

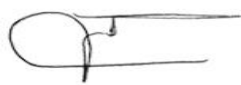
## کتابچه روش های اجرایی



Bohloul Hospital

## کتابچه

# روش های اجرایی بیمارستان

	مدیر داخلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
	مدیر خدمات پرستاری	علی رقیبی	
	مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
	ریاست بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

Bh-inc-rep/proce-01/05

کد سند

۶

سنجه

۲

۲

الف

استاندارد

### روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین

هدف- :

هدف از نگارش این روش اجرایی، گزارش حوادث، شنبه حوادث و موقعیت های خطر آفرین و تحقیق در رابطه با علل آنها و ارائه راهکارهای اجرایی و اقدامات اصلاحی متناسب که مانع تکرار حوادث مشابه و حوادث ناگوار گردد.

پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان

پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده

کاهش خسارت مالی ناشی از حوادث

شناسایی موقعیت های نایمن و انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن آنها

تعیین مسئولیتهای افراد و بخش های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیر مترقبه

پاسخ به هر نوع حادثه غیر مترقبه که پرسنل ، بیماران و بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تأثیر خود قرار می دهد.

دامنه: کلیه واحدها و بخش های بیمارستان

صاحبان فرایند: کلیه اعضا کمیته بحران – مسئول واحد تاسیسات و ساختمان- کارشناس مدیریت بحران بیمارستان

ذینفعان فرایند: کلیه پرسنل بیمارستان، بیماران و همراهان بیمار

تعاریف :

## کتابچه روش های اجرایی

حادثه غیر مترقبه داخلی: هر حادثه ای که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحی و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و مراجعین وارد نماید

حادثه غیر مترقبه خارجی: هر حادثه ای که در خارج بیمارستان رخ دهد و باعث بر هم خوردن نظم کاری معمول کارکنان شود و نیاز به افزایش ظرفیت بیمارستانی، اقدامات درمانی و مراقبتی و یا اختلال در عملکرد کارکنان شود

موقعیت وقوع حوادث غیر مترقبه بیمارستانی را می توان بر اساس شدت و میزان تأثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد که عبارتند از:

حوادث غیر مترقبه داخلی (مانند آتش سوزی-قطع سیستم H I S-نشت گاز و...)

حوادث غیر مترقبه خارجی (مانند مصدومین حوادث ترافیکی، و...)

تیم واکنش سریع:

شامل: بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، تاسیسات، تجهیزات پزشکی، IT، مسئول مدیریت بحران

### روش اجرایی:

در صورت وقوع حادثه در هر قسمت از بیمارستان، با توجه به نوع حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول شیفت یا پرسنل درخواست پیچ کد ۶۶ بحران به تلفنخانه داده می شود و همزمان سوپروایزر و سایر مسئولین تیم واکنش سریع (بر حسب وسعت و نوع حادثه) با شنیدن صدای کد به واحد مربوطه فراخوان می شوند و در اولین فرصت فرم گزارش حادثه موجود در بخش توسط مسئول بخش یا مسئول شیفت تکمیل و در شیفت صبح تحویل کارشناس مدیریت بحران بیمارستان می شود. ضمناً فرم گزارش حادثه در سایت بیمارستان بارگذاری شده است.

سوپروایزر و مسئول واحد تاسیسات، تجهیزات پزشکی، IT در محل حادثه حضور می یابد و نسبت به بررسی اولیه حادثه و انجام

اقدامات کنترلی اقدام می کند. (مسئول اجرا: مسئول واحد تاسیسات، تجهیزات پزشکی، IT)

## کتابچه روش های اجرایی

اقدامات واکنش سریع بلافاصله شروع می شود و در صورتیکه گستردگی حادثه خارج از توان تیم واکنش سریع توسط سوپروایزر تشخیص داده شد . بلافاصله به فرمانده حوادث بیمارستان اطلاع رسانی می شود و سامانه hi CS بیمارستان فعال و فراخوان می شوند .

در صورت گسترده نبودن حادثه ، اقدامات اصلاحی انجام شده و مسئول واحد تاسیسات، تجهیزات پزشکی، IT ، اقدامات اصلاحی انجام شده را به اطلاع سوپروایزر و کارشناس بحران بیمارستان می رساند.

در صورت بروز وقایع مرتبط با ایمنی بیمار(مثلا وقایع ۲۸ گانه ) مانند سقوط بیمار از تخت موضوع بلافاصله به پزشک معالج و مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار نیز توسط سوپروایزر اطلاع داده می شود.

در صورت بروز حوادث شغلی برای کارکنان هم نیز علاوه بر اطلاع به سوپروایزر باید علاوه بر تکمیل فرم گزارش حادثه، فرم حادثه شغلی نیز برای پرسنل مربوطه تکمیل شده و در صورت جراحت و آسیب تحت نظر قرار گیرند و فرم و گزارش مربوطه به کارشناس بهداشت حرفه ای ارجاع شود . ( مسئول پیگیری: مسئول شیفت)

حوادث غیرمترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری یا مسئول EOC شهرستان به فرمانده حادثه بیمارستان اطلاع داده می شود.

فرمانده حادثه بیمارستان بلافاصله به سوپروایزر وقت و مدیریت خطر بیمارستان جهت آمادگی بیمارستان و اعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد

فرمانده حادثه با کسب اطلاع از شدت و وسعت حادثه نیازهای اولیه منابع مالی، انسانی و تجهیزات و ملزومات را برآورد کرده و نسبت به آماده سازی آنها دستورات لازم را به مدیریت خطر و سوپروایزر بیمارستان میدهد.

فرمانده حادثه در اسرع وقت در بیمارستان حضور می یابد.

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

## کتابچه روش های اجرایی

مسئولین رده بالای مدیریتی بحران شامل ارشد رابط هماهنگی - ارشد ایمنی - متخصص پزشکی/فنی در اسرع وقت توسط سوپروایزر کشیک فراخوان می شوند.

مدیران مناطق ( عملیات - برنامه ریزی - پشتیبانی - مالی ) پس از حضور در وضعیت عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وضعیت حادثه به انجام فعالیتهای خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام میکنند.  
به دستور فرمانده حادثه، به محض نیاز، سامانه HI CS به صورت محدود یا کامل فعال می شود .

گزارش و وضعیت موجود، نیازهای افزایش ظرفیت و اقدامات انجام شده هر ۲۰ دقیقه به ستاد هدایت دانشگاه توسط ارشد روابط عمومی اعلام می گردد.

پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت عادی، حالت اتمام وضعیت بحرانی، توسط فرمانده حادثه اعلام می شود .  
در اولین فرصت ممکن، حادثه رخ داده شده با دستور جلسه ای با حضور اعضای کمیته مدیریت بحران تشکیل می گردد و ابعاد حادثه، علل ایجاد آن مانند خط مشی نامناسب ایمنی، عوامل محیطی، عوامل فردی، عوامل مادی و تجهیزاتی، فقدان استاندارد، آموزش ناکافی یا خطای فردی مورد بررسی قرار می گیرد. برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان مرتبط با موضوع مطروحه نیز اطلاع رسانی می شود. ( مسئول پیگیری: کارشناس بحران )  
آموزش به کارکنان در خصوص نحوه صحیح گزارش دهی در حوادث و موقعیت های خطرآفرین، در دوره های آموزشی مدیریت بحران با هماهنگی واحد آموزش صورت می گیرد.

موقعیت های خطرآفرین و شرایط نایمن بخش ها را با پر کردن فرم شرایط نایمن موجود در بخش ها یا شفاهی توسط پرسنل به مسئول شیفت یا مسئول واحد یا کارشناس بحران و در شیفت شب و روزهای تعطیل به سوپروایزر اطلاع داده می شود.

کارشناس بحران بیمارستان با بررسی فرم ها و بازدید از محل گزارش شرایط نایمن، نسبت به ایمن سازی محل اقدام می نماید و نتیجه کار را در کمیته بحران ارائه و اقداماتی که نیاز به هزینه و تصمیم گیری ریاست دارد توسط کمیته مشخص و اولویت بندی می شود و برنامه عملیاتی یا بهبود نوشته و به بخش های مربوطه اعلام می شود. ( مسئول پیگیری: کارشناس بحران )

توجه: شرح وظایف افراد در دستورالعمل فعال سازی سامانه HI CS موجود است.

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری : ۵

تاریخ بازنگری : 1400/10/13

صفحه : ۶

## کتابچه روش های اجرایی

**امکانات و تجهیزات:** فرم گزارش حادثه - فرم گزارش شرایط نایمن

**مسئولیت ها و اختیارات:** مسئولیت ها در هر گام به تفکیک بیان شده است.

**منابع و امکانات:** تجربیات بیمارستانی

### جدول تهیه کنندگان:

سمت	نام و نام خانوادگی	
کارشناس مدیریت فطر	زهراسادات غفارزاده ناجی	
مسئول بهبود کیفیت و اعتباربخشی بیمارستان	مرضیه مختاری	تایید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

BH-in be cli dep /proce-02/05	کد سند	۵	سنجه	۳	۴	الف	استاندارد
----------------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

### ۲. نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها

#### تعاریف:

مدیران بالینی: سرپرستاران و مجموعه دفتر پرستاری

#### صاحبان فرآیند:

کادر بالینی مدیران بالینی: سرپرستاران و مجموعه دفتر پرستاری

#### ذینفعان:

کادر بالینی، مدیران بالینی: سرپرستاران و مجموعه دفتر پرستاری

#### فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری

#### دامنه:

کلیه بخش های بیمارستان

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

مدیر خدمات پرستاری طی جلسات با سرپرستاران و سوپروایزران مرکز، لزوم تعامل بین واحد ها و ارائه پیشنهادات جهت ارتقاء

فرآیند را اعلام می نماید.

## کتابچه روش های اجرایی

سرپرستار یا مسئول شیفت بخش در شرایط عادی هماهنگی لازم جهت ارتباط بین بخش های بالینی، پشتیبانی و پاراکلینیک را انجام داده و در شرایط خاص و عدم پاسخگویی مسئول واحد مخاطب، سوپروایزر وقت را مطلع می نماید. همچنین مسئول شیفت واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک نیز در صورت مشکل با بخش های بالینی، موضوع را جهت پیگیری و انجام اقدامات لازم به سوپروایزر وقت اطلاع می دهد.

سوپروایزر وقت موضوع را پیگیری کرده، اقدامات لازم را انجام داده و نتیجه را به سرپرستار یا مسئول شیفت بخش و یا مسئول واحد پشتیبانی یا پاراکلینیک اطلاع می دهد.

سوپروایزر بر تعامل بین بخش های بالینی از نظر تجهیزات، انتقال بیمار و جابجایی نیروغیبت نیرو ها، فرخوان نیروها ، پاس های شخصی نظارت می کند.

سوپروایزر مشکلات مربوط به تعاملات بین بخش های درمانی و نیز بخش های درمانی با بخش های پشتیبانی و پاراکلینیک را در دفتر گزارش سوپروایزر ثبت کرده و به استحضار مترون می رساند.

مدیر خدمات پرستاری گزارش ۲۴ ساعته سوپروایزران را بررسی کرده و به ریاست گزارش نموده و پز اخذ تأییدات ایشان ، در صورت نیاز اقدام اصلاحی انجام داده و آن را به اطلاع سرپرستاران، سوپروایزران و مسئولین واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک می رساند.

مدیر خدمات پرستاری در صورت لزوم جهت تقویت تعامل و رفع موانع همکاری بین بخش های بالینی با پشتیبانی و پاراکلینیک ، جلساتی با حضور مسئولین این واحدها برگزار می کند و در صورت لزوم موضوع را در کمیته تیم مدیریت اجرایی یا بهبود کیفیت جهت اتخاذ تصمیمات لازم، مطرح می نماید.

مدیر پرستاری راهکارهای ارایه شده در جلسات مدیریتی را به بخش های بالینی و پاراکلینیک ابلاغ می نماید.

### نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :

- تنظیم برنامه پایش روش اجرایی توسط دفتر بهبودکیفیت و اعلام آن به کلیه بخش ها و واحدها

- تدوین چک لیست پایش توسط فرد پاسخگو و پایش به صورت فصلی



تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری : ۵

تاریخ بازنگری : 1400/10/13

صفحه : ۹

## کتابچه روش های اجرایی

- بررسی چک لیست ها و استخراج موارد عدم انطباق

- ابلاغ برنامه های مداخله ای توسط مدیر پرستاری به مسئولین بخش ها و واحدها

- ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی

### مسئول پیگیری اجرا:

مدیر خدمات پرستاری

### منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان

تجهیزات جهت انتقال بیمار- چک لیست پایش روش اجرایی

کادر بالینی- کمک بهیار و خدمات

### جدول تهیه کنندگان:

سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیریت خدمات پرستاری	علی رقیبی و سرپرستاران و سوپروایزران	تهیه کنندگان
مکرون بیمارستان	علی رقیبی	تایید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

BH-Ch-ac-da/proce-01/05	کد سند	۱	سنجه	۲	۵	الف	استاندارد
-------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

### ۳. کنترل صحت داده های ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی

#### تعاریف:

**سیستم اطلاعات:** سیستم اطلاعاتی به صورت فنی به مجموعه به هم وابسته از اجزا اطلاق می شود تا بتواند تصمیم گیری و کنترل را در سازمان ها پشتیبانی نماید، داده ها را دریافت، پردازش و ذخیره سازی نماید و اطلاعات را توزیع کند. علاوه بر پشتیبانی در اتخاذ تصمیم، هماهنگی و کنترل در سامانه های اطلاعاتی هم چنین می تواند به مدیران و کارمندان کمک کند تا مشکلات را دریابند و تجزیه و تحلیل کنند، موضوعات پیچیده را در نظر داشته باشند و محصولات جدیدی خلق کنند. سیستم های اطلاعاتی دربرگیرنده اطلاعاتی مربوط به افراد مهم، مکان ها و موضوع هایی در درون سازمان یا در محیطی که آن را احاطه کرده، هستند (۱).

**سیستم اطلاعات سلامت:** کتابخانه ملی پزشکی آمریکا (NLM) سیستم اطلاعات سلامت را این گونه تعریف می کند: "یک سیستم برای جمع آوری و یا پردازش داده ها از منابع مختلف و استفاده از اطلاعات برای سیاست گذاری و مدیریت خدمات بهداشتی که می تواند بر اساس کاغذ یا الکترونیکی باشد" (۲). سیستم های اطلاعات سلامت سیستم هایی منسجم و یکپارچه می باشند که به منظور گردآوری، ثبت، پردازش، بازیابی و اشاعه اطلاعات بهداشتی و درمانی طراحی و راه اندازی می شوند (۳). به طور وسیع تر سیستم های اطلاعات سلامت، سیستم های رایانه ای هستند که برای تسهیل مدیریت اطلاعات سلامت و بهبود کیفیت مراقبت های ارائه شده طراحی شده اند. این سیستم ها دارای قابلیت های متعددی مانند ثبت و انتقال دستورات پزشکی، مستندسازی خدمات ارائه شده به بیمار، کمک به تصمیم گیری بالینی و تهیه گزارش های دقیق آماری می باشند. هدف کلی این سیستم ها، یکپارچه سازی اطلاعات سلامت برای برآورده نمودن نیازهای مراجعه کنندگان، انجام پژوهش های اپیدمیولوژیک، پرهیز از موازی کاری، کاهش هزینه و سهولت

1 United States National Library of Medicine

## کتابچه روش های اجرایی

مدیریت اطلاعات سلامت است. استفاده از این سیستم‌ها می‌تواند منجر به کاهش خطاهای بالینی، تسهیل دسترسی به اطلاعات و درنهایت، ارتقای کیفیت مراقبت شود(۴).

**سیستم اطلاعات بیمارستان:** سیستم اطلاعات بیمارستانی یک سیستم کامپیوتری طراحی شده برای مدیریت همه جنبه های عملیاتی بیمارستان از قبیل فعالیتهای بالینی، اداری و مالی هستند(۵).

**صحت داده (Data Veracity):** از ویژگی های کیفیت داده می باشد و به معنی اطمینان از داده های درست که در زمان درست و توسط فرد درست وارد شده است.

### صاحبان فرآیند:

کادر بالینی مدیران بالینی و سرپرستاران و مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان

### ذینفعان:

مدیران بیمارستان، پرسنل بالینی و بیماران

### فرد پاسخگو:

مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان

### دامنه:

کلیه بخش های بیمارستان

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

۱. در هر شیفت منشی بخشها ، اقدام به ثبت و بررسی داده ها در سیستم اطلاعات بیمارستانی می نمایند.
۲. مشکلات مربوط به ثبت داده ها توسط مدیران بالینی و کارشناسان مرتبط با پرونده به مسئول سیستم اطلاعات بیمارستانی اطلاع رسانی می شود و رفع مشکلات توسط ایشان صورت می گیرد .
۳. در زمان ترخیص توسط کادر واحد اسنادپزشکی شامل بیمه گری و ترخیص ، صحت داده های ثبت شده بررسی و نواقص به

## کتابچه روش های اجرایی

مسئول پذیرش و مدارک پزشکی بیمارستان جهت اصلاح و تکمیل ارجاع می شود .

۴. متناسب با دستورالعمل های موجود بروزرسانی سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط مسئول سیستم اطلاعات بیمارستانی صورت می گیرد .

### نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :

- تنظیم برنامه پایش روش اجرایی توسط دفتر بهبود کیفیت و اعلام آن به کلیه بخش ها و واحدها

- تدوین چک لیست پایش توسط فرد پاسخگو و پایش به صورت فصلی

- بررسی چک لیست ها و استخراج موارد عدم انطباق

- ابلاغ برنامه های مداخله ای توسط مدیر پرستاری به مسئولین بخش ها و واحدها

- ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی

**مسئول پیگیری اجرا:** مدیر واحد فناوری اطلاعات بیمارستان

**منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:** تجارب بیمارستان - چک لیست پایش

### جدول تهیه کنندگان:

سمت	نام و نام خانوادگی	تهیه کنندگان
کارشناس HIS بیمارستان	مهندس زهرا زنگنه	تهیه کنندگان
مدیر داخلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تایید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

BH-Re-mai -an - sup /proce-01/05	کد سند	۱	سنجه	۳	۵	الف	استاندارد
----------------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

### ۴. نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخ پشتیبان

#### تعاریف:

**نسخه پشتیبان:** در دانش فناوری اطلاعات، بک آپ یا عمل بک آپ گیری اشاره به تهیه کپی هایی از اطلاعات دارد. این نسخه های کپی شده معمولا برای بازگرداندن اطلاعات هنگام آسیب دیدن و یا مفقود شدن اطلاعات اصلی به کار می روند.

#### صاحبان فرآیند:

مسئول و کارشناسان سیستم اطلاعات بیمارستان

#### ذینفعان:

مدیران و پرسنل بیمارستان، پژوهشگران و فراگیران و بیماران

#### فرد پاسخگو:

مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان

دامنه:

کلیه بخش های بیمارستان

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

وجود اتاق سرور با امکانات و تجهیزات مناسب و استاندارد جهت حفظ امنیت سرورهای موجود  
گرفتن back up روزانه از کلیه اطلاعات سیستم

**نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :**

## کتابچه روش های اجرایی

مشاهده بک آپ های موجود از داده ها

### مسئول پیگیری اجرا:

مدیر واحد فناوری اطلاعات بیمارستان

### منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان

### جدول تهیه کنندگان:

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان	مهندس محمدجلال باقری	تهیه کنندگان
مدیر داخلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تایید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

BH-Su-fo-har-sys /proce-02/05

کد سند

۲

سنجه

۳

۵

الف

استاندارد

### ۵. پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری

**هدف :** پشتیبانی از سیستم های رایانه ای بیمارستان بصورت تمام وقت

**تعاریف:**

**صاحبان فرآیند:**

واحد فناوری اطلاعات

**ذینفعان:**

تمامی واحد های بیمارستان

**فرد پاسخگو:**مسئول فناوری اطلاعات

**دامنه:**

کلیه بخش های بیمارستان

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

۱. در صورت هرگونه مشکل سخت افزاری و نرم افزاری بصورت تلفنی و یا درخواست از طریق سامانه پشتیبانی IT به آدرس ir.gmu.support با مسئول فناوری مطالعات هماهنگ می شود

۲. در صورت امکان با راهنمایی کاربر از راه دور رفع نقص شده و در غیر اینصورت با مراجعه حضوری و تشخیص مشکل ، سیستم به سرعت رفع عیب می شود

**نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :**

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری : ۵

تاریخ بازنگری : 1400/10/13

صفحه : ۱۶

## کتابچه روش های اجرایی

### مسئول پیگیری اجرا:

مدیر واحد فناوری اطلاعات بیمارستان

### منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان -

### جدول تهیه کنندگان:

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول فناوری اطلاعات بیمارستان	رضا حسن زاده	تهیه کنندگان
مدیر داخلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تایید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده



## کتابچه روش های اجرایی

BH-Cr-va /proce para-01/05	کد سند	۱	سنجه	۴	۱	الف	استاندارد
----------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

روش اجرایی :

### ۶. روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک

**هدف:**

تسریع درمان بیماران بدحال

**تعاریف:**

**صاحبان فرآیند:**

واحد های پاراکلینیک -بخش های بالینی

**ذینفعان:**

کلیه بیماران

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

۱. فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک اعم از آزمایشات و تصویربرداری اعم از بستری و سرپایی در کمیته دارو و درمان مطرح و توسط مسئول فنی بیمارستان به بخشها ابلاغ می گردد .
۲. به محض تشخیص موارد بحرانی برای بیمار توسط کادر واحد پاراکلینیک(در تصویربرداری توسط پزشک متخصص رادیولوژی) بلادرنگ از خط آزاد ارتباطی یک طرفه برای ارتباط با پرستار بیمار استفاده می کنند .
۳. نحوه اطلاع واحدهای آزمایشگاه و تصویربرداری به پرستار مسئول بیمار / ماما مسئول بیمار / پزشک معالج یا مقیم یا آنکال بدین صورت است . من آقا / خانم ..... هستم جهت اطلاع آزمایش بیمار آقا / خانم / کودک ..... با شما تماس میگیرم . و نتایج آزمایشات با عناوین ..... می باشد .
۴. توسط پزشک معالج یا پرستار مسئول بیمار و یا ماما ی مسئول بیمار از تکنیک ReadBack, WriteDown, Repeat Back, Close the loop شامل بازخوانی شنیده ، یادداشت شنیده و بازخوانی

## کتابچه روش های اجرایی

یادداشت و اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات استفاده می شود . و در صورت اخذ دستور از جانب پزشک توسط آزمایشگاه و واحد تصویربرداری و پرستار نیز همین تکنیک استفاده می گردد .  
۵. بلافاصله شرایط بیمار توسط پرستار ارزیابی می شود و اقدامات احیا پیگیری می شود . جهت انتقال جامع اطلاعات بین پرستار و پزشک معالج نیز استفاده از تکنیک isbar در زمان اطلاع به پزشک پیشنهاد می گردد.

### نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش اجرایی :

توسط کارشناس ایمنی و مسئول فنی موارد عدم انطباق گزارش و اقدام اصلاحی پیگیری می شود .

### مسئول پیگیری روش اجرایی :

مسئول فنی آزمایشگاه و رادیولوژی

### منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

راهنمای استانداردهای اعتباربخشی

### جدول تهیه کنندگان:

سمت	نام و نام خانوادگی	
کارشناس مسئول وامد تصویر برداری	صادق حسینیان	تهیه کنندگان
کارشناس مسئول وامد آزمایشگاه	مهدی نادری	
مسئول بهبود کیفیت	مرضیه مختاری	
مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

Bh-te ca-and tre ins -proc /nur sta /proc e03/05	کد سند	۱	سنجه	۴	۱	الف	استاندارد
---	--------	---	------	---	---	-----	-----------

### دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

#### هدف:

تسریع درمان بیماران بدحال

#### تعاریف:

#### صاحبان فرآیند:

واحد های پاراکلینیک -بخش های بالینی

#### ذینفعان:

کلیه بیماران

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

- دستورات شفاهی (چهره به چهره) یا تلفنی در زمانی که پزشک مرتبط قادر به حضور در بخش مربوطه نیست، به طور مثال زمانی که پزشک در اتاق عمل برسر کد احیاء، بیمار ترومایی و بحران و بلایا حضور دارد و یا در مواردی که بیمار در شرایط اورژانس قرار گرفته و تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد. این دستورات تازمان حضور بلادرنگ پزشک معالج /مقیم /آنکال بر بالین قابل اجرا است.
- پزشک آنکال میتواند تا زمان رسیدن بر بالین بیمار در موارد درخواست ویزیت یا مشاوره آنی که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود، با ارسال پیام از طریق ارتباط تلفنی و یا یکی از راههای ارتباط مجازی و مخابراتی، بصورت صوتی، تصویری یا نوشتاری، دستورات لازم در خصوص اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمار را به پزشک معالج /مقیم /دستیار تخصصی همان رشته /پرستار مسئول شیفت اعلام نموده و پرستار مسئول شیفت/پرستار مسئول بیمار یا سوپروایزر بیمارستان میبایست دستورات صادر شده را در پرونده بیمار با ذکر زمان دقیق دریافت دستورات، ثبت نماید.

## کتابچه روش های اجرایی

۳. در موارد اورژانس و بیمار بدحال به صورت ذیل توسط افراد مرتبط انجام می شود:

- در صورت پذیرش بیماران اورژانس، پزشک اورژانس مسئول اطلاع به پزشک آنکال برای حضور بر بالین بیمار می باشد.
- در صورت نیاز و بروز مشکل و نیاز به ویزیت آنی برای بیمار، توسط مسئول شیفت/پرستار/مامای مسئول بیمار با پزشک معالج وی تماس گرفته می شود.
- همواره در تمامی بیمارستانها، مسئولیت درمان بیمار با پزشک معالج وی میباشد و در ساعات غیرموظف و در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج، پزشک مقیم رشته مربوطه فراخوانده میشود و وی میبایست اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمار را انجام دهد. در صورت عدم وجود پزشک مقیم و تأیید سوپروایزر و بنا به ضرورت و شرایط بالینی بیمار، پزشک آنکال سرویس تخصصی مورد نیاز فراخوانده میشود.
- که در تمام مراحل فراخوانی پزشک معالج / در صورت عدم دسترسی پزشک فراخوانی پزشک مقیم / آنکال (پس از تأیید سوپروایزر)، در صورت احتمال آسیب به بیمار و نیاز به ویزیت آنی، اخذ دستورات تلفنی توسط مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار تا زمان رسیدن پزشک معالج یا آنکال صورت میگیرد و به محض حضور بلادرنگ ایشان تمام دستورات تلفنی به صورت مکتوب در پرونده مهر و امضا و تأیید می شود. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیمار توسط پزشک مشاور (در موارد فراخوانی در شرایط اورژانس و آنی بیمار) نیازی به اطلاع رسانی به پزشک معالج و اخذ تأیید ایشان ندارد.
- در هنگام اخذ گزارش تلفنی، پرونده بیمار جهت احتمال هر گونه سؤال از طرف پزشک در دسترس باشد.
- جهت اطمینان از ارائه ایمن دستور شفاهی - تلفنی و کاهش خطاهای مرتبط با تفسیر اشتباه دستور شفاهی - تلفنی، ارتباط بین پرستار مسئول شیفت / مسئول بیمار / سوپروایزر و .. با پزشک طبق چارچوب I SBAR جهت ارتباط دقیق و موثر عمل میکنند.

✓ اجزای I SBAR شامل موارد ذیل میباشد:

- (۱) معرفی: "نام من .... پرستار مراقب بیمار: خانم/آقای .... (رعایت دو شناسه معتبر در شناسایی صحیح بیمار\_ در صورت وجود بیمار با نام مشابه رعایت دستورالعمل مربوطه و استفاده از شناسه های نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و نام پدر الزامی است) در بخش ..... هستیم.
- نکته: در صورتیکه پزشک در خصوص اطلاعات ارائه شده ابهاماتی دارد و شناسایی بیمار برای وی مقدور نیست، بایستی اطلاعات بیشتری از پرستار درخواست نماید.

## کتابچه روش های اجرایی

۲) وضعیت: چه بر بیمار میگذرد؟

"من به خاطر شکایت / مشکل ..... تماس میگیرم."

۳) سابقه: زمینه یا سابقه بالینی چیست؟

"با سابقه: شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار"

۴) ارزیابی: در این مرحله پرستار یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد و... را مطرح میکند. این مرحله

مستلزم ارزیابی دقیق پرستار قبل از تماس با پزشک میباشد.

۵) توصیه: پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی- برای اصلاح وضعیت چه باید بکنم.

- مسئول شیفت/پرستار مامای مسئول بیمار میتواند در هنگام اطلاع به پزشک و دریافت دستورات شفاهی از همکار خود بخواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند به عنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضاء نماید. ولی این مهم نباید از حضور بلادرنگ پرستار بر بالین بیمار مانع شود.
- تبصره : استفاده از آیفون تلفن برای اطمینان از صحت اخذ دستورات تلفنی و تصدیق آن توسط دو پرستار پیشنهاد می شود .
- پرستار مسئول بیمار موظف است بعد از دریافت دستور، با صدای بلند دستور را بازخوانی کند، ReadBack (بازخوانی شنیده) تا پزشک بیمار تأیید/ تصحیح نماید و دستورات در برگ دستور پزشک (یا برگه یادداشت و) در پرونده بطور کامل نوشته میشود (و تاریخ و زمان دستور، نام پرستار، پزشک ثبت میگردد). (یادداشت شنیده WriteDown) ، و سپس مجدد جهت اطمینان از صحت دستور ، توسط پرستار دستور بازخوانی می شود Repeat Back (بازخوانی یادداشت) .
- همزمان پرستار/ مامای شاهد در صورت پخش صدا از طریق آیفون / یا دستورات تکرار شده توسط پرستار/ مامای گیرنده دستور بدقت گوش می دهد. دستورات ثبت شده تلفنی توسط دو پرستار مهر و امضا و حتماً توسط خط بسته و ساعت و تاریخ نوشته می شود. Close the loop (اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات).
- پرستار/ مامای مسئول بیمار دستورات داده شده را بلافاصله اجرا می نماید.
- پزشک کشیک در اولین فرصت (کمتر از ۲۴ ساعت) دستورات تلفنی ثبت شده در پرونده بیمار را مهر و امضا می کند.
- تبصره: در صورتیکه بخش مربوطه تک پرستار / ماما باشد اطلاع به دفتر پرستاری جهت تعیین پرستار / ماما شاهد (سوپروایزر/ پرستار / ماما تعیین شده توسط سوپروایزر)

### توجهات:

در خصوص تجویز دستور دارویی به صورت شفاهی یا تلفنی موارد ذیل میبایست لحاظ گردد:

## کتابچه روش های اجرایی

- ✓ نام دارو بر حسب طبقه بندی ژنریک
  - ✓ دلیل تجویز دارو
  - ✓ فرم دوزاژ دارو (قرص، کپسول، داروهای استنشاقی و غیره)
  - ✓ بیان دقیق و واضح دوز داروها براساس واحد وزن (میلیگرم، گرم، میلی اکی والان هومیلی مول) به خصوص در کودکان و نوزادان و دفعات تجویز آن
  - ✓ قدرت یا غلظت دارو
  - ✓ راه تجویز دارو
  - ✓ اجتناب از به کار بردن اختصارات به شکل سمبل و آکرونیوها در دستور شفاهی /تلفنی و در صورت استفاده میبایست از اختصارات مجاز و تایید شده استفاده نمایند.
  - ✓ محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه
۴. تجویز دارویی منطبق با فرمولاری بیمارستان توسط پزشکان صورت می گیرد. ضمناً حتی الامکان داروهای پرخطر دستور تلفنی نشود .

### جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول بهبود کیفیت	مرضیه مختاری	تهیه کنندگان
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مهسا محمدیان	
مدیر خدمات پرستاری	علی رقیبی	تأیید کننده
ریاست بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

Bh-Re min inf -nur sta /proc 04/05	کد سند	سنجه	۵	۲	۵	استاندارد
---------------------------------------	--------	------	---	---	---	-----------

### روش اجرایی :

**ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی بر چسب بسته استریل**

#### هدف:

انجام فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده

#### تعاریف:

#### صاحبان فرآیند:

واحد های پاراکلینیک -بخش های بالینی

#### ذینفعان:

کلیه بیماران

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

- ثبت حداقل اطلاعات مورد نیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی بر چسب بسته استریل
- نظارت توسط سرپرستار بخش / واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی بر چسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم
- برچسب گذاری در فرایند فراخوان و رهگیری مورد استناد و استفاده قرار میگیرد. زمان انقضا استفاده از بسته های استریل بر اساس جنس و تعداد لایه های بسته بندی متفاوت است که کارکنان بر اساس روش اجرایی مربوط باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند. الصاق نشانگرهای شیمیایی موجود در تمامی بسته های استریل ، پس از بازنمودن بسته توسط پرسنل در اتاق عمل

## کتابچه روش های اجرایی

و بایگانی کلاس ۶ در پرونده بیمار و در موارد سرپایی نیز در دفتر ثبت مستندات استریل ستهای بخش پس از قبول رهگیری کلاس ۴ صورت میپذیرد.

➤ حداقل اطلاعات لازم روی برچسب هر بسته استریل به شرح ذیل روی ست ها درج می گردد

۱. تاریخ و شیفت کاری

۲. شماره/کد دستگاه استریل کننده

۳. تاریخ انقضا مصرف بسته استریل

۴. چرخه بارگذاری

۵. نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل

۶. نام ست

### جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
پرستار کنترل عفونت	فاطمه جهانی	تهیه کنندگان
مدیر دافلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تأیید کنندگان
مدیر فدمات پرستاری	علی رقیبی	
ریاست بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده



## کتابچه روش های اجرایی

BH-inf-con -and pre /proce con an pre-01/05	کد	۲	سنجه	۲	۵	۵	استاندارد
	سند						

### پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی "با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت

#### روش اجرایی ۱- پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری

##### هدف:

پیشگیری از ابتلا به عفونت بیمارستانی در بیماران کاندید جراحی و ارتقای ایمنی بیمار

##### تعاریف:

اسکراپ: شستشوی صحیح دست های جراح و پرسنل اتاق عمل با توجه به استاندارد تعریف شده

تست کلاس ۶: تستی جهت اطمینان از استریل بودن پک ها

##### صاحبان فرآیند:

واحد کنترل عفونت- بخش های جراحی و اتاق عمل

##### ذینفعان:

کلیه بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند.

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

۱. قبل از انجام عمل جراحی عفونت های سایر قسمتهای بدن و دور از محل عمل جراحی، مشخص و تحت درمان قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا حل مشکل عفونت به تاخیر انداخته می شود .

## کتابچه روش های اجرایی

۲. وضعیت ابتلا بیمار به هیپاتیت B قبل از جراحی برای بیماران با ریسک بالای ابتلا (طبق نظر پزشک) و بیماران سزارین مشخص و در پرونده ضمیمه می گردد . و در صورت ابتلای فرد به هیپاتیت B یا بیماری عفونی به اطلاع اتاق عمل برسد.
۳. بیمار قبل از عمل در منزل و در غیر اینصورت در بیمارستان دوش می گیرد .
۴. محل عمل جراحی در صورت نیاز در نزدیک ترین زمان به عمل، شستشو و بوسیله ژیلت یکبار مصرف در صورت دستور پزشک شیو می شود.
۵. قبل از شروع عمل، محل توسط پرسنل اتاق عمل با مواد آنتی سپتیک مناسب ضد عفونی می شود .
۶. در صورت اندیکاسیون بیماران قبل از جراحی طبق دستورالعمل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل جراحی و دستور پزشک آنتی بیوتیک دریافت می کنند.
۷. در بیماران دیابتی سطح گلوکز خون بیمار حتی قبل از عمل چک شده و جواب به اطلاع پزشک معالج می رسد و در صورت بالا بودن قند خون بیمار، اقدامات درمانی طبق دستور پزشک معالج و توسط پرسنل پرستاری اجرا شده و قند خون بیمار کنترل می شود.
۸. ورود پرسنل به اتاق عمل محدود به پرسنل ضروری می باشد .
۹. اتاق عمل طبق برنامه مدون و با نظارت مسئول اتاق عمل مرتب شستشو می شود.
۱۰. پرسنل جراحی مبتلا به بیماری عفونی تا زمان بهبودی از شرکت در عمل ممانعت می شوند.
۱۱. پزشکان و پرسنل اتاق عمل طبق دستورالعمل تدوین شده در کمیته کنترل عفونت، ناخن های خود را کوتاه نگهداشته و از استفاده ناخن مصنوعی، لاک ناخن و جواهرات خودداری می کنند.
۱۲. شستشوی جراحی دست (اسکراب جراحی) مطابق با آخرین دستورالعمل قبل از جراحی و توسط جراح و پرسنل اتاق عمل انجام می شود.
۱۳. اندیکاتورهای بیولوژیک و تست کلاس ۶ جهت اطمینان از صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته به نوع ست و اقلام آن در تمامی ست ها توسط مسئول واحد CSR استفاده می شود. و اندیکاتور در پرونده بیمار ثبت (الصاق ) می شود .
۱۴. زمان بستری بیمار در بخش قبل و بعد از انجام جراحی تا حد امکان محدود می شود .
۱۵. پانسمان محل جراحی به طور مناسب و با شرایط آسپتیک تعویض می گردد .
۱۶. دمای طبیعی حین جراحی و بعد از آن حفظ می شود .
۱۷. به بیمار آموزش های لازم در خصوص مراقبت از محل جراحی داده می شود .

## کتابچه روش های اجرایی

### روش اجرایی ۲: پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون ، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکتوستومی ایجاد می شود

#### هدف:

پیشگیری از بروز عفونت های تنفسی در بیماران انتوبه

#### تعاریف:

انتوباسیون: کارگذاری لوله تراشه در داخل تراشه بیمار می باشد.

تراکتوستومی: باز کردن تراشه از قسمت قدامی در ناحیه گردن و باز کردن فضای تراشه به بیرون توسط کانول فلزی یا پلاستیکی

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

۱. کلیه پرسنل مراقبت کننده در بخش های ویژه در خصوص پیشگیری از بروز عفونت های تنفسی آموزش دیده اند .
۲. برای هر کدام از بیماران بستری که نیاز به اکسیژن درمانی دارند کانولای اکسیژن اختصاصی استفاده می شود
۳. تمامی فلومترهای اکسیژن به صورت هفتگی طبق دستورالعمل تدوین شده شسته می شود و بعد از ترخیص بیمار نیز شسته و ضدعفونی می گردد و تا پذیرش بیمار بعدی به صورت خشک نگهداری می شود .
۴. لوله گذاری داخل تراشه در موارد ضروری انجام و با توجه به شرایط بیمار و طبق نظر پزشک معالج در اسرع وقت خارج می گردد.
۵. بطری های ساکشن بعد از پر شدن ۲/۳ و پایان هر شیفت شسته و در محلول ضدعفونی کننده غوطه ور و مجدداً آبکشی می شود.
۶. پرسنل قبل از انجام ساکشن موظف به رعایت بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی می باشد .
۷. در زمان ساکشن از کانولای یکبار مصرف و استریل استفاده می گردد و بعد از هر بار استفاده دور انداخته می شود.
۸. حجم باقیمانده معده برای جلوگیری از نفخ و اتساع معده به صورت مرتب توسط پرستار کنترل می گردد و موقع گاوژ حتماً سر بیمار حداقل در زاویه ۳۰ درجه از تخت قرار می گیرد.
۹. آمبویگ ها بعد از استفاده توسط نیروی کمکی بخش با آب و دترجنت شستشو شده و در محلول ضدعفونی کننده های لول غوطه ور و در نهایت آبکشی و خشک می گردد.
۱۰. دهانشویه بیماران با محلول کلرهگزیدین و هر ۶ ساعت توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود.

## کتابچه روش های اجرایی

۱۱. فشار کاف لوله تراشه روزانه توسط پرستار مسئول بیمار چک و در حد نرمال ۲۰ تا ۲۵ میلی متر جیوه حفظ می شود.
۱۲. لوله تراشه بیمار در صورت انسداد مکانیکی با ترشحات غلیظ و چسبنده تعویض می شود.
۱۳. لوله خرطومی برای هر بیمار اختصاصی و هفته ای یکبار یا در صورت اختلال در عملکرد تعویض می شود.
۱۴. فیلترهای دمی و بازدمی دستگاه بعد از هر بیمار اتوکلاو می گردد.
۱۵. فیلتر های HME هر ۲۴-۴۸ ساعت تعویض می گردد.
۱۶. پانسمان محل تراکتوستومی به روش استریل به صورت روزانه و با نظارت مسئول شیفت انجام می شود .
۱۷. فیزیوتراپی تنفسی برای بیماران انتوبه توسط فیزیوتراپی بیمارستان انجام می شود .
۱۸. موارد فوق توسط سرپرستار و مسئول شیفت نظارت می گردد.

### روش اجرایی ۳: پیشگیری و کنترل عفونت های کاترهای عروقی

#### هدف:

پیشگیری از عفونت کاتر عروقی

#### تعاریف:

کاترهای عروقی: شامل کاترهای عروق محیطی و کاترهای عروق مرکزی که از طریق ورید یا شریان تعبیه می گردد

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

۱. برای ضدعفونی پوست محل رگ گیری از اسپری الکل استفاده می شود .
۲. پرسنل قبل از کارگذاری کاترهای عروقی، بهداشت دست را رعایت می کنند.
۳. از آنژیوکت فقط یکبار استفاده می شود و در صورت عدم موفقیت در رگ گیری از آنژیوکت جدید استفاده می شود.
۴. پرستار بعد از اتمام کار تاریخ و شیفت را بر روی برجسب آنژیوکت درج می نماید.
۵. برحسب نیاز و تشخیص پزشک معالج کاتر C.V.Line توسط جراح و در شرایط استریل گذاشته می شود .
۶. جهت ضدعفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتر از بتادین استفاده می شود.
۷. در هنگام کارگذاری کاترهای مرکزی تکنیک به صورت آسپتیک انجام شده و پزشک و پرستار از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند.
۸. در صورت اندیکاسیون عفونت، انسداد و... یا تشخیص پزشک کاتر خارج یا تعویض می گردد.

## کتابچه روش های اجرایی

۹. پانسمان محل کاتتر به صورت روزانه توسط پرستار مسئول بیمار تعویض می گردد.
۱۰. دستورالعمل تعویض اتصالات طبق مصوبه کمیته به کلیه بخش ها ابلاغ گردیده است.

### روش اجرایی ۴: پیشگیری و کنترل عفونت های کاترهای ادراری

**هدف:** پیشگیری از ابتلا بیماران بستری دارای کاتتر ادراری به عفونت بیمارستان - ارتقاء سطح ایمنی و سلامت بیماران

#### صاحبان فرایند:

واحد کنترل عفونت- بخش های بیمارستان

#### ذینفعان:

بیماران دارای کاتتر ادراری

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

۱. تا حد امکان از انجام سونداژ غیر ضروری به دلیل افزایش ریسک عفونت خودداری می شود.
۲. سونداژ بیمار در شرایط کاملاً استریل انجام می شود .
۳. ابتدا ضدعفونی و بهداشت دست ها توسط پرستار انجام می شود و بعد از پوشیدن دستکش استریل، مجرای ادراری با بتادین ضدعفونی و سونداژ انجام می شود.
۴. تاریخ انجام سونداژ در کاردکس بیمار ثبت می شود .
۵. سوند در صورت صلاحدید پزشک تعویض می شود .
۶. در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری انجام می شود.
۷. بگ ادراری دارای در زمان تعویض شیفت یا آلودگی و نشستی تعویض می شود .
۸. بگ ادراری به هیچ عنوان بر روی تخت بیمار قرار نمی گیرد و از تخت آویز می باشد .
۹. هر شیفت و در صورت نیاز در طول شیفت بگ ادراری تخلیه می شود .
۱۰. شستشوی سوند ادراری با NS
۱۱. در صورت نیاز به سونداژ بیمار در منزل آموزش لازم در ارتباط با نحوه ی مراقبت از سوند به وی و خانواده بیمار ارائه می گردد .

## کتابچه روش های اجرایی

### نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش اجرایی :

بازدید دوره ای

### مسئول پیگیری روش اجرایی :

سوپروایزر کنترل عفونت

### منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

عملکرد بخش های بیمارستان و پزشکان متخصص - آنژیوکت - وسایل حفاظت فردی - ست پانسمان یا C.V.Line - سفتی باکس

سمت	نام و نام خانوادگی	
کارشناس کنترل عفونت بیمارستان	فاطمه جهانی	تهیه کنندگان
مترون بیمارستان	علی رقیبی	تایید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

bH-non com -man /procelab-02/01	کد سند	مدیریت عدم تطابق در آزمایشگاه	استاندارد
---------------------------------	-----------	----------------------------------	-----------

**هدف** از تدوین این روش اجرایی در گام اول تشریح نحوه شناسایی ، تعریف و کنترل اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه تا حصول نتیجه اثر بخش و در گام دوم بازنگری و تحلیل عدم انطباق ها ( چه بالقوه و چه بالفعل ) به همراه اقدامات پیشگیرانه و شناسایی علل وقوع عدم انطباق ها و در نهایت نحوه بررسی پیامد های این تغییرات و اصلاحات انجام شده و همچنین اثر بخشی اصلاحات بر روند کاری آزمایشگاه می باشد .

### مسئولیت نظارت و اجرا :

نظارت : ریاست محترم بیمارستان و مسئول فنی محترم آزمایشگاه

اجرا : مدیر داخلی بیمارستان ، سوپروایزر آزمایشگاه ، مسئول کنترل کیفیت

### روش کار :

۳-۱- منابع دریافت گزارشات اقدامات اصلاحی :

۳-۱-۱- پیشنهادات ، انتقادات و نظرات : هر گونه احساس نیاز به اعمال تغییرات در ساختار سازمانی ، منابع انسانی ، شرایط کاری و محیطی خدمات آزمایشگاهی ، روش های اجرایی و دستورالعمل های کاری ( اطلاعات مستند ) ، ایمنی و بهداشت ، محیط زیست (HES) و ... را کلیه مدیران ، پرسنل محترم و یا افراد ذینفع در مجموعه می توانند در حوزه کاری خود تغییرات مورد نیاز خود را شناسایی کرده و از طریق فرم پیشنهادات و انتقادات و نظرات به کمیته مدیریت آزمایشگاه اعلام نمایند . همچنین جهت سهولت در اخذ پیشنهادات ، انتقادات و نظرات صندوق پیشنهادات ، انتقادات و نظرات تهیه و در اماکن مختلف نصب گردیده است که این صندوق ها به صورت دوره ای (ماهیهانه) توسط نماینده تیم مدیریتی آزمایشگاه تخلیه و موارد مطروحه نیز در فرم پیشنهادات ، انتقادات و نظرات ثبت می شود همچنین انتقادات و پیشنهادات پز شکان ، سرپرستاران ، پرستاران و سایر افراد ذینفع در مجموعه توسط ار سال فرم انتقادات و پیشنهادات بصورت دوره ای ( ماهیهانه ) ارزیابی خواهد شد.

## کتابچه روش های اجرایی

نماینده مدیریت پس از بررسی و همفکری با مسئولین مربوطه درباره موارد مطروحه تصمیم گیری و در صورت رد ، موضوع مختومه شده و به عنوان سابقه بایگانی می شود . در صورت تأیید ، اقدام لازم طی فرم اقدام اصلاحی تعریف می گردد . در هر صورت نتیجه به اطلاع ارائه دهنده پیشنهادات و انتقادات و نظرات می رسد .

۱-۲- نتایج ممیزی ها : پس از انجام هرگونه ممیزی داخلی ( توسط مسئول فنی ، سوپروایزر و مسئول کنترل کیفی بصورت دوره های شش ماهه) و خارجی (نظارت توسط معاونت درمان ، سازمان های بیمه گر و...) و شرکت در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی آزمایشگاه ( هر چهار ماه) ، گزارش عدم انطباق های مطروحه توسط گزارش ممیزان و آنالیز نتایج دریافتی از برنامه کیفیت خارجی به اطلاع سوپروایزر می رسد . و ایشان با همکاری مسئولین بخش ها اقدام اصلاحی لازم را تعریف و مسئول اجرا تعیین می شود .

۱-۳- جلسات بازنگری مدیریت : یکی از خروجی های جلسات بازنگری مدیریت نیاز به اعمال تغییرات و تعریف اقدام اصلاحی می باشد . لذا در چنین مواردی نماینده مدیریت ( مسئول کنترل کیفی ) موظف است این تغییرات و اقدامات اصلاحی را شناسایی ، ثبت و مدیریت نماید .

۱-۴- خروجی های نامنتطبق : هرگونه موارد عدم انطباق در بخش های مختلف آزمایشگاه ، تجهیزات ، منابع ( انسانی و دستگاهی ) و ... در صورت مشاهده باید در فرم اقدامات اصلاحی موجود در هر بخش مستند و توسط مسئول بخش مربوطه به مسئول کنترل کیفی گزارش گردد .

۱-۵- نتایج تحلیل و ارزیابی ها : پس از تجزیه و تحلیل داده های کسب شده چنانچه نیاز به تعریف اقدام اصلاحی باشد با همکاری نماینده مدیریت اقدامات اصلاحی لازم تعریف می گردد .

۱-۶- مدیریت دانش : دانشی که در آزمایشگاه تشخیص طبی در زمان ها و موقعیت های مختلف تولید می شود ( برای مثال : حین یک جلسه یا بحث کاری ، حین یک مأموریت کاری ، حین یک رفع اشکال ، حین کار در گروه ها یا تیم های کاری ، حین فرایند های کاری روزمره و یا می تواند یک تجربه فنی ، یک دیدگاه فنی ، یک تجربه مدیریتی ، یک دیدگاه مدیریتی و حتی یک مبحث اختباس شده از یک مطالعه باشد ) را بایستی خلق ، کسب ، ذخیره سازی ، به اشتراک گذاری و در نهایت در آزمایشگاه به کارگیری نماید . این به کارگیری به عنوان یکی از ورودی های تعریف اقدام اصلاحی خواهد بود .

۱-۷- سایر موارد : مواردی همچون خروجی جلسات تیم مدیریت آزمایشگاه ، جلسات داخلی و عمومی و تخصصی بیمارستان و آزمایشگاه ، کلاس های ضمن خدمت برگزار شده و تغییرات ایجاد شده در عوامل داخلی و خارجی مؤثر بر آزمایشگاه و ... می تواند به عنوان ورودی تعریف اقدامات اصلاحی باشد .



## کتابچه روش های اجرایی

۲-۳- تعریف و پیگیری اقدامات اصلاحی : در تمامی موارد فوق ، نماینده تیم مدیریت با همکاری مسئولین بخش ها اقدام اصلاحی لازم را در فرم اقدام اصلاحی ثبت می نماید و زمان لازم ، مسئولین انجام و منابع مورد نیاز برای اجرای اقدام اصلاحی تعیین می گردد . نماینده مدیریت به منظور کنترل هر چه دقیق تر ، این اقدامات تعریف شده را در فرم پیگیری اقدامات اصلاحی ثبت نموده و در زمان های سر رسید مورد نظر می بایست نسبت به پیگیری انجام اقدام اصلاحی اقدام نماید . در صورت عدم تأیید اقدام صورت گرفته و یا اثر بخش نبودن اقدام فوق ، مهلت مجددی برای انجام اقدام تعریف می شود که در زمان فوق ، مجدد نماینده مدیریت پیگیری و کنترل لازم را انجام می دهد . در صورت عدم تأیید ، مراتب جهت پیگیری و اعلام نظر به مسئول فنی اعلام می شود . در صورتی که نیاز به اقدام اصلاحی فوری با شد ، مراتب به اطلاع مسئول شیفت رسانده و در صورت امکان اقدامات اصلاحی لازم انجام پذیرد . در صورتی که اقدامات انجام شده منجر به رفع مورد عدم انطباق نشده ، با هماهنگی و مشورت مسئول بخش مربوطه اقدامات اصلاحی لازم فوراً انجام پذیرد .

۳-۳- تعیین علل وقوع عدم انطباق ها : نماینده مدیریت موظف است در هنگام تعریف اقدام اصلاحی با همکاری مسئولین بخش مربوطه نسبت به بازنگری و تحلیل عدم انطباق ها ( چه بالقوه و چه بالفعل ) و شناسایی علل وقوع عدم انطباق ها ( چه بالقوه و چه بالفعل ) اقدام نماید . پس از کشف علل بروز عدم انطباق ها به منظور اینکه آن عدم انطباق تکرار نشود و یا در جای دیگر رخ ندهد بایستی اقدام اصلاحی یا اقدامات اصلاحی مناسب دیگری با فرم اقدام اصلاحی تعریف و مدیریت نماید .

۴-۳- بررسی پیامد ها شامل ریسک ها و فرصت ها : با توجه به اینکه ممکن است در راستای اعمال تغییرات و اقدامات اصلاحی در هر موضوعی شامل ساختار سازمانی ، منابع انسانی ، شرایط کاری و محیطی ، نتایج آزمایشات ، روش های اجرایی و دستورالعمل های کاری ( اطلاعات مستند ) ، ایمنی و بهداشت محیط زیست (HSE) و ... ، پیامد هایی در پی داشته باشد . لذا نماینده مدیریت بایستی ریسک ها و فرصت های حاصل از این تغییرات و اصلاحات را تعیین ، مستند و اطلاع رسانی نماید . سوابق عدم انطباق و نیز اقدامات مقتضی برای برطرف کردن ریشه و علل زمینه ای موارد عدم انطباق به مدت یک سال نگهداری و بایگانی شوند .

**منابع :** دستور العمل استاندارد آزمایشگاه های پزشکی ، استاندارد ملی ایران ایزو ۱۵۱۸۹ ، استاندارد برنامه ریزی و طراحی آزمایشگاه های پزشکی

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری : ۵

تاریخ بازنگری : 1400/10/13

صفحه : ۳۴

## کتابچه روش های اجرایی

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول آزمایشگاه	حسینی	تهیه کنندگان
مدیر داخلی بیمارستان	اصغر کرامتی	تایید کننده
رئیس بیمارستان	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده

## کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	نحوه انتقال جسد به پزشکی قانونی	کد سند	BH-DB-PROC /proce nur sta -02/01
-----------	------------------------------------	-----------	----------------------------------

### گام های انجام کار :

- ۱- ارجاع اولیا دم و همراهیان متوفی جهت صدور و پیگیری گواهی فوت و تسویه حساب به واحد امور بیماران صورت می گیرد.
- ۲- پیگیری کوید و غیر کوید بودن بیمار توسط واحد رسیدگی به امور بیماران صورت می گیرد.
- ۳- توسط واحد امور بیماران در صورت ضرورت قانونی و دلیل قانونی با پزشکی قانونی برای حضور و بررسی جسد هماهنگ می شود.
- ۴- ارائه مشاوره جهت هدایت انجام کالبد شکافی توسط واحد امور بیماران و ارجاع اولیا دم طبق شرایط قانونی صورت می گیرد.
- ۵- در صورت نیاز به حضور مامور نیروی انتظامی ، معرفی نامه به واحد نیروی انتظامی و پیمانکار حمل اموات شهرداری توسط مرجع قضائی (پزشکی قانونی) صادر می شود.
- ۶- توسط پزشکی قانونی معرفی نامه به دبیرخانه بیمارستان برای اخذ کپی مدارک و مستندات پرونده داده می شود.
- ۷- همراهیان اولیا دم در معیت مامور نیروی انتظامی و ماشین حمل جسد مورد تأیید ، جهت تحویل جسد به دفتر پرستاری مراجعه می کنند و دفتر پرستاری هماهنگی با نگهبانی انجام می دهد.
- ۸- در مورد انتقال بیماران کرونایی به بجستان نصب برچسب پلمب بر روی ماشین حمل اجساد الزامی است .  
تهیه و تدوین : دفتر پرستاری ، دفتر پیگیری امور بیماران و دفتر بهبود کیفیت و اعتباربخشی بیمارستان

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

دفعات بازنگری : ۵

تاریخ بازنگری : 1400/10/13

صفحه : ۳۶

## کتابچه روش های اجرایی

سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر فدمات پرستاری و مسئول پشتیبانی و مسئول بهبود کیفیت	علی رقیبی و مهدی علیزاده و مرضیه مختاری	تهیه کنندگان
مدیر پرستاری بیمارستان	علی رقیبی	تایید کننده
(رئیس بیمارستان)	دکتر سعید محرابی	تصویب کننده