

کتابچه خط مشی ها، روش های اجرایی، دستورالعمل ها



Policy & Procedure (PP)

Procedure (P)

Instruction (I)

تهیه و تنظیم : واحد بهبود کیفیت و اعتباربخشی

زیر نظر رئیس مرکز

بازنگری سال ۱۴۰۴

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

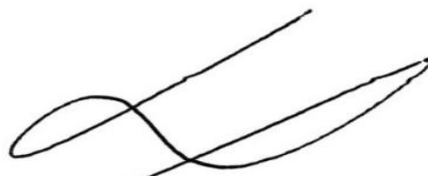




پیام ریاست مرکز آموزشی درمانی مرادی

پیرو ابلاغ استانداردهای نسل ششم اعتباربخشی ملی ایران با همراهی همکاران عرصه سلامت ، متخصصین محترم گروه های پزشکی ، مدیران و کارشناسان مسئول در بخش ها / واحدهای مختلف مرکز آموزشی درمانی مرادی ، مجموعه دستورالعمل ها ، روش های اجرائی و خط مشی های بیمارستانی تدوین و سالیانه بازنگری می گردد .

امید است مجموعه پیش رو در راستای تحقق آرمان های اعتباربخشی در امر بهبود کیفیت خدمات و ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت راه گشا و مؤثر باشد .
ضمن سپاس و قدردانی از اساتید و کارشناسانی که ما را در تدوین کتابچه همراهی نمودند ، امیدوارم نسخه حاضر ابزاری مناسب برای دست یابی به اهداف ارزشمند اعتباربخشی و نزدیک تر شدن این مرکز درمانی به استانداردهای جهانی باشد .


دکتر محمدرضا فرحبخش
سرپرست مرکز آموزشی درمانی مرادی

فهرست خط مشی و روش، روش اجرایی و دستورالعملهای استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم

نحوه گزارش وقایع. ناخواسته (دستورالعمل)	۱۰
مدیریت پیشگیرانه خطر. (خط مشی و روش)	۱۲
نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای (روش اجرایی)	۱۴
نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی (روش اجرایی)	۱۶
معاینه بیماران غیرهمجنس. (دستورالعمل)	۱۹
نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات مالی و معاملاتی. (روش اجرایی)	۲۲
انبارش ایمن (دستورالعمل)	۲۷
گزارش حوادث بیمارستان (روش اجرایی)	۲۹
فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث. (دستورالعمل)	۳۱
تخلیه بیمارستان در زمان حادثه. (دستورالعمل)	۳۵
تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران. (خط مشی و روش)	۳۷
برنامه های آمادگی و پاسخ به عوامل خطر آفرین اولویت دار بیمارستان. (خط مشی و روش)	۴۰
برنامه بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از حادثه (دستورالعمل)	۴۲
انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد). (دستورالعمل)	۴۴
انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان. (دستورالعمل)	۴۶
ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در مؤسسات پزشکی و تشخیص درمانی. (دستورالعمل)	۵۳
نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها (روش اجرایی)	۵۴
کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی. (روش اجرایی)	۵۶
نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان (روش اجرایی)	۵۸
کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها. (خط مشی و روش)	۵۹
نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها/ واحدهای بیمارستان / آمبولانس (دستورالعمل)	۶۱
نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها/ واحدهای بیمارستان : اتاق عمل (دستورالعمل)	۶۲
نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها/ واحدهای بیمارستان : (دستورالعمل)	۶۵
نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها/ واحدهای بیمارستان : آزمایشگاه (دستورالعمل)	۶۷

- ۶۹..... حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا. (دستورالعمل)
- ۷۰..... دفع پسماندها : تفکیک در مبدا پسماندهای عادی. (دستورالعمل)
- ۷۱..... اقدامات احتیاطی در مواجهه با سموم . (دستورالعمل)
- ۷۳..... دفع پسماندها : تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده. (دستورالعمل)
- ۷۵..... دفع پسماندها : تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی (دستورالعمل)
- ۷۹..... دفع پسماندها : تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی (دستورالعمل)
- ۸۱..... دفع پسماندها : جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها در درون بخش ها (دستورالعمل)
- ۸۳..... روش های مجاز دفع بهداشتی پسماند (دستورالعمل)
- ۸۴..... دفع پسماندها : کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماند. (دستورالعمل)
- ۸۶..... دفع پسماندها : نظارت بر عملکرد دستگاه بی خطر ساز پسماند (دستورالعمل)
- ۸۸..... احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها (دستورالعمل)
- ۸۹..... شست و شوی انواع البسه (دستورالعمل)
- ۹۰..... سالم سازی میوه و سبزیجات (دستورالعمل)
- ۹۱..... پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز (دستورالعمل)
- ۹۳..... استفاده صحیح از مهار شیمیایی.. (خط مشی و روش)
- ۹۵..... استفاده صحیح از مهار فیزیکی (خط مشی و روش)
- ۹۷..... خود مراقبتی برای بیماری های شایع (دستورالعمل)
- ۱۰۰..... نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک پس از ترخیص بیمار (دستورالعمل)
- ۱۰۲..... دستورات تلفنی شفاهی (دستورالعمل)
- ۱۰۴..... نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران (روش اجرایی)
- ۱۰۶..... نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان (روش اجرایی)
- ۱۰۸..... نحوه پذیرش و انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش ویژه. (دستورالعمل)
- ۱۱۱..... مراقبت های بیماران آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر (دستورالعمل)
- ۱۱۳..... نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز (دستورالعمل)
- ۱۱۵..... جداسازی بیماران روانپزشکی (روش اجرایی)

۱۱۷.....	جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی (روش اجرائی).....
۱۱۹.....	مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخمهای فشاری (روش اجرائی).....
۱۲۲.....	پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی (روش اجرائی).....
۱۲۴.....	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری (خط مشی و روش).....
۱۲۶.....	نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه .(خط مشی و روش).....
۱۲۸.....	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد (خط مشی و روش).....
۱۳۰.....	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل (دستورالعمل).....
۱۳۲.....	ترباژ (روش اجرائی).....
۱۳۵.....	انجام مشاوره های اورژانسی (روش اجرائی).....
۱۳۷.....	نوبت دهی اعمال جراحی بیماران اورژانسی و الکتیو (دستورالعمل).....
۱۴۱.....	برچسب گذاری اقلام استریل شده در فرآیند فراخوان.(روش اجرائی).....
۱۴۲.....	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی.(روش اجرائی).....
۱۴۹.....	تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی.(دستورالعمل).....
۱۵۲.....	مقابله با سوانح براساس شرایط واقعی کار (دستورالعمل).....
۱۵۶.....	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب (دستورالعمل).....
۱۵۸.....	نحوه اطلاع رسانی مقادیر بحرانی (دستورالعمل).....
۱۶۰.....	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی..(دستورالعمل).....
۱۶۳.....	نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها.(دستورالعمل).....
۱۶۴.....	نحوه انجام آزمایشها در بخش های مختلف (دستورالعمل).....
۱۶۵.....	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود (دستورالعمل).....
۱۶۶.....	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود (دستورالعمل).....
۱۶۷.....	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه سرولوژی انجام می شود.....
۱۶۸.....	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.....
۱۶۹.....	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه میکروب انجام می شود.....
۱۷۲.....	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود.....

نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه هورمون انجام می شود	۱۷۳
دستورالعمل کنترل کیفی آزمایش ها در بخش بیوشیمی ادرار	۱۷۵
دستورالعمل کنترل کیفی آزمایش ها در بخش بیوشیمی	۱۷۶
دستورالعمل کنترل کیفی آزمایش ها در بخش سروایمینولوژی و هورمون	۱۷۸
دستورالعمل کنترل کیفی آزمایش ها در بخش میکرب شناسی	۱۸۰
دستورالعمل کنترل کیفی آزمایش ها در بخش هماتولوژی	۱۸۱
دستورالعمل کنترل کیفی آزمایش ها در بخش هورمون	۱۸۳
گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران (دستورالعمل)	۱۸۴
دستورالعمل ارجاع نمونه های بالینی آزمایشگاه	۱۸۵
روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی (دستورالعمل)	۱۸۶
دستورالعمل محدوده، ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر	۱۸۸
نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین (خط مشی و روش)	۱۹۱
مددکاری اجتماعی در بیمارستان (ویژه بیماران) (خط مشی و روش)	۱۹۴
روش اجرائی نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	۱۹۶
پذیرش بیماران ارجاعی از نیری انتظامی و بهزیستی (روش اجرائی)	۱۹۸
روش اجرائی ECT.	۱۹۹
حیطه های فعالیت روانشناس (دستورالعمل)	۲۰۱
لوازم و وسایل مصرفی (روش اجرائی)	۲۰۳
درمان های غیر داروئی رایج در بخش روانپزشکی (روش اجرائی)	۲۰۵
حفاظت از اموال گیرنده خدمت (دستورالعمل)	۲۰۷
مدیریت خطاهای داروئی (روش اجرائی)	۲۰۹
خرید دارو ، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی (روش اجرائی)	۲۱۰
مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه داروئی (روش اجرائی)	۲۱۱
کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی (روش اجرائی)	۲۱۲
فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال) (روش اجرائی)	۲۱۳

۲۱۴	ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو (روش اجرایی)
۲۱۵	انبارش ایمن دارو و ملزومات تجهیزات پزشکی (دستورالعمل)
۲۱۶	اصول استفاده از انواع داروهای مولتیپل دوز (روش اجرایی)
۲۱۷	استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفا یکبار مصرف (روش اجرایی)
۲۱۸	مدیریت کمبود داروئی در مقاطع زمانی موقت (روش اجرایی)
۲۱۹	نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز (روش اجرایی)
۲۲۰	خط مشی ملاحظات کارکنان در دوران بارداری
۲۲۲	دستورالعمل نگهداشت و استفاده از سیلندر گازهای طبی در مراکز درمانی
۲۲۶	دستورالعمل مدیریت پاشیدگی مواد
۲۳۱	دستورالعمل آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوئی محیط کار

عنوان دستورالعمل: نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه

دامنه: کلیه واحدهای درمانی و پاراکلینیک، واحد آموزش پزشکی، واحد مدیریت پرستاری، واحد بهبود کیفیت، مدیریت و ریاست بیمارستان

تعاریف و اصطلاحات:

-RCA (Root Cause Analysis): تحلیل ریشه ای خطا

walk round: بازدید های تیم مدیریت بیمارستان از کلیه واحدهای بیمارستان

هدف:

شناسایی خطاهای پزشکی و ارائه راهکار جهت کاهش خطاهای پزشکی و تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی

فرد پاسخگو: مسئول فنی ایمنی بیمارستان، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

روش ارزیابی: فرم گزارش داوطلبانه خطا، فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

منابع وامکانات: دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت (گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران)

به شماره ۴۰۰/د/۲۹۶۷۴ مورخ ۱۳۹۶/۱۲/۶، سنجه های اعتبار بخشی / مدیریت خطا

روش اجرایی:

۱- **کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار** به کلیه کارکنان بالاخص کارکنان جدیدالورود نحوه گزارش دهی خطا را آموزش

می دهد.

۲- واحد آموزش پزشکی بیمارستان آموزش لازم در مورد نحوه گزارش دهی خطا را در بدو ورود به گروه های مختلف پزشکی

ارائه داده است

شیوه مرکز برای خود اظهاری خطا:

-فرم گزارش دهی داوطلبانه خطا بصورت کاغذی موجود در بخش ها

- گزارش دهی بصورت شفاهی توسط فرد به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

۳- فرد گزارش دهنده خطا پس از مکتوب نمودن خطا در فرم مربوطه آن را در صندوق ثبت خطا که در هر بخش موجود است قرار

می دهد.

۴- **کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار** فرم ((گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان ۲۹ آیتم))

ارسالی از وزارت بهداشت را در اختیار کلیه واحد ها قرار داده و کارکنان را در این مورد آموزش می دهد.

۵- کلیه کارکنان بیمارستان خطاهای مشمول گزارش فوری ((۲۹ آیتم)) را بدون ترس از سرزنش و تنبیه بلافاصله در اولین فرصت

به اطلاع سوپروایزر و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار می رسانند

۶- کلیه مسئولین واحدها بر نحوه تکمیل فرم های گزارش وقایع ناخواسته نظارت می نماید.

۷- **کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار**، در صورت وقوع هریک از ۲۹ واقعه تهدید کننده حیات در بیمارستان، نسبت به

تکمیل شدن فرم و ارسال آن از طریق اتوماسیون ظرف مدت ۶ ساعت از وقوع، به واحد ایمنی بیمار معاونت درمان دانشگاه اقدام

می نماید.

۸- **کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار** در مورد خطاهای منجر به آسیب پایدار یا مرگ بیمار، به منظور یافتن علل اصلی

واقعه و تدوین فرآیند های لازم در پیشگیری یا کاهش بروز موارد مشابه، کمیته ای با حضور مسئول ایمنی بیمار، مسئولین دفتر

- پرستاری، متخصصین، صاحبان فرآیند و در صورت ضرورت معاونت درمان دانشگاه، حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان واقعه ترتیب می دهد که در آن به تحلیل ریشه ای خطا (RCA) و برنامه ریزی اقدامات اصلاحی پرداخته است
- ۹- کارکنان واحدهای مختلف طی بازدید های مدیریتی ایمنی (walk round)، خطاهای پنهان گزارش نشده را بدون ترس از تنبیه و سرزنش بصورت شفاهی اظهار می کند.
- ۱۰- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با رعایت اصل محرمانگی، کلیه خطاهای گزارش شده را جمع آوری و تحلیل نموده و در صورت نیاز، نسبت به
- تحلیل ریشه ای خطا (RCA) خطا در کمیته ای با حضور مسئول ایمنی، صاحبان فرآیند و دیگر گروه ها در صورت لزوم اقدام می نماید.
- ۱۱- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، نتایج تحلیل خطاها را در کمیته های بیمارستانی و تیم مدیریت اجرایی جهت برنامه ریزی اقدامات اصلاحی گزارش می نماید
- ۱۲ - اطلاع رسانی و بازخورد اقدامات اصلاحی به گزارش کنندگان
- ۱۳ - به مشارکت گذاشته شدن درس های آموخته شده با سایر کارکنان و بخش های مرتبط (Learning & sharing)
- 14- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، واحد یا کارکنانی که نقش فعال در گزارش دهی خطا داشته اند را جهت تشویق و فرهنگ سازی گزارش دهی خطا به دفتر خدمات پرستاری معرفی می نماید.
- 15- مسئول فنی ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری سوپروایزر آموزشی جلسات دوره ای جهت افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش دهی خطا را برگزار می نماید

تهیه کنندگان : مجتبی شیربیگی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مریم امجدی بهبود کیفیت	تایید کننده : آقای محسن زاده مدیر خدمات پرستاری	تصویب کننده : دکتر محمدرضا فرحبخش ریاست مرکز
---	---	--

مدیریت پیشگیرانه خطر (PRM)	خط مشی و روش	الف - ۱- ۶- ۸
------------------------------	--------------	---------------

عنوان خط مشی و روش : مدیریت پیشگیرانه خطر (PRM)	کد : الف - ۱- ۶- ۸ / M.H.PP
دامنه : کلیه بخش های درمانی و غیر درمانی	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۲/۲۰

بیانیه (سیاست) خط مشی : مدیریت پیشگیرانه خطر (PRM)^۱ : شناسایی مخاطرات سازمانی مرتبط با بیمار در سه حیطه ساختاری ، فرایندی (عملکردی) و پیامدی که براساس آن بتوان از خطاهای پزشکی پیشگیری و خدماتی با کیفیت بالا ارائه نمود (ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی با روش FMEA یا سایر روش ها)

تعاریف واژه ها :: برنامه ریزی و اجرای برنامه اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت

ذینفعان : بیماران ، مراجعین به مرکز ، کارکنان ، پیمانکاران ، سازمان مرکزی دانشگاه

نحوه نظارت : نظارت به منظور پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی و توسعه فرهنگ بیمار محوری و ارتقای ایمنی بیماران در

فرهنگ سازمانی بیمارستانی و کسب تجربه از خطاهای گذشته توسط مدیران مرکز

فرد پاسخگو : مسئول فنی و کارشناس ایمنی بیمار و مسئولین و کارکنان مرکز

صاحبان فرایند : تمامی کارکنان در قبال ایمنی بیماران ، خودشان ، سایر کارکنان ، ملاقات کنندگان مسئول می باشند .

شیوه انجام کار:

گزارش دهی وقایع ناخواسته یک هنجار سازمانی است .

۱- شناسایی مخاطرات مرتبط با بیمار براساس راهنماها و مشکلات موجود پس از آموزش و توجیه پرسنل در هر واحد ماهانه از طریق صندوق و یا فرم مخصوص به صورت خوداظهاری تکمیل می شود (توسط کارکنان بخش)

۲- شناسایی مخاطرات مرتبط با بیمار پس از مکتوب شدن خطاها ، در هر واحد در صندوق جمع آوری و با اطلاع مسئول واحد صندوق گشوده و فرم های صندوق تحویل کارشناس ایمنی مرکز می گردد یا از طریق اتوماسیون ارسال میگردد تا در کمیته ایمنی بیمار بررسی و فهرست گردد .

۳- براساس خرد جمعی و روش های تکنیکی -علمی مرتبط (HFMEA-FMEA) در کمیته های مرتبط از جمله مدیریت خطر و ایمنی مطرح و برنامه مداخله ای و پیشگیرانه تدوین و تصویب می شود

۴- فایل الکترونیک این مخاطرات فهرست شده به همراه برنامه مداخلات اصلاحی مرتبط به بخش ها و واحدها ابلاغ قرار میگردد تا نسبت به آن آگاهی داشته و براساس آن عمل نمایند (LEARNING & SHARING)

۵- برنامه های تعیین شده پس از تصویب ریاست یا تیم مدیران اجرایی قابلیت اجرایی داشته و کلیه پرسنل باید به آن آگاه بوده و آنرا اجرا کنند .

¹ Proactive Risk Management

- ۶- برنامه مداخلات اصلاحی و سنجش عملکرد کارکنان مرتبط با این روش اجرایی به طور فصلی تحلیل و پایش میشود
- ۷- در صورتیکه مخاطره ای جدید و خارج از فهرست مخاطرات کشف و یا گزارش شود بلافاصله در جهت تحلیل و اقدام اصلاحی آن طبق موارد فوق الذکر جلسه فوری تشکیل و مداخله صورت می گیرد .
- ۸- مدیریت مرکز پرسنل را در رابطه با گزارش خطا تشویق می کند .

مسئولیت ها و اختیارات : کارشناس ایمنی , مسئولین بخش های درمانی		
امکانات و تسهیلات : تهیه فرم , صندوق , سامانه		
منابع : کتاب راهنمای اعتباربخشی ۱۴۰۱ و کتاب راهنمای ایمنی بیمار وزارت بهداشت		
نام و سمت تهیه کننده :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
مجتبی شیربیگی کارشناس ایمنی بیمار مریم امجدی بهبود کیفیت و اعتبار بخشی	رضا معتمدی مدیر بیمارستان آقای محسن زاده مترون بیمارستان	دکتر محمدرضا فرحبخش رئیس بیمارستان

الف - ۱-۷-۳	روش اجرایی	نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
الف - ۱-۷-۳-	روش اجرایی	نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
کد روش اجرا : M.H.P	نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

کارکنان مرتبط : کلیه کارکنان، مسئولین فنی

هدف : با توجه به اهمیت تداوم درمان بیماران و لزوم استمرار خدمات طی ۲۴ ساعت برای بیماران به ویژه در موارد اورژانسی، همراه با رعایت سرعت، دقت و کیفیت خدمات و در راستای حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار، نظارت مستمر در تمام ساعات شبانه روز بر روند ارائه خدمات در بیمارستان ضروری است

روش انجام کار :

-کلیه بخش های بیمارستان در تمام ساعات شبانه روز طبق برنامه تنظیمی مشغول ارائه خدمات به بیماران سرپایی و بستری می باشند

-جز روزهای تعطیل، در سایر ایام هفته علاوه بر پرسنل بخش، مسئول بخش نیز حضور داشته و وظیفه نظارت و هماهنگی امورات بخش را در راستای ایمنی هرچه بیشتر بیماران و ارائه خدمات استاندارد عهده دار میباشد. در روزهای تعطیل و شیفت عصر و شب این کار به عهده مسئول شیفت خواهد بود

-در ایام غیر تعطیل تمامی بیماران توسط پزشک معالج یا رزیدنت های کشیک ویزیت و مداوا می شوند و در ایام تعطیل در صورت نیاز بیمار توسط پزشک معالج ویزیت خواهد شد و یا با اطلاع بخش، بیمار توسط پزشک آنکال ویزیت خواهد شد

-مسئول فنی مطابق ضوابط مسئول فنی در بیمارستان جهت انجام وظایف و مسئولیت های امور فنی بیمارستان از ساعت ۸ الی ۱۴ حضور مستمر و فعال خواهد داشت .

-در ایام مرخصی مسئول فنی، قائم مقام مسئول فنی جهت انجام وظایف مسئولیت های امور فنی موسسه حضور داشته باشد

-در ایام تعطیلات رسمی سوپروایزرین شیفت های صبح، عصر و شب مسئولیت های امور فنی موسسه را بر عهده خواهند داشت

-مسئول فنی بیمارستان بر کیفیت و قابلیت استفاده تجهیزات و ملزومات پزشکی و دارویی بیمارستان نظارت دارند

-نتایج بازدیدها در فرم های بازدید بیمارستان ثبت می شود .

بازدید مدیریت ایمنی بیمار توسط تیم بازدید کننده در شیفت های مختلف بیمارستان صورت می گیرد

نتایج بازدید ها در جلسات تیم ایمنی تحصیل و نتایج به تیم مدیریت اجرایی جهت مداخلات لازم ارسال می گردد .

رسیدگی به شکایات بیماران توسط مسئول رسیدگی به شکایات صورت می گیرد.

در شیفت های عصر و شب و روزهای تعطیل شکایات توسط سوپروایزر کشیک مدیریت میشود

ریاست مرکز در شیفت های صبح، عصر و شب بر ارائه خدمات مستمر و بهینه در کلیه بخش های پاراکلینیکی، بستری و . سرپایی نظارت می کند

سوپروایزر کشیک در شیفت عصر و شب بر ارائه خدمات در مرکز با تمرکز بر مسائل ایمنی نظارت می کند .

سوپروایزر کشیک به صورت روزانه گزارش بازدید خود را به مدیریت خدمات پرستاری ارائه می دهد .

موارد مهم و خاص گزارش سوپروایزر کشیک توسط مدیریت خدمات پرستاری به مدیریت و ریاست مرکز ارجاع داده می شود.

مداخلات لازم با توجه به نتایج بازدیدها و گزارش های دریافتی انجام می گیرد .

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی مدون

رئیس مرکز بر شیوه انجام روش اجرایی نظارت می کند و در صورت نیاز تذکرات لازم را به مسئولین جهت نظارت بیشتر یادآوری می کند

تیم بازدید مدیریت ایمنی: آقایان دکتر محمد رضا فرحبخش (ریاست / مسئول فنی)، رضا معتمدی (مدیریت) – علی محسن زاده (مترون)، مجتبی شیربیگی کارشناس ایمنی ، منصور خلیلی کنترل عفونت و مریم امجدی (مسئول دفتر بهبود کیفیت)

هدایت کننده: روسا/ مسئولان بخش ها و واحدها و سرپرستاران

منابع : شرح وظایف مسئول فنی / مستندات قانونی ماده ۱ و ۸ و ۲ تشکیل وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

صاحبان فرایند : پرسنل درمانی و اداری		
امکانات و تسهیلات : خدمات هتلینگ ، خدمات پاراکلینیکی		
منابع : استاندارد های اعتباربخشی سنجه الف ۱-۷-۳ ، دستورالعمل های طرح تکریم ، وزارت بهداشت		
نام و سمت تهیه کنندگان : مجتبی شیربیگی ، مریم امجدی	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی / علی محسن زاده	نام و سمت ابلاغ کننده : دکتر محمد رضا فرحبخش

نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی	روش اجرایی	الف - ۱-۷-۶
--	------------	-------------

عنوان روش اجرایی (روش مدون) : نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی	دامنه : بخش ها و واحدهای مرکز تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۳ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
کد خط مشی : M.H.P (الف - ۱-۷-۶) ویرایش : دهم	

هدف : اجرا و پایش اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در سه حیطه ارتباط با بیمار ، ارتباط با همکاران و ارتباط با جامعه می باشد .

سیاست : شناسایی مبانی اخلاق حرفه ای در تمامی گروه های شغلی و برنامه ریزی جهت ارتقای آن در همه سطوح سازمان گام اول است .

کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری پیاده سازی این استاندارد را رصد میکند :

- محور اصلی تمام سیاست های مرکز بیمار با رعایت شان حرفه پزشکی است

- ۱۴ اصل بیمارمحوری مورد نظر در برنامه ها قرار گرفته است .

- احترام به بیمار و رعایت حریم بیماران از مصادیق بارز بیمارمحوری است

- رعایت طرح انطباق در تمامی موارد حتی المقدور رعایت گردد

- منافع سلامت بیمار اولویت دارد و در تصمیم گیری ها طرف مشارکت است .

- بیمارستان در تمامی موارد مرتبط با بیمار بایستی پاسخگو باشد .

- صداقت تیم درمان در تمامی موارد اخلاقی و قانونی و گزارشات مد نظر است .

- حضور به موقع پرستاران و پزشکان جهت رفع مشکلات بیمارالزامی است

- اخذ رضایت آگاهانه پس از توضیحات کامل به بیمار صورت گیرد .
- با بیماران دچار انگ اجتماعی بایستی برخورد مناسب داشت .
- انتظار بیماران برای دریافت ارائه خدمت کنترل گردد .
- سرعت پاسخگویی از مصادیق کیفیت خدمت قرار داده شده است .

صاحبان فرایند : پرسنل درمانی و اداری		
امکانات و تسهیلات : خدمات هتلینگ , خدمات پاراکلینیکی		
منابع : استاندارد های اعتباربخشی سنجش الف ۱-۷-۶ , دستورالعمل های طرح تکریم , وزارت بهداشت		
نام و سمت تهیه کنندگان : نجمه آبسالان , مجتبی شیربیگی, مریم امجدی	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی / علی محسن زاده	نام و سمت ابلاغ کننده : دکتر محمدرضا فرحبخش

➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از

۱. مشارکت بیمار در تصمیم گیری های مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار
۲. رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی
۳. اجرای دستورالعمل بیمارستان درمعاینه بیماران غیرهم جنس
۴. ارائه آموزش کافی بیمار
۵. رعایت حقوق بیمار در پژوهش
۶. عدم بهره جویی پزشکان در رابطه با بیمار
۷. برخورد حرفه ای با بیمار و همراهان متعارض
۸. عدم تحمیل هزینه بی مورد و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار
۹. اجرای کوریکولوم های پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک
۱۰. بازخورد به سیستم در جهت ارتقای کیفیت خدمات
۱۱. اولویت بخشی به منافع سلامت بیمار
۱۲. صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار و بروز مسائل اخلاقی و قانونی

➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از

۱. میزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
۲. برخورد مناسب در زمان بروز اختلاف و یا بی احترامی تیم پزشکی
۳. حضور به موقع و در دسترس بودن پزشکان آنکال و پاسخگویی به فراخوان ها
۴. زمان بندی مناسب و عدم اتلاف وقت تیم پزشکی
۵. انتقال نوع دوستانه دانش و تجربه به سایر همکاران
۶. عدم بهره کشی مازاد بر روال های موجود از دیگر همکاران (فراگیران، پرستاران، همکاران جوان)
۷. برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سوء رفتار جزیی و جدی همکار و مواجهه با ناتوانی و بیماری همکار
۸. درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار.

➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارت است از

۱. همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
۲. بهبود در دسترسی به خدمات
۳. ارائه صادقانه گزارش ها و گواهی های پزشکی
۴. رعایت شان حرفه پزشکی در شبکه های اجتماعی
۵. برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی^۱

کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی این استاندارد را برنامه ریزی نمایند.

الف - ۱- ۸	دستور العمل	معاینه بیماران غیر همجنس و اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی با موازین شرع مقدس
------------	-------------	---

عنوان خطمشی (روش مدون) : اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی با موازین شرع مقدس	دامنه : بخش ها و واحدهای مرکز تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۳ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
کد خط مشی : M.H.I (الف ۱-۷-۶) ویرایش : سوم	

امکانات مورد نیاز: منشور حقوق بیمار، پاراوان، پرده بین تختها

کارکنان مرتبط: کادر درمان

تعاریف :

منشور حقوق بیمار: سیستم های بهداشتی و درمانی اکثر کشورها منشوری را تحت عنوان منشور حقوق بیمار به کار میگیرند بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش منشور حقوق بیمار را به وی تسلیم کنند

حریم : حریم شخصی بیمار به عنوان یک نیاز تلقی میشود به عبارتی حفظ قلمرو شخصی منجر به ایجاد احساس آرامش در بیمار میگردد

هدف : حفظ و ارتقای رضایت گیرنده خدمت از نحوه ارائه خدمات درمانی

به منظور رعایت حریم شخصی بیمار و نیز اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در معاینه بیماران غیر همجنس بایستی موارد زیر همواره مورد توجه تیم پزشکی قرار گیرد :

-مسئول بخش تمامی امکانات و تسهیلات لازم جهت حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را در اختیار پرسنل (پاراوان و ...) قرار دهد

-در صورت انجام پروسیجرهایی از قبیل پانسمان، مراقبت از زخم بستر، تعویض لباس بیمار، ECG، سونداژ،

از پرده های سقفی / پاراوان جهت حفظ حریم خصوصی بیمار استفاده نماید

-در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، اجازه دهد فرد معتمد بیمار حضور داشته باشد

-در صورت عدم مغایرت با ضرورتهای پزشکی، اجازه همراهی را به یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان بدهد

-تا حد امکان از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیمار استفاده نماید (با رعایت این اصل که استفاده از پرسنل همگن نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد) .

-در صورت موجود نبودن پرسنل همگن در بخش جهت انجام مراقبتهای درمانی، مسئول شیفت با سوپروایزر تماس گرفته و هماهنگی لازم جهت حضور پرسنل همگن در بخش انجام شود.

-به منظور حفظ حریم خصوصی بیمار، مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند، پوشانده شود.

-در معایناتی که برحسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام میشود یک نفر محرم/ معتمد بیمار بنا به درخواست وی یا کارکنان فنی همجنس حضور داشته باشد

-در صورت انجام پروسیجورهایی مانند: سونوگرافی واژینال در رادیولوژی، بارییم انما، ماموگرافی و ... توسط پزشک * غیر همگن، یک نفر محرم/ معتمد بیمار بنا به درخواست وی یا کارکنان فنی همجنس داشته باشد

-حریم خصوصی بیمار به ویژه هنگام اخذ شرح حال، پروسیجرهای تشخیصی - درمانی (پاراوان، در صورت امکان اتاق مجزا) و انتقال بیمار استفاده از ملحفه برای پوشش بیمار حفظ شود.

در صورت نیاز به برهنه بودن بدن بیمار برای معاینه یا اقدام تشخیصی درمانی، برهنگی در حداقل زمان و میزان لازم باشد

-جهت حفظ حریم خصوصی بیمار در اتاق های عمومی تختها توسط پرده مجزا شود

-در راستای حفظ حریم شخصی بیمار، پرسنل درمانی، خدمات و انتظامات قبل از ورود به اتاق بیمار با زدن در، برای ورود کسب اجازه نماید

-در نقل و انتقال بیماران تا حد امکان از پرسنل بیماربر یا خدمات همگن استفاده شود

-تیم مدیریتی در بازدیدها و راندهای خود به این مسئله توجه کرده و نسبت به رفع موانع موجود در جهت حفظ حریم خصوصی اقدام نماید

-فرد معاینه کننده بیمار، از تجمع غیرضروری افراد هنگام معاینات ممانعت به عمل آورد

- برای حفظ حریم خصوصی بیمار، از تعبیه دوربین مدار بسته در اتاق بیماران خودداری شود

*در ماده ۸۳ آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور، اعلام شده که شاغلان حرف پزشکی و وابسته موظفند به حریم خصوصی بیماران احترام بگذارند. احترام به حریم خصوصی بیماران نیازمند خودداری از همه کارهایی است که بیماران آن را نقض حریم شخصی خود تلقی میکنند. در این زمینه اعضای سازمان، باید از اقداماتی مانند معاینه بیمار در حضور افراد دیگر، پرسیدن سؤالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرم بیماران شود و مشاهده یا لمس غیر ضروری بیماران غیرهمجنس خودداری کنند.

****در ماده ۸۱ آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور، گفته شده که لازم است در صورت رضایت بیمار، معاینات حساس بیمار غیر هم جنس در حضور پرسنل همجنس یا همراه بیمار انجام شود. البته در صورتیکه این معاینه به وسیله پزشک همجنس از لحاظ علمی و عملی مقدور باشد و موجب ایجاد مشکل برای بیمار نشود، باید پزشک همجنس به انجام آن اقدام و نتیجه معاینه را دریافت کند**

هدایت کننده: تیم رهبری و مدیریت

صاحبان فرایند: پرسنل درمانی		
منابع: استاندارد های اعتباربخشی سنج الف ۱-۴-۸، دستورالعمل های طرح تکریم، وزارت بهداشت، آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور		
نام و سمت تهیه کنندگان: نجمه آبسالان، مجتبی شیرینیگی، مریم امجدی	نام و سمت تایید کننده: رضا معتمدی / علی محسن زاده	نام و سمت ابلاغ کننده: دکتر محمدرضا فرحبخش

الف-۱-۱۰-۱		روش اجرایی		نحوه انتخاب پیمانکاران	
کد روش : M.H.P		تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱/۲۲		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	
				تاریخ تهیه: ۹۵/۸/۹	
				ویرایش: دهم	
هدف و دامنه کاربرد :					
- تعهد مدیریت پیمانکار نسبت به موضوعات مورد پیمان - وجود یک سیستم کنترلی در مدیریت داخلی پیمانکار - پایش کیفیت شرایط موجود و مجهز بودن ابزار و تجهیزات پیمانکار - شناسایی نقاط قوت و قابل بهبود در زمینه موارد واگذار شده - ارتقاء سطح کیفی عملکرد در زمینه موارد واگذار شده به پیمانکاران					
دامنه کاربرد :					
اجرای این دستورالعمل برای کلیه پیمانکاران این مرکز و ناظرین فنی لازم الاجرا می باشد.					
تعاریف :					
- کارفرما : شخص حقوقی است که یک سوی امضا کننده پیمان است -بیمارستان مرادی که در متن به عنوان این مرکز نامبرده می شود و عملیات موضوع پیمان را بر اساس اسناد و مدارک پیمان، به پیمانکار واگذار کرده است و نظارت مستقیم بر عملکرد پیمانکار و صدور کلیه دستور کارها به عهده کارفرما و ناظر فنی _ بیمارستان مرادی - که از طرف وی منصوب میشود خواهد بود. نمایندگان و جانشین های قانونی کارفرما، در حکم کارفرما می باشند. - پیمانکار: شخص حقوقی یا حقیقی واجد صلاحیت فنی و علمی است که تحت عنوان پیمانکار جهت انجام امور و فعالیت های مختلف اجرایی، خدماتی، فنی و مهندسی، تحقیقاتی و غیره، که یک سوی امضا کننده پیمان است					

و اجرای موضوع پیمان را بر اساس اسناد و مدارک پیمان، بعهدہ گرفته است. نمایندگان و جانشین های قانونی پیمانکار، در حکم پیمانکار می باشند.

- نماینده پیمانکار :

شخصیت حقیقی که کتبا توسط مدیرعامل شرکت پیمانکاری برای کمک به پیمانکار در رسیدگی و اجرای فعالیتهای مورد پیمان در محدوده فعالیتهای قرارداد منصوب می شود.

- نماینده کارفرما(ناظر فنی) :

شخصی مرتبط با واحد واگذاری شده که مسئول کنترل همه موارد قرارداد مرتبط با پیمانکار است.

مهارت های مورد نیاز مسئول :

افرادی که برای انجام عملیات نظارت بر عملکرد پیمانکار تعیین میشوند، بایستی حداقل صلاحیتهای و تواناییهای زیر را دارا باشند :

- با فعالیتهای پروژه پیمانکار مورد نظر آشنایی داشته باشد.

- دوره های آموزشی لازم را گذرانده باشند.

- قابلیت برقراری ارتباط مناسب با پرسنل را داشته باشند.

- از اسناد و اطلاعات شرکت پیمانکاری در بیمارستان حراست نمایند.

- از اعضای شرکت پیمانکار نبوده و مخالفت، تضاد یا اشتراک منافی با شرکت پیمانکار نداشته باشند.(با بیمارستان رابطه استخدامی به صورت پیمانی یا رسمی داشته باشد)

-شرح اقدامات :

فعالیت‌های مربوط به رعایت مقررات و کنترل های موجود در مفاد قرار داد که توسط پیمانکار یا نماینده قانونی وی با وی با نظارت ناظران فنی این مرکز بشرحی که در ادامه خواهد آمد صورت می گیرد.

- موازین مربوط به تعهدات کارفرما :

- توجیه پیمانکار نسبت به موضوعات مندرج در قرار داد و رعایت الزامات مربوطه مطابق دستورالعمل توسط ار قرار واحد امور قراردادهای و ناظر فنی بیمارستان به پیمانکاران صورت گردد.

- به منظور ارزیابی رعایت الزامات قرارداد توسط پیمانکاران، واحد ناظر به صورت ادواری (ماهانه) طی بازدید هایی عملکرد پیمانکاران را ارزیابی نماید و نتیجه ارزیابی را در چک لیست پایش عملکرد درج نموده و به اطلاع پیریت و مدیر بیمارستان برساند . لذا چنانچه پیمانکار نسبت به موضوعات ابلاغی قرارداد تخلف داشته باشد ، مراتب به نماینده نماینده مقیم پیمانکار اطلاع رسانی شود و اقدامات لازم جهت رفع آن ها انجام گردد.

- در صورت عدم رعایت الزامات قرارداد و عدم رفع اشکالات مطرح شده توسط پیمانکار مربوطه ، از پرداختی ها به وی متناسب با میزان میزان عدم رعایت قوانین و مقررات/ اشکالات مطروحه از صورت وضعیت پیمانکار کسر خواهد شد.

- با توجه به صورت وضعیت های تأیید شده توسط ناظرین مرکز ، امور مالی نیز پس از کسر کسورات تعیین شده در قرارداد و در صورت نیاز اخذ سپرده های لازم برای مرحله مربوطه، نسبت به پرداخت وجوه صورت وضعیت به نام پیمانکار اقدام و در اسناد مالی ، موارد منعکس خواهد شد. بدیهی است این اقدامات تا انتهای مدت قرارداد مطابق با صورت وضعیت های تأیید شده توسط ناظرین دنبال خواهد شد .

- با توجه به شرح خدمات اعلامی در قرارداد و بازدیدها و نظارت های انجام شده بر عملکرد پیمانکاران ، موارد اشکال یا نقاط قوت/ قابل بهبود توسط ناظر یا ناظرین مشخص شده و بر این اساس در صورت لزوم در دوره های زمانی شش ماهه گزارشی از عملکرد پیمانکار بر اساس مفاد قرارداد، تعهدات انجام شده، اقدامات باقی مانده و بعضاً حجم ریالی تعهدات ، میزان پرداختی جرائم متعلقه و کسورات تنظیم شود .

- موازین مربوط به تعهدات پیمانکار

- پیمانکار موظف به رعایت اصول و مقررات موجود در قرار داد طبق این دستورالعمل با امضاء قرارداد است .

- همکاری کامل پیمانکار با کارشناسان و ناظرین فنی که به منظور کنترل و نظارت بر حسن انجام کار

پیمانکاران مراجعه می نمایند ، الزامی می باشد .

- پیمانکار موظف است از نیروهای آموزش دیده و دارای گواهی از سازمان فنی و حرفه ای یا مرکز تحقیقات و

تعلیمات استفاده نماید .

- پیمانکار بایستی پرسنل اجرایی خود را قبل از شروع به کار به ناظر فنی بیمارستان معرفی نموده و

بعد از تأیید صلاحیت ناظر فنی (توانمندی فنی و فیزیکی) و صدور کارت شناسایی به کارگیری پرسنل معرفی شده با
شده بلامانع خواهد بود .

- پیمانکار موظف است طبق مقررات نسبت به بیمه عوامل اجرایی و خودروها اقدام و حتی الامکان تعدادی

بیمه نامه مسئولیت بدون نام تهیه نماید تا در صورت وقوع حوادث مورد استفاده قرار دهد .

- پیمانکار موظف است قبل از اقدام به جابجایی و یا جایگزینی نیروی انسانی مراتب را قبلاً به اطلاع ناظر فنی
مربوط برساند .

- پیمانکار موظف است یک نفر مسئول فنی ذیصلاح به عنوان نماینده تام الاختیار به ناظر فنی بیمارستان

مرتبط با قرار داد معرفی نماید .

- پیمانکار موظف است با حداکثر نیروی مطرحه شده در قرار داد در بیمارستان شروع به کار نماید .

- در صورت تخطی در تعداد نیروی اعلام شده موجب برخورد شدید با پیمانکار از قبیل جریمه نقدی لغو

قرار داد یا بطور کلی لغو صلاحیت پیمانکار خواهد شد .

- پیمانکار موظف است در خصوص ورود و خروج مواد اولیه کاری با ناظر فنی بیمارستان هماهنگی های لازم

را به عمل آورد .

- پیمانکار موظف است ابزار و وسایل حفاظت فردی را به صورت کامل در اختیار پرسنل تحت پوشش خود

قرار دهد .

- پیمانکار موظف است در صورت بروز حادثه جهت هر یک از پرسنل مراتب را به ناظر فنی مرتبط گزارش دهد .

- موازین مربوط به شرایط و وظایف نیروی انسانی

- پرسنل مجری شرکتهای پیمانکار باید دارای توانایی مناسب فیزیکی و جسمانی باشند .
- توضیح : صلاحیت فیزیکی و جسمانی پرسنل از طریق گواهینامه طبّ کار احراز میشود .
- پرسنل بایستی دارای گواهینامه آموزشی از سازمان فنی و حرفه ای و یا مرکز تحقیقات و عملیات حفاظت و بهداشت کار باشد.
- پرسنل شرکتهای پیمانکاری موظف به داشتن لباس فرم کاری واحد ، در طول ارائه خدمت در بیمارستان هستند .

مستندات وسوابق :

- محل نگهداری این دستورالعمل و سوابق مربوط به آن، دفتر بهبود کیفیت می باشد.
- سوابق حاصل از اجرای این دستورالعمل و فرم ها و گزارشات مربوطه حسب مورد در واحدهای ذیربط بمدت سه سال نگهداری و سپس امحاء می گردد .
- سوابق مربوط به کارکنان حادثه دیده در پرونده پرسنلی آنان بایگانی می گردد .

تغییرات :

هرگونه تغییر در این دستورالعمل یا اصلاح آن با پیشنهاد ناظر فنی و تأیید تیم مدیریت اجرایی صورت می گیرد.

تهیه کننده: تایید کننده : ابلاغ کننده :

مریم امجدی / دفتر بهبود	محمدرضا زارع امور مالی	رضا معتمدی	مدیر مرکز	دکترمحمدرضا فرحبخش	رئیس مرکز
----------------------------	---------------------------	------------	-----------	-----------------------	-----------

عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن دامنه: مسئول انبار و مسئول بهداشت حرفه ای و مسئول فنی کد: M.H.I / ویرایش دهم	کد: الف - ۲-۵ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۲/۱۱ تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲۲
--	--

تعاریف واژه ها: انبارداری عبارت است از کلیه فعالیت های مربوط به تهیه و نگهداری و تحویل مواد و اقلام مورد نیاز سازمان در زمان مناسب و مدیریت انبارداری نیز برنامه ریزی و سازماندهی و هماهنگی و هدایت و کنترل عملیات انبار داری است .

هدف بیمارستان : تشریح انبارش ایمن در انبار های بیمارستان مرادی

شیوه انجام کار:

ایمنی ساختمان انبار

- ۱- دیوارها و سقف و سرپناه تمام انبارها بدون استثناء باید از مصالح غیر قابل اشتعال ساخته شود
- ۲- در فواصل مناسب از دیوارهای جانبی زه کشی گردد تا از ایجاد رطوبت جلوگیری شود
- ۳- انبارها باید در نقاطی طراحی شوند که وسیله نقلیه مورد لزوم بتواند به سهولت به محوطه انبار وارد شود
- ۴- طراحی آن طوری باشد که مواد درون آن در معرض عوامل جوی (نورخورشید، باران و ...) قرار نگیرد
- ۵- ساختمان انبار باید از مصالحی ساخته شود که در برابر زلزله و حریق مقاوم باشد.
- ۶- کف تمام انبارها باید بتون یا آسفالت یا سنگ فرش شود و شیب و آبروی کف محوطه طوری باشد که آب در زیر کالا جمع نشود
- ۷- در داخل انبارها باید به نسبت وسعت آن برحسب مورد ، دستگاهها هواکش نصب شود تا هوای انبار مرتباً تهویه گردد.
- ۸- تمهیدات بهداشتی برای جلوگیری از ورود جوندگان و حیوانات (نظیر پوشاندن شکاف و درزها) لحاظ شود
- ۹- از نور کافی برخوردار باشد و حتی الامکان این روشنایی از نور طبیعی باشد یا در صورت استفاده از منابع روشنایی مصنوعی از لامپ های ضد انفجار استفاده شود
- توجه: لازم به ذکر است که طراحی نورگیرها بایستی طوری باشد که از تابش مستقیم نور خورشید به کالا جلوگیری شود
- ۱۰- محوطه داخل انبار باید از پوشاک و خاشاک و خرده چوب و کاغذ و سایر مواد زائد قابل اشتعال پاک شود
- ۱۱- به منظور پیشگیری از آتش سوزی محوطه اطراف انبار بایستی عاری از هرگونه بوته و علف خشک تا ۱۰ متر باشد
- ۱۲- کف انبار صاف و فاقد هرگونه درز و شکاف و لغزندگی باشد.

چیدمان انبار:

بین سقف انبار و مرتفع ترین نقطه کالای چیده شده فاصله زیر باید رعایت شود:

-اگر ارتفاع کالای چیده شده از ۴/۵ متر بیشتر باشد فاصله تا سقف حداقل ۱/۵ متر خواهد بود

-اگر ارتفاع کالای چیده شده ۲/۶ تا ۴/۵ متر باشد فاصله تا سقف حداقل ۱ متر خواهد بود

-اگر ارتفاع کالای چیده شده کمتر از ۲/۶ باشد فاصله تا سقف حداقل ۴۰ سانتی متر خواهد بود

۱- کالا و مواد ناهمجنس را در کنار هم نچینید

۲- قبل از جاگذاری بار ، قفسه ها را خوب بررسی کنید که شکاف ، تیزی یا ناهمواری نداشته باشد

۳- اجسام سنگین تر را در نزدیک کف بچینید و اجسام سبک تر را در قفسه های بالاتر قرار دهید

۴- جهت استفاده بیشتر از فضای انبار ، دسترسی سریع به اقلام مختلف ، افزایش ثبات، پایداری و نظم بیشتر از قفسه های قاب فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال استفاده شود.

۵- مواد سوزاننده و اشتعال زا باید در طبقات پایین قفسه ها نگهداری شوند .

مقررات عمومی:

۱ - تمام کپسولهای تحت فشار (اکسیژن ، نیتروژن و ...) باید طبق آیین نامه وزارت کار نگهداری ، جابجا و مصرف شوند

۲ - کپسولهای فوق بایستی در حالت پر و خالی جداگانه و به صورت ایستاده نگهداری شوند و حتما درپوش داشته باشند.

۳ - تابلوهای ایمنی و هشدار دهنده نظیر کشیدن سیگار ممنوع و ... در چندین نقطه نصب شوند

۴- درب خروج اضطراری برای انبار در نظر گرفته شود

۵- تمام پرسنل شاغل در انبار دوره های آموزشی ایمنی برق ، حریق ، نحوه جابجایی دستی بار ، ایمنی مواد شیمیایی و کمک های اولیه را طی نماید.

۶- از ورود افراد متفرقه و ناآگاه به انبار جلوگیری شود.

۷- از ورود بارها و تجهیزات فاقد علائم شناسایی بخصوص مواد شیمیایی جلوگیری شود.

۸ - تمام مواد شیمیایی موجود در انبار باید دارای برگه اطلاعات ایمنی مواد باشند

۹ - انبار دارای دوش و چشم شوی اضطراری باشد

۱۰- وسایل ارتباطی نظیر بی سیم و تلفن در انبار لحاظ گردد

۱۱ - انبار همه روزه از لحاظ مسایل برق ، حریق ، چیدمان و نگهداری ایمن بار بررسی و در صورت مشاهده نواقص ، جهت رفع آنها اقدام گردد.

۱۲ - انجام هرگونه عملیات تعمیراتی نظیر جوشکاری ، برشکاری ، برق کشی و ... باید طبق مجوز بهداشت حرفه ای صورت گیرد.

۱۳ - راه های ورود و خروج انبار با تابلو و علائم راهنما مشخص گردد.

۱۴ - انبار داری کالا و تجهیزات طبق دستور سازنده انجام شود.

ایمنی برق:

۱ - انبار به سیستم ارتینگ مناسب مجهز باشد

۲ - کلید های محافظ جان در تابلو برق نصب شوند.

۳ - تمام سیم ها و کابل ها در محفظه مستطیلی (داکت) ضد ضربه و غیر قابل اشتعال قرار گیرند

۴ - سیستم سیم کشی انبار متناسب با بار مصرفی و زیر نظر یک برقکار مجرب انجام شود.

۵- تمام وسایل برقی سرمازا ، گرمازا ، روشنایی و ... حتما بررسی و در صورت داشتن نقص فوراً تعمیر شوند

۶- تابلوهای برق خارج از انبار قرار گیرند.

۵- تمام وسایل برقی دستی (مانند دریل ، سنگ فرز و ...) کابل های برق و سایر تجهیزات و ادوات برقی توسط مسئول ایمنی و برقکار مجرب تست شوند.

ایمنی حریق:

۱ - مواد قابل اشتعال و غیر قابل اشتعال جداگانه نگهداری شوند.

۲ - دیوار ها ، سقف و کف انبار از مواد نسوز باشند

۳ - وسایل اطفاء حریق به تعداد مناسب زیر نظر متخصص ایمنی و آتش نشانی تهیه و نصب شود و نفرات آموزش های مربوطه را طی کرده باشند.

۴- سیستم های اعلام و اطفاء حریق نظیر دتکتور و ... در صورت امکان نصب شوند.

۵- استفاده از وسایل گرمای برقی نظیر هیتر در انبار ممنوع است .

۶- راه دسترسی به وسایل اطفاء حریق باز و خلوت بوده و کاملاً در معرض دید قرار داشته باشند.

۷- شماره تلفن های اضطراری ایمنی ، آتش نشانی حتما در چند نقطه از انبار و کنار تلفن نصب گردد.

۸- از دیوی مواد قابل اشتعال بی مصرف مانند کاغذ ، کارتن ، مقوا ، پارچه روغنی و ... در محوطه انبار خودداری شود.

۹- مواد شیمیایی قابل اشتعال نظیر رنگ ها ، تینرها، حلال ها و ... باید طبق مقررات مربوطه انبار و در جای خشک و خنک نگهداری شوند.

۱۰- نگهداری بنزین ، گازوئیل و نفت در انبار اکیداً "ممنوع است

۱۱- از نشستی و ریزش مواد شیمیایی جلوگیری شود بشکه ها و ظروف جداگانه ای برای مواقع اضطراری و حوادث شیمیایی لحاظ شود.

۱۲- مواد فله ای و باز شیمیایی باید به روش مناسب نگهداری و از پراکنده شدن آنها جلوگیری شود .

تهیه کننده :	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
شیربگی پور	رضا معتمدی مدیر بیمارستان	دکتر فرحبخش رئیس بیمارستان

الف- ۲- ۲- ۶-	روش اجرایی	گزارش حوادث بیمارستان
---------------	------------	-----------------------

الف - ۲- ۲- ۶-	روش اجرایی	گزارش حوادث بیمارستان
کد روش اجرایی : M.H.p	گزارش حوادث بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان روش اجرایی: گزارش حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی آن به تمامی کارکنان

ب) مراحل انجام کار در روش اجرایی:

۱ - در صورت وقوع حادثه در هر قسمت از بیمارستان ، حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول یا پرسنل آن واحد به مدیر بیمارستان در شیفت صبح ، سوپروایزر در شیفت عصر و شب گزارش داده می شود

۲ - مدیر یا سوپروایزر بیمارستان سریعاً " به محل حادثه حضور یافته و بررسی اولیه نسبت به حادثه و شدت و وسعت آن اقدام می کند

۳ - فرم گزارش حادثه موجود در دفتر سوپروایزری ، توسط مسئول بخش یا مسئول شیفت مربوطه تکمیل و تحویل سوپروایزر می گردد ، در صورت در دسترس نبودن فرم پیشامد حادثه ، حادثه بصورت شفاهی یا تلفنی به مسئول فنی/ایمنی و یا سوپروایزر اطلاع داده می شود

۴ - در فرم مذکور ، شرح کامل حادثه و آسیب های ایجاد شده به دقت و بدون کم و کاست ثبت میگردد

۳ - سوپروایزر سریعاً" رئیس/مدیر/متون بیمارستان را در جریان موضوع قراردادده و در اولین فرصت ممکن ، فرم تکمیل شده را تحویل مسئول فنی بیمارستان می دهد و تمام شرح وقایع را در دفتر سوپروایزر ثبت می کند

۴ - در مواردی مانند سقوط بیمار از تخت موضوع بلافاصله به پزشک معالج اطلاع داده می شود و در صورت بروز حوادث شغلی برای کارکنان هم باید علاوه بر تکمیل فرم برای پرسنل مربوطه در صورت جراحت و آسیب تحت نظر قرار گرفته و کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان هم در جریان موضوع قرارگیرد.

۵ - در اولین فرصت ممکن پس از رخداد حادثه توسط مسئول فنی یا سوپروایزر بررسی شده و با دستور در جلسه ای با حضور رئیس/مدیر/مترون/دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا /کارشناس ایمنی /مسئولین پرسنل بخش مربوطه /مسئول تاسیسات تشکیل شده و ابعاد حادثه علل ایجاد آن مانند خط مشی نامناسب ایمنی -عوامل محیطی-عوامل فردی-عوامل مادی و تجهیزاتی- فقدان استاندارد-آموزش ناکافی-خطای فردی-کمبود پشتیبانی-کمبود نظارت و ...مورد تجزیه و تحلیل یا به اصطلاح RCA قرار گرفته و راهکارهای لازم جهت پیشگیری از وقوع حادثه مشابه در نظر گرفته می شود

۶ - برای پیشگیری از حوادث مشابه در بیمارستان حوادث گزارش شده در کمیته بررسی می شود و در صورت لزوم برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود .

۷ - حوادث در زمینه های ساختمان تاسیسات ، برق اضطراری ، سیستم اطلاعات بیمارستان - خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده را در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی می شود و تجزیه و تحلیل شده و اقدام اصلاحی جهت رفع آن صورت می گیرد.

۸ - پرسنل تاسیسات در بازدیدهای دوره ای از تجهیزات و ساختمان هرگونه خرابی و نقص در عملکرد دستگاهها ، آسیب در سازه ساختمان و یا نمای ساختمان جهت رفع عیب و یا تعمیر و یا تعویض دستگاه مورد نظر و همچنین ترمیم نقاط حادثه خیز و آسیب دیده بیمارستان را به موقع گزارش می کنند.

۹ - جهت پیگیری از بروز حملات سایبری و آلوده نمودن سیستم های کامپیوتری این مرکز اقدام به بستن تمامی پورت های USB کامپیوترها نموده است

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مجتبی شیرینیگی / دبیر کمیته بحران و بلایا کارشناس ایمنی بیمار	رضا معتمدی مدیر مرکز ، علی محسن زاده مدیر خدمات پرستاری	دکتر علیرضا دکتر فرحبخش رئیس مرکز

فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث	دستورالعمل	الف - ۲-۴-۵
---	------------	-------------

الف - ۲-۴-۵	دستورالعمل	فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث
کد دستورالعمل : M.H.I	فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰		تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

ب) بیابنه خط مشی (سیاست بیمارستان) بالا بردن سطح ایمنی بیمارستان

پ) دامنه خط مشی : کل بیمارستان

ث) منابع (مراجع) : روش اجرایی بیمارستان

ج) فرد پاسخگو : دبیر کمیته مدیریت خطر

چ) نحوه نظارت بر اجرای خط مشی : ثبت ورود افراد تیم واکنش سریع در مواقع فراخوان

ح) شیوه انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	بیمارستان - حوادث خارجی، EOC) باید سریعاً به سوپروایزر کشیک اطلاع دهند	
۲	سوپروایزر بایستی بلافاصله از EOC (۱۱۵) در زمینه حوادث خارجی اطلاع کسب کند	سوپروایزر
۳	فرمانده حادثه یا سوپروایزر کشیک تأیید خبر خارجی را از EOC دانشگاه اخذ نماید مالک نهایی در تأیید خبر مرکز هدایت عملیات دانشگاه EOC دانشگاه می باشد	سوپروایزر
۴	سوپروایزر در خصوص حوادث داخلی از افراد با تجربه، نگهبان، بیماران بستری در بخش و همراهان کسب اطلاع می کند	سوپروایزر کشیک
۵	اطلاع به رئیس مرکز / مدیر / مترون / دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا توسط اطلاعات به دستور سوپروایزر کشیک	اطلاعات مرکز
۶	در حوادث داخلی، فرمانده حادثه یا سوپروایزر کشیک بایستی باتوجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند	سوپروایزر کشیک
۷	در حوادث داخلی تیم ارزیابی در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی کارکنان، بیماران و همراهان(، سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی)، میزان، گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، کشته شدگان، مصدومان را ارزیابی نماید	تیم ارزیابی
۸	باتوجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، بایستی نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی شود	تیم ارزیابی و تیم فرماندهی حادثه
۹	تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان بررسی شود	تیم فرماندهی حادثه
۱۰	بیماران فعلی بیمارستان تعیین تکلیف شوند اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند	تیم فرماندهی حادثه
۱۱	قبل از فعال کردن سیستم هشدار سریع شدت و وسعت حادثه ارزیابی می شود و فرمانده حادثه تصمیم نهایی را می گیرد	فرمانده حادثه مرکز
۱۲	اعلام کد بحران (۵۵) و فراخوان چارت HICS مرکز توسط فرمانده مرکز	فرمانده حادثه مرکز
۱۳	باتوجه ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، فضایی انجام شود	تیم فرماندهی حادثه
۱۴	در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، طبق برنامه افزایش ظرفیت اقدام شود	تیم فرماندهی حادثه
۱۵	در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مازاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، نسبت به تماس با بیمارستان های معین دارای تفاهم نامه اقدام شود	دبیر کمیته بحران
۱۶	طبق خبر یا ارزیابی انجام شده سطح هشدار اعلام شود، برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر فعال شود	فرمانده حادثه مرکز

فرمانده حادثه مرکز	در زمانی که احتمال وقوع یک حادثه یا فوریت خارج از بیمارستان وجود دارد و اطلاعات کافی در دسترس نیست مرحله هشدار یا آماده باش (وضعیت نارنجی) ایجاد می گردد	۱۷
فرمانده حادثه مرکز	فرمانده حادثه در اتاق EOC باید به طور مرتب با مرکز هدایت عملیات دانشگاه در تماس بوده و بیمارستان را جهت مقابله احتمالی (فراخوان کارکنان کلیدی، تدوین، تقسیم و مرور شرح وظایف و مسئولیت ها ارزیابی وضعیت کارکنان و تختهای خالی و بخشها) آماده نماید	۱۸
فرمانده حادثه مرکز	در صورت تایید خبر وقوع حادثه داخلی یا خارجی و متاثر شدن یا مختل شدن عملکرد بیمارستان از حادثه رخ داده باید فعالسازی برنامه پاسخ انجام می شود	۱۹
فرمانده حادثه مرکز	فعال سازی برنامه پاسخ بر اساس شدت حادثه در سه سطح صورت میگیرد الف) فعالسازی برنامه در سطح اورژانس: در این سطح که با منابع و نیروهای موجود در اورژانس پاسخ داده می شود ب) فعالسازی جزئی در برنامه پاسخ: در این سطح منابع موجود در اورژانس برای مقابله با فوریت ایجاد شده، کافی نمی باشد و نیاز به امکانات و تجهیزات و نیرو از سایر بخشها می باشد ج) فعالسازی کامل: تعداد قربانیان و میزان آسیب به اندازه ای است که بطور چشمگیری در عملکرد بیمارستان تاثیر گذاشته و نیاز به کمک از تمامی بخشها و فراخوان نیروهای هشدار اولیه و ثانویه می باشد	۲۰
دبیر کمیته بحران	تمام بخشها نیز فهرستی از مشخصات کارکنان خود دارند تا به ترتیب الویت پرسنل خارج از شیفت خود را به بیمارستان فراخوان نمایند	۲۱
فرمانده حادثه مرکز	رنگ زرد/ هشدار: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شود	۲۲
فرمانده حادثه مرکز	رنگ نارنجی/آماده باش: ۹ جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و ۳۰-۵۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود	۲۳
فرمانده حادثه مرکز	رنگ قرمز/اقدام: کد بحران توسط فرمانده حادثه به مرکز تلفن اعلام شود/کد بحران (۵۵) توسط مرکز تلفن پیچ شود. / کل سامانه فرماندهی حادثه و ۱۰۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود	۲۴
سوپروایزر، دبیر کمیته	در هر حادثه با هر سطح شدت، فرمانده حادثه مطلع شود	۲۵
سوپروایزر، دبیر کمیته	باتوجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود	۲۶
فرمانده حادثه مرکز	در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز، واحد فرماندهی عملیات (EOC) سریعاً فعال شود و امکانات الزم طبق برنامه آمادگی، فراهم شود	۲۷

۲۸	کلیه اعضای تیم HICS در جایگاه خود حاضر شوند و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرماندهی حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند	کلیه اعضای تیم HICS
۲۹	اطلاع رسانی در زمینه فعالسازی برنامه بر اساس سطح فعالسازی برنامه (اطلاع رسانی توسط مرکز تلفن/اطلاع رسانی بخش ها و اطلاع رسانی در سطح جامعه) انجام شود	اطلاعات
۳۰	در صورت دستور فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه توسط فرمانده حادثه، طبق دستور العمل فعالسازی سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی اقدام شود	فرمانده حادثه مرکز
۳۱	اطلاع رسانی درونی بیمارستان بر اساس فلوچارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان انجام شود	سوپروایزر، دبیر کمیته
۳۲	هر بخش طبق لیست تهیه شده از پرسنل بخش خود و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی به روش خوشه ای نماید	سوپروایزر، دبیر کمیته
۳۳	در خصوص تخلیه افقی، عمودی و کلی بیمارستان تصمیم گیری شود	تیم فرماندهی حادثه
۳۴	طبق برنامه پاسخ طراحی شده در هر مخاطره و دوره های زمانی پاسخ به حادثه) فوری: ۰ تا ۲ ساعت، میان مدت: ۲ تا ۱۲ ساعت، طولانی مدت: بیش از ۱۲ ساعت و بازگشت به وضعیت عادی اقدام شود	دبیر کمیته، فرمانده حادثه
۳۵	در صورت حادثه خارجی، تریاژ در محل در اصلی بیمارستان فعال و طبق دستورالعمل START انجام شود. در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی، تیم واکنش در شرایط اضطراری بیمارستان با اعلام کد ۱۲۵ فعال شود	اعضاء تیم تریاژ و واکنش سریع
۳۶	توقف برنامه باید با هماهنگی فرمانده حادثه بیمارستان با مرکز هدایت عملیات دانشگاه انجام شود	فرمانده حادثه
۳۷	مرکز تلفن (اطلاعات) پیام توقف عملیات را از فرمانده گرفته و وضعیت سفید را اعلام می نماید	اطلاعات مرکز
۳۸	بعد از اتمام عملیات و توقف برنامه کلیه مسئولین و رؤسای بخشهای حاضر در برنامه باید حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت گزارش کامل از عملیات و فعالیتهای صورت گرفته و مشکلات و موانع و نقاط ضعف و قوت و راه حلهای پیشنهادی خود را اعلام نمایند تا در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح گردد	کلیه اعضای تیم HICS

چ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
آقای دکتر فرحبخش	رضا معتمدی / مدیر مرکز	مجتبی شیربیگی پور
رئیس مرکز	علی محسن زاده / مترون	دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

نحوه تخلیه بیمارستان در زمان بروز حادثه	دستورالعمل	الف - ۲-۴-۶
---	------------	-------------

الف - ۲-۴-۶	دستورالعمل	نحوه تخلیه بیمارستان در زمان بروز حادثه
کد دستورالعمل : M.H.I	نحوه تخلیه بیمارستان در زمان بروز حادثه	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

روش انجام کار :

- ۱ - به محض دریافت کد بحران (کد قرمز) داخل بیمارستان اعضاء گروه اضطراری که شامل سرپرستاران در شیفت صبح و مسئولین شیفت های عصر شب میباشد تخلیه پرسنل واحد خویش را شروع مینمایند
- ۲ - کلیه راههای خروجی اضطراری و دربهای آن با تابلو مشخص میباشد
- ۳ - سرپرست هر واحد پرسنل واحد تحت مسئولیت خویش را از نزدیکترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت مینماید.
- ۴ - اولویت بندی جهت تخلیه براساس تریاژ در شرایط بحران انجام میگردد.
- ۵ - طی فاز تخلیه پرسنل به علت اهمیت سرعت عمل ، اعضای تیم اضطراری مجاز به صحبت کردن با افراد و توضیحات اضافی به افراد متفرقه نمی باشند.
- ۶ - کلیه مسیرها و راه های تخلیه به روشنایی اضطراری مجهز می باشند
- ۷ - فازهای اجرایی تخلیه یعنی آگاه شدن پرسنل از بحران اطلاع رسانی در شرایط بحران طبق فلو چارت و فعال سازی سامانه هشدار اولیه انجام میگردد و مسئول شیفت با توجه به شرایط موجود بیماران را تریاژ نموده (برعکس تریاژ معمولی) و تخلیه انجام میگردد.
- ۸ - مسیرها و خروجی های تخلیه در کلیه بخشها مشخص و راهروها خالی میباشند
- ۹ - وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت تخلیه در بخشها پیش بینی شده و موجود می باشد (شامل ویلچر، برانکارد و ...)
- ۱۰ - در صورت شدت شرایط اضطراری انجام کمکهای اولیه توسط امدادگران تیم در محل حادثه مجاز نبوده و اولویت با خارج سازی افراد بوده و عملیات کمکهای اولیه یا اقدامات پزشکی در محل ایمن انجام میپذیرد
- ۱۱ - در زمان انجام عملیات تخلیه حرکت افراد متفرقه به سمت محل حادثه اکیدا "ممنوع می باشد ممانعت از حرکت و تجمع افراد بر عهده اعضای انتظامات بیمارستان می باشد.

۱۲ - منابع لازم جهت تامین آب و غذا طبق برنامه از قبل تعریف شده (برنامه آن از قبل نوشته شده است) در کمیته بحران مصوب و این منابع به مدت ۷۲ ساعت در دسترس می باشد

۱۳ - طی فاز عملیات تخلیه اعضاء تیم اضطراری آخرین نفرات خارج شده از محل می باشد

۱۴ - کلیه پرسنل همکاری لازم در عملیات تخلیه را داشته (در صورت نیاز از پرسنل اداری، برنامه ریزی و استفاده می شود) و ضرورت حضور و تجمع در پناهگاه جهت سرشماری به آنها تذکر داده می شود.

۱۵ - براساس فلوچارت تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران مسئولین فرماندهی و کنترل در زمان بحران و جانشین های آنها مشخص می باشد.

۱۶- کد تخلیه اضطراری ۱۰۰ و کد بحران ۵۵ می باشد

تهیه کننده :	تایید کننده:	ابلاغ کننده:
شیربگی پور دبیر کمیته بحران و بلایا	رضا معتمدی مدیر بیمارستان	دکتر محمدرضا فرحبخش رئیس بیمارستان

الف-۲-۵-۱-	خط مشی و روش	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران
الف - ۲-۵-۱-	خط مشی و روش	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران
کد روش اجرایی : M.H.pp	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان روش اجرایی : تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در شرایط بحران

ب) دامنه روش اجرایی: کلیه پرسنل بیمارستان

تعاریف واژه ها:

۱. بحران: شرایطی که خدمات رسانی به بیماران را دچار اختلال نماید، عبارت است از حادثه ای که بطور طبیعی (سیل، زلزله و...) (یا توسط بشر) جنگ، اقدامات تروریستی و... بطور ناگهانی و یا بصورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدام اساسی و فوق العاده می باشد.
 ۲. خدمات درمانی حیاتی: اقداماتی که برای بیماران، فوریت در انجام خدمات دارند و نیاز به مراقبت را بیان می نماید.
- هدف:

ارائه راهکار جهت ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه

روش اجرایی:

۱. خدمات اساسی اورژانسی بیمارستان باید در هر زمان و در هر شرایط در دسترس باشد) شامل اداره راه هوایی ، احیای پایه و پیشرفته، چست تیوپ، کنترل خونریزی، آتل بندی، عمل های جراحی به خصوص عمل های جراحی اورژانسی مانند لاپاراتومی و تراکتوستومی و... و مراقبت های حاد مسمومیت گزیدگی و سوختگی و...)
۲. فرمانده حادثه با توجه به نوع حادثه و بحران به وجود آمده تمامی خدماتی که در بیمارستان ارائه می شود خبر داشته و بر اساس نیازها آن ها را اولویت بندی می نمایند.

۳. فرمانده حادثه در جلسه ستاد فرماندهی بحران بیمارستان از اقسام ضروری و حیاتی بیمارستان شامل: آب، برق، اکسیژن و سوخت موجود در زمان وقوع حادثه و بلایا کسب اطلاع نموده و برای تأمین مایحتاج مذکور برای حداقل به مدت ۷۲ ساعت برنامه ریزی می نمایند.
۴. مدیریت پشتیبانی بیمارستان و دبیر کمیته حوادث، بحران و بلایا با تنظیم تفاهم نامه های لازم با سایر ارگان های شهرستان جهت تأمین مایحتاج ضروری شامل: آب، برق، مواد سوختی و مواد غذایی و.... تهیه و تدوین می نمایند.
۵. با همکاری سوپروایزر منطقه حادثه دیده (سرپرستار یا مسئول شیفت بخش های حادثه دیده) گروه های آسیب دیده و بیماران بدحال مانند کودکان و نوزادان، افراد مسن، معلولین، زنان باردار و ... شناسایی گردیده و از دریافت خدمات ضروری و حیاتی اطمینان حاصل می نمایند.
۶. واحد تجهیزات بیمارستان تجهیزات آسیب دیده در زمان وقوع حادثه را شناسایی می نمایند و در اسرع وقت در خصوص تعمیر و جایگزین نمودن تجهیزات از بخش های پشتیبان اقدام می نمایند.
۷. فرمانده حادثه پس از بررسی میزان صدمات و خسارات وارده در زمان حادثه بر اساس اولویت بندی در خصوص ترخیص، تخلیه و همچنین انتقال و اعزام بیماران به مراکز دیگر درمانی تصمیم گیری می نمایند.
۸. در زمان وقوع حادثه در بخش های ویژه، اتاق عمل، اورژانس، با تصمیم گیری ستاد فرماندهی حادثه مکان های جایگزین جهت انتقال بیماران و تجهیزات در نظر گرفته شده و در نهایت با دستور فرمانده حادثه بر اساس وسعت حادثه اقدام به تخلیه بیماران و تجهیزات بر اساس اولویت می نمایند. بیماران بخش های عادی به مکان های امن مانند پاراکلینیک و سالن بحران و بخش ها و راهروهای دور از معرض حادثه منتقل می گردند (بخش جراحی پشتیبان است)
۹. واحد برنامه ریزی ستاد فرماندهی حادثه برای تداوم در خدمت رسانی و بالا نگه داشتن توان خدمت رسانی پرسنل در زمان حادثه بر اساس نوع حادثه برنامه پرسنلی جدید تنظیم و با تقسیم بندی نیروها زمانی را برای استراحت نیروها و پرسنل و رابطین در نظر خواهد گرفت.
۱۰. توسط سوپروایزر منطقه حادثه دیده افراد و پرسنل کد بحران (کد ۵۵) و تیم واکنش سریع تقسیم کار نموده و بر اساس بیماران بخصوص گروه های آسیب پذیر انجام وظیفه می نماید
۱۱. واحدهای آزمایشگاهی و رادیولوژی با حداکثر توان خود و فراخوان پرسنل بحران اقدام به خدمت رسانی به بیماران می نمایند.

در صورت صدمه دیدن این واحدها بر اساس تفاهم نامه ها به مراکز درمانی دیگر سطح شهر (علی ابن ابیطالب (ع) ونیک نفس)و(آزمایشگاه رهنما) و تصمیمات ستاد فرماندهی حادثه انجام وظیفه می نمایند.

۱۲. در زمان وقوع حادثه در صورت نیاز جهت سرعت در انتقال و اعزام بیماران طبق تفاهم نامه با مرکز فوریت های پزشکی، انتقال و اعزام بیماران توسط آمبولانس های فوریت های پزشکی صورت می گیرد و مسئول هماهنگی ستاد بحران مسئول پیگیری و هماهنگی لازم می باشد.

۱۳. با توجه به وجود منبع آب بیمارستان در صورت وقوع حادثه و قطعی آب، منبع آب توانایی پوشش آب بیمارستان به مدت حداقل ۲ ساعت می باشد و خرید منبع جدید با توانایی پوشش حدود ۷۲ ساعت در دست اقدام می باشد ، مسئول تأسیسات و مسئول بهداشت بیمارستان مسئول پیگیری کمی و کیفی و سلامت آب می باشند.

امکانات و تجهیزات مورد نیاز:

تجهیزات مورد نیاز برای سالن و انبار بحران

تفاهم نامه با مراکز و ارگان های مرتبط

برنامه بحران بخش ها و واحدها

منابع ذخیره آب و سوخت

منابع /مستندات مرتبط:

کتاب آمادگی بیمارستانی و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا

تهیه کننده: مجتبی شیرینیگی دبیر کمیته بحران و بلایا	تایید کننده: رضا معتمدی ، علی محسن زاده مدیر مرکز مدیر خدمات پرستاری	تصویب کننده: دکتر محمدرضا فرحبخش رئیس مرکز
---	--	--

برنامه های آمادگی و پاسخ به عوامل خطر آفرین اولویت دار بیمارستان		خط مشی و روش	الف-۲-۴-۲-
الف - ۲-۴-۲-	روش اجرایی	برنامه های آمادگی و پاسخ به عوامل خطر آفرین اولویت دار بیمارستان	
کد روش اجرایی : M.H.p	برنامه های آمادگی و پاسخ به عوامل خطر آفرین اولویت دار بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲	
شماره ویرایش : ۱۰		تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان روش اجرایی: برنامه های آمادگی و پاسخ به عوامل خطر آفرین اولویت دار بیمارستان

ب) بیانیه خط مشی (سیاست بیمارستان) بالا بردن سطح ایمنی و حفظ امنیت جان افراد

پ) دامنه خط مشی: کل بیمارستان

ث) منابع (مراجع): روش جاری بیمارستان

ج) فرد پاسخگو: دبیر کمیته بحران

چ) نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: نصب نمودار مراحل اعلام خطر در تمام قسمتهای مرکز

ح) شیوه انجام کار در روش اجرایی:

۱ - در صورت وقوع حادثه در هر قسمت از بیمارستان، حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول یا پرسنل آن واحد به مدیر بیمارستان در شیفت صبح، سوپروایزر در شیفت عصر و شب گزارش داده می شود

۲ - مدیر یا سوپروایزر بیمارستان سریعاً "به محل حادثه حضور یافته و بررسی اولیه نسبت به حادثه و شدت و وسعت آن اقدام می کند

۳ - سوپروایزر سریعاً "رئیس / مدیر / مترون بیمارستان را در جریان موضوع قراردادده و تمام شرح وقایع را در دفتر سوپروایزر ثبت می کند

۴ - در مواردی مانند سقوط بیمار از تخت موضوع بلافاصله به پزشک معالج اطلاع داده می شود و در صورت بروز حوادث شغلی برای کارکنان هم باید علاوه بر تکمیل فرم برای پرسنل مربوطه در صورت جراحت و آسیب تحت نظر قرار گرفته و کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان هم در جریان موضوع قرار گیرد.

۵ - در اولین فرصت ممکن پس از رخداد حادثه توسط مسئول فنی یا سوپروایزر بررسی شده و با دستور در جلسه ای با حضور رئیس / مدیر / مترون / دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلاای / کارشناس ایمنی / مسئولین پرسنل بخش مربوطه / مسئول تاسیسات تشکیل شده و ابعاد حادثه علل ایجاد آن مانند خط مشی نامناسب ایمنی - عوامل محیطی - عوامل فردی - عوامل مادی و تجهیزاتی - فقدان استاندارد - آموزش ناکافی - خطای فردی - کمبود پشتیبانی - کمبود نظارت و ... مورد تجزیه و تحلیل یا به اصطلاح RCA قرار گرفته و راهکارهای لازم جهت پیشگیری از وقوع حادثه مشابه در نظر گرفته می شود

۶ - برای پیشگیری از حوادث مشابه در بیمارستان حوادث گزارش شده در کمیته بررسی می شود و در صورت لزوم برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود .

۷ - حوادث درزمینه های ساختمان ، تاسیسات ، برق اضطراری ، سیستم اطلاعات بیمارستان - خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده را در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی می شود و تجزیه و تحلیل شده و اقدام اصلاحی جهت رفع آن صورت می گیرد.

۸ - پرسنل تاسیسات در بازدیدهای دوره ای از تجهیزات و ساختمان هرگونه خرابی و نقص در عملکرد دستگاهها ، آسیب در سازه ساختمان و یا نمای ساختمان جهت رفع عیب و یا تعمیر و یا تعویض دستگاه مورد نظر و همچنین ترمیم نقاط حادثه خیز و آسیب دیده بیمارستان را به موقع گزارش می کنند.

۹ - جهت پیگیری از بروز حملات سایبری و آلوده نمودن سیستم های کامپیوتری این مرکز اقدام به بستن تمامی پورت های USB کامپیوترها نموده است

پ) مشخصات عمومی روش اجرایی:

تهیه کننده : مجتبی شیربیگی دبیر کمیته بحران	تایید کننده : آقای معتمدی : مدیر آقای محسن زاده : مترون	تصویب کننده : آقای دکتر فرحبخش رئیس مرکز
---	---	--

الف-۲-۵-۳-	دستورالعمل	برنامه بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از حادثه
الف-۲-۵-۳-	دستورالعمل	برنامه بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از حادثه
کد دستورالعمل : M.H.I	برنامه بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از حادثه	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل: برنامه بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از حادثه تدوین شده و بر اساس آن عمل می شود.

ب) بیانیه خط مشی (سیاست بیمارستان): بالا بردن سطح ایمنی بیمارستان و برگشت به حالت عادی

پ) دامنه خط مشی: کل بیمارستان

ث) منابع (مراجع): روش اجرایی بیمارستان

ج) فرد پاسخگو: دبیر کمیته مدیریت خطر

چ) نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: گزارش تیم ارزیاب

ح) شیوه انجام کار:

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	فلوچارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا تهیه شده و به همه گروه ها و پرسنل داده شده است	دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا
۲	بر اساس فلو چارت سوپروایزر باید وضعیت بحران و حادثه را به اطلاع رئیس/مدیر/مترون/دبیر کمیته خطر و حوادث اطلاع رسانی نماید	سوپروایزر کشیک
۳	غیر فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه توسط رئیس بیمارستان (فرمانده) و یا جانشین وی انجام می گیرد	فرمانده حادثه

فرمانده حادثه	کسب اطلاع از مرکز هدایت دانشگاه و وضعیت بحران توسط فرمانده انجام می شود	۴
فرمانده حادثه	پس از تایید وضعیت عادی از سوی فرمانده حادثه وضعیت سفید و غیر فعال سازی عملیات بحران اعلام می گردد	۵
تیم ارزیاب	توسط تیم ارزیاب مرکز منطقه حادثه دیده بازدید می گردد	۶
فرمانده حادثه	تداوم و بازبایی و پیش بینی ، تجهیزات ، مکانهای ایمن ، جایگزینی ،تأمین ذخایر و نیازهای کارکنان منطقه حادثه دیده انجام می شود	۷
فرمانده حادثه	ارزیابی سازه ای بر اساس اولویت بندی در زمان بحران انجام می گیرد	۸
تیم HICS	گزارش کامل از عملیات و فعالیتهای صورت گرفته توسط تیم HICS تا ۷۲ ساعت	۹
کمیته مدیریت خطر	گزارش حادثه ، معایب ، نقاط قوت و پیشنهاد افراد برای رفع مشکلات تأمین نیازهای روانی بیماران و کارکنان و خانوادههای آنها در کمیته مدیریت خطر مطرح می گردد	۱۰

چ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تصویب کننده: آقای دکتر فرحبخش رئیس مرکز	تایید کننده: آقای معتمدی مدیر مرکز	تهیه کننده: مجتبی شیربیگی پور دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا
---	--	--

انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)	دستورالعمل	الف - ۳-۲-۳
الف - ۳-۲-۳	دستورالعمل	انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)
کد دستورالعمل : M.H.I	انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰		تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

هدف و دامنه کاربرد

هدف : رویکرد ایجاد بسترهای لازم برای استمرار و تثبیت مشاغل موجود و مورد نیاز بیمارستان بویژه در مشاغل حساس با استفاده از ظرفیت های موجود در راستای اعتباربخشی واحد منابع انسانی

دامنه کاربرد:

کلیه ی بخش ها و واحد ها

شرح اقدامات :

- کلیه مسئولین بخش ها و واحدها موظفند جایگزین خود در زمان مرخصی، تعطیلات و عدم حضورهای کوتاه و طولانی مدت را به مسئول بالاتر معرفی نمایند تا در صورت عدم حضور ایشان با فرد جایگزین پیگیریهای لازم بعمل آید. بدین منظور بایستی افراد شایسته و با استعداد واحد خود را شناسایی و نسبت به تربیت جانشین یا جانشینهای مناسب اقدام نمایند به گونه ای که در صورت نیاز به تغییر بلافاصله، بخش / واحد مربوطه بدون مدیر شایسته نباشد
- مسئولین کلیه بخش ها موظفند اسامی خود را به واحد کارگزینی اعلام نمایند.
- فرد جایگزین مسئول بایستی آگاهی لازم از امور بخش / واحد، مشکلات موجود و مراحل پیگیری آن را داشته باشد.
- دانش و تجربه مسئول بایستی به مرور زمان در اختیار فرد جایگزین قرار گیرد.
- تقویت علمی و تجربی افراد جدیدالورود و پاسخگویی به نیاز کارکنان به آموختن مطالب جدید از راهبردهای این مرکز می باشد از این رو کلیه مسئولین بیمارستان موظفند افراد خبره واحد خود را به منظور آموزش نیروهای جدیدالورود معرفی نمایند
- رعایت ضوابط ذکر شده در کتاب طبقه بندی مشاغل در انتخاب افراد خبره و همینطور جایگزین مسئول الزامی است.
- مسئول بخش موظف است انگیزه های آموختن و کسب تجربه در افراد جدید را تقویت نماید و شرایط لازم برای انتقال تجربیات به افراد جدید را با همکاری سوپروایزور آموزشی فراهم آورد. در این راه بخشی از زمان باید به مباحثات علمی و

تجربی در میان کارکنان و برگزاری دوره های آموزشی درون بخشی و بیمارستانی اختصاص داده شود
 -مدت زمان انتقال دانش و تجربه به افراد جدیدالورود حدود یک ماه برای حداکثر حجم مطالب، مطلوب است و سایر اطلاعات
 بایستی به مرور زمان به فرد جدید منتقل شود

-چیدمان نیرو در شیفتهای مختلف باید به گونه ای باشد که افراد کم تجربه در کنار افراد مجرب در شیفت حضور یابند.
 -نیروهای جدیدالورود بایستی در پی افزایش دانش خود باشند و راه حل سوالات خود را از افراد باتجربه جویا شوند.
 -رعایت احترام متقابل بین افراد جدید و با تجربه در سرلوحه امور قرار گیرد.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط / در آمد اختصاصی

کارکنان: پرسنل خبره، پرسنل واحد کارگزینی و دفتر پرستاری

امکانات: امکانات و تجهیزات آموزشی

منابع و مراجع

بر اساس تجربه بیمارستان

چ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
احسان ارسلان : مدیر	رضا معتمدی	دکتر فرحبخش
کارگزینی و مجتبی سعیدی	مدیر مرکز	رئیس مرکز
کارگزین		

انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان	دستورالعمل	الف-۳-۲-۳
الف - ۳-۲-۳ -	دستورالعمل	انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰		تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

کارکنان مرتبط : کلیه مسئولان شامل، کارشناسان مسئول، رؤسای ادارات، سرپرستان، رؤسای گروهها، رؤسای امور اداری، آموزشی، حسابداری، آزمایشگاه، کتابخانه، سرپرستاران و سوپروایزرها

- تعاریف : --

هدف : اهداف تهیه این دستورالعمل تحقق موارد زیر میباشد :

-نظام مند شدن انتخاب مدیران و سرپرستان غیرهیات علمی

-ایجاد ثبات در مدیریت ها به منظور کارایی بیشتر

-تحقق شایسته سالاری

شفاف سازی و مستندسازی فرایند انتخاب، انتصاب و تغییر مدیران و سرپرستان غیرهیات علمی

ایجاد فرصت برابر برای کارشناسان حائز شرایط پستهای مسئولیتی

تعیین معیارهای مشخص برای انتصاب مدیران و سرپرستان غیرهیات علمی

ماده یک: مقدمه: به منظور تحقق شایسته سالاری و پیاده نمودن نظام انتخاب کلیه مسئولین و سرپرستاران غیرهیات علمی بر

پایه ضوابط و ارزیابی افراد و بر اساس معیارهای شایستگی و مهارتهای مسئولیتی و صلاحیتهای اخلاقی و رفتاری منطبق با

شرایط این مرکز نسبت به تهیه این دستورالعمل اقدام گردیده است

ماده دو: اهداف دستورالعمل (در قسمت فوق توضیح داده شده است)

ماده سه : شرایط عمومی جهت انتخاب مسئولان و سرپرستاران

معیارهای عمومی برای انتخاب مسئولان و سرپرستاران به شرح جدول زیر میباشد در شرایط خاص در صورت عدم احراز شرایط

فوق با تأیید و تصویب بالاترین مقام مرکز از این شرط می توان صرفنظر نمود

سطح سرپرستی، مسئولیتی	مقطع تحصیلی	نوع استخدام	تجربه در پست سطح قبل موجود	ارشیایی عملکرد	دوره آموزشی
مسئول	حداقل کاردان	رسمی، پیمانی، قراردادی	حداقل ۳ سال در شغل مربوط	کسب میانگین ۷۵ درصد امتیاز ارزشیابی در دو سال گذشته	۷۵ ساعت
کارشناس مسئول	حداقل لیسانس	رسمی، پیمانی، قراردادی	حداقل ۳ سال کارشناسی شغل مربوط	کسب میانگین ۷۵ درصد امتیاز ارزشیابی در دو سال گذشته	۷۵ ساعت
مسئول واحدهای پارا کلینیک و اداری و سرپرستاران و سوپروایزرها	حداقل لیسانس	رسمی، پیمانی، قراردادی	حداقل ۴ سال کارشناس مسئول در شغل مربوط یا ۸ سال سابقه در شغل مربوط هر سال کارشناس مسئول دو سال سابقه محسوب می شود.	کسب میانگین ۸۰ درصد امتیاز ارزشیابی در سه سال آخر	۱۵۰ ساعت که ۳۰ ساعت آن آموزش تخصصی باشد.
مدیر داخلی /مدیر خدمات پرستاری	حداقل لیسانس	رسمی، پیمانی، قراردادی	حداقل ۴ سال سابقه در سطح قبل یا ۶ سال سابقه در سطح کارشناس مسئول در حوزه مربوط یا ۱۰ سال سابقه در سطح کارشناسی ح زه مربوط	کسب میانگین ۸۵ درصد امتیاز ارزشیابی در سه سال آخر	۲۰۰ ساعت که ۶۰ ساعت آن آموزش تخصصی سمت مورد درخواست باشد.

تبصره ۱: افرادی که قبل از تصویب و ابلاغ این دستورالعمل در سمتهای مسئولیتی منصوب شده اند (در حال حاضر تصدی مسئولیت در یکی از سطوح مسئولیتی را عهده دار میباشند) از شرایط عمومی جدول فوق در همان سطح و حوزه فعالیت مستثنی خواهند بود و در صورت ارتقاء کسب تمامی شرایط عمومی این سطح الزامی است.

تبصره ۲: بررسی شرایط عمومی به عهده مدیریت امور اداری (اداره کارگزینی) به عنوان دبیرخانه کارگروه در امور انتخاب مسئولان و سرپرستاران می باشد.

ماده ۴: تعیین صلاحیتهای عمومی

صلاحیتهای عمومی شامل صلاحیتهای اعتقادی، سیاسی، اخلاقی و رفتاری به شرح زیر میباشد:

-صلاحیت اعتقادی نظیر: رعایت تقوا، انجام واجبات و ترک محرمات

-صلاحیت سیاسی نظیر: التزام عملی به قانون اساسی

-صلاحیت اخلاقی نظیر: سعه صدر، گشاده رویی، تواضع، فروتنی و صداقت

-صلاحیت رفتاری نظیر: وجدان کاری، نظم و انضباط، برنامه ریزی، هوش، دقت، روحیه کار تیمی و قانون مداری

تبصره: نداشتن سابقه سوء محرز شده در مراجع ذیصلاح دانشگاه (هیات های رسیدگی به تخلفات اداری، حراست و گزینش)

ماده ۵- شرایط تخصصی سرپرستان:

شرایط تخصصی مسئولان و سرپرستاران بر اساس جدول زیر تعیین میگردد :

جدول عوامل امتیازآور شرایط تخصصی مسئولان و سرپرستاران

ردیف	عوامل امتیازآور	حداکثر امتیاز
۱	گستره حیطه نظارت، پیچیدگی و تنوع وظایف	۱۰
۲	سرپرستی و مدیریت	۵
۳	تجربه شغلی مرتبط	۲۰
۴	دوره‌های آموزشی	۱۵
۵	تدریس و انجام امور پژوهشی (تألیف، ترجمه، مقاله، طرح، اختر ع)	۱۰
۶	عضویت در کمیته‌ها و کارگروه‌های تخصصی	۱۰
۷	پیشنهادهای پذیرفته شده در نظام پذیرش و بررسی پیشنهادات	۱۰
۸	تسلط در استفاده از نرم‌افزار	۵
۹	سوابق ایثارگری	۵
۱۰	توانایی‌ها و قابلیت‌های خاص	۱۰
جمع		۱۰۰

نحوه امتیازدهی به عوامل امتیازآور شرایط تخصصی مسئولان و سرپرستاران به شرح زیر میباشد :

گستره حیطه نظارت، پیچیدگی و تنوع وظایف

الف- گستره حیطه نظارت : حیطه نظارت در مشاغل قبلی در دو سطح واحد و دانشگاه تعریف می گردد

مسئولان و سرپرستاران که وظایف آنان در سطح واحد تأثیر گذار است و صرفاً نظارت واحد خود را به عهده دارند هر سال نیم امتیاز و حداکثر ۲ امتیاز

مسئولان و سرپرستارانی که وظایف آنان در سطح دانشگاه مؤثر است هر سال ۱ امتیاز و حداکثر ۵ امتیاز

ب: پیچیدگی و تنوع وظایف: این بخش از عامل فوق شغلهای قبلی افراد را از لحاظ نقش شغل در برنامه ریزی، سازماندهی، تصمیم گیری و ارتباط شغلی تنوع مقررات و تنوع وظایف اجرایی مورد ارزیابی قرار میدهد. امتیاز این بخش حداکثر ۵ امتیاز می باشد ،

-مسئولیتی و سرپرستاری: به ازاء هر دو سال سابقه مسئولیتی و سرپرستاری در دانشگاه و سایر دانشگاهها (با ابلاغ مقام رسمی) یک امتیاز و در سایر دستگاهها ۵/۰ امتیاز در شرایطی که افراد دارای امتیاز یکسان شوند فرد با رشته شغلی مرتبط در اولویت قرار دارد .

تجربه شغلی مرتبط: تجربه شغلی مرتبط به تجاربی گفته میشود که در شرایط احراز شغل مورد تصدی بر اساس شرح مجموعه طرح طبقه بنددی مشاغل پیش بینی شده باشد. به ازاء هر سال تجربه با مدرک تحصیلی دیپلم ۵/، امتیاز با مدرک تحصیلی فوق دیپلم ۱ امتیاز با مدرک تحصیلی لیسانس ۱/۵ امتیاز و با مدرک تحصیلی فوق لیسانس ۲ امتیاز و دکترای حرفه ای و مدرک تحصیلی دکترای تخصصی ۲/۵ امتیاز.

تبصره :

تجارب مسئولیتی به عنوان تجربه مربوط محسوب میگردد

دوره های آموزشی: این عامل دوره های آموزشی، فرهنگی، شغلی و مسئولیتی را که موجب افزایش مهارت و توانایی های فرد میگردد و به تأیید واحد اداری مرکز رسیده باشد، مورد ارزیابی قرار میدهد. به ازاء هر ۲۰ ساعت آموزش ۱ امتیاز و حداکثر ۱۵ امتیاز

تدریس و انجام امور پژوهشی: این عامل تدریس و امور پژوهشی شاغل را در زمینه تخصصی و مسئولیتی مرتبط با شغل رسمی و آزاد ارزیابی قرار میدهد

(الف) تدریس در دوره های رسمی و آزاد دانشگاه هر ۱۰ ساعت ۱ امتیاز حداکثر ۴ امتیاز (بر اساس گواهی واحد آموزش

ب) این قسمت از عامل فوق، امور پژوهشی فرد را از نظر تألیف، ترجمه، مقاله، طرح، اختراع مورد بررسی قرار میدهد حداکثر امتیاز این بند ۶ امتیاز و به تشخیص معاونت پژوهشی دانشگاه می باشد

عضویت در کمیته ها، و کارگروههای تخصصی: کمیته ها و کارگروههای تخصصی که به موجب قانون با ابلاغ رسمی از سوی رییس مرکز تشکیل شده باشد، قابل ارزیابی میباشد. به ازاء هر سال عضویت در کمیته ها ۱ امتیاز و حداکثر ۱۰ امتیاز و در صورتی که شاغل هم زمان عضویت در کمیته های مختلف را عهده دار باشد در هر سال صرفاً ۲ امتیاز تعلق می گیرد.

پیشنهادهای پذیرفته شده در نظام پذیرش و بررسی پیشنهادات :

به ازاء هر پیشنهاد پذیرفته شده ۱ امتیاز و در صورت اجرایی شدن ۲ امتیاز

تسلط در استفاده از نرمافزار :

این عامل میزان تسلط فرد را در استفاده از نرمافزارهای مورد نیاز مورد بررسی قرار می دهد

امتیاز این عامل با ذکر نرمافزارهای مورد استفاده و پس از تأیید رییس واحد حداکثر ۵ امتیاز میباشد. (به ازاء استفاده از هر (نرم افزار تخصصی ۲ امتیاز و نرم افزارهای عمومی ۱ امتیاز)

سوابق ایثارگری

سوابق ایثارگری به شرح زیر دارای امتیاز میباشد :

نوع ایثارگری				ردیف
امتیاز	مدت خدمت در جبهه	درصد جانبازی	مدت اسارت	
۳	۶ ماه تا سه سال	تا ۳۵ درصد	تا ۳ سال	۱
۵	بالا تر از سه سال	بالا تر از ۳۵ درصد	بالا تر از ۳ سال	۲

توضیح: فرزندان محترم شهدا طبق قانون از امتیازات جانباز ۵۰٪ استفاده مینمایند. همچنین تغییر در قوانین و مقررات ایثارگران در جداول فوق اعمال خواهد شد

توانایی ها و قابلیت های خاص: این عامل شامل ویژگی های خاص شخصیتی افراد می باشد این ویژگی ها شامل روابط عمومی قوی، تکریم ارباب رجوع، حسن تدبیر، اعتماد به نفس و قاطعیت، شجاعت، تواضع و فروتنی، آگاهی لازم به قوانین و مقررات، بینش سیاسی و اجتماعی، عدالت و انصاف در قضاوت، میانه روی در درشتی و نرمی، قدرت تشخیص و تجزیه و تحلیل، تیزهوشی و حافظه قوی، دارا بودن پشتکار و جدیت در کار و وفاداری می باشد.

حداکثر ۱۰ امتیاز

این عامل در تیم اجرائی مرکز بررسی و تعیین امتیاز می گردد

کارگروه انتخاب مسئولان و سرپرستاران و وظایف آن :

کارگروه انتخاب مسئولان و سرپرستاران یا همان تیم اجرائی مرکز به منظور بررسی صلاحیت عمومی و تعیین امتیاز شرایط تخصصی تعیین می گردد .

ترکیب اعضای کارگروه به شرح زیر است :

رئیس مرکز (رئیس کارگروه)

مدیر داخلی

مدیر خدمات پرستاری

رئیس امور اداری (دبیر کارگروه)

رئیس امور مالی

مسئول دفتر بهبود کیفیت و ایمنی بیمار

مسئول واحد فناوری سلامت

یک نفر نماینده کارکنان به انتخاب تیم اجرایی

رئیس واحد مربوطه

اعضاء کارگروه میتوانند در صورت صلاحدید از صاحب نظران جهت حضور در جلسه (بدون حق رای) دعوت نمایند

اعضای کارگروه با ابلاغ رییس مرکز و به مدت ۲ سال منصوب میگردند. این مدت برای دوره های بعدی قابل تمدید خواهد بود

جلسات با حضور حداقل ۵ نفر رسمیت می یابد و تصمیمات با رأی اکثریت مصوب می گردد

تبصره : در صورتی که تصدی پست مسئولیتی و سرپرستاری برای هر یک از افراد کارگروه پیشنهاد شده باشد ، فرد نمیتواند در جلسات کارگروه جهت تصمیم گیری شرکت داشته باشد

وظایف کارگروه انتخاب مسئولان و سرپرستاران :

بررسی و تأیید صلاحیتهای عمومی

تعیین امتیاز شرایط تخصصی

تعیین اولویت افراد پیشنهاد شده

انجام مکاتبات لازم با مراجع ذیربط

اعلام نظر در خصوص تمدید ابلاغ مسئولان و سرپرستاران به تیم اجرایی

امتیازدهی به سوابق خارج از دانشگاه و انطباق با این آیین نامه

فرایند انتخاب مسئولان و سرپرستاران :

دبیرخانه (کارگزینی) انتخاب مسئولان و سرپرستاران ، موظف است ۳ ماه قبل از اتمام دوره مسئولیتی و سرپرستی افراد، لیست تمام افراد واجد شرایط را برای تصدی پست مربوط تهیه و ضمن بررسی شرایط عمومی و همراه اطلاعات مورد نیاز (تکمیل فرمهای مربوط) به رییس کارگروه اعلام نماید

ضمناً در مورد پستهای بلا تصدی و همچنین تغییرات قبل از موعد با درخواست کتبی مقام مافوق نیز همین گونه عمل می شود

کارگروه ضمن تشکیل جلسه اولیه و بررسی صلاحیتهای عمومی و تخصصی، افراد معرفی شده در بند اول به ترتیب اولویت آنان را مورد بررسی قرار میدهد

تبصره : در شرایط خاص که برای یک پست افراد واجد شرایط وجود ندارد کارگروه حداقل سه نفر از کسانی که نزدیکترین شرایط را دارند به ترتیب اولویت با ذکر مستندات مورد بررسی قرار میدهد

تیم اجرایی موظف است در همان جلسه و یا حداکثر در جلسه بعدی از بین افراد معرفی شده، یک نفر را معرفی نماید

در صورتیکه مقام مافوق مسئول پیشنهاد شده، نسبت به افراد معرفی شده از کارگروه اعتراض دارد، مقام مافوق مسئول پیشنهاد شده، فرد یا افراد مورد نظر دیگری را به رییس کارگروه معرفی می نماید. در این صورت دبیرخانه (کارگزینی) موظف است ظرف مدت دو هفته شرایط عمومی را بررسی و همراه اطلاعات مورد نیاز به کارگروه ارسال نماید. سپس در جلسه کارگروه که با حضور مقام مافوق مسئول پیشنهاد شده تشکیل میشود صلاحیت فرد یا افراد بررسی و تصمیم نهایی در جلسه اتخاذ میشود و فرد واجد شرایط انتخاب و جهت صدور حکم به رئیس امور اداری اعلام میشود

بدیهی است در صورت به نتیجه نرسیدن جلسه و با اصرار مقام مافوق به صدور حکم برای شخصی که واجد شرایط نیست، موضوع جهت تصمیم گیری به هیات اجرایی و نهایتاً به هیات رییس دانشگاه ارجاع میشود .
کلیه مکاتبات دبیرخانه و پاسخ به مکاتبات مذکور به صورت محرمانه انجام می پذیرد

-شرایط تمدید دوره مدیریت :

ابلاغ مدیران و سرپرستان برای یک دوره دو ساله میباشد و در صورت کسب شرایط زیر قابل تمدید است

الف- پیشنهاد مقام مافوق یا رییس واحد و تأیید کارگروه

ب- کسب حداقل ۸۵ درصد امتیاز ارزیابی عملکرد

ج- طی دوره های آموزشی تعیین شده برای سطح مسئولیتی مورد تصدی (به تأیید مدیریت امور اداری)

د- تأیید صلاحیت عمومی توسط کارگروه مسئولان و سرپرستان

شرایط تمدید دوره مدیریت :

این دستور العمل به مدت یک سال از تاریخ تصویب به صورت آزمایشی اجرا خواهد شد و تمدید یا اصلاح آن به تصویب تیم اجرایی بستگی دارد .

این دستور العمل در ۹ ماده در تاریخ ۱۴۰۲/۲/۸ به تصویب تیم اجرایی مرکز رسید

هدایت کننده: ریاست مرکز، مدیر یا مدیر خدمات پرستاری و رئیس امور اداری

منابع : دستور العمل انتخاب، انتصاب و تغییر مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شماره مجوز: ۱۸۰۴/ ۳۵۶۹۸/

- شرایط انتخاب مدیران پرستاری صف تا ستاد و کارشناسان ستاد دانشگاه های علوم پزشکی .

چ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تهیه کننده:	تأیید کننده:	تصویب کننده:
مجتبی سعیدی ، مریم امجدی	رضا معتمدی	دکتر فرحبخش
کارگزين بهبود کیفیت	مدیر مرکز	رئیس مرکز

ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی	دستورالعمل	الف - ۳ - ۱
--	------------	-------------

عنوان دستورالعمل: ممنوعیت استفاده از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در بخش های مرکز (بالینی و غیربالینی) دامنه : مرکز آموزشی درمانی مرادی	کد M.H.I : تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۲/۱۵ تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲۴
--	--

- هدف : کنترل انضباطی بر اساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا می شوند.
- شیوه انجام کار:
- ۱- اطلاع رسانی کافی به کارکنان درمانی در خصوص ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در بخش های مرکز (بالینی) :
- استفاده از تلفن همراه در اتاق عمل و ریکاوری و در زمان حضور بیمارانی که بستری و تحت دریافت خدمات درمانی و مراقبتی می باشند و همچنین در اتاق های بستری بیمارانی که نیازمند استراحت می باشند مطلقاً ممنوع می باشد و در سایر بخش ها و اتاق های بستری بیماران و همچنین اتاق استراحت پرسنل به منظور جلوگیری از تضییع حقوق بیماران نیز استفاده از تلفن همراه محدودیت داشته و باید به نحوی باشد که موجب نارضایتی و سلب آرامش بیماران و تأخیر در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی به آنها نگردد
- در مواقع ویزیت بیماران توسط پزشکان محترم و در هنگام انجام هرگونه اقدامات مراقبتی و درمانی که برای بیماران انجام می شود تلفن همراه خود را بایستی خاموش و یا در حالت سکوت قرار دهید
- در مواقع آموزش بیماران و یا هنگام پخش فیلم های آموزشی بدون تلفن همراه در محل انجام خدمت وارد شوید. و در موارد لزوم استفاده از تلفن همراه نیز بایستی هنگام مکالمه آهسته صحبت شود تا موجب سلب آرامش سایر افراد نگردد
- ۲- کنترل توسط مسئولین بخش ها در استفاده از تلفن همراه :
- میزان صدای زنگ تلفن همراه خود را به گونه ای تنظیم نمائید که موجب سلب آرامش بیماران نگردد
- ۳- در صورت استفاده نابجا از تلفن همراه گزارش به مسئولین مرکز
- هرگونه فیلمبرداری، عکسبرداری یا ضبط صدا در بیمارستان بدون هماهنگی مسئولین مربوطه مطلقاً ممنوع و دارای منع قانونی می باشد. لذا در صورت مشاهده عدم رعایت این مورد نیز مطابق مقررات اقدام خواهد شد .
- ۴- تذکر به افراد استفاده کننده از تلفن همراه و الزام شرکت در کلاس آموزشی مرتبط با تغییر رفتار
- ۵- استفاده کارکنان مراکز درمانی از تلفن همراه و مشغولیت ورود به شبکه های اجتماعی در حین انجام وظیفه موجب نگرانی در کیفیت ارائه خدمات درمانی و کاهش ایمنی بیمار، همچنین عدم رعایت حقوق گیرندگان خدمت، سلب اعتماد بیماران، گسترش عفونت و اختلال عملکرد تجهیزات حساس پزشکی و غیره را در پی خواهد داشت.

نام و سمت تهیه کنندگان : مجتبی سعیدی فرد : کارگزین مریم امجدی : بهبود کیفیت	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی / مدیر مرکز	تایید کننده : دکتر فرحبخش رئیس مرکز
---	---	---

مدیریت خدمات پرستاری	الف - ۴ - ۵	روش اجرایی	نظارت بر روند تعامل بخشهای بالینی با سایر بخشها
----------------------	-------------	------------	---

الف - ۴ - ۵	روش اجرایی	نظارت بر روند تعامل بخشهای بالینی با سایر بخشها
کد روش اجرایی : M.H.p	نظارت بر روند تعامل بخشهای بالینی با سایر بخشها	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

امکانات مورد نیاز : تلفن

کارکنان مرتبط : ریاست/ مدیریت، مدیر پرستاری، سوپروایزر، مسئول بخش، پرستار، ماما، بهیار، کمک بهیار، خدمات

هدف : تقویت تعاملات بین بخشی به منظور تسریع و تسهیل روند ارائه خدمات به بیماران

روش اجرایی

- سوپروایزر کشیک در صورت نیاز بر روند انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر و سایر ارتباطات بین بخشی (درخواست نیرو/ تجهیزات/ لوازم/ دارو و) نظارت مینماید.

- در صورت نیاز به تجهیزات پزشکی در بخش مقصد و عدم امکان همکاری بخش پشتیبان، سوپروایزر کشیک جهت تأمین . ارقام درخواستی هماهنگی لازم را با سایر بخشها انجام میدهد

- سوپروایزر کشیک بر روند تهیه ارقام دارویی خاص از سایر بخشها / داروخانه توسط مسئول بخش / شیفت نظارت مینماید و در شیفت عصر و شب سوپروایزر جهت تهیه دارو با آنکال داروخانه تماس حاصل می نماید .

سوپروایزر کشیک پس از راند بالینی در شروع شیفت از حجم کاری بخشها مطلع و نسبت به تأمین نیروی انسانی به صورت جابجایی افراد مورد نیاز اقدام مینماید .

- در صورت بروز هر گونه مشکل در جهت دریافت خدمات پاراکلینیک اورژانس، مورد توسط مسئول بخش/شیفت به سوپروایزر کشیک اطلاع داده می شود

- در صورت نیاز سوپروایزر کشیک جهت حل مشکل با مسئول بخش واحد مورد نظر تماس میگیرد

- در صورت نیاز سوپروایزر کشیک جهت حل مشکل با مترون تماس حاصل نموده و ایشان یا راهنمایی تلفنی نموده و یا در بیمارستان حاضر شده و مشکل را بررسی می نمایند

- در صورت وجود مشکل در هر یک از فرآیندهای داخل بیمارستانی، مدیر پرستاری در جلسات برگزار شده با سوپروایزرین و مسئولین بخشها مسائل و مشکلات موجود را مطرح و پس از بررسی، راهکارهای لازم را ارائه مینمایند

- مدیر پرستاری مسائل و مشکلات غیر قابلحل در حوزه پرستاری را به حوزه ریاست منتقل مینمایند

- مدیر پرستاری راهکارهای ارائه شده از حوزه ریاست را به سوپروایزرین و مسئولین بخشها منتقل مینماید

. مدیر پرستاری بر روند تعامل بین بخشها نظارت مینماید.

- مدیر پرستاری جهت برقراری ارتباطات بهینه بین بخشهای بالینی و پاراکلینیکی، با مسئولین این بخشها جلسات

مذاکره/ مشاوره برگزار مینماید

هدایت کننده : مدیر پرستاری، سرپرستاران

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	تایید کننده :
علی محسن زاده : مترون	رضا معتمدی مدیر مرکز	دکتر رضا فرحبخش رئیس مرکز
مریم امجدی : بهبود کیفیت		

الف - ۵-۲-۱	روش اجرایی	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
الف - ۵-۲-۱	روش اجرایی	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
کد روش اجرایی : M.H.p	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

امکانات مورد نیاز : کامپیوتر، نیروی انسانی، نرم افزارهای سپاس و

کارکنان مرتبط : مسئول HIM و IT و کارشناس آمار و کدگذاری، مدیریت، مسئولین بخشها / واحدها

تعاریف :

سپاس : سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) که مجموعه ای از کلیه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان از پیش از تولد تا پس از مرگ را نیز شامل می شود

: نرم افزاری که در بیمارستان مورد بهره برداری قرار می گیرد و وظیفه مدیریت منابع بیمارستانی و تشکیل پرونده بیماران در بیمارستان را به عهده دارد و مکلف به ارسال این اطلاعات به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت می باشد

هدف : اطمینان از صحت دادههای ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

- پرسنل پذیرش اطلاعات هویتی و دموگرافیک و مشخصات بیمه ای بیماران بستری و پزشک بستری کننده را در پرونده . الکترونیکی با کد و شماره پرونده اختصاصی بیمار را ثبت میکنند
- مسئولین بخش ها انواع درخواست ها از جمله درخواست مشاوره، آزمایش، سونوگرافی را در سیستم HIS ثبت مینمایند
- مسئولین واحد های پاراکلینیکی و داروخانه اطلاعات مربوط به موارد پاراکلینیکی و داروها را در سیستم ثبت می نمایند.
- برای افراد مجاز از جمله و جانشین وی و واحد کامپیوتر و درآمد و مسئول آمار و کدگذاری کد کاربری و دسترسی به سامانه سپاس داده می شود .
- افراد مجاز از جمله جانشین مسئول فن اوری و مسئول درآمد و آمارگر و کدگذار پرونده ها می بایست به صورت روزانه گزارش خطاهای دسته بندی شده سامانه سپاس را استخراج نمایند .
- خطاهای استخراج شده می بایست با توجه به نوع خطا که مربوط به کدام بخش می باشد به اطلاع بخش مربوطه رسانده شود.
- بخش مربوطه باید در اولین فرصت ممکن نسبت به رفع خطای موجود اقدام نموده و پرونده مجدداً به سپاس ارسال گردند .

- افراد مجاز می بایست بعد از رفع خطاهای موجود توسط بخش های مربوطه مجدداً از سامانه سپاس گزارش گرفته و از صحت .
(اقدامات انجام گرفته اطمینان حاصل نماید (مقایسه گزارش خطا ها با هم دیگر)

-این افراد باید هر هفته نتیجه اقدامات انجام گرفته و رفع تعداد خطاهای موجود را به سمع و نظر مسئول فن اوری و کامپیوتر
برسانند .

-مسئول فن اوری اطلاعات و کامپیوتر باید نحوه عملکرد و اقدامات اصلاحی انجام گرفته را (ازجمله آموزشهای پرسنل ،نصب
،ورژنهای جدید سپاس و...) را در کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مطرح نمایند .

- مسئولین HIS و فن اوری میبایست آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت دررا به افراد مجاز در ثبت اطلاعات بیماران در سامانه
سپاس را ابلاغ نمایند

-تمامی الزامات مستندسازی در سامانه اطلاعات بیمارستانی می بایست بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت به روز .
،رسانی شوند

-پس از گزارش گیری از سپاس و مشخص شدن خطاهای موجود ،پس از ردیابی کاربر ثبت کننده باید مورد به اطلاع کاربر جهت
جلوگیری از خطاهای تکراری رسانده شود

هدایت کننده : مسئول واحد فن اوری و کامپیوتر

منابع : آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت

نام و سمت تهیه کنندگان : مهندس بخشنده : IT مریم امجدی : بهبود کیفیت	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تایید کننده : دکتر رضا فرحبخش رئیس مرکز
---	--	---

نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان	روش اجرایی	الف - ۵-۳-۱
الف - ۵-۳-۱	روش اجرایی	نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان
کد روش اجرایی : M.H.p	نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

امکانات مورد نیاز: هارد اکسترنال - بکآپ سرور - نرم افزار بک آپ گیری

کارکنان مرتبط: کارکنان واحد فن آوری اطلاعات

تعاریف: کراش کردن به معنای صدمه خوردن و خراب شدن سیستم و فایل های سیستمی و اطلاعاتی در نرم افزارها و برنامه های مختلف می باشد.

هدف: جلوگیری از، از بین رفتن اطلاعات و بازیابی سریع اطلاعات در صورت نیاز

روش اجرایی:

مسئول فناوری اطلاعات با بررسی شرایطی که در ذیل اشاره شده سیاست مدون برای پشتیبان گیری را انجام میدهد:

- هر روز در ساعات کم ترافیک و بطور منظم از بانکهای اطلاعاتی همه نرم افزارهای مستقر در مرکز بک آپ گیری انجام میشود
- اطلاعات حاوی بک اپ های نرم افزارهای سیستم بر روی سرورهای مشخص شده و یا مدیاهای مستقر در اتاق سرور ذخیره میشود.
- اطلاعات حاوی نرم افزارهای کاربردی مطابق با دستورالعملهای وزارتخانه هم به همین منوال در اتاق سرور ذخیره میشود
- یک نسخه از اطلاعات حاوی بانکهای اطلاعات و نرم افزارهای سیستم جهت ذخیره سازی بر روی یکی از کلاینتهای مرکز کپی و برای همین هدف ذخیره میشود.
- نسخه ای دیگر از اطلاعات ذخیره شده به خارج از فضای بیمارستان جهت اطمینان بیشتر انتقال می یابد.
- از دست دادن اطلاعات سیستم بعد از کراش کردن تخریب اطلاعات توسط ویروسها، تخریب اطلاعات توسط هکرها، هنگام بروز حوادث طبیعی را بررسی مینماید.
- هدایت کننده: مسئول واحد فناوری اطلاعات
- منابع:
- تجربیات بیمارستان

نام و سمت تهیه کنندگان : مهندس بخشنده : IT مریم امجدی : بهبود کیفیت	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تایید کننده : دکتر محمد رضا فرحبخش رئیس مرکز
---	--	--

الف - ۵-۵-۷	خط مشی و روش	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها
الف - ۵-۵-۷	روش اجرایی	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها
کد روش اجرایی : M.H.p	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

امکانات مورد نیاز : نیروی تخصصی ، کارت و دفتر خروج پرونده ، برگ درخواست پرونده و

کارکنان مرتبط : کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت

بیانیه / سیاست :

با توجه به لزوم رعایت امنیت اطلاعات، بیمارستان با هدف حفظ و ارتقای امنیت اطلاعات و به حداقل رساندن دسترسی های غیر مجاز، به پرونده ها، پس از ترخیص بیماران و بایگانی شدن پرونده ها ، سیاست کنترل خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت را در پیش گرفته و با کنترل و نظارت کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، از اجرای صحیح این سیاست اطمینان حاصل می نماید

روش اجرایی :

-خروج پرونده از بایگانی و استفاده از اطلاعات موجود در آن، مطابق دستورالعمل کشوری ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی با کد کشوری الف پ - ۱ - ۹۵/۹- صورت می گیرد (دستورالعمل در دسترس پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت میباشد)
پرونده بالینی اعم از سرپایی، بستری، اورژانس، توسط پرسنل درمانی در دسترس و اختیار افراد غیرمجاز قرار نمیگیرد-
- مسئولین بخشهای بالینی جهت انتقال پرونده بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد نظیر . بیماربر یا خدمات مخصوص هر بخش، استفاده مینمایند و مسئول حفظ و امنیت پرونده در بخش تمامی کارکنان و منشی و سرپرستار مربوطه می باشند

-تبصره: خروج پرونده های بیماران توسط همراهان بیمار از بخشها ممنوع است *

-درخواست کننده پرونده جهت دسترسی به اطلاعات پرونده، با ارائه برگ درخواست پرونده با ذکر نام و نام خانوادگی و امضای درخواست کننده و تأیید ریاست/ مدیریت مرکز، پس از ارجاع به دبیرخانه جهت ثبت شماره به واحد مدیریت اطلاعات سلامت مراجعه مینماید

- متصدی بایگانی هنگام خروج پرونده از بایگانی، کارت خروج پرونده یا کارت جایگزین را با ثبت شماره پرونده خارج شده از . بایگانی، نام بیمار، نام درخواست کننده و تحویل دهنده، تاریخ درخواست، بجای پرونده خارج شده از بایگانی، در محل پرونده قرار میدهد

-

- متصدی بایگانی مشخصات پرونده خارج شده از بایگانی را در دفتر خروج پرونده، ثبت مینماید.
- متصدی بایگانی برگ درخواست پرونده را تا زمان بازگشت پرونده در پوشه مخصوص برگه های درخواست پرونده نگهداری مینماید.
- مسئول بایگانی، بصورت روزانه، بازگشت پرونده های خارج شده از بایگانی را، از بخشهای درخواست کننده، پیگیری مینماید.
- . متصدی بایگانی، بعد از بازگشت پرونده، درخواست کتبی متقاضی را تحویل ایشان مینماید.
- . متصدی بایگانی مشخصات پرونده بازگشت داده شده را، از فهرست دفتر و کارت خروج پرونده، خط میزند.
- متصدی بایگانی کارت خروج پرونده را از محل پرونده در بایگانی خارج و پرونده را جایگزین مینماید.
- هدایت کننده: مسئول فن اوری سلامت و مدارک پزشکی
- منابع :
- مدارک پزشکی ۳،۴،۵بازر حاجوی. انتشارات نشرالکترونیکی و اطلاع رسانی جهان رایانه-تابستان ۱۳۸۱ .
- دستورالعمل کشوری ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی با کد کشوری الف پ -۹/۱-۹۵.
- تجربیات بیمارستانی.

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	تایید کننده :
محمدصادق پاکزاد : مدیر	رضا معتمدی	دکتر رضا فرحبخش
اطلاعات سلامت	مدیر مرکز	رئیس مرکز
مریم امجدی : بهبود کیفیت		

الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس بیمارستان
الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	راننده آمبولانس می بایست به صورت هفتگی اقدام به نظافت کامل کابین راننده و سطوح خارجی آمبولانس نماید.	راننده آمبولانس
۲	بیماربر/خدمات شیفت عصر می بایست حداقل هفته ای یکبار نسبت به نظافت و گندزدایی کابین حمل بیمار آمبولانس به شرح زیر اقدام نماید: الف) استفاده از وسایل حفاظت فردی ب) تخلیه کلیه وسایل و تجهیزات قابل جابه جایی از کابین حمل بیمار (کپسول اکسیژن، جعبه کمک های اولیه) ج) نظافت کامل و رفع کلیه آلودگی ها شامل گردگیری، لکه گیری، تعویض ملحفه، شستشوی کابین، شستشوی سطل زباله و تعویض کیسه زباله، گندزدایی کامل سطوح، ابزار و تجهیزات توسط محلول هیپوکلریت سدیم (وایتکس) ۱۰٪ مطابق دستورالعمل برچسب روی گندزدا د) قرار دادن مجدد کلیه وسایل و ابزار با رعایت شرایط بهداشتی به منظور اجتناب آلودگی مجدد ه) شستشوی کامل دست ها و) تنظیم صورتجلسه نظافت و گندزدایی آمبولانس و تحویل آن به واحد بهداشت محیط	بیماربر/خدمات
۳	در صورت آلودگی لنزهای داخل آمبولانس به خون و سایر مایعات بیولوژیک، تعویض فوری آن توسط بیماربر الزامی است.	بیماربر/خدمات

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی اتاق عمل بیمارستان
الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی اتاق عمل بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی اتاق عمل بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی اتاق عمل

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	لباس کار پرسنل خدمات می بایست منظم، تمیز و دارای شرایط بهداشتی و فاقد چرک و لکه باشد.	خدمات
2	نظافت و Washing اتاق عمل باید به دو صورت روزانه و هفتگی انجام شود	خدمات
۳	نظافت روزانه: پرسنل اتاق عمل در ابتدای هر شیفت کاری قبل از شروع عمل جراحی تمامی سطوح اعم از چراغ های سیالتیک، دستگاه بیهوشی، قفسه وسایل، میکروسکوپ ها، کوتر و... را با محلول های گندزدایی (همانند سایاسپت HI، وایتکس و الكل ۷۰٪)، از بالا به پایین و از محل تمیز به کثیف به اصطلاح الكل کشی کنند.	خدمات بیماربر
۴	پس از اتمام جراحی: ۱. جمع آوری پوشش های روی بیمار با تا زدن لبه های آن روی یکدیگر ۲. اجتناب از انداختن آنها روی زمین و گذاشتن آنها در کیسه پلاستیکی عفونی و برچسب گذاری کیسه ۳. قراردادن قسمت های آلوده به خون و سایر مایعات بدن گان ها و دستکش به طرف داخل ۴. قراردادن تمام وسایل در ظرف مخصوص شستشو ۵. جمع آوری کلیه وسایل، ظروف، لوله ها و محلول ها روی تالی و خروج آنها از اتاق عمل	خدمات بیماربر

	۶. قراردادن سوزن ها و تیغ ها در سفتی باکس و برچسب گذاری و پلمپ کردن ظرف بعد از پر شدن ۲/۳ ظرف ۷. ریختن تمامی ویال های داروی شیمیایی مصرف شده و سایر پسماند های شیمیایی در سطل سفید ۸. گردگیری سطوح صاف با پارچه آغشته به محلول گندزدایی کننده (سایاسپت اچ پی و یا واتکس) (هیپو کلرید سدیم)) ۹. توجه خاص به گردگیری چراغ ها. ۱۰. گندزدایی دستگاه بیهوشی و لوازم ضمیمه آن. ۱۱. شستن سینک های اسکراب، جمع آوری و گندزدایی برس ها، شیرهای آب و ظروف حاوی مواد ضد عفونی کننده دست ها با سایاسپت اچ آی یا وایتکس ۱۰٪ ۱۲. بعد از آخرین عمل جراحی کف اتاق عمل با ماده گندزدای مناسب تمیز می گردد. (توجه: نباید به صورت لایه روی کف باقی بماند) ۱۳. خالی کردن سطل ها و بلافاصله شستشو آنها ۱۴. شستشو و گندزدایی سر تی مخصوص نظافت اتاق عمل شستن دیوارها و توجه ویژه به گوشه و کناره های دیوار به مدت ۴ ساعت از چراغ اشعه UV استفاده شود.	
خدمات	کلیه کفش های استفاده شده در طول روز شسته و ضد عفونی گردند و سپس در محل مناسب خود چیده شوند. تی های مورد استفاده بعد از هر بار استفاده کاملاً شسته و به مدت نیم ساعت در محلول گندزدایی قرار گیرد و سپس آویزان شود؛ از قرار دادن تی های بصورت مرطوب روی زمین اکیداً خودداری شود.	۵
خدمات بیماربر	Washing هفتگی: ۱. صبح هر ۵شنبه انجام شود و در حین شستشو هیچ عملی بجز عمل های اورژانسی انجام نشود. ۲. پرسنل خدماتی اتاق عمل تمامی وسایل و سطوح اعم از قفسه ها، چراغ ها، دستگاه های بیهوشی، میکروسکوپ و ... را با محلول های آماده شده گندزدایی کنند (همانند ردیف ۳) ۳. تاریخ وسایل استریل شده چک شود و در صورت اتمام تاریخ، به CSR جهت استریل مجدد فرستاده شوند (وسایل استریل شده با اتوکلایو (پارچه ای) ۲ هفته می باشد). ۴. تاریخ انقضای نخ ها، سرنگ ها و دیگر وسایل جراحی و بیهوشی کنترل شود.	۶

	۵. کف و دیوار ها به طور کامل شستشو شوند. ۶. تخت جراحی گندزدایی شود. ۷. دستگاه ساکشن گندزدایی، باتل ساکشن شسته و در صورت نیاز فیلتر آن تعویض گردد. ۸. دیوار، درب ها و کف اتاق عمل توسط مسئول اتاق عمل بررسی شود و در صورت نیاز به تعمیر، با هماهنگی بهداشت محیط پیگیری شود. ۹. تاریخ محلول های گندزدایی توسط مسئول بخش کنترل شود.	
خدمات	پرسنل خدمات در صورت ریختن و یا پاشیده شدن خون بر روی سطوح می بایست به شرح زیر اقدام نمایند: - پوشیدن وسایل حفاظت فردی - خون و مواد آلوده توسط دستمال کاغذی و با رعایت احتیاط کامل پاک شود. - محل موردنظر با آب و دترجنت شسته شود. - محل با محلول ۱:۱۰۰ وایتکس گندزدایی گردد. - اگر بیش از ۳۰ سی سی خون ریخته شده باشد: - پوشیدن وسایل حفاظت فردی - خون و مواد آلوده توسط دستمال کاغذی پوشانده شود - ریختن وایتکس ۱۰ درصد روی دستمال و صبر کردن به مدت ده دقیقه - خون توسط یک دستمال به صورت دورانی جمع شود و به عنوان زباله عفونی دفع گردد - محل مورد نظر با آب و دترجنت شسته شود - محل با محلول وایتکس یک درصد گندزدایی گردد	۷
	تهویه اتاق عمل: هیچ گاه از پنکه یا کولر استفاده نشود رطوبت: بهترین رطوبت بین ۵۰-۵۵٪ است دما: مناسب ترین دما یک درجه سردتر از محیط خارج از اتاق عمل می باشد	۸

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدهای بیمارستان
الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدهای بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدهای بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحدها

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	لباس کار پرسنل خدمات می بایست منظم، تمیز و دارای شرایط بهداشتی و فاقد چرک و لکه باشد.	خدمات
۲	پرسنل خدمات بخش جهت نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش به شرح زیر اقدام نمایند: - کف کلیه اتاق های بستری و راهروها می بایست روزانه سه نوبت نظافت (جمع اوری زباله های درشت ، جاروی خشک بدون ایجاد گرد و غبار، تی مرطوب) گردد. - ظروف صابون مایع می بایست پس از خالی شدن کاملاً شسته و پس از خشک شدن، مجدداً پر گردند. - میز غذا می بایست پس از استفاده بلافاصله نظافت گردد. - تخت بیمار می بایست پس از ترخیص بیمار به طور کامل نظافت و گندزدایی شود. - داخل کمد ها می بایست نظافت شده و فاقد هر گونه گرد و خاک و لکه باشد. - پهن کردن روزنامه در داخل کمد ها ممنوع است. - یخچال ها می بایست حداقل هفته ای یکبار بصورت کامل نظافت شوند. - کلیه درز و شکاف هایی که منجر به تجمع حشرات می گردد می بایست بلافاصله پیگیری گردد. - نظافت کلیه ی زوایای غیرقابل دسترس الزامی است. - رعایت دستورالعمل های تفکیک پسماند در مبدأ ضروری است. - حمل پسماند بدون بین ممنوع است.	خدمات

بیماربر	- نظافت می بایست از بالا به پایین و از تمیزترین به کثیف ترین قسمت صورت گیرد. - عمل تی کشیدن باید بصورت زیگزاگی صورت گیرد. - تی ها می بایست پس از اتمام کار بادقت شستشو شوند و به مدت نیم ساعت در محلول ۱:۱۰۰ وایتکس غوطه ور گردد. - تی ها می بایست پس از گندزدایی به منظور خشک شدن از دیوار تی شوی خانه آویزان گردد. - توالت ها می بایست ۳ بار در شبانه روز و در صورت مشاهده آلودگی قابل رؤیت بلافاصله توسط آب و موادشوینده یا آب و محلول سارفوسپت ۱ درصد یا وایتکس ۱درصد نظافت و شستشو گردد و استفاده از جرم گیر هفتگی و بنا به ضرورت کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل پتو، ملحفه و روتختی و ... می بایست به طور مرتب تعویض گردد، به نحوی که همواره سالم، تمیز و فاقد آلودگی باشد.	
خدمات	پرسنل خدمات در صورت ریختن و یا پاشیده شدن خون بر روی سطوح می بایست به شرح زیر اقدام نمایند: - پوشیدن وسایل حفاظت فردی - خون و مواد آلوده توسط دستمال کاغذی و با رعایت احتیاط کامل پاک شود. - محل موردنظر با آب و دترجنت شسته شود. - محل با محلول ۱:۱۰۰ وایتکس گندزدایی گردد. اگر بیش از ۳۰ سی سی خون ریخته شده باشد: - پوشیدن وسایل حفاظت فردی - خون و مواد آلوده توسط دستمال کاغذی پوشانده شود - ریختن وایتکس ۱۰درصد روی دستمال و صبر کردن به مدت ده دقیقه - خون توسط یک دستمال به صورت دورانی جمع شود و به عنوان زباله عفونی دفع گردد - محل مورد نظر با آب و دترجنت شسته شود - محل با محلول وایتکس یک درصد گندزدایی گردد	۳

(پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط
---------------------------------------	--------------------------------------	--

الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی آزمایشگاه بیمارستان
الف - ۱-۶-۱	دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی آزمایشگاه بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی آزمایشگاه بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان دستورالعمل:

نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی آزمایشگاه

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	لباس کار پرسنل خدمات می بایست منظم، تمیز و دارای شرایط بهداشتی و فاقد چرک و لکه باشد.	خدمات
۲	مراحل تمیز کردن و گندزدایی ۱) تمیز کردن اولیه : تمیز کردن مواد اضافی با جارو کشیدن، دستمال کشیدن یا شستشوی اولیه ۲) تمیز کردن اصلی : از بین بردن باقی مواد زائد از طریق استفاده از دترجنت ها ۳) آب کشی : پاک کردن مواد اضافی و مواد دترجنت از روی سطوح ۴) گندزدایی کردن : کشتن باکتری ها ۵) آب کشی نهایی : پاک کردن مواد گندزدا ۶) خشک کردن : از بین بردن تمام رطوبت ها	خدمات
۳	بعد از اتمام کار روزانه و همچنین بعد از وقوع آلودگی باید سطوح کاری با محلول گندزدایی کننده همانند سایسپت اچ پی یا هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰٪ توسط پرسنل خدمات گندزدایی گردد (میزهای اداری و میزها و سکوهای غیر اداری باید دستمال جداگانه داشته باشند).	خدمات
۴	-جهت نظافت کف آزمایشگاه می توان از رقت ۲٪ محلول وایتکس استفاده نمود که این کار هر روز بعد از پایان کار روزانه انجام می گردد.	خدمات

خدمات	یخچال ها، فریزرها، بن ماری، سانتریفیوژ و ... باید به طور مرتب تمیز شده و به طور متناوب منطبق با برنامه زمان بندی که به وسیله مسئول آزمایشگاه تعیین شده گندزدایی گردد. مخصوصا در مواردی که آلودگی مهمی به وجود آید باید فوراً این عمل انجام شود. جهت گندزدایی وسایل قبل از سرویس یا تعمیر آنها در داخل آزمایشگاه و یا قبل از ارسال آنها به خارج از آزمایشگاه می توان از محلول الكل ۷۰٪ استفاده نمود.	۵
خدمات	پرسنل خدمات در صورت ریختن و یا پاشیده شدن خون بر روی سطوح می بایست به شرح زیر اقدام نمایند: - پوشیدن وسایل حفاظت فردی - خون و مواد آلوده توسط دستمال کاغذی و با رعایت احتیاط کامل پاک شود. - محل موردنظر با آب و دترجنت شسته شود. - محل با محلول ۱:۱۰۰ وایتکس گندزدایی گردد. - اگر بیش از ۳۰ سی سی خون ریخته شده باشد: - پوشیدن وسایل حفاظت فردی - خون و مواد آلوده توسط دستمال کاغذی پوشانده شود - ریختن وایتکس ۱۰ درصد روی دستمال و صبر کردن به مدت ده دقیقه - خون توسط یک دستمال به صورت دورانی جمع شود و به عنوان زباله عفونی دفع گردد - محل مورد نظر با آب و دترجنت شسته شود - محل با محلول وایتکس یک درصد گندزدایی گردد	۶
	لبه پنجره ها، قفسه ها، طاقچه ها و .. سه بار در هفته با استفاده از تنظیف های تمیز مرطوب شده به مواد گندزدایی مورد تایید نظافت گردند. دیوارها و چهار چوب پنجره ها طبق برنامه زمان بندی شده مشخص و در صورت وجود گرد و غبار و الودگی قابل رویت بلافاصله نظافت شود.	۷

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۵-۵	دستورالعمل	حفظ زنجیره ی سرد و گرم مواد غذایی در بیمارستان
الف - ۶-۵-۵	دستورالعمل	حفظ زنجیره ی سرد و گرم مواد غذایی در بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	حفظ زنجیره ی سرد و گرم مواد غذایی در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	استفاده از ترالی گرمخانه دار جهت توزیع غذا در بخش ها و برای حفظ درجه حرارت غذا، ترالی غذا باید تا زمان رسیدن به بخش پوشیده باشد	پرسنل اشپزخانه
۲	عرضه غذای گرم و سرد به ترتیب باید در حرارت بیشتر از ۶۳ درجه سانتی گراد و کمتر از ۴ درجه سانتی گراد صورت گیرد	پرسنل اشپزخانه
۳	حداکثر زمان نگه داری مواد فاسد شدنی طبخ شده در خارج از یخچال ۲ ساعت باشد	پرسنل اشپزخانه
۴	در فرایند بسته بندی، نکات بهداشتی باید به دقت رعایت شوند و در کمترین زمان ممکن بسته بندی و عرضه شود برای بسته بندی کردن غذا خصوصا غذاهای گرم باید از ظروف تمیز - و مطابق با ویژگیهای مورد تایید سازمان غذا و دارو، استفاده نمود ظروف مورد استفاده در بسته بندی به نحوی انبارش شود تا از - آلودگی ثانویه در آن جلوگیری گردد	پرسنل اشپزخانه
۵	کنترل تصادفی دمای غذا در بخش ها هنگام توزیع	کارشناس بهداشت محیط

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط / حمیده امینی بابک کارشناس تغذیه	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۴-۲	دستورالعمل	تفکیک در مبدأ پسماند عادی در بیمارستان
الف - ۶-۴-۲	دستورالعمل	تفکیک در مبدأ پسماند عادی در بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	تفکیک در مبدأ پسماند عادی در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

تفکیک در مبدأ پسماند عادی

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	در تمامی اتاق بیماران و راهروها سطل آبی پدالی با پلاستیک مشکی جهت جمع آوری پسماندهای عادی گذاشته شده است.	مسئول بهداشت محیط
	پسماندهای باغبانی پس از جمع آوری در بین مخصوص نخاله های بیمارستانی ریخته می شود و سپس توسط شهرداری جمع آوری می گردد.	خدمات
۲	کارشناس بهداشت محیط پوستر آموزشی در زمینه نحوه رفع پسماند عادی را طراحی نموده و در راهرو بخش ها نصب نموده است.	کارشناس بهداشت محیط
۳	تفکیک زباله بر عهده کلیه کارکنان در بخش ها و قسمت های مختلف مراکز درمانی می باشد.	کارکنان کلیه بخش ها
۴	زباله های عادی درمانگاه ها، محوطه، واحدهای اداری و مدیریتی، بخش ها و سایر نقاط بیمارستان درون سطل های آبی حاوی کیسه زباله مشکی قرار می گیرند.	پرسنل - بیماران
۵	کلیه پرسنل بیمارستان و مخصوصاً کادر درمانی بخش ها اطلاعات لازم در خصوص اهمیت تفکیک زباله را از طریق توزیع پفلت فرا می گیرند.	کارشناس بهداشت محیط
۶	مسئول شیفت باید بر نحوه تفکیک پسماند توسط پرسنل نظارت داشته باشد.	مسئول شیفت هر بخش

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	---------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۴-۳	دستورالعمل	اقدامات احتیاطی در مواجهه با سموم در بیمارستان
الف - ۶-۴-۳	دستورالعمل	اقدامات احتیاطی در مواجهه با سموم در بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	اقدامات احتیاطی در مواجهه با سموم در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

اقدامات احتیاطی در مواجهه با سموم

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	سم پاشی بایستی در زمانی صورت گیرد که هیچ فردی به غیر از فرد سم پاش، سرپرست تیم (کارشناس بهداشت محیط) و مسئول محل مورد نظر، در محل حضور نداشته باشد. سم پاشی به هنگام حضور افراد ساکن یا شاغل در محل ممنوع است.	سرپرست تیم
۲	افراد دارای سابقه حساسیت، سالمندان و ... نباید در محل سم پاشی حضور داشته باشند. وجود این افراد در تیم سم پاشی نیز ممنوع می باشد.	سرپرست تیم
۳	صحبت کردن، خوردن، آشامیدن، سیگار کشیدن و انجام هرگونه فعالیتی غیر از سم پاشی در محل مورد سم پاشی ممنوع است.	سرپرست تیم
۴	عواملی چون جریان باد، تابش نور آفتاب، دما و رطوبت محل بایستی بطور دقیق مورد توجه قرار گیرد.	شرکت
۵	تمام نقاط تعیین شده بایستی به دقت و در حد لازم سم پاشی شود. استفاده بیش از حد از سموم به معنای تضمین اخذ نتیجه مناسب نخواهد بود.	شرکت

شرکت	استفاده از تجهیزات حفاظت فردی مناسب توسط افراد حاضر در محل سمپاشی ضروری است. نوع پوشش و تجهیزات مورد نیاز بر اساس نوع مواد شیمیایی مورد استفاده (مطابق با MSDS مواد خطرناک و با تأیید HSE شرکت کارفرما) تعیین میشود.	۶
شرکت و مسئول بخش	محل‌های سم پاشی شده جهت اطلاع عموم علامت گذاری و دارای تابلوهای هشدار دهنده باشد.	
شرکت	پیمانکار سم پاشی از تحویل هرگونه مواد شیمیایی و سم به افراد متفرقه خودداری نماید	
سرپرست تیم و شرکت	بروز هر گونه حالت غیر طبیعی در افراد حاضر در محل سم پاشی بایستی جدی گرفته شده و فرد باید بلافاصله از محل خارج شود.	
سرپرست تیم	تمام وسایل و تجهیزات آلوده به سم مانند لباسها، دستکش، عینک و ... بایستی از فرد آسیب دیده دور شده و فرد بتواند به راحتی در معرض هوای آزاد قرار گیرد.	
سرپرست تیم	سطوح آلوده شده بدن فرد مصدوم با سم بایستی با آب و صابون فراوان شسته شود.	
سرپرست تیم	خوراندن هر گونه ماده ای به فرد مصدوم از قبیل شیر، آبمیوه و ... بایستی با اطلاع سرپرست تیم باشد، چرا که برخی از این مواد بر اساس نوع سم شرایط فرد را بهبود نبخشیده و حتی ممکن است باعث تشدید آسیب مصدوم گردد.	
سرپرست تیم	پادزهر سموم مورد استفاده برای سم پاشی میبایست در درمانگاه شرکتهای فرعی/تابعه وجود داشته باشد و درمانگاه در جریان زمان و مکان سمپاشی باشد.	
سرپرست تیم	فرد مسموم بایستی پس از انجام اقدامات فوق فوراً به درمانگاه ارجاع شده و کادر درمانی و پزشک درمانگاه در جریان نوع سم مصرفی، دوز آن و نوع پادزهر آن قرار گیرند.	

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۴-۴	دستورالعمل	تفکیک در مبدأ پسماند تیز و برنده در بیمارستان
الف - ۶-۴-۴	دستورالعمل	تفکیک در مبدأ پسماند تیز و برنده در بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	تفکیک در مبدأ پسماند تیز و برنده در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان دستورالعمل:

تفکیک در مبدأ پسماندهای تیز و برنده

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	سفتی باکس ها مطابق با درخواست مسئول بخشها توسط واحد انبار تحویل گردد.	مسئول بخش
2	اجسام تیز و برنده بلافاصله پس از مصرف در سفتی باکس جمع آوری شده و سپس بی خطر شده و به نحوه مطلوب دفع گردند.	پرسنل درمان
3	کلیه پرسنل درمانی و خدماتی پسماندهای تیز و برنده را در سفتی باکس دفع می نمایند.	پرسنل درمان خدمات
4	لازم است به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از آن وسایل ظروف جمع آوری به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات مربوطه قرار گیرد.	مسئول بخش
5	ضروری است ظروف جمع آوری مستحکم غیر قابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم و ابعاد مناسب برخوردار باشند.	مسئول تدارکات
6	پرسنل درمانی از جداسازی نیدل از سرنگ خودداری می نمایند.	پرسنل درمان
7	پرسنل درمانی نیدل را از ست سرم جدا و در سفتی باکس دفع می نمایند. مابقی ست سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود	پرسنل درمان
8	مسئول بخش در صورت عدم نصب سفتی باکس در اتاقهای بستری و تحت نظر، نظارت کافی را به عمل می آورد.	مسئول بخش
9	پسماندهای تیز و برنده اتاقهای بستری و تحت نظر توسط SB های همراه با ترالی های خدمات درمان به اتاق آورده می شود و سپس دفع می گردند.	پرسنل درمان

10	کلیه پرسنل بخش از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عادی، عفونی و شیمیایی - دارویی در سفتی باکس خودداری می نمایند.	پرسنل درمان
11	سرنگ و سر سوزنهای مصرف شده همیشه در سفتی باکس انداخته می شود.	پرسنل درمان
13	برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سوزن در دست هرگز بعد از تزریق به سر سوزن دست نمی زنند و از سرپوش گذاشتن مجدد سوزن اجتناب می کنند.	پرسنل درمان
14	کلیه پرسنل درمانی و خدماتی ملزم به اجرای ضوابط تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا می باشند.	پرسنل درمان پرسنل خدمات
15	سرپرستار /مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا نظارت نماید.	مسئول شیفت
16	اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماندهای تیز و برنده ممنوع است.	پرسنل درمان - خدمات
	به محض پر شدن سه چهارم سفتی باکس درب آنرا بسته و به محل مطمئن قرار می دهند.	خدمات
17	در صورت مخلوط شدن احتمالی سایر پسماندها با پسماندهای تیز و برنده خارج کردن آن ممنوع است.	خدمات
18	پرسنل خدماتی کلیه سفتی باکس ها را بعد از پر شدن ۳/۴ درب آن را بسته و درون کیسه زرد جداگانه قرار داده، برچسب گذاری می نمایند.	خدمات

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	---------------------------------------	---------------------------------------

تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی و دارویی در بیمارستان	دستورالعمل	الف - ۶ - ۴ - ۵
الف - ۶ - ۴ - ۵	دستورالعمل	تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی و دارویی در بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی و دارویی در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان دستورالعمل:

تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی و دارویی

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	پسماندهای دارویی عادی یا بی خطر (تخلیه به شبکه های جمع آوری فاضلاب): سرم های قندی نمکی (سدیم کلراید ۹٪ - دکستروز): در فاضلاب همراه آب تخلیه شوند حتی اگر تاریخ گذشته باشند. سپس باتل خالی وارد سطل های عفونی شوند. داروها ویتامینها، آمینو اسیدها - شربت سرفه - قطره چشمی: می توانند با رقیق سازی وارد فاضلاب شوند و ظروف آن در دارویی دفع شود. جعبه های دارو: که عادی هستند و فقط محافظ ها داروها هستند در سطل عادی دفع شود مکمل های غذایی مایع: در صورت تاریخ گذشته بودن بسته باز شود و با رقیق سازی وارد فاضلاب شود در حجم کمتر از یک لیتر و پک ها داخل سطل عادی قرار گیرد. سرم های وریدی دارای ترکیبات فعال پتاسیم: یا داروهای لیست پر خطر بایستی در کانتینر دارویی قرار داده شود.	پرسنل درمان
۲	پسماندهای دارویی پر خطر: در صورت شکسته بودن ویال و پوکه در سفتی باکسی با مشخصات درب بنفش یا قهوه ای طبق استاندارد WHO و ویال سالم در سطل دارویی تحویل سایت دارویی گردد. در زمینه داروهای سایتو توکسیک کل موارد بکار رفته در دریافت دارو توسط بیماران جزء پسماندهای دارویی محسوب که دارای قوانین خاص خود می باشند و کپسوله کردن آن بر خلاف قوانین می باشد.	پرسنل درمان

	در صورت باقی ماندن دارو داخل سرنگ از تخلیه دارو خود داری گردد و در سفتی باکس مخصوص قرار گیرد لذا سعی گردد از کشیدن بی مورد دارو داخل سرنگ خود داری شود .																						
۳	داروهای بی حسی و بیهوشی : ظرف خالی :داخل سطل دارویی ... ظروف دارای مواد : حتما در داروییها دفع گردد .استنشاقی :لیدو کاین ،مارکاین،ایزو فوران،هالو تان ... تزریقی : لیدو کاین، نستو نال ،کتامین ،پرو پو فل داخل سطل دارویی قرار گیرد... البته قابل ذکر است ویالها در سطل دارویی و پوکه در سفتی باکس		پرسنل درمان																				
۴	واکسن ها و مواد مخدر ... مواد مخدر: که بر اساس حساسیت دارویی پوکه مصرف شده آن نیز تحویل داروخانه می گردد . واکسن های استفاده شده :کلیه ویالها در سطل دارویی و پوکه ها در سفتی باکس دارویی و قابل ذکر است طبق دستورالعمل ۲۰۱۴ سفتی باکس واکسن ها روزانه بایستی تعویض شود پس در سایزهای مناسب تهیه شود . • واکسن پولیو :پوکه • هیپاتیت : ویال • ب ث ژ:ویال • ایمنو گلوبین :آمپول یا ویال		پرسنل درمان																				
پسماندهای دارویی پر خطر <table><tr><td><u>ردیف</u></td><td><u>نام دارو</u></td><td><u>ردیف</u></td><td><u>نام دارو</u></td></tr><tr><td><u>۱</u></td><td><u>کلرید پتاسیم</u></td><td><u>۷</u></td><td><u>آتروپین</u></td></tr><tr><td><u>۲</u></td><td><u>سولفات منیزیم</u></td><td><u>۸</u></td><td><u>اپی نفرین</u></td></tr><tr><td><u>۳</u></td><td><u>بیکربنات سدیم</u></td><td><u>۹</u></td><td><u>هیپارین سدیم</u></td></tr><tr><td><u>۴</u></td><td><u>گلوکونات کلسیم</u></td><td><u>۱۰</u></td><td><u>رتپلاز</u></td></tr></table>				<u>ردیف</u>	<u>نام دارو</u>	<u>ردیف</u>	<u>نام دارو</u>	<u>۱</u>	<u>کلرید پتاسیم</u>	<u>۷</u>	<u>آتروپین</u>	<u>۲</u>	<u>سولفات منیزیم</u>	<u>۸</u>	<u>اپی نفرین</u>	<u>۳</u>	<u>بیکربنات سدیم</u>	<u>۹</u>	<u>هیپارین سدیم</u>	<u>۴</u>	<u>گلوکونات کلسیم</u>	<u>۱۰</u>	<u>رتپلاز</u>
<u>ردیف</u>	<u>نام دارو</u>	<u>ردیف</u>	<u>نام دارو</u>																				
<u>۱</u>	<u>کلرید پتاسیم</u>	<u>۷</u>	<u>آتروپین</u>																				
<u>۲</u>	<u>سولفات منیزیم</u>	<u>۸</u>	<u>اپی نفرین</u>																				
<u>۳</u>	<u>بیکربنات سدیم</u>	<u>۹</u>	<u>هیپارین سدیم</u>																				
<u>۴</u>	<u>گلوکونات کلسیم</u>	<u>۱۰</u>	<u>رتپلاز</u>																				

هالوپریدول	۱۱	هایپرسالین	۵
پروپرانولول	۱۲	لیدوکائین	۶
پرسنل درمان پرسنل خدمات تاسیسات	پسماندهای شیمیایی سمی: مانند فلزات سنگین، فنل، سیانیدها و سدیم آزاید پسماندهای شیمیایی: شامل انواع مواد و معرفهای آزمایشگاهی، کیت‌های تشخیصی، مواد ضد عفونی کننده، مواد خورنده و سوزاننده، مواد آتش زا، سمی، سرطان زا، واکنش زا، قابل انفجار و غیره می باشد. پسماندهای شیمیایی واکنش دهنده: مانند سولفات ها و پراکسیدها که آماده ایجاد واکنش با آب می باشند پسماندهای شیمیایی خورنده: مانند اسیدها با PH کمتر از ۲ و بازها با PH بیش از ۱۲: اسید هیدروکلریک HCL- اسید نیتریک HNO3- هیدرواکسید سدیم NaOH پسماندهای شیمیایی قابل احتراق: مانند الکل، استون پسماندهای شیمیایی قابل انفجار: مانند موادی که در شرایط عادی باثبات نمی باشند مانند اتر پسماندهای شیمیایی سرطان زا: که خواص موتاژن و سرطان زا دارند: مانند فرمالدئید، بنزن، اتیديوم بروماید		
پرسنل خدمات	فرمالین: بایستی به ۱۰٪ تبدیل شود سپس جزء پسماندهای بی خطر است و می تواند در فاضلاب تخلیه شود و در صورتی که دارای غلظت بیش از ۱۰٪ باشد بایستی توسط مواد پاک کننده یا دتول به ده درصد رسیده و سپس در فاضلابرو تخلیه گردد.		
پرسنل درمان	ژل الکی یا دستی: در صورت وجود ترکیب سیلو کسان ها بایستی در پسماند دارویی قرار گیرد در غیر این صورت دفع عادی صورت گیرد.		
پرسنل خدمات	ترمومتر جیوه ای: داخل سفتی باکس جدا یا جعبه دربار طبق دستورالعمل پیوست شده جمع اوری شود و بعنوان پسماند شیمیایی تحویل جایگاه گردد		
پرسنل خدمات تاسیسات	لامپ های کم مصرف شکسته و مهتابیهای قدیمی شکسته: لامپ ها و مهتابیهای سوخته توسط تاسیسات در جعبه های خود جمع آوری و بهنوان پسماند شیمیایی تحویل جایگاه گردد. باتریها نیز جزء فلزات سنگین بوده و در سطل شیمیایی جمع اوری گردد.		

پرسنل خدمات تاسیسات	در صورتی که لامپ و ترمومتر جیوه ای قابل استفاده نباشند باید آن را داخل جعبه اولیه سالم قراردادده و سپس داخل یک یا دو کیسه پلاستیکی مقاوم قراردادده شود و پس از بستن درب آن جزء پسماند شیمیایی جمع اوری گردد .	
پرسنل خدمات تاسیسات پرسنل درمان	در مواقعی که لامپ های کم مصرف و ترمومتر جیوه ای می شکنند... • باید مراقب بود تا بدون هیچ گونه اثر سوئی بقایای این لامپ ها جمع اوری و دفع شود، بنابراین به افراد توصیه می شود که : • از اتاقی که لامپ و ترمومتر جیوه ای در داخل آن شکسته است خارج شوند و مواظب باشند که بر روی قطعات شکسته لامپ پا نگذارند. • قبل از پاکسازی اتاق به مدت ۱۵ دقیقه پنجره ها را باز بگذارید تا بخارات جیوه از اتاق خارج شود و در صورتی که اتاق دارای سیستم تهویه مرکزی است آن را خاموش کنید. • به هیچ وجه از جاروبرقی برای تمیز کردن بقایای لامپ یا ترمومتر شکسته استفاده نکنید چون بخارات جیوه را در فضا پخش می کند و جارو نیز آلوده می شود. • جیوه، شیشه های الوده به جیوه و همه اقلامی که به جیوه الوده شده اند را در ظرف پلاستیکی ریخته و روی آن اب بریزید. سپس به واحد بهداشت محیط تحویل دهید.	
پرسنل خدمات	مواد گندزدا: در صورت تاریخ گذشته بودن می توان جهت شستشو و تمیز کردن توالت استفاده گردد در صورت اتمام مواد گندزدا ظروف آن کاملاً آبکشی شود و در سطل عادی قرار گیرد یا بازیافت شود. در زمینه موادی که دارای پایه پراکسید هستند حتما جزء پسماندهای شیمیایی جمع اوری شود .	
پرسنل خدمات تاسیسات پرسنل درمان	در کلیه ی قسمت های درمانی و بخش های تولید کننده پسماندهای شیمیایی و دارویی سطل های سفید رنگ به همراه کیسه های سفید رنگ موجود می باشد.	

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	---------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۴-۳	دستورالعمل	تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی در بیمارستان
الف - ۶-۴-۳	دستورالعمل	تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی در بیمارستان
کد دستورالعمل : M.H.I	تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۲/۲/۲
	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۰۱/۲۳

الف) عنوان دستورالعمل:

تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
1	کلیه پرسنل درمانی و خدماتی با شرکت در کلاس های آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط برگزار می گردد یا از طریق پمفلت اهمیت تفکیک زباله با نحوه تشخیص ، جداسازی و تفکیک پسماندهای عفونی و نقش آن در کنترل عفونت های بیمارستانی آشنا می شوند.	کارشناس بهداشت محیط مسئول آموزش
۲	سطل های پدال دار زرد رنگ مخصوص تفکیک پسماندهای عفونی در همه بخش ها موجود بوده و در صورت نیاز توسط تدارکات خریداری می گردد.	مسئول بخش تدارکات
۳	بر چسب مخصوص تفکیک پسماند عفونی از سوی کارشناس بهداشت محیط تهیه، چاپ و در اختیار بخش ها قرار می گیرد.	کارشناس بهداشت محیط
	روی مخازن زرد رنگ آرم عفونی ثبت می گردد.	کارشناس بهداشت محیط
۳	قرار دادن سطل های زرد در اتاق های بستری به جز بخش های دیالیز، اورژانس، اتاق عمل ، اتاق های ایزوله، آزمایشگاه ممنوع می باشد.	مسئول بخش
۴	کلیه پرسنل درمانی و خدماتی پسماندهای عفونی را در سطل های زرد رنگ حاوی پلاستیک های زرد رنگ مقاوم مخصوص پسماند عفونی دفع می نمایند.	مسئول شیفت
۵	کلیه پرسنل بخش از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عادی، تیزوبرنده و شیمیایی-دارویی در سطل مخصوص پسماند عفونی خوداری می نمایند.	مسئول شیفت

مسئول شیفت	کلیه پرسنل درمانی و خدماتی ملزم به اجرای ضوابط تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا می باشند.	۶
سرپرستار/مسئول شیفت	سرپرستار/مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا نظارت می نماید.	۷
بیماربر	محتوای سرم که کاملاً استفاده نشده و یا تاریخ آن منقضی شده است در فاضلاب تخلیه و باتل سرم در پسماندهای عفونی قرار می گیرد.	
بیماربر	موارد عفونی مانند سوند که دارای ترشحات بیمار است ابتدا به طریق بهداشتی و با داشتن وسایل حفاظت فردی، درون چاه فاضلاب تخلیه نموده سپس درون سطل زرد قرار می گیرند.	
کارشناس بهداشت محیط	کارشناس بهداشت محیط در بازدیدهای خود از بخش ها، نحوه تفکیک پسماندهای عفونی را ارزیابی نموده ، و نواقص موجود گزارش می نماید.	
خدمات	پسماندهای عفونی قبل از خروج از بخش توسط پرسنل خدمات برچسب گذاری گردیده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج می گردد.	
مسئول شیفت	اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماندهای عفونی ممنوع می باشد.	
مسئول شیفت	در صورت مخلوط شدن پسماند عادی با پسماند عفونی خارج کردن آن ممنوع می باشد.	

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	---------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۴-۷	دستورالعمل	جمع آوری و نگه داری موقت انواع پسماند درون بخش ها
الف - ۶-۴-۷	دستورالعمل	جمع آوری و نگه داری موقت انواع پسماند درون بخش ها
کد دستورالعمل: M.H.I	جمع آوری و نگه داری موقت انواع پسماند درون بخشها	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان دستورالعمل:

جمع آوری و نگه داری موقت انواع پسماند درون بخش ها

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	پرسنل خدمات روزانه و در صورت لزوم چندبار در روز (پر شدن ۳/۴ سطل) کلیه پسماندها را جمع آوری و به بین های مخصوص نگهداری موقت پسماند انتقال می دهند.	پرسنل خدمات
۲	پرسنل خدمات روزانه و در صورت لزوم چندبار در روز (پر شدن ۳/۴) کلیه SB را جمع آوری و به بین مخصوص نگهداری موقت پسماند در بخش انتقال می دهند.	پرسنل خدمات
۳	کیسه های پسماند گره زده شوند و بستن آن ها با منگنه و یا سایر ابزار سوراخ کننده ممنوع می باشد.	پرسنل خدمات
۴	جمع آوری پسماندها به گونه ای می باشد که امکان هیچ گونه نشت و سوراخ و پاره شدن وجود ندارد.	پرسنل خدمات
۵	پرسنل واحد خدمات به جای کیسه های مصرف شده بلافاصله کیسه پسماند از همان نوع قرار می دهند.	پرسنل خدمات
۶	کلیه پسماندهای پزشکی و غیره توسط پرسنل خدمات برچسب گذاری و اطلاعات موردنیاز برچسب درج می گردد.	پرسنل خدمات
۷	برچسب گذاری به نحوی صورت می گیرد که با آسانی قابل جدا شدن و یا پاک شدن نمی باشد.	پرسنل خدمات
۸	کیسه های پسماند به هیچ گونه فشرده و متراکم نمی گردد.	پرسنل خدمات

پرسنل خدمات	پرسنل خدمات سطل های پسماند را در پایان هر شیفت شستشو و گندزدایی می نمایند.	۹
-------------	--	---

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز	تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط
---------------------------------------	---------------------------------------	---

الف - ۶-۴-۸	دستورالعمل	روش های مجاز دفع بهداشتی پسماند
روش های مجاز دفع بهداشتی پسماند	دستورالعمل	الف - ۶-۴-۸
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	روش های مجاز دفع بهداشتی پسماند	کد دستورالعمل: M.H.I
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	شماره ویرایش: ۱۰	

الف) عنوان دستورالعمل:

روش های مجاز دفع بهداشتی پسماند

ب) گامهای انجام کار:

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	مواد زائد جامد معمولی یا شبه خانگی: همراه مواد زائد جامد خانگی از طریق سیستم عمومی بطور روزانه توسط سازمان (شهرداری) مربوطه به محل دفع زباله های شهری انتقال و دفع گردد	شهرداری
۲	پسماندهای عفونی توسط اتوکلاو بی خطر شده سپس همانند پسماند خانگی در ترانشه های جداگانه دفن می گردند.	اپراتور دستگاه
۳	پسماند های نوک تیز و برنده: که در ظرف های مخصوص (سفتی باکس) جمع آوری شده همراه با پسماندهای عفونی توسط اتوکلاو بی خطر شده سپس همانند پسماند خانگی در ترانشه های جداگانه دفن می گردند.	اپراتور دستگاه
۴	پسماندهای شیمیایی در گالن های ۴۰-۵۰ لیتری کپسوله شده سپس به محل لندفیل ها انتقال داده میشوند	خدمات شرکت
۵	اعضا و اندام قطع شده به آرامستان حمل شده و به روش خاص و شرعی خود دفن میشوند	سرپرست بخش مربوطه

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل:

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۴-۷	دستورالعمل	کنترل ظروف نگهداری وانتقال پسماندها
الف - ۶-۴-۷	دستورالعمل	کنترل ظروف نگهداری وانتقال پسماندها
کد دستورالعمل: M.H.I	کنترل ظروف نگهداری وانتقال پسماندها	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

کنترل ظروف نگهداری وانتقال پسماندها

ب) گامهای انجام کار:

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	در بخش ها ضرورت دارد که بر حسب مورد از ظروف مجزا برای جمع آوری مواد زاید جامد استفاده شود که برای زباله های خانگی یا معمولی از کیسه زباله مقاوم مشکی و سطل آبی رنگ ، برای زباله های عفونی از کیسه زباله مقاوم زرد با سطل زرد رنگ و برای زباله های تیز و برنده از سفتی باکس ، زباله های شیمیایی از کیسه مقاوم سفید و سطل سفید استفاده می شود و در صورت عدم وجود کیسه زباله مقاوم از دو کیسه هم رنگ داخل یکدیگر استفاده می شود و به طریق بهداشتی حمل و دفع می گردد.	مسئول بخش
۲	کلیه سطل های زباله (آبی ، زرد و سفید) پدال دار ، درب دار و قابل شست و شو می باشند	مسئول بخش
۳	گاری حمل پسماند درون بخش ها از گاری حمل تا اتاقک نگهداری موقت جداگانه می باشد.	خدمات
۴	سطل های زباله و گاری انتقال پسماند بصورت روتین شست و شو و با محلول ضد عفونی کننده ، ضد عفونی می شوند.	خدمات
۵	کیسه های پلاستیکی حداقل دارای ویژگیهای زیر می باشند : برای جمع آوری و نگهداری پسماندهای غیر از پسماندهای تیز و برنده	پرسنل درمان - خدمات

	استفاده می شود . بیش از ۲/۳ ظرفیت پر نمی شوند تا بتوان درب آنها را به خوبی بست . با منگنه یا روشهای سوراخ کننده دیگر بسته نشوند.	
خدمات- پرسنل درمان	پسماندهای نوک تیز و برنده در ظروف ایمن (BOX SAFETY) جمع آوری و نگهداری می شود. که این ظروف دارای ویژگیهای زیر می باشند : به آسانی سوراخ یا پاره نشوند . بتوان به آسانی درب آنها بست و مهر موم کرد . دهانه ظرف باید به اندازه ای باشد که بتوان پسماندها را بدون اعمال فشار دست در ظرف انداخت و در خارج کردن آنها از ظرف ممکن نباشد . دیواره های ظرف نفوذ ناپذیر باشد و سیالات نتوانند از آن خارج شوند . پس از بستن درب از عدم خروج مواد از آن اطمینان حاصل می شود .. حمل و نقل ظرف آسان و راحت می باشد.	۶
خدمات	ظروف با دیواره های سخت حداقل دارای ویژگیهای زیر می باشد : در برابر نشت ، ضربه های معمولی و شکستگی و خوردگی مقاوم می باشد . پس از هربار استفاده بررسی و کنترل می شود تا از تمیز بودن و سالم بودن و عدم نشت اطمینان حاصل شود . ظروف معیوب مورد استفاده مجدد قرار نمی گیرند.	
پرسنل درمان- خدمات	مایعات ، محصولات خونی و سیالات بدن در کیسه های پلاستیکی ریخته و حمل می شود.	
تدارکات	جنس ظروف نگهداری پسماند با روش تصفیه یا امحاء سازگاری دارند.	
خدمات	کیسه ها یا ظروف حاوی پسماند برچسب گذاری می شود.	

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده:	تایید کننده : رضا معتمدی	تصویب کننده: دکتر فرحبخش
فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	مدیر مرکز	رئیس مرکز

الف - ۶ - ۴ - ۱۲	دستورالعمل	نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند
الف - ۶ - ۴ - ۱۲	دستورالعمل	نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند
کد دستورالعمل: M.H.I	نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند

ب) گامهای انجام کار:

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	جهت بی خطر سازی پسماندهای عفونی تیز و برنده ، دستگاههای غیرسوز بی خطر ساز پسماند با مکانیسم های مختلف وجود دارد که با توجه به تجارب سالهای اخیر ، استفاده از دستگاههای غیرسوز بی خطر ساز با مکانیسم بخار ، حرارتی مرطوب مناسب تر می باشد .	بیمارستان
۲	انتخاب ظرفیت دستگاه موردنظر براساس میزان پسماندهای تولیدی صورت میگیرد .	بیمارستان
۳	مسئولیت فنی دستگاه بی خطر ساز از نظر نظارت بر عملکرد و کالیبراسیون بر عهده مسئول واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان می باشد .	مسئول تجهیزات پزشکی
۴	دستگاههای غیرسوز بی خطر ساز مورد استفاده باید شاخص هایی برای نمایش عملکرد سیستم بی خطر ساز داشته باشد . در برنامه آزمایش های دوره ای بررسی عملکرد دستگاه ارائه شود . استفاده از شاخص بیولوژیک باسیلوس استئاروترموفیلوس حداقل ماهی یکبار ضروری است تا از صحت عملیات سترون سازی اطمینان حاصل شود استفاده از شاخص شیمیایی (تست کلاس ۶) برسا هر دوره کاری یا سیکل کخ سترون می شوند ضروری است تا نشان دهد شرایط کاملاً سترون سازی ایجاد شده است ..	کارشناس بهداشت محیط
۵	کلیه پسماندهای عفونی و تیز و برنده قبل از بی خطر سازی توزین می شود و آمار در دفاتر مخصوص نگهداری می شود .	اپراتور دستگاه

خدمات	زباله های عفونی در کمترین زمان و فاصله از محل تولید و با کمترین جابجایی ضد عفونی شده و تبدیل به زباله های عادی می شود .	۶
پیمانکار	دستگاه امحاء زباله آلودگی صوتی و عفونی در داخل بیمارستان ایجاد نمی کند .	۷
پیمانکار	چنانچه دستگاه بی خطرساز خراب شود ظرف مدت ۴۸ ساعت نسبت به تعمیر و راه اندازی دستگاه اقدام می شود .	۸
اپراتور	اپراتور دستگاه دوره دیده می باشد و در تمامی زمان امحاء نکات ایمنی را رعایت می کند	۹
	دستگاه امحا زباله حداقل بوی آزاردهنده را دارد .	۱۰
	دستگاه موجب نشت شیرابه نمی گردد .	۱۱
	دستگاه در حین فرآیند بی خطر سازی مواد سمی و آلاینده تولید می نماید .	۱۲
	خروجی دستگاه برای انسان و محیط زیست بی خطر می باشد .	۱۳
	دستگاه تمامی زباله هایی که طبق قانون مدیریت پسماندهای پزشکی و تیز و برنده می باشند را بی خطر می سازد.	۱۴

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده : رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	---------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶-۵-۲	دستورالعمل	احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها و ملحفه های کثیف
الف - ۶-۵-۲	دستورالعمل	احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها و ملحفه های کثیف
کد دستورالعمل: M.H.I	احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها و ملحفه های کثیف	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها و ملحفه های کثیف

ب) گامهای انجام کار:

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	قبل از شستشو البسه در ماشین لباسشویی باید کلیه البسه بررسی شوند که در آنها جسم تیز و برنده باقی نماند. وجود سفتی باکس در رختشویخانه برای دفع اجسام تیز و برنده ضرورت دارد.	پرسنل بیماربر و رختشویخانه
۲	پرسنل رختشویخانه برای جلوگیری از نیدل استیک شدن باید از وسایل حفاظت فردی شامل ماسک، گان و دستکش استفاده نمایند و احتیاطات لازم را هنگام شستشو البسه انجام دهند.	پرسنل رختشویخانه
۳	کلیه پرسنل رختشویخانه باید مراحل واکسیناسیون (هپاتیت b) را انجام دهند.	پرسنل رختشویخانه
۴	به هنگام تحویل دادن لنز از عدم باقی ماندن وسایلی مانند سوزن، اشیای نوک تیز و برنده و در داخل ملحفه ها اطمینان حاصل شود چرا که در غیر این صورت خطر انتقال عفونت های منتقله از راه خون مانند هپاتیت b و ایدز برای پرسنل رختشویخانه وجود خواهد داشت.	پرسنل بیماربر
۵	در صورت نیدل استیک شدن در اسرع وقت به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع رسانی می شود.	پرسنل بیماربر و رختشویخانه
۶	لنژها می بایست بدون شتابزدگی و حداقل بهم خوردگی جمع آوری شوند.	پرسنل بیماربر

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

شست و شوی انواع البسه	دستورالعمل	الف - ۶-۵-۴
الف - ۶-۵-۴	دستورالعمل	شستشو انواع البسه
کد دستورالعمل: M.H.I	شستشو انواع البسه	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان دستورالعمل:

شستشو انواع البسه

ب) گامهای انجام کار:

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	فرایند شستشو اقلام پارچه ای باید حداقل شامل حذف ویروس های پوشش دار و باکتریها یرویشی از روی آنها باشد. در بعضی مواقع لازم است حتی اسپور باکتری حذف شود	پرسنل رختشویخانه
۲	ملافه الوده به خون و ترشحات بیمار باید جدا از سایر ملافه ها شستشو شود	پرسنل رختشویخانه
۳	ملافه الوده به خون و ترشحات بیمار ابتدا با آب سرد و سپس با آب داغ در حدود ۷۰ درجه سانتی گراد و شوینده مناسب آب داغ شستشو شود. (در صورت عدم اطمینان از دمای آب، از ماده گندزدا هم استفاده شود)	پرسنل رختشویخانه
۴	ملافه الوده به خون و ترشحات بیمار در دمای حدود ۹۳ درجه سانتی گراد خشک شود	پرسنل رختشویخانه
۵	حمل و نقل و شستشو البسه الوده به خون، فقط توسط کارکنان آموزش دیده انجام شود	پرسنل رختشویخانه
۶	البسه کثیف غیر عفونی با آب با دمای بیشتر از ۵۰ درجه سانتی گراد به مدت حداقل ۱۰ دقیقه برای از بین بردن عامل گال ضروری است	پرسنل رختشویخانه

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
--	--------------------------------------	---------------------------------------

دستورالعمل سالم سازی میوه و سبزیجات	دستورالعمل	الف - ۶-۲-۴
دستورالعمل سالم سازی میوه و سبزیجات	دستورالعمل	الف - ۶-۲-۴
دستورالعمل سالم سازی میوه و سبزیجات	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	کد دستورالعمل: M.H.I
شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان دستورالعمل:

دستورالعمل سالم سازی میوه و سبزیجات

ب) گامهای انجام کار:

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	شستشو: ابتدا میوه و سبزیجات را به خوبی پاک کرده و شستو دهید تا مواد زائد و گل و لای آن برطرف شود	پرسنل آشپزخانه
۲	انگل زدایی: در یک ظرف ۵ لیتری به ازای هر لیتر آب، ۳ تا ۵ قطره مایع ظرف شویی بریزید سپس میوه و سبزیجات را داخل کفاب قرار دهید و بعد از ۵ دقیقه شستشو دهید تا مایع ظرفشویی باقی مانده و تخم انگل ها از آنها جدا شود	پرسنل آشپزخانه
۳	گندجهت گندزدایی یک گرم (نصف قاشق چای خوری) پودر پرکلرین ۷۰ درصد را در ظرف ۵ لیتری پر از آب ریخته تا محلول گندزدایی بدست آید. سپس سبزیجات شسته شده را در این محلول قرار دهید تا میکروب های آن نابود شوند. (بجای پودر پرکلرین میتوان از محلول های گندزدایی میوه و سبزیجات مجاز طبق دستورالعمل مندرج بر روی بسته بندی استفاده کرد.	پرسنل آشپزخانه
۴	سپس میوه و سبزیجات گندزدایی شده را با آب سالم شستشو دهید تا کلر یا ماده گندزدایی اضافی آن جدا شود	پرسنل آشپزخانه

پ) مشخصات عمومی دستورالعمل:

تدوین کننده: فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	تایید کننده: رضا معتمدی مدیر مرکز	تصویب کننده: دکتر فرحبخش رئیس مرکز
---	--------------------------------------	---------------------------------------

الف - ۶ - ۱ - ۸	دستورالعمل	پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان	
الف - ۶ - ۱ - ۸	دستورالعمل	پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان	
کد دستورالعمل: M.H.I	پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	
	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

الف) عنوان روش اجرایی مدون:

پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان

ج) شیوه انجام کار :

ردیف	عناوین مراحل انجام کار	مسئول انجام کار	زمان انجام کار	مکان
۱	در قراردادهایی که با پیمانکاران وبه صورت برون سپاری انجام می پذیرد، بندی درخصوص جمع آوری و دفع نخاله ها وسایر پسماندهای تولیدی پس از اتمام کار ذکرشده و اجرای آن به پیمانکارسپرده می شود.	پیمانکار	بعد از قرارداد	بیمارستان
۲	مسئولین ساخت و ساز ترجیحا ازموادی که نخاله کمتری تولید می کننداستفاده می نمایند.	پیمانکار	در حین ساخت و ساز	بیمارستان
۳	مسئول انجام ساخت وساز به روش مناسب محل ساخت وساز و یا تعمیرات را از سایرقسمت ها جداسازی می نماید.	مسئول انجام ساخت وساز	در حین ساخت و ساز	بیمارستان
۴	مسئول انجام ساخت وساز با هماهنگی مسئول بهداشت محیط روش های مناسب جهت	مسئول انجام ساخت وساز	در حین ساخت و ساز	بیمارستان

			جلوگیری از انتشار گرد و خاک را اعمال می نماید.	
بیمارستان	در پایان کار	مسئول خدمات- پیمانکاران	در پایان کار پیمانکاران؛ مسئول خدمات بیمارستان؛ کنترل و نظارت لازم جهت جمع آوری صحیح نخاله ها و باقی مانده های ساخت و ساز را توسط پیمانکاران انجام می دهد.	۵
بیمارستان	در پایان کار	مسئول خدمات	در صورتی که ساخت و سازها توسط بیمارستان صورت گیرد، مسئول خدمات باید هماهنگی های لازم را در خصوص خروج نخاله های ساختمانی و پسماندهای مربوطه به عمل آورد.	۶
بیمارستان	در پایان کار	مسئول خدمات	مسئول خدمات از باقی ماندن نخاله ها به مدت طولانی در محوطه و یا بخش ها جلوگیری می نماید.	۷
بیمارستان	پایان کار	پرسنل خدماتی	پرسنل خدماتی در پایان کار به نظافت نهایی محوطه و یا بخش مورد تعمیر می پردازند.	۸
بیمارستان	پایان کار	تاسیسات	در ساخت و سازها و تعمیرات مربوط به واحد تاسیسات، پرسنل واحد مذکور ملزم به جمع آوری ضایعات و پسماندهای تولیدی مربوطه می باشد.	۹
کمیته بهداشت محیط	در حین ساخت و ساز و پایان کار	مسئول بهداشت محیط	مسئول بهداشت محیط بر کلیه فعالیت ها نظارت نموده و نواقص را در کمیته بهداشت محیط گزارش می نماید.	۱۰

چ) مشخصات عمومی روش اجرایی مدون :

تدوین کننده :	تایید کننده : رضا معتمدی	تصویب کننده: دکتر فرحبخش
فاطمه باتوته کارشناس بهداشت محیط	مدیر مرکز	ریاست مرکز

استفاده صحیح از مهار شیمیایی	خط مشی و روش	ب- ۱-۳-۶
عنوان روش اجرایی : استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی دامنه : کلیه بخش های درمان بالینی ویرایش : دهم	کد خط مشی و روش : MH P تاریخ آخرین بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۳ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲	

تعاریف:

هدف : جلوگیری از ضربه بیمار به خود و دیگران و حفظ ایمنی

شیوه انجام کار:

شرایط استفاده از مهار شیمیایی در این بیمارستان به شرح ذیل می باشد:

۱- پرستار / پزشک با ارزیابی بیمار، بیماران نیازمند به مهار شیمیایی را مشخص می نمایند. بیمارانی که (رفتارهای تهاجمی؛ رفتارهای خطرناک برای بیماران دیگر، رفتار خودتخریبی، رفتار فیزیکی یا کلامی تهدیدکننده یا سابقه پرخاشگری و تهاجم، مسمومیت با الکل، داروهای همراه با کنترل ضعف یا فقدان کنترل رفتارها، رفتارهایی همراه با کنترل ضعیف و سابقه تهاجم و رفتارهای خود آسیب رسانی همراه با کنترل ضعیف، خواست خود بیمار) را دارا هستند.

۲- پزشک معالج موظف است در برگه دستورات پزشک نوع مهارشیمیایی و مدت زمان اجرایی شدن مهار شیمیایی را به شکل شروع و پایان مدت زمان مشخص نماید.

۳- پرستار مهار شیمیایی بیمار را باید طبق دستور زمانی و نوع مهار شیمیایی که پزشک دستور داده است به انجام رساند.

۴- پرستار در صورت نیاز بیمار به مهارشیمیایی مجدد، به پزشک اطلاع دهد و پس از بررسی مجدد بیمار دستورات مهارشیمیایی مجدد توسط ایشان نوشته شود.

۵- پرستار نحوه کنترل بیمار در دستورات مهار شیمیایی- مدت زمان (شروع-پایان) و واکنش های بیمار نسبت به آن را در برگه گزارش پرستاری ثبت می نماید.

۶- پرستار از گرفتن دستورات شفاهی جهت اجرایی شدن مهار شیمیایی برای بیمارانی که اندیکاسیون آن در بالا ذکر شد حتی الامکان خودداری نماید.

۷- پرستار موظف است در شرایط اورژانسی و بحرانی دستور شفاهی یا کتبی را در طی ۱ ساعت اول دریافت نماید.

۸- پرستار کنترل علائم حیاتی/ نیازهای تغذیه ای/ نیازهای اجابت/ نیازهای بهداشتی بیمارانی که تحت مهار شیمیایی قرار گرفته اند را ارزیابی کرده و موظف به برطرف کردن آنها با هماهنگی با پرسنل مربوطه (کارشناس تغذیه-خدمات) به انجام می رساند.

مسئولیت ها و اختیارات : مسئولیت تعیین نوع مهار شیمیایی و مدت زمان اجرای آن با پزشک معالج است و پرستار اجراکننده دستورات پزشک و اطلاع رسان وضعیت پاسخ بیمار به مهار شیمیایی به پزشک است .		
امکانات و تسهیلات : در دسترس بودن داروهای مورد نیاز جهت اجرای دستور پزشک ، پرستار و نگهبان و بیماربر		
منابع : استانداردهای خدمات پرستاری		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده :
هاجر مسلمی / سرپرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان
فرحناز زمانی / پرستار		
زهره حسن شاهی / پرستار		
زهرا عباس آبادی / پرستار		
زینب شمسی / پرستار		

استفاده از مهار فیزیکی	خط مشی و روش	ب- ۱-۳-۷
عنوان روش اجرایی : استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی دامنه : کلیه بخش های درمان بالینی ویرایش : دهم	کد خط مشی و روش : MHP تاریخ آخرین بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۳ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲	

تعاریف:

هدف : جلوگیری از ضربه بیمار به خود و دیگران و حفظ ایمنی بیمار

شیوه انجام کار:

- ۱- پرستار بیمار را ارزیابی نموده و علت بی قراری وی را به پزشک معالج گزارش می نماید.
- ۲- پزشک معالج به علت مشاهده یا گزارش موارد زیر دستور استفاده از مهار فیزیکی را برای بیمار صادر می نماید:
رفتار تهاجمی - رفتارهای خطرناک برای بیمار و دیگران - رفتارهای خودتخریبی و تهاجم - مسمومیت با الکل یا داروها- کنترل ضعیف با فقدان کنترل رفتارها (دلیریوم) - رفتارهای خودآسیب رسان همراه با کنترل ضعیف - خواست خود بیمار.
- ۳- پزشک معالج باید در پرونده بیمار دستور کتبی مهار فیزیکی و تاریخ و مدت زمان مهار را ثبت نماید در شرایط اورژانسی یا بحرانی در صورت دستور شفاهی بایستی پرستار طبق خط مشی دستورات شفاهی را در پرونده ثبت نموده و در اسرع وقت دستور کتبی را از پزشک بگیرد.
- ۴- پزشک معالج دستور مهار فیزیکی را به مدت بسیار محدود و بر اساس دستورالعمل زیر صادر می نماید.
(بالغین حداکثر ۴ ساعت - نوجوانان ۹ تا ۱۷ سال حداکثر ۲ ساعت- کودکان زیر ۹ سال حداکثر یک ساعت)
- ۵- پرستار بیمار بی قرار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده و در صورت وجود صدمات حاد به پزشک اطلاع رسانی کرده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- ۶- پرستار باید کنترل نماید نرده کنار تخت بیمار بالا باشد.
- ۷- پرستار وسایل لازم جهت مهار فیزیکی را آماده می نماید (نوارهای پددار قابل انعطاف- دستبند پددار- شکم بند پددار- باند- پنبه و...)

۸- پرستار باید دقت نماید راستای طبیعی بدن بیمار در طول مدت مهار حفظ شود و شانه ها در وضعیت مناسب قرار گیرد.

۹- پرستار کنترل می نماید که وسایل مهار فیزیکی به شکلی بسته شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد

۱۰- پرستار پس از بستن عضو ، نبض انتهای آن و پرشدگی مویرگی را هر یک ساعت بررسی می نماید.

۱۱- پرستار به کمک بیمار و خدمات هر ۲ ساعت بیمار را تغییر پوزیشن می دهد و نواحی مهار را کنترل می نماید تا آسیبی به بدن بیمار وارد نشود.

۱۲- پرستار باید هر ساعت بیمار را از نظر ادامه نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی نماید.

۱۳- در صورت اجازه پزشک، پرستار در مدت مهار فیزیکی با دادن مایعات کافی از کم آبی بدن بیمار جلوگیری می کند.

۱۴- در صورت اجازه پزشک پرستار جهت خوردن غذا مهار فیزیکی را شل نموده و برای کنترل بیمار از خدمات و یا بیماربر کمک می گیرد.

۱۵- در صورت اجازه پزشک طی مدت مهار فیزیکی خدمات باید در برآورده کردن نیاز های شخصی مثل استفاده از توالت به بیمار کمک نماید در غیر این صورت از لوله لگن استفاده شود و یا بیمار سونداژ گردد.

۱۶- اگر مهار بیمار بصورت فیزیکی میسر نباشد یا احتمال آسیب جدی به وی به دنبال آن باشد پرستار باید به پزشک معالج اطلاع رسانی نموده و در گزارش پرستاری ثبت نماید.

۱۷- پرستار باید طبق دستور پزشک نوع مهار فیزیکی زمان شروع و خاتمه مهار و علت مهار فیزیکی و اقداماتی که توسط پرستار در قبل - حین و پس از مهار فیزیکی انجام شده و بررسی های به عمل آمده را در گزارش پرستاری ثبت نماید

مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت پیشگیری و تعیین معیارها در این موارد با پزشک معالج است و در صورت بروز عارضه نیز مسئولیت درمان با پزشک معالج بوده و پرستار باید معیار ها را شناسایی و در روند درمان طبق دستورات پزشک عمل نماید

مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت تعیین نوع مهار فیزیکی با پزشک معالج بوده و پرستار اجراکننده و کنترل کننده اقدامات در حین مهار فیزیکی است .		
امکانات و تسهیلات و کارکنان :ایزار مهار فیزیکی مناسب و اتاق آرام و امن ، پزشک ، پرستار ،نگهبان و بیماربر		
منابع:استانداردهای خدمات پرستاری		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار زهره حسن شاهی	علی محسن زاده / مترون	دکتر فرحبخش / رئیس بیمارستان

خودمراقبتی بیماری های شایع	دستورالعمل	کد : ب-۱-۱۰-۲
----------------------------	------------	---------------

ب - ۱-۱۰-۲ -	دستورالعمل	خودمراقبتی بیماری های شایع
کد دستورالعمل : M.H.I	خودمراقبتی بیماری های شایع	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش : ۱۰		تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف: OOB (خارج شدن از تخت) ، پوزیشن (وضعیت) ، پروسیجر (اقدامات تشخیصی-درمانی)

هدف : ارتقاء سطح سلامت و بهداشت افراد جامعه در سایه توانمندسازی بیماران در امر خودمراقبتی ،ارتقاء و بهبود وضعیت بالینی بیماران به وسیله آموزش به بیماران و خانواده های آنان درمورد رفتارهای بهداشتی و خودمراقبتی.

روش کار :

(سطح مسئولیت سرپرستار /پرستار / پزشک)

- بیماران را در بدو ورود از طریق مصاحبه و تکمیل فرم ارزیابی اولیه در زمینه توانائی خودمراقبتی غربالگری کنید.

- در گزارش پرستاری و کاردکس بیمارانی که در قسمت خودمراقبتی دچار مشکل بوده (مشکل بینایی- شنوایی- تحرک- ذهنی و...) را ثبت کنید و مشخص نمایید.

- به گروههای مرتبط با این بیماران مثل پزشک، خدمات، نگهبان، فیزیوتراپ، کارشناس تغذیه مشکل بیمار را جهت ارائه خدمات بهینه اطلاع رسانی کنید.

- در زمان بستری بیماران در زمینه خودمراقبتی با توجه به سطح توانائی بیمار موارد ذیل را آموزش دهید:

۱- معرفی بخش، خدمات غیردرمانی (پله اضطراری، سرویس های بهداشتی- امکانات رفاهی)

۲- قوانین کلی بخش (نحوه دسترسی به پرستار، خدمات، توزیع غذا، مرکز تلفن، پزشک)

۳- نوع بیماری و نحوه مراقبت (توضیحات مختصر در مورد فرایند بیماری) علائم و نشانه ها

۴- عوارض مهم دارو (باتوجه به سطح تحصیلات)

۵- میزان فعالیت(استراحت مطلق، استراحت نسبی، OOB ، میزان و شروع فعالیت بعد از عمل و پوزیشن های مناسب برای بیمار.

۶- تغذیه (نوع تغذیه، رعایت رژیم غذایی)

۷- ایمنی و احتیاطات (نحوه مراقبت از اتصالات، درن، مانیتورینگ، سندادراری، سرم ها و...) - نرده کنار تخت

۸- مدیریت درد (نحوه اطلاع رسانی در زمان درد و درخواست مسکن)

۹- اقدامات تشخیص درمانی براءت و رضایت از هرگونه اقدامات تشخیصی، تهاجمی - آمادگی و مراقبت های قبل از پروسیجر - آمادگی و مراقبت های بعداز پروسیجر

۱۰- نشانه های خطر حین بستری (درد، خونریزی، تب، اسهال و...)

۱۱- مراقبتهای قبل و بعداز عمل (ناشتابودن، فعالیت، پوزیشن، مراقبت از زخم، مراقبت از اتصالات)

۱۲- مراقبت از زخم و پوزیشن، علائم زخم بستر و...

۱۳- مسائل بهداشت فردی (شستشوی دست، شستشوی دهان و دهان شویه)

۱۴- خواب و استراحت (عدم خوابیدن، مشکل در خوابیدن)

۱۵- الگوی دفع (یبوست، اسهال، اشکال در الگوی ادراری)

- آموزشهای خودمراقبتی را در زمان ترخیص با توجه به توانائی بیمار با ارائه برگ آموزش حین ترخیص توسط پزشک و پرستار تکمیل می شود به بیماران ارائه دهید.

۱- زمان مراجعه پزشک

۲- نحوه مصرف دارو در منزل

۳- برنامه مراقبتی (مراقبت از زخم، بهداشت فردی، فعالیت ها، و ورزش ها، شروع مجدد محدوده فعالیت جنسی)

۴- تغذیه پس از ترخیص

۵- فعالیت های پس از ترخیص (زمان از سرگیری فعالیت های طبیعی، شروع مجدد فعالیت حرفه ای و شغلها، میزان محدودیت در فعالیت)

۶- نشانه های خطر پس از ترخیص (علائم هشداردهنده که بایستی با بروز آنها سریعاً به پزشک مراجعه نماید)

۷- چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس (تلفن های تماس اضطراری بیمارستان، مطب پزشک) و نحوه دسترسی و مراجعه به آنها در موارد بروز علائم هشدار دهنده.

۸- کلیه اقدامات و توضیحات خودمراقبتی را برای بیماران که تمایل جذب آموزش در صورت شنیداری دارند بصورت چهره به چهره هم آموزش دهید.

۹- پمفلت های مرتبط با هریک از سطوح بالا در هنگام ترخیص به بیماران ارائه دهید.

۱۰- جهت ارزیابی برنامه ریزی آموزش: پس از اتمام آموزش از بیمار بپرسید که آیا مطالب را درک کرده است و مطمئن شوید بیمار دچار سوء تفاهم یا سوء برداشت نشده است.

۱۱- جهت بازخورد بهتر از آموزش چهره به چهره توضیحات را به بیمار و یک نفر همراه آگاه به بیمار ارائه دهید.

۱۲- از نوشتن جملات مبهم در فرمها خودداری نمائید.

۱۳- جهت اطمینان از دریافت اطلاعات در زمینه خودمراقبتی در بیماران بستری در ابتدای هر شیفت با پرسیدن سؤال از بیمار از دریافت و درک مطالب اطمینان حاصل کنید.

امکانات و تسهیلات و کارکنان : پرستار / پمفلت آموزشی / فرم آموزش به بیمار
منابع: استفاده از اطلاعات فرم ارزیابی اولیه- پمفلت ها - فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص (پزشک-پرستار)

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده:
طاهره ملکی (سوپروایزر) هاجر مسلمی (سرپرستار اعصاب) عصمت حاج حسینی (سرپرستار اورژانس) آتنا سعیدی (سرپرستار اتاق عمل) زهرا شفیعی پور (سرپرستار جراحی)	علی محسن زاده (مدیر پرستاری)	دکتر محمدرضا فرحبخش (ریاست بیمارستان)

نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک	دستورالعمل	ب- ۱-۱۲-۴
---	------------	-----------

ب- ۱-۱۲-۴ - دستورالعمل	نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک	نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک
کد دستورالعمل: M.H.I	نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

تعاریف واژه ها :

تست های معوقه : هر نوع خدمت پاراکلینیک که جواب آن بعد از ترخیص بیمار آماده شوند به عنوان تست معوقه محسوب می گردد .

هدف : آگاهی دادن به بیمار نسبت به پیگیری نتایج تستهای معوقه جهت روند بهتر ادامه درمان

روش کار :

۱- در زمان ترخیص مسئول بیمار لیست تستهای معوقه (سیتی اسکن- پاتولوژی- آزمایشات خونی) نیازمند به پیگیری را مشخص و به کارشناس مراقبت در منزل یا مسئول شیفت اعلام می کند.

۲- سرپرستار یا مسئول شیفت تست های معوقه را در فرم ثبت می کند .

۳- فرم ها هر ۲۴ ساعت بعد از امضاء توسط سرپرستار یا مسئول شیفت تحویل واحد مراقبت در منزل می گردد.

۴ -مسئول واحد مراقبت در منزل (خانم پساوند) طبق تاریخ ثبت شده در فرم از منشی بخش می خواهد جواب تست را دریافت و به ایشان تحویل دهد.

۵ -مسئول واحد مراقبت در منزل مسئول اطلاع رسانی به بیمار یا همراه بیمار می باشد.

۶ -مسئول واحد مراقبت در منزل بعد از دریافت جواب حداقل ۲ بار با بیمار / همراه جهت دریافت جواب تست تماس می گیرد.

۷ -تست هایی که فیش دریافت جواب دارند توسط منشی / یا پرستار مسئول به بیمار / همراه بیمار تحویل و تاریخ جوابدهی آن در فرم ثبت می گردد..

۸ - در صورت عدم صدور فیش منشی بخش با واحد مربوطه جهت ثبت تاریخ دریافت جواب به طور تلفنی هماهنگ کرده و سپس در فرم مربوطه ثبت می گردد.

- ۹ - در آموزش های حین ترخیص پرستار مسئول بیمار در خصوص وجود تست معوقه و تاریخ جوابدهی به بیمار آموزش لازم را داده و در فرم آموزش به بیمار ثبت می نماید.
- ۱۰ - مسئول واحد مراقبت در منزل کلیه اقدامات لازم جهت اطلاع رسانی به بیمار را در فرم مذکور ثبت نموده و در صورت دریافت حضوری از بیمار یا همراه امضاء می گیرد .
- ۱۱ - در تمامی مراحل دریافت و اطلاع رسانی جواب اصل محرمانه بودن جواب تست ها حفظ می گردد.

امکانات و تسهیلات و کارکنان: فرم ثبت تست های معوقه ، پرستار یا منشی ، مسئول واحد مراقبت در منزل و امکانات تماس		
منابع : مقررات بیمارستان و شرح وظایف کارشناس هوم کر		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده:
طاهره ملکی (سوپروایزر)	علی محسن زاده (مدیر پرستاری)	دکتر محمدرضا فرحبخش
هاجر مسلمی (سرپرستار اعصاب)		ریاست بیمارستان مرادی
عصمت حاج حسینی (سرپرستار اورژانس)		
آتنا سعیدی (سرپرستار اتاق عمل)		
مهدیه گلستانی (سوپروایزر آموزشی)		

دستورات تلفنی / شفاهی	روش اجرایی	ب-۱- standing order
-----------------------	------------	---------------------

ب-۱-	روش اجرایی	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری
کد دستورالعمل: M.H.I	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

هدف و سیاست بیمارستان :

با توجه به دستورالعمل های استاندارد و با هدف اجرای صحیح دستورات پزشک و کاهش بروز خطا در نحوه ثبت و اجرای دستورات پزشک به صورت تلفنی و عدم اجرای داروی اشتباه ، بیمارستان سیاست خود را در خصوص ثبت و اجرای دستورات تلفنی به وضوح مشخص نموده است .

روش اجرایی و افراد مسئول انجام هر یک از سطوح :

- ۱- در مواقعی که دسترسی به پزشک امکان پذیر نباشد و اینترن نیز حضور نداشته باشد پرستار مسئول شیفت با تماس تلفنی دستورات پزشک را دریافت می کند.
- ۲- انتقال صحیح مشکل پیش آمده و اعلام شرح حال کامل بیمار ، توسط پرستار به پزشک معالج و اطمینان از این که پزشک ، بیمار مورد نظر را شناخته است (سرپرستار /مسئول شیفت).
- ۳- پرستار جهت اجتناب از سوء تفاهات از سوالات شفاف استفاده می کند.
- ۴- دستورات تلفنی در حضور پرستار دیگر شیفت (قرار دان صدا روی آیفن تلفن و با صدای بلند دستورات را برای پزشک معالج و همکاران شیفت بازگو می نماید تا اطمینان از صحت دستورات حاصل شود. (سرپرستار /مسئول شیفت)
- ۵- دستورات تلفنی یا شفاهی در برگ دستور پزشک با برچسب TO/VO RB توسط سرپرستار /مسئول شیفت ثبت می شود (Telephone order/Verbal order Read Back) .
- ۶- دستورات ثبت شده تلفنی توسط دو پرستار مهر و امضا و حتما توسط خط بسته می شود و ساعت و تاریخ نوشته می شود.
- ۷- دستورات داده شده توسط پرستار بیمار اجرا می گردد.
- ۸- موارد تلفنی به غیر از پرونده در کاردکس هم ثبت می شود. (سرپرستار /مسئول شیفت)
- ۹- بعد از انجام دستورات تلفنی و اجرای آن در صورت لزوم نتایج حاصله به اطلاع پزشک مربوطه می رسد. (سرپرستار /مسئول شیفت)
- ۱۰- گرفتن دستورات تلفنی هنگام تحویل بالینی به پرستار شیفت بعد انتقال داده می شود.
- ۱۱- پزشک در یک مدت زمان مشخص (در ظرف مدت ۲۴ ساعت یا در اولین حضور بر بالین بیمار)، دستوراتی که به صورت تلفنی داده است را و مهر و امضا می کند .

۱۲- در صورت بروز اشکال در ثبت دستورات تلفنی و اقدامات انجام شده طبق آن به پرستار مسئول آموزشهای لازم داده می شود .

۱۳- شرایط محدود کننده صدور دستور تلفنی داروهای پرخطر و دستور ترخیص بیمار می باشد که حتی الامکان باید با دستور کتبی پزشک معالج باشد.

۱۴- درج مستنداتی مانند انتقال، اعزام بیمار نیز حتی الامکان باید با دستور کتبی پزشک باشد.

۱۵- کلیه دستورات ثبت شده را یک به یک با عدد چک و با علامت ضربدر مسدود نموده و در انتها تعداد موارد را ثبت میکند و انتهای دستورات را با خطی مسدود کرده و سپس مهر و امضاء میکند. (سرپرستار /مسئول شیفت)

۱۶- پرستار مسئول بیمار دستورات را اجرا نموده و در گزارش پرستاری با ذکر ساعت تماس تمامی موارد را به طور کامل ثبت میکند

۱۷- لزوم استفاده از تکنیک SBARR پیشنهاد می شود: (Recommendation ، Assessment ، Background ، Situation ، Read back ،

امکانات و تسهیلات و کارکنان مرتبط: تلفن ، دو پرستار ، برگه دستورات پزشک و گزارش پرستار و چک لیست نظارت

منابع: استانداردهای خدمات پرستاری

نام و سمت تهیه کنندگان : طاهره ملکی (سوپروایزر) هاجر مسلمی (سرپرستار اعصاب) عصمت حاج حسینی (سرپرستار اورژانس) آتنا سعیدی (سرپرستار اتاق عمل) مهدیه گلستانی (سوپروایزر آموزشی) مریم امجدی (بهبود کیفیت)	نام و سمت تایید کننده : علی محسن زاده (مدیر پرستاری)	نام و سمت ابلاغ کننده: دکتر محمدرضا فرحبخش (ریاست بیمارستان)
--	---	---

نظارت بر جابجائی درون بخشی و بین بخشی بیماران		روش اجرایی	
ب --	روش اجرایی	نظارت بر جابجائی درون بخشی و بین بخشی بیماران	
کد روش/اجرایی: M.H.P	نظارت بر جابجائی درون بخشی و بین بخشی بیماران	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

هدف : افزایش ایمنی بیمار

شیوه انجام کار:

۱. تدوین چک لیست پایش روش اجرایی نظارت بر انتقال درون بخشی و بین بخشی توسط مدیر پرستاری و ابلاغ آن به سرپرستاران و سوپروایزران جهت چک موارد .
۲. در نظر گرفتن ایمنی بیمار در تمامی مراحل انتقال بیمار توسط سوپروایزر / سرپرستار .
۳. ثبت تمامی مشکلات موجود خارج از چک لیست در انتقال درون بخشی و بین بخشی بیماران توسط سوپروایزر / سرپرستار در محل ثبت مشکلات در چک لیست
۴. پایش اجرای روش اجرایی طبق چک لیست های تکمیلی توسط مدیر پرستاری / بهبود کیفیت به صورت فصلی .
۵. استخراج مشکلات بر اساس پایش انجام شده از طریق چک لیست ها توسط مدیر پرستاری.
۶. ابلاغ مشکلات مربوطه توسط مدیر پرستاری به ریاست بیمارستان جهت طرح در کمیته مدیریت اجرایی و یا طرح در جلسات ماهیانه دفتر پرستاری .
۷. طرح مشکلات در کمیته مدیریت اجرایی و یا جلسات دفتر پرستاری توسط مدیر پرستاری جهت تنظیم برنامه های مداخله ای
۸. ابلاغ برنامه های مداخله ای توسط ریاست و یا از طریق مدیر پرستاری به مسئولین بخش ها و واحدها
۹. ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی روش اجرایی

کارکنان مرتبط: سوپروایزرین / بهبود کیفیت / مدیر پرستاری		
امکانات و تسهیلات: چک لیست ها		
منابع: تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
مهدیه گلستانی (سوپروایزر آموزشی) طاهره ملکی (سوپروایزر در گردش) زهرا زین الدینی (سوپروایزر در گردش) ایران جمالی (سوپروایزر در گردش) هاجر مسلمی (سرپرستار اعصاب) عصمت حاج حسینی (سرپرستار اورژانس) زهرا شفیع پور (سرپرستار جراحی) آتنا سعیدی (سرپرستار اتاق عمل)	مدیر پرستاری / محسن زاده	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز	روش اجرایی	
ب --	روش اجرایی	نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز
کد روش/اجرایی: M.H.P	نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

هدف: افزایش ایمنی بیمار

شیوه انجام کار:

۱. تدوین چک لیست پایش روش اجرایی نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز توسط مدیر پرستاری و ابلاغ آن به سرپرستاران و سوپروایزران جهت چک موارد.
۲. در نظر گرفتن ایمنی بیمار در تمامی مراحل انتقال بیمار توسط سوپروایزر / سرپرستار.
۳. ثبت تمامی مشکلات موجود خارج از چک لیست در انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز توسط سوپروایزر / سرپرستار در محل ثبت مشکلات در چک لیست
۴. پایش اجرای روش اجرایی طبق چک لیست های تکمیلی توسط مدیر پرستاری به صورت فصلی.
۵. استخراج مشکلات بر اساس پایش انجام شده از طریق چک لیست ها توسط مدیر پرستاری.
۶. ابلاغ مشکلات مربوطه توسط مدیر پرستاری به ریاست بیمارستان جهت طرح در کمیته مدیریت اجرایی و یا طرح در جلسات ماهیانه دفتر پرستاری.
۷. طرح مشکلات در کمیته مدیریت اجرایی و یا جلسات دفتر پرستاری توسط مدیر پرستاری جهت تنظیم برنامه های مداخله ای
۸. ابلاغ برنامه های مداخله ای توسط ریاست و یا از طریق مدیر پرستاری به مسئولین بخش ها و واحدها
۹. ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی روش اجرایی

کارکنان مرتبط: سوپروایزرین / بهبود کیفیت / مدیر پرستاری		
امکانات و تسهیلات: چک لیست ها		
منابع: تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
مهديه گلستانی (سوپروایزر آموزشی) طاهره ملکی (سوپروایزر در گردش) زهرا زین الدینی (سوپروایزر در گردش) ایران جمالی (سوپروایزر در گردش) هاجر مسلمی (سرپرستار اعصاب) عصمت حاج حسینی (سرپرستار اورژانس) آتنا سعیدی (سرپرستار اتاق عمل)	مدیر پرستاری / محسن زاده	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه	دستورالعمل	ب-۲-۱-۲
--	------------	---------

نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه		دستورالعمل	ب-۲-۱-۲
ب -	دستورالعمل	نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه	
کدروش/جرائی : M.H.P	نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲	
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

امکانات مورد نیاز : تخت، برانکارد/ ویلچر دارای کمربند ، دستگاه مانیتورینگ (فشار سنج و پالس اکسیمتر) پرتابل ، کپسول اکسیژن، آمبویگ ، داروهای لازم ، پرونده بیمار، کارت دارویی ، کاردکس ، گرافیهای بیمار

کارکنان مرتبط: پرستار، کمک بهیار همگن، خدمات، دستیار/ اینترن کشیک

هدف : انتقال ایمن بیمار از بیمارستان مرادی به بخش ویژه سایر مراکز

شیوه انجام کار:

الف) نحوه جابجایی بین بخشی بیماران

. پزشک باید دستور انتقال بیمار به بخش ویژه را در پرونده ثبت نماید.

. مسئول شیفت/ پرستار مسئول بیمار باید دستور پزشک در مورد انتقال بیمار به بخش ویژه را چک نماید.

. پرستار مسئول بیمار بایستی علت جابجایی به بخش ویژه را برای بیمار و همراه وی توضیح دهد.

سوپروایزر بالینی بایستی هماهنگی تلفنی بین دو مرکز را برای رزرو تخت در بخش ویژه جهت انتقال بیمار انجام دهد (اگر سامانه هم فعال هست از طریق ان اقدام نماید) و در صورت نبود تخت خالی در بخش ویژه

مراتب را به ریاست مرکز اطلاع دهد و بر حسب شرایط ، نسبت به انتقال بیمار به بخش ویژه ، هماهنگی های لازم با مدیریت تخت را انجام دهد .

پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز، باید علایم حیاتی بیمار قبل از انتقال را چک و وضعیت بیمار را تثبیت نماید .

پرستار مسئول شیفت/ پرستار مسئول بیمار بخش مبداء بایستی وضعیت عمومی بیمار را به مسئول شیفت/ پرستار مسئول بیمار بخش ویژه اطلاع دهد .

پرستار مسئول بیمار بایستی تجهیزات لازم جهت انتقال ایمن (برانکارد و ویلچر دارای کمربند ، دستگاه مانیتورینگ (فشار سنج و پالس اکسی متر) پرتابل، کپسول اکسیژن، آمبوبگ ، داروهای لازم مثل آدرنالین/ دیازپام در بیماران تشنجی و) ... را آماده نماید .

پرستار مسئول شیفت/ پرستار مسئول بیمار بایستی در صورت نیاز به حضور اینترن/ دستیار در حین انتقال، به ایشان اطلاع دهد .

پرستار مسئول بیمار بایستی وضعیت بیمار را از ابتدای شیفت تا لحظه انتقال به بخش ویژه در گزارش پرستاری ثبت نماید .

پرستار آگاه به وضعیت بیمار و بیماربر همگن (نیروی کمک بهیار، خدمات) بایستی بیمار را با استفاده از برانکارد/ ویلچر پس از بستن کمربند به بخش ویژه منتقل نمایند .

پرستار همگن آگاه به وضعیت بیمار و بیماربر (نیروی کمک بهیار، خدمات) بایستی در حین انتقال حریم خصوصی بیمار را حفظ نمایند .

پرستار مسئول بیمار باید در حین انتقال علایم حیاتی و وضعیت بیمار را مرتباً کنترل نماید .

مسئول شیفت بخش ویژه بایستی بیمار و مدارک بالینی همراه وی (پرونده بستری، کاردکس، کارت دارویی، گرافی ها، مدارک بیمه ای، اشیای گران قیمت و اموال بیمار، داروهای شخصی) را از پرستار بخش مبداء تحویل و ثبت نماید .

پرسنل بخش ویژه بایستی بیمار را با رعایت اصول ایمنی به تخت مورد نظر انتقال نمایند.

پرستار مسئول بیمار بخش مبداء باید در هنگام تحویل بیمار خلاصه ای از شرح حال بیمار و موارد قابل پیگیری را به پرستار بخش ویژه ارائه نماید .

پرستار بخش ویژه بایستی وضعیت هنگام تحویل بیمار را چک و در گزارش پرستاری ثبت نماید .

پرستار مسئول بیمار در بخش ویژه ، باید آموزشهای اختصاصی (بدو ورود) را به بیمار ارائه و در گزارش پرستاری ثبت نماید .

در تمامی مراحل انتقال بیمار، باید حقوق گیرندگان خدمت توسط پرسنل بخشهای مبداء و ویژه رعایت شود .

کارکنان مرتبط: سوپروایزرین / بهبود کیفیت / مدیر پرستاری		
امکانات و تسهیلات : چک لیست ها		
منابع: تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
مهدیه گلستانی (سوپروایزر آموزشی) طاهره ملکی (سوپروایزر در گردش) زهرا زین الدینی (سوپروایزر در گردش) ایران جمالی (سوپروایزر در گردش) هاجر مسلمی (سرپرستار اعصاب) عصمت حاج حسینی (سرپرستار اورژانس)	مدیر پرستاری / علی محسن زاده	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

	روش اجرایی	حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	
حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	روش اجرایی	ب -	
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	کد روش/اجرایی: M.H.P	
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	شماره ویرایش: ۱۰	دامنه: بخش های بالینی	

بیانیه خط مشی: با توجه به لزوم حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر بر اساس سیاست های بیمارستان و با هدف رسیدگی و تکریم ارباب رجوع

سیاست: فراهم نمودن امکانات مناسب در بیمارستان برای این گروه از بیماران اتخاذ شده است.

تعاریف: گروه های آسیب پذیر شامل:

- ۱ کودکان
- ۲ زنان باردار
- ۳ افراد ناتوان
- ۴ سالمندان
- ۵ بیماران روانی
- ۶ گیرندگان خدمت مجهول الهویه
- ۷ معلولان ذهنی و جسمی
- ۸ افراد بدون سرپرست
- ۹ و دیگر جمعیت های در معرض خطر می باشند
- ۱۰ در صورتیکه بیماران در حالت اغما یا افرادی با ناتوانی های ذهنی یا عاطفی در سازمان بستری باشند نیز در این فرایند منظور میشوند.

روش اجرایی:

بیمارستان از گروه های آسیب پذیر نامبرده، به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت مینماید. (کلیه کارمندان بیمارستان)

شناسایی گروه بیماران آسیب پذیر و در معرض خطر و برای حمایت از حقوق این افراد در این گروه ها، فرایندی را ایجاد میکند.

مسئولین بخش ها و مددکارو کارکنان به مسئولیتهای خود دراین فرایند واقف هستند. شناسائی و جمع آوری اطلاعات در خصوص گروه هدف صورت می پذیرد. (توسط مسئولین بخش ها)

گروه های آسیب پذیر شناسائی شده ،دارای اولویت درمان و نوبت دهی نیز می باشند. (مسئول درمانگاه)

جهت رفاه حال افراد ناتوان و سالمند هندریل تعبیه شود.

درمان و انجام عمل جراحی توسط پزشک جهت گروه های آسیب پذیر ،با احتیاطات خاصی صورت می گیرد.(مسئولین بخش ها)

جهت گرو های آسیب پذیر، رضایتنامه جهت ادامه ی درمان و انجام اعمال جراحی، از نزدیکان آنها اخذ می شود (منشی بخش ها)

جهت حمایت و نگهداری کودکان یک نفر همراهی بخصوص مادر بیمار ، اجازه ی ورود به بخش و همراه بودن با وی را دارد.(سرپرستار بخش)

تخت های بخش اطفال و دارای نرده اطراف تخت جهت جلوگیری از سقوط بیمار و آسیب به بیمار باشند.(سرپرستار بخش)

منابع : قانون مدنی جمهوری اسلامی ایران و تجربیات بیمارستان
امکانات :

هندریل راهروهای بخش های بیمارستان ، ویلچیر، آسانسور

کارکنان مرتبط :

مددکاری و کلیه پرسنل درمان و مسئول رعایت حقوق گیرندگان خدمت

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
مهدیه گلستانی (سوپروایزر آموزشی) طاهره ملکی (سوپروایزر در گردش) زهرا زین الدینی(سوپروایزر در گردش) ایران جمالی (سوپروایزر در گردش)	مدیر پرستاری / علی محسن زاده	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

	روش اجرایی	نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز
	روش اجرایی	نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز
کد روش اجرایی: M.H.P	نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از مرکز	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

هدف: افزایش ایمنی بیمار

شیوه انجام کار:

۱. تدوین چک لیست پایش روش اجرایی نظارت بر روند انتقال بیماران به سایر مراکز توسط مدیر پرستاری و ابلاغ آن به سرپرستاران و سوپروایزران جهت چک موارد.
۲. در نظر گرفتن ایمنی بیمار در تمامی مراحل انتقال بیمار توسط سوپروایزر / سرپرستار.
۳. ثبت تمامی مشکلات موجود خارج از چک لیست در اعزام بیمار توسط سوپروایزر/ سرپرستار در محل ثبت مشکلات در چک لیست
۴. پایش اجرای روش اجرایی طبق چک لیست های تکمیلی توسط مدیر پرستاری به صورت فصلی.
۵. استخراج مشکلات بر اساس پایش انجام شده از طریق چک لیست ها توسط مدیر پرستاری.
۶. ابلاغ مشکلات مربوطه توسط مدیر پرستاری به ریاست بیمارستان جهت طرح در کمیته مدیریت اجرایی و یا طرح در جلسات ماهیانه دفتر پرستاری.
۷. طرح مشکلات در کمیته مدیریت اجرایی و یا جلسات دفتر پرستاری توسط مدیر پرستاری جهت تنظیم برنامه های مداخله ای
۸. ابلاغ برنامه های مداخله ای توسط ریاست و یا از طریق مدیر پرستاری به مسئولین بخش ها و واحدها
۹. ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی روش اجرایی

کارکنان مرتبط: سوپروایزرین/ بهبود کیفیت / مدیر پرستاری		
امکانات و تسهیلات : چک لیست ها		
منابع : تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده :
مهديه گلستانی (سوپروایزر آموزشی) طاهره ملکی (سوپروایزر در گردش) زهرا زین الدینی (سوپروایزر در گردش) ایران جمالی (سوپروایزر در گردش) هاجر مسلمی (سرپرستار اعصاب) عصمت حاج حسینی (سرپرستار اورژانس) زهرا شفیع پور (سرپرستار جراحی) آتنا سعیدی (سرپرستار اتاق عمل)	مدیر پرستاری / محسن زاده	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

جداسازی بیماران روانپزشکی		روش اجرایی	
	روش اجرایی	جداسازی بیماران روانپزشکی	
کد روش اجرایی : M.H.P	جداسازی بیماران روانپزشکی	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲	
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

تعاریف: مانیا یعنی سرخوشی بالا

هدف : جداسازی بیماران روانپزشکی جهت پیشگیری از آسیب رساندن به خود و دیگران و حفظ ایمنی بیمار و ارتقاء سلامت شیوه انجام کار:

باتوجه به اینکه در بیمارستان مرادی بخش روانپزشکی وجود دارد ، بیماران با تشخیص بیماریهای روانی در بخش اعصاب و روان بستری می شوند ولی در صورت مراجعه به اورژانس جهت انجام پروسیجر های تشخیصی - درمانی مثل سایراقشار کلیه خدمات درمانی مراقبتی و درمانی به این دسته بیماران ارائه می گردد. والبته در بخش اعصاب نیز بیمارانیکه دارای معیار جداسازی باشند از سایر بیماران جدا (ایزوله) می شوند.

۱- پرستار در ارزیابی اولیه با گرفتن شرح حال از بیمار، بیماران روانی را شناسائی می نماید.

۲- پرستار پس از ارزیابی بیمار، معیارهای جداسازی بیمار را شناسائی می نماید.

۳- پرستار در صورتیکه بیمار دارای یکی از معیارهای زیر باشد جهت جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران اقدام به جداسازی می نماید.

معیار جداسازی:

- ۱- بیماری که دارای رفتار خطرناک برای خود یا دیگران می باشد.
- ۲- رفتار تهدید کننده کلامی یا فیزیکی همراه با کنترل ضعیف یا سابقه خشونت داشته باشد .
- ۳- بیمار مانیک و یا سابقه خشونت داشته باشد .
- ۴- پرستار علت جداسازی بیمار را برای همراه بیمار توضیح می دهد و به صورت زیر در هنگام پذیرش بیمار

دربخش اقدام می نماید :

- حتی الامکان بیمار را در اتاق یک تخته یا دو تخته بستری می نماید.
- در صورت فراهم نبودن اتاق یک تخته در بخش پرستار به سوپروایزر وقت اطلاع رسانی مینماید تا حتی الامکان در بخش اعصاب و روان در زمینه بررسی اتاق یک تخته اقدام شود.
- پرستار بیمار را با کمک دو یا چند نفر از پرسنل همراهی کند.
- پرستار بیمار را از نظر صدمات بررسی می نماید و یافته های خود را ثبت می نماید.
- پرستار با کمک خدمات بخش کلیه وسایلی را که ممکن است برای بیمار آسیب رسان باشد قبل از انتقال بیمار به اتاق جمع آوری می نماید.
- پرستار جهت پیشگیری از آسیب رساندن بیمار به خود و یا دیگران وسایلی مانند ناخن گیر- جواهرات - کلیدها - لوازم آرایش- آینه - وسایل شیشه ای و شکستنی- وسایل تیز و برنده- جوراب نایلونی - بندکفش- کش و یا هر وسیله ارتجاعی دیگر ، پروتزها و تیغ را از بیمار دور می نماید.
- نرده های کنار تخت را با ملحفه های نرم عایق شده تا ضربه به بیمار وارد نشود.
- پرستار جهت پیشگیری از آسیب رساندن بیمار به خود یا دیگران ، بستری شدن این بیماران را به پرسنل توزیع غذا اطلاع رسانی می نماید تا سرو غذا برای این بیماران با قاشق و چنگال پلاستیکی باشد.
- پرستار در صورتیکه جداسازی بیمار روانی جهت کنترل بیمار مفید نبود ، به پزشک معالج اطلاع رسانی می نماید تا در صورت نیاز اقدام به مهار (فیزیکی - شیمیایی) انجام پذیرد.
- پرستار کلیه اقدامات و تمهیدات انجام شده در زمینه جداسازی و پیشگیری آسیب به خود و یا دیگران را در گزارش پرستاری (طبق دستورالعمل گزارش نویسی) ثبت می نماید.

امکانات و تسهیلات و کارکنان : اتاق یک تخته جهت بیماران روانپزشکی -تمهیدات مهار فیزیکی و شیمیایی ،پرستار ،نگهبان ، بیماربر		
منابع: استانداردها خدمات پرستاری		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر فرحبخش / رئیس بیمارستان
طاهره ملکی / سوپروایزر		

جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی		روش اجرایی	
ب --	روش اجرایی	جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی	
کد روش/اجرایی: M.H.P	جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	

تعاریف: افراد با رفتار پرخطر اجتماعی شامل افرادی هستند که با رفتار خود سبب آسیب به دیگران یا خود می شوند

هدف: کاهش اثرات و عواقب منفی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی در سلامت جسمی و روحی سایر بیماران بستری در بخش
شیوه انجام کار:

۱- پرستار، بیمار رفتار پرخطر اجتماعی را در ارزیابی اولیه یا در حین مراقبت های پرستاری شناسائی میکند که شامل افرادی هستند که با رفتار خود سبب آسیب به دیگران یا خود می شوند و شامل افرادی با رفتار تهاجمی، پرخاشگری، ناهنجاریهای شخصیتی حاد مثل اسکیزوفرنی، مانیای شدید می باشد.

۲- پرستار، بیمار رفتار پرخطر اجتماعی را در اتاق خصوصی بستری می نماید یا در اتاق هایی با تعداد تخت پائین بستری نماید و از بستری نمودن بیمار حتی الامکان در کنار او اجتناب می نماید.

۳- مسئول شیفت از بستری کردن این بیماران در کنار اقشار آسیب پذیر مثل کودکان و زنان باردار... اجتناب می نماید.

۴- پرستار باید با حفظ شأن و منزلت و محرمانگی پرونده، بیمار را در بخش بستری نماید.

۵- پرستار باید به پزشک معالج، مسئول نگهداری بستری شدن این بیماران را اطلاع رسانی نماید.

۶- پرستار باید رعایت سکوت برای اتاق این بیماران را برای حفظ آرامش این بیماران به کلیه پرسنل بخش در هر شیفت یادآوری نماید (خدمات- بیماربر- پرستار)

۷- در صورتی که جداسازی بیمار به کنترل رفتار پرخطر بیمار کمکی نکرد پرستار باید به پزشک اطلاع رسانی نموده و از دستورات مهارفیزیکی و مهارشیمیایی پزشک در این مواقع استفاده نماید.

- ۸- در صورتی که مهار شیمیایی و اقدامات دارویی موثر نبود مهار فیزیکی با دستور پزشک انجام می شود.
- ۹- بیمار پرخاشگر با دستور پزشک توسط پرستار- بیماربر- خدمات- نگهبان مهار فیزیکی انجام می گردد. ایمنی محیط فیزیکی بیمار را کامل رعایت نمایید تا با مهار فیزیکی این بیمار از آسیب رساندن به خود و دیگران جلوگیری بعمل آید.
- ۱۰- پرستار موظف است دستورات مهار شیمیائی را برای بیمار اجرا نماید تا با فقط آرامش این بیماران دیگران از آسیب این بیماران در امان باشند.
- ۱۱- پرستار موظف است کلیه اقدامات را بطور دقیق با زمان شروع و پایان در گزارش پرستاری ثبت نماید

امکانات و تسهیلات و کارکنان مرتبط: ابزار مهار فیزیکی - تسهیلات دارویی مهار شیمیایی، پزشک، پرستار		
منابع : استانداردهای خدمات پرستاری		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار طاهره ملکی / سوپروایزر فرحناز زمانی / پرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم فشاری با حد اقل های مورد انتظار	روش اجرایی	
ب -	روش اجرایی	مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری با حد اقل های مورد انتظار
کد روش/اجرایی: M.H.P	مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم فشاری با حد اقل های مورد انتظار	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها: به جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی که بدلیل تحت فشار قرار گرفتن بافت نرم بدن انسان میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت بدن) به مدت طولانی ایجاد می شود

هدف بیمارستان: انجام صحیح ارزیابی و مراقبتهای پرستاری و جلوگیری از ایجاد زخم بستر در بیمارانی که به مدت طولانی بستری می باشند

دامنه: بخش های بالینی

شیوه انجام کار:

۱- شناخت گروههای مستعد و عوامل ایجاد کننده زخم های فشاری توسط سرپرستار و کادر پرستاری انجام می شود

۲- ارزیابی صحیح بیماران در خصوص احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری در بخش های بستری توسط سرپرستار و پرسنل انجام می شود

۳- تمامی بیماران مستعد از غیر مستعد با توجه به عوامل داخلی که شامل (بی اختیاری مدفوع و ادرار، فقدان درک حسی، سالمندی، سوء تغذیه و بیماریهای مزمن و غیره) و عوامل خارجی مانند (فشار، عدم رعایت بهداشت، تزریقات مکرر در یک ناحیه پوست، تغییر پوزیشن بیمار به روش غلط) توسط سرپرستار و پرسنل بخش شناسایی می شوند

۴- به طور منظم عوامل خطر زای اصلی زخم فشاری از جمله شاخص تغذیه، وضعیت عمومی سلامت، افزایش درجه حرارت، وزن، سن بالا، کاهش مقاومت بدن در برابر عفونت در بیماران بستری ارزیابی می شود

۵- نتایج ارزیابی در پرونده بیمار توسط کادر پرستاری ثبت می شود

- ۶- در بیماران مستعد بر اساس میزان خطر، اقدامات مراقبتی پیشگیرانه / درمانی توسط پرسنل مربوطه برنامه ریزی و اجرا می شود.
- ۷- ارزیابی جامع پوست از نظر تغییر رنگ به سفید شدن در قبال فشار انگشت، گرما، ادم و سفتی موضعی به کادر ارزیابی کننده آموزش داده می شود
- ۸- عدم استفاده از ماساژ جهت پیش گیری از ابتلا به زخم فشاری، عدم ماساژنواحی قرمز به دلیل صدمه بیشتر، عدم استفاده از آب داغ جهت بهبود جریان موضعی، استفاده از مواد نرم کننده و ماساژ پوست توسط سر پرستار بخش به پرسنل مربوطه آموزش داده می شود
- ۹- وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتدا به زخم فشاری توسط کادر مربوطه مرتباً ارزیابی و غربالگری می شود
- ۱۰- جهت تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری مشاوره تغذیه ای توسط پزشک معالج برنامه ریزی می شود
- ۱۱- به بیماران با بی اختیاری ادراری و مدفوع به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یکبار و شستن ناحیه پرینه با آب و صابون و تعویض سریع ملحفه های بیمار توسط پرسنل مربوطه توصیه می شود
- ۱۲- به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار توسط بیماربر و کمک همراهی تغییر وضعیت داده می شود و اهمیت تغییر وضعیت به آنها توسط کادر بالینی توضیح داده می شود
- ۱۳- بستر بیماران از نظر مواد زائد و تکه های ریز غذا و چین و چروک توسط بیماربر چک می شود
- ۱۴- به کادر پرستاری توصیه می شود به طور مکرر در یک ناحیه تزریق انجام ندهند
- ۱۵- به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مدد جویان کادر درمانی، ناخن های خود را کوتاه و انگشتی را سایر زیور آلات را از دست خود خارج می کنند
- ۱۶- جهت بیمارانیکه در معرض خطر زخم فشاری هستند از تشک مواج یا از تشکهای با فشار متناوب استفاده می شود
- ۱۷- جهت جلوگیری از سایش مستقیم زوائد استخوانی نظیر زانو ها و قوزکها بر روی یکدیگر از وسایلی نظیر بالش و حوله های تا شده استفاده می شود

۱۸- میزان احتمال بروز زخم فشاری در بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند با توجه به طول عمل و کاهش درجه حرارت بدن و کاهش سطح حرکتی بیمار در طی روز پس از عمل ارزیابی توسط کادر بالینی انجام می شود

امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی : کادر درمانی آموزش دیده و ماهر ، متخصص تغذیه

تجهیزات : تشک مواج یا تشک های با فشار متناوب ، حوله و بالش به میزان کافی ، سرویس بهداشتی و وسایل نظافت مناسب

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار طاهره ملکی / سوپروایزر فرحناز زمانی / پرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	روش اجرائی	
ب -	روش اجرائی	پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی
کد روش اجرائی: M.H.P	پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

هدف: پیشگیری از بروز ترومبوآمبولی و آمبولی ریه در بیماران

شیوه انجام کار:

۱- معیارهای شناسائی بیماران در معرض خطر ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی را بررسی نموده که به شرح زیر مورد بررسی پرستار قرار می گیرد:

* جراحی های بزرگ در ناحیه شکم و لگن

* ترومای وسیع به چند سیستم، صدمات نخاعی، شکستگی ستون مهره ها، شکستگی لگن.

* بیماران با بدخیمی های موضعی و متاستاتیک علی الخصوص در حال شیمی درمانی و اشعه درمانی

* بیماران حاد با بیماری داخلی شامل سکته های مغزی، سکته های قلبی، بیماریهای تضعیف کننده عصبی عضلانی (گیلن باره)

* افراد با فاکتورهای اختصاصی شامل چاقی، سن بالای ۴۰ سال، استروژن درمانی

* فاکتورهای خاص بیماران ICU شامل استفاده از تهویه مکانیکی طولانی مدت، فلج عصبی-عضلانی ناشی از داروها، کاتترهای ورید مرکزی، سپسیس شدید، اختلالات انعقادی، ترومبوسیتوپنی ناشی از هپارین.

۲- پزشک روشهای پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی را تعیین و پرستار اجرایی می نماید.

۳- روش های پیشگیری شامل روشهای دارویی، استفاده از روشهای کمک مکانیکی و نهایتاً استفاده از صافی های وریدی است و پرستار با استفاده از پمپ های IPC و روشهای کمک مکانیکی، پیشگیری از ایجاد ترومبوآمبولی در بیماران پرخطر می نماید.

۴- پزشک در بیمارانی که ممنوعیت در استفاده از داروهای ترومبولیتیک را ندارند به تجویز این داروها اقدام می نمایند.

۵- پزشک در صورتیکه بیمار در حین استفاده از داروهای ترومبولیتیک دچار ترومبوآمبولی شده و یا ممنوعیت مصرف داروها را دارد از روش گذاشتن IVC (صافی های وریدی) استفاده می کند.

امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی : وسایل لازم جهت روش مکانیکی پیشگیری از ترومبو آمبولی ،پرستار،داروهای لازم جهت پیشگیری		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار طاهره ملکی / سوپروایزر فرحناز زمانی / پرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	خط مشی و روش	ب-۲-۵-۴-
ب-۲-۵-۴-	خط مشی و روش	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری
کد روش /جرائی : M.H.PP	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها : بیماران شدیداً بد حال به بیمارانی اطلاق می شود که نیاز فوری به اقدام جهت حفظ حیات دارند.

هدف : رسیدگی و رفع مشکلات به موقع بیماران بستری که دچار وضعیت حاد شده اند.

شیوه انجام کار:

انجام مراحل توسط پرستار مسئول بیمار است و یک پرستار راهنما برای کشف بیماران بدحال وجود دارد .

۱-پرستار با ارزیابی بیماران در ابتدا و تمام طول شیفت بیماران بدحال را شناسایی کرده و وضعیت بیماری که نیاز به اقدامات درمانی اورژانسی دارد توسط پرستار به پزشک معالج اطلاع داده می شود.

۲- ترالی اورژانس در کنار این بیماران گذاشته می شود توسط بیماربر .

۳- دستگاه های لازم جهت مانیتورینگ بیمار در کنار بیمار توسط بیماربر گذاشته می شود .

۲- پزشک معالج در اسرع وقت حداکثر تا نیم ساعت بر بالین بیمار حاضر می گردد.

۳- چنانچه پزشک دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود بیمار تا قبل از رسیدن خویش ارائه نماید بلافاصله مطابق خط مشی دستورات تلفنی توسط پرستار اجرا گردد.

۴- با حضور پزشک بر بالین بیمار و معاینه وی درمان ادامه می یابد.

۵- مشاوره های اورژانسی درخواستی بلافاصله توسط پرستار پیگیری و در مدت نیم ساعت توسط پزشک مشاور بیمار ویزیت می گردد.

۶- نتایج مشاوره به اطلاع پزشک معالج بیمار می رسد و در صورت تایید ایشان توسط پرستار اجرا می گردد.

۷- آموزش های لازم در مورد نحوه برخورد با بیماران بد حال و اورژانسی به پرسنل در بدو ورود و به صورت دوره ایی توسط سرپرستار داده می شود .

۸- کلیه اقدامات انجام شده توسط پرستار در گزارش پرستاری ثبت شود.

۹- عملکرد نیرو ها توسط سرپرستار به طور مستمر پایش می شود.

امکانات و تسهیلات و کارکنان : سرپرستار/ مسئول شیفت ، پرستار ، بیماربر، ترالی احیاء، دستگاه های مانیتورینگ
منابع : تجربه بیمارستان

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
عصمت حاج حسینی / سرپرستار طاهره ملکی / سوپروایزر	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه	خط مشی و روش	ب-۲-۱-۴-
خط مشی و روش	نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه	ب-۲-۱-۴-
کد روش/اجرائی: M.H.PP	نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها: بیماران شدیداً بد حال به بیمارانی اطلاق می شود که نیاز به اقدامات فوری ویژه نظیر اقدامات تنفسی (انتوباسیون ،وصل به ونتیلاتور) اقدامات قلبی ،گرفتن استرپتوکیناز ویا شوک کاردیوژنیک دارند هدف و سیاست: تسهیل و تسریع در امور پذیرش ،انتقال بیمار جهت ارائه خدمات مطلوب و حفظ استمرار مراقبت مطلوب و سیاست بیمارستان افزایش ایمنی بیماران

روش اجرایی:

- ۱-بیمارانیکه طبق نظر پزشک معالج نیاز به مراقبت های ویژه دارند، به جهت افزایش وارتقا خدمات تخصصی ، هر چه سریعتر به بخش های ویژه باید منتقل شوند
- ۲-چون این بیمارستان مجهز به بخش های ویژه نیست جهت اعزام بیمار به به بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب هماهنگیهای لازم به عمل می اید
- ۳-تا زمانیکه بیمار به بخش ویژه منتقل می گردد سرپرستار یا مسئول شیفت یک پرستار با تجربه را مسئول بیمار قرار می دهد
- ۴-توسط پرستار مسئول شیفت با اورژانس یا با مسئول شیفت بخش ویژه بیمارستان مقصد تماس گرفته می شود وشرح حال بیمار به آنها توضیح داده می شود
- ۵-طبق نظر بیمارستان مقصد اگر باید با اینترنت مربوطه یا پزشک متخصص آنکال تماس گرفته شود باید توسط پزشک معالج یا پرستار مسئول شیفت تماس گرفته شود وشرح حال بیمار به آنها داده شود
- ۶-تحويل بیمار توسط بیمارستان مقصد تایید می شود

۷- پرسنل پرستاری می توانند جهت تسریع در انتقال بیمار گزارش پرستاری خود را پس از انتقال بیمار به بخش ویژه کامل نمایند

۸- با آمبولانس مرکز هماهنگیهای لازم توسط پرستار مسئول شیفت به عمل می آید

۹- به همراهان بیمار در خصوص انتقال به بخش ویژه آگاهی و راهنماییهای لازم داده می شود

۱۰- تمامی آزمایشات ، گرافی ها ، Ctscan و... با برگه مخصوص اعزام بیمار به بخش مربوطه تحویل می گردد

۱۱- اگر بیمار چند همراهی دارد یکی از آنها بعد از تکمیل پرونده جهت تسویه حساب به پذیرش فرستاده می شود و اگر یک همراهی داشت همراه بیمار می فرستیم و به ایشان گفته می شود بعدا جهت تسویه حساب مراجعه نماید

۱۲- بیمار با کمک همراهی و بیماربر به برانکارد واز آنجا به آمبولانس منتقل می شود و همراه بیمار پرستار مسئول بیمار واینترن مربوطه نیز فرستاده می شود

کارکنان مرتبط: پرستار ،راننده آمبولانس		
امکانات و تسهیلات مورد نظر :برانکارد اکسیژن دار ،مانیتورینگ -ویلچر		
منابع:تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان
طاهره ملکی / سوپروایزر		
فرحناز زمانی / پرستار		

ب-۲-۱-۳-	خط مشی و روش	مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	خط مشی و روش	ب-۲-۱-۳-
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	کد روش / جرائی : M.H.PP
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	شماره ویرایش: ۱۰	دامنه: بخش های بالینی

تعاریف واژه ها :

- ۱- اختلالات همودینامیک: مانند اختلالات شریانی (آترو اسکروز) یعنی سفت و سخت شدن شریانها - اختلالات اسید و باز - هیپوتانسیون شدید یا هیپرتانسیون شدید
 - ۲- آریتمی های قلبی، ضربانهای غیر طبیعی هستند که موجب می شود قلب خیلی سریع (تاکیکا ردی) یا خیلی آهسته (برادیکاردی) بزند و پمپاژ غیر مثر داشته باشد
 - هدف: ۱- پیشگیری از وقوع وضعیت منجر به فوت ۲- ثبت علائم حیاتی بیمار در شرایط ناپایدار ۳- مشخص شدن نیاز های مراقبتی شدید یا حاد و جلوگیری از پیشرفت وضعیت حاد بیماری
- روش اجرایی :

- ۱- ابتدا توسط پرستار مسئول، بیمار ارزیابی شده و دستور پزشک چک و سطح مراقبتی بیمار مشخص می شود
- ۲- مانیتورینگ مداوم در بیمارانی که دارای اختلالات همودینامیک و آریتمی های قلبی و مشکلات تنفسی که دارای اختلال در تعداد، الگو و force تنفس هستند اندیکاسیون دارد
- ۳- پرستار وسایل مورد نیاز که شامل چست لید و مانیتورینگ می باشد در بخش موجود و بر بالین بیمار آماده می کند
- ۴- پرستار روش کار و دلیل انجام پروسیجر را برای بیمار توضیح می دهد
- ۵- پرستار چست لیدها را در محل مخصوص LL-RA-LA می چسباند
- ۵- پرستار پروپ های ECG را براساس رنگ (قرمز: RA و زرد LA و سبز LL) به چست لیدها می چسباند
- ۶- پرستار پایش گازهای خون شریانی را طبق دستور پزشک در بیمارانی که اختلالات اسید و باز می باشند را انجام می دهند و اقدامات انجام شده و نتایج را در گزارش پرستاری ثبت می نمایند

۷- پرستار در صورت اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ ، با فشردن دکمه کنترل BP ، فشار سیستولیک و دیاستولیک بیمار را با توجه به وخامت وضعیت بیمار در فواصل زمانی منظم (۱۵ دقیقه ، ۳۰ دقیقه ، ۶۰ دقیقه و ۲ ساعت) کنترل ونتایج را در صورت ناپایدار بودن به پزشک معالج اطلاع می دهد و اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت می نماید

۸ - پرستار جهت اندازه گیری فشار خون بیمار ، ابتدا باز و بند ، با اندازه مناسب را انتخاب می کند و سپس بازو بند را دور بازوی بیمار قرار می دهد. به صورتی که قسمت قابل باد شدن قسمت بازو بند حدود دو سوم از طول بازو را بپوشاند و طول بازو بند به صورتی باشد که حدود ۱/۵ دور به دور بازوی بیمار میپیچد و قسمت تحتانی بازو بند حدوداً ۲/۵ سانتی متر در بالای چین جلوی آرنج قرار داشته باشد. پرستار دقت می کند که بیمار از ۳۰ دقیقه قبل از کنترل فشارخون مصرف کافئین نداشته باشد و حداقل ۵ دقیقه استراحت کرده باشد . پرستار وضعیت بازو را طوری تنظیم می کند که شریان بازویش در سطح قلب قرار بگیرد(تقریباً هم سطح با چهارمین فضای بین دنده ای در محل اتصال آن با جناغ)

۹- پرستار جهت کنترل تعداد ریت قلبی (HR) با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور میزان HR را در پرونده بیمار ثبت می کند. در بیماران AF ، تعداد نبض Apical با استفاده از گوشی در یک دقیقه سمع و ثبت می گردد در صورت نیاز به ثبت میزان pr (تعداد نبض) از نبض های محیطی مانند کاروتید، براکیال، رادیال و فمورال استفاده می کند. و پس از شمارش نبض و محاسبه تعداد نبض در یک دقیقه ، در پرونده بیمار ثبت می کند .

۱۰- پرستار جهت کنترل تعداد تنفس (RR) ، تعداد بالا رفتن قفسه سینه را در طی ۱۵ ثانیه یا ۱ دقیقه شمارش نموده و ثبت می کند. پرستار جهت کنترل RR همچنان که نبض را کنترل می کند انگشتان خود را روی میج بیمار نگه می دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس وی را شمارش می کند.

۱۱- پرستار درجه حرارت بیمار را با توجه به وضعیت بیمار کنترل می نماید و موارد هیپوترمی و هیپر ترمی را گزارش می کند ونتایج را در گزارش پرستاری ثبت می کند

۱۲- پرستار جهت کنترل در صد اشباع اکسیژن خون شریانی (SPO2) ، پروپ پالس اکسیمتر را به بیمار وصل نموده و میزان SPO2 بیمار را کنترل و ثبت می کند.

کارکنان مرتبط: پرستار		
امکانات و تسهیلات مورد نظر : دستگاه مانیتورینگ سیار و سانترال ، ونتیلاتور ثابت و پرتابل ، دستگاه چک ABG دستگاه فشار سنج مناسب ، ترمومتر مخصوص بیمار - چست لید - ژل مناسب		
منابع: تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده :
عصمت حاج حسینی / سرپرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

ب- ۱-۳-۵	دستورالعمل	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل
رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	دستورالعمل	ب- ۱-۳-۳
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	کد دستورالعمل: M.H.I
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	شماره ویرایش: ۱۰	دامنه: بخش های بالینی

تعاریف واژه ها: اعمال جراحی سرپایی در این مرکز شامل بخیه های صورت و گوش و تخلیه ابله و ... در بخش اورژانس و جراحی است

هدف: انجام عمل جراحی سرپایی در خارج از اتاق عمل جهت کاهش استرس بیماران

روش اجرا:

- ۱- در بخش اورژانس اتاق عمل سرپایی وجود دارد که وسایل استریل و سایر ملزومات جراحی سرپایی در این اتاق تعبیه شده است.
- ۲- در بخش جراحی اعمال جراحی سرپایی مانند تخلیه ابله ها در اتاق کار گوش و حلق و بینی انجام می شود.
- ۳- وسایل جراحی مانند تیغ بیستوری و انواع ست های استریل و ساکشن و... در بخش وجود دارد.
- ۴- چک لیست کنترل وسایل و تجهیزات در بخش جراحی و اورژانس وجود دارد و در هر شیفت از نظر آماده به کار بودن توسط مسئول شیفت کنترل می گردد.
- ۵- در این بیماران بر حسب نظر پزشک معالج از بی حسی های موضعی استفاده می شود.
- ۶- عمل جراحی در شرایط تمیز و با رعایت نکات استریل توسط پزشک صورت می گیرد.
- ۷- ابزار جراحی پس از عمل توسط بیماربر جمع اوری و شمارش میشود و به سی اس ار ارسال می گردد.
- ۸- بیمار از نظر خونریزی و عوارض عمل توسط پرستار مسئول کنترل می گردد.
- ۹- کلیه اقدامات انجام شده توسط پزشک و پرستار در پرونده ثبت می شود.

۱۰- بیماران بخش روانپزشکی در صورت نیاز به جراحی سرپایی به اورژانس یا بخش جراحی منتقل می شوند.

امکانات و تسهیلات و کارکنان مرتبط : وسایل بی حسی موضعی و جراحی و پرستار و پزشک		
منابع: تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی / سرپرستار طاهره ملکی / سوپروایزر فرحناز زمانی / پرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

	روش اجرائی	تریاز	
تریاز		روش اجرائی	ب -
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲		تریاز	کد روش اجرائی: M.H.P
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳		شماره ویرایش: ۱۰	دامنه: بخش های بالینی

تعاریف واژه ها: تریاز به معنای دسته بندی کردن، مشتق شده از کلمه فرانسوی trier است.

نقطه تصمیم گیری (A): آیا بیمار احتیاج به اقدام نجات دهنده حیات دارد در صورت مثبت بودن در سطح یک طبقه بندی می شود.

نقطه تصمیم گیری (B): آیا بیمار نباید منتظر بماند؟ (یعنی دارای ۱- شرایط پر خطر ۲- گیجی، خواب آلودگی یا اختلال در جهت یابی ۳- درد یا دیسترس شدید است؟ در صورت مثبت بودن در سطح ۲ قرار می گیرد.

نقطه تصمیم گیری (C): بیمار به چند تسهیلات در اورژانس نیاز دارد؟ در صورت احتیاج به دو یا بیشتر (در صورت عدم اختلال علایم حیاتی) سطح ۳ در صورت احتیاج به یک تسهیلات سطح ۴ در صورت عدم احتیاج به تسهیلات سطح ۵ می باشد.

ازمایش خون و ادرار -نوار قلب -رادیوگرافی -سونوگرافی -سیتی اسکن- ام ار ای اورژانس - مایعات وریدی (هیدراتاسیون) داروهای وریدی یا عضلانی یا نبولایزر اورژانس - مشاوره تخصصی - ترمیم لاسراسیون - پانسمان زخم متوسط تا بزرگ - سوند فولی - بیهوشی - شستشوی چشم - پانسمان و پماد سوختگی به عنوان تسهیلات به حساب می آیند ۱۰ اما ویزیت و معاینه پزشک عمومی ازمایش به منظور غربالگری گرفتن رگ تنها - داروهای خوراکی - واکن کزاز - تجدید نسخه - اداره زخم ساده کوچک تسهیل به حساب نمی آیند.

نقطه تصمیم گیری (D): آیا علایم حیاتی بیمار سطح ۳ در محدوده پر خطر قرار می گیرد ۰ در صورت مثبت بودن در سطح ۲ قرار می گیرد

هدف: هدف از تریاز در واحدهای اورژانس اولویت بندی مددجویان مراجعه کننده به اورژانس و شناسایی مددجویانی که نمی توانند جهت ویزیت پزشک منتظر بمانند و پیشگیری از موارد مرگ و میر قابل اجتناب و عوارض نا خواسته می باشد.

شیوه انجام کار:

- ۱- واحد تریاژ در ابتدای بخش اورژانس قرار دارد و در بدو ورود بیمار به اورژانس وضعیت بیمار توسط مسئول تریاژ بررسی شده و سطح بندی می شوند .
- ۲- سطح بندی بیماران در پنج سطح بر اساس چهار نقطه تصمیم گیری A-B-C-D توسط پرسنل تریاژ انجام می شود .
- ۳- مسئول تریاژ اولویت بندی ویزیت بیماران را توسط پزشک اورژانس بر عهده دارد .
- ۴- مسئول تریاژ در مورد بیماران بد حال سریعاً اقدامات پرستاری را شروع نموده و با زدن زنگ هشدار که در تریاژ نصب گردیده به پزشک جهت ویزیت بیمار و پرسنل اورژانس جهت کمک اطلاع می دهد .
- ۵- بیماران بد حال احتیاج به احیاء به کمک بیماربر یا برانکارد به اطاق CPR منتقل می شود .
- ۶- بنر آموزشی چگونگی تریاژ بیماران در بیمارستان در تریاژ نصب و به اطلاع پرسنل رسانده شده است .
- ۷- پرسنل تریاژ از طبقه بندی بیماران اورژانس بر اساس مقیاس تریاژ اطلاعات کافی داشته و سریعاً به مددجو رسیدگی می نمایند
- ۸- برنامه ای مدون جهت حضور ۲۴ ساعته پرسنل تریاژ در بخش موجود می باشد .
- ۹- مسئول تریاژ تمامی بیماران که به اورژانس وارد می شوند تریاژ نموده و در سیستم ثبت می نماید.
- ۱۰- مسئول تریاژ از فرم تریاژ بیمارانی که احتیاج به بستری دارند پرینت گرفته و بعد از ثبت گزارش و دستور پزشک به همراه بیمار تحویل پرسنل اورژانس می نماید.
- ۱۱- مسئول تریاژ بعد از تحویل بیمار به پرستار اورژانس به محل کار خود باز می گردد .
- ۱۲- در بخش اورژانس واحد اسکرین وجود دارد که در این واحد بیماران با مشکلات ساده و غیر اورژانسی جدای از بیمارانی که مشکلات جدی یا اورژانسی دارند توسط پزشک مسئول مورد معاینه و درمان قرار می گیرند .
- ۱۳- نیروی انسانی مناسب با شرایط ۵ سال سابقه کار بالینی و یک سال در اورژانس و گذراندن دوره های مخصوص در تریاژ گذاشته شده است .
- ۱۴- نیروی نگهبانی مناسب به صورت شبانه روزی به مراقبت از ورودیهای بیمارستان و اورژانس می پردازد .

- امکانات و تسهیلات و کارکنان: فضای فیزیکی مناسب، نیروی پرستاری با شرایط ذکر شده -
نیروی نگهبانی مناسب - پزشک اورژانس - پزشک اسکرین - بیماربر
تجهیزات استاندارد: از جمله فشار سنج بزرگسال و اطفال - کپسول اکسیژن مناسب - تخت معاینه -
پایه سرم ثابت یا متحرک - پالس اکسیمتر - ماسک و کانول اکسیژن و تجهیزات دیگر

نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده:	نام و سمت تصویب کننده:
عصمت حاج حسینی / سرپرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

انجام مشاوره های اورژانس با مشارکت پزشکان	روش اجرایی	
ب -	روش اجرایی	انجام مشاوره های اورژانس با مشارکت پزشکان
کد روش اجرایی : M.H.P	انجام مشاوره های اورژانس با مشارکت پزشکان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها :

پزشک معالج فردی که بیمار تحت سرویس وی بستری شده و یا با تغییر شیفت در بخش اورژانس بیمار به وی تحویل داده شده است .

اقدام پاراکلینیکی به کلیه اقدامات تشخیصی اعم از آزمایش ، عکسبرداری و سونوگرافی که جهت بیمار انجام می شود ، گفته می شود

هدف : کمک به تشخیص و درمان سریع تر و رفع مشکل مددجو و در نتیجه ارائه خدمات درمانی و مراقبتی مطلوب و به موقع به بیمار طبق نظر پزشک معالج

شیوه انجام کار :

۱- به محض ورود بیمار به اورژانس ابتدا توسط پزشک اورژانس که همان پزشک معالج در طول شیفت می باشد ، ویزیت می شود

۲- نتایج هرگونه اقدام پاراکلینیکی که در رابطه با مشاوره است و برای بیمار دستور داده شده است توسط پرستار مراقب بیمار پی گیری می شود

۳- مشاوره اورژانس به طور خیلی سریع و در اسرع وقت به اطلاع اینترن مربوطه رسانده تا پیگیری شود و اگر اینترن نباشد توسط پرستار مسئول به اطلاع پزشک مشاور رسانده می شود

۴- پزشک مشاور جهت ویزیت بیمار حداکثر تا نیم ساعت بعد از تماس باید جهت ویزیت بیمار حضور یابد

۵- دستورات پزشک مشاوره توسط خود پزشک یا اینترن مربوطه در پرونده بیمار ثبت و توسط مسئول شیفت چک می گردد و بلافاصله این دستورات به اطلاع پزشک معالج بیمار رسانده می شود و سپس اجرا می شود

امکانات و تسهیلات و کارکنان: برنامه آنکالی پزشکان ، تلفن ، پرستار ، چک لیست مربوطه جهت نظارت ،
 سرپرستار / سوپروایزر
 منابع: تجربه بیمارستان

نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
عصمت حاج حسینی / سرپرستار	علی محسن زاده / مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش / رئیس بیمارستان

دکتر امور دانشی دارمانی مرادی

نوبت دهی اعمال جراحی	دستورالعمل	ب- ۱-۳-۱
----------------------	------------	----------

ب- ۱-۳-۱	دستورالعمل	نوبت دهی اعمال جراحی
کد دستورالعمل: M.H.I	نوبت دهی اعمال جراحی	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها : PO= خوردن از راه دهان و NPO= نخوردن از راه دهان

هدف : ارائه خدمات به موقع و افزایش ایمنی بیمار

شیوه انجام کار:

- ۱- اتاق عمل این مرکز به صورت صبحکار فعال میباشد.
- ۲- توسط سرپرستار برای شیفتهای عصر و شب برنامه آنکالی نوشته شده که در صورت داشتن بیمار اورژانسی از نیروهای آنکال کمک گرفته می شود.
- ۳- در روزهای تعطیل نیز پرسنل آنکال وجود دارند.
- ۴- بیماران اورژانسی بدون هیچ محدودیتی و در هر لحظه از شبانه روز توسط پرسنل اتاق عمل پذیرش می گردند.
- ۵- اعمال اورژانسی در هر ساعتی انجام می شود و اعمال غیر اورژانس در شیفت صبح و عصر انجام می گردد.
- ۶- در موارد حاد و اورژانس، هماهنگی لازم از طریق بخش توسط سرپرستار یا مسئول شیفت با اتاق عمل جهت کسب اطمینان از آمادگی اتاق عمل انجام می گیرد.
- ۷- در صورت ادامه اعمال جراحی به شیفت عصر از همان نیروهای آنکال کمک گرفته می شود.
- ۸- پذیرش بیماران عادی، حاد و اورژانس طی تماس تلفنی و هماهنگی اتاق عمل و بخش مربوطه (بخش جراحی و بخش اورژانس) انجام می شود. در شیفت صبح مسئول اتاق عمل و یا منشی با سرپرستار و یا استاف بخش

هماهنگی لازم را انجام داده و در مواقع دیگر مسئول شیفت اتاق عمل با پرستار مسئول بخش تماس می گیرد.

- ۹- آمار بیماران الکتیو کاندید عمل هر روز صبح توسط مسئول اتاق عمل از بخشها گرفته می شود.
- ۱۰- بعد از اطمینان از حضور متخصص بیهوشی و جراح در اتاق عمل، آماده بودن کامل بیمار از بخش به اتاق عمل فراخوانده میشود.
- ۱۱- سرویس دهی بیماران باید طبق برنامه جراحان مصوب شده در بیمارستان بصورت روزانه صورت گیرد.
- ۱۲- در صورت داشتن بیمار اورژانس و پر خطر قانون بالا تغییر پذیر است.
- ۱۳- پذیرش بیماران اطفال در ابتدای شیفت کاری در دستور کار قرار دارد و سپس نظر جراحان محترم میباشد.
- ۱۴- بیماران چشمی به ترتیب بستری شدن در بیمارستان از نظر ساعتی صبح روز بعد به اتاق عمل فرستاده می شوند مگر بیمارانی که مشکل دارند مانند دیابت و فشارخون و ضعف و
- ۱۵- سایر بیماران در صورت کامل بودن پرونده و آزمایشات نیز با شرایط سن پذیرفته میشوند.
- ۱۶- در صورتی که جراحی بیمار اورژانس داشته باشد جراح هم گروه او باید بیمار الکتیو را نگهداشته تا بیمار اورژانس ابتدا سرویس دهی شود.
- ۱۷- تمام جراحی های عفونی بعد از پایان اعمال جراحی خصوصاً اعمال چشمی صورت می گیرد.
- ۱۸- در هنگام اعلام اتاق عمل به بخش جهت فرستادن بیمار از بخش به اتاق عمل از آمادگی بیمار جهت عمل قبل از ورود به اتاق عمل (آماده بودن آزمایشات، رزرو خون و...) اطمینان حاصل می شود.
- ۱۹- پس از هماهنگی بخش با اتاق عمل بیمار توسط پرستار بخش به همراه پرونده تحویل اتاق عمل می شود.
- ۲۰- مدیریت ساعت مجاز ناشتایی بیمار قبل از عمل به عهده متخصص بیهوشی بوده و بعد از عمل ساعت PO شدن بیمار در برگ دستورات پزشک توسط جراح نوشته می شود.
- ۲۱- پرونده بیمار توسط کاردان و یا کارشناس اتاق عمل و بیهوشی از نظر رضایت عمل و رضایت آگاهانه و رضایت HIGH RISK ، آزمایشهای لازم، رزرو خون، ویزیت بیهوشی و موارد دیگر بررسی می گردد.
- ۲۲- کاردان و یا کارشناس اتاق عمل و بیهوشی بایستی اطمینان حاصل کند که برگ رضایت آگاهانه در بیمار هوشیار و با سن قانونی بالای ۱۸ سال از خود بیمار گرفته شده باشد و در بیمار غیر هوشیار و یا زیر ۱۸ سال از ولی و قیم بیمار اخذ شده باشد.

- ۲۳- در مواردی که بیمار ناشناس، بیهوش، یا زیر ۱۸ سال بدون همراه و قیم قانونی نیاز به جراحی اورژانس داشته باشد، تصمیم گیری در این مورد با تیم جراحی میباشد.
- ۲۴- بیمار از نظر NPO بودن، شیو محل عمل، خالی بودن مثانه، نداشتن اعضاء مصنوعی، زیور آلات و آرایش و لاک ناخن، داشتن IV LINE مناسب و... توسط کاردان و یا کارشناس اتاق عمل و بیهوشی بررسی می شود.
- ۲۵- توسط کاردان و یا کارشناس اتاق عمل و بیهوشی مشخصات بیمار، نوع بیماری، نوع عمل جراحی، ناحیه و سمت عمل با پرونده و دستبند مشخصات و پرسش از خود بیمار مطابقت داده می شود.
- ۲۶- بیمار با حفظ حریم شخصی از پرستار بخش تحویل گرفته شده و به اتاق عمل منتقل می شود.
- ۲۷- سوابق بیماری و داروئی بیمار توسط کاردان و یا کارشناس اتاق عمل و بیهوشی گرفته می شود.
- ۲۸- برگه قبل از عمل که توسط پرستار بخش تکمیل شده توسط کاردان یا کارشناس اتاق عمل و بیهوشی چک می گردد.
- ۲۹- برگ مراقبت قبل از عمل جراحی و چک لیست جراحی ایمن قسمت ورود به اتاق عمل توسط تحویل گیرنده بیمار تکمیل شده و ساعت ورود و تاریخ یادداشت شده و مهر و امضاء می شود.
- ۳۰- در برگ گزارش پرستاری پرستار تحویل گیرنده بیمار گزارش دقیق تحویل بیمار را یادداشت کرده و موارد هوشیاری یا عدم هوشیاری، NPO بودن، ساعت ورود و ملحقات پرونده مثل برگ آزمایشات، رضایت نامه ها، رزرو خون، ویزیت متخصصین، CT SCAN، سونوگرافی و دیگر گرافی های بیمار را یادداشت می کند.
- ۳۱- ارزیابی های لازم طبق چک لیست جراحی ایمن قبل از شروع بیهوشی و عمل بیمار توسط تیم بیهوشی و اتاق عمل انجام می شود.
- ۳۲- توسط کاردان و یا کارشناس اتاق عمل و بیهوشی توضیحات و آموزشهای لازم به بیمار در خصوص عمل جراحی و القای بیهوشی داده می شود و پاسخگویی به سؤالات آنها در زمان پذیرش انجام می گیرد.
- ۳۳- نظارت بر ارایه به موقع خدمات توسط مسئولین مربوطه انجام می شود.
- ۳۴- دستورالعمل کار در اتاق عمل به صورت استاندارد تهیه و در اختیار پرسنل قرارداده شده که همگی بر طبق خط و مشی های موجود در آن به ارایه خدمت می پردازند.
- ۳۵- در صورت نیاز بیماران به خدماتی که در بیمارستان وجود ندارد، هماهنگی لازم توسط سرپرستار و سوپروایزر با مرکز ارایه خدمت در خارج از بیمارستان انجام شده و بیمار همراه تیم اعزام با آمبولانس برده و برگردانده می شود.

مسئولیت ها و اختیارات:		
امکانات و تسهیلات:		
منابع: تجربه بیمارستان _ منابع علمی		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده:	نام و سمت تصویب کننده:
اتنا سعیدی سرپرستار اکرم مسلمی نجمه آبسالان	علی محسن زاده مترون	دکتر محمدرضا فرحبخش ریاست مرکز مرادی
کاردان اتاق عمل کاردان اتاق عمل		

برچسب گذاری اقلام استریل شده در فرایند فراخوان	روش اجرایی	ب- ۵-۲-۵
ب- ۵-۲-۵-	روش اجرایی	برچسب گذاری اقلام استریل شده در فرایند فراخوان
کد روش/اجرایی: M.H.P	برچسب گذاری اقلام استریل شده در فرایند فراخوان	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

هدف: جلوگیری از کاهش الودگی به سایر قسمت های بخش

شیوه انجام کار:

۱- وسایل از بخش ها توسط بیماران و از اتاق عمل توسط پرستار سرکولر اتاق عمل از درب وسایل غیر استریل تحویل گرفته میشود.

۲- شستشوی وسایل بخشها و اتاق عمل طبق دستورالعمل شستشو انجام میشود و سپس پگ و استریل میگردند.

۳- وسایل تاریخ گذشته اتاق عمل در روزهای پنج شنبه تحویل گرفته میشوند ستها باز شده و چک میگردند و مجدداً تست کلاس ۶ گذاشته میشود و پک میگردند و بعد از درب مخصوص تحویل اتاق عمل میشوند.

۴- لازم به ذکر است وسایل کثیف از درب جدا و وسایل استریل از درب دیگر تحویل بخشها میشود.

۵- وسایل تاریخ گذشته بخش ها نیز همه روزه در صورتی که وجود داشته باشد تحویل گرفته میشوند باز میگردند چک میشوند و تست داخل آنها گذاشته میشوند و استریل میگردند.

مسئولیت ها و اختیارات: پرسنل سی اس ار		
امکانات و تسهیلات:		
منابع: تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده:	نام و سمت تصویب کننده:
خدیدجه علیزاده: سرپرستار	مترون / علی محسن زاده	ریاست بیمارستان دکتر فرحبخش

پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی	روش اجرایی	ب-۵-۵-۲
پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی	روش اجرایی	ب-۵-۲-۵
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی	کد روش اجرایی: M.H.P
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	شماره ویرایش: ۱۰	دامنه: بخش های بالینی

پیشگیری و کنترل عفونتهای کاتترهای ادراری

تعاریف واژه ها :

کاتتر یا سوند ادراری: لوله باریک و انعطاف پذیری است که برای جمع آوری ادرار درون مثانه قرار داده می شود.

سیاست و هدف بیمارستان :

با توجه به اهمیت پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی توجه به اصول استاندارد در حین کارگذاری و نگهداری از کاتترهای ادراری به منظور پیشگیری از عفونتهای ادراری مهم می باشد.

دامنه: کلیه واحد های درمانی بیمارستان

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

- ۱- کاتتریزاسیون ادراری با توجه به وجود اندیکاسیون انجام می شود.
- ۲- کاتتریزاسیون ادراری با رعایت نکات آسپتیک طبق استاندارد انجام می شود.
- ۳- علائم موضعی و جنرال عفونت کاتترها مورد بررسی قرار گرفته گزارش می شود.
- ۴- در صورت بروز علائم عفونت کاتتر ادراری بر حسب شرایط بالینی مورد بررسی و یا تعویض قرار می گیرد.
- ۵- استفاده از کاتتر مورد بررسی قرار می گیرد تا مدت استفاده حتی الامکان کوتاه باشد.
- ۶- کیسه ادرار پایین تر از سطح مثانه باشد.
- ۷- برای افرادی که سوند مثانه دارند و نیز برای افرادی که توانایی مراقبت از خود را ندارند مانند افراد بستری در ICU در کاردکس مراقبت پرینه نوشته می شود که هر روز مراقبت پرینه توسط کمک بهیار بخش و با اطلاع پرستار مربوطه انجام می گیرد.

۸- تعویض کاتتر ادراری بصورت روتین هر ۱۴-۲۱ روز انجام گیرد و در موارد زیر انجام می شود.

✓ اختلال عملکرد یا نشت سوند

✓ انسداد سوند ادراری

✓ از بین رفتن سیستم بسته

✓ جدا شدن مکرر سوند از کیسه ادرار، آلودگی سوند و کیسه ادرار بویژه حین تهیه نمونه ادرار یا پارگی در محل اتصال کاتتر به کیسه ادرار

✓ وجود قارچ کاندیدا در ادرار

وجود عفونت ادراری (بعد از هماهنگی با پزشک کنترل عفونت)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

وسایل حفاظت فردی، امکانات شستشوی دست، کاتتر ادراری، ست پانسمان، کیسه ادراری، بتادین دستکش استریل

پیشگیری و کنترل عفونتهای موضع جراحی

تعاریف واژه ها:

سیاست و هدف بیمارستان:

ارتقاء ایمنی بیماران، کاهش هزینه های درمانی، کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان

دامنه:

بیمارستان مرادی

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

روش اجرایی:

۱- شیوه یا کوتاه کردن موهای محل عمل طبق پروتکل استاندارد انجام می شود.

۲- در صورت عدم منع جهت بیمار حمام وی شب قبل از جراحی انجام می شود.

۳- محل برش جراحی قبل از عمل مورد ضد عفونی کامل قرار می گیرد.

۴- کلیه وسایل مصرفی از نظر صحت فرآیند استریل زاسیون مورد بررسی قرار گرفته و اندیکاتور مربوطه در پرونده بیمار نصب می گردد.

۵- اسکراب و گانینگ طبق پروتکل استاندارد انجام میشود.

۶- نکات استریل در حین عمل جراحی توسط کادر درمان طبق پروتکل استاندارد رعایت می شود.

۷- در پانسمانهای بعدی محل جراحی، نکات استریل طبق پروتکل استاندارد رعایت می شود.

۸- کلیه موارد عفونت برش جراحی در اسرع وقت به کارشناس کنترل عفونت گزارش می گردد.

۹- تا حد امکان تمام عفونت های بیمار قبل از جراحی های و اعمال غیر اورژانس درمان شوند و جراحی تادرمان

عفونت ها به

تعویق افتد.

۱۰- عدم استفاده از تنباکو و سیگار حداقل ۳۰ روز قبل از عمل جراحی الکتیو توسط بیمار

۱۱- کنترل سطح گلوکز بیماران دیابتی بیمار قبل از جراحی هیپرگلیسمی نداشته باشد (توسط پرسنل)

آنتی بیو تیک پروفیلاکسی:

۱- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید زمانی توسط پزشک داده شود که بیشترین غلظت را در هنگام آغاز جراحی برای فرد ایجاد کند و تا مدت کمی بعد از شروع جراحی باقی بماند .
آنتی بیوتیک پیشگیرانه

نوع و محل جراحی	آنی بیوتیک پیشگیرانه پیشنهادی	آنی بیوتیک پیشگیرانه پیشنهادی در موارد حساسیت به سفالوسپورینها
اعما جراحی ترمیم هرنی به روش باز یا لاپاراسکوپیک با تعبیه مش	Cefazolin	Clindamycin or vancomycin
اعما جراحی تیروئید و پاراتیروئید	NOT RECOMMENDED	NOT RECOMMENDED

حین جراحی:

- ۱- تهویه فشار مثبت اتاق عمل به طرف راهروها و مناطق مجاور باید صورت گیرد.
- ۲- درهای اتاق عمل باید جز در موارد جابجایی وسایل ،ورود پرسنل و بیماران بسته باشند.
- ۳- تعداد افرادی که وارد اتاق عمل می شوند تا حد امکان محدود شود.
- ۴- قبل از شروع جراحی بعدی آلودگی باخون یا سایر مایعات بدن بر روی سطوح و وسایل می بایست با یک ماده گندزدا توسط کمک بهیارتیمز شوند.

مراقبت بعد از جراحی:

- ۱- ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از جراحی باید پوشش پانسمان استریل اولیه توسط پرسنل حفظ شود.
- ۲- بهداشت دست ها قبل تعویض پانسمان توسط پرسنل رعایت شود.
- ۳- از تکنیک استریل جهت تعویض پانسمان استفاده شود.
- ۴- به بیمار و همراهانش در مورد مراقبت از زخم ،علائم عفونت زخم و گزارش این علائم آموزش داده شود.

پیشگیری و کنترل عفونتهای خون

تعاریف واژه ها(در صورت موجود بودن):

کاتتریزاسیون ورید مرکزی :گذاشتن یک لوله پلاستیکی نرم از طریق پوست در یک رگ مرکزی در ناحیه گردن یا کشاله ران برای دیالیز ، دادن مایعات یا دارو به بیمار

دامنه : کلیه واحد های درمانی بیمارستان

هدف بیمارستان :

با توجه به اهمیت پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی ، جهت پیشگیری از عفونت انواع کاتترهای عروقی باید به اصول استاندارد توجه شود.

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

امکانات و کارکنان مورد نیاز :

وسایل مورد نیاز قبل از کارگذاری کاتترهای عروق محیطی

- ۱- دستکش تمیز ۲- الککل ۳- تورنیکه ۴- کاتتر داخل وریدی ۵- لوله رابط ۶- ست سرم ۷- محلول نرمال سالین ۸- پانسمان ۹- چسب ۱۰- گاز ۱۱- محلول تزریق

وسایل مورد نیاز قبل از کارگذاری کاتترهای وریدی مرکزی و.....

- ۱- دستکش استریل (فردی که در زمان کارگذاری کاتترها بجز کاتتر محیطی کمک میکند نیز باید دستکش استریل بپوشد) ۲- (شان استریل بزرگ ۳- کلاه ۴- ماسک ۵- محافظ چشم و صورت ۶- گان ۷- ست مخصوص بسته به نوع کارگذاری کاتتر

قبل از کارگذاری کاتترهای عروق محیطی، مراقبت دست در سطح متوسط ضرورت دارد:

- ۱- شستشوی بهداشتی دست با صابون ضد عفونی کننده به مدت یک دقیقه ۲- ضد عفونی سریع دست با الککل قبل از کارگذاری کاتترهای عروق مرکزی، همودیالیز ... ، حداکثر مراقبت دست ضرورت دارد:

روش اجرایی :

- ۱- انتخاب کاتتر بر اساس هدف ، مدت استفاده می باشد.
 - ۲- در بزرگسالان استفاده از اندام فوقانی ارجح است و در صورتیکه کاتتر در اندام تحتانی گذاشته شود سعی می شود در صورت امکان در اسرع وقت به اندام فوقانی منتقل شود.
 - ۳- در کودکان بهترین محل ها ، دست، پشت پا و جمجمه است.
 - ۴- کاتتریزاسیون ورید مرکزی فقط در صورت وجود اندیکاسیون انجام می شود.
 - ۵- از کاتترهای مرکزی با کمترین تعداد لومن استفاده می شود.
 - ۶- اسکراب صحیح دستها قبل از کارگذاری کاتترهای عروق مرکزی رعایت می گردد.
 - ۷- تکنیک آسپتیک قبل از کارگذاری کاتتر و در طی مراقبت از آن رعایت میگردد.
 - ۸- علایم موضعی عفونت کاتتر ورید مرکزی روزانه توسط کادر درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد (موقع تحویل شیفت و تزریق).
 - ۹- علایم سیستمیک عفونت کاتتر ورید مرکزی روزانه توسط کادر درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد (موقع تحویل شیفت و تزریق).
 - ۱۰- بر حسب عفونت موضعی و یا سیستمیک ناشی از کاتتر ورید مرکزی ، در ارتباط با خروج و یا عدم خروج کاتتر و نوع آنتی بیوتیک تصمیم گیری می شود.
- وسایل مورد نیاز قبل از کارگذاری کاتترهای عروق مرکزی:
- دستکش استریل (فردی که در زمان کارگذاری کاتترها ، به جز کاتتر محیطی ، کمک می کند نیز دستکش استریل می پوشد) - شان استریل بزرگ - کلاه - ماسک - محافظ چشم و صورت - گان - ست کات دان

نحوه آماده سازی پوست:

- ۱- اگر پوست کثیف است ابتدا با آب و صابون شسته می شود
- ۲- تمام قسمتهایی از پوست که توسط پانسمان کاتتر پوشیده خواهد شد، پاک و ضد عفونی می شود.
- برای کاتتر کوتاه محیطی ۲-۳ اینچ (۵-۷ سانتی متر)
- برای کاتترهای میدلاین و مرکزی که از طریق عروق محیطی کارگذاری میشود ۴-۶ اینچ (۱۰ تا ۱۵ cm)

توجه: لازم است پاک کردن پوست در محل کارگذاری کاتتر تکرار شود. شایعترین روش برای کارگذاری کاتتر ورید مرکزی استفاده از الکل در ابتدا و سپس بتادین می باشد (نه برعکس)

تعویض کاتترها: الف- کاتترهای محیطی:

بهتر است کاتترهای محیطی (آنژیوکت‌های وریدی در بزرگسالان) هر ۷۲ ساعت یکبار تعویض شود.

در بچه ها نیازی به تعویض روتین کاتترهای وریدی محیطی نیست مگر عارضه فلبیت اتفاق بیفتد.

ب- کاتترهای مرکزی: برای پیشگیری از عفونت کاتترهای ورید مرکزی (CVL) نیاز به تعویض روتین کاتتر نمی باشد.

فقط در صورت اختلال عملکرد کاتتر یا وجود شواهدی از عفونت در موضع یا در صورت بروز تب ، با نظر پزشک تعویض کاتتر توصیه می شود.

برای پانسمان گاز هر دو روز یکبار و برای پانسمانهای شفاف هر ۷ روز یکبار تعویض پانسمان محل کاتتر ، توصیه می شود. در صورتیکه پانسمان شل ، خیس یا کثیف شود یا نیاز به دیدن محل کاتتر باشد تعویض می گردد.

ست سرم هر ۷۲ ساعت یکبار تعویض گردد.

میکروست هر ۷۲ ساعت یکبار تعویض گردد.

سه راهی آنژیوکت و هپارین لاک هر ۷۲ ساعت یکبار تعویض گردند.

سرم‌هایی که جهت رقیق کردن دارو به میکروست متصل می شوند هر ۲۴ ساعت یکبار تعویض گردند.

سرم آمینوفیوژن پس از انفوزیون به بیمار فقط تا ۲۴ ساعت قابل استفاده می باشد.

سرم اینترا لید پس از انفوزیون به بیمار فقط تا ۱۲ ساعت قابل استفاده می باشد.

بعد از انفوزیون ویال آلومین ست سرم دور انداخته می شود .

سرم‌هایی که جهت ساکشن بیمار استفاده می شود هر ۲۴ ساعت یکبار تعویض گردند.

شایان ذکر است کلیه ست سرم، میکروست ، ست K، سه راهی آنژیوکت و هپارین لاک تاریخ زده می شوند.

ویالهای مولتیپل دوز، ویالهای حاوی دارو هستند که می توانند بیش از یکبار استفاده شوند

به علت وجود مواد نگهدارنده ضد میکربی استفاده مجدد از این ویالها (با توجه به دستورالعمل کارخانه سازنده) بلامانع است و در واقع MDVها ، ویالهای حاوی مواد نگهدارنده هستند.

مثال: هپارین، انسولین ، نیتروپروساید سدیم و بیکربنات سدیم

در صورتی میتوان از یک ویال چندین بار استفاده نمود که دارای نگهدارنده باشد مثل ویالهای هپارین، انسولین ، نیتروپروساید سدیم و بیکربنات سدیم.

دقت شود که از ویالهای بدون نگهدارنده نظیر محلولهای قندی، کلرور سدیم (نرمال سالین) و آب مقطر چندین بار استفاده نگردد. هنگام استفاده از ویالهای مولتیپل دوز به نکات زیر دقت شود.

۱- قبل از استفاده از ویالها شستن دست انجام می شود.

۲- به دستورالعمل کارخانه سازنده در خصوص روش صحیح استفاده و نگهداری توجه می شود.

۳- به تاریخ مصرف ویالها توجه شده در صورت پایان تاریخ مصرف ، از ویال استفاده نمی شود.

۴- به وجود مواردی نظیر شکستگی ویال ، تغییر رنگ و عدم شفافیت محلول و وجود ذرات معلق در محلول توجه شده در صورت مشاهده چنین مواردی استفاده از ویال ، حتی اگر تاریخ مصرف آن پایان نیافته باشد انجام نمی شود.

۵- برای تزریق پوشش پلاستیکی روی ویال را با پنبه آغشته به الکل تمیز کرده صبر می کنند خشک شود.

۶- در هر بار استفاده از ویال از سرتگ و سوزن استریل استفاده می شود. سوزن به هیچ وجه روی پوشش پلاستیکی سر ویال باقی نمی ماند چون راه مستقیم ورود میکرب است.

- ۷- از یک سرنگ فقط یکبار استفاده می شود. زیرا اگر فقط سوزن عوض شود و سرنگ باقی بماند امکان انتقال ویروسی نظیر H B V و HIV وجود دارد.
- ۸- ویالهای مولتیپل دوز حاوی نگهدارنده هایی هستند که قادرند باکتریها را غیر فعال نمایند و عمدتاً تأثیری روی ویروسها ندارند. برای غیر فعال کردن ویروسها گاهی تا دو ساعت وقت لازم است. لذا استفاده مکرر از ویالها و عدم رعایت شرایط آسپتیک می تواند احتمال آلودگی را افزایش دهد.
- ۹- بطور کلی توصیه می شود هنگام استفاده و نگهداری از ویالها به دستورالعمل کارخانه سازنده توجه شود. در بیشتر مواقع توصیه می گردد ویالها بعد از استفاده در یخچال نگهداری شوند ولی در مورد ویالهای لیدوکائین، نگهداری در یخچال امکان رشد ارگانیسمهای استاف اورئوس را فراهم می سازد. پس اصل کلی برای نگهداری، دقت به دمای توصیه شده کارخانه هاست
- در مورد واکسنهای dT و هپاتیت B تاریخ اولین مصرف قید شده پس از گذشت ۴ هفته استفاده از واکسنهای یاد شده ممنوع است.
- ۱۰- ویالهای Single- dose بعد از یکبار مصرف دور انداخته شود ولی در شرایطی که این ویالها در داروخانه یا یک قسمت مرکزی تحت شرایط آسپتیک با ذکر تاریخ و ساعت باز شدن فقط تا پایان همان شیفت کاری مصرف شوند؛ استفاده مجدد امکان پذیر است.
- ۱۲- برای مایعات irrigation (سرم شستشو) تاریخ و ساعت باز شدن ثبت می شود و بعد از ۲۴ ساعت دور انداخته می شود.
- ۱۳- ویالهایی که به صورت آمپول هستند بعد از یکبار استفاده دور انداخته می شوند.
- ۱۴- آنتی بیوتیکها جزو ویالهای Single- dose هستند لذا استفاده مجدد از آنها توصیه نمی شود، مگر طبق دستورالعمل کارخانه سازنده.
- در شرایط زیر ویالها دور انداخته می شوند:
- وقتی ویالها خالی، دچار شگستگی، آلودگی شوند یا ذرات معلق در آنها دیده شود. زمانی که تاریخ آنها پایان یافته باشد حتی در صورت عدم استفاده هم باید دور انداخته شوند.
 - وقتی که روش نگهداری ویالها نادرست باشد.

پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی

عنوان روش اجرایی:

تعاریف واژه ها :

تراکئوستومی : به گذاشتن یک لوله در تراشه از طریق یک برش جراحی روی تراشه تراکئوستومی می گویند.

انتوباسیون تراشه : شامل جایگذاری یک لوله پلاستیکی انعطاف پذیر به داخل تراشه است که یک راه هوایی مناسب جهت تهویه مکانیکی فراهم می کند. شایعترین روش برای انتوباسیون استفاده از راه دهان به کمک یک لارنگوسکوپ است. لوله انتوباسیون به داخل نای بیمار فرستاده می شود. سپس یک تیوب در نزدیکی انتهای آن باد می شود تا به تثبیت محل لوله کمک نماید و در محافظت از عبور خون، ترشحات معده و سایر ترشحات دهان به راه های هوایی نقش دارد. یک روش دیگر برای انتوباسیون رد کردن لوله از راه بینی است.

سیاست و هدف بیمارستان :

با عنایت به اهمیت پیشگیری و کنترل عفونت های تنفسی در بیمارستان، این مرکز ملزم است پروسیجر های انتوباسیون داخل تراشه، ساکشن، تهویه مکانیکی را مطابق استانداردها و به نحوی انجام دهد که موجب بروز عارضه یا عفونت در بیمار نشود.

دامنه : بیمارستان مرادی

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

روش اجرایی:

- ۱- رعایت بهداشت دست ها قبل و بعد از کلیه اقداماتی که جهت بیمار انجام می شود.
- ۲ - اینتوباسیون بیماران با رعایت شرایط استریل و تحت نظارت متخصص بیهوشی انجام می شود.
- ۳ - ساکشن لوله تراشه با رعایت نکات استریل و طبق دستورالعمل مربوطه انجام می شود.
- ۴ - پانسمان تراکئوستومی با رعایت نکات استریل و طبق دستورالعمل مربوطه انجام می شود.
- ۵ - موقعیت آناتومیکی تراکئوستومی پلاستیکی و یا فلزی، حفظ و توسط کادر درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- ۶ - بیمار از نظر پیشگیری از پنومونی ناشی از ونتیلاتور (Vap) توسط گروه مشاورین عفونی مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- ۷- پس از هربار استفاده از ونتیلاتور، تجهیزات یکبار مصرف تعویض و کل سیستم طبق پروتکل ضد عفونی می شود.
- ۸- در صورتیکه جهت بیمار منعی نداشته باشد سر بیمار ۳۰ درجه بالا نگه داشته می شود.
- ۹- توجه به بهداشت دهان بیمار و یا در صورت عدم منع جهت بیمار مسواک کردن دندانها رعایت می شود.
- ۱۰- روزانه کلیه ونتیلاتورها از نظر تعویض فیلترهای آنتی باکتریال یک بار مصرف طبق پروتکل بررسی می شوند.

مسئولیت ها و اختیارات: اعضا کمیته کنترل عفونت - مسئولین بخش های بالینی		
امکانات و تسهیلات: کامپیوتر، اوراق و فرم های گزارش کشت و عفونت بیمارستانی		
منابع: نظام مراقبتهای عفونتهای بیمارستانی ، راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستان ، راهنمای کاربردی کنترل عفونت در بیمارستان، www.cdc.gov		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
منصور خلیلی با همکاری اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت رؤسا و سرپرستاران بخشی های بالینی	علی محسن زاده : مترون	آقای دکتر محمدرضا فرحبخش

تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی	پروتکل/دستورالعمل	ب-۵-۶-۱-
---	-------------------	----------

ب-۵-۶-۱-	دستورالعمل	تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی
کد دستورالعمل: M.H.I	تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژها: عفونت محل جراحی: شامل عفونت انسزبون، عفونت عضو و عفونت سایر اعضا و مکانهای دستکاری شده حین عمل است

سیاست و هدف بیمارستان:

۱. کاهش مصرف غیرمنطقی و بی رویه آنتی بیوتیک

۲. تدوین پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل اعمال جراحی

۳. تجویز منطقی آنتی بیوتیک ها براساس الگوی مقاومت میکروبی

۴. کاهش هزینه های درمانی

۵. کاهش مدت زمان بستری.

روش اجرایی:

۱. مسئول فنی داروخانه لیست آنتی بیوتیک های پرمصرف بیمارستان را در اختیار واحد کنترل عفونت قرار میدهد.

که شامل: سفازولین، سفتریاکسون gr۱، کلیندامایسین، جنتامایسین، پماد تتراسایکلین ۳٪، سیپروفلوکساسین mg۲۰۰ آمپی سیلین gr۱ پنی سیلین g پماد تتراسایکلین ۱٪/میتو مایسین، آمیکاسین، ویال گلوگزاسیلین mg۵۰۰، ویال مترونیدازول، وانکوماسین mg۵۰۰، شربت آموکس سیلین mg۲۵۰، ویال آمپی باکتام، سفنازیدیم، سفتریاکسون mg۵۰۰، کپسول سفالکسین mg۵۰۰ پنی سیلین g پتاسیم، پنی سیلین g پروکایین، سفپیم، ایمی پنم mg۵۰۰ مروپنم gr۱، پماد موپیروسین

۲. تیم کنترل عفونت بیمارستان با هماهنگی واحد آزمایشگاه نسبت به بررسی حساسیت و مقاومت جرمهای جدا شده از نمونه های کشت مربوط به بیماران اقدام می کند.

۳. الگوهای مقاومت غیر طبیعی مانند استافیلوکوک اورئوس به متی سیلین و ونکومایسین توسط مسئول فنی آزمایشگاه بلافاصله به واحد کنترل عفونت اطلاع داده می شود.

۴. واحد کنترل عفونت نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی و مقاومت میکروبی را به پزشکان و پرسنل جهت اطلاع و اقدام جهت کنترل آن اطلاع رسانی می کند.

۵. واحد کنترل عفونت با همکاری و استفاده از نظرات پزشکان جراح ENT، چشم و اورولوژی، پروتکل استفاده از آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی قبل اعمال جراحی را تدوین نموده و به کلیه بخشهای بستری و اتاق عمل جهت اجرا ابلاغ می نماید.

۶. واحد کنترل عفونت در نظر دارد در آینده نسبت به نصب نرم افزار تحلیل و آنالیز نتایج مقاومت میکروبی در واحد آزمایشگاه و با همکاری متخصص پاتولوژی اقدام نماید.

۷. طبق بررسی نتایج ثبت شده در دفتر ثبت مقاومت در آزمایشگاه، بیشترین مقاومت به داروی آمپی سیلین و کوتریموکسازول دیده شده است.

۸. مسئول داروخانه مسئول فنی داروخانه میزان مصرف آنتی بیوتیک پرمصرف را به صورت ۶ ماهه به کمیته کنترل عفونت اطلاع رسانی می نماید.

۹. کمیته کنترل عفونت با توجه به عفونت های شایع این مرکز (عفونت ادراری) و الگوی مقاومت میکروبی گزارش شده توسط آزمایشگاه تصمیماتی در خصوص نحوه مصرف یک یا چند آنتی بیوتیک اتخاذ نموده و آنرا به بخشها ابلاغ می نماید.

۱۰. در خصوص پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بدین ترتیب عمل می شود.

ارولوژی: الف - پروستاتکتومی: مورد مصرف: روش / دوز / زمان: سفازولین ۱ گرم IV ۵ تا ۴۵ دقیقه پیش از انسیزیون پوست / دوز دوم پس از عمل تجویز می گردد.

ب - بیوپسی سوزنی پروستات از طریق صفاق: پروفیلاکسی توصیه نشده است.

پ - عمل اتساع پیش آبراه: نیاز به پروفیلاکسی ندارد.

ب) - جراحیهای سروگردن و گوش، حلق و بینی:

الف - اعمال جراحی تمیز باز کردن پوست، تشریح گردن در صورتیکه قضاوت پزشک معالج مبنی بر دادن آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک باشد، به شرح ذیل:

مورد مصرف: روش / دوز / زمان: سفازولین 1 gr/IV یا پنی سیلین MU/IV-G4-2/30-45 دقیقه پیش از انسیزیون پوست / دوز دوم در صورتیکه عمل بیش از ۳ ساعت طول بکشد.

ب - لارنگتومی و دیگر اعمال جراحی کانسرهای سر و گردن:

مورد مصرف: روش/دوز/زمان: سفازولین 30-45 gr/IV 1/ دقیقه پیش از انسیزیون پوست/دوز دوم در صورتیکه عمل بیش از ۳ ساعت طول بکشد.

پ- شکستگی ماندیبول: مورد مصرف: پنی سیلین

روش/دوز/زمان: پنی سیلین 2 MU/IV G2 (میلیون واحد) (در افراد بالای ۶۰ کیلوگرم 30-45 MU/IV4) دقیقه پیش از انسیزیون/دوز دوم در صورتیکه عمل بیش از ۳ ساعت طول بکشد.

ت- تونسیلکتومی باویا بدون آدنوئیدکتومی: پروفیلاکسی توصیه نمی شود.

ث- رینوپلاستی و ترمیم بینی: ثابت نشده پروفیلاکسی موثر باشد.

مسئولیت ها و اختیارات :		
امکانات و تسهیلات : انبار نگهداری و ذخیره سازی دارو، یخچالهای دارویی ، دپو دارویی بخشها ، انواع ویالهای آنتی بیوتیک ، کامپیوتر و پرینتر جهت ثبت و پرینت داروهای مصرفی		
منابع : کتاب نظام مراقبت عفونت بیمارستانی		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده:
منصور خلیلی و اعضاء کمیته و تیم کنترل عفونت ، سرپرستاران بخشهای جراحی و اتاق عمل	علی محسن زاده : مترون	رییس بیمارستان دکتر محمدرضا فرحبخش

ب-۷-۱-۱	دستورالعمل	مقابله با سوانح پرتوی بر اساس شرایط واقعی کار
---------	------------	---

ب-۷-۱-۱	دستورالعمل	مقابله با سوانح پرتوی بر اساس شرایط واقعی کار
کد دستورالعمل: M.H.I	مقابله با سوانح پرتوی بر اساس شرایط واقعی کار	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

امکانات مورد نیاز: نیروی مجرب، وسایل حفاظت فردی اعم از شیلد های محافظ سربی، جلیقه های سربی، اتاق سربی

کارکنان مرتبط: پرسنل رادیولوژی

فرد پاسخگو: مسئول فیزیک بهداشت

تعریف:

سانحه: یعنی هر اتفاق غیر عمدی که ریسک پیامدهای ناخواسته ی آن از دیدگاه حفاظتی قابل چشم پوشی نباشد

سوانح غیر پرتوی: سوانحی که ممکن است در پیشه های غیر پرتوی هم رخ دهد مانند سقوط از ارتفاع یا گرمزدگی یا سرمازدگی

سوانح پرتوی: سوانحی که تنها می توانند در پیشه های پرتوی رخ دهند و ممکن است به پرتوگیری های غیر عادی بینجامند

علل وقوع سوانح

در پرتونگاری سوانح به دلایل مختلفی می تواند رخ دهد:

-خطاهای انسانی

-خرابی تجهیزات

-حوادث غیر مترقبه

خطاهای انسانی:

-نداشتن مهارت پرتونگاری

-نداشتن دانش حفاظتی

-ناآشنایی با تجهیزات حفاظتی

-دیگر عوامل: خستگی، حواس پرتی، عدم هوشیاری و بی دقتی و

روش های پیشگیری از سوانح :

عوامل زیر احتمال وقوع سانحه را کم می کند :

-داشتن مهارت پرتونگاری

-به کارگیری تجهیزات استاندارد

-تمرکز بر کار

-نگه داری درست از تجهیزات و نگهداری درست از تجهیزات

* نکته حفاظتی : پرتونگاری کار دشوار و پر خطری است پیش از هر عملیات پرتونگاری بر کارتان تمرکز کنید و هیچ چیز را سرسری نگیرید

اصول کلی در مقابله با سانحه :

حتی در صورت رعایت دقیق همه ی موارد ایمنی هم ممکن است سانحه رخ دهد در صورت وقع سانحه رعایت موارد زیر برای کاهش آسیب ها الزامی است :

-حفظ خونسردی

-دستورالعمل تجهیزات اضطراری

-دسترسی سریع و آسان به تجهیزات حفاظتی

-مهارت در جمع کردن سوانح

وظایف پرتونگار :

برای پیشگیری از سوانح ناشی از پرتونگاری اقدامات ذیل الزامی است :

-فاصله گرفتن از منبع اشعه و فکر کردن

-مرزبندی مجدد و ناحیه ی کنترل شده بر پایه ی شرایط سانحه

-اطلاع دادن به مسئولین بخش و مسئول فیزیک بهداشت

برای مواجهه با مصدومین پرتوی که دچار تابش مقادیر قابل توجهی اشعه یونیزان در تمام سطح بدن شده اند اقدامات زیر الزامی است :

الف) اقدامات تشخیصی

-گرفتن شرح حال و تعیین بیماریهای زمینه ای و سیستمیک مصدوم مثل (کم خونی - دیابت و ...

-پرسش در مورد نحوه ی مواجهه و مکانیسم آسیب (در صورت هوشیاری)

-بررسی وجود اسهال و استفراغ (زمان بروز استفراغ با دوز جذب شده نسبت مستقیم دارد)

-پرسش در مورد وزن مصدوم

-پرسش در مورد از دست رفتن هوشیاری و بررسی عملکرد عصبی (خصوصا سطح هوشیاری)

-بررسی وجود علائم سندرم حاد پرتوی

ب) اقدامات آزمایشگاهی

-آزمایشات اولیه جهت مصدوم پرتوی شامل شمارش سلولهای خونی ، لام خون محیطی، آزمایشات بیوشیمی، آنالیز ادرار، مدفوع و الکترولیت های سرم می باشد

- اولین اقدامی که باید برای این مصدومین انجام شود گرفتن نمونه خون برای شمارش کامل سلولهای خون به خصوص لنفوسیت هاست

ج) اقدامات درمانی حمایتی

-کنترل علائم حیاتی -

-پایدار سازی اولیه مصدوم (بر هر اقدام دیگری اولویت دارد)

-بررسی باز بودن راه هوایی (کفایت تنفسی و خونرسانی)

-گرفتن شرح حال (نحوه مواجهه - وجود اسهال و استفراغ ، وزن بیمار و از دست رفتن هوشیاری)

-بررسی فیزیکی شامل پوست (قرمزی - گرما - ادم - پوسته ریزی)

-درخواست انجام دوزگیری توسط تیم فیزیک پزشکی

-گرفتن نمونه های خون : پس از نمونه گیری روی ظروف نام مصدوم و ساعت و تاریخ زده شود

-وزن مصدوم و بررسی وجود (دهیدراتاسیون)

-توجه به علائم خونریزی آشکار و مخفی

-توجه به مسائل روانی مصدوم و بررسی نیاز به حمایت روحی (توسط تیم بهداشت روان)

-درمان اولیه با ضداسهال، ضد تهوع، ضد اضطراب و مایع درمانی

-مستند سازی تمام فعالیت ها بر اساس روز و ساعت باید نوشته شود

-انتقال مصدوم

پیشگیری :

-محل پرتونگاری پیش از شروع کار بایستی بررسی گردد (اگر لازم است چیزهایی را جابجا کنید).

-برای اطمینان از سلامت تجهیزات پرتونگاری، بازرسی روزانه و دوره های این تجهیزات الزامی است .

-به دلیل احتمال آسیب به خود و دیگران از بهک ارگیری افراد آموزش ندیده و فاقد تبحر کافی اجتناب گردد .

-ناحیه کنترل شده بایستی همواره تحت نظر گرفته شود .

-استفاده از لامپ هشدار دهنده و دستگاه اندازه گیری دُز اهنک (دُزیمتری) به صورت مرتب و دوره ای و برای افراد استفاده از دُزیمتر فردی الزامی است .

*تبصره : استفاده از افراد آموزش ندیده در پرتونگاری میتواند به پرتونگاری پرتوکاران مجرب منجر شود در صورتی که از این افراد استفاده شود باید به بازرسان حفاظت در برابر اشعه اطلاع دهید .

توجه : پیش گیری از سوانح پرتوی به مراتب از مقابله با آن آسانتر است

هدایت کننده :

۱- مسئول فنی ؛ مسئولیت نظارت بر حسن اجرای این روش دستورالعمل بر عهده مسئول فنی می باشد

۲- پرسنل فنی تصویر برداری ، اجرای دستورالعمل بعهده پرسنل فنی می باشد .

نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده :
دکتر اسماعیل کریم قاسمی مسئول فنی بخش تصویربرداری امیر فخرالدین عارفی مسئول بخش تصویربرداری	رضا معتمدی مقدم مدیر مرکز	دکتر محمدرضا فرحبخش رئیس بیمارستان

نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب	دستورالعمل	ب-۷-۱-۲
--------------------------------	------------	---------

ب-۷-۱-۲	دستورالعمل	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب
کد دستورالعمل: M.H.I	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها :

- ۱- Glomerular Filtration Rate (GFR): یا میزان فیلتراسیون گلومرولی یک معیار اندازه گیری برای مشخص کردن میزان خون در حال عبور از کیله ها در هر دقیقه است.
 - ۲- Extravasation : به نشت ماده حاجب به خارج عروق اطلاق می گردد. علائم اکستراواژیشن عبارتند از: سوزن سوزن شدن محل ، سوزش پوست ، اریتم ، ورم و درد محل تزریق
- هدف:** انجام تصویربرداری اختصاصی با استفاده از مواد حاجب به نحوی که عوارض و خطرات احتمالی به حداقل ممکن کاهش یابد.

نحوه نظارت : حضور پرتوکار حین تزریق بر بالین بیمار

هدایت کننده: پرتوکاران

شیوه انجام کار :

- نحوه اخذ شرح حال بیماران:
- ۱- شرح حال بیماران بستری توسط پزشک معالج ، رزیدنت ، اینترن یا کارکنان بخش مربوطه اخذ و در برگ درخواست تصویربرداری ثبت می گردد.
 - ۲- شرح حال بیماران سرپایی با تاکید بر مواردی همچون ؛ سابقه هرگونه حساسیت ، سابقه بیماری کلیوی ، وضعیت بارداری و ... توسط مسئول پذیرش بخش تصویربرداری اخذ و در برگ مربوطه درج می گردد.
 - ۳- شرح حال بیماران به ویژه از نظر علت مراجعه و سابقه هر نوع حساسیت به مواد غذایی و یا دارویی ، قبل از تزریق ماده حاجب توسط پرتوکاران بررسی می گردد.

دستورالعمل:

- آماده سازی و استفاده از مواد حاجب:
 - ۱- مواد حاجب توسط رادیولوژیست یا رزیدنت بخش تصویربرداری برای بیمار تجویز می گردد.
 - ۲- پرتوکار قبل از تزریق ماده حاجب آمادگی بیمار را بررسی می نماید.
- موارد احتیاط و خطرات احتمالی:
 - ۱- GFR بیمار قبل از تجویز ماده حاجب توسط رادیولوژیست یا رزیدنت بخش تصویربرداری محاسبه می گردد.
 - ۲- مشخصات بیمار و نوع درخواست تایید شده ، قبل از مصرف ماده حاجب توسط پرتوکار بررسی می گردد.
 - ۳- تزریق ماده حاجب تحت نظر رادیولوژیست مسئول انجام می شود.
 - ۴- ترالی حاوی داروهای اورژانسی در هنگام استفاده از مواد حاجب تزریقی در دسترس می باشد.
 - ۵- بیماران با ریسک بالا با دقت بیشتری تحت نظر قرار می گیرند.
- موارد زیر به منظور جلوگیری از اکستراواژیشن توسط پرتوکار رعایت می گردد؛
 - ۱- قبل از تزریق ماده حاجب نوع آنژیوکت و محل رگ گیری شده به دقت کنترل شود.
 - ۲- قبل از تزریق ماده حاجب محلول نرمال سالین یا آب مقطر بصورت آزمایشی تزریق گردد.
- در صورت وقوع اکستراواژیشن ، موضوع توسط پرتوکار به بخش مربوطه اطلاع داده می شود.
- در موارد زیر از سولفات باریم با احتیاط استفاده می شود؛
 - ۱- تنگی روده: در چنین مواردی از مقادیر کم استفاده می شود.
 - ۲- کولیت گسترده: در چنین مواردی از تنقیه سولفات باریم پرهیز می شود.
- در موارد زیر از سولفات باریم استفاده نمی شود:
 - ۱- اختلال پیوستگی دیواره روده: در چنین مواردی از ماده حاجب یددار محلول در آب استفاده می شود. در نوزادان و بیماران با خطر نشت به مدیاستن و یا ریه ها از مواد حاجب با اسمولاریته پایین یا ماده حاجب ایزواسمولار استفاده می گردد.
 - ۲- سابقه قبلی واکنش آلرژیک به محصولات باریم: در چنین مواردی از مواد حاجب یددار محلول در آب استفاده می شود.

صاحبان فرایند: متخصصین رادیولوژی، رزیدنت ها، پرتوکاران، پذیرش بخش رادیولوژی		
امکانات و تسهیلات مورد نیاز: ترالی اورژانس ، سرنگ ، آنژیوکت ، اکسیژن و ساکشن ، کارکنان آموزش دیده		
منابع : تجربه بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده:
دکتر اسماعیل کریم قاسمی	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول فنی بخش تصویربرداری	مدیر مرکز	رئیس بیمارستان
امیر فخرالدین عارفی مسئول بخش تصویربرداری		

نحوه اطلاع رسانی مقادیر بحرانی	دستورالعمل	ب-۷-۳-۵
ب-۷-۳-۵-	دستورالعمل	نحوه اطلاع رسانی مقادیر بحرانی
کد دستورالعمل: M.H.I	نحوه اطلاع رسانی مقادیر بحرانی	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

امکانات مورد نیاز: خط تلفن آزاد یکطرفه - دفتر ثبت گزارش موارد بحرانی - جدول مقادیر بحرانی سیستم اچ ای اس

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی رادیولوژی - کارکنان پذیرش رادیولوژی - رادیولوژیست

تعاریف: به نتیجه ای اطلاق میشود که گزارش فوری آن ممکن است تأثیر به سزایی در حیات بیماران داشته باشد

هدف: ایمنی بیماران و جلوگیری از خطرات ناشی از موارد بحران با کمک به درمان سریع بیماران

- پرسنل پذیرش رادیولوژی بایستی به هنگام مراجعه بیماران به رادیولوژی مشخصات کامل بیماران را حتما در سیستم اچ ای اس ثبت نماید

در شیفتهای عصر و شب پذیرش توسط پرسنل فنی بدلیل نبود پذیرش صورت می گیرد)

- کادر فنی یا پذیرش پس از پذیرش بیمار را به اتاق گرافی راهنمایی میکند

- پس از انجام در خواست مورد نظر تصاویر بررسی میشود

- پرسنل فنی رادیولوژی با دقت در تصویر برداری انجام شده و مشاهده موارد بحرانی بلافاصله به رادیولوژیست اطلاع داده میشود (در شیفت عصر و شب در صورت وجود رزیدنت رادیولوژی تماس با ایشان در غیر این صورت با هماهنگی دفتر محترم پرستاری و تماس با رادیولوژیست

آنکال یا رزیدنت) و با بازبینی تصاویر و پس از تأیید تشخیص مورد بحرانی از طریق ردکال با بخش مربوطه تماس گرفته میشود و مورد بحران اطلاع رسانی میشود .

-مورد بحران توسط رادیولوژیست رپورت شده ودر شیفت صبح بصورت تایپ و در عصر و شب بصورت دستی در اختیار بخش مربوطه قرار داده میشود .

-مشخصات پرسنل رادیولوژی که نتیجه بحرانی را اطلاع داده به همراه مشخصات دریافت کننده نتیجه بحرانی در دفتر موارد بحرانی با ذکر تاریخ و ساعت و نام بیمار ثبت می گردد .

هدایت کننده : مسئول فنی رادیولوژی ، مسئول بخش

منابع : راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ویرایش ۵

نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده:
دکتر اسماعیل کریم قاسمی مسئول فنی بخش تصویربرداری امیر فخرالدین عارفی مسئول بخش تصویربرداری	رضا معتمدی مقدم مدیر مرکز	دکتر محمدرضا فرحبخش رئیس بیمارستان

ب- ۸-۱-۱	دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی
ب- ۸-۱-۱	دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی	کد دستورالعمل: M.H.I
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳	شماره ویرایش: ۱۰	دامنه: بخش های بالینی

راهنمای جمع آوری صبح ادرار ۲۴ ساعته

هدف از جمع آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته اندازه گیری و ارزیابی میزان دفع مواد مختلف (مثل پروتئین، کراتینین) در ادرار طی ۲۴ ساعت شبانه روز می باشد.

آمادگی قبل از انجام آزمایش:

- ادرار در طی مدت ۲۴ ساعت در ظرف پلاستیکی و تمیز که گنجایش حدوداً ۴ لیتر مایع را دارد و توسط آزمایشگاه در اختیار مراجعین قرار می گیرد جمع آوری می شود.
- جمع آوری نادرست نمونه می تواند باعث بی ارزش شدن آزمایشات گردد لذا لازم است نهایت دقت در جمع آوری صورت گیرد.
- پیش از انجام آزمایش باید از مصرف مایعات زیاد خودداری گردد.
- در صورت داشتن شرایط خاص (باتوجه به عامل مورد اندازه گیری) باید به پزشک معالج و آزمایشگاه اطلاع داده شود. (مانند سابقه بیماری یا مصرف دارو)

نحوه جمع آوری نمونه:

- اولین ادرار صبحگاهی دور ریخته شود و بعد از آن به مدت ۲۴ ساعت، در ظرفی که از طرف آزمایشگاه داده شده است، ادرار جمع آوری گردد.
- آخرین نمونه ادرار صبح روز بعد بلافاصله پس از بیدار شدن در ظرف ریخته شود.
- در مدت جمع آوری، ظرف در جای خنک نگهداری گردد.
- نباید مستقیماً به داخل ظرف ادرار نمایید زیرا ماده داخل ظرف سوزاننده است.

شرایط نگهداری نمونه و نحوه انتقال :

- در مدت زمان جمع آوری نمونه و در طی انتقال ، درب ظرف را بسته و آنرا در جای خنک و به دور از دسترس اطفال یا نور مستقیم نگهداری کنید.
- پس از جمع آوری نمونه حتماً ظرف به بخش نمونه گیری آزمایشگاه تحویل داده شود.

دستورالعمل جمع آوری نمونه مدفوع

رایج ترین کاربرد آزمایش مدفوع تشخیص انواع مختلف انگلهای بیماری زا در روده است. افرادی که تحت آزمایش مدفوع قرار میگیرند، باید برای مدت ۷ تا ۱۰ روز پیش از انجام این آزمایش از درمان با روغن کرچک یا روغن های معدنی، بیسموت، منیزیم، ترکیبات ضد اسهال، تنقیه با باریوم و مصرف آنتی بیوتیکها خودداری نمایند. بهتر است این آزمایش در سه نوبت انجام شود. نمونه مدفوع باید مستقیماً در ظرفی که از طرف بخش در اختیار بیمار قرار میگیرد جمع آوری شود. نمونه مدفوع نباید با آب آلوده شود زیرا ادرار میتواند برخی از انگلهای فعال را از بین ببرد.

بیماران باید نمونه جمع آوری شده را خصوصاً در موارد مشکوک به اسهال خونی بلافاصله به پرسنل بخش تحویل دهند. اگر انجام آزمایش حداکثر تا ۳۰ دقیقه پس از جمع آوری نمونه امکان پذیر نباشد، لازم است تا نمونه در یخچال قرار داده شود.

آزمایش بررسی خون مخفی در مدفوع

برای تهیه نمونه مدفوع برای آزمایش خون در مدفوع رعایت شرایط زیر الزامی است.

- ۱- خانم هایی که خونریزی دارند سه روز پس از پایان دوره فوق می توانند این آزمایش را انجام دهند.
- ۲- در صورتیکه مبتلا به بواسیر یا شقاق مقعد و یا بیماریهای خونریزی دهنده لثه و دهان که خونریزی واضح دارند، هستند به پرسنل بخش اطلاع دهند.
- ۳- دو تا سه روز قبل از آزمایش گوشت قرمز- قلم- ترب- فارچ- موز- انگورو خربزه و اسفناج و جگر مصرف نکرده باشند.
- ۴- مصرف قرص های آهن، کپسول همتینیک و ففول، ایندومتاسین، کلشیسین، آسپرین، بروفن، کورتنها و ویتامین C باید ۴۸ ساعت پیش از انجام آزمایش قطع شود. (برای قطع این داروها با پزشک معالج خویش مشورت نمایند)

دستورالعمل برای گرفتن خلط

- ۱- نمونه صبحگاهی
- ۲- بهتر است بیمار ناشتا باشد.

۳- لازم است قبل از گرفتن خلط ، دهان چند بار با آب معمولی شسته شود، نفس عمیقی از راه بینی کشیده شود و برای لحظه ای نفس خود را در سینه حبس کنید و با سرفه عمیق خلط خود را داخل ظرف مربوطه تخلیه کنید و از ریختن خلط به جدار خارجی ظرف خودداری نمایید .

۴- چنانچه مشکل بود سر را روی بخار آب گرفته استنشاق نمایید یا با آب نمک ۱۰ درصد قرقره نمایید تا خلط بیاید.

۵- سعی شود آب دهان نباشد ، آب دهان شفاف و آبکی است ولی خلط چسبندگی دارد.

۶- نمونه رادر ظرف مخصوص دهان گشاد ریخته و سریع به پرسنل بخش بیاورید.

۷- بیرون ماندن خلط در جواب آزمایش تاثیر می گذارد.

طرز نمونه گیری ادرار برای آزمایش کشت و کامل ادرار :

۱- ظرف درب دار که در اختیار شما قرار گرفته استریل است در حفظ آن دقت کنید.

۲- در ظرف را مدت طولانی باز نگه ندارید و فقط یکبار باز شود.

۳- ابتدا خود را با آب بشویید و با دستمال کاغذی خشک کنید.

۴- چند قطره اول ادرار را دور ریخته و وسط ادرار را در ظرف بریزید

۵- میزان ادرار دفع شده باید نیمی از ظرف را پر نماید.

۶- نمونه تهیه شده را به پرسنل بخش تحویل داده شود.

نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت تصویب کننده :
علیرضا امیری /	یداله کاظمی بهمن اباد	دکتر امیر رهنما
کارشناس ایمنی مایشگاه	سوپروایزر آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه

نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها	دستورالعمل	ب- ۸-۱-۲
-------------------------------------	------------	----------

ب- ۸-۱-۲	دستورالعمل	نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها
کد دستورالعمل: M.H.I	نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها :

هدف : شناسایی دقیق نمونه ها

چنانچه نمونه گیری در بالین بیمار انجام می شود باید علت آن ذکر شده و فرد نمونه گیر پس از احراز هویت بیمار نسبت به نمونه گیری اقدام نماید
شیوه انجام کار:

۱- انطباق مشخصات برگه درخواست آزمایش با مشخصات بیمار

۲- بیمار سرپایی: این امر باید با سوال و جواب از بیمار صورت گیرد

۳- بیمار بستری: نمونه گیر نباید فقط به برچسب بالای تخت یا یادداشت منار تخت وی اکتفا کند در صورت هوشیاری این انطباق با کمک او و در صورت عدم هوشیاری بیمار این امر با کمک همراه بیمار و دستبند شناسایی او اقدام گردد

۴- قبل از خون گیری لوله ها و لوازم نمونه گیری آماده گردد

۵- بر روی هر یک از لوله ها باید علاوه بر نام و نام خانوادگی بیمار کد شناسایی ساعت و تاریخ نمونه گیری بطور کامل و خوانا نوشته شود (حداقل دو شناسه نام بیمار و کد شناسایی ضروری میباشد)

مسئولیت ها و اختیارات :		
امکانات و تسهیلات : لیبل زن		
منابع : مسند سازی آزمایشگاه مرجع سلامت		
نام و سمت تهیه کنندگان افسانه مقیمی کارشناس آزمایشگاه	نام و سمت تایید کننده : بداله کاظمی سوپروایزر	نام و سمت تصویب کننده : دکتر امیر رهنما مسئول فنی

نحوه انجام آزمایش ها در بخش های مختلف	دستورالعمل	ب- ۸-۲-۲
---------------------------------------	------------	----------

کد سنجه : MH.I	ویرایش : دهم	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود		

الف) عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	نمونه های مدفوع در ظرف مخصوص گرفته شده و پس از اتمام ساعت پذیرش به بخش انگل شناسی آورده می شود.	خدمات
۲	نمونه ها از نظر نوع آزمایش بررسی می شود.	مسئول انگل شناسی
۳	بعضی نمونه های مدفوع OB- OP دارند که از نظر خون مخفی و همچنین میکروسکوپی بررسی می شود.	مسئول انگل شناسی
۴	بعضی نمونه ها کشت مدفوع دارند که بر روی محیط کشت XLD:SS ؛ مک کانکی؛ سلنیت F؛ کشت داده می شود.	مسئول انگل شناسی
۵	بعد از ۲۴ ساعت از نظر نوع کلنی بررسی می شود.	مسئول انگل شناسی
۶	در صورت مثبت شدن از روی ظاهر کلنی انجام تستهای بیوشیمی که گذاشته می شود نوع باکتری شناسایی می شود.	مسئول انگل شناسی
۷	آنتی بیوگرام را برای میکروب انجام داده تا نوع آنتی بیوتیکهای مصرفی بیمار مشخص شود.	مسئول انگل شناسی
۸	سپس جواب آزمایشات انگل شناسی در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول انگل شناسی
۹	جواب آزمایشات در سیستم HIS ثبت گردیده و پرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۱۰	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی و امضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

کد سنجه: ب-۸-۲-۲	ویرایش : دهم	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود .		

الف) عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود .

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	ثبت مشخصات بیماران روی ظروف نمونه برداری ادرار و تحویل به بیماران	مسئول کامل ادرار
۲	ریختن نمونه ادرار درون لوله ها و نوشتن اسم بیماران درون دفتر	مسئول کامل ادرار
۳	قراردادن نوار ادراری داخل لوله و ثبت تغییر رنگ اندیکاتورهای روی نوار و گزارش آنها مثل Glucose, Blood, PH	مسئول کامل ادرار
۴	قرار دادن لوله های ادراری داخل سانتریفوز با دور هزار به مدت ۱۰ دقیقه	مسئول کامل ادرار
۵	خالی کردن لوله های ادراری و بررسی میکروسکوپی رسوب ادرار	مسئول کامل ادرار
۶	چک کردن پروتئین ادرار با اسید سولفوسالسیلیک در صورت مثبت شدن با نوار	مسئول کامل ادرار
۷	سپس جواب آزمایشات کامل ادرار در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول کامل ادرار
۸	جواب آزمایشات درسیستم HIS ثبت گردیده و پرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۹	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی و امضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

کد سنجه: ب-۸-۲-۲	ویرایش : دهم	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.		

الف) عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	بررسی معیار رد و یا قبول نمونه های ارسالی براساس دستورالعمل مربوطه	مسئول بیوشیمی
۲	راه اندازی دستگاه بیوشیمی براساس دستورالعمل فنی دستگاه	مسئول بیوشیمی
۳	جدا کردن سرم نمونه و ریختن در کاپ مخصوص بیوشیمی	مسئول بیوشیمی
۴	دادن سرم کنترل به دستگاه در اولین نمونه	مسئول بیوشیمی
۵	بررسی جواب سرم کنترل از نظر دقت و صحت	مسئول بیوشیمی
۶	دادن نمونه ها به دستگاه بیوشیمی	مسئول بیوشیمی
۷	گرفتن جوابها از دستگاه و وارد نمودن در دفتر مخصوص آزمایشات بیوشیمی	مسئول بیوشیمی
۸	سپس جواب آزمایشات بیوشیمی در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول بیوشیمی
۹	جواب آزمایشات در سیستم HIS ثبت گردیده و پرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۱۰	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی و امضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

کد سنجه : ب-۸-۲	ویرایش : دهم	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سرولوژی انجام می شود .		

الف)عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سرولوژی انجام می شود .

ب)گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	قبل از انجام آزمایش سرم و جعبه آزمایش را از یخچال بیرون آورده تا به حرارت محیط برسد.	مسئول سرولوژی
۲	سرم بیمار را با آنتی ژن مربوطه مخلوط می کنیم.	مسئول سرولوژی
۳	سپس از نظر آگلوتیناسیون بررسی می کنیم.	مسئول سرولوژی
۴	سپس جواب آزمایشات سرولوژی در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول سرولوژی
۵	جواب آزمایشات درسیستم HIS ثبت گردیده و پرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۶	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی و امضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

کد سنجه : ب-۸-۲	ویرایش : دهم	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود .		

الف)عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود .

ب)گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	ثبت مشخصات بیماران روی ظروف نمونه برداری ادرار و تحویل به بیماران	مسئول کامل ادرار
۲	ریختن نمونه ادرار درون لوله ها و نوشتن اسم بیماران درون دفتر	مسئول کامل ادرار
۳	قرار دادن نوار ادراری داخل لوله و ثبت تغییر رنگ اندیکاتورهای روی نوار و گزارش آنها مثل Glucose, Blood, PH	مسئول کامل ادرار
۴	قرار دادن لوله های ادراری داخل سانتریفوز با دور هزار به مدت ۱۰ دقیقه	مسئول کامل ادرار
۵	خالی کردن لوله های ادراری و بررسی میکروسکوپی رسوب ادرار	مسئول کامل ادرار
۶	چک کردن پروتئین ادرار با اسید سولفوسالسیلیک در صورت مثبت شدن با نوار	مسئول کامل ادرار
۷	سپس جواب آزمایشات کامل ادرار در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول کامل ادرار
۸	جواب آزمایشات درسیستم HIS ثبت گردیده و پرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۹	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی و امضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

کد سنجه : ب-۸-۲	ویرایش : دهم	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود		

الف) عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود

ب) گامهای انجام کار :

کشت ادرار

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	محیط کشتهای EMB و بلاد آگار را از یخچال خارج نمایید تا به دمای اتاق برسد	مسئول میکروب شناسی
۲	در زیر هود کنار شعله گاز درب ظروف کشت ادرار را باز کرده و یک لوپ از ادرار توسط آنس استریل برداشته بصورت درختی در دو محیط نامبرده کشت داده در ۳۷ درجه به مدت یک روز انکوبه کنید .	مسئول میکروب شناسی
۳	بعد از ۲۴ ساعت بررسی اگر باکتری رشد نکند No Growth گزارش کنید	مسئول میکروب شناسی
۴	اگر رشد کند در ابتدا تست های افتراقی گذاشته می شود و نوع میکروب رشد کرده شناسایی می شود.	مسئول میکروب شناسی
۵	پس از شناسایی نوع میکروب آنتی بیوگرام لازم برای آن نوع میکروب گذاشته می شود	مسئول میکروب شناسی
۶	سپس پلیتی که آنتی بیوگرام گذاشته را به مدت ۲۴ ساعت درون انکوباتور ۳۷ درجه می گذارد.	مسئول میکروب شناسی
۷	در روز بعد پلیت را برداشته و از نظر اندازه هاله بررسی می شود و حساس بودن ؛ نیمه حساس و مقاوم بودن میکروب را به آنتی بیوتیک های مختلف گزارش می شود .	مسئول میکروب شناسی
	کشت خون	
۱	نمونه های خون یک روز در محیط مغذی (ویالهای مخصوص کشت خون) در ۳۷ درجه انکوبه می شوند .	مسئول میکروب شناسی
۲	سپس بعد از ۲۴ ساعت از نمونه داخل ویال کشت داده می شود .	مسئول میکروب شناسی

۳	پلیت کشت داده شده را ۲۴ ساعت در انکوباتور ۳۷ درجه انکوبه می شود.	مسئول میکروب شناسی
۴	بعد از گذشت ۲۴ ساعت از نظر رشد میکروب بررسی می شود اگر رشد نکرده باشد No Growth گزارش می شود.	مسئول میکروب شناسی
۵	اگر رشد کند در ابتدا لامی تهیه کرده و رنگ آمیزی گرم انجام می دهیم و سپس تست های افتراقی گذاشته می شود و نوع میکروب رشد کرده شناسایی می شود.	مسئول میکروب شناسی
۶	پس از شناسایی نوع میکروب آنتی بیوگرام لازم برای آن نوع میکروب گذاشته می شود	مسئول میکروب شناسی
۷	سپس پلیتی که آنتی بیوگرام گذاشته را به مدت ۲۴ ساعت درون انکوباتور ۳۷ درجه می گذارد.	مسئول میکروب شناسی
۸	در روز بعد پلیت را برداشته و از نظر اندازه هاله بررسی می شود و حساس بودن ؛ نیمه حساس و مقاوم بودن میکروب را به آنتی بیوتیک های مختلف گزارش می شود .	مسئول میکروب شناسی
۹	مراحل ۸-۴ بعد از گذشت ۴۸-۷۲ ساعت هم تکرار می شود.	مسئول میکروب شناسی
۱۰	ویال کشت خون را به مدت یک ماه نگهداری می شود.	مسئول میکروب شناسی
	کشت مایعات و زخم	
۱	نمونه های ارسالی باید در محیط مغذی انتقالی براث یا تایوگلیکولات باشد.	مسئول میکروب شناسی
۲	محیط مغذی را درون انکوباتور به مدت ۲۴ ساعت انکوبه کرده .	مسئول میکروب شناسی
۳	بعد از ۲۴ ساعت بررسی اگر باکتری رشد نکند No Growth گزارش کنید	مسئول میکروب شناسی
۴	اگر رشد کند در ابتدا تست های افتراقی گذاشته می شود و نوع میکروب رشد کرده شناسایی می شود.	مسئول میکروب شناسی

۵	پس از شناسایی نوع میکروب آنتی بیوگرام لازم برای آن نوع میکروب گذاشته می شود.	مسئول میکروب شناسی
۶	سپس پلیتی که آنتی بیوگرام گذاشته را به مدت ۲۴ ساعت درون انکوباتور ۳۷ درجه می گذارد.	مسئول میکروب شناسی
۷	در روز بعد پلیت را برداشته و از نظر اندازه هاله بررسی می شود و حساس بودن ؛ نیمه حساس و مقاوم بودن میکروب را به آنتی بیوتیک های مختلف گزارش می شود .	مسئول میکروب شناسی
۸	سپس جواب آزمایشات میکروب شناسی در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول میکروب شناسی
۹	جواب آزمایشات در سیستم HIS ثبت گردیده و پرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۱۰	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی و امضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

کد سنجه: ب-۸-۲-۲	ویرایش : دهم	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود		

الف) عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	معیارهای رد و یا قبول نمونه جهت آزمایش هماتولوژی هنگام ورود نمونه بررسی می گردد	مسئول هماتولوژی
۲	راه اندازی دستگاه هماتولوژی براساس دستورالعمل فنی نصب شده در کنار دستگاه	مسئول هماتولوژی
۳	دادن نمونه خون کنترل به دستگاه	مسئول هماتولوژی
۴	بررسی جواب خون کنترل از نظر دقت و صحت	مسئول هماتولوژی
۵	دادن نمونه های آزمایشات به دستگاه	مسئول هماتولوژی
۶	سپس جواب آزمایشات هماتولوژی در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول هماتولوژی
۷	جواب آزمایشات در سیستم HIS ثبت گردیده و پرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۸	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی و امضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

کد سنجه: ب-۸-۲-۲	ویرایش : ۱۰	بازنگری : فروردین ۱۴۰۴
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هورمون انجام می شود		

الف) عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هورمون انجام می شود

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	آزمایشات هورمونی که در این آزمایشگاه انجام می شود شامل آزمایشات HIV-PSA-VITD3-FER-T3-T4-TSH می باشد.	مسئول هورمون
۲	نمونه سرمهای آزمایشات هورمون که شامل آزمایشات بالا می باشد روزانه جداسازی انجام می شود.	مسئول هورمون
۳	آزمایشات به ترتیب و براساس لیست موجود در سیستم در دفتر هورمون ثبت می گردد.	مسئول هورمون
۴	نمونه سرم به ترتیب کد سیستمی در رک های مخصوص گذاشته می شود.	مسئول هورمون
۵	رک ها که نمونه سرمها درون آن گذاشته شده در فریزر گذاشته می شود.	مسئول هورمون
۶	روزهای دوشنبه و پنج شنبه آزمایشات تیروئیدی که شامل T3-T4-TSH در بخش هورمون انجام می شود.	مسئول هورمون
۷	روز چهارشنبه هر هفته آزمایشات HIV-PSA-VITD3-FER در بخش هورمون انجام می شود.	مسئول هورمون
۸	در صورتیکه جواب FER-PSA بیماری بالا بود در روز بعد نمونه بیمار را رقیق سازی کرده و مجدداً آزمایش تکرار می شود .	مسئول هورمون
۹	سپس جواب آزمایشات هورمونی در دفتر ثبت گردیده و به بخش پذیرش داده می شود.	مسئول هورمون

۱۰	جواب آزمایشات درسیستم HIS ثبت گردیده وپرینت جواب گرفته می شود.	مسئول پذیرش
۱۱	جوابهای آزمایشات پس از چاپ بررسی وامضاء می گردد	مسئول فنی آزمایشگاه

چ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

نام و سمت تهیه کنندگان : معصومه اسماعیلی :مسئول آزمایشگاه میکرب سهیلا یوسفی: مسئول هورمون افسانه مقیمی : مسئول بیوشیمی علیرضا امیری :مسئول سرولوژی و کارشناس ایمنی آزمایشگاه مریم اسدالهی :مسئول هماتولوژی	نام و سمت تایید کننده : یداله کاظمی بهمن آباد سوپروایزرآزمایشگاه	نام و سمت تصویب کننده : دکترامیررهنما مسئول فنی آزمایشگاه
---	--	---

کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه	دستورالعمل	ب- ۸-۲-۳
------------------------------------	------------	----------

الف) عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش ها در بخش بیوشیمی ادرار

گام های انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	محلول آماده بهارافشان جهت کنترل کیفی نوارادراری تهیه کرده	سوپروایزر آزمایشگاه
۲	۱۰cc از محلول داخل لوله آزمایش می ریزیم	مسئول کامل ادرار
۳	نوار ادراری را وارد لوله می کنیم و پارامترهای آن را یادداشت می کنیم	مسئول کامل ادرار
۴	نوارادراری براساس بروشور داخل محلول کنترل کیفی بررسی می کنیم	مسئول کامل ادرار
۵	جوابها را دردفتر کامل ادرار ثبت کرده	مسئول کامل ادرار
۴	در صورت مثبت شدن پروتئین نوار ادراری جهت کنترل کیفی مراحل زیر را انجام می دهیم	مسئول کامل ادرار
۵	۱cc از نمونه ادرار برداشته درون لوله ریخته	مسئول کامل ادرار
۶	۱cc از محلول اسید سولفوسالسیلیک ۳-۱۰ درصد که قبلا تهیه شده به نمونه ادرار اضافه می شود	مسئول کامل ادرار
۷	از نظر تغییر رنگ ، کدورت و آگلوتینه دادن جواب را با نوار ادراری چک می کنیم	مسئول کامل ادرار
۸	جهت کنترل صحت و دقت محلول اسید سولفوسالسیلیک ۳-۱۰ درصد	
۹	پس از ساختن محلول برای کنترل آن از نمونه سرم انسانی استفاده می شود	مسئول کامل ادرار

ب- ۸-۲-۳	دستورالعمل	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه
----------	------------	------------------------------------

الف) عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	سرم کنترل مخصوص دستگاه درخواست خریداری داده می شود	سوپروایزر آزمایشگاه
۲	پس از خریداری سرم کنترل را به روش صحیح تهیه می شود	مسئول بیوشیمی
۳	سرم کنترل را در فریزر نگهداری می شود و در هنگام روشن کردن دستگاه یکی را برداشته و استفاده می شود	مسئول بیوشیمی
۴	پس از ذوب شدن سرم کنترل آنرا مرتب به هم زده تا کاملاً مخلوط شود	مسئول بیوشیمی
۵	سرم کنترل را در هنگام انجام آزمایشات به دستگاه بیوشیمی می دهند	مسئول بیوشیمی
۶	نمونه کنترل را ۲۰ بار به دستگاه داده تا بخواند	مسئول بیوشیمی
۷	سپس جواب نمونه ها را در سیستم مخصوص وارد کرده	مسئول بیوشیمی
۸	میانگین و انحراف معیار بر روی نمودار مشخص می شود	مسئول بیوشیمی
۹	نتیجه را بررسی کرده و با قوانین و ستگارد تطبیق می دهیم	مسئول بیوشیمی
۱۰	در صورت عدم دقت و صحت اقدامات اصلاحی را انجام می دهیم	مسئول بیوشیمی
۱۰الف	اقدامات اصلاحی شامل تعویض محلولها؛ تعویض سرم کنترل؛ و در نهایت تماس با شرکت پشتیبان دستگاه جهت رفع اشکال	مسئول بیوشیمی
۱۱	در صورت برطرف شدن مشکل جوابهای آزمایشات را رد می کنند	مسئول بیوشیمی
۱۲	بعضی مواقع نمونه سرم را به آزمایشگاه دیگر ارسال می شود و جوابها باهم مقایسه می شود.	مسئول بیوشیمی

۱۳	نتایج آزمایشات کنترل کیفی خارجی هم پس از باز خورد شرکت ارزیابی کرده به میزان صحت ودقت هم دستگاه وهم روش انجام آزمایش پی می بریم.	مسئول بیوشیمی
۱۴	در صورت نیاز به اقدام اصلاحی راباسوپروایزر آزمایشگاه مشورت کرده واقدام مناسب انجام می شود ودر دفتر بیوشیمی ثبت می گردد.	مسئول بیوشیمی

کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه	دستورالعمل	ب- ۸-۲-۳
------------------------------------	------------	----------

الف) عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های بخش سروایمنولوژی وهورمون

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	درمورد آزمایش های سرولوژی تمامی آزمایشات درون کیت دوعدد کنترل موجوداست	مسئول سرولوژی
۲	کنترل ها مثبت ومنفی هستند.	مسئول سرولوژی
۳	نمونه بیمار را باکنترل های مثبت ومنفی در شرایط یکسان چک می شوند	مسئول سرولوژی
۴	سرعت وزمان ودما دستگاه شیکر سرولوژی همیشه کنترل می شود.	مسئول سرولوژی
۵	آزمایش کومبس غیر مستقیم کنترل با استفاده از رقت های مختلف Anti Rh جهت کنترل مثبت استفاده می شود	مسئول سرولوژی
	نکات مهم در انجام آزمایشات و کنترل کیفی در بخش هورمون شناسی:	
۱	روزانه از کنترل و یا استاندارد در ردیف کاری و در هر ران کاری از جمله کنترل های مثبت و منفی موجود در کیت استفاده کنید.و در لیست کاری ثبت نمائید	مسئول سرولوژی
۲	از CUT-OFF در تست B HCG تیتراطبق بروشور کیت استفاده کنید.	مسئول سرولوژی
۳	استانداردهایی که هر کیت جهت استفاده در اختیار قرار داده است استفاده نمائید.	مسئول سرولوژی
۴	نتایج غیر طبیعی را با درخواست نمونه جدید در مواردی که جوابها مثبت شده یا با با شرح حال بیمار و سوابق نتایج قبلی بیمار همخوانی ندارد تکرار کنید.	مسئول سرولوژی

۵	نمونه های بیماران با نمونه قبلی که با نتایج بالا یا پایین گزارش شده به عنوان کنترل بیمار در ردیف ران کاری بعدی استفاده نمائید، تا منابع خطا در صورت وجود شناخته شود .	مسئول سرولوژی
۶	دلتا چک نتایج: یعنی نتایج فعلی بیمار با نتایج قبلی بیمار در کامپیوتر مقایسه کنید.	مسئول سرولوژی
۷	بعضی مواقع نمونه سرم را به آزمایشگاه دیگر ارسال می شود وجوابها باهم مقایسه می شود.	مسئول سرولوژی
۸	نتایج آزمایشات کنترل کیفی خارجی هم پس از باز خورد شرکت ارزیابی کرده به میزان صحت ودقت هم دستگاه وهم روش انجام آزمایش پی می بریم.	مسئول سرولوژی
۹	در صورت نیاز به اقدام اصلاحی راباسوپروایزر آزمایشگاه مشورت کرده واقدام مناسب انجام می شود ودر دفتر سرولوژی ثبت می گردد	مسئول سرولوژی

ب- ۸-۲-۳	دستورالعمل	کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه
----------	------------	------------------------------------

الف) عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های در بخش میکروب شناسی

گام های انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	۵٪ از پلیتهای ساخته شده ۲۴ ساعت در انکوباتور گذاشته می شود.	مسئول میکروب شناسی
۲	بعد از ۲۴ ساعت از نظر رشد میکروبی کنترل می شود.	مسئول میکروب شناسی
۳	محیط کشتهای بیوشیمی را با سوشهای میکروبی تأیید شده چک می گردد.	مسئول میکروب شناسی
۴	باسوشهای میکروبی رنگ آمیزی گرم و تست کوآگولاز کنترل می شود.	مسئول میکروب شناسی
۵	نتایج آزمایشات کنترل کیفی خارجی هم پس از باز خورد شرکت ارزیابی کرده به میزان صحت ودقت هم دستگاه وهم روش انجام آزمایش پی می بریم.	مسئول میکروب شناسی
۴	در صورت نیاز به اقدام اصلاحی را با سوپروایزر آزمایشگاه مشورت کرده و اقدام مناسب انجام می شود و در دفتر میکروب شناسی ثبت می گردد.	مسئول میکروب شناسی

کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه	دستورالعمل	ب- ۸-۲-۳
------------------------------------	------------	----------

الف) عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش هماتولوژی

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	در صورت داشتن خون کنترل روزانه یک مرتبه خون کنترل را به دستگاه سیسمکس داده و جوابها را با جوابهای داخل بروشور خون کنترل چک می کنیم	مسئول هماتولوژی
۲	دادن ۲-۳ نمونه دوبار به دستگاه بصورت روزانه و گرفتن T.N	مسئول هماتولوژی
۳	دادن ۲-۳ نمونه در اول شیفت صبح و گذاشتن نمونه ها در یخچال و مجددا پس از ۶ ساعت نمونه ها را به دستگاه داده می شود و گرفتن T.N بصورت روزانه (آزمایش بازبینی)	مسئول هماتولوژی
۴	دادن ۵ نمونه روز اول و نگهداری نمونه ها در یخچال و دادن ۵ نمونه را روز دوم بصورت هفتگی (آزمون پایداری کالیبراسیون)	مسئول هماتولوژی
۵	جوابهای روز اول و روز دوم را در سیستم مخصوص وارد کرده	مسئول هماتولوژی
۶	با استفاده از آزمون T.Biritin جوابها را بررسی کرده	مسئول هماتولوژی
۷	در صورتیکه جوابهای هر پارامتر از ۲,۷۸ کمتر باشد از نظر دقت و صحت مورد تایید می باشد	مسئول هماتولوژی
۸	در صورتیکه جوابها بالاتر باشد بایستی اقدام اصلاحی که شامل تعویض محلولها و ایزوتون؛ دادن شستشوی select 7.2 می باشد صورت بگیرد	مسئول هماتولوژی
۹	بررسی عدم دقت دادن ۲ نمونه حداقل ۱۰ بار بصورت متوالی در ماه یک مرتبه	مسئول هماتولوژی
۱۰	بررسی صحت دستگاه بصورت شرکت در کنترل کیفی خارجی	مسئول هماتولوژی
۱۱	تطابق نتایج دستگاه با یافته های میکروسکوپی در صورت وجود نمونه پلاکت پایین	مسئول هماتولوژی

۱۲	بعضی مواقع نمونه سرم را به آزمایشگاه دیگر ارسال می شود وجوابها باهم مقایسه می شود.	مسئول هماتولوژی
۱۳	نتایج آزمایشات کنترل کیفی خارجی هم پس از باز خورد شرکت ارزیابی کرده به میزان صحت ودقت هم دستگاه وهم روش انجام آزمایش پی می بریم.	مسئول هماتولوژی
۱۴	در صورت نیاز به اقدام اصلاحی راباسوپروایزر آزمایشگاه مشورت کرده واقدام مناسب انجام می شود ودر دفتر هورمون ثبت می گردد	مسئول هماتولوژی

کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه	دستورالعمل	ب- ۸-۲-۳
------------------------------------	------------	----------

الف) عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش هورمون

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	درون هرکیت هورمون براساس نوع آزمایش یک یا دو کنترل وجود دارد.	شرکت سازنده
۲	هنگام انجام آزمایش اگر آزمایش یک کنترل داشته باشد درابتدای نمونه سرمهای بیماران یک چاهک برای کنترل ودرانتهای نمونه سرمهای بیماران هم یک کنترل گذاشته می شود.	مسئول هورمون
۳	اگر آزمایش دو کنترل داشته باشد درابتدای نمونه سرمها کنترل یک ودرانتهای سرمها کنترل دو گذاشته می شود.	مسئول هورمون
۴	حدا بالا وحد پایین کنترلهای روی آنها ثبت شده است وبراساس خوانش دستگاه الایزا به صحت جوابها پی می بریم .	مسئول هورمون
۵	بعضی مواقع نمونه کنترل را دو بار گذاشته تاازمیزان دقت دستگاه وهمچنین انجام مطمئن شویم.	مسئول هورمون
۶	نتایج کنترلهارادردفتر مخصوص هورمون ثبت می کنیم.	مسئول هورمون
۷	بعضی مواقع نمونه سرم را به آزمایشگاه دیگر ارسال می شود وجوابها باهم مقایسه می شود.	مسئول هورمون
۸	نتایج آزمایشات کنترل کیفی خارجی هم پس ازبازخورد شرکت ارزیابی کرده به میزان صحت ودقت هم دستگاه وهم روش انجام آزمایش پی می بریم.	مسئول هورمون
۹	درصورت نیاز به اقدام اصلاحی را با سوپروایزرآزمایشگاه مشورت کرده واقدام مناسب انجام می شود ودردفترهورمون ثبت می گردد.	مسئول هورمون

گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران	دستورالعمل	ب- ۸-۳-۲
--------------------------------	------------	----------

الف) عنوان دستورالعمل: گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	کانال ارتباطی توسط یک خط تلفنی موجود می باشد.	سوپروایزر آزمایشگاه
۲	در صورت مواجهه با موارد بحرانی در شیفت صبح نتایج به وسیله پرسنل آزمایشگاه به اطلاع سوپروایزر آزمایشگاه رسانده و همزمان هم مجدداً چک می شود.	پرسنل آزمایشگاه
۳	سوپروایزر آزمایشگاه بلافاصله با بخش مربوطه تماس تلفنی از طریق خط یکطرفه می گیرد.	پرسنل آزمایشگاه
۴	جواب آزمایش بیماری که در محدوده بحرانی قرار دارد به کادر پرستاری اطلاع می دهد.	سوپروایزر آزمایشگاه
۵	سپس مشخصات پرستار و ساعت اطلاع را در فرم مخصوص نتایج بحرانی ثبت می کند.	سوپروایزر آزمایشگاه
۶	در مواقعی که در شیفت عصر و شب باشد کارشناس آزمایشگاه به بخش اطلاع می دهد و مشخصات پرستار و زمان اطلاع را ثبت می کند.	پرسنل آزمایشگاه
۷	جواب آزمایش سپس وارد سیستم HIS شده تا قابل مشاهده برای پرستار و پزشک باشد.	پرسنل آزمایشگاه

ج) مشخصات عمومی دستورالعمل : ب- ۸-۳-۲

نام و سمت تهیه کنندگان : علیرضا امیری کارشناس ایمنی آزمایشگاه	نام و سمت تایید کننده : یداله کاظمی بهمن اباد سوپروایزر آزمایشگاه	نام و سمت تصویب کننده : دکتر امیررهنما مسئول فنی آزمایشگاه
---	--	--

ارجاع نمونه های بالینی آزمایشگاه	دستورالعمل	ب- ۸-۲-۶
----------------------------------	------------	----------

کد دستورالعمل : تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۳ ویرایش : ۱۰ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
 الف) عنوان دستورالعمل: نحوه بسته بندی : انتقال ایمن و امن نمونه های عفونی؛ زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی

ب) گامهای انجام کار : (دستورالعمل ارجاع نمونه های بالینی)

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	نمونه های که از آزمایشگاه مرکز بایستی به آزمایشگاه خارج از مرکز ارجاع داده شوند در ابتدا سرم نمونه ها جدا می شود	پرسنل آزمایشگاه
۲	درب لوله با درپوش خود لوله محکم بسته می شود	پرسنل آزمایشگاه
۳	مشخصات بیمار با نوع تست بر روی اتیکت روی لوله نصب می شود	پرسنل آزمایشگاه
۴	فرم مخصوص نمونه های ارجاعی تکمیل می گردد	پرسنل آزمایشگاه
۵	در دفتر مخصوص مشخصات بیمار و نمونه ثبت می گردد	پرسنل آزمایشگاه
۶	لوله نمونه درون یک محفظه درب دار پلاستیکی قرار داده می شود	پرسنل آزمایشگاه
۷	محفظة پلاستیکی را درون ظرف سه لایه گذاشته و به خدمات مسئول بردن نمونه تحویل داده می شود	پرسنل آزمایشگاه
۸	جواب آزمایشات ارسالی در برگه داده شده توسط آزمایشگاه ارجاعی مشخص گردید	آزمایشگاه ارجاع
۹	رسید جواب آزمایش به بخش مربوطه عودت داده می شود	پرسنل آزمایشگاه
۱۰	جواب آزمایشات را در زمان مورد نظر گرفته و در سیستم his ثبت کند	پرسنل آزمایشگاه

چ) مشخصات عمومی دستورالعمل : ب- ۸-۲-۶

نام و سمت تهیه کنندگان : علیرضا امیری کارشناس ایمنی آزمایشگاه	نام و سمت تایید کننده : یداله کاظمی بهمن اباد سوپروایزر آزمایشگاه	نام و سمت تصویب کننده : دکتر امیررهنما مسئول فنی آزمایشگاه
---	--	--

ج-۱-۱-۲	دستورالعمل	روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران
---------	------------	--

ج-۱-۱-۲	دستورالعمل	روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه فوت بیماران
کد دستورالعمل: M.H.I	روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

امکانات مورد نیاز : اتاق با تمام امکانات (میز، صندلی و)

کارکنان مرتبط : ریاست مرکز، پزشک، پرستار، روانشناس، مددکار اجتماعی، خدمات، نگهبانی
تعاریف :

هدف : ارتقاء رضایتمندی بیماران و همراهان

طبق مصوبه کمیته اخلاق بالینی مرکز روش اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری و یا فوت بیماران به شرح زیر حضورتان ارسال می گردد لطفا ضمن رعایت موارد ، موضوع را به اطلاع پرسنل زیر مجموعه خود برسانید:

۱. خبر بدحال شدن یا فوت بیمار توسط مسئول شیفت بخش یا سوپروایزر به اطلاع پزشک معالج یا جانشین ایشان رسانده شود و پزشک معالج بیمار یا جانشین ایشان موظف است بلافاصله بعد از اطلاع در بیمارستان حضور یابد .

۲. خبر ناگوار در زمینه فوت و بیماری فقط توسط پزشک معالج بیمار و یا جانشین ایشان باید به خانواده بیمار داده شود .

۳. تا زمان رسیدن پزشک معالج بیمار به بیمارستان جهت اطلاع رسانی خبر ناگوار به همراهیان، سوپروایزر شیفت با اطلاع به خانواده بیمار با عنوان اینکه بیمارشان بدحال شده و لازم است به بیمارستان بیایند اقدام نماید.

۴. اطلاع رسانی خبر در آرامش ، باید ابتدا به والدین (پدر و مادر) سپس همسر و فرزندان و در آخر خواهر و برادر صورت گیرد.

۵. پذیرش حتما هنگام تشکیل پرونده باید شماره تلفنی از ولی بیماران گرفته و در پرونده ثبت نماید.

۶. توسط پزشک معالج یا جانشین در اتاقی خلوت (آرامگاه مرکز) بدون رفت و آمد و بدون تلفن با خانواده صحبت و خبر ناگوار تدریجا اطلاع رسانی گردد .

۷. ضوابط صدور گواهی فوت ابلاغی اجرا شود (حضور پزشک قانونی الزامی است. علی الخصوص در مورد بیماران با مرگ مشکوک و غیر قابل انتظار)
۸. بلافاصله بعد از توجیه خانواده و قبول فوت بیمار، جسد با هماهنگی شهرداری به سردخانه ارامستان با بدرقه خانواده فرستاده شود. (از فرستادن جسد به بیمارستان علی ابن فعلا خودداری گردد).
۹. لطفا مسئولین واحدهای اداری به پرسنل خود ابلاغ نمایند حق اطلاع رسانی در زمینه فوت و یا هر گونه خبر ناگواری در زمینه بیماری یک بیمار به خانواده آن ندارند (به خصوص راننده، نگهبان، خدمات پذیرش و...) و فقط اطلاع رسانی طبق روش مذکور باید انجام گیرد.
۱۰. متقاعد کردن خانواده دور از چشم افراد که در محل نمازخانه (ارامگاه موقوفه) در محوطه بیرونی بخش انجام میگیرد.

صاحبان فرایند : پرسنل مرکز		
امکانات و تسهیلات: محلی خارج از بخش جهت گفتگو با خانواده متوفی		
منابع: دستورالعمل بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده :
رقيه پساوند :	رضا معتمدی مقدم :	دکتر مجد رضا فرحبخش : رئیس مرکز
سوپروایزر آموزش سلامت	مدیر :	
مریم امجدی : مسئول		
بهبود کیفیت		

ج-۱-۱-۶	دستورالعمل	محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر
ج-۱-۱-۶	دستورالعمل	محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر
کد دستورالعمل: M.H.I	محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

امکانات مورد نیاز: دستگاه تلفن و دستگاه پیجر

کارکنان مرتبط: مسئول فنی تاسیسات - تکنسین های فنی - مسئول مخابرات و اپراتور مخابرات

تعاریف: دستگاه پیجر در واقع یک گیرنده رادیویی میباشد و یا در تعریفی که اتحادیه بین المللی مخابرات ارایه داده "پیجینگ یک سرویس یک طرفه است که پیامهای لازم را به گیرنده های مورد نظر ارسال مینماید." دستگاه پیجر در مرکز آموزشی درمانی مرادی صوتی میباشد. این دستگاه دارای قابلیت پخش صدا میباشد بدین ترتیب که پیام صوتی ارسال شده بوسیله خواهان ارتباط، از طریق اپراتور به مشترک ارسال میگردد.

هدف: اطلاع رسانی سریع به تمام قسمت های بیمارستان در کوتاه ترین زمان و صرفه جویی در زمان

محدوده:

تمام نقاط مرکز آموزشی درمانی مرادی مجهز به سیستم بلندگو جهت دریافت پیامهای صوتی میباشد.

دفتر فنی مرکز بایستی پلان سیستم بلندگو را تهیه نماید.

بایستی چک لیست ادواری کنترل سیستم بلندگو جهت کنترل و نظارت سالم بودن دستگاه بصورت روزانه توسط دفتر فنی تکمیل میگردد.

نحوه استفاده از دستگاه پیجر توسط دفتر فنی در اختیار اپراتورهای مخابرات بایستی قرار گیرد.

تبصره: روش جایگزین برای سیستم بلندگو در حوادث غیرمترقبه استفاده از بلندگوی دستی بوده که در انبار بحران قرار داشته و طبق تشخیص و دستور مسئول محترم بحران توسط پرسنل نگهبانی بایستی مورد استفاده قرار گیرد.

در صورت بروز هرگونه مشکل فنی در سیستم پیجر دفتر فنی بایستی مداخلات اصلاحی لازم را انجام دهد.

در صورت عدم امکان رفع نقص فنی بایستی از شرکتهای متخصص در این زمینه هماهنگی های لازم را انجام دهند و همچنین دفتر فنی موارد نقص را بایستی به اطلاع مسئول مخابرات جهت انجام هماهنگی لازم برساند.

ضوابط محتوا:

پیامهای صوتی که از طریق سیستم پیچ اعلام میگردند (با توجه به ماهیت و رسالت سیستم) شامل موارد ذیل میباشند:

اعلام کد یا پیامهای اختصاصی (پیامهای بسیار کوتاه رمزی و فوری جهت ارتباط هرچه سریعتر) - شامل:

کد ۹۹ اعلام CPR، کد ۱۲۵ آتش نشانی و...

- ۲- فراخوان کارکنان و بیماران و همراهان
- ۳- اطلاعیه های مرتبط با نوع فعالیت مرکز
- ارسال پیامهای عمومی به مراجعین (مانند زمان اتمام ملاقات) کارکنان (مانند ...)
- ۴- برگزاری جلسات و گردهماییها مراسمات و
- ۵- پخش اذان جهت اعلام اوقات شرعی و اقامه نماز
- ۶- پخش سرودهای مذهبی در مناسبات خاص
- با توجه به موارد فوق بایستی ضوابط ذیل از سوی کارکنان مرتبط رعایت گردند
- کدهای تعریف شده در مرکز پس از درخواست از سوی واحد درخواست کننده توسط اپراتور حداکثر ۲ بار متوالی و بار سوم کمی با مکث و تن صدای ملایم اعلام گردد
- فراخوانی کارکنان، دانشجویان پزشکی، پزشکان و مراجعین فقط یکبار توسط اپراتور اعلام گردد
- محتوای اطلاعیه ها و اخبار عمومی قبل از پیچ توسط مسئول واحد درخواست کننده تأیید و بصورت واضح و کوتاه توسط اپراتور قرائت شود
- تبصره : افراد ذیل صلاحیت صدور ارسال پیام صوتی از طریق پیجر دارند :
- ریاست و مدیریت و دفتر مدیریت مرکز - امور رفاهی و فرهنگی و روابط عمومی - مسئول بحران - کارکنان دفتر پرستاری - مسئول حراست و نگهبانی مسئول آموزش - مسئولین بخشهای بالینی جهت اعلام کد و یا فراخوان افراد
- پخش اذان در لحظات ملکوتی بایستی دقیقاً مطابق با اوقات شرعی اعلامی از سوی ستاد اذان و اقامه نماز بوده و در زمان مقرر توسط اپراتور از طریق سیستم پیجر صورت گیرد
- تبصره اگر در زمان پخش اذان درخواست اعلام کد باشد کد درخواست شده توسط اپراتور اعلام می گردد
- اپراتور دستورالعمل نحوه استفاده از دستگاه پیجر را که از سوی دفتر فنی ارایه گردیده را مطالعه و رعایت نماید
- اپراتور با تن صدای ملایم و تنظیم صدای دستگاه بر روی ۶۰ الی ۹۰ دسی بل پیامهای صوتی را اعلام نماید
- اگر در حین استفاده از دستگاه نقص فنی بروز کرد مراتب توسط اپراتور به دفتر فنی، مسئول مخابرات و دفتر پرستاری هرچه سریعتر اطلاع داده شود
- به دلیل عدم قابلیت ضبط صدا و یا تبدیل پیامهای صوتی به حروف تعداد کد های اعلام شده توسط اپراتور در دفتر مخصوص ثبت گردد
- زمان فعالیت بلندگو :
- زمان فعالیت بلندگو و ارسال پیام صوتی از طریق پیجر به استثنای کدهای مخصوص (۹۹ ، ۱۲۵ و ...) از ساعت ۷ لغایت ۲۱ میباشد
- ذینفعان : کلیه بیماران و پرسنل
- نحوه نظارت : کلیه پرسنل بایستی به واضح بودن صدای پیچ در تمام قسمت های بیمارستان حساس و گزارش نمایند
- نرد پاسخگو : مدیر ، تاسیسات ، کاربر مرتبط و مسئول مخابرات
- شیوه انجام کار:
- ۱- صدای پیچ در تمام قسمت های بیمارستان واضح باشد
- ۲- سیستم جایگزین تلفن های بی سیم می باشد
- ۳- پیچ کننده لازم است با صدایی آرام و شمرده بدون مزاحمت صوتی مطالب را بیان نماید .
- ۴- تلفن داخلی # ۸۰۰۹ مخصوص کد احیا همیشه آزاد است
- ۵- توجیه و آموزش افراد با کد انجام گیرد
- ۶- ژنراتور برق اضطراری به سیستم پیچ وصل است .
- ۷- کنترل دوره ای و تعمیرات از وظایف واحد فنی است
- ۸- پس از ساعت ۹ شب به منظور برنامه استراحت بیماران پیچ قدغن است مگر اعلام کدها

صاحبان فرایند : پرسنل مرکز

امکانات و تسهیلات: بلندگو , دستگاه , تلفن بی سیم		
منابع: دستورالعمل بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان : رقيه پساوند : سوپروایزر سلامت مریم امجدی : مسئول بهبود کیفیت	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی : مدیر	نام و سمت ابلاغ کننده : دکتر محمدرضا فرحبخش : رئیس مرکز

دکتر آموزشی در زمانی مرادی

نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین	خط مشی و روش	ج- ۱- ۷
---	--------------	---------

ج- ۱- ۷	خط مشی و روش	اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت
کد خط مشی : M.H.p	اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

الف) عنوان خط مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای

بیمار/ خانواده/ مراجعین

ب) بیانیه خط مشی (سیاست بیمارستان):

اطلاع رسانی شفاف به بیمار / خانواده / حامی وی در مورد نحوه رخداد واقعه ناخواسته و پیامدهای نامطلوب به منظور دلجویی ، در صورت قصور صورت گرفته و جبران خسارت و جلب رضایتمندی آنان

پ) دامنه خط مشی: بیماران.

ت) تعاریف (واژه ها):

وقایع ناخواسته : عوارض یا پیامدهای ناخواسته، عدم توفیق در درمان بیماری یا جراحی است که انتظار بهبودی و درمان آن می رفته است

ث) منابع (مراجع):

دستورالعمل های وزارتخانه، سنجه های اعتبار بخشی حقوق گیرنده خدمت.

ج) فرد پاسخگو: کادر ارشد بیمارستان / فردی که قصور از وی صورت گرفته

چ) نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مستندات، مشاهده، مصاحبه.

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش مربوطه، کارشناس مسئول ایمنی

ح) شیوه انجام کار:

ردیف	عناوین مراحل انجام کار	مسئول انجام کار	زمان انجام هر	مکان
۱	برقراری ارتباط صادقانه در صورت بروز هرگونه حادثه ناخواسته با بیمار/ خانواده وی با روحیه باز و منسجم و بدون از هرگونه پنهان کاری برخورد می شود	مسئول رسیدگی به شکایات	در طول سال	دفتر رسیدگی به شکایات
۲	اظهار پشیمانی و تاسف از وقوع آنچه که اتفاق افتاده است	همه کارکنان	کمتر از ۲۴ ساعت	آرامگاه موقوفه
۳	کارد حرفه ای بیمارستان در مقابل وقوع حادثه کاملاً مسئول می باشد	همه کارکنان	کمتر از ۲۴ ساعت	آرامگاه موقوفه
۴	توضیح به همراهان بیمار فقط توسط پزشک معالج یا نماینده ایشان انجام می گیرد (کارکنان توسط کمیته اخلاق تعیین می شوند)	پزشکان معالج	کمتر از ۲۴ ساعت	کمیته اخلاق
۵	آمادگی بیان واقعیات ، گوش دادن فعال ، تایید آنچه خانواده اظهار می دارد توسط کارکنان تعیین شده ، ضمن مستند کردن در محلی مناسب انجام می شود	کارکنان تعیین شده	کمتر از ۲۴ ساعت	آرامگاه موقوفه
۵	اظهار پشیمانی و عذر خواهی از خانواده بیمار با مدیریت کمیته اخلاق انجام می گیرد	اعضاء کمیته اخلاق	در اولین فرصت	آرامگاه موقوفه
۶	تشریح کامل رخداد بطور شفاف ظرف ۲۴ ساعت به خانواده بیمار توضیح داده می شود	پزشک معالج	ظرف ۲۴ ساعت	آرامگاه موقوفه
۷	انتظارات خانواده بیمار پیش بینی و مدیریت می شود	اعضاء کمیته اخلاق	ظرف ۲۴ ساعت	کمیته اخلاق
۸	کارکنان دارای بیمه مسئولیت حرفه ای بوده و حمایت می شوند	مدیریت	مستمر	بیمارستان
۹	وقایع ناگوار بطور محرمانه پیگیری و جبران خسارت می گردد	کمیته اخلاق	در اولین فرصت	دفتر ریاست
۱۰	هر گونه واقعه ناخواسته در ابتدا تحلیل ریشه ای شده و تمامی مستندات و اقدامات انجام شده بدون هرگونه پنهان کاری توسط مسئول رسیدگی به شکایات یا دبیر کمیته اخلاق به اطلاع بیمار/ خانواده رسانده می شود.	مسئول رسیدگی به شکایات	در طول سال	دفتر رسیدگی به شکایات
۱۱	بر اساس فرایند رسیدگی به شکایات (برگزاری کمیته فوری وقایع ناخواسته طی ۲۴ ساعت اولیه) توسط کارشناس ایمنی و رسیدگی به شکایات یا دبیر کمیته اخلاق با حضور مسئولین و کارکنان تعیین شده از سوی کمیته اخلاق جهت تشریح کامل رخداد بصورت باز و شفاف و توضیح واقعه برای بیمار / خانواده برگزار می گردد و چنانچه قصور صورت گرفته اظهار پشیمانی و	رئیس یا مدیر، مدیر پرستاری مسئول رسیدگی به شکایات/ فردی قصور از وی صورت گرفته	در طول سال	دفتر ریاست مرکز

	عذرخواهی انجام می شود و تمامی این موارد با حفظ محرمانگی انجام می گیرد.			
۱۲	کادر ارشد حرفه ای بیمارستان با توجه به مسئولیت خود از نوع و نحوه وقوع حادثه ای که رخ داده آگاهی کامل داشته و در صورت نیاز طبق فرایند رسیدگی به شکایات پاسخگو هستند..	رئیس / مدیر / مدیر پرستاری / پزشک بیمار / مسئول رسیدگی به شکایات / فردی قصور از وی صورت گرفته	در طول سال	دفتر رئیس ،مدیر، دفتر پرستاری، دفتر رسیدگی به شکایات
۱۳	بر اساس مصوبه کمیته اخلاق پزشکی افرادی که لازم است طبق فرایند رسیدگی به شکایات به بیمار/ خانواده از نوع اتفاقی که برای بیمار رخ داده فرد مورد نظر (بیمار/ خانواده / و کارکنان مورد نظر) با حضور در کمیته اخلاق و بررسی پرونده بیمار بیان و توضیح داده می شود	رئیس / مدیر / مدیر پرستاری / پزشک بیمار / مسئول رسیدگی به شکایات / فردی که قصور از وی صورت گرفته	در طول سال	بخش های بالینی
۱۴	برای بیان واقعه ناخواسته مراحل آمادگی،شروع مکالمه، بیان واقعیت، گوش دادن فعال، تأیید آنچه بیان شده و نتیجه گیری و مستند کردن بدون هرگونه پنهان کاری در مکان مناسب صورت می گیرد.	کادر ارشد بیمارستان / فردی قصور از وی صورت گرفته	در طول سال	بخش های بالینی
۱۵	موارد جبران خسارت ضمن بررسی در کمیته مورتالیتیه و موربیدته در کمیته اخلاق پزشکی بررسی و جهت جبران خسارت تصمیم گیری می شود.	اعضای کمیته اخلاق پزشکی	در طول سال	بخش های بالینی
۱۶	در صورتی بیمار به دلیل واقعه ناخواسته مشمول بستری طولانی و هزینه زیاد شود برای جبران خسارت وقایع ناشی از واقعه ناخواسته هزینه ای از وی دریافت نمی شود.	رئیس، مدیر مرکز، مددکار	در طول سال	دفتر رئیس، مدیر بیمارستان، مددکاری
۱۷	در صورت مسجل شدن قصور و کوتاه یا سهل انگاری پرسنل ، تذکر کتبی داده می شود و در صورت تکرار برخورد قانونی صورت می گیرد.	رئیس / مدیر بیمارستان / مدیر پرستاری	در طول سال	دفتر رئیس، مدیر بیمارستان، دفتر پرستاری

چ(مشخصات عمومی خط مشی:

تهیه کننده:	تأیید کننده:	تصویب کننده:
مجتبی شیربگی کارشناس ایمنی بیمار	رضا معتمدی	دکتر فرحبخش
مریم مرشدی مددکار اجتماعی	مدیر مرکز	رئیس مرکز
طاهره ملکی سوپروایزر بالینی		

ج-۱-۵	خط مشی و روش	مددکاری اجتماعی در بیمارستان
کد خط مشی : M.H.p	مددکاری اجتماعی در بیمارستان	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

امکانات مورد نیاز: پرونده بیمار، صورت حساب بیمار

کارکنان مرتبط : ریاست، مدیریت، مددکار، مسئولین بخشها، حراست، مشاور روانشناس، مشاور حقوقی، مدیریت اطلاعات سلامت و امور مالی
تعاریف :

مددکاری: حرفه ای است که مبتنی بر مهارت، تخصص، دانش و تجربه و هنر و به منظور فراهم آوردن شرایط مادی و معنوی برای افراد و اقشار نیازمند جامعه به گونه ای که در جهت رفع مشکل خود برانگیخته شوند .

مدد جو: شخصی است که بعلت مشکلات مالی، عاطفی، روحی و اجتماعی برای درخواست کمک به مددکار مراجعه می کند
بیمار آسیب پذیر: شخصی است که در شرایط و موقعیت های متفاوت به لحاظ مالی، عاطفی، روحی و اجتماعی در شرایط آسیب قرار میگیرد و نیازمند به حمایت میباشد (زنان باردار، کودکان، سالمندان و بیماران اورژانسی و.....)
برنامه حمایتی: منظور فرایندی است که مددکار طبق تجربه و مهارت و دانش خود بیماران نیازمند را شناسایی و مورد حمایت قرار میدهد

در صورت نیاز هزینه داروی بیمار توسط مددکاری از صندوق خیریه پرداخت می شود.

در صورت نیاز ارجاع بیمار به موسسه های خیریه و تقبل قسمتی از هزینه بیمار توسط موسسه ها

ارجاع همراهان شهرستانی به موسسه خیریه ی همراه سرا واقع در بیمارستان علی ابن جهت اسکان یافتن به صورت شبانه روزی

بیانیه/ سیاست : آشنایی و شناسایی وضعیت بیماران از لحاظ روانی و مادی ، مشاوره فردی ، خانوادگی یا گروهی

روش اجرایی :

۱. نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی
۲. ملاک‌ها و روش‌های ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی
۳. تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی
۴. نحوه اطلاع‌رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی به بخش‌های مختلف بیمارستان
۵. نحوه هماهنگی بخش‌های مختلف بیمارستان با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب‌پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان
۶. شناسایی، اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری
۷. نحوه هماهنگی با نهادها، سازمان‌ها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آن‌ها برای حمایت از مددجویان
۸. نحوه ارائه خدمات مددکاری به بیماران مجهول‌الهویه، بی‌خانمان و بدون همراه
۹. نحوه و محدوده حمایت‌های مالی از مددجویان نیازمند
۱۰. نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روش‌ها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار

هدایت‌کننده : تیم حاکمیتی

منابع : راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها ویرایش پنجم

نام و سمت تهیه‌کنندگان : رقیه پساوند : مسئول مراقبت در منزل مریم امجدی : مسئول بهبود کیفیت مریم مرشدی : مددکار اجتماعی	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی : مدیر	نام و سمت ابلاغ‌کننده : دکتر مجتربا فرحبخش : رئیس
--	---	--

روش اجرائی نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه

روش اجرائی	نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	
کد روش اجرائی: M.H.p	نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۱۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

پرستار مسئول شیفت چنانچه بیمار مجهول الهویه به بیمارستان انتقال داده شود مورد را در اسرع وقت به اطلاع سوپروایزر می رساند .

متصدی پذیرش با هماهنگی سوپروایزر جیب بیمار و کلیه وسایل شخصی وی را جهت یافتن کارت شناسایی، آدرس و شماره تلفن و برای تعیین هویت بیمار بررسی نموده و ضمن تنظیم صورتجلسه وسایل بیمار را تحویل واحد پذیرش میدهد .

متصدی پذیرش با دستور پزشک برای بیمار تشکیل پرونده داده و علاوه بر شماره پرونده به جای مشخصات به وی کد داده میشود .

پرستار مسئول شیفت ترتیبی اتخاذ مینماید که بیمار مانند سایر بیماران تحت درمان قرار گیرد .

پرستار مسئول بیمار در گزارش پرستاری وضعیت ظاهری بیمار (پوشش، رنگ پوست و ...) و یا هر نشانه مشخصه بیمار را در پرونده ثبت نموده و در صورت هوشیاری اطلاعات لازم را از بیمار گرفته و ثبت مینماید .

سوپروایزر در اسرع وقت ، مورد را به نیروی انتظامی (پلیس) اطلاع میدهد تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه تنظیم مینماید و اقدامات لازم در خصوص شناسایی بیمار را از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام میدهد

سوپروایزر شیفت در اسرع وقت مشخصات بیمار مجهول الهویه (شامل جنس، سن حدودی، مشخصات ظاهری، تشخیص احتمالی، شماره پرونده، تاریخ حادثه، محل حادثه) را در سامانه ستاد هدایت ثبت نموده و در صورت شناسایی به بستگان بیمار اطلاع رسانی مینماید .

پرستار مسئول بیمار کلیه اقدامات لازم را جهت بیمار انجام و به منظور شناسایی بیمار و انجام اقدامات از شماره پرونده و وضعیت ظاهری اولیه استفاده مینماید .

سوپروایزر با همکاری مددکار جهت ترخیص بیماران مجهول الهویه و دارای آسیبهای اجتماعی تا حصول نتیجه و

خروج قانونی بیمار از بیمارستان پیگیریهای لازم را انجام میدهند تا بیمار به یک مرکز نگهداری بهزیستی منتقل

گردد .

سوپروایزر شیفت در صورت فوت بیمار مجهول الهویه و در شرایطی که هیچ راهی برای شناسایی بیمار در بیمارستان وجود ندارد به پلیس ۱۱۰ اطلاع میدهد تا از طریق مراجع قانونی اقدام شود .

سوپروایزر جسد را تا زمان تشخیص هویت و یا شناسایی بستگان و ... به سردخانه انتقال میدهد .

هدایت کننده : کمیته اخلاق پزشکی، روسای بخشهای بالینی، مدیر پرستاری و سرپرستاران، مسئول حراست، مسئول واحد اطلاعات سلامت

منابع :

منشور حقوق گیرندگان خدمت ، راهنمای اعتباربخشی

نام و سمت تهیه کنندگان : غضادق پاکزاد : مدیر اطلاعات سلامت مریم امجدی : مسئول بهبود کیفیت مریم مرشدی : مددکار اجتماعی	نام و سمت تایید کننده : رضا معتمدی : مدیر	نام و سمت ابلاغ کننده : دکتر محمدرضا فرحبخش : رئیس
---	--	---

ب-۱-۱۳-۲	روش اجرایی	پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضاییه و سایر مراجع ذیصلاح
ب-۱-۱۳-۲	روش اجرایی	پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضاییه و سایر مراجع ذیصلاح
کد خط مشی: M.H.p	پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضاییه و سایر مراجع ذیصلاح	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف واژه ها: بیماران ارجاعی از مراجع ذیصلاح منظور سازمان های بهزیستی و نیروی انتظامی و قوه قضائیه (دادگاه یا دادسرا یا شک قانونی) می باشد.

هدف: ارتقا خدمت به بیمارانی که از مراجع قضایی ارجاع داده میشود.

شیوه انجام کار:

- ۱- بیمارانی که از سازمان های بهزیستی و نیروی انتظامی و قوه قضائیه و سایر مراجع ذیصلاح با نامه ارجاعی از این مراکز به بیمارستان ارجاع داده می شوند.
- ۲- در صورتیکه با نامه پزشکی از پزشکان مرکز مراجعه کرده باشند، سیر پذیرش بیمار مانند بیماران ارجاعی از مطب انجام میگردد.
- ۳- در صورتیکه از پزشکان بخش نامه نداشته باشند به اورژانس مرکز مراجعه نموده و پس از انجام سیر درمان، پذیرش بیمار به بخش انجام میگردد.
- ۴- بیمارانی که از زندان در بخش بستری میگردند تا زمانیکه بیمار دوره زندانی خود را میگذرانند با نیروی محافظ در بخش بستری می باشند که معمولاً دو سرباز مسئول حفاظت بیمار می باشند و معمولاً بیمار با دستبند در بخش حضور دارد.
- ۵- بیماران ارجاعی از مراکز بهزیستی پس از پذیرش از اورژانس و انجام سیر درمانی بیمار به بخش منتقل میگردد و در مواردیکه باید بیمار تحویل مراکز بهزیستی شود، آزمایشهای لازم از نظر مواد (مرفین، کانابیس، آمفتامین) و تستهای ویروسی (HIV-HBSAg) و گواهی سلامتی (HBSAb-HCV) سلامت از نظر مبتلا نبودن به کرونا و سل و در صورت نیاز تست وجود انگل توسط پزشک معالج صادر گردیده و پس از بهبودی بیمار تحویل مراکز بهزیستی میگردد.
- ۶- بیماران زندانی پس از بهبودی، ترخیص شده و در صورتیکه هنوز دوران محکومیت را باید بگذرانند تحویل زندان داده میشود.
- ۷- بیماران سایر مراجع نیز پس از بهبودی ترخیص و در صورتیکه منعی جهت تحویل به خانواده نداشته باشد، تحویل خانواده میگردد.

نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده:	نام و سمت تصویب کننده:
هاجر مسلمی (سرپرستار)	علی محسن زاده (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر محمدرضا فرحبخش (رئیس بیمارستان)
زهره حسن شاهی (پرستار)		

ج- ۱-۵-۱	روش اجرایی	روش انجام ECT
----------	------------	---------------

ج- ۱-۵-۱	روش اجرایی	روش انجام ECT
کد خط مشی: M.H.p	روش انجام ECT	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه: بخش های بالینی	شماره ویرایش: ۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف: Electroconvulsive therapy (ECT)
تشنج درمانی، جزء درمانهای غیر دارویی میباشد.

هدف: انجام دقیق و صحیح و ایمن فرایند درمانی

نحوه نظارت: رئیس بیمارستان - مدیر خدمات پرستاری - سرپرستار بخش

هدایت کننده (فرد پاسخگو): رئیس بیمارستان و مدیر خدمات پرستاری

شیوه انجام کار:

- ۱- دستور روانپزشک در پرونده بیمار جهت شروع همراه با تعداد جلسات مورد نیاز ثبت گردد.
- ۲- رضایت نامه آگاهانه ولی و یا قیم بیمار جهت ECT را اخذ گردد.
- ۳- مشاوره های مورد نیاز قبل از ECT (مشاوره قلب و....) در صورت نیاز و صلاحدید پزشک معالج و آرمایشات شمارش سلولی و ادرار پیگیری گردد.
- ۴- رژیم دارویی بیمار (کنترل و اطمینان از قطع موقت بعضی از داروها مانند لیتیم، کاربامازپین، والپرات سدیم) را کنترل گردد.
- ۵- عکس قفسه سینه و جمجمه در صورت نیاز و صلاحدید پزشک معالج (در موارد سن بالا - سابقه قلبی - ریوی - مغزی) پیگیری گردد.
- ۶- شناسایی بیمار مطابق دستورالعمل شناسایی بیمار، انجام گردد.
- ۷- بیمار از ۶ ساعت قبل برای مایعات و از ۸ ساعت قبل برای جامدات NPO باشد.
- ۸- استحمام بیمار روز قبل از ECT انجام گردد.
- ۹- دندان های مصنوعی و عینک و زیور آلات و... بیمار خارج گردد.
- ۱۰- آرایش صورت و لاک ناخن پاک گردد.
- ۱۱- خالی بودن مثانه و روده ها را کنترل گردد.
- ۱۲- بیمار را گرم نکه دارید و برای تقلیل اضطراب بیمار تمهیدات حمایتی به کار گرفته شود.
- ۱۳- در بیماران مجهول الهویه که فاقد همراه جهت اخذ رضایت میباشد در صورت نیاز به انجام ECT، با توجه به وخامت حال بیمار و اورژانسی بودن ECT، پزشک مربوطه و دو نفر از پزشکان روپزشک دیگر در پرونده ثبت نماید که بدلیل اورژانسی بودن حال و وضعیت بیمار نیاز ECT به دارد و نیاز به اخذ رضایت نمی باشد و نسبت به درمان اقدام گردد.
- ۱۴- بیماران سرپایی برای انجام ECT حتما همراه داشته باشند.
- ۱۵- عدم شروع ECT تا زمانی که بیمار قبلی (که ECT دریافت کرده است) هوشیار نشده است.

- ۱۶- به بیمار در مورد فرایند ECT (با تاکید بر درمانی بودن این روش) توضیح داده شود.
- ۱۷- دستورات دارویی قبل از انجام ECT را اجرا گردد. و صورت تحریک پذیری و بی قراری طبق دستور پزشک معالج دارو های مورد نیاز را دریافت و در پرونده بیمار ثبت گردد.
- ۱۸- برای بیمار یک خط وریدی بگیری و در طول فرایند آن را باز نگه دارید.
- ۱۹- از اینکه اکسیژن و ساکشن و وسایل لوله گذاری تراشه در دسترس است اطمینان حاصل گردد. اکسیژن صد در صد با سرعت ۵ لیتر در دقیقه در تمام طول مدت شوک (تا زمانی که تنفس خود بخودی برگردد) بجز در فاصله کوتاه گذاشتن الکترودها
- ۲۰- جهت جلوگیری از گاز گرفتگی زبان و جدا کردن فك تحتانی از فوقانی، محافظ بین دندانهای بیمار قرار دهید.
- ۲۱- باز نگهداشتن راه هوایی و در صورت لزوم ساکشن ترشحات خلق بیمار
- ۲۲- در صورت موارد غیر عادی آن را ثبت کرده و به پزشک معالج گزارش کنید.
- ۲۳- در صورت نیاز و صلاحدید پزشک معالج بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی وصل کنید.
- ۲۴- کنترل و ثبت علائم حیاتی
- ۲۵- پس از هوشیاری و بیداری کامل و استیبل شدن حال عمومی بیمار به تخت خود منتقل میگردد.
- ۲۶- یک ساعت بعد ECT تب بیمار (از نظر هیپر ترمی بدخیم) چک و ثبت شود.
- ۲۷- تمام مشاهدات و موارد حین ECT را یادداشت کنید (شامل علائم حیاتی، پاسخ های بیمار در طی درمان و وضعیت جسمی و روانی بیمار).
- ۲۸- بیمار پس از انتقال به بخش تحت نظر پرستار می باشد و در صورت نیاز مهار فیزیکی یا شیمیایی می گردد.

صاحبان فرایند: رئیس بیمارستان - مدیر بیمارستان - مدیر پرستاری		
امکانات و تسهیلات مورد نیاز: دستگاه ECT - امکانات لازم اکسیژن تراپی (امبو بگ - کپسول اکسیژن - اکسیژن سانترال - رابط اکسیژن - ماسک بیهوشی) - ساکشن - محافظ دهان		
منابع: کتاب روانپرستاری		
نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده:	نام و سمت ابلاغ کننده:
هاجر مسلمی (سرپرستار)	علی محسن زاده (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر محمدرضا فرحبخش (رئیس بیمارستان)
زهره حسن شاهی (پرستار)		

حیطه فعالیت و اقدامات روانشناس	دستورالعمل	ب-۱-۱۳-۱
--------------------------------	------------	----------

ب-۱-۱۳-۱	دستورالعمل	حیطه فعالیت و اقدامات روانشناس
کد خط مشی: M.H.I	حیطه فعالیت و اقدامات روانشناس	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف : روانشناس بخش روانپزشکی مستقر در بخش می باشد . بیماران را از نظر مشکلات روانشناختی مورد بررسی قرار داده وضمن اطلاع موارد مورد نیاز به پزشک ، برای انجام تستهای مختلف روانشناسی اقدامات لازم را انجام داده و نتیجه را به پزشک معالج اعلام مینماید.

هدف : انجام اقدامات لازم روانشناسی جهت ارتقا وضعیت بهداشت روانی بیماران

نحوه نظارت : رئیس بیمارستان – مدیر خدمات پرستاری

هدایت کننده (فرد پاسخگو) : رئیس بیمارستان – رئیس بخش – روانشناس بخش

شیوه انجام کار:

۱. انجام آزمونهای روانی از قبیل آزمون هوش، شخصیت و استعدادهای افراد، ساخت و هنجاریابی آزمون ها به منظور کمک به تشخیص های روانپزشکی.
۲. مصاحبه، ارزیابی، تشخیص و مشارکت در برنامه های درمانی مناسب به بیماران و گروه های هدف.
۳. ویزیت دوره ای بیماران روانی بستری در بخشهای مرکز و انعکاس گزارش های لازم به پزشک معالج.
۴. کمک به روانپزشک در زمینه روانسنجی و تهیه شرح حال روانی افراد.
۵. همکاری در اجرای مداخلات روانی در بلایا برای سطوح مختلف.
۶. تهیه و تنظیم برنامه ها و متون آموزشی برای گروههای هدف.
۷. شرکت فعال در دوره های کارآموزی، مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندی های شغلی و بکارگیری نتایج آن در انجام وظایف محوله.
۸. ویزیت روزانه روانشناسی بیماران بستری در بیمارستان.
۹. روان درمانی فردی بیماران بستری بنا به نیاز و تشخیص روانشناس
۱۰. مشاوره فردی بیماران بستری بنا به نیاز و تشخیص روانشناس
۱۱. آموزش فردی بیماران بستری بنا به نیاز و تشخیص روانشناس
۱۲. مشاوره با خانواده های بیماران بستری در بیمارستان

۱۳. انجام مداخلات لازم جهت پیشگیری و پرهیز از بروز مجدد خودکشی
۱۴. انجام مشاوره ترخیص .

صاحبان فرایند : رئیس بیمارستان و رئیس بخش		
امکانات و تسهیلات مورد نیاز: انواع تستهای روانشناسی مورد نیاز – فضای لازم در موارد گروه درمانی و خانواده درمانی		
منابع :		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده :
هاجر مسلمی (سرپرستار)	علی محسن زاده (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر محمدرضا فرحبخش (رئیس بیمارستان)

لوازم و وسایل مصرفی بیماران بستری اعصاب و روان	روش اجرایی	ج-۱-۹-۲۱
--	------------	----------

ج-۱-۹-۲۱	روش اجرایی	لوازم و وسایل مصرفی بیماران بستری
کد خط مشی: M.H.P	لوازم و وسایل مصرفی بیماران بستری	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۴	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

لوازم و وسایل مصرفی بیماران شامل سیگار، آب میوه و خوراکی های دیگر، مسواک، خمیر دندان، شامپو، لباس، لوازم بهداشتی زنان و.... می باشد.

هدف: انجام دقیق و صحیح و ایمن فرایند درمانی

نحوه نظارت: رئیس بیمارستان - مدیر خدمات پرستاری - سرپرستار بخش

هدایت کننده (فرد پاسخگو): رئیس بیمارستان و مدیر خدمات پرستاری

شیوه انجام کار:

۱- البسه مورد نیاز: در بدو ورود بیمار به بخش البسه بیمار با البسه بخش تعویض شده و سپس در کمد ویژه البسه بیماران گذاشته میشود و در صورت تمایل خانواده به آنها تحویل داده میشود و تذکر داده میشود که در زمان ترخیص مجدد لباس بیمار را بیاورند. در طول ماندگاری بیمار در بخش البسه بیمار از البسه درون بخش تهیه میشود.

۲- سیگار: توسط خانواده بیمار تهیه و تحویل نگهبان داده میشود تا در کمد مخصوص پس از اتیکت خوردن نگهداری شود و در زمان مورد نیاز بیمار به او داده شود.

۳- آب میوه و خوراکی های مورد نیاز بیمار: پس از تهیه توسط خانواده توسط نگهبان بخش از نظر نبودن موارد ممنوع در بخش چون ظروف شیشه ای، بسته و پلمپ بودن ظروف آب میوه و.... مورد بررسی قرار گرفته و تحویل بیمار میگردد.

۴- مسواک و خمیر دندان: توسط خانواده تهیه و تحویل بیمار میگردد.

۵- دمپایی: توسط خانواده تهیه و تحویل میگردد.

۶- برس یا شانه: توسط خانواده تهیه و تحویل میگردد.

۷- لوازم بهداشتی زنان: نوار بهداشتی در بخش موجود می باشد و در صورت نیاز به بیمار داده میشود.

صاحبان فرایند: رئیس بیمارستان - مدیر بیمارستان - مدیر پرستاری		
امکانات و تسهیلات مورد نیاز: سیگار، آب میوه و خوراکی های دیگر، مسواک، خمیر دندان، شامپو، لباس، لوازم بهداشتی زنان و....		
نام و سمت تهیه کنندگان:	نام و سمت تایید کننده:	نام و سمت ابلاغ کننده:
هاجر مسلمی (سرپرستار)	علی محسن زاده (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر محمدرضا فرحبخش (رئیس بیمارستان)

درمان های غیردارویی رایج در بیمارستان های روانپزشکی	روش اجرایی	ب-۱-۱۳-۵
---	------------	----------

ب-۱-۱۳-۵	روش اجرایی	درمان های غیردارویی رایج در بیمارستان های روانپزشکی
کد خط مشی : M.H.I	درمان های غیردارویی رایج در بیمارستان های روانپزشکی	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
دامنه : بخش های بالینی	شماره ویرایش : ۴	تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

تعاریف : تشنج درمانی ، جزء درمانهای غیر دارویی میباشد. 1- Electroconvulsive therapy (ECT)

۲-تفریح درمانی

۳-خانواده درمانی

۴- گروه درمانی

۵- محیط درمانی

۶-روان درمانی فردی

هدف : انجام دقیق و صحیح وایمن فرایند درمانی

نحوه نظارت : مدیرگروه روان -مدیر خدمات پرستاری -سرپرستار بخش

هدایت کننده (فرد پاسخگو) : رئیس بیمارستان و مدیر خدمات پرستاری

شیوه انجام کار:

۱. تشنج درمانی : جزء درمانهای غیر دارویی میباشد. Electroconvulsive therapy (ECT)

که پس ازانجام مقدمات لازم بیمار درمان مورد نظر را دریافت میکند.

۲- تفریح درمانی :که بیماران توسط روانشناس بخش به محوطه برده شده و در انجا از امکانات تفریحی مثل میز تنیس ،تور والیبال،وسایل ورزشی موجود در محوطه استفاده میکنند.

۳- خانواده درمانی : طبق دستور پزشک معالج وتوسط روانشناس بخش انجام میشود.

۴- روان درمانی فردی : طبق دستور پزشک معالج وتوسط روانشناس بخش انجام میشود.

۵- گروه درمانی : توسط روانشناس بخش انجام میگردد .

۶- محیط درمانی : با حضور روانشناس بخش در محوطه بخش انجام میگردد.

صاحبان فرایند : رئیس بیمارستان - مدیر بیمارستان - مدیر پرستاری		
امکانات و تسهیلات مورد نیاز: دستگاه ECT - امکانات لازم اکسیژن تراپی (آمبوبگ - کپسول اکسیژن - اکسیژن سانترال - رابط اکسیژن - ماسک بیهوشی) - ساکشن - محافظ دهان - وسایل ورزشی روی محوطه - تور والیبال - میز تنیس - تست های روانشناسی مربوطه		
منابع: کتاب روان پرستاری		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده :
هاجر مسلمی (سرپرستار) زهره حسن شاهی (پرستار)	علی محسن زاده (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر محمدرضا فرحبخش (رئیس بیمارستان)

عنوان دستورالعمل : حفاظت از اموال گیرنده خدمت

کد : MH.I

دامنه : بخش های بیمارستان

شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲

گامهای انجام کار:

- ۱- حتی الامکان زیور آلات، پول و سایر اموال قیمتی بیمار قبل از بستری در بخش و یا پس از ورود به بخش، توسط خود بیمار تحویل همراهش گردد. ضمناً در بیماران الکتیو قبل از بستری در آموزش ها گنجانده شده که بدون زیور آلات مراجعه نمایند.
- ۲- اگر بیمار همراه نداشت، و یا امکان جدا کردن طلا از بیمار ممکن نبود (مثال النگو تنگ باشد) چسب زده می شود طلا و اموال قیمتی بیمار تحویل پرستار مسئول بیمار گردد و فرم "نگهداری اموال" در بخش توسط پرستار تکمیل گردد. ضمناً در موارد مجهول الهویه یا اورژانس و یا در مواردی که امکان فوت بیمار وجود دارد اشیاء قیمتی پس از تکمیل فرم تا زمان ترخیص در گاوصندوق بخش نگهداری می شود.
- ۳- گزارش اشیاء قیمتی بیمار در کاردکس و پرونده بیمار ثبت گردد.
- ۴- اموال بیمار زمان ترخیص به وی و یا در صورت صلاحدید بیمار و با تایید خود بیمار به همراه وی تحویل گردد و فرم نگهداری اموال توسط بیمار امضا شود.
- ۵- جهت حفاظت از مدارک و مستندات پزشکی که بیمار از قبل با خود به همراه دارد و مربوط به بیمارستان ما نمی باشد، می بایست پزشک اطلاعات لازم را در برگ هیستوری وارد نموده، سپس اصل مستندات به بیمار تحویل گردد و یا اینکه کپی برگ در پرونده بیمار نگهداری و اصل آن به بیمار برگردانده شود.
- ۶- در صورت فوت بیمار، پرستار با هماهنگی مسئول حراست و سوپروایزر، اموال بیمار با بررسی مشخصات شناسایی همراه بیمار، اموال قیمتی وی را به اولیا دم تحویل دهد و در گزارش پرستاری قید نماید.
- ۸- اموال قیمتی پس از مستندسازی در گاوصندوق بخش تا ترخیص بیمار نگهداری می شود.

منابع و امکانات : منابع انسانی - ابلاغ دستورالعمل

کارکنان مرتبط : مسئولین بخش های درمانی - مسئول حراست، تکریم مادر

صاحبان فرایند : پرسنل مرتبط با بیمار		
منابع : دستورالعمل بیمارستان		
نام و سمت تهیه کنندگان :	نام و سمت تایید کننده :	نام و سمت ابلاغ کننده :
مریم امجدی بهبود کیفیت رقیه پساوند مسئول گیرنده خدمت زهرا شفیعی پور سرپرستار عصمت حاج حسینی سرپرستار	علی محسن زاده مسئول حراست	رضا معتمدی مقدم مدیر مرکز

مدیریت خطاهای دارویی	روش اجرایی
----------------------	------------

عنوان روش اجرایی: مدیریت خطاهای دارویی	دامنه: بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
کد: MH.P	

عنوان روش اجرایی: مدیریت خطاهای دارویی

مراحل انجام کار در روش اجرایی:

- ۱- به سیستم HIS مرکز قابلیت ثبت خطا به صورت الکترونیکی اضافه شده است.
- ۲- فرم کاغذی ثبت خطا و جعبه جمع آوری فرم در بخش ها جهت پرسنل درمانی که فرم کاغذی را ترجیح میدهند نصب شده است.
- ۳- گزارش خطاهای ثبت شده کادر درمان توسط مسئول امور دارویی دریافت می گردد.
- ۴- گزارشات جمع بندی در کمیته دارو و تجهیزات مرکز مطرح و مورد بررسی و اصلاح روند قرار می گیرد.
- ۵- سالانه همایش در محل کلاس بیمارستان توسط مسئول امور دارویی مرکز جهت یادآوری اهمیت ارسال خطا و مسایل مربوط به پیشگیری از بروز خطا مطرح می گردد.
- ۶- مسئول امور دارویی مرکز جهت پیشگیری از خطاهای دارویی اقدام به چاپ برچسب داروهای پرخطر، مشابه و یخچالی نموده و موارد مورد نیاز آموزشی از طریق چاپ پوستر و بروشور آموزشی به بخش ها ارسال می گردد.

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

عنوان روش اجرایی: خرید دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی	دامنه : بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
کد : MH.P	

عنوان روش اجرایی : خرید دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی

مراحل انجام کار در روش اجرایی :

- ۱- ارقام دارو و ملزومات مصرفی انبار مرکز که کمتر از نیاز یک ماهه بیمارستان می باشد توسط انباردار لیست میشود.
- ۲- مسئول امور دارویی لیست مذکور را با موجودی انبار و مصرف سه ماهه مرکز کنترل می نماید.
- ۳- ارقام مصرفی پزشکی با مشخصات مورد تایید کمیته دارو درمان تنظیم می گردد.
- ۴- مسئول فنی دارویی با مراجعه به سایت سازمان غذا و دارو لیست را تایید می نماید.
- ۵- ارقام جهت مصرف سه ماه مرکز درخواست می شود.
- ۶- انباردار ارقام را در زمان تحویل کنترل می کند.
- ۷- فاکتور خرید توسط مسئول فنی دارویی کنترل و مهر و امضاء می گردد.
- ۸- تجهیزات پزشکی مصرفی مطابق با پرینت مصرف بخش ها به صورت هفتگی درخواست و به بخش ها تحویل داده می شود.
- ۹- استوک بخش توسط مسئول فنی دارویی و نیروهای دارویی به صورت کلی، جزئی و تصادفی کنترل می گردد.
- ۱۰- هرگونه مشکل در تجهیزات تحویل داده شده به بخش به صورت مکتوب یا در کمیته دارو درمان اعلام و پیگیری می شود.

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارویی	روش اجرایی
---------------------------------------	------------

عنوان روش اجرایی: مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارویی	دامنه : بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
---	--

کد : MH.P

عنوان روش اجرایی: مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارویی

مراحل انجام کار در روش اجرایی :

- ۱- امور دارویی، کلیه اقلام دارویی موجود در فرمولاری مرکز را تهیه و در اختیار بیماران قرار می دهد.
- ۲- در صورت تجویز دارو خارج از فرمولاری، درخواست دارو در دفتر سوپروایزری ثبت می گردد.
- ۳- هر ماه لیست اقلام توسط مسئول امور دارویی بررسی می گردد. در صورت تجویز توسط پزشک مشاور، تجویز بلامانع است.
- ۴- در صورت تجویز توسط پزشکان متخصص مرکز جهت معرفی داروی مشابه از فرمولاری یا ضرورت اضافه نمودن دارو به فرمولاری مرکز با ایشان تماس گرفته می شود.
- ۵- در صورت تکرار تجویز دارو خارج از فرمولاری فرم اضافه نمودن دارو به فرمولاری توسط سرپرستار بخش در اختیار پزشک معالج قرار می گیرد.
- ۶- فرم تکمیل شده در کمیته دارو درمان مرکز مطرح و در صورت تایید اعضا کمیته، دارو به فرمولاری اضافه می گردد.

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی	روش اجرایی
---	------------

عنوان روش اجرایی: کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی کد: MH.P	دامنه: بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
---	--

عنوان روش اجرایی: کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی

مراحل انجام کار در روش اجرایی:

۱- لوازم مصرفی پزشکی مورد نیاز مرکز از شرکت های مجاز اعلام شده در سایت سازمان غذا و دارو به صورت نمونه تهیه می گردد.

۲- برند مورد تایید پزشکان و پرسنل درمان مرکز مشخص می گردد.

۳- لوازم مصرفی تنها از برند فوق تهیه می گردد.

۴- هرگونه مشکل در کیفیت لوازم به صورت مکتوب یا در جلسات کمیته دارو و تجهیزات مرکز مطرح می شود.

۵- مشکل به معاونت غذا و دارو اعلام و با ارسال و تعویض لوازم خریداری شده لوازم با کیفیت جایگزین می گردد.

۶- در تمام نقاط بیمارستان از سالن انتظار همراه بیمار تا راهرو بخش ها شماره تماس جهت شکایت بیماران در زمینه هرگونه ارجاع به خارج از بیمارستان جهت تهیه دارو و لوازم مصرفی پزشکی بفر اطلاع رسانی نصب گردیده است.

۷- در صورت شکایت بیماران جهت ارجاع همراه بیمار، مسئول دارویی مرکز جهت پاسخ به معاونت غذا و دارو شهرستان احضار می گردد.

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال)	روش اجرایی
--	------------

عنوان روش اجرایی: فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال) کد: MH.P	دامنه: بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۲
--	--

عنوان روش اجرایی: فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال)

مراحل انجام کار در روش اجرایی:

- ۱- دارو و لوازم مصرفی پزشکی مشمول فراخوان طی نامه از سازمان غذا و دارو به معاونت ارسال می گردد.
- ۲- نامه فراخوان توسط معاونت غذا و دارو به مراکز ارسال و یا در سایت معاونت غذا و دارو اطلاع رسانی می گردد.
- ۳- مسئول امور دارویی فراخوان را به مسئول انبار دارویی ارسال و بر روند بررسی انبار و جمع آوری کالا از انبار نظارت دارد.
- ۴- نامه فراخوان به بخش ها ارسال و تحت نظارت مستقیم تکنیسین دارویی موجودی انبار دارویی از جهت سری ساخت و کارخانه سازنده اقلام مشمول فراخوان بررسی و در صورت موجود بودن اقلام جمع آوری و جهت تعویض به انبار دارویی ارسال می گردد.
- ۵- دارو و لوازم مشمول فراخوان جمع آوری و به شرکت توزیع کننده ارجاع و با سری ساخت مورد تایید تعویض می گردد.

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو	روش اجرایی
--------------------------------	------------

عنوان روش اجرایی : ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو کد : MH.P	دامنه : بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
--	---

عنوان روش اجرایی : ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو

مراحل انجام کار در روش اجرایی :

- ۱- داروی مصرفی بیماران توسط پرستار بخش از پرونده بیمار به سیستم HIS بیمارستان منتقل می گردد.
- ۲- مسئول فنی دارویی با دریافت گزارش از سیستم، آمار مصرف داروهای بیمارستان را بررسی می نماید.
- ۳- مسئول فنی دارویی روند تجویز داروهای گران قیمت و لیست ده دارویی که بیشترین قیمت را دارند تهیه می کند.
- ۴- مسئول امور دارویی، آمار مصرف آنتی بیوتیک ها در مرکز را از سیستم HIS بیمارستان استخراج می نماید.
- ۵- لیست مصرف آنتی بیوتیک ها و دارو های پر هزینه مرکز در کمیته دارو و تجهیزات بیمارستان که ماهانه تشکیل می گردد مورد بررسی قرار می گیرد.
- ۶- کمیته دارو و تجهیزات مرکز دستورالعمل های تجویز دارو های پر هزینه و آنتی بیوتیک های خاص را تنظیم می نماید.
- ۷- کمیته دارو و تجهیزات دستورالعمل های تجویز جهت اجرا به بخش های بیمارستان ابلاغ می گردد.
- ۸- مسئول فنی دارویی فرایند تجویز را مطابق دستورالعمل ابلاغ شده بررسی می نماید.

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

انبارش ایمن دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی	روش اجرایی
عنوان روش اجرایی : انبارش ایمن دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی کد : MH.P	دامنه : بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲

الف) عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مسئول انجام کار
۱	کپسول آتش نشانی و هشدار آتش در انبار نصب گردد.	انباردار
۲	تابلو ورود افراد متفرقه به انبار ممنوع و استعمال دخانیات ممنوع نصب گردد.	انباردار
۳	یخچال مناسب همراه با دماسنج خارجی تهیه گردد.	تدارکات دارویی
۴	دماسنج ماکزیمم و مینیمم در انبار موجود و دمای آن مرتب بررسی و ثبت گردد.	مسئول فنی دارویی
۵	دستور FEFO برای تمام محصولات اجرا شود. (دارویی که زودتر منقضی می شود زودتر از انبار خارج گردد.)	انباردار
۶	ثبت مجدد تاریخ انقضای داروها با مازیک روی بسته بندی دارو.	انباردار
۷	رطوبت سنج در انبار موجود و رطوبت بررسی و کنترل گردد.	انباردار
۸	وضعیت وسایل گرمایشی و سرمایشی انبار سقف انبار از جهت نشأت رطوبت دیوارها از جهت نفوذ جانوران بررسی گردد.	مسئول فنی
۹	وضعیت روشنایی انبار بررسی گردد.	مسئول فنی
۱۰	داروهای تاریخ گذشته به صورت ایمن از قفسه ها جمع آوری و طبق دستورالعمل معدوم گردد.	انباردار
۱۱	شربت ها در طبقات پایین قفسه ها قرار دارد.	انباردار

ج) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش

مستول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز
عنوان روش اجرایی : اصول استفاده از انواع داروهای multiple dose کد : MH.P		
دامنه : بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲		

اصول استفاده از انواع داروهای multiple dose

الف) عنوان دستورالعمل: اصول استفاده از انواع داروهای multiple dose

ب) گامهای انجام کار :

ردیف	گام اجرایی	مستول انجام کار
۱	در این مرکز طی فرایند درخواست، سفارش و تامین دارو با خرید داروهای کم حجم استفاده از داروهای مولتیپل دوز به حداقل رسانده شده است.	مستول امور دارویی
۲	داروهای مولتیپل دوز مرکز توسط داروساز شناسایی می گردد. ویال انسولین و تیوپنتال داروهای مولتیپل مرکز مرادی می باشد.	مستول امور دارویی
۳	از طریق بروشور شرکت سازنده شرایط نگهداری و مصرف داروها به بخش های مصرف کننده از طریق اتوماسیون به سرپرستاران بخش اعلام می گردد.	مستول امور دارویی
۴	در صورت خرید داروی جدید که شامل دستورات دارویی مولتیپل دوز می باشد داروساز مستول دارویی از طریق بررسی فاکتور خرید مطلع گردیده و شرایط جدید دارویی را به اطلاع بخش می رساند.	مستول امور دارویی

چ) مشخصات عمومی دستورالعمل :

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مستول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفا یک بار مصرف	روش اجرایی
---	------------

عنوان روش اجرایی : استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفا یک بار مصرف	دامنه : بخش های بالینی بیمارستان
کد : MH.P	شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶
	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲

عنوان روش اجرایی : استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفا یک بار مصرف

مراحل انجام کار در روش اجرایی :

- ۱- منشی بخش پس از تحویل تجهیزات یک بار مصرف از انبار دارویی، آنها را مورد بررسی قرار داده و در صورت وجود هر گونه شواهد مبنی بر عدم استریلیتی، لوازم را به انبار دارویی بازگشت می دهد.
- ۲- پرستار اطلاعات لازم در مورد تجهیزات یک بار مصرف را دارد و آنها را از وسایل چند بار مصرف جدا می نماید.
- ۳- پرستار و پزشک باید قبل از استفاده از تجهیزات یک بار مصرف، آنها را مورد بررسی قرار دهند.
- ۴- در صورتی که لایه محافظ تجهیزات مصرفی پزشکی یک بار مصرف باز باشد این لوازم دیگر استریل نبوده و قابل استفاده نمی باشد.
- ۵- پرستار از انهدام کامل لوازمی که یک بار مصرف استفاده قرار گرفته اند و عدم استفاده مجدد آنها اطمینان حاصل نماید. موارد مذکور به نیروهای جدید الورد آموزش داده می شود و توسط مسئول کنترل عفونت بیمارستان نظارت می گردد.
- ۶- لیست تجهیزات مصرفی پزشکی یک بار مصرف که در تعهد بیمه می باشد توسط اموردارویی نظارت و اجرا می شود.
- ۷- جمع آوری و امحاء تجهیزات مصرفی یک بار مصرف توسط مسئول فنی دارویی و پرستار مسئول کنترل عفونت مورد نظارت قرار می گردد.

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت	روش اجرایی
---	------------

عنوان روش اجرایی : مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت کد : MH.P	دامنه : بخش های بالینی بیمارستان شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶ تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲
---	---

عنوان روش اجرایی : مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت

مراحل انجام کار در روش اجرایی :

۱- استوک دارویی انبار برای دوره های سه ماهه تنظیم می گردد.

۲- درخواست اقلام مورد نیاز یک ماه پیش از اتمام موجودی انبار صورت می گیرد.

۳- در صورت عدم موجودی شرکت، با سایر مراکز استان جهت تهیه دارو هماهنگی می گردد.

۴- در صورت عدم موجودی گزارش کمبود دارو به صورت مکتوب به معاونت غذا و دارو گزارش می گردد.

۵- یک نسخه از نامه جهت اطلاع و مدیریت مصرف پزشکان مرکز و پرسنل درمان به ریاست بیمارستان و مدیریت پرستاری ارسال می گردد.

۶- در صورت رفع مشکل توسط معاونت، دارو تهیه می شود در غیر این صورت کمبود دارویی در کمیته دارو و تجهیزات مرکز اعلام می شود تا جهت جایگزینی دارو اقدامات لازم صورت بگیرد.

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمد رضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز	روش اجرایی
---	------------

عنوان روش اجرایی : نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز	دامنه : بخش های بالینی بیمارستان
کد : MH.P	شماره و تاریخ بازنگری : ۱۴۰۴/۱/۲۶
	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۴/۲/۲

عنوان روش اجرایی : نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز

مراحل انجام کار در روش اجرایی :

- ۱- بیمارستان با کمبود نیروی دارویی مواجه است و در جهت استوک محدود یک هفته ای بخش اقدام می گردد.
- ۲- لیست داروهای ضروری بخش توسط بخش های بستری تدوین و تعداد مورد نیاز از هر کدام از اقلام دارویی جهت یک هفته مشخص می گردد. این لیست توسط کمیته دارو و تجهیزات بیمارستان تایید می گردد.
- ۳- مسئول فنی دارویی بر تجویز و ثبت نسخ بیماران در سیستم HIS بیمارستان در بخش ها نظارت می کند.
- ۴- منشی بخش ها بر اساس پرینت لیست داروهای مصرف شده بخش ها که از امور دارویی مرکز تحویل می گیرد، درخواست دارویی خود را در سیستم HIS بیمارستان وارد می نماید.
- ۵- درخواست دارویی بخش پس از چک کردن با لیست داروهای مصرفی و تایید، در اختیار بخش ها قرار می گیرد.
- ۶- در ساعات غیر اداری و ایام تعطیل، مسئول فنی و نیروهای دارویی بیمارستان به صورت آنکال در تامین اقلام دارویی مورد نیاز بخش ها اقدام می کنند.

تهیه کننده :	تایید کننده :	تصویب کننده :
دکتر زهرا پیشگر	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
مسئول امور دارویی	مدیر	ریاست مرکز

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان	
مرکز آموزشی درمانی مرادی	
عنوان : خط مشی ملاحظات کارکنان در دوران بارداری	
کد سنجه: الف - ۳-۷-۲	کد: MH-HRMOH -PP-01-05
تاریخ تدوین: بهمن ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری: فروردین ماه ۱۴۰۵
ویرایش: سوم	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۱

دامنه کاربرد : بیمارستان

مرخصی زایمان :

مدت زمانی که فرد به علت زایمان (طبیعی ، سزارین) پس از طی مراحل اداری از محیط کار و شغل خود جدا می شود

مرخصی استعلاجی :

مدت زمانی که فرد به دلیل بیماری جهت طی مراحل درمانی پس از طی مراحل اداری از محیط کار و شغل خود جدا می شود .

پاس شیر :

مرخصی ساعتی روزانه که به پرسنل دارای شرایط جهت شیردهی و رسیدگی به امور نوزاد خود اختصاص می یابد .

مرخصی قبل از زایمان :

مرخصی که به علت شرایط حاملگی جهت درمان و یا کاهش یا پیشگیری از عوارض حاملگی با رعایت قوانین اداری به

فرد حامله قبل از زایمان اختصاص می یابد.

کمیته: منظور کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار

خط مشی:

بیمارستان مرادی (واحد امور اداری-واحد بهداشت حرفه ای) بر آن است که در چهارچوب قوانین اداری سازمان تامین اجتماعی و با شناسایی مخاطرات شغلی مشاغل مختلف موجود در بیمارستان و درمانگاه الحاقی و اتخاذ تدابیر بهداشتی و ایمنی، محیط بیمارستان را به گونه ای ایمن سازی نماید که همکاران در طول دوران حاملگی و شیردهی با کمترین خطرات مواجهه باشند.

روش اجرایی:

- ۱- ارسال قوانین و مقررات مربوطه به صورت دوره ای به بخش ها توسط کارگزینی و مسئول بخش موظف به اطلاع رسانی به پرسنل و اقدام طبق مقررات میباشد
 - ۲- تهیه و جمعیت آخرین بخشنامه ها و دستورالعمل های مربوط به بارداری و مرخصی های مربوطه در قالب بروشور توسط مسئول بخش و تحویل آن به پرسنل
 - ۳- این بروشور باید شامل موارد ذیل باشد:
 - قوانین اداری جاری مربوط به دوران حاملگی و مرخصی های مربوطه
 - مراحل تغییر شیفت در این دوره .
 - روند ذیل پیشنهاد می شود:
 - ۱ - شناسایی افراد باردار بخش ها
 - ۲- ارائه تقاضای تغییر شیفت کاری توسط متقاضی به مسئول مربوطه (در صورت عدم تقاضا توسط خود فرد مرکز به فرد پیشنهاد می دهد)
 - ۳- ثبت تقاضا توسط کارگزینی و ارجاع آن به واحد بهداشت حرفه ای جهت شناسایی مخاطرات و شرایط شغلی
 - ۴- ارجاع به پزشک متخصص زنان (کمیسیون پزشکی) و کسب نظر وی درمورد لزوم تغییر شیفت پس از تأیید کمیسیون پزشکی
 - ۵- اجرای نظر پزشک متخصص زنان توسط کارگزینی با هماهنگی واحد مربوطه
 - (در صورت عدم امکان تغییر شیفت کاری و... به هردلیل یا اعتراض فرد موارد جهت اخذ تصمیم نهایی به کمیته حفاظت فنی ارجاع می شود)
 - مراحل اخذ ، تأیید و استفاده از مرخصی زایمان و استعلاجی
- * منبع: قوانین و دستورالعمل های سازمان و تجربه بیمارستان

تهیه کننده :	تأیید کننده :	تصویب کننده :
زهره اعظمی	رضا معتمدی مقدم	دکتر محمدرضا فرحبخش
کارشناس بهداشت حرفه ای	مدیر	ریاست مرکز

کد: الف-۷-۱-۲	عنوان : دستورالعمل نگهداشت و استفاده از سیلندر گازهای طبی در مراکز درمانی	
کد دستورالعمل: M.H.I	نگهداشت و استفاده از سیلندر گازهای طبی	تاریخ ابلاغ ۱۴۰۴/۱/۲۴
دامنه : بخش های درمانی	ویرایش دهم	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۱/۲۴

هدف : برنامه ریزی جهت جلوگیری از خطرات گاز های طبی و حفظ خلوص اکسیژن طبی بالای ۹۰٪.

تعریف : گازهای طبی شامل کلیه گازهای بیهوشی گاز اکسیژن دی اکسید کربن و هوای فشرده می باشد.

الزامات مدیریت گازهای طبی :

۱- خلوص اکسیژن در سیلندر گازهای طبی

بر اساس استاندارد ملی ایران به شماره ۳۲۴۰ میزان خلوص اکسیژن طبی نباید کمتر از ۹۰٪ باشد. و بایستی کپسول های گاز اکسیژن در بدو ورود به بیمارستان و خلوص دستگاه اکسیژن ساز در هر شیفت کاری توسط مسدول گازهای طبی بیمارستان (تاسیسات مرکز) چک و یادداشت گردد.

۲- سیلندر گازهای طبی

سیلندر گاز طبی از چند جزء اصلی تشکیل شده است که عبارتند از پایه، بدنه ، شیر ، گلولی ، فلکه ، مانومتر فشار شکن (رگولاتور ، فلومتر ، رابط و سرپوش اجزایی مانند مانومتر (فشار سنج)، فلومتر جریان سنج رگولاتور (فشارشکن) ، و لوله رابط) جهت اتصال به ماسک بیمار) قابل جدا شدن و تعویض هستند در سیلندرهایی حاوی گازهای طبی با فشار زیاد از فشار شکن استفاده شود.

۳- رنگ آمیزی سیلندرها

رنگ آمیزی سیلندرهایی گاز طبی باید بر اساس جدول شماره ۱ استاندارد ملی ایران به شماره ۳۰۴ انجام گیرد. رنگ سیلندر یکی از نشانه های بسیار مفید در تشخیص نوع گاز داخل آن است و قبل از رنگ آمیزی زیرسازی

مناسب و چربی گیری انجام میگیرد طبق استانداردهای بین المللی رنگ هر سیلندر با توجه به گاز داخل آن انتخاب میشود. نوع رنگ کاربردی از لحاظ مقاومت و یکنواختی بسیار مهم است رنگ باید دارای طبیعتی پایدار و استحکام کافی برای این منظور باشد و جهت مقابله با ساییدگی و پاک شدن رنگها بهتر است از رنگهای کوره ای استفاده شود. این رنگ نباید زیاد سخت و شکننده باشد که با کوچکترین ضربه ای بپرد و یا آنقدر نرم باشد که سائیده شود.

جدول شماره ۱

رنگ	فرمول	اسامی گازها
سفید	O ₂	اکسیژن
آبی	N ₂ O	اکسید نیتروژن
نارنجی	-	سیکلو پروپان
خاکستری	CO ₂	دی اکسید کربن
بنفش	C ₂ H ₄	اتیلن
قهوه ای	He	هلیوم
سیاه	N ₂	نیتروژن
سفید و خاکستری	O ₂ +CO ₂	اکسیژن و دی اکسید کربن*
سفید و قهوه ای	O ₂ +He	اکسیژن و هلیوم*

۴- نشانه گذاری سیلندرها

بر اساس استانداردهای ملی ایران به شماره ۳۰۴ بر روی هر سیلندر گاز طبی باید اطلاعاتی از قبیل نام گاز . زبان فارسی فرمول شیمیایی (به استثنای سیکلوپروپان) نام مرکز درمانی و یا موسسه عرضه کننده به صورت خوانا و قابل رویت نوشته یا حک شود. اطلاعات فوق باید با رنگ سفید و در قسمت فوقانی سیلندر و ترجیحاً دور از قسمت استوانهای بدنه نوشته شود. بر روی سیلندر گاز اکسیژن باید با رنگ سیاه نوشته شود.

۵- نگهداری سیلندرها

۱. سیلندرهایی پر و خالی گاز اکسیژن و دیگر گازهای طبی باید در مکانهای مجزا از هم به عنوان مثال پارتیشن بندی شده و دارای تابلوهای راهنمای قابل رویت مشخص کننده محل سیلندرهایی پر و خالی نگهداری و انبار شوند.

۲. محیط انبار باید خشک دارای تهویه مناسب باشد و ساختار آن مقاوم به حریق باشد.
۳. سیلندرهای گاز اکسیژن نباید در مکانهای نزدیک به مواد قابل اشتعال نظیر فرآورده های نفتی روغن گریس و یا در معرض مواد شیمیای خورنده یا دودزا انبارش شوند. خوردگی می تواند موجب وارد شدن آسیب به سیلندر شده و یا باعث فرورفتگی یا چسبیدن کلاهک محافظ شیر سیلندر، به آن شود.
۴. به هیچ وجه در مکانهایی که گازهای طبی، تولید، شارژ و یا استفاده میشوند نباید سیگار کشید برای این منظور باید تابلوی سیگار کشیدن ممنوع را در جایی که به خوبی قابل رویت است نصب کرد.
۵. گرم کردن محوطه انبار باید با روشهای غیر مستقیم ایجاد حرارت باشد و گرم کردن محوطه انبار با شعله یا آتش مستقیم باید ممنوع اعلام شود.

۶-جابجایی سیلندرها

بر اساس استاندارد ملی ایران کاربران نباید به منظور حرکت دادن، سیلندر آن را در مکانهای افقی بغلطانند یا بکشند. باید از یک توالی مناسب استفاده شود تا امکان نگهداری محکم سیلندر بخصوص سیلندرهای بلند یا سنگین بر روی آن فراهم شود. باید احتیاط لازم بعمل آید تا از افتادن یا به هم خوردن شدید سیلندرها یا برخورد سیلندر با دیگر سطوح، جلوگیری شود. هرگز نباید سیلندرها با استفاده از وسیله محافظ شیر بالا کشیده شوند. از طناب، زنجیر یا تسمه جهت آویزان کردن سیلندرها استفاده نکنید. می توان از چهارچوب، سکو یا پالت مناسب جهت بلند کردن سیلندرها استفاده نمود.

۷-تهیه و شارژ سیلندر ها

بایستی حتما شارژ سیلندر اکسیژن حتما توسط شرکت های دارای مجوز تولید اکسیژن طبی از موسسه ملی استاندارد ایران انجام شود.

۸-آزمون های دوره ای

سیلندره‌های گازهای طبی می بایست به صورت دوره ای طبق استاندارد توسط آزمایشگاه های تأیید صلاحیت شده از سوی سازمان استاندارد مورد بازرسی و آزمون دوره ای قرار گیرند.

الزامات دستگاه اکسیژن ساز:

۱. خلوص اکسیژن بیمارستانی نباید به کمتر از ۹۰ افت پیدا کند لذا لازم است خلوص اکسیژن دستگاه اکسیژن ساز روزانه در تمام شیفتها توسط تکنسین مربوطه ثبت شود و گزارش روزانه به واحد تجهیزات پزشکی ارسال گردد.
۲. بیمارستان ملزم به انعقاد قرارداد سرویس نگهداری با شرکت نمایندگی مربوطه بوده و قرارداد مذکور باید به تایید مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه برسد .
۳. کلیه اسناد مربوط به سرویسهای دوره ای و نگهداشت دستگاه اکسیژن ساز باید به تأیید فنی مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان برسد .

منابع :

- استاندارد ملی ایران ۳۲۴۰، گاز اکسیژن طبی-ویژگی ها و روش های آزمون
- استاندارد ملی ایران ۳۰۴، سیلندره‌های گاز طبی برای مصارف پزشکی-نشانه گذاری برای تشخیص محتوای سیلندر
- استاندارد ملی ایران ۷۵۶۶، سیلندر های گاز-جابجایی ایمن-آیین کار
- استاندارد های تجهیزات پزشکی

نام و سمت تهیه کننده	نام و سمت تایید کننده	نام و سمت تصویب کننده
مهندس مهدیه بابائی پور کارشناس تجهیزات پزشکی مریم امجدی / بهبود کیفیت	رضا معتمدی مدیر مرکز	دکتر محمدرضا فرحبخش رییس مرکز



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان مرکز آموزشی درمانی مرادی	
عنوان : دستورالعمل مدیریت پاشیدگی مواد	
کد: MHN	کد سنجه: الف - ۳-۵-۲
تاریخ تدوین: فروردین ماه ۱۴۰۴	تاریخ بازنگری: فروردین ماه ۱۴۰۴
ویرایش: اول	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۱/۲۰

هدف : آشنایی همکاران با انواع پاشیدگی مواد شیمیایی، مواد عفونی و نحوه جمع آوری آلودگی، آلودگی زدایی و پاکسازی آنها و همچنین کاهش میزان آسیب به پرسنل بیمارستان

دامنه کاربرد: کلیه کارکنان بیمارستان

تعاریف:

پاشیدگی مواد (spills): هرگونه ریزش کنترل نشده ماده شیمیایی یا عفونی

پاشیدگی جزئی و پاشیدگی وسیع: ریخت و پاش مواد براساس حجم، محل پاشیدگی و ریزش و میزان درجه خطر ماده به دو دسته پاشیدگی جزئی (minor spill) و پاشیدگی وسیع (major spill) تقسیم می شود.

پاشیدگی وسیع: هر پاشیدگی که به راحتی قبل پاک سازی نباشد. حاوی بیش از ۴ لیتر از یک ماده خطرناک باشد یا بیشتر از ۱۰۰ میلی لیتر یا ۱۰۰ گرم از ماده شیمیایی بسیار خطرناک یا یک لیتر یا ۱۰۰ گرم از یک محلول آتش گیر یا فرّار و یا مواد اسیدی بازی خشک یا محلول خورنده یا واکنش دهنده، خطر آتش سوزی یا انفجار وجود داشته باشد، هر ماده ای که خطر تنفسی ایجاد نماید (مانند هیدروکلریک اسید غلیظ، مرکاپتوانول) **جعبه مدیریت پاشیدگی مواد:** مجموعه ای از تجهیزات که برای پاک سازی مواد شیمیایی یا بیولوژیکی از سطوح یا وسایل بخش ها به کار می رود.

الزامات مدیریت پاشیدگی مواد

- تهیه لوازم جمع آوری و پاک سازی و دسترسی به آب چنانچه ماده مورد نظر با آب سازگار است
- استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب

- کمک از دیگران در صورت وسعت پاشیدگی
- - به صدا درآوردن زنگ هشدار در صورت احتمال حریق
- - مطالعه برگه اطلاعات ماده شیمیایی ریخته شده
- - استفاده از دوش و چشم شوی اضطراری پس از خارج کردن لباس های آلوده. اگر ماده درون چشمتان نیز پاشیده شده چشمان خود را حداقل به مدت ۱۵ دقیقه توسط چشم شور بشویید و اگر در برگه اطلاعات شیمیایی ماده (MSDS) به خورنده بودن آن اشاره شده است چشمان خود را باید به مدت ۱ ساعت بشویید.

جعبه مدیریت پاشیدگی مواد شیمیایی باید شامل موارد زیر باشد:

- ۱- عینک محافظ ۲- دستکش مقاوم به مواد شیمیایی (دستکش ضد اسید) ۳- خنثی کننده اسید (جوش شیرین) ۴- خنثی کننده باز (سیتریک اسید) ۵- نوار تعیین PH ۶- سطل یا کیسه دفع پسماند ۷- خاک انداز یا وسیله جمع آوری مواد خشک ۸- ماسک n95

روش کار

- منهدم نمودن منبع پاشیدگی
- اطلاع رسانی به افراد
- تماس با رابطین آتش نشانی و درخواست کمک
- فعال نمودن زنگ هشدار در صورت خطرات احتمالی برای ساختمان.

پاشیدگی جزئی:

اگر فرصت کافی و امکان خاموش کردن آتش و یا منهدم نمودن منبع پاشیدگی بدون خطر ایجاد جراحت وجود دارد این کار را انجام دهید.

- اگر ماده خطرناکی بروی شما پاشیده شده لباسهای آلوده را خارج نمایید و نواحی آلوده بدن را با آب بشویید.
- همه افراد حاضر را آگاه نمایید.
- نواحی که ماده پاشیده شده است را مشخص و محصور نمایید.
- جعبه مدیریت پاشیدگی مواد را بررسی نمایید و قبل از استفاده از جعبه نحوه پاکسازی را مرور نمایید تا اطمینان یابید مواد و وسایل لازم را در اختیار دارید در صورت کمبود وسیله یا ماده ای آن را از آزمایشگاه های دیگر تامین نمایید یا کمک بخواهید.

- قبل از اقدام به پاکسازی ماده پاشیده شده دستکش و عینک محافظ را از جعبه بیرون آورده و بپوشید.

پاکسازی محلول های آلی

- اطمینان یابید حریق در آن اطراف وجود نداشته باشد اگر احتمال انفجار یا آتش سوزی وجود دارد مکان را تخلیه کنید و مانند پاشیدگی وسیع برخورد نمایید.
- اگر امکان پاکسازی ماده به صورت ایمن وجود دارد به روش زیر عمل کنید:
- اگر جریان یا نشتی از ماده وجود دارد به وسیله یک تیغه یا دستمال مانع از رسیدن آن به ماده های خطرناک موجود در آن ناحیه شوید.
- به آرامی ماده خنثی کننده را روی محل پاشیدگی بریزید و این کار را از کناره ها به سمت مرکز انجام دهید.
- از دستمال (دستمال حوله ای کاغذی) یا خاک جاذب استفاده نمایید و به دقت مایع ریخته شده را از خارج به سمت داخل جمع آوری و پاک نمایید.
- تمام پسماند ها را درون کیسه پسماند بریزید و زمانی که کل موادر ریخته شده جمع آوری شد کیسه پسماند را به طور موقت درون هود شیمیایی قرار دهید و کیسه را به عنوان پسماند خطرناک نشانه گذاری نمایید.
- وسایل حفاظت فردی را خارج کنید و دست ها را کامل بشویید.
- به وسیله آب و صابون ناحیه پاشیدگی را بشویید تا مواد باقی مانده کاملا پاک سازی شود.
- فرم مربوط به وقوع پاشیدگی موارد را تکمیل نمایید.

پاکسازی محلول های اسیدی

- جهت پاکسازی محلول های اسیدی مطابق محلول های آلی عمل نمایید با این تفاوت که از محلول خنثی کننده اسید (سدیم بیکربنات) جوش شیرین) یا کلسیم بیکربنات) استفاده کنید.

پاکسازی محلول های بازی

- جهت پاکسازی محلول های بازی مطابق محلول های آلی عمل نمایید با این تفاوت که از ماده خنثی کننده باز (سیتریک اسید) سرکه) یا سدیم بی سولفات استفاده کنید
- چند دقیقه منتظر بمانید تا اسید با خنثی کننده کاملا مخلوط شود و سپس به وسیله PH متر PH آن را اندازه گیری نمایید. و بقیه موارد قبلی را انجام دهید.

پاکسازی مواد شیمیایی خشک

- موادی که خطر محدودی دارند و به صورت پودر و کریستال هستند را با خاک انداز جمع آوری کنید.
- پسماند ها را در یک ظرف یا کیسه قرار دهید.
- وسایل حفاظت فردی را خارج کرده و دست ها را کامل بشویید.
- به وسیله آب و صابون ناحیه پاشیدگی را بشویید تا مواد باقی مانده کاملاً پاک سازی شود.

مدیریت پاشیدگی مواد بیولوژیک

جعبه مدیریت پاشیدگی مواد بیولوژیک باید در هر آزمایشگاهی که با میکروارگانیسم ها سروکار دارند موجود باشد. جعبه مدیریت پاشیدگی مواد بیولوژیک حداقل باید حاوی مواد و وسایل زیر باشد:

- ۱- ضد عفونی کننده رقیق شده (سفید کننده کلرین ۱۰ درصد) ماده سفید کننده خانگی را به نسبت ۱ به ۱۰ رقیق ۲- دستمال حوله ای یا سایر مواد جاذب برای پوشاندن یا جذب مایه ریخته شده
 - ۳- دستکش یکبار مصرف ۴ - کیسه اتوکلاو ۵- کیسه مخصوص دفع زباله های بیولوژیک
 - ۶- سطل دفع اجسام تیز و برنده (سفتی باکس) ۷- انبر یا پنس مخصوص جمع آوری شیشه های شکسته
- روش زیر برای آلودگی زدایی ناشی از ریختن خون، مایعات بدن یا سایر مواد عفونی (شامل محیط های کشت) توصیه می شود:

- نفس خود را تا زمان خروج از محل نگه دارید و هرچه سریع تر محل را ترک نمایید.
- مراقبت نمایید خودتان یا کسی با لباس آلوده از اطاق خارج نشود.
- به مسئول ایمنی اطلاع دهید.
- همکاران مدیریت بحران لباسها و پوشش های حفاظتی را پوشیده آماده حضور در محل شوند.
- ترالی وسایل مدیریت حادثه را کنترل نمایید تا حاوی همه وسایل مورد نیاز در محل حادثه باشد.
- مدتی صبر کنید (حداقل ۱۵ دقیقه) تا ائروسول ها ته نشست کنند.
- محل را با حوله کاغذی یا ماده جاذب بپوشانید. زیرا اکثر ضد عفونی کننده ها به دلیل وجود مقادیر زیاد پروتئین در خون و سرم تاثیر خود را از دست می دهند، بنابراین بهتر است قبل از اقدام به آلودگی زدایی توده ی مایع ریخته شده جذب دستمال حوله ای یا خاک جاذب شود.
- محلول ضد عفونی کننده مناسب را به آرامی در محل بریزید.
- بسته به نوع محلول ضد عفونی کننده مدتی صبر کنید.
- به وسیله پنس یا فورسپس پارچه و قطعات شیشه را در داخل ظروف ایمن قرار دهید.

- سپس محل را مجدداً تمیز نمایید.
- در صورت لزوم (بسته به میزان آلودگی) مجدداً یا ماده ضدعفونی کننده عمل فوق را تکرار نمایید پنس و فورسپس را با ماده ضدعفونی کننده آلودگی زدایی کنید.
- کیسه حاوی مواد و وسایل آلوده را در سطل استیل درب دار برای اتوکلاو ارسال نمایید.
- محل آلودگی را خشک نمایید تا از لغزندگی جلوگیری شود.
- بعد از اتمام کار دست خود را با آب و صابون بشوید.

مسئول بهداشت حرفه ای موظف می باشد شرح حوادث رخ داده را در فرم ثبت و پیگیری حوادث مخاطره آمیز، فرم گزارش حادثه ، وقایع و بیماری های شغلی ثبت نموده و موضوع را به اطلاع رئیس رسانیده سوابق را در زونکن مربوطه جهت حفظ و ارائه به ممیزین نگهداری نماید.

تهیه کننده:	تأیید کننده:	تصویب کننده:	ابلاغ کننده:
زهره عظیمی (کارشناس بهداشت حرفه ای)	اقای معتمدی (مدیریت مرکز)	اقای دکتر فرحبخش (ریاست مرکز)	اقای دکتر فرحبخش (ریاست مرکز)

عنوان دستورالعمل: آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار		
دامنه دستورالعمل: واحد تصویربرداری		
کد دستورالعمل: ب-۷-۱-۲		
تاریخ تدوین: ۱۴۰۱/۳/۳۰	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۲/۱	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۴/۲/۶

تعاریف واژه ها :

۱. سانحه: هر اتفاق غیرعمدی در اثر اشتباه انسانی، نقص فنی تجهیزات یا سایر رویدادها، به طوری که پیامد و یا احتمال پیامد آن ها، از نقطه
۲. نظر حفاظت و ایمنی قابل چشم پوشی نباشد.
۳. واحد قانونی: مرکز نظام ایمنی هسته ای کشور می باشد.
۴. پرتو: در این دستورالعمل منظور "پرتو یونساز" می باشد

هدف: پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار بر اساس شرایط واقعی کار و آگاهی کارکنان در این زمینه

روش اجرایی:

پیشگیری از سوانح

۱. اصول پایه حفاظت در برابر اشعه باید توسط پرتوکاران رعایت شود.
- ❖ توجیه پذیری (Justification) نباید هیچ گونه استفاده از پرتوها انجام پذیرد مگر آنکه فواید حاصل از آن بطور قابل
- ❖ ملاحظه ای از خطر ناشی از پرتوگیری افراد یا جامعه بیشتر باشد.
- ❖ بهینه سازی (OPTIMIZATION) : همان اصل (As Low As Reasonably Achievable)
- ALARA بوده و در مفهوم بدان معناست که تمام تلاش ها باید انجام گردد تا با کمترین مقدار اشعه، بیشترین بازده به دست آید.
- ❖ حدود دوز (Dose Limitation) : نباید دوز دریافتی گروه های مشخص شده افراد از حدود تعیین شده توسط واحد قانونی تجاوز کند. حد دوز برای پرتوکاران ۲۲ میلی سیورت در سال بوده و برای مردم عادی جامعه این مقدار یک میلی سیورت می باشد.

روش اجرایی:

۲. کلیه اصول و مقررات حفاظتی کار با پرتوهای یونساز بویژه موارد زیر باید توسط پرتوکاران رعایت شود.
- ❖ همیشه باید مقدار تشعشع را به حداقل ممکن رساند (بهترین شرایط تابش از نظر حفاظتی به شرط آنکه به کیفیت تصویر لطمه ای وارد نیاید بالا بردن Kvp؛ کاهش MAS و افزایش فاصله عضو تا تیوب می باشد تا مقدار تشعشع و پرتوگیری به حداقل ممکن تقلیل یابد).

- ❖ زمان تابش یا پرتوگیری تا حد ممکن کاهش یابد.
- ❖ تا حد ممکن از منبع اشعه فاصله گرفته شود (طبق قانون عکس مجذور فاصله، هر قدر که فاصله از منبع اشعه بیشتر شود مقدار
- ❖ اشعه به نسبت عکس مجذور فاصله کاهش می یابد).
- ❖ در کلیه امور پرتوی از حفاظ یا shielding مناسب استفاده شود.
- ۳. کلیه مقررات حفاظتی در رابطه با اتاق دستگاه مولد اشعه ایکس باید توسط پرتوکاران رعایت گردد.
- ❖ قبل از هر نوع پرتودهی، درهای اتاق اشعه ایکس باید بسته باشد.
- ❖ به هیچ وجه پرتوهای ایکس نباید بطور مستقیم به طرف پنجره ها، درها و اتاق کنترل تابش شوند.
- ❖ در مدت پرتودهی کلیه کارکنان می بایست در اتاق کنترل یا پشت پاراوان سربی قرار گیرند.
- ❖ برای نگهداری فیلم یا بیمار اگر ضرورت داشته باشد باید حتی الامکان از وسایل مکانیکی استفاده نمود.
- ۴. کلیه مقررات حفاظتی در خصوص کار با دستگاه های پرتابل باید توسط پرتوکاران رعایت گردد.
- ❖ پرتوکار باید در زمان رادیوگرافی تا آنجا که ممکن است از بیمار فاصله بگیرد (حداقل ۲متر).
- ❖ استفاده از فیلم بج روی سینه و زیر روپوش سربی توسط پرتوکار رعایت گردد.

روش اجرایی:

اصول کلی در مقابله با سوانح

۱. در صورت وقوع سانحه ، پرتوکار ضمن حفظ خونسردی ، موضوع را سریعاً بررسی می نماید و چنانچه سانحه به علت نقص در تجهیزات و دستگاه های مولد اشعه ایکس باشد بلافاصله دستگاه را خاموش و برق دستگاه را قطع می نماید.
۲. دارنده پروانه اشتغال یا مسئول فیزیک بهداشت مرکز سانحه را کمتر از ۲۲ ساعت به واحد قانونی گزارش می دهند.
۳. مسئول فیزیک بهداشت مرکز پرتوکار در گیر در سانحه را برای معاینه بالینی و تجویز آزمایش های پزشکی در کمتر از یک هفته به پزشک معتمد ارجاع می دهد.
۴. پزشک معتمد طبق موارد زیر پرتوکار را مورد معاینه و آزمایش های پزشکی لازم قرار می دهد:

معاینه بالینی شامل موارد زیر است؛

- معاینه بالینی کلیه ارگان های بدن شامل سر و گردن، قلب، ریه، قفسه سینه، شکم، لگن، اندام های فوقانی و تحتانی و به خصوص غدد لنفاوی.
- معاینه سیستم بینایی شامل Visual Acuity و در صورت لزوم و صلاحدید پزشک معتمد فوندوسکوپی، معاینه با استفاده از Slit Lamp جهت تشخیص و اسکارهای مزمن پوستی.
- معاینه پوست از لحاظ وجود ضایعات سرطانی و پیش سرطانی و اسکارهای مزمن پوستی.

آزمایش های پزشکی شامل موارد زیر است؛

- CBC, Diff , U/A, CRP

لازم است بر حسب مورد و صلاحدید پزشک معتمد، آزمایش اسپرموگرام (Spermogram) نیز انجام شود.

روش اجرایی:

۱. توسط شخص پرتوکار فرم مشخصات فردی و سوابق شغلی (فرم شماره ۱) تکمیل و امضاء می شود و سپس جهت بررسی و اقدامات لازم تحویل مسئول فیزیک بهداشت مرکز می گردد.
۲. پزشک فرم ثبت معاینه بالینی (فرم شماره ۲) را تکمیل و امضاء می نماید و سپس جهت بررسی و اقدامات لازم تحویل مسئول فیزیک بهداشت مرکز می دهد.
۳. مسئول فیزیک بهداشت فرم اطلاعات سانحه پرتوی و پرتوگیری بیش از حد دوز در اثر کار با پرتو (فرم شماره ۳) را تکمیل و امضاء می نماید.
۴. پزشک معتمد نتایج آزمایش های پزشکی و مدارک مربوطه را بررسی و نظر نهایی را به مسئول فیزیک بهداشت مرکز ارائه می دهد.
۵. مسئول فیزیک بهداشت مرکز مستندات را ظرف مدت ۲۸ ساعت به واحد قانونی ارسال می نماید.
۶. سایر بررسی های تکمیلی با صلاحدید پزشک قانونی به عمل خواهد آمد.
۷. چنانچه پرتوکاری علائم و یا آثار قطعی داشته باشد، لازم است تا زمان بهبودی کامل بر اساس ماده ۱۶ آیین نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه و تبصره یک آن، تحت مراقبت و پیگیری پزشکی مناسب قرار می گیرد و گزارش های مربوطه به واحد قانونی ارسال می شود.

امکانات و کارکنان مورد نیاز: کارشناس آموزش دیده و تجهیزات حفاظت در برابر اشعه		
منابع : قواعد کار با پرتو در مراکز پرتو تشخیصی و دستورالعمل معاینه بالینی و آموزش های پزشکی کارکنان مراکز کار با پرتوهای یونساز و تاسیسات هسته ای (سازمان انرژی اتمی)		
نام و سمت تهیه کنندگان: آقای دکتر اسماعیل کریم قاسمی مسئول فنی بخش تصویربرداری امیر فخرالدین عارفی مسئول بخش تصویربرداری	نام و سمت تایید کننده : آقای رضا معتمدی مدیر مرکز	نام و سمت ابلاغ کننده: آقای دکتر فرحبخش رئیس بیمارستان