

مجموعه روش اجرایی های

بیمارستان آیت الله مدنی بجستان

واحد بهبود کیفیت بیمارستان آیت الله مدنی بجستان
امیرحسین غلامی اول

فهرست

۳	روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین
۶	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان
۹	روش های نگهداری، پشتیبانی منظم داده ها و تهیه نسخه پشتیبان
۱۱	روش اجرایی پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری
۱۳	روش اجرایی برچسب گذاری در فراخوان و رهگیری اقلام استریل شده
۱۵	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی
۱۹	روش اجرایی نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
۲۲	روش اجرایی نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها
۲۴	روش اجرایی تریاژ بیمارستان آیت الله مدنی

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۲	 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان	روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین (با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت کمیته خطر حوادث و بلایا)
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۶	الف - ۲ - ۲	حوادث در بیمارستان گزارش ، بررسی ، تحلیل شده و اقدامات اصلاحی / برنامه موثر طراحی و اجرا می شود.
هدف (چرایی؟)	دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟ ، در چه شرایطی؟)	بیانیه
۱. شناسایی موقعیت های ناایمن و پیشگیری از بروز حوادث ناخواسته. ۲. پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده. ۳. کاهش خسارات جانی و مالی ناشی از حوادث. ۴. حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان. ۵. تعیین مسئولیت های افراد و بخش ها در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه. ۶. پاسخ سریع، مناسب و مؤثر به هر نوع حادثه ای که کارکنان، بیماران، همراهان و جامعه را تحت تأثیر قرار دهد. ۷. انجام اقدامات اصلاحی متناسب برای جلوگیری از تکرار حوادث مشابه .	۱. تضمین در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حوادث . ۲. پاسخگویی مناسب و مؤثر به حوادث جهت کاهش میزان آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان در تمامی واحدهای درمانی، تشخیصی، پشتیبانی و اداری بیمارستان .	بیمارستان متعهد است به منظور ارتقای ایمنی بیمار و کارکنان ، سیستمی نظام مند جهت شناسایی ، گزارش دهی و تحلیل تمامی حوادث ناخواسته و شرایط ناایمن ایجاد نماید. این روش اجرایی بر یادگیری از خطاها به جای تنبیه و پیشگیری از تکرار حوادث تأکید دارد.
تعاریف واژگان		
۱- حادثه غیرمترقبه داخلی : هر حادثه ای که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت یا تخریب برای بیمارستان، بیماران، کارکنان و مراجعین ایجاد نماید . ۲- حادثه غیرمترقبه خارجی: هر حادثه ای که در خارج از بیمارستان رخ دهد و موجب بر هم خوردن نظم کاری معمول، نیاز به افزایش ظرفیت بیمارستانی، اقدامات درمانی و مراقبتی یا اختلال در عملکرد کارکنان گردد. ۳- موقعیت خطر آفرین : شرایط ناایمن یا وضعیتی که احتمال وقوع حادثه را افزایش می دهد ولی هنوز منجر به آسیب نشده است . ۴- تیم واکنش سریع : تیمی متشکل از بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، تأسیسات ، تجهیزات پزشکی ، T و I او مسئول مدیریت بحران که در زمان وقوع حادثه جهت کنترل اولیه و مدیریت سریع وضعیت وارد عمل می شوند . ۵- سامانه HICS : ساختار فرماندهی حادثه بیمارستانی برای مدیریت حوادث و بلایا در سطح بیمارستان .		

صاحبان فرآیند	منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز	ذینفعان	فرد پاسخگو
اعضای کمیته مدیریت خطر و بلایا، کارشناس مدیریت بحران بیمارستان، مسئول واحد تأسیسات ، دفتر پرستاری، مترون، مسئول ایمنی بیمار و مسئولین واحدهای مرتبط	فرم گزارش حادثه، فرم گزارش شرایط نایمن ، کلیه کارکنان بخش ها و واحدهای بیمارستان، اعضای کمیته مدیریت خطر و بلایا، مسئول ایمنی بیمار ، سوپروایزرها، مسئولین شیفت، مسئولین تأسیسات، تجهیزات ، IT، کارشناس مدیریت بحران، کارشناس ایمنی بیمار، کارشناس بهداشت حرفه ای، سوپروایزر آموزشی و پزشکان.	کلیه کارکنان بیمارستان، بیماران، همراهان بیماران، مراجعین، جامعه تحت پوشش و واحدهای مدیریتی و عملیاتی مرتبط با ارائه خدمت .	مسئولین بخش ها و واحدها ، مسئول شیفت و در سطح کلان سوپروایزر کشیک بر حسب نوع و سطح حادثه .

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. در صورت وقوع حادثه در هر قسمت بیمارستان، مسئول شیفت یا پرسنل مربوطه بلافاصله موضوع را به سوپروایزر اطلاع می دهد تا در صورت نیاز سوپروایزر و سایر اعضای تیم واکنش سریع بر حسب نوع و وسعت حادثه فراخوان شوند.
۲. فرم گزارش حادثه توسط مسئول بخش یا مسئول شیفت در اولین فرصت تکمیل شده و به دفتر پرستاری تحویل می شود. (فرم گزارش حادثه در دفتر پرستاری و سایت بیمارستان نیز در دسترس است و توسط مدیریت پرستاری به تمامی واحدها ابلاغ شده است .)
۳. در صورت نیاز سوپروایزر، مسئول واحد تأسیسات، مسئول تجهیزات پزشکی، مسئول IT و دبیر کمیته حوادث و بلایا در محل حادثه حضور یافته و نسبت به بررسی اولیه و انجام اقدامات کنترلی اقدام می نمایند.
۴. اقدامات واکنش سریع بلافاصله آغاز می شود و در صورتی که گستردگی حادثه خارج از توان تیم واکنش سریع باشد، موضوع فوراً به فرمانده حادثه بیمارستان اطلاع داده شده و سامانه HICS فعال می گردد.
۵. در صورتی که حادثه گسترده نباشد، اقدامات اصلاحی لازم توسط واحدهای مرتبط انجام شده و نتیجه آن به سوپروایزر و دبیر کمیته بحران اطلاع داده می شود.
۶. در صورت بروز وقایع مرتبط با ایمنی بیمار(موارد ۲۹ گانه) مانند سقوط از تخت، موضوع بلافاصله به پزشک معالج ، مسئول فنی بیمارستان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار توسط سوپروایزر اطلاع داده می شود.(در صورتیکه حوادث خطرآفرین باعث مرگ بیمار شود، کمیته مرگ و میر ترومایی و حوادث ناخواسته سریعاً در بیمارستان با حضور اعضا تشکیل شده و موارد بررسی میشود .)
۷. در صورت بروز حوادث شغلی برای کارکنان، علاوه بر تکمیل فرم گزارش حادثه، فرم حادثه شغلی نیز تکمیل و در صورت وجود آسیب یا جراحت، فرد تحت نظر قرار گرفته و گزارش مربوطه به کارشناس بهداشت حرفه ای ارجاع می شود.
۸. در صورت ایجاد حوادث غیرمترقبه خارجی توسط نماینده فرمانداری یا مسئول EOC شهرستان به ریاست یا مدیر داخلی بیمارستان اطلاع داده می شود .
۹. مدیر داخلی بیمارستان یا ریاست بیمارستان به سوپروایزر وقت و دبیر کمیته مدیریت خطر و بلایا جهت اعلام حالت آماده باش و آمادگی بیمارستان اطلاع می دهد .
۱۰. فرمانده حادثه بر اساس شدت و وسعت حادثه، نیازهای اولیه شامل منابع انسانی، مالی، تجهیزات و ملزومات را برآورد نموده و دستورات لازم را جهت آماده سازی آنها صادر می کند.
۱۱. سوپروایزر وقت نسبت به اعلام آماده باش و فراخوان نیروها بر اساس شدت حادثه و با هماهنگی فرمانده حادثه اقدام می نماید.

۱۲. مسئولین رده بالای مدیریتی بحران در اسرع وقت توسط سوپروایزر فراخوان می‌شوند و مطابق شرح وظایف ابلاغی عمل می‌کنند.

۱۳. به دستور فرمانده حادثه، سامانه HICS به صورت محدود یا کامل فعال می‌شود.

۱۴. گزارش وضعیت موجود، نیازهای افزایش ظرفیت و اقدامات انجام شده به صورت مستمر به صورت فرم کتبی و اتوماسیون به مدیریت حوادث و بلایای دانشگاه اعلام می‌گردد.

۱۵. پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت عادی، اتمام وضعیت بحرانی توسط فرمانده حادثه اعلام می‌شود.

۱۶. در اولین فرصت، جلسه کمیته مدیریت خطر و بلایا با حضور اعضا تشکیل شده و ابعاد حادثه، علل بروز، خطاهای مرتبط، عوامل محیطی، فردی، تجهیزاتی، آموزش ناکافی یا خطاهای سیستم مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۱۷. بر اساس نتایج بررسی، اقدامات اصلاحی و مداخله‌ای تدوین و پس از تأیید مدیریت، توسط دفتر پرستاری یا واحدهای مرتبط به بخش‌ها ابلاغ می‌شود.

۱۸. موارد ابلاغ شده در راندهای مدیریتی و جلسات کمیته مورد پیگیری و ارزیابی قرار می‌گیرد تا از تکرار حادثه مشابه پیشگیری شود.

۱۹. دبیر کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا مسئول پیگیری این موارد می‌باشد.

۲۰. در خصوص خطاهای اتفاق افتاده، سوپروایزر آموزشی با هماهنگی واحد آموزش اقدام به برگزاری دوره‌های آموزشی لازم برای کارکنان می‌نماید تا آگاهی پرسنل افزایش یافته و از تکرار مجدد خطا جلوگیری شود.

۲۱. شرایط ناایمن و موقعیتهای خطرآفرین بخش‌ها نیز از طریق تکمیل فرم مربوطه یا گزارش شفاهی توسط کارکنان به مسئول شیفت، مسئول واحد، کارشناس ایمنی یا در شیفت شب و روزهای تعطیل به سوپروایزر اطلاع داده می‌شود تا بررسی، ایمن‌سازی و پیگیری لازم انجام شود.

نحوه نظارت :

از طریق بررسی مستندات، بازدید میدانی از محل حادثه توسط سوپروایزر کشیک و ارزیابی مصوبات در جلسات کمیته مدیریت خطر و بلایا.

تهیه کننده	تایید کنندگان	تصویب کننده
واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) - مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) - واحد ایمنی بیمار (خانم فاطمی نژاد) - دبیر کمیته حوادث و بلایا (آقای محمد بشلیده)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان (HIS)	
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۱		الف - ۵ - ۲		بر اساس شیوه مدون ، ورود صحیح داده ها در سامانه اطلاعات بیمارستان نظارت و کنترل می شود .	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟ ، در چه شرایطی ؟)		بیانیه	
ارتقای کیفیت مستندسازی الکترونیکی، تضمین صحت و انطباق داده های ثبتی در سامانه با پرونده های بالینی فیزیکی ، به حداقل رساندن خطاهای هویتی و بیمه ای و صیانت از حقوق بیماران جهت استفاده از داده های صحیح در مسیر تصمیم گیری های کلان و درمانی .		کلیه بخش های بالینی و درمانی، واحدهای پاراکلینیکی (آزمایشگاه، تصویربرداری و داروخانه)، واحد فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت (مدارک پزشکی و پذیرش) و واحد مالی و ترخیص بیمارستان .		بیمارستان متعهد است با ایجاد فرآیندهای نظارتی دقیق بر نحوه ثبت ، پردازش و ارسال داده های بالینی و اداری در سامانه HIS، از کیفیت، محرمانگی و صحت اطلاعات بیماران جهت تصمیم گیری های کلان مدیریتی و درمانی پشتیبانی کند .	
تعاریف واژگان					
سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS): سامانه رایانه ای یکپارچه برای مدیریت امور بالینی، اداری و مالی بیمارستان. صحت داده: مطابقت کامل اطلاعات ثبت شده در HIS با پرونده های فیزیکی بالینی و مشخصات واقعی بیمار. سامانه سپاس: پرونده الکترونیکی سلامت کشور جهت تبادل داده های درمانی. کمیته مکسا: کمیته مصوب وزارت بهداشت جهت تعیین استانداردهای کدگذاری و اصطلاح شناسی سلامت.					
فرد پاسخگو		ذینفعان		صاحبان فرآیند	
مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) و مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت .		بیماران، همراهان بیمار، کادر درمانی و پژوهشگران، مدیران ارشد بیمارستان و سازمان های بیمه گر .		بیماران، همراهان بیمار، کادر درمانی و پژوهشگران، مدیران ارشد بیمارستان و سازمان های بیمه گر .	
		منابع ، امکانات و کارکنان مورد نیاز			
		استانداردهای اعتباربخشی ملی، سامانه اطلاعات بیمارستان مورد تایید وزارت بهداشت، پرونده های بالینی، چک لیست های پایش صحت داده ها، دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت و کدهای استاندارد تبادل اطلاعات . / کارکنان واحد مدارک پزشکی و پذیرش، پرسنل ترخیص و بیمه گری، کارشناسان IT، منشی های بخش ها، پرستاران .			

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. بیمارستان ملزم به استفاده از سیستم اطلاعاتی (HIS) مورد تایید دفتر آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت و دارای شناسه یکتا می باشد. این سامانه باید توسط شرکت های بخش خصوصی احراز صلاحیت شده و عضو نظام صنفی رایانه ای کشور تولید شده و دارای گواهینامه معتبر ارزیابی عملکردی و مطابقت با استانداردهای تبادل اطلاعات با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت (سپاس) باشد.
۲. جهت کنترل ارسال و کیفیت داده های سامانه سپاس، کمیته ای با حضور مسئول مدارک پزشکی، مسئول حسابداری، مسئول IT و HIS تشکیل می شود. وظیفه این کمیته پیگیری و نظارت بر ثبت کدینگ های اطلاعات پایه (خدمات، بیمه، تخصص ها و...)، ثبت صحیح کد ملی، آماده شدن پرونده ها و تحویل به مدارک پزشکی حداکثر تا ۱۱ روز بعد از ترخیص، ثبت تشخیص در مهلت تعیین شده، ارسال بدون خطای پرونده به سامانه سپاس و دریافت کد رهگیری است.
۳. کلیه تعاریف اولیه و نگاشت ها برای HIS توسط اداره HIS دانشگاه بر اساس آخرین ویرایش های وزارت بهداشت انجام می شود و نظارت بر صحت آن بر عهده کمیته فوق الذکر است.
۴. پرسنل پذیرش موظفند اطلاعات هویتی و بیمه ای بیمار را با استفاده از کد ملی و استعلام آنلاین از ثبت احوال و بیمه در HIS ثبت کنند. با توجه به اهمیت حفظ حریم خصوصی و جلوگیری از مخدوش شدن پرونده ها، ثبت هرگونه کد ملی غیر از کد ملی خود فرد (مانند کد ملی مادر یا همراه) ممنوع بوده و در صورت تخطی برابر قانون با ثبت کننده خاطی برخورد می شود.
۵. ارسال اطلاعات سرویس های اسناد بستری، مرگ، تخت و پذیرش بر عهده مسئول مدارک پزشکی و ارسال سرویس هایی مانند پاتولوژی و آزمایشگاه بر عهده مسئول آزمایشگاه قرار دارد.
۶. ثبت اطلاعات در سامانه باید بر اساس استانداردهای بین المللی کدگذاری و اصطلاح شناسی یا استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت (مصوب کمیته مکسا) انجام شود.
۷. بیمارستان موظف به ایجاد اتصال به شبکه پرونده الکترونیکی سلامت زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی گناباد است.
۸. ارسال اطلاعات به صورت خودکار و برخط (Online) انجام می شود و در صورت بروز هرگونه مشکل ارتباطی یا نرم افزاری، تمهیدات لازم جهت انتقال خودکار به روش غیر برخط (Offline) توسط سیستم پیش بینی شده است. مسئولیت ارسال منظم اطلاعات به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت با رئیس بیمارستان است.
۹. تمامی سرویس های سامانه پرونده الکترونیکی سلامت، اطلاعات بیماران اعم از بستری و سرپایی را انتقال می دهند.
۱۰. سرویس مدیریت تخت های بیمارستانی به صورت برخط در هنگام هرگونه تغییر وضعیت ارسال می گردد. این سرویس جهت مدیریت تخت ها در بحران طراحی شده و پایش برپایی دائمی آن الزامی است.
۱۱. کارشناسان داروخانه درخواستی ها را کنترل کرده و کارشناسان بیمه گری و ترخیص در زمان ترخیص، کلیه اطلاعات ثبت شده در HIS را با پرونده فیزیکی تطابق می دهند.
۱۲. مسئول HIS با همکاری مدارک پزشکی چک لیست کنترل صحت ثبت داده ها را تهیه و پس از تایید در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت به بخش ها ابلاغ می کند. مسئولین بخش ها هفتگی چک لیست را تکمیل نموده و نتایج ماهانه جهت تدوین برنامه های اصلاحی در کمیته بررسی می شود.

نحوه نظارت :

تنظیم برنامه پایش فصلی توسط دفتر بهبود کیفیت، تدوین و تکمیل چک لیست های نظارتی توسط مسئول فناوری اطلاعات سلامت، استخراج عدم انطباق ها و ابلاغ برنامه های مداخله ای به بخش ها جهت ارزیابی در دوره های بعدی.

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کنندگان
ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده)	واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی) مسئول IT بیمارستان (آقای مهندس حیرانی)

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۲	 بیمارستان آیت الله مدنی بجستان	روش‌های نگهداری، پشتیبانی منظم داده‌ها و تهیه نسخه پشتیبان
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۱	الف - ۵ - ۳	پشتیبانی از برنامه ها و سامانه های نرم افزاری برنامه ریزی و اجرا می شود .
هدف (جراپی؟)	دامنه (کجا؟ ، برای چه کسانی ؟)	بیانیه
آمادگی و مقابله در برابر وقوع شرایط اضطراری (مانند حوادث طبیعی، آتش سوزی، نوسانات برق و خرابی‌های سخت‌افزاری یا نرم‌افزاری سرورها) که منجر به از دسترس خارج شدن سیستم اطلاعاتی می‌شود، به منظور بازیابی سریع، قابل اتکا و در دسترس بودن آخرین اطلاعات حیاتی بیمارستان .	کلیه بخش‌های درمانی، پاراکلینیکی، اداری و پشتیبانی و به طور ویژه اتاق سرور و واحدهای فناوری اطلاعات (IT) و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان .	بیمارستان متعهد است به منظور حفظ تداوم ارائه خدمات، امنیت داده‌ها و امکان بازیابی سریع اطلاعات در شرایط اضطراری، فرآیند پشتیبان‌گیری از کلیه بانک‌های اطلاعاتی و نرم‌افزارهای کاربردی را به صورت منظم، چندلایه و در محیط‌های فیزیکی مجزا اجرا و پایش نماید
تعاریف واژگان		
نسخه پشتیبان (Backup): تهیه کپی‌های معتبر از داده‌ها و اطلاعات اصلی سیستم به منظور بازگرداندن و بازیابی آن‌ها در صورت بروز هرگونه آسیب، حذف یا مفقودی . هارد اکسترنال: رسانه ذخیره‌سازی پرتابل جهت نگهداری اطلاعات در خارج از سرور اصلی .		
فرد پاسخگو	ذینفعان	منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز
مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) و مسئول فناوری اطلاعات (IT) .	مدیران بیمارستان، کادر درمان، پرسنل اداری و مالی، بیماران، مراجعین، پژوهشگران و فراگیران.	سرورهای پشتیبان، هاردهای اکسترنال مجهز، لوح‌های فشرده (CD/DVD) ، نرم‌افزارهای آنتی‌ویروس تحت شبکه دارای لایسنس معتبر، سامانه اتوماسیون اداری و چک‌لیست‌های ارزیابی فنی./ مسئول IT ، کارشناس HIS
صاحبان فرآیند		
واحد فناوری اطلاعات (IT) ، واحد سیستم اطلاعات بیمارستان (HIS) .		

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. پایگاه داده HIS به صورت خودکار و اتوماتیک تنظیم و پیکربندی شده است تا در ۴ نوبت در شبانه روز (ساعات ۰ بامداد، ۶ صبح، ۱۲ ظهر و ۱۸ عصر) نسخه های پشتیبان تهیه و بر روی درایوی غیر از درایو نصب سیستم عامل سرور اصلی ذخیره نماید.
۲. مسئول فناوری اطلاعات روزانه فرآیند تهیه بک آپ از سرور بیمارستان (شامل برنامه HIS) را در ۴ نوبت (ساعات ۶ صبح، ۱۲ ظهر، ۱۸ عصر و ۲۴ شب) انجام داده و نسخه ها را در سه بستر سرور، هارد اکسترنال و CD/DVD در خارج از اتاق سرور نگهداری می کند تا در صورت بروز حوادث غیرمترقبه فیزیکی، داده ها ایمن بمانند.
۳. نسخه پشتیبان در فواصل زمانی مناسب به یک هارد اکسترنال انتقال پیدا می کند .

نحوه نظارت :

از طریق بررسی و مشاهده مستقیم فایل های پشتیبان موجود، بررسی فایل های موجود در سه قسمت سرور، هارد اکسترنال و CD/DVD و مطابقت با نسخه های پشتیبان سرور اصلی .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی) مسئول IT بیمارستان (آقای مهندس حیرانی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۲		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		روش اجرایی پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری
عنوان سنجه		استاندارد		سنجه
نگهداشت و پشتیبانی از تجهیزات سخت افزاری برنامه ریزی و اجرا می شود.		الف - ۵ - ۳		۲
بیانیه		دامنه		هدف (چرایی؟)
بیمارستان متعهد است با استقرار زیرساخت های استاندارد و پشتیبانی فنی مداوم، پایداری سخت افزاری و به روز بودن نرم افزارهای کاربردی را تضمین نماید تا فرآیندهای درمانی و اداری بدون وقفه و با حداکثر کارایی صورت پذیرد.		کلیه بخش های بالینی، واحدهای اداری و پشتیبانی بیمارستان، اتاق سرور و تجهیزات زیرساخت شبکه .		اطمینان از به روز بودن، کارآمدی و پایداری سیستم های اطلاعاتی و سخت افزاری جهت پیشبرد اهداف درمانی بیمارستان و تسهیل استفاده کاربران از ابزارهای فناوری اطلاعات .
تعاریف واژگان				
سخت افزار: سرورها، رایانه های کاربران، پرینترها، اسکنرها و زیرساخت شبکه. نرم افزار: سامانه HIS، برنامه های کاربردی (نوبت دهی) و سیستم عامل ها. امنیت و نگهداری: تعیین اهداف امنیتی و بررسی موانع جهت حصول اطمینان از صحت عملکرد سیستم ها.				
صاحبان فرآیند	منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز	ذینفعان	فرد پاسخگو	
واحد فناوری اطلاعات (IT) بیمارستان .	استانداردهای اعتباربخشی، قطعات یدکی (موس، کیبورد و...)، انبار فنی، قراردادهای پشتیبانی شرکت های نرم افزاری و تجهیزات اتاق سرور . / مسئول فناوری اطلاعات ، شرکت های پشتیبان طرف قرارداد.	کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان، کادر درمانی و اداری، بیماران و مراجعین.	مسئول فناوری اطلاعات (IT) .	
شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی؟)				

۱. پشتیبانی سخت‌افزاری: الف) تجهیزات سخت‌افزاری در حد امکان در داخل بیمارستان توسط مسئول فناوری اطلاعات تعمیر می‌شود.

ب) در صورتی که قطعه‌ای بسوزد یا غیرقابل تعمیر باشد، توسط مسئول فناوری اطلاعات و تدارکات، از بیرون تهیه و جایگزین می‌شود.

ج) در صورتی که قطعه‌ای نیاز به تعمیر تخصصی داشته باشد، توسط مسئول فناوری اطلاعات و با هماهنگی حراست به فروشگاه‌های معتبر و طرف قرارداد ارسال می‌گردد.

د) پرینترها جهت شارژ و تعمیر توسط مسئول فناوری اطلاعات و با هماهنگی مسئول تدارکات به خارج از بیمارستان ارسال می‌شود.

۲. پشتیبانی نرم‌افزاری: نرم‌افزارهای کاربردی توسط واحد IT نصب و پشتیبانی می‌شوند. در صورت بروز مشکل در HIS یا سایر نرم‌افزارها، ابتدا کارشناس داخلی اقدام نموده و در صورت عدم رفع، شرکت مربوطه موظف است طبق قرارداد به صورت تلفنی، یا حضور فیزیکی مشکل را حل نماید.

۳. توسعه نرم‌افزاری: نیاز کاربران به ویژگی‌های جدید باید به صورت مکتوب به واحد IT اعلام گردد تا جهت پیگیری با شرکت‌های طرف قرارداد، نامه رسمی ارسال شود.

۴. موجودی انبار: انباری تحت نظر واحد IT برای قطعات مصرفی (ماوس، کیبورد، کابل‌ها و...) جهت جایگزینی فوری در نظر گرفته شده است.

۵. استاندارد اتاق سرور: اتاق سرور باید پاکیزه، ایزوله، دارای سیستم برق اضطراری (UPS)، امکانات ضد حریق، دوربین نظارتی و درب ضد سرقت باشد و از رایانه‌های رومیزی به عنوان سرور اصلی استفاده نشود.

نحوه نظارت :

مانیتورینگ مستمر وضعیت سرورها و نرم‌افزارها، بررسی دوره‌ای کیفیت عملکرد تجهیزات و ارزیابی درخواست‌های ثبت‌شده به واحد مدیریت فناوری اطلاعات .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی) مسئول IT بیمارستان (آقای مهندس حیرانی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۲	 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان	روش اجرایی برچسب گذاری در فراخوان و رهگیری اقلام استریل شده
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۵	ب - ۵ - ۲	برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فراخوان است .
هدف (جراحی؟)	دامنه (کجا؟، برای چه کسانی؟)	بیانیه
ارتقای ایمنی بیمار، پیشگیری و کنترل عفونت، مدیریت مراقبت‌های ایمن جراحی و قابلیت بازیافت سریع اقلام استریل در صورت بروز نقص فنی یا عدم انطباق .	واحد مدیریت کنترل تجهیزات و استریلیزاسیون (CSSD)، تمامی بخش‌های بالینی (اتاق عمل، بخش‌ها) و واحدهای پاراکلینیک .	بیمارستان جهت تضمین سلامت بیمار و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی، متعهد است فرآیند استریل کردن، برچسب‌گذاری، فراخوان و رهگیری تمامی ست‌ها و تجهیزات استریل را بر اساس استانداردهای کنترل عفونت و با دقت بالا اجرا نماید .
تعاریف واژگان		
ست‌ها: انواع بسته‌بندی شامل پارچه‌ای، وی-پک (Veil-pak) و کاغذ کرپ (یک یا دو لایه). Recall (فراخوان): فرآیند جمع‌آوری سریع ست‌های استریل شده که مشخص شده است کیفیت استریل آن‌ها تضمین نشده است. Traceability (رهگیری): قابلیت بازگشت به عقب برای یافتن اطلاعات مربوط به چرخه استریل، تاریخ، دستگاه و مسئول بارگذاری از طریق برچسب یا اندیکاتور.		
فرد پاسخگو	ذینفعان	صاحبان فرآیند
مسئول واحد اتاق عمل (CSSD) و سرپرستار بخش‌های بالینی.	کلیه بیماران بیمارستان و کادر درمان.	واحد CSSD، واحدهای پاراکلینیک و بخش‌های بالینی . دستگاه‌های استریلیزر، اندیکاتورهای شیمیایی (کلاس ۴ و ۶)، تست‌های بیولوژیک و بووی دالک (Bowie-Dick)، برچسب‌های مخصوص، ترالی حمل ابزار استریل، دفتر ثبت مستندات و پرونده‌های بیمار. / پرسنل واحد اتاق عمل (CSSD)، کادر پرستاری بخش‌ها، مسئول واحد کنترل عفونت.

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. فرآیند استریلیزاسیون و تست‌ها:

الف) پرسنل CSSD در حین بسته‌بندی، برای اقلام کمتر از ۱۲ عدد از اندیکاتور کلاس ۴، برای بیش از ۱۲ قلم از اندیکاتور کلاس ۶ و در موارد مورد نیاز از تست‌های بیولوژیک استفاده می‌کنند.

ب) تست بووی دالک به صورت روزانه و تست بیولوژیک به صورت هفتگی برای هر دستگاه انجام می‌شود.

ج) در موارد خاص (تعمیر، جابجایی یا راه‌اندازی دستگاه)، حتماً باید از تست بیولوژیک و بووی دالک با چرخه خالی استفاده گردد.

د) برای ست‌های حاوی ایمپلنت، همزمان با بارگیری، از تست بیولوژیک استفاده می‌شود.

۲. برچسب‌گذاری و بسته‌بندی:

الف) روی هر بسته باید برچسب حاوی حداقل اطلاعات شامل: (نام ست، تاریخ و شیفت کاری، شماره/کد دستگاه استریل‌کننده، شماره سیکل/چرخه، نام بارگذار و تاریخ انقضا) الصاق شود.

ب) زمان انقضای بسته‌ها بر اساس جنس (پارچه‌ای، وی‌پک و...) و تعداد لایه‌ها متفاوت است و پرسنل باید طبق دستورالعمل مربوطه عمل کنند.

ج) پس از خروج از دستگاه، پرسنل باید از عدم وجود رطوبت، سالم بودن بسته و تغییر رنگ مناسب برچسب (OK) و پاس شدن اندیکاتور اطمینان حاصل کنند.

۳. فراخوان (Recall):

الف) در صورتی که نتیجه تست بیولوژیک نامطلوب باشد یا اندیکاتور داخل ست پاس نشود، مسئول CSSD باید بلافاصله فرآیند فراخوان را آغاز کند.

ب) مسئول CSSD با استفاده از مشخصات روی لیبل (کد دستگاه، سیکل و تاریخ)، تمام ست‌های مربوط به آن چرخه را شناسایی و جمع‌آوری می‌کند.

ج) پس از شناسایی، پرسنل باید فرآیند شستشو، ضدعفونی و استریل را برای آن ست‌ها مجدداً تکرار کنند.

د) پس از رفع مشکل دستگاه با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، باید مجدداً با انجام تست‌های بیولوژیک و بووی دالک، از صحت عملکرد دستگاه اطمینان حاصل شود.

۴. رهگیری (Traceability):

الف) پرسنل درمانی هنگام باز کردن بسته، باید از سلامت بسته و پاس شدن اندیکاتور داخلی اطمینان یابند.

ب) پس از اطمینان، مشخصات ست (نوع ست، شماره سیکل، تاریخ استریل، تاریخ انقضا و نام بارگذار) باید روی اندیکاتور نوشته شده و در پرونده بیمار یا دفتر ثبت مستندات (در موارد سرپایی) الصاق گردد.

ج) در صورت نیاز به رهگیری، با استناد به این اطلاعات در پرونده، ست مربوطه شناسایی می‌شود.

۵. گزارش‌دهی: هرگونه عدم انطباق یا شکست اندیکاتور باید به واحد اتاق عمل (CSSD) و واحد کنترل عفونت گزارش شده و اقدامات اصلاحی صورت گیرد.

نحوه نظارت :

نظارت مستقیم توسط سرپرستار بخش یا مسئول واحد اتاق عمل بر درج اطلاعات حداقلی روی برچسب‌ها و بررسی مستندات در پرونده‌ها و دفترهای ثبت جهت انجام اقدامات اصلاحی در صورت بروز خطا .

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی) مسئول واحد اتاق عمل (CSSD) (خانم زین آبادی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۲	 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی (با تأکید بر چهار عفونت شایع)
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۲	ب - ۵ - ۵	روش پیشگیری و کنترل عفونت‌های شایع بیمارستانی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
هدف (جراپی؟)	دامنه (کجا؟، برای چه کسانی؟)	بیانیه
پیشگیری از ابتلای بیماران بستری به عفونت‌های بیمارستانی، ارتقای ایمنی بیمار، کاهش عوارض ناشی از مراقبت، بهبود کیفیت خدمات درمانی و کنترل عفونت‌های شایع مشمول نظام مراقبت.	کلیه بخش‌های بستری، اتاق عمل، بخش دیالیز، واحدهای درمانی و پاراکلینیکی، واحد کنترل عفونت، CSSD و تمامی کارکنان بالینی بیمارستان.	بیمارستان متعهد است با استقرار نظام پیشگیری، مراقبت، شناسایی و کنترل عفونت‌های بیمارستانی و با تأکید بر عفونت محل جراحی، عفونت‌های تنفسی مرتبط با وسایل، عفونت‌های ناشی از کاتترهای عروقی و عفونت‌های مرتبط با کاتتر ادراری، ایمنی بیمار را ارتقاء داده و از بروز عفونت‌های قابل پیشگیری جلوگیری نماید.
تعاریف واژگان		
اسکراپ جراحی: شستشوی صحیح دست‌های جراح و پرسنل اتاق عمل طبق دستورالعمل مصوب. تست کلاس ۴ و ۶: نشانگر شیمیایی جهت اطمینان از صحت فرآیند استریلیزاسیون. انتوباسیون: لوله‌گذاری داخل تراشه بیمار. تراکئوستومی: ایجاد راه هوایی از طریق باز کردن تراشه در ناحیه گردن. کاتتر عروقی: شامل کاتترهای محیطی و مرکزی. کاتتر ادراری: وسیله‌ای جهت تخلیه ادرار از مثانه که به‌صورت موقت یا مداوم استفاده می‌شود.		
فرد پاسخگو	ذینفعان	صاحبان فرآیند منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز

واحد کنترل عفونت ، اتاق عمل، بخش‌های بستری و دیالیز ، CSSD و کارکنان بالینی مربوطه.	استانداردهای اعتباربخشی، وسایل حفاظت فردی، آنژیوکت، ست پانسمان، C.V.Line، مواد ضد عفونی کننده، محلول کلرهگزیدین، بتادین، اسپری الکل، اندیکاتورهای کلاس ۴ و کلاس ۶، تجهیزات استریلیزاسیون، وسایل ساکشن، فیلترهای HME، آمبوبگ، فلومتر اکسیژن، سفتی‌باکس و امکانات شستشو و ضد عفونی. / پزشکان جراح و متخصص ، پرستاران، پرسنل اتاق عمل، پرسنل اتاق عمل ، مسئول کنترل عفونت، نیروی خدمات بخش و سرپرستاران.	کلیه بیماران بستری و سرپایی، به‌ویژه بیماران جراحی، بیماران انتوبه، بیماران دارای کاتتر عروقی و بیماران دارای سوند ادراری.	سوپروایزر کنترل عفونت، سرپرستاران، مسئولین شیفت و مسئول اتاق عمل.
---	--	--	--

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

الف: پیشگیری و کنترل عفونت محل جراحی یا محل نمونه برداری

۱. قبل از انجام عمل جراحی، عفونت‌های سایر قسمت‌های بدن و دور از محل عمل شناسایی و درمان می‌شود و اعمال جراحی الکتیو تا رفع مشکل عفونت به تأخیر می‌افتد.
۲. وضعیت ابتلای بیمار به هیپاتیت B در بیماران پرخطر طبق نظر پزشک و نیز بیماران سزارین قبل از جراحی مشخص و در پرونده ضمیمه می‌گردد و در صورت ابتلا، به اتاق عمل اطلاع داده می‌شود.
۳. بیمار قبل از عمل در منزل دوش می‌گیرد.
۴. محل عمل در صورت نیاز در نزدیک‌ترین زمان به عمل شستشو شده و طبق دستور پزشک با ژیلت یکبار مصرف یا شیور برقی شیو می‌شود.
۵. قبل از شروع عمل، محل جراحی توسط پرسنل اتاق عمل با مواد آنتی‌سپتیک مناسب ضد عفونی می‌شود.
۶. در صورت اندیکاسیون، آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از جراحی طبق دستورالعمل و نظر پزشک تجویز می‌شود.
۷. در بیماران دیابتی، قند خون قبل از عمل کنترل و در صورت بالا بودن، اقدامات درمانی طبق دستور پزشک انجام می‌شود.
۸. ورود پرسنل به اتاق عمل به افراد ضروری محدود می‌شود.
۹. اتاق عمل طبق برنامه مدون و با نظارت مسئول اتاق عمل مرتب شستشو می‌شود.
۱۰. پرسنل جراحی مبتلا به بیماری عفونی تا زمان بهبودی از شرکت در عمل منع می‌شوند.
۱۱. پزشکان و پرسنل اتاق عمل موظفند ناخن‌ها را کوتاه نگه دارند و از ناخن مصنوعی، لاک و جواهرات استفاده نکنند.
۱۲. اسکراب جراحی مطابق آخرین دستورالعمل توسط جراح و پرسنل اتاق عمل انجام می‌شود.
۱۳. اندیکاتورهای بیولوژیک و تست کلاس ۴ و ۶ متناسب با نوع ست و اقلام آن توسط مسئول واحد CSR استفاده شده و اندیکاتور در پرونده بیمار الصاق می‌شود.

۱۴. مدت بستری بیمار قبل و بعد از جراحی تا حد امکان محدود می‌شود.
۱۵. پانسمان محل جراحی با رعایت شرایط آسپتیک تعویض می‌گردد.
۱۶. دمای طبیعی بدن بیمار حین و بعد از جراحی حفظ می‌شود.
۱۷. آموزش‌های لازم درباره مراقبت از محل جراحی به بیمار ارائه می‌شود.

ب: پیشگیری از عفونت‌های تنفسی مرتبط با انتوباسیون، ونتیلاتور یا تراکئوستومی

۱. کلیه پرسنل مراقبت کننده در بخش‌های بستری در زمینه پیشگیری از عفونت‌های تنفسی آموزش می‌بینند.
۲. برای هر بیمار نیازمند اکسیژن تراپی، کانولای اکسیژن اختصاصی استفاده می‌شود.

۳. تمامی فلومترهای اکسیژن به صورت هفتگی شسته شده و پس از ترخیص بیمار نیز شسته، ضدعفونی و تا بیمار بعدی به صورت خشک نگهداری می شوند.

۴. لوله گذاری داخل تراشه فقط در موارد ضروری انجام شده و در اسرع وقت طبق نظر پزشک خارج می گردد.

۵. بطری های ساکشن پس از پر شدن تا دو سوم و نیز در پایان هر شیفت شسته، در محلول ضدعفونی کننده غوطه ور و سپس آبکشی می شوند.

۶. پرسنل قبل از ساکشن ملزم به رعایت بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی هستند.

۷. در زمان ساکشن از سوند نلاتون یکبار مصرف و استریل استفاده و پس از هر بار مصرف دور انداخته می شود.

۸. آمبوبگ ها پس از استفاده با آب و دترجنت شسته، در محلول ضدعفونی غوطه ور، سپس آبکشی و خشک می شوند.

۹. مسواک و دهانشویه بیماران با محلول کلرهگزیدین هر ۶ ساعت توسط پرستار مسئول انجام می شود.

۱۰. فشار کاف لوله تراشه روزانه کنترل و در محدوده ۲۰ تا ۲۵ میلی متر جیوه حفظ می شود.

۱۱. لوله تراشه در صورت انسداد مکانیکی با ترشحات غلیظ تعویض می گردد.

۱۲. لوله خرطومی برای هر بیمار اختصاصی بوده و هفته ای یکبار یا در صورت اختلال عملکرد تعویض می شود.

۱۳. فیلترهای HME هر ۲۴ تا ۴۸ ساعت تعویض می شوند.

۱۴. پانسمان محل تراکتوستومی به روش استریل و روزانه با نظارت مسئول شیفت انجام می شود.

ج: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای عروقی

۱. برای ضدعفونی پوست محل رگ گیری از اسپری الکل استفاده می شود.

۲. پرسنل قبل از کارگذاری کاتترهای عروقی، بهداشت دست را رعایت می کنند.

۳. از آنژیوکت فقط یکبار استفاده شده و در صورت عدم موفقیت، از آنژیوکت جدید استفاده می شود.

۴. پرستار پس از اتمام کار، تاریخ و شیفت را روی برچسب آنژیوکت درج می کند.

۵. برحسب نیاز و تشخیص پزشک معالج، کاتتر C.V.Line توسط جراح و در شرایط استریل گذاشته می شود.

۶. جهت ضدعفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر از بتادین استفاده می شود.

۷. در هنگام کارگذاری کاتترهای مرکزی، تکنیک آسپتیک رعایت شده و پزشک و پرستار از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند.

۸. محل کاتتر مرتب از نظر علائم التهاب، ادم، انسداد یا عفونت بررسی شده و در صورت نیاز یا تشخیص پزشک، کاتتر خارج یا تعویض می شود.

۹. پانسمان محل کاتتر روزانه توسط پرستار مسئول بیمار تعویض می گردد.

۱۰. دستورالعمل تعویض اتصالات طبق مصوبه کمیته کنترل عفونت به کلیه بخش ها ابلاغ می شود.

د: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری

۱. تا حد امکان از سونداژ غیرضروری به دلیل افزایش ریسک عفونت خودداری می شود.

۲. سونداژ بیمار در شرایط کاملاً استریل انجام می شود.

۳. ابتدا بهداشت دست و ضدعفونی توسط پرستار انجام شده، سپس پس از پوشیدن دستکش استریل، مجرای ادراری با بتادین ضدعفونی و سونداژ انجام می شود.

۴. سوند با چسب مناسب به پای بیمار فیکس می شود تا از جابجایی در مجرا جلوگیری شود.

۵. تاریخ انجام سونداژ در کاردکس بیمار ثبت می شود.

۶. سوند بر اساس صلاحدید پزشک تعویض می شود.

۷. در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری انجام می شود.

۸. بگ ادراری در زمان آلودگی یا نشستی تعویض می شود.

۹. بگ ادراری به هیچ عنوان روی تخت بیمار قرار نمی گیرد و باید از تخت آویز باشد.

۱۰. هر شیفت و در صورت نیاز در طول شیفت، بگ ادراری تخلیه می شود.

۱۱. شستشوی سوند ادراری با نرمال سالین انجام می‌شود.

۱۲. سیستم درناژ ادراری بسته حفظ شده و برای گرفتن نمونه کشت ادرار، بگ و سوند از هم جدا نمی‌شوند.

۱۳. در صورت نیاز به سونداژ بیمار در منزل، آموزش لازم در خصوص نحوه مراقبت از سوند به بیمار و خانواده وی ارائه می‌گردد.

نحوه نظارت :

بازدیدهای دوره‌ای، پایش مستقیم عملکرد کارکنان، بررسی پرونده بیماران، کنترل چک‌لیست‌ها، نظارت سرپرستار و مسئول شیفت، و ارزیابی توسط سوپروایزر کنترل عفونت.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی) مسئول واحد کنترل عفونت (خانم میرزایی)	مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR		 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان		روش اجرایی نحوه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان	
آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵		تعداد بازنگری : ۲			
سنجه		استاندارد		عنوان سنجه	
۶		الف - ۱ - ۷		رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است .	
هدف (چرایی؟)		دامنه (کجا ؟ ، برای چه کسانی ؟)		بیانیه	
حصول اطمینان از رعایت حقوق گیرنده خدمت، ارتقای رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی، حفظ کرامت انسانی بیماران، ارتقای کیفیت مراقبت، پیشگیری از تبعیض، حفظ محرمانگی، تقویت پاسخگویی، افزایش اعتماد متقابل بین بیمار و کارکنان و نهادینه‌سازی فرهنگ اخلاق حرفه‌ای در بیمارستان.		این روش اجرایی در کلیه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان و برای تمامی کارکنان درمانی و غیر درمانی، به ویژه پزشکان، پرستاران، ماماها، پیراپزشکان، مدیران، مسئولین بخش‌ها، سوپروایزرها و سایر کارکنانی که به هر نحو با بیمار، همراه بیمار، همکاران و جامعه در ارتباط هستند، لازم‌الاجرا می‌باشد.		بیمارستان متعهد است اصول حرفه‌ای، اخلاق بالینی، حقوق گیرنده خدمت، احترام به کرامت انسانی، صداقت، عدالت، محرمانگی اطلاعات، رضایت آگاهانه، پاسخگویی حرفه‌ای و رعایت شئون اخلاقی را در تمامی سطوح ارائه خدمت اجرا نموده و محیطی ایمن، عادلانه، انسانی و مبتنی بر احترام متقابل برای بیماران، همراهان، کارکنان و جامعه فراهم نماید.	
تعاریف واژگان					
اخلاق بالینی: مجموعه اصول و ارزش‌هایی که رفتار حرفه‌ای کارکنان در مواجهه با بیمار، همراه بیمار، همکاران و جامعه را هدایت می‌کند. اصول حرفه‌ای: تعهد به احترام، عدالت، صداقت، رازداری، پاسخگویی، مسئولیت‌پذیری و رعایت حدود صلاحیت حرفه‌ای. رضایت آگاهانه: کسب رضایت از بیمار پس از ارائه اطلاعات کافی، صحیح و قابل فهم درباره اقدامات تشخیصی و درمانی. حریم خصوصی: حفظ حدود شخصی، جسمی، روانی و اطلاعاتی بیمار. بهره‌جویی: هرگونه انتفاع، سودجویی، منفعت‌طلبی یا استفاده غیرحرفه‌ای از موقعیت شغلی به زیان حقوق بیمار یا همکار.					
صاحبان فرآیند		منابع ، اماکنات و کارکنان مورد نیاز		ذینفعان	
ریاست بیمارستان، مدیریت داخلی ، کمیته اخلاق بالینی، مدیریت پرستاری، مسئولین بخش‌ها و واحدها.		منشور حقوق بیمار، کتاب استانداردهای اعتباربخشی ، مصوبات کمیته اخلاق بالینی، دستورالعمل‌های ابلاغی		بیماران، همراهان ، بیماران، کلیه کارکنان درمانی و	
فرد پاسخگو				ریاست بیمارستان ، مدیریت داخلی و مدیریت پرستاری	

بیمارستان و منابع آموزشی مرتبط با اخلاق حرفه‌ای. / کلیه پرسنل درمانی و غیر درمانی بیمارستان.	غیر درمانی، مدیران، جامعه و نظام سلامت.
---	---

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

الف) ارزش‌های حرفه‌ای پرستاری:

احترام به بیمار و کرامت انسانی، نوع‌دوستی، همدلی، تعهد حرفه‌ای، عدالت، صداقت و وفاداری، حفظ حریم خصوصی و رازداری، ارتقای صلاحیت علمی و عملی، آگاهی از مقررات حرفه‌ای، احترام به استقلال بیمار، شفقت و مهربانی و ارتباط مؤثر با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت.

ب) مسئولیت پرستار در قبال جامعه:

تلاش برای ارتقای سلامت جامعه، پیشگیری از بیماری‌ها، ارائه آموزش‌های سلامت محور، ارائه مراقبت عادلانه به همه افراد بدون توجه به نژاد، مذهب، فرهنگ یا وضعیت اجتماعی، توجه به ارزش‌های فرهنگی بیماران، افزایش حساسیت نسبت به مسائل اخلاقی جامعه، همکاری با نهادهای اجتماعی، حمایت ویژه از گروه‌های آسیب‌پذیر، مشارکت در مدیریت بحران‌ها و حوادث طبیعی.

ج) تعهد حرفه‌ای پرستار: در نظر گرفتن مسئولیت‌های اخلاقی و حقوقی در تصمیم‌گیری بالینی، حضور به موقع در محل کار، ثبت دقیق مراقبت‌ها، ارائه مراقبت بر اساس دانش روز و شواهد معتبر، حفظ حریم خصوصی و اسرار بیمار، رعایت رضایت آگاهانه، گزارش خطاهای حرفه‌ای همکاران، راستگویی در هنگام بروز خطا، به‌روزرسانی دانش، حفظ توانمندی جسمی و روانی، عدم پذیرش هدیه از بیماران، عدم استفاده تجاری از موقعیت حرفه‌ای.

د) ارائه خدمات بالینی: معرفی خود به بیمار، جلب رضایت آگاهانه برای اقدامات، ارائه اطلاعات کافی درباره مداخلات پرستاری و محصولات جدید، رعایت قوانین رضایت برای کودکان و افراد فاقد صلاحیت تصمیم‌گیری، آموزش بیمار طبق برنامه ترخیص، امکان اقدام فوری در شرایط اورژانسی بدون رضایت، رعایت مصلحت بیمار در صورت ناتوانی او در تصمیم‌گیری، رعایت حریم خصوصی در تمامی مراحل، ادامه مراقبت تا ایجاد طرح درمانی جدید، ارائه خدمات در شرایط اورژانس خارج از بیمارستان، احترام به حق بیمار برای تغییر پرستار، گزارش مشکلات بیمار به مسئول بخش، پرهیز از اقدامات مغایر اصول اخلاقی و شرعی، حمایت از بیماران در روزهای پایانی حیات.

ه) ارتباط با همکاران تیم درمان: همکاری کامل با تیم سلامت، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری، انتقال دانش و تجربه به همکاران، برقراری ارتباط محترمانه با پرستاران، اساتید و دانشجویان، گزارش تعارض منافع با اولویت منافع بیمار، ارتباط صحیح با سرپرستار، سوپروایزر و مدیر پرستاری، مشورت با کمیته اخلاق در چالش‌های حرفه‌ای.

و) وظایف مدیر پرستاری: الگوسازی حرفه‌ای، انتقال اصول اخلاقی به کارکنان، فراهم کردن شرایط آموزش مداوم، استفاده از مشورت متخصصین اخلاق، تلاش در جهت ایجاد محیط کاری مناسب و انگیزه‌بخش، رعایت عدالت در ارزیابی عملکرد پرسنل.

نحوه نظارت :

پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان، ارائه گزارش عدم انطباق‌های شناسایی‌شده به تیم رهبری و مدیریت، انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه در موارد عدم انطباق، بررسی صورتجلسات کمیته اخلاق بالینی، و نظارت مستمر توسط دبیر کمیته اخلاق بالینی، مسئولین بخش‌ها و واحدها و سوپروایزرین انجام می‌شود .

تهیه کنندگان	تأیید کننده	تصویب کننده
دبیر کمیته اخلاق بالینی (خانم دکتر مسعودی) واحد بهبود کیفیت	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

	(آقای مهدی حیدری)	(آقای امیر حسین غلامی) مدیریت داخلی (آقای نقی زاده)
--	-------------------	---

کد دستنامه : ۰۵ - BO - TR آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۲	 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان	روش اجرایی نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۵	الف - ۴ - ۳	مدیریت پرستاری برای بهبود روند تعامل بین بخش های بالینی و تعامل با سایر واحد ها ، برنامه ریزی نموده و بر اساس آن عمل میکند .
هدف (چرایی؟)	دامنه (کجا؟ ، برای چه کسانی ؟)	بیانیه
بهبود فرایندهای ارتباطی، رفع موانع همکاری بین بخش های درمانی و پشتیبانی، مدیریت تعارضات احتمالی و افزایش هماهنگی جهت ارائه خدمات مطلوب به بیماران.	کلیه بخش های بالینی، پاراکلینیک، بخش های پشتیبانی و اداری بیمارستان.	بیمارستان خود را موظف به تقویت احترام متقابل و ارتباط صحیح بین بخشی می داند تا از این طریق تعامل بین همکاران بخش های مختلف افزایش یافته و کیفیت خدمات رسانی ارتقا یابد.
تعاریف واژگان		
مدیران بالینی : شامل سرپرستاران و مجموعه دفتر پرستاری هستند. تعامل بین بخشی : نیز به معنای فرآیند تبادل اطلاعات و همکاری عملیاتی میان واحدهای مختلف جهت پیشبرد اهداف درمانی است.		
فرد پاسخگو	ذینفعان	صاحبان فرآیند منابع ، امکانات و کارکنان مورد نیاز
مدیر خدمات پرستاری (مترون).	کادر بالینی، کادر پشتیبانی، کادر پاراکلینیک، بیماران و مراجعین.	استانداردهای اعتباربخشی، تجهیزات جهت انتقال بیمار، چک لیست پایش روش اجرایی. / کادر بالینی و نیروهای خدمات.
شیوه انجام کار : (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی؟)		
۱. مدیر خدمات پرستاری طی جلسات با سرپرستاران و سوپروایزران مرکز، لزوم تعامل بین واحدها و ارائه پیشنهادات جهت ارتقاء فرآیند را اعلام می نماید. ۲. بخش های پشتیبان تجهیزات ابلاغ شده است، فرآیندهای همکاری بین بخشی، همکاری نیروی مامایی و زایشگاه ابلاغ شده است .		

۳. سرپرستار یا مسئول شیفت بخش در شرایط عادی هماهنگی لازم جهت ارتباط بین بخش‌های بالینی، پشتیبانی و پاراکلینیک را انجام داده و در شرایط خلاف و عدم پاسخگویی مسئول واحد مخاطب، سوپروایزر وقت را مطلع می‌نماید. مسئول شیفت واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک نیز در صورت مشکل با بخش‌های بالینی موضوع را جهت پیگیری به سوپروایزر وقت اطلاع می‌دهد.
۴. سوپروایزر وقت موضوع را پیگیری کرده، اقدامات لازم را انجام داده و نتیجه را به سرپرستار یا مسئول شیفت بخش و یا مسئول واحد پشتیبانی یا پاراکلینیک اطلاع می‌دهد.
۵. سوپروایزر بر تعامل بین بخش‌های بالینی از نظر تجهیزات، انتقال بیمار و جابجایی نیرو، غیبت نیروها، فراخوان نیروها و پاس‌های شخصی نظارت می‌کند.
۶. سوپروایزر مشکلات مربوط به تعاملات بین بخش‌های درمانی و پشتیبانی را در دفتر گزارش سوپروایزر ثبت کرده و به استحضار مترون می‌رساند.
۷. مدیر خدمات پرستاری گزارش‌ها را بررسی و به ریاست گزارش نموده و پس از اخذ دستورات، در صورت نیاز اقدام اصلاحی توسط مسئولین ذیربط انجام و به اطلاع کادر می‌رسد.
۸. مدیر خدمات پرستاری جهت تقویت تعامل جلساتی با حضور مسئولین برگزار می‌کند و در صورت لزوم موضوع را در کمیته پایش و سنجش یا بهبود کیفیت مطرح می‌نماید.
۹. مدیر پرستاری راهکارهای ارائه شده را به سوپروایزران و مسئول بخش‌ها ابلاغ می‌نماید.
۱۰. ابلاغ‌های مرتبط با همکاری در قالب دستورالعمل داخلی تعامل بین بخشی توسط سرپرستار در دسترس صاحبان فرآیند قرار می‌گیرد.

نحوه نظارت :

تنظیم برنامه پایش روش اجرایی توسط دفتر بهبود کیفیت و اعلام آن به کلیه بخش‌ها، تدوین چک لیست پایش توسط فرد پاسخگو و انجام پایش به صورت فصلی، بررسی چک لیست‌ها و استخراج موارد عدم انطباق، ابلاغ برنامه‌های مداخله‌ای توسط مدیر پرستاری به مسئولین بخش‌ها و ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی.

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده
مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)

کد دستنامه : ۰۹ - PR - EW آخرین بازنگری : تابستان ۱۴۰۵ تعداد بازنگری : ۲	 بیمارستان آیت الله مدنی بجنستان	روش اجرایی تریاژ بیمارستان آیت الله مدنی
سنجه	استاندارد	عنوان سنجه
۱	ب - ۲ - ۲	تریاز بیماران اورژانس با رعایت ضوابط مربوط، به صورت تسهیل شده برنامه ریزی و انجام می شود.
هدف (چرایی؟)	دامنه (کجا؟، برای چه کسانی؟، در چه شرایطی؟)	بیانیه
تعیین سریع و صحیح سطح فوریت بیماران در بدو ورود، تسریع در ارائه خدمات به بیماران بدحال، بهبود مدیریت جریان بیمار در اورژانس و ارتقای کیفیت و ایمنی خدمات درمانی.	کلیه بیماران مراجعه کننده به واحد اورژانس بیمارستان آیت الله مدنی و کارکنان مرتبط با فرآیند پذیرش، تریاز و ویزیت اولیه.	بیمارستان آیت الله مدنی خود را متعهد می داند که کلیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس را در بدو ورود، بر اساس اصول علمی و استانداردهای تعیین شده تریاز نموده و با اولویت بندی صحیح، زمینه ارائه سریع، ایمن و مؤثر خدمات درمانی را فراهم نماید.
تعاریف واژگان		
تریاز : به معنای اولویت بندی بیماران بر اساس شدت بیماری و فوریت نیاز به خدمات درمانی است. ESI : یکی از نظام های استاندارد تریاز بوده که بیماران را در پنج سطح طبقه بندی می نماید FAST Track : به بخشی اطلاق می شود که بیماران منتخب جهت دریافت سریع تر خدمات به آن هدایت می شوند. اتاق احیا : نیز محل ارائه اقدامات فوری و حیاتی به بیماران بدحال می باشد.		
فرد پاسخگو	ذینفعان	صاحبان فرآیند
مسئول واحد تریاز / مدیر پرستاری اورژانس / پزشک کشیک اورژانس.	بیماران، همراهان بیماران، پزشکان اورژانس، پرستاران، مدیران بالینی و مدیریت بیمارستان.	منابع، اماکنات و کارکنان مورد نیاز برگه تریاز از پیش تعیین شده، سیستم ثبت اطلاعات بیمار، تجهیزات پایش علائم حیاتی، فضای مناسب تریاز، واحد FAST Track، اتاق تحت نظر، اتاق احیا و نیروی انسانی آموزش دیده. پرستار تریاز، پزشک کشیک اورژانس، کارکنان واحد تریاز و پرسنل مرتبط با پذیرش و انتقال بیمار .

شیوه انجام کار : (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی ؟)

۱. تمام بیماران در بدو ورود جهت بررسی اولیه و تعیین سطح تریاژ به واحد تریاژ مراجعه می نمایند.
۲. بیمار توسط پرستار تریاژ بررسی شده و بر اساس دستورالعمل ESI در یکی از سطوح پنج گانه قرار می گیرد.
۳. تمام بیماران با سطح تریاژ ۱ و ۲ توسط پرستار تریاژ تحت مراقبت به واحد FAST Track ، تحت نظر یا اتاق احیا منتقل می شوند و بلافاصله پزشک کشیک توسط پرستار تریاژ فراخوان شده و تحویل بیمار بر بالین انجام می گیرد.
۴. برای بیماران با سطوح ۳، ۴ و ۵، پرستار تریاژ علائم حیاتی و سطح تعیین شده را در برگه مخصوص ثبت نموده و آن را جهت ارائه به پزشک کشیک هنگام ویزیت به بیمار تحویل می دهد.
۵. چنانچه سطح تعیین شده در برگه تریاژ مورد تأیید پزشک معالج نباشد، برگه مذکور توسط پزشک با تعیین سطح جدید، مهر و امضا شده و مجدداً به واحد تریاژ عودت داده می شود.
۶. در صورت عودت برگه اولیه و تغییر سطح تریاژ توسط پزشک کشیک، نیروی تریاژ موظف است این تغییر سطح را در سیستم ثبت نموده و هم زمان علت تغییر سطح را به طور کامل در قسمت توضیحات درج نماید.
۷. برگه تغییر و تعیین سطح جدید تریاژ که توسط پزشک کشیک مهر و امضا شده است، در فایل مخصوص واحد تریاژ بایگانی می گردد.

نحوه نظارت :

پایش اجرای صحیح فرآیند تریاژ از طریق بررسی مستندات ثبت شده در برگه های تریاژ، کنترل ثبت سطوح در سیستم، بررسی موارد تغییر سطح توسط پزشک، بازبینی بایگانی برگه های اصلاح شده و ارزیابی دوره ای عملکرد واحد تریاژ توسط مسئولین مربوطه انجام می گیرد.

تهیه کننده	تایید کنندگان	تصویب کننده
واحد بهبود کیفیت (آقای امیر حسین غلامی)	مدیریت داخلی (آقای نقی زاده) - مدیریت پرستاری (آقای مهدی حیدری) - واحد ایمنی بیمار (خانم فاطمی نژاد) - دبیر کمیته حوادث و بلایا (آقای محمد بشلیپده)	ریاست بیمارستان (خانم دکتر مسعودی)