



کتابچه دستورالعمل های بیمارستان

تصویب کننده	تایید کنندگان
دکتر جمعه زاده - ریاست محترم	آقای مهدی حیدری - مدیر داخلی بیمارستان
	فاطمی نژاد - مسئول بهبود کیفیت و ایمنی
	مسئولین واحد های بیمارستان

زمستان ۱۴۰۲



فهرست مطالب

- ۳..... گزارش وقایع ناخواسته
- ۴..... دستورالعمل معاینه بیماران غیرهمجنسی
- ۵..... انبارش ایمن
- ۷..... تخلیه بیمارستان در زمان حادثه
- ۸..... نظافت ، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخشی / واحدهای مختلف بیمارستان
- ۱۰..... نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی
- ۱۴..... آمادگی بیماران قبل از مداخلت تهاجمی ، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن
- ۱۶..... نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک
- ۱۷..... گزارش آنی نتایج بحرانی
- ۱۸..... محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلند گو / پیجر
- ۱۹..... دستورالعمل اعلام اخبار ناگوار به بیماران و خانواده های آنها
- ۲۰..... دستورالعمل بیماران مجهول الهویه
- ۲۲..... دستورالعمل تسکین درد
- ۲۳..... دستورالعمل خلاصه برداری و امحای پرونده های پزشکی بستری
- ۲۴..... دستورالعمل استفاده از زیور آلات در بخش های بالینی بیمارستان
- ۲۵..... دستورالعمل سطوح دسترسی به پرونده ی پزشکی بیماران
- ۲۶..... دستورالعمل کار با جعبه آتش
- ۲۷..... دستورالعمل ویرایش اطلاعات ، اضافه کردن اطلاعات و ثبت های تاخیری
- ۲۸..... دستورالعمل نگهداری داروهای یخچالی
- ۲۹..... دستورالعمل کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در انتقال بین بخشی
- ۳۰..... دستورالعمل استفاده از تلفن همراه در بیمارستان
- ۳۱..... محدوده ی زمانی ویزیت پزشکان
- ۳۲..... دستورالعمل انجام مشاوره ها
- ۳۳..... دستورالعمل انجام ارزیابی اولیه بیمار

گزارش وقایع ناخواسته

- ✓ موارد ۲۹ وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات توسط مسئول فنی ایمنی بیمارستان به همه ی کارکنان ابلاغ می گردد.
- ✓ همه پرسنل موظف به گزارش و اطلاع رسانی وقایع ناخواسته می باشند.
- ✓ تیم مدیریت بیمارستان نیز با رویکرد عاری از سرزنش و منطبق بر فرهنگ منصفانه ، گزارش دهی وقایع ناخواسته را ترویج می نماید .
- ✓ همچنین در صورت گزارش وقایع ناخواسته از طریق بازدیدها و سوپروایزری در بیمارستان، بایستی موارد به مترون و توسط ایشان به مسئول فنی ایمنی بیمارستان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی گزارش گردد.
- ✓ هر فرد در صورت انجام و یا مشاهده رویداد وقایع ناخواسته ملزم به گزارش وقایع ناخواسته می باشند و در صورت انجام و یا مشاهده ی رویداد موارد ۲۸ گانه می بایست مراتب بلافاصله توسط فرد در شیفت صبح به اطلاع مسئول شیفت / سرپرستار و در شیفت عصر به اطلاع مسئول شیفت و یا سوپروایزر رسانده شود تا از طریق ایشان اطلاع رسانی به مترون صورت گیرد.
- ✓ مترون اطلاع رسانی به مسئول فنی بیمارستان، مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به کارشناس معاونت درمان به صورت پیامک اطلاع رسانی شود.
- ✓ مسئولین شیفت و سرپرستاران بخشها و سرپرستاران واحدها، نظارت کافی در زمینه گزارش وقایع ناخواسته بعمل آورند.
- ✓ کلیه موارد خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود در شناسایی شاخص های ایمنی به صورت روزانه (توسط کارشناس ایمنی) ثبت گردد.

دستور العمل معاینه بیماران غیر همجنس

- ✓ حفظ حریم خصوصی بیمار از وظایف اصلی تیم مراقبت و درمان می باشد.
- ✓ در صورتیکه معاینه بیمار اورژانسی بوده و بیمار پرخطر محسوب شود باید سریعاً اقدامات توسط پرسنل حاضر در شیفت چه پرسنل همگن یا غیر همگن انجام شود و به محض حضور پرسنل همگن جابجایی صورت گیرد.
- ✓ در صورتیکه اقدامات بیمار اورژانسی نباشد حتی المقدور پرسنل همگن برای او فراهم می شود.
- ✓ در صورت رضایت بیمار، معاینات حساس بیمار غیر همجنس در حضور پرسنل همجنس یا همراه بیمار انجام می شود. البته در صورتیکه این معاینه به وسیله پزشک همجنس از لحاظ علمی و عملی مقدور باشد و موجب ایجاد مشکل برای بیمار نشود، باید پزشک همجنس به انجام آن اقدام و نتیجه معاینه را دریافت کند.
- ✓ شاغلان حرفه پزشکی و وابسته موظفند به حریم خصوصی بیماران احترام بگذارند. احترام به حریم خصوصی بیماران نیازمند خودداری از همه کارهایی است که بیماران آن را نقض حریم شخصی خود تلقی میکنند. در این زمینه همکاران، باید از اقداماتی مانند معاینه بیمار در حضور افراد دیگر، پرسیدن سوالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرم بیماران شود و مشاهده یا لمس غیر ضروری بیماران غیر همجنس خودداری کنند.
- ✓ شاغلان حرفه پزشکی و وابسته مکلفند از هرگونه تجسس در امور شخصی و خانوادگی بیماران خودداری کرده و از پرسیدن سوالات شخصی غیر مرتبط با تشخیص و درمان بیماری از بیماران خودداری کنند. اگر پرسیدن سوالاتی که ممکن است بیماران آن را ورود به حریم خصوصی خود تلقی کنند برای تشخیص و درمان ضروری است، باید ضرورت پرسشها با زبان ساده و قابل درک به بیماران اطلاع داده شود.
- ✓ در صورت درخواست بیماران لازم است اجازه داده شود که در روند تشخیص و درمان، فرد یا افراد مورد نظر بیمار او را همراهی کنند. مگر اینکه این همراهی مانع از انجام استاندارد مداخلات پزشکی باشد.

انبارش ایمن

- ✓ تمامی مواد قابل اشتعال در انبار جداگانه نگهداری میشود و در ورودی آن از علامت های عدم استفاده از سیگار و مواد آتشزا نصب میباشد.
- ✓ دتکتورهای هشداردهنده در فضای خارج آن نصب میباشد.
- ✓ از قفسه بندی محکم و فلزی و درب های محکم و بدون درز استفاده شده است و پشت پنجره ها مجهز به نرده میباشد.
- ✓ مواد سوزاننده و قابل اشتعال در طبقه بندی های پایین و جدا انجام میشود.
- ✓ سیم کشی برق انبارها توکار و ایمنی آن حفظ میشود.
- ✓ از کلیدها و پریزهای ضد جرقه استفاده میشود.
- ✓ کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی میباشد.
- ✓ انبارها از روشنایی و تهویه مناسب برخوردارند.
- ✓ وارد کردن نام و مقدار کالا در موجودی
- ✓ ثبت هر محموله یا کالای وارد شده به انبار در دفتر انبار و دادن شماره به آنها و درج نمودن شماره انبار و کد محصول روی هر پاکت و یا ثبت در سیستم.
- ✓ رعایت شرایط نگهداری دارو که مطابق با اطلاعات درج شده روی برچسب محموله یا دستورالعمل شرکت واردکننده یا تولیدکننده
- ✓ نظارت بر رعایت نظافت و جلوگیری از تردد افراد متفرقه
- ✓ ثبت دما و رطوبت در فرمهای مخصوص و مقایسه آن با شرایط استاندارد
- ✓ نظارت بر عملکرد صحیح ماشین آلات و کنترل دستگاههای موجود در انبار (دماسنج، رطوبتسنج، تهویه، سیستم ایمنی، کولر یا چیلر و)...
- ✓ اعلام هرگونه نقص در انبار به مسئول فنی
- ✓ نظارت دقیق بر نگهداری داروهای مرجوعی، ضایعات و ریکال (Recall)
- ✓ نظارت بر انبارگردانی سالیانه مراقبتهای لازم در خصوص جلوگیری از ورود افراد غیرمجاز به انبار باید در نظر گرفته شود.
- ✓ سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد.
- ✓ کف، دیوارها و سقف باید فاقد هرگونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات، حیوانات موزی و پرندگان جلوگیری به عمل آید. کف و دیوارها باید قابل نظافت باشند. جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستشوی انبار جداً خودداری شود.
- ✓ چاهک های فاضلاب در انبارها باید دارای درپوش و وضعیت ظاهری مناسب باشند.
- ✓ قفسه بندی انبار باید مناسب باشد و به صورتی که از برگشت بسته ها و پاکتها جلوگیری شود. قفسه بندی مناسب باعث چیدمان صحیح بسته ها و کمک به نظافت بهتر انبار خواهد شد.
- ✓ میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.

تعداد بازنگری : ۳

- ✓ محل نگهداری داروهای ریکال (Recall) و ضایعاتی باید مجزا و دارای حفاظ باشد.
- ✓ انباری مجزا و اختصاصی جهت نگهداری داروهای مخدر، بیوداروها و داروهای سمی باید وجود داشته باشد. در انبار داروهای مخدر باید علاوه بر مسائل ایمنی، تمهیدات امنیتی نیز مطابق با دستورالعمل اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر لحاظ شود.
- ✓ محلی مناسب با تجهیزات کامل سرمایشی و ثبت دما جهت نگهداری داروهای حساس به دما یخچالی، فریزری ایجاد شود. نشانگرهای دما باید در نقاطی قرار گیرند که احتمال حداکثر نوسانات در آن مناطق وجود دارد.
- ✓ محموله های دارویی باید به گونه ای حمل و انبار شوند که از ایجاد هرگونه احتمال آلودگی جلوگیری به عمل آید.
- ✓ انبار باید دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب بوده و تعداد مناسب دماسنج و رطوبت سنج در اقصا نقاط انبار جهت ثبت و کنترل دما و رطوبت موجود باشد. استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی غیرمجاز میباشد.
- ✓ انبارها باید دارای سیستم اعلام و اطفاء حریق بوده و تابلوی راهنما جهت استفاده از وسایل ایمنی در کنار آنها وجود داشته باشد.
- ✓ کلیه پرسنل انبارها باید دوره های آموزشی عملی اطفاء حریق را طی کرده و در کار خود تجربه و مهارت کافی را داشته باشند.
- ✓ اتاقی در انبار به عنوان اتاق انباردار جهت نگهداری از اسناد و مدارک انبار و همچنین در صورت مجهز بودن به سیستم نرم افزاری جهت قرار گرفتن کامپیوتر باید وجود داشته باشد.
- ✓ جهت جلوگیری از بالا رفتن رطوبت و ایجاد آلودگی نباید شیر آب و یا سینک ظرفشویی درون انبار وجود داشته باشد.
- ✓ محفظه وسایل و سطوح فلزی متصل به زمینهای حفاظتی با در نظر گرفتن نکات خاص الکتریکی در مورد مراکز درمانی از قبیل استفاده مجزا از هادیهای حفاظتی زمین و سیم نول و عدم استفاده از هادی مشترک غیرمجاز میباشد.
- ✓ سیم کشی برق انبارها بهصورت ماهانه توسط مسئول برق تأسیسات بررسی میگردد.
- ✓ نحوه چیدمان و فیکس بودن قفسه ها بهصورت ماهانه توسط مسئول انبار و مسئول ساختمان بررسی میگردد.
- ✓ داروهای پرخطر با برچسب قرمز داروهای مشابه با برچسب زرد در داروخانه نگهداری میشود.

تخلیه بیمارستان در زمان حادثه

- ✓ تخلیه بیمارستان در زمان بروز حوادث مانند آتش سوزی، نشت دود و مواد خطرناک تخریب بیمارستان، از بین رفتن سیستم های گاز و غیره به دستور فرمان حادثه انجام میشود.
- ✓ تخلیه اضطراری به دو صورت تخلیه سریع و تخلیه تأخیری صورت میگیرد.
- ✓ زمان های تخلیه به دو صورت قبل از وقوع حادثه و پس از وقوع حادثه صورت میگیرد.
- ✓ عوامل مؤثر بر تصمیم مدیران در اجرای تخلیه اضطراری زمان وقوع حادثه، نوع حادثه، شدت حادثه، آمادگی بیمارستان می باشد.
- ✓ اطلاع از وقوع حادثه توسط فرمانده تیم حادثه صورت میگیرد.
- ✓ برقراری ارتباط با اعضای تیم حادثه و فراخوان آنها انجام میشود و وظیفه هرکدام مشخص شده است و طبق چارت بحران انجام میشود.
- ✓ برآورد حادثه و میزان خسارت وارده و راهکارهای تخلیه بیمارستان توسط تیم ارزیابی انجام میشود.
- ✓ دستور تخلیه توسط رئیس بیمارستان داده میشود.
- ✓ اگر تیم بحران قادر به تخلیه بیمارستان نباشند فرمانده حادثه با ارگانهای آتشنشانی و هلال احمر و اورژانس تماس گرفته و درخواست کمک برای تخلیه بیمارستان را می نمایند.
- ✓ کمک رسانی به آسیب دیدگان و باز نگهداشتن مسیر خروج اضطراری انجام میشود و گروهبندی بیماران برحسب تریاژ مشخص میشود.
- ✓ نوع تخلیه توسط تیم فرماندهی و طبق ارزیابی انجام میشود.
- ✓ فازهای تخلیه به ترتیب توسط تیم فرماندهی اعلام میشود.
- ✓ تمامی موارد مصرفی و موردنیاز بیمار توسط واحد تدارکات برنامه ریزی و فراهم میشود.
- ✓ تمامی امکانات ارتباطی و جایگزین توسط واحد تأسیسات فراهم میشود.
- ✓ مسیرهای خروج اضطراری با علامت مشخص شده اند.

نظافت ، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش / واحدهای مختلف بیمارستان

- ✓ وسایل نظافت بخشها باید اختصاصی بوده محل و شستشو و نگهداری با شرایط بهداشتی برای آنها منظور گردد.
- ✓ پرسنل خدمات بخش جهت نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش به شرح زیر اقدام نمایند.
- ✓ کف کلیه اتاقهای بستری و راهروها می بایست روزانه سه نوبت نظافت(جمع آوری زباله های درشت، جاروی خشک و بدون ایجاد گرد و غبار، تی) مرطوب گردد.
- ✓ کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل پتو، و ملحفه روتختی و .. می بایست به طور مرتب تعویض گردد. به نحوی که همواره سالم ، تمیز و فاقد آلودگی باشد.
- ✓ ظروف صابون مایع می بایست پس از خالی شدن کاملاً شسته و پس از خشک شدن، مجدداً پر گردند.
- ✓ میز غذا میبایست پس از استفاده بلافاصله نظافت گردد.
- ✓ تخت بیمار می بایست پس از ترخیص بیمار بصورت کامل نظافت و گندزدایی شود.
- ✓ برای نظافت قسمتهای مانند مختلف استیشن، یخچال، میز، لاکر، تلفن، و تخت ... می بایست از دستمالهای جداگانه استفاده شود.
- ✓ در صورت مشاهده آلودگی قابل رویت، تشک و پتوی بیمار می بایست بلافاصله تعویض گردند.
- ✓ داخل کمد ها می بایست نظافت شده و فاقد هرگونه گرد و خاک و لکه باشد.
- ✓ مواد ضد عفونی بایستی حتماً بصورت صحیح رقیق شده و برای هر بار استفاده بصورت تازه تهیه شود.
- ✓ پهن کردن روزنامه در داخل کمد ها ممنوع است.
- ✓ نگهداری مواد غذایی بصورت روباز در داخل و بخش همچنین یخچالها ممنوع است.
- ✓ یخچالها می بایست حداقل هفته ای یکبار بصورت کامل نظافت شوند.
- ✓ درب یخچالها در صورت خاموش بودن باید باز باشد تا بو نگیرد؛ در صورت بو گرفتن باید بوسیله جوش شیرین نظافت شود.
- ✓ کلیه درزها و شکافهایی که به منجر تجمع حشرات می گردد می بایست بلافاصله پیگیری لازم جهت انسداد آنها توسط واحد تأسیسات با هماهنگی واحد بهداشت محیط انجام شود.
- ✓ نظافت کلیه زوایای غیرقابل دسترس الزامی است.
- ✓ نگهداری کارتن در بخش ممنوع است.
- ✓ نظافت کلیه تراسها، پنجره ها و شیشه ها الزامی است.
- ✓ رعایت دستورالعملهای تفکیک پسماند در مبدا توسط کلیه پرسنل بیمارستان ضروری است.
- ✓ حمل پسماند توسط پرسنل خدمات بدون بین ممنوع است.
- ✓ نظافت می بایست از بالا به پایین و از تمیزترین به کثیفترین قسمت صورت گیرد.
- ✓ عمل تی کشیدن می بایست بصورت زیگزاگی صورت گیرد.
- ✓ تی ها پس از اتمام کار می بایست با دقت شستشو شده به و مدت نیم ساعت در محلول ۱:۱۰ وایتکس ۱۰۰۰ PPM (کلر قابل دسترس) غوطه ور گردد.

در هر بخش تی ها با سه نوع رنگ دسته مشخص می شوند:

- ✓ آبی (اتاقهای استراحت ، بخش های اداری و ایستگاه پرستاری)، قرمز (اتاقهای بیماران و راهرو)، زرد (اتاق ایزوله)، سبز (آبدارخانه)
- ✓ نخ تی هر ۱۵ روز یکبار باید تعویض شوند.
- ✓ توالتها می بایست پس از هر شیفت و در صورت مشاهده آلودگی قابل رویت بلافاصله توسط آب و دترجنت و یا آب و محلول سارفوسپت نظافت و شستشو گردد.
- ✓ توالت و حمام می بایست توسط برس های نایلونی نظافت گردند.
- ✓ جهت خشک شدن سریعتر سطل ها بایستی پس از شستشو بصورت وارونه قرار گرفته و وسایل نظافت زمین نیز آویزان قرار داده شوند.
- ✓ پرسنل خدمات در صورت ریختن و یا پاشیده شدن خون بر روی سطوح می بایست به شرح زیر اقدام نمایند:
- ✓ دستکش و در صورت لزوم سایر وسایل حفاظت فردی پوشیده شود.
- ✓ خون و مواد آلوده با حوله یک بار مصرف (دستمال کاغذی و یا سایر انواع دستمال های یکبار) مصرف جمع آوری و پاک شود. محل مورد نظر با آب و دترجنت شسته شود. با محلول هیپوکلریت سدیم (آب ژاول خانگی، وایتکس) گندزدایی شود. از رقت (% ۱ ۱۰۰۰ PPM کلر قابل دسترس) استفاده شود. در مواردی که استفاده از هیپوکلریت سدیم موجب آسیب رساندن به سطوح می گردند، استفاده از ماده جایگزین مانند (دکونکس ۵۰ آ اف، آب اکسیژنه ۳ % یا هالامید) مناسب می باشد.
- ✓ اگر مقدار زیادی از خون یا مایعات آلوده کننده (حدودا بیشتر ۳۰ سی سی) در محیط ریخته شده باشند پرسنل خدماتی می بایست به روش زیر اقدام نمایند : روی محیط آلوده به مقدار کافی دستمال یکبار مصرف (مانند دستمال کاغذی) قرار داده شد تا موضع کاملا پوشیده شود. روی آن محلول ۱:۱۰ هیپوکلریت سدیم ریخته شده و به مدت ده دقیقه صبر گردد ، با رعایت احتیاط آلودگی کاملا جمع آوری گردد. مکان با آب و دترجنت شسته شود ، مکان مجددا با محلول ۱:۱۰ وایتکس گندزدایی گردد.
- ✓ طی کشی کف بخش داخلی جدید به دلیل جنس خاص با محلول ۲٪ F انجام شود و این محلول روزانه دور ریخته شود.
- ✓ شست و شوی محفظه های آب اکسیژن در محلول ۲٪ وایتکس انجام شود و این محلول تا دو هفته قابل نگهداری است و در بیماران بستری هر ۴۸ ساعت تعویض گردد و محلول روزانه دور انداخته شود.
- ✓ شست و شوی آمبوگ و لارنگوسکوپ در محلول آنزیمی ۱٪ به مدت ۵ دقیقه انجام شود و سپس در محلول ۲٪ سطح متوسط به مدت ۱۵ دقیقه گذاشته شود و سپس خشک و داخل زیب کیپ با تاریخ گذاشته شود. این محلول هر ۱۴ روز تعویض گردد.

نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی

- ✓ در هر مرحله از تهیه و توزیع غذا چهار اصل کلی مبارزه با عوامل میکروبی برای حفظ سلامت و ایمنی غذایی را باید بطور کامل رعایت و اجرا کنید.
 - ✓ رعایت نظافت : با شستشوی دست ها و سطوح کار
 - ✓ جداسازی : به منظور جلوگیری از پخش ، گسترش و انتقال آلودگی های متقاطع
 - ✓ پخت کردن و نگهداری : پختن غذا تا رسیدن و تامین دمای مناسب و کافی غذا و نگهداری در دمای گرم مناسب و یا نگهداری در دمای سرد مناسب
 - ✓ رعایت نظافت و شستشو در مواردی مانند قبل و بعد از کار با مواد غذایی ، پس از دوش گرفتن ، پس از تعویض پانسمان و تماس با فرد بیمار یا متعاقب سرفه، عطسه الزامی است. بدین منظور حتما از آب گرم و صابون استفاده نمائید؛ در صورتی که رد سطح زخم، هر نوع سائیدگی پوست یا عفونت داشته باشد حتما از دستکش مطمئن استفاده کند به دلیل اینکه باکتریها در هر جایی وجود دارند.
- جهت نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا موارد زیر توسط کارشناس بهداشت محیط مد نظر قرار میگیرد:
- ✓ کارکنان باید دارای کارت بهداشتی معتبر با تاریخ معتبر (دوره زمانی یکساله) باشند. کارت بهداشتی باید در معرض دید مراجعین ، بازرسان بهداشت و مسئولین ذیربط قرار بگیرد.
 - ✓ کلیه متصدیان و کارکنانی که در مراکز تهیه ، تولید ، توزیع ، نگهداری و فروش اشتغال دارند ، موظفند در کلاسهای ویژه بهداشتی دوره آموزش بهداشت اصناف شرکت نمایند.
 - ✓ متصدیان و کارکنان موظفند موارد بهداشت فردی را کاملا رعایت نموده و به دستوراتی که از طرف بازرسین بهداشت داده می شود، عمل نمایند.
 - ✓ کلیه قسمتها باید حتما مایع دستشویی در دسترس داشته باشندو باید کارکنان قبل از توزیع و جابجایی مواد غذایی اقدام به شستن دست ها طبق دستورالعمل شستشوی دست سازمان جهانی بهداشت که به پیوست می باشد اقدام نمایند.
- کارکنان موظفند ناخنها ، موی سر و صورت خود را کوتاه و تمیز نمایند.
 - کارکنان باید به کلاه و روپوش به رنگ روشن و تمیز ملبس باشند.
 - کارکنان باید قبل از شروع کار ، در صورت تغییر نوع کار و بعد از توالی دستهای خود را با آب و صابون بشویند .
 - کارکنان در هنگام آماده سازی ، طبخ و توزیع غذا باید از دستکش استفاده نمایند. (دستکش غیرمشکی)
 - شستن دست در محل ظرفشویی ممنوع میباشد.
 - برای خشک کردن دستها از دستمال کاغذی یا حوله شخصی استفاده شود.
 - توزیع غذا توسط کادر خدمات مخصوص توزیع صورت گیرد.
 - در بیمارستان باید توالی گرمخانه دار جهت توزیع غذا و به تعداد کافی موجود باشد.
 - متصدی توزیع غذا ماهر و آموزش دیده باشد.



- در هنگام توزیع غذا، لباس کار متصدیان توزیع غذا تعویض شود.
- متصدیان توزیع غذا قبل و بعد از تماس با غذا، دست های خود را بشویند.
- متصدیان توزیع غذا، از پیشبند مخصوص جهت توزیع غذا استفاده نمایند.
- توالی حمل غذا با درپوش مناسب تا رسیدن به بخش پوشیده شود.
- ✓ برای توزیع غذا از ظروف سالم استیل یا چینی استفاده شود. که در حال حاضر در این بیمارستان از ظروف یکبارمصرف استفاده می شود.
- دورچین غذا برای بیماران وجود داشته باشد.
- غذای تهیه شده برای بیماران بر اساس برنامه غذایی تنظیم شده برای هر بیمار باشد.
- غذای توزیع شده مطابق رژیم غذایی بیمار و دارای کیفیت، دما و ظاهر مناسب باشد.
- لیست غذایی بعد از توزیع توسط مسئول شیفت امضا شود.
- غذا در ساعت تعیین شده در بخش ها توزیع شود.
- درمحل سرو غذا پرسنل پیشخوان و میز کار و کلیه لوازم و وسایل مصرفی کاملاً تمیز و ضد عفونی شده باشد.
- مواد غذایی داغ در کلیه مراحل سرو غذا حداقل در دمای ۶۰ درجه سانتیگراد نگهداری شده و از افت درجه حرارت اجتناب شود.
- مواد غذایی سرد مانند سس های سرد و سالادها در درجه حرارت ۴ تا ۵ درجه سانتیگراد نگهداری باشند.
- حداکثر زمان نگهداری مواد غذایی فاسد شدنی طبخ شده در خارج از یخچال ۲ ساعت باشد.
- در صورتیکه لازم است غذا بیشتر از ۲ ساعت نگهداری شود حتماً غذا در یخچال نگهداری شود.
- برای نگهداری مواد غذایی پخته و انتقال غذا بلافاصله اقدام شده و غذا را در ظرفهای کم عمق و در حد امکان حجم کم تقسیم کرد.

شستشوی انواع البسه

- ✓ البسه و منسوجاتی که برای شستشو به لنزری آورده می شود به ۲ دسته تقسیم می گردد:
 - (۱) البسه و منسوجات کمتر آلوده : به آن دسته از البسه گفته شده که آلودگی قابل رویت نداشته باشد.
 - (۲) البسه آلوده (از نظر OSHA) : به البسه ای آلوده گفته میشود که به خون یا سایر مواد بالقوه عفونی آلوده و یا حاوی اشیاء تیز و برنده باشد.
 - ✓ در زمان جمع آوری ، انتقال و تفکیک البسه رعایت نکات ذیل ضروری است.
 - ✓ به منظور پیشگیری از آلودگی هوا ، سطوح و افراد کلیه البسه آلوده / کمتر آلوده باید بدون شتابزدگی و سراسیمگی جمع آوری شوند.
 - ✓ منسوجات و البسه آلوده / کمتر آلوده باید در محلی که مورد استفاده قرار گرفته اند جمع و آوری نوع آلوده درون کیسه های پلاستیکی مخصوص (غیر قابل نفوذ) قرار گیرند . تبصره ۱ : از تفکیک منسوجات و البسه آلوده (بر حسب جنس ، رنگ ، نوع منسوج و ..) در محلهای مراقبتی از بیمار جدا خودداری شود . تبصره ۲ : در هنگام جمع آوری ملحفه های آلوده به خون و یا سایر مایعات بدن باید به صورتی پیچیده شود که قسمت آلوده در وسط محفوظ نگه داشته شود . تبصره ۳ : از عدم باقی ماندن وسایل نوک تیز در سوزن و داخل ملحفه حین جمع آوری و قراردادن آن اه در داخل کیسه اطمینان حاصل نمایید (. بر اساس دستورالعمل تزریقات ایمن کلیه اجسام نوک تیز استفاده شده باید در **Box Safety** ریخته و به روش ایمن دفع شوند . تبصره ۴ : به منظور جابجایی منسوجات آلوده به خون یا سایر مواد بالقوه عفونی بدن از کیسه ه ای پلاستیکی غیر قابل نفوذ استفاده شود . تبصره ۵ : کیسه های حاوی البسه آلوده قبل قرار از گرفتن داخل ترالی ها ی مخصوص حمل بطور محکم و صحیح بسته شوند . تبصره ۶ : به منظور حفاظت کارگران حین جابجایی از برچسب ، کدهای رنگی و یا سایر روش های مناسب بر روی کیسه های البسه آلوده استفاده شود . تبصره ۷ : از پرت کردن کیسه های البسه آلوده درون ترالی های مخصوص حمل پرهیز گردد.
- به منظور ایجاد نظم و برقراری سیستم مدیریت صحیح توزیع البسه و منسوجات در بخش ها می توان از روش های زیر استفاده نمود:
- ✓ شمارش ملحفه در هنگام جمع آوری روتین بخش توسط یکنفر از واحد لنزری تحت نظارت خدمات یا کمک بهیار صورت گیرد و به صورت مشترک لیست آن تهیه و توزیع مجدد بر حسب لیست انجام پذیرد.
 - ✓ ملحفه ها و منسوجات توسط خدمات بخش جمع آوری ، شمارش ، لیست آن تهیه و به واحد لنذری تحویل شود ، مسئول توزیع البسه در لنذری بر حسب اعتماد فی مابین ، تعداد مربوطه رابه بخش مرجوع نماید
 - ✓ ترالی ها ی مخصوص حمل البسه باید بطور صحیح طراحی ، حفظ و به منظور پیشگیری از گسترش میکروارگانسیم های پاتوژن تحت فشار منفی هوا نگهداری شوند. بعبارت دیگر محل قرار گرفتن ترالی ها یا محل لنز کثیف باید تحت فشار منفی بوده یا حداقل در بالای بین های کثیف هواکش وجود داشته باشد . تبصره ۱ : به منظور حمل البسه کثیف و تمیز از ترالی ها (بین های) مجزا استفاده شود . تبصره ۲ : رویه یا سطح ترالی مخصوص حمل و نگهدار ی البسه و ملحفه روزانه پاکسازی و شستشوداده شود .

برای شستشوی اختصاصی انواع البسه ها بصورت زیر عمل نمایید:



✓ شستشوی روپوش سفید

- (الف) برای شستشوی روپوش سفید حتماً باید از آب سرد استفاده شود.
- (ب) ماشین لباسشویی حتماً تا سطح پایین شیشه آگیری شود.
- (ج) برای تعداد ۶۰ روپوش یک قوطی پودر مصرف شود.
- (د) مقدار آب ژاول (وایتکس) برای ۶۰ عدد روپوش حدود یک لیتر می باشد که نباید مستقیماً روی البسه ریخته شود و بهتر است هنگام استفاده، قبلاً ماشین لباسشویی آگیری شده باشد.
- (و) ۳ مرتبه یکبار برای شستشوی روپوش سفید به میزان ۲ لیوان پودر سفیدکننده + ۲ لیوان پودر بلیچ (پودر خون بر) با هم مخلوط شود که روپوش و براق سفید گردد .

✓ شستشوی ملحفه ها

- (الف) برای شستشوی ملحفه باید از آب گرم استفاده کرد.
- (ب) به ازای هر ۵۰ ملحفه یک لیوان پودر و یک لیتر آب ژاول کافی می باشد.

✓ شستشوی لباس بیمار:

- (الف) برای شستشوی لباس بیمار باید از آب گرم استفاده کرد.
- (ب) به ازای ۳۰ هر عدد لباس حدود ۲ تا ۳ لیوان پودر (بسته به چرکی لباس) + یک لیتر آب ژاول کافی می باشد .
مهم: حتماً باید آب ژاول با آب مخلوط شود و سپس به ماشین اضافه گردد.

✓ شستشوی پتو: برای شستشوی پتو به ازای هر ۳ پتو ۱-۲/۵ لیوان پودر کافی می باشد.

✓ شستشوی روتختی:

- (الف) برای شستشوی روتختی باید از آب ولرم استفاده گردد.
- (ب) به ازای هر ۳ عدد روتختی ۲ لیوان پودر + ۲ لیوان سفیدکننده + ۲ لیوان پودر بلیچ استفاده می شود.
- (ج) باید توجه داشت که در شستشوی روتختی هرگز از آب ژاول استفاده نشود.

✓ شستشوی البسه چرب آشپزخانه:

- (الف) برای شستشوی البسه چرب آشپزخانه باید از آب ولرم استفاده گردد.
- (ب) برای شستشوی البسه چرب آشپزخانه علاوه بر پودر لباسشویی از مایع صابون جهت زدودن چربی استفاده کرد.

آمادگی بیماران قبل از مداخلت تهاجمی ، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن

- ✓ برنامه ریزی در خصوص پذیرش بیماران جهت اعمال جراحی با رعایت اولویت ها و حقوق گیرنده خدمت صورت پذیرد.
- ✓ جهت کسب اطمینان از آمادگی قبل از اتاق عمل برای پذیرش بیماران، الزم است کلیه مراقبت های ذیل صورت پذیرد اصول شناسایی صحیح بیمار بایستی رعایت شود.
- ✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در صورتی که هوشیار باشد.
- ✓ در بیماران زیر ۱۸ سال و بیماران با اختلال هوشیاری از ولی و یا قیم قانونی بیمار رضایت گرفته شود.
- ✓ مسئول بیمار موظف است بیمار را ضمن معرفی خود با توجه به نوع عمل آماده اتاق عمل نماید.
- ✓ اطمینان از ناشتا نمودن بیمار از ۸ ساعت قبل عمل صورت گیرد.
- ✓ کلیه زیور آلات بیمار توسط کمکی و با نظارت پرستار با حضور همراهی در بیماران هوشیار خارج و تحویل بیمار گردد. در بیماران با اختلال هوشیاری علاوه بر رعایت موارد فوق حضور نگهبان و اطلاع به سوپروایزر کشیک الزامی میباشد.
- ✓ شیو محل عمل توسط کمکی بخش با نظارت پرستار مسئول در کمترین فاصله زمانی با عمل جراحی توسط ماشین اصلاح صورت پذیرد.
- ✓ پرسش از وجود بیماریهای زمینه ای همراه و جراحی های گذشته، سابقه حساسیت های دارویی و غذایی و مصرف داروهای خاص (کورتن ها، داروهای قند، آسپرین، وارفارین و ... (ارزیابی و عالوه بر ثبت در گزارش پرستاری به اطلاع پزشک معالج برسد.
- ✓ چک آزمایشات و ضمام پرونده نظیر EKG و Cxray، گرافی ها که توسط پزشک معالج خواسته شده و ضمیمه نمودن به پرونده صورت گیرد. کلیه اعضا مصنوعی بیمار شامل عینک، سمعک، و کلیه وسایل فلزی قبل از انتقال به اتاق عمل توسط کمکی خارج و در حضور بیمار تحویل همراهی گردد.
- ✓ چک علائم حیاتی قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار و ثبت در برگه مراقبت قبل از عمل و گزارش پرستاری صورت گیرد.
- ✓ در صورت تغییر در شرایط بیمار منجمله علائم حیاتی، آزمایشات و ... اطلاع به پزشک معالج صورت گیرد.
- ✓ بررسی صحت محل عالمتگذاری شده توسط پزشک با نوع عمل جراحی درخواست شده ، توسط پرستار مسئول صورت گیرد.
- ✓ بیمار با رعایت موازین اسالمی و پوشش مناسب اتاق عمل بایستی با ویلچر یا برانکارد به اتاق عمل منتقل گردد.
- ✓ برگه مراقبت قبل از جراحی توسط پرستار مسئول پس از کامل شدن چک و امضا می شود.

بعد عمل :

- ✓ اصول شناسایی صحیح بیمار بایستی رعایت شود.
- ✓ چک علائم حیاتی و سطح هوشیاری قبل از انتقال بیمار به برانکارد بخش توسط پرستار مسئول صورت گیرد و در صورت وجود هرگونه مغایرتی به پرستار بیهوشی اطلاع داده شود.



تعداد بازنگری : ۳

- ✓ چک محل عمل از نظر خونریزی، هماتوم، تمیزی پانسمان قبل از انتقال انجام گیرد.
- ✓ بررسی کلیه اتصالات از نظر صحت عملکرد توسط پرستار قبل از انتقال به برانکارد بخش صورت گیرد.
- ✓ رعایت حفظ حریم خصوصی در هنگام انتقال صورت گیرد.
- ✓ تحویل کلیه مستندات عمل جراحی انجام شده همراه با پرونده از پرستار ریکاوری انجام شود
- ✓ انتقال بیمار به بخش به صورت ایمن و چک دستورات و عالم حیاتی بیمار طبق دستور پزشک صورت گیرد.
- ✓ بررسی مجدد کلیه اتصالات و اطمینان از صحت عملکرد آن ها در طول شیفت در چند نوبت صورت گیرد و در پرونده ثبت گردد.

نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک

- ✓ در حالات مختلفی بیمار قبل از دریافت نتایج تست های آزمایشگاهی یا پاراکلینیکی از بیمارستان مرخص می شود:
- ✓ بیمار علیرغم توصیه پزشک و کادر درمان قبل از اتمام دوره درمان بیمارستان را با رضایت شخصی ترک می نماید.
- ✓ پاسخ برخی تست ها در دوره معمول درمان آماده نمی شود مانند نتایج پاتولوژی ۲ هفته و هورمون شناسی (یک هفته بعد) و الزام است نتایج هنگام آماده شدن به بیمار یا همراه وی اطلاع رسانی شود.
- ✓ نتایج برخی از تست های آزمایشگاهی و پاراکلینیک در تکمیل روند دوره بستری حائز اهمیت نیستند و پزشک با توجه به وضعیت بالینی بیمار اقدام به ترخیص وی از بیمارستان می نماید بر این اساس الزام است دستورالعمل واحدی در بیمارستان جاری باشد تا کلیه کادر درمان مطابق آن عمل نموده تا هدف تشخیصی درمانی تست مورد نظر حاصل گردد.
- ✓ لیست آزمایشات، چرخه زمانی و زمان پاسخ دهی تست های تایید آزمایشگاه طبق مصوبه کمیته تعیین تکلیف در دسترس پزشک و کادر بالینی قرار داده شود.
- ✓ پرستار/مامای مسئول بیمار جواب آزمایشات و تست های پاراکلینیکی انجام شده را بر اساس زمان بندی اعلام شده پیگیری می نماید
- ✓ در صورتی که هنگام ترخیص بیمار برخی از جواب تست ها آماده نبود پرستار/مامای مسئول اسم کامل تست را به همراه زمان انجام و زمان مورد انتظار پاسخ (طبق لیست چرخه جواب) در فرم آموزش حین ترخیص بیمار ثبت می نماید.
- ✓ فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه وی تحویل گردیده در خصوص پیگیری جواب تست ها و آزمایشات به وی توضیح داده شود.
- ✓ در مورد نمونه های پاتولوژی، فرم مشخصات و شماره تلفن بیماران در اختیار آزمایشگاه قرار دارد که اطلاع رسانی و تحویل جواب صرفا از طریق پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه به بیمار و یا همراه وی صورت پذیرد.
- ✓ مواردی که نمونه پاتولوژی بیمار مثبت باشد پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه مراتب را بلافاصله به بیمار یا همراه وی جهت پیگیری بعدی اطلاع داده و ثبت نماید.
- ✓ پرسنل آزمایشگاه در مورد بیماران سرپایی و ترخیص شده جواب هایی که در محدوده بحرانی می باشند بصورت تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع می دهند.
- ✓ به منظور صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است.

گزارش آنی نتایج بحرانی

- ✓ پیش از هرگونه تکرار /کنترل مجدد بایستی نتایج بحرانی تصویر برداری به پزشک معالج و در صورت عدم دسترسی به پرستار بیمار اطلاع رسانی شود.
- ✓ فهرست محدوده بحرانی تصویربرداری با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول تصویربرداری در کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی و تصویربرداری ابلاغ میگردد.
- ✓ گزارش آنی نتایج بحرانی فقط با استفاده از خط آزاد ارتباطی جهت اطلاع رسانی آنی به بخش ها توسط تکنسین مسئول صورت می گیرد.
- ✓ تکنسین مسئول /پزشک رادیولوژیست بعد از اطلاع تکنسین یا مشاهده مستقیم و بررسی تصویربرداری انجام شده ، و یا تکنسین هر قسمت در آزمایشگاه مسئول اطلاع نتیجه آزمایش به پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار می باشد.
- ✓ بعد از اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار و پزشک معالج ، مجدد آزمایش مربوطه تکرار و نتیجه اطلاع رسانی می شود .

محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلند گو / پیجر

- ✓ بیمارستان دارای ژنراتور برق اضطراری بوده و در شرایط قطع برق شهری بطور خودکار فعال می شود.
- ✓ فرآیند بازدید دوره ای با مشخص شدن فواصل بازدید تدوین شده ومسئول تأسیسات بیمارستان آن را انجام می دهند.
- ✓ در زمانی که نقص در سیستم اطلاع رسانی بیمارستان بوجود آمده باشد از تلفن ثابت توسط کادر درمانی استفاده می شود.
- ✓ در صورتی که تلفن در بخش ها دچار نقص شده باشد برای اطلاع رسانی هر چه سریع از پرسنل خدمات کمک گرفته می شود.
- ✓ در صورت نقص در سیستم اطلاع رسانی سریعاً پذیرش بیمارستان به مدیر داخلی گزارش داده و توسط مسئول تأسیسات بیمارستان نظارت و پایش می شود.
- ✓ در صورتی که نقص در سیستم اطلاع رسانی نیاز به اعتبار مالی داشته باشد مدیر مالی تصمیم الزام را اتخاذ می نماید.
- ✓ سیستم پیجر بیمارستان از ساعت ۷ صبح تا ساعت ۲۲ فعالیت دارد و در غیر این ساعات سریعاً از تلفن ثابت یا خدمات کمک گرفته می شود تا مزاحمتی برای بیماران ایجاد نکند.
- ✓ سیستم پیجر فقط در مواقع ضروری استفاده می شود و در تمام ساعات آرامش بخش ها حفظ میگردد.



دستور العمل اعلام اخبار ناگوار به بیماران و خانواده های آنها

- ✓ از طریق مصاحبه با بیمار یا خانواده ارتباط برقرار می شود که باید بیان مناسب داشته و یک پیش آگهی به آنها داده شود.
- ✓ گوش دادن به بیمار و گرفتن اطلاعات از وی (سوال شود شما با بیمار چه نسبتی دارید؟)
- ✓ درک آنها ارزیابی می شود و بعد پروسیجر توضیح داده می شود.
- ✓ استفاده از یک محل آرام و خصوصی برای اطلاع خبر
- ✓ فراهم آوردن شرایط مناسب برای بیمار و خانواده ی وی
- ✓ خبر توسط پزشک معالج داده می شود در صورت نبود ایشان از سرپرستار و یا با سابقه ترین پرستار بخش کمک میگیریم.
- ✓ به احساسات بیمار و خانواده پاسخ داده می شود. (مانند دادن دستمال کاغذی ، لیوان آب، لمس بیمار با توجه به فرهنگ او....)

دستور العمل بیماران مجهول الهویه

- ✓ بیمار مجهول الهویه: به فردی اطلاق می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری، فراموشی موقت یا دایم، مشکلات روانی و ذهنی و ... قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست یا همراهی که بتواند این اطاعات را در اختیار قرار دهد حضور ندارد.
- ✓ به محض ورود بیمار (با وسیله شخصی یا ۱۱۵) تریاژ انجام و انتقال به بخش بستری یا بخش حاد یا اتاق احیا بر اساس ارزیابی در زمان تریاژ صورت می گیرد.
- ✓ متصدی پذیرش با دستور پزشک برای بیمار تشکیل پرونده داده و پرونده را به بخش ارسال می کند.
- ✓ در اطلاعات پذیرش بیمار موارد زیر لحاظ شود:
- ✓ در قسمت نام خانوادگی بیمار مجهول الهویه و در قسمت نام خانم/آقا/دختر بچه/پسر بچه/نوزاد ثبت و در صورت عدم شناسایی بیمار تا زمان ترخیص تحت همین نام در بیمارستان شناسایی خواهد شد.
- ✓ جنس بیمار دقیقاً ثبت شود.
- ✓ برای تخمین سن تقریبی از پزشک مسئول شیفت اورژانس کمک بخواهید.
- ✓ در گزینه آدرس بیمار، محل یافتن بیمار ثبت شود
- ✓ ضمناً اطلاعات ثبت شده بر روی دستبند شناسایی این بیماران به شرح ذیل می باشد:
- ✓ در قسمت نام خانوادگی بیمار مجهول الهویه و در قسمت نام خانم/آقا/دختر بچه/پسر بچه/نوزاد و ثبت شماره پرونده و تاریخ تولد به صورت تقریبی می باشد.
- ✓ پرستار مسئول شیفت ترتیبی اتخاذ می نماید که بیمار مانند سایر بیماران تحت درمان قرار گیرد اطلاع پذیرش بیمار مجهول الهویه به سوپروایزر داده می شود.
- ✓ ارزیابی بیمار توسط پرستار و پزشک از نظر وضعیت جراحات یا هر نشانه یا شاخص در بیمار (پوشش، رنگ پوست و علامت خاص ظاهری و ...) در پرونده ثبت نموده و در صورت هوشیاری اطلاعات لازم را از بیمار گرفته و ثبت می نماید.
- ✓ نگهبان با هماهنگی سوپروایزر جیب بیمار و کلیه وسایل شخصی وی را جهت یافتن کارت شناسایی، آدرس و شماره تلفن و ... برای تعیین هویت بیمار بررسی نموده و صورتجلسه تنظیم میگردد. هیچ یک از وسایل بیمار حتی در صورت مخدوش و یا آلوده بودن نایستی معدوم گردد.
- ✓ سوپروایزر در اسرع وقت (حداکثر ۲۴ ساعت) مورد را به نیروی انتظامی اطلاع می دهد تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه تنظیم می نماید و اقدامات لازم در خصوص شناسایی بیمار را از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد.
- ✓ جهت شناسایی بیمار در واحدهای پاراکلینیک و سایر بخشها مطابقت مچ بند شناسایی با اطلاعات ثبت شده در پرونده/سیستم و نیز شماره پرونده و شماره سریال پذیرش صورت گیرد.
- ✓ در صورت شناسایی بیمار در هر یک از مراحل، باافاصله اصلاح اطلاعات هویتی در سیستم his، پرونده و مچ بند شناسایی بیمار صورت گیرد



تعداد بازنگری : ۳

- ✓ سوپروایزر با همکاری مددکار جهت ترخیص بیماران مجهول الهویه و دارای آسیب های اجتماعی تا حصول نتیجه و خروج قانونی بیمار از بیمارستان پیگیری های لازمرا انجام می دهند.
- ✓ در صورت فوت بیمار مجهول الهویه ، مشخصات بیمار طبق مندرجات دستبند شناسایی همراه با شماره پرونده و محل یافتن بیمار روی کیسه جسد ثبت می گردد
- ✓ در صورت فوت بیمار مجهول الهویه در شرایطی که هیچ راهی برای شناسایی بیمار در بیمارستان وجود ندارد به پلیس ۱۱۱ اطلاع می دهد تا از طریق مراجع قانونی اقدام شود.

دستور العمل تسکین درد

- ✓ پرستار، بیمار را از نظر داشتن درد و مشخصات آن مطابق با فرم ارزیابی اولیه و با استفاده از ابزار درد (۰-۱۰) شناسایی و در گزارش پرونده ثبت نماید و به اطلاع پزشک معالج برساند.
- ✓ پرستار با استفاده از روشهای غیر دارویی بسته به نوع و محل درد اقدام نماید:
- ✓ مثال : استفاده از کیف آب گرم و حمام در دردهای عضلانی
- ✓ ایجاد تغییر پوزیشن راحت یا حرکات ورزشی مناسب برای کمر درد
- ✓ کاهش محرکهای محیطی (نور و سر و صدا) برای سردرد
- ✓ پرستار در صورتی که درد بیمار کمتر نشد، کاردکس را چک کند، اگر دستور مسکن جهت کاهش درد وجود داشت همان دارو را به بیمار دهد و نام دارو، زمان و علت تجویز و تأثیر آن را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- ✓ پرستار در صورتی که دستور تجویز مسکن در پرونده بیمار وجود نداشت، به پزشک معالج اطلاع داده و بعد از اخذ دستور مسکن طبق بند قبل اقدام نماید.
- ✓ در صورتی که درخواست داروی مخدر توسط پزشک ثبت شد برگه مخدر توسط پزشک تکمیل و مهر و امضاء شود و توسط پرستار بخش با توجه به نوع و دوز دارو و تاریخ تجویز، برگه داروی مخدر تحویل سوپروایزر کشیک شده و دارو به شکل آمپول دریافت شود. پوکه داروی مخدر بعد از مصرف به برگه مخدر چسبانده شود و تحویل دفتر پرستاری گردد داروی مخدر طبق تجویز در بخش مصرف شود و نام دارو، زمان، علت تجویز و تأثیر آن در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- ✓ پرستار به زبانی ساده و قابل درک و فهم، بیمار را از عوارض داروهای مسکن / داروهای مخدر آگاه سازد.
- ✓ پرستار جهت تجویز داروی مخدر برای بیمار در حضور یک کارشناس پرستاری دیگر (مجموعاً دو پرستار) اقدام نماید.

نکات مهم در داروهای مخدر :

- ✓ داروهای مخدر جزو داروهای هشدار بالا میباشند.
- ✓ توسط متخصص یا بالاتر دستور داده میشود.
- ✓ ترجیحاً بهصورت شفاهی و دستور تلفنی داده نمیشود.
- ✓ از حروف درشت در نوشتن آن در حین دستور پزشک استفاده میشود.
- ✓ نگهداری و انبارش آن در قفسه جدا و قفل دار صورت میگیرد. (حتی قرص و شربت متادون)
- ✓ درج سوابق و موجودی داروی مخدر در تعویض شیفتها انجام میشود.



دستور العمل خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی بستری

- ✓ تحویل پرونده ها از واحد حسابداری و امور بیمه طبق لیستی که همراه پرونده ها ارسال می گردد.
- ✓ ارزیابی پرونده ها از لحاظ کمی و کیفی انجام می شود.
- ✓ پرونده های ناقص برحسب پزشک و یا بخش بستری تفکیک و گزارش نواقص آنها به متخصصین و بخش های بستری اعلام می گردد.
- ✓ پس از رفع نقص ، پرونده ها تفکیک و اوراق آنها به ترتیب واحد مدارک پزشکی مرتب می شود.
- ✓ پرونده ها به قسمت کدگذاری ارجاع داده شده و بعد از کدگذاری به بایگانی تحویل داده و در پوشه رنگی مخصوص شماره پرونده قرار گرفته و در قفسه طبق سیستم شماره گذاری قرار می گیرد.
- ✓ برای امحاء اسناد و مدارک پزشکی ، بیمارستان بطور جداگانه مجوزی با هماهنگی نماینده حقوقی دانشگاه دریافت کرده و بعد از تصویر برداری و اسکن بخش های مهم پرونده ها ، آنها را امحاء می نماییم که این امر شامل بررسی سن قانونی مدارک و دفاتر پزشکی و مشمول قانون امحاء و همچنین بررسی نحوه امحاء و لزوم اهمیت آن در کمیته مدارک پزشکی و همچنین تهیه صورتجلسه در زمان امحاء پرونده ها و مدارک پزشکی می باشد.

دستور العمل استفاده از زیور آلات در بخش های بالینی بیمارستان

- ✓ عفونت های بیمارستانی یکی از عوامل مخاطره انگیز در بیماران بستری شده می باشد که نتیجه آن افزایش قابل توجه مرگ و میر و تحمیل هزینه های زیاد بر سیستم های بهداشتی درمانی می باشد. نتایج بعضی از مطالعات حاکی از بیشتر بودن تعداد کلونیهای میکروبی و پاتوژن های بیماری زا شمارش شده در کارکنان با زیور آلات نسبت به افراد بدون آن بوده است .
- ✓ استفاده از زیور آلات باعث تجمع میکروب ها در زیر آن و انتقال آن از یک بیمار به بیمار دیگر می شود و همچنین باعث پاره شدن دستکش، شستشو و ضد عفونی ضعیف تر دستها می گردد.
- ✓ بر اساس مصوبه کمیته کنترل عفونت استفاده از هرگونه زیور آلات (انگشتر-انگو-ساعت-دستبند) و هم چنین استفاده از الک و کاشت ناخن - ناخن بلند و... در تمامی بخش های بالینی ممنوع می باشد.



دستور العمل سطوح دسترسی به پرونده ی پزشکی بیماران

پزشک مشاور	پزشک معالج
سرپرستار	پرستار/ماما
منشی بخش	سوپروایزر بالینی / آموزش / کنترل عفونت
رییس بیمارستان	کارشناس تغذیه
مدیر خدمات پرستاری	مدیر داخلی
کارشناس مدارک پزشکی	مسئول کد گذاری واحد مدارک پزشکی
واحد ترخیص	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
مقوم بیمه	واحد درآمد
مددکار	دبیر کمیته ها (اخلاق پزشکی و مرگ و میر)
بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه	داروساز
پزشکی قانونی	دادگستری
بیمار / ولی قانونی	کمیسیون پزشکی



دستور العمل کار با جعبه آتش

- ✓ برای استفاده از جعبه آتش نشان در ۸ مرحله به ترتیب زیر عمل نمایید.
- ✓ با کلید تعبیه شده که در یک حفاظ شیشه ای قرار دارد درب جعبه را باز کنید.
- ✓ در جهت زاویه ۹۰ درجه، قرقره شیلنگ را به بیرون جعبه بکشید.
- ✓ شیلنگ را با چرخاندن قرقره از روی آن باز کنید.
- ✓ سرنازل آماده را در دست بگیرید و به سمت آتش بروید.
- ✓ قبل از اینکه شیر فلکه آب باز کنید می بایست در ابتدا شیر نازل را باز نمایید.
- ✓ نازل را در جهت آتش، نشانه بگیرید و تا زمانی که آتش به طور کامل خاموش شود به این کار ادامه دهید.
- ✓ بعد از پایان عملیات شیلنگ را از محل اتصالات (کوپلینگ) باز کرده و پس از اگیری به صورت اولیه بپیچید.
- ✓ شیلنگ اصلی را دولا به دور قرقره جعبه آتش نشان بپیچید و شیلنگ یدک را رولی جمع کنید.

دستور العمل ویرایش اطلاعات ، اضافه کردن اطلاعات و ثبت های تاخیری

- ✓ اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده
- ✓ گاهی اشکالات یا اشتباهاتی در مستند سازی روی داده و تغییر یا توضیحی لازم خواهد بود، در چنین شرایطی الزام است اقدامات اصلاحی مناسب اعمال شود .

روش تصحیح خطا :

- ✓ هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، الزام است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود
- ✓ روی اطلاعات اشتباه خط نازکی کشیده و بالای آن کلمه Error نوشته می شود .اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود . علت خطا توضیح داده شود (در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح کننده ثبت شود
- ✓ اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده الزام است که اطلاعات صحیح در اولین سطر / فضای در دسترس ثبت شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد
- ✓ هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، الکترونیک و با نوشتن مورد صحیح بر روی آن تغییر داد ، و امضاء گردد، الزام است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و امضا گردد.
- ✓ مستندات از قلم افتاده: مواقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر (خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان مکمل موردی که قبال ثبت شده به مستندات اضافه شود
- ✓ ثبت داده ها با تاخیر
- ✓ الزام است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند.
- ✓ در ثبت موارد تاخیری مستلزم ثبت های جدید تحت عنوان "ثبت تاخیری" مشخص گردد . رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد، تاریخ و زمان جاری ثبت گردد .
- ✓ محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.

دستور العمل نگهداری داروهای یخچالی

- ✓ یخچال های دارویی باید حاوی دماسنج و رطوبت سنج بوده و دما و رطوبت یخچالها مطابق دستورالعمل ثبت دما و رطوبت بصورت مرتب ثبت شوند.
- ✓ محدوده دمایی استاندارد یخچال دارویی ۲ - ۸ درجه سانتی گراد میباشد و باید از یخ زدن داروها جلوگیری شود.
- ✓ دارو هایی دمای نگه داری آنها ۲ - ۸ درجه سانتی گراد ذکر شده، حتما در یخچال نگه داری شوند.
- ✓ دارو هایی دمای نگه داری آنها اتاق یا ۲۵ - ۳۰ درجه سانتی گراد ذکر شده، را باید در اتاق با دمای کنترل شده نگهداری کرد.
- ✓ برخی داروها تا قبل از باز شدن باید در یخچال نگه داری شوند و بعد از باز شدن تا مدت معینی قابل نگه داری در خارج از یخچال میباشند. مثال : قطره کلرامفنیکل تا ۲۱ روز بعد از باز شدن
- ✓ برخی داروها تا قبل از باز شدن باید در یخچال نگه داری شوند و بعد از باز شدن باید در خارج از یخچال نگه داری شوند، مثال اسپری بینی کلسیتونین حین مصرف تا ۱ ماه.
- ✓ برخی داروها تا قبل از آماده سازی یا باز شدن در دمای اتاق نگه داری شوند و بعد از آماده سازی یا باز شدن باید در یخچال نگه داری شوند یا در صورت نگه داری در یخچال ماندگاری آنها بیشتر میشود. مثال : آنتی بیوتیک ها،
- ✓ هنگام تحویل دارو از داروخانه به بخش داروهای یخچالی را در کیسه مخصوص حاوی برچسب داروهای یخچالی قرارداد تا از سایر دارو ها متمایز شوند و سریع انتقال داده شوند.
- ✓ از گذاشتن مواد غذایی در یخچال دارویی جدا خودداری شود.
- ✓ با توجه به اختلاف در نحوه فرمولاسیون داروها ملاک اصلی، نحوه نگه داری درج شده در بروشور دارو ها میباشد.

دستور العمل کنترل و سیانت از پرونده های بالینی در انتقال بین بخشی

- ✓ برای انتقال بیمار به دستورپزشک از یک بخش به بخش دیگر بیمار همراه پرستار و خدمات بخش منتقل شده و پرونده توسط پرستار بیمار به مسئول بخش تحویل می شود و در گزارش قید می شود که بیمار در چه ساعتی و تحویل چه کسی و با چه شرایطی تحویل شده است.
- ✓ اگر پرونده را سازمان دیگری لازم داشته باشد بایستی در خواست داده و دستور مدیریت بیمارستان اخذ شده باشد.
- ✓ در صورتی که اصل پرونده توسط مراجع قانونی (دادگاه - پزشکی قانونی - نظام پزشکی) درخواست شده باشد از کلیه اوراق رونوشت تهیه شده، داخل پوشه گذاشته شده، در محل خودش بایگانی می شود و اصل پرونده ارسال می شود.
- ✓ تهیه کپی از پرونده و ممهور نمودن اوراق با مهر برابر اصل انجام می شود.
- ✓ درخواست کارت شناسائی جهت تعیین هویت و نسبت شخص مراجعه کننده با بیمار برای رویت پرونده الزامی است.
- ✓ در مواردی که مراجعه حضوری بیمار ممکن نبود با اجازه نامه کتبی بیمار کپی پرونده در اختیار نزدیکان درجه یک قرار می گیرد.
- ✓ متصدی پاسخگوئی جهت واگذاری اطلاعات به مشتریان مجاز داخل بیمارستان (پزشک معالج - حسابداری - کارشناسان بیمه - مددکاری - حراست - مدیریت - دفتر پرستاری) با دریافت درخواست پرونده کتبی از واحد موردنظر یا گرفتن وثیقه از بیمار یا همراهان پرونده را تحویل می دهد.
- ✓ در صورتی که بیمار جهت مشاوره به صورت موقت به مرکز دیگری اعزام می شود سرپرستار بخش کپی اوراق ضروری را همراه بیمار می فرستد.
- ✓ سرپرستار بخش جهت انتقال دائمی بیمار به مرکز دیگر رونوشتی از اوراق خلاصه پرونده - شرح عمل، گزارشات پاراکلینیکی و هر برگه ای که پزشک اعزام کننده یا پذیرش دهنده صلاح بدانند به همراه برگ اعزام می فرستد.
- ✓ در صورتی که بیمار یا همراهان وی پزشک دیگری را از خارج بیمارستان جهت مشاوره به بالین بیمار بیاورند این پزشک می تواند پرونده بیمار را در حضور پرستار مطالعه نماید.

دستور العمل استفاده از تلفن همراه در بیمارستان

- ✓ همراه داشتن و استفاده از تلفن همراه توسط کلیه افراد در بخش های اتاق عمل، دیالیز، بلوک زایمان، اورژانس و واحد تصویربرداری ممنوع می باشد .
- ✓ استفاده از تلفن همراه در بالین بیمار، ایستگاه پرستاری، اتاق های درمان، اتاق پروسیجر ممنوع می باشد و در صورت نیاز به پاسخ دادن به تلفن همراه فرد باید از محیط درمانی خارج شده و در قسمت هایی از قبیل آبدارخانه، راهرو، اتاق استراحت و ... که بیماران حضور ندارند به تلفن خود (آن هم به مدت کوتاه) پاسخ دهند.
- ✓ کادر درمانی قبل از خروج از بخش جهت پاسخ دهی به تلفن همراه باید وظیفه و مسئولیت خود را به همکار خود سپرده و سپس جهت پاسخ گویی به تلفن از بخش خارج شوند.
- ✓ کلیه بیماران و همراهان جهت پاسخ دهی به تلفن خود می توانند از اتاق خارج شوند و در راهرو به تلفن خود پاسخ دهند یا در ساعاتی که برای آنها امور درمانی انجام نمی شود بر روی تخت خود به تلفن پاسخ دهند مشروط بر اینکه مزاحم دیگران نشوند.
- ✓ کلیه افراد (کارکنان و مراجعین) موظفند تلفن های همراه خود را در محیط بیمارستان به حالت بی صدا قرار دهند تا صدای آهنگ تلفن ها مزاحم استراحت بیماران نشود.
- ✓ وجود تلفن همراه در مجاورت بیماران دارای پیس میکر قلبی بیمارستان اکیدا ممنوع می باشد.
- ✓ در صورت عدم رعایت موارد بالا توسط کادر درمانی، اداری و خدماتی با تذکر شفاهی، توییح کتبی، ارجاع به تخلفات اداری و کسر کارانه از ۱۰ تا ۵۰ درصد بر خورد قانونی صورت می گیرد.



محدوده ی زمانی ویزیت پزشکان

نام بخش	زمان ویزیت
زنان	۹ تا ۱۰
اطفال	۸ تا ۹
داخلی	۸:۳۰ تا ۱۰
جراحی	۸:۳۰ تا ۹:۳۰
دیالیز	۷ تا ۸

دستور العمل انجام مشاوره ها

- ✓ فهرست پزشکان آنکال و برنامه آنکالی پزشکان در بخش موجود باشد.
 - ✓ پزشک مقیم اورژانس، پس از ویزیت و شروع اقدامات تشخیصی و درمانی بیمار در بخش اورژانس، بنا به ضرورت و شرایط بالینی بیمار، دستور فراخوان پزشک آنکال سرویس تخصصی را مکتوب مینماید.
 - ✓ زمان تماس با پزشک آنکال باید بطور دقیق توسط پرستار مسئول شیفت در پرونده بیمار ثبت گردد.
 - ✓ در خصوص بیماران بستری در بخش اورژانس، در مورد مشاوره آنی برای بیمار ناپایدار، فراخوان پزشک آنکال توسط پزشک مقیم اورژانس و در خصوص سایر مشاورهها، توسط پرستار مسئول شیفت انجام میشود.
- پس از دستور فراخوان، پزشک آنکال میبایست در زمان مقرر مطابق تقسیم بندی زیر در بیمارستان حضور یابد:
- ✓ **حضور آنی :** در صورت درخواست ویزیت یا مشاوره آنی از آنکال هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال میبایست ظرف مدت ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر گردد.
 - ✓ **حضور فوریتی :** در صورت درخواست ویزیت فوری از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال میبایست حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد.
 - ✓ **حضور غیر فوریتی :** در صورت درخواست ویزیت غیر فوریتی از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال میبایست حداکثر ظرف چهار ساعت برای ویزیت و یا خدمات مشاوره، بر بالین بیمار حاضر گردد.



دستورالعمل انجام ارزیابی اولیه بیمار

- ✓ انجام ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار مسئول بیمار در هنگام پذیرش
- ✓ در صورتیکه بیمار انتهای شیفت پذیرش شده باشد و یا در زمان شلوغی شیفت با توافق دو پرستار، برگ ارزیابی اولیه در ابتدای شیفت بعد انجام میشود

کد دستنامه : ٤٠٠-BO-TR

تعداد بازنگری : ٣



بیمارستان آیت الله مدنی بجستان