

مجموعه دستورالعمل های

بیمارستان آیت الله مدنی بجستان

واحد بهبود کیفیت بیمارستان آیت الله مدنی بجستان
امیرحسین غلامی اول

.....	دستورالعمل گزارش	۴
.....	وقایع ناخواسته	۴
.....	دستورالعمل معاینه بیماران غیرهم جنس	۶
.....	دستورالعمل انبارش ایمن	۸
.....	دستورالعمل تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه	۱۱
.....	دستورالعمل نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه‌زدایی بخش‌ها / واحدهای مختلف بیمارستان	۱۴
.....	دستورالعمل حفظ زنجیره سرد و گرم و بهداشت توزیع و سرو غذا	۱۸
.....	دستورالعمل مدیریت، شستشو و گندزدایی انواع البسه و منسوجات بیمارستانی	۲۱
.....	دستورالعمل مدیریت مراقبت‌های پیش، حین و پس از مداخله‌های تهاجمی	۲۵
.....	دستورالعمل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	۲۸
.....	دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع‌رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک	۳۱
.....	دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی	۳۵
.....	دستورالعمل محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو / پیجر	۳۸
.....	دستورالعمل اعلام اخبار ناگوار به بیماران و خانواده‌های آن‌ها	۴۰
.....	دستورالعمل ارائه خدمات به بیماران مجهول‌الهویه	۴۲
.....	دستورالعمل تسکین درد	۴۵
.....	دستورالعمل خلاصه برداری و امحای پرونده‌های پزشکی بستری	۴۸
.....	دستورالعمل استفاده از زیورآلات در بخش‌های بالینی بیمارستان	۵۰
.....	دستورالعمل سطوح دسترسی به پرونده‌های پزشکی بیماران	۵۳
.....	دستورالعمل کار با جعبه آتش	۵۶
.....	دستورالعمل ویرایش اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبت‌های تأخیری	۵۹

- ۶۲ دستور العمل نگهداری داروهای یخچالی
- ۶۴ دستور العمل کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در انتقال بین بخشی
- ۶۸ دستور العمل استفاده از تلفن همراه در بیمارستان
- ۷۱ محدوده ی زمانی ویزیت پزشکان
- ۷۳ دستور العمل انجام مشاوره ها
- ۷۵ دستور العمل انجام ارزیابی اولیه پرستاری
- ۷۸ دستور العمل رعایت الزامات ایمنی در انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل
- ۸۰ دستور العمل انبارش ایمن
- ۸۳ دستور العمل رعایت قانون انطباق امور اداری و موازین شرعی در بخش های درمانی و آموزشی بیمارستان
- ۸۷ دستور العمل اندیکاسیون های درخواست و اعزام بالگرد در مأموریت های ثانویه از بجستان به گناباد
- ۹۲ دستور العمل رسیدگی به بیماران بدحال در کلینیک قلب

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل گزارش وقایع ناخواسته
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵				
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۴		الف - ۱ - ۶		وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت مطابق ضوابط مربوط گزارش میشوند.
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین
فرم وقایع ناخواسته، پرونده بالینی، مستندات مرتبط		مسئول ایمنی بیمارستان (ریاست بیمارستان)	۱. دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۰ / ۲۹۶۷۴ د ۲. استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم	مسئول ایمنی بیمار ، مدیر پرستاری ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
هدف				
پیشگیری از وقوع وقایع ناخواسته و گزارش دهی صحیح و به موقع وقایع ناخواسته .				
تعاریف واژگان				
NEVER EVENT : وقایع ۲۹ گانه که در مراکز درمانی هرگز نبایستی اتفاق بیافتد .				
کام های دستورالعمل				
۱. موارد ۲۹ گانه وقایع ناخواسته تهدیدکننده حیات توسط مسئول فنی ایمنی بیمارستان به همه کارکنان ابلاغ می گردد. ۲. همه پرسنل موظف به گزارش و اطلاع رسانی وقایع ناخواسته می باشند. ۳. تیم مدیریت بیمارستان نیز با رویکرد عاری از سرزنش و منطبق بر فرهنگ منصفانه، گزارش دهی وقایع ناخواسته را ترویج می نماید. ۴. 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. ۵. هر فرد در صورت انجام یا مشاهده رویداد وقایع ناخواسته ملزم به گزارش می باشد و در صورت انجام یا مشاهده رویداد موارد ۲۸ گانه، مراتب بلافاصله توسط فرد در شیفت صبح به اطلاع مسئول شیفت/سرپرستار و در شیفت عصر به اطلاع مسئول شیفت یا سوپروایزر رسانده شود تا از طریق ایشان اطلاع رسانی به مترون صورت گیرد. ۶. مترون موظف است به مسئول فنی بیمارستان، مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار اطلاع رسانی نموده و به کارشناس معاونت درمان نیز به صورت پیامک اطلاع داده شود. ۷. مسئولین شیفت، سرپرستاران بخش ها و سرپرستاران واحدها نظارت کافی در زمینه گزارش وقایع ناخواسته به عمل آورند. ۸. 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.				

نحوه نظارت :		
ارزیابی مستندات مربوطه شامل : فرم گزارش خطا ، صورتجلسات کمیته خطا و مشاهده نتایج ارزیابی .		
تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار (خانم فاطمی نژاد)	مسئول ایمنی بیمار (ریاست بیمارستان) خانم دکتر مسعودی	مسئول ایمنی بیمار (ریاست بیمارستان) خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل معاینه بیماران غیرهم جنس
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵				
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۶		الف - ۱ - ۷		رعایت اصول رفتار حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است .
امکانات مورد نیاز	فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
منشور حقوق بیمار	ریاست بیمارستان (مسئول حقوق گیرنده خدمت)	۱. دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۰ / ۵۲۹۶۷۴ . ۲. استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم .	دبیر کمیته اخلاق بالینی، مسئولین بخش ها و واحدها، سوپروایزرین	پیشگیری از وقوع وقایع ناخواسته و گزارش دهی صحیح و به موقع وقایع ناخواسته .
تعاریف واژگان				
منشور حقوق بیمار : مجموعه ای از حقوق بیمار که بیمارستان موظف است هنگام بستری به بیمار ارائه کند. حریم : حریم شخصی بیمار که حفظ آن موجب ایجاد احساس آرامش و امنیت در بیمار می شود.				
گام های دستورالعمل				
۱. معاینه و سایر امور درمانی حتی الامکان توسط کادر بالینی هم جنس انجام شود. ۲. فقط در شرایط حساس و اورژانسی که حضور پرسنل هم جنس از نظر علمی و عملی مقدور نباشد، از پرسنل غیرهم جنس استفاده شود. ۳. پزشک موظف است قبل از شروع معاینه، نحوه انجام معاینه و ترجیحاً هدف آن را برای بیمار توضیح دهد. ۴. معاینه توسط فرد غیرهم جنس باید با رضایت بیمار انجام شود. ۵. هنگام معاینه، پرسنل هم جنس یا همراه بیمار حضور داشته باشند. ۶. از پرسیدن سؤالات شخصی و غیرمرتبط با تشخیص و درمان خودداری شود. ۷. در معاینه بیمار، حریم خصوصی وی در حضور سایر بیماران رعایت شود. ۸. برای انجام پروسیجرها مانند سونداژ، ECG، پانسمان، مراقبت از زخم بستر، تعویض لباس بیمار و... از پرده یا پاراوان استفاده شود. ۹. در مراحل تشخیصی، در صورت درخواست، فرد معتمد بیمار حضور داشته باشد. ۱۰. در صورت عدم مغایرت با ضرورت های پزشکی، اجازه همراهی یکی از والدین کودک در مراحل درمان داده شود. ۱۱. در صورت نبود پرسنل هم جنس، مسئول شیفت با سوپروایزر جهت تأمین نیروی هم جنس هماهنگ کند. ۱۲. بخش هایی از بدن بیمار که نیازی به مداخله ندارند پوشانده شوند. ۱۳. در معاینات ضروری یا اورژانسی توسط غیرهم جنس، یک نفر محرم/معتمد بیمار یا کارکنان فنی هم جنس حضور داشته باشند.				

۱۴. هنگام اخذ شرح حال، اقدامات تشخیصی و درمانی و انتقال بیمار، حریم خصوصی بیمار حفظ شود.
۱۵. در صورت نیاز به برهنه بودن بدن بیمار، این وضعیت در حداقل زمان و میزان لازم باشد.
۱۶. در بخش‌های ویژه، تخت‌ها با پرده مجزا شوند.
۱۷. پرسنل قبل از ورود به اتاق بیمار با زدن در، اجازه ورود بگیرند.
۱۸. در نقل و انتقال بیماران حتی‌الامکان از پرسنل بیماربر یا خدمات هم‌جنس استفاده شود.
۱۹. تیم مدیریتی در بازدیدها و راندها به رعایت حریم خصوصی توجه و موانع را رفع کند.
۲۰. فرد معاینه‌کننده از تجمع غیرضروری افراد هنگام معاینه جلوگیری کند.
۲۱. برای حفظ حریم خصوصی بیمار، از نصب دوربین مدار بسته در اتاق بیماران خودداری شود.

نحوه نظارت :

گزارش راندهای سوپروایزرین، نظارت مسئولین بخش‌ها، نتایج نظرسنجی، بررسی صورتجلسات کمیته اخلاق بالینی

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مسئول حقوق گیرنده خدمت (ریاست بیمارستان) خانم دکتر مسعودی مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی	مسئول ایمنی بیمار (ریاست بیمارستان) خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		دستورالعمل انبارش ایمن	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵					
تعداد بازنگری : ۴					
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۵		الف - ۲ - ۲		انبارهای بیمارستان با شیوه ایمن مدیریت میشوند	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
مواد مصرفی و عمومی، تجهیزات پزشکی، پالت و قفسه‌های فلزی محکم، دتکتورهای هشداردهنده و سیستم‌های اعلام و اطفاء حریق، تجهیزات سرمایشی و گرمایشی (کولر یا چیلر)، دماسنج، رطوبت‌سنج، سیستم نرم‌افزاری و رایانه انبار، جعبه کمک‌های اولیه، علائم هشداردهنده و تابلوهای راهنمای ایمنی		مسئول انبار .	۱. دستورالعمل روش‌های بهینه انبارداری سازمان غذا و دارو (سیاست بیمارستان) ۲. آیین‌نامه وزارت کار و ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳. استانداردهای اعتباربخشی ملی .	مدیریت بیمارستان ، مدیریت داخلی ، مسئول فنی داروخانه .	حفظ ایمنی بیمار و کارکنان، حفظ سرمایه‌های دارویی و در اختیار گذاشتن داروی سالم به مصرف‌کننده به‌منظور جلوگیری از فساد دارو و لوازم، ارتقای سطح ایمنی در انبارهای بیمارستان و بهبود اثربخشی و برنامه‌ریزی مناسب.
تعاریف واژگان					
انبار دارویی: فضاهای محصور با دیوار، سقف عایق‌بندی، کف و دیوارهای محکم دارای قفسه‌بندی که در برابر نور مستقیم محافظت شده و از نظر درجه حرارت و رطوبت تحت کنترل باشد. انبار: محدوده‌ای فیزیکی که جهت نگهداری از اقلام در نظر گرفته می‌شود. اقلام مصرفی و عمومی: اقلامی که مستقیماً در سازمان در بخش‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. انبارش: به معنی موقعیت قرار گرفتن کالا در انبار.					

کام های دستورالعمل

۱. الزامات عمومی و فیزیکی ساختمان انبارها:

- تمامی مواد قابل اشتعال در انبار جداگانه نگهداری شده و علائم عدم استفاده از سیگار و مواد آتش‌زا در ورودی نصب گردد.
- دتکتورهای هشداردهنده در فضای خارج از انبار و سنسورهای اعلام حریق در داخل نصب شوند.
- استفاده از قفسه‌بندی محکم و فلزی و درب‌های محکم و بدون درز و نظارت ماهانه نحوه چیدمان و فیکس بودن قفس ها .
- مواد سوزاننده و قابل اشتعال در طبقات پایین قفسه‌ها و به صورت جداگانه چیده شوند .
- سیم‌کشی برق انبارها توکار و داخل لوله‌های مخصوص ضدضربه و اشتعال باشد و ماهانه توسط مسئول برق بررسی گردد .
- از کلیدها، پریزها و سیستم روشنایی ضدجرقه استفاده شود .
- کف انبار صاف، غیرلغزنده و قابل نظافت باشد و چاهک‌های فاضلاب دارای درپوش مناسب باشند .
- سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد و از هرگونه منفذ برای ورود حشرات و جانوران موذی جلوگیری شود .
- جهت جلوگیری از رطوبت، از شستشوی مستقیم انبار خودداری شده و شیر آب یا سینک درون انبار تعبیه نشود .
- کپسول‌های آتش‌نشانی ۱۲ کیلویی به ازای هر ۳۰ مترمربع تعبیه شده و پرسنل دوره اطفاء حریق را گذرانده باشند .
- ارزیابی تجهیزات غیرسازه ای و ایمن‌سازی در برابر زلزله توسط مدیریت خطر حوادث انجام شود .
- اعلام هر گونه نقص در انبار به مسئول فنی بیمارستان .
- انبارها باید از روشنایی کافی جهت انجام کلیه عملیات انبارداری و سیستم تهویه مناسب برخوردار باشند .
- نظارت مستمر بر عملکرد صحیح تجهیزات موجود در انبار از جمله دماسنج، رطوبت‌سنج، سیستم‌های تهویه، چیلر یا کولر و سیستم‌های ایمنی صورت پذیرد.
- ایجاد محل مناسب با تجهیزات کامل سرمایشی جهت نگهداری داروهای حساس به دما (یخچالی و فریزری) الزامی است.
- نشانگرهای دما باید در نقاطی با احتمال حداکثر نوسان دما قرار گیرند. همچنین استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی در انبار دارویی غیرمجاز است .

۲. فرآیندهای انبارداری و ثبت کالا:

- وارد کردن نام، مقدار و ثبت هر محموله در دفتر انبار یا سیستم نرم‌افزاری و درج کد محصول روی هر پاکت .
- اتاقی در انبار به عنوان اتاق انباردار جهت نگهداری از اسناد و مدارک انبار باید وجود داشته باشد .
- نظارت بر رعایت نظافت انبار و جلوگیری از ورود افراد متفرقه .
- ثبت روزانه دما و رطوبت در فرم‌های مخصوص و مقایسه با استانداردها .
- نظارت دقیق بر نگهداری و جداسازی داروهای مرجوعی، ضایعاتی و ریکال (Recall) در محل مجزا و حفاظدار .
- نگهداری داروهای مخدر و داروهای سمی در انبار مجزا و مجهز به تمهیدات امنیتی .
- داروهای پرخطر با برچسب قرمز و داروهای مشابه با برچسب زرد در داروخانه مشخص گردند .

۳. الزامات اختصاصی انبار تجهیزات پزشکی:

- کنترل جریان‌های ناشی (زمین، محفظه، بیمار) در حالت عادی و تک‌اشکالی .
- استفاده از سیستم زمین الکتریکی استاندارد (چاه ارت) و مدار محافظ جریان زمین .
- پرهیز از بکارگیری مبدل سه سیمه به دو سیمه و کابل‌های رابط بدون ارت .
- استفاده از ترانس ایزوله در فضاهای حساس و مرطوب (مانند اتاق عمل) .
- انجام تست‌های ایمنی الکتریکی قبل از بهره‌برداری اولیه و پس از هر بار تعمیر تجهیزات .
- شرایط نگهداری داروها دقیقاً مطابق با اطلاعات درج‌شده روی برچسب محموله یا دستورالعمل شرکت سازنده/واردکننده رعایت شود .
- حمل و انبارش محموله‌های دارویی باید به گونه‌ای انجام شود که از بروز هرگونه آلودگی احتمالی جلوگیری به عمل آید .

نحوه نظارت :		
بازدید میدانی، تکمیل چکلیست‌های ایمنی و انبارداری، گزارش‌های ماهیانه بازرسی برق و ساختمان، و بررسی فرم‌های ثبت دما و رطوبت .		
تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مسئول انبار دارویی (خانم ذوالفقاری)	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۴	 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان	دستورالعمل تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه
عنوان سنجه	استاندارد	سنجه
نحوه تخلیه بیمارستان در زمان حادثه، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود .	الف - ۲ - ۴	۶

هدف	ناظرین	منابع	فرد پاسخگو	امکانات مورد نیاز
کاهش آسیب به بیماران، کارکنان و مراجعین در زمان بروز حادثه، افزایش آمادگی بیمارستان، تسریع واکنش مناسب و ایجاد هماهنگی بین واحدها برای تخلیه ایمن و سازمان یافته .	فرمانده حادثه (ریاست بیمارستان) ، مدیریت داخلی .	۱. کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (دکتر خانکه)، ۲. مدیریت بحران و سیستم فرماندهی حادثه (حسین شهدادی) ، ۳. استانداردهای اعتباربخشی ملی .	سوپروایزر کشیک .	راههای خروج اضطراری ، تابلوهای راهنما ، سیستم روشنایی اضطراری ، بلندگو، ویلچر، برانکارد، ترالی، ماسک، کپسول آتش نشانی.

تعاریف واژگان

شرایط اضطراری : شرایطی که در یک مدت زمان کوتاه خسارت زیادی را ایجاد میکند و معمولاً سازمان به تنهایی نمی تواند شرایط به وجود آمده را به حالت طبیعی برگرداند. مانند وضعیت هایی که باعث نشت و پخش مواد شیمیائی، آتش سوزی ، انفجار، زلزله، سیل و... (شرایط اضطراری می تواند طبیعی یا ناشی از فعالیت های سازمان باشد).

ستاد بحران: این ستاد شامل کمیته های تخصصی مختلفی می باشد که با توجه به شرایط اضطراری شناسائی شده در این روش تشریح شده اند.

حادثه : در صورتیکه عوامل بالقوه آسیب به بالفعل تبدیل شوند و منجر به آسیب (به شکل مرگ ، مصدومیت ، بیماری) گردند ، حادثه رخ داده است.

شبه حادثه : رویدادی که اتفاق افتد اما منجر به آسیب نشود

کام های دستورالعمل

۱. شناسایی اندیکاسیون و تصمیم گیری برای تخلیه

تخلیه بیمارستان در زمان بروز حوادثی مانند آتش سوزی، نشت دود و مواد خطرناک، تخریب بیمارستان، از بین رفتن سیستم های گاز و موارد مشابه، با دستور رئیس بیمارستان / فرمانده حادثه انجام می شود. عوامل مؤثر در تصمیم گیری شامل زمان وقوع حادثه، نوع حادثه، شدت حادثه و آمادگی بیمارستان است.

۲. اعلام وقوع حادثه و فعال سازی تیم بحران

اطلاع از وقوع حادثه توسط فرمانده تیم حادثه انجام می شود و بلافاصله اعضای تیم حادثه فراخوان می شوند. وظایف هر عضو طبق چارت بحران مشخص و ابلاغ می گردد.

۳. ارزیابی حادثه و برآورد خسارت

تیم ارزیابی میزان خسارت وارده، شرایط محیطی، ایمنی ساختمان و امکان ادامه فعالیت یا تخلیه را بررسی کرده و راهکار مناسب برای تخلیه بیمارستان را پیشنهاد می کند.

۴. اعلام دستور تخلیه

پس از ارزیابی اولیه، دستور تخلیه توسط رئیس بیمارستان صادر می شود. در صورتی که تیم بحران قادر به انجام کامل تخلیه نباشد، فرمانده حادثه با آتش نشانی، هلال احمر و اورژانس تماس گرفته و درخواست کمک می کند.

۵. تعیین نوع و سطح تخلیه

نوع تخلیه بر اساس شرایط حادثه توسط تیم فرماندهی مشخص می شود. تخلیه می تواند به دو صورت سریع یا تأخیری و از نظر سطح به صورت کامل یا نسبی انجام شود. همچنین تخلیه ممکن است قبل از وقوع حادثه یا پس از وقوع حادثه برنامه ریزی و اجرا گردد.

۶. تعیین فازهای اجرایی تخلیه

فازهای تخلیه به ترتیب توسط تیم فرماندهی اعلام می شود. این فازها شامل هشدار به پرسنل، دسترسی به منابع و تجهیزات، آماده سازی بیماران و وسایل مورد نیاز، و آغاز خروج سازمان یافته است و باید با برنامه زمان بندی مشخص اجرا شود.

۷. اولویت بندی بیماران برای تخلیه

بیماران بر اساس شرایط بالینی و با استفاده از تریاژ اولویت بندی می شوند تا تخلیه به صورت ایمن و بر اساس فوریت انجام گیرد. کمک رسانی به بیماران آسیب دیده نیز همزمان با حفظ ایمنی خروج انجام می شود.

۸. آماده سازی مسیرهای خروج اضطراری

مسیرها و خروجی های تخلیه باید باز، بدون مانع و از قبل مشخص باشند. مسیرهای خروج اضطراری و پلکان اضطراری باید با علائم تصویری و شبرنگ مشخص شده و در تمام اوقات قابل دسترسی باشند.

۹. برقراری ارتباط و تبادل اطلاعات

برای اجرای صحیح تخلیه، پروتکل ارتباطی مشخص بین اعضای تیم تخلیه، تیم حادثه، واحدها و سایر پرسنل باید وجود داشته باشد. برقراری ارتباط، فراخوان نیروها و تبادل اطلاعات از طریق وسایل ارتباطی پیش بینی شده انجام می شود.

۱۰. تأمین تجهیزات و منابع مورد نیاز

تمامی وسایل و تجهیزات مورد نیاز برای تخلیه مانند ویلچر، برانکارد، تجهیزات کمک های اولیه، وسایل ارتباطی، چراغ قوه، ماسک و سایر اقلام ضروری باید از قبل پیش بینی و آماده باشد. همچنین واحد تدارکات موظف است اقلام مصرفی و مورد نیاز بیماران را فراهم کند.

۱۱. تأمین امکانات پشتیبانی و منابع حیاتی

برای بیمارانی که تخلیه می شوند باید منابع مورد نیاز مانند آب، غذا و سایر ملزومات پیش بینی و در محل مناسب قابل دسترسی باشد. همچنین واحد تأسیسات باید امکانات ارتباطی و جایگزین را فراهم کند.

۱۲. اجرای خروج ایمن و هدایت افراد

تخلیه باید به صورت منظم، سریع و ایمن انجام شود و هدایت بیماران، همراهان و کارکنان طبق اولویت و مسیرهای تعیین شده صورت گیرد. مسیرهای اضطراری باید باز بمانند و عملیات تخلیه تا خروج کامل افراد تحت نظارت تیم فرماندهی ادامه یابد.

نحوه نظارت :

بررسی مستندات ، مشاهده و مصاحبه .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
فرمانده حادثه (ریاست بیمارستان) خانم دکتر مسعودی دبیر کمیته خطر و پلایا آقای بشلیده مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		دستورالعمل نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه‌زدایی بخش‌ها / واحدهای مختلف بیمارستان	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		الف - ۶ - ۱		نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها / واحدها با رعایت اصول و شرایط بهداشت محیط برنامه ریزی و انجام می شود	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
دستمال و تی اختصاصی رنگی، سطل مناسب، دترجنت، محلول‌های گندزدای مجاز دارای مجوز، دستکش و وسایل حفاظت فردی، برچسب‌گذاری محلول‌ها، کیسه پسماند، وسایل شستشوی جداگانه برای تجهیزات مختلف، محل نگهداری اختصاصی وسایل نظافت ، و تجهیزات لازم برای نظافت بخش‌ها .		مسئول خدمات / سرپرستار بخش .		۱. دستورالعمل‌های وزارت بهداشت. ۲. مصوبات کمیته بهداشت محیط و کمیته کنترل عفونت. ۳. استانداردهای اعتباربخشی . ۴. دستورالعمل‌های داخلی بیمارستان.	
				کارشناس کنترل عفونت ، کارشناس بهداشت محیط ، سرپرستاران بخش‌ها و مسئولین واحد ها .	
				حفظ بهداشت محیط، پیشگیری از انتقال عفونت، ارتقای ایمنی بیمار و کارکنان، و ایجاد نظم در اجرای فرآیندهای نظافت و گندزدایی در تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان	
تعاریف واژگان					
نظافت: حذف آلودگی‌های قابل مشاهده و غیرقابل مشاهده از سطوح. شستشو: پاک‌سازی سطوح با آب و مواد شوینده. گندزدایی: از بین بردن یا کاهش میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا با مواد شیمیایی یا روش‌های فیزیکی. لکه‌زدایی: حذف آلودگی‌های موضعی مانند خون، ترشحات و سایر مواد آلوده از سطوح. دترجنت: ماده شوینده برای جدا کردن آلودگی. مواد گندزدا: مواد شیمیایی مجاز برای کاهش یا از بین بردن عوامل میکروبی. تفکیک پسماند در مبدأ: تفکیک پسماند از محل تولید آن.					

کام های دستورالعمل

- نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی محیط های بیمارستانی باید مطابق دستورالعمل های وزارت بهداشت، مصوبات کمیته بهداشت محیط و کمیته کنترل عفونت و با استفاده از مواد گندزدای مجاز و دارای مجوز از سازمان غذا و دارو انجام شود.
- تهیه، رفیق سازی، برچسب گذاری و مصرف محلول های گندزدا باید طبق دستورالعمل های مصوب و به صورت صحیح انجام شود و از ذکر نام های تجاری محلول ها در دستورالعمل خودداری گردد.
- آموزش کارکنان خدمات باید متناسب با سطح سواد آنان، به صورت چهره به چهره و با استفاده از فایل الکترونیکی راهنما انجام شود.

گام های اجرایی

۱. تأمین و تفکیک وسایل نظافت

وسایل نظافت هر بخش باید اختصاصی بوده و محل مشخص، بهداشتی و مجزا برای شستشو و نگهداری آن ها در نظر گرفته شود .

۲. نظافت روزانه کف بخش ها

کف کلیه اتاق های بستری و راهروها باید روزانه سه نوبت نظافت شود؛ شامل جمع آوری زباله های درشت، جاروی خشک بدون ایجاد گرد و غبار و سپس تی کشی مرطوب .

۳. نظافت و تعویض ملزومات تخت بیمار

کلیه ملحفه ها، روکش ها، پتو و سایر اقلام تخت باید مرتب تعویض شوند، به طوری که همواره تمیز، سالم و فاقد آلودگی باشند. در صورت مشاهده آلودگی قابل رویت، تشک و پتو باید بلافاصله تعویض گردد .

۴. نظافت وسایل و سطوح پرمصرف

برای نظافت سطوحی مانند استیشن، یخچال، میز، لاکر، تلفن، تخت و سایر تجهیزات باید از دستمال های جداگانه استفاده شود تا انتقال آلودگی رخ ندهد .

۵. نظافت تخت بیمار پس از ترخیص

تخت بیمار پس از ترخیص باید به صورت کامل نظافت و گندزدایی شود .

۶. نظافت میز غذا و ظروف مایع

میز غذا باید بلافاصله پس از استفاده نظافت شود .

ظروف صابون مایع پس از خالی شدن باید کاملاً شسته، خشک و مجدداً پر شوند .

۷. نظافت داخل کمد ها و ممنوعیت اقلام آلوده

داخل کمد ها باید تمیز، بدون گرد و خاک و بدون لکه باشد. پهن کردن روزنامه داخل کمد ها ممنوع است. نگهداری مواد غذایی به صورت روباز در بخش ها و یخچال ها ممنوع است .

۸. نظافت یخچال ها

یخچال ها باید حداقل هفته ای یک بار کاملاً نظافت شوند. در صورت خاموش بودن یخچال، درب آن باید باز باشد تا بو نگیرد؛ در صورت ایجاد بو، باید با جوش شیرین نظافت شود.

۹. کنترل آلودگی و حشرات

هرگونه درز و شکافی که منجر به تجمع حشرات شود باید فوراً توسط واحد تأسیسات با هماهنگی واحد بهداشت محیط پیگیری و مسدود شود. (نظافت کلیه زوایای غیرقابل دسترس الزامی است).

۱۰. نظافت تراس، پنجره و شیشه‌ها

نظافت کلیه تراس‌ها، پنجره‌ها و شیشه‌ها باید انجام شود.

۱۱. تفکیک پسماند در مبدأ

رعایت دستورالعمل تفکیک پسماند در مبدأ توسط پرسنل بیمارستان الزامی است. حمل پسماند توسط پرسنل خدمات بدون سب/بین مناسب ممنوع است.

۱۲. روش صحیح نظافت

نظافت باید از بالا به پایین و از تمیزترین ناحیه به کثیف‌ترین ناحیه انجام شود. تی کشی باید به صورت زیگزاگی انجام گیرد.

۱۳. شستشو و نگهداری تی

تی‌ها پس از اتمام کار باید شسته شده و به مدت نیم ساعت در محلول ۱:۱۰ وایتکس یا ۱۰۰۰ PPM کلر قابل‌دسترس غوطه‌ور شوند. نخ تی هر ۱۵ روز یک‌بار تعویض گردد. در هر بخش تی‌ها با چهار رنگ مشخص شوند: آبی برای اتاق استراحت، بخش‌های اداری و ایستگاه پرستاری؛ قرمز برای اتاق بیماران و راهرو؛ زرد برای اتاق ایزوله؛ سبز برای آبدارخانه.

۱۴. نظافت سرویس‌های بهداشتی

توالت‌ها باید پس از هر شیفت و در صورت مشاهده آلودگی قابل‌رویت، بلافاصله با آب و دترجنت یا آب و محلول سارفوسپت نظافت و شستشو شوند. توالت و حمام باید با برس‌های نایلونی تمیز شوند.

۱۵. خشک کردن وسایل نظافت

سطح‌ها پس از شستشو باید وارونه قرار گیرند و وسایل نظافت زمین به صورت آویزان نگهداری شوند تا سریع‌تر خشک شوند.

۱۶. اقدام در صورت ریختن خون یا مواد آلوده

در صورت ریختن یا پاشیده شدن خون روی سطوح، پرسنل خدمات باید دستکش و در صورت لزوم سایر وسایل حفاظت فردی را بپوشند. سپس خون و مواد آلوده با دستمال یک‌بارمصرف جمع‌آوری شود، محل با آب و دترجنت شسته و با محلول هیپوکلریت سدیم ۱۰۰۰ PPM گندزدایی گردد. در صورت آسیب‌پذیری سطح، از مواد جایگزین مانند دکونکس ۵۰ AF، آب اکسیژنه ۳ درصد یا هالمید استفاده شود.

۱۷. اقدام در صورت آلودگی وسیع با خون

اگر مقدار خون یا مایع آلوده بیش از حدود ۳۰ سی‌سی باشد، ابتدا محل با دستمال یک‌بارمصرف پوشانده شود، سپس محلول ۱:۱۰ هیپوکلریت سدیم روی آن ریخته و ۱۰ دقیقه صبر شود. سپس آلودگی با احتیاط جمع‌آوری، محل با آب و دترجنت شسته و مجدداً با محلول ۱:۱۰ وایتکس گندزدایی شود.

۱۸. نظافت بخش‌های خاص

- در بخش‌های ایزوله، عفونی، بیماران نقص ایمنی و پیوند، آزمایشگاه، سردخانه متوفیان، بخش‌های بستری، اتاق عمل و واحدهای پشتیبانی باید دستورالعمل اختصاصی همان واحد رعایت شود.
- طی کشی کف بخش داخلی جدید به دلیل جنس خاص با محلول ۲٪ F انجام شود و این محلول روزانه دور ریخته شود.
- نظافت اتاق بیمار شامل شستشوی روزانه و گندزدایی کف، پنجره، در، دیوار، سقف و پرده‌ها است.
- ملحفه، بالش و روتختی حداقل روزی یک‌بار تعویض شود.

۱۹. محلول‌های ویژه

- شستشوی محفظه‌های آب اکسیژن در محلول ۲ درصد وایتکس انجام شود و این محلول حداکثر تا دو هفته قابل نگهداری است.
- در بیماران بستری، محلول هر ۴۸ ساعت تعویض و محلول روزانه دور ریخته شود.
- شستشوی آمبویگ و لارنگوسکوپ در محلول آنزیمی ۱ درصد به مدت ۵ دقیقه انجام شود، سپس در محلول ۲ درصد سطح متوسط به مدت ۱۵ دقیقه قرار گرفته، خشک و داخل زیپ‌کیپ با تاریخ نگهداری شود. این محلول هر ۱۴ روز تعویض گردد.

نحوه نظارت :		
بازدیدهای دوره‌ای، بررسی چک‌لیست نظافت، مشاهده عملکرد، کنترل وضعیت سطوح و تجهیزات، بررسی نحوه آماده‌سازی و مصرف محلول‌های گندزدا، و ثبت نتایج در فرم‌های نظارتی .		
تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
کارشناس کنترل عفونت آقای محمد حیدری کارشناس بهداشت محیط خانم لطفی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		دستورالعمل حفظ زنجیره سرد و گرم و بهداشت توزیع و سرو غذا	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵					
تعداد بازنگری : ۴					
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۵		الف - ۶ - ۲		توزیع و سرو غذا در بیمارستان با رعایت اصول بهداشتی و حفظ زنجیره سرد و گرم برنامه ریزی می شود .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
ترالی گرم کن دار، دماسنج، یخچال‌های استاندارد، ظروف سرو (یکبار مصرف ، استیل یا چینی)، مواد شوینده و ضدعفونی کننده، کلاه و روپوش، دستکش (غیرمشکی)		مسئول واحد تغذیه / مسئول آشپزخانه .	آیین‌نامه‌های بهداشت محیط وزارت بهداشت، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی	مدیر داخلی ، مسئول واحد تغذیه ، کارشناس بهداشت محیط .	ارتقای ایمنی مواد غذایی، پیشگیری از فساد و رشد عوامل میکروبی، و اطمینان از رسیدن غذای سالم و با دمای استاندارد به دست بیمار .
تعاریف واژگان					
زنجیره گرم: حفظ دمای غذا در محدوده استاندارد (بالای ۶۰ درجه) از طبخ تا سرو.					
زنجیره سرد: حفظ دمای مواد غذایی در محدوده ایمن (زیر ۵ درجه) جهت پیشگیری از رشد باکتری.					
آلودگی متقاطع: انتقال آلودگی از مواد خام به پخته یا از محیط آلوده به غذا.					

کام های دستورالعمل

۱. اصول کلی ایمنی مواد غذایی (چهار اصل اساسی)

در تمامی مراحل تهیه و توزیع غذا، چهار اصل زیر باید رعایت گردد:

- رعایت نظافت: شستشوی مداوم دست ها و سطوح کار.
- جداسازی: پیشگیری از انتقال آلودگی های متقاطع.
- پخت و نگهداری: اطمینان از طبخ کامل غذا و نگهداری در دمای استاندارد گرم یا سرد.
- بهداشت فردی: شستشوی دست ها با آب گرم و صابون (قبل/بعد از کار، بعد از سرفه، عطسه، استفاده از توالت یا تماس با بیمار). (در صورت وجود زخم/عفونت پوستی، استفاده از دستکش الزامی است.)

۲. الزامات بهداشتی کارکنان

- مدارک: داشتن کارت بهداشت معتبر (یک ساله) و در دسترس بودن آن. شرکت در دوره های آموزشی اصناف.
- پوشش و ظاهر: استفاده از کلاه و روپوش روشن و تمیز. کوتاه و تمیز نگه داشتن ناخن ها، موی سر و صورت.
- دست ها: شستشوی دست ها طبق دستورالعمل WHO (عدم شستشو در محل ظرفشویی). خشک کردن با دستمال یک بار مصرف.
- توزیع: استفاده از دستکش (غیرمشکی) در زمان طبخ و توزیع. تعویض لباس کار در زمان توزیع غذا. استفاده از پیشبند مخصوص توسط متصدی توزیع.

۳. مدیریت زنجیره سرد و گرم (دما و زمان)

- زنجیره گرم: مواد غذایی داغ باید در تمام مراحل سرو حداقل در دمای ۶۰ درجه سانتی گراد نگهداری شوند.
- زنجیره سرد: مواد غذایی سرد (مانند سس ها و سالادها) باید در دمای ۴ تا ۵ درجه سانتی گراد نگهداری شوند.
- محدودیت زمانی: حداکثر زمان نگهداری مواد طبخ شده در خارج از یخچال ۲ ساعت است. در صورت نیاز به نگهداری بیش از ۲ ساعت، غذا باید در یخچال و در ظروف کم عمق (جهت کاهش حجم) نگهداری شود.

۴. پروتکل توزیع غذا

- توزیع باید توسط کادر خدمات مخصوص انجام شود و متصدی باید آموزش دیده و ماهر باشد.
- استفاده از تریالی های گرم کن دار جهت توزیع ضروری است. تریالی حمل باید تا رسیدن به بخش با درپوش مناسب پوشیده باشد.
- لیست غذایی باید بر اساس رژیم بیمار تنظیم و پس از توزیع توسط مسئول شیفت امضا شود.
- نظافت میز کار و پیشخوان سرو غذا پیش از توزیع الزامی است.

۵. پروتکل های ویژه و بخش های خاص

- بخش های ایزوله، عفونی، ویژه و اورژانس: استفاده از ظروف یکبار مصرف الزامی است. (برای سایر بخش ها با تشخیص بیمارستان است).
- استاندارد ظروف یکبار مصرف: ظروف باید دارای پروانه ساخت/ورود معتبر، سالم، فاقد بو/خراش و متناسب با نوع غذا (سرد/گرم) باشند.
- نظارت: کنترل تصادفی درجه حرارت غذا توسط کارشناس بهداشت محیط یا مسئول واحد تغذیه الزامی است.
- تجهیزات: بیمارستان باید دارای تریالی های گرم کن دار باشد تا زنجیره گرم حفظ شود.

نحوه نظارت :		
کنترل روزانه دما، چک لیست های بازرسی بهداشتی، بازدید سرزده، پایش وضعیت کارت های بهداشت .		
تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مسئول واحد تغذیه خانم پور اسماعیل کارشناس بهداشت محیط خانم لطفی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		دستورالعمل مدیریت، شستشو و گندزدایی انواع البسه و منسوجات بیمارستانی	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۴		الف - ۶ - ۵		البسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی با ماشین لباسشویی جداگانه و محلولهای مناسب و متناسب با ظرفیت مورد نیاز شستشو می شوند.	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
حداقل ۲ دستگاه لباسشویی اتوماتیک صنعتی ، ترالی های مجزا (خیس/خشک/آلوده)، کیسه های پلاستیکی غیرقابل نفوذ، برچسب/کدهای رنگی، مواد شوینده (بدون فسفات/ژئولیت A)، گندزدا (وایتکس/هیپوکلریت سدیم)، خشک کن، اتو، دماسنج .		مسئول واحد رختشویخانه (لاندری) / سرپرستار بخش .	استانداردهای OSHA، دستورالعمل های وزارت بهداشت، دستورالعمل های سازمان غذا و دارو، پروتکل های کنترل عفونت بیمارستان.	کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت .	حفظ بهداشت، پیشگیری از انتقال عفونت (Cross-infection)، مدیریت ایمن پسماندهای منسوجاتی و اطمینان از شستشوی صحیح بر اساس میزان آلودگی و جنس پارچه .
تعاریف واژگان					
البسه کمتر آلوده: البسه ای که فاقد آلودگی قابل رویت است.					
البسه آلوده (OSHA): البسه ای که با خون، مایعات بدن یا اشیاء تیز و برنده آلوده شده است.					
لاندری: واحد رختشویخانه.					
Safety Box: جعبه مخصوص دفع ایمن اجسام تیز.					
فشار منفی: شرایط تهویه ای جهت جلوگیری از انتشار میکروب ها در محیط لاندری.					

کام های دستور العمل

۱. دسته بندی و مدیریت جمع آوری و انتقال

۱.۱. طبقه بندی البسه

- الف) کمتر آلوده: فاقد آلودگی قابل رویت.
- ب) آلوده (OSHA): آلوده به خون، مایعات بدن یا حاوی اشیاء تیز و برنده.

۱.۲. اصول جمع آوری و تفکیک در بخش

- جلوگیری از انتشار آلودگی: جمع آوری باید بدون شتاب زدگی و سراسیمگی انجام شود.
- بسته بندی: البسه آلوده حتماً باید در کیسه های پلاستیکی مخصوص (غیر قابل نفوذ) قرار گیرد.
- محل جمع آوری: از تفکیک بر حسب جنس، رنگ یا نوع منسوج در محل مراقبتی خودداری شود؛ تمرکز بر تفکیک آلوده/کمتر آلوده باشد.
- مدیریت ملحفه آلوده: ملحفه های آلوده به خون/مایعات باید به گونه ای پیچیده شوند که قسمت آلوده در وسط محفوظ بماند.
- ایمنی اشیاء تیز: پیش از قرار دادن در کیسه، از عدم وجود سوزن یا اشیاء تیز در ملحفه اطمینان حاصل شود (استفاده از Safety Box الزامی است).
- برچسب گذاری: جهت حفاظت از کارکنان، حتماً از برچسب، کدهای رنگی یا روش های شناسایی بر روی کیسه ها استفاده شود.
- ممنوعیت: از پرت کردن کیسه های آلوده درون ترالی ها خودداری شود.

۱.۳. مدیریت ترالی و جابجایی

- طراحی ترالی: ترالی ها باید به گونه ای باشند که تحت فشار منفی هوا یا در محیط دارای بالایی (هواکش) کثیف قرار گیرند تا از انتشار پاتوژن جلوگیری شود.
- تفکیک ترالی: حتماً از ترالی های مجزا برای حمل البسه کثیف و البسه تمیز استفاده شود.
- نظافت: رویه ترالی ها باید به صورت روزانه پاکسازی و شستشو شود.

۱.۴. مدیریت موجودی (سیستم شمارش)

- برای نظم در توزیع، شمارش ملحفه هنگام جمع آوری روتین توسط یک نفر از واحد لندری (تحت نظارت خدمات) انجام شده و لیست مشترکی برای توزیع مجدد تهیه شود.

۲. فرآیند شستشو و گندزدایی (استانداردهای فنی)

۲.۱. مراحل عمومی شستشو

۱. شستشو با آب سرد: در صورت آلودگی به خون، حتماً دو مرحله با آب سرد انجام شود تا خون کاملاً از بین برود.
۲. شستشوی اصلی: با آب داغ.
۳. افزودن سفیدکننده.
۴. آبکشی.

۲.۲. مشخصات فنی و دما

- زمان و دما: البسه و ملحفه باید با آب داغ حداقل به مدت ۲۵ دقیقه شستشو شوند.
- دمای هدف: در صورت عدم امکان رسیدن به دمای ۷۱ درجه سانتی‌گراد، حتماً باید از محلول‌های گندزدای دارای پروانه ساخت سازمان غذا و دارو استفاده شود.
- میزان کلر: میزان کلر باقیمانده در دسترس در محلول باید بین ۵۰ تا ۱۵۰ ppm باشد.
- مواد شوینده: استفاده از مواد فاقد ترکیبات فسفات (مانند جایگزین زئولیت A) الزامی است. ترجیح بر استفاده از سیستم تزریق خودکار مواد شوینده در دستگاه‌های اتوماتیک است.

۲.۳. ممنوعیت‌ها

- قرار دادن البسه و ملحفه مرطوب در ماشین در طول شب ممنوع است.
- قرار دادن البسه در ماشین بدون عملیات شستشو ممنوع است.
- هر البسه‌ای که پس از شستشو دوخت یا تعمیر شود، باید مجدداً شستشو گردد.

۳. دستورالعمل شستشوی اختصاصی انواع البسه

نوع البسه	دمای آب	مقدار مواد شوینده و گندزدا (به ازای مقدار مشخص)	نکات مهم
روپوش سفید	سرد	۶۰ عدد : ۱ قوطی پودر + ۱ لیتر آب ژاول (وایتکس)	آب ژاول نباید مستقیم روی لباس ریخته شود. هر ۳ مرتبه: ۲ لیوان سفیدکننده + ۲ لیوان پودر خون بر .
ملحفه	گرم	۵۰ عدد : ۱ لیوان پودر + ۱ لیتر آب ژاول	-
لباس بیمار	گرم	۳۰ عدد : ۲ تا ۳ لیوان پودر + ۱ لیتر آب ژاول	حتماً آب ژاول اول با آب مخلوط و سپس به ماشین اضافه شود.
پتو	-	۳ عدد : ۱.۵ تا ۲ لیوان پودر	-
روتختی	ولرم	۳ عدد : ۲ لیتر پودر + ۲ لیتر سفیدکننده + ۲ لیتر پودر بلیچ	هرگز در شستشوی روتختی از آب ژاول استفاده نشود.
لباس آشپزخانه	ولرم	پودر لباسشویی + مایع صابون	استفاده از مایع صابون برای زدودن چربی الزامی است.

۴. مدیریت البسه در شرایط ویژه و بیماری‌های عفونی

- اتاق عمل و بخش‌های پرخطر : تمامی البسه و ملحفه باید حتماً پس از شستشو، اتوکلاو شوند.
- آلودگی به آنتراکس (سپاه زخم): استفاده از البسه یکبار مصرف اولویت دارد. در صورت استفاده از البسه قابل شستشو، حتماً قبل از شستشو اتوکلاو شوند. پس از مصرف مانند پسماند عفونی دفع گردند.
- آلودگی به ایدز و تیفوئید: استفاده از البسه یکبار مصرف اولویت دارد. در صورت استفاده از البسه قابل شستشو، باید به‌طور جداگانه با آب داغ بالاتر از ۸۵ درجه سانتی‌گراد شسته شوند. پس از مصرف مانند پسماند عفونی دفع گردند.

نحوه نظارت :

بازدید از رختشویخانه، بررسی مستندات دمای شستشو، کنترل برچسب‌گذاری کیسه‌ها، مشاهده فرآیند شستشو، بررسی کارتهای بهداشت کارکنان، کنترل میزان کلر باقیمانده .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
کارشناس بهداشت محیط خانم لطفی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		دستورالعمل مدیریت مراقبت‌های پیش، حین و پس از مداخله‌های تهاجمی	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۳		ب - ۱ - ۳		آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل میشود .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
چک‌لیست‌های اختصاصی ، تجهیزات پایش علائم حیاتی ، وسایل محافظتی (PPE)، سیستم ثبت الکترونیک یا کاغذی .		پزشک معالج / پرستار مسئول اتاق عمل و بخش .		دستورالعمل جراحی ایمن (WHO) ، پروتکل‌های مدیریت خدمات پرستاری، استانداردهای سنجه‌های اعتبار بخشی نسل پنجم.	
				سرپرستار بخش جراحی و اتاق عمل/ مسئول کنترل عفونت / مدیریت خدمات پرستاری (مترون)	
				اطمینان از آمادگی کامل بیمار، کاهش خطاهای پزشکی (بیمار اشتباه، محل اشتباه، پروسیجر اشتباه)، مدیریت ریسک و ارتقای ایمنی در تمامی مداخلات تهاجمی .	
تعاریف واژگان					
مداخله تهاجمی: هرگونه اقدام پزشکی که نیاز به شکستن سد دفاعی بدن (پوست یا مخاط) یا ورود به مجاری بدن داشته باشد (شامل جراحی، آنژیوگرافی، شیمی‌درمانی، دیالیز، اسکوپ و ...).					
رضایت آگاهانه: موافقت صریح بیمار/قیم پس از دریافت اطلاعات کامل .					
Time-out: وقفه کوتاه و سازمان‌یافته در تیم پیش از شروع پروسیجر برای تأیید نهایی .					

کام های دستورالعمل

۱. طبقه بندی انواع مداخلات تهاجمی

این دستورالعمل شامل تمامی پروتکل های زیر است که باید با رعایت جزئیات اختصاصی هر کدام اجرا شوند:

- مداخلات جراحی: (اعم از جراحی های بزرگ و کوچک).
- مداخلات جایگزینی و درمانی: (دیالیز).

۲. گام های اجرایی (فرآیند مراقبتی)

۲.۱. مرحله پیش از مداخله (Pre-Op / Pre-Procedure)

۱. برنامه ریزی و پذیرش: مدیریت پذیرش از طریق خدمات سرپایی با رعایت اولویتهای بالینی و حقوق بیمار.
۲. شناسایی صحیح: اجرای پروتکل شناسایی (نام، نام خانوادگی، شماره پرونده) در تمامی مراحل.
۳. رضایت آگاهانه: اخذ رضایت از بیمار هوشیار یا قیم قانونی (برای زیر ۱۸ سال یا بیماران با اختلال هوشیاری). در موارد خاص (مانند بیماران با اختلال هوشیاری)، حضور نگهبان و اطلاع به سوپروایزر الزامی است.
۴. آمادگی بدنی و تغذیه: اطمینان از ناشتا بودن (۸ ساعت برای جراحی) و شیو محل عمل (با نظارت پرستار و توسط ماشین اصلاح در کمترین فاصله با عمل).
۵. ارزیابی ریسک و سوابق: پرسش و ثبت دقیق سوابق (بیماری زمینه ای، حساسیت دارویی/غذایی، مصرف داروهای حساس مثل وارفارین، کورتون، داروهای قند و آسپرین) و اطلاع فوری به پزشک.
۶. آماده سازی مستندات: چک کردن آزمایشات (EKG، Cxray، گرافی ها) و ضمیمه کردن به پرونده.
۷. مدیریت اشیاء و زیورآلات: خارج کردن تمام زیورآلات، عینک، سمک و وسایل فلزی در حضور بیمار و تحویل به همراه/خانواده.
۸. تأیید محل عمل: بررسی صحت علامت گذاری شده توسط پزشک توسط پرستار مسئول.
۹. آمادگی علائم حیاتی: چک کردن و ثبت علائم حیاتی در برگه مراقبت پیش از عمل.

۲.۲. مرحله حین مداخله (Intra-Procedure) –

۱. درگیری فعال تیم: تمامی اعضای تیم مراقبت سلامت باید در فرآیند مداخله مشارکت فعال داشته باشند.
۲. اجرای تکنیک های کاهش خطا (Safety Tools):
 - وقفه در کار (Pause): ایجاد توقف در روند کار برای تمرکز بر ایمنی.
 - تأیید نهایی (Time-out): قبل از شروع پروسیجر، کل تیم باید به صورت شفاهی محل عمل، نوع پروسیجر و هویت بیمار را با چک لیست جراح تأیید کنند تا از خطای "بیمار اشتباه، محل اشتباه یا پروسیجر اشتباه" جلوگیری شود.
 - بیان دغدغه (Speak Up): تشویق کارکنان به بیان هرگونه شک یا دغدغه ایمنی بدون ترس از بازخورد منفی.
۳. پایش مستمر: نظارت مداوم بر علائم حیاتی و سطح هوشیاری بر حسب نوع مداخله.

۲.۳. مرحله پس از مداخله (Post-Procedure)

۱. ارزیابی اولیه: چک علائم حیاتی و سطح هوشیاری قبل از انتقال به بخش. در صورت مغایرت، اطلاع فوری به تیم بیهوشی/پزشک.
۲. بازرسی محل عمل: چک کردن محل عمل از نظر خونریزی، هماتوم و تمیزی پانسمان.
۳. بررسی اتصالات: بررسی عملکرد تمامی اتصالات (لوله، کاتتر، سرم) توسط پرستار قبل از انتقال.
۴. حفظ حریم خصوصی: رعایت پوشش و حریم خصوصی بیمار در حین انتقال.
۵. انتقال ایمن: انتقال با ویلچر/برانکارد و طبق دستور پزشک.
۶. تسلیم و تحویل (Handover): تحویل کامل مستندات و پرونده از پرستار ریکاوری به پرستار بخش.
۷. پایش مداوم در بخش: بررسی مجدد عملکرد اتصالات در طول شیفت و ثبت در پرونده.

۳. آموزش، نظارت و بهبود کیفیت (بخش استراتژیک)

- آموزش کارکنان: برگزاری دوره‌های آموزشی مستمر با مأموریت مدیریت خدمات پرستاری در خصوص پروتکل‌های جدید.
- مشارکت بیمار و خانواده: جلب مشارکت فعال بیمار و خانواده در فرآیند درمان و آموزش آن‌ها در مورد مراقبت‌های پس از مداخله.
- ثبت وقایع: ثبت دقیق تمامی مراحل از آماده‌سازی تا پایان پروسیجر در پرونده بیمار.
- آموزش و تحلیل خطا: شرکت در فرآیندهای آموزشی مربوط به بررسی مرگ و میر (Mortality Review) و تحلیل حوادث ناخواسته برای جلوگیری از تکرار آن‌ها.

نحوه نظارت :

بررسی مستندات پرونده، چک‌لیست‌های تکمیل شده، مشاهده مستقیم فرآیند Time-out، تحلیل گزارش‌های خطا و حوادث ناخواسته .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
سرپرستار اتاق عمل خانم زین آبادی سرپرستار بخش داخلی-جراحی آقای محمد حیدری مسئول واحد کنترل عفونت آقای محمد حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۳		ب - ۱ - ۳		آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل میشود .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
دستگاه‌های همودیالیز، سیستم تصفیه آب (RO)، ست و صافی‌های استاندارد، دستگاه فشار خون، ترازو، تجهیزات پانسمان، پمپ‌های آموزشی، تجهیزات ضدعفونی .		پرستار مسئول شیفت بخش دیالیز / مسئول بخش دیالیز	استانداردهای اعتباربخشی امکانات، کتاب پرستاری و دیالیز، کتاب مبانی همودیالیز، پروتکل‌های کنترل عفونت.	مدیر خدمات پرستاری / کارشناس کنترل عفونت	تضمین ایمنی بیمار در فرآیند دیالیز، پیشگیری از انتقال عفونت (به ویژه ویرال)، مدیریت صحیح دسترسی‌های عروقی و پایش دقیق عوارض حین و پس از پروسیجر .
تعاریف واژگان					
همودیالیز: فرآیند تصفیه خون با استفاده از دستگاه و صافی. پرایم (Priming): شستشو و آماده‌سازی ست و صافی با سرم قبل از اتصال به بیمار. دسترسی عروقی: شامل فیستول (AVF)، گراف (AVG) یا کاتتر مرکزی (شالدون). اصول جداسازی: رعایت پروتکل‌های ایزولاسیون برای بیماران دارای عفونت‌های خونی.					

کام های دستور العمل

۱. مرحله پیش از دیالیز (Pre-Dialysis)

۱. بررسی دستور و پذیرش: دریافت دستور پزشک مبنی بر انجام همودیالیز و پذیرش رسمی بیمار توسط پرستار.
۲. رضایت آگاهانه: تکمیل و امضای رضایت نامه انجام دیالیز توسط بیمار و بایستی در پرونده نگهداری شود.
۳. غربالگری عفونی (اصول جداسازی): بررسی نتایج آزمایشات ویرال (HBSAg, Anti-HCV, HIV)؛ در صورت مثبت بودن، بیمار باید طبق پروتکل های ایزولاسیون و جداسازی مدیریت شود.
۴. آموزش: ارائه آموزش های اولیه در مورد مقررات بخش به بیمار و همراه وی.
۵. ارزیابی دسترسی عروقی: بررسی سلامت، کارکرد و عوارض (مانند عفونت یا تنگی) در محل دسترسی عروقی (فیستولا یا کاتتر).
۶. ارزیابی بالینی اولیه:

- بررسی وضعیت مایع بدن (ارزیابی وضعیت تنفسی و وجود ادم).
- توزین بیمار و ثبت دقیق وزن پیش از دیالیز.
- اندازه گیری و ثبت دقیق علائم حیاتی.

۷. آماده سازی تجهیزات و دستگاه:

- بررسی کارکرد دستگاه و اطمینان از انجام موفقیت آمیز "برنامه تست روزانه دستگاه" در محدوده استاندارد.
 - انتخاب صافی و ست مناسب بر اساس سن، وزن و میزان کفایت دیالیز مورد نیاز بیمار.
 - انجام فرآیند پرایم (Priming) و شستشوی استاندارد ست و صافی.
۸. تعیین پارامترها: تنظیم پارامترهای دستگاه (مانند خون جریان، نرخ تبادل، میزان خون کشی و...) بر اساس ارزیابی پرستار و دستور پزشک.
 ۹. شروع پروسیجر: اتصال بیمار به دستگاه از طریق راه عروقی مناسب پس از اطمینان از صحت تمامی مراحل فوق.

۲. مرحله حین دیالیز (Intra-Dialysis)

۱. پایش مستمر: نظارت همزمان بر وضعیت بالینی بیمار و عملکرد فنی دستگاه و تجهیزات جانبی.
۲. کنترل علائم حیاتی: اندازه گیری فشار خون بیمار هر یک ساعت؛ در صورت ناپایداری، کنترل با فواصل زمانی کوتاه تر و بیشتر.
۳. مانیتورینگ پارامترهای دستگاه: پایش مداوم پارامترهای کنترلی دستگاه از جمله فشار وریدی (Venous Pressure) و فشار شریانی (Arterial Pressure).
۴. ارزیابی عوارض: بررسی مداوم بیمار برای شناسایی زودهنگام عوارضی نظیر کرامپ (اسپاسم عضلانی)، افت فشار یا واکنش های آلرژیک.
۵. آموزش در حین کار: ارائه آموزش های خودمراقبتی به صورت چهره به چهره به بیمار در حین پروسیجر.
۶. مدیریت داروها: آماده سازی و تزریق داروهای مورد نیاز بیمار طبق دستور پزشک در زمان مقرر.
۷. پایان پروسیجر: اتمام زمان دیالیز، شستشوی ست و صافی و خروج ایمن سوزن ها از بدن بیمار.

۳. مرحله پس از دیالیز (Post-Dialysis)

۱. مراقبت از محل دسترسی:

- در صورت استفاده از نیدل (سوزن): اعمال فشار بر محل خروج با گاز آغشته به بتادین تا توقف کامل خونریزی و سپس پانسمان فیکس.
- در صورت استفاده از کاتتر (شالدون): اجرای پروتکل مخصوص شستشو و هپارینه کردن طبق دستورالعمل اختصاصی.

۲. ارزیابی نهایی بیمار:

- اندازه‌گیری علائم حیاتی و ثبت آن‌ها.
- بررسی دقیق احتمال افت فشار خون یا کاهش قند خون.
- توزین مجدد بیمار و ثبت وزن پس از دیالیز در پرونده.

۳. بهداشت محیط و تجهیزات: ضدعفونی سطوح دستگاه همودیالیز توسط پرستار طبق استانداردهای شستشو و برنامه ضدعفونی محیطی.

۴. مستندسازی: ثبت دقیق تمامی اقدامات انجام شده، پارامترهای دستگاه، پاسخ بیمار و آموزش‌های ارائه شده در پرونده پزشکی بیمار.

نحوه نظارت :

بررسی مستندات پرونده (توزین، علائم حیاتی)، بازبینی نتایج آزمایشات ویرال، نظارت بر تست‌های روزانه دستگاه و کیفیت شستشوی صافی‌ها.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
سرپرستار بخش دیالیز خانم مظلوم زاده مسئول واحد کنترل عفونت آقای محمد حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۴		ب - ۱ - ۱۲		نتایج معوقه بررسی های پاراکلینیک، پس از ترخیص به بیمار اطلاع رسانی میشود	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
فرم آموزش حین ترخیص، فرم ثبت پیگیری نتایج، پرونده/سیستم HIS ، تلفن تماس، لیست چرخه زمانی پاسخ تست ها ، دسترسی به شماره تماس معتبر بیمار/همراه		پرستار/ماما مسئول بیمار در بخش مربوطه		دستورالعمل های داخلی آزمایشگاه و تصویربرداری، اصول حقوق بیمار، سنجه های اعتباربخشی بیمارستانی .	
				سرپرستار بخش، مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول تصویربرداری، سوپروایزر بالینی .	
				تعیین فرآیند استاندارد برای پیگیری، اطلاع رسانی و ثبت نتایج معوقه و بحرانی آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافتی و تصویربرداری، به منظور حفظ ایمنی بیمار، تداوم مراقبت و رعایت حقوق بیمار .	
تعاریف واژگان					
نتایج معوقه: نتایجی که تا زمان ترخیص یا زمان معمول پاسخ آماده نشده اند.					
نتایج بحرانی: نتایجی که بلافاصله نیازمند اقدام یا اطلاع رسانی فوری هستند.					
نتایج غیر بحرانی: نتایجی که فوریت بالا ندارند ولی باید طبق چرخه زمان پاسخ اعلام شوند.					
نتایج نرمال: نتایج در محدوده طبیعی که طبق روال ثبت و تحویل می شوند.					
ترخیص با میل شخصی: خروج بیمار علی رغم توصیه تیم درمان.					
ترخیص غیر مترقبه: خروج ناگهانی شامل فرار، ترک بخش، خروج در اختلال روانی یا ذهنی.					

گام های دستورالعمل

گام اول: تفکیک اولویت و فوریت نتایج پاراکلینیک

- **نتایج بحرانی:** در صورت آماده شدن این نتایج (چه برای بیماران بستری و چه ترخیص شده)، پرسنل آزمایشگاه/تصویربرداری موظفند بلافاصله و حداکثر ظرف مدت ۲۰ دقیقه، نتیجه را به صورت تلفنی به پزشک معالج و خود بیمار/همراه وی اطلاع داده و مشخصات گیرنده پیام و زمان تماس را در سیستم یا دفتر نتایج بحرانی ثبت کنند.
- **نتایج غیربحرانی معوقه:** پس از آماده شدن در چرخه زمانی مشخص، طبق فرآیند پیگیری نتایج غیربحرانی به بیمار اطلاع داده می شود.
- **نتایج نرمال:** طبق چرخه زمانی معمول و هنگام مراجعه بیمار یا همراه وی تحویل می گردد.

گام دوم: فرآیند ترخیص بیمار و ثبت نتایج معوقه

- پزشک و کادر بالینی باید لیست آزمایشات، چرخه زمانی و زمان پاسخ دهی تست های تأیید شده را که طبق مصوبه کمیته تعیین تکلیف بیمارستان مشخص شده است، در دسترس داشته باشند.
- پرستار یا مامای مسئول بیمار موظف است پیش از ترخیص، تمام آزمایش ها و تست های انجام شده را بر اساس زمان بندی اعلام شده پیگیری کند.
- در صورتی که در زمان ترخیص بیمار، جواب برخی تست ها آماده نباشد، پرستار/مامای مسئول باید نام کامل تست معوقه، زمان انجام آن و زمان مورد انتظار پاسخ دهی را به طور دقیق در "فرم آموزش حین ترخیص" ثبت کند.
- این فرم باید به بیمار یا همراه وی تحویل داده شود و توضیحات کامل در خصوص نحوه و زمان پیگیری جواب تست ها به صورت چهره به چهره ارائه گردد.

گام سوم: فرآیند ویژه در مواجهه با خروج غیرمترقبه و ترخیص با میل شخصی

- در خصوص بیمارانی که احتمال ترخیص غیرمترقبه دارند (مانند بیماران مبتلا به اختلالات ذهنی، روان پزشکی، یا احتمال فرار)، سوپروایزر و کادر بخش باید از بدو پذیرش ملاحظات مراقبتی و امنیتی ویژه را برقرار کنند.
- در زمان پذیرش این بیماران، ثبت حداقل دو شماره تلفن در دسترس و معتبر از همراهان قانونی بیمار در پرونده الزامی است تا در صورت خروج ناگهانی بیمار، پیگیری نتایج معوقه (به ویژه نتایج بحرانی) بدون وقفه انجام شود.
- در صورت خروج بیمار با میل شخصی، پرستار موظف است علاوه بر اخذ رضایت شخصی، فرآیند پیگیری نتایج معوقه را به همان ترتیب بیماران عادی در فرم آموزش ترخیص ثبت و به همراه بیمار تفهیم کند.

گام چهارم: نحوه اطلاع رسانی و ابزارهای ارتباطی

- برای بیماران سرپایی و ترخیص شده، پرسنل آزمایشگاه/تصویربرداری در صورت مواجهه با جواب های بحرانی، باید از سیستم تماس تلفنی مستقیم استفاده کنند و در صورت عدم پاسخگویی بیمار، به سوپروایزر بالینی بیمارستان اطلاع دهند تا از طریق مراجع ذیصلاح یا آدرس ثبت شده پیگیری شود.
- در خصوص نمونه های پاتولوژی، فرم مشخصات و شماره تلفن بیماران در اختیار آزمایشگاه قرار دارد و اطلاع رسانی و تحویل جواب صرفاً از طریق پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه به بیمار یا همراه وی صورت می پذیرد.
- در مواردی که نتیجه نمونه پاتولوژی بیمار مثبت (نشان دهنده بدخیمی یا بیماری خاص نیازمند درمان فوری) باشد، پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه موظفند بلافاصله موضوع را به صورت تلفنی به بیمار یا همراه وی جهت پیگیری سریع درمانی اطلاع داده و این اقدام را با ذکر تاریخ و ساعت ثبت نمایند.

گام پنجم: صیانت از حقوق بیمار و احراز هویت

- به منظور حفظ محرمانگی اطلاعات پزشکی و صیانت از حقوق بیمار، تحویل حضوری هرگونه جواب معوقه پاراکلینیک (به ویژه پاتولوژی و تصویربرداری های حساس) منوط به ارائه مدرک شناسایی معتبر (کارت ملی یا شناسنامه بیمار/همراه قانونی وی) است. پرسنل تحویل دهنده موظفند پیش از تحویل جواب، هویت مراجعه کننده را با مشخصات ثبت شده در سیستم بیمارستان تطبیق دهند.

نحوه نظارت :

بازبینی فرم آموزش حین ترخیص، کنترل ثبت پاسخ های معوق، بررسی تماس های انجام شده، پایش پرونده بیماران ترخیص شده/ترک کننده، و ارزیابی ثبت نتایج بحرانی در گزارش واحدها .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
سرپرستار بخش تصویر برداری خانم پورسلطانی سرپرستار بخش آزمایشگاه آقای نقی زاده سرپرستاران محترم بخش ها	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ٠٤ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی
آخرین بازنگری : تابستان ١٤٠٥				
تعداد بازنگری : ٤				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
٢		ب - ٨ - ٣		نتایج بحرانی آزمایشها قبل از هرگونه کنترل مجدد ، از طریق خط آزاد ارتباطی اعلام نتایج بحرانی گزارش فوری می شود .
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین
خط آزاد ارتباطی، تلفن داخلی یا مستقیم، دفتر یا سامانه ثبت نتایج بحرانی، فهرست محدوده بحرانی آزمایشها و تصویربرداری، پرونده بیمار، سیستم HIS و فرمهای ثبت تماس و پیگیری.		در آزمایشگاه، کارشناس مسئول آزمایشگاه. در تصویربرداری، تکنسین مسئول .	استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان، مصوبات کمیته دارو و درمان، خطمشیهای ایمنی بیمار ، دستورالعملهای داخلی آزمایشگاه و تصویربرداری.	مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول تصویربرداری، سرپرستار بخش، سوپروایزر بالینی و کمیته دارو و درمان .
هدف				
این دستورالعمل با هدف تعیین فرآیند استاندارد برای شناسایی، گزارش فوری، ثبت، پیگیری و اطمینان از انتقال صحیح نتایج بحرانی در واحدهای آزمایشگاه و تصویربرداری تدوین شده است تا مداخله درمانی به موقع انجام شده و ایمنی بیمار تضمین گردد.				
تعاریف واژگان				
نتیجه بحرانی: نتیجهای از آزمایش یا تصویربرداری که نشان دهنده وضعیت تهدیدکننده حیات یا نیازمند اقدام فوری درمانی است.				
خط آزاد ارتباطی: مسیر ارتباطی مستقیم و بدون واسطه برای اطلاع رسانی فوری به بخشهای بالینی.				
گزارش آنی: انتقال فوری نتیجه بحرانی به پزشک معالج و در صورت عدم دسترسی، به پرستار مسئول بیمار، بدون تأخیر.				
پیام، شامل شنیدن، یادداشت کردن، بازخوانی، تأیید و بستن چرخه ارتباط.				
Read Back / Write Down / Repeat Back / Close the Loop: روش استاندارد تبادل اطلاعات برای اطمینان از انتقال کامل و صحیح				

کام های دستورالعمل

۱. تدوین و ابلاغ فهرست نتایج بحرانی

فهرست محدوده بحرانی آزمایش ها و تصویربرداری باید با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک تدوین شود. این فهرست توسط مسئول آزمایشگاه یا مسئول تصویربرداری به کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده و پس از تصویب، به کلیه بخش های بالینی، آزمایشگاه و تصویربرداری ابلاغ می گردد. فهرست مزبور باید در دسترس همه کارکنان مرتبط باشد و به صورت دوره ای بازنگری شود تا با نیازهای بالینی و مصوبات جدید منطبق بماند.

۲. نحوه گزارش آنی نتایج بحرانی آزمایشگاه

در صورت شناسایی نتیجه بحرانی در آزمایشگاه، کارشناس مسئول آن بخش موظف است بلافاصله و فقط از طریق خط آزاد ارتباطی، نتیجه را به پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار اطلاع دهد. اگر پزشک معالج در دسترس نباشد، اطلاع رسانی ابتدا به پرستار مسئول بیمار انجام می شود تا از طریق وی پزشک معالج در جریان قرار گیرد. در صورتی که پزشک معالج در دسترس باشد، اطلاع مستقیم به ایشان انجام می شود. اطلاع رسانی باید شامل نام بیمار، نوع آزمایش، مقدار یا نتیجه بحرانی، تاریخ و ساعت اعلام، نام فرد دریافت کننده پیام و نام فرد اعلام کننده باشد. این اطلاعات باید در دفتر مخصوص یا سامانه ثبت نتایج بحرانی ثبت گردد.

۳. نحوه گزارش آنی نتایج بحرانی تصویربرداری

در صورت تشخیص نتیجه بحرانی در تصویربرداری، پزشک رادیولوژیست موظف است بلافاصله نتیجه را به پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار اطلاع دهد و ثبت نماید. در صورتی که کارشناس رادیولوژی در حین انجام تصویربرداری یا پس از آن به وجود مورد بحرانی مشکوک شود، باید فوراً موضوع را به پزشک رادیولوژیست اطلاع دهد. سپس پزشک رادیولوژیست تصویر را بررسی کرده و در صورت تأیید نهایی، اطلاع رسانی به پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار انجام می شود. اگر پزشک رادیولوژیست در دسترس نباشد یا پاسخگو نباشد، کارشناس رادیولوژی مراتب را به دفتر پرستاری اطلاع می دهد و همزمان به پرستار مسئول بیمار نیز اطلاع رسانی می کند تا پیگیری از طریق ایشان انجام شود.

۴. ثبت و مستندسازی

تمام نتایج بحرانی، چه در آزمایشگاه و چه در تصویربرداری، باید در دفتر یا سیستم ثبت نتایج بحرانی ثبت شوند. ثبت باید شامل موارد زیر باشد:

- نام و مشخصات بیمار
- نوع آزمایش یا تصویربرداری
- شرح نتیجه بحرانی
- تاریخ و ساعت مشاهده نتیجه
- تاریخ و ساعت اطلاع رسانی
- نام فرد اطلاع دهنده
- نام فرد دریافت کننده پیام

۵. اطلاع رسانی به بیماران سرپایی

در صورتی که نتیجه بحرانی مربوط به بیمار سرپایی باشد، شماره تماس بیمار از پرونده یا سیستم جستجو شده و بلافاصله با وی تماس گرفته می شود تا از نتیجه مطلع شده و برای مراجعه به پزشک معالج یا مرکز درمانی هدایت شود. در صورت عدم پاسخگویی بیمار، پیگیری از طریق شماره های ثبت شده همراه یا سایر روش های تعیین شده در دستورالعمل بیمارستان انجام می شود و نتیجه آن ثبت می گردد.

۶. تکرار و تأیید نتیجه

پس از اطلاع‌رسانی نتیجه بحرانی به پرستار مسئول بیمار و پزشک معالج، در صورت نیاز و طبق پروتکل هر بخش، آزمایش یا بررسی مربوطه تکرار می‌شود و نتیجه مجدداً اطلاع داده می‌شود.

تکرار نتیجه باید به‌گونه‌ای انجام شود که اطمینان از صحت داده‌ها حاصل شود و در صورت تأیید نهایی، نتیجه جدید نیز در همان چرخه اطلاع‌رسانی و ثبت قرار گیرد.

۷. روش انتقال ایمن اطلاعات

برای جلوگیری از خطاهای ارتباطی و اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات، از روش زیر استفاده می‌شود:

۱. Read Back: فرد دریافت‌کننده پیام، اطلاعات را می‌شنود.

۲. Write Down: اطلاعات را بلافاصله یادداشت می‌کند.

۳. Repeat Back: اطلاعات را برای فرستنده بازخوانی می‌کند.

۴. Close the Loop: فرستنده صحت اطلاعات بازخوانی‌شده را تأیید می‌کند.

این چرخه باید در ارتباط بین کارکنان آزمایشگاه و کادر بالینی، و نیز بین پزشک و پرستار، به‌طور کامل رعایت شود.

۸. مسئولیت پیگیری پس از اعلام نتیجه

پس از اطلاع‌رسانی نتیجه بحرانی، مسئولیت پیگیری وضعیت بیمار و اقدام درمانی بر عهده پزشک معالج و تیم درمانی مربوطه است. واحد پاراکلینیک موظف است فقط اطلاع‌رسانی دقیق و مستند را انجام دهد و پیگیری انجام اقدام درمانی را در صورت لزوم در پرونده ثبت کند.

۹. بیماران بستری، ترخیص‌شده یا ترک‌کننده بیمارستان

در بیماران بستری، اطلاع‌رسانی به پرستار مسئول و پزشک معالج انجام می‌شود.

در بیماران ترخیص‌شده، ترخیص با میل شخصی، فرار یا خروج غیرمترقبه، تماس با بیمار یا همراه قانونی باید از طریق شماره تماس ثبت‌شده انجام شود و در صورت نیاز، اطلاع به پزشک معالج نیز صورت گیرد.

- در مورد بیمارانی که احتمال خروج غیرمترقبه دارند، از بدو پذیرش باید ملاحظات مدیریتی و مراقبتی ویژه اعمال شود تا امکان پیگیری نتایج بحرانی در هر شرایطی فراهم باشد.

نحوه نظارت :

نظارت از طریق پایش دفتر ثبت نتایج بحرانی، ممیزی پرونده بیماران، بررسی مستندات تماس و زمان اطلاع‌رسانی، کنترل اجرای روش Read Back / Write Down / Repeat Back / Close the Loop و ارزیابی دوره‌ای در کمیته دارو و درمان انجام می‌شود.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
سرپرستار بخش تصویر برداری خانم پورسلطانی سرپرستار بخش آزمایشگاه آقای نقی زاده سرپرستاران محترم بخش ها	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلند گو / پیجر	
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۶		ج - ۱ - ۱		صدای سیستم اطلاع رسانی بلندگو / پیجر در سراسر بیمارستان به صورت واضح قابل شنیدن است .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
ژنراتور برق اضطراری، سیستم پیجر/بلندگو فعال، تلفن های ثابت، چک لیست های بازدید، فرم های گزارش دهی نقص فنی .		مسئول تأسیسات بیمارستان .	دستورالعمل های نگهداری تجهیزات، مصوبات کمیته مدیریت بحران، دفترچه راهنمای سیستم های صوتی .	مدیر داخلی بیمارستان و سوپروایزر بالینی .	هدف از این دستورالعمل، برقراری یک سیستم اطلاع رسانی (پیجر/بلندگو) کارآمد، واضح و در دسترس در تمام نقاط بیمارستان، مدیریت صحیح زمان فعالیت، کاهش آلودگی صوتی جهت حفظ آرامش بیماران و پیش بینی سیستم های جایگزین در حوادث غیرمترقبه است
تعاریف واژگان					
سیستم اطلاع رسانی: شبکه بلندگو/پیجر جهت فراخوان . محدوده مجاز: بازه زمانی ۰۷:۰۰ الی ۲۲:۰۰. شرایط بحرانی : قطع برق یا نقص فنی در سیستم اصلی .					

کام های دستورالعمل

محدوده فعالیت و ضوابط صوتی

- زمان فعالیت: سیستم پیجر مرکزی بیمارستان صرفاً از ساعت ۰۷:۰۰ تا ۲۲:۰۰ فعال است.
- ساعات آرامش: در بازه زمانی ۲۲:۰۰ تا ۰۷:۰۰، بلندگو غیرفعال است. در این ساعات جهت ارتباط از تلفن ثابت یا پرسنل خدمات استفاده می‌شود.
- کیفیت صوتی: پیام‌ها باید با تن صدای ملایم و آرام‌بخش بیان شوند تا آرامش بخش‌ها حفظ گردد.

پایداری و نگهداری سیستم

- تأمین انرژی: با قطع برق شهری، ژنراتور اضطراری به صورت خودکار فعال شده و سیستم اطلاع‌رسانی را تغذیه می‌کند.
- بازدید دوره‌ای: مسئول تأسیسات بیمارستان موظف است طبق فواصل زمانی مشخص (چک‌لیست)، سیستم را بازدید و از صحت عملکرد آن اطمینان حاصل کند.

فرآیند در زمان نقص سیستم (اقدامات جایگزین)

در صورت بروز نقص فنی در سیستم اطلاع‌رسانی:

۱. گزارش‌دهی: واحد پذیرش فوراً نقص را به مدیر داخلی گزارش می‌دهد.
 ۲. تعمیرات: مسئول تأسیسات بلافاصله پایش و تعمیر را انجام می‌دهد.
 ۳. تأمین اعتبار: در صورت نیاز به هزینه، مدیر مالی تصمیم لازم را اتخاذ می‌کند.
 ۴. ارتباط جایگزین: استفاده از تلفن ثابت توسط کادر درمان.
- در صورت نقص تلفن‌ها، استفاده از پرسنل خدمات جهت انتقال پیام‌های فوری و حضوری به بخش‌ها.

نحوه نظارت :

تکمیل چک‌لیست بازدید دوره‌ای، گزارش خرابی در HIS، بررسی وضعیت ژنراتور، ارزیابی دوره‌ای توسط کمیته مدیریت بحران .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی آقای نقی زاده مسئول تأسیسات آقای فرهادی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل اعلام اخبار ناگوار به بیماران و خانواده های آن ها	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۲		ج - ۱ - ۱		خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی و روشه ای از پیش تعیین شده با بیمار/ ولی قانونی در میان گذاشته می شود .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
محل آرام و خصوصی، صندلی، دستمال کاغذی، لیوان آب، پروتکل های حمایتی فرهنگی .		پزشک معالج / سرپرستار یا مسئول شیفت .	دستورالعمل های کمیته اخلاق بالینی، پروتکل های مددکاری اجتماعی، اصول اخلاق پزشکی و حقوق بیمار .	کمیته اخلاق بالینی بیمارستان .	تبیین روش های انتقال اخبار مربوط به بیماری یا فوت، با رعایت اصول اخلاق حرفه ای، منش انسانی و حفظ کرامت بیمار و خانواده .
تعاریف واژگان					
خبر ناگوار : انتقال اطلاعاتی که ماهیت آن منفی است (مانند تشخیص بیماری صعب العلاج، پیش آگهی نامطلوب یا فوت) . قیم قانونی : فردی که از نظر قانونی مسئول تصمیم گیری برای بیمار است .					

کام های دستورالعمل

۱. اصول اخلاقی و آماده سازی

- مبنای اخلاقی: تمامی روش های اطلاع رسانی باید بر پایه اخلاق حرفه ای، منش انسانی و با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی (در موارد پیچیده) باشد.
- انتخاب مکان: اطلاع رسانی باید حتماً در یک محل آرام، خصوصی و دور از چشم سایر بیماران و همراهان انجام شود.
- آمادگی روانی: پیش از شروع گفتگو، شرایط محیطی باید فراهم گردد تا بیمار و خانواده احساس امنیت و آرامش کنند.

۲. مراحل برقراری ارتباط و ارزیابی

- برقراری ارتباط اولیه: از طریق مصاحبه مستقیم با بیمار یا خانواده ارتباط برقرار شده و حتماً یک "پیش آگهی" (آماده سازی ذهنی) به آن ها داده شود.
- ارزیابی سطح آگاهی: با پرسیدن سوالات هدفمند (مانند: «شما با بیمار چه نسبتی دارید؟») و گوش دادن فعال به صحبت های آن ها، میزان درک و اطلاعات آن ها از وضعیت بیمار ارزیابی شود.
- توضیح پروسیجر: پس از انتقال خبر، میزان درک آن ها از وضعیت بررسی شده و سپس تمام مراحل و پروسیجرهای درمانی یا اقدامات بعدی به طور کامل توضیح داده شود.

۳. سلسله مراتب مسئولیت در اعلام خبر

- اولویت اول: خبر ناگوار باید حتماً توسط پزشک معالج داده شود.
- اولویت دوم: در صورت عدم حضور یا عدم امکان دسترسی به پزشک معالج، مسئولیت بر عهده سرپرستار بخش یا باسابقه ترین پرستار بخش است که از مهارت های ارتباطی لازم برخوردار باشد.

۴. پروتکل حمایت از بیمار و خانواده (منش انسانی)

- پاسخ به احساسات: به واکنش های عاطفی بیمار و خانواده (گریه، سکوت، خشم) با همدلی پاسخ داده شود.
- اقدامات حمایتی کوچک: فراهم آوردن امکانات اولیه مانند دادن دستمال کاغذی، لیوان آب و رعایت آداب فرهنگی (مانند لمس همدلانه با توجه به فرهنگ و مذهب بیمار) الزامی است.

۵. آموزش و پایش (نقش کمیته اخلاق)

- آموزش مستمر: کمیته اخلاق بالینی موظف است نمونه های صحیح اطلاع رسانی را تدوین کرده و به پزشکان، پرستاران و سایر افراد واجد شرایط آموزش دهد.
- شناسایی افراد واجد شرایط: افراد یا مشاغلی که صلاحیت اعلام اخبار حساس را دارند، باید توسط کمیته اخلاق شناسایی و آموزش های لازم را دریافت کنند.
- کنترل دوره ای: اجرای این دستورالعمل باید به طور دوره ای پایش شده و در صورت نیاز، اقدامات اصلاحی توسط کمیته اخلاق انجام گیرد.

نحوه نظارت :

تکمیل چک لیست بازدید دوره ای، گزارش خرابی در HIS، بررسی وضعیت ژنراتور، ارزیابی دوره ای توسط کمیته مدیریت بحران .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
دبیر کمیته اخلاق بالینی خانم دکتر مسعودی مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۲		ب - ۱ - ۴		بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود.	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
سیستم HIS ، پرونده پزشکی، مچ‌بند شناسایی، فرم صورتجلسه، برچسب شناسایی، کیسه جسد، دسترسی به تلفن و ارتباط با نیروی انتظامی .		پرستار مسئول شیفت / متصدی پذیرش با دستور پزشک / سوپروایزر		مقررات پذیرش بیمارستان، منشور حقوق بیمار، دستورالعمل‌های قانونی مربوط به بیماران مجهول الهویه و سنجه های اعتبار بخشی .	
تعاریف واژگان					
بیمار مجهول الهویه : فردی که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا به دلیل کاهش سطح هوشیاری، فراموشی موقت یا دائم، مشکلات روانی و ذهنی و موارد مشابه قادر به ارائه اطلاعات معتبر نیست یا همراهی که بتواند این اطلاعات را ارائه دهد، حضور ندارد.					
کام های دستورالعمل					
۱. پذیرش و تریاژ اولیه					
به محض ورود بیمار مجهول الهویه به بیمارستان، چه با وسیله شخصی و چه از طریق اورژانس ۱۱۵، تریاژ فوری انجام می‌شود و بر اساس ارزیابی اولیه، بیمار به بخش بستری، بخش حاد یا اتاق احیا منتقل می‌گردد.					
۲. تشکیل پرونده و ثبت اطلاعات هویتی موقت					
متصدی پذیرش با دستور پزشک برای بیمار تشکیل پرونده می‌دهد و اطلاعات اولیه را در سیستم و پرونده ثبت می‌کند. در ثبت مشخصات باید موارد زیر رعایت شود:					
• در قسمت نام خانوادگی، عبارت مجهول الهویه ثبت شود. • در قسمت نام، متناسب با ظاهر بیمار عبارت خانم / آقا / دختر بچه / پسر بچه / نوزاد درج شود. • تا زمان شناسایی قطعی، بیمار با همین عنوان در بیمارستان شناخته می‌شود. • جنس بیمار به‌طور دقیق ثبت گردد. • برای تخمین سن تقریبی، از پزشک مسئول شیفت اورژانس کمک گرفته شود. • در بخش آدرس، محل یافتن بیمار ثبت شود.					

۳. ثبت اطلاعات روی دستبند شناسایی

اطلاعات ثبت شده روی دستبند شناسایی بیمار باید شامل موارد زیر باشد:

- عبارت مجهول الهویه در قسمت نام خانوادگی
- عنوان مناسب در قسمت نام
- شماره پرونده
- تاریخ تولد تقریبی
- جنس بیمار

دستبند شناسایی باید بلافاصله پس از پذیرش برای بیمار نصب شود.

۴. مراقبت و ارزیابی بالینی

پرستار مسئول شیفت موظف است ترتیبی اتخاذ نماید که بیمار مانند سایر بیماران تحت درمان قرار گیرد.

پرستار و پزشک باید وضعیت بیمار را از نظر جراحات، علائم ظاهری، رنگ پوست، نشانه‌های خاص بدنی، پوشش و سایر شاخص‌های هویتی بررسی و در پرونده ثبت نمایند. در صورت هوشیاری بیمار، اطلاعات لازم از خود بیمار اخذ و ثبت می‌شود.

۵. اطلاع‌رسانی به سوپروایزر

پذیرش بیمار مجهول الهویه باید بلافاصله به سوپروایزر اطلاع داده شود تا پیگیری‌های لازم انجام گیرد.

۶. بررسی وسایل شخصی بیمار

نگهبان با هماهنگی سوپروایزر، جیب بیمار و کلیه وسایل شخصی وی را جهت یافتن کارت شناسایی، آدرس، شماره تلفن و سایر اطلاعات شناسایی بررسی می‌کند و صورتجلسه تنظیم می‌گردد.

هیچ‌یک از وسایل بیمار، حتی در صورت آلوده یا مخدوش بودن، نباید معدوم شود و باید به‌صورت محفوظ نگهداری گردد.

۷. اطلاع به نیروی انتظامی و پیگیری قانونی

سوپروایزر موظف است حداکثر ظرف ۲۴ ساعت موضوع را به نیروی انتظامی اطلاع دهد تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه تنظیم نماید.

سپس اقدامات قانونی لازم برای شناسایی بیمار از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام می‌شود.

۸. تطبیق هویت در بخش‌ها و واحدهای پاراکلینیک

در کلیه واحدهای پاراکلینیک و سایر بخش‌ها، شناسایی بیمار باید با تطبیق مچ‌بند شناسایی با اطلاعات ثبت شده در پرونده یا سیستم، شماره پرونده و شماره سریال پذیرش انجام شود.

۹. اصلاح اطلاعات در صورت شناسایی بیمار

در صورتی که بیمار در هر مرحله شناسایی شود، اطلاعات هویتی وی بلافاصله در سیستم HIS، پرونده پزشکی و مچ‌بند شناسایی اصلاح می‌گردد.

۱۰. ترخیص بیماران مجهول الهویه دارای آسیب‌های اجتماعی

سوپروایزر با همکاری مددکار اجتماعی، پیگیری‌های لازم را برای ترخیص بیماران مجهول الهویه و دارای آسیب‌های اجتماعی تا حصول نتیجه و خروج قانونی بیمار از بیمارستان انجام می‌دهد.

۱۱. اقدامات در صورت فوت بیمار مجهول الهویه

در صورت فوت بیمار مجهول الهویه، مشخصات بیمار طبق مندرجات دستبند شناسایی، همراه با شماره پرونده و محل یافتن بیمار، روی کیسه جسد ثبت می‌گردد. اگر بیمار در شرایطی فوت کند که هیچ راهی برای شناسایی او در بیمارستان وجود نداشته باشد، موضوع به پلیس ۱۱۰ اطلاع داده می‌شود تا از طریق مراجع قانونی اقدام شود.

۱۲. کنترل و نظارت

نحوه اجرای این دستورالعمل باید به‌طور دوره‌ای توسط سوپروایزر و مدیریت بیمارستان پایش شود و هرگونه نقص در ثبت یا پیگیری، فوراً اصلاح گردد.

نحوه نظارت :

بررسی صحت ثبت اطلاعات در پرونده و HIS ، کنترل مجبند شناسایی، پیگیری گزارش به نیروی انتظامی، بازبینی صورتجلسه‌ها، و کنترل مستندات ترخیص و فوت .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
دبیر کمیته اخلاق بالینی خانم دکتر مسعودی مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری مسئول واحد مددکاری اجتماعی خانم ایمانی نژاد	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل تسکین درد
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵				
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۶		ب - ۱ - ۵		درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت میشود
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین
هدف				
شناسایی، ارزیابی، ثبت و تسکین مؤثر و ایمن درد بیماران با استفاده از روش های دارویی و غیردارویی و پیشگیری از عوارض ناخواسته داروهای مسکن و مخدر		مترون، سوپروایزر کشیک، سرپرستار بخش .	دستورالعمل مدیریت درد بیمارستان، استانداردهای اعتباربخشی، دستورالعمل ایمنی داروهای پرخطر.	پرستار بخش و پزشک معالج .
فرم ارزیابی اولیه درد ، پرونده و کاردکس بیمار، مقیاس سنجش درد ۰ تا ۱۰، داروهای مسکن مجاز، برگه داروی مخدر، قفسه قفل دار نگهداری مخدر، کیف آب گرم، تجهیزات پایش بیمار				
تعاریف واژگان				
خبر ناگوار : انتقال اطلاعاتی که ماهیت آن منفی است (مانند تشخیص بیماری صعبالعلاج، پیش آگهی نامطلوب یا فوت) .				
قیم قانونی : فردی که از نظر قانونی مسئول تصمیم گیری برای بیمار است .				
کام های دستورالعمل				
۱. ارزیابی اولیه درد				
پرستار موظف است بیمار را از نظر وجود درد و مشخصات آن، مطابق فرم ارزیابی اولیه و با استفاده از ابزار سنجش درد ۰ تا ۱۰ بررسی نماید. شدت، محل، نوع، زمان شروع و عوامل تشدید یا تخفیف دهنده درد باید در گزارش پرونده ثبت شده و به اطلاع پزشک معالج برسد.				
۲. اقدامات غیردارویی تسکین درد				
پرستار باید متناسب با نوع و محل درد، ابتدا از روش های غیردارویی استفاده نماید. از جمله:				
- استفاده از کیف آب گرم یا حمام در دردهای عضلانی - تغییر پوزیشن مناسب یا حرکات ورزشی مناسب در کمردرد - کاهش محرک های محیطی مانند نور و سر و صدا در سردرد - ایجاد محیط آرام و راحت برای بیمار				
نتیجه اقدامات غیردارویی باید در گزارش پرستاری ثبت شود.				

۳. بررسی کاردکس و تجویز داروی مسکن

در صورتی که با اقدامات غیردارویی درد بیمار کاهش نیابد، پرستار باید کاردکس بیمار را بررسی نماید.

اگر دستور داروی مسکن در کاردکس وجود داشته باشد، دارو طبق دستور به بیمار داده می‌شود و نام دارو، زمان مصرف، علت تجویز و تأثیر آن در گزارش پرستاری ثبت می‌گردد.

۴. اطلاع به پزشک در صورت نبود دستور مسکن

اگر در پرونده یا کاردکس بیمار دستور تجویز مسکن وجود نداشته باشد، پرستار باید موضوع را به پزشک معالج اطلاع داده و پس از اخذ دستور، مطابق دستور دارو را تجویز و ثبت نماید.

۵. نحوه درخواست و مصرف داروهای مخدر

در صورتی که پزشک برای بیمار داروی مخدر تجویز نماید:

- برگه مخدر باید توسط پزشک تکمیل، مهر و امضا شود.
- پرستار بخش با توجه به نوع دارو، دوز و تاریخ تجویز، برگه داروی مخدر را به سوپروایزر کشیک تحویل می‌دهد.
- دارو به صورت آمپول یا شکل دارویی مورد نظر دریافت می‌شود.
- پس از مصرف، پوکه داروی مخدر باید به برگه مخدر چسبانده شده و تحویل دفتر پرستاری گردد.
- داروی مخدر باید صرفاً طبق تجویز پزشک در بخش مصرف شود.
- نام دارو، زمان مصرف، علت تجویز و اثر آن در گزارش پرستاری ثبت شود.

۶. آموزش بیمار

پرستار موظف است به زبان ساده، قابل فهم و متناسب با شرایط بیمار، وی را از عوارض احتمالی داروهای مسکن و داروهای مخدر آگاه نماید تا همکاری بیمار در اجرای درمان افزایش یابد.

۷. الزام حضور دو پرستار در مصرف داروی مخدر

در هنگام تجویز و مصرف داروی مخدر برای بیمار، حضور دو پرستار الزامی است؛ به گونه‌ای که یک پرستار دارو را آماده و تجویز نموده و پرستار دوم صحت نوع دارو، دوز، بیمار و زمان مصرف را کنترل و تأیید نماید.

۸. نکات ایمنی مهم در مصرف داروهای مخدر

- داروهای مخدر جزو داروهای هشدار بالا هستند.
- این داروها باید توسط پزشک متخصص یا سطح بالاتر تجویز شوند.
- ترجیحاً تجویز داروهای مخدر به صورت شفاهی یا تلفنی انجام نشود.
- در زمان نوشتن دستور پزشک، نام داروی مخدر با حروف واضح و درشت نوشته شود.
- داروهای مخدر، حتی قرص و شربت متادون، باید در قفسه جداگانه، قفل‌دار و ایمن نگهداری شوند.
- موجودی و سوابق مصرف داروهای مخدر باید در هر تعویض شیفت ثبت و کنترل گردد.

۹. پایش عوارض ناخواسته داروهای مخدر

در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی، بیمار باید از نظر بروز عوارض ناخواسته، به‌ویژه آپنه، کاهش سطح هوشیاری، افت فشار خون و تضعیف تنفس، به‌طور دقیق پایش شود.

در موارد استفاده از پمپ‌های مخدر، تمهیدات ایمنی لازم مطابق دستورالعمل استاندارد بیمارستان رعایت گردد.

۱۰. نظارت و کنترل

اجرای این دستورالعمل باید به‌طور مستمر از طریق بررسی پرونده بیماران، کنترل گزارشات پرستاری، پایش کاردکس، نظارت بر تحویل و مصرف داروهای مخدر و بررسی ثبت موجودی مخدرها در تعویض شیفت‌ها انجام شود.

نحوه نظارت :		
بررسی پرونده و گزارش پرستاری، کنترل کاردکس، پایش ثبت ارزیابی درد، نظارت بر نحوه مصرف و تحویل داروهای مخدر، بازبینی برگه‌های مخدر در تعویض شیفت .		
تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری سوروایزر آموزش آقای محمد حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR				دستور العمل خلاصه برداری و امحای پرونده های پزشکی بستری
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۴		الف - ۵ - ۵		خلاصه برداری و امحا پرونده های پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است .
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین
هدف				
ساماندهی، بررسی، خلاصه برداری، بایگانی و امحای اصولی پرونده های پزشکی بستری طبق ضوابط وزارت بهداشت و حفظ مستندات اصلی و قانونی .		نماینده حقوقی دانشگاه .		
بخشنامه ها و دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت، فصل پنجم دستورالعمل ساماندهی اسناد، مقررات بایگانی و امحاء مدارک پزشکی .		مسئول مدارک پزشکی و کارشناس های مربوطه .		
فضای بایگانی، قفسه و پوشه رنگی، سیستم شماره گذاری پرونده، دستگاه اسکن و تصویربرداری، فرم های کنترل نقص، فرم صورتجلسه امحا، مجوز امحا .				
تعاریف واژگان				
خلاصه برداری: استخراج و نگهداری فرم ها و مستندات اصلی و ضروری پرونده برای بایگانی بلندمدت.				
امحا: از بین بردن اسناد و مدارک پزشکی پس از طی مدت نگهداری قانونی و اخذ مجوزهای لازم.				
پرونده ناقص: پرونده ای که دارای نقص در فرم ها، امضاها، گزارش ها یا مستندات مورد نیاز باشد.				
گام های دستورالعمل				
۱. تحویل پرونده ها				
پرونده های پزشکی بستری از واحد حسابداری و امور بیمه طبق لیست ارسالی همراه پرونده ها تحویل گرفته می شود.				
۲. ارزیابی کمی و کیفی پرونده ها				
پرونده ها از نظر کمی و کیفی بررسی می شوند تا از کامل بودن مستندات و صحت مدارک اطمینان حاصل گردد.				
۳. تفکیک پرونده های ناقص				
پرونده های ناقص بر حسب پزشک معالج و یا بخش بستری تفکیک شده و گزارش نواقص آنها به متخصصین و بخش های بستری اعلام می گردد.				
۴. رفع نقص و مرتب سازی				
پس از رفع نقص، پرونده ها دوباره بررسی و اوراق آنها به ترتیب واحد مدارک پزشکی مرتب می شود.				

۵. ارجاع به کدگذاری و بایگانی

پرونده‌ها به قسمت کدگذاری ارجاع داده می‌شوند و پس از کدگذاری، به بایگانی تحویل داده شده و در پوشه رنگی مخصوص شماره پرونده قرار می‌گیرند. سپس در قفسه مطابق سیستم شماره‌گذاری بایگانی می‌شوند.

۶. خلاصه‌برداری پرونده‌ها

در پرونده‌های مشمول، خلاصه‌برداری باید حداقل شامل موارد زیر باشد:

- فرم‌های اصلی پذیرش و خلاصه پرونده
- فرم‌های مخصوص مانند شرح عمل و گزارش پاتولوژی
- فهرست‌های تخصصی مانند شرح زایمان، آپگار نوزاد، گواهی فوت، گواهی ولادت، نمودار سطح سوختگی بیمار

۷. نگهداری مطابق زمان‌های قانونی

مدت زمان نگهداری پرونده‌ها بر اساس بخشنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت و حداقل زمان‌های قانونی انجام می‌شود. در صورت وجود فضای کافی، مرکز می‌تواند بیش از زمان مقرر نیز پرونده‌ها را نگهداری نماید.

۸. امحاء اسناد و مدارک پزشکی

برای امحاء اسناد و مدارک پزشکی، بیمارستان باید جداگانه و با هماهنگی نماینده حقوقی دانشگاه مجوز لازم را دریافت کند. پس از تصویربرداری و اسکن بخش‌های مهم پرونده‌ها، مدارک مشمول امحاء می‌شوند.

۹. الزامات امحاء

قبل از امحاء، موارد زیر باید بررسی شود:

- سن قانونی نگهداری مدارک و دفاتر پزشکی
- شمول قانون امحاء بر مدارک مورد نظر
- نحوه صحیح امحاء
- اهمیت و تصویب موضوع در کمیته مدارک پزشکی
- تنظیم صورتجلسه در زمان امحاء پرونده‌ها و مدارک پزشکی

۱۰. نظارت نهایی

کلیه مراحل خلاصه‌برداری، بایگانی و امحاء باید تحت نظارت مسئول مدارک پزشکی، کمیته مدارک پزشکی و نماینده حقوقی انجام شود.

نحوه نظارت :

بررسی کمی و کیفی پرونده‌ها، کنترل رفع نواقص، نظارت بر کدگذاری و بایگانی، بررسی مجوز امحاء، تهیه صورتجلسه و بازبینی اسناد اسکن شده .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مسئول واحد مدارک پزشکی آقای هاشمی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل استفاده از زیور آلات در بخش های بالینی بیمارستان
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵				
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۵		ب - ۴ - ۳		ارزشگذاری و فرهنگ سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود .
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین
متن دستورالعمل عدم استفاده از زیور آلات .		کلیه کارکنان بالینی .	مصوبه کمیته کنترل عفونت، دستورالعمل کشوری بهداشت دست، سنجه های اعتبار بخشی .	سوپروایزر، مترون، مسئول بخش / مسئول کنترل عفونت .
				پیشگیری از انتقال عفونت های بیمارستانی، ارتقای بهداشت دست و کاهش خطر آلودگی متقاطع از طریق ممنوعیت استفاده از زیورآلات و موارد مخل بهداشت دست در بخش های بالینی .
تعاریف واژگان				
زیورآلات :شامل انگشتر، النگو، ساعت، دستبند و سایر وسایل زینتی قابل استفاده در دست و مچ موارد مخل بهداشت دست :شامل لاک ناخن، کاشت ناخن، ناخن بلند و هر موردی که مانع شستشو و ضدعفونی صحیح دست شود عفونت بیمارستانی :عفونتی که پس از ۴۸ ساعت در جریان دریافت خدمات سلامت در بیمارستان ایجاد شده و هنگام پذیرش بیمار وجود نداشته است.				
گام های دستورالعمل				
متن دستورالعمل و گام های اجرایی				
۱. مقدمه و اهمیت موضوع				
عفونت های بیمارستانی یکی از عوامل مخاطره آمیز در بیماران بستری می باشند که می توانند موجب افزایش مرگ و میر، طولانی شدن مدت بستری و تحمیل هزینه های زیاد به سیستم های بهداشتی و درمانی شوند.				
نتایج برخی مطالعات نشان داده است که تعداد کلونی های میکروبی و پاتوژن های بیماری زا در کارکنانی که از زیورآلات استفاده می کنند، بیشتر از افراد بدون زیورآلات است.				

۲. اثر زیورآلات بر بهداشت دست

استفاده از زیورآلات سبب تجمع میکروب‌ها در زیر آن‌ها شده و می‌تواند موجب انتقال آلودگی از یک بیمار به بیمار دیگر گردد. همچنین استفاده از زیورآلات ممکن است باعث:

- پاره شدن دستکش
- اختلال در شستشوی صحیح دست‌ها
- کاهش اثربخشی ضدعفونی دست

شود.

۳. ممنوعیت استفاده از زیورآلات در بخش‌های بالینی

بر اساس مصوبه کمیته کنترل عفونت، استفاده از هرگونه زیورآلات شامل:

- انگشتر
- النگو
- ساعت
- دستبند

در تمامی بخش‌های بالینی بیمارستان ممنوع می‌باشد.

۴. ممنوعیت موارد مغل بهداشت دست

علاوه بر زیورآلات، موارد زیر نیز در تمامی بخش‌های بالینی ممنوع است:

- لاک ناخن
- کاشت ناخن
- ناخن بلند
- هرگونه موردی که مانع رعایت صحیح اصول بهداشت دست گردد.

۵. مسئولیت کارکنان

کلیه کارکنان بالینی موظفاند در زمان حضور در بخش‌های درمانی، از استفاده از زیورآلات و موارد مغل بهداشت دست خودداری نمایند و اصول بهداشت دست را در همه موارد رعایت کنند.

۶. فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری سازمانی

رعایت بهداشت دست باید به عنوان یک ارزش پایدار سازمانی در بیمارستان شناخته شود.

تیم رهبری و مدیریت بیمارستان موظفاند در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بالینی فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری نمایند.

۷. چارچوب اجرای برنامه بهداشت دست

فرهنگ‌سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست باید بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام شود.

معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقای بهداشت دست شامل موارد زیر است:

۱. رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری
۲. تغییر سیستم
۳. آموزش
۴. ارزشیابی و بازخورد
۵. استفاده از یادآورها در محیط کار

۸. آموزش کارکنان

کلیه کارکنان بالینی باید در بدو ورود و به صورت مستمر در زمینه بهداشت دست، خطرات استفاده از زیورآلات، و اثر آن بر انتقال عفونت‌های بیمارستانی آموزش ببینند.

۹. پایش و نظارت

رعایت این دستورالعمل از طریق بازدیدهای دوره‌ای، مشاهده مستقیم، چک‌لیست‌های پایش بهداشت دست و گزارش کمیته کنترل عفونت ارزیابی می‌گردد. موارد عدم رعایت باید ثبت، پیگیری و بازخورد داده شود.

۱۰. اقدام اصلاحی

در صورت مشاهده عدم رعایت دستورالعمل، ابتدا تذکر آموزشی و شفاهی داده می‌شود و در صورت تکرار، اقدامات لازم طبق ضوابط بیمارستان و نظر مدیریت و کمیته کنترل عفونت انجام خواهد شد.

نحوه نظارت :

ازدید دوره‌ای از بخش‌ها، مشاهده مستقیم کارکنان، پایش رعایت بهداشت دست، ثبت موارد عدم انطباق .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مسئول کنترل عفونت آقای محمد حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل سطوح دسترسی به پرونده ی پزشکی بیماران	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۵		الف - ۵ - ۱		سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان بازیابی اطلاعات بیماران را فراهم می نماید .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
سامانه HIS، نام کاربری و رمز عبور اختصاصی، پرونده بیماران ، فرم درخواست دسترسی .		مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت ، مسئول HIS ، مدیر داخلی بیمارستان .	آیین نامه محرمانگی اطلاعات بیمار، ضوابط وزارت بهداشت، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان .	رئیس بیمارستان، مدیریت داخلی بیمارستان، واحد مدیریت اطلاعات سلامت، کمیته اخلاق پزشکی .	تعیین، کنترل و نظارت بر سطوح دسترسی مجاز کاربران به اطلاعات پرونده بیماران به منظور حفظ محرمانگی، یکپارچگی، دسترس پذیری و بازیابی صحیح اطلاعات در سامانه اطلاعات بیمارستانی .
تعاریف واژگان					
سامانه اطلاعات بیمارستانی (HIS): سامانه الکترونیکی ثبت، نگهداری، پردازش و بازیابی اطلاعات بیماران. سطح دسترسی: میزان مجاز مشاهده، ثبت، ویرایش یا گزارش گیری از اطلاعات بیمار بر اساس شرح وظایف. اطلاعات پرونده بیمار: کلیه اطلاعات هویتی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی، مالی و آماری ثبت شده در پرونده بیمار. کاربر مجاز: فردی که بر اساس مسئولیت سازمانی و با تأیید مقام مسئول، اجازه دسترسی مشخص به اطلاعات را دارد.					
گام های دستورالعمل					
۱. اصل کلی دسترسی سامانه اطلاعات بیمارستانی باید امکان بازیابی اطلاعات بیماران را برای کاربران مجاز، متناسب با مسئولیت شغلی و در چارچوب حفظ محرمانگی اطلاعات فراهم نماید. دسترسی به اطلاعات پرونده بیماران باید فقط بر اساس نیاز شغلی و اصل حداقل دسترسی ضروری تعریف شود.					
۲. تعیین سطح دسترسی کاربران برای هر یک از کارکنان، سطح دسترسی باید بر اساس شرح وظایف، محل خدمت، نوع مسئولیت و نیاز واقعی به اطلاعات تعیین گردد. ایجاد، تغییر یا حذف دسترسی صرفاً با تأیید مقام مسئول و از طریق واحد مربوطه انجام می شود.					
۳. گروه های مجاز به دسترسی دسترسی به اطلاعات پرونده بیماران حسب وظیفه سازمانی می تواند برای افراد زیر تعریف شود:					

- پزشک مشاور و پزشک معالج
- سرپرستار، پرستار و ماما
- منشی بخش
- سوپروایزر بالینی، آموزش و کنترل عفونت
- رئیس بیمارستان
- کارشناس تغذیه
- مدیر خدمات پرستاری
- مدیر داخلی
- کارشناس مدارک پزشکی
- مسئول کدگذاری و واحد مدارک پزشکی
- واحد ترخیص
- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
- مسئول بیمه
- واحد درآمد
- مددکار
- دبیر کمیته‌ها از جمله کمیته اخلاق پزشکی و مرگ‌ومیر
- بازرسان و کارشناسان وزارت بهداشت و دانشگاه مربوطه
- داروساز
- پزشکی قانونی
- دادگستری
- بیمار یا ولی قانونی
- کمیسیون پزشکی

۴. حدود دسترسی بر اساس وظیفه

هر کاربر فقط به بخشی از اطلاعات دسترسی دارد که برای انجام وظایف وی لازم است.

برای مثال، دسترسی پزشک معالج به اطلاعات تشخیصی و درمانی، دسترسی پرستار و ماما به اطلاعات مراقبتی، دسترسی واحد ترخیص و بیمه به اطلاعات مالی و خلاصه پرونده، و دسترسی مدیریت اطلاعات سلامت و مدارک پزشکی به پرونده کامل در چارچوب وظایف سازمانی تعریف می‌شود.

۵. دسترسی بیمار و ولی قانونی

بیمار یا ولی قانونی وی می‌تواند مطابق ضوابط بیمارستان و قوانین مربوطه، با احراز هویت و ثبت درخواست، به اطلاعات پرونده پزشکی خود دسترسی داشته باشد یا نسخه‌ای از مدارک مجاز را دریافت نماید.

۶. دسترسی مراجع قانونی و نظارتی

ارائه اطلاعات پرونده به مراجع قانونی و نظارتی از جمله پزشکی قانونی، دادگستری، بازرسان وزارت بهداشت، دانشگاه مربوطه و کمیسیون پزشکی، فقط بر اساس درخواست رسمی، احراز هویت و طبق قوانین و مقررات انجام می‌شود.

۷. محرمانگی و امنیت اطلاعات

تمامی کاربران موظف‌اند محرمانگی اطلاعات بیماران را رعایت نمایند و افشای اطلاعات بدون مجوز ممنوع می‌باشد.

۸. ثبت و پایش دسترسی‌ها

تمامی ورودها، مشاهده‌ها، ثبت‌ها، ویرایش‌ها و گزارش‌گیری‌ها در سامانه باید قابل ثبت و رهگیری باشد و درخواست‌های مکتوب دسترسی مجدد به پرونده بیمار در پوشه مشخص نگهداری شود و واحد مدیریت اطلاعات سلامت موظف است دسترسی‌ها و سوابق استفاده را به صورت دوره‌ای پایش نماید.

۹. تغییر یا لغو دسترسی

در صورت تغییر سمت، جابجایی محل خدمت، پایان همکاری، مرخصی بلندمدت یا هرگونه تغییر در شرح وظیفه، سطح دسترسی فرد باید بلافاصله در سامانه HIS بازبینی، اصلاح یا لغو شود.

۱۰. پشتیبان گیری و بازیابی اطلاعات

سامانه اطلاعات بیمارستانی باید به گونه ای طراحی شود که اطلاعات بیماران به صورت ایمن ذخیره، پشتیبان گیری و در مواقع مورد نیاز بازیابی شود تا تداوم خدمت و دسترسی مطمئن به اطلاعات حفظ گردد.

۱۱. آموزش کاربران

کلیه کارکنانی که به سامانه دسترسی دارند باید در زمینه نحوه استفاده صحیح از سامانه و اطلاعات پرونده، محرمانگی اطلاعات، امنیت رمز عبور و حدود قانونی دسترسی آموزش ببینند.

۱۲. نظارت و برخورد با تخلفات

نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل بر عهده مدیریت بیمارستان، واحد مدیریت اطلاعات سلامت و مسئول سامانه HIS است. هرگونه دسترسی غیرمجاز، افشای اطلاعات یا استفاده خارج از حدود وظیفه، تخلف محسوب شده و مطابق مقررات بیمارستان پیگیری می گردد.

نحوه نظارت :

تعریف نام کاربری و رمز اختصاصی، ثبت و بازبینی سطوح دسترسی، تعیین میزان دسترسی نسبت به پرونده و اطلاعات بیمار .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی آقای نقی زاده مسئول واحد مدارک پزشکی آقای هاشمی HIS مسئول آقای مهندس حیرانی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل کار با جعبه آتش	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵					
تعداد بازنگری : ۴					
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		الف - ۲ - ۲		ارتقای ایمنی بیمارستان، آمادگی کارکنان در مواجهه با حریق، پیشگیری از گسترش آتش و اجرای صحیح اقدامات اولیه کنترل آتش سوزی .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
جعبه آتش نشانی مجهز، شیلنگ اصلی و یدک، نازل، شیر فلکه آب، کلید جعبه آتش نشانی، علائم هشدار، تجهیزات حفاظت فردی، برنامه آموزش و مانور .		مسئول هر بخش، مسئول ایمنی بیمارستان، واحد تاسیسات، سوپروایزر شیفت .	دستورالعمل ایمنی و آتش نشانی بیمارستان، ضوابط ایمنی و بهداشت حرفه‌ای، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان .	کمیته مدیریت بحران، مسئول ایمنی و بهداشت حرفه‌ای و مدیریت داخلی بیمارستان .	تعیین، کنترل و نظارت بر سطوح دسترسی مجاز کاربران به اطلاعات پرونده بیماران به منظور حفظ محرمانگی، یکپارچگی، دسترس پذیری و بازیابی صحیح اطلاعات در سامانه اطلاعات بیمارستانی .
تعاریف واژگان					
جعبه آتش نشانی: محفظه‌ای شامل شیلنگ، قرقره، نازل و اتصالات لازم برای اطفای اولیه حریق. قرقره شیلنگ : محفظه چرخان نگهدارنده شیلنگ آب. نازل: وسیله خروج و هدایت آب به سمت آتش . کوپلینگ: محل اتصال شیلنگ به تجهیزات و انشعابات آب. اقدامات پیشگیری از آتش سوزی: مجموعه فعالیت‌هایی برای کاهش احتمال بروز حریق و کاهش خسارات ناشی از آن.					
گام های دستورالعمل					
۱. اصل کلی به منظور اجرای سنجه «اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند»، کلیه بخش‌های بیمارستان موظف‌اند نسبت به شناسایی تجهیزات اطفای حریق، آموزش کارکنان و آمادگی برای استفاده صحیح از جعبه آتش نشانی اقدام نمایند.					
۲. اقدامات پیشگیرانه • تمامی کارکنان باید محل جعبه‌های آتش نشانی، کپسول‌ها، راه‌های خروج اضطراری و آلام‌های اعلام حریق را بشناسند.					

- از قرار دادن وسایل اضافی در مسیر دسترسی به جعبه آتش‌نشانی جلوگیری شود.
- تجهیزات اطفای حریق باید به‌صورت منظم از نظر سلامت، آماده‌به‌کاری و کامل بودن اجزا بررسی شوند.
- آموزش‌های بدو خدمت و دوره‌ای در زمینه پیشگیری و کنترل آتش‌سوزی برای کارکنان برگزار گردد.
- مانورهای دوره‌ای اطفای حریق و تخلیه اضطراری مطابق برنامه بیمارستان اجرا شود.

۳. موارد استفاده از جعبه آتش‌نشانی

در صورت بروز آتش‌سوزی محدود و در شرایطی که استفاده از جعبه آتش‌نشانی برای کارکنان خطر جانی ایجاد نکند، فرد آموزش‌دیده می‌تواند تا زمان رسیدن تیم امداد و آتش‌نشانی، نسبت به اطفای اولیه حریق اقدام نماید.

۴. مراحل کار با جعبه آتش‌نشانی

برای استفاده از جعبه آتش‌نشانی، در ۸ مرحله به ترتیب زیر عمل نمایید:

۱. با کلید تعبیه‌شده که در یک حفاظ شیشه‌ای قرار دارد، درب جعبه را باز کنید.
۲. قرقره شیلنگ را در زاویه ۹۰ درجه به بیرون جعبه بکشید.
۳. شیلنگ را با چرخاندن قرقره، از روی آن باز کنید.
۴. سر نازل آماده را در دست گرفته و به سمت آتش بروید.
۵. قبل از باز کردن شیر فلکه آب، ابتدا شیر نازل را باز نمایید.
۶. نازل را در جهت آتش نشانه بگیرید سپس شیر فلکه را باز کنید و تا خاموش شدن کامل آتش، عملیات را ادامه دهید.
۷. پس از پایان عملیات، شیلنگ را از محل اتصالات (کوپلینگ) باز کرده و پس از آبگیری، به صورت اولیه بپیچید.
۸. شیلنگ اصلی را دولا به دور قرقره جعبه آتش‌نشانی بپیچید و شیلنگ یدک را به‌صورت رولی جمع کنید.

۵. نکات ایمنی حین عملیات

- پیش از اقدام، در صورت امکان موضوع به مسئول واحد مربوطه یا سوپروایزر وقت اطلاع داده شود .
- در آتش‌سوزی‌های گسترده، انفجاری یا همراه با دود شدید، اولویت با نجات جان بیماران ، اطلاع‌رسانی و تخلیه ایمن است .
- کارکنان نباید بدون آموزش یا در شرایط نایمن اقدام به اطفای حریق نمایند .
- در هنگام استفاده از تجهیزات، حفظ آرامش و رعایت اصول ایمنی الزامی است .

۶. مسئولیت‌ها

- کلیه کارکنان موظف‌اند محل تجهیزات اطفای حریق را شناسایی کرده و آموزش‌های لازم را فراگیرند.
- مسئولین بخش‌ها موظف‌اند دسترسی به جعبه‌های آتش‌نشانی را آزاد نگه دارند.
- واحد تاسیسات و مسئول ایمنی موظف‌اند تجهیزات را به‌صورت دوره‌ای کنترل، سرویس و ثبت نمایند.
- مدیریت بیمارستان و کمیته مدیریت بحران موظف‌اند برنامه‌ریزی لازم برای آموزش، مانور و پایش اجرای دستورالعمل را انجام دهند.

۷. نظارت و پایش

نظارت بر حسن اجرای این دستورالعمل از طریق بازدیدهای دوره‌ای، چک‌لیست‌های ایمنی، مانورهای اطفای حریق، گزارش نواقص تجهیزات و ارزیابی عملکرد کارکنان انجام می‌شود.

۸. اقدامات پس از حادثه

پس از هر مورد استفاده از جعبه آتش‌نشانی، تجهیزات باید مجدداً بررسی، جمع‌آوری، آماده‌سازی و در صورت نیاز تعمیر یا جایگزین شوند و گزارش حادثه در فرم‌های مربوطه ثبت گردد

نحوه نظارت :

بازدید دوره‌ای از جعبه‌های آتش‌نشانی، کنترل سالم بودن تجهیزات، بررسی تاریخ سرویس، مانورهای اطفای حریق، آموزش و ارزیابی عملکرد کارکنان، ثبت و گزارش نواقص .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی آقای نقی زاده مسئول واحد بهداشت حرفه ای آقای مهندس برادران دبیر کمیته بحران آقای محمد بشلیده مسئول تاسیسات آقای مهندس فرهادی	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل ویرایش اطلاعات ، اضافه کردن اطلاعات و ثبت های تاخیری	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۶		الف - ۵ - ۵		ایجاد رویه‌ای استاندارد و ایمن برای تصحیح خطاهای مستندسازی، اضافه کردن اطلاعات از قلم‌افتاده و انجام ثبت‌های تأخیری به‌منظور حفظ صحت، یکپارچگی، قابلیت پیگیری و اعتبار قانونی مستندات پزشکی .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
پرونده پزشکی، دستورالعمل مدون مستندسازی، چک‌لیست ارزیابی پرونده .		فرد ثبت کننده اطلاعات) پزشک ، پرستار و ماما (		دستورالعمل ایمنی و آتش‌نشانی بیمارستان، ضوابط ایمنی و بهداشت حرفه‌ای، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان .	
				سرپرستار ، مسئول واحد مدارک پزشکی، مدیریت اطلاعات سلامت .	
				تعیین، کنترل و نظارت بر سطوح دسترسی مجاز کاربران به اطلاعات پرونده بیماران به منظور حفظ محرمانگی، یکپارچگی، دسترس‌پذیری و بازیابی صحیح اطلاعات در سامانه اطلاعات بیمارستانی .	
تعاریف واژگان					
تصحیح اطلاعات : اصلاح خطای ثبت‌شده بدون حذف یا مخدوش نمودن نوشته قبلی. اطلاعات از قلم‌افتاده: اطلاعاتی که در زمان مناسب ثبت نشده و بعداً به‌عنوان تکمیل مستندات افزوده می‌شود. ثبت تأخیری: ثبت اطلاعات مربوط به رویدادی که در زمان وقوع ثبت نشده و در زمان بعدی مستند می‌شود. مستندسازی : ثبت کلیه اقدامات، مشاهدات، مراقبت‌ها و تصمیمات درمانی در پرونده پزشکی .					
گام های دستورالعمل					
۱. اصل کلی به منظور رعایت سنجه «دستورالعمل‌های مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبت‌های تأخیری به درستی رعایت شده است»، کلیه کارکنانی که در پرونده پزشکی ثبت اطلاعات انجام می‌دهند موظف‌اند در صورت وقوع خطا، از قلم افتادن اطلاعات یا نیاز به ثبت تأخیری، مطابق این دستورالعمل اقدام نمایند.					

۲. اصول کلی مربوط به تصحیح خطای مستندسازی و مستندات از قلم‌افتاده

گاهی در مستندسازی پرونده پزشکی اشکالات یا اشتباهاتی رخ می‌دهد و لازم است تغییر، اصلاح یا توضیحی به مستندات افزوده شود. در چنین شرایطی باید اقدامات اصلاحی مناسب، به‌گونه‌ای انجام شود که صحت اطلاعات حفظ شده و امکان پیگیری قانونی و حرفه‌ای مستندات از بین نرود.

۳. روش تصحیح خطا

هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، رعایت رویه صحیح تصحیح خطا الزامی است:

۱. روی اطلاعات اشتباه، یک خط نازک کشیده شود؛ به‌گونه‌ای که نوشته قبلی همچنان قابل خواندن باشد.
۲. بالای مورد اشتباه، کلمه Error یا «خطا» نوشته شود.
۳. اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی یا در نزدیک‌ترین محل مناسب ثبت گردد.
۴. علت خطا در حاشیه یا بالای فضای موجود توضیح داده شود.
۵. تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح‌کننده ثبت گردد.

۴. تصحیح خطا در یادداشت‌های تشریحی

اگر خطا در یادداشت‌های تشریحی یا شرح‌حال‌نویسی اتفاق افتاده باشد، لازم است:

- اطلاعات صحیح در اولین سطر یا فضای در دسترس بعدی ثبت شود.
- تاریخ و زمان جاری مستند گردد.
- به مورد اشتباه ثبت‌شده ارجاع داده شود تا ارتباط بین ثبت قبلی و اصلاح جدید مشخص باشد.

۵. موارد ممنوع در اصلاح مستندات

در هنگام اصلاح خطای مستندسازی، انجام اقدامات زیر ممنوع است:

- پاک کردن نوشته اشتباه
 - مخدوش کردن اطلاعات
 - استفاده از مارکر
 - استفاده از لاک غلط‌گیر
 - نوشتن مورد صحیح روی نوشته قبلی به‌گونه‌ای که متن قبلی غیرقابل خواندن شود
- همچنین پس از اصلاح خطای مستندسازی، لازم است تعداد موارد اصلاح‌شده به حروف توسط فرد مستندساز ثبت، مهر و امضا گردد.

۶. مستندات از قلم‌افتاده

گاهی اطلاعاتی در زمان مناسب ثبت نشده و بعداً لازم است به‌عنوان مکمل اطلاعات قبلی یا به‌عنوان موردی از قلم‌افتاده به پرونده اضافه شود. در این شرایط، اطلاعات جدید باید به‌صورت روشن، قابل تشخیص و با ذکر زمان ثبت، به پرونده افزوده شود.

۷. ثبت داده‌ها با تأخیر

در مواردی که ثبت اطلاعات با تأخیر انجام می‌شود، رعایت موارد زیر الزامی است:

۱. مورد تأخیری باید بدون وقفه و فاصله در اولین سطر یا فضای موجود بعدی ثبت شود.
۲. از گذاشتن فضای خالی اضافی بین مستندات اجتناب گردد.
۳. تا زمانی که تمام خطوط صفحه قبلی پر نشده باشد، فرم جدید شروع نشود؛ مگر آنکه خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شده باشند.
۴. ثبت جدید باید با عنوان مشخص «ثبت تأخیری» انجام شود.
۵. رویداد و تاریخی که ثبت تأخیری مربوط به آن است، باید مشخص یا به آن ارجاع داده شود.

۶. تاریخ و زمان جاری ثبت نیز الزامی است.

۸. زمان انجام ثبت تأخیری

برای ثبت تأخیری، محدوده زمانی مشخص و ثابتی تعریف نشده است؛ با این حال، الزامی است هر موردی که ثبت آن به تأخیر افتاده، در اسرع وقت مستند شود.

۹. مسئولیت کارکنان

- هر فرد فقط مجاز به اصلاح یا تکمیل مستندات است که خود ثبت کرده یا طبق شرح وظایف مجاز به ثبت آن است.
- کلیه ثبت کنندگان اطلاعات موظفانند اصول قانونی و حرفه‌ای مستندسازی را رعایت کنند.
- سرپرستاران و مسئولین واحدها موظفانند بر حسن اجرای این دستورالعمل در بخش مربوطه نظارت داشته باشند.
- کارشناسان مدارک پزشکی موظفانند در بازبینی پرونده‌ها، موارد عدم رعایت دستورالعمل را شناسایی و گزارش نمایند.

۱۰. نظارت و پایش

رعایت این دستورالعمل از طریق بازبینی کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی، ارزیابی نحوه تصحیح خطاها، کنترل ثبت‌های تأخیری و بررسی کامل بودن مستندات انجام می‌شود. موارد عدم انطباق باید ثبت شده و بازخورد آموزشی لازم به افراد ذی‌ربط ارائه گردد.

۱۱. اقدام اصلاحی

در صورت مشاهده اصلاح نادرست مستندات، استفاده از روش‌های غیرمجاز یا ثبت ناقص اطلاعات، موضوع باید به مسئول بخش و واحد مدارک پزشکی گزارش شود و حسب مورد، آموزش مجدد، تذکر یا پیگیری اداری انجام گیرد.

نحوه نظارت :

بازبینی دوره‌ای پرونده‌ها، کنترل صحت نحوه اصلاح خطاها، پایش ثبت‌های تأخیری، بررسی کامل بودن مستندات، گزارش موارد عدم انطباق و ارائه بازخورد آموزشی .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری مسئول واحد مدارک پزشکی آقای هاشمی سرپرستاران محترم بخش ها	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل نگهداری داروهای یخچالی	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵					
تعداد بازنگری : ۴					
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		ب - ۶ - ۲		شرایط انبارش/نگهداری دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، براساس الزامات کارخانه سازنده و بصورت حفاظت شده و ایمن انجام میشود .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
یخچال دارویی، دماسنج، رطوبت سنج، فرم ثبت دما و رطوبت، برچسب شناسایی بر روی داروهای یخچالی .		سرپرستار بخش ها و پرستاران	بروشور شرکت سازنده دارو، دستورالعمل نگهداری داروها، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان، ضوابط ایمنی دارویی .	مسئول فنی داروخانه ، مدیریت داخلی ، مدیریت پرستاری و سوپروایزرین	حفظ کیفیت، اثربخشی و ایمنی داروهای یخچالی از طریق نگهداری صحیح، کنترل دما و رطوبت، و جلوگیری از فساد یا کاهش اثر دارو .
تعاریف واژگان					
داروی یخچالی: دارویی که طبق بروشور یا برچسب کارخانه باید در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد نگهداری شود. دمای اتاق کنترل شده: دمایی در محدوده ۲۵ تا ۳۰ درجه سانتی گراد یا مطابق بروشور دارو. زنجیره سرد: حفظ شرایط دمایی استاندارد دارو از زمان تحویل تا مصرف. دماسنج و رطوبت سنج: ابزار پایش مداوم شرایط نگهداری دارو در یخچال دارویی.					
گام های دستور العمل					
- یخچال های دارویی باید مجهز به دماسنج و رطوبت سنج باشند و دما و رطوبت آنها مطابق دستورالعمل ثبت دما و رطوبت، به صورت منظم ثبت شود. - محدوده دمایی استاندارد یخچال دارویی ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد است و باید از یخ زدگی داروها جلوگیری شود. - داروهایی که دمای نگهداری آنها ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد ذکر شده است، باید حتماً در یخچال نگهداری شوند. - داروهایی که دمای نگهداری آنها دمای اتاق یا ۲۵ تا ۳۰ درجه سانتی گراد ذکر شده است، باید در اتاق با دمای کنترل شده نگهداری شوند. - برخی داروها تا قبل از باز شدن باید در یخچال نگهداری شوند و پس از باز شدن، تا مدت معینی خارج از یخچال قابل نگهداری هستند؛ مانند قطره کلرامفنیکل که تا ۲۱ روز پس از باز شدن قابل استفاده است.					

- برخی داروها تا قبل از باز شدن باید در یخچال نگهداری شوند و پس از باز شدن باید خارج از یخچال نگهداری شوند؛ مانند اسپری بینی کلسیتونین که هنگام مصرف تا ۱ ماه خارج از یخچال نگهداری می‌شود.
- برخی داروها تا قبل از آماده‌سازی یا باز شدن باید در دمای اتاق نگهداری شوند و پس از آماده‌سازی یا باز شدن باید در یخچال قرار گیرند، یا در صورت نگهداری در یخچال ماندگاری بیشتری داشته باشند؛ مانند برخی آنتی‌بیوتیک‌ها.
- هنگام تحویل دارو از داروخانه به بخش، داروهای یخچالی باید در کیسه مخصوص دارای برچسب داروهای یخچالی قرار گیرند تا از سایر داروها متمایز شده و سریع‌تر انتقال یابند.
- از قرار دادن مواد غذایی در یخچال دارویی جداً خودداری شود.
- با توجه به تفاوت در فرمولاسیون داروها، ملاک اصلی نگهداری هر دارو، دستور درج‌شده در بروشور دارو یا برچسب کارخانه سازنده است.



نحوه نظارت :

بازبینی دوره‌ای پرونده‌ها، کنترل صحت نحوه اصلاح خطاها، پایش ثبت‌های تأخیری، بررسی کامل بودن مستندات، گزارش موارد عدم انطباق و ارائه بازخورد آموزشی .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مسئول فنی داروخانه آقای دکتر فرهادی مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در انتقال بین بخشی	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۷		الف - ۵ - ۵		فرآیندی معین برای کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها برنامه ریزی و بر اساس آن اقدام می شود .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
سامانه اطلاعات بیمارستانی HIS، دفتر یا سامانه ثبت خروج پرونده، فرم درخواست پرونده، فرم رسید تحویل و عودت، مهر برابر اصل، دستگاه کپی، پوشه نگهداری پرونده، محل بایگانی امن .		سرپرستار بخش ها و پرستاران		استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان، ضوابط مدیریت اطلاعات سلامت، منشور حقوق بیماران .	
				مدیریت داخلی بیمارستان ، مدیریت پرستاری ، مسئول واحد مدارک پزشکی .	
				ایجاد رویه ای یکسان و ایمن برای حفظ، کنترل، صیانت، محرمانگی و قابلیت ردیابی پرونده های بالینی در هنگام جابجایی بین بخش ها، واحدهای داخلی بیمارستان و مراجع مجاز خارج از بیمارستان، به منظور جلوگیری از مفقودی، آسیب، افشای اطلاعات و استفاده غیرمجاز از پرونده بیمار.	
تعاریف واژگان					
پرونده بالینی : مجموعه کلیه مستندات پزشکی، پرستاری، تشخیصی، درمانی، پاراکلینیکی و اداری مربوط به بیمار که به صورت کاغذی یا الکترونیک نگهداری می شود .					
انتقال بین بخشی : جابجایی بیمار یا پرونده وی از یک بخش به بخش دیگر در داخل بیمارستان .					
فرد مجاز : شخصی که بر اساس شرح وظایف سازمانی یا مجوز رسمی، اجازه درخواست، دریافت، مشاهده یا تحویل پرونده را دارد .					
ردیابی پرونده : امکان تعیین محل دقیق پرونده، نام تحویل گیرنده، علت خروج، زمان تحویل و زمان عودت از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی یا دفتر ثبت .					
ثبت خروج پرونده : مستندسازی اطلاعات مربوط به درخواست، تحویل، تحویل گیرنده، علت خروج، زمان واگذاری و زمان بازگشت پرونده در سامانه یا دفتر ثبت خروج پرونده .					

کام های دستورالعمل

انتقال پرونده در جابجایی بیمار بین بخش های داخلی بیمارستان

- در صورت دستور پزشک برای انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر، بیمار با همراهی پرستار و نیروی خدماتی یا فرد تعیین شده منتقل می شود .
- پرونده بیمار باید توسط پرستار بخش مبدأ به مسئول یا پرستار بخش مقصد تحویل داده شود .
- زمان انتقال، نام تحویل دهنده، نام تحویل گیرنده، وضعیت بیمار و ساعت تحویل در گزارش پرستاری ثبت شود .
- پرونده نباید بدون ثبت و تحویل رسمی جابجا گردد .
- پرونده بیمار در جریان انتقال بین بخشی نباید به دست خود بیمار یا همراهان وی سپرده شود .

ردیابی و تعیین محل پرونده

- برای هر پرونده امکان ردیابی و تعیین محل دقیق آن از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی HIS یا دفتر ثبت خروج پرونده وجود دارد .
- اطلاعات مربوط به محل فعلی پرونده، واحد دریافت کننده و زمان خروج باید به صورت دقیق ثبت شود.
- در هر زمان میتوان از طریق سامانه HIS محل آخرین گردش پرونده را مشخص نمود .

کنترل خروج پرونده از مدیریت اطلاعات سلامت

- خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت فقط بر اساس ضوابط مدون بیمارستان انجام می شود.
- هیچ پرونده ای بدون ثبت درخواست و احراز مجاز بودن درخواست کننده از بایگانی خارج نمی شود .
- کلیه تحویل ها ثبت شده و قابل پیگیری می باشد.

ثبت اطلاعات خروج پرونده

- در زمان واگذاری پرونده، اطلاعات زیر در دفتر ثبت یا سامانه الکترونیک ثبت میگردد:
- شماره پرونده
- نام و نام خانوادگی بیمار
- نام درخواست کننده
- سمت یا واحد درخواست کننده
- علت درخواست پرونده
- نام فرد تحویل دهنده پرونده
- نام فرد تحویل گیرنده پرونده
- تاریخ درخواست
- تاریخ و ساعت واگذاری پرونده
- تاریخ و ساعت عودت پرونده

تحویل پرونده به واحدهای مجاز داخل بیمارستان

- پرونده فقط با درخواست کتبی یا ثبت شده از سوی واحدهای مجاز داخلی تحویل می شود.
- واحدهای مجاز شامل پزشک معالج، حسابداری، کارشناس بیمه، مددکاری، حراست، مدیریت و دفتر پرستاری هستند.
- متصدی پاسخگویی موظف است قبل از تحویل پرونده، هویت و صلاحیت درخواست کننده را بررسی نماید.
- در صورت لزوم، پرونده با اخذ رسید یا وثیقه از بیمار یا همراهان تحویل می شود .

درخواست پرونده توسط مراجع خارج از بیمارستان

- در صورتی که پرونده توسط سازمان یا مرجع خارج از بیمارستان درخواست شود، ارائه آن منوط به دریافت درخواست رسمی و اخذ مجوز مدیریت بیمارستان است.
- در صورت درخواست اصل پرونده توسط مراجع قانونی نظیر دادگاه، پزشکی قانونی یا نظام پزشکی، ابتدا از تمام اوراق پرونده کپی تهیه می‌شود.
- کلیه اوراق کپی باید با مهر «برابر اصل» ممهور شوند.
- نسخه کپی در پوشه پرونده قرار گرفته و در محل اصلی بایگانی می‌شود.
- پس از انجام مراحل فوق، اصل پرونده برای مرجع قانونی ارسال می‌شود.

رویت پرونده توسط بیمار یا بستگان

- ارائه پرونده یا کپی آن به بیمار یا بستگان وی فقط پس از احراز هویت انجام می‌شود.
- ارائه کارت شناسایی معتبر برای تعیین هویت و نسبت مراجعه‌کننده با بیمار الزامی است.
- در صورتی که بیمار امکان مراجعه حضوری نداشته باشد، با ارائه اجازه‌نامه کتبی بیمار، کپی پرونده به بستگان درجه یک تحویل می‌شود.
- ارائه اصل پرونده به بیمار یا همراهان مجاز نیست، مگر طبق ضوابط قانونی و مجوز رسمی.

اعزام موقت بیمار به مرکز دیگر

- در مواردی که بیمار برای مشاوره یا اقدام درمانی موقت به مرکز دیگری اعزام می‌شود، اصل پرونده از بیمارستان خارج نمی‌شود.
- سرپرستار بخش موظف است کپی اوراق ضروری موردنیاز را تهیه و همراه بیمار ارسال نماید.
- اوراق ارسالی باید متناسب با هدف اعزام انتخاب شوند.

انتقال دائمی بیمار به مرکز دیگر

- در صورت انتقال دائمی بیمار، سرپرستار بخش باید رونوشتی از اوراق ضروری را تهیه نماید.
- این اوراق شامل خلاصه پرونده، شرح عمل، گزارش‌های پاراکلینیکی و سایر مدارک موردنیاز بر اساس نظر پزشک اعزام‌کننده یا پذیرش‌دهنده است.
- مدارک مذکور باید به همراه برگ اعزام برای مرکز مقصد ارسال شود.
- اصل پرونده در بیمارستان نگهداری می‌شود، مگر در موارد قانونی خاص.

مطالعه پرونده توسط پزشک مشاور خارج از بیمارستان

- اگر بیمار یا همراهان وی پزشک دیگری را برای مشاوره بر بالین بیمار دعوت نمایند، پزشک مشاور فقط مجاز به مطالعه پرونده در داخل بخش است.
- مطالعه پرونده باید در حضور پرستار یا فرد مسئول انجام شود.
- خروج پرونده از بخش توسط پزشک مشاور خارج از بیمارستان مجاز نیست.

کنترل عودت پرونده‌های تحویلی

- کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت موظف است به‌طور مستمر و حداقل ماهیانه سیستم ثبت کاغذی یا الکترونیک خروج پرونده را بررسی نماید.
- پرونده‌هایی که در موعد مقرر عودت داده نشده‌اند باید شناسایی و پیگیری شوند.
- نتیجه پیگیری‌ها باید ثبت و مستندسازی گردد.

الصاق گزارش‌های تأخیری به پرونده

- گزارش‌های تأخیری از جمله گزارش پاتولوژی پس از ترخیص بیمار، پس از دریافت مطابق سازوکار تعیین‌شده به پرونده بیمار الصاق و ثبت می‌گردد.
- پس از وصول گزارش‌هایی از جمله رپورت CT و گزارش پاتولوژی، کارشناس مربوطه موظف است آن را در پرونده کاغذی بیمار الصاق و ثبت نماید.
- پرونده نهایی پس از تکمیل و جایگذاری مدارک تأخیری بایگانی می‌شود.

تطابق پرونده‌های ورودی با فهرست بیماران ترخیص‌شده

- پس از ترخیص بیماران، فهرست بیماران پذیرش‌شده باید با فهرست پرونده‌های تحویلی به مدیریت اطلاعات سلامت تطبیق داده شود.
- در صورت مشاهده مغایرت، موضوع باید بلافاصله پیگیری گردد.
- نتیجه بررسی و اقدام انجام‌شده باید ثبت شود.

رسیدگی به پرونده‌های مفقودی

- در صورت مفقود شدن پرونده، موضوع باید بلافاصله به مدیریت بیمارستان گزارش شود.
- پرونده مفقودی در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان بررسی و تعیین تکلیف می‌شود.
- علت مفقودی باید تحلیل شود.
- اقدامات اصلاحی و برنامه بهبود برای پیشگیری از تکرار تدوین و اجرا می‌گردد.
- کلیه مراحل بررسی و اقدامات انجام‌شده و مستندسازی شود.

نحوه نظارت :

بازبینی دوره‌ای پرونده‌ها، کنترل صحت نحوه اصلاح خطاها، پایش ثبت‌های تأخیری، بررسی کامل بودن مستندات، گزارش موارد عدم انطباق و ارائه بازخورد آموزشی.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری مسئول واحد مدارک پزشکی آقای هاشمی سرپرستاران محترم بخش ها	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان		دستورالعمل استفاده از تلفن همراه در بیمارستان	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		الف - ۳ - ۳		کنترل های انضباطی بر اساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا میشوند	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
تابلو و برچسب ممنوعیت استفاده از تلفن همراه در محل های مشمول، ابلاغ کتبی دستورالعمل، سیستم ثبت گزارش عدم انطباق، فرم تذکر شفاهی و کتبی، برنامه آموزشی بدو خدمت و بازآموزی کارکنان .		کلید کارکنان درمانی، اداری و خدماتی .		استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان و دستورالعمل ممنوعیت استفاده غیرمعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در مؤسسات پزشکی و تشخیصی درمانی .	
				مدیریت داخلی بیمارستان، دفتر پرستاری، مترون .	
				ایجاد رویه ای مشخص برای کنترل استفاده از تلفن همراه در محیط بیمارستان به منظور حفظ ایمنی بیمار، جلوگیری از اختلال در ارائه خدمات درمانی، پیشگیری از مزاحمت برای بیماران و همراهان، و رعایت انضباط حرفه ای کارکنان .	
تعاریف واژگان					
استفاده غیرمعارف : استفاده از تلفن همراه در حین انجام وظیفه، در محل های ممنوعه، یا به گونه ای که موجب اختلال در مراقبت، ایمنی بیمار، آرامش بیماران و نظم محیط شود.					
کام های دستورالعمل					
۱. اصل کلی					
به منظور رعایت انضباط حرفه ای، حفظ ایمنی بیمار، پیشگیری از اختلال در روند تشخیص، درمان و مراقبت، و اجرای صحیح دستورالعمل «ممنوعیت استفاده غیرمعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در مؤسسات پزشکی و تشخیصی درمانی»، کلید کارکنان، بیماران، همراهان و مراجعین موظفاند مطابق مفاد این دستورالعمل از تلفن همراه استفاده نمایند.					
۲. ممنوعیت استفاده از تلفن همراه در بخش های خاص					
همراه داشتن و استفاده از تلفن همراه توسط کلید افراد در بخش های اتاق عمل، دیالیز، بلوک زایمان، اورژانس و واحد تصویربرداری ممنوع می باشد.					

۳. ممنوعیت استفاده در محیط‌های درمانی

استفاده از تلفن همراه در بالین بیمار، ایستگاه پرستاری، اتاق‌های درمان و اتاق پروسیجر ممنوع می‌باشد. در صورت نیاز به پاسخ‌گویی، فرد باید از محیط درمانی خارج شده و در محل‌هایی مانند آبدارخانه، راهرو، اتاق استراحت و سایر فضاهایی که بیماران حضور ندارند، آن هم به مدت کوتاه، به تماس خود پاسخ دهد.

۴. نحوه پاسخ‌گویی کارکنان درمانی به تلفن همراه

کادر درمانی پیش از خروج از بخش جهت پاسخ‌گویی به تلفن همراه، موظف است وظیفه و مسئولیت خود را به همکار مربوطه واگذار نماید و پس از اطمینان از پوشش مناسب مراقبت و خدمت، از بخش خارج شود.

۵. نحوه استفاده بیماران و همراهان از تلفن همراه

بیماران و همراهان می‌توانند برای پاسخ‌گویی به تلفن همراه از اتاق خارج شده و در راهرو پاسخ دهند. همچنین در زمان‌هایی که برای بیمار اقدام درمانی انجام نمی‌شود، وی می‌تواند بر روی تخت خود و بدون ایجاد مزاحمت برای سایر بیماران از تلفن همراه استفاده نماید.

۶. رعایت سکوت و آرامش محیط

کلیه افراد اعم از کارکنان، بیماران، همراهان و مراجعین موظف‌اند تلفن همراه خود را در محیط بیمارستان در حالت بی‌صدا قرار دهند تا صدای زنگ یا آهنگ تلفن موجب برهم خوردن آرامش محیط و استراحت بیماران نشود.

۷. ممنوعیت استفاده در مجاورت بیماران دارای پیس‌میکر

وجود و استفاده از تلفن همراه در مجاورت بیماران دارای پیس‌میکر قلبی اکیداً ممنوع می‌باشد و کارکنان موظف‌اند این موضوع را به بیمار و همراهان آموزش داده و بر رعایت آن نظارت نمایند.

۸. اقدامات کنترلی و آموزشی

مسئولین بخش‌ها موظف‌اند مفاد این دستورالعمل را به کارکنان، بیماران و همراهان آموزش داده، تابلوهای هشداردهنده را در محل‌های مورد نیاز نصب نموده و بر اجرای صحیح آن نظارت مستمر داشته باشند.

۹. رسیدگی به موارد عدم رعایت

در صورت عدم رعایت مفاد این دستورالعمل توسط کادر درمانی، اداری و خدماتی، حسب مورد تذکر شفاهی، توبیخ کتبی، ارجاع به تخلفات اداری و کسر کارانه از ۱۰ تا ۵۰ درصد اعمال می‌گردد. در خصوص بیماران و همراهان نیز تذکر لازم توسط کارکنان بخش ارائه شده و در صورت تکرار، موضوع به مسئول بخش و حراست ارجاع می‌شود.

۱۰. مسئولیت کارکنان و مسئولین

کلیه کارکنان موظف‌اند ضمن رعایت کامل مفاد این دستورالعمل، از هرگونه استفاده غیرضروری و غیرمستعارف از تلفن همراه در زمان انجام وظیفه خودداری نمایند. سرپرستاران، سوپروایزرها و مسئولین واحدها نیز موظف‌اند بر حسن اجرای این دستورالعمل در حوزه مسئولیت خود نظارت داشته باشند.

۱۱. نظارت و پایش

نظارت بر اجرای صحیح این دستورالعمل از طریق بازدیدهای دوره‌ای و سرزده، مشاهده مستقیم، دریافت گزارش از مسئولین واحدها، بررسی موارد ثبت‌شده عدم انطباق و ارزیابی شکایات انجام می‌شود. نتایج پایش باید ثبت شده و در صورت نیاز، بازخورد آموزشی یا اقدامات انضباطی لازم اعمال گردد.

۱۲. اقدام اصلاحی

در صورت مشاهده استفاده غیرمجاز یا غیرمستعارف از تلفن همراه، موضوع باید به مسئول بخش، دفتر پرستاری یا مدیریت مربوطه گزارش شود و حسب مورد، آموزش مجدد، تذکر، ثبت در پرونده پرسنلی یا پیگیری اداری انجام گیرد.

نحوه نظارت :		
بازدیدهای دوره‌ای و سرزده از بخش‌ها، مشاهده مستقیم عملکرد کارکنان و مراجعین، دریافت گزارش از مسئولین واحدها، ثبت موارد عدم انطباق، بررسی شکایات و اعمال پیگیری انضباطی در صورت لزوم .		
تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی بیمارستان آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		محدوده ی زمانی ویزیت پزشکان
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵				
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۱		ب - ۱ - ۵		ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج/ ذیصلاح در زمانبندی منظم به نحوی است که تعللی در روند مراقبت و درمان بیمار ایجاد نمیشود .
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین
هدف				
تعیین محدوده زمانی مشخص برای ویزیت پزشکان در بخش های بستری و درمانی به منظور ایجاد نظم در ارائه خدمات درمانی، افزایش هماهنگی بین تیم درمان، تسهیل برنامه ریزی مراقبت های پرستاری و ارتقای رضایتمندی بیماران .		برنامه داخلی بیمارستان، ضوابط مدیریت درمان، استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان .	پزشکان معالج .	برنامه زمان بندی ویزیت پزشکان .
تعاریف واژگان				
ویزیت پزشک :حضور پزشک بر بالین بیمار جهت بررسی وضعیت بالینی، ارزیابی روند درمان، ثبت دستورات پزشکی و تصمیم گیری درمانی . محدوده زمانی ویزیت: بازه زمانی تعیین شده برای حضور پزشک در هر بخش به منظور انجام ویزیت بیماران .				

کام های دستورالعمل

۱. اصل کلی

به منظور ایجاد هماهنگی در روند درمان، مراقبت و پاسخ گویی مناسب به بیماران، ویزیت پزشکان در هر بخش باید در محدوده زمانی تعیین شده انجام شود و کلیه کارکنان مرتبط موظفاند نسبت به رعایت برنامه زمانی مصوب اقدام نمایند.

۲. زمان بندی ویزیت پزشکان در بخش ها

محدوده زمانی ویزیت پزشکان در بخش های مختلف بیمارستان به شرح زیر تعیین می گردد:

نام بخش	زمان ویزیت
زنان	۹:۰۰ تا ۱۰:۰۰
اطفال	۸:۰۰ تا ۹:۰۰
داخلی	۸:۳۰ تا ۱۰:۰۰
جراحی	۸:۳۰ تا ۹:۳۰
دیالیز	۷:۰۰ تا ۸:۰۰

۳. مسئولیت پزشکان

پزشکان معالج موظفاند در محدوده زمانی تعیین شده در بخش مربوطه حضور یافته، بیماران را ویزیت نموده، دستورات درمانی لازم را ثبت کرده و در صورت نیاز توضیحات لازم را به تیم پرستاری ارائه نمایند.

۴. مسئولیت پرستاران و سرپرستاران

پرستاران و سرپرستاران موظفاند پرونده بیماران، نتایج آزمایش ها، گزارش های پرستاری و سایر اطلاعات مورد نیاز را پیش از زمان ویزیت آماده نموده و هماهنگی لازم جهت انجام به موقع ویزیت را فراهم آورند.

۵. موارد عدم رعایت

در صورت تأخیر یا عدم حضور پزشک در محدوده زمانی تعیین شده، موضوع توسط سرپرستار یا مسئول بخش ثبت و به مدیریت مربوطه گزارش می شود تا پیگیری لازم انجام گیرد.

۶. نظارت و پایش

نظارت بر اجرای این دستورالعمل از طریق پایش روزانه توسط سرپرستاران، بررسی دفتر ثبت ویزیت، کنترل حضور پزشکان در بخش و دریافت بازخورد از بیماران و کارکنان انجام می شود.

۷. اقدام اصلاحی

در صورت مشاهده عدم رعایت مکرر محدوده زمانی ویزیت، موضوع جهت بررسی، تذکر و اتخاذ تصمیم لازم به مدیریت بیمارستان، رئیس بخش یا مدیر داخلی ارجاع می گردد.

نحوه نظارت :

بررسی حضور پزشکان در بازه زمانی تعیین شده، پایش روزانه توسط سرپرستار، ثبت موارد عدم حضور یا تأخیر، دریافت بازخورد از بیماران و کارکنان، گزارش به مدیریت در موارد عدم رعایت .

تهیه کنندگان	تأیید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی بیمارستان آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل انجام مشاوره ها
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵				
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۳ و ۴		ب - ۱ - ۵		مشاوره های تخصصی اورژانسی و غیر اورژانسی برنامه ریزی و در حداقل زمان انجام می شود .
امکانات مورد نیاز	فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
فرم های مشاوره، لیست به روزرسانی شده آنکالی ، شماره تلفن پزشکان مشاور .	پزشک اورژانس یا مشورت دهنده (در ثبت دستور)، پرستار شیفت (در اجرای فراخوان)، پزشک مشاور (در حضور بر بالین) .	استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستان، بخشنامه های درمانی وزارت بهداشت، آیین نامه داخلی فراخوان پزشکان .	ریاست بیمارستان ، مدیریت داخلی .	استانداردسازی فرآیند فراخوان و حضور پزشکان ، تضمین کیفیت مراقبت در بیماران ناپایدار و پایدار، و ایجاد هماهنگی دقیق بین تیم درمانی جهت کاهش زمان انتظار و ارتقای ایمنی بیمار .
تعاریف واژگان				
مشاوره آنی : درخواست حضور فوری برای بیمار ناپایدار. مشاوره فوری : درخواست ویزیت در بازه زمانی کوتاه جهت جلوگیری از وخامت حال بیمار. مشاوره غیرفوری : ویزیت های روتین و غیرحیاتی . پزشک آنکال : پزشک متخصص در دسترس جهت مشاوره و درمان.				

کام های دستور العمل

۱. ضوابط اجرایی فراخوان

- دسترسی: فهرست و برنامه آنکالی پزشکان باید همواره در تمامی بخش ها و ایستگاه های پرستاری در دسترس باشد.
- صدور دستور: پزشک مقیم اورژانس پس از ویزیت اولیه و شروع اقدامات تشخیصی، ضرورت مشاوره را مکتوب می نماید.
- ثبت دقیق: پرستار مسئول شیفت موظف است ساعت دقیق تماس با پزشک آنکال را در پرونده بیمار ثبت نماید.
- مسئولیت فراخوان: برای بیماران ناپایدار، فراخوان توسط «پزشک مقیم» و برای سایر موارد، توسط «پرستار مسئول شیفت» انجام می شود.

۲. زمان بندی حضور پزشک مشاور بر بالین بیمار

پزشک آنکال مکلف است پس از دریافت دستور فراخوان، در بازه های زمانی زیر بر بالین بیمار حاضر شود:

بازه زمانی حضور	نوع مشاوره
حداکثر ۳۰ دقیقه	حضور آنی (بیمار ناپایدار)
حداکثر ۲ ساعت	حضور فوری
حداکثر ۴ ساعت	حضور غیرفوری

۳. فرآیند تکمیل و ثبت مشاوره

۱. ثبت درخواست: درج دستور مشاوره با قید دقیق "نوع سرویس تخصصی" توسط پزشک معالج در پرونده.
۲. تکمیل برگه مشاوره: درج توضیحات کافی، شرح حال، تاریخ و ساعت دقیق درخواست در برگه مشاوره.
۳. ویزیت و اقدام: حضور فیزیکی مشاور بر بالین، تکمیل کامل برگه مشاوره توسط وی.
۴. اطلاع رسانی: پزشک مشاور یا پرستار مسئول بیمار موظف است نتایج را بلافاصله به پزشک معالج اعلام نماید.
۵. اجرای درمان: شروع هرگونه اقدام تشخیصی یا درمانی جدید، تنها پس از تایید نهایی توسط پزشک معالج انجام می پذیرد.

نحوه نظارت:

ررسی تطبیقی زمان درخواست و زمان حضور در پرونده، ثبت تاخیرها در فرم های گزارش خطا، پایش شاخص های زمان پاسخ دهی.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی بیمارستان آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل انجام ارزیابی اولیه پرستاری	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		الف - ۱ - ۲		پرستاران ارزیابی اولیه بیماران را مطابق ضوابط مربوط انجام میدهند .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
فرم‌های ابلاغی وزارت بهداشت (فرم ارزیابی اولیه بزرگسال، کودک، و روان)، پرونده بالینی بیمار، ابزارهای معتبر غربالگری (مانند ترازو، متر و ...)		پرستار مسئول بیمار.		دستورالعمل کشوری ارزیابی اولیه پرستاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستانی .	
				مدیر خدمات پرستاری (مترون)، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر بالینی و سرپرستاران بخش ها .	
				جمع‌آوری سیستماتیک داده‌های مربوط به وضعیت سلامت بیمار (تاریخچه سلامت و بررسی جسمی) در بدو پذیرش جهت تدوین طرح مراقبتی ایمن، کارآمد و مبتنی بر نیازهای بیمار .	
تعاریف واژگان					
ارزیابی اولیه پرستاری : فرآیند ساختاریافته بررسی وضعیت جسمی، روحی، روانی، هوشیاری و عوامل تهدیدکننده ایمنی بیمار در بدو ورود .					
بیمار سرپایی منظم: بیماران دیالیز، تالاسمی و شیمی‌درمانی که طبق برنامه مشخص مراجعه می‌کنند .					
بیمار ناپایدار/اورژانسی : بیماران تحت‌نظر در اورژانس با ریسک بالا یا بیماران با ماندگاری طولانی در اورژانس .					
گام های دستورالعمل					
۱. اصول کلی و محدوده زمانی انجام ارزیابی					
• مسئولیت اجرا: ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول بیمار در هنگام پذیرش انجام می‌گردد.					
• بازه زمانی استاندارد: محدوده زمانی برای انجام و ثبت ارزیابی اولیه، از زمان پذیرش بیمار تا انتهای همان شیفت کاری است.					
• پذیرش در شرایط خاص: در صورتی که بیمار در انتهای شیفت پذیرش شده باشد و یا در زمان شلوغی بیش از حد بخش، با توافق و تحویل و تحویل بین دو پرستار (شیفت قبل و بعد)، فرم ارزیابی اولیه در ابتدای شیفت بعدی تکمیل می‌گردد.					
• قانون انتقال: در صورت انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر، نیازی به انجام مجدد ارزیابی اولیه پرستاری (تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی) در بخش مقصد نمی‌باشد.					

۲. فرآیند ارزیابی در اورژانس و بخش‌های سرپایی

- **بیماران تحت نظر اورژانس:** برای کلیه بیماران تحت نظر در اورژانس که پرونده بستری دارند، در بدو پذیرش باید وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدیدکننده ایمنی به همراه اقدامات پرستاری در گزارش ثبت شود.
- **بیماران با ماندگاری بالا در اورژانس:** در صورتی که بیمار تعیین تکلیف شده در اورژانس، بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشد، فرم ارزیابی اولیه پرستاری (جامع) باید در اورژانس تکمیل گردد.
- **بیماران سرپایی خاص (دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی):** در اولین مراجعه این بیماران، یک بار ارزیابی اولیه جامع انجام و ثبت می‌شود. در مراجعه‌های بعدی، صرفاً در صورت ایجاد تغییر در وضعیت بالینی بیمار، ارزیابی مجدد انجام خواهد شد.

۳. نحوه ثبت و مستندسازی (ملاک سنج‌های اعتباربخشی)

- **مبنای امتیازدهی:** شناسایی کامل تاریخچه سلامتی و بررسی جسمی بیمار و ثبت مشکلات/تشخیص‌های پرستاری استخراج‌شده در گزارش پرستاری، ملاک اصلی ارزیابی است (صرفاً پر کردن چک‌لیست ملاک امتیاز نیست).
- **ارزیابی ایمنی و سلامت روان:** ارزیابی وضعیت هوشیاری، روحی، روانی (شامل غربالگری خطر اقدام به خودکشی با ابزار معتبر) و عوامل تهدیدکننده ایمنی بیمار (مانند خطر سقوط یا زخم فشاری) الزامی است.
- **ابزارها و فرم‌ها:** فرآیند ارزیابی بر اساس فرم‌های سه‌گانه ابلاغی وزارت بهداشت شامل:
 ۱. فرم ارزیابی اولیه بزرگسال
 ۲. فرم ارزیابی اولیه کودک
 ۳. فرم ارزیابی اولیه روانتکمیل و در پرونده بیمار بایگانی می‌گردد.

نحوه نظارت :

بررسی پرونده‌های بالینی (پرونده‌خوانی)، کنترل ثبت تشخیص‌ها و مشکلات پرستاری در گزارش پرستاری، بررسی چک‌لیست‌های ارزیابی در بازدیدهای روتین .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری سرپرستاران محترم	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR				دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی در انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان			
تعداد بازنگری : ۴					
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۵		ب - ۱ - ۳		الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل برنامه ریزی و رعایت میشوند .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
فرم رضایت آگاهانه، پک استریل، مواد ضدعفونی کننده، وسایل حفاظت فردی(PPE) .		پزشک معالج (انجام پروسیجر)، پرستار مسئول (ایمنی و مراقبت) .	استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستان .	سوپروایزر بالینی، دفتر پرستاری، کمیته کنترل عفونت .	حصول اطمینان از انجام ایمن، استریل و صحیح اقدامات تهاجمی، پیشگیری از خطاهای پزشکی (جراحی در محل اشتباه/بیمار اشتباه)، کاهش ریسک عفونت و ارتقای ایمنی بیمار .
تعاریف واژگان					
اقدام تهاجمی: هرگونه مداخلات تشخیصی یا درمانی که منجر به شکستن سد دفاعی پوست یا ورود به حفرات داخلی بدن گردد. رضایت آگاهانه: تایید کتبی بیمار یا سرپرست قانونی وی نسبت به انجام اقدام تهاجمی بر روی وی پس از دریافت اطلاعات کامل از پزشک .					
گام های دستورالعمل					
۱. آمادگی قبل از اقدام تهاجمی					
- رضایت و آگاهی: پزشک موظف است قبل از هر اقدام، خطرات، منافع و عوارض احتمالی را توضیح داده و “برگه رضایت آگاهانه” توسط بیمار امضا گردد. - شناسایی : شناسایی بیمار توسط پزشک و پرستار باید دقیقاً مطابق “دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار” انجام شود. - علامت گذاری : محل انجام اقدام تهاجمی (در موارد لازم) باید قبل از شروع پروسیجر توسط پزشک علامت گذاری شود. - تجهیزات : پرستار مسئول موظف است کالیبراسیون تجهیزات مورد استفاده را چک کرده و پک استریل اختصاصی اقدام تهاجمی را آماده نماید.					

۲. تکنیک استریل و حفاظت فردی

- شستشو و پوشش: پزشک و پرستار باید مطابق آموزش‌های واحد کنترل عفونت، اسکراب جراحی را انجام داده و با رعایت تکنیک استریل، گان و دستکش بپوشند.
- آماده‌سازی موضع: پزشک معالج ناحیه علامت‌گذاری شده را با بتادین ضدعفونی کرده و با شان پرفوره می‌پوشاند.

۳. حین انجام پروسیجر

- اقدام تهاجمی در شرایط کاملاً استریل انجام می‌پذیرد.
- پرستار مسئول بیمار تا زمان حصول اطمینان از Stable (پایدار) بودن شرایط بیمار، حق ترک بالین بیمار را ندارد.

۴. اقدامات پس از پروسیجر و ایمنی

- شمارش اقلام: در صورت استفاده از گاز، تامپون و غیره، پس از اتمام عمل، شمارش توسط دو پرستار انجام و از عدم جاماندن اقلام اطمینان حاصل می‌شود.
- مستندسازی: پزشک معالج شرح پروسیجر را در پرونده ثبت کرده و کلیه اقدامات پرستاری نیز توسط پرستار مسئول ثبت می‌گردد.
- مدیریت نمونه (در صورت بیوپسی): نمونه با نظارت پرستار مسئول آماده شده، درخواست آن در HIS ثبت و همزمان به آزمایشگاه ارسال می‌گردد.
- مدیریت وسایل آلوده: تجهیزات آلوده جهت شستشوی اولیه و ارسال به استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)، به خدمات تحویل داده می‌شود.
- فرآورده‌های خونی: در صورت نیاز به خون و فرآورده‌ها، پیگیری و آماده‌سازی آن از طریق بانک خون توسط پرستار مسئول انجام می‌شود.

نحوه نظارت :

مشاهده مستقیم حین انجام پروسیجر، بررسی پرونده‌ها جهت ثبت شرح عمل، بررسی آمار عفونت‌ها .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری سرپرستاران محترم مسئول واحد کنترل عفونت آقای محمد حیدری	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل انبارش ایمن
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵				
تعداد بازنگری : ۴				
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه
۱		ب - ۶ - ۲		شرایط انبارش/نگهداری دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، براساس الزامات کارخانه سازنده و بصورت حفاظت شده و ایمن انجام میشود..
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین
هدف				
ایجاد شرایط ایمن برای نگهداری، کنترل و پایش مواد و داروها در انبار، پیشگیری از آسیب، آلودگی، حریق و دسترسی غیرمجاز .		ریاست بیمارستان ، مدیر داخلی بیمارستان، مسئول فنی انبار دارویی ، مسئول کمیته خطر و بلایا ، مسئول تأسیسات .		
دستورالعمل انبارش ایمن ، استانداردهای ملی اعتباربخشی بیمارستان .		مسئول انبار .		
قفسه فلزی محکم، درب بدون درز و مقاوم ، سیستم اعلام و اطفاء حریق، دتکتور هشداردهنده، روشنایی کافی، تهویه مناسب، دماسنج و رطوبت سنج، یخچال/فریزر استاندارد، جعبه کمک های اولیه، اتاق انباردار، سیستم ثبت موجودی، تابلوهای هشدار، قفل و تمهیدات امنیتی .				
تعاریف واژگان				
FIFO / FEFO : خروج کالا به ترتیب ورود یا انقضای زودتر .				
Recall : جمع آوری و برگشت داروی فراخوان شد .				
داروی پرخطر : دارویی که در صورت خطا می تواند آسیب جدی به بیمار وارد کند.				
داروی مشابه : داروهای دارای نام یا بسته بندی مشابه.				

کام های دستور العمل

۱) الزامات ساختمانی و ایمنی انبار

- تمامی مواد قابل اشتعال باید در انبار جداگانه نگهداری شوند و در ورودی آن علائم ممنوعیت سیگار و مواد آتش‌زا نصب گردد.
- دتکتورهای هشداردهنده در فضای خارج انبار نصب باشد.
- انبار باید دارای قفسه‌بندی فلزی و محکم، درب‌های بدون درز و مقاوم و نرده در پشت پنجره‌ها باشد.
- کف انبار باید صاف، قابل نظافت و فاقد لغزندگی باشد.
- انبار باید دارای روشنایی کافی و تهویه مناسب باشد.
- سیم‌کشی برق به صورت توکار انجام شود و از کلیدها و پریزهای ضد جرقه استفاده گردد.
- استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی ممنوع است.
- انبار باید دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب باشد.
- ساختمان انبار باید محکم بوده و سقف عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما داشته باشد.
- کف، دیوار و سقف باید فاقد منفذ و روزنه باشند تا از ورود حشرات، حیوانات موزی و پرندگان جلوگیری شود.
- کف و دیوارها باید قابل نظافت باشند.
- برای جلوگیری از افزایش رطوبت، شستشوی انبار ممنوع است.
- چاهک فاضلاب باید دارای درپوش و وضعیت ظاهری مناسب باشد.
- شیر آب و سینک ظرفشویی نباید داخل انبار وجود داشته باشد.
- محفظه وسایل و سطوح فلزی باید با رعایت نکات ایمنی برق و ارتینگ مناسب باشد.

۲) شرایط نگهداری و کنترل محیط

- رطوبت مناسب نگهداری داروها زیر ۶۰ درصد باشد.
- دما و رطوبت باید به‌طور منظم در فرم‌های مخصوص ثبت و با استاندارد مقایسه شود.
- در نقاط مختلف انبار، دماسنج و رطوبت‌سنج نصب شود؛ به‌ویژه در نقاطی که نوسان بیشتری دارند.
- انبار باید دارای روشنایی کافی برای انجام کلیه عملیات انبارداری باشد.
- هواکش‌ها باید دارای قاب توری یا کرکره بوده و در نقاط مختلف نصب و روشن باشند.

۳) چیدمان، قفسه‌بندی و کنترل موجودی

- قفسه‌بندی باید به‌گونه‌ای باشد که بسته‌ها به عقب برنگردند و چیدمان صحیح انجام شود.
- چیدمان باید امکان اجرای آسان FEFO (اولین تاریخ انقضا، اولین خروج) را فراهم کند.
- نام و مقدار کالا باید در سیستم موجودی یا کارت مخصوص هر کالا ثبت شود.
- هر محموله وارد شده باید در دفتر انبار ثبت و شماره‌گذاری شود.
- شماره انبار و کد محصول باید روی بسته یا در سیستم ثبت شود.
- هنگام ورود محموله‌ها، آسیب‌دیدگی یا مخدوش بودن برچسب بررسی و داروهای مشکل‌دار جدا شوند.
- محموله‌ها باید طوری حمل و انبار شوند که از آلودگی جلوگیری شود.

۴) نگهداری اقلام ویژه

- داروهای قابل اشتعال باید در انبار مجزا با ایمنی مناسب نگهداری شوند.
- داروهای مخدر، بیودارو و سمی باید در انبار مجزا و اختصاصی نگهداری شوند و برای داروهای مخدر، تمهیدات امنیتی ویژه رعایت شود.
- داروهای حساس به دما (یخچالی و فریزری) باید در محل مناسب با تجهیزات سرمایشی کامل نگهداری شوند.
- داروهای ریکال و ضایعاتی باید در محلی مجزا و دارای حفاظ نگهداری شوند.
- داروهای پرخطر با برچسب قرمز و داروهای مشابه با برچسب زرد در داروخانه نگهداری شوند.
- داروهای یخچالی باید در یخچال بخش یا محل استاندارد نگهداری و دمای آن طبق چک‌لیست کنترل شود.

۵) نظافت و کنترل تردد

- نظافت انبار باید به صورت مستمر رعایت شود.
- از تردد افراد متفرقه و غیرمجاز جلوگیری شود.
- برای نظافت، جاروبرقی صنعتی کافی و ابزار گردگیری در محل مناسب موجود باشد.
- برای جلوگیری از بالا رفتن رطوبت و آلودگی، از وجود آب و سینک در انبار جلوگیری شود.

۶) پایش و نظارت

- تمام انبارها باید طبق چک لیست مدیر داخلی بیمارستان به صورت ماهیانه پایش شوند.
- سیستم اعلام و اطفاء حریق هر ماه توسط مسئول آتش نشانی بررسی شود.
- سیم کشی برق هر ماه توسط مسئول برق تأسیسات بررسی گردد.
- قفسه بندی و فیکس بودن قفسه ها هر ماه توسط مسئول انبار و مسئول ساختمان بررسی شود.
- عملکرد صحیح تجهیزات مانند دماسنج، رطوبت سنج، تهویه، سیستم ایمنی، کولر/چیلر باید کنترل شود.
- هرگونه نقص باید فوراً به مسئول فنی گزارش شود.
- نظارت بر جابه جایی محموله ها، تخلیه بار و سایر خدمات انبار باید مداوم و مستمر باشد.
- انبارگردانی باید سالیانه انجام شود.
- از ورود افراد غیرمجاز جلوگیری شود.

نحوه نظارت :

پایش ماهانه با چک لیست، بررسی سیستم اعلام و اطفاء حریق، بررسی سیم کشی برق، بررسی قفسه بندی و فیکس بودن آن، کنترل دما و رطوبت، بررسی رعایت نظافت و امنیت انبار، بازدید از وضعیت داروهای مرجوعی و ریکال .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی آقای نقی زاده مسئول تأسیسات آقای فرهادی مسئول انبار خانم ذوالفقاری	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل رعایت قانون انطباق امور اداری و موازین شرعی در بخش‌های درمانی و آموزشی بیمارستان	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۸		الف - ۱ - ۴		تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، نشانگر اهتمام و نظارت بر حسن اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی باموازين شرع مقدس در بیمارستان میباشد	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
فضاهاي مجزا برای کارکنان زن و مرد، رختکن‌های مستقل، غذاخوری و چایخوری مجزا، امکانات تفکیک اسکراب، پرده و پاراوان، پوشش استاندارد کارکنان و بیماران، تابلوهای آموزشی.		کلیه کارکنان .		قانون انطباق امور اداری با موازین شرع مقدس اسلام، ضوابط وزارت بهداشت، مقررات داخلی بیمارستان، آیین‌نامه‌های انضباطی و آموزشی مرتبط .	
				ناظرین	
				مدیریت داخلی بیمارستان، دفتر پرستاری، مترون، مسئولین واحدها، حراست.	
				هدف	
				ایجاد رویه‌ای مشخص برای رعایت موازین شرعی و اخلاقی در ارائه خدمات درمانی، مراقبتی، تشخیصی و آموزشی، حفظ حریم بیماران، تفکیک مناسب محیط‌ها و کارکنان همگن، و نظارت بر حسن اجرای ضوابط انطباق در بیمارستان .	
تعاریف واژگان					
انطباق: رعایت موازین شرعی و اخلاقی در محیط‌های درمانی و آموزشی.					
کارکنان همگن: کارکنانی که از نظر جنسیت با بیمار یکسان باشند.					
محیط درمانی: تمامی فضاهای ارائه خدمت از جمله اتاق عمل، اتاق زایمان، ریکواری، رادیولوژی، فیزیوتراپی، آزمایشگاه، تزریقات، بخش‌های بستری و درمانگاه‌ها.					
پوشش اسلامی: پوشش تعیین‌شده برای کارکنان و بیماران مطابق ضوابط این دستورالعمل.					
موارد ضروری: شرایطی که به علت فوریت، نبود نیروی همگن یا ضرورت درمانی، رعایت کامل تفکیک امکان‌پذیر نباشد.					

کام های دستورالعمل

۱. اصل کلی

به منظور رعایت موازین شرعی، حفظ حریم بیماران، صیانت از شئون اسلامی و ارتقای کیفیت خدمات درمانی و آموزشی، کلیه کارکنان، مدیران، دانشجویان و واحدهای بیمارستانی موظفاند مفاد این دستورالعمل را در تمامی بخش‌های درمانی، تشخیصی و آموزشی رعایت نمایند.

۲. الزامات محیط فیزیکی در اتاق عمل

رختکن آقایان و خانم‌ها باید به‌طور کامل از یکدیگر تفکیک شده و به‌گونه‌ای انتخاب شود که به سایر فضاهای اتاق عمل اشراف نداشته باشد. غذاخوری و چایخوری کارکنان زن و مرد باید در تمام ساعات شبانه‌روز مجزا باشد. فضاهای اسکراب حتی‌الامکان باید برای زنان و مردان جدا بوده و در صورت محدودیت فیزیکی از پرده یا پاروان استفاده شود.

۳. پوشش کارکنان مرد در اتاق عمل

پوشش کارکنان مرد در اتاق عمل شامل شلوار بلند تا مچ پا با گشادی مناسب، پیراهن تا روی باسن، آستین تا ۱۰ سانتی‌متر بالاتر از آرنج، یقه گرد بسته، کلاه پوشاننده کامل مو و کفش مخصوص اتاق عمل می‌باشد. کارکنان مرد دارای محاسن موظفاند از ماسک مناسب با پوشش کامل استفاده نمایند.

۴. پوشش کارکنان زن در اتاق عمل

پوشش کارکنان زن شامل شلوار بلند، مانتوی گشاد و بلند تا سر زانو، آستین تا مچ پا سرآستین کشیاف، یقه بسته، مقنعه تا روی سینه، جوراب سفید و ضخیم ساده و کفش مخصوص اتاق عمل می‌باشد. استفاده از زیورآلات، آرایش، مواد معطر، ناخن بلند و لاک ناخن ممنوع است.

۵. پوشش بیماران

برای بیماران مرد استفاده از گان و کلاه یا سربند پوشاننده مو الزامی است. برای بیماران زن استفاده از گان و روسری مناسب که گردن و سینه را بپوشاند الزامی است. بیماران در تمام مراحل درمان و عمل، به‌جز در موارد ضروری، باید با ملحفه یا شان پوشانده شوند.

۶. تحویل و آماده‌سازی بیمار

بیمار باید با پوشش کامل و آمادگی لازم از بخش به اتاق عمل تحویل شود. آماده‌سازی بیمار برای اقدامات بیهوشی و درمانی باید ضمن رعایت موازین شرعی، آرامش روانی بیمار و حفظ اعتماد وی انجام گیرد.

۷. جابه‌جایی و تماس با بیمار

انتقال بیمار بر روی تخت عمل باید به‌گونه‌ای انجام شود که از تماس مستقیم غیرضروری کارکنان با بدن بیمار پیشگیری گردد. در مواردی مانند سونداژ، نصب الکتروود، تنظیم وضعیت بیمار و پرپ، این اقدامات حتی‌الامکان باید توسط کارکنان همگن انجام شود. در صورت نبود نیروی همگن، اقدام ضروری درمانی توسط پزشک انجام می‌شود.

۸. حفظ حریم بیمار در اتاق عمل

در زمان تنظیم وضعیت بیمار، پرپ و هر مرحله‌ای که بدن بیمار در معرض دید قرار می‌گیرد، حضور افراد غیرضروری در اتاق ممنوع است. نواحی تناسلی بیمار باید با شان، حوله، پد یا گاز پوشانده شود. پرپ باید به‌گونه‌ای انجام شود که سایر قسمت‌های بدن بیمار به‌طور کامل پوشیده باشد.

۹. انتخاب کارکنان همگن در اعمال خاص

در جراحی نواحی تناسلی، پرستار اسکراب باید همگن انتخاب شود. از حضور کارکنان خدماتی و افراد غیرضروری غیرهمگن در این‌گونه اعمال باید جلوگیری شود.

۱۰. مراقبت پس از عمل

پس از پایان عمل و پانسمان، بیمار باید فوراً پوشانده شده و با پوشش کامل به ریکاوری منتقل گردد. مراقبت در ریکاوری حتی‌الامکان باید توسط پرستاران همگن انجام شود، به‌ویژه در مورد بیماران زن. انتقال بیماران زن از ریکاوری به بخش باید با همراهی یکی از کارکنان پرستاری همگن انجام شود.

۱۱. رفتار و شئونات حرفه‌ای کارکنان

رفتار و گفتار کارکنان زن و مرد باید متین، حرفه‌ای و در محدوده وظایف محوله باشد. رعایت شئونات اسلامی در تمام مراحل ارائه خدمت، به‌ویژه در اتاق عمل، اتاق زایمان و بخش‌های حساس الزامی است.

۱۲. وظایف حمایتی کارکنان همگن

اموری مانند بستن بند گان، تنظیم پوشش، مرتب کردن ماسک، خشک کردن عرق و ارائه کمک‌های شخصی به جراح، کمک‌جراح یا پرستار باید توسط کارکنان همگن انجام شود.

۱۳. محدودیت به‌کارگیری خدمه مرد در بخش‌های زنان

به‌کارگیری خدمه مرد در اتاق‌های قبل از زایمان، زایمان و پس از زایمان ممنوع است و این امور باید به خدمه زن واگذار شود. در صورت وجود نیروی مرد شاغل فعلی، مدیریت موظف است با جابه‌جایی تدریجی نسبت به جایگزینی اقدام نماید.

۱۴. الزامات رادیولوژی

پرتونگاری بیماران حتی‌الامکان باید توسط کارکنان همگن انجام شود. ماموگرافی، باریم انمای خانم‌ها، اروگرافی خانم‌ها، هیستروگرافی و سالپنژوگرافی باید توسط کارکنان زن انجام شود. باریم انمای آقایان، اروگرافی آقایان و اپیدیدموگرافی باید توسط کارکنان مرد انجام شود. در صورت انجام سونوگرافی توسط پزشک غیرهمگن، حضور یکی از محارم بیمار توصیه می‌شود. اختلاط کارکنان زن و مرد در واحد رادیولوژی باید به حداقل برسد.

۱۵. الزامات فیزیوتراپی

درمان و معاینه بیماران در صورت وجود نیروی کافی باید توسط درمانگر همگن انجام شود. در موارد درمان توسط فرد غیرهمگن، پوشاندن نواحی غیرضروری الزامی است. در تمرین درمانی توسط کادر غیرهمگن، استفاده از دستکش ضروری است. در درمان بیماران زن توسط تراپیست مرد، حضور یکی از محارم بیمار در کابین درمان الزامی است.

۱۶. الزامات الکتروکاردیوگرافی

بیمارستان موظف است ترتیبی اتخاذ نماید که ECG بیماران زن توسط کارکنان زن و ECG بیماران مرد توسط کارکنان مرد انجام شود. این موضوع در تمام ساعات شبانه‌روز باید رعایت شود. محل انجام ECG باید دور از تردد افراد غیرهمگن باشد.

۱۷. الزامات آزمایشگاه

خون‌گیری باید توسط فرد ذیصلاح همگن انجام شود. خون‌گیری در بخش با استفاده از پاراوان و در آزمایشگاه در محلی دور از تردد افراد غیرهمگن انجام گیرد. محل کار کارکنان زن و مرد و نیز فضای انتظار مراجعین حتی‌الامکان باید از یکدیگر مجزا باشد.

۱۸. الزامات تزریقات

تزریقات بیماران باید توسط افراد ذیصلاح همگن انجام شود. انجام تزریق باید در حفاظ پاراوان یا محل محفوظ از دید و تردد افراد غیرهمگن صورت گیرد. رعایت این ضوابط در تمامی مراکز تزریقات، پانسمان، درمانگاه‌ها، کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها الزامی است.

۱۹. ضوابط آموزشی در بخش‌های زنان

ورود آقایان به بخش و فضاهایی که بانوان در آن پوشیده نیستند، باید با اعلام قبلی انجام شود.

۲۰. آموزش و اطلاع‌رسانی

مسئولین واحدها موظف‌اند مفاد این دستورالعمل را به کلیه کارکنان و افراد مرتبط آموزش داده و شرایط اجرای صحیح آن را فراهم نمایند. آموزش بدو خدمت و بازآموزی دوره‌ای در خصوص رعایت انطباق الزامی است.

۲۱. نظارت و رسیدگی به عدم رعایت

در صورت مشاهده عدم رعایت مفاد این دستورالعمل، موضوع باید ثبت و به مسئول بخش، دفتر پرستاری، مدیریت یا مسئول آموزشی مربوطه گزارش شود. حسب مورد، تذکر شفاهی، اخطار کتبی، آموزش مجدد، ثبت عدم انطباق، پیگیری انضباطی یا ارجاع به مراجع ذیصلاح انجام می‌شود.

۲۳. مسئولیت اجرا

مسئولیت حسن اجرای این دستورالعمل در بخش‌های درمانی بر عهده سرپرستاران، مسئولین واحدها، دفتر پرستاری، مترون و مدیریت بیمارستان است.

نحوه نظارت :

بازدیدهای دوره‌ای و سرزده، مشاهده مستقیم، دریافت گزارش از مسئولین واحدها، ثبت عدم انطباق، بررسی شکایات، ارزیابی رعایت پوشش و تفکیک محیط، و اعمال اقدامات اصلاحی و انضباطی حسب مورد

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
حراست بیمارستان خانم زین آبادی مدیریت داخلی آقای نقی زاده	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستورالعمل اندیکاسیون های درخواست و اعزام بالگرد در مأموریت های ثانویه از بجنستان به گناباد	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۴		الف - ۴ - ۳		مدیریت پرستاری بر روند اعزام و ارجاع بیماران برابر ضوابط مربوط و رعایت اصول ایمنی بیمار نظارت می نماید .	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو		منابع	
فرم درخواست اعزام هوایی، فرم رضایت آگاهانه، پرونده بیمار، تجهیزات پایداری بیمار، آمبولانس زمینی جهت انتقال تا پد در صورت نیاز، پد فرود ایمن یا محل فرود تعیین شده، تجهیزات ارتباطی با ۱۱۵، EOC و MCMC، دستورالعمل کد ۳۵۰، فرم ثبت وقایع و گزارش مخاطرات .		پزشک معالج در تشخیص اندیکاسیون و ثبت درخواست، سوپروایزر کشیک .		دستورالعمل کشوری اورژانس هوایی، ضوابط وزارت بهداشت، دستورالعمل های ۲۴۷ و ۷۲۴، دستورالعمل مانا، پروتکل های اورژانس پیش بیمارستانی، دستورالعمل های EOC و MCMC.	
				ناظرین	
				ریاست بیمارستان ، دفتر پرستاری، مترون، دیسچ ۱۱۵، EOC دانشگاه، MCMC، مسئول پایگاه اورژانس هوایی .	
				هدف	
				ایجاد رویه ای مشخص، سریع و ایمن برای شناسایی موارد واجد شرایط درخواست بالگرد اورژانس هوایی در مأموریت های ثانویه از مرکز درمانی بجنستان به مرکز درمانی مجهزتر در گناباد، در شرایطی که انتقال زمینی با وجود فاصله حدود ۵۰ کیلومتر در زمان طلایی امکان پذیر نبوده یا موجب تأخیر مؤثر در درمان، تشدید آسیب یا تهدید حیات بیمار گردد.	
تعاریف واژگان					
مأموریت ثانویه: انتقال بیمار یا مصدوم از مرکز درمانی بجنستان به مرکز درمانی مجهزتر در گناباد جهت دریافت خدمات تخصصی تر.					
اورژانس هوایی: استفاده از بالگرد برای انتقال سریع بیمار یا مصدوم واجد اندیکاسیون.					
ساعت طلایی: بازه زمانی حیاتی که تأخیر در انتقال یا درمان می تواند باعث مرگ، ناتوانی یا عارضه جدی شود.					
بیمارستان مبدأ: مرکز درمانی بجنستان.					
بیمارستان مقصد: مرکز درمانی پذیرنده در گناباد.					
MCMC : ستاد هدایت بیماران دانشگاه.					
EOC : مرکز عملیات اضطراری دانشگاه.					
کد ۳۵۰: فرآیند آماده سازی بیمارستان جهت نشست و برخاست بالگرد.					
HLO و LZ0 : اصول ایمنی مربوط به هدایت، فرود، نشست و برخاست بالگرد.					

کام های دستورالعمل

۱. اصل کلی

درخواست اعزام بالگرد از بجستان به گناباد فقط در مواردی مجاز است که بیمار یا مصدوم واجد اندیکاسیون اورژانس هوایی بوده و انتقال زمینی با آمبولانس، با وجود فاصله حدود ۵۰ کیلومتر، در زمان طلایی امکان پذیر نباشد یا موجب تأخیر مؤثر در درمان، تشدید آسیب، تهدید حیات یا تهدید عضو گردد.

۲. محدودیت استفاده از بالگرد

با توجه به اینکه در واحد بجستان امکان استفاده از هواپیمای بال ثابت وجود ندارد، کلیه درخواست های اورژانس هوایی صرفاً برای اعزام با بالگرد انجام می شود. بنابراین موارد مربوط به Fix Wing یا بال ثابت در این دستورالعمل کاربرد ندارد.

۳. شرط اصلی درخواست بالگرد

صرف وجود بیماری شدید به تنهایی برای درخواست بالگرد کافی نیست. درخواست باید زمانی انجام شود که یکی از شرایط زیر وجود داشته باشد:

- انتقال زمینی در ساعت طلایی امکان پذیر نباشد.
- تأخیر در انتقال زمینی موجب بدتر شدن پیامد بیمار شود.
- بیمار نیازمند خدمت تخصصی فوری در گناباد باشد که در مرکز مبدأ قابل ارائه نیست.
- وضعیت بیمار به گونه ای باشد که زمان انتقال نقش حیاتی در بقا، حفظ عضو یا کاهش عارضه دارد.
- مسیر زمینی به هر علت از جمله شرایط جوی، مسدودی، حادثه، نالیمنی یا ازدحام مأموریتی اورژانس زمینی، پاسخگوی انتقال فوری نباشد.

۴. حوادث پرتلفات

در حوادث پرتلفات، در صورتی که تعداد بیماران قرمز یا بدحال بیش از ظرفیت ارائه خدمت در بجستان باشد و نیاز به تخلیه سریع بیماران به گناباد وجود داشته باشد، درخواست اعزام بالگرد با هماهنگی EOC، MCMC و اورژانس ۱۱۵ قابل انجام است.

۵. نبود امکان ارائه خدمت تخصصی در مرکز مبدأ

چنانچه مرکز درمانی بجستان قادر به ارائه خدمت تخصصی مورد نیاز بیمار نباشد و بیمار نیازمند انتقال فوری به گناباد باشد، در صورت عدم کفایت انتقال زمینی در زمان طلایی، درخواست بالگرد انجام می شود.

۶. اندیکاسیون های تروما

موارد زیر در صورت ناپایداری علائم حیاتی، نیاز به مداخله تخصصی فوری، یا نبود امکان درمان نهایی در بجستان، می توانند مشمول درخواست بالگرد باشند:

- مولتیپل تروما با علائم حیاتی ناپایدار
- ترومای نافذ شکم، قفسه سینه، لگن، جمجمه یا گردن
- آسیب قفسه سینه شامل پنوموتوراکس، هموتوراکس، سینه مواج یا شک به آسیب قلب
- ترومای ستون فقرات همراه با نقص عصبی واضح
- ترومای شدید در کودکان زیر ۱۳ سال، سالمندان و مادران باردار
- آسیب عروقی منجر به ایسکمی اندام و نیازمند جراحی عروق
- قطع عضو یا آمپوتاسیون دارای احتمال پیوند، مشروط به پذیرش مقصد

۷. اندیکاسیون های قلبی و مغزی

موارد زیر در صورت نبود امکان دریافت خدمت در زمان طلایی در بجستان و ضرورت انتقال فوری به گناباد، واجد شرایط درخواست بالگرد هستند:

- سکته حاد قلبی طبق دستورالعمل ۲۴۷
- سکته حاد مغزی طبق دستورالعمل ۷۲۴

- شوک کاردیوژنیک
- تامپوناد قلبی
- شک به پارگی قلب یا عروق اصلی
- سایر بیماری‌های مکانیکال قلبی نیازمند مداخله فوری

۸. سوختگی‌های شدید

سوختگی‌های زیر در صورت نیاز به مراقبت تخصصی فوری و نبود امکان ارائه درمان نهایی در بجستان، مشمول درخواست بالگرد هستند:

- سوختگی ۲۰ تا ۸۰ درصد
- سوختگی درجه دو عمیق یا درجه سه
- سوختگی راه هوایی
- سوختگی دور تا دور اندام
- سوختگی شیمیایی یا الکتریکی
- سوختگی همراه با تروما یا تهدیدکننده حیات یا عضو

۹. مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه

مادران بارداری که به تشخیص ماما، پزشک اورژانس یا متخصص زنان نیازمند انتقال فوری به مرکز مجهزتر در گناباد باشند، در صورتی که انتقال زمینی موجب تأخیر خطرناک، تشدید آسیب یا بدتر شدن پیامد مادر یا جنین شود، می‌توانند با بالگرد اعزام شوند.

۱۰. سایر اندیکاسیون‌های بالینی

موارد زیر در صورت نبود امکان ارائه خدمت نهایی در بجستان و ضرورت انتقال فوری، می‌توانند مشمول درخواست بالگرد باشند:

- خونریزی گوارشی ناپایدار یا نیازمند مداخله اورژانسی
- نیاز به دیالیز اورژانسی با نقش حیاتی زمان
- استاتوس اپیلهپتیکوس در صورت عدم کنترل یا نبود امکانات کافی
- کودکان بدحال مطابق دستورالعمل مانا
- اختلالات شدید الکترولیتی
- مسمومیت‌های شدید
- نارسایی حاد ارگان‌های حیاتی
- موارد نیازمند مداخله فوری که در بیمارستان بجستان قابل انجام نیست و پذیرش بیمارستان گناباد اخذ شده است

۱۱. اقدامات الزامی قبل از انتقال

قبل از انتقال بیمار با بالگرد، انجام اقدامات اولیه حیات‌بخش و پایدارسازی بیمار در مرکز درمانی بجستان الزامی است. انتقال بیمار ناپایدار بدون انجام اقدامات اولیه، مگر در شرایط خاص و با تصمیم پزشک مسئول و تیم اورژانس هوایی، مجاز نمی‌باشد.

۱۲. اخذ رضایت آگاهانه

قبل از درخواست بالگرد، بیمار یا ولی قانونی وی باید از ضرورت انتقال هوایی، نبود امکان انتقال همراه، احتمال لغو مأموریت به علت شرایط جوی یا فنی، و مخاطرات احتمالی انتقال مطلع شود و فرم رضایت آگاهانه کتبی تکمیل گردد.

۱۳. ممنوعیت انتقال همراه

در مأموریت‌های اورژانس هوایی، امکان انتقال همراه بیمار وجود ندارد. این موضوع باید قبل از اعزام به بیمار یا ولی وی اطلاع داده شود.

۱۴. احتمال لغو مأموریت

در تمام درخواست‌ها باید احتمال لغو مأموریت بالگرد به دلایل جوی، فنی، عملیاتی یا ایمنی در نظر گرفته شود. همزمان با درخواست بالگرد، برنامه جایگزین انتقال زمینی به گناباد نیز باید پیش‌بینی و آماده باشد.

۱۵. ثبت درخواست توسط پزشک

در صورت وجود اندیکاسیون، پزشک معالج موظف است درخواست اعزام هوایی را همراه با علت بالینی، ضرورت انتقال هوایی، وضعیت بیمار و اقدامات انجام‌شده در پرونده بیمار ثبت نماید.

۱۶. پیگیری توسط سوپروایزر کشیک

سوپروایزر کشیک مرکز درمانی بجهستان موظف است پس از ثبت درخواست پزشک، فرآیند هماهنگی، اخذ رضایت، پیگیری پذیرش، ارتباط با MCMC و اطلاع به دیسپچ ۱۱۵ یا EOC را انجام دهد.

۱۷. اخذ پذیرش از گناباد

قبل از اعلام نهایی مأموریت، باید با هماهنگی ستاد هدایت بیماران / MCMC، پذیرش بیمار از بیمارستان مقصد در گناباد اخذ شود. رعایت سطح بندی خدمات و سطح ارجاع الزامی است.

۱۸. اعلام درخواست به اورژانس

پس از اخذ پذیرش، سوپروایزر مرکز بجهستان درخواست اعزام بالگرد را به دیسپچ اورژانس ۱۱۵ یا EOC دانشگاه اعلام می نماید. اطلاعات بیمار، تشخیص، وضعیت حیاتی، اقدامات انجام شده، مقصد و محل تحویل باید به طور کامل اعلام شود.

۱۹. بررسی اندیکاسیون توسط دیسپچ یا EOC

دیسپچ اورژانس ۱۱۵ یا EOC دانشگاه موظف است درخواست را از نظر انطباق با اندیکاسیون های اعزام ثانویه بررسی نموده و در صورت تأیید، مأموریت را به پایگاه اورژانس هوایی اعلام نماید.

۲۰. فعال سازی کد ۳۵۰

پس از اعلام اعزام بالگرد، دیسپچ یا EOC موضوع را به سوپروایزر مرکز بجهستان اطلاع داده و درخواست فعال سازی کد ۳۵۰ را اعلام می کند. سوپروایزر موظف است هماهنگی لازم برای آماده سازی بیمار، مسیر انتقال، پد فرود و تیم تحویل دهنده را انجام دهد.

۲۱. آماده سازی محل فرود

در صورت استفاده از پد بیمارستانی یا محل فرود خارج بیمارستانی، رعایت اصول ایمنی HLO و LZO الزامی است. مسئولیت هماهنگی ایمنی محل فرود، انتقال بیمار به پد و تحویل بیمار به تیم هوایی حسب ساختار محلی با سوپروایزر، اورژانس ۱۱۵ بجهستان و مسئول پد خواهد بود.

۲۲. تحویل بیمار به تیم اورژانس هوایی

پس از فرود بالگرد، بیمار باید در حاشیه ایمن پد و پس از ارائه گزارش کامل بالینی، اقدامات انجام شده، داروهای مصرفی و مدارک لازم به تیم پزشکی هوایی تحویل داده شود.

۲۳. حضور تیم تحویل دهنده پس از پرواز

تیم تحویل دهنده بیمار باید حداقل ۵ دقیقه پس از برخاست بالگرد در محل حضور داشته باشد تا در صورت بروز شرایط پیش بینی نشده، امکان مداخله یا هماهنگی فوری وجود داشته باشد.

۲۴. اطلاع رسانی به بیمارستان مقصد

زمان حرکت بالگرد از بجهستان به سمت گناباد باید توسط دیسپچ ۱۱۵ یا EOC به سوپروایزر یا مسئول پذیرش بیمارستان مقصد اطلاع داده شود تا آمادگی لازم برای تحویل بیمار فراهم گردد.

۲۵. تحویل بیمار در گناباد

پس از فرود بالگرد در مقصد، بیمار توسط تیم پزشکی هوایی در حاشیه ایمن پد به تیم درمانی بیمارستان مقصد یا تیم آمبولانس زمینی تحویل داده می شود.

۲۶. ثبت پایان مأموریت

پس از پایان مأموریت و بازگشت بالگرد به پایگاه، اطلاعات مأموریت باید ثبت شود. در صورت بروز مخاطره، تأخیر، لغو مأموریت یا مشکل فرآیندی، گزارش مربوطه تهیه و جهت بررسی به مراجع ذی ربط ارسال گردد.

۲۷. تحلیل و بازخورد

در صورت مشاهده نقص در فرآیند، تأخیر در پذیرش، مشکل در آماده سازی بیمار، اشکال در پد فرود، یا عدم هماهنگی بین واحدها، جلسه کوتاه تحلیل مأموریت برگزار و اقدام اصلاحی تعیین می شود.

۲۸. مسئولیت پیگیری فعال

سوپروایزر کشیک، دیسپچ ۱۱۵ و EOC موظف اند فرآیند درخواست، پذیرش، اعزام، تحویل و پایان مأموریت را از ابتدا تا انتها به صورت فعال پیگیری نمایند.

۲۹. برنامه عملیاتی محلی

مرکز درمانی بجستان موظف است برنامه عملیاتی محلی اعزام بالغرد به گناباد را براساس همین دستورالعمل تدوین و در محل های مرتبط از جمله اورژانس، دفتر سوپروایزر، دیسیچ و واحدهای درگیر نصب یا ابلاغ نماید.

۳۰. آمادگی روزانه

اورژانس ۱۱۵ یا EOC باید آمادگی عملیاتی بالغرد را طبق روال دانشگاه بررسی نماید و مرکز بجستان در صورت نیاز به اعزام، از وضعیت آمادگی بالغرد مطلع گردد.

نکات مهم قابل توجه

۱. فاصله زمینی بجستان تا گناباد حدود ۵۰ کیلومتر است؛ بنابراین درخواست بالغرد باید فقط در مواردی انجام شود که انتقال زمینی در زمان طلایی پاسخگو نباشد یا موجب تشدید خطر برای بیمار شود.
۲. بالغرد جایگزین روتین آمبولانس زمینی نیست و استفاده از آن باید براساس اندیکاسیون بالینی، فوریت زمانی و هماهنگی با EOC، MCMC و اورژانس ۱۱۵ باشد.
۳. پیش از اعزام، پایداری بیمار، اخذ رضایت آگاهانه، اخذ پذیرش مقصد و ثبت کامل مستندات الزامی است.
۴. انتقال همراه بیمار با بالغرد امکان پذیر نیست.
۵. احتمال لغو مأموریت به علت شرایط جوی، فنی یا ایمنی باید همیشه مدنظر باشد و برنامه جایگزین انتقال زمینی همزمان آماده شود.
۶. در مواردی که انتقال زمینی از بجستان به گناباد در زمان قابل قبول و بدون تهدید جدی برای بیمار امکان پذیر باشد، اولویت با آمبولانس زمینی است.

نحوه نظارت :

بررسی تطابق درخواست با اندیکاسیون های مصوب، کنترل ثبت درخواست در پرونده، بررسی اخذ رضایت آگاهانه، پایش هماهنگی با MCMC و بیمارستان مقصد در گناباد، نظارت بر اجرای کد ۳۵۰ و اصول ایمنی پد، ثبت وقایع مأموریت، بررسی موارد لغو مأموریت و تحلیل مخاطرات احتمالی .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری دفتر پرستاری	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی

کد دستنامه : ۰۴ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		دستور العمل رسیدگی به بیماران بدحال در کلینیک قلب	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۴			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۴		ب - ۲ - ۵		شناسایی و ارائه مراقبت های فوری به بیماران بدحال و اورژانسی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.	
امکانات مورد نیاز		فرد پاسخگو	منابع	ناظرین	هدف
ویلچر، برانکارد، ترالی احیا، تجهیزات احیا، دسترسی سریع به اورژانس، امکان اعلام کد ۹۹ .		پرستار کلینیک قلب، متخصص قلب، مسئول شیفت اورژانس .	سنجه های اعتبار بخشی بیمارستان و مصوبات کمیته ایمنی بیمار .	ریاست بیمارستان، مترون، دفتر پرستاری، مسئول اورژانس .	ایجاد رویه ای مشخص، سریع و ایمن برای شناسایی و رسیدگی فوری به بیماران بدحال در کلینیک قلب و تسهیل انتقال به موقع آنان به اورژانس جهت ادامه درمان .
کام های دستور العمل					
۱. پایش اولیه بلافاصله پس از بدحال شدن بیمار در کلینیک قلب، وضعیت بیمار باید توسط پرستار کلینیک و متخصص محترم قلب ارزیابی و پایش شود. ۲. بیمار بدون نیاز به اقدامات حیاتی در صورتی که بیمار نیازمند اقدامات حیاتی نباشد، با ویلچر یا برانکارد به بخش اورژانس منتقل شده و اقدامات لازم طبق دستورات متخصص محترم قلب انجام می شود. ۳. بیمار نیازمند اقدامات حیاتی در صورتی که بیمار نیازمند اقدامات حیاتی باشد، باید بلافاصله کد ۹۹ اعلام شود. ۴. حضور تیم احیا پس از اعلام کد ۹۹، نیروی بیهوشی به همراه ترالی احیا از اتاق عمل در کلینیک حاضر می شود و اقدامات اولیه احیا را آغاز می نماید. ۵. انتقال به اتاق احیای اورژانس پس از انجام اقدامات احیا و در اولین فرصت ممکن، بیمار به اتاق احیای اورژانس منتقل می شود. ۶. ادامه روند درمان ادامه روند درمان، احیا و مراقبت بیمار پس از انتقال، در اتاق احیای اورژانس انجام خواهد شد.					

نحوه نظارت :		
پایش نحوه برخورد با بیماران بدحال، بررسی زمان اعلام کد، نحوه انتقال بیمار، ثبت اقدامات انجام شده و ارزیابی پرونده بیمار .		
تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری دفتر بهبود کیفیت	مدیریت داخلی آقای نقی زاده مدیریت پرستاری آقای مهدی حیدری	ریاست بیمارستان خانم دکتر مسعودی