

بنام خدا

بیمارستان امام حسین (ع) بیجار

سامانه جامع ارزیابی و نظارت پرستاری بخش های بالینی (ساجا نرس)

(Suga nurse)

هدف کلی از ارزیابی و پایش بخشهای بالینی: بهبود کیفیت خدمات درمانی ، ارتقاء بهبود مستمر مراقبت های پرستاری ، ، نظارت هدفمند و برنامه ریزی شده و در نهایت تجزیه تحلیل آماری آسان به جهت اتخاذ ، مداخله و تدوین راهکارهای مناسب می باشد

- ✓ ۱- ارتقای مستمر کیفیت و ایمنی خدمات بر اساس استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی
و استانداردهای ایمنی الزامی ، اساسی و پیشرفته
- ✓ ۲- افزایش اثربخشی خدمات تشخیصی و درمانی با برنامه ریزی برای جذب و حفظ
نیروهای درمانی متخصص و کارآمد و کادر پرستاری مجرب
- ✓ ۳- ارتقای آگاهی های علمی و اجتماعی و توانمندیهای کاری کارکنان پرستاری و دانشجویان
بر اساس استانداردهای اعتباربخشی آموزشی
- ✓ ۴- ارتقای میزان رضایتمندی مراجعین و کارکنان از خدمات ارائه شده در زمینه های
بهداشتی ، درمانی ، آموزشی ،
- ✓ ۵- ارتقای شاخص های کمی و کیفی بالاخص در اورژانس

✓ ۶- به حداکثر رساندن بهره وری از منابع مالی - فیزیکی، نیروی انسانی و اطلاعاتی موجود

۷- توجه ویژه به اقتصاد مقاومتی در بیمارستان و بودجه ریزی عملیاتی

✓ ۸-- نظارت بر تدوام اجرای دستورالعمل های طرح تحول نظام سلامت جهت ایجاد بهبود کیفیت در تمام بخشها و واحد های بیمارستان

چک لیست عمومی در شش حیطة (شش محور)

۱- حیطة مدیریت بخش (کنترل ، نظارت ، ارزیابی و.....) ۲- حیطة بیمار محوری و ایمنی بیمار

۳- حیطة پرونده بیمار و مراقبتهای بالینی ۴- حیطة دارو و تجهیزات ۵- حیطة آموزش ۶- حیطة موازین کنترل عفونت

حیطة اول : محور مدیریت بخش (کنترل ، نظارت ، ارزیابی و.....)

س ۱- رعایت شئون اسلامی، آراستگی ظاهر، استفاده از یونیفرم استاندارد و اتیکت شناسایی عکس دار (کلیه پرسنل):

آراستگی ظاهر هر یک از نیروهای بکارگیری شده نشانه ای از شخصیت فرد شاغل می باشد. لذا فرد باید شرایط بهداشت شخصی و آراستگی ظاهری و حجاب و شئون اسلامی ،

اخلاقی و مقررات را در محل کار و در حین کار را کاملاً رعایت نماید ، یونیفرم مخصوص (مطابق دستورالعمل) را در وضعیت مناسب و تمیز بپوشد ،

- اتیکت شناسایی عکس دار شامل نام و نام خانوادگی و سمت (نصب بر روی سینه) آرم بیمارستان (نصب بر روی بازوی چپ).
- لباس فرم کارکنان مونث شامل روپوش، شلوار، مقنعه، کفش و جوراب می باشد.
- لباس فرم کارکنان مذکر شامل روپوش (فرم مربوطه)، شلوار، کفش و جوراب می باشد.
- لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف، متحدالشکل (مطابق دستورالعمل معاونت درمان دانشگاه) باشد.
- در درون بخش های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
- روپوش باید سالم، تمیز، دگمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد مانند شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه باشد

- کفش با رنگ مناسب باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
- زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند (آشکار نبودن زیورآلات در انتظار عمومی)
- استفاده از لباسهای با تصاویر و نوشته های نامناسب و پیراهن آستین کوتاه ممنوع میباشد.
- ناخنها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد استفاده از لاک و ناخن مصنوعی استفاده از عطر یا ادکلن تند و زننده یا حساسیت زا در محیط های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
- کلیه پرسنل موظف به حفظ شئونات اسلامی در برخورد با همکاران و بیماران و رعایت مقررات اداری (نحوه ورود و خروج و...) میباشد.

س ۲- ارزیابی مدیریت و برنامه ریزی دقیق جهت تحویل بالینی بیمار، تجهیزات بخش، داروها و ... در هر نوبت کاری :

- سرپرستار / مسول بخش می توانند با برنامه ریزی منابع انسانی و استفاده بهینه از نیروی کار، زمان، هزینه، ضمن افزایش کارایی، نظارت بر حسن اجرای کلیه خدمات پرستاری در واحد مربوطه داشته باشد.. به طوری که هم رضایت پرسنل جلب گردید و هم دستورالعمل ها و قوانین مربوط به بیمارستان موردنظر رعایت شده است:
- ۱- مسئول بخش در کل ایام هفته در بخش حضور فعال دارد.
 - ۲- از نیروهای با سابقه و با مهارت بالادرشیفت های مختلف کاری خصوصا شب و ایام تعطیل استفاده میگردد.
 - ۳- تقسیم کار بصورت کتبی و به روش case method انجام شده است
 - ۴- برنامه بازدید از بخش خارج از وقت اداری انجام میشود
 - ۵- فعالیت پرسنل بر اساس تقسیم کار صورت گرفته است.
 - ۶- شرح وظایف پرسنل در دسترس میباشد.
 - ۷- تحویل و تحول وسایل بخش صورت گرفته و ثبت شده است
 - ۸- توزیع نیروی انسانی در هر سه شیفت با توجه به حجم کار مناسب میباشد.

س ۳- تهیه و تنظیم برنامه ماهیانه کادر پرستاری بخش و رعایت چیدمان مناسب براساس توانمندی کارکنان به صورت منطقی و عادلانه :

- سرپرستار نسبت به چیدمان صحیح نیروی انسانی در بخشها و شیفتهای مختلف بر اساس نیاز بیماران، توانمندی کارکنان و شرایط موجود به صورت منطقی و عادلانه اقدام مینماید. در تنظیم برنامه کاری و توزیع مناسب نیرو و به منظور ارائه خدمات مراقبتی صحیح و تخصصی توسط پرستاران بطریقی عمل گردد که در تمامی شیفت های کاری پرستاران حرفه ای و توانمند با توزان مناسب چینش گردند.
- برنامه شبکاری پرسنل مطابق با پروتکل قانون ارتقاء بهره وری چینش شده است.
 - ترکیب نیروها در هر شیفت به شکل صحیح انجام میشود .
 - آف پشت سرهم در برنامه ماهیانه پرسنل مشاهده نمیشود .
 - جابجایی پرسنل در برنامه بصورت طرحی با طرحی ، و Incharge با Incharge است .

— نیروهای Relief حذف شده اند .

— Rotation پرستاران انجام میشود .

س ۴- به مشکلات و مسایل مربوط به کادر پرستاری توسط سرپرستار رسیدگی می شود؟

- ✓ تشکیل جلسات گروهی و جلب مشارکت کارکنان در جهت حل مشکلات واحد مربوطه (کارکنان، پرستاران ...).
- ✓ رسیدگی و توجه به نیازهای کارکنان و ایجاد انگیزه جهت افزایش رضایت شغلی .
- ✓ برقراری ارتباط مناسب با کادر پرستاری و هدایت و رهبری آنها حین انجام کار.
- ✓ احترام به حقوق کارکنان و پرستاران

س ۵- رضایتمندی بیماران مراجعین ، نصب منشور حقوق بیمار در ورودی بخش و آگاهی پرسنل از مفاد منشور حقوق بیمار و تکریم ارباب رجوع انجام میشود؟

محور های منشور حقوق بیمار شامل:

محور اول : دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

محور سوم : حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محور چهارم : ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

محور پنجم : دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

پایش کننده میزان (رضایتمندی) بیماران از خدمات درمانی و پرستاری را بطریق زیرمی سنجد:

- | | |
|---|--|
| ۱- حفظ حریم خصوصی و پوشش بیمار رعایت شده است | ۲- بیمار در زمان بستری راهنمایی های لازمه را دریافت کرده است |
| ۳- بیمار پزشک و پرستار خود را می شناسد | ۴- بیمار از حضور بموقع پزشک راضی می باشد |
| ۵- دستورات دارویی بیمار در زمان مناسب داده شده است | ۶- نحوه برخورد کارکنان با بیمار رضایت بخش بوده است |
| ۷- برای انجام فرایض دینی امکانات لازمه مهیا شده است | ۸- بیمار از کیفیت غذای بیمارستان راضی می باشد |
| | ۹- بیمار از نظافت و بهداشت اتاق راضی می باشد |
| | ۱۰- به شکایات بیمار در اسرع وقت رسیدگی می شود |

س ۶- آموزش و آشناسازی افراد جدیدالورود با قوانین و مقررات ومهارت های عمومی ، ارتباطی و اختصاصی بخش با همکاری سوپروایزرهای آموزشی و کنترل

عقوبت:

- ✓ آگاهی سرپرستار و پرسنل جدیدالورود از :صلاحیت ومهارت های(عمومی، ارتباطی ، و تخصصی هر بخش)
- ✓ آگاهی سرپرستار از فلوچارت و نحوه بکارگیری پرسنل جدید الورود ، مستندات مربوط به حداقلهای مهارت های و چک لیست های (ارتباطی، عمومی، اختصاصی هر بخش)در بخش موجود باشد
- ✓ سرپرستار باید پرسنل جدید را بر اساس آن آموزش بدهد و سپس بر اساس چک لیست با همکاری کارشناس خبره بخش تعیین صلاحیت کند

- ✓ نیروی جدید ورود از تمامی مراحل آگاهی داده باشند ارزیاب از مسئولین شیفت ، نیروی جدید ورود حتما سؤال می کند و راست آزمایی می نماید در بخش های ویژه سنجه توانمندی اختصاصی (مهارت تخصصی) جدیدالورود الزامی و بسیار اهمیت دارد .
- ✓ کارکنان جدیدالورود صرفاً تازه استخدام نیستند و تمامی پرستاران انتقالی از سایر بخشها نیز بایستی قبل از بکارگیری احراز صلاحیت بشوند
- ✓ تحت نظارت سوپروایزر آموزشی و کنترل عفونت و در صورت لزوم برنامه ریزیهای آموزشی برای آنها تنظیم و اجراء میشود .
- ✓ در صورت عدم احراز مواردی از مهارتهای مورد نیاز بخش لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی تنظیم و اجراء شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل، محدودیت بکارگیری رفع شود
- ✓ پرستار خبره چک لیست ارزیابی علمی و عملی داره و طبق اون از بقیه پرسنل آزمون میگیره و آزمون ها ضمیمه پرونده پرسنل میشود

س ۷- ارزیابی وضعیت بخش از نظر شلوغی و ملاقات کنندگان (در غیر ساعات ملاقات) :

بدون تردید ایجاد محیطی آرام و ایمن در نگرش مثبت مراجعین و بیماران بسیار حائز اهمیت بوده و باید رعایت شود.

س ۸- وضعیت بهداشت و نظافت عمومی فضای فیزیکی بخش را چگونه ارزیابی میکنید؟

- ✓ مرتب و منظم بودن محیط ایستگاه پرستاری و اتاق بیماران و کل بخش
- ✓ داشتن برنامه جهت نظافت و آراستگی و نظم در بخش
- ✓ رضایتمندی کلی عمومی بیماران و مراجعین از نظافت و نظم انضباط در بخش
- ✓ یونیت بیمار مرتب و تمیز می باشد
- ✓ بهداشت کلی بخش اعم از سرویس های بهداشتی، یورینال، Bedpan و ... رعایت شده است
- ✓ بهداشت فردی بیماران CBR، پیر و ناتوان رعایت شده است
- ✓ لباس، ملحفه، پتو و بالش بیماران تمیز و مرتب می باشد
- ✓ تفکیک زباله های عفونی و غیر عفونی رعایت شده است
- ✓ برنامه اسکراب بصورت مدون در دسترس است (اتاق ها، سرویس های بهداشتی و...)
- ✓ محل نگهداری تی ها، لوله ها، لگن ها و تفکیک تی ها صحیح بوده و جدا از هم می باشد
- ✓ نحوه نگهداری وسایل استریل مثل پک ها، کاتترها و ... رعایت شده است
- ✓ محلول های ضد عفونی کننده به روش صحیح تهیه شده و در دسترس است
- ✓ البسه و وسایل تمیز در جایگاه تمیز و البسه و وسایل کثیف در جایگاه کثیف نگهداری می شوند

س ۹- بیمار و یا همراه از پیگیری مشکلات درمانی و پاسخگویی به موقع رضایت دارد :

برای درک میزان رضایتمندی بیمار و یا همراه از پیگیری مشکلات درمانی و پاسخگویی به موقع می بایست او را مورد مشاهده قرار داد یا از او سوالاتی در این زمینه پرسید که بازخورد مثبت، بیمار میزان عملکرد بخش از خدمات پرستاری را می سنجد:

- ۱- حفظ حریم خصوصی و پوشش بیمار رعایت شده است
- ۲- بیمار در زمان بستری راهنمایی های لازمه را دریافت کرده است
- ۳- بیمار پزشک و پرستار خود را می شناسد
- ۴- بیمار از حضور بموقع پزشک راضی می باشد
- ۵- دستورات دارویی بیمار در زمان مناسب داده شده است
- ۶- نحوه برخورد کارکنان با بیمار رضایت بخش بوده است
- ۷- برای انجام فرایض دینی امکانات لازمه مهیا شده است
- ۸- بیمار از کیفیت غذای بیمارستان راضی می باشد.
- ۹- بیمار از نظافت و بهداشت اتاق راضی می باشد
- ۱۰- به شکایات بیمار در اسرع وقت رسیدگی می شود

س ۱۰- دفتر گزارش بخش بر اساس دستورالعمل (ثبت گزارش در مورد وضعیت بالینی بیمار و گزارش دهی در زمان تحویل و تحول بر بالین بیمار و...) نوشته میشود؟

- ✓ دفتر گزارش بخش در مورد وضعیت بالینی بیمار و گزارش دهی با خط خوش و خوانا باشد.
- ✓ انتقال اطلاعات در بالین بیمار با حفظ اصل محرمانگی و حریم خصوصی بیمار انجام می شود و گزارش پیگیری ها به صورت شفاهی ارائه می شود
- ۱- کلیه پرسنل هر دو شیفت در زمان تحویل و تحول حضور دارند.
- ۲- برخی گزارشات محرمانه در ایستگاه و مابقی در بالین بیمار صورت میگیرد
- ۳- ترالی اورژانس و وسایل و تجهیزات بخش توسط مسئول شیفت در ابتدای شیفت کنترل میشود
- ۴- در تحویل بالینی اتصالات، درن ها و تجهیزات متصل به بیمار از نظر صحت کارکرد و... بررسی و تحویل گرفته میشود
- ۵- خلاصه پذیرش بیماران جدید (علت بستری، سن، سوابق، اقدامات انجام شده و قابل پیگیری - نام پزشک و...) ارائه میشود
- ۶- در حین تحویل شیفت بیمار بد حال بطور ویژه (زخم بستر، عفونت ..) بررسی و تحویل داده می شود
- ۷- لیستی از پزشکان آنکال و بیماران آماده اعمالی مانند سونوگرافی، عمل، آندوسکوپی و... وجود دارد.

س ۱۱- سرپرستاران عملکرد پرستاران در بخش را در زمینه ارزیابی اولیه پرستاری و روش ثبت صحیح اقدامات مراقبتهای پرستاری، پایش و کنترل نموده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را برای بهبود عملکرد آنان تدوین و اجراء مینمایند.

دفتر مخصوص ارزیابی عملکرد پرستاران توسط سرپرستار که در بخش موجود است از نظر ارزیابی عملکرد پرستاران در زمینه ارزیابی اولیه پرستاری و روش ثبت صحیح اقدامات مراقبتهای پرستاری بررسی و کنترل می شود ، بصورت زیر بررسی و پایش گردد.

دفتر ارزیابی عملکرد بخش شامل در زمینه :

- ۱- ثبت صحیح اقدامات مراقبتهای پرستاری
 - ✓ سرپرستار چک لیست روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری را برای پرستاران به صورت ماهیانه تکمیل نموده است
 - ✓ سرپرستار بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی روش ثبت صحیح مراقبت های پرستاری نقاط قابل بهبود را استخراج نموده است
 - ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران برای نقاط قابل بهبود ، مداخلات اصلاحی تعیین نموده است

- ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را انجام داده است
- ✓ سرپرستار اثر بخشی ارزیابی و مداخلات اصلاحی را بررسی کرده است

۲- ارزیابی اولیه پرستاری

- ✓ سرپرستار چک لیست ارزیابی اولیه بیمار را برای پرستاران به صورت ماهیانه تکمیل نموده است
- ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران برای نقاط قابل بهبود ، مداخلات اصلاحی تعیین نموده است
- ✓ سرپرستار با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی را انجام داده است
- ✓ سرپرستار اثر بخشی ارزیابی و مداخلات اصلاحی را بررسی کرده است

س۱۲- کارکنان مرتبط از روش اجرایی حفظ محرمانگی (تشخیص و سایر اطلاعات درمانی) و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران " آگاهی دارند و به آن عمل مینمایند.

- ✓ افراد مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران:



- ✓ (حفظ محرمانگی) در تابلوی بالای سر تخت بیمار به دو دلیل نام و نام خانوادگی بیمار نوشته نمی شود:

۱- با توجه به این مهم که شناسایی بیمار حتما باید به روش فعال صورت پذیرد (سؤال کردن از بیمار/تطبیق مشخصات با دستبند شناسایی) لذا استفاده از تابلوی بالای سر بیمار جز به مخاطره افکندن ایمنی بیمار نتیجه ای نخواهد داشت.

۲- به منظور حفظ اصل محرمانه بودن اطلاعات مربوط به بیمار، ثبت نام و نام خانوادگی بیمار و تشخیص بیماری نباید در تابلوی بالای سر بیمار انجام پذیرد.

- ۳- در استاندارد خارجی این نکته اشاره شده که اگر بیمار دوست دارد با اسم خاصی مخاطب قرار گیرد این اسم خاص (Nickname) را می توان در تابلوی بالای سر بیمار نوشت.
- ۴- ثبت نام و نام خانوادگی بیمار بر روی برگ علایم حیاتی/جذب و دفع و الصاق به چارت کنار تخت بیمار منعی ندارد اما باید از یک برگه که می تواند حاوی مشخصات بیمارستان باشد باید به عنوان صفحه اول/کاور استفاده شود.
- ۵- ثبت نام و نام خانوادگی بیمار بر روی چارت فلزی حاوی اوراق پرونده بیمار منعی ندارد.
- ۶- نوشتن نام بیماران به همراه نام پزشک معالج بر روی یک تابلو که به منظور تسهیل ویزیت بیماران صورت می پذیرد و قرار دادن آن در منطقه ای که فقط کارکنان به آن دسترسی دارند مانند اتاق کار، منعی ندارد ولی این تابلو نباید در مکان های عمومی مانند راهرو بخش نصب شود.
- ۷- در تابلو مشخصات بالای سر بیمار نام پزشک و پرستار مربوطه نوشته می شود.

س۱۳- شرایط استفاده از تلفن همراه ابلاغ شده و کارکنان از شرایط استفاده از تلفن همراه در بخشها / واحدها آگاهی دارند:

استفاده از تلفن همراه در موارد زیر ممنوعیت مطلق دارد:

- 1- در داخل اتاق های عمل -اتاق ریکاوری
- 2- داخل بخش های مراقبتهای ویژه آی س یو(بزرگسال ،نوزادان ،کودکان)
- 3- در اورژانس (اتاق عمل سرپایی اتاق احیا و غیره)
- 4- به همراه داشتن گوشی تلفن در تمامی بخشها در حین دارو دهی و پذیرش بیمار
- 5- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی در زمان شیفت موظفی
- 6- ایستگاه پرستاری - اتاق درمان - در حین انجام اقدامات مراقبتهای تبصره : کارکنان در مواقع ضروری میتوانند با تعیین جانشین بصورت محدود در اتاق استراحت از تلفن همراه استفاده نمایند (مسئولیت نظارت و پاسخ گویی ، گزارش دهی موارد تخلف بر عهده مسئولین بخشها و واحدها ومسئول شیفت و سوپروایزرهای بالینی میباشد)

س۱۴- امکانات لازم شامل قبله نما، ترالی تیمم، امکانات برگزاری نماز در اتاق بستری وجود دارد و اطلاع رسانی به بیماران جهت انجام فرایض دینی انجام میشود :

جهت قبله در هر اتاق مشخص شده باشد.باکس معنوی و جهت نما ، چادر نماز... دربخش باشد و بیماران و کارکنان از آن اطلاع داشته باشند.

حیطه دوم: بیمار محوری و ایمنی بیمار

س۱- سرپرستار و پرسنل در خصوص راه حلهای 9 گانه ایمنی بیمار آگاهی دارند؟:

۹راه حل ایمنی بیمار:

- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲- شناسایی صحیح بیمار
- ۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

- ۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
 ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
 ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
 ۸- استفاده یکبارمصرف از وسایل تزریقات
 ۹- بهبود بهداشت دست

۹ راه حل ایمنی بیمار را بر چک لیست زیر کنترل و رعایت شود

توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی	
۱	داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در باکسها و قفسه های جداگانه با برچسب زرد رنگ چیدمان میشود.
۲	در خصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک حتماً نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده است.
۳	فرایند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کاردکس در با لین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و ... رعایت میشود
۴	قبل از اجرای فرایند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب شود.
۵	هنگام دارو دادن، حتماً نام بیمار و نام خانوادگی و تاریخ تولد و در موارد تشابه اسمی نام پدر از بیمار پرسیده و با دستبند بیمار مطابقت داده می شود
۶	هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار ا با کاردکس مطابقت داده میشود.
۷	هنگام آماده کردن دارو به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه میشود.
۸	هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو و ... مجدداً با کاردکس مطابقت داده میشود.
۹	آیا پرستار به محض برداشتن دارو بدون اتکاء به تشخیص دیداری یا مکان دارو یا شکل دارو مجدد نام دارو را خوانده و اطمینان از داروی صحیح می نماید
۱۰	آیا لیست داروهای مشابه بازبینی شده و تایید شده کمیته دارو و درمان بر دیوار اتاق تریتمنت نصب می باشد
۱۱	لیست آموزش پرسنل در مورد داروهای مشابه و داروهای که با اشکال دارویی جدید وارد بخش می شود به صورت ماهیانه
۱۲	آیا داروهای توالی که هم مشابه و هم هشدار بالا می باشند برچسب قرمز دارند
۱۳	آیا الکترولیت ها با غلظت بالا با اشکال مشابه هرگز در استوک پرستاری قرار نمی گیرد
توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا	
۱	استفاده از دستبند شناسایی توسط بیماران از مسؤلیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد
۲	این دستبندها در بدو پذیرش بیماران، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش، نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ بستری، تشخیص، نام بخش، نام پزشک

	صادر می شود.
۳	پرستار بخش در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک می نماید.
۴	جهت کاهش خطا، مشخصات روی دستبند به صورت خوانا و واضح می باشد و در صورت خدشه دار شدن نوشته ها پرستار مجدداً دستبند شناسایی بیمار را از پذیرش درخواست می نماید.
۵	در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارزیابی یک خدمت درمانی، تشخیصی یا مراقبتی دستبند را از مچ یک بیمار باز نمودند، سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن دستبند بر مچ بیمار اقدام می نماید، دستبند بر روی میز، ترائی یا تخت بیمار بسته نمی شود.
۶	سرپرستار بخش در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف، نسبت به وجود دستبند و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل می کند.
۷	سوپروایزر شیفت در گردش در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود دستبند و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل می کند.
۸	هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسؤل بخش در شیفت‌های عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل می کند
۹	در برگه آموزشی به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود دستبند و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده میشود.
۱۰	هیچگاه از شماره اطاق و تخت بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نمی شود.
۱۱	پس از بستری شدن بیمار در بخش، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، نام پدر بیماران قید می گردد.
۱۲	دستبند ها به نحوی بسته می شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.
۱۳	در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجرهای درمانی و تشخیصی، وجود دستبند بر روی دست غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.
۱۴	پرسنل محترم آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی و تغذیه در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات، مشخصات بیمار فوق را با دستبند تطبیق داده و اطمینان حاصل می باشد.
۱۵	پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات دستبند می باشند.
۱۶	کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار حاوی مشخصات: ن نام پزشک معالج و نام پرستار و شماره تخت می باشد.
۱۷	بیماران دارای آلرژی دستبند قرمز دارند
۱۸	آیا در بیماران مستعد سقوط یا ابتلا به زخم بستر یا ترومبو آمبولی وریدی رنگ دستبند زرد می باشد

۱۹	آیا در بیماران بیهوش یا در نوزادان به هنگام تزریق خون مشخصات دستبند با مشخصات پرونده بیمار مطابقت داده می شود
۲۰	آیا پرستار قبل از تزریق خون از بیمار نام و نام خانوادگی و نام پدر را می پرسد و با دستبند شناسایی مطابقت می دهد
۲۱	آیا برچسب نمونه ها بعد از گرفتن نمونه از بیمار قبل از ترک بالین بیمار صورت می گیرد
۲۲	آیا برچسب نمونه ها بر جداره لوله یا ظرف نمونه گیری چسبانده می شود
ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار	
۱	ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیماران بد حال و فوت شده یک ارتباط صحیح میباشد.
۲	ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود، در بخش اجرا می شود.
۳	ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است که می بایست در بخش اجرا شود.
۴	برقراری ارتباط صحیح، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هرچه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می شود.
۵	گروههای مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل: نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل پذیرش، پرسنل تریاژ، پرسنل فوریت، تحت نظر اورژانس، پزشک اسکرین، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و .. است بطور صحیح انجام میشود.
۶	آیا زمان تحویل بیماران معین و ثابت است
۷	آیا فرایند تحویل در بالین بیماران صورت می گیرد
۸	آیا اطلاعات تبادل شده در تحویل بیماران ثبت می شود
۹	آیا تحویل با حضور کلیه کادر بالینی صورت می گیرد
۱۰	آیا اطلاعات در باره وضعیت ، داروها ، برنامه درمان و هرگونه تغییر مهم شرایط بیمار به هنگام تحویل بیمار ارائه می شود
اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات	
۱	برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک اینترن و رزیدنت مربوطه بطور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.
۲	می بایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده در محل مناسب و قابل رویت پرستاران نصب گردد.
۳	در صورت نیاز به انتقال به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست بطور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد
۴	آیا در زمان ترخیص انجام تلفیق و مدیریت دارویی برای بیمار انجام می شود

	اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۱	هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله‌ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:
۲	بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کتترها، سوندها و لوله‌ها
۳	بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات
۴	کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی
۵	بررسی out put ادراری و یورین بگ بیمار
۶	بررسی لوله تراشه و NGT از جنبه قرار گیری در محل خود
۷	کنترل تاریخ فیکس اتصالات
۸	اطمینان از اتصال صحیح اتصالات قبل از هر تجویز
۹	آیا مسیر راه وریدی در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی در جهت ندان تحتانی ثابت می شود .
۱۰	آیا پرستار مسئول بیمار به بیمار و همراهش آموزش داده اند که به اتصالات دست نزنند و از تنظیم سرم ها خودداری نمایند و در صورت لزوم از پرستار کمک بگیرند
۱۱	آیا کاتتر های کاتتر های شریانی و اپیدورال و اینتراتکال پرخطر مانند برچسب گذاری شده اند
۱۲	آیا از اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نمی شود
۱۳	آیا برای کاتتر های شریانی و اپیدورال و اینتراتکال پورت تزریق قرار نداده اند و پرسنل از ممنوعیت آن آگاه هستند
انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار	
۱	محل عمل به درستی طبق دستور پزشک مشخص می شود.
۲	محل عمل با پرونده بیمار، ابراز خود بیمار، شرح حال بیمار و تشخیص های پرستاری صحه گذاشته می شود.
۳	در صورت امکان محل عمل علامت گذاری می شود.
۴	محل عمل قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار مسؤل بازبینی و صحه گذاری می شود.
۵	علامت گذاری محل جراحی انجام می شود فرایند تأیید پیش از عمل چک می شود.
۶	یک زمان استراحت(یک وقفه، درست پیش از اجرای جراحی یا روش دیگر در زمانی که هرگونه پرسش و پاسخ داده نشد یا سردرگمی در مورد بیمار، روش، محل عمل، توسط تیم جراحی یا اجرای روش رفع می شود) که فوراً پیش از شروع یک روش منظور می شود.
۷	تأیید محل عمل، روش عمل و شناسایی صحیح بیمار صورت می گیرد.

۸	از این که تمام مدارک، تصویرها و تحقیقات مرتبط در دسترس هستند، به صورت مناسب برچسب زده شده اند و در معرض دید قرار دارند، اطمینان حاصل می شود.
کنترل غلظت محلول های الکترولیت و داروهای هشدار بالا	
۱	حتی الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نمی شود.
۲	داروهای هشدار بالا تمامی آنها در کمند یا جایگاهی جدا از سایر داروها می باشد
۳	کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا می شود.
۴	مراحل چک داروهای هشدار بالا در دستور پزشک، توسط دو کارشناس پرستاری مستقل از هم انجام می شود
۵	نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار میگیرد.
۶	علایم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت می گردد.
۷	دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس می باشد.
۸	در صورت تشابه شکلی با اتیکت قرمز از هم جدا می شود.
۹	ویال کلرید پتاسیم /فسفات پتاسیم را دور از سایر داروها در جایگاه مجزایی نگه می دارند
۱۰	آیا تمامی داروهای هشدار بالا با استفاده از پمپ وریدی تزریق می شود
۱۱	آیا در یخچال انسولین ها با اتیکت قرمز و هشدار بالا به تفکیک نوع آن در باکس های مشخص قرار داده شده
۱۲	آیا کلیه داروهای هشدار بالا با اتیکت قرمز برچسب گذاری شده اند
۱۳	آیا لیست داروهای هشدار بالا در دسترس می باشد و پرسنل از آن آگاهی دارند
استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات	
۱	از وسایل استریل استفاده می شود.
۲	برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده می شود.
۳	از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده می شود.
۴	از آلودگی وسایل (سرنگ، سرسوزن و ویالها) پیشگیری می شود.
۵	روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق آماده می باشد.
۶	حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده می شود.
۷	در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده می شود.

۸	هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت می شود.
۹	قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع می شود.
۱۰	توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار داده می شود.
۱۱	در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، به نحوه صحیح دفع می شود.
۱۲	قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضدعفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری می باشد.
۱۳	از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب می شود.
۱۴	نیازی به ضدعفونی کردن سر ویال(جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل ۷۰ درجه تازه استفاده می شود. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نمی شود.
۱۵	از کاربرد ماده ضدعفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب شود.
۱۶	قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتماً پوست شسته می شود.
۱۷	سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک می شود و تاریخ انقضاء آن مورد توجه قرار می گیرد.
۱۸	اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست بکار می رود.
بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی	
۱	در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران دستها شسته یا هند راب می شود.
۲	قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان، و افراد دچار سرکوب شدگی سیستم ایمنی دستها شسته می شود.
۳	قبل از انجام اقدامات تهاجمی دستها اسکراب جراحی می شود.
۴	بعد از دست زدن به اشیا یا به احتمالی آلودگی آنها با میکروبهای بیماری زا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروبهایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتریهای مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک دست ها شسته می شود.
۵	قبل و بعد از تماس با زخم دست ها شسته می شود.
۶	پس از در آوردن دستکش ها از دست، دست ها شسته یا هندراب می شود.
روش های رعایت بهداشت دست بر اساس دستورالعمل وزارتخانه	

۱	بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را به هم می مالیم.
۲	ابتدا دستها را با آب مرطوب می شود سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها بهم مالیده شده بنحوی که کلیه سطوح دستها پوشانده شود.
۳	با استفاده از حرکات چرخشی، کف دستان و بین انگشتان به نحو صحیح شسته می شود.
۴	دستها کاملاً آبکشی می شوند.
۵	با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها کاملاً خشک می شوند.
۶	با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب بسته می شود و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص لاندری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال می اندازند.
۷	دستشویی ها مجهز به صابون مایع ، سطل پدال دار و پروتکل شستشوی دست می باشد
۸	دستشویی پرسنل مجهز به حوله ی کاغذی می باشد
۹	پرسنل ۵ موقعیت اصلی شستشوی دست را رعایت می کنند
۱۰	دستکش جراحی و معاینه به میزان کافی در بخش موجود است
۱۱	پرسنل در هنگام تماس با خون و ترشحات بیمار دستکش می پوشند
۱۲	عینک و محافظ صورت به میزان کافی در بخش موجود است
۱۳	پرسنل در مواقعی که احتمال پاشیده شدن خون و سایر مایعات وجود دارد از عینک و محافظ صورت استفاده می کنند
۱۴	گان به میزان کافی در بخش موجود است
۱۵	پرسنل در مواقعی که احتمال پاشیدن خون و سایر ترشحات و آلوده شدن لباسها وجود دارد از گان استفاده می کنند
۱۶	سیفتی باکس به میزان کافی در بخش موجود است
۱۷	سر سوزنها و وسایل نوک تیز در سیفتی باکس جمع آوری می شود
۱۸	پرسنل از درپوش گذاری مجدد سر سوزن با دو دست خودداری می نمایند
۱۹	پروتکل نیدل استیک جهت رویت پرسنل در محل مناسب نصب شده است
۲۰	پرسنل اقدامات لازم در مورد فرو رفتن سر سوزن در دست را توضیح می دهند (۱)
۲۱	پرسنل اقدامات لازم در مورد پاشیده شدن خون و ترشحات بیمار به چشم را توضیح می دهند (۲)

۲۲	پرسنل اقدامات لازم در مورد پاشیده شدن خون و ترشحات به بینی و دهان را توضیح می دهند (۳)
۲۳	پرسنل بر اساس استانداردها احتیاطات ایزولاسیون را رعایت می کنند
۲۴	پرسنل آموزش متناسب با نوع ایزوله را به بیماران می دهند
۲۶	پرسنل از محلول ضد عفونی دست راضی میباشند

س ۲- آیا خطاهای پزشکی گزارش میشود؟ (آگاهی از دستورالعمل مربوطه، فرم گزارش خطا، نتایج آن آنالیز و پرسنل از آن آگاهی دارند)؟

فرایند گزارش دهی خطا در بیمارستان:

- ✓ گزارش دهی خطا توسط مسئول بخش یا پرسنل از طریق ارسال فرم کاغذی خطا/تماس تلفنی یا ارسال نامه از طریق کارتابل به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/سیستم الکترونیک گزارش خطا و یا اطلاع رسانی حضوری
- ✓ وارد نمودن خطاها در فایل اکسل مربوطه
- ✓ در صورت نیاز به اقدام فوری، سریعاً مداخله انجام می گیرد
- ✓ دسته بندی و بررسی خطاهای سیستمیک و فرایندی به صورت ماهیانه
- ✓ بررسی نتایج جمع بندی خطا در کمیته ایمنی بیمار و خطا به صورت ماهیانه
- ✓ ارسال نتایج به صورت فصلی به بخشها ریاست بیمارستان

س ۳- بیماران دستبند شناسایی دارند و جهت شناسایی بیمار طبق خط مشی مرکز عمل میشود؟ (پرسنل از رنگ بندی دستبند ها اطلاع دارند) :

۱- اصول عمومی شناسایی صحیح بیماران

- ✓ نصب دستبند شناسایی برای تمام بیماران بلافاصله بعد از ورود به اورژانس و بخش (دستبند شناسایی بیمار لازم است بر دست غیر غالب بسته شود).
- ✓ آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران و تعیین حداقل دو شناسه معین براساس دستورالعمل و استفاده از دستبند شناسایی برای شناسایی صحیح بیماران (از بیمار خواسته شود نام و نام خانوادگی و نام پدر را بیان و با دستبند تطبیق داده شود
- ✓ سیستم کد رنگ بندی در بیمارانی که دارای آلرژی هستند دستبند به رنگ قرمز ، و در بیمارانی در معرض خطر دستبند به رنگ زرد می باشد.
- ✓ تکمیل نمودن تابلو های شناسایی بالای تخت بیماران بصورت روزانه و ملزم نمودن چک آن توسط تحویل گیرنده
- ✓ بر جلد پرونده بیمار با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت احتیاط بیمار با تشابه اسمی "فید گرد در تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار در بخش، شناسه بعدی نام پدر می باشد
- ✓ ثبت مشخصات بیمار بر روی تابلو شناسایی بالای تخت بیمار به صورت روزانه (نام پزشک ، پرستار مسئول)
- ✓ تاکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.
- ✓ در صورت بیمار کودک ، معلول ذهنی و ... باشد با پریش از والدین و بستگان درجه یک شناسایی و تطبیق شود.

- ✓ شناسایی بیمار از طریق دستبند شناسایی قبل از انجام هر پروسیجرمواقع دارودهی ، ترانسفوزیون خون ، انجام نمونه گیری و.....) تطبیق بیمار با دستبند شناسایی به ترتیب : ۱- نام و نام خانوادگی، ۲- نام پدر ، ۳- تاریخ تولد، ۴- شماره پرونده)
- ✓ نام بیمارستان در انتقال بین بیمارستانی و نام بخش در شناسه های نمونه های ارسالی به واحدهای پاراکلینیک اجباری است.. (در هنگام ترخیص دستبند شناسایی تحویل بخش و امحاء گردد). در صورتی که دستبند آسیب و یا مفقود شود بایستی سریعاً با پیگیری سرپرستار/منشی از طریق پذیرش جایگزین
- ✓ برای بیماران مجهول الهویه ، شناسه های مورد نیاز بیمار شامل: شماره پرونده، نام بخش ، تاریخ و شیفت پذیرش و نام بیمارستان در موارد انتقال بین بیمارستانی لازم است

۲- فرایند شناسایی صحیح بیماران قبل از عمل جراحی

- ۱) دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل، ضروریست یکی از اعضای تیم جراحی طبق وظایف محوله از بیمار درخواست نماید که نام، نام خانوادگی، موضع عمل، نوع اقدام جراحی را به طور کلامی بیان و با تطبیق آنها با پرونده و دستبند شناسایی، بیمار صحیح را شناسایی نماید.
- ۲) در اتاق عمل و قبل از شروع پروسیجر / عمل جراحی، در صورتی که بیمار هوشیار است:
 - از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی، نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده، موضع عمل خود را به زبان آورد. جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار، مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی و پرونده وی را با هم و با خوداظهاری او تطبیق دهید.
 - نوع اقدام جراحی برنامه ریزی شده و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت آگاهانه بیمار و چارت عمل را با خود اظهاری وی تطبیق دهید.

۳- در تطابق خون / فراورده های خونی ضروری است حداقل موارد زیر با پرونده / دستبند شناسایی یا بیمار مورد بررسی قرار گیرند

- نام و نام خانوادگی بیمار به صورت کامل
- نام پدر بیمار
- تاریخ تولد به روز ماه و سال
- شماره پرونده
- شماره خون / فراورده خونی
- فرایند شناسایی صحیح بیماران در آزمایشگاه

۴- فرایند شناسایی صحیح نوزادان

- ۱) بر روی دستبند شناسایی زائو درج حداقل شناسه های زیر ضروری است:

(نام و نام خانوادگی (نام پدر در مورد اسامی مشابه)، تاریخ تولد(به روز، ماه و سال) ، شماره پرونده)
- ۲) در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو دستبند تهیه کرده و پس از چک مجدد با مشخصات مادر به مچ پاهای وی ببندید.
- ۳) نوشتن موارد ذیل بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامی است:

ساعت تولد، نام و نام خانوادگی مادر (نام پدر در مورد اسامی مشابه) ، جنسیت نوزاد ، جنسیت نوزاد ، تاریخ تولد نوزاد به روز، ماه و سال ، شماره پرونده مادر

۴) در صورتیکه نوزاد دو قلو یا سه قلو است بر روی دسبند شناسایی قید شود.

۵) دستبندهای شناسایی نوزادان بایستی در طی هر شیفت بررسی شود. در صورتیکه فقط یکی از دستبندهای نوزاد مفقود گردد، برای نوزاد دستبند جدید تهیه کرده و به مچ پای او ببندید.

۶) در صورتیکه هر دو دستبند شناسایی نوزاد مفقود شود، کلیه دستبندهای شناسایی نوزادان بستری در بخش را چک کرده و در صورتیکه مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردید، برای نوزاد دستبند جدید تهیه کنید.

۷) در هنگام انجام اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل آنان به خانواده به دستبند شناسایی آنها توجه نمایید.

س۴- کارکنان از نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با (شکل، نام و تلفظ مشابه) و شناسایی داروهای پرخطر براساس ۹ راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی آگاهی دارند؟

اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه:

- ✓ دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا" لازم است کنترل شده و ممنوعیت دارند.
- ✓ در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی، لازم است محدود شود.
- ✓ آماده سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
- ✓ ویال کلرید پتاسیم / فسفات پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه دارید.
- ✓ در کلیه موارد جهت تجویز محلول های الکترولیت با غلظت بالا (مشمول بر سالین هیپر تونیک 3% و 5%) و کلرید سدیم ۱۴/۶٪/ کلرید پتاسیم (mEq/ml2) فسفات پتاسیم، سولفات منیزیم و کلرید کلسیم از چک دو گانه (توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر) استفاده نمائید.
- ✓ دستور پزشک را چک دوگانه تأیید نمائید تا دستور دوز صحیح دارو تأیید شود.
- ✓ در تالی اورژانس با زدن برچسب قرمز رنگ "داروهای با هشدار بالا" با فونت ۱۰ توجه کاربران را به خطر بالقوه این داروها جلب نمائید.
- ✓ برچسب داروهای با هشدار بالا به رنگ قرمز است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی قرار گیرد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.
- ✓ پوستر داروهای با هشدار بالا برای کلیه بخش ها تهیه شده و در معرض دید کارکنان جهت آگاهی و اطلاع از این داروها قرار گرفته است.
- ✓ قفسه جداگانه برای داروهای پرخطر در هر بخش وجود داشته باشد و دفتر تحویل و تحول حین شیفت برای این قفسه در نظر گرفته شود.
- ✓ برای کلیه داروهای با هشدار بالا چک دوگانه توسط دو پرستار، رعایت گردد.
- ✓ الکترولیت های با غلظت بالا را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده نام و دوز دارو را (با فونت ۱۰ در بخش ها و فونت ۴۸ در انبار دارویی که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
- ✓ KCL را در تمامی انبار های دارویی و تالی اورژانس به لحاظ فیزیکی از سایر داروها و الکترولیت های با غلظت بالا تفکیک کرده و در سبد های قرمز متناسب نگهداری نموده و نام و دوز دارو را با فونت (با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی آن نصب کنید.
- ✓ در بخش های ویژه الکترولیت های با غلظت بالا موجود در بالین و یونیت بیمار را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده و تجویز آنها را با روش چک مستقل دو گانه انجام دهید.

- ✓ جعبه محتوی ویال ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در توالی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری نمایید. عبارت "داروی مشابه" بر روی ویالها و جعبه های دارویدر توالی اورژانس و یا استوک دارویی (در صورت موجود بودن) با فونت ۱۰ الزامی است.
- ✓ کادر مرتبط با بیمار بایستی از قانون (۸ رایت) اطلاع داشته و آن را در مراحل درمانی کاملاً رعایت نمایند.
- ✓ بر ارائه خدمت کادر حرفه ای جدیدالورود در حین ارائه خدمات دارویی نظارت کنید.
- ✓ در صورتی که داروی جدید مشابه وارد داروخانه شود، مسئول فنی داروخانه سریعاً به بخش ها اطلاع رسانی و یادآوری نماید.
- ✓ کارکنان از لحاظ اخلاقی موظف می باشند، خطاهای دارویی یا وقایع نزدیک به خطا را گزارش نمایند.

س ۵- روش اجرایی "مدیریت خطاهای دارویی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند؟

مدیریت خطای دارویی: گزارش، ثبت، تحلیل و طراحی مناسب مداخله ای جهت اصلاح و پیشگیری از بروز خطاهای دارویی. خطای دارویی: هر گونه رویداد قابل جلوگیری که ممکن است باعث استفاده نامناسب از دارو یا به خطر انداختن سلامت بیمار شود.

شیوه انجام کار:

- ✓ توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی.
- ✓ فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کاردکس دارویی دربالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و... رعایت می گردد.
- ✓ قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب می شود.
- ✓ هنگام دارو دادن، بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).
- ✓ هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کاردکس دارویی مطابقت می دهد.
- ✓ هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه می شود.
- ✓ هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو، و... مجدداً با کاردکس دارویی مطابقت داده می شود.
- ✓ کنترل غلظت محلول های الکترولیت.
- ✓ تا حد ممکن داروهای باغلظت بالا دربخش نگهداری نمیشود.
- ✓ داروهای موردنظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا می شود.
- ✓ کلیه داروهای یادشده با اتیکت قرمز جدا می شود.
- ✓ هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک می شود.
- ✓ نحوه مصرف ورقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار می گیرد.
- ✓ علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت می گردد.

- ✓ دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز مورد نظر بیمار طبق دستوربزشک در دسترس می باشد.
- ✓ در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا می شود.
- ✓ برای کلیه داروهای با هشدار بالاچک دوگانه توسط دو پرستار، رعایت گردد.
- ✓ رعایت موارد بالا در راستای حفظ ایمنی بیماران الزامی است.
- ✓ بر ارائه خدمت کادر حرفه ای جدیدالورود در حین ارائه خدمات دارویی نظارت کنید.

س ۶- قبل از انجام اقدامات تهاجمی از بیمار رضایت آگاهانه اخذ میشود؟ (لیست اقدامات تهاجمی رویت میشود)؟

رضایت در لغت به معنی خشنودی، اجازه و رخصت آمده است. در رضایت آگاهانه وجود ۵ شرط الزامی است که شامل ارائه اطلاعات به بیمار، درک بیمار از اطلاعات، صلاحیت تصمیم گیری، رضایت نامه صریح یا ضمنی و داوطلبانه بودن رضایت می باشد. به رضایت بیمار یا ولی قانونی جهت اقدامات تشخیصی یا درمانی، **رضایت آگاهانه** گفته می شود. رضایت آگاهانه باید در موارد ذیل اخذ گردد:

- ۱- تمامی اعمال جراحی
 - ۲- بیهوشی و آرام بخشی در حد sedation متوسط تا عمیق
 - ۳- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و مواردی مانند شوک درمانی (ECT)، پرتودرمانی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی و...
 - ۴- تحقیقات
- استفاده از خو و فرآورده های خونی
- ✓ در بخش یک لیست مشخص از اقدامات و درمان هایی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ می گردد.
 - ✓ پزشک قبل از انجام هرگونه اعمال جراحی، اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی به کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار و بیمار برگه رضایت نامه را امضا کند. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی معادل ۳۰ روز می باشد.
 - ✓ رضایت اخذشده، همراه با تاریخ، ساعت، امضا، اثر انگشت گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی بوده در پرونده گیرنده خدمت درج می گردد.
 - ✓ اخذ رضایت از بیماران در وضعیت تهدید کننده زندگی و اختلالات هوشیاری لازم نیست.
 - ✓ گذاشتن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذشتن NG و تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
 - ✓ در بیماران خاص هستند (شیمی درمانی، ترانسفوزیون، پلاسمافروز، دیالیز صافی و...) فقط یکبار در ابتدا دوره درمان کفایت و به مدت یکسال اعتبار دارد.

س ۷- کارکنان از اصول صحیح دارو دهی و دارو دهی با رعایت 8 Rights آگاهی دارند؟

- ✓ ۱- بیمار صحیح: هنگام دارو دادن، حتما " بیمار را با نام و نام خانوادگی " مخاطب قرار دهید و تطبیق مشخصات بیمار با کارت دارویی
- ✓ ۲- داروی صحیح: هنگام آماده کردن داروها، به دوز و شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود (توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و ...)
- ✓ ۳- راه مصرف صحیح: تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار

- ✓ ۴- زمان صحیح: هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود
- ✓ ۵- دوز مصرف صحیح: دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز موردنظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد.
- ✓ ۶- ثبت صحیح
- ✓ ۷- تجویز صحیح: هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود
- ✓ ۸- پاسخ مناسب به دارو

س ۸- فرایند محاسبه و اجرای داروهای پرخطر توسط دو پرستار انجام و ثبت میشود؟

- فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر (لیست داروهای پرخطر که بایستی توسط دو پرستار داده شده در پرونده ثبت، مهر و امضاء گردد).
- ۱- کلرید پتاسیم ۲- سولفات منیزیم ۳- بیکربنات سدیم ۴- گلوکونات کلسیم ۵- هایپرسالین ۶- لیدوکائین ۷- اتروپین ۸- ابی نفرین ۹- هیپارین سدیم ۱۰- رتپلاز ۱۱- هالوپریدول ۱۲- پروپرانولول

س ۹- دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایشها براساس اجماع نظر متخصصین رشته های تخصصی بیمارستان شناسایی و در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند؟

تعریف: محدوده بحران به محدوده ای از نتایج حاصل از انجام آزمایش اطلاق میشود که برای بیمار خطر حیاتی دارد و باید سریعا به پزشک معالج اطلاع داده شود

روش اجرایی:

- دستورالعملی که در آن مقادیر بحرانی برای هر بخش مشخص شده در آزمایشگاه و بخشها وجود دارد .
- این دستورالعمل در همه شیفتهای کاری در دسترس کارکنان قرار دارد
- کارکنان فنی از این مقادیر آگاهی داشته و در برخورد با این موارد این گونه عمل خواهند کرد:
- ✓ تکرار مجدد آزمایش با نمونه موجود
- ✓ در صورت امکان اخذ نمونهی جدید از بخش و تکرار آزمایش
- ✓ مقایسه نتایج با جدول مقادیر بحرانی
- ✓ اطلاع سریع به مسئول تعیین شده در برخورد با موارد بحرانی (مسئول فنی یا فرد معرفی شده از طرف وی ((سوپروایزر))
- ✓ اطلاع به بخش و پزشک مربوطه (حداکثر ظرف مدت ۱۵ دقیقه). به صورت تلفنی
- ✓ در هنگام تماس تلفنی باید نام پرسنل آزمایشگاه ، نام فردی که به وی اطلاع داده شده و ساعت و تاریخ ثبت شود .
- ✓ در هنگام تماس تلفنی باید نام و مشخصات بیمار دوباره با فردی که به وی اطلاع می دهد چک شود تا از اشتباهات احتمالی جلوگیری به عمل آید
- ✓ پر کردن فرم های طراحی شده مخصوص برخورد با موارد بحرانی و ثبت مستندات

س ۱۰- نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص اعلام میشود. و کارکنان از دستورالعمل مرتبط آگاهی دارند؟

تعریف: تست های معوقه آن دسته از نتایج پاراکلینیکی می باشد که تا زمان بستری بودن بیمار در بیمارستان آماده نشده و لازم است بیمار و خانواده بیمار پس از ترخیص نتایج آن را پیگیری و به پزشک معالج ارائه نمایند. که باید تمامی بخشها برابر دستورالعمل تدوین شده اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیکی (به بیماران / همراه او بعد از ترخیص) عمل نمایند و کارکنان از آن آگاهی داشته باشند.

س ۱۱- (آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیمار) آیا پرسنل قبل از انجام هر پروسیجر، بیمار را با حداقل دو شناسه (نام و نام خانوادگی و نام پدر) شناسایی می

نمایند؟ جواب این سوال رجوع شود به سوال ۳ حیطه بیمار محوری و ایمنی بیمار

س ۱۲- ارزیابی وضعیت تغذیه بیماران و غربال آنها از نظر نیاز به رژیم غذایی خاص ، با نظارت کارشناس تغذیه و پرستار و براساس رژیم غذایی صحیح تنظیم شده و درخواست میشود؟

- ✓ انجام ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران در ارزیابی اولیه پرستاری، (ارزیابی اولیه پرستاری در محدوده زمانی تعیین شده انجام شده است)
- ✓ - شناسایی بیماران در معرض خطر سوء تغذیه در ارزیابی اولیه پرستار / پزشک و اطلاع به کارشناس تغذیه
- ✓ - تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه
- ✓ تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده بیمار

(مادران باردار مبتلا به دیابت، پره اکلامپسی و اکلامپسی و... اطلاع به کارشناس تغذیه توسط پرستار / ماما)

طبق استاندارد ب 1 32 سنجه 1 و 3 و 2 ، ارزیابی تغذیه بیمار در ۳ سطح یک، دو، سه انجام شده و در گزارش پرستاری مکتوب می گردد.

سطح یک : ارزیابی تغذیه بیمار توسط پرستار و ثبت در برگه ارزیابی اولیه بیمار و گزارش به پزشک معالج در زمان ویزیت و

تعیین وضعیت تغذیه بیمار توسط پزشک معالج و اجرا و مکتوب نمودن در گزارش پرستاری

سطح دو : در صورت وجود مشکل در یکی از محورهای ارزیابی تغذیه توسط پرستاران ارزیابی سطح دو توسط کارشناس

تغذیه انجام می گردد و مداخلات در گزارش پرستاری ثبت گردد.

سطح سه : در صورت بررسی وضعیت تغذیه بیمار در سطح دو و مشکل جدی تغذیه بیمار ارزیابی تغذیه بیمار توسط متخصص

تغذیه در قبال درخواست مشاوره انجام و اقدامات لازم بعمل آمده و در پرونده مکتوب می گردد.

بند ۲ و ۳ در خصوص بیماران پرخطر و حاد طبق سنجه ۲ و در بیماران بستری بیش از ۲۲ ساعت در ICU انجام و اقدامات

لازم اجرایی و در پرونده مکتوب می شود.

بند ۲ و ۳ ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط کارشناس و متخصص تغذیه طبق سنجه ۲ و ۵ از استاندارد ب 1 23 برای-

مادران باردار و پرخطر و کودکان بر اساس صدک رشد انجام و مداخلات لازم تدوین و اجرایی می گردد.

طبق استاندارد ب 1 23 سنجه 6 کارشناس تغذیه پایش لازم را در خصوص پاسخ بیمار به مراقبت های تغذیه ای بر نموده و در

صورت نیاز به تغییر رژیم غذایی بیمار فرم پیگیری وضعیت تغذیه را تکمیل می نماید.

س ۱۳- شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار شناسایی شده است در گزارش پرستاری ثبت می گردد؟

- ✓ موارد ارزیابی ایمنی شناسایی و کارکنان از لیست شرایط تهدید کننده ایمنی در بخش آگاهی داشته و به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای کاهش بروز خطا تدابیر پیشگیرانه اتخاذ شود (مانند شناسایی بیماران در معرض سقوط و.....) بر اساس آن در گزارش پرستاری ثبت گردد.
- ✓ همچنین ۲۸ واقعه ناخواسته تهدید کننده حیات ملزم هستیم در ارزیابی اولیه مدنظر قرار داده و در صورت مشاهده در گزارش پرستاری ثبت و فوراً به دفتر پرستاری و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی گزارش دهیم.
- لیست شرایط تهدید کننده ایمنی در بخش در دسترس باشد و کارکنان از آن آگاهی داشته و عمل نمایند

س ۱۴و ۱۵- تسهیلات رفاهی ایمن بیماران و صندلی چرخدارو برانکارد موجود است همه تختها از نرده کناربرخوردار است؟

ارزیابی ایمنی بخش شامل:

- ✓ دستبند شناسایی بیمار با هویت وی کنترل شده است
- ✓ چرخهای وسایلی مانند تخت ،برانکارد ،ویلچر و ... قفل ایمنی دارند
- ✓ کپسول اطفای حریق دارای تاریخ شارژ و دستورالعمل بوده و در جای مناسب نصب شده است
- ✓ در صورت وجود دو بیمار همانام با اتیکت مخصوص در هر پرونده مشخص شده است
- ✓ کلید و پریزهای برق سالم، ایمن و دارای پوشش مناسب و ارت دار می باشند
- ✓ پرسنل آموزش مواجهه با حوادث و نحوه استفاده از کپسول های اطفاء حریق را گذرانده اند
- ✓ برای محافظت بیماران بیقرار از مچ بند، پا بند و وسایل مناسب جهت مهار بیمار استفاده می شود.
- ✓ پنجره های اتاق دارای توری و حفاظ مناسب است
- ✓ در بیماران مسن، بیهوش و دارای اختلال هوشیاری از حفاظ تخت استفاده می شود
- ✓ وسایل اطراف تخت دارای لبه تیز و آسیب زا نیست
- ✓ در سرویس بهداشتی دستگیره و زنگ اخبار نصب شده است

✓ محل رفت و آمد بیماران لیز و لغزنده نیست

✓ در صورت مشاهده و ارزیابی موارد تهدید کننده ایمنی بیمار، در گزارش پرستاری ثبت و فورا به دفتر پرستاری و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی گزارش دهیم.

حیطه سوم: پرونده بیمار و مراقبتهای بالینی

س ۱- دستورالعمل و الزامات مربوط به گزارش نویسی در بخش موجود و اصول گزارش نویسی صحیح رعایت شده است (بررسی حداقل 3 مورد پرونده)؟

توضیحات	الزام ثبت حداقل ها در گزارش پرستاری
<ul style="list-style-type: none"> ➤ قید ساعت تاریخ پذیرش بیمار در اولین گزارش پرستاری بیمار در هر بخش ➤ مهر و امضا پرستار مسول بیمار در ذیل هر گزارش پرستاری 	تاریخ و ساعت ورود و نحوه ورود به بخش (قید ساعت و تاریخ پذیرش بیمار موید زمان آغاز برنامه مراقبتهای پرستاری بیمار در هر بخش میباشد)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ شکایت اصلی بیمار بیان مشکل از زبان بیمار ➤ علت بستری اشاره به تشخیص اولیه پزشک معالج 	شکایت اصلی و علت بستری در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش و ثبت آن در پرونده بیمار
در انتقال بیمار از یک بخش بستری به بخش بستری آموزشها و توضیحات اختصاصی آن بخش بایستی به بیمار ارائه شود.	نحوه انتقال (بکارگیری تکنیک SBAR در تحویل بیماران)
نحوه ارزیابی وضعیت هوشیاری بر اساس روش گلاسکو GCS	ارزیابی وضعیت هوشیاری در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در بخش و ثبت آن
ارزیابی وضعیت جسمی بر اساس دستورالعمل ارزیابی اولیه	ارزیابی وضعیت سلامت جسمی در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در هر بخش
در ارزیابی وضعیت روحی بر اساس دستورالعمل ارزیابی اولیه	ارزیابی وضعیت روحی در اولین گزارش پرستاری هر بیمار در بدو پذیرش و در بخش و ثبت آن
	کنترل تعداد دستورات صادره از طرف پزشک، ثبت تاریخ، ساعت و مهر و امضای پاسخ بیمار نسبت به اجرای برنامه های مراقبتی
گزارش نتایج حاصل از ارزیابی پرستاری در ویزیت روزانه به پزشک	نتایج ارزیابی بیمار در هر شیفت و پاسخ بیمار به مراقبت پرستاری
اجرای برنامه پیشگیری و کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی بر اساس ارزیابی اولیه	برنامه ریزی به منظور کنترل شرایط تهدید کننده ایمنی
	نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی
تعیین و ابلاغ محدوده زمانی و اطلاع رسانی به پزشک و پرستار	ساعت و تاریخ اطلاع نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج

توجه : در پایش گزارش پرستاری پرونده بصورت موارد زیر کنترل و بررسی گردد :

۱- در گزارش پرستاری ساعت و تاریخ پذیرش بیمار ثبت ، مهر و امضاء شده است

۲- شکایت اصلی بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است

۳- علت بستری بیمار در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است

۴- نحوه ورود بیمار به بخش در اولین گزارش پرستاری ثبت شده است

۵- ارزیابی وضعیت هوشیاری ، سلامت روحی ، سلامت جسمی بیمار در اولین گزارش پرستاری در بدو پذیرش ثبت شده است

۶- در گزارش پرستاری نتایج پیگیری برنامه های درمانی و تشخیصی ثبت شده است

۷- آموزش به بیمار در بدو ورود ، حین بستری در گزارش پرستاری ثبت شده است

۸- در گزارش پرستاری شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار شناسایی شده است

۹- خدمات خود مراقبتی و باز توانی بیمار شناسایی و برای ارائه خدمات برنامه ریزی میشود

۱۱- الزامات قانونی نحوه کنترل بیماران با مهار شیمیایی / فیزیکی در گزارش ثبت شود

۱۰- فرآیند پرستاری در گزارش پرستاری رعایت شده باشد.

۱۰- مهر و امضاء پرستار و پرستار شاهد در دستورات دارویی پر خطر ثبت شده است.

۱۱- ثبت صحیح اقدامات انجام شده برای بیمار با ذکر ساعت و چگونگی انجام آن در گزارش هر شیفت انجام گیرد. و نیجه اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری ثبت گردد

س ۲- فرآیند تقسیم کار بر اساس Case method انجام میگیرد. (بررسی مستندات)؟

تعریف مراقبت موردی : یک روش تقسیم کار در پرستاری است که سرپرستار /مسئول شیفت، بیماران بخش را به تناسب، بین کادر پرستاری حاضر در هر نوبت کاری تقسیم می کند. در این روش کلیه مراقبت های یک یا چند بیمار با مسئولیت یک پرستار ارائه می شود. که در هر شیفت کاری بیماران بر اساس سطوح مراقبتی بر اساس اصل عدالت و توانمندی پرستاران توسط سرپرستار /مسئول شیفت تخصیص داده خواهد شد.

سیستم طبقه بندی براساس شدت بیماری بیماران (۵ سطح مراقبتی): توجه : ملاک اصلی تعیین ضریب سطح مراقبت، شیفت صبح است (به استثنای بیماران جدیدالورود)

■ سطح ۱: قادر به مراقبت از خود

■ سطح ۲: مراقبت جزئی

■ سطح ۳: مراقبت متوسط

■ سطح ۴: مراقبت شدید

■ سطح ۵: مراقبت ویژه

به منظور تامین مراقبت جامع، پرستار مسوول هر بیمار در هر نوبت کاری در چار چوب شرح وظایف مصوب، موظف به اقدامات زیر می باشد:

- معرفی خود به بیمار
- ثبت نام پرستار مسئول مراقبت از بیمار در پرونده و تابلوی مشخصات بالای سر بیمار
- پاسخگویی به موقع به نیازهای مراقبتی بیمار
- بررسی وضعیت بیمار، تدوین و اجرای برنامه مراقبت پرستاری بر اساس فرایند پرستاری
- تعامل با پزشک معالج و اعضاء تیم درمان به منظور هماهنگی و پیگیری اقدامات تشخیصی، درمانی و ...
- ارائه آموزش خود مراقبتی به بیمار در طول دوران بستری و هنگام خروج از بخش
- تدوین برنامه ترخیص بیمار به هنگام ترخیص بیمار از بیمارستان
- ثبت تمام اقدامات پرستاری مطابق شرح وظایف مصوب پرستاری

توجه ، توجه : ترک محل خدمت در صورت ترک موقت یا کامل محل خدمت، پرستار مسوول باید با همکاری سر پرستار /مسئول شیفت فردی را به عنوان جانشین معرفی کند تا در غیاب ایشان تداوم مراقبت را بر عهده گیرد . همچنین در صورت ترک کامل محل خدمت توسط پرستار در طی شیفت پرستار مسوول اولیه باید تا لحظه حضور گزارش را در پرونده ثبت و امضاء نماید و پرستار جانشین نیز از لحظه تحویل تا پایان شیفت گزارش اقدامات خود را ثبت نماید.

س ۳- رعایت اصول پرونده نویسی مستندات پرونده بیمار مطابق استانداردها و فرمهای موجود به صورت کامل پر میشود. ؟

اهمیت : پرونده پزشکی بیمار زمانی می تواند پاسخ گوی تمامی کاربردهای درمانی، قانونی، تحقیقاتی، ارزشیابی و آموزشی باشد، که محتویات آن از نظر اطلاعاتی از کیفیت لازم برخوردار باشند . لذا کیفیت یک پرونده پزشکی، دقیقاً وابسته به کیفیت نوشته ها و محتویات گزارشات داخل پرونده است که توسط تکمیل کنندگان فرم های مدارک پزشکی (مستند سازان) ثبت میشود .تنها با ثبت دقیق و درست اطلاعات خواسته شده در فرم های مدارک پزشکی، میتوان از تمامی مزایای پرونده پزشکی استفاده کرد .بنابراین آگاهی از اصول مستندسازی پرونده پزشکی، یک نیاز مهم قانونی و حرفه ای برای کلیه کادر درمانی درگیر در مراقبت از بیمار است.

گروه مستندسازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

الف) مسنولین پذیرش بیمار (ثبت اطلاعات دموگرافیکی)، ب) پزشکان (ثبت مشاهدات و دستورات)، پ) پرستاران و ماماها (ثبت اقدامات بالینی و

مراقبت های پرستاری) و **ت) سایر گروه های مرتبط (رادیولوژی ، آزمایشگاه ، فیزیوتراپی و .)**

اصول هدفه گانه مستندسازی پرونده پزشکی (بستری / سرپایی)به شرح ذیل می باشد:

1- کلیه فرم های پرونده بیمار بایستی اصل بوده و عناصر اطلاعات موجود آن تکمیل گردد.

2- از زبان فارسی یا انگلیسی جهت ثبت تمامی گزارشهای پزشکی در پرونده پزشکی بیمار استفاده گردد.

3-اطلاعات سر برگ فرم های (شامل نام و نام خانوادگی ، شماره پرونده ، نام بخش ، تاریخ پذیرش و نام پزشک معالج و) بطور کامل و دقیق

ثبت و تکمیل شود.

4- کلیه موارد ثبت شده بایستی با درج نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مستند ساز تأیید و تصدیق گردد.

5- در تمامی گزارش ها درج تاریخ و ساعت الزامی است.

6- مستندات پرونده پزشکی صرف نظر از نوع فرم و فرمت آن باید ماندگار باشند . بدین منظور اطلاعات در پرونده کاغذی باید با جوهر آبی یا مشکی ثبت شوند و از مداد، خودکار سبز برای مستند سازی استفاده نشود. تبصره: جوهر ها باید دارای ثبات باشند (پاک شدنی یا حل شدنی توسط آب نباشند)

7- مستندات و ثبتیات پرونده بیمار باید حاوی اطلاعات واقعی، حقیقی و صریح باشند و از حدسیات، گمان ها و گفته های کلی و مبهم جهت ثبت اطلاعات استفاده نشود.

8- در اخذ اطلاعات از بیمار و همراهان وی با درج علامت نقل قول مستقیم بین اطلاعات نقل شده بیمار و همراه وی تفاوت قائل گردد.

9- مستند سازی بهنگام باشد و در زمان رخداد حوادث انجام شود.

10- کلیه مستندات بایستی واضح ، مداوم و پیوسته باشد . رعایت خوانا بودن ، مرتب بودن ، املاء صحیح ، نقطه گذاری و جمله بندی صحیح در ثبت اطلاعات ضروری است.

11- اشتباهات مستند سازی ثبت شود و هرگز برای تصحیح آن پاک نگردد یا از لاک غلط گیر استفاده نگردد . ابتدا روی آن را با خودکار آبی یا مشکی خط کشیده و سپس با خودکار قرمز روی آن نوشته شود (Error) و تاریخ و ساعت اصلاح ذکر گردد.

12- محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده رعایت گردد . منظور از محرمانه بودن این است که مشاهدات ارزیابی ها و اقدام های درمانی ثبت شده تنها باید در اختیار تیم درمانی قرار گیرد و هرگز نباید با کس دیگری در میان گذاشته شود.

13- از اختصارات استاندارد و قابل قبول در پرونده پزشکی استفاده شود.

14- هر پرونده باید لیستی از مشکلات بیمار داشته باشد تا بیماری ها و شرایط پزشکی مهم وی مشخص گردد. و فرم سیر بیماری باید بر اساس فرمت SOAP2 مستند گردد.

15- اگر مشاوره ای در خواست می گردد باید حتما گزارش مشاوره با ذکر تاریخ و ساعت در پرونده موجود باشد. گزارشات مشاوره، آزمایشگاه،

- رادیولوژی باید توسط کسی که آنها را درخواست نموده پاراف گردد. اگر گزارش بصورت الکترونیکی ارائه گردیده است نیز باید توسط پزشک درخواست کننده بررسی گردد. مشاوره ها و نتایج آزمایشات و تصویربرداری های غیر طبیعی باید در گزارشات پیگیری ثبت گردد.
- ۱۶- در پرونده بیمار باید حساسیت ها و عوارض جانبی به داروها و یا درمان به طور مستمر ثبت گردد و در صورتی که بیمار در مورد حساسیت ها و واکنش ها اطلاعی ندارد این مطلب باید در پرونده پزشکی قید گردد.
- ۱۷- کلیه دستورهای شفاهی و تلفنی برای درمان باید توسط پزشک مسئول طی 24 ساعت بعد از دستور با ذکر تاریخ و زمان تایید شوند.

س ۴- ارزیابی اولیه بیمار در محدوده زمانی تعیین شده توسط پرستار صورت گرفته و فرم مربوطه تکمیل شده و برنامه مراقبتی در گزارش پرستاری ثبت شده است.؟

- ✓ ابلاغ چک لیست و نحوه تکمیل ارزیابی اولیه در بخش موجود باشند و کلیه پرسنل از آن آگاهی داشته باشند.
- ✓ ارزیابی اولیه پرستاری در محدوده زمانی تعیین شده انجام شده است
- ✓ فرم های ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار مسئول بیمار ، بایستی در بخش بستری بر اساس دستورالعمل تا یکساعت اول بستری و حداکثر تا آخر شیفت تکمیل گردد.
- ✓ تکمیل کننده این فرم می بایست پس از معرفی خود و کسب اجازه از بیمار/همراهان با استفاده از تکنیک های مصاحبه، مشاهده و بررسی اطلاعات لازم را جمع آوری و ثبت نماید.
- ✓ در بخش اورژانس (زنان ، کودکان ، اورژانس بزرگسال) نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه بیمار نمی باشد و منظور از ثبت ارزیابی اولیه بیمار در اورژانس ، ثبت کامل وضعیت بیمار در گزارش پرستاری می باشد.
- ✓ محدوده زمانی اولین ارزیابی بیمار توسط پرستار در بخش های بستری و در شرایط اورژانس :همزمان با اقدامات حیات بخش اولیه صورت می گیرد و در شرایط غیر اورژانس از زمان بستری تا یک ساعت اول بستری و حداکثر تا پایان شیفت

اقدامات اساسی بعد از ارزیابی اولیه:

- تشخیص پرستاری و ارزیابی وضعیت کامل بیمار و نتایج حاصل از پیگیری در گزارش پرستاری ثبت گردد
- اطلاع موارد اورژانسی در اسرع وقت به پزشک معالج بیمار
- شناسایی خدمات خود مراقبتی موردنیاز و ارائه آموزش بدو ورود و تدوین برنامه آموزشی در حین بستری و ترخیص
- حضور پرستار مسئول بیمار در ویزیت روزانه و ارائه خلاصه ارزیابی 24 ساعته بصورت شفاهی به پزشک
- اجرای برنامه درمانی و تشخیصی درخواست شده از سوی پزشک

س ۵- کلیه آموزشهای (بدوورود، حین بستری و موقع ترخیص) داده شده به بیمار و یا همراه وی در فرم آموزش به بیمار و گزارش پرستاری ثبت می شود؟

الف : آموزش زمان پذیرش: پرستار ادمیت کننده، مسئول آموزش زمان پذیرش میباشد . شامل (۱- معرفی فرد آموزش دهنده به بیمار ۲- آشنایی با محیط فیزیکی بخش، مقررات بیمارستان، روتین بخش (زمان غذا دادن، ساعات ملاقات، ساعات گرفتن علائم حیاتی روتین، زمان دارو دادن و...) ۳- آموزش استفاده از وسایلی مانند: زنگ اخبار، تخت، تلفن، کلید های چراغ برق، تلویزیون و ...

ب- آموزش حین بستری: ۱- افزایش آگاهی بیماران در مورد خصوصیات بیماری (نام بیماری، فرایند بیماری، ریسک فاکتور ها، علائم و نشانه ها و عوارض)
۲- افزایش آگاهی بیماران در مورد درمان بیماری (معیانات لازم برای تشخیص بیماری، درمان های موجود بیماری (دارویی، جراحی)، انواع اقدامات پاراکلینیکی لازم (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایشگاه)، عوارض دارویی و روش برخورد با عوارض، مراقبت قبل و بعد از اعمال جراحی و بیهوشی در صورت انجام و نحوه برخورد با آن، رژیم غذایی و ...)
ج- آموزش زمان ترخیص: ۱- نحوه مصرف داروهای تجویز شده در منزل ۲- مراجعه مجدد (در صورت نیاز و دستور پزشک) به درمانگاه ۳- تاکید بر تداوم در مان و پیگیری تست های تشخیصی ۴- فعالیت های روزانه ۵- تحویل پمفلت آموزشی

س ۶- ثبت علائم حیاتی، میزان I&O و ... و پیگیری انجام به موقع آزمایشات و سایر اقدامات لازم با توجه به برنامه و دستورات مراقبتی بیمار توسط پرستار انجام میشود. ؟

علائم حیاتی: تعداد تنفس را (Respiratory Rate) یا (RR) ، تعداد نبض را (Pulse Rate) یا (PR) یا P و درجه حرارت (Temperature) یا T و فشار خون را (Blood Pressure) یا BP نشان می دهند.

۱- دستورات پزشکی تاریخ و ساعت دارند

۲- دستورات و توصیه های پزشک مشاور قبل از اجرا توسط پزشک معالج تایید شده است

۳- تعداد موارد چک شده بحروف ثبت شده است

۴- در انتهای دستورات پزشک خط ممتد کشیده شده است

۵- تاریخ - ساعت - مهر و امضا پرستار در انتهای دستورات پزشک ثبت شده است

۶- خط مشی اخذ دستورات تلفنی رعایت شده است

۷- نتیجه مشاوره های پزشکی به پزشک معالج اطلاع و در پرونده ثبت شده است

۸- ساعت درخواست و زمان دقیق اجرای مشاوره های پزشکی اورژانسی ثبت و مستند شده است

نکات مهم آموزشی :

- ✓ پرستار باید به صورت تئوری و عملی جنبه های قانونی و حرفه ای، آناتومی و فیزیولوژی، پارامترهای طبیعی VS در سنین مختلف، روش بررسی و اندازه گیری در سنین مختلف و نحوه گزارش یافته های غیرطبیعی را آموزش دیده باشد.
- ✓ پرستار مراقب ، مسئول اندازه گیری VS است. اگر توسط نیروی کمکی انجام گردد، مسئولیت تجزیه تحلیل، تفسیر و تصمیم گیری تدابیر پرستاری با پرستار است.
- ✓ پرستار باید از محدوده VS مددجو آگاه باشد و آن را برای مقایسه با یافته های بعدی به کار برد.
- ✓ پرستار باید از تاریخچه پزشکی، درمان و داروهای تجویز شده برای مددجو و تأثیر آنها بر VS آگاه باشد.

- ✓ وسایل و تجهیزات مورد استفاده باید سالم و براساس وضعیت و ویژگی های مددجو انتخاب شود.
 - ✓ علائم حیاتی (V/S) ، هر ۶ ساعت (۶-۱۲-۱۸-۲۴) در برگه مخصوص ثبت گردد. ساعت ۶ صبح و ساعت ۶ بعداز ظهر (۱۸:۰۰) را علاوه بر ثبت در برگه کنترل علائم حیاتی (V/S) پرونده در برگه چارت علائم حیاتی نیز رسم نماید.
 - ✓ در صورتیکه بیمار دستورپزشک مبنی بر کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد باید فرم کنترل جذب و دفع در پرونده گذاشته شده و میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت مایعات همچنین مقدار و نوع هرگونه مواد دفعی بطور دقیق ثبت شود.
 - ✓ پرستار شبکار باید در پایان شیفت خود جمع ۲۴ ساعته (I&O) را در برگه کنترل جذب و دفع و نیز در برگه چارت علائم حیاتی در ستون مربوطه ثبت نماید.
- اندیکاسیون بررسی علائم حیاتی:** (براساس دستور پزشک یا استاندارد بیمارستان (هر ۶ ساعت) - قبل، حین و بعد از اعمال جراحی - قبل حین و بعد از ترانسفیوژن خون و فراورده ها - تغییر در وضعیت معمول جسمی مددجو - قبل، حین و بعد از روش های تشخیصی و تهاجمی - گزارش علائم غیراختصاصی ناراحتی های جسمی

س ۷- ارزیابی وضعیت تغذیه بیماران و غربال بیماران از نظر نیاز به رژیم غذایی خاص ، نظارت کارشناس تغذیه و پرستار بر اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده است؟

فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای بزرگسالان بستری در دو حالت زیر تکمیل شده و تنظیم رژیم غذایی بیمار جهت اجرا در بیمارستان و ارائه به بیمار جهت اجرا در خارج از بیمارستان صورت میگیرد:

- الف)** بر اساس نتایج ارزیابی اولیه تغذیه (غربالگری سوء تغذیه) توسط پرستار که برای کلیه بیماران در بدو بستری تکمیل میشود و بنا بر نتیجه آنکه نشان دهنده در معرض سوء تغذیه بودن بیمار است، طی راند و ویزیت روزانه بیماران، توسط پرستار به پزشک اعلام میگردد. در این حالت درخواست مشاوره پزشک توسط سر پرستار نوبت کاری، به اطلاع کارشناس تغذیه جهت مراجعه به بخش، ویزیت بیمار و انجام ارزیابی تخصصی تغذیه رسانده می شود.
- ب)** بر اساس موارد توصیه شده به پزشک برای درخواست مشاوره تغذیه در موارد ابتلا به دیابت، فشار خون بالا و بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، سوختگی، سکت، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه و سوء جذب، بیماری های نورولوژیک منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) ، بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل (تغذیه انترال و پارتنترال) و سایر موارد به صلاحدید پزشک. در صورت وجود هر یک از بیماریها و شرایط 18 گانه فوق الذکر که موارد در معرض خطر متوسط تا شدید سوء تغذیه می باشند و یا هر مورد دیگر بنا به صلاحدید پزشک، درخواست مشاوره از کارشناس تغذیه، توسط پزشک در برگ درخواست مشاوره درج شده و بوسیله پرستار یا منشی بخش به اطلاع کارشناس تغذیه (ترجیحا از طریق HIS) رسانده می شود و کارشناس تغذیه پس از ملاقات و مصاحبه با بیمار، نسبت به تکمیل فرم ارزیابی تخصصی و همچنین درج توضیحات خود در برگ

مشاوره اقدام مینماید. هر دو برگ ارزیابی تخصصی و درخواست مشاوره در پرونده بیمار نگهداری میگردد. مشاوره ها باید قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر قبل از پایان نوبت کاریان روز ارائه شود.

- ✓ ویزیت کلیه بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بزرگسالان و کودکان (ICU, PICU) (به غیر از موارد بستری موقت یا کمتر از 24 ساعت) توسط کارشناس تغذیه با انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بدنبال درخواست مشاوره از سوی پزشکان معالج مورد تاکید می باشد و کارشناس تغذیه لازم است با اطلاع یافتن از بستری موارد جدید در این بخش توسط کادر پرستاری، در اولین فرصت برای تنظیم رژیم غذایی بر اساس دستور غذایی پزشک اقدام نماید.
- ✓ پنج بیماری در بزرگسالان بستری در بیمارستان که از میان ۱۸ مورد فوق لازم است در اولویت درخواست و اجرای مشاوره تغذیه قرار گیرند عبارتند از: سوء تغذیه،

سوختگی، دیالیز، پیوندو سرطان و سایر موارد با تشخیص پزشک معالج

- ✓ دو بیماری در مادران باردار بستری در بیمارستان که لازم است در اولویت درخواست و اجرای مشاوره تغذیه قرار گیرند عبارتند از: دیابت و فشار خون بالای

بارداری (پره اکلامپسی اکلامپسی) و سایر موارد با تشخیص پزشک معالج

- ✓ شش بیماری در کودکان بستری در بیمارستان که لازم است در اولویت درخواست و اجرای مشاوره تغذیه قرار گیرند عبارتند از: سوء تغذیه، سرطان، سوختگی،

بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای مادرزادی و متابولیک و سایر موارد با تشخیص پزشک معالج

کارشناس تغذیه موظف به مههور نمودن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه پس از اولین ویزیت بیمار، و برگه پیگیری وضعیت تغذیه ای در هر نوبت ویزیت میباشد. فرم پیگیری وضعیت تغذیه نیز بدنبال درخواست مشاوره پزشک معالج و در موارد زیر قابل تکمیل است:

- ۱- در بیماران بستری در بخشهای مراقبتهای ویژه، ۳-۵ روز پس از بستری و اولین ویزیت تغذیه ای
- ۲- در بیماران بستری در خارج از بخشهای مراقبت های ویژه، حداکثر یک هفته پس از بستری بیمار در بیمارستان
- ۳- در کودکان با هر نوع بیماری، حداکثر یک هفته پس از بستری در بیمارستان مسئولیت پیگیری تکمیل ومهروامضاء فرم پیگیری توسط کارشناس تغذیه و پزشک، بر عهده پرستارمسئول بیماراست.

مههور نمودن فرم ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک معالج در اولین ویزیت پزشک الزامی بوده و نشانگر توافق پزشک معالج و کارشناس تغذیه بر رژیم غذایی تنظیم شده است

✓ ویزیت تغذیه ای مادران باردار بیمار و کودکان بستری در بیمارستان، با درخواست مشاوره تغذیه از سوش پزشک معالج انجام می گیرد. درخواست مشاوره تغذیه برای کلیه مادران باردار مبتلا به بیماریها و شرایط 18 گانه فوق الذکر با تاکید بر دیابت و پر فشاری خون (پره اکلامپسی و اکلامپسی) و سایر بیماری ها بنا بر صلاحدید پزشک، ضروری است.

✓ برای کودکان و نوجوانان مبتلا به سوء تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک و بیماریهای مادرزادی و متابولیک (شامل فنیل کتونوریا، اختلالات اسیدهای آمینه مانند بیماری شربت افرا، اختلال متابولیسم اسیدهای آلی، اختلال متابولیسم سیکل اوره، اختلالات اکسیداسیون اسیدهای چرب، گالاکتوزمی، بیماریهای ذخیره گلیکوژن و...) و سایر بیماری ها بنا بر صلاحدید پزشک، درخواست مشاوره تغذیه از سوی پزشک و انجام ارزیابی تخصصی و مشاوره تغذیه ضروری می باشد.

س ۸- میزان آگاهی پرسنل از دستورالعمل های استاندارد CPR و هموویژولانس را در چه حدی ارزیابی می کنید؟

دستورالعمل استقرار هموویژولانس :

- پزشک هموویژولانس: دکتر جواهری و مسئول بانک خون خانم مرادی
- اخذ رضایت از بیمار قبل از تزریق خون
- نحوه در خواست خون : فرم مورد نظر باید تکمیل شود که باید توسط پزشک معالج انجام شود.. تحویل خون بر اساس برچسب روی کیسه خون و برگه ارسالی از آزمایشگاه
- شناسایی بیمار و مطابقت دادن مشخصات بیمار با مشخصات برگه ترانسفوزیون خون و مشخصات روی کیسه (از نظر گروه خون و ...)
- تکمیل فرم ترانسفوزیون خون و مهر و امضاء نفر دوم (کارشناس دوم به عنوان شاهد)
- پوستر های مربوط به هموویژولانس، نحوه شناسایی بیمار قبل از تزریق و عوارض خون در تمامی واحد ها موجود می باشد.
- در صورت بروز عوارض انتقال خون در اسرع وقت به آزمایشگاه اطلاع دهد.

نکات مهم در ترانسفوزیون خون

- در تمام مراحل تزریق خون اطلاعات زیر را در پرونده بیمار ثبت کنید:
- حال عمومی بیمار- درجه حرارت بدن- نبض و فشار خون و نحوه تنفس - تناسب میان مایعات بدن - میزان جذب مایعات و میزان برون ده ادراری - زمان شروع و پایان تزریق- حجم و نوع فرآورده های تزریقی - شماره های کیسه تمام فرآورده های تزریقی - هر گونه واکنش مشاهده شده
- اقدام فوری برای تمام واکنش های ایجاد شده پس از انتقال خون
 - انتقال خون را متوقف نمائید .
 - جریان IV را با استفاده از سالیین ۰/۹٪ بازنگه دارید .

- مطمئن شوید که واحد صحیح به بیمار مربوطه داده شده (شناسایی بیمار و واحد خون درخواستی)
- علائم حیاتی را کنترل نمایید . و به پزشک مسئول و بانک خون اطلاع دهید .
- پس از اینکه انتقال خون متوقف شد (بجز در موارد واکنش های خفیف آلرژیک ، به مورد زیر توجه نمایید)
- نمونه تازه ای از خون و ادرار جمع آوری نموده و همراه با واحد خون و ست تزریق به بانک خون ارسال نمایید.
-

احیای قلبی ریوی: یک مانور حیات بخش است که به کمک آن تنفس و گردش خون فرد مصدوم حفظ می شود تا از نرسیدن موادغذایی و اکسیژن به مغز او و مرگ مغزی در فرد جلوگیری شود. که دستورالعمل CPR بر اساس پروتکل احیاء ۲۰۱۵ تهیه شده ، در بخش موجود و پرسنل از آن آگاهی داشته و به آن عمل می کند.

س ۹- آگاهی کارکنان از رعایت الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایش (حداقل شامل : دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار، تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری، بخش و شماره تخت و قید نام نمونه گیر بر روی ظروف نمونه).

شناسایی صحیح هویت بیمار* (شناسایی دقیق و صحیح بیمار در هنگام نونه گیری خون جهت آزمایش کاملا ضروری است و این یک مسئولیت برای تمامی کارکنان است).

شناسایی بیمار هرگز به اینگونه نباشد که اطلاعات بیمار را بنویسید و از او بخواهید که با بله یا خیر آنرا تایید کند. مطمئن شوید که اطلاعات بیمار از تمام جهات با بیمار مطابقت کامل دارد. مرگ یا آسیب جدی نتیجه گرفتن نمونه خون اشتباه به علت شناسایی اشتباه بیمار و متعاقب آن است که در حوزه سلامت هرگز نباید اتفاق بیفتد.

عدم هوشیاری بیمار و شرایطی که بیمار قادر به بیان هویت خود نیست، مهم تر و بحرانی تر است. وجود دستبند

شناسایی برای کلیه بیماران در کلیه مراحل درمان ضروری بوده و جهت اطمینان از شناسایی صحیح بیمار از روش شناسایی فعال (از بیمار بخواهید نام و نام خانوادگی خود را بگوید) و مطابقت مشخصات با دستبند بیمار استفاده نمایید.

الزامات برچسب گذاری ظرف حاوی نمونه:

بلافاصله پس از اتمام نمونه گیری باید برچسب دارای اطلاعات زیر را بر روی لوله ها و ظروف حاوی نمونه خون بیمار الصاق نمود:

- نام، نام خانوادگی بیمار، شماره تخت / پرونده، تاریخ، زمان نمونه گیری (بخصوص در آزمایش های ردیابی دوز درمانی داروها TDM)، نام فرد خون گیر

س ۱۰- سرم و میکروست بیمار دارای اتیکت شامل تاریخ وصل ، نام پرستار ، نام بیمار ، تعداد قطرات و دوز دقیق دارویی می باشد ؟

۱- سرم ها دارای برچسب شامل تاریخ، ساعت وصل، نام پرستار و بیمار، تعداد قطرات، دوز دقیق داروهای اضافه شده می باشند

۲- نوع مقدار و تعداد قطرات تنظیم شده سرم ها با دستور پزشک همخوانی و جریان دارد

۳- علایم نشت و فلیبیت در محل تزریق مشهود نیست

۴- دستورالعمل حداکثر زمان استفاده از وسایل (آنژیوکت، ست سرم، میکروست و ...) رعایت شده است

۵- تاریخ انقضاء سرم ها، وجود کریستال و یا تغییر رنگ آنها کنترل شده است

۶- چسب های آنژیوکت تمیز بوده و خون آلود نیست. تاریخ وصل روی چسپ نوشته شده باشد.

۷- زمان مجاز در تعویض اتصالات وریدی - میکروست - NGT- سوند فولی رعایت میشود.

حیطه چهارم: دارو و تجهیزات

س ۱- فارماکوپه دارویی بیمارستان که شامل (فهرست داروهای ضروری و داروهای حیاتی) در هر بخش موجود است، و به تمامی گروههای درمانی و پزشکان اطلاع رسانی میشود.

- ✓ **تعاریف:** فارماکوپه: فهرستی از داروهای تأیید شده در یک بیمارستان را شامل می شود. بیمارستان این فهرست فارماکوپه دارویی را به صورت یک کتابچه، تحت وب در آورده که منبع اطلاعات دارویی پایه هر دارو برای پزشکان می باشد. و در سامانه ساتک در دسترس می باشد.
- ✓ تدوین فارماکوپه دارویی فرآیندی است که کمیته دارو و تجهیزات بیمارستان، داروهارا از نظر ایمنی، کیفی، اثربخشی و صرفه اقتصادی ارزیابی و انتخاب می نماید و اجراء موفق فرآیند فارماکوپه نیاز به حمایت گروههای پزشکی و مدیران اجرایی دارد
- ✓ فهرست فارماکوپه دارویی با فهرست داروهای ضروری **Essential Drugs** متفاوت است و در آن داروها محدودتر است.
- ✓ داروهای ضروری: داروهایی هستند که وجود آنها در اورژانس تمامی بیمارستانهای دولتی و غیردولتی، ضروری است و امکان حذف هیچ یک از آنها وجود ندارد.
- ✓ چک لیست داروهای ضروری و تجهیزات حیاتی و آنتی دوت ها در بخش موجود است.
- ✓ فارماکوپه دارویی بیمارستان (فهرست داروهای حیاتی و ضروری) در هر بخش موجود است، و به تمامی گروههای درمانی و پزشکان اطلاع رسانی میشود.

س ۲: توالی احیای بخش به سهولت در دسترس بوده و در هر شیفت کنترل می گردد. و چیدمان آن بر اساس آخرین دستورالعمل صورت گرفته است (جداسازی داروهای پرخطر در شرایط ایمن انجام یافته است).؟

- ✓ توالی احیای بخش در هر شیفت کنترل می گردد. و چیدمان آن بر اساس آخرین دستورالعمل میباشد (جداسازی داروهای پرخطر در شرایط ایمن انجام یافته است).
- ✓ توالی او رژانس از نظر موقعیت قرار گیری و سهولت دسترسی پرسنل مناسب می باشد.
- ✓ توالی اورژانس روان و براحتی جابجا میشود

- ✓ لیست مکتوب و خوانای محتویات ترالی و داروها برابر استاندارد روی درب طبقات نصب است
- ✓ پرسنل بخش روش صحیح استفاده از آمبویگ و ماسک را می داند
- ✓ وضعیت بیرونی و داخلی ترالی از نظر بهداشتی و نظافت مناسب می باشد.
- ✓ برچسب گذاری داروی پرخطر (قرمز) و مشابه (زرد رنگ) با فونت ۱۰ رعایت شود.
- ✓ ارقام و تعداد داروهای اصلی و مفید CPR در ترالی اورژانس بر اساس بخشنامه وزارتخانه به تعداد کافی و چیدمان مناسب وجود دارد.
- ✓ تاریخ انقضاء اقلام دارویی و ترالی احیاء کنترل و ثبت می شود.
- ✓ در ترالی اورژانس با زدن برچسب قرمز رنگ "داروهای با هشدار بالا" با فونت ۱۰ توجه کاربران را به خطر بالقوه این داروها جلب نمائید.

س ۳: امکانات اکسیژن رسانی (وجود کپسول اکسیژن، اکسیژن ساترال، کانول های انفرادی و ماسک و...) وجود دارد و اصول ایمنی آن رعایت گردیده است.؟

- ۱- کپسول های اکسیژن (O₂) به رنگ سفید یخچالی، کپسول های دی اکسید کربن (CO₂) به رنگ خاکستری و کپسول های اکسید نیتروژن (N₂O) به رنگ آبی می باشند.
- ۲- کپسول های گازهای طبی ددر مکان های خود محکم شده اند.
- ۳- حمل کپسول های گازهای طبی پر با کلاهک انجام می شود.
- ۴- بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.
- ۵- دستورالعمل استفاده از کپسول های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.
- ۶- کپسول اکسیژن و مانومتر سالم و به اندازه کافی موجود است.
- ۷- اتصالاتی مانند کانول، انواع ماسک، آسم یار به اندازه کافی موجود و مخصوص بیماران می باشد .
- ۸- مانومترها در صورت عدم استفاده به صورت خشک نگهداری میشوند و فقط در زمان استفاده، مانومتر به اندازه مشخص دارای آب مقطر میباشد.
- ۹- فلومتر میزان اکسیژن دریافتی برای بیمار را دقیق نشان میدهد. ۱۰- کپسولهای اکسیژن ... به طور مناسب مهار شده اند.

س ۴: راهنمای استفاده از دستگاه و تجهیزات موجود است و پرسنل آگاهی کافی در استفاده از تجهیزات دارند و کالیبراسیون طبق برنامه زمانبندی شده انجام میشود؟

- ۱- میزان آگاهی پرسنل در خصوص بکارگیری دستگاههایی مثل الکتروشوک -ECG- و ونتیلاتور و... مناسب است.
- ۲- یا شناسنامه تجهیزات پزشکی بصورت رایانه ای در بیمارستان موجود و در دسترسی است ؟
- ۳- کالیبراسیون طبق زمانبندی بیمارستان در بخش اجرا می گردد؟
- ۴- روش کاربری سریع، از سوی واحد مهندسی پزشکی روی دستگاه نصب گردیده است.
- ۵- تست روزانه تجهیزات مهم انجام و ثبت می شود.
- ۶- لیست دستگاههایی که می بایست کالیبراسیون روی آنها انجام شود به همراه برنامه تنظیم شده، در اختیار مسئول بخش به منظور انجام هماهنگی های لازم قرار گرفته است
- ۷- برنامه کالیبراسیون، تحت نظارت کارشناس تجهیزات پزشکی انجام میگردد؟

۸- دستگاههایی با سطح خطر بالا، دارای برچسب کالیبراسیون معتبر به لحاظ زمانی می باشند.

س ۵- یخچال دارو در بخش موجود میباشد، دما و موجودی دارویی آن کنترل و ثبت شده است (..ثبت دما هر ۱۲ ساعت) لیست داروهای یخچالی نصب شده است.

- ✓ هنگام تحویل داروهای یخچالی (حاوی برچسب آبی) از داروخانه به بخش باید دارو در باکس مخصوص داروهای یخچالی قرار داده شود تا سریعاً از داروخانه به یخچال بخش انتقال داده شود.
- ✓ یخچال باید دارای دماسنج و رطوبت سنج باشد و دمای یخچال در هر شیفت اندازه گیری و بر فرم های مخصوص همراه با نام مسئول و ساعت ارزیابی ثبت شود
- ✓ دمای یخچال باید بین ۲-۸ درجه سانتی گراد باشد و باید از یخ زدگی داروها جلوگیری شود.
- ✓ از گذاشتن مواد غذایی در یخچال دارویی جدا پرهیز شود.
- ✓ لیست داروهای یخچالی در بخش موجود و به درب بیرونی یخچال نصب شده است.

س ۶: کنترل عملکرد تجهیزات ضروری، سالم و آماده استفاده در هر شیفت انجام می شود؟

- ✓ فهرست تجهیزات موجود در هر بخش با ثبت محل استقرار هر یک موجود است؟
 - ✓ کلیه تجهیزات ضروری از نظر نحوه کارکرد و سالم بودن توسط مسئول شیفت کنترل و تحویل گرفته میشود.
 - ✓ دستورالعمل کار و راهنمای تجهیزات پزشکی بر روی دستگاهها نصب شده است.
 - ✓ وسایل و تجهیزات دارای شناسنامه و تاییده کالیبره میباشند.
 - ✓ توالی طبق لیست و آخرین دستورالعمل ارسالی وزارت متبوع و بصورت استاندارد تنظیم شده است و در هر نوبت کاری تحویل گرفته میشود.
- کارکنان درمانی مشخص شده در برنامه کد در هر شیفت تجهیزات و توالی احیا را به شرح ذیل چک می کنند:
- دستگاه ساکشن و کپسولهای اکسیژن از نظر پر و آماده استفاده بودن چک می شوند
 - دستگاه الکتروشوک روزانه در شیفت صبح تست می شود و در دفتر مخصوص با درج شیفت و تاریخ ثبت می گردد.
 - داروهای توالی اورژانس در هر شیفت کنترل می شوند.
 - لارنگوسکوپ و صحت عملکرد آن و باتریها کنترل می شوند

س ۷: آیا کارکنان درمانی از نحوه استفاده از (لارنگوسکوپ، ساکشن، ECG) آگاهی دارند؟

- ✓ دستورالعمل و روش کار تجهیزات در بخش و در کنار دستگاهها وجود دارد.
- ✓ پرسنل از کاربری تجهیزات، مهم و ضروری و شایع بخش اطلاع دارند. و در این زمینه آموزش های لازم داده شده است.
- ✓ میزان آگاهی پرسنل از نحوه استفاده از (لارنگوسکوپ، ساکشن، ECG) ارزیابی گردد.
- ✓ تست روزانه تجهیزات مهم و ضروری در بخش انجام و ثبت می شود.

س ۸: لیست آنتی دوتیهای و داروهای پرخطر و مشابه مورد نیاز بخش در مکان مناسب نصب شده است، پرسنل از آن اطلاع دارند .

✓ **مشاهده مستندات و مصاحبه با پرسنل :**

- ✓ اجرای دستورات دارویی داروهای پرخطر توسط دو کارشناس پرستاری انجام، ثبت و با درج امضاء هر کارشناس تعیین می گردد ("دابل چک ")
- ✓ لیست مهمترین داروهایی که به دلیل شباهت دیداری **Sight Alike** یا شباهت شنیداری **Sound Alike** که ممکن است در داروخانه یا بخشها اشتباها" بجای یکدیگر پیچیده و استفاده شود. در مکان مناسب نصب شده است پرسنل از آن اطلاع دارند .
- ✓ تمام مراحل دارودهی پرخطر (ثبت **order** توسط پزشک تا انتهای دارو دهی) توسط دو پرستار **Double check** می شود.
- ✓ چک لیست آنتی دوت (پادتن) تعدادی از سموم و یا داروهایی که بیش از حد و در حد مسمومیت مصرف شده است در مکان مناسب نصب شده است پرسنل از آن اطلاع دارند .
- ✓ فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر در مکان مناسب نصب شده است پرسنل از آن اطلاع دارند .

حیطه پنجم : آموزش

س ۱: کتابچه توجیهی بخش برای آشناسازی کادر جدیدالورود در دسترس است و پرسنل از نحوه استفاده از آن آگاهی دارند؟

کتابچه ای کادر جدیدالورود که در سامانه ساتک در دسترس بوده با هدف آشنایی افراد جدیدالورود با گوشه ای از فعالیت های این مرکز، مقررات و قوانین بیمارستان حقوق ذی نفعان و اختیارات و حقوق شما بعنوان عضو جدیدی از همکاران بیمارستان در نظر گرفته شده است که تاکید می گردد . این کتابچه را بدقت مطالعه نمایند . و ارزیابی توسط سرپرستار بر اساس این کتابچه انجام می گردد.

س ۲: آموزش به بیمار (بدورود، حین ورود، زمان ترخیص) در رابطه با بیماری، رژیم غذایی، خودمراقبتی و... انجام می شود؟

افراد آموزش دهنده :

۱- پزشک معالج

- ✓ تغییر دیدگاه پزشکان از بیمارگرا به سلامت نگر
- ✓ تایید تشخیص، راهنمایی و حمایت بیماران

۲- پرستاران

- ✓ پرستار مسئول بیمارمناسبتترین فرد برای آموزش به بیمار است
- ✓ با بیمار بیشترین ارتباط را دارد.
- ✓ مشکلات بیمار را کاملاً می داند.
- ✓ توانایی و مهارت آموزشی دارد.
- ✓ امکان ارزیابی آموزش برای وی فراهم است.

۳- سایر کارکنان. (افراد آموزش دهنده باید از محتوای آموزشی استاندارد استفاده نمایند)

- I. مستندات آموزش به بیمار و همراهان در بخش موجود است.
- II. برنامه ریزی آموزشی براساس نیاز سنجی انجام شده است.
- III. پمفلت های آموزشی مناسب با کیس های بخش ها و نیاز بیماران تهیه شده است.
- IV. آموزش های ارائه شده به بیمار در گزارش پرستاری ثبت شده است.
- V. مطالب آموزشی در ابتدا و حین بستری و ترخیص به بیماران ارائه می شود.
- VI. اثر بخشی آموزش های ارائه شده به بیمار ارزیابی و ثبت می شود.
- VII. بیماران آموزش های ثبت شده در فرم آموزش به بیمار توسط پرستار را تایید می نمایند.

س ۳: چک لیست و مستندات آموزشهای ارائه شده به کادر جدیدالورود شامل: ارزیابی مهارتهای (عمومی، ارتباطی، و تخصصی بخش)، CPR, ECG گزارش نویسی، آموزش به بیمار، ارتباط با بیمار، کار با وسایل و تجهیزات و ... تکمیل شده و توسط سرپرستار/کارشناس خبره تأیید گردیده است.

- ✓ برنامه های آموزشی متناسب با شرایط بخش و نیروها وجود دارد
- ✓ حداقل مهارتهای (عمومی)، توسط مترون ابلاغ و در بخش موجود باشد.
- ✓ حداقل مهارتهای (ارتباطی)، توسط مترون ابلاغ و در بخش موجود باشد.
- ✓ حداقل مهارتهای (تخصصی بخش)، توسط مترون ابلاغ و در بخش موجود باشد.
- ✓ چک لیست ارزیابی مهارتهای (عمومی، ارتباطی، و تخصصی بخش)، موجود است و نیروی جدیدالورود بر اساس آن ارزیابی می گردند.
- ✓ مستندات مربوط به آموزشهای ارائه شده به کادر جدیدالورود توسط سرپرستار/کارشناس خبره در بخش موجود و به پرونده آموزشی در بخش الصاق شده است.
- ✓ مستندات و مشاهدات مربوط به آموزشهای ارائه شده به کادر جدیدالورود توسط سرپرستار/کارشناس خبره در بخش موجود و بررسی گردد.

س ۴: کلیه پرسنل سالی یکبار در زمینه احیای قلبی ریوی پایه و پیشرفته و استفاده از تجهیزات تخصصی هر بخش آموزش دریافت میکنند؟

- احیای قلبی ریوی یک مانور حیات بخش است که به کمک آن تنفس و گردش خون فرد مصدوم حفظ می شود تا از نرسیدن موادغذایی و اکسیژن به مغز او و مرگ مغزی در فرد جلوگیری شود. این مانور حیاتی می تواند بدون احتیاج به هیچ وسیله اضافی نیز انجام گیرد و انجام صحیح و به موقع آن جان انسانهای زیادی را از مرگ حتمی نجات بخشد.
- ✓ کلیه کارکنان در خصوص احیای قلبی ریوی دوره های مربوطه را گذرانده و در هر شیفت برای انجام عملیات CPR احتمالی آمادگی لازم را دارند.
 - ✓ در صورت نیاز به اعلام کد، در کمتر از یک دقیقه در محل اعلام شده حضور یابند.

س ۴: کنفرانس درون بخشی طبق برنامه تدوین شده برگزار میشود.؟

- ✓ برنامه های آموزشی متناسب با شرایط بخش و نیروها وجود دارد.
- ✓ کنفرانس های دورن بخشی در بخش انجام و مستند می گردد.
- ✓ برنامه ریزی آموزشی براساس نیاز سنجی انجام شده است.

حیطه ششم: موازین کنترل عفونت

س ۱: آگاهی کادر پرستاری با تعریف عفونت بیمارستانی و روش اجرایی شناسایی ونحوه گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی به کارشناس کنترل عفونت .

□ عفونتهای بیمارستانی به عفونتی گفته می شود که پس از پذیرش بیمار در بیمارستان (۴۸ یا ۷۲ ساعت بعد) یا طی دوره ای مشخص (۱۰ تا ۳۰ روز) پس از ترخیص بیمار (۲۵ تا ۵۰٪ عفونت های زخم جراحی، پس از ترخیص بیمار ظاهر می گردند) رخ دهد و در زمان پذیرش بیمار وجود نداشته و در دوره نهفتگی خود نیز نباید قرار داشته باشد. در صورتیکه به دنبال اعمال جراحی بیماران جسم خارجی کار گذاشته شود عفونت می تواند تا یکسال به وقوع بپیوندد.

■ طبق تعریف نظام کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی در ایران (NNIS) سیزده نوع از عفونت های بیمارستانی بایستی شناسایی و گزارش داده شود که شامل:

- ✓ عفونت ادراری UTI
- ✓ عفونت محل زخم جراحی SSI
- ✓ عفونت ریه PNEU
- ✓ عفونت خون BSI
- ✓ رویداد مرتبط با ونتیلاتور VAE
- ✓ عفونت محل جراحی ssi
- ✓ عفونت استخوان ومفصل Bg
- ✓ عفونت سیستم اعصاب مرکزی CNS
- ✓ عفونت دستگاه قلبی عروقی CVS
- ✓ عفونت چشم، گوش، حلق، بینی، دهان EENT
- ✓ عفونت دستگاه گوارش GI

✓ عفونت دستگاه تنفسی تحتانی غیر از پنومونی LRI

✓ عفونت دستگاه تناسلی REPR

✓ عفونت پوست و بافت نرم SST

■ شناسایی بیماریهای واگیردار با اطلاع فوری، و غیر فوری (کتبی)

■ آگاهی و مطالعه روش های اجرایی، خط مشی، دستورالعمل در رابطه با عفونت های بیمارستانی

■ آگاهی مواجهات شغلی شامل، اجسام تیز و برنده، تماس مخاطی (چشم، بینی، دهان) آزردهی و بریدگی دست کارکنان، تشکیل پرونده بهداشتی و تعیین تیتراژ آنتی بادی)

■ -نحوه و زمان استفاده از ماسک n95، و در صورت نبود این ماسک جایگزین آن با ماسک معمولی همراه ۴ لایه گاز استفاده شود.

■ آگاهی از نحوه استفاده از وسایل فردی، در احتیاطات (تماسی، قطره ای، تنفسی).

■ گندزدایی و ضد عفونی کردن به وسیله انواع محلول ها یکی از ارکان کاهش عفونتهای بیمارستانی است

عفونت بیمارستانی :

عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماریزای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود، به شرطی که:

♣ حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود.

♣ در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.

♣ معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد.

س ۲: دستورالعملهای کنترل عفونت موجود است و کادر نسبت به آنها آگاه هستند. (اصول تزریقات ایمن، نگهداری ویالها، برانولها، ست ها، سرمها و..)؟

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

۱- به دریافت کننده خدمت (بیمار) آسیب نزنند.

۲- به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی در مانیصدمه ای وارد نسازد .

۳- پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نشود

تزریقات غیر ایمن:

*روش غلط تزریق

*محل نامناسب تزریق

*داروی ناصحیح

*حلال غلط

* دوز غلط دارو

*دسترسی افراد جامعه به سرنگ و سرسوزن استفاده شده (امحاء ناصحیح)

کلیات تزریقات ایمن

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز فرآورده های دارویی می باشد که در صورت عدم رعایت موازین توصیه شده خطرات سیاری را بر ارائه کنندگان - مصرف کنندگان و نیز جامعه اعمال می کند، ایمنی تزریقات با تکیه بر چهار محور بنیادی ذیل تأمین می گردد:

۱- کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی درمانی به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده

۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی

۳- جمع آوری - نگهداری - انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده پر خطر

۴- تغییر رفتار و نگرش افراد جامعه و پزشکان نسبت به تجویز دارو به روش تزریقی

۱- کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی، درمانی

الف) کارکنان بهداشتی، درمانی باید در خصوص چگونگی پیشگیری از صدمات ناشی از وسایل مزبور و نیز اقدامات درمانی و پیشگیرانه اولیه به صورت مداوم آموزش ببینند

ب) تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان علیه هیپاتیت B برای همه کارکنان بهداشتی، درمانی که با توجه به نوع وظایفشان اقدامات پر خطر دارند، نظیر:

واکسیناتورها، بخش های ویژه، اتاق عمل اورژانس، واحدهایی که انتقال خون انجام می دهند یا افرادی که روش های درمانی تهاجمی انجام می دهند یا در معرض تماس با خون، سرم و سایر ترشحات آلوده بیماران می باشند و نیز همه دانشجویان پزشکی، پرستاری و مامایی توصیه می شود.

۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده

الف) ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کند، نظیر **Safety box** و فورسپس جهت جدا کردن تیغ جراحی و... در دسترس کارکنان قرار گیرد.

ب) وسایل حفاظتی مناسب نظیر: دستکش، گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند پلاستیکی، ماسک، عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی، درمانی متناسب با وضعیت بیمار و روش های درمانی در دسترس باشد.

۳- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده

الف) توصیه می شود سر سوزن و سایر اشیا تیز و برنده مصرفی (آنژیوبکت، بیستوری، لانس، اسکالپ وین، ویال های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن (**Safety box**) جمع آوری شود و به نحو مطلوب دفع گردد.

ب) ضروری است ظروف جمع آوری، مستحکم، غیر قابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشد.

ج) لازم است ظروف جمع آوری ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس کارکنان قرار داشته باشد.

د) استفاده از برجسب هشداردهنده بر روی **Safety box** ها با مضمون «احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی» به منظور جلب توجه کارکنان درمانی الزامی است.

به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی، در صورتی که حداکثر ۳/۴ حجم ظروف مذکور پر شده باشد، ضروری است درب ظروف له نحو مناسبی بسته شده و دفع شوند

توجه: هرگز ویالهای خالی (به جز ویالهای شکسته)، پنبه الکل، گاز، باند، دستکش یا سایر ضایعات پلاستیکی را در **Safety box** نیندازید.

س ۳: اصول بهداشتی در نظافت، شستشو و گندزدایی محیط رعایت میشود. برنامه منظم و مکتوب برای شستشوی کلیه تجهیزات بخش وجود دارد؟

۱- نظافت بخش براساس برنامه تنظیمی بخش انجام شده است

۲- سطل های آشغال (به تفکیک عفونی و غیر عفونی) دارای درب و کیسه زباله است

- ۳- وسایل استریل موجود در بخش دارای برچسب مشخصات و تاریخ (طبق دستورالعمل) است
- ۴- تخت (، انکوباتور در صورت وجود) پس از ترخیص بیمار بطور کامل تمیز می شود (تشک ، سینی زیر بیمار، شیشه های اطراف و....)
- ۵- محفظه آب مقطر (نبولایزر، اکسیژن) باید روزانه یکبار باز شده و بطور کامل تمیز شود در صورت عدم استفاده خشک باشد.
- ۶- نظافت دستگاه بخور (سرد و گرم) مطلوب است.
- ۷- رعایت بهداشت دست، مطابق دستورالعمل انجام می شود.
- ۸- وسایل نوک تیز و برنده در ظروف مقاوم جمع آوری می شود و بعد از پر شدن به میزان 3/4 ، تعویض می شود.
- ۹- زباله های بخش مطابق دستورالعمل تفکیک و جمع آوری می شود (زمان تعویض)
- ۱۰- رعایت اصول انواع ایزوله بر اساس نوع بیمار بستری در بخش، انجام می شود
- ۱۱- در صورت عدم استفاده از ساکشن، خشک نگهداری می شود.
- ۱۲- کلیه اتصالات مربوط به درناژ (Urine bag, N.G.Tube, ...) در سطحی پایین تر از محل درناژ قرار دارند و با زمین تماس ندارند.

س ۴: تفکیک و جمع آوری، لباس ها و ملحفه ها با رعایت اصول ایمنی و مطابق موازین بهداشتی انجام میشود؟

- ۱- ملحفه ها و لباس بیماران عفونی توسط خدماتی بخش در کیسه های زرد رنگ قرار داده و کامل گره زده می شود و برپسب مشخصات شامل نام بخش و عفونی بودن بر روی آن چسبانده و داخل بین کثیف قرار داده می شود
- ۲- دریافت لباس ها و ملحفه های کثیف باید با حضور مسئول واحد رختشویخانه و خدمات بخش مربوطه انجام شود
- ۳- پرسنل خدمات جهت انتقال ملحفه ها و لباس های بیمار از وسایل محافظتی مانند دستکش ، ماسک و در صورت لزوم عینک و .. استفاده می کنند.
- ۴- پرسنل خدماتی و رختشویخانه آموزشهای لازم در این خصوص را فرا میگیرند.
- ۵- ملافه و لباسهای عفونی و غیر عفونی تفکیک شده و جداگانه شسته می شوند.
- ۶- لباسها و ملحفه ها پس از شستشو و اتو کشی به اتاق تمیز منتقل میشوند
- ۷- البسه هر بخش در داخل کمد مخصوص قرار میگیرند
- ۸- خدمات هر بخش لباسهای تمیز را از قسمت (درب تحویل البسه تمیز) تحویل میگیرند

س ۵: امکانات و تسهیلات لازم از قبیل سطل و کیسه با رنگبندی (زرد، مشکی، سفید/قهوه ای) ، ظروف مستحکم و مقاوم جهت جمع آوری پسماند تیز و برنده با رعایت اصول و الزامات " ضوابط و روش های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی" موجود است؟

تفکیک :

- ✓ پسماندهای عفونی و پسماندهای شیمیایی بایستی در کیسه زباله مقاوم زرد رنگ جمع آوری و در مخزن زرد رنگ دارای علامت مخصوص ، قابل شستشو و ضد عفونی ، نگهداری شوند (اعم از: ست های سرم ، کیسه های ادرار ، سوند ، کیسه های استوما.....).

- ✓ زباله های نوک تیز و برنده صرف نظر از اینکه آلودگی داشته یا نداشته باشد در جعبه یا محفظه مقاوم (S.B) مخصوص جمع آوری گردد. ظروف جمع آوری این اجسام باید ضد سوراخ شدن بوده و در پوش مناسب داشته باشد و جنس این ظروف به قدری سخت ونشت ناپذیر باشد که نه فقط اجسام برنده ونوک تیز بلکه هر گونه بقایای آبگونه های موجود در سرنگ ها را در خود نگه دارد .
- ✓ پسماندهای پرتوزا و رادیو اکتیو ، برابر ضوابطی که به اتفاق وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی وسازمان انرژی اتمی تهیه واعلام خواهد شد زیر نظر مسئول فیزیک بهداشت مدیریت خواهد شد .
- ✓ زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم مشکی رنگ جمع آوری ودر مخزن آبی رنگ قابل شستشو وضد عفونی ، نگهداری شود

س ۶: در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه وسطل زرد رنگ وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود؟

- ⊙ Safety Box برای پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی (کیسه و سطل زرد رنگ) در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می شود.
- ⊙ در بخشهای ویژه بجز دیالیز و Safety Box ccu می تواند در یونیت هر بیمار بصورت ثابت و فیکس شده در محل مناسب مورد استفاده قرار گیرد .
- ⊙ در اتاق بیماران، راهروها و سالن های عمومی ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده و پسماندهای عفونی کیسه وسطل زرد رنگ وجود ندارد.
- ⊙ پسماندهای سیتوتوکسیک باید در ظروف محکم و غیر قابل نشت نگهداری شوند.

کد بندی رنگی پسماند های تفکیک شده مشخص شده است و تمامی پسماندها برچسب گذاری می شوند				
برچسب	رنگ ظرف	نوع ظرف	نوع پسماند	ردیف
عفونی	زرد	کیسه پلاستیکی مقاوم ^۱	عفونی	۱
تیز و برنده _ دارای خطر	زرد با درب قرمز	S . Box استاندارد	تیز و برنده	۲
شیمیایی و داروئی	سفید یا قهوه ای	کیسه پلاستیکی ^۳ مقاوم	شیمیایی و داروئی	۳
عادی	سیاه	کیسه پلاستیکی ^۴ مقاوم	پسماند عادی	۴

برچسب گذاری کیسه ها یا ظروف حاوی پسماند

- ⊙ برچسب گذاری باید دارای ویژگیهای زیر باشد:

الف - هیچ کیسه محتوی پسماند نباید بدون داشتن برچسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود.

- ب - کیسه‌ها یا ظروف حاوی پسماند باید بر چسب گذاری شوند.
 - پ - برچسب‌ها با اندازه قابل خواندن باید بر روی ظرف یا کیسه چسبانده و یا به صورت چاپی درج شوند.
 - ت - برچسب در اثر تماس یا حمل، نباید به آسانی جدا یا پاک شود.
 - ث - برچسب باید از هر طرف قابل مشاهده باشد.
 - ج - نماد خطر مشخص کننده نوع پسماند باید بر روی برچسب درج گردد.
- بر روی برچسب باید مشخصات زیر ذکر گردد: (نام، نشانی و شماره تماس تولیدکننده. - نوع پسماند. - تاریخ تولید و جمع‌آوری. - تاریخ تحویل. - نوع ماده شیمیایی. تاریخ بی‌خطر سازی.)

س ۷: کادر از دستورالعمل نگهداری ست های پانسمان، پانسمان زخم، ضد عفونی وسایل و تجهیزات آگاهی دارند و اصول صحیح بهداشتی آن رعایت میشود؟

- ❖ توجه به تغییر رنگ نوار چسب مخصوص مشخصات بسته های استریل که نسبت به بخار آب حساس بوده و تغییر رنگ می دهد.
- ❖ بر چسب بر روی قسمت خارجی بسته چسبانده می شود.
- ❖ مشخصات وسیله مورد نظر ، تاریخ استریل ، شیفت ، بخش و نام پک کننده بر روی آن درج شود
- ❖ رفت و آمد به محل های نگهداری وسایل استریل بایستی محدود باشد.
- ❖ خیس شدن، باز شدن برچسب بسته ها و روی زمین افتادن وسایل استریل، باعث آلوده شدن و خارج شدن آنها از شرایط استریل می گردد.
- ❖ وسایل استریل نباید در مجاورت منابع آب، پنجره، درب، لوله روکار و ... نگهداری شوند و از آلودگی وسایلی که در قفسه فوقانی قرار گرفته اند بایستی اجتناب شود.
- ❖ کلیه بسته های استریل شده باید در داخل وسیله های چرخدار یا قفسه های ثابت قابل شستشو و گندزدایی نگهداری شوند.

تذکر: اطراف پارچه های بستن وسایل ، باید دوخته شده و سالم باشد

س ۸: رعایت تاریخ سفتی باکس و امحای آن (۵ روز-۳/۴ حجم) و تفکیک پسماند های عفونی ، غیر عفونی ، شیمیایی و نوک تیز با شیوه صحیح در بخش انجام می

شود؟ جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده:

- الف) توصیه می شود سر سوزن و سایر اشیا تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت، بیستوری، لانتست، اسکالپ وین، ویال های شکسته و...) بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن (Safety box) جمع آوری شود و به نحو مطلوب دفع گردد.

- ب) ضروری است ظروف جمع آوری، مستحکم، غیر قابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشد.
- ج) لازم است ظروف جمع آوری ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس کارکنان قرار داشته باشد.
- د) استفاده از برجسب هشداردهنده بر روی **Safety box** ها با مضمون «احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی» به منظور جلب توجه کارکنان درمانی الزامی است. به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی، در صورتی که حداکثر ۵ روز و یا ۳/۴ حجم ظروف مذکور پر باشد، ضروری است درب ظروف به نحو مناسبی بسته و دفع شوند.
- برای اطمینان از حمل و نقل ایمن Safety Box :**

- ۱- حمل و تکان دادن آن را به حداقل برسانید، هرگز به آن فشار وارد نکنید، روی آن ننشینید یا نایستید.
- ۲- مراقبت از آنها را به هنگام حمل و نقل تا محل دفع افزایش دهید.
- ۳- آنها را در مکان خشک و ایمن دور از دسترس کودکان قرار دهید.
- ۴- فردی که مسؤول جمع آوری و حمل و نقل سفتی باکس ها است آموزش های لازم را گذرانده باشد.

جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز:

- ۱- سرنگ و سرسوزن های مصرف شده را همیشه در **Safety box** قرار دهید.
- ۲- برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سوزن در دست هرگز بعد از واکسیناسیون، به سر سوزن دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سر سوزن اجتناب کنید.
- ۳- سرنگ و سرسوزن را بلافاصله بعد از استفاده در **Safety box** بیندازید.
- ۴- بیش از ۳/۴ حجم **Safety box** را پر نکنید.
- ۵- درب **Safety box** های پر شده را قبل از حمل برای دفع ببندید.
- ۶- **Safety box** های پر شده را در یک مکان مطمئن و خشک دور از دسترس کودکان و مردم نگهداری کنید تا مطابق دستورالعمل های موجود دفع شوند.
- ۷- برای اجتناب از ایجاد صدمه در اثر سر سوزن هرگز **Safety box** پر شده را در دست نگیرید، تکان ندهید، فشار ندهید یا روی آن ننشینید یا نایستید.
- ۸- **Safety box** پر را دوباره باز نکنید، خالی نکنید یا مورد استفاده مجدد قرار ندهید.

توجه: هرگز ویالهای خالی (به جز ویالهای شکسته)، پنبه الکل، گاز، باند، دستکش یا سایر ضایعات پلاستیکی را در **Safety box** نیندازید.

س ۹: کارکنان با اصول موازین رعایت بهداشت دست (قبل و بعد از تماس بیمار، قبل و بعد از کارتهاجمی و تماس با ترشحات، بعد از تماس با محیط بیمار) آشنا می باشند و بهداشت دست را به روش درست انجام می دهند.؟

- ✓ بهداشت دست، روند حذف فیزیکی آلودگی (چرک)، خون، مایعات بدنی و میکروارگانیسم های گذرا از روی دست (شستن دست) یا نابودی میکروارگانیسم ها (ضدعفونی کردن) است. این روش اساساً پاتوژن های بالقوه را روی دست کاهش می دهد.

- ✓ توجه: در هنگام گرفتن علائم حیاتی و فشار خون، تزریق زیر پوستی یا عضلانی به بیمار، لباس پوشاندن به بیمار، انتقال بیمار، هرگونه مراقبت از راه وریدی در بیماران در صورت عدم نشت خون، مراقبت از گوش و یا چشم بیماران در صورت فقدان ترشحات، پوشیدن دستکش ضروری نمی باشد.
- ✓ با رعایت اصول بهداشت دست در بیمارستانها تا ۸۰ درصد از آمار عفونتهای بیمارستانی کاسته می شود.
- ✓ بصورت عملی در هنگام پایش بخش از پرسنل درمانی در تمامی سطوح هند راپ و هند واشینگ انجام شود و روش صحیح انجام بهداشت دست ارزیابی گردد.

1 قبل از تماس با بیمار	چه وقت؟ قبل از تماس با بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن، کمک به بیمار برای حرکت، معاینه بالینی
2 قبل از اقدام به کار آسپتیک	چه وقت؟ قبل از اقدام به کار آسپتیک دست هایتان را تمیز کنید. مثال: مراقب دهان و دندان، آسپراسیون ترشحات تنفسی، پانسمان زخم گذاشتن کانتور، آماده کردن غذا دادن دارو
3 بعد از تماس با مایعات بدن بیمار	چه وقت؟ بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار و بعد از درآوردن دستکش دستهایتان را تمیز کنید. مثال: مراقب دهان و دندان، آسپراسیون ترشحات تنفسی، خون گیری و کار با نمونه های خونی، آزمایش و جایابی نمونه های ادرار و مدفوع، جایابی مواد زاید
4 بعد از تماس با بیمار	چه وقت؟ پس از لمس بیمار یا محیط اطراف بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: دست دادن، کمک به بیمار برای حرکت معاینه بالینی.
5 بعد از تماس با محیط اطراف بیمار	چه وقت؟ بعد از تماس با هر یک از وسایل اطراف بیمار حتی بدون تماس با خود بیمار دست هایتان را تمیز کنید. مثال: تعویض ملحفه تخت، تنظیم سرعت تزریق وریدی.



World Health
Organization



Reza Rad Co.