

بسمه تعالی

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

کتابچه خط مشی ها  
و دستورالعملها  
و روش های اجرایی  
ویرایش 1401

**محور: پیشگیری و کنترل عفونت**

**صفحه: 6**

ردیف	عنوان	کد
1	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی	IC/PO/002/05

**محور: تصویربرداری**

**صفحه: 14**

1	نحوه استفاده از مواد حاجب	IM/IN1/002/05
2	پیشگیری و مقابله با سوانح بر اساس شرایط واقعی کار	IM/IN2/002/05
3	فهرست موارد بحرانی بخش تصویربرداری	IM/IN3/003/02

**محور: رهبری و مدیریت کیفیت**

**صفحه: 22**

1	معاینه بیماران غیر همجنس	ML/IN/002/05
2	مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه کارکنان	ML/PO/002/05
3	تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان	ML/PR1/003/02
4	ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی	ML/PR2/004/05
5	نحوه گزارش دهی همگانی خطاها پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه	ML/PR3/005/05

**محور: حقوق گیرندگان خدمت**

**صفحه: 35**

1	روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفهای و منش انسانی	SUR/IN/001/01
2	رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت	SUR/PO/002/04
3	حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر	SUR/PO/003/04
4	نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت	SUR/IN/002/04
5	راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان	SUR/PO/001/04
6	محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو / پیجر	SUR/IN/003/01
7	نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین	SUR/IN/004/01
8	مددکاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار	SUR/PO/005/01
9	حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران	SUR/PR/001/01
10	نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	SUR/PR/002/04
11	تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات	SUR/PO/006/04
12	نحوه برخورد با بیمار در حال احتضار	SUR/PO/007/04
13	الزامات برخورد با امتناع بیماران از درمان های ضروری	SUR/PO/008/01

**محور: طب انتقال خون**

**صفحه: 44**

1	انجام آزمایش های سازگاری از جمله Antibody screening و Cross	BT/IN1/002/02
---	---	---------------

	<u>match خون و فرآورده های خونی</u>	
BT/IN2/003/02	<u>انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش (D)RH به روش لوله ای</u>	2
BT/IN3/004/02	<u>تهیه سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول های قرمز حساس</u>	3
BT/PR1/002/02	<u>مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون</u>	4
BT/PR2/003/02	<u>نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون</u>	5
BT/PR3/004/02	<u>نحوه تزریق خون و فرآورده ها</u>	6
BT/PR4/005/02	<u>درخواست و تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از 4 ماه</u>	7
<b>محور: فناوری اطلاعات</b>		
<b>صفحه: 64</b>		
IT/PO/002/02	<u>حفظ امنیت سیستم امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده، تعیین سطوح دسترسی افراد، بخش ها واحدها، محرمانه ماندن اطلاعات الکترونیک</u>	1
IT/PR1/002/02	<u>پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری بیمارستان</u>	2
IT/PR2/003/02	<u>نگهداری و پشتیبانی منظم داده و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان</u>	3
IT/PR3/004/02	<u>کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی</u>	4
<b>محور: مدیریت آزمایشگاه</b>		
<b>صفحه: 71</b>		
LB/IN1/002/02	<u>نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی</u>	1
LB/IN2/002/02	<u>نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود</u>	2
LB/IN3/002/02	<u>نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود</u>	3
LB/IN4/002/02	<u>نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروپ شناسی انجام می شود</u>	4
LB/IN5/002/02	<u>نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود</u>	5
LB/IN6/002/02	<u>نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود</u>	6
LB/IN7/002/02	<u>نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود</u>	7
LB/IN8/002/02	<u>نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود</u>	8
LB/IN9/002/02	<u>کنترل کیفیت آزمایشهای بیوشیمی</u>	9
LB/IN10/002/02	<u>کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی</u>	10
LB/IN11/002/02	<u>کنترل کیفیت آزمایشهای میکروپشناسی</u>	11
LB/IN12/002/02	<u>کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات پرودتی و گرمایشی)</u>	12
LB/IN13/002/02	<u>دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران توسط مسنول فنی</u>	13
LB/PR/001/01	<u>نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشها</u>	14
<b>محور: مدیریت اطلاعات سلامت</b>		
<b>صفحه: 97</b>		
HIM/PR1/002/05	<u>کنترل وصیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها</u>	1
HIM/PR2/002/02	<u>سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار</u>	2
HIM/IN1/001/01	<u>محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات</u>	3
HIM4/PO/002/02	<u>ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت</u>	4

HIM5/IN2/002/01	استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آنها در مستندات، به ویژه در پرونده بیمار	5
<b>محور: مدیریت بهداشت محیط</b>		
صفحه: 108		
EH/IN1/002/02	نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها/واحد ها	2
EH/IN2/002/02	نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا	4
EH/IN3/002/02	شستشوی انواع البسه	5
<b>محور: مدیریت تجهیزات پزشکی</b>		
صفحه: 115		
ME/IN1/002/02	نگهداری و به روزرسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی	1
ME/IN2/003/02	استفاده از کیسولهای گازهای طبی	2
ME/PR1/002/02	اطمینان از استفاده تجهیزات استاندارد جهت انجام دیالیز بیماران	3
ME/PR2/003/02	تامین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط مربوط	4
<b>محور: مدیریت خطر حوادث و بلایا</b>		
صفحه: 129		
CM/IN1/002/02	تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه	1
CM/IN2/002/02	فعالسازی روشهای ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه	2
CM/IN3/002/02	فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث	3
CM/IN4/002/02	نحوه فعالسازی و غیرفعالسازی جایگاه های سامانه فرماندهی حادثه	4
CM/IN5/002/02	استفاده از اسانسور در زمان حریق	5
CM/PR1/002/02	گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین	6
CM/PR2/002/02	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه	7
CM/IN6/002/02	انبارش ایمن (تامین تسهیلات)	8
<b>محور: مدیریت دارویی</b>		
صفحه: 143		
PHA/IN/001/01	اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose	2
PHA/PR1/002/02	مدیریت تجویز خارج از فارماکوپیه دارویی	8
PHA/PR2/002/02	فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال)	10
PHA/PR3/002/02	مدیریت خطاهای دارویی	11
<b>محور: مدیریت منابع انسانی</b>		
صفحه: 152		
HM/IN1/002/02	انتقال دانش و تجربه (راهبر) استاد (و رهجو) شاگرد حداقل در مشاغل حساس	2
HM/IN2/002/02	انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان	3
HM/IN3/002/02	ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی	4
<b>محور: مراقبت های حاد و اورژانس</b>		
صفحه: 159		
AEC/PO1/002/02	شناسایی به موقع و نحو رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	1
AEC /IN/002/02	احیای قلبی ریوی	2
AEC /PO2/002/02	نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه	5
AEC /PO3/002/02	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	6
AEC /IN/002/02	انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه به صورت ایمن	8
<b>محور: مراقبت های بیهوشی و جراحی</b>		
صفحه: 170		

SAC /IN1/002/02	<u>نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل</u>	1
SAC /IN2/002/02	<u>پذیرش بیماران عفونی و واگیر در اتاق عمل دستورالعمل هیچگونه تاخیر / تعطل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد.</u>	2
SAC/po4/001/01	<u>آمادگی بیماران و مراقبتهای قبل از انتقال به اتاق عمل</u>	3
<b>محور: مراقبت های بالینی</b> <b>صفحه: 176</b>		
GC/PO/002/02	<u>دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری</u>	1
GC/IN1/002/02	<u>آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخش های بالینی</u>	2
GC/IN2/002/02	<u>اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی</u>	3
GC/IN3/002/02	<u>اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز</u>	4
GC/IN4/002/02	<u>اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکویی ها</u>	5
GC/IN5/002/02	<u>اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار/همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان</u>	6
GC/PR/002/02	<u>جداسازی بیماران روانیزشکی</u>	7
GC/IN6/007/06	<u>نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک</u>	8
GC/PR1/003/02	<u>استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی</u>	9
GC/PR2/003/02	<u>استفاده صحیح از ابزارهای مهار شیمیایی</u>	10
GC/IN7/001/01	<u>استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی ( سوختگی و شکستگی اندام)</u>	11
<b>محور: مراقبت های مادر و نوزاد</b> <b>صفحه: 200</b>		
MNC/IN/002/02	<u>ضد عفونی شیردوش برقی</u>	1
<b>محور: سریایی</b> <b>صفحه: 202</b>		
PC/IN/002/02	<u>نحوه برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی پاراکلینیک ..</u>	1

# محور پیشگیری وکنترل عفونت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

خط مشی و روش

<b>عنوان خط مشی و روش: پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 1395/9/20</b>	<b>کد خط مشی و روش: IC/PO/002/05</b> <b>دامنه خط مشی و روش: کلیه بخش‌های درمانی</b> <b>تعداد صفحه: 7 صفحه</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

هدف:

- ارتقاء ایمنی بیماران، کارکنان و مراجعین
- کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان
- ارتقاء و بهبود روند گزارش دهی عفونت‌های بیمارستانی و بیمار یابی در بخشها
- جلوگیری از انتقال عفونت
- پیگیری و شناسایی مخازن عفونت
- کاهش میزان بروز عفونت موضع عمل و محل نمونه برداری
- استفاده از آنتی بیوتیک مناسب در صورت لزوم
- کاهش مصرف غیر منطقی و بی رویه آنتی بیوتیک ها
- تدوین دستورالعمل آنتی بیوتیک‌های پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی
- تجویز منطقی آنتی بیوتیکها بر اساس الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان
- کاهش مقاومت میکروبی

#### تعاریف:

**عفونت بیمارستانی:** عفونتی که بصورت محدود یا منتشر و یا در اثر واکنش‌های بیماریزای مرتبط با خود عامل عفونی و سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود به شرطی که:

الف - حداقل 72-48 ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود (کشت مثبت در 48 ساعت اول بستری ، عفونت بیمارستانی محسوب نمی شود)

ب - در زمان پذیرش فرد علایم آشکار آن را نداشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نیز نباشد .

ج - معیارهای تعریف شده عفونت بیمارستانی مرتبط با ارگانهای خاص را داشته باشد .

**INIS:** مخفف عبارت Iranin Nosocomial Infections Surveillance System یا نظام کشوری مراقبت عفونت بیمارستانی می باشد.

**WHONET:** نرم افزار پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت جهت ثبت، آنالیز و تجزیه و تحلیل مقاومتهای میکروبی بیمارستانی و همچنین مقاومتهای میکروبی مرتبط با حیوانات، مواد غذایی و آب می باشد.

**شیوه انجام کار: (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود):**

1- هر بخش يك رابط کنترل عفونت دارد.

2- آموزش لازم توسط کارشناس کنترل عفونت در خصوص فرمهای بیماریابی و نحوه گزارش دهی عفونت های بیمارستانی به رابطین داده شده است.

- 3- کارشناس کنترل عفونت داده های مربوط به عفونتهای بیمارستانی را در قالب فرم شماره یک بیماریابی از بخشها جمع آوری می نماید.
- 4- کارشناس کنترل عفونت با بازدید روزانه از بخشهای بستری و یا اخذ گزارش تلفنی از مسئولین بخشها از وضعیت بالینی بیماران اطلاع کسب می نماید.
- 5- در خصوص بیماران ترخیص شده از بیمارستان، در پمفلت حین ترخیص مطالبی در مورد عفونتهای بیمارستانی، علائم و نشانه های آن جهت آگاهی بیماران قید شده است ، تا در صورت مشاهده علائم مشکوک به بیمارستان مراجعه نمایند.
- 6- در صورت گزارش بیماری مشکوک به علایم عفونت بیمارستانی از بخشهای بستری، کارشناس کنترل عفونت بیمار مورد نظر را از لحاظ تطابق با علائم عفونت بیمارستانی بررسی می نماید.
- 7- نتایج کشتها مثبت روزانه توسط سوپروایزر آزمایشگاه به کارشناس کنترل عفونت اطلاع داده می شود.
- 8- سوپروایزر آزمایشگاه نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را جهت تعیین الگوی مقاومت میکروبی و تجزیه تحلیل بصورت سه ماهه در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید .
- 9- تیم کنترل عفونت با همکاری و استفاده از نظرات پزشکان متخصص جراحی کودکان ، پروتکل استفاده از داروهای پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی و دستورالعمل آنتی بیوتیکی برای بیماری های شایع مرکز را را تدوین نموده و به کلیه بخشهای بستری و اتاق عمل جهت اجرای پروتکل ابلاغ می نماید.
- 10- پرسنل بخشها در خصوص علایم عفونت بیمارستانی مانند :تب، تغییر زخم جراحی به نفع عفونت، شروع آنتی بیوتیک جدید، تغییر آنتی بیوتیک، نظریه پزشک معالج مبنی بر عفونتهای بیمارستانی توسط کارشناس کنترل عفونت آموزش دیده اند و این موارد را به واحد کنترل عفونت اطلاع می دهند.
- 11- کارشناس کنترل عفونت بیمار را بصورت روزانه پیگیری می کند و پزشک کنترل عفونت را در جریان قرار می دهد.
- 12- کارشناس کنترل عفونت بیمار مربوطه را با تعاریف استاندارد عفونتهای مرتبط با مراقبتهای بهداشتی تطبیق می دهد و در صورت تطبیق با علایم عفونت بیمارستانی، بیمار به عنوان مورد عفونت بیمارستانی تلقی می شود و کد مربوطه را ثبت می نماید و فرم شماره یک برای وی تکمیل می شود.
- 13- کارشناس کنترل عفونت موارد تایید شده عفونت بیمارستانی را سامانه مراقبت INIS ثبت می نماید..
- 14- کارشناس کنترل عفونت هر سه ماه یکبار داده های مربوطه را از سامانه INIS استخراج و انواع عفونت بیمارستانی به تفکیک هر بخش ، تجزیه و تحلیل نموده و در صورت کاهش یا افزایش آمار، دلایل را ذکر نموده و اقدامات اصلاحی را طراحی می نماید و نتیجه را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید.
- 15- کارشناس کنترل عفونت با همکاری واحد بهبود کیفیت در خصوص نتایج عفونت بیمارستانی اقدام اصلاحی تدوین نموده و برنامه را جهت اجرا به بخشها و مسئولین مربوط ابلاغ می نمایند و طبق برنامه زمان بندی اقدامات اصلاحی را پایش می کنند.



## جهت پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی و محل نمونه برداری باید سه محور :

الف- بیمار

ب - پرسنل و محیط اتاق عمل

ج - پرسنل بخشهای جراحی مد نظر قرار گیرد.

### در محور مربوط به بیمار موارد ذیل باید مد نظر قرار گیرد:

- 1- بیمار قبل از عمل جراحی از نظر وجود عفونت در سایر قسمتهای بدن توسط پزشک معالج، مورد ارزیابی قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا برطرف شدن عفونت به تاخیر میافتد.
  - 2- موهای ناحیه عمل در صورت اختلال در کار جراح و ایجاد مزاحمت برای عمل جراحی روز عمل و بلافاصله قبل از عمل با تیغ یکبار مصرف کوتاه می شود.
  - 3- ترجیحاً بیمارانی که کاندید عمل جراحی الکتیو هستند شب قبل از عمل، حمام می نمایند .
  - 4- در بیمارانی دیابتی سطح گلوکز خون بیمار حتماً قبل از عمل چک می شود و جواب به اطلاع پزشک معالج رسانده می شود و در صورت بالا بودن قند بیمار اقدامات درمانی طبق دستور پزشک معالج توسط پرسنل پرستاری اجرا می شود و قند بیمار کنترل می شود.
  - 5- در بیمارانی که کاندید اعمال جراحی بزرگ هستند و در بیمارانی high risk پروفیلاکسی قبل از عمل طبق نظر جراح شروع می شود.
  - 6- آنتی بیوتیک پروفیلاکسی باید زمانی داده می شود که بیشترین غلظت را در هنگام آغاز جراحی برای افراد ایجاد کند و تا مدت کمی بعد از شروع جراحی باقی بماند.
  - 7- پزشک معالج بیمار ترتیبی اتخاذ می نماید که حتی الامکان اقامت بیمار قبل و بعد از عمل به حداقل برسد.
  - 8- پوست بیمار قبل از عمل توسط پرستار اسکراب در اتاق عمل با مواد آنتی سپتیک ( بتادین و کلر هگزیدین ) بطور کامل شسته و تمیزی شود ( بصورت دایره وار از محل عمل به طرف محیط )
  - 9- اولین دوز آنتی بیوتیک بلافاصله قبل از عمل توسط پرستار بخش اجراء می شود.
  - 10- قبل از اعمال جراحی انتخابی کولورکتال پزشک معالج دستور آمادگی مکانیکی کولون را با استفاده از تنقیه و مسهل می دهد.
  - 11- در بیمارانی پرخطر یا مشکوک پزشک معالج، قبل از عمل وضعیت بیمار را از نظر هیپاتیت C ، B و HIV مشخص می نماید.
- در محور مربوط به پرسنل اتاق عمل و محیط اتاق عمل موارد ذیل رعایت می شود:**

- 1- پرسنل اتاق عمل، آلوده یا عفونت یافته تا زمان بهبودی از شرکت در عمل ممانعت می شوند.
- 2- شستشوی جراحی دست یا مالش جراحی دستها مطابق با آخرین دستورالعمل، قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل اجرا می شود.
- 3- در حین عمل جراحی تعداد افرادی که وارد اتاق عمل می شوند تا حد امکان محدود می شود ، درهای اتاق عمل بسته می باشد و تهویه با فشار مثبت و حداقل 15 بار در دقیقه صورت می گیرد.
- 4- محیط اتاق عمل از نظر تهویه ، دما 18- 24 ( درجه ) و رطوبت 50-55 درصد کنترل می شود و در صورت اختلال ، مسئول اتاق عمل جهت رفع آن پیگیری می نماید.
- 5- پزشکان و پرسنل اتاق عمل در حین عمل از ماسک جراحی استاندارد استفاده می نمایند و در صورت مرطوب شدن آن را تعویض می کنند.
- 6- پزشکان و پرسنل اتاق عمل ناخن های خود را کوتاه نگه داشته و از استفاده از ناخن مصنوعی و جواهرات به دست و انگشتان و ساعد خود خودداری می نمایند.

- 7- پزشکان و پرسنل اتاق عمل قبل از عمل و بعد از اسکراب جراحی دستکش لاتکس استریل می پوشند و در صورت آلودگی یا پاره شدن آن را تعویض می نمایند و در جراحیهای پرخطر و جراحیهای بیماران HIV.HBV.HCV ترجیحا از دو جفت دستکش استفاده می نمایند.
- 8- پزشکان و پرسنل اتاق عمل در عمل از شان استریل برای ایجاد سدی بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری استفاده می نمایند.
- 9- در صورت آلودگی بیش از حد محل جراحی، بستن پوست در جلسه اول به تاخیر می افتد و محل انسزیون تا رفع آلودگی باز می ماند.
- 10- در زمان کارگذاری وسایل داخل عروقی ( کاتتر مرکزی ) یا کاتترهای بیهوشی نخاعی یا اپیدورال یا در زمان توزیع و مصرف داروهای داخل وریدی اصول آسپتیک رعایت می شود.
- 11- پزشکان و پرسنل اتاق عمل محوطه و محل عمل را مشخص و تا پایان عمل آن را استریل نگه می دارند.
- 12- پزشک معالج با کنترل خونریزی حین عمل و جابه جایی آرام بافت محل عمل احتمال عفونت را کاهش می دهد .
- 13- مسئول اتاق عمل برنامه منظم برای واشینگ و نظافت اتاق عمل با همکاری کارشناس کنترل عفونت و بهداشت محیط تهیه می نماید و واشینگها به صورت هفتگی انجام می شود و در دفتر مخصوص به همراه اسامی افراد شرکت کننده در واشینگ ثبت می گردد.
- 14- به منظور اطمینان از موثر بودن واشینگ مسئول اتاق عمل می تواند با هماهنگی کارشناس کنترل عفونت درخواست تهیه کشت از محیط و ابزار و وسایل ولی نه به صورت روتین نماید.
- 15- پرسنل اتاق عمل در مواقعی که حین جراحی ، آلودگی قابل رویت سطوح یا تجهیزات با خون یا سایر مایعات بدن ایجاد شده است قبل از عمل جراحی بعدی، از گندزدای مناسب بیمارستانی برای تمیز کردن محل آلوده استفاده می نماید.
- 16- فقط در مواقعی که از وسایل مراقبت از بیمار استفاده فوری می شود، از روش فلش برای استریل نمودن استفاده می شود..
- 17- تا حد امکان از اشعه ماورای بنفش در محیط اتاق عمل استفاده نمی شود.
- 18- اندیکاتورهای بیولوژیک و کلاس 4 و 6 جهت اطمینان از صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته به نوع ست و اقلام آن در تمامی ستها و تک پیچها توسط مسئول واحد CSR استفاده می شود.
- 19- خدمات اتاق عمل زباله های اتاق عمل را با کمترین دستکاری دفع می نمایند.

#### در محور مربوط به پرسنل بخشها موارد ذیل رعایت می گردد:

- 1- سوپروایزر سلامت بیمار و کارشناس کنترل عفونت و رابطین کنترل عفونت نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه عفونتهای اصلی بیمارستانی، شنستشوی دستها، رعایت روشهای آسپتیک در هنگام تعویض پانسمان، استفاده از وسایل حفاظت فردی و آموزش روشهای نوین مراقبت از زخمهای جراحی اقدام می نمایند.
- 2- پرستار قبل از اقدام به تعویض پانسمان ناحیه عمل، بهداشت و ضدعفونی دستها را انجام می دهد و از تکنیک استریل جهت تعویض پانسمان استفاده می نماید.
- 3- پرستار مسئول بیمار حین پذیرش بیمار، قبل و بعد از عمل و قبل از ترخیص بیمار، به بیمار و همراهانش درمورد نحوه مراقبت از زخم ، علائم عفونت زخم و گزارش این علائم آموزشهای لازم را می دهد.
- 4- پرستار مسئول بیمار موقع باز نمودن ستها از تغییر رنگ اندیکاتور موجود در ست و صحت فرآیند استریلیزاسیون اطمینان حاصل می نماید و اندیکاتور را در پرونده بیمار الصاق می نماید و در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتور، موضوع را جهت بررسی اطلاع می دهد.
- 5- تیم ایمنی بیمارستان متشکل از کارشناس ایمنی بیمار و کارشناس کنترل عفونت و سایر اعضای تیم در بازدیدهای دوره ای کیفیت آموزشهای ارائه شده به بیمار در خصوص پیشگیری از عفونت، نحوه گردش کار در بخش و تطابق با اصول آسپتیک را مشاهده و نظارت می نمایند و عدم انطباقهای لازم را به همراه راهکارهای اصلاحی به مسئولین بخشها ارائه می دهند.

## روش اجرایی جهت پیشگیری از پنومونی:

- 1- سوپر وایزر کنترل عفونت دوره های آموزشی جهت مراقبت بیماران و جلوگیری از دریافت عفونتهای بیمارستانی به خصوص در بیماران بخش ویژه برگزار می نماید (به صورت برنامه ریزی آموزش داخل بخشی و سمینار کنترل عفونت)
- 2- سوپر وایزر کنترل عفونت و سوپر وایزرین بالینی بر رعایت نکات بهداشتی (نحوه شستشوی بهداشتی دستها- رعایت نکات آسپتیک حین ساکشن کردن تراشه و غیره.....) نظارت دارند.
- 3- پزشک و پرستار قبل و بعد از تماس با هر بیمار همچنین قبل و بعد از ساکشن کردن اقدام به شستشوی دست می نمایند.
- 4- پرستار دهان بیمار را با محلولهای کلروهگزیدین در هر شیفت شستشو می دهد.
- 5- پزشک معالج در صورت امکان از روش تهویه غیر تهاجمی (NIV) جهت بیماران نیازمند به تهویه کمکی استفاده می نماید.
- 6- متخصص بیهوشی انتوباسیون بیماران را تحت شرایط استریل انجام می دهد.
- 7- پرستار از اکستوبه کردن ناخواسته بیمار که منجر به اینتوباسیون مجدد می شود پیشگیری می نماید.
- 8- پرستار در صورت لزوم ترشحات ناحیه ساب گلوت را در بیماران اینتوبه ساکشن می نماید.
- 9- پزشک حتی المقدور جهت پیشگیری از بروز VAP اقدام به خارج کردن هر چه سریعتر لوله تراشه می نماید.
- 10- پرستار سر بیماران اینتوبه را پوزیشن 30 الی 45 درجه بالا نگه می دارد.
- 11- پرستار کلیه ونتیلاتورها از نظر تعویض فیلترهای آنتی باکتریال روزانه بررسی نموده و در صورت لزوم اقدام به تعویض آن می نماید.
- 12- پرستار و پزشک در هر بار ساکشن کردن لوله تراشه از کاتترهای یکبار مصرف و استریل استفاده می نمایند.
- 13- خدمات در پایان هر شیفت بطری ساکشن را خالی کرده و محوطه را بطور مناسب ضد عفونی می نماید.

## روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت کاتترهای عروقی و سپسیس :

- 1- پزشک و پرستار قبل از کارگذاری کاتتر وریدی محیطی اقدام به شستشوی دست نموده و نکات آسپتیک را حین کار رعایت می نماید
- 2- پرستار در ابتدا هر شیفت مسیر کاتتر را از لحاظ قرمزی، گرمی .... بررسی نموده و در صورت داشتن علائم فلبیت اقدام به تعویض آن مینماید.
- 3- پزشک کاتتریزاسیون ورید مرکزی را در صورت وجود اندیکاسیون انجام می نماید.
- 4- پزشک قبل از کارگذاری کاتتر ورید مرکزی اقدام به شستشوی دست نموده و نکات آسپتیک را حین کار رعایت می نماید.
- 5- علائم موضعی عفونت کاتتر ورید مرکزی روزانه توسط کادر درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- 6- علائم سیستمیک عفونت کاتتر ورید مرکزی روزانه توسط کادر درمان مورد ارزیابی قرار می گیرد
- 7- بهتر است (کاتترهای محیطی) آنژیوکتها و وریدی در بزرگسالان طی ۷۲ ساعت تعویض شود.
- 8- سوپر وایزر کنترل عفونت و سوپر وایزرین بالینی بر رعایت نکات بهداشتی (نحوه شستشوی بهداشتی دستها- رعایت نکات آسپتیک حین کارگذاری کاتترهای عروقی.....) نظارت دارند.

9- برای پیشگیری از عفونت کاتترهای وریدی مرکزی و کاتترهای همودیالیز نیاز به تعویض روتین کاتتر نمی باشد ، فقط در صورت اختلال عملکرد کاتتر یا وجود شواهدی از عفونت در موضع یادرسورت بروز تب، تعویض کاتتر توصیه میشود.

### روش اجرایی پیشگیری از عفونت ادراری :

- 1- پرستار دستور پزشک معالج را جهت ضرورت انجام سونداژ بررسی می نماید.
- 2- پزشک معالج فقط در صورت ضرورت برای بیمار درخواست سونداژ می نماید.
- 3- در صورتی که اندازه کاتتر توسط پزشک مشخص شده باشد کاتتر مورد نظر را آماده کرده در غیر اینصورت بهتر است کوچکترین سوند ممکن با توجه به وضعیت بیمار استفاده شود..
- 4- پرستار قبل از اقدام به سوند گذاری دستها را شسته و دستکش یکبار مصرف پوشده و ناحیه پرینه را به روش صحیح شستشو می نماید.
- 5- پرستار دستکش استریل پوشیده و سونداژ را به روش کاملا استریل انجام میدهد.
- 6- پرستار بعد از انجام کار وسایل سونداژ را جمع آوری کرده و شستشو دستها را انجام می دهد.
- 7- سوپر وایزر کنترل عفونت ، عفونت های ادراری ناشی از بستری شدن در بیمارستان را بررسی نموده و نتایج آن را در کمیته کنترل عفونت جهت اقدامات اصلاحی مطرح می نماید
- 9- سوپر وایزر کنترل عفونت و سوپر وایزرین بالینی بر رعایت نکات بهداشتی (نحوه شستشوی بهداشتی دستها- رعایت نکات آسپتیک حین سونداژ بیماران ..... ) نظارت دارند.
- 10- سوپر وایزر کنترل عفونت دوره های آموزشی جهت مراقبت بیماران و جلوگیری از دریافت عفونت های ادراری در بیماران بستری را به پرسنل آموزش می دهد.

**منابع، امکانات :** سامانه INIS ، فرم بیماریابی، فرم مخرج های آماری کامپیوتر، پرینتر، خط تلفن و اینترنت، فرم شماره 2 عفونت ماهیانه، فرم نرخ عفونت شش ماهه، فرم تجزیه تحلیل و اقدامات اصلاحی ، تیغ شیو- وسایل شستشوی دست-اندیکاتور کلاس 4و6- مایع ضد عفونی کننده (بتادین- الکل- صابون مایع ) ، انبار نگهداری و ذخیره سازی دارو، یخچالهای دارویی، دیو دارویی بخشها، انواع ویالهای آنتی بیوتیک، کامپیوتر و پرینتر جهت ثبت و پرینت داروهای مصرفی

**کارکنان مرتبط:** پزشکان، کارکنان بالینی، اعضای کمیته کنترل عفونت ، سرپرستاران و مسئولین فنی بخشهای بستری ، کمیته کنترل عفونت، رئیس بخش جراحی ، رئیس اتاق عمل، سرپرستار و کلیه کارکنان بخش جراحی و اتاق عمل ، پزشکان، داروسازان، پرسنل کادر پرستاری، آزمایشگاه

### منابع/مراجع:

- 1- راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی /تالیف و تدوین حسین معصومی اصل و سایر همکاران 1385 . چاپ اول – صفحات 44-8 ، 66-65 ، 164-157
- 2- نامه به شماره 3/101/2920/ب مورخ 1396/04/18
- 3- نامه به شماره 3/101/5446/ب مورخ 1396/07/03
- 4- دستورالعمل تعاریف عفونت های مرتبط با مراقبتهای بهداشتی ، وزارت بهداشت ، 1396

۵- دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده شماره 13

۶- دستورالعمل مصرف آنتی بیوتیک های هشتگانه ( پر هزینه ) ، نامه شماره 31991 / د 400 -  
1396/12/27 ، وزارت بهداشت

دستورالعمل راهکار طبابت بالینی استفاده از آنتی بیوتیک پیشگیرانه در اعمال جراحی عمومی - بهمن 1395

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	معصومه توتچی دکتر مانا صفاری علی مرحمتی معصومه فیضی کبری شاهی اعظم امین آبادی	کارشناس کنترل عفونت مسئول فنی داروخانه سوپروایزر آزمایشگاه سوپروایزر آموزش سلامت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی سوپر وایزر آموزشی
نام و سمت تایید کننده: معصومه توتچی- کارشناس کنترل عفونت		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

# محور تصویر برداری



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل:</b> نحوه استفاده از مواد حاجب	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد دستورالعمل: IM/IN1/002/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>تعداد صفحه: 4</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

### گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

تکنسین / کارشناس رادیولوژی در استفاده از ماده حاجب بایستی موارد زیر را مد نظر قرار دهد:

- 1- ماده حاجب تزریقی محلول آبی، استریل، شفاف، بی رنگ تا حدی زرد و بی بو است. بنابراین باید با دید مستقیم، به منظور بررسی رسوبات و تغییر رنگ آن قبل از تجویز کنترل گردد، اگر رسوبات و تغییر رنگ قابل توجهی وجود داشت، نباید استفاده شود.
- 2- ترکیب حجم و غلظت برای استفاده، باید به دقت و بطور فردی بر اساس فاکتورهای نظیر: سن، وزن بیمار، اندازه رگ و سرعت جریان خون در رگ و عملکرد کلیه مورد محاسبه قرار گیرد.
- 3- مواد حاجب بدلیل تداخل دارویی و ناسازگاری شیمیایی نباید با سایر داروهای تزریقی مخلوط شده یا در راههای تجویزی داخل وریدی حاوی داروها، محلول ها یا ترکیبات مغذی خاص تجویز گردند.
- 4- رقیق کردن ماده حاجب تزریقی با سرم نرمال سالین استریل توصیه نشده است.
- 5- کشیدن ماده حاجب از ظروفشان باید تماماً تحت شرایط استریل تنها با استفاده از سرنگ ها و وسایل استریل انجام شود. تکنیک استریل باید در تمام تزریقات عروقی که شامل مواد کنتراست باشد، رعایت شود.
- 6- اگر از لوازم چند بار مصرف استفاده می شود، مراقبتهای دقیق به منظور رفع پیشگیری از آلودگی، لازم است.
- 7- مواد حاجب پس از باز شدن، باید بلافاصله مورد استفاده قرار گیرند.
- 8- مواد کنتراست پدیدار تجویز شده به صورت داخل عروقی بایستی در زمان تزریق دمایی مساوی دمای بدن و یا نزدیک به آن داشته باشند.
- 9- رعایت قانون  $h_4$ ؛ Head up (حواس جمع بودن)، Have in electrocardiogram (مانیتور کردن بیمار)، Hydration (هیدراته بودن)، History (داشتن تاریخچه بیمار) قبل از تزریق ماده حاجب الزامیست.
- 10- قبل از انجام آزمون، به بیمار نحوه انجام پروسیجر را توضیح دهید، این کار به منظور حفظ آرامش و خونسردی بیمار می باشد.
- 11- برگه رضایت عمل مبنی بر انجام پروسیجر و خطرات احتمالی ناشی از انجام آن باید توسط بیمار و همراهان درجه یک قبل از انجام آزمون، تکمیل شده و امضا و ممهور به اثر انگشت شود.
- 12- در مواردی که بیمار باردار است، انجام آزمون باید حدالمقدور به بعد موکول شود و یا پروسیجرهایی که نیاز به اشعه و ماده حاجب ندارند، جایگزین آن گردند.
- 13- بیماران را از نظر سابقه حساسیت دارویی، مواد غذایی و بیماریهایی خاص باید مورد غربالگری قرار دهید. در بیمارانی که سابقه حساسیت به دارو و یا بیماری خاص دارند، احتمال وقوع واکنش ناخواسته ناشی از تزریق ماده حاجب بیشتر است. بیماریهای خاص شامل؛ دیابت، بیماری میلوم مولتیپل، فنوکروموسایتوما، بیماری خونی داسی شکل هموزیگوس و اختلال تیروئیدی شناخته شده و... می باشند.
- 14- چک کردن آزمایشات بیمار مانند Cr، PT، PTT، BUN و INR و سایر فاکتورهای خونی الزامیست.

- 15- اقدامات پیشگیرانه در مورد بیماران با ریسک بالا، شامل؛ پره مدیکاسیون با آنتی هیستامین ها و ورتیکواستروئیدها برای اجتناب یا کاهش وقوع واکنش های آلرژیک می باشد. البته این داروها از وقوع واکنش های جدی تهدید کننده حیات جلوگیری نمی کند ، اما ممکن است شیوع و شدت آنها را کاهش دهد. در مورد بیماران با این سوابق یا اختلالات، احتیاط فراوان بعمل آید.
- 16- از آنژیوکت یا وسیله تزریق کننده متناسب با سن، نوع و اندازه رگ، نوع پروسیجر و سرعت جریان خون عروق مربوطه استفاده کنید.
- 17- از شریان یا ورید مناسب( ورید پروگزیمال ساعد دست قسمت داخلی برای تزریق سیستم کلیوی، کبدی و صفراوی در سی تی و رادیوگرافی ارجح است) استفاده کنید، ضمن اینکه خالی بودن مثانه قبل از انجام آزمون الزامی است.
- 18- پروسیجرهای تشخیصی که مستلزم استفاده از مواد حاجب یددار هستند ، باید مستقیماً توسط افراد خبره و ماهر انجام شوند. توالی اورژانس کاملاً مجهز یا تجهیزات معادل و همچنین افراد کارآمد در تشخیص و درمان واکنش ناخواسته به ماده حاجب از هر نوع باید همیشه در دسترس باشند.
- 19- تزریق ماده حاجب نباید به تنهایی و در جای خلوت و بدون امکانات و تجهیزات مناسب انجام شود.
- 20- در مواردی که حین تزریق پارگی رگ یا نشت ماده حاجب اتفاق افتاد، فوراً تزریق متوقف، ورگ دیگری جایگزین آن کنید.
- 21- اگر در طول تزریق واکنش ناخواسته اتفاق افتاد ، تزریق باید بلافاصله متوقف گردد.
- 22- بیماران دریافت کننده مواد کنتراست به ویژه آنهایی که از طبی ناپایدار هستند باید از نزدیک تحت نظر باشند

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

کارشناس/ تکنسین رادیولوژی- فرمهای مربوط به اخذ شرح حال\_ فرم رضایت- توالی اورژانس\_ وسایل احیا\_ وسایل تزریق

منابع/ مراجع: مواد حاجب رادیولوژی – سونوگرافی- سی تی اسکن و ام ار ای نوشته فضل الله تورچیان – حسن فرهنگ

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر سارا شفیعی عباس اشرفی پور افسانه ملازاده	مسئول فنی سی تی اسکن سوپروایزر رادیولوژی مسئول فیزیکی بهداشت تصویر برداری
نام و سمت تایید کننده: دکتر سارا شفیعی مسئول فنی سی تی اسکن		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: پیشگیری و مقابله با سوانح بر اساس شرایط واقعی کار</b>	
<b>کد دستورالعمل: IM/IN2/002/05</b>	<b>تاریخ تدوین: 95/07/01</b>
<b>تعداد صفحه: 4</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

تعاریف: پرتوهای یونیزان: مانند اشعه ایکس مورد استفاده در رادیولوژی

شیلدهای محافظتی: پوششی از جنس سرب برای جلوگیری از تابش اشعه به بدن

پاراوان سربی: نوعی پاراوان که در الیاف پارچه های داخلی آن از سرب جهت تامین حفاظت پرتویی استفاده شده است و به عنوان وسیله

حفاظتی در برابر پرتوهای یونیزان استفاده شده است و به عنوان وسیله حفاظتی در برابر پرتوهای یونیزان استفاده می شود.

رادیوگرافی پرتابل: انجام هر گونه رادیوگرافی در بخش های بستری و اتاق عمل ( خارج از بخش رادیولوژی ) به دلیل عدم امکان انتقال بیمار

به بخش رادیولوژی توسط دستگاهها و پرتابل رادیولوژی

پرتوگیری پک: وارد شدن اشعه به بدن

فیلم بچ: فیلم های مورد استفاده جهت ثبت پرتوگیری دوره ای کارکنان

بچ: قاب نگهدارنده فیلم ها

علل سوانح پرتویی

هر واقعه ناخواسته شامل خطای کار نقص سیستم کمبود تجهیزات و یا هر حادثه دیگری که منجر به پرتوگیری غیر

عادی شود مقدار آناز دیدگاه حفاظت در برابر اشعه حائز اهمیت باشد یک سانحه پرتویی تلقی می گردد

خطاهای انسانی خرابی تجهیزات سوانح حمل و نقل و سوانح غیر مترقبه از علل سوانح پرتویی هستند

انرژی بسیار زیاد که توسط یک انفجار هسته ایی رها می شود با چهار مکانیزم به اطراف منتقل می شود.

4- حرارتی ( 111111 درجه سانتی گراد در مرکز یک بمب یک مگاتنی (معادل تی ان تی) که موجب ذوب شدن همه چیز

و عبور از مرحله جامد مایع و گاز و تبدیل به پلاسمای پلاسما می باشد الکترونها از هسته جدا و یونها به هر سمت پرواز میکنند و..).

2- صدای انفجار

9- تشعشعهای هسته ایی

1- پالسهای الکترومغناطیسی (تاثیر بر سیستمهای مخابراتی)

دستورالعمل:

با توجه به لزوم جلوگیری از تابش غیر ضروری به بیمار بیمارستان با هدف بیشترین حفاظت ممکن از افراد (بیماران، همراهان و پرسنل) سیاست افزایش مهارت کارکنان و سالم بودن دستگاهها را اتخاذ نموده است.

#### دامنه دستورالعمل: بخش رادیولوژی

صاحبان فرایند و ذینفعان: مسئول فیزیک بهداشت- مسئول بهداشت محیط

#### روش حصول اطمینان از اجراء :

کنترل مستندات ( گزارش دزیمتری فیلم بچ و معاینات دوره ای ) و چک لیست مرتبط (بازدیدهای دوره ای اقدامات اصلاحی) مشاهده (چراغ های آلام اشعه- زونبندی بخش رادیولوژی- استفاده از فیلم بچ شخصی- علائم هشدار اشعه ایکس کنترل مستندات) گزارش دزیمتری فیلم بچ و معاینات دوره ای ( و چک لیست مرتبط) بازدیدهای دوره ای اقدامات اصلاحی) مشاهده (چراغ های آلام اشعه- زونبندی بخش رادیولوژی- استفاده از فیلم بچ شخصی- علائم هشدار اشعه ایکس فرد پاسخگوی و نحوه نظارت بر اجرای دستورالعمل : مسئول فیزیک بهداشت

#### روش اجرای دستورالعمل :

4. کارشناس بهداشت محیط با ماهانگی ریاست بخش درخواست دزیمتری از جهت بررسی مقدار نشت اشعه از دیوار و دربهای رادیولوژی و برخی دستگاهها داده می شود (شش ماه یکبار یا در صورت تغییر در ساختمان و یا دستگاههای مولد پرتو ایکس 124

2. مسئول فیزیک بهداشت نسبت به کنترل علائم هشدار دهنده روی درب ورودی درب پرتونگاری با تصویربرداری بصورت دوره ای اقدام میکند.

9. مسئول بخش رادیولوژی، به منظور اطلاع رسانی همکاران و بیماران از تابش پرتو در اتاق ها، چراغهای آلام پرتو دهی در بالای درب اتاقهای رادیولوژی نصب می کند.

1. مسئول بخش رادیولوژی، به منظور اطلاع رسانی همکاران و بیماران از تابش پرتو در اتاق ها، چراغهای آلام پرتو دهی در بالای درب اتاقها رادیولوژی نصب می کند.

5. پرتو کاران به منظور تامین سلامت بیماران و کارکنان واحد تصویربرداری، در موارد لزوم از شیلدهای حفاظتی جهت بیماران و کارکنان استفاده می کنند.

6. پرتوکاران از فیلم بچ به عنوان وسیله ی مانیتورینگ و سنجش دز تابشی اشعه در بخش های مختلف کار با پرتو استفاده می کنند.

7. فیلم بچ مورد استفاده کارکنان، روی سینه نصب می شود و در صورت استفاده از روپوش سربی در زیر آن قرار داده می شود.

8. مسئول فیزیک بهداشت، نتایج دزیمتری کارکنان را در زونکن نگهداری کرده و در صورت پرتوگیری افراد، علت پرتوگیری را بررسی و به فرد اطلاع رسانی لازم انجام می دهد.

3. به منظور اطمینان از سلامتی کارکنان پرتو کار، معاینات پزشکی دوره ای پرسنل پرتوکار هر شش ماه یک بار انجام می شود و نتایج مربوطه پس از اطلاع رسانی به پرتو کار، بایگانی می گردد.

41. کاردان یا کارشناس رادیولوژی به دلیل اهمیت پرتوگیری بیماران باردار، در صورتی که بیمار نسبت به حامله بودن خود مطمئن نباشد، با پزشک معالج تماس تلفنی گرفته و مشکل بیمار را برای ایشان توضیح می دهد تا پس از انجام تست حاملگی و اطمینان از حامله نبودن، رادیوگرافی انجام گردد.

44. کاردان یا کارشناس رادیولوژی، در صورتی که پزشک معالج بیمار در دسترس نباشد، مضرات اشعه را برای بیمار توضیح می دهد و از وی می خواهد که برای تعیین تکلیف به پزشک معالج خود مراجعه نماید.

42. کاردان یا کارشناس تصویربرداری در صورت ضرورت انجام تصویربرداری جهت بانوان باردار با اشعه یونیزان، استفاده از اپرون و سایر وسایل حفاظتی، گرافی را انجام می دهد.

49. پزشک معالج درخواست رادیولوژی برای اطفال را محدود به مواردی می کند که الزاما برای تشخیص کودک مورد نیاز باشد.

41. کارشناس رادیولوژی فیلد تابشی به افراد را تا حد امکان کوچک انتخاب می کند و تا حد امکان از تکرار رادیولوژی خودداری می کند.

45. کارشناس رادیولوژی در صورت نیاز به انجام تصویربرداری با اشعه ایکس برای ثابت نگه داشتن بیمار امکانات لازم را به کار می بندد.

46. به منظور پیشگیری از تکرار گرافی، در صورت وجود نقص فنی در هر یک از تجهیزات پرتونگاری، از کارکردن با دستگاه معیوب خودداری می شود.

47. با توجه به استفاده از پرتوهای یونیزان در تصویربرداری پرتابل، اصل اساسی انجام رادیوگرافی، انجام آزمون در بخش رادیولوژی و تحت شرایط ایمن این بخش می باشد و انجام هرگونه رادیوگرافی خارج از بخش رادیولوژی فقط در موارد اورژانسی با تشخیص پزشک معالج و دستور کتبی ایشان صورت می پذیرد.

48. مسئول بخش تصویربرداری، به منظور اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه ها بصورت دوره ای و سالانه اقدام به انجام کنترل کیفیت دستگاههای پرتوساز از طریق شرکتهای مجاز اعلام شده توسط سازمان انرژی اتمی می کند

منابع و امکانات: فیلم بچ و یا سایر وسایل دزیمتری - دستگاه پرتابل - وسایل و تجهیزات حفاظتی اپرون ، شیلد گناده ، شیلد تروئید و در موارد ضروری پاروان سربی - دفتر ثبت رادیوگرافی پرتابل در بخش های بستری و اتاق عمل - دفتر مخصوص ثبت تکرار رادیوگرافی - دفتری ثبت مشکلات ایجاد شده در دستگاه ها 125

**کارکنان مرتبط:** مسئول فیزیکی بهداشت - کارکنان رادیولوژی - مسئول بهداشت محیط

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر سارا شفیعی عباس اشرفی پور افسانه ملازاده	مسئول فنی رادیولوژی سوپروایزر رادیولوژی مسئول فیزیکی بهداشت تصویر برداری
نام و سمت تایید کننده:	دکتر سارا شفیعی مسئول فنی رادیولوژی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل:</b> فهرست موارد بحرانی بخش تصویربرداری	
<b>کد دستورالعمل:</b> IM/IN/003/01	<b>تاریخ تدوین:</b> 98/10/17
<b>تعداد صفحه:</b> 4	<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17
	<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21

**هدف:** اطلاع رسانی به موقع در جهت حفظ ایمنی و نجات جان بیمار

**تعریف:** دستورالعمل موارد بحرانی بدین معناست که عضو یا حیات بیمار در معرض خطر بوده و می بایست بصورت فوری (تلفنی یا شفاهی) اطلاع رسانی موثر صورت پذیرد.

### **رادیوگرافی:**

پنوموتوراکس

هموتوراکس

شکستگی مهره ها

شکستگی چند تکه ای

شکستگی های دنده ها در صورت متعدد ودو طرفه بودن

شکستگی اندامها (فemor و زانو)

گشادی شدید قوسهای روده(مطرح کننده انسداد)

هوای آزاد شکم (پنوموپرتیوئن)

سطح مایع - هوای متعدد در شکم

دیدن جسم خارجی نوک نیز

### **سونوگرافی:**

خونریزی حاد

خونریزی خلف صفاق

مایع آزاد

آپاندیسیت حاد

پانکراتیت حاد  
هیدرونفروز شدید کلیه ها  
پس زدن پیوند کلیه ها  
حاملگی خارج از رحم  
مرگ جنین  
خونریزی پشت جفت  
جداشدن جفت  
هرنی گیر کرده

### سی تی اسکن:

- آمبولی ریه (در CT با تزریق)
- پنومومدیاستن (هوای آزاد در مدیاستن)
- پنوموتوراکس (CT قفسه سینه)
- پلورال افیوژن وسیع (CT قفسه سینه)
- آنوریسم آئورت (در CT شکم و CT قفسه سینه)
- پنوموپریتون یا هوای آزاد در CT اسکن شکم)
- خونریزی پارانشیمی مغزی (IPH-ICH)
- خونریزی داخلی بطنی مغزی (IVH)
- خونریزی های خارج مغزی (SDH و EDH)
- شکستگی مهره ها (در صورت احتمال فشار به کانال نخاعی)

دستورالعمل موارد بحرانی بدین معناست که عضو یا حیات بیمار در معرض خطر بوده و می بایست بصورت فوری، تلفنی (هات لاین) یا شفاهی اطلاع رسانی موثر صورت پذیرد.

در صورت بستری بودن بیمار بحرانی در اسرع وقت به بخش مربوطه اطلاع رسانی گردد.

در بیماران سرپایی مسئول شیفت وقت، موارد بحرانی را به پزشک مربوطه اطلاع رسانی نماید.

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
مسئول فنی رادیولوژی سوپروایزر رادیولوژی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار مسئول فیزیک بهداشت تصویر برداری	دکتر سارا شفیعی عباس اشرفی کبری شاهی افسانه ملازاده	
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تایید کننده: دکتر سارا شفیعی مسئول فنی رادیولوژی	

# محور رهبري و مدیریت کیفیت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیر همجنس</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد دستورالعمل: ML/IN/001 /04</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

دامنه دستورالعمل: کلیه واحدهای بیمارستان

**اهداف: اجرای دستورالعمل مربوط به معاینه بیماران و رعایت حریم خصوصی بیماران**

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

ارائه خدمات تشخیصی، و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی گیرندگان خدمت انجام می شود به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می نماید. به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می شود. در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می شود حضور یکی از محارم (یا معتمد بیمار / بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری است.

پروسیجرهای خاص مانند گذاشتن سوند، ECG، سونوگرافی های واژینال، انما و Shaving، پانسمان، تزریقات عضلانی و... توسط پرسنل همگن انجام می شود.

پزشکان باید از معاینه همزمان چند بیمار در اتاق معاینه خودداری نمایند. همچنین هنگام مصاحبه با رسانه های خبری باید حریم خصوصی بیماران حفظ شود و اسرار آنها فاش نگردد.

اطلاعات بیمار اعم از اطلاعات حساس و غیر حساس که به هر شکل در مراحل مختلف تشخیصی درمانی جمع آوری می شوند و به هر ترتیب در اختیار تیم درمانی قرار می گیرند باید محرمانه بماند. بر این اساس ارائه اطلاعات به افرادی به جز شخص بیمار یا افرادی که از طرف بیمار مجاز میباشند ممنوع است.

تنها آن دسته از پزشکان و پرسنل تیم درمان که عضو تیم می باشند مجاز به دسترسی به اطلاعات مرتبط با تشخیص و درمان هر فرد بوده و افراد دیگر برای دسترسی به اطلاعات بیماران حتی اگر پزشک باشد مجاز شمرده نمی شود.

بر اساس اخلاق حرفه ای، پزشکان و سایر اعضای تیم درمان فقط اطلاعات لازم را از بیمار کسب نمایند و اصل راز داری را در این زمینه حفظ نمایند.

معاینه بیمار در حضور افراد دیگر، پرسیدن سوالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرمساری بیماران گردد غیر اخلاقی و ممنوع می باشد.



مشاهده یا لمس غیر ضروری بیماران به ویژه در مورد بیماران غیر همجنس ممنوع می باشد. از هر گونه تجسس در امور شخصی و خانوادگی بیماران خودداری شود.

**منابع و امکانات:** پاراوان- پرده- دستورالعمل

**کارکنان مرتبط:** کلیه پرسنل درمانی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان
	فرهاد کریمی	مدیریت بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	مینا گلستانی	کارشناس بهبود کیفیت
	کبری شاهی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
	فائزه پیازچیان	مسئول گیرنده خدمت
نام و سمت تایید کننده:	دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور		ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

عنوان روش: تشریح نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد روش اجرایی: ML/PR/002/01
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	دامنه روش اجرایی: کل بیمارستان
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	تعداد صفحه: 2 صفحه

**هدف:** گروه های پزشکی، مرهم گذار درد بیماران و محرم اسرار ایشانند؛ بنابراین برای توفیق بیشتر خود و بهبود زودتر دردهای جسمانی بیماران، باید زمینه های برقراری ارتباط های روحی و عاطفی خود را با آنان فراهم نمایند. یکی از عوامل مؤثر در فرایند هماهنگی های روحی بیماران با مداوگران، رعایت اخلاق حرفه ای و آراستگی و پوشش مناسب مداوگران است.

**تعاریف:** تعارض منافع: شرایط مادی یا معنوی که ممکن است نظر افراد را تحت تاثیر قرار داده، منجر به تصمیم گیری و نتیجه گیری سوگرایانه نسبت به موضوع مطروحه شود.

شیوه انجام کار :

مکان	زمان	مسئول اجرا	گام اجرایی
بیمارستان	سالانه	سوپروایزر آموزش	در ابتدای سال با هماهنگی آموزش، کلاس های آموزشی برگزار میگردد.
بیمارستان	ماهانه	مسئول محور حقوق گیرندگان خدمت	نظارت میدانی مسئول حقوق گیرندگان خدمت از واحدها و جمع بندی و ارزیابی نتایج و بازدید سوپروایزرین و مسئولین جهت میزان رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی و ارائه نتایج در کمیته اخلاق بالینی و انجام اقدامات اصلاحی
بیمارستان	ماهانه	مسئول محور حقوق گیرندگان خدمت	تشویق کارکنان برتر از نظر میزان رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی
بیمارستان	مستمر	پزشکان	مراقبت از بیمار در مراحل مختلف پیگیری، رفتار با بیمار و همراهان و کارکنان صادقانه و محترمانه می باشد
بیمارستان	مستمر	پزشکان	در معاینه بیماران غیر همجنس از پزشکان مردویازن و در صورت عدم امکان، با حضور یکی از محارم بیمار استفاده میشود
بیمارستان	مستمر	پزشکان	حضور ب موقع در بخش و در دسترس بیماران و همراهان و تسریع در انجام مراقبتهای درمانی و یا مشاوره های اورژانسی بیماران تحت نظر
بیمارستان	مستمر	پزشکان	آموزش پیشگیری از تشدید بیماری، بروز عوارض، ابتلای مجدد و انتقال بیماری و نیز بهبود کیفیت زندگی به بیماران

بیمارستان	مستمر	پزشکان	توجه به منافع بیماران و توجه به تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران
بیمارستان	در زمان بروز حوادث	پزشکان	همکاری در زمان بروز سوانح و حوادث و حفظ خونسردی و رعایت وضعیت ظاهری و شئون حرفه ای
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	رعایت استانداردهای پوشش بیماران و کارکنان طبق دستورالعمل
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	در مدت حضور در محیط های بالینی، همراه داشتن کارت شناسایی معتبر و عکس دار حاوی حرف اول نام، نام خانوادگی، و سمت الزامی است.
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	از به کار بردن زیور آلات مانند دست بند، گردن بند، انگو، انگشتری طلا ( به جز حلقه ی ازدواج) و عطرها ی تند و حساسیت زا باید خودداری شود.
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	ناخن ها باید کوتاه، تمیز، بدون لاک باشد. استفاده از ناخن های مصنوعی و ناخن بلند به دلیل افزایش شانس انتقال عفونت و احتمال آسیب به بیماران جایز نمی باشد. استفاده از هر نوع لوازم آرایش مجاز نمی باشد
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	استعمال انواع دخانیات در محیط های آموزشی و بالینی اکیداً ممنوع است.
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	در هنگام راند بیماران، تلفن های همراه باید خاموش باشند و در مواقع دیگر نیز جز در موارد خیلی ضروری نباید تلفن های همراه را روشن کرد.
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	از خوردن، نوشیدن و جویدن آدامس در حضور بیماران باید خودداری گردد..
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	استفاده از هر نوع نماد فرق و گروه های مختلف ممنوع می باشد
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	رعایت ادب نفس و اخلاق حرفه ای به ویژه فروتنی و برخورد مناسب با بیماران و دیگر همکاران ضروری و ستودنی است
بیمارستان	مستمر	کلیه کارکنان	در محیط های درمانی، گفت و گو باید آرام و همراه با ادب باشد و از سر و صدای بلند در حضور بیماران باید پرهیز شود
بیمارستان	ماهانه	دبیر کمیته اخلاق	وظایف کمیته اخلاق بیمارستانی: تدوین و اجرای برنامه ارتقا رعایت استانداردهای اخلاق بالینی ممیزی اخلاقی ضوابط بیمارستان به لحاظ رعایت موازی اخلاق حرفه ای تدوین، ممیزی و بهبود خط مشی ها، فرآیندها و دستورالعملهای

			<p>اخلاقی و نظارت بر اجرای آن</p> <p>پیشنهاد راه حلهایی برای توزیع عادلانه منابع و ارائه پیشنهاد به سایر بخشهای مرتبط</p> <p>بررسی گزارشهای مرتبط با سنجه های حقوق بیمار در اعتباربخشی بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب</p> <p>بررسی گزارشهای مرتبط با وضعیت رعایت ضوابط اخلاق حرفه ای از سوی حرفه مندان در بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب</p> <p>بررسی گزارشهای مرتبط با شکایات وارده مرتبط با اخلاق حرفه ای در بیمارستان و ارائه بازخورد مناسب</p> <p>پایش رعایت حقوق آزمودنی ها در پژوهشهای جاری در بیمارستان</p> <p>پایش وضعیت مدیریت تعارض منافع در بیمارستان</p> <p>نظارت بر حسن اجرای منشور حقوق بیماران</p> <p>آموزش اخلاق حرفه ای به فراگیران و کلیه ی شاغلین بیمارستان</p> <p>برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه آموزش اخلاق حرفه‌ای برای فراگیران و ارائه دهندگان خدمات سلامت در بیمارستان متناسب با نیازسنجی های انجام شده</p> <p>آشنا کردن بیماران و همراهان آنها با حقوق و تکالیف خود در بیمارستان</p> <p>انجام و حمایت از پژوهشهای مرتبط با اخلاق حرفه ای و حقوق بیمار</p> <p>ارائه مشاوره اخلاقی به مدیریت و حرفه مندان بیمارستان در برخورد با چالشها و کشمکش های اخلاقی</p> <p>ارائه مشاوره اخلاق بالینی به بیماران و همراهان آنها در تصمیم گیری</p> <p>ارائه مشاوره به حرفه مندان</p> <p>ارائه مشاوره در بررسی پرونده های تخلفات اخلاق حرفه ای ارجاعی از واحدهای مختلف بیمارستان</p>
--	--	--	--

**منابع و امکانات:**

**کارکنان مرتبط:** کلیه کارکنان بیمارستان

**منابع / مراجع:** استانداردهای آموزش کارکنان و فراگیران - دستورالعمل کمیته اخلاق بالینی تابستان 97 - استانداردهای اعتباربخشی

**مستندات مرتبط:** پرسشنامه - مستندات آموزشی - صورتجلسات کمیته اخلاق

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	مینا گلستانی	کارشناس بهبود کیفیت
	کبری شاهی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
	فائزه پیازچیان	مسئول سنجش گیرنده خدمت
نام و سمت تصویب کننده:	دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور		ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش : ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی</b>	
<b>کد روش اجرایی: ML/PR/003/04</b>	<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>
<b>دامنه روش اجرایی: کل بیمارستان</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
<b>تعداد صفحه: 3 صفحه</b>	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**هدف:** توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران در فرهنگ سازمانی بیمارستانی

پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیلی ریشه ای علل بروز

پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

**تعریف:** خطاهای پزشکی یا **Medical Malpractice** عبارت است از تمامی نقائص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی عوامل مستعد کننده : عوامل مستعد کننده بروز خطا در بیمارستان به دو دسته زیرساختی و فرایندی تقسیم میشوند. عوامل زیر ساختی مرتبط با منابع انسانی تجهیزات و عوامل ساختاری است و عوامل فرایندی مرتبط با روش های ارایه مراقبت و درمان است.

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )**

1. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با توجه به خطاهای رایج اتفاق افتاده در مرکز یا سایر مراکز لیست خطاهای قابل گزارش را تهیه و تدوین نماید .
2. مدیر خدمات پرستاری لیست خطاهای قابل گزارش را برای کلیه سرپرستاران ارسال می نماید .
3. مدیر بیمارستان لیست خطاهای قابل گزارش را برای کلیه مسئول واحد های پاراکلینیک و خدماتی ارسال می نماید .
4. کلیه مسئول واحد ها لیست خطاهای قابل گزارش را در اختیار کارکنان قرار داده و اطمینان حاصل کند که تمامی کارکنان لیست مربوطه را مطالعه نموده اند
5. تیم مدیریت اجرایی سیستم گزارش دهی خطاها را به چند روش تدوین می نماید  
راه اندازی سیستم گزارش دهی الکترونیکی  
تهیه فرم های تسهیل شده گزارش خطا به صورت جمعی
6. تیم مدیریت اجرایی امکانات و ملزومات گزارش دهی را فراهم می نماید.  
-در دسترس بودن سیستم های الکترونیکی و امکان دسترسی به فایل الکترونیکی مربوطه  
-در دسترس بودن انواع فرم ها به صورت ورد در سیستم و آگاهی پرسنل از آنها
7. فراهم نمودن شرایط پیشگیری از خطاهای گزارش شده  
-کارشناس ایمنی بیمار با همکاری مسئول دفتر بهبود با توجه به نتایج علل بروز ریشه ای خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطاهای پزشکی را استخراج می نمایند
- 8- تیم مدیریت اجرایی در صورت نیاز اقدامات اصلاحی جهت عوامل مستعدکننده بروز خطا تدوین و در اختیار واحد ها قرار می دهد .
- 9-- ریاست بیمارستان باید فراهم کردن شرایط استاندارد انجام کارها ی درمانی را تضمین نماید .
- 10- ریاست بیمارستان باید کلیه دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با ایمنی بیمار را در اختیار مدیر گروهان پزشکی قرار دهد

- 11- رئیس خدمات پرستاری باید کلیه دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با ایمنی بیمار را در اختیار مسئول واحد ها قرار دهد
- 12- مسئولین واحد ها و سرپرستاران بخشهای بالینی تمامی دستورالعمل های وزارتخانه در ارتباط با ایمنی بیمار را در اختیار کارکنان قرار داده و از آگاهی و اجرای آنها توسط کارکنان اطمینان حاصل نماید .
- 13- سوپر وایزر آموزشی باید بر اساس نتایج علل بروز خطاها به دلیل کمبود آگاهی کلاس های آموزشی جهت تمامی رده های پیراپزشکی و خدماتی تنظیم نماید .
- 14- سوپر وایزرین باید در راند های بخش نظارت دقیق بر اجرای دستورالعمل های ایمنی بیمار نمایند و از طریق چک لیست ، بازخورد شناسایی عوامل مستعد کننده بروز خطاها را به مسئول واحد ها گزارش دهند.
- 15- کارشناس ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مور خطاهای پزشکی است را ترویج دهد .
- 16- کمیته مرگ و میر ، دارو و درمان ، طب انتقال خون، زایمان طبیعی و برخی کمیته های دیگر بر حسب عوامل پیش ساز خطاهای پزشکی بایستی برنامه ریزی نموده و با محوریت رئیس/ مدیر عامل و مسئول فنی بیمارستان مداخلات اصلاحی و پیشگیرانه بروز خطای پزشکی را در سطح بیمارستان به اجرا بگذارند.
- 17- کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را با توجه به نتایج عوامل مستعد کننده بروز خطا گزارش شده به صورت فصلی در اختیار دفتر بهبود قرار دهد .
- 18- دفتر بهبود باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحد های مرتبط قرار دهد .
- 19- مسئول واحد ها باید کلیه روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را طبق برنامه زمانبندی شده اجرا نمایند.
- 20- سوپر وایزرین بالینی باید به صورت دوره ای طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید و از اجرای روش های پیشگیرانه تدوین شده اطمینان حاصل نمایند .
- 21- تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید بعمل آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظری جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش، کوشا باشند.
- 22- تیم بازدید های مدیریت ایمنی باید عوامل مستعد کننده برای بروز خطاهای پزشکی در بیمارستان را شناسایی و بر اساس الویت بندی، اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروز خطا صورت پذیرد
- کلیه مسئول واحد ها لیست خطاهای قابل گزارش را در اختیار کارکنان قرار داده و اطمینان حاصل کند که تمامی کارکنان لیست مربوطه را مطالعه نموده اند

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:** فرمهای گزارش خطا- کلیه کارکنان بالینی- اعضای تیم مدیریت جراحی

**منابع/ مراجع:** تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی مهرنوش امینی کبری شاهی مینا گلستانی	ریاست بیمارستان مدیر خدمات پرستاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی کارشناس بهبود کیفیت
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش :</b> نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1	<b>کد روش اجرایی:</b> ML/PR/004/04
<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17	<b>دامنه روش اجرایی:</b> کل بیمارستان
<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه

**هدف:** تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی و افزایش گزارش دهی خطا با رفع موانع گزارش خطا

### تعریف:

### شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )

1. تیم رهبری و مدیریت کیفیت بیمارستان باید در عمل به سازو کار گزارش دهی و یادگیری از آن ها تعهد داشته و در جلسات در باره آن صحبت کنند .
2. تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید بعمل آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظری جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش، کوشا باشند
3. مسئول ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه، و محرمانه بودن گزارش دهی که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مورد خطاهای پزشکی است را ترویج دهد
4. مسئول واحد ها باید به صورت فصلی با توجه به آمار گزارش دهی خطاهای واحد خود موانع گزارش دهی خطا ها را شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند.
5. تیم بازبدهای مدیریتی ایمنی بیمار باید در بازدید های هفتگی با توجه به آمار گزارش دهی خطاها موانع گزارش دهی خطا ها را شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند.
6. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار نتایج موانع گزارش دهی خطا ها ی بیمارستان را در کمیته رهبری و مدیریت کیفیت مطرح می نماید .
7. اعضای کمیته مدیریت اجرایی با توجه به نتایج موانع شناسایی شده در گزارش دهی خطاها ی پزشکی اقدامات اصلاحی و برنامه های عملیاتی تدوین می نمایند .
8. دفتر بهبود تمامی برنامه های عملیاتی را در اختیار واحد های مرتبط قرار می دهد .
9. تیم رهبری و مدیریت کیفیت در راستای رفع موانع گزارش خطا با توجه به نتایج موانع گزارش شده باید روش های متفاوتی از جمله خوداظهاری جهت گزارش دهی تنظیم نماید .
10. مسئول اطلاعات فناوری بیمارستان باید فرم الکترونیکی گزارش دهی خطا را در سایت بیمارستان قرار دهد .
11. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار برای دسترسی اسان تر کارکنان درمانی در زمان های که فرم الکترونیکی در دسترس نیت و افرادی که سواد لازمه را در ثبت الکترونیکی ندارند فرم کاغذی گزارش خطا را پر مینمایند.
12. کمیته مدیریت اجرایی باید گزارش خطا را به صورت فصلی مورد بازبینی قرار داده و با توجه به نتایج موانع گزارش شده اقدامات اصلاحی انجام دهد.



13. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار باید نمونه های خطاهای که باید توسط کارکنان گزارش شود را در اختیار بخش ها قرار دهد .

14. مسئول واحد ها باید در راستای ارتقای فرهنگ گزارش خطا برای کارکنانی که خطاها را گزارش می دهند امتیازی در ارزیابی عملکردی منظور دارد .

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** فرمهای گزارش خطا- کلیه کارکنان بالینی- اعضای تیم مدیریت جراحی

**منابع/ مراجع:** تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی مهرنوش امینی کبری شاهی مینا گلستانی	ریاست بیمارستان مدیر خدمات پرستاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی کارشناس بهبود کیفیت
نام و سمت تصویب کننده: ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

محور حمایت

از گیرنده

خدمت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یافوت بیماران	
کد دستورالعمل: SUR/IN/002/01	تاریخ تدوین: 98/10/17
تعداد صفحه: 2	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

تعاریف:

خبر بد یا ناگوار: اخبار ناگوار هر نوع اطلاعاتی است که به طور منفی انتظارات فرد نسبت به آینده را مخدوش می کند، یا اخباری که منجر به نقص شناختی، رفتاری یا هیجانی در فردی می شود که این اخبار را دریافت کرده است، به صورتی که این نقص تا مدتی بعد از دریافت خبر بد ادامه دارد. اخبار ناگوار به صورت ذهنی تعیین می شوند و ممکن است بسته به تجارب شخصی فرد، به طرز متفاوتی ادراک شوند.

منظور از اخبار ناگوار در این دستورالعمل، خبر مربوط به فوت، تشخیص بیماری صعب العلاج و یا لاعلاج، قطع عضو، ضایعه نخاعی و موضوعات مشابه است.

هدف: اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران با رعایت موازین اخلاق بالینی

اصول ارائه ی خبر ناگوار عبارتند از: تخلیه و برون ریزی هیجانی، حمایت اجتماعی و مقابله تطبیقی. توانایی به اشتراک گذاشتن عواطف منفی ناشی از حادثه تروماتیک، مرحله مهمی از بهبودی است. شبکه های حمایت اجتماعی نیز در ابتدا برای فرد قربانی، حمایت، همراهی، اطلاعات، و کمک های مادی را مجدداً برقرار می کنند. مقابله تطبیقی شامل تغییر در مهارت های شناختی و رفتاری با تأکید بر جمع آوری اطلاعات، انتظارات معقول اجرایی، و کسب مهارت است.

نحوه ارائه خبر ناگوار در صورت حضور داشتن همراه بیمار در بیمارستان با رعایت اولویت اطلاع دهندگان(در صورت عدم حضور هر یک از اولویت های ارائه خبر، مقام بعدی مسئول ارائه خبر به همراه بیمار می باشد).

الف) افرادی که بیشترین اطلاع را از شرایط بیمار دارند و ابراز نظر آنها با پذیرش بیشتری همراه است.

1- پزشک 2- پرستار مربوطه 3- سرپرستار بخش 4- سوپروایزر 5- مترون ( در صورت حضور و اطلاع)

ب) همراهان تلطیف کننده شرایط اطلاع خیرناگوار در کنار تیم درمان

1- مددکار اجتماعی 2- روانشناس

نحوه ارائه خبر ناگوار در صورت فوت بیمار و حضور پزشک معالج در بیمارستان:

معمولاً خانواده ها انتظار دارند تیم درمان به موارد زیر توجه کند: همدلی تیم درمان، صداقت و شفافیت آنها، دادن فرصتی به خانواده ها برای پرسیدن سؤالاتشان، رویت جسد بیمار و ارجاع دادن آنها به امور بعدی. این کار باید به صورت تیمی انجام

شود.

ضرورت دارد پزشک معالج اطلاعات مربوط به تشخیص، روند و پیشرفت بیماری را به بیمار و یا خانواده وی ارائه نمایند. بنابراین مراحل ارائه خبر ناگوار به ترتیب ذیل می باشد:

- 1- دعوت از همراه اصلی یا قیم بیمار (در سنین زیر 18 سال) توسط پرستار بیمار، به اتاق پزشک
- 2- حضور داشتن پرستار و یا در صورت لزوم مددکار اجتماعی در اتاق
- 3- حفظ خونسردی توسط حاضرین در اتاق به جهت جلوگیری از افزایش استرس همراه بیمار
- 4- ارائه توضیحات اولیه به زبان قابل فهم توسط پزشک برای همراه در خصوص نوع بیماری، خدمات انجام شده و وخامت حال بیمار که مانع از دستیابی به نتیجه دلخواه یعنی درمان و نجات بیمار شده است.
- 5- ابراز تاسف و تسلیت به همراه بیمار بابت از دست دادن بیمار پس از انجام اقدامات احیا و یا هر اقدام درمانی فوری و ضروری دیگر
- 6- وجود داشتن آب و لیوان جهت ارائه به همراه بیمار
- 7- پاسخگویی پزشک و پرستار به سوالات احتمالی همراه بیمار در زمینه اقدامات پزشکی و...
- 8- در نظر گرفتن اتاق خالی (با امکانات آب و لیوان و دستمال کاغذی) برای هدایت همراه بیمار، توسط پرستار و یا مددکار اجتماعی جهت تخلیه هیجان و انجام واکنش های اولیه سوگ متناسب با شرایط فرهنگی و روحی همراه (در صورتی که بیمار و یا خانواده بعد از شنیدن خبر ناگوار سکوت کردند، لازم است از آنها بپرسید که دارند به چه چیزی فکر می کنند و یا چه احساسی دارند. پرسیدن این سوالات باز به آنها کمک می کند که بتوانند هیجانات خود را متناسب با خبر ناگوار که دریافت کرده اند، بروز دهند).
- 9- اجازه رویت جسد در اتاق (اورژانس و بخش ها) به منظور وداع با متوفی و آزاد گذاشتن همراه یا همراهان برای وداع آخر (این امر در پذیرش مرگ بیمار برای خانواده و عبور از محله انکار موثر خواهد بود)
- (ضمناً در صورتی که این ملاقات در زمان شیوع کرونا انجام میگیرد، حتما ماسک توسط خدمات و یا پرستار در اختیار همراه یا همراهان قرار داده شود).
- 10- در صورتی که همراه بیمار توانایی اطلاع دادن به سایر بستگان برای مراجعه به بیمارستان را ندارد پرستار و منشی بخش و یا در صورت لزوم مددکار اجتماعی می توانند از همراه بیمار بپرسند آیا کسی هست که بخواهند با وی تماس گرفته شود تا در شرایط کنونی به آنها کمک کند؟ در صورتی که آنها فرد یا افرادی را به شما معرفی کردند، با افراد مورد نظر تماس بگیرید و پس از معرفی خود و توضیح مختصر در مورد علت تماس، از آنها بخواهید به محل بیمارستان مراجعه کنند.
- 11- در خصوص همراهانی که با واکنش های افراطی در جهت آسیب زدن به خود و یا دیگران اقدام میکنند (کندن موی سر، کوفتن بر سرو صورت خود و یا سایرین، در صورت تجویز پزشک استفاده از داروهای آرامش بخش توصیه می شود)
- 12- هدایت همراهان به مکان مسقف و تعبیه شده و دارای هوای آزاد برای سوگواری اولیه در بیمارستان تا زمان ملحق شدن سایر بستگان

نحوه ارائه خبر ناگوار به خانواده بیمار در زمانی که در بیمارستان حضور ندارند:

( این تماس توسط سرپرستار، پرستار و در صورت لزوم منشی بخش) گرفته می شود.

در بسیاری از موارد بیمار و یا خانواده وی اصرار خواهند کرد که به صورت تلفنی در مورد وضعیت بیمار اطلاعاتی را دریافت نمایند. در پاسخ به اصرارهای آنها توضیح دهید که لازم است به صورت حضوری و توسط پزشک معالج جزئیات دقیق تری در مورد فرایند درمان بیمار به آنها اطلاع داده شود.

1. در مورد بیمارانی که قیم قانونی دارند (افراد زیر 18 سال، محجورین و ...)، لازم است که خبر ناگوار به قیم قانونی ایشان ارائه شود.

نکات روانشناختی لازم الاجرا در زمان ارائه خبر ناگوار ( bad news ) به بیمار و همراه در خصوص تولد نوزاد با کم توانی، نوع بیماری و...:

( مورد استفاده توسط پزشک، مترن، سوپروایزر، سرپرستار و پرستار و مددکار اجتماعی):

1 در زمان ارائه ی خبر بد آرامش خود را حفظ کنید، لازم است بنشینید و به این نکته توجه داشته باشید که استرس شما به سرعت به بیمار و خانواده وی منتقل می شود و می تواند تنش را در فرایند مداخله در بحران افزایش دهد. با اعضای خانواده تماس چشمی برقرار کنید.

2 از بیمار و یا خانواده وی بپرسید در مورد فرایند بیماری و درمان آن چه می دانند. به عنوان مثال "فکر می کنی برای چی ازت ام. آر. آی گرفته شده است؟" یا "در مورد شرایط پزشکی ات چه چیزهایی بهت گفته شده است؟". اطلاعات بیمار و یا خانواده وی را در مورد تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش های بالینی بررسی کنید. این کار به شما کمک می کند تشخیص دهید در مرحله بعدی باید چه اطلاعاتی در اختیار آنها قرار داده شود.

3 باید به زبان خود بیمار و خانواده اش با آنها حرف زده شود. به این ترتیب لازم است در صورتی که با زبان بیمار و یا خانواده وی آشنا نیستید، از قبل هماهنگی های لازم را برای حضور مترجم انجام دهید. مطمئن شوید که اعضای تیم مداخله در بحران از کلمات و اصطلاحات تخصصی استفاده نمی کنند و در صورتی که از چنین کلماتی استفاده می کنند، آنها را برای بیمار و یا خانواده وی توضیح می دهند.

4 لازم است از اعلام یکباره و بی پرده Bad News اجتناب شود. به این منظور لازم است اطلاعات در زمینه تشخیص، روند درمان، جزئیات مربوط به بیماری و نتایج آزمایش های بالینی بیمار به تدریج در اختیار خانواده قرار داده شود.

5 در صورتی که تشخیص یا روند درمان کنونی از قطعیت برخوردار نیست، لازم است از عنوان کردن جمله هایی مانند "دیگه کاری از دست ما برنمیاد" به طور جدی پرهیز شود.

6 بی تردید بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار واکنش های هیجانی نشان خواهند داد. واکنش های بیمار و یا خانواده وی را مشاهده کنید. این واکنش های هیجانی ممکن است به شکل های مختلفی بروز کند. سکوت، ناباوری، گریه کردن، انکار و یا خشم و عصبانیت از جمله مهمترین اشکال واکنش های هیجانی در چنین موقعیت هایی هستند. در بسیاری موارد بیمار و یا خانواده وی در مواجهه با خبر ناگوار علائم شوکه شدن، در خود فرورفتن و یا سوگواری را نشان می دهند. لازم است با آنها همدلی کنید. در صورتی که بیمار و یا خانواده بعد از شنیدن خبر ناگوار سکوت کردند، لازم است از آنها بپرسید که دارند به چه چیزی فکر می کنند و یا چه احساسی دارند. پرسیدن این سوالات باز به آنها کمک می کند که بتوانند هیجانات خود را متناسب با خبر ناگواری که دریافت

کرده اند، بروز دهند.

7 شرایطی را فراهم کنید که بیمار و خانواده وی بتوانند هیجانانگیز خود را بروز دهند. اجازه دهید گریه و سوگواری کنند اما لازم است مراقب باشید هیجانانگیز مانند خشم موجب آسیب به خود یا دیگران و یا متشنج کردن فضای بیمارستان نشود.

8 افرادی که درگیر شرایط بحرانی می شوند، استرس را تجربه می کنند. مهم است که بتوانید از تکنیک هایی که در کوتاه مدت می توانند به مدیریت استرس کمک کنند، استفاده کنید (به عنوان مثال از فردی که دچار استرس شده است، بخواهید بنشینند و نفس عمیق بکشند و به تدریج بازم را انجام دهد. فضای اطراف را آرام نگهدارید چراکه ازدحام و سروصدا می توانند موجب افزایش استرس فرد شوند. یک روش ساده و کوتاه مدت دیگر برای کاهش استرس این است که شرایط را به گونه ای فراهم کنید که اطلاعات به اندازه به فرد داده شود. به خاطر داشته باشید کمبود اطلاعات معمولاً به استرس فرد دامن می زند. به فرد اجازه دهید در مورد آنچه نگرانش می کند حرف بزند و در عین حال به او کمک کنید بدون اینکه به خود یا دیگری آسیب برساند، برون ریزی هیجانی را انجام دهد و ...).

9 از بیمار و یا خانواده وی بپرسید آیا کسی هست که بخواهند با وی تماس گرفته شود تا در شرایط کنونی به آنها کمک کند؟ در صورتی که آنها فرد یا افرادی را به شما معرفی کردند، با افراد مورد نظر تماس بگیرید و پس از معرفی خود و توضیح مختصر در مورد علت تماستان، از آنها بخواهید به محل بیمارستان مراجعه کنند.

10 در صورتی که بیمار و یا خانواده خبر ناگوار و مشکل ایجاد شده را انکار کردند، از تکنیک های مواجهه استفاده کنید. لازم است قبل از استفاده از این تکنیک ها تیم مداخله در بحران بهترین شیوه مواجهه و عوارض احتمالی آن را بررسی و انتخاب کند. مهم است که واکنش های بعدی بیمار و یا خانواده در مواجهه با خبرنگار توسط تیم مداخله در بحران پیش بینی شوند و اقدامات لازم برای مراقبت های ضروری انجام گیرند. به عنوان مثال در صورت احتمال اقدام به خودکشی در مورد بیماری که خبر ابتلا به بیماری سرطان به وی داده شده است، لازم است تیم مداخله در بحران ملاحظات لازم برای پیشگیری از اقدام به خودکشی را مد نظر قرار دهد.

11 در برخی موارد بیمار و یا خانواده وی برای طی سایر مراحل نیاز به حمایت یابی و یا ارجاع دارند. به عنوان مثال نباید از والدینی که خبر فوت فرزندشان را به آنها داده اید، انتظار داشته باشید بتوانند به راحتی مراحل اداری تحویل گرفتن متوفی را انجام دهند. در چنین موقعیتی لازم است شرایط را برای آنها تسهیل کنید. یا در صورتی که تغییر شرایط بیمار موجب شده است که به خدمات درمانی و یا حمایتی متفاوتی نیاز داشته باشد، لازم است اقدامات لازم را برای ارجاع و حمایت یابی انجام دهید.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	فائزه پیازچیان	مسئول سنجه گیرنده خدمت و مددکار اجتماعی
	حکیمه آذیر	مسئول مددکاری اجتماعی
	کمیل گل محمدی	مسئول حراست



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

خط مشی و روش

عنوان خط مشی و روش: رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد خط مشی و روش: SUR/PO/002/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	دامنه خط مشی و روش: کل بیمارستان
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	تعداد صفحه: 2

تعاریف :

بیانیه سیاست/ خط مشی: هدف از این رویه ایجاد چارچوب اخلاقی برای بیمارستان، شناسایی، حمایت و ارتقاء حقوق بیمار و حفظ حریم خصوصی و اسرار بیماران می باشد.

فرد پاسخگو: مسئول حقوق گیرنده خدمت بیمارستان

شیوه انجام کار: (بصورت گام به گام همراه با مسئول، زمان و مکان اجرا)

- 1- سرپرستاران بخشها بیماران زن و مرد را در اتاقهای جداگانه ای قرار می دهند.
- 2- مسئولین بخشها در اتاق های 2 تخته نیز بر حسب نیاز، با اینکه دو بیمار همجنس می باشند در صورت ارائه برخی از خدمات از پاراوان در نظر می گیرند. (مانند شیو- انما و ...)
- 3- پزشکان و پرستاران، حریم خصوصی بیمار، خصوصا هنگام سوال وجوابهای بالینی، آزمایشات، روشها و درمان ها و نقل و انتقال، رعایت می کنند.
- 4- در بخشهای ویژه فضای بین تختها با پرده ای از هم جدا شده است.
- 5- سرپرستار اتاق عمل در ریکاوری پاراوان، جهت جداسازی بیماران زن و مرد قرار داده است.
- 6- پرستار اتاق عمل هنگامی که بیمار بیهوش می باشد نقاطی از بدن که نیاز به جراحی نمی باشد را می پوشاند.
- 7- پرسنل بیمارستان در مواردی که بیماری نماینده وی رضایت ندارد، هیچگونه اطلاعاتی درباره بیمار یا بیماری وی افشاء نمی کنند.
- 8- در صورت مراجعه ی بیمار جهت تحویل مدارک پرونده به مسئول مدارک پزشکی، جهت کپی برابر با اصل مدارک اقدام میگردد.
- 9- کادر بیمارستان در زمان ورود به اتاق بیماران در زده و اجازه ورود می گیرند و در خصوص بیمارانی که پرده را کشیده اند با اعلام نام بیمار و کسب اجازه از بیمار بر بالین او حاضر می شوند.
- 10- موارد نزاع و درگیری تنها در صورت ارائه نامه از پزشکی قانونی به مسئول مدارک پزشکی، امکان دریافت کپی مدارک را خواهند یافت.

11- دوره های آموزشی درخصوص ارزشها و عقاید گیرندگان خدمت، ارتقاء مهارت های رفتاری و ارتباطی و ... بطور سالانه جهت پرسنل و مسئولین واحدها توسط سوپروایزر آموزشی و مسئول حقوق گیرنده خدمت برگزار میگردد.

**نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش : مشاهده و مصاحبه**

**ذینفعان:** بیمار و همراهان

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط :**

- کتاب استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان - مولفان : غلامعلی جعفری - صمد خلیفه گری - خدیجه دانایی - دکتر پریسا دولتشاهی - دکتر مژده رضایی - مهندس راحله روحپرور - عطیه صباغیان پیرو - پرستو عابدینی سلیم آبادی - نعمت اله عباس گودرزی - دکتر لیلا کیکوسی آرانی - دکتر حمید مهربانی فر - مرکز نشر صدا - سال 1389- تجربیات و امکانات بیمارستان

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
مدیریت بیمارستان مدیر خدمات پرستاری مسئول سنجش گیرنده خدمت مددکار اجتماعی	فرهاد کریمی مهرنوش امینی فانزه پیازچیان حکیمه آژیر	
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تاییدکننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود



## خط مشی و روش

<b>عنوان خط مشی و روش: حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر</b>	
<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b>	<b>کد خطی مشی و روش: SUR/PO/003/04</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>دامنه خط مشی و روش: کلیه ی بخش ها</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

### تعاریف:

بیانیه سیاست/ خط مشی: با توجه به لزوم حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر بر اساس سیاست های بیمارستان و با هدف رسیدگی و تکریم ارباب رجوع سیاست فراهم نمودن امکانات مناسب در بیمارستان برای این گروه از بیماران اتخاذ شده است. بیماران آسیب پذیر شناسایی و مراقبت و درمان باشیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه می شود.

فرد پاسخگو: مسئول حقوق گیرنده خدمت بیمارستان

شیوه انجام کار ( بصورت گام به گام همراه با مسئول, زمان و مکان اجرا)

منظور از بیماران /مراجعه کننده 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 سالمند، روانپزشکی /اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی ( بینایی /شنوایی /حرکتی/گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعه کننده /بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی ، افراد بیخانمان و .... از این گروه بیماران /مراجعه کننده هستند.

1. شناسایی و جمع آوری اطلاعات در خصوص گروه هدف توسط مسئولین بخش/شیفت صورت می پذیرد.

2. پرستار مسئول بیمار تیک مددکاری را در HIS جهت رویت واحد مددکاری فعال می نماید.

3. مددکار اجتماعی بر بالین بیمار حاضر و پس از تهیه گزارش در صورت لزوم مورد را به اورژانس اجتماعی اطلاع داده و پیگیری های بعدی را تا زمان ترخیص مورد ،انجام میدهد. ( گروه های آسیب پذیر شناسایی شده ،دارای اولویت درمان و نوبت دهی نیز می باشند )

8. درمان و انجام عمل جراحی توسط پزشک جهت گروه های آسیب پذیر ،با احتیاطات خاصی صورت می گیرد.

9 . جهت گروه های آسیب پذیر، رضایتنامه جهت ادامه ی درمان و انجام اعمال جراحی، از نزدیکان آنها اخذ می گردد. ( مگر در موارد بیماران مجهول الهویه که بستگان وی نامشخص است و براساس نظر پزشک تاخیر در درمان منجر به آسیب های جدی می شود)

نکته: در مواردی که امکان اقدامات پزشکی با تاخیر بیشتری وجود دارد در صورت توانایی ذهنی و روحی بیمار جهت اخذ رضایت شخصی، رضایت از شخص گرفته می شود. در غیر اینصورت از طریق تیم پزشکی و مدیریتی و مترون و ریاست دستور صادر می شود.

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

11.تخت های بخش های اطفال دارای نرده اطراف تخت جهت جلوگیری از سقوط بیمار و آسیب به بیمار می باشند.

12 . ویلچر جهت جابجائی افراد ناتوان و سالمندان در بخش ها موجود می باشد

13 جهت ترخیص افراد بدون سرپرست ،نیز تمهیدات مقتضی اخذ می گردد( در خصوص تخفیف هزینه درمانی، پیگیری پس از ترخیص و ...

نکته 1-13: در صورتی که بیمار بدون سرپرست دارای منزل بوده و توانایی مراقبت از خود و بازگشت به منزل را داشته باشد، بوسیله آژانس (تامین هزینه از طریق آورده خیرین) به منزل هدایت می شود.

نکته 2-13: اما در صورتی که توانایی بازگشت به منزل بدون مراقبت از وی وجود ندارد با اورژانس اجتماعی تماس گرفته می شود تا در حیطه دستورالعمل های خود خانواده را جستجو نموده و یا مراجع به مراکز نگهداری بهزیستی ارجاع شود ( مددکار اجتماعی در ساعت اداری\_ سوپروایزر و سرپرستار بخش در ساعات غیر اداری).

نکته 3-13: در صورتی که مددجو در گروه هدف هیچ یک از ارگان های دولتی ( اورژانس اجتماعی و نیروی انتظامی ) قرار نگرفت، جهت تعیین تکلیف در ساعت اداری با هماهنگی مدیریت بیمارستان با مشاور حقوقی مرکز بهداشت با دادگستری شهرستان مکاتبه انجام می شود.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مشاهده

ذینفعان: کلیه کارکنان

منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: کارکنان بیمارستان

منابع/ مراجع: تجربه بیمارستان، منشور حقوق بیمار

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیریت بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	فانزه پیازچیان	مسئول سنجه گیرنده خدمت
	حکیمه آذیر	مسئول مددکاری
	مینا گلستانی	کارشناس بهبود کیفیت
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد دستورالعمل: SUR/IN/001/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 2
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- کارشناسان پذیرش و پرستار بیمار باید در زمان تشکیل پرونده به همراه نداشتن جواهرآلات و اشیا قیمتی را به بیمار و همراه وی یادآوری کنند.

در موارد اورژانسی

- مسئول شیفت باید به محض ورود بیمار بدون همراه مسئول حفاظت فیزیکی را مطلع سازد.

مسئول پاسخگو: مسئول حفاظت فیزیکی

مجری: ( پرسنل حفاظت فیزیکی)

مسئول حفاظت فیزیکی

- حضور بر بالین بیمار
- صورتجلسه وسایل شخصی بیمار و اموال بیمار و جواهرآلات و اشیا قیمتی بیمار باید توسط پرسنل حفاظت فیزیکی در حضور یکی از اعضای کادر درمانی بیمار (پرستار مربوطه/ سرپرستار بخش/ سوپروایزر کشیک) تنظیم شود.
- صورتجلسه باید به امضای پرسنل شاهد رسانده شود.
- تمام اموال صورتجلسه شده در شیفت صبح باید به مسئول حراست و در عصر و شب به سوپروایزر تحویل داده شود و در دفتر پرستاری موقتاً نگه داری شود و در ساعت اداری روز بعد به مسئول حراست تحویل داده شود.
- پرسنل حفاظت فیزیکی وسایل صورتجلسه شده را در بعد از مسجل شدن نسبت همراه با بیمار به همراه بیمار تحویل می دهد.

در موارد غیر اورژانسی

پرستار مسئول بیمار

- در بدو ورود بیمار به همراه نداشتن هرگونه وسایل قیمتی را به بیمار و همراه وی یادآور می شود.

- عدم مسئولیت بیمارستان را در قبال گم شدن وسایل قیمتی در صورت به همراه داشتن را یادآور می شود.
- کلیشه رادیوگرافی سی تی اسکن و .. تحویل همراه بیمار و یا خود بیمار داده می شود.
- \_ پرسنل حفاظت فیزیکی اشیاء گمشده گرانقیمت را تحویل مسئول حراست می دهند.
- مسئول حراست اشیاء گمشده را تحویل و نگهداری می نماید

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** پرستار مسئول بیمار\_ سوپروایزر\_ کارکنان حفاظت فیزیکی- صورتجلسه

**منابع/ مراجع:** سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	فائزه پیازچیان	مسئول سنجش گیرنده خدمت
	کمیل گل محمدی	مسئول حراست
	مینا گلستانی	کارشناس بهبود کیفیت
نام و سمت تایید کننده	دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور		ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

خط مشی و روش

عنوان خط مشی و روش: راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد خط مشی و روش: SUR/PO/001/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	دامنه خط مشی و روش: کل بیمارستان
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	تعداد صفحه: 3

تعاریف :

**بیانیه سیاست/ خط مشی:** راهنمایی صحیح و به موقع گیرندگان خدمت، راهنمایی و پاسخگویی به سوالات و ابهامات مراجعین و بیماران به منظور تسریع ارائه خدمت به گیرندگان خدمت از مهمترین کارهاییست که بمنظور ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و افزایش رضایتمندی آنها بایستی انجام گیرد.

- 1- استفاده از خطوط راهنما جهت راهنمایی مراجعین به منظور دسترسی به بخش یا واحد مورد نظر
- 2- تهیه پوسترهای آموزش به بیمار و اطلاع رسانی به مراجعین
- 3- استفاده از پمفلت های آموزش به بیمار در خصوص آگاهی از بیماری و مراقبتهای لازم در منزل
- 4- تهیه پوستر منشور حقوق گیرنده خدمت در دسترس و در معرض دید گیرندگان خدمت قرار گیرد
- 5- . حدود تعرفه های رایج بیمارستان ( تخت های بیمارستانی و.. ) در قسمت های پذیرش و ترخیص نصب شده است.
- 6- تابلو/ کاغذ بیمه های طرف قرار داد در قسمت های پذیرش و ترخیص نصب شده است.
- 7- نگهبان های حاضر در استیشن اطلاعات، بیماران را به بخش های مورد نظر هدایت می کنند.

#### **فرد پاسخگو: مسؤل حقوق گیرنده خدمت بیمارستان**

#### **شیوه انجام کار : (بصورت گام به گام همراه با مسؤل ، زمان و مکان اجرا)**

- 1-مسؤل امور پشتیبانی نصب تابلوها و خطوط رنگی راهنما را در بخش ها و سالنها جهت راهنمایی مراجعین پیگیری می کند.
- 2-واحد IT اطلاعات لازم در خصوص نحوه پذیرش ،تعرفه ها،قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان،خدمات را در وب سایت بیمارستان به روز رسانی می کند.
3. مسؤل امور پشتیبانی تلفن پاسخگوی 24 ساعته در بیمارستان مستقر میکند.
- 5.مسؤل واحد تاسیسات تابلوی بالای سر بخش ها و واحدها و قسمت اداری را نصب می کند.
- 6.مسؤل حقوق گیرنده خدمت منشور حقوق بیمار را در ورودی بیمارستان،بخش های بستری و درمانگاه و ساختمان اداری در معرض دید نصب میکند.
- 7..پرسنل بیمارستان، کارت شناسایی(استاندارد، عکس دار، شامل حرف اول نام، نام خانوادگی، سمت و قابل خواندن از فاصله یک متری) تهیه و بر روی سینه نصب میکنند.
8. مسؤل حقوق گیرنده خدمت تابلوهای شناسایی رده های مختلف کارکنان براساس نوع پوشش را در سالنهای بیمارستان در معرض دید نصب می کند.
9. مسؤل واحد تاسیسات ،صندوق رسیدگی به شکایات را در سالنهای انتظار در معرض دید نصب می کند.
- 10.مسؤل رسیدگی به شکایات،فرایند رسیدگی به شکایات را در پذیرش ،ترخیص،اورژانس و سالن های انتظار نصب می کند.
- 11.مسؤل پذیرش، به سوالات بیمار در خصوص بیمارستان پاسخ می دهد.

12. مسئول پذیرش، در صورتیکه بیمار در خصوص هزینه درمان سوال داشته باشد وی را به واحد درآمد راهنمایی می نماید.

13. پرستار در حین پذیرش بیمار در بخش، خدمات قابل دسترسی در بیمارستان را برای بیمار توضیح داده و در فرم آموزش ثبت می نماید.

14. مددکار بیمارستان، مراجعین و بیماران را در رابطه با بیمه، سیستم های حمایتی و... راهنمایی می کند.

15. سوپروایزر آموزش به بیمار/رابطین آن آموزشها و ویژگیهای بعد از ترخیص را بصورت تلفنی جهت بیماران ترخیص شده انجام می دهد.

16. مسئول حقوق گیرنده خدمت از وجود امکانات و تسهیلات مورد نیاز جهت راهنمایی مراجعین که در این خط مشی نام برده شده است، اطمینان حاصل می نماید.

**نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش : مشاهده و مصاحبه**

**ذینفعان: بیمار و همراهان**

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:** تجربیات بیمارستان / سیستم های نرم افزاری بیمارستان، کارکنان بیمارستان

نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	ریاست بیمارستان
دکتر بتسابه مسجودی	مدیر خدمات پرستاری
مهرنوش امینی	مسئول سنجش گیرنده خدمت
فائزه پیازچیان	مددکار
حکیمه آژیر	
نام و سمت تاییدکننده: دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/پیچر	
کد دستورالعمل: SUR/IN/003/01	تاریخ تدوین: 98/10/17
تعداد صفحه: 2	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

در بیمارستان پیچ توسط مسئول تلفن خانه/نگهبان انجام می شود. و در موارد ذیل نگهبان مجاز به پیچ می باشد.

- 1- تماس از سوی کادر درمان در خصوص پیچ کد 99
- 2- درخواست برای شرکت کارکنان در کنفرانس ها و کلاس های عموم (توسط سوپروایزر آموزشی درخواست شود)
- 3- درخواست پیچ همراهان بیماران در مواقع بسیار ضروری با درخواست سرپرستاربخش
- 4- پیچ در محدوده ساعت 22 تا 7 صبح ممنوع است. (به جز موارد اعلام کدهای ضروری)

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	فائزه پیازچیان	مسئول سنجه گیرنده خدمت
	حکیمه آژیر	مددکار
	کمیل گل محمدی	مسئول حراست
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی	ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: آشنایی کل پرسنل با نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده / مراجعین	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد خط مشی و روش: SUR/IN/004 /01
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 2
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

1. کارشناس ایمنی و مسئول واحد یا سوپروایزر وقت بلافاصله باید ضمن برقراری ارتباط صادقانه بصورت باز و منسجم بابیمار / مراجعین یا فرد حامی او موضوع را بررسی نماید. نماینده بیمارستان ( کارشناس ایمنی ، مسئول واحد یاسوپروایزر وقت ) باید با اظهار وتاسف و پشیمانی از وقوع آن چه که اتفاق افتاده با بیمار یا همراه وی ارتباط

برقرار نماید. با توجه به اهمیت موضوع و مسئولیت آن کارشناس ایمنی و مدیر خدمات پرستاری بایستی و قوف کامل به حادثه داشته باشند.

2. با توجه تصویب کمیته اخلاق بیمارستان و دستورالعمل و اعلام خبر ناگوار به بیمار یا همراهان افراد واجد صلاحیت برای این -پزشک- 2 سوپروایزر 3- سرپرستاربخش 4- پرستار مربوطه 5- مترون ( در صورت حضور و اطلاع) می باشند. باید فرایند اظهار پشیمانی عذر خواهی از مراجعین بیمار همراهان را انجام دهند.

3. ارتباط بموقع و صادقانه باید در طی 24 ساعت اولیه پس از وقوع حادثه و با تشریح کامل برای مراجعین / بیمار / همراهان و اظهار پشیمان / عذر خوانی انجام گیرد. افراد تیم بتواند انتظارات منظمی مراجعین /بیمار /همراهان و فرد حانمی وی را تشخیص دهند. از افراد و کارکنان درگیر باید حمایت عاطفی به عمل آید.

4. جهت جبران خسارت کلیه کارکنان ذیربط باید بیمه مسئولیت حرفه ای داشته باشند و پیگیری لازم توسط کارشناس ایمنی انجام گیرد.

5. بر اساس فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار باید از کارکنان که گزارش های لازم را در زمینه خطاهای پزشکی ارائه می کنند حمایت گردد. جوانب محرمانگی افراد باید حفظ شود.

6. سازو کارهای لازم جهت جبران خسارت بیمار (فلوچارت خسارت) باید پیش بینی شود.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	فائزه پیازچیان	مسئول سنجش گیرنده خدمت
	حکیمه آژیر	مددکار
	کمیل گل محمدی	مسئول حراست
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی	
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

خط مشی

عنوان خط مشی و روش: مددکار اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد خط مشی و روش: SUR/PO/004 /01
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 2
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

**هدف :** مدیریت برنامه ریزی خدمات مددکاری اجتماعی در بیمارستان و آشنایی پرسنل با این خدمات

**دامنه :** کل پرسنل

- 1- در تمامی واحد ها و بخش ها کلیه پرسنل موظف به شناسایی بیماران آسیب پذیر هستند.
- 2- اطلاع رسانی در مورد بیماران آسیب پذیر بر عهده مسئول هر شیفت می باشد.
- 3- ثبت بیماران نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی در سیستم HIS قسمت مددکاری امکان پذیر می باشد و کلیه افرادی که به سیستم HIS دسترسی دارند می توانند بیماران آسیب پذیر شناسایی شده را در واحد مددکاری ثبت نمایند.
- 4- در ساعات اداری مسئول مدد کاری روزانه از کلیه بخش در واحد ها بازدید به عمل می آورد و بیماران آسیب پذیر یا نیازمند را شناسایی می کند.
- 5- لیست بیماران آسیب پذیر جهت شناسایی بهتر از طرف واحد مددکاری اجتماعی براساس سنجش های مددکاری اجتماعی تهیه و از طرف ریاست بیمارستان ابلاغ شده است.
- 6- مددکار اجتماعی با حضور بر بالین آسیب پذیر با تحقیق میدانی و مصاحبه یا در صورت نیاز بازدید میدانی وضعیت مدد جویان را از نظر مادی و معنوی ارزیابی می نماید.
- 7- نیاز های بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط مدد کاری اجتماعی شناسایی و در اغلب موارد از طریق مجمع خیرین سلامت نسبت به رفع این نیاز اقدام می گردد.
- 8- کلیه اطلاع رسانی در مورد بیماران مجهول الهویه ، بی خانمان و بدون هم بدون همراه و ... از طرف بخش ها و واحد ها و واحد مدد کاری در اسرع وقت انجام می شود. واحد مددکاری هماهنگی های لازم را با سازمانهای حمایت گر از جمله بهزیستی ، کمیته امداد و مجمع خیرین سلامت و ... جهت تامین رفاه و با هزینه های درمانی انجام می دهد.
- 9- در شیفتهای عصر و شب و روز های تعطیل کلیه اقدامات مربوط به مددکاری و شناسایی بیماران آسیب پذیر و ... بر عهده سوپروایزر وقت می باشد که باید هماهنگی های لازم از طرف مسئولین شیفتهای سوپروایزر انجام گیرد.
- 10- ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می پذیرد.

11-مددکار اجتماعی در کمیته های مختلف (اخلاق پزشکی و بحران و بلا یاور..) مطابق با آخرین سنجه های مددکاری اجتماعی شرکت می نماید.

13-حمایت از بیماران دیالیزی و کلیوی از الویتهای بیمارستان برای پیگیری پس از ترخیص می باشد . بیماران دیالیزی که به بیمارستان مراجعه می کنند تحت حمایت کامل مجمع خیرین سلامت هستند و کلیه هزینه های درمانی رفت و آمد و سایر هزینه ها از طرف خیرین تامین می گردد.

14- واحد مددکاری بیمارستان کلیه بیماران دارای ناتوانی های جسمی ، اختلالات روانی ، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را شناسایی نمود و جهت ادامه روند درمانی / تشخیص / توانبخشی و به صورت تلفنی یا حضوری در خصوص مصرف دارو ، ویزیت و سایر نیازمندی ها پیگیری می نماید.

15-واحد مددکاری جهت ارجاع بیماران بی خانمان یا بد سرپرست هماهنگی لازم را با اورژانس اجتماعی بهزیستی به عمل می آورد.

16-جذب منابع مالی از محل مشارکت های مردمی ،موسسه های خیریه بیمارستانی براساس سنجه مددکاری اجتماعی انجام میگیرد.

17-گزارش مربوط به عملکرد واحد مددکاری اجتماعی به صورت ماهانه و فصلی و سالانه به مدیران اجرایی بیمارستان و معاونت درمان ارسال می گردد.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	فائزه پیازچیان	مسئول سنجه گیرنده خدمت
	حکیمه آژیر	مسئول واحد مددکاری
	کمیل گل محمدی	مسئول حراست
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور		ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

### روش اجرایی

عنوان روش: حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد روش اجرایی: SUR/PR/001/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	دامنه روش اجرایی: کلیه واحدهای بیمارستان
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	تعداد صفحه: 2 صفحه

هدف: حفظ محرمانگی اسرار بیماران

تعریف: ایجاد و آموزش اصول محرمانگی به کلیه کارکنان مرکز برای دادن فضایی امن به بیماران و حفظ اسرار آنها و اطلاعات پزشکی بیماران در برابر دسترسی های غیر مجاز

شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )

- زمان واگذاری اطلاعات به مراجع قانونی میزانی از اطلاعات بیمار که مورد تقاضاست ،توسط مسئول بایگانی افشا می شود.
- کلیه کادر درمان به درخواست تلفنی درخصوص کسب اطلاعات از بیماران ،پاسخ نمی دهند.(بجز بیماران اورژانس)
- پرستاران بخش ها روی پوشه پرونده بیمار مواردی مثل هپاتیت ، HIV - و...که به اسرار بیماران مربوط می گردد ، را نمی نویسند
- کارکنان آزمایشگاه نتایج آزمایشات را بدون اجازه بیمار به سایرین فاش نکرده، واطلاعات بیماران محرمانه باقی می ماند.
- توسط رئیس اداره مدارک پزشکی به کلیه کارکنان اداره مدارک پزشکی آموزش داده شده که درباره وضعیت بیماران با سایر کارکنان بیمارستان ،گفتگو نکنند.
- پس از ترخیص برگه خلاصه پرونده توسط پرستار آموزش ،در بخش تحویل بیمار/ولی بیمار می شود.
- مسئول مدارک پزشکی سطح دسترسی افراد مختلف به پرونده پزشکی بیمار را تعیین کرده و به کارکنان اعلام می نماید.
- کارکنان مدارک پزشکی فقط به بیمار و افراد درجه اول خانواده وی، اجازه تهیه رونوشت از پرونده پزشکی وی را می دهند.
- کارکنان مدارک پزشکی از ارائه پرونده بیمار به سایر کارکنان درمانی که در روند درمانی بیمار دخالتی نداشته اند ممانعت می کند.

- کارکنان مدارک پزشکی در هنگام واگذاری اطلاعات به پژوهشگران علاوه بر درخواست کتبی پژوهشگر ؛ اخذ دستور کتبی رئیس بیمارستان را به رویت رئیس واحد مدارک پزشکی می رساند.

- در صورتی که اصل پرونده توسط مراجع قانونی (دادگاه پزشکی قانونی نظام پزشکی) درخواست شود، مسئول مدارک پزشکی ابتدا از کلیه اوراق کپی تهیه و داخل پوشه پرونده میگذارد و اصل پرونده پس از برگ شماری طی نامه رسمی تحویل و رسید دریافت می گردد.

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان مدارک پزشکی

**منابع/ مراجع:** تجارب بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	فائزه پیاز چیان	مسئول سنجه گیرنده خدمت
	نسرین رضایی	مسئول واحد اطلاعات سلامت
نام و سمت تایید کننده:	نسرین رضایی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
	مسئول واحد اطلاعات سلامت	ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

عنوان روش: نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد روش اجرایی: SUR/PR/002/ 04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	دامنه روش اجرایی: کلیه بخش های بالینی و غیر بالینی
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	تعداد صفحه: 2 صفحه

هدف: حفظ و حراست از گیرندگان خدمت مجهول الهویه

- شناسایی گیرندگان خدمت مجهول الهویه و برنامه ریزی اختصاصی در بیمارستان جهت ارائه حمایت های لازم به گیرندگان خدمت مجهول الهویه

- اجرایی شدن سیاست های ابلاغی از سوی وزارت متبوع در رعایت حقوق گیرندگان خدمت از جمله گیرندگان خدمت مجهول الهویه

- رسیدگی و تکریم ارباب رجوع

- حفظ شخصیت بیمار و احترام به وی

**تعریف بیمار. مجهول الهویه:** به افرادی اطلاق می شود که به محض ورود به بیمارستان یکی از سه ویژگی زیر را داشته باشند. اول، فرد فاقد اسناد هویتی بوده و با حکم قضایی ارائه ی خدمات پیشگیری، توانبخشی اجتماعی و مراقبتی و نگهداری وی به بهزیستی و گذار گردیده است. دوم، نوزاد مجهول الهویه که در بیمارستان به دنیا آمده و یا رها شده اند و نیاز به درمان دارند و متعاقباً تحت پوشش بهزیستی قرار می گیرند. سوم، فرد فاقد اسناد هویتی ( ایرانی و غیر ایرانی) که به دلیل شرایط جسمی مانند پایین بودن سطح هوشیاری، زوال عقل و فراموشی در بیمارستان بستری شده است، همراه و مدارک مستند جهت شناسایی ندارد.

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود).**

1. پرستار تریاژ چنانچه بیمار مجهول الهویه به بیمارستان انتقال داده شود، مورد را در اسرع وقت به اطلاع مسئول شیفت / سوپروایزر و مددکار اجتماعی بیمارستان می رساند (مددکار اجتماعی از طریق ارجاع توسط مترون، سوپروایزر، سرپرستارمسول پذیرش یا پرستار تریاژ اورژانس مطلع می شود).

2. مددکار اجتماعی ضمن تهیه صورتجلسه مورد را به ریاست و اورژانس اجتماعی اطلاع میدهد.

3. مسئول شیفت باهماهنگی حفاظت فیزیکی و حراست بیمارستان کلیه وسایل شخصی وی را جهت یافتن کارت شناسایی، آدرس و شماره تلفن و... برای تعیین هویت بیمار بررسی نموده و ضمن تنظیم صورتجلسه وسایل بیمار در خارج ساعت اداری تحویل دفتر پرستاری و در ساعت اداری تحویل مسئول حراست می دهد.

4. متصدی پذیرش با دستور پزشک برای بیمار تشکیل پرونده داده و بجای مشخصات بیمار کلمه مجهول الهویه و در صورت تعدد مجهول الهویه عدد داده میشود. ( دستبند بیمار با عنوان مجهول الهویه 1 و... ) مشخص می شود.
5. پرستار مسئول شیفت/ سرپرستار/ سوپروایزر کشیک ترتیبی اتخاذ می نماید که بیمار مانند سایر بیماران تحت درمان قرار گیرد.
6. پرستار مسئول بیمار در گزارش پرستاری وضعیت ظاهری بیمار (پوشش، رنگ پوست و...) و پاهر نشانانه مشخصه بیمار را در پرونده ثبت نموده و در صورت هوشیاری اطلاعات لازم را از بیمار گرفته و ثبت می نماید و کلیه اقدامات لازم در خصوص شناسایی بیمار شامل شماره پرونده بیمار و مشخصات ظاهری او را انجام می دهد.
7. طی 24 ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه مددکار اجتماعی از طریق انتظامات و یا حفاظت فیزیکی بیمارستان در اسرع وقت مورد را به نیروی انتظامی (پلیس 110) اطلاع می دهد تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه تنظیم می نماید و اقدامات لازم را در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام می گیرد.
8. مددکار اجتماعی در زمان اداری و سوپروایزر در زمان غیر اداری، مورد را به اورژانس اجتماعی اطلاع می دهد. تا ضمن بازدید میدانی، خانواده و یا بستگان وی مورد شناسایی قرار گیرد.
9. پزشک عمومی، بیمار مجهول الهویه بدحال را حداقل 24 ساعت تحت نظر قرار می دهد و از ترخیص او خودداری می کند.
10. سوپروایزر در هر شیفت ملزم به سرکشی به بیمار به منظور بررسی نحوه درمان بیمار و جلوگیری از تبعیض درمانی در خصوص بیمار مجهول الهویه می باشد.
11. سوپروایزر با کمک مددکار اجتماعی بیمارستان جهت ترخیص بیماران مجهول الهویه و دارای آسیب های اجتماعی تا حصول نتیجه و خروج قانونی بیمار از بیمارستان پیگیریهای لازم را انجام میدهد تا بیمار در صورت لزوم به یکی از مراکز نگهداری زیر نظر بهزیستی (سرای سالمندان، معلولین، کمپ های ترک اعتیاد، دادگاه های درمان مدار و...) منتقل شود.
12. مددکار اجتماعی برای تامین هزینه های درمانی این بیماران از آورده وزارت بهداشت و و یاحمایت خیرین استفاده می نماید.
13. سوپروایزر وقت در زمان کشیک و مددکار اجتماعی در زمان حضور اداری، در صورت فوت بیمار مجهول الهویه و در شرایطی که هیچ راهی برای شناسایی بیمار در بیمارستان وجود ندارد با هماهنگی با حراست به پلیس 110 اطلاع میدهد.
14. حراست بیمارستان در طی مکاتبه با مشاوره حقوقی شبکه بهداشت نسبت به کسب مجوز های لازم جهت تعیین تکلیف جسد متوفی اقدام می کند.
15. سوپروایزر جسد را تا زمان تشخیص هویت و یا شناسایی بستگان در سردخانه نگهداری می نماید.
16. سوپروایزر وقت با هماهنگی ریاست بیمارستان و حراست جنازه را فقط با نامه نیروی انتظامی یا دادگاه، مبنی بر تحویل جسد به افراد یا ارگان مورد نظر تحویل می دهد
17. در مورد نوزادان رها شده که مجهول الهویه محسوب می شوند، به اورژانس اجتماعی اطلاع داده شده و حکم قضایی در مورد سرنوشت نوزاد توسط اورژانس اجتماعی اخذ می شود.

18. درمورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه تحت پوشش بهزیستی ، مددکار اجتماعی نسبت به پیگیری بیمه ی درمانی بیمار از طریق نمایندگان بیمه در بیمارستان اقدام می نماید.

19. شیوه ارزیابی بیماران شامل مصاحبه با بیمار، مشاهده وضعیت ، م طالعه پرونده بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان می باشد

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** پرستاران بخش های بستری، پرسنل پذیرش، مسئول حراست، سوپروایزرین

**منابع/ مراجع:** منشور حقوق بیمار\_ دستورالعمل های ایلاغی وزارت متبوع

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت:
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان
	فرهاد کریمی	مدیریت بیمارستان
	مینا گلستانی	کارشناس بهبود کیفیت
	حکیمه آژیر	مددکار بیمارستان
	فائزه بیازچیان لنگرودی	مسئول سنجه گیرنده خدمت
نام و سمت تصویب کننده:	نام و سمت تصویب کننده:	
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

خط مشی و روش

عنوان خط مشی و روش: تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد خطی مشی و روش: SUR/PO/005/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	دامنه خط مشی و روش: کل بیمارستان
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	تعداد صفحه: 2 صفحه

تعاریف: فرآیند تامین لوازم و تجهیزات مورد نیاز جهت انجام اقدامات بالینی و اداری

بیانیه سیاست/ خط مشی: با توجه به لزوم تسهیل در فعالیت های مربوط به خرید و تجهیزات ضمن اجرای الزامات دستورالعمل داخلی را لحاظ نموده است

فرد پاسخگو: رئیس بیمارستان

شیوه انجام کار ( بصورت گام به گام همراه با مسئول, زمان و مکان اجرا)

- 1- درخواست لوازم و تجهیزات مورد نیاز توسط مسئولین واحد ها به ریاست بیمارستان ارسال می گردد.
- 2- در مورد واحد های بالینی درخواست خرید قبل از ارسال به ریاست باید به تایید رئیس خدمات پرستاری برسد.
- 3- لزوم خرید تجهیزات و داروهای مصرفی جدید(ورود به فرمولاری لوازم مصرفی بیمارستان) بر اساس تعداد درخواستها در ابتدا پس از تایید در کمیته اقتصاد و درمان بیمارستان مطرح شده و بعد از تایید مسئول امور مالی و ریاست یا مدیریت بیمارستان دستور خرید را تایید می نماید.
- 4- خریدهای اموالی بیش از 5 میلیون تومان با هماهنگی واحد دارو و تجهیزات پزشکی دانشگاه و کسب مجوز از آنها انجام می شود.
- 5- جهت خرید ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی توسط مسئول فنی داروخانه به سایتها با در نظر گرفتن قیمت انجام می شود.
- 6- خرید تجهیزات سرمایه ای یا اموالی بالاتر از 5 میلیون تومان بعد از کسب مجوز از معاونت غذا و دارو صورت می گیرد.
- 7- خرید تجهیزات غیر پزشکی بعد از درخواست مسئولین واحد های مربوطه و تایید ریاست از طریق کارپرداز با در نظر گرفتن بهترین قیمت و کیفیت صورت می گیرد.



نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مشاهده مستندات - درخواستها - پیش فاکتورها

ذینفعان: کلیه کارکنان

منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: مسئولین واحد ها- ریاست- کارپرداز- مسئول تجهیزات پزشکی - مدیر مالی

منابع/ مراجع: تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان
	فرهاد کریمی	مدیریت بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	کیوان اخوان	رئیس امور مالی
	مهدی لطیفی	مسئول تجهیزات پزشکی
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور		ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

خط مشی

عنوان خط مشی: برخورد با بیمار در حال احتضار	
تاریخ تدوین: 98/10/17	کد دستورالعمل: SUR/PR/003/01
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 2
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

مراقبت از بیمار در حال احتضار و آرامش بخشیدن و تسلی دادن به خانواده وی، خواه مرگ ناگهانی بوده و یا به دنبال یک بیماری طولانی بروز کند، از دشوارترین تجارب پرستاری است.

1- کلیه اقدامات تشخیصی درمانی بهداشتی برای بیمار در حال احتضار همچون فرد زنده تا پایان مرگ انجام می شود

2- جهت حفظ حریم خصوصی بیمار وی در فضائی مجزا از سایر بیماران تحت مداوا قرار می گیرد

3- نظم بخش با هماهنگی انتظامات و کادر پرستاری حفظ می گردد.

4- در صورتی که بیمار هوشیار باشد شرایطی فراهم می گردد که وی بتواند عقاید، نظرات و احتیاجات خود را بیان کند

5- در صورتی که بیمار هوشیار نباشد شرایط طبق نظر همراهان بیمار در حد امکانات بیمارستان فراهم می گردد.

6- وضعیت بیمار و روند اقدامات تشخیصی درمانی انجام شده توسط تیم درمانی معالج ( ارشدترین فرد حاضر بر بالین بیمار) جهت همراهان توضیح داده می شود.

7- با توجه به وضعیت بیمار و بخش مورد نظر، سرپرستار بخش روزانه در خصوص ملاقات همراهان با بیمار در حال احتضار و اطلاع رسانی از وضعیت بیمار به همراهان، مساعدت مقتضی بعمل می آورد.

8- فوت بیمار بلافاصله توسط تیم درمان به همراهان اطلاع داده می شود.

9- جهت کاستن از بار غم و اندوه همراهان بیمار در صورت امکان، در بخش های ویژه بعد از انتقال متوفی از بخش به مسیر سردخانه و در بخش های عادی قبل از انتقال به سردخانه جسد متوفی به رویت خانواده رسانده می شود.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری

مسئول سنجه گیرنده خدمت مسئول واحد مددکاری مسئول حراست	فائزه پیازچیان حکیمه آذیر کمیل گل محمدی
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

خط مشی

عنوان خط مشی و روش: خط مشی الزامات برخورد با امتناع بیماران از درمان های ضروری	
کد دستورالعمل: SUR/PR/008/01	تاریخ تدوین: 98/10/17
تعداد صفحه: 2	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

تعریف امتناع از درمان: به این معناست که یا بیمار در حین انجام مراحل اخذ رضایت آگاهانه و زمانی که پزشک معالج نوع بیماری و درمان ضروری را به بیمار پیشنهاد می دهد، از پذیرش آن امتناع می کند و یا از ادامه درمان ضروری که برای او شروع شده است امتناع می ورزد و خواستار قطع آن درمان است.

تعریف درمان های ضروری: مواردی است که در صورت عدم انجام آن بیمار در معرض عارضه ی جدی قرار می گیرد یا احتمال آسیب جدی به سایر افراد وجود دارد.

هدف: مدیریت هر چه بهتر شرایط امتناع بیماران یا تصمیم گیرندگان جایگزین آنها از درمان های ضروری

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- 1- بیماران حق انتخاب بین روش های استاندارد درمانی کشور را دارند، بنابراین اگر بیماری، یک روش استاندارد درمانی را رد می کند تا روش استاندارد دیگری را انتخاب کند به معنای امتناع از درمان نیست.
- 2- در صورت امتناع بیمار از درمان استاندارد، لازم است پزشک معالج تمام تلاش خود را جهت شفاف کردن موضوع و اطمینان از فهم بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین به عمل آورد. در صورت عدم موفقیت پزشک معالج در اخذ رضایت آگاهانه ، توصیه می شود از مشاوره تیم اخذ رضایت آگاهانه بهره ببرد.

- 3- تیم اخذ رضایت آگاهانه شامل سوپروایزر کشیک ، یکی از اعضای تیم پزشکی (پزشک متخصص معالج، متخصص طب اورژانس، پزشک اورژانس) و یکی از مشاوران است.
- 4- مشاوران تیم به فراخور شرایط و نیاز بیمار شامل سرپرستار بخش، مددکار اجتماعی ، متخصص روانپزشک ، متخصص پزشکی قانونی، مسنول فنی و مدیریت بیمارستان است.
- 5- این تیم همچنین می تواند از همراهان بیمار برای متقاعد کردن وی کمک بگیرد
- 6- در شرایط اورژانسی تهدید کننده حیات بیمار یا دیگران ، اخذ رضایت آگاهانه ضروری نیست
- 7- در زمانی که پزشک معالج به صلاحیت تصمیم گیری بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین شک دارد باید از یک پزشک متبحر (ترجیحا روانپزشک) جهت تایید یا رد صلاحیت تصمیم گیری بیمار، مشاوره بخواهد.
- 8- لازم است تیم اخذ رضایت آگاهانه پس از رسیدگی به امتناع بیمار از درمان، موضوع را به صورت مکتوب به کمیته اخلاق بالینی بیمارستان گزارش دهند. این کار به دلیل بررسی ریشه ای موضوع توسط کمیته ی اخلاق بالینی انجام می شود.
- 9- در مواردی که فرد صلاحیت تصمیم گیری ندارد و یا تصمیم گیرنده جایگزین علی رغم اقدام تیم اخذ رضایت آگاهانه ، برخلاف مصالح بیمار تصمیم می گیرد و عدم درمان، منجر به عارضه ی جدی برای بیمار می شود، یا احتمال آسیب جدی به سایر افراد وجود دارد ، باید مدیر یا سوپروایزر کشیک از مقام قضایی مجوز لازم را برای انجام مداخله اخذ کند.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی	مدیر بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیرخدمات پرستاری
	فائزه پیازچیان	مسئول سنجه گیرنده خدمت
	حکیمه آژیر	مسئول واحد مددکاری
	کمیل گل محمدی	مسئول حراست
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی	ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
		ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

# محور انتقال خون



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری Antibody screening و Cross match خون و فرآورده های خونی	
کد دستورالعمل: BT/IN/001/04	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 6	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای ان با مشخص کردن مسئول انجام)

- 1- لوله هایی را که با نمونه خون هر يك از اهداكنندگان و سرم بیمار آزمایش می شو ند، نشانه گذاری کنید.
- 2- به هر يك از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسمای بیمار اضافه نمایید.
- 3- به هر يك از لوله های مربوطه ۱ قطره سوسپانسیون گلبول قرمز خون 2 الی 5 درصد اهداکننده اضافه نمایید.
- 4- محتوای لوله ها را مخلوط نمایید و به مدت 30-15 ثانیه با دور 900 - 1000 سانتریفوژ نمایید.
- 5- توده گلبولی لوله ها را جهت مشاهده همولیز و درجه بندی آگلوتیناسیون با استفاده از آینه مقعر مشاهده و ارزیابی نمایید.
- 6- نتایج آزمایش را خوانده، تفسیر و بلافاصله ثبت نمایید.
- 7- دو قطره آلبومین ۲۲ درصد یا محلول LISS به لوله فوق اضافه نمایید.
- 8- لوله حاوی آلبومین ۲۲ درصد را به مدت 30 - 15 دقیقه و در صورت استفاده از LISS لوله حاوی LISS را به مدت 15 - 10 دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد انکوبه نمایید.
- 9- محتوای داخل لوله ها را بعد از گذشت زمان مذکور به مدت 30-15 ثانیه با دور 900 - 1000 سانتریفوژ نمایید.
- 10- لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود . وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده نمایید.
- 11- نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کرده و در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.
- 12- سپس لوله را سه تا چهار بار با سالین 0.9 درصد شستشو دهید و در مرحله آخر کاملاً سالین را تخلیه نمایید.
- 13- به این لوله دو قطره AHG اضافه کنید .
- 14- محتوای لوله را مخلوط کرده و سانتریفوژ نمایید.
- 15- لوله را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود . وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده کنید. در ابتدا بررسی ماکروسکوپی و در موارد مشکوک بررسی میکروسکوپی توصیه می گردد.

16- نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کرده و در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.

17- در صورت عدم وجود هرگونه واکنش ، کراس مچ منفی و نمونه خون اهداکننده با خون بیمار سازگار (Compatible) گزارش می شود.

18- در صورت مشاهده هرگونه آگلوتیناسیون، نمونه با خون بیمار سازگار نبوده و (Incompatible) گزارش می شود.

19- به لوله منفی یک قطره گلوبول قرمز خون حساس شده IgG Control Cells اضافه کنید. پس از سانتریفیوژ کردن ، مشاهده آگلوتیناسیون آزمایش را تأیید می کند و در صورت عدم مشاهده واکنش ، باید آزمایش مجدداً تکرار شود.

#### تفسیر:

\* وجود آگلوتیناسیون یا همولیز نشان دهنده نتیجه آزمایش مثبت یا عدم سازگاری (Incompatible) می باشد.

\* وجود سوسپانسیون گلوبولی یکنواخت با گلوبول های قرمز خون آزاد پس از سانتریفیوژ نشان دهنده آزمایش منفی یا کراس مچ سازگار (Compatible) می باشد.

#### نکات مهم :

\* در صورتیکه فرد گیرنده خون سابقه تزریق خون یا بارداری در سه ماهه گذشته دارد ، نمونه تهیه شده فقط تا ۷۲ ساعت پس از انجام آخرین آزمایش غربالگری خون معتبر می باشد.

\* جهت پیشگیری از وقوع هرگونه خطای انسانی ، جداسازی سرم یا پلاسما از گلوبول قرمز نمونه بیمار و ذخیره سازی در لوله های فکیک شده توصیه نمیشود.

\* در صورت انجام آزمایش غربالگری آلو آنتی بادی غیرمنتظره (antibody screen) با استفاده از کیت استاندارد و مشاهده نتیجه منفی فقط آزمایش کراس مچ مختصر (Immediate spin crossmatch) یعنی مراحل 1 الی 6 کافی میباشد و ادامه آزمایش لازم نیست.

#### خطاهای شایع :

گلوبول قرمز حساس شده جهت اطمینان از عدم وجود منفی کاذب در مرحله AHG کاربرد دارد .

زمانی که واکنش منفی باشد معرف AHG به صورت آزاد در لوله وجود دارد که با گلوبول قرمز حساس شده آگلوتیناسیون میدهد. در صورت عدم مشاهده آگلوتیناسیون یکی از موارد زیر اتفاق افتاده است :

\* معرف AHG اضافه نشده است.

\* معرف AHG اضافه شده ولی با توجه به وجود سالیین باقی مانده یا عدم شستشوی مناسب با آنتی بادی های آزاد، خنثی شده است.

\* معرف AHG دارای potency مناسب نیست.

#### 5-2- غربالگری یا آشکارسازی آنتی بادی (Ab Screening) یا (O Cell)

در این آزمایش از معرف Ocell برای تجسس آنتی بادی نامنظم استفاده می شود . معرف Ocell از گلوبول قرمز O<sup>+</sup> تهیه می شود و دارای اکثر آنتی ژنهای مهم و شناخته شده است .

سلولهای معرف **OCell** را می توان به صورت جداگانه ( حداقل گلبولهای قرمز یک فرد ) با گروه خونی  $O^+$  تهیه کرد سلولهای معرف اسکرین را نباید به صورت **Pooled** (مخلوط چند گلبول  $O^+$ ) تهیه نمود زیرا باعث رقیق شدن آنتی ژنها و واکنش **mixed Field** می شود .

روش آزمایش مشابه آزمایش کراس میچ می باشد ولی به جای گلبول قرمز فرد دهنده از سوسپانسیون **Ocell** استفاده می شود.

#### روش :

- 1- سه عدد لوله را به صورت **RT , Alb , IDC** علامتگذاری کنید .
  - 2- داخل لوله های **RT , Alb , IDC** به ترتیب یک ، دو و سه قطره از سرم بیمار اضافه کنید و لوله ها را از نظر ریختن سرم کنترل کنید.
  - 3- در هر یک از لوله ها یک قطره از سوسپانسیون 3 تا 5 درصد گلبول **O** بریزید .
  - 4- مطابق با آنچه در آزمایش کراس میچ شرح داده شد لوله **RT** را یکساعت در حرارت اتاق ، لوله **IDC** را یک ساعت در بن ماری 37 درجه سانتی گراد و لوله **Alb** را یک ساعت در بن ماری 37 درجه سانتی گراد قرار دهید بعد از گذشت نیم ساعت به لوله **Alb** یک قطره آلبومین گاوی 22 درصد اضافه کنید و مجدداً نیم ساعت در بن ماری بگذارید .
  - 5- پس از طی زمان های ذکر شده لوله **RT** و **Alb** را بدون سانتریفوژ از نظر وجود آگلوتیناسیون بررسی کنید .
  - 6- لوله **IDC** را سه مرتبه با سرم فیزیولوژی شستشو داده و بار آخر یک قطره آنتی هیومن اضافه کرده و 30 ثانیه در دور 3400 سانتریفوژ کنید و از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید .
- اگر در مرحله **RT** واکنش مثبت مشاهده شود آلوآنتی بادی از نوع **Antibody Cold** بوده و اگر در مرحله **Alb** یا **IDC** واکنش آگلوتیناسیون مشاهده شود مؤید وجود **Warm Antibody** می باشد ، جهت تعیین هویت این آنتی بادی انجام **test Panel** ضروری است .

#### شناسایی آنتی بادی

استفاده از پانل گویچه های قرمز خون شناسایی آنتی بادی از طریق بررسی یک پانل گسترده از گویچه های قرمز واکنشگر در مقابل سرم فرد گیرنده و با استفاده از تکنیک آنتی گلوبولین غیرمستقیم صورت می گیرد. ایمونوهماگلوژیست الگوی واکنش سرمی مثبت و منفی را با فنوتیپ آنتی ژنها مقایسه نموده و نتیجه گیری می کند. در ذیل، مثال بسیار ساده ای نشان داده شده است :

در پانل شماره 1، سرم **y** با سلولهای شماره 1 تا 3 که از نظر آنتی ژن **D** مثبت هستند، واکنش می کند، اما با سلولهای شماره 4 تا 6 که از نظر آنتی ژن **D** منفی هستند، واکنش نمی هد. بنابراین الگوی واکنش سرمی مثبت و منفی با فنوتیپ آنتی ژن **D** جور می شود و به نظر می رسد که سرم حاوی آنتی **D** است. به طور مشابه، الگوی واکنش پذیر در مورد سرم **Z** با فنوتیپ پانل در مورد آنتی **E** جور است و از این رو به نظر می رسد سرم **Z** حاوی آنتی **E** باشد. قبل از این که بتوان این گونه شناسایی را به طور قاطع بیان نمود، باید در مورد شناس و واکنش پذیری همزمان



سرم Z با آنتی ژنی غیر از E که روی دو سلول E مثبت وجود دارد ( شماره 2 و 6) و بر روی 4 سلول E منفی وجود ندارد و منجر به استنتاج اشتباه می شود، ارزیابی به عمل آورد. همین احتمال را باید در مورد امکان وجود آنتی D در سرم y در نظر گرفت. بنابراین در شناسایی آنتی بادی باید از کفایت سلولهایی که دارای ترکیب آنتی ژنی متفاوت می باشند و جهت شناسایی قطعی یک آنتی بادی واحد یا ترکیبی از آنتی بادیها در سرم معینی آزمایش می شوند، مطمئن شد. حداقل تعداد سلولهای مثبت از نظر هر یک از شاخص های آنتی ژنی که برای دستیابی به سطح مطلوب اطمینان مورد نیاز می باشند را می توان با استفاده از روش Fisher ( هنری 2001- ص 702) برآورد نمود. اکثر تولیدکنندگان به منظور رسیدن به فاصله اطمینان 99% در شناسایی بسیاری از آنتی بادهای معمول، پانلهای سلول واکنشگر را با 10 یا 11 سلول (به صورت تجاری موجود است) با حداقل 3 سلول مثبت برای هر آنتی ژن تهیه می کنند. مثال ساده شده ذیل، چگونگی شناسایی یک آنتی بادی واحد را نشان می دهد :

یکی از اولین گامها، رد کردن آنتی بادهایی است که به خاطر آنها، سرم در واکنش با سلول شناخته شده از نظر حمل آنتی ژن مربوطه نارسا می باشد. بهترین کار این است که آنتی بادیها را بر اساس سلولهایی که شکل هموزیگوس یک آنتی ژن را نشان میدهند رد کنیم. پانل 2 نشان می دهد که با سلولهای شماره 3، 4، 6 یا 8 هیچگونه واکنش سرمی وجود ندارد. لذا آنتی D، آنتی C و آنتی  $Fy^b$  با سلول شماره 3 رد می شوند. آنتی e را می توان با سلول شماره 4 رد کرد. آنتی E و آنتی K را می توان با سلول شماره 6 رد کرد. اما هیچ مورد اضافی با استفاده از سلول شماره 8 رد نمی شود. بدین ترتیب پس از رد کردن، آنتی C، آنتی K و آنتی  $Fy^a$  به عنوان آنتی بادهای مسئول احتمالی باقی می ماند. اما آنتی  $Fy^a$  تنها الگوی فنوتیپ آنتی ژنی است که با الگوی واکنش پذیری سرم جور است. برای تکمیل این شناسایی، باید سلولهای هموزیگوس از نظر آنتی ژنی های C و K را که از نظر آنتی ژنی آنتی  $Fy^a$  منفی هستند، برای رد آنتی بادهای علیه C و K، در مقابل سرم آزمایش نمود.

در یک پانل عملی استفاده از اتوکنترول و بررسی واکنش در دمای اتاق،  $37^{\circ}C$  و فاز آنتی گلوبولین برای ارزیابی شدت واکنشها و تعیین نوع آنتی بادی ضرورت دارد. جزئیات بیشتر در مورد پانلهای در کتب رفرانس موجود است.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** لوله آزمایش 12\*75 میلی متر + جا لوله ای + سالین 0.9% + سوسپانسیون 2 - 5 درصد گلبول قرمز اهدا کننده-گلبول قرمز خون حساس شده IgG Control Cells + آلبومین ۲۲ درصد یا محلول LISS + سروفیوژ + آینه مقعر و منبع روشنایی

پپیت یا پپیتور + سمپلر + انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد\_ کارشناس آزمایشگاه

**منابع/ مراجع:** الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت ، قسمت مستند سازی ، دستورالعمل گزارش دهی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق	مسئول فنی آزمایشگاه
	علی مرحمتی	سوپروایزر آزمایشگاه
	ربابه صادقی	رابط آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش RH(D) به روش لوله ای	
کد دستورالعمل: BT/IN/002/04 تعداد صفحه: 2	تاریخ تدوین: 95/7/1 تاریخ بازنگری: 1401/10/17 تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

## گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

آزمایش ABO :

آزمایش گلبول قرمز :

1) پرسنل فنی بانک خون یک قطره Anti A را به یک لوله 12×75 میلی متر که از قبل نشانه گذاری کرده است اضافه کند.

2) یک قطره Anti B را به یک لوله 12×75 میلی متر که از قبل نشانه گذاری کرده است اضافه کند.

3) به هر یک از لوله ها یک قطره از سوسپانسیون گلبول قرمز 5-2 درصد بیمار اضافه کند.

4) محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط کرده و طبق دستورالعمل سازنده معرف با سانتریفوژ کالیبره شده به مدت 30-15 ثانیه با دور 1000-1500 سانتریفوژ نماید.

5) لوله ها را به آرامی تکان می دهد تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هر گونه آگلوتاسیون یا همولیز را با استفاده از آینه مقعر مشاهده نماید.

در روش آزمایش گلبول قرمز تفسیر نتایج به شرح زیر است :

اگر لوله ای که در آن Anti A ریخته ایم آگلوتاسیون داد : گروه خونی A

اگر لوله ای که در آن Anti B ریخته ایم آگلوتاسیون داد : گروه خونی B

اگر هر دو لوله آگلوتاسیون داد : گروه خونی AB

اگر هیچ کدام از لوله ها آگلوتاسیون نداد : گروه خونی O

ب) آزمایش RH

1) پرسنل فنی بانک خون باید یک قطره از خون را روی یک لام تمیز بریزد.

2) یک قطره Anti D به آن اضافه کند.

3) قطره خون و Anti D را با هم مخلوط کند.

4) وجود هر گونه آگلوتاسیون را بررسی و نتیجه را ثبت نماید.

در صورتی که آگلوتاسیون ایجاد شد RH مثبت و در صورت عدم ایجاد آگلوتاسیون ، RH منفی باشد.

نکته :بایستی توجه نمود در صورت منفی شدن ، بایستی لام در زیر میکروسکوپ بررسی شود تا از نظر عدم وجود آگلوتانسیون اطمینان حاصل کرد.

## منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

میکروسکوپ لام از مایشگاه- لوله- سرنگ- پرسنل آزمایشگاه

منابع/ مراجع:

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی دکتر مریم مشتاق علی مرجمتی	سمت مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسایه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون تهیه گلبول های قرمز حساس	
کد دستورالعمل: BT/IN/003/04	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 4	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

نام آزمایش	تهیه سوسپانسیون 3% گلبول قرمز
نام انگلیسی تست	3% erythrocyte suspension
مخفف انگلیسی تست	
نام فارسی تست	تهیه سوسپانسیون 3% گلبول قرمز
نام های متعارف دیگر	
روش انجام	<p>جهت تهیه 10 میلی لیتر از سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز خون مراحل ذیل را انجام دهید:</p> <p>1- حداقل 1 میلی لیتر از خون کامل را به یک لوله 10 میلی لیتری انتقال دهید.</p> <p>2- به گلبولهای قرمز خون نرمال سالین اضافه نموده و به مدت 1 الی 3 دقیقه سانتریفوژ نمایید .</p> <p>این مرحله را 2 تا 3 بار تکرار نمایید. محلول نهایی باید کاملاً شفاف و گلبول قرمز در انتهای لوله جمع شده باشند. محلول سالین فوقانی supernatant را کاملاً دور بریزید.</p> <p>3- مقدار 0.3 میلی لیتر از گلبولهای قرمز متراکم شسته شده را به لولهای حاوی 9.7 میلی لیتر سالین 0.9 درصد انتقال دهید.</p> <p>4- با استفاده از پارافیلیم لوله را پوشش دهید . با چند بار سروته کردن لوله، گلبولهای قرمز خون را با سالین 0.9 درصد کاملاً مخلوط نمایید. سوسپانسیون بدست آمده دارای غلظت 3 درصد می باشد.</p>

آمادگی بیمار	آمادگی خاصی لازم نیست
زمان نمونه‌گیری	
محدوده مرجع (نرمال رنج) وابسته به جنس زن/مرد	
نوع نمونه	نمونه خون کامل حاوی EDTA
بهترین زمان نمونه‌گیری	
علت درخواست تست	تعیین گروه خون انجام کراس مچ انجام آزمایش کومبس
توضیح راجع به تست	کنترل کیفی :  جهت کنترل چشمی رنگ و تراکم سوسپانسیون ، مقداری از سوسپانسیون تهیه شده را به لوله 75 * ۱۲ میلی متر انتقال دهید. سپس حجم مشابه ای از نمونه سوسپانسیون ۳ درصد تجاری (کنترل) را به لوله 75 * ۱۲ میلی متر دیگری انتقال دهید. جهت مقایسه ، لوله ها را مقابل منبع نور قرار داده و بررسی نمایید.  یابه منظور مقایسه مقدار تجمع گلبول قرمز سوسپانسیون ۳ درصد تهیه شده ، یک قطره از این سوسپانسیون را به لوله 75*12 میلی متر انتقال دهید . به صورت مشابه یک قطره از نمونه سوسپانسیون ۳ درصد تجاری (کنترل) را به لوله 75*12 میلی متر دیگری انتقال دهید. لوله ها را به مدت 15-30 ثانیه سانتریفیوژ نمایید.  اندازه دو رسوب گلبول قرمز خون با مشاهده در آینه مقعر باید مشابه باشد.

<p>نکات مهم:</p> <p>1- در صورت عدم وجود نمونه خون کامل EDTA استفاده از خون لخته بلامانع است .</p> <p>2- سوسپانسیون تهیه شده را فقط در روز آماده سازی استفاده نمایید . جهت نگهداری روزانه از یخچال آزمایشگاه در دمای 2-8 درجه سانتیگراد استفاده شود.</p> <p>3- جهت تهیه حجم کمتر ، مقدار سالین 0.9 درصد و گلبول قرمز خون را به تناسب انتخاب نمایید</p> <p>4- تهیه سوسپانسیون گلبولی غلیظ یا رقیق میتواند منجر به پاسخ مثبت یا منفی کاذب در آزمایش گردد.</p>	
	در چه شرایطی تست افزایش می‌یابد
	در چه شرایطی تست کاهش می‌یابد
Determine the blood group, Cross-matching, Coombs test	تست‌های تکمیلی
نمونه خون از طریق فرو بردن سوزن داخل ورید بازو به دست می‌آید	طریقه جمع‌آوری نمونه
	تشخیص‌های افتراقی
	آمادگی‌های لازم جهت انجام تست
	تداخلات دارویی

منابع امکانات و کارکنان مرتبط: پرسنل آزمایشگاه  
منابع/ مراجع: دستورالعمل های سازمان انتقال خون ایران

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی ربابه صادقی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه رابط آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش: مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد روش اجرایی: BT/PR/001/04</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>دامنه روش اجرایی: آزمایشگاه و بخش های بالینی</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

**هدف:** اطمینان از ثبت واکنشهای ناخواسته انتقال خون ، اطمینان از اطلاع واکنشهای ناخواسته انتقال خون و اطمینان از انجام اقدامات درمانی برای بیمار و در نهایت جلوگیری از حوادث ناخواسته انتقال خون می باشد.

### تعریف:

### شیوه انجام کار ( چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )

- 1- فرم عارضه ناشی از ترانسفوزیون خون بعد از تقاضای بخشها با درخواست انباردار چاپ شده و در اختیار بخش ها قرار داده می شود.
- 2- سوپروایزر آموزشی سالانه حداقل یکبار دوره آموزشی هموویژلانس و مدیریت عوارض ناشی از انتقال خون را برگزار می کند.
- 3- رابطین آموزشی بخش ها پرسنل جدیدالورود را با نحوه تزریق خون و مدیریت عوارض ناخواسته آشنا می کنند.
- 4- سوپروایزر آموزشی جزوات آموزشی مربوط به ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی و نحوه برخورد با عوارض خون راتهییه کرده و در اختیار بخش ها قرار میدهد.
- 5- پرستار مسئول بیمار بعد از شناسایی صحیح بیمار قبل از شروع ترانسفوزیون بیمار را پایش کرده علایم حیاتی را کنترل می نماید و در فرمهای مربوطه ثبت می کند.
- 6- قبل از شروع ترانسفوزیون آموزشهای لازم توسط پرستار مراقب بیمار به وی داده می شود.
- 7- پرستار مسئول بیمار در 5 دقیقه اول شروع ترانسفوزیون از نظر کنترل بروز عوارض ناشی از ترانسفوزیون بیمار به صورت ثابت بر بالین بیمار می ماند و در 15 دقیقه اول به صورت مکرر علایم حیاتی را کنترل می کند.
- 8- در طول ترانسفوزیون بیمار توسط پرستار پایش و علایم حیاتی کنترل شده و در فرمهای مربوطه ثبت می گردد.
- 9- در صورت بروز عارضه خونی ( افزایش درجه حرارت بیش از 1 درجه سانتیگراد نسبت به حالت پایه- لرز- تنگی نفس- کهیر و خارش- درد کمر و پشت- خونریزی از محل جراحی و....) ترانسفوزیون قطع گردیده و جهت بیمار سرم نرمال سالین انفوزیون می شود.
- 10- عارضه توسط پرستار مسئول بیمار به پزشک هموویژلانس و پزشک معالج اطلاع داده می شود.
- 11- نمونه خون و ادرار جهت کراس ماچ مجدد و کنترل از نظر بروز واکنشهای همولیتیک توسط پرستار مسئول از بیمار گرفته شده و به آزمایشگاه ارسال می گردد.
- 12- دستورات دارویی پزشک معالج/ هموویژلانس و اقدامات مراقبتی جهت رفع عارضه موجود توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود.
- 13- در صورت رفع عارضه و طبق نظر پزشک معالج/ هموویژلانس ادامه ترانسفوزیون انجام می شود.
- 14- فرم مربوط به عارضه خونی تکمیل شده و ظرف مدت 24 ساعت توسط پزشک معالج / هموویژلانس تایید می گردد.
- 15- فرمهای مربوطه توسط پرستار مسئول/ سرپرستار جهت کنترل نهایی در اختیار سوپروایزر آموزشی قرار داده می شود.
- 16- فرمهای تکمیل و کنترل شده توسط سوپروایزر آموزشی جهت ارسال به سازمان انتقال خون استان در اختیار بانک خون بیمارستان قرار می گیرد.

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان آزمایشگاه - پزشک همویژ لانس- کلیه پزشکان و کارکنان بالینی بیمارستان

**منابع/ مراجع:** دستورالعمل همویژ لانس

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر آذین تیربخش علی مرحمتی اعظم امین آبادی دکتر مریم مشتاق	پزشک همویژ لانس سوپروایزر آزمایشگاه سوپروایزر آموزشی مسئول فنی آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده:	دکتر آذین تیر بخش پزشک همویژ لانس	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود



<b>عنوان روش:</b> نحوه شناسایی بیمار نحوه نمونه گیری نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون	
<b>کد روش اجرایی:</b> BT/PR/002/04	<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1
<b>دامنه روش اجرایی:</b> آزمایشگاه و کلیه بخش های بالینی	<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17
<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه	<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21

**هدف:** ارتقا ایمنی بیمار و جلوگیری از بروز عوارض ناشی از ترانسفوزیون خون

### تعریف:

### شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)

- 1- پرستار مسئول بیمار دستور پزشک مبنی بر ترانسفوزیون خون را چک می کند.
- 2- فرم درخواست خون توسط پرستار مسئول بیمار تکمیل گردیده و در HIS ثبت می گردد.
- 3- پرستار مسئول بیمار هویت بیمار را تایید می کند. جهت تایید هویت اگر بیمار هوشیار است قبل از نمونه گیری از خود فرد نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد را پرسیده و مشخصات بیمار را با پرونده و فرم درخواست خون مقایسه می نماید. اگر بیمار هوشیار نباشد از شماره پرونده و در صورت مجهول الهویه بودن بیمار از نام مستعار برای شناسایی آن استفاده می کند.
- 4- در هنگام خونگیری در صورتی که بیمار در حال دریافت مایعات تزریقی از یک دست باشد به منظور اجتناب از ترکیب نمونه با مایعات تزریقی از بازوی دیگر جهت تزریق استفاده می نماید.
- 5- در صورتی که پرستار مجبور به خونگیری از بازوی محل تزریق باشد 5 تا 10 سیسی نمونه اولیه دور ریخته می شود. و نمونه جدید را جهت انجام آزمایش جمع آوری می کند.
- 6- پرستار برچسب گذاری لوله آزمایش را در بالین بیمار انجام می دهد.
- 7- برچسب نمونه آزمایش حداقل شامل موارد زیر می باشد نام و نام خانوادگی- تاریخ تولد- شماره پرونده
- 8- قبل از تزریق خون پرستار مسئول بیمار موارد زیر را مهیا می کند: انتخاب محل مناسب تزریق- ست تزریق- سر سوزن با سایز مناسب- محلول سدیک کلراید- کیپسول اکسیژن- دستگاه ساکشن
- 9- بعد از تحویل بگ خون پرستار مسئول بیمار کیسه را از نظر وجود لخته- نشستی- همولیز- رنگ غیرطبیعی- برچسب ناسالم و... بررسی می کند.
- 10- قبل از شروع ترانسفوزیون پرستار مسئول بیمار با همراهی پرستار دوم نوع فرآورده درخواستی و شماره ویژه بر روی کیسه خون با شماره ویژه ثبت در فرم همراه را کنترل و چک می نماید.
- 11- بعد از تایید هویت بیمار و تایید فرآورده خونی و صحت و سقم آن پرستار مسئول بیمار اقدام به شروع ترانسفوزیون می نماید.

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان آزمایشگاه - کلیه پزشکان و کارکنان بالینی- فرمهای مربوط

**منابع/ مراجع:** دستورالعمل همویژولانس

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر آذین تیر بخش علی مرحمتی اعظم امین آبادی	پزشک همویژولانس سوپروایزر آزمایشگاه سوپروایزر آموزشی
نام و سمت تایید کننده: همویژولانس	دکتر آذین تیر بخش پزشک	نام و سمت تصویب کننده: ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش: نحوه تزریق خون و فرآورده ها</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد روش اجرایی: BT/PR/003/04</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>دامنه روش اجرایی: آزمایشگاه و کلیه بخش های بالینی</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

**هدف:**

پیشگیری از عوارض حاد تزریق خون- اجرای صحیح ترانسفوزیون خون

- به حداقل رساندن اشتباهات در هنگام وصل تزریق خون
- انجام صحیح کلیه مراحل ترانسفوزیون فرآورده خونی به بیماران
- بر طرف کردن آنمی بیمار
- کاهش عوارض ناشی از تزریق خون

**تعریف:** هر نوع فرآورده ای که از خون مشتق می گردد این موارد شامل گلبول قرمز فشرده پلاسما تاز منجمد، پلاکت، کرایو و غیره می باشد.

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)**

1. پرستار مسئول بیمار چک دستور پزشک مبنی بر تزریق خون و فرآورده برای بیمار از لحاظ تعداد واحد دریافتی، مدت زمان تزریق و ...
2. گرفتن نمونه خون توسط پرستار مسئول بیمار
3. ارسال نمونه خون و برگه مربوطه توسط خدمات به آزمایشگاه
4. وارد کردن کراس مچ و Blood group در سیستم HIS توسط پرستار
5. تماس با آزمایشگاه و اطلاع دادن به مسئول آزمایشگاه توسط پرستار مسئول بیمار
6. تحویل خون و فرآورده از آزمایشگاه توسط خدمات بخش با کل باکس و انتقال آن به بخش در کمتر از سی دقیقه (خون به ازای هر بیمار یک واحد و پلاکت، کرایو، پلاسما به ازای هر بیمار تا 5 واحد در هر نوبت دریافت فرآورده از آزمایشگاه). همراه با برگه مربوطه و امضا فرد تحویل دهنده.
7. پرستار مسئول بیمار شماره کیسه خون با شماره نوشته شده در روی برگه و تاریخ انقضا ABO و PH خون یا فرآورده از لحاظ تغییر رنگ، نشستی، وجود هوا و ... کنترل می کند.
8. توسط دو پرستار تزریق کننده و شاهد مثبت نام و نام خانوادگی، مهر و امضای هر دو پرستار بر روی برگه های صورتی و سفید برگه نظارت تکمیل می گردد.
9. پرستار مسئول بیمار کیسه خون و فرآورده با برگه های نظارت بر تزریق کنترل می نماید، مشخصات بیمار، پرونده و سیستم توسط دو پرستار (تزریق کننده و شاهد) و انتقال فوری بر بالین بیمار.
10. پرستار مسئول بیمار شناسایی مجدد بیمار طبق استانداردها، را انجام داده و پروسیجر مربوطه به بیماریا همراه وی جهت همکاری در زمان تزریق و اعلام هرگونه علامت و ناخوشی رخ داده. توضیح می دهد.
11. پرستار مسئول بیمار علائم حیاتی قبل از تزریق در برگه های نظارت دریافت و ثبت می کند و چارت علائم حیاتی، هواگیری ست تزریق و تزریق را شروع می کند.
12. پرستار مسئول بیمار زمان تزریق در 5 دقیقه اول بر بالین بیمار حاضر می ماند و 15 دقیقه اول بیمار را به خوبی پایش و ضمن ثبت علائم حیاتی، سرعت تزریق را تنظیم کرده و در صورت بروز احساس سرما در بیمار، پوشش وی را افزایش می دهد.
13. پرستار مسئول بیمار علائم حیاتی در برگه نظارت و برگه علائم حیاتی ثبت می نماید
14. ترانسفوزیون خون بعد از 4 ساعت بعد از شروع باید کامل شود.
15. در صورت حساسیت به خون؛ پرستار مسئول بیمار ترانسفوزیون را قطع کرده و بعد از گرفتن نمونه خون و یا ادرار از بیمار به پزشک معالج یا پزشک هموویژلانس اطلاع داده می شود

16. فرم مربوط به عارضه خون توسط پرستار مسئول بیمار تکمیل می شود و بعد از تایید پزشک همویژلانس به سوپروایزر اموزی تحویل داده می شود.
17. سوپروایزر اموزشی بعد از کنترل فرم مربوطه جهت ارسال به انتقال خون استان آن را در اختیار بانک خون بیمارستان قرار می دهد.
18. پرستار مسئول بیمار خون و فراورده را پس از اتمام تزریق جدا می کند.
19. پرستار مسئول فرم نظارت بر تزریق خون و فراورده تا 4 ساعت بعد از پایان تزریق تکمیل می نماید.
20. پرستار مسئول پس از اتمام خون، کیسه خون و فرم های تکمیل شده (برگه صورتی رنگ) به آزمایشگاه ارسال و فرم های سفید در پرونده بیمار ضمیمه می کند.
21. چک کیسه خون توسط دو پرستار و وصل آن در حضور پرستار دوم انجام شده و فرم پرخطر توسط دو پرستار مهر و امضاء میشود
- منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** فرمهای مربوطه\_پزشک همویژلانس\_کلیه کارکنان بالینی

**منابع/ مراجع:** دستورالعمل همویژلانس

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر آذین تیر بخش علی مرحمتی اعظم امین آبادی دکتر مریم مشتاق ناهید شاه نظری	پزشک همویژلانس سوپروایزر آزمایشگاه سوپروایزر آموزشی مسئول فنی آزمایشگاه سرپرستار تالاسمی
نام و سمت تایید کننده: پزشک همویژلانس	دکتر آذین تیر بخش	نام و سمت تصویب کننده دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش:</b> درخواست و تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از 4 ماه	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1	<b>کد روش اجرایی:</b> BT/PR/004/04
<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17	<b>دامنه روش اجرایی:</b> آزمایشگاه و بخش اطفال
<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>تعداد صفحه:</b> 1 صفحه

**هدف:** ارتقا ایمنی بیمار

**تعریف:**

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود).**

- 1- پزشک متخصص اطفال با در نظر گرفتن شرایط بیمار و وزن وی تزریق خون و یا فرآورده خونی را درخواست می نماید.
- 2- پرستار بخش اطفال دستور پزشک مبنی بر ترانسفوزیون را کنترل و چک نموده و درخواست نوع و حجم خون/ فرآورده خونی را در سیستم HIS ثبت می نماید.
- 3- مسئول بانک خون بیمارستان درخواست خون/ فرآورده خونی با حجم متناظر درخواستی از بانک خون شهرستان می نماید.
- 4- در صورت عدم وجود بگهایی با حجم درخواستی بگ حاوی خون/ فرآورده خونی با حجم بیشتر در اختیار بخش قرار می گیرد.
- 5- پرستار مسئول بیمار بعد از انجام اقدامات مراقبتی اولیه قبل از تزریق خون حجمی متناسب با مقدار دستور داده شده از خون/فرآورده خونی را از طریق میکروست فیلتر دار جهت بیمار تزریق می نماید.

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** پرستاران و پزشکان بخش اطفال- پرسنل بانک خون- فرمهای مربوطه- میکروست فیلتر دار

**منابع/ مراجع:** سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی پروین رضا پور	متخصص اطفال- رئیس بخش اطفال مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه مسئول بانک خون
نام و سمت تایید کننده:	دکتر مریم مشتاق	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

# محور فناوری اطلاعات

<b>عنوان روش:</b> حفظ امنیت سیستم؛ امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده؛ تعیین سطوح دسترسی افراد بخش ها و واحد ها محرمانه بودن اطلاعات الکترونیکی	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1	<b>کد روش اجرایی:</b> IT/PO/001/04
<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17	<b>دامنه روش اجرایی:</b> واحد انفورماتیک
<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه

**هدف:** واحد انفورماتیک در این مرکز جهت حفاظت از اطلاعات سیستم های کامپیوتری و یکپارچه نمودن آنها و جلوگیری از استفاده غیر قانونی از منابع سیستمی و همچنین سرقت اطلاعات حساس و محرمانه مربوط به بیماران و تفکیک شدن سطوح دسترسی کاربران تلاش نموده و الزامات قانونی در این مورد را هدف اصلی خود قرار داده است که باعث افزایش سطح رضایت بیماران در امنیت اطلاعات آنها و جلوگیری از سرقت دارایی اطلاعات در یک روش سازمان یافته می باشد که به بهبود مستمر و تعدیل با اهداف سازمان کمک می کند.

### تعریف:

**Back Up:** نسخه پشتیبانی که از اطلاعات وارد شده به سیستم گرفته می شود.

**سرور:** سیستمی جامع و کامل که همه سیستم های بیمارستان به آن وصل بوده و همه اطلاعات داخل آن ذخیره می شود

### شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)

- تنظیم سیستم ها و شبکه داخلی بیمارستان که شامل نصب نرم افزارها و اعمال دستورات رجیستری خاص در جهت محدود نمودن سیستم ها و دادن پسورد ها در سطوح مختلف به کاربران HIS توسط مسئول انفورماتیک
- گذاشتن پسورد در قسمت های مختلف سیستم Server اصلی بیمارستان و محرمانه بودن پسوردها توسط مسئول انفورماتیک گذاشتن پسورد Administrator جهت همه سیستم های بیمارستان و استفاده کاربران عادی از user HIS توسط مسئول انفورماتیک.
- استفاده از روش های امنیت شبکه ویندوز و تعریف Domain جهت محدود کردن دسترسی و عدم امکان نصب نرم افزارهای بیمارستان توسط کاربران بخش ها واحدهای مختلف بیمارستان به سیستم اصلی توسط مسئول انفورماتیک به طوری که نصب نرم افزار در سیستم کاربران توسط پرسنل انفورماتیک انجام می گیرد.
- مشخص شدن سطح دسترسی کاربران بخش ها واحدهای بیمارستان به نرم افزار HIS با توجه به دامنه کاری به پیشنهاد مسئول بخش توسط مسئول انفورماتیک
- تعیین یوزرنیم و پسورد برای کلیه پرسنل مجاز به دسترسی به HIS توسط مسئول انفورماتیک
- وجود نرم افزارهای با قدرت بالای سطح بندی دسترسی به HIS به نحوی که به هر کاربر اجازه وجود به برنامه مرتبط به کار خود داده می شود.
- نصب آنتی ویروس های قوی و به روز برای سیستم های اطلاعات بیمارستان توسط مسئول انفورماتیک

منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: نرم افزارهای موردنیاز در واحد فناوری اطلاعات، پرسنل واحد فناوری اطلاعات

منابع/ مراجع: سیاست داخلی بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی رضا شهرزاد	مدیر بیمارستان مسئول فناوری اطلاعات
نام و سمت تایید کننده:	رضا شهرزاد مسئول فناوری اطلاعات	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش: پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد روش اجرایی: IT/PR/001/04</b> <b>دامنه روش اجرایی: بخشهای بالینی و پاراکلینیک و اداری و انفورماتیک و حراست و کارپردازی</b> <b>تعداد صفحه: 1 صفحه</b>

**هدف:** مراقبت و نگهداری صحیح از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری و در دسترس بودن اطلاعات

**تعریف:** با توجه به لزوم پشتیبانی از سیستمهای نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان و بازیابی اطلاعات در صورت از بین رفتن اطلاعات و با هدف مراقبت و نگهداری صحیح از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری و در دسترس بودن اطلاعات سیاست انعقاد قرارداد با شرکتهای مربوطه در سطح شهرستان اتخاذ شده است.

### شیوه انجام کار ( چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )

- سورت کلیه نرم افزارهای مورد استفاده در بیمارستان بر روی سرورهای بک آپ و هارد اکسترنال ذخیره می شود.
- یک نسخه از فایل Back up سیستم HIS در صورت امکان بر روی لوح فشرده ذخیره می شود.
- تجهیزات سخت افزاری در حد امکان در داخل بیمارستان توسط مسئول انفورماتیک تعمیر می شود.
- در صورتیکه قطعه ای بسوزد یا غیرقابل تعمیر باشد توسط مسئول انفورماتیک و کارپردازی از بیرون تهیه و جایگزین می شود.
- در صورتیکه قطعه ای نیاز به تعمیر داشته باشد توسط مسئول انفورماتیک و با هماهنگی حراست به فروشگاه های معتبر ارسال می گردد.
- پرینترها جهت شارژ و تعمیر با هماهنگی مسئول انفورماتیک توسط مسئول تدارکات به خارج بیمارستان ارسال می شود.

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** مسئول انفورماتیک-مسئول واحدها-ریاستاران

**منابع/ مراجع:** دستور العمل رایوران و تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی رضا شهرزاد	مدیر بیمارستان مسئول فناوری اطلاعات
نام و سمت تایید کننده: رضا شهرزاد مسئول واحد فناوری اطلاعات	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان سردار شهید حسین پور	



<p><b>عنوان روش:</b> نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان</p>	
<p><b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1</p> <p><b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17</p> <p><b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21</p>	<p><b>کد روش اجرایی:</b> IT/PR/002/04</p> <p><b>دامنه روش اجرایی:</b> کارکنان واحد بایگانی و پذیرش و انفورماتیک (مدیریت اطلاعات سلامت)</p> <p><b>تعداد صفحه:</b> 1 صفحه</p>

**هدف:** پایه گذاری، پیاده سازی بهره برداری، نظارت، بازبینی، نگهداری و بهبود امنیت اطلاعات است..

### تعریف:

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود).**

- 1- تهیه نسخه backup به صورت خودکار که روزانه و زمان بندی شده از Sql و بانک های اطلاعاتی حیاتی انجام میپذیرد و این نسخه پشتیبان قابلیت حمل به سایر دستگاه های جانبی
- 2- به منظور بالا رفتن ضریب امنیت، بانک های اطلاعاتی به هارد اکسترنال منتقل می گردد.
- 3- سایر اقداماتی از قبیل انتقال بانک های اطلاعاتی به Cd یا DVD جهت انتقال به بایگانی نسخه های پشتیبان
- 4- تهیه نسخه پشتیبان از Windows Server به صورت Image و استفاده در صورت لزوم.

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان واحد مدارک پزشکی- مسئول HIS- مسئول فناوری اطلاعات - هارد اکسترنال- CD- DVD

**منابع/ مراجع:** سیاست داخلی بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی نسرین رضایی رضا شهرزاد	مدیر بیمارستان مسئول واحد اطلاعات سلامت مسئول فناوری اطلاعات
نام و سمت تایید کننده:	رضا شهرزاد نژاد مسئول فناوری اطلاعات	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

<b>عنوان روش: کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد روش اجرایی: 04/003/IT/PR</b> <b>دامنه روش اجرایی: کارکنان واحد بایگانی و پذیرش و انفورماتیک</b> <b>(مدیریت اطلاعات سلامت)</b> <b>تعداد صفحه: 1 صفحه</b>

**هدف: کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستان می باشد.**

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود).**

-مسئولین مجاز برای کنترل داده های ثبت شده در سیستم HIS بیمارستان: مسئولین بخش ها - مسئول مدارک پزشکی مسئولین ترخیص و درآمد و HIS و مسئولین واحد های پاراکلینیک و رسیدگی به اسناد می باشند.

2- هرگونه موارد عدم تطابق در ثبت اشتباه داده ها یا عدم ثبت داده ها توسط افراد مجاز به کنترل داده ها در اسرع وقت به کارشناس HIS بیمارستان گزارش می شود. همچنین در بیمارانی که ترخیص شده اند و موارد عدم تطابق در ثبت داده ها باعث شده است اختلالی در هزینه بیمار بوجود بیاید بلافاصله به مسئول درآمد اطلاع داده شود تا تصحیح لازم توسط ایشان صورت گیرد. کارشناس HIS بیمارستان موارد عدم تطابق ثبت داده ها را به دقت بررسی نموده و با توجه به نوع خطا اقدام اصلاحی در این زمینه صورت گیرد.

3- جمع بندی موارد عدم تطابق و اقدامات اصلاحی در کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات سلامت گزارش می شود.

4- ورود داده ها در هر واحد در سامانه HIS توسط انجام دهنده خدمت در هر شیفت ثبت می گردد. داده های مربوط به بخش توسط منشی و پرستار قبل از اینکه بیمار ترخیص شود، ثبت می گردد و پس از ترخیص بیمار امکان حذف و اضافه توسط بخش امکان پذیر نمی باشد و در موارد خاص توسط مسئول درآمد و کارشناسان رسیدگی و ترخیص امکان ثبت و حذف خدمت وجود دارد. در صورتیکه کد مربوط به خدمتی در سیستم HIS وجود نداشته باشد از طریق کارشناس HIS تعریف و یا هماهنگی لازم با شرکت سازنده انجام می گیرد.

5- برای هر فرد ثبت کننده نام کاربری و رمز عبور مخصوص توسط کارشناس HIS تهیه شده است که فقط با رمز کاربری خود وارد سیستم شوند و در صورت ثبت اشتباه داده بلافاصله قابل ردیابی می باشد. هر کاربر موظف است نسبت به حفظ و نگهداری رمز کاربری خود کوشا باشد.

6- در صورتی که موارد عدم تطابق مربوط به اشتباه کاربری باشد مسئول HIS یا درآمد به مسئول بخش مربوطه اطلاع رسانی می کنند تا نسبت به عدم تکرار اقدامات لازم صورت پذیرد.

7- کارشناسان رسیدگی به اسناد و ترخیص پرونده بیمار را در هنگام ترخیص از لحاظ کمی بازبینی می کنند.

8- کارشناسان رسیدگی به اسناد پرونده بیمار را پس از ترخیص از لحاظ کمی و کیفی و مستندات مورد نیاز سازمان های بیمه بازبینی می کنند.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی نسرین رضایی رضا شهرزاد	مدیر بیمارستان مسئول واحد مدارک پزشکی مسئول فناوری اطلاعات
نام و سمت تایید کننده:	رضا شهرزاد مسئول فناوری اطلاعات	
	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	

# محور مدیریت آزمایشگاه



عنوان دستورالعمل: نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی	
کد دستورالعمل: LB/IN/001/04	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 2	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

### گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

#### سطح مسئولیت: کارشناس آزمایشگاه

در بسیاری از اوقات بخشی از نمونه های پذیرش شده در آزمایشگاه برای انجام آزمایش به آزمایشگاه دیگر ارسال می گردد. بسته بندی این نمونه ها و انتقال نمونه تا تحویل آن به نماینده آزمایشگاه مرجع بر عهده آزمایشگاه ارجاع دهنده می باشد.

- جهت بسته بندی نمونه طبق استاندارد باید از سه محفظه استفاده کنید.. و اطلاعات روی برچسب الصاق شده ثبت گردد.

- نمونه را ابتدا داخل یک ظرف در پیچ دار که غیر قابل نفوذ به مایعات و همچنین غیر قابل نشست بوده قرار دهید.

- اگر تعداد نمونه های ارسالی داخل لوله های آزمایش در پیچ دار زیاد باشد توسط جدا کننده های مقوایی تفکیک کنید.

- سپس این لوله هایی را که در ظرف اولیه توسط اسفنج یا مقوا جدا شده داخل ظرف دوم که غیر قابل نشست و غیر قابل نفوذ به مایعات است قرار دهید.

- زمان انتقال اگر نیاز به حفظ زنجیره سرما است از ICE Bage استفاده کنید.

- لیست کلیه تستهای ارسالی ( هورمونی – پاتولوژی و PCR) داخل دفتر مربوطه با ذکر تاریخ ثبت کنید

- بعد از ارسال نمونه ها همراه با فرم درخواست آزمایش از آزمایشگاه طرف قرارداد زمان چرخه کاری را دریافت نموده تا عدم هماهنگی در جوابدهی و ارسال آن به بخش ها پیش نیاید.

- جواب آزمایشات دریافتی بصورت مکتوب و ممهور شده بوده و یک نسخه از جواب دریافتی را به بخش ارسال کنید. و یک نسخه از جوابهای دریافتی را در آزمایشگاه نگهداری نمایید.

- در صورت ترخیص بیمار بر اساس مصوبه کمیته مرگ و میر بیمارستانی اگر جواب دریافتی غیر طبیعی بوده و بیمار فراخوان شده و نتیجه آزمایش به وی اعلام می گردد.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** پرسنل آزمایشگاه- دفتر ثبت نمونه های ارسالی

**منابع/ مراجع:** الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت – تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود.	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستورالعمل: LB/IN/002/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 2
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

1. روشن کردن و آماده سازی دستگاه اتوآنالایزر توسط اپراتور دستگاه طبق دفترچه راهنمای دستگاه. دادن سرم کنترل به دستگاه و چک کردن جواب آن و در صورت نیاز کالیبر کردن تستها
2. تهیه لیست کاری و نوشتن لیست کاری در دفتر مخصوص بیوشیمی (قید تاریخ و نام کاربر در بالای صفحه)
3. تحویل نمونه ها از بخش خونگیری و قرار دادن آنها در بن ماری 37 درجه به مدت 15 الي 30 دقیقه
4. سانتریفوژ کردن نمونه ها
5. ثبت بارکد مشخصات بیماران بر روی لوله های مخصوص دستگاه اتوآنالایزر و لوله های مخصوص آزمایش سدیم و پتاسیم
6. ریختن سرم در کاپها در صورت نیاز و لوله ها به مقدار مورد نیاز
7. پذیرش تستهای درخواستی بر اساس لیست کاری و قرار دادن کاپها و لوله ها در جایگاه مربوطه و شروع به کار دستگاه برای انجام آزمایش
8. تحویل لوله های حاوی سرم سدیم و پتاسیم به کاربر الکترولیت آنالایزر
9. وارد کردن جوابهای خوانده شده توسط دستگاه در دفتر بیوشیمی و تکرار آزمایش ها در صورت نیاز
10. تکمیل دفتر بیوشیمی و اطمینان از انجام همه آزمایشها
11. تحویل دفتر بیوشیمی به بخش جوابدهی برای وارد کردن جوابها در سیستم کامپیوتری
12. انجام شست و شوهای مورد نیاز دستگاه و خاموش کردن دستگاه طبق اصول دفترچه راهنمای دستگاه
13. قراردادن باتلهای محلولها در یخچال بیوشیمی
14. کشیدن روکش دستگاه

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

- دفتر محلولهای مصرفی
  - فرم کنترل
  - دفتر مخصوص بیوشیمی
  - دستگاه اتوآنالایزر
  - پرسنل آزمایشگاه
- منابع/ مراجع:

بروشورهای مربوط به محلول ها  
دستورالعمل کار با دستگاه اتوآنالایزر

دفترچه راهنمای دستگاه اتوآنالایزر

دستورالعمل های استاندارد مدیریت کیفیت در آزمایشگاههای بالینی اداره کل آزمایشگاههای مرجع

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود.	
کد دستورالعمل: LB/IN/003/04	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 2	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

در تمامی شیفت ها باید آزمایشات هماتولوژی توسط 1 نفر انجام گردد. مسئول انجام آزمایش هماتولوژی موظف به انجام موارد زیر است

1- اپراتور دستگاه سیسمکس : استارت دستگاه –دادن کنترل روزانه و اگر نیاز به کالیبراسیون بود کالیبره کردن آن و دادن نمونه های بیماران و گرفتن جواب آزمایشات CBC که شامل WBC-RBC-Hb-Hct- MCV-MCH- آزمایشات دیگر از قبیل MCHC-RDW-MPV-PLTCOUNT -BG/RH-G6PD

2-ثبت بیماران در دفتر هماتولوژی کشیدن لام خون بیماران و رنگ آمیزی لام خونی و دیف کردن و بررسی مرفولوژی گلبول های قرمز و سفید و پلاکت در صورت نیاز

3- گزارش هر نوع موارد غیر طبیعی در لام خون محیطی بیماران و جستجوی مالاریا بورلیا و جسم لشمین و دیگر انگل های خونی و کشیدن لام رتیکولوست و شمارش رتیکولوسیت

4-ثبت نتایج بیماران در دفتر هماتولوژی اقدامات بعدی در برخورد با نتایج غیر طبیعی و بحرانی

5- انجام تمام درخواست های صورت گرفته

6 - اجرای شست و شوی دستگاه بین هر 10 نمونه

7- تکمیل کردن دفتر و تحویل آن به بخش جوابدهی

8- خاموش کردن دستگاه با توجه به اصول و راهنمای دستگاه

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

پرسنل آزمایشگاه- دفاتر مربوطه- دستگاه سیسمکس

منابع/ مراجع: دستورالعمل های استاندارد آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی دکتر مریم مشتاق علی مرجمتی	سمت مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسایه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه میکروبی شناسی انجام می شود.	
کد دستورالعمل: LB/IN/004/04	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 1	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

در شیفت صبح که مهمترین کارهای بخش میکروبی شناسی که شامل کشت خون کشت ادرار کشت مایعات بیولوژیک و همه تست های مربوط به بخش میکروبی شناسی مانند کارهای تشخیصی و آنتی بیوگرام انجام می گردد. و بیشترین تاکید و توصیه در این بخش نمونه گیری صحیح و بدور از آلودگی و البته عدم مصرف هیچگونه آنتی بیوتیک و درمان قبل از کشت میباشد و توصیه می شود که در مورد ادرار و مدفوع نمونه گیری در محل آزمایشگاه انجام شود و نیز قبل از نمونه گیری محل را تمیز و استریل و در مورد ادرار از قسمت میانی ادرار نمونه گیری انجام شود. و بلا فاصله کشت انجام شود.

در قسمت دیگر آنالیز ادرار و آزمایش اسمیر مدفوع در کمترین زمان ممکن انجام شود تا اگر تروفوزوئیت در مدفوع و یا ادرار وجود دارد بتوانیم تشخیص دهیم در صورت وجود کشت مثبت در ادامه کار بایستی تست های بیوشیمیایی تشخیصی و آنتی بیوگرام انجام شود و در مورد کنترل کیفی هم نمونه های مجهول مورد کشت و ارزیابی تشخیصی قرار گیرد. آنچه که مهم است اینکه بدانیم محیط های کشت قبل از کشت استریل است یا خیر که برای این منظور معمولاً آنها را پس از تهیه به مدت 48 ساعت در انکوباتور 35 تا 37 درجه قرار می دهیم.

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

- محیط کشت
- دستگاه انکوباتور
- پرسنل آزمایشگاه

#### منابع/ مراجع:

دستورالعمل های مدیریت شده و استاندارد آزمایشگاه مرجع سلامت کشور .

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده:	دکتر مریم مشتاق	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور





عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود.	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستورالعمل: LB/IN/005 /04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 3
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

کارشناس آزمایشگاه جهت انجام آزمایش بیوشیمی ادرار باید مراحل زیر انجام گیرد  
 -تهیه لیست کاری و وارد کردن آن در دفتر مخصوص آنالیز ادرار  
 -انتقال نمونه ها از محل نمونه گذاری به میز کار و مرتب سازی بر اساس کد پذیرش  
 به ازای هر نمونه يك عدد لوله پلاستیکی 100 \* 16 تمیز برداشته و کد را روی آن نوشته شود.

حدود 10 سي سي از ادرار را داخل لوله ریخته و از نظر ماکروسکوپی و میکروسکوپی بررسی کند.

ماکروسکوپی : ابتدا باید ادرار را از نظر رنگ و کدورت بررسی کنید.

رنگها شامل:

Yellow – Dark yellow – Pale yellow – Orange – Red – Brown – Colorless

کدورت باید بر طبق جدول زیر سنجیده شود:

تعریف	شفافیت
هیچ ذره قابل رویتي وجود ندارد	Clear
ذراتي در نمونه مشاهده میشود و متن نوشته شده از پشت لوله قابل خواندن است	Semi Clear
ذرات زيادي دیده میشود و متن نوشته شده از پشت لوله فقط مشاهده میشود ولي واضح و قابل خواندن نیست.	Semi Turbid
متن نوشته شده از پشت لوله قابل رویت نیست	Turbid

بعد از آن داخل هر لوله يك نوار ادرار 11 پارامتری را به طور عمودي وارد کنید و پس از چند ثانیه آنرا برداشته و به طور افقی قرار دهید و در زمان حداکثر يك دقیقه با کمک جدول رنگ روی قوطی نوار آنرا قرائت کرده و نتایج را در دفتر ثبت کنید..

لوله ها را داخل سانتریفوژ بگذارید و در دور 1800 به مدت 5 دقیقه سانتریفوژ کنید سپس 2-3 سي سي اسید سولفوسالیسیلیک 3 % را روی نمونه هاي درون لوله ها بریزید و از نظر کدورت بررسی کنید.

نتیجه آزمایش با اسیدسولفوسالسیلیک 3 %	مشاهدات
Negative	کدورتی مشاهده نمی شود یا به کدورت نمونه اضافه نمی گردد
Trace	کدورت محسوس دیده شده – متن نوشته شده از پشت لوله قابل خواندن است
1+	کدورت شدید- بدون گرانولاسیون – متن نوشته شده از پشت لوله قابل خواندن نیست
2+	کدورت همراه با گرانولاسیون بدون فلوکولاسیون
3+	کدورت همراه با گرانولاسیون و فلوکولاسیون
4+	توده بزرگ رسوب یا توده جامد

:

میکروسکوپی:

- محتویات رویی را خالی کنید و رسوب باقی مانده را به هم زده و یک قطره روی لام بگذارید و روی آن لامل گذاشته و در زیر عدسی 10 و 40 میکروسکوپ بررسی کنید.  
گلبولهای سفید و قرمز – باکتریها و مخمرها – اسپرم ها و چربی ها کریستالهای نرمال اسیدی و بازی باید با عدسی 40 بررسی شوند.  
– Squamous Ep.cell و Cast و mucus و کریستالهای غیرنرمال اسیدی و بازی با عدسی 10 بررسی شوند.  
در پایان کارشناس آزمایشگاه باید دفتر ثبت جوابها را تکمیل کرده و جوابها را وارد کامپیوتر کند.

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

پرسنل آزمایشگاه- سانتریفیوژ – نوار ادرار- اسید سولفوسالسیلیک – میکروسکوپ – دفتر ثبت نمونه ها

**منابع/ مراجع:** دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستور العمل

عنوان دستور العمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود.	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستور العمل: LB/IN/006 /04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 2
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

### گامهای دقیق انجام کار:

1- ابتدا باید نمونه مدفوع از نظر ظاهری و ماکروسکوپی بررسی شود و مشخصات آن در ورک لیست مربوطه یادداشت گردد. مشخصات ظاهری مدفوع شامل رنگ آن که : قهوه ای - زرد- سیاه - سبز- بی رنگ و..... و قوام مدفوع شامل : طبیعی ( Normal ) - شل ( Loose ) - سفت (firm) - نرم (Soft) میبایشد

2- سپس باید از نمونه مدفوع با روش تغلیظ بر اساس SOP روش انجام آزمایش، سوسپانسیون تهیه شود و رسوب آن را زیر میکروسکوپ از نظر تروفوزوئیت و تخم انگل و سلولهای RBC و WBC و Yeast و دیگر عناصر بررسی و گزارش شود.

3- نتایج پس از ورود در لیست کاری در سیستم HIS وارد شود.

4- در ضمن کار کلیه فرمانهای ایمنی را رعایت نمایید و در صورت بروز هر گونه حادثه مخاطره آمیز ایمنی اقدامات لازم را اجرا نمایید و مسئول ایمنی را در جریان قرار دهید.

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: پرسنل آزمایشگاه

منابع/مراجع: روشهای آزمایشگاهی مرجع سلامت

### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

پرسنل آزمایشگاه- سانتریفیوژ - نوار ادرار - اسید سولفوسالسیلیک - میکروسکوپ - دفتر ثبت نمونه ها

منابع/ مراجع: دستور العمل آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل:</b> نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه سروایمنولوژی و هورمون انجام میشود.	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستورالعمل LB/IN/007/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 1
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- 1- نمونه ها با درخواست در سیستم از بخش های بستری به آزمایشگاه ارسال شوند.
- 2- پرسنل مسئول جدا سازی سرم موظف است پس از سانتریفوژ نمونه های سرم را جدا کرده
- 3- نمونه های ارسالی به خارج از بیمارستان با رعایت زنجیره سرد به همراه برگه درخواست بعد از ثبت در سیستم HIS توسط راننده به آزمایشگاه طرف قرارداد ارسال می گردد.
- 4- کنترل کیفیت آزمایشگاه طرف قرارداد توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تعیین می شود.

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

پرسنل آزمایشگاه- یخچال – لوله آزمایش- معرف های و آنتی سرمهای مربوطه

#### منابع/ مراجع: تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود.</b>	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستورالعمل: LB/IN/008/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 1
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- معرفی آزمایشگاه طرف قرارداد جهت انجام آزمایشات پاتولوژیک توسط آزمایشگاه استان
- جمع آوری نمونه های پاتولوژیک توسط پزشک در اتاق عمل و جمع اوری در محیط نگهداری نمونه توسط کارشناس اتاق عمل
- تحویل نمونه های پاتولوژیک همراه با فرم گزارش دهی توسط منشی اتاق عمل به آزمایشگاه
- ثبت نمونه های دریافتی در دفاتر مربوطه و تهیه لیست توسط کارشناس آزمایشگاه
- ارسال نمونه های پاتولوژی به آزمایشگاه طرف قرارداد استان به صورت روزانه یا یک روز در میان توسط راننده بیمارستان

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** پرسنل اتاق عمل-پرسنل آزمایشگاه - محیط نگهداری نمونه ها- دفاتر مربوطه

**منابع / مراجع:** سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی فریبا قربانیسند	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه مسئول اتاق عمل
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستور العمل

عنوان دستور العمل: کنترل کیفیت آزمایش های بیوشیمی	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستور العمل: LB/IN/009/04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 1
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

در این آزمایشگاه دستورالعملهای لازم و روشهای اجرایی کنترلی مرتبط با چگونگی یا اجرای دستورالعمل کنترل کیفیت و اطمینان از صحت و دقت نتایج آزمایشگاهی در بخش بیوشیمی موجود میباشد.

1. کنترل کیفی دستگاهها در بخش بیوشیمی بوسیله سرم کنترلهای چندگانه و روشهای آماری کیفی برطبق دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت باید صورت گیرد.
2. مسئول هر شیفت باید کنترل کیفی دستگاهها را بعد از انجام روزانه در دفاتر مربوطه ثبت و فایل نماید.
3. در هر شیفت کاری مسئول بیوشیمی موظف به استفاده از سرم کنترل و ثبت نتایج آن در دفاتر مربوطه میباشد.
4. مسئول هر شیفت باید کنترل کیفی یخچالها را توسط دماسنج در داخل آنها انجام و در چارتهای مربوطه ثبت نماید.
5. مسئول شیفت صبح بخش بیوشیمی مسئول کالیبراسیون و سرویس دستگاه BT3500 و ثبت مستندات مربوط به آن می باشد.
6. مسئول شیفت عصر و شب مسئول کنترل کیفی و شیتشوی دستگاه الفا کلاسیک میباشد.

در این آزمایشگاه:

1. کنترل کیفی دستگاههای مربوطه باید روزانه صورت گیرد.
2. سرم کنترل روزانه در هر شیفت در دسترس باشد.
3. کنترل کیفی یخچالها صورت گیرد.

منابع امکانات و کارکنان مرتبط: مسئول فنی / سوپروایزر آزمایشگاه - دفاتر مربوطه  
منابع/ مراجع: دستورالعمل های استاندارد آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده:	دکتر مریم مشتاق	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های هماتولوژی	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستورالعمل: LB/IN/10 /04
تاریخ بازنگری: 1401/10/17	تعداد صفحه: 1
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

سطح مسئولیت: مسئول فنی آزمایشگاه / سوپروایزر آزمایشگاه

- 1- تصدیق و تایید ثبات کالیبراسیون سل کانتر با استفاده از چک تست و محاسبه روزانه شاخص آماری جهت 5 نمونه CBC تازه روزانه که در روز بعد نیز با همان نمونه ها کنترل می گردد.
  - 2- مقایسه هماتوکریت دستی و دستگاهی
  - 3- انجام هموگلوبین دستی بر روی 3 الی 5 نمونه به روش درابکین
  - 4- مقایسه هفتگی شمارش گلبول سفید دستی با نتایج دستگاهی
  - 5- انجام کنترل های ضروری قبل از کالیبراسیون سل کانتر
  - 6- کالیبراسیون ادواری سل کانتر ( هر 6 ماه یکبار )
  - 7- کاربرد روزانه خون- کنترل دقت و مقایسه جواب دستگاه با جواب های بروشور خون کنترل و ثبت نتایج روزانه
  - 8- تصدیق و صحه گذاری کیت های جدید یا روش های جدید یا تجهیزات جدید
  - 9- نگهداری پیشگیرانه تجهیزات اصلی هماتولوژی
  - 10- دلتا چک نتایج هماتولوژی: مقایسه نتایج فعلی با سوابق بیمار
  - 11- بررسی همبستگی و هم خوانی نتایج لام خون محیطی با پارامترهای سل کانتر
- منابع امکانات و کارکنان مرتبط: مسئول فنی / سوپروایزر آزمایشگاه - دفاتر مربوطه
- منابع/ مراجع: دستورالعمل های استاندارد آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های میکروب شناسی	
کد دستورالعمل: LB/IN/11/04	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 2	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

سطح مسئولیت: مسئول فنی آزمایشگاه / سوپروایزر آزمایشگاه

- 1- کنترل کیفی روزانه محیط های کشت آماده بصورت کنترل ماکروسکوپی ( رنگ و ظاهر محیط- آلودگی و استریلیتی - ضخامت محیط و OH محیط و...)
  - 2- کنترل کیفی دیسکهای آنتی بیوگرام
  - 3- کنترل کیفی لوپ کشت ادرار
  - 4- کنترل کیفی کدورت استاندارد نیم مک فارلن
  - 5- کنترل کیفی معرف ها و آنتی سرم ها
  - 6- تصدیق و صحه گذاری از طریق مقایسه دقت و صحت دو روش آزمایشگاهی
- کنترل کیفی بخش آنالیز ادرار

1- کنترل کیفی نوار ادرار روزانه طبف دستورالعمل موجود و بررسی عملکرد صحیح قند - پروتئین و ...

2- انجام روزانه و ثابت تست های تاییدی شیمیایی جهت موارد مثبت ماکروسکوپی

3- قرار دادن نمونه های مجهول در ردیف کاری نیروی فنی بخش مربوطه و بررسی آن توسط مسئول فنی سوپروایزر

4- بررسی مجدد موارد غیر نرمال در ماکروسکوپی و میکروسکوپی ادرار

5- تصدیق و صحه گذاری کیت های جدید یا روش های جدید یا تجهیزات جدید

6- بررسی الزامی کلیه اسلایدها و اطلس میکروسکوپی ادرار

7- کاربرد روزانه کنترل دست ساز یا تجاری ادرار با هدف صحه گذاری روزانه به عملکرد صحیح

نوار قند و خون و پروتئین و سایر موارد در نوارهای ادرار مورد استفاده

8- نگهداری پیشگیرانه تجهیزات بخش آنالیز ادرار ( میکروسکوپ- سانتریفوژ- رفاکتومتر- نوار

خون اتوماتیک و...)

منابع امکانات و کارکنان مرتبط: مسئول فنی / سوپروایزر آزمایشگاه - دفاتر مربوطه-

منابع/ مراجع: دستورالعمل های استاندارد آزمایشگاه مرجع سلامت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق	مسئول فنی آزمایشگاه
	علی مرحمتی	سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی
مسئول فنی آزمایشگاه		ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: کنترل کیفی ابزار پایه ( حداقل شامل فتومتر - ترازو - سمپلر - تجهیزات برودتی و گرمایش)</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد دستورالعمل: LB/IN/12/04</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>تعداد صفحه: 2</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

### سطح مسئولیت: مسئول فنی آزمایشگاه

در آزمایشگاه تجهیزات پایه ای وجود دارد که برای تایید صحت و دقت این تجهیزات برنامه مدون موجود است که بر اساس آن باید در مورد صحت و دقت تجهیزات بررسی گردد. فتومتر و و یا اسپکتوفتومتر را بر اساس چهار فاکتور ارزیابی کنید:

کنترل خطی بودن با تهیه غلظتهای مختلف و هدمند دی کرومات پتاسیم با اسید سولفوریک 0/01 نرمال و قرائت آن در طول موج 350nm با بلانک اسید سولفوریک , OD های به دست آمده در غلظت مشخص صحت خطی بودن را بررسی کنید.

- صحت فتومتریکی

- صحت طول موج

- دانش فتومتری را هر 6 ماه یکبار بررسی کنید.

در مورد ترازو و دماسنج و کورنومتر این ابزارآلات را با گواهینامه کالیبر از شرکت های معتبر خریداری کنید. و مابقی دستگاههای موجود را بر اساس آنها ارزیابی کنید.

در مورد سمپلر یک عدد سمپلر با گواهی نامه کالیبره خریداری شده و صحت و دقت سایر سمپلرهای این مرکز را با دستگاه دارا ی گواهینامه کالیبره بر اساس رنگ سنجی بررسی کنید.

در مورد تجهیزات برودتی و حرارتی با دماسنج های کالیبره شده ماکزیمم و مینیمم موجود را ارزیابی کنید و در صورت خارج شدن ترموستات از تنظیم با شرکتهای تولید کننده جهت رفع نقص هماهنگ کنید.

منابع امکانات و کارکنان مرتبط: مسئول فنی آزمایشگاه

منابع/ مراجع: تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپر وایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران توسط مسئول فنی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد دستورالعمل: LB/IN/13 /04</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>تعداد صفحه: 2</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

### گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

1. در آزمایشگاه مسئولیت گزارش به موقع نتایج بحرانی بر عهده تمامی کارکنان شاغل در بخش های آزمایشگاه میباشد. محدوده بحرانی در رابطه با تمامی تست های قابل انجام در آزمایشگاه بیان شده است که در SOP ها ذکر شده است. تمامی کارکنان آزمایشگاه میبایست این محدوده ها را بدانند. جدول ضمیمه ذیل شامل محدوده بحرانی تستها در این آزمایشگاه میباشد.
2. پس از رویت نتایج بحرانی توسط کارشناسان آزمایشگاه و اطلاع به مسئول فنی آزمایشگاه، کارشناس آزمایشگاه باید فوراً با بخش مربوط تماس حاصل نموده و اطلاع رسانی به پرستار مربوط انجام گیرد.
3. کارشناس آزمایشگاه باید نتایج آزمایش همراه با تاریخ و ساعت اطلاع به بخش و نام پرستار مربوط را در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت نماید.
4. اطلاع رسانی به پزشک باید توسط پرستار مربوط انجام شود در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج اطلاع رسانی فوری به پزشک مقیم/ آنکال انجام گیرد.
5. کارشناس آزمایشگاه آزمایش فوق را جهت حصول اطمینان از نتیجه آزمایش تکرار نموده و در صورت تغییر نتیجه ، گزارش مجدد به بخش انجام گیرد.
6. در نهایت پرستار مربوط باید دستورات شفاهی را از پزشک دریافت و اجرا کند.
7. نتایج آزمایشات بحرانی و اقدامات انجام شده در دفتر ثبت آزمایشات بحرانی در بخش و در برگه گزارش پرستاری توسط پرستار مربوط ثبت گردد.
8. در صورتی که نتایج بحرانی حاصل مربوط به بیمار ترخیص شده باشد، شماره تماس بیمار توسط منشی/ سرپرستار بخش جستجو شده و بلافاصله با بیمار جهت دریافت نتیجه و مراجعت به پزشک تماس حاصل کند.

### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

پرسنل آزمایشگاه- پرستاران بخشها – سرپرستاران- پزشکان - جدول مقادیر بحرانی -دفتر ثبت گزارش مقادیر بحرانی

منابع/ مراجع: الزامات آزمایشگاه مرجع سلامت ، قسمت مستند سازی ، دستورالعمل گزارش دهی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی رحمتی اعظم امین ابادی کبری شاهی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه سوپروایزر آموزشی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

روش اجرایی

عنوان روش اجرایی: نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایش ها	
کد روش: LB/PR/001/04	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 2	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

**هدف:** مشخص شدن جوابهای نرمال از غیر نرمال و تعیین واحدهای آزمایشات

**تعریف:**

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی ، چه زمانی ، در چه محلی و توسط چه کسی انجام میشود)**

تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشهای مختلف در آزمایشگاه بیمارستان:

1. مسئول فنی بر چگونگی تعیین و تغییر محدوده پارامترها نظارت میکند.
2. محدوده مرجع آزمایشات مختلف را از طریق منابع رفرانس یا از طریق بروشورهای کیتهای موجود در آزمایشگاه تعیین می نماید.
3. در صورت تعویض کیت و متفاوت بودن محدوده مرجع کیت جدید با محدوده مرجع قبلی ،محدوده مرجع را بر اساس کیت جدید تغییر میدهد.
4. مسئول انفورماتیک بیمارستان محدوده های مرجع را در سیستم HIS ثبت می نماید.
5. پس از ثبت محدوده های مرجع،در سیستم HIS پرینت می گیرد.
6. مسئول فنی صحت ورود اطلاعات به سیستم HIS را مورد بررسی قرار می دهد و آنها را تایید می نماید.

\*تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشات مختلف در آزمایشگاه مرجع:

-مسئول فنی آزمایشگاه مرجع به طریق فوق بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشهای مختلف نظارت دارد و بدلیل اینکه قبل از اینکه با آزمایشگاه مرجع قرارداد منعقد گردد، آن آزمایشگاه از طریق اداره امور آزمایشگاهها مورد تایید قرار گرفته است، به محدوده مرجع آزمایش های صورت گرفته در آزمایشگاه ارجاع اطمینان صورت می پذیرد.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان آزمایشگاه

**منابع / مراجع:** تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق علی مرحمتی	مسئول فنی آزمایشگاه سوپروایزر آزمایشگاه
نام و سمت تایید کننده:	دکتر مریم مشتاق	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

# محور مدیریت اطلاعات سلامت



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش: کنترل وصیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها</b>	
<b>تاریخ تدوین: 98/08/25</b>	<b>دامنه روش اجرایی: کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>کد روش: HIM-PR-001-01</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/23</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

**هدف:**

حفظ وصیانت از اطلاعات بیماران  
 ردیابی و پیدا کردن سریع پرونده بیماران  
 جلوگیری از فرستادن پرونده بیماران به مراجع فاقد صلاحیت  
 جلوگیری از مفقود شدن پرونده بیماران

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)**

- 1- انتقال پرونده از هر بخش به بخش دیگر صرفا با پوشه آهنی صورت میگیرد
- 2\_ انتقال پرونده از یک بخش به بخش دیگر توسط خدمات آن بخش (نبودن منشی بخش ) صورت میگیرد و در زمان ترخیص از طریق سیستم HIS به واحد ترخیص انتقال داده می شود.
- 3\_ خروج پرونده از بخش اطلاعات سلامت حتما باید با درخواست کتبی توسط مسول بخش و امضای مدیریت بیمارستان با ثبت در دفتر تحویل پرونده صورت میگیرد و عودت پرونده توسط مسول اطلاعات سلامت پیگیری می شود.
- 4\_ پرونده ها بعد از رسیدگی بیمه و واحد درآمد تحویل بخش اطلاعات سلامت میگردند و در دفتر کنترل بایگانی ثبت میگردند و در آخر با بررسی دفتر بایگانی لیست پرونده های مفقودی آماده و پیگیری های لازم صورت میگیرد.
- 5\_ در صورتی که پزشکی قانونی، دادگاه، نظام پزشکی اصل پرونده پزشکی بیمار را با ارائه نامه رسمی درخواست کنند با تائید ریاست و مدیریت بیمارستان با تهیه یک نسخه کامل کپی از پرونده بیمار در بخش تهیه میکنیم و اصل پرونده به صورت برگ شمار به دبیرخانه ارسال و به مرکز مربوطه تحویل میگردند .
- 6\_ در سیستم HIS امکان ردیابی مراجعات قبلی بیمار (سرپایی، بستری) با ارائه کد ملی امکان پذیر میباشد.

منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: تجربه بیمارستانی/ پرونده های پزشکی، سیستم HIS، پرسنل بایگانی  
/ریاست، مدیریت، کلیه بخش های بستری، پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی نسرين رضایی مریم فتحی	مدیریت بیمارستان مسئول اطلاعات سلامت کاردان اطلاعات سلامت
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش:</b> سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1	<b>کد روش اجرایی:</b> HIM/PR/002/04
<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17	<b>دامنه روش اجرایی:</b> کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت
<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه

**هدف:** ترتیب صحیح فرم های پرونده در جهت تسهیل ثبت مستندات پرونده و رعایت اصول دستورالعمل 18 برگ  
**کد دار تعریف:**

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)**

1-براساس نامه مورخ 91/10/4 معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی مبنی بر نحوه چیدمان اوراق پرونده بیماران در بدو پذیرش و بایگانی مدارک پزشکی و همچنین تاییدیه این معاونت به شماره نامه 3/145/18/3978 پ مورخ 92/3/1 ، طبق سنجه واحد مدیریت اطلاعات سلامت ، چیدمان بایگانی پرونده ها طبق دستورالعمل 18 برگ کددار از تاریخ 92/ 4/ 15 در بیمارستان به شرح زیر است :

- 1-برگ پذیرش و خلاصه ترخیص
  - 2-برگه خلاصه پرونده
  - 3-برگه شرح حال و معاینه بدنی
  - 4- برگه سیر بیماری
  - 5- برگ مشاوره
  - 6- برگ بیهوشی
  - 7-برگه مراقبت قبل از عمل
  - 8- برگه گزارش عمل جراحی
  - 9- برگه مراقبت بعد از عمل جراحی
  - 10-برگ دستورات پزشک
  - 11- برگ گزارش پرستار
  - 12- برگ کنترل علائم حیاتی
  - 13-برگ نمودار علائم حیاتی
  - 14- برگ گزارش پاتولوژی
  - 15- برگ درخواست و گزارش رادیولوژی
  - 16- برگ الصاق گزارش آزمایشگاه
  - 17- برگ الصاق الکتروکاردیوگرام
  - 18- برگ جذب و دفع مایعات
  - 19- فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان
  - 20-فرم ثبت گزارش عملیات احیاء
- چک لیست \*1  
-فرم تریاژ اورژانس -فرم ارزیابی اولیه بیمار\*2  
-برگ رضایت آگاهانه\*3  
-فرم آموزش به بیمار\*4  
-فرم پذیرش مراجعین به اورژانس\*5  
-برگ ویزیت و مشاوره روزانه\*6  
-چک لیست جراحی ایمن\*7

- برگ اکو کاردیوگرافی \*8

- صورت حساب \*9

2- ترتیب چیدمان پرونده ها در زمان بایگانی پرونده ها طبق دستورالعمل رعایت میگردد و در واحد بایگانی مدارک پزشکی ، پس از باز شدن پرونده ها ترتیب چیدمان پرونده تصحیح می شود .

3- همچنین طبق سنجه های اعتبار بخشی فرم تریاژ ، آموزش به بیمار ، ارزیابی اولیه بیمار و رضایت آگاهانه بیمار و چک لیست جراحی ایمن به پرونده اضافه شده است که جایگاه این اوراق با ستاره مشخص شده است (در آیت 1 روش اجرایی )

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** پرونده های پزشکی / کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت

**منابع/ مراجع:** دستورالعمل 18 برگ کددار

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی مهرنوش امینی نسرتین رضایی مریم فتحی	مدیریت بیمارستان مدیر خدمات پرستاری مسئول واحد اطلاعات سلامت کاردان اطلاعات سلامت
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش:</b> محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات. ویرایش اطلاعات شامل..	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1	<b>کد روش اجرایی:</b> HIM/IN/001/04
<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17	<b>دامنه روش اجرایی:</b> واحد مدیریت اطلاعات سلامت، فن آوری اطلاعات، حراست، آتش نشانی
<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه

**هدف:** ذخیره و حفظ اطلاعات به صورت تمام و کامل در راستای حفظ حقوق بیماران و جلوگیری از هرگونه سوء استفاده بعلت مفقودی یا از بین رفتن مدارک

**تعریف:** سیستم ذخیره و بازیابی به سیستمی اطلاق می شود که در آن پرونده هابه نواحسن نگهداری و در اسرع وقت بازیابی شوند و امنیت اطلاعات یعنی حفاظت سیستم در برابر فعالیتهایی مانند: دستکاری، افشا، خواندن، نسخه برداری غیر مجاز و تغییر در مستندات و دسترسی افراد غیر مجاز..

### شیوه انجام کار ( چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)

- 1- پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت، ذخیره و بازیابی اطلاعات را از طریق سیستم های الکترونیکی و دستی انجام می دهند.
- 2- بایگان و پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت، از ورود افراد غیر مجاز به فضای ذخیره و بازیابی اطلاعات جلوگیری بعمل می آورند.
- 3- بایگان و واحد مدیریت اطلاعات سلامت، در پایان شیفت کاری درب اتاق را قفل می نمایند.
- 4- مسئول واحد فناوری اطلاعات به هر کاربر نام کاربری و رمز عبور اختصاص می دهد.
- 5- پرسنل مدیریت اطلاعات سلامت، بعد از هر بار استفاده و اتمام کار حتما از برنامه خارج شده و نام کاربری و رمز عبور خود را غیر فعال کرده تا دیگران از آن استفاده ننمایند.
- 6- مسئول واحد فناوری اطلاعات، سطح دسترسی به اطلاعات سطوح مدیریتی و سایر متقاضیان را در سیستم HIS بیمارستان تعریف نموده است.
- 7- مسئول واحد فناوری اطلاعات، نام کاربری و رمز عبور کاربرانی را که به هر دلیلی از سیستم خارج شده اند (مانند: اتمام طرح، بازنشستگی) را غیر فعال می کند.
- 8- مسئول واحد فناوری اطلاعات، جهت حفاظت از اطلاعات روی هر سیستم آنتی ویروس آپدیت شده نصب می نماید.
- 9- مسئول واحد فناوری اطلاعات، اطلاعات سیستم الکترونیکی HIS را به تعداد 2 بار در روز Backup گیری می کند و فایل در اتاق Server بایگانی می شود.
- 10- مسئول واحد فناوری اطلاعات، یک نسخه از فایل Backup را به مدیریت تحویل داده تا خارج از اتاق SERVER نگهداری شود.
- 11- مسئول واحد فناوری اطلاعات، از ورود افراد متفرقه به اتاق سرور جلوگیری می کند.
- 12- مسئول آتش نشانی، جهت محافظت از اوراق و مدارک پرونده و سیستم سرور، اطفای حریق (مانند کپسول آتش نشانی) در بخش مدیریت اطلاعات سلامت تعبیه می کند.
- 13- مسئول آمار، کلیه اطلاعات آماری مورد لزوم را در فایل الکترونیکی ثبت و در پایان هر ماه از اطلاعات فوق Back up تهیه می نماید.
14. مسئول حراست مرکز، از طریق سیستمهای مدار بسته بر این حفاظت و امنیت نظارت دارد.

سیستم های منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: اسکنر، پرونده، بایگانی ریلی، قفسه، HIS، اتاق Server، سیستم های اطفای حریق

منابع/ مراجع: سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی نسرین رضایی رضا شهرزاد	مدیر بیمارستان مسئول واحد اطلاعات سلامت مسئول فناوری اطلاعات
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش: ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت سلامت</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد خط مشی: HIM/PO/002/04</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>دامنه خط مشی: کارکنان واحد بایگانی و پذیرش مدیریت اطلاعات سلامت</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 3 صفحه</b>

**هدف:** کنترل خروج و ورود کلیه پرونده های بیماران در واحد پذیرش به منظور کاهش اشتباهات و جلوگیری از مفقود شدن پرونده ضروری است خروج و ورود کلیه پرونده های بیماران در واحد پذیرش و بایگانی پزشکی طبق قوانین خاصی صورت پذیرد.

**تعریف:** متقاضیان خارج از مرکز: بیمار، پزشکی قانونی، نظام پزشکی، دانشگاه متقاضیان داخلی: رئیس، مدیر، حراست، مترون و پزشک معالج-مددکاری، مسئول بخش و دبیرکمیته های مختلف، دانشجویان به منظور تحقیق و پژوهش

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )**

- 1- آموزش پرسنل پذیرش و بایگانی پزشکی از نظر قوانین و روش اجرایی خروج پرونده از مرکز توسط مسئول واحد
- الف ( تحویل پرونده به متقاضیان خارج از مرکز :**
- 2- دریافت درخواست کتبی تحویل پرونده از اداره یا سازمان مربوطه توسط فرد متقاضی
- 3- ارائه درخواست پرونده به دفتر مدیریت توسط فرد متقاضی
- 4- گرفتن دستور کتبی از مدیر یا ریاست مرکز و تحویل به مسئول تحویل پرونده در واحد مدارک پزشکی
- 5- تهیه کپی از فرمهای پرونده و انجام برگ شمار ( توسط مسئول تحویل پرونده )
- 6- تمامی برگه های پرونده باید مهمور به مهر ( کپی برابر با اصل ) گردد
- 7- پس از بسته بندی ایمن کپی یا اصل پرونده تحویل مسئول دبیر خانه می گردد ( در صورت درخواست اصل پرونده کپی آن در واحد مدارک پزشکی فایل و نگهداری می شود .
- 8- تنظیم نامه رسمی با امضای ریاست یا مدیریت بیمارستان جهت تحویل یا ارسال نامه به اداره متقاضی
- 9- تحویل تصویر پرونده به فرد متقاضی پس از رویت کارت شناسایی معتبر
- 10- یا ارسال پرونده به پیوست نامه رسمی به اداره مربوطه
- 11- ثبت مشخصات پرونده ( نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده و شماره پذیرش ، تاریخ تحویل ، نام فرد تحویل گیرنده ) در دفتر واحد مدارک پزشکی
- 12- ارسال رونوشت مکاتبات انجام شده به واحد مدارک پزشکی در اتوماسیون اداری
- 13- نامه ی مذکور در زونکن مربوط به پرونده های خارج شده از مرکز بایگانی می گردد
- 14- پیگیری عودت اصل پرونده از تمامی سازمانها به صورت فصلی
- 15- در صورت عدم تحویل پرونده پس از سه نوبت پیگیری ، ارسال آن با هماهنگی ریاست و مدیریت طی ارسال نامه رسمی به اداره مربوطه پیگیری خواهد شد ( توسط مسئول مدارک پزشکی )
- ب) تحویل پرونده به افراد متقاضی در داخل مرکز :**

**A-** تحویل پرونده به ریاست، مدیریت، مترون، حراست نیاز به درخواست کتبی ندارد پس از اعلام نیاز پرونده تحویل مشخصات کامل پرونده ( نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده ) در دفتر ورود و خروج ثبت شده و امضاء فرد تحویل گیرنده اخذ می شود و پرونده تحویل می گردد .

B- تحویل پرونده به تیم درمانی (پزشک معالج- مسئول بخش و مددکاری، دبیر کمیته های مختلف)

- 1- ارائه درخواست فرد متقاضی به واحد مدارک پزشکی
  - 2- تحویل پرونده به فرد متقاضی
  - 3- ثبت مشخصات فرد تحویل گیرنده و مشخصات کامل پرونده ( شامل نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده در دفتر ورود و خروج پرونده
  - 4- گرفتن امضاء از فرد متقاضی جهت تحویل پرونده
  - 5- بایگانی درخواست فرد متقاضی در زونکن خروج پرونده
- C) دانشجویان متقاضی جهت انجام تحقیق و پژوهش

- 1- ارائه نامه کتبی فرم معرفی طرح تحقیقاتی به تایید ریاست ، مدیریت و حراست مرکز
- 2- تحویل پرونده به دانشجو و تعیین مکان معین در داخل و واحد مدارک پزشکی جهت مطالعه و برداشت تحقیقاتی

تذکر : هیچ یک از متقاضیان اجازه خروج مدارک و فرمهای موجود در پرونده را به هر دلیل ندارند

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان واحد مدارک پزشکی- دفاتر مربوطه – پرونده های پزشکی

**منابع/ مراجع:** سیاست داخلی بیمارستان دستورالعملهای نگهداری مدارک پزشکی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی نسرین رضایی مینا گلستانی	مدیر بیمارستان مسئول واحد اطلاعات سلامت کارشناس دفتر بهبود کیفیت
نام و سمت تایید کننده:	فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش:</b> استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آنها در مستندات به ویژه در پرونده بیمار	
<b>کد روش اجرایی:</b> HIM/IN/002/04	<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1
<b>دامنه روش اجرایی:</b> مدیریت اطلاعات سلامت	<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17
<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه	<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21

**هدف:** جلوگیری از اتلاف وقت و استفاده بهینه از منابع

**تعریف:** -

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود).**

1- کلیه بخشها ملزم به برگزاری جلسات درون بخشی در زمینه اصول نوشتن گزارش پرستاری در پرونده و مستندات پرونده هستند که در زمینه استفاده از اصطلاحات پزشکی در پرونده موارد زیر را در برگیرد:

هنگام نوشتن باید از لغاتی بهره گرفت که درک آن بین همه مشترک باشد، نه لغاتی که درک و معنی آن مختص فردی یا گروهی در بخش باشد.

استفاده از واژه ها و اصطلاحات و اختصارات غیر مشترک بدلیل اینکه در بیان پیام مورد نظر (گزارش) اختلال ایجاد می کند ممنوع می باشد.

کادر درمانی باید در گزارشات و مستندات اصطلاحات صحیح بکار ببرند زیرا اصطلاحات و اختصارات بسادگی می توانند سبب سردرگمی گردد و سبب بروز خطا شود.

کادر درمانی مجاز هستند برای نشان دادن واحدها از اختصارات مجاز استفاده کنند.

مثلا سی سی ← CC - کیلوگرم ← kg - میلی متر جبه ← mm/hg ← گرم ← gr

کادر درمانی باید در هنگام درج گزارشات در پرونده بیمار از بکار بردن علائم اختصاری Abbreviation غیر استاندارد جدا خودداری نمایند.

کادر درمانی باید در هنگام استفاده از اختصارات، آن را دقیق هجی نماید و سپس در پرونده و یا مستندات بیمار استفاده کند.

کادر درمانی باید از کاربرد اصطلاحات غیر ضروری اجتناب نماید و نگارش ساده و روان و قابل فهم را همیشه در نظر داشته باشد.

کادر درمانی مجاز هستند جهت نوشتن نوع آزمایشات (fbs-cbc و...) و فرآورده های خونی (p.c-ffp و...) و کنترل علائم حیاتی (v/s-bp-RR-PR-T) از اختصارات استفاده نمایند.

پرسنل کادر درمانی مجاز به استفاده از اختصارات پزشکی در برگه آموزش به بیمار نمی باشند.

سریاستار/ماما مسئول و یا پرستار/ماما مسئول شیفت که گزارش پرونده و مستندات پرونده را ثبت می کنند در هنگام استفاده از اصطلاحات و اختصارات در مستندات باید شخصا به نوشتن آن اقدام نمایند و شخص دیگری (همکار دیگری) نباید نوشته شود.

کلیه اصطلاحات اختصاصی به هر بخش اطلاع رسانی شده است .

منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: جزوه حروف اختصاصی مجاز در هر بخش/ کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت-کارکنان مجاز جهت ثبت در پرونده

منابع/ مراجع: مقررات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	اعظم امین آبادی نسرین رضایی مریم فتحی	سوپروایزر آموزشی مسئول واحد اطلاعات سلامت کاردان اطلاعات سلامت
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



# محور مدیریت بهداشت محیط



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: نظافت شستشو گندزدایی و لکه زدایی بخش ها / واحد ها</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد دستورالعمل: EH/IN/001/04</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

### گامهای دقیق انجام کار : ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام )

- 1- برنامه نظافتی برای هر بخش با هماهنگی بهداشت محیط و سرپرستار و کنترل عفونت تنظیم شده است و در هر بخش موجود است
- 2- در هر شیفت خدمات با توجه به برنامه روزانه، شروع به نظافت و گردگیری با دستمال تمیز مینماید.
- 3- قبل از شروع کار خدمات بایستی وسایل حفاظتی مانند دستکش و ماسک را از ایستگاه پرستاری برداشته و استفاده نمایند
- 4- نحوه نظافت و گندزدایی کلیه تجهیزات وسطوح و وسایل موجود در بخش در کتابچه بهداشت محیط و ایمنی موجود در بخشها یا در سایت بیمارستان قسمت بهداشت محیط یا در پوشه common به تفکیک قید شده است و خدمات بایستی طبق آن نظافت نمایند
- 5- خدمات با هماهنگی سرپرستار مواد ضدعفونی کننده را از انبار دارویی و مواد و ابزار نظافت را از انبار مصرفی تامین کنند
- 6- آموزش نحوه رقیق سازی و مصرف مواد گندزدا توسط بهداشت محیط انجام میشود
- 7- در هر شیفت کف اطاق و راهروها یکبار باید توسط خدمات با مواد گندزدا موجود تی کشیده شود
- 8- در هر شیفت سطهای زباله بایستی تخلیه و کیسه گذاری مجدد شود
- 9- تی ایستگاه پرستاری با اطاق بیمار توسط دسته های رنگی باید مجزا شود.
- 10- سرویسهای بهداشتی هر روز بایستی شستشو و با گندزدا یا جرمگیر نظافت شود
- 11- بعد از ترخیص بیمار، کل اطاق و تجهیزات بایستی شستشوی کامل و گندزدایی توسط خدمات انجام گیرد.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط: وسایل نظافت – انواع گند زدا ها- نیروی خدمات – کارشناس کنترل عفونت و بهداشت محیط

منابع / مراجع: کتاب بهداشت محیط و کنترل عفونت بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	افسانه غلامی معصومه توتچی سودابه خانعلی زاده	کارشناس بهداشت محیط کارشناس کنترل عفونت مسئول امور پشتیبانی
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا با حداقل های مورد انتظار</b>	
<b>کد دستورالعمل: EH/IN/003/01</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**هدف:** حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا با حداقل های مورد انتظار

**شیوه انجام کار:**

- 1- غذاهای طبخ شده توسط آشپز در ظروف یکبار مصرف گیاهی ریخته شده و توسط کمک آشپز فویل آلومینیمی کشیده میشود.
  - 2- توزیع کننده بایستی روی ظرف را با توجه به برنامه غذایی بیمار نشانه گذاری کند.
  - 3- در بیمارستان ترالی گرمخانه دار خریداری شده است.
  - 4- به دلیل اینکه ممکن است هنگام توزیع غذا به همه بخشها، بخشهای انتهایی غذا سرد شود پرسنل توزیع غذا در دو مرحله این کار را انجام داده و راند اول بخشهای بستری و راند دوم به بخش اورژانس و دیالیز غذا داده میشود.
  - 5- در بیمارستان غذای سرد به بیمار داده نمیشود.
  - 6- هنگام توزیع غذا از شتابزدگی خودداری شود تا احتمال ریزش غذای داغ کاهش یابد.
  - 7- در اطاقهای ایزوله توزیع کننده بایستی غذا را به همراه یا پرستار تحویل دهد.
  - 8- هنگام توزیع غذا استفاده از ماسک و دستکش و تعویض لباس اجباریست.
- منابع و امکانات:** 5: وجود ترالی گرمخانه دار. 2: وجود ظروف درب دار سالم جهت حمل غذا. 9: وجود ظروف یکبار مصرف برپایه گیاهی

کارکنان مرتبط: پرسنل آشپزخانه، مسئول تغذیه و بهداشت محیط

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	افسانه غلامی معصومه توتچی سودابه خانعلی زاده	کارشناس بهداشت محیط کارشناس کنترل عفونت مسئول امور پشتیبانی
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان دستور العمل: شستشوی انواع البسه</b>	
<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد دستور العمل: EH/IN/004/01</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

البسه عفونی ، چرک معمولی ، چرک زیاد و رنگی بایستی جداگانه شسته شود.

کنترل البسه از نظر وجود مواد زاید مثل پوشاک ، سرنگ ، سر سوزن و .... الزامی است.

مراحل صحیح شستشوی البسه طبق الگوی زیر می باشد:

- 1- قبل از شروع بکار پرسنل خدمات بایستی از وسایل حفاظت فردی مانند دستکش ، ماسک، چکمه استفاده نمایند
- 2- کارکنان لثری بایستی قبل از شستو، همه البسه ها را تکانده تا از عدم وجود سرسوزن مطمئن شوند.
- 3- ماشینهای شستشو بایستی از هم جدا شده یکی برای البسه عفونی و دیگری غیر عفونی.
- 4- مراحل شستشو عبارتست از شستشو با آب سرد برای زدودن خون و آلودگی - شستشوی اصلی با آب داغ و افزودن پودر سفید کننده - آبکشی
- 5- بعد از شستشو بایستی رختها آبگیری و سپس در خشک کن خشک شوند و سپس بر اساس بخش دسته بندی گردند.
- 6- قراردادن رختها و البسه ها در ماشین تا فردا ممنوع است.
- 7- البسه پاره شده در حین شستشو جدا و برای رفو فرستاده شود.
- 8- البسه آلوده به سیاه زخم قبل از شستشو اتوکلاو شود.
- 9- برای بیماران آلوده به ایدز، تیفوئید و شپش و... از لباس یکبار مصرف استفاده شود.
- 10- مستندات دما موجود باشد.
- 11- البسه اطاق عمل پس از شستشو اتوکلاو گردد.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی افسانه غلامی معصومه توتچی سودابه خانعلی زاده	سمت کارشناس بهداشت محیط کارشناس کنترل عفونت مسئول امور پشتیبانی
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور	

# محور مدیریت تجهیزات پزشکی





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل : برنامه ریزی پایش ،نگه داری ،ارزیابی و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی</b>	
<b>کد دستورالعمل: ME/IN/001/04</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

هدف : به روز بودن اصلاحات شناسنامه ای ، کنترل کیفی و سرویس دوره ای تجهیزات پزشکی

1. مسئول تجهیزات پزشکی برای هر یک از تجهیزات پزشکی موجود و جدید در بیمارستان فرم موجود در سامانه مدیریت تجهیزات پزشکی را تکمیل می نماید و به هر دستگاه کد شناسه منحصر به فردی را اختصاص می دهد.
2. مسئول تجهیزات شناسنامه الکترونیکی تجهیزات پزشکی شامل نام دستگاه ، محل استقرار ، مدل ، سال نصب و .... را تهیه و پس از هر بار تعمیر و سرویس دوره ای دستگاه به روز رسانی می کند.
3. مسئول تجهیزات پزشکی با اختصاص یک کد کاربری و رمز ورود به هر بخش ، امکان دسترسی مسئولین بخش ها به شناسنامه تجهیزات و ارسال درخواست تعمیر و خرید را مهیا میکند.
4. مسئول تجهیزات پزشکی بایستی تجهیزات اسقاط شده و یا مستعمل را نشانه گذاری کرده واز چرخه کار خارج شده را انتقال و از لیست تجهیزات بخش خارج نماید.
5. مسئول تجهیزات پزشکی درخواست های خرید ، تعمیرات و یا انتقال ارسال شده از طرف مسئولین بخش ها را پیگیری می نماید و کلیه فرآیند های تعمیرات ، خرید ، کنترل کیفی ، pm ، هزینه ها ، قطعات مصرفی و ... ثبت می کند.
6. مسئول تجهیزات پزشکی باید فهرست تجهیزات پزشکی سرمایه ای و حیاتی نیازمند نگهداری پیشگیرانه ، سرویس دوره ای و کنترل کیفی دوره ای را تهیه و برنامه ریزی زمانی جهت انجام آن ها را مشخص کند.
7. مسئول تجهیزات پزشکی باید چک لیست های نگه داری پیشگیرانه را به تفکیک هر بخش تدوین کند.
8. مسئول تجهیزات پزشکی باید فهرستی تجهیزات پزشکی حیاتی و برنامه ای جهت آموزش به کاربرانی که از آن ها استفاده می کنند را تهیه نماید.
9. مسئول تجهیزات پزشکی باید جهت سرویس دوره ای تجهیزات حیاتی و سرمایه ای فهرست تهیه نموده و برنامه زمان بندی انجام آن در تاریخ مقرر را تدوین نماید.
10. مسئول تجهیزات پزشکی باید جهت انجام کنترل کیفی تجهیزات حیاتی و سرمایه ای فهرست تهیه نموده و برای انجام آن به صورت منظم برنامه ریزی نماید. همچنین باید جهت نصب برچسب نتایج آزمون کالیبراسیون بر روی دستگاه ها نظارت داشته باشد.

منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط: منابع مالی و انسانی- سیستم کامپیوتر و مسئول تجهیزات پزشکی

منابع / مراجع: ضوابط مدیریت نگهداشت تجهیزات پزشکی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهدی لطیفی	مسئول تجهیزات پزشکی
	فرهاد کریمی	مدیریت بیمارستان
نام و سمت تایید کننده : فرهاد کریمی مدیریت محترم بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: استفاده از کپسولهای گازهای طبی</b>	
<b>کد دستورالعمل : ME/IN/002/01</b>	<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b>
<b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**هدف : تامین ایمن گازهای طبی جهت استفاده بیماران**

1. مسئول تجهیزات پزشکی باید انواع کپسول های گاز های طبی ، نوع و خلوص گاز را در بدو ورود بررسی نماید و نتایج را ثبت کند. همچنین از پر بودن کپسول های گاز در ابتدای هر نوبت کاری اطمینان حاصل نماید.
2. مسئول تجهیزات پزشکی باید کپسول ها را از محل های مجاز و مورد تایید تهیه و تامین نماید. همچنین جهت انتقال ایمن کپسول ها در سطح بیمارستان نظارت نماید.
3. مسئول تجهیزات پزشکی باید بر نگهداری ایمن کپسول ها و انبارش بر اساس استانداردها نظارت نماید.
4. اطلاعاتی از قبیل نام گاز به فارسی و فرمول شیمیایی و نام مرکز درمانی باید به صورت واضح و خوانا بر روی کپسول ها قید شود. همچنین رنگ بندی کپسول ها باید مطابق ضوابط و استاندارد ها انجام شود.
5. مسئول تجهیزات پزشکی باید بر جریان و خلوص اکسیژن نظارت داشته باشد. تهیه دستگاه خلوص سنج جهت سنجش خلوص اکسیژن ضروری می باشد و باید برنامه ای منظم جهت اندازه گیری خلوص اکسیژن تدوین شود.
6. وجود سیستم رزرو کپسول در بیمارستان جهت مواقع اضطراری تعبیه شده است.
7. هشدار دهنده کاهش فشار اکسیژن در ورودی بخش های ویژه باید نصب شود.
8. انجام سرویس دوره ای دستگاه اکسیژن ساز باید به صورت منظم انجام شود و از مستندات آن باید نگهداری شود.
9. تهیه و شارژ کپسول ها باید توسط شرکت های معتبر و دارای مجوز انجام شود و از سوابق آن نیز نگهداری شود.
10. مدیریت موجودی کپسول ها باید به نحوی باشد که علاوه بر تعداد مورد نیاز دز ساعات شبانه روز ، برای شرایط اضطراری نیز کپسول وجود داشته باشد.

#### **مشخصات کلی سیلندر**

هر سیلندر گاز طبی از چند جزء اصلی تشکیل شده است که عبارتند از پایه ، بدنه ، شیر ، گلوئی ، فلکه ، مانومتر ، فشارشکن)

رگولاتور) ، فلومتر ، رابط و سرپوش.

اجزایی مانند مانومتر ( فشارسنج ) ، فلومتر ( جریان سنج ) ، رگولاتور ( فشارشکن ) ، و لوله رابط ( جهت اتصال به ماسک بیمار

(قابل جداسدن و تعویض هستند. در سیلندرهای حاوی گاز طبی با فشار زیاد از فشارشکن استفاده می کنند. این وسیله فشار

9بار کاهش می دهد. مانومتر فشار خروجی از سیلندر را نشان داده و فلومتر میزان فلو یا / خروجی گاز درون سیلندر را تا حد 5

شار ( مقدار شار خروجی که از واحد سطح به طور عمود در واحد زمان عبور می کند ) را نشان می دهد.

#### **جنس سیلندرها**

سیلندرهای پرفشار را می توان از استیل کربن ، استیل منگنز و یا آلیاژ آلومینیوم ساخت . به طور معمول جنس این سیلندرها

باید از فولاد و در کوره باز یا برقی ساخته شود و کیفیت ساخت آن تکنولوژی بسیار بالایی را جهت یکنواختی جنس و

ضخامت سطح در تمام طول ورقه فولاد طلب می کند.

#### **رنگ آمیزی سیلندرها**

رنگ آمیزی سیلندرهای گاز طبی باید طبق جدول شماره 4 استاندارد ملی ایران به شماره 911 صورت گیرد

رنگ سیلندر یکی از نشانه های بسیار مفید در تشخیص نوع گاز داخل آن است و قبل از رنگ آمیزی زیرسازی مناسب و چربی

گیری انجام می گیرد. طبق استانداردهای بین المللی رنگ هر سیلندر با توجه به گاز داخل آن انتخاب می شود. نوع رنگ

کاربردی از لحاظ مقاومت و یکنواختی بسیار مهم است. رنگ باید دارای طبیعتی پایدار و استحکام کافی برای این منظور باشد و

جهت مقابله با ساییدگی و پاک شدن رنگ ها بهتر است از رنگ های کوره ای استفاده شود. این رنگ نباید زیاد سخت و

شکننده باشد که با کوچک ترین ضربه ای ببرد یا آنقدر نرم باشد که سائیده شود. علاوه بر این ها وجود رنگ برای جلوگیری

از زنگ زدگی بسیار مفید و ضروری است.

لازم است بر روی قسمت فوقانی سیلندرهای گازهای طبی مطابق با استاندارد ملی ایران به شماره 911 نشانه گذاری انجام

گیرد. قبل از نشانه گذاری، سیلندر را در دستگاه مخصوص رنگ آمیزی میکنند.

## جدول رنگ بندی استاندارد سیلندر گازهای طبی



نوع سیلندر	علامت مشخصه سیلندر	مورد کاربرد	توضیحات
<b>Co2</b> دی اکسید کربن	به رنگ طوسی می باشد	عمل های لاپراسکوپی و کرایوو	استنشاق آن باعث ایجاد سرگیجه و تهوع می شود
<b>O2</b> اکسیژن	به رنگ سفید می باشد	اکسیژن رسانی به بیمار و ونتیلاتور	ترکیب این گاز با هیدروکربن ها و روغن ایجاد احتراق و انفجار می کند.
<b>ازت (N2)</b> (هوای فشرده)	به رنگ مشکی می باشد	دستگاههای پنوماتیکی اتاق عمل و شیره	جز گازهای بی اثر می باشد
<b>N2o</b> گاز بیهوشی	به رنگ آبی می باشد	در مابین بیهوشی کاربرد دارد	استنشاق آن باعث ایجاد سرگیجه و تهوع می شود.
<b>Entonox</b> انتونکس	قسمت بالای آن سفید و قسمت پایین آن آبی می باشد	در تسکین زایمان کاربرد دارد	استنشاق مداوم و بیش از حد آن باعث تهوع و سرگیجه و خشکی دهان می گردد.

تذکره:

۱- از تحویل گرفتن هرگونه سیلندر، معاینه با رنگ بندی استاندارد جداً خودداری شود.

۲- از تحویل گرفتن هرگونه سیلندر که دارای معایب فیزیکی می باشد خودداری شود.

۳- در صورت بروز هرگونه مشکل با واحد تأسیسات تماس حاصل گردد.

۴- از حمل بدون درپوش کپسول خودداری نمایید.

### نشانه گذاری سیلندرها

نشانه گذاری یکی از بخش های جدایی ناپذیر روند تولید سیلندرهاى گازهاى طبی است که در واقع حک کردن یا نصب

برچسب های غیرقابل جداسدن بر روی سطح فوقانی سیلندر است ( جایی که به راحتی قابل دیدن باشد ) . البته ، در تشخیص

نوع گاز می توان به رنگ روی سیلندر نیز توجه کرد . در مواقع پاک شدن یا کثیف شدن رنگ ، این نشانه گذاری یک علامت

اطمینان بخش است . در نشانه گذاری سیلندرها باید موارد زیر قید شده باشد:

نام یا علامت تجاری سازنده

ظرفیت آبی بر حسب لیتر

تاریخ آزمون فشار ( با تعیین ماه و سال )

فشار آزمون بر حسب کیلوگرم بر سانتیمتر مربع

وزن خالص سیلندر ( بدون شیر و کلاهک ) بر حسب کیلوگرم

فشار کار بر حسب کیلوگرم بر سانتی متر مربع

علامت استاندارد ایران

شماره سری

نام محل مورد استفاده

نام بازرس و تاریخ بازرسی

آزمون دوره ای

سیلندر گاز طبی را باید هر 5 سال یک بار با فشار آبی برابر فشار آزمون آن تست کرد . این آزمون که آزمون فشار آب نامیده

می شود و به روش غوطه ور کردن در ظرف آب water Jacket یا به روش مناسب دیگری که بتواند همان نتیجه را به

دست دهد در کارخانجات تولید اکسیژن انجام می گیرد.

4 و پیش از انجام آزمون فشار آب باید خارج و داخل سیلندر بازرسی شود تا اطمینان حاصل شود که دارای زنگ زدگی ،

خوردگی ، فرورفتگی یا سایر معایبی که باعث تضعیف سیلندر می شود، نیست.

2 و پس از انجام آزمون فشار آب باید سیلندر را دقیقاً توزین کرد تا اطمینان حاصل شود که وزن خالص آن بیش از %5 نسبت

به وزن خالص قبلی اش کاهش پیدا نکرده است . سیلندرهایی را که کاهش وزن آن ها نسبت به وزن اولیه بیشتر از 5 % باشد ، باید از سرویس خارج کرد.

9 و هنگام آزمون آب باید سیلندر را به مدت 91 ثانیه یا بیشتر تحت فشار آب نگهداشت تا زمانی که اطمینان حاصل

شود سیلندر در اثر فشار بیشتر حجمی را که می بایست پیدا کند، پیدا کرده است. وسیله اندازه گیری انبساط حجم سیلندر

باید آنقدر دقیق باشد که بتواند تا یک درصد انبساط کلی حجم سیلندر یا حداقل تا یک دهم سانتیمتر مکعب انبساط حجم را

نشان دهد. وسیله اندازه گیری فشار آزمون نیز باید بتواند تا دقت یک درصد فشار آزمون را نشان دهد.

و سیلندرهایی را که در اثر آزمون فشار آب دچار نشست شوند یا سطح خارجی یا داخلی آنها دچار زنگ زدگی، فرورفتگی،

%برآمدگی و یا سایر عیوب تضعیف کننده سیلندر شود یا بعد از آزمون فشار آب، مقدار انبساط دائمی حجم آنها بیش از 41

انبساط کلی آنها باشد، باید از سرویس خارج کرد.

5 و متصدی سیلندر یا نماینده وی باید آماری از سیلندرهایی آزمون شده و نتایج آزمون ها را همراه با تاریخ آزمون های دوره

ای هر سیلندر در بایگانی خود نگهدارد.

6 و بر روی سیلندری که نتیجه آزمون فشار آب رضایتبخش باشد باید تاریخ آزمون به صورت ماه و سال به طور واضح و دائمی

علامت گذاری شود. هنگام این علامت گذاری باید دقت شود که علامت گذاری های مربوط به تاریخ آزمون های قبلی پاک یا

محو شود.

### سیستم سانترال

برای جلوگیری از حمل و نقل سیلندرها در اتاق های بستری و اتاق های عمل و بخش های ویژه و به دلیل اقتصادی می توان

از گازهای لوله کشی شده که از یک منبع ذخیره یا چند سیلندر مرکزی تغذیه می شوند، استفاده کرد.

به هیچ وجه در مکان هایی که گازهای طبی تولید، شارژ یا استفاده می شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور

باید سیگار کشیدن ممنوع را در جایی که به خوبی قابل رویت است، نصب کرد.

### مزایای سیستم سانترال

سیستم توزیع مرکزی گازهای طبی نسبت به توزیع گاز توسط سیلندرهایی بسیار دارای مزایای زیر است:

4 و جابجا کردن و حرکت دادن مداوم سیلندرهای گاز در فضاهای داخل بیمارستان موجب ایجاد خطرات احتمالی از قبیل

آتش سوزی و انفجار می شود که توزیع مرکزی از این خطرات جلوگیری می کند.

و سیلندرها قسمتی از فضای داخل بیمارستان را اشغال می کنند که در توزیع مرکزی گازهای طبی این اشکال وجود ندارد.

این منبع با مخزن مرکزی ( سانترال ) می تواند به صورت یک سیستم متشکل از چندین سیلندر حاوی گاز فشرده مرتبط با

یکدیگر که در مکان های ثابت قرار دارند، بوده یا به صورت یک مخزن بزرگ حاوی گاز مایع باشد.

در مورد مخازن سیلندری معمولاً "چندین مجموعه 6 سیلندری به یک مرکز فشارشکن متصل هستند . این سیستم یا جعبه

مرکزی قادر است فشار را از bar 497 به bar 41 برساند . شکست مجدد فشار از bar 41 به bar 1 / 4 در دریچه خروجی

گاز در داخل اتاق سانترال بیمارستان صورت می گیرد . اندازه و تعداد این سیلندرها و تانک مایع به حجم کاری و نوع بیمارستان وابسته است.

جهت استفاده ممتد از گازها و اطمینان از وجود گاز در لوله های داخل بیمارستان می توان چندین مخزن پر به صورت یدک

نگهداری کرد.

در ضمن پیشنهاداتی توسط موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران در خصوص حمل و نقل سیلندرها ارائه شده است

که از طریق وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اعلام می شود.

#### نگهداری سیلندرها

محل نگهداری مخزن های گاز طبی به دلیل امکان بروز خطرات احتمالی باید دارای مشخصات خاصی باشد که به طور خلاصه

به شرح زیر است:

و به هیچ وجه در مکان هایی که گازهای طبی تولید ، شارژ یا استفاده می شوند نباید سیگار کشید . برای این منظور باید

سیگار کشیدن ممنوع را در جایی که به خوبی قابل رویت است ، نصب کرد.

و به هیچ وجه نباید از گریس ، روغن پارافین و غیره در اطراف رگولاتور ، شیرو بدنه سیلندر برای هیچ منظوری استفاده شود.

این عمل صد درصد باعث انفجار می شود.

و لباس کارکنان و افرادی که در مکان های تولید و کاربرد گازهای طبی رفت و آمد می کنند باید ضدجرقه بوده و عاری از

الیاف نایلون باشد.

و وسایل چرخدار حامل سیلندرها باید مجهز به زنجیر تماس با زمین جهت جلوگیری از ذخیره الکتریسیته ساکن و احتمال انفجار باشد.

و اتاق های سرپوشیده ای که در آن ها سیلندرها یا گاز نگهداری می شوند، باید مجهز به سیستم تهویه مناسب



باشند. و سیلندر ها باید در محلی به دور از سرما و گرمای شدید ، باران و برف و تابش مستقیم آفتاب نگهداری شوند

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی کبری شاهی مهدی لطیفی	مدیریت بیمارستان کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار کارشناس تجهیزات پزشکی
نام و سمت تایید کننده:	فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش:</b> اطمینان از استفاده تجهیزات استاندارد جهت انجام دیالیز بیماران	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1 <b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17 <b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>کد روش اجرایی:</b> ME/PR/002/04 <b>دامنه روش اجرایی:</b> مدیریت بیمارستان- مدیریت مالی- مهندسی پزشکی- مسئولین بخش ها <b>تعداد صفحه:</b> 3

### هدف: انجام دیالیز با استفاده از تجهیزات استاندارد

1. مسئول تجهیزات پزشکی باید از مشخصات فنی و خدمات پشتیبانی دستگاه های همودیالیز ، صافی های مصرفی و دستگاه تصفیه اسمز معکوس نگهداری کند.
2. مشخصات فنی و خدمات پشتیبانی دستگاه های همودیالیز ، صافی های مصرفی و دستگاه تصفیه اسمز معکوس باید با مشخصات فنی ابلاغی وزارت بهداشت مطابقت داشته باشد.
3. باید کنترل کیفیت آب های دستگاه تصفیه اسمز معکوس انجام شود و در صورت هر گونه انطباق اقدامات اصلاحی صورت گیرد.
4. از آب مصرفی جهت انجام ارزیابی درجه سختی و میکروب شناسی باید نمونه برداری شود.
5. کارشناس بهداشت محیط با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی باید فرآیند نمونه برداری را به صورت منظم انجام دهند و سوابق آن را نگهداری نمایند

### منابع، امکانات و منابع انسانی مورد نیاز:

- سایت اداره کل تجهیزات پزشکی
- لیست شرکت های مجاز برای انجام کنترل کیفی
- کامپیوتر/ اینترنت/ تلفن/ فاکس/ پرینتر
- ریاست بیمارستان/مدیریت بیمارستان/مدیریت مالی/مسئول واحد مهندسی پزشکی

### منابع/مراجع:

ضوابط نگهداشت تجهیزات و ملزومات پزشکی

سایت اداره کل تجهیزات پزشکی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهدی لطیفی کیوان اخوان	مسئول واحد تجهیزات پزشکی رییس امور مالی
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش:</b> تامین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط مربوطه	
<b>کد روش اجرایی:</b> ME/PR/003/04	<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1
<b>دامنه روش اجرایی:</b> واحد مهندسی پزشکی، سوپروایزر بخشها، شرکتهای نمایندگی تجهیزات پزشکی	<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17
<b>تعداد صفحه:</b> 2	<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21

### **هدف:** تامین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط

1. مسئول تجهیزات پزشکی باید در مورد تجهیزات فراخوان شده به بخش ها اطلاع رسانی و ان ها را نشانه گذاری کند و بر جمع آوری آن دستگاه ها از بخش ها و خارج شدن از گردش کار نظارت داشته باشد. همچنین باید از سوابق و مستندات مکاتبه ی سازمان غذا و دارو ، فهرست تجهیزات فراخوان شده و اطلاع رسانی به بخش ها نگهداری شود.
2. خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای باید مبتنی بر صرفه و صلاح و رعایت الزامات قانونی انجام شود. خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و انتخاب نوع آن باید در کمیته درمان دارو و تجهیزات مطرح شود و خرید باید در چارچوب قوانین و بر اساس صرفه و صلاح بیمارستان انجام شود.
3. مسئول تجهیزات پزشکی باید ملاک های مهم در خصوص انتخاب و خرید تجهیزات پزشکی را رعایت کند از جمله :
  - حمایت از تجهیزات پزشکی تولید داخل
  - شناسایی ارزش افزوده تجهیزات مورد درخواست برای ایمنی بیمار
  - بررسی و قابلیت های کمی و کیفی مورد انتظار دستگاه مطابق نیاز مرکز
  - خرید تجهیزات از زنجیره توزیع قانونی و مجاز بودن شرکت تامین کننده و تولید کننده از نظر وزارت بهداشت
  - خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی مطابق با ضوابط سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی و رعایت آیین نامه های مالی و معاملاتی و تشریفات قانونی
4. مسئول تجهیزات پزشکی باید فهرستی از تجهیزات ضروری و تجهیزات پشتیبان هر يك از بخش ها را در بازه زمانی مناسب آماده و در کمیته درمان دارو و تجهیزات ارائه نماید. همچنین باید يك نسخه از آن را در اختیار بخش مربوطه قرار دهد تا پرسنل در تمام نوبت های کاری از آن آگاهی داشته باشند.
5. بخش های ویژه ، اورژانس و اتاق عمل جزء واحد های پشتیبان محسوب نمی شوند.

6. جهت افزایش سرعت و دقت و صحت خدمات تشخیصی باید از تجهیزات با تکنولوژی پیشرفته و به روز استفاده شود. در مواردی که تجهیزات پزشکی با استفاده از لوازم جانبی ( نرم افزاری و سخت افزاری ) پیشرفته و به روز می شود خرید تجهیزات جدید قابل قبول نمی باشد

**منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط :**

- ❖ منابع: تجارب بیمارستانی
  - ❖ امکانات: شناسنامه متصل به دستگاه/ لیست تجهیزات ضروری/ تلفن/ فاکس
  - ❖ منابع انسانی مورد نیاز: مسئول واحد مهندسی پزشکی/ مسئول امین اموال/ سرپرستار بخش بالینی/ مدیریت
- منابع /مراجع:** ضوابط مدیریت نگهداشت تجهیزات پزشکی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهدی لطیفی	مسئول واحد تجهیزات پزشکی
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیریت بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست محترم بیمارستان شهید حسین پور

# محور مدیریت خطر حوادث و بلایا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد دستورالعمل: CM/IN/001/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/05/12</b>	<b>تعداد صفحه: 2</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/05/15</b>	

**گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)**

-اندیکاسیونهای فعال سازی برنامه تخلیه بیمارستانی و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا را مشخص کنید.

-مسئولیتهای افراد در زمینه تخلیه بیمارستانی را مشخص کنید.

-اولویت بندی جهت تخلیه بر اساس تریاز در شرایط بحران انجام دهید.

-در صورت به وجود آمدن بحران در طبقه همکف تخلیه افقی و در صورت بروز بحران در طبقات اول و دوم تخلیه عمودی صورت گیرد. اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد تخلیه نسبی و در صورت بحرانهای خارجی وسیع تخلیه کلی انجام گردد. در صورت بروز سیل تخلیه عمودی به سمت طبقات بالا و در صورت بروز آتش سوزی تخلیه افقی انجام شود.

-فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان بندی مشخص شده است به انصورت که طبق فلوجارت اطلاع رسانی در شرایط بحران پرسنل از بحران مطلع می گردند و بر اساس شرایط بخش مسئول شیفت با توجه به منابع و تجهیزات موجود در بخش بیماران را جهت تخلیه اولویت بندی نموده و تخلیه انجام گردد.

-مسیر ها و خروجی های تخلیه در کلیه بخش ها مشخص و راهروها خالی باشد.

-تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند باید به روش صحیح انجام گردد.

-در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت تخلیه با توجه به مانورهای انجام شده پیش بینی و موجود است ( ویلچر و برانکاردر سیار و...)

-منابع لازم جهت تهیه آب و غذا به مدت 72 ساعت در دسترس است.

-بر اساس فلوجارت تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران مسئولین فرماندهی و کنترل در زمان بحران حادثه مشخص است.

کلیه پرسنل موظف به یادگیری و اجرای دستورالعمل می باشند.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** کتابچه بحران بیمارستان- فلوجارت بحران- کلیه کارکنان بیمارستان – منابع مالی و انسانی

**منابع/ مراجع:** کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا دکتر حمید رضا خانکه

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی سجاده میرزازاده سودابه خانعلی زاده محمد حسن صالح آبادی- حسن ملک محمدی رضا زاهدی	مدیریت بیمارستان سرپرستار اورژانس مسئول امور پشتیبانی تاسیسات پرستار بحران
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیر بیمارستان		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستور العمل

<b>عنوان دستور العمل: فعالسازی روشهای ارتباطی در هنگام وقوع حادثه</b>	
<b>کد دستور العمل: CM/IN/002/05</b>	<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>
<b>تعداد صفحه: 1</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- 1- کمیته خطر بلایا و حوادث جهت جایگزینی تجهیزات و روش های ارتباطی چند لایه, پیش بینی های لازم را انجام داده اند.
  - 2- در کلیه بخش ها تلفن وجود دارد, اما در صورت قطع تلفن بر اساس فلوچارت تهیه شده پرسنل هر بخش موظف است به بخش های مشخص شده وقوع حادثه را اطلاع دهد.
  - 3- تلفن های مورد لزوم به کلیه بخش ها داده شده است.
  - 4- تلفن مرکز هدایت عملیات دانشگاه , مکان ها و افراد مورد لزوم در شرایط بحران در اتاق سوپروایزر موجود است و همواره توسط دفتر پرستاری به روز می شود.
  - 5- در دفتر سوپروایزر یک خط ارتباطی که هیچ گاه اشغال نیست وجود دارد.
  - 6- در اتاق سوپروایزر سیستم کامپیوتر با اینترنت و اینترنت وجود دارد.
- منابع امکانات و کارکنان مرتبط:**

کلیه کارکنان بیمارستان- کتابچه بحران بیمارستان

**منابع/ مراجع:** سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان
	فرهاد کریمی	مدیریت بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	سودابه خانعلی زاده	مسئول امور پشتیبانی
	رضا زاهدی	پرستار بحران
نام و سمت تایید کننده:	فرهاد کریمی مدیر بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان حوادث</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد دستورالعمل: CM/IN/003/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>تعداد صفحه: 2</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

**گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)**

- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان باید به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان/مرکز تلفن بیمارستان اطلاع داده شود.
- فردی از سوی فرمانده حادثه جهت دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب شود.
- مرکز تلفن امکان ارتباط مسئول دریافت شرح خبر حادثه را از منبع خبر فراهم کند.
- مسئول دریافت شرح خبر حادثه، اطلاعات مورد نیاز را از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد.
- فرمانده حادثه خبر حادثه را به EOC دانشگاه اطلاع می دهد.
- در حوادث داخلی، فرمانده حادثه باتوجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند.
- تأیید خبر حوادث داخلی، توسط مرکز هدایت عملیات بیمارستان است.
- خبر آماده باش/هشدار یا فعالسازی توسط فرمانده حادثه اعلام شود.
- در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی(کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی، میزان، گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، کشته شدگان، مصدومان ارزیابی شود.
- باتوجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی شود.
- تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان بررسی شود.
- بیماران فعلی بیمارستان تعیین تکلیف شوند( اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند.)
- باتوجه ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، فضایی انجام شود.
- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، طبق برنامه افزایش ظرفیت اقدام شود.
- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مازاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، نسبت به تماس با دانشگاه اقدام شود.
- تأثیر حادثه بر دسترسی به بیمارستان و محوطه آن بررسی شود.
- طول زمانی تأثیر حادثه بر فعالیت بیمارستان بررسی شود.
- حادثه نام گذاری شود( داخلی توسط فرمانده حادثه/خارجی توسط EOC دانشگاه و ...)
- باتوجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود.
- به صورت مرتب ارتباط با EOC دانشگاه و مراکز پایش کننده مخاطرات برقرار شود.
- اطلاع رسانی درونی بیمارستان بر اساس فلوجارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان انجام شود.



- سوپروایزر کشیک طبق فهرست کامل و به روز شده از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه پاسخ در هر سطح با آن ها تماس بگیرد، بر اساس دستور فرمانده حادثه اقدام کند.
- هر بخش طبق لیست تهیه شده از پرسنل بخش خود و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی به روش خوشه ای نماید.
- مدت زمان عملیات پاسخ و اهداف آن مشخص شود.
- مستندسازی کلیه اقدامات و گزارش ها جهت برنامه ریزی انجام شود.
- در خصوص تخلیه افقی، عمودی و کلی بیمارستان تصمیم گیری شود.
- مدیریت ازدحام در بیمارستان و محیط اطراف آن انجام شود و واحد مربوطه طبق دستورالعمل های موجود اقدام نماید.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان بیمارستان- فلوجارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان در شرایط بحران-

**منابع/ مراجع:** سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی فرهاد کریمی مهرنوش امینی سجاده میرزازه سودابه خانعلی زاده رضا زاهدی	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان مدیر خدمات پرستاری سرپرستار اورژانس مسئول امور پشتیبانی پرستار بحران
نام و سمت تایید کننده:	فرهاد کریمی مدیر بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: فعالسازی روشهای ارتباطی در هنگام وقوع حادثه</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد دستورالعمل: CM/IN/004/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>	<b>تعداد صفحه: 1</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

**گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)**

- 1- کمیته خطر بلاپا و حوادث جهت جایگزینی تجهیزات و روش های ارتباطی چند لایه, پیش بینی های لازم را انجام داده اند.
- 2- در کلیه بخش ها تلفن وجود دارد, اما در صورت قطع تلفن بر اساس فلوجارت تهیه شده پرسنل هر بخش موظف است به بخش های مشخص شده وقوع حادثه را اطلاع دهد.
- 3- تلفن های مورد لزوم به کلیه بخش ها داده شده است.
- 4- تلفن مرکز هدایت عملیات دانشگاه , مکان ها و افراد مورد لزوم در شرایط بحران در اتاق سوپروایزر موجود است و همواره توسط دفتر پرستاری به روز می شود.
- 5- در دفتر سوپروایزر یک خط ارتباطی که هیچ گاه اشغال نیست وجود دارد.
- 6- در اتاق سوپروایزر سیستم کامپیوتر با اینترنت و اینترنت وجود دارد.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** کلیه کارکنان بیمارستان- کتابچه بحران بیمارستان

**منابع/ مراجع:** سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی فرهاد کریمی مهرنوش امینی سودابه خانعلی زاده رضا زاهدی	ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان مدیر خدمات پرستاری مسئول امور پشتیبانی پرستار بحران
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیر بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: استفاده از آسانسور در زمان حریق</b>	
<b>تاریخ تدوین: 1401/10/17</b>	<b>کد دستورالعمل: CM/IN/005/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>تعداد صفحه: 1</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

عنوان دستورالعمل: استفاده از آسانسور در زمان حریق

هدف: استفاده ایمن از آسانسور در زمان حریق و حادثه

گروه هدف: کلیه کارکنان

بیمارستان دارای پنج آسانسور می باشد که برای حمل بین ها و وسایل و انتقال بیماران با برانکاردر یا ... کارکنان و غذا مورد استفاده قرار می گیرد. هر دو آسانسور متصل به برق اضطراری می باشد.

استفاده از آسانسورها در زمان آتش سوزی یا هر حادثه دیگری که منجر به قطع برق می شود ممنوع است

کلیه پرسنل موظف هستند در زمان بحران یا آتش سوزی تا حد امکان از پله استفاده نمایند

آسانسور ها در زمان آتش سوزی در اختیار پرسنل تاسیسات و آتش نشانها هستند تا راندمان تخلیه افزایش یابد. دیوارهای داخلی چاه آسانسور صاف و صیقل می باشد.

دریچه بازدید آسانسور بصورت دورهای توسط مسئول تاسیسات چک و کنترل می گردد. گواهی ایمنی آسانسور بصورت دو ره ای تمدید می گردد.

علامت ایمنی مبنی بر "استفاده از آسانسور در زمان حریق ممنوع" در کنار آسانسور نصب می گردد.

منابع امکانات و کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان بیمارستان- کتابچه بحران بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان
	فرهاد کریمی	مدیریت بیمارستان
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	سجاده میرزازاده	سرپرستار اورژانس
	سودابه خانعلی زاده	مسئول امور پشتیبانی
	رضا زاهدی	پرستار بحران
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی مدیر بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش: گزارش حوادث و موقعیتهای خطر آفرین</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد روش اجرایی: CM/PR/001/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>دامنه روش اجرایی: کل بیمارستان</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

### تعریف:

**هدف:** تعیین خط مشی/ روش اجرائی بیمارستان در پاسخ به هر نوع حادثه غیرمترقبه که پرسنل، بیماران، بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تاثیر خود قرار می دهد.

-تعیین مسئولیت های افراد و بخش های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه

### شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )

1- حوادث غیر مترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری به فرد اعلام کننده خطر(فرمانده حادثه) بیمارستان اطلاع داده می شود. فرد اعلام کننده خطر (فرمانده حادثه) در اولین زمان ممکن به سوپروایزر وقت جهت آمادگی بیمارستان و اعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد.

2- فرمانده حادثه با کسب اطلاعات کامل از شدت و وسعت حادثه نیاز های اولیه منابع مالی، انسانی و تجهیزات و ملزومات را برآورد کرده و نسبت به آماده سازی آنها دستورات لازم را به سوپروایزر بیمارستان میدهد و در اسرع وقت در بیمارستان حضور می یابد.

فرمانده حادثه در برنامه ریزی بحران بلایای بیمارستان با مشخصات و شرح وظایف ذیل انتخاب میشود:

-فردیکه مسئولیت اعلام خطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه (Incident Commander) انتخاب می گردد دارای مسئولیت مشخص می باشد و از بین باسابقه ترین و مجرب ترین افراد موظف در بیمارستان برگزیده می شود.

-این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرایی و درمانی بیمارستان دخالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد.

-این فرد وظیفه تقسیم مسئولیت ها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیت ها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان بر عهده دارد.

-وظیفه اعلام خطر و هشدار به پرسنل و اعلام اتمام پاسخ بیمارستان نیز بر عهده این فرد می باشد. در مواردی که فرد یا افرادی از پیش تعیین شده در دسترس نباشند افراد زیر به ترتیب مسئولیت فرماندهی پاسخ بیمارستان را بر عهده می گیرند. (این مسئولیت ها بر حسب موقعیت و نوع بیمارستان قابل تغییر هستند و توسط کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی تعیین می شوند):

➤ رئیس بیمارستان

➤ مدیر بیمارستان

➤ مترون بیمارستان

➤ سوپروایزر مسئول در هنگام وقوع حادثه

2- سوپروایزر وقت بیمارستان نسبت به اعلام آماده باش و فراخوان نیروها بر اساس میزان و شدت حادثه با هماهنگی فرماندهی حادثه اقدام می نماید.

3-مسئولین رده بالای مدیریتی بحران شامل مدیریت پشتیبانی \_ مدیریت خدمات انسانی-مدیریت خدمات پاراکلینیک-مدیریت مناطق درمان-مدیریت مناطق بیماران در اسرع وقت توسط سوپروایزر کشیک فراخوان می شوند

4-مدیران مناطق مذکور پس از حضور در پوزیشن عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وسعت حادثه به انجام فعالیتهای خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام میکنند.

5-سوپر وایزر کشیک به پوزیشن اصلی خود بر میگردد.

6-پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت طبیعی حالت پاسخ به حادثه توسط فرمانده حادثه اعلام می شود.

### منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:

منابع مالی: توسط مدیر پشتیبانی بحران بیمارستان حل و فصل می گردد.  
منابع انسانی: توسط مدیرین نیروی انسانی تیم بحران حل و فصل می گردد  
منابع/ مراجع: دستورالعملهای ابلاغی از وزارت مطبوع

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی فرهاد کریمی مهرنوش امینی سودابه خانعلی زاده سجاده میرزازاده رضا زاهدی	ریاست بیمارستان مدیر بیمارستان رئیس خدمات پرستاری مسئول امور پشتیبانی سرپرستار اورژانس پرستار بحران
نام و سمت تصویب کننده: فرهاد کریمی مدیر بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش:</b> تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1	<b>کد روش اجرایی:</b> CM/PR/002/05
<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17	<b>دامنه روش اجرایی:</b> کل بیمارستان
<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه

**تعریف:**

**هدف:** در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حادثه توانمند کردن بیمارستان جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی مانند مراقبتهای اورژانسی - جراحی های فوری - مراقبت از مادر و کودک در شرایط بحرانی

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )**

- ریاست بیمارستان لیست تمامی خدماتی که در بیمارستان انجام می شود را در اختیار دارد. و بر اساس نیاز آنها را اولویت بندی می کند.
- ریاست بیمارستان در لیست مذکور خدمات اساسی بیمارستان یعنی انهایی که باید در همه زمان در هر شرایطی در دسترس باشند را مشخص می نمایند.
- ریاست بیمارستان جهت تامین منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمات ضروری بیمارستان و تامین آنها به خصوص برای گروههای دارای شرایط بحرانی و سایر گروههای آسیب پذیر مانند کودکان و افراد مسن و از کار افتاده در شرایط عادی با همکاری دبیر کمیته مدیریت خطر و بلایا تفاهم نامه هایی با موضوع های مختلف از جمله تامین نیروی انسانی تامین تجهیزات پزشکی آمبولانس پزشک متخصص جراح تامین وسایل گرمایشی و سرمایشی- خدمات آزمایشگاهی و غیره با ارگانهای داخلی شهرستان و بیمارستانهای معین امضا می کند.
- ریاست بیمارستان جهت حصول از اطمینان در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی از جمله آب و برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا در شرایط عادی برای کنترل وجود ذخایر آب در منبع آب - سوخت گازوئیل برای ژنراتور - وجود کپسولهای اکسیژن پر به صورت رندوم عملکرد تاسیسات را کنترل می کند.
- جهت حصول اطمینان از دفع وجود ضایعات خطرناک بیمارستانی دستگاه زباله سوز در مواقع بحرانی فعال نگه داشته و پیمانکار آن در شرایط بحرانی حق تعطیلی دستگاه زباله سوز را ندارد.

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** مدیریت - ریاست - پرسنل تاسیسات- پیمانکار زباله سوز- - وجود تفاهم نامه  
**منابع/ مراجع:** مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخصهای توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و  
 بلایا تالیف : دکتر حمید رضا خانکه 1393

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی محمد حسن صالح آبادی- حسن ملک محمدی سجاده میرزازاده سودابه خانعلی زاده رضا زاهدی	مدیر بیمارستان تاسیسات سرپرستار اورژانس مسئول امور پشتیبانی پرستار بحران
نام و سمت تایید کننده : فرهاد کریمی مدیر بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن</b>	
<b>کد دستورالعمل: CM/IN/006/05</b>	<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>
<b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

ساختمان انبار باید دارای خصوصیات زیر باشد:

-ساختمان انبار باید محکم باشد.

- سقف باید دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد.

- کف دیوارها و سقف باید فاقد هر گونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات حیوانات موزی و پرندگان جلوگیری به عمل آید. کف و دیوارها باید قابل نظافت باشند. جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستشوی انبار جدا خودداری شود.

- چاه فاضلاب در انبارها باید دارای در پوش و وضعیت ظاهری مناسب باشند.

- قفسه بندی انبار باید مناسب باشد و بصورتی که از برگشت بسته ها و پالتها جلوگیری شود. قفسه بندی مناسب باعث چیدمان صحیح بسته ها و کمک به نظافت بهتر انبار خواهد شد. قفسه های ایجاد شده باید از سطح زمین 30 سانتیمتر بالاتر باشد.

- میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.

- هواکش های انبار باید مجهز به قاب توری یا کرکره بوده و در نقاط مختلف انبار نصب و در تمامی روز روشن باشند.

- در انبار مرکزی لوازم تاسیساتی- لوازم التحریر - لوازم یکبار مصرف و اوراق کاغذی قرار می گیرد.

- انبار دارویی و شیمیایی در مکانی جدا از انبار مرکزی قرار دارد.

محل نگهداری	چیدمان	شرایط نگهداری	نحوه جابجایی	اقلام
داخل انبار مرکزی	داخل طبقات تا سقف در دسترس	نیاز به شرایط خاصی ندارد	دستی	لوازم تاسیسات
داخل انبار مرکزی	داخل طبقات تا سقف در دسترس	دور از رطوبت	دستی	لوازم التحریر
داخل انبار مرکزی	داخل طبقات قفسه	نیاز به شرایط خاص ندارد	دستی	لوازم یکبار مصرف
داخل انبار مرکزی	داخل طبقات قفسه	دور از رطوبت	دستی	اوراق
انبار شیمیایی مواد	داخل طبقات قفسه	دور از حرارت و رطوبت	دستی	شیمیایی



- جهت تجهیز انبار درخواست خرید توسط انباردار به مدیریت ارسال می گردد بعد از تایید درخواست خرید توسط مدیریت و تامین اعتبار توسط مسئول حسابداری خرید کالای مورد نظر توسط کارپرداز بیمارستان صورت می گیرد.
- ورود کالای مصرفی به انبار همراه با فاکتور بوده و توسط انباردار ثبت رسید کالا در سیستم صورت می گیرد.
- خروج کالا از انبار بنا به درخواست بخش مربوطه و بعد از تایید توسط مدیریت صورت می گیرد.
- درخواست کالای بخش مورد نظر در سیستم ثبت گردیده و به درخواست بخش مورد نظر حواله زده می شود.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** پرونده های پرسنلی - مدیر منابع انسانی- کارگزین

**منابع/ مراجع:** دستورالعمل داخلی بیمارستان و استاندارد اعتباربخشی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی امید صادقی سودابه خانعلی زاده رضا زاهدی	مدیریت بیمارستان انباردار مسئول امور پشتیبانی پرستار بحران
نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی-مدیر بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور

محور مدیریت

دارویی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد دستورالعمل: PHA/IN/001/05</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

گامهای دقیق انجام کار : ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام )

- داروی multiple dose شامل انواع اشکال دارویی است که می توان از آن برای بیمار چندبار استفاده کرد، این اشکال بیش از یک دوز از دارو را در خود جای داده اند و حاوی ماده محافظ برای پیشگیری از رشد باکتری ها هستند.
  - داروی multiple dose باید حداقل امکان برای هر بیمار جداگانه استفاده شود.
  - در صورتی که یک داروی multiple dose برای چند بیمار استفاده شود باید در قسمت خاصی از بخش های بستری و دور از دسترس بیماران نگهداری شود تا از آلودگی آن جلوگیری شود.
  - جهت استفاده از ویال های multiple dose باید هر بار از تجهیزات مصرفی تزریقی جداگانه ای (سرنگهای یکبار مصرف استریل) استفاده شود.
  - دقت شود سوزن فرورفته در ویال باقی نماند.
  - پس از استفاده از داروی multiple dose باید مطابق با توصیه شرکت سازنده نگهداری شود.
  - تاریخ و شیفت اولین استفاده از داروی multiple dose باید روی آن ثبت شود، در غیر این صورت قابل اطمینان نبوده و باید دور ریخته شود.
  - مسئول فنی داروخانه لیست زمان نگهداری و یا پایداری داروهای multiple dose رایج بخش های بالینی را آماده کرده و در اختیار بخش ها قرار دهد.
  - پس از گذشت زمان نگهداری داروی multiple dose ، دارو باید طبق دستورالعمل امحا ضایعات دارویی دور ریخته می شود.
  - پسماند داروها بایستی در کیسه سفید یا قهوه ای در سطل سفید دفع شود
  - سطلها بایستی جایی باشد که بیمار به آن دسترسی نداشته باشد
- منابع ، امکانات و کارکنان مرتبط:** قفسه ها- دارو multiple dose - یخچال - برچسبها - مسئول فنی داروخانه - پرستاران بخش های بالینی
- منابع / مراجع:** بروشور کارخانه - دستورالعمل امحا ضایعات دارویی- استانداردهای کنترل عفونت

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
مسئول فنی داروخانه سوپروایزر آموزشی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	دکتر مانا صفاری اعظم امین ابادی کبری شاهی	
نام و سمت تصویب کننده دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	فرهاد کریمی-مدیر بیمارستان شهید	نام و سمت تایید کننده : حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش: مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد روش اجرایی: PHA/PR/001/05</b> <b>دامنه روش اجرایی: واحد مدیریت دارویی، واحد ریاست و کلیه بخشهای بالینی بیمارستان</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

**هدف:** یکسان سازی در تجویز دارو در بیمارستان، مصرف بهینه دارو در بیمارستان، صرفه جویی در هزینه های متحمل بر بیمار و بیمارستان و جلوگیری از تجویزهای سلیقه ای و تاخیر در شروع دارودرمانی بیمار

#### **تعاریف:**

فارماکوپه: به لیست داروهای موجود در بیمارستان اطلاق می شود، این لیست از میان داروهای موجود در فهرست رسمی داروهای ایران براساس ایمنی، اثربخشی و صرفه اقتصادی دارو و با نظر کادرپزشکی و تخصصی انتخاب شده و در کمیته دارو و درمان مورد تایید و تصویب قرار می گیرد.

#### **شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)**

1. مسئول فنی دارویی فارماکوپه تایید شده در کمیته دارو و درمان بیمارستان را در اختیار تمامی بخش های بالینی قرار می دهد.
2. پس از هر بار بروزرسانی فارماکوپه، ابلاغ آخرین ویرایش به پزشکان و بخش های بالینی توسط ریاست بیمارستان انجام می گیرد.
3. پزشک دارو را درخواست می کند چنانچه داروی خواسته شده خارج از فارماکوپه باشد، پرستار به پزشک یادآوری می کند.
4. پزشک در صورت امکان با داروی مشابه در فارماکوپه جایگزین می کند.
5. پزشک در صورت عدم امکان انتخاب داروی جایگزین، در فرم درخواست داروی خارج از فارماکوپه، دلایل بالینی و علمی انتخاب داروی موردنظر را ذکر می کند.
6. پس از تایید مسئول فنی دارویی برای تایید نهایی به ریاست ارجاع داده می شود.
7. در صورت اورژانسی بودن شرایط مسئول فنی دارویی پس از تایید ریاست بیمارستان دارو را از داروخانه بیمارستان های مجاور یا داروخانه های سطح شهر تهیه می کند در غیر این صورت به شرکت های پخش دارویی سفارش داده می شود.
8. مسئول فنی دارویی پس از تهیه، دارو را در اختیار بخش جهت استفاده بیمار قرار می دهد.
9. در مواقع اورژانسی یا در زمان های خارج از ساعت فعالیت داروخانه پس از هماهنگی تلفنی با داروساز بیمارستان و تایید نهایی تلفنی ریاست دارو تهیه می گردد.
10. مسئول فنی داروخانه در صورت نظر پزشک جهت افزودن دارو به فارماکوپه بیمارستان در کمیته دارو و درمان مطرح می کند تا تصمیم نهایی گرفته شود.

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** فارماکوپه دارویی- فرم درخواست خرید دارو خارج از فارماکوپه- کمیته ها- مسئول فنی داروخانه- کلیه پزشکان و سرپرستاران بخش های بالینی- ریاست بیمارستان

**منابع/ مراجع:** کارگاه آموزش تدوین فارماکوپه بیمارستانی به میزبانی معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورخ 93/07/24 - دستورالعمل های وزارت بهداشت

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی دکتر مانا صفاری کبری شاهی	مدیر بیمارستان مسئول فنی داروخانه کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
نام و سمت تاییدکننده:	فرهاد کریمی-مدیر بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش: فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی (ریکال)</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد روش اجرایی: PHA/PR/002/05</b> <b>دامنه روش اجرایی: داروخانه – واحد تجهیزات پزشکی – کلیه بخش های بالینی بیمارستان</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

**هدف:** جلوگیری به موقع از مصرف دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی ریکال شده در داروخانه و واحد تجهیزات پزشکی و بخش های بالینی بیمارستان به منظور حفظ سلامت و ایمنی بیماران

**تعاریف:** فراخوان دارو و تجهیزات مصرفی (ریکال): جمع آوری فرآورده های دارویی یا تجهیزات پزشکی مصرفی از بازار به علت نقص در کیفیت یا عوارض جدی و غیر قابل انتظار

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )**

1. معاونت غذا و دارو، دارو و لوازم مصرفی ریکال شده از سوی شرکتهای پخش را طی نامه ای که در آن نام و شماره سری ساخت و تاریخ انقضا محصول ذکر شده است، به بیمارستان اعلام می کند.
2. ریاست بیمارستان نامه را به واحد امور دارویی ارجاع می دهد.
3. مسئولین فنی دارو و تجهیزات موجودی کالای ریکال شده را در انبار های مربوطه کنترل می کند.
4. مسئولین فنی دارو و تجهیزات طی نامه ای کتبا موجودی انبار را به ریاست بیمارستان اعلام می کند و خواستار کنترل موجودی قلم موردنظر در بخشها می شود.
5. ریاست بیمارستان پس از تایید نامه، آن را جهت کنترل موجودی قلم موردنظر به دفترپرستاری ارجاع می دهد.
6. مدیریت پرستاری نامه را در اختیار تمامی بخش ها قرار می دهد.
7. سرپرستار بخشها در اسرع وقت در صورت وجود کالای اعلام شده، آن را جمع آوری می کند.
8. سرپرستار بخشها موجودی کالای موردنظر را کتباً به مسئولین فنی مربوطه بیمارستان اعلام و در صورت موجود بودن آن را تحویل می دهند.
9. مسئولین فنی اقلام جمع آوری شده را با شماره سریال و ویژگی های اعلامی از طرف شرکت ریکال کننده انطباق می دهد.
10. انباردار اقلام مربوطه را بعد از دریافت فاکتور مرجوعی ریکال، به شرکت ریکال کننده عودت داده می شود.

منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: نامه های ریکال اقلام- مسئول فنی داروخانه-مسئول فنی تجهیزات-ریاست بیمارستان-سر پرستاران- انباردار

منابع/ مراجع: تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی دکتر مانا صفاری مهدی لطیفی	مدیر بیمارستان مسئول فنی داروخانه کارشناس تجهیزات پزشکی
نام و سمت تاییدکننده: فرهاد کریمی-مدیر بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

روش اجرایی

<b>عنوان روش: مدیریت خطاهای دارویی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد روش اجرایی: PHA/PR/002/05</b> <b>دامنه روش اجرایی: داروخانه و کلیه بخش‌های بالینی</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

**هدف:** جلوگیری از خطاهای دارویی در سطح بیمارستان و اصلاح آنها و حفظ ایمنی بیماران

**هدف:** جلوگیری از خطاهای دارویی در سطح بیمارستان و اصلاح آنها و حفظ ایمنی بیماران

**تعاریف:** خطاهای دارویی: بخشی از خطاهای پزشکی که عبارت است از هرگونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است باعث یا منجر به مصرف نامناسب فرآورده دارویی یا ایجاد اثرات زیان آور در بیمار گردد.

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود )**

- 1- مسئول فنی داروخانه فهرستی از داروهای مشابه ( از نظر نام و شکل و ظاهر آنها) و پر خطر (داروهای با غلظت بالا و خطرناک) و خودبه خود متوقف شونده بیمارستان را در اختیار بخش‌های بالینی قرار می دهد.
- 2- مسئول فنی داروخانه برچسب های دارویی مربوط به داروهای مشابه و پرخطر را در اختیار بخش‌های بالینی قرار می دهد و در استوک دارویی بخش‌های بالینی بکار می رود.
- 3- کلیه داروهای هشدار بالا (12 داروی مشمول برچسب گذاری روی هر آمپول) توسط تکنسین واحد دارویی، برچسب گذاری قرمز روی هر آمپول یا ویال می شود.
- 4- پرستاران بخش‌های بالینی از محتوای برچسب‌ها آگاهی لازم را دارند.
- 5- پرستار فرآیند دارو دادن (از جمله تطبیق دارو با کاردکس دارویی دربالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها و 7 رایت دارو دهی) را رعایت می کند.
- 6- نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای مشابه (تلفظ مشابه) به روش تالمن انجام می شود
- 7- پرستار قبل از اجرای فرآیند دارو دادن به اشکال دارویی و نوع دارو و تاریخ انقضای توجه می کند.
- 8- پرستار هنگام دارو دادن، بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وي را به اسم مي خواند).

- 9- پرستار هنگام دارو دادن ، يك بار ديگر مشخصات بيمار را با كاردكس دارويي مطابقت مي دهد.
- 10- پزشكان نسخ خود را خوانا مي نويسند، از اختصارات استفاده نمي كنند و از دستورهاي تلفني شفاهي تا حد امکان خودداري مي نمايند.
- 11-مسئول فني داروخانه دربازيديد از بخش ها چك ليست نظارتي موارد فوق را كنترل مي كند.
- 12-پرستار در صورتي كه هرگونه خطايي در تجويز دارو اتفاق افتاد، فرم ثبت خطا بيمارستان را كه به صورت الكترونيك در سايت بيمارستان قرار داده را تكميل مي نمايد.
- 13-پرستار در صورت وقوع خطاي دارويي منجر به آسيب بيمار و يا وقوع never event (كد هاي 7، 13 و 28) بلافاصله به سوپروايزر بيمارستان اطلاع مي دهد.
- 14-كارشناس هماهنگ كننده ايمني بيمار با هماهنگي با مسئول ايمني بيمارستان و تيم RCA، موارد مربوط به آسيب بيمار در رابطه با خطاهای دارویی را در اسرع وقت RCA و در موارد وقوع never event مربوط به خطاهای دارویی، جلسه RCA تشكيل و نتيجه RCA را به معاونت درمان دانشگاه ارسال می کند.
- 15-پرستار اگر هرگونه عارضه نا خواسته ای برای بيمار ايجاد شد، فرم ADR را گزارش مي كند.
- 16-پرستار درصورت بروز عارضه برای بيمار،بعد از اطلاع به پزشك معالج، اقدام درماني مناسب را پيگيري مي كند.
- 17-رابط ADR بيمارستان (سوپروايزر آموزشي)، فرمهاي ADR پر شده را با برنامه ريزي منظم به اداره ADR معاونت غذا و دارو اطلاع رسانی می کند و يك کپی از فرم ADR را به داروخانه ارسال می کند.
- 18-مسئول فني داروخانه موارد خطا و ADR هاي ثبت شده را با هماهنگي با رابط ADR در كميته دارو و درمان مطرح و بررسي کرده و اقدامات اصلاحي در جهت رفع آن پيشنهاد مي دهد.
- 19-كارشناس هماهنگ كننده ايمني ، انواع خطاهای دارویی را از طريق فايل اشتراك به پرسنل بيمارستان اطلاع رسانی می کند.

**منابع، امكانات و كاركنان مرتبط:**ليست داروهای مشابه و پرخطرو خودبخودمتوقف شونده- فرم ثبت خطا و ADR- مسئول فني داروخانه- پزشكان- پرستاران

**منابع/ مراجع:**دستورالعمل عوارض و خطاهای دارویی- راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی مشاهده شده در بيمارستانها

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی دکتر مانا صفاری اعظم امین ابادی کبری شاهی	سمت مسئول فنی داروخانه سوپروایزر آموزشی (رابط ADR) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
نام و سمت تاییدکننده: پور	فرهاد کریمی مدیر بیمارستان شهید حسین	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور

# محور مدیریت منابع انسانی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: انتقال دانش و تجربه راهبر استاد (و رهجو) شاگرد حداقل در مشاغل حساس</b>	
<b>کد دستورالعمل: HRM/IN/001/01</b>	<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b>
<b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**عنوان دستورالعمل: انتقال دانش و تجربه راهبر استاد (و رهجو) شاگرد حداقل در مشاغل حساس**

**هدف: تدوین و اجرای دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر و رهجو حداقل در مشاغل حساس**

توانمندی فرایند توسعه است که باعث افزایش توان کارکنان برای حل مشکل و افزایش آگاهی کارکنان می گردد. واحد آموزش بیمارستان سطح دانش و مهارت‌های شغلی مناسب برای کارکنان را در راستای انجام وظایف، مأموریت‌ها و دستیابی به اهداف سازمان تعیین می کند و بر اجرای مراحل اصلی فرایند آموزش در بیمارستان نظارت می نماید.

نیاز سنجی آموزشی هر سال با در نظر گرفتن اهداف و استراتژی های معاونت درمان، نیاز های آموزشی اظهار شده از خود فرد (pdf) و همچنین برنامه ها و اهداف خود بیمارستان می باشد آموزش ها در دو بخش درون بخشی و برون بخشی برگزار می گردد.

آموزش های درون بخشی اکثرا در حوزه مهارت ها و دانش تخصصی افرادی باشد که به صورت ماهیانه و طبق برنامه ریزی سالانه در بخش مربوطه انجام می شود. آموزش های برون بخشی به دو بخش درون بیمارستانی یا کارگاهی و کنفرانس های برگزار شده توسط معاونت درمان تقسیم می شوند که بر حسب نیاز های اعلام شده یا سیاست های دانشگاه برگزار می گردد. مسئول هر واحد موظف است برنامه ریزی لازم را در خصوص شناسایی و پیش بینی احتمالات خروج کارکنان از واحد ها و بخش ها داشته باشد و بر این اساس جانشین پروری انجام گیرد و دانش های لازم به فرد جایگزین داده شود.

اهداف آموزشی کوتاه مدت و بلند مدت تعیین شود. مدرسین واجد شرایط جهت رفع نیاز های آموزشی شناسایی و از آنها استفاده شود. ابزار مناسب ارزیابی فعالیت های آموزشی تهیه گردد. جهت حفظ جایگزین مدیریتی در بیمارستان باید ارزشها و قوانین حفظ شود و حدت و انسجام در بین مدیران رده بالا حفظ گردد و پرسنل شاهد عزم جدی مدیران جهت رفع مشکلات باشند.

جهت پیشگیری از تنزل جایگاه مدیریت باید قدمهای مثبتی در طی خدمت برداشته شود و از تجربه و کار آمدی سایر پرسنل در سطوح مختلف استفاده نماید.

همچنین مدیران باید در برخورد با زیر دستان خود عدالت را رعایت نموده و در علوم مختلف مدیریتی دانش خود را افزایش دهند.

خط مشی و چشم انداز سازمان را هدف نهایی خود قرار دهند. رهبری زمانی موفق است که برنامه ریزی سازماندهی نظارت و کنترل انگیزش و تصمیم گیری را با درایت کامل انجام دهد.

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
کارگزين مدیر منابع انسانی	طیبه لامعی زری همتی	
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی-مدیر بیمارستان شهید حسین پور	



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان</b>	
<b>کد دستورالعمل: HRM/IN/002/01</b>	<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b>
<b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**هدف:** از دستیابی به اصل شایسته سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران از طریق شناسایی و ارزیابی افراد با استفاده از معیار های شایستگی، ثبات مدیریت، افزایش انگیزش کارکنان و نیز شفاف سازی فرایند بیمارستان می باشد

رهبری یعنی نفوذ و تسلط بر دیگران برای یک هدف که در این راستا باید برنامه ریزی، سازماندهی، کنترل لازم صورت گیرد. یک رهبر باید نقش ارتباطی، اطلاعاتی و تصمیم گیری لازم را داشته باشد. انتصاب مدیران پس از احراز صلاحیت های اخلاقی و اعتقادی افراد و بر اساس مقررات مربوطه انجام می گیرد.

یک مدیر باید حداقل مدرک کارشناسی مرتبط با رشته شغلی را داشته باشد و دوره آموزش مدیریت را گذرانده باشد. حداقل باید 6 سال سابقه تجربی در زمینه شغلی مربوط یا مشابه را داشته باشد.

جهت انتصاب مدیران بانک اطلاعات مدیران در بیمارستان وجود داشته باشد و اطلاعات مربوط به مدیران فعلی و داوطلبان انتصاب در آن ثبت گردد.

مقام مافوق معرفی کننده و صادر کننده حکم مدیریتی معاونت توسعه می باشد بر اساس شاخص ها حداقل سه نفر برای ثبت مدیریتی پس از انتصاب در خود بیمارستان برای تایید در کمیسیون تخصصی ارسال میگردد واحد منابع انسانی ضمن بررسی و تطبیق شرایط، پس از تکمیل فرمها، آنها را به کمیسیون تحول اداری ارسال می نماید بر اساس مقررات شایسته ترین فرد حکم انتصاب را دریافت نماید.

کارکنان جدیدالورود هر بخش و واحد آموزش های لازم را دریافت نمایند.

آموزش به پرسنل جدیدالورود بر حسب نیاز توسط مسئول بخش یا واحد، افراد خبره سوپر وایزر آموزشی، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس کنترل عفونت، مسئول هموویژلانس، کارشناس بهبود کیفیت، کارشناس دارویی و کارشناس اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات ارائه گردد کتابچه آموزشی اختصاص هر واحد جهت آموزش کارکنان جدیدالورود هر سال بروز رسانی و در اختیار کلیه پرسنل قرار گیرد.

در هر واحد جانشین مسئول یا سرپرستار ابلاغ داشته باشد و آموزش های لازم جهت تفویض اختیارات مسئول واحد در غیاب وی دریافت نماید. ارزیابی اثر بخشی آموزشهای انجام شده از طریق بررسی نتایج عملکرد بررسی شود.

برگزاری سالانه آزمون صلاحیت و توانمند سازی کارکنان و بررسی و تحلیل نتایج آن در جلسات آموزشی مدیران اجرایی برگزاری دوره تئوری و عملی CPR برای کلیه پرسنل اطلاع رسانی دره های کد دار آموزش ضمن خدمت کارکنان و آموزش مداوم

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
کارگزارین مدیر منابع انسانی	طیبه لامعی زری همتی	
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بنسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	فرهاد کریمی-مدیر بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تایید کننده:





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی</b>	
<b>کد دستورالعمل: HRM/IN/003/01</b>	<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b>
<b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**هدف:** ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در بیمارستان

با توجه به اظهار نظر کارشناسان فرهنگ و رسانه میزان استفاده و مدت زمان کاربران ایرانی در شبکه های اجتماعی و پیام رسان اینترنتی بیشتر از کشور های توسعه یافته است.

لذا استفاده غیر اصولی از فناوری های نوین در محیط اداری و اوقات مفید کاری می تواند مخرب و حقوق بگیران خدمت را متاثر نماید.

از طرفی بازدیدها ، گزارشات در یافتی و مشاهدات عینی حاکی از استفاده بی رویه تلفن همراه در محیط های کاری می باشد که باعث کاهش کیفیت ارائه خدمات درمانی- کاهش ایمنی بیمار ، سلب اعتماد بیماران ، گسترش عفونت و اختلال در عملکرد تجهیزات پزشکی حساس می گردد.

( 66ش.ن/11/ بر اساس ابلاغ کشوری ممنوعیت استفاده از تلفن همراه در حین انجام وظیفه مورخه 40

/ 06864-040 )/این دستورالعمل به صورت داخل بیمارستانی تدوین و اجرای آن بر عهده کلیه واحد ها می باشد و مسئولیت نظارت و کنترل آن با مسئولین مرتبط خواهد بود

1-استفاده از تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی ، بخش های ویژه بیمارستان و اتاق عمل ممنوع می باشد.

2-استفاده از تلفن در بخش بستری ، در اتاق های بستری و بر بالین بیماران و حین ارائه خدمات به بیمار ممنوع میباشد. انتظار میرود از پزشکان محترم جهت مشاوره و هر گونه خدمات به بیماران به صورت حضوری بر بالین حضور یابند

3-در واحد های پاراکلینیک حین ارائه خدمت استفاده از تلفن همراه ممنوع می باشد.

4- در موارد ضروری صرفا در اتاق های استراحت و با تعیین جانشین استفاده از تلفن همراه مجاز است.

5-ورود به شبکه های مجازی در کلیه واحد های درمانی و پاراکلینیک که به بیمار ارائه خدمت می گردد ممنوع است .

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
کارگزين مدیر منابع انسانی	طیبه لامعی زری همتی	
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تایید کننده: فرهاد کریمی-مدیر بیمارستان شهید حسین پور	

# محور مراقبت‌های حاد و اورژانس



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

خط مشی و روش

<b>عنوان خط مشی و روش:</b> شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری	
<b>تاریخ تدوین:</b> 95/7/1	<b>کد خطی مشی و روش:</b> AEC/PR/001/05
<b>تاریخ بازنگری:</b> 1401/10/17-02	<b>دامنه خط مشی و روش:</b> بخشهای بالینی
<b>تاریخ ابلاغ:</b> 1401/10/21	<b>تعداد صفحه:</b> 2 صفحه

**تعاریف:** مراقبتهای بحرانی تهدیدکننده حیات با ارائه حمایت‌های تخصصی پیشرفته از ارگانهای مختلف و مانیتورینگ تهاجمی صورت می‌پذیرد.

مراقبتهای بحرانی و سریع در بخش اورژانس یا هر بخش بستری در شرایط بحرانی بیماران ارائه میشود.

**بیانیه سیاست/ خط مشی:** هدف از تدوین این خط مشی ارتقاء کیفیت خدمت رسانی به بیماران بد حال در کوتاه ترین زمان ممکن؛ **حضور پزشکان** مقیم یا آنکال و یار جاع بیمار به سایر مراکز و در نتیجه ارتقا ایمنی بیمار می باشد.

**فرد پاسخگو:** سوپروایزر بالینی کشیک

**شیوه انجام کار ( بصورت گام به گام همراه با مسئول, زمان و مکان اجرا)**

- 1- در صورتی که بیمار در شبفت صبح بد حال شده باشد توسط پزشک متخصص ویزیت میشود و در صورتی که در شبفت عصر و شب بد حال شده باشد بعد از اطلاع به پزشک معالج در صورت نیاز ویزیت توسط پزشک متخصص طب اورژانس یا پزشک اورژانس و یا مقیم با تخصص متناسب انجام میشود.
- 2- پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک را چک نموده و در کاردکس وارد میکند.
- 3- امور بالینی (دستورات دارویی، نوار قلب، کنترل علائم حیاتی و قند خون و...) توسط پرستار مسئول بیمار انجام میشود.
- 4- خدمات مشاوره ای و پاراکلینیکی توسط پرستار مسئول بیمار پیگیری میشود.
- 5- در صورت نیاز به خدمات پاراکلینیکی موجود در بیمارستان، بیمار پس از هماهنگی پرستار مسئول بیمار، مددجو به آن واحد با رعایت اصول ایمنی منتقل میشود.
- 6- در صورت نیاز به مشاوره اورژانسی با متخصصی که در بیمارستان نیست یا اقدام پاراکلینیکی که در بیمارستان نمی باشد
- 7- توسط سوپروایزر بالینی وقت گرفته می شود و مددجو به آن مرکز با آمبولانس ارجاع داده می شود.
- 7- پرستار مسئول بیمار، کلیه اقدامات انجام شده را در گزارش خود ثبت می نماید.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مشاهده مستندات - مصاحبه

ذینفعان: کلیه پزشکان- پرستاران - سوپروایزرین - بیماران

منابع, امکانات و کارکنان مرتبط: پزشکان- پرستاران - سوپروایزرین

منابع/ مراجع: تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی دکتر فرهاد نبوی صادق چایچی مهرنوش امینی ارم فهیمی سجاده میرزازاده	ریاست بیمارستان شهید حسین پور متخصص داخلی متخصص طب اورژانس مدیر خدمات پرستاری سوپروایزر اورژانس سرپرستار اورژانس
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: احیای قلبی ریوی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد دستورالعمل: AEC/IN/001/05</b> <b>تعداد صفحه: 2</b>

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- 1- در ابتدای هر ماه برنامه کد 99 توسط رئیس خدمات پرستاری باید تنظیم گردد.
- 2- پزشک اورژانس به عنوان مسئول کل گروه احیا مرکز خواهد بود.
- 3- برنامه گروه احیا بعد از تایید ریاست مرکز باید به کلیه بخش ها اعلام گردد.
- 4- یک نسخه از برنامه کد ماهانه گروه احیا به تفکیک تاریخ و اسامی افراد باید در اختیار دفتر پرستاری و یک نسخه در برد اعلانات کلیه بخش ها و اتاق CPR و اتاق پزشکان اورژانس نصب گردد.
- 5- در ابتدای هر شیفت مسئولیت نظارت بر حضور کلیه اعضا کد احیا در بیمارستان بر عهده سوپروایزر حاضر در کد می باشد.
- 6- تمامی اعضای تیم احیاء باید گردن آویز عضو گروه کد را بر گردن داشته باشند و ابتدای هر شیفت برنامه کد را رویت کنند.
- 7- کلیه تغییرات در برنامه کد باید در همان شیفت توسط سوپروایزر مسئول کد در برنامه کد اعلام گردد.
- 8- تمامی اعضای تیم احیاء ، باید گواهی آموزشی شرکت در کلاس cpr ۲۰۲۰ و آزمون توانمندی cpr را گذرانده باشند.
- 9- کلیه کارکنان پزشکی از جمله پرستار – ماما و بهیار حاضر در بخش موظفند اقدامات اولیه را تارسیدن تیم احیا انجام دهند.
- 10- اعلام کد باید در تمام نقاط مرکز به طور واضح قابل شنیدن باشد.
- 11- کلیه اعضا کد باید بلافاصله پس از اعلام اولین کد بر بالین بیمار حضور یابند.
- 12- سوپروایزر حاضر در کد موظف است زمان اعلام کد، زمان انجام شروع عملیات احیا، همچنین تکمیل فرم نظارت بر عملکرد کد و اخذ امضا از کلیه اعضا حاضر در زمان کد را ثبت نماید.
- 13- پرستار مراقب بیمار می بایست در صورت بروز ایست قلبی ریوی و عدم پاسخ بیمار در خواست کمک کرده و کد 99 را از طریق سیستم پیج با شماره گیری (3333\*) اعلام نماید
- 14- اعلام کد باید در تمام نقاط مرکز به طور واضح قابل شنیدن باشد.
- 15- کلیه اعضا کد باید بلافاصله پس از اعلام اولین کد بر بالین بیمار حضور یابند.
- 16- احیای قلبی ریوی باید براساس الگوریتم های احیای 2020 انجام گردد.
- 17- تکنسین بیهوشی (A،B) حاضر در کد احیا مسئول لوله گذاری، باز کردن راه هوایی، تهویه مصنوعی با BVM، اتصال بیمار به دستگاه ونتیلاتور باشد.
- 18- پرستار ICU مسئول دفیبریلاسیون/مانیتورینگ (DF)، کنترل ریتم و نبض کاروتید جهت تایید ایست قلبی، اعمال شوک در ریتم های قابل شوک باشد و هر دو دقیقه ( و در صورت خستگی زودتر) مسئول ماساژ با مسئول (DF) جابجا گردند.

19-پرستار مراقب بیمار به عنوان پرستار حاضر در کد مسئول دارویی بیمار(D) ،برقراری دسترسی عروقی،فلاش کردن 20 سی سی نرمال سالین بعد از تزریق دارو و بالا نگه داشتن اندام 10 تا 20 ثانیه باشد.

20-پرستار CCUمسئول انجام ماساز قلبی(C) باشد.

21-سوپروایزر حاضر در کد مسئول نظارت بر احیا و ثبت زمان مداخلات و تزریق داروها) جهت یادآوری دوز بعدی) و ثبت فواصل وقفه حین فشردن قفسه سینه، ارتباط موثر با رهبر گروه، هماهنگی برای انتقال یا اعزام بیمار و هماهنگی جهت تهیه وسایل یا تجهیزات لازم باشد.

20- پرستار مراقب بیمار می بایست فرم ثبت گزارش عملیات احیا را تکمیل نماید.

21- پزشک مسئول رهبری تیم احیا ( مشخص کردن شرح وظایف اعضای تیم و جابجایی آنها در صورت لزوم، تصمیم گیری شروع و ختم احیا و کلیه اقدامات دارویی، درمانی ) باشد.

\*\*حضور پزشک در احیا طبق برنامه کد انجام گیرد و در صورت حضور پزشک متخصص( پزشک معالج بیمار) در بیمارستان الویت حضور با پزشک متخصص است

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

پرونده بیمار – برنامه ماهیانه کد احیا- پزشکان – پرستاران – تکنسینهای بیهوشی- سوپروایزرین- فرم نظارت بر عملیات احیا- ترالی اورژانس

منابع/ مراجع: دستورالعمل احیا – سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان شهید حسین پور
	دکتر صادق چایچی	رئیس بخش اورژانس
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	اعظم امین آبادی	سوپروایزر آموزشی
	ارم فهیمی	سوپروایزر اورژانس
	صغری پناهی	سرپرستار CCU
	فاطمه صباغ	سرپرستار ICU
	سجاده میرزاده	سرپرستار اورژانس
	سید نرجس سادات پور	سرپرستار ICU جنرال
	کبری شاهی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
	مینا گلستانی	کارشناس بهبود کیفیت
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
ریاست بیمارستان شهید حسین پور لنگرود		ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

خط مشی و روش

<b>عنوان خط مشی و روش: نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد خطی مشی و روش: AEC/PR/002/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>	<b>دامنه خط مشی و روش: بخشهای ویژه CCU-ICU</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

### تعاریف:

**بیانیه سیاست/ خط مشی:** باتوجه به محدودیت تخت های ویژه و لزوم استفاده بهینه و موثر از منابع موجود و در راستای ارائه خدمات اثر بخش به بیماران نیازمند استفاده از خدمات بخش های فوق، سیاست های زیر درباره ی اندیکاسیون پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه اتخاذ گردیده است:

پذیرش و ترخیص در ICU منوط به مشاوره و تایید پزشک بیهوشی می باشد. به بیماران نیازمند خدمات CCU-ICU که در انتظار انتقال بخش های مذکور می باشند خدمات تخصصی مشابه با همان بخش ها ارائه می گردد.

**فرد پاسخگو:** رئیس بخش ویژه

**شیوه انجام کار ( بصورت گام به گام همراه با مسئول, زمان و مکان اجرا)**

### اندیکاسیون پذیرش و انتقال و ترخیص بیمار در CCU

- 1- پزشک متخصص قلب دستور بستری بیمار در CCU را صادر می نماید.
- 2- در صورت
- 3- پزشک متخصص قلب، پس از اتمام درمان جهت آمادگی ترخیص در ابتدا دستور انتقال به بخش عادی را می دهد.
- 4- پزشک متخصص قلب بعد از گذشت حداقل 6 ساعت از زمان انتقال بیمار از CCU به بخش و محاسبه تخت روز اشغالی روز بعد (از ساعت 12 شب گذشته باشد) دستور ترخیص را صادر می کند.
- 5- در صورت تمایل بیمار به رضایت شخصی پرستار مسئول بیمار مجدداً خطرات احتمالی و عوارض جانبی ترخیص با میل شخصی را برای بیمار و همراهش توضیح داده و در صورت عدم تغییر نظر بیمار، پزشک معالج بیمار را مطلع و در سیستم HIS دلیل رضایت شخصی را مشخص می نماید.

### اندیکاسیون پذیرش و انتقال بیمار در ICU

- 1- پزشک معالج ضمن ویزیت بیمار در صورت نیاز به بستری در ICU مشاوره بیهوشی را درخواست و در برگ مشاوره و درخواست پزشک ثبت می نماید.
- 2- پرستار مسئول مراقب بیمار جهت انجام مشاوره بیهوشی بیمار توسط متخصص بیهوشی مقیم/آنکال اقدام می نماید.
- 3- پزشک بیهوشی مشاوره بیمار را انجام و در صورت صلاحدید دستور انتقال بیمار به ICU را در پرونده ثبت می نماید.
- 4- پرستار مسئول بیمار جهت انتقال بیمار به ICU هماهنگی لازم را با مسئول شیفت ICU انجام می دهد.



- 5- پرستار بیمار طبق خط مشی درون بخشی اقدامات لازم را انجام داده و بیمار با امکانات و تجهیزات لازم پس از هماهنگی های انجام شده به ICU منتقل می شود.
- 6- پرستار مسئول بیمار، بیمار را به طور کامل از همکار خود تحویل گرفته و بیمار را توسط خدمات به تخت مورد نظر با نظارت پرستار منتقل و ادامه درمان در ICU انجام می گیرد.
- 7- پزشک معالج ضمن ویزیت بیمار بعد از Stable شدن و در صورت صلاحدید مبنی بر عدم نیاز به ادامه درمان در ICU، دستور انتقال به بخش مورد نظر را در پرونده ثبت میکند و سپس هماهنگی لازم با پزشک بیهوشی توسط پرستار مسئول بیمار انجام می گیرد.
- 8- بعد از هماهنگی با بخش مقصد در صورت خالی بودن تخت در آن بخش بیمار توسط خدمات با برانکارد و خدمات و پرستار به بخش مقصد انتقال می یابد.

### روش / شیوه انجام کار :

- در این بیمارستان بیمار دارای شرایط ویژه و نیاز به مراقبت خاص شامل موارد زیر است
- 1- بیمار با اختلال قلبی-تنفسی که نیاز به راه هوایی مصنوعی و ونتیلاتور دارد.
  - 2- نارسایی قلبی - تنفسی و مشکلات تهدید کننده حیات بیمار که منجر به آسیب ارگانه های حیاتی حین و بعد از جراحی می شود.
  - 3- ضربات و تصادفات مولتیپل تروما.
  - 4- ناپایداری همودینامیک.
  - 5- اختلالات همودینامیک به دنبال هیپوولمی.
  - 6- بیماری غدد-هیپرگلیسمی-هیپرکالمی-هیپوکالمی-دیس ریتمی-ضعف عضلانی.
  - 7- بیماران نیازمند عمل جراحی که در ارزیابی قبل از عمل -از قبیل مشاوره متخصص بیهوشی - قلب و جراحی از ریسک بالایی برخوردارند و نیازمند مراقبت ویژه پس از عمل می باشند.
  - 8- آمبولی و ناپایداری همودینامیک
  - 9- تشنج مداوم
  - 10-سکته مغزی با تغییرات سطح هوشیاری
  - 11-نارسایی حاد تنفسی
- در تمامی ساعات شبانه روز و روزهای هفته خدمات درمانی و تشخیصی به این بیماران ارائه می شود.
- ارزیابی بیمار توسط پزشک معالج و یا مشاوره در اسرع وقت صورت گرفته و فرم **assessment** تهیه شده برای هر بیمار تکمیل می گردد و جهت بیمار مشاوره بیهوشی برای انتقال به ای سی یو درخواست می گردد.
- ویزیت روتین بیماران نیازمند به ای سی یو تا قبل از انتقال به ای سی یو به طور مرتب توسط پزشک معالج انجام می شود.
- <گروه های کاندید پذیرش در ای سی یو > .

**گروه یک:** بیماران با وضعیت ناپایدار که نیازمند پایش درمان های داخلی هستند که در خارج از بخش مراقبت های ویژه این مهم قابل انجام نیست. <مثل حمایت تنفسی >

**گروه دو:** بیمارانی که در خطر بالای اختلال ناگهانی در وضعیت بالینی هستند و نیازمند پایش تهاجمی و مداخلات درمانی سریع می باشند مثل بیمارانی که بیماری مزمن داشته و ناگهان به سمت شرایط حاد و جراحی اورژانسی پیشرفت می کنند.

**گروه سه:** بیمارانی که احتمال بهبودی آنها از بیماری زمینه ای کم است اما بستری در بخش ای سی یو شرایط حاد بیماری را تخفیف میدهد.

**گروه چهار:** بیمارانی که علی رغم ارائه مراقبتهای پرستاری بحرانی احتمال برگشت آنها به زندگی بسیار پایین و احتمال مرگ آنها بسیار بالاست.

### پذیرش بیمار در بخش های ویژه از سایر مراکز:

- اطلاع به دفتر پرستاری و گرفتن پذیرش از پزشک معالج توسط بیمارستان مبدا(بواسطه ستاد هدایت)
- انتقال بیمار در صورت خالی بودن تخت ویژه به بخش مذکور
- انتقال بیمار به بخش اورژانس در صورت خالی نبودن تخت ویژه
- اطلاع به پزشک معالج در اولین لحظه ورود به بخش ویژه یا اورژانس
- تحویل بیمار توسط پرستار مسئول
- بستری بیمار و انجام اقدامات درمانی لازم.

## نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

کنترل مستندات

مصاحبه: جهت اطمینان از آگاهی کادر پرستاری و پزشکان در شیفت های مختلف، و در بازدیدهای مدیریتی در خصوص اینکه مطابق با خط مشی عمل می شود یا خیر توسط مسئولین سوال می شود و موارد نیازمند اقدام اصلاحی در کمیته دارو، درمان و تیم رهبری و مدیریت کیفیت مطرح و تصمیم مقتضی اتخاذ می گردد.

**ذینفعان:** پزشکان (مقیم) بخش های ویژه، پرسنل بخش های ویژه، سوپروایزرین بالینی

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:** پرستار - پزشکان متخصص - پزشک بیهوشی

منابع/ مراجع: استاندارد اعتبار بخشی.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	فرهاد کریمی مهرنوش امینی دکتر ایمان سبز گلین دکتر عبدالله صفری دکتر نیما صوفی افشار دکتر صادق چایچی فاطمه صباغ سید نرجس سادات پور	مدیر بیمارستان مدیر خدمات پرستاری متخصص نورولوژی- رئیس بخش ICU متخصص بیهوشی-رییس بخش ICU متخصص قلب-رئیس بخش CCU رئیس بخش اورژانس سرپرستار ICU سرپرستار ICU اجنرال
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان خط مشی و روش: مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد خطی مشی و روش: AEC/PR/003/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>	<b>دامنه خط مشی و روش: کلیه بخش های بیمارستان</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

**تعاریف:** مراقبتهای بحران، مراقبتهایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت های تهدید کننده حیات با ارائه حمایت های تخصصی پیشرفته از ارگان های مختلف و مانیتورینگ تهاجمی صورت می پذیرد. این نوع مراقبتها در بخش ویژه ودر بخشهای عادی در شرایط بحران بیماران ارائه می شود.

**بیانیه سیاست/ خط مشی:** بیماران نیازمند مراقبتهای بحرانی، به علت ناپایداری علایم نیازمند استمرار مداخلات درمانی و پایش مداوم وضعیت بیمار و ارتقاء مراقبت ها در حیطه های فیزیولوژیکی می باشند. پایش مداوم وضعیت بیمار نیز از طریق دستگاه مانیتورینگ علایم حیاتی انجام می شود که بیماران بستری در بخش CCU از جمله مواردی هستند که نیازمند مانیتورینگ مداوم علایم حیاتی می باشند. مراقبت فیزیولوژیک بیماران بخش CCU در سیستم قلبی و عروقی شامل کنترل فشار خون دیاستولیک (DBP) فشارخون سیستولیک (SBP) فشار متوسط شریانی (AMP) کنترل ریتم قلبی (HR) ریت تنفسی (RR) -درجه حرارت (T) در صد اشباع اکسیژن خون (SPO2) کنترل نبض های محیطی و بازگشت وریدی می باشد.

#### فرد پاسخگو: سرپرستار بخش

#### شیوه انجام کار ( بصورت گام به گام همراه با مسئول, زمان و مکان اجرا)

- 1- پزشک دستور مانیتورینگ مداوم بیمار و کنترل علائم حیاتی و کنترل درصد اشباع اکسیژن خون را در برگ دستورات پزشک ثبت می کند
- 2- پرستار ضمن چک کردن دستورات پزشک ، بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار می دهد در صورت هر گونه کاهش یا افزایش در موارد فوق پزشک را مطلع می نماید و طبق دستور پزشک اقدامات مربوطه را انجام می دهد.
- 3- پرستار جهت اندازه گیری فشار خون، ابتدا باز و بند با اندازه مناسب را انتخاب می کند و سپس بازو بند را دور بازوی بیمار قرار می دهد. به صورتی که قسمت قابل باد شدن قسمت بازو بند حدود دو سوم از طول بازو را بپوشاند و طول بازو بند به صورتی باشد که حدود 1/5 دور به دور بازوی بیمار مپیچد و به تحتانی بازو بند حدود 2/5 سانتی متر در بالای چین جلوی آرنج قرار داشته باشد.
- 4- پرستار دقت می کند که بیمار از 30 دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته باشد و حداقل 5 دقیقه استراحت کرده باشد
- 5- پرستار وضعیت بازو را طوری تنظیم می کند که شریان بازو اش در سطح قلب قرار بگیرد (تقریباً هم سطح با چهارمین فضای بین دنده ای در محل اتصال آن با جناح)
- 6- پرستار در صورت اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ ، با فشردن دکمه کنترل BP ، فشار خون بیمار شامل فشار سیستولیک، فشار خون دیاستولیک را اندازه گیری کرده و در پرونده بیمار ثبت و چارت می کند.
- 7- پرستار در صورت نیاز به کنترل دستی فشارخون، بعد از بستن بازو بند، کاف فشار سنج را به حدی افزایش می دهد که نبض رادیال ناپدید شود ، این فشار را از روی مانومتر خوانده و 20 میلی متر جیوه به آن اضافه می کند. از این حاصل جمع به عنوان نقطه ای برای سنجش های بعدی استفاده می کند تا از بوجود آمدن ناراحتی غیر ضروری در اثر فشارهای بازو بند جلوگیری شود. سپس قسمت بل گوشی را از روی شریان بازویی قرار میدهد و بازو بند را به آهستگی و با سرعت تقریباً 2-3 میلی متر جیوه در ثانیه خالی می

کند و در همین حین عمل سمع صدا را انجام می دهد و اعداد مربوطه به سمع صداهای کورتوکوف و قطع آن را ثبت می کند.

8- پرستار جهت کنترل تعداد ریت قلبی (HR) با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور میزان HR را در پرونده بیمار ثبت می کند. در بیماران AF، تعداد نبض Apical با استفاده از گوشی در یک دقیقه سمع و ثبت می گردد در صورت نیاز به ثبت میزان pr (تعداد نبض) از نبض های محیطی مانند کاروتید، برای کال، رادیال و فمورال استفاده می کند. و پس از شمارش نبض و محاسبه تعداد نبض در یک دقیقه، در پرونده بیمار ثبت می کند. (اگر ریتم تنظیم نبود تعداد نبض را در 15 ثانیه شمارش نموده و سپس در عدد 4 ضرب می کند، اگر تعداد ضربان بطور غیر طبیعی کند یا سریع بود، تعداد نبض را در یک دقیقه کامل شمارش می کند.

9- پرستار جهت کنترل تعداد تنفس (RR)، تعداد بالا رفتن قفسه سینه را در طی 15 ثانیه یا 1 دقیقه شمارش نموده و ثبت می کند. پرستار جهت کنترل RR همچنان که نبض را کنترل می کند انگشتان خور را روی مچ بیمار نگه می دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس وی را شمارش می کند.

10- پرستار جهت کنترل درجه حرارت (T) از روش اورال و در صورت لزوم آگریلاری استفاده می کند در هنگام از ترومتر، ابتدا با تکان دادن دماسنج آن را به حداکثر از 35/5 رساند. پس ترومتر را در زیر زبان قرار داده و به بیمار آموزش می دهد لب های خود را ببندد و پس از 3-5 دقیقه درجه حرارت را خوانده و ثبت می کند.

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

#### نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مشاهده

ذینفعان: کادر درمان

منابع، امکانات و کارکنان مرتبط: محل/دستگاه مانیتورینگ قلبی-فشارسنج-ترموتر-پالس اکسی متر/کادر درمان

منابع/ مراجع: مراقبتهای ویژه پرستاری ICU-CCU- دیالیز-ملاحظت نیکروان فرد-حسین شیری-انتشارات رز دان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهرنوش امینی صغری پناهی ارم فهیمی سجاده میرزازاده فاطمه صباغ سید نرجس سادات پور کبر شاهی مینا گلستانی	مدیر خدمات پرستاری سرپرستار CCU سوپروایزر اورژانس سرپرستار اورژانس سرپرستار ICU سرپرستار ICU اجنرال کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار کارشناس دفتر بهبود کیفیت
نام و سمت تایید کننده: دکتر نیما صوفی افشار رئیس بخش CCU		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان دستورالعمل: انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه به صورت ایمن</b>	
<b>کد دستورالعمل: AEC/IN/002/05</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

هدف: انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه به صورت ایمنی می باشد.

پرستار بخش مقصد پس از چک دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار به بخش ویژه اطلاع رسانی لازم را به بخش ویژه انجام می دهد.

بیمارستان نسبت به مدیریت تخت **bed manager** اقدام می کند و جهت تامین در صورت عدم وجود تخت خالی تخت خالی هماهنگی لازم را به بخش های ویژه و پزشکان انجام نماید.

در صورت وجود تخت خالی در بخش ویژه بیمار جهت انتقال آماده می گردد. دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار بخش ویژه در پرونده ثبت می گردد.

گزارش پرستاری تکمیل می گردد اقدامات لازم قبل از انتقال انجام می گیرد اتصالات بیمار چک می شود ثبتیات تکمیل می گردد HIS. در سیستم بیمار تحت پالس اکسی متری پرتابل و با کنترل فشار خون توسط دستگاه فشارسنج و با تجویز اکسیژن و در صورت نیاز با استفاده از وسایل کمک تنفسی و یا تحت مانیتورینگ به بخش ویژه منتقل می گردد.

پرستار در طول مسیر بیمار را همراهی می کند. بیمار بصورت بالینی به پرستار بخش ویژه تحویل داده میشود.

کلیه مدارک پزشکی بیمار و پرونده بالینی بیمار به پرستار بخش ویژه بصورت کتبی تحویل داده می شود.

پرستار بخش ویژه ضمن بررسی وضعیت بیمار، ارزیابی مجدد بیمار، بررسی کلیه اتصالات بیمار، اخذ شرح حال

و... بیمار را بصورت بالینی تحویل می گیرد.

پرستار بخش ویژه کلیه مدارک بیمار را به همراه پرونده بالینی تحویل می گیرد و در گزارش پرستاری ثبت می

نماید. علائم حیاتی بیمار حین تحویل اخذ و ثبت می گردد.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهرنوش امینی	مدیر خدمات پرستاری
	اعظم امین آبادی	سوپروایزر آموزشی
	ارم فهیمی	سوپروایزر اورژانس
	سجاده میرزازاده	سرپرستار اورژانس
	کبری شاهی	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی
	مینا گلستانی	کارشناس بهبود کیفیت
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی	ریاست بیمارستان شهید حسین پور لنگرود	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی
		ریاست بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

# محور مراقبت‌های بی‌هوشی و جراحی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: نحوه پذیرش بیمار در اتاق عمل	
کد دستورالعمل: SAC/IN/001/05	تاریخ تدوین: 95/7/1
تعداد صفحه: 3	تاریخ بازنگری: 1401/10/17
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

### گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- مسئول اتاق عمل باید روزانه لیست عمل روز بعد را جهت برنامه ریزی عمل ها و اختصاص اتاق به جراحان و تجهیزات مرتبط مدیریت کند.
- مسئول اتاق عمل باید طی تماس تلفنی با بخش مربوطه بیمار مورد نظر را به اتاق عمل فراخوان کند.
- تحویل بیمار در اتاق عمل می تواند توسط پرستار، تکنسین اتاق عمل و بیهوشی انجام گیرد.
- فرد پذیرش کننده خود را به بیمار معرفی کند.
- مشخصات بیمار، نوع بیماری، نوع عمل جراحی و محل صحیح عمل را با خود بیمار، پرونده، دستبند و لیست عمل مطابقت داده شود.
- بیمار از نظر سوابق اعمال جراحی، بیماری های زمینه ای، حساسیت دارویی و ... چک شود.
- فرم رضایت نامه عمل و برایت نامه آگاهی بیمار و همراه قانونی از محتوای آن بررسی شود.
- علائم حیاتی در برگ قبل از عمل ثبت شده باشد.
- Iv line مناسب داشته باشد.
- ناحیه عمل و محل اتصال پلیت کوتر شیو شده باشد.
- آزمایشات رادیوگرافی، سونوگرافی و ... مورد نیاز عمل یا مورد درخواست جراح در پرونده موجود باشد و موارد غیر عادی گزارش داده شود.
- بیمار از نظر هرگونه وسایل اضافی (گیره سر، النگو، انگشتر، دندان مصنوعی و...) بررسی شود.
- بیمار از نظر داشتن هر گونه آرایش (لاک و کاشت ناخن و نگین...) بررسی شود.
- بیمار لباس مناسب اتاق عمل (گان، شلوار، کلاه یکبار مصرف) را دارا باشد.
- بیمار NPO باشد
- قبل از عمل مثانه بیمار تخلیه و ساعت آن در پرونده بیمار ثبت شود. در مورد بیمارانی که سوند ادراری دارند حجم ادرار در هنگام تحویل یادداشت شود.

- آمادگی های قبل از عمل انجام شده باشد.
- داروهای لازم قبل از عمل گرفته شده باشد.
- وسایل مورد نیاز عمل به موقع تحویل گرفته شود.
- از وسایل قیمتی بیمار (پروتز و ...) به خوبی محافظت شود و در صورت نیاز به استریل شدن به موقع استریل شود.
- در اعمال جراحی بستن لوله ها ، هیستریکتومی، کورتاژ، قطع عضو، پیوند اعضا و تغییر جنسیت رضایت همسر الزامی است.
- بیمار از برانکارد بخش به برانکارد اتاق عمل با حفظ حریم بیمار انتقال داده شود.
- در بیمارانی که دستور رزرو و فراورده های خونی دارند از آماده بودن فراورده های خونی اطمینان حاصل شود.
- در صورت نیاز بیمار به فراورده های خونی، هنگام تحویل گرفتن فراورده ها، مشخصات بیمار با مشخصات کیسه ها و درخواست آن چک شود.
- قبل از پذیرش بیمار تمام لوازم و دستگاههای مورد نیاز عمل چک شده و در صورت وجود اشکال به مسئول وقت اتاق عمل و جراح اطلاع داده شود.
- قبل از تحویل بیمار به اتاق عمل منشی بخش با جراحان مربوطه و ساعت ورود آنها هماهنگی های لازم را انجام دهند.
- اولویت بندی بیمار بر اساس نوع عمل ، آسیب پذیری ، حاد و اورژانس بودن آنها بر اساس لیست عمل توسط مسئول اتاق عمل انجام گیرد.
- مشخص کردن بیمار عفونی بر اساس لیست عمل و آماده کردن اتاق مخصوص بیمار عفونی قبل از ورود بیمار به اتاق عمل به نحوی که باعث انتشار عفونت و آلودگی اتاق عمل نشود.
- گزارش پرستاری مربوط به اتاق عمل باید توسط پرستار سیرکولر در فرم مربوطه تکمیل گردد. گزارش باید خوانا و با نظم و ترتیب در اقدامات انجام شده نوشته شود.

\*نکات قابل توجه:

- الف) CBC در تمام سنین باید انجام شود.
- ب) رادیوگرافی در افراد بالای 60 سال انجام شود.
- ج) ECG در سنین بالای 40 سال در هنگام بستری انجام شود.
- د) در کودکان CBC کفایت می کند.
- ز) تحویل بیمار به اتاق عمل باید توسط کادر درمانی انجام شود و تا پایان پذیرش در کنار بیمار بماند.



چ) در انتقال بیمار از بخش به اتاق عمل و بالعکس، انتقال وظیفه همکاران درمانی و خدمه مربوطه می باشد نه همراه بیمار.

#### منابع امکانات و کارکنان مرتبط:

پرسنل آموزش دیده، پرونده بیمار

منابع/ مراجع: دستورالعمل داخلی بیمارستان و استاندارد اعتباربخشی

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر محمد رضا ایمانی مهرنوش امینی فریبا قربانیسند	متخصص جراح و رئیس اتاق عمل مدیر خدمات پرستاری سرپرستار اتاق عمل
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: پذیرش بیماران عفونی و واگیر در اتاق عمل دستورالعمل هیچگونه تاخیر / تعطل منجر به تهدید جان / سلامتی بیماران رخ ندهد.</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/10/17</b>	<b>کد دستورالعمل: SAC/IN/002/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b>	<b>تعداد صفحه: 2</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

بیماران پر خطر: بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت و یا دائمی نیازمند دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می باشند. این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند. مانند مادران باردار پر خطر، بیماران بستری در بخش های ویژه و دارای بیماری زمینه ای که موجب پر خطری شرایط آنها می شود مانند دیابت پیشرفته، نقص ایمنی و.....

بیماران آسیب پذیر: به بیمارانی اطلاق می شود که به دلیل شرایط سنی در معرض خطر بیشتری هستند مانند سالمندان و کودکان

بیماران اورژانسی: به بیماران بد حالی اطلاق می شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری، ضرورت پایدار سازی و خروج آنها از شرایط بحرانی است.

**بیماران عفونی واگیر:** بیمارانی که به هر دلیل دارای عفونت قابل سرایت و یا ترشحات عفونی از قسمت های مختلف

بدن هستند و نیازمند عمل جراحی در همان موضع عفونت یا سایر ارگان های بدن می باشند و می بایست یکی از... احتیاطات ایزوله... عفونی برای آنها اعمال شود مانند بیماری سل ریوی که نیاز به رعایت احتیاط هوایی می باشد

**1- لیست کلیه بیماران پذیرش شده به اتاق عمل در روز قبل توسط مسئول بخش جراحی/مسئول شیفت تدوین شده و در اختیار مسئول اتاق عمل قرار داده شود.**

**2- کلیه بیماران بر اساس دستورالعمل های ایمنی و جراحی ایمن و رعایت حقوق گیرندگان خدمت در اتاق پذیرش شوند.**

**3- مسئول بخش اتاق عمل بیماران را از نظر فوریت عمل اولویت بندی نمایند(در چهار گروه پر خطر، آسیب-پذیر، اورژانسی، اکتیو).**

بیماران نوزاد و NPO - بیماران مسن در اولویت قرار می گیرند.

- 4- پرسنل اتاق عمل و بیهوشی وسایل و امکانات مورد نیاز برای عمل رآماده و کنترل کرده و در صورت وجود- مشکل به مسئول اتاق عمل و جراح اطلاع دهند.
- 5- مسئول بخش جراحی با توجه به عفونی و یا واگیر دار بودن تشخیص بیماری را در یک برگه نوشته و در داخل پوشه پرونده بیمار الصاق نمایند.
- 6- پرستارمسئول بیمار موقع تحویل بیمار به اتاق عمل تشخیص بیمار را نیز به تکنسین اتاق عمل یا- فرد پذیرش دهنده با حفظ محرمانگی بیمار تحویل دهد.
- 7\_ با توجه به اولویت بندی بیماران واگیردار و عفونی در اولویت آخر عمل جراحی قرار گرفته و فرد پذیرش دهنده شرایط بیمار را به سر پرستار بخش اطلاع رسانی کند.
- 8- مسئول اتاق عمل کلیه امکانات و وسایل حفاظت فردی مورد نیاز برای ان بیمار را بر اساس نوع آن و نوع- حفاظت ( هوایی، تماسی و یا)....آماده و چک نماید.
- 9- بیماران واگیر دار و عفونی موقع پذیرش حداقل زمان پذیرش را طی نموده و مسئول پذیرش بیمار- را به اتاق مورد نظر با رعایت وسایل حفاظت فردی انتقال دهد.
- 10-کلیه پرسنل دخیل در عمل جراحی بر اساس نوع احتیاط از وسایل حفاظت فردی استفاده کنند- .
- 11- حین عمل جراحی نیز احتیاطات حفاظت فردی رعایت گردد-
- 12- پس از اتمام عمل جراحی کلیه ملزومات مصرفی در کیسه های زرد و با زدن برچسب روی انها جهت شستشوی جداگانه و ضد عفونی ارسال شوند.
- 13 وسایل حفاظت فردی بر اساس خط مشی موجود خارج و شستشو و ضد عفونی اتاق عمل نیز بر اساس روش اجرایی موجود اجرا شود.
- 14 اشعه گذاری اتاق و ضد عفونی ابزار مطابق با خط مشی عفونی ابزار انجام شود.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر محمد رضا ایمانی مهرنوش امینی فریبا قربانپسند حوا حقی معصومه توتچی	متخصص جراح و رئیس اتاق عمل مدیر خدمات پرستاری سرپرستار اتاق عمل سرپرستار جراحی کارشناس کنترل عفونت
نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	



<b>عنوان خط مشی و روش: آمادگی بیماران و مراقبت های قبل از انتقال به اتاق عمل</b>	
<b>تاریخ تدوین: 1401/07/11</b> <b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17</b> <b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>کد خط مشی و روش: sac/Pol5/001/01</b> <b>دامنه خط مشی و روش: کلیه بخشهای درمانی</b> <b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>

تعریف پره آپ بیهوشی : برگه ارزیابی و مشاوره و پایش قبل از بیهوشی بیماران برای بیماران با جراحی الکتیو الزامی است که حداقل شامل بررسی راه هوایی بیمار ، بررسی ریسک فاکتورها و تعیین کلاس ASA است. براساس دستورالعمل ” ارزیابی پایش از عمل بیماران جراحی ”، بستری بیماران قبل از انجام اقدامات قبل از عمل جراحی الکتیو ممنوع می باشد. فهرست اعمال جراحی نیازمند به رزرو خون بر اساس تایید سرویس های مختلف تهیه و تدوین شود.

#### هدف:

هدف از مراقبتهای قبل از عمل جراحی رسیدن به هدف اساسی و مهم در جهت ارائه خدمات کمی و کیفی مطلوب به بیمار و ارتقاء و تداوم سلامت و ایمنی وی می باشد.

#### گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- 1- پره آپ بیماران نیازمند جراحی الکتیو قبل از بستری در درمانگاه تخصصی انجام می شود و پذیرش بیمار الکتیو بدون همراه داشتن پره آپ بیهوشی انجام نمی شود.
- 2- متخصصین جراحی، بیماران الکتیو را جهت انجام پره آپ بیهوشی در روزهای زوج (شنبه، دوشنبه، چهارشنبه ساعت 8) به درمانگاه تخصصی بیمارستان ارجاع می دهند.
- 3- بیماران نیازمند اعمال جراحی الکتیو شب قبل از عمل با داشتن برگه ی پره آپ بیهوشی جهت انجام تشکیل پرونده به بیمارستان ارجاع داده می شوند و بعد از توضیحات آمادگی قبل از عمل ساعت 5 تا 6 صبح با توجه به شرایط بیمار به بیمارستان جهت انجام روند بستری مراجعه نمایند
- 4- متخصصین جراحی روی سربرگ بستری بیمار، نوع عمل جراحی و اورژانسی بودن یا غیر اورژانس را مشخص می کنند.
- 5- پذیرش بیمارستان بعد از رویت عمل اورژانسی روی سربرگ بستری بیمار، بلافاصله پرونده بستری تشکیل می دهد و در صورت رویت کلمه غیر اورژانس و همراه نداشتن پره آپ بیهوشی طبق برنامه متخصصین بیهوشی به درمانگاه تخصصی ارجاع می دهند.
- 6- پره آپ بیماران غیر الکتیو(تصادفی ها و...) یک روز قبل از عمل جراحی در بخش بستری و بر بالین بیمار انجام می گردد.

- 7- لیست اعمال جراحی تمامی سرویس ها ، شب قبل از عمل تجمیع و به اتاق عمل ارسال می گردد مسئول بخش اتاق عمل/ جانشین ایشان / بعد از رویت لیست عمل های جراحی و هماهنگی با پزشکان متخصص جراح نوبت دهی بیماران را بر اساس وضعیت اورژانسی، بر خطر بودن و عفونی مشخص می کند.
- 8- پرستار مسئول بیمار، برگه ارزیابی و مشاوره پیش از بیهوشی، رضایت آگاهانه متخصص جراحی و بیهوشی بیماران و کلیه ی اوراق پرونده را چک می نماید و در صورت عدم تکمیل با پزشک مربوطه تماس می گیرد.
- 9- ناشتا بودن بیمار قبل از انجام عمل متناسب با دستور پزشک و زمانبندی انجام عمل جراحی میباشد به نحوی که مدت زمان ناشتا بودن بیمار بیشتر یا کمتر از زمان مورد نظر نباشد.
- 10- علامت گذاری اندام های قرینه و بندهای انگشتان/ سطوح مختلف ستون مهره ها، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی و رزرو خون در صورت نیاز و سایر دستورات در بخش طبق دستورالعمل جراحی ایمن انجام میشود.
- 11- قبل از ورود بیمار به اتاق عمل ، جواب آزمایشات مهم بیمار مانند(هموگلوبین و ...) گرفته و به پزشک معالج و جراح و بیهوشی اطلاع داده می شود.
- 12- انتقال و تحویل ایمن بیمار از بخش به اتاق عمل با رعایت اصول و موازین ایمنی متناسب با وضعیت بالینی بیمار و حفظ حریم خصوصی و پوشش مناسب با استفاده از وسیله متناسب ویلچر، برانکار و تجهیزات و وسایل همراه کپسول اکسیژن و تجهیزات احیا در صورت لزوم، پتو و غیره و حضور پرستار و کادر درمانی ذیصلاح صورت می پذیرد.
- 13- پرستار اتاق عمل / کارشناس بیهوشی/ کارشناس اتاق عمل بعد از معرفی خود به بیمار، وجود دستبند شناسایی بیمار، انطباق مشخصات هویتی بیمار طبق دستبند شناسایی با پرونده بیمار و محتویات و ضمائم همراه مانند گرافیاها با انجام شناسایی فعال ، امضا بیمار در فرم رضایت آگاهانه موجود در پرونده بیمار ، تحویل آزمایشات و مدارک تصویر برداری/ مشاوره ها و مستندات پرونده به اتاق عمل همراه با بیمار، بررسی بیماران از لحاظ وجود هرگونه عضو/اجزا مصنوعی و کاشتنی و نداشتن هرگونه آرایش و زیورآلات، اجرای دستورات پزشک/ پزشکان در بخش توسط پرستار مربوطه را کنترل می کند.
- 14- هر گونه لوازم اضافه مانند گیره سر ، النگو، انگشتر، دندان مصنوعی و ... خارج و هر گونه آرایش مانند لاک ناخن و کاشت ناخن نگین و ... پاک می شود.
- 15- برای هر بیمار چک لیستی حاوی آیتمهای پیش گفت برای بررسی نقل و انتقال ایمن بیمار ، Handover در انتقال بیمار از بخش به اتاق عمل و حین تحویل به اتاق عمل چک می شود.
- 16-مسئول بخش اتاق عمل و مسئول بخش جراحی، لیست کنسلی اتاق عمل سرویسهای مختلف و دلایل آنها را روزانه به واحد بهبود کیفیت اطلاع رسانی نماید.

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
متخصص جراح و رئیس اتاق عمل مدیر خدمات پرستاری سرپرستار اتاق عمل سرپرستار جراحی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	دکتر محمد رضا ایمانی مهرنوش امینی فریبا قربانپسند حوا حقی کبری شاهی	
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور		نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور

# محور مراقبت‌های بالین



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

خط مشی و روش

<b>عنوان خط مشی و روش: دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری</b>	
<b>کد خطی مشی و روش: CC/PR/001/05</b>	<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>
<b>دامنه خط مشی و روش: بخش های بالینی، دفتر پرستاری، واحد مدارک پزشکی</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>
<b>تعداد صفحه: 3 صفحه</b>	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**• تعاریف:**

- دستور شفاهی: دستور دارویی و یا مراقبتی که تلفنی و یا شفاهاً بدون ثبت در پرونده توسط پزشک جهت ادامه درمان در زمان فوریتها داده می شود.
  - **بیانیه سیاست/ خط مشی :** با توجه به اهمیت استمرار مراقبت مطلوب و درمان به موقع و سریع بیماران و به منظور ثبت کلیه اقدامات انجام گرفته و جلوگیری از بروز خطا در روند دستورات شفاهی و به حداقل رساندن اشتباهات و خطاها این مرکز سیاست های زیر را در این باره اتخاذ نموده است:
- 1- دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی صرفاً در موارد اورژانس که تأخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد.
  - 2- ثبت ، کنترل و اجرای دستورات تلفنی الزاماً توسط 2 نفر انجام می گیرد.
  - 3- هر نوع دستورات تلفنی حداکثر تا 24 ساعت بعد به تأیید پزشک معالج برسد.

**فرد پاسخگو: مدیر پرستاری**

**شیوه انجام کار ( بصورت گام به گام همراه با مسئول, زمان و مکان اجرا)**

- 1- پرستار /ماما مسئول بیمار در صورت نیاز به گزارش شفاهی وضعیت بیمار به پزشک معالج مسئول شیفت را مطلع می نماید.
- 2- پرستار /ماما مسئول بیمار ،در حضور مسئول شیفت با پزشک مربوطه تماس حاصل می نماید.
- 3- پرستار /ماما مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت طی تماس تلفنی شرح حال دقیقی در ارتباط با وضعیت بیمار ،جواب اقدامات پاراکلینیکی،اطلاع از انجام مشاوره و ... به پزشک گزارش می نماید.
- 4- پرستار /ماما مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت (با قرار دادن تلفن روی آیفون و یا تکرار دستورات پزشک با صدای بلند )دستورات لازم را از پزشک اخذ می نماید.
- 5- پرستار/ماما بیمار دستورات اخذ شده به صورت شفاهی را در حضور مسئول شیفت در برگه دستورات پزشک با ذکر نام پزشک ،تاریخ و ساعت دقیق تماس و ... ثبت می نماید.
- 6- پرستار /ماما مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت ،دستورات ثبت شده شفاهی را طبق خط مشی چک دستورات پزشک کنترل هر دو مهر و امضاء می نماید.
- 7- پرستار /ماما مسئول بیمار در حضور مسئول شیفت دستورات را طبق خط مشی تکمیل کاردکس در کاردکس وارد می نماید.



8-پرستار/ماما مسئول بیمار، دستورات اخذ شده را به نحو صحیح و کامل جهت بیمار انجام می دهد.

9-پرستار /ماما مسئول بیمار دستورات اخذ شده شفاهی اجرا شده یا قابل پیگیری رادر گزارش پرستاری با قید ساعت و تاریخ دقیق به طور کامل ثبت و مهر و امضاء می نماید.

10-پرستار مسئول بیمار،مسئول شیفت بعدی را در خصوص اخذ مهر و امضاء پزشک مربوطه جهت دستورات شفاهی ثبت شده (در صورتی که در همان شیفت انجام نشده باشد) مطلع می نماید.

12-پزشک معالج حداکثر تا 24ساعت بعد، دستورات شفاهی ثبت شده را مهر و امضاء می نماید.  
\* در صورتی که در دستورات اخذ شده داروی پرخطر ذکر شده باشد طبق خط مشی داروهای پرخطر اقدام می شود.

**نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:** مدیر پرستاری و سوپروایزر بالینی بر روند اجرای این خط مشی نظارت می نمایند و طی بازدید های خود از مستندات بخش های بالینی، در صورت نیاز نسبت به انجام مداخله و یا اقدام اصلاحی لازم اقدام می نمایند.

**ذینفعان:** کلیه کارکنان درمانی

**منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:** پزشک – پرستار – ماما- برگ دستورات پزشک

**منابع/ مراجع:** کتاب دستور شفاهی تلفنی. معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. سال 1394

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهرنوش امینی کبری شاهی الهام هدایتی هنگامه جواهردشتی	مدیر خدمات پرستاری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار سرپرستار داخلی به نمایندگی سرپرستاران ماما مسئول
نام و سمت تایید کننده: ریاست بیمارستان شهید حسین پور	دکتر بتسابه مسجودی	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخش های بالینی</b>	
<b>کد دستورالعمل: CC/IN/001/05</b>	<b>تعداد صفحه: 3</b>
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	

### تعریف:

خودمراقبتی مجموعه ای از اعمالی است که فرد به صورت اکتسابی، آگاهانه و هدفدار برای خود، فرزندان و خانواده‌هاش انجام میدهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان براساس آموزشهای دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده اش حفاظت نماید.

### هدف:

- افزایش آگاهی، توانمندی بیماران و همراهان در جهت مشارکت در مراقبتهای درمانی
- \*کاهش دوره ی بستری و هزینه های درمانی

**گام‌های دقیق انجام کار:** (به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام):

۱\_ خود را به بیمار / همراه معرفی کنید و از مهارت های برقراری ارتباط موثر ( ایجاد همدلی، مثبت اندیشی، امید بخشی، حمایت، ... ) استفاده نمایید.

۲\_ نیازهای آموزشی خودمراقبتی مددجو را درمرحله بدوورود از قبیل، مفهوم بیماری، علائم، عوارض هشداردهنده، کنترل عفونت، مدیریت درد، محدوده فعالیت فیزیکی، حفظ ایمنی بیمار، تنفس موثر و پوزیشن مناسب از طریق مشاهده و مصاحبه با مددجو/ همراه شناسایی نموده و در فرم ارزیابی اولیه ثبت نمایید.

۳\_ الویت های آموزشی بیمار/ همراه را تعیین کنید:

۱\_۳\_ اولویت آموزشی با توجه نتایج نیازسنجی آموزشی از مددجو/همراه (بر اساس سن، جنس، تشخیص بیماری، سطح هوشیاری بیمار، مزمن یا حاد بودن، فرهنگ، زبان، سطح تحصیلات، سطح سواد بهداشتی، نظر پزشک، اولویتهای آموزشی کارگروه آموزش به بیمار در بدوورود)

۲\_۳\_ الویت نیازهای آموزشی شناسایی شده توسط پزشک معالج

۳\_۳\_ الویت نیازهای آموزشی شناسایی شده توسط کارگروه آموزش به بیمار

۴\_ شیوه ی آموزشی مناسب را با توجه به سن، جنس، فرهنگ، زبان، سطح درک بیمار، تشخیص بیماری، مزمن یا حاد بودن بیماری، عوارض ایجاد شده، سطح توانایی و دانش مددجو/ همراه (چهره به چهره یا کارگروهی، پوستر، پمفلت، فیلم آموزشی و سایر رسانه ها) تعیین کنید.

۵\_ اهداف آموزش خودمراقبتی رفتاری را برای بیمار/ مددجو تعیین نمایید.

۶\_ امکانات آموزشی متناسب با سطح سواد، فرهنگ، روش یادگیری، سن، میزان آمادگی و ... برای آموزش به بیمار/ همراه فراهم نمایید.

۷\_ آموزش بدو ورود را به بیمار/ همراه ارائه دهید:

۷\_۱\_ بیمار / همراه را با فضای فیزیکی بخش(سرویس بهداشتی، ایستگاه پرستاری، آشپزخانه، مسیر خروج اضطراری و ...) آشنا کنید.

۷\_۲\_ بیمار/ همراه را با مقررات و روتین بخش( نحوه دسترسی به پزشک و پرستار، توزیع غذا، توزیع دارو، زمان ویزیت، زمان تجویز دارو، شماره تلفن بخش و بیمارستان، عدم استعمال دخانیات، رعایت بهداشت فردی، شستشوی صحیح دست، نیافت محیط، تفکیک پسماند عفونی و غیر عفونی، بالا کشیدن نرده تخت حین استراحت، به همراه نداشتن اشیاء قیمتی و پول و ...) آشنا نمایید.

۷\_۳\_ اسم پزشک معالج و پرستار را به بیمار/ همراه اطلاع دهید.

۷\_۴\_ منشور حقوق بیمار( ارائه خدمات مطلوب، ارائه اطلاعات مورد نیاز، تصمیم گیری آزادانه و حق انتخاب پزشک و روش های درمانی، حفظ حریم خصوصی و رازداری) و نحوه رسیدگی به شکایات و پیشنهادات را به بیمار/ همراه آموزش دهید.

۷\_۵\_ در خصوص هزینه های درمان و بیمه برای بیمار/ همراه توضیح دهید.

۷\_۶\_ در خصوص نحوه ی احضار پرستار و استفاده از زنگ اخبار بالای سر بیمار به بیمار/ همراه توضیح دهید.

۷\_۷\_ آموزش های داده شده را در فرم آموزش به بیمار و گزارش پرستاری پرونده بیمار ثبت کنید.

۸\_ پس از ارائه هر محتوای آموزشی اثربخشی آموزش را به روش طرح سوال در حیطه دانش، نگرش یا مشاهده اجرای عملکرد توسط بیمار/ خانواده، ارزیابی و در فرم آموزش به بیمار ثبت کنید.

۷ - آموزش حین بستری را به بیمار/ همراه ارائه دهید:

۷\_۱\_ ماهیت بیماری( مفهوم بیماری، علل و علائم ) را برای بیمار و خانواده توضیح دهید.

۷\_۲\_ روش های تشخیصی را برای بیمار/ همراه توضیح دهید.

۷\_۳\_ روش های درمانی و مراقبتی را برای بیمار و خانواده توضیح دهید.

۷\_۴\_ عوارض احتمالی ناشی از بیماری، درمان و بستری در بیمارستان و روش برخورد با عوارض(زخم بستر/ احتمال آن ) را به بیمار/ همراه آموزش دهید.

۷\_۵\_ رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز را به بیمار/ همراه آموزش دهید.

۷\_۶\_ رژیم دارویی و نحوه صحیح استفاده از داروها و مراقبتهای لازم در پیشگیری از عوارض دارویی را به بیمار/ همراه آموزش دهید.

۷\_۷\_ تمرینات تنفسی جهت خروج خلط و تنفس لب غنچه ای را به بیمار/ خانواده آموزش دهید.

۷\_۸\_ روش های پیشگیری از عفونت را به بیمار/ خانواده آموزش دهید.

۷\_۹\_ مدیریت درد با استفاده از تکنیک های کنترل درد را به بیمار و خانواده آموزش دهید.

۷\_۱۰\_ خواب و استراحت و پوزیشن مناسب در حین خواب را به بیمار/ همراه آموزش دهید.

۷\_۱۱\_ محدوده حرکتی، فعالیت فیزیکی مجاز و غیر مجاز را به بیمار/ همراه آموزش دهید.

۷\_۱۲\_ آموزش های داده شده را در فرم آموزش به بیمار و گزارش پرستاری پرونده بیمار ثبت کنید.

۷\_۱۳\_ پس از ارائه هر محتوای آموزشی اثربخشی آموزش را به روش طرح سوال در حیطه دانش، نگرش یا مشاهده اجرای عملکرد توسط بیمار/ خانواده، ارزیابی و در فرم آموزش به بیمار ثبت کنید.

۷\_۱۴\_ پزشک معالج بیمار اطلاعات قابل فهم درباره علل بیماری، نحوه درمان و پیش آگهی بیماری، مراحل و طول مدت احتمالی درمان، وجود درمانهای جایگزین، عوارض درمان یا عدم درمان، رژیم غذایی، روشهای باز توانی را به بیمار/ خانواده آموزش دهد.

۸- آموزش حین ترخیص را به بیمار/ همراه ارائه نمایید:

۸\_۱\_ آموزش خودمراقبتی ترخیص را در ساعاتی زودتر از زمان ترخیص بر بالین و بر اساس ترخیص ایمن (ابزار SMART) به مددجو/

همراه ارائه نمایید. (پزشک، پرستار)

۸\_۲\_ نشانه ها و علائم هشداردهنده بیماری جهت مراجعه به مرکز درمانی را به بیمار/ همراه آموزش دهید. (پزشک، پرستار)

۸\_۳\_ نحوه ی مصرف دارو در منزل، عوارض دارویی، نام ژنریک و تجاری دارو، شکل دارو را به بیمار/ همراه آموزش دهید (پزشک، پرستار)

۸\_۴\_ زمان و مکان مراجعه بعدی جهت ویزیت پزشک یا دریافت خدمات مراقبتی در درمانگاه/ بیمارستان یا مطب را به بیمار/ همراه آموزش دهید. (پزشک، پرستار)

۸\_۵\_ انجام آزمایشات مجدد بعدی را به بیمار/ همراه آموزش دهید. (پزشک، پرستار)

۸\_۶\_ زمان و نحوه دریافت آزمایشات معوقه، جواب پاتولوژی و ... را به بیمار/ همراه آموزش دهید. (پرستار)

۸\_۷\_ با بیمار/ همراه در خصوص طرح سوال و بیان ابهامات در خصوص بیماری و نحوه ی مراقبت در منزل گفتگو نمایید.

۸\_۸\_ میزان فعالیت های روزانه، محدودیت های حرکتی فعالیت های مجاز و غیر مجاز را به بیمار/ همراه آموزش دهید. (پزشک، پرستار، فیزیوتراپ و ...)

۸\_۹\_ رژیم غذایی مجاز و غیر مجاز را برای به بیمار/ همراه آموزش دهید. (پزشک، پرستار)

۸\_۱۰\_ نهاد های حمایتی موجود در جامعه جهت بیماریهای خاص مانند انجمن حمایت از بیماران دیابتی، دیالیزی و ... را به بیمار/ همراه معرفی نمایید.

۸\_۱۱\_ آموزش مفهوم HOME CARE و نحوه مراجعه به این مراکز را به بیمار/ همراه آموزش دهید. (پرستار)

۸\_۱۲\_ محتوای آموزشی (پمفلت، کتابچه آموزشی، پوستر، فیلم آموزشی و ...) را به بیمار/ همراه تحویل نمایید.

۸\_۱۲\_ کلیه آموزش های ارائه شده و ساعت تاریخ آموزش و تحویل محتوای آموزشی را در دو نسخه از فرم آموزش حین ترخیص به بیمار ثبت و مهر و امضاء نمایید. (پرستار مراقب، پزشک معالج و آموزش گیرنده) و نسخه اول (اصل) خوانا را به مددجو/ همراه ارائه نموده و نسخه دوم را در پرونده ی بیمار ضمیمه نمایید.

۹\_ آموزش های داده شده و نوع محتوای آموزشی تحویل داده شده به بیمار/ همراه را در گزارش پرستاری پرونده بیمار ثبت نمایید.

۱۰\_ اثربخشی آموزش حین ترخیص را به روش طرح سوال در حیطه دانش، نگرش یا مشاهده اجرای عملکرد توسط بیمار/ خانواده، ارزیابی و در فرم آموزش به بیمار ثبت کنید.

۱۱\_ به عنوان سرپرستار/ مسئول شیفت بر کلیه مراحل آموزش به بیمار نظارت نمایید.

۱۲\_ به عنوان مسئول آموزش به بیمار بخش، فرآیند آموزش به بیمار (بدو ورود، حین بستری، زمان ترخیص) را بطور روزانه کنترل نمایید.

۱۳\_ به عنوان سوپروایزر آموزش سلامت، سوپروایزر آموزشی، کارشناس کنترل عفونت، سوپروایزر بالینی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اثربخشی آموزش پرستار به بیمار به صورت راندوم ارزیابی نمایید.

۱۴\_ به عنوان سوپروایزر آموزش سلامت/ سرپرستار / مسئول آموزش به بیمار بخش، در صورت اثربخشی نامناسب فرآیند آموزش به بیمار، در خصوص اقدامات اصلاحی اقدام نمایید.

۱۵\_ به عنوان پزشک معالج توصیه های پس از ترخیص، تلفیق دارویی، زمان و نحوه مراجعه بعدی، آزمایشات مورد نیاز جهت مراجعه بعدی را در خلاصه پرونده بیمار بصورت خوانا ثبت نمایید.

#### منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:

منابع: فرم ارزیابی اولیه، فرم آموزش به بیمار (ترخیص)، محتوای آموزشی، پمفلت آموزشی، تلویزیون

کارکنان: پزشک، سوپروایزر آموزشی، سوپروایزر آموزش سلامت، سرپرستار، پرستار، مسئول آموزش به بیمار

#### منابع/مراجع:

استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان ها، ویرایش چهارم، سال 1398

کتاب آموزش به بیمار کبری سلامی کهن

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهرنوش امینی الهام هدایتی معصومه فیضی	مدیر خدمات پرستاری سرپرستار داخلی سوپروایزر آموزش سلامت
نام و سمت تایید کننده: مهرنوش امینی مدیر خدمات پرستاری بیمارستان		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از عمل جراحی	
تاریخ تدوین: 95/7/1	کد دستورالعمل: CC/PR/002/05
تاریخ بازنگری: 1401/8/30-02	تعداد صفحه: 2
تاریخ ابلاغ: 1401/10/21	

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

- 1- گرفتن رضایت نامه کتبی از بیمار قبل از عمل و قبل از بیهوشی ( در صورتیکه بیمار شرایط لازم برای اخذ رضایت را نداشته باشد، باید از ولی قانونی وی رضایت گرفته شود )
- 2- پرستار بخش باید بنا به دستور پزشک معالج هر گونه کمبود تغذیه ای قبل از عمل جراحی را برطرف کند.
- 3- تخلیه معده و روده بیمار جهت پیشگیری از آسیب راسیون و استقراغ ( در جراحی های با آمادگی قبلی 12 ساعت قبل از جراحی بیمار NPO می شود.
- 4- تخلیه مثانه بیمار جهت جلوگیری از احتباس روده ای و ... ( در بیمارانی که قادر به راه رفتن هستند، قبل از تحویل به اتاق عمل، از آنها خواسته می شود که مثانه خود را تخلیه کنند )
- 5 . محدود سازی مصرف چربی 8 ساعت قبل از جراحی و مایعات حداقل 4 ساعت قبل از جراحی، بسته به نوع جراحی حذف شود
6. مشخص کردن ناحیه عمل بیمار با توجه به مدارک آزمایشگاهی، سونوگرافی و دستور پزشک
7. تلاش برای حفظ آرامش و کاهش اضطراب بیمار قبل از جراحی
8. شیو موهای ناحیه عمل قبل از انجام جراحی
9. جدا کردن وسایل اضافی از بیمار مانند طلا، پروتز، دندان مصنوعی و ... قبل از جراحی
10. ضمیمه شدن تمامی آزمایشات، گرافی ها و ... به پرونده بیمار قبل از جراحی و تحویل دادن آن همراه با بیمار به اتاق عمل
11. در صورت مشاهده مغایرت میان اطلاعات پرونده و گفتار بیمار، باید جهت تعیین هویت بیمار اقدام شود.
12. استفاده از پروفیلاکسی طبق دستور پزشک، قبل از جراحی
13. تهیه لوازم و وسایل مورد نیاز برای عمل مانند پلاتین قبل از جراحی
14. کنترل علائم حیاتی بیمار و اطمینان از آمادگی کامل بیمار برای انتقال به بخش در اتاق ریکاوری
15. انطباق هویت مددجو با پرونده بیمار در زمان تحویل بیمار از اتاق عمل
16. تحویل گرفتن بیمار از ریکاوری در صورت هوشیاری کامل و پایدار بودن علائم حیاتی وی
17. چک کردن علائم حیاتی بیمار در بخش ( در ساعت اول، هر 15 دقیقه یکبار، سپس هر 30 دقیقه یکبار به مدت 2 ساعت، سپس هر 1 تا 4 ساعت و نهایتاً طبق دستور پزشک )
18. کنترل هوشیاری، وضعیت تنفسی و راه های هوایی بیمار و استفاده از O2 در صورت نیاز برای بیمار، طبق دستور پزشک
19. NPO ماندن بیمار بعد از جراحی و استفاده از سرم های تزریقی برای بیمار طبق دستور پزشک

20. کنترل، ثبت و توجه به میزان و حجم I/O بطور دقیق در صورتیکه بیمار سوند فولی داشته باشد و اطلاع به پزشک در صورت نیاز

21. استفاده از آب ساده جهت PO شدن در ابتدا و آغاز رژیم درخواستی پزشک در صورت تحمل بیمار

22. چک درن و پانسمان بیمار از نظر افزایش ترشحات پانسمان و اطمینان از فعال بودن درن

23. چک زخم و بخیه از نظر عفونت، التهاب و ...

24. کمک به بیمار برای افزایش فعالیت در اولین روز بعد از عمل

25. همراهی پزشک توسط پرستار در زمان ویزیت و اجرای تمام دستورات پزشک

26. ثبت تمامی اقدامات انجام شده برای بیمار در گزارش پرستاری و مهر و امضای گزارش

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** پرسنل بالینی- پزشک- گزارشات پرستاری- فرم رضایت آگاهانه

**منابع/ مراجع:** کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری ، چاپ اول، سال 1385.

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهرنوش امینی حوا حقّی	مدیر خدمات پرستاری سرپرستار بخش جراحی
نام و سمت تایید کننده: دکتر محمدرضا ایمانی رئیس بخش جراحی- متخصص جراحی		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت پایش مستمر حین و پس از دیالیز</b>	
<b>کد دستورالعمل: CC/IN/002/05</b>	<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>
<b>تعداد صفحه: 2</b>	<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>
	<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>

**گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)**

- 1- لیست آمادگی قبل از دیالیز از قبیل توزین بیمار و اطمینان از کارکرد اکسس که شامل شنت، شالدون، فیستول و یا کورتکس می شود، توسط پرستار انجام شود و در برگه گزارش پرستاری دیالیز ثبت گردد.
- 2- اطمینان از بررسی وجود عوامل مستعد کننده بیمار به اختلالات الکترولیتی مانند اسهال اخیر، بررسی وجود اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشار خون توسط پرستار انجام شود و در برگه گزارش پرستاری دیالیز ثبت گردد.
- 3- کنترل هایی که روی ماشین دیالیز قبل و بعد از وصل کردن بیمار توسط پرستار مسئول بیمار انجام شود:
  - اطمینان از صحت عملکرد ماشین دیالیز
  - کلیه آلامهای هشدار امتحان شده و از صحت آن مطمئن شوید.
  - کانداکتیویتی و حرارت محلول باید کنترل شود که در محدوده طبیعی کار کند.
  - کلیه هشدارها باید به طور تمام وقت کار کند.
- 4- پایش مستمر حین دیالیز از قبیل عدم ایجاد اختلالات همودینامیک مانند افت شدید فشار خون، اختلال عملکرد اعضاء به علت کاهش شدید حجم در گردش مانند بروز آنژین صدری، عدم خروج سوزن های شریانی و وریدی و عوارض احتمالی دیالیز توسط پرستار کنترل و ثبت گردد.
- 5- پایش حین دیالیز بررسی مداوم بیمار و تجهیزات در هنگام همودیالیز است. بیمار و ماشین دیالیز حداقل هر 1 ساعت باید به وسیله پرستار کنترل شود. پایش بیمار زمانی که وضعیت بیمار ناپایدار است به دفعات بیشتری انجام می شود.
- 6- بیمار باید از نظر سطح هوشیاری کنترل گردد.
- 7- پایش بعد از دیالیز از قبیل توزین مجدد دستیابی بیمار به وزن خشک مناسب و کنترل و انعقاد مناسب محل خارج کردن سوزن های شریانی و وریدی، عدم وجود اختلالات همودینامیک توسط پرستار کنترل و ثبت دقیق در برگه گزارش پرستاری دیالیز گردد.



منابع امکانات و کارکنان مرتبط: پرستاران بخش دیالیز - ماشین دیالیز

منابع/ مراجع: کتاب پرستار و دیالیز، گروهی از پرستاران کارشناس دیالیز + ضمائم: فرم شیت دیالیز

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر آذین تیربخش مهرنوش امینی معصومه رضانی	متخصص داخلی- رئیس بخش دیالیز رئیس خدمات پرستاری سرپرستار دیالیز
نام و سمت تایید کننده: دکتر آذین تیربخش متخصص داخلی- رئیس بخش دیالیز		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور لنگرود



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از اسکوپ‌ها	
کد دستورالعمل: CC/IN/003/05 تعداد صفحه: 3	تاریخ تدوین: 95/7/1 تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02 تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام)

#### سطح مسئولیت: پرستار

- 1- مراحل پروسیجر را پزشک برای بیمار توضیح بدهند. دربرگه رضایت آگاهانه ثبت نمایند.
- 2- آموزش مرتبط با نوع پروسیجر به بیمار بدهد و دربرگه رضایت آگاهانه ثبت نمایند.
- 3- درخواست اسکوپ‌ها را به واحد مربوطه با HIS رو نمائید.
- 4- زمان انجام اسکوپ‌ها را در کاردکس بیمار ثبت نمائید.
- 5- اقدامات لازم را برای انجام اسکوپ‌ها در کاردکس ثبت نمائید.
- 6- آمادگی قبل از اسکوپ‌ها را طبق جدولی که در زیر مشخص شده است انجام دهید.

#### آمادگی قبل از آندوسکوپی (دستگاه گوارش فوقانی- مری معده- دوازدهه)

- 1- 4 تا 6 ساعت قبل از انجام آندوسکوپی بیمار را ناشتا نگه دارید.
- 2- از دادن آنتی‌بیوتیک‌ها طبق دستور پزشک از یک یا چند روز قبل از آندوسکوپی اجتناب نمائید.
- 3- IV بیمار قبل از اعزام به واحد مربوطه کنترل نمائید.
- 4- کلیه زیورآلات - دندان مصنوعی را خارج کنید.
- 5- بیماران بدحال را با برانکارد و بقیه را با ویلچر با همراهی پرستار و توسط نیروی خدمات به واحد آندوسکوپی بیمارستان و یا در صورت لزوم به انتقال به واحد برون‌سپاری شده به آمبولانس منتقل نمائید.
- 6- کلیه اقدامات و مراقبت‌ها و ساعت خروج از بخش را در پرونده گزارش پرستاری ثبت کنید.

#### آمادگی های قبل از کولونوسکوپی:

- 1- از 48 ساعت قبل از انجام کولونوسکوپی بیمار مایعات صاف شده همراه با آب فراوان مصرف کند.
- 2- از ظهر روز قبل از مراجعه مصرف پودر پیدرولاکس سه بسته در 12 لیوان اب حل شده و باید بیمار ساعتی یک تا 2 لیوان بخورد. از ساعت 6 غروب روز شروع پیدرولاکس 2 عدد قرص بیزاکودیل و ساعت 8 همان شب یک شیشه روغن کرچک میل نماید. در صورت لزوم می‌تواند به جای ملین خوراکی از شیاف بیزاکودیل شب قبل و صبح روز کولونوسکوپی استفاده نماید.

3- قبل از انجام پروسیجر طبق دستور پزشک به جهت نیاز به نمونه برداری یک یا چندروز قبل آنتی کوآگلانت را قطع کنید.

4- بیماران بدحال را با برانکارد و بقیه را با ویلچر با همراهی پرستار و توسط نیروی خدمات به واحد اندوسکوپی بیمارستان و یا در صورت لزوم به انتقال به واحد برون سپاری شده به آمبولانس منتقل نمایید

5- لباس زیر بیمار را توسط پرسنل همگن خارج کنید.

6- علایم حیاتی بیمار را قبل از تحویل به واحد مربوطه کنترل کنید.

7- کلیه اقدامات و مراقبت ها و ساعت خروج بیمار را در گزارش پرستاری ثبت کنید.

#### **مراقبت حین آندوسکوپی و کولونوسکوپی:**

1- هویت بیمار با دستبند شناسائی چک کنید.

2- رضایت آگاهانه بیمار را کنترل نمایید.

3- بیمار را از نظر زیورآلات و دندان مصنوعی چک نمایید.

4- در آندوسکوپی های تحتانی بیمار را با پرسنل همگن از نظر نداشتن لباس زیر کنترل نمایید.

5- بیمار با کمک به تخت اسکوپ می مربوطه منتقل نمایید.

6- از عملکرد IV بیمار اطمینان حاصل نمایید و سرم بیمار را به جریان بندازید.

7- طبق دستور پزشک قبل از انجام پروسیجر آرام بخش تزریق کنید.

8- مانیتورینگ قلب و کنترل علایم حیاتی انجام دهید.

#### **دستورالعمل مراقبت از بیماران بعد از آندوسکوپی:**

1- هنگام تحویل از بخش آندوسکوپی بیمار را از نظر وضعیت هوشیاری - خونریزی و علایم حیاتی کنترل کنید.

2- برگشت رفلکس بلع (4-2) ساعت بعد از انجام آندوسکوپی بیمار را ناشتا نگه دارید.

3- جهت رفع سوزش حلق- معده استفاده از سرم نمکی را به بیمار آموزش دهید.

4- علایم حیاتی را تا Stable شدن کنترل نمایید.

5- بیمار را از نظر علایم عوارض آندوسکوپی (سوراخ شدن دستگاه گوارش پنومونی آسپراسیون) کنترل کنید.

6- ثبت دقیق گزارش پرستاری را انجام دهید.

#### **دستورالعمل مراقبت از بیماران بعد از کولونوسکوپی:**

1- هنگام تحویل بیمار از بخش آندوسکوپی بیمار را از نظر وضعیت هوشیاری و خونریزی علایم حیاتی کنترل کنید.

2- علایم حیاتی را تا Stable شدن کنترل نمایید.

3- بیمار را از نظر وجود تب - خونریزی از رکتوم - درد غیرطبیعی - تغییر در اجابت مزاج یا نفخ کنترل کنید.

4- پزشک را در صورت مشاهده عوارض مطلع کنید.

5- مراحل انجام کار – حالات بیمار را در گزارش پرستاری ثبت کنید.

**منابع امکانات و کارکنان مرتبط:** کارکنان درمانی- کنترل علایم و نشانه ها- آموزش های لازم به بیمار

**منابع/ مراجع:** استانداردهای حرفه ای پرستاری

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	مهرنوش امینی الهام هدایتی حوا حقی جمیله جوادی	مدیرخدمات پرستاری سرپرستار داخلی سرپرستار جراحی مسئول آندوسکوپی
نام و سمت تایید کننده: مهرنوش امینی مدیر خدمات پرستاری		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور لنگرود

دستورالعمل

عنوان دستورالعمل: اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار/ همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان	
کد دستورالعمل: CC/IN/004/05	تعداد صفحه: 1
تاریخ تدوین: 95/7/1	تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02
	تاریخ ابلاغ: 1401/10/21

گامهای دقیق انجام کار: ( به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام):

1. سوپروایزر آزمایشگاه مراحل دقیق اطلاع رسانی نتایج معوقه تست های پاراکلینیک را به مسئول پذیرش و جوابدهی آزمایشگاه آموزش دهد.
  2. در بیماران سرپایی، چنانچه جواب تستی آماده نبود، مسئول پذیرش آزمایشگاه توضیحات لازم را جهت دریافت جواب های معوقه به خود بیمار و همراه وی دهد.
  3. مسئول پذیرش آزمایشگاه پس از آماده بودن جواب آزمایشات معوقه، آن ها را به تفکیک بخش ها به بخش های مربوطه ارسال نماید.
  - 4-در هر بخش باید زونکن مخصوص اعلام نتایج آزمایشات معوقه قرار داده شود.
  - 5.در بیماران بستری، به هنگام ترخیص چنانچه جواب تستی آماده نبود، پرستار مربوطه توضیحات لازم را جهت دریافت جواب های معوقه به خود بیمار یا همراه وی دهد و در برگه آموزش ترخیص ثبت نماید و برگه را به بیمار تحویل دهد.
  6. مسئول شیفت پس از اخذ نتیجه آزمایش معوقه، آن را در دفتر گزارش آزمایشات معوقه قرار داده و جهت بایگانی در پرونده به صورت روزانه به واحد درآمد ارسال نماید.
  7. در صورت وجود هرگونه مقادیر که خارج از محدوده طبیعی باشد، مسئول شیفت به پزشک معالج اطلاع داده و دستورات لازم اجرا، به بیمار / همراه اطلاع داده شود
  - 8.در صورت طبیعی بودن نتیجه آزمایش، اطلاع رسانی به بیمار /همراه انجام شود
  - 9.در صورت بحرانی بودن نتیجه آزمایش و خروج بیمار از بیمارستان( ترخیص، اعزام ) مسئول شیفت شماره تلفن تماس بیمار را( موجود در دفتر پذیرش بخش)، جهت اطلاع جواب آزمایش معوقه به بیمار و خانواده وی گرفته و توضیحات لازم جهت پیگیری و مراجعه بیمار به بیمارستان/درمانگاه بدهد
  10. نام بیمار، شماره پرونده، نام پرستار اطلاع دهنده و دریافت کننده، تاریخ، ساعت تماس، نتیجه تست و شرح اقدامات انجام شده در این خصوص، در دفتر گزارش آزمایشات معوقه توسط پرستار هر بخش ثبت شود.
  11. برای نمونه های پاتولوژی ارسالی فرمی طراحی گردیده که بعد از نمونه برداری باید توسط مسئول جمع آوری نمونه ها جهت ارسال به واحد پاتولوژی در اختیار همراه بیمار قرار داده شود تا جهت دریافت نتیجه پاتولوژی با در دست داشتن قبض مذکور در زمان تعیین شده مراجعه نماید.
  12. در صورت وجود تغییرات پاتولوژیک در نتایج معوقه، پرسنل آزمایشگاه باید نتایج را به منشی بخش مربوطه اطلاع دهد.
- \*در صورت مشاهده مشکلات پاتولوژیک در جواب آزمایش بیمار منشی بخش مسئول اطلاع رسانی نتیجه آزمایش مربوطه از طریق تلفن به بیمار و یا خانواده وی می باشد.

13. مسئول پذیرش آزمایشگاه، در صورت مراجعه بیمار پس از ترخیص به آزمایشگاه، چاپ مجدد به وی بدهد.

\*در خصوص تصویربرداری پس از انجام در بیمارستان از طریق نرم افزار pacs قابل مشاهده می باشد.

منابع امکانات و کارکنان مرتبط: دفاتر مربوطه – پرسنل آزمایشگاه – پرستاران

منابع/ مراجع: سیاست بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر مریم مشتاق مهرنوش امینی علی مرحمتی علیرضا مسعودی کبری شاهی معصومه فیضی مینا گلستانی عباس اشرفی پور	مسئول فنی آزمایشگاه مدیر خدمات پرستاری سوپروایزر آزمایشگاه دبیر کمیته طب انتقال خون و پرسنل آزمایشگاه کارشناس هماهنگ کننده ایمنی سوپروایزر آموزش سلامت کارشناس بهبود کیفیت مسئول رادیولوژی
نام و سمت تایید کننده: دکتر مریم مشتاق مسئول فنی آزمایشگاه		نام و سمت تصویب کننده دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش: جداسازی بیماران روان پزشکی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد روش اجرایی: CC/PR/003/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/8/30-02</b>	<b>دامنه روش اجرایی: کلیه بخش های بالینی</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 2</b>

**هدف:** جداسازی بیماران روان پزشکی، جهت پیشگیری از آسیب رساندن به خود و دیگران و حفظ ایمنی بیمار و ارتقاء سلامت

**تعریف:**

### شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود).

باتوجه به اینکه بیمارستان شهید حسین پور ، یک بیمارستان جنرال می باشد و بیماران با تشخیص بیماریهای روانی جهت درمان در این مرکز پذیرش نمی شوند، ولی در صورت مراجعه بیماران با بیماری های روانی جهت انجام پروسیجر های درمانی- تشخیص مختلف مثل سایر اقسام کلیه خدمات درمانی مراقبتی و درمانی به این دسته بیماران ارائه می گردد.

- 1- پرستار در ارزیابی اولیه با گرفتن شرح حال بر اساس معیار SAD ، بیماران روانی را شناسائی می نماید.
  - 2- پرستار پس از ارزیابی بیمار ، معیارهای جداسازی بیمار را شناسائی می نماید.
  - 3- پرستار در صورتیکه بیمار دارای یکی از معیارهای زیر باشد جهت جلوگیری از آسیب بیمار به خود یا دیگران اقدام به جداسازی می نماید.
- معیار جداسازی:**

- بیمار که دارای رفتار خطرناک برای خود یا دیگران می باشد.
- رفتار تهدید کننده کلامی یا فیزیکی همراه با کنترل ضعیف یا سابقه خشونت.
- رفتای مانیای – افسردگی- روانپریشی و سابقه خشونت.
- 4- پرستار علت جداسازی بیمار را برای همراه بیمار توضیح می دهد و به صورت زیر در هنگام پذیرش بیمار در بخش اقدام می نماید:
- حتی الامکان بیمار را ایزوله می نماید.
- در صورت فراهم نبودن اتاق ایزوله بیمار در اتاقهایی با تخت های محدود تر و کمتر بستری می شود.
- پرستار بیمار را با کمک پرستار / خدمات دیگر همراهی کند.
- پرستار بیمار را از نظر صدمات بررسی می نماید و یافته های خود را ثبت می نماید.
- پرستار با کمک خدمات بخش کلیه وسایلی را که ممکن است برای بیمار آسیب رسان باشد قبل از انتقال بیمار به اتاق از افراد دور می نماید.
- پرستار جهت پیشگیری از آسیب رساندن بیمار به خود و یا دیگران وسایلی مانند ناخن گیر- جواهرات – کلیدها – لوازم آرایش- وسایل شیشه ای و شکستی- وسایل تیز و برنده- جوراب نایلونی – بندکفش- کش و یاهر وسیله ارتجاعی دیگر ، پروتزها – تیغ را از بیمار دور می نماید. میل های کنار تخت را با ملحفه های نرم عایق ضربه به بیمار شود.

- پرستار در صورتیکه جداسازی بیمار روانی جهت کنترل بیمار مفید نبود، به پزشک معالج اطلاع رسانی می نماید تا در صورت نیاز اقدام به مهار (فیزیکی - شیمیایی) انجام پذیرد.

- پرستار کلیه اقدامات و تمهیدات انجام شده در زمینه جداسازی و پیشگیری آسیب به خود و یا دیگران را در گزارش پرستاری (طبق دستورالعمل گزارش نویسی) ثبت می نماید. کلیه موارد شامل بخش زایمان و جراحی زنان و پرسنل مامایی نیز می شود

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** اتاق ایزوله- تمهیدات مهار فیزیکی و شیمیایی

**منابع/ مراجع:** تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر طاهره اصغری مهرنوش امینی الهام هدایتی فائزه پیازچیان	روانپزشک مدیر خدمات پرستاری سرپرستار داخلی دبیر کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای
نام و سمت تایید کننده:	دکتر طاهره اصغری روانپزشک	نام و سمت تصویب کننده دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور





<b>عنوان روش: استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد روش اجرایی: CC/PR/005/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/8/30-02</b>	<b>دامنه روش اجرایی: کلیه بخش های بالینی</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 1 صفحه</b>

**هدف:** برای یکسان و یکپارچه سازی عملکرد کارکنان و تامین آسایش و آرامش بیمار

**تعریف:** مهار فیزیکی ایجاد محدودیت حرکتی در بیمار پرخطر و یا سایر مواردی که احتمال آسیب به خود، کارکنان و تجهیزات وجود دارد با استفاده از وسایل مهارکننده مانند: زانوبند، مچ بند، نرده کنار تخت

**شیوه انجام کار (چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)**

1. بیمار در ابتدا توسط پرستار یا ماما در مواردی که شدیداً تحریک پذیر بوده دارای افکار تهاجمی یا خودکشی می باشد مورد ارزیابی قرار می گیرد.
2. نتیجه ارزیابی به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شود.
3. پزشک معالج در صورت لزوم دستور مهار فیزیکی را می دهد.

**تبصره 1:** در مواقعی که شرایط بیمار حاد بوده و امکان دسترسی به پزشک معالج وجود ندارد پرستار مسئول بیمار با هماهنگی پزشک اورژانس نسبت به اجرای مهار فیزیکی بیمار اقدام می نماید.

4. پرستار علت مهار بیمار را به همراهان وی توضیح می دهد.
5. پرستار جهت مهار فیزیکی با استفاده از بند پارچه ای نسبتاً پهن یا پنبه داخل گاز یا مچ بندهای مخصوص برای 4 اندام اقدام می نماید.
6. پرستار با همکاری خدمات و انتظامات بیمار را روی تخت خوابانده یک دست در یکطرف و دست دیگر بالای سر با بند مهار می گردد و پاها از هم باز و هریک جداگانه بسته می شود.

**تبصره 2:** حریم خصوصی بیمار در حین مهار فیزیکی از طریق انتقال به اتاق تک نفره و در صورت عدم امکان با استفاده از پاراوان رعایت گردد و از ترجیحاً از نیروی همگن جهت مهار استفاده و نقاطی از بدن که برهنه می باشد، پوشیده گردد.

**تبصره 3:** در هنگام بستن بند ها ی پارچه ای باید توجه گردد که مهار به نرده کنار تخت (Bed side) بسته نشده و حتماً به میله های تخت فیکس شود.

7. پرستار سر بیمار را اندکی بالاتر از بدن جهت پیشگیری از خطر آسپیراسیون و همچنین احساس آسیب پذیری و نگرانی بیمار قرار می دهد.
8. پرستار به سیستم عصبی و عروقی اندامهای مهار شده از نظر نبض های محیطی، رنگ پوست، حرکت اندامها بصورت مستمر نظارت داشته و در گزارش پرستاری ثبت نموده و در صورت مشاهده اختلال ضمن آزاد سازی اندام به پزشک معالج اطلاع رسانی انجام می دهد.
9. پرستار بطور منظم بندها را از نظر اختلال در جریان خون و ایجاد زخم فشاری کنترل می کند.
10. در صورت عدم نیاز به مهار، پرستار در اولین فرصت ممکن بندها را باز می کند.
11. تحویل دقیق بیمار ان نیازمند به مهار فیزیکی در شیفت های مختلف توسط پرسنل انجام می شود.
12. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، زخم فشاری و صدمه بافتی و آسیب به خود و غیره، انجام گردد. (نرده های تخت بالا باشد و به همراهان آموزش داده شود - محل تحت فشار ماساژ داده شود و از نظر خون رسانی و حرکت مرتباً بررسی گردد - سعی شود اشیاء خطرناک دور از دسترس بیمار نگهداری شود)
13. پرستار مسئول بیمار جهت پیشگیری از آسیب به بدن بیمار با کمک خدمات همگن بخش هر 2 ساعت تغییر پوزیشن می دهد.
14. پرستار مسئول بیمار در صورت اجازه پزشک در طول مدت مهار فیزیکی با دادن مایعات کافی از کم آبی بدن بیمار جلوگیری می کند.
15. پرستار مسئول بیمار در طول مدت مهار، با اجازه پزشک جهت خوردن غذا، مهار را شل کرده و برای کنترل بیمار از خدمات بخش کمک می گیرد.

16. مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج و به مدت بسیار محدود که در دستور پزشک ذکر میگردد قابل اجراست و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور مجدد پزشک معالج دارد.

17. نحوه کنترل بیماران تحت مهار فیزیکی شامل زمان شروع و خاتمه مهار فیزیکی و عوارض ( اختلال خون رسانی - عدم لمس نبض و یا نبض ضعیف - شکستگی و بریدگی و....) در گزارش پرستاری با ذکر دقیق ساعت و اقدامات انجام شده ثبت گردد .

**تبصره 3:** در مادران باردار به دلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت مهار فیزیکی ممنوع است . همچنین در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد ف مهار عضو مبتلا ممنوع می باشد .

**تبصره 4:** به پرسنل و کادر درمانی در زمینه نحوه بررسی وقایع ناخواسته و آسیب ناشی از مهار شیمیایی بیمار آموزش داده شده و در صورت مشاهده هرگونه عارضه / آسیب موضوع به اطلاع کارشناس ایمنی بیمارستان رسانده و اقدامات بعدی مطابق دستورالعمل ابلاغی پیگیری می گردد .

**منابع, امکانات و کارکنان مرتبط:** باند ، پنبه ، نرده کنار تخت+ کلیه کارکنان درمانی

**منابع / مراجع:** تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر فرهاد نبوی دکتر طاهره اصغری مهرنوش امینی فاطمه صباغ سید نرجس سادات پور	متخصص داخلی روانپزشک مدیر خدمات پرستاری سرپرستار ICU سرپرستار ICU اجنرال
نام و سمت تایید کننده دکتر طاهره اصغری روانپزشک		نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



<b>عنوان روش: استفاده صحیح از ابزارهای مهار شیمیایی</b>	
<b>تاریخ تدوین: 95/7/1</b>	<b>کد روش اجرایی: CC/PR/006/05</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>	<b>دامنه روش اجرایی: کلیه بخش های بالینی</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 1 صفحه</b>

**هدف:** با توجه به اینکه بیمار بی قرار ممکن است به خود، همراه یا کادر درمان آسیب برساند، بیمارستان با هدف پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی و جلوگیری از آسیب بیمار به خود، دیگران و تجهیزات و با هدف ارائه ایمن خدمات درمانی سیاست استفاده صحیح از مهار شیمیایی با دستور پزشک و رعایت تمهیدات لازم توسط پرستاران، جهت کنترل بیماران را اتخاذ می نماید .

**تعریف:** مهار شیمیایی : کنترل و مهار بیماران بیقرار با داروهای تجویز شده توسط پزشک

**شیوه انجام کار ( چه فعالیتی؛ چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود).**

1. پرستار مسئول بیمار، بیمار را بررسی و علت بی قراری و نا آرامی وی را مشخص و در پرونده وی ثبت می کند.
2. پرستار مسئول بیمار، بیمار را ارزیابی کرده و مداخلات لازم را انجام می دهد ( تسکین درد، ایجاد محیط آرام و...).
3. پرستار مسئول بیمار، از روشهای مهار فیزیکی جهت برقراری ایمنی بیمار استفاده کرده و حفاظ تخت را بالا می برد.
4. **تبصره 1:** حفظ حریم خصوصی بیمار در حین اجرای مهار فیزیکی و شیمیایی مدنظر قرار داده می شود.
5. پرستار مسئول بیمار، در صورت عدم پاسخ به مهار فیزیکی و یا احتمال آسیب جدی به بیمار به پزشک معالج اطلاع می دهد.
6. پزشک معالج در مواردی که بیمار شدیداً تحریک پذیر بوده دارای افکار تهاجمی و یا خودکشی باشد دستور مهار شیمیایی را در پرونده بیمار ثبت می کند.
7. **تبصره 2:** پزشک معالج سابقه دارویی و حساسیتهای شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی را لحاظ می نماید.
8. **تبصره 3:** پزشک معالج در زمان تجویز مهار شیمیایی بیمار، از داروها و روش هایی با کمترین عوارض استفاده می نماید.
9. پرستار مسئول بیمار، جهت مهار شیمیایی، داروها را طبق دستور پزشک و دستورالعمل دارودرمانی آماده می کند.
10. پرستار مسئول بیمار ارزیابی پاسخ به درمان، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار را به صورت مستمر قبل، حین و پس از مهار شیمیایی انجام و به اطلاع پزشک معالج می رساند.
11. پرستار مسئول بیمار شرایط بیمار قبل از شروع مهار و همچنین پاسخ بیمار به درمان را مانند کنترل و ثبت علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار را در طول مدت زمان بستری بیمار، در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
12. پرستار مسئول بیمار، در هنگام استفاده از مهار شیمیایی (در حالت خواباندن بیمار برای مدت طولانی) بیمار از نظر زخم بستر کنترل کرده، هر 2 ساعت تغییر پوزیشن داده و از تشک های مواج استفاده می کند.

13. پرستار مسئول بیمار، تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ متناوب و پایش و کنترل مستمر بیمار را در طی زمان مهار شیمیایی اجرا می نماید.
14. پرستار مسئول بیمار، عوارض داروهای تجویز شده را می داند.
15. پرستار مسئول بیمار، بعد از اجرای مهار شیمیایی عوارض احتمالی را بررسی می کند.
16. پرستار مسئول بیمار، وسایل بالقوه تهدید کننده را از بیمار جدا می کند.
17. پرستار مسئول بیمار، بیمار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده، در صورت صدمات حاد، به پزشک گزارش نموده و در پرونده ثبت می نماید.
18. پرستار مسئول بیمار، نحوه کنترل بیماران تحت مهار شیمیایی و کلیه اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت می کند.
19. پرستار مسئول بیمار پس از رفع حالت حاد بیمار موضوع را به اطلاع پزشک معالج رسانده و در صورت دستور پزشک نسبت به قطع مهار شیمیایی در اولین فرصت (کوتاهترین زمان) اقدام می نماید.
- تبصره 1: تکرار مهار شیمیایی صرفاً با دستور پزشک معالج صورت می پذیرد و توصیه می شود با کاهش عوامل تهدید کننده برای بیمار از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود (حداکثر 3 بار در روز).
- تبصره 2: به پرسنل و کادر درمانی در زمینه نحوه بررسی وقایع ناخواسته و آسیب ناشی از مهار شیمیایی بیمار آموزش داده شده و در صورت مشاهده هرگونه عارضه / آسیب موضوع به اطلاع کارشناس ایمنی بیمارستان رسانده و اقدامات بعدی مطابق دستورالعمل ابلاغی پیگیری می گردد.
- منابع، امکانات و کارکنان مرتبط:** داروهای آرام بخش و مسکن ها + پزشکان + پرستاران

#### منابع / مراجع: تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی	سمت
	دکتر فرهاد نبوی دکتر طاهره اصغری مهرنوش امینی فاطمه صباغ سید نرجس سادات پور	متخصص داخلی روانپزشک مدیر خدمات پرستاری سرپرستار ICU سرپرستار ICU اجنرال
نام و سمت تایید کننده:	دکتر طاهره اصغری	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل: استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی ( سوختگی و شکستگی اندام</b>	
<b>کد دستورالعمل: GC/IN7/001/01</b>	<b>تعداد صفحه: 2 صفحه</b>
<b>تاریخ تدوین: 1401/09/07</b>	
<b>تاریخ بازنگری: 1401/02/17</b>	
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/02/17</b>	

دامنه دستورالعمل: کلیه بخشهای بالینی

هدف و محتوای خط مشی: ارتقا ایمنی بیماران

گامهای دقیق انجام کار:

- دستبند شناسایی (شامل نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده) باید توسط پرسنل پذیرش در بدو ورود بیمار صادر و به دست غالب بیمار نصب گردد.

-پرستار باید مشخصات پرونده و دستبند شناسایی را بررسی و مطابقت دهد.

- در ابتدای تمام شیفت های کاری دستبند شناسایی بیماران باید چک شود و در صورت فقدان دستبند مسئول شیفت باید سریعاً درخواست صدور دستبند را ارسال و نسبت به دریافت و نصب دستبند پیگیری نماید

- در صورتی که بیمار تنها یک اندام فوقانی داشته باشد و در آن سرم وصل باشد، دستبند باید بر روی بازوی همان دست قرار داده شود و در صورتی که هر دو اندام فوقانی قطع باشد دستبند باید بر روی مچ پای بیمار بسته شود.

- در صورتی که چهار اندام مشکلی مانند سوختگی یا شکستگی داشته باشد و قابل قرار دادن دستبند شناسایی نباشند، دستبند باید در انتهای لباس بیمار (گان) چسبانده شود.

-در بیماران با اختلال روان ، مشخصات بیمار باید با مژیک بر روی لباس بیمار (گان) ثبت شود

تهیه کنندگان	نام و نام خانوادگی مهرنوش امینی اعظم امین آبادی حوا حقی فانزه پیازچیان	سمت مدیر خدمات پرستاری سوپروایزر آموزشی سرپرستار جراحی مسئول گیرنده خدمت
نام و سمت تایید کننده: تیم رهبری و مدیریت	نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	

# مراقبت های مادر و نوزاد



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل : دستورالعمل شستشوی شیردوش</b>	
<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b>	<b>کد دستورالعمل: MNC/IN/001/01</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>	<b>دامنه: کلیه بخش های بالینی</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 1 صفحه</b>

**هدف:**

- 1- قبل از استفاده از وسایل حتما دست های خود را با آب و صابون را بشویید.
- 2- بعد از استفاده از شیردوش قسمت هایی که در معرض شیرمادر بود باید شسته شود بدین صورت که قطعات شیردوش جدا شده و برای مدت 5 دقیقه درون آب سرد خیس شود.
- 3- قطعات بعد از شستشو با آب سرد در بویلر به مدت 10 دقیقه با آب با دمای جوش ضدعفونی شود.
- 4- بعد از اتمام ضدعفونی با آب جوش قطعت بر روی يك قفسه یا حوله ی کاغذی قرار داده شود تا خشك گردد.
- 5- قسمت خارجی پمپ شیردوش باید بطور روزانه به وسیله ی پارچه تمیز شود و همچنین هفتگی با مواد ضدعفونی با پایه الكلی پاکسازی گردد.
- 6- جهت پیشگیری از نشستن گردو خاک دستگاه درون باکس نگهداری شود.

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
مدیر خدمات پرستاری ماما مسئول زایشگاه سرپرستار اطفال	مهرنوش امینی هنگامه جواهردشتی سید خدیجه رضوی	
نام و سمت تصویب کننده دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی متخصص اطفال	

# خدمات سرپایی





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید حسین پور شهرستان لنگرود

دستورالعمل

<b>عنوان دستورالعمل : نحوه برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی پاراکلینیک به مراجعین سرپایی / خانواده ایشان / پزشک معالج</b>	
<b>تاریخ تدوین: 98/10/17</b>	<b>کد دستورالعمل: PC/IN/001/01</b>
<b>تاریخ بازنگری: 1401/10/17-02</b>	<b>دامنه : کلیه بخش های بالینی</b>
<b>تاریخ ابلاغ: 1401/10/21</b>	<b>تعداد صفحه: 1 صفحه</b>

هدف : برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی و گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران سرپایی که ممکن است عدم اعلام آن به بیمار یا پزشک ، جان بیمار را به خطر بیندازد.

تعاریف : مقادیر بحرانی مقادیری است که حصول آن پس از انجام آزمایش ، یا سایر پاراکلینیک لزوم اقدام خاص درمانی را به صورت اورژانس و یا اقدامات تشخیصی و یا درمانی تکمیلی را به صورت غیر اورژانسی طلب کرده و بر اساس روش گزارش دهی به صورت اورژانس و یا همراه با توصیه های خاص در خصوص انجام مجدد آزمایش و یا درخواست آزمایشات تکمیلی باشد.

روش انجام کار:

2-مسئول شیفت در هر شیفت از کارکرد صحیح خط هات لاین اطمینان حاصل کند.

۱- جهت ارتباط با بیماران سرپایی باید خط آزاد در پاراکلینیک برقرار باشد.

۲- واحد پذیرش باید شماره تلفن ثابت و موبایل را از بیماران دریافت نماید.

۳- در آزمایشگاه و رادیولوژی مسئولیت گزارش به موقع نتایج بحرانی برعهده تمامی کارکنان شاغل در بخش های آزمایشگاه و رادیولوژی می باشد . محدوده بحرانی در رابطه با تمامی تستهای قابل انجام در آزمایشگاه و رادیولوژی بیان شده است. تمامی کارکنان آزمایشگاه و رادیولوژی می بایست این محدوده ها را بدانند. جدول نتایج بحرانی به تمامی بخش ها و آزمایشگاه و رادیولوژی از واحد ایمنی ابلاغ میگردد.

۴- پس از رویت نتایج بحرانی توسط کارشناسان آزمایشگاه و رادیولوژی و اطلاع به مسئول فنی ، کارشناس واحد مربوطه فوراً با استفاده از خطوط تلفن با بیمار مورد نظر تماس حاصل نموده و اطلاع رسانی لازم را انجام می گردد .

۵- کارشناس اعلام کننده نتیجه ، نتایج آزمایش را همراه با تاریخ ، ساعت اطلاع به فرد مورد نظر را در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت مینماید( نام فرد پشت خط به دقت پرسیده شود. )

۶- کارشناس اعلام کننده نتیجه ، پاراکلینیک فوق را جهت حصول اطمینان از نتیجه تکرار نموده و در صورت تغییر نتیجه ، گزارش مجدد به فرد مورد نظر انجام می شود و در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت می گردد.

۷- توصیه می شود اطلاع رسانی به پزشک توسط خود بیمار یا همراه وی انجام می شود و در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج اطلاع رسانی فوری به پزشک در دسترس انجام می گردد.

امکانات و تسهیلات: جدول مقادیر بحرانی-دفتر ثبت گزارش مقادیر بحرانی

منابع: دستورالعمل آزمایشگاه مرجع سلامت ، قسمت مستند سازی ، دستورالعمل گزارش دهی

سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر خدمات پرستاری سرپرستار درمانگاه کارشناس هماهنگ کننده ایمنی سوپروایزر آزمایشگاه	مهرنوش امینی مهری عابدینی کبری شاهی علی مرحمتی	
نام و سمت تصویب کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	نام و سمت تایید کننده: دکتر بتسابه مسجودی ریاست بیمارستان شهید حسین پور	