

بسم الله الرحمن الرحيم

کتاب توجہی بدو ورود سال 1402



مرکز پزشکی، آموزشی درمانی شهید رجایی کرج
گروه هدف: کادر پرستاری - اداری - پاراکلینیک - فراگیران گروه پرستاری

نویسندگان:

دکتر علیرضا دهقان نیری (ریاست مرکز)

مهراد نصیری (مدیریت مرکز)

پریسا اسمعیل زاده (مدیریت پرستاری)

مقصومه بابائی (سوپروایزر آموزشی)

سمیه قاسمی (سوپروایزر کنترل عفونت)

رویانه خانی (سوپروایزر ارتقاء سلامت)

سارثیدی (کارشناس پرستاری)

مقصومه اعلایی (مسئول کارگزینی)



فهرست

معرفی بیمارستان.....	۴
فصل اول: رسالت بیمارستان	۷
فصل دوم: قوانین و مقررات اداری بیمارستان	۱۰
فصل چهارم: مدیریت آموزش	۲۳
فصل پنجم: نظام تشویق و تنبیه و ارزیابی پرسنل.....	۳۱
فصل ششم: شرح وظایف کادر پرستاری	۳۹
فصل هفتم: آموزش	۴۳
فصل هشتم: کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد.....	۶۲
فصل نهم: ایمنی بیمار.....	۸۵
فصل دهم: ارتقاء سلامت.....	۱۱۸
فصل یازدهم: مدیریت بحران.....	۱۳۱
فصل دوازدهم: آتش نشانی.....	۱۳۴
رفرنس.....	۱۴۲

معرفی بیمارستان و مدیران

بیمارستان شهید محمد علی رجایی کرج با اهداء زمین و بنا توسط مرحوم یدآ. دهستانی و با مالکیت دولتی از سال ۱۳۴۵ به صورت درمانگاه شروع به کار نموده و از سال ۱۳۶۱ با دایر نمودن ۲ بخش داخلی و اورژانس با ۱۰۰ تخت مصوب به فعالیت خود ادامه داده است. زیر بنای بیمارستان در ابتدا ۱۳۷۴ متر مربع بوده است که با گسترش فضای فیزیکی در سال های ۱۳۶۸ و ۱۳۷۷ و ۱۳۹۵ هم اکنون مساحت کل بیمارستان ۷۷۵۰ مترمربع و زیر بنای آن ۶۰۰۰ متر مربع می باشد. این بیمارستان در فروردین ۹۴ طبق دستورالعمل وزارت مطبوع به " مرکز پزشکی آموزشی درمانی تعیین گردید این بیمارستان تا انتهای سال ۱۳۹۵ دارای ۲۶۹ تخت فعال است، واحدهای کلینیکی و پاراکلینیکی بیمارستان شامل: داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، کلونوسکپی، رکتوسیگموئیدسکپی، گاستروسکپی، تست ورزش، اکو کاردیوگرافی، نوار مغز، نوار قلب، آنژیوگرافی، گاما اسکن، سی تی اسکن، EPS-TPM-PPM-ICD- تست فیزیوتراپی، اسپیرومتری - سونوگرافی داپلر - نوار تست عصب و عضله

کلینیک درمانگاه ها شامل:

روانپزشکی - تغذیه - انکولوژی و هماتولوژی - روماتولوژی - فوق تخصص ریه - فوق تخصص قلب و عروق - فوق تخصص جراحی قلب و عروق - فوق تخصص نفرولوژی - فوق تخصص داخلی - فوق تخصص گوارش - طب فیزیکی - فوق تخصص غدد - فوق تخصص خون و انکولوژی - آنالیز پیس میکر - اکوکاردیوگرافی - فصد خون

مدیران بیمارستان:

دکتر علیرضا دهقان نیری
ریاست بیمارستان

مهرداد نصیری
مدیریت بیمارستان

پرینا اسمعیل زاده
مدیریت پرستاری

نام بخش	نام سرپرستار	تعداد تخت
CCU 1	زهره رحمانی	۱۶
CCU 2	زهره عابدی	۱۲
CPU	مریم غلامی	۱۲
ICU 1	حسین داوودوندی	۱۲
ICU 2	زهره خرسند	۱۲
ICU OH	سمیه شاهواروقی	۱۰
Post-cath	ژیلا کاظمی	۱۸
دیالیز	ربابه کراری	۱۲
اورژانس	سمیه خمیس آبادی	۲۸
داخلی زنان	مهناز نوری	۲۶
داخلی مردان	طیبه گودینی	۲۷
داخلی قلب (۱)	شهربانو اکبری	۲۶
داخلی قلب (۲)	سعیده ورمزیار	۲۷
آنژیوگرافی	مسلم بیات	۲
اتاق عمل	معصومه قجری	۲
نورولوژی زنان	ثمانه صادقی	۱۹
نورولوژی مردان	الهام اسدیپور	۱۸
کلینیک ویژه	معصومه قنبری	-

رسالت بیمارستان

رسالت (Mission)

"مرکز پزشکی آموزشی درمانی شهید رجایی ارائه دهنده برترین خدمات تشخیصی و درمانی به گیرندگان خدمت بر پایه استاندارد های ملی و رعایت کرامت انسانی و اخلاق حرفه ای و عالی ترین سطح ایمنی بیمار با تمرکز بر بیماری های قلبی عروقی و مغز و اعصاب می باشد. همچنین این مرکز علاوه بر ارائه خدمات تشخیصی و درمانی با کیفیت به ارتقاء سطح کمی و کیفی آموزش و پژوهش پزشکی می پردازد."

اعتبار بخشی

اعتبار بخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت ، محوروبودن بیمار و بهبود امنیت بیمار و کارکنان تأکید دارد «اعتباربخشی» برای تشریح کیفیت خدمات بهداشتی درمانی و به عنوان مبنای تفکر آن به کار گرفته می شود. یکی از اهداف اصلی اعتباربخشی تامین، حفظ و ارتقای ایمنی بیمار، همراهان و کارکنان می باشد. واحد اعتبار بخشی بیمارستان شهید رجایی نیز در همین راستا در حال فعالیت می باشد.

چشم انداز (vision)

"میخواهیم به یکی از معتبر ترین و پیشرو ترین مراکز ارائه کننده خدمات درمانی، آموزشی و پژوهشی در زمینه بیماری های قلب و عروق و مغز و اعصاب در سطح کشور تبدیل شویم."

ارزشها (value)

- حفظ کرامت و ارزشهای متعالی انسانی در ارائه مراقبتها
- عدالت محوری و قانون مداری، مبنای تمامی تصمیمات و برنامه ها
- تلاش برای دست یابی به کیفیت مطلوب، مستمر و فراگیر
- تلاش برای ارتقاء رضایت کارکنان و مراجعین بیمارستان
- رعایت کلیه موازین اخلاق اسلامی در بیمارستان
- روابط شفاف مدیریتی و احترام به عقاید دیگران
- تاکید بر امر آموزش و پژوهش در درمان

تعیین اهداف کلان بیمارستان

عنوان اهداف کلان		
هدف کلان	G ۱	بهبود مستمر کمی و کیفی فرایندهای بیمارستانی
	G2	ارتقای ایمنی بیماران و کارکنان
	G3	بهبود مستمر فرایندهای آموزشی
	G4	افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان و رعایت اخلاق بالینی در محیط کار
	G5	ارتقاء بهره وری بیمارستان
	G6	تقویت و توسعه پژوهش و تحقیقات بالینی
	G7	ارتقاء سلامت بیماران و کارکنان و اجرای برنامه های
	G8	توسعه و بهبود فیزیکی و تجهیزاتی بیمارستان
	G9	کنترل و درمان بیماری کوید ۱۹

ارزشها (value)

حفظ کرامت و ارزشهای متعالی انسانی در ارائه مراقبتها

✓ عدالت محوری و قانون مداری، مبنای تمامی تصمیمات و برنامه ها
تلاش برای دست یابی به کیفیت مطلوب، مستمر و فراگیر

✓ تلاش برای ارتقاء رضایت کارکنان و مراجعین بیمارستان
رعایت کلیه موازین اخلاق اسلامی در بیمارستان

✓ روابط شفاف مدیریتی و احترام به عقاید دیگران

عنوان اهداف کلان

✓ بهبود مستمر کمی و کیفی فرایندهای بیمارستانی

ارتقای ایمنی بیماران و کارکنان

✓ کاهش میزان مرگ و میر بیماران

افزایش رضایتمندی بیماران و کارکنان

✓ ارتقای فرایندهای آموزشی و پژوهشی
توسعه فیزیکی بیمارستان

✓ ارتقا سلامت بیماران و کارکنان و استقرار واحد HOME CARE

قوانین و مقررات اداری بیمارستان

• مدت خدمت کارکنان

هر فرد براساس قانون ومقررات اداری موظف است به مدت ۴۴ ساعت در هفته کار کند.

مرخصی

انواع مرخصی: مرخصی استحقاقی، استعلاجی، اضطراری، بدون حقوق

مرخصی استحقاقی

کلیه کارکنان شاغل به نسبت مدت خدمت به ازای هر ماه ۲/۵ روز و سالی ۳۰ روز حق مرخصی استحقاقی با استفاده از حقوق ومزایا 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 باز خرید میشود و مازاد بر ۱۵ روز سوخت میگردد.

کارکنان قراردادی تبصره ۴ و شرکتهای مدت ۹ روز از مرخصی ایشان باز خرید میشود و مازاد بر ۹ روز سوخت میگردد

کارکنان طرحی در مدت طرح خود باید کلیه مرخصی های خود را استفاده کنند در صورت عدم استفاده مرخصی ایشان سوخت میگردد و

باز خرید 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 باز خرید نمیباشد.

از دواج دائم کارمند ازدواج فرزند کارمند فوت بستگان درجه یک شامل همسر، فرزند، پدر، مادر، خواهر، برادر

مرخصی استعلاجی

مرخصی استعلاجی، مرخصی است که بر اثر بیماری کارمند توسط پزشک معالج صادر میشود این استعلاجی در صورتیکه توسط پزشک

معتمد مرکز تایید شود در سیستم ثبت شود و از کارکرد فرد کم نمی شود.

استعلاجی بیشتر از ۳ روز باید به شورای پزشکی فرستاده شود و پس از تایید شورا حکم مرخصی برای فرد صادر میگردد.

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 تا یکسال 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 کار افتادگی درخواست داده و تامشخص شدن از کار افتادگی وی استعلاجی تمدید میگردد و فقط حقوق ثابت پرداخت میگردد.

استعلاجی زایمان برای کلیه کارکنان به مدت ۹ ماه میباشد در این مدت به کارکنان رسمی حقوق بطور کامل توسط سیستم داده میشود. ولی برای کارکنان قراردادی ماه حقوق ایشان بمدت ۶ماه از بیمه تامین اجتماعی و ۳ماه باقی مانده توسط سیستم داده میشود. استعلاجی برای زایمانهای سه قلو و بالاتر یکسال میباشد.

* کارکنان شرکتی مدت استعلاجی زایمان مدت ۶ماه میباشد.

* برای نیروهای ضریب کا مدت استعلاجی به ازای هر فرزند ۴ماه میباشد و مازاد بر این مدت جز خدمات نامبرده محاسبه نمیگردد و به خدمات ایشان اضافه میشود.

* به مادرانی که فرزند آنها مرده به دنیا می آید به مدت ۲ماه مرخصی زایمان تعلق میگیرد.

* به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل کرده میتوانند به مدت ۱۵روز از مرخصی اضطراری مراقبت از همسر به شرط موافقت مقام مسئول خود استفاده نمایند. ضمناً این مدت مرخصی در صورت عدم استفاده قابل باز خرید و ذخیره نمیشود.

مرخصی و پاس ساعتی از طریق سیستم mis وارد شود و همه پرسنل mis (اتوماسیون اداری) دارند.

پاس ساعتی

هر کارمند در ماه میتواند به مدت یک روز از پاس شخصی استفاده کند ضمناً در سال نمی تواند بیشتر از ۱۲روز تقویمی از پاس ساعتی استفاده کند. حداکثر مدت استفاده پاس ساعتی در روز به میزان نصف ساعت کاری روزانه میباشد.

پاس شیر

به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن ۲ سالگی فرزند روزانه یک ساعت پاس ساعتی شیردهی تعلق میگیرد. نحوه استفاده از پاس شیر دهی با هماهنگی مقام مسئول فرد انجام می شود.

*** ضمناً مادرانی فرزند زیر ۶ سال دارند میتوانند از یک ساعت کاهش ساعت کاری در روز استفاده کنند یعنی به جای ۴۴ساعت در هفته ۳۶ساعت کار کنند مشروط بر این که از پاس شیر و از قانون بهره وری استفاده ننمایند.***

مرخصی بدون حقوق

کارکنان رسمی، پیمانی در طول مدت خدمت خود میتوانند حداکثر تا ۳سال با موافقت بالاترین مقام مسئول خود استفاده کنند در صورت ادامه تحصیل در مقطع دکتری میتوانند تا ۲ سال هم مرخصی خود را تمدید کنند. کارکنان رسمی در صورتی که همسر ایشان جهت ماموریت یا ادامه تحصیل اعزام شده باشد فرد میتواند حداکثر از ۶ سال مرخصی بدون حقوق استفاده کنند.

ضمناً کارکنان رسمی آزمایشی نمی توانند در طول رسمی آزمایشی از مرخصی بدون حقوق استفاده کنند.

ارتقاء و انتصاب

حداقل شرایط لازم برای انتصاب در مشاغل مدیریت و سرپرستی :

- ۱- کسب بالاترین امتیاز در فرمهای درخواست تخصیص پست که براساس اطلاعات فردی ، شغلی ، تجربی ، مهارتی و مدیریتی توسط ستاد تنظیم شده است.
- ۲- دارا بودن مدرک کارشناسی مرتبط به رشته های شغلی طبق طرح طبقه بندی مشاغل
- ۳- گذراندن دوره آموزش مدیریت و یا دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد در یکی از گرایشهای مربوط به سطح مدیریتی خود
- ۴- حداقل ۷ سال سابقه دولتی در رشته های مربوط یا مشابه و یا ۶ سال سابقه مدیریت با ابلاغ
- ۵- اخذ حداقل ۶۰ امتیاز از معیارهای کلی وظایف ، نقشها و مهارتهای مدیریتی
- ۶- اخذ حداقل ۶۵ امتیاز از معیارها و شرایط اختصاصی
- ۷- اخذ حداقل ۷۰ امتیاز از معیارهای اخلاقی
- ۸- اخذ حداقل ۸۰ امتیاز از میانگین نمرات ارزشیابی ۴ سال منتهی به درخواست انتصاب

نحوه ارتقاء طبقه کارکنان

* نکته مورد توجه آن است که هر فرد برای ارتقای از یک طبقه به طبقه بعدی حتما باید در سامانه www.structure.behdasht.gov.ir ثبت نام نماید در غیر این صورت مسئولیتی بعهده کارگزینی نمی باشد .
- کارکنانی که مدرک تحصیلی ایشان پایان دوره ابتدایی و پایان دوره راهنمایی و دوره اول متوسطه میباشد ورودی طبقه ۲ و حداکثر ۵ طبقه (هر ۶ سال یک طبقه می گیرند)

کارکنان دارای مدرک تحصیلی دیپلم میباشدند ورودی طبقه ۳ و حداکثر ۶ طبقه (هر ۵ سال یک طبقه می گیرند)
کارکنانی که مدرک فوق دیپلم دارند ورودی طبقه ۴ و حداکثر طبقه ۶ (هر ۵ سال یک طبقه می گیرند)
کارکنانی که مدرک کارشناسی دارند ورودی طبقه ۵ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)
کارکنانی که مدرک کارشناسی ارشد دارند ورودی ۶ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)
کارکنانی که مدرک دکتری حرفه ای دارند ورودی طبقه ۷ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)
کارکنانی که مدرک دکتری تخصصی (PHD) دارند ورودی طبقه ۸ و حداکثر طبقه ۷ (هر ۴ سال یک طبقه می گیرند)

نحوه ارتقاء رتبه کارکنان

جهت ارتقای کارمند به یک رتبه بالاتر بدین ترتیب عمل میشود.

* نکته مورد توجه آن است که هر فرد برای ارتقای از یک رتبه به رتبه بعدی حتما باید در سامانه www.structure.behdasht.gov.ir ثبت نام نماید در غیر این صورت مسئولیتی بعهده کارگزینی نمی باشد .

* روند ارتقاء رتبه :مقدماتی—پایه—ارشد—خبره—عالی

در ارتقای رتبه و طبقه سیستم براساس سنوات تجربی افراد اقدام میکند.

*مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی : از مقدماتی به پایه ۸ سال / از پایه به ارشد ۲۰ سال / از ارشد به خبره ۲۴ سال سابقه تجربی نیاز میباشد . حداکثر رتبه تا کاردانی رتبه خبره میباشد .

* ارتقای رتبه از مقدماتی به پایه

بعد از ۶ سال سابقه تجربی - کسب حداقل ۶۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۷۰) - گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی

* ارتقای رتبه از پایه به ارشد

بعد از ۱۲ سال سابقه تجربی- کسب حداقل ۷۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۷۵) - گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی

*ارتقای رتبه از ارشد به خبره

بعد از ۱۸ سال سابقه تجربی - کسب حداقل ۸۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۸۰) - گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی

*ارتقای رتبه از خبره به عالی

بعد از ۲۴ سال سابقه تجربی - کسب حداقل ۹۰٪ نمره ارزشیابی (میانگین ۸۵) - گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی - کسب ۳۶۰ امتیاز از فرم ارتقاء رتبه ، در صورت عدم کسب امتیاز ۳۶۰ حتما باید مقاله مرتبط با رشته شغلی در سامانه ثبت تجارب تایید و سپس در سامانه ارتقا رتبه بارگذاری گردد.

نحوه محاسبه سوابق بخش خصوصی و قراردادی در حکم حقوقی

برای محاسبه سوابق بخش خصوصی مراحل زیر انجام می گردد:

- ۱- ارائه درخواست بابت بخش خصوصی جهت دریافت سیاهه ریز حقوقی به مرکز مربوطه
 - ۲- ارائه سابقه بیمه که مهمور به مهر تامین اجتماعی باشد .
 - ۳- ارائه سیاهه ریز حقوقی سالهای مربوطه که دارای مهر و امضای شرکت تحت پوشش باشد .
 - ۴- در صورت داشتن سابقه قراردادی تبصره ۳ ، کلیه احکام قراردادی مهمور به مهر کارگزینی محل خدمت قبلی ارائه گردد.
- مدارک به همراه صورتجلسه و ۵۰۲ و حکم حقوقی فرد ، مدیریت تحول اداری جهت تایید سوابق به ستاد ارسال میگردد.
- * ضمنا IC DL ، آزمون توجیهی حتما باید در شناسنامه آموزشی فرد ثبت گردد . در صورت عدم ثبت نسبت به تهیه صورتجلسه فرد اقدام نخواهد شد.

ارزشیابی

در واقع به واسطه ارزشیابی عملکرد کارمند در طول دوره یکساله که مورد بررسی قرار میگیرد موجب می شود خطاهای رایج کاهش یافته و کار براساس اطلاعات موثق و مستند انجام گردد.

* نکته مورد توجه آن است که هر فرد برای ارزشیابی حتما باید در سامانه www.karkonan.behdasht.gov.ir ثبت نام نماید در غیر این صورت مسئولیتی بعهده کارگزینی نمی باشد .

دوره ارزشیابی : از ابتدای سال تا پایان همان سال میباشد.

کلیه پرسنل رسمی ، پیمانی ، طرحی ، ضریب کا ، قرارداد کار معین که بیش از ۶ ماه در سال اشتغال به خدمت در واحد مربوطه را داشته باشند توسط مسئول ما فوق مورد ارزیابی قرار میگیرند.

از سال ۱۳۹۳ ، ارزشیابی به صورت الکترونیکی انجام شده و پس از تایید ستاد قابل اعمال در ارتقا کارکنان می باشد.

اعمال مدرک تحصیلی

نحوه اعمال مدارک تحصیلی در مقاطع تحصیلی بالاتر بدین ترتیب میباشد:

نکته: کارمند قبل از شروع به تحصیل در مقطع بالاتر موظف است موافقت کتبی مقام مافوق خود و کمیته طبقه بندی مشاغل دانشگاه را اخذ نماید.

*سپری شدن حداقل پنج سال از شروع خدمت دولتی کارکنان به صورت رسمی و یا پیمانی برای ارائه درخواست ادامه تحصیل در دانشگاه الزامی است.

*استفاده از دو مقطع تحصیلی حداکثر تا سطح کارشناسی ارشد با نظر کمیته مهندسی مشاغل دانشگاه بلامانع است.

- ارائه گواهی موقت تحصیلی به واحد کارگزینی
- ارسال گواهی موقت فرد به دانشگاه محل تحصیل جهت دریافت تاییدیه تحصیلی

- بعد از دریافت تاییدیه تحصیلی ، تهیه صورتجلسه طبقه بندی مشاغل جهت اعمال مدرک به همراه مدارک مربوطه (۵۰۲، آخرین حکم، کپی آخرین صورتجلسه قبلی)
 - گواهی از محل کار خود جهت تحصیل در ساعات غیر اداری
- پس از تایید صورتجلسه طبقه بندی مشاغل و آمدن از ستاد دانشگاه مدرک تحصیلی فرد اعمال می گردد.
- * در صورتی که مدرک تحصیلی ارائه شده فرد با پست سازمانی ایشان مرتبط باشد ، پس از طرح در کمیته طبقه بندی مشاغل دانشگاه ، از تاریخ فراغت از تحصیل ، اعمال مدرک نامبرده قابل احتساب می باشد.
- * کارمند تا ۶ ماه از زمان فراغت از تحصیل لازم است مدرک تحصیلی جدید خود را به واحد کارگزینی ارائه نماید (جهت دریافت تاییدیه تحصیلی و ارائه صورتجلسه اعمال مدرک به ستاد دانشگاه) .
- * در صورتی که کارمند مدرک تحصیلی خود را ۶ ماه بعد از فارغ التحصیلی به واحد کارگزینی ارائه دهد تاریخ احتساب مدرک تحصیلی ارائه شده از زمان تصویب کمیته طبقه بندی دانشگاه خواهد بود.

روند تبدیل وضع کارکنان از پیمانی به رسمی آزمایشی

- استخدام در بدو ورود یا به صورت پیمانی است و یا قراردادی .
- تبدیل وضع کارکنان از قراردادی به پیمانی منوط به قبولی در آزمون استخدامی و مصوبه هیات امناء مرکز می باشد.
- مستخدمین پیمانی حداقل ۳ سال و حداکثر ۵ سال خدمت پیمانی در صورت طی دوره های آموزشی (تا کارشناسی حداکثر ۱۳۰ ساعت دوره ، کارشناسی ارشد و بالاتر حداکثر ۱۵۰ ساعت دوره) و (توجیهی بدو خدمت و ICDL) ، کسب امتیازات لازم و تاییدیه هسته گزینش
- ماندن در وضعیت رسمی آزمایشی حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۸ ماه می باشد که فرد پس از حصول اطمینان از نحوه کارکرد و رضایتمندی مقام مسئول و گذراندن دوره های آموزشی مربوطه و تاییدیه هسته گزینش می توانند از رسمی آزمایشی به رسمی قطعی تبدیل وضع شوند.
- * در صورت عدم رضایت از کارمندی که در وضعیت رسمی آزمایشی است سه حالت دارند در حالت اول تا ۲ سال آزمایشی تمدید می شود.
- در حالت دوم به پیمانی برگردانده می شود و در حالت سوم رابطه استخدامی وی با مرکز قطع می شود.
- * زمانی که فرد رسمی آزمایشی می گردد حتما باید درخواست کتبی خود را جهت تبدیل بیمه از تامین اجتماعی به خدمات درمانی و یا ادامه بیمه قبلی انجام دهد در صورت عدم ارائه درخواست به صورت اتوماتیک بیمه نامبرده از تامین اجتماعی به خدمات درمانی تبدیل می گردد.

تبدیل وضع از رسمی آزمایشی به رسمی قطعی

مدارک مورد نیاز جهت تبدیل وضع به رسمی قطعی عبارتند از :

- ۱- اولین حکم رسمی آزمایشی
 - ۲- فرم ۵۰۲
 - ۳- فرم امیتاز دهی امضاء شده توسط مسئول مافوق
 - ۴- شناسنامه آموزشی به مدت ۵۰ ساعت که فرد در دوران رسمی آزمایشی گذرانده است.
- پس از ارسال مدارک به ستاد و تاییدیه هسته گزینش فرد از آمایشی به قطعی تبدیل وضع می شود.

روند استفاده از قانون نیمه وقت بانوان

این قانون فقط مختص خانم ها می باشد مدت آن نامحدود است روند انجام این قانون بدین ترتیب میباشد :

- ۱- ارائه درخواست فرد متقاضی به مقام مسئول

۲- در صورت داشتن فرزند با معلولیت شدید ارائه نامه از سازمان بهزیستی

۳- اعلام نظر مقام مسئول و مدیریت مرکز

۵- در صورت موافقت نامه به ستاد و معاونت درمان ارسال و در صورت موافقت ستاد و معاونت درمان با نیمه وقت فرد حکم نامبرده صادر می گردد.

اولین سال استفاده فرد از قانون نیمه وقت بانوان کمتر از یکسال امکانپذیر نمی باشد و امکان قطع این موضوع در نیمه راه وجود ندارد.
اگر فرد شاغل تابع قانون تامین اجتماعی باشد در ۳ سال اول استفاده از این قانون فرد به جای ۴۴ ساعت در هفته ۲۲ ساعت کار میکند و مبلغ حقوقی فرد نیز نصف می شود ولی کسورات به طور کامل پرداخت شده و سابقه بیمه کامل محاسبه می شود.
حال مازاد بر سه سال علاوه بر ساعت کاری و حقوق نصف می شود کسورات نامبرده نیز نیمه پرداخت می شود لذا سابقه نیز نصف می گردد.
اگر فرد شاغل تابع قانون خدمات کشوری باشد فرد به جای ۴۴ ساعت در هفته ۲۲ ساعت کار می کند و مبلغ حقوقی فرد نصف می شود ولی کسورات تازمانی که از این قانون استفاده میکند بصورت کامل پرداخت شده و سابقه کار نیز کامل محاسبه می شود.
در دوران استفاده از این قانون مرخصی استحقاقی نامبرده طبق مقررات مربوط کارمندان تمام وقت ۳۰ روز بوده و سالانه می توانند ۱۵ روز نیز از مرخصی خود ذخیره کنند.
مدت استفاده از مرخصی استعلاجی و زایمان برای بانوان مشمول خدمت نیمه وقت مانند کارمندان تمام وقت خواهد بود و در این مدت نیز از لحاظ حقوق و مزایا تابع مقررات مربوط به خدمت نیمه وقت خواهد بود.
پرداخت اضافه کاری به این مستخدمین (نیمه وقت) ممنوع می باشد.
تمدید نیمه وقت کارمند منوط به درخواست کتبی و موافقت مجدد سیستم و معاونت توسعه و درمان می باشد.
عیدی به نامبرده کامل پرداخت می شود.
خانم هایی که فرزند با معلولیت شدید داشته باشند تمام قوانین و مقررات نیمه وقت بانوان اجرا می شود فقط حقوق و مزایا را کامل دریافت می کنند .

برقراری کمک هزینه عائله مندی

برای برقراری حق عائله مندی مدارک زیر مورد نیاز است :

۱- درخواست فرد جهت برقراری عائله مندی

۲- کپی عقدنامه زوجین

۳- کپی شناسنامه زن و مرد صفحه اول و دوم

پس از دستور مدیر مرکز حق عائله مندی برای فرد برقرار می شود.

حق عائله مندی ۱- به آقایان متاهل ۲- خانم هایی که به استناد رای دادگاه حضانت فرزند خود را به عهده دارند

برقراری کمک هزینه اولاد

برای برقراری حق اولاد در حکم به مدارک ذیل نیاز می باشد :

۱- درخواست کارمند (فقط آقایان) به مسئول مافوق خود

۲- کپی شناسنامه کارمند صفحه اول و دوم و کپی شناسنامه فرزند

پس از دستور مدیر مرکز ، حق اولاد در حکم کارمند برقرار می گردد.

حق اولاد ۱- به آقایان دارای فرزند ۲- خانم هایی که طبق رای دادگاه حضانت مالی فرزند ایشان به عهده زوجه می باشد.

برای فرزندان دختر تا زمانی که ازدواج نکرده باشد و یا بیمه بازنشستگی واریز نگردد (شاغل نباشد) ، برای فرزندان پسر تا ۱۸ سالگی و در صورت ادامه تحصیل فرزند ذکور (پسر) به شرط ارائه گواهی اشتغال به تحصیل تا سن ۲۵ سالگی و نداشتن شغل امکان پرداخت کمک هزینه اولاد می باشد.

موارد قطع کمک هزینه اولاد

- ۱- ازدواج دختر
- ۲- اشتغال دختر
- ۳- رسیدن پسر به سن ۲۰ سالگی و غیر محصل بودن
- ۴- پسری که اتمام تحصیل کرده قبل از ۲۵ سالگی

موارد برقراری مجدد

- ۱- دختری که شوهرش رو از دست داده و شاغل نیست
- ۲- پسری که مجدداً دانشجو می شود و سن ایشان زیر ۲۵ سال می باشد.

پرداخت کمک هزینه ازدواج (فرزند یا خود) کارمند

برای دریافت کمک هزینه ازدواج به مدارک زیر نیاز میباشد:

- ۱- درخواست کارمند جهت ارائه به امور مالی
 - ۲- کپی شناسنامه از تمام صفحات عروس و داماد
 - ۳- کپی عقدنامه
 - ۴- کپی حکم کارمند متقاضی
- پس از دستور مدیریت مرکز هزینه توسط امور مالی پرداخت می شود.

فوق العاده نوبتکاری

نوبتکاری به مستخدمینی پرداخت می شود که برحسب نوع شغل در نوبت های غیرمتعارف به صورت مستمر و تمام وقت انجام وظیفه میکنند.

برقراری نوبت کاری در احکام پرسنل

- ۱- افرادی که در شیفت ثابت صبح کار می کنند مشمول فوق العاده نوبتکاری نمی شوند.
- ۲- افرادی که به غیر از شیفت صبح خود در برنامه کاری حداقل به تعداد ۶ شیفت عصر داشته باشند مشمول برقراری فوق العاده نوبتکاری (دونوبته) می شوند.
- ۳- افرادی که در برنامه کاری آنها علاوه بر شیفت صبح ، شیفت های عصر و شب در برنامه تنظیمی بخش موجود باشد مشمول فوق العاده نوبتکاری (سه نوبته یا شیفت در گردش) می شوند.
- ۴- افرادی که در برنامه کاری آنها علاوه بر شیفت شب دارای ۲ شیفت عصر یا ۲ شیفت صبح باشند مشمول نوبتکاری (فیکس شب) می شوند.
- ۵- به کارکنان اداری و مالی نوبتکاری تعلق نمی گیرد.

کاردانشجویی

- برای کمبود کادر درمانی بیمارستان ها مقرر گردیده با استفاده از دانشجویان پرستاری ترم ۶ به بالا این کمبود مرتفع گردد.
- لذا با توجه به هماهنگی مدیر پرستاری بیمارستان با مدیر پرستاری دانشگاه مجوز جهت به کارگیری دانشجو صادر می گردد.
- مدارک مورد نیاز کاردانشجویی:
- ۱- تکمیل فرم درخواست کار بر بالین توسط دانشجو

۲- تایید توسط مدیربیمارستان

۳- تایید مدیر مالی بیمارستان

۴- تایید معاونت آموزشی دانشگاه دانشجو

۵- تایید معاونت دانشجویی دانشگاه

پس از تکمیل فرم مربوطه دانشجو به واحد کارگزینی مراجعه کرده و پس از تکمیل مدارک با هماهنگی با دفتر پرستاری محل خدمت نامبرده مشخص و قرارداد وی صادر می شود.

مدت کارکرد دانشجو در ماه ۱۰۰ ساعت بوده و مبلغ ساعت کار ایشان توسط بخشنامه ای هر سال از دانشگاه به مراکز اعلام می گردد . به ازای ساعات کارکرد فرد مبلغ محاسبه شده و بدون کسر بیمه و مالیات بطور کامل پرداخت می شود.

به فرد دانشجو عیدی پایان سال ، کارانه تعلق نمی گیرد.

قرارداد ایشان ۳ ماهه صادر می گردد و در صورت رضایت مسئول مربوطه تمدید می شود..

بازنشستگی

دستگاه های اجرایی با یکی از شرایط زیر میتوانند کارمند خود را بازنشسته نمایند:

درفانون مدیریت خدمات کشوری بازنشستگی به دو صورت می باشد مشاغل تخصصی و مشاغل غیر تخصصی

* حداکثر ۳۰ سال سابقه خدمت برای مشاغل غیر تخصصی و لیسانس و پایین تر)

* حداکثر ۳۵ سال خدمت برای مشاغل تخصصی با تحصیلات دانشگاهی کارشناسی ارشد و بالاتر به شرط درخواست کارمند برای ادامه همکاری مازاد بر ۳۰سال و موافقت دستگاه متبوع

ضمناً کارمندانی که مازاد بر ۳۰ سال خدمت دارند به ازای مدت مازاد بر سی سال ۲/۵٪ رقم تعیین شده به حقوق بازنشستگی اضافه می گردد.

**** بر اساس شیوه نامه جدید مورخ ۱۴۰۱/۹/۱۹ وزارت متبوع جهت کارمندان مشترک صندوق بیمه تامین اجتماعی سابقه خدمت بخش خصوصی بر اساس سابقه بیمه پردازی و درخواست کتبی شخص به سنوات بازنشستگی اضافه میگردد.**

اقدامات مورد نیاز :

۱- ارائه لیست واریز بیمه و لیست بیمه تلفیقی به کارگزینی

۲- تکمیل و امضا فرم درخواست

۳- ارائه فرم درخواست به دبیرخانه مرکز جهت ثبت در سیستم

۴- تحویل فرم و مستندات به کارگزینی جهت صدور حکم سابقه و سنوات بازنشستگی

نکته ۱: این بخشنامه فقط شامل حال پرسنل مشترک بیمه تامین اجتماعی می باشد .

نکته ۲: در صورت درخواست احتساب سابقه بخش خصوصی کل سابقه در بازنشستگی لحاظ میشود و امکان اینکه قسمتی از سابقه محسوب شود وجود ندارد

نکته ۳: احتساب سابقه بخش خصوصی فقط در سنوات بازنشستگی محاسبه می شود و مزایای دیگری به این سنوات تعلق نمی گیرد .

نکته ۴: در صورتی که کارمندی درخواست عدم احتساب سابقه غیر دولتی و خصوصی را داشته باشد در صورتی که به آن قسمت از سابقه رتبه ، طبقه و یا مزایای دیگری تعلق گرفته باشد بازپس گرفته خواهد شد .

استعفا

برای اینکه پرسنل رسمی استعفاء دهند :

۱- ارائه یکماه قبل درخواست کارمند رسمی به مسئول مافوق

۲- اعلام موافقت مدیر دستگاه

۳- ارسال نامه به ستاد

۴- اعلام موافقت کتبی معاونت توسعه بعد از گرفتن نظریه معاونت درمان (در صورت اینکه از پرسنل کادر درمان باشند) در صورتیکه بعد از گذشت یکماه جواب از طرف دانشگاه ارسال نشد به منزله عدم موافقت می باشد .

۵- صدور حکم استعفا کارمند رسمی

پس از استعفای کارمند رسمی ، فرد هیچگونه سمتی در سیستم سازمانی و تشکیلاتی واحد مربوطه ندارد.

بابت مدت خدمت پرسنل رسمی پاداش و سنوات به وی تعلق نمی گیرد.

فقط پول ذخیره مرخصی در طول مدت خدمت انجام شده به وی تعلق می گیرد.

*در صورت عدم موافقت با استعفای کارمند و ترک خدمت مشارالیه / مشارالیها ، کارمند خاطی به هیات تخلفات اداری معرفی شده و تصمیم نهایی توسط هیات تخلفات صادر می گردد.

*مستخدمی که استعفا میدهد میتواند فردا آن روز استخدام شود.

فسخ قرارداد

برای اینکه پرسنل پیمانی ، قراردادی کار معین و مشاغل کارگری فسخ قرارداد شوند :

۱- ارائه یکماه قبل درخواست فسخ قرارداد به مسئول مافوق

۲- برای فسخ قرارداد نیاز به موافقت مسئول نمی باشد و پرسنل می تواند بعد از یکماه سیستم را ترک کند.

۳- ارسال نامه به ستاد جهت بلاتصدی شدن ردیف تشکیلات

۴- صدور حکم فسخ قرارداد

بابت مدت خدمت پرسنل پاداش سنوات و ذخیره مرخصی تعلق می گیرد

آماده به خدمت

کارمندان رسمی دستگاههای اجرایی در حالات زیر به صورت آماده به خدمت در می آیند که مدت آن حداکثر یکسال خواهد بود.

۱- انحلال دستگاه اجرایی ذیربط

۲- حذف پست سازمانی کارمند

۳- نبود پست سازمانی بعد از اتمام مأموریت یا مرخصی بدون حقوق

۴- کارمندی که براساس رای مراجع ذیصلاح هیات تخلفات اداری یا مراجع قضایی از خدمت معلق یا آماده به خدمت شده باشند.

*مدت آماده به خدمت یکسال است در ۶ ماه اول حداقل حقوق ثابت و در ۶ ماه دوم ۱/۲ حداقل حقوق ثابت را فرد دریافت می کند .

حقوق ثابت (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت)

بعد از یکسال اگر وضعیت آماده به خدمت فرد مشخص نشد در صورت داشتن شرایط بازنشستگی مستخدم بازنشسته می شود در صورت نداشتن شرایط فرد باید باز خرید شود.

*مستخدمی که باز خرید می شود در هیچکدام از ارگانهای دولتی نمی تواند استخدام شود.

از کار افتادگی

در قانون به دو صورت کارافتادگی وجود دارد :

۱- از کارافتادگی عادی

۲- از کارافتادگی به سبب انجام کار

***از کارافتادگی عادی:**

اگر بیماری مستخدم بیشتر از ۴ ماه طول کشید و از یکسال گذشت فرد درخواست از کارافتادگی میدهد. پس از طرح در کمیته و موافقت با درخواست ، از کارافتادگی وی انجام می شود.

*اگر سابقه وی زیر ۱۵ سال بود ، سابقه اش را ۱۵ سال در نظر می گیریم و ۱۵ روز حقوق می دهیم.

*اگر سابقه زیر ۲ سال بود سابقه ی او ، متوسط مدل دو سال آخر = آخرین حقوق + فوق العاده های مشمول کسورات که میزان حقوق این فرد را مشخص می کند.

*اگر مستخدم مثلاً ۱۳ سال سابقه داشته باشد میزان حقوق از کارافتادگی فرد بدین صورت محاسبه می شود:

۱۳ سال سابقه + ۳ سال سابقه ارفاقی = ۱۶ سال سابقه ، در نتیجه ۱۶ روز حقوق می گیرد.

*از کارافتادگی به سبب انجام کار

به طور مثال : مستخدم به ماموریت رفته است و راه تصادف نموده و فلج می شود این فرد مشمول از کارافتادگی به سبب انجام کار می شود

۱) مستخدم با اشعه یا مواد شیمیایی کار می کند که به مرور زمان بر اثر این مواد از نظر بدنی دچار مشکل می گردد این فرد نیز مشمول

از کارافتادگی به سبب انجام کار می شود.

* از نظر پرداخت حقوق مثل از کارافتاده عادی محاسبه می شود.

بازخریدی

برطبق قانون خدمات کشوری فعلاً بازخرید خدمت برای نیرو ممنوعیت دارد . در صورت اجرای این قانون رابطه استخدامی فرد با دستگاه قطع میشود و سوابق خدمتی خود را سال ۳۰ تا ۴۵ روز براساس میانگین دو سال آخر خدمت بازخرید می کند. کارمندی که بازخرید می شود دیگر نمی تواند در هیچ ارگان دولتی دیگری استخدام شود.

۱- درخواست فرد به مقام مسئول

۲- اعلام نظریه مدیر مرکز و مسئول فرد مربوطه

۳- در صورت موافقت به ستاد

۴- مکاتبات ستاد با وزارت خانه در صورت موافقت

۵- ارسال به مشاوره حقوقی به جهت نداشتن بدهی به سیستم از نظر ماموریت آموزشی ، تعهد استخدامی

۶- پس از اعلام وزارتخانه نامه به ستاد برگشت خورده و مبلغ فرد مشخص میشود.

اخراج

مستخدم در صورت ترک خدمت و غیبت غیرموجه در صورت رای احکام هیات های رسیدگی به تخلفات اداری و یا آرای مراجع ذیصلاح به ادامه خدمت وی در سیستم بطور دائم خاتمه داده می شود .

فردی که اخراج می شود تا یکسال حق استخدام در هیچ ارگان دولتی را ندارد.

نقل وانتقالات

روند نقل و انتقال کارکنان به ترتیب زیر می باشد که بصورت سیستمی انجام می گردد:

۱- درخواست کتبی به مقام مافوق و معرفی جانشین

۲- ثبت درخواست انتقال فرد در سامانه نقل و انتقالات دانشگاه علوم پزشکی البرز

۳- اعلام نظر توسط مدیر مرکز و در صورت کادر درمان اعلام نظر مدیر پرستاری و در نهایت ارجاع به واحد کارگزینی

۴- در صورت موافقت با انتقال کارمند ارسال درخواست به ستاد دانشگاه به صورت سیستمی

۵- اعلام نظر از دانشگاه مقصد در خصوص درخواست فرد متقاضی انتقال به صورت سیستمی

۶- پس از دریافت اعلام نیاز فرد از دانشگاه مقصد فرد به آن مرکز مراجعه کرده و فرم حراست را تکمیل می نماید هر زمان که

استعلام حراست از دانشگاه مبدا به مقصد اعلام شد برای فرد ابلاغ صادر می گردد به صورت سیستمی

۷- در صورت انتقال دائم به استناد ابلاغ دانشگاه مقصد ، مبدا نیز به مرکز جهت صدور مفاصا حساب و مانده مرخصی ابلاغ می زند.

- ۸- پس از تسویه فرد و صدور مفاسا حساب و اعلام مانده مرخصی فرد مستخدم به اداره کارگزینی دانشگاه مقصد مراجعه کرده و به استناد ابلاغ صادر شده از طریق ستاد مقصد به محل کار خود معرفی و مشغول به کار می شود.
- ۹- دانشگاه مبدا به استناد مفاسا حساب مستخدم حکم انتقال خروجی صادر می نماید.
- ۱۰- دانشگاه مقصد به استناد حکم خروجی و نداشتن فاصله خدمتی بعد از مفاسا حساب حکم انتقال ورودی صادر می نماید.
- ۱۱- پس از خروج کامل فرد از سیستم پست وی بلامتصدی شده و در تشکیلات مرکز و ستاد اسم نامبرده حذف می گردد.

در صورت ماموریت

تمام مراحل تا صدور ابلاغ از طرف دانشگاه مقصد انجام میشود ولی فرد مفاسا حساب نمی گیرد.

ضمناً حقوق و مزایای مستمر فرد از دانشگاه مبدا به (استناد گواهی انجام کار از مقصد) و مزایای غیر مستمر شامل (نوبتکاری، سختی کار) از دانشگاه مقصد پرداخت می شود.

در صورتیکه فرد از واحد مبدا خود نامه جهت عدم پرداخت پول لباس، حق مسکن را برای دانشگاه مقصد ارائه دهند، تمام این موارد از طریق مقصد قابل پرداخت می باشد.

محاسبه ساعت کار بر اساس قانون بهره وری

صبح و عصر تعطیل ۱۹ ساعت	صبح تعطیل ۱۰ ساعت	صبح و عصر غیر تعطیل ۱۳ ساعت	صبح غیر تعطیل ۷ ساعت
شب تعطیل ۱۹ ساعت	عصر تعطیل ۱۰ ساعت	شب غیر تعطیل ۱۹ ساعت	عصر غیر تعطیل ۷ ساعت

فرمول نحوه محاسبه ساعت کار بر اساس قانون بهره وری



- ✓ ساعت کار موظف در هفته: (کسر ناشی از نوبتکاری + کسر ناشی 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 بر اساس نظام هماهنگ (به جز مرخصی)
- ✓ اضافه کار: ساعت موظفی در ماه - کارکرد ماهیانه (که در قالب طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد به کارکنان پرداخت میشود).
- ✓ ساعت موظفی افراد متفاوت میباشد.

هیات تخلفات اداری

طبق قانون استخدام کشوری هر کارمندی که یک روز غیبت غیر موجه داشته باشد به هیات تخلفات اعلام میگردد.

مواردی که فرد به هیات تخلفات اداری معرفی میشود:

- نقص قوانین ومقررات مربوطه
- اعمال ورفتار خلاف شئونات شغلی و اخلاقی
- ایجاد ناراضی درارباب رجوع وانجام ندادن ویا تاخیر بی دلیل درانجام امور محوله
- ایراد تهمت وافترا،هتک حیثیت
- اخاذی
- اختلاس
- تکرار درتاخیر وتعجیل بیشتر از ۴ساعت درماه
- تعلل درحفظ اموال واسناد دولتی وایرادخسارت به اموال دولتی
- افشای اسرار واسنادمحرمانه اداری
- ارتباط وتماس غیرمجاز با اتباع بیگانه
- سرپیچی ازاجرای دستور ات بالاترین مقام درحدود شرح وظایف و حدود انتظارات اداری
- ترک خدمت وغیبت غیرموجه به صورت متناوب یا متوالی
- رعایت نکردن حجاب وشئونات اسلامی
- ارائه و واگذاری اسنادو مدارک به اشخاص غیرمرتبط

دستگاههای اجرایی موظفند علاوه برنظارت مستقیم مدیران ازطریق انجام بازرسیهای مستمر مدیران خود برسistem نظارت داشته باشد. درصورت تخلف کارمند مستند به گزارش حداقل مسئول مربوطه وتایید مدیر مرکز به رویت بالاترین مقام دستگاه اجرایی رسیده ودستگاه میتواند دستور اعمال ۱/۳ از حقوق ومزایانامبرده ،انفصال از خدمات دولتی برای یکماه تا یکسال برای فرد خاطی صادر نماید. درصورت تکرار تخلف به هیات رسیدگی به تخلفات ادای ارجاع ومشمول یکی از مجازاتهایی بازخریدی، اخراج وانفصال دائم از خدمات دولتی میگردد.

تصدی بیش ازیک پست سازمانی برای کلیه کارمندان ممنوع میباشد. درصورت ضرورت به مدت حداکثر ۴ماه بدون دریافت حقوق ومزایا از پست سازمانی مدیریتی ویا حساس استفاده نماید.

اخراج

مستخدم درصورت ترک خدمت وغیبت غیرموجه درصورت رای احکام هیات های رسیدگی به تخلفات اداری ویا آرای مراجع ذیصلاح به ادمه خدمت وی در سیستم بطور دائم خاتمه داده میشود.

*فردی که اخراج میشود تا یکسال حق استخدام درهیچ ارگان دولتی را ندارد.

روند گرفتن نیروی طرحی

- ❖ مراجعه فرد پس از تسویه حساب تحصیلی به معاونت درمان و ثبت نام جهت شروع به طرح
- ❖ اعلام نیاز فصلی واحدها به درمان پس از اعلام نیروی های خروجی هر فصل
- ❖ مراجعه فرد به ستاد جهت انجام طرح ،گرفتن تاییدیه تحصیلی نیروی مشمول طرح از سیستم جامع نیروهای طرحی وزارتخانه و صدور معرفی نامه توسط کارشناس امور طرحی جهت ارسال به واحدها
- ❖ مراجعه نیروی طرحی به بیمارستان
- ❖ ارائه مدارک مورد نیاز به واحد کارگزینی (پرکردن فرم مشخصات فردی، فرم بیمه عمر، دادن فرم بیمه به نیروی طرحی)
- ❖ ثبت اثر انگشت جهت حضور و غیاب
- ❖ طی هماهنگی با دفتر پرستاری، مدارک پزشکی ،رادیولوژی (البته بسته به نیروی طرحی معرفی شده) بخش و شرایط کاری فرد مشخص شده و حکم صادر میگردد.
- ❖ نهایت برای نامبرده پرونده طرحی تشکیل میشود.
- ❖ نیروهای کاردان یکسال و نیروهای کارشناس به بالا دوسال دارای طرح میباشند

روند اعلام نیروهای ضریب کا

- ۱- نیروی متخصص پس از فارغ التحصیلی و مراجعه به وزارت بهداشت بسته به تعهد محضری که داده است استان محل خدمت مشخص می شود.
- ۲- پس از تعیین محل و مراجعه فرد به معاونت درمان بسته به نیاز واحدها جهت خدمت پزشک متخصص ابلاغ صادر می گردد.
- ۳- بقیه موارد همانند نیروهای طرحی است .
- ۴- مدت خدمت نیروهای ضریب کا از طریق معاونت درمان به مراکز اعلام می شود.

مدیریت آموزش

مدیریت آموزش

تمامی شاغلین رسمی، رسمی آزمایشی، پیمانی و قراردادی) اعم از مدیران و کارکنان (مشمول نظام آموزش کارکنان میباشند. نحوه ورود به سامانه آموزش کارکنان و چاپ شناسنامه آموزشی در ادامه توضیح داده شده است.

نحوه ورود به سامانه آموزش کارکنان و چاپ شناسنامه آموزشی <http://training.sbm.ac.ir>

تمام پرسنل طرحی و پیمانی و رسمی از طریق دانشگاه عضو سامانه آموزش ضمن خدمت می شوند و پرسنل خود موظف هستند در سامانه آموزش مداوم به آدرس ircme.ir عضو شوند. راهنمای عضویت در سامانه آموزش مداوم جامعه پزشکی در پیوست ۲ توضیح داده شده است.

هر پرسنلی بایستی سالیانه ۲۵ امتیاز در آموزش مداوم را بگذارند و در بدو ورود به بیمارستان داشتن مهر و شماره نظام اجباری می باشد.

آموزش مداوم جامعه پزشکی:

-گواهینامه هایی که از مراکز آموزش مداوم دانشگاهها و یا انجمن ها صادر می گردد قابل ثبت در سیستم ضمن خدمت نخواهد بود.

-ساعات آموزشی مازداد بر سقف ذکر شده در بند فوق قابل پذیرش و یا ذخیره سازی برای سالهای بعد نمی باشد.
دوره توجیهی بدو خدمت:

زمان برگزاری آن قبل یا حداکثر شش ماهه اول استخدام کارمندان می باشد.

دوره الزامی است و تمامی کارمندان ملزم به طی دوره می باشند.

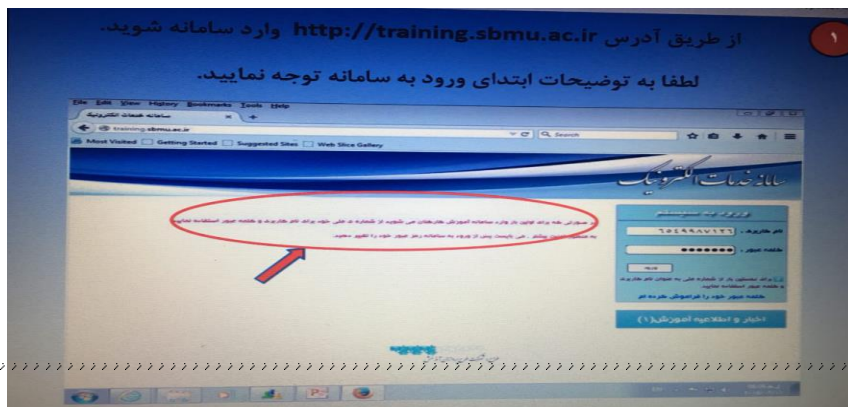
سقف پذیرش دوره های آموزش مداوم جامعه پزشکی برای کارشناسان مشمول ۳۰ ساعت در سال و برای پزشکان ۵۰ ساعت در سال تعیین می شود.

-دوره های آموزش مداوم جامعه پزشکی از تاریخ ۹۱/۱/۱ صرفا بر اساس امتیاز و هر امتیاز معادل ۲ ساعت محاسبه می گردد.

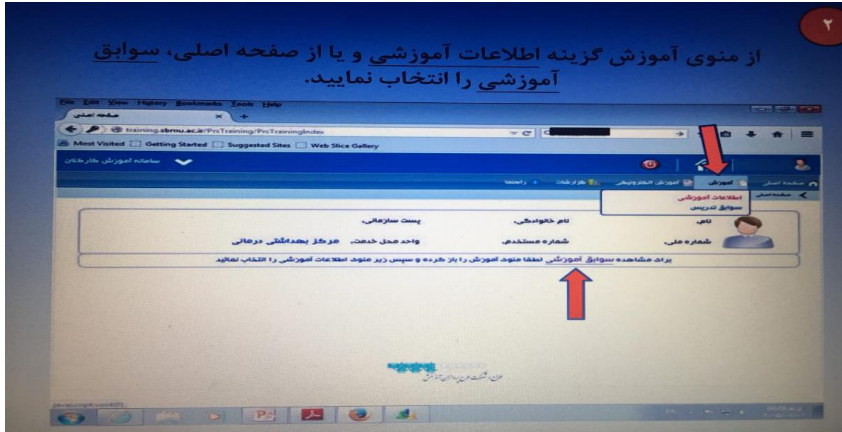
دوره های آموزشی که کارمند به عنوان سخنران، مدرس یا مجری در آن نقش دارد دوره آموزشی تلقی نمی گردد.

-حداقل سرانه آموزشی تعیین شده برای هر رشته شغلی ۵۰ ساعت می باشد.

-سقف ساعات آموزشی برای دارندگان مدرک تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم حداکثر ۱۵۰ ساعت، مدرک تحصیلی لیسانس حداکثر ۱۳۰ ساعت و مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر ۱۲۰ ساعت می باشد.



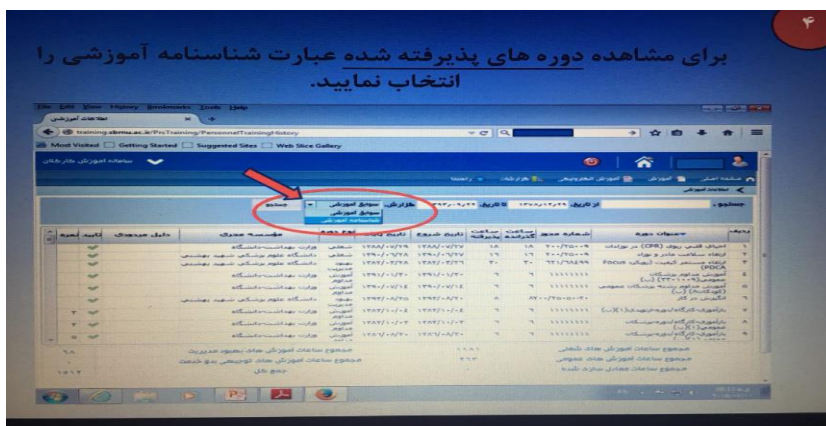
از منوی آموزش گزینه اطلاعات آموزشی و یا از صفحه اصلی، سوابق آموزشی را انتخاب نمایید.

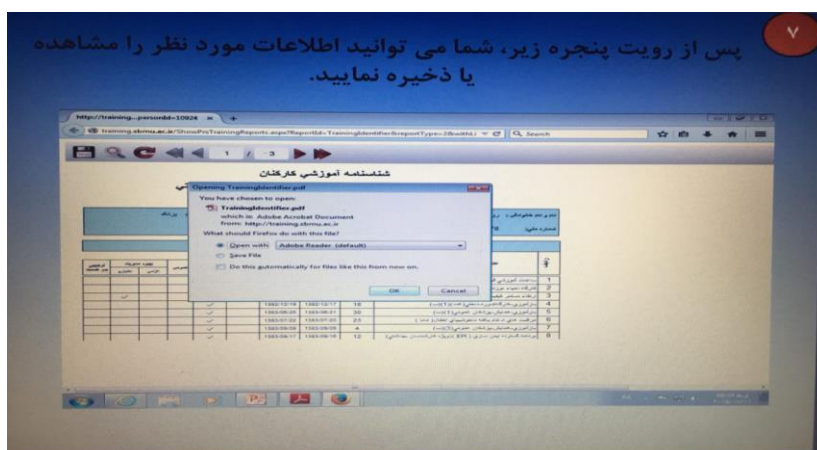
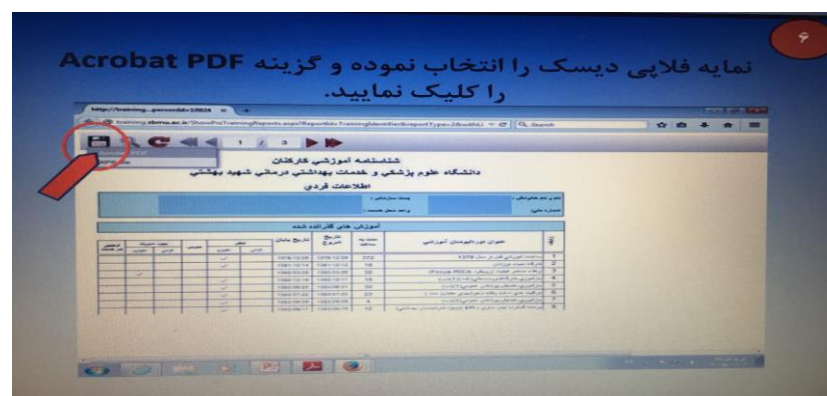


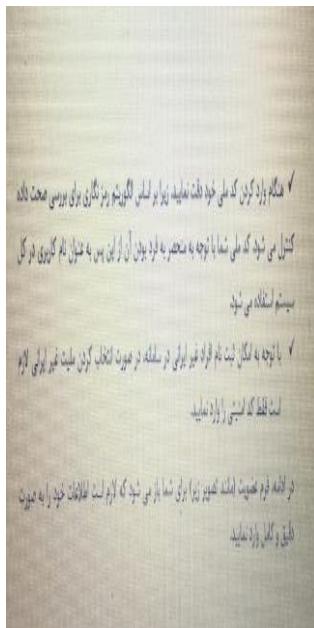
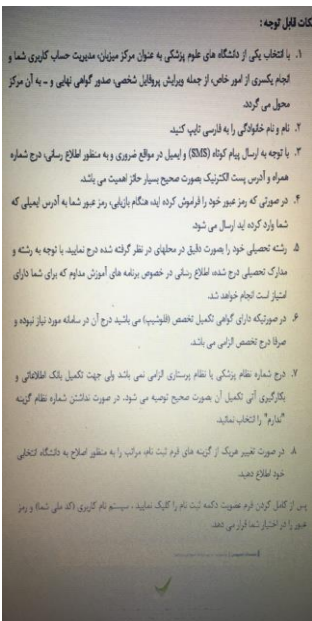
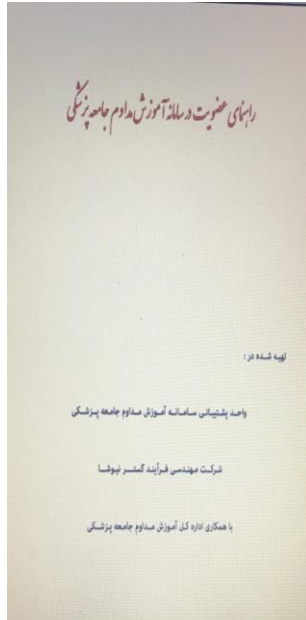
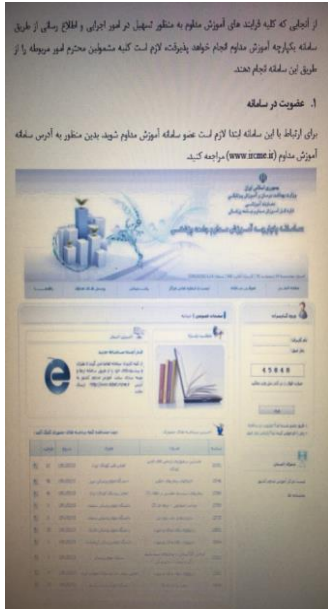
در این صفحه، سوابق آموزشی شما (دوره های گذرانده شده) نمایش داده می شود، تاریخ (ابتدا و انتهای تاریخ مورد نظر) را انتخاب نمایید.

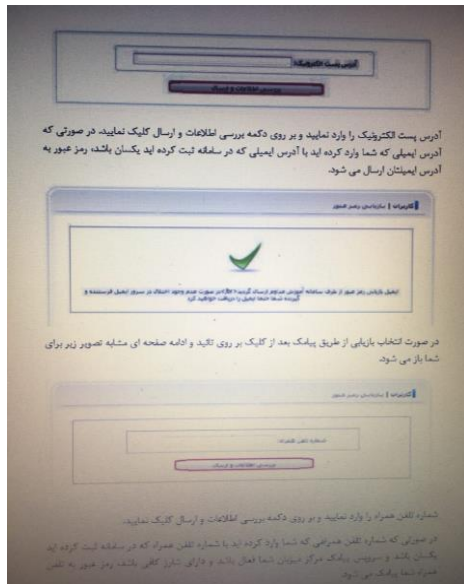


برای مشاهده دوره های پذیرفته شده عبارت شناسنامه آموزشی را انتخاب نمایید.









فرم برنامه توسعه فردی PDP

نحوه تکمیل فرم:

در ابتدا فرد نظر خود را در مورد آموزشهای درخواستی در جهت ارتقاء عملکردی می نویسد.

سپس مسئول مستقیم فرد آموزشهای مورد نیاز جهت ارتقاء عملکردی، رفتاری ناشی از ارزشیابی عملکرد سال پیش پرسنل در حیطه شرح وظایف و حدود انتظارات و همچنین آموزشهایی که در ارتقاء شاخصهای عملکردی بخش تاثیر گذار می باشد می نویسد.

(انتظار می رود دوره های آموزشی ارتقاء دهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرآیند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده اند در برنامه ریزی آموزشی لحاظ شود.)

در این قسمت آموزشهایی مد نظر قرار می گیرد که در جهت ارتقاء سازمان و سازمانهای بالادستی نظیر اعتبار بخشی و شاخصهای وزارتی بوده ثبت می گردد. موفقیت فرد در این دوره ها باعث ارتقاء شاخصهای عملکردی، بالینی و غیر بالینی بوده و در نهایت باعث ارتقاء سازمان و همچنین ارتقاء شاخصهای کشوری خواهد شد. (نظیر دوره های الزامی اعتبار بخشی)

در قسمت روش پاسخ به نیاز آموزشی:

نوع آموزش ارائه شده به فرد را بنویسید: نظیر حضوری- غیر حضوری، متمرکز، چهره به چهره، خودآموزی

در قسمت واکنش به دوره:

در این قسمت امتیازات و میانگین درصد نمره ای که فراگیر به مدرس و خود دوره می دهد ذکر شود. که این فرمها حین برگزاری کلاس تکمیل و تحویل و سپس مورد انالیز قرار می گیرد.

در قسمت میزان یادگیری:

آیا یادگیری در فرد اتفاق افتاده است که می توانید با ثبت میانگین درصد pre test ,post test به هدفان برسید و از ۱ تا ۱۰۰٪ نمره دهید.

در قسمت رفتار و مهارت فرد: (یک تا سه ماه بعد از برگزاری کلاس)

آیا فرد مهارت لازم را کسب نموده است که می توانید با چند پرسش و پاسخ کتبی یا تئوری و یا عملی به هدفان برسید و از ۱ تا ۱۰۰٪ نمره دهید. (نظیر انجام آزمون کتبی قبل از برگزاری دوره بعدی و یا مثلا چک اثر بخشی کار با دفیبریلاتور یا چک اثر بخشی CPR)

در قسمت اثر بخشی: (شش ماه تا یکسال بعد از برگزاری کلاس)

منظور از اثر بخشی میزان تحقق اهدافی است که به طور مستقیم به سازمان ارتباط دارد. که از طریق تاثیر دوره ها بر شاخص های عملکردی بخش و سازمان مورد سنجش قرار می گیرد (مثلا برگزاری دوره آموزشی ارتباطات موثر به چه میزان در شاخص رضایتمندی نقش داشته است یا اینکه برگزاری دوره آموزشی CPR به چه میزان در شاخص CPR موفق بیمارستان نقش داشته است).

نیاز به آموزش مجدد:

اگر یادگیری در فرد اتفاق نیفتاده و مهارت لازم را نیز کسب ننموده است باید جهت آموزش مجدد در ماه آینده برنامه ریزی شده و یا به واحد آموزش معرفی گردد.

اگر تا پایان سال یادگیری و مهارت در فرد رخ نداد باید جهت برنامه ریزی سال آینده مد نظر قرار داده و اقدام اصلاحی (تکرار آموزش، آزمون مجدد، تغییر محل خدمت، کسر نمره ارزیابی و...) ضروری است و به واحد آموزش و دفتر پرستاری و منابع انسانی معرفی گردد.

پروانه صلاحیت حرفه ای پرستاری:

گواهینامه ای است که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به هر پرستاریس از اطمینان از احراز شایستگیهای

لازم (علمی، انضباطی، اخلاقی و جسمی-روانی) مبتنی بر استانداردهای حرفه ای تعلق میگیرد.

هدف از صدور پروانه صلاحیت حرفه ای حفظ حقوق مردم با ارائه مراقبتهای پرستاری با کیفیت و در دسترس بیماران و مددجویان در بالین و در سطح جامعه، بواسطه کسب اطمینان از داشتن صلاحیتهای لازم از نظر علمی، اخلاقی، انضباطی، جسمی و روانی توسط شاغلین حرفه

پرستاری است.

کسب پروانه صلاحیت حرفه ای، جهت ایفا ی هر گونه نقش و ارائه خدمات پرستاری در عرصه هایی چون سطح جامعه، مراکز و موسسات بهداشتی، درمانی، آموزشی و توانبخشی دولتی (کشوری و لشکری)، غیردولتی (خصوصی، تأمین اجتماعی، خیریه و ...) و 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 میباشد:

الف) مدرک فراغت از تحصیل از دانشگاه های مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از داخل و خارج کشور

ب) قبولی در امتحان جامع پرستاری دستورالعمل امتحان جامع پرستاری توسط شورای صدور پروانه صلاحیت حرفه ای به اطلاع ذینفعان خواهد رسید.

شرایط ذیل برای احراز شرایط اخلاقی و انضباطی لازم است:

- الف) نداشتن ممنوعیت اشتغال به حرفه پرستاری از سوی هیات های انتظامی و سازمان نظام پزشکی
- ب) نداشتن محرومیت اجتماعی از سوی دادگاه های جمهوری اسلامی ایران (ارائه گواهی عدم سوء پیشینه)
- ج) عدم اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان
- د) 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 میباشد.

توجه: جهت گروه های حرفه ای وابسته (کارشناسان اتاق عمل، هوشبری و فوریت های پزشکی و بالاتر) و برای گروه های شغلی وابسته (بهباران، کاردانهای پرستاری، هوشبری، اتاق عمل و فوریت های پزشکی) گواهی صلاحیت حرفه ای صادر میشود.

توجه:

پرستار ان 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.

مرکز صدور پروانه صلاحیت حرفه ای:

ساختار اداری زیرمجموعه معاونت پرستاری است که عهد ه دار کلیه امور اجرایی و نظارتی این آیین نامه در سطح وزارت بهداشت میباشد.

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 دادگاه ها و نظام پزشکی

تاکید بر امر آموزش و پژوهش در امر درمان

تمام پرسنل طرحی و پیمانی و رسمی از طریق دانشگاه عضو سامانه آموزش ضمن خدمت می شوند و پرسنل خود موظف هستند در سامانه آموزش مداوم به آدرس ircme.ir عضو شوند. راهنمای عضویت در سامانه آموزش مداوم جامعه پزشکی در پیوست ۲ توضیح داده شده است.

هر پرسنلی بایستی سالیانه ۲۵ امتیاز (۵۰ ساعت) در آموزش مداوم و آموزش ضمن خدمت را بگذرانند و در بدو ورود به بیمارستان داشتن

مهر و شماره پرستاری نظام اجباری می باشد.

نظام تشویق و تنبیه و ارزشیابی پرسنل

اهمیت منابع انسانی:

توسعه و موفقیت هر سازمان با رضایت، انگیزه و تلاش نیروی انسانی آن گره خورده است. نیروی انگیزش و رشد کارکنان، عاملی اساسی در بهبود مستمر کیفیت خدمات، بهره‌وری در یک سازمان می‌باشد. رشد سازمان و رشد کارکنان مثل دو کفه یک ترازو نیستند، بلکه رابط مستقیم با هم دارند و رشد هر یک از آنها در گرو رشد و توسعه طرف مقابل است.

رشد و توسعه نیرو (منابع انسانی) که تنها با آموزش‌های تخصصی حاصل نمی‌شود. توسعه نیروی انسانی باید همه جانبه باشد. در کنار دریافت آموزش‌های لازم، باید مسائل مربوط با روحیات، انگیزش و رضایت نیروی کار هم در نظر گرفته شود. اولین قدم این است که به نیروی انسانی به عنوان مهم‌ترین سرمایه سازمان نگریسته شود، نه فقط به عنوان ابزاری جهت رسیدن به اهداف.

اهداف:

- ۱-۲: قدرشناسی از کارکنان پرتلاش، وظیفه‌شناس، مسئولیت‌پذیر، خلاق، نوآور، شایسته، متعهد و کارآمد
- ۲-۲: ترغیب و ایجاد انگیزه و نشاط در کارکنان برای انجام خدمت برتر و ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات
- ۳-۲: افزایش رضایت شغلی در کارکنان و ارتقاء بهره‌وری نیروی انسانی
- ۴-۲: تقویت روابط و تعاملات انسانی در محیط کار و تداوم روحیه خدمت‌رسانی در کارکنان
- ۵-۲: افزایش سطح رضایت‌مندی و تک‌ریم ارباب رجوع
- ۶-۲: ایجاد ساختاری مدون و ضابطه‌مند در فرایند تشویق کارکنان با هدف پیشگیری از اعمال روش‌های سلیقه‌ای با رویکرد عدالت محور

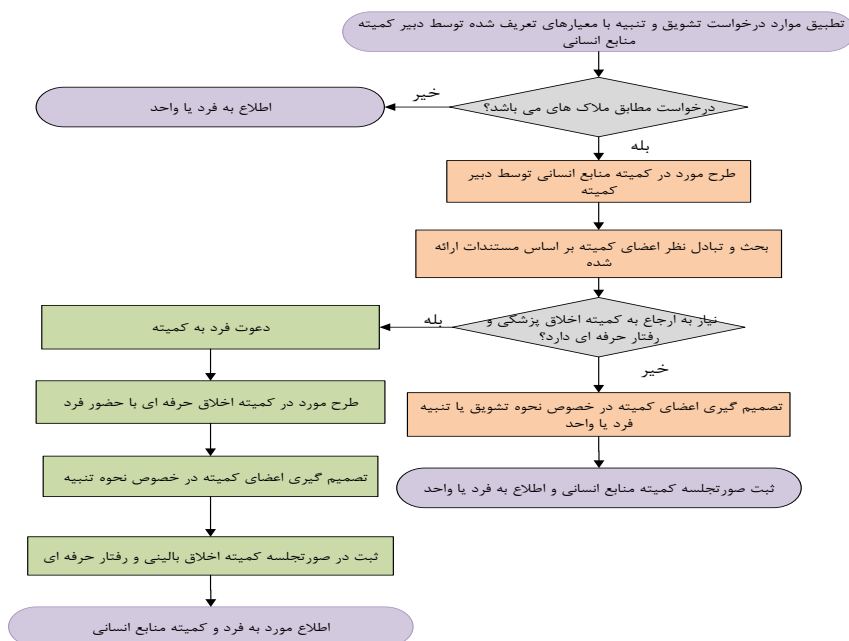
الف: معیارهای تشویق و تنبیه کارکنان:

۱. نقش موثر فرد در ارتقا ایمنی و ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده (CPI و کنترل عفونت، وقایع ناخواسته و خطا ...)
۲. نقش موثر و کلیدی در بهره‌وری مرکز
۳. مشارکت فعال در ارتقا سلامت بیماران و کارکنان
۴. کسب رتبه و جایگاه فردی برجسته در سطح استان و کشو
۵. مشارکت فعال در ارتقا توانمندی، انتقال آموخته‌های فرد به دیگران
۶. بهبود عملکرد نسبت به سنوات گذشته
۷. مشارکت فعال در تعالی سازمان
۸. تشویق‌های پیشنهاد شده از سوی بالاترین مقام معاونت ها و مدیران دانشگاه برای افراد یا بخش های مختلف
۹. ارائه پیشنهاد های سازنده و تصویب شده در کمیته پیشنهادات
۱۰. گزارش تشویق از سوی دفتر رسیدگی به امور بیماران بر حسب رضایت ارباب رجوع
۱۱. همکاری مضاعف و بیش از حد مسئولیت های تعیین شده و شرح وظایف ابلاغی
۱۲. حضور موثر در زمان بروز حوادث و فوریت‌ها
۱۳. مشارکت فعال در کلاس های بازآموزی
۱۴. مشارکت فعال در تدریس به دیگران

ب: معیارهای تنبیه کارکنان:

۱. شکایت‌های ارباب رجوع
۲. شکایت کارکنان
۳. عدم انجام مطلوب وظایف و مسئولیت‌های ابلاغی
۴. غیبت‌های متعدد و ترک شیفت
۵. تعجیل و تاخیر
۶. گزارش‌های واصله از سازمان‌های نظارتی
۷. قصور عامدانه در انجام شرح وظایف ابلاغی
۸. عدم حضور در کلاس‌های بازآموزی گروه هدف ابلاغی سوپروایزر آموزشی

ج: فرآیند تنبیه و تشویق پرسنل:



د: موارد در نظر گرفته شده جهت تشویق:

۱. اعطای لوح تقدیر و هدیه
۲. تشویق درج در پرونده
۳. در نظر گرفتن تشویقی از محل یک درصد ریاست مرکز
۴. اعطای مرخصی تشویقی
۵. الویت قراردادن فرد در دریافت تسهیلات
۶. درصدی از صرفه جویی یا افزایش درآمد حاصله از پیشنهاد

ث: موارد در نظر گرفته شده جهت تنبیه

۱. تذکر شفاهی توسط مدیران مرکز
۲. تذکر کتبی بدون درج در پرونده
۳. تذکر کتبی با درج در پرونده
۴. کسر از امتیاز اولین پرداختی فرد
۵. معرفی به کمیته تخلفات دانشگاه

ه: قوانین و مقررات:

۱. تنها کارمندانی در فرآیند تشویق شرکت داده می‌شوند که در سال منتهی به تشویق در محل خدمت حضور داشته باشند. (مرخصی استعلاجی، استحقاقی، در ماموریت نباشند)
۲. تنها کارمندانی در فرآیند تشویق شرکت داده می‌شوند که در سال منتهی به تشویق دارای تخلف و پرونده در کمیته تخلفات دانشگاه نباشند.
۳. تنها کارمندانی در فرآیند تشویق شرکت داده می‌شوند که در ۶ ماه آخر منتهی به تشویق دارای تذکر کتبی نباشند.



مفهوم ارزشیابی عملکرد

برای درک مفهوم ارزشیابی عملکرد بایستی ابتدا مفهوم عملکرد را دریابیم. عملکرد به درجه انجام وظایفی که شغل یک کارمند را تکمیل می‌کند اشاره دارد. و نشان می‌دهد که چگونه یک کارمند الزامات یک شغل را به انجام می‌رساند. عملکرد اغلب با «تلاش» که اشاره به صرف انرژی دارد یکسان تلقی می‌شود، اما عملکرد براساس نتایج فعالیت‌ها اندازه‌گیری می‌شود. برای مثال یک دانشجو ممکن است تلاش زیادی را در آماده شدن برای آزمون بکار گیرد اما نمره کمی دریافت کند در این مورد تلاش زیادی صورت گرفته اما عملکرد پایین بوده است. به عقیده بایرز: عملکرد افراد در یک موقعیت می‌تواند به عنوان نتیجه ارتباط متقابل بین:

الف) تلاش

ب) توانایی‌ها

ج) ادراکات نقش تلقی شود

«تلاش»: که از برانگیختگی نشأت می‌گیرد اشاره به میزان انرژی (فیزیکی یا ذهنی) که یک فرد در انجام وظیفه استفاده می‌کند دارد.

«توانایی‌ها»: ویژگیهای شخصی مورد استفاده در انجام یک شغل هستند

«ادراکات نقش»: به مسیریایی که افراد باور دارند بایستی تلاشهایشان را در جهت انجام شغلشان هدایت کنند، اشاره می‌کند.

نو و دیگران عملکرد را ناشی از ویژگیهای شخصی، مهارت‌ها و نظیر آن می‌دانند همانطور که شکل ۱ نشان می‌دهد این ویژگیها از طریق رفتار کارکنان به نتایج عینی تبدیل می‌شوند. در واقع کارکنان تنها در صورتی که دانش، مهارت‌ها، توانایی‌ها و سایر ویژگیهای ضروری برای

انجام یک شغل را داشته باشند می‌توانند رفتارشان را نشان دهند.

اهداف ارزشیابی عملکرد

اگر چه مفهوم مدیریت عملکرد، مفهوم جدیدی به حساب می‌آید، اما ارزشیابی عملکرد طی چند دهه گذشته از جمله بحث انگیزترین خدمات پرسنلی و فعالیت‌های مدیریتی بوده است و می‌توان گفت که مدیریت عملکرد با مطرح ساختن مجموعه‌ای از دیدگاه‌ها و برانگیختن احساسات گوناگون، یکی از پیچیده‌ترین فعالیت‌ها و فرآیندهای مدیریت منابع انسانی است. در بسیاری از سازمانها، ارزشیابی عملکرد، بخش جدایی ناپذیر برنامه‌های مدیریت منابع انسانی و ابزار بسیار کارآمد در توسعه حرفه‌ای محسوب می‌شود و برای مقاصد متعددی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عقیده برناردین، اطلاعات حاصل از اندازه‌گیری عملکرد بطور گسترده‌ای برای؛ جبران خدمت، بهبود عملکرد و مستندسازی بکار می‌رود. همچنین می‌توان از آن در تصمیمات مربوط به کارکنان (نظیر: ارتقاء، انتقال، اخراج و انفصال از خدمت)، تجزیه و تحلیل نیازهای آموزشی، توسعه کارکنان، تحقیق و ارزشیابی برنامه، استفاده نمود. ایوانسویچ اهداف ارزشیابی کارکنان را در: توسعه کارکنان، ایجاد انگیزه، برنامه‌ریزی نیروی انسانی و استخدام و ایجاد ارتباطات مؤثر بین کارکنان و سرپرستان برشمرده است

اهداف ارزشیابی عملکرد

اهداف توسعه‌ای	اهداف اداری-اجرایی
- فراهم آوردن بازخورد عملکرد	- مستند کردن تصمیمات مربوط به کارکنان
- شناسایی نقاط قوت و ضعف فردی	- تعیین ارتقاء کاندیدها
- تشخیص عملکرد افراد	- تعیین تکالیف و وظایف
- کمک به شناسایی اهداف	- شناسایی عملکرد ضعیف
- ارزیابی میزان دستیابی به اهداف	- تصمیم در مورد اخراج یا نگهداری
- شناسایی نیازهای آموزشی فردی	- اعتبارسنجی ملاکهای انتخاب
- شناسایی نیازهای آموزشی سازمانی	- ارزیابی برنامه‌های آموزشی
- تقویت ساختار قدرت	- تصمیم‌گیری در مورد پاداش و جبران خدمات
- بهبود ارتباطات	- برآوردن مقررات قانونی
- فراهم آوردن زمینه‌ای برای کمک مدیران به کارکنان	- برنامه‌ریزی پرسنلی

و به طور کلی اهداف ارزیابی عملکرد شامل :

- ✓ تعیین بازدهی کار یا بهره‌وری (PRODUCTIVITY)
- ✓ تعیین کارایی (نسبت کار انجام شده به منابع مصرف)
- ✓ اثربخشی (میزان موفقیت در تحقق اهداف یا انجام رسالتها)
- ✓ طبقه‌بندی عادلانه کارکنان
- ✓ تعیین افزایش مناسب دستمزد و مزایا
- ✓ شناسایی قابلیت‌های کارکنان
- ✓ بهسازی عملکرد
- ✓ ایجاد نظام عادلانه ترفیعاتی
- ✓ ایجاد رغبت و علاقه کارکنان ساعی
- ✓ تعیین روائی آزمونهای استخدامی
- ✓ برنامه‌ریزی نیروی انسانی
- ✓ آموزش و تربیت کارکنان
- ✓ بهبود ارتباطات رؤساء، سرپرستان و کارکنان

ایجاد زمینه مشارکت گروهی کارکنان، همگرایی اهداف فرد و سازمان، رسیدن به برتری سازمانی، پاداشهای مالی مناسب، سیستم‌های مدیریت عملکرد که بطور مستقیم به سیستم پاداش سازمان در ارتباط است، انگیزه قوی برای کارکنان فراهم می‌آورد تا در راستای دستیابی به اهداف سازمانی بطور سالیانه و خلاقانه‌ای تلاش نمایند. مادامی که سیستم مدیریت عملکرد بطور مناسب طراحی و اجرا شود، نه تنها به کارکنان اجازه می‌دهد که کیفیت عملکرد فعلی نشان را بدانند، بلکه اقداماتی را که بایستی در جهت بهبود عملکردشان به انجام رسانند را روشن می‌سازد.



بازخور ۳۶۰ درجه ۳۶۰ degree feedback

بازخور ۳۶۰ درجه:

بازخور ۳۶۰ درجه (۳۶۰ DEGREE FEEDBACK) یک روش

مناسبی در زمینه توسعه کیفیت رهبری و مدیریت توسعه است. این

فرایند، سیکل کاملی است که خلاصه بازخوری از همه افراد (سرپرستان، زیردستان و همکاران) در مورد جنبه‌های مختلف سبک رهبری و مدیریت و عملکردشان ارائه می‌کند. بعضی از سازمانها بازخور را برای یک بخش از سازمان و به طور سیستماتیک انجام می‌دهند. بازخور به افراد کمک می‌کند تا ادراک خود را در مورد محیط کاریشان، با ادراک ارزیابی کنندگان مهم مقایسه کنند. این ارزیابی کنندگان می‌تواند شامل همکاران، زیردستان، مدیران و حتی مشتریان، عرضه کنندگان و اعضای اتحادیه باشند. برنامه بازخور چند منبعی و بازخور ۳۶۰ درجه از روشهای توسعه یافته فرایندهای ارزیابی عملکرد، بررسیهای سازمانی و بازخور مشتری (بخشی از مدیریت کیفیت جامع) استخراج شده است. سیستمهای بازخور ۳۶۰ درجه به دلیل رواج ساختارهای تیمی و سازمانی مسطح‌تر و همچنین در واکنش به مشکلاتی که با سیستمهای مدیریت عملکرد سنتی وجود داشته، توسعه یافته است. (ران کاسپیون، ۲۰۰۰) تعاریف مختلفی از این فرایند ارائه شده است. به طور کلی بازخور ۳۶۰ درجه یا بازخور چند منبعی، یک رویکرد ارزیابی عملکرد است که بر داده‌های جمع‌آوری شده از سرپرستان، همکاران، زیردستان، مشتریان و عرضه کنندگان تکیه دارد. (مک کارتی، ۲۰۰۱)

مراحل فرایند بازخور ۳۶۰ درجه

سیستم بازخور ۳۶۰ درجه شامل مراحل مختلف است: (مک کارتی، ۲۰۰۱)

۱ - تعیین هدف بازخور ۳۶۰ درجه:

هدف بازخور ۳۶۰ درجه اینست که اطلاعات به‌دست آمده از فرایند برای توسعه مسیر شغلی و ارزیابی عملکرد استفاده شود. این هدف بایستی در ابتدای فرایند مشخص شود و با همه ذی‌نفعان درگیر در فرایند مرتبط باشد.

۲ - انتخاب ابزار جمع‌آوری داده:

ابزارهای ارزیابی شامل پرسشنامه‌هایی است که توسط ارزیابی‌کنندگان مختلف پر می‌شود، باوجود این، بعضی از سازمانها از مصاحبه نیز استفاده می‌کنند. البته تعداد این سازمانها کم است.

۳ - تصمیم‌گیری در زمینه موارد:

در این زمینه توصیه می‌شود که به جای ویژگیهای عمومی رفتار واقعی فرد توجه شود. بسیاری از صاحب‌نظران پیشنهاد کرده‌اند که آیتمهای ارزیابی باید بر محتوی خاصی مبتنی باشند. به طوری که بتواند خطای ارزیابی را کاهش دهد. رفتارهایی که ارزیابی می‌شوند، باید از چشم‌انداز و ارزشهای سازمان ناشی شود.

۴ - تصمیم‌گیری در مورد دریافت‌کنندگان بازخور:

در این مرحله دریافت‌کنندگان بازخور تعیین می‌شوند. در ادبیات مدیریتی، این عقیده مطرح است که افراد بایستی برای مشارکت در برنامه بازخور داوطلب باشند. مشارکت اجباری می‌تواند تهدیدکننده باشد و اثربخشی سیستم را به خطر بیندازد. بازخور ۳۶۰ درجه، به دلیل بازخور غنی که به‌وسیله زیردستان فراهم می‌شود، ابزار مفیدی در برنامه‌های توسعه رهبری است.

۵ - پرورش ارزیابی‌کنندگان و ارزیابی شوندگان:

ارتباط با همه ذی‌نفعان درگیر در فرایند بازخور ۳۶۰ درجه در مرحله طراحی و اجرای بازخور نیاز است و مهارت‌آموزی بخشی از این فرایند است. پرورش ارزیابی شونده‌گان در زمینه پذیرش بازخور منفی ضروری است. ارزیابی‌کنندگان باید در زمینه خطاهای مختلف ارزیابی که ممکنست رخ بدهد (نظیر خطاهای هاله‌ای و سهل‌گیری) آگاهی پیدا کنند.

۶ - دریافت کنندگان بازخور، ارزیابی‌کنندگان را انتخاب می‌کنند:

ارزیابی کنندگان شامل رئیس، خود فرد، زیردستان و مشتریان داخلی و خارجی هستند.

۷ - تحلیل اطلاعات بازخور:

این مرحله توسط مشاوران بیرونی صورت می‌گیرد. در این مرحله اطلاعات بازخور جمع‌آوری شده و گزارشهای لازم تهیه می‌شود.

۸ - پیگیری اجرای فرایند:

دریافت‌کنندگان بازخور باید قادر به ایجاد زمینه‌های توسعه باشند و از داده‌های بازخور در زمینه توسعه و مهارت‌آموزی استفاده کنند. ضروری است که دریافت‌کنندگان بازخور، در زمینه رفع ضعف هایشان، برنامه عملی داشته باشند.

۹ - تکرار فرایند:

در سازمانهایی که بازخور ۳۶۰ درجه به‌طور اثربخش جریان دارد، ممکنست فرایند، بعد از دریافت گزارشهای اولیه بازخور، تکرار شود. البته این فرایند در بسیاری از سازمانها کاملاً جدید است و هدف از اتخاذ بازخور ۳۶۰ درجه، در این سازمانها درجه اول، ایجاد فرصت مشارکت برای کارکنان است.

کاربردهای بازخور ۳۶۰ درجه

متداولترین کاربردهای بازخور ۳۶۰ درجه عبارتند از:

- توسعه کارراه:

تحقیقات نشان می‌دهند که ۹۴ درصد سازمانها، از بازخور ۳۶۰ درجه برای آموزش استفاده می‌کنند. متداولترین کاربرد بازخور چند منبعی، توسعه کارراه است. که شامل خودیابندگی، توسعه رهبری، بهبود مدیریت، تعیین نیازهای آموزشی کارکنان است. هدف بازخور، مشخص کردن نقاط قوت و نیازهای توسعه‌یادگیرنده است و یادگیرنده از افزایش خود ادراکی بهره‌مند می‌شود.

- تغییر فرهنگی:

بازخور ۳۶۰ درجه می‌تواند در جهت تسهیل تغییر سازمانی استفاده شود. محققان معتقدند که ارزیابی منابع چندگانه، آگاهی از اهمیت رفتارهای رهبری، نتایج واحد کاری و انتظارات مشتری از استراتژی اصلی و سازمان را ارائه می‌دهد. بسیاری از سازمانها از بازخور ۳۶۰ درجه برای تغییر فرهنگ سازمان، تسریع تغییر و ارتقای توانمندی کارکنان استفاده می‌شود.

زمانی که هدف سازمان تغییر فرهنگ سازمانی است، بازخور ۳۶۰ درجه می‌تواند چرخه موثرتری در زمینه ارتباط کارکنان با قابلیت‌ها و رفتارهایی که برای سازمان ارزشمند است، ارائه کند. محتوی ارزیابی منابع چندگانه بالبعادی از عملکرد، در ارتباط است که برای سازمان مهم هستند. این رفتارهای مهم ابزار ارزیابی و افرادی را دربردارند، که در معرض ارزیابی منابع چندگانه، شمای از عملکرد مطلوب و رفتارهای مورد انتظار را توسعه می‌دهند.

شرح وظایف کادر پرستاری

(پرستار، هوشبری، اتاق عمل، کمک پرستار)





شرح وظایف کارکنان

شرح وظیفه پرستار

- ✓ ثبت مشخصات بیمار در کلیه برگه های پروند های پزشکی بیمار و گزارش های پرستار
- ✓ انجام اقدامات اولیه (تهیه نوار قلبی، کنترل علائم حیاتی، رگ گیری، آزمایشات مورد نیاز و...)
- ✓ اجرای دقیق دستورات دارویی تجویز شده و ثبت دقیق و صحیح آن
- ✓ ثبت صحیح گزارشهای پرستاری (ذکر اولویتهای، پیگیریها، ذکر مشاوره ها، سونوگرافی و...)
- ✓ ثبت دقیق و صحیح وقایع اتفاق افتاده در مورد بیمار (سقوط از تخت، زد و خورد و...) و گزارش آن و اقدامات انجام شده به مافوق خود.
- ✓ تحویل گرفتن به موقع بیماران در بخش بستری و تجهیزات بخش در تمامی شیفتها
- ✓ هماهنگی باتیم درمان در انجام فرایندهای تشخیصی، درمانی، توانبخشی
- ✓ تشکیل پروند بهداشتی و تنظیم برنامه معاینات دوره ای و واکسیناسیون برای کارکنان بیمارستان و ارائه گزارش از موارد مثبت
- ✓ برنامه ریزی برای استقرار تیم پرستاری در بخش و انجام آموزشهای لازم به بیمار و همراهان بیمار
- ✓ نظارت بر عملکرد دانشجویان پرستاری و سایر کادر درمان شاغل در بخشهای بالینی
- ✓ برنامه ریزی جهت ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده توسط کادر تحت سرپرستی
- ✓ مشارکت در تحقیقات کاربردی و انجام کلیه امور محوله تحت نظارت مسئول مافوق

شرح وظیفه کارشناس اتاق عمل

- ✓ - کنترل پرونده بیمار قبل از عمل جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز
- ✓ - اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع و گزارش هرگونه نقص و خطا و خرابی به مسئولین ذیربط
- ✓ - کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی و ارائه آموزشهای لازم
- ✓ - تکمیل کلیه گزارشات و موارد ثبتی از ابتدا تا اتمام عمل جراحی
- ✓ - هدایت بیمار به تخت عمل، قرار دادن بیمار بر روی تخت و تنظیم تخت جراحی و چراغها بر حسب نوع ناحیه عمل
- ✓ - کمک در جابجایی و انتقال بیمار به ریکاوری و ارائه گزارش شفاهی و کتبی در مورد وضعیت ناحیه جراحی
- ✓ - انجام کلیه امور محوله زیر نظر مقام مافوق

شرح وظایف کارشناس هوشبری

- ۱- دریافت دستور و برنامه تقسیم کار از سرپرستار اتاق عمل
- ۲- اطمینان یافتن از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات بیهوشی قبل از شروع هر شیفت کاری (شامل دستگاههای بیهوشی، ساکشن، مانیتور، پالس اکسی متر و ...) و گزارش هرگونه نقص یا خرابی به سرپرستار
- ۳- اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و امکانات بیهوشی موجود و گزارش موارد ناکافی و یا کمبودها

- ۴- آشنایی با روشهای استریلیزاسیون و ضد عفونی و کاربرد آن و رعایت در تمام مراحل عمل
- ۵- آماده نمودن کلیه دستگاهها و لوازم مورد نیاز بیهوشی بر طبق لیست عمل جراحی
- ۶- کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل، آزمایشات ضروری، نوار قلب، مشاوره، آماده بودن خون و ...)
- ۷- اقدامات و تدابیر قبل از بیهوشی بیمار:
 - کنترل آمادگی قبل از عمل
 - کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند مشخصات
 - هدایت بیمار به تخت عمل و همراهی بیمار از ابتدا تا انتهای عمل و دادن توضیحات در مورد بیهوشی
 - کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیرطبیعی
 - برقراری راه وریدی (IV) - ثابت نمودن سر بیمار
 - در اختیار گذاردن داروها و لوازم مورد نیاز بیهوشی به پزشک
 - کنترل گازهای بیهوشی جهت پرهیز از استفاده آنها بجای یکدیگر
 - اجرای دستورات و همکاری با پزشک
- ۸- اقدامات و تدابیر حین بیهوشی بیمار:
 - کنترل علائم حیاتی
 - مانیتورینگ یا کنترل سطح بیهوشی
 - کنترل راه‌هوایی بیمار - کنترل جذب و دفع
 - مکتوب شدن دستورات شفاهی
 - حفظ پوشش و رعایت حریم بیمار طبق موازین شرعی
 - ثبت دقیق کلیه موارد در فرم مربوطه
 - حفاظت از بیمار جهت جلوگیری از سوختگی با کوتر
- ۹- اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی بیمار:
 - کمک و همکاری با پزشک در بهوش آوردن بیمار
 - کنترل علائم حیاتی، ثبت آنها و گزارش موارد غیرطبیعی
 - کنترل بیمار از نظر بازگشت عکس‌العملها و رفلکسها و ورود به مرحله هوشیاری
 - محافظت از سر و اندام تنفسی فوقانی در حین انتقال بیمار از تخت عمل به برانکارد- کمک به حفظ پوزیشن و پوشش بیمار در انتقال به ریکاوری
- ۱۰- انتقال بیمار به ریکاوری و گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار (علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروها، سطح هوشیاری، رفلکس‌ها، رنگ پوست، خونریزی، مایعات دریافتی و خون، مشکلات و عوارض ثبت قبل و حین بی‌هوشی و ...) به مسئول ریکاوری
- ۱۱- ضد عفونی و آماده کردن کلیه وسایل مربوط به بی‌هوشی جهت عمل بعدی
- ۱۲- شرکت در برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت (بازآموزی و ...)
- ۱۳- تحویل فرم‌های تکمیل شده گزارشات و دارو و موارد کتبی لازم در مراحل قبل، حین و بعد از بیهوشی به مسئول ریکاوری
- ۱۴- همکاری در انجام عملیات احیا قلبی - تنفسی در اتاق عمل
- ۱۵- همکاری کامل با تیم عمل جراحی
- ۱۶- انجام سایر امور محوله طبق نظر مافوق



شرح وظیفه بهیار

- ✓ مراقبت از بیمار (سرپایی و بستری) در مراکز بهداشتی درمانی تحت نظارت مسئول مربوطه
- ✓ آماده نمودن بیمار در موارد لزوم جهت انجام معاینات پزشکی و تهیه پرونده بیمار
- ✓ دریافت داروهای تجویز شده و خوردن آن به بیمار طبق دستور پزشک
- ✓ همکاری در شستشو و نظافت بیماران در صورت لزوم و مساعدت در غذا دادن به آنها
- ✓ حضور در شیفتها طبق برنامه مقرر
- ✓ کمک در امر پذیرش، تریخیص و انتقال مددجویان به/از مراکز بهداشتی درمانی و انتقال بیمار از بخش به بخش
- ✓ انجام انواع تزریقات، سرم و واکسن، پانسمان، درجه گذاری، گرفتن نمونه از بیمار طبق دستور پزشک
- ✓ نظارت بر نظافت بخش و پاکیزگی کلیه لوازم بیماران
- ✓ نظارت بر نظافت و ضد عفونی لوازم و وسایل مورد نیاز بخش
- ✓ همکاری در اجرای کلیه خدمات درمانی بر اساس شرح وظایف و حدود انتظارات
- ✓ تهیه گزارشات و ارائه آن به مقام مافوق
- ✓ تامین نیازهای دفعی مددجو: استفاده از لوله، لگن، انما، لگن، تعویض، کیسه کلتونی و...
- ✓ انجام پروسیجرهایی مانند تعویض پانسمان، انجام تزریق واکسن داخل پوستی، کمپرس ها تحت نظارت مسئول شیفت
- ✓ انجام امور محوله طبق دستور مقام مافوق

شرح وظیفه کمک بهیار

- تامین نیازهای بهداشتی اولیه مددجو بر حسب صلاحدید سرپرست مربوطه شامل: (حمام دادن یا کمک در حمام کردن، دهان شویه، امور نظافتی مانند شستن دست و صورت، کوتاه کردن ناخن ها، تعویض البسه، مرتب کردن مددجو، ماساژ، تغییر وضعیت)
- کمک در خوردن غذا به مددجویانی که قادر به این کار نیستند
- آماده کردن وسایل لازم جهت امور مراقبتی جهت بیمار (وسایل پانسمان و...) جمع آوری آنها پس از اتمام کار، شست و شوی وسایل و در صورت لزوم انتقال بر حسب سیاست بیمارستان به مرکز استریلیزاسیون
- مراقبت در حفظ و نظم و نظافت بخش و پاکیزگی و شست و شوی کلیه لوازم بخش
- انجام مراقبت از جسد طبق موازین شرعی
- انجام سایر امور محوله طبق نظر مسئول مربوطه
- مدیریت ارزشیابی یا ارزیابی عملکرد کارکنان

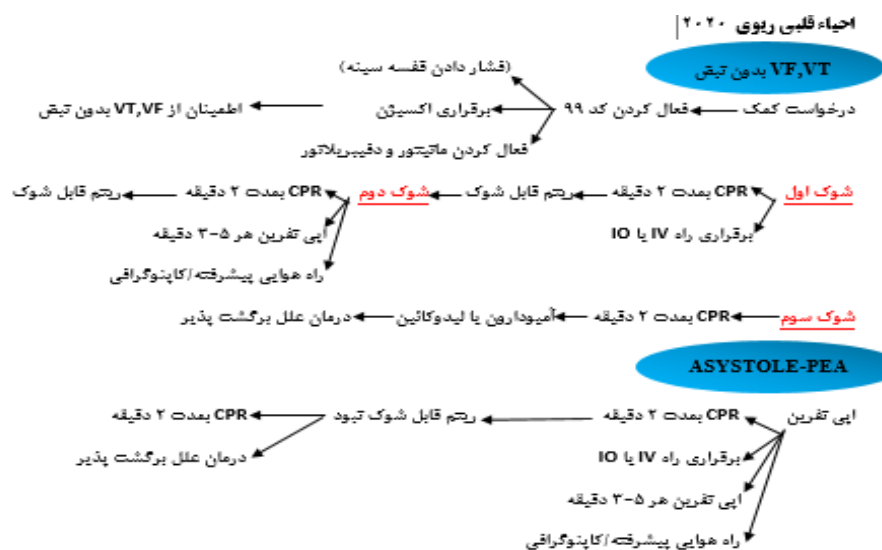


آموزش



مطالب آموزشی عمومی برای پرستاران

مطالب آموزشی زیر جزء حداقل آموزش های مورد نیاز برای پرستاران تمامی بخش ها می باشد.



نسبت ماساژ به تنفس	انواع شوک	دارو درمانی	ST	SH
بزرگسالان و نوجوانان: یک یا دو امدادگر - ۳۰ به ۲	بای فازیک: ۱۰۰-۲۰۰ ژول	اپی تفرین هر ۳-۵ دقیقه	مسمومیت	اسیدوز
کودکان و شیرخواران: یک امدادگر - ۳۰ به ۲ دو یا بیشتر - ۱۵ به ۲	مونوفازیک: ۳۶۰ ژول	دوز اول 300 mg بولوس	آمیودارون	اینموتوراکس فشاری
	فشاردن قفسه سینه ۱۰-۱۳ - ۱۰۰ بار در دقیقه (عمق 5 cm)	دوز دوم 150 mg	تایمونات قلبی	هایپوولمی
	یا اجتناب از تهویه زیاد	1-1.5mg/kg	لیدوکائین	ترومبوز قلبی
	در صورت داشتن راه هوایی	0.5-0.75mg/kg	ترومبوز ریوی	هایپوترمی

مراقبت های پس از ایست قلبی (برقراری ROCS برگشت گردش خون خودبخودی)	
مدیریت و اقدامات ضروری بیشتر	مرحله یا بیدار سازی اولیه
در نظر داشتن مداخله قلبی فوری در صورت (۱) STEMI شوک کاردیوژنیک نایابدار (۲) نیاز به حمایت مکانیکی گردش خون (۳) بیداری-مدیریت سایر مراقبت های حیاتی کوما-مدیریت هدفمند کوما، CT Scan مغز-مدیریت سایر مراقبت های حیاتی	(۱) قرار دادن هر چه زودتر لوله تراشه (۳) آغاز ۱۰ تنفس در دقیقه (۲) BP SYS=90mm/hg (۵) PCO2=35-45 (۳) SPO2=92-98% (۴) MAP=65mm/hg (۷) گرفتن نوار قلب ۱۲ لید
کاپنوگرافی: PETCO2 (فشار دی اکسید کربن انتهای بازدم) یا پینتر یا در حال کاهش باشد کیفیت CPR بررسی شود.	

دارو های تالی اورژانس (ویرایش هفتم)

نام دارو	کاربرد	نکات مصرف
آب مقطر ایبی نفرین (داخل تراشه)	رقیق سازی VF و VT بدون نیض، آسیتول، برونکواسپاسم، واکنش های حساسیتی	در CPCR: 1mg به صورت IV یا IO و در صورت نیاز تکرار آن هر ۳-۵ دقیقه و قابل تزریق با کلیه سرم ها ناسازگار با آمینوفیلین و سدیم بیکربنات آنتی دوت در هیپرتانسیون: فنتولامین (آلفا بلاکر) در آریتمی: بنتا لاکر
آتروپین (داخل تراشه)	درمان اولیه در برادیکاردی علامت دار، بلوک درجه ۱ گره AV، ایست قلبی ناشی از تحرک شدید واگ	0/5-1 mg از راه IV و در صورت نیاز به تکرار تا رسیدن ضربان قلب به ۶۰ هر ۳-5 min تکرار شود و بیشتر از 3mg تزریق نشود در تجویز داخل تراشه با 10 cc آب مقطر یا نرمال سالین رقیق شود شروع اثر آنی و اوج اثر 2-4 min
آمیودارون	تاکیکاردی فوق بطنی عود کننده، فلوتر و فیبریلاسیون دهلیزی، تاکیکاردی بطنی، کاردیومیوپاتی هایپر تروفیک، آنژین	تزریق مستقیم وریدی را فقط در CPR میتوان انجام داد. دوز اولیه: 300 mg وریدی. در سایر موارد: مقدار مصرف دوز اول: مقدار 150mg از دارو را در طی ۱۰ دقیقه، دوز دوم: 360mg در طی شش ساعت (1mg/min) دوز سوم: 540mg در طی هجده ساعت (0.5 mg/min) در بیماران مبتلا به بلوک گره AV و برادیکاردی که پیس میکر ندارند نباید استفاده شود.
لیدوکائین (داخل تراشه)	درمان VF، VT، مسمومیت با دیژیتال	در زمان CPCR بصورت بولوس وریدی 1-1.5 mg/kg/min تا 3-5min تا سقف 3mg/kg/min قابل تکرار است دوز نگهدارنده: 2-4mg/kg/min جهت انفوزیون وریدی رقیق سازی با 5% DW می باشد محلول به دست آمده تا ۲۴ ساعت در دمای اتاق پایدار است و در تزریق وزن بیمار را در نظر می گیریم
آدنوزین	تبدیل PSVT به ریتم سینوسی	۱mg به صورت تزریق سریع وریدی (IV PUSH)، در عرض ۱ تا ۳ ثانیه و اگر موثر نبود ۱ تا ۲ دقیقه بعد 12 mg دیگر داده میشود و در صورت عدم پاسخگویی 10 mg دیگر نیز داده شود. نیمه عمر این دارو ۶ ثانیه است. آدنوزین تنها باید به صورت IV داده شود و پس از آن باید نرمال سالین به طور سریع تزریق شود
نیتروگلیسرین	نارسایی احتقانی قلب همراه با انفارکتوس میوکارد، آنژین صدری، کنترل هایپر تانسیون	Continuous infusion و رعایت پوزیشن نیمه نشسته از تزریق هر گونه داروی دیگری با استفاده از خط وریدی نیتروگلیسرین باید خودداری کرد نیتروگلیسرین وریدی ممکن است اثر ضد انعقادی هپارین را خنثی کند. این دو دارو با یک سه راهی همزمان انفوزیون نشود قابل رقیق سازی با 5% DW و N/S
دوپامین	هیپوتانسیون شدید و در غیاب هیپوولمی، فشار خون کمتر از 90mm/Hg، الیگوری، کاهش فشار خون همراه با برادیکاردی علامت دار، پس از CPR جهت حفظ گردش خون	Continuous infusion دوپامین را نباید همراه با محلول بیکربنات سدیم و یا سایر محلولهای قلیایی به طور همزمان تزریق کرد، زیرا در PH قلیایی، دارو به آرامی غیر فعال میشود. قابل رقیق سازی با 5% DW و N/S قطع ناگهانی باعث هایپوتانسیون شدید می شود.
دوبوتامین	در بیماران با احتقان ریوی و کاهش CO و در هایپوتنسیو	Continuous infusion قابل رقیق سازی با 5% DW آنتی دوت: فنتولامین

نام دارو	کاربرد	نکات مصرف
هیپارین 	DVT و آمبولی، پروفیلاکسی پس از سکنه قلبی، DIC، آنژین صدری، باز نگه داشتن کاتتر های وریدی	به صورت IV/S.C و یا انفوزیون قابل رقیق سازی با 5% DW و N/S آنتی دوت هیپارین ، پروتئامین سولفات ۱ / است که هر ۱ میلیگرم آن حدود ۱۰۰ واحد هیپارین را خنثی میکند. میزان مصرف براساس PTT و شرایط فرد
وراپامیل 	SVT reenrtی که به تحریک واگ پاسخ نمیدهد. فلوتر و یا فیبریلاسیون دهلیزی	2.5-5mg به صورت وریدی طی ۲ دقیقه داده میشود و در صورت عدم پاسخگویی -5 10mg دیگر در طی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه تا سقف دوز 20mg داده میشود. در بلوک گره AV و SSS (سندرم سینوس بیمار) از تجویز وراپامیل جلوگیری شود.
دیگوکسین 	نارسایی احتقانب قلب، فلوتر و فیبریلاسیون دهلیزی، تکیکاردی پروکسیمال دهلیزی	نیازی به رقیق کردن نمیباشد. ولی در صورت نیاز میتوان با ۴ میلی لیتر از 5% DW یا N/S رقیق نمود. و در طول تزریق بیمار مانیتورینگ بوده و در صورت برادیکاردی تزریق قطع و به پزشک اطلاع دهید. تزریق وریدی باید طی حداقل ۵ دقیقه صورت گیرد. درنبض کمتر از ۶۰ ضربه در دقیقه و VF و VT نباید مصرف شود. یک عدد در ترالی
لابتالول 	درمان فشار خون شدید تا متوسط	20 mg طی دو دقیقه و به صورت انفوزیون در طول درمان با لابتالول علائم حیاتی بیمار را در وضعیت نشسته و خوابیده کنترل کنید.
فوروزما ید 	هیپر تانسین، هایپر کلسمی، ادم حاد ریه، نارسایی مزمن کلیه	تزریق وریدی و انفوزیون فوروزماید داخل وریدی ممکن است به وسیله تزریق مستقیم وریدی رقیق نشده با سرعت 20 mg یا کسری از آن در مدت یک دقیقه تجویز شود. جهت کاهش خطر مسمومیت شتوایی با دوزهای بالا با سرعت 4mg/min توصیه می شود. (چک علائم حیاتی بصورت نشسته و خوابیده)
نالوکسان (داخل تراشه) 	دپرسیون تنفسی ناشی از مخدر ها و بعد از بیهوشی عمومی، تشخیص مسمومیت حاد با مخدر ها	2-4/0 mg وریدی، زیرجلدی یا عضلانی که در صورت نیاز هر ۳-۲ دقیقه تکرار میشود. مدت اثر ۳۰ الی ۹۰ دقیقه قابل رقیق سازی با 5% DW و N/S
میدازولام 	Sedation قبل از جراحی، آرامبخش	تزریق وریدی و انفوزیون تا غلظت 0/5mg/ml در با N/S یا DW رقیق شود (امپول 5mg با 10cc رقیق شود) Direct injection : به اهستگی طی 2 دقیقه تزریق انجام شود. intermittent infusion : 50 mg با 50 ml/1 50-100 رقیق شود و طی ۱۵ الی ۲۰ دقیقه تزریق شود آنتی دوت: فلومازنیل
دیازپام 	ضدتشنج، سداتیو (بیهوشی)، شل کننده عضلانی، ضد اضطراب	بزرگسالان 5-10 mg وریدی بمدت 10-15 min تا حداکثر 30 mg آنتی دوت: فلومازنیل ده عدد در ترالی
فنی توئین (دیلاتین) 	در تشنج تونیک و کلونیک و درد نوروتیک و دیس ریتمی های ناشی از گلیکوزید قلبی	جهت پیشگیری از رسوب، از مخلوط کردن آن با سایر داروها یا افزودن به هر محلول انفوزیونی اجتناب کنید. تنها محلول سازگار جهت انفوزیون کلرور سدیم ۹/۰٪ میباشد. طی تجویز داخل وریدی فنی توئین ، محل تزریق را به طور مکرر جهت پیشگیری از ارشاح دارو مشاهده کنید. در صورت ظهور راش شبیه سرخک پوستی باید بلافاصله مصرف دارو قطع شود.

نام دارو	کاربرد	نکات مصرف
فنوباربیتال ل	در تشنج و بیخوابی یا بعنوان آرامبخش	در بالغین بصورت انفوزیون یا عضلانی 200-600mg حداکثر 20mg/ kg آنتی دوت: بیکرنات سدیم سه عدد در ترالی
هالوپریدول ول	ضدسایکوز، آرامبخش، خواب آور، ضد تهوع و استفراغ	5mg عضلانی Direct injection : هر 5 میلی گرم فراورده در طی حداقل یک دقیقه تزریق گردد intermittent infusion : تک دوز فراورده طی 30 دقیقه تزریق گردد آنتی دوت: بی پریدین
کلسیم گلوکونات	درمان اورژانسی هیپوکلسمی، هیپرکالمی، هیپرمنیزیم، هیپر فسفاتمی در خلال انفوزیون خون	قبل از تزریق باید آن را در سرم دکستروز ۵ درصد یا نرمال سالین رقیق کرد. (سرعت تزریق: طی ۳۰ تا ۶۰ دقیقه) تزریق عضلانی سبب سوختگی شدید و نکروز و تخریب بافت می شود. تزریق وریدی باید از وریدهای اصلی و بزرگ صورت بگیرد.
دیفن هیدرامین	درمان علامتی وضعیت های آلرژیک، تهوع و استفراغ، دیستونی حاد، پارکینسونیسم	به صورت IM یا IV پنج عدد در ترالی
هیدروکورتیزون ن	ضد التهاب و تهوع و استفراغ، نارسایی آدرنال، شوک آنافیلاکسی	به صورت IM یا IV جهت اجتناب از آرتروپی موضعی فراورده داخل عضلانی رابه طور عمیق به داخل ربع فوقانی خارجی باسن تزریق کنید.
متوکلورامید د	ضد تهوع، تحریک کننده دستگاه گوارش فوقانی	به صورت IV تزریق سریع وریدی طی ۲-۱ دقیقه و بصورت رقیق شده انجام شود آنتی دوت: بی پریدین
آ-اس-۱ جودینی 100 و ۳۲۵ mg	حاد انفارکتوس آرتیرت خفیف درد علامت بدون کرونری بیماری میوکارد انژین	خوراکی درطول درمان به صورت دوره ایی CBC و، PT، PLT و Urea Cr را چک نمایید.
کلویدوگرویل	جایگزین آسپرین بصورت پروفیلاکسی، و همراه با آسپرین در درمان آنژین ناپایدار	خوراکی مراقب بروز خونریزی یا کبودی غیرمعمول در بیمار باشید.
نیتروگلیسرین	ضد آنژین، وازودیلاتور	خوراکی (زیر زبانی) یک قرص زیرزبانی بلافاصله بعد از شروع حمله آنژین مصرف شود که هر ۵ دقیقه برای ۳۰-۱۵ دقیقه تا حداکثر ۳ دوز قابل تکرار است
سولفات منیزیم	پره و اکلامپسی از ناشی های تشنج هیپومنیزیمی، مسمومیت اکلامپسی باریم	به صورت انفوزیون وریدی (با سرم N.S) سولفات منیزیم 2gr= 4cc کنترل فشار خون و نبض هر ۱۵ دقیقه سازگار با سرم های N.S و 5% DW در صورت تکرار مصرف دارو، رفلکس حرکتی زانو باید قبل از هر بار مصرف آزموده شود آنتی دوت: گلوکونات کلسیم
دکستروز ۵۰٪	جبران هیپوگلیسمی	به صورت وریدی و به صورت همراه با سایر سرم ها
سدیم بیکرنات ۷.۵٪ و ۸.۴۵	احیای قلبی ، تنفسی -قلیایی کردن ادرار	هنگام احیاء قلبی -ریوی نیازی به رقیق کردن نمی باشد. نفوزیون وریدی: برای انفوزیون وریدی دوز مورد نظر را به N.S یا 5% DW اضافه کنید. با سرم های ۰.۴۵٪ Saline، D.S، 5% N.S و KCL سازگار است.
سدیم کلراید ۵٪	هیپوناترمی	به صورت وریدی طی یک ساعت و به صورت همراه با سایر سرم ها (سرعت تزریق نباید بیشتر از ۱۰۰ میلی در ساعت باشد).
سالبوتامول	گشادکننده برونش	Spray فواصل بین هراستنشاق باید ۱ دقیقه باشد دو عدد در ترالی
دکستروز ۵٪	جانشین مایعات	جهت رقیق سازی داروها

0/9% سدیم کلراید	نرمال سالین تزریقی	انفوزیون بیش از یک لیتر از محلول ایزوتونیک میتواند منجر به هیپرناترمی گردد.
ژل لیدو کاتین	ایجاد بی حسی موضعی غشاهای مخاطی	
ژل الکتروود	جهت شوک دادن زمان احیاء	

نکات مهم:



- ✓ نحوه چیدمان دارو های ترالی در کشوی اول و دوم از راست به چپ و به شکل مارپیچی است
- ✓ دارو های 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.
- ✓ 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 دیاپام در کشوی اول قرار گرفته است.
- ✓ در ویرایش هفتم تعدا آمپول دیفن هیدرامین به ۵ عدد افزایش یافته است.
- ✓ در ویرایش هفتم آسپرین 100,325 mg به تعداد ۱۰ عدد موجود است.

تغییرات ویرایش ششم که جایگزین یا حذف نشده اند:

- ✓ در ویرایش ششم آمپول لابتالول حذف جایگزین پروپرانولول شده است
- ✓ در ویرایش ششم قرص کلوفیدوگرول افزوده شده است

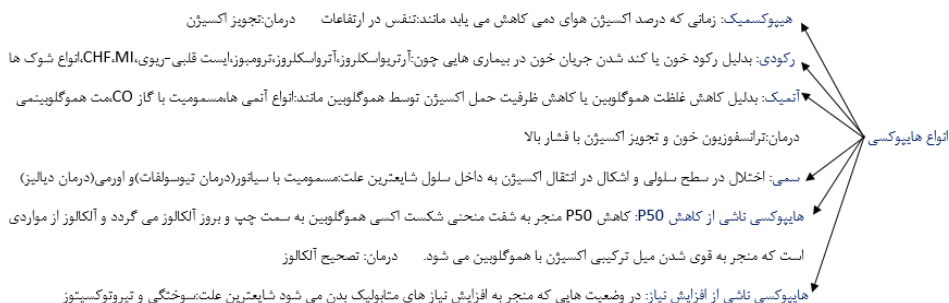
اکسیژن درمانی

اکسیژن به عنوان یک دارو میزان مصرف معین، طریقه مصرف مشخص، و عوارض مخصوص به خود را دارا هست.

دو 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 آلونول ا می شود
۴. در بخش های کووید ۱۹ بالاحص ICU 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.

پالس اکسیمتری

روش غیرتهاجمی تعیین اشباع هموگلوبین شریانی از اکسیژن می باشد

موارد کاذب

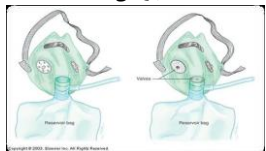
جایگذاری نامناسب پروپ	دیس هموگلوبینمی	هیپو تانسیون	رنگدانه ها	هیپوترمی	حرکات زیاده گیرنده	نور های شدید	لاک و ناخن	دارو های منقبض کننده عروقی
-----------------------	-----------------	--------------	------------	----------	--------------------	--------------	------------	----------------------------

بیشترین رنگ لاک که تداخل دارد رنگ آبی و بهترین رنگ قرمز می باشد در این گونه موارد پروپ پالس اکسیمتری را به

صورت افقی قرار دهید.

عوارض اکسیژن تراپی

- ۱) هیپوونتیلیسیون و نارکوزیس دی اکسید: بطور طبیعی مهار مراکز تنفسی در اثر افزایش Paco2 است. در بیمارانی که دچار اختلالات مزمن ریوی همراه با احتباس CO2 هستند تدریجا حساسیت مراکز تنفسی به Paco2 از بین رفته و تحریک تنفس به واسطه Pao2 است. **بجویز زیاد اکسیژن** با مقدار کنترل نشده در این افراد موجب افزایش Pao2 و کاهش تهویه آلونولی و مسمومیت با CO2 و آینه می شود.
- ۲) مسمومیت با اکسیژن: بدنبال مصرف اکسیژن با غلظت بیش از ۶۰٪ برای بیش از ۲۴ الی ۴۸ ساعت باعث بروز علائمی مثل: تراکتوبرونشیت، احتقان بینی، سرفه های شدید و بدون خلط، درد رترواسترنال، دیس پنه، خستگی، سردرد، تهوع و بی اشتها می
- ۳) صدمات چشمی: اکسیژن موجب **انقباض عروق خونی** بویژه شریانچه ها می شود: اختلال بینایی، ایجاد عوارض روی قرنیه و عدسی (افراد دارای بیماری های شبکیه مستعد تر هستند)
- ۴) آتلکتازی جذبی: ۷۹٪ اکسیژن حاوی نیتروژن است که موجب باز نگه داشتن آلونول ها و حفظ حجم باقی مانده می گردد (در صورت تجویز حجم زیاد اکسیژن باعث خروج نیتروژن و در نتیجه **کلاپس آلونولی** می شود)
- ۵) خشکی غشا های مخاطی
- ۶) خطر اشتعال و انفجار

نکات	معایب	مزایا	Fio2	میزان اکسیژن توصیه شده	ماسک های با جریان کم اکسیژن
درصد اکسیژنی که به ریه میرسد به عمق و تعداد تنفس بستگی دارد هر بار با هر لیتر اکسیژن ۲٪ Fio2 اضافه می شود	عدم کنترل دقیق غلظت اکسیژن تجویزی تحریک، خشکی و آذردگی مخاط نازوفارینال خروج مقدار زیادی از اکسیژن از طریق بینی و دهان	استفاده آسان تحمل خوب توسط بیمار عدم قطع اکسیژن حین فعالیت	24-44%	1-6 Lit/min (بیشتر از ۶ لیتر تاثیری بر Fio2 ندارد)	کانولای بینی 
ماسک باید کاملاً با دهان و بینی مماس شود جریان اکسیژن معمولاً باید حداقل به میزان 5 lit/min یا بیشتر تنظیم شود تا از تجمع هوای بازدمی در زیر ماسک و استنشاق مجدد CO2 جلوگیری شود (خطر اسیدوز تنفسی) هر بار با هر لیتر اکسیژن ۳-۶٪ Fio2 اضافه می شود	تحمل سخت خشکی و تحریک چشم قطع فعالیت هایی چون: خوردن، سرفه، خروج خلط و...	Fio2 بیشتر عدم خشکی مخاط مناسب در بیمارانی که با دهان تنفس می کنند	40-60%	5-8 Lit/min (بیشتر از ۸ لیتر تاثیری بر Fio2 ندارد)	ماسک ساده (ممنوعیت در بیماران COPD) 
تقریباً ۱/۳ از هوای بازدمی که برگشتی از فضای مرده آناتومیک است و حاوی CO2 کمتری است به کیسه ذخیره ساز برمیگردد و در تنفس عمیق حجم کافی در دسترس بیمار است حداقل جریان اکسیژن 6 Lit/min می باشد با هر دم بیش از ۱/۳ حجم کیسه با کاسته می شود	نباید کیسه ذخیره هوا پیچ بخورد بیمار تنفس خودبخودی داشته باشد محدودیت حرکت برای بیمار مختل شدن خوردن و آشامیدن تحریک پوست عدم استفاده از آنروسل ها با کیسه ذخیره هوا	افزایش جزء دمی اکسیژن و غلظت در صورت لزوم قابل تبدیل به ماسک non rebreather در صورت قطع اکسیژن در ریچه اطمینان آن باعث رسیدن هوای اتاق به بیمار می شود	60-80%	6-10 Lit/min	ماسک با کیسه ذخیره و استنشاق مجدد بخشی از هوای بازدمی 
بین بگ و ماسک و روی دو سوراخ خروجی ماسک دریچه وجود دارد در دم دریچه بین ماسک و بگ باز شده و هوا از بگ به ریه بیمار وارد می شود اما در بازدم این دریچه باز بسته است و هوا از دود دریچه خروجی ماسک خارج می شود روی دو دریچه خروجی روی ماسک لایه ای پوشاننده ای وجود دارد که اجازه خروج گاز بازدمی را می دهد اما از استنشاق هوای اتاق جلوگیری می کند.	نباید کیسه ذخیره هوا پیچ بخورد بیمار تنفس خودبخودی داشته باشد محدودیت حرکت برای بیمار مختل شدن خوردن و آشامیدن تحریک پوست عدم استفاده از آنروسل ها با کیسه ذخیره هوا مسمومیت با O2 (ABG) سریال)	عدم خشکی مخاط تحويل اکسیژن با بالاترین غلظت ممکن	90-100%	6-15 Lit/min	ماسک بدون استنشاق مجدد بخشی از هوای بازدمی 
مناسب برای بیماران COPD بعد از برداشتن ماسک بهتر است از سوند نازال استفاده شود هوای اتاق را با جریان ثابتی اکسیژن مخلوط کرده و به ریه ها می فرستد در بیمارانی که بستری تنفسی شدیدی دارند بدلیل تعداد و حجم بالای تنفس گزینه مناسبی نمی	بیمار تنفس خودبخودی داشته باشد محدودیت حرکت برای بیمار مختل شدن خوردن و آشامیدن تحریک پوست مسدود شدن دریچه	تحويل غلظت دقیقی از اکسیژن مقدور بودن انتقال رطوبت به هوای استنشاقی در آنروسل درمانی استفاده می شود	24-50%	30-36 Lit/min واپس به نوع آداپتور	ونچوری

بیشتر حد اکثر حجم دقیقه ای که این بیماران نیاز دارند بیشتر از میزانی است که ماسک ونچوری تامین میکند. در صورت spo_2 بالاتر از ۹۲٪ مجدداً از ونچوری با Fio_2 پایین تر استفاده گردد	ورودی هوا غلظت fio_2 را کاهش می دهد				
	یکبار مصرف بودن قطعه بینی هزینه بالا	Fio_2 بالا در بیماران کووید-۱۹ قابلیت تنظیم رطوبت و دمای آن	100%	30-60 Lit/min	High nasal oxygen High-Flow Nasal Cannula 
	مقابله بیمار با دستگاه عدم تبحر پرسنل در ست آپ دستگاه	در BIPAP فشار مثبت بازدمی نقش Peep و فشار مثبت دمی نقش pressur support را ایفا می کند در CPAP فشار مثبت دائمی مانند Peep عمل کرده و باعث باز ماندن آلئول ها در انتهای بازدم می شود			BIPAP, CPAP

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 X ۶۰ (فاکتور قطره) X 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 سی سی میکروست ریخته شود ۶ قطره آن حاوی همان مقدار داروست که ریخته شده با یک واحد کوچکتر

TNG 5mg در ۱۰۰ سی سی میکروست حل کردید، ۶ قطره آن ۵ میکرو گرم TNG دارد.

200 mg دوپامین در ۱۰۰ سی سی میکروست حل کردید، ۶ قطره آن ۲۰۰ میکرو گرم دوپامین دارد.

5 mg نیپیراید در ۱۰۰ سی سی میکروست حل کردید، ۶ قطره آن ۵ میکرو گرم نیپیراید دارد.

یعنی برای تهیه ۱۰ میکرو گرم دوپامین در بیمار ۶۰ کیلوگرمی از معادله زیر استفاده می کنیم:

۶ قطره ۲۰۰ میکروگرم

X میکرو ۱۰ X ۶۰ کیلوگرم

قطره میکروست ۱۸ = ۶ X ۶۰۰

۲۰۰

نحوه محاسبه مقدار دوز از دارو های درصد

وقتی عنوان درصد برای یک دارو مطرح می شود، بیانگر این موضوع است که در ۱۰۰ میلی لیتر محلول X گرم از آن دارو موجود می باشد. به عنوان مثال ۲٪ یعنی ۲ گرم دارو در ۱۰۰ میلی لیتر محلول.

روش محاسبه سریع

هر گاه محلول بر حسب درصد باشد، درصد را برداشته و با اضافه کردن صفر کنار عدد باقی مانده مقدار دارو بر حسب میلی گرم در ۱ میلی لیتر بدست می آید، بطور مثال:

محلول ۱٪ یعنی ۱۰ میلی گرم دارو در ۱ میلی لیتر محلول، بنابراین محلول ۲٪ لیدوکائین حاوی ۲۰ میلی گرم در هر میلی لیتر محلول می باشد

فرمول ساخت انواع غلظتهای محلول ها و سرم ها

حجم محلول مورد نظر X غلظت محلول رقیق تر - غلظت مورد نظر = $\frac{\text{حجم محلول غلیظ تر}}{\text{غلظت محلول رقیق تر - غلظت مورد نظر}}$

مثال: برای بیمار سرم دکستروز ۲۰٪ تجویز شده است چند ویال دکستروز ۵۰٪ باید داخل سرم قندی ۵٪ نیم لیتری ریخته شود؟

اول حدود ۱۵۰ سی سی از سرم قندی ۵٪ از سرم قندی ۵٪ کم کرده سپس ۳ ویال ۵۰٪ به آن می افزاییم.

$$X = 20 - 5 \times 500 = 166.6$$

50 - 5

۷ قانون دارو دهی



دوز دارو را محاسبه نمایید (در صورتی که دارو نیاز به انفوزیون داشته باشد ، مقدار دارو ، غلظت لازم ، محلول مناسب ، سرعت انفوزیون و زمان انفوزیون هر دوز را به دقت محاسبه نمایید.
زمان تجویز دارو را طوری انتخاب کنید که حتی المقدور با خواب بیمار تداخل نداشته باشد یا مانع خواب بیمار نشود . (به طور مثال دیورتیک ها)
داروها را به دست بیمار داده و تا زمان مصرف کامل دارو بیمار را ترک نکنید (به ویژه در مورد بیماران روانی ، کم بینا و نابینا ، افراد پیر و سالخورده و بیمارانی که تعدد دارویی دارند) و در موارد مشکوک ۱۰-۱۵ دقیقه پس از مصرف دارو بیمار را تحت نظارت دقیق قرار دهید.
در صورتی که از داروی مخدر استفاده می شود ، بلافاصله پس از برداشتن دارو از قفسه ، مشخصات لازم را در برگه مخصوص داروهای مخدر از نظر نوع و مقدار دارو ، نام بیمار ، تشخیص بیمار و نام پرستار یادداشت کنید.
چنانچه دارو دارای طعم نامطبوعی است (داروهای شیمی درمانی) از بیمار بخواهید پیش از خوردن دارو ، مقداری خرده یخ را در دهان نگهدارد یا مقداری از نوشیدنی مورد علاقه خود را میل کند.

دارو های خوراکی:	توزیقات زیر جلدی و عضلانی:	دوز دارو را محاسبه نمایید (در صورتی که دارو نیاز به انفوزیون داشته باشد ، مقدار دارو ، غلظت لازم ، محلول مناسب ، سرعت انفوزیون و زمان انفوزیون هر دوز را به دقت محاسبه نمایید.
غالباً داو های خوراکی با یک لیوان آب مصرف شود بهتر است بیمار در وضعیت نشسته یا خوابیده به پهلوی دارو را میل نماید دارو های زیر زبانی بهتر است تا پایان حل شدن دارو بیمار آن را در زیر زبان خود نگهدارد و در تخت باند در دارو های مایع بجز ترکیبات آنتی اسید و شربت های سینه،برای جذب بهتر دارو با 10 cc محلول مناسب رقیق کنید.	در تزریق هیپارین سرسوزن قبل از تزریق عوض شود.آسپیراسیون انجام نشود و سرسوزن را در حالی که پنبه الککل روی ناحیه قرار دارد ،خارج کنید در تزریق عضلانی پس از کشیدن دارو به داخل سرنگ سرسوزن را تعویض و سپس به مقدار هوا را به داخل سرنگ بکشید.بدین ترتیب 0.2ml هوا مانع خروج دارو به زیر جلد می شود چنانچه محلول آماده داخل ویال در تزریقات بعدی مورد استفاده قرار میگیرد تاریخ،ساعت،مقدار دارو در هر میلی لیتر و نام پرستار نوشته شود.	دوز دارو را محاسبه نمایید (در صورتی که دارو نیاز به انفوزیون داشته باشد ، مقدار دارو ، غلظت لازم ، محلول مناسب ، سرعت انفوزیون و زمان انفوزیون هر دوز را به دقت محاسبه نمایید.
دارو های چشمی:	دارو های بینی:	اسپری دهانی:
بیمار را به پشت خوابانده یا بنشیند و سر را به عقب خم کنید قطره چکان را حدود یک سانتی متر بالاتر از گوشه داخلی چشم بگیرید و پس از ریختن دارو با انگشت فشار ملایمی به مدت یک دقیقه به گوشه داخلی چشم وارد آورید تا از ورود دارو به بینی یا حلق و جذب سیستمیک آن جلوگیری شود. ترشحات چرکی چشم ها را با پنبه و آبگرم از داخل به خارج چشم بشوید. قطره چکان را حدود 1cm بالاتر از گوشه داخلی چشم بگیرید. پس از ریختن دارو با انگشت ، فشار ملایمی به مدت یک دقیقه روی گوشه داخلی چشم وارد آورید تا از ورود دارو به بینی یا حلق و جذب سیستمیک آن جلوگیری شود.	بایستی بیمار را به پشت خوابانده و برای رسیدن دارو به پشت حلق باید سر را به سمت عقب خم کرد.(در اسپری های بینی از بیمار بخواهیم حین اسپری کردن نفس را به داخل بکشد) در این روش بایستی بیمار به پشت خوابانده شود و برای رسیدن دارو به پشت حلق باید سر بیمار را به عقب خم کنیم. قبل از استعمال دارو از بیمار بخواهید بینی خود را تخلیه کند.(به جر در موارد افزایش ICP وخونریزی بینی و ...) قطره چکان را حدود 1cm بالاتر از سوراخ بینی بگیرید و قطره ها را به قسمت میانی استخوان اتموئید بریزید . بیمار باید ۵ دقیقه در وضعیت خوابیده باقی بماند.	قبل از مصرف بیمار یک دم و یازدم عمیق داشته باشد سپس با یک دم آهسته ذرات اسپری را به داخل بکشد سپس به مدت ۱۰ ثانیه نفس خود را نگهدارد بین دو دوز بایستی ۳۰ ثانیه تنفس وجود داشته باشد. اگر از دو نوع آئروسل یا بیشتر استفاده شود بایستی بین آن ها ۱۰-۵ دقیقه فاصله زمانی وجود داشته باشد. به دلیل جلوگیری از عفونت های دهانی به بیمار آموزش می دهیم بعد از استفاده از اسپری ها ، دهان خود را بشوید.
دارو های مقعدی:	دارو های پوستی:	دارو های گوش:
بیمار به یک پهلو شود شیاف را از روکش جدا و سر آن را لوبریکانت کنید و شیاف را تا یک انگشت در بالغین و نیم انگشت در کودکان به آرامی در داخل مقعد قرار دهید.بیمار ۵ دقیقه به پشت بخوابد	پوست ناحیه را به خوبی تمیز و از دارو های موضعی قبلی پاک نمایید اگر آسیب پوستی یا زخم باز وجود داشته باشد استریلیتی را رعایت و از دستکش و آسلاتنگ استفاده نمایید	بیمار به طرف گوش سالم به پهلو بخوابد در بالغین لاله گوش را به سمت بالا و عقب و در کودکان به پایین و عقب بکشیدقطره چکان را یک سانتی متر بالاتر از کانال گوش بگیرید و بیمار 3-2 دقیقه به همین حالت بماند.
TID: three times per day	BID: two times per day	STAT: first dose, immediately
QID: four time a day	QD: every day	HS: at bedtime

خلاصه دستور العمل تحویل و تحول نوبت بالینی

ISBAR
Identify: شناسایی هویت بیمار براساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار، تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج
Situation: وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار مانند: محدودیت دریافت مواد غذایی از راه دهان و رژیم غذایی
Background: شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار
Assessment: ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری
Recommendation: پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها

نکات مهم در تحویل و تحول بالینی:

۱) تحویل بخش در هر نوبت کاری شامل:

- کنترل تجهیزات پزشکی ضروری که در مواقع مخاطره حیات بکار می روند نظیر الکتروشوک
- تحویل ترالی کد مطابق دستورالعمل ابلاغی مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی کشور
- کنترل یخچال دارویی بخش بر طبق دستورالعمل های ابلاغی
- کنترل داروها و اقلام مصرفی موجود در استوک بخش از نظر تعداد و تاریخ مصرف
- کنترل نظافت و بهداشت پایه بخش
- تبادل اطلاعات مربوط به کلیه خرابی ها، تأسیسات، تجهیزات، قطعی آب و برق و گاز های طبی و تلفن، سیستم HIS و...

۲) اطلاعات کلی بخش توسط سرپرستار / مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار / مسئول نوبت کاری بعد تحویل می شود شامل:

- آمار بیماران پذیرفته شده، ترخیص شده و تعداد کل بیماران بستری
- گزارش حوادث و وقایع خاص
- وسایل بیماران بستری در صورت نگهداری در ایستگاه پرستاری
- در صورت نگهداری داروهای مخدر در بخش های مجاز، نوع و تعداد داروها به همراه پوکه داروهای مصرفی توسط سرپرستار / مسئول نوبت کاری قبل، به سرپرستار / مسئول نوبت کاری بعد تحویل داده شود.
- در صورت همزمانی اعلام کد احیا با تحویل نوبت کاری اولویت با حضور در تیم احیا است، نحوه حضور در تیم احیا در زمان تحویل نوبت کاری تا اتمام شیفت کاری با شیفت قبلی خواهد بود

هم پوشانی دو نوبت کاری:

ردیف	شیفت	ساعت همپوشانی
۱	تحویل صبح به عصر	۱۴:۱۵ - ۱۳:۳۰
۲	تحویل عصر به شب	۱۹:۳۰ - ۲۰:۱۵
۳	تحویل شب به صبح	۷:۳۰ - ۸:۱۵

- حفظ اصل محرمانگی اطلاعات بیمار و شرح آن به دور بالین بیمار و با صدای آهسته
- توجه به دو شناسه اصلی بیمار: نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (در صورت مشابه بودن نام و نام خانوادگی از نام پدر به عنوان شناسایی بیمار)
- اطلاعات بیمار در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری بصورت بروز شده، شفاف و مختصر استفاده شود.

"گزارش ادمیت در بخش های جنرال"

۱) مددجو آقا/خانم...../.....ساله با تشخیص فعلیساعت.....مورخهبا برانکارد/ویلچر/پای خود/آمبولانس / ۱۵02 یاغیر/توسط همراهان (در صورت ادمیت در بخش های بستری (تحت مانیتورینگ قلب /اکسیژن تراپی ماسک/ ونتیلاتور پرتابل / توسط پرستار).با دستور بستری در بخشتوسط دکتر.....منتقل شد. در بدو وروددارد(چشم ها:.....کلامی:.....حرکت:.....)را دارد. GCS به بخش

۲) مددجو(اگر بیمار هوشیار نبود می نویسیم به گفته همراه بیمار) باشکایت اصلیبه بیمارستان مراجعه کرده است(از زبان بیمار یا همراه نوشته شود)و با تشخیص (علت بستری).....بستری شده است.

و.....را ذکر می کند سابقه فامیلی.....دارد(سوابق HTN-DM-HLP-surgery)مددجو سوابق بیماری (دارویی.....را ذکر می کند.

۴)علائم و نشانه های موجود در بیمار به طور کامل توضیح داده شود. (ادم اندامها/سیانوزه بودن/کبودی و اکیموز/زخم/ پانسمان /نوع پانسمان/پلژی اندامها/ دفورمیتی / شالدون/ کلستومی/شواهد ناشی از چاقو خوردگی قبلی در اندام و....)

۵)علائم حیاتی در بدو ورود ذکر گردد +اگر بیمار ادمیت در اورژانس است حتما"سطح تریاژ ثبت گردد.

۶)موارد مشاهده شده در فرم ارزیابی اولیه ذکر گردد(معیار مورس،معیار برادن و....)

،رادیولوژی،دفترچه بیمار.....)واگر پذیرش از بخش دیگر است حتما"تعدادشیت (۷CT)مدارک تحویلی از بیمار (کلیشه های تحویلی ثبت گردد.

۸)آموزش بدو ورود به بیمار /همراه بیمار(دختر، پسر، همسر و.....)ذکر گردد.

۹) در ادامه گزارش پرستاری گزارش حین بستری ثبت گردد.

توجهات:

-ساعات به صورت ۲۴ساعت ثبت گردد.

-در گزارش نویسی فضای خالی باقی نماند.

-تمامی گزارشات ساعات شیفت صبح/عصر/شب به صرت کامل ثبت گردد.

-تمامی گزارشات به مهر و امضاء و تاریخ توسط پرستار مهمور گردد.

-از دو رنگ خودکار در گزارشات استفاده شود(آبی یا مشکی).

گزارش حین بستری

۱.مددجو هوشیار است(در صورت کاهش سطح هوشیاری تشریح معیار گلاسکو: چشمها: ...، کلامی: ...، حرکت: ...)

۲.CBR/RBR با کمک یا بدون کمک/OOB است(محدودیت فعالیت نوشته شود در بیماران نورولوژی ذکر اینکه با واکر یا با کمک همراه RBR می شود الزامی است. در صورت نیاز به تغییر پوزیشن /تغییر پوزیشن هر ۳ ساعت انجام می شود محل زخم ها با اندازه، داشتن ترشح، پانسمان و وسعت ذکر شود. اقدامات پیشگیرانه ثبت شود مثل استفاده از ویبریل در پاشنه پاها، تشک مواج و ...)

۳. رژیم غذایی (کم نمک و کم چربی، دیابتی، اورمیک و...) دریافت می کند. اشتها به غذا(به طور کامل) غذایش را خورد ۱/۲ یا ۱/۳ غذایش را خورد، اشتها به غذا ندارد، NPO است(علل) NPO بودن ذکر شود، OGT یا NGT فیکس است گاواژ مایعات پر پروتئین یا ... به میزان دستور داده شده انجام می شود تحمل می کند برگشتی ندارد، در صورت داشتن برگشتی از NGT حتما رنگ و مقدار ذکر شود.

۴. دیورز واجابت مزاج داشت / در صورت سونداژ مراقبت از سوند فولی/میزان ادرار ذکر شود (در صورت آنوریک، پیوری، دیزوری یا نداشتن اجابت مزاج اقدامات انجام شده ذکر گردد.

۵. در صورت داشتن اتصالات مثل CVP یا ... در گزارش پرستاری ذکر شود مثلا "CVP در ناحیه ساب کلاوین ژیگولار سمت راست فیکس است محل کمتر از نظر ترشح و خونریزی کنترل و پانسمان می باشد، الگوی خواب (چند ساعت شیفت را خوابیده ذکر شود) یا اگر بی خواب یا کم خواب بوده مداخلات انجام شده ذکر گردد.

۶. در صورت داشتن اضطراب، درد، سردرد، ... حتما گفته های بیمار داخل «نوشته شود. مددجو از درد ناحیه قفسه سینه در هنگام فعالیت شاکی است/مددجو اظهار می دارد که سر درد دارد یا... تمام مشکلات گفته شده از طرف بیمار بایستی با ذکر ساعت و اقدامات انجام شده ذکر گردد مثلا" مددجو از درد ناحیه شکم ساعت ۱۰:۰۰ شاکی بود ارزیابی بیمار انجام (شکم در لمس تندرست دارد، اجابت مزاج نداشته، به پزشک/اینترن در ساعت ... تماس تلفنی برقرار/ اقدامات اجرا و بهبودی حاصل شد یا نه حتما" در گزارش پرستار ذکر گردد.

۷. کلیه موارد غیر طبیعی در مشاهدات بالینی بیمار ثبت گردد(اکیموز، وسعت، گرم یا سرد، نرم یا سفت بود، ذکر شود) و...

۸. در صورت ندادن دارو، در قسمت دارویی دایره کشیده و قید کنید داده نشد و در قسمت گزارش پرستاری به صورت کامل علت ندادن دارو را قید نمایید(ویال پتاسیم به دلیل اینکه پتاسیم ۴ بود جهت بیمار گاواژ نشد و ...)

۹. معیار مورس و براندن ذکر شود در صورتی که بیمار بی قرار است، احتمال سقوط از تخت در ارتباط با بی قراری که نرده های اطراف تخت بیمار دو طرفه بالا و فیکس می باشد. دست بیمار فیکس شد. جریان خونسازی و نبض اندامها و بروز زخم کنترل شد. (دستور مهار فیزیکی یا شیمیایی از پزشک گرفته شود)

۱۰. آزمایشات غیر طبیعی و مداخلات انجام شده در گزارش ثبت گردد. آزمایشات VBG /na/k/ca/SGPT SGPT و ... برای ساعت ... ارسال شد. نمونه خون توسط نمونه گیر از دست سمت ... یا از لاین قهوایی CVline گرفته شد. در ساعت ... جواب ... Na=....- K=... و جواب سایر آزمایشات ... به اطلاع دکتر ... رسانیده شد. دستور پتاسیم کلرید ۵ سی سی داخل هر لیتر سرم داده شد / دستور تزریق یک ... واحد پکسل / داده شد که

۱۱. آموزش در زمینه رژیم غذایی /دارو و ... داده شد که مطلوب بود یا در صورت آموزش پذیری ضعیف حتما" قید شود که نیاز به چک اثربخشی مجدد دارد.

۱۲. مشاوره ها انجام شده یا قابل پیگیری با ذکر ساعت ثبت گردد(مشاوره داخلی/ قلب ... در ساعت ... به دکتر ... اطلاع رسانی شد انجام شد. دستورات به اطلاع پزشک معالج دکتر ... رسید فرمودند ... (در ساعت ... و ... تماس گرفته شد پاسخگو نبودند به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شد.....)

۱۳. فیزیوتراپی (نوع آن و ساعت انجام ذکر شود) + اقدامات پاراکلینیکی قابل پیگیری ذکر گردد.

۱۴. اگر آمادگی های جهت اقدام پاراکلینیکی جهت بیمار انجام شده ذکر شود.

توجهات:

- ساعات به صورت ۲۴ ساعت ثبت گردد.

-در گزارش نویسی فضای خالی باقی نماند.

-تمامی گزارشات ساعات شیفت صبح/عصر/شب به صرت کامل ثبت گردد.

-تمامی گزارشات به مهر و امضاء و تاریخ توسط پرستار مهمور گردد.

-از دو رنگ خودکار در گزارشات استفاده شود(آبی یا مشکی).

"گزارش نویسی حین بستری در بخشهای ICU"

۱-مددجو آقای/خانم..... با....= GCS از شیفت قبل تحویل گرفته شد.در حال حاضر=GCS دارد که چشمهایش از نظر کلامی..... از نظر حرکتی سطح هوشیاری بر اساس four=..... می باشد که چشمهایش ... از نظر حرکتی ... از نظر پاسخ ساق مغز و از نظر تنفس.... می باشد.

۲-مددجو اینتوبه (تراکوستومی/تنفس خودبه خودی و...)و وصل به ونتیلاتور با مد SIMV یااست(وصل به تی پیس می باشد و اکسیژن از طریق ماسک/نازال ... لیتر در دقیقه دریافت می کند).بیمار دیسترس تنفسی دارد تاکی پنه/برادی پنه است مد دستگاه از به تغییر داده شد یا تعداد تنفس تغییر داده شد(احتمال پاکسازی ناموثر راه هوایی در ارتباط با کاهش سطح هوشیاری وجود دارد)(پاک نشدن غیرموثر راههای هوایی در ارتباط با تجمع ترشحات در راههای هوایی):که: ساکشن ترشحات لوله تراشه به روش استریل با تعداد..... عدد نالتونرنگ انجام شد.ساکشن بصورت PRN انجام می شود.سمع متناوب ریوی انجام می شود.(ترشحات بیمار خونی /چرکی/.. بود که).

((عدم توانایی در جداسازی از دستگاه در ارتباط با ضعف عضلانی ثانویه به کاهش سطح هوشیاری/عفونت /جر تنفسی/پاکسازی نامناسب راه هوایی/تبادلات گازی بی اثر))

پویشن نیمه نشسته (پویشن ۳۰ درجه) رعایت می شود. فیزیوتراپی روزانه تنفسی انجام می شود.بخور گرم یا سرد در جریان است .

احتمال بروز زخم و آسیب به لب بیمار در ارتباط با فیکس بودن لوله تراشه وجود دارد.محل فیکس لوله تراشه جهت جلوگیری از آسیب پوستی بصورت متناوب جابه جا می شود.ساعت پس از تعویض باند و گاز لوله تراشه در وسط لب/سمت راست/سمت چپ فیکس شد.احتمال تنگی تراشه و ایجاد فیستول در ارتباط با اینتوبه طولانی مدت وجود دار که کاف لوله تراشه به صورت متناوب پر و خالی می شود.

۳-تحت مانیتورینگ قلبی مداوم است.ریتم قلبی بیمار..... با HR... می باشد. علایم حیاتی بیمار قید و در صورت غیر طبیعی بودن بر اساس آن تشخیص بنویسید)مثلا:تب ۳۸ دارد. (احتمال هیپرترمی در ارتباط با عفونتها / احتمال کمبود حجم مایع در ارتباط با تب)(احتمال موثر نبودن تنظیم درجه حرارت در ارتباط با از بین رفتن رفلکس هیپوتالاموس وجود دارد. تن شویه و پاشویه به صورت متناوب انجام شد. Ice bag گذاشته شد.پوشش بیمار کاسته شد.طبق دستور استامینوفن /آپوتل/ شیاف /...اجرا شد. درجه حرارت بیمار به ... رسید.(تب بیمار کنترل نشده است)

۴-ویزیت اعصاب /داخلی/ در ساعت ... توسط دکتر.. انجام شد.دستورات خاص و نتایج قید شود.....

مشاوره داخلی/قلب... در ساعت ... به دکتر ... اطلاع رسانی شد انجام شد. دستورات به اطلاع پزشک معالج دکتر..... رسید فرمودند (در ساعت ... و... تماس گرفته شد پاسخگو نبودند به سوپروایزر کشیک اطلاع داده شد.....)

۵- cv line در ناحیه ساب کلاوین/ژیگولار سمت راست فیکس است.محل کتتر از نظر ترشح و خونریزی کنترل شد.پانسمان دارد.(از محل کتتر خونریزی به اندازه ...گاز دارد.پانسمان فشاری انجام شد.....).فشار ورید مرکزی بیمار کنترل شد ... بود که...

پرفیوژن بافتی غیرموثر محیطی در ارتباط با هیپوتنشن/هیپرتنشن وریدی که طبق دستور پزشک(قرص لوآرتان/سرم / TNG سرم دوپامین/نورآدرنالین/... در جریان است (دوز داروی داده شده ثبت شود).(از ساعت ... تا ... سرم ... بیمار به دلیل فشار خون hold شد/ در جریان است)

-درد در ارتباط با ایسکمی قلبی/... وجود دارد.عدد درد است که

احتمال بروز کمبودهای تغذیه ایی کمتر از نیاز بدن در ارتباط با عدم قدرت بلع وجود دارد.سوند معده (NGT/OGT)سوند بکسن(فیکس است. گاواژ مایعات به صورت متناوب هر ۳ ساعت پس از لاواژ محتویات معده و عدم برگشتی و با رعایت بالا بودن ۴۰ درجه زیر سر حین و بعد از گاواژ انجام می شود.طبق دستور رژیم پر پروتئین/پر پتاسیم/..... اجرا می شود.(بیمار NPO است.) ترشحات برگشتی دارد که به کیسه متصل است به میزان سی سی ترشحات صفراوی یا خونی و..... داشته).

احتمال اختلال(تغییر) در غشاهای مخاطی دهان در ارتباط با عدم توانایی در بلع (تنفس دهانی یا فقدان رفلکس حلق)وجود دارد.دهانشویه بصورت متناوب با محلول کلرهگزیدین اجرا می شود.

۷-سوند فولی فیکس است احتمال UTI در ارتباط با سونداژ طولانی وجود دارد.شستشوی پرینه (سرسوند) با نرمال سالین انجام شد. ادرار در حجم..... و رنگبرقرار است.هماچوری دارد که به اطلاع دکتر ... رسانیده شد دستور شستشوی مثانه داده شد آمپول hold شد. در طبیی شیفت هماچوری کنترل شد/ادامه داشت..... نوبت اجابت مزاج دارد (ندارد)(اسهالی است ملنا و...)(کلهستومی دارد در ربع تحتانی سمت چپ قرار دارد که اجابت مزاج کیسه کلهستومی تعویض.... محل کلهستومی از نظر قرمزی و زخم بستری شد که.....(احتمال بروز یبوست در ارتباط با CBR طولانی مدت وجود دارد که طبق دستور پزشک شربت MOM -لاکتولوز اجرا می شود).(هیپوکلهسمی/هیپوناترمی در ارتباط با اسهال)

۸-احتمال اختلال در تمامیت پوست در ارتباط با بی حرکتی طولانی وجود دارد که تشک مواج دارد و تغییر پوزیشن هر ۳ ساعت انجام می شود.ماساژ نواحی مستعد زخم انجام شد. پوست بیمار با AD چرب شد.ادم اندمهای تحتانی/فوقانی ۴ پلاس در مشهوداست.که الویت اندمها انجام شد.اکیموز در نواحی..... (مثلا در ناحیه گردن،آرنج بیمار ناشی از نمونه گیری و...)(که به اطلاع پزشک رسانیده شد./کمپرس سرد در ناحیه گذاشته شد و...)

(احتمال حساسیت پوستی به محل چست لیدها در ارتباط با وجود مداوم چست لیدها وجود دارد که محل چست لیدها پس از شستشوی روزانه تعویض شد.پوست بیمار از نظر بروز حساسیت یا قرمزی احتمالی بررسی می شود)

(احتمال اختلال در سلامت بافت قرینه در ارتباط با کاهش یا فقدان رفلکس قرینه وجود دارد.رفلکس قرینه و پاسخ مردمک چشم بصورت متناوب بررسی می شود./مردمکها میدریاز/میوتیک و.. و رفلکس به نور دارد/ندارد.شستشوی چشم به صورت متناوب انجام می شود.چشم بیمار بصورت افقی جهت کاهش خشکی چشم بسته می شود)(پلک چشم راست بیمار باز است و چشم بیمار قرمز است.که قطره اشک مصنوعی ۲ قطره هر ۲ ساعت ریخته می شود.چشم ست راست ترشحات عفونی ارد قطره سیپروفلکساسین دو قطره ریخته شد و ...)

احتمال بروز لخته در اندامها در ارتباط با CBR طولانی مدت وجود دارد که بانداژ الاستیک بصورت متناوب انجام می شود.(احتمال بروز ادم در اندامها در ارتباط با عدم تحرک مناسب وجود دارد. که تغییر پویشن انجام می شود الویت کردن اندامها رعایت می شود)(احتمال بروز دفورمیتی در مفاصل در ارتباط با پلژی وجود دارد که تغییر پوزیشن مناسب داده شد) .

۹-آزمایشات VBG/na/k/ca/sgot/SGPT برای ساعت ارسال شد. نمونه خون توسط نمونه گیر از دست سمت ... یا از لاین قهوایی CVline گرفته شد. در ساعت جواب Na=....- K=....- Hb=... و جواب سایر آزمایشات.... به اطلاع دکتر ... رسانیده شد.دستور پتاسیم کلرید ۵ سی سی داخل هر لیتر سرم داده شد/ دستور تزریق یک./ واحد پکسل /داده شد که

۱۰-بیمار بی قرار است./احتمال سقوط از تخت در ارتباط با بی قراری که نرده های اطراف تخت بیمار دو طرفه بالا و فیکس می باشد.دست بیمار فیکس شد.جریان خونسانی و نبض اندامها و بروز زخم کنترل شد. (دستور هار فیزیکی از پزشک گرفته شود)/دستور آمپول فنتانیل به دلیل بی قراری بیمار داده شود. با سرعت ۲ سی سی در ساعت./ در جریان است. پس از دریافت بیمار آرامتر شد/.....

۱۱-در صورت ندادن دارو، در قسمت دارویی دایره کشیده و قید کنید داده نشد و در قسمت گزارش پرستاری به صورت کامل علت ندادن دارو را قید نمایید(ویال پتاسیم به دلیل اینکه پتاسیم ۴ بود جهت بیمار گاوژ نشد و.....)

۱۲-بیمار در ساعت ... پس از هماهنگی بر روی برانکارد تحت مانیتورینگ قلبی و وصل به دستگاه ونتیلاتور پرتایل /با اکسیژن نازال با بالا بودن بدساید دو طرفه برانکارد با حضور پرستار(نام خود را قید نمایید) به واحد سی تی اسکن/رادیولوژی/اکو/سونوگرافی و فرستاده شد. کلیشه برین سی تی/چست سی تی اسکن/جواب اکو با EF=... / جواب سونوگرافی /.... در ساعتبه اطلاع دکتر.... رسانیده شد که دستور

بیمار دستور سونوگرافی/سی تی اسکن/اکو و... دارد که به دلیل بی قراری/دیسترس تنفسی/غیرفعال بودن واحد سونوگرافی/به دلیل شروع اسکن تزریقی/عدم اجازه خروج بیمار از بخش توسط دکتر.../ و.... انجام نشد.

۱۳-حمام در تخت / بیمار به حمام برده شد.فیزیوتراپی اندامها انجام شد.

۱۴-آموزش به همراه (به صورت حضوری یا تلفنی) در زمینه نحوه تهیه مایعات پرپروتئین/در زمینه عوارض و فواید تراکتوستومی داده شد/در زمینه آوردن مستدات قبلی بستری بیمار /نحوه ارسال آزمایشات B.K به مرکز بهداشت/و..... داده شد. (بایستی در گزارش پرستاری قید شود)

توجهات:

-ساعات به صورت ۲۴ ساعت ثبت گردد.

-در گزارش نویسی فضای خالی باقی نماند.

-تمامی گزارشات ساعات شیفت صبح/عصر/شب به صرت کامل ثبت گردد.

-تمامی گزارشات به مهر و امضاء و تاریخ توسط پرستار مهمور گردد.

-از دو رنگ خودکار در گزارشات استفاده شود(آبی یا مشکی).

مهر(با شماره نظام) و امضاء پرستار

«گزارش فوت»

۱) در صورت بد حال شدن یا نیاز به اعلام کد ابتدا ارزیابی بیمار به صورت کامل انجام و پس از اطمینان اقدامات ذیل انجام گیرد.

۲) ابتدا گزارش حین بستری مثل روتین برای مددجو نوشته شود.

۳) مددجو در ساعت..... دچار بریکاردی vt/بدون نبض / vf / برادی پنهان تنفسی/ و... شد که بلافاصله کد ۹۹ توسط خانم/آقای.... اعلام گردید.(نام پرستاری که در بخش است را بنویسید) بلافاصله ماساژ قلبی انجام و بیمار اینتوبه شد و اکسیژن تراپی با آمبویگ متصل به اکسیژن انجام شد. (بیمار توسط پرسنل با لوله تراشه شماره.... اینتوبه شد).اعضاء کد..... در بالین بیمار حاضر شدند. در طی CPR داروهای آتروپینعدد و آدرنالین ... عدد و ویال بیکربنات.... عدد و آمپول لیدوکائین ... عدد طبق دستور دکتر به بیمار تزریق شد.(تمام این داروها در قسمت دارویی با ذکر ساعت و تعداد قید می شود)

ماساژ قلبی در طی CPR انجام شد . با توجه به ریتم دو نوبت / سه نوبت /... نوبت شوک به میزان ژول برای بیمار اجرا شد.ریتم مددجو پس از دریافت شوکبود.متأسفانه علی رغم تلاش اعضای کد پس از دقیقه تلاش در ساعتمددجو توسط دکتر....فوت شده اعلام و CPR ختم گردید(باهرعایمی که منجر به فوت شده است ثبت گردد)

۴) تمام اتصالات مددجو شامل NGT ،سوند فولی لوله تراشه و...خارج گردید. محل خروج CVLine /lv line ،درن و...از نظر خون ریزی چک و با انجام پانسمان فشاری ، از عدم خون ریزی اطمینان حاصل گردید . برگه CPR و ارجاع جسد توسط دکتر تکمیل و ضمیمه پرونده شد .

۵) مدارک CT/MRI ،دفترچه ودندان مصنوعی (ضمیمه پرونده گردید. فوت مددجو توسطبه اطلاع خانواده وی رسانیده شد .

مددجو در ساعت.....به سرد خانه منتقل گردید روحش شاد

توجهات:

-برگه CPR توسط پزشک مسؤول احیاء در دو برگ تکمیل گردد.

-فرم نظارت بر احیاء در یک برگ تکمیل گردد.

-فرم ارجاع جسد توسط پزشک مسؤول CPR تکمیل گردد.

-ساعات به صورت ۲۴ ساعت ثبت گردد.

-در گزارش نویسی فضای خالی باقی نماند.

-تمامی گزارشات ساعات شیفت صبح/عصر/شب به صرت کامل ثبت گردد.

-تمامی گزارشات به مهر و امضاء و تاریخ توسط پرستار مهمور گردد.

-از دو رنگ خودکار در گزارشات استفاده شود(آبی یا مشکی).

-ساعت ۳۰:۱۰-۹:۳۰ صدور جواز دفن توسط متخصص پزشکی قانونی مستقر در اورژانس صادر شود.

کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد



احتیاطات استاندارد

برای پیشگیری از انتقال میکروبها و به حداقل رساندن انتشار عفونت حین ارائه خدمات مراقبت از بیمار و اجتناب از تماس با بافت، خون، مایعات، ترشحات بدن، مخاط و پوست ناسالم به کار میروند. احتیاطهای استاندارد باید در تمامی مراکز ارائه خدمات سلامت سرپایی و بستری، به عنوان یک اولویت در نظر گرفته شوند و حین ارائه مراقبت برای تمامی بیماران، صرف نظر از تشخیص و نوع بیماری و عفونی/کلونیزه بودن یا نبودن بیماران رعایت گردند. احتیاطهای استاندارد به عنوان اصلی ترین سطح کنترل عفونت و "یک حداقل الزم" باید در صورت احتمال مواجهه با موارد زیر به کار برده شوند:

- خون
- همه مایعات و ترشحات بدن (به جز عرق) صرف نظر از اینکه حاوی خون قابل مشاهده باشند یا خیر
- پوست ناسالم
- غشاهای مخاطی

احتیاطهای استاندارد شامل موارد زیر است:

۱. رعایت بهداشت دست
۲. استفاده از وسایل حفاظت فردی بر اساس ارزیابی خطر و نوع تماس مورد انتظار
۳. پیشگیری از صدمه با سوزن و وسایل نوک تیز (stickneedle)
۴. بهداشت تنفسی و آداب سرفه
۵. بهداشت محیط (پاک کردن و گندزدایی محیط)
۶. مدیریت پسماند
۷. بسته بندی و انتقال وسایل مراقبت بیمار، ملحفه، لباس
۸. محل استقرار بیمار

- ✓ هرگز صورت و سایر وسایل حفاظتی (عینک، ماسک و...) با دستکش آلوده لمس نشود.
- ✓ در زمان مراقبت از بیمار، از منطقه تمیز بدن بیمار به سمت قسمتهای کثیف بدن بیمار مراقبت و کار انجام شود.
- ✓ بعد از خارج نمودن دستکش، دستها با آب و صابون شسته شوند.
- ✓ دستکش نباید شسته و مورد استفاده مجدد قرار گیرد.
- ✓ برای تمیز یا گندزدایی وسایل و محیط باید از دستکش کار کلفت قابل استفاده مجدد استفاده گردد.
- ✓ پوشیدن گان به صورت روتین، قبل از ورود به بخشهای مراقبت ویژه یا سایر مناطق پرخطر مانند پیوند مغز استخوان، از کلونیزاسیون میکروبی یا ابتال به عفونت در بیماران بستری در این بخشها جلوگیری نمی کند و تاثیری ندارد.

به منظور جلوگیری از انتقال میکروارگانیسمهای موجود در بینی و دهان کارکنان پزشکی، در موارد زیر پوشیدن ماسک

الزامی میباشد:

- ۱- میلوگرافی ۲- بیهوشی نخاعی یا اپیدورال ۳- تهیه مایع مغزی نخاعی
- توجه: قسمت پشت سر که بند ماسک یا دسته عینک/محافظ صورت قرار دارد، منطقه تمیز محسوب میشود و با دست بدون دستکش این وسایل محافظتی درآورده میشوند. با این حال، بهداشت دستها باید بعد از خروج این وسایل محافظتی رعایت گردد.

عفونت بیمارستانی

عفونت های بیمارستانی به عفونتهایی گفته میشود که در خلال دوره بستری شدن در بیمارستان یا در اثر بستری شدن پدیدمی آیند. بطور کلی بیماریکه به مدت کمتر از ۴۸ ساعت در بیمارستان بوده و دچار عفونت میشود بعنوان حامل بیمار پیش از پذیرش در بیمارستان تلقی میگردد. عفونت های بیمارستانی بطور چشمگیری با پیدایش عوارض و بروز مرگ همراه بوده ومخارج زیادی را به بیمار بستری شده

تحلیل مینمایند. برآورد میشود که ۵ درصد از بیماران پذیرفته شده در بیمارستانهای سوانح در ایالات متحده دچار یک عفونت میشوند که به این ترتیب بیش از ۲ میلیون عفونت بیمارستانی در سال پدید آمده و بیشتر از ۲ میلیارد دلار نیز هزینه میگردد و بعضی از محققان تخمین میزنند که میزان مرگ و میر بیمارانی که دارای عفونت بیمارستانی میشوند به دو برابر میرسد.

عفونت بیمارستانی؛

در متون پزشکی گاهی این عفونت ها را عفونت های اکتسابی از بیمارستان Hospital Aquired infection می نامند. اما اصطلاح رایج آن عفونت های نازوکومیال می باشد. (Nosocomial infections)

اخیراً سازمان جهانی بهداشت تعریف جامع تری از این عفونت ها ارائه کرده و آنها را عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی (Health care-associated infection) می خواند

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

- حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود؛

- در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد

تعریف چهار نوع عفونت براساس تعاریف استاندارد NNIS :

انواع عفونت بیمارستانی	ویژگی	کد اختصاصی
۱- عفونت ادراری	عفونت ادراری مربوط به کاتتر ادراری	SUTI
۲- عفونت ادراری غیر مرتبط با کاتتر ادراری	بیمار کاتتر ادراری ندارد و حداقل یکی از علائم زیر را داشته باشد: تب بیشتر ۳۸ درجه در بیمار با سن ۶۵ یا کمتر و تندرین سوپراپوئیک - درد یا تندرین زاویه کوستوورتمبرال - سوزش ادرار - تکرر ادرار - فوریت ادراری - کشت ادرار مثبت با کلونی مساوی یا بیشتر از 10^5 CFU/ML در کشت بیش از دونوع میکروارگانیزم رشد نکرده باشد.	SUTI
۳- عفونت باکترمیک بدون علامت ادراری	- بیمار با یا بدون سوند ادراری هیچ یک از علائم و نشانه های عفونت علامت دار مجاری ادراری را نداشته باشد. یعنی فقدان تب و فقدان سوزش ادراری و غیره - کشت ادرار مثبت با کلونی مساوی یا بیش تر 10^5 CFU/ML و در کشت بیش از دونوع میکروارگانیزم رشد نکرده باشد و یک کشت خون مثبت با اورپاتوژن منطبق با ارگانیزم به دست آمده از کشت ادرار یا اگر میکروب منطبق از آلوده کننده های شایع پوست است حداقل دو کشت خون مثبت داشته باشد.	ABUTI
۴- عفونت جریان خون تایید شده ی آزمایشگاهی	• حداقل یک کشت خون مثبت با پاتوژن شناخته شده ی عفونت جریان خون مانند استافیلوکوک اورئوس / کلبسیلا / غیره • ارگانیزم به دست آمده از خون مربوط به عفونت در محل دیگری نباشد (یعنی عفونت جریان خون ثانویه نباشد) یا بیمار حداقل یکی از علائم زیر را داشته باشد:	(LCBI)

		تب بیشتر از ۳۸ درجه الرز یا هیپوتانسیون-ارگانیسم به دست آمده از خون مربوط به عفونت در محل دیگری نباشد-حداقل دو کشت خون مثبت از آلوده کننده های شایع پوستی		
	عفونت جریان خون مرتبط با کاتتر عروقی	این نوع عفونت که بیشتر مربوط به کاتتر ورید مرکزی می باشد. بیمار بیش از دو روز دارای کاتتر عروقی باشد(در زمان تشخیص عفونت -کاتتر در محل باشد یا حداکثر روز قبل خارج شده باشد) برای وی L.CBI تشخیص داده شود و در بررسی سایر ارگان ها (مثل پنومونی -عفونت ادراری) به عنوان منشأ رد شده باشد		
۳	جراحی	عفونت طی ۳۰ روز از عمل جراحی اتفاق بیافتد و فقط پوست و بافت زیر جلدی درگیر باشد و بیمار حداقل یکی از موارد زیر را داشته باشد: الف: ترشح چرکی از قسمت های سطحی برش جراحی ب: کشت مثبت از بافت یا مایعی که به طریق ی آسپتیک از قسمت های سطحی برش جراحی گرفته شده است. ج: برش سطحی توسط جراح یا پزشک معالج یا سایر منصوبین به طور عمدی باز گردد و حداقل یکی از علایم یا نشانه های عفونت شامل درد یا تندرns موضعی /تورم موضعی/قرمزی یا گرمی وجود داشته باشد و کشت انجام نشده باشد د: تشخیص عفونت سطحی برش جراحی توسط جراح /پزشک معالج یا سایر منصوبین(پرستار بالینی یا دستیار پزشک دقت شود که عفونت سطحی برش جراحی برای تمام انواع اعمال جراحی فقط تا ۳۰ روز پیگیری شود.		
	عفونت عمقی برش جراحی	بسته به نوع عمل جراحی عفونت طی ۳۰ یا ۹۰ روز بعد از عمل جراحی اتفاق بیفتد و بافت نرم عمق برش جراحی(مثلا فاسیا و لایه ی عضلانی) درگیر باشد و یکی از موارد زیر را داشته باشد: -ترشح چرکی از عمق برش جراحی -برش عمقی خودبخود باز شود و یا توسط جراح باز یا آسپیره گردد و بیمار یکی از موارد زیر: تب بیشتر از ۳۸ درجه-درد یا تندرns موضعی را داشته باشد و کشت مثبت باشد یا انجام نشده باشد. -آبسه یا سایر شواهد عفونت برش عمقی جراحی در معاینه ی آناتومیک یا در هیستوپاتولوژی یا تصویر برداری		
۴	تنفسی	ترشحات تنفسی چرکی(شامل ترشحات ریه و برونش یا تراشه و یک کشت مثبت (کیفی و نیمه کمی یا کمی)	پنومونی وابسته به ونتیلاتور	
	پنومونی	بیمار با یا بدون بیماری زمینه ای با یک یا بیشتر رادیو گرافی یا یکی از موارد زیر: انفیلتراسیون جدید یا پیشرونده ی پایدار -کدورت ریه(consolidasion)- حفره(cavitation) حداقل یکی از موارد زیر: تب(بالای ۳۸ درجه)- لکوپنی(wbc کمتر از ۴۰۰۰) یا لکوسیتوز (wbc بیشتر از ۱۲۰۰۰) -تغییر وضعیت هوشیاری بدون علت دیگر در بیمار بالای ۷۰ سال حداقل یکی از موارد زیر: -خلط چرکی یا افزایش ترشحات تنفسی یا ظهور یا تشدید سرفه یا تنگی نفس یا تاکی پنه -رال یا صداهای تنفسی برونکیال -بدتر شدن تبادل گازی (مانند کاهش غلظت اکسیژن خون یا افزایش نیاز به اکسیژن و ...) یا حداقل دوتا از موارد زیر:		

-ظهور جدید خلط چرکی یا تغییر در وضعیت خلط یا افزایش ترشحات تنفسی یا افزایش نیاز به ساکشن -ظهور یا بدتر شدن سرفه یا تنگی نفس یا تاکی پنه -رال یا صداهای تنفسی برونکیال -بدتر شدن تبادل گازی (مانند کاهش غلظت اکسیژن در خون یا افزایش نیاز به اکسیژن یا افزایش نیاز به تهویه) حداقل یک کشت مثبت: کشت یا روش های غیر کشت مثبت (مانند PCT) یا حداقل یکی از موارد زیر: کشت مثبت خون -کشت مثبت مایع پلور- کشت مثبت BAL			
--	--	--	--

دستورالعمل تزریقات ایمن (Safety Injectio) دستورالعمل شماره ۱۴

با توجه به هدف غایی از ارائه خدمات درمانی که نجات جان و ارتقاء سطح سلامت بیماران می باشد، رسالت و مسئولیت کارکنان بهداشتی درمانی مبنی بر رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت و استانداردهای درمانی در راستای کاهش خطر انتقال عفونت های منتقله از خدمات سلامت فزونی می یابد که بخشی از آن با رعایت استانداردهای تزریق ایمن محقق می گردد.

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزند.

به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد .

پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نشود .

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز دارو ها و مشتقات دارویی 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 تحمیل می نماید . تزریقات غیر ایمن می تواند سبب انتقال انواع پاتوژن ها از جمله ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها و انگل ها شده و وقایع ناخواسته ای از جمله آبسه و یا واکنش های توکسیکی را در پی داشته باشد.

همه پرسنل در بدو ورود به بیمارستان بایستی پرونده بهداشتی تشکیل دهند و از تیتراژ $HfBSA6$ آگاهی داشته باشند و آزمایش

$h1v$ ، $HfBSA6$ و $HcVA6$ را کنترل نمایند و از جواب تیتراژ خود آگاهی داشته باشند.

اطمینان از ارائه ایمن تزریقات و دفع مناسب ضایعات تزریق در کشور، با توجه به احتمال آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی

از طریق انجام اقدامات پرخطر که گاهی منجر به فرورفتن سوزن در دست می شود قویاً توصیه می شود:

الف) ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کنند نظیر **Safety Box** و فورسپس جهت جدا نمودن تیغ جراحی از

Scalpels در دسترس کاربران ابزارهای پرخطر قرار گیرد.

ب) 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 روش های درمانی در دسترس باشد.

پ) در سایر واحدهای تزریقات نیز همانند واحدهای ایمن سازی از سرنگهای **AD** استفاده شود.

ت) جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله‌های تیزوبرنده

س) قویا توصیه می‌شود سرسوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوتکت، بیستوری، لانتست، اسکالپوین، ویال‌های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع‌آوری ایمن (Safety Box) جمع‌آوری شده و ترجیحاً سوزانده و یا به نحو مطلوب دفع گردند.

ج) ضروری است ظروف جمع‌آوری، مستحکم، غیرقابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.

چ) لازم است به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده ظروف جمع‌آوری ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهنده خدمت در کلیه واحدهای ذیربط قرار داشته باشد.

ح) استفاده از برچسب هشدار دهنده بر روی ظروف جمع‌آوری با مضمون «احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی» به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است.

خ) به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی، در صورتی که حداکثر سه / چهارم حجم ظروف مزبور پر شده باشد ضروری است درب ظروف به نحو مناسب بسته شده و دفع شوند

د) وجود ظروف جمع‌آوری ایمن (Safety Box) در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی و اعم از خصوصی و دولتی الزامی بوده و باید توسط واحدهای نظارت بر درمان پیگیری شود.

ذ) سرنگ و سرسوزن را بلافاصله بعد از استفاده در Safety box بیندازید.

بهترین روش‌ها در انجام تزریقات:

اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات:

رعایت بهداشت دست

پوشیدن دستکش در مواقع ضروری

استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف

آماده سازی و ضدعفونی پوست

رعایت بهداشت دست:

بهداشت دست واژه ای کلی است که به شستشوی دست ها با آب و صابون و یا با استفاده از ماده ضدعفونی، محلول های ضدعفونی و یا ضدعفونی قبل از جراحی اطلاق می شود.

راهنمای عملی برای رعایت بهداشت دست:

قبل از آماده نمودن داروهای تزریقی و بعد از اتمام تزریق، قبل و بعد از هر گونه تماس مستقیم با

بیماران برای انجام اقدامات درمانی، قبل و بعد از پوشیدن و در آوردن دستکش بهداشت دست ها را

رعایت فرمایید.

در صورت کثیفی و یا آلودگی دست ها با مایعات بدن و خون ممکن است مابین تزریقات نیز نیازمند رعایت بهداشت دست با آب و

صابون می باشید.

توجه نمایید در صورتی که پوست دست ارائه کننده خدمت ، بریده و یا مبتلا به درماتیت باشد، از انجام تزریق برای بیمار اجتناب شود و

توصیه می شود که زخم های کوچک پانسمان گردند.

دستکش:

در ضمن ارائه اقدامات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در صورتی که احتمال مواجهه با خون و یا فرآورده های

خونی می باشد الزامی است کارکنان از دستکش لاتکس، بدون لاتکس و یا تمیز کاملاً اندازه دست خود استفاده نمایند.

راهنمای عملی استفاده از دستکش:

در زمانی که احتمال تماس مستقیم با خون و یا سایر مایعات و ترشحات بدن و بزاق (بالقوه عفونی بیماران) ، وجود دارد از دستکش یک بار مصرف غیر استریل که کاملاً اندازه دستتان می باشد ، استفاده نمایید.

در زمان انجام تزریق وریدی و یا خون گیری در صورتی u1603 که پوست دست فرد ارائه دهنده خدمت به دلیل ابتلاء به اگزما و یا خشکی و ترک خوردگی سالم نیست.

در صورتی که پوست بیمار به دلیل ابتلاء به اگزما و یا سوختگی و یا عفونت سالم نیست.

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

سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف:

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

راهنمای عملی در ضمن استفاده از وسایل حفاظت فردی:

در صورت استفاده از وسایل حفاظت فردی، بلافاصله بعد از استفاده آن ها را به روش مطمئن دفع نمایید.

۴-۲: آماده سازی و ضدعفونی پوست در انواع مختلف تزریقات

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

راهنمای عملی برای ضدعفونی و آماده سازی پوست:

برای ضدعفونی پوست گام های ذیل را بردارید:

از سوآب پنبه یک بار مصرف آغشته به محلول های با پایه الکلی ۷۰-۶۰ در صد(لیزو پروپیل و یا اتانول) برای ضدعفونی موضع تزریق استفاده نمایید.از متیل الکل و یا متانول جهت تزریق استفاده ننمایید.

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

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

توجه:

✓استفاده از آب و صابون جهت آماده سازی پوست موضع تزریق قبل از تزریقات داخل جلدی، زیر جلدی و عضلانی توصیه می شود .
که در صورت مهیا بودن در بیمارستان و آمادگی بیمار و ارائه دهندگان خدمت قابل استفاده است و در غیر این صورت استفاده از الکل بلامانع است.

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

✓از الکل برای ضدعفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده ننمایید.

خلاصه گام های ضروری در تزریقات:

● اقدامات پیشگیری و کنترل عفونت

باید ها	نباید ها
بهداشت دست ها را با استفاده از آب و صابون و یا محلول های Hand Rub رعایت نمایید. این عمل را به دقت و بر اساس روش شستشوی توصیه شده در راهنمای رعایت بهداشت دست ابلاغی از وزارت بهداشت ، انجام دهید.	رعایت بهداشت دست را فراموش نکنید
در صورت لزوم، از یک جفت دستکش یک بار مصرف غیر استریل استفاده نمایید و دستکش را ما بین بیماران و یا به ازای انجام هر اقدام درمانی تعویض نمایید.	از یک جفت دستکش برای بیش از یک تزریق استفاده نکنید. برای استفاده مجدد از دستکش مصرف شده، آن را نشویید.
برای اخذ نمونه خون و کشیدن خون فقط برای یک بار از وسیله تزریقات یک بار مصرف استفاده کنید.	سرنگ، سرسوزن و لانتست را فقط یک بار مصرف کنید.
در صورت نیاز به دسترسی وریدی، موضع تزریق را ضد عفونی نمایید.	بعد از ضد عفونی، موضع تزریق را لمس ننمایید.
فورا پس از مصرف، وسایل تزریق مصرف شده را در ظروف ایمن دفع نمایید.	سرسوزن را در خارج از ظروف ایمن نیندازید.
در صورتی که گذاردن درپوش سرسوزن مورد استفاده ضروری است برای گذاردن درپوش به روش یک دستی اقدام نمایید.	برای گذاردن درپوش سر سوزن از دو دست استفاده نکنید.
ظروف ایمن را با درپوش محافظ مهر و موم نمایید.	بیش از ۳/۴ ظروف ایمن را پر نکنید و یا درب آن را جدا ننمایید
لوله نمونه خون را قبل از ورود سر سوزن به داخل آن در rack قرار دهید	از تزریق خون به داخل لوله آزمایش زمانی که آن را با دست دیگر نگه داشته اید، اجتناب نمایید.
در صورت وقوع needle stick ، آن را گزارش نمایید و پرو تکل بیمارستان را در ارتباط با پروفیلاکسی بعد از مواجهه دنبال نمایید.	پروفیلاکسی بعد از مواجهه با اجسام بالقوه آلوده را در ظرف ۷۲ ساعت انجام داده ، چرا که بعد از ۷۲ ساعت بی اثر می باشد

داروها و وسایل تزریق

وسایل تزریق

مراکز بهداشتی درمانی جهت ارائه تزریقات ایمن بایستی کفایت وجود وسایل تزریق یک بار مصرف را تضمین نمایند.

راهنمای عملی برای استفاده از وسایل تزریق:

برای هر تزریق منجمله ؛ آماده نمودن یک واحد تزریق دارو و یا واکسن از سرنگ و سرسوزن استریل

جدید استفاده نمایید.

قبل از استفاده از سرنگ ، بسته بندی سرنگ و سرسوزن را بررسی کرده تا از سلامت آن مطمئن شوید.

در صورتی که تاریخ انقضاء سرنگ و سرسوزن سر آمده و یا بسته بندی آن پاره و صدمه دیده است ، آن را دور بیندازید.

داروها :

انواع ظروف دارویی و توصیه نحوه استفاده از آن ها:

ظرف داروی	توصیه ها	دلایل
ویال های تک دوز	نوع ارجح	ضعیف بودن احتمال آلودگی

ویال های چند دوز	فقط در موارد ضروری	بالا بودن احتمال آلودگی در صورتی که از تکنیک آسپتیک استفاده نشود.
آمپول ها	شکستن آمپول ممکن است به هدر رفتن محتویات آمپول و صدمه دست ارائه خدمت ، منجر شود.	
کیسه های مایع و محلول های (۱۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی لیتری)	برای تزریقات معمول توصیه نمی شود.	بالا بودن احتمال آلودگی

راهنمای عملیاتی در دادن دارو به بیمار:

هرگز از داروی کشیده شده در یک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید (برای هر بار تزریق یک سرنگ و سرسوزن مصرف کنید).

از تعویض صرفاً سر سوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.

از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.

از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.

به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران ، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده نمایید

استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.

به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.

در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری نمایید.

ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.

ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید:

در صورتی که استرلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.

در صورتی که تاریخ انقضاء دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد).

در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.

در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضاء زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.

صرف نظر از تاریخ انقضاء دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده

و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.

تا حد امکان از ویال های snap که برای شکستن سر آن ها نیاز به اهر نمی باشد استفاده نمایید . در صورتی که برای باز نمودن یک

آمپول نیاز به اهر فلزی می باشد برای حفاظت انگشتان خود از یک پد کوچک استفاده نمایید.

آماده نمودن تزریقات:

تزریقات را بایستی در یک فضای معین که احتمال آلودگی با خون و ترشحات بدن وجود نداشته باشد، آماده نمود.

راهنمای عملیاتی برای آماده نمودن تزریقات:

سه گام اساسی ذیل برای آماده نمودن تزریقات بردارید.

فضایی که جهت آماده نمودن تزریقات مورد استفاده قرار می دهید را منظم نگاهدارید تا تمیزی آن به سهولت ممکن باشد.

قبل از اقدام برای آماده سازی داروها و یا در زمانی که این فضا آلوده به خون و یا ترشحات بدن شده باشد ، آن را با الکل ۷۰ درصد

ایزوپروپیل الکل و یا اتانول تمیز نموده و اجازه دهید تا کاملاً خشک شود.

کلیه وسایل مورد نیاز برای تزریقات را بچینید:

✓سرنگ و سر سوزن استریل یک بار مصرف

✓حلال نظیر آب مقطر و یا حلال های خاص

✓سواب پنبه الکل

✓ظروف ایمن برای دفع ایمن پسماندهای نوک تیز و برنده

ویال های دارویی سیتوم دار

سر ویال دارویی را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید و قبل از ورود سر سوزن به داخل آن اجازه دهید در معرض هوا خشک شود.

در صورتی که ویال های مولتی دوز در اختیار دارید ، برای کشیدن هر بار دارو ، از سر سوزن و سرنگ استریل استفاده نمایید.

هیچ گاه بعد از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز ، سر سوزن را پس از جدا نمودن سرنگ در داخل آن رها ننمایید.

در اسرع وقت پس از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز اقدام به تزریق نمایید.

برچسب زدن ویال های دارویی آماده شده:

پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز بر روی ویال داروی موارد ذیل را با برچسب بزنید:

تاریخ و زمان آماده نمودن دارو

نوع و حجم حلال

غلظت نهایی

تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو

نام فرد مسئول

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

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

نام فرد مسئول

۴-۲-۲: تجویز دارو به بیمار:

برای تجویز کلیه تزریقات بایستی از تکنیک آسپتیک استفاده نمایید:

راهنمای عملیاتی برای تجویز تزریقات:

احتیاطات عمومی:

نام و دوز دارو را قبل از تجویز کنترل نمایید.

بهداشت دست را رعایت نمایید.

سر ویال را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید.

از سر سوزن و سرنگ استریل (یک بار مصرف) برای کشیدن دارو استفاده نمایید.

روش آماده سازی:

برای آماده سازی ویال از سرنگ استریل استفاده نمایید.

پس از تزریق میزان کافی از مایع حلال به داخل آمپول و یا ویال، تا از بین رفتن ذرات جامد قابل مشاهده در ویال کاملاً آن را تکان دهید.

بعد از آماده نمودن سر سوزن و سرنگ را از داخل ویال در آورده و بدون جدا نمودن آن ها از یکدیگر ، آن را در ظروف ایمن دفع نمایید.

در صورتی که فوراً دارو تزریق نمی شود ، به روش یک دستی ۱ درپوش آن را بگذارید و آن را در جای مطمئنی قرار دهید.

نکات مهم:

از تماس سرسوزن با سطوح آلوده ممانعت نمایید.

از استفاده مجدد سرنگ حتی اگر سر سورن هم تعویض شده باشد، اجتناب نمایید.

از لمس دیافراگم پلاستیکی سر ویال دارویی پس از ضدعفونی با الکل ۷۰ درصد اجتناب نمایید.

از داخل نمودن یک سرسوزن و سرنگ به داخل چندین ویال مولتی دوز خودداری نمایید.
برای یک بیمار و یا چندین بیمار مختلف از سرسوزن و سرنگی که یک بار جهت تزریق دارو از آن استفاده شده است ، استفاده ننمایید.
از یک کیسه و یا شیشه مایعات وریدی برای تزریق به بیماران متعدد استفاده ننمایید.
۳-۲: پیش گیری از ایجاد جراحی کارکنان بهداشتی درمانی با وسایل نوک تیز و برنده
جهت رعایت اصول ایمنی برای شکستن ویال های دارویی با استفاده از یک محافظ مثل پد از تیغ اهر استفاده شود.
پس از تزریق از گذراندن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص که گذاردن درپوش به روش یک دستی بایستی انجام شود.

از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.
الزامی است سر سوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیو کت ، بیستوری ، لانتس ، اسکالپ وین ، ویال های شکسته و ...) 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.
به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده دفع سرسوزن و سرنگ (با هم) و در صورت محدودیت منابع در تامین ظروف ایمن در بیمارستان، دفع سر سوزن (به تنهایی) بلامانع می باشد.
به منظور پیش گیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف ایمن دفع گردند ، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات در کلیه واحد های ذی ربط قرار داشته باشند . توجه نمایید از باقی ماندن ظروف ایمن در بیش از ۵ روز در محیط درمانی اجتناب شود، بدیهی است این مدت در دمای بالاتر کاهش می یابد.

به منظور پیش گیری 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.

جهت حمل وسایل تیز و برنده از ریسور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.
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.

استفاده از برچسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون " احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی " به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیش گیری از آلودگی آنان الزامی است

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

راهنمای بهداشت دست

شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید و می تواند ۵۰٪ عفونت های بیمارستانی را کاهش دهد. شستن دست ها می تواند توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت گیرد . شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها از روی پوست زدوده شوند (روش مکانیکی) و با محصولات ضد میکروبی باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یا مهار رشد آن ها می گردد که به آن ضد عفونی کردن می گویند . پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم یا ثابت و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که ممکن است بدنال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نشوند، ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد. پوشیدن دستکش جایگزین شستن دستها نمیشود.

بطور کلی پنج موقعیت شستشو دست عبارتند از:

قبل از تماس با بیمار

برای محافظت از بیمار در مقابل میکروبهای مضر که بر روی دستان شما وجود دارد قبل از نزدیک شدن به بیمار و لمس او، دستان خود را تمیز کنید.

قبل از پروسیجر آسپتیک

برای جلوگیری از ورود میکروب های مضر که ممکن است در حین انجام این پروسیجرها وارد بدن وی شود دستان خود را درست قبل از انجام فرآیندهای آسپتیک (که نیاز به محیط عاری از میکروب دارند) تمیز نمایید.

بعد از مواجه با خون و مایعات بدن بیمار

برای محافظت از خود و محیط های مراقبت بهداشتی، در مقابل میکروب های مضر بیمار دستان خود را بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار تمیز کنید.

بعد از تماس با بیمار

برای محافظت از خود و محیط های مراقبت بهداشتی ، در برابر میکروب های مضر بیمار دستان خود را پس از لمس بیمار و محیط اطراف او و در هنگام ترک بالین بیمار تمیز کنید.

بعد از تماس با محیط مجاور بیمار

برای محافظت از خود و محیط های مراقبت بهداشتی ، در برابر میکروب های مضر بیمار پس از لمس هرگونه وسیله موجود در محیط اطراف بیمار ،حتما در هنگام ترک بالین بیمار دستان خود را تمیز کنید.(حتی اگر بیمار را لمس نکرده باشید)

اندیکاسیون های شستن دست عبارتند از:

به جز در موارد بسیار فوری، پرسنل باید همیشه دست های خود را بشویند :

۱. پس از خارج کردن دستکش ها از دست

۲. در شروع شیفت کاری

۳. هنگام آلوده شدن دست ها، نیز پس از عطسه کردن، سرفه یا پاک کردن بینی خود

۴. در فواصل تماس با بیماران

۵. قبل از تهیه داروهای بیماران

۶. پس از رفتن به توالت

۷. قبل از انجام اقدامات تهاجمی

۸. قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

۹. قبل و بعد از تماس با زخم

۱۰. قبل از غذا خوردن

۱۱. بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد مانند ظروف اندازه گیری ادرار بیماران و وسایل جمع آوری ترشحات بدن بیماران

۱۲. پس از مراقبت از بیماران دچار عفونت یا بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک

روش های شستن دست:

شستن دست ها به سه روش معمول یا روتین، به وسیله مواد ضد میکروبی یا ضد عفونی کننده و بدون استفاده از آب می تواند انجام گیرد:

شستن دست ها به طور روتین

شامل کف آلود کردن دست ها با صابون معمولی(مایع، جامد) و مالیدن محکم تمام سطوح دست ها به یکدیگر و آبکشی آن ها با آب جاری (شیر آب) است. تمام مراحل باید ۴۰ تا ۶۰ ثانیه طول بکشد. سپس دست ها باید با دستمال کاغذی خشک گردند. در صورت

بستن شیر آب با دستمال کاغذی که برای خشک کردن دست ها از آن استفاده شده است، از آلودگی مجدد دست ها با شیر آب و سینک جلوگیری می شود.



روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمایید.
ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلیه سطوح دست ها را با صابون بپوشانید.
با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را بهم بمالید.
کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته و بالعکس و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم، آن ها را به هم بمالید.
در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن ها را به هم بمالید.
شست چپ و بالعکس را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید.
انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.
در نهایت ، مچ دست رو با حرکات چرخشی خوب تمیز کنید.
دست ها را کاملاً آبکشی نمایید.
با حوله پارچه ای یا کاغذی یکبار مصرف، دست ها را کاملاً خشک نمایید.

با همان حوله یا دستمال کاغذی، شیر آب را بسته و دستمال را در سطل آشغال یا حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف برای شستشوی مجدد بیندازید. با توجه به اینکه دست خیس به سهولت آلوده با میکروارگانیسم ها را گسترش می دهد، خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است.

شستن دست ها با مواد ضد میکروبی یا ضد عفونی کردن دست ها
برای ضد عفونی نمودن دست ها می توان از محلول پوویدون ایودین (بتادین) اسکراب و کلرهگزیدین ۲٪ یا ۴٪ استفاده کرد.

اندیکاسیون های ضد عفونی کردن دست ها با مواد ضد میکروبی عبارتند از:

قبل از انجام اعمال جراحی یا اقدامات تهاجمی مشابه
حین مراقبت از بیمارانی که ایزوله شده اند یا رعایت بعضی احتیاط ها برای آن ها ضروری است
قبل از ورود به بخش مراقبت ویژه نوزادان یا شیرخوارگاه
شستن دست ها بدون استفاده از آب
در مواقع خاصی که سینک و وسایل شستن دست ها با آب وجود ندارد از موادی که برای شستشو به آب نیاز ندارند، مانند الکل، استفاده می شود.

روش صحیح ضد عفونی کردن دست ها با مالش به یکدیگر:
مقدار کافی از محلول مالش دست با پایه الکلی در اشکال مختلف (فوم، ژل و محلول با ویسکوزیته پایین)، به نحوی که کل سطوح دست را بپوشاند، در کف دست خود بریزید.
با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان خود را به هم بمالید.
کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته (و بالعکس) و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم، آن ها را به هم بمالید.
در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن ها را به هم بمالید.
شست چپ و بالعکس را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید.
انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.
در نهایت ، مچ دست رو با حرکات چرخشی خوب تمیز کنید.
اجازه دهید دستهایتان کاملاً خشک شوند.

در صورتیکه از محلول های ضد عفونی با پایه الکلی استفاده می نمایید، حداکثر بعد از ۷ الی ۸ بار استفاده مکرر از محلول های ضد عفونی، دست ها را با آب و صابون بشوید.

نحوه شستن دست (دستورالعمل WHO)

جواهرات و زینت آلات باید قبل از شستن از دست خارج شود. 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.

ظروف حاوی صابون مایع باید به راحتی قابل شستشو و تعویض باشند و طوری نصب گردند که به سهولت توسط مچ و آرنج قابل استفاده باشد. استفاده از الکل جهت حذف باکتریها و بیشتر ویروس ها توصیه می گردد.

همیشه ناخنها را کوتاه نگه دارید و از وسایل زینتی استفاده نکنید.

هنگام ستن دست بایستی از دوشویی فاصله گرفت تا از خیس شدن و آلوده شدن یونیفرم پیشگیری گردد.

ابتدا حلقه و ساعت بیرون آورده شود و سپس آستین را بالا زده و آب با فشار و دمای لازم تنظیم گردد.

در حالی که دست ها در سرازیری هستند آنها را خیس نمایید تا آب بطرف نوک انگشتان جاری گردد.

مقدار ۵-۱۰ سی سی صابون مایع را در کف دستها ریخته و دست ها را بهم بمالید تا کف ایجاد شود.

شستن دست را با حرکت دورانی و مالشی آغاز نمایید. کف دست ها بهم کشیده شود. انگشتان طوری بین هم قرار گیرد و کاملا ساییده شود.

پشت انگشتان دست راست را در کف دست چپ به طوری که انگشتان شست دست دیگر بصورت چرخشی کاملا ساییده شود و بالعکس.

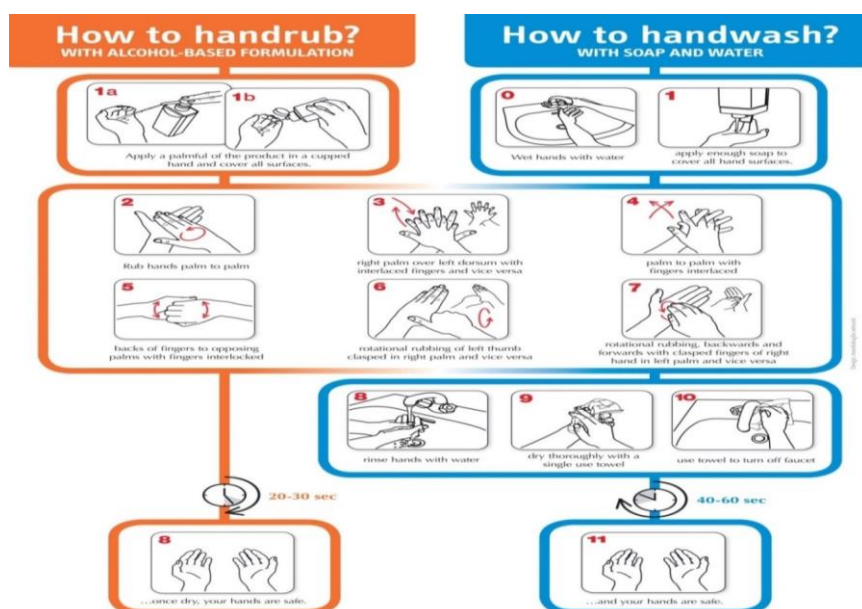
نوک انگشتان یک دست را در کف دست دیگر فشرده و یا حرکت چرخشی کاملا شستشو داده تا تمیز شود و بالعکس. هر یک از اعمال مذکور در شستشوی صحیح دستها بایستی ۵ بار تکرار گردد.

دست ها و مچ ها را کاملا آبکشی نمایید.

زمان استاندارد جهت شستشوی دست ۱-۳ دقیقه میباشد.

دست ها را با حوله کاغذی کاملا خشک نموده و با همان حوله کاغذی شیر را ببندید و از بستن آن با دست خودداری کنید. استفاده از دست خشک کن برقی توصیه نمی گردد زیرا موجب پراکنده شدن میکروب می گردد.

استفاده از صابون جامد توصیه نمی گردد اما در صورت استفاده پس از مصرف کف صابون را شسته و مجددا در جای خود قرار دهید.



پنج مرحله مهم برای بهداشت دست های شما



قسمت خارجی دستکشها آلوده است.

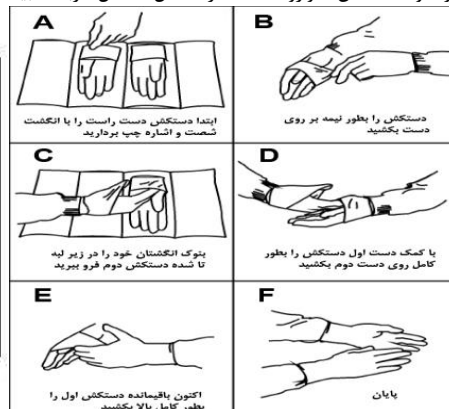
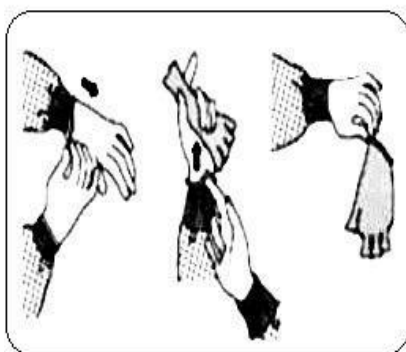
افراد راست دست: در نقطه ای اندکی پایینتر از لبه دستکش چپ، بخش خارجی دستکش چپ را با انگشتان

دستکش راست بگیرد و ضمن خارج کردن دستکش چپ آن را به پشت وارونه کنید.

انگشتان برهنه دست چپ را در حدفاصل میچ دست راست و زیر دستکش راست قرار دهید. به کمک انگشتان دست چپ دستکش را ست

نیز خارج کرده و در حین خروج آن را وارونه کرده بر روی دستکش چپ بکشید

هر دو دستکش وارونه شده را داخل سطل زباله بیندازید



محافظت از چشم و صورت

باید در مواقعی که امکان ترشح و یا پاشیدن خون یا مایعات بدن وجود دارد از عینکهای حفاظتی (حفاظ دار) و یا ماسک های چشم و صورت استفاده نمود

عینک حفاظتی بایستی راحت بوده و تمام چشمها و اطراف صورت را فراگیرد، در صورت عدم استفاده از عینک در صورت پاشیده شدن خون و ترشحات به چشم بدلیل جلوگیری از انتقال عفونت، بایستی چشم را به مدت ده دقیقه با پلک باز زیر آب شستشو دهید پروتکل استاندارد نحوه خارج ساختن عینک محافظ یا حفاظ صورت عینک محافظ یا حفاظ صورت را در آستانه در ب خروج یا طاق ایزوله از روی چشم یا صورت بردارید قسمت خارجی عینک یا حفاظ صورت آلوده است برای برداشتن عینک دسته های آنرا بگیرید (حفاظ صورت را از بند آن بگیرید)

محافظ چشم (عینک یا حفاظ صورت) را جهت ضد عفونی در ظروف مخصوص تعیین شده قرار دهید در صورت یکبار مصرف بودن آن را داخل سطل زباله بیندازید



حفاظت از بدن

روپوش کارکنان بایستی همیشه متناسب با اندازه بدن آنها باشد. همچنین باید تمیز، مرتب و از کیفیت مناسبی برخوردار باشد. این لباسها که جهت محافظت از آلودگی و کثیف شدن دیگر لباسها پوشیده میشوند باید در فواصل زمانی مناسب روپوشها را تعویض نمود تا از پاکیزگی آنها مطمئن بشویم. نکته دیگر اینکه نباید اینگونه لباسها را جهت شستشو به منزل برد.



پروتکل استاندارد نحوه خارج ساختن لباس کار (گان)

گان را در آستانه در ب خروجی طاق ایزوله از تن خارج کنید . قسمت جلو و آستینهای گان آلوده است گرهما را باز کنید

یک دست خود را به قسمت داخلی گان برده و آن را از ناحیه شانه و گردن به سمت پایین بکشید، در حین در آوردن گان آن را وارونه کنید به نحویکه بخش داخلی آن رو به خارج قرارگیرد.

گان خارج شده از تن را لوله یا تا کنید و (در صورت یکبار مصرف بودن) آن را داخل سطل زباله بیندازید

بیماری های مشمول گزارش غیرفوری

گزارش فوری (تلفنی): به مرکز بهداشت شماره یک و سوپروایز رکنترل عفونت باید اطلاع داده شود .

گزارش آنی و بلافاصله (کمتر از ۶ ساعت):

هاری - آنفلوآنزای پرندگان - تولا رمی - طاعون - وبا - سیاه زخم تنفسی - بوتولیسم - زیکا - چیکونگونیا - ایبولا - تب های خونریزی دهنده (مانند CCHF و...) - کرونا - تیفوئید مداوم به درمان - هر گونه افزایش ناگهانی موارد بیماریها (طغیان یا اپیدمی)

گزارش فوری (در کمتر از ۲۴ ساعت):

فلج شل حاد - تب و بثورات حاد جلدی ماکولوپاپولر - سل ریوی با خلط مثبت - سیاه سرفه - دیفتری - کزاز - سندرم سرخجه مادرزادی - مننژیت - مالاریا - اسهال خونی - تب دانگی - تب راجعه - تب زرد - جذام - سیاه زخم جلدی - کزاز بالغین - شیتوزومیا زیس - بستری در بیمارستان بدنبال واکسیناسیون - سرخک

گزارش هفتگی:

انواع سل (با کشت خلط منفی و سل خارج ریوی) - انواع هپاتیت - تیفوئید - بروسلوز - سالک - شیگلوزیس - سفلیس - سوزاک - کیست هیداتیک - توکسوپلاسموزیس - فاسیولیازیس - لیتوسپیروزیس - پدیکلوزیس و گال

لیست ۱۶ سندرم های واگیر تحت مراقبت

سندرم: به تظاهرات بالینی قبل از تشخیص بیماریها گفته می شود. یک سندرم ممکن است علائم و نشانه های چند بیماری مختلف باشد

سندرم مسمومیت غذایی	سندرم اسهال خونی	سندرم اسهال حاد		
سندرم اختلال شدید تنفسی	سندرم شبه آنفلوآنزا	سندرم سرفه مزمن		
سندرم تب و تورم غدد	سندرم تب و راش	سندرم تب و خونریزی	سندرم تب طول کشیده	سندرم تب و علائم نورولوژیک
سندرم فلج شل حاد	سندرم زردی حاد	سندرم شوک عفونی	سندرم مرگ ناگهانی	سندرم بیماریهای آمیزشی

نحوه گزارش دهی: در صورت مشاهده هر یک از بیماریهای واگیردار و یا سندرم های تحت مراقبت، با رعایت زمان های اعلام شده، در هر ساعتی از شبانه روز، به واحد بهداشتی تعیین شده (مرکز بهداشت / کارشناس کنترل عفونت بیمارستان) گزارش گردد.

شماره مرکز بهداشت غرب: ۳۴۵۳۳۱۰۰ شماره تلفن کارشناس کنترل عفونت بیمارستان: ۰۹۱۲۰۵۶۱۳۰

احتیاطهایی که با بستی براساس راه انتقال عفونتها رعایت گردند:

احتیاط هوایی:

برای جلوگیری از انتقال بیماریهایی است که از طریق هسته قطرات با اندازه کمتر از ۵ میکرون یا ذرات گردوغبار حاوی عوامل عفونی منتقل میشود بکار میرود

بیماریهایی که رعایت این احتیاط برای آنها ضروری است عبارتند از:

- سل ریه یا حنجره و زخم پوستی باز ناشی از سل

- بیماران دچار سل مقاوم به چند دارو.

- بیماران دچار عفونت HIV یا در معرض آن که بعلت سرفه وارتشاح ریوی مراجعه نموده اند

- سرخک - آبله مرغان - زونای منتشر یا زونا در فرد نقص ایمنی - سارس - تب های خونریزی دهنده و بروس - آبله



اصول احتیاط هوایی :

-بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده
-درب اتاق بسته باشد

-خروج هوا از اتاق بیمار بطور مستقیم به فضای خارج باشد نه داخل بخش.

-استفاده از ماسک خصوصاً ماسک N95

-استفاده از ماسک جراحی استاندارد برای جابه جایی بیمار قبل از ترک اتاق

-بستری بیماران مشابه در یک اتاق منعی ندارد

احتیاط قطرات :

در مواردی که عامل بیماری از طریق آئروسل های درشت قطره با اندازه بیشتر از ۵ میکرون منتقل میشود احتیاط قطرات باید به کار بسته شود

بیماریهایی که رعایت این احتیاط برای آنها ضروری است عبارتند از :

-هموفیلوس آنفلوانزا ی تیپ B مهاجم -مننگوکوک -پنوموکوک مقاوم -سیاه سرفه -آنفلوانزا -اورپون -سرخچه-پاروویروس -
دیفتری حلقی -آدنوویروس

به منظور رعایت احتیاط هوایی، استفاده از رسیپراتور یا ماسک N95 توصیه می شود. موقعیت های استفاده از ماسک N95 در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل در مواجهه با بیمار مشکوک/محتمل/مبتلا به بیماریهای واگیر به شرح ذیل اعلام می گردد؛
بدیهی است که در کلیه موقعیتهای ذکر شده استفاده از ماسک N95 و استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی جهت کلیه افرادی که بر بالین بیمار حضور می یابند (پزشک، پرستار، کمک بهیار، پرسنل خدماتی، همراه بیمار) الزامی است، این ماسک اختصاصی و باید متناسب با اندازه صورت فرد باشد. بهتر است در هر شیفت تنها یک نفر امور بیمار را به عهده داشته باشد. پوشیدن ماسک الزامی است. مسئولیت حسن اجراء بر عهده مسئولین واحدها می باشد.

موقعیتهای استفاده از ماسک N95

۱-سل ریوی اسمیر مثبت یا سل حنجره

۲-وجود سل پوستی فعال و انجام اقداماتی مانند شستشو، ایجاد برش و تخلیه ترشحات یا روشهای درمانی که باعث ایجاد آئروسلهای حاوی باسیل سل زنده میگرددند.

۳-در زمان انجام اقدامات مراقبتی که آئروسل تولید میکنند مانند برونکوسکوپی، انتوباسیون و ساکشن باز ترشحات تنفسی، برای بیماران

میتال به سل، انفلوانزای پرندگان، انفلوانزای پاندمیک یا سندرم تنفسی شدید حاد با کوروناویروس (SARS)

۴-آبله مرغان

۵-زونا یا منتشر یا زونا ی موضعی در بیمار با نقص ایمنی

۶- سرخک

۷-هرگونه عفونت نوظهور که بنا به دستورالعمل وزارت بهداشت و یا تصمیم کمیته کنترل عفونت احتیاج به رعایت ایزوله هوایی داشته

باشد نیز پوشیدن ماسک N95 ضروری است.

- ماسک N95 ماسکی است که در مقابل چربی مقاوم نبوده و می تواند ذرات آلوده به اندازه کوچک تر از ۵ میکرومتر (بزرگتر از ۰,۳ میکرون) را با کارایی ۹۵ درصد فیلتر کند و از الوده شدن کارکنان با میکروبهایی مانند باسیل سل جلوگیری نماید.
- در شرایط معمول، فیلتر ماسک N95 تا ۸ ساعت میتواند کارایی داشته باشد. لذا پس از هر بار استفاده از ماسک برای مراقبت از بیمار مسلول ریوی، آن را در داخل کیسه پلاستیکی که درب آن بسته میشود قرار داده و مدت زمان استفاده از ماسک ثبت گردد.

اصول احتیاط بیماران ایزوله:

۱. بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی و در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری یکسان میتوان آنها را در اتاق بستری نمود.
۲. درب اتاق میتواند باز باشد
۳. رعایت فاصله ۱m پرسنل با بیمار.
۴. در صورت جابه جایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله استفاده از ماسک جراحی استاندارد.

احتیاط تماسی:

به منظور جلوگیری از انتقال ارگانیزمهای مهم از لحاظ همه گیرشناسی که از طریق تماس یا مستقیم مثل لمس بیمار و یا تماس غیرمستقیم از قبیل تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار منتقل میشوند توصیه میشود.

مواردی که رعایت این احتیاط برای آن هاضروری است عبارتند از:

- عفونت های منتقله از راه مدفوع پدهانیمثلشیکلا، هپاتیت A - زرد زخم- آبله مرغان - شیش - گال - سارس - تبهای خونریزی دهنده ویروسی مثل CCHF - سرخجه مادرزادی- سلول یتبیا ترشح زیاد و غیر قابل کنترل - آبسه یا زخم بستر عفونی که ترشح آنها کنترل نمیشود، - دیفتری پوستی - اسهال عفونی کلستریومی شیش - باکتریهای مقاوم به چند دارو مثل MRSA

اصول احتیاط تماسی:

- بستری بیمار در اتاق خصوصی یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق.
- استفاده از وسایل حفاظت شخصی با محافظت پوست (دستکش)
- استفاده از گان و درآوردن آن قبل از ترک اتاق ایزوله و مراقبت از عدم تماس گان و دستکش با لباس و پوست موقع خروج آنها
- استفاده جداگانه وسایل مراقبتی مثل گوشی و فشارسنج و در صورت لزوم گندزدایی آنها.
- جابه جایی محدود بیمار به خارج از اتاق ایزوله.

نیدل استیک

به فرورفتن سرسوزن به دست یا پاشیده خون و ترشحات آلوده به غشاء مخاطی، ملتحمه را نیدل استیک میگویند.

اقدامات اولیه در صورت نیدل استیک شدن:

شست شوی فوری زخم با صابون و آب سرد، کمک به خونریزی از زخم یا موضع تماس بدون ایجاد فشار، شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقدار زیاد ی آب، گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کشیک و سوپروایزر کنترل عفونت، ارسال مارکهای ویروسی از پرسنل و بیمار مربوطه، در صورتیکه آلودگی محرز نباشد نیاز به پروفیلاکسی نیست.

در صورتیکه آلودگی محرز باشد: باید توسط متخصص عفونی ویزیت شوید و دارو درمانی صورت گرفته و اطلاع به مرکز بهداشت

پروتکل اقدامات لازم در مواجهه های شغلی کارکنان برای عفونت های HBV-HCV-HIV

تعریف مواجهه:

تماس با خون ، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرورفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شیء تیز یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده است که می تواند کارکنان مراقبت سلامت را در معرض عفونت $HIV/HBV/HCV$ قرار دهد.

مایعات بالقوه عفونت زا

خون مهم ترین مایع بدن است که می تواند عفونت زا باشد. مایع مغزی نخاعی ، سینوویال ، پلور، مایع صفاقی ، پریکارد و آمنوتیک ، مایع منی و ترشحات تناسلی نیز بالقوه عفونت زا محسوب می شوند. ادرار، بزاق، خلط، مدفوع، مواد استفراغی، ترشحات بینی، اشک و عرق عفونت زا نیستند مگر اینکه خون در آنها مشاهده شود.

تعریف میزان خطر

عبارتست از احتمال ابتلا به یک عفونت معین بعد از مواجهه با آن

میزان خطر بعد از مواجهه شغلی به عوامل متعددی بستگی دارد :

- میزان تماس با خون
- وضعیت ایمنی مصدوم
- وجود خون واضح بر روی وسایل
- جراحی عمیق
- بیماری پیشرفته یا بار ویروسی بالا در فرد منبع
- فرورفتن سوزنهای توخالی (سوزن تزریق ، آنژیوکت و ...) در مقایسه با سوزنهای توپ (سوزن بخیه)

پیشگیری :

محافظت نخستین اقدام پیشگیری است . به کاربردن اقدامات احتیاطات استاندارد ، واکسیناسیون HBV و تشکیل پرونده بهداشتی و

آزمایش پاسخ به واکسن HBV یک تا دو ماه بعد از تکمیل دوره واکسن

مداوای محل مواجهه :

- بریدگی پوست با سرسوزن یا شیء تیز و برنده :
- شست شوی فوری محل با آب و صابون / قراردادن عضو زیر آب روان تا توقف خونریزی / جلوگیری از فشردن یا مکیدن محل آسیب
- پاشیده شدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست ناسالم :
- شست شوی فوری محل با آب روان یا نرمال سالین/ خودداری از پانسمان محل

ارزیابی منبع مواجهه :

۱- مثبت بودن منبع از نظر HIV : این تست اولیه مثبت ، باید تایید شود. اما تجویز پروفیلاکسی برای فرد مواجهه یافته در صورت وجود اندیکاسیون ، نباید تا زمان تایید تشخیص ، به تاخیر بیفتد.

۲- منفی بودن منبع از نظر HCV , HBV , HIV : تجویز رژیم پیشگیری و یا پیگیری برای مصدوم ضرورت ندارد. تشخیص طبی ، علایم بالینی و سابقه رفتار پرخطر در منبع مورد نظر قرار گیرد افراد زیر در گروه پرخطر قرار دارند :

- مصرف کنندگان مواد تزریقی
 - افرادی که سابقه زندان و یا بازپروری دارند
 - افرادی که سابقه رفتارهای جنسی پرخطر دارند .
 - همسر یا شریک جنسی هر یک از گروه های فوق
- ۳- زمانی که منبع مشخص نیست :

ارزیابی خطر مواجهه با توجه به شیوع پاتوزنهای منتقل شونده از راه خون در جمعیتی که فرد منبع از آن جمعیت بوده

ارزیابی فرد مواجهه یافته :

- بررسی سابقه ابتلا به عفونت HCV , HBV , HIV

- سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و وضعیت پاسخ به آن

- در صورتیکه وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر HCV , HBV , HIV مشخص نیست ، آزمایش پایه برای $HbsAg$

$HbsAb$, $HbcAb$, $HcVAb$, $HIVAb$ را در اسرع وقت درخواست کنید. (ترجیحا طی ۷۲ ساعت)

- بررسی سابقه بیماری خاص یا حساسیت دارویی

پروفیلاکسی توصیه شده برای مواجهه با HBV

وضعیت منبع مواجهه			وضعیت واکسیناسیون و تیتراژ آنتی بادی مصدوم
منبع ناشناخته یا خارج از دسترس	منفی HBS Ag	مثبت HBS Ag	
تزریق واکسن هپاتیت B	تزریق واکسن هپاتیت B	تزریق ایمنوگلوبولین هپاتیت B تزریق واکسن هپاتیت B	واکسن زده تیتراژ پایین
اگر منبع high ریسک باشد ، شروع درمان			
نیاز به درمان نیست	نیاز به درمان نیست	نیاز به درمان نیست	واکسن زده تیتراژ مثبت
در صورتیکه منبع جز گروه high ریسک باشد ، شروع درمان	نیاز به درمان نیست	تزریق ایمنوگلوبولین هپاتیت B در دو نوبت به فاصله یکماه	واکسن زده non-responder

واکسن زده تیترا نامشخص	اندازه گیری تیترا HBs Ag و تصمیم گیری بر اساس آن	نیاز به درمان نیست	در صورتیکه منبع جز گروه high ریسک باشد ، شروع درمان
واکسیناسیون ناقص	تزریق ایمونوگلوبولین هپاتیت B تکمیل واکسیناسیون هپاتیت B	تکمیل واکسیناسیون هپاتیت B	تکمیل واکسیناسیون هپاتیت B در صورتیکه منبع جز گروه high ریسک باشد ، شروع درمان

با توجه به اینکه تکثیر ویروس در عرض ۷۲ ساعت شروع شده ، پروفیلاکسی بعد از تماس با HIV باید بلافاصله شروع شود.

بعد از تماس با HIV در صورتی که دسترسی به منبع وجود ندارد ، دوره درمان تکمیل شود.

در کودکان نیز پروفیلاکسی بعد از تماس با HBV همچون بزرگسالان است.

رژیم سه دارویی در همه انواع مواجهه رژیم ارجح محسوب می شود.

(Tenofovir / Emtricitabine / Dolutegravir)

مرحله پیگیری :

انجام آزمایشات پیگیری (پایه / ۶ هفته بعد از تماس / ۳ ماه پس از تماس / ۶ ماه پس از تماس)
توصیه به فرد در خصوص عدم اهدا عضو و ...

ارائه مشاوره بهداشت روان

ارجاع بیمار در صورت بروز علایم بالینی و یا آزمایشگاهی حاکی از هپاتیت حاد C

در همه مواجهه یافتگان ، آزمایش HIV Ag / Ab در هفته ششم بعد از مواجهه توصیه می شود.

ویزیت فرد مواجهه یافته در پایان هفته اول پس از شروع پروفیلاکسی، از نظر پایبندی به درمان و عوارض دارویی

علایم عفونت حاد HIV نظیر تب ضعف ، لنفادنوپاتی ، راش و زخمهای تناسلی و ژنیتال در فرد مواجهه یافته باید بررسی شوند.

انجام آزمایشات کب

توجه: داخلی واحد کنترل عفونت ۴۲۷ می باشد و هر روز صبح پاسخگوی سوالات شما می باشد.

راهنمای دفع پسماند

طبقه بندی پسماندهای پزشکی به شرح ذیل می باشد:

الف) عادی (شبه خانگی) ب) پسماندهای ناشی از مراقبت های پزشکی (پسماندهای پزشکی ویژه)

نام رده پسماند	شرح و مثال
پسماند عفونی	پسماندهای مظنون به داشتن عوامل زنده بیمارزا مانند محیط های کشت میکروبی آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از جداسازی بیماران عفونی، بافتها (سواب آلوده)، مواد یا تجهیزات که با فرد مبتلا به بیماری عفونی تماس داشته اند و مواد دفع شده از این بیماران
پسماند آسیب شناسی	مانند بافتها و آنگونه های انسان، تکه هایی از بدن انسان، خون و سایر آنگونه های بدن، جنین
پسماند های تیز و برنده	مانند سوزن تزریق، دستگاه set آنفورین، تیغه چاقو، چاقو، تیغ، شیشه های شکسته
پسماند های دارویی خطرناک	مانند داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم (اقلامی که حاوی دارو یا اقلامی که با دارو آلوده شده اند مانند قوطی ها و شیشه های دارویی) که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر باشد.

پسماند های زئوتوکسیک	مانند پسماندهای دارای موادی با خصوصیات سمی برای ژنها، ازجمله پسماندهای دارای داروهای سایتوتوکسیک(که بیشتر در درمان سرطان به کار می روند)ومواد شیمیایی سمی برای ژن ها
پسماند های شیمیایی خطرناک	محتوی مواد شیمیایی مانند معرفهای آزمایشگاهی داروهای ثبوت وظهور فیلم مواد، مواد ضد عفونی کننده وگندزدای تاریخ گذشته ویا غیر لازم وحلالها می باشند. که بصورت آزاد شده در محیط برای محیط وانسان مضر باشد.
پسماند های دارای فلزات سنگین	مانند باتری ها،ترمومترهای شکسته، وسایل دارای جیوه برای اندازه گیری فشار خون و...
ظرف های تحت فشار	مانند سیلندرهای گازها، کارتريج گازو قوطی افشان
پسماند های پرتو ساز	پسماندهای محتوی مواد رادیو اکتیو: شامل مقررات خاص خود می شود و از شمول این ضوابط خارج است

تفکیک
پسماندهای عفونی و پسماندهای شیمیایی بایستی در کیسه زباله مقاوم زرد رنگ جمع آوری و درمخزن زرد رنگ دارای علامت مخصوص ، قابل شستشو وضد عفونی ، نگهداری شوند
زباله های نوک تیز وبرنده صرف نظر از اینکه آلودگی داشته یا نداشته باشد در جعبه یا محفظه مخصوص جمع آوری گردد .ظروف جمع آوری این اجسام باید ضد سوراخ شدن (S.B) مقاوم بوده و در پوش مناسب داشته باشد وجنس این ظروف به قدری سخت ونشت ناپذیر باشد که نه فقط اجسام برنده ونوک تیز بلکه هر گونه بقایای آبگونه های موجود در سرنگ ها را در خود نگه دارد.
پسماندهای پرتوزا ورادیو اکتیو ، برابر ضوابطی که به اتفاق وزارت بهداشت ، درمان وآموزش پزشکی وسازمان انرژی اتمی تهیه واعلام خواهد شد زیر نظر مسئول فیزیک بهداشت مدیریت خواهد شد
زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم مشکی رنگ جمع آوری ودر مخزن آبی رنگ قابل شستشو وضد عفونی ، نگهداری شود

جمع آوری:

وقتی سه چهارم ظروف وکیسه های پلاستیکی پراز پسماند شد پس از بستن درب آنها ، باید آنها را برداشت.

پسماندها باید همه روزه یا درصورت لزوم چند بار درروز گرد آوری شوند وبه محل تعیینشده برای انباشتن پسماندها حمل شوند

هیچ کیسه محتوی پسماند نباید بدون داشتن برچسب وتعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود.

برچسب باید دارای مشخصاتی از قبیل تاریخ تولید ، نام بخش ، نوع زباله و ...باشد.

باید به جای کیسه ها وظروف مصرف شده بلافاصله کیسه ها وظروف از همان نوع قرارداده شود. این کیسه ها و ظروف در هرجایی که پسماند تو لید می شود به آسانی توزیع شوند)

سطل های زباله پس از خارج کردن کیسه پرشده بلافاصله شستشو وضد عفونی گردند

حمل در مراکز تولید:

حمل زباله ها در بیمارستان باید بوسیله تrolley های چرخدار یا ظروف یا گاریهایی که برای هیچ منظوردیگری از آنها استفاده نمی شود وداری مشخصات زیر باشد ، انجام گیرد:

بارگیری وتخلیه بار آنها آسان باشد.

لبه های تیز وبرنده ای که به کیسه زباله ها یا ظرفهای حاوی پسماندها ضمن بار گیری وتخلیه آسیب برساند ، نداشته باشد.

تمیز کردن آن آسان باشد.

باید وسیله حمل پسماندها همه روزه با مواد گندزدای مناسب نظافت وضد عفونی گردد.

باید همه کیسه های پسماندها سر بسته ودست نخورده تا پایان مدت حمل باقی بماند.

تعویض تrolley یا گاریهای چرخدار از انتهای بخش به محل نگهداری موقت ضروری است.

توجه : بطور کلی بازیافت زباله های مراکز بهداشتی درمانی ممنوع است

توجه :در بخشها ضرورت دارد برحسب مورد از ظروف مجزا برای جمع آوری مواد زائد جامد) شبه خانگی – خطرناک (استفاده شود که برای زباله های شبه خانگی از کیسه زباله مقاوم به رنگ مشکی ومخزن آبی رنگ و برای زباله های خطرناک از کیسه زباله های مقاوم زرد رنگ با مخزن زرد رنگ استفاده می شود و درصورت عدم وجود کیسه زباله مقاوم از دو کیسه هم رنگ داخل یکدیگر استفاده شود وبطریق بهداشتی حمل ودفع گردد

ایمنی بیمار



۲۰ استاندارد الزامی ایمنی بیمار

۱. بیمارستان درمورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند.
۲. بیمارستان دارای مدیران و کارمندانی می باشد که وظایف، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند.
۳. مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و درمورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند.
۴. افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند.
۵. بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند.
۶. وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس، آماده و کالیبر می باشد.
۷. بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد.
۸. پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند.
۹. بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد (بخش CSR و استریل بیمارستان فعال بوده و دستورالعمل های جهت اجرای برنامه ها دارد).
۱۰. قبل از انجام هر پروسه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد.
- بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد.
۱۱. تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل، تاریخ تولد شناسایی می شوند ولی شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد (بیمارستان بهترین سیستم را جهت شناسایی بیماران دارد).
۱۲. بیمارستان کانالهای ارتباطی برای بحرانهای ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد.
۱۳. بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود دارد.
۱۴. بیمارستان گایدلاین ها و دستورالعمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد.
۱۵. بیمارستان نظام و دستورالعمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد.
۱۶. بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرایی می کند (گایدلاین درمورد پروسیجر خون - ترانسفوزیون خون - کراس میج خون - خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و ... دارد).
۱۷. بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن، تزریقات واکسن و **infusion** ایمن - جراحی ایمن را دارد.
۱۸. بیمارستان یک سیستم دارو دهی ایمن دارد (وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان) (بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو، خرید و تامین دارو، نگهداری و انبار دارو، **order** نویسی آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستورالعمل مشخصی دارد).
۱۹. بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد. بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران، برای کارکنان و ملاقات کنندگان دارد. کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس - ویژه - نوزادان و ... در نظر گرفته می شود.
۲۰. بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس مانده های بیمارستانی می باشد (بیمارستان دارای گایدلاین برای دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی - وسایل برنده و نوک تیز و ... دارد).

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار و راهکارهای پیشگیرانه خطر

امروزه یکی از دغدغه های بزرگ مدیران در مراکز تامین کننده خدمات سلامت ، مخاطراتی است که در زمان اجرای برنامه های درمانی بیماران را تهدید نموده و ممکن است عوارض غیر قابل جبرانی را ایجاد نمایند. در این راستا شناسایی این مخاطرات در هر مرحله از فرایند درمان یک گام اساسی جهت کنترل و کاهش این عوارض میباشد. در ادامه مخاطراتی که در مراحل مختلف درمان میتواند ایمنی بیمار را در مراکز درمانی تهدید کند با توجه به لیست مخاطرات مرگبار و یا تکرارشونده مشخص شده است. لذا آگاهی کلیه اعضا کادر درمان از این لیست و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه میتواند به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای کاهش بروز خطا به حساب می آید.

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار	خطرات احتمالی مطرح شده برای بیمار	راهکارهای پیشگیرانه
بستری بیمار و ارائه خدمات مراقبتی و درمانی و دارودهی و.....	ارائه خدمات برای بیمار اشتباه	۹) راه حل ایمنی بیمار: شناسایی صحیح بیمار) شناسایی فعال بیمار قبل از هر اقدام درمانی- تشخیصی و مراقبتی(دستبند شناسایی) فرهنگ سازی استفاده از نام بیمار به جای شماره تخت و شماره اتاق جداسازی بیماران با نام مشابه و اطلاع رسانی بیمار با نام مشابه در روی پرونده و کاردکس(لیبل قرمز نام مشابه) تطابق مشخصات بیمار(دستبند شناسایی) با موارد درج شده در پرونده قبل از ویزیت و هر اقدام درمانی دیگر
	بروز خطاهای دارویی(داروی اشتباه، دوز اشتباه....)	۹) راه حل ایمنی: توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه و داروهای پرخطر و اطمینان از صحت دارو درمانی اجرای دستورالعمل صحیح دارودهی بر اساس Righty(ارائه دستورالعمل) اجرای صحیح فرایند دابل چک در داروهای پرخطر در تمام مراحل تجویز داروی پرخطر(ارائه دستورالعمل) آشنایی پرسنل با داروهای مشابه و پرخطر جداسازی و لیبل گذاری داروهای مشابه و پرخطر در داروخانه و بخش ها و حساس سازی پرسنل به لیبل گذاری انجام شده(آموزش چهره به چهره) آشنایی کارکنان با عوارض داروها و نحوه صحیح محاسبات دارویی(برگزاری کلاس آموزشی) تهیه لیست تداخلات دارویی تهیه لیست داروهای یخچالی
	عفونت بیمارستانی در بیمار	۹) راه حل ایمنی : شستن دست) الزام رعایت بهداشت دست توسط کلیه پرسنل بالینی با نظارت سرپرستار رعایت دستورالعمل استفاده از وسایل حفاظت فردی استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات نظارت بر اجرای گندزدایی صحیح وسایل و سطوح توسط کادر غیر تخصصی تفکیک و دفع پسماندهای عفونی و غیر عفونی اجرای دستورات دارویی بیماران به طور صحیح بعد از جراحی رعایت اصول استریل در زمان اجرای فرایندهای پرستاری مانند ساکشن و سونداز بیمار و پانسمان

عدم مراقبت صحیح از اتصالات	(۹ راه حل ایمنی : اجتناب از اتصال نادرست سوندها و لوله‌ها) در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان تحويل کامل اتصالات در زمان تغییر تیم درمانی و ثبت جزئیات در گزارش پرستاری کنترل عملکرد اتصالات در هر نوبت تغییر تیم درمانی و یا تجویز دارو و یا انجام اقدام خاص(سوند فولی، سوند معده، لوله تراشه، انداع درن و.....) مشخص نمودن تاریخ دقیق تعبیه کاتترها و سوندها وجود پانسمان و پوشش استاندارد برای کاتترهای تعبیه شده با ذکر تاریخ انجام پانسمان یا پوشش
دستور ترانسفوزیون خون و فراورده‌های خونی	عدم اجرای صحیح قانون هموویزیلتس تکمیل کامل فرم درخواست خون همراه با مهر و امضای کامل پزشک ارسال نمونه‌های جداگانه برای درخواست خون و کراس مچ توانمندسازی علمی و عملی کلیه پرسنل توسط سوپروایزر آموزشی و ارزیابی توسط سرپرستار آگاهی و اجرای دستورالعمل تزریق خون توسط کارکنان بالینی اطلاع‌رسانی علائم واکنش‌های خونی و توانمند سازی کارکنان در انجام اقدامات مربوطه دابل چک پرستاری در تمام مراحل آماده سازی و ترانسفوزیون خون و فراورده‌های خونی تحويل گرفته شده. دابل چک شدن درخواست خون توسط دو پرستار کنترل علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیماران در ۱۵ دقیقه اول شروع ترانسفوزیون خون و در تمام زمان تزریق خون و فراورده‌های خونی
انجام تست‌ها تشخیصی خارج از بخش برای بیمار انتقال بین بخشی و بین بیمارستانی	سقوط (از تخت، در حین راه رفتن، حین انتقال ...) ارزیابی اولیه مددجو بر اساس معیار موریس اجرای دستورالعمل نقل و انتقال صحیح ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی- مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری کنترل بالا بودن نرده‌های کنار تخت و برانکارد حین انتقال به صورت مداوم کنترل ایمنی نرده کنار تخت و برانکارد شناسایی بیماران آسیب‌پذیر و حضور پرستار در زمان جابجایی بیمار استفاده از برچسب f از کد بندی رنگی زرد روی دستبند شناسایی استفاده از تابلو f بزرگ بالای سر بیمار مستعد سقوط
انجام تست بر روی بیمار اشتباه	(۹ راه حل ایمنی: انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح) انجام تست‌های تشخیصی بعد از رویت پرونده بیمار تا حدامکان کنترل مشخصات بیمار با برگه درخواست ارسالی و دستبند شناسایی بیمار درخواست از بیمار جهت بیان مشخصات فردی و نوع تست تشخیصی درخواست شده(در صورت هوشیار بودن بیمار) کنترل درخواست ارسالی با دستور پزشک و تست ثبت شده در سیستم
عدم کنترل وضعیت بالینی بیمار در حین انتقال	همراه بودن تجهیزات مورد نیاز جهت کنترل وضعیت بالینی و علائم حیاتی بیمار در حین تست‌های تشخیصی بویژه تست‌هایی تهاجمی
عدم مراقبت از اتصالات در حین انتقال و انجام تست	در معرض دید بودن اتصالات در حد امکان جهت کنترل اتصالات در حین انجام تست توجه کافی در زمان تحويل بین بخشی به عملکرد صحیح و جایگزینی درست اتصالات(سوند فولی، لوله تراشه، سوند معده و انواع درن و.....)
زخم بستر	ارزیابی اولیه بیمار بر اساس معیار برادن و تغییر پوزیشن هر ۲ ساعت ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی- مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری استفاده از دستبند شناسایی زرد B برای بیمارانی که خطر زخم بستر دارند استفاده از شک مواج در بیماران مستعد زخم بستر

افراد سالخورده و بیماران پرخطر	اجرای پروتکل تغییر پوزیشن آموزش موارد خودمراقبتی به بیمار هوشیار
سقوط از تخت	ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی- مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری استفاده از دستبند شناسایی زرد f برای بیمارانی که خطر سقوط دارند کنترل بالا بودن نرده‌های کنار تخت به صورت مداوم نصب دستگیره تعادل در سرویس بهداشتی بیماران آموزش به بیمارانی که داروهای کاهنده فشار خون استفاده می‌کنند آموزش خود مراقبتی به بیمارانی که دچار محدودیت حرکتی بوده و مستعد سقوط هستند کنترل ایمنی نرده کنار تخت
انجام عمل جراحی	انجام جراحی بر روی قسمت اشتباه بدن
	جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن بعد از جراحی
	بروز عوارض بیهوشی
	خونریزی یا هماتوم شدید
(۹ راه حل ایمنی: انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح) تحویل بیمار توسط پرستار آگاه به وضعیت بالینی بیمار به پرستار اتاق عمل بویژه در خصوص بیماران غیر هوشیار کنترل فرم آمادگی عمل و نوع عمل ثبت شده در پرونده بیمار مطابقت نوع عمل طبق گفته خود بیمار با موارد ثبت شده در پرونده در سه نوبت (بدو ورود به اتاق عمل، قبل از بیهوشی و در نهایت قبل از شروع جراحی) انجام مارکرگذاری توسط پزشک معالج بیمار قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل یا در اتاق عمل	شمارش و ثبت وسایل مورد استفاده در عمل جراحی قبل، حین و بعد از عمل جراحی و قبل از بستن و بخیه کردن زخم ثبت آمار مربوط به شمارش گازها و وسایل در برد اختصاصی هر اتاق رعایت دستورالعمل تحویل بیمار در مواردی که عمل در زمان تحویل شیفت ادامه دارد مشخص بودن پرستار سیرکولر در هر اتاق ارتباط مناسب کادر جراحی ایمن و اطمینان از صحت شمارش وسایل و گازها قبل از سوچور و بستن موضع عمل
حضور مداوم و فعال تکنسین بیهوشی در تمامی مدت عمل جراحی با بیهوشی کنترل و مانیتورینگ وضعیت بالینی و تنفسی بیمار در حین انجام عمل بر اساس نوع عمل و نوع بیهوشی طبق استاندارد تحویل بیمارانی که بیحسی یا بیهوشی دریافت نموده‌اند با ثبت جزئیات هوشیاری و علائم حیاتی در پرونده	تهیه پروتکل علمی و مورد تایید اساتید مرتبط در خصوص محدوده زمانی کنترل موضع عمل در مواردی که احتمال خونریزی یا هماتوم بیشتر است کنترل دقیق محل پروسیجر یا زخم پس از جراحی در هر شیفت توسط پرستار و در فواصل زمانی منظم توسط پرستار مربوطه

بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار (واکراند مدیریتی)

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت هفتگی مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند ، بازدید مدیریتی ایمنی بیمار از بخش ها (نظیر بخش اورژانس ، رادیولوژی و اتاق های عمل)، داروخانه و آزمایشگاه صورت می گیرد. بدین صورت صحبت غیر رسمی با کارکنان صف در ارتباط با موضوعات ایمنی در سازمان و تائید و حمایت از گزارش خطاهای پزشکی ممکن می شود.

منافع بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای سازمان

- تعهد مدیریت ارشد سازمان را به ایمنی نشان می دهد .
- فرصتی را برای یادگیری مدیران ارشد سازمان در ارتباط با ایمنی بیمار فراهم می نماید .
- فرصت های بهبود ایمنی را در سازمان شناسایی می نماید.
- خطوط ارتباطی بین مدیران، کارکنان و هیات مدیره سازمان برقرار می نماید .
- امکان ارتقاء بسیار سریع در زمینه ایمنی بیمار را فراهم می آورد.

اهداف:

- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار مؤثر و عملی است).
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته.
- اجرای مداخلات اصلاحی مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار.
- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته.

• FMEA :

• Failure Mode and Effects Analysis

تعریف: تجزیه و تحلیل حالات خطا و اثرات آن

-یک فرایند سیستماتیک برای شناسایی خطاهای بالقوه در طراحی و اجرای فرایند قبل از روی دادن آنها، با هدف حذف و یا کاهش خطر مرتبط با آنها.

آمارها حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های نظام سلامت به خصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند. برای اینکه سازمان های بهداشتی درمانی به عنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند، بایستی یک نظام اثربخش مدیریت ریسک جهت شناسایی نقایص سیستمی و ارتقای ایمنی بیمار طراحی و اجرا گردد.

تریگر های سلامت:

آسیب یا تریگر هر آنچه را نباید اتفاق بیافتد بررسی می کند در صورتی که خطا اشکال در انجام فرایند است و آنچه که باید انجام میشد و درست انجام نشده است مثلا فرایند صحیح دارو دهی درست انجام نمیشود و منجر به خطا میشود در کل هدف کلی ارتقاء ایمنی در نظام سلامت ناشی از آسیب و یا صدمه به بیمار است که همین امر اهمیت تفاوت مابین خطا و صدمات را کاهش می دهد .

خطا هر اشکال در فرایند مراقبت است که اکثر اوقات موجب ضرر نمی شود.آسیب، ضرر رخ داده در اثر خطا است

GTT آسیب ها را رصد می کند نه خطا ها را GTT آنچه نباید رخ می داد را می شمرد نه آنچه باید رخ می داد

مثال عدم درمان فشار خون و وقوع سکته

Categories of Triggers

Care -Medication -Surgical -ICU -Perinatal -Emergency

چک لیست انواع تریگر به شرح ذیل میباشد:

R	ردیف	
درمان	۱	انتقال خون یا استفاده از فراورده های خونی
	۲	دستورالعمل احیای قلبی ریوی یا فعال سازی تیم واکنش سریع
	۳	دیالیز حاد
	۴	کشت خون مثبت
	۵	بررسی رادیوگرافی و یا داپلر برای احتمال آمبولی یا ترومبوز ورید عمقی
	۶	کاهش ۲۵ درصد یا بیشتر هموگلوبین یا هماتوکریت
	۷	سقوط بیمار
	۸	زخم فشاری
	۹	بستری مجدد بیمار در طی ۳۰ روز پس از ترخیص
	۱۰	استفاده از مهار کننده ها
	۱۱	عقونتهای ناشی از مراقبت های سلامت
	۱۲	سکته بیمار در داخل بیمارستان
	۱۳	انتقال به سطوح بالاتر مراقبت های سلامت
	۱۴	هر نوع عوارض ناشی از روند کار
درمان	۱	مثبت بودن کلستریديوم دیفسیل در کشت مدفوع
	۲	زمان ترومبوپلاستین Ptt بیشتر از ۱۰۰
	۳	نسبت نرمال بین المللی INR بیشتر از ۶
	۴	گلوکز کمتر از ۵۰ میلی گرم در دسی لیتر
	۵	افزایش BUN و یا کراتنین سرم دو برابر بیش از میزان پایه
	۶	استفاده از ویتامین K
	۷	استفاده از دیفن هیدرامین (بنادریل)
	۸	استفاده از رومازیکون (فلومازنیل)
	۹	استفاده از نالوکسان (narcan)
	۱۰	استفاده از ضد تهوع (آنتی امیتیک)
	۱۱	استفاده از بیش از حد آرا بخش/افت فشار خون
	۱۲	قطع ناگهانی دارو
درمان	۱	بازگشت به جراحی
	۲	تغییر پروسیجر (تغییر در روند درمان)
	۳	پذیرش به بخش مراقبت های ویژه پس از عمل
	۴	لوله گذاری یا لوله گذاری مجدد یا استفاده از Bipap در بخش ریکاوری (PACU)
	۵	استفاده از X-ray در حین عمل یا در بخش مراقبت های بعد از بیهوشی
	۶	مرگ در حین عمل یا بعد از عمل
	۷	تهویه مکانیکی بیشتر از ۲۴ ساعت بعد از عمل
	۸	استفاده از اپی نفرین، نوراپی نفرین، نالوکسان، یا رومازیکون در حین عمل
	۹	افزایش در سطح تروپونین به بیش از ۱.۵ نانوگرم بر میلی گرم بعد از عمل
	۱۰	آسیب دیدن، ترمیم و یا برداشتن یک عضو در حین عمل جراحی
	۱۱	وقوع هر نوع عارضه بعد از عمل

۱	شروع پنومونی	تلفیق دارویی
۲	پذیرش مجدد در بخش مراقبت های ویژه	
۴	پروسیجر های انجام شده درون بخش	
۵	لوله گذاری /لوله گذاری مجدد	
۱	پذیرش مجدد در بخش اورژانس ظرف ۴۸ ساعت	
۲	زمان سپری شده در بخش اورژانس بیش از ۶ ساعت	تریگر اورژانس

تلفیق دارویی

مبانی :تلفیق دارویی فرایندی است که نیاز به یک مقایسه بین آنچه که پزشک تجویز و دستور نموده با آنچه که بیمار مصرف میکند دارد. اهداف تلفیق دارویی عبارتند از:

- تهیه و حفظ اطلاعات جاری بطور دقیق (بهترین تاریخچه دارویی ممکن) از داروهایی که بیمار مصرف میکند.
- جلوگیری از قطع یا ادامه مصرف دارو به طرز نادرست
- تصحیح ناهمخوانی های بین دستورات پزشک و آنچه که بیمار واقعاً مصرف می کند.

تلفیق دارویی یک فرایند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می گیرد
فهرستی از تمام داروهایی که بیمار دریافت می نماید توسط پزشک و پرستار مسئول تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی/داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج تجویز میشود.
-اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک معالج صورت پذیرد.مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد.

در بیمارستانهای آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام می شود.

داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند:

داروهای نسخه شده	تغذیه مکمل
ویتامین ها	فراورده های خونی
داروهای پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد	مایعات وریدی
مواد تشخیصی و کنتراستها	داروهای گیاهی
مواد غذایی	

اندیکاسیون تلفیق پذیرش :

-بیمارانی که ۵ دارو یا بیشتر در منزل مصرف میکنند.

-بیمارانی که یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پر تداخل یا با پنجره درمانی باریک را در منزل مصرف می کرده اند (پیوست شماره ۳)

-بیمارانی که یکی از داروهای هشدار بالا در زمان بستری را دریافت می کنند

تلفیق در جابه جایی بین بخش های عادی با بخش های ویژه : بیمارانی که حداقل ۳ روز از زمان تلفیق پذیرش گذشته باشد و حداقل یکی از شرایط ذیل را داشته باشند
-پنج دارو یا بیشتر در بخش مبدا مصرف میکنند

-بیمارانیکه یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پر تداخل یا با پنجه درمانی باریک) مصرف می کنند(پیوست شماره ۳)
-بیمارانیکه یکی از داروهای هشدار بالا در زمان بستری را دریافت می کنند.

تلفیق ترخیص:

- بیمارانی که با ۵ دارو یا بیشتر از بیمارستان ترخیص می شوند.
- بیمارانیکه تلفیق پذیرش برای آنها انجام شده است.
- بیمارانیکه با یکی از داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل یا با پنجه درمانی باریک از بیمارستان ترخیص می شوند (پیوست شماره ۳)

تعداد دفعات مورد نیاز:

- تعداد دفعات مورد نیاز یک بار پس از اولین ویزیت پزشک معالج در بخش تا حداکثر طی ۲۴ ساعت بعد از آن
- یک بار در زمان ترخیص بیمار.
- فواصل انجام حداکثر ۲ بار در طی بستری برای هر بیمار واجد شرایط (در حین انتقال از بخشی به بخش دیگر)

پیوست شماره ۳: جدول داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی ردیف دسته دارویی
کورتیکواستروئیدها
داروهای هورمونی
آنتی کوآگولانت ها
آنتی پلاکت ها
ایمونوساپرسیوها
داروهای استنشاقی
مخدرها و داروهای مورد سوء مصرف
آنتی آریتمی ها
آنتی اپیلپتیک ها
آنتی TB
آنتی بیوتیک های تزریقی
انواع انسولین

خدمات ایمن دارویی:

محلول های الکترولیت با غلظت بالا (Control of Concentrated Electrolyte Solutions)

محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا به ویژه KCL در صورتی که به طرز مناسبی آماده و تجویز نشوند کشنده خواهند بود .
تاکید بر برداشتن محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا به ویژه KCL از بخش مشخص شدن محلول های الکترولیتی با غلظت بالا مثل کلرید پتاسیم، بی کربنات سدیم ،فسفات پتاسیم ،کلسیم گلوکونات ،سولفات کلسیم،سولفات منیزیم ... با برچسب های مناسب در محل نگهداری داروهای پرخطر و تفکیک آن ها

مداخلات که در مصرف و تجویز این داروها پیشنهاد می شود

- به کار گیری استراتژی نظیر بهبود دسترسی به اطلاعات دارویی مرتبط با الکترولیتها با غلظت بالا
- ممنوعیت دسترسی آزاد به این داروها
- محدودیت در تجویز داروها به صورت شفاهی یا تلفنی

- اتصال تجویز داروها به سیستم هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
- استفاده از برچسب هشدار دهنده به منظور جلب نظر کاربران در هنگام تجویز
- استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انباردارویی، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد.
- در صورت وجود سیستم دارویی الکترونیک در بیمارستان، سیستم یاد شده بایستی به صورت دوره ای مطابق با استانداردهای مراقبتی و ملاحظات موردتأیید و مصوب داروخانه و کمیته دارویی و درمانی بیمارستان به روز گردد
- الزامی است دستور دارویی، نسخه پیچی، آماده سازی و تجویز الکترونیکیها با غلظت بالا بر اساس روشهای اجرایی ایمن انجام شود
- گایدلاینهای مصرف دارو بایستی توسط کمیته دارویی و درمان و ایمنی بیمارستان تهیه تصویب و ابلاغ گردد
- پتاسیم کلراید، پتاسیم فسفات، کلسیم گلوکنات و سولفات کلسیم در داروخانه بایستی به صورت مجزا از یکدیگر قرار گیرند
- محلولهای رقیق استاندارد این داروها را در جایی مجزا (برای مثال: در ایستگاه پرستاری یا کمد دارویی جداگانه در اتاق تریتمنت) قرار دهید.
- محدودیت دسترسی به محلولهای کلرید سدیم با غلظت بیش از ۰/۹ در صد
- به منظور پیش گیری از وقایع دیده وری الزامی است مراحل نسخه پیچی، آماده سازی و تجویز محلولهای الکترونیکی با غلظت بالا مشتمل بر سالین هیپرتونیک (۳٪ و ۵٪)، فسفات پتاسیم، سولفات منیزیم و کلرید کلسیم و... با استفاده از چک لیست توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.
- تهیه چک لیست برای ارائه محلول های کلرید پتاسیم با غلظت بالا شامل محاسبه ی دقیق دوز محلول الکترونیکی، پمپ انفوزیون و برچسب راه صحیح دریافت محلول های الکترونیکی با غلظت بالا؛
- بعد از رقیق شدن محلول های الکترونیکی با غلظت بالا، نصب برچسب محلول پرخطر قبل از ارائه محلول به بیمار الزامیست.
- در تزریق محلول های الکترونیکی با غلظت بالا تاکید بر استفاده از پمپ انفوزیون است و در طول تزریق بیمار به طور مکرر مانیتور گردد.
- حتما در دستورات پزشک دوز و مدت زمان تزریق برای محلول ها ذکر گردد.
- در order پزشکی فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک با حروف بزرگ (capital) و بالا تر از خط زمینه نوشته می شود.
- قبل از تزریق محلول ها از شناسایی صحیح بیمار اطمینان حاصل شود.

ملاحظات پرستاری در تزریق محلول های الکترونیکی با غلظت بالا

- فرآورده های تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک از نظر دوز، حجم، سرعت تزریق و طریقه ی مصرف با دستور دارویی درج شده در پرونده ی بیمار توسط دو پرستار قبل از تزریق محلول به بیمار کنترل گردد.
- شناسایی دقیق بیمار از طریق پرسش شفاهی، برگه ی درخواست و مچ بند احراز هویت بیمار (نام، نام خانوادگی، نام پدر، روز/ماه/سال، کد پذیرش)
- کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار قبل و پس از تزریق
- شستن دست، قبل از تزریق و حین تزریق دارو
- آماده کردن فرآوردهای تزریقی کریستالوئیدی هیپرتونیک در توالی تزریقات و محل نمیز
- قبل از تزریق، توضیحات لازم به بیمار داده شود
- محل تزریق وریدی و ناحیه حضور کانولا را از لحاظ عفونت و فلبیت، نشت 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 های آماده برای تزریق علاوه بر کارت سرم، برچسب 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 و سپس مسیر تزریق باز می گردد.

- جهت تزریق دارو از طریق لاستیک مخصوص روی ست سرم، از سوزن های شماره ۲۱-۲۵ استفاده کنید که سوراخ کوچک تری 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، میکروست به همراه باتل داخل سطح عفونی تخلیه می گردد. و وسایل نوک تیز داخل BOX SAFETY تخلیه گردد.
- نحوه مصرف و رقیق کردن در معرض دید همگان قرار گیرد
- هنگام مصرف دارو دستور پزشک مجدداً چک شود
- جهت جلوگیری از خطا خصوصاً در مواقع بکار گیری نیروی انسانی جدید به موارد ذکر شده توجه ویژه تری شود

داروهای پرخطر (HIGH ALERT)

داروهای پرخطر (HIGH ALERT) داروهایی هستند که نیاز به مراقبت درمانی خاص قبل ، حین و بعد از استفاده از داروی پر خطر دارد . از جمله (مانیتورینگ ، کنترل قند خون ، کنترل فشار خون ، کنترل آزمایشات تشخیصی مرتبط و.....)

احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها پیشنهاد می شود شامل موارد ذیل است :

- * به کارگیری استراتژی هایی نظیر بهبود دسترسی به اطلاعات دارویی مرتبط به "داروهای با هشدار بالا"
- * ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا"
- * داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می باشند را در انبار داروخانه در باکس یا قفسه قرمز رنگ گذارده و نام دارو را به زبان فارسی با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد ، بر روی آن نصب کنید.
- * محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی
- * نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر)
- * استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام دارو در هنگام دستوردارویی
- * استفاده از برچسب هشدار دهنده به منظور جلب نظر کاربران در هنگام تجویز و مصرف داروهای با هشدار بالا
- * تجویز و آماده سازی داروهای با هشدار بالا باید توسط دو نفر از کادر حرفه ای و به صورت مستقل از یکدیگر، انجام گردد.
- * به منظور جلب نظر کارکنان در هنگام تجویز داروهای با هشدار بالا، از برچسب هشدار دهنده استفاده کنید.
- * در صورت وجود سیستم دستور دارویی الکترونیک در بیمارستان، سیستم یاد شده بایستی به صورت دوره ای و مطابق با استانداردهای مراقبتی و ملاحظات مورد تایید و مصوبه داروخانه و کمیته های دارویی و درمانی بیمارستان، به روز گردد.
- * گایدلاین های مصرف داروها باید توسط کمیته ی دارو و درمان و ایمنی بیمارستان تهیه، تصویب و ابلاغ گردد.
- * انبار ویال های با غلظت بالای: پتاسیم کلراید، پتاسیم فسفات، کلسیم گلوکونات و سولفات کلسیم باید به صورت مجزا از یکدیگر در داروخانه بیمارستان قرار گیرد.
- * محلول های رقیق استاندارد این داروها را در جای مجزا نگه دارید: (برای مثال در ایستگاه پرستاری یا در یک کمد دارویی جداگانه در اتاق درمان)

داروهای با اسامی و یا اشکال مشابه

این داروها، به داروهای LASA نیز معروف هستند : Look-Alike, Sound-Alike medication یکی از فلسفه هایی که بر مبنای آن، احتمال خطرات ناشی از داروهای با اسامی مشابه شکل گرفته، این است که تا زمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه، صحیح باشد، مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته اند. با توجه به همین فلسفه، این

مشکل در سراسر جهان، به عنوان یکی از علل آسیب‌های ناخواسته و حوادث تهدیدکننده‌ی ایمنی دارویی و ایمنی بیمار شناخته می‌شود.

همچنین آوای شنیداری مشابه برخی داروها نیز، می‌تواند باعث خطای شنیداری گردد. به عنوان مثال:

- Carbamazepine – Carbimazole
- Amiodarone – Amlodipine
- Lanoxin – Naloxone
- Eskazine – Ecazide
- Diamox – Ziamox
- Losec - Lasix

به علاوه، عدم وجود اسامی ژنریک قابل قبول در سطح جهانی برای داروها و همچنین اسامی تجاری متفاوت با تلفظ مشابه در کشورهای مختلف، برای داروهایی با ترکیبات، تأثیر و عملکرد بسیار متفاوت از یکدیگر، از مسائل و معضلات موثر در خطاهای دارویی محسوب می‌شود.

راهکارهایی برای پیشگیری از خطاهای دارویی

- محدود نمودن دستور تلفنی یا شفاهی، به ویژه در خصوص داروهای با تلفظ (آوای) مشابه؛
- تجویز دارویی به صورت شفاهی یا تلفنی باید بسیار محدود گردد.
- همچنین الزامی است که در موارد ضروری، از تکنیک بازخوانی مجدد، برای تأیید دستور داده شده، استفاده شود.
- به صورت شفاف، ارتباط برقرار نمایید؛
- برقراری ارتباطات بین تیم درمانی، باید به حدی شفاف باشد که امکان تفسیر چندگانه و مبهم وجود نداشته باشد.
- بیان واضح و شفاف دستورات دارویی باید به عنوان یک قاعده‌ی کلی و مفید در زمان برقراری ارتباط مدنظر باشد.
- خوانا بودن دستورات دارویی و اجتناب از بد خط نوشتن دستورات دارویی، قاعده‌ای کلی و از اصول ایمنی دارویی محسوب می‌شود.

- در همان اوایل مراحل آموزش دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی، عادات بررسی و کنترل دارویی را در آنان پرورش دهید.
- باید به کادر بالینی بیمارستان، در ارتباط با داروهای با اسامی و اشکال مشابه، آموزش‌های لازم داده شود.
- کادر درمان، همیشه باید قبل از کشیدن دارو، برچسب مشخصات آمپول/ها/ویال‌ها را بخوانند.
- در هر بار تجویز دارو، خواندن دقیق مشخصات دارویی ضروری است و هرگز نباید به استفاده از یک دارو، بر اساس تشخیص دیداری و یا مکان داروها اکتفا کرد. (به ویژه در ترالی اورژانس که داروهای با هشدار بالا و اشکال مشابه، در فواصل بسیار نزدیک به هم قرار دارند).
- نصب یادآور داروهای با اسامی و اشکال مشابه در اتاق درمان و آماده سازی داروها ضروری است.
- لیست داروهای با اسامی مشابه باید منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان باشد و بدین منظور ضروری است که در فواصل دوره‌ای منظم، بازنگری و به روز گردد.
- مسئولیت نظارت بر صحت لیست داروهای با اشکال و اسامی مشابه، برعهده‌ی کمیته دارو و درمان بیمارستان می‌باشد.
- برنامه‌های آموزشی دانشجویان پزشکی، پیراپزشکی و داروسازی
- برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت تمامی کادر حرفه‌ای درمان که نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار را بر عهده دارند.

داروهای پرخطر:	تجزیه‌ی: نوراپینفرین-لایتولول-پروپرانولول-اتومیدیت-کتامین-پروپوفل-تیوپنتال-آدنوزین-آمبودارون
داروهای هستند که باید توسط دو پرستار کنترل شود و در قسمت دارویی بایستی توسط دو پرستار مهر و امضاء شود	لیدوکائین-وراپامیل-آلتیلاز- آتروپین-انوکسپارین-هپارین-رتیلاز-استریتوکیناز70 و ۵۰٪، ۲۰٪ دکستروز - دیگوکسین-دوپامین- دوبوتامین-میلرینون- آفوتیرسین- کلراید سدیم ۵ و ۲۰درصد-منیزیم سولفات- کلراید پتاسیم- پرومتازین. -سفترباکسون-جنتامایسین-ونکومایسین-توبرامایسین- بیکرنات سدیم-گلوکونات کلسمیم- هالوپریدول- فنوباربیتال- آتراکوریوم-پان کورونیوم-میدازولام
	(تجزیه‌ی: زیرجلدی): ایپی نفرین
	انسولین، زیر جلدی و داخل وریدی: رگولار-آسپارت- بای فازیک ایزوفان-دتمیر-گلارژین-گلولیزین-لیسپرو-

ایزوفان- <u>خوراکی:</u> آپیکسابان-دابینگاتران-اتگزلات-ریواروکسابان-وارفارین-کلرپروپامید-گلی-بنکالامید-گلی-کلایید- گلیمپراید-متفورمین/گلی-بنکالامید-پیوگلیتازون/گلیمپراید-فتوباریبتال-میدازولام-دیگوکسین <u>انواع نازکوتیک ها:</u> وریدی-خوراکی-پوستی <u>مواد مغذی آماده شده تزریقی:</u> آمولسیون گلوکز/لیپید/آمینواسید	
	داروهای ۱۲ گانه فهرست ۱۲ قلم داروی با هشدار بالا، مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی
استازولامید، آستامینوفن سفازولین، سفتازیدیم هیدرالازین، هیدروکسی زین	استازولام، الپرازولام سی لاکس، لازیکس لوزارتان، لوراتادین
Dopamine- Dobutamine Furosemide- Famotidine Calcitriol Azithromycin- Erythromycin Calcitonin- Ceftizoxime- Ceftazidime Acetazolamide- Acetaminophen	داروهای مشابه از نظر نوشتار
آتروکوریوم- ویتامین ث لازیکس، دیازپام ، نیتروگلسیرین پنتاپرازول، اسیکلوویر سولفات منیزیم	کتورولاک، هیوسین، ایندرال لیدوکائین، آب مقطر، سولفات منیزیم ۲۰ درصد سفتازیدیم، سفتی زوکسیم، سفپیم لووفلوکساسین، لینوزولاید
داروهای *دار (ستاره دار): داروهایی که باید تحت مانیتورینگ تزریقی شوند	هالوپریدول (اگر iv تزریق شود)- آدنوزین-تیروگلسیرین- آتروپین- اپی نفرین-آمیودارون- لیدوکائین- دوپامین- دوبوتامین- لایتولول-میدازولام- فنی توئین-سولفات منیزیم-کلیسم گلوکونات- وراپامیل-دیگوکسین
داروهای *دار: داروهای ی که باید در یخچال نگهداری شوند	انواع واکسنها و استولین و آمپول استرپتوکیناز و رتپلاز و اینتگرلین... نیزدریخچال نگهداری می شود.
داروهای حیات بخش	داروهایی که وجود آنها در ترالی احیا بخش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی، ضروری و غیر قابل حذف بوده و عدم وجود آنها موجب آسیب پایدار و تهدید حیات بیمار می گردد.
داروهای ضروری	داروهایی که وجود آنها در قفسه دارویی بخش اورژانس تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف هیچ کدام از آنها وجود ندارد.
داروهای ترجیحی	داروهایی که وجود آنها در بخش اورژانس بیمارستانهای عمومی ارجحیت دارد، بنابراین توصیه می شود این داروها در داروخانه شبانه روزی مراکز درمانی با در نظر داشتن شرایط صحیح نگهداری، دردسترس قرار گیرد.

برچسب گذاری داروهای مشابه

برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه، به رنگ زرد است و باید به نحوی بر روی ویال های دارویی الصاق شود که نام و مشخصات دارو، قابل خواندن باشد.

یادآوری: برچسب داروهای با هشدار بالا، به رنگ قرمز است و باید به نحوی بر روی ویال های دارویی، الصاق شود که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.

برخی از داروهای با هشدار بالا که دارای شباهت شکلی یا اسمی نیز هستند را فقط با برچسب داروی با هشدار بالا و به رنگ قرمز نشان‌گذاری کنید.

در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (مثل انبار بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسمی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان‌گذاری نمایید.

حین برچسب‌گذاری، دقت نمایید که بر روی ظروف نگهدارنده، برچسب صحیح زده شود و بدین منظور از چک مستقل دوگانه استفاده نمایید.

جعبه محتوی ویال‌ها و آمپول‌های داروهای با اسمی و اشکال مشابه در تراسی اورژانس را با برچسب زرد رنگ، نشان‌گذاری نمایید.

نسخه‌نویسی الکترونیکی

به خاطر اسمی مشابه بعضی از داروها و همچنین ناخوانایی دستخط برخی پزشکان، ممکن است داروسازها و نسخه‌پیچ‌ها، در تحویل دارو به بیمار، دچار اشتباه شده و باعث آسیب به بیمار و حتی مرگ وی شوند.

یکی از بزرگترین فواید نسخه‌نویسی الکترونیک، این است که باعث خوانایی نسخ دارویی می‌شود.

نسخه‌نویسی الکترونیک، علاوه بر مشکل دست خط ناخوانا، مشکلاتی نظیر سردرگمی درباره‌ی اسمی تجاری و ژنریک و تشخیص تداخلات دارویی را نیز رفع می‌نماید.

اما در کنار تمام فواید این روش، باید به خاطر بسپارید که نسخه‌نویسی کامپیوتری، نیاز به کنترل و بررسی را رفع نمی‌نماید. اهمیت خوانایی نسخ پزشکی

یکی از مهم‌ترین عوامل در پیشگیری از خطاهای داروهای با اسمی و اشکال مشابه، خوانا بودن نسخ پزشکی می‌باشد.

دست‌خط بد، باعث تفسیر اشتباه نسخه‌ها شده و در نهایت منجر به ارائه‌ی داروی اشتباه به بیمار می‌گردد. در این بین، وجود داروهای با اسمی مشابه در نسخه‌های ناخوانا می‌تواند منجر به بروز خطاهای دیداری شده و ایمنی بیماران را به خطر بیندازد.

حیات بخش و ضروری

داروهای ضروری، داروهایی هستند که اولویت نیازهای جمعیت به خدمات سلامت را برآورده می‌نمایند.

معیارهای انتخاب داروهای ضروری: میزان شیوع بیماری‌ها، شواهدی دال بر کارایی و ایمنی داروها و شواهد مقایسه‌ای اثربخشی-

هزینه از معیارهای انتخاب داروهای ضروری بشمار می‌آیند.

لیست داروهای ضروری:

هدف از تأمین داروهای ضروری این است که این داروها در سیستم‌های فعال ارائه‌کننده خدمات سلامت به مقادیر کافی، در دوز و به اشکال متناسب و با رعایت موازین تضمین کیفیت و با قیمتی که برای جامعه و افراد قابل تهیه باشد، به صورت همیشگی موجود باشد.

شناسایی صحیح بیمار

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت‌های درمانی اشتباه منجر به درآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می‌شود.

ضوابط کلی مرتبط به فرآیند شناسایی صحیح بیماران بستری:

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند.

-اکیداً یادآوری می‌شود که استفاده از باندهای شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد.

-الزامیست باندهای شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و قبل از ورود بیمار به بخش و در هنگام پذیرش بیمار در اختیار آنان قرار گیرد.

-صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می‌شود.

-ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده بصورت کتبی و امضاء تأیید نماید.

-الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورتی که بیمار مبتلا به آلرژی شناخته شده و یا در معرض هر گونه خطر شناخته شده برای مثال "مستعد به افتادن" باشد، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

-سایز و اندازه باند شناسایی بیماران بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب با سایز نوزاد تازه متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو ویا دارای بانداژ وسایر اختلالات تهیه گردد.

-جنس باند های شناسایی از مواد قابل انعطاف، نرم، ضد آب با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد و هوا نیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد و منجر به خارش، حساسیت و تعریق نشود و به پوست بیمار ولو هر چند که حساس و ظریف و آسیب پذیر نیز باشد، صدمه نزند.

-باندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

-نوشته های بر روی باند های شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشد.

-بمنظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی نوشته شوند.

-محل مناسب باند شناسایی بیماران بر روی بازوی دست غالب بیماران می باشد، بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار بمنظور انجام اقدامات درمانی است.

-شناسه بیماران بر روی باندهای شناسایی شامل موارد ذیل است: نام و نام خانوادگی -تاریخ تولد -شماره پرونده

در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد

-تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت، بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود.

-در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام نماید.

-هر بیمارستان بایستی دارای فرآیند هایی بمنظور کسب اطمینان از وجود باند شناسایی با مندرجات صحیح بر روی بازوی بیمار باشد.

-تأکید می شود در صورتی که هر یک از کارکنان تیم درمانی با بیماری که فاقد باند شناسایی است، مواجه گردند وظیفه آنان ایجاب می نماید که نسبت به تهیه باند شناسایی و بستن آن بر بازوی بیمار اقدام نمایند.

-الزامیست در هنگام پذیرش به بیماران درباره ضرورت بر دست داشتن دائمی و مراقبت از باند های شناسایی در مدت بستری در بیمارستان آموزش داده شود و یادآوری شود مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی را بررسی نموده و در صورتی که با مشخصات آنان مطابقت نمی نماید به پرستار و یا پزشک معالج خود اطلاع داده و از ایشان درخواست اصلاح آن را نمایند.

فرآیند صحیح شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی:

۱) در صورتی که بیمار هوشیار است، قبل از شروع عمل جراحی بیمار را با نام و نام خانوادگی اش خطاب نموده واز بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد.

۲) جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و پرونده او را با هم و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید.

۳) نوع و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه^۱ بیمار، چارت عمل و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید.

۴) در صورتی که بیمار کودک و یا معلول ذهنی است و یا هوشیار نمی باشد، با پرسش موارد یاد شده از والدین و یا وابستگان درجه یک بیمار او را بطور صحیح شناسایی نمایید.

۵) انجام عمل صحیح برای بیمار را تأیید نمایید، و در غیر اینصورت اگر یک مرحله از فرآیند یاد شده دچار اختلال گردید، تا کسب اطمینان قطعی بیمار را به اتاق عمل منتقل ننمایید.

۶) دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، ضروریست اعضای تیم جراحی از بیمار درخواست نمایند که نام، نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را بطور کلامی بیان نماید و آنها را با پرونده و باند شناسایی بیمار مطابقت نمایند.

سایر مراحل مطابق با چک لیست ذیل انجام می شود.

¹informed consent

فرآیند شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون:

-انتقال صحیح خون در بیماران شامل زنجیره ای از فرآیندهای مختلف: اخذ نمونه خون وریدی ، آماده نمودن گیرنده خون ،انتقال واحد خونی و یا فرآورده های خونی از بانک خون به بخش ،آمادگی خون و یا فرآورده های خونی برای انتقال و تجویز واحد خونی و یا فرآورده خونی به بیمار می باشد.

-به منظور کسب اطمینان از دانش وصلاحیت حرفه ای جهت انجام صحیح انتقال به بیمار صحیح ، کادر درمانی واجد شرایط برای تجویز خون و یا فرآورده های خونی به بیماران مشتمل بر کادر پرستاری(پرستاران فوق دیپلم یا بالاتر که دوره آموزش توجیهی را گذرانده باشند) ، ماماهاو پزشکان می باشند.

- فرآورده های خونی شامل RBC ، FFP ، PLAT ، HAS می باشد.

-اولین مرحله از انتقال خون به بیماران اخذ نمونه خون وریدی است در زمان اخذ نمونه خون وریدی ضروریست در بالین بیمار بر روی شیشه آزمایش حاوی نمونه خون بیمار پس از تأیید کلامی بیمار ، مشخصات او شامل نام ، نام خانوادگی ، نام پدر و شماره تخت و نام بخش نوشته شود .

-کارکنان آزمایشگاه موظفند در صورت ناخوانا بودن و یا برچسب حاوی اطلاعات ناقص بیمار لوله آزمایش را به مسئولین بخش عودت دهند.

-انتقال خون با توجه به دستور کتبی پزشک معالج و پس از اخذ رضایتنامه کتبی آگاهانه از بیمار صورت می گیرد.
-الزامیست نسخه بیمار شامل موارد ذیل گردد:

- نوع و تعداد واحد خون ویا فرآورده خونی مورد لزوم.
- در صورت ضرورت ، تجویز دارو قبل از انتقال ، بمنظور پیشگیری از واکنشهای حین انتقال.

-از ذخیره خون در یخچال مخصوص دارو و یا یخچالهای خانگی بهره یزید.

-در صورتی که پیش بینی می شود که واحد گلبول فشرده و یا خون کامل سریعاً به بیمار انتقال می شود ، توصیه می گردد که از یخچال بانک خون خارج شود ، این موارد حداکثر بعد از گذشت ۳۰ دقیقه قابل برگشت به یخچال بانک خون می باشد.

-به لحاظ رعایت موازین کنترل عفونت در صورت نیاز الزامیست پرستار ضمن انتقال خون از وسایل حفاظت فردی (نظیرمحافظ چشم و یا عینک) استفاده نماید.

-رعایت بهداشت دست با استفاده از محلولهای ضد عفونی با بنیان الکلی و یا شستشوی دستها قبل ، حین و بعد از اتمام پروسیجر ضروریست.

-دفع بهداشتی و مناسب سر سوزن و آنژیوکت و سایر پسماندهای آلوده به خون ضروریست.

-در زمان انتقال خون بیماررا مورد مشاهده و کنترل مراقبتی قرار دهید و در صورت مواجهه با هر گونه مشکلی از دسترسی بیمار به زنگ اخبار جهت اطلاع به پرستاران مطمئن شوید.

-با توجه به وقوع اتفاقات ناخواسته احتمالی ضمن انتقال خون (انتقال فرآورده های خونی اشتباه ،واکنشهای ایمنولوژیک و انتقال عفونتهای خونی)انجام موارد ذیل بمنظور شناسایی دقیق بیمار گیرنده خون توسط دو نفر پرستار واجد صلاحیت به صورت منفک از یکدیگر ضروریست:

-با توجه به اینکه عدم چک واحد خونی در بالین بیمار ، ناخوانا بودن نسخه ویا سایر دست نوشته های مرتبط به مشخصات واحد خونی ، کمبود وقت ، حجم زیاد کار و هر گونه تداخل کاری در حین انتقال و یا مداخلات پرستاری و مراقبتی قبل از آن از جمله عوامل مؤثر در بروز حوادث و واکنشهای ناخواسته خونی محسوب می شوند لذا ضروریست مشخصات واحد خونی بر اساس باند شناسایی در بالین بیمار چک شود.

-بمنظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال می شود ، ضروریست پرستارقبل از انتقال خون از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی و نام پدر خود را بصورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیماررا با مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرورنده بیمارمطابقت دهد.

-در صورتی که بیماربیهوش و یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد، پرستار موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی باند شناسایی بیمار را با مشخصات پرورنده بیمار مطابقت دهد .

-بمنظورانتقال در بیماران بیهوش و نوزادان داشتن باند شناسایی مج بند شناسایی برای بیماران ضروری می باشد.

-ضروری است حداقل موارد ذیل با پرونده بیمار مورد بررسی قرار گیرند :

نام و نام خانوادگی بیمار بصورت کامل -نام پدر بیمار- تاریخ تولد - شماره پرونده بیمار

-شماره و گروه خونی مندرج بر روی برچسب واحد خون با مشخصات کیسه حاوی خون مطابقت دهید .

-گروه خونی و Rh نوشته شده بر روی برچسب کیسه خون

-نوع فرآورده خونی و تاریخ انقضای موجود روی برچسب واحد خون

-کیسه خون و یا فرآورده خونی را به لحاظ علایم هر گونه آسیب و صدمه ، تغییر رنگ، همولیز و یا نشت و یا لخته بررسی نمایید

-نکات مورد بررسی را با امضاء دو پرستار در پرونده بیمار ثبت کنید.

-علایم حیاتی پایه بیمار شامل تعداد نبض ، تنفس بیمار در دقیقه و میزان فشار خون و درجه حرارت را قبل از شروع انتقال کنترل نمایید

رضایت آگاهانه

اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی

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

روش ارزیابی:

✓ اگر بیمار پیش از هر عمل تهاجمی فرم رضایت نامه آگاهانه عمل را امضاء می نماید و بیماران از تمامی خطرات یک عمل از قبل به طور کامل مطلع می شوند امتیاز کامل تعلق می گیرد.

۱- لیست اقدامات تشخیصی و درمانی تهاجمی به تفکیک هر بخش با تایید ریاست بخش.

۲ وجود برگه رضایت آگاهانه بیمار در پرونده های پزشکی بیماران بستری (واجد به توضیحات پیرامون کلیه خطرات و منافع و عوارض جانبی احتمالی هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی و درمان های جایگزین و امضاء بیمار و شاهد یکی از وابستگان درجه یک بیمار)

۳ در مصاحبه به صورت تصادفی بیماران از خطرات ، منافع و عوارض جانبی احتمالی و درمان های جایگزین اقدام تشخیصی و درمانی تهاجمی از عمل جراحی خود توسط پروسیجرالیست را تایید می نمایند و بیمارامضاء خود و یا و شاهد یکی از وابستگان درجه یک بیمار را تایید نماید.

✓ اگر بیمار پیش از هر عمل تهاجمی، فرم رضایت نامه عمل را امضاء می نماید اما شواهدی از توجیه و ارائه اطلاعات به بیماران موجود نیست ؛ امتیاز نسبی تعلق می گیرد.

✓ در صورت فقدان هر گونه شواهدی قبل از اعمال تهاجمی و با وجود فرم های رضایت نامه امضاء شده توسط بیماران ؛ امتیازی تعلق نمی گیرد.

• الزامات اجرای استاندارد یاد شده اخذ رضایت آگاهانه از بیماران است که شرایط آن ذیلا به اطلاع می رسد و نیز بر اساس مطالب فوق الذکر ، بیمارستان بایستی لیست اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی را بر اساس نظر پزشکان متخصص هر رشته ، نوع مراقبت و درمان های انجام شده در بخش و نوع مراجعین تعیین نماید، و به تایید ریاست بخش برساند.

الزامات و نحوه اخذ رضایت آگاهانه از بیماران از منظر ایمنی بیمار :

۱- در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه می باشد.

۲- اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدیدکننده زندگی، اختلالات هوشیاری الزامی نیست.

۳- در فرآیند رضایت آگاهانه لازم است نکات ذیل به بیمار گفته شود:

i. تشخیص یا مشکل اصلی

ii. درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل

iii. خطرات توأم با درمان و یا راه کار

iv. اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار

v. نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان

vi. وجود و هزینه هامی خدمت یا داروهای مورد لزوم

۴- مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی پروسیجرتهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.

۵- در هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

۶- عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار اولی وابسته درجه یک وی رضایت آگاهانه اخذنمود.

اقدامات تشخیصی درمانی(پروسیجرهای تهاجمی) حداقل شامل موارد ذیل است:

۱. مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای تهاجمی و تمامی اعمال جراحی

۲. هر گونه پروسیجری که انجام آن، با انسیزون پوست توام باشد.

۳. هر گونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی / بیهوشی عمومی و مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.

۴. تزریق هر گونه ماده از مواد در فضای بین مفاصل / فضاهای بدن

۵. آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست (مانند: آرترو سینتریس، آسپیراسیون مغز استخوان، LP ،پاراسنتز، توراسنتز، کاتتریزاسیون سوپرا پوپیک، گذاردن chest tube

۶. بیوپسی(مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های تناسلی ادراری

۷. پروسیجرهای قلبی (به عنوان مثال: مطالعه الکترو فیزیولوژیک قلبی، کاتتریزاسیون قلبی، گذاردن پیس میکر قلبی، آنژیوپلاستی، گذاردن استنت ، گذاردن بالون داخل آئورتیک، کاردیو ورژن الکتیو)

۸. آندوسکوپی ((به عنوان مثال، کولونوسکوپی، برونکوسکوپی ، از فاگواستریک آندوسکوپی سیستم اسکوپ، گاستروسومی آندوسکوپیک زیر جلدی، گذاردن لوله نفروستومی، گذاردن J-tube

۹. پروسیجرهای لاپاراسکوپیک (به عنوان مثال: کله سیستکتومی لاپاراسکوپیک)

۱۰. پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی (به عنوان مثال: آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، بیوپسی زیر جلدی)

۱۱. پروسیجرهای درماتولوژی (بیوپسی، آکسیزون وکرایو تریای عمیق بافت های بدخیم)

۱۲. پروسیجرهای تهاجمی چشمی به عنوان مثال: پروسیجرهای مختلفی که با ایمپلنت توام می باشند)

۱۳. پروسیجرهای دهانی شامل کشیدن دندان و بیوپسی لثه

۱۴. اعمال تهاجمی جراحی کودکان (کشیدن ناخن فرورفته، و غیره)

۱۵. دبریدمان پوست / زخم که در اتاق عمل مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود.

۱۶. درمان الکتروشوک

۱۷. رادیوتراپی در بیماران انکولوژی

۱۸. سنگ شکنی (به عنوان مثال : سنگ های انسدادی کلیه ، کبد.....)

۱۹. گذاردن کاتتر ورید مرکزی PICC

۲۰. گذاردن Peg

۲۱. لاواژ پريتوان

۲۲. تراکوستومی

۲۳. اکوی ترانس ازوفازیال

۲۴. شوک بیمار

۲۵. کولپوسکوپی، بیوپسی آندومتریال

۲۶. پروسیجرهای تهاجمی ناباروری

۲۷. بلوک درمانی عصب

۲۸. ختنه

۲۹. ترانسفوزیون خون

۳۰. شیمی درمانی

۳۱. دیالیز صفاقی

۳۲. دیالیز خونی

۳۳. پلاسما فروز

توجه:

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

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

۳. از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیزخونی) بوده ، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد...

i. شرایط بیمار

ii. نحوه درمان

iii. روش های درمانی جایگزین ،

iv. احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی

v. ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند

vi. بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد .

راهنمای جراحی و بیهوشی ایمن :

پیچیده ترین نوع کار درمانی ، جراحی است و در عین حال بیمار حق داشتن یک جراحی و محیط ایمن را دارد . اگر چه اعمال جراحی با هدف نجات و بهبود کیفیت زندگی بیماران انجام می شود ، با این وجود ، عوارض جراحی یکی از علل قابل توجه مرگ و ناتوانی در سراسر جهان است . روزانه در بیمارستان های سطح استان البرز اعمال جراحی متنوع و با تعداد بالایی انجام میگردد که علاوه بر درمان بیمار ممکن است آنها را در معرض عوارض پس از جراحی نیز قرار دهد .

چک لیست جراحی ایمن که به اهتمام اتحادیه جهانی ایمنی بیمار ، وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی ، بیهوشی ، پرستاران و بیماران از سراسر جهان ، بمنظور کاهش اتفاقات نا خواسته ، معلولیت و مرگ و میر ناشی از اقدامات جراحی بیماران تحت عمل ، تدوین و تنظیم شده است .

بکارگیری چک لیست جراحی ایمن مستلزم تعیین فردی مسئول به عنوان هماهنگ کننده ، که می تواند با توجه به نیروی انسانی موجود در اتاق عمل ، پرستار سیرکولار ، سوپروایزر اتاق عمل و یا یکی دیگر از اعضا ی تیم جراحی انتخاب شود . در چک لیست جراحی ایمن عمل جراحی به سه مرحله زمانی به شرح ذیل تقسیم می شود :

۱- مرحله زمانی قبل از بیهوش نمودن بیمار که تحت عنوان ورود بیمار نامیده می شود (sign in) :

الف : شناسایی بیمار ، علامت گذاری موضع عمل جراحی ، تایید ایمنی و صحت کارکرد وسایل و تجهیزات ضروری بیهوشی ، اتصال پالس اکسی متری به بیمار و صحت کارکرد آن ، بررسی بیمار از لحاظ سابقه داشتن حساسیت شناخته شده ، بررسی بیمار به لحاظ راه هوایی مشکل یا خطر آسپیراسیون ، خطر از دست دادن بیش از ۵۵۰ سی سی خون در بزرگسالان و ۷ سی سی به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در کودکان(بیمار صحیح ، محل صحیح ، روش صحیح)

۲- مرحله زمانی بعد از بیهوشی بیمار و قبل از برش جراحی که زمان انتظار نامیده می شود (time out) :

معرفی اعضاء تیم جراحی با نام و سمت به سایر اعضاء تیم و تایید صحت جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح بیمار توسط تیم و تایید استریلیتی ابزار جراحی توسط پرستار اسکراب ، تزریق آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک طی ۶۵ دقیقه قبل از جراحی

۳- مرحله زمانی حین جراحی و یا دقیقا پس از بستن زخم بیمار تا خروج بیمار از اتاق جراحی که خروج بیمار نامیده می شود (sing out) :

تایید جراحی انجام شده بر روی بیمار ، شمارش لوازم جراحی (گاز و سرسوزن های مورد استفاده حین جراحی) ، برچسب گذاری صحیح نمونه اخذ شده حین جراحی توسط پرستار سیرکولار، گزارش کتبی هرگونه خرابی در دستگاه ها و تجهیزات مورد استفاده * پس از آشنایی کامل تیم جراحی با چک لیست ، کلیه اعمال کلیدی با فرد هماهنگ کننده بصورت کلامی و بدون فوت وقت و یا ایجاد تداخل در انجام مراحل اساسی جراحی به ترتیب ذیل مورد بررسی و تأیید قرار گیرد :

اصول عمومی جراحی ایمن :

سؤالات مرتبط به این بخش می توانند به صورت کامل در یک وهله و یا گام به گام در طی مراحل زمانی متفاوت تکمیل شود . جهت تکمیل این بخش ، حضور متخصص بیهوشی و کارکنان پرستاری ضروری است .

تست مقادیر بحرانی:

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

از روش Read Back ,Write Down ,Repeat Back Close the Loop جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت /تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود . از این روش در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) مانند دستورات تلفنی خصوصا دارو های مشابه استفاده شود.

محدوده بحرانی آزمایشات و رادیولوژی در دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی آزمایشگاه و تصویربرداری ذکر شده است.

استاندارد سیزدهم- اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی :

بیمارستان دارای روال مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد.

کلیه جواب آزمایشات و پاتولوژی در صورت عدم رسیدگی به موقع ممکن موجب مرگ یا آسیب جدی، فیزیکی و یا فیزیولوژیک گردد.

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

۱. منشی واحد پاراکلینیک ، جواب نتایج پاراکلینیکی داخلی بیماران ترخیصی را به بخش مربوطه ارجاع دهد.

۲. پرستار مسئول بیمار قبل از ترخیص بیمار در خصوص پیگیری فعال نتایج معوق احتمالی به بیمار آموزش می دهد و در فرم آموزش حین ترخیص ثبت نماید.

۳. پرستار مسئول بیمار ، فرم اخذ نتایج پاراکلینیکی معوقه را تکمیل و تحویل والدین نماید.

۴. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت بعد از رویت نتایج پاراکلینیکی داخلی توسط پزشک و تایید، آن را به واحد بایگانی عودت دهد.

۵-دستیار تخصصی در صورت بحرانی و غیر طبیعی بودن نتایج پاراکلینیکی به پزشک معالج اطلاع دهد.

۶. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت در صورت بحرانی و غیر طبیعی بودن نتایج پاراکلینیکی داخلی از طریق تلفن به همراهان اطلاع دهد.

۷.سرپرستار / پرستار مسئول شیفت بعد از اطلاع نتایج پاراکلینیکی غیر طبیعی به همراه بیمار تماس حاصله و نتایج آن را در دفتر مربوطه در بخش ثبت نماید.

۸. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت ، کپی نتایج پاراکلینیکی موردی را به همراهان تحویل دهد و در دفتر مربوطه در بخش امضاء بگیرد.

۹. والدین جهت دریافت نتایج پاراکلینیکی معوقه به واحد مربوطه(آزمایشگاه/بایگانی) مراجعه نماید.

۱۰. منشی آزمایشگاه جواب آزمایشات ارسالی را از پاکس موجود در آزمایشگاه تحویل همراهان نماید و فرم را تحویل بگیرد.

۱۱. مسئول واحدبایگانی کپی جواب سونوگرافی،ریپورت گرافی ها،ریپورت اقدامات تشخیصی انجام شده را تحویل والدین نماید.

خطاهای ۲۸ گانه پزشکی

اگر در بخشی یکی از موارد کدهای ۲۸ گانه اتفاق بیفتد باید بلافاصله در همان ساعت وقوع شرح حادثه توسط مسئول شیفت در فرمت مخصوص فرم فوری وقایع ناخواسته وارد شود و به سوپروایزر بالینی یا کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تحویل داده شود و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بلافاصله شرح مختصر حادثه را به مسئول وقایع ناخواسته معاونت درمان اطلاع دهند و تا حداکثر ۶ ساعت بعد از حادثه در سایت وقایع ناخواسته علوم پزشکی البرز وارد شود. تیم نظارتی ویژه از معاونت درمان طی ۲۴ ساعت به بیمارستان اعزام و حادثه را بررسی و گزارش تحلیل نهایی و نتایج RCA ظرف ۷۲ ساعت به فوکل پوینت معاونت درمان ارسال و از دفتر معاونت سناریوی آموزشی ظرف ۲ هفته به دفتر نظارتی و اعتباربخشی وزارت متبوع جهت درس آموخته ها و پیشگیری از تکرار مجدد خطا ارسال شود.

RCA

روشی است که بوسیله آن تحلیل ریشه ای خطا انجام می شود که به وسیله آن می توان علت اصلی بروز خطا را پیدا کرد.

Never Events

وقایع مرتبط با اعمال جراحی

۱. انجام عمل جراحی بصورت اشتباه روی عضو سالم

۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر (در موارد تشابه اسمی توجه به دست بند شناسایی بیمار)

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

۴. جا گذاری هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس وقایع مرتبط با اعمال جراحی ... در بدن بیمار حین جراحی و هر پرو سیجر دیگر

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

۵. تلقیح مصنوعی یا دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

۶. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

۸. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال استفاده از دستگاههای آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS AG مثبت به بیمار HBS AG منفی

۹. مرگ و یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هر گونه آمبولی عروقی

وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد: بیمارانی که تحت تدابیر امنیتی خاص در بیمارستان هستند زندانیان/ بیماران ارجاعی از مراکز سالمندان بهزیستی /بیماران ارجاعی از از پادگان نظامی سربازان وقایع مرتبط با بیمار بیماران ارجاعی از از پادگان نظامی سربازان موارد فرار بیمار به علت ناتوانی در پرداخت صورتحساب ترخیص و موارد عدم رضایت بیمار به بستری گزارش نشود

۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار بدنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو دوز دارو

۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی (تشنج) به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات بطور مثال بدنبال فیروتراپی

وقایع مرتبط با محیط درمانی:

۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه وقایع مرتبط با محیط درمانی شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد

۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه از گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر ..)

۲۲. سوختگیهای بدنبال اقدامات درمانی مانند وارمر الکترودهای اتاق عمل که منجر به سوختگی های بدن بدنبال جراحی قلب شده است.

۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت مثال گیر کردن اندام بیمار در محافظ و یا خرابی محافظ

۲۴. سقوط بیمار (مثال سقوط در حین جابه جایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری سقوط از پله ها و ...)

وقایع جنایی

۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی

۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب شتم و وارده به بیمار)

۲۷. ربودن بیمار

۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

راهنمای پیش گیری از اتصالات نادرست کاتتر ها و لوله ها:

کارکنان خدمات سلامت از اتصالات، کاتتر ها، سرنگ ها برای انتقال دارو و سایر موارد به بیماران از طرق گوناگون شامل: عروقی، گوارشی، تنفسی، اپیدورال و اینتراتکال و موضعی استفاده می کنند لوله های متفاوتی به ویژه در سطح سوم خدمات سلامت به منظور انتقال دارو های مختلف، گاز های طبی و مواد غذایی به بیماران متصل می شود. اتصالات این وسایل غالبا مشابه می باشند اشکال مشابه اتصالات در محیط بالینی، گاه منجر به اتصال دو وسیله ی مختلف که برای مقاصد متفاوتی ساخته شده اند به یکدیگر و اتصال نادرست^۲ می شود.

کارکنان بالینی مکررا از اثرات منفی لوله ها و کاتترها بر بیماران که به سندروم اسپاگتی^۳ مشهور است ابراز ناراحتی می نماید. در بررسی گذشته نگری که در ارتباط با حوادث مرتبط با درن ها^۴ و لوله ها و راه ها انجام شد ۱۱۴ راه انتقال دارو، مواد غذایی و گازها ی طبی موجود بود که بیش از ۶۰٪ وقایع مرتبط با آن ها قابل پیگیری بود. ۵۶٪ از ۱۱۴ بیمار درگیر واقعه ناخواسته دچار آسیب جسمانی و ۲۳٪ آنان اقامت طولانی تری در بیمارستان داشتند.

اصول عمومی

۱. به منظور اطمینان از اتصال صحیح، الزامیست ارائه دهندگان خدمت قبل از هرگونه تجویز با اتصال وسیله پزشکی مسیر لوله ها و کاتتر ها را از منشا اولیه جا گذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی نماید.
۲. به منظور اطمینان اتصال صحیح، الزامیست ارائه دهندگان خدمت در هنگام تحویل بیمار از یک مرکز درمانی دیگر، اتصالات را مجددا کنترل نمایند و مسیر لوله ها و کاتتر ها را از منشا اولیه جاگذاری در بدن بیمار تا به اتصالات پورت بررسی کند.
۳. کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتتر ها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیر استاندارد مختلفی ثابت نمایند. این امر به ویژه در هنگام مراقبت از نوزادان حائز اهمیت است.
۴. مسیر راه وریدی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار ثابت کنند.
۵. به کارکنان پشتیبانی، بیماران و خانواده ی آنان تاکید شود که نبایستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند.
۶. برچسب گذاری کاتتر های پرخطر (برای مثال: کاتتر های شریانی، اپیدورال و اینتراتکال) الزامیست.
۷. از آداپتور ها و اتصالات اضافی برای لوله ی تغذیه گوارشی استفاده نکنید.
۸. از استفاده کاتتر های شریانی، اپیدورال و اینتراتکال با پورت تزریق، اجتناب شود.
۹. به منظور تجویز دارو از سرنگ دهانی دارو استفاده کنید.
۱۰. همیشه اتصالات لوله ها و کاتترها را در نور کافی انجام دهید.
۱۱. در صورت آزاد شدن محل اتصال لوله و کاتتر ها فوراً به پرستار اطلاع دهید.
۱۲. فرآیند استاندارد شده همخوانی راه ها را به منظور اطمینان از اتصالات صحیح با کنترل اتصالات لوله ها و کاتتر ها تا منشا اولیه اتصال آن ها به بدن بیمار به عنوان بخشی از ارتباطات تحویل بیمار در حین تغییر نوبت کاری کارکنان بالینی و انتقال بین بخشی یا بیمارستانی، قرار دهید.
۱۳. لوله ای و کاتتر ها را کد بندی رنگی نکنید.
۱۴. در صورت خریداری کاتتر و لوله های جدید به منظور شناسایی ریسک بالقوه ی اتصالات نادرست از روش های مدیریت پیشگیرانه ی خطا برای مثال^۵ FMEA (تحلیل حالات و اثرات شکست) استفاده نمایید.
۱۵. مخاطرات ناشی از اتصالات نادرست لوله ها و کاتتر ها را در آموزش توجیهی بدو استخدام کارکنان بالینی جدیدالورود و آموزش مستمر کادر بالینی ادغام نمایید.

² Misconnections

³ Spaghetti Syndrome

⁴ Drain

⁵ Failure Mode and Effects Analysis

اقدامات پیشگیری

۱. بایستی خط مشی و روش های اجرایی در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به منظور استقرار استاندارد های الزامی موثر در پیشگیری از اتصالات نادرست لوله ها و کاتتر ها در حال اجرا باشد.
۲. راهکار پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاتتر ها در برنامه درسی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی ذیربط ادغام شود.
۳. راهکار پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاتتر ها در برنامه ی آموزشی ضمن خدمت کادر بالینی ادغام شود.
۴. راه های پیشگیری از اتصال نادرست لوله ها و کاتترها در برنامه ی آموزشی بدو ورود کادر بالینی ادغام شود.
۵. مهارت آموزی در کادر ارائه کننده خدمت در بخش های ویژه انجام شود.

راهنمای پیشگیری از سقوط

سقوط یک آسیب شایع در بین آسیب هایی است که به دنبال بستری شدن بیمار در بیمارستان ایجاد می شود و منجر به طولانی یا عارضه دار شدن بیماران می گردد.

برنامه پیشگیری از سقوط به چهار مرحله تقسیم می شود:

۱. مراقبت های عمومی پیشگیری از سقوط شامل پروتکل راند برنامه ریزی شده.
 ۲. معیارهای بررسی سقوط استاندارد مثل معیار مورس و معیار هامپی- دامپی
 ۳. برنامه مراقبتی و مداخلات که با ریسک فاکتورهای شناسایی شده در برنامه جامع مراقبتی بیمار مرتبط است.
 ۴. (RCA).مراقبت پس از سقوط شامل بررسی بالینی بیمار و تحلیل ریشه ای علل سقوط
- زمانی برنامه پیشگیری از سقوط موفقیت آمیز است که منطبق با دیگر اولویت های بیمار و بیمارستان باشد. اولین اولویتبیمارستان، مراقبت و درمان حاد، بیماری است. بیمار به دلیل بیماری به بیمارستان مراجعه می کند و هدف اصلی و اولیه وی از مراجعه، درمان آن بیماری است. بنابراین همیشه باید به این نکته توجه داشت که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط را با سایر اهداف و اقدامات درمانی که در بیمارستان به بیمار ارائه می شود هماهنگ کرد
- نکته کلیدی دیگری که باید به آن توجه داشت این است که پیشگیری از سقوط نمی تواند به تنهایی هدف برنامه پیشگیری از سقوط باشد. به عنوان مثال در تنوری، ما می توانستیم از تمام موارد سقوط با استفاده از مهار فیزیکی بیماران و عدم اجازه خروج از تخت، پیشگیری کنیم (در واقعیت ممکن است مهار فیزیکی از تمام موارد سقوط پیشگیری نکند). اما مهار فیزیکی بیماران، می تواند غیراخلاقی باشد و نشان دهنده مراقبت ضعیف است. هم چنین با استقلال بیمار در تضاد است و می تواند علت بروز تمام عوارضاستراحت مطلق در تخت همانند تغییر در وضعیت بدنی بیمار، زخم فشاری، آسپیراسیون و ترمبوز وریدهای عمقی باشد. بنابراین منجر به اقامت طولانی تر در بیمارستان و سخت تر کردن امکان بهبودی بیمار شود. این مثال نشان می دهد که چگونه برنامه پیشگیری از سقوط نیاز دارد که با هدف اصلی مراقبت از بیمار که بهبود عملکرد هر بیمار و خوب بودن وی است؛ هماهنگ شود هم چنین هدف ما باید حفظ میزان سقوط و آسیب ناشی از آن در پایین ترین سطح ممکن باشد نه صفر کردن آن به هر قیمتی
- مراقبت های عمومی برای پیشگیری از سقوط برای تمام بیماران

*این مداخلات باید برای تمام بیماران صرفنظر از اینکه ریسک فاکتور سقوط داشته باشند یا خیر انجام شود.

مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه آموزش به بیمار عبارتند از:

- بیمار و همراهان وی را به محیط بخش در بدو ورود آشنا کنید
- به بیمار و همراهان وی در مورد نکات ایمنی پیشگیری از سقوط در زمان بستری در بیمارستان آموزش دهید .
- را به بیمار توضیح دهید CALL LIGHT. اهداف و نحوه استفاده از زنگ احضار یا
- از دمپایی غیر لغزنده با سایز مناسب، برای بیماران استفاده کنید.
- به بیمار پرخاطرآموزش دهید که برای انجام فعالیت های روزمره همانند بیرون آمدن از تخت و رفتن به دستشویی درخواست کمک کند .
- اهداف و نحوه استفاده از وسایل کمک حرکتی را در صورتی که مورد نیاز باشد، به بیمار و یا همراهان وی آموزش دهید

2-مداخلات احتیاطی استاندارد پیشگیری از سقوط در حیطه ایمنی محیط عبارتند از:

را در دسترس بیمار قرار دهید و بلافاصله به آن جواب دهید CALL LIGHT .

وسایل شخصی بیمار را در محدوده ایمن دسترسی وی قرار دهید.

تخت بیمار را در پایین ترین سطح ممکن در زمان استراحت بیمار به جز در مواقعی که پرسنل در کنار بیمار و مشغول فعالیت های مراقبتی هستند، قرار دهید.

در زمانی که بیمار در تخت قرار دارد نرده های تخت بالا باشد.

چرخ های تخت بیمارستانی در وضعیت قفل باشند .

چرخ های ویلچر در صورتیکه درحالت سکون است، در وضعیت قفل باشند .

فضای فیزیکی اتاق بیمار و بخش، مرتب و تمیز نگه داشته شود. دقت کنید که سیم ها یا اتصالات برق و سایر وسایل اضافه در مسیر حرکت بیمار نباشد.

تمام سطوح کف بخش، تمیز و خشک باشد. در صورت خیس شدن یا لغزندگی بلافاصله سطح تمیز شود .

در صورتی که بیمار عینک می زند؛ از در دسترس بودن آن و پوشیدن عینک توسط بیمار، قبل از خروج از تخت، مطمئن شوید .

روش های جابجایی ایمن بیمار و تعدیل محیط برای انتقال ایمن بیمار را در صورت لزوم اجرا کنید .

وضعیت سقوط بیمار در هر راند روزانه و در زمان گزارش پایان شیفت مد نظر قرار بگیرد و گزارش شود .

مداخلات رفتاری:

این مداخلات می تواند در بیماری که مبتلا به دمانس مغزی است برای پیشگیری از سقوط استفاده شود. با استفاده از دارو درمانی در این زمینه موفقیت کمی حاصل می شود. این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. محرک های شروع کننده رفتارهای پرخطرانه و یا رفتارهای وسواسی اجباری، همانند بعضی از داروهای خاص، زمان خاصی از روز، عفونت یا صدای بلند را شناسایی کنید و سعی کنید آن ها را در صورت امکان کم کنید

بیمار را به منظور کمک به مدیریت رفتاری، برنامه ارتقا آگاهی بیمار، ارتقا هوشیاری و عملکرد بیمار و تعیین اینکه آیا نیاز به وسایل کمک حرکتی دارد و انتخاب نوع مناسب آن، به فیزیوتراپ یا کار درمان ارجاع دهید

مداخلات مرتبط با اختلال حرکتی:

این مداخلات باید به صورت تیمی انجام شود. کاهش تونیسیته ماهیچه، اختلال در حرکت و الگوی راه رفتن، شایعترین ریسک فاکتورهایی هستند که پیش گویی کننده خطر سقوط هستند

بیماران باید از دمپایی یا کفش های غیر لغزنده استفاده کنند.) می توان از دمپایی یا کفش با رنگ متمایز برای شناسایی آسانین بیماران استفاده کرد مشاوره فیزیوتراپی و کار درمانی برای ارزیابی ودر صورت امکان درمان به بیمار آموزش دهید که به آرامی بلند شود .

به حرکت در آوردن سریع و منظم بیماران پرخطر

تکرار کردن آموزش های مرتبط با ایمنی برای بیمار و همراهانش

کمک کردن به بیماران پرخطر هنگام انتقال

استفاده منظم از وسایل کمک حرکتی همانند واکر، عصا، یا دیگر وسایلی که توسط فیزیوتراپ یا کار درمان پیشنهاد شده است .

کمک به بیمار هنگام رفتن به سرویس بهداشتی به صورت منظم و برنامه ریزی شده

استفاده از صندلی هایی که تکیه گاه دست دارند .

استفاده از محافظ های هیپ برای بیمارانی که در خطر بالای شکستگی لگن هستند .

استفاده از روشنایی کافی روز و شب جهت به حرکت در آوردن بیمار و انجام فعالیت های روزانه

استفاده از صندلی های توالت که ارتفاع بالاتری دارند.

استفاده از کمر بندهای مخصوص جهت به راه بردن و یا خارج کردن بیمار از تخت .

مداخلات محیطی:

مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، مدیر واحد تجهیزات پزشکی و امور فنی باید راندهای محیطی برای اطمینان از اینکه اتاق ها و راهروهای بخش ها روشنایی کافی دارند. سطوح غیر لغزنده، تمیز و مرتب باشند. درهایی که لازم است قفل باشند قفل نگه داشته شده باشند. میله ها و دستگیره های محافظ، محکم و فیکس باشند. میزها و صندلی ها سالم و محکم باشند. کارکنان واحد تجهیزات پزشکی و امور فنی باید وسایل و تجهیزات کمکی را به صورت منظم مشاهده کنند. کارکنان پرستاری باید چیدمان اتاق بیمار را به

گونه ای انجام دهند که خطر سقوط را به حداقل برسانند. تمام کارکنان باید مطمئن شوند که موقیت های غیر ایمن بلافاصله تعدیل می شوند. (به راند محیطی مراجعه کنید)

محافظ های لگن:

این نوع وسایل در بخش های بیمارستانی که اجرای احتیاطات شدید پیشگیری از سقوط و یا پایش پیوسته و از راه نزدیک مشکل باشد، قابل استفاده است. مثال های آن می تواند در بخش هایی همانند بخش های بازتوانی یا بخش های اعصاب و روان سالمندان کاربرد داشته باشد.

استفاده از این وسایل منجر به کاهش شکستگی استخوان هیپ می شود اما منجر به کاهش سقوط نمی شود. اگرچه تنوع محافظ های لگن و تفاوت در تحمل بیماران، به عنوان مهم ترین موانع در انتخاب این نوع محافظ ها، به صورت یک جزء از برنامه احتیاطات استاندارد پیشگیری از سقوط، در نظر گرفته می شود استفاده از آئینه های محدب که به کارکنان پرستاری امکان دیدن تمام راهرو ها را از ایستگاه پرستاری می دهد.

استفاده از حس گرهایی که حرکت بیمار در تخت را شناسایی می کند.

استفاده از آلارم هایی که خروج بیمار از تخت را اعلام می کنند.

تخت:

در سالهای اخیر به منظور پیشگیری از سقوط تخت هایی ارائه شده اند که ارتفاع کم تری دارند. این تخت ها ویژگی های متعددی دارند اما باید قابلیت تنظیم داشته باشند و ۸ تا ۱۰ اینچ از کف زمین فاصله ایجاد کنند.

دیگر فاکتورهای محیطی:

یک مطالعه بر روی یک بیمارستان عمومی کوچک نشان داد که در صورتی که کف پوش اتاق ها از جنس چوب باشد میزان آسیب به دنبال سقوط کم تر خواهد بود.

مثال های دیگر مداخلات محیطی عبارتند از: خریداری تجهیزات کمک حرکتی مخصوص بزرگسالان

استفاده از جوراب های ضد لغزش

پایش و مراقبت:

تمام بیمارانی که در بیمارستان های حاد بستری می شوند، نیازمند بررسی و ارزیابی مجدد در توالی های منظم از نظر خطر سقوط هستند. به دلیل احتمال تغییرات مداوم، بیماران باید به طور پیوسته از نظر خطر بروز سقوط، ارزیابی مجدد گردند؛ حتی اگر تصور شود

که ممکن است بیمار جزء گروه پرخطر نباشد. ارزیابی مجدد به صورت روتین باید در هنگام هر تعویض شیفت، با یک تغییر در شرایط بالینی بیمار و به دنبال سقوط رخ دهد

ایمنی محیط برای پیشگیری از سقوط کلیدی است.

نحوه استفاده از ابزار کنترل تخت:

این ابزار حاوی یک چک لیست مشاهده ای است که باید توسط مسئول واحد و مهندس فنی بیمارستان به منظور شناسایی و حل مشکلات و مسائل مربوط به ایمنی اتاق های بیمارستان تکمیل شود. فرایند مشاهده به گونه ای طراحی شده است که اتاق به اتاق مشکلات و مسائل مربوط به ایمنی اتاق های بیمارستان تکمیل شود.

لیست مشاهده

- اتاق
- تجهیزات غیر قابل استفاده را خارج کنید.
- در صورت عدم استفاده، کمد ها را خارج کنید.
- با اجازه از بیمار چیدمان اتاق را برای پاکسازی مسیر، تغییر دهید
- میز کنار تخت را کنار تخت یا در عرض تخت بیمار قرار دهید
- تجهیزات غیر قابل استفاده را از دستشویی و حمام خارج کنید و در جای دیگری انبار کنید.
- سیم های الکتریکی همانند تلویزیون و تلفن را خارج از مسیر قرار دهید
- تخت را در وضعیت قفل قرار دهید.

- صندلی و میلمان تخت ناپایدار و خراب را با یک تخت سالم جایگزین کنید
- تخت را به سمت دیوار هل دهید (کدهای آتش نشانی را چک کنید
- تمام صندلی ها و میلمان های سبک وزن یا ناپایدار را از اتاق خارج کنید
- قفل های چرخ تخت ها را تمیز، تعمیر و در صورت شکستگی تعویض کنید.
- صندلی و میلمان های ناپایدار را تعمیر کنید.
- میله های ایمنی دستشویی و حمام را در صورتی که شل هستند، محکم کنید.
- قسمت لاستیکی کمد های کنار تخت در صورت فرسودگی تعمیر شود ؟
- قسمت پلاستیکی میله های فلزی که در راهروها هستند
- در صورت فرسودگی تعمیر شوند.
- قسمت نشیمنگاه توالت فرنگی را در صورتی که بالا آمده و جدا شده است به قسمت زیرین آن متصل کنید
- چیدمان اتاق را به گونه ای انجام دهید که بیمار به تجهیزات مورد نیازش دسترسی داشته باشد. (مثلا واکر در دسترس بیمار باشد).
- دسترسی سریع و آسان
- کف اتاق
- کف پوش اتاق در صورت شکستگی یا فرسودگی تعمیر یا تعویض شود.
- کناره های کف پوش در صورت بالا آمدن، شکستگی یا کنده شدگی را تعویض کنید.
- لامپ های سوخته یا چشمک زن را تعویض کنید و از روشنایی لامپهای با ولتاژ بالا استفاده کنید.
- سیم های لامپ شکسته شده را تعویض کنید.
- تجهیزات ویلچر ها را بررسی کنید.
- عصای نیازمند به تعمیر وجود دارد؟
- واکر نیازمند به تعمیر وجود دارد؟

اگر بیمار به دلیل سقوط بستری شده است یا در طی این بستری دچار سقوط شده است یک پتوی زرد بر روی بیمار قرار دهید، یک کارت زرد رنگ بردار اتاق بیمار نصب کنید. از دستبند شناسایی زرد رنگ استفاده کنید. به بیمار و خانواده وی آموزش دهید که بیمار در خطر بالای سقوط است و این رنگ زرد به همه کادر درمان این هشدار را می دهد که این بیمار در خطر بالای سقوط است.

نرده های کنار تخت بیمار را مدیریت کنید (مثلا حداکثر سه نرده را بالا ببرید)

راهنمای پیشگیری زخم فشاری

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده می باشد. به عبارت دیگر مهم ترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان مختلف از نیم تا دو ساعت متغیر است. زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو دسته تقسیم می شوند: عمقی و سطحی.

زخم های فشاری عمقی که از بافت زیر جلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند با علایم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود.

زخم های فشاری سطحی که از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند، خود به 4 درجه به شرح ذیل تقسیم می شوند:

۱) زخم های فشاری درجه یک: پر خونی پوست، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد علایم و نشانه های زخم های فشاری درجه یک است.

۲) زخم های فشاری درجه دو: زخم فشاری درجه 2 با تظاهر تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم مشخص می شود.

۳) زخم های فشاری درجه سه: فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیر جلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علایم و نشانه های زخم فشاری درجه 3 است

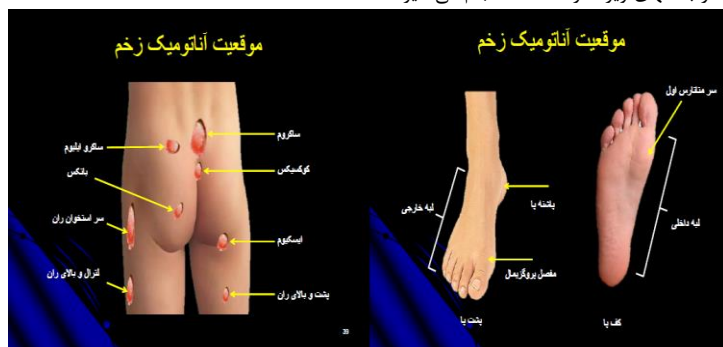
۴) زخم های فشاری درجه چهار: علایم و نشانه های زخم فشاری درجه 4 عبارت است از فقدان کامل پوست ، تخریب وسیع پوستی ، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم. نکته: بروز زخم های فشاری موجب از بین رفتن اولین خط دفاعی بدن، احتمال ابتلاء به عفونت عدم تعادل الکترولیتی (دفع پروتئین و مایعات غنی از الکترولیت از بدن)، درد شدید، افسردگی، تعادل منفی نیتروژن، سپتی سمی ، استنومیلیت، آمیلونیدوز و مرگ می شود. به برجستگی های استخوانی بیمار در وضعیت های مختلف توجه نمایید:

نقاط فشاری در وضعیت خوابیده به پشت	پشت سر، ساکروم، باسن، آرنج ها، و پاشنه های پاها
نقاط فشاری در وضعیت طرفی	لاله گوش، شانه، قسمت قدامی خار خار صره ای، تروکانتر، قسمت داخلی زانو، ساق پا، پشت پا در ناحیه زانو، لبه خارجی پا، قوزک میانی و خارجی اندام تحتانی
نقاط فشاری در وضعیت دمر	گونه ها، آرنج ها، جلوی پا، خار خار صره ای، زواید دنده ای، پستان ها، ناحیه تناسلی خارجی در مردان

اقدامات مراقبتی و پیشگیری:

۱) ارزیابی پوست: در تمامی بیماران در بدو ورود به بخش انجام گرفته و در بیماران بستری با نمره برادن 12 و یا کمتر هر شیفت انجام می شود (ارزیابی کامل پوست پشت بیمار و نواحی زیر تجهیزات و وسایل متصل به بیمار)

۲) تغییر پوزیشن: در بیماران با ریسک بالا و خیلی بالا، و همچنین تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی و یا غیرقابل حرکت انجام می شود . در پوزیشن های لترال بهتر است از بالشهای کوچک مابین نواحی استخوانی استفاده نمود (در تمامی موارد ، تغییر پوزیشن هر دو ساعت بوده اما در کودکان و نوزادان در بخشهای ویژه هر 4 ساعت انجام می گیرد)



۳) برطرف کردن فشار: علاوه از تغییر پوزیشن می توان با اتخاذ روش هایی فشار را از مناطق تحت فشار برطرف نمود . در بیماران درازکش به مدت طولانی بهترین کار برای برطرف کردن فشار از ناحیه پاشنه پا قرار دادن بالش در زیر ساق پا می باشد . استفاده از بالش یا دستکش پر از آب در زیر پاشنه

پا و همچنین استفاده از حلمه یا دونات در پشت بیمار مطلقاً ممنوع می باشد.

۴) ماساژ پشت: در بیماران با ریسک بالا و خیلی بالا، تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی و یا غیرقابل حرکت و نیز بیماران چاق یا با ادم ژنرالیزه و یا کاشکتیک انجام می شود. (۱: ماساژ آرام و نرم پوست صرفاً جهت گرم کردن پوست، بدون اعمال فشار بر بافت های زیرین ۲: بر روی نواحی استخوانی ماساژ داده نمی شود ۳: در پوست های خشک با روغن زیتون خالص و در پوست های چرب یا پودر تالک، به شکلی که دست ماساژ دهنده صرفاً آغش ه ت به روغن زیتون یا پودر باشد ماساژ داده می شود)

۵) کنترل ملحفه و لباس: در تمامی بیماران بخصوص در بیماران با ریسک متوسط و بالا و خیلی بالا، تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی و یا غیرقابل حرکت و نیز بیماران چاق یا با ادم ژنرالیزه و یا کاشکتیک انجام می شود . ملحفه ها و البسه خیس بلافاصله باید تعویض شود . وجود چین و چروک در ملحفه یا لباس های بیمار می تواند عامل فشار بوده و بایستی اصلاح گردد.

۶) حمام: در تمامی بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی و یا غیرقابل حرکت، حمام در تخت بطور مرتب داده می شود . بیماران با ریسک بالا و بالاتر در صورت امکان با کمک به حمام برده شده، و در صورت عدم امکان حمام در تخت داده می شود (حمام با آب ولرم و شامپوهای ملایم)

۷) تشک مواج: استفاده از تشک مواج مناسب برای بیماران بستری با ریسک بالا و خیلی بالا ضرورت دارد.

۸) اقدامات مراقبتی و پیشگیری: در صورت وجود زخم فشاری درجه یک، باید از اسپری ها یا پمادهای محافظ (Barrier) و یا پانسمان

های پوششی همچون هیدرو ل کوئید استفاده نمود. در نواحی تحت فشار و استخوانی میتوان از فوم نیز استفاده کرد.

بستری مجدد یا Readmit:

منظور از بستری مجدد، بستری

ناخواسته بیمار بدون برنامه ریزی قبلی به هر علت در طی یک ماه بعد از آخرین ترخیص میباشد. علت یا تشخیص هنگام بستری مجدد میتواند مرتبط یا غیرمرتبط با تشخیص نهایی هنگام آخرین ترخیص بیمار باشد. بیمارانی که با برنامه ریزی قبلی برای ادامه سیر درمان مراجعه مینمایند و نیز بیماران روانپزشکی، شیمی درمانی و دیالیز شامل این تعریف نمیشوند.

به منظور شناسایی موارد بستری مجدد، واحد مدیریت اطلاعات سلامت به صورت روزانه از سامانه اطلاعات بیمارستانی در خصوص موارد بستری روزانه که طی ۳۰ روز گذشته در بیمارستان بستری بوده اند گزارش اخذ نموده، اطلاعات را به مسئول فنی/ایمنی بیمار اعلام مینماید.

علاوه بر مشخصات هویتی و دموگرافیک این بیماران، تاریخ بستری و ترخیص قبلی، تشخیص نهایی هنگام ترخیص قبلی، سرویسهای بستری و بخش قبلی نیز جز اطلاعات استخراج شده میباشد. با پیشنهاد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، اعضای تیم تحلیل ریشه ای و نیز اعضای تیم اقدام اصلاحی از بین کارکنان بالینی مرتبط اعم از پزشک معالج، پرستاران و سرپرستاران مرتبط، سوپروایزر آموزشی، مددکار، پزشک معتمد ترجیحاً در سرویس تخصصی مربوط و سایر کادر بالینی و مدیریتی/اجرایی مرتبط انتخاب شده و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود در خصوص مدیریت/کاهش وقوع بستری مجدد صورت می پذیرد. تحلیل ارتباط بین ایمن بودن ترخیص و بستری مجدد حائز اهمیت کلیدی میباشد.

شاخص بستری مجدد عبارت است از: تعداد موارد بستری مجدد طبق تعریف بر تعداد موارد ترخیص در بازه زمانی مشخص.

(موارد فوت و ارجاع به سایر مراکز از وارد ترخیص قید شده در مخرج کسر مستثنی میشوند)

مهمترین علل مراجعات مجدد در نوبت های بعدی پیگیری درمان:

عوارض بیماری و عود بیماری است که می تواند حاکی از درمان ناقص در مراجعات قبلی و عدم رعایت پروتکل های درمانی و استاندارد نبودن ابزار و امکانات بیمارستانی باشد.

نتایج نشان می دهد مراجعات مجدد باعث افزایش اقامت بیماران شده و هزینه های اضافی را به بیماران، بیمارستانها و سازمانهای بیمه گر تحمیل می نماید لذا می توان با اصلاح و رعایت دقیق پروتکل های درمانی و استاندارد نمودن فرآیندها و ابزار های بیمارستانی و آموزش کارکنان و استفاده از روشهای نوین تشخیص و درمان از بروز این هزینه ها جلوگیری و رضایت بیماران را افزایش داد. یکی از ساده ترین و قابل اجرا ترین روش تأکید در مصرف داروهای تجویز شده و شناساندن انواع داروی مصرفی به بیمار و توصیه های لازم در مورد رژیم غذایی و رعایت رژیم کم نمک در این بیماران می باشد. با توجه به نتایج ارائه آموزش پس از ترخیص به بیمار و همراه، آگاهی نسبت به اهمیت پیگیری درمان، توجه بیشتر کادر بالینی به مسائل و نیازهای بهداشتی درمانی بیماران، آگاهی دادن به مدیران بیمارستان از هزینه های بستری مجدد و همچنین برنامه ریزی های جامع و مانع در بیمارستان ها، برای جلوگیری از لغو عمل به دلیل عوامل اداری می تواند مفید باشد.

نرخ بستری مجدد در هر بخش بستری هر پزشک/ هر بیماری سه ماهه بررسی شود:

۱) شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه ریزی قبلی طی یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان

۲) پایش روند شاخص بستریهای مجدد در کل و به تفکیک عناوین مختلف مانند بخش، سرویس تخصصی، تشخیص نهایی بیماری، پروسیجرها

۳) بررسی علل بستری مجدد و انجام تحلیل ریشه ای علل توسط تیمهای مربوطه

۴) انجام اقدامات اصلاحی موثر بر اساس نتایج بررسی ها و پایش نتایج اقدامات توسط تیمهای مربوطه

گازهای طبی:

هر گاز یا مخلوط گازی که به منظور بیهوش کردن، درمان، تشخیص یا پیشگیری، به بیمار تجویز می شود، گاز طبی نامیده می شود. گازهای طبی شامل کلیه گازهای بیهوشی، گاز اکسیژن، دی اکسید کربن و هوای فشرده است که در این دستورالعمل به دلیل گستردگی موضوع فقط به گازهای O_2 ، CO_2 ، N_2O و هوای فشرده اشاره می شود.

رنگ بندی سیلندرهاى گاز طبی:

هر سیلندر باید دارای رنگی باشد که گاز موجود در آن را طبق جدول زیر مشخص نماید:

اسامی گازها	فرمول	رنگ
اکسیژن	O_2	سفید
دی اکسید کربن	CO_2	خاکستری
هلیوم	He	قهوه ای
نیتروژن	N_2	سیاه
سیکلوپروپان	-	نارنجی
پراکسید ازت (نایتروس اکساید)	N_2O	آبی
اتیلن	C_2H_4	بنفش
اکسیژن و دی اکسید کربن	O_2+CO_2	سفید و خاکستری
اکسیژن و هلیوم	O_2+He	سفید و قهوه ای
هوا	-	سفید و سیاه



هموویژیولانس

فرم های هموویژیولانس

بدنبال اجرای نظام همو ویژیولانس، فرم های جایگزین فرم های قبلی می گردد و هر فرآورده فرم مخصوص و جداگانه ای دارد که شامل موارد ذیل می باشند

۱ - فرم مخصوص درخواست خون و فرآورده های خون به رنگ سبز و صورتی این فرم در دو نسخه پر و بررسی می شود و هر دو نسخه به بانک خون ارسال می گردد و نسخه صورتی در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال می شود.

۲ - فرم درخواست پلاکت فرزیس که به رنگ بنفش و در ۲ نسخه تکمیل می شود. پس از ارسال

هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست و تکمیل قسمت مربوطه توسط بانک خون ، نسخه صورتی رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده مجدداً به بخش ارسال می گردد .

۳-فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فراورده های گلبول قرمز نیز در دو نسخه و توسط پزشک و پرستار تکمیل می گردد و نسخه اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخه صورتی رنگ به بانک خون برگردانده می شود که باید به طور دقیق و خوانا و صحیح پر شود .

چه نکات مهمی که در هنگام خونگیری و تزریق خون باید رعایت گردد :

- برای خون گیری و یا تزریق خون لازم است که هویت بیمار تایید گردد . زیرا در صورت تزریق اشتباهی خون به فرد دیگر ، به دلیل تفاوت گروه های خونی می تواند موجب از دست رفتن جان بیمار گردد.
- ۱ - چنانچه بیمار هوشیار است قبل از نمونه گیری از خود فرد، نام، نام خانوادگی، و تاریخ تولد را بپرسید و مشخصات بیمار را با پرونده و اطلاعات فرم درخواست خون مقایسه نمایید.
- در صورت وجود مچ بند ، مطابقت مچ بند، با اطلاعات پرونده و فرم درخواست تکمیل شده خون انجام گیرد.
- چنانچه بیمار غیر هوشیار است (یا موارد اورژانس) باید طبق دستورالعمل های داخلی در هر بیمارستان شناسایی این بیماران تعریف شده باشد.
- (به عنوان مثال می توان از یک نام مستعار و شماره پرونده بیمار جهت شناسایی استفاده نمود).
- این مچ بند بایستی تا زمان ترخیص همراه بیمار باشد . در بیمارانی که به اتاق عمل میروند، در نوزادان و در سوختگی ها استفاده از مچ بند مشکل است. جایگزین آن نوار دور مچ پا و نوار پیشانی است . گاهی لازم است به افراد مجهول الهویه نام مستعار داده شود، تا بتوان با استفاده از آن بیمار را شناسایی کرد.

۲ -تهیه نمونه خون قبل از تزریق خون

- در زمان خونگیری چنانچه بیمار در حال دریافت مایعات تزریقی از یک دست است، به منظور اجتناب از ترکیب نمونه با مایعات تزریقی ، بهتر است از بازوی دیگر بیمار استفاده کرد و یا در صورت لزوم از پائین تر از محل تزریق، نمونه را تهیه نمود.
- در صورتی که مجبور هستید از محل تزریق یا نمونه را از رگی که سرم در حال تزریق است تهیه کنید ۵ تا ۱۰ میلی لیتر خون دریافتی اولیه را دور ریخته و نمونه جدید را جهت انجام آزمایش جمع آوری کنید.
- نمونه خون همولیز حتی الامکان باید با نمونه صحیح جایگزین شود.
- نمونه قبل از تزریق نباید بیش از سه روز قبل از تزریق جمع آوری شوند . مگر مشخص باشد بیمار باردار نبوده و یا در خلال ۳ ماه قبل تزریق خون نداشته است.
- اگر بیمار در ۱۰ روز گذشته تزریق خون داشته است ، نمونه قبل از تزریق نباید بیش از یک روز قبل از تزریق جمع آوری شود.
- لازم به ذکر است برای غربالگری آنتی بادی و کراس مچ و تعیین گروه خون و Rh ، می توان از نمونه های لخته و یا لوله ای که دارای EDTA است، استفاده شود.
- از برچسب زدن قبلی لوله های چند بیمار (به عنوان مثال در ایستگاه پرستاری) و سپس اقدام به نمونه گیری از بیماران شدیداً پرهیز گردد) .

۳- مواردی که باید حتماً روی برچسب قید گردند:

نام، نام خانوادگی بیمار -تاریخ تولد -شماره پرونده -تاریخ وساعت خونگیری -نام یا نام مخفف فردی که نمونه گیری کرده است-دو مورد آخر را می توان با روی برگه در خواست آزمایش با روی برچسب لوله پادسیستم کامپیوتری قید گردند.

دستورالعمل مراقبت قبل از تزریق خون شامل موارد (الف-ب-ج) ذیل می باشد

الف : بررسی نمایید قبل از هر تزریق موارد زیر مهیا بوده و سپس اقدام به تحویل گرفتن خون و فراورده از بانک خون نمایید :

۱ - انتخاب محل مناسب تزریق در بیمار - آماده بودن بیمار و پرستار جهت تزریق

۲- ست تزریق خون

۳- سر سوزن با سایز مناسب (در بالغین ۱۴-۲۲ G و معمولاً سایز ۲۰-۱۸ استفاده می شود) و(دریچه ها ۲۲-۲۴G)

۴- موجود بودن داروهایی از قبیل آنتی هیستامین-ایبی نفرین

۵- محلول سدیم کلراید تزریقی

۶- کپسول اکسیژن

۷- دستگاه ساکشن

۸- بررسی شود آیا طبق تجویز پزشک معالج بیمار قبل از تزریق نیاز به دریافت دارو دارد یا خیر؟

نکته : حداکثر فاصله زمانی بین تحویل گرفتن کیسه خون کامل و گلبول قرمز از بانک خون تا تزریق ۳۰ دقیقه می باشد.

ب- تحویل گرفتن خون و فرآورده توسط بخش

۱- نحوه ارزیابی خون و فرآورده خون

• اگر کیسه خون یا فرآورده دارای هر یک از شرایط زیر باشد باید به بانک خون عودت داده شود:

هر گونه نشت از کیسه -رنگ غیر طبیعی(بنفش - ارغوانی و...) -همولیز -باوجود لخته -گذشتن تاریخ انقضاء فرآورده -وجود کدورت - وجود گاز در کیسه (کیسه باد کرده) -برچسب ناسالم

• در صورت وجود هر کدام از موارد بالا ، پرستار باید از تحویل گرفتن خون و فرآورده خودداری کند و با تکمیل قسمت مربوطه در فرم مشخصات خون ارسالی برای بیمار، کیسه را عودت دهد.

۲- نوع فرآورده درخواستی

۳- گروه خون و Rh بیمار و کیسه خون

۴- شماره ویژه واحد اهدایی قید شده بر روی کیسه خون ، با شماره اهدا قید شده در فرم تحویل خون

ج- تأیید هویت بیمار را:

قبل از تزریق از خود فرد، نام، نام خانوادگی، و تاریخ تولد را پرسیده و مشخصات بیمار را با پرونده و فرم درخواست تکمیل شده خون مقایسه نمائید .

و در صورت وجود مچ بند ، مطابقت مچ بند، با اطلاعات فرم

درخواست خون وفرم مشخصات کیسه خون و فرآورده ارسالی از بانک خون

نکات ویژه ای که قبل از تزریق باید رعایت شوند:

۱- هیچ نوع دارو نباید به کیسه فرآورده خون و یا ست تزریق خون اضافه گردد، چه قبل از تزریق و چه در زمان دریافت خون. محلول رینگر نیز به دلیل داشتن کلسیم که می تواند با سیترات موجود در کیسه خون ایجاد لخته کند و نباید داده شود.

۲- تمام فرآورده های خون باید توسط یک ست تزریق خون که شامل فیلترها ۲۶۰-۱۷۰ میکرونی استاندارد است تزریق شود و تنها یک ست تزریق خون به هر کیسه وصل گردد. پلاکت ها باید توسط ست مخصوص فرآورده های پلاکتی تزریق شوند و در ابتدا لازم است ست با نرمال سالین شستشو شود.

از فیلترهای میکروست هم می توان برای فیلتر کردن حجم های کم کنسانتره های پاکتی، کرابو، انعقادی و لیوفیلیزه استفاده کرد. از فیلترهای کاهنده لکوسیت، جهت جلوگیری از واکنش های تب زا و آلوایمیونیزه شدن علیه HLA استفاده می شود.

۳- دستور پزشک را به دقت کنترل کنید.

۴- قبل از آغاز تزریق خون علائم حیاتی بیمار را کنترل کنید.

۵- در مورد هر گونه واکنش قبلی نسبت به تزریق خون از بیمار سؤال کنید.

۶- فرم رضایتنامه تزریق خون توسط بیمار یا همراه امضاء شود.

۷- برگ درخواست خون را با برچسب کیسه خون مطابقت داده و نام بیمار ، شماره کیسه خون ، نوع گروه خونی و Rh و تاریخ انقضای خون را کنترل نمایید . کنترل موارد مذکور توسط مسئول آزمایشگاه ، پرستار مسئول بیمار و یک نفر پرستار دیگر صورت گرفته و لازم است فرم مخصوص تزریق خون توسط هر دو پرستار امضاء شود.

۸- خون را از نظر وجود لخته مشاهده کنید ، در صورت وجود لخته ، خون را به بانک خون بازگردانید.

۹-خون باید در یخچال در دمای کنترل شده ۴ درجه سانتی گراد نگهداری شده و حداکثر مدت مجاز نگهداری خون در دمای اتاق قبل از تزریق نیم ساعت می باشد. همچنین حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت باید تزریق انجام شود.

۱۰- در صورت نیاز به گرم کردن خون از گرمکن مخصوص استفاده شود ، روش هایی چون استفاده از فن کوئل ، نگهداری در دست و ... جایز نیست.

۱۱- دستهای خود را بشوئید و از دستکش یکبار مصرف استفاده کنید.

۱۲- وسایل لازم را بر بالین بیمار ببرید (ست خون فیلتردار ، فرآورده های خونی ، رابط Y شکل ، سرم نرمال سالین تزریقی ۹/۰٪ و سرسوزن با آنژیوکت ۱۸ یا بالاتر و ...).

۱۳- توضیحات لازم را در مورد پروسیجر به بیمار بدهید.

۱۴- علائم واکنش آلرژیک به خون (خارش ، ک هیر ، گرگرفتگی ، تنگی نفس ، تهوع ، تب و ...) را به بیمار آموزش دهید ، تا در صورت بروز شما را مطلع کند.

۱۵- تنها مایع وریدی مجاز جهت تزریق در حین ترانسفوزیون خون ، نرمال سالین ۰/۹٪ می باشد.

۱۶- در صورت تزریق نرمال سالین همراه با خون بطور همزمان از یک ورید از رابط Y شکل استفاده کنید.

۱۷- ست خون را جهت پیشگیری از لیز گلبولی با سرم نرمال سالین هواگیری نموده و به راه وریدی وصل کنید ، فیلتر محافظه قطره زن داخل خون قرار گیرد.

۱۸- قطرات را تنظیم کنید. ۱۵ دقیقه اول قطرات آهسته و ۱۰ الی ۱۵ قطره در دقیقه بوده در طول این مدت بیمار را کاملاً تحت نظر داشته باشید ، معمولاً اولین علائم حساسیت در این زمان اتفاق می افتد . در صورت بروز هرگونه واکنش ، جریان خون سریعاً قطع شده و نرمال سالین تزریق شود.

۱۹- در صورت عدم واکنش نسبت به خون ، سرعت تزریق را بتدریج افزایش دهید.

۲۰- وضعیت بیمار را در طول ترانسفوزیون به دفعات کنترل نمایید.

۲۱- بعد از اتمام پروسیجر ، برچسب شماره کیسه خون را به برگه ثبت گزارشات پرستاری الصاق نمایید.

۲۲- بعد از اتمام خون ، مقداری سرم نرمال سالین ۹/۰٪ تزریق و علائم حیاتی را کنترل نمایید. ۲۳- اطلاعات خود را در پرونده بیمار ثبت کنید . با امضای دوبارستار(زمان شروع و اتمام ، مقدار و نوع فرآورده ، علائم حیاتی بیمار ، میزان سرم تزریقی و نکات مورد ارزیابی از قبیل تغییرات علائم حیاتی ، وضعیت سلامت بیمار ، وجود واکنش های حساسیتی و مداخلات پزشکی و پرستاری در این خصوص).

ترخیص ایمن:

ترخیص ایمن فرایندی است که طی آن دانش و مهارت بیمار و خانواده از مراقبت های لازم در منزل افزایش یافته و منجر به کسب مهارت خودمراقبتی در بیمار و تداوم مراقبت ها پس از ترخیص می گردد.با توجه به اهمیت موضوع ترخیص برای ارتقاء فرایند آن در سنجه های اعتباربخشی استفاده از ابزار SMART توصیه شده است .این ابزار به عنوان ابزاری ساده برای ارتقاء کیفیت ایمنی و مراقبت بیمار و ترخیص ایمن طراحی و ارائه گردیده است که اساس آن مشارکت فعال بیمار/خانواده/مراقبین در برنامه ترخیص خود می باشد.

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

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

➤ Signs

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

➤ Medications

سئوالات مربوط به داروهای جدید، تغییر داروها، توقف مصرف داروها، عوارض داروئی و اقدام لازم و به موقع(اقدام اولیه مانند قطع داروها و واکنش های ضروری اولیه، تماس با افراد ذیربط و زمان آن و...) ، تواتر مصرف دارو، اندیکاسیون های مصرف و ... توسط بیمار و خانواده وی مطرح و پاسخ داده شوند. اطلاعات داروئی با اهمیت برای بیمار مانند دوز، توضیحات شکل و اندازه و رنگ دارو(قرص، شربت، کپسول، آمپول ...)و عوارض توسط بیمار/خانواده وی در برگه نوشته شود. بیمار/خانواده/مراقبین آموزش ببینند پس از ترخیص در خصوص سئوالات

داروئی خود(اعم از نحوه مصرف، عوارض و ...) با چه کسی تماس بگیرند(داروساز، پزشک معالج، درمانگاه و ...)و توسط بیمار/خانواده وی روی این برگه یادداشت گردد.

➤ Appointments

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

➤ Results

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

➤ Talks with me

این بخش در حقیقت برای باز کردن باب مکالمه بین بیمار/خانواده وی و ارائه دهندگان خدمت استفاده می شود. بیمار/خانواده را به سمت سئوالات مهم سوق دهید. از ایشان بخواهید لااقل در سه موضوع با شما صحبت و طرح سؤال کنند:
-بیمار/خانواده وی را در خصوص طرح سئوالات یا نگرانی ها در خصوص ترخیص و درج آن در این برگه تشویق کنید
-بیمار/خانواده وی ۳ سؤال یا بیشتر در باره هر آنچه در مورد آن کنجکاو هستند روی این برگه بنویسند
-بیمار/خانواده وی از پزشک روزانه سئوالات خود را تا روز ترخیص مطرح نمایند تا از انباشتگی اطلاعات هم جلوگیری شود
۲- مرحله پس از ترخیص:

- کارگاه آموزش به بیمار هر مرکز بر اساس کیس ها و بیماریهای شایع، گروه های آسیب پذیر، پرخطر و نیازمند مراقبت در منزل را تعیین و به بخش های بالینی ابلاغ می کند.
- مراکز درمانی واحد پیگیری تلفنی پس از ترخیص را راه اندازی می کنند.
- با تشخیص و تصویب کارگروه آموزش به بیمار مرکز، سوپروایزر آموزش سلامت یا رابط آموزش به بیمار هر بخش بالینی به عنوان مسئول پیگیری تلفنی پس از ترخیص بیماران تعیین می گردد.
- لیست بیماران نیازمند به پیگیری تلفنی پس از ترخیص، به صورت روزانه توسط سرپرستار بخش تهیه و به سوپروایزر آموزش سلامت و رابط آموزشی بخش ارجاع داده می شود.
- مسئول پیگیری تلفنی در سه روز اول پس از ترخیص با بیمار و یا خانواده وی تماس گرفته و مراقبت ها و آموزشات بر اساس چک لیست پیوست، پایش و ثبت می گردد. در صورت نیاز توضیحات لازم مجدد به بیمار ارائه می شود.
- در صورت نیاز و بر اساس نتایج پایش اولین تماس، تماس های مجدد تا حصول اطمینان از یادگیری برقرار و نتایج ثبت می گردد.
- بستری مجدد این بیماران طی ۶ ماه پس از ترخیص پایش شده و شاخص آن در جلسات کارگروه مرکز بررسی و هر سه ماه به کارگروه دانشگاه گزارش دهی می گردد.
- شاخص میزان اثربخشی آموزشات پس از ترخیص هر ماه پایش و نتایج در جلسات کارگروه مرکز بررسی و هر سه ماه به کارگروه دانشگاه گزارش دهی می گردد.

برخی از گروه های آسیب پذیر و پرخطر به شرح ذیل اعلام می گردد:

- مادران باردار
- کودکان ۵۹-۱ ماهه
- نوزادان
- بیماران مزمن (دیابتی، قلبی عروقی، کلیوی، سکنه مغزی، سرطان و ...)

ارتقاء سلامت

آموزش به بیمار و HOMECARE

آموزش به بیمار

آموزش به بیمار فرایندی است: هدفمند، سیستماتیک، منظم و طراحی شده، که به موجب آن یادگیری اتفاق می افتد و تغییر در آگاهی، نگرش و مهارت مددجویان اتفاق می افتد و بیمار از مزایای آموزش ان که شامل موارد ذیل میباشد بهره مند میشود.

افزایش صلاحیت و توانایی مددجو در مراقبت از خود، افزایش سطح سلامت و رفاه و پیشگیری از عوارض بالقوه، افزایش رضایتمندی بیماران، کاهش اضطراب بیمار، کاهش دوره بستری، افزایش نتایج درمان با پایبندی بیشتر بیماران به اقدامات مراقبتی، کاهش هزینه های درمانی و بهداشتی، بهبود کیفیت زندگی بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش توانمندی و مشارکت مددجو در برنامه های درمانی و مراقبتی، افزایش استقلال بیمار در فعالیت های روزمره، تکمیل برنامه های درمانی، کاهش پذیرش مجدد بیماران، افزایش سطح سلامت و رفاه و پیشگیری از عوارض بالقوه، تغییر در آگاهی، نگرش و مهارت مددجو.

جهت رسیدن به این امر با افزایش آگاهی های پرستاران، فراهم کردن ابزارهای آموزش جهت کیفیت بالاتر آموزش به بیمار، ایجاد هماهنگی در خدمات آموزشی به بیمار، گنجاندن فرایند آموزش به بیمار در کار روزانه پرستاران به عنوان یک وظیفه اقدامی موثر صورت گرفته است.

این بیمارستان نیز در راستا امر ارتقا سلامت فردی را به عنوان کارشناس مسئول ارتقا سلامت انتخاب کرده که مدیریت آموزش به بیمار را به عهده گرفته است درهربخش نیز شخصی به عنوان رابط آموزش به بیمار تعیین شده است.

*****تعریف خودمراقبتی:***** شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که فرد برای خود، فرزندان و خانواده اش انجام میدهد تا سالم بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود و خانواده خود حفاظت کند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود و آنها را برآورده سازد، از بیماریها یا حوادث پیشگیری کند، بیماریهای مزمن خود و خانواده خود را مدیریت کند و نیز از سلامت خود و خانواده اش بعد از ابتلا به بیماری حاد یا تریخیص از بیمارستان، حفاظت کند

حداقلهای آموزش در بدو ورود جهت مددجویان

۱. آشنایی با نام پزشک معالج، سرپرستار، پرستار مسئول بیمار
۲. آشنایی با قوانین و مقررات بخش (ساعت حضور و ملاقات همراه، عدم استعمال دخانیات، ساعات سرو غذا و...)
۳. آشنایی با فضای فیزیکی بخش (نمازخانه، سرویس بهداشتی، پله اضطراری و...)
۴. آشنایی کار با تجهیزات مرتبط با بیمار (زنگ احضار پرستار و نرده های محافظ تخت و ...)
۵. آشنایی با منشور حقوق بیمار
۶. آشنایی با هزینه های درمان و مددکاری
۷. آشنایی با فرآیند رسیدگی به شکایات
۸. آشنایی با شیوه های آموزش (چهره به چهره، پمفلت، فیلم و معرفی رسانه های آموزشی)

حداقلهای آموزش در حین بستری جهت مددجویان

۱. افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر درمان و روش برخورد با عوارض
۲. پوزیشن مناسب بیمار در بستر با ذکر دلایل
۳. محدوده/محدودیت های فعالیت فیزیکی با ذکر دلایل
۴. نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد
۵. مراقبت ها/ محدودیت های حرکتی با ذکر دلایل
۶. بهداشت فردی و کنترل عفونت
۷. موارد تهدید کننده ایمنی (سقوط، زخم بستر و ...)
۸. سایر موارد براساس نیاز سنجی آموزشی اختصاصی هر بخش

***** ترخیص به روش ایمن (پروتکل اسمارت) *****

۱. **علائم (signs)** علائم و نشانه های مهمی که باید به آن ها توجه شود . منظور علائم بیماری ، رویدادها و نشانه هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن ها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آن ها را به بیمارستان گزارش کنند .
۲. **داروها (medication)** سوال یا نکته مبهمی در مورد داروهای مورد نیاز ، شرایط مصرف ، عوارض جانبی و زمان داروها
۳. **زمان ویزیت بعدی (appointments)** پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمانبندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود .
۴. **نتایج (resulhs)** ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی از آزمایشات هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد .
۵. **صحبت های لازم (talk to me)** توجه به ارتباط با بیمار و ارائه کنندگان ایجاب میکند که در زمینه هایی که لازم است گفتگوهای باهم داشته باشند که باید جدی تلقی شوند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود .

*****حداقل های لازم جهت آموزش برای ترخیص ایمن*****

۱. محدوده و میزان فعالیت فیزیکی
 ۲. تغذیه و رژیم درمانی
 ۳. نحوه مصرف داروها
 ۴. برنامه بازتوانی و مراقبتهای توانبخشی
 ۵. زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه و بیمارستان
 ۶. علائم و نشانه های مهم و تهدید کننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان
 ۷. مراکز مراقبت در منزل و انجمن های حمایتی
 ۸. سایر موارد به تشخیص پزشک معالج
- *** آموزش ترخیص از چند شیفت قبل از زمان ترخیص داده می شود و زمان ترخیص اثربخشی آموزشها چک می شود .
- ***اثربخشی آموزش زمان ترخیص توسط پرستار ترخیص (سرپرستار / جانشین) انجام می شود.
- *** از فرم آموزش زمان ترخیص تایپ شده استفاده نمائید . (مانند نمونه)

*****سیاست های آموزش به بیمار در این بیمارستان دارای مراحل مختلف می باشد، که شامل:**

- شناسایی بیماری های شایع بیمارستان و بخش ها
- انجام نیازسنجی آموزشی بیمار و همراهان
- الویت بندی نیاز آموزشی
- تعیین شیوه های آموزش به بیمار
- ثبت آموزش ها در فرم و گزارش پرستاری
- ارزیابی اثربخشی آموزش های ارائه شده
- پیکیری بیماران پس از ترخیص

شناسایی نیاز های آموزشی بیماران و همراهان:

بیماری های شایع بیمارستان براساس مراجعین شش ماهه دوم هرسال تنظیم می گردد که فشار خون، بیماری عرق کرونری، دیابت سکنه مغزی ، سکنه قلبی می باشد .

برای تمامی این بیماری ها پمفلت تدوین گردیده و در اختیار مددجویان و همراهان قرار دنده می شود .و کتابچه بیماری های شایع به کلیه بخش ها ابلاغ شده است.

انجام نیازسنجی آموزشی بیمار و همراهان

نیاز های آموزشی بیماران با توجه به

- نوع فعالیت تخصصی
- سطوح دانش گیرندگان خدمت
- مراقبت های پرستاری مورد نیاز
- فصول مختلف سال ، بیماریهای نوپدید و نیازهای آنی

در بخش های مختلف در فرم نیازسنجی بیماران توسط بیمار با نظارت مسئول آموزش به بیمار بخش و سر پرستار و یا سوپروایزر آموزش به بیمار تکمیل میشود.

الویت بندی برنامه های آموزشی:

پس از انجام نیازسنجی ، اولویت بندی نیاز های آموزشی بیماران متناسب با الویت های مراقبتی و تقویم بهداشتی سال انجام و تقویم آموزشی تنظیم میگردد.

روش های آموزشی به بیمار:

شیوه های آموزش به بیمار شامل :

- آموزش چهره به چهره
- ارائه پمفلت و جزوات آموزشی
- نمایش فیلم های آموزشی
- برگزاری کلاس های آموزشی همگانی و گروهی
- آموزش به روش ایفای نقش (**موثرترین روش**)
- بارگزاری مطالب و فیلم های آموزشی در وب سایت بیمارستان
- استفاده از QR کد جهت دانلود پمفلتهای آموزشی

براساس برنامه ریزی جهت بیماران کلاس آموزش همگانی و گروهی با توجه به بیماری های شایع مرکز ، نیازسنجی انجام شده و مناسبیت های بهداشتی سال ، در مکانهای پر تردد و در داخل بخش ها جهت بیماران و همراهان برگزار میگردد. آموزش های همگانی به صورت هفتگی توسط واحد ارتقاء سلامت و آموزش های گروهی به صورت هفتگی در بخش های بستری توسط رابطین ارتقاء سلامت برگزار میگردد.

ثبت برنامه های آموزشی :

مطالب آموزشی داده شده در هر شیفت به بیماران در گزارشات پرستاری و فرم آموزش به بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ثبت میشود و در صورت نیاز به تکرار آموزش ، تا اطمینان از یادگیری ، آموزش تکرار می شود . اثر بخشی آموزش های داده شده در شیفت های دیگر نیز ارزیابی میشود. فرم آموزش به بیمار دارای سه حیطه بدو ورود ، حین بستری، ترخیص است.

* کارشناس تغذیه و فیزیوتراپ و آموزشهای ارائه شده را در فرم آموزش به بیمار ثبت می نمایند .

ارزیابی برنامه های آموزشی:

- اثر بخشی آموزش به بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ارزیابی و در صورت عدم یادگیری آموزش مجدد داده میشود.
- در زمان ترخیص ، آموزش توسط پزشک و پرستار مسئول بیمار داده می شود و اثربخشی آموزشها توسط پرستار ترخیص (سرپرستار / مسئول شیفت) با چک لیست چک شده و در صورت نیاز به تکرار به پرستار مسئول بیمار ارجاع داده میشود .
- به صورت ماهانه اثر بخشی آموزش به بیمار در سه حیطه بدو ورود ، حین بستری، ترخیص توسط سوپروایزر آموزش به بیمار و رابطین آموزش انجام و نتایج به مدیریت پرستاری بیمارستان و دانشگاه ارسال میگردد.
- برنامه مداخله ایی جهت ارتقاء و رفع موارد ضعف توسط مسئولین واحد ها تنظیم و به واحد ارتقاء سلامت ارسال میگردد.
- نظارت بر نحوه اجرای صحیح آموزش به بیمار توسط تیم ارتقاء سلامت و سوپروایزرین در کلیه شیفت ها انجام میگردد.

پرستاری آموزش و پیگیری بیمار

کلیه بیماران ترخیصی با تشخیص های CAD, CHF, DM, CABG, COPD , CVA, CANCER با فرم ارجاع و کپی خلاصه پرونده و کپی فرم آموزش زمان ترخیص به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار جهت تشکیل پرونده و پیگیری تلفنی(از ۳ روز پس از ترخیص شروع و در ماه اول هر دو هفته یکبار و پس از آن ماهانه تا یکسال) فرستاده می شود.

******بیماریهای شایع بیمارستان**

۱. CAD
۲. HTN
۳. DM
۴. CVA, ICH
۵. MI

******از بیماریهای شایع بخش خود آگاهی داشته باشید (داریو T فولدر ارتقا سلامت ... فولدر بیماریهای شایع)**

****از مطالب کتابچه آموزش به بیمار در بخش و داریو T آگاهی داشته باشید .

******از دستورالعملهای خود مراقبتی بیماریهای شایع بخش آگاهی داشته و طبق آنها بیماران آموزش دهید . (داریو T فولدر**

ارتقا سلامت ... فولدر بیماریهای شایع)

******از ده استاندارد ارتقا سلامت کارکنان و اقدامات انجام شده و دستورالعمل های ۱۰ استاندارد آگاهی داشته باشید .**

۱. **معاینات دوره ای :** بصورت سالیانه برای تمامی کارکنان توسط طب کار و کارشناس بهداشت حرفه ای انجام میشود پایان سال ۹۸ انجام شده و امسال نیز در دست اقدام می باشد
۲. **تغذیه سالم :** اندازه گیری BMI هر شش ماه یکبار و انجام مشاوره تغذیه رایگان متعاقب آن(دوشنبهها ساعت ۹-۱۰ بخش داخلی زنان) ، میان وعده شیر جهت بخشهای رادیولوژی ، آنژیوگرافی ، مدارک پزشکی و ... و بستن قرار داد با شرکت جدید درخصوص ارتقا کیفیت و انتخاب های تغذیه سالم
۳. **فعالیت بدنی :** بستن قرارداد با سالن های ورزشی مهتا بالاتر بیمارستان و استخر شهدا در خیابان برزنت ، مسابقات ورزشی طبق تقویم مناسبات بهداشتی (دارت ، طناب زنی)، انجام حرکات کششی با حضور کارشناس طب حرفه ای و پیاده روی پارک بانوان (جهان شهر) انجام می شود.
۴. **سلامت روان :** ارزیابی سلامت روان با پرسشنامه و کاغذی آنلاین هر سه ماه و پیگیری انجام مشاوره و ارجاع کارکنان به مرکز بهداشت حصارک بالا (با فرم ارجاع از طرف واحد ارتقا ، مشاوره رایگان می باشد)
۵. **سلامت محیط کار :** توسط تجهیزات پزشکی و تاسیسات و بهداشت حرفه ای بصورت دوره ای ارزیابی و رفع مشکل می شود

۶. حوادث محیط کار : در صورت بروز حوادث در محیط کار به کارشناس کنترل عفونت و بهداشت حرفه ای اطلاع رسانی می شود و اقدامات لازم انجام می گردد .
۷. خطر سنجی قلبی و مغزی : در معاینات دوره ای انجام می شود و در مناسبات بهداشتی نیز غربالگری مانند فشارخون انجام شده و کارکنان با فشار خون بالا به کلینیک قلب ارجاع داده شدند
۸. آشنائی با علائم و نشانه های بیماری های مهم (دیابت ، سرطان ، تنفسی) : کلاسهای آموزشی برگزار می شود و غربالگری سرطان پرست و کولورکتال و پروستات طبق برنامه انجام می شود .
۹. منع مصرف دخانیات : دستورالعمل منع مصرف دخانیات به تمامی کارکنان ابلاغ شده و پوستر دخانیات ممنوع نیز در واحدها و راهروها نصب گردیده است و در صورت تمایل کارکنان به ترک دخانیات به مرکز بهداشت ارجاع داده می شوند.
۱۰. واکسیناسیون : متناسب با شرایط (کرونا ، آنفولانزا) ، انجام تیتراژ آنتی بادی ، واکسیناسیون انجام میشود . (

******* لازم به ذکر است تمام کارکنان پرستاری دوره آموزشی ، اصول آموزش به بیمار را باید گذرانده باشند .**

اصول صحیح آموزش به بیمار

آموزش به بیمار؛ فرآیندی است بیمارمحور مبتنی بر نیازهای تعیین شده توسط تیم پزشکی و بیمار که برای کمک به بیمار در تصمیم گیری مشارکتی و آگاهانه برای کنترل و کنار آمدن هرچه بهتر بیمار با بیماری اش اجرا می گردد.

هدف اصلی از آموزش به بیمار : توانمندسازی بیماران جهت برنامه های خودمراقبتی به منظور ارتقاء سلامت

اهداف اختصاصی

- * آشنائی مددجو با بیماری خود
- * توانائی مددجو در برنامه های خود مراقبتی
- * افزایش توانائی در تصمیم گیری جهت ادامه درمان
- * افزایش دانش، نگرش و مهارت مددجو در زمینه مراقبت از خود
- * ارتقاء رضایت مددجو از خدمات درمان
- * بهبود شیوه و کیفیت زندگی
- * کاهش هزینه های بیمارستانی

محیطهای آموزش به بیمار

مراحل آموزش به بیمار

بدو ورود به بیمارستان بدو ورود به بخش حین بستری زمان ترخیص	۱- نیازسنجی و ثبت آن ۲- اولویت بندی نیازهای آموزشی ۳- انتخاب روش آموزش ۴- ارزشیابی و ثبت آموزش به بیمار
---	--

استانداردهای آموزش به بیمار

- ❖ نیازهای آموزشی بیماران و توانائی و تمایل بیماران و خانواده هایشان برای یادگیری ارزیابی گردد.
- ❖ برای جلب مشارکت بیمار و خانواده اش در تصمیم گیری و فرآیند مراقبت، برنامه های آموزشی تدارک ببینند.
- ❖ آموزش بیماران به پاسخ دهی به نیازهای سلامتی آنها کمک می کند.
- ❖ روشهای آموزشی بادر نظر گرفتن ارزشها، اولویت های بیماران و خانواده هایشان و تعامل مناسب بین بیمار، خانواده و کارکنان صورت می گیرد.

❖ هماهنگی لازم در خصوص مطالب آموزشی بین گروههای مختلف تیم پزشکی انجام می‌شود.

ابزارهای آموزش به بیمار

- * پمفلت آموزشی
- * جزوه آموزشی
- * ویدئو پروژکتور
- * فیلم ویدئویی
- * تخته وایت برد

روشهای آموزش به بیمار

- * آموزش چهره به چهره
- * سخنرانی
- * آموزش و بحث گروهی
- * پرسش و پاسخ
- * روش ایفای نقش (موثرترین روش)
- * بارش افکار

نکات کلیدی جهت مشارکت هر چه سریعتر بیمار در امر آموزش

- * اطلاعات مهم را از همان ابتدای کار در اختیار آنها قرار دهید
- * اقداماتی که باید انجام دهند را به آنها بگویید
- * دلیل مهم بودن چنین مسائلی را برای آنها توضیح دهید

موانع یادگیری

- * کمبود وقت کارکنان بهداشتی
- * نامشخص بودن مسئولیت آموزش بیماران
- * کمبود مهارتهای آموزشی
- * موانع فرهنگی - زبانی
- * سطح سواد بیمار
- * کمبود حمایت های مدیریتی
- * تضاد نقش بین متخصصین رشته های مختلف بهداشتی

عوامل موثر در یادگیری

- * سن
- * سطح سواد، فرهنگ، زبان
- * تجربیات قبلی
- * شرایط فیزیکی بیمار
- * سلامت روانی بیمار
- * تصویر ذهنی فرد از خود
- * وضعیت اجتماعی و اقتصادی بیمار
- * نگرش و انگیزه جهت یادگیری

آموزش بزرگسالان:

- * بزرگسالان زمانی که احساس نیاز و فوریت از آنچه می‌آموزند، داشته باشند بهتر یاد می‌گیرند.
- * بزرگسالان وقتی که به عنوان یک فرد با تجربه در زندگی و با ارزش، مورد احترام و تائید قرار می‌گیرند بهتر پاسخ می‌دهند.
- * در بزرگسالان نباید آموزش همراه با تهدید باشد و باید راهکارهایی بکار برد که مطابق با تفاوت‌های فردی افراد قابل تغییر باشند.

آموزش افراد مسن

- * بطور کلی افراد بالای ۶۵ سال نیز مانند بقیه گروههای سنی توانایی و اشتیاق یادگیری دارند.
- * نیازهای آموزشی افراد مسن باید تغییرات فیزیولوژیک ناشی از گذشت عمر را در نظر بگیرید.
- * کاهش شدت شنوایی شامل اشکال در تشخیص صداهای مشابه مانند **بی-ف-ک** است.
- * صدای **مردان** بهتر از صدای **زنان** شنیده می‌شود.
- * همچنین شدت حسهای لمس، فشار و درجه حرارت کاهش می‌یابد. تغییرات مغزی شامل **کاهش حس تعادل و حرکت** است.
- * تغییرات قلبی عروقی و ریوی می‌تواند منجر به **خستگی** و **کاهش زمان تمرکز** گردد.
- * سفتی مفاصل نیز می‌تواند باعث عدم توانایی در نشستن طولانی مدت گردد. (جلسات کوتاه)

نکات ضروری محتوی آموزشی افراد کم سواد

- * سعی کنید از محتوا یا کتاب های نوشته شده در سطح کلاس ششم استفاده کنید.

* سطح محتوا را با سطح سواد بیمار تطبیق دهید.

* کلمات کوتاه رایج را به جای واژه های پزشکی

* استفاده از قرص به جای دارو، غذا خوردن به جای مصرف

* مطمئن شوید که جملات کوتاه و در حدود ۱۰ کلمه هستند .

* به جای این که بگویید توصیه می شود به شما که به طور مداوم از دارو استفاده کنید، بنویسید: شما باید هر روز این قرص را بگیرید (بخورید)

* پاراگراف باید کوتاه باشد و باید یک موضوع مهم باشد.

* از موضوعات آسان برای چشم استفاده کنید .

* اندازه فونت باید بین ۱۰ و ۱۴ باشد.

* از حروف بزرگ استفاده نکنید، که خواندن راسختر تر از حروف کوچک می کند. حروف بزرگتر برای افراد مسن و برای افراد با اختلال دید مفید است.

* هنگام توصیف یک روش، مانند دادن انسولین یا مصرف قرص، تصاویر را در کنار روش ها مرتبط با آن در متن قرار دهید.

تاثیر فرهنگ بر باورهای سلامتی

* همه ی فرهنگها درخصوص سلامت باورهایی دارند که توضیح می دهد چه چیزی باعث بیماری می شود، بیماری چگونه می تواند درمان شود.

* چه کسی باید در این فرآیند نقش داشته باشد.

* زمانی که بیماران، آموزش را از طریق یک ارتباط فرهنگی دریافت می کنند می تواند تاثیر عمیقی بر پذیرش اطلاعات ارائه شده و تمایل آنان برای استفاده از آن داشته باشد.

هنگام آموزش موارد ذیل را رعایت کنید:

* برقراری ارتباط چشمی و استفاده از زبان بدن ، تغییر تون صدا و تایید با تکان دادن سر

* انتقال حس اعتماد و خودباوری

* استفاده از جملات گویا، شفاف، قابل فهم و متناسب و درخور هر مخاطب

* عدم استفاده از واژه های تخصصی در آموزش بیمار

* استفاده از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام که گاهی با چاشنی طنز محترمانه میتواند در تقویت ارتباط با بیمار کمک کند

* ضمن پایبندی به محتوای علمی آموزش عدم استفاده از جملات کلیشه ای/ تکراری و از پیش تعیین شده (بیان طوطی وار)

* استفاده از مهارتهای برقراری ارتباط موثر مانند ایجاد همدلی، مثبت گرایی، مثبت اندیشی، امید بخشی و حمایت در حین ارائه محتوای

آموزش ارتباط انسانی با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، مبنای ارتباط با بیمار باشد.

* قبل از ترک بالین از فراگیری دانشی، مهارتی و نگرشی بیمار اطمینان حاصل شود و در صورت نیاز جمع بندی نهایی آموزش برای بیمار مجدداً تکرار شود.

پایبندی در آموزش:

* یک فرد هنگامی "نا سازگار" است که توصیه های درمانی را نادیده می گیرد و یا آنها را به درستی پیروی نمی کند.

* اصطلاح " پایبندی " اخیراً جایگزین اصطلاح " ناسازگاری " شده است

* اکثر مطالعات نشان می دهد که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از بیماران ناسازگار هستند.

مداخلاتی که می تواند سازگاری بیمار را افزایش دهد:

* از بیمار بپرسید که چرا او قادر نیست توصیه های درمانی را پیگیری کند.

* مهارتهای حل مسئله را یاد بگیرد. این کار در دراز مدت برای بیمار سود بیشتری خواهد داشت.

* آیا بیمار باور دارد که سازگاری به حل مشکلات سلامتی وی کمک خواهد کرد. اگر جواب "نه" است، برای شناخت مشکل اصلی بیمار تلاش کنید.

- * آیا بیمار درک می کند چه کاری انجام دهد؟ برای بزرگسالان مشکل است اعتراف کنند که آنها نمی دانند چه کاری را انجام دهند .
- * اغلب، مردم اگر مطمئن نیستند که چه چیزی انجام می دهند، هیچ چیزی را انجام نمی دهند (به جای اینکه کار اشتباهی انجام دهند).
- * برای مثال، برای تعیین اینکه بیمار بداند چگونه دارو بگیرد، از بیمار بخواهید به شما بگوید دقیقاً چه چیزی او قصد دارد انجام دهد – چه تعداد قرص می گیرد، در چه زمانی، با /یا بدون غذا، و چه عوارض جانبی از دارو می شناسد.
- * مشخص کنید که بیمار دارای مهارت برای سازگاری است. آیا بیمار محدودیت ندارد و یا مشکلات بینایی ندارد؟

عوامل موثر در موفقیت بعد از

- * ارزیابی
- * ارائه بازخورد

عوامل موثر در موفقیت حین آموزش

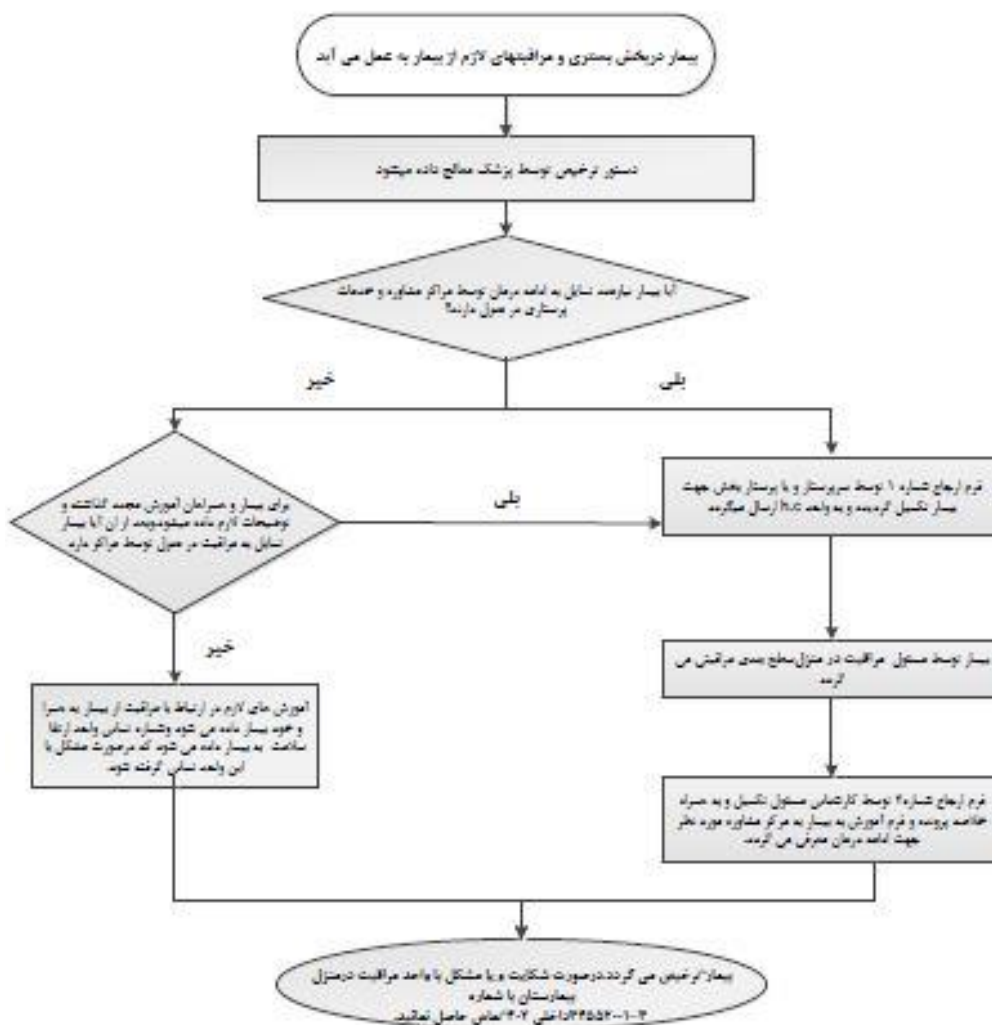
- * استفاده از روشهای فعال یاددهی
- * رعایت سازمان یافته بودن مطلب
- * رعایت وضوح مطلب
- * استفاده از تجارب قبلی یادگیرندگان
- * آموزش مطالب کاربردی
- * توجه به تفاوت های فردی و فرهنگ

عوامل موثر در موفقیت قبل از آموزش

- * رعایت احترام
- * ایجاد انگیزه برای یادگیری
- * برقراری رابطه عاطفی
- * انتخاب محل مناسب

*****از مطالب کتابچه آموزش به بیمار موجود در بخش و درایو تی جهت آموزش به بیمار بهره مند شوید*****

کد فرایند: RII-CC-FC-08-07 تاریخ تهیه: ۹۵/۰۵/۱۵ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱ تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۳/۲۵ حداقل مدت زمان فرایند: ۱۵ دقیقه حداکثر مدت زمان فرایند: ۳۰ دقیقه	فرایند ارجاع به مراکز مراقبت در منزل	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران مرکز آموزشی و درمانی شهید رجایی واحد پیوند سلامت
---	---	--



HOMECARE

در کنار آموزش به بیمار آموزش واحد مراقبت در منزل نیز جهت بیماران فعالیت مینماید . مراقبت در منزل از بیمار عبارت است 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 می شود. مدیریت ارائه خدمات به نحوی که بیماران را در قسمتی یا تمام زندگی شخصی توانمند گرداند که این امر با انجام خدمات مراقبتی پیشگیرانه و حاد یا طولانی صورت می گیرد. پرستار عضو کلیدی مراقبت در منزل است. طیف وسیعی از کادر بهداشتی خدمات خود را در منزل ارائه می دهند ولی پرستاران ستون اصلی سیستم ارائه دهنده این خدمات را تشکیل می دهند و نقش عمده در هماهنگی و ارائه خدمات بهداشتی و پرستاری در منزل را ایفا می کنند. پرستاری در منزل از بیمار دارای روش هایی است که همه ی افراد باید از آن مطلع باشند و با مراقبت صحیح به آن عمل کنند تا بیمار سریع تر بهبود یابد. بیمارانی هستند که پس از مراجعه به دکتر نیاز به مراقبت در منزل دارند ولی با وجود گرفتاری های روزمره ، افراد از پرستاری و مراقبت بیماری که در خانه بستری است و پرستاری در منزل و مراقبت در منزل ، غافل می شوند.

بیماران در این قسمت نیز مانند بیماران بستری سطح بندی میشوند که این سطح بندی عبارتند از:

سطح ۱: قادر به مراقبت از خود میباشد

سطح ۲: بیمار نیاز به مراقبت کمی دارد

سطح ۳: نیاز به مراقبت متوسط دارد

سطح ۴: مراقبت شدید بیمار سوند معده و سوند فولی

سطح ۵: مراقبت ویژه (بیمارانی که به دستگاه ونتیلاتور وصل هستند)

براساس این سطح بندی نوع مراقبت مشخص میشود و با مراکز طرف قرارداد بیمارستان هماهنگی صورت میگیرد و در صورت تمایل بیمار و همراهان ادامه درمان و مراقبت بیمار در منزل انجام میشود.

مراکز خدمات پرستاری

ردیف	نام مرکز	مسئول فنی صبح	آدرس	تلفن
۱	هانیوان	محمد حسین میرزائی	رجایی شهر ، نبش دوم شرقی، پلاک ۱۳۶، طبه همکف	۰۹۰۲۵۰۰۱۴۹۰ ۳۴۴۸۷۸۸۹
۲	سینا	نادر طریانی مریم عقیدی	میدان شهدا، ابتدای خیابان مظا هری ، پائین تر از بانک سینا ساختمان فلاح، پلاک ۱۵۰، طبقه سوم ، واحد ۶	۰۹۱۲۳۶۱۹۵۸۷ ۳۲۲۵۴۳۴۳ ۳۲۲۳۸۱۴۰
۳	طنین سلامت	خانم رضائی	میانجاده ، ابتدای لوار باغستان ، ابتدای خیابان عدل ، پلاک ۷، طبقه چهارم ، واحد ۷	۰۹۳۰۱۳۲۲۳۰۲ ۰۹۰۴۵۴۶۶۴۸۰ ۳۴۵۵۶۲۲۴ ۳۴۵۵۹۹۵۱
۴	آرمان	ماندانا پایا پور	رجایی شهر ابتدای بلوار یادگار امام ضلع جنوب شرقی پل ، ساختمان امیر، طبق دوم، واحد ۴	۰۹۳۶۰۱۸۳۶۲۸ ۳۲۷۰۳۷۲۰۳



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی شهید رجایی

"فرم شماره ۱: ارجاع بیمار از بخش بستری به واحد مراقبت در منزل جهت ادامه مراحل درمان و مراقبت"

تاریخ:

واحد مراقبت در منزل:

بدینوسیله بیمار... محراب حیدری، با تشخیص نهایی ALS... که به مدت روز در بخش ICU تحت درمان بوده اند، جهت ادامه مراحل درمان و مراقبت در منزل با دستورات ذیل و خلاصه پرونده پیوست معرفی می شود.

مهر و امضاء سرپرستار بخش
دکتر سهیل نادر

دستورات درمانی و دارویی (: توسط پزشک معالج تکمیل می شود)

۱- ۴-

۲- ۵-

۳- ۶-

مهر و امضاء پزشک معالج

برنامه مراقبتی (: توسط پرستار مراقب تکمیل می شود)

۱- مراقبت ویژه پرستاری (ICU)

۲- مراقبت از تراکتوستومی و ساکشن

۳- مراقبت از سونداژ و سوند معده

۴- پیشگیری از زخم بستر

۵

مهر و امضاء سرپرستار/پرستار مراقب

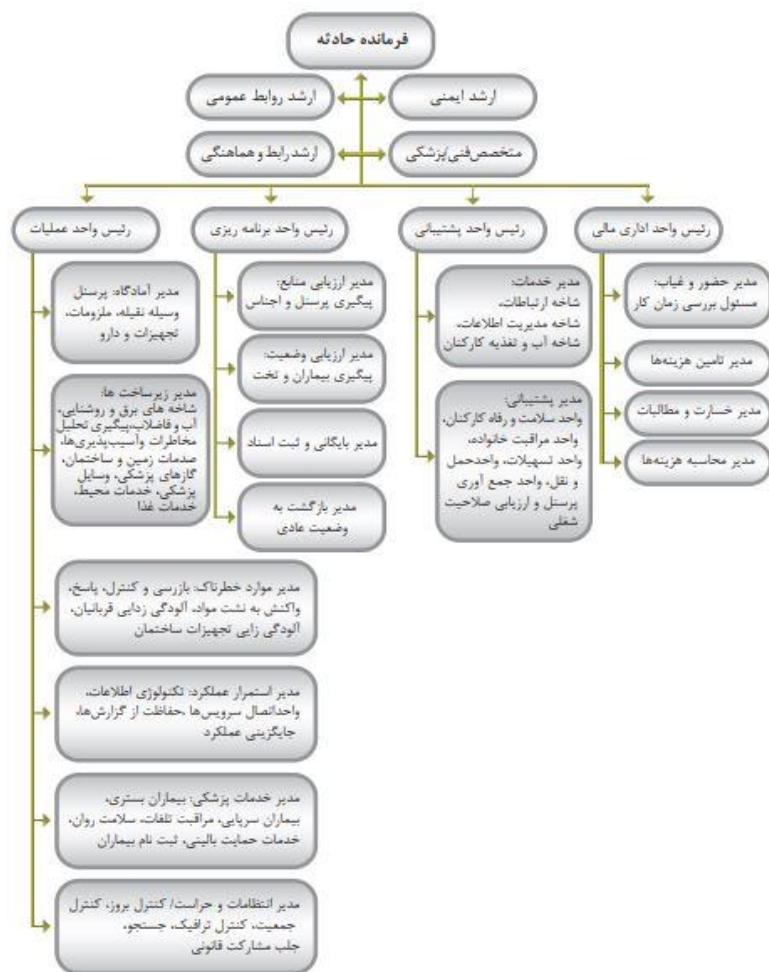
این معرفی نامه در سه نسخه تهیه شده، یک نسخه در پرونده بیمار، یک نسخه در واحد مراقبت در منزل نگهداری می شود و یک نسخه به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری ارجاع می شود"

مدیریت بحران

کدهای اضطراری

کد	وضعیت	اعضا کد
کدهای ۱۳۴ بحران	فوریت درجه ۱	سوپروایزر و ۴ تا ۳ نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان
	فوریت درجه ۲	اعضای کد ۱۱ و ۴ تا ۳ نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان (۴-۸)
	فوریت درجه ۳	اعضای کد ۱۱ و ۴ تا ۳ نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان (۴-۸) *بیمارستان هایی که کمتر از ۶۰ تخت فعال دارند برای هر سه فوریت درجه ۱ و ۲ یک تیم بحران ۳ تا ۶ نفره تعریف کنند.
	بحران های داخلی	سوپروایزر و مسول شیفت بخش و تلسیسات و انتظامات و مسول شیفت بخش
	ایمنی و آتش نشانی	سوپروایزر و مسول شیفت بخش و تلسیسات و انتظامات و مسول شیفت بخش
	انتظامات	سوپروایزر و مسول شیفت بخش و نگهبانی
	احیا نوزاد	اعضا کد ۸۸
	احیا بزرگسال	اعضا کد ۹۹
	تخلیه بیمارستان	اعضا کد ۱۰۰ در مورد تخلیه بیمارستان: ریاست، مدیر، مترون، سوپروایزر، مسول فنی، مسول حراست، مسول تاسیسات، کادر درمانی، انتظامات، خدمات
	اورژانس هوایی	سوپروایزر، کادر درمانی بخش اورژانس، خدمات، انتظامات، خدمات بخش اورژانس
	فوریت مامایی	رئیس بیمارستان - سوپروایزر اورژانس، سوپروایزر بالین، طب اورژانس، اعضاء کد ۹۹
	سکته حاد قلبی	اینترنشن - پزشک قلب مقیم، پزشک بیهوشی، پرستار سیرکولر و اسکراب - تکنسین آنژیوگرافی
	سکته حاد مغزی	CT سوپروایزر اورژانس، پزشک طب اورژانس، آنکال نورولوژیست، پرستار استروک اورژانس، سوپروایزر اسکن، سوپروایزر آزمایشگاه

جایگاه‌های کامل سامانه‌ی فرماندهی حادثه



آتش نشانی

روش های عمومی اطفاء حریق

اصولا اگر بتوان یک یاز اضلاع هرم حریق (حرارت اکسیژن مواد سوختنی یا واکنش یهای زنجیره ای) را کنترل و محدود نمود با قطع کرد ،حریق مهار می شود

روشهای عمومی بر اساس کاهیت حریق به اشکال زیر می باشد :

الف) سرد کردن

ب) خفه کردن

ج) سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د) کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن

یک روش قدیمی و متداول و موثر برای کنترل خریق ، سرد کردن است. این عمل عمدتا با آب انجام میگيرد

یکی از خواص گاز دی اکسید کربن نیز سرد کردن آتش می باشد. میزانو روش بکار گیری آب در اطفاء حریق اهمیت دارد ، این روش برای حریق های دسته مناسب A می باشد

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگر چه در همه حریق ها موثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق های می باشد. مورد استئنا موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کند مانند نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی R-O-H یا R-COO و 3R-NO موادی که برای خفه کردن به کار می رود بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالتی پوششی داشته باشد. خاک شن ماسه پتوی خیس هم این کار را می تواند انجام دهد.

حذف مواد سوختنی :

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان جابجا کردن ماده ججا کردن منابعیک که تاکنون حریق به آنها نرسیده، کشیدن دیوهای حائل و یا خاکریز خمچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع راشملا می گردد.

کنترل واکنش های زنجیره ای

برای کنترل واکنش های واکنش های زنجیره ای استفاده از برخی ترکیبات هالن مانند CBrlf2(1211) و CBrf3(1301) و جایگزینهای آن و برخی ترکیبات چامد مانند جوش شیرین K_2CO_3 موثر میباشد این عمل برای کنترل حریق مشکل تر و گرانتر از سایر روشهاست. ولی می تواند به صورت مکمل برای مواد پر ارزش به کار رود

مواد خاموش کننده آتش: موادی که به عنوان خاموش کننده آتش به مار میروند در ۴ دسته قرار میگوشت رند به دلیل لزوم سرعت عمل و افزای شپوشش خاموش کننده ها می توان م یتوان از ۲ یا چند عنصر خاموش کننده به طور همزمان استفاده نمود

طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی میباشند این گروه شامل گروههای زیر است

۱- مواد سرد کنند

۲- مواد خفه کننده

۳- مواد رقیق کننده هوا

۴- مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی (هالن و پودر های مخصوص)

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال موثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشد همان اندازه که استفاده از آب دمی تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نابجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارات نماید.

مزایای آب

- ۱- فراوان و ارزان است خصوصا که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست
- ۲- وسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود
- ۳- دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را به صورت یک سرد کننده مطلوب مطرح میکند ظرفیت گرمایی آب ۵ برابر آلومینوم و ۱۰ برابر روی و مس می باشد. مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند
- ۴- غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است حتی در دمای بالا هم تجزیه نمی شود به طوری که رد ۲۰۰۰ درجه سانتی گراد تنها یک دهم مولکول هایش تجزیه می شوند.
- ۵- توان سرد کنندگی بالایی دارد به طوری که در حجم مساوی ۵,۶ برابر سرد کننده تر از CO₂ است. هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود ۵۵۰ کیلو کالری گرما جذب کند و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی برابر ۱۰ درجه گرمایی حدود ۱۰۰۰۰ کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب

- ۱- سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفا متحرک مشکل است
 - ۲- هادی الکتریسیته است، در محل هایی که جریان برق وجود دارد، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.
 - ۳- آب دارای خطر تخریب است زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالایی دارد که گاهی کمتر از خود حریق نیست.
 - ۴- هنگام اطفا حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند. مانند داروها، اثاثیه، کارتنهای بسته بندی رنگها و محصولات تولیدی.
 - ۵- به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل فت یا رون باعث باعث پرتاب شدن مایعات، انفجار و پاشش آن شده و گسترش حریق را باعث می شود.
 - ۶- بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ، خاک اره و مانند آن) محدود است. کف آتش نشانی بصورت محلول تهیه میگردد. کف در هنگام پاشیده شدن توسط سرلوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی می گردد کف در هنگام استفاد با گسترش فراوانی که دراد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشنی از حریق میگردد.
- نکته مهم در استفاده از کف توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصا مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد.

پودر های خاموش کننده استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولا دارای بنیانی کربنات سولفات یا فسفات می باشند یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است. این ترکیبات براحتی برای اطفا انواع حریق A، B، C و بکار

می روند. به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولا این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود. پودر شیمیایی اگر چه برای خریق دسته A کاربرد دارد ولی بدلائل اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پربها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد پودر شیمیایی روی خریق پاشیده شده و باعث پوشانده آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن میگردد.

پودر های در حرارت بالای ۶۰ درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها به کپسول زیاد می گردد. دانه های پودر بسته به نوع مواد و شرکت سازنده حدود ۱۰-۷۵ میکرون می باشد هرچه قطر ذرات کوچکتر باشد پودر موثر تر است. پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO₂ در تسطح قاعده خریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتی که افراد آموزش کافی دیده باشد براحتی آتش را خاموش می نمایند. پودر خشک این پودر برای خاموش کردن خریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم، پتاسیم، منیزیم، ومانند آن بکار میرود.

گاز CO₂ دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق، بی بو، غیر سمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی ۵/۱ بوده و هادی الکتریسته نیست. مکانیسم عمل آن هنگام خریق به سه صورت است:

- ۱- خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا
- ۲- رقیق کردن اکسیژن در اطراف محوطه خریق
- ۳- سرد کردن آتش

یکی از خصوصیات مهم CO₂ این است که باعث خسارت به مواد موجود در خریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار خریق می شوند مناسب تر از آب است برای خریق های الکتریکی و الکترونیکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی در خساس نمی گردد.

ترکیبات هالوژنه (هالن) مواد هالوژنه از مستقات CH₄ یا C₂H₆ می باشند که بجای یک یا چند عنصر هالوژنه (شامل F, Cl, Br, I) جایگزین شده است.

هالن در هنگام اطفای بدون بجا گذاشتن اثرات تحریمی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار موثری ایفای نقش نماید. مکانیسم اثر هالن تا حدودی CO₂ بوده چون سنگین تر از هوا هستند می توانند بسرعت روی خریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن شوند. بعلاوه پاشش این مواد بر روی خریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف خریق شده و آن را مهیا نماید. این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم تیشتری نسبت به CO₂ دارند. به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموشش کنندگی آنها ۲-۳ برابر CO₂ می باشند هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش های زنجیره ای بکاهد و بصورت موثر تری آتش را مهیا نماید به همین دلیل در شرایط یکسای برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO₂ مورد نیاز برای اطفای است. خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی خریق های مواد جامد پرارزش، سایت های دیسپاچینگ، مرکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد.

آتش سوزی

در آتش سوزی سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است. آتش به سرعت گسترش پیدا می کند بنابر این اولین اولویت شما را آگاه کردن افراد در معرض خط است. اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیک ترین آژیر خریق را فعال کنید. همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید اما اگر این کار خروج شما را از محل به تاخیر می اندازد امنیت خود را به خطر نیندازید افرادی که در آتش گیر افتاده اند به سرعت دچار هراس می شوند. شمار به عنوان ارایه کننده کمک های اولیه می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالا ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند از میزان هراس بکاهید. افراد را برای ترک محل تشویق و کمک کنید هرگز برای برداشتن لوازم شخصی به داخل

ساختمان در حال سوختن وارد نشوید و یا خروج خود را به تاخیر نیندازید تنها موقعی می توانید وارد ساختمان شوید که یک آتش نشان راه را برای این کار باز کرده باشد.

هشدار!

تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید. پس از ورود به محل حریق یا اشتعال یک لحظه صبر کنید محل را زیر نظر گرفته و فک ر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار مثل گاز یا دود های سمی یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک آتش سوزی جزئی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته تبدیل به حریق جدی شود اگر خطری شمار تهدید می کند تار سیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید.

هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشند و مطمئن باشید که خود را در معرض خط ر قرار نمی دهید.

نحوه برخورد با آتش سوزی

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق ۳ چیز باید وجود داشته باشد: حرقه آتش (یک حرقه الکتریکی یا شعله) یک منبع سوخت (بنزین چوب یا پارچه) و اکسیژن (هوا) برای شکستن این مثلث حریق باید یکی از این اجزا را حذف کنید. به عنوان مثال : سوئیچ ماشین را خاموش کنید. و یا شیر سوخت در ماشین های دیزلی بزرگ را خارج کنید.

تمام موارد سوختنی را که می توانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید.

درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن قطع شود. شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیر قابل نفوذ ، خفه کرده ، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید.

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا با آن مشکوک می شوید نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنید. سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید به افراد کمک کنید تا از ساختمان خارج شوند در های را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود به دنبال راهایی خریح از آتش و محل های برای تجمه بگردید . شما باید قلا عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمان ها یدیگری مواجه می شوید، نشانه های مربوط به راهای گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها) را انجام دهید

کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن : افراد را تشویق کنید که خونسر اما سریع ساختمان را از طیق نزدیک ترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید مطمئن باشید کسی عجله نخواهد کرد. و خط سقوط وجود ندارد.

آتش گرفتن لباس

همیشه الگوی زیر را طی کنید

توقف-انداختن روی زمین و چرخاندن در صورت امکان قبل از اقدام به چرخاندن مصدوم وی را در یک پارچه کلفت بپیچید.

از وحشت زده شدن ، دودیدن یا بیرون رفتن مصدوم جلوگیری کنید . هرگونه حرکت باد مانند بادبزنی به شعله های دامن میزند

مصدوم را به زمین بیندازید

در صورت امکان با یک کت پرده پتو(غیر از انواع نایلونی یا گشاد بافت)فرش یا سایر پارچه های کلفت مصدوم را محکم بپیچید
مصدوم را روی زمین بچرخانید تا شعله ها خفه شوند.

اگر آب یا مایع غیر قابل اشتعال دیگری در دسترس است مصدوم را طوری روی زمین بخوابانید که بخش در حال سوختن در بالای قرار گیرد و ناحیه سوختگی را با مایع خنک کنید.

هشدار!

هرگز ا زمواد قابل اشتعال برای خفه کردن شعله استفاده نکنید

اگر لباس خودتان آتش گرفت و نیروی کمکی در صحنه حاضر نبود با پیچاندن محکم پارچه مناسب به دور خود و چرخیدن روی زمین آتش را خاموش کنید.

دود و گاز:

آتش سوزی در فضای بسته جو خطرناکی ایجاد می کند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با منو اکسید کربن و گاز های سمی آلوده شده باشد.هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن و یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می شود باز نکنید این کار ها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید.

اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گاز های مضر انجام دهید.فضای باز زیر درب را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید

انواع آتش

کلاس A: جامدات از جمله کاغذ چوب پلاستیک فرش و اثاثیه

کلاس B:مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین بنزین و روغن

کلاس C:گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان و بوتان

کلاس D: فلزات از جمله آلومینیوم ، مگنیزیم

کلاس E: الکتریکی (برق)

کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

انواع مختلف اطفای کننده ها

هرکدام از خاموش کننده مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشد. مهم است ماهیت خطرات آتش سوزی را بدانیم قبل از اینکه تصمیم به اطفای آن کنیم

چهار نوع مشهور آن:

- آب
- گاز دی اکسید کربن
- فوم

- پودر خشک

استاندارد علامت گذاری کپسول های اطفاء حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفاء حرق نشانه گذاری میشوند

آب

- برای آتش کلاس A استفاده نمایند
- برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد
- آب تحت فشار می باشد.
- امپر فشار داشته باشد

دی اکسید کربن

- برای آتش های کلاس E و C.B. استفاده دنمایید
- برچسب یا نوار مشکی دارد
- نازل سخت و پلاستیکی دراد
- نشانگر فشار ندارد

پودر خشک

- برای آتش های کلاس E و C.B. A استفاده می شود
- برچسب یا نوار آبی رنگ دارد
- ذرات پودر تحت فشار می باشند
- نشانگر فشار سنج دارد

فوم

- برای آتش های کلاس A و B استفاده می شود
- برچسب یا نوار کرم رنگ دارد
- طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و از دوباره شعله ور شدن آن جلوگیری می کند و خاصیت سرکندگی نیز دارد.

شیمیایی تر

- برای آتش نوع F استفاده نمایند
- دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است
- با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ور شدن آن جلوگیری می کند.

انتخاب صحیح نوع خاموش کننده با توجه به کلاس آتش

انواع مواد اطفای حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر های شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر می کردند و در جاهای مناسب قرار می دادند و به محض آتش سوزی افراد مسئول درب قوطی ها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند که در اغلب این موارد این تکنیک با ناکامی مواجه می شد ولی با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاه های خاموش کننده پودر طراحی و ساخته شد. پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از مواد شیمیایی مانند کربناتها، سولفاتها، و فسفاتها که جهت خاموش کردن حریقها به کار می رود.

خاموش کننده های گاز کربنیک

از سال های قبل گاز کربنیک CO_2 به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و انون نیز مصرف فراوانی دارد. گاز CO_2 غیر قابل احتراق بی بو خنثی خنک و غیر سمی است و های الکتریسیته نمی باشد.

وزن آن سنگین تر از هواست لذا در صورت پرتاب روی حریق اکسیژن را خارج و خود جانشین آن می گردد. در حقیقت با تقلیل درصد اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود CO_2 جامد یا یخ خشک در

۱۰۰- درجه زیر صفر به دست می آید که در ۷۹- درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع در آید به صورت بخار در می آید.

خاموش کننده های مولد کف

کف مورد مصرف برای اطفای حریق مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد، و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل آورد. وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود.

خاموش کننده های هالوژنه

مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکانیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO_2 دارد، بدین معنی که بعثت سنگین تر بودن از هوا به سرعت حریق را پوشانده و جانشین هوا می شود و ماده سوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد. این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود و به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر می شود.

رفرنس:

۱. "راهنمایی برای مهار عفونت در بیمارستان" نویسندگان: دکتر آر. پی. ونزل-دکتر تی. اف. برونر- دکتر جی. پی. بالزل- مترجم دکتر خدیجه محلوچی
۲. "راهنمای عملی پیشگیری از عفونت های بیمارستانی"، انتشارات WHO - ۲۰۰۲- مترجمین: دکتر جعفری زاده- دکتر ملاعابدین، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد- بهار ۱۳۸۳
۳. اصل سلیمانی حسین، افهمی شیرین: پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی، تهران، موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، چاپ دوم، بهار ۱۳۸۰
۴. عسگریان مهرداد: مراقبت عفونتهای بیمارستانی و جداسازی بیماران شیراز، انتشارات آموزش بهداشت، چاپ اول
۵. کمالان، سید مهدی "مجموعه قوانین و مقررات اداری و استخدامی" تهران: انتشارات کمالان، ۱۳۸۸
۶. بابایی پور، فریدون و نجفی، علی "دستنامه قوانین و مقررات اداری و استخدامی" تهران، ۱۳۸۶
۷. راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی تألیف و تدوین: دکتر حسین معصومی اصل، دکتر سید محسن زهرایی، دکتر علی مجیدپور، دکتر علیرضا ناطقیان، دکتر شیرین افهمی، دکتر محمد رهبر، دکتر علیرضا مقیمی، دکتر محمود سروش، آقای علی خمسه، دکتر شکوفه نیک فر، دکتر مسعود سالارآملی، خانم فریبا ملک احمدی
۸. زیر نظر: دکتر سید مؤید علویان، دکتر محمد مهدی گویا- ویراستار: دکتر حسین معصومی اصل - طراحی جلد و صفحه آرایی: چکامه آوا - نوبت چاپ: اول

-1385

۹. دستورالعمل های راهنماهای ایمنی بیمار
۱۰. دستورالعمل تزریقات ایمن، ترجمه و تألیف فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی، آبان ۱۳۹۱
۱۱. راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد ۹۲
۱۲. دستورالعمل ضوابط و روش های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره نامه: ۱۵۸۷۱ / ت ۳۸۴۵۹ ک مورخ ۱۳۸۷/۲/۸
۱۳. دستور کار اجرایی یکسان سازی و رفع برخی ابهامات اجرای "ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به استناد بخشنامه شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ مورخ ۹۴/۱۰/۷ مرکز سلامت محیط و کار
۱۴. استاندارد های اعتبار بخشی بیمارستان ها، ویرایش چهارم، سال ۱۳۹۸
۱۵. راهنمای دارویی با اسامی و اشکال مشابه، تهیه و تنظیم فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی
۱۶. راهنمای شناسایی صحیح بیماران، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد ۹۲
۱۷. راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد ۹۳
۱۸. راهنمای جراحی ایمن، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد ۹۳
۱۹. راهنمای دارو های با هشدار بالا، تهیه و تنظیم فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی، دی ۹۴
۲۰. راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد ۹۳
۲۱. راهنمای پیشگیری از اتصالات نادرست کاتتر ها و لوله ها، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد ۹۳
۲۲. دستورالعمل تزریقات ایمن، ترجمه و تألیف فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی، آبان ۱۳۹۱
۲۳. راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد ۹۲
۲۴. دستورالعمل ضوابط و روش های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره نامه: ۱۵۸۷۱ / ت ۳۸۴۵۹ ک مورخ ۱۳۸۷/۲/۸

۲۵.	دستور کار اجرایی یکسان سازی و رفع برخی ابهامات اجرای "ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به استناد بخشنامه شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ مورخ ۹۴/۱۰/۷ مرکز سلامت محیط و کار
۲۶.	دستورالعمل ترخیص ایمن در زمینه خدمات مراقبت سلامت / دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان
۲۷.	فایل های آموزشی ایمنی بیمار
۲۸.	دستورالعمل الزام به برجسب گذاری دارو های با هشدار بالا از مبدا/ سازمان غذا دارو / به شماره ۶۶۵/۹۱۵۲۷ مورخ ۹۷/۱۰/۸
۲۹.	آیین نامه مراکز مشاوره و مراقبت پرستاری در منزل
۳۰.	دستورالعمل اجرایی شدن خدمات پایه سلامت کارکنان دولت
۳۱.	آیین نامه مقررات اداری کارکنان غیر هیئت علمی دانشگاه
۳۲.	دستورالعمل اجرایی واحد پرستار پیگیر و آموزش به بیمار
۳۳.	احیای ۲۰۲۰
۳۴.	دستورالعمل های واحد ضمن خدمت کارکنان دانشگاه