

کتابچه ایمنی بیمارستان شهید چمران

تهیه کننده : کمیته ایمنی بیمارستان شهید چمران

با همکاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی خانم پارس نیا

بهار ۱۴۰۳

5.....	مقدمه:
5.....	20 استاندارد الزامی در برنامه ایمنی بیمار
6.....	اعضای تیم ایمنی بیمارستان شهید چمران:
6.....	هفت گام به سوی ایمنی
7.....	9 راه حل ایمنی بیمار
8.....	شناسایی صحیح بیماران (اولین راه حل ایمنی) (Patient Identification):
11.....	انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح (سومین راه حل ایمنی)
11.....	علامت گذاری محل عمل جراحی
12.....	ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار (چهارمین راه حل ایمنی)
13.....	کنترل غلظت محلول های الکترولیت (پنجمین راه حل ایمنی)
13.....	اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات (ششمین راه حل ایمنی)
14.....	اصول دارو دهی 8 right
14.....	دو پیام مهم ایمنی دارو
14.....	اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها (هفتمین راه حل ایمنی)
15.....	دستورالعمل کلی جهت تعویض پاره ای از وسایل و تجهیزات
16.....	بهبود بهداشت دست، برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی (هشتمین راه حل ایمنی)
18.....	هند راب
18.....	استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات (نهمین راه حل ایمنی)
19.....	تزریقات غیرایمن
19.....	نکات مهم در مورد داروهای مخدر
20.....	داروهای با هشدار بالا (پرخطر)
23.....	داروهای یخچالی
24.....	داروهای مشابه (دومین راه حل ایمنی)
27.....	تلفیق دارویی
27.....	روش های ارسال خطا
28.....	روش های اجرایی مربوط به ایمنی (مدیریت خطا)

28.....	راندهای ایمنی
28.....	مدیریت خطر (RCA) و نمونه ها
28.....	خطای فعال و مخفی
30.....	روش کاهش، حذف و انتقال خطر.(FMEA)
30.....	بیماران در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری
31.....	بیماران در معرض سقوط و پیشگیری از آن
32.....	موارد 30 گانه ایمنی (وقایع ناخواسته)
34.....	شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار
38.....	حالات بالقوه خطا
40.....	دستورالعمل و فرایند اطلاع رسانی آزمایشات به بیماران پس از ترخیص
41.....	نمونه فرم دستورات تلفنی
41.....	لیست موارد بحرانی آزمایشگاه و رادیولوژی
42.....	مقیاس بحرانی آزمایشگاه
43.....	مقیاس بحرانی رادیولوژی
43.....	اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی
45.....	اقدامات تشخیصی درمانی غیر تهاجمی
45.....	روش اجرایی در خصوص هموویژلانس و تزریق خون ایمن در بخش
45.....	کمپته مرگ و میر
45.....	تجهیزات پزشکی ضروری بخش
47.....	گازهای طبی موجود در بیمارستان شهید چمران
47.....	ضد عفونی صحیح وسایل پزشکی
47.....	شیوه های سترون سازی
49.....	ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری در بیمارستان (اتاق عمل) (وسایل حیاتی /نیمه حیاتی /غیر حیاتی)
49.....	پسماندهای بیمارستانی
50.....	راههای عمومی جمع آوری زباله
51.....	خط مشی و روش اجرایی مهار فیزیکی
51.....	خط مشی و روش اجرایی مهار شیمیایی

51.....	پلی فارمسی
51.....	انتقال و اعزام
53.....	فرم انتقال ایمن
54.....	اعزام بیماران
55.....	ارجاع بیماران
57.....	اقدامات درمانی با سکنه مغزی (کد 724)
57.....	اقدامات درمانی با سکنه قلبی (کد 247)
58.....	ترخیص بیمار به صورت ایمن

مقدمه:

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت، در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر می سازد. مطالعات پژوهشی نشان داده اند که به طور متوسط، درجات مختلف آسیب در حدود ۱۰٪ از موارد بستری دیده می شود. این در حالی است که برآورد می گردد که تا ۷۵٪ از این خطاها قابل پیشگیری می باشند. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان، هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می آورند.

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها می باشد، در حال اجراست.

در این راستا، دفتر مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان، حیاتی می باشند.

استانداردها در سه سطح تعریف شده اند:

۱- استانداردهای الزامی: شامل ۲۰ استاندارد است که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است که به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند.

۲- استانداردهای اساسی: شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از آن تبعیت کند.

۳- استانداردهای پیشرفته: الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آن ها، به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

20 استاندارد الزامی در برنامه ایمنی بیمار

۱. بیمارستان در مورد ایمنی بیمار برنامه استراتژیک دارد و آن را اجرایی و عملیاتی می کند.
۲. بیمارستان دارای مدیران و کارمندی می باشد که وظایف، مسئولیت و اختیاراتی در خصوص ایمنی بیمار دارند.
۳. مدیران به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار، شیوه های اجرایی سلامت بیمار را رهبری کرده و در مورد مدیریت ریسک آموزش دیده و روی فرصت های بهبود و ارتقاء ایمنی فعالیت می کنند.
۴. افراد به کار گرفته شده مدیریت ریسک و سلامت بیمار را کنترل می کنند.
۵. بیمارستان به طور ماهیانه مورتالیتی و موربیدیتی را در کمیته های بیمارستانی بررسی می کند.
۶. وسایل و لوازم ضروری در بیمارستان در دسترس، آماده و کالیبر می باشد.
۷. بیمارستان برنامه و پروتکل مشخصی جهت پاک سازی لوازم پزشکی جهت استفاده مجدد آنها دارد.
۸. بیمارستان تجهیزات کافی جهت پاک سازی و استریلیزه کردن سریع لوازم را دارد (بخش CSR و استریل بیمارستان فعال بوده و دستور العمل های جهت اجرای برنامه ها دارد).
۹. پرسنل استخدام شده چه دائم و چه موقت مهارت کافی و دانش لازم جهت اجرای برنامه های فرایندی را دارند.
۱۰. قبل از انجام هر پروژه تهاجمی از بیمار رضایت گرفته می شود و بیمار از تمام خطرات احتمالی پروسه اطلاع دارد. بیمارستان به اندازه کافی به بیمار اطلاعات داده و بیمار اجازه دخالت و تصمیم گیری در مراحل درمان را دارد.
۱۱. تمامی بیماران از طریق مشخصات کامل، تاریخ تولد شناسایی می شوند و شماره اتاق و تخت وسیله شناسایی نمی باشد (بیمارستان بهترین سیستم را جهت شناسایی بیماران دارد).
۱۲. بیمارستان کانال های ارتباطی برای بحران های ضروری دارد و دارای یک نظام و برنامه مشخص جهت شناسایی موارد مربوط به ایمنی بیمار می باشد
۱۳. بیمارستان برنامه مشخص و مناسبی در مورد نتایج آزمایشاتی که پس از ترخیص بیماران دریافت می شود، دارد.

۱۴. بیمارستان گایدلاین ها و دستور العمل هایی در خصوص کنترل و پیشگیری از عفونت دارد .
۱۵. بیمارستان نظام و دستور العمل مشخص در خصوص ضد عفونی تمام تجهیزات و لوازم بخصوص در شرایط بحران را دارد .
۱۶. بیمارستان گایدلاین و دستورالعمل هایی در مورد ایمنی خون و فرآورده های آن دارد که آن را عملیاتی و اجرایی می کند (گایدلاین در مورد پروسیجر خون- ترانسفوزیون خون - کراس مچ خون- خون ناسالم و حوادث غیر منتظره و ...).
۱۷. بیمارستان سیاست انجام تزریقات ایمن ، تزریقات واکسن و infusion ایمن و جراحی ایمن را دارد.
۱۸. بیمارستان یک سیستم داروهای ایمن دارد (وجود دارو های حیاتی ۲۴ ساعته در بیمارستان) . بیمارستان برای مراحل انتخاب دارو ، خرید و تامین دارو ، نگهداری و انبار دارو، order نویسی آماده کردن دارو و تجویز دارو به بیمار دستور العمل مشخصی دارد.
۱۹. بیمارستان دارای استاندارد های محیط ایمن می باشد. بیمارستان محیط فیزیکی ایمن برای بیماران ، برای کارکنان و ملاقات کنندگان دارد . کمیته ایمنی محیط در بیمارستان تشکیل می شود و امنیت بیمارستان بخصوص در بخش های اورژانس ، ویژه ، نوزادان و... در نظر گرفته می شود.
۲۰. بیمارستان دارای سیستم مدیریت دفع مناسب پس مانده های بیمارستانی می باشد(بیمارستان دارای گاید لاین برای دفع بهداشتی زباله های عفونی و غیر عفونی، وسایل برنده و نوک تیز و دارد).

اعضای تیم ایمنی بیمارستان شهید چمران:

- ۱- آقای دکتر سید علی هاشمی: رئیس بیمارستان / مسئول فنی شیفت صبح / مسئول ایمنی
- ۲- آقای محمد علی مقبلی نژاد : مدیر بیمارستان
- ۳- خانم تهمین جوادی: مدیر پرستاری بیمارستان
- ۴- خانم مریم مومنی: معاون پرستاری بیمارستان
- ۵- خانم فهیمه اسفندیاری: مسئول بهبود کیفیت (جانشین : آقای انوار)
- ۶- خانم زهرا شجاعی مهر : سوپروایزر کنترل عفونت
- ۷- خانم مهندس آمنه حسینی : مسئول بهداشت شغلی
- ۸- خانم ژیلا غفاری : دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
- ۹- خانم الهام جعفری: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

مسئول ایمنی بیمار ، مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار ، تبیین کننده ایمنی بیمار به عنوان اولویت استراتژیک بیمارستان، مشارکت در سیاست گذاری، سازماندهی و بکارگیری اثر بخش منابع و امکانات را در جهت ارتقاء ایمنی بیمار بر عهده دارد.

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار ، هماهنگ کننده های ایمنی بیمار در سرتاسر بیمارستان بوده و ممیزی کلیه فعالیتهای ایمنی بیمار را بر عهده دارد.

هفت گام به سوی ایمنی بیمار

تمامی بیمارستان ها برای حرکت در راستای ایمنی بیمار باید گام های مؤثری بردارند که شامل موارد زیر است:

۱) ایجاد فرهنگ ایمنی: بستری باز برای دستیابی به ایمنی بیمار فراهم کنید

2) هدایت و حمایت از کارکنان

3) عملیات مدیریت خطر را هم سو و یکپارچه کنید: برای مدیریت خطرات، شناسایی خطاها و ارزیابی آنها

4) تشویق گزارش خطاها

5) استفاده از تجارب و نظرات بیماران و جامعه

6) درسهای ایمنی را بیاموزید و به دیگران هم یاد دهید: کارکنان را به تحلیل ریشه ای علل تشویق کنید تا یاد بگیرند که چرا و چگونه حوادث رخ می دهند.

7) استفاده از روش های مناسب جهت جلوگیری از خطاهای پزشکی

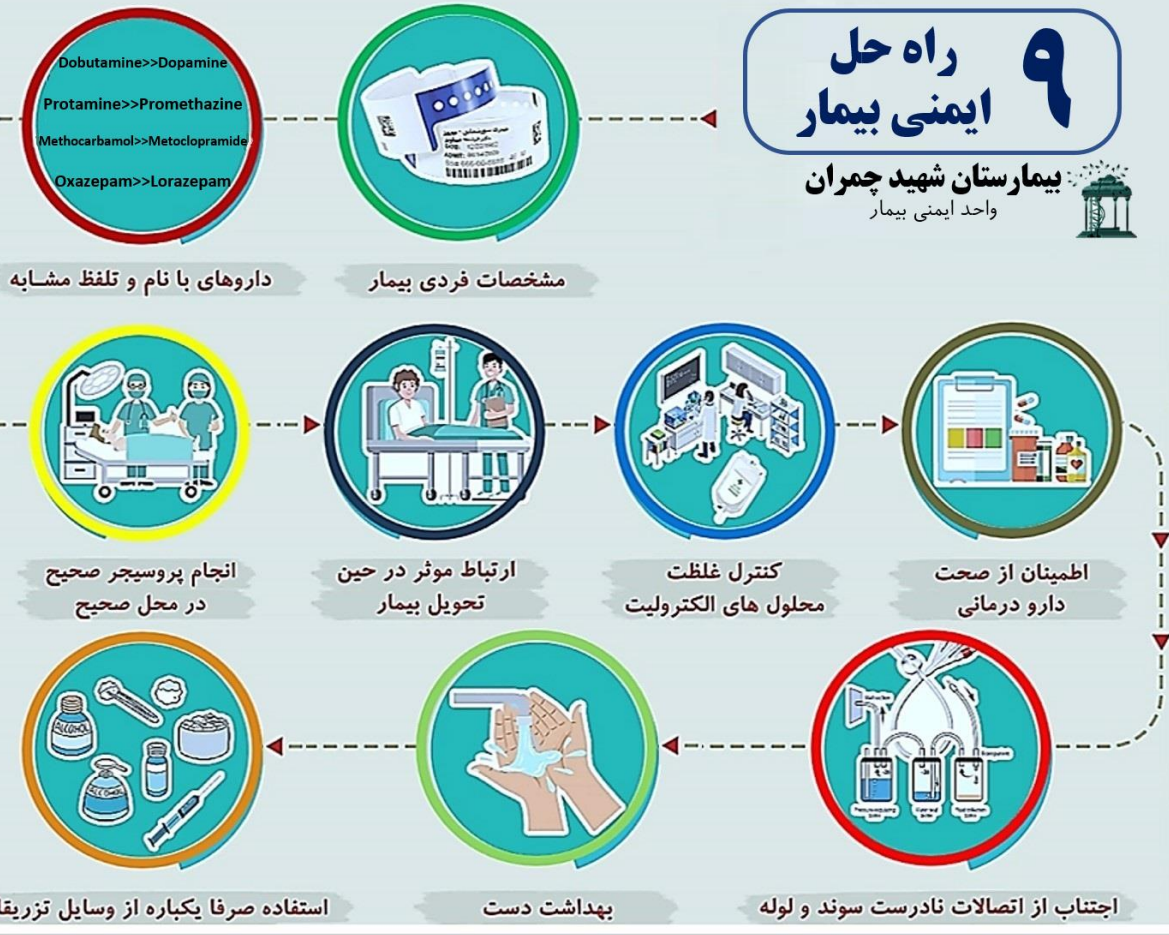
9 راه حل ایمنی بیمار

بیماران حق دارند انتظار داشته باشند، مراقبت از آن ها مطابق با بهترین شرایط و استاندارد ها و براساس آخرین شواهد علمی و بالینی باشد. بنابراین سازمان بهداشت جهانی 9 راه حل ایمنی بیمار را به عنوان ابزاری برای کاهش میزان بروز خطا در بیمارستان های سراسر دنیا پیشنهاد نموده است که عبارتند از:

1. شناسایی صحیح بیمار
2. توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه
3. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
4. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
5. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
6. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
7. کنترل غلظت محلولهای الکترولیت
8. استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات
9. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

۹ راه حل ایمنی بیمار

بیمارستان شهید چمران
واحد ایمنی بیمار



(Patient Identification)

شناسایی صحیح بیماران (اولین راه حل ایمنی)

هدف و خط مشی: برای دستیابی به هدف کاهش اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران بزرگسال و اطفال و جلوگیری از اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه در بیماران بستری، استفاده از دستبند شناسایی و انجام شناسایی فعال بیماران الزامی است. استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران، از مسئولیت کارکنان درمانی، جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد. همچنین در هیچ موقعیتی شماره تخت و اتاق بیمار جهت شناسایی استفاده نمی شود.

تعاریف:

❖ **روش شناسایی فعال:** از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را (به روز و ماه و سال) بیان نماید. سپس آن را با مشخصات مندرج بر روی دستبند تطبیق دهید.

❖ **مداخلات پر خطر:** شامل تمام اقدامات تعریف شده در لیست مداخلات پرخطر که توسط بیمارستان مشخص شده میباشد. در مداخلات پرخطر، تغذیه وریدی، تمامی مراحل نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا و تزریق خون الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی / تشخیصی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت بصورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.

❖ تمامی اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی بیماران در بیمارستان، شناسایی فعال در تمامی مراحل ارائه مراقبت (از کنترل دستور پزشک تا آماده سازی و ارائه مراقبت در تمام گام ها) صورت پذیرد

اصول عمومی روش شناسایی:

۱- پرسنل پذیرش موظف است در زمان پذیرش جهت کلیه بیماران اعم از بیماران بستری یا سرپایی، دستبند شناسایی تهیه نموده و در اختیار بیمار یا همراه قرار دهند.

❖ دستبند شناسایی بیماران متناسب با ساختار بدنی و سایز آنها تهیه می شود (به طور مثال در سایزهای مختلف برای بیماران چاق،

❖ الزامیست کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس دارای دستبند شناسایی باشند.

❖ الزامیست بیماران سرپایی در واحدهای پاراکلینیک که جهت ایشان پروسیجرهای تهاجمی انجام می شود دارای دستبند شناسایی بوده

و تمامی مراحل شناسایی مانند بخش های بستری برای ایشان به صورت کامل انجام شود.

۲- پرسنل پذیرش مشخصات دقیق بیمار را اعم از نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد(به روز و ماه و سال)، نام پدر، و شماره پرونده بر اساس کارت شناسایی معتبر بر روی دستبند شناسایی با رنگ مشکی در پس زمینه سفید، ثبت می نمایند.

۳- پرسنل پذیرش صحت اطلاعات مندرج بر روی دستبند را با بیمار و یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می نمایند و بعد از تایید بیمار یا همراه، نسبت به دادن دستبند شناسایی به بیمار و همراه وی اقدام می نمایند.

۴- پرسنل پذیرش/پرستار پذیرش کننده بیمار در مورد دستبند شناسایی و ضرورت وجود و نحوه مراقبت از آن در طول مدت بستری، به وی آموزش داده و آموزش داده شده را در پرونده ثبت می نماید.

۵- در زمان ورود بیمار به بخش پرستار یا ماما، شناسایی بیمار را به صورت فعال انجام می دهد و در صورتی که بیمار هوشیاری کامل نداشته و نتواند نام خود را بگوید/کودک باشد/معلول ذهنی باشد، مشخصات مندرج بر دستبند با یکی از بستگان درجه یک/والدین وی کنترل می گردد و در صورتی که بیمار همراه ندارد تطابق اطلاعات پرونده و مدارک پزشکی با دستبند شناسایی صورت گرفته و در پرونده بیمار در گزارش پرستاری موضوع ثبت می شود

۶- در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیمار نیز به عنوان شناسه سوم علاوه بر دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی توسط پرستار درج شده و در زمان شناسایی فعال بیمار مورد استفاده قرار گرفته و احتیاطات لازم مراقبتی از جمله عدم بستری دو بیمار در یک اتاق و نصب کارت هشدار بیمار با نام مشابه بر روی پرونده و یونیت بیماران، انجام گردد.

۷- در صورت شکستگی اندام های فوقانی یا سوختگی یا هر عاملی که نتوان دستبند را بر روی دست بیمار نصب نمود دستبند شناسایی به میج پای بیمار بسته می شود.

۸- ریسک های بیماران در معرض خطر (سقوط، ترومبوز وریدی، زخم فشاری، خودکشی، سوء تغذیه، پلی فارمسی) در بدو ورود به بخش توسط پرستار بر اساس ابزار علمی تخمین ریسک بررسی و با چسباندن برچسب زرد و عنوان نوع ریسک با زبان فارسی و بطور کامل و شفاف بر روی دستبند شناسایی مشخص می گردد(برای حفظ حریم خصوصی بیماران در معرض خطر خود کشی، از کد اختصاصی(۱۲) استفاده شود). جهت بیماران پلی فارمسی، اطفال در معرض خطر سقوط و سوء تغذیه نصب دستبند زرد الزامی نبوده و مدیریت پیشگیرانه خطر مد نظر قرار گیرد. در بیماران سوء تغذیه، ارزیابی اولیه و تخصصی تغذیه و انجام اقدامات پیگیرانه کفایت می کند.

۹- در صورت کشف سابقه آلرژی در بیمار، برچسب قرمز رنگ توسط پرستار روی دستبند شناسایی الصاق می گردد، به بیمار نیز اطلاع می دهیم.

۱۰- پرستار یا ماما در بدو ورود بیمار به بخش در مورد دستبند شناسایی و ضرورت وجود و نحوه مراقبت از آن در طول مدت بستری و نوع ریسک شناسایی شده با تگ زرد(به جز مورد خودکشی) و مراقبت های لازم به وی آموزش داده و آموزش های داده شده را در پرونده ثبت می نماید.

۱۱- هریک از اعضای کادر درمان پیش از انجام هر گونه اقدام مراقبتی و درمانی و یا تشخیصی، موظف است با استفاده از روش شناسایی فعال بیمار را شناسایی نمایند.

۱۲- در صورتی که هریک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی دستبند شناسایی بیمار را باز نمود، ضروریست سریعاً بعد از اتمام مورد، نسبت به بستن آن اقدام نماید. اگر دستبند شناسایی در صورت باز شدن و یا در آوردن فوراً بسته نشود الزامی است بیمار دوباره شناسایی و دستبند پس از کسب اطمینان از صحت مشخصات به بیمار متصل شود.

۱۳- در صورتی که در حین بستری، دستبند بیمار آسیب دیده یا مفقود گردید فوراً توسط پرستار بیمار با انجام شناسایی مجدد طبق روش صحیح، تهیه و تعویض می گردد.

۱۴- اینچارج بخش در کلیه شیفت ها موظف به کنترل دستبند از لحاظ وجود و صحت اطلاعات مندرج می باشند.

۱۵- در هنگام ترخیص دستبند شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء می شود.

شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی

۱- فرد پذیرش کننده بیمار در اتاق عمل در زمان تحویل بیمار، ضمن شناسایی فعال، مشخصات بیمار را با دستبند شناسایی، نوع عمل و محل عمل مطابقت می دهد

۲- یکی از اعضای تیم جراحی طبق وظایف محوله در زمان تحویل دادن بیمار به اتاق عمل، دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق پروسیجر، از بیمار درخواست می نماید که نام و نام خانوادگی، موضوع عمل، نوع اقدام جراح، نام پزشک خود را بطور کلامی بیان نماید و آنها را با پرونده بیمار و محتویات و ضمائم همراه (مانند گرافی ها، رضایت آگاهانه و...) و دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و نوع و موضع عمل جراحی را با مندرجات برگه ادمیشن تطابق می دهند.

۳- کادر مسئول در اتاق عمل قبل از شروع پروسیجر یا عمل جراحی قبل از القای بیهوشی از وی درخواست می نماید که نام و نام خانوادگی، موضوع عمل، نوع اقدام جراح، نام پزشک خود را بطور کلامی بیان نماید و آنها را با پرونده بیمار و محتویات و ضمائم همراه (مانند گرافی ها، رضایت

آگاهانه و...) و دستبند شناسایی بیمار مطابقت داده و نوع و موضع عمل جراحی را با پرونده و با خوداظهاری، تطابق می دهد.

۴- کادر مسئول در زمان تحویل گرفتن بیمار از اتاق عمل، در صورت هوشیاری بیمار شناسایی فعال و تطبیق دستبند شناسایی با پرونده و بیمار و در صورت عدم هوشیاری، تطبیق دستبند شناسایی با پرونده و بیمار انجام می شود.

نکته: استفاده از چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل جهت کاهش خطا در شناسایی بیمار، ضروری می باشد.

شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون

۱- پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی به بیماران، شناسایی فعال بیماران توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط (پرستار و پزشک یا دو پرستار یا دو ماما یا یک ماما و یک پرستار) به صورت مستقل از یکدیگر به همراه کنترل مشخصات فرآورده، انجام می شود.

۲- در صورتیکه بیمار بیهوش یا اطفال باشد و یا قادر به بیان کلامی نیست پرستار یا ماما موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی دستبند شناسایی را با مشخصات پرونده بیمار و فرآورده مورد نظر مطابقت دهد.

۳- در تطابق خون ضروریست حداقل موارد زیر با پرونده یا دستبند شناسایی یا بیمار مورد بررسی قرار گیرد:

- نام و نام خانوادگی بیمار
- تاریخ تولد (روز ماه سال)
- نام پدر
- شماره پرونده
- گروه خونی بیمار
- شماره خون / فرآورده خونی

شناسایی بیماران ناشناس

۱) پرستار بیمار نسبت به تشکیل پرونده بیمار ناشناس را براساس پروتکل تدوین شده در بیمارستان اقدام نموده و دستبند شناسایی وی را با ثبت موارد (ناشناس - جنس - شماره) تهیه می نماید. در صورت تعدد بیماران ناشناس، شماره ناشناس افزایش می یابد به عنوان مثال: ناشناس مرد ۱، ناشناس زن ۲ و...

۲) در زمان پذیرش، مشخصات بیمار ناشناس در سیستم HIS به عنوان بیمار (ناشناس) مشخص می گردد.

۳) پرستار دستبند شناسایی تهیه شده را بر دست بیمار بسته و کلیه اقدامات مراقبتی لازم را با اطمینان از انطباق دستورات پزشک با بیمار، بر بالین وی و انطباق دستبند شناسایی انجام می دهد.

شناسایی صحیح بیماران قبل از اقدامات آزمایشگاهی در بخش و آزمایشگاه

۱) پرستار یا نمونه گیر بعد از اطمینان از دستور پزشک و نوع آزمایش، درخواست آزمایش بیمار را در سیستم ثبت و پرینت برچسب مشخصات نمونه راتهییه می نماید.

۲) پرستار یا نمونه گیر با وسایل لازم جهت خونگیری بر بالین بیمار حاضر شده و ابتدا شناسایی فعال را انجام داده و مشخصات مندرج بر پرینت دستبند شناسایی را کنترل می نماید.

❖ در صورت استفاده از برچسب دست نویس کادر مسئول نمونه گیری اقدام به ثبت مشخصات شناسایی ضروری بر روی برچسب بر بالین بیمار با انجام شناسایی فعال، می نماید.

۳) پرستار و یا نمونه گیر، بعد از انجام بهداشت دست مطابق روش استاندارد و ارتباط موثر و توضیح برای بیمار، اقدام به نمونه گیری می

نماید.

۴) پرستار و یا نمونه گیر، بعد از نمونه گیری پرینت برجسب تهیه شده (یا دست نویس) را پیش از ترک بالین بیمار بر روی لوله یا ظرف نمونه نصب می نماید.

برچسب کلیه نمونه ها باید شامل:

- نام و نام خانوادگی بیمار
- تاریخ تولد (روز ماه سال)
- نام پدر (در صورت تشابه اسمی)
- شماره پرونده
- نام بخش
- نام آزمایش در خواستی
- ساعت و تاریخ نمونه گیری
- بر روی نمونه های کراس مچ درج نام نمونه گیر الزامی است.

۵) پرستاریا ماما و یا نمونه گیر برجسب مشخصات را مستقیماً بر روی جداره لوله/ ظرف نمونه گیری می چسباند و از چسبانیدن برجسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب می نماید. (در صورت باز شدن در نمونه، ظرف نمونه بدون مشخصات است)

۶) پرستاریا ماما و یا نمونه گیر در صورت وجود هر گونه ابهامی در ارتباط با برجسب نمونه ها، نمونه گیری مجدد از بیمار نموده و فرایندی که منجر به اشتباه شده است را بررسی می نماید.

روش شناسایی صحیح در تحویل نتایج تشخیصی به مراجعین

- ۱) کادر درمان، در زمان تحویل فیلم پروسیجر به فرم نتیجه، باید مشخصات فیلم و برگه را مجدد جهت شناسایی عدم انطباق کنترل نماید.
- ۲) کادر درمان حاضر، در زمان تحویل نتایج به بیمار، نتایج را در پوشه قرار داده و مشخصات بیمار شامل: نام و نام خانوادگی، روز و ماه و سال تولد و نام پدر (در موارد تشابه اسمی) را، از روی گزارش خوانده و بر روی پوشه/پاکت با خط درشت ثبت می نماید.
- ۳) در زمان تحویل نتایج به بیمار، کادر مسئول تحویل نتایج، مدارک پزشکی بیمار را (تک تک نتایج به صورت مستقل) در حضور بیمار یا همراه درجه یک وی، از نظر صحت مشخصات کنترل نموده و تحویل ایشان می دهد.

روش اجرایی ارائه خدمات به بیمار ناشناس در ftp بیمارستان می باشد.

توجه: دومین راه حل ایمنی در صفحه ۲۴ شرح داده شده است.

انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح (سومین راه حل ایمنی)

این مسئله به خصوص در اتاق عمل از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است، لذا از چک لیست جراحی ایمن استفاده می شود. چک لیست جراحی ایمن به اهتمام اتحادیه جهانی ایمنی بیمار، وابسته به سازمان جهانی بهداشت و با مشارکت متخصصین جراحی، بیهوشی، پرستاران و بیماران سراسر جهان به منظور کاهش اتفاقات ناخواسته، معلولیت و مرگ و میر ناشی از اقدامات جراحی بیماران تحت عمل تدوین و تنظیم شده است.

علامت گذاری محل جراحی:

علامتگذاری در چند مرحله بشرح ذیل صورت می گیرد:

1. علامت گذاری اول، بایستی با استفاده از مائیکهای پوستی مخصوص، نزدیک به زمان عمل جراحی توسط پزشک جراح در بخش انجام شود.
- در صورتی که جراحی بیمار به صورت سرپایی بوده و بیمار به بخش نرود و مستقیم به اتاق عمل مراجعه کند، لازم است در اتاق عمل قبل از علامت گذاری، محل را ضد عفونی نموده و سپس توسط پزشک معالج در اتاق عمل علامت گذاری انجام شود.

2. علامت گذاری دوم، هنگام ورود بیمار بستری به اتاق عمل بعد از کنترل علامت گذاری اول، توسط مسئول / اینچارج اتاق عمل به همراه کارشناس هوشبر اتاق مربوطه، با مازیکی به رنگ مخالف انجام شود.
3. قبل از القاء بیهوشی: پرسنل اتاق عمل و بیهوشی، قبل از انتقال بیمار از برانکارد به تخت اتاق عمل و آماده سازی بیمار جهت عمل جراحی، منطقه عمل را از نظر وجود دو علامت، کنترل و تایید کننده در فرم چک لیست جراحی ایمن ثبت و امضاء نماید.
4. بعد از القاء بیهوشی: قبل از انجام برش پوستی توسط تیم جراحی (پرسنل اتاق عمل و هوشبر و پزشک جراح و متخصص بیهوشی) مجدداً شناسایی فعال بیمار / نوع عمل جراحی و سمت عمل جراحی از لحاظ کنترل دو علامت، تایید گردد.

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار (چهارمین راه حل ایمنی)

ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود:

- ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریت‌های پزشکی با مددجو و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشند).
 - ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیمار، بدحال و فوت شده و ... می باشد.
 - ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیمار بعد از ترخیص از بیمارستان و پرستاران بهداشت جامعه می شود.
- از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم.
- ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است. برقراری ارتباط صحیح، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد. این ارتباط بایستی دارای ویژگیهای زیر باشد:
- برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس.
 - پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان
 - برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول مرتبط، با مددجو و همراه به منظور آرامسازی
 - برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم
 - ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه، در عین حال جدی با همراهان
 - خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدید آمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود.
- جهت حفظ ایمنی بیمار و ارائه خدمات مطمئن، وجود ارتباط صحیح در هنگام تحویل بیماران الزامی است. در این راستا در این بیمارستان جهت تحویل و تحول صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر، از سرویسی به سرویس دیگر، از بخش به واحدهای پاراکلینیک، تحویل بیمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک و درخواست مشاوره برای بیمار از ابزار ارتباطی استاندارد آیسبار (ISBAR) استفاده می گردد.
- I) (Identification): در مورد معرفی بیمار، پزشک، پرستار و موارد مربوط به آن توضیح می دهد.
- S) (Situation): در خصوص شرح حال و وضعیت فعلی بیمار توضیح می دهد.
- B) (Background): در خصوص بیماری زمینه ای و سابقه پزشکی بیمار توضیح می دهد.
- A) (Assessment): وضعیت جاری بیمار و تشخیص های محتمل و میزان وخامت حال بیمار را ارزیابی می کند.
- R) (Recommendation): توصیه ها، مراقبتها و دستورات لازم گفته می شود.

الکترولیت با غلظت بالا از داروهای پرخطر یا هشدار بالا می باشد که بایستی در انبارش و طریقه مصرف آن تمهیدات ، اقدامات و توجهات لازم صورت پذیرد.

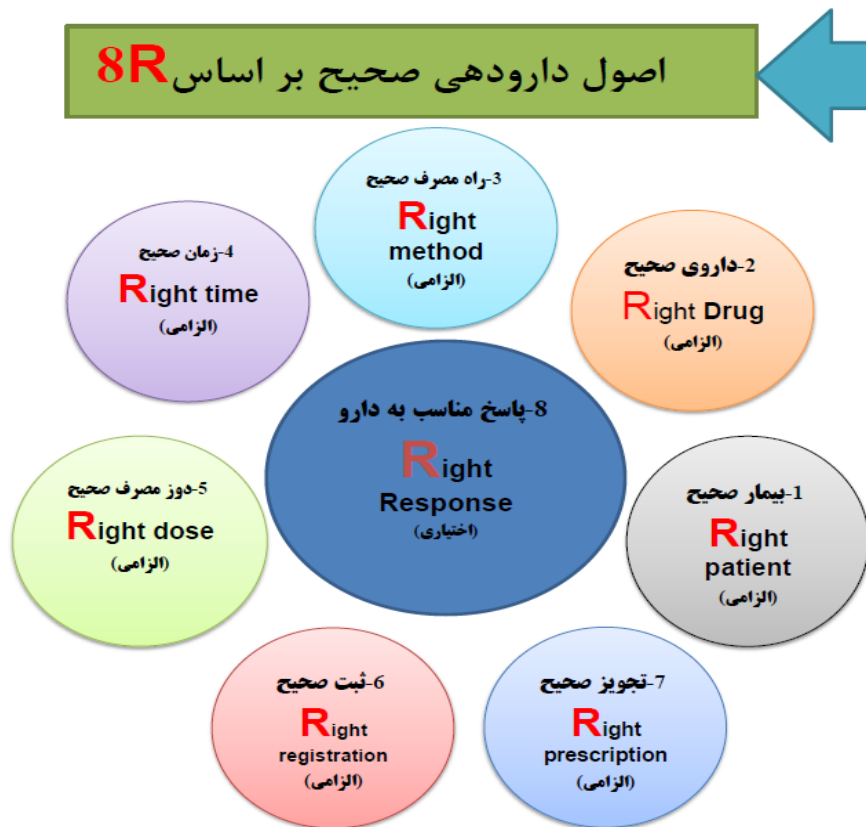
- ❖ حتی الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود.
- ❖ داروهای مورد نظر از دیگر داروها به صورت واضح جدا شود.
- ❖ کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود.
- ❖ هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دبل چک شود.
- ❖ تا حد امکان با دستور شفاهی و تلفنی تزریق نگردد.
- ❖ پرستار از نحوه مصرف و محاسبه و رقیق کردن آن اطلاع کافی داشته باشد.
- ❖ علائم حیاتی بیمار، حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد.
- ❖ دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر ، در دسترس باشد.
- ❖ در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود و ترجیحا محل نگهداری آنها با هم فاصله داشته باشد

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات (ششمین راه حل ایمنی)

یکی از علل عمده صدمه به بیماران هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند . خطاهای دارویی به هنگام تهیه ، تجویز ، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر است. با توجه به این موضوع رعایت نکات ذیل الزامی است :

- رعایت دستور العمل تلفیق دارویی در بخش ها
- ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در فرم ارزیابی اولیه توسط پرستار مسئول بیمار
- پرستار مسئول بیمار، بایستی در صورت مصرف داروهای شخصی ، با دستور پزشک معالج، داروها را در کاردکس دارویی به صورت کامل و صحیح ثبت نماید.
- هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار به پزشک یادآوری گردد .
- تطابق دستورات پزشک با گزارشات و اقدامات پرستاری بطور منظم ، روزانه چک شود .
- در هنگام ترخیص بیماران، آموزش دارویی به صورت شفاهی و ثبت در فرم آموزش حین ترخیص انجام پذیرد .
- تاکید شود چنانچه بیمار به مراکز درمانی دیگری مراجعه می کند فرم دارویی خود را که به ایشان در هنگام ترخیص داده شده ، همراه داشته باشد .
- در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگر، علاوه بر گزارش کتبی پرستار ، ضروریست به طور شفاهی پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی وی تاکید نماید.
- فرآیند دارودهی از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی، توجه به نوع و دوز و شکل و تاریخ انقضا و... رعایت گردد.
- هنگام دارودهی ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجددا" با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- پرسنل بایستی با اصول صحیح دارو دهی (AR) آشنایی داشته باشند (بیمار صحیح ، داروی صحیح ، میزان صحیح، زمان صحیح ، روش صحیح ، ثبت صحیح ، دلیل صحیح دارو دهی ، پاسخ صحیح دارودهی)
- داروهای پرخطر با برچسب قرمز رنگ مشخص می شوند و بایستی دبل چک شوند.

8 RIGHT



دو پیام مهم ایمنی دارویی

1. داروهای فاقد برچسب و نامشخص به دور انداخته شوند.
2. هیچگاه دارویی را که به طور صد در صد نمی دانید چیست ، به بیمار ندهید

اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها (هفتمین راه حل ایمنی)

تعبیه صحیح انواع سوندها و کاتترها از قبیل کاتتر ادراری، لوله دهانی معدی، انواع راههای وریدی، چست تیوپ، Cvp Line و ... بسیار مهم است. هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام این اتصالات از جهات ذیل توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرد:

- بررسی از لحاظ فیکس بودن اتصالات
- بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات و همچنین لوله ها و تیوبها تاخوردگی نداشته باشند.
- کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی

- بررسی میزان درناژ باطل ها و ثبت آن با ساعت و تاریخ در صورت لزوم
 - بررسی out put ادراری و یورین بگ بیمار
 - بررسی ETT و NGT از جنبه قراری گیری در محل خود (ETT بیمار روی شماره مورد نظر فیکس باشد).
 - کنترل تاریخ نصب اتصالات
 - ارائه آموزش های لازم به بیمار جهت حفظ و نگهداری اتصالات
 - ثبت صحت نصب اتصالات در گزارش پرستاری
- در بازدیدهای سوپروایزری، موارد فوق بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به سایز، تاریخ شروع و انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

دستورالعمل کلی جهت تعویض پاره ای از وسایل و تجهیزات

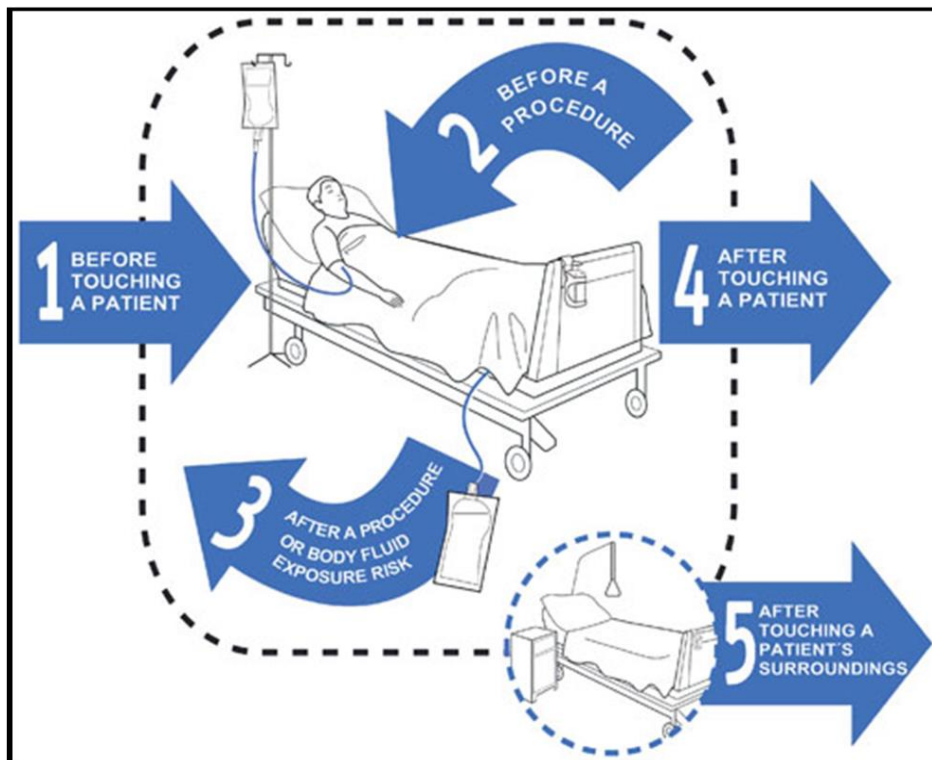
نوع وسیله	زمان تعویض
آنژیوتکت	96 ساعت یکبار
ست سرم	72 ساعت یکبار (بعد از دریافت فرآورده های چربی و آمینواسیدی هر 24 ساعت تعویض شود)
میکروست	هر 5 روز یکبار، بخش های NICU هر 3 روز یکبار، پس از hyper alimentation و شیمی درمانی بلافاصله دور انداخته شود.
تری وی	5 روز یکبار
هپارین لاک	72 ساعت یکبار
اکستنشن تیوب	5 روز یکبار
ست خون	به ازا هر ترانسفیوژن
باتل سرم (تزریقی و شستشو)	24 ساعت یکبار
کات داون	یک ماه در صورت اندیکاسیون تعویض شود
ست تجویز پروپوفول	6-12 ساعت، یا در صورت تعویض ویال
سوند معده	در صورت اندیکاسیون بالینی
سوند ادراری داخلی	در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت، انسداد و ...) توجه: در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری انجام شود
فولی اکسترنال	48 ساعت یکبار
کیسه ادراری	زمان تعویض سوند ادراری و در صورت اندیکاسیون بالینی (آلودگی، پارگی)
کاتتر ورید مرکزی	در صورت اندیکاسیون بالینی (عفونت، انسداد...)
پانسمان کاتتر ورید مرکزی	پوشش گازی استریل 24 ساعت، پوشش شفاف استریل هر 7 روز (در صورت آلودگی، خیس یا شل شدن بایستی در اسرع وقت تعویض گردد)
کاتتر شریان محیطی	در صورت اندیکاسیون بالینی
تیوب اندوتراکیال	در صورت اندیکاسیون بالینی
تیوب ساکشن	اختصاصی برای هر بیمار- تعویض هر 3 روز

کاتتر ساکشن	یکبار مصرف
لوله خرطومی ونتیلاتور	در صورت آلودگی واضح یا کارکرد معیوب (اختصاصی برای هر بیمار)
فیلتر HME (Heat Moisture Exchanger)	96 ساعت یکبار (اختصاصی برای هر بیمار)
چست لید	در صورت آلودگی، جدا شدن یا کارکرد معیوب
سرنگ متصل به پمپ انفوزیون	با تزریق هر دارو
سرنگ گاوآژ	هر 24 ساعت یکبار
سیفتی باکس	پس از پرشدن 3/4 آن معدوم گردد

بهبود بهداشت دست، برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی (هشتمین راه حل ایمنی)

عفونت های ناشی از ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی یکی از شایع ترین علل مرگ و میر و افزایش معلولیت در بیماران بستری در بیمارستانها محسوب می گردد . مطابق آمار سازمان جهانی بهداشت در هر لحظه ۱۴۰۰۰۰۰ نفر از عوارض ناشی از عفونت های بیمارستانی رنج می کشند این در حالی است که هنوز هم رعایت بهداشت دست که روشی بسیار ساده می باشد به عنوان اساسی ترین موازین در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیمار محسوب می شود.

پنج موقعیت رعایت بهداشت دست عبارتند از: قبل از تماس با بیمار ، قبل از اقدام به کار آسپتیک، بعد از تماس با مایعات بدن، بعد از تماس با بیمار، بعد از تماس با محیط اطراف بیمار.



پوست بطور عمده دو نوع فلور موقت و دائم دارد. فلور موقت پوست (به طور مشخص ECOLI و پseudomonas آئروژینوزا) لایه های سطحی پوست را می پوشاند و توانایی بیماری زایی بالایی دارد. در صورت تماس مستقیم پوست پرسنل با بیماران یا سطوح آلوده محیطی مجاور بیمار ، این دو نوع فلور کسب می گردد و اغلب موارد عفونت بیمارستانی ناشی از این نوع فلور است.

فلور دائم پوست (بطور عمده استافیلوکوک کوآگولاز منفی، گونه های کورینه باکتریوم و گونه های میکروکوک) به لایه های عمقی تر پوست اتصال داشته و توانایی بیماری زایی کمی دارند، مگر اینکه با وسیله تهاجمی بداخل بدن فرو روند. برخلاف فلور موقت، فلور دائم به سختی به طریق مکانیکی (شستن دست معمولی) از بین می رود

روش های رعایت بهداشت دست

الف) شستن دست با آب و صابون :

- در صورت امکان همیشه از آب تمیز ، روان و لوله کشی استفاده نمایید. از آب داغ استفاده نکنید.
- دست ها را با آب مرطوب کنید، با صابون دستشویی دست ها را بهم بمالید به نحوی که کلیه سطوح دست ها را بپوشانید. با حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید.
- دست ها را آبکشی نمایید. با حوله ی پارچه ای تمیز یا دستمال کاغذی یکبار مصرف دست ها را کاملا خشک نمایید.
- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به لاندری و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید

موارد شستن دست با آب و صابون :

- دست ها آشکارا کثیف باشند. به صورت مشهود، آلوده به مواد پروتئینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشند.
- دست ها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند.
- بعد از توالی رفتن.
- قبل و بعد از تماس مستقیم دست ها با بیماران (مانند گرفتن نبض یا فشار خون یا بلند کردن بیمار).
- بعد از درآوردن دستکش استریل و یا غیر استریل از دست خود.
- قبل از دست زدن یا هر گونه جابه جایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار و صرفنظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر.
- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن ، غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران.
- در صورتیکه در حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی ، دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با نواحی تمیز بدن او تماس خواهد یافت.
- بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشتمل بر تجهیزات پزشکی)
- با توجه به برخی مطالعات تجربی بالینی و اپیدمیولوژیک و دلایل قوی تئوریک ، رعایت بهداشت دست
- (شستن دست با آب و صابون ساده و یا صابون ضد میکروبی و یا استفاده از محلول های ضد عفونی دست با بنیان الکلی) قبل از آماده نمودن، جابجایی و یا دادن غذا به بیماران و یا هر گونه جابجایی و یا آماده سازی داروهای بیماران به صورت اکید توصیه می شود.
- (در صورتی که دست ها به صورت آشکارا کثیف نباشند، ترجیحا با محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی Hand rub انجام دهید، توجه نمایید در صورتی که محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی جهت Hand rub در دسترس نیست دست ها را با آب و صابون بشویید).

ب) روش Hand rub:

به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub ، مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دست ها کاملاً خشک شوند آن ها را بهم بمالید. شستشوی دست با آب و صابون 8 مرحله و مدت زمان 40-60 ثانیه ، استفاده از هند راب 7 مرحله و مدت زمان آن 20-30 ثانیه می باشد.

نحوه شستن دست (دستورالعمل WHO): برای شستن دست ها باید خط مشی مکتوب وجود داشته باشد. جواهرات و زیور آلات باید قبل از شستن، از دست ها خارج گردد. شستن معمولی دست به انگشتان و مچ محدود می گردد و شستن دست ها به طریق اسکراب جراحی شامل دست ها و ساعد می شود. بسته به میزان خطر بیمار، نحوه شستن دست متفاوت است.

اسکراب جراحی (مراقبت جراحی)

شستن دست ها و ساعد با صابون ضد عفونی کننده (جراحی) با مدت زمان تماس کافی (3 تا 5 دقیقه).
ضد عفونی جراحی دست ها و ساعد: شستن معمولی دست ها و خشک کردن آنها و سپس، دوبار استفاده از ماده ضد عفونی کننده دست، سپس مالیدن دست ها (rub) به یکدیگر برای مدت زمان کافی (براساس دستورالعمل نحوه استفاده از ماده ضد عفونی کننده) تا خشک شدن دست ها.

استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات (نهمین راه حل ایمنی)

تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق، یک بار مصرف می باشند. توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن (Safe Injection) از الزامات می باشد. موازین تزریقات ایمن شامل:

❖ محل تمیز (Clean Work Plan)

❖ شستشوی دست

❖ سر سوزن و سرنگ استریل

❖ تمیز کردن محل تزریق

❖ جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز

انجام تزریقات بر اساس استانداردهای زیر صورت می گیرد:

1. از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید
2. از آلودگی وسایل (سرنگ-سر سوزن و ویال ها) پیشگیری کنید.
3. روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید
4. حتی المقدور از ویال های تک دوزی دارو استفاده کنید. در صورتی که ملزم به استفاده از ویال های چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل و جدید استفاده نمایید.
5. هنگامی که سر آمپول را می شکنید با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول ، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
6. قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد ، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید
7. توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
8. در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
9. قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات ، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.

10. تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب نمایید.

11. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.

12. قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشوید.

13. سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.

14. اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.

هر سال تزریقات غیر ایمن موجب حدود 16 – 8 میلیون ابتلا به هپاتیت B، 5-2 میلیون ابتلا به هپاتیت C و 80-160 هزار مورد HIV می گردد. بیماری های انگلی، عفونت های باکتریال نظیر آبسه ها و عفونت های قارچی نیز حاصل تزریقات غیر ایمن می باشد.

ایمنی تزریقات با تکیه بر چهار محور بنیادی می باشد:

1- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی جهت پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده: که با افزایش سطح آگاهی و مهارت شغلی به منظور پیش گیری از بروز جراحات صورت می گیرد.

2- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده: که با استفاده از وسایل حفاظتی نظیر دستکش - گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات، ماسک و عینک محافظ چشم و safety box سطح ایمنی کارکنان افزایش می یابد.

3- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر: بلافاصله وسایل تیز و برنده پس از استفاده در safety box جمع آوری شود، ظروف جمع آوری مستحکم، غیر قابل نفوذ، مقاوم به پارگی و با ابعاد مناسب باشد، از برچسب هشداردهنده روی ظروف و وسایل جمع آوری کننده استفاده شود، safety box حداکثر بعد از پر شدن $\frac{3}{4}$ آن جمع آوری گردد.

4- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی: جهت تحقق این امر، ارتقاء سطح آگاهی جامعه باید در برنامه ریزی های دانشگاه قرار گیرد. برگزاری دوره آموزشی جهت گروه های بهداشتی، آموزش مراجعین توسط پزشکان و آموزش پرسنل در ارتباط با داروهای تزریقی و عوارض احتمالی تزریقات بسیار حائز اهمیت است.

تزریقات غیر ایمن شامل موارد زیر است:

- روش غلط تزریق
- محل نامناسب تزریق
- داروی ناصحیح
- حلال غلط
- دوز غلط دارو
- دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سر سوزن استفاده شده

از مهم ترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی صدمات ناشی از فرو رفتن سوزن به دست کارکنان بهداشتی درمانی می باشد (needle stick). در صورت فرو رفتن سر سوزن به دست، پاشیده شدن خون یا سایر ترشحات آلوده به بریدگی های باز، ملتحمه، غشاء مخاطی و گازگرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود بایستی کمکهای اولیه فوری انجام داد:

1. شستشوی زخم با آب و صابون
2. کمک به جلوگیری از خونریزی
3. خودداری از مالش موضعی چشم
4. شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با آب فراوان
5. گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کنترل عفونت (درشیفت عصر و شب به سوپروایزر بالینی)

نکات مهم در خصوص داروهای مخدر

1. نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص و بالاتر انجام شود.

2. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی
3. اتصال تجویز داروهای مخدر به سیستمهای هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
4. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
5. مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظتهای دارویی
6. ارائه آموزشهای لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوتهای **مورفین و هیدرومورفین** (در بیمارستان چمران تنها مورفین موجود است)
7. نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه/ بخشهای بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده باشد.
8. درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفتها
9. استفاده از برچسب واجد مشخصات دارو و غلظت آن در صورت نیاز فوری به ارسال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت از غلظت استاندارد داروی نارکوتیک
10. الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد دوم
11. وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتر اسکالن و بلوک موضعی عصب انفوزیه میشود.
12. رعایت اصول دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به اصول اولیه دارو دهی اضافه شده، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

داروهای هشدار بالا (پر خطر)

زمانی که "داروهای با هشدار بالا" به اشتباه مورد استفاده قرار گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می شوند. این داروها که از میان آنها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیک ها، اوبویید ها، انسولین و آرام بخش ها اشاره نمود، بیشتر توام با عوارضی نظیر کاهش فشار خون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادیکاردی بوده که هر یک از این عوارض می توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر برای بیمار شوند.

از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا" است. دسترسی به "داروهای با هشدار بالا" در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد

داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می باشند در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود. کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طبقه آماده سازی، راههای تجویز، زمان دارو دهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند.

در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما، از روش نگارش (حروف بزرگ) به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود.

داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین در مقابل دوبوتامین، در هنگام نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار، هشت قانون دارو دهی رعایت شود. (8 right)

- ویال پتاسیم دور از سایر داروهای بیماران و در جایگاه مجزا نگهداری شود.
- در تجویز داروهای هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد.
- نسخه نویسی داروهای هشدار بالا توسط پزشک متخصص انجام شود.
- سرم (میکروست) حاوی داروهای هشدار بالا دارای برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو با فونت مناسب نصب گردد.
- در وسایل مرتبط دارویی داروی هشدار بالا هرگز نباید به صورت آزاد free mode قرار گیرد.

- داروهای پرخطر و هشدار بالا ، حتما باید توسط دو پرستار و بطور مستقل چک شود. (دبل چک)

1	کلرید پتاسیم	7	آتروپین
2	سولفات منیزیم	8	اپی نفرین
3	بیکربنات سدیم	9	هیپارین سدیم
4	کلو کونات کلسیم	10	هالوپریدول
5	هایپر سالین (سدیم کلراید با غلظت بالای 0.9%)	11	رتیلاز
6	لیدوکائین	12	پروپرانولول

لیست داروهای دوازده گانه هشدار بالا

- داروهای هشدار بالا هنگام تحویل از داروخانه باید حتما تگ قرمز رنگ داشته باشند.
- آموزش های لازم به بیمار در خصوص خطرات و ملاحظات مصرف داروهای هشدار بالا و لزوم توجه به دستور پزشک ، ارایه شود.

لیست داروهای هشدار بالا شامل برچسب قرمز بر روی جعبه نگهداری

ردیف	دسته دارویی	نام داروهای هشدار بالا
1	آگونیست های آدرنرژیک وریدی	نور اپی نفرین - افدرین
2	آنتاگونیست های آدرنرژیک وریدی	لابتولول
3	آنتی آریتمی	آدنوزین-آمیودارون _ وراپامیل
4	عوامل آنتی ترومبوتیک	انوکساپارین
5	داروهای تزریقی هایپر تونیک	دکستروز 20% - 50%
6	داروهای اپیدورال و اینتراتکال	بویپواکائین-روپیواکائین
7	داروهای هیپوگلیسمی تزریقی	انسولین
8	داروهای اینوتروپ وریدی	دوپامین _ دیگوکسین _ دوپوتامین
9	داروهای مسدود کننده عصب - عضله	اتراکوریوم - سوکسینیل کولین-سیس اتراکوریوم-پانکرونیوم
10	نارکوتیک وریدی	پتیدین - مرفین - متادون - رمی فنتانیل - فنتانیل - سوفنتانیل
11	آرام بخش وریدی	میدازولام _ فنوباریتال-دکسمتومیدین
12	داروهای متفرقه	سفتریاکسون-وانکوما یسین
13	داروهای بیهوشی	اتومیدیت-ایزوفلوران-کتامین-پروپوفول-سووفلوران-تیوپنتال
14	داروهای رادیو کنتراست وریدی	گادوبوترول-گادودیاماید-گادوپنتات-آیویدیکسانول-آیوهگزول-آیویامیدول-آیوپرومید-مگلو مین گادوترات

با برچسب آبی مشخص می شوند و باید در یخچال نگهداری شوند. درجه حرارت یخچال هر شیفت توسط پرستار چک شده و در دفتر مخصوص که در هر بخش موجود می باشد ثبت می گردد. درجه حرارت یخچال بین ۸-۲ درجه سانتی گراد حفظ می شود.

نام دارو	شکل دارو
ویتامین C	آمپول
فاموتیدین	آمپول
نور اپی نفرین	آمپول (به توصیه کارخانه بستگی دارد)
آتراکوریوم	آمپول
پانکرونیوم برماید	آمپول
نوروبیون	آمپول
فیلگراستیم (پی دی گراستیم)	تزریقی
آلتپلاز	ویال
اریتروپویتین (پی دی پویتین- اپرکس)	تزریقی
انسولین رگولار و nph	ویال
آمفوترسین B	ویال
آلبومین	ویال
کلرامفنیکل	قطره چشمی
اوکتروتاید	آمپول
کلسی تونین	اسپری - آمپول
کسپوفانژین	ویال
توکسوئید	ویال
فیبرینوژن	ویال
سوکسینیل کولین	آمپول
انواع شیاف	استامینوفن-بیزاکودیل-دیکلوفناک
تتابولین	آمپول
دسموپرسین	اسپری بینی
اینترفرون بتا	تزریقی
سیس آتراکوریوم	آمپول
اینترالیپید	محلول تزریقی
سرم ضدمار و عقرب گزیدگی	تزریقی

- بر روی کلیه داروهای فوق الذکر بایستی صورت تک تک برچسب مربوطه زده شود و این برچسب گذاری بایستی از داروخانه انجام شود.

توجه به داروهایی با نام و تلفظ مشابه (از نظر نوشتاری و گفتاری یا آوایی و شکل) (دومین راه حل ایمنی)

وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه گیج کننده می باشند، و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است.

پیرو همین روند و ورود داروها با شکل های مشابه از طرف شرکت های مختلف در بیمارستان چمران داروهای مشابه آوایی و شکلی توسط کمیته دارویی بررسی شده و به صورت داروی مشابه به صورت دوره ای اعلام خواهد شد .
چند مثال از داروهای با اسامی مشابه آوایی (اسمی) که باعث خطای شنیداری می شوند عبارتند از :

لیست داروهای مشابه از نظر آوایی

LASA (Look alike Sound alike)

PROMETHAZINE	PROTAMINE sulfate
METOCLOPRAMIDE	METHOCARBAMOL
OXAZEPAM	LORAZEPAM
ACETAMINOPHEN	ACETAZOLAMIDE
DOPAMINE	DOBUTAMINE
AMLODIPINE	AMIODARONE
ZIAMOX (amoxicillina triidrato)	DIAMOX (acetazolamide)
CARBAMAZEPINE	CARBIMAZOLE
LOSEC (Omeprazole)	LASIX
LANOXIN® (Digoxin)	NALOXANE
ECAZIDE (captopril/hydrochlorothiazide)	ESKAZINA (trifluoperazine)

در بخش های درمانی به این نکات توجه کنید:

در کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد، از نظر تلفظ و از نظر نوشتار و شکل (بسته بندی آنها) قرار داده شده است. این داروها با برچسب **زرد** مشخص می شوند و باید در باکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.

آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود:

1. بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از دستخط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان و پرستاران

2. بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آوای مشابه

3. بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه.

4. داروهای مشابه در این مرکز با برچسب **زرد رنگ** مشخص می شود به طوری که نام دارو و مشخصات آن قابل خواندن باشد.

5. در صورتی که دارو هم در دسته داروهای پر خطر (برچسب قرمز) و هم در دسته داروهای مشابه (برچسب زرد) قرار داشت، **برچسب قرمز** بر روی آن چسبانده شود.

6. چک مستقل دو گانه در زمان برچسب گذاری و جاگذاری در قفسه

7. نوشتن با حروف بزرگ در مشابه اسمی (TALL MAN LETTERING)

8. شفاف سازی با روش هایی مانند:

REPEAT BACK : تکرار نام دارو

READ BACK : بازخوانی شنیده

RIGHT DOWN : صحیح خوانی و صحیح نویسی

CLOSE THE LOOP : بستن حلقه (اطلاع به همکار شاهد)

دست خط ناخوانای پزشکان، آگاهی ناقص از اسامی دارویی، سرعت تولید داروهای جدیدی که وارد بازار مصرف می شوند، بسته بندی ها یا برچسب گذاری های مشابه داروها، مصارف مشابه بالینی، اشکال مشابه دوز دارویی، مشابهت در دفعات مصرف و تجویز و نارسایی شرکت های و برند قبل از تأیید نام تولید کننده و ارگان های قانون گذار در تشخیص احتمالات بالقوه برای خطا و عدم ارزیابی خطر هم برای داروها با اسامی ژنریک برای داروهای جدید بر احتمال اتفاقات ناخواسته و خطاهای دارویی می افزاید.

اصول عمومی آموزش در مورد داروهای مشابه

1. به صورت شفاف با بیمار ارتباط برقرار نمایید.

2. به یاد داشته باشید که استفاده ایمن داروها یک فعالیت تیمی است و بیمار نیز عضوی از تیم است.

3. برقراری ارتباطات مابین تیم درمانی بایستی به حدی شفاف باشد که امکان تفسیر چند گانه و مبهم ممکن نباشد.

4. بیان واضح و شفاف دستورات دارویی به عنوانی که قاعده کلی مفید در زمان برقراری ارتباط بایستی مد نظر باشد.

5. خوانا بودن دستورات دارویی واجتناب از بد خط نوشتن دستورات دارویی قاعده ای کلی و از اصول ایمنی دارویی محسوب می شود.

6. محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی به ویژه در خصوص داروها با تلفظ(آوای) مشابه.

7. تجویز دارویی به صورت شفاهی (تلفنی) بایستی حتی المقدور بسیار محدود گردد الزامی است که در موارد ضروری از تکنیک بازخوانی مجدد برای تأیید دستور داده شده استفاده شود.

8. در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار **right 8** مرتبط به داروها را به یاد بسپارید.

9. در برنامه های آموزشی دانشجویان پزشکی، داروسازی و پیراپزشکی بر اهمیت بررسی نام دارو، از نسخه نویسی، نسخه پیچی و دادن دارو به بیمار تأکید نمایید.

جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر

1. به بیماران و مراقبین آنان آموزش دهید که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک می باشند. شرکت های مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می کنند. معمولاً اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه/ شیشه دارو نوشته می شوند.
2. به بیماران برگه های آموزشی کتبی در ارتباط با موارد مصرف، نام های ژنریک و تجاری و عوارض جانبی بالقوه داروهای مصرفی بدهید.
3. با توجه به افزایش خطر بالقوه ناشی از خطاهای مرتبط به اسامی و اشکال مشابه دارویی **LASA**، بیماران را تشویق به نگه داری لیستی از اسامی تجاری و ژنریک داروهای مصرفی شان نمایید.
4. به بیماران توضیح دهید که برخی داروها ممکن است دارای دو نام مختلف باشند.
5. به منظور رفع ابهامات بیماران، فرصتی برای مرور دستور دارویی آنان با داروساز بیمارستان فراهم آورید.
6. بیماران و خانواده آنان را به یادگیری نام ژنریک داروی خود به عنوان شناسه کلیدی ترغیب نمایید.
7. به بیماران آموزش دهید که در صورت مغایرت داروهایی که به آنان داده می شود با رژیم دارویی معمولی شان، قبل از مصرف حتماً به ارائه دهنده خدمت اطلاع دهند. (داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح، بیمار صحیح)
8. در صورتی که داروی بیمار نیاز به ابزاراندازه گیری برای مثال: وجود قاشق یا پیمانه برای شربتتها، در اختیار وی قرار دهید

لیست داروهای مشابه از نظر شکل (Shape)

LASA (Look alike Sound alike)

آمپول هیوسین	آمپول کتورولاک
آمپول هیوسین	آمپول پیروکسیکام
آمپول ترانگزامیک اسید	آمپول آمیودارون
آمپول کلرفنیرآمین	آمپول کتورولاک

فرآیندی رسمی که با همکاری ارایه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرایند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسب ترین دارو برای بیمار می نماید. طی آن یک لیست کامل و دقیق از داروهای مصرفی (نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف دارو). مقایسه داروهای مصرفی بیمار قبل از پذیرش با داروهای تجویز شده در بخش به منظور برطرف کردن ناهمخوانی‌های موجود یا مشکلاتی که می‌توانند به صورت بالقوه ایجاد شوند. این فرایند توسط مشاوره یا داروساز بالینی و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام می شود.

داروهای که بایستی مشمول تلفیق دارویی می شوند:

1. داروهای نسخه شده
2. ویتامین ها
3. داروهای روی پیشخوان OTC (بدون نسخه)
4. مواد تشخیصی و کنتراست ها
5. تغذیه مکمل
6. فراورده های خونی
7. مایعات وریدی
8. مواد غذایی
9. داروی گیاهی

اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می تواند حداکثر تا 24 ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد.

روش های ارسال خطا

ارسال خطا در این مرکز، به دو روش صورت می گیرد:

- 1- از طریق سایت ارسال خطا: هنگامی که وارد سایت بیمارستان چمران شوید، روی خدمات الکترونیک کلیک کنید؛ سایت ارسال خطا باز می شود. پس از تکمیل فرم مربوطه با کلیک بر روی گزینه ارسال، آن را ارسال نمایید.
 - 2- از طریق صندوق ارسال خطا که در رختکن پرسنل گذاشته شده می توانید خطا ارسال نمایید.
- توجه:** کلیه پرسنل بیمارستان و پزشکان بیمارستان با هر سطح مدرک و تحصیلات می توانند بدون ذکر نام خود، خطا را ارسال نمایند. خطا های ارسال شده در این مرکز هر دو ماه یکبار مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و همراه با پیشنهادهای و راهکارها جهت جلوگیری از تکرار خطا های مشابه به بخش ها و واحدها ارسال می گردد و در واقع به اشتراک گذاشته می شود. همچنین آمار و لیست خطاهای دارویی و خطرناک ترین خطا ها و شایع ترین آنها همراه با اقدام اصلاحی جهت اطلاع پرسنل به بخش ها و واحدها ارسال می گردد هر دو ماه یکبار آمار خطا ها با یکدیگر مقایسه شده و به بخش ها ارسال می گردد خطا های ارسالی در جلسات درون بخشی مورد بحث و تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.

روش های اجرایی مربوط به ایمنی (مدیریت خطا)

در این مرکز دو روش اجرایی مربوط به ایمنی وجود دارد که شامل:

1- ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی

2- ارسال خطا بدون ترس از تنبیه و سرزنش

توجه: هر دو روش اجرایی در سامانه اعتبار بخشی قسمت مدیریت خطا، بخش مربوط به اطلاعیه ها و روش های اجرایی قرار داده شد.

راند های ایمنی

در این مرکز هر ۶ ماه، یک بار راند ایمنی به عبارت دیگر سالی دو بار (واک راند ایمنی) با حضور تیم ایمنی انجام می شود:

1- واک راند مدیریتی که طبق جدول گانت مشخص و اعلام شده، انجام می شود. در این راند هیچگونه ارزیابی انجام نمی شود و پرسنل حاضر در شیفت هم، مشکلات و پیشنهادات خود را در زمینه ایمنی با اعضا تیم ایمنی مطرح می نمایند. پس از اینکه مشکلات و پیشنهادات در کمیته ایمنی بیمارستان مطرح شد به اطلاع مسئول بخش و پرسنل رسانده می شود تا اقدام اصلاحی انجام شود.

2- واک راند نظارتی که در طی آن، بخشها با چک لیست از نظر ایمنی چک می شوند و بدون اطلاع قبلی است. این راند معمولاً ۱۵ روز، بعد از واک راند مدیریتی طبق جدول گانت و یا برحسب پیگیری مشکلات بخش دیرتر انجام می شود.

مدیریت خطر

روش تحلیل خطاهای پزشکی از طریق *RCA (Root Cause Analysis)* تجزیه و تحلیل علل ریشه ای حوادث

تجزیه و تحلیل علل ریشه ای حوادث، روشی تحقیقی است که اجازه می دهد سازمان با روش گذشته نگر به شناسایی عوامل اساسی و ریشه های ایجاد کننده خطاها بپردازد و دریابد چرا برخی نتایج رخ داده اند (آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است). هدف از RCA آگاهی از اینکه چه اتفاقی افتاده است؟ چرا اتفاق افتاده است؟ چه کاری می تواند برای جلوگیری از وقوع آن در آینده انجام شود؟

در بیمارستان چمران بعد از هر خطای پزشکی گزارش شده جلسه ای با اعضای درگیر حادثه و مدیر پرستاری در دفتر مدیریت برگزار خواهد شد و شرح حادثه و بارش افکار و پیشنهاد و راهکار بیان خواهد شد. و به اطلاع مسئول بخش و پرسنل اطلاع رسانی خواهد شد.

خطای فعال Active Error	خطای مغفی Latent Error
1- لبه تیز چاقوی جراحی Sharp End Scapel (پرسنل یا سیستم مراقبتی)	لبه غیر برنده چاقو Scapelt Blunt End
2- سریعا و فوراً مشاهده می شود	نیاز به گذشت زمان جهت ظهور دارد
3- در نقطه تماس و خط اول درگیری پرسنل و بیمار است (بیمار - پرسنل)	در لایه های مختلف مراقبت های درمانی است (غیر مستقیم تاثیر گذار است)

<p>4- بطور مستقیم با خطا مرتبط است (ارتباط مستقیم با بیمار)</p> <p>5- معمولاً شخص در بروز دخالت دارد</p>	<p>بطور غیر مستقیم با خطا ارتباط دارد (ارتباط غیر مستقیم با بیمار) (تأثیر گذار بر پرسنل، تجهیزات، دارو)</p> <p>معمولاً قانون گذاری برنامه ریزی و آموزش نامناسب سبب است</p>
<p>6- خطای عملکرد کارکنان (صف اول)</p>	<p>خطای مدیریت سازمان</p>

به دو نمونه تحلیل گذشته نگر (RCA) توجه فرمایید.

1- جا گذاشتن هر گونه وسیله اعم از گاز و قیچی و پنسدر بدن بیمار

آقای 22 ساله بعلت چاقو خوردگی به اورژانس بیمارستان مراجعه و زخم های وی توسط پزشک اورژانس شستشو داده، بخیه و پانسمان می شود. پس از چند ساعت مرخص می شود. بدلیل داشتن ترشحات از ناحیه زخم چندین بار به پزشک مراجعه و تحت درمان با آنتی بیوتیک قرار می گیرد. پس از گذشت 2 ماه از ترخیص و ادامه داشتن ترشحات مجدداً به بیمارستان مراجعه و پزشک پس از معاینه متوجه وجود گاز در ناحیه زخم می شود، لذا بیمار بستری و گاز خارج می شود.

علل حادثه:

- 1- نداشتن دقت کافی پرسنل در خارج کردن گاز از زخم بیمار و سوچر کردن زخم
- 2- عدم ذکر پک کردن زخم با گاز در برگ پروسیجر توسط پزشک
- 3- استفاده نکردن از گازهای خط دار در پک زخم بیمار
- 4- ارتباط تیمی غیر موثر بین پزشک و پرسنل
- 5- عدم بررسی دقیق محل زخم در مراجعات بعدی
- 6- عدم شمارش گازهای مصرف شده در زمان انجام پروسیجر

اقدامات اصلاحی:

- 1- تکمیل صحیح برگ پروسیجر و ذکر پک شدن زخم با گاز در برگ پروسیجر توسط پزشک
- 2- آموزش پرسنل در خصوص مراقبت از زخم قبل از سوچر کردن
- 3- شمارش گازهای مصرفی در هر پروسیجر و چک مجدد آنها

2- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی

خانمی 54 ساله با سابقه فشارخون جهت عمل جراحی فیوژن مراجعه و بعد از عمل جراحی در ریکاوری دچار ایست قلبی و تنفسی میشود که علی رغم انجام عملیات احیا بعد از 4 ساعت بیمار فوت می کند.

علل حادثه:

- 1- تجویز همزمان سفتریاکسون با سرم رینگر لاکتات
- 2- عمل توسط دستیار شروع شده و نروسرجن قبل از پایان جراحی اتاق عمل را ترک می کند.
- 3- عدم مانیتورینگ صحیح بیمار در ریکاوری
- 4- عدم تکمیل فرم بیهوشی و ثبت علائم حیاتی
- 5- تاخیر در درخواست مشاوره جراحی و قلب

6- حضور پرسنل تجربی غیرمرتبط، حین عمل به عنوان دستیار پزشک

7- عدم حضور جراح برالین بیمار واکتفا به دستورات شفاهی.

اقدامات اصلاحی:

1- عدم استفاده از پرسنل تجربی در اتاق عمل و ارسال تذکر کتبی به بیمارستان درخصوص بکارگیری پرسنل غیرمجاز در اتاق عمل.

2- تذکر به پزشکان در رابطه با حضور در اتاق عمل و انجام عمل توسط پزشک معالج

3- آموزش مستمر پرسنل

4- الزام به مانیتورینگ صحیح بیمار و ثبت دقیق علائم حیاتی حین عمل و در ریکاوری جهت مدیریت صحیح تیم احیا

روش کاهش، حذف و انتقال خطر یا FMEA (Failure Mode & Effects Analysis)

& HFMEA (Health Failure mode & Effect Analysis)

تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن تکنیک تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن روشی آ آینده نگر است. هدف از FMEA آگاهی از اینکه چه خطایی ممکن است رخ دهد؟ احتمال وقوع این خطا و آثار و پیامدهای آن کدامست؟ احتمال شناسایی و کشف این خطا پیش از وقوع چقدر است؟ و چه اقداماتی برای پیشگیری از ایجاد این خطاها می توان انجام داد؟

به نکات زیر توجه فرمایید

بیماران در معرض ابتلا به زخم فشاری

- بیماران دارای پوست مرطوب به دلیل بی اختیاری ادرار و مدفوع ، تعریق زیاد
- بیماران با بی حرکتی مطلق یا درای کاهش حرکت
- بیماران دارای کاهش سطح هوشیاری
- بیماران دارای اختلال در درک حسی مانند بیماران نخاعی ، اختلالات مغزی و دیابتی
- بیماران بستری در دوران نقاهت طولانی بعد از جراحی
- بیماران مسن
- بیماران دارای اختلالات حرکتی مانندسکته مغزی، فلج عضلانی، MS، میاستنی گراو و گلین باره
- بیماران دارای وزن بسیار زیاد یا خیلی کم
- بیماران دارای وضعیت تغذیه نامطلوب
- بیماران با کاهش هموگلوبین و آلبومین
- بیمارانیکه دارای سر تخت بالاتر از 30درجه به مدت طولانی هستند(ایجاد نیروهای مالشی و برنده)
- بیماران با تب بالا

بیماران در معرض خطر افتادن

- بیماران مسن
- بیماران دارای عمل جراحی که هنوز به طور کامل هوشیار نشده اند
- کودکان
- بیمارانی که احتمال کاهش سطح هوشیاری یا احتمال اختلال وضعیت همودینامیک را دارند
- بیمارانی که سابقه قبلی سقوط را دارند
- بیماران مبتلا به اختلالات شناختی، سایکولوژیک، بینایی و شنوایی
- درمواقع انتقال بیمار از واحد یا مرکزی به واحد یا مرکز دیگر
- بیمارانی که به هر دلیلی مدت طولانی ناشتا بوده اند
- بیماران دیابتی (به دلیل عدم کنترل قند خون یا نوروپاتی)
- بیماران دارای پوکی استخوان
- بیماران قلبی

پیشگیری از سقوط بیمار

- نرده های کنار تخت بیماران همیشه بالا باشد.
- در هر شیفت از سالم بودن نرده های کنار تخت اطمینان حاصل کنید و در صورت خرابی به مسئول اطلاع داده شود .
- در هنگام جابجایی بیمار از تخت به ویلچر، وبرانکارد و برعکس احتیاطات رعایت شود .
- روشنایی اتاق مناسب باشد بخصوص در شبها از سالم بودن لامپها ی اتاقها اطمینان حاصل شود.
- بهتر است بیماران در معرض خطر سقوط، در اتاقای روبروی ایستگاه پرستاری بستری شوند .
- هنگام انتقال بیمار از تخت به برانکارد حتما کمر بند برانکارد بسته شود .
- وسایل کمک حرکتی (عصا، ویلچر، واکر) در دسترس بیماران در معرض سقوط باشد .

وقایع نا خواسته تهدید کننده حیات (Never Events) مواردی هستند که هرگز در مراکز درمانی نباید اتفاق بیفتد.

توجه: در صورتی که هر کدام از موارد 30 گانه زیر اتفاق افتاد سریعاً بایستی به سوپروایزر کشیک ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و یا به دفتر بهبود کیفیت گزارش شود. تا مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. (لیست کدهای 30 گانه ایمنی در بخش ها موجود است)

کدهای ۳۰ گانه ایمنی

واحد ایمنی بیمارستان شهید چمران

۱۳۹۸

انجام جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم	۱
انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر	۲
انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار	۳
جا گذاشتن هرگونه وسیله مهم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن	۴
مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی	۵
تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور	۶
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	۷
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده	۸
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مربوط به آمبولی هوا به دنبال استفاده اشتباه از تجهیزات	۹
ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	۱۰
مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد	۱۱
خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی	۱۲
مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو	۱۳
تمامی موارد تزریق خون اشتباه حتی اگر منجر به آسیب نشده باشد	۱۴
کلیه موارد مرگ نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین	۱۵
مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی	۱۶
زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار	۱۷
کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعطل در درمان	۱۸
آسیب های وارده به ستون فقرات که به دنبال حرکت دادن، انتقال و یا جابجایی اشتباه اتفاق می افتد	۱۹
مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیای بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد	۲۰
حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گاز های مختلف به بیمار	۲۱
سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل	۲۲
موارد مرتبط با محافظت و نگهدارنده های اطراف تخت	۲۳
سقوط بیمار	۲۴
موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی	۲۵
هرگونه آسیب فیزیکی مانند ضرب و شتم و ... وارده به بیمار	۲۶
ربودن بیمار	۲۷
اصرار به تزریق داروهای خاص خطرآفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان	۲۸
کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر سزارین یا زایمان طبیعی یا جاماندن گاز در واژن به دنبال زایمان طبیعی	۲۹
عدم تشخیص به موقع	۳۰

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار

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

شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار	خطرات احتمالی مطرح شده برای بیمار	راهکارهای پیشگیرانه
بستری شدن بیمار و تامین خدمات مراقبتی، درمانی (تجویز دارو).....	ارثه خدمات برای بیمار اشتباه	<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی فعال بیمار قبل از هراقدام درمانی -تشخیصی و مراقبتی - فرهنگ سازی استفاده از نام و نام خانوادگی . تاریخ تولد به روز و ماه و سال به جای شماره اتاق و تخت - شناسایی بیماران یا نام مشابه در یک بخش و اطلاع رسانی وجود بیمار با نام مشابه در کاردکس و برد بخش و زدن تک شناسایی بیمار یا نام مشابه روی جلد پرونده - تطابق مشخصات بیمار با موارد درج شده در پرونده پزشکی بیمار قبل از ویزیت و یا انجام مشاوره
	بروز خطاهای دارویی (تجویز داروی اشتباه، دوز اشتباه دارویی و ...)	<ul style="list-style-type: none"> - اجرا شدن صحیح روش مراقبتی به صورت کیس متد - اجرای صحیح فرآیند کنترل و تجویز داروهای پر خطر (کنترل توسط دو نفر) - اجرای دستور العمل دارو دهی صحیح بر اساس A00000 - شناسایی لیست داروهای مشابه با شکل، تلفظ و نوشتار مشابه در هر بخش - جدا سازی و لیبل گذاری داروهای پر خطر از داروخانه و حساس سازی پرستاران به لیبل های مربوطه - معرفی و تعیین مراقبت ها و عوارض داروهای جدید توسط داروخانه به بخش ها
	عدم توجه به تغییر علائم حیاتی بعد از پروسیجرهای تهاجمی	<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی پروسیجرهای پر خطر بخش و آموزش مراقبت های بعد از پروسیجر به پرسنل جدیدالورود - اطلاع رسانی به پرسنل در خصوص نحوه دسترسی به لیست پروسیجر ها و مراقبت قبل و بعد از هر یک از پروسیجرها
	خطا در شناسایی و انتقال لوله های اکسیژن یا گازهای دیگر به بیمار	<ul style="list-style-type: none"> - رعایت کد بندی رنگی در خصوص سیلندرها و کیپسول های موجود در هر بخش - اطلاع رسانی کد بندی های رنگی به نیروهای جدید در هر بخش
	سوختگی های ناشی از هر منبعی در حین مراقبت (کوتر، کیف آب گرم ...)	<ul style="list-style-type: none"> - اطمینان از صحت عملکرد تجهیزات گرمایشی قبل از استفاده - آموزش پرسنل جدیدالورود در خصوص استفاده از تجهیزات گرمایشی (اندیکاسیون ها،فاصله یا منبع گرمایشی در موارد استفاده از وارمر،مراقبت های مربوط به استفاده از کیسه آب گرم در بیمارانی که دچار کاهش حس محیطی مانند بیماران دیابتی و غیره هستند) - آموزش کلیه پرسنل در خصوص شناسایی به موقع علائم سوختگی و اقدامات لازم جهت کنترل یا کاهش عوارض مربوطه

<ul style="list-style-type: none"> - الزامات رعایت بهداشت دست توسط کلیه پرسنل یالینی در بخش ها با نظارت سرپرستار بخش - رعایت دستور العمل استفاده از وسایل حفاظت فردی به صورت صحیح - استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات - رعایت اصول مراقبت از زخم و انجام پانسمان استاندارد در کلیه بیماران - کنترل استریلیزاسیون تجهیزات در انجام تکنیک های تهاجمی - نظارت بر اجرای گند زدایی صحیح وسایل و سطوح توسط کادر غیر تخصصی - الزامات رعایت بهداشت دست و اسکراب صحیح دست توسط تمامی پزشکان و کارکنان اتاق عمل - اسکراب صحیح پوست محل جراحی قبل از شروع عمل 	<p>عفونت بیمارستانی در بیمار</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان جهت کنترل مداوم - تحویل کامل اتصالات در زمان تغییر و تحول بخش و ثبت جزئیات در گزارش پرستاری - کنترل عملکرد اتصالات در هر نوبت تغییر تیم درمانی و یا تجویز دارو یا انجام اقدام خاص - درج تاریخ اتصال به بیمار بر روی اتصالات 	<p>عدم مراقبت صحیح از اتصالات</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - اطلاع رسانی سریع موضوع به پزشک معالج بعد از شناسایی علائم احتمالی اقدام به خودکشی بیمار - ایمن نمودن محیط اتاق بستری بیمار مستعد به خودکشی - عدم موجود بودن اجسام تیز و برنده ، شیشه ای و... از دسترس بیمار - فراخوان نیروهای حفاظت فیزیکی و اطلاع رسانی به سوپروایزر کشیک در موارد بحرانی 	<p>آسیب به خود یا اقدام به خودکشی</p>	<p>بیماران با رفتارهای پر خطر اجتماعی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ارائه توضیحات لازم در خصوص فرآیند درمان به بیمار و خانواده توسط پزشک معالج - برقراری ارتباط درمانی مناسب با بیمار - کنترل مصرف دارو بعد از تحویل دارو به بیمار 	<p>عدم قبول درمان و داروهای تجویز شده</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - دیل چک کردن درخواست خون توسط دو پرستار - ارسال نمونه های جداگانه برای درخواست و کراس منج فرآورده های خونی 	<p>ارسال نمونه خون اشتباه جهت درخواست خون و فرآورده های خونی</p>	<p>دستورات ترانسفیوزن خون و فرآورده های خونی</p>
<ul style="list-style-type: none"> - توانمند سازی علمی و عملی کلیه کارکنان جدیدالورود توسط سوپروایزر آموزشی و ارزیابی اطلاعات ارائه شده به پرسنل توسط سرپرستار بخش - اطلاع رسانی علائم و نشانه های فرآورده های خونی نا سالم 	<p>عدم نگهداری صحیح فرآورده های خونی دریافت شده</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - دیل چک کردن توسط پرستاران در تمامی مراحل درخواست خون و تزریق خون و همچنین دیل چک کردن توسط پرسنل بانک خون هنگام آماده سازی خون یا فرآورده های خونی - آگاهی و اجرای دستورالعمل تزریق خون و فرآورده های آن طبق دستور العمل موجود در بخش - کنترل علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار در ابتدای تزریق خون طبق هموویلائس - اطلاع رسانی علائم واکنش های خونی و توانمند سازی کارکنان در انجام اقدامات مربوطه 	<p>تزریق خون یا فرآورده های خونی ناهمگون و ناسازگار</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - اجرای دستورالعمل نقل و انتقال ایمن بیمار - کنترل ایمنی ترده کنار تخت و برانکارد - شناسایی بیماران آسیب پذیر و حضور اسکورت در زمان جابجایی بیمار - سالم بودن برانکارد(چک چرخها ، ترمزها) 	<p>سقوط از تخت حین جابجایی</p>	انجام پروسیجرها و تستهای تشخیصی خارج از بخش
<ul style="list-style-type: none"> - انجام تست های تشخیصی بعد از رویت پرونده بیمار - کنترل مشخصات بیمار یا برگه درخواست ارسالی - درخواست از بیمار جهت بیان مشخصات فردی و نوع تست تشخیصی در خواست شده (در صورت هوشیار بودن بیمار) 	<p>انجام تست پرروی بیمار اشتباه</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - کنترل مشخصات بیمار یا برگه درخواست ارسالی - کنترل درخواست ارسالی یا دستور پزشک و تست ثبت شده در سیستم HIS - درخواست از بیمار جهت بیان مشخصات فردی و نوع تست تشخیصی در خواست شده (در صورت هوشیار بودن بیمار) 	<p>انجام تست اشتباه برای بیمار</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - همراه بودن تجهیزات مورد نیاز جهت کنترل وضعیت بالینی و علائم حیاتی بیمار در حین تستهای تشخیصی به ویژه تست های تهاجمی - کنترل مداوم وضعیت بالینی بیمار و ثبت وضعیت بالینی در گزارش 	<p>عدم کنترل وضعیت بالینی بیمار حین انجام تست</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - شناسایی پروسیجرهای پرخطر بخش و عوارض احتمالی - اطلاع رسانی عوارض احتمالی پروسیجرها به کلیه نیروها به ویژه پرسنل جدیدالورود 	<p>عدم شناسایی علائم خطر در وضعیت بالینی بیمار</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - در معرض دید بودن اتصالات در حد امکان جهت کنترل اتصالات در حین انجام تست 	<p>عدم مراقبت از اتصالات در حین انتقال و انجام تست</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - کنترل مستندات و پرونده همراه بیمار جهت اطمینان از تطابق مشخصات بیمار یا پرونده منتقل شده - کنترل نام و مشخصات بیمار در ابتدای ورود به اتاق عمل یا سؤال از بیمار هوشیار - توجه به شناسایی صحیح بیمار قبل از انتقال به اتاق عمل - مطابقت نوع عمل طبق بیان خود بیمار یا موارد ثبت شده در پرونده 	<p>جراحی بر روی بیمار اشتباه</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - تحویل بیمار توسط پرستار آگاه به وضعیت بالینی بیمار به پرستار اتاق عمل به ویژه در خصوص بیماران غیر هوشیار - کنترل فرم آمادگی عمل و نوع عمل ثبت شده در پرونده بیمار - مطابقت نوع عمل طبق بیان خود بیمار یا موارد ثبت شده در پرونده در سه نوبت (بدو ورود به اتاق عمل ، قبل از بی هوشی و در نهایت قبل از شروع جراحی) - انجام مارکر گذاری توسط پزشک معالج بیمار قبل از انتقال بیمار به اتاق عمل 	<p>انجام عمل جراحی بر روی قسمت اشتباهی از بدن</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - شمارش و ثبت وسایل مورد استفاده در عمل قبل و بعد از عمل جراحی - ثبت آمار مربوط به شمارش گازها و وسایل در برد اختصاصی هر اتاق - رعایت دستورالعمل تحویل بیمار در مواردی که عمل در زمان تحویل شیفت ادامه دارد - مشخص بودن پرستار سیر گولار در هر اتاق - ارتباط مناسب کادر جراحی یا سیر گولار جهت ثبت دقیق آمار - رعایت دستور العمل جراحی ایمن و اطمینان از صحت شمارش وسایل و گازها قبل از سوچر و بستن موضع عمل 	<p>جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن بعد از جراحی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - کنترل عملکرد تجهیزات قبل از استفاده - رعایت مسائل ایمنی در حین استفاده از کوتری (پوست بیمار، رطوبت و...) 	<p>سوختگی ناشی از کوتری</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - حضور مداوم و فعال تکنسین بیهوشی در تمام مدت عمل جراحی یا بیهوشی - کنترل و مانیتورینگ وضعیت یالینی و تنفسی بیمار در حین انجام عمل بر اساس نوع عمل و سطح بی حسی استفاده شده - تحویل بیمارانی که بی حسی و یا بیهوشی دریافت نموده اند یا ثبت جزئیات هوشیاری و علائم حیاتی در پرونده 	<p>بروز عوارض بیهوشی</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - تهیه پروتکل علمی و مورد تأیید اساتید مرتبط در خصوص محدودهای زمانی کنترل موضع عمل در مواردی که احتمال خونریزی یا هماتوم بیشتر است (در بیماران یا اختلالات انعقادی و ...) - کنترل دقیق محل پروسیجر یا زخم پس از جراحی در هر شیفت توسط پرستار مربوطه 	<p>خونریزی و یا هماتوم شدید</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی - مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری - استفاده از تشک مواج در بیماران مستعد زخم بستر - اجرا پروتکل تغییر پوزیشن - آموزش موارد خود مراقبتی به بیمار (در صورت هوشیار بودن) و کمک بهیار مربوطه (در بیماران غیر هوشیار) - آموزش به نیروهای کمک بهیار در خصوص شناسایی علائم اولیه و راهکارهای پیشگیری از زخم بستر 	<p>زخم بستر</p>	انواع سقوط و زخم بستر
<ul style="list-style-type: none"> - ارزیابی اولیه بیماران در این خصوص و اطلاع رسانی به سایر اعضا کادر درمانی - مراقبتی بیمار از طریق ثبت در گزارش پرستاری - کنترل یا لا بودن نرده های کنار تخت به صورت مداوم - وجود هند ریل در راهروهای بخش ، سرویس بهداشتی و غیره - آموزش به بیمارانی که داروهای کاهش فشار خون دریافت می کنند - آموزش خود مراقبتی به بیمارانی که دچار محدودیت حرکتی بوده و مستعد سقوط هستند 	<p>سقوط (از تخت ، در ، حین راه رفتن و غیره)</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - کنترل تاریخ کالیبره بودن دستگاه - کنترل برق قبل از استفاده - کنترل پرز های برق به صورت دوره ای توسط تاسیسات - کنترل کابل های برق و شیکه بصورت دوره ای - کنترل سالم بودن کمر بند کپسولهای اکسیژن 	<p>خرابی دستگاه ، اشکال در کابل های ارتباطی مانند کابل برق و شیکه ، اشکال در پرز برق ، قطع برق ، کالیبره نبودن دستگاه ، اشکال در رابط برق</p>	تجهیزات
---	---	----------------

حالات بالقوه خطا

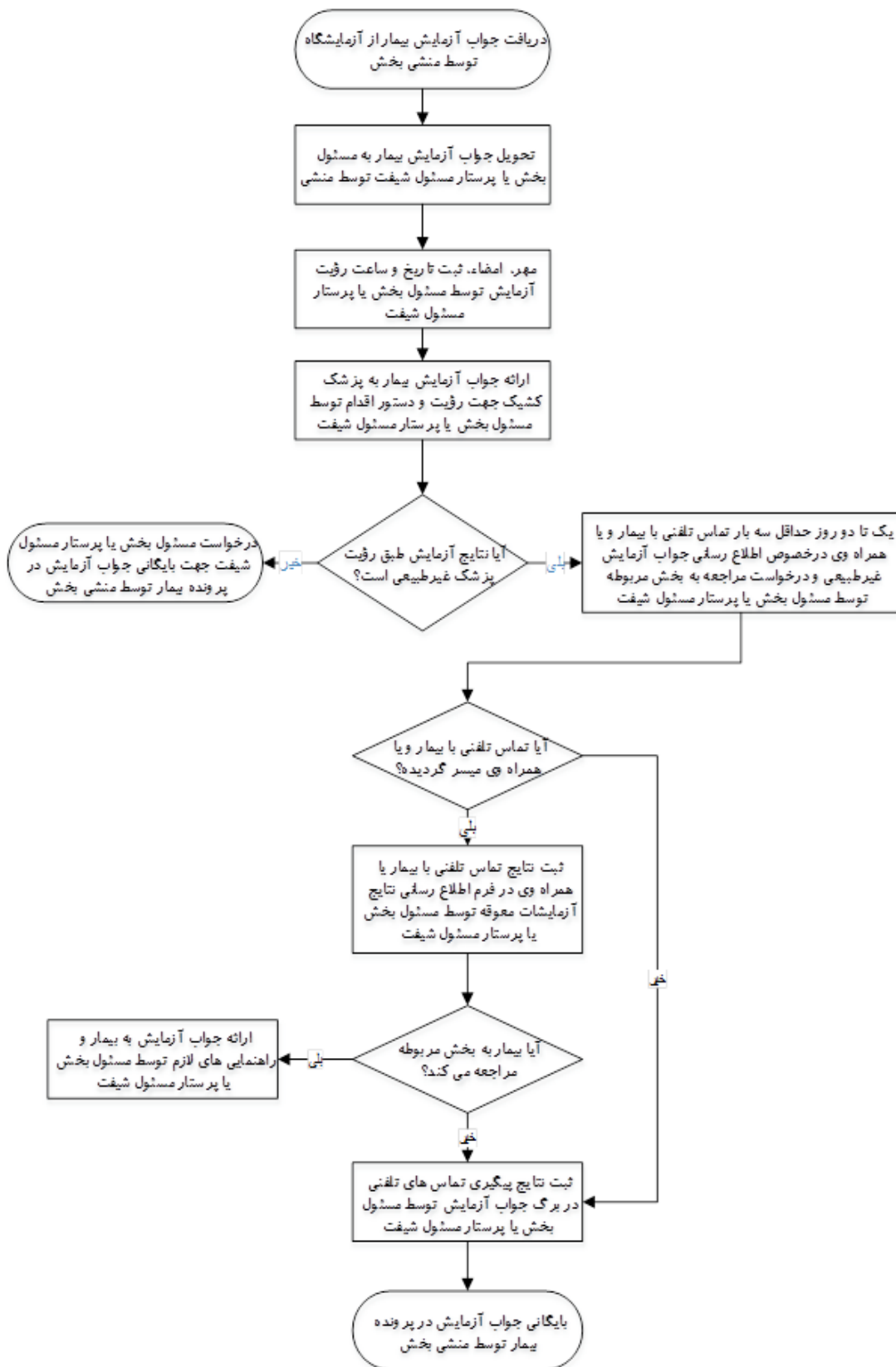
لیست مواردی که حالات بالقوه خطا در آنها زیاد است و ممکن است در صورت وقوع باعث شود که برای بیماران و پرسنل خطا بوجود آید و باعث آسیب به آنها شود بنا براین راههای جلوگیری و اقدام اصلاحی آنها به شرح زیر می باشد .

ردیف	حالات بالقوه خطا	اقدام اصلاحی و پیشگیرانه
۱	احتمال دادن داروی اشتباهی به بیمار به دلیل دادن دارو بدون کارت دارویی	ممکن است باعث آسیب به بیمار شود بنابراین توصیه می گردد که طبق دستورالعمل موجود در بخش اجراء شود و حتما قبل از دادن دارو از کارت دارویی استفاده شود و کارت دارویی هم با کاردهکس و پرونده بیمار چک گردد
۲	احتمال نید لینگ شدن پرسنل و بیمار هنگام وصل سرم و آنژیوکت به دلیل نبردن سفتی باکس و ریپک کردن نیدل بعد از تزریق دارو و خونگیری	جهت جلوگیری از نید لینگ شدن پرسنل و بیمار توصیه می شود که حتما سفتی باکس های کوچکی که خریداری شده همراه خود ببرند و بدون ریپک کردن نیدل بعد از خونگیری و تزریق دارو آن را در سفتی باکس بیندازند
۳	احتمال سقوط بیمار از تخت یا برانکاره هنگام انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر بدون حضور پرستار	جهت جلوگیری از سقوط بیمار از تخت و یا برانکاره و احتمال بروز عوارض برای بیمار در حین انتقال توصیه می شود که حتما در هر جابجایی پرسنل حضور داشته باشند تا از بروز عوارض برای بیمار جلوگیری شود
۴	احتمال بوجود آمدن عوارض برای بیمار هنگام انتقال بیمار از برانکاره به تخت بعد از عمل جراحی بدون حضور پرستار	پرستار هنگام انتقال بیمار از برانکاره به تخت طبق دستورالعمل موجود در بخش عمل نماید تا از جابجایی عضو عمل شده و عوارض آن جلوگیری شود و تا خواباندن کامل بیمار روی تخت حتما حضور داشته باشد
۵	احتمال عدم شناسایی صحیح بیمار هنگام گرفتن نمونه خون و تزریق خون توسط پرستار مسئول بیمار	قبل از گرفتن نمونه خون و یا تزریق خون شناسایی صحیح بیمار طبق خط مشی موجود در بخش انجام شود و حتما مشخصات بیمار از خود بیمار سؤال شود و با دستبند شناسایی چک شود
۶	احتمال بوجود آمدن عوارض برای پرسنل به دلیل عدم استفاده از وسایل حفاظت فردی حین عمل ، هنگام سوچر زدن در اتاق عمل و اتاق سوچر و هنگام تخلیه همو وک	تاکید می گردد که هنگام تخلیه همو وک و حین عمل و سوچر زدن از وسایل حفاظت فردی خصوصا عینک و دستکش جهت جلوگیری از پاشیدن ترشحات در چشم و نید لینگ شدن استفاده نمایند
۷	احتمال افتادن بیمار بعد از پایان عمل از تخت جراحی به دلیل Aggitate بودن بیمار	توصیه می شود که در پایان عمل حتما رزیدنت مربوطه و پرستار سیر کولار در اتاق حضور داشته باشند تا از سقوط بیمار جلوگیری شود .
۸	احتمال سوختگی خانمها با کوتری به دلیل داشتن النگو	جهت جلوگیری از سوختگی با کوتری توصیه می شود که حتما النگوی بیماران بیرون آورده شود ، در صورتی که بسیار تنگ است و بیرون نمی آید و با چسب زدن بر روی آنها هنوز به بدن چسبیده

احتمال سوختگی وجود دارد بنابراین بریده شود و بیرون آورده شود		
توصیه می شود که هنگام خروج از اتاق عمل لباس ها و کفش ها تعویض شود و توسط مسئول اتاق عمل نظارت بیشتری شود	۹	احتمال آلوده شدن اتاق عمل در نتیجه خروج پرسنل و پزشکان از اتاق عمل با لباس و کفش اتاق عمل
پیشنهاد استفاده از گان یکبار مصرف ضد آب برای کلیه پزشکان و پرسنل و همچنین هنگام عمل برای کلیه بیماران	۱۰	احتمال نفوذ خون و ترشحات بیمار از روی گان پارچه ایی به بدن پرسنل و پزشکان
توصیه می شود که حتما توسط رابط آموزشی و مربیان آنها آموزش های لازم به آنها داده شود و تا قبل از انجام ندادن صحیح اسکراب اجازه ورود به اتاق عمل داده نشود .	۱۱	احتمال آشنا نبودن دانشجویان اتاق عمل و استیودنت ها با روش صحیح و مراحل انجام اسکراب و در نتیجه انتقال آلودگی به بیمار و عفونی شدن بیماران
توصیه می شود که از کفش جلو بسته استفاده شود	۱۲	احتمال نپد لینگ شدن و پاشیدن ترشحات و خون بیمار بر روی پای پرسنل و پزشکان به دلیل پوشیدن کفش جلو باز در اتاق عمل
بالا بودن ساید ریل تخت ها و چک آنها در هر شیفت و هر ساعت و در صورت خراب بودن تعمیر آنها	۱۳	احتمال سقوط بیمار از تخت به دلیل پایین بودن سایدریل تخت
تغیر پوزیشن دادن اینگونه بیماران هر دو ساعت یکبار و آموزش به بیمار و خانواده وی	۱۴	احتمال ایجاد زخم فشاری در بیمارانی که از تخت خارج نمی شوند
دادن شیفتهای تکی به پرسنل و یا حداکثر دادن شیفت صبح و عصر	۱۵	احتمال انجام دادن کار اشتباه توسط پرسنل به دلیل خستگی زیاد و شیفتهای پیاپی
چک کیسول اکسیژن و تجهیزات بخش در ابتدای هر شیفت و گرفتن استریپ از دی سی شوک جهت اطمینان از عملکرد آنها	۱۶	احتمال خالی بودن کیسول های اکسیژن و عدم کارکرد صحیح دی سی شوک و سایر تجهیزات در مواقع ضروری
فیکس کردن کیسول های اکسیژن بر تابل با کمر بند مخصوص کیسول اکسیژن	۱۷	احتمال سقوط کیسول های اکسیژن بر تابل بر بالین بیمار

دستورالعمل و فرایند اطلاع رسانی آزمایشات به بیماران پس از ترخیص

اطلاع از دستورالعمل و همچنین فرآیند اطلاع رسانی آزمایشات به بیماران پس از ترخیص در سامانه اعتبار بخشی بیمارستان موجود هستند فرایند به شرح زیر است:



نمونه فرم دستورات تلفنی:

فهرست دستورات شفاهی - تلفنی (بیمارستان شهید چمران شیراز)					
..... ماه		 بخش		
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	شماره پرونده بیمار	دستورات شفاهی	نام دستور دهنده	تاریخ

مهر و امضاء سرپرستار بخش

لیست موارد بحرانی آزمایشگاه و رادیولوژی

- در این مرکز یک **خط تلفن red line** وجود دارد که از **آزمایشگاه و رادیولوژی و مدیریت** به بخش‌ها وصل شده و صرفاً جهت گزارش موارد بحرانی آزمایشگاه، رادیولوژی و سایر موارد بحرانی (به تشخیص مدیریت) از آن استفاده می‌شود. در صورتی که اشتباهی غیر از موارد فوق با خط **red line** تماس گرفته شود بایستی گفته شود که این خط **جهت موارد بحرانی** می‌باشد و قطع شود و با خط‌های دیگر بیمارستان تماس گرفته شود.
- پرستار باید از روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک، مقیاس‌های بحرانی آزمایشگاه و مقیاس‌های بحرانی تصویر برداری آگاهی داشته باشد.

مقیاس های بحرانی در آزمایشگاه بیمارستان شهید چمران

<i>Biochemistry</i>	<i>Less than</i>	<i>Greater than</i>
Glucose Adult	50	300 mg/dl
Glucose Pedi	40	300 mg/dl
Ca	7.5	11.5 mg/dl
Bun(except dialysis patients)	-	40 mg/dl
Albumin	2.3	6.0 mg/dl
Cr (except dialysis patients)	-	2.0 mg/dl
Na	130	150 mEq/l
K	3.0	5.5 mEq/l
Phosphorus	1.0	7 mg/dl
<u>Bilirobin Total</u> <u>New Borns</u>	-	15 mg/dl
<u>Litium</u>	-	2 mg/dl
<u>Hb</u>	8	19 gr/dl
HCT	23	50 gr/dl
Platelet (Adult)	40/000	1000/000
Platelet (Pedi)	20/000	1000/000
PT	-	16 sec
PTT	-	50 Sec
WBC count	3/000	30/000
Diff	-	<u>Myelocyte & Promyelocyte&</u> <u>Schystocytes</u>
ESR	-	>100
D-Dimer	-	>800

مقیاس های بحرانی در بخش تصویربرداری

واحد	مقیاس بحرانی	اقدام
رادیولوژی	انواع شکستگی باز	اطلاع به پزشک اسکرین
	شکستگی ستون فقرات	اطلاع به پزشک اسکرین
سی تی اسکن و ام آر آی	پولموناری آمبولی	اطلاع به رادیولوژیست
	آنوریسم عروقی	"
	دایسکشن آئورت	"
	خونریزی یا هماتوم داخل عروق مغزی	"
	ترومبوز سینوس وریدی مغزی	"
	Internal Bleeding	"
	Visceral Rupture & Injury	"
	Bowel Obstruction	"
	Tension Pneumothorax	"
	Rupture of Aneurysm	"
	Brain aneurysm with bleeding	"
	External collection of brain	"
	CVA(Cerebral Vascular Accident)	"
	CVT(Cerebral Venous Thrombosis)	"

اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی

اقداماتی هستند که جهت انجام آنها نیاز به رضایت بیمار و ثبت در فرم رضایت نامه می باشد. فرد انجام دهنده پروسیجر بعد از ارائه توضیحات کافی در مورد انجام پروسیجر و عوارض آن به بیمار یا ولی قانونی او، اقدام به گرفتن رضایت می نماید که رضایت باید بصورت کاملا آگاهانه و بدون اجبار باشد. تمامی اطلاعات این فرم باید بصورت عامیانه و قابل فهم برای عموم نوشته شود و در صورت نوشتن کلمات تخصصی توضیحات لازم به همراه آن آورده شود.

لیست اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی

- هرگونه پروسیجری که انجام آن با برش پوست توام باشد مانند گذاشتن پین استخوانی و ...
- آسپیراسیون زیر جلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست مانند LP.
- پاراسنتز (خارج نمودن مایع از یکی از حفره های بدن).
- آسپیراسیون مفاصل و سیلین تست.
- دبریدمان پوست یا زخم به منظور مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود (I&D).

- اینتوباسیون
- گذاردن chest tube
- ترانسفوزیون خون و سایر فرآورده های خونی
- انجام هرگونه پژوهش مجوزدار در راستای اقدامات تشخیصی درمانی
- هرگونه مداخلات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی و تمامی اعمال جراحی نظیر ام آر آی و یا سی تی اسکن با تزریق ماده حاجب
- هرگونه پروسیجری که انجام آن با بی حسی موضعی/بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توام باشد.
- طب سوزنی و بلوک درمانی عصب در مواردی نظیر جاناندازی های بسته استخوان، بیماران با بیماری کمر درد، ساییدگی زانو، مهره و ..
- شیمی درمانی
- درمان الکتروشوک (ECT)
- گذاردن lumbar drain
- ونتریکلستومی تیوب
- گذاردن کاتتر ورید مرکزی (cvp line)
- گذاردن کت دان
- گذاردن دبل لومن
- گذاردن تری پل لومن
- تراکئوستومی
- جا اندازی های بسته استخوان
- گذاردن Skull pin (گارنر تراکشن)

باتوجه به این که بخش های بستری بیمارستان فاقد اتاق اسکراب می باشند تمامی موارد فوق می بایست در اتاق عمل و شرایط استریل انجام گیرد. در صورت نظر پزشک ارشد مبنی بر اورژانسی بودن، پروسیجرهای مذکور از طریق اسکراب دست با محلول ضد عفونی کننده پایه الکل در بخش امکان پذیر می باشد.

الزامات:

- **مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی، پروسیجر تهاجمی حداکثر 30 روز می باشد.**
- از بیماران تحت برنامه های درمان خاص نظیر ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فرزیس، دیالیز خونی به شرط ثابت ماندن شرایط بیماری می توان در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد.
- قبل از انجام هرگونه اقدامات تشخیصی، درمانی، تهاجمی پزشک کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار بر گه رضایت نامه را امضا می نماید.

لیست اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) غیر تهاجمی

- گذاردن کنتر وریدی محیطی
- گذاردن کنتر ادراری
- گذاردن لوله معده
- تزریقات وریدی / عضلانی
- انجام ساکشن
- مواجهه با خون و مایعات بیولوژیک بدن بیمار
- تخلیه درن / هموک
- انجام پانسمان
- بخیه زدن

روش اجرایی در خصوص همویژلانس و تزریق خون ایمن در بخش

همو به معنای خون و ویژلانس به معنای مراقبت است. همویژلانس به معنای مراقبت از خون، به فعالیت هایی اطلاق می شود که در کل زنجیره انتقال خون از زمان جمع آوری خون تا زمان تزریق آن به گیرنده به منظور جمع آوری و ارزیابی اطلاعات مربوط به وقوع عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تزریق خون و فرآورده های آن در افراد گیرنده انجام شده تا در صورت امکان مانع از بروز مجدد آنها شود. در واقع همویژلانس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون است.

کمیتہ مرگ و میر

این کمیته برای بررسی علل مرگ و میر ، روند مرگ و میر ، جلوگیری از موارد مرگ و میر قابل اجتناب ، ابعاد قانونی موضوع ، تجزیه و تحلیل و بررسی عوارض اتفاق افتاده و اتخاذ تدابیر لازم تشکیل می گردد. دبیر کمیته مرگ و میر در این مرکز درمانی، خانم پارس نیا می باشد. جلسات کمیته حداقل هر ماه یکبار تشکیل می شود و نتایج حاصل از آنها به اطلاع پرسنل بخشها رسانده می شود.

تجهیزات پزشکی ضروری

تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات ، این تاخیر ، ایمنی بیمار را به مخاطره می اندازد (به عنوان مثال دی سی شوک). لیست تجهیزات ضروری مورد تأیید مسئول تجهیزات پزشکی و بخش های پشتیبان در تمامی بخش ها و واحدهای درمانی موجود می باشد (موجود در کلاسور ایمنی هر بخش) که یک نمونه از این لیست در زیر آمده است.

CH-QM-FO-003 تاریخ : 1401/01/01	لیست تجهیزات پزشکی بیمارستان شهید چمران شیراز	آی سی یو
---------------------------------------	---	----------

ردیف	لیست تجهیزات پزشکی	تعداد	بخش پشتیبان
1	ساگشن	3	نروسرجری
2	مانیتور	2	نروسرجری
3	اتفوزیون پمپ	0	-
4	دستگاه نوار قلب	1	نروسرجری
5	سرنگ پمپ	6	نروسرجری
6	دستگاه دی سی شوک	3	نروسرجری
7	پالس اکسی متری انگشتی	3	نروسرجری

امضا مسئول تجهیزات پزشکی	امضاء سرپرستار بخش	امضاء مسئول علمی بخش

***** قابل توجه همکاران محترم**

مکان اتاق تجهیزات پشتیبان به کمد دیواری واقع در ابتدای سالن انتظار اتاق عمل می باشد و کلید آن در جعبه کلید دفتر سوپروایزر می باشد.

جعفری

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - بیمارستان شهید چمران

پرسنل بخش باید از لیست مربوطه و بخش پشتیبان آن اطلاع داشته باشند تا در صورت لزوم، تجهیزات مورد نیاز خود را از بخش پشتیبان تهیه نمایند. در صورت موجود نبودن یا آزاد نبودن آن وسیله در بخش پشتیبان، وسیله مورد نظر از بانک تجهیزات پزشکی تامین می گردد

اسامی ، فرمول و رنگ بندی

گازهای طبی موجود در بیمارستان شهید چمران

اسامی گازها	فرمول	رنگ سیلند
اکسیژن	O ₂	سفید
اکسید نیتروژن	N ₂ O	آبی
دی اکسید کربن	CO ₂	خاکستری
اتیلن	C ₂ H ₄	بنفش
هلیوم	He	قهوه ای
نیتروژن	N ₂	سیاه

ضد عفونی صحیح کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از کاربرد آن

خطر انتقال عفونت های بیمارستانی از بیماری به بیمار دیگر، از بیماران به پرسنل و کادر درمان از طریق وسایل مراقبتی و درمانی آلوده همواره وجود دارد، لذا لزوم اقدامات گندزدایی و انتخاب مواد ضد عفونی کننده مناسب ضروری می باشد.

1. شستشو (Cleaning): عبارتست از برطرف نمودن کلیه مواد اضافه نظیر گرد و غبار، خون ، مخاط و ... از روی وسایل، که اغلب با استفاده از آب و یک نوع ماده دترجنت انجام می گیرد. این مرحله باید جهت کلیه وسایل و ابزار پزشکی که نیاز به گندزدایی و سترون سازی دارد انجام شود.

2. گندزدایی (Disinfection): برطرف نمودن میکرو ارگانیسم های پاتوژن نظیر باکتری، قارچ، انگل و ویروس از روی وسایل و ابزار پزشکی بجز اسپور باکتری ها.

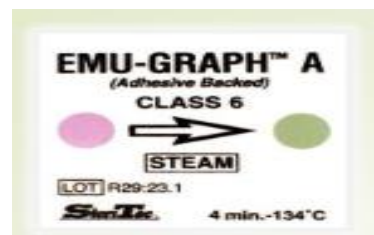
3. سترون سازی (Sterilization): برطرف نمودن و نابود کردن همه اشکال حیاتی میکرو ارگانیسم ها نظیر باکتری، اسپورباکتری، مایکو باکتریوم، ویروس، قارچ و انگل.

شیوه های سترون سازی:

- بخار تحت فشار با استفاده از دستگاه اتوکلاو
- حرارت خشک با استفاده از دستگاه اتوکلاو خشک
- پلاسما
- گاز اکسید اتیلن
- گاز فرمالدئید بابخار
- محلول های استریل کننده

برای اطمینان از صحت عملکرد دستگاهها و ابزارهای استریل شده از اندیکاتور استریل استفاده می شود. اندیکاتورهای استریل، نشانگرهای تست صحت عمل سیکل استریل می باشند که به پارامترهای خاصی حساس هستند. مثلاً بخار، دما یا زمان.

یکی از آنها اندیکاتور شیمیایی است. اندیکاتورهای شیمیایی نشانگرهایی هستند که معمولاً حالت جامد و کاغذی شکل داشته و داخل پک‌های استریل قرار داده می‌شوند. تا پس از پایان استریل توسط اپراتور استریل بررسی و در صورت عدم تغییر رنگ یا تغییر رنگ ناقص سیکل استریل مجدداً انجام گردد.



پرسنل باید از موارد فوق آگاهی داشته و حین استفاده از وسایل پک شده استریل به برچسبهای مخصوص دقت کند، فرم مخصوص اندیکاتور را پر کرده و برچسبها را روی برگه بچسباند و فرم را روی پرونده بیمار قرار دهد.

دانشگاه علوم پزشکی شیراز
بیمارستان شهید چمران

فرم کنترل صحت عملکرد فرآیند استریلیزاسیون لوازم و ابزارهای استفاده شده

نام و نام خانوادگی بیمار:..... نام پدر:..... شماره پرونده:..... سابقه و تعداد بستری:.....	
نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....	نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....
نشانگر وسایل + بر چسب	نشانگر وسایل + بر چسب
نشانگر وسایل + بر چسب	نشانگر وسایل + بر چسب
نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....	نام بخش:..... تاریخ انجام اقدام:..... نوع اقدام:..... نام جراح:..... نام فرد کمک دهنده:..... نام و نام خانوادگی پرسنل دهنده ابزار:.....
نشانگر وسایل + بر چسب	نشانگر وسایل + بر چسب
نشانگر وسایل + بر چسب	نشانگر وسایل + بر چسب

نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء پرستار تکمیل کننده فرم:

با توجه به نکات گفته شده ، وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران بر حسب نوع استفاده به سه گروه تقسیم می شوند که این تقسیم بندی، تعیین کننده شیوه لازم گندزدایی یا سترون سازی خواهد بود.

1. وسایل حیاتی (Critical): وسایلی هستند که هنگام کاربرد، آنها در تماس مستقیم با جریان خون یا نواحی استریل بدن می باشند مثل جاقوهای جراحی، سوزن های تزریق و بخیه ، کاتترهای عروقی و ... این وسایل باید سترون سازی شوند.

2. وسایل نیمه حیاتی (Semi critical): وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن یا پوست آسیب دیده می باشند، مانند کاتترهای اداری، اسپکولوم های معاینه زبان یا بینی ، باندازها و ... این وسایل باید ترجیحا سترون سازی شوند، اما گندزدایی سطح بالا نیز جهت آنها قابل قبول است.

3. وسایل غیر حیاتی (Non critical): وسایلی هستند که در تماس با پوست سالم هستند، مانند گوشی پزشکی ، الکترودهای قلبی، کاف فشار خون و ... سطوح و محیط بیمارستانی ، کف زمین و دیوارها در این گروه قرار می گیرند، این وسایل باید شستشو یا گندزدایی سطح پائین شوند.

انواع ضد عفونی کننده ها:

1. ترکیبات کلر مثل هیپو کلرایت سدیم (وایتکس) جهت گندزدایی سطح متوسط و پائین.
2. الکل 70٪: در مدت زمان ده دقیقه می تواند همه انواع میکروارگانیسم ها بجز اندوسپور باکتری ها را از بین ببرد و گندزدایی سطح بالا را ایجاد کند.
3. ترکیبات فنل: این مواد، همه اشکال میکروارگانیسم ها به جز اندوسپور باکتری ها را از بین می برد.
4. ترکیبات ید مثل بتادین جهت گندزدایی پوست با سطح متوسط.
5. ترکیبات چهار ظرفیتی آمونیاک مثل بنز آلکانیوم کلراید جهت ضد عفونی کردن سطوح بیمارستانی .

شیوه های گندزدایی:

- 1-گندزدایی سطح بالا (High level disinfection): پراکسید هیدروژن - پراستیک اسید- گلو تار آلدئید- فرمالدئید
- 2-گندزدایی سطح متوسط (Intermediate disinfection): کلر-ید- الکل
- 3-گندزدایی سطح پائین (Low disinfection): فنل و ترکیبات فنلی- ترکیبات آمونیوم

پسماندهای بیمارستانی

پسماندهای تولید شده در بیمارستان به دو دسته عمده زیر تقسیم می شوند

- 1- پسماندهای عادی (خانگی - معمولی) : که از کارکردهای خانه داری و مدیریت اجرایی این مراکز تولید می شوند.
- 2- پسماندهای خطرناک: که می تواند مجموعه ای از مخاطرات بهداشتی را ایجاد کند و به 9 دسته تقسیم می شوند. که عبارتند از : پسماندهای عفونی ، پاتولوژیک ، برنده و نوک تیز ، دارویی ، شیمیایی ، ژنوتوکسیک ، فلزات سنگین ، ظروف تحت فشار و پسماندهای پرتوزا.

نام رده پسماند	شرح و مثال
1-پسماندهای عفونی	پسماندهای مضمون به داشتن عوامل زنده بیماری مانند کشت های میکروبی آزمایشگاه ، پسماندهای ناشی از جداسازی بیماران عفونی ، بافت ها ، مواد و تجهیزاتی که با بیمار عفونی تماس داشته باشند ، مواد دفع شده این بیماران
2-پسماندهای پاتولوژیک	مانند بافت ها و آبگونه های انسانی ، تکه های بدن انسان ، خون و سایر آبگونه های بدن ، جنین
3- پسماندهای برنده و نوک تیز	مانند سوزن تزریق ، دستگاه (ست) انفوزیون ، تیغه چاقو ، چاقو ، تیغ و شیشه های شکسته

4- پسماندهای دارویی	داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم، اقلامی که به دارو آلوده شده یا دارو دارند (مانند قوطی ها و شیشه های دارویی)
5- پسماندهای زئوتوکسیک	مانند پسماندهای دارای مواد با خصوصیات سمی برای ژن ها، از جمله پسماند های دارای مواد سایتوتوکسیک که بیشتر در درمان سرطان بکار می روند و مواد شیمیایی سمی برای ژن ها
6- پسماندهای شیمیایی	که محتوی مواد شیمیایی مانند معرف های آزمایشگاهی، داروی ثبوت و ظهور فیلم، مواد گندزدای تاریخ گذشته یا غیر لازم و حلال ها می باشند
7- پسماندهای دارای فلزات سنگین	مانند باتری ها، ترمومترهای شکسته، اسباب های جیوه ای اندازه گیری فشار خون و ...
8- ظرف های تحت فشار	سیلندر های گاز، کارتریج گاز و قوطی افشانه ها
9- پسماندهای پرتوزا	مایعات مصرف نشده پرتو درمانی یا آزمایشگاه های تحقیقاتی، لوازم شیشه ای آلوده، بسته بندی ها، کاغذ های جاذب، ادرار و مواد دفع شده بیماران درمان شده یا آزمایش شده به وسیله دارو های رادیو نوکلئید مهر و موم نشده یا منابع سربسته

راهنمای عمومی جمع آوری، انبار و انتقال زباله های بیمارستان ها

تمام فعالیت هایی که در زمینه دفع زباله انجام می شود باید با در نظر گرفتن آیین نامه های ملی باشد. اقدامات زیر به عنوان یک راهنمای عمومی توصیه می شود:

- به دلایل ایمنی و اقتصادی، درمانگاه ها و بیمارستان ها باید سیستمی ویژه برای جمع آوری زباله های بیمارستانی سازمان داده و زباله های طبی، زباله های معمولی و بعضی زباله های خاص (مثل وسایل تیز، زباله های شدیداً عفونی و زباله های سایتوتوکسیک) را از یکدیگر جدا کنند.
- زباله های عادی درمانگاه ها و بیمارستان ها را می توان در قالب سیستم زباله خانگی دفع کرد.
- اشیاء تیز را باید در همان محلی که مورد استفاده قرار می گیرند داخل محفظه های سوراخ نشدنی که معمولاً از جنس فلز یا پلاستیک متراکم ساخته می شوند و دارای درپوش محکم می باشند جمع آوری کرد. محفظه ها باید سخت، نفوذناپذیر و مقاوم به سوراخ شدگی باشند.
- کیسه ها و دیگر محفظه هایی که برای زباله های عفونی استفاده می شوند باید دارای آرم بین المللی که نشان دهنده ی وجود ماده ی عفونی است، باشند.
- زباله های عفونی درمانگاه ها و بیمارستان ها باید در یک مکان محفوظ که دسترسی به آن محدود باشد انبار شوند. زباله های آزمایشگاه های میکروب شناسی باید توسط اتوکلاو استریل شوند. این زباله ها باید در کیسه هایی بسته بندی شوند که با این روند سازگاری داشته باشند.
- زباله های سایتوتوکسیک که اکثراً در بیمارستان ها یا مراکز تحقیقاتی بزرگ تولید می شوند، باید در محفظه هایی محکم مقاوم به نشت، همراه با علامت مشخص (زباله های سایتوتوکسیک) جمع آوری شوند
- مقادیر کم زباله های شیمیایی و دارویی را می توان همراه زباله های عفونی جمع آوری کرد.
- مواد دارویی غیر مستعمل یا تاریخ گذشته که در بخش ها یا دپارتمان های بیمارستان به مقدار زیاد انبار شده اند، باید جهت دور ریخته شدن به داروخانه برگشت داده شوند. سایر زباله های دارویی بخش ها نظیر داروهای آلوده یا دور ریخته شده یا بسته های حاوی بقایای

دارو، نباید به داروخانه برگردانده شوند. چون خطر آلودگی داروخانه را به همراه دارند. لذا باید در یک محفظه مناسب در همان بخش ذخیره گردند

- مقادیر زیاد زباله های شیمیایی، باید در محفظه های مقاوم به مواد شیمیایی بسته بندی و در صورت امکان به تسهیلات ویژه پالایش ارسال شود، چرا که انواع مختلف زباله های خطرناک شیمیایی، هرگز نباید با هم مخلوط شوند.
- زباله های حاوی مقادیر زیاد فلزات سنگین مثل کادمیوم یا جیوه، باید جداگانه جمع آوری و دفع شوند.
- زباله های عفونی که رادیواکتیویته کمی دارند، مثل سواب ها ، سرنگ های دارای کاربری تشخیصی و درمانی را می توان در کیسه های زرد یا محفظه های زباله عفونی نگهداری کرد به شرط اینکه موارد تاخیر برای امحاء در نظر گرفته شده باشد.
- زباله های عادی در کیسه های زباله و سطل آبی رنگ نگهداری و جمع آوری می گردد.
- زباله های عفونی در کیسه های زباله و سطل زرد رنگ نگهداری و جمع آوری می گردد.
- پرسنل در هر شیفت باید از سالم بودن زنگ های احضار پرستار ، نرده های کنار تخت بیمار و همچنین داشتن کمر بند مخصوص کیسول های اکسیژن اطمینان حاصل کنند.

خط مشی و روش اجرایی مهار فیزیکی

روش اجرایی این مورد در سامانه اعتبار بخشی موجود است.

خط مشی و روش اجرایی مهار شیمیایی

روش اجرایی این مورد در سامانه اعتبار بخشی موجود است.

polypharmacy

پلی فارمسی

تعریف پلی فارمسی: مصرف **همزمان بیش از یک دارو** و یا وجود **چهار دسته دارویی** یا بیشتر در داروهای مصرفی بیمار که موجب **تداخلات دارویی**، **مسمویت دارویی**، **افزایش عوارض جانبی**، **واکنشهای نامطلوب دارویی** و **خطاهای درمانی** و **افزایش خطر بستری و هزینه درمانی** گردد که **بیماران نیازمند مشاوره تلفیق دارویی می باشند**.
دستور العمل این مورد در سامانه اعتبار بخشی موجود است.

انتقال و اعزام

فرآیند انتقال، اعزام و ارجاع استاندارد و ایمن بیمار، فرآیندهای مهم و اساسی در سیستم درمانی کشور می باشند. حفظ و تضمین زنجیره ارائه خدمات بیماران بین سطوح مختلف خدمات سلامت و مراکز درمانی، از الزامات انتقال ایمن بیماران است. با توجه به اینکه انتقال یک بیمار ممکن است تغییرات فیزیولوژیکی مختلفی ایجاد کند که پیش آگهی بیماری را تحت تاثیر قرار دهد، لازم است انتقال بصورت سیستمی و مطابق با راهنماهای معتبر و مبتنی بر شواهد صورت پذیرد. انتقال ایمن بیماران منوط به تصمیم گیری دقیق، ارتباطات صحیح، فراهم بودن آمادگی های قبل از انتقال و انتخاب بهترین روش انتقال بیمار (زمینی و یا هوایی) می باشد.

نکات قابل توجه در انتقال ایمن بیماران:

۱. حفظ ایمنی بیمار
۲. ارائه مراقبت های مورد نیاز بیمار
۳. ایجاد ارتباط مناسب با دیگر کادر درمان
۴. حفظ احترام بیمار
۵. در نظر گرفتن نیاز های بیمار
۶. عزاز داری
۷. اطلاع دادن به بیمار و خانواده وی راجع به علت انتقال

الزامات انتقال ایمن بیماران:

یکی از الزامات در جابجایی بیمار هماهنگی دقیق با تیم انتقال، بخش مقصد و کادر درمان با در نظر گرفتن زمانبندی مناسب می باشد. انتقال های درون بیمارستانی باید زیر نظر دقیق کادر درمانی انجام پذیرد. در صورت امکان، تعداد بیماران انتقال داده شده به بخش های عمومی، در طول شب، کاهش داده شود از جابجایی غیر ضروری در بیماران بدحال و نیازمند به مراقبت ویژه اجتناب گردد. از به تاخیر انداختن انتقال اورژانسی بیمار به بخش های ویژه بر اساس زمانبندی تعیین شده، اجتناب گردد. از به تاخیر انداختن انتقال بیمار از بخش اورژانس به دیگر بخش های بیمارستان، اجتناب گردد. بیمار از هدف و مقصد انتقال مطلع شده باشد) در انتقال بین بخشی با هدف جلب رضایت بیمار/خانواده، توضیحات قابل فهم و درک ایشان، ارائه شده و در مورد علت جابجایی کاملاً توجیه شده باشند. به بیمار اطمینان داده شود که در یک محیط امن و در زمان مناسب، مراقبت های لازم را دریافت می نماید. همچنین توضیحات و آموزش های ارائه شده در این زمینه، در گزارش پرستاری/ فرم آموزش به بیمار ثبت گردد. دستبند شناسایی به بیمار متصل باشد. بخش یا واحد مقصد از اینکه بیمار در مسیر انتقال میباشد، مطلع شده باشد. در مورد بیماران سنگین وزن، بخش مقصد میبایست از وزن بیمار، مطلع باشد تا نسبت به در دسترس بودن تجهیزات مناسب اطمینان حاصل نماید. بیماربر و کادر همراهی کننده از مقصد انتقال، مطلع باشند. در صورت بدحال شدن بیمار در حین انتقال، اقدامات درمانی توسط تیم همراهی کننده انجام شود. قبل از انتقال، وضعیت ABCD بیمار(راه هوایی، تنفس و جریان خون و ناتوانی / معلولیت بیمار) بررسی، برای انتقال بیماران نیازمند به مراقبت های ویژه سطح ۱، ۲ و ۳، تمامی داروهای نجات بخش، وسایل و لوازم پزشکی ضروری برای احیاء بیماران، اکسیژن رسانی(سیلندرها، اکسیژن)، تهویه مکانیکی(آمبودستی، آمبوبرقی، ونتیلاتور پرتابل)، تزریق های داخل وریدی، تجهیزات مانیتورینگ همودینامیک و احیا بایستی همراه باشد.

توجه: تمام کارکنان بایستی در صورت در دسترس نبودن تجهیزات یا پرسنل کافی و ذیصلاح، تا زمان فراهم شدن شرایط مطلوب انتقال ایمن، از انجام انتقال خودداری کنند. در این شرایط کارکنان میبایست فرد مسئول و سوپروایزر کشیک را نسبت به موضوع مطلع کنند. گفتگوها میبایست شفاف و واضح بوده و مطمئن باشند که هر مشکلی به سرعت و به طور موثر پیگیری خواهد شد.

تکمیل فرم انتقال بیماران نیازمند به مراقبت ویژه ضروری است.

مرکز آموزشی درمانی
 فرم انتقال بیماران نیازمند به مراقبت ویژه

نام و نام خانوادگی :	شماره پرونده:	تاریخ تولد:	نام پدر :
بخش مبدا :	بخش مقصد:	تاریخ:	

محور	ردیف	محور	تحویل دهنده	تحویل گیرنده
الزامات	1	وجود دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار		
	2	وجود دستور کتبی مبنی بر همراهی یا عدم همراهی پزشک		
	3	هماهنگی با بخش مقصد و گزارش کامل جهت انتقال بیمار		
	4	گزارش آخرین تغییر وضعیت بیمار به پزشک کشیک توسط اینچارج		
	5	همراه بودن اوراق پرونده پزشکی بیمار		
	6	نمره کسب شده از معیار MEWS/ PEWS	MEWS/ PEWS	MEWS/ PEWS

7	Airway & Breathing (A&B)	چک سطح هوشیاری بر اساس مقیاس AVPU	AVPU	AVPU
8		بررسی باز بودن راه هوایی(نیاز به ساکشن، صدای غیر طبیعی تنفس و).....		
9		چک محل ETT / TT و ثابت بودن آن، سایز و فیکس	Size: fix:	Size: fix:
10		تعداد تنفس و میزان SPO2	Size: fix:	Size: fix:
11		وجود میزان کافی اکسیژن در کپسول(پر بودن بیشتر از ۲/۳ کپسول)		
12	Circulation (C)	بررسی فشار خون و ضربان قلب بیمار	BP: HR:	BP: HR:
13		وجود مسیر وریدی باز جهت تزریق دارو در حین انتقال		
14		وجود و تزریق میزان کافی داروهای اینوتروپ یا آرام بخش و.....مورد لزوم		
15		ثابت بودن کنترهاوتیوب های متصل به بیمار نظیر فولی، چست تیوب و..... در محل		
16	Disability (D)	چک سطح هوشیاری	:GCS/ F.S	:GCS/ F.S
17		درجه حرارت بیمار	:T	:T
18		آخرین B.S بیمار(بر اساس دستور پزشک)	:B.S	:B.S
19		چک واکنش و سایز مردمک	Right: Left:	Right: Left:
20		آرام و بی درد بودن بیمار		
21	Exposure (E)	بررسی سطح پوست از نظر وجود زخم فشاری، قرمزی، پورپورا و....		
22		بررسی محل زخم جراحی و پانسمان ها از نظر خونریزی و.....		
23	Safety	وجود دستبند شناسایی و انجام شناسایی فعال بیمار		
24		قرار گرفتن تجهیزات در محل ایمن و مناسب		

		تایید صحت عملکرد دستگاه و تنظیمات ونتیلاتور پرتابل (وجود شارژ باتری، مانیتور، سرنگ پمپ و... تنظیم آلارم دستگاه ها و)....	25	
		وجود کیف اورژانس با کلیه ملزومات (آمبوبگ، فیلتر آنتی باکتریال و.....)	26	
		بالا بودن سایدریل برانکارده و صحت عملکرد آن و وجود و بستن کمربند ایمنی	27	
			28	سایر
		ساعت و تاریخ (پزشک)	29	مهر و امضا
		ساعت و تاریخ (پرستار)	30	

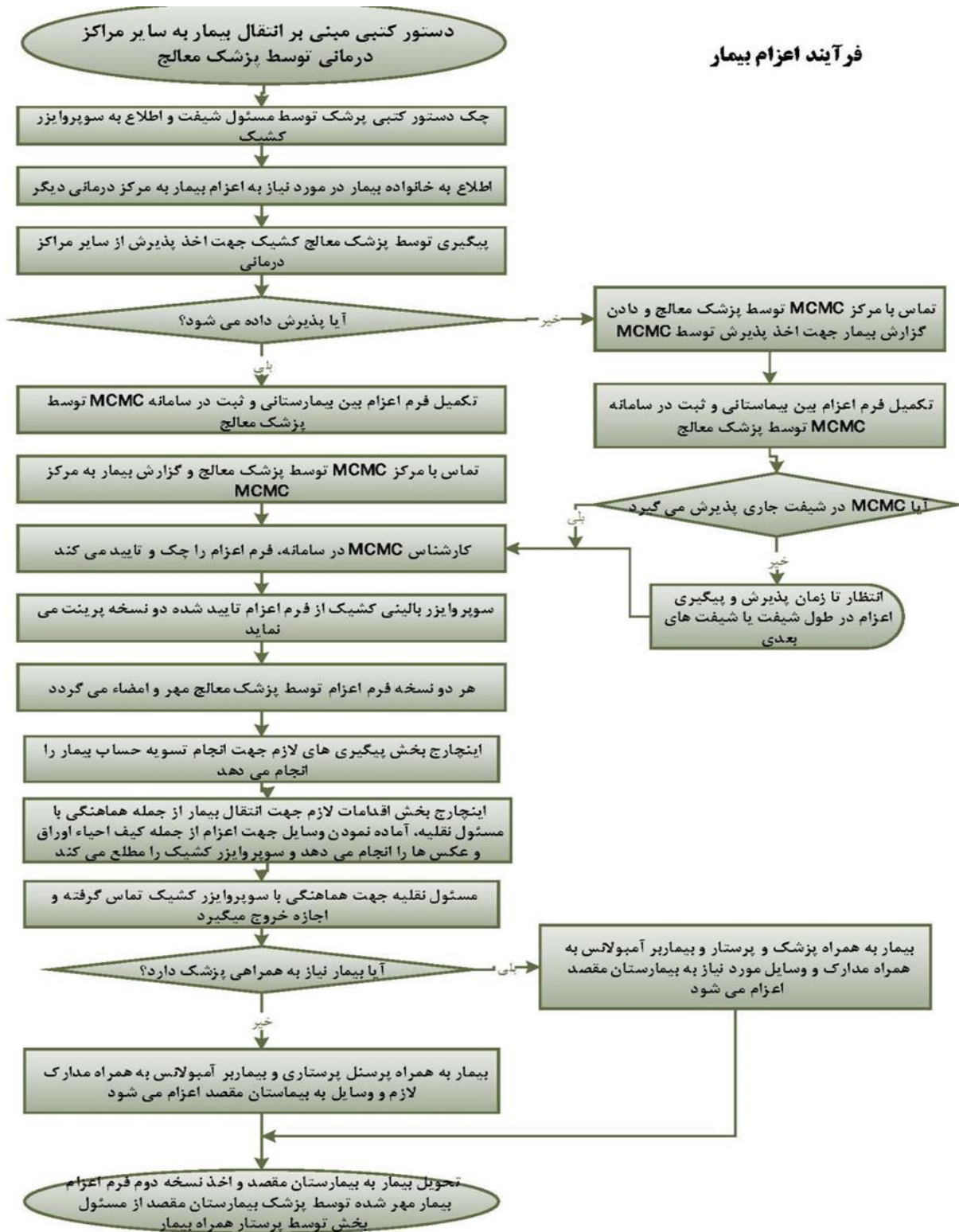
دستور العمل نحوه انتقال درون بخشی و بین بخشی بیماران

دستور العمل انتقال در سامانه اعتبار بخشی می باشد .

اعزام بیماران

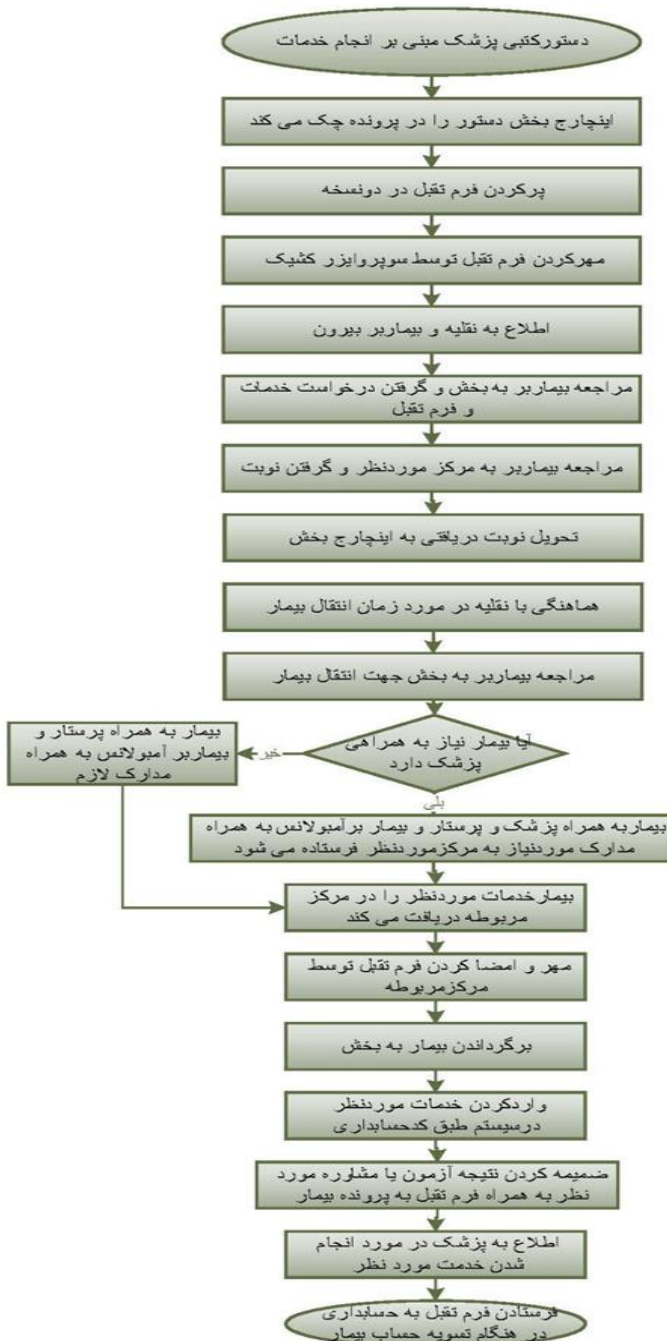
منظور از اعزام بیمار، انتقال وی از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر و ادامه روند درمان در مرکز درمانی مقصد می باشد. پرسنل باید از فرآیند اعزام بیمار آگاهی داشته باشند. بیمار پس از انجام خدمات فوق به بیمارستان مبدا بر نمی گردد.

فرآیند اعزام بیمار



ارجاع بیماران

منظور از ارجاع بیمار، انتقال وی از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگر جهت انجام اقدام تشخیصی و یا پاراکلینیکی (آزمایش، ام آر آی، سی تی اسکن و ...) و یا مشاوره می باشد. بیمار پس از انجام خدمات فوق به بیمارستان مبدا بر می گردد. پرسنل باید از فرآیند اعزام بیمار آگاهی داشته باشند.



علت اعزام و ارجاع، می تواند شامل موارد زیر باشد:

الف - کمبود امکانات و تجهیزات تشخیصی درمانی نسبت به نوع و شدت بیماری.

ب - فقدان یا کمبود تخصص مورد نیاز در مرکز درمانی.

فرق اعزام و ارجاع چیست؟ در هر دو، بیمار نیاز به اقدامی درمانی تشخیصی یا پاراکلینیکی یا مشاوره دارد که در بیمارستان مبدأ به هر

دلیلی انجام نمی شود. با این تفاوت که در اعزام، بیمار به مرکز درمانی مقصد انتقال داده می شود و جهت پیگیری درمان در آنجا بستری می

شود و بقیه روند درمان در آنجا صورت می گیرد. **در حقیقت در اعزام، پرونده اولیه بیمار در بیمارستان مبدأ، مختومه و بسته می**

شود. ولی در ارجاع، بیمار نیاز به اقدام تشخیصی و یا پاراکلینیکی (آزمایش، ام آر آی، سی تی اسکن و ...) و یا مشاوره دارد که در مرکز


مقصد انجام می دهد و به بیمارستان مبدأ برمی گردد.

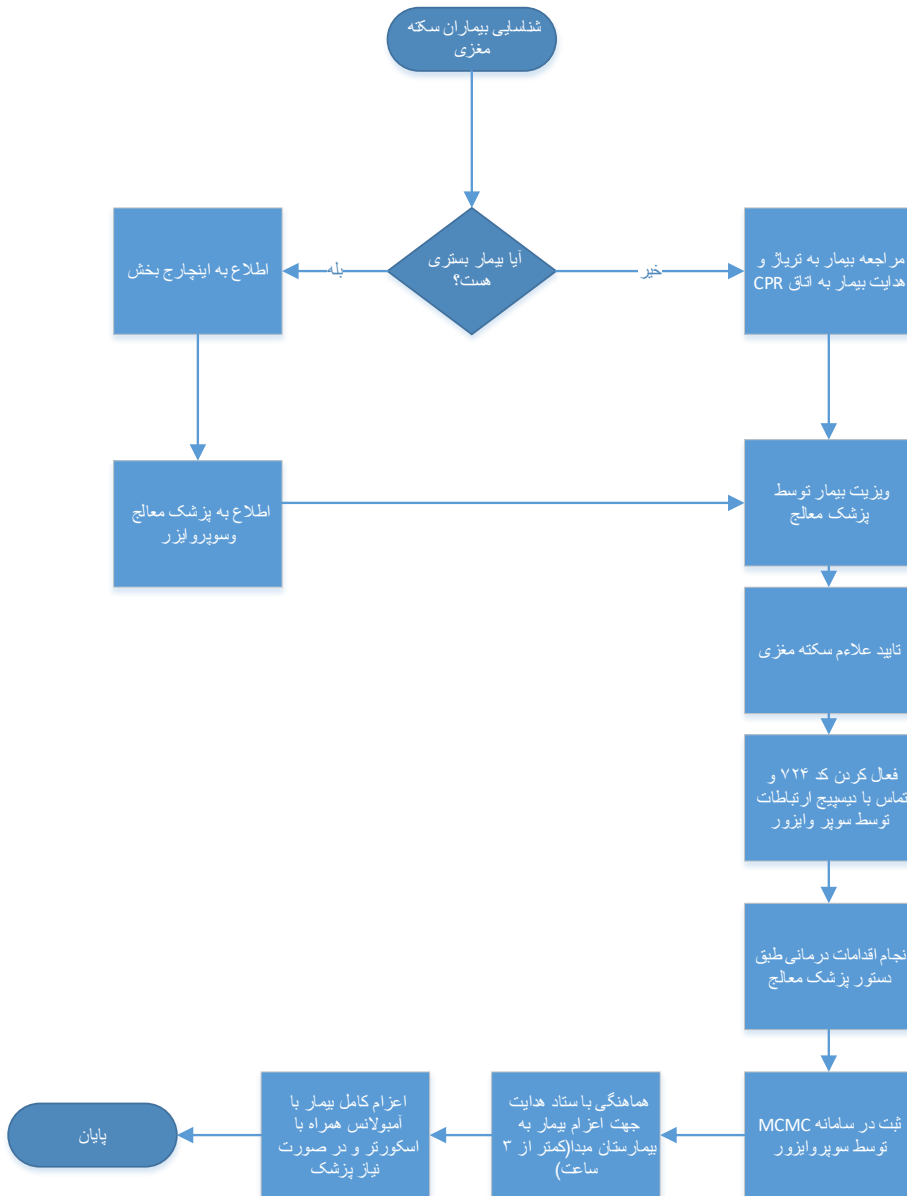
اقدامات درمانی برای بیماران با سکته حاد مغزی (کد 724)

شامل تمام بیمارستانها با انواع گرایش می باشد .

انتقال بیمار 724 پس از اقدامات فوری به بخش های ICU/SCU در بیمارستان مشمول برنامه 724

مراقبت مستمر و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار آموزش دیده

فرآیند: سکته مغزی	
کد شناسایی: P-55-06-A	

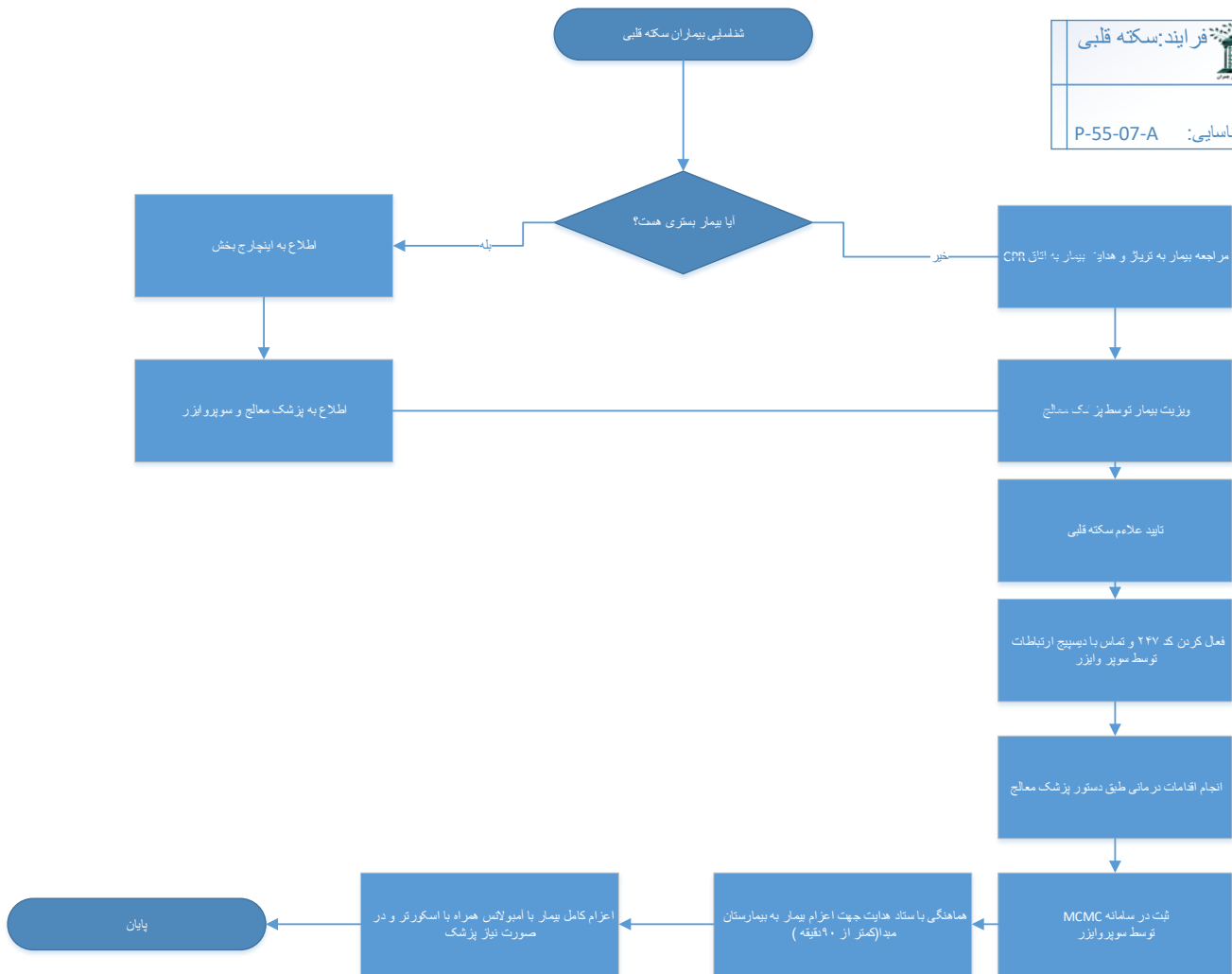


اقدامات درمانی برای بیماران با سکته قلبی (کد 247)

شامل تمام بیمارستانها با انواع گرایش می باشد .

انتقال بیمار 247 به کت لب/تزریق ترومبولیتیک و یا پایدارسازی و اعزام بیمار

مراقبت مستمر و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار آموزش دیده



ترخیص بیماران به صورت ایمن

ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام می شود :

- اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبت های بیمارستانی / جایگزینی سایر شیوه های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان (به عنوان مثال حمل با ویلچر یا برانکارد)
- ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص
- ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
- مدیریت مراقبت و درمان بیمار بعد از ترخیص توسط پزشک
- نظارت بر نحوه انتقال بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال
- مدیریت دارویی در فرآیند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص
- آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص
- شناسایی و برنامه ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبت های توانبخشی
- شناسایی بیماران آسیب پذیر و پر خطر و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص
- شناسایی بیماران/مددجویان آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان، مددکاری اجتماعی

با توجه به اهمیت فرایند ترخیص ایمن بیماران، به منظور بهبود مراقبتهای ارائه شده به بیماران و خانواده ها و ارتقای فرایند ترخیص و اطمینان از در هنگام ترخیص (SMART Discharge Protocol) توجه به حوزه های مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص، از پروتکل ترخیص اسمارت می گردد. جهت اجرایی شدن این مورد، 5 موضوع ذیل (حوزه های تشکیل دهنده این پروتکل) در قسمت "آموزش های لازم" در صفحه اول فرم "طرح ترخیص" آموزش بیماران "باید بطور مشخص ذکر و آموزش های مرتبط بطور دقیق ثبت گردد این 5 موضوع عبارتند از: **علائم و نشانه ها:** منظور علائم و نشانه هایی که بیماران پس از ترخیص باید به آنها توجه داشته و در صورت وجود، به پزشک و یا بیمارستان مراجعه نمایند.

sign

S

توضیحات و نکات مرتبط با **داروهای مصرفی** بیمار، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان مصرف داروها

Medications

M

زمان ویزیت بعدی: پس از ترخیص در صورت نیاز به مراجعه مجدد به پزشک و یا بیمارستان باید زمانبندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود

Appointments

A

نتایج: ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایشها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص. آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد

Results

R

حسبتهای لازم: اطلاعات و آموزش های عمومی و خود مراقبتی لازم بر اساس نیاز و تشخیص هر بیمار به صورت گفتاری و نوشتاری با زبان قابل فهم بیمار/ خانواده، با اختصاص زمان کافی ارائه و ثبت گردد

Talk with me

T

خود مراقبتی مجموعه اعمالی است که فرد باید بصورت آگاهانه و هدفدار برای خود، فرزندان و خانواده اش انجام دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بماند. آموزش خود مراقبتی باید متمرکز بر تغییر روش زندگی، ترک عادت های مضر برای سلامت، تمرین و استمرار روش های بهداشتی، تغذیه ای، فیزیکی، ذهنی/ روانی و سایر رفتارهای شخصی برای زندگی سالم تر باشد.

جهت پیگیری ادامه روند درمان و بازتوانی بیماران پس از ترخیص (تماس تلفنی (گروه های زیر بعنوان گروه هدف در نظر گرفته شده و شماره تلفن بیمار در فرم تماس تلفنی پس از ترخیص ثبت و مطابق دستورالعمل های مربوطه اقدامات بعدی صورت گیرد.

بیماران آسیب پذیر

منظور از بیماران/ مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

بیماران آسیب پذیر شامل: (بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی) بینایی/ شنوایی/ حرکتی/ گفتاری،

بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان

بیماران پرخطر:

منظور از بیماران پرخطر افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی-درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار بگیرند.

بیماران پرخطر شامل: بیماران در معرض (سقوط، ترومبوز وریدی، زخم فشاری، خودکشی، سوءتغذیه، پلی فارمسی) و بیمارانی که بیش از 4 دارو مصرف می کنند.

پیگیری بیماران آسیب پذیر و پرخطر

(HIS جهت پیگیری وضعیت بیماران / مددجویان آسیب پذیر اجتماعی، پرستار بایستی از ثبت اسم بیمار در قسمت **مددکاری سیستم**** سیستم اطلاعات سلامت بیمارستان (اطمینان حاصل نمایند. مددکار بر بالین بیمار حاضر شده و نیازهای وی را بررسی و پیگیری مینماید. پس از برحسب نیاز بیمار به اقدامات مددکاری، مددکار با بیمار یا خانواده وی تماس گرفته و اقدامات لازم را انجام میدهد و در سامانه ترخیص نیز ثبت مینماید.

جهت پیگیری پس از ترخیص وضعیت بیماران آسیب پذیر توسط پرستار

❖ پرستار بخش هنگام ترخیص، مشخصات بیمار را در فرم تماس تلفنی با بیماران (پیگیری پس از ترخیص) ثبت نموده و علت آسیب پذیر بودن بیمار را های لایت مینماید.

❖ منشی بخش فرم تماس تلفنی با بیماران (پیگیری پس از ترخیص) را برای سوپروایزر آموزش سلامت اتوماسیون مینماید.

❖ پرستار پیگیر مستقر در واحد آموزش سلامت 72 ساعت پس از ترخیص، با بیمار یا همراه وی تماس گرفته و نتیجه تماس را در فرم مخصوص پیگیری پس از ترخیص ثبت مینماید. در صورت ناموفق بودن تماس، توالی پیگیری به صورت روزانه تا سه روز می باشد. جهت پیگیری پس از ترخیص وضعیت بیماران پرخطر:

❖ 72 ساعت پس از ترخیص، پرستار یا منشی بخش با بیمار یا همراه وی تماس گرفته و نتیجه تماس را در فرم مخصوص پیگیری

پس از ترخیص ثبت مینماید. در صورت ناموفق بودن تماس، توالی پیگیری به صورت روزانه تا سه روز می باشد.

*** پروسه ترخیص ایمن بیمار، از زمان صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا زمان خروج بیمار از بیمارستان تعریف می گردد. بدیهی است مسئولیت راهنمایی همراه بیمار جهت تامین امکانات انتقال ایمن بیمار از بخش تا درب خروجی بر عهده پرستار بیمار می باشد—

***به امید موفقیت شما در مراقبت ایمن از بیمار ***