن با تجهیزات پزشکی
- ۳- دادن داروهای آنتی دوت برطبق دستور پزشک
- ۴- اندازه گیری گازهای خون شریانی و PH و تفسیر و اصلاح آن در صورت عدم حضور پزشک
- ۵- پالس اکسی متری و مانیتورینگ تنفسی
- ۶- کنترل اختلالات دمای بدن (هیپوترمی هیپرترمی) و اصلاح آن
- ۷- آماده سازی و دادن شارکول، سوربیتول جهت دفع سریع سموم
- ۸- انجام دیالیز صفاقی یا همو دیالیز در صورت لزوم

وظایف پرستار تخصصی اورژانس در مراقبت های چشم

- ۱- اندازه گیری و ثبت حدت بینایی (HM, LP, FC, اسنلن چارت)
- ۲- آماده کردن بیمار جهت معاینه چشمی (تجویز قطره)
- ۳- برداشتن بخیه های قسمت خارجی چشم (پلک و مجرای اشکی چشمی)
- ۴- گذاشتن و خارج کردن لنزهای تماسی چشمی
- ۵- خارج کردن جسم خارجی سطحی از ملتحمه
- ۶- کنترل فشار چشم با استفاده از تونوپن
- ۷- ارزیابی و ثبت مراقبت های قبل و بعد از بیماران با فشار چشمی بالا (نظیر استفاده از دارو و انفوزیون سرم مانیتول)
- ۸- انجام انواع پانسمان های چشمی نظیر پانسمان فشاری
- ۹- شستشوی ساده و کامل چشم

پرستار تخصصی ICU^۱

مهارت های فنی و حرفه ای

- ۱- مهارت در معاینات فیزیکی و انجام ارزیابی بیماران از جنبه های مختلف جسمی، روحی و روانی - اجتماعی
- ۲- توانمندی جلب اعتماد و اطمینان بیمار و خانواده ی وی و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
- ۳- مهارت در ارزیابی بیماران با شدت بیماری
- ۴- مهارت در دستیابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن جهت برقراری راه وریدی
- ۵- مهارت اینتوباسیون (لوله گذاری داخل تراشه)
- ۶- مدیریت راه هوایی
- ۷- مهارت تفسیر ECG
- ۸- مهارت کار با تجهیزات بخش ICU و آماده کردن آنها
- ۹- مهارت برقراری راه شریانی
- ۱۰- مهارت های مراقبتی پرستاری از بیماران ICU
- ۱۱- مهارت در ارزیابی عملکرد IABP, NGT, Chest Tube^۲، سوندفولی و پیس میکر
- ۱۲- مهارت در محاسبه، آماده سازی و دادن داروهای بخش ICU

وظایف پرستار در ICU بزرگسالان:

- ۱- ارزیابی کامل بیمار و ثبت آن
- ۲- تدوین برنامه مراقبتی جهت بیماران بر اساس اهداف، اولویت ها، تشخیص های پرستاری و ثبت آن در پرونده
- ۳- مانیتورینگ کامل سیستم های حیاتی و ثبت آن
- ۴- مدیریت راه هوایی
- ۵- رعایت بهداشت دهان و دندان بیمار
- ۶- کنترل و نظارت بر تغذیه بیمار و TPN^۳
- ۷- ارائه مراقبت پرستاری از بیماران ICU
- ۸- انجام لوله گذاری داخل تراشه در صورت لزوم
- ۹- برقراری آترلاین (راه شریانی) و اتصال آن به بیمار و مراقبت از آن
- ۱۰- مراقبت پرستاری از بیماران متناسب با بیماری زمینه ای
- ۱۱- مراقبت از پوست و جلوگیری از ایجاد زخم فشاری

^۱ Intensive Care Unit

^۲ Intra-Aortic Balloon Pump

^۳ Total Parenteral Nutrition

- ۱۲- گرفتن نمونه خون شریانی و تفسیر نتایج آن
- ۱۳- ست کردن دستگاه، اتصال بیمار به ونتیلاتور و تنظیم و کنترل پارامترهای دستگاه
- ۱۴- تنظیم و بکارگیری دستگاه DC شوک در صورت ضرورت
- ۱۵- مراقبت از بیمار تحت تهویه مکانیکی
- ۱۶- جداسازی بیمار از ونتیلاتور
- ۱۷- محاسبه، آماده سازی و دادن داروهای بخش ICU
- ۱۸- اندازه گیری CVP (فشار ورید مرکزی)
- ۱۹- ارزیابی و ثبت و وضعیت اتصالات بیمار (سوند، پیس میکر، انواع درن ها)
- ۲۰- استفاده از تکنیک های آرام بخشی در آرام سازی بیماران
- ۲۱- پیاده سازی و ارزیابی برنامه های آموزشی و تغییرات بر اساس نیازهای یادگیری از بیماران، خانواده ها
- ۲۲- همراهی و نظارت حین انتقال جهت اعزام - مشاوره و امور پاراکلینیکی

پرستار تخصصی زخم و استوما

مهارت های فنی و حرفه ای

- ۱- مراقبت از زخم طبق تکنیک های روز
- ۲- ارزیابی زخم
- ۳- شناسایی علائم بالینی عفونت
- ۴- شناسایی تعیین پانسمان ها متناسب با نوع زخم
- ۵- آشنایی با آناتومی و پاتوفیزیولوژی سیستم گوارشی
- ۶- آشنایی با انواع جراحی های استومی

وظایف تخصصی پرستار زخم و استومی شامل:

الف) وظایف پرستار متخصص زخم در مراقبت از زخم ها

- ۱- بررسی وضعیت بیمار از نظر جسمی و فعالیت، روانی، سابقه بیماری تغذیه، علائم عفونت
- ۲- بررسی وضعیت بیمار از نظر زخم، نوع وسیله ایجادکننده، سطح بندی زخمها (حاد و مزمن)
- ۳- ارزیابی وضعیت جذب و دفع
- ۴- تعیین شدت درد (Pain seale) و اقدامات جهت تسکین درد
- ۵- اقدامات و آموزش های لازم در زمینه ی پیشگیری از زخم بستر
- ۶- غربالگری بیماران
- ۷- دبریدمان (برداشتن لایه های مرده و نکروز پوست) در صورت پایداری وضعیت بیمار از نظر خونریزی و INR
- ۸- پیشگیری از بروز عفونت، ایزولاسیون
- ۹- انجام پانسمان متناسب با نوع زخم
- ۱۰- نمونه برداری از زخم و ترشحات
- ۱۱- اجرای صحیح مایع درمانی
- ۱۲- اسکارتومی و ارائه مراقبت مربوط به آن
- ۱۳- کشیدن بخیه
- ۱۴- ثبت دقیق مشخصات زخم و مراقبت های انجام شده در اوراق مربوطه
- ۱۵- استفاده از پانسمان مناسب بعد از ترخیص بیمار
- ۱۶- آموزش مراقبت از زخم به بیمار و خانواده جهت ترخیص
- ۱۷- همکاری و توانبخشی بیمار و کمک به بیمار جهت بازگشت به خانواده

(ب) وظایف پرستار متخصص زخم در مراقبت از زخم پای دیابتیک

- ۱- غربالگری بیمار
- ۲- ارزیابی بیمار از نظر علایم نروپاتی محیطی، محدودیت بینایی و میزان قند خون
- ۳- ارزیابی وضعیت بیمار از نظر حرکت اندام، سطح بهداشت، رطوبت، رنگ، درجه حرارت، ادم، درد و نبض و جریان خون پای بیمار
- ۴- تشخیص زخم پای دیابتی و ارجاع به پزشک متخصص
- ۵- ارزیابی زخم و درجه بندی شدت زخم پای دیابتی، تعیین شاخص مچ پای و بازویی
- ۶- بررسی زخم از نظر عفونت، وجود فضای عمقی، استومیلیت و گانگرن
- ۷- ارزیابی وضعیت عروقی اندام تحتانی
- ۸- آموزش مشارکت بیماران از نظر استفاده از عصا، واکر و ویلچر و کفش های درمانی، گچ ها
- ۹- آموزش خود مراقبتی و آموزش خانواده
- ۱۰- هماهنگی بین تیم درمانی دیابت
- ۱۱- تهیه محتوای آموزشی مناسب برای بیماران
- ۱۲- آموزش نکات ضروری به بیمار در پیشگیری از زخم پای دیابتیک

(ج) وظایف پرستار متخصص زخم در مراقبت از استوما

- ۱- آموزش قبل از عمل به بیمار و خانواده در زمینه آشنایی با استومی به منظور داشتن شناخت کامل از استومی، رضایت کامل از انجام عمل و انتظارات بعد از عمل
- ۲- همکاری با جراح برای انجام پیدا کردن بهترین نقطه روی شکم (Stoma Siting) جهت ایجاد استوما
- ۳- حمایت روحی روانی از بیمار و خانواده اش در مواجهه با شرایط جدید
- ۴- آموزش بعد از عمل جراحی
- ۵- ارزیابی بعد از عمل جهت تعیین سایز استوما و نصب کیسه مناسب
- ۶- ارزیابی استوما از نظر رنگ و داشتن عملکرد و بازگشت کارکرد روده ها
- ۷- مراقبت از (Rod میله پلاستیکی کوچک که بین روده قرار می گیرد و احتمال برگشت روده به داخل شکم را از بین می برد)
- ۸- تعویض مجدد کیسه و تعیین سایز استوما با آموزش عملی به بیمار و خانواده برای چگونگی نگهداری و نصب و تخلیه مواد دفعی
- ۹- ارزیابی روزانه بعد از عمل جهت کنترل کیسه از نظر نشت و کارکرد و نظارت تخلیه صحیح
- ۱۰- آموزش تغذیه و استحمام و مراقبت صحیح از پوست
- ۱۱- کنترل ترشحات از محل فیستول ها با استفاده از کیسه های استوما
- ۱۲- ارائه مشاوره به بیمار در باره زندگی با استوما (حمام - تغذیه - مسافرت - ورزش - مسایل زناشویی)

- ۱۳- تعلیم تدریجی فردی در باره مراقبت از خود قبل از ترخیص درمورد مسائل تغذیه ای، جنسی و سبک زندگی مطابق با نیازهای آموزشی و قدرت یادگیری بیمار
- ۱۴- مراقبت و مشاوره قبل و بعد از ترخیص
- ۱۵- تشخیص و درمان عوارض استوما مانند: به داخل رفتن استوما - زخم استوما - خونریزی استوما
- ۱۶- تشخیص و درمان مشکلات پوستی اطراف استوما مانند: فولیکولیت - درماتیت - پیودرما گانگرنوزوما - اروژن
- ۱۷- آموزش و مشاوره های تلفنی
- ۱۸- کمک گرفتن از مددکاری بیمارستان به منظور خرید کیسه جهت بیمارانی بی بضاعت

وظایف پرستار متخصص زخم در مراقبت از زخم های فشاری

- ۱- ارزیابی اولیه بیمار: اخذ تاریخچه کامل از بیمار، معاینه کامل بالینی، ارزیابی وضعیت درد و تغذیه و محدودیت حرکتی
- ۲- ارزیابی محل های در معرض خطر زخم فشاری پاشنه پا و ساکروم
- ۳- درجه بندی زخم بر اساس میزان تخریب بافتی
- ۴- پایش چگونگی اجرای روش های مراقبت از پوست بیمار (نوع صابون یا شوینده و درجه حرارت آب)
- ۵- دبریدمان لایه نکروز زخم در زمان لازم و متناسب با شرایط بیمار
- ۶- ارزیابی روزانه زخم از نظر ادم، اریتما و درناژ
- ۷- شستشو و پانسمان زخم
- ۸- تغییر وضعیت بیمار حداقل هر دو ساعت و اجتناب از خواباندن بیمار بر روی پوست آسیب دیده
- ۹- آموزش به بیمار و خانواده در مراقبت از زخم

کمک پرستار یکساله

وظایف کمک پرستار یکساله با هدف کمک به مددجو/ بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی مبتنی بر:

- توجه به آموزه های دینی و فرهنگی
- رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- رعایت استانداردهای مراقبتی تحت نظر پرستار
- برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی

که شامل موارد زیر می باشد:

۱- تأمین نیازهای بهداشتی اولیه مددجویان برحسب صلاحدید سرپرست مربوطه شامل: حمام دادن یا کمک در حمام کردن (حمام بیمار در تخت/ حمام دوش و وان بیماران)، دهان شویه و مراقبت و نظافت از دهان و دندان، امور نظافتی مانند شستن دست و صورت، کوتاه کردن ناخنها، تعویض البسه، مرتب کردن بیمار، ماساژ پوست، تغییر وضعیت، اصلاح سر و صورت بیمار، آماده کردن ناحیه عمل (شیو)، شستن سر در تخت، مراقبت از سر آلوده، شستشوی پرینه

۲- آماده کردن وسایل لازم جهت انجام امور مراقبتی توسط پرستار (وسایل پانسمان، سنداژ، گاوآژ و نظایر آن)، جمع آوری آنها پس از اتمام کار، شست و شوی وسایل و انتقال به مرکز سترون سازی (استریلیزاسیون)

۳- کمک در امر پذیرش، ترخیص و انتقال مددجویان به/ از مراکز بهداشتی درمانی و بخش به بخش

۴- گزارش هر گونه حالت غیر عادی بیمار/ مددجو در حین انجام وظیفه به پرستار

۵- برقراری ارتباط موثر با بیمار از طریق معرفی خود به وی

۶- کمک در تأمین نیازهای تغذیه ای بیمار/ مددجو شامل: غذا دادن به بیمارانی که نمی توانند به تنهایی غذا بخورند و تغذیه به وسیله لوله معده (کمک در انجام گاوآژ) و تغذیه نوزاد با شیشه شیر

۷- رفع نیازهای دفعی مددجویان شامل: دادن لگن و لوله به بیماران بنا به نیاز و شست و شو و ضد عفونی آنها با رعایت اصول بهداشتی، تعبیه سند اکسترنال (کاندوم) بر اساس رعایت اصول مربوطه

۸- کمک به بیمار در حرکت و نقل و انتقال بیمار (راه رفتن، انتقال به برانکارد، صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، واکر، عصا و نظایر آن)

۹- آماده کردن تخت ها (با بیمار یا بدون بیمار)، برانکارد و تخت پس از عمل

۱۰- کمک و همراهی در آماده نمودن بیمار برای انتقال به اطاق عمل، رادیولوژی و سایر قسمت ها تحت نظارت پرستار و یا جهت انجام مشاوره، آزمایشات، رادیوگرافی ها و سایر

مستندات پرونده پزشکی بیمار در خارج از مرکز

- ۱۱- آماده کردن بیمار و وضعیت دهی به بیماران برای معاینات پزشکی با رعایت حریم بیمار
- ۱۲- کمک به پرستار در حفظ نظم بخش
- ۱۳- شستشو و ضد عفونی واحد (یونیت) بیمار پس از ترخیص بیمار و تجهیزات پزشکی مربوطه
- ۱۴- تخلیه ترشحات، کلیه کیسه ها و ظرف های که نیاز به تخلیه و همچنین نظافت و ضد عفونی آنها وجود دارد مانند کیسه های ادراری - شیشه های ساکشن و نظایر آن
- ۱۵- جمع آوری و گرفتن نمونه های آزمایشگاهی شامل مدفوع، ادرار، خلط
- ۱۶- کمک در انجام و یا آموزش نحوه پوشش و تعویض لباس به مددجویان
- ۱۷- کمک در حفظ درجه حرارت طبیعی بدن (استفاده از کیف آب گرم، یخ، پاشویه)
- ۱۸- کمک به پرستار در توزیع داروهای خوراکی به بیماران
- ۱۹- کمک به پرستار در تزریق انسولین زیر جلدی، ریختن قطره های چشم، گوش و بینی، گذاشتن شیاف
- ۲۰- کمک به پرستار در کنترل علائم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس و درجه حرارت)
- ۲۱- کمک به پرستار در کنترل جذب و دفع مایعات و گزارش به پرستار بخش
- ۲۲- تعویض ملحفه، روبالشی و روتختی و تحویل آنها به رخت شویخانه و تحویل گرفتن لوازم تمیز
- ۲۳- مراقبت از جسد طبق موازین شرع و استاندارد ها و انتقال جسد از بخش به سردخانه
- ۲۴- شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندی های شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله
- ۲۵- پاکیزه نگه داشتن کلیه وسایل و تجهیزات پزشکی موجود (تخت بیمار، میز بیمار، مانیتورها، وسایل کمک تنفسی، انکیباتور نوزاد و نظایر آن)
- ۲۶- همکاری در تحویل وسایل بخش طبق روتین در هر شیفت
- ۲۷- کمک به پرستار / بهیار در انجام انما بیماران طبق دستور و روتین بخش
- ۲۸- کمک به پرستار و تیم درمانی در حفظ ایمنی بیمار به ویژه بیماران مستعد سقوط
- ۲۹- کمک به پرستار در خارج کردن و حفظ وسایل و اموال شخصی بیمار (وسایل زینتی، و غیره) براساس دستورالعمل های مربوطه
- ۳۰- کمک به پرستار در برداشتن پانسمان ها و بانداژها
- ۳۱- انتقال پرونده، برگه های عکس برداری، آزمایشات و نظایر آن از بخش ها به رادیولوژی و سایر قسمت ها به تنهایی و یا در معیت بیمارانی که قادر به راه رفتن نمی باشند.
- ۳۲- نقل و انتقال سفارشات از/ به داروخانه، انبار (در صورت نبود سیستم الکترونیک)
- ۳۳- دریافت جواب آزمایشات، عکس برداری و نظایر آن از قسمت های مربوطه و تحویل به مسئول شیفت (در صورت نبود سیستم الکترونیک)
- ۳۴- کنترل صحت کارکرد برانکارد، صندلی چرخدار و گزارش به مسئول مربوطه
- ۳۵- کمک در انجام اقدامات اولیه در احیاء پایه
- ۳۶- انجام وظیفه محوله طبق دستور مافوق

فصل هشتم

فرآیندهای بالینی و غیر بالینی



نحوه پذیرش بیمار و تحویل و تحول در اورژانس

تریاج (Triage): اولین فضای قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود به بخش اورژانس می باشد، که عملکرد اصلی آن اولویت بندی بیماران بر اساس وضعیت بیماری و همچنین نوع و سطح خدمات درمانی مورد نیاز است و هدف آن تخصیص منابع در کمترین زمان به نیازمندترین بیماران می باشد. در این فضا بیماران توسط پرستار تریاج مورد ارزیابی اولیه قرار می گیرند تا تعیین شود باید به کدام قسمت اورژانس منتقل گردند.

در مورد بیماران اورژانسی باید بافاصله بیمار پذیرش و اقدامات اولیه پرستاری مانند گذاشتن اکسیژن، شستن زخم و کنترل خونریزی، در صورت نیاز CBR نمودن بیمار و ... انجام شود و بافاصله به پزشک اطلاع داده شود. در مورد بیماران سرپایی پس از ویزیت پزشک دستورات اجرا می شود. پس از انجام پروسیجرهای مورد نیاز بیمار، کلیه وسایل مصرفی از طریق کامپیوتر ثبت می گردد.

آموزش HIS: کلیه افرادی که در اورژانس مشغول به کار می شوند باید در ابتدا رمز ورود داشته باشند و نحوه کار با کامپیوتر و HIS توسط سرپرستار به طور کامل به افراد آموزش داده می شود. و هرگونه اشکال در نحوه استفاده از آن را می توانید از سرپرستار اورژانس سؤال نمایند. پرسنل اورژانس باید از نحوه انجام هر پروسیجر در اورژانس آگاهی داشته و وسایل لازم را آماده نمایند.

تغییر و تحول شیفت: تحویل بیماران از روی پرونده بیمار و بر بالین آنها انجام می شود. کنترل وضعیت تنفس و هوشیاری، کنترل بهداشت فردی بیمار، کنترل آنژیوکت از نظر فیکس بودن، داشتن تاریخ، ساعت و نام پرستار بر روی چسب آنژیوکت، بررسی از نظر فلجیت، کنترل سرمها از نظر حجم باقیمانده، حجم دریافتی، داشتن بر چسب سرم، تنظیم قطرات، ساعت شروع و پایان، نام پرستار، نام و مقدار داروهای اضافه شده، کنترل میکروستها از نظر داشتن برچسب، تاریخ تعویض (۷۲ ساعت)، کنترل سوند فولی از نظر فیکس بودن، بهداشت و حجم ادرار تخلیه شده و ثبت در برگه I&O، کنترل NGT از نظر فیکس بودن و میزان ترشحات برگشتی و ثبت در برگه I&O، کنترل کلیه کاتترها، پانسمان، رعایت بهداشت و نظافت آنها و میزان خونریزی، کنترل بیمار از نظر زخم بستر، کبودی، راش، ورم، ادم در اندامها، کنترل بیمار از نظر پوزیشن، کنترل وضعیت درد

بیمار و اقدامات انجام شده جهت تسکین درد و اطلاع از کلیه اقدامات درمانی انجام شده در شیفت قبل. کلیه موارد کنترل شده در حضور پرسنل دو شیفت باید مطرح شود و پس از اتمام تحویل هیچ مسئولیتی به عهده شیفت قبل نمی باشد .

تحویل وسایل و تجهیزات بخش: این کار در ابتدای هر شیفت و توسط مسئول شیفت یا پرستار تعیین شده انجام می شود و هر پرسنل موظف به آشنایی به تمامی وسایل بخش می باشد و در صورت هرگونه ابهام از سرپرستار سؤال نماید .

۱. تحویل کلیه دستگاههای بخش شامل ECG ، DC شوک، ونتیلاتور، ساکشن، فشار سنج، گلوکومتر و ... و ثبت در دفتر تحویل وسایل .

۲. تحویل گرفتن و کنترل داروها، لوازم مصرفی طبق لیست و جایگزینی در صورت کمبود.

۳. کنترل و تحویل دفاتر بخش

۴. تحویل کامل اتاق عمل شامل کلیه ستها و وسایل موجود طبق لیست و جایگزینی آنها در صورت کمبود.

۵. تحویل و کنترل کامل اتاق CPR: وسایل ترالی کد از نظر تعداد، تاریخ انقضاء، توجه به سائزهای مختلف اشاره شده در چک لیست. کنترل تجهیزات ترالی کد مانند لارنگوسکوپ، آمبویگ و چراغ قوه از نظر صحت عملکرد و وجود باطری و لامپ اضافه، توجه به نظافت کلی ترالی کد، سالم بودن چرخهای آن، باز و بسته شدن دربهای آن، کنترل ساکشن داخل اتاق CPR و آماده بودن آن، وجود تخته CPR ، اکسیژن و مانومتر، داشتن ماسک اکسیژن، سوند رابط جهت آمبویگ، آماده بودن کامل آمبویگ جهت CPR.

۶. یخچال دارویی: از گذاشتن هر گونه مواد غذایی در داخل آن پرهیز شود. برگه چارت دما و رطوبت یخچال بر روی درب یخچال نصب است و در سه شیفت ثبت می گردد. وجود NGT و قالبهای یخ جهت ارسال ABG در فریزر یخچال. درج تاریخ باز شدن ویالها، شربت‌ها بر روی آنها و توجه به مدت زمانیکه می توان آنها را در یخچال نگهداری کرد.

۷. استوک دارویی: با توجه به سیاست هر بخش تعدادی دارو مانند (انواع مسکنها و داروهای اختصاصی هر بخش) در استوک دارویی موجود است که باید به تاریخ انقضای آنها توجه گردد.

۸. نظافت بخش: توجه به نظافت سطوح بالایی، میانی و گوشه های بخش، سرویسهای بهداشتی، دربهای شیشه ای بخش، یونیت بیمار (table bed)، تخت، لاکر، وسایل و تجهیزات اتاق مانند یخچال، تلویزیون، دستگاههای پزشکی، مانومتر سانترا ل و پرتابل، ونتیلاتور، مانیتورها، انواع پمپها، لوازم التحریر، ایستگاه پرستاری، تلفن و کامپیوتر، سطل های زباله و دقت در تفکیک زباله های عفونی از غیر عفونی، سفتی باکس، ویلچیر، میزها و...

انتقال بیماران به سایر بخشها: حضور پرستار در زمان تحویل دادن، تحویل گرفتن و در طول انتقال بیمار الزامی است. تحویل پرونده به صورت کامل و مرتب انجام می شود. موارد Stat در بخش اورژانس انجام شده و سپس بیمار منتقل می گردد. بیمار تمیز و مرتب تحویل داده می شود (نظارت آن بر عهده پرستاری است که بیمار را تحویل می دهد). در صورت دستور داشتن خط وریدی باید روی چسب آنژیوکت تاریخ، ساعت و نام پرستار نوشته شود. چسب آنژیوکت باید تمیز بوده و خون آمود نباشد. در صورت داشتن پانسمان، پانسمان تمیز با تاریخ و نام پرستار انجام دهنده باشد. گزارش پرستاری کامل نوشته شده و موارد خاص در آن قید گردد. پرونده، گرافی ها و به طور کل وسایل بیمار به پرستار بخش مقصد تحویل داده شده و در دفتر تحویل از پرستار تحویل گیرنده امضا گرفته شود.

تذکر : بخشهای ویژه در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار، ملزم به پذیرش و انجام کارهای درمانی بیمار با هر شرایطی می باشند

تذکر: بعد از اتمام تحویل، بخش مقصد حق هیچگونه اعتراضی ندارد و تمام موارد باید قبل از تحویل کنترل گردد.

جهت انتقال بیماران برای مشاوره پاراکلینیک. هماهنگی با واحد پاراکلینیک مربوطه انجام می شود. اقدامات مربوط به آمادگی قبلی پیگیری می شود. بیمار با پرونده به قسمت مورد نظر منتقل می گردد. در صورت نیاز

به اکسیژن، بیمار حتما با رعایت دستورات پروتکل انتقال بیمار، به واحد مربوطه انتقال داده می شود. تمامی بیماران اعم از خوشحال و بدحال باید با ویلچر یا برانکار به سایر قسمت های بیمارستان منتقل شوند. حضور بیمار بر در کنار بیماران الزامی می باشد. کار بیماران ناتوان در اولویت اول انجام می شود. حضور پرستار در کنار بیماران بدحال الزامی می باشد .

تذکر: زمان انتقال و بازگشت بیمار به بخش باید در گزارش پرستاری قید گردد.

پذیرش بیمار الکتیو در بخش های بستری

پس از ورود بیمار الکتیو به بخش بستری، در کوتاهترین زمان ممکن باید اقدامات لازم در خصوص پذیرش بیمار آغاز گردد. این اقدامات شامل:

۱. تکمیل برگه ارزیابی اولیه.

۲. تماس تلفنی با پزشک معالج جهت اطلاع بستری شدن بیمار در سرویس ایشان .

۳. چک دستورات پزشک معالج.

۴. ثبت دستورات در کاردکس.

۵. تکمیل کارت دارویی بر اساس کاردکس.

۶. برقراری راه وریدی.

۷. ارسال نمونه خون جهت آزمایشات درخواستی.

۸. کنترل علائم حیاتی و چارت آن در برگه چارت علائم حیاتی در پرونده بیمار و برگه بالای سر وی.

۹. تجویز داروها.

۱۰. پیگیری انجام اقدامات پاراکلینیکی مانند انواع گرافی ها، CT، MRI و....

ارزیابی اولیه در بیمار الکتیو باید نهایتاً تا ۵ دقیقه پس از ورود بیمار انجام پذیرد اما برگه ارزیابی اولیه می تواند تا پایان شیفت تکمیل گردد.

تحويل و تحول بالینی بیمار در بخش های بستری

تحويل و تحول بالینی فقط بر بالین بیمار و در شیفت صبح از ۷:۳۰ الی ۸:۳۰، در شیفت عصر از ۱۳:۳۰ الی ۱۴:۳۰ و در شیفت شب از ۱۹:۳۰ الی ۲۰:۳۰ انجام می شود. تمامی پرسنل شیفت بعد باید در ساعت مقرر در بخش حضور یابند و جهت تحويل گرفتن شیفت حاضر گردند. حضور همه پرسنل شیفت قبل و بعد اعم از پرستار، کمک پرستار و خدمات در تحويل شیفت الزامی می باشد .

قبل از تحويل و تحول بالینی تمامی تجهیزات، یخچال دارویی و ترالی کد توسط پرستاران شیفت جدید کنترل و تحويل گرفته شده و در چک لیستهای مخصوص هر کدام از جمله چک لیست تجهیزات ترالی کد، چک لیست ثبت دما و رطوبت یخچال دارویی، دفتر ثبت سلامت D.C شوک و سلامت ECG، چک لیست داروهای استوک، چک لیست وسایل حفاظت فردی و ... ثبت می شود. در صورت کمبود یا نقص در کارکرد هریک از تجهیزات یا وسایل، تمامی پرسنل شیفت قبل مسئول پاسخگویی و رفع مشکل موجود می باشند. تمامی موارد و مشکلات مربوط به این تجهیزات باید در دفتر و چک لیستهای مخصوص موجود در بخش ثبت گردد و علاوه بر آن به اطلاع سرپرستار، مسئول شیفت قبلی و مسئول شیفت جدید برسد.

دفتر تقسیم کار قبل از شروع تحويل و تحول بالینی توسط سرپرستار یا مسئول شیفت تکمیل می شود. شرح وظایف افراد حاضر در شیفت در دفتر مذکور تعیین شده و به مهر و امضای تمامی پرستاران، کمک پرستار و خدمات بخش می رسد. کلیه پرسنل قبل از تحويل و تحول بالینی باید به شرح وظایف خود، تعداد و تخت بیمارانی که مسئول آنها هستند آگاه باشند.

در زمان تحویل بیمار از شیفت قبل، پرستار مسئول بیمار ملزم به معرفی خود به بیمار و همراهش با صدای رسا و واضح می باشد. علاوه بر آن در مورد نحوه استفاده از نرس کال، نحوه اطلاع به پرستار در صورت نیاز و موارد مربوط به ایمنی بیمار مانند فیکس بودن bed side ، رژیم غذایی و نحوه انجام فعالیت به بیمار و همراهش آموزش داده می شود.

تحویل و تحول بالینی به دو روش P ۵ و SBAR انجام میگیرد. در تحویل و تحول بالینی درون بخشی از روش P ۵ و در تحویل و تحول بالینی بین بخشی از روش SBAR استفاده می شود .

روش P۵

این روش برای تحویل و تحول درون بخشی استفاده می شود و شامل دو بخش است. در زمان تحویل کامل شیفت به همکاران شیفت بعدی از Hand over و در زمان تحویل بیماران به همکار هم شیفت خود در زمانی که در بخش حضور ندارید مانند زمان صرف غذا، چای، خواب و از Hand off استفاده می گردد. تحویل بیماران در هر دو صورت مشابه هم می باشد.

پرستار مسئول بیمار در زمان عدم حضور بر بالین وی، بیمار را به همکار خود تحویل داده و گزارش پرستاری را می بندد سپس همکاری که بیمار را تحویل گرفته است در تمام طول مدت عدم حضور فرد در بخش، مسئول رسیدگی به بیمار و ثبت گزارش پرستاری می باشد. پس از بازگشت پرستار مسئول، پرستار تحویل گیرنده گزارش خود را بسته و به پرستار مسئول تحویل می دهد. پرستار مسئول نیز ادامه گزارش پرستاری خود را ثبت می نماید.

روش SBAR

بدین صورت که در ابتدا بیمار معرفی میگردد (Identify) شناسایی هویت بیمار بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران، تاریخ پذیرش، تشخیص و پزشک معالج. سپس وضعیت فعلی بیمار مانند وضعیت همودینامیک قلب و گردش خون، وضعیت ذهنی، راه هوایی، وضعیت تغذیه، وضعیت دفعی، وضعیت حرکتی،

رژیم غذایی و ... بازگو می شود. (Situation) سپس سوابق پزشکی، بیماری و دارویی بیمار عنوان میشود (Background). سپس یافته های مربوط به ارزیابی بیمار شرح داده شده مانند علائم حیاتی، کنترل درد، میزان خطر سقوط، زخم فشاری و (Assessment) ... و در انتها روند درمان و پیگیری های لازم بعدی توضیح داده میشود مانند دستورات قابل اجرا، انجام پروتکل های مختلف، مشاوره، آزمایشات، گرافی و ... (Recommendation).

تمامی اقدامات درمانی و مراقبتی انجام شده در شیفت قبل و اقدامات قابل پیگیری در شیفت بعد طبق کاردکس به پرستاران شیفت بعد تحویل داده می شود.

جهت تامین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد، حین تحویل شیفت باید اصول زیر بر اساس اصول CUBAN در تمامی مراحل تحویل کلامی بیمار رعایت شود:

۱. اصل محرمانگی (Confidentiality): اطلاعات حساس و محرمانه بیمار باید در محیطی دور از بالین بیماران و با صدای آهسته یا حتی خارج از اتاق بیمار تبادل گردد. این اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد.

۲. توالی و پیوستگی گزارش (Uninterrupted): تحویل باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود.

۳. خلاصه بودن گزارش (Brife): اطلاعات باید محدود ب اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی بیمار باشد. از ارائه اطلاعات با حجم زیاد پرهیز شود.

۴. صحت و دقت اطلاعات (Accuracy): تمامی اطلاعات ارائه شده باید صحیح و دقیق انجام شود و در مورد هیچ بیماری سهل انگاری انجام نشده باشد.

۵. پرستار مسئول بیمار (Named nurse): بر اساس رعایت اصول استمرار مراقبت، تحویل بیمار باید توسط پرستار مسئول انجام شود.

حین تحویل و تحول بالینی بیمار تمامی اتصالات و تجهیزات متصل به بیمار از جمله آنژیوکت (از نظر فلبیت، تمیزی چسب، داشتن تاریخ، ساعت و نام پرستار فیکس کننده آن)، سوند فولی (آویزان بودن یورین بگ از، داشتن تاریخ فیکس، حجم و رنگ ادرار)، سوند بینی معدی و کلیه درن‌ها (وضعیت فیکس و حجم، رنگ و نوع ترشحات)، سوند اکسیژن (نوع و میزان اکسیژن دریافتی)، سرم‌های در حال انفوزیون (حجم دریافتی و حجم باقی مانده جهت دریافت، اتیکت سرم و اتیکت تاریخ و تمیزی ست سرم)، میکروست‌ها (اتیکت میکروست، تاریخ آن و داروی انفوزیون شده توسط آن)، مانیتورینگ و پالس اکسی متری (ریتم قلبی، تعداد ضربان قلب، تعداد تنفس و O₂ saturation) و پانسمان (تمیزی، مقدار ترشحات قابل مشاهده، تاریخ و شیفت انجام آن) توسط پرستاران شیفت بعد کنترل می‌گردد.

• باید فرصت تایید و یا شفاف سازی اطلاعات به بیمار داده شود و در صورت هرگونه ابهام یا سوال، آن را بیان نماید.

• پرسنل تحویل گیرنده بیمار می‌توانند جهت روشن شدن بیشتر وضعیت بیمار سوالات خود را مطرح نمایند.

• اطلاعات بیمارانی که در بخش حضور ندارند و جهت اقدامات درمانی یا تشخیصی به خارج از بخش حضور دارند باید به پرستاران شیفت بعد تحویل داده شود.

• اوراق بالای سر بیمار مانند برگه علائم حیاتی، کنترل جذب و دفع، چارت قند خون و... توسط پرستاران شیفت بعد کنترل می‌گردد.

• استفاده مناسب از اتیکت‌های بالای سر بیمار (NPO)، OR و (...کنترل می‌شود).

• بیمار از نظر پوزیشن، کنترل درد، زخم بستر، کبودی، راش، تورم، ادم اندام‌ها و... کنترل می‌گردد.

• کاردکس و کارت دارویی باید تمیز تحویل داده شده و در ابتدای شیفت توسط پرستار مسئول بیمار با همدیگر مطابقت داده شوند.

• تمامی بیماران باید لباس بخش پوشیده باشند. لباس باید تمیز و مرتب به شیفت بعد تحویل داده شود.

• در طول تحویل بیماران، پرستاران شیفت قبل باید به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و تداوم ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و مسئولیت مراقبت از بیماران را تا پایان تحویل کامل شیفت به عهده داشته باشند. تداوم مراقبت ها در طول تحویل نوبت کاری نیز باید حفظ شود.

• در صورت همزمانی اعلام کد با تحویل نوبت کاری اولویت با حضور در تیم احیا می باشد.

• به منظور رعایت احتیاطات استاندارد، تحویل بیماران ایزوله فقط توسط پرستاران مسئول بیمار در دو شیفت قبل و بعد محدود می شود.

• حین تحویل و تحول بالینی، انتقال بین بخشی ممنوع بوده و فقط در موارد اورژانسی و با هماهنگی سوپروایزر بالینی قابل انجام است. در بخش های ویژه مانند ICU در تمامی ساعات پذیرش بیمار از سایر بخش ها الزامی است.

• نظافت سطوح مختلف بخش، سرویس های بهداشتی، یونیت بیمار، ایستگاه پرستاری، سطل های زباله و... در ابتدای هر شیفت توسط سرپرستار یا مسئول شیفت کنترل می گردد .

• کلیه موارد و وقایع خاص که در طول شیفت اتفاق افتاده است مانند خرابی ها، تاسیسات، تجهیزات، قطعی آب، برق، گازهای طبی، تلفن، سیستم HIS و غیره توسط مسئول شیفت قبلی به مسئول شیفت بعدی تحویل داده می شود.

انواع دفاتر و چک فرم های موجود در بخش ها

دفتر تقسیم کار: این دفتر در ابتدا و انتهای هر شیفت توسط سرپرستار یا مسئول شیفت تکمیل میگردد و شامل تاریخ، شیفت، اسامی پرسنل حاضر در شیفت اعم از پرستار، کمک پرستار و خدمات بخش، تقسیم بیماران موجود و تعیین پرستار مسئول هر بیمار، تعیین افراد مسئول برای کنترل تجهیزات موجود در بخش و سایر وظایف مرتبط، پرستار ترخیص، پرستار کنترل عفونت، پرستار بحران و پرستار جانشین می باشد. پس

از تکمیل دفتر در ابتدای شیفت، شرح وظایف توسط کلیه پرسنل حاضر در بخش باید امضا و ممهور گردد. در انتهای شیفت موارد مربوط به تعداد بیماران موجود، تعداد تخت های خالی، تعداد بیماران پذیرش شده و ترخیص شده، مادران پر خطر، تعداد بیماران آماده عمل، تعداد بیماران تحویل داده شده و تحویل گرفته شده از اتاق عمل، تعداد مشاورات انجام شده و تعداد مشاورات قابل پیگیری ثبت میگردد.

دفتر تحویل و تحول بالینی: تاریخ، شیفت و اسامی تمامی بیماران، تشخیص و نام پزشک در انتهای هر شیفت توسط مسئول شیفت در این دفتر ثبت می گردد. پرستاران شیفت بعد اقدامات قابل پیگیری را در زمان تحویل شیفت در این دفتر و در مقابل نام هر بیمار یادداشت می کنند .

دفتر پذیرش بیمار: برای ثبت مشخصات بیماران بستری و ترخیص شده به کار می رود و شامل: نام و نام خانوادگی، سن، تشخیص اولیه، علائم حیاتی اولیه، نام پزشک معالج، شماره پرونده، تاریخ و ساعت بستری، تاریخ و ساعت ترخیص، آدرس، شماره تماس، نام پرستار ادمیت کننده و تشخیص نهایی است.

دفتر ثبت مخدر: در صورت استفاده از هرگونه داروی مخدر برای بیماران، اطلاعات آن باید توسط مسئول شیفت در دفتر مخدر ثبت گردد. اطلاعات مورد نیاز شامل نام و نام خانوادگی بیمار، علت استفاده از داروی مخدر، نام و دوز مخدر مصرفی، شیفت، نام پرستار تحویل دهنده و تحویل گیرنده می باشد.

دفتر درخواست برنامه: در این دفتر برنامه درخواستی پرسنل هر بخش جهت اطلاع سرپرستار تا بیستم هر ماه ثبت می گردد.

دفتر ثبت CPR: این دفتر در زمان انجام احیای قلبی ریوی برای بیماران بستری در بخش تکمیل می گردد.

دفتر ثبت مقادیر بحرانی:

این دفتر در کنار خط هات لاین هر بخش وجود دارد. در صورت تماس بخش های پاراکلینیک با بخش های درمانی توسط خط هات لاین و اعلام بیمار شناسایی شده از نظر وجود مقادیر بحرانی، اسامی بیماران، نوع مقدار بحرانی اعلام شده و سایر اطلاعات بیمار در این دفتر ثبت و سپس مهر و امضا می گردد.

انواع فرم ها

فرم اعمال جراحی کنسل شده: در صورت کنسل شدن عمل جراحی بیمار اطلاعات لازم در این دفتر توسط مسئول شیفت ثبت می گردد.

فرم رضایت شخصی: لیست تمامی بیمارانی که با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نموده اند با اطلاعات خواسته شده در این دفتر ثبت می گردد.

ترالی کد

در تمامی بخش ها حداقل یک ترالی کد موجود است که از ۵ طبقه تشکیل شده است و در ابتدای شیفت قبل از شروع تحویل و تحول بالینی، تجهیزات آن چک شده و در چک لیست مربوطه ثبت میگردد. چینش وسایل ترالی کد بر اساس ویراش ششم ابلاغی از دانشگاه علوم پزشکی البرز در اسفند ۱۳۹۷ می باشد. داروها در هر طبقه از راست به چپ به صورت مارپیچ چیده شده اند.

راهنمای طبقات ترالی کد

• طبقه اول شامل آمپول ها می باشد. این داروها به ترتیب از داروهای بسیار مهم تا کمتر مهم به صورت مارپیچ از سمت راست به چپ چیده شده است

• طبقه دوم شامل سایر اشکال دارویی مانند انواع ویال ها، قرص ها، سرم، اسپری، پماد و ... می باشد.

• طبقه سوم مربوط به وسایل تعبیه خط وریدی است مانند آنژیوکت، چسب آنژیوکت، ست سرم، ست خون، میکروست، هپارین لاک و...

• طبقه چهارم شامل کاتیتورها و وسایل مربوط به آنهاست مانند انواع فولی، NGT، دستکش، قیچی، لوله ساکشن و...

• طبقه پنجم شامل تمامی وسایل لازم جهت باز کردن راه هوایی و بررسی علائم حیاتی بیمار است مانند فشارسنج، انواع air way، لوله تراشه، گاید، زبانیگر و...

در ترالی کد داروها بر اساس تعدادی از رنگ ها و لیبل ها متمایز شده اند:

داروهای پر خطر یا ستاره دار (*): این داروها به علت تاثیر بر علائم حیاتی بیمار خصوصا ریتم قلبی به این اسم خوانده می شوند و در زمان تجویز حتما تحت مانیتورینگ استفاده می گردند. در چک دستورات پزشک، مشاوره ها و اقدامات دارویی در گزارش پرستاری حتما باید دو مهر شوند. مانند آتروپین، دوپامین، دوبوتامین، لاتالول، دیگوکسین و..... این داروها با اتیکت قرمز رنگ با فونت ۴۸ که نام و دوز دارو بر روی آن ثبت گردیده است مشخص می گردند.

داروهای دوازده گانه: داروهای پرخطری هستند که علاوه بر تاثیر بر علائم حیاتی، در زمان تجویز علائم حساسیتی ایجاد می کنند و بر اساس فرم های ADR ارسالی به معاونت غذا و دارو از سایر داروها متمایز شده اند. ۹ عدد از این داروها در ترالی کد موجود بوده و با اتیکت قرمز رنگ با فونت ۴۸ که اسم و دوز دارو روی آن مشخص گردیده است و علاوه بر آن برچسب قرمز رنگ بر روی سر پوکه متمایز می شوند. این برچسب به هیچ عنوان بر روی بدنه آمپول ها زده نمی شود زیرا نام دارو، دوز، طریقه تجویز و زمان تاریخ انقضای آن نباید مخدوش شود. در مورد داروهایی که در پاکت نگهداری می شوند، علاوه بر بدنه دارو روی پاکت نیز برچسب قرمز الصاق می گردد.

برچسب گذاری باید از مبدا یعنی داروخانه مرکزی صورت پذیرد و در صورت مشاهده عدم لیبل گذاری مناسب مراتب جهت پیگیری باید به اطلاع ناظر دارویی بیمارستان برسد.

داروهای مشابه: داروهایی که از نظر نام، تلفظ، شکل و رنگ مشابه می باشند. این داروها با لیبل و برچسب زرد رنگ مشخص می گردد. داروهای مشابه توسط مسئول فنی داروخانه بیمارستان ابلاغ می گردد و ممکن است در هر بیمارستان متفاوت از بیمارستان دیگر باشد.

داروهای یخچالی یا Y دار: داروهایی هستند که باید در یخچال نگهداری شوند و با لیبل و برچسب آبی مشخص می گردند مانند هپارین، لورازپام و برخی از وراپامیل ها.

علت انتخاب فونت ۴۸، خوانا بودن لیبل ها از فاصله یک متری می باشد.

در تحویل و تحول ترالی کد به چند نکته باید توجه کرد:

• قبل از کنترل سلامت لارنگوسکوپ باید دست ها هندراب گردد.

• تمامی لارنگوسکوپ ها باید در زیپ کیپ نگهداری شود.

• سلامت چراغ قوه باید کنترل شود.

• سلامت آمبویگ باید کنترل شود که شامل دو قسمت است. اولین قسمت مربوط به سلامت رزرو بگ می شود که به صورت چشمی از نظر پارگی و سوراخ شدگی کنترل می شود. دومین قسمت مربوط به کنترل خروجی آمبویگ است که دریچه آن را بسته و خروجی آمبویگ را به کف دست فشار می دهیم سپس با دست دیگر پوآر آمبویگ را تخلیه می کنیم در صورت سلامت و عدم وجود نشتی آمبویگ نباید تخلیه شود. در صورت تخلیه آن، خرابی دستگاه باید به اطلاع مسئول شیفت برسد.

• پوآر اطراف ماسک آمبویگ همواره باید پر از هوا باشد. در صورت کم باد بودن باید با سرنگ، هوای داخل آن تنظیم گردد.

• تاریخ انقضای تمامی داروهای ترالی کد به صورت ماهانه توسط پرستار مسئول چک می شود. داروهایی که ۶ ماه تا زمان انقضاء آنها باقی مانده است از ترالی خارج شده و به سرپرستار بخش جهت تعویض دارو، تحویل داده می شود.

یخچال دارویی

این یخچال در تمامی بخش ها موجود است و در ابتدای شیفت توسط پرستاران از پرستاران شیفت قبل تحویل گرفته می شود. در کنترل یخچال دارویی به موارد زیر دقت و توجه می شود:

۱. دما و رطوبت یخچال در ابتدای شیفت کنترل شده و در برگه مربوطه چارت می شود. دمای یخچال باید ۸- ۲ درجه سانتی گراد و رطوبت آن ۴۰-۶۰ درصد باشد. در صورت کاهش یا افزایش دمای یخچال از حد مجاز باید به مسئول شیفت و مسئول واحد تاسیسات جهت بررسی علت آن اطلاع رسانی گردد.

۲. تمامی داروهای موجود در یخچال باید دارای لیبل آبی باشند.

۳. لیست داروهای یخچالی بر روی تمامی یخچال ها نصب است. از گذاشتن سایر داروها که نیازمند به نگهداری در یخچال نیستند باید خودداری شود.

۴. تمامی آمپول ها و ویال ها باید پلمپ باشند. در صورت وجود داروی باز در یخچال دارویی باید روی دارو تاریخ و شیفت قید گردد.

۵. اکثر ویال های باز شده تا یک ماه در یخچال قابل نگهداری می باشند. قطره های چشمی تا دو هفته پس از باز شدن قابل نگهداری بوده و پس از آن باید دور انداخته شوند .

۶. از گذاشتن مواد غذایی در یخچال دارویی خودداری گردد.

۷. داروهای رقیق شده باید دارای لیبل باشند به عنوان مثال برای پتدین ۱۰۰ میلی گرم که با ۵ سی سی آب مقطر رقیق شده است بصورت زیر لیبل گذاری می شود:

ثبت و گزارش نویسی

گزارشات پرستاری باید در هر شیفت به صورت جداگانه نوشته شود. گزارش باید خوانا و با خودکار آبی یا مشکی ثبت شود.

در ثبت گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری نمایید. علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

کلیه برگه های پرونده باید دارای مشخصات کامل باشد. نام و نام خانوادگی و شماره پرونده بیمار باید در سربرگ اوراق توسط پرستاری که آن را برای اولین بار استفاده کرده است ثبت گردد. سایر آیتم ها توسط منشی بخش تکمیل می شود.

در گزارش پرستاری باید وضعیت هوشیاری بیمار، نحوه ورود به بخش، علائم حیاتی در زمان ورود به بخش و در طول شیفت، سوابق حساسیت دارویی و غذایی، سوابق بیماری، بستری در بیمارستان، مصرف دارو، مصرف سیگار و مواد مخدر و...، معیارهای مورتس و برادن برای پیشگیری از بروز زخم بستر، تشخیص پرستاری، اقدامات انجام شده برای تشخیص های مورد نظر، آموزش های داده شده، اثربخشی آموزش و پاسخگویی بیمار به پرسش های پرسیده شده، وضعیت تغذیه، خواب، دفع ادرار و مدفوع، وضعیت خلق و خوی بیمار (آرام، بیقرار، پرخاشگر و...)، نوع فعالیت، تحمل غذا و نحوه پاسخ دهی به تغذیه دهانی و تمامی اقدامات انجام شده مانند تعبیه خط وریدی (رنگ و محل تعبیه آن)، تعویض پانسمان (اندازه زخم، میزان و رنگ ترشحات)، تعبیه سوند ادراری (رنگ یا سائز آن)، سوند بینی، ساکشن ترشحات، گرفتن نمونه خون یا نوار قلب، انجام گرافی ها و اقدامات پاراکلینیک و... با ذکر نام فرد انجام دهنده، چگونگی انجام آن، کیفیت اقدام انجام شده، موارد مهم مشاهده شده (مانند نوع، حجم و رنگ ترشحات)، زمان انجام آن و پاسخ بیمار به اقدامات انجام شده ثبت گردد.

در صورت وجود حساسیت دارویی یا غذایی و سابقه ابتلا به بیماری های واگیر خطرناک مانند HIV و هپاتیت B یا C ، برای اطلاع رسانی بیشتر به سایر پرسنل پرستاری و رعایت احتیاطات لازم، موارد با رنگ قرمز در گزارش پرستاری ثبت می گردد.

تمامی اوراق مربوط به آزمایشات، نوار قلب، ریپورت گرافی ها باید دارای تاریخ، ساعت پیگیری، امضا و مهر پرستار و پزشک باشد.

رنگ و محل دقیق تعبیه راه وریدی باید در گزارش ثبت گردد. در صورت تعویض خط وریدی، تعداد دفعات اقدام برای تعبیه مجدد، علت تعویض آن، محل جدید خط وریدی و رنگ آنژیوکت های استفاده شده باید در گزارش پرستاری قید گردد.

زمان ویزیت بیمار توسط پزشک معالج، اطلاع مشاوره به پزشک مربوطه و ویزیت بیمار توسط پزشک مشاور در گزارش باید قید گردد. در صورت پاسخگو نبودن پزشک معالج یا مشاور به تماس های گرفته شده، تعداد دفعات و زمان های تماس باید قید گردد.

تمامی دستورات داده شده در مشاوره ها، جواب آزمایشات، گرافی ها یا موارد غیر طبیعی در نوار قلب باید بلافاصله پس از پیگیری، طی تماس تلفنی به اطلاع پزشک معالج برسد. پس از اطلاع دستورات مشاوره انجام شده به پزشک معالج، باید در برگه مشاوره جمله "reorder شد" قید گردد .

بین خطوط و کلمات گزارش نباید جای خالی وجود داشته باشد.

در صورت ثبت اطلاعات اشتباه، گزارش معدوم نمی شود. به هیچ عنوان از لاک غلط گیر نباید استفاده شود. برای اصلاح این موارد می توان با کشیدن یک خط ساده روی نوشته ها و قید جمله "اصلاح شد" گزارش را تصحیح نمود. در انتهای گزارش پرستاری تعداد موارد اصلاح شده ذکر شده و مهر و امضا می گردد .

برای ارائه شدت و کیفیت باید از مقیاس های مناسب و دقیق استفاده کرد. به عنوان مثال برای ثبت میزان ترشحات حتما حجم تقریبی آن ذکر می شود و از کاربرد عبارات مقداری، به حد نسبی و... باید پرهیز کرد .

باید در گزارش پرستاری تاثیر دارو یا اقدامات انجام شده قید گردد. به عنوان مثال در صورت تجویز مسکن، گزارش پرستاری به شکل زیر قید می گردد:

به دنبال شکایت بیمار از درد ناحیه جراحی و عدم تحمل وی، طبق دستور پزشک معالج در ساعت ۱۷:۲۵ مسکن تجویز شد که موثر بود و بیمار در حال حاضر شکایتی از درد ندارد.

در مورد فرآورده های خونی نوشتن سرعت جریان خون، زمان شروع و خاتمه تزریق، تغییرات علائم حیاتی، واکنش بیمار به تزریق از نظر واکنش حساسیتی حاد و رنگ آنژیوکت مورد استفاده باید قید گردد.

در صورت نوشتن ادامه گزارش در صفحه بعد در پایین صفحه با کشیدن فلش و ثبت جمله "ادامه گزارش در صفحه بعد" انتهای گزارش خود را بسته و در بالای صفحه بعد با نوشتن عبارت "ادامه گزارش از صفحه قبل" ثبت ادامه گزارش پرستاری را ادامه می دهیم.

تمامی گزارشات باید در انتها توسط خط ممتد بسته شده و به مهر و امضای پرستار مسئول برسد. مهر پرستار باید شامل نام و نام خانوادگی، سمت و شماره نظام باشد.

در قسمت اقدامات دارویی باید نوع دارو، نام تجاری آن، دوز دارو، راه مصرف و ساعت تجویز آن ثبت گردد. به عنوان مثال:

۱۲:۰۰ po I Tab captopril 25mg

در مورد سرم ها از به کار بردن واژه انفوزیون (inf) خودداری کرده و حجم سرم تجویزی در شیفت مورد نظر را ثبت می کنیم. به عنوان مثال ثبت میزان سرم دریافتی در شیفت صبح برای بیماری که ۳ لیتر سرم ۳/۱ ۳/۲ طی ۲۴ ساعت می گیرد به شکل زیر خواهد بود:

IV ۱۴-۸ ۷۵۰C Ser 1/3 2/3

تمامی داروهای دارای حلال خاص باید در قسمت ثبت اقدامات دارویی با حلال استفاده شده قید گردد. به عنوان مثال:

Amp apotel 1gr+100cc N/S IV 18:00

برای ثبت داروهای stat علاوه بر قید عبارت stat، ساعت دقیق تجویز دارو نیز باید قید گردد.

برخی از داروها برای اثبات تجویز صحیح آن نیازمند دو مهر پرستاری می باشند مانند دوز اول آنتی بیوتیک ها، انواع انسولین تزریقی و متفورمین، مخدرها، KCL، NACL، دیگوکسین، هالوپریدول، خون و فرآورده های خونی، هپارین، منیزیم سولفات، پروپوفول، تیوپنتال، دوپامین، دوبوتامین، TPN و ویالهای چند دوزی. در صورت ثبت این داروها در قسمت اقدامات دارویی، باید پرستار دیگری به عنوان پرستار شاهد داروی مورد نظر را تایید نماید. پرستار شاهد باید عبارت "پرستار شاهد" را در مقابل مهر و امضای خود قید کند.

کد خون و فرآورده های خونی باید در قسمت اقدامات دارویی ثبت شود.

انتهای اقدامات دارویی باید با خط ممتد بسته شود و هیچگونه جای خالی برای افزودن داروی جدید باقی نماند.

در قسمت تاریخ برگه گزارش پرستاری باید تاریخ به صورت کامل (۹۸/۱/۱)، ساعت شروع و پایان شیفت و شیفتی که گزارش پرستاری برای آن ثبت شده است (M)، E و N قید گردد. در خصوص بخش اورژانس به جای ساعت شروع و پایان شیفت، ساعت ورود و خروج بیمار ثبت می گردد.

در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان نباید اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود، توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.

کلیه گزارشات باید محرمانه و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار یا دستور قضایی را ندارد.

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید. از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده می کند باید خودداری کرد. به هیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

در تمامی موارد بالینی از ساعت کامپیوتری به صورت ۲۴ ساعته استفاده می شود و از عبارات Am و Pm استفاده نمی شود.

گزارشات تلفنی:

این نوع دستورات معمولاً بین پزشک و پرستار تبادل می شود.

دستورات تلفنی باید توسط پرستار به صورت واضح تکرار گردد و سپس در برگه دستورات پزشک به عنوان سند دائمی ثبت و امضاء گردد. بهتر است این نوع دستورات فقط در موارد اورژانس گرفته شود.

لازم است دستورات تلفنی و حتی دستورات شفاهی توسط ۲ پرستار تأیید و بوسیله هر دو نفر امضاء گردد. پرستار دوم پس از مهر و امضای دستورات ثبت شده در زیر مهر خود عبارت "پرستار شاهد" را قید می کند.

تمامی دستورات تلفنی طی ۲۴ ساعت آینده باید به تایید پزشک معالج رسیده، مهر و امضا گردد.

چک دستورات پزشک و مشاوره

مشاوره توسط پزشک معالج در دو برگه (بین دو برگه کاربن قرار میگیرد) تکمیل می گردد. تمامی آیتم های بالای صفحه باید تکمیل شده و در اختیار پزشک معالج قرار گیرد. نوع مشاوره از نظر اورژانسی و غیر اورژانسی

بودن آن توسط پزشک معالج تعیین می گردد و پرستار در زمان نوشتن برگه مشاوره توسط پزشک باید به تعیین آن دقت لازم را داشته باشد.

دستورات پزشک و دستورات مشاوره (در هر دو برگه) فقط باید با رنگ قرمز چک می شود.

تمامی دستورات پزشک از پایین به بالا و در سمت راست آن با اعداد ریاضی شماره گذاری می شود. دو طرف دستورات با علامت تیک یا ضربدر بسته می شود.

در صورت وجود فاصله بین دستورات پزشک، زیر هر دستور نیز باید با خط قرمز تفکیک شود.

تعداد دستورات ثبت شده توسط پزشک با تعداد دستورات چک شده توسط پرستار باید یکی باشد.

انتهای دستورات ثبت شده باید با یک خط ممتد بسته شود.

در قسمت مهر و امضای پرستاری، تعداد دستورات به حروف و عدد به شکل زیر قید می گردد:

چهار(۴) مورد بدون خط خوردگی چک شد

و سپس مهر و امضا می گردد.

در صورت وجود خط خوردگی یا error در دستورات پزشک، تعداد آن در شمارش محسوب شده و در زمان ثبت آن به شکل زیر ثبت می گردد:

چهار(۴) مورد چک شد

موارد ۲ و ۵ توسط دکتر error (...) گردید

کاردکس و کارت دارویی

در تمامی بخش های درمانی به غیر از بخش اورژانس تمامی داروها و اقدامات بالینی قابل اجرا برای بیماران در کاردکس ثبت می گردد. کاردکس با خودکار آبی یا مشکی تکمیل می گردد. برای تمامی قسمت ها باید از

ساعت کامپیوتری (۶:۰۰، ۱۲:۰۰، ۱۴:۰۰، ۱۸:۰۰، ۲۲:۰۰ و ۲۴:۰۰) استفاده شود و باید از به کار بردن اصطلاحاتی همچون BD، TDS، QID و... خودداری شود. در زمان ترخیص کاردکس باید مانند سایر اوراق پرونده توسط پرستار مسئول ضمیمه پرونده گردد.

بخش های مختلف صفحه رویی یک کاردکس

۱. کادر بالای کاردکس مربوط به اطلاعات مربوط به پرونده بیمار، تشخیص، شماره تخت بیمار و پرستار ادمیت (پذیرش) کننده می باشند. تمامی آیتم های بالای برگه باید با دقت و به درستی تکمیل گردد.

۲. کادر بالا در سمت راست مربوط به سرم و مایعات دریافتی بیمار از طریق خط وریدی می باشد. در این قسمت تاریخ شروع مایع درمانی، نوع سرم دریافتی، حجم آن و تعداد دفعات تجویز آن مانند ۲۴ ساعته، KVO، هر ۸ ساعت یا هر ۱۲ ساعت و... قید می شود. در صورت قطع مایع دستور داده شده، با خودکار قرمز روی آن خط قرمز کشیده شده و تاریخ قطع آن و فرد ثبت کننده دستور قطع بالای آن ذکر می شود.

۳. در قسمت میانی کادر سمت راست تمامی آزمایشات درخواست شده ثبت می گردد. در صورت پیگیری جواب آزمایش بالای نام آزمایش درخواستی با خودکار قرمز یا سبز تیک زده می شود. در مقابل آزمایشاتی که نیازمند ارسال یا پیگیری جواب هستند دایره کشیده شده و به شیفت بعدی نیز در مورد ارسال یا پیگیری جواب آن اطلاع رسانی می گردد.

۴. در زیر کادر مربوط به آزمایشات، کادر مربوط به تشخیص های پرستاری قرار دارد. پرستار ادمیت کننده بیمار در این کادر باید حداقل یک تشخیص پرستاری و اقدامات لازم مربوط به آن را ثبت نماید.

۵. در پایین ترین قسمت کادر سمت راست موارد مربوط به اقدامات عمومی پرستاری مانند نحوه کنترل علائم حیاتی (در صورت داشتن دستور خاص پزشک)، تعویض پانسمان، نشستن در لگن آبگرم و... ثبت می گردد. همچنین نحوه فعالیت بیمار (OOB)، CBR و RBR تعیین می گردد.

۶. در سمت چپ اولین کادر مربوط به داروهای تزریقی از طریق خط وریدی مانند آمپول و ویال ها است. در زیر آن داروهای خوراکی مانند قرص، کپسول، شربت و ... ثبت می گردد. در کادر سوم هم داروهای استنشاقی مانند اسپری و نبولایزرها ثبت می گردد. در صورت قطع مایع دستور داده شده، با خودکار قرمز روی آن خط قرمز کشیده شده و تاریخ قطع آن و فرد ثبت کننده دستور، بالای آن ذکر می شود.

۷. در پایین ترین قسمت سمت چپ علائم حیاتی بیمار، میزان هوشیاری براساس GCS و وزن وی در زمان ادمیت ثبت می گردد.

قسمت های مختلف پشت کاردکس

۱. در بالای آن مجددا اطلاعات بیمار ثبت میگردد.

۲. در سمت چپ و بالا، تمامی مشاورات درخواستی ثبت می گردد و مقابل آن جهت پیگیری انجام، یک دایره کشیده شده و در صورت انجام شدن مشاوره مقابل آن تیک زده می شود. در صورت Hold شدن دستور، کلمه مذکور در مقابل آن ذکر می شود. در صورت نیاز به اقدامات و پیگیری های خاص، تمامی موارد مقابل آن با ذکر نام پزشک مشاوره دهنده ثبت می گردد.

۳. در زیر کادر مشاورات، کادر مربوط به اتصالات بیمار مانند فولی، NGT، کولوستومی و ... ثبت میگردد. مقابل هر کدام از آیتم های مورد نظر باید زمان فیکس و فرد فیکس کننده ثبت گردد. و در صورت تعویض یا خروج اتصالات باید زمان و فرد انجام دهنده آن در کادر مورد نظر ثبت گردد.

۴. در زیر کادر ثبت اتصالات، کادر مربوط به سوابق پزشکی بیمار قرار دارد که در زمان ادمیت بیمار توسط پرستار از بیمار یا همراهش پرسیده شده و به دقت تکمیل می گردد و در گزارش پرستاری نیز تمامی این اطلاعات بار دیگر ثبت می گردد.

۵. در زیر کادر مشاورات در سمت راست کادر مربوط به فرآورده های تزریقی ثبت می‌گردد. تاریخ درخواست، نوع فرآورده و تعداد آن در این کادر ثبت می‌گردد.

۶. در زیر کادر فرآورده های خونی، کادر مربوط به اقدامات پاراکلینیک قرار دارد. اقداماتی مانند انواع گرافی ها، CT، MRI، آندوسکوپی و کولونوسکوپی، ECG، CXR و... در این کادر ثبت می گردد و پس از انجام مقابل آن تیک زده می شود و در صورت عدم انجام مقابل آن دایره کشیده و به پرستاران شیفت بعد در مورد پیگیری آن اطلاع رسانی می گردد.

۷. در زیر کادر اقدامات پاراکلینیکی، کادر مربوط به پروتکل های دارویی خاص مانند پروتکل انسولین، آمیودارون، هپارین و ... ثبت می شود. نحوه انجام پروتکل باید به دقت و کامل ثبت گردد.

موارد نیازمند دقت بالا یا هشدار دهنده از جمله بیماری های خاص و واگیردار مانند HIV، هپاتیت های B و C، حساسیت های دارویی و غذایی، عدم رگ گیری یا کنترل فشار از اندامی خاص و ... باید با رنگ قرمز و به صورت قابل مشاهده و خوانا در بالای کاردکس قید گردد.

کاردکس و کارت دارویی در بدو ورود بیمار به بخش، توسط پرستار ادمیت کننده تکمیل شده و در سایر شیفتها در ابتدای شیفت توسط پرستار مسئول با یکدیگر مطابقت داده می شود. در صورت وجود مغایرت در داروهای ثبت شده، پرستار شیفت قبل موظف به تصحیح موارد می باشد.

در کارت دارویی داروهای Stat ثبت نمی گردد.

موارد تزریقی مانند سرم، آمپول و ویالها در کادر بالا و تمامی داروهای خوراکی و استنشاقی مانند قرص، شربت، اسپری، کپسول و... در کادر پایین ثبت می گردد.

در کارت دارویی ابتدا نام دارو سپس شکل دارویی (آمپول، قرص، شربت و...) و سپس دوز دارو ثبت می گردد.

برگه چارت علائم حیاتی

• این برگه برای ثبت علائم حیاتی بیمار در دو نوبت (۶:۰۰ و ۱۸:۰۰) چارت می گردد. برای ثبت هرکدام از آیتم های علائم حیاتی یک رنگ در نظر گرفته شده است که فقط مجاز به استفاده از این رنگ ها برای چارت موارد می باشید. برای چارت تنفس رنگ سبز، فشارخون رنگ مشکی، درجه حرارت بدن رنگ قرمز و تعداد ضربان قلب رنگ آبی مجاز می باشد. هیچ یک از رنگ ها نباید به جای یکدیگر استفاده گردند. از به کار بردن مداد باید خودداری شود.

• در پایین برگه چارت علائم حیاتی، کادر مربوط به جذب و دفع مایعات قرار دارد که توسط پرستار شب کار در زمان چارت علائم حیاتی ۶ صبح تکمیل می شود. تمامی آیتم ها باید با مقدار قابل قیاس (سی سی) ذکر گردد. از علامت + برای تایید وجود جذب یا دفع نباید استفاده کرد. در صورت عدم وجود آیتمی باید با خط تیره موارد را نشان داد بنابراین هیچکدام از خانه نباید خالی باشد.

• در چارت مقادیر مربوط به علائم همیشه خط پایین به عنوان مبدا در نظر گرفته می شود. به عنوان مثال در ثبت فشارخون ۱۱۵/۷۰، فلش پایینی روی خطی که در امتداد خط زیر ۷۰ قرار دارد کشیده شده و فلش بالا بین خط پایین و بالای ۱۱۰ چارت می شود.

• در پایین ترین قسمت برگه چارت علائم باید وزن بیمار، میزان فشار خون، درجه حرارت بدن و تعداد ضربان به عدد ثبت گردد. وزن بیمار فقط در زمان ادمیت ثبت میگردد. در روزهای بعد نیاز به ثبت وزن بیمار نیست مگر اینکه بیمار دچار کاهش یا افزایش وزن مشهود بوده یا دستور نوزین روزانه داشته باشد.

• در صورت تزریق فرآورده های خونی، در برگه چارت علائم حیاتی در مقابل ساعت شروع تزریق فرآورده با خودکار قرمز یک مثلث تو پر کشیده شده و کد فرآورده ثبت می گردد .

ثبت دارو و دارو دهی

در بخش های بستری تمامی داروهای بیمار به صورت روزانه و توسط سرپرستار یا مسئول شیفت در سیستم ثبت می شود. در بخش اورژانس داروها پس از ثبت دستورات پزشک در پرونده سرپایی، در سیستم ثبت می گردد. از ثبت داروهایی که به صورت زبانی توسط پزشک دستور داده شده یا پیش از ثبت در پرونده بیمار، خودداری کنید.

برای ثبت داروی از قسمت پایین برنامه HIS روی آیکون درخواست دارو کلیک کرده و سپس سیستم داروخانه باز می گردد. در قسمت بالای آن، نوع داروخانه (بستری، مرکزی و ...) را انتخاب می کنید. سپس در قسمت میانی صفحه نام دارو و تعداد مورد نیاز را وارد کرده در نهایت با کلیک روی آیکون ثبت نهایی درخواست خود را ثبت می نمایید .

پس از ثبت داروها در سیستم، در خواست دارو را توسط تماس تلفنی به اطلاع داروخانه رسانده و پس از پیچیدن دارو، از کمک پرستار بخش جهت دریافت آنها کمک بخواهید.

پس از دریافت داروها، سرپرستار یا مسئول شیفت داروها را از نظر تعداد و صحت بررسی کرده و در باکس مخصوص بیمار قرار می دهد.

برخی از وسایل مانند گاز استریل، انواع سرنگ، پنبه و ... هتلینگ بخش محسوب شده و در سیستم دارویی بیمار ثبت نمی گردد. برای اطلاع از وسایل هتلینگ از سرپرستار بخش کمک بخواهید.

برای دارودهی از ترالی دارو یا سینی دارودهی استفاده میشود. داروهای بیمار طبق ساعتهای ثبت شده در کارت دارویی برای بیمار تجویز می شود. به هیچ عنوان نباید از کاردکس جهت دارو دهی استفاده شود.

تمامی سرم یا میکروست ها باید دارای اتیکت باشند. تمامی آیتم های روی اتیکت باید به دقت و به صورت کامل تکمیل گردد. این آیتم ها شامل نام و نام خانوادگی، نوع و حجم سرم، ساعت شروع و پایان تزریق، نوع داروهای اضافه شده، تعداد قطرات و نام پرستار می باشد.

بر روی اتیکت میکروست باید نام داروهایی که از طریق آن انفوزیون می شوند به طور کامل قید شود و از نام مخفف یا عبارت "جهت تزریق آنتی بیوتیک" استفاده نشود.

ست سرم باید دارای تاریخ وصل باشد و جوری به اتیکت سرم نصب شود که حین انفوزیون قطرات سرم قابل مشاهده باشند .

تمامی قرص و کپسول ها باید داخل کاور یا مژر به بیمار داده شود. از رها کردن داروها بر روی کمد یا Bed table بیمار خودداری فرمایید.

در زمان دارودهی مجددا خط وریدی از نظر سلامت و فلپیت ناحیه چک می شود .

در زمان دارودهی باید در مورد داروهای تجویز شده حتی به صورت وریدی به بیمار آموزش داده شود.

پوکه های آمپول و ویالها در سطل قهوه ای (سطل مواد شیمیایی) و پوشش سرنگ، ست، میکروست و سایر وسایل در سطل آبی (سطل غیر عفونی) باید ریخته شود.

پس از گذشت ۲۴ ساعت کاری هیچ دارویی نباید در باکس دارویی بیمار باقی مانده باشد. در صورت وجود دارو در باکس دارویی، پرستار مسئول شیفت شب باید به سرپرستار پاسخگو باشد.

در صورتی که داروی درخواست شده برای بیمار استفاده نشود، داروی مورد نظر باید به داروخانه عودت شود.

برای این کار ابتدا نام بیمار را از لیست بیماران بستری در بخش پیدا کرده و انتخاب کنید سپس دکمه F8 در بالای کیبورد را زده و با وارد کردن تعداد درست دارو در کادر مربوطه و ثبت آن، ارجاع دارو به داروخانه را نهایی کنید. در انتها داروها را توسط کمک پرستار به داروخانه تحویل دهید.

برگه CPR

این برگه در دو نسخه تهیه می شود. برگه اصلی به دفتر پرستاری تحویل داده شده و برگه کاربندی ضمیمه پرونده می شود.

در صورت فوت بیمار، گواهی فوت در همان شیفت توسط پزشک معالج یا پزشک مسئول CPR باید تکمیل و ممهور گردد. مگر مواردی که نیاز به صدور گواهی توسط پزشکی قانونی دارد.

در صورت فوت تمامی اتصالات بیمار باید توسط پرستار مسئول CPR خارج شده و سپس سایر اقدامات (بستن بیمار، قرار دادن در کاور و انتقال به سردخانه) توسط کمک پرستار و خدمات بخش انجام میگردد.

در مواردی که نیاز به صدور گواهی فوت توسط پزشکی قانونی است نباید هیچ یک از اتصالات خارج گردد و خروج اتصالات پس از صدور گواهی فوت صادر می گردد.

روی کاور جسد باید مشخصات فرد فوت شده شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر، نام بخش، تاریخ تولد و تاریخ فوت ثبت شده و صحت اطلاعات توسط پرستار، قبل از انتقال به سردخانه مجدداً کنترل شود.

در واقع برای شروع اقدامات پیشرفته احیا قلبی نباید وقفه‌ای در انجام فرایند حمایت‌های حیاتی پیاپی ایجاد شود بلکه باید معیارهای احیا با کیفیت بالا شامل: فشردن قفسه سینه با تعداد ۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه عمق ۵ تا ۶ سانتی متر، پرهیز از هایپرونتیلیسیون، اجازه برگشت قفسه سینه به حالت اول، حداقل وقفه برای بررسی نبض و اعمال شوکو تعویض جای احیاگران بعد از ۲ دقیقه برای انجام فشردن قفسه سینه نیز در طی فرایند احیا پیشرفته خوبی رعایت شده و به طور مداوم پایش و ارزیابی گردد

فصل نهم

حقوق گیرندگان خدمت



یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ احترام و کرامت انسانها می باشند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به 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.

۵ محور اصلی منشور حقوق بیمار:

۱. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.
۲. حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
۳. اطلاعات باید به نحوه مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار بگیرد.
۴. ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و اصل رازداری باشد.
۵. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۱. دریافت مطلوب خدمات سلامت، حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید:

- ✚ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- ✚ بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد. فارغ از هرگونه تبعیض قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- ✚ براساس دانش روز باشد.
- ✚ مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- ✚ در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویتهای درمانی بیماران باشد.
- ✚ مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.

➤ به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیتهای غیرضروری باشد.

➤ توجه ویژه ای به حقوق گروههای آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

➤ در سریعترین زمان ممکن انجام شده و با احترام به وقت بیمار باشد.

➤ با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد

➤ مراقبتهای ضروری و فوری (اورژانس) بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.

➤ در مراقبتهای ضروری و فوری (اورژانس) در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.

➤ در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع است اقدامات با هدف حفظ آسایش انجام 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 میخواهد، همراه گردد.

۲. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

➤ مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش.

➤ ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی، ضوابط بیمه و معرفی

سیستمهای حمایتی در زمان پذیرش.

✚ نام، مسؤولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آنها با یکدیگر.

✚ روشهای تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار.

✚ نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان.

✚ کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

ارائه آموزشهای ضروری برای استمراردرمان؛

نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

✚ اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب، درد و ویژگیهای فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرارگیرد، مگر اینکه ۱. تأخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات سبب آسیب به بیمار گردد. در اینصورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود. ۲. بیمار علیرغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر اینکه عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

✚ بیمار میتواند به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده 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.

محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل میباشد:

✚ انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط

✚ انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور

✚ شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.

✚ قبول یا رد درمانهای پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص، دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد.

✚ اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری میباشد 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.

✚ شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

۱. انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع باشد.

۲. پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

۴. ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

✚ رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آنرا استثنا کرده باشد.

✚ در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

✚ فقط بیمار، افراد مجاز از طرف بیمار، گروه درمانی و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

✚ بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد.

✚ همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد. مگر اینکه این امر برخلاف ضرورتهای پزشکی باشد.

۵. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

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

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

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

✚ در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیل فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار مذکور در این منشور برعهده تصمیم گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم گیرنده جایگزین برخلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک میتواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.

✚ چنانچه بیماری فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

رضایت آگاهانه

از مهمترین عاملهای ایجاد رضایت در ارباب رجوع میتوان به چگونگی اخذ رضایت از ایشان اشاره کرد. منظور از رضایت آگاهانه اخذ رضایت به صورت کتبی پس از ایراد توضیحات شفاهی شفاف، به صورت قابل فهم، فاقد اصطلاحات پیچیده پزشکی و با ذکر دقیق عوارض در خصوص انجام روند درمانی خاص می باشد.

✚ بیمار در صورتیکه عاقل، بالغ و هوشیار باشد رضایتنامه را شخصا امضا مینماید.

✚ بیمار در صورتی که به سن بلوغ نرسیده باشد و یا عاقل و هوشیار نباشد نمی تواند رضایتنامه را امضا کند و جهت اخذ رضایت باید از ولی قانونی و یا نامه دادستان استفاده گردد (اولیای شخص عبارتند از پدر و جد

پدري و در صورتي كه به پدر و جد پدري دسترسي وجود ندارد، از دادستان استعلام مي شود. لازم به ذكر است كه مادر و همسر ولي قانوني محسوب نميگردد. لازم به ذكر است در مورد اعمالی كه مرتبط با زوجيت مي باشد رضایت همسر ضروري است.

✚ اعمال جراحی مربوط به دستگاه تناسلي و سينه ها، اعمال جراحی زیبایی (اعمال جراحی كه بر روي جنين در شكم مادر صورت مي پذيرد) نیازمند رضایت پدر و مادر مي باشد.

✚ توجه به شايستگي بيماران يا فرد جايزين واجد صلاحيت قانوني در مواردی كه خود بيمار فاقد ظرفيت تصميم گيري است (در زمان اخذ رضایت آگاهانه از آنان داوطلبانه بودن تصميم گيري فرد رضایت دهنده).

✚ رضایت برای درمان در تمام موارد لازم است.

✚ رضایت از شخص بيمار يا اوليای قانوني يا دادستان حسب مورد خذ ميگردد.

✚ اوليای شخص عبارتند از پدر و جد پدري و مادر وقتي حضانت طفل با اوست و به پدر و جد پدري دسترسي وجود ندارد.

✚ رضایت بايد صريح باشد و از كلمات دو پهلو، مبهم و نامتعارف استفاده نگرديد.

✚ پزشك بايد از كلمات واضح و قابل فهم برای عموم استفاده نمايد.

✚ در هنگام اخذ رضایت، حضور پرسنل و بستگان بيمار به عنوان شهود الزامي است.

✚ در مورد اقدامات خاص و تهاجمی اخذ رضایت موردی لازم است. پروسيجرهای تهاجمی رايج در اين بيمارستان شامل:

۱. گذاشتن دبل لومن
۲. گذاشتن تريپل لومن
۳. نمونه برداری از ارگانهای بدن
۴. انجام تراكتوستومي
۵. انجام گاستروستومي
۶. گذاشتن كاتتر از طريق سوپرا پوبليك

۷. گذاشتن چست تیوب

۸. دادن شوک در بیمارانی که هوشیار هستند

۹. انجام سی تی اسکن با تزریق ماده حاجب

۱۰. کتدان

۱۱. آرتری لاین

۱۲. تزریق خون و فراورده های خونی

الصاق کارت شناسایی

کلیه پرسنل در شیفت های کاری خود موظف به الصاق کارت شناسایی با مشخصات زیر می باشند:

- در معرض دید ارباب رجوع باشد.
- متحدالشکل و عکسدار باشد.
- دارای حرف اول نام، نام خانوادگی و سمت باشد.
- خوانا بودن به نحوی که از فاصله یک متری و توسط عموم قابل خواندن باشد.
- در صورت استفاده از کارتهای آویز، کارتها باید دو رو بوده به طوریکه از هر طرف در معرض دید ارباب رجوع قرار گیرد.
- در گیشه هایی مانند پذیرش، صندوق، بیمه و... به جای استفاده از تگ شناسایی از قابهای ثابت که در معرض دید ارباب رجوع است استفاده شود.

معرفی خود با نام و سمت

کلیه افرادی که جهت ارایه خدمت (برای اولین بار) بر بالین بیمار حضور می یابند ملزم به معرفی خود با نام خانوادگی و سمت می باشند.

آموزش کلامی مناسب به بیمار یا همراه

آموزش کلامی در زمان پذیرش، حین بستری و زمان ترخیص، در خصوص موارد باید انجام شود:

- چگونگی دسترسی به پزشک معالج در طول درمان و ساعت بازدید پزشک
- اطلاعات در مورد بیماری، داروهای مصرفی و سیر بیماری
- بیمه های طرف قرارداد و اطلاع رسانی در خصوص موجود بودن قوانین بیمه در سایت بیمارستان.
- راهنمایی در خصوص پمفلتهای مورد نیاز از قبیل پمفلتهای مرتبط با بیماری، فرآیند شکایات، نظرسنجی و...
- معرفی انجمنها از قبیل انجمن بیماریهای خاص، ام اس و....
- وجود واحد مراقبتهای روحانی.
- موجود بودن امکانات فرهنگی و رفاهی جهت همراه بیمار (نمازخانه، اقامتگاه، نحوه دریافت غذا توسط همراه).
- چگونگی دریافت کل تصویر مدارک.
- قوانین و ضوابط بخش از قبیل زمان و چگونگی تعویض لباس و ملحفه ها، محل نگهداری وسایل و....
- چگونگی انجام نظرسنجی ها و تاثیر آن در تشویق و تنبیه کارکنان.

دسترسی به پزشک معالج در طول درمان

یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر رضایتمندی بیماران، اطلاع دقیق از ساعت حضور پزشک بر بالین وی میباشد. بنابراین بیمارستان موظف است ساعت دقیق حضور پزشک معالج را از طرق مختلف از جمله تابلو اعلانات، کلامی و... به وی اعلام نماید. در صورت تاخیر، مدت زمان تاخیر را به اطلاع بیمار برساند.

نظر سنجی ارباب رجوع

به طور استاندارد نظرسنجی از ارباب رجوع به دوگونه انجام میگردد:

الف) فرم نظرسنجی: که در بخشهای مختلف بیمارستان در دسترس عموم بوده و در صندوقهای نظرسنجی انداخته شده و پس از جمع آوری در نرم افزار رشد وارد گردیده و بر اساس آن تشویق و تنبیه پرسنل صورت میگیرد.

ب) نظرسنجیهای منظم: که توسط پرسشنامه های استاندارد مختص بیمارستان (توسط یک مصاحبه گر) بصورت اتفاقی از افراد مختلف و در بخشهای متفاوت تکمیل گردیده و نتایج تحلیل آن جهت اقدامات اصلاحی و به صورت گزارشات نموداری در اختیار مدیریت قرار میگیرد.

رسیدگی به شکایت

منظور از شکایت بیان نارضایتی از یک فرد، واحد یا خدمت می باشد. از نکات مهم در استاندارد رسیدگی به شکایات می توان به عواملی از قبیل اطلاع رسانی از مراجع رسیدگی به شکایت، فرم استاندارد ثبت شکایت، ارایه رسید به شاکی، تعیین زمان ارایه باز خورد به وی، اطلاع به ایشان از نتیجه شکایت در زمان مقرر و اطلاع رسانی از وجود مراجع قانونی بالاتر (در صورت عدم رضایت از نحوه رسیدگی به شکایت) اشاره کرد.

اخذ شکایت به شیوه های زیر در بیمارستان صورت می گیرد:

مراجعه حضوری: در روز و ساعت اداری مسئول رسیدگی به شکایات و در سایر شیفتها و اوقات تعطیل سوپروایزور وقت مسئول پاسخگویی و ثبت شکایت حضوری می باشد.

پیام کوتاه: در کلیه ساعات شبانه روز مراجعین می توانند با ارسال یک پیام کوتاه بدون متن به شماره ذکر شده در بئر رسیدگی به شکایات موجود در ابتدای بخش و راهروها شکایت خود را ثبت نمایند.

مراقبت مذهبی

با توجه به اینکه بیماران در زمان بستری در انجام مناسک دینی و ادای فرایض خود ممکن است با محدودیت هایی مواجه گردند کادر پرستاری موظف است نسبت به راهنمایی بیماران جهت انجام فرایض مذهبی اقدام کند. بدین منظور فردی به عنوان مشاور روحانی و مذهبی در بیمارستان معین شده است و برنامه ملاقات هفتگی با بیماران در معرض دید آنها قرار گرفته شده است. همچنین در صورت درخواست بیمار و هماهنگی با سرپرستار، امکان مشاوره در سایر اوقات فراهم می باشد. امکانات مذهبی (راهنمای قبله، سنگ تیمم، سجاده، قرآن، مفاتیح، رساله و ...) در بخش ها موجود می باشد.

مدیریت درد

با توجه به لزوم ارزیابی درد بیمار توسط پرستار جهت کنترل و از بین بردن آن و با هدف ارتقاء کیفیت خدمات بالینی پرستار موظف به ارزیابی مستمر درد در جهت مدیریت درد می باشد. بدین منظور پرستار در ابتدا تاریخچه درد، روش های کنترل درد توسط بیمار، نگرش بیمار در مورد استفاده از داروهای ضددرد و سابقه سوء مصرف مواد مخدر را از بیمار می پرسد و سپس از بیمار می خواهد با زبان خودش خصوصیات درد، شدت درد (با دادن نمره از ۱ تا ۱۰) زمان، محل و کیفیت درد، نحوه شروع درد (تدریجی یا ناگهانی) را شرح دهد. در صورتی که بیمار

قادر به صحبت کردن نمی باشد از همراهان یا نزدیکان وی کمک گرفته و سپس موضوع را به اطلاع پزشک معالج می رساند و اقدامات انجام شده را در پرونده بالینی بیمار ثبت می نماید.

مراقبتهای فرد محتضر

منظور از بیمار محتضر بیماری است که مراحل پایانی زندگی خود را می گذرانند. از آنجا که فرد محتضر دارای نیازهای خاصی است بیمارستان بایستی تمهیداتی در جهت فراهم نمودن نیازهای پایان زندگی افراد بیاندیشد. پاره ای از اقدامات به شرح زیر می باشد:

✓ فراهم نمودن امکان ملاقات با بستگان نزدیک یا افراد مورد درخواست بیمار

✓ فراهم نمودن امکان ملاقات با روحانی / کشیش

✓ فراهم نمودن محیطی خلوت و آرام با رعایت حریم خصوصی

✓ فراهم نمودن امکان وصیت برای بیماران در صورت درخواست

✓ به جا آوردن آداب مذهبی برای وی.

فصل دهم

آموزش احیا و ترالی



احیای قلبی ریوی که CPR هم نامیده می‌شود، یعنی مجموعه‌ای از اقدامات که توسط افراد آگاه و حاضر در صحنه برای بازگرداندن اعمال دو عضو حیاتی قلب و ریه و رساندن خون و اکسیژن به مغز برای جلوگیری از آسیب مغزی، انجام می‌شود.

امروزه احیای قلبی ریوی را به دو صورت اقدامات پایه‌ای حمایت از حیات BLS و اقدامات پیشرفته حمایت از حیات ALS انجام می‌دهند

شایع‌ترین علل ایست قلبی و ریوی:

۱- حمله ایست قلبی

۲- تصادفات

۳- خفگی در آب، با گاز در اثر آتش‌سوزی، مسمومیت شیمیایی

۴- برق‌گرفتگی

۵- سوختگی

۶- مسمومیت با دارو

۷- خودکشی

علائم ایست قلبی و ریوی:

از بین رفتن هوشیاری: ۱۶-۱۲ ثانیه پس از ایست قلبی و به‌طور ناگهانی ایجاد می‌شود.

بی نبضی و قطع تنفس: ۳۰-۵ ثانیه پس از ایست قلبی ایجاد می‌شود. مهم‌ترین و قابل‌اعتمادترین علامت عدم وجود نبض کاروتید است. میدریاز مردمک‌ها: که حدود ۹۰ ثانیه پس از وقفه قلبی و به علت تحریک سمپاتیک ایجاد می‌شود. رنگ پوست: معمولاً رنگ‌پریده و سیانوتیک می‌باشد.

در صورت بستری بودن VF: یا آسیستول در ECG و کاردیاک مانیتورینگ.

زمانی که فعالیت عضله قلب متوقف می‌شود، خون‌رسانی به قسمت‌های مختلف بدن از جمله مغز متوقف می‌شود. در صورتی که ۴-۶ دقیقه از زمان ایست قلبی گذشته باشد و اقدامی در جهت احیای بیمار انجام نشود احتمال آسیب به مغز وجود خواهد داشت. اگر ۱۰-۷ دقیقه از زمان ایست قلبی گذشته باشد و بعد از آن CPR آغاز شود، مغز از بین رفته و حتی در صورت موفقیت احیاء بیمار حالت مرگ مغزی خواهد داشت. پس یکی از مهم‌ترین نکات شروع بلافاصله

CPR به محض تشخیص ایست قلبی است. زمان بسیار حیاتی است. حتی یک دقیقه تأخیر در شروع CPR احتمال موفقیت آن را کاهش می‌دهد.

مرگ بالینی:

فاصله زمانی بین شروع ایست قلبی-ریوی (زمان صفر) که فرد فاقد نبض و تنفس است و نشانه‌های بالینی حیات وجود ندارد تا ایجاد تغییرات دائمی و غیرقابل برگشت در سلول‌های مغزی اطلاق می‌شود. بعد از مرگ بالینی بلافاصله باید CPR را شروع نمود تا ضایعات قابل برگشت در سلول‌های مغزی به مرحله برگشت‌ناپذیری یا دائمی (مرگ فیزیولوژیک) نرسد.

مرگ فیزیولوژیک:

در صورت تأخیر در شروع CPR و کمبود اکسیژن و گردش خون بیشتر از ۴-۶ دقیقه آسیب‌های جبران‌ناپذیری در مغز ایجاد و منجر به مرگ فیزیولوژیک می‌گردد به عبارت دیگر ایست قلبی - ریوی که همراه با آسیب‌های جبران‌ناپذیر در مغز است.

علائم ویژه مرگ بالینی و فیزیولوژیک:

۱- حرارت بدن: در مرگ حقیقی، حرارت بدن برابر با دمای محیط و سرد است ولی در مرگ بالینی حرارت بدن تابع محیط نبوده و گرم است

۲- قوام عضلات: در مرگ حقیقی، عضلات سفت شده ولی در مرگ بالینی عضلات قوام طبیعی دارند.

۳- رفلکس مردمک: در مرگ حقیقی، مردمک‌ها گشاد و در مقابل نور واکنشی نشان نمی‌دهند ولی در مرگ بالینی مردمک‌ها در مقابل نور تنگ می‌شود.

هدف اولیه احیاء قلبی - ریوی - مغزی: حفظ یک مغز سالم و یک بیمار دارای عملکرد است.

زنجیره حیات:

از شش حلقه تشکیل شده است اولین حلقه در زنجیره حیات داخل بیمارستانی پیشگیری است.

در سال ۲۰۲۰ به مراقبت‌های بعد از انجام احیا و مراحل ریکاوری نیز توجه خاص داشته و آن را از جمله عوامل مؤثر در بهبود و برگشت بیمار در نظر گرفته است.

اقدامات پایه احیاء (BLS (Basic life support

تشخیص فوری ایست ناگهانی قلب

اطلاع‌رسانی سریع به سیستم اورژانس

شروع سریع اقدامات BLS

انجام سریع عمل شوک با یک دستگاه الکتروشوک (ترجیحاً AED

مراحل اجرای احیاء قلبی ریوی پایه بر اساس دستورالعمل ۲۰۲۰ به ترتیب زیر می‌باشد.

بررسی پاسخ

چک کردن نبض

شروع سریع (CPR ماساژ قلبی و تنفس)

انجام سریع دفیبریلاسیون با یک AED

قبل از شروع اقدامات احیاء، فرد احیاگر باید محیط را از نظر امنیت فیزیکی (تصادفات و صدمات احتمالی) بررسی نماید و در صورت عدم وجود خطر برای احیاگر اقدامات را انجام دهد.

از نظر حفاظت در مورد انتقال احتمالی بیماری‌های واگیردار، فرد احیاگر باید به وسایل حفاظت فردی مانند ماسک، شیلد و.... مجهز باشد و در زمان شیوع بیماری کووید ۱۹ با حداقل نفرات عملیات احیاء انجام شود.

معیارهای شناسایی بیمار: فرد به واسطه سه عملکرد زیر مورد ارزیابی قرار می‌گیرد:

بیمار غیر پاسخگو

تنفس ندارد یا تنفس مؤثر ندارد

فقدان نبض (نبض براکیال در شیرخواران و نوزادان و نبض کاروتید در کودکان و بزرگسالان بررسی می‌گردد)

قدم بعدی اعلام کمک به وسیله اعلام کد در بیمارستان و یا استفاده از موبایل به اورژانس اطلاع داده می شود. و دستگاه الکتروشوک یا AED توسط فرد دوم بر بالین بیمار حاضر می شود

چک نبض:

احیاء گر غیر حرفه ایی نباید اقدام به چک کردن نبض کند و باید در مواجهه با یک کلاپس قلبی ناگهانی (ایست شاهد) و یا یک مصدوم بدون پاسخ که تنفس نرمال ندارد فرض را بر این گذارد که ایست قلبی اتفاق افتاده است. در هر حال کارکنان بهداشتی و درمانی نباید برای چک کردن نبض بیش از ۱۰ ثانیه از زمان را هدر دهند و در این زمان اگر نبض قابل حس کردن و ردیابی نبود ، ماساژ قلبی سریعاً شروع گردد .

استفاده از کاپنوگراف جهت بررسی مناسب بودن تهویه

استفاده از اولترا سونوگرافی جهت بررسی محل لوله تراشه (در صورت تعبیه)

استفاده از اکسیژن با Fio_2 بالا (۱۰۰ درصد) در حداقل زمان ممکن

استفاده از) ECMO(Extracorporeal Membrane Oxygenation اکسیژناسیون غشایی برون پیکری)

عدم هیپرونتیلیاسیون

بررسی علت برگشت پذیری ($\text{OH}_5\text{-T}$) بعد از ۳ سیکل از انجام احیاء (شش دقیقه)

استفاده از اپی نفرین در ریتم های $\text{non shockable(asystole_PEA)}$ در اسرع وقت و همچنین بعد از شوک دوم در ریتم های $\text{Shockable(V.tach -V.fib)}$

ماساژ قلبی:

انجام ماساژهای قلبی مؤثر برای برقراری جریان خون در حین CPR لازم و ضروری می باشند. به همین علت همه بیمارانی که در فاز ایست قلبی قرار دارند باید ماساژ قلبی دریافت کنند. برای فراهم کردن ماساژهای قلبی مؤثر، سریع و محکم فشردن قفسه سینه لازم است $\text{push hard-push fast}$ نرمه کف دست بر روی وسط جناق سینه (کمی پایین تر از نیمه پایینی استرنوم) قرار گرفته و کف دست دیگر بر روی آن قرار داده می شود.

اشخاص غیر حرفه ایی و حرفه ایی باید ریت ماساژ قلبی - ۱۲۰ - ۱۰۰ بار در دقیقه را جهت مصدوم فراهم کنند و عمل ماساژ ۵ - ۶ سانتیمتر عمق داشته باشد . اجازه به برگشت وریدی (Recoil) بعد از هر ماساژ قلبی داده شود و ایجاد حداقل وقفه در دادن ماساژ قلبی باشد.

نکته: تعداد ماساژ بیشتر از ۴۰ بار در دقیقه و همچنین با عمق بیشتر از ۶ سانتی متر می تواند به بیمار آسیب برساند. قدم بعدی در جهت دادن تنفس مصنوعی بعد از ۳۰ بار فشردن قفسه سینه است. اگر مصدوم تنفس نداشت یا تنفس بریده بریده داشت تنفس مصنوعی را شروع کنید با توجه به اینکه وضعیت قرار گرفتن سر در برخی مصدومین غیر پاسخگو باعث انسداد راه هوایی و جلوگیری از تنفس مناسب خواهد شد. لذا قبل از شروع تهویه مصنوعی، باز کردن راه هوایی از اهمیت خاصی برخوردار است.

بعد از شروع ماساژ قلبی ، در صورتیکه احیاءگر آموزش دیده باشد باید تنفس های مصنوعی را به صورت دهان به دهان (با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ این فرایند در حال حاضر توصیه نمی شود) و یا به وسیله بگ و ماسک جهت فراهم آوری اکسیژناسیون و ونتیلاسیون شروع نماید. فن ساده خم کردن سر به عقب و بالا کشیدن چانه head tilt – chin lift برای باز کردن راه هوایی به کار می رود. در صورتی که احتمال آسیب مهره های گردن وجود دارد باید از مانور به جلو راندن فک تحتانی بدون خم کردن سر به عقب استفاده نمود jaw thrust

نکته: احیاءگران حرفه ای مجاز به استفاده از فن jaw thrust نیستند.

باید از دادن تنفس های پرفشار و سریع اجتناب کرد زیرا ونتیلاسیون بیش از حد می تواند منجر به کاهش برون ده قلبی و افزایش خطر آسیب راسیون محتویات معده و از طرفی افزایش فشار داخل توراکس و کاهش خون رسانی به مغز و قلب و بدتر شدن وضعیت نرولوژیک فرد گردد. هر تنفس داده شده باید در ظرف یک ثانیه انجام شود که در صورت باز بودن صحیح راه هوایی موجب بالا آمدن قفسه سینه می گردد تا زمانی که راه هوایی پیشرفته تعبیه نشده است ، احیاءگران ریت ۳۰ ماساژ به ۲ تنفس را جهت قربانی فراهم می آورند . بهتر است احیاءگران از یک منبع اکسیژن (غلظت ۱۰۰٪ و جریان ۱۰ الی ۱۲ لیتر در دقیقه) در صوت مهیا بودن ، استفاده نمایند

نکته : با توجه به شرایط موجود و شیوع بیماری کووید ۱۹ توصیه شده است که به جهت جلوگیری از انتشار ترشحات دهان و حلق بیمار در صورت امکان در اولین فرصت ممکنه بیمار اینتوبه شود و همچنین از فیلترهای HME برای آمبوبگ استفاده گردد. با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ توصیه به استفاده از محفظه های محافظتی و یا ویدیو لارنگوسکوپ جهت اینتوباسیون بیماران شده است.

بعد از تعبیه راه هوایی قطعی ، کفایت ونتیلاسیون مجدداً ارزیابی می شود که این کار با سمع صداهای ریوی و مشاهده بالا آمدن قفسه سینه صورت می گیرد ، علاوه بر این محل قرارگیری قطعی لوله تراشه ، باید با یک آزمون ثانویه تأیید شود (برای کاهش مثبت یا منفی کاذب). کاپنوگرافی برای اندازه گیری دی اکسید کربن انتهای بازدم به کار می رود و ایدئال ترین روش برای تأیید محل قرارگیری لوله داخل نای است و بر کاربرد آن توصیه فراوانی شده است . از طرفی می تواند وسیله ای برای اطمینان از کفایت گردش خون ریوی باشد. بعد از اطمینان از محل صحیح قرارگیری لوله داخل

نای و فیکس کردن آن هر ۸-۶ ثانیه یک تنفس داده می‌شود (۱۰-۸ تنفس در هر دقیقه) و دیگر نیازی به هماهنگی ونتیلایسیون با تهویه نمی‌باشد به این صورت که فرد مسئول ونتیلایسیون با سرعت ۱۰-۸ تنفس در دقیقه فرد را ونتیله می‌کند و فرد مسئول فشردن قفسه سینه با سرعت حداقل ۱۰۰ بار و حداکثر ۱۲۰ بار در دقیقه ماساژ قلبی را ادامه می‌دهد.

اندازه و میزان فیکس کردن لوله تراشه در آقایان (۲۲-۲۳)، سائز لوله تراشه در مردان بر اساس وزن و قد انتخاب می‌شود و اصولاً از سائز ۷.۵ یا ۸ انتخاب می‌شود در صورت قد بالاتر از ۱/۸ متر از لوله تراشه با سائز بزرگ‌تر استفاده می‌شود. اندازه و میزان فیکس کردن لوله تراشه در خانم‌ها (۲۱-۲۲) سائز لوله تراشه در زنان بر اساس وزن و قد انتخاب می‌شود و اصولاً از سائز ۷ یا ۶ انتخاب می‌شود در صورت قد بالاتر از ۱/۸ متر از لوله تراشه با سائز بزرگ‌تر استفاده می‌شود.

مدیریت درمان ایست قلبی

چهار اریتمی می‌توانند باعث ارست قلبی شوند که عبارت‌اند از: فیبریلاسیون بطنی (VF) Ventricular fibrillation

تاکیکاردی بطنی بدون نبض (VT) Rapid ventricular tachycardia

فعالیت الکتریکی بدون نبض (PEA) Pulseless electrical activity

آسیستول Asystole

که از آریتمی‌های فوق فیبریلاسیون بطنی و تاکیکاردی بطنی بدون نبض (VF/VT) جزء ریتم‌های قابل شوک دادن و آسیستول و فعالیت الکتریکی بدون نبض Asystole/ PEA جزء ریتم‌های غیرقابل شوک دادن می‌باشد الگوریتم احیای قلبی و ریوی پیشرفته در ارست قلبی ناشی از آریتمی‌های قابل شوک دادن فیبریلاسیون بطنی، تاکیکاردی بطنی بدون نبض (VF/VT)

فراخوانی گروه احیاء - آغاز چرخه احیا با ۳۰ ماساژ قلبی و ۲ تنفس با استفاده از آمبوبگ فیلتر دار و چسباندن محکم (بدون نشستی) آن روی صورت برقراری اکسیژن برای بیمار - اتصال الکترودهای مانیتورینگ و یا پدل دفیبریلاتور بررسی ریتم بیمار: آیا ریتم بیمار قابل شوک دادن است؟ بله

فیبریلاسیون بطنی، تاکیکاردی بطنی بدون نبض و VF/VT

دادن شوک با دستگاه بی فازیک ۲۰۰ ژول و سپس ادامه CPR به مدت دو دقیقه (انجام ۵ سیکل ۳۰ : ۲) و تزریق اپینفرین و در صورت نیاز هر ۳ دقیقه تکرار شود و ارزیابی ریتم بیمار بعد از آن (۱۰ ثانیه) در صورت مشاهده مجدد آریتمی قابل شوک مجدداً در نوبت دوم شوک با دستگاه بی فازیک ۲۰۰ ژول و سپس ادامه CPR به مدت دو دقیقه (انجام ۵ سیکل ۳۰ : ۲) و تزریق ۳۰۰ mg آمیودارون به صورت IV/IO و سپس ۱۵۰ mg دیگر، در صورت فقدان

این دارو لیدوکائین ۵-۱۰ mg/kg به صورت IV/IO به عنوان دوز اولیه و سپس ۰/۰-۵/۰ mg/kg تا سقف دوز ۳ mg/kg داده می شود و سپس ۲ CPR دقیقه (انجام ۵ سیکل) ۳۰ : ۲

ارزیابی ریتم بیمار بعد از اقدامات بالا به مدت (۱۰ ثانیه)

ارجحیت مسیر IV بر مسیر IO

۲۰۲۰ (جدید): برای مراقبت کنندگان منطقی است که در زمان ایست قلبی برای تجویز دارو ابتدا سعی کنند مسیر IV را تعبیه نمایند. اگر تلاش‌ها برای مسیر IV ناموفق یا عملی نباشد، مسیر IO ممکن است در نظر گرفته شود. درمان علل برگشت پذیر ارست قلبی باید مدنظر باشد.

پنج T	پنج H
Hypoxia	Toxin
Hypovolemia	Tamponade (cardiac)
Hydrogen ion (acidosis)	Tension pneumothorax
Hypo-/hyperkalemia	Thrombosis, pulmonary
Hypothermia	Thrombosis, coronary

الگوریتم احیای قلبی و ریوی پیشرفته در ارست قلبی ناشی از آریتمی های غیرقابل شوک دادن در بیمار جزء ریتم غیرقابل شوک دادن بود (آسیستول و PEA) بررسی بیمار از نظر عدم تنفس یا تنفس غیرطبیعی و بررسی همزمان نبض به مدت ۱۰ ثانیه در صورت عدم وجود نبض و تنفس فراخوانی گروه احیاء - آغاز چرخه احیا با ۳۰ ماساژ قلبی و ۲ تنفس با استفاده از آمبوبک فیلتر دار و چسباندن محکم (بدون نشتی) آن روی صورت برقراری اکسیژن برای بیمار - اتصال الکترودهای مانیتورینگ و یا پدل دفیبریلاتور

بررسی ریتم بیمار: آیا ریتم بیمار قابل شوک دادن است؟ خیر

ریتم غیرقابل شوک دادن بود - آسیستول و PEA

CPR را با شروع ماساژ قلبی انجام دهید. یا برای کنترل مجدد نبض اقدام نکنید.

۲۰۲۰ (بدون تغییر /تائید مجدد): با توجه به زمان بندی، برای ایست قلبی با ریتم غیرقابل شوک، تجویز اپی نفرین در اسرع وقت منطقی است.

تا زمانی که بیمار حرکت نماید و یا افراد گروه CPR پیشرفته برسند، عملیات را به ترتیب فوق ادامه بدهید.

درمان با شوک الکتریکی

درمان با شوک الکتریکی به معنای انتقال جریان الکتریکی از طریق قفسه سینه به قلب است. میزان این جریان (تحریک) به اندازه‌ای است که می‌تواند در خلال عبور جریان، قلب را دپولاریزه و با خاموش کردن کانون‌های نابجا متعاقباً امکان فرماندهی مجدد برای پیس میکر اصلی قلب یعنی گره سینوسی دهلیزی SA فراهم گردد. از سال‌های گذشته، استفاده از جریان مستقیم الکتریکی یا D.C شوک Direct Current به‌عنوان درمان انتخابی و اورژانس برای دیس ریتمی‌های قلبی مطرح می‌باشد. هدف از جریان مستقیم الکتریکی انتقال تحریک الکتریکی از طریق قفسه سینه به قلب است. میزان این تحریک به اندازه‌ای است که می‌تواند در خلال عبور جریان، قلب را در حالت دپولاریزه نگه دارد.

متعاقب دپولاریزاسیون سلول‌های قلبی توسط تخلیه جریان الکتریکی، کلیه سلول‌های قلبی به حالت رپولاریزه درخواهد آمد. با خاموش شدن تمامی کانون‌های تحریکی، امکان فرماندهی مجدد پیس میکر اصلی قلب افزایش می‌یابد.

به‌طور کلی جهت درمان دیس ریتمی‌های قلبی از دو نوع شوک الکتریکی استفاده می‌شود:

۱- شوک هماهنگ (کاردیوورژن) cardioversion

۲- شوک غیر هماهنگ (دیفبریلاسیون) Defibrillation

Cardioversion کاردیوورژن

کاردیوورژن عبارت است از: استفاده از نیروی الکتریکی جهت ختم تاکی دیس ریتمی‌هایی که دارای کمپلکس‌های QRS می‌باشند (فیبریلاسیون دهلیزی، تاکیکاردی بطنی، فلوتر دهلیزی و...) در کاردیوورژن بعد از روشن کردن دکمه synch، میزان انرژی لازم انتخاب سپس دستگاه شارژ می‌شود. هنگام تخلیه انرژی روی قفسه سینه، بعد از فشردن دکمه‌های روی پدال جهت تخلیه انرژی، چند ثانیه بایستی صبر نمود تا تخلیه شوک انجام شود (برعکس دیفبریلاسیون که تخلیه انرژی بلافاصله انجام می‌شود).

Defibrillation دیفبریلاسیون

دیفبریلاسیون، شوک غیر هماهنگ Asynchronous می‌باشد که در موقعیت‌های اضطراری بکار می‌رود. در دیفبریلاسیون دکمه synch دستگاه باید خاموش باشد. دیفبریلاسیون، کلیه سلول‌های میوکارد را کاملاً به‌طور هم‌زمان دپولاریزه نموده و گره سینوسی را قادر می‌سازد که مجدداً نقش خود را به‌عنوان پیس میکر قلب ایفا نماید.

مهم‌ترین جز در زنجیره بقاء استفاده هر چه سریع‌تر از دیفبریلاتور می‌باشد. با این توضیح که هر یک دقیقه تأخیر در اجرای آن احتمال برگشت VF را ۷-۱۰٪ کاهش می‌دهد. به این خاطر بهتر است دستگاه دیفبریلاتور بر بالین بیماران بدحال، که احتمال ایست قلبی آن‌ها وجود دارد آماده باشد.

باید دانست که زمان تخلیه اولین شوک الکتریکی در تعیین برآیند درمانی مورد انتظار بسیار مؤثر است. لذا با توجه به نقش حیاتی زمان در مواردی که امکان استفاده از مانیتورینگ قلبی وجود نداشته باشد، الزاماً باید از دفیبریلاسیون کور (blind) استفاده نمود. دفیبریلاسیون فوری در کلیه افراد بالای یک سال در کلیه ایست‌های قلبی ناگهانی شاهد دار ضروری است. اما در صورت عدم وجود شاهد یا احیاگر در زمان ایست قلبی و گذشت چند دقیقه از زمان آن، حتماً باید سیکل CPR قبل از شوک انجام شود. به خاطر اینکه وقتی از ایست قلبی ناشی از VF (فیبریلاسیون بطنی) (دقایقی می‌گذرد، احتمالاً قلب اکسیژن و مواد موردنیاز خود را برای ایجاد انقباض مؤثر از دست می‌دهد. در این زمان ارتفاع امواج VF اصولاً کاهش می‌یابد و به‌این‌ترتیب اجرای شوک قادر به محدود کردن VF نیست. لذا انجام دو دقیقه CPR قبل از شوک، defibrillation استفاده نمود. دفیبریلاسیون فوری در کلیه افراد بالای یک سال در کلیه ایست‌های قلبی ناگهانی شاهد دار ضروری است. اما در صورت عدم وجود شاهد یا احیاگر در زمان ایست قلبی و گذشت چند دقیقه از زمان آن، حتماً باید سیکل CPR قبل از شوک انجام شود. به خاطر اینکه وقتی از ایست قلبی ناشی از VF (فیبریلاسیون بطنی) (دقایقی می‌گذرد، احتمالاً قلب اکسیژن و مواد موردنیاز خود را برای ایجاد انقباض مؤثر از دست می‌دهد. در این زمان ارتفاع امواج VF اصولاً کاهش می‌یابد و به‌این‌ترتیب اجرای شوک قادر به محدود کردن VF نیست. لذا انجام دو دقیقه CPR قبل از شوک جریان خون قلب و اکسیژن و مواد موردنیاز آن را در اختیار قلب قرار می‌دهد. بدین ترتیب ارتفاع امواج VF نیز افزایش یافته، احتمال موفقیت شوک دفیبریلاسیون افزایش می‌یابد.

شرایط لازم جهت تخلیه موفق شوک الکتریکی

انتخاب پدال‌های مناسب: اکثر دستگاه‌های دفیبریلاتور، مجهز به پدال‌های مخصوص بزرگسالان هستند که طول تقریبی آن‌ها ۱۳ سانتیمتر است. در کودکان باید از پدال‌های با طول ۸ سانتیمتر و در نوزادان از پدال‌هایی با طول ۵/۴ سانتیمتر استفاده نمود.

انتخاب محل صحیح جای‌گیری پدال‌ها روی قفسه سینه:

رایج‌ترین روش (antrolateral) قدامی-طرفی (می‌باشد).

محل قرارگیری پدال‌ها در ناحیه apex پنجمین فضای بین دنده‌ای چپ و دیگری در طرف راست استرنوم، دومین فضای بین دنده‌ای راست زیر استخوان کلاویکول قرار داده می‌شود.

* روش (antroposterior) قدامی-خلفی. (در افرادی که پیس میکر دائمی دارند می‌توان پدال‌ها را به‌صورت قدامی-خلفی نیز قرارداد).

- تماس کافی پدال‌ها با سطح قفسه سینه: پدال‌ها باید با فشاری در حد ۲۵ پوند یا ۱۱ کیلوگرم روی سطح قفسه سینه فشرده شوند. به‌علاوه سطح پدال‌ها باید به میزان ۲ میلی‌متر با ژل الکتروود یا نرمال سالین آغشته گردد. در غیر این صورت تخلیه انرژی به داخل قفسه سینه با اشکال روبرو شده، موج الکتریکی از سطح پوست عبور کرده، منجر به سوختگی می‌گردد.

-انتخاب صحیح مقدار انرژی : مقادیر توصیه شده انرژی الکتریکی برای دیس ریتمی های مختلف در اطفال و بزرگسالان با توجه به نوع دیس ریتمی انتخاب می گردد.

روش تخلیه شوک دفیبریلاسیون

-ابتدا از حضور ریتم فیبریلاسیون بطنی در بیشتر از یک لید اطمینان حاصل کنید.

- دکمه مربوط به تنظیم انرژی را روی مقدار موردنظر قرار دهید.

-در صورتی که نوع دستگاه شوک مشخص نیست، باید از مقدار ۲۰۰ ژول شروع کرد.

-در نوزادان و کودکان ، اولین شوک با مقدار ۲ j/kg و شوک های بعدی با ۴ j/kg داده می شود.

- پدال های دستگاه الکتروشوک را در دست بگیرید: در دست راست پدال مربوط به Apex و در دست چپ پدال مربوط به Sternum

-به میزان ۲ میلی متر، سطح پدال ها را با ژل لوبریکنت آغشته کنید.

- پدال ها را روی قفسه سینه بیمار در محل صحیح قرار دهید:

- پدال ها را با نیرویی برابر ۱۱ کیلوگرم روی قفسه سینه بیمار فشار دهید.

- جهت دادن شوک اعلام آمادگی کنید.

- سریعاً مشاهده کنید که هیچ یک از افراد احیاگر با بدن بیمار در تماس نباشند.

- توجه کنید که رابط اکسیژن از بیمار جدا شده باشد.

- دکمه شارژ دستگاه را فشار دهید.

-پس از شنیدن صدای بوق مربوط به شارژ کامل دستگاه، بطورهمزمان دکمه تخلیه روی پدال ها را توسط انگشت شست فشار دهید.

- سریعاً صفحه مانیتورینگ را از نظر تغییرات حاصله در ریتم بیمار مشاهده نمایید

نکات ایمنی هنگام تخلیه شوک الکتریکی:

*اطمینان از عدم تماس احیاگران با بیمار هنگام تخلیه شوک ، زیرا می تواند در فرد سالم منجر به ایست قلبی شود

*قطع جریان اکسیژن

*اطمینان از فقدان نبض در زمانی که مانیتورینگ در دسترس نباشد.

*کنترل ریتم در بیشتر از یک لید

*عدم حمایت از ۲ شوک متوالی

مفید بودن ۲ شوک متوالی برای ریتم‌های قابل شوک مقاوم ثابت نشده است. بعد از هر شوک بلافاصله ماساژ قلبی شروع شود و زمان برای ارزیابی ریتم قلبی تلف نشود

دارودرمانی در حین احیا MEDICATION :

در طی احیاء هدف اصلی رساندن داروها با حداکثر سرعت و از راه مناسب به ارگان هدف است. برقراری راه وریدی مهم است اما نباید با عملیات احیا و دفیبریلاسیون تداخل داشته باشد. داروها به صورت بولوس تزریق می‌شوند. اگر پاسخ فوری نیاز باشد، تزریق وریدی بهترین راه تزریق است، که این راه رسیدن دارو به ارگان هدف را تضمین و غلظت مناسب آن را ایجاد و پاسخ کامل دارو را برقرار می‌کند. اگر راه وریدی در دسترس نباشد بهترین راه، تزریق داخل تراشه است. انفوزیون داخل استخوانی داروها، راه دیگری است که به‌ویژه در کودکان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

تزریق وریدی :

در بسیاری از موارد احیا دسترسی به ورید مرکزی نیاز نیست. به‌طور معمول داروها هنگامی که از وریدهای محیطی تزریق می‌شوند نیاز به ۱ تا ۲ دقیقه زمان دارند تا به قلب برسند درحالی‌که در استفاده از وریدهای مرکزی زمان ناچیز است به‌عنوان اولین مکان‌های دسترسی عروقی، از وریدهای محیطی بازو استفاده کنید زیرا به‌سادگی و با کمترین عوارض، قابل رگ‌گیری بوده و مانع از انجام سایر اقدامات نمی‌شود. بعد از تزریق هر دارو به صورت بولوس، جهت بهبود انتقال دارو، اندام مربوطه را بالاتر از سطح بدن قرار داده و ۲۰ میلی‌لیتر سرم با فشار به داخل رگ تزریق کنید. اگر گردش خون بعد از تزریق داروی اولیه به صورت محیطی بهبود پیدا نکرد، رگ‌گیری از ورید مرکزی (ورید ژوگولر داخلی یا ورید ساب کلاوین) توصیه می‌شود. زمان رسیدن دارو در تزریق از راه IO در موارد فاقد کلاپس عروقی برابر با تزریق از راه ورید مرکزی است. در موارد شکست راه‌های IV و IO برخی از داروهای احیا را می‌توان از راه داخل تراشه تجویز کرد.

تزریق داخل تراشه:

راه داخل تراشه در اطفال، افراد چاق و معتادان تزریقی که گرفتن ورید مشکل است. ارزش زیادی دارد. دلیل فیزیولوژیک برای تزریق تراشه بر این اساس است که ریه‌ها داری سطح وسیع و دارای سطح مویرگی وسیعی می‌باشند. در صورتی که گرفتن رگ طولانی شود، بسیاری از داروها (اپی نفرین، لیدوکائین، آتروپین و نالوکسان) را می‌توان مستقیماً به داخل لوله تراشه تزریق نمود برای به دست آوردن اثر یکسان، ۲ تا ۲.۵ برابر دوزهای متعارف وریدی تجویز کنید. برای تجویز دارو از راه داخل تراشه باید مقدار مناسب از دارو را با ۵ تا ۱۰ سی‌سی آب مقطر یا نرمال سالین رقیق کنیم. بعد از تزریق داخل لوله تراشه جهت تقویت انتشار دارو هوای زیادی به بیمار بدهید.

کانول گذاری داخل استخوان:

مواد تزریق شده به داخل مغز استخوان تقریباً به طور سریع از طریق کانال های ورید میانی مغز استخوان، وریدهای تغذیه ای و وریدهای در مسیر، جذب گردش خون وریدی سیستمیک می شوند. هر دارویی که بتوان از راه وریدی تزریق کرد، می توان از طریق سوزن کار گذاشته شده در استخوان نیز تجویز نمود، توجه به اینکه به نظر نمی رسد حجم یا مقدار مایعات تجویز شده در استفاده از این روش برای جبران کمبود حجم مایعات کافی و مؤثر باشد

دارودرمانی در احیای قلبی عروقی پیشرفته:

سه داروی اپی نفرین، آمیودارون و به مقدار کمتر لیدوکائین بیشترین استفاده را در بین سایر داروها دارد و باید توجه بیشتری به آنها نمود. برای موارد اورژانس مربوط با مواد افیونی در بزرگسالان و نوجوانان، امدادگران در صورت آموزش از قبل، برای احیای قلبی ریوی باید فشردن قفسه سینه و تنفس مصنوعی را برای بیمار انجام دهند و در صورتی که آموزش ندیده اند باید تنها با فشردن قفسه سینه اکتفا کنند. در اطفال و نوزادان در احیای قلبی ریوی باید فشردن قفسه سینه و احیای تنفسی انجام شود.

برای احیا مواد افیونی و اپیوئید بعد از شروع احیا، نالوکسان و AED را در صورت در دسترس بودن، نظر بگیرید. (آمپول نالوکسان را می توان عضلانی و داخل بینی به بیمار داد)

ارست قلبی مادر باردار:

برنامه ریزی تیمی بایستی بر اساس همکاری بخش های زنان و نوزادان و اورژانس و مراقبت ویژه سرویس های ایست قلبی انجام شود. اولویت های ارست قلبی در زنان باردار اقدام به CPR با کیفیت بالا و برطرف کردن فشار از آئورتوکوال بر اثر رحم حامله با جابجا کردن جانبی و لترال رحم به طور ایدئال شرایط انجام سزارین بیش از فرارسیدن مرگ را بسته به وجود منابع و مهارت تکنسین در طی ۵ دقیقه فراهم شود.

در بارداری اختلال راه هوایی شایع است لذا از ماهرترین تکنسین استفاده شود. جهت اینتوباسیون داخل تراشه و با تجهیزات پیشرفته اداره راه هوایی پیشرفته سوپراگلوتیک استفاده شود لوله یک سایز کوچک تر از اندازه معمول و بعد از آن لوله گذاری از کاپنوگراف جهت تأیید استفاده شود. از اکسیژن ۱۰۰٪ و پرهیز از تهویه بیش از حد استفاده شود. رگ گیری از بالای دیافراگم شود و در صورت دریافت منیزیم وریدی توقف آن و تجویز کلرید کلسیم یا گلوکونات کلسیم شود.

علل بالقوه ایست قلبی در بارداری در نظر گرفته شود که عبارت از:

خونریزی، داروها، آمبولی، تب، پنچ H یا T، قلبی

حتماً گروه احیا مراقبت ویژه نوزادان در بالین مادر آماده باشد و نوزاد را تحویل بگیرد.

به دلیل امکان تداخل در احیای مادر، مانیتورینگ جنینی در هنگام ایست قلبی زن باردار نباید انجام شود. برای زنان بارداری که پس از احیا در کما می‌مانند، مدیریت هدفمند دما توصیه می‌شود. در طول مدیریت هدفمند دما بیمار باردار، توصیه می‌شود که جنین به‌طور مداوم از نظر برادی کاردی به‌عنوان یک عارضه بالقوه کنترل شود، و باید به دنبال مشاوره زنان و زایمان باشید.

تغییرات احیا قلبی و ریوی کودکان ۲۰۲۰

فشردن محکم (حداقل یک سوم قطر قدامی خلفی قفسه سینه) و سریع (۱۰۰ تا ۱۲۰ بار در دقیقه) و اجازه برگشت کامل قفسه سینه نسبت ماساژ و تهویه یا الگوی ۱۵ به ۲ در صورت عدم راه هوایی پیشرفته در صورت راه هوایی پیشرفته هر ۲ تا ۳ ثانیه یک تنفس همراه با فشردن هم‌زمان قفسه سینه اولین شوک ۲ ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، شوک دوم ۴ ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، شوک‌های بعدی: ۴ ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن، حداکثر دوز ۱۰ ژول به ازای هر کیلوگرم وزن بدن / به مقدار دوز بزرگسال برای اینتوبه کردن شیرخواران و کودکان منطقی است که بجای ETT بدون کاف از نوع کاف دار استفاده شود. زمان استفاده از ETT کاف دار باید به سائیز ETT، موقعیت و فشار باد کاف توجه شود. (معمولاً کمتر از ۵۱ تا ۵۲ سانتیمتر آب).

استفاده معمول فشار به کریکوئید در حین لوله‌گذاری داخل نای کودکان دیگر توصیه نمی‌شود. برای بیماران اطفال در هر موقعیتی منطقی است که دوز اولیه اپی نفرین طی ۲ دقیقه اول ماساژ قفسه سینه تزریق شود. دوز اپی نفرین وریدی / داخل استخوانی: با دوز ۰.۰۱ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم

• ماکزیمم دوز ۱ میلی گرم

• تکرار هر ۳ تا ۵ دقیقه

• در صورت عدم وجود مسیر وریدی و یا داخل استخوانی به صورت داخل لوله تراشه با ۰.۱/۰ دوز میلی گرم به ازای هر کیلوگرم (۱/۰ سی سی به ازای هر کیلوگرم از محلول ۱ میلی گرم در سی سی)

• آمیودارون وریدی / داخل استخوانی: ۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم در حین فاز ارست و قابل تکرار تا سه بار در VF مقاوم یا VT بدون نبض و یا لیدوکائین وریدی یا داخل استخوانی ۱ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم

انتوباسیون اندوتراکئال یا راه هوایی سوپراگلوتیک

• کاپنوگرافی موجی شکل یا کاپنومتري برای تایید جای گزاری لوله تراشه

فرمول محاسبه لوله تراشه اطفال بر اساس وزن و قد است. در صورت وجود نوار بروسولوو آن را در کنار کودک قرار داده و بر اساس دستورالعمل که بر روی آن نوشته، کودک را اینتوبه کنید. ولی در صورت عدم وجود آن از فرمول سن تقسیم بر ۴ به اضافه ۳.۵ استفاده کنید و سایز لوله تراشه را تخمین بزنید

برای شیرخواران زیر یک سال بر اساس وزن و قد می باشد ولی عموماً از لوله بدون کاف با سایز لوله ۳.۵ استفاده می شود.

احیا نوزاد

احیای نوزاد تازه متولد شده مستلزم آینده نگری و آمادگی مراقبت کنندگانی بوده که هم به صورت انفرادی و هم تیمی آموزش دیده اند. اکثر نوزادان تازه متولد شده نیازمند کلمپ فوری بند ناف یا احیا نبوده و می توان پس از تولد طی تماس پوستی با مادر مورد ارزیابی و مانیتورینگ قرار گیرند .

پیشگیری از هیپوترمی موضوعی مهم برای احیای نوزاد تازه متولد شده می باشد. اهمیت تماس پوستی با مادر در سلامت کودکان به منظور تقویت پیوند والدین، شیردهی و حفظ نرموترمی (درجه حرارت عادی) تقویت شده است. در نوزادان تازه متولد شده که نیازمند حمایت پس از تولد می باشند اولویت با تهویه و اتساع ریه ها است. مهم ترین نشانه تهویه مؤثر و پاسخ به مداخلات احیا، افزایش ضربان قلب است. پالس اکسیمتری جهت راهنمای اکسیژن درمانی و دستیابی به اهداف اشباع اکسیژن خون شریانی استفاده می شود.

ساکشن روتین لوله داخل تراشه (ETT) برای نوزادان سرحال و بی حال که با مایع آمنیوتیک آغشته به مکنونیوم (MSAF) متولد می شوند توصیه نمی شود. ساکشن ETT تنها زمانی اندیکاسیون دارد که پس از تهویه با فشار مثبت (PPV) احتمال انسداد راه هوایی وجود داشته باشد.

در صورتی که مراحل اصلاح تهویه، ترجیحاً لوله گذاری داخل تراشه، به شکل مناسب انجام گرفته ولی با پاسخ ضعیف ضربان قلب همراه باشد باید فشردن قفسه سینه شروع شود. پاسخ ضربان قلب به ماساژهای قلبی و داروها باید به وسیله الکتروکاردیوگرافی مانیتورینگ گردد. در صورت نیاز به دسترسی عروقی در نوزادان تازه متولد شده، مسیر وریدی ناف ترجیح داده می شود. وقتی دسترسی IV امکان پذیر نیست، مسیر IO ممکن است در نظر گرفته شود.

در صورت پاسخ ضعیف به ماساژهای قفسه سینه، تجویز اپی نفرین ترجیحاً از طریق مسیر داخل عروقی ممکن است منطقی باشد. نوزادانی که نمی توانند به اپی نفرین پاسخ دهند و سابقه یا معاینه ای مبنی بر از دست دادن خون دارند، ممکن است به حجم دهنده ها نیاز داشته باشند.

۱. چک لوازم احیاء طبق چک لیست (آمبویگ، لارنگوسکوب و ...)

۲. گرم کردن وارمر قبل از تولد نوزاد

۳. تحویل گرفتن و گرم نگه داشتن نوزاد و خشک کردن و تحریک کردن نوزاد طی ۳۰ ثانیه

۴. بررسی تنفس و تعداد ضربان قلب و سچوریشن نوزاد و بستن پروپ پالس اکسیمتری به دست راست نوزاد طی ۳۰ ثانیه بعد

۵. در صورت تنفس مشکل و سیانوز مرکزی پایدار و ضربان قلب بالای ۱۰۰ تجویز اکسیژن گرم و مرطوب ۳۰٪ با بلندر با (لوله اکسیژن یا ماسک اکسیژن از طریق بگ وابسته به جریان یا نئوپاف یا ته باز لوله خرطومی بگ متسع شونده) ۶. اعلام کمک (اعلام کد ۳۳)

۷. در صورت ضربان قلب کمتر از ۱۰۰ و عدم تنفس خودبه خودی شروع P.P.V. بلافاصله با اکسیژن گرم و مرطوب ۲۱٪ - ۳۰٪

۸. اولین ارزیابی ضربان قلب و بررسی تنفس و سچوریشن نوزاد بعد از ۱۵ ثانیه p.p.v دادن

۹. در صورت عدم بالا رفتن ضربان قلب و عدم اتساع ریه های نوزاد شروع اقدامات اصلاحی (مانور سوپا) طی ۱۵ ثانیه

۱۰. ارزیابی دوم ضربان قلب و تنفس و سچوریشن نوزاد بعد از ۳۰ ثانیه p.p.v دادن

۱۱. در صورت مشاهده ضربان قلب کمتر ۶۰ لوله گذاری نوزاد و دادن p.p.v با اکسیژن ۱۰۰٪ و فشردن قفسه سینه طی ۳۰ ثانیه جهت لوله گذاری نوزاد حتماً از لارنگسکوپ با تیغه صاف استفاده می شود و از لوله تراشه بدون کاف بر اساس قد و وزن نوزاد استفاده می شود در نوزادان زیر یک کیلوگرم یا زیر ۲۸ هفته از سایز لوله ۲/۵ و بین یک تا دو کیلو یا بین ۲۸ تا ۳۴ هفته از لوله تراشه سایز ۲ و بالاتر ۲ کیلوگرم از سایر لوله تراشه ۳/۵ استفاده می شود و جهت فیکس کردن از فرمول وزن به اضافه ۶ استفاده می شود.

۱۲. ارزیابی مجدد ضربان قلب و تنفس و سچوریشن نوزاد و در صورت مشاهده ضربان قلب کمتر ۶۰ علی رغم تهویه با فشار مثبت مؤثر فشردن قفسه سینه و تزریق اپی نفرین

در صورتی که همه ی این مراحل احیا به طور مؤثری به اتمام رسیده باشد و تا ۲۰ دقیقه پاسخ ضربان قلب وجود نداشته باشد، تغییر مسیر مراقبت باید با گروه و خانواده در میان گذاشته شود..

* اعضای گروه ۹۹ (احیای بزرگسال)

۱. رهبر گروه: طبق دستورالعمل شماره ۳۶۴۱۶/۴۰۱ د مورخ ۲۵/۱۲/۱۳۹۴ معاون درمان وزارتخانه: مدیریت و مسئولیت گروه احیا در اورژانس با متخصص طب اورژانس و در سایر بخش های بستری با متخصص بیهوشی مقیم و در

صورت عدم حضور با متخصص داخلی و قلب مقیم می‌باشد ۲. سوپروایزر : سوپروایزر وقت ۳. مسئول شیفت بخش ۴. پرستار : ICU طبق برنامه تنظیم‌شده ماهیانه ۵. پرستار اورژانس : طبق برنامه تنظیم‌شده ماهیانه ۶. هوشبری : طبق برنامه تنظیم‌شده ماهیانه ۷. پرستار مسئول بیمار

اعضای گروه کد ۱۱ (جهت احیا مادر و جهت احیای مادر دچار خونریزی)

۱. متخصص بیهوشی ۲. متخصص زنان و زایمان ۳. سوپروایزر : سوپروایزر وقت ۴. مسئول شیفت بخش ۵. پرستار : ICU طبق برنامه تنظیم‌شده ماهیانه ۶. مامای مسئول شیفت بخش زایمان ۷. کارشناس هوشبری اتاق عمل زنان ۸. ماما/پرستار مسئول بیمار

*اعضای گروه کد ۳۳ (جهت احیا نوزاد)

۱. رهبر گروه : متخصص نوزادان/ رزیدنت اطفال ۲. سوپروایزر : سوپروایزر وقت ۳. مسئول شیفت بخش ۴. NICU کارشناس هوشبری اتاق عمل زنان ۵. مسئول بخش / شیفت بلوک زایمان ۶. ماما/پرستار مسئول بیمار

سایر اعضای گروه شامل : نگهبان، تأسیسات می‌باشند که در محل حضور پیدا می‌کنند و کارشناس آزمایشگاه و مرکز تلفن در حالت آماده‌باش قرار می‌گیرند.

تقسیم‌کار و شرح وظایف پرستاران اورژانس در احیای بیماران در اتاق CPR

A مسئول گروه کد : پزشک

۱. مسئولیت رهبری و هدایت عملیات احیاء

۲. درخواست تجویز داروها و انجام دفیبریلاسیون (در صورت لزوم)

۳. کنترل راه هوایی بیمار

۴. لوله‌گذاری داخل تراشه

۵. اعلام خاتمه کد

۶. تکمیل فرم CPR

B مسئول شیفت اورژانس

۱. هماهنگ کننده مسئولیت ها و آرایش گروه

۲. هماهنگی جهت مرتفع ساختن نقایص حین عملیات احیاء (تجهیزات ، نیروی انسانی و ..)

۳. هماهنگی با تخصص های لازم جهت حضور حین عملیات احیاء در صورت لزوم

۴. هماهنگی با واحدهای پاراکلینیک در صورت لزوم (آزمایشگاه، بانک خون و ...)

۵. مسئول مستندسازی و ثبت لحظه به لحظه وقایع حین CPR ثبت زمان اعلام کد ، زمان انجام شروع عملیات احیاء، همچنین تکمیل فرم نظارت بر عملکرد کد با اخذ امضا از کلیه اعضا حاضر در کد، اعلام و ثبت زمان شروع احیاء و زمان طی شده و تذکر در مورد مواقع لازم مثل دادن داروها و دفیلاتور)

۶. تأمین وسایل و تجهیزات و رفع نواقص

۷. مسئول درج گزارش عملیات احیاء در فرم احیاء.

۸. تهیه گزارش کامل از عملیات احیاء (عملکرد ، نقاط قوت و نقایص) و گزارش به سوپروایزر اورژانس

C پرستار مسئول بیمار / پرستار اتاق احیاء:

۱. اعلام کد داخلی اورژانس

۲. مسئول شروع عملیات BLS به محض مشاهده ارست قلبی - تنفسی بیمار

۳. انجام مانیتورینگ قلبی

۴. مسئول آماده سازی وسایل جهت اینتوباسیون و دیگر تجهیزات مورد نیاز جهت انجام پروسیجرهای تهاجمی از جمله CVLine گذاری ، چست تیوب گذاری و ...

۵. مسئول درج گزارش عملیات احیاء در پرونده بیمار و ثبت لوازم و داروهای مصرفی برای بیمار.

D کد مسئولیت (A & B (air way & breathing پرستار تحت نظر زنان مسئول تنفس و برقراری راه هوایی بیمار می باشد، با شرح وظایف:

۱. انجام ونتیلاسیون تا انتهای عملیات احیاء

۲. ساکشن ترشحات داخل دهان ، حلق و تراشه بیمار (در صورت لزوم)

۳. تجویز دارو از طریق لوله تراشه بر اساس دستور پزشک

(E پرستار): C پرستار تحت نظر مردان (مسئول کنترل و برقراری گردش خون با شرح وظایف:

۱. کنترل نبض بیمار

۲. قرار دادن تخته ماساژ زیر بیمار

۳. انجام ماساژ قلبی

۴. توجه به مانیتورینگ بیمار در حین عملیات احیا

۵. کمک در استفاده از دستگاه الکترشوک طبق دستور پزشک

نحوه چیدمان داروهای ترالی در کشوی اول و دوم از راست به چپ و به شکل ماریچی است

- داروهای ستاره دار = دارو هایی که نیاز به مانیتورینگ قلبی دارند
- در ویرایش هفتم آمپول های میدازولام، فنی توئین و هالوپریدول جزء دارو های ستاره دار ترالی اورژانس می باشند.
- [2] در ویرایش هفتم ویال دکستروز ۲۰٪ در کشوی دوم ترالی حذف شده است
- در ویرایش هفتم تعداد اسپری سالبوتامول در کشوی دوم ترالی اورژانس از یک عدد به دو عدد افزایش یافته است.
- در ویرایش هفتم آمپول رانیتیدین از طبقه دوم ترالی اورژانس حذف شده است.
- در ویرایش هفتم دیگوکسین در کشوی اول ترالی اورژانس از ۳ به ۱ عدد کاهش یافته است.
- در ویرایش هفتم تعداد آمپول فنوباربیتال در کشوی اول ترالی اورژانس از ۵ عدد به ۳ عدد کاهش یافته است.
- در ویرایش هفتم آمپول لورازپام از کشوی اول ترالی اورژانس حذف شده است و مجدداً دپازپام در کشوی اول قرار گرفته است.
- در ویرایش هفتم تعدا آمپول دیفن هیدرامین به ۵ عدد افزایش یافته است.
- در ویرایش هفتم آسپرین ۳۲۵، ۱۰۰ mg به تعداد ۱۰ عدد موجود است

اکسیژن درمانی

اکسیژن به عنوان یک دارو میزان مصرف معین، طریقه مصرف مشخص، و عوارض مخصوص به خود را دارا هست

اصطلاح مهم در اکسیژن درمانی

(۱) هایپوکسمی: کاهش میزان اکسیژن خون شریانی

(۲) هایپوکسی: زمانی که هایپوکسمی در سطح سلولی منجر به کاهش اکسیژناسیون بافتی می شود

نکات مهم:

۱. هدف اکسیژن تراپی: کاهش کار تنفسی و برداشتن فشار از روی میوکارد است
۲. اشباع اکسیژن بالاتر از ۹۲ درصد در بیماران COPD باعث نارسایی تنفسی یا حتی مرگ و میر می گردد.
۳. اکسیژن بالاتر از ۹۶٪ می تواند باعث صدمه به بافت مجاری تنفسی و آلوئول می شود
۴. در بخش های کووید ۱۹ بالادست مخصوص کرونا پرسنل حتما از وسایل حفاظت فردی شامل: لباس مخصوص، ماسک مناسب، شیلد یا عینک و دستکش استفاده کرد
۵. تا حد ممکن برای بیماران از ماسک جراحی روی سوند اکسیژن و یا High flow nasal Oxygen استفاده شود
۶. برای کاهش خطر انتقال ویروس در استفاده از بای پپ نیز توصیه می شود بجای بای پپ پرتابل از ونتیلاتور های دارای مد NIV استفاده گردد تا بازدم بیمار مستقیما وارد هوای محیط نگردد

عوارض اکسیژن تراپی:

۱. هیپوونتیلیسیون و نارکوزیس دی اکسید: بطور طبیعی مهار مراکز تنفسی در اثر افزایش $Paco_2$ است. در بیمارانی که دچار اختلالات مزمن ریوی همراه با احتباس CO_2 هستند تدریجا حساسیت مراکز تنفسی به $Paco_2$ از بین رفته و تحریک تنفس به واسطه Pao_2 است. تجویز زیاد اکسیژن با مقدار کنترل نشده در این افراد موجب افزایش Pao_2 و کاهش تهویه آلوئولی و مسمومیت با CO_2 و آپنه میشود.
۲. مسمومیت با اکسیژن: بدن بال مصرف اکسیژن با غلظت بیش از ۶۰٪ برای بیش از ۲۴ الی ۴۸ ساعت باعث بروز علائمی مثل: تراکئوبرونشیت، احتقان بینی، سرفه های شدید و بدون خلط، درد رترواسترنال، دیس پنه، خستگی، سردرد، تهوع و بی اشتها می باشد
۳. صدمات چشمی: اکسیژن موجب انقباض عروق خونی پیوسته شریانچه ها می شود: اختلال بینایی، ایجاد عوارض روی قرنیه و عدسی (افراد دارای بیماری های شبکه مستعد تر هستند)
۴. آتکتازی جذبی: ۷۹٪ اکسیژن حاوی نیتروژن است که موجب باز نگه داشتن آلوئول ها و حفظ حجم باقی مانده می گردد (در صورت تجویز حجم زیاد اکسیژن باعث خروج نیتروژن و در نتیجه کلاپس آلوئولی می شود).

فصل یازدهم

محاسبات دارویی



نحوه محاسبه دارو هایی که بصورت میکروگرم در دقیقه یا میلی گرم در دقیقه تجویز می شوند(از طریق میکروست)

دوز درخواستی دارو $\times 60 \times$ (فاکتور قطره) $\times$ مقدار محلول بر حسب میلی لیتر

مقدار محلول در حلال

توجه: واحد مقدار دارو در حلال باید مناسب با واحد دوز داروی تجویز شده باشد مثلاً در مورد نیتروگلیسرین که واحد آن بر حسب

میکروگرم می باشد، واحد دوز داروی تجویز شده و مقدار دارو در حلال هم بایستی به میکرو گرم تبدیل گردد.

روش محاسبه سریع

هرگاه دارویی با هر میزانی در ۱۰۰ سیسی میکروست ریخته شود ۶ قطره آن حاوی همان مقدار داروست که ریخته شده با یک واحد کوچکتر

5mg TNG در 100 سی سی میکروست حل کردید، 6 قطره آن 5 میکرو گرم TNG دارد.

200 mg دوپامین در 100 سی سی میکروست حل کردید، 6 قطره آن 200 میکرو گرم دوپامین دارد.

5 mg نیپراید در 100 سی سی میکروست حل کردید، 6 قطره آن 5 میکرو گرم نیپراید دارد.

یعنی برای تهیه 10 میکرو گرم دوپامین در بیمار 60 کیلوگرمی از معادله زیر استفاده می کنیم:

200 میکروگرم 6 قطره

میکرو 60x10 کیلوگرم

قطره میکروست 18=60x6

200

نحوه محاسبه مقدار دوزاژ دارو های درصد

وقتی عنوان درصد برای یک دارو مطرح می شود، بیانگر این موضوع است که در 100 میلی لیتر محلول X گرم از آن دارو موجود می باشد به عنوان مثال دو درصد یعنی دو گرم دارو در صد میلی لیتر محلول

روش محاسبه سریع

هرگاه محلول برحسب درصد باشد درصد را برداشته و با اضافه کردن صفر کنار عدد باقی مانده مقدار دارو برحسب میلی گرم در 1 میلی لیتر بدست می آید. بطور مثال :

محلول یک درصد یعنی 10 میلی گرم دارو در یک میلی لیتر محلول بنابراین محلول 2 درصد لیدوکائین حاوی 20 میلی گرم در هر میلی لیتر محلول می باشد.

فرمول ساخت انواع غلظت های محلول ها و سرم ها

حجم محلول مورد نظر x غلظت محلول غلیظ تر _ غلظت مورد نظر _ حجم محلول غلیظ تر

محلول رقیق تر _ غلظت محلول غلیظ تر

مثال : برای بیمار سرم دکستروز 20٪ تجویز شده است چند ویال دکستروز 50٪ نیم لیتری ریخته شود؟

اول حدود 150 سی سی از سرم قندی 5٪ کم کرده سپس 3 ویال 50٪ به آن می افزاییم

$$\frac{X \times 20}{50} = 166,6$$

50-5

فصل یازدهم

بحران





کدهای وضعیت اضطراری در مراکز درمانی استان البرز	
فوریت درجه 1	11
فوریت درجه 2	22
فوریت درجه 3	33
فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی به حوادث و بلایا	123
فوریت های زیر ساختی (حوادث داخلی)	44
ایمنی و آتش نشانی	25
انتظامات	60
احیا مادر باردار	77
احیا نوزاد	88
احیا بزرگسال	99
تخلیه بیمارستان	100
درمان سکته قلبی	247
درمان سکته مغزی	724
نشست و برخاست بالغرد اورژانس هوایی	350
حوادث در تجمعات انبوه	450
حوادث جوی	500
شیوع اپیدمی (کرونا و ...)	550



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز مدیریت عملیات بحران دانشگاه (EOC)



کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
11	فوریت درجه 1	به وضعیت اطلاع می‌تواند که یکی از بخش‌های بیمارستان را درگیر کرده و از ایجاد اختلال در عملکرد واحدهای همجوار برخوردار نبوده و بتوان با امکانات تحت‌تکثیر همان بخش نسبت به تکلیف و مهار آن اقدام نمود. وضعیت است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: 1- مراجعه همزمان معنوم بیمار به تعداد 10 درصد ظرفیت بیمارستان 2- مراجعه همزمان 3 بیمار معنوم به حال غیر مرتبط با تکمیل بیمارستان 3- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان 2 نفر در یک بخش یا بیمارستان 4- بروز حادثه شکلی در یک بخش، با 1 تا 4 معنوم	سوپروایزر، پرسنل بخش درگیر و 2 تا 3 نفر از پرسنل بخش‌های تکمیل بیمارستان	اعلام کد 11 توسط مسئول تکمیل بخش بعد از ارزیابی وضعیت، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی	• همزمان یا بعد از کد دوم 99، کد 11 نیز اعلام می‌گردد.
22	فوریت درجه 2	به وضعیت اطلاع می‌گردد که یکی از بخش‌های بیمارستان را درگیر کرده و از پتانسیل ایجاد اختلال در عملکرد یک یا دو بخش دیگر برخوردار بوده و امکان تأثیر گذاری بر تدوین فعلیهای جاری بیمارستان را دارد و برخی تکلیف و مهار آن نیاز به پشتیبانی از منابع سایر بخش‌ها محتمل می‌باشد. وضعیت است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: 1- مراجعه همزمان معنوم بیمار به تعداد 10 تا 15 درصد ظرفیت بیمارستان 2- مراجعه همزمان 4 تا 5 بیمار معنوم غیر مرتبط با تکمیل بیمارستان 3- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان 3 نفر در بیمارستان 4- بروز حادثه شکلی با 5 تا 10 معنوم یا 2 تا 2 قوتی و یا ترکیبی از این دو	سوپروایزر، مدیر بخش بیمارستان (Bed Manager)، پرسنل بخش‌های درگیر و 8 تا 9 نفر از پرسنل بخش‌های تکمیل بیمارستان	اعلام کد 22 توسط سوپروایزر و با مسئول تکمیل بعد از ارزیابی، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی	• اعلام به EOC دانشگاه • بیمارستانی که کمتر از 70 تخت فعال دارند می‌تواند برای هر سه فوریت درجه اول و دوم یک تیم 3 تا 4 نفره تعین کند. • در صورت نیاز لشکده از سایر ظرفیتهای درمانی بیمارستان‌های استان یا هم‌دانش EOC دانشگاه
33	فوریت درجه 3	به وضعیت اطلاع می‌گردد که بروز شرایطی که منجر به درگیر شدن بیش از دو بخش از بیمارستان شود و نتواند فعلیهای جاری بیمارستان را کنترل نموده و برخی تکلیف و مهار آن نیاز به منابع سایر بخش‌های بیمارستان و در صورت لزوم فعلیهای برنامه پاسخ بیمارستانی باشد. وضعیت است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: 1- مراجعه همزمان بیمار معنوم بیش از 15 تا 20 درصد ظرفیت بیمارستان 2- مراجعه همزمان بیش از 5 بیمار معنوم غیر مرتبط با تکمیل بیمارستان 3- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان بیش از 3 نفر در بیمارستان که از توان پشتیبانی آن بیمارستان خارج می‌باشد. 4- بروز حادثه ای شکلی با بیش از 10 معنوم یا بیش از 3 قوتی و یا ترکیبی از این دو	سوپروایزر، مدیر بخش بیمارستان (Bed Manager)، پرسنل بخش‌های درگیر و 12 تا 18 نفر از پرسنل بخش‌های تکمیل بیمارستان	اعلام کد 33 بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی	• اعلام به EOC دانشگاه • در صورت نیاز لشکده از سایر ظرفیتهای درمانی بیمارستان‌های استان یا هم‌دانش EOC دانشگاه
123	فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی به حوادث و بلاای	به وضعیت اطلاع می‌گردد که نیازمند فعال سازی سلسله فرماندهی حادثه (HICS) به منظور ایجاد هماهنگی و برنامه ریزی، افزایش ظرفیت و پشتیبانی در قالب برنامه پاسخ اضطراری (EOP) می‌باشد. این کد در وضعیت‌های اضطراری (ازدواج و قریه) با اعلام EOC، سایر مراجع نیلای خارج از بیمارستان و یا تولید (EOC) و یا توسط فرمانده حادثه بیمارستانی می‌تواند فعال شود.	لشای سلسله فرماندهی حادثه HICS (بر اساس میزان فعلیهای سلسله)	اعلام کد 123 بعد از ارزیابی، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی با مسئولیت فرمانده سلسله • بر اساس فرایند سلسله هشدارسرن حوادث تکمیل بیمارستانی	• اعلام به EOC دانشگاه • حضور لشای فرماندهی در محل HCC



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز مدیریت عملیات بحران دانشگاه (EOC)



44	فورتهای زیر ساختی (حوادث داخلی)	قطع آب، برق، گن، سیستم‌های سیستم تهویه، مشکلات سازه ای و غیر سازه ای، قطع گازهای پرخطر مثل اکسیژن و... که منجر به ایجاد اختلال در ارائه خدمات می‌گردد.	سوپروایزر، مسئول بخش با مسئولیت بخش درگیر، تسهیلات، نظارتات، خدمات	اعلام کد 44 بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر و با مسئول تکمیل، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی • بر اساس فرایند سلسله هشدارسرن حوادث تکمیل بیمارستانی	• اعلام به EOC دانشگاه • در صورتی که حادثه، دارای معنوم و یا قوتی در تراز یک کنه‌ای 11، 22، 33، باشد، کنه‌ای مذکور نیز بعد از ارزیابی، اعلام می‌گردد.
25	ایمنی و آتش نشانی	وقوع آتش سوزی یا نشت مواد خطرناک در بخش یا سایر قسمت‌های بیمارستان (وقوع هر حادثه ای که جان افراد حاضر در آن بخش را به خطر بیندازد و به عملیات امداد و نجات نیاز داشته باشد).	سوپروایزر، تسهیلات، نظارتات، تسهیلات، مسئول بخش با مسئولیت بخش	اعلام کد 25 بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر و با مسئول تکمیل، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی • بر اساس فرایند سلسله هشدارسرن حوادث تکمیل بیمارستانی	• اعلام به EOC دانشگاه • در صورتی که حادثه، دارای معنوم و یا قوتی در تراز یک کنه‌ای 11، 22، 33، باشد، کنه‌ای مذکور نیز بعد از ارزیابی، اعلام می‌گردد. • در صورت گذرگی حادثه، و یا نیاز به تسهیلات تخصصی، از سازمان ایمنی و آتش نشانی درخواست کمک شود.
60	انتخابات	ضرب و جرح، درگیری، اغتشاش، ازدحام، گروگانگیری، سرقت، قرار بیمار، احتمال ریزدن نوزاد و اقدام به خودکشی، موارد مشابه در داخل بیمارستان	سوپروایزر، حراست، مسئول بخش با مسئولیت، تسهیلات	اعلام کد 60 بعد از ارزیابی توسط سوپروایزر و با مسئول تکمیل، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی • بر اساس فرایند سلسله هشدارسرن حوادث تکمیل بیمارستانی	• اعلام به EOC دانشگاه • در صورتی که حادثه، دارای معنوم و یا قوتی در تراز یک کنه‌ای 11، 22، 33، باشد، کنه‌ای مذکور نیز بعد از ارزیابی، اعلام می‌گردد. • در صورت گذرگی حادثه، و یا نیاز به تسهیلات تخصصی، از نیروی نظارتی درخواست کمک شود.
77	احیاء و باردار	موارد ایست قلبی - تنفسی مادر باردار	لشای کد 77	اعلام کد 77 توسط سوپروایزر و با مسئول تکمیل، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی	• با اعلام کد دوم 77، کد 11 نیز اعلام گردد.
88	احیاء نوزاد	موارد ایست قلبی - تنفسی نوزاد	لشای کد 88	اعلام کد 88 توسط سوپروایزر و با مسئول تکمیل، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی	• با اعلام کد دوم 88، کد 11 نیز اعلام گردد.
99	احیاء بزرگسال	موارد ایست قلبی - تنفسی بزرگسال	لشای کد 99	اعلام کد 99 توسط سوپروایزر و با مسئول تکمیل، از طریق سیستم‌های ارتباطی تکمیل بیمارستانی	• با اعلام کد دوم 99، کد 11 نیز اعلام گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز هدایت عملیات تهران دانشگاه (EOC)



100	تخلیه بیمارستان	حادثه ای که منجر به تخریب قسمتی از ساختمان یک بخش و یا بیمارستان شود. یا وقوع حوادثی که احتمال آسیب بیمارستان و کادر درمانی و تجهیزات مطرح باشد. که بخش یا بیمارستان نیاز به تخلیه داشته باشد. از جمله: زلزله، نشست زمین، ریزش آوار، سیل، آتش سوزی، نشت مواد خطرناک، حوادث تروریستی و... *	اعضای کد 100 در مورد تخلیه بیمارستان: اعضای (HICS) کادر درمانی، انتظامات، خدمات اعضای کد 100 در مورد تخلیه یک بخش: سوپروایزر (فرمانده حادثه)، مسئول شیفت، پرسنل بخش، خدمات، انتظامات	اعلام کد 100 پدناز ارزیابی توسط فرماندهی عملیات. از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	اطلاع به EOC دانشگاه قبل از اعلام کد 100، به منظور ایجاد هماهنگی و ارزیابی اولیه، کد 123 فعال گردد. تخلیه بیمارستان صرفاً با دستور فرمانده حادثه صورت می گیرد.
247	درمان سکنه قلبی	کد سکنه قلبی جهت مدیریت درمان بیمارستان با اعلام مشخصه ایسکی حاد میوکارد همراه با بالا رفتن پایدار قطعه ST یا LBBB که به نظر می رسد جدید باشد.	اعضای کد 247 (مطابق با دستورالعمل ایلانی)	با اعلام کد 247 و زمان رسیدن بیمار توسط اورژانس (EMS) به سوپروایزر بیمارستان مقصد و اعلام به کت لب فعال می شود.	در بیمارستانهای تخصصی 247
724	درمان سکنه مغزی	این کد که برای بیمار با علامت سکنه حاد مغزی در 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز توسط بیمارستان های مشمول طرح صورت می پذیرد.	اعضای کد 724 (مطابق با دستورالعمل ایلانی)	با اعلام کد 724 و زمان رسیدن بیمار توسط اورژانس (EMS) به سوپروایزر بیمارستان مقصد و اعلام به تیم stroke فعال می شود.	در بیمارستانهای تخصصی 724
350	اورژانس هوایی	آمادگی بیمارستان جهت برگزاری ایمنی و امنیت نشست و برخاست بالگرد و تحویل بیمار یا مصدوم *	سوپروایزر، سرپرستار بخش اورژانس، انتظامات (حراست)، آمبولانس (در صورت نیاز) خدمات (بیمار بر)	اعلام کد 350 پدناز دریافت خبر اعزام بیمار توسط بالگرد از EOC دانشگاه و یا توسط سوپروایزر. از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	*در موارد نیاز مراکز درمانی به اورژانس هوایی بر اساس فرآیند درخواست ابلاغی اقدام شود. *موارد مربوط به ایمنی و امنیت بر اساس فرآیند (SMS) گزارش و پیگیری شود.
450	حوادث در تجمعات انبوه	حوادث در جشن ها، مراسمات مذهبی، ناآرامی های مردمی، ورزشگاه ها و...	اعضای HICS کد 11، کد 22، کد 33 در صورت فعال سازی با توجه به سطح حادثه	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی
500	حوادث جوی	سیل، طوفان، نگرگ، بارش برف سنگین، یخبندان، سرما زدگی، آلودگی هوا و...	اعضای HICS کد 11، کد 22، کد 33 و کد 44 در صورت فعال سازی با توجه به سطح حادثه برحسب شرایط	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی
550	شیوع بیماری (گرونا و...)	افزایش غیرمعمول در تعداد موارد یک بیماری که معمولاً در منطقه یا جمعیت مشخص اتفاق می افتد و یا بروز یک بیماری که قبلاً در یک ناحیه وجود نداشته است.	اعضای HICS، کمیته کنترل عفونت بیمارستان و کمیته مدیریت خطر حوادث و بلافاصله برحسب سطح حادثه	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی

فایرباکس یا جعبه آتش نشان * (Firebox): محفظه ای برای نگهداری سیستم اطفاء حریق که شامل قرقره نگهدارنده شلنگ و کپسول اطفاء حریق است.

انواع کپسول های اطفاء حریق *

*کپسول پودر و گاز) *کپسول دارای گیج فشار، نازل به شکل شلنگ ساده : جهت انواع روغن ها، بنزین، گازوئیل، نفت و مشتقات مواد نفتی
*کپسول (CO₂) کپسول دارای نازل شیپوری شکل : (جهت الکتریسیته و وسایل برقی

*کپسول آب و گاز) *کپسول آبی رنگ : (جهت کاغذ، پارچه و چوب

