

تاریخ آخرین بازنگری : ۱۴۰۰/۱۲/۷

دفعات بازنگری : ۵

صفحه : ۱

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی



Bohlool Hospital

کتابچه

خط مشی های بیمارستان

مدیر داخلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	علی رقیبی	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

زمستان ۱۴۰۰

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

فهرست

- ۱.تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران ۳
- ۲.کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/واحدها با مشارکت صاحبان فرآیند..... ۸
- ۳.مهار شیمیایی ۱۲
۴. مهار فیزیکی ۱۳
- ۵.مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد ۱۵
- ۶.شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری ۲۶
- ۷.اندیکاسیون ها و نحوه ی پذیرش و ترخیص در بخش های ویژه ۳۱
- اندیکاسیون ها و نحوه ی پذیرش در بخش ویژه ۳۲
- اندیکاسیون ها و نحوه ترخیص از بخش ویژه ۳۵
- ۸.شیوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهانکاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت ۳۰
- ۹.روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان..... ۳۲
- ۱۰.مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ۳۷

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-GO-01

کد سند

۱

سنجه

۵

۲

الف

استاندارد

عنوان خط مشی:

۱. تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

بیانیه خط مشی:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول گنابادی به منظور تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در شرایط بحران نسبت به سیاستگذاری و افزایش آگاهی و توانمندسازی کارکنان و مدیریت بحران اقدام می نماید.

هدف:

در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حادثه، توانمند کردن بیمارستان جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی (مانند مراقبت های اورژانسی، جراحی های فوری، مراقبت از مادر و کودک) در شرایط بحرانی.

۲- پاسخگویی مناسب و موثر به حوادث و کاهش میزان آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان.

دامنه:

کلیه قسمت های بالینی-اداری-پاراکلینیک

تعاریف:

HICS بیمارستان: سیستمی مدیریتی که متشکل از ساختار سازمانی منعطف و اصول مدیریتی مبتنی بر زمان های بررسی شده است. این سیستم؛ شامل تعیین مسئولیت ها و کانال های ارتباطی و استفاده از زبان و اصطلاحات واحد؛ به منظور بهبود ارتباطات داخلی و خارجی و تلفیق با دیگر سازمان های درگیر در پاسخ به حوادث و فوریت هاست.

صاحبان فرآیند:

اعضاء کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلایا - مسئولین اتاق عمل اورژانس، رادیولوژی، آزمایشگاه و بخش های ویژه

ذینفعان:

کلیه پرسنل بیمارستان، بیماران، همراهان بیمار

فرد پاسخگو: مسئول فنی و مدیریت بحران

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مستندات، وجود مناطق ایمن، و تجهیزات جایگزین در مواقع اضطراری

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

لیست شماره تلفن ضروری پرسنل، چادر صحرایی، باکسهای مخصوص بحران، اتاق EOC و تجهیزات ارتباطی، منابع انسانی شامل پرسنل آنکال بخش ها، نیروهای داوطلب مردمی، ذخیره غذایی خشک، ذخیره سوخت طبیعی، منبع برق اضطراری، منبع ذخیره آب و ...

منابع :

مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخص های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا تالیف : دکتر حمید رضا خانکه ۱۳۹۳
آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا، تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران، چاپ دوم سال ۱۳۹۲

روش اجرایی:

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

۱. برنامه آنکالی پزشکان و پرسنل و لیست شماره تلفن ضروری (ثابت - همراه) پرسنل در اتاق هدایت عملیات، مرکز تلفن و دفتر سوپروایزر وجود دارد. (مسئول اجرا : کمیته مدیریت خطر)
۲. توسط تاسیسات بیمارستان ذخیره سازی سوخت جهت ۷۲ ساعت در بیمارستان تامین و نظارت می شود.
۳. همچنین برای ذخیره سازی اکسیژن به میزان ۶۸ عدد ۴۰ لیتری و ۵ عدد ۲۰ لیتری در مواقع بحران پیش بینی شده است ضمن اینکه سه دستگاه اکسیژن ساز مجموع ظرفیت ذخیره ۲۰۰۰ لیتر اکسیژن را دارد.
۴. مخازن آب این مرکز میزان ذخیره آب برابر ۳۶۰۰۰ لیتر در حداقل برای برآورد نیاز ۷۲ ساعته را مرتفع می کند.
۵. برای تامین برق اضطراری، عملکرد دستگاه برق اضطراری به طور مرتب بازدید می شود.
۶. لیستی از تجهیزات موجود در بخش و واحد ها (به ویژه اتاق عمل - اورژانس - بخش ویژه) را شامل نام تجهیزات، تعداد و محل نگهداری آنها و محل دستگاه جایگزین تهیه شده توسط واحد مهندسی پزشکی در نظر گرفته شده و کلیه پرسنل بخش از آن اطلاع دارند.
۷. همچنین در کمیته مدیریت و خطر و بلایا به شرح ذیل اقدامات مدنظر مصوب شده است :
در زمان وقوع حادثه به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیماران و افزایش خدمات رسانی به بیماران دچار حادثه با توجه به شدت و سطح حادثه اقدامات ذیل توسط فرمانده حادثه و افراد تعیین شده از طرف وی انجام می شود:
- کلیه جراحی های الکتیو توسط فرمانده حادثه بیمارستان و یا پزشکان معالج بیماران جهت افزایش ظرفیت پذیرش اتاق های عمل جهت انجام اعمال جراحی اورژانسی مصدومان لغو می گردد.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

- طبق دستور و نظر پزشک اورژانس و حضور سوپروایزر، بیماران دارای بهبودی نسبی از اورژانس مرخص شده و کلیه تمرکز بخش اورژانس بر ارائه خدمت به مصدومین وارد شده به بیمارستان صورت می گیرد.
 - در صورت نیاز، ادغام بخش های بیمارستانی توسط فرمانده حادثه و رئیس بخش عملیات، جهت افزایش پذیرش مصدومین بحران صورت می گیرد و به دستور فرمانده حادثه به کلیه پزشکان معالج جهت ترخیص بیماران دارای بهبودی نسبی و قابل ترخیص، اطلاع رسانی صورت گرفته و در صورت در دسترس نبودن پزشک معالج بیمار، ترخیص بیماران توسط فرمانده حادثه، پزشک آنکال، یا یکی از پزشکان اورژانس انجام می شود.
 - جهت استفاده از ظرفیت های سایر ارگان ها و نهادهای همکار این مرکز تفاهم نامه با مراکز درمانی همجوار در خصوص همکاری در مواقع بحران منعقد نموده است و دو طرف تعهد نموده اند که طبق مفاد تفاهم نامه، به تعهدات خود در مواقع بحران عمل نمایند.
 - با توجه به ظرفیت بسیار محدود سرد خانه جسد این مرکز و پاسخگو نبودن در قبال اجساد بیشتر در مواقع بحران، مسئول واحد متوفیان طبق دستور فرماندهی حادثه از طریق هماهنگی با EOC دانشگاه، پزشکی قانونی نسبت به صدور جواز دفن و انتقال اجساد اقدام می ورزد.
 - فرمانده حادثه با هماهنگی EOC دانشگاه و ستاد هدایت دانشگاه نسبت به افزایش ظرفیت حمل و نقل و جابجایی و اعزام مصدومان اقدام می ورزد.
- در حال حاضر این بیمارستان دارای امکان استفاده از آمبولانس اختصاصی این مرکز را دارد و در صورتی که جوابگوی موارد بحرانی نباشد از سایر مراکز مانند هلال احمر تقاضای همکاری خواهد نمود.

برنامه آمادگی بیمارستان در خصوص بحران کوید ۱۹ و امیکرون :

- ۱- توسط مدیریت منابع انسانی و مدیریت و مدیریت خدمات پرستاری تعیین پرسنل مورد نیاز در هر شیفت کاری صورت گرفته و در برنامه های کاری پرسنل به صورت ماهیانه لحاظ می شود .
- ۲- توسط واحد بهداشت حرفه ای و مدیران ارشد بیمارستان، پرسنل در معرض خطر تعیین شده و تمهیدات لازم در نظر گرفته می شود .
- ۳- درصد کارکنان مبتلا به صورت مدون توسط واحد بهداشت حرفه ای و مدیریت ارشد تعیین و به ریاست جهت تصمیم گیری و تامین آن رایزنی می شود .
- ۴- تعیین اقلام مصرفی داروخانه و اکسیژن و تجهیزات ضروری و تاسیسات بر اساس نیازسنجی انجام شده در طی ماه گذشته (مصرفی در کوید ۱۹) انجام گرفته و جهت تامین به ریاست بیمارستان اعلام می شود .
- ۵- ارزیابی میزان مصرف اکسیژن و رفع نواقص آن ، توسط واحد تجهیزات پزشکی انجام شده و به حوزه ریاست بیمارستان اعلام می شود . و رفع نواقص با همکاری کمیته مدیریت بحران صورت می گیرد .

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

۶- در صورت افزایش بار مراجعه، تیم مدیریت بیمارستان تحت نظارت رئیس بیمارستان به صورت روزانه تشکیل جلسه داده و براساس گزارش روزانه دریافتی، نظارت کافی برای پذیرش بیماران سرپایی و بررسی اندیکاسیون های بستری و ترخیص به عمل می آید. در این جلسات موارد زیر به دقت بررسی شود:

- در صورت افزایش ضریب اشغال بیش از ۵۰ درصد تخت های بستری عادی و بیش از ۶۰ درصد تخت های ویژه توسط بیماران کووید ۱۹ با هماهنگی و تایید معاونت درمان دانشگاه/دانشکده و طرح و تصویب در هیات رئیسه دانشگاه/دانشکده پذیرش بیماران الکتیو لغو میشود. بیماران الکتیو با تایید پزشک معالج توسط مدیر تخت بیمارستان، در لیست انتظار درج شوند.

- در صورت افزایش ضریب اشغال بیش از ۸۰ درصد تخت های بستری ویژه و عادی توسط بیماران کووید ۱۹ می توان از فضای در نظر گرفته مطابق هماهنگی با معاونت درمان در بیمارستان آریا استفاده می گردد

- فرآیند نحوه تریاژ بیماران مشکوک و قطعی از سایر بیماران تدوین شده و تفکیک فضاهای تحت نظر و سرپایی صورت گرفته و بعد از تریاژ توسط فایل اکسل به صورت مستقیم انتقال اطلاعات بیماران سرپایی به و معاونت بهداشتی به منظور انجام پیگیری بعد از ترخیص صورت می گیرد. -

میزان خلوص اکسیژن بر بالین بیمار توسط واحد تجهیزات پزشکی اندازه گیری و ثبت می شود.

- تیم تنفسی در صورت پیک کوید و امیکرون فعال و در سایر مواقع بصورت آنکال تعریف می شوند .

- دوره های آموزشی احتیاطات استاندارد و احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی و قطرات) و به ویژه رعایت موازین بازآموزی

برگزار و استاندارد در پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی، آداب تنفسی و بهداشت دست برای کارکنان مهارت های کارکنان ارزیابی شود.

- دستورالعمل محدودیت ملاقات های بیماران مشکوک/ محتمل و قطعی کووید ۱۹ تهیه و بر نحوه رعایت آن نظارت شود. علایم و هشدارهای محدودیت ورود ملاقاتی ها بر روی درب اتاق ها و بخش های کووید ۱۹ نصب شده باشد.

- تمامی دستورالعمل های نظافت محیط های کم خطر، با خطر متوسط و پرخطر شامل نوع ماده گندزدا، توالی نظافت، دفعات نظافت در شبانه روز و نحوه آلودگی زدایی ترشحات و ... بیولوژیک در محیط و آموزش نحوه رقیق سازیمحلول های گندزدا به کادر پشتیبانی و انبارش و ذخیره مواد ضدعفونی رعایت می گردد .

- موازین کنترل عفونت رعایت می شود .

- اطلاع رسانی و ثبت و گزارش دهی در بیماران به صورت سامانه های مرتبط توسط واحد آمر انجام می شود .

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
دبیر کمیته مدیریت فطر و بلایا	زهراسادات غفارزاده ناجی	تهیه کننده
مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-GO-02

کد سند

۷

سنجه

۵

۵

الف

استاندارد

عنوان خط مشی :

۲. کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/واحدها

بیانیه خط مشی :

بیمارستان علامه بهلول گنابادی با هدف صیانت و حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران ، تلاش در جهت رعایت دستورالعمل های مرتبط می نماید.

هدف:

افزایش آگاهی و توانمندسازی کارکنان مرتبط و ارتقا فرآیندها و صیانت از اطلاعات بیماران و کنترل پرونده های خروجی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت

دامنه:

کارکنان واحدها/بخش های بیمارستان/پزشکان و دانشجویان و واحد پژوهشی دانشگاه و سایر مراجع قضایی و سازمانهای بیمه گر

تعاریف:

صاحبان فرآیند:

تمامی کارکنان بیمارستان/واحدهای بیمه گر و مدیریت اطلاعات سلامت

ذینفعان:

رئیس ، مدیریت، پزشکان، منشی و پرستاران و سرپرستاران بخش ها /واحدهای مرتبط، واحدهای بیمه گر و مراجع قضایی و بیماران سایر افراد به تشخیص بیمارستان

فرد پاسخگو:

مدیریت اطلاعات سلامت در بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

نظارت میدانی مدیریت واحد اطلاعات سلامت

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

مهر برابر اصل، دستگاه کپی،

روش اجرایی:

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

۱. درخواست کتبی پرونده توسط فرد یا واحد درخواست کننده پرونده صورت می گیرد
۲. تایید درخواست توسط رئیس بیمارستان صورت می گیرد.
۳. بازبایی شماره پرونده از سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت انجام می شود.
۴. ثبت تاریخ و ساعت تحویل پرونده نام شخص تحویل دهنده واحد امنیت گیرنده و نام شخص تحویل گیرنده و دفعه مراجعه بیمار در قسمت امانت پرونده از سامانه اطلاعات بیمارستان تکمیل میگردد.
۵. پیگیری پرونده هایی که از واحد مدیریت اطلاعات سلامت خارج شده و عودت داده نشده به صورت هفتگی صورت می گیرد.
۶. برگشت پرونده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت و ثبت برگشت با ذکر تاریخ در قسمت امانت پرونده انجام می شود
۷. در زمان انتقال بین بیمارستانی بیمار جهت ادامه درمان، نسخه اصل یا اول فرم اعزام واجد مهر و امضای اصل پزشک معالج به همراه تصویر اوراق مهم پرونده باید همراه بیمار منتقل گردد. اصل پرونده بیمار به همراه نسخه دوم فرم اعزام (اصل یا کاپی) بصورت خوانا و ممهور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد
۸. در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار شده (سقوط بیمار از تخت - قطع عضو نابجا - عدم شناسایی بیمار - استفاده نابجا از گازهای طبی - تزریق خون اشتباه و ...)، و مرگهای مشکوک حین بستری بیمار؛ بلافاصله باید با قید تاریخ و ساعت دقیق واقعه، تصویر تمام اوراق پرونده تهیه و با ذکر تاریخ و ساعت دقیق کپی برداری بر روی نسخه کپی، برابر اصل شده و تا زمان بررسی حادثه در محل امن جهت هر گونه داوری یا بررسی بعدی به عنوان نسخه ایمن پرونده نگهداری شود. ضبط و نگهداری نسخه ایمن پرونده با مسئولیت رئیس بیمارستان است.
۹. کلیه تئیتات پرونده پزشکی بیمار بایستی بهنگام بوده و از ارسال مجدد اصل پرونده بیماران فوتی و، اعزام شده؛ به بخش درمانی مربوطه تحت عناوینی از قبیل تکمیل گزارشات و ... اکیداً اجتناب گردد
۱۰. پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) در دسترس و اختیار افراد غیر مجاز قرار نگیرد و جهت انتقال آن بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده شود. خروج پرونده های بیماران توسط همراهان بیمار از بخشها ممنوع است.
۱۱. خصوصاً ارایه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات و آموزش پزشکی، با توجه به اینکه پرونده بالینی از مهمترین منابع برای مطالعات اپیدمیولوژیک و تحقیقات بالینی محسوب می شود؛ پس از اخذ رضایت قطعی کتبی و بالشرط بیمار در زمان مقتضی (موضوع بند ۲)، رعایت موارد ذیل قبل از ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی ضروری است: الف- رضایت بیمار در خصوص اجازه استفاده از مطالعات پزشکی، فقط در خصوص مطالعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار می باشد، و نام و مطالعات مشخص کننده هویت بیمار به هیچ عنوان نباید در پرسشنامه و تحقیقات بالینی مورد استفاده واقع گردد. ب- ارایه معرفی نامه از معاونت آموزشی یا پژوهشی یا درمان دانشگاه مربوطه، و ارایه یک نسخه از پروپوزال؛ از سوی پژوهشگر ج- بررسی طرحنامه

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

(پروپوزال)، و پرسشنامه یا نوع مطالعات درخواستی، در کمیته مدیریت آمار و اطلاعات درمان بیمارستان پس از تصویب طرحنامه در کمیته، صدور مجوز دسترسی به مطالعات به میزان و کیفیت مطروح در تصویبنامه در صلاحیت رییس بیمارستان است. د- امضا تعهد نامه حفظ محرمانگی مطالعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر مسئول. ه- تعهد پژوهشگر به اینکه یک نسخه از گزارشات نهایی تحقیقات انجام شده (یا خلاصه ای از آن) جهت تأیید رعایت تعهدات اخلاقی، به رویت مسئول واحد مدیریت آمار و اطلاعات درمان مرکز رسانیده شود.

۱۲. در خصوص نحوه دسترسی پزشک به پرونده بیماران، در زمان بستری و حین درمان پزشک پرونده دسترسی کامل به پرونده دارد و در صورت زمان به اخذ سوابق پرونده قبلی بیمار، بایستی با درخواست کتبی پزشک معالج به واحد مدیریت اطلاعات سلامت، پرونده بیمار به ایشان تحویل شود.

۱۳. در زمان درخواست پزشک مشاور و مقیم و آنکال در حین بستری بیمار، دسترسی کامل به پرونده دارند و در صورت نیاز به سوابق بیمار بایستی با درخواست کتبی پزشک مشاور مقیم یا آنکال به واحد مدیریت اطلاعات سلامت، پس از اخذ تأییدیه ایشان، پرونده توسط یک فرد معتمد (منشی یا کمکی بخش) در اختیار پزشک قرار گیرد.

۱۴. در موارد درخواست رئیس و مدیر بیمارستان، بعد از تأیید درخواست کتبی ایشان توسط مسئول یا آنکال مدیریت اطلاعات سلامت بایستی تحویل پرونده و انتقال به واحد توسط منشی یا کمکی معتمد صورت گیرد.

۱۵. در موارد درخواست دانشجویان پزشکی نیز پس از اخذ و تأیید درخواست کتبی ایشان توسط مسئول واحد مدیریت سلامت بایستی تحویل پرونده و انتقال به بخش توسط منشی یا کمکی معتمد صورت گیرد.

۱۶. در خصوص سطح دسترسی به پرونده های بیماران برای استفاده در کمیته های بیمارستانی نیز دبیران کمیته ها بایستی کپی برابر اصل پرونده با تأیید درخواست ایشان توسط رئیس بیمارستان از واحد مدیریت اطلاعات سلامت تحویل بگیرند.

۱۷. در موارد درخواست وکیل حقوقی بیمارستان، نیز پس از اخذ علت درخواست و تأیید آن توسط ریاست باید تحویل پرونده به بخش توسط منشی یا کمکی معتمد صورت گیرد.

۱۸. در موارد درخواست مراجع قضایی، ضمن تأیید درخواست ایشان، توسط رئیس بیمارستان کپی برابر اصل تحویل و ممهور به مهر برابر اصل در پاکت دربسته به صورت محرمانه از طریق دبیرخانه و پس از اخذ رسید توسط کارشناس حقوقی (در صورت حضور) پرونده تحویل می گردد.

۱۹. در موارد رسیدگی سازمان های بیمه گر در زمان بستری بیمار در محل بیمارستان و بخش بالینی، تا زمان اخذ تأییدیه های لازم و بررسی ها امکان دسترسی به اصل پرونده موجود است.

۲۰. در موارد اخذ گرامت و نیاز به بررسی های لازم توسط سازمان های بیمه گر، ضمن اخذ تأیید ایشان توسط رئیس بیمارستان و کپی برابر اصل تحویل و ممهور به مهر برابر اصل در پاکت دربسته به صورت محرمانه پس از اخذ رسید از کارشناس حقوقی بیمارستان، بایستی از دبیرخانه به سازمان مربوطه ارسال شود.

۲۱. در موارد حضور بازرسان وزارت بهداشت، بعد از اخذ برگه ماموریت ایشان و تأیید رئیس بیمارستان، دسترسی به پرونده امکانش پذیر است.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

۲۲. در صورتی که کارفرمای بیماران ناشی از کار نیاز به پرونده داشته باشد بعد از اخذ رضایت بیمار یا ولی قانونی وی با اخذ و اجازه کتبی از مراجع قضایی صورت می گیرد. و کپی پرونده در پاکت در بسته بعد از تأیید کارشناس حقوقی بیمارستان ، از طریق دبیرخانه ارسال می گردد .

۲۳. در موارد درخواست سایر بیمارستان ، پس از تأیید رضایت از بیمار یا ولی قانونی وی ، کپی برابر اصل ممهور به مهر محرمانه در پاکت در بسته بعد از اخذ رسید از کارشناس حقوقی بیمارستان از طریق دبیرخانه بیمارستان ارسال می گردد .

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول مدارک پزشکی	مهناز حق پرست	تهیه کنندگان
مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-EM-01	کد سند	۶	سنجه	۳	۱	ب	استاندارد
-----------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان خط مشی :

۳. روش مهار شیمیایی

بیانیه خط مشی :

در این بیمارستان با هدف حفظ ایمنی بیمار، صرفاً با صلاحدید و طبق دستور پزشک، مهار شیمیایی بیماران انجام می شود.

هدف:

پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی، آسیب به خود و دیگران، جلوگیری از سقوط، جلوگیری از خارج کردن و کشیدن اتصالات توسط بیمار

دامنه:

بیمارستان علامه بهلول گنابادی

تعاریف:

سداتیو: داروی آرام بخش

سداسیون: استفاده از دارو های شیمیایی جهت مهار و آرام سازی بیماران ببقرار و افزایش ایمنی بیماران

صاحبان فرآیند:

مدیریت بیمارستان - کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

ذینفعان:

کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری، مسئول فنی بیمارستان

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

روش اجرایی :

۱. بیمار توسط پرستار بررسی و علت بی قراری وی ارزیابی و مداخلات لازم انجام و در گزارش پرستاری ثبت می شود (تسکین درد، ایجاد محیط آرام، بررسی اتصالات از نظر تاخوردگی و...)
۲. پرستار/پزشک با ارزیابی بیماران، بیمار نیازمند به مهار شیمیایی را شناسایی می نماید .
الف: بیماران کمتر اندیکه جهت مهار شیمیایی:
 - شرایط شدیداً وخیم جسمی و روان • بیماران دلیریومی یا مبتلا به دمانس که کاهش محرک های محیطی موجب وخامت حالشان میشود .بیمارانی که در انجام خودکشی شدیداً مصرند • .بیمارانی که وابستگی شدید به دارو و مواد دارند دچار مسمومیت شدید شده یا به کنترل دقیق دوز اثر دارویی نیاز دارند .
- ب: اندیکاسیون های مهار شیمیایی
-بیماران با اختلال هوشیاری و بیقرار با نظر پزشک ج. بیماران بیقرار تحت تهویه مکانیکی د. بیمار با رفتار تهاجمی ه. رفتارهای خطرناک برای خود و دیگران و. رفتارهای فیزیکی یا کلامی تهدید کننده
۳. پزشک معالج با توجه به سابقه دارویی و حساسیت های شناخته شده ی بیمار، تداخلات دارویی، دستور مهار شیمیایی بیمار را با لحاظ نوع دارو، دوز آن و مدت زمان مهار با ایمن ترین روش تجویز و در پرونده ثبت می نماید
۴. دستور پزشک توسط پرستار مسئول بیمار چک می شود
۵. داروهای مورد نیاز مهار شیمیایی توسط پرستار طبق اصول ایمنی دارودهی طبق دستور پزشک اجرا می نماید.
۶. ارزیابی پاسخ به درمان، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود
۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ مداوم و...پایش و توسط پرستار مسئول بیمار بصورت مستمر کنترل می شود.
۸. مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن طبق دستور پزشک قطع می گردد.
۹. حریم خصوصی بیمار در حین مهار شیمیایی توسط کارکنان بالینی حفظ می شود.
۱۰. عوارض و وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار ارزیابی و توسط پرستار به پزشک معالج اطلاع داده و طبق دستور اقدام و در گزارش پرستاری ثبت می گردد.
۱۱. تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک می باشد.
۱۲. با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

- بازدیدهای روزانه و ماهانه توسط مدیر خدمات پرستاری و سوپروایزران

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- تجهیزات حیاتی و مانیتورینگ

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	تهیه کنندگان
مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-SM-01

کد سند

۷

سنجه

۳

۱

ب

استاندارد

عنوان خط مشی :

۴. روش مهار فیزیکی

بیانیه خط مشی :

استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی

هدف:

پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی، آسیب به خود و دیگران ، جلوگیری از سقوط، جلوگیری از خارج کردن و کشیدن اتصالات توسط بیمار

دامنه:

بیمارستان علامه بهلول گنابادی

تعاریف:

مهار فیزیکی: بعضی اوقات الزم است برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران و ارزیابی کافی، بیمار را مهار کنیم. این امر بخصوص در مواقعی که بیمار شدیداً تحریک پذیر بوده و یا دارای افکار تهاجمی یا خودکشی می باشد، ضرورت می یابد. بسته شدن بیمار باید با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت باشد تا از سلامت کار و بیمار مطمئن گردد.

ذینفعان:

کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری، مسئول فنی بیمارستان

صاحبان فرآیند:

مدیریت بیمارستان - کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

روش اجرایی :

۱. اندیکاسیون های مهار فیزیکی :

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

بیماران با رفتار های تهاجمی اعصاب و روان • بیماران با اختلال هوشیاری و بیقرار • بیماران بیقرار تحت تهویه مکانیکی که با نظر پزشک نیاز به مهار شیمیایی نداشته باشند .

۲.کنتراندیکاسیون های مهار فیزیکی :

• شرایط شدیداً وخیم جسمی و روانی (مگر با مراقبت کافی مستقیم) بیماران دلیریومی یا مبتلا به دمانس که کاهش محرک های محیطی موجب وخامت حالشان میشود(مگر با مراقبت کافی ومستقیم) بیمارانی که در انجام خودکشی شدیداً مصرند .بیمارانی که وابستگی شدید به دارو و مواد دارند و دچار مسمومیت شدید شده و یا به کنترل دقیق دوز اثر داروئی نیاز دارند (مگر با مراقبت کافی و مستقیم)برای تنبیه بیماران یا راحتی وآسودگی کارکنان.

۱.پزشک معالج دستور مهار فیزیکی بیمار و محدوده و مدت زمان آن را کتباً در پرونده بیمار ثبت می کند .

۲.دستور پزشک توسط پرستار مسئول بیمار چک می شود .

۳-وسایل مورد نیاز مهار فیزیکی توسط کمک پرستار با نظارت پرستار آماده می شود .

۴-پرستار جهت انجام مهار فیزیکی از نیروهای دیگر بخش ،خدمات،بیماربر ،کمک پرستار و نگهبان نیز در صورت نیاز کمک می گیرد

۵.مهار بیمار با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت انجام می شود.

۶.پوزیشن صحیح بیمار با نظارت پرستار مسئول در جهت پیشگیری از آسیب راسیون بیمار، رعایت می شود.

۷. در صورت هوشیار بودن بیمار، علت مهار بیمار برای ایشان توسط پرستار توضیح داده می شود.

۸.درمورد بیماران بیقرار، بالا بودن حفاظ تخت ها توسط پرستار چک می شود .

۹.جهت جلوگیری از زخم بستر با نظارت پرستار تشک مواج برای بیمار گذاشته می شود.

۱۰.در صورت استفاده از باند و پنبه جهت بستن دست و پای بیمار توسط کمک پرستار به گونه ای انجام می شود که مانع خون رسانی به اندام ها و انفوزیون دارویی نشود.

۱۱.وسایل بالقوه تهدید کننده توسط کمک بهیار با نظارت پرستار از بیمار جدا شده و تا زمانی که بیمار کنترل خود را به دست آورد در یک محیط امن نگهداری می شود .

۱۲.پرستار مسئول بیمار بی قرار، بیمار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده، در صورت صدمات حاد، به پزشک گزارش نموده و در پرونده ثبت مینماید .

۱۳.در بیماری که مهار فیزیکی دارد در صورت اجازه پزشک جهت برآوردن نیازهای شخصی، مهار فیزیکی با نظارت پرستار بیمار توسط کمک پرستار موقتاً باز می شود و بیمار تحت نظر قرار می گیرد .

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

۱۴. در صورتی که طبق دستور پزشک نیازی به ادامه مهار نباشد در اولین فرصت ممکن بندها توسط کمک پرستار باز می شوند. و بیمار تحت نظر قرار می گیرد.

۱۵. تمدید و یا قطع مهار فیزیکی طبق دستور کتبی پزشک انجام می گردد .

۱۶. در زمان عدم حضور پزشک معالج، وضعیت بیمار توسط پرستار به پزشک اطلاع داده شده طبق خط مشی دستورات تلفنی و شفاهی در پرونده بیمار ثبت می شود .

۱۷. کلیه اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری با ذکر نوع مهار، ساعت شروع، مدت مهار و خاتمه مهار توسط پرستار ثبت می شود .

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی: مشاهده، مستندات پرونده

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
سرپرستار بخش جراحی ۱ - سرپرستار بخش جراحی ۲	فاطمه انصاری - حمید دهقان	تهیه کنندگان
سرپرستار بخش CCU - سوپروایزر بالینی	عشرت جمعی - رویا مرادی	
سرپرستار بخش ICU - سوپروایزر آموزش سلامت	مهدی کاظم نژاد - اعظم رضی زاده	
مدیر داخلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-SM-01

کد سند

۳

سنجه

۱

۲

ب

استاندارد

عنوان خط مشی :

۸. مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

بیانیه خط مشی :

بیمارستان به منظور اثربخشی و ارتقا سطح خدمات مراقبتی، بیماران با وضعیت های حاد و بحرانی را تحت مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم قرار می دهد.

دامنه :

کلیه بخش های ویژه ی بیمارستان، بیماران در انتظار بخش های ویژه در سایر بخش ها

تعاریف:

۱. **مراقبت حاد:** مراقبت های مورد نیاز بیمارانی است که بصورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه ی بیماری

قبلی آنها شرایط بحرانی بروز می نماید.

۲. **مراقبت بحرانی:** مراقبت های هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت های تهدید کننده حیات، با ارائه حمایت

های تخصصی پیشرفته و مانیتورینگ صورت می پذیرد. این نوع مراقبت ها در بخش اورژانس و یا هر بخش عادی در شرایط بحرانی بیماران ارائه می شود.

۳. **مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم:** بررسی مداوم و برنامه ریزی شده بیمار حاد از نظر علائم حیاتی (فشار خون

سیستولیک و دیاستولیک، HR-RR-T، و SPO₂ - کنترل خونریزی - سطح هوشیاری - عملکرد سیستم ها - MAP)

صاحبان فرآیند:

کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو :

مدیر خدمات پرستاری

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

- کنترل مستندات

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

— مصاحبه

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب استاندارد های خدمات پرستاری
کتاب جامع راهنمای اعتباربخشی
تجهیزات پزشکی و ملزومات آن
کادر پزشکی، مامایی، پرستاری، کمک بهیار و خدمات

عنوان روش های اجرایی:

۱. مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

روش اجرایی ۱:

مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

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

پرستار براساس شاخص های فیزیولوژیک قابل پایش در مراقبت های حاد و بحرانی مطابق لیست ذیل بیماران را شناسایی می نماید.

- مراقبت و پایش سطح هوشیاری بیمار با توجه به مقیاس گلاسکو کوما و FOUR
- مراقبت و پایش سیستم قلبی عروقی — (پایش فشارخون، ضربان قلب و ریتم، BS و...)
- مراقبت و پایش سیستم تنفسی (تعداد تنفس و درصد اشباع اکسیژن خون شریانی و پالس اکسی متری و...)
- مراقبت و پایش سیستم کلیوی (BUN-cr-out put)

شیوه انجام کار:

۱. بعد از شناسایی بیمار با شرایط حاد پرستار به ترتیب زیر عمل می کند.
۲. سطح هوشیاری با مقیاس گلاسکو توسط پرستار تعیین می شود .
۳. چست لیدهای مناسب هر سن بر روی سینه بیمار چسبانده می شود.
 - سیم قرمز: دومین فضای بین دنده ای سمت راست در امتداد خط کلاویکولار
 - سیم زرد: دومین فضای بین دنده ای سمت چپ در امتداد خط کلاویکولار
 - سیم سبز: پنجمین فضای بین دنده ای سمت چپ در محل اپکس
 - سیم سفید یا مشکی: سمت راست و پایین قفسه سینه
۴. دستگاه مانیتورینگ توسط پرستار به بیمار متصل می شود.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

- اتصال پروپ پالس اکسی متری به انگشت شصت بیمار یا اشاره در بیماران بزرگسال و اتصال پروپ مخصوص در نوزادان به مچ دست ها یا پاها و برقراری اتصال به دستگاه و نمایش SPO₂, HR
- ۵. بعد از اتصال سیم ها برروی چست لیدهای وصل شده روی قفسه سینه بیمار، ضربان قلب توسط پرسنل به طور مداوم کنترل می شود.
- ۶. بیمار از نظر دیس ریتمی های قلبی به صورت مداوم مانیتورینگ قلبی می شود و نتایج ثبت و موارد غیر طبیعی توسط پرستار به پزشک معالج گزارش می شود .
- ۷. وضعیت درد بیمار توسط پرستار ارزیابی شده و به پزشک معالج اطلاع رسانی می شود تا زمان بهبودی ، بیمار توسط پرستار بطور مرتب پایش می شود .
- ۸. بعد از اطمینان از سلامت کاف فشار سنج و رابط کاف مناسب با سن بیمار دور بازو، دکمه مربوط به اندازه گیری فشارخون را فشار داده و فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک توسط پرستار اندازه گیری و رویت می شود. در بیماران بدحال دستگاه این قابلیت را دارد که طبق تنظیمات انجام شده توسط پرستار به صورت اتوماتیک در زمان مشخص یا دستی اندازه گیری شود.
- ۹. برخی دستگاه ها مجهز به سنسور پوستی اندازه گیری دمای پوست بدن هستند. سنسور از طرف سطح فلزی روی پوست شکم بیمار وصل می شود.
- ۱۰. بیمار به طور مداوم توسط پرستار با مشاهده مستقیم از نظر عملکرد سیستم ها کنترل و مانیتورینگ می شود.
- ۱۱. کلیه پارامترهای اندازه گیری شده در برگه ثبت علائم حیاتی بیمار و پرونده ثبت می شود. و به صورت مداوم هرگونه تغییری به اطلاع پزشک معالج رسانده شود و براساس گزارشات ۲۴ ساعته پرستار روند درمانی بیمار توسط پرستار اخذ و ثبت می شود.
- ۱۲. در بیماران بدحال کنترل کلیه علائم با توجه به شرایط بیمار و دستور پزشک انجام می شود.
- ۱۳. در صورت دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار به بخش های ویژه هماهنگی لازم با بخش های مربوطه صورت می گیرد.
- ۱۴. در هر شیفت محل پروپ پالس اکسیمتری جهت جلوگیری از آسیب پذیری نوزاد در بخش NICU تعویض می گردد .
- ۱۵. ترالی احیا نزدیک بیمار توسط پرستار قرار داده می شود .
- ۱۶. کیفیت مراقبت از بیماران حاد با استفاده از روند برخی شاخص های عملکردی از جمله نرخ مورتالیتی در بازه های زمانی و در یک بخش توسط تیم مدیریت و رهبری پایش و ارزیابی می شود .
- ۱۷. در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان در خصوص مراقبت های تکاملی نوزادان و KMC (هم آغوشی مادر و نوزاد) و همچنین معاینه رتینوپاتی نوزادان برنامه ریزی انجام می شود .
- ۱۸. کیفیت مراقبت از نوزادان توسط تیم مدیریت و رهبری با استفاده از شاخص های عملکردی استخراج شده و استخراج شده از سامانه ایمان از جمله نرخ مرگ و میر در نوزادان تحت تهویه مکانیکی و نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم بصورت دوره ای پایش می شود و در صورت لزوم مداخله و اقدامات اصلاحی انجام می شود .
- ۱۹. در بخش NICU، در صورت بستری نوزادی با تست مثبت کرونا، از اتاق ایزوله موجود در بخش استفاده می شود. در صورت بستری بیش از یک مورد، از اتاق تجهیز شده در بخش اطفال استفاده می گردد(تامین نیروی انسانی اتاق مذکور بر عهده NICU می باشد)

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

مراقبت در بیماران حاد تنفسی مبتنی بر آخرین دستورالعمل کوید ۱۹: (نسخه یازدهم مراقبت و درمان کوید ۱۹ و آخرین دستورالعمل نحوه مراقبت و درمان نارسایی تنفسی کوید ۱۹ و اکسیژن درمانی در کوید ۱۹)

اصول زیر در انتخاب وسیله درست برای اکسیژن درمانی کمک کننده اند:

۱. الزم نیست اکسیژن بیمار بالاتر از ۹۶٪ باشد و اکسیژن بالاتر از ۹۶٪ می تواند باعث صدمه به بافت مجاری تنفسی و آلوئولها شود. بنابر این از وسیله ای استفاده کنیم که اکسیژن را حدود ۹۵ یا حداکثر ۹۶٪ نگاه میدارد. ۲. برای هر وسیله مقدار اکسیژنی که باید تجویز شود متفاوت است a:

a. اکسیژن با سوند نازال: ۱ تا حداکثر ۶ لیتر در دقیقه

. نکته: در صورتیکه جریان اکسیژن با سوند نازال بیش از ۶ لیتر باشد نه تنها میزان $FI O_2$ دریافتی بیمار به طور مناسب بالا نمی رود بلکه جریان بالای اکسیژن باعث ایجاد توربولانس شده و مخاط را آسیب می رساند. لذا در صورتیکه اکسیژناسیون بیمار با سوند بینی به اندازه کافی افزایش نمی یابد باید به جای بالاتر بردن فلوی اکسیژن از روش دیگری برای اکسیژن درمانی استفاده شود

b. اکسیژن با ماسک ساده: برای اکسیژن درمانی با ماسک ساده فلوی اکسیژن باید ۵ تا ۸ لیتر در دقیقه باشد .

. نکته: در صورتیکه ماسک اکسیژن با فلوی کمتر از ۵ لیتر برای بیمار گذاشته شود CO_2 بازدمی بیمار از ماسک شسته نشده و بیمار می تواند CO_2 بازدمی خود را دوباره استنشاق کرده و باعث احتباس CO_2 و اسیدوز تنفسی شدید بخصوص در بیماران COPD گردد. لذا استفاده از ماسک ساده در بیماران COPD ممنوع است .

c. ماسک با رزرو بگ: ماسک های دارای رزرو بگ به دو دسته تقسیم می شوند. در صورتیکه بین بگ یا کیسه ذخیره و ماسک و روی دو سوراخ خروجی ماسک از بیرون دریچه وجود داشته باشد ماسک را Non Rebreathing می گویند در این حالت با عمل دم دریچه بین ماسک و کیسه ذخیره ای باز شده و هوا از کیسه به ریه بیمار وارد می شود و در بازدم دریچه بین ماسک و بگ بسته شده و هوا از دو دریچه خروجی دو طرف ماسک خارج می شود. در این حالت در صورتیکه همه این دریچه ها درست کار کنند و ماسک کاملاً به صورت بیمار چسبیده باشد به صورت تئوریک همه هوای دمی بیمار از ماسک و فلوی در جریان اکسیژن تامین شده و بیمار در واقع اکسیژن ۱۰۰٪ استفاده می نماید. در صورتیکه ماسک دارای رزرو بگ دریچه نداشته باشد Re Breathing محسوب شده و در بهترین حالت $FI O_2$ حدود ۸۵٪ فراهم می نماید. . نکته: فلوی اکسیژن در ماسک با رزرو بگ باید در حدی بالا برده شود که کیسه ذخیره کاملاً باد شده و در هر تنفس کمتر از یک سوم حجم کیسه خالی شود. $Fi I$ در عمل ماسک های دارای رزرو بگ به طریقی ساخته شده اند که قسمت اتصال بگ به ماسک پیچ خورده و مقاومت بالایی برای خروج هوا از بگ به ماسک ایجاد می کند. از طرفی دریچه ها ضخیم بوده پروتکل اکسیژن درمانی ۸ و با تنفس مدخل ورود و خروج هوا را باز و بسته نمی کنند. در نتیجه عملاً دریچه ها کارایی نداشته و اکسیژن دریافتی بیمار در بهترین حالت در حدود ۸۵-۸۰ درصد است

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

d. ماسک ونچوری: با توجه به اینکه در اکثر روشهای اکسیژن درمانی تغییر در حجم و عمق تنفس بیمار باعث می شود حجمهای متفاوتی از هوای اتاق علاوه بر اکسیژن وارد ریه شود، این روشها نمی توانند $FI O_2$ ثابت و قابل پیش بینی برای بیمار ایجاد نمایند. با استفاده از قانون برنولی که در آن اگر هوا با فشار از سوراخ کوچکی عبور داده شود می تواند اطراف خود فشار منفی ایجاد کرده و حجم زیاد و ثابتی از هوای اطراف را با خود جابجا کند وسیله ای به نام ونچوری ساخته شد که می تواند $FI O_2$ ثابتی را برای بیمار ایجاد نماید. لذا در بیمارانی که مبتلا به COPD یا هیپوونتیلیسیون مزمن می باشند و مقدار بالای اکسیژن می تواند برای آنها خطرناک باشد توصیه می شود برای اکسیژن درمانی از ماسک ونچوری استفاده شود. ماسکهای ونچوری به لوله بلندی به نام خرطومی متصل می شوند و در محل اتصال خرطومی به لوله اکسیژن قسمت رنگی ونچوری قرار می گیرد. روی هر رنگ از قطعه اصلی ونچوری میزان اکسیژنی که باید گذاشته شود و $FI O_2$ حاصل شده از آن ونچوری نوشته شده است. بهتر است برای بیماران مستعد افزایش CO_2 ابتدا از ونچوری ۲۸ یا ۳۲ درصد استفاده کرد و اگر $O_2 Sat$ به بالاتر از ۸۸ نرسید درصد ونچوری را مرحله به مرحله بالا برد. دقت شود که هدف نهایی رساندن اشباع اکسیژن به ۹۲-۸۸ درصد است و نباید در بیماران مبتلا به هیپوونتیلیسیون و/یا COPD اکسیژن به بالاتر از ۹۲ درصد برسد. لذا در صورت $O_2 Sat$ بالاتر از ۹۲ مجدداً از ونچوری با درصد $FI O_2$ پایین تر استفاده شود. **i. نکته:** متأسفانه این برداشت غلط در بین کادر درمان رایج شده که ونچوری می تواند $FI O_2$ های بالا فراهم نماید و برای بیماران هیپوکسیک بهترین روش اکسیژن درمانی است. به خاطر داشته باشیم که در بیمارانی که دچار دیسترس تنفسی می باشند و تعداد و حجم تنفس بالاست بیمار نیاز به وسیله ای برای اکسیژن درمانی دارد که بتواند حجم دقیقه ای بالایی از اکسیژن با درصد بالا را فراهم نماید. در حالیکه حداکثر حجم دقیقه ای فراهم شده توسط ونچوری حدود ۳۵-۳۰ لیتر است و این وسیله برای بیماران دچار دیسترس تنفسی که حجم دقیقه ای آنها بعضاً به ۴۰ تا ۷۰ لیتر در دقیقه می رسد کارایی ندارد.

پروتکل اکسیژن درمانی **High Flow Nasal Oxygen**: این وسیله که جدید تر از سایر وسایل اکسیژن درمانی وارد بازار شده با افزایش فلو اکسیژن بین ۳۰ تا ۶۰ لیتر در دقیقه و تنظیم رطوبت و دمای آن موجب می گردد بیمار بتواند از اکسیژن با درصد بالا استفاده نماید. پس $FI O_2 = 100\%$ پروتکل اکسیژن درمانی ۱۰ این وسیله با وجود مزیت ایجاد $FI O_2$ بالا در بیماران مبتلا به کوید ۱۹ دارای قیمت بالا بوده و قطعه بینی که یک بار مصرف است هزینه زیادی را به بیمار تحمیل می نماید

f. Bi PAP, CPAP: در صورت عدم توانایی بیمار در تامین اکسیژن کافی، گاهی می توان با کمک این دو دستگاه و ایجاد فشار مثبت به تامین اکسیژن در بیمار کمک کرد. در CPAP فشار مثبت دائمی دستگاه مانند PEEP عمل کرده و باعث باز ماندن بیشتر آلئول در انتهای بازدم می گردد. در Bi PAP فشار مثبت بازدمی نقش PEEP و فشار مثبت دمی نقش Support Pressure را بازی کرده و به ترتیب موجب باز ماندن بیشتر آلئول در انتهای بازدم و فشار بیشتر بیرون در هنگام دم و در نتیجه ورود هوای بیشتر در دم می شوند. بسیار ضروری است که شخصی که با این دستگاهها آشنایی کامل دارد از آنها برای بیمار استفاده نماید و ست آپ دستگاه را به طریقی تنظیم نماید که تحمل آن برای

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

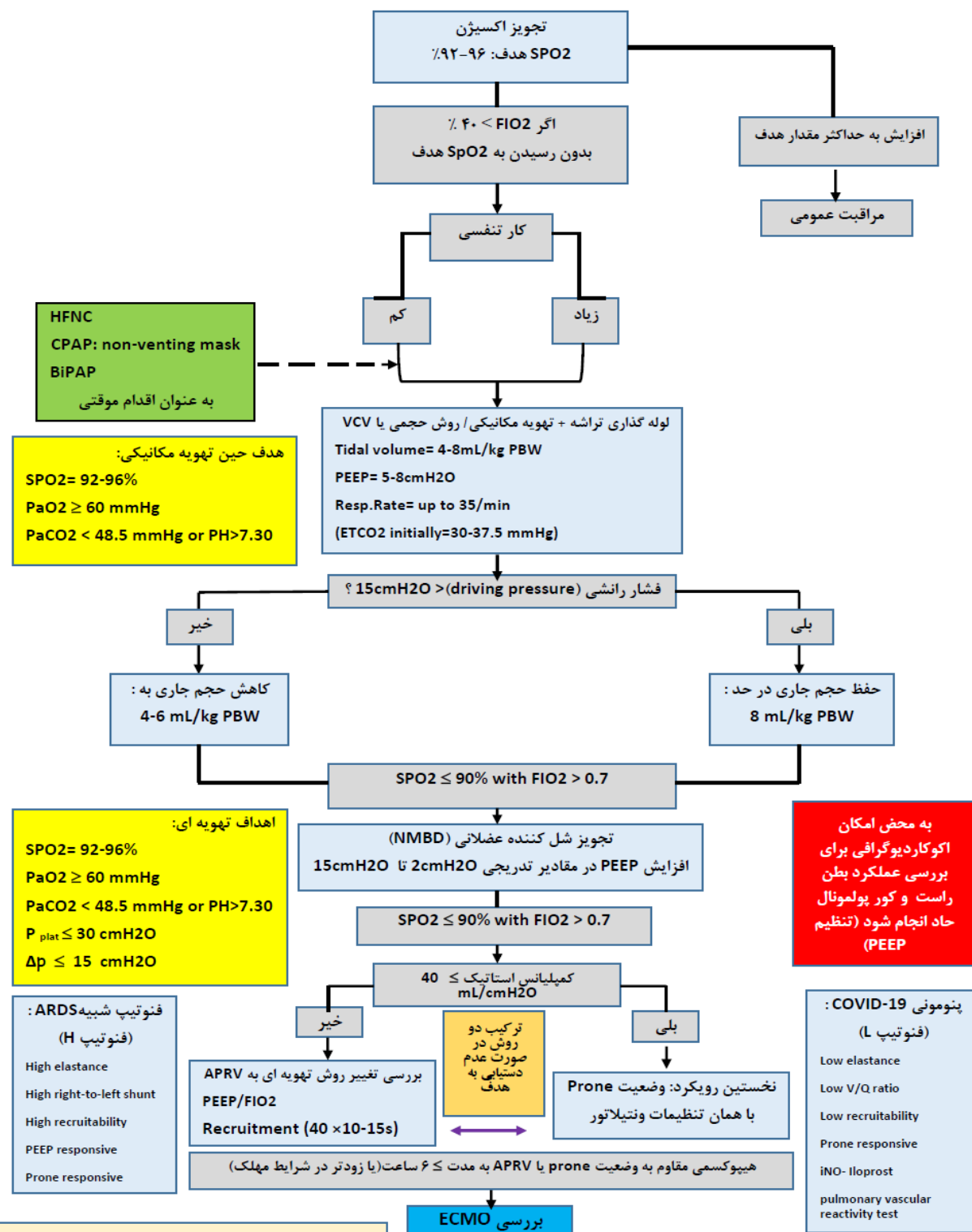
بیمار ممکن بوده و بیمار خود را تسلیم دستگاه نموده با آن مقابله نکند. مقابله بیمار با دستگاه می تواند باعث گردد که نه تنها بیمار از دستگاه سودی نبرد بلکه باعث بدتر شدن هیپوکسی و هیپوونتیلیشن بیمار شود. برخی از دستگاههای ونتیلاتور بخصوص مدلهای جدید قابلیت استفاده به عنوان (Ventilator Invasive Non) NIV را داشته و می توانند به جای Bi PAP و CPAP استفاده شوند.

پروتکل اکسیژن درمانی ونتیلاتور: در نهایت در صورتیکه نتوان اکسیژناسیون بیمار را با روشهای غیرتهاجمی حفظ کرد و یا هیپوونتیلیسیون بیمار را کنترل نمود و یا در صورتیکه راه هوایی بیمار در معرض بسته شدن باشد الزم است بیمار اینتوبه شده و زیر ونتیلاتور قرار گیرد. به خاطر داشته باشیم در صورت عدم آشنایی کافی با ونتیلاتور می توانیم جان بیمار را در خطر جدی قرار دهیم. در این مبحث همه اشکالات موجود در استفاده از ونتیلاتور مورد بحث قرار نمی گیرد ولی در مورد اکسیژناسیون ذکر ۲ نکته حیاتی است. i: همانطور که قبلاً نیز گفته شد اکسیژن بالا برای بیمار توکسیک می باشد و $FI O_2$ دستگاه نباید بدون دلیل بالاتر از ۶۰٪ گذاشته شود. لذا $FI O_2$ ونتیلاتور را در اسرع وقت و به محض اینکه اشباع اکسیژن شریانی بالاتر از ۹۲٪ رسید باید تا حد ممکن پایین آورد و در کمترین مقداری که اشباع اکسیژن را بالای ۹۲٪ حفظ کند نگه داشت. ii: در صورتیکه اکسیژناسیون بیمار حتی با ۱۰۰٪ $FI O_2$ تامین نمی شود الزم است ست آپ دستگاه توسط شخص مسلط به ونتیلاتور تنظیم گردد. در این موارد احتمال وجود شانت بسیار زیاد است و در نتیجه معمولاً الزم می شود تا متخصص مربوطه با افزایش تدریجی PEEP بهترین فشار PEEP را که باعث افت فشار نگردد پیدا کرده و با افزایش فشار داخل آلوئول موجب بیرون راندن مایع از داخل آلوئول و تبدیل شانت به QV match می گردد. به یاد داشته باشید اگر در بیماری با فشار بالای PEEP مایع از داخل آلوئول بیرون رانده شده جدا کردن بیمار از دستگاه حتی برای یک ساکشن کوتاه می تواند موجب پر شدن مجدد آلوئول از مایع شده و وضعیت بیمار را دوباره بدتر کند. بنابر این جدا کردن بیمار از ونتیلاتور در زمانی که PEEP بالاست ممنوع است. توجه داشته باشیم که اکثریت وسایل کمک تنفسی می توانند باعث پخش بیشتر ویروس کوید ۱۹ از بیمارمان مبتلا به دیگران گردند. لذا توصیه می شود در بخش های کوید ۱۹ بالاخص در ICU مخصوص کرونا پرسنل حتماً از وسایل حفاظت فردی شامل لباس مخصوص، ماسک مناسب، شیلد یا عینک و دستکش استفاده کرده و به هیچ عنوان در داخل بخش حتی برای مصرف آب ماسک خود را برندارند. همچنین توصیه شده تا حد ممکن برای بیمارمان از ماسک جراحی روی سوند اکسیژن و یا Nasal flow High Oxygen استفاده شود. برای کاهش خطر انتقال ویروس در استفاده از بای پپ نیز توصیه می شود بجای بای پپ پرتابل از ونتیلاتورهای دارای مد NIV استفاده گردد تا بازدم بیمار مستقیماً وارد هوای محیط نگردد.

برای بیمارمان مبتلا به نارسایی تنفسی که نیاز به مراقبت ویژه دارند مطابق الگوریتم زیر عمل می شود:

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

الگوریتم شماره ۱: اداره نارسایی تنفسی در COVID-19



کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

مراقبت در خصوص بیماران با بیماری متوسط و شدید در کوید ۱۹ :

-اکسیژن درمانی ، پایدار نمودن وضعیت همودینامیک، اصلاح آب و الکترولیت اولین اقدام است. توجه به بیماری های زمینه ای و پایش میزان قند خون و الکترولیت ها ضروری می باشد.

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
سرپرستار بخش جراحی ۱	فاطمه انصاری	تهیه کنندگان
سرپرستار بخش CCU - سوپروایزر بالینی	عشرت جمعیتی - رویا مرادی	
سرپرستار بخش ICU - سوپروایزر آموزش سلامت	مهدی کاظم نژاد - اعظم رضی زاده	
مسئول بهبود کیفیت بیمارستان	مرضیه مختاری	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-EC-01

کد سند

۴

سنجه

۵

۲

ب

استاندارد

عنوان خط مشی :

۶. شناسایی به موقع و نحوه ی رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

بیانیه خط مشی :

بیمارستان جهت حمایت از بیماران بدحال و اورژانسی از طریق شناسایی، ارائه مراقبت و درمان به موقع، تسهیل و تسریع در ارائه خدمات و مراقبت، عمل می نماید.

دامنه :

بخش های بستری بیمارستان بجز بخش اورژانس

تعاریف:

بیماران پرخطر: بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به 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 بیماران دچار دیابت، نقص ایمنی

بیمار بدحال و اورژانس بستری در بخش: به بیمارانی بدحال اطلاق می شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری جهت پایدارسازی و خروج آن ها از شرایط بحرانی لازم است

بیماران کوید ۱۹ با بیماری شدید یا متوسط بستری در بخشهای بستری :

-بیمار علائم شدیدتر تنفسی شامل تنگی نفس، احساس درد و فشار در قفسه سینه با یا بدون تب، $SpO_2: 90-94\%$ و درگیری ریوی کمتر از ۵۰٪ دارد.

- مرحله شدید بیماری $RR \geq 30$ ، $SpO_2 < 90\%$ ، درگیری ریوی بیشتر از ۵۰٪

صاحبان فرآیند:

مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران بخش های بستری

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو :

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

مدیر خدمات پرستاری

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

- کنترل مستندات
- مصاحبه از پرسنل

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

لیست بیماران پرخطر، لیست بیماران اورژانس، فرم های احیاء

تجهیزات مانیتورینگ و احیاء

کادر پزشکی، مامایی و پرستاری، کمک بهیار و خدمات

روش اجرایی ۱:

شناسایی به موقع و نحوه ی رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

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

۱. در مرحله اول پرستار مسؤل ، بیمار را ارزیابی می کند.
۲. در این مرحله بیماری که افت سطح هوشیاری یا علائم حیاتی غیرطبیعی و ناپایدار دارد و یا سطح اکسیژن خونی پایینی دارد و در مورد بیماران بلوک زایمان که طبق کتاب راهنمای کشوری مراقبت های مامایی نیاز به اقدامات حیات بخش دارد، توسط پرستار یا مامای مسئول به طور مداوم کنترل می شود و در صورت تغییر در هوشیاری یا علائم حیاتی وضعیت بیمار به پزشک معالج اطلاع داده می شود و در صورت نیاز کد ۹۹ فراخوان می شود.
۳. در صورت عدم امکان حضور پزشک معالج به پزشک مقیم یا آنکال سرویس مرتبط اطلاع داده می شود .
۴. در صورت حضور پزشک مقیم در سرویس مرتبط، با هماهنگی پزشک معالج توسط پرستاران وضعیت بیمار به اطلاع پزشک مقیم می رسد.
۵. در صورت نیاز پزشک مقیم یا آنکال وضعیت بیمار به اطلاع پزشک معالج می رساند.
۶. پرستار تا زمان حضور پزشک نسبت به کنترل علائم حیاتی و اقدامات اولیه اقدام می نماید.
۷. در صورت عدم امکان حضور پزشک معالج یا مقیم توسط پرستار به سوپروایزر اطلاع داده می شود.
۸. توسط سوپروایزر وقت، پزشک آنکال فراخوانی می گردد.
۹. پزشک آنکال براساس محدوده زمانی تعیین شده بربالین بیمار حاضر می شود.(محدوده زمانی تعیین شده حداکثر ۳۰ دقیقه)
۱۰. در صورت درخواست مشاوره اورژانسی (براساس دستورالعمل مشورت اورژانسی) توسط پرستار بیمار عمل می گردد.
۱۱. پرستار آزمایشات و تصویربرداری اورژانسی بیمار را در صورت درخواست پزشک با هماهنگی آزمایشگاه و واحد تصویربرداری انجام می دهد.
۱۲. در صورت نیاز به خدمات آنکالی تصویربرداری با سوپروایزر وقت جهت فراخوانی موارد مربوطه هماهنگی انجام می شود.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

۱۳. براساس تشخیص متخصص آنکال یا مقیم با رهبری پزشک معالج، در صورت نیاز به انتقال سریع تر به بخش های ویژه برای پزشک آنکال قلب، اطفال یا مسئول فنی ICU مشاوره پزشکی درخواست می گردد.
۱۴. پس از هماهنگی با آنکال قلب، اطفال یا مسئول فنی ICU، بیمار هر چه سریعتر به بخش ویژه به همراه یک پرستار با احتیاطات کامل پرستاری (برانکارد اکسیژن دار، بالا بودن حفاظ تخت، در صورت نیاز مانیتورینگ و پالس اکسیمتری) و با هماهنگی با بخش مقصد در کوتاهترین زمان ممکن به بخش ویژه منتقل می شود.
۱۵. در مواردی که پزشک معالج دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود بیمار و قبل از رسیدن خویش ارائه نماید بلافاصله طبق خط مشی دستورات تلفنی توسط پرستار اجرا می شود.
۱۶. سوپروایزر بر تمامی مراحل فوق نظارت دارد و در صورت نیاز به نیرو و تجهیزات هماهنگی لازم را انجام می دهد.
۱۷. گزارش بیماران بدحال و بستری در دفتر گزارش سوپروایزری نوشته می شود.
۱۸. لیست موارد پرخطر هر بخش در معرض دید پرسنل قرار دارد و بیماران پر خطر در تخت های نزدیک به استیشن پرستاری یا اتاق ICU بخش و با حضور پرستار مربوطه بستری می شوند. در صورت حضور اعضاء کد ۹۹ یا پزشک مربوطه که بر بالین بیمار و وسایل حفاظت فردی در اختیار افراد قرار گرفته و با پوشش کامل بر بالین بیمار حاضر می شوند.
- اقدامات مراقبتی و درمانی در بیماران با درگیری بیماری کوید ۱۹ در حد متوسط: (مطابق نسخه یازدهم کوید ۱۹):**

(بیمار با علائم شدیدتر تنفسی شامل: تنگی نفس، تاکی پنه، افت سطح اشباع اکسیژن بصورت مداوم، افت سطح هشیاری، افت فشار خون، تداوم دهیدراتاسیون وعدم تحمل خوراکی)

مدیریت مرحله متوسط بیماری

آزمایش تشخیص عفونت: تست RT-PCR

سایر آزمایش ها: بر اساس شرایط بالینی و مشکلات زمینه ای بیمار در ابتدا CBC Diff, CRP, SGOT, SGPT, ALP,

BUN/Cr, BS, ECG توصیه میشود. (ترجیحا CRP کمی باشد. به لنفوپنی توجه شود)

اقدامات تصویر برداری: رادیوگرافی ساده ریه و در صورت دسترسی CT scan ریه (ترجیحا با دوز پایین)توصیه می شود

این بیماران اندیکاسیون بستری در بیمارستان دارند

اقدامات مراقبتی-درمانی:

-اکسیژن درمانی، پایدار نمودن وضعیت همودینامیک، اصلاح آب و الکترولیت اولین اقدام است. توجه به بیماری های زمینه ای و پایش میزان قند خون و الکترولیت ها ضروری می باشد.

با تکیه بر اصول بهداشت روان و مداخلات روانشناختی، اقدامات ضروری و حمایت های متناسب توصیه می شود.

توصیه های دارویی در این مرحله شامل موارد زیر می باشد:

-کورتیکواستروئیدها: شکل تزریقی یا خوراکی دگزامتازون ۸mg روزانه یا شکل خوراکی پردنیزولون ۴۰ میلی گرم روزانه تا زمان بستری در بیمارستان و نیاز به حمایت تنفسی و یا برای حداکثر ۱۰ روز (دوز و دوره درمان استاندارد باکورتیکواستروئید)

رمدسیویر: بیماران با درگیری متوسط ریوی نیازمند دریافت اکسیژن ممکن است از درمان با رمدسیویر سود ببرند (روز اول ۲۰۰mg و در ادامه ۱۰۰mg روزانه تا تکمیل ۵ روز) ولی در صورتی که بیش از ۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد، نباید تجویز شود.

-پروپیلکسی ترومبوز با ضد انعقادها: هپارین ۵۰۰۰U زیرجلدی دو تا سه نوبت در روز و یا انوکساپارین ۴۰mg زیرجلدی

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

یک نوبت روزانه (دوز ضد انعقادها در افراد با $BMI \geq 40$ نیاز تنظیم دارد). در حال حاضر در صورت عدم وجود شواهد DVT/PTE استفاده از دوزهای درمانی ضد انعقادها در هیچ یک از مراحل بیماری توصیه نمی شود.

پایش بیماران: تمام بیماران باید بطور منظم از نظر موارد زیر بدقت پایش شوند:

- تشدید تب علیرغم درمان های انجام شده، تداوم تب بعد از ۵ روز یا برگشت مجدد تب
- مرحله متوسط بیماری: بیمار علائم شدیدتر تنفسی شامل تنگی نفس، احساس درد و فشار در قفسه
- سینه با یا بدون تب، $SpO_2: 90-94\%$ و درگیری ریوی کمتر از ۵۰٪ دارد
- روند کاهشی سطح اشباع اکسیژن علیرغم حمایت های تنفسی و درمان با اکسیژن
- اختلالات همودینامیک شامل افت فشارخون، برادیکاردی یا تاکیکاردی ناگهانی و غیر قابل توجیه

- اقدامات مراقبتی و درمانی در بیماران با درگیری بیماری کوید ۱۹ در حد شدید: (مطابق نسخه یازدهم کوید ۱۹):

- اکسیژن درمانی با وسایل مطابق با شرایط بیماران برای دسترسی به حداقل $SPO_2: 90\%$ ، پایدار نمودن وضعیت همودینامیک و اصلاح آب و الکترولیت اولین اقدام است. توجه به بیماری های زمینه ای و پایش قند خون و الکترولیت ها اهمیت بسیاری دارد.

با تکیه بر اصول بهداشت روان و مداخلات روانشناختی، اقدامات ضروری و حمایت های متناسب توصیه می شود
توصیه های دارویی در این مرحله شامل موارد زیر می باشد:

- کورتیکواستروئیدها: شکل تزریقی یا خوراکی دگزامتازون ۸ mg روزانه یا شکل خوراکی پردنیزولون ۴۰ میلی گرم روزانه تا زمان بستری در بیمارستان و نیاز به حمایت تنفسی و یا برای حداکثر ۱۰ روز (دوز و دوره درمان استاندارد باکورتیکواستروئید)

- رمدسیویر: بیماران با درگیری شدید ریوی نیازمند دریافت اکسیژن ممکن است از درمان با رمدسیویر سود ببرند (روز اول ۲۰۰ mg و در ادامه ۱۰۰ mg روزانه تا تکمیل ۵ روز) ولی در صورتی که بیش از ۱۰ روز از شروع علائم گذشته باشد، نباید تجویز شود.

- پروفیلاکسی ترومبوز با ضد انعقادها: هپارین ۵۰۰۰ IU زیرجلدی دو تا سه نوبت در روز و یا انوکسپارین ۴۰ mg زیرجلدی یک نوبت روزانه (دوز ضد انعقادها در افراد با $BMI \geq 40$ نیاز تنظیم دارد).

توسیلیزومب: در بیماران بستری با درگیری شدید و بسیار شدید ریوی که علیرغم درمان با دوز استاندارد کورتیکواستروئید، طی ۲۴-۷۲ ساعت از زمان بستری، سیر بیماری پیشرونده شود و $CRP \geq 75$ گزارش شود، یا بیماران با پیشرفت سریع

بیماری که طی ۲۴ ساعت نیازمند دریافت مراقبت و درمان در ICU باشند، شروع Tocilizumab با دوز ۸mg/kg max و ۸۰۰mg (در صورت عدم بهبودی تکرار یک دوز دیگر تا ۴۸ ساعت بعد) همراه با سایر مداخلات درمانی ممکن است

کمک کننده باشد. قبل از تجویز، موارد منع مصرف و خطر بروز عوارض در هر بیمار خاص باید جداگانه بررسی شود و منافع تجویز این دارو در مقابل عوارض آن بررسی گردد. در زمان شروع توسیلیزومب ادامه درمان با کورتیکواستروئید با دوز

استاندارد پیشنهاد می شود. به عوارض جدی و موارد منع مصرف توسیلیزومب (بیماران با نقص ایمنی، پلاکت زیر ۵۰۰۰۰، شمارش نوتروفیل کمتر از ۵۰۰، نارسایی شدید کبدی، عفونتهای فعال باکتریایی/قارچی/ویروسی/انگلی و خطر پارگی احشای داخلی) توجه شود.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

Baricitinib: در بیماران بستری که نیازمند دریافت اکسیژن HFN یا NIV باشند می تواند تجویز شود. در این شرایط اگر بیماری که اخیراً بستری شده بسرعت پیشرفت کرده و نیاز اکسیژن افزایش یابد و یافته های التهاب سیستمیک وجود داشته باشد، به درمان دگزامتازون یا دگزامتازون+رمدسیویر میتوان اضافه کرد.

-دوزهای بالاتر از کورتیکواستروئید: در شرایط عدم دسترسی به توسیلیزومب و یا وجود موارد منع مصرف این فرآورده، در صورت تشدید شرایط بالینی بیمار علیرغم درمان با دوزهای استاندارد کورتیکواستروئید، دوزهای بالاتر از این داروها (تا ۲۵۰ میلی گرم متیل پردنیزولون سدیم سوکسینات انفوزیون آهسته وریدی روزانه حداکثر برای سه روز یا دوزهای معادل از سایر کورتیکواستروئیدها) ممکن است کمک کننده باشد).

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

نام و نام خانوادگی	سمت	
مرضیه مختاری	مسئول وامد بهبود کیفیت	تأیید کنندگان
سعید هادی نژاد	مدیر خدمات پرستاری	
دکتر محسن صاحبان ملکی	(یاست بیمارستان)	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-AC-01

کد سند

۴

سنجه

۱

۲

ب

استاندارد

عنوان خط مشی :

۱.۷ اندیکاسیون ها و نحوه ی پذیرش و ترخیص در بخش های ویژه

بیانیه خط مشی :

بیمارانی که طبق نظر پزشک معالج، نیاز به مراقبت های ویژه دارند جهت دریافت خدمات تخصصی، با توجه به دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۷ در اسرع وقت به بخش های ویژه منتقل شده و پس از بهبودی از بخش ویژه مرخص می شوند.

دامنه :

بخش های بستری و اورژانس

تعاریف:

بخش مراقبت های ویژه: از بخش های تخصصی در بیمارستان است که خدمات مراقبتی و درمانی ویژه ارائه می دهند. در این بخش بیماران بطور لحظه ای و شبانه روز تحت پایش قرار داشته و درمان ها بصورت تهاجمی و نیمه تهاجمی انجام می شود. پرستاری مراقبت های ویژه: با رسیدگی به بیماران بدحال در بخش های مراقبت های ویژه باعث کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از بیماری می شود.

صاحبان فرآیند:

کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی و پرستاران مراقبت های ویژه و سوپروایزران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو :

مدیر خدمات پرستاری

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

- کنترل مستندات
- مصاحبه

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب مراقبت های پرستاری در بخش های ویژه - دستورالعمل آنکالی
برانکارد مجهز به اکسیژن، پالس اکسی متر، ونتیلاتور پرتابل
کادر پزشکی و پرستاری آموزش دیده، کمک پرستار و خدمات
مانیتورینگ- الکتروشوک - ECG- ترالی اورژانس-برونکوسکوپ-دستگاه رادیولوژی پرتابل

عنوان روش های اجرایی:

۱. اندیکاسیون ها و نحوه ی پذیرش در بخش ویژه
۲. اندیکاسیون ها و نحوه ی ترخیص از بخش ویژه

روش اجرایی ۱:

اندیکاسیون ها و نحوه ی پذیرش در بخش ویژه

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

بستری بیماران در بخش های CCU, NICU و ICU با نظر پزشک متخصص مربوطه و هماهنگی با پزشکان آنکال و سرویس قلب و اطفال و بیهوشی (مسئول فنی ICU) براساس اندیکاسیون های زیر صورت می گیرد.

اندیکاسیون های بخش CCU

- بیماران مبتلا به دیس ریتمی ها و اختلالات هدایتی قلب
- بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر
- شوک کاردیوژنیک
- نارسایی قلبی
- بدنبال اعمال جراحی
- آمبولی ریه
- ادم حاد ریه
- HTN
- بدنبال احیاء قلبی - عروقی
- افیوژن پریکارد
- درد قفسه سینه

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

- بیماریهای التهابی قلبی

اندیکاسیون های بخش NICU

- کلیه نوزادان زیر ۳۰ روز از بدو تولد
- بالای ۳۰ روز و زیر ۲ کیلوگرم که احتیاج به مراقبت ویژه دارند
- تشنج نوزاد تا ۲۴ ساعت پس از تولد
- ایکتز های منجر به تعویض خون
- آسفیکسی های متوسط تا شدید
- آسفیکسی های خفیف در روز اول تولد
- هیپو کلسمی منجر به تشنج
- هیپو گلیسمی
- اختلال عصبی -عضلانی مادرزادی
- نوزاد احیاء شده پس از تولد
- آسپیراسیون مکو نیال
- ایکتز پاتولوژیک

اندیکاسیون های بخش ICU

- کمای هیپر اسمولار
- بیماران دچار حوادث عروق مغزی
- بدنبال اعمال جراحی
- بیماران نیازمند تهویه مکانیکی
- پنومونی آسپیراسیون
- مسمومیت ها
- بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری
- بیماران با اختلالات متابولیک و همودینامیک
- ادم حاد ریه
- نارسایی حاد تنفسی ARDS
- post cpr

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

-اندیکاسیون های پذیرش بیماران کویید ۱۹ در بخش ICU :

-بروز علائم نارسایی تنفسی علیرغم اکسیژن درمانی غیر تهاجمی

-بروز نشانه های شوک سپتیک

-بروز نارسایی چند ارگانی

نحوه پذیرش در بخش های ویژه به صورت ذیل می باشد:

۱. ارزیابی توسط پرستار صورت می گیرد.
۲. بلافاصله بیمار توسط پزشک اورژانس ویزیت می شود(در بیماران ICU، ویزیت توسط پزشک معالج انجام شده و مشاوره پزشک بیهوشی
۳. توسط پزشک اورژانس یا پزشک مقیم تخصص مربوطه یا طب اورژانس، دستور انجام اقدامات فوری اولیه داده می شود) در مورد بیماران ICU، چنانچه بیمار در اورژانس بستری باشد، ابتدا توسط پزشک معالج/مقیم ویزیت شده و سپس مشاوره جهت انتقال به ICU انجام می شود. در صورت تایید سرویس فوق تخصصی مراقبت ویژه یا پزشک مقیم بیهوشی، بیمار با هماهنگی به ICU منتقل می شود..
۴. سرویس بستری در بخش اورژانس توسط پزشک مقیم یا طب اورژانس (در عرض ۳۰ دقیقه) و درخواست انجام مشاوره اورژانسی با آنکال قلب جهت بستری در بخش CCU و مشاوره با آنکال اطفال جهت بستری در بخش NICU و متخصص بیهوشی(فلوشپ ICU) جهت بستری در بخش ICU تکمیل می گردد.(در مورد بیماران ICU، پزشک طب اورژانس، مجاز به نوشتن مشاوره نیست و فقط امکان بستری در سرویس مربوطه می باشد)
۵. در بخش های بستری، پزشک معالج پس از حضور بر بالین بیمار درخواست انجام مشاوره اورژانس پزشکی با آنکال قلب جهت بستری در بخش CCU، آنکال اطفال جهت بستری در بخش NICU و متخصص بیهوشی مسئول ICU جهت بستری در بخش ICU مطابق با اندیکاسیون های مورد تایید ایشان صورت می گیرد.
۶. هماهنگی لازم جهت انجام مشاوره و انتقال بیمار به بخش های ویژه توسط پرستار مسئول شیفت صورت می گیرد.
۷. انتقال صحیح بیمار با حضور پرستار آموزش دیده و وسایل مانیتورینگ تنفسی قلبی و اکسیژن تراپی و همچنین برانکارد حاوی کپسول اکسیژن و IV تراپی صورت می گیرد.
۸. پس از وصل کردن بیمار به ونتیلاتور (در صورت نیاز) و شروع مانیتورینگ بیمار و مطمئن بودن از داشتن رگ باز جهت برقراری سرم و گزارش آزمایشات و رادیولوژی و شرایط بیمار توسط پرستار تحویل دهنده به تحویل گیرنده، بیمار تحویل بخش ویژه می گردد.

روند پذیرش در NICU:

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

۱. در صورت احتمال تولد نوزاد پرخطر، وضعیت بالینی مادر توسط مامای کشیک به پزشک آنکال اطفال و پرستار NICU قبل از تولد نوزاد اطلاع داده می شود.
۲. در زمان زایمان نوزاد بدحال توسط مامای مسئول بخش زایشگاه کد ۷۷ فراخوانی می شود و در صورتیکه نوزاد در بخشهای جراحی ۱ و مامایی و یا NICU نیاز به احیا داشته باشد پرستار کشیک بخشهای مرتبط کد ۷۷ را اعلام نموده و پزشک اطفال و تیم ۷۷ بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می گردد .
۳. طبق فرایند پذیرش نوزاد پرخطر در زایشگاه یا اتاق عمل، نوزاد پس از انجام اقدامات اولیه و ثابت شدن وضعیت، به همراه پرستار NICU، به بخش با انکوباتور منتقل و بستری میگردد.
۴. در صورت پذیرش نوزاد از اورژانس بیمارستان، ابتدا نوزاد توسط پزشک اورژانس ویزیت شده و وضعیت نوزاد به اطلاع پزشک آنکال اطفال می رسد. پس از هماهنگی با بخش NICU، و انجام اقدامات اولیه حیاتی ، نوزاد با انکوباتور سیار همراه با پرستار اورژانس منتقل بخش می گردد.
۵. در صورت پذیرش نوزاد از بخش های مامایی یا جراحی زنان، نوزاد توسط پزشک اطفال ویزیت شده و در صورت داشتن اندیکاسیون بستری در NICU، پس از هماهنگی های لازم، به همراه پرستار بخش به NICU منتقل و بستری می گردد.

روش اجرایی ۲:

اندیکاسیون ها و نحوه ترخیص از بخش ویژه

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

برای ترخیص بیماران از بخش های ویژه پس از ویزیت بیمار توسط پزشک معالج دستور ترخیص از بخش ویژه در پرونده بیمار ثبت می گردد.

اندیکاسیون های ترخیص از بخش CCU:

- عدم تکرار درد قفسه سینه
- عدم تغییر نوار قلب
- نداشتن دیسترس تنفسی
- نرمال شدن و ثابت ماندن علائم حیاتی و وضعیت بیمار
- بهبودی و یا فوت بیمار
- برطرف شدن آریتمی قلبی خطرناک
- طبیعی شدن آزمایشات

اندیکاسیون های ترخیص از بخش NICU:

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

- نداشتن مشکل در شیرخوردن در نوزادان

- نداشتن دیسترس تنفسی

- نرمال شدن و ثابت ماندن علائم حیاتی و وضعیت نوزاد

- بهبودی و یا فوت نوزاد

- طبیعی شدن آزمایشات

اندیکاسیون های ترخیص از بخش ICU:

- بهبودی و یا فوت بیمار

- تنفس خودبخودی و نداشتن دیسترس تنفسی

- نرمال شدن و ثابت ماندن علائم حیاتی و وضعیت بیمار

ملاک های ترخیص بیمار کوید ۱۹ از بخش ICU

- حداقل به مدت ۷۲ - ۴۸ ساعت تب بدون استفاده از تب بر قطع شده باشد .

- علائم تنفسی نظیر سرفه در حال بهبودی باشد (قطع سرفه پایدار) و تنگی نفس نداشته باشد

- اصلاح هیپوکسمی $SpO_2 \leq 93\%$ بدون حمایت در هوای اتاق باشد. در صورت تهیه حمایت تنفسی مناسب در منزل

و پایان دوره درمان بیمارستانی و پایداری شرایط بالینی، به صلاحدید پزشک درصد اشباع کمتر از ۹۳ نیز قابل قبول است .

نحوه ترخیص از بخش های ویژه به روش ذیل انجام می شود:

پزشک مسئول بیمار در بخش های ویژه، بیمار را ویزیت می کند.

روند ترخیص از بخش ICU :

۱. در ابتدا ویریت بیمار توسط پزشک معالج صورت می گیرد و درخواست ترخیص بیمار را در پرونده ثبت می کند.

۲. پزشک فلوشیپ بیهوشی یا متخصص بیهوشی مسئول بیمار را مجددا ویزیت و در صورت صلاحدید دستور ترخیص پزشک معالج را تایید می نماید.

۳. توسط پرستار ICU هماهنگی های لازم با مسئول شیفت بخش مقصد (مورد درخواست پزشک معالج) انجام می گیرد و صط انتقال شرح داده می شود. (ترجیحا بیماران خصوصا بیماران داخلی به بخش های مبدا تحویل می گردند)

۴. در صورت خالی نبودن تخت خالی در بخش مقصد جهت پیگیری این امر توسط پرستار مسئول بخش ICU به سوپروایزر اطلاع داده می شود .

۵. ثبت اقلام مصرفی و خدمات درمانی در سیستم HIS توسط منشی بخش با نظارت پرستار مسئول بیمار صورت می گیرد.

۶. گزارش ترخیص و شرح وضعیت بیمار حین ترخیص توسط پرستار مسئول در پرونده ثبت می گردد.

روند ترخیص از بخش NICU:

۱. دستور ترخیص توسط پزشک معالج در پرونده ثبت می گردد.

۲. نوزاد از بخش NICU ترخیص و منتقل تخت های POST NICU در همان بخش می گردد.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

۳. گزارش ترخیص از NICU در پرونده نوزاد ثبت می گردد .

روند ترخیص از بخش CCU:

۱. دستور ترخیص توسط پزشک معالج در پرونده ثبت می گردد و آموزش های لازم داده می شود.
۲. هماهنگی لازم با بخش مربوطه مبنی بر خالی بودن سرویس مورد درخواست و همچنین گزارش وضعیت بیمار و شرایط انتقال توسط مسئول شیفت صورت می گیرد.
۳. گزارش ترخیص و شرح وضعیت بیمار حین ترخیص توسط پرستار مسئول بیمار در پرونده ثبت می گردد.
۴. ثبت اقلام مصرفی و خدمات درمانی روتین در سیستم HIS توسط پرستار مسئول بیمار صورت می گیرد.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
سرپرستار بخش ICU	مهدی کاظم نژاد	تهیه کنندگان
سرپرستار بخش ان آی سی یو	عزیزه محمدی	
سرپرستار بخش سی سی یو	عشرت جمعیتی	
مسئول بهبود کیفیت	مرضیه مختاری	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-AC-02

کد سند

۷

سنجه

۱

۱

ج

استاندارد

عنوان خط مشی :

۸. شیوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به

خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین

بیانیه خط مشی :

این مرکز بر آن است تا بدون هرگونه پنهان کاری به بیماران و مراجعین و خانواده آنان در ارتباط با نتایج ناخواسته درمانی اطلاع رسانی نماید .

دامنه :

کلیه بخش های بیمارستان

تعاریف: اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به بیماران/مراجعین و خانواده آنان در ارتباط با نتایج و پیامدهای نامطلوب در وقایع ناخواسته درمان، استفاده می شود. همچنان که استنباط می شود، عوارض یا پیامدهای ناخواسته، عدم توفیق در درمان بیماری یا جراحی است که انتظار بهبودی و درمان آن میرفته است.

صاحبان فرآیند:

کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو :

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و مسئول فنی ایمنی بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

— کنترل مستندات

— مصاحبه

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

عنوان روش های اجرایی:

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

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

۱. در صورت وقوع وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار اطلاع رسانی مطابق دستورالعمل گزارش وقایع ناخواسته توسط کارکنان مرتبط به سوپروایزر و سپس به مسئول فنی بیمارستان اطلاع رسانی می شود .
۲. در صورت بروز حادثه منجر به خسارت ارتباط شفاف با بیمار و یا همراه وی برقرار می گردد و آنچه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه برای وی بازگو می نماید.
۳. از سوی کمیته اخلاق بالینی، مسئولان و کارکنانی که فرایند توضیح و عذرخواهی از بیماران را انجام می دهند، انتخاب می گردند که شامل سوپروایزر وقت، مترون و یا مدیر ارشد بیمارستان می باشد.
۴. برقراری ارتباط طی ۲۴ ساعت اولیه بعد از وقوع حادثه، با تشریح کامل رخداد به صورت شفاف برای بیمار و یا همراهیان صورت می گیرد.
۵. بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مربوط به هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نداشته و برای خدماتی که برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته است، نباید هزینه ای را پرداخت نماید.
۶. در فرایند اطلاع رسانی وقایع و دلایل وقوع و روند حمایت از خانواده بیماران ، اصل محرمانگی توسط کادر حرفه ای مربوطه حفظ می شود .
۷. حمایت لازم از کارکنان منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار (از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر، بیمه مسئولیت کارکنان و) صورت می پذیرد .

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

نام و نام خانوادگی	سمت	
تهیه کنندگان	مهدی علیزاده	مسئول (رسیدگی به شکایات)
تأیید کنندگان	اصغر کرامتی	مدیر دافلی بیمارستان
	مرضیه مختاری	مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
تصویب کننده	دکتر محسن صاحبان ملکی	ریاست بیمارستان

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-ASC-01

کد سند

۱

سنجه

۵

۱

ج

استاندارد

عنوان خط مشی :

۹. روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان

بیانیه خط مشی :

این مرکز با عنایت به حمایت همه جانبه از بیماران در نظر دارد تا نسبت به مدد رسانی به بیماران خصوصا بیماران آسیب پذیر نسبت به ارائه خدمات درمانی موثر اقدام نماید .

دامنه:

بیماران مراجعه کننده به بیمارستان

صاحبان فرآیند:

پزشکان، پرستاران، کمک پرستاران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو :

مددکاری بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

– کنترل مستندات

– مصاحبه

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

– کارکنان با تجربه و آموزش دیده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

نحوه ارائه خدمات مددکاری در بیمارستان

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

۱. توسط واحد پذیرش در بدو ورود بیمار ارزیابی لازم از نظر نیاز به مددکار صورت می گیرد و در خصوص بیماران بدحال و بیهوشی و مجهول الهویه بدون همراه بلافاصله اطلاع رسانی لازم به واحد مددکاری صورت میگیرد .
۲. مددکار در شیفت صبح و در صورت تماس سوپروایزر در شیفت عصر و شب ، بلافاصله بر بالین بیمار حضور یافته و هماهنگی های لازم در خصوص اخذ حمایتها صورت می گیرد .
۳. در بدو پذیرش بیمار ، ارزیابی لازم از نظر نیاز به مددکاری توسط پرستار صورت گرفته و در his درخواست ویزیت مددکاری صورت می گیرد .
۴. همچنین ویزیت بیماران توسط مددکاران بیمارستان ، به صورت روزانه و رندوم صورت می گیرد .
۵. ارزیابی بیمار از نظر نیاز به حمایت توسط مددکار بیمارستان صورت وفرم مربوطه تکمیل و در پرونده بیمار ثبت می شود .
۶. هماهنگی های لازم با سازمان ها و خیریه های مرتبط در خصوص اخذ کمک های مالی برای پرداخت هزینه های بیماران نیازمند شناسایی شده توسط واحد مددکاری صورت می گیرد .
۷. در زمان ترخیص در صورت نیاز واحد home care با واحد مددکاری هماهنگی لازم را در خصوص اخذ تجهیزات و امکانات لازم برای بیماران مستمند از خیرین انجام می دهد .
۸. همچنین برای موارد گروههای آسیب پذیر به شرح ذیل توسط واحد مددکاری اقدام می شود :

بیماران نیازمند

بررسی شرایط درمانی بیمار و مصاحبه با بیمار و خانواده ، مساعدت مورد نیاز ، ارجاع به نهادهای حمایتی مربوطه

بیماران بی خانمان

اخذ دفترچه بیمه ، مشاوره و راهنمایی برای پرهیز از رفتارهای پرخطر، ارجاع به باشگاه مثبت

موارد همسر آزاری

مصاحبه با بیمار ، دریافت شرح حال وضعیت خانواده و فرد آزاردهنده ، سابقه آزار، نوع آزار ، تماس با اورژانس اجتماعی متناسب با شرایط بیمار ، مساعدت در هزینه درمانی در صورت لزوم

بیماران دچار سانحه حین کار

اطلاع رسانی به خانواده جهت همراهی بیمار ، راهنمایی بیمار و همراهان در زمینه نحوه استفاده از بیمه بیکاری (محل سانحه) تماس با کارفرما و تشریح وضعیت درمانی ، ارجاع کارفرما و کارگر به مراکز ذی ربط جهت پیگیری مطالبات.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

ایجاد هماهنگی با واحدهای مرتبط

از جمله بیمه تامین اجتماعی و خدمات اجتماعی ، ترخیص کار ،....

بیماران مجهول الهویه

گزارش به سرپرست واحد ، گزارش به نیروی انتظامی و پزشکی قانونی جهت تشخیص هویت ، گزارش به واحدهای حقوقی و خدمات بیمارستان

بیماران دچار ضرب و شتم

راهنمایی جهت اخذ نامه ضارب از کلانتری و استفاده از بیمه ، راهنمایی در خصوص نحوه پیگیری شکایات از ضارب پس از درمان

اتباع (قانونی و غیرقانونی)

تنظیم مدارک جهت استفاده از اعتبارات مالی کمیساریای عالی امور پناهندگان سازمان ملل و پیگیری دریافت وجه ، راهنمایی در زمینه نحوه شرایط درمان و ارجاع به مراکز خیریه

بیماران ارجاعی از طرف سازمان زندان ها

راهنمایی مامور همراه جهت اخذ دفترچه بیمه ، تماس با نماینده وقت زندان در مورد پرداخت و همراهی بیمار.

موارد خودکشی

معمولا خانواده خودکشی فرد را انکار می کند ، شناسایی و مشاوره فرد و خانواده جهت پذیرش امر و رفع علل زمینه ای تا حد امکان ، ارجاع به اورژانس اجتماعی وابسته به سازمان بهزیستی محدوده زندگی خود در صورت لزوم

بیماران ارجاعی از کلانتری ها

تماس کلانتری و درخواست فرم ضارب از کلانتری ، تماس با خانواده و اطلاع ، رسانی جهت همراهی بیمار ، پیگیری بیمه بیمار

بیماران فاقد بیمه درمانی

شناسایی مراکز خدمات بیمه (دفاتر پیشخوان دولت در محدوده مرکز ، راهنمایی بیماران فاقد بیمه جهت ثبت نام بیمه و ارجاع به دفاتر پیشخوان .

انجام امورات مربوط به ثبت نام بیمه سلامت برای بیماران فاقد همراه و مجهول الهویه

بیماران خاص (دیالیزی ، هموفیلی ، تالاسمی و ام اس) و صعب العلاج (سرطانی)

مشاوره چگونگی مساعدت مرکز به این بیماران ، و معرفی و ارجاع به مراجعین های مربوطه در صورت نیاز معرفی به غذا و دارو جهت استفاده از تخفیف داروهای گران قیمت.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

بیماران تحت پوشش سازمان های حمایتی

بررسی وضعیت حمایتی بیماران ، هماهنگی با نماینده های سازمان های حمایتی

بیماران تصادفی

شناسایی مصدومین سانحه ترافیکی که فاقد مدارک لازم (کروکی) می باشند و ارجاع خانواده به کلانتری محل وقوع حادثه جهت تکمیل مدارک مورد نیاز

اعتماد سازی در جذب مشارکتهای مردمی در حوزه درمان

ایجاد انگیزه (تشویق و ترغیب خیرین سلامت)

هماهنگی های لازم جهت ویزیت و اقدامات درمانی خیرین و بستگان ایشان و بیماران معرفی شده از جانب ایشان مستندسازی پرونده های مشارکت های مردمی .

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول بهبود کیفیت	مرضیه مختاری	تهیه کنندگان
کارشناس مسئول مددکاری بیمارستان	اسماعیل صدیقی	
مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

POL-MBC-01	کد سند	۱	سنجه	۸	۶	۱	استاندارد
------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

نوان خط مشی :

۱۰. مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته

بیانیه خط مشی :

بیمارستان در راستای ارائه خدمات مراقبتی و درمانی ایمن به بیماران و اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته اقدام به مدیریت پیشگیرانه خطر می نماید .

دامنه :

کلیه بخشهای بیمارستان

هدف:

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی

تعاریف:

هرگز نباید اتفاق بیفتد: *Never Event*؛ خطای بدون آسیب: *No Harm*؛ نزدیک به خطا: *Near Missed*؛ منجر به آسیب: *Sentinel Event*

صاحبان فرآیند:

کارکنان بیمارستان

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو :

مسئول فنی بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

مشاهده و بررسی مستندات

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع:

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

امکانات: گزارشات دریافتی - نتایج و گزارشات پایش میدانی مدیریتی - راند ایمنی - صورتجلسات

کارکنان مورد نیاز: تیم مدیریت اجرایی - مسئولین واحدها - کارشناس ایمنی بیمار

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

۱. سرپرستاران موارد غیر ایمن بخش خود شامل فرایندها، دارو، تجهیزات و ... را بر اساس فرمت FMEA، شناسایی کرده و با مدیر خدمات پرستاری و مسئول دفتر بهبود کیفیت مکاتبه می نمایند
۲. مسئول واحد بهبود کیفیت، عوامل بروز خطا و موارد اصلاحی از طرف بخش ها را دسته بندی نموده و تحلیل می کند.
۳. مسئول واحد بهبود کیفیت، گزارش تحلیلی FMEA را در تیم مدیریت و رهبری ارائه می کند و مصوبات جلسه جهت پیشگیری و کاهش احتمال بروز خطاها به بخش ها ابلاغ می گردند.
۴. پزشکان و پرسنل بخش های بالینی و پاراکلینیک، گزارش خطاهایی که منجر به آسیب به بیمار (Sentinel Event) شده و یا کلیه خطاهای درمانی که منجر به مرگ و یا عارضه‌ی پایدار در بیمار گردیده است را طبق دستورالعمل های گزارش وقایع ناخواسته ثبت نموده و به سوپروایزر کشیک و مترون اطلاع می دهند.
۵. کارشناسی هماهنگ کننده ایمنی بیمار با هماهنگی جلسه ی RCA تشکیل می دهد.
۶. کلیه اعضای دعوت شده به جلسه RCA جهت بارش افکار و شناسایی عوامل دخیل در خدمت یا مراقبت در جلسه شرکت میکنند.
۷. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، سناریوی گزارشات خطا را در جهت پیشگیری از خطا و پیشگیری از تکرار موارد مشابه به بخش ها ارسال می کند.

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مهسا محمدیان	تهیه کنندگان
مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
مدیر فدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر محسن صاحبان ملکی	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی



کتابچه خط مشی ها و روش های اجرایی

