

استانداردهای اعتباربخشی

در حوزه پزشکان

بیمارستان علامه بهلول گناباد

واحد بهبود کیفیت و اعتباربخشی بیمارستان ۱۳۹۹

الف * ۷ - ۱۲ - ۱ - بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.

سطح سه

❖ وجود شواهدی دال بر تمرکز و برنامه ریزی تیم های پزشکی به ترویج طبابت مبتنی بر شواهد در سطح

بیمارستان

❖ انجام مطالعات مرتبط با طبابت مبتنی بر شواهد و یکسان سازی روشهای پزشکی

❖ برنامه ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاینهای ابلاغی وزارت بهداشت

❖ ارزیابی دورههای وضعیت بیمارستان از نظر طبابت مبتنی بر شواهد و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت

❖ تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در زمینه طبابت مبتنی بر

شواهد

پیشگامی بیمارستان در خصوص طبابت مبتنی بر شواهد علاوه بر بازدیدهای میدانی بر اساس گزارشهای اخذ

شده از معاونت درمان وزارت بهداشت ارزیابی میشود

الف ۱ - ۱ - ۳ - بکارگیری کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، شرح شغل و شرایط احراز صورت میپذیرد.

سطح یک

❖ بکارگیری پزشکان، پرستاران، نیروهای پاراکلینیک، پشتیبانی، اداری و مالی و خدمات مطابق با قوانین و

مقررات وزارت بهداشت و کتاب طبقه بندی مشاغل

❖ بکارگیری نیروهای شاغل در بیمارستان براساس قوانین بالادستی سازمان مربوط

❖ ممنوعیت بکارگیری اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بیمارستانهای غیر دانشگاهی

❖ ممنوعیت اشتغال اعضای هیات علمی غیر تمام وقت جغرافیایی در بخش غیر دانشگاهی در ساعات اداری

❖ ممنوعیت بکارگیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی و نیروهای متخصص متعهد در بیمارستانهای غیر

دانشگاهی یا بیمارستانهای غیر موظفی

❖ ممنوعیت بکارگیری دستیاران، دانشجویان پزشکی و پرستاری و حرف وابسته در بیمارستانهای غیر

دانشگاهی



الف ۱ - ۲ - ۳ - برنامه ریزی آموزشی سالیانه بر اساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی برنامه ریزی و

اجرا میشود. سطح دو

❖ تدوین برنامه آموزشی سالیانه پزشکان و ارائه به تیم مدیریت و رهبری

همچنین پزشکان میتوانند دوره های آموزشی مهارتهای تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان میل خدمت، در مراکزی نظیر سازمان نظام پزشکی، دانشگاههای علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی اتمی بگذرانند.

الف ۵ - ۲ - ۳ - کنگره ها و همایشهای علمی اطلاع رسانی شده و از حضور کارکنان در دوره های بازآموزی و

آموزش مداوم پزشکان حمایت میشود. سطح سه

❖ اطلاع رسانی بیمارستان در خصوص برگزاری کنگره ها و همایشهای علمی

❖ حمایت و مساعدت بیمارستان در خصوص شرکت پزشکان در دورههای بازآموزی و آموزش مداوم

رضایت کارکنان در بیمارستان به نحوی است که اشتغال در این مرکز را به سایرین توصیه مینمایند. سطح سه

❖ رضایت کامل مدیران /مسئولان بخشها/واحدهای بیمارستان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این

مرکز

❖ رضایت کامل و توصیه پزشکان بیمارستان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز

سیاستهای آموزش بیماران توسط مدیریت پرستاری با مشارکت سرپرستار /مسئول بخشها و واحدها و روسای بخشهای بالینی، تدوین و پیش از ابلاغ جهت تایید به تیم رهبری و مدیریت اعلام میشود. این امر بخصوص در زمینه سیاستهای آموزش بیمار در گروه پزشکان بایستی توسط رئیس /مادیرعامل بیمارستان تصاویب و ابلاغ شود. همچنین تشکیل و برگزاری منظم جلسات کارگروه آموزش به بیمار در بیمارستان توصیه موکد میشود

ب ۲ - ۲ - ۱ - ارزیابی اولیه، طراحی و هدایت برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج و پزشکان

ذیصلاح انجام میشود. سطح دو

❖ تعیین و ابلاغ محدوده زمانی مناسب توسط بیمارستان جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک از

سوی رئیس /مدیرعامل بیمارستان

❖ انجام ارزیابیهای اولیه بیماران در محدوده زمانی تعیین شده /بدو ورود و تکمیل فرم شرح حال با قید مهر

و امضای پزشک

❖ ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرام بخشی توسط پزشک

❖ ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار /بستگان قانونی و جلب مشارکت آنها

❖ اجرای برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج

ب * ۶ - ۳ - ۱ - مهار شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود.

تدوین خط مشی و روش مهار شیمیایی با مشارکت همه صاحبان فرایند

❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار شیمیایی

❖ رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار شیمیایی

➤ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار شیمیایی

۱. الحاظ سابقه دارویی و حساسیتهای شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی

بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی

۲. استفاده از ایمن ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی

۳. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط

۴. انجام مهار شیمیایی صرفا بر اساس دستور پزشک

۱۵. ارزیابی پاسخ به درمان، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار

شیمیایی

۶. شرایط بیمار قبل از شروع مهار و همچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ثبت می گردد

۷. کنترل و ثبت علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده

۸. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، مانیتورینگ مداوم و... پایش و کنترل مستمر

۹. قطع مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن

۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار شیمیایی

۱۱. انیوه بررسی وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار

۱۲. تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور

مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم ۲ با توجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هرروز

(حداکثر سه بار) توصیه میشود با کاهش عوامل تیریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.

ب * ۷ - ۳ - ۱ - مهار فیزیکی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام میشود. سطح دو

تدوین خط مشی و روش مهار فیزیکی با مشارکت همه صاحبان فرایند

❖ آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش مهار فیزیکی

❖ رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار فیزیکی

➤ نکاتی مهم در خط مشی و روش مهار فیزیکی

۱. تامین ابزار و تجهیزات استاندارد مورد نیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی

۲. انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفاً بر اساس دستور پزشک و ذکر اندامهای لازم جهت مهار فیزیکی و مدت

آن در دستور پزشک

۳. استفاده از ایمن ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندامها و اعضای مجاز با روشهای استاندارد و بدون

عوارض

۴. ثبت و کنترل سیستم عصبی عروقی اندامهای مهار شده به صورت مستمر

۵. آموزش اثربخش کارکنان مرتبط

۶. ارزیابی مستمر و مجدد بیمار تحت مهار فیزیکی (بررسی شرایط بیمار قبل از شروع مهار فیزیکی و حین آن)

۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخمهای فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود،

و...

۸. قطع مهار فیزیکی در کوتاهترین زمان ممکن

۹. نحوه بررسی وقایع ناخواسته /آسیب ناشی از مهار فیزیکی بیمار

۱۰. حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی

۱۱. ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری

۱۲. تکرار مهار فیزیکی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد

پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم

در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است.

همچنین در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع میباشد.

ب * ۱ - ۴ - ۱ - عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسیهای پاراکلینیک منطبق بر موازین

ایمنی بیمار است. سطح یک

❖ وجود فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک و اطلاع کارکنان بخشهای بالینی اعم از بستری و سرپایی در باره

آن

❖ اطلاع کارکنان از روش اجرایی دستورات تلفنی /شفاهی و عمل بر اساس آن

❖ حضور بلا درنگ کادر بالینی بر بالین بیمار جهت مداخله فوری به منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار

❖ اطلاع رسانی به موقع از سوی کارکنان بالینی بخش به کادر بالینی ذیصلاح برای انجام /تداوم مداخلات

فوری و حیاتی

فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافت و تصویربرداری است.

لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی آزمایشگاه در کمیته درمان دارو و تجهیزات پیشنهاد شده،

پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی، آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ میگردد.

از روش *Read Back . Write Down . Repeat Back Close the Loop* تبادل اطلاعات بین

کارکنان آزمایشگاه و آسیبشناسی بافت /تصویربرداری و کادر بالینی استفاده

شود. چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده یادداشت شنیده بازخوانی

یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات

از روش *Read Back . Write Down . Repeat Back Close the Loop* در تبادل اطلاعات بین

کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود.

انجام /تداوم مداخلات فوری و حیاتی میتواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج

باشد. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به صورت کامل، جامع ودقیق روشهای ساختارمند مانند SBAR پیشنهاد

میگردد

بیماران پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه میشود

مشخص بودن فهرست بیماران پرخطر در هر بخش با میزان ریسک ارزیابی شده توسط ابزار مربوطه

❖ آشنایی کادر بالینی با مقولات مربوط به ایمنی بیمار و ریسکهای متوجه بیمار و اقدام متناسب بر اساس

آنها

❖ استفاده از دستبند زرد برای بیماران پرخطر در کلیه بخشها ۱

❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر

سقوط

❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر

زخم فشاری

❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر

ترومبوز وریدهای عمقی

❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر

خودکشی

❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران پلی فارمسی

❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض سو تغذیه

❖ مشخص بودن ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در سایر بیماران در معرض

خطر

❖ آموزش لازم اثربخش به بیماران برای پیشگیری از بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات

مورد اشاره

❖ ترخیص ایمن بیماران پرخطر

➤ بیماران / مراجعین پرخطر غالبا شامل موارد ذیل است

۱. بیماران در معرض سقوط

۲. زخم فشاری

۳. خودکشی

۴. سو تغذیه

۵. پلی فارمسی

۶. ترومبوز وریدهای عمقی

برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ابزار مورس ۲، زخم فشاری مقیاس‌هایی پیشبینی کننده معتبر مانند برادن ۳ و مانند آن پیشنهاد میشود. برای هریک از بیماران در معرض خطر به صورت مکتوب و مدون و با اطلاع و دستور پزشک و پیگیری و اقدامات لازم از سوی پرستار مربوطه هم اقدامات مقابله با ریسک و درمان مشخص و در قالب دستورات پزشکی درج و توسط پرستار اجرا میشود.

ب ۱ - ۵ - ۱ - ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج /ذیصلاح در زمانبندی منظم به نیوی است که تعللی

در روند مراقبت و درمان بیمار ایجاد نمیشود. سطح یک

❖ ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج در زمانبندی منظم و بدون هرگونه تاخیر /اختلال در روند مراقبت و درمان بیمار

❖ ویزیت روزانه توسط پزشک ذیصلاح جانشین در زمان مرخصی /ایام تعطیل

پزشک جانشین /ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط پزشک آنکال با تخصص مرتبط در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان - - شیفیت در سرویس تخصصی مرتبط است.

➤ برخی اقدامات پزشکی در ویزیت‌های روزانه

۱. ارزیابی ادواری شامل ارزیابی وضعیت و پاسخ بیمار به اجرای طرح درمان و در صورت نیاز بازنگری برنامه بر اساس پاسخ بیمار

۲. ارزیابی مجدد بیمار به منظور تناسب و کارایی تصمیمات درمانی /مراقبتی به منظور تایید یا رد تشخیص اولیه

۳. ثبت دستورات دارویی و مراقبتی و تشخیصی درمانی در برگه دستورات پزشک و در صورت لزوم تغییر برنامه مراقبت و درمان در برگه سیر بیماری

۴. ثبت پاسخ بیمار به برنامه های مراقبتی و درمانی در برگه سیر بیماری

۵. ثبت وضعیت بهبودی بیماری حداقل به صورت روزانه در بر سیر بیماری

۶. ثبت ارزیابیهای ادواری در برگه سیر بیماری

۷. ثابت سیر بیماری با یکی از روشهای مبتنی بر وضعیت یا مبتنی بر مشکل

۸. مندرجات برگه سیر بیماری باید شامل تاریخ و ساعت، امضا و مهمور به مهر پزشک

ثبت سیر بیماری مبتنی بر وضعیت بیمار یک روش سنتی است که ساختار آن به شکل داستان نویسی بوده و تنها اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار ثبت می‌شود. ثبات سایر بیماری مبتنی بر مشکل ۱ روشی است که اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی و ثبت می‌شود.

➤ اجزای سیر بیماری مبتنی بر مشکل

۱. یافته‌های موضوعی (۲ تاریخچه)

۲. یافته‌های هدفمند (۳ فیزیکی و نتایج بررسیهای آزمایشگاهی)

۳. فرایند ارزیابی. ۴. برنامه‌ریزی درمان بیمار بر اساس اطلاعات ۵. به دست آمده که شامل شناسایی مشکلات (تشخیص) و بررسی پاسخ بیمار به بیماری است.

ب * ۲ - ۵ - ۱ - در تمام ساعات شبانه روز دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت به نیوی است که اختلال /

تاخیری در روند درمان ایجاد نمیشود. سطح یک

❖ تنظیم برنامه و حضور به موقع پزشک متخصص آنکال بر بالین بیماران در هر ساعت از شبانه روز و ایام

تعطیلات

❖ دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت بدون هرگونه اختلال / تاخیر در روند مراقبت درمان

پزشک جانشین / ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط پزشک آنکال با تخصص مرتبط در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

ب * ۳ - ۵ - ۱ - مشاوره های تخصصی اورژانسی برنامه ریزی و در حداقل زمان انجام میشود. سطح یک

❖ ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره اورژانسی و ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط

پزشک معالج / ذیصلاح در پرونده بیمار

❖ ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج / ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره

❖ حضور بلادرنگ پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار

❖ انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک

❖ اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج

❖ شروع فوری اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج

مشاوره های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بیرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا می باشد.

بدهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. پایش مدت زمان و نیوه انجام مشاوره های اورژانسی به عنوان یکی از شاخصهای مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره های اورژانسی به تفکیک سرویسهای تخصصی توصیه میشود. برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بیرانی نیازی به اطلاع رسانی / اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

پزشک جانشین / ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط پزشک انکال با تخصص مرتبط در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

ب ۴ - ۵ - ۱ - مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی برنامه ریزی و در حداقل زمان انجام میشود. سطح دو

❖ ویزیت بیمار و ثبت درخواست مشاوره با قید " مشاوره با ذکر سرویس تخصصی مد نظر " توسط پزشک

معالج / ذیصلاح در پرونده بیمار

❖ ثبت توضیحات کافی توسط پزشک معالج / ذیصلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره

❖ حضور پزشک مشاور ذیصلاح بر بالین بیمار

❖ انجام ویزیت توسط مشاور و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک مشاور

❖ اطلاع فوری نتایج مشاوره به پزشک معالج

❖ شروع اقدامات تشخیصی درمانی پس از تایید مراتب توسط پزشک معالج

مشاوره های تخصصی غیر اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمیباشد. برگ مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات

فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماراران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی /
اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

پزشک جانشین /ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط پزشک آنکال با تخصص
مرتبط در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان - - شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است

ب ۵ - ۵ - ۱ - اقدامات تشخیصی و درمانی با آگاهی و میوریت پزشک معالج انجام میشود .سطح دو

❖ اطلاع رسانی اقدامات تشخیصی درمانی در خواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک
مشاور به پزشک معالج

❖ ثبت دستورات پزشک مشاور در برگه دستورات پزشک و یا تایید آن در برگه مشاوره توسط پزشک معالج
در اولین حضور بر بالین بیمار

❖ ثبت تاریخ و ساعت اطلاع دهی نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده بیمار توسط پرستار

❖ انجام تمامی اقدامات تشخیصی درمانی با تایید پزشک معالج

پزشک معالج به عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی بایستی ثبت و
نظر ایشان اخذ شود .

درمانی درخواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور جنبه توصیه‌های داشته و تنها پس
از موافقت پزشک معالج و ثبات دستورات یاد شاده در بار

دستورات پزشک قابلیت اجرا دارد مگر در مواردی که تاخیر در اقدامات تشخیصی درمانی به دستور سایر اعضای
تیم پزشکی سبب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود گاه در

این صورت پزشکان ذیصلاح مقیم/آنکال در این خصوص تصمیمگیری مینمایند .در صورت انجام اقدامات فوری
و ضروری توسط سایر اعضای تیم درمانی،نتایج در اولین فرصت به پزشک معالج اطلاع داده شود .اقدامات بعدی
توسط پزشک معالج هدایت و انجام شود.

پزشک جانشین /ذیصلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص یا تخصص مرتبط پزشک آنکال با تخصص
مرتبط در بیمارستانهای آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است

ب * ۶ - ۵ - ۱ - درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن مدیریت میشود. سطح دو

❖ آگاهی کادر درمانی از دستورالعمل تسکین درد

❖ اقدام مطابق دستورالعمل تسکین درد

❖ مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن

در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی، تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته از جمله آپنه مدنظر قرارگیرد.

ب ۷ - ۵ - ۱ - پزشکان متخصص مرتبط با عملکرد بیمارستان، مقیم بوده و در صورت نیاز بلافاصله بر بالین

بیماران حاضر میشوند. سطح سه

❖ وجود برنامه شبانه روزی جهت حضور پزشکان متخصص مقیم متناسب با نیازهای تخصصی بیماران در

بیمارستان

❖ در صورت نیاز بیماران حضور و ارائه خدمت پزشکان متخصص مقیم بلافاصله بر بالین بیماران در هر ساعتی

از شبانه روز

مقیم بعد از اطلاع نتایج اقدامات پاراکلینیکی و یا وضعیت بیمار، بایستی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر و اقدام به ارزیابی و یا صدور دستورات درمانی و مراقبتی نماید.

ب * ۱ - ۶ - ۱ - داروهای مخدر در بخش به صورت حفاظت شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به

صورت ایمن مصرف میشوند. سطح یک

❖ مدیریت دسترسی به داروهای مخدر به صورت تعریف شده و حفاظت شده

❖ آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر

➤ نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر

۱. نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.

۲. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی

۱۲. رعایت اصول کلی دارو دهی بیمار صحیح راه مصرف صحیح زمان صحیح دوز مصرف صحیح ثبت صحیح تجویز صحیح پاسخ مناسب به دارو.

در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی بایستی محدودیت اعمال گردد. نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود. خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانندنوشتن نسخ یا دستورات دارویی پزشک الزامی است .

ب * ۵ - ۶ - ۱ - تلفیق دارویی بیماران برنامه ریزی و انجام میشود. سطح دو

❖ بررسی داروهای در حال مصرف بیمار در هنگام پذیرش و ثبت در فرم شرح حال

❖ تعیین فهرست داروهای مشمول تلفیق دارویی

❖ ایجاد کاملترین و صحیح ترین فهرست دارویی " بهترین تاریخچه دارویی ممکن "

❖ مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش، انتقال

یا ترخیص و توجه به نامه خوانی های احتمالی و رفع آن

❖ رعایت دستورالعمل ابلاغی انجام تلفیق دارویی در تمام مراحل

تلفیق دارویی

مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت مینماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی / داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام میشود.

➤ داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند

۱. داروهای نسخه شده

۲. ویتامینها

۳. داروهای روی پیشخوان ۱ یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد.

۴. مواد تشخیصی و کنتراستها

۵. تغذیه مکمل

۶. فرآورده های خونی

۷. مایعات وریدی

۸. مواد غذایی

۹. داروهای گیاهی

اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار میتواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستانهای آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام میشود --

ب ۱ - ۷ - ۱ - وضعیت تغذیه ای بیماران توسط پزشک تعیین تکلیف شده و بر اساس آن برنامه ریزی و عمل

میشود. سطح یک

❖ تعیین تکلیف نوع رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک

❖ ثبت دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده اعم از رژیم غذایی معمولی، دیابتی، پر

کالری و سایر

❖ اطلاع رسانی نوع رژیم غذایی بیمار در زمان مقرر به واحد تغذیه توسط پرستار

❖ چینش سینی غذای بیماران مطابق با فهرست دریافت شده از سامانه اطلاعات بیمارستان و برنامه غذایی

نوشته شده هفتگی یا ماهیانه

❖ مطابقت غذای بیمار با رژیم غذایی ثبت شده در پرونده

❖ الصاق برچسب مشخصات شامل نام بخش نام بیمار نوع رژیم غذایی برای غذاهای رژیمی - -

دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده بیماران ثبت و توسط پرستار یا منشی بخش در زمان

مقرر و حداکثر قبل از وعده غذایی بعدی در سامانه اطلاعات

بیمارستانی یا *Diet Sheet* وارد میشود و مبنای سفارش غذا به تفکیک بیماران است. در صورتیکه برای بیمار ارزیابی تخصصی تغذیه طبق درخواست پزشک انجام شود در سامانه اطلاعات بیمارستانی ثبت میگردد. مهر و امضا پزشک در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه نشان دهنده موافقت پزشک با دستور پیشنهادی مشاور تغذیه است.

ب ۲ - ۷ - ۱ - بیماران بستری با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخشهای ویژه ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر

اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا میشود. سطح دو

❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک برای تمامی بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخشهای ویژه بزرگسالان و کودکان ❖ 1 اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه

❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیههای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه در اولین

ویزیت

❖ بررسی / تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک

❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک

❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید

پزشک

❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه

و تایید پزشک

❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص با تکمیل فرم پیگیری تغذیه

❖ ارزیابی مجدد تغذیههای بیماران در فواصل زمانی معین و یا در صورت تغییر روش تغذیه، نوع رژیم غذایی

بیمار و یا دستور پزشک معالج

ب ۳ - ۷ - ۱ - بیماران سو تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان ارزیابی تخصصی تغذیه شده و بر

اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا میشود. سطح دو

❖ شناسایی بیماران سو تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک

❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی بیماران سو تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به

سرطان توسط پزشک در همه بخشهای بستری

❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه

❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه

❖ بررسی / تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و مضای پزشک

❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک

ب ۴ - ۷ - ۱ - ارزیابی تخصصی تغذیه برای مادران باردار و اطفال برنامه‌ریزی و انجام میشود. سطح دو

❖ شناسایی مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی در ارزیابی اولیه ماما / پزشک

❖ شناسایی کودکان پرخطر در معرض سوتغذیه، سوختگی، کلیوی، سرطانی در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک

❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی توسط

پزشک در همه بخشهای بستری

❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه ای در پرونده پزشکی کودکان پرخطر در معرض

سوتغذیه، سوختگی، کلیوی، سرطانی توسط پزشک

❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره های مادران باردار و اطفال توسط ماما/پرستار به مشاور تغذیه

❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه ای مادر باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی توسط مشاور تغذیه و تکمیل

برگه ارزیابی تخصصی تغذیه

❖ انجام ارزیابی و تنظیم رژیم غذایی اطفال با استفاده از منحنیهای رشد

❖ بررسی / تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک

❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک

تایید و ثبت نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه مادر باردار توسط پزشک ثبت مهر و امضا در پرونده بیمار انجام میشود.

در موارد درخواست مشاوره از سوی پزشک، علاوه بر تکمیل فرم ارزیابی تخصصی لازم است برگه درخواست

مشاوره نیز تکمیل گردد. همچنین پرستار بیمار بایستی مصرف غذا توسط بیمار را بررسی و در صورت بی‌اشتهایی و یا عدم تمایل به غذا به مشاور تغذیه اطلاع دهد. با توجه به عدم وجود فرم ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای ویژه مادر باردار از فرم‌های ارزیابی تخصصی تغذیه بزرگسال استفاده شود. مشاوره تغذیه اطفال با اولویت زمانی برای اطفال مبتلا به سو تغذیه، سرطان، سوختگی، بیماری‌های کلیوی، سلیا و بیماری‌های متابولیک مادرزادی و بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری/تشخیص بیماری با شرایط خاص و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک، انجام میشود.

کود و نوجوان به تمامی افرادی اطلاق می‌گردد که در محدوده سنی ۱ ماه تا پایان ۱۸ سال قراردارند.

ب ۵- ۷- ۱- ارزیابی تخصصی تغذیه برای همه گروه‌های هدف طبق ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام میشود.

سطح سه

❖ شناسایی ۱۸ بیماری اولویت دار برای ارزیابی تخصصی تغذیه طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در

مرحله ارزیابی اولیه پرستار و پزشک

❖ ثبت درخواست مشاوره تغذیه‌ای در پرونده پزشکی بیماران توسط پزشک در همه بخش‌های بستری

❖ اطلاع رسانی درخواست مشاوره توسط پرستار به مشاور تغذیه

❖ انجام ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای بیماران توسط مشاور تغذیه و تکمیل برگه ارزیابی تخصصی تغذیه

❖ بررسی/تایید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک

❖ اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید پزشک

❖ نظارت پرستار بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تایید

پزشک

❖ نظارت کارشناس تغذیه بر روند اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه

و تایید پزشک

❖ پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور تغذیه در فواصل زمانی مشخص طبق دستورالعمل ابلاغی

ارزیابی تخصصی تغذیه بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک برای بیماران واجد ۱۸ بیماری اولویت دار انجام شده (با تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه) و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا میشود.

۱۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه ابلاغ شده شامل بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هردلیل *NPO* (نیاز به تغذیه انترال و پرنترال)، دیابت بخشهای جراحی، فشار خون بالا و بیماریهای قلبی عروقی، سرطانها، سوختگی، سکت، نارسایی کلیه، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سو تغذیه و سوجذب، بیماریهای نورولوژی منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی، پنومونی، بیماری انسدادی مزمن ۱ بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه بزرگسالان و کودکان و ضربه به سر است. تمامی بیماران مشاوره تغذیه شده (به جز تغذیه انترال و پرانترال) می بایست رژیم مکتوب داشته باشند. همچنین توصیه می گردد ۱۸ بیماری الویت دار مشاوره تغذیه به نحو موثر به اطلاع پزشکان رسانده شود. بیماران با دیابت کنترل نشده جز موارد ضروری برای مشاوره تغذیه می باشد

ب ۶ - ۷ - ۱ - کارشناس تغذیه پاسخ بیمار به مراقبتهای تغذیهی را بررسی و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی

مؤثر به عمل می آورد. سطح سه

پاسخ بیمار به مراقبتهای تغذیه ای توسط مشاور تغذیه با کنترل شاخصهای تن سنجی و بررسی نتایج آزمایشگاهی انجام می شود. تکمیل فرمهای پیگیری وضعیت تغذیه

براساس تغییر وضعیت تغذیه بیمار طبق دستور پزشک نیز انجام می شود (این موارد باید توسط بخش به مشاور تغذیه اطلاع رسانی گردد). تکمیل فرمهای پیگیری وضعیت تغذیه در بخشهای ویژه ۳ تا ۵ روز و در سایر بخشها حداکثر یک هفته پس از اولین ویزیت تغذیه ای، در مواردی هم به تشخیص خود مشاور تغذیه ممکن است ثابت شدن وضعیت تغذیه بیمار نیاز به پیگیری روزانه داشته باشد. توصیه میشود راهکارهایی جهت پیگیری مراقبتهای تغذیه ای پس از ترخیص در دوران نقاهت برنامه ریزی و انجام شود.

ب * ۲ - ۸ - ۱ - تغذیه بیماران نیازمند حمایت تغذیه ای (گاواژ) با رعایت اصول بهداشتی و ضوابط مربوط و

تیت برنامه ریزی کارشناس تغذیه اجرا میشود. سطح دو

❖ شناسایی بیماران نیازمند به حمایت تغذیه ای (تغذیه انترال/گاواژ)

❖ ثبت بیماران نیازمند به حمایت تغذیه ای (تغذیه انترال/گاوژ) در سامانه اطلاعات بیمارستان توسط پرستار

در هر نوبت کاری و براساس دستور پزشک

❖ تنظیم برنامه گاوژ / تغذیه انترال بیمار توسط مشاور تغذیه و ثبت در برگه ارزیابی تخصصی تغذیه

ب ۲ - ۹ - ۱ - نیازهای توانبخشی بیماران، توسط تامین کننده داخل /خارج از بیمارستان طبق الزامات مربوط و

رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار تامین میشود. سطح دو

پس از دریافت درخواست از بخشهای بالینی ارائه خدمات توانبخشی اعم از گفتار درمانی کاردرمانی و اپتومتری و ... از نظر دفعات، زمان اجرا و ناحیه بازتوانی طبق دستور پزشک برنامه ریزی و انجام میشود. انجام خدمات توانبخشی درخواستی جهت بیماران به صورت روزانه و براساس درخواست اعلام شده در سامانه اطلاعات بیمارستان صورت می پذیرد .

ب ۱ - ۱۰ - ۱ - در بدو ورود و مراحل تشخیص و درمان، توضیحات و آموزشهای لازم به بیمار /همراه ارائه میشود.

سطح یک

❖ تعیین و ابلاغ حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود و طول بستری برای هر بخش توسط رئیس بخش

و سرپرستار، همسو با سیاستهای آموزشی مدیرپرستاری

❖ تعیین نیاز آموزشی بیمار/همراه، در اولین ارزیابی بیمار

❖ تعیین شیوه آموزش اثربخش با توجه به سطح یادگیری بیمار/ همراه

❖ ارائه توضیحات و آموزش توسط پزشک به صورت شفاهی

❖ ارائه توضیحات و آموزش توسط پرستار و ثبت در گزارش پرستاری

❖ ارائه توضیحات و آموزش در صورت لزوم توسط سایر کارکنان بالینی و ثبت در برگه مشاوره در موارد بازتوانی

حداقل موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پزشک در دوران بستری

۱. اطلاعات قابل فهم در باره علل بیماری، نحوه درمان و پیش آگهی آن

۲. مراحل و طول مدت احتمالی درمان

۳. وجود درمانهای جایگزین احتمالی

۴. عوارض درمان یا عدم درمان

۵. داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آنها

۶. تغذیه و رژیم درمانی

۷. بازتوانی

۸. سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی آموزشهای خود مراقبتی به بیماران

در حین بستری و ترخیص ارائه میشود. سطح دو

❖ تدوین دستورالعملهای خود مراقبتی برای بیماریهای شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش

سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروههای پزشکی

❖ ارائه آموزشهای خودمراقبتی در حین بستری توسط پرستار بر اساس دستورالعمل

❖ ارائه آموزشهای خودمراقبتی در حین بستری توسط پزشک بر اساس دستورالعمل

❖ ارائه آموزشهای خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پرستار بر اساس دستورالعمل

❖ ارائه آموزشهای خودمراقبتی در زمان ترخیص توسط پزشک بر اساس دستورالعمل

➤ تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هر یک از بخشهای بالینی متشکل اعضای ذیل برای برنامه ریزی و

اجرای دقیق آموزش بیماران توصیه میشود

۱. رئیس بخش (یا یکی از پزشکان به نمایندگی از طرف ایشان)

۲. سرپرستار بخش

۳. سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت

۴. مسئول آموزش به بیمار

یادآوری بسیار مهم! آموزش بیمار بخشی از مراقبتهای پزشکی و پرستاری است و به هیچ وجه نبایستی با تعیین

مسئول آموزش بیمار، این مأموریت مهم از وظایف تک تک پزشکان و پرستاران خارج شود.

نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه توضیحات و آموزشهای بدو ورود و حین بستری توسط پزشک و پرستار

ب ۲ - ۱۱ - ۱ - در بخشهای قابل مقایسه، بیماران از مراقبتهای پزشکی با سطح یکسان و متوازن برخوردار

هستند. سطح دو

❖ دسترسی و حضور منظم پزشکان معالج بر اساس برنامه تنظیمی در همه بخشها
❖ وجود برنامه آنکالی / مقیمی پزشک متخصص در همه بخشها و توازن کیفی در نیوه عملکرد آنها در بخشهای قابل مقایسه

❖ ارائه مراقبتهای تشخیصی درمانی پزشکی متناسب با نیاز بیماران در بخشهای مختلف و قابل مقایسه
❖ توازن کیفی در مراقبتهای پزشکی به بیماران سطوح قابل مقایسه در بخشهای مختلف
دسترسى بیماران به پزشک معالج / پزشک جانشین ذیصلاح برای تمام ساعات شبانه روز و ایام تعطیل و غیر تعطیل ملاک ارزیابی این سنجه است

ب * ۱ - ۱۲ - ۱ - ترخیص بیماران به صورت ایمن انجام میشود. سطح یک

❖ اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبتهای بیمارستانی / جایگزینی سایر شیوه های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان
❖ ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص
❖ ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
❖ مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام تر بیمارستان
❖ نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال
❖ مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص
❖ آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص
❖ شناسایی و برنامه ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبتهای توانبخشی

❖ شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص

❖ شناسایی بیماران /مددجویان آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این

بیماران پس از ترخیص توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

ب ۲- ۱۲- ۱- در زمان ترخیص، خلاصه پرونده و مستندات مورد نیاز جهت ادامه روند درمان در اختیار بیماران

قرار داده میشود. سطح یک

❖ تکمیل خلاصه پرونده قبل از ترخیص بیمار توسط پزشک معالج /جانشین ذیصلاح

❖ ارائه نسخه ای تکمیل شده و خوانا از خلاصه پرونده به بیمار قبل از ترخیص

❖ بایگانی یک نسخه خوانا از خلاصه پرونده در پرونده بیمار

پزشک جانشین ذیصلاح در این سنجه صرفا در مراکز آموزشی درمانی و دستیار ارشد سرویس تخصصی مربوط

است در سایر بیمارستانها صرفا پزشک معالج بایستی ترخیص ایمن را مدیریت و هدایت نماید.

داده های خلاصه پرونده بیمار حداقل شامل شکایت اصلی بیمار علت پذیرش/بستری، تشخیص اولیه و نهایی،

اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات و پاراکلینیک، فهرستی از خدمات ارائه شده، داروها، و نیوه

انتقال بیمار و سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیههای پس از ترخیص و نحوه انتقال بیمار است

ب ۳- ۱۲- ۱- آموزشهای لازم برای بیماران در زمان ترخیص برنامه ریزی و اجرا میشود. سطح دو

❖ ارائه آموزشهای عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران

❖ ارائه دستورات لازم برای مراقبتهای بعد از ترخیص توسط پزشک معالج

❖ ارائه اطلاعات و آموزشهای لازم به بیمار /خانواده به صورت گفتاری و نوشتاری به زبان قابل فهم بیمار /

خانواده توسط پرستار

❖ ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص.

ب ۵- ۱۲- ۱- ادامه روند درمان و بازتوانی بیماران پس از ترخیص، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل

میشود. سطح سه

❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از ادامه روند درمان طبق دستورات /آموزشهای

پزشک/پرستار در زمان ترخیص

❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه های خود مراقبتی و ارائه آموزشهای تکمیلی

پس از ترخیص

❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه های بازتوانی و ارائه خدمات توانبخشی به

بیمار پس از ترخیص

❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص جهت اطمینان از رعایت برنامه های مراجعه بعدی و ارائه خدمات سرپایی

به بیماران پس از ترخیص

❖ ایجاد سامانه های پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص توسط کارکنان بالینی واجد صلاحیت

ب ۵ - ۱ - ۲ - جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخشهای ویژه تعریف شده است و بر اساس آن عمل میشود.

سطح دو

❖ مشخص بودن مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران به نیوی که هیچگونه خلل/تاخیری در مراقبتهای

مستمر پزشکی نباشد

❖ انجام ویزیتهای روزانه در سه نوبت صبح، عصر و شب توسط رهبری بالینی بیمار و مشاوره های تخصصی

درخواست شده

❖ بررسی پاسخ بیمار به مراقبت و درمانهای ارائه شده

❖ بازنگری مستمر برنامه مراقبت و درمان

➤ بخشهای ویژه به لحاظ کیفیت مراقبت در سطوح سه گانه، سطح بندی میشوند

۱. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه به صورت باز

۲. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه به صورت نیمه بسته/نیمه باز

۳. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه به صورت بسته

رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه با شیوه بسته و با حضور متخصص مراقبتهای ویژه ۱ مقیم و حداقل سه بار راند بیماران در طول شبانه روز بالاترین مرتبه کیفی خدمات به بیماران بستری در بخشهای ویژه را تامین مینماید. شیوه های نیمه بسته حتی با حضور متخصص بیهوشی/متخصص داخلی مقیم رتبه دوم کیفیت را تامین میکند و رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در مراقبتهای ویژه با شیوه باز و بدون حضور پزشک متخصص مراقبتهای ویژه مقیم /متخصص بیهوشی مقیم/متخصص داخلی مقیم، پایینترین سطح کیفیت مراقبتی ارزیابی میشوند. تعیین مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران با توجه به حضور متخصص مراقبتهای ویژه مقیم، شرایط بیمار، نظریه پزشک معالج برنامه ریزی میشود. در بخشهایی که متخصص مراقبتهای ویژه مقیم دارد طبیعتاً رهبری بالینی غالباً به عهده ایشان بوده و هدایت بالینی با روش بسته برنامه ریزی و انجام میشود. لذا مدیریت مشاوره ها و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران با اطلاع پزشک معالج اما توسط متخصص مراقبتهای ویژه مقیم انجام میشود. اما در صورت صلاحدید پزشک معالج و یا عدم حضور متخصص مراقبتهای ویژه مقیم در هدایت بالینی با شیوه نیمه بسته خواهد بود. بدیهی است

تداوم رهبری بالینی توسط پزشک معالج مشروط به حداقل ویزیت روزانه و محوریت او با هماهنگی متخصص مراقبتهای ویژه است. در صورت حضور متخصص بیهوشی مقیم رهبری بالینی به صورت نیمه بسته خواهد بود و با همفکری و حضور مستمر و روزانه پزشک معالج و هماهنگی و مشورت با متخصص بیهوشی مقیم برنامه ریزی شود.

رهبری بالینی در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان در بالاترین سطح کیفی بر عهده فوق تخصص نوزادان و با شیوه بسته است.

✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است --

ب * ۷ - ۱ - ۲ - مراقبت و درمان بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه با شرایط مشابه با بخشهای ویژه ارائه

میشود. سطح سه

❖ آگاهی پزشکان و پرستاران مراقب بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه از خط مشی و روش "مراقبتهای

فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"

❖ ارائه مراقبت به بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه بر اساس خط مشی و روش "مراقبتهای

فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"

❖ تامین تجهیزات، امکانات و ملزومات مورد نیاز بیماران حاد برای بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه

تا زمان انتقال به بخش ویژه

❖ استفاده از پرستار آموزش دیده بخشهای ویژه برای بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه

مراقبتهای پرستاری با شیوه مستمر و مشابه بخشهای ویژه ارائه شود. همچنین بررسیهای پزشکی و مراقبتهای

تجهیزاتی مشابه بخشهای ویژه برنامه ریزی و حداقل در سه راند ویزیت بیماران توسط پزشک ذیصلاح برنامه ریزی

و انجام شود. در صورت بستری نمودن بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه / اورژانس ضمن انتقال بیمار به

اتاقهای در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری، به منظور پیشگیری از بروز آسیب

ب * ۲ - ۲ - ۲ - فرایندهای اورژانس پس از تریاژ تا تعیین تکلیف، به نیوی برنامه ریزی شده که اختلال / تاخیری

در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمیشود. سطح یک

❖ حضور مستمر پزشک مقیم اورژانس جهت ویزیت بیماران پس از تریاژ

❖ ویزیت تمامی بیماران مراجعه کننده اورژانس توسط پزشک مقیم اورژانس در حداقل زمان

❖ انجام مشاوره های اورژانسی بیماران تحت نظر در حداقل زمان ممکن توسط پزشکان سرویس تخصصی

ذیصلاح

ب ۱ - ۳ - ۲ - پزشک اورژانس به صورت شبانه روزی و بدون وقفه مقیم بخش اورژانس است و نقش فعال،

محوری و مؤثر در تشخیص و درمان بیماران دارد. سطح یک

❖ وجود برنامه ماهیانه حضور پزشک مقیم در بخش اورژانس

❖ حضور بدون وقفه و شبانه روزی پزشکان مقیم اورژانس براساس برنامه و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت

❖ انجام اولین ویزیت بیماران توسط پزشک اورژانس

❖ نقش فعال پزشکان مقیم اورژانس، محوری و مؤثر در تشخیص و درمان بیماران بدحال

ب ۱ - ۴ - ۲ - پزشکان متخصص مقیم و آنکال، در اورژانس بیمارستان در زمینه تعیین تکلیف بیماران مشارکت

فعال و مؤثر دارند. سطح یک

❖ هدایت بالینی بیماران توسط پزشک مقیم اورژانس با هماهنگی و مشاوره های گروههای تخصصی برای

تعیین تکلیف و انتقال به بخشهای بستری / ترخیص ایمن

❖ حضور بدون هرگونه تعلل/تاخیر پزشکان متخصص مورد مشاوره اورژانس بر بالین بیماران بدحال در حداقل

زمان

❖ مشارکت فعال پزشکان متخصص مقیم / آنکال بیمارستان در تعیین تکلیف بیماران اورژانس

در بیمارستانهای آموزشی درمانی ویزیت بیماران سطح یک و دو سه در بخش اورژانس بایستی توسط پزشک

متخصص یا حداقل دستیاران ارشد تحت نظارت استاد برنامه ریزی و انجام شود. در غیر این صورت تمامی سنجه

های مرتبط با مراقبتهای پزشکی اورژانس فاقد کیفیت ارزیابی خواهد شد.

در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان پزشک مقیم مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت به صورت شبانه روزی بایستی

حضور داشته باشد.

ب ۲ - ۴ - ۲ - بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت تعیین تکلیف میشوند. سطح یک

❖ تعیین تکلیف بیماران اورژانس با هدایت بالینی پزشک مقیم اورژانس و با مشارکت فعال و مؤثر پزشکان

متخصص مقیم / آنکال سرویسهای تخصصی

❖ در صورت نیاز به تداوم مراقبت و درمان پس از تعیین تکلیف ادامه خدمات و هدایت بالینی با میوریت

سرویس تخصصی مربوط

❖ تعیین تکلیف تمامی بیماران اورژانس کمتر از شش ساعت از زمان تریاژ

مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ است و مبنای زمان انتهای شاخص تعیین تکلیف دستوری است که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار در یکی از حالت‌های ذیل در پرونده بیماران بستری ثبت مینماید:

۱. دستور ترخیص از بخش اورژانس بعد از انجام اقدام تشخیصی و درمانی

۲. دستور انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط جهت تداوم مراقبت و درمان

۳. دستور اعزام به سایر بیمارستان توسط پزشک اورژانس

۴. تر با رضایت شخصی بیماران

۵. فوت بیمار

انتظار می‌رود کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس نقش فعال و موثر در بهبود شاخص تعیین تکلیف بیماران کمتر از شش ساعت در اورژانس را ایفا نماید.

ب * ۳ - ۴ - ۲ - پذیرش بیماران الکتیو در بخشهای بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخشهای

بستری نمیشود. سطح دو

- ❖ عدم استفاده از بخش اورژانس برای بستری نمودن بیماران الکتیو و غیر اورژانسی در بخشهای بستری تخصصی، اعم از معرفی بیمار از مطب پزشکان یا سایر شیوهها
- ❖ عدم تصرف /مسدود نمودن تختهای بستری برای بیماران الکتیو و غیر اورژانسی
- ❖ اولویت مطلق انتقال و بستری بیماران بدحال و اورژانس در بخشهای بستری

ب ۴ - ۴ - ۲ - بیماران اورژانس که نیازمند تداوم مراقبت و درمان هستند حداکثر ظرف دوازده ساعت به بخشهای

بستری منتقل میشوند. سطح دو

- ❖ تفویض اختیارات کامل به مدیر تخت در انتقال بیماران بدحال اورژانس به بخشهای بستری
- ❖ خروج فیزیکی بیماران از بخش اورژانس و انتقال آنها به بخشهای بستری عادی /ویژه کمتر از دوازده ساعت

❖ مشارکت فعال و موثر سوپروایزر و مسئولان بخشهای بستری با مدیر تخت در امر انتقال بیماران اورژانس

به بخشهای بستری عادی /ویژه کمتر از دوازده ساعت

❖ عملکرد مناسب اتاق عمل در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده و نیازمند به عمل جراحی اورژانس

❖ عدم اطاله حضور بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس برای انجام مراقبتهای تشخیصی و درمانی غیر

ضرور و غیر اورژانسی قبل /حین انتقال به بخش بستری

خروج بیماران از اورژانس شامل بیمارانی میگردد که اورژانس را به صورت فیزیکی تر کرده اند بدین معنا که

ترخیص شده یا به یکی از بخشهای همان بیمارستان منتقل شده و یا به بیمارستان دیگر اعزام شده اند. مبنای

زمان ابتدای شاخص، اولین دستور پزشک می باشد که می بایستی حداکثر در مدت ۱۲ ساعت از بخش اورژانس

خارج شده باشند.

ب ۵ - ۴ - ۲- عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بطور مستمر ارزیابی، روند ارائه خدمات از

نظر مؤثر و بهموقع بودن بازنگری و ارتقا مییابد. سطح دو

❖ ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بر اساس روشهای مدون با محوریت

کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس

❖ عملکرد موثر کمیته ارتقای خدمات راهبردی خدمات بخش اورژانس بیمارستانی در طراحی /بازنگری /بهبود

فرایندها و شاخصهای عملکردی اورژانس

❖ کارگروهی و هماهنگی کامل بین گروههای تخصصی مقیم /آنکال و پزشک مقیم اورژانس در تعیین تکلیف

و انتقال بیماران اورژانس به بخشهای تخصصی مربوط

❖ بهبود روند مراقبتهای حاد و نجات دهنده در بخش اورژانس

❖ بهبود روند مشاوره های اورژانس برای تعیین تکلیف بیماران

❖ ترخیص ایمن بیماران همراه با ارائه آموزشهای پزشک و پرستار در زمینه روند پیگیری و شرایط و حالات

مهم برای مراجعه مجدد به اورژانس

ب * ۲ - ۵ - ۲ - گروه /گروه‌های احیا متناسب، با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت در زمان اعلام کد بلافاصله

بر بالین بیمار حاضر میشوند. سطح یک

❖ تعیین گروه /گروه‌های احیا متناسب وسعت و دسترسی به بخش‌های مختلف بیمارستان با امکان حضور

فوری بر بالین بیماران

❖ وجود برنامه گروه /گروه‌های احیا و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیا در تمام ساعات شبانه روز

❖ سرپرستی گروه /گروه‌های احیا با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیا

ب * ۳ - ۶ - ۲ - اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد مغزی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط

انجام میشود. سطح یک

❖ اقدام بر اساس فرآیند اعلام کد سکته حاد مغزی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوط

❖ اطمینان از آشنایی کلیه پرسنل مرتبط با نپوه اجرای آن

❖ مشاوره اورژانس و حضور متخصص نورولوژی بر اساس آخرین دستورالعمل آنکالی ابلاغی وزارت متبوع

❖ انجام سی تی اسکن فوری بیمار بدون هرگونه تعلل /تاخیر

❖ تزریق ترومبولیتیک به بیمار ۷۲۴ تشخیص داده شده / و در صورت فقدان دستگاه سی تی اسکن،

پایدارسازی و اعزام بیمار براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع

این سنجه شامل تمامی بیمارستانها با انواع گرایش می باشد. مگر در مواردی که بیمارستان فاقد سی تی اسکن

باشد که بایستی پس از پایداری بلافاصله اعزام شود.

بیمار در بدو ورود مستقیماً به بخش سی تی اسکن مراجعه و ارزیابی های اولیه در این بخش توسط پزشک صورت

پذیرد.

ب * ۵ - ۶ - ۲ - خدمات آنژیوگرافی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه

میشود. سطح دو

❖ تدوین دستورالعمل اطمینان از آمادگیهای قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیو

پلاستی

❖ آگاهی و عملکرد کارکنان بر اساس دستورالعمل

❖ حضور پزشک تا پایان آنژیوگرافی در بخش و پس از پایداری شرایط بیمار(علایم حیاتی، کنترل خونریزی و

(... صدور دستور انتقال بیمار

❖ ثبت دستورات پس از آنژیوگرافی توسط پزشک در پرونده بیمار

❖ انجام اقدامات درمانی و مراقبتی پس از انتقال به بخش براساس دستورات

❖ ویزیت بیمار توسط پزشک در بخش پس از آنژیوگرافی

❖ وجود برنامه مشخص با مشارکت پزشکان، پرستاران و کارکنان اتاق عمل برای کاهش اضطراب بیماران از

لیظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی /جراحی

❖ کاهش اضطراب بیماران در اتاق عمل بر اساس تمهیدات انجام شده

برنامه کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود به اتاق عمل تا زمان بیهوشی /جراحی بایستی با در نظر گرفتن سن،

جنس و شرایط بیماران اجرا شود . در همین راستا بایستی

آموزش خود مراقبتی به بیمار در زمینه کنترل اضطراب و استرس انجام شود .همچنین ارتباط موثر بین بیمار و

کادر جراحی و ارایه توضیحات شفاف و قابل فهم به بیمار توسط

پزشک معالج به کاهش اضطراب بیمار کمک مینماید.

ب ۱ - ۳ - ۳ - پزشک جراح شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در بر گزارش عمل جراحی به طور خوانا

ثبت، مهر و امضا مینماید. سطح یک

❖ ثبت شرح عمل قبل از انتقال بیمار به بخش

❖ ثبت دستورات پزشکی قبل از انتقال بیمار به بخش

در صورت وجود بیش از یک جراح (غیر از کمک جراح) تکمیل برگه جداگانه توسط هر یک از آنها الزامی است. اصول صحیح ثبت گزارشات براساس راهنمای مستند سازی پرونده های پزشکی رعایت شود.

ب ۲ - ۳ - ۳ - پزشک بیهوشی، وضعیت بیمار را قبل، حین و بعد از جراحی پایش و در فرم بیهوشی و فرم

مراقبت بعد از جراحی ثبت، مهر و امضا مینماید. سطح یک

❖ شرح بیهوشی قبل از انتقال بیمار به بخش در اتاق عمل تکمیل گردد.

❖ پایش بینی و تعیین بخش بستری بیمار توسط متخصص بیهوشی براساس وضعیت بالینی او

متخصص بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی بیمار، سوابق مشاوره های پزشکی و نظر پزشک جراح در رابطه با بستری در بخش ویژه تصمیم گیری مینماید.

ب * ۲ - ۴ - ۳ - پزشک بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار

را از ریکاوری صادر مینماید. سطح یک

❖ مشاهده شروع و پایان عمل و حضور تا ترخیص بیمار از ریکاوری

❖ تایید انتقال قبل از خروج بیمار از ریکاوری توسط متخصص بیهوشی

ب * ۲ - ۱ - ۴ - در زایمانهای پرخطر، تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح بر اساس ضوابط مربوط در اتاق زایمان /اتاق

عمل حاضر شده و ارائه خدمت مینماید. سطح یک

❖ حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین مادران پر

خطر

❖ حضور فعال تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح در شبانه روز اعم از روزهای تعطیل و غیر تعطیل برای زایمانهای

پرخطر اعم از موارد قابل پیش بینی و غیر قابل پیش بینی

❖ تشکیل و حضور تیم فوریت‌های مامائی در صورت درخواست متخصص زنان طبق بخشنامه کشوری با رهبری

بالینی پزشک معالج

❖ در صورت اعلام کد مدیریت فوریت‌های مامایی، حضور اعضای تیم مربوطه مطابق آخرین دستورالعمل اداره

سلامت مادران وزارت بهداشت بر بالین مادر

❖ آگاهی پزشکان /دستیاران تخصصی از وجود فرایند مشاوره با استاد معین در صورت نیاز طبق دستورالعمل

ابلاغی

ب ۱ - ۲ - ۴ - مراقبتهای حمایتی از مادران باردار از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در بیمارستان

برنامه‌ریزی و انجام میشود. سطح یک

❖ آگاهی پرستاران تریاژ و پزشکان اورژانس بیمارستان به دستورالعمل پذیرش مادران باردار تا ۴۲ روز پس

از زایمان

❖ انجام اولین ارزیابی مادر توسط پزشک متخصص زنان /ماما در میدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز

پس از زایمان، بدلیل مشکلات بارداری /غیربارداری

❖ ثبت نتیجه معاینات در فرم تریاژ، فرم شرح حال و بر دستورات پزشک در پرونده بیمار

❖ مادران سطح ۴ و ۵ تریاژ، نتیجه معاینات در فرم تریاژ و سطوح ۱، ۲ و ۳ در فرم شرح حال و ثبت دستورات

پزشک در پرونده

❖ پس از بررسیهای اولیه موارد غیرمامایی به متخصص مربوطه ارجاع گردد.

❖ ویزیت و معاینه مادران قبل از ترخیص حداقل توسط عامل زایمان یا پزشک متخصص زنان /مامای کشیک

و سپس صدور دستور ترخیص

ب ۳ - ۲ - ۴ - مدیریت درد مادران باردار بر اساس ضوابط مربوط انجام میشود. سطح دو

❖ دسترسی کارکنان بلوک زایمان به فایل الکترونیک /کاغذی آخرین ویرایش راهنمای روشهای بیدردی /

کاهش درد ابلاغی از وزارت بهداشت

❖ آگاهی کارکنان بلوک زایمان به مزایا و معایب روشهای بیدردی /کاهش درد و دستورالعمل ابلاغی وزارت

بهداشت

❖ ارائه توضیحات لازم به مادر در خصوص میاسن و معایب روشهای دارویی بی دردی و غیر دارویی کم دردی

توسط ماما /پزشک

❖ امکان استفاده از روشهای کاهش درد /بیدردی و حضور همراه بنا به درخواست مادر

❖ بکارگیری حداقل یکی از روشهای معتبر و مورد تایید وزارت بهداشت برای بیدردی/کاهش درد براساس

تمایل مادر توسط ماما /پزشک

ب * ۴ - ۳ - ۴ - در اتاق زایمان /اتاق عمل امکانات و حضور افراد ذیصلاح برای احیا نوزادان برنامه ریزی و تامین

میشود. سطح یک

❖ حضور فوری پزشکان ذیصلاح با اولویت پزشک فوق تخصص نوزادان /حداقل متخصص اطفال دارای گواهی

احیای پیشرفته نوزاد، در اتاق زایمان /اتاق عمل

❖ حضور حداقل یک پزشک دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد در تمام نوبتهای کاری بلوک زایمان در تمامی

ساعات شبانه روز و روزهای هفته در بیمارستان

❖ سازمان دهی تیم احیا متشکل از حداقل یک فوق تخصص /متخصص کودکان /پزشک /فرد ذیصلاح و مامای

مراقب نوزاد

حضور پزشک فوق تخصص نوزادان اولویت اول رهبری بالینی احیای نوزادان است و در صورت حضور او در

بیمارستان حضور فرد جانشین مغایر معیارهای کیفیت است. اما در صورت عدم دسترسی به پزشک فوق تخصص

نوزادان، حداقل متخصص اطفال دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد بایستی در اتاق زایمان /اتاق عمل حاضر شود.

ب ۵ - ۳ - ۴ - استمرار ارتباط مادر و نوزاد برنامه ریزی و اجرا میشود. سطح دو*

❖ انتقال و ترخیص مادران و نوزادان به صورت همزمان در زایمان طبیعی/سزارین، در صورت سلامت آنها و

دستور پزشک

ارائه آموزش و اطلاعات در خصوص اهمیت شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد (آغوز) و تداوم شیردهی، مزایای شیر مادر، مشکلات شیردهی، به مادر باردار و همراهان وی توسط ماما /پزشک در زمان پذیرش و حین بستری در لیبر و پس از زایمان، در هر ملاقات و حداقل یک نوبت در کلاس آموزشی لازم است.

ب * ۱ - ۵ - ۶ - متخصص داروسازی بالینی در بخشهای ویژه، داروهای تجویز شده را بازنگری و نظریه خود را

در پرونده بیمار ثبت مینماید. سطح دو

- ❖ ارزیابی داروهای تجویز شده برای بیماران در بخشهای ویژه توسط متخصص داروسازی بالینی
- ❖ ثبت پیشنهادات بازنگری داروهای تجویز شده در صورت لزوم در پرونده بیمار یا سامانه اطلاعات بیمارستان
- ❖ بررسی نظریه متخصص داروسازی بالینی در پرونده بیمار و تایید/عدم تایید توسط پزشک معالج در بخشهای ویژه انجام بیهوشی و آرام بخشی بیماران، در واحد تصویر برداری توسط پزشک متخصص بیهوشی
- ❖ رعایت تمامی الزامات بیهوشی و آرام بخشی ایمن اعم از تجهیزات، ترالی های دارو، مراقبتهای قبل، حین و پس از بیهوشی
- ❖ برنامه ریزی و آگاهی متخصصان بیهوشی از نیوه همکاری و حضور به موقع و مستمر آنها در حین مراقبتهای بیهوشی

ارائه آموزشهای لازم به بیماران در حین انجام تصویربرداری توسط پزشک/ کارکنان فنی بخش تصویر برداری

❖ زمان انتظار بیماران کمتر از ۳۰ دقیقه برای ویزیت پزشک در درمانگاه

ب * ۱ - ۳ - ۱۰ - تیم احیا برنامه ریزی شده و ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس فوری همه

قسمتهای درمانگاه است. سطح یک

❖ تعیین گروه/گروه های احیا متناسب وسعت و دسترسی به درمانگاههای مختلف بیمارستان با امکان حضور

فوری بر بالین بیماران

❖ وجود برنامه گروه/گروه های احیا و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیا در تمام ساعات فعالیت

درمانگاه ها

❖ سرپرستی گروه/گروههای احیا با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیا

ب * ۲ - ۳ - ۱۰ - نتایج بحرانی پاراکلینیک بیماران سرپایی، بر اساس روشی مدون اطلاع رسانی میشود. سطح

یک

❖ وجود فهرست مقادیر بحرانی نتایج بررسیهای پاراکلینیک در معرض دید مناسب کارکنان در این بخشها و

اطلاع ایشان از آن

❖ دسترسی به هنگام به اطلاعات معتبر برای برقراری ارتباط فوری با مراجعین سرپایی/خانواده ایشان/پزشک

معالج از سوی کارکنان پاراکلینیک

❖ وجود دستورالعملهای نحوه برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی پاراکلینیک به

مراجعین سرپایی/خانواده ایشان/پزشک معالج

❖ آشنایی کارکنان بخشهای پاراکلینیک با دستورالعملهای مقادیر بحرانی مربوطه و نیوه اطلاع رسانی در

خصوص مراجعین/بیماران سرپایی

❖ اطلاع رسانی ایمن، موثر و به موقع مقادیر بیرونی بررسیهای پاراکلینیک با توجه به دستورالعملهای هر

بخش پاراکلینیک برای بیماران/مراجعین سرپایی

❖ اطلاع کارکنان بخشهای پاراکلینیک از روش اجرایی دستورات تلفنی/شفاهی و عمل بر اساس آن

❖ کنترل مجدد نتایج بحرانی پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بیمار/پزشک معالج

ب ۱ - ۴ - ۱۰ - پزشکان طبق برنامه زمانبندی نسبت به ویزیت بیماران سرپایی اقدام مینمایند. سطح یک

❖ وجود برنامه زمانبندی حضور پزشکان متخصص و اطلاع رسانی آن به مراجعین در درمانگاههای تخصصی

❖ حضور به موقع و طبق برنامه زمانبندی پزشکان در درمانگاه تخصصی مربوط برای ویزیت بیماران سرپایی

❖ وجود تمهیدات اطلاع رسانی به موقع به بیماران در خصوص لغو برنامه حضور پزشک و یا تغییر زمان ویزیت

به نحو مقتضی و پیش از مراجعه بیمار

تعیین پزشک متخصص جایگزین و یا انجام حتی یک مورد ویزیت توسط دستیاران تخصصی بدون حضور پزشک متخصص غیر قابل قبول است.

✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.

ب * ۳ - ۴ - ۱۰ - تلفیق دارویی برای بیماران سرپایی انجام شده و در سوابق پزشکی آنها ثبت میشود. سطح

یک

❖ بررسی داروهای در حال مصرف بیمار (اعم از گیاهی، سنتی و شیمیایی) در هنگام ویزیت بیماران سرپایی

و ثبت در سوابق بیماران

❖ توجه به فهرست در حال مصرف بیمار به هنگام تجویز دارو برای بیمار

❖ مورد اشاره به هنگام تجویز دارو برای بیمار

❖ تهیه فهرست داروهای که بیمار از آن به بعد به تجویز پزشک باید مصرف نماید و توجه به ناهمخوانیهای

احتمالی و رفع آن در انتهای ویزیت

❖ آموزش بیمار در خصوص داروهای تجویز شده و تحویل فهرست داروها به وی

❖ ثبت سوابق در پرونده بیمار سرپایی توسط پزشک به صورت قابل استفاده و خوانا

❖ ثبت سوابق در پرونده الکترونیک بیمار سرپایی با شناسه منیصر به فرد قابل بازیابی در واحد مدار پزشکی

بیمارستان

ب * ۴ - ۴ - ۱۰ - خدمات تشخیصی و درمانی بیماران خاص با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی

بیمار برنامه ریزی و ارائه میشود. سطح دو

❖ شناسایی ملاحظات تهدید کننده ایمنی در خصوص بیماران خاص

❖ آشنایی کارکنان با ملاحظات تهدید کننده ایمنی در خصوص بیماران خاص

❖ اتخاذ و اجرای راهکارهای استاندارد در خصوص خطرات متوجه این بیماران

❖ رعایت ضوابط اختصاصی خدمات تشخیصی و درمانی هر یک از بیماران خاص

پذیرش و ثبت اطلاعات پزشکی و خدمات ارائه شده به بیماران تالاسمی و هموفیلی بصورت کامل و قابل پیگیری در سامانه های مرتبط معاونت درمان مهارت های تخصصی پرستاران برای اشتغال در بخشهای تالاسمی و هموفیلی توسط پزشک و پرستار دوره دیده ارزیابی و احراز شود.

کلید سنجی های مرتبط با دارودهی ایمن و نگهداری داروها در داروخانه سرپایی رعایت میگردند. مسئول فنی داروخانه از رعایت اصول دارودهی ایمن و مبتنی بر قوانین هفت گانه دارودهی اطمینان حاصل مینماید. مسئول فنی در تمامی ساعات در داروخانه سرپایی حاضر و بر عملکرد کارکنان نظارت دارد. هرگونه ابهام در نسخه ارائه شده توسط مسئول فنی داروخانه با پزشک مربوطه در جریان گذاشته شده با رعایت اصول برقراری ارتباط ایمن، منجر به رفع ابهام یا تجدید نظر توسط پزشک میگردد.

همو دیالیز یک روش جایگزین برای نارسایی کلیه است که عمدتاً در مراکز دیالیز انجام میگردد. معمولاً انجام دیالیز هفتهای سه بار به مدت چهار ساعت برنامه ریزی و انجام میشود. اما در صورت تجویز پزشک معالج و یا رضایت کتبی بیمار تعداد و ساعت آن ممکن است کمتر شود. پیشگیری از انتقال عفونت در بخش های دیالیز از نظر حفظ سلامتی بیماران در کوتاه مدت و دراز مدت بسیار حائز اهمیت است. شواهد انجام دیالیز بیمار کاندید دیالیز هپاتیت مثبت توسط دستگاه مجزا و یا انتقال ایمن بیمار در صورت نبود دستگاه دیالیز مجزا در مرکز دیگر بررسی میشود.

ج ۱ - ۱ - ۱ - تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار / ولی قانونی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی

فراهم است. سطح یک

❖ تعیین نحوه دسترسی بیمار / ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی

❖ فراهم بودن تسهیلات لازم جهت دسترسی به پزشک معالج و تیم درمان، در طول مدت مراقبت و درمان

❖ آگاهی کارکنان درمانی از نحوه دسترسی بیمار به پزشک معالج و تیم درمانی

❖ اطلاع بیماران از نحوه دسترسی به پزشک معالج و تیم درمانی

❖ تایید بیماران در زمینه کفایت اطلاع رسانی از سوی پزشک معالج و تیم درمانی خود

ج ۳ - ۱ - ۱ - اطلاع رسانی و ارتباط مؤثر و اطمینان بخش با بیماران توسط تیم درمان برنامه ریزی شده و اجرا

میشود. سطح دو

❖ معرفی نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای توسط پزشک معالج /پرستار و تیم درمانی، در اولین برخورد با بیمار

❖ آگاهی و شناخت بیمار از پزشک معالج /پرستار و تیم درمانی خود

❖ اطمینان بیماران از هدایت و محوریت پزشک معالج خود در همه اقدامات تشخیصی، درمانی و جراحی

❖ اطمینان بیماران از عملکرد تیم درمان و انجام به موقع امور تشخیصی و درمانی بدون نیاز به پیگیری

اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدون می باشد .

حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگانه که بایستی به بیماران ارائه شود

۱. نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادرخدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان

۲. روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج

۳. محاسن و میزان اثربخشی روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج و روشهای جایگزین اعم از تهاجمی و

غیرتهاجمی و مقایسه آنها

۴. مخاطرات روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج با توضیح میزان ریسک و روشهای جایگزین و مقایسه آنها

۵. عواقب تر درمان پیشنهادی و روشهای جایگزین

۶. اقدامات تشخیصی درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده و هزینه های متعاقب بعدی

۷. عواقب اجتماعی روش درمانی اعم از از کار افتادگی دائم یا موقت، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و ملاحظات

مراقبتی خاص و مانند آن

تامین آمبولانس با امکانات مناسب و متناسب با سطح بیماری برای انتقال موقت بیماران اخذ خدمات خارج از

بیمارستان و انتقال ایمن بیمار ضمن استمرار مراقبت از بیماران بدحال با همراهی پزشک یا پرستار با توجه به وضعیت بیمار.

ج ۵ - ۶ - ۱ - در صورت درخواست گیرنده خدمت، با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج، تسهیلاتی برای امکان

نظرخواهی از پزشک دوم مهیا میشود. سطح سه

❖ فراهم نمودن تسهیلات لازم برای نظرخواهی از پزشکان دیگر (دوم)

❖ هماهنگی با پزشک معالج و اخذ موافقت او در صورت درخواست بیمار در خصوص نظرخواهی از سایر

پزشکان

❖ اجرای دستورات پزشک دوم در صورت تایید پزشک معالج

❖ اطلاع رسانی و آگاهی پرستاران از روند نظرخواهی از سایر پزشکان به غیر از پزشک معالج

مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار، نظرخواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته و در صورت تایید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا میباشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد و این امر در صورتی امکان پذیر است که پزشک دوم در بیمارستان شاغل باشد. همچنین در صورت درخواست گیرنده خدمت برای نظرخواهی از پزشک دوم که با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج انجام می شود و تامین هزینه و جلب موافقت پزشک دوم بر عهده بیمار خواهد بود. در این موارد پس از درخواست بیمار سرپرستار یا پرستار مسئول بیمارهماهنگی لازم را با پزشک معالج و اخذ موافقت از او را در خصوص نظرخواهی از پزشک دوم انجام می دهد و درخواست بیمار پس از موافقت پزشک معالج هماهنگی سرپرستار با مدیریت پرستاری در خصوص حضور پزشک مورد نظر بیمار جهت نظرخواهی انجام ویزیت مشورتی با مشارکت بیمار / خانواده وی برنامه ریزی و انجام خواهد شد.

ج ۱ - ۲ - ۲ - از هرگونه علائم یا نوشتنهای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی محرمانه بیمار را آشکار

نماید، استفاده نمیشود. سطح یک

❖ اطلاع رسانی به تمام بخشهای بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار

❖ آگاهی کارکنان بخشهای بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار

❖ عدم درج نام و نام خانوادگی، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار، تابلوی

موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش

اطلاعات درمانی بیمار شامل تشخیصهای احتمالی یا قطعی و سایر اطلاعات تشخیصی و درمانی است. در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/پیراپزشک و یا سایر رشته‌های وابسته به گروه پزشکی است و جهت مطالعه تقاضای پرونده بیمار را نماید، صرفاً با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت میشود. نحوه

صورت خصوصی و نا محسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه‌های برای بیمار نشود. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیصهای احتمالی/قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود.

ج ۴ - ۲ - ۲ - معاینه‌های زنان و زایمان در موارد ضرورت انجام توسط افراد غیر هم جنس، باحضور محارم بیمار

یا یک نفر از کارکنان فنی زن انجام میشود. سطح یک

❖ بکارگیری پزشکان همگن در معاینات و ارائه خدمات تشخیصی درمانی زنان و زایمان

❖ حضور کارکنان فنی هم جنس یا یک نفر میرم یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی در معاینات

حضور محارم از اعضای خانواده باید با رضایت بیمار باشد و در مواردی که بیمار تمایل ندارد یکی از اعضای خانواده در زمان معاینه پزشک غیر همگن بر بالین وی حضور یابد، ضروریست یکی از کارکنان همگن بیمارستان حضور یابد.

الف ۶ - ۷ - ۱ - رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

سطح سه

❖ تهیه روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان

❖ اطمینان از پایبندی کارکنان بر اصول حرفه‌ای در مشاغل بالینی

❖ پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان

❖ ارائه گزارش از عدم انطباقهای بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت

❖ انجام اقدام اصلاحی /پیشگیرانه در موارد عدم انطباق

❖ نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان

روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان بایستی در سه حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران، و ارتباط با جامعه تدوین، اجرا و پایش شود. شناسایی مبانی اخلاق حرفه‌ای در تمامی گروههای شغلی و برنامه‌ریزی جهت ارتقای آن در همه سطوح سازمان گام اول در مسیر تحقق این استاندارد است. تمامی مشاغل در ارتباط مستقیم با بیماران و مراجعین در گروههای پزشکی و غیر پزشکی در الویت برنامه ریزی و اقدام قرار گیرند.

➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از

۱. مشارکت بیمار در تصمیم‌گیریهای مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار
۲. رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی
۳. اجرای دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیرهم‌جنس
۴. ارائه آموزش کافی بیمار
۵. رعایت حقوق بیمار در پژوهش
۶. عدم بهره‌جویی پزشکان در رابطه با بیمار
۷. برخورد حرفه‌ای با بیمار و همراهان متعارض
۸. عدم تحمیل هزینه بی‌مورد و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار
۹. اجرای کوریکولومهای پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک
۱۰. بازخورد به سیستم در جهت ارتقای کیفیت خدمات
۱۱. اولویت بخشی به منافع سلامت بیمار

۱۲. صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار و بروز مسائل اخلاقی و قانونی

➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از

۱. امیزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
 ۲. برخورد مناسب در زمان بروز اختلاف و یا بی احترامی تیم پزشکی
 ۳. حضور به موقع و در دسترس بودن پزشکان آنکال و پاسخگویی به فراخوانها
 ۴. زمان بندی مناسب و عدم اتلاف وقت تیم پزشکی
 ۵. انتقال نوع دوستانه دانش و تجربه به سایر همکاران
 ۶. عدم بهره کشی مازاد بر روالهای موجود از دیگر همکاران (فراگیران، پرستاران، همکاران جوان)
 ۷. برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سو رفتار جزیی و جدی همکار و مواجهه با ناتوانی و بیماری همکار
 ۸. درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار.
- موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفهای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارت است از
۱. همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
 ۲. بهبود در دسترسی به خدمات
 ۳. ارائه صادقانه گزارشها و گواهییه ای پزشکی
 ۴. رعایت شان حرفه پزشکی در شبکه های اجتماعی
 ۵. برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی ۱ کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی این استاندارد را برنامه ریزی نمایند