راهنمای جامع

استانداردهای اعتباربخشی ملی

بیمارستان‌های ایران

ویرایش ششم

فهرست مطالب

فهرست مطالب

راهنمای استفاده از کتاب ۶

الف–رهبری و مدیریت

الف–۱ رهبری و مدیریت کیفیت ۸

الف–۱–۱ رهبری و مدیریت کیفیت در بیمارستان مبتنی بر برنامه‌محوری می‌باشد ۸
الف–۱–۲ تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از مشخص‌بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایف خود اطمینان حاصل می‌نماید ۹
الف–۱–۳ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و به تحقق نتایج متوازن می‌انجامد ۱۰
الف–۱–۴ کمیته‌های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به‌صورت اثربخش فعالیت می‌نمایند ۱۳
الف–۱–۵ عملکرد تیم رهبری و مدیریت بیانگر تعهد به اجرای برنامه‌های ارتقای مستمر کیفیت و ایمنی است ۱۶
الف–۱–۶ بیمارستان از مدیریت منابع مالی با رویکرد اقتصاد درمان و با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات اطمینان حاصل می‌نماید ۲۱
الف–۱–۷ بیمارستان در خصوص طبابت مبتنی بر شواهد و ارتقای سلامت برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید ۲۶

الف–۲ مدیریت خطر حوادث و بلایا ۳۲

الف–۲–۱ ارزیابی خطر حوادث و بلایا انجام شده و بر اساس نتایج آن مدیریت پیشگیرانه صورت می‌گیرد ۳۲
الف–۲–۲ تأمین، نگهداری و راهبری زیرساخت‌های تأسیساتی به روش ایمن صورت می‌گیرد ۳۹
الف–۲–۳ برنامه‌های آمادگی، پاسخ و بازیابی مؤثر در حوادث و بلایا تدوین شده و بر اساس آن عمل می‌شود ۴۷

الف–۳ مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه‌ای ۶۰

الف–۳–۱ کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز توانمندی‌های لازم برای هر یک از مشاغل، جذب و بکارگیری می‌شوند ۶۰
الف–۳–۲ توانمندسازی کارکنان بر اساس آموزش‌های هدفمند، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود ۶۱
الف–۳–۳ ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان در مسیر ارتقا و توسعه، برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۶۲
الف–۳–۴ بیمارستان برای حمایت از کارکنان برنامه‌های مدون داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید ۶۳
الف–۳–۵ بهبود شرایط و سالم‌سازی محیط کار، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن اقدام می‌شود ۶۴
الف–۳–۶ حوادث و بیماریهای شغلی در سطح بیمارستان پیشگیری و مدیریت می‌شوند ۶۵

الف–۴ مدیریت خدمات پرستاری ۶۸

الف–۴–۱ برنامه‌ریزی‌های تیم مدیریت پرستاری بر اساس شواهد و منابع معتبر علمی با تمرکز بر ایمنی بیمار و کیفیت خدمات مراقبتی می‌باشد ۶۸
الف–۴–۲ مدیریت پرستاری بر کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری و هماهنگی فرآیندهای مرتبط با درمان نظارت می‌کند ۶۹

الف–۵ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت ۷۴

الف–۵–۱ سامانه اطلاعات بیمارستانی با قابلیت‌ها و عملکردهای مورد انتظار فعال است ۷۴
الف–۵–۲ بیمارستان از ورود صحیح و کامل داده‌ها اطمینان حاصل می‌نماید ۷۸
الف–۵–۳ امنیت داده‌ها و نگهداشت و پشتیبانی تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزارها تحت مدیریت قرار دارد ۷۹
الف–۵–۴ بیمارستان از صحت فرایند تشکیل و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۸۰
الف–۵–۵ بیمارستان در راستای الکترونیک نمودن خدمات برنامه‌ریزی نموده و بر اساس آن عمل می‌نماید ۸۴

الف–۶ بهداشت محیط ۸۹

الف–۶–۱ مدیریت اصول بهداشت محیط بیمارستان بر اساس ضوابط ابلاغی انجام می‌شود ۸۹
الف–۶–۲ مراحل تهیه، آماده‌سازی، طبخ، توزیع و سرو غذا با رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود ۹۶
الف–۶–۳ مدیریت آب‌وفاضلاب بیمارستان بر اساس استانداردهای ملی و ضوابط بهداشتی مربوط صورت می‌گیرد ۹۷
الف–۶–۴ مدیریت پسماندهای بیمارستانی، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود ۹۸
الف–۶–۵ مدیریت فرایندهای رختشوی‌خانه با رعایت ضوابط و شرایط استاندارد برنامه‌ریزی و انجام می‌شود ۱۰۲
الف–۶–۶ اصول بهداشت حفاظت در برابر پرتوها رعایت می‌شود ۱۰۴

الف–۷ مدیریت تجهیزات پزشکی ۱۰۷

الف–۷–۱ تأمین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۱۰۷

الف–۷–۲ پایش، نگهداری، ارزیابی و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۱۰۸

الف–۷–۳ بیمارستان از تأمین ایمن گازهای طبی برای استفاده بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۱۱۱

ب–مراقبت و درمان

ب–۱ مراقبت‌های عمومی و بالینی ۱۱۴

ب–۱–۱ ارزیابی اولیه بیماران مطابق ضوابط انجام می‌شود ۱۱۴

ب–۱–۲ مراقبت و درمان بیماران بر اساس نتایج ارزیابی اولیه برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردد ۱۱۷

ب–۱–۳ مراقبت‌های بیماران در معرض خطر و آسیب‌پذیر، برنامه‌ریزی اختصاصی شده و بر اساس آن عمل می‌شود ۱۲۰

ب–۱–۴ مراقبت‌های پزشکان به‌صورت ایمن، به‌موقع و بدون وقفه به بیماران ارائه می‌شود ۱۲۴

ب–۱–۵ دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود ۱۲۷

ب–۱–۶ ارزیابی تغذیه‌ای و تغذیه بیماران بر اساس ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود ۱۳۱

ب–۱–۷ بیمارستان از تأمین خدمات توان‌بخشی برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۱۳۶

ب–۱–۸ آموزش بیماران، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود ۱۳۷

ب–۱–۹ ترخیص بیماران به‌صورت ایمن برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود ۱۴۰

ب–۲ مراقبت‌های حاد و اورژانس ۱۴۳

ب–۲–۱ بیمارستان از ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۱۴۳

ب–۲–۲ تریاژ و هدایت بیماران در اورژانس برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۱۴۶

ب–۲–۳ دسترسی بیماران اورژانس به خدمات تشخیصی و درمانی در حداقل زمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۱۴۹

ب–۲–۴ تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخش‌های بستری در حداقل زمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۱۴۹

ب–۲–۵ عملیات احیا و اقدامات نجات‌دهنده فوری بر اساس دستورالعمل‌های مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود ۱۵۲

ب–۲–۶ مراقبت و درمان بیماران سکته حاد قلبی و مغزی، برابر دستورالعمل ابلاغی ارائه می‌شود ۱۵۳

ب–۳ مراقبت‌های جراحی و بیهوشی ۱۵۶

ب–۳–۱ آمادگی بیماران و مراقبت پیش از جراحی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود ۱۵۶

ب–۳–۲ مراقبت‌های جراحی با رعایت اصول جراحی ایمن برنامه‌ریزی و انجام می‌شود ۱۵۹

ب–۳–۳ وضعیت بیماران حین و بعد از جراحی پایش و مستندات جراحی و بیهوشی به طور کامل تکمیل می‌شود ۱۶۱

ب–۴ مراقبت‌های مادر و نوزاد ۱۶۴

ب–۴–۱ بیمارستان از ارائه خدمات به مادران نیازمند مراقبت ویژه اطمینان حاصل می‌نماید ۱۶۴

ب–۴–۲ بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های مادران باردار اطمینان حاصل می‌نماید ۱۶۵

ب–۴–۳ بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های نوزادان اطمینان حاصل می‌نماید ۱۶۸

ب–۴–۴ بیمارستان از آموزش به مادران در خصوص مراقبت از خود و نوزاد اطمینان حاصل می‌نماید ۱۷۲

ب–۵ پیشگیری و کنترل عفونت ۱۷۵

ب–۵–۱ بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل پزشکی آلوده، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می‌نماید ۱۷۵

ب–۵–۲ بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده اطمینان حاصل می‌نماید ۱۷۶

ب–۵–۳ فرایندهای واحد استریلیزاسیون مرکزی با لحاظ الزامات ساختار فیزیکی، نیروی انسانی و گردش کار استاندارد برنامه‌ریزی می‌شود ۱۸۰

ب–۵–۴ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود ۱۸۱

ب–۵–۵ خطر انتقال عفونت‌های ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به‌صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود ۱۸۲

ب–۵–۶ تجویز و مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها در سطح بیمارستان برنامه‌ریزی و هدایت می‌شود ۱۸۵

ب–۵–۷ بیمارستان از انتقال بیماری‌های قابل سرایت پیشگیری می‌نماید ۱۸۵

ب–۶ مدیریت دارویی ۱۸۸

ب-۶-۱ مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر فرآیندهای مراقبت‌های دارویی در سطح بیمارستان نظارت می‌نماید ۱۸۸

ب-۶-۲ تجویز و مصرف منطقی دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی مدیریت می‌شود ۱۹۴

ب–۷ خدمات تصویربرداری ۱۹۶

ب-۷-۱ خدمات تصویربرداری با رعایت اصول ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان ارائه می‌شود ۱۹۶

ب-۷-۲ بیمارستان از آمادگی بیماران برای انجام تصویربرداری اطمینان حاصل می‌نماید ۱۹۸

ب-۷-۳ واحد تصویربرداری به‌منظور ارائه خدمات تصویربرداری با کیفیت، برنامه‌ریزی و پیگیری لازم را انجام می‌دهد ۱۹۹

ب–۸ خدمات آزمایشگاه و طب انتقال خون ۲۰۴

ب-۸-۱ نمونه‌گیری آزمایشگاه/ بانک خون بر اساس استانداردها و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۲۰۴

ب-۸-۲ انجام آزمایش‌های پزشکی و کنترل کیفیت آن‌ها در بخش‌های مختلف آزمایشگاه برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۲۰۶

ب-۸-۳ گزارش نتایج آزمایش‌ها تحت نظارت مسئول فنی آزمایشگاه برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۲۰۸

ب-۸-۴ زنجیره سرد در مراحل انتقال و نگهداری خون و فرآورده‌های خونی رعایت می‌شود ۲۱۰

ب-۸-۵ شرایط کیسه‌های خون و فرآورده‌های خونی و انجام آزمایش‌های بانک خون در قالب روش‌های اجرایی استاندارد کنترل می شود ۲۱۲

ب-۸-۶ بیمارستان سامانه نظام مراقبت از خون را مستقر نموده است ۲۱۴

ب–۹ خدمات سرپایی ۲۱۷

ب-۹-۱ برنامه‌ریزی و ارائه امکانات و تسهیلات برای خدمات سرپایی با رعایت حقوق شهروندی انجام می‌شود ۲۱۷

ب-۹-۲ خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی با شرایط ایمن و رعایت ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود ۲۱۸

ب-۹-۳ خدمات سرپایی در سطح پیشگیری و توانبخشی با شرایط ایمن و رعایت ضوابط مربوط ارائه می‌شود ۲۲۶

ج–حمایت از گیرنده خدمت

ج–۱ تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت ۲۲۹

ج-۱-۱ دسترسی بیماران و مراجعین به مسیرهای ورودی و داخلی بیمارستان تسهیل شده است ۲۲۹

ج-۱-۲ ملاقات بیماران به‌صورت تسهیل شده برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود ۲۳۰

ج-۱-۳ فرایندهای پذیرش و ترخیص به‌صورت تسهیل شده ارائه می‌شود ۲۳۱

ج-۱-۴ بیمارستان تسهیلات رفاهی و معنوی لازم را برای بیماران و مراجعه‌کنندگان تأمین می‌نماید ۲۳۱

ج-۱-۵ بیمارستان از تأمین امکانات و تسهیلات اقامتی مناسب برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۲۳۳

ج–۲ احترام به حقوق گیرنده خدمت ۲۳۸

ج-۲-۱ بیمارستان از رعایت منشور حقوق بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۲۳۸

ج-۲-۲ بیمارستان از رعایت حریم خصوصی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۲۴۱

ج-۲-۳ نظام کارآمد رسیدگی به شکایت در بیمارستان طراحی شده و بر اساس آن عمل می‌شود ۲۴۳

ج-۲-۴ مراجعین، بیماران و خانواده آن‌ها از خدمات بیمارستان رضایت دارند ۲۴۴

ج-۲-۵ بیمارستان برای توسعه اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای و ترویج فرهنگ بیمارمحوری برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید ۲۴۴

ج-۲-۶ بیمارستان تسهیلات لازم برای اطلاع‌رسانی به گیرندگان خدمت را فراهم می‌نماید ۲۴۵

ج-۲-۷ بیمارستان خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران را تأمین می‌نماید ۲۴۹

سنجه‌های اختصاصی بیمارستان‌های تک تخصصی با گرایش روان‌پزشکی ۲۵۲

ب-۱-۱۰ بیمارستان از مدیریت مراقبت و درمان بیماران روانپزشکی اطمینان حاصل می‌کند ۲۵۲

ج-۱-۵ بیمارستان از تأمین امکانات و تسهیلات اقامتی مناسب برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید ۲۵۵

راهنمای استفاده از کتاب

راهنمای استفاده از کتاب

کتاب راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران، ویرایش ششم با هدف ایجاد درکی روشن، یکپارچه و عینی از استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها بازنگری شده است. در این دوره از ارزیابی ضمن تبیین انتظارات اعتباربخشی از بیمارستان، تلاش شده است با ارائه تعاریف، الزامات و ملاک‌های ارزیابی، مسیر از استاندارد تا اجرا و از اجرا تا ارزیابی برای مدیران، کارکنان و دست‌اندرکاران اعتباربخشی شفاف‌تر شود.

ساختار کتاب به گونه‌ای طراحی شده است که استفاده از آن صرفاً به زمان ارزیابی محدود نبا شد؛ بلکه بیمارستان‌ها بتوانند از آن به عنوان یک مرجع کاربردی برای برنامه‌ریزی، استقرار، پایش و بهبود مستمر فرآیندها استفاده کنند.

برای استفاده مؤثرتر از کتاب، توجه به نکات زیر ضروری است:

استانداردهای اعتباربخشی ویرایش ششم در قالب ۳ محور اصلی، ۱۸ زیرمحور، ۸۸ استاندارد و ۳۹۵ سنجه سازمان‌دهی شده‌اند. هر استاندارد بیانگر یک انتظار مشخص از عملکرد بیمارستان است. در ذیل هر استاندارد، سنجه‌های مرتبط ارائه شده و برای هر سنجه، گام‌های ارزیابی و توضیحات تکمیلی با هدف افزایش شفافیت در برداشت، پیاده‌سازی و ارزیابی سنجه درج شده است.

در تدوین هر سنجه بر اساس امکان تحقق آن سه سطح به شرح زیر در نظر گرفته شده است؛

سنجه‌های سطح یک ☑☐☐: سنجه‌هایی که امکان تحقق آن‌ها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان می‌باشند. (۲۰۹ سنجه)

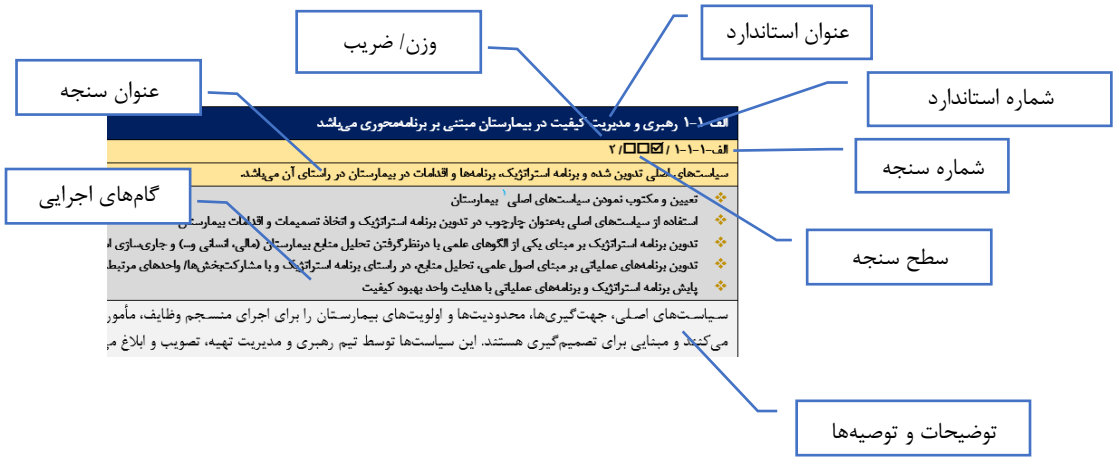
سنجه های سطح دو ☑☑☐: سنجه‌هایی که امکان تحقق آن‌ها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی اکثر بیمارستان‌ها می‌باشند. (۱۵۱ سنجه)

سنجه های سطح سه ☑☑☑: سنجه‌هایی که امکان تحقق آن‌ها دشوارتر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستان‌ها می‌باشند. (۳۵ سنجه)

توضیحات تکمیلی هر سنجه با هدف رفع ابهام، ایجاد برداشت یکسان و کمک به اجرای صحیح الزامات ارائه شده است. این توضیحات باید در کنار متن سنجه و گام‌های ارزیابی مورد توجه قرار گیرند.

بسته اختصاصی سنجه‌های روان پزشکی مشتمل بر ۱۷ سنجه، که مختص ارزیابی بیمارستان‌های تک تخصصی با گرایش روان پزشکی می‌باشند، تدوین و در انتهای کتاب ارائه شده است. لازم به ذکر است این بسته مختص بیمارستان‌های تک تخصصی روان پزشکی بوده و در این بیمارستان ها، علاوه بر بسته استانداردهای اعتبار بخشی ملی، ملاک ارزیابی خواهد بود.

با توجه به تفاوت تاثیر کیفی و اهمیت سنجه‌ها در کتاب استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها و همچنین با هدف دسترسی ساده‌تر مخاطبان در یک نگاه به سطح و وزن سنجه‌ها، در این دوره از بازنگری تغییراتی در شکل نوشتاری و نشانه‌گذاری سنجه‌ها به شرح زیر ایجاد شده است؛ سنجه‌های مرتبط با ایمنی بیمار (۱۲۰ سنجه)، به دلیل حساسیت موضوع با نماد ❋ نشان‌دار شده‌اند.



در نهایت، توصیه می شود خواننده کتاب، ارتباط بین سنجه‌ها و فرایندهای مرتبط را در تمامی ۱۸ زیرمحور مورد توجه قرار داده و سنجه‌ها را به عنوان اجزای یک نظام یکپارچه برای ارتقای کیفیت، ایمنی، اثربخشی و بهبود مستمر خدمات بیمارستانی در نظر بگیرد.

هدف نهایی از به‌کارگیری استانداردهای اعتباربخشی تبدیل کار درست به محتمل‌ترین اتفاق در ارائه خدمت است.

الف–۱

رهبری و مدیریت کیفیت

الف–۱ رهبری و مدیریت کیفیت

الف-۱-۱ رهبری و مدیریت کیفیت در بیمارستان مبتنی بر برنامه‌محوری می‌باشد
الف-۱-۱-۱ / ☐☐☑ / ۲
سیاست‌های اصلی تدوین شده و برنامه استراتژیک، برنامه‌ها و اقدامات در بیمارستان در راستای آن می‌باشد.
❖ **تعیین و مکتوب نمودن سیاست‌های اصلی[1] بیمارستان** ❖ **استفاده از سیاست‌های اصلی به‌عنوان چارچوب در تدوین برنامه استراتژیک و اتخاذ تصمیمات و اقدامات بیمارستان** ❖ **تدوین برنامه استراتژیک بر مبنای یکی از الگوهای علمی با درنظرگرفتن تحلیل منابع بیمارستان (مالی، انسانی و...) و جاری‌سازی استراتژی‌ها در بیمارستان** ❖ **تدوین برنامه‌های عملیاتی بر مبنای اصول علمی، تحلیل منابع، در راستای برنامه استراتژیک و با مشارکت‌بخش‌ها/ واحدهای مرتبط** ❖ **پایش برنامه استراتژیک و برنامه‌های عملیاتی با هدایت واحد بهبود کیفیت**
سیاست‌های اصلی، جهت‌گیری‌ها، محدودیت‌ها و اولویت‌های بیمارستان را برای اجرای منسجم وظایف، مأموریت و استراتژی‌های تعیین شده مشخص می‌کنند و مبنایی برای تصمیم‌گیری هستند. این سیاست‌ها توسط تیم رهبری و مدیریت تهیه، تصویب و ابلاغ می‌شوند. برای تعیین سیاست‌های اصلی، لازم است ضعف‌ها و توانمندی‌های سازمان، وضعیت سلامت جامعه، عوامل برون سازمانی و انتظارات ذی‌نفعان کلیدی شناسایی شده و از اطلاعات، آمار و مطالعات به‌روز استفاده شود. لازم به ذکر است شناسایی ضعف‌ها و توانمندی‌ها با شرایط مطرح شده، در برنامه‌ی استراتژیک بیمارستان انجام و به‌روزرسانی می‌شود. در واقع، سیاست‌های اصلی بیمارستان، چارچوب برنامه‌ریزی‌های مسئولان ارشد بیمارستان و هدایتگر برنامه‌ها و رفتار سازمانی هستند. ➢ **تعیین و مکتوب نمودن سیاست‌های اصلی توسط مسئولان ارشد بیمارستان با درنظرگرفتن موارد زیر صورت پذیرد؛** ۱) سیاست‌ها و اهداف کلان سازمان‌های بالادستی ۲) مأموریت بیمارستان (تعیین شده توسط بیمارستان یا ابلاغی) ۳) انتظارات ذی‌نفعان کلیدی ۴) ضعف‌ها و توانمندی‌های داخل سازمانی و عوامل بیرونی اثرگذار بر بیمارستان جاری سازی به فرایندی گفته می شود که طی آن، استراتژی‌های کلان و اهداف بلندمدت تدوین شده در سطح راهبردی بیمارستان، به برنامه‌ها، اهداف و اقدامات عملیاتی و قابل‌اجرا در سطوح میانی و پایه تبدیل می‌شوند، به‌گونه‌ای که همه واحدها و کارکنانِ مشمول بدانند سهم و نقش آن‌ها در تحقق استراتژی ها یا اهداف کلی سازمان چیست. **برنامه‌ی عملیاتی:** مستندی است شامل مجموعه فعالیت‌ها و اقدامات زمان‌بندی شده (معمولاً در بازه زمانی یک سال) برای دستیابی به اهداف اختصاصی/عملیاتی/عینی در راستای اجرای تصمیمات استراتژیک با بهره‌گیری بهینه از منابع موجود (انسانی، فیزیکی، مالی و اطلاعاتی). در تدوین برنامه‌ی عملیاتی، امکان درنظرگرفتن تحولات محیطی و اعمال اصلاحات لازم به شرط اینکه اهداف تعیین شده حاصل شود، وجود دارد. برنامه‌ی عملیاتی شامل اهداف اختصاصی/عملیاتی/عینی با ویژگی اسمارت[2] بودن است و بر اساس اهداف مشخص شده در برنامه‌ی استراتژیک تعیین می‌گردند. ➢ **به‌منظور تدوین برنامه استراتژیک و برنامه‌ی عملیاتی موارد زیر مورد توجه قرار گیرد؛** ۱) تحلیل وضعیت موجود و پیش‌بینی شرایط آتی بیمارستان با یکی از روش‌ها و الگوهای علمی و معتبر ۲) عدم مغایرت استراتژی‌ها و اهداف کلان بیمارستان با استراتژی‌ها و اهداف ابلاغ شده از طرف سازمان بالادستی ۳) تعیین اهداف عملیاتی/اختصاصی/عینی اسمارت برای هر یک از سال‌های برنامه مطابق و در راستای اهداف کلان و استراتژی‌های تدوین شده ۴) تعیین فعالیت‌های لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی/عملیاتی/عینی با مشخص نمودن مسئول اجرا، دوره‌ی زمانی اجرای هر فعالیت و تعیین منابع موردنیاز (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) ۵) مشخص نمودن نحوه‌ی پایش اجرای فعالیت‌ها و ارائه‌ی گزارش‌های پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه‌های زمانی مشخص به تیم رهبری و مدیریت ۶) تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه‌گیری آن‌ها در بازه‌های زمانی مشخص

[1] Main Policies
[2] SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time bound)

الف-۱-۱-۲/ ☑☑☐/ ۱.۵

فرصت‌های بهبود و چالش‌ها، شناسایی و اقدامات اصلاحی/ برنامه‌ی بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **شناسایی و مکتوب نمودن فرصت‌های بهبود و چالش‌ها با توجه به امکانات و توانمندی‌های بیمارستان**
- **جمع‌آوری، انتخاب و اجرای ایده‌های کاربردی برای فرصت‌های بهبود و چالش‌ها تحت نظارت تیم رهبری و مدیریت در قالب برنامه‌های عملیاتی/ بهبود کیفیت**
- **سنجش اثربخشی برنامه‌های فوق در کمیته‌ی پایش و سنجش کیفیت و ارائه‌ی پیشنهادات و اقدامات اصلاحی با مشارکت صاحبان فرایند**

فرصت بهبود عبارت است از هر وضعیت، موقعیت و شرایطی که امکان ایجاد ارزش/منفعت/بهبود برای سازمان داشته باشد. این فرصت می‌تواند با اضافه شدن ایده‌ی مناسب و یا منابع لازم تبدیل به ارزش/منفعت/بهبود گردد. برای اینکه بتوان از فرصت‌های بهبود پیش‌آمده استفاده‌ی بهینه کرد، لازم است در ابتدا این فرصت‌ها را شناسایی و سپس با طراحی و ارائه‌ی ایده‌های کاربردی و یا برنامه‌های اجرایی، آن را به یک بهبود بالفعل در سیستم/سازمان تبدیل کرد.

برنامه‌ی بهبود، مستندی است که برای دستیابی به اهداف کیفی معین و به صورت یک برنامه‌ی اجرایی با فعالیت‌ها، زمان‌بندی، منابع و مجریان مشخص طراحی و تدوین می شود. برنامه‌ی بهبود همانند برنامه‌ی عملیاتی باید پایش و ارزیابی شود تا اطمینان حاصل شود که بیمارستان به اهداف تعیین شده دست پیدا کرده است.

منظور از چالش، هر وضعیت یا پدیده‌ای است که به طور ناگهانی روی داده و باعث بروز دشواری یا ایجاد مانع در راه انجام وظایف معمول و رسیدن به اهداف شده و مواجهه با آن دغدغه‌ی ذهنی برای مدیران است. لازم به ذکر است منظور از چالش در این سنجه، نقاط ضعف یا تهدیدهای سازمان در تحلیل وضعیت موجود در برنامه استراتژیک، نمی‌باشد. مثال: کاهش ناگهانی نقدینگی بیمارستان و یا خرابی یکی از تجهیزات حیاتی.

چالش‌های شناسایی شده می‌تواند در بازنگری برنامه‌ی استراتژیک موردتوجه باشند.

الف-۱-۲ تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از مشخص‌بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه‌ی وظایف خود اطمینان حاصل می‌نماید

الف-۱-۲-۱/ ☑☑☐/ ۱

نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس آن برقرار است.

- **تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی**
- **تطبیق نمودار سازمانی با آخرین بازنگری مصوب شده و الزامات ابلاغی**
- **تطبیق نمودار سازمانی با عملکرد و روابط بین واحدها و اجرای آن**

نمودار سازمانی نمایش تصویری از ساختار داخلی سازمان است که ارتباطات ساختاری بین جایگاه‌های مختلف سازمانی و یا مشاغل را بیان می‌کند.

این نمودار، نمادی برای نشان‌دادن سلسله‌مراتب دستوردهی، دستورپذیری و مسیرهای گزارش‌گیری و گزارش‌دهی است. تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی با درنظرگرفتن واحدها/بخش‌ها/نقش‌های تعریف شده در بیمارستان و نحوه‌ی ارتباط آن‌ها از نظر مسئولیت‌های تعیین شده و حدود اختیارات صورت می‌پذیرد.

نمودار سازمانی صرفاً جدول معرفی مسئولان و اعضای سازمان نیست، بلکه توزیع ساختارمند اختیارات در بیمارستان را نشان می‌دهد؛ لذا انطباق این نمودار با ارتباط کاری واقعی، بین پست‌ها و نقش‌های مختلف سازمانی مدنظر است. طراحی نمودار سازمانی بایستی به‌نحوی باشد که تداخل اختیارات و حدود مسئولیت‌ها بروز نکند. همچنین قوانین و مقررات سازمان‌های بالادستی مدنظر قرار گرفته و از ایجاد سِمَت‌های مغایر قوانین بالادستی خودداری شود. لازم است آخرین ویرایش نمودار سازمانی موجود در مرکز با وضعیت واقعی منطبق بوده و در بررسی‌های میدانی تداخل وظایف و مسئولیت‌ها وجود نداشته باشد.

الف-۱-۲-۲/ ☑☐☐/ ۱.۵

مدیران/ مسئولان بیمارستان از دانش، مهارت و تعهد لازم برای انجام مأموریت‌های محوله برخوردارند.

- **آگاه بودن هر یک از مدیران/ مسئولان از حیطه‌ی مسئولیت‌ها و شرح وظایف خود و عمل به آن**
- **نیازسنجی آموزشی برای تمام مسئولان/ مدیران سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان**
- **گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران/مسئولان**
- **استفاده از آموزه‌های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات، تصمیم‌گیری‌های سازمانی و انجام مأموریت‌ها توسط مدیران/مسئولان در رده‌های مختلف**
- **تعهد و پاسخگو بودن در برابر نتایج سازمانی و ذی‌نفعان کلیدی**

➢ **آموزش‌های مدیریتی در دو دسته‌ی عمومی و اختصاصی قرار می‌گیرند:**

آموزش‌های عمومی، آن دسته از آموزش‌ها را شامل می‌شود که برای تمام افراد شاغل در پست‌ها یا نقش‌های مدیریتی/سرپرستی، بدون درنظرگرفتن بخش/ واحد تحت‌نظرشان، نیاز است.

آموزش‌های اختصاصی مدیریتی، منظور آموزش‌هایی است که با توجه به مسئولیت فرد، موردنیاز است. مستندات و سوابقی که نشان‌دهنده‌ی استفاده از آموزه‌های مدیریتی (متدولوژی‌ها، مدل‌ها، تکنیک‌ها و...) در تصمیم‌گیری‌های مهم حوزه‌ی مسئولیتی مدیران/مسئولان است، ارزیابی می‌شوند.

باید در نیازسنجی آموزشی، هر دو حیطه‌ی دانشی و مهارتی مدنظر قرار گیرد و بر اساس نیازسنجی انجام شده و عناوین تصویب شده، تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت، تقویم آموزشی (دوره‌ای یا سالیانه) تنظیم و مطابق آن نسبت به برگزاری آموزش‌ها و یا گذراندن دوره‌ها اقدام شود. سنجش اثربخشی طبق متدهای علمی و انجام اقدامات اصلاحی مناسب، تکمیل‌کننده‌ی این سنجه خواهد بود.

الف-۱-۳ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت مبتنی بر شواهد بوده و به تحقق نتایج متوازن می‌انجامد

الف-۱-۳-۱/ ☑☐☐/ ۲

تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان‌دهنده‌ی استفاده از اطلاعات پردازش شده و شواهد سیستمی است.

- **دریافت اطلاعات از تمامی بخش‌ها/واحدها، تحلیل اطلاعات توسط کمیته پایش و سنجش کیفیت و ارائه‌ی نتایج به تیم رهبری و مدیریت**
- **تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و اطلاعات پردازش شده در تیم رهبری و مدیریت**
- **پایش اثربخشی تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت به‌منظور اطمینان از تحقق نتایج متوازن توسط واحد بهبود کیفیت**
- **تحلیل نتایج پایش‌های انجام شده در کمیته پایش و سنجش کیفیت و ارائه پیشنهادات اصلاحی**

راه‌اندازی امکان گزارش‌سازی مدیریتی در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستان، تعریف شاخص‌ها و فراهم‌سازی امکان گزارش‌گیری از این شاخص‌ها در این سامانه و استفاده از آن به‌عنوان یکی از منابع دریافت گزارش در سطوح مختلف، می‌تواند مورد استناد باشد. ایجاد سیستم گزارش‌دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های تحلیلی موردنیاز در زمان‌های مشخص و اطمینان از این که تمام واحدها در مسیر پیشرفت/بهبود به‌صورت هماهنگ حرکت نمایند.

- **حداقل گزارش‌های تحلیلی موردنیاز شامل؛**

۱) گزارش تحلیلی نتایج اندازه‌گیری شاخص‌های عملکردی بخش‌ها/واحدها و فرایندها (هر سه ماه یک‌بار)
۲) گزارش تحلیلی رضایت‌سنجی از بیماران/خانواده بیماران (هر سه ماه یک‌بار)
۳) گزارش تحلیلی رضایت‌سنجی از کارکنان (هر شش ماه یک‌بار)
۴) گزارش اجرای برنامه‌های عملیاتی/بهبود بیمارستان و تحقق اهداف تعیین شده (هر سه ماه یک‌بار)
۵) گزارش ارزیابی فعالیت کمیته‌های بیمارستانی (هر سه ماه یک‌بار)
۶) گزارش‌های توصیفی و تحلیلی از اجرای برنامه‌های بالادستی ابلاغ شده
۷) گزارش تحلیلی از شاخص‌ها و فرایندهای اصلی

منظور از گزارش تحلیلی درنظرگرفتن مراحلی همچون تطبیق نتایج گزارش شده با اهداف از پیش تعیین شده، بررسی دلایل عدم انطباق احتمالی و ارائه‌ی پیشنهادات اصلاحی می‌باشد. نظارت بر عملکرد واحدها بر اساس گزارش‌های به‌دست‌آمده از منابع مختلف (میدانی، سیستم گزارش‌دهی و سایر)، مقایسه آن با نتایج از پیش تعیین شده، تعیین و اجرای اقدامات/برنامه‌ها/ سیاست‌های بهبود یا توسعه‌ای، به‌منظور تحقق نتایج متوازن صورت می‌پذیرد. منظور از دستیابی به نتایج متوازن این است که نظارت و هدایت واحدها در بیمارستان به طریقی باشد که تمام واحدها در بهبود وضعیت و عملکرد حرکت روبه‌جلو داشته و مسئولیت اصلی بهبود و ارتقای کیفیت کاری بر عهده‌ی یک یا چند واحد خاص گذاشته نشود. نتایج نامتوازن برای کیفیت در ابعاد ساختاری و عملکردی بیمارستان بیان‌کننده‌ی عدم استقرار این سنجه است. برای اطمینان از نتایج متوازن، ضروری است برای هر یک از واحدها، حد/میزان موردانتظار/وضعیت بهبود با توجه به جنبه‌های مختلف عملکردی واحد، توسط تیم رهبری و مدیریت تعیین و ابلاغ شود. تیم رهبری و مدیریت در صورت نیاز با بازدیدهای میدانی، اطمینان حاصل می‌نمایند که برنامه‌ها مطابق رویه‌های پیش‌بینی شده به انجام رسیده‌اند و سرعت پیشرفت برنامه‌ها و فعالیت‌های تعیین شده به همان اندازه و در مسیری است که از قبل تعیین شده است. تیم رهبری و مدیریت بایستی سیستم گزارش‌دهی مناسبی ایجاد کرده باشد که از طریق آن گزارش‌های تحلیلی را از عملکرد واحدهای مختلف در زمان‌های معین دریافت نماید. براین‌اساس مشخص می‌شود که تمام واحدهای بیمارستان در مسیر پیشرفت/بهبود به‌صورت هماهنگ حرکت می‌نمایند و می‌توانند به نتایج متوازن دست یابند. در واقع بدین‌وسیله تیم رهبری و مدیریت بر عملکرد واحدها نظارت نموده و بر اساس نتایج نظارت و مقایسه آن با نتایج از پیش تعیین شده، اقدامات/برنامه‌ها/سیاست‌های بهبود یا توسعه‌ای را مشخص می‌نمایند.

➢ **انواعی از گزارش‌های عملکردی (موارد پیشنهادی):**

۱) متوسط اقامت بیمار در هر بخش بستری

۲) ضریب اشغال تخت در هر بخش بستری

۳) نرخ عفونت مرتبط به خدمات سلامت بر اساس بیمار-روز

۴) نرخ بستری مجدد در هر بخش بستری

۵) هزینه/درآمد فعالیت هر بخش بستری/هر واحد تشخیصی/هر واحد کمک درمانی

۶) میزان ترخیص با میل شخصی

۷) میزان اعمال جراحی کنسل شده و...

بدیهی است موارد ذکرشده‌ی فوق، صرفاً مثال‌هایی از شاخص‌هایی برای پایش عملکرد بالینی و غیربالینی هستند و خود این شاخص‌ها ملاک ارزیابی نیستند. هریک از بیمارستان‌ها بایستی به‌صورت کاملاً بومی با شناسایی گلوگاه‌های مهم و گزارش‌های لازم برای سازمان‌های بالادستی، نسبت به تعریف شاخص‌های بالینی و غیربالینی مؤثر بر نتایج سازمان خود اقدام نماید.

الف-۱-۳-۲/ ☑☐☐/ ۲

فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت می‌شوند.

- **شناسایی و مکتوب نمودن فرایندهای اصلی و مشخص‌کردن اجزا و تعامل فرایندها**
- **اجرایی نمودن فرایندهای مکتوب شده**
- **تعریف شاخص‌های متناسب برای اندازه‌گیری فرایندها و پایش آن‌ها**
- **تصمیم‌سازی و اجرای اقدامات/اصلاحات فرایندی مناسب بر اساس نتایج پایش**

فرایند مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه‌ریزی شده انجام می‌گیرد. فرایندها می‌توانند به‌صورت فلوچارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند.

➢ **برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوچارت ترسیم شده، از اشکال هندسی قراردادی به شرح زیر استفاده می‌شود؛**

۱) بیضی (شروع و پایان فرایند)

۲) مستطیل (انجام یک فعالیت)

۳) لوزی (نشان‌دادن یک تصمیم‌گیری)

۴) پیکان (برای نشان‌دادن مسیر جریان فرایند)

فرایندهای اصلی فلسفه‌ی وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می‌کند و به صورت سربه سر[1] تدوین می شوند، به صورتی که یک سیستم را از ابتدا تا انتها در نظر می‌گیرد. هر بیمارستان تعداد محدودی فرایند اصلی دارد و هر یک از فعالیت‌های فرایندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرایند فرعی باشد. متعدد بودن فرایندهای اصلی یا کوچک بودن دامنه هر فرایند، باعث گسستگی سیستم مدیریتی در واحدها می‌شود؛ لذا پیشنهاد می‌شود از تعریف فرایندهای کوچک یا فرعی، بدون درنظرگرفتن توالی آن‌ها و ارتباط فرایندهای اصلی با ذی‌نفعان اصلی بیمارستان خودداری شود. ذی‌نفعان منطبق با مأموریت‌های بیمارستان می‌توانند شامل بیماران، دانشجویان، مراجعه‌کنندگان و... باشند. به طور مثال فرایند ارائه‌ی خدمات آموزشی برای دانشجویان، فرایند ارائه خدمات درمانی سرپایی، فرایند ارائه خدمات درمانی بستری، فرایند ارائه خدمات اورژانسی و سایر فرایندهای اصلی باید به شکلی تعریف شوند که بتوان نقشه ارتباطی بین آن‌ها (نقشه فرایندی) را ترسیم و مسیر حرکت ذی‌نفع موردنظر را در بین فرایندها مشخص نمود. تعامل فرایندها شامل تأثیرگذاری هر فرایند بر فرایندهای مرتبط با آن بر اساس نقشه فرایندی/توالی فرایندی است.

جهت بهره‌برداری بهینه از فرایندهای اصلی لازم است که فرایندهای شناسایی شده، کدگذاری و پس از تصویب تیم رهبری و مدیریت، در سطح بیمارستان ابلاغ گردد. لازم است تیم رهبری و مدیریت گلوگاه‌های هر فرایند اصلی را با توجه به گزارش خطاها، شکایات، بررسی شاخص‌های عملکردی و... تعیین نموده و برای اندازه‌گیری فرایندها، شاخص‌های کافی و متناسب با گلوگاه‌ها در نظر گرفته شود (تعیین حداقل یک شاخص برای هر فرایند موردانتظار است). شاخص‌ها می‌توانند جنبه‌های مختلفی را پوشش دهند، از جمله می‌توان به زمان ارائه خدمات و یا زمان انتظار برای دریافت خدمات، هزینه، صحت/دقت انجام کار، میزان خطاهای صورت‌گرفته یا رضایت ذی‌نفعان اشاره نمود.

[1] End-to-End

در شناسنامه شاخص‌های فرایندی باید مشخص گردد که چه کسی، در چه بازه زمانی، با چه فرمولی و بر اساس چه اطلاعاتی، اندازه‌گیری شاخص‌ها را انجام می‌دهد. گزارش عملکرد بیمارستان از اجرای فرایندهای اصلی در قالب داده‌های پردازش شده و در دوره‌های زمان‌بندی‌شده در تیم رهبری و مدیریت مطرح می‌گردد. در طراحی اقدامات اصلاحی می‌بایست به نقش فرایندهای پشتیبانی و مدیریتی نیز توجه کافی مبذول گردد. فرایندهای ابلاغ شده باید با روندهای کاری در واحدهای مرتبط هم‌خوانی داشته و کارکنان از آن آگاهی کامل داشته باشند. این فرایندها حداقل سالی یک‌بار مورد بازنگری و در صورت نیاز ویرایش می‌شوند.

الف-۱-۳-۳/ ☑☑☑/ ۱

بیمارستان در زمینه هوشمندسازی و استفاده از روش‌های نوین فناوری در مدیریت پیشگام می‌باشد.

- **تحلیل و مکتوب‌سازی فرایندهای فعلی**
- **شناسایی فرایندها با نقاطی که امکان انتقال داده در آن‌ها به‌صورت هوشمند وجود دارد**
- **پیاده‌سازی زیرساخت‌های هوشمندسازی بر اساس فرایندهای منتخب و اجرای فرایندها در بستر آن**
- **آموزش کارکنان در خصوص فرایندهای هوشمندسازی شده**
- **پایش صحت کارکرد فرایندهای هوشمندسازی شده**

➢ **در بیمارستان‌های هوشمند حداقل‌های زیر موردانتظار است؛**

۱) زیرساخت سیستم اطلاعات بیمارستانی[1] به‌صورت یکپارچه استقرار یافته و پرونده‌ی الکترونیک سلامت بیمار را پوشش می‌دهد.

- استقرار سیستم اطلاعات بیمارستانی با پوشش فرایندهای بالینی و اداری منتخب (پذیرش، ترخیص، پرستاری، آزمایشگاه، تصویربرداری و...)
- یکپارچگی HIS با سایر زیرسیستم‌ها (از جمله LIS ، PACS، سیستم داروخانه و...) بدون نیاز به ورود مضاعف اطلاعات
- ثبت الکترونیک کامل پرونده‌ی بالینی بیمار (دستورات پزشک، گزارش پرستاری و...) با قابلیت ردیابی و عدم امکان تغییر بدون ثبت اصلاحیه
- دسترسی سطح‌بندی شده کارکنان به اطلاعات بیمار متناسب با نقش شغلی
- وجود پشتیبان‌گیری منظم و برنامه‌ی تداوم خدمات در صورت قطعی سیستم
- امکان امضای دیجیتال جهت کاربران پس از ثبت اطلاعات در پرونده بیمار (دستورات پزشک، سیر بیماری،ارزیابی اولیه،گزارش پرستاری و...)

استقرار HIS باید به‌گونه‌ای باشد که از ورود موازی/دستی اطلاعات در بخش‌های مختلف جلوگیری کند و امکان ردیابی کامل مسیر بالینی بیمار از پذیرش تا ترخیص را فراهم آورد. در صورت قطعی سیستم، باید رویه‌ی جایگزین (کاغذی یا آفلاین) از پیش تعریف و به کارکنان آموزش داده شده باشد.

۲) ابزارهای پشتیبان تصمیم‌گیری بالینی برای پیشگیری از خطاهای دارویی و بالینی به کار گرفته می‌شود.

- هشدار الکترونیک تداخلات دارویی، آلرژی و دوز نامناسب هنگام تجویز الکترونیک
- هشدار خودکار برای مقادیر بحرانی آزمایشگاهی/تصویربرداری
- یادآوری الکترونیک اقدامات پیشگیرانه (مثل پروفیلاکسی، ترومبوآمبولی وریدی، واکسیناسیون و...)
- اعلام هشدار در خصوص بیماران تعیین تکلیف نشده با اقامت بیش از ۶ ساعت و یا با ماندگاری بیش از ۱۲ ساعت در اورژانس
- اعلام هشدار در خصوص مصرف داروها با محدوده‌ی زمانی مشخص (داروهای خودبه‌خود متوقف شونده، آنتی‌بیوتیک‌های مشمول استواردشیپ و...)
- اعلام هشدار در خصوص جداسازی و مراقبت از بیماران با احتمال انتقال بیماری بر اساس نتایج تست‌های پاراکلینیکی (HIV+، HBS+ و...)
- محاسبه‌ی خودکار دوز داروها
- تعیین سطح تریاژ بیماران در اورژانس
- روش‌های نوین شناسایی بیماران (استفاده از QRCode و...)

۳) امنیت و محرمانگی اطلاعات الکترونیک بیماران/ کارکنان تضمین می‌شود.

- وجود سیاست مدون امنیت سایبری و حفاظت از داده‌ی بیماران/ کارکنان، منطبق بر دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت
- کنترل دسترسی با شناسه‌ی کاربری اختصاصی و رمز عبور شخصی (عدم استفاده‌ی اشتراکی از حساب کاربری)
- ثبت و پایش لاگ دسترسی به پرونده‌ی الکترونیک بیمار جهت شناسایی دسترسی غیرمجاز
- رمزنگاری داده‌ها هنگام انتقال و ذخیره‌سازی
- وجود برنامه‌ی واکنش به حوادث سایبری

[1] HIS

۴) قابلیت تبادل الکترونیک اطلاعات بین بیمارستان و سایر ارائه‌دهندگان خدمت/سامانه‌های کشوری برقرار است.
- اتصال HIS بیمارستان به سامانه‌های ملی سلامت (مثل پرونده‌ی الکترونیک سلامت ایرانیان - سپاس یا سامانه‌های مشابه)
- استفاده از استانداردهای تبادل داده برای تبادل اطلاعات بین سیستمی
- ثبت و ارسال الکترونیک گزارش‌های الزامی (بیماری‌های واگیر، عفونت بیمارستانی) به سامانه‌های کشوری، به‌جای ثبت دستی موازی

۵) قابلیت واکنش در برابر بحران‌های پیش‌آمده؛
- سیستم اعلام و اطفای حریق
- سیستم هشدار نشت آب/ گاز
- سیستم هشدار لرزه
- سیستم هشدار نوسانات الکتریکی
- سیستم هشدار در تغییر فشار و خلوص گازهای طبی
- سیستم کنترل هوشمند زیرساخت‌های تأسیساتی (گرمایش، سرمایش، تهویه و...)

الف-۱-۳-۴/ ☐☐☑/ ۲

تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، نشانگر تعهد اجرایی و نظارت بر حسن اجرای قانون انطباق امور اداری و فنی با موازین شرع مقدس می‌باشد.

- **برنامه‌ریزی و انجام اقدامات مناسب و فراهم کردن الزامات اجرای قانون توسط تیم رهبری و مدیریت**
- **آگاهی و انطباق عملکرد کلیه‌ی مسئولان و کارکنان نسبت به قانون فوق**
- **نظارت بر اجرای قوانین و انجام مداخلات و اقدامات اصلاحی موردنیاز توسط تیم رهبری و مدیریت**

رعایت اصـــول مورد احترام جامعه در مراکز بیمارســـتانی یکی از اجزای مهم رعایت حقوق گیرنده‌ی خدمت و حقوق شـــهروندی بوده و ازآنجاکه یکی از مطالبات اکثر مراجعین به مراکز فوق، علاوه بر دریافت بهترین خدمات درمانی، برخورداری از احترام، رعایت حریم و توجه به این ا صول ا ست، عدم عنایت به این مو ضوع غفلت از یکی از وظایف ا سا سی مدیریت بیمار ستان بوده و مانعی بزرگ در م سیر ا ستقرار ا ستانداردهای عالی خدمت می‌با شد. همچنین مطابق مفاد قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس مجلس شورای اسلامی و ابلاغی هیات محترم وزیران، کلیه مؤسساتی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام است و به امر بهداشت و درمان می‌پردازند، موظف به رعایت مقررات این قانون و آیین‌نامه ابلاغی می‌باشند.
مطابق با ماده ۶ قانون مصوبه‌ی مجلس شورای اسلامی و ماده ۱۶ مصوبه‌ی هیات وزیران، مسئولین فنی و مدیران بیمار ستان‌ها از مسئولین حسن اجرای این قانون ه ستند. ازاین‌حیث، لازم ا ست در م صوبات کمیته‌ها، تدوین خطم شی‌ها و روش‌های اجرایی، بازدیدهای میدانی در بیمار ستان و همچنین انجام هرگونه توسـعه، بازسـازی، جانمایی و... رعایت زیرسـاخت‌های مرتبط موردنظر و کسـب نظر افراد ذی‌صـلاح در مورد این قانون و ارتباط آن با فعالیت‌های جاری و آتی موردتوجه و عنایت قرار گیرد.

الف-۱-۴ کمیته‌های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به‌صورت اثربخش فعالیت می‌نمایند

*** الف-۱-۴-۱/ ☐☐☑/ ۲**

کمیته‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط برگزار و منجر به تصمیم‌سازی‌های واضح و قابل‌اجرا برای حل مشکلات بیمارستان می‌شوند.

- **برگزاری جلسات کمیته‌ها مطابق آیین‌نامه‌ی داخلی مصوب برابر دستورالعمل‌های ابلاغی و انطباق جلسات با تقویم پیش‌بینی‌شده**
- **مشارکت فعال اعضا در ارائه پیشنهادات و تصمیم‌سازی‌های واضح و کاربردی همسو با دستور کار جلسات با اولویت بهبود کیفیت و ایمنی بیمار**
- **تدوین صورت‌جلسات کمیته‌ها با حداقل‌های موردانتظار**

آیین‌نامه‌ی داخلی، مستندی است که برای کنترل کار کمیته و نظم‌دهی به رفتار اعضای آن تدوین، تصویب و توسط بالاترین مقام بیمارستان، ابلاغ می‌گردد. در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی توسط وزارت متبوع، مبنای تدوین آیین‌نامه، دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت با تشخیص تیم رهبری و مدیریت آیین‌نامه‌ی کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود. رعایت آیین‌نامه داخلی برای تمامی اعضا الزامی است.

➢ **اجزای آیین‌نامه داخلی کمیته‌ها؛**

۱) اهداف، رسالت، شرح وظایف کمیته و نحوه‌ی تعیین اعضا و انتخاب دبیر
۲) تعداد و سمت اعضا (بدون درج اسامی اعضا در آیین‌نامه و صرفاً ثبت سمت اعضای موردنیاز تا در صورت تغییر افراد نیاز به ویرایش آیین‌نامه نباشد)
۳) شرح وظیفه، مسئولیت‌ها و اختیارات رئیس و دبیر کمیته به‌صورت مجزا
۴) تبیین ضوابط برگزاری جلسات در انتهای آیین‌نامه‌ی داخلی (شامل مدت و فاصله‌ی زمانی برگزاری جلسات، نحوه‌ی رسمیت یافتن جلسات، تصویب و تصمیم‌گیری در حوزه‌ی وظایف و نحوه‌ی پیگیری مصوبات که با همه‌ی ملحقات آن در انتهای آیین‌نامه‌های داخلی کمیته‌ها درج می‌شود.)
۵) نحوه ارزیابی عملکرد کمیته

در تدوین آیین‌نامه‌ی هر کمیته و نحوه‌ی فعالیت آن دقت شود تا عدم مغایرتی با دستورالعمل‌های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت وجود نداشته باشد.

- **حداقل جلسات مشترک/مستقل موردانتظار در این استاندارد شامل کمیته‌های زیر است:**

۱) کمیته‌ی پایش و سنجش کیفیت (مستقل)
۲) کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات (مستقل)
۳) کمیته‌ی اخلاق بالینی (مستقل)
۴) کمیته‌ی پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت محیط (به‌صورت مشترک/ مستقل)
۵) کمیته‌ی مدیریت خطرِ حوادث و بلایا و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار (به‌صورت مشترک/ مستقل)
۶) کمیته‌ی ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر (به‌صورت مشترک/ مستقل)
۷) کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی (مستقل)
۸) کمیته اقتصاد درمان (مستقل)
۹) کمیته‌ی مرگ‌ومیر و عوارض و زیرکمیته‌های مرتبط (به‌صورت مشترک/ مستقل)
۱۰) کمیته‌ی طب انتقال خون (مستقل)
۱۱) کمیته‌ی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان (مستقل)
۱۲) کمیته‌ی تغذیه‌ی بالینی و رژیم‌درمانی (مستقل)

- **حداقل‌های موردانتظار فرم صورت‌جلسه کمیته شامل:**

۱) تاریخ، ساعت و محل برگزاری جلسه
۲) دستور کار جلسه، فهرست اعضا حاضر و غایب
۳) نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل
۴) خلاصه مذاکرات مطرح شده در جلسه
۵) مصوبات جلسه، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات
۶) امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه و اخذ امضای غایبین پس از جلسه

خلاصه‌ی مذاکرات مطرح شده در جلسه‌ی کمیته باید به صورتی درج گردد که علت مصوبات جلسات برای خواننده‌ی صورت‌جلسه مشخص شود و از نگارش جملات کوتاه و غیرشفاف پرهیز شود. وجود امضای غایبین در صورت‌جلسات کمیته‌ها، برای اطمینان از در جریان قرارگرفتن آن‌ها از مصوبات و مباحث مطرح شده در جلسه است و ملاک به‌رسمیت‌شناختن جلسات نیست. از طرفی این شیوه نوعی ارائه بازخورد به غایبین جلسات محسوب می‌شود.

توصیه می‌شود رئیس جلسه بر نحوه‌ی نگارش صورت‌جلسه کمیته نظارت نموده و اطمینان یابد که تمام نکات مهم مطرح شده در جلسه در صورت‌جلسه درج شده است و همچنین با توجه به اهمیت نگارش صحیح صورت‌جلسات، دوره آموزشی (نحوه نگارش صورت‌جلسه، نحوه مدیریت جلسات، نحوه استفاده از شیوه‌های بارش افکار و گفتگوی ساختارمند) برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی برگزار شود.

الف-۱-۴-۲/ ☑☑☐/ ۱.۵

اثربخشی مصوبات کمیته‌ها ارزیابی می‌شود و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

- **اندازه‌گیری درصد اجرای مصوبات کمیته‌های بیمارستانی**
- **اندازه‌گیری شاخص اثربخشی مصوبات کمیته‌ها با تأکید بر ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار**
- **ارائه‌ی گزارش‌های دوره‌ای (حداکثر سه ماه یک‌بار) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته‌ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفیت**
- **تصمیم‌سازی و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی مبتنی بر شواهد توسط تیم رهبری و مدیریت با همکاری کمیته مرتبط**

ارزیابی عملکرد کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت و تحلیل اطلاعات دریافتی توسط کمیته پایش و سنجش کیفیت، با همکاری دبیران کمیته‌ها مطابق نحوه‌ی ارزیابی درج شده در آیین‌نامه‌ی کمیته مربوط صورت می‌پذیرد و مصادیق این سنجه بایستی در آیین‌نامه‌ی کمیته‌ها نیز پیش‌بینی شود. مصوبات کمیته‌های بیمارستانی می‌بایست قابلیت اجرا داشته و در صورت‌جلسات به طور واضح مشخص شده باشد که چه کسی، چه کاری را و در چه مهلت زمانی انجام دهد/پیگیری کند. منابع موردنیاز برای اجرای مصوبات توسط مسئولان ارشد بیمارستان تأمین می‌شود. ارزیابی روند عملکرد کمیته‌ها در پرداختن به ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران و نتایج حاصل از آن در دفتر بهبود کیفیت برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

شاخص‌های عملکردی مرتبط با شرح وظایف هر کمیته و اهداف مطلوب تعیین شده برای آنها در ابتدای هر سال توسط تیم رهبری و مدیریت به دبیران کمیته‌ها ابلاغ و ملاک ارزیابی اثربخشی کمیته مربوطه می‌باشد.

الف-۱-۴-۳/ ☑☐☐/ ۲

عملکرد و تصمیمات تیم رهبری و مدیریت در راستای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیماران است.

- ❖ **تصمیم‌گیری بر اساس نتایج پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی در سطح بیمارستان**
- ❖ **تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های عملکردی کلیدی تحلیل شده مرتبط با اهداف استراتژیک، کیفیت و ایمنی**
- ❖ **تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های مرتبط با فرایندهای اصلی بیمارستان**
- ❖ **تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های مرتبط با بهینگی**
- ❖ **تصمیم‌گیری بر اساس نتایج شاخص‌های مرتبط با اجرای منشور حقوق بیمار و اخلاق حرفه‌ای کارکنان**
- ❖ **بررسی گزارش‌های سایر کمیته‌ها (کمیته پیشگیری و کنترل عفونت، دارو و درمان، مرگ‌ومیر و...) و حصول اطمینان از اجرای مصوبات آن‌ها**

- ➢ **تیم رهبری و مدیریت حداقل شامل اعضای زیر می باشد:**

۱) رئیس/ مدیر عامل
۲) مسئول فنی/ مسئول ایمنی
۳) معاونین (درمان، آموزش، پژوهش، توسعه و...)
۴) مدیر
۵) مدیر پرستاری
۶) مسئول بهبود کیفیت
۷) مدیر امور مالی

- ➢ **اهم فعالیت‌ها در راستای نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با تیم رهبری و مدیریت:**

۱) تعیین چشم‌انداز، مأموریت و اهداف بلندمدت بیمارستان
۲) تصویب بودجه‌های سالانه و تأیید هزینه‌های کلان
۳) بررسی شاخص‌های عملکردی (KPIs) بیمارستان مانند میزان مرگ‌ومیر، عفونت‌های بیمارستانی، رضایت‌مندی بیماران و درآمدها
۴) تصمیم‌گیری در شرایط اضطراری (مانند پاندمی‌ها، بحران‌های مالی یا حوادث غیرمترقبه)
۵) داوری در خصوص اختلافات مدیریتی بین واحدها که در سطوح پایین‌تر حل نشده‌اند

الف-۱-۴-۴/ ☑☑☐/ ۱,۵

بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی پایش و سنجش کیفیت اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **پایش و تحلیل شاخص‌های کلیدی کیفیت و ایمنی در حوزه‌های بالینی و غیربالینی و استفاده از نتایج آن در شناسایی مشکلات و فرصت‌های بهبود**
- ❖ **پایش و ارزیابی فرایندهای اصلی بیمارستان و میزان انطباق آن‌ها با استانداردها، دستورالعمل‌ها و الزامات مرتبط**
- ❖ **پایش میزان تحقق اهداف و نتایج برنامه‌های عملیاتی و برنامه‌های بهبود کیفیت و ارائه نتایج و تحلیل‌های مرتبط به تیم رهبری و مدیریت**
- ❖ **ارائه گزارش‌های تحلیلی، یافته‌های پایش، روند شاخص‌ها، مشکلات و ریسک‌های شناسایی شده و پیشنهادهای بهبود به تیم رهبری و مدیریت برای پشتیبانی از تصمیم‌گیری‌های کلان و اجرایی بیمارستان**
- ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد کمیته‌های بیمارستانی به منظور سنجش اثربخشی و انجام اقدامات اصلاحی/ بهبود**
- ❖ **راستی‌آزمایی اثربخشی اقدامات اصلاحی/ بهبود بر اساس شواهد و شاخص‌های مرتبط و ارائه نتایج به تیم رهبری و مدیریت برای تصمیم‌گیری در خصوص تداوم، اصلاح یا تعریف اقدامات جدید**

کمیته پایش و سنجش کیفیت بیمارستانی، مسئولیت نظارت مستمر بر کیفیت خدمات و ایمنی بیماران را از طریق تعیین و پایش شاخص‌های کلیدی عملکرد(KPIs)، اطمینان از انطباق فرآیندها با استانداردهای اعتباربخشی، ارزیابی فرایندهای اصلی، پایش میزان اجرای برنامه های عملیاتی و بهبود کیفیت و همچنین ترویج فرهنگ کیفیت و آموزش کارکنان را بر عهده دارد و وظیفه اصلی آن، ایجاد یک چرخه بهبود مستمر با پیگیری اقدامات اصلاحی و راستی‌آزمایی اثرگذاری آن‌هاست.

الف-۱-۵ عملکرد تیم رهبری و مدیریت بیانگر تعهد به اجرای برنامه‌های ارتقای مستمر کیفیت و ایمنی است

الف-۱-۵-۱/ ☐☐☑/ ۱،۵

بیمارستان فرایند خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی را با رویکرد بهبود مستمر کیفیت اجرا می‌نماید.

- **تشکیل تیم ارزیابی داخلی اعتباربخشی**
- **انجام خودارزیابی استانداردهای اعتباربخشی در سطح بخش‌ها/واحدها**
- **ثبت نمرات ارزیابی اعتباربخشی در سامانه جامع ارزیابی اعتباربخشی در مهلت مقرر**
- **بررسی نتایج خودارزیابی بخش‌ها توسط مسئول بهبود کیفیت و ارائه پیشنهادات اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت**
- **شناسایی موارد عدم انطباق و اجرای اقدامات اصلاحی درون‌بخشی در راستای استقرار کامل استانداردهای مرتبط**
- **ارائه گزارش تحلیلی جامع از نتایج خودارزیابی و برنامه‌ریزی اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود کیفیت**

نتایج ارزیابی داخلی به منزله نتایج نهایی اعتباربخشی بیمارستان نبوده و صرفاً ابزاری برای شناسایی نقاط قوت و ضعف و برنامه‌ریزی جهت بهبود مستمر کیفیت خدمات محسوب می شود. فرایند خودارزیابی مستمر، یکی از اصول بهبود کیفیت و الزامات اصلی اعتباربخشی است که بیمارستان را در مسیر شناسایی شکاف‌ها، اصلاح فرایندها و ارتقای مستمر کیفیت خدمات یاری می‌رساند.

➢ **در اجرای این فرایند باید بر اصول زیر در بیمارستان توجه شود:**

۱) تیم ارزیابی داخلی با تشخیص و انتخاب مستقیم رئیس/ مدیرعامل بیمارستان تشکیل می‌شود تا از حضور افراد متخصص و آگاه در این فرایند اطمینان حاصل گردد.

۲) خودارزیابی معمولاً هر ۶ ماه یک‌بار انجام می‌شود تا روند بهبود به‌صورت مستمر و منظم پیگیری شود. با توجه به نقش محوری استانداردها، خودارزیابی اغلب نیازمند رویکرد کارگروهی است. روش انجام، افراد دخیل در هر بخش و نحوه گزارش‌دهی به دفتر بهبود کیفیت، با تشخیص بیمارستان تعیین می‌شود تا متناسب با شرایط هر واحد باشد.

۳) برخی اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های بهبود فرابخشی، نیازمند تأمین منابع انسانی، مالی یا تجهیزاتی هستند که شرح این نیازمندی‌ها همراه با نتایج خودارزیابی به دفتر بهبود کیفیت ارسال می‌شود.

۴) رئیس/مدیرعامل بیمارستان با رویکرد بهبود مستمر کیفیت، نتایج خودارزیابی را بررسی و تحلیل نموده و تا حصول اطمینان از استقرار کامل استانداردهای اعتباربخشی، پیگیری‌های لازم را انجام می‌دهد.

۵) تمامی سنجه‌های اعتباربخشی می‌بایست خودارزیابی شده و با مسئولیت و تأیید نهایی رئیس بیمارستان در سامانه الکترونیکی وزارت بهداشت نمره‌دهی شوند. هرچند رئیس/مدیرعامل می‌تواند این مسئولیت را تفویض نماید، اما با توجه به اهمیت فوق‌العاده خودارزیابی، این امر توصیه نمی‌شود.

الف-۱-۵-۲/ ☐☐☑/ ۲

مسئولیت ایمنی بیمار در بیمارستان مشخص است و کلیه برنامه‌ها و اقدامات این حوزه تحت نظارت دقیق تیم رهبری و مدیریت می‌باشد.

- **ایفای مسئولیت‌های محوله توسط مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ‌کننده‌ی ایمنی بیمار، مطابق شرح وظایف مصوب و روابط سازمانی**
- **نظارت بر موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارائه‌ی گزارش‌های نظارتی به مراجع ذی‌ربط توسط مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ‌کننده‌ی ایمنی بیمار**
- **مشارکت مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ‌کننده‌ی ایمنی بیمار در تدوین، اجرا و پایش برنامه‌های ایمنی و پیش‌بینی اقدامات اصلاحی موردنیاز**
- **نظارت مستمر تیم رهبری و مدیریت بر عملکرد مسئولان ایمنی بیمار و تصمیم‌گیری در خصوص اقدامات اصلاحی موردنیاز**

مسئول فنی بیمارستان به‌عنوان مسئول ایمنی بیمار مرکز می‌باشد. در صورت صدور پروانه‌ی مسئولیت فنی برای رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، نیاز به ابلاغ جداگانه به‌عنوان مسئول ایمنی نمی‌باشد. مسئول فنی/ایمنی بیمار از اعضای ثابت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان بوده، در جلسات مربوطه حضور فعال دارد. همچنین مسئول فنی/ایمنی بیمار در کمیته‌های بیمارستانی حضور فعال دارد. حضور وی حداقل در کمیته‌های مرگ‌ومیر و عوارض، انتقال خون، دارو و درمان، اخلاق بالینی، الزامی است. مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است.

➢ **نکاتی در خصوص ابلاغ کارشناس هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار:**

۱) صدور ابلاغ کارشناس هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار توسط رئیس/مدیرعامل با شرح وظایف به پیوست آن

۲) انجام فعالیت‌های تخصصی مرتبط با ایمنی بیمار با هماهنگی و ارتباط مستقیم با مسئول ایمنی بیمارستان

۳) ارائه گزارش موردی و ماهیانه وضعیت ایمنی بیمار به مسئول ایمنی

۴) ارائه‌ی گزارش‌های تخصصی و فوری ایمنی بیمار به مسئول ایمنی بیمارستان

۵) ارائه‌ی گزارش‌های دوره‌ای عملکرد و هماهنگی از مسیر مسئول بهبود کیفیت یا مقام مافوق مطابق ساختار تشکیلاتی

۶) رونوشت ابلاغ به کلیه بخش‌ها/واحدها و اطلاع کلیه کارکنان از آن

➢ **حداقل‌های لازم در شرح وظایفکارشناس هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار:**

۱) گزارش فعالیت‌ها به مسئول ایمنی و فعالیت زیر نظر وی
۲) بازدیدهای برنامه‌ریزی شده با مشارکت مسئولان بخش‌ها/واحدها و مدیران مرتبط برای بررسی وضعیت ایمنی بیمار
۳) بررسی مخاطرات و عوامل تهدیدکننده‌ی ایمنی بیمار و اجرای راهکارها بر مبنای آن
۴) نیازسنجی از کارکنان بالینی و پشتیبانی جهت طراحی و برگزاری دوره‌های آموزشی مربوط به ایمنی بیمار
۵) انجام ممیزی‌های دوره‌ای ایمنی بیمار
۶) مشارکت در تدوین شاخص‌های ایمنی بیمار
۷) پایش شاخص‌های ایمنی بیمار و گزارش نتایج و تحلیل دوره‌ای موانع بازدارنده به مسئول ایمنی بیمار
۸) حضور و مشارکت فعال در کمیته‌ها به‌ویژه کمیته مرگ‌ومیر، انتقال خون و...
۹) مشارکت در برنامه‌ریزی و ارتقای گزارش وقایع ناخواسته
۱۰) هماهنگی برای برگزاری جلسات تحلیل ریشه‌ای وقایع ناخواسته
۱۱) مشارکت با واحدها/بخش‌های مرتبط در زمینه اقدامات اصلاحی خطاها و وقایع ناخواسته به‌منظور پیشگیری از وقوع مجدد وقایع مشابه

الف-۱-۵-۳/ ☑☐☐/ ۲

تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدیریتی ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌نماید.

- **تدوین برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی با مشارکت تیم رهبری و مدیریت و رعایت الزامات مندرج در دستورالعمل ابلاغی**
- **پوشش تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان در برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی**
- **ثبت و مستندسازی مشاهدات، موضوعات مطرح‌شده و راهکارهای پیشنهادی در صورت‌جلسه هر یک از بازدیدهای مدیریتی ایمنی**
- **طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود مبتنی بر نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی**
- **ارائه بازخورد نتایج بازدیدها و اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد/افراد پیشنهاددهنده**

تیم رهبری و مدیریت بیمارستان باید با فلسفه و نحوه‌ی اجرای بازدید مدیریتی ایمنی طبق دستورالعمل و مبانی فرهنگ ایمنی آشنا بوده و بدان متعهد باشد. حضور مدیران ارشد بیمارستان طبق دستورالعمل در این بازدید ضروری است.

برنامه‌ی تنظیمی (تقویم) سالیانه (به‌نحوی که حداقل یک بازدید مدیریتی در هر هفته صورت گیرد) از سوی رئیس/مدیرعامل بیمارستان به کلیه واحدها/بخش‌های مربوطه و مدیران مرتبط ابلاغ شده، در بخش‌ها/واحدها موجود و در معرض رویت کارکنان می‌باشد. موارد لغو شده در برنامه اصلاح و تاریخ بعدی مشخص شده است و کارکنان از آن مطلع باشند.

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار ماهیت بازرسی ندارد و بازدیدها بر اساس گفتمان حضوری و سؤالات باز مربوط به وضعیت ایمنی بیمار و مخاطرات سیستمی موجود با کارکنان صف در بخش‌ها/واحدهای مربوط مطابق با سؤالات پیشنهادی در دستورالعمل فوق‌الذکر اجرا می‌گردد. ضروری است فرصت کافی به کارکنان در خصوص بیان دغدغه‌های خود در قبال تهدید ایمنی بیمار داده شود و بازدید به‌گونه‌ای مدیریت گردد که مباحث غیرمرتبط با ایمنی بیمار باعث اتلاف وقت و نپرداختن به مباحث ایمنی بیمار نشود.

رویکرد این بازدیدها ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار و به‌تبع آن افزایش موارد گزارش مخاطرات و عوامل تهدیدکننده‌ی ایمنی بیمار و خطا از سوی بخش‌ها و عاری از هرگونه رویکرد سرزنشی است؛ لذا مشارکت مؤثر و بدون ترس کارکنان بخش‌ها/واحدها در ابراز دغدغه‌های تهدیدکننده‌ی ایمنی بیمار و پیشنهادهای اصلاحی موردانتظار است.

➢ **شواهد اجرای بازدید مدیریتی ایمنی بیمار:**

۱) وجود سوابق ارائه‌ی بازخورد نتایج بازدیدها و نتایج اقدامات اصلاحی به کارکنان بخش مربوطه و فرد/ افراد پیشنهاددهنده
۲) وجود صورت‌جلسات کمیته‌های مرتبط و سوابق تصمیم‌گیری اثربخش در مواردی که طبق صورت‌جلسه بازدید/ نظر مسئول فنی/ ایمنی نیاز به بررسی در کمیته باشد
۳) وجود برنامه بهبود اثربخش برای اقدام/اقدامات اصلاحی مدون ناشی از بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (در صورت لزوم)
۴) ارزیابی مستند شاخص روند گزارش‌دهی وقایع ناخواسته و بررسی ارتباط آن با اثربخشی بازدیدهای ایمنی بیمار
۵) استفاده از درس‌آموخته‌های این بازدیدها با هدف اصلاح فرایندها/برنامه‌ها و ارتقای ایمنی بیمار در بیمارستان و ارائه به دانشگاه مربوطه به منظور بهره‌برداری سایر مراکز
۶) اشراف تیم رهبری و مدیریت بر نتایج حاصله از اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و اثربخشی آنها

❋ الف-۱-۵-۴/ ☐☐☑/ ۲

وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت‌های سلامت مطابق ضوابط مربوطه مدیریت می‌شوند.

- ❖ **گزارش حوادث ناخواسته‌ی درمان و انجام اقدامات لازم بر اساس شیوه‌نامه‌ی ابلاغی وزارت بهداشت**
- ❖ **شناسایی، بررسی و تحلیل علل ریشه‌ای منجر به وقایع ناخواسته‌ی ایمنی بیمار اعم از وقایع ناگوار[۱]، موارد بدون آسیب[۲]، موارد نزدیک به وقوع[۳]**
- ❖ **طراحی و اجرای برنامه‌ها/مداخلات اصلاحی به‌منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ناخواسته**
- ❖ **به‌اشتراک‌گذاری درس‌های آموخته شده با سایر کارکنان و بخش‌های مرتبط**

➢ **روش‌های مختلف برای شناسایی وقایع ناخواسته شامل:**

۱) دریافت گزارش
۲) شکایات واصله
۳) دریافت گزارش بازدیدها، ممیزی‌ها، گزارش‌های نظارتی و سوپروایزری
۴) بررسی پرونده
۵) سایر روش‌های بومی در بیمارستان

شناسایی و گزارش‌دهی کدهای وقایع ناخواسته مندرج در شیوه‌نامه‌ی مورد اشاره، مطابق مفاد آن به سطوح بالاتر انجام می‌شود.

وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل است و محدود به کدهای تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی نیست. بدیهی است تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت سلامت باید در سطح بیمارستان شناسایی، پیشگیری و مدیریت شوند.

➢ **طراحی و اجرای برنامه/ مداخلات اصلاحی به‌منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه به دو شکل زیر است:**

۱) مداخلات/ اقدامات اصلاحی موردی به تفکیک وقایع ناخواسته رخداده
۲) مداخلات/ اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی، بخش و مانند آن در خصوص وقایع تکرار شونده مشابه یا با احتمال بروز مجدد بالا

ابزار جهانی تریگر مؤسسه ملی سلامت[۴] به‌راحتی و بدون استفاده از تکنولوژی‌های پیچیده، با رصد آسیب‌ها و شمارش مواردی که نباید رخ می‌داد به شناسایی وقایع ناخواسته احتمالی می‌پردازد. تریگرهای مراقبت سلامت، دارویی، جراحی، ویژه، پره ناتال و اورژانس تریگرهای مختلف موجود هستند که در زمینه تخمین میزان بروز وقایع ناخواسته کمک‌کننده خواهند بود. برای مطالعه بیشتر در خصوص ابزار جهانی تریگر با کلیدواژه مزبور جستجوی منابع توصیه می‌شود.

➢ **نکاتی مهم در زمینه گزارش وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت:**

۱) تیم رهبری و مدیریت بیمارستان پایبندی خود به رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش‌دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان ابلاغ نموده است.
۲) گزارش‌ها از نظر روند گزارش‌دهی اعم از کیفیت و کمیت گزارش‌های واصله به تفکیک بخش/واحد، رسته شغلی دسته‌بندی محرمانه شده در ارتقای گزارش‌دهی مورد بهره‌برداری قرار گیرند.
۳) نظارت و پایش برنامه/ مداخلات اصلاحی با روش‌های معتبر مانند انجام ممیزی بالینی و چرخه PDCA صورت گیرد.
۴) درس‌گیری از وقایع رخداده و استفاده از آن‌ها به‌عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرایندها جزئی از فرهنگ جاری سازمانی است.

درس‌های آموخته شده ترجیحاً از طریق دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی مربوطه با سایر بیمارستان‌ها به مشارکت گذاشته شده/ منتشر می‌شوند

تیم رهبری و مدیریت با اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نابجا، منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه[۵]، گزارش‌دهی وقایع ناخواسته‌ی درمان را ترویج می‌نماید[۶]. در فرهنگ منصفانه، این موضوع درک می‌گردد که کارکنان حرفه‌ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند؛ ولی بی‌مبالاتی‌ها قابل‌پذیرش و تحمل نیست.

[1] Sentinle Events
[2] No Harm Events
[3] Near Misses
[4] Global Trigger Tools
[5] Just Culture

[۶] برای شرح فرهنگ ایمنی بیمار به توضیحات سنجه الف-۱-۵-۷ مراجعه گردد.

الف-۱-۵-۵/ ☐☑☑/ ۱,۵
مدیریت پیشگیرانه‌ی خطر برای اجتناب از وقایع تهدیدکننده‌ی ایمنی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ **وجود برنامه‌ی مدیریت پیشگیرانه‌ی خطر در حوزه ایمنی بیمار، ایمنی کارکنان، ایمنی سازمان و جامعه** ❖ **تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «مدیریت پیش‌گیرانه‌ی خطر[1] برای اجتناب از وقایع تهدیدکننده ایمنی» با حداقل‌های موردانتظار** ❖ **اجرای برنامه‌های مدون مدیریت پیشگیرانه‌ی خطر با محوریت تیم رهبری و مدیریت** ❖ **پایش برنامه‌های اجرا شده و در صورت نیاز طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی با مشارکت کمیته‌های مرتبط**
برنامه جامع مدیریت پیشگیرانه خطر باید بر اساس یکی از الگوهای علمی مدون در حوزه‌های مختلف ایمنی (حوزه ایمنی بیمار با محوریت مسئولان ایمنی بیمار، حوزه ایمنی کارکنان با محوریت واحد بهداشت حرفه‌ای و حوزه ایمنی سازمان و جامعه با محوریت تیم رهبری و مدیریت و واحد مدیریت خطر حوادث و بلایا) تدوین گردیده و ملاک عمل در بیمارستان باشد. خط‌مشی و روش اجرایی، توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان با مشارکت فعال مسئول فنی/ایمنی، کارشناس هماهنگ‌کننده‌ی ایمنی بیمار و مسئول بهبود کیفیت و سایر مسئولان تدوین و توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان به مسئولان مربوطه ابلاغ می‌گردد. در همین راستا جلسه مشترک بین مسئول فنی/ایمنی، کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار و مسئول بهبود کیفیت و مسئول مربوط (مانند مدیر پرستاری، مسئول تجهیزات پزشکی، مدیر داروئی و...)، تشکیل شده و موضوعات پیشنهادی با محوریت مسئول فنی/ایمنی پیشنهاد، تصویب، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بر روند اجرای خط‌مشی و روش اجرایی فوق نظارت دارند. برای ارزیابی پیش‌گیرانه‌ی خطر استفاده از روش‌های استاندارد همچون FMEA توصیه می‌شود.

❊ الف-۱-۵-۶/ ☐☑☑/ ۲
محدوده‌ی زمانی ارائه‌ی خدمات تشخیصی و درمانی با تأکید بر ایمنی بیمار و بهبود کیفیت خدمات تعیین و رعایت می‌گردد.
❖ **تعیین و پایش زمان استاندارد ارائه خدمات تشخیصی و درمانی** ❖ **تبیین شیوه‌ی مدون و نظارت بر روند اجرای زمان‌بندی‌های تعیین شده** ❖ **ارائه گزارش تحلیلی هر سه ماه یک‌بار به تیم رهبری و مدیریت** ❖ **طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود کیفیت مناسب** ❖ **پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود کیفیت**
از شاخص‌های مهم در اندازه‌گیری زمان ارائه‌ی خدمات می‌توان به مواردی چون زمان اولین ارزیابی بیماران توسط پزشکان و پرستاران، زمان تریاژ بر اساس سطوح مختلف تریاژ، فاصله زمانی تریاژ تا ویزیت بیماران توسط پزشک و همچنین سایر شاخص‌های تعیین شده بر اساس قوانین بالادستی اشاره کرد. البته ضروری است بیمارستان با درنظرگرفتن شرایط خاص خود و نوع خدمات ارائه شده، از شاخص‌های تکمیلی مناسب دیگری نظیر محدوده‌ی زمانی انجام آزمایشات، انواع گرافی‌ها و دیگر اقدامات پاراکلینیک نیز استفاده کند. لازم به ذکر است زمان‌بندی‌ها باید به تفکیک اورژانسی یا غیراورژانسی بودن خدمت و بر اساس قوانین بالادستی موجود توسط صاحبان فرایند پیشنهاد و پس از تأیید در کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان (برای خدمات اورژانسی) و کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی (برای خدمات غیراورژانسی) جهت اجرا ابلاغ شوند. بدیهی است نظارت بر رعایت زمان‌بندی‌های تعیین شده پس از تأیید و ابلاغ، با محوریت مسئول فنی بیمارستان موردانتظار است و گزارش نظارت‌های صورت‌گرفته پس از تحلیل می‌بایست با مشارکت کمیته پایش و سنجش کیفیت در بازه‌های زمانی تعیین شده به تیم رهبری و مدیریت ارائه شود.

[1] Proactive Risk Management

❊ الف-۱-۵-۷/ ☑☑☐/ ۱.۵

استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

- ❖ **آگاهی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار و تعهد به اجرای آن در سطوح مختلف**
- ❖ **آگاهی کارکنان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار و تعهد به اجرای آن**
- ❖ **ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با ابزار معتبر در زمان‌بندی‌های معین مطابق دستورالعمل ابلاغی**
- ❖ **بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی در صورت لزوم**
- ❖ **ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی طراحی شده در زمینه‌ی فرهنگ ایمنی بیمار**
- ❖ **وجود شواهدی مبنی بر تطبیق عملکرد بیمارستان با مصادیق ایمنی بیمار**

فرهنگ ایمنی بیمار در یک سازمان، محصول ارزش‌ها، نگرش‌ها، ادراک، شایستگی‌ها و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد به مدیریت ایمنی، سلامت سازمانی، روش و کارآمدی آن را نشان می‌دهد. این فرهنگ حاکی از اعتماد دوطرفه است که در آن همه‌ی کارکنان می‌توانند آزادانه در خصوص مشکلات ایمنی و چگونگی حل آن‌ها صحبت کنند بدون آن که ترسی از سرزنش غیرمنصفانه یا تنبیه داشته باشند.

➢ **خصوصیات سازمان‌هایی با استقرار فرهنگ ایمنی بیمار:**

۱) امنیت روانی: افراد می‌دانند که دغدغه‌های آنان مورد استقبال قرار گرفته با احترام با ایشان رفتار می‌شود.

۲) رهبری فعال: رهبران سازمانی، فضایی خلق می‌کنند که در آن تمامی کارکنان به‌راحتی دغدغه‌های خود را بیان می‌نمایند.

۳) شفافیت: کارکنان برای اظهار و پافشاری[1] در قبال دغدغه‌های ایمنی احساس راحتی می‌کنند و اعتماد بالایی در زمینه یادگیری از مشکلات برای ارتقا دارند.

۴) انصاف: افراد برای خطاهای با منشأ سیستمی سرزنش یا تنبیه نمی‌شوند.

➢ **سطوح فرهنگ ایمنی بیمار:**

سطح (۱): فرهنگ سازمانی بیمار[2]، چرا وقتمان را روی ایمنی تلف کنیم!

سطح (۲): فرهنگ سازمانی واکنشی[3]، اگر اتفاقی بیفتد بالاخره یک کاری می‌کنیم!

سطح (۳): فرهنگ سازمانی مبتنی بر سیستم‌ها و ضوابط اداری[4]، سیستم‌هایی برای مدیریت ایمنی مستقر داریم.

سطح (۴): فرهنگ سازمانی پیشگیرانه[5]، همیشه نسبت به ریسک‌ها هوشیاریم.

سطح (۵): فرهنگ سازمانی مولد[6]، مدیریت خطر جزء اصلی تمامی فعالیت‌های سازمانی است.

بر اساس تحلیل وضعیت موجود، بیمارستان در یکی از سطوح پنج‌گانه فوق‌الذکر قرار می‌گیرد.

[1] Speak up
[2] Pathological
[3] Reactive
[4] Bureaucratic
[5] Proactive
[6] Generative

الف-۱-۶ بیمارستان از مدیریت منابع مالی با رویکرد اقتصاد درمان و با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات اطمینان حاصل می‌نماید

*** الف-۱-۶-۱/ ☐☐☑/ ۱,۵**

از ظرفیت تخت‌های بستری بخش‌های عادی و ویژه، با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات به صورت بهینه استفاده می‌شود.

- **تعیین دامنه‌ی بهینگی ظرفیت تخت‌های بستری (به تفکیک بخش) و تعریف شاخص‌های مورد نظر با محوریت مدیریت مالی**
- **اندازه گیری، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها، شناسایی و کنترل عوامل تاثیرگذار و مخدوش‌کننده‌ی بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت**
- **طرح‌ریزی و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود**
- **پایش اثربخشی اقدامات/برنامه‌های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت**

محا سبه‌ی دامنه‌ی بهینگی نیازمند در نظر گرفتن یک مرجع ا ست، مهمترین مرجع برای محا سبه بهینگی، کارآیی یا ن سبت درآمد به هزینه یا سود (به ازای بخش‌ها یا حتی به ازای پز شکان) با در نظر گرفتن ا صول ایمنی و کیفیت ا ست. به عنوان مثال در بیمار ستان می‌توان ضریب ا شغال تخت را (هرچند کفایت نمی‌کند) هم مرجع گرفت. بنابراین اولین اقدام تعریف این اســت که بهینه بودن نســبت به کدام مرجع در نظر گرفته شــده اســت. مشــخصــات شاخص/ شاخص‌های بهینگی تهیه شود، یعنی دامنه‌ی بهینگی محا سبه گردد و الگوی تف سیر دامنه‌ی به د ست آمده تعیین شود. سپس منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاســبه‌ی بهینگی را شــناســایی کرده و مکانیســم (ســاز و کار) ثبت، انتقال و محاســبه، تعریف شــده و داده‌های مربوط به آن مرجع، گردآوری گردد. سپس در دوره‌های مشخص شده اندازه‌گیری و تفسیر شود. عوامل و شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد، باید بصورت جداگانه شناسایی و پیش بینی و برنامه‌ریزی شود و تاثیر عوامل مخدوش‌کننده‌ی بهینگی به صورت جداگانه سنجش و تحلیل گردد. از نقش مدیر تخت و جلسات کمیته‌های مرتبط در اتخاذ راهکارهای استفاده بهینه از تخت‌های بستری عادی و بخش‌های استفاده می‌گردد. تعیین دامنه و شاخص‌های بهینگی و همچنین تحلیل نتایج مربوط به اندازه‌گیری این شاخص‌ها، می‌بایست در کمیته‌ی اقتصاد درمان بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت بررسی شود.

*** الف-۱-۶-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵**

از ظرفیت اتاق/اتاق‌های عمل، با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات به صورت بهینه استفاده می شود.

- **تعیین دامنه‌ی بهینگی استفاده از ظرفیت اتاق‌های عمل و تعریف شاخص‌های مورد نظر با محوریت مدیریت مالی**
- **اندازه‌گیری، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها، شناسایی و کنترل عوامل تاثیرگذار و مخدوش‌کننده‌ی بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت**
- **طرح‌ریزی و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت**
- **پایش اثربخشی اقدامات/برنامه‌های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت**

در استفاده بهینه از اتاق عمل، مرجع عبارت است از محاسبه‌ی نسبت مدت زمان استفاده از اتاق عمل به «معادل تمام وقت[1]» در هریک از اتاق‌های عمل؛ در محاســبه معادل تمام وقت، آخرین دســتورالعمل نحوه مدیریت انجام جراحی در اتاق عمل مبنی بر انجام جراحی های غیراورژانســی (الکتیو) در اتاق عمل‌های بیمارستان‌ها از ساعت ۷ صبح تا ساعت ۲۲ (به نحوی که جراحی های غیراورژانسی حداکثر تا ساعت ۲۲ خاتمه یابد) مد نظر قرار گیرد. همچنین ابتدا باید ظرفیت قابل استفاده اتاق عمل معادل تمام وقت (با در نظر گرفتن ظرفیت ذخیره لازم برای پوشش موارد فوریت و اورژانس و نیز کیفیت و ایمنی بیمار) محاسبه گردد. سپس هر عاملی که موجب کاهش این ظرفیت می شود، شناخته شده و برای برطرف کردن یا به حداقل رساندن ریسک‌ها و آثار آن (مانند تخصیص زمان اتاق عمل برای پزشکان خاص یا تخصص خاص، ظرفیت ریکاوری، آمادگی ست‌ها و CSSD، نیروی انسانی، تاسیسات و...) برنامه‌ریزی شــود. ضــروری اســت برنامه‌ریزی برای تخصــیص اتاق‌های عمل برای انجام اعمال جراحی با توجه به عوامل متعدد مانند مدت زمان جراحی، مدت زمان آماده سازی مجدد اتاق عمل و ... به نحوی باشد که شاخص بهینگی را به حداکثر مقدار قابل دستیابی نزدیک‌تر کند. لغو اعمال جراحی و مدت زمان انتظار بیماران برای جراحی از شاخص‌های مهم در نشان دادن اجرای مناسب برنامه‌ی زمان‌بندی اتاق عمل است. بررسی لیست اعمال جراحی روزانه بر اساس تعداد اتاق‌های عمل بیمارســتان با احراز خالی بودن حداقل یک اتاق برای موارد اورژانســی، تعیین حداقل‌های لازم برای انجام اعمال جراحی اعم از نیروی انسانی، تجهیزات، زمان، مشاوره‌ها و سایر منابع (از جمله رزرو خون، رزرو تخت ویژه، پروتز و ...) و تنظیم و اجرای برنامه‌ی زمانبندی اتاق عمل بر اساس حداقل‌های تعیین شــده می بایســت در دســتور کار قرار گیرد. تعیین دامنه و شــاخص‌های بهینگی و همچنین تحلیل نتایج مربوط به اندازه‌گیری این شاخص‌ها، می‌بایست در کمیته‌ی اقتصاد درمان بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت بررسی شود.

[1] Full Time Equivalent (FTE)

❋ الف-۱-۶-۳/ ☑☑☐/ ۱,۵

از ظرفیت گروه‌های پزشکی برای توسعه‌ی خدمات، با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت به صورت بهینه استفاده می شود.

- تعیین دامنه‌ی بهینگی و شاخص‌های مورد نظر بهینگی برای مشارکت گروه‌های پزشکی
- اندازه‌گیری، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها، شناسایی و کنترل عوامل تاثیرگذار و مخدوش‌کننده‌ی بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- طرح‌ریزی و اجرای اقدامات/برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت
- پایش اثربخشی اقدامات/برنامه‌های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت

در خصوص بهینگی استفاده از ظرفیت گروه‌های پزشکی علاوه بر مشارکت در توسعه‌ی خدمات سرپایی مواردی مانند اورژانس، خدمات تشخیصی و بخش‌های بستری و سایر مشارکت‌های گروه پزشکی مطرح است که در صورت تعیین معادل تمام‌وقت برای هر یک از واحدهای پیش‌گفت، تصمیم‌گیری مسئولان ارشد بیمارستان را برای برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات مناسب تسهیل می‌سازد.

❋ الف-۱-۶-۴/ ☑☑☐/ ۲

علل بروز بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود موثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه‌ریزی قبلی
- پایش روند شاخص بستری مجدد بیمارستان
- بررسی تحلیلی علل بستری مجدد به تفکیک عناوین مختلف
- طرح ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه های بهبود بر اساس نتایج بررسی‌ها با محوریت تیم رهبری و مدیریت
- پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه های بهبود

منظور از بستری مجدد در این سنجه، بستری ناخواسته بیمار بدون برنامه‌ریزی قبلی[1] به هر علت در طی یک ماه بعد از آخرین ترخیص می‌باشد. علت یا تشخیص هنگام بستری مجدد می‌تواند مرتبط یا غیرمرتبط با تشخیص نهایی هنگام آخرین ترخیص بیمار باشد. بیمارانی که با برنامه‌ریزی قبلی برای ادامه‌ی سیر درمان مراجعه می‌نمایند و نیز بیماران روانپزشکی، شیمی درمانی، دیالیز و ... شامل این تعریف نمی شوند. به منظور شناسایی موارد بستری مجدد، موارد از سامانه اطلاعات بیمارستانی که طی ۳۰ روز گذشته در بیمارستان بستری بوده‌اند اخذ گزارش گیری می گردد. علاوه بر مشخصات هویتی و دموگرافیک این بیماران، تاریخ بستری و ترخیص قبلی، تشخیص نهایی هنگام ترخیص قبلی، سرویس‌های بستری و بخش قبلی نیز جزو اطلاعات استخراج شده می‌باشد.گزارش تحلیلی شاخص به طور کلی و به تفکیک عناوین؛ مانند بخش، سرویس تخصصی و تشخیص نهایی بیماری استخراج می‌شود. اعضای تیم اقدام اصلاحی از بین کارکنان بالینی مرتبط اعم از پزشک معالج، پرستاران و سرپرستاران مرتبط، سوپروایزر آموزشی، مددکار، پزشک معتمد (ترجیحاً در سرویس تخصصی مربوط) و سایر کادر بالینی و مدیریتی/اجرایی مرتبط انتخاب شده و اقدام اصلاحی/برنامه بهبود در خصوص مدیریت/کاهش وقوع بستری مجدد صورت می‌پذیرد. تحلیل ارتباط بین ایمن بودن ترخیص و بستری مجدد دارای اهمیت می‌باشد.

شاخص بستری مجدد عبارت است از تعداد موارد بستری مجدد (طبق تعریف) بر تعداد موارد ترخیص در بازه‌ی زمانی مشخص. موارد فوت و ارجاع به سایر مراکز از موارد ترخیص قید شده در مخرج کسر مستثنی می شوند. با عنایت به تاثیرگذاری مولفه‌های بیرونی مانند شرایط اجتماعی/اقتصادی بر ادامه‌ی روند مراقبت و درمان، نقش مددکار اجتماعی و مشارکت فعال ایشان در پیشگیری از بستری‌های مجدد مورد توجه ویژه قرار گیرد و نیز برگشت مجدد بیمار در اورژانس هم رصد گردد چراکه بدلایل مختلف بیمار از اورژانس ترخیص و متاسفانه با عارضه برمی‌گردد.

الف-۱-۶-۵/ ☑☑☐/ ۲

علل و عوامل ترخیص با مسئولیت شخصی شناسایی و اقدامات اصلاحی/برنامه‌ی بهبود موثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- شناسایی و ثبت موارد ترخیص با مسئولیت شخصی به تفکیک بخش‌های بیمارستان
- پایش روند شاخص ترخیص با مسئولیت شخصی
- تحلیل عوامل مؤثر بر ترخیص با مسئولیت شخصی
- برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود مبتنی بر نتایج تحلیل علل، با محوریت تیم رهبری و مدیریت
- پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود اجراشده

هریک از مراکز بایستی ضمن ثبت دقیق موارد ترخیص با مسئولیت شخصی (ترجیحا در بستر HIS)، علل و عوامل ناکارآمدی یا عدم رضایت بیماران خود را شناسایی و ضمن تحلیل اقدامات اصلاحی/برنامه‌ی بهبود، برنامه‌ریزی و انجام دهد.

[1] Unplanned Readmission

الف-۱-۶-۶/ ☑☑☐/ ۱

افزایش درآمد بیمارستان و جذب منابع مالی/ سرمایه‌ای در چارچوب ضوابط، با تاکید بر ایمنی بیمار و کیفیت خدمات برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.

- **شناسایی کانون‌های درآمدی و جذب منابع مالی و سرمایه‌ای بیمارستان و برآورد ظرفیت درآمدزایی و جذب منابع در هر یک از کانون‌ها**
- **تحلیل عوامل مؤثر بر افزایش یا کاهش درآمد و جذب منابع مالی و سرمایه‌ای در کانون‌های شناسایی‌شده**
- **برنامه‌ریزی، اجرای و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود مبتنی بر نتایج تحلیل‌ها**
- **جذب و هزینه‌کرد منابع حاصل از مشارکت‌های مردمی و مؤسسات خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط و مقررات مربوطه**

از اهداف این سنجه می‌توان به ممانعت از هرگونه تاثیر منفی سیاست‌های مالی، درآمدزایی و صرفه جویی‌ها بر ایمنی بیماران و همچنین وجود نظام ثبت اطلاعات حسابداری و سامانه اطلاعات حسابداری مناسب اشاره کرد. برای افزایش درآمد بیمارستان ابتدا باید کانون‌های درآمدی را شناسایی نمود، سپس ظرفیت تولید درآمد در هریک از کانون‌ها را با استفاده از مدل‌های پیش بینی (مانند سری زمانی، مطالعه فرایند و ...) تعیین نمود. پس از شناسایی و تحلیل عوامل موثر بر تحقق و وصول درآمد و یا عوامل از دست رفتن درآمد، مدل تولید درآمد در هر کانون تهیه شود. سپس درآمد تحقق یافته در هریک از کانون‌ها در بازه‌ی زمانی مناسب محاسبه و با مقدار مطلوب در همان بازه مقایسه و دلایل اختلاف شناسایی شود. سپس برای کاهش اثر یا از بین بردن دلایل کاهنده‌ی درآمد برنامه‌ریزی شده و اقدام موثر صورت گیرد. سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به افزایش درآمد بیمارستان در بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی مانند پذیرش بیماران و ترخیص آن‌ها به نحوی باشد که با کاهش در کمیت و کیفیت، به تهدید ایمنی بیماران منجر نشود. در اولویت‌بندی پذیرش بیماران فوریت و وضعیت بالینی بیمار اولویت داشته و به هیچ وجه تابع میزان صرفه‌جویی/درآمد به دست آمده از ناحیه‌ی نوع بیماری، مدت اقامت بیمار یا پرو سیجر درمانی و ... نبا شد. افزایش حجم ارائه‌ی خدمات و تلاش در جهت سرعت‌بخ شی به این امر مانند کاهش هدررفت زمان در اتاق عمل و افزایش تعداد پروسیجرها نباید باعث نادیده گرفته شدن استانداردها و مبانی ایمنی بیمار شود.

منابع مالی بیمار ستان شامل ردیف‌های بودجه‌ای، کمک‌های برنامه‌ای از طرف وزارت بهداشت و جذب منابع مختلف از طریق مشارکت‌های مردمی، خیریه و... است. لازم است نظام ثبت اطلاعات حسابداری متناسب و سامانه‌ی اطلاعات حسابداری منطبق با آن نظام به نحوی که اطلاعات رخدادهای مالی براساس عملیاتِ برنامه‌ها را ثبت کند، وجود داشته باشد. کنترل داخلی در حسابداری مطابق استانداردهای حسابداری انجام می‌شود. مدیر مالی گزارش‌های تفسیری و تحلیلی ماهانه از رخدادهای مالی و انطباق آن‌ها با برنامه‌های مصوب تهیه کرده و در اختیار تیم رهبری و مدیریت قرار می‌گیرد. تیم رهبری و مدیریت و مدیر مالی ضمن برر سی انحراف از بودجه و دلایل آن‌ها اقدامات لازم برای انطباق عملکرد بودجه منطبق با مقدار منابع مالی و بودجه‌ی م صوب طراحی و ابلاغ می کند. رئیس/مدیرعامل مسئولیت هزینه‌کرد صحیح بودجه و اعتبارات تخصیصی را بر عهده دارند.

در تصویب برنامه‌هایی که تامین بخ شی از منابع آن متکی به کمک خیرین ا ست می‌بایست این نکته را مد نظر قرار داد که برنامه‌های حیاتی بیمار ستان (تامین تجهیزات ضروری، مصرفی، منابع مورد نیاز فرایندهای اصلی و ...) نباید منوط به تامین منابع توسط خیرین باشد. تمامی رخدادهای مالی در سامانه‌ی حسابداری درج شده و مدیر مالی گزارش‌های تحلیلی (حداقل هر سه ماه یکبار) در تامین و مصرف اعتبارات را به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارائه می‌کند.

الف-۱-۶-۷/ ☑☑☑/ ۱

ممیزی مالی صورتحساب بیماران بر اساس رویه‌ای مشخص انجام می‌گیرد.

- **محاسبه دقیق خدمات تشخیصی، درمانی و رفاهی ارائه‌شده به بیماران و صدور صورتحساب**
- **تعیین دقیق میزان پرداخت از جیب بیماران دارای بیمه پایه و بیمه تکمیلی**
- **محاسبه و پایش کسورات بیمه‌ای پرونده‌های بیماران به‌صورت فصلی**
- **تدوین برنامه‌های مدون برای کاهش پرداخت از جیب بیماران و کاهش کسورات بیمه‌ای**
- **اجرای برنامه‌های تدوین‌شده، ارزیابی اثربخشی آن‌ها و انجام اقدامات اصلاحی یا برنامه‌های بهبود در صورت نیاز**

هدف از اجرای این سنجه، شفافیت مالی بیمارستان در ارتباط با هزینه‌های بیماران، پوشش خدمات توسط بیمه‌ها و میزان کسورات بیمه‌ای است.

➢ **در همین راستا از بیمارستان انتظار می رود نسبت به انجام موارد زیر اقدام نماید:**

۱) محاسبه دقیق هزینه خدمات ارائه‌شده؛ یعنی تمام خدمات ارائه شده به بیمار (خدمات تشخیصی، خدمات درمانی، خدمات رفاهی، دارو و سایر هزینه‌ها) باید دقیق، کامل و بدون خطا در صورتحساب ثبت شوند.

۲) تعیین میزان پرداخت از جیب بیمار؛ یعنی مشخص شود بیمار چقدر از هزینه را خودش پرداخته، بیمه پایه چقدر پوشش داده، بیمه تکمیلی چقدر پرداخت کرده و چه مبلغی واقعاً از جیب بیمار خارج شده است. این بخش بسیار مهم است، چون یکی از ملاک‌های مهم شفافیت مالی و رضایت بیمار محسوب می‌شود.

۳) بررسی کسورات بیمه‌ای؛ در این قسمت باید مشخص شود ۱) میزان دقیق کسورات در هر فصل چقدر است ۲) علت کسورات چیست ۳) در کدام خدمات بیشتر رخ می‌دهد. یعنی روند کار فقط ثبت عدد نبوده و ملاک تحلیل علت‌ها است.
۴) تدوین برنامه برای کاهش پرداخت از جیب و کسورات؛ یعنی هنگامی که مشخص شد مشکل از کجاست، باید برای اصلاح آن برنامه‌ریزی شود. نمونه هایی از اقدامات اصلاحی مانند اصلاح فرایند ثبت خدمات، آموزش کارکنان، کنترل پرونده ها پیش از ارسال پرونده به بیمه، بازنگری در فرایندهای صدور صورتحساب و...
۵) اجرای برنامه و سنجش اثربخشی

الف-۱-۶-۸/ ☑☑☐/ ۱,۵

مدیریت هزینه‌های خدمات مشمول گلوبال، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت می‌پذیرد.

- **تهیه گزارش تحلیلی هزینه تمام‌شده هر یک از خدمات گلوبال ارائه‌شده در بیمارستان**
- **تعیین حداقل، حداکثر و میانگین مصرف ملزومات هر یک از خدمات گلوبال، مانند مواد مصرفی، دارو و زمان ارائه خدمت**
- **تحلیل هزینه تمام‌شده خدمات گلوبال به تفکیک پزشکان، تعیین میزان انحراف از مقادیر پایه و بررسی تأثیر آن بر کیفیت خدمات**
- **تدوین و اجرای برنامه‌های انطباق میانگین هزینه تمام‌شده خدمات گلوبال در بیمارستان با تعرفه‌های ابلاغی، با تأکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات**

➢ **ملاحظات مهم در استمرار کیفیت و ایمنی بیماران در برنامه‌های مدیریت هزینه:**

۱) تامین/تعدیل نیروی انسانی به نحوی نباشد که با کاهش در کمیت و کیفیت در چینش نیروی انسانی، منجر به تهدید ایمنی بیماران شود.
۲) تامین دارو و تجهیزات و مصرف آن‌ها به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران شود.
۳) تامین مواد و ملزومات حفاظت فردی به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی کارکنان شود.
۴) تامین تجهیزات پزشکی و مصرف آن‌ها به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران شود.
۵) نظارت دقیق بر پرهیز از هرگونه تعجیل در ترخیص بیماران که منجر به ترخیص غیرایمن شود.

الف-۱-۶-۹/ ☑☑☐/ ۱,۵

مدیریت هزینه‌ها در سهم هزینه‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری در چارچوب ضوابط مربوط و با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار و کیفیت خدمات صورت می‌پذیرد.

- **تهیه‌ی گزارش تحلیلی از هزینه‌ی تمام شده‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک به تفکیک بخش‌های بستری**
- **طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه های بهبود برای انطباق هزینه‌ها و درآمدهای خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک**
- **پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه های بهبود با محوریت تیم رهبری و مدیریت**

هزینه‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری در تخت سوختگی معادل ۱۲٪ تعرفه‌ی هتلینگ و در بخش های ویژه کودکان – عمومی- نوزادان و ریه معادل ۴,۲٪ (چهار و دو دهم) تعرفه‌ی هتلینگ و در بخش ویژه‌ی سوختگی معادل ۸,۴٪ (هشت و چهار دهم) تعرفه‌ی هتلینگ و در اتاق عمل معادل ۴۰٪ جزء فنی ارزش ریالی کای جراحی و در سایر بخش ها معادل ۶٪ تعرفه‌ی هتلینگ (تخت) می باشد.
منظور از سهم هزینه‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری ضریب یا درصدی از مبلغ هتلینگ است که به صورت مجزا در صورتحساب بیماران به عنوان خدمات پرستاری منظور می‌شود.

➢ **ملاحظات مهم در استمرار کیفیت و ایمنی بیماران در برنامه‌های مدیریت هزینه‌ها در سهم هتلینگ از هزینه‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری شامل موارد زیر است:**

۱) تامین مواد، ملزومات، اقلام مشمول هتلینگ و مصرف آن‌ها به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران و کارکنان شود.
۲) خرید اقلام نامرغوب و یا عدم استفاده‌ی کافی و مناسب از اقلام مشمول هزینه‌های سهم هتلینگ از هزینه‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری به منظور صرفه‌جویی، بدون لحاظ معیارهای ایمنی بیمار، باعث تهدید ایمنی بیماران و کارکنان می‌شود.

تهیه‌ی گزارش تحلیلی از هزینه‌ی تمام شده‌ی خدمات پایه و لوازم مصرفی مشترک بخش‌های بستری در بازه‌های زمانی حداکثر ۳ ماهه با محوریت کمیته اقتصاد درمان باید صورت گیرد.

الف-۱-۶-۱۰/ ☑☑☐/ ۱,۵

تامین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات با هدف ارتقای ایمنی بیمار، کیفیت خدمات و تاب‌آوری بیمارستان صورت می‌پذیرد.

- **تدوین فرایند «تامین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات در بیمارستان با تاکید بر حفظ ایمنی بیمار، کیفیت خدمات و تاب‌آوری بیمارستان»**
- **آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط با تامین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات در بیمارستان بر اساس فرایند تدوین شده**
- **نگهداری و انبارش کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات براساس دستورالعمل انبارش کارآمد و ایمن**
- **نظارت تیم رهبری و مدیریت بر اجرای فرایند تامین و نگهداری کالا/ ملزومات و دارو/ تجهیزات در بیمارستان و شناسایی موارد عدم انطباق**
- **طرح ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود در صورت نیاز**

دستورالعمل نگهداری و انبارش کارآمد و ایمن باید در بیمارستان براساس ضوابط مربوطه تدوین و بعنوان جزو لاینفک فرایند تامین و نگهداری کالا/ملزومات و دارو/تجهیزات در نظر گرفته شود. یکی از راه های اطمینان از استقرار این سنجه اطمینان از این مساله است که هیچ موردی از اختلال/تاخیر در روند ارائه‌ی خدمات یا ارجاع بیمار/همراه برای تهیه‌ی دارو و تجهیزات به خارج از بیمارستان به دلیل کمبود کالا/ملزومات و دارو/تجهیزات مشاهده نمی شود. ملزومات و تجهیزات شامل تمامی اقلام اداری، غذایی، بهداشتی، لوازم و تجهیزات پزشکی است. همچنین تهیه‌ی داروها و تجهیزات گران‌قیمت طبق مصوبه‌ی کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان صورت می‌پذیرد. نظارت بر موجودی انبارها مطابق با فهرست دارو/تجهیزات و کالا/ملزومات مورد نیاز، به صورت مستمر، همراه با تعیین ویژگی‌های کیفی و نقطه‌ی سفارش و نقطه‌ی ذخیره‌ی حیاتی و حداکثر سفارش برای تک تک اقلام، اولویت بندی درخواست‌های عادی و فوری مسئولان بخش‌ها/واحدها و کسب اطمینان از توزیع به موقع دارو، تجهیزات و کالا مطابق با درخواست با استفاده از روشی معین و شفاف توسط تیم رهبری و مدیریت و با مشارکت درخواست‌کنندگان و ارزیابی صرفه و صلاح و به‌روز بودن برای خرید دارو، تجهیزات و کالا/ملزومات در کمیته‌های مرتبط با لحاظ نمودن مفاد استانداردها و الزامات قانونی مانند آیین نامه‌های مالی و معاملاتی مورد انتظار است.

➢ **در تامین کالا، ملزومات، دارو و تجهیزات رعایت موارد زیر توصیه می‌شود:**

۱) حمایت از تجهیزات پزشکی تولید داخل
۲) قیمت تمام شده خدمت و رابطه آن با درآمد حاصله از نصب و راه‌اندازی تجهیزات
۳) برآورد ارزش افزوده تجهیزات مورد درخواست برای ایمنی بیمار، ارتقای کیفیت و بهبود درآمد/ هزینه خدمات، برای اولویت‌بندی درخواست‌های خرید
۴) بررسی و تطبیق قابلیت‌های کمی و کیفی موردانتظار دستگاه مطابق نیاز مرکز و درخواست کاربر حرفه‌ای آن در بیمارستان
۵) خرید تجهیزات پزشکی از زنجیره توزیع قانونی و مجاز بودن شرکت تأمین‌کننده و تولیدکننده از نظر وزارت بهداشت
۶) عدم ارجاع بیمار یا همراه به خارج از بیمارستان برای خرید/ تأمین کالا، ملزومات، دارو و تجهیزات
۷) خوشنامی فروشنده در انجام تعهدات و کیفیت پشتیبانی و خدمات پس از فروش و سوابق عملکرد تجهیزات پزشکی مشابه و شرکت پشتیبان آن در سایر مراکز
۸) بررسی گزارش کارشناسی هزینه بهره‌وری اعم از هزینه نگهداشت، هزینه ارتقا و تعمیرات و قطعات
۹) امکان تأمین کیت/ مواد مصرفی و قطعات یدکی در کشور
۱۰) قابلیت‌های ارتقای تجهیزات پزشکی موجود و لحاظ شیوه‌های اقتصادسنجی تجهیزات و ملزومات پزشکی
۱۱) خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی مطابق با ضوابط سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی و رعایت آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی و تشریفات قانونی

الف-۱-۶-۱۱/ ☑☑☐/ ۲

هیچ موردی از اختلال/تاخیر در روند ارائه‌ی خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمی‌شود.

- **نظارت تیم رهبری و مدیریت بر اجرای فرایندهای خدمات تشخیصی‌درمانی، پشتیبانی و اداری مالی**
- **ارائه به‌موقع، ایمن و باکیفیت خدمات تشخیصی‌درمانی، پشتیبانی و اداری مالی بر اساس فرایندهای تدوین‌شده**
- **ارائه خدمات تشخیصی‌درمانی، پشتیبانی و اداری مالی موردنیاز بیمار و همراه در داخل بیمارستان و جلوگیری از ارجاع آنان به خارج از بیمارستان**
- **برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود برای رفع کمبودهای شناسایی‌شده**

➢ **ابعاد اجرایی استقرار این سنجه:**

۱) موجودی انبارهای کالا/ملزومات و تجهیزات، کنترل و هنگام رسیدن به نقطه‌ی سفارش، موجودی انبارها تکمیل شود.
۲) ذخیره‌ی دارویی منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در انبار دارویی (تعیین نقطه‌ی سفارش و نقطه‌ی ذخیره‌ی حیاتی برای تک تک داروها) باشد.
۳) ملزومات و کالاهای مصرفی پزشکی و غیرپزشکی منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در انبار ملزومات موجود باشد.
۴) نیروی انسانی ماهر با هدف نگهداری و تعمیرات فعال برای تاسیسات و نیز دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی تامین شود.

۵) نیروی انسانی ماهر و کافی و قابل دسترس برای خدمات پزشکی و غیرپزشکی تامین شود.
۶) دستگاه‌های جایگزین آماده بکار سالم به تعداد کافی و در دسترس باشند.
۷) لوازم و مواد مصرفی تجهیزات و قطعات یدکی آن‌ها به اندازه کافی در انبار باشد.

یکی از راه های اطمینان از استقرار این سنجه اطمینان از این مساله است که هیچ موردی از اختلال/تاخیر در روند ارائه خدمات یا ارجاع بیمار/همراه برای تهیه دارو و تجهیزات به خارج از بیمارستان به دلیل کمبود کالا/ملزومات و دارو/تجهیزات مشاهده نمی‌شود.

الف-۱-۶-۱۲/ ☑☑☐/ ۱,۵

انتخاب و نظارت بر عملکرد پیمانکاران و تعامل با آن‌ها با لحاظ معیارهای کمی وکیفی به صورت مدون برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- **انتخاب پیمانکار با رعایت صرفه‌وصلاح و قوانین بالادستی مالی و معاملاتی براساس معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین**
- **الزام پیمانکار به رعایت دقیق استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقده**
- **انتخاب و مشخص نمودن ناظر/ناظران و نحوه‌ی نظارت بر عملکرد پیمانکاران و پیش‌بینی مکانیزم‌های جریمه یا فسخ قرارداد**
- **ارزیابی دوره‌ای عملکرد پیمانکاران براساس روش مدون توسط ناظر مشخص شده در قرارداد و پرداخت حقوق پیمانکاران براساس گزارش ناظر**
- **تهیه‌ی گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم رهبری و مدیریت**
- **سنجش رضایت و تمایل پیمانکاران درخصوص نحوه‌ی همکاری با بیمارستان**

تمامی کارکنان مرتبط با برون‌سپاری و عقد قراردادها بایستی از روش‌های انتخاب و نظارت بر عملکرد و تعامل با پیمانکاران آگاهی کامل داشته باشند. منظور از نتایج مطلوب، رسیدن به انتظارات و اهداف تعیین شده بیمارستان در واگذاری خدمات به پیمانکاران است. انجام به موقع تعهدات و پرداختی حق الزحمه‌ی پیمانکاران تو سط بیمار ستان و همچنین نظر سنجی از پیمانکاران برای نحوه‌ی عملکرد بیمار ستان در ارتباط با آن‌ها و تحلیل نتایج نظر سنجی انجام شده و استفاده از نتایج در بازنگری روند کار با پیمانکاران برای تحقق این سنجه مورد نظر است.

الف-۱-۷ بیمارستان در خصوص طبابت مبتنی بر شواهد و ارتقای سلامت برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید

الف-۱-۷-۱/ ☑☑☐/ ۱,۵

بیمارستان در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای سلامت بیماران برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.

- **ارزیابی سیستماتیک و اولویت‌بندی نیازهای پیشگیری و ارتقای سلامت بیماران توسط تیم ارتقای سلامت**
- **فعال‌سازی کلینیک‌های لازم برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مطابق با برنامه‌های ملی**
- **برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات مرتبط با پیشگیری و ارتقای سلامت بیماران و کنترل بیماری‌های غیرواگیر**
- **اجرای برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ی ویژه برای بیماران/همراهان/مراجعین در خصوص بیماری‌های غیرواگیر**
- **آموزش و مشاوره‌ی سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی**

ارتقای سلامت، یکی از علوم کاربردی در حوزه‌ی سلامت ا ست که امروزه بیش‌ازپیش به آن توجه می شود. در واقع در یک تعریف ساده، ارتقای سلامت عبارت ا ست از «فرایند توانمند سازی مردم در شناخت و کنترل عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای سلامت‌محور و در نتیجه رعایت شیوه‌ی زندگی سالم». بیمارستان‌ها به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت، بایستی نقش خود را در ارتقای سلامت تعیین نموده و دراین‌خصوص مسئولیت‌پذیر و پاسخگو باشند.

اولین قدم برای طراحی یک برنامه‌ی ارتقای سلامت، ارزیابی نیازها می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر تشخیص نیازها و اولویت‌ها باعث می‌شود تا دید واضحی در موردنیازهایی که منجر به تهیه‌ی برنامه‌ی ارتقای سلامت می‌شود، ارائه گردد. به‌علاوه این که به وسیله‌ی ارزیابی نیازها می‌توان به‌راحتی اولویت‌های منطبق با نیازهای گروه‌های هدف برای برنامه‌های ارتقای سلامت را مشخص کرد. فرهنگ مشارکت، عامل حیاتی در موفقیت برنامه‌های ارتقادهنده‌ی سلامت در ساختار و فرهنگ بیمار ستانی ا ست و نیازمند برنامه‌ریزی‌های میان‌مدت و درازمدت ا ست. تیم ارتقای سلامت می‌تواند شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه‌ی معاونت بهدا شتی، تیم رهبری و مدیریت، م سئول واحد تغذیه، م سئول بهدا شت محیط و بهدا شت حرفه‌ای، نماینده‌ی پز شکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توان‌بخشی و سایر افراد به تشخیص بیمارستان باشد. اجرای برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزشی به بیماران/همراهان/مراجعین از طریق وب‌سایت، پمفلت‌ها و بروشورهای آموزشی، پیام‌های تصویری، برگزاری دوره‌های آموزش سلامت، برقراری ایستگاه‌های آموزش سلامت در زمان عیادت بیماران و سایر روش‌ها به تشخیص بیمار ستان است. دراین‌خصوص اجرای آموزش و مشاوره به‌خصوص برای بیماران قلبی و فشارخون، ریوی مزمن، سرطانی، آسمی، دیابتی، سکته مغزی و اختلالات روان‌پزشکی موردانتظار است.

الف-۱-۷-۲/ ☐☑☑/ ۱،۵

بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیش‌گام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- **برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات لازم برای ترویج طبابت مبتنی بر شواهد توسط تیم‌های پزشکی در سطح بیمارستان**
- **برنامه‌ریزی و اجرای استانداردهای خدمات سلامت و راهنماهای طبابت بالینی ابلاغی وزارت بهداشت**
- **ارزیابی دوره‌ای وضعیت بیمارستان از نظر میزان استقرار طبابت مبتنی بر شواهد و اجرای اقدامات بهبوددهنده**

پزشکی مبتنی بر شواهد[1] «استفاده‌ی آگاهانه، صریح و خردمندانه از بهترین شواهد فعلی در تصمیم‌گیری» می‌باشد. پزشکی مبتنی بر شواهد روشی است که در آن از روش علمی برای سازماندهی و به‌کارگیری داده‌های به‌روز برای بهبود تصمیم‌گیری‌های درمانی استفاده می شود. در این روش، بهترین دانش علمی موجود باتجربه بالینی پزشک و ارزش‌های بیمار ترکیب می‌شود تا بهترین تصمیم پزشکی برای بیمار گرفته شود.

- **برای به‌کارگیری پزشکی مبتنی بر شواهد در عمل بالینی، پنج مرحله‌ی اصلی وجود دارد:**

۱) تعریف یک سؤال بالینی مرتبط: این سؤال مسئله‌ای است که پزشک با بیمار در مورد آن صحبت می‌کند.

۲) جستجوی بهترین شواهد: پس از فرمول‌بندی سؤال بالینی، شواهد علمی مرتبط با آن سؤال جستجو می شود. شواهد علمی شامل نتایج مطالعات و نظرات کارشناسی است.

۳) ارزیابی انتقادی شواهد: تمام داده‌ها به یک اندازه معتبر نیستند. توصیه‌های یک متخصص به اندازه‌ی نتایج یک مطالعه‌ی خوب انجام‌شده قابل‌اعتماد نیست. نتایج یک مطالعه به‌اندازه نتایج مجموعه‌ای از مطالعات باکیفیت، معتبر نیست؛ بنابراین، در پزشکی مبتنی بر شواهد، سطوح شواهد یا داده‌ها باید بر اساس قدرت نسبی آن‌ها درجه‌بندی شوند. هنگام تصمیم‌گیری‌های بالینی، وزن بیشتری باید به شواهد قوی‌تر داده شود.

۴) به‌کارگیری شواهد: پس از ارزیابی، شواهد، مورداستفاده قرار می‌گیرد تا بهترین تصمیم برای بیمار گرفته شود.

۵) ارزیابی عملکرد: در نهایت، عملکرد این رویکرد، در مورد آن بیمار خاص بررسی می‌شود.

- **شواهد معمولاً به شش سطح مختلف تقسیم می‌شوند:**

سطح IA: شواهدی که از یک متاآنالیز به‌دست‌آمده است. متاآنالیزی که از چندین آزمایش کنترل شده‌ی تصادفی[2] که طراحی مناسبی داشتند و به‌خوبی اجرا شدند، حاصل شده باشد. آزمایش کنترل شده‌ی تصادفی نوعی آزمایش علمی است که برای کنترل عواملی که به طور مستقیم قابل‌کنترل نیستند استفاده می شود. نمونه‌هایی از RCTها شامل آزمایش‌های بالینی هستند که تأثیر داروها، تکنیک‌های جراحی، تجهیزات پزشکی، روش‌های تشخیصی یا سایر درمان‌های پزشکی را با هم مقایسه می‌کنند. این آزمایش‌ها، برخی از قوی‌ترین شواهد بالینی را ارائه می‌دهند و اگر این آزمایش‌ها تکرار شوند و نتایج در یک متاآنالیز ترکیب شوند، نتایج کلی قوی‌تر محسوب می‌شود.

سطح IB: شواهدی که از یک آزمایش کنترل شده‌ی تصادفی به‌دست‌آمده است. آزمایشی که طراحی مناسبی داشته و به‌خوبی اجرا شده است. مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ی تصادفی، زمانی که به‌خوبی طراحی و اجرا شود، معیاری طلایی برای پزشکی بالینی است.

سطح IIA: شواهدی که از حداقل یک مطالعه‌ی کنترل شده‌ی غیرتصادفی به‌دست‌آمده است. آزمایشی که به‌خوبی طراحی و اجرا شده است. هنگامی که تصادفی‌سازی اتفاق نمی‌افتد، ممکن است سوگیری بیشتری در مطالعه وارد شود.

سطح IIB: شواهدی که از حداقل یک مطالعه‌ی مورد-شاهدی و یا هم‌گروهی به‌دست‌آمده است. مطالعه‌ای که به‌خوبی طراحی شده است. همه‌ی سؤالات بالینی را نمی‌توان به طور مؤثر یا اخلاقی با یک مطالعه‌ی کنترل شده‌ی تصادفی بررسی کرد. مطالعات مورد-شاهدی به بررسی این موضوع می‌پردازند که آیا افرادی که یک بیماری یا وضعیت خاص را دارند (موردها)، بیشتر از افرادی که آن بیماری یا وضعیت را ندارند (شاهدها)، در معرض یک عامل خطرساز قرار گرفته‌اند یا خیر. اگر این‌طور باشد، ممکن است نشان دهد که آن عامل خطرساز، با بیماری یا وضعیت مورد بررسی ارتباط دارد. در مطالعات هم‌گروهی، گروهی از افراد با یک ویژگی مشترک در طول زمان مورد پیگیری قرار می‌گیرند تا مشخص شود چه تعداد از آن‌ها به یک نتیجه بهداشتی خاص (بیماری، وضعیت، اتفاق، مرگ یا تغییر در وضعیت سلامتی یا رفتار) می‌رسند.

سطح III: شواهدی که از حداقل یک مطالعه‌ی غیرآزمایشی به‌دست‌آمده باشند. به طور معمول، شواهد این سطح شامل مجموعه‌های موردی و همچنین مطالعات مورد-شاهدی یا هم‌گروهی خواهد بود که طراحی ضعیفی دارند.

سطح IV: نظرات متخصصان معتبر در این زمینه بر اساس تجربه بالینی‌شان

[1] Evidence Based Medicine (EBM)
[2] Randomized Controlled Ttial (RCT)

➢ **کاربرد شواهد علمی در عمل بالینی:**

تمام مطالعات بالینی یا شواهد علمی پزشکی را می‌توان در یکی از دسته‌های بالا طبقه‌بندی کرد. سپس پزشک باید از تجربه‌ی بالینی و حرفه‌ای خود استفاده کند تا شواهد علمی را به بیمار خاص خود تطبیق دهد. اکثر مطالعات بالینی معیارهای ورود و خروج خاص و همچنین جمعیت خاصی را که موردمطالعه قرار گرفته‌اند را مشخص کرده‌اند.

در بیشتر موارد، بیماری که توسط پزشک معاینه می‌شود، یک یا چند تفاوت قابل‌توجه با جمعیت موردمطالعه در تحقیق خواهد داشت. پزشک باید با استفاده از قضاوت بالینی خود تعیین کند که تفاوت‌های بین بیمار و جمعیت مطالعه مهم یا غیرمهم هستند و چگونه بر اعمال نتایج مطالعه بر بیمار خاص تأثیر می‌گذارند.

➢ **نقش ارزش‌های بیمار:**

در نهایت، پزشکانی که از پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده می‌کنند باید تمام اطلاعات را در چارچوب ارزش‌ها یا ترجیحات بیمار قرار دهند. ممکن است ارزش‌ها یا ترجیحات بیمار با برخی از گزینه‌های احتمالی در تضاد باشد. حتی شواهد قوی که از درمان خاصی حمایت می‌کنند ممکن است با ترجیحات بیمار مطابقت نداشته باشد؛ بنابراین ممکن است پزشک آن درمان را به بیمار توصیه نکند. همچنین، ممکن است درمان برای بیمار خاص قابل‌اعمال نباشد. ممکن است یک بیمار به نوع خاصی از سرطان مبتلا باشد.

شواهد سطح IA ممکن است نشان دهد که طول عمر بیمار با شیمی‌درمانی می‌تواند از ۸ ماه به ۱۶ ماه دوبرابر شود. شیمی‌درمانی عوارض جانبی قابل‌توجهی دارد. بیمار ممکن است آن عوارض جانبی را غیرقابل‌قبول بداند و به دلیل ترجیحات و ارزش‌های خاص خود، انتخاب کند که شیمی‌درمانی را انجام ندهد.

➢ **ارزیابی نهایی:**

هنگامی که سؤال بالینی فرموله شد، اطلاعات علمی مرتبط ارزیابی شد و قضاوت بالینی برای اعمال شواهد علمی مرتبط بر بیمار خاص و ارزش‌های آن‌ها مورداستفاده قرار گرفت، باید نتیجه را ارزیابی کرد. آخرین مرحله، ارزیابی مجدد بیمار و پیامد بالینی پس از استفاده از اطلاعات اعمال شده است. آیا مداخله کمک کرد؟ آیا نتایج موردانتظار بود؟ چه اطلاعات جدیدی به دست می‌آید؟ چگونه می‌توان این اطلاعات را در موقعیت‌ها و بیماران آینده به کار برد؟ هدف EBM ادغام تجربه‌ی پزشک، نقش ارزش‌ها و ترجیحات بیمار و بهترین اطلاعات علمی موجود برای هدایت تصمیم‌گیری در مورد مدیریت بالینی است. 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-۱-۷-۳/ ☑☑☑/ ۱

بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز[1] و ارتقای سلامت در حیطه محیط‌زیست، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.

- **شناسایی الزامات و تهیه‌ی فهرست استانداردهای بیمارستان سبز با تأکید بر حفظ ایمنی بیمار**
- **طرح و بررسی موضوعات مرتبط با استانداردهای بیمارستان سبز در کمیته‌های تخصصی ذی‌ربط**
- **تصمیم‌گیری و اجرای اقدامات کاربردی و مؤثر در خصوص موارد شناسایی‌شده**
- **اخذ گواهینامه‌ها و مجوزهای قانونی موردنیاز از سازمان حفاظت محیط‌زیست**

بیمارستان سبز، بیمارستانی است که سلامت مردم را با کاهش مداوم پیامدهای زیست‌محیطی و برطرف‌کردن سهم خود در میزان بروز بیماری‌ها ارتقا دهد. بیمارستان سبز ارتباط بین سلامتی انسان و محیط‌زیست را به رسمیت می‌شناسد و این شناخت را از طریق نوع اداره‌کردن، راهبرد و عملیات خود نشان می‌دهد. از ویژگی‌های مهم بهره‌گیری از راهبرد «بهره‌وری سبز برای بیمارستان‌ها» این است که کارایی اقتصادی را در کنار کارایی زیست‌محیطی مطرح می‌کند و در عین توجه جدی به مقوله‌ی اقتصاد بهداشت و درمان، محیط‌زیست را نیز در نظر می‌گیرد و با به‌کارگیری ابزارها و روش‌های بهره‌وری سبز آلاینده‌های زیست‌محیطی ناشی از فرایند ارائه‌ی خدمات را به حداقل می‌رساند. ازآنجاکه الگوی منفرد و یکسانی در خصوص بیمارستان‌های سبز وجود ندارد و بسیاری از بیمارستان‌ها و نظام‌های سلامت در سراسر جهان اقداماتی را به‌منظور کاهش مشکلات زیست‌محیطی، مشارکت در سلامت همگانی و صرفه‌جویی در هزینه‌ها به‌صورت هم‌زمان به اجرا درآورده‌اند که بیشتر بر پایه استانداردهای زیست‌محیطی بنیان گذاشته شده است. در این راستا، بیمارستان می‌تواند از مدل‌های موجود و تجارب بیمارستان‌های سبز در جهان، بسته به نیازها و الزامات جغرافیایی و زیست‌محیطی خود بهره گیرد. در مدل‌های موجود بیشترین تأکید بر ابعاد کارایی انرژی، کارایی آب و مدیریت پسماند می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی اهمیت زیاد این ابعاد در بیمارستان سبز است.

[1] Green Hospital

➢ **محورهای پیشنهادی جهت بیمارستان سبز به شرح زیر است:**

۱) آب (کاهش مصرف آب و تأمین آب شرب)
- به‌کارگیری راهکارهای صرفه‌جویی در مصرف آب بیمارستان
- بررسی دوره‌ای سیستم آب‌رسانی بیمارستان
- استفاده از تجهیزات کم‌مصرف در سیستم آب‌رسانی بیمارستان
- تصفیه‌ی فاضلاب بیمارستان
- تأمین آب سالم بیمارستان
- عدم استفاده از بطری‌های آب یک‌بارمصرف
- تعیین حجم آب مصرفی جهت شستشوی تجهیزات و وسایل بیمارستان
- استفاده از تجهیزات تهویه غیرآبی در بیمارستان
- عدم استفاده از آب شرب برای مصارف غیرضروری در بیمارستان

۲) مدیریت (حمایت مدیریتی جهت پیاده‌سازی استانداردهای بیمارستان سبز)
- پیاده‌سازی سیستم مدیریت سبز در بیمارستان
- تشکیل تیم مدیریت سبز در بیمارستان
- تعیین منابع برای اجرای مدیریت سبز بیمارستان
- وجود دستورالعمل‌های زیست‌محیطی برای بخش‌های مختلف بیمارستان
- مستندسازی مقادیر صرفه‌جویی شده در بخش‌های مختلف بیمارستان

۳) سیستم تغذیه (مدیریت سبز در سیستم تغذیه بیمارستان)
- کاهش مصرف انرژی در تولید غذا در بیمارستان
- کاهش تولید ضایعات در بخش تغذیه
- ترجیح بیمارستان در استفاده نمودن از تولیدات بومی

۴) فضای سبز بیمارستان
- استفاده از سیستم آبیاری قطره‌ای در بیمارستان
- آبیاری فضای بیمارستان در زمان صبح و شب
- استفاده از پوشش گیاهی مقاوم در اطراف بیمارستان

۵) آزمایشگاه (مدیریت مواد شیمیایی و خطرناک)
- تفکیک فاضلاب آزمایشگاه و اختصاص محل مناسب برای پسماند آزمایشگاهی در بیمارستان
- کاهش زباله‌ی آزمایشگاهی در بیمارستان
- تفکیک مواد پرمخاطره‌ی بیمارستان
- مستندکردن دقیق مصرف خرید و ذخیره مواد شیمیایی بیمارستان
- استفاده از تجهیزات ضدعفونی‌کننده‌ی خودکار در بیمارستان
- عدم استفاده از دستگاه‌های آزادکننده‌ی گازهای مخرب زیست‌محیطی
- تهویه‌ی مناسب و استاندارد آزمایشگاه

۶) کنترل عفونت
- خرید مواد ضدعفونی‌کننده‌ی استاندارد برای بیمارستان
- آموزش پرسنل بیمارستان جهت آشنایی با مبانی و مفاهیم کنترل عفونت
- تنظیم اهداف استراتژیک و کمی جهت کاهش و کنترل عفونت در بیمارستان
- شناسایی گلوگاه‌های کنترل عفونت بیمارستان

۷) انرژی (کاهش و بهبود مصرف انرژی)

- محاسبه‌ی کل برق مصرفی به تفکیک بخش‌های بیمارستان
- استفاده از نور طبیعی تاحدامکان در فضای بیمارستان
- استفاده از لامپ‌های کم‌مصرف[1] در بیمارستان
- تنظیم برنامه‌های صرفه‌جویی در مصرف انرژی در بیمارستان
- استفاده از انرژی خورشیدی در بیمارستان
- عایق‌گذاری درب‌ها و پنجره‌های بیمارستان
- استفاده از شیشه‌های بازتاب‌دهنده‌ی نور (رفلکس) در فضای بیمارستان
- استفاده از تجهیزات مجهز به حس‌گر و ترموستات در بیمارستان

۸) نوآوری در طراحی فضاهای بیمارستانی

- دسترسی آسان به فضای مختلف بیمارستان
- تحقیق در مورد آخرین ابتکارات در زمینه‌ی طراحی بیمارستانی
- کاهش پسماندهای مربوط به ساخت‌وساز و حمل‌ونقل بیمارستان
- اطمینان از عدم انتشار گازهای سمی بیمارستان در فضای خارجی بیمارستان
- استفاده از مواد قابل‌بازیافت در طراحی بیمارستان خصوصاً نمای خارجی
- استفاده از راهنماهای سازمان‌های حامی محیط‌زیست
- عدم استفاده از مصالح حاوی PVC، CPVC و ترکیبات هالوژن دار و کادمیوم
- استفاده از مواد و محصولات ساختمانی مقاوم به‌منظور کاهش هزینه و کارایی بیشتر
- به‌حداقل‌رساندن آلودگی هوا و سروصدا در طول روند ساخت‌وساز بیمارستان
- طراحی مناسب ساختمان برای دوام و سهولت تغییر کاربری آینده‌ی بیمارستان

۹) تهویه‌ی هوای داخلی بیمارستان

- پایش کیفیت هوای داخلی و به‌کارگیری سیستم تهویه‌ی استاندارد در بیمارستان
- نصب سیستم‌های اندازه‌گیری CO_2 موجود در هوای خروجی ساختمان بیمارستان
- شناسایی منابع آلوده‌کننده‌ی هوای بیمارستان
- چک کردن منظم فیلترهای هوای بیمارستان
- پاک‌سازی مخازن و شیرهای آب بیمارستان در زمان عدم استفاده طولانی از سیستم

۱۰) خرید ارجح زیست‌محیطی

- درنظرگرفتن معیارهای زیست‌محیطی هنگام خرید محصولات پزشکی بیمارستان
- استفاده از محصولات پزشکی قابل‌استفاده مجدد در صورت امکان
- کاهش میزان مصرف جیوه در بیمارستان

۱۱) کاغذ (کاهش و بهبود مصرف کاغذ)

- کاهش مصرف کاغذ تاحدامکان در بیمارستان
- استفاده از نسخ و پرونده الکترونیک در بیمارستان
- استفاده از کاغذ بازیافتی

۱۲) صدا (جلوگیری از ایجاد صداهای مزاحم)

- کنترل میزان صدا در بیمارستان و جلوگیری از ایجاد صداهای مزاحم
- عایق‌گذاری صوتی در فضاهای پر سروصدای بیمارستان
- تجهیز کارکنان بیمارستان در معرض اصوات بلند به وسایل ایمن برای حفظ سلامت سیستم شنوایی

[1] LED

الف–۲

مدیریت خطر حوادث و بلایا

الف–۲ مدیریت خطر حوادث و بلایا

الف-۲-۱ ارزیابی خطر حوادث و بلایا انجام شده و بر اساس نتایج آن مدیریت پیشگیرانه صورت می‌گیرد
الف-۲-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲
ارزیابی عوامل خطرآفرین و ارزیابی ایمنی بیمارستان انجام شده است.
❖ **شناسایی، امتیازدهی و اولویت‌بندی عوامل خطرآفرین داخلی و خارجی بیمارستان** ❖ **انجام ارزیابی سازه‌ای، غیرسازه‌ای و عملکردی بر اساس ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان**

در اجرای این سنجه شناسایی، امتیازدهی و اولویت‌بندی عوامل خطرآفرین (شدت آسیب، احتمال وقوع، میزان آسیب‌پذیری و دوره بازگشت یا تکرارپذیری) مورد انتظار است. عوامل خطرآفرین (مخاطرات) به پدیده‌هایی گفته می‌شود که بالقوه آسیب‌زا هستند و می‌توانند منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا بیمارستان شوند.

➢ **عوامل خطرآفرین در بیمارستان با دو منشأ می‌توانند باشد:**

۱) منشأ داخلی: در داخل بیمارستان رخ می‌دهد مانند آتش‌سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، اختلال یا قطع سیستم‌های ارتباطی، نشت مواد رادیواکتیو و...

۲) منشأ خارجی: خارج از بیمارستان بوده ولی بیمارستان را تحت‌تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به بیمارستان می‌شود؛ مانند تصادفات، زلزله، سیل، اپیدمی‌ها و...

مخاطرات بیمارستان‌ها متناسب با موقعیت جغرافیایی، آسیب‌پذیری و ظرفیت آن‌ها نیز متفاوت است؛ لذا برنامه‌های مدیریت خطر بیمارستانی، متناسب با شرایط و ویژگی‌های هر بیمارستان تدوین می شود. برای شناسایی عوامل خطرآفرین (مخاطرات) از کتاب **ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا** و کتاب **ارزیابی ایمنی بیمارستانی** می‌توان استفاده نمود. برای شناسایی مخاطرات داخلی می‌توان از مشارکت مدیران، کارکنان و تیم‌های فنی و عمرانی بیمارستان بهره گرفت. همچنین شناسایی مخاطرات خارجی با همکاری سازمان‌های امدادی، سازمان هواشناسی، سایر نهادهای مرتبط و افراد جامعه انجام می شود. در این فرایند باید موقعیت جغرافیایی بیمارستان، شرایط منطقه، فوریت‌های جامعه، اپیدمی‌ها، بلایای طبیعی و نیز شواهد علمی و تجربیات گذشته مورد توجه قرار گیرد.

پنج مخاطره‌ای که بالاترین امتیاز را کسب می‌کنند، به‌عنوان اولویت‌های برنامه‌ریزی بیمارستان تعیین می‌شوند. برای این پنج مخاطره برتر، اعم از داخلی و خارجی، باید برنامه‌های مدیریت خطر تدوین شود. با توجه به شرایط بیمارستان‌های کشور، توجه ویژه به برنامه‌ریزی و مدیریت مخاطرات داخلی ضروری است. این ارزیابی باید هر سال انجام شود تا پنج عامل خطرآفرین اصلی بیمارستان، از میان همه مخاطرات داخلی و خارجی، شناسایی و اولویت‌بندی شوند. مخاطره آتش‌سوزی، به دلیل اهمیت ویژه و وجود سنجه ارزیابی مستقل، نباید در فهرست پنج مخاطره اول قرار گیرد؛ بلکه باید برای آن برنامه‌ای مستقل جهت پیشگیری، آمادگی، مقابله و مدیریت تدوین و اجرا شود.

➢ **ارزیابی نقاط قوت و آسیب‌پذیری‌های بیمارستان:**

برای ارزیابی آسیب‌پذیری‌ها و نقاط قوت بیمارستان در برابر حوادث و بلایا از ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان (HSI) استفاده می شود. ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان برای حوادث و بلایا مربوط به سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۲۰۰۸ به‌منظور کمک به بیمارستان‌ها برای بررسی وضعیت ایمنی بیمارستان، اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی و پیشگیری از آسیب در اثر وقوع حوادث و بلایا طراحی شده است و معرف این احتمال است که بیمارستان در شرایط وقوع بلایا تا چه میزان می‌تواند فعال بوده و وظایف خود را انجام دهد.

ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان در برابر حوادث و بلایا که نسخه فارسی آن FHSI نامیده شد در سه گروه کلی ایمنی سازه‌ای، غیرسازه‌ای و ظرفیت عملکردی می‌باشد. بدیهی است آخرین ویرایش ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان در حوادث و بلایا ابلاغی از وزارت متبوع ملاک ارزیابی بیمارستان‌ها در این سنجه می‌باشد.

۱) **حیطه ایمنی سازه‌ای** شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می‌کنند مثل ستون‌ها، تیرآهن‌ها، صفحات بتون و سقف‌ها (پیشنهاد می شود این حیطه توسط مهندسین سازه ارزیابی شود).

۲) **حیطه ایمنی غیر سازه‌ای** شامل اجزایی از ساختمان است که نقشی در تحمل وزن و پایداری سازه ندارند. این حیطه، اجزای معماری، تجهیزات و تأسیسات بیمارستان را در بر می‌گیرد. از جمله موارد این حیطه می‌توان به سیستم‌های حیاتی مانند برق، ارتباطات، ذخایر آب، سوخت و گازهای طبی،سامانه‌های گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و سایر اجزای معماری اشاره کرد.

۳) **حیطه ایمنی عملکردی** مطابق با کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستان، به ایجاد ساختارهای لازم و تدوین برنامه‌های مقابله با حوادث و فوریت‌ها مربوط است. در این حیطه، میزان آمادگی بیمارستان و کارکنان آن برای حفظ و تداوم ارائه خدمات به بیماران در زمان وقوع فوریت‌ها و بلایا ارزیابی می‌شود. این موضوع شامل تشکیل کمیته‌های مرتبط، تدوین برنامه‌ها و تهیه راهنماهای عملیاتی برای مراحل آمادگی، پاسخ و بازتوانی است.

پس از این‌که نمرات حوزه‌های مختلف بیمارستان توسط متخصصین هر حوزه تعیین و وارد فایل اکسل شد، در نهایت نمره **شاخص ایمنی بیمارستانی**[1] به‌دست‌آمده وضعیت بیمارستان را در یکی از حالت‌های زیر مشخص می‌کند:

سطح اول: بیمارستان می‌تواند از جان افرادی که درون آن هستند حفاظت کرده و قادر به ادامه‌ی عملکرد خود در شرایط حوادث و بلایا باشد.

سطح دوم: بیمارستان قادر به مقاومت در مقابل حوادث و بلایا هست؛ ولی تجهیزات و خدمات حیاتی آن در معرض خطر قرار دارند.

سطح سوم: در زمان حادثه، بیمارستان و تمامی افراد موجود در آن در معرض خطر قرار دارند.

برای انجام ارزیابی ایمنی بیمارستان نیاز به تیم ارزیاب داریم. تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان حداقل شامل مسئول فنی/ ایمنی، مسئولان ساختمان، تأسیسات، تجهیزات پزشکی، بهداشت محیط و حرفه‌ای، دبیر کمیته و سایر اعضای منتخب کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا می‌باشند. برای ارزیابی سازه‌ای در بیمارستان بهتر است از دفتر فنی دانشگاه یک نفر در تیم حضور داشته باشد. در بیمارستان‌های نوساز و قدمت کمتر از ۵ سال، لازم است تأییدیه مقاوم سازی ساختمان و تأسیسات در خصوص اجزای سازه‌ای از مراجع ذی صلاح دریافت شود و در بیمارستان‌های با قدمت بیش از ۵ سال در صورت لزوم، مقاوم سازی اتصالات سازه در برخی قسمت‌های بیمارستان اجرا شود و الزاماً در هنگام توسعه‌ی فضاهای فیزیکی جدید و نصب تجهیزات پزشکی سنگین مانند CT،MRI و موارد مشابه، مطالعات مقاومت‌سنجی صورت پذیرد.

در تمامی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان، اجزای غیر سازه‌ای ساختمان، از جمله تابلوها، کمدها، و سایل و تجهیزات پزشکی و اداری، باید به‌طور مناسب مهار و ثابت‌سازی شوند تا در هنگام وقوع حوادثی مانند زلزله، از سقوط یا پرتاب‌شدن آن‌ها جلوگیری شود.

نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان در مرکز عملیات فوریت فرماندهی بیمارستان[2] برای بررسی و پایش برنامه‌ها، نصب شود.

الف-۲-۱-۲/ ☐☑☑/ ۲

بر اساس نتایج عوامل خطرآفرین اولویت‌دار و ارزیابی ایمنی بیمارستان، اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی و اجرا شده است.

- **طرح و بررسی عوامل خطرآفرین اولویت‌دار، نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان و ارزیابی خطر در کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا**
- **تعیین و اجرای اقدامات پیشگیرانه‌ی لازم**
- **پایش پیشرفت و اثربخشی اقدامات پیشگیرانه‌ی برنامه‌ریزی شده و طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود در صورت لزوم**

پس از تعیین پنج مخاطره‌ی اول بیمارستان نیاز به تعیین اثرات احتمالی آن‌ها بر بیمارستان است. به این اقدام ارزیابی خطر[3] گفته می‌شود. تأثیرات مخاطرات بر سیستم‌های بهداشتی درمانی در سه حوزه‌ی جانی، مالی و عملکردی بروز می‌نماید که شامل تأثیر بر سلامت افراد (منجر به مرگ یا جراحت)، تأثیر بر اموال و دارایی (از بین رفتن دستگاه‌ها، تخریب بخش‌ها/ واحدها و...) و یا اختلال در عملکرد بیمارستان می‌شوند.

- **برای پنج مخاطره‌ی اول، موارد مطابق جدول زیر تکمیل شود؛**

مخاطرات	حوزه‌های تأثیرگذاری	خطرات احتمالی در هر حوزه	علل تأثیرگذاری (آسیب‌پذیری بالا و ظرفیت پایین)

بر اساس ارزیابی خطر و نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان و اولویت‌های مشخص شده، اقدامات پیشگیرانه، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. این نتایج در کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح و برای آن برنامه‌ریزی انجام می‌شود. نتایج ارزیابی FHSI در سه حیطه‌ی ایمنی سازه‌ای، غیرسازه‌ای و عملکردی در کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح شده و برای محورهایی که ایمنی نسبی و یا کم داشته‌اند، اقدامات اصلاحی تعیین می‌شوند و مطابق با برنامه‌ی تعیین شده اقدامات اصلاحی توسط مسئولان واحدها/ بخش‌های مرتبط اجرا می‌شود.

به کتاب راهنمای ملی مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستانی، ویرایش جدید مراجعه شود.

[1] Hospital Safety Index
[2] Hospital Command Center (HCC)
[3] Risk Assessment

الف-۲-۱-۳/ ☑☐☐/ ۲

اقدامات پیشگیری و کنترل آتش‌سوزی در بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- ❖ **ارزیابی خطر آتش‌سوزی، طرح‌ریزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه‌ی لازم در بیمارستان**
- ❖ **وجود سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/ حرارت سالم و آماده‌به‌کار**
- ❖ **وجود تجهیزات و سیستم‌های اطفای حریق دستی یا خودکار با توجه به مکان خطرآفرین**
- ❖ **پایش پیشرفت و اثربخشی اقدامات پیشگیرانه‌ی برنامه‌ریزی شده، طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود در صورت لزوم**
- ❖ **اخذ تأییدیه‌ی استانداردهای آتش‌نشانی از سازمان آتش‌نشانی منطقه**

مقاوم‌سازی عناصر غیرسازه‌ای (مانند دیوارهای جداکننده، سقف و کف‌های کاذب) با هدف جلوگیری از نفوذ و پیشروی حریق از یک فضا به فضای دیگر در داخل ساختمان و همچنین سرایت به ساختمان‌های مجاور لازم می‌باشد.

➢ **نکات مهم در راستای پیاده‌سازی این سنجه:**

- نتایج ارزیابی خطر آتش‌سوزی در کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا طرح و مصوبات لازم اخذ شود.
- مکان‌های خطرآفرین از نظر آتش‌سوزی، شناسایی و اقدامات پیشگیرانه لازم اجرا شود.
- در راستای آموزش و تمرین مستمر کارکنان در خصوص مواجهه با خطر آتش‌سوزی برنامه‌ریزی لازم صورت پذیرد.
- دردسترس‌بودن رابطین آتش‌نشانی آموزش‌دیده در بیمارستان در تمام شیفت‌ها و ساعات شبانه‌روز پیش‌بینی شود.
- گواهینامه‌ی معتبر آزمون هیدرواستاتیک برای تمامی سیلندرها و مخازن تحت‌فشار اخذ گردد.

➢ **سازمان N.F.P.A[1] مکان‌ها را از نظر پتانسیل خطر آتش‌سوزی و استانداردهای خاموش‌کننده‌ها به سه دسته تقسیم نموده است:**

۱) **مکان با خطر کم:** مکانی است که تنها مقدار کمی مواد قابل‌احتراق در محل وجود دارد و در نتیجه آتش‌سوزی کوچکی پیش‌بینی خواهد شد.

۲) **مکان با خطر متوسط یا معمولی:** مکانی که میزان مواد قابل‌احتراق در محل به طور متوسط بوده و در نتیجه آتش‌سوزی در حد متوسط قابل‌پیش‌بینی است.

۳) **مکان پرخطر:** در این مکان‌ها میزان مواد قابل‌احتراق موجود در آن نسبتاً زیاد است و در نتیجه آتش‌سوزی قابل‌توجهی پیش‌بینی می‌شود. مکان‌های پرخطر از نظر رعایت استانداردهای مربوط به پیشگیری از آتش سوزی، توجه بیشتری را می‌طلبد. در بیمارستان این مکان‌ها شامل موتورخانه، محل دیگ‌های بخار، محل ذخایر سوختی، محل نگهداری گازهای طبی، بایگانی، اتاق سرور و... هستند. اقدامات پیشگیرانه شامل مشخص نمودن مکان‌ها، تعیین و تهیه‌ی امکانات لازم و تجهیزات به‌منظور شناسایی سریع و اطفای حریق و آموزش به کارکنان برای رعایت ایمنی در این مکان‌ها است.

➢ **در مناطق پرخطر بیمارستان لازم است موارد زیر رعایت شود:**

۱) تابلو و علایم نشان‌دهنده‌ی مناطق پرخطر نصب شود.

۲) مخازن حاوی مواد قابل‌اشتعال، در فاصله‌ای ایمن از بیمارستان، تأسیسات الکتریکی، دیگ‌های بخار، آشپزخانه و سایر مناطق مستعد برای آتش‌سوزی قرار گیرد.

۳) مخازن واقع شده در محل‌های سرپوشیده باید دارای تکیه‌گاه محکم بوده و محل آن از مواد غیر قابل‌اشتعال ساخته شده باشد.

۴) جایگاه‌های مخازن سوخت باید علامت‌گذاری شده، ضدانفجار بوده، روشنایی مناسب و حصارکشی داشته و همچنین نظارت کافی و در صورت امکان هشدارهای امنیتی داشته باشند.

۵) وسایل و مایعات/ محلول‌های قابل‌اشتعال در مکان‌های ایمن که به‌صورت اختصاصی برای این مواد در نظر گرفته شده است، ذخیره شوند.

۶) منابع تأمین‌کننده‌ی اکسیژن و مخازن ذخیره‌ی آن با توجه به خطر انفجار، خارج از ساختمان بیمارستان قرار گیرد. جایگاه باید به‌آسانی در دسترس بوده و در معرض مخاطرات (سیل، منابع حرارتی و سقوط اشیا و اجسام معلق در هوا) قرار نداشته باشد.

[1] National Fire Protection Association

➢ **تعیین تعداد و نوع خاموش‌کننده‌های دستی:**

بر اساس استاندارد اروپایی[1] برحسب موقعیت هر بخش/ واحد و نوع آتش‌سوزی که احتمال وقوع دارد، نوع و اندازه‌ی خاموش‌کننده‌ها متفاوت است و لازم است طبق جدول زیر از خاموش‌کننده‌های متفاوتی استفاده شود. البته در هر بخش/ واحد که احتمال چند نوع آتش‌سوزی وجود دارد، از دو یا چند نوع کپسول استفاده می‌شود.

نوع آتش‌سوزی	نوع سوخت	خاموش‌کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می‌گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه)	آب و گاز
B	مایعات قابل‌اشتعال یا جامداتی که به‌راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین)	پودر و گاز، CO_2 و کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که به‌راحتی به گاز تبدیل می‌شوند (مثل گاز شهری)	پودر و گاز، CO_2 و کف
D	فلزات اکسیدشونده (نظیر منیزیم، سدیم، پتاسیم)	پودرهای ویژه
E	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO_2

با توجه به ماهیت مکان‌هایی نظیر اتاق سرور، انبارهای دارویی، بایگانی مدارک پزشکی، انبار تجهیزات پزشکی مصرفی، بایگانی منابع انسانی و ضرورت حفظ موجودی آنها برای اطفای حریق، نمی‌توان از کپسول‌های پودر، CO_2 و آب استفاده کرد و به‌جای آن باید از خاموش‌کننده‌های بیوورسال (فوم) یا FM200 استفاده نمود.

در صورت استفاده از کپسول دستی (پرتابل) FM200 به خطرات احتمالی (ایجاد خفگی در مکان‌های کوچک) حتماً توجه گردد.

➢ **نکات مهمی در خصوص استفاده از خاموش‌کننده‌های دستی:**

۱) تعداد و نوع خاموش‌کننده‌های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش‌ها/ واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ انقضای معتبر آماده‌ی خاموش کردن آتش باشند.

۲) وسایل اطفای حریق باید نزدیک ورودی‌ها و خروجی‌های بخش قرار گیرد.

۳) فاصله قرارگیری کپسول‌ها برای حریق جامدات ۲۱ متر و حریق مایعات ۱۵ متر باشد.

۴) کپسول‌ها باید به‌آسانی در دسترس و در معرض دید نصب شوند.

۵) کپسول‌ها در ارتفاع مناسب به‌نحوی که فاصله‌ی انتهای کپسول از کف ۱/۲ متر باشد نصب شود.

۶) ثبت نتایج نگهداری و تعمیر (شارژ مجدد) کپسول‌های آتش‌نشانی و شیرهای آتش‌نشانی موجود باشد.

۷) راهنمای عملکرد سیستم‌های محافظت از آتش‌سوزی موجود بوده و نیز نتایج نگهداری و تعمیرات کپسول‌ها و شیرهای آتش‌نشانی ثبت شده باشد.

۸) نقشه‌ی محل قرارگیری شیرهای آتش‌نشانی در چندین محل به‌ویژه در اتاق عملیات فوریت وجود داشته باشد.

۹) در کنار تابلوهای برق بیمارستان، کپسول CO_2 قرار گیرد.

۱۰) کارگاه آموزشی برای کارکنان با موضوع اطفای حریق و استفاده از انواع خاموش‌کننده‌ها برنامه‌ریزی و اجرا شود.

➢ **سیستم اعلام حریق و دتکتورها:**

لازم است نوع و حساسیت دتکتورها، با توجه به خطر حریق در هر محل، تعیین شود. به همین دلیل لازم است در بخش‌های مختلف بیمارستان بر اساس صلاحدید کار شناس فنی حریق، عمل شود. تو صیه می‌گردد در موتورخانه علاوه بر ن صب دتکتورهای دودی/ حرارتی از دتکتورهای گازی نیز در نزدیکی محل ن صب م شعل چیلر و مکان‌های دیگری از موتورخانه که در آن گاز، م صرف و یا انبار شده ا ست، ا ستفاده گردد. همچنین پی شنهاد می شود در دیگر مکان‌های بیمارستان نظیر آزمایشگاه نیز علاوه بر استفاده از دیگر دتکتورها از دتکتور گازی نیز استفاده شود.

محدوده‌ی حفاظتی دتکتورها بستگی به حساسیت آن و تراکم محصولات حریق دارد، به‌نحوی که تعیین محدوده‌ی مؤثر آن، بر اساس توصیه‌های شرکت سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می‌پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین‌المللی[2] یا استاندارد ملی[3] باشند.

[1] EN2
[2] NFPA و BS
[3] ISIRI-3706

➢ **رابطین آتش‌نشانی:**

کارکنان بیمار ستان باید با ا صول اولیه‌ی کار با کپ سول‌های آتش‌ن شانی، اطفای حریق و کد فراخوان تیم (۱۲۵) آ شنایی دا شته با شند ولیکن نیاز ا ست افرادی به‌صورت تخصصی‌تر در مورد اطفای حریق، کار با فایرباکس‌ها (جعبه آتش‌نشانی)، شیرهای آتش‌نشانی و... آموزش‌دیده با شند. رابطین آتش‌نشانی مسئول برنامه‌های آموزش، پیشگیری و عملیات اطفای حریق هستند. این افراد با هماهنگی آتش‌نشانی منطقه یا استان، دوره‌های تخصصی آتش‌نشانی را می‌گذرانند.

➢ **دوره‌های آموزشی الزامی برای رابطین آتش‌نشانی:**

۱) مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش‌سوزی (آشنایی با مبانی ایمنی و روش کار با کپسول آتش‌نشانی و جعبه‌های آب آتش‌نشانی)
۲) کار با کپسول آتش‌نشانی و جعبه‌های آب آتش‌نشانی به‌منظور کسب مهارت عملی
۳) تمرین دورمیزی و عملیاتی محدود با حضور رابطین آتش‌نشانی، کارکنان تأسیسات، کارکنان حراست/ نگهبانی، پرسنل و تیم آتش‌نشانی مستقر
۴) نگهداری ایمن از مواد قابل‌اشتعال و خطرناک

فهرست رابطین آتش‌نشانی در تمام ساعات شبانه‌روز در اختیار واحدها/ بخش‌های بیمارستان قرار دارد همچنین باید در اتاق عملیات فوریت[1]، دفتر پرستاری، مدیریت و تلفن‌خانه بیمارستان موجود باشد تا در صورت لزوم فراخوان شوند. این افراد باید از شرح وظایف خود مطلع باشند.

➢ **نحوه پایش مداوم سامانه ایمنی حریق:**

۱) برای اطمینان از شارژ و آماده‌به‌کار بودن خاموش‌کننده‌ها، تدوین چک‌لیست و کنترل منظم و دوره‌ای آنها الزامی است.
۲) تاریخ انقضای وسایل اطفای حریق باید به‌صورت دوره‌ای کنترل شود.
۳) نتایج نگهداری و تعمیر (شارژ مجدد) کپسول‌های آتش‌نشانی و شیرهای آتش‌نشانی نگه‌داری شود.
۴) تعداد کافی از فایرباکس‌ها (جعبه آتش‌نشانی) آماده‌به‌کار در محل وجود داشته باشد.
۵) کسب اطمینان از اینکه شیرهای فایرباکس‌ها (جعبه آتش‌نشانی) دارای منبع دایمی آب برای استفاده حین رخداد آتش‌سوزی هستند.
۶) شلنگ‌ها به شیرهای آتش‌نشانی، متصل و از طول کافی برخوردار و دارای منابع آب مخصوص به خود باشند.
۷) شبکه لوله‌های آب، پمپ‌ها و اجزای فرعی، منحصر به شیرهای آتش‌نشانی باشد.
۸) به‌صورت دوره‌ای وجود فشار آب کافی پشت فایرباکس و شیرهای آتش‌نشانی کنترل شود.
۹) نقشه‌ی محل قرارگیری شیرهای آتش‌نشانی در چندین محل به‌ویژه در اتاق عملیات فوریت موجود باشد.

استقرار سیستم اطفای حریق خودکار در مکان‌هایی نظیر تأسیسات، بایگانی اسناد پزشکی، انبارها و محوطه نگه‌داری کپسول‌های اکسیژن/ مخزن اکسیژن مایع/ دستگاه‌های اکسیژن‌ساز و اتاق سرور/ دیتاسنتر، توصیه اکید می‌گردد.

الف-۲-۱-۴/ ☐☐☑/ ۲

ایمن‌سازی سقف، کف و دیوارها در محیط و محوطه‌ی بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **ارزیابی دوره‌ای ایمنی سقف، کف، دیوارها، درب و پنجره‌ها، سطوح، کف‌پوش‌ها و مسیرهای تردد**
- **بررسی نتایج ارزیابی و طرح‌ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود با هدف پیشگیری از بروز حوادث برای بیماران، کارکنان و مراجعین**
- **پایش پیشرفت اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

نکات مهم در اجرای ایمن‌سازی سقف، سطوح و دیوارها:

۱) در مکان‌هایی که از سقف یا کف کاذب استفاده شده باید اطمینان حاصل گردد صفحات اتصال و استرینگرها (عضو سازه‌ای افقیِ شبکه سقف کاذب) به صورت صحیح و مقاوم در برابر تنش و زمین‌لرزه نصب گردیده‌اند.
۲) اجرای نرده‌ی ا ستاندارد (جان‌پناه) در پ شت‌بام، بالکن و پرتگاه‌ها با حداقل ۱۱۰ سانتی‌متر ارتفاع و راه‌پله‌های داخلی با حداقل ۸۶ تا ۹۶ سانتی‌متر ارتفاع و شبکه‌بندی ایمن در بدنه نرده (به‌صورت عمودی و فاصله حداکثر ۱۰ سانتی‌متر).
۳) فضای بین سقف‌های اصلی و سقف‌های کاذب باید به فضاهای کوچک‌تر تقسیم و آتش‌بند گردد.

[1] HCC

۴) در صورت وجود سطوح شیب‌دار در ورودی بخش‌ها یا در محوطه بیمارستان، درجه استاندارد شیب رعایت گردد، سطوح آن‌ها صاف و صیقلی نباشد و اصطکاک کافی داشته باشد؛ همچنین توصیه می‌شود برای عبور ایمنِ ویلچر و برانکارد، سطوح محل عبور چرخ‌ها دارای سرعت‌گیر باشد که در صورت رهاشدن، ویلچر یا برانکارد به‌آرامی تا انتهای شیب هدایت گردد.

۵) راه‌پله‌ها و سطوح شیب‌دار فاقد هرگونه موانع یا کالاهایی است که امکان سقوط داشته و باعث انسداد مسیر شوند.

۶) راه‌پله‌ها و سطوح شیب‌دار باید دارای نرده‌هایی باشند که در حداکثر ظرفیت خود به‌صورت ایمن قابل‌استفاده باشند.

۷) پله‌ها سالم و بدون شکستگی لبه باشند. همچنین پله‌ها دارای لبه واضح و مشخص و دارای سرعت‌گیر پله برای جلوگیری از سرخوردن و مشخص‌بودن ارتفاع پله باشند.

۸) در محل‌هایی که سطوح شیب‌دار در مجاورت دیوار قرار دارد روی سرتاسر دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب شده باشد.

۹) کف ساختمان در مقابل آب مقاوم بوده، لیز نباشد، ترک‌خوردگی یا لق شدگی به خصوص در محل‌های مهم و مکان‌های پر رفت آمد نداشته باشد.

۱۰) کف ساختمان ناهموار یا فرورفته نباشد. چرا که منجر به سقوط افراد و یا واژگونی برانکارد و تجهیزات می‌شود.

۱۱) در مکان‌هایی که تعداد زیادی لوله محافظ، کابل یا کف‌های کاذب هست، کف برای مقاومت در برابر فشارهای جانبی زمین‌لرزه با بست‌های جانبی تقویت شده باشد.

۱۲) تمام لبه‌های تیز و نبش‌ها در بخش‌های بستری و اتاق‌های عمل توسط ضربه‌گیر از جنس مناسب محافظت شده باشد.

۱۳) خطوط انتقال برق فشارضعیف و فشارقوی در محوطه‌ی بیمارستان شناسائی و حریم آن‌ها مشخص شود.

۱۴) روشنائی کافی در قسمت‌های مختلف داخلی و محوطه بیمارستان که نیاز به روشنائی برای تردد و انجام فعالیت دارند، تأمین شود.

۱۵) راهروهای داخلی عاری از موانع برای اطمینان از سهولت حرکت کارکنان، برانکارد و تجهیزات پزشکی باشند.

۱۶) به منظور جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آن‌ها به دیوار ثابت شوند.

۱۷) قفسه داروها، کمدها، کابین‌ها، تابلوها و قاب‌ها تاحدامکان به‌صورت ایمن و استاندارد به دیوارها ثابت و مهار شوند.

۱۸) حتی‌الامکان از قاب‌ها و تابلوهای مقاوم و سبک استفاده شود.

۱۹) تجهیزات نصب شده روی دیوارها به‌صورت ماهانه توسط واحد ساختمان بازدید و از استحکام آن‌ها اطمینان حاصل گردد.

۲۰) در بازدیدهای دوره‌ای تمامی قسمت‌های بیمارستان از لحاظ ایمنی کنترل شوند.

الف-۲-۱-۵/ ☑☐☐/ ۲

مسیر خروج اضطراری با علائم راهنمای واضح در بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل‌دسترسی است.

- **پیش‌بینی مسیر خروج اضطراری در بیمارستان**
- **مشخص نمودن نزدیک‌ترین مسیر خروج اضطراری با علائم و نشانه‌ها در تمامی بخش‌ها و واحدها**
- **بدون قفل و بدون مانع بودن مسیرهای خروج اضطراری در تمام اوقات شبانه‌روز**
- **نظارت دوره‌ای بر آماده‌بودن مسیرهای خروج اضطراری**

➢ **نکات مهم در مسیرهای خروج اضطراری و پله‌های فرار:**

۱) مسیر و درب‌های خروج اضطراری در تمام طبقات همواره بدون قفل و مانع بوده و به اندازه‌ی کافی برای عبور بیماران و پرسنل در شرایط اضطراری عریض باشند.

۲) درب‌ها به سمت خارج باز شوند تا در صورت هجوم جمعیت، مانعی در برابر خروج آن‌ها وجود نداشته باشد.

۳) علایم راهنمایی واضح و از نوع شب‌نما به سمت مسیر خروج اضطراری از داخل راهروها تا پله‌ی فرار در هر بخش/ واحد نصب شده و روشنایی اضطراری (متصل به برق اضطراری/ روشنایی شارژی) در مسیر پله‌های فرار تأمین شود.

۴) طول مسیر خروج اضطراری با نوار شب‌نما به‌نحوی که در هنگام دودگرفتگی یا کاهش نور محیطی مشخص باشد نشانه‌گذاری شود.

۵) به‌منظور جلوگیری از سقوط اشیا، ریزش باران و... لازم است مسیر خروج اضطراری به سقف مجهز باشد و تمامی تمهیدات ایمنی رعایت شود.

۶) دسترسی به پلکان‌های خارجی در هر طبقه از طریق درب‌های مقاوم در برابر آتش، ضربه و دود صورت پذیرد.

۷) در مسیرهای خروج اضطراری که با سازه فلزی طراحی شده‌اند، کف پاگردها و پلکان‌های خارجی باید با ورق فلزی آج‌دار پوشش داده شود.

۸) توصیه می‌شود در طراحی مسیر خروج اضطراری به نحوه‌ی انتقال بیماران ناتوان/ بدحال توجه گردد.

الف-۲-۱-۶/ ☐☐☑/ ۲

اقدامات لازم برای ارتقای امنیت و تاب‌آوری بیمارستان، با تأکید بر پدافند غیرعامل برنامه‌ریزی و اجرا شده است.

- **ارزیابی خطر در زمینه‌ی نقاط ضعف امنیتی بیمارستان با محوریت مدیریت حفاظت فیزیکی**
- **بررسی نتایج ارزیابی در کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا و طرح‌ریزی برنامه‌های پیشگیرانه و اقدامات اصلاحی لازم**
- **اجرای برنامه‌های پیشگیری و اقدامات اصلاحی طراحی شده با محوریت واحد حراست**
- **پایش پیشرفت و اثربخشی برنامه‌های پیشگیرانه و اقدامات اصلاحی**

امنیت فیزیکی بیمارستان به‌منظور ایجاد احساس امنیت و آرامش در بیماران، کارکنان و مراجعین ضروری می‌باشد. به این منظور کنترل دسترسی افراد و استفاده از اقدامات تأمینی لازم در مناطق حساس و مهم بیمارستان باید انجام گیرد. البته باید به این نکته توجه نمود که نصب هرگونه دوربین مداربسته با هر شرایطی و در هر بخشی با دید مستقیم بر بالین بیماران، ناقض حریم شخصی بیماران است. مهم‌ترین مواردی که باید محافظت شوند شامل محوطه بیمارستان، صندوق‌های مالی، سرور بیمارستان، پرونده کارکنان و بیماران، داروخانه، بخش روان‌پزشکی و نوزادان، انبارهای تجهیزات، دارو و مواد غذایی، محل ذخیره‌ی آب، سوخت و اطراف هلی پد می‌باشد.

➢ **همچنین موارد زیر لازم است مورد توجه قرار گیرد:**

۱) برنامه‌ریزی و تأمین ایمنی محل ذخیره آب، مواد غذایی، دارو، تجهیزات و سوخت با محوریت کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا
۲) برنامه‌ریزی و تأمین ایمنی سیستم‌های ارتباطی شبکه‌های کامپیوتری، وب‌سایت بیمارستان و سیستم اطلاعات بیمارستانی
۳) ایجاد نظام‌های گزارش فوری موارد تخلفات مدنی یا احتمالات خرابکاری و دزدی و آدم‌ربایی و سایر مصادیق به تشخیص بیمارستان
۴) پیشگیری از ورود افراد غیرمجاز، اقدامات خشونت‌آمیز و آدم‌ربایی (بخصوص در بخش‌های نوزادان و کودکان)
۵) استقرار تمهیدات لازم برای کاهش خطر خرابکاری و سرقت
۶) تأمین امنیت هلی پد (مباحث تروریستی و خرابکاری) در هنگام نشست و برخاست بالگرد در بیمارستان

➢ **در خصوص تأمین امنیت سایبری نیز موارد زیر موردتوجه قرار گیرد:**

۱) با توجه به اهمیت بسیار بالای اطلاعات سیستم‌های رایانه‌ای مراکز، لازم است فرایندها و سیستم‌هایی برای تأمین امنیت شبکه(های) رایانه‌ای بیمارستان در برابر برنامه‌های مخرب و حملات داخلی و خارجی طراحی گردد. (تمرکز باید بر حفظ اطلاعات شامل پرونده‌ی بیماران و تجهیزاتی باشد که برای فعالیت معمول بیمارستان حیاتی هستند.)
۲) سطح‌بندی اطلاعات در حوزه‌های مختلف بیمارستان و ایجاد سطوح مختلف دسترسی به اطلاعات
۳) مصون‌سازی، پایدارسازی و اولویت‌بندی زیرساخت‌های حساس و حیاتی بیمارستان در حوزه سایبری
۴) پایش منظم سیستم‌ها با هدف به‌حداقل‌رساندن خطر و پاسخ‌دهی به حملات احتمالی
۵) بیمارستان برنامه‌ی پاسخ و بازیابی در حملات سایبری و اختلال در سیستم‌های رایانه‌ای را داشته باشد. برنامه باید شامل فرایندهای هماهنگی برای ذخیره‌سازی و پشتیبان‌گیری[1]، نگهداری نسخه‌های مشابه از اطلاعات، جایگزینی نرم‌افزارها و سخت‌افزارها و برنامه بازیابی فناوری اطلاعات باشد

لازم به ذکر است که حوزه‌های پدافند غیرعامل به موارد فوق محدود نمی‌گردد و بیمارستان باید حسب شرایط خود نسبت به شناسایی مخاطرات این حوزه و پیش‌بینی برنامه‌های پیشگیرانه در این رابطه اقدام نماید.

الف-۲-۱-۷/ ☐☑☑/ ۱,۵

دسترسی وسایل نقلیه امدادی به محوطه بیمارستان تسریع و تسهیل شده است.

- **مناسب بودن ابعاد حداقل یکی از درب‌های بیمارستان برای ورود/ خروج وسایل نقلیه امدادی با دسترسی به محوطه بیمارستان**
- **دسترسی مناسب به مسیرهای ارتباطی و سهولت تردد وسایل نقلیه امدادی (آمبولانس، آتش‌نشانی و...) برای ورود/ خروج در شرایط عادی و بحرانی**
- **وجود هلی پد در سایت بیمارستان برای پذیرش بیماران اورژانس هوایی**

وجود چند درب علاوه بر درب اصلی بیمارستان، در زمان بروز بحران‌ها بسیار کمک‌کننده است و مسیرهای ورود/ خروج و وسایل نقلیه امدادی، کارکنان و مراجعین را مستقل نموده و از ازدحام جلوگیری می‌کند.

در محل ورود خودروهای امدادی، وسایل نقلیه شخصی پارک نگردد و جلوی درب ورودی اورژانس حداقل فضا برای پارک دو دستگاه آمبولانس برای تحویل بیمار داشته باشد.

[1] back up

تسطیح و محوطه‌سازی به‌نحوی اجرایی گردد تا امکان تردد و استقرار خودروهای آتش‌نشانی برای انجام عملیات به‌سهولت امکان‌پذیر باشد.
برای ورود خودروهای سنگین آتش‌نشانی عرض ورودی حداقل ۶٫۵ (شش و نیم) متر و در صورت نصب سر در، ارتفاع آن حداقل ۵ متر از کف باشد.
حصول اطمینان از پاک‌سازی هلی پد از وجود هرگونه اجسام و وسایلی که امکان پرتاب‌شدن، حرکت کردن، ایجاد گردوخاک و ایجاد اشتعال کند.
استقرار حداقل دو کپسول آتش‌نشانی ۴۵ کیلوگرمی ایستاده چرخدار CO_2 در مجاورت پد فرود بالگرد و با حفاظت از نور مستقیم آفتاب
توصیه می‌گردد؛ در صورت عدم وجود سکوی فرود بالگرد و یا عدم ساختارهای مناسب برای ایجاد سکو، قرارداد/ تفاهم‌نامه‌ای با نزدیک‌ترین مکان مناسب (پارکینگ غیرمسقف، ورزشگاه، زمین‌های چمن و غیره) با توجه به ضوابط مربوطه برای امداد هوایی در بلایا به‌منظور پاسخ مؤثر و یا تخلیه اضطراری بیمارستان منعقد گردد.

الف-۲-۲ تأمین، نگهداری و راهبری زیرساخت‌های تأسیساتی به روش ایمن صورت می‌گیرد

الف-۲-۲-۱/ ☐☐☑/ ۲

انرژی الکتریکی مستمر با شرایط ایمن برای بیمارستان برنامه‌ریزی و تأمین می‌شود.

- **آماده‌به‌کار بودن ژنراتور/ ژنراتورها و سامانه‌های اصلی برق اضطراری بیمارستان، با تعداد، ظرفیت و کارایی متناسب با شرایط بیمارستان**
- **آماده‌به‌کار بودن حداقل یک دستگاه ژنراتور برای پشتیبانی ژنراتور/ ژنراتورهای اصلی دارای ظرفیت متناسب با دیزل اصلی**
- **تغذیه بیمارستان از دو شبکه/ پست انتقال نیروی برق شهری مجزا**
- **تأمین و استفاده از منابع تغذیه‌ی بدون وقفه‌ی جریان برق[1] برای تمامی تجهیزات حیاتی و حساس بیمارستان**
- **بررسی منظم و دوره‌ای عملکرد و آمادگی ژنراتورهای اصلی و پشتیبان، سامانه‌های برق اضطراری و منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق**

دستگاه‌های دیزل‌ژنراتور از مهم‌ترین دستگاه‌های مرکز درمانی می‌باشد؛ زیرا قطع برق حتی به مدت کوتاه نیز ممکن است منجر به مرگ یا آسیب جدی به بیماران شود. به دلیل اهمیت ایمنی بیماران و به‌منظور تأمین نیروی برق اضطراری لازم است بیمارستان مجهز به یک یا چند دستگاه مولد برق اضطراری اصلی (حداقل دو دستگاه دیزل‌ژنراتور با احتساب ژنراتور پشتیبان) دارای تابلو فرمان خودکار، متناسب با قدرت برق اضطراریِ موردنیاز باشد. این مجموعه باید در صورت قطع جریان برق عادی به طور خودکار فوراً شروع به کار کند (زمان لازم برای به کار افتادن موتور دیزل و بهره‌برداری نیرو حدود ۵ تا ۷ ثانیه خواهد بود) و پس از برقراری جریان برق عادی، حداقل تا ده دقیقه به کار خود ادامه داده و سپس به طور خودکار خاموش شود. درصورتی‌که تعداد مولدهای اضطراری بیش از یک دستگاه باشد، این دستگاه‌ها باید بر اساس محاسبات تخصصی همگام‌سازی (سینکرون) [2] گردند.

➢ **نکات مهم در مدیریت ژنراتور:**

۱) وجود شناسنامه برای دستگاه‌ها
۲) نگهداری و تعمیرات به‌موقع
۳) رکوردگیری و ثبت سوابق رکوردهای ادواری و سرویس‌های پیشگیرانه
۴) ارزیابی و بازبینی دوره‌ای مدون بر اساس چک‌لیست
۵) ثبت سوابق تعمیراتی در شناسنامه

بررسی ژنراتورها از نظر عملکرد و ایمنی (روزانه، هفتگی، ماهانه، شش ماهه و سالانه) با استفاده از چک‌لیست‌ها و اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و باتری‌ها، بررسی منابع سوخت، الکتروپمپ گازوئیل و اتصال آن به برق اضطراری، اتصال روشنایی اتاق به برق اضطراری، گرمکن‌ها، ثبت ساعت کارکرد و زمان تعویض روغن و فیلترها، بررسی مایع خنک‌کننده و ضدیخ صورت می‌پذیرد.

➢ **توصیه‌ها:**

۱) وجود مسیر مناسب و حفاظت‌شده‌ی ورودی و خروجی هوا و محل مناسب خروجی دودکش
۲) وجود تابلوی کنترل، راه‌اندازی و قرارگیری در مدار خودکار (چنج‌اور)[3] با رعایت مسائل ایمنی و حفاظتی
۳) با توجه به بحث حریق در محوطه دیزل‌ژنراتور، وجود سامانه‌های اعلام و اطفای حریق در مجموعه ضروری می‌باشد.

[1] Uninterruptible Power Supply (UPS)
[2] Synchronizaation
[3] changeover

➢ **ملاحظات کاهش خطرات سیل:**

برای اطمینان از تداوم عملکرد سامانه برق اضطراری هنگام وقوع سیل، تمامی اجزای این سامانه باید بالاتر از تراز احتمالی سیلاب نصب شوند یا به روش‌های مناسب در برابر نفوذ و آسیب ناشی از سیل محافظت گردند. این الزامات شامل ژنراتور، تجهیزات توزیع برق اضطراری، کلیدهای انتقال، فیدرها، تابلوهای برق، مخازن سوخت و سامانه‌های کنترل است. علاوه بر این، تمام تجهیزات حیاتی که سامانه‌ی برق اضطراری را تأمین می‌کند باید از سطح سیل بالاتر باشند. ملاحظات خطر سیل نباید به سامانه‌های برق اضطراری محدود شود. کانال‌های الکتریکی، حتی آنهایی که بخشی از سامانه‌ی برق اضطراری نیستند، می‌توانند مسیرهایی را فراهم کنند که به سیلاب اجازه ورود به ساختمان را دهد. خطوط فاضلاب بهداشتی نیز می‌توانند به سیلاب اجازه ورود به ساختمان را بدهند.

در صورت امکان، حفاظت در برابر سیل باید با قراردادن سامانه‌ها و تجهیزات حیاتی بالاتر از سطوح پیش‌بینی‌شده‌ی سیل انجام شود. زمانی که این امکان وجود ندارد، سامانه‌ها و تجهیزات حیاتی را می‌توان با عایق‌سازی سیلاب خشک تا ارتفاع سطح پیش‌بینی‌شده‌ی سیل محافظت کرد. با این حال، بالابردن سامانه‌ها و تجهیزات حیاتی نسبت به عایق سیلاب خشک ترجیح داده می‌شود، زیرا هنگامی که سیلاب‌ها از مقررات ضد سیل خشک فراتر می‌روند، تجهیزات به‌سرعت زیر آب می‌روند و به طور بالقوه تخریب می‌شوند. همچنین توصیه می‌شود که مخازن سوخت برای سامانه‌های تولید برق اضطراری بالاتر از ارتفاعات توصیه شده سیل برای تأسیسات قرار گیرد.

➢ **ملاحظات کاهش خطرات ناشی از باد شدید:**

به‌منظور محافظت از تجهیزات در برابر بادهای شدید، محل نصب آن‌ها باید به‌گونه‌ای انتخاب شود که در برابر فشار باد، برخورد اجسام معلق ناشی از توفان و نفوذ بارانِ همراه با باد مقاوم باشد و عملکرد دستگاه مختل نشود. دیوارها و سقف اتاق ژنراتور باید از نظر ساختاری به‌اندازه‌ای مقاوم باشند که بتوانند فشار باد را تحمل کنند. همچنین، باید **تداوم مسیر بار**[1] به طور دقیق رعایت شود تا تمامی نیروهای ناشی از باد به‌صورت ایمن به فونداسیون منتقل گردند. وزن کلی ساختمان و فونداسیون آن باید برای مقابله با واژگونی و لغزش کافی باشد؛ در غیر این صورت، استفاده از سیستم‌های مهاربندی (لنگرگاهی)[2] برای تثبیت ساختمان الزامی است. ازآنجایی‌که ژنراتورها برای احتراق و خنک‌کاری نیاز به ورودی‌های بزرگ هوا (نفوذهای بزرگ) دارند، اتاق ژنراتور باید به‌عنوان یک **ساختمان نیمه‌محصور حداقل بار طراحی**، برای ساختمان‌ها و سازه‌ها طراحی شود.

ژنراتورهایی که در محیط‌های باز نصب می‌شوند، باید در نقاطی قرار گیرند که در برابر خطرات ناشی از فرونشست زمین یا برخورد اجسام معلق در هوا ناشی از باد در امان باشند. درصورتی‌که محدودیت‌های سایت، نصب در مناطق پرخطر را اجتناب‌ناپذیر می‌کند، باید نسبت به رفع یا جابه‌جایی منابع خطر اقدام شود.

برای افزایش سطح ایمنی، می‌توان از حصارهای حفاظتی در اطراف محفظه ژنراتور استفاده کرد. این حصارها که معمولاً از دیوارهای بنایی یا بتن مسلح ساخته می‌شوند، باید به‌گونه‌ای طراحی و اجرا شوند که مانع جریان هوای موردنیاز برای سیستم خنک‌کاری ژنراتور نشوند.

➢ **ملاحظات کاهش خطرات زلزله:**

واکنش ساختمان‌ها در هنگام وقوع زلزله به‌گونه‌ای است که طی آن شتاب در طبقات بالایی می‌تواند دو تا سه برابر شتاب پایه باشد. از این رو، در مناطقی که خطر سیل یا طوفان وجود ندارد، توصیه می‌شود تجهیزات برق اضطراری و سامانه‌های جانبی در سطح همکف جانمایی شوند تا نیروهای لرزه‌ای کمتری به آن‌ها وارد شود. شایان‌ذکر است که قرارگیری این سامانه‌ها در زیرزمین، به‌هیچ‌عنوان توصیه نمی‌شود.

در شرایطی که احتمال بروز هم‌زمان خطر زلزله و سیل وجود دارد، عملکردهای حیاتی و تجهیزات موردنیاز برای پشتیبانی باید در طبقه(هایی) با ارتفاع بالاتر از **ارتفاع سیل طراحی** قرار گیرند و هم‌زمان در برابر نیروهای باد و برخورد اجسام معلق در هوا ناشی از باد محافظت شوند. اثرات لرزه‌ای تمام تجهیزات حیاتی و لوله‌ها، سیم‌کشی‌ها و کانال‌های اتصال‌دهنده باید بالا یا محافظت شوند.

اجزای سامانه‌ی برق اضطراری بدون لنگر در مناطقی که خطر لرزه‌ای دارند، احتمالاً در لرزش‌های متوسط جابه‌جا شده یا واژگون می شوند. محدودکردن جابه‌جایی ژنراتورهای برق اضطراری اقدام مناسبی برای کاهش آسیب‌پذیری در مناطق زلزله‌خیز به شمار می‌رود. حرکت ژنراتورها در جای خود تا زمانی که سقوط نکرده‌اند یا به تجهیزات جانبی نظیر باتری‌ها، کابل‌ها، اگزاست‌ها و سایر قطعاتی که به ژنراتور نصب شده‌اند آسیب نرساند، مانعی ندارد. در اغلب موارد ژنراتورهای برق اضطراری روی فنرهایی قرار گرفته که صدا و ارتعاش آن‌ها را حین کار کاهش دهد؛ اما فرکانس ارتعاش این فنرها بعضی مواقع با فرکانس‌های لرزه‌ای هم آهنگ شده، باعث تقویت و تشدید آن‌ها می‌گردد؛ بنابراین قراردادن تکیه‌گاه‌ها یا زنجیرهایی در اطراف این فنرها و محدودکردن دامنه حرکت اجزایی که امکان لغزش دارند با هدف جلوگیری از حرکت بیش از حد لازم است.

[1] Load Path Continuity
[2] Anchorages

➢ **ملاحظات سوخت:**

۱) از تأمین ذخیره‌ی سوخت به میزان کافی (به مدت ۷۲ ساعت) برای عملکرد ژنراتورها اطمینان حاصل شود.

۲) میزان سوخت مصرفی باید برای توزیع و استفاده بر اساس الزامات، مانند تعداد ژنراتورهای موجود، تعداد تأسیسات که به سوخت یا ژنراتورها نیاز دارند، اولویت‌بندی شود.

۳) سوخت دیزلی که بیش از ۱۲ماه ذخیره می‌شود شروع به تشکیل رسوبات و صمغ می‌کند. سوخت دیزلی که پس از اتمام عمر مفید آن استفاده می‌شود، احتمال آسیب‌دیدن ژنراتور را افزایش می‌دهد.

➢ **منبع تغذیه‌ی بدون وقفه‌ی جریان برق (UPS):**

بیمارستان باید از منابع تغذیه‌ی بدون وقفه‌ی جریان برق برای تأمین برق اضطراری نیز استفاده کند. هنگامی که از این تجهیزات به‌تنهایی استفاده می‌شود، میزان زمان پشتیبانی اغلب باید طوری محاسبه گردد که بتواند مصرف‌کننده‌های حیاتی را برای ۹۰ دقیقه تأمین کند. اغلب دستگاه‌های حساس و مهم موجود در بیمارستان‌ها باید هنگام قطع برق شهر به طریقی از یک منبع تغذیه‌ی دیگر استفاده کنند و به کار خود ادامه دهند. شبکه‌هایی که از دیزل‌ژنراتور و مولد برای تولید برق اضطراری استفاده می‌کنند به دلیل اینکه موتور مکانیکی برای راه‌اندازی نیازمند زمان است، دارای تأخیر در وصل برق اضطراری خواهند بود. UPS یک دستگاه ذخیره‌کننده و تأمین‌کننده‌ی برق است که قادر است بدون تأخیر پس از قطع برق شهر و در عرض چند میلی‌ثانیه برق اضطراری را وصل نماید. این منابع تغذیه‌ی اضطراری که معمولاً انرژی خود را از باتری تأمین می‌کنند در مکان‌هایی مانند اتاق عمل، اتاق سرور، دستگاه‌ها و تجهیزات حساس در آزمایشگاه و بانک خون، بخش‌های مراقبت ویژه، اورژانس، دیالیز و... مورداستفاده قرار می‌گیرند. ضروری است در بیمارستان‌ها تمام تجهیزات و دستگاه‌های حساس به نوسانات برق که فاقد باتری یا تثبیت‌کننده جریان (استابلایزر) هستند و همچنین تجهیزات حیاتی فاقد باتری، بر اساس نیازسنجی تخصصی به UPSهای متناسب متصل گردند؛ لذا با توجه به خصوصیات و نیاز محل مورداستفاده، یکی از این سامانه‌ها یا ترکیبی از هر دو نوع ممکن است استفاده شود. به‌جای استفاده از چند UPS توان پایین برای تجهیزات حساس، می‌توان از یک یوپی‌اس توان بالا برای هر ساختمان (البته با توجه به دستورالعمل کارخانه سازنده‌ی تجهیزات) استفاده کرد در این شرایط می‌توان هم هزینه‌های نگهداری و تعمیرات را کم کرد و هم با موازی‌سازی[1] دو UPS در دو ساختمان مختلف که هر کدام از آنها با عنایت به ضریبی که خریدار برای بالاتر گرفتن ظرفیت‌های هر UPS توان پایین در نظر می‌گیرد ضریب ایمنی قطع برق را بالا برد.

➢ **نکات ایمنی نصب UPS ها:**

۱) مکانی که UPS در آن نصب خواهد شد باید طوری باشد که فضای کافی برای نصب آن وجود داشته باشد و کف محل نصب تحمل وزن UPS را داشته باشد.

۲) حمل‌ونقل UPS باید طوری باشد که آسیبی به آن نرسد.

۳) محیطی که UPS در آن نصب خواهد شد باید از نظر حرارت رطوبت و نویز صوتی محیطی مناسب باشد.

۴) زمان نصب UPS از نوع اتصالات و سطح مقطع کابل‌ها و فیوزهایی که برای نصب استفاده می‌شود اطمینان حاصل گردد.

۵) هنگامی که بار به UPS متصل می‌گردد باید مراقب بود که برق شهری با برق خروجی اتصال نداشته باشد و در صورت سه‌فاز بودن فازها به‌صورت متوالی متصل گردد.

۶) نصب و راه‌اندازی دستگاه توسط کارشناسان فنی انجام پذیرد.

➢ **مصرف‌کننده‌هایی که نباید به یوپی‌اس وصل شوند:**

بعضی از مصرف‌کننده‌ها که دارای جریان نامی اولیه‌ی زیادی هستند برای وصل کردن به یوپی‌اس مناسب نمی‌باشند که از این نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

۱) الکتروموتورها و تجهیزاتی که دارای سیم‌پیچ می‌باشند

۲) پرینترهای لیزری

۳) دستگاه‌های تهویه

۴) لامپ‌های فلورسنت و گازی

[1] Paralleling

- **نکات ایمنی در خصوص باتری‌های UPS:**

۱) باتری‌ها را نباید در کنار منبعی که انرژی گرمایشی تولید می‌کنند مورداستفاده قرار دهیم. دمای مناسب برای باتری‌ها بین ۲۰ الی ۲۵ درجه سانتیگراد می‌باشد.

۲) تهویه هوای باتری‌ها باید منا سب با شد. هنگامی که باتری‌ها در محفظه‌ای قرار می‌گیرند باید تو سط فن‌ها و یا حداقل باز نمودن محفظه، تهویه مناسب انجام گیرد.

۳) به دلیل اینکه در محفظه باتری‌ها گازهایی که قابل‌انفجار می‌باشند توسط باتری‌ها تولید می‌گردد، بنابراین تجهیزاتی که به‌خودی‌خود جرقه تولید می‌کنند از محل نصب باتری‌ها دور باشند.

۴) با توجه به جنس باتری‌ها از تماس باتری‌ها با مواد شیمیایی و حلال‌های عالی و مواد چسبناک خودداری گردد.

۵) اگر باتری‌ها در محلی مورداستفاده قرار می‌گیرند که ارتعاشات زیادی تولید می‌گردد، بهتر این است که از ضربه‌گیر برای محفظه باتری‌ها استفاده گردد.

۶) در هنگام نصب باتری‌ها باید همه باتری‌ها طوری نصب گردند که در معرض هوا قرار گیرند و فاصله‌ی پیشنهادی بین باتری‌ها ۵ تا ۱۰ میلی‌متر می‌باشد.

۷) کابل‌هایی که برای نصب باتری‌ها مورداستفاده قرار می‌گیرد با سطح مقطع مناسب انتخاب گردند.

۸) باتری‌ها را با ظرفیت مناسب انتخاب کنیم. ضروری است از باتری‌های هم ظرفیت استفاده گردد.

- **پنل‌های خورشیدی:**

در راستای تحقق الزامات بیمارستان‌های ایمن، تاب‌آور و سبز و با هدف تضمین پایداری و استمرار جریان الکتریکی در شرایط اضطرار و بحران، بهره‌گیری از سیستم‌های تجدیدپذیر به ویژه پنل‌های خورشیدی (فتوولتائیک)به عنوان یک منبع تغذیه مکمل و راهبردی توصیه می شود.

الف-۲-۲-۲/ ☑☐☐/ ۱,۵
توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان با رعایت اصول ایمنی و الزامات مربوطه برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ سیستم توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان با اتصال به زمین و دارای نول و ارت جدا از هم ❖ وجود تأییدیه بازرسی و تست چاه ارت و هم‌بندی سیستم ارت توسط مراجع ذی‌صلاح ❖ استفاده از ترانسفورماتور یک‌به‌یک (ایزوله) در توزیع انرژی الکتریکی بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل و بخش‌های دیگر در صورت نیاز ❖ تدوین و اجرای دستورالعمل «نگهداری و ارزیابی دوره‌ای تابلوهای برق اصلی، فرعی، درون‌بخشی و ایزوله‌ی بیمارستان» ❖ نظارت مستمر بر ایمنی توزیع انرژی الکتریکی توسط مسئول تأسیسات بیمارستان و طرح‌ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت نیاز ❖ وجود سیستم حفاظت در برابر صاعقه ❖ ایمن بودن کابل‌کشی و سیم‌کشی بیمارستان

به دلیل تماس و ارتباط الکتریکی تجهیزات پزشکی با بدن بیماران، تمامی بخش‌های درمانی، تشخیصی و مکان‌هایی که دارای تجهیزات پزشکی هستند، باید مجهز به سامانه‌ی اتصال به زمین (سامانه‌ی ارتینگ) از نوع TN-C-S باشند. سیستم TN-C-S ابتدا حاوی هادی نول و ارت PEN مشترک است که در محلی (معمولاً در محدوده‌ی مصرف‌کننده) از هم تفکیک شده و هادی‌های نول N و ارت PE مجزا می‌گردند و پس از آن دیگر به هم متصل نمی‌شوند. همچنین نول ثانویه ترانسفورماتور مستقیماً ارت شده است. این بدان معنا است که فقط در تابلوهای توزیع اصلی ۴۰۰ ولت بیمارستان که پس از پست برق شهر (۲۰ کیلووات) در مدار قرار دارد شینه ارت و نول به یکدیگر متصل شده و در تابلوهای توزیع ۲۳۰ ولت در بخش‌ها از یکدیگر تفکیک گردند.

وجود ارت در مراکز درمانی جزو الزامات اساسی است. تعداد چاه ارت باید متناسب با حجم تجهیزات مرکز درمانی (میزان آمپر مصرفی) باشد. دستگاه‌های پرمصرف مانند MRI، سی‌تی‌اسکن، آنژیوگرافی و... باید دارای چاه ارت مستقل در نزدیکی تابلوی اصلی توزیع برق خود باشند.

ارت مناسب و اتصال به زمین بدنه‌ی تجهیزات در مراکز درمانی علاوه بر حفاظت الکتریکی پرسنل، بیماران و مراجعان، جریان‌های نشتی ناشی از اختلالات تخت‌ها و تجهیزات اطراف بیمار را که از طریق امواج الکترومغناطیسی موجود در فضا القا می‌شوند (مانند تلفن همراه، تلویزیون و...) از بین می‌برد.

اندازه‌گیری ارت مرکزی و مقاومت زیر ۲ اهم و همچنین کنترل هم‌بندی‌ها در تمامی بخش‌های درمانی الزامی می‌باشد. اطمینان از استفاده پریزهای ارت‌دار، سه‌راهی‌های ارت‌دار و همچنین کنترل محکم‌بودن اتصالات ارت بسیار ضروری می‌باشد. محل اتصالات سیم ارت باید به صورت دوره‌ای بازدید و مقاومت سیم ارت اندازه‌گیری شود.

➢ **توزیع نیروی برق ایزوله (سیستم IT):**

سامانه‌های نیرو و منابع تغذیه مورداستفاده در تأسیسات برق بیمارستان متناسب با موارد کاربری در بخش‌ها و واحدها از انواع TN-C-S و یا IT (تابلو ایزوله) است. سامانه توزیع برق IT در فضاهای اتاق عمل و فضاهایی که تجهیزات الکتریکی با بدن باز بیمار در تماس است (آنژیوگرافی، بخش‌های ویژه و...) الزامی می‌باشد و باید از این سامانه، تغذیه‌ی الکتریکی شوند. به‌منظور تداوم نیروی برق و اعمال استانداردهای ایمنی و پیشگیری در برابر آتش سوزی و انفجار و همچنین محافظت بیماران و افراد در برابر شوک و برق‌گرفتگی، در مناطق معینی از بیمارستان مانند اتاق‌های عمل، زایمان و همچنین بخش‌های ویژه باید از سیستم برق ایزوله استفاده شود.

برای اینکه سیستم ایزوله (IT) به‌درستی کار کند، بدنه‌ی تابلو نباید هیچ‌گونه اتصالی با سازه‌ی فلزی ساختمان داشته باشد؛ چرا که در صورت تماس، سیستم ارتینگ از حالت ایزوله خارج شده و عملکرد حفاظتی خود را از دست می‌دهد. به همین دلیل، بدنه‌ی تابلو حتماً باید درون مصالح ساختمانی (مانند آجر، سیمان یا گچ) نصب شود تا کاملاً عایق باشد. بدنه‌ی این تابلوها باید مستقیماً به سیستم ارت مخصوص اتاق عمل (چاه ارت مجزا) متصل گردد تا ایمنی کامل برقرار شود.

➢ **نگهداری تابلو برق‌های اصلی و فرعی، تابلو برق ایزوله:**

یکی از اجزای اساسی سامانه‌ی توزیع برق، تابلوهای برق در بیمارستان است. نگهداری از تابلوها در بخش‌ها اعم از تابلوهای اصلی پست برق و تابلوهای فرعی و تابلوهای درون‌بخشی بسیار ضروری است. اطمینان از انجام عملیات مذکور و همچنین انجام اندازه‌گیری‌های اولیه‌ی جریان در فازهای مختلف، اطمینان از توالی فاز و یکسان تقسیم‌شدن جریان در تابلوهای ۳ فاز بسیار مهم است. موارد مذکور در تابلوهای برق ایزوله نیز لازم‌الاجرا می‌باشد. در تابلوهای ایزوله، ترانسفورماتورها و ایزوله بودن برق خروجی به‌صورت ادواری باید بررسی گردد، چرا که هرگونه نشت جریان و یا عملکرد ناصحیح ترانسفورماتور باعث آسیب و ایجاد شوک الکتریکی به بیمار می‌شود.

➢ **دستورالعمل «نگهداری و ارزیابی دوره‌ای تابلوهای برق بیمارستان» حداقل شامل موارد زیر است:**

۱) اندازه‌گیری منظم ارت مرکزی و تأیید مقاومت زیر ۲ اهم و همچنین کنترل هم‌بندی‌ها در تمامی بخش‌های درمانی

۲) کنترل محکم‌بودن اتصالات ارت مخصوصاً در اتاق‌های عمل، استفاده از پریزهای ارت‌دار و سه‌راهی‌های ارت‌دار

۳) بررسی، آچارکشی و نظافت کامل تابلوها به‌صورت ماهیانه

۴) انجام اندازه‌گیری جریان در فازهای مختلف و تقسیم یکسان جریان در تابلوهای ۳ فاز

۵) اندازه‌گیری مقاومت عایق و تست دی‌الکتریک

۶) بازرسی چشمی؛ در این مرحله از نگهداری تابلو برق تمامی قطعات و تجهیزات از نظر صحت قرارگیری و سلامت فیزیکی مورد بازدید واقع می شوند. بخشی از مجموعه کارهایی که باید در بازرسی چشمی انجام شود عبارت‌اند از: سالم‌بودن قفل تابلوها و جلوگیری از دسترسی افراد غیرمجاز، کنترل سیم‌کشی‌ها، چک‌کردن تجهیزات جانبی، اندازه‌گیری قوس، کنترل فواصل نصب، تست کارکرد صحیح الکتریکی، وضعیت مکانیکی سامانه، کنترل درجه حفاظت، بررسی وضعیت ظاهری و...

۷) نحوه استفاده از وسایل مناسب برای مهار آتش در صورت لزوم

۸) کنترل آلودگی محیطی؛ ایجاد آلودگی یکی از دلایل مهم در به‌خطرافتادن ایمنی تابلو برق به شمار می‌رود. باید سعی شود حتی‌المقدور محل نصب تابلو برق از وجود گردوغبار و عوامل آلوده‌کننده دور نگه داشته شود.

۹) حریم تابلو برق همیشه باید عاری از هرگونه کالا، ضایعات و مواد قابل‌اشتعال بوده و دارای کف پوش عایق در محل ایستادن تکنسین برق باشد.

➢ **کلیدهای جریان نشتی RCCB:**

کلید جریان نشتی RCCB و یا RCD که به‌اشتباه به کلید محافظ جان نیز شناخته می‌شود، نوعی کلید است که با مقایسه‌ی جریان سیم‌های رفت‌وبرگشت، درصورتی‌که اختلافی بین این دو جریان وجود داشته باشد مدار را قطع می‌کند. این دستگاه جریان‌های نشتی کوچکی را که توسط فیوز شناسایی نمی‌شوند اما می‌توانند زمینه‌ساز آتش‌سوزی یا برق‌گرفتگی شوند، شناسایی و مدار را در چند دهم یا صدم ثانیه قطع می‌کند.

➢ **سیستم حفاظت در برابر صاعقه:**

به منظور حفاظت از ساختمان‌های درمانی و مراقبتی در برابر صاعقه، اعم از ساختمان‌های بلندمرتبه مانند مجتمع‌های درمانی یا ساختمان‌های کوچک و منفرد یک یا دوطبقه که در محوطه‌ی باز قرار دارند، باید سیستم حفاظت بیرونی پیش‌بینی شود و در صورت لزوم، سیستم حفاظت درونی نیز متناسب با نوع کاربری در نظر گرفته شود.

➢ **کابل‌کشی و سیم‌کشی‌ها:**

۱) کابل‌های چندلایه بر روی سینی کابل و یا در داخل کانال بر روی بازو نصب گردد و علاوه بر حفظ فواصل آنها نسبت به هم لازم است فاصله بین هر کابل با دیگری حداقل به‌اندازه قطر کابل و فاصله بین هر لایه در کانال‌ها حداقل ۲۰ سانتی‌متر باشد.

۲) کانال‌های زمینی کابل‌های برق باید هر شش ماه یک‌بار نظافت و برای ازبین‌بردن حشرات موذی سم‌پاشی گردد.

۳) اتصال دو سرسیم‌ها و مفصل‌بندی‌ها باید توسط ترمینال‌های پیچی از نوع سرامیکی به یکدیگر متصل گردند.

۴) سیم‌های نامناسب و پراکنده جمع‌آوری و به‌جای آنها از کابل‌های مقاوم و مناسب استفاده گردد.

۵) استفاده از داکت پلاستیکی در سرتاسر بیمارستان حتی در مسیرهای کوتاه ممنوع است و صرفاً برای اجرای سیم‌کشی روکار استفاده از لوله فولادی مجاز است.

۶) استفاده از مسیر شافت آسانسور به‌عنوان کانال عبور هر نوع مدار الکتریکی جز مدارهای مجاز مربوط به خود آسانسور ممنوع است.

الف-۲-۲-۳/ ☑☑☐/ ۲
ارزیابی، نگهداری و راهبری سامانه‌های تأسیساتی بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ **وجود شناسنامه‌ی دستگاه‌ها و تجهیزات در واحد تأسیسات بیمارستان با حداقل‌های موردانتظار**
❖ **کارآمد بودن و به‌روزرسانی سامانه‌های تأسیساتی**
❖ **اجرای برنامه نگهداری و راهبری تمامی سامانه‌های تأسیساتی و ثبت در سیستم الکترونیک تأسیسات بیمارستان**
❖ **نظارت و مدیریت سوابق نگهداری و راهبری سامانه‌های تأسیساتی و طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی در صورت نیاز**

برنامه ادواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه‌ی وسایل و تجهیزات سامانه‌های سرمایشی، گرمایشی و تهویه‌ی بیمارستان و دستگاه‌های حساس و حیاتی در موتورخانه‌ها و ساختمان شامل دیگ‌های بخار، چیلرهای جذبی و تراکمی، الکتروپمپ‌ها و هواسازها، اگزاست فن‌ها، برج‌های خنک‌کننده، مبدل‌های حرارتی، منابع کندانس و دی‌اریتور، سختی‌گیرها و... طبق نظر کارخانه سازنده و متخصصین نگهداری و راهبری تأسیسات یک ضرورت مهم در امر مدیریت تأسیسات است.

سوابق تعمیرات دستگاه‌ها ازجمله تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام‌گرفته و قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک‌لیست‌های معین نیز باید مدیریت شود. امنیت زیر ساخت‌های مکانیکی و برقی تجهیزات در موتورخانه‌ی مرکزی مراکز درمانی بسیار حایز اهمیت و حساس بوده؛ لذا باید به منظور بالابردن ضریب ایمنی عملکردی تجهیزات و به‌حداقل‌رساندن خطرات مربوطه برنامه‌ریزی خاصی انجام گیرد.

دستگاه‌ها از منظر خطر در دو گروه دسته‌بندی می‌شوند؛ گروه اول دستگاه‌هایی که مولد اولیه‌ی خطر هستند؛ مانند دیگ‌های بخار و گروه دوم دستگاه‌هایی که منبع اولیه‌ی خطر نیستند؛ اما عملکرد نامناسب آن‌ها علت ثانویه‌ی خطر می‌شود؛ مانند الکتروپمپ آتش‌نشانی (زمانی که حتی با خرابی یک کوپلینگ ساده که در مدار سرویس قرار نگرفته، امکان اطفای حریق در بیمارستان میسر نخواهد بود).

دستگاه‌ها و تجهیزات مهم و اساسی در موتورخانه‌ی بیمارستان باید دارای شناسنامه باشند. در شناسنامه باید نوع و مدل دستگاه، سال ساخت، سری ساخت، کارخانه سازنده، تاریخ نصب و راه‌اندازی مشخص باشد. همچنین باید سوابق تعمیرات انجام‌شده‌ی دستگاه به طور کامل و شفاف مشخص گردد. تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام‌گرفته و قطعات تعویض شده و سرویس‌های انجام شده در شناسنامه‌ی دستگاه ثبت شود. در صورت عدم ثبت سوابق، هزینه‌های نگهداری تجهیزات فرسوده بسیار بالاتر از هزینه‌ی تعویض و جایگزینی دستگاه طی دوره‌ی زمانی یک ساله و یا کمتر است. دستگاه‌های مهم و حیاتی در موتورخانه باید دارای چک‌لیست پایش عملکرد باشند و در زمان‌هایی معین از شبانه‌روز، تکنسین فنی فاکتورهای قابل‌اندازه‌گیری و مهم هر دستگاه را که به داشبورد دستگاه معروف هستند، ارزیابی و ثبت نماید.

افراد واجد صلاحیت برای ارزیابی هر دستگاه باید از بین تکنسین‌های باتجربه، توسط مسئول تأسیسات تعیین شده و بر عملکرد آن‌ها نظارت نماید. برنامه‌ی نگهداری پیشگیرانه[1] برای دستگاه‌ها و تجهیزات در موتورخانه‌ی مرکزی باید توسط مسئول تأسیسات با مشارکت تکنسین‌های مجرب و مطابق توصیه‌های کارخانه‌ی سازنده تدوین و بر اساس آن اقدام شود. دستگاه‌های حساس و حیاتی در موتورخانه‌های مراکز درمانی اعم از چیلرهای جذبی و تراکمی، الکتروپمپ‌ها، دیگ‌های بخار، دیزل‌ژنراتورها، تابلوهای فشار متوسط و ضعیف، منابع دی‌اریتور و... باید دارای برنامه‌ی ادواری نگهداری پیشگیرانه باشند. بدیهی است که این برنامه با چک‌لیست دستگاه تفاوت داشته و در فرم‌های نگهداری پیشگیرانه‌ی برنامه‌ی تعمیرات دستگاه در فواصل زمانی خاص مشخص می‌شود.

توصیه می شود انجام سرویس‌های دوره‌ای و برنامه‌های پیشگیرانه تجهیزات مطابق با سامانه[2] و ثبت فرایندها در آن صورت گیرد. همچنین از تجهیزات بازرسی (کنترل لرزش، کنترل سختی آب، کنترل PH دیگ بخار و...) برای افزایش عمر مفید دستگاه‌ها استفاده شود. توجه به هزینه اثربخش‌بودن اقدامات/مداخلات اصلاحی تأسیسات در هنگام تصویب بودجه برای نگهداری و تعمیرات دستگاه‌ها توصیه می‌شود.

➢ **نکات مهم در ارزیابی، نگهداری و راهبری سامانه‌های تأسیساتی؛**

۱) برای افزایش ایمنی و طول عمر مفید در موتورخانه از سیستم کنترل هوشمند موتورخانه (اتوماسیون صنعتی و مانیتورینگ) بهره‌گیری شود.
۲) دسترسی به موتورخانه محدود به کارکنان تأسیسات باشد. از دسترسی و ورود افراد غیرمجاز به موتورخانه جلوگیری به عمل آید.
۳) دسترسی به موتورخانه باید از دو طریق (ابتدا و انتهای موتورخانه) امکان‌پذیر باشد و درب‌های آن از نوع درب‌های مقاوم در برابر حریق باشد.
۴) به‌منظور اطمینان از سلامت دیگ‌های بخار تست مقاومت سنجی، تست هیدروستاتیک و سلامت سوپاپ‌های اطمینان به صورت سالیانه توسط شرکت‌های ذی‌صلاح بررسی و گواهینامه فنی اخذ گردد.
۵) موتورخانه باید از سامانه‌های ایمنی مجهز مثل سامانه‌ی اعلام و اطفای حریق، سیستم تهویه‌ی اتوماتیک، انواع خاموش‌کننده‌های دستی و پرتابل، شبکه آب آتش‌نشانی و... برخوردار باشد.
۶) در موتورخانه علاوه بر نصب دتکتورهای دودی/ حرارتی باید دتکتور گازی نیز نصب گردد.
۷) در صورت وجود ستون‌های فلزی داخل موتورخانه، ستون‌ها با پوشش مخصوص مقاوم در برابر حریق پوشانده شوند.

۸) در داخل موتورخانه‌ها به‌هیچ‌عنوان نباید اتاق نگهبانی یا استراحتگاه تعبیه شود.
۹) برای عایق‌بندی حرارتی لوله‌ها باید از مواد و مصالح نسوز و ضد آتش استفاده شود.
۱۰) علائم و تابلوهای خطر و هشدار نصب شده باشد.
۱۱) تمامی تابلوهای برق موتورخانه بر اساس برنامه‌ی تعمیرات پیشگیرانه مورد ارزیابی قرار گیرند.
۱۲) فضای موتورخانه‌ها، تحت هیچ عنوان و به هیچ دلیل برای منظورهای دیگر مانند: انباری، رختشوی‌خانه، پارکینگ و غیره استفاده نشود.
۱۳) تهویه‌ی موتورخانه به سمت هوای باز قرار داشته و استعمال دخانیات در موتورخانه اکیداً ممنوع باشد.
۱۴) جنس دیوارها، سقف و کف موتورخانه از نوع مقاوم در برابر حریق باشد و نور کافی در تمامی نقاط موتورخانه تأمین شود.
۱۵) به‌منظور ایجاد ظرفیت مناسب از همپوشانی کافی دو یا چند دستگاه تأسیساتی مانند دیگ بخار، چیلر، پمپ، برج‌های خنک‌کننده و... استفاده گردد.
۱۶) فشار بخار متناسب با نیاز دستگاه‌ها بوده و تأمین پیوسته بخار موردنیاز و وجود دیگ بخار پشتیبان پیش‌بینی شده باشد
مدیریت سوابق تعمیرات سامانه‌های تأمین بخار شامل تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام‌گرفته، قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک‌لیست‌های معین است. نصب رگولاتور در نزدیکی دستگاه‌ها برای تنظیم فشار بخار ورودی، وجود حداقل یک دستگاه دیگ بخار دوگانه‌سوز با ذخیره سوخت کافی برای ۷۲ ساعت و همچنین انجام سرویس‌های دوره‌ای و برنامه‌های پیشگیرانه‌ی تجهیزات مطابق با سامانه CMMS و ثبت فرایندها در سامانه ضروری است.
۱۷) از تأمین پیوسته آب با به‌کارگیری الکتروپمپ‌های ذخیره اطمینان حاصل می‌شود
مدیریت سوابق تعمیرات سامانه‌های تأمین آب شامل تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام‌گرفته، قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک‌لیست‌های معین است. منظور از سامانه‌های آب‌رسانی، تمامی دستگاه‌ها و تجهیزات وابسته به تأمین، ذخیره‌سازی و انتقال آب مصرفی (آب شرب و آب‌گرم) به‌تمامی نقاط بیمارستان است. دستگاه‌ها و تجهیزات شامل الکتروپمپ‌ها، شیرآلات، منابع ذخیره، لوله‌کشی‌ها و سایر ملزومات آن است. منابع ذخیره‌ی آب باید در فواصل زمانی برنامه‌ریزی شده لایروبی شوند. کنترل کیفیت آب در چند نقطه‌ی مختلف از جمله در خروجی منبع ذخیره در فواصل زمانی برنامه‌ریزی شده، انجام شود. کنترل سرریز آب از منابع و جلوگیری از هدررفت آب به صورت فعال اجرا شود به‌نحوی که با پیش‌بینی سازوکاری، سرریز آب به اپراتور اطلاع‌رسانی شود. مدیریت/ کاهش مصرف آب در شرایط اضطراری به‌منظور استفاده‌ی بهینه از ذخیره آب موجود باید دارای برنامه مدون باشد که در شرایط بحران طبق آن عمل شود. در صورت اشتراک منبع ذخیره آتش‌نشانی با آب مصرفی، مکش الکتروپمپ‌های آتش‌نشانی در ارتفاع پایین‌تری قرار گیرد. بازرسی مخازن دریافت و ذخیره آب هر سه ماه یک‌بار شامل نظافت کلی و تخلیه بخش زیرین آن تا سطح ۱۵۰ الی ۳۰۰ میلی‌متر بالاتر از کف، لای‌روبی، شستشو و ضدعفونی مخزن در صورت لزوم با مواد ضدعفونی‌کننده استاندارد و بهداشتی و مطابق با دستورالعمل‌های ایمنی و کنترل کیفیت آب در چند نقطه مختلف از جمله در خروجی منبع ذخیره با همکاری بهداشت محیط بیمارستان در فواصل زمانی برنامه‌ریزی انجام می‌شود.

الف-۲-۲-۴/ ☑☐☐/ ۱,۵

آسانسورهای فعال تحت نظارت‌های مستمر ایمنی و فنی بوده و دارای گواهینامه‌ی استاندارد/گواهی ایمنی از مراکز مجاز می‌باشند.

- **اخذ گواهینامه‌ی ایمنی و عملکرد آسانسور از مراکز مجاز برای تمامی آسانسورهای بیمارستان**
- **رعایت حداقل‌های موردنیاز در کابین آسانسور**
- **سرویس‌های دوره‌ای و تعمیرات آسانسورها توسط مراکز مجاز**
- **هم‌سطح بودن ورودی آسانسور با دسترسی بلامانع برای صندلی چرخ‌دار یا برانکارد**

➢ **حداقل‌های موردنیاز در کابین آسانسور:**

۱) نصب دستگیره در داخل کابین آسانسور
۲) وجود راهنمای طبقات در داخل کابین آسانسور
۳) وجود نقاط برجسته (خط بریل) روی شستی‌های شماره‌ی طبقات
۴) اعلام صوتی شماره طبقات

اتاقک آسانسور بایستی به زنگ اضطراری و یک خط تلفن جهت ارتباط با بیرون مجهز باشد. ارتفاع تلفن از کف نباید بیش از ۱/۲ (یک و دو دهم) متر باشد و لازم است به تقویت‌کننده‌ی صدا نیز مجهز شود. هم‌چنین دستورالعمل راهنمای استفاده از تلفن در مواقع اضطراری باید در کنار تلفن نصب شود.
توصیه می‌گردد در صورت طراحی جدید و یا بازسازی، آسانسورهای ضدحریق جایگزین آسانسورهای معمول گردد تا در زمان تخلیه اضطراری/ آتش‌سوزی این آسانسورها بتوانند به فعالیت خود ادامه دهند.

[1] PM
[2] CMMS

الف-۲-۳ برنامه‌های آمادگی، پاسخ و بازیابی مؤثر در حوادث و بلایا تدوین شده و بر اساس آن عمل می‌شود
الف-۲-۳-۱/ ☐☑☑/ ۱,۵
تمرین‌های شبیه‌سازی‌شده‌ی حوادث و بلایا با تدوین سناریو، برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ تمرین دورمیزی حداقل دو بار در سال بر اساس نتایج ارزیابی خطر و سناریوهای محتمل بلایا برای اعضای کمیته ❖ برگزاری تمرین‌هایی بر اساس نتایج ارزیابی خطر و سناریوهای محتمل بلایا برای کارکنان به‌صورت تمرین مشق[1] حداقل یک‌بار در سال ❖ ارزیابی تمرین‌های شبیه‌سازی شده، تحلیل نتایج و شناسایی نقاط قوت و ضعف ❖ تدوین برنامه بهبود/ طراحی اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج پایش
➢ **پیش‌نیاز اجرای تمرین‌ها:** ۱) نیازسنجی و ارائه‌ی آموزش‌های عمومی کارکنان در بدو ورود و حین خدمت در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا حداقل به‌صورت سالیانه ۲) ارائه‌ی آموزش‌های تخصصی برای کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند، برحسب شرح وظایف و مسئولیت‌های آن‌ها ۳) ارائه‌ی آموزش‌های تخصصی رفع آلودگی CBRNE و نحوه‌ی مراقبت از این بیماران برای کارکنان بالینی منتخب ۴) مشابه بودن تمرین‌ها با موقعیت‌های بیمارستانی آموزش‌ها شامل آموزش‌های عمومی (آشنایی با مفاهیم مدیریت بحران، آشنایی با کدهای اختصاصی، دستورالعمل‌ها و برنامه‌های بحران بیمارستان) می‌باشد. آموزش‌های اختصاصی برای کارکنانی که در زمان بروز حوادث برای آن‌ها نقشی تعریف شده است، باید ارائه شود. تمامی کارکنان بالینی در اورژانس بیمارستان با تریاژ استارت[2] و جامپ استارت[3] (کودکان) آشنایی داشته باشند. برگزاری تمرین‌ها به‌منظور سنجش میزان آمادگی، هماهنگی و تکرار آموخته‌ها برای کسب مهارت و بررسی میزان درستی سیاست‌ها و برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا به کار می‌رود. برای انجام تمرین‌ها نیاز به سناریو است. سناریو متن و داستانی است که در آن وقایعی توصیف می‌شود که به دنبال وقوع حوادث و بلایا باعث اختلال در عملکرد سازمان می‌شود. بهتر است سناریوها بر اساس نتایج ارزیابی خطر و محتمل‌ترین حادثه تدوین گردند. در سناریو حداقل باید به توصیف ویژگی و آثار حادثه فرضی (نوع، زمان وقوع، ابعاد، پیچیدگی، محدوده، آثار و پیامدهای حادثه و امکانات موجود و روش پاسخ به حادثه) اشاره شده باشد. ➢ **تمرین دور میزی:** افراد اصلی مسئول در انجام یک کار دور هم جمع می‌شوند و به بررسی یک سناریو می‌پردازند. این کار معمولاً برای بررسی برنامه‌ها، سیاست‌ها و روش‌ها به کار می‌رود و ویژه‌ی اعضای کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا است. ➢ **تمرین مشق (دریل)[1]، طرح هماهنگ و نظارت شده‌ای است که برای بررسی یک فعالیت معین طراحی شده است؛ به عنوان مثال:** ۱) تمرین تریاژ در حوادث با مصدومین انبوه ۲) تمرین فعال‌سازی سامانه‌ی مدیریت حوادث و بلایا در بیمارستان ۳) تمرین فعال‌سازی سامانه‌ی هشدار سریع ۴) تمرین استفاده از وسایل حفاظت فردی[4] در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی ۵) تمرین آلودگی‌زدایی مصدومین در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی ۶) تمرین حفظ ایمنی و امنیت بیمارستان، پرسنل و بیماران در زمان وقوع حوادث و بلایا ۷) تمرین تخلیه اضطراری افقی و یا عمودی در بخش‌های مختلف بیمارستان به‌ویژه بخش اورژانس برای تدوین سناریو از کتاب سناریوهای پایه‌ی ملی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در حوادث و بلایا می‌توان استفاده کرد. در حین برگزاری تمرین، لازم است مستندات مربوط به اجرای آن (فیلم، عکس، صورت‌جلسه و.) جمع‌آوری و سپس تحلیل شوند. برای بررسی نقاط قوت و ضعف تمرین لازم است فرد/ افرادی در حین برگزاری تمرین اجرای صحیح آن را منطبق با سناریو کنترل نمایند که این کار می‌تواند با کمک چک‌لیست از پیش طراحی شده انجام شود. دبیر کمیته موظف به ارائه گزارش از روند برگزاری تمرین و نقاط قوت و ضعف اجرای آن در کمیته است.یکی از مهم‌ترین اقدامات پس از برنامه‌ی پاسخ به حوادث و بلایا، ارزیابی عملکرد بیمارستان با هدف مشخص‌کردن درس‌آموخته‌هایی برای تصحیح فعالیت‌ها است و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا در بیمارستان است. این اقدام ممکن است با تکمیل یک فرم گزارش‌گیری/ مصاحبه توسط کارکنانی که در حادثه فعالیت داشته‌اند، انجام شود و سپس نتایج مصاحبه‌ها/ فرم‌ها جمع‌آوری شده و برای بهبود و به‌روزرسانی برنامه‌ها به کمیته ارائه شود.

1 Drill
2 Simple Triage and Rapid Treatment
3 Jump START
4 PPE

الف-۲-۳-۲/ ☑☐☐/ ۱,۵
بیمارستان از آمادگی به منظور پاسخ اولیه به حوادث و تهدیدات CBRNE اطمینان حاصل می نماید.
❖ **تدوین برنامه آمادگی و پاسخ به حوادث و تهدیدات CBRNE** ❖ **آگاهی کارکنان مرتبط از برنامه آمادگی و پاسخ به حوادث و تهدیدات CBRNE** ❖ **برگزاری آموزش و تمرینات شبیه سازی شده در مواجهه با حوادث و تهدیدات CBRNE** ❖ **فراهم نمودن امکان آلودگی زدایی اولیه در بخش اورژانس** ❖ **انجام اقدامات درمانی اولیه به منظور پایدارسازی شرایط بالینی مصدومین** ❖ **ارجاع مصدومین طبق پروتکل ارجاع بیماران به بیمارستان های منتخب**
CBRNE مخفف تهدیدات شیمیایی، بیولوژیکی، رادیولوژیکی، هسته‌ای و انفجاری با قدرت تخریب بالا است. این نوع تهدیدات، هم توانایی ایجاد تلفات جمعی و هم اخلال گسترده در جامعه را دارند. لازم است تا بیمارستان‌ها دراین‌خصوص آموزش‌های لازم را ببینند و امکانات و تجهیزات موردنیاز را تأمین کنند تا تلفات ناشی از این تهدیدات را کاهش دهند. - **تهدید شیمیایی:** هر گونه رویداد، حادثه طبیعی یا غیرطبیعی، عمدی، غیرعمدی با استفاده از عوامل یا مواد شیمیایی که موجب نابودی و تضعیف سرمایه‌های انسانی و یا آسیب‌های اقتصادی از طریق تخریب و نابودی محصولات کشاورزی، گیاهان و جانوران، منابع آب، هوا و غذا، صنایع، زیرساخت‌ها و محیط‌زیست در کشور گردند و ثبات و امنیت جامعه را به خطر اندازد. - **تهدید بیولوژیکی (زیستی):** هر گونه رویداد، حادثه طبیعی یا غیرطبیعی که با استفاده از عوامل زیستی موجب تضعیف و نابودی سرمایه‌های انسانی و یا آسیب‌های اقتصادی از طریق تخریب و نابودی سرمایه‌های زیستی؛ مانند انسان، محصولات کشاورزی، گیاهان، جانوران، منابع آب، هوا و غذا در کشور گردد، تهدید زیستی محسوب می‌گردد. - **تهدید پرتویی:** هرگونه رویداد مربوط به مواد رادیواکتیو که از خود پرتو ساطع می‌کنند، اما انفجار هسته‌ای در کار نیست. در این نوع حوادث فرد در معرض پرتوهای یونیزان قرار می‌گیرد که می‌تواند باعث سوختگی‌های پوستی، بیماری‌های مزمن (مثل سرطان) و آسیب‌های ژنتیکی شود. - **تهدید هسته‌ای:** حوادثی هستند که شامل واکنش‌های هسته‌ای (شکافت یا گداخت) می شوند و انرژی بسیار عظیمی آزاد می‌کنند. این دسته از همه خطرناک‌تر و تخریب‌کننده‌تر است. آسیب ترکیبی از موج انفجار شدید، حرارت سوزاننده (دمای بسیار بالا) و تابش‌های هسته‌ای (فوری و پس‌مانده) است. - **تهدید انفجاری با قدرت تخریب بالا:** هرگونه رویداد با استفاده از مواد منفجره که موجب آسیب و یا نابودی سرمایه‌های انسانی و یا آسیب‌های اقتصادی از طریق تخریب و نابودی سرمایه‌های کشور گردد، تهدید انفجاری با قدرت تخریب بالا محسوب می‌گردد. بیمارستان‌ها باید برنامه‌ی پاسخ فوری به تهدیدات بیان شده را پیش از بروز چنین وقایعی تدوین کنند. این برنامه باید به صورت ویژه، ایمنی کارکنان، مدیریت حادثه، آلودگی‌زدایی اولیه، تجهیزات حفاظت فردی، تخلیه، پایش و تحلیل پاسخ بیمارستان پس از طی شدن شرایط فوریت را موردتوجه قرار دهد.

الف-۲-۳-۳/ ☑☑☑/ ۱
برنامه آمادگی و پاسخ جامع برای حوادث و تهدیدات CBRNE در بیمارستان تدوین و براساس آن عمل می‌شود.
❖ **وجود تیم واکنش سریع تخصصی و آموزش‌دیده برای پاسخ سریع به حوادث CBRNE** ❖ **تدوین فرایند پاسخ به حوادث و تهدیدات CBRNE در بیمارستان** ❖ **در دسترس بودن تجهیزات حفاظت فردی مناسب به تفکیک نوع حادثه** ❖ **ایجاد ساختارها، فضا و تجهیزات برای آلودگی‌زدایی مصدومین CBRNE** ❖ **در دسترس بودن کیف دارویی مخصوص حوادث CBRNE** ❖ **اجرای برنامه‌های آموزشی و تمرین برای کارکنان**

شاخه مواد خطرناک در بخش عملیات سامانه فرماندهی حادثه بیمار ستان، مسئولیت تمام عملیات مربوط به رخدادهای مواد خطرناک را به عهده دارد. این شاخه دارای چهار واحد تشخیص و پایش، پاسخ به انتشار مواد خطرناک، آلودگی‌زدایی از مصدومین و آلودگی‌زدایی از تجهیزات و ساختمان می‌باشد و مدیر آن به مسئول عملیات گزارش می‌دهد.

در صورت نیاز به آلودگی‌زدایی در بیمارستان، باید خارج از بخش فوریت‌ها انجام شود تا خطر انتشار مواد سمی به داخل بیمارستان به حداقل برسد. این کار فضای کافی برای تریاژ مصدومان یک رخداد بزرگ را نیز فراهم می‌کند. تجهیزات آلودگی‌زدایی می‌تواند در فضایی خارج از اورژانس وجود داشته باشد و یا به‌صورت سیار در زمان اطلاع از ورود مصدومین برپا شود. کارکنان بیمارستان در زمان آلودگی‌زدایی، نیاز به تجهیزات حفاظت فردی سطح C دارند. به‌محض اطلاع از وجود یک م صدوم آلوده به مواد خطرناک، برنامه‌ی پا سخ بیمار ستان به مواد خطرناک فعال می شود. ت شخیص شدت آلودگی بیمار، ارزیابی احتمال وجود قربانیان دیگر، فعال سازی برنامه‌ی آلودگی‌زدایی بیمار ستان، آموزش مصدوم برای خارج ساختن لباس‌ها و حفظ حریم خصوصی، ایجاد یک ناحیه‌ی آلودگی‌زدایی، پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی، شروع آلودگی‌زدایی از مصدوم و تأمین مراقبت‌های موردنیاز، از اقداماتی است که تیم ویژه‌ی آموزش‌دیده رخدادهای مواد خطرناک انجام می‌دهند. اقدامات درمانی معمولاً در منطقه‌ی سرد آغاز و ادامه درمان در بیمار ستان انجام می شود. بسته به نوع ماده‌ی شیمیایی آزاد شده، اقدامات، آنتی‌دوت یا درمان‌های متفاوتی موردنیاز است.

اقدامات پزشکی در بیمارستان، مبتنی بر اقدامات پایه‌ی حفظ حیات، شامل باز کردن راه هوایی، تثبیت ستون فقرات گردنی، برقراری تنفس، گردش خون و بررسی‌های ثانویه می‌باشد. ترومای فیزیکی، سوختگی و آسیب‌های ناشی از استنشاق دود باید مدنظر باشد. مراقبت‌های حمایتی مهم‌تر از آنتی‌دوت‌های اختصاصی می‌باشند. در مصدوم در حال تشنج، باز نگه‌داشتن راه هوایی، تأمین اکسیژن و استفاده از بنزودیازپین‌ها برای کنترل تشنج، بهتر از هرگونه آنتی‌دوت می‌باشد.

ذخیره آنتی‌دوت، یک جز حیاتی آمادگی تیم پزشکی در فوریت‌های مواد شیمیایی است. بسیاری از سموم، آنتی‌دوت اختصاصی ندارند. آنتی‌دوت‌هایی مثل کیت‌های آنتی‌دوت سیانید، آتروپین و پرالیدوکسیم مهم‌ترین داروهایی هستند که باید برای درمان حوادث شیمیایی دارای مصدومین انبوه ذخیره‌سازی شوند.

➢ **فرایند پاسخ جامع به حوادث CBRNE شامل:**

- فراخوان و سازماندهی نیروهای متخصص بسته به نوع آلودگی
- تعیین مسیر ورود افراد، آمبولانس‌ها و سایر خودروهایی که مصدومین آلوده را منتقل می‌نمایند برای ورود به بیمارستان
- مشخص‌کردن مسیر تردد مصدومین
- نظارت بر محدودکردن تردد در بیمارستان و بخش‌های مرتبط با مصدومین آلوده
- نظارت بر تهیه و استفاده‌ی مناسب از لوازم حفاظت فردی
- تعیین فضای مناسب برای تحویل بیماران ترجیحاً پیش از ورود به فضای اصلی بیمارستان
- نظارت بر استفاده از آشکارسازهای متناسب با نوع آلودگی در تریاژ و سایر بخش‌ها
- نظارت بر تحویل‌گرفتن بیماران آلوده شده طبق دستورالعمل‌های موجود
- انجام آلودگی‌زدایی برحسب ماده‌ی آلوده‌کننده و نظارت بر پاک‌سازی محل و تجهیزات
- انجام اقدامات درمانی حیات‌بخش در صورت نیاز
- حفظ کارکنان و تجهیزات بیمارستان از آلودگی
- نظارت بر دفع صحیح وسایل و تجهیزات آلوده
- آلودگی‌زدایی از ساختمان و تجهیزات

الف-۲-۳-۴/ ☑☐☐/ ۲

ذخایر حیاتی بیمارستان با هدف اطمینان از تاب‌آوری در حوادث و بلایا تأمین شده و تحت نظارت قرار دارد.

- **تعیین نوع و میزان ذخایر حیاتی مورد نیاز بیمارستان در حوادث و بلایا با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا**
- **تأمین ذخیره سوخت موردنیاز برای حداقل ۷۲ ساعت**
- **تأمین ذخیره آب موردنیاز برای حداقل ۷۲ ساعت**
- **تأمین مواد غذایی و ملزومات ضروری در حوادث و بلایا برای حداقل ۷۲ ساعت**
- **مدیریت امنیت ذخایر حیاتی بیمارستان در محلی مقاوم در برابر حوادث و بلایا با لحاظ اصول مندرج در دستورالعمل انبارش ایمن**
- **برنامه‌ریزی مدیریت مصرف ذخایر حیاتی در حوادث و بلایا با توجه به شرایط بیمارستان**

یکی از الزامات مهم در تداوم ارائه‌ی خدمات بیمارستان‌ها در زمان حوادث و بلایا، تأمین حامل‌های انرژی، آب، مواد غذایی و ملزومات ضروری می‌باشد؛ لذا با توجه به اهمیت عملکرد بدون وقفه بیمارستان‌ها در حوادث و بلایا، بسیار ضروری است که مرکز بتواند برای مدت تعیین شده‌ای بدون کمک از سازمان‌های بیرونی نسبت به ارائه‌ی خدمات خود اقدام نماید. لازم است مرکز بر اساس متغیرهای مختلف و استفاده از معیارهای معتبر نسبت به نیازسنجی خود در زمینه‌های اعلام شده (تأمین حامل‌های انرژی، آب، مواد غذایی و ملزومات ضروری) اقدام نموده و مصرف آن‌ها را در شرایط حوادث و بلایا مدیریت نماید.

الف-۲-۳-۵/ ☑☑☑/ ۱,۵

سامانه ارتباطی چندلایه برای انتشار هشدار و فراخوان کارکنان در زمان حوادث و بلایا برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **تدوین برنامه نحوه برقراری ارتباط بین کارکنان در صورت بروز حوادث و قطعی سیستم‌های ارتباطی**
- **وجود تجهیزات لازم برای برقراری ارتباطات داخل و خارج بیمارستانی**
- **آگاهی و آمادگی تیم فرماندهی حادثه و کارکنان مرتبط با فرایندها و نحوه کار با تجهیزات ارتباطی**

در صورت قطعی سیستم‌های ارتباطی لازم است بیمارستان جایگزین‌های آن را پیش‌بینی نموده و فرایند آن را تعریف نماید (مانند تلفن‌های بیسیم، تلفن ماهواره‌ای، پیک موتوری و..)

موبایل ماهواره‌ای

با توجه به آنکه در حوادث بزرگ قطعی تمامی خطوط ثابت و سیار و اینترنتی گزارش شده است استفاده از موبایل ماهواره‌ای با توجه به عدم وابستگی آن به خطوط داخلی. محلی از مزیت‌های این نوع ارتباط می‌باشد. در صورت توان مالی، با هماهنگی حراست دانشگاه، خرید این نوع تلفن همراه در زمان فوریت برای داشتن ارتباط با خارج از بیمارستان بسیار مؤثر خواهد بود. ضمناً در صورت نصب آنتن، امکان استفاده از آن در داخل بیمارستان نیز وجود خواهد داشت.

بی‌سیم/ واکی‌تاکی

توصیه می‌شود برای بیمارستان‌های اصلی منطقه طبق دستورالعمل‌های مربوطه با حفظ شرایط امنیتی و با هماهنگی حراست دانشگاه، از ارتباط رادیویی استفاده شود. این نوع ارتباط معمولاً برای انتقال پیام‌های فوری و کوتاه استفاده می شود و عمدتاً در حوادث و بلایا به‌خاطر ترافیک سنگین برای ارسال پیام‌های طولانی مناسب نیست. البته فناوری دیجیتال با فرکانس‌های متعدد این امکان را به وجود آورده تا نه‌تنها حجم زیادی از پیام‌ها از طریق بی سیم منتقل شوند؛ بلکه امکان اختصاصی کردن مکالمات و انتقال داده هم فراهم شود.

پیک

در صورت قطع راه‌های ارتباطی پیش‌بینی شده؛ از افرادی امین و موردتأیید حراست دانشگاه برای انتقال پیام به‌صورت دستی و فیزیکی استفاده شود.

الف-۲-۳-۶/ ☑☑☐/ ۱,۵
افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه‌های فضای فیزیکی، تجهیزات و دارو، سرمایه انسانی و سامانه با رویکرد تاب‌آورانه برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
❖ **افزایش ظرفیت بیمارستان با رویکرد تاب‌آورانه در حوزه‌ی فضای فیزیکی پیش‌بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم‌نامه یا قرارداد با سایر مراکز** ❖ **افزایش ظرفیت بیمارستان با رویکرد تاب‌آورانه در حوزه‌ی تجهیزات و دارو پیش‌بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم‌نامه یا قرارداد با سایر مراکز** ❖ **افزایش ظرفیت بیمارستان با رویکرد تاب‌آورانه در حوزه‌ی سرمایه انسانی پیش‌بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم‌نامه یا قرارداد با سایر مراکز** ❖ **افزایش ظرفیت بیمارستان با رویکرد تاب‌آورانه در حوزه‌ی سامانه پیش‌بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم‌نامه یا قرارداد با سایر مراکز**
مرکز درمانی در صورتی می‌تواند هنگام وقوع حوادث به ارائه خدمات خود ادامه دهد که بتواند بر ا ساس یک برنامه از پیش تدوین و تمرین شده، ظرفیت خود را افزایش دهد. برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان می‌تواند با تکیه بر منابع داخلی بیمارستان و یا استفاده از منابع خارجی در قالب انعقاد تفاهم‌نامه‌هایی با سازمان‌ها یا سایر مراکز درمانی نزدیک به محل بیمارستان برای استفاده از فضا، منابع انسانی و یا تجهیزات باشد. ➢ **برنامه افزایش ظرفیت در ساختارها (فضای فیزیکی):** • بیمار ستان می‌تواند از تمام ظرفیت فیزیکی خود شامل اتاق‌های بستری، راهروها، سالن‌ها و حتی فضای باز بیمار ستان، به‌خصوص در مواقعی که ایمنی ساختمان اصلی تهدید شده است، برای ارائه‌ی خدمات بیشتر استفاده کند. در این برنامه، باید کاربری تمامی فضاهای موجود در بیمارستان در هنگام وقوع حادثه، از پیش مشخص و نیز فضاهای موردنیاز برای تریاژ بیماران، بستری مصدومان، نگهداری اجساد و همچنین محل استراحت کارکنان پیش‌بینی شود. تجهیز راهروها، فضای پارکینگ، حیاط، اتاق‌ها و سایر فضاها به‌عنوان مکان‌های پذیرش مصدومین به‌منظور افزایش ظرفیت فضای فیزیکی در نظر گرفته می شود. همچنین در بیمار ستان‌هایی که با کمبود فضای فیزیکی مخصوصاً در محوطه‌ی بیمار ستان مواجه هستند، شناسایی اماکن نزدیک بیمارستان برای پذیرش، تریاژ مصدومین و یا انتقال بیماران (مدرسه، باشگاه، سوله شهرداری، پارک و...) با ایجاد تفاهم‌نامه با آنها کمک‌کننده است. نکته‌ی مهم در استفاده از این فضاها، ایمن بودن آن‌ها برای تداوم ارائه‌ی خدمات است. • در بیمارستان‌هایی که امکانات لازم برای پذیرش بیماران از طریق اورژانس هوایی را دارند، ایجاد فضای هلی پد به‌عنوان افزایش ظرفیت فضای فیزیکی در نظر گرفته می‌شود. البته لازم است ضوابط و قوانین مربوط به سکوی فرود بالگرد اجرا و مجوزهای مربوطه از سازمان هواپیمایی کشور اخذ شده باشد. ➢ **برنامهٔ افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات و دارو:** • بیمار ستان برنامه‌ای را برای استفاده از منابع و تجهیزات موجود در انبارهای خود و یا ظرفیت مراکز طرف تفاهم خود دارد. در این برنامه، لازم است علاوه بر تأمین نیازهای تخصصی، نحوه تأمین مواد مصرفی و همچنین مواد غذایی نیز مشخص شده باشد. این برنامه شامل افزایش تعداد تخت بستری و برانکارد برای پذیرش مصدومین (حداقل به تعداد ۲۰ درصد تخت‌های فعال بیمارستان)، امکانات جراحی، تجهیزات حفاظت فردی، تجهیزات حیاتی (ونتیلاتور، الکترو شوک، ساکشن، دیالیز و...) تجهیزات مصرفی، دارو، آزمایشگاه (کیت)، CSSD (پک‌های استریل شده)، آب، برق، گازهای طبی، سوخت (گازوئیل) و تأمین غذا (پرسنل، بیماران، همراهان) می‌باشد. ➢ **برنامهٔ افزایش ظرفیت سرمایه انسانی:** • بیمار ستان بر اساس یک برنامه‌ی پیش‌بینی شده منابع انسانی موردنیاز، اعم از پزشکان، پرستاران، کادر پیراپزشکی، کارکنان اداری و خدماتی و نیروهای ایمنی و حراست را تأمین نماید. بالطبع، ممکن است تمام این منابع هنگام بروز حادثه در اختیار مدیریت نباشند بنابراین، برنامه‌ی افزایش ظرفیت می‌تواند منابع انسانی موردنیاز را از راه‌های مختلف مانند استفاده از کارکنان صلاحیت‌دار بیمارستان در سایر واحدها/بخش‌ها، کارکنان بازنشسته بیمارستان، نیروهای داوطلب، کارکنان سایر سازمان‌ها (هلال‌احمر، بسیج و...) و یا سایر بیمارستان‌ها در قالب عقد تفاهم‌نامه تأمین نماید. ➢ **برنامه افزایش ظرفیت سامانه:** بیمارستان بر اساس یک برنامه پیش بینی شده سامانه های هشدار سریع، فرماندهی حادثه، ارتباطات خطر و فراخوان کارکنان را توسعه داده و بروزرسانی نماید.

الف-۲-۳-۷/ ☑☐☐/ ۲

پاسخ به حوادث و بلایا در بیمارستان برنامه‌ریزی شده و اجرا می‌گردد.

- **تعریف سامانه‌های هشدار اولیه[1] و فرماندهی حادثه در بیمارستان[2]**
- **مشخص‌بودن سطح‌بندی حادثه و سطوح فعال‌سازی برنامه‌ها و تدوین دستورالعمل «فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث»**
- **آگاهی و آمادگی تیم فرماندهی حادثه کارکنان مرتبط برای اجرای برنامه‌های پاسخ به حوادث و بلایا برابر دستورالعمل‌ها و شرح وظایف ابلاغی**
- **تجهیز اتاق فرماندهی حادثه[3] و دسترسی به سامانه‌های ارتباطی مستقل و جایگزین در بیمارستان**

سازماندهی برای پاسخ به حوادث و بلایا در بیمارستان شامل تجهیز اتاق فرماندهی حادثه، تدوین سامانه فرماندهی حادثه، طراحی سامانه هشدار اولیه، سطح‌بندی حادثه، فعال‌سازی برنامه‌ها و همچنین هماهنگی با سایر سازمان‌های امدادی و نهادها است.

➢ **مرکز فرماندهی بیمارستان (HCC)**

اتاق فرماندهی بیمارستان باید در محلی امن، مطمئن و در دسترس پیش‌بینی و از پیش تجهیز شود. بااین‌حال، در صورتی که امکان آماده‌سازی و تجهیز سریع این فضا با حداقل تجهیزات و ملزومات لازم برای برقراری ارتباطات و مدیریت اطلاعات فراهم باشد، این وضعیت نیز قابل‌قبول است.

حداقل تجهیزات موردنیاز برای آماده‌به‌کار شدن فوری اتاق فرماندهی باید شامل امکانات ارتباطی، ابزارهای مدیریت اطلاعات و اسناد، صفحه‌نمایش یا مانیتور، تجهیزات تأمین امنیت و وسایل رفاهی ضروری برای کارکنان باشد؛ به‌گونه‌ای که تأمین و استقرار آن‌ها به‌سرعت و به‌آسانی امکان‌پذیر باشد.

اتاق فرماندهی باید در مکانی خارج از منطقه درمان قرار داشته باشد و کمترین تأثیر را از شرایط بحرانی دریافت نماید. این اتاق باید توسط سیستم مدیریت اطلاعات پشتیبانی شود که این امر موجب حمایت از عملیات بحران شود و داده‌ها را به مدیریت اطلاعات بیمارستان متصل نماید. در شرایط اضطراری خطوط معمول ارتباطی مانند تلفن ثابت، تلفن همراه و... قطع خواهند شد یا مشغول و غیرقابل‌استفاده می شوند؛ با توجه به اهمیت برقراری ارتباط برای فراخوان پرسنل، هماهنگی با سایر مراکز و نهادها، لازم است وسایل ارتباطی جایگزین مانند بی‌سیم، بلندگو، پیک و سایر ابزار مشابه پیش‌بینی شود.

اگر HCC اولیه‌ی بیمارستان غیرفعال یا غیرقابل‌دسترسی شود، یک مکان جایگزین باید در دسترس باشد. این مکان باید از قبل مشخص و به کارکنان مرتبط معرفی شده باشد.

➢ **سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان (HICS)**

سامانه فرماندهی حادثه یک سامانه مدیریتی برای سازماندهی کارکنان، امکانات، تجهیزات و ارتباط برای پاسخی مؤثر به حوادث و بلایا است. تحت این ساختار، یک نفر به‌عنوان فرمانده، مدیریت حادثه را برعهده می‌گیرد. فرماندهی حادثه تنها جایگاهی است که همیشه و در هر وضعیتی از حادثه فعال می‌شود. این جایگاه علاوه بر فرماندهی، تدوین اهداف و مشخص نمودن استراتژی و اولویت‌ها را نیز به عهده دارد.

در کنار فرماندهی حادثه، چهار پست عملکرد مدیریتی دیگر نیز وجود دارد که هم‌زمان با رهبری عملیات زیر نظر فرماندهی، واحدهای خود را هدایت می‌کنند. فعال‌کردن سامانه فرماندهی حادثه، اعلام آغاز و اتمام شرایط اضطراری و تعیین زمان برای انجام ارزیابی‌های سریع و دوره‌ای در منطقه آسیب‌دیده و... از وظایف فرمانده حادثه است.

➢ **چهار پست عملکرد مدیریتی در سامانه فرماندهی حادثه:**

۱) رئیس واحد عملیات برای هدایت اقدامات تاکتیکی مانند تریاژ، مراقبت از بیماران، درمان در راستای اهداف تعیین‌شده‌ی برنامه و نیز هدایت منابع موردنیاز

۲) رئیس واحد برنامه‌ریزی برای جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات و ارزیابی آن‌ها برای تصمیم‌گیری، تأمین اطلاعات موردنیاز درباره‌ی منابع، تهیه‌ی مستندات برنامه عملیاتی حوادث و بلایا و تهیه‌ی مستندات لازم برای ارائه گزارش‌ها

۳) رئیس واحد پشتیبانی برای حمایت، تأمین منابع و دیگر اقلام ضروری و موردنیاز برای دستیابی به اهداف عملیاتی تدوین شده توسط فرماندهی حادثه

۴) رئیس واحد اداری مالی برای نظارت و بررسی هزینه‌های مرتبط با حادثه، ثبت زمان کار، بازپرداخت هزینه‌ها، تحلیل مخارج و ثبت حضور و غیاب پرسنل

➢ **فرماندهی می‌تواند بر اساس شرایط حادثه، افرادی را برای جایگاه‌های زیر انتخاب کند و بکار گیرد:**

۱) ار شد روابط‌عمومی که اطلاعات مرتبط با حادثه را برای کارکنان، مدیران داخلی و همچنین ر سانه‌ها و سازمان‌های خارجی تأمین کرده و نقش سخنگو دارد.

۲) ارشد ایمنی که محل حادثه یا محل فعالیت کارکنان را برای اطمینان از ایمنی لازم همه‌ی کارکنان بررسی نموده و ایمنی را تأمین می‌نماید.

۳) ارشد رابط و هماهنگی که رابط بیمارستان با مرکز هدایتِ عملیات دانشگاه و سازمان‌های حمایت‌کننده‌ی بیرون از بیمارستان است.

۴) متخصص فنی و پزشکی که برحسب موقعیت، به‌عنوان مشاور تخصصی فرمانده‌ی حادثه عمل می‌کند. بسته به نوع تهدیدات، از بین متخصصانی، همچون متخصص بیولوژی، پزشکی هسته‌ای و اپیدمیولوژیست انتخاب می‌شود. این فرد حین یا پس از حادثه توصیه‌های لازم را به فرمانده ارائه می‌دهد.

➢ **نمودار سامانه فرماندهی حادثه:**

۱) کمیته‌ی مدیریت خطرِ حوادث و بلایا سامانه فرماندهی حادثه‌ی بیمارستان را بر اساس نمودار پیشنهادی فرماندهی حوادث بیمارستانی تدوین می‌نماید.

۲) برای هر یک از هشت باکس اصلی یک نفر اصلی و دو نفر جانشین تعیین می‌شود و در هر باکس نام افراد ذکر می‌شود.

۳) شرح وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات افراد بر حسب نوع جایگاه و بر اساس کتاب آمادگی بیمارستانی تدوین شده و به اعضای اصلی و جانشین‌ها ابلاغ می‌شود.

۴) به افراد در خصوص شرح وظایف، آموزش‌های لازم ارائه شده و در صورت لزوم تمرین نیز برگزار می‌گردد.

۵) باکس متخصص فنی/پزشکی الزامی نیست و برای حوادث خاص مثل (حملات CBRNE، اپیدمی‌ها و...) فعال می‌شود.

۶) در بیمارستان‌های زیر ۲۰۰ تخت، باکس‌های مالی و پشتیبانی می‌توانند با هم ادغام شود.

➢ **سامانه هشدار اولیه (EWS)[1]:**

سامانه‌ی هشدار اولیه قسمتی از برنامه‌ی آمادگی بیمارستانی است و در حقیقت اطلاع زودهنگام از بروز حادثه و انتشار آن به افراد به منظور آمادگی بیشتر برای پاسخ است. هدف از استقرار این سامانه، کاهش احتمال آسیب‌ها یا خسارت می‌باشد. اجزای سامانه‌ی هشدار اولیه شامل شناسایی مخاطرات، تعیین راه‌های در دسترس پایش مخاطرات، اعلام وقوع مخاطره و آمادگی برای پاسخ می‌باشد. سامانه هشدار اولیه (سریع) به سؤالات زیر پاسخ می‌دهد:

- از کجا و چگونه بتوانیم از وقوع مخاطرات پیش از آن که بیمارستان را تحت‌تأثیر قرار دهند با خبر شویم؟
- منابع خبری معتبر برای بیمارستان کدام‌ها هستند؟
- پس از مطلع شدن از وقوع حادثه و یا احتمال قوی مبنی بر وقوع حادثه چه کسانی را خبر کنیم؟ چگونه خبر کنیم؟ چه اقداماتی انجام دهیم؟

➢ **به‌منظور اجرای سامانه‌ی هشدار اولیه (سریع) در بیمارستان کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا باید:**

۱) فهرست منابع خبری معتبر همراه با شماره تماس با آن‌ها را تدوین نماید. این فهرست در اختیار دفتر پرستاری و دفتر مدیریت بوده و نسخه‌ای از آن در اتاق فرماندهی حادثه قرار گیرد.

۲) نحوه اطلاع‌رسانی و دریافت خبر از مراجع بالاتر بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت تدوین شده و به اعضای سامانه فرماندهی حادثه ابلاغ شود.

۳) اعضای سامانه فرماندهی حادثه در خصوص سامانه هشدار اولیه، سطوح فعال‌سازی و نحوه ارتباط با مراجع بالاتر و ستاد هدایت، آموزش‌های لازم را دیده باشند.

۴) فهرست موارد قابل‌گزارش به سوپروایزر و ستاد هدایت دانشگاه را بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی تدوین و به تمام بخش‌ها/ واحدها ابلاغ نماید.

۵) کارکنان در خصوص موارد قابل‌گزارش به سوپروایزر آموزش‌های لازم را دیده باشند.

[1] Early Warning System (EWS)
[2] Hospital Incident Command System (HICS)
[3] Hospital Command Center (HCC)

- **هماهنگی با سایر سازمان‌ها:**

هماهنگی رسمی و تفاهم‌نامه‌ی همکاری بین بیمارستان و سازمان‌های مدیریت بحران مانند کمیته‌های مدیریت بحران شهرداری یا فرمانداری منطقه، خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، نیروی انتظامی، آتش‌نشانی و پلیس به‌منظور حمایت از عملکرد بیمارستان در زمان بحران ضروری است. هماهنگی باید شامل کمک به انتقال بیماران و هدایت بیماران به سایر بیمارستان‌ها در صورت لزوم، تغییر مسیر ترافیک اطراف بیمارستان، امنیت، ارتباطات، پشتیبانی، رفع آلودگی، اطفای حریق و غیره باشد. مفاد توافق‌نامه‌ها باید در تمرینات منظم حداقل سالانه تمرین شود.

همکاری بین بیمارستان با مراکز بهداشتی منطقه، بیمارستان‌های مجاور، پزشکان و گروه‌های داوطلب به‌منظور اطمینان از ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی ضروری در جامعه در مدت‌زمان حوادث و بلایا باید وجود داشته باشد.

شاخص‌های شروع پاسخ فوریت و فرد مسئول در بیمارستان باید در دستورالعمل مشخص باشد و فرایند فراخوان کارکنان بر اساس سطح فعال سازی، برنامه‌ریزی شود. آغازگر برنامه پاسخ بیمارستانی در حوادث و بلایا، خبر و هشدار معتبر و قابل استنادی از وقوع حادثه است که به تأیید فرمانده حادثه بیمارستان و ستاد هدایت دانشگاه رسیده باشد.

- **فعال‌سازی برنامه پاسخ شامل دو بخش است:**

۱) تعیین سطح فعال‌سازی برنامه با توجه به شدت و وسعت حادثه و با توجه به وضعیت اعلام شده (زرد، نارنجی و قرمز)

۲) اطلاع‌رسانی سطح فعال‌سازی برنامه

- **سطوح هشدار که به بیمارستان می‌رسد شامل موارد زیر است:**

۱) اطلاع‌رسانی (زرد) در این سطح امکان وقوع مخاطره وجود دارد؛ ولی احتمال آن خیلی کم است و یا به دلایل امنیتی فعلاً اجازه انتشار خبر در بیمارستان وجود ندارد. در این سطح تنها به سامانه‌ی فرماندهی حادثه خبر داده می شود تا آمادگی نسبی برای فعال سازی برنامه‌ی پاسخ را کسب نمایند؛ اما روند کار بیمارستان تغییری نمی‌کند.

۲) آماده‌باش (نارنجی) در این سطح از هشدار احتمال وقوع مخاطره زیاد است. اما فعال شدن همه کارکردهای تخصصی بیمارستان به علت کافی‌نبودن اطلاعات نیاز نیست؛ لذا بخش فرماندهی و برنامه‌ریزی فعال می‌شوند. اقدامات افزایش ظرفیت بخش اورژانس، حفظ ارتباط با EOC دانشگاه و سازمان‌های خارج از بیمارستان برای دریافت اطلاعات کامل‌تر و آماده‌کردن بیمارستان برای مقابله با حوادث و بلایا انجام می‌پذیرد.

۳) فعال سازی (قرمز) در این مرحله مخاطره رخداده و یا قریب‌الوقوع است و نیاز است علاوه بر فعال سازی سامانه‌ی فرماندهی حادثه‌ی بیمارستان، اکثر کارکردهای تخصصی مانند فراخوان پرسنل موظف و جایگزین، افزایش تخت‌ها و همچنین لغو عمل‌های جراحی الکتیو، با نظر فرمانده فعال شوند. EOC بیمارستان نیز فعال می‌شود.

- **بسته به سطح و محل حادثه (داخلی یا خارجی) فعال‌سازی در سه سطح صورت می‌گیرد:**

۱) فعال‌سازی در سطح بخش اورژانس

۲) فعال‌سازی در سطح جزئی (افزودن منابع اضافی به بخش اورژانس از بخش‌های دیگر)

۳) فعال سازی کامل زمانی که تعداد قربانیان یا میزان آسیب ناشی از حادثه در حدی باشد که منابع و عملکرد بیمارستان را به طور قابل‌توجهی متأثر نماید.

- **اطلاع‌رسانی سطح فعال‌سازی برنامه:**

۱) سطح اول اطلاع‌رسانی مرکز تلفن: فهرست کامل و به‌روز شده‌ای از افرادی که باید در زمان فعال شدن برنامه در هر سطحی، توسط مرکز تلفن، از داخل و خارج بیمارستان فراخوان شوند، تهیه می‌شود. مرکز تلفن با دریافت فرمان فعال‌شدن برنامه از اتاق هدایت عملیات حادثه یا اتاق بحران، موظف است با این افراد تماس بگیرد.

۲) سطح دوم اطلاع‌رسانی بخش‌ها: هر بخش بیمارستان باید فهرست مشابهی از کارکنان خود تهیه و به ترتیب اولویت با افراد تماس و نیز افراد جایگزین را تعیین نماید.

۳) سطح سوم اطلاع‌رسانی در سطح جامعه: با پیشرفت عملیات مقابله، مرکز عملیات اضطراری بیمارستان باید ضمن هماهنگی با مرکز هدایت عملیات دانشگاه با سازمان‌ها و مراجع خارج از بیمارستان ارتباط برقرار کرده و آن‌ها را در جریان وقوع حوادث و فوریت‌ها و نیازهای احتمالی قرار دهد.

لازم است بیمارستان برای حمایت روانی - اجتماعی از کارکنان و گیرندگان خدمت نیز برنامه‌ریزی نماید.

الف-۲-۳-۸/ ☑☑☐/ ۲

برنامه پاسخ به حوادث با مصدومین انبوه در بیمارستان تدوین شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **برنامه‌ریزی با هدف مدیریت مصدومین انبوه در زمان حوادث و بلایا**
- **آگاهی و آمادگی تیم فرماندهی حادثه و کارکنان مرتبط برای مدیریت مصدومین انبوه**
- **پایش دوره‌ای آمادگی بیمارستان برای مدیریت مصدومین انبوه**

هر حادثه‌ای اعم از حوادث طبیعی (زلزله، سیل و...) و یا حوادث انسان‌ساخت (تصادفات، آتش‌سوزی، حوادث شیمیایی، مسمومیت‌های غذایی/ استنشاقی، بیماری‌های واگیر، اپیدمی‌ها و...) بیمارستان‌ها را با هجوم مصدومین مواجه خواهد کرد. فارغ از نوع و ماهیت حادثه، بیمارستان باید برنامه‌ی جامع و مکتوبی برای پاسخ به این حوادث داشته باشد و به آن عمل کند.

- **این برنامه حداقل شامل موارد زیر است؛**

۱) مدیریت مصدومین ۲) مدیریت اطلاعات مصدومین ۳) مدیریت کارکنان و داوطلبین ۴) ایجاد ایمنی و امنیت

۱) مدیریت مصدومین:

بیمارستان زمانی در بحران‌ها عملکرد موفقی خواهد داشت که پیش از وقوع حادثه، مسیر ارائه خدمات به مصدومان را شناسایی و برای تسهیل و تسریع آن برنامه‌ریزی کرده با شد. همچنین لازم ا ست این برنامه‌ها به کارکنان آموزش داده شوند و به صورت منظم از طریق تمرین و مانور مورد ارزیابی قرار گیرند. فعالیت‌های اختصاصی در پاسخ به این حوادث شامل تریاژ، پذیرش، شناسایی و تعیین هویت، ثبت و مستندسازی، درمان، پیگیری و انتقال مصدومین است. مصدومین از طریق آمبولانس/ وسیله شخصی و یا پیاده وارد بیمارستان می‌شوند. مسیر ورود و خروج مصدومین باید جدا باشد تا موجب ازدحام در بیمار ستان نشود. برای جلوگیری از ازدحام در اورژانس، پیش از اورژانس فضایی برای تریاژ مصدومین طراحی شده با شد و کارکنان برای انجام تریاژ آموزش‌دیده با شند. مقصد تمامی مصدومینی که به صورت شخصی و یا با آمبولانس‌های اورژانس یا به وسیله‌ی خودروهای امدادی به بیمار ستان منتقل می‌شوند منطقه تریاژ است. منابعی مثل نیرو و تجهیزات برای انجام تریاژ (طبق کیف تجهیزات تریاژ) در دسترس باشد. درکلیه حوادث با مصدومین انبوه، تریاژ باید در فضایی پیش از اورژانس انجام شود و در حوادث CBRNE[1] باید پیش از ورود بیمار به منطقه تریاژ و بخش اورژانس، مرحله آلودگی‌زدایی برای بیماران صورت پذیرد. منطقه تریاژ باید به‌خوبی توسط نیروهای حراست/ انتظامات حفاظت شود تا هجوم مصدومین مانع از انجام فرایند علمی تریاژ نشود. در شرایط ورود انبوه مصدومان به بیمارستان، باید محل استقرار منطقه تریاژ، مناطق قرمز و سبز، محل تجمع خانواده‌ها و سایر فضاهای موردنیاز از پیش مشخص شده باشد.

همچنین برنامه پاسخ به حوادث با مصدومان انبوه باید موارد زیر را دربر گیرد:

- نظارت و پیگیری برای افزایش ظرفیت بخش‌های اصلی، به‌ویژه اورژانس؛ از طریق جابه‌جایی بیماران بستری، افزودن تخت در فضاهای قابل‌استفاده مانند راهروها و اتاق‌های غیردرمانی
- لغو اعمال جراحی غیراورژانسی، بر اساس نظر پزشک مسئول اتاق عمل و دستورالعمل‌های تعیین شده
- افزایش ظرفیت ارائه خدمات در آزمایشگاه و رادیولوژی
- تأمین دارو، تجهیزات و سایر اقلام ضروری
- نظارت بر انتقال بیماران به دیگر مراکز درمانی، مطابق برنامه دانشگاه و پیگیری آن
- هماهنگی برای توزیع و ارجاع بیماران بین مراکز درمانی
- پیش‌بینی آمبولانس‌ها، سایر وسایل نقلیه و مسیرهای انتقال برای جابه‌جایی بیماران، کارکنان، تجهیزات و ذخایر در زمان بحران

۲) مدیریت اطلاعات مصدومین:

باید برای نگهداری و انتقال ایمن گزارش‌های درمانی و سایر اطلاعات حیاتی بیماران، در برنامه‌ی پاسخ بیمارستان تدابیری اتخاذ شود. همچنین فرایندهایی برای اطمینان از تداوم و یکپارچگی نگهداری گزارش‌های درمانی، دسترسی به اطلاعات بیماران در زمان لازم و ذخیره ایمن اطلاعات محرمانه پیش‌بینی شده باشد. باید توجه ویژه‌ای به امنیت دسترسی به اطلاعات الکترونیکی توسط افراد واجد شرایط مبذول گردد. از آن جا که گزارش‌های درمانی معمولاً ارزش قانونی دارند و ممکن است در مسائل قانونی مورداستفاده قرار گیرند، باید فرایندها و روش‌های جایگزین برای سیستم‌های الکترونیک مدیریت اطلاعات در شرایط بحران و بلایا برنامه‌ریزی شود.

۳) مدیریت کارکنان و داوطلبین:

نظارت و پیگیری بر نحوه‌ی استقرار نیروها بر اساس وضعیت جدید به‌نحوی که پرسنل از بخش‌ها و قسمت‌هایی که حجم کار کمتری در شرایط اضطراری دارند، به بخش‌های مهم مانند اورژانس منتقل شوند. نظارت بر فراخوان نیروها و سازماندهی پرسنلی که برای کمک وارد بیمارستان می‌شوند (شامل پرسنل خود بیمارستان و نیروهای داوطلب) از جمله برنامه‌های مدیریت کارکنان و داوطلبین است.

۴) ایجاد ایمنی و امنیت:

در زمان بروز حوادث، تهدیدات امنیتی می‌تواند بیمارستان، کارکنان، بیماران و عملکرد ارائه خدمات درمانی را تحت‌تأثیر قرار دهد. تعداد زیادی از بیماران توسط همراهان و با وسیله شخصی به بیمارستان منتقل می‌شوند. کنترل این گروه در ارائه‌ی بهینه‌ی خدمات درمانی به بیماران بسیار تأثیرگذار است. لازم است کارکنان حفاظت فیزیکی و سایر کارکنان در مناطق کلیدی، در مورد نحوه‌ی اعلام هشدار و پاسخ به تهدیدات امنیتی شامل خشونت و حمله‌ی مستقیم به خود بیمارستان و یا ناآرامی جامعه در مجاورت بیمارستان آموزش داده شوند. همچنین فرایندهایی برای تضمین امنیت بیماران، کارکنان و بیمارستان مانند کنترل اولیه‌ی نقاط دسترسی، مناطق تریاژ، مناطق عبور بیماران، ترافیک، پارکینگ و مرکز فرماندهی حادثه در شرایط اضطراری باید پیش‌بینی شود که شامل:

۱) تعیین و اجرای محدودیت‌های دسترسی و ورود به ساختمان‌ها و محوطه‌ی بیمارستان
۲) تعیین روش‌های شناسایی کارکنان طبق برنامه‌ی عملیاتی بیمارستان
۳) اطلاع‌رسانی محدودیت‌های در نظر گرفته شده برای تردد به کارکنان و مردم
۴) تعیین مسیرهای عبور و مرور بهینه برای شرایط اضطراری
۵) بستن یا باز کردن ورودی‌ها و خروجی‌ها بر اساس برنامه‌ی عملیاتی بیمارستان
۶) نصب علائم و تابلوهای لازم برای نشان دادن تغییرات ورودی و خروجی
۷) ممانعت از ورود خودروهای ملاقات‌کنندگان به محوطه بیمارستان و در صورت نیاز بازرسی آن‌ها به‌ویژه در حوادثی که احتمال آلودگی یا اقدام تروریستی وجود دارد
۸) فراهم‌آوردن شرایطی برای اطلاع‌رسانی عمومی از وضعیت بیماران برای آرامش خاطر ملاقات‌کنندگان
۹) قراردادن لیست تمامی بیماران پذیرش شده از حادثه در دسترس حراست

الف-۲-۳-۹/ ☑☑☐/ ۱,۵

نحوه‌ی تخلیه‌ی بیمارستان در زمان حوادث و بلایا، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **تدوین و ابلاغ دستورالعمل «تخلیه‌ی بیمارستان در زمان حادثه» به‌تمامی واحدها / بخش‌ها**
- **آگاهی و آمادگی تیم فرماندهی حادثه و تمامی کارکنان مرتبط برای تخلیه‌ی بیمارستان در زمان حادثه**
- **تأمین تجهیزات و وسایل موردنیاز و آماده‌سازی و حفظ مسیرهای تخلیه مطابق دستورالعمل**
- **پایش دوره‌ای آمادگی بیمارستان برای انجام فرایند تخلیه برابر دستورالعمل**

دستورالعمل تخلیه‌ی بیمارستان در زمان حادثه باید با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول ساختمان و تأسیسات و سایر مسئولان واحدها/ بخش‌ها با محوریت کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا تدوین شود. تخلیه اضطراری یکی از فعالیت‌هایی است که در زمان بروز حوادث اهمیت بسیار پیدا می‌کند.

بروز آتش سوزی در بخشی از بیمارستان، نشت دود و مواد خطرناک، تخریب ساختمان، اختلال یا ازکارافتادن سامانه‌های حیاتی مانند برق، آب و گازهای طبی، خطر بمب‌گذاری و سایر موارد، ممکن است نیاز به تخلیه‌ی بخش و جابه‌جایی بیماران و کارکنان به نقطه‌ای امن را ضروری نماید. تخلیه می‌تواند به‌صورت افقی، عمودی و یا کامل صورت گیرد.

۱. تخلیه افقی: ساکنین یک طبقه به قسمت‌های دیگری از همان طبقه منتقل می‌شوند (بیماران از یک بخش به بخش دیگر در همان طبقه منتقل می‌شوند)
۲. تخلیه عمودی: ساکنین یک طبقه به طبقات بالا یا پایین منتقل می‌شوند. (بیماران از یک بخش به بخش دیگر در سایر طبقات منتقل می‌شوند)
۳. تخلیه کامل: بیماران و کارکنان در همه بخش‌ها/ واحدها باید بیمارستان را ترک نمایند.

آگاهی از چگونگی انجام تخلیه اضطراری و جزئیات آن و همچنین آمادگی برای اجرای آن در هنگام بروز حوادث، از مهم‌ترین فعالیت‌های ارتقای آمادگی بیمارستان‌ها برای مقابله در هنگام بروز حوادث و فوریت‌ها است.

[1] Chemical,Biological,Radiological, Nuclear, Explosives

➢ **در تدوین دستورالعمل تخلیه‌ی بیمارستان حداقل موارد زیر مدنظر قرار گیرد؛**

۱) اندیکاسیون‌های فعال‌سازی برنامه‌ی تخلیه بیمارستانی و همچنین فرد تصمیم‌گیرنده برای تخلیه مشخص باشد.
۲) مسئولیت‌های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده باشد.
۳) نحوه‌ی اولویت‌بندی بیماران برای تخلیه اضطراری مشخص باشد ازجمله: روش‌هایی مثل تریاژ و سرشماری بیماران پس از انجام تخلیه
۴) نوع و سطح تخلیه‌ای که ممکن است رخ دهد تعریف شود.
۵) فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان‌بندی مشخص (مانند هشدار پرسنل، دسترسی به منابع و تجهیزات، آماده‌کردن بیماران و وسایل موردنیاز) وجود داشته باشد.
۶) مسیرها و خروجی‌های تخلیه اضطراری، ایمن، مشخص، دارای علائم مناسب و در تمام اوقات باز و بدون مانع باشند.
۷) پروتکل برای تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند وجود داشته باشد.
۸) وسایل و تجهیزات موردنیاز برای تخلیه پیش‌بینی و موجود باشد.

منابع لازم (از قبیل آب و غذا و...) برای بیمارانی که تخلیه می‌شوند و نحوه دسترسی به آن‌ها تعیین شده باشد.

❋ **الف-۲-۳-۱۰/ ☑☐☐/ ۲**

تداوم ارائه‌ی خدمات حیاتی بیمارستان، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **شناسایی بخش‌ها، واحدها و خدمات حیاتی بیمارستان**
- **تهیه‌ی فهرست و نحوه‌ی تدارک تجهیزات پزشکی و اقلام ضروری موردنیاز برای تداوم خدمات و عملکرد بخش‌ها/ واحدهای حیاتی بیمارستان**
- **پیش‌بینی مکان‌های جایگزین احتمالی برای ارائه‌ی خدمات و استقرار بخش‌ها و واحدهای حیاتی بیمارستان**
- **آمادگی تیم فرماندهی حادثه و تمامی کارکنان مرتبط به منظور تداوم ارائه‌ی خدمات حیاتی بیمارستان**
- **پایش دوره‌ای آمادگی بیمارستان به منظور تداوم ارائه‌ی خدمات حیاتی**

ارائه خدمات سلامت حوادث و بلایا، عامل ا صلی بقای ا نسان‌ها ست. بیمار ستان برخلاف برخی سازمان‌ها نمی‌تواند خدمات خود را به تعویق انداخته و یا تعطیل نماید و هرگونه تأخیر/توقف خدمات سلامت منجر به فوت/ آ سیب جدی بیماران و حادثه‌دیدگان خواهد شد؛ لذا بیمار ستان‌ها باید بتوانند در زمان حوادث و بلایا، بلافاصله عملکرد قسمت‌های حیاتی خود مانند اورژانس، اتاق عمل، بخش‌های ویژه، آزمایشگاه و رادیولوژی را حفظ نموده و حتی در صورت تخریب، پیش‌بینی مکان‌های جایگزین احتمالی برای بخش‌ها/ واحدهای حیاتی بیمارستان صورت پذیرد. بدین منظور بیمارستان باید منابع، تجهیزات، امکانات و همچنین مکان جایگزین برای این بخش‌ها/واحدها را پیش‌بینی و برنامه‌ریزی نماید. به طور مثال در صورت تخریب اتاق عمل از اتاق عمل اورژانس استفاده شود و حتی در صورت تخریب اورژانس از فضای پارکینگ استفاده شود.

لازم است فهرستی از خدمات ضروری و بخش‌ها/ واحدهای حیاتی بیمارستان در کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئولان واحدها/ بخش‌ها شناسایی شود و از د ستر سی به اقلام ضروری و حیاتی موردنیاز برای تداوم خدمات در این بخش‌ها در هر شرایط و موقعیتی اطمینان حا صل شود. منابع موردنیاز شامل آب، برق، اکسیژن و سوخت در زمان حوادث و بلایا حداقل به مدت ۷۲ ساعت باید در بیمارستان موجود باشد. همچنین از دردسترس‌بودن تجهیزات پز شکی ضروری موجود/جایگزین در اتاق عمل، اورژانس، بخش‌های ویژه، CSSD، آزمای شگاه، بانک خون و رادیولوژی اطمینان حا صل شود. شنا سایی و تأمین منابع موردنیاز به منظور تداوم خدمات ضروری بیمار ستان به‌ویژه برای گروه‌های آ سیب‌پذیر و بیماران بدحال مانند کودکان، افراد سالمند، کم‌توان، بیماران با کاهش سطح هوشیاری و معلولین باید به‌دقت برنامه‌ریزی شود. با توجه به نقش بیمارستان‌ها در امر تداوم خدمات درمانی حیاتی در زمان حوادث و بلایا تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «تداوم ارائه‌ی خدمات درمانی حیاتی بیمار ستان در شرایط بحران» با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مدیران و مسئولان تمامی بخش‌ها/ واحدها توصیه می‌شود.

الف-۲-۳-۱۱/ ☐☑☑/ ۱

بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از بروز حوادث و بلایا برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- ❖ **تدوین برنامه‌ی غیرفعال‌سازی برنامه‌ی پاسخ، بازیابی و برگشت به حالت عادی بیمارستان**
- ❖ **آگاهی و آمادگی تیم فرماندهی حادثه و کارکنان مرتبط برای بازیابی و برگشت به حالت عادی**
- ❖ **پایش انطباق عملکرد بیمارستان با برنامه‌ریزی انجام شده و طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی موردنیاز**

بیمارستان باید دارای یک برنامه جامع و مستند بازیابی باشد که به‌صورت دوره‌ای بازبینی و به‌روزرسانی شود. در این راستا فعالیت‌هایی که برای بازگرداندن عملکرد بیمار ستان به شرایط عادی لازم ا ست تعیین می شوند. برنامه بازیابی بیمار ستان مثل برنامه پا سخ باید مرتبط با تداوم خدمات بیمارستان باشد.

➢ **برنامه بازیابی باید بتواند موارد زیر را فراهم نماید؛**

۱. تداوم و بازیابی خدمات بیماران
۲. پیش‌بینی و نحوه‌ی تأمین نیازهای بازیابی کارکنان
۳. جایگزینی مجدد ذخایر و تجهیزات
۴. اولویت‌بندی ارزیابی و بازسازی اجزای سازه‌ای و غیرسازه‌ای بیمارستان که در زمان بحران آسیب دیده‌اند

➢ **نکته مهم:**

غیرفعال سازی و توقف برنامه، صرفاً طی هماهنگی فرمانده‌ی حادثه‌ی بیمار ستان با ستاد هدایت دان شگاه و بر ا ساس شرایط و و ضعیت حادثه، صورت می‌گیرد و از طریق مرکز پیام با کدهای مربوطه اعلام می‌شود. همچنین پس از اتمام عملیات و توقف برنامه، اعضای سامانه‌ی فرماندهی حادثه ظرف ۷۲ ساعت، گزارش کاملی از عملیات و فعالیت‌های صورت‌گرفته، مشکلات و پیشنهادات خود را به کمیته‌ی مدیریت خطر حوادث و بلایا ارائه می‌نمایند. برنامه بازیابی شامل ارزیابی خ سارات به بیمار ستان، منابع ازد ست‌رفته و جایگزینی آن‌ها و تأمین نیازهای حمایت روانی از بیماران، کارکنان و خانواده‌های آن‌ها می‌باشد.

الف-۲-۳-۱۲/ ☐☑☑/ ۱,۵

بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط**
- ❖ **تعیین شاخص‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا و برنامه‌ریزی برای ارتقای آن**
- ❖ **برنامه‌ریزی برای برگزاری دوره‌های آموز شی و انجام تمرین (تمرین‌های دورمیزی/ شبیه سازی شده، مانور آتش‌نشانی و تخلیه بیمار ستان) با هدف آمادگی در برابر حوادث و بلایا**
- ❖ **وجود شواهدی از ایفای نقش مؤثر کمیته در ارتقای ایمنی و امنیت بیمارستان و تاب‌آوری در حوادث و بلایا**

لازم است اثربخشی مصوبات کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا به‌صورت دوره‌ای (حداکثر ۳ماهه) با محوریت مسئول ایمنی بیمارستان و با مشارکت واحد بهبود کیفیت و کمیته‌ی پایش و سنجش کیفیت مورد بررسی قرار گرفته و گزارش تحلیلی نتایج بررسی به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارائه و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی، طراحی و اجرا گردد.

➢ **اهم فعالیت‌ها در راستای نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط با مدیریت خطر حوادث و بلایا:**

۱) انجام ارزیابی ایمنی بیمار ستان (سازه‌ای، غیر سازه‌ای، عملکردی) به صورت سالانه و تنظیم اقدامات ا صلاحی متنا سب به‌منظور رفع نواقص و ارتقا وضعیت موجود
۲) اولویت‌بندی مخاطرات: شناسایی حداقل ۵ عامل مهم خطرآفرین داخلی و خارجی بیمارستان و تدوین برنامه‌های آمادگی پاسخ به این عوامل و اجرای آن (در شناسایی مخاطرات به عوامل CBRNE نیز توجه شود و برنامه‌ها با رویکرد ALL HAZARD باشد).
۳) تنظیم، تصویب و بازنگری سالانه سامانه فرماندهی حادثه‌ی بیمارستان، افراد و جانشینان در هر حیطه و نحوه فعال‌سازی و غیرفعال‌سازی سامانه
۴) برنامه‌ریزی به‌منظور تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه‌های مختلف
۵) برنامه‌ریزی به‌منظور طراحی لیست‌های بحران و فراخوان کارکنان در تمامی واحدها در زمان بحران
۶) طراحی سامانه‌ی هشدارهای اولیه و فراهم‌کردن وسایل ارتباط ضروری

الف–۳

مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه‌ای

الف–۳ مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه‌ای

الف-۳-۱ کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز توانمندی‌های لازم برای هر یک از مشاغل، جذب و بکارگیری می‌شوند
الف-۳-۱-۱/ ☑☐☐/ ۱
بکارگیری کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، شرح شغل و شرایط احراز صورت می‌پذیرد.
❖ **بکارگیری پزشکان، پرستاران، نیروهای پاراکلینیک، پشتیبانی، اداری و مالی و خدمات، مطابق با قوانین و مقررات وزارت بهداشت و کتاب طبقه‌بندی مشاغل** ❖ **برآورد نیروی انسانی مورد نیاز در کلیه‌ی رده‌های شغلی بر اساس روش‌های علمی/دستورالعمل‌های بالادستی با محوریت مدیریت منابع انسانی** ❖ **جذب و چینش نیروی انسانی در کلیه رده‌ها براساس برآورد صورت گرفته با محوریت مدیریت منابع انسانی**
تهیه نسخه الکترونیکی کتاب «طرح طبقه بندی مشاغل دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی» و اطلاع‌رسانی آن به بخش‌ها و واحدها به صورت الکترونیکی توسط مسئول واحد منابع انسانی صورت پذیرد. ➢ **اهم ضوابط بکارگیری کارکنان:** ۱) بکارگیری نیروهای شاغل در بیمارستان براساس قوانین بالادستی سازمان مربوط ۲) ممنوعیت بکارگیری اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی ۳) ممنوعیت اشتغال اعضای هیات علمی غیر تمام وقت جغرافیایی در بخش غیردانشگاهی در ساعات اداری ۴) ممنوعیت بکارگیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی و نیروهای متخصص متعهد در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی یا بیمارستان‌های غیرموظفی ۵) ممنوعیت بکارگیری دستیاران، دانشجویان پزشکی و پرستاری و حرف وابسته در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی
الف-۳-۱-۲/ ☑☐☐/ ۱
فرایند توجیه کارکنان جدیدالورود تدوین شده و با محوریت مدیریت منابع انسانی اجرا می شود.
❖ **وجود فرایند مدون توجیه کارکنان جدیدالورود در بیمارستان** ❖ **وجود مجموعه‌ی مدون کتابچه‌ی توجیهی برای معرفی شرایط عمومی و موارد اختصاصی هر بخش/ واحد و مقررات اداری و مالی** ❖ **آگاهی کارکنان از کتابچه‌ی توجیهی بیمارستان در بخش‌ها/ واحدها** ❖ **پایش فرایند توجیه کارکنان و طرح‌ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود**
مقررات داخلی در موضوع اداری مالی بیمارستان حداقل شامل شرح شغل، شرح وظایف، حقوق و مزایا، آیین‌نامه‌های انضباطی، نحوه ارزشیابی، ارتقای شغلی، ضوابط و مقررات مرخصی و خروج از خدمت است و فصلی از کتابچه توجیهی اختصاص به کارکنان جدیدالورود دارد. منشور حقوق بیماران و راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته، مصوب شورای عالی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و شورای عالی اخلاق بالینی وزارت بهداشت، در کتابچه توجیهی درج (پیوست) گردد. کتابچه جدیدالورود اختصاصی توسط مدیریت پرستاری براساس شرایط اختصاصی بخش ها و واحدهای زیرمجموعه تدوین گردد. در بیمارستان هایی که دارای مادران باردار و یا مادر دارای فرزند زیر ۲ سال هستند مفاد منشور کرامت مادری نیز باید مد نظر قرار گیرد توصیه می‌شود با توجه به استانداردهای بیمارستان سبز،کتابچه‌ی توجیهی به صورت فایل الکترونیک موجود باشد.
الف-۳-۱-۳/ ☑☑☐/ ۱
توانمندی‌های مورد نیاز به تفکیک جایگاه شغلی تعیین شده است و به کارگیری کارکنان بر اساس آن صورت می پذیرد.
❖ **تعیین حداقل مهارت‌های شغلی (عمومی، تخصصی و ارتباطی) به تفکیک جایگاه شغلی توسط مدیریت منابع انسانی با همکاری مسئولان بخش‌ها/ واحدها** ❖ **ارزیابی مهارت‌های شغلی کارکنان بر اساس روشی مدون با محوریت مدیریت منابع انسانی توسط مسئولان مربوطه در بخش ها/ واحدها** ❖ **تجزیه و تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت لزوم طرح‌ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود با مشارکت کمیته‌های مربوطه** ❖ **حصول اطمینان از برخورداری کارکنان از توانمندی‌های لازم برای اشتغال در بخش/ واحد مربوطه بر اساس روشی مدون (سالیانه)**
بیمارستان توانمندی‌های مورد نیاز درخصوص جایگاه‌های شغلی را تدوین نموده است. لازم به ذکر است علاوه بر شرایط تصدی موجود در کتاب طبقه بندی مشاغل و شرایط احراز، توانمندی‌های خاصی مانند گذراندن دوره‌های آموزشی یا داشتن سوابق اجرایی برای آن‌ها مدنظر است. به عنوان مثال مسئول بانک خون، به عنوان کارشناس آزمایشگاه (طبق کتاب طبقه بندی مشاغل) دارای شرح وظایف کلی است، اما توانمندی‌های اختصاصی این شغل می‌تواند شامل دوره‌ی آموزشی هموویژولانس و برخی توانمندی‌های فردی از جمله دقت، سرعت عمل و سایر موارد باشد که بایستی به تایید مسئول فنی آزمایشگاه برسد. درخصوص مشاغل حساس مانند پرستار تریاژ، مسئول اتاق عمل، سوپروایزرها، سرپرستاران، مسئول بانک خون و سایر مواردی که

از نظر بیمار ستان نیاز به توانمندی‌های خاص برای انجام وظایف دارند، بایستی فهر ست توانمندی‌ها، تعیین و قبل از بکارگیری احراز شود. همچنین بر اساس نتایج ارزیابی صلاحیت‌های فنی و تخصصی، واحد مورد نظر تعیین و دوره آشناسازی برای افراد مشخص شود. کلیه نیروهای جدید الورود تحت نظارت یک نفر کارشناس ماهر دوره استاد شاگردی را طی نمایند. ارزیابی تخصصی در پایان دوره‌ی آشناسازی انجام شود و نتیجه‌ی ارزیابی فوق، مبنای ادامه‌ی کار فرد در واحد باشد. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه‌ی آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی صورت پذیرد.

الف- ۳-۲ توانمندسازی کارکنان بر اساس آموزش‌های هدفمند، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود

الف-۳-۲-۱/ ☑☑☐/ ۱,۵

برنامه‌ریزی آموزشی سالیانه بر اساس برنامه‌ی توسعه‌ی فردی و نیازسنجی آموزشی، تدوین و اجرا می‌شود.

- **نیازسنجی آموزشی بر اساس روشی مدون با محوریت مدیریت منابع انسانی و مشارکت کارکنان و مسئولان بخش ها/ واحدها**
- **تدوین برنامه آموزشی سالانه بر اساس نتایج نیازسنجی و برنامه‌های توسعه فردی**
- **اجرای برنامه‌های آموزشی به صورت الکترونیک/ حضوری**
- **حمایت از کارکنان جهت شرکت در کنگره‌ها، همایش‌ها و دوره‌های بازآموزی**
- **سنجش اثربخشی برنامه‌های آموزشی اجرا شده بر اساس الگوهای علمی و طرح‌ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود**

کسب تجربه و آموزش، یک اتفاق یا رویداد[1] نیست، بلکه فرآیندی است مستمر که طی آن، کارکنان سازمان از متولیان آموزش در سازمان، سایر کارکنان، مراجعه کنندگان، الگوها و مدل‌های کاری و حتی از اشتباهات، یاد می‌گیرند.

- **مسئولیت آموزش کارکنان بر عهده سه مرجع است:**

۱) خود کارکنان[2]

۲) روسا / مسئولان و مافوق‌ها

۳) مدیر منابع انسانی

انتظار می رود کارکنان از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه‌ی توسعه‌ی فردی (به عنوان یکی از گام‌های نیازسنجی آموزشی)، آگاهی داشته و هریک از آن‌ها دارای برنامه توسعه فردی متناسب با نیازهای آموزشی باشند. برنامه‌ی توسعه‌ی فردی و یا توسعه‌ی شغلی و حرفه‌ای یک فرایند مستمر درخصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه‌ریزی برای رفع این نیازها است. فرم توسعه‌ی فردی و نحوه‌ی تدوین برنامه‌ی توسعه‌ی فردی با تشخیص بیمارستان است و ملاک ارزیابی نیست. تمامی فرم‌ها لازم است به صورت الکترونیک تکمیل، تایید و ارسال شوند.

کارکنان می‌توانند دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکزی نظیر سازمان نظام پرستاری، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی اتمی بگذرانند.

توانمند سازی اختصاصی بخش‌های ویژه در قالب دوره‌های آموزشی تئوری و عملی بلند مدت توسط مدیریت پرستاری دانشگاه/دانشکده با همکاری مدیریت پرستاری مراکز درمانی برنامه‌ریزی و اجرا شود.

سنجش میزان اثربخشی آموزشی از شاخص‌های بسیار مهم در زمینه توانمندسازی کارکنان محسوب می‌شود. به عنوان مثال سنجش اثربخشی دوره آموزشی احیای قلبی - ریوی را می توان ذکر کرد.

در این نمونه شاخص‌ها بایستی در هر سه حیطه آگاهی به مبانی تئوری، مهارت بکارگیری آموخته‌ها و بهبود نتایج عملکردی مرتبط با آموزش به صورت مقایسه قبل و بعد از آموزش تعریف و ارزیابی شود.

۱) میزان افزایش آگاهی فراگیران به مبانی تئوری آموزش با استفاده از درصد آگاهی فراگیران در پیش آزمون و پس آزمون

۲) میزان ارتقای مهارت بکارگیری آموخته‌ها با روش ارزیابی میدانی رعایت توالی و اصول فنی در عرصه‌ی عمل (واقعی و مجازی)

۳) بهبود اولویت‌بندی و کیفیت که معمولا نتایج عملکردی، ارزیابی می‌شود: درصد احیای قلبی - ریوی موفق

در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخص‌های اثربخشی، دوره‌های آموزشی در هریک از حیطه‌های شناخت، لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه‌های آموزشی اقدام شود.

[1] Event
[2] PDP

➢ **مدیریت فرایندهای مرتبط با سنجه فوق برعهده مدیر منابع انسانی و جلب مشارکت مسئولین ذیل می باشد:**

۱) رئیس/ مدیرعامل بیمارستان در نیازسنجی آموزشی پزشکان

۲) مدیریت پرستاری در نیازسنجی آموزشی گروه پرستاری

۳) مدیریت بیمارستان/ مسئول واحد منابع انسانی در نیازسنجی آموزشی کارکنان غیر پزشک و غیر گروه پرستاری

انتظار می رود نتایج نیازسنجی های آموزشی انجام شده و سنجش میزان اثربخشی آموزش در تیم رهبری و مدیریت بیمارستان مورد بررسی قرارگرفته و اقدامات اصلاحی مورد نیاز لحاظ گردد.

الف-۳-۲-۲/ ☑☑☑/ ۱

انتصاب و جانشین پروری و انتقال تجربیات و اطلاعات در کلیه‌ی مشاغل مدیریتی بیمارستان، برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.

- **تدوین دستورالعمل «انتصاب و ارتقا بر اساس شایستگی‌های دانشی، مهارتی و شواهد عملکردی افراد در مشاغل مدیریتی» توسط تیم رهبری و مدیریت**
- **انجام کلیه‌ی موارد انتصاب، ارتقا در مشاغل مدیریتی بر اساس دستورالعمل تدوین شده**
- **تدوین دستورالعمل «انتقال دانش و تجربه در کلیه‌ی مشاغل مدیریتی بیمارستان» توسط تیم رهبری و مدیریت**
- **تعیین و معرفی جانشین شایسته بر اساس دستورالعمل انتصاب، با تعیین سطوح اختیارات مسئول واحد در غیاب وی، برای کلیه مشاغل مدیریتی بیمارستان**
- **اجرای فرایند انتقال دانش و تجربه به جانشین تعیین شده بر اساس دستورالعمل تدوین شده**

در دستورالعمل انتقال دانش و تجربه از روش‌های علمی موجود مانند راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس استفاده شود.

در کتابچه‌ی مقررات داخلی بیمارستان در موضوع اداری و مالی، مدل‌های شایستگی مدیران و ارتقای شغلی کارکنان تبیین شود. ایجاد بانک اطلاعات کارکنان و مدیران در بیمارستان و ثبت توانمندی‌ها و شایستگی‌های برجسته‌ی مدیران میانی و کارکنان توصیه می‌شود. ملاک‌های چهارگانه‌ی ویژگی‌های تحصیلی، دانشی، مهارتی و تجربه توسط سازمان/ نهاد بالادستی و یا توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان تعیین و ابلاغ می‌شود.

الف-۳-۳ ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان در مسیر ارتقا و توسعه، برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

الف-۳-۳-۱/ ☑☑☐/ ۱

انطباق رفتار کارکنان با ضوابط سازمانی مدیریت می شود.

- **تعیین و اطلاع‌رسانی ارزش‌های سازمانی و مصادیق انضباطی کارکنان در کتابچه توجیهی بخش ها/ واحدها**
- **پایش و کنترل موارد عدم انطباق با مصادیق مربوطه**
- **مدیریت موارد عدم انطباق جهت پیشگیری از وقوع مجدد**

تیم رهبری و مدیریت بیمارستان باید این اصل را مد نظر قرار دهد که کارکنان واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است تحت شرایط، رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند لذا مسئولین باید منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه عمل نمایند.

مدیریت موارد عدم انطباق شامل: تشخیص صحیح، تحلیل و ریشه یابی علل وقوع، انجام و پایش اقدامات اصلاحی و مدیریت پیشگیرانه می باشد.

الف-۳-۳-۲/ ☑☑☐/ ۱

بر اساس نتایج ارزشیابی سالیانه کارکنان، اقدامات اصلاحی لازم برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **آگاهی کارکنان از دستورالعمل ارزشیابی سالیانه در بیمارستان**
- **اجرای فرایند ارزشیابی سالیانه براساس دستورالعمل مربوطه**
- **تحلیل نتایج ارزشیابی سالیانه و طرح‌ریزی اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود**
- **استفاده از نتایج ارزشیابی سالیانه کارکنان در برنامه‌ریزی های بیمارستان**

انتظار می‌رود دوره‌های آموزشی ارتقادهنده‌ی نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرایند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده اند در برنامه‌ریزی آموزشی لحاظ شود. بیمار ستان‌های خ صو صی و غیرداذ شگاهی می‌توانند از د ستورالعمل ارز شیابی عملکرد مدیران و کارکنان داذ شگاه‌های علوم پز شکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سازمان‌های وابسته و فرم‌های مربوطه استفاده نمایند.

انتظار می رود تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ضمن بررسی و تحلیل نتایج کلی ارزشیابی سالیانه‌ی کارکنان نسبت به برنامه‌ریزی جهت ارتقای فرایندهای بیمارستان اقدام نماید. این مداخله می‌تواند در قالب برنامه‌ریزی‌های بیمارستان باشد.

الف-۳-۳-۳/ ☑☑☑/ ۱
کارکنان نمونه، بر اساس معیارهای کلیدی و مؤثر بر کیفیت عملکرد، شناسایی شده و مورد تشویق قرار می‌گیرند.
❖ **تدوین روش و تعیین ملاک‌های انتخاب کارکنان نمونه** ❖ **آگاهی تمامی کارکنان از روش و ملاک‌های انتخاب کارکنان نمونه** ❖ **انتخاب کارکنان نمونه در بیمارستان بر اساس روش تدوین شده** ❖ **اطلاع‌رسانی اسامی کارکنان نمونه منتخب در سطح بیمارستان و قدردانی از ایشان به نحو مقتضی**
این سنجه ارتباطی به انتخاب کارمند نمونه توسط سازمان‌های بالا دستی ندارد و انتظار می‌رود هر بیمارستان به صورت داخلی اقدام نماید.
الف-۳-۴ بیمارستان برای حمایت از کارکنان برنامه‌های مدون داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید
الف-۳-۴-۱/ ☑☐☐/ ۱
تشکیل پرونده‌های پرسنلی و نگهداری آنها مدیریت و محرمانه بودن اطلاعات کارکنان رعایت می‌شود.
❖ **تدوین و رعایت دستورالعمل «تعیین حداقل محتوا و نحوه چیدمان پرونده پرسنلی» منطبق با قوانین سازمان‌های بالادستی** ❖ **وجود فضای بایگانی منطبق بر استانداردها از نظر مساحت، دما، رطوبت و استفاده از ملزومات و تجهیزات با کیفیت برای نگهداری اسناد پرسنلی** ❖ **رعایت اصل محرمانگی و تعیین سطح دسترسی‌ها با نظارت مدیر منابع انسانی**
فهرست اوراق پرونده در قسمت داخلی جلد پرونده نصب گردد و صفحات، شماره‌گذاری و با جدا کننده از هم جدا شود. فرم قرارداد کارکنان قراردادی و شرکتی و در بخش‌های غیر دولتی، با امضای کارکنان و کارفرما/ پیمانکار (بر حسب مورد) موجود باشد. به منظور حفظ محرمانگی، محل نگهداری مستندات مربوط به کارکنان توسط کمیته اخلاق بالینی تعیین گردد. تو صیه می شود پرونده‌ی کارکنان ب صورت الکترونیکی ت شکیل شود؛ م ستندات قانونی که فیزیک آن‌ها مورد نیاز ا ست (مانند بیمه عمر) از این قاعده مستثنی هستند. همچنین برگه‌های غیرجاری و غیرضروری نیز استخراج و به بایگانی راکد در محیطی امن منتقل شوند. وجود پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک برای کلیه‌ی کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان (ازجمله واحدهای برون‌سپاری شده) الزامی می‌باشد.
الف-۳-۴-۲/ ☑☑☐/ ۱
عملکرد و تصمیمات تیم رهبری و مدیریت بیانگر ارزش‌گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان است.
❖ **فعال و کارآمد بودن نظام حمایتی حقوقی و قانونی در حوزه‌ی فعالیت‌های حرفه‌ای مانند بیمه‌ی مسئولیت مدنی، مشاوره‌ی حقوقی و...** ❖ **فعال و کارآمد بودن نظام رسیدگی به شکایات کارکنان** ❖ **فعال و کارآمد بودن نظام دریافت پیشنهادها** ❖ **فعال و کارآمد بودن نظام رضایت‌سنجی کارکنان**
پایایی و روایی پرسشنامه های مورد استفاده بایستی توسط مدیریت منابع انسانی (با استفاده از روش‌های علمی و ظرفیت های موجود در بیمارستان) تایید شده باشد.
الف-۳-۴-۳/ ☑☑☑/ ۱,۵
امکانات رفاهی بر اساس شاخص‌های عینی و ضوابط تعیین‌شده به کارکنان اختصاص می‌یابد.
❖ **پیش بینی امکانات رفاهی، برنامه‌های فرهنگی آموزشی و تفریحی برای کارکنان** ❖ **توزیع عادلانه‌ی امکانات رفاهی و فرهنگی براساس ملاک‌های معین**
پیش بینی امکانات فوق برنامه‌ای برای تقویت انگیزش کارکنان و ایجاد فضای دوستی و همکاری صمیمانه و درنهایت، ارتقای شاخص تعلق سازمانی در بین کارکنان است. منظور از دسترسی عادلانه، آگاهی کارکنان از نحوه اطلاع‌رسانی عمومی و استفاده از امکانات رفاهی براساس ضوابط مشخص، برنامه‌های فرهنگی، آموزشی و تفریحی بیمارستان است. تعیین ملاک‌های معین برای استفاده‌ی کارکنان از امکانات رفاهی، برنامه‌های فرهنگی آموزشی و تفریحی مانند پیشنهادات موثر، رضایت بیماران و سایر ملاک‌های مدنظر مدیران ارشد است.

الف-۳-۵ بهبود شرایط و سالم‌سازی محیط کار، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن اقدام می‌شود
الف-۳-۵-۱/ ☐☑☑/ ۱,۵
بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی حفاظت فنی و بهداشت کار اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط ❖ تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد واحد بهداشت حرفه ای به منظور سنجش اثربخشی ❖ مدیریت نتایج تحلیل ریشه‌ای حوادث شغلی در بیمارستان به منظور پیشگیری از تکرار ❖ ارتقای سطح دانش و آگاهی کارکنان در زمینه‌ی ایمنی و بهداشت شغلی
از مهمترین وظایف این کمیته برر سی دقیق نتایج عوامل زیان‌آور محیط کار (فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک و ارگونومیک)، تحلیل گزارش‌های بازر سی داخلی و خارجی، و پیگیری نتایج معاینات شغلی کارکنان است. همچنین، با تحلیل حوادث شغلی و اولویت‌بندی نتایج ارزیابی ریسک در مشاغل مختلف، مداخلات و راهکارهای اصلاحی متناسب برای کاهش مخاطرات و رفع نواقص طراحی و تصویب می‌گردند. در نهایت با سنجش مستمر اثربخشی مصوبات این کمیته، از پیشگیری از وقوع حوادث مشابه و بهبود پایدار شرایط بهداشت کار اطمینان حاصل می‌شود.
الف-۳-۵-۲/ ☐☐☑/ ۱,۵
مدیریت عوامل زیان‌آور شیمیایی و بیولوژیکی محیط کار متناسب با فعالیت بخش ها/واحدهای مختلف در بیمارستان انجام می‌گیرد.
❖ شناسایی و تعیین بخش‌ها/ واحدهای پرخطر و عوامل شیمیایی و بیولوژیک زیان‌آور نیازمند ارزیابی ❖ اندازه‌گیری عوامل شیمیایی و بیولوژیکی تعیین شده در بیمارستان ❖ تعیین موارد عدم انطباق بر اساس نتایج ارزیابی‌های صورت گرفته ❖ طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه‌ی کنترل عوامل زیان‌آور شیمیایی و بیولوژیکی
عوامل زیان‌آور شیمیایی، شامل تمامی مواد شیمیایی و آلاینده‌های محیطی ه ستند که تماس با آن‌ها معمولاً به مرور موجب اثرات زیان‌آور روی سلامتی انسان و موجودات زنده می‌شود. عوامل زیان‌آور شیمیایی گازها، بخارها، گرد و غبارها و بطور کلی سایر آئروسل‌ها را شامل می‌شود. واحدهای پرخطر مرتبط با عوامل زیان‌آور شیمیایی محیط کار شامل آزمایشگاه‌ها، پاتولوژی، اتاق عمل و ریکاوری، رختشویخانه، شیمی درمانی، تاسیسات، استریلیزاسیون مرکزی، دیالیز و انبار مواد شیمیایی و... هستند. اولین گام در ارزیابی محیط کار، شناخت و بررسی چگونگی روش کار و فرایندهای کاری در بخش‌ها/ واحدهای مختلف، شنا سایی گروه‌های در معرض خطر، از طریق بازدیدهای میدانی و شنا سایی انواع عوامل زیان‌آور شیمیایی محیط کار شامل گازها و بخارات شیمیایی، مواد شیمیایی مایع، گرد و غبار، و دود و دمه می باشد. ارزیابی کمی عوامل شیمیایی بخش‌ها/ واحدهای مختلف تو سط مراجع ذی صلاح طبق نظر کار شناس بهدا شت حرفه ای صورت می‌گیرد. اندازه‌گیری عوامل زیان‌آور شیمیایی محیط کار (حداقل در بخش‌های پرخطر مرتبط با عوامل زیان‌آور شیمیایی) حداقل یک بار باید برنامه‌ریزی و انجام شود و در صورت هر گونه تغییر در ساختار، فرایند، شکایت کارکنان، بنابر تشخیص و ارزیابی مسئول واحد بهداشت حرفه ای و پیشنهاد در خصوص تکرار و انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر در صورت طرح در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و تأیید اعضا کمیته بیمارستان بایستی نسبت به اندازه گیری مجدد اقدام شود. عوامل زیان آور بیولوژیک تمامی پاتوژن‌ها و عوامل بیماریزای میکروبی شامل ویروس‌ها، باکتری‌ها، انگل‌ها، قارچ‌ها هستند. واحدهای‌پرخطر مرتبط با عوامل زیان‌آور بیولوژیک محیط کار شامل بخش‌های اتاق عمل و اورژانس، آنژیوگرافی، مراقبت‌های ویژه، اتاق‌های ایزوله و اتاق زایمان، آزمایشگاه، پاتولوژی، جنین شناسی است. اندازه‌گیری عوامل زیان‌آور بیولوژیکی محیط کار (حداقل در بخش‌های پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور بیولوژیک) حداقل یک بار باید برنامه‌ریزی و انجام شود و در صورت هرگونه تغییر در ساختار، فرایند، شکایت کارکنان، بنابر تشخیص و ارزیابی کار شناس مسئول بهدا شت حرفه‌ای و پیشنهاد در خصوص تکرار و انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر در صورت طرح در جلسه مشترک کمیته حفاظت فنی و بهدا شت کار و کنترل عفونت و تأیید اعضا کمیته بیمارستان بایستی نسبت به اندازه گیری مجدد اقدام شود.

الف-۳-۵-۳/ ☑☑☐/ ۱,۵
مدیریت عوامل زیان‌آور فیزیکی و ارگونومیک محیط کار متناسب با فعالیت بخش‌ها و واحدهای مختلف در بیمارستان انجام می گیرد.
❖ **شناسایی و تعیین بخش‌ها/ واحدهای پرخطر و عوامل فیزیکی و ارگونومیک زیان‌آور نیازمند ارزیابی** ❖ **اندازه‌گیری عوامل فیزیکی و ارگونومیک تعیین شده در بیمارستان** ❖ **تعیین موارد عدم انطباق در نتایج ارزیابی های صورت گرفته** ❖ **طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی در زمینه‌ی کنترل عوامل زیان‌آور فیزیکی و ارگونومیک**
پس از ارزیابی خطر عوامل فیزیکی، خطرات برآورد شـده با اسـتانداردهایی تحت عنوان معیار خطر مقایسـه و درباره قابل پذیرش بودن یا نبودن آن‌ها تصمیم گیری می‌شود. معیار خطر در واقع حدی است که مدیریت در هر سازمان با توجه به الزامات قانونی، شرایط اقتصادی سازمان و نیز توانمندی‌های فنی تعیین می‌کند. ریسک‌هایی که در مرحله ارزشیابی ریسک در وضعیت غیرقابل پذیرش طبقه بندی شدند، لازم است تحت کنترل باشند تا به سطح مقبولی کاهش یابند. بدیهی است پس از اجرای اقدامات کنترلی باید اثربخشی آن ها پایش گردد. (بر اساس استاندارد کتاب حدود مجاز مواجهه شغلی)
الف-۳-۵-۴/ ☑☑☑/ ۱
مدیریت عوامل زمینه‌ساز بروز فشار روانی در محیط کار متناسب با فعالیت بخش‌ها و واحدهای مختلف در بیمارستان انجام می‌گیرد.
❖ **ارزیابی فشار روانی و عوامل سبب‌ساز آن در کارکنان بخش‌ها/ واحدهای مختلف بیمارستان بر اساس روش‌های علمی‌روان سنجی** ❖ **تحلیل نتایج حاصل از ارزیابی و تعیین میزان فشار روانی کارکنان و عوامل سبب‌ساز فشار در بخش‌ها/ واحدهای مختلف** ❖ **طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی لازم در زمینه‌ی مدیریت فشار روانی کارکنان و عوامل سبب‌ساز آن در بیمارستان** ❖ **ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی صورت گرفته در زمینه‌ی مدیریت فشار روانی و عوامل سبب‌ساز آن در بیمارستان**
با توجه به اهمیت عوامل ایجاد فشار روانی در بروز مشکلات اعصاب و روان و همچنین نقش زمینه‌ساز بسیاری از این عوامل در بروز مشکلات و بیماری‌های جسمانی، شکی نیست که پایش و مدیریت این عوامل در محیط‌های بیمارستانی که از محیط‌های با استرس بالا به شمار می‌روند از اهمیت بسزایی برخوردار است. بنابراین باید بیمارستان‌ها با محوریت واحد بهداشت حرفه‌ای و با مشارکت و همکاری متخصصان این حوزه از جمله روانپزشکان و روانشناسان نسبت به تعیین و شناسایی عوامل ایجاد فشار روانی به تفکیک بخش‌ها و واحدهای بیمارستان اقدام نمایند، همچنین پایش و اندازه‌گیری آن‌ها با استفاده از روش‌های استاندارد (شامل مشاهده، مصاحبه و ابزارهای روان‌سنجی موجود بدین منظور) در قالب برنامه‌های معاینه دوره‌ای سالیانه و سپس طرح‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی در این خصوص با مشارکت متخصصان مرتبط انجام گیرد و علاوه بر آن بیماری‌های اعصاب و روان ناشی از فشارهای شغلی را نیز در قالب بیماری‌های شغلی شناسایی و مداخلات لازم را در این خصوص برنامه‌ریزی و اجرا نمایند.
الف-۳-۶ حوادث و بیماری‌های شغلی در سطح بیمارستان پیشگیری و مدیریت می‌شوند
الف-۳-۶-۱/ ☑☑☐/ ۱
برنامه‌ی ایمنی شیمیایی به صورت مدون در سطح بیمارستان اجرا و مدیریت می‌شود.
❖ **تدوین برگه‌ی اطلاعات ایمنی مواد[1] بر اساس شناسایی و طبقه بندی مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس آن** ❖ **برچسب‌گذاری مواد شیمیایی[2] مطابق با استانداردهای مربوطه** ❖ **وجود تجهیزات اضطراری واکنش به مواجهه/آلودگی با مواد شیمیایی در بخش‌های مرتبط** ❖ **نظارت بر رعایت اصول ایمنی مواد شیمیایی توسط کارکنان مرتبط در بیمارستان با محوریت واحد بهداشت حرفه‌ای براساس برنامه زمان‌بندی مدون** ❖ **شناسایی موارد عدم انطباق بر اساس نتایج بازدیدهای صورت گرفته و طرح‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی لازم**
مرکز باید نسـبت به تهیه‌ی فهرسـت مواد شـیمیایی با پتانسـیل ایجاد حادثه[3] اقدام نموده و آموزش لازم در مورد نحوه واکنش در زمان مواجهه برای پرسنل صورت گیرد. در زمان انبارش مواد شیمیایی توجه ویژه به توضیحات برگه‌ی اطلاعات ایمنی مواد در نحوه انجام انبارش ایمن مورد تاکید است. رعایت موازین این توضیحات؛ شامل محل های نگهداری موقت مواد شیمیایی مانند تی شوی‌خانه می‌باشد. برگه اطلاعات ایمنی SDS شامل ۱۶ مشخصه از جمله، نام ماده شیمیایی، خطرات، ترکیب و اطلاعات مواد تشکیل دهنده، اقدامات کمک‌های اولیه مواد و سایر قسمت‌ها است. استفاده از برگه‌های MSDS نیز مورد قبول است. وجود سیستم تهویه‌ی مناسب برای انبارهای مواد شیمیایی، رعایت ایمنی در حمل نقل، استفاده و دفع مواد شیمیایی از جمله اقدامات اصلاحی و کنترلی محسوب می‌شوند.

[1] SDS or MSDS
[2] GHS
[3] TPQ

الف-۳-۶-۲/ ☑☐☐/ ۱
حوادث شغلی کارکنان شناسایی شده و با حمایت بیمارستان مدیریت می‌شوند.
❖ **شناسایی و مستندسازی حوادث شغلی رخ داده در مرکز** ❖ **تحلیل علل ریشه‌ای حوادث شغلی در بیمارستان و استفاده از درس‌آموخته‌های حاصل در مدیریت پیشگیرانه خطر** ❖ **طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج حاصل از تحلیل علل ریشه‌ای و ارزیابی اثربخشی اقدامات** ❖ **حمایت بیمارستان از کارکنان در زمان بروز حوادث شغلی مطابق ضوابط مربوط**
تدوین و اطلاع رسانی کتابچه درس آموزی و پیشگیری از حوادث توصیه می‌شود.
الف-۳-۶-۳/ ☑☑☐/ ۱
بیماری‌های شغلی شناسایی شده و با حمایت بیمارستان مدیریت می‌شوند.
❖ **شناسایی گروه‌های شغلی در معرض خطر بیماری‌های شغلی و تعیین عوامل خطرآفرین** ❖ **ارزیابی و انجام معاینات شغلی کارکنان در بیمارستان به تفکیک گروه‌های شغلی و بر اساس عوامل خطرآفرین شناسایی شده** ❖ **شناسایی بیماری‌های شغلی بر اساس نتایج معاینات شغلی کارکنان** ❖ **طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی خطر بیماری‌های شغلی و معاینات دوره‌ای**
تعریف م شاغل پرخطر و در معرض خطر بیماری‌های شغلی، بر ا ساس د ستورالعمل‌های ابلاغی و شرایط بومی بیمار ستان صورت می‌پذیرد. همچنین شناسایی پرسنل باردار/ دارای بیماری‌های خاص در سطح بیمارستان و انجام تمهیدات لازم جهت پیشگیری از مواجهه آن‌ها با عوامل زیان‌آور و مخاطرات شغلی الزامی ا ست. ثبت م ستندات معاینات سلامت شغلی انجام شده در سامانه‌ی جامع بازر سی مرکز سلامت محیط و کار انجام شود. واکسیناسیون کارکنان مرتبط در زمینه بیماری هایی مانند آنفلوانزا و هپاتیت B توصیه می گردد.
الف-۳-۶-۴/ ☑☐☐/ ۱
بیمارستان از حفاظت کارکنان در برابر عوامل زیان‌آور محیط کار و حوادث شغلی اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **ارزیابی بخش‌ها/ واحدها و تعیین وسایل حفاظت در برابر عوامل زیان‌آور و حوادث شغلی به تفکیک محیط کاری** ❖ **تهیه کتابچه الکترونیک راهنما و علائم تصویری استفاده صحیح از وسایل حفاظتی به تفکیک مشاغل مختلف و محیط‌های کاری** ❖ **نظارت بر استفاده صحیح کارکنان از وسایل حفاظتی** ❖ **انجام اقدامات اصلاحی در خصوص پیگیری نواقص موجود در زمینه تامین و استفاده صحیح از وسایل حفاظتی**
ازجمله مصادیق مهم تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات براساس کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمار ستانی، موقعیت‌های استفاده از ماسک N_{95} در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل به نحوه صحیح در تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و در مواجهه با بیمار مشکوک / محتمل/ مبتلا به عفونت‌های مسری است. تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/واحدها و تعداد مورد نیاز برا ساس نوع بیماران بـ ستری و د ستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهدا شت، با م شارکت تیم کنترل عفونت و م سئولان بخش‌ها/ واحدها و آن در جل سه مشترک کمیته کنترل عفونت و حفاظت فنی و بهداشت کار توصیه می‌شود.

الف–۴

مدیریت خدمات پرستاری

الف–۴ مدیریت خدمات پرستاری

الف-۴-۱ برنامه‌ریزی‌های تیم مدیریت پرستاری بر اساس شواهد و منابع معتبر علمی با تمرکز بر ایمنی بیمار و کیفیت خدمات مراقبتی می‌باشد
االف-۴-۱-۱/ ☑☑☐/ ۱,۵
توزیع و چینش کارکنان گروه پرستاری با استفاده از روش‌های علمی/ استانداردهای ابلاغی صورت می‌پذیرد.
❖ برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز هر یک از بخش‌های تشخیصی و درمانی براساس معیارهای معین ❖ توزیع گروه پرستاری بر اساس برآورد انجام شده در هر یک از بخش‌ها توسط مدیریت پرستاری ❖ چیدمان گروه پرستاری در نوبت‌های کاری بخش‌های مختلف براساس نیازسنجی انجام شده ❖ نظارت بر چیدمان گروه پرستاری در نوبت‌های کاری مختلف توسط تیم مدیریت پرستاری
گروه پرستاری شامل پرستار، ماما، تکنسین/کاردان/کارشناس و بالاتر رشته‌های اتاق عمل و هوشبری، بهیار، کمک پرستار و کمک بهیار است. برآورد کمی نیروی انسانی گروه پرستاری با استفاده از استانداردهای ابلاغی معاونت پرستاری وزارت بهداشت، نظام طبقه‌بندی بیماران، شاخص‌های بارکاری و سطح مراقبت بیماران و ضرایب اعلام شده از سوی وزارت بهداشت در بخش‌های مختلف بیمارستان، با لحاظ قوانین دیگر از جمله قانون استخدام کشوری، قانون ارتقای بهره‌وری و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و یا با استفاده از یکی از روش‌های سازمان بهداشت جهانی، نگرش نظام‌گرا، حجم کار، روش کالیفرنیا و سایر روش‌های علمی معتبر صورت می‌پذیرد؛ همچنین لحاظ معیارهای کیفی از جمله تجربه، مهارت و توانمندی پرستار، تحصیلات و سایر معیارهای کیفی در چینش نیروی انسانی گروه پرستاری با تشخیص مدیر پرستاری ضروری است. مدیر پرستاری ضمن بررسی برآورد و چینش (کمی و کیفی) صورت پذیرفته توسط سرپرستاران، با رویکرد ارائه‌ی مراقبت‌های یکپارچه در بخش‌های بالینی نسبت به بازنگری و جمع‌بندی برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز هر یک از بخش‌های تشخیصی درمانی، اقدام می‌نماید. در برخی از مواردکه نیاز به حضور پرستار در بخش‌های پاراکلینیک و تشخیصی وجود دارد، برآورد و چینش کمی و کیفی این نیروها هم می‌بایست با هماهنگی مسئول واحد مربوطه و مدیریت پرستاری انجام شود. برای بحران های احتمالی یا آنکالی پرستاری در مواردی که نیاز به خدمت مستمر وجود ندارد (مثلا پیوند، اعزام و ارجاع، آندوسکوپی اورژانس، دیالیز اورژانس یا عمل های جراحی اورژانس در بیمارستان هایی اتاق عمل فعال در شیفت عصروشب ندارند و...) برنامه مشخص در چیدمان نیروی انسانی توسط مدیریت پرستاری دیده شود و مشوق های لازم در نظر گرفته شود. در صورت وجود بیماران نیازمند مراقبت ویژه در بخشهای عادی در چیدمان نیروی پرستاری از پرستاران دوره دیده برای مراقبت این بیماران استفاده شود. به همین منظور لازم است پرستاران در بخشهای عادی با سابقه بستری بیماران نیازمند مراقبت ویژه دوره های آموزشی در خصوص کار با مانیتور، ونتیلاتور، پمپ انفوزیون و نیز پایش همودینامیک، تفسیر نوار قلب و...گذرانده باشند. ➢ **مدیر پرستاری بر اساس برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز اقدامات زیر را به عمل می‌آورد؛** ۱) باز توزیع متوازن نیروهای پرستاری موجود ۲) اعلام کمبود نیروی پرستاری به تیم رهبری و مدیریت ۳) جبران کمبود از طریق جذب نیروهای جدید در صورت اخذ مجوز از رهبری و مدیریت ۴) پیش بینی روش‌های جایگزین برای تامین نیروهای انسانی مورد نیاز با در نظر گرفتن مشوق‌های لازم
الف-۴-۱-۲/ ☑☑☑/ ۱,۵
چیدمان و شیوه ارائه‌ی خدمات پرستاری، به‌گونه‌ای تنظیم شده که زمان مراقبت مستقیم از بیمار افزایش و فعالیت‌های غیرمرتبط کاهش یابد.
❖ ارائه مراقبت‌های پرستاری به شیوه‌های بیمارمحور از قبیل مراقبت موردی ❖ پایش زمان اختصاص‌یافته به مراقبت مستقیم از بیمار و حضور مؤثر پرستاران در بالین ❖ شناسایی اقدامات، فرایندها و امور غیرمرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری و گزارش به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری ❖ برنامه‌ریزی جهت حذف مستندسازی‌های مازاد با رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه‌ی بهبود مراقبت‌های مستقیم پرستاری
به منظور ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار، پرستار مسئول بیمار در فواصل زمانی متناسب با وضعیت بیمار بر بالین بیمار حضور یافته و نسبت به ارزیابی و ارائه‌ی مراقبت‌های مستقیم اقدام می‌نماید. منظور از اقدامات، فرایندها و امور غیرمرتبط مانع مراقبت مستقیم، فعالیتهای خارج از شرح وظایف مصوب پرستاران، تکمیل فرم‌های غیر ضروری (از جمله مستندسازی‌های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط و...) می‌باشد.

الف-۴-۱-۳/ ☑☑☐/ ۱
آموزش بیماران در چارچوب سیاست‌های آموزشی تعیین شده، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ تدوین سیاست‌های آموزشی بیماران با محوریت تیم مدیریت پرستاری و ابلاغ تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی نیازهای آموزشی بیماران بر اساس سیاست‌های آموزشی ❖ اولویت‌بندی نیازهای آموزشی تعیین شده‌ی بیماران ❖ اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار بر اساس اولویت‌بندی انجام شده ❖ نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار
در تدوین سیاست‌های آموزشی بیماران بایستی چارچوب‌های تعیین نیازهای آموزشی، اولویت‌های آموزشی، شیوه‌ها و تدابیر آموزش به بیمار، تامین منابع مورد نیاز و نحوه‌ی نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار تبیین شود. سیاست‌های آموزش بیماران با محوریت مدیریت پرستاری و کارگروهی متشکل از سرپرستار/ مسئول بخش‌ها و واحدها و روسای بخش‌های بالینی، تدوین و جهت تائید و تصویب به تیم رهبری و مدیریت ارسال می‌شود. این امر بایستی توسط رئیس/ مدیرعامل بیمارستان تصویب و ابلاغ شود. همچنین تشکیل و برگزاری منظم جلسات کارگروه آموزش به بیمار در بیمارستان توصیه‌ی موکد می‌شود. آگاهی کارکنان گروه‌های مختلف از سیاست‌های آموزشی تدوین شده، یکی از ارکان مهم ارزیابی این سنجه می‌باشد. آموزش بیماران باید توسط رده‌های مختلف شغلی مراقبین سلامت (پزشک، پرستار، کارکنان آزمایشگاه، فیزیوتراپی و ...) انجام گردد و صرفا مختص گروه پرستاری نیست. نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت‌های مورد نیاز در بخش‌های مختلف بر اساس بیماری‌های شایع هر بخش/ خدمات هر واحد، توسط کارگروه آموزش به بیمار شناسایی و اولویت‌بندی شده و پس از تایید مدیر پرستاری به تیم رهبری و مدیریت ارسال می‌گردد تا پس از تصویب، ابلاغ و همزمان شرایط تامین امکانات اجرایی این برنامه ها پیگیری شود. در بسیاری از موارد در پاسخگویی به نیازهای آموزشی بیماران باید همراه بیمار نیز مورد آموزش قرار گیرد؛ بنابراین منظور از این سنجه صرفاً آموزش بیمار نیست و در صورت لزوم همراه بیمار هم در این فرایند باید دخیل گردد. انواع شیوه‌های آموزش به بیمار شامل چهره به چهره، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، نمایش فیلم آموزشی، برگزاری کلاس‌های آموزشی و ... است.
الف-۴-۲ مدیریت پرستاری بر کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری و هماهنگی فرآیندهای مرتبط با درمان نظارت می‌کند
الف-۴-۲-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵
بر فرایند مراقبت و درمان در تمامی نوبت های کاری با محوریت تیم مدیریت پرستاری نظارت می‌شود.
❖ نظارت بر روند مراقبت و درمان در تمامی نوبت‌های کاری توسط تیم مدیریت پرستاری ❖ ارائه‌ی گزارش نتایج نظارت و ارزیابی بر روند مراقبت و درمان در قالب گزارش بیست و چهار ساعته‌ی نوبت کاری سوپروایزری به مدیر پرستاری ❖ بررسی گزارش‌های بیست و چهار ساعته‌ی سوپروایزرها توسط مدیر پرستاری و در صورت لزوم اقدام یا پیشنهاد اقدام اصلاحی مرتبط با عملکرد پرستاری ❖ ارائه‌ی گزارش مشکلات و پیشنهاد اقدام اصلاحی توسط مدیر پرستاری به تیم رهبری و مدیریت و پیگیری رفع آن ❖ برنامه‌ریزی اصلاحی جهت مشکلات و رخدادهای گزارش شده توسط مدیران مربوطه در تیم رهبری و مدیریت ❖ آگاهی روزانه‌ی شخص رئیس/مدیرعامل بیمارستان از گزارش‌های بیست و چهار ساعته و استفاده از این اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های تیم رهبری و مدیریت
سوپروایزرها در نوبت‌های کاری بر روند ارائه‌ی خدمات در تمامی واحدهای بیمارستان (اعم از درمانی، فنی و پشتیبانی) نظارت می‌کنند. در موارد مرتبط با عملکرد پرستاری است مستقیما اقدام اصلاحی برنامه‌ریزی و اجرا می شود و در موارد غیر پرستاری با هماهنگی ریاست بیمارستان/ مدیر عامل و یا مدیران مربوطه اقدامات اصلاحی طراحی و اجرا می شود. اما شخص رئیس/ مدیرعامل بیمارستان بایستی از گزارش‌های ارسالی بیست و چهار ساعته آگاهی داشته و از این اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های تیم رهبری و مدیریت استفاده نماید

الف-۴-۲-۲/ ☑☐☐/ ۱,۵
مدیریت پرستاری از عملکرد بالینی ایمن و با کیفیت گروه پرستاری اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **تعیین موارد نیازمند نظارت و ارزیابی در حیطه عملکردی گروه پرستاری توسط تیم مدیریت پرستاری** ❖ **طراحی و تدوین ابزار ارزیابی و نظارت توسط تیم مدیریت پرستاری** ❖ **تدوین و اجرای برنامه نظارتی در تمامی روزهای هفته و ساعات شبانه روز** ❖ **تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت نیاز انجام اقدامات اصلاحی/ بهبود**
تمامی جزئیات و روش‌های بازدیدهای نظارتی در تمام سطوح مدیریت پرستاری باید تبیین و ضمن پرهیز از بازدیدهای سلیقه‌ای، با استفاده از روش‌های یکپارچه و اثربخش و با مشارکت سوپروایزرهای بالینی و آموزشی و سرپرستاران برنامه‌ریزی و انجام شود. ➢ **حداقل‌های مورد انتظار در ارزیابی عملکرد بالینی گروه پرستاری شامل موارد زیر می‌باشد:** ۱) رعایت مراقبت موردی ۲) رعایت اصول ارزیابی اولیه بیماران ۳) رعایت اصول ثبت صحیح ۴) رعایت اصول دارودهی ایمن ۵) رعایت اصول مرتبط با ایمنی بیمار ۶) رعایت اصول کنترل عفونت ۷) رعایت اصول کار با تجهیزات پزشکی ۸) رعایت اصول تزریق خون و فراورده های خونی ۹) رعایت اصول آموزش به بیمار
الف-۴-۲-۳/ ☑☑☐/ ۲
مدیر پرستاری بر عملکرد رده‌های مدیریتی پرستاری نظارت می‌نماید.
❖ **تعیین معیارهای ارزیابی و نظارت بر رده های مختلف مدیریت پرستاری** ❖ **انجام ارزیابی های دوره ای براساس معیارهای تعیین شده** ❖ **طراحی، اجرا و پایش اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج**
➢ **نظارت مدیر پرستاری بر مسئولین زیرمجموعه در محور های زیر قابل انجام است.** ۱) بازدیدهای میدانی: حضور مستقیم در بخش‌ها با هدف بررسی نحوه‌ی مدیریت سرپرستاران و کیفیت مراقبت‌ها ۲) تحلیل شاخص‌های عملکرد: بررسی گزارش‌های آماری مانند میزان رضایت بیماران، خطاهای دارویی و ... ۳) پایش نحوه‌ی اجرای برنامه‌های عملیاتی: تطبیق فعالیت مدیران رده‌های مختلف با اهداف و برنامه‌های سالانه پیش‌بینی شده ۴) ارزشیابی دوره‌ای: ثبت رسمی نقاط قوت و ضعف مسئولین در بازه‌های زمانی معین و اقدامات اصلاحی براساس آن ۵) نظارت بر آموزش: سنجش میزان ارتقای مهارت مسئولین و اثربخشی آموزش‌های ارائه شده به ایشان نظارت دقیق مدیر پرستاری باعث تضمین ایمنی بیمار و ارتقای مستمر کیفیت خدمات درمانی و سطح مدیریتی افراد زیرمجموعه گردیده که منجر به شناسایی به موقع چالش‌ها، جلوگیری از هدررفت منابع انسانی، تجهیزاتی و افزایش بهره‌وری واحدهای تحت مدیریت می‌گردد و این امر نهایتا منجر به تقویت پاسخگویی و رضایتمندی مراجعین خواهد شد.

الف-۴-۲-۴/ ☑☐☐/ ۱

مدیریت پرستاری بر فرایند اعزام و ارجاع بیماران، برابر ضوابط مربوط و رعایت اصول ایمنی بیمار نظارت می‌نماید.

- **آموزش کارکنان مرتبط با فرایند اعزام/ ارجاع در زمینه‌ی رعایت اصول ایمنی بیمار**
- **اعزام/ ارجاع بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار/ خانواده**
- **به اشتراک‌گذاری اطلاعات کامل بالینی بیمار بین مبدا و مقصد اعزام/ ارجاع توسط افراد ذی‌صلاح**
- **وجود آمبولانس، تجهیزات، داروها و ملزومات مناسب و متناسب با وضعیت بیمار در تمام مراحل انتقال**
- **تطبیق آمادگی‌ها و تثبیت وضعیت بیمار قبل از انتقال توسط مراقبین بیمار**
- **استفاده از کارکنان واجد صلاحیت در زمان انتقال بیمار**
- **ارزیابی و مراقبت از بیمار حین انتقال و تحویل کامل و صحیح بیمار به مقصد اعزام/ ارجاع توسط کارکنان واجد صلاحیت**
- **پایش فرایند اعزام و ارجاع بیمار، شناسایی موارد عدم انطباق و انجام اقدام اصلاحی/ بهبود**

حفظ و تضمین زنجیره‌ی ارائه خدمات بیماران بین سطوح مختلف خدمات سلامت/ مراکز درمانی و یا بین بخش‌ها و واحدهای مختلف درمانی در همان مرکز از الزامات انتقال ایمن بیماران است. با توجه به این که انتقال یک بیمار ممکن است تغییرات فیزیولوژیکی مختلفی ایجاد کند که پیش آگهی بیماری را تحت تاثیر قرار دهد، بایستی انتقال به صورت سیستمی و مطابق با راهنماهای معتبر و مبتنی بر شواهد صورت پذیرد. از طرفی با توجه به این که تصمیم‌گیری برای انتقال، بیماران و کارکنان را در معرض خطرات اضافی قرار می‌دهد و هزینه‌هایی بر بیمار، خانواده و بیمارستان تحمیل می‌نماید، هرگونه اعزام/ارجاع و انتقال بیماران بایستی مبتنی بر شواهد معتبر باشد. تصمیم جهت انتقال بیمار توسط پزشک معالج و بعد از طرح موضوع با خانواده و بستگان بیمار و آگاهی ایشان از منافع و مضرات انتقال بایستی انجام شود. انتقال ایمن بیماران منوط به تصمیم‌گیری دقیق، ارتباطات صحیح، فراهم بودن آمادگی‌های قبل از انتقال و انتخاب بهترین روش انتقال بیمار (زمینی و یا هوایی) است. تصمیم‌گیری سطح مهارتی و دانشی کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت همراه با بیمار (متناسب با میزان وخامت حال بیمار و نیاز به مراقبت ویژه بر اساس راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد) از اولویت‌های اساسی است. از طرفی وجود تجهیزات سالم و آماده بکار، مانیتورینگ و پایش حرفه‌ای بیمار در حین انتقال، مستندات مورد نیاز و نحوه‌ی تحویل بیمار در مقصد (که مبتنی بر انتقال جامع و کامل و صحیح اطلاعات درمانی و تکمیل مستندات و مدارک پزشکی بیماران است) باید دقیقا برنامه‌ریزی و رعایت شود.

برای بیماران نیازمند به انتقال (با توجه به سطح تریاژ و سطوح مراقبتی) تمامی داروهای نجات‌بخش و تجهیزات و ملزومات پزشکی ضروری برای احیای بیماران، اکسیژن‌رسانی، تهویه‌ی تنفسی، مانیتورینگ همودینامیک و احیا بایستی همراه باشد. این ملاحظات به ویژه در مورد گروه‌های در معرض خطر از جمله بیماران سالمند با اختلالات و بیماریهای متعدد زمینه‌ای، خردسالان، نوزادان و مادران باردار حائز اهمیت است. لازم به ذکر است تیم رهبری و مدیریت متعهد به تامین ملزومات اعزام و ارجاع از جمله آمبولانس مجهز می باشد.

➢ **اولویت‌های مورد نظر در زمان برقراری ارتباط مستقیم بین مرکز مبدا و مقصد که باید به اشتراک‌گذاشته شود؛**

۱) اطلاعات کامل بالینی بیمار
۲) درمان‌های دریافت شده
۳) دلایل انتقال
۴) روش انتقال بیمار
۵) مهلت زمانی موجود برای انتقال به صورت مستند و مکتوب

پیش از انتقال، بیمار به صورت مناسب احیا و حتی‌الامکان وضعیت ABC (راه هوایی، تنفس و جریان خون) و ناتوانی حرکتی/ معلولیت بیمار بررسی، کنترل و مدیریت شود.

الف-۴-۲-۵/ ☑☐☐/ ۱,۵
تیم مدیریت پرستاری برای جلب مشارکت کارکنان پرستاری و برقراری تعامل و هماهنگی با سایر گروه‌های حرفه‌ای برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید.
❖ شناسایی چالش‌های موجود در ارائه‌ی خدمات مراقبتی ایمن به بیمار ❖ تشکیل جلسات مستمر کارکنان پرستاری به منظور استفاده از خرد جمعی ❖ برگزاری جلسات تفاهمی و هم‌اندیشی برای یافتن راه‌های برون‌رفت از چالش‌های بین بخشی و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه‌ی بهبود با تفاهم طرفین ❖ تشکیل کارگروه‌های کاری متناسب با چالش‌ها ❖ پیگیری اقدامات و در صورت لزوم طرح در تیم رهبری و مدیریت
ترویج و توسعه کار گروهی در سطوح مدیریتی و اجرایی و استفاده از خرد جمعی در تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری و همچنین هدایت کارکنان پرستاری به انسجام هرچه بیشتر برای ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری ایمن، به موقع و اثربخش مهمترین نتیجه‌ی عملکرد مدیر خدمات پرستاری از منظر رهبری سازمانی است. نقش محوری مدیر پرستاری در تقویت تعاملات بین بخشی به منظور تسریع و تسهیل روند ارائه خدمات به بیماران حائز اهمیت است.
الف-۴-۲-۶/ ☑☑☑/ ۱,۵
بیمارستان از تداوم مراقبت و شناسایی زودهنگام مشکلات پس از ترخیص، ارتقای پایبندی به درمان و کاهش بستری مجددِ بدون برنامه از طریق راه‌اندازی واحد آموزش و پیگیری طبق دستورالعمل ابلاغی اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ شناسایی و ارجاع مشمولین دریافت خدمات پیگیری به واحد آموزش و پیگیری از بخش‌های بستری و درمانگاه‌ها ❖ تکمیل فرم‌های سطح‌بندی و اخذ اطلاعات هویتی و اطلاعات تماس بیماران شناسایی و ارجاع شده توسط پرستار مسئول واحد آموزش و پیگیری ❖ ارائه آموزش‌های اولیه درخصوص وضعیت سلامتی و فرایند پیگیری ❖ سطح‌بندی بیماران و تعیین تواتر پیگیری بیماران بر اساس فرم های سطح بندی ابلاغی ❖ پیگیری بر اساس سطح‌بندی و تواتر تعیین شده تا زمان حصول اطمینان از توانایی خودمدیریتی بیمار ❖ پایش اثربخشی آموزش و پیگیری‌های انجام شده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود
مشمولین دریافت خدمات پیگیری در این سنجه، بزرگسالان شامل افراد مبتلا به بیماری های مزمن/ صعب‌العلاج شامل بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی CHF، بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریویCOPD، بیمار دچار سکته مغزی CVA، بیمار مبتلا به سکته قلبی MI، بیمار مبتلا به پرفشاری خون HTN، بیمار مبتلا به دیابت، بیمار مبتلا به سرطان، بیمار دچار سوختگی، بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی، بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی و بیماران تحت آمپوتاسیون ارجاع شده از بخش های بستری یا درمانگاه می باشند؛ همچنین بیمارستان با توجه به ظرفیت، سیاست‌های داخلی و نظر پزشکان معالج، می‌تواند بر اساس دستورالعمل مشخص و مدون، به بیماران مبتلا به سایر بیماری‌ها بر اساس پرسشنامه و سطح بندی‌های مشخص و مورد تایید، خدمات آموزشی و پیگیری ارایه نماید. تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری از سه روز تا یک سال پس از ترخیص و بر اساس نوع و کلاس بیماری‌های منتخب طبق دستورالعمل ابلاغی تعیین می شود.

الف–۵

فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت

الف–۵ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت

الف-۵-۱ سامانه اطلاعات بیمارستانی با قابلیت‌ها و عملکردهای مورد انتظار فعال است
الف-۵-۱-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵
بیمارستان از انطباق سامانه اطلاعات بیمارستانی با الزامات قانونی، فنی و امنیتی ابلاغی مراجع ذی‌صلاح اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ اخذ گواهینامه‌ی معتبر ارزیابی عملکردی و غیرعملکردی سامانه اطلاعات بیمارستانی[1] ❖ اخذ گواهینامه‌ی مطابقت استانداردهای تبادل داده با درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) سامانه اطلاعات بیمارستانی ❖ اخذ گواهینامه‌های مرتبط با امنیت سامانه اطلاعات بیمارستانی ❖ اخذ تأییدیه‌ی تبادل اطلاعات با نظام ارجاع الکترونیک برای سامانه اطلاعات بیمارستانی مطابق با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت
سامانه اطلاعات بیمارستانی باید استانداردهای تبادل داده با درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) را اخذ نماید. مرجع استعلام گواهینامه مذکور پایگاه اینترنتی رگولاتوری مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات است. گواهینامه مذکور به‌صورت فیزیکی به توسعه‌دهنده سامانه‌های سلامت ارائه می‌شود و ارائه نسخه الکترونیک و یا کپی آن که در بیمارستان موجود است قابل‌استناد می‌باشد. در صورت هرگونه مغایرت اطلاعات گواهینامه فیزیکی با اطلاعات موجود در پایگاه، اطلاعات پایگاه ملاک خواهد بود. در منوی صدور مجوز زیرمنوی ا ستعلام سامانه‌های دارای گواهینامه، موارد به تفکیک نوع و تاریخ اعتبار گواهینامه درج شده ا ست. تمامی ابلاغ‌های مذکور در پایگاه اینترنتی رگولاتوری مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات موجود ا ست. ضمناً توجه به پایگاه کدینگ مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات برای ارزیابی برخی کدهای منتخب در سامانه‌های اطلاعاتی بیمارستانی توصیه می‌شود. تأییدیه تبادل اطلاعات با نظام ارجاع الکترونیک برای سامانه اطلاعات بیمار ستانی از مرکز فناوری اطلاعات وزارت بهدا شت اخذ شده و باید شامل تمام سرویس‌های مرتبط با نظام ارجاع (ارجاع و بازخورد الکترونیک) باشد. همچنین لازم است تصویر گواهینامه امنیت (افتا) با تاریخ معتبر از سازمان فناوری اطلاعات ایران در بیمارستان موجود باشد. گواهینامه امنیت سامانه اطلاعات بیمارستانی به‌صورت فیزیکی به توسعه‌دهنده سامانه‌های سلامت ارائه می‌شود

[1] Hospital Information System (HIS)

الف-۵-۱-۲/ ☐☐☑/ ۱
سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان ثبت، نگهداری و بازیابی حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده‌های سلامت را مطابق ضوابط ابلاغی فراهم می‌نماید.
❖ **قابلیت تعریف حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده‌های اورژانس، بستری و خدمات سرپایی در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی** ❖ **قابلیت تعریف حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده‌های بلوک زایمان** ❖ **مطابقت فرم‌های الکترونیک با استانداردهای ابلاغی** ❖ **امکان پشتیبانی اطلاعاتی [1] ارائه‌دهندگان خدمت**
➢ **حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بستری عبارت‌اند از:** ۱) داده‌های دموگرافیک بیمار و نام پزشک ۲) تاریخ پذیرش، نوع بیمه ۳) تشخیص‌های اولیه و نهایی، کد تشخیص‌ها، اقدامات درمانی، کد اقدامات درمانی ۴) تمام داده‌های ثبت شده توسط ارائه‌دهندگان خدمت مانند مستندات مربوط به ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک و پرستار، شرح‌حال بیمار، دستورات پزشک، سیر بیماری، گزارش/مشاهدات پرستاری، نتایج کنترل علایم حیاتی، گزارش مراقبت در بخش‌های ویژه و... ۵) درخواست‌ها و گزارش مشاوره‌ها ۶) داده‌های مربوط به اعمال جراحی شامل مراقبت‌های پیش از عمل، گزارش بیهوشی، گزارش عمل جراحی و مراقبت‌های پس از عمل جراحی ۷) نتایج آزمایش‌ها، گزارش‌های پاتولوژی و تصویربرداری ۸) گزارش داروها و لوازم مصرفی پزشکی ۹) گزارش الکتروکاردیوگرام ۱۰) مستندات مربوط به مددکاری اجتماعی ۱۱) انواع اجازه‌نامه و رضایت‌نامه‌ها ۱۲) تاریخ ترخیص، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، علت فوت، کد علت فوت، شرح‌حال پزشکی و نتایج معاینات فیزیکی ۱۳) داده‌های خلاصه پرونده بیمار شامل شکایت اصلی و تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج اقدامات پاراکلینیک، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص ۱۴) صورت‌حساب بیمار ➢ **حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده سرپایی:** منظور از خدمات سرپایی در این سنجه دیالیز، شیمی‌درمانی سرپایی، اسکوپی‌ها، خدمات درمانگاهی، تزریق خون و داروهای بیماران تالاسمی و... می‌باشد. پرونده‌ی سرپایی که مشتمل بر داده‌های شناسایی و دموگرافیک بیمار، نام پزشک، نوع بیمه، تاریخ مراجعه، خلاصه شرح‌حال بیمار، نتایج معاینات بدنی، تشخیص و طرح درمان، امضای پزشک، تاریخ و زمان ثبت اطلاعات است به‌منظور ثبت اطلاعات مراجعین به درمانگاه‌ها استفاده می‌شود. ➢ **حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده اورژانس:** ۱) داده‌های دموگرافیک بیمار و نام پزشک ۲) زمان و نحوه‌ی مراجعه بیمار ۳) شرح‌حال بیمار، تشخیص، کد تشخیص، موارد حساسیت، نتایج کنترل علایم حیاتی، رفلکس مردمک، علایم عصبی و جذب و دفع مایعات ۴) دستورات پزشک ۵) گزارش پرستار ۶) نتایج آزمایش‌ها و گزارش تصویربرداری‌ها ۷) درخواست مشاوره، نظر پزشک مشاور ۸) وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه‌های پس از ترخیص ۹) انتقال به سایر بخش‌ها یا بیمارستان‌ها ۱۰) انواع اجازه‌نامه و رضایت‌نامه‌ها ۱۱) داده‌های خلاصه پرونده بیمار ۱۲) علت فوت

[1] اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمت شامل نام و نام خانوادگی، شماره نظام‌پزشکی/مامایی/پرستاری و... ، تخصص و بخش/واحد محل خدمت

الف-۵-۱-۳/ ☐☐☑/ ۱
سامانه‌ی اطلاعات بیمارستان امکان دسترسی به اطلاعات بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت را فراهم می‌نماید.
❖ **امکان دسترسی و مشاهده اطلاعات پرونده‌ی پزشکی بیمار در تمامی ساعات شبانه‌روز ایام تعطیل و غیرتعطیل** ❖ **امکان دسترسی کاربران ذی‌صلاح به اطلاعات ارائه‌دهندگان خدمت متناسب با نقش و سطح دسترسی آنان**
پرونده‌های پزشکی به‌منظور استمرار استفاده از شواهد و مراقبت از بیمار، تحقیق و پژوهش و پاسخگویی به سایر درخواست‌های اطلاعاتی مجاز تدوین می‌شود و باید به‌آسانی قابل‌دسترسی باشند؛ با این حال شیوه‌ی دسترسی باید متضمن محرمانگی، حفظ امنیت، رعایت سطوح دسترسی کارکنان به اطلاعات پرونده بیماران، قابلیت ثبت مراجعه هر یک از کارکنان، شناسایی و بررسی مراجعات غیرموجه به پرونده بیماران و سلامت و صیانت از داده‌ها باشد. دسترسی صرفاً برای کاربران احراز هویت‌شده و دارای سطح دسترسی متناسب با نقش و مسئولیت حرفه‌ای امکان‌پذیر باشد. سوابق دسترسی‌ها توسط هر فرد در سیستم ثبت شده و امکان حذف لاگ فایل مربوطه وجود نداشته باشد. چارچوب و ضوابط دسترسی پژوهشگران به مفاد پرونده بیماران شامل ممنوعیت دسترسی به اطلاعات بیماران (اخذ تأییدیه از کمیته‌های اخلاق بالینی در پژوهش دارای اعتبارنامه از کمیته ملی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت) رعایت شود. فراخوانی پرونده پزشکی بیماران باید بر اساس نام و نام خانوادگی، شماره پرونده پزشکی یا کد ملی بیمار امکان‌پذیر باشد. همچنین لازم است تمامی پرونده‌های بستری و سرپایی مرتبط با یک بیمار، با یک شماره پرونده واحد ثبت و قابل بازیابی باشند. در همین راستا، باید تدابیر لازم برای ایجاد، به‌روزرسانی و نگهداری دائمی ایندکس اصلی بیمار[1] به‌عنوان منبع کلیدی بازیابی پرونده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی اتخاذ شود. ایندکس اصلی بیمار یا مستر ایندکس، سازوکاری است که امکان شناسایی و اتصال تمام مراجعات یک بیمار را در بخش‌های مختلف بیمارستان فراهم می‌کند. برای مثال، اگر یک بیمار در نوبت‌های مختلف یک‌بار در اورژانس، یک‌بار در بخش داخلی و بار دیگر برای انجام آزمایش به آزمایشگاه مراجعه کند و سیستم اطلاعات بیمارستانی نتواند این مراجعات را به یک فرد واحد مرتبط کند، برای او چندین پرونده مجزا ایجاد خواهد شد. در نتیجه، پزشک به سوابق کامل بیمار دسترسی نخواهد داشت و این موضوع می‌تواند منجر به تجویز آزمایش‌های تکراری یا حتی انتخاب داروی اشتباه شود. این ابزار با اختصاص یک شناسه یکتا به هر بیمار، تمام پرونده‌های او را در بخش‌های مختلف به یکدیگر متصل می‌کند. به بیان ساده، ایندکس اصلی بیمار مانند یک دفتر ثبت مرکزی عمل می‌کند که مشخص می‌سازد این مراجعات، همگی متعلق به یک شخص واحد هستند. در این فرایند، سامانه اطلاعات بیمارستانی داده‌های هویتی بیمار از جمله نام، نام خانوادگی، کد ملی، تاریخ تولد و سایر مشخصات شناسایی را از بخش‌های مختلف دریافت کرده و به ایندکس اصلی بیمار ارسال می‌کند. سپس الگوریتم‌های تعریف‌شده در این بخش، این اطلاعات را با یکدیگر مقایسه می‌کنند. برای مثال، اگر نام خانوادگی و تاریخ تولد یکسان باشد، اما در کد ملی یک رقم اشتباه تایپی وجود داشته باشد، سیستم به‌جای رد کامل رکورد، به اپراتور انسانی هشدار می‌دهد که این اطلاعات احتمالاً متعلق به یک نفر است و نیاز به بررسی بیشتر دارد. نتیجه نهایی این می‌شود که برای هر بیمار یک پرونده طلایی داریم؛ **یعنی کامل‌ترین و به‌روزترین اطلاعات موجود در کل بیمارستان که مزایای زیر را دارا است:** ۱) مراقبت بهتر و ایمن‌تر: پزشک همه سوابق بیمار را یک‌جا می‌بیند و تصمیم درست‌تری می‌گیرد. ۲) هزینه کمتر: دیگر آزمایش تکراری یا داروی اشتباه تجویز نشده و تخت بیمارستان بیهوده اشغال نمی‌گردد. ۳) ارتباط با نظام ارجاع و سپاس: وقتی شما یک شناسه‌ی یکتا برای هر بیمار داشته باشید، تبادل اطلاعات با سامانه‌های ملی مثل سپاس یا پزشک خانواده به‌راحتی انجام می‌شود. ➢ **برای راه‌اندازی به چه چیزهایی نیاز است؟** ۱) یکسان‌سازی قالب اطلاعات: مثلاً همه تاریخ‌ها را به یک شکل بنویسید، آدرس‌ها را استاندارد کنید. حتی تفاوت بین «خیابان» و «خ» می‌تواند مشکل ایجاد کند. ۲) امنیت بالا: اطلاعات هویتی بیمار خیلی حساس است، پس باید رمزنگاری شود. ۳) ادغام با سیستم‌های قدیمی: اگر بیمارستان شما سیستم‌های قدیمی دارد، باید کار اضافی انجام دهید تا بتوانند با مستر ایندکس ارتباط برقرار نماید. ۴) یک تیم برای نظارت: نیاز به افرادی دارید که هر روز موارد را بررسی کنند و قوانین تطبیق را به‌روز نگه دارند. به طور خلاصه ایندکس اصلی بیمار، قلب سیستم اطلاعات بیمارستانی است که باعث می‌شود هر بیمار فقط یک پرونده داشته باشد و تمام تصمیمات درمانی و مدیریتی بر اساس داده‌های درست و کامل گرفته شود.

[1] Master Patient Index (MPI)

الف-۵-۱-۴/ ☑☐☐/ ۱
گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از انواع اطلاعات مدیریتی با استفاده از سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی صورت می‌پذیرد.
❖ **وجود داشبورد مدیریتی از شاخص‌های موردنیاز در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی** ❖ **ترسیم آمار توصیفی و نمودار انواع اطلاعات مدیریتی و شاخص‌های مورداستفاده** ❖ **آگاهی از گزارش‌ها و تحلیل‌های سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی در سطوح مختلف مدیریتی** ❖ **وجود شواهدی از درخواست گزارش‌سازی موردنیاز و به‌کارگیری گزارش‌ها و تحلیل‌های سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی در تصمیم‌گیری‌های مدیریتی**
وجود سامانه اطلاعات بیمارستانی[1] بدون بهره‌گیری مدیران از خروجی‌های تحلیلی آن، عملاً سرمایه‌ای هدررفته و ابزاری ناکارآمد است. این سنجه تضمین می‌کند که داده‌های خام ثبت‌شده در سامانه به گزارش‌ها، نمودارها و شاخص‌های مدیریتی معنادار تبدیل شده و سپس در جلسات تصمیم‌گیری واقعی به کار گرفته شوند. بدون این چرخه - از گزارش سازی تا گزارش‌گیری و اقدام اصلاحی - بیمارستان نمی‌تواند عملکرد خود را پایش کند، منابع را بهینه تخصیص دهد یا به بهبود مستمر دست یابد. به‌عبارت‌دیگر، این سنجه پلی است بین «داده» و «تصمیم». ➢ **نمونه شاخص‌های مدیریتی قابل گزارش‌گیری در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی عبارت‌اند از:** درصد اشغال تخت، متوسط مدت اقامت بیمار، شاخص گردش تخت، متوسط مدت زمان خالی ماندن تخت (وقفه در گردش تخت)، درصد زایمان سزارین و طبیعی، میزان بستری مجدد بیمار طی ۳۰ روز، میانگین زمان انتظار بیماران اورژانس تا تعیین تکلیف، نسبت پرستار به تخت فعال و ... مدیران ممکن است متوجه شوند که داده‌های موجود در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی پاسخگوی سؤالات جدید مدیریتی ایشان نیست و نیاز به گزارش‌سازی جدید را حس کنند. مثلاً پس از اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، دیگر نمی‌توانند بدانند: «چند درصد بیماران ارجاعی به‌موقع ویزیت شده‌اند؟» یا «چند ارجاع بدون بازگشت به پزشک خانواده بسته شده است؟» زیرا سامانه فعلی چنین گزارشی ندارد. در این شرایط مدیران مجبور هستند درخواست خود را به شرکت پشتیبان سامانه ارائه دهند تا گزارش موردنظر طراحی و به داشبورد اضافه شود. اهمیت درخواست گزارش سازی جدید توسط مدیر، در پویایی و انعطاف‌پذیری نظام مدیریت بیمارستان نهفته است. بدون این درخواست‌ها، سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی به یک ابزار ایستا و ناکارآمد تبدیل می‌شود که تنها پاسخگوی نیازهای گذشته است. وقتی مدیر به‌موقع کمبود گزارش را تشخیص دهد و از شرکت پشتیبان بخواهد تا شاخص جدیدی مانند «درصد ارجاعات تکمیل شده در نظام ارجاع» را ایجاد کند، عملاً شکاف بین داده‌های خام و تصمیم‌گیری مدیریتی را پر می‌کند. این فرایند تضمین می‌کند که بیمارستان با تغییرات برنامه‌های ملی، بیمه‌ای و درمانی همراه شود و از اعمال سلیقه‌ای یا گزارش‌های دستی و غیراستاندارد جلوگیری می‌کند. به‌عبارت‌دیگر، قدرت مدیر در تشخیص نیاز و پیگیری آن، موتور محرک بهبود مستمر سامانه‌های اطلاعاتی است. توانایی شرکت‌های پشتیبان در پاسخگویی سریع و مؤثر به درخواست‌های گزارش سازی جدید مدیران، یکی از شاخص‌های کلیدی کیفیت سامانه است. هر چقدر شرکت پشتیبان بتواند نیازهای پیش‌بینی‌نشده مدیریتی (مانند نظام ارجاع، پزشک خانواده، بحران‌های بیمه‌ای یا الزامات جدید وزارت بهداشت) را در کمترین زمان ممکن با کمترین خطا برآورده کند، آن سامانه کارآمدتر و بیمارستان در اعتباربخشی موفق‌تر خواهد بود. در غیر این صورت، مدیران به سمت گزارش‌گیری دستی و غیراستاندارد کشیده می‌شوند که اساس مدیریت مبتنی بر داده را تضعیف می‌کند. توصیه می‌شود داشبوردهای مدیریتی سامانه اطلاعات بیمارستانی قابلیت به‌روزرسانی خودکار بر اساس داده‌های ثبت‌شده و نمایش برخط شاخص‌های کلیدی عملکرد را داشته باشند.

[1] Hospital Information System (HIS)

الف-۵-۱-۵/ ☐☐☑/ ۱
سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی مطابق ضوابط و مقررات با سامانه‌های ملی وزارت بهداشت، تبادل اطلاعات می‌نماید.
❖ مطابقت تعداد پرونده‌های ترخیصی با پرونده‌های ارسالی به سپاس در مهلت قانونی مقرر ❖ پایش درصد تراکنش‌های موفق ارسالی به سپاس در مهلت قانونی مقرر ❖ اقدامات اصلاحی بیمارستان جهت کاهش تعداد خطاها در تراکنش‌های ارسالی به سپاس ❖ پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم جهت ارتقای مستمر شاخص‌های فوق با محوریت مدیران و کارکنان مرتبط
هدف این سنجه کاهش تعداد خطاهای بیمارستان در تراکنش‌های ارسالی در مهلت قانونی به سپاس است؛ لذا ضروری است مستندات مربوط به مطابقت تعداد پرونده‌های ترخیصی با پرونده‌های ارسالی به سپاس و اقدامات اصلاحی انجام شده به‌منظور کاهش تعداد خطاهای بیمارستان در تراکنش‌های ارسالی به سپاس موجود باشد. همچنین فرایندی تدوین شده باشد که در طی آن در هر ماه تمامی پرونده‌های ارسالی با خطا و ارسال نشده به سپاس توسط تیم‌های منسجم و مرتبط با فقره‌های ارسالی، بررسی شده و نتایج آن منجر به کاهش تعداد خطاهای بیمارستان در تراکنش‌های ارسالی به سپاس شود. در همین راستا لازم است گزارش مغایرت تعداد پرونده‌های ارسال شده به سپاس با تعداد بیماران ترخیص شده بیمارستان در بازه زمانی یک‌ماهه، موجود باشد. این گزارش به کمک زیرسیستم گزارش‌گیری یا داشبورد ارسال پرونده‌ها به سپاس موجود در سامانه اطلاعات بیمارستانی مرکز امکان‌پذیر است. همچنین ضروری است فرایندی مستمر برای بررسی مشکلات خروجی سپاس و کاهش خطا در بیمارستان برقرار باشد. مستندات مرتبط با نظارت بر پیاده‌سازی سرویس‌های استحقاق‌سنجی بیمه و استعلام هویت موجود باشد و ثبت داده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی با استفاده از کدهای تأیید شده در کمیته‌ی مرجع کدینگ سلامت ایران (مکسا) که توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات ابلاغ شده است انجام شود.
الف-۵-۲ بیمارستان از ورود صحیح و کامل داده‌ها اطمینان حاصل می‌نماید
الف-۵-۲-۱/☐☑☑/ ۱
بر اساس شیوه‌ای مدون، صحت داده‌های ورودی به سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی از نظر کمی و کیفی کنترل می‌شود.
❖ تدوین روش اجرایی «کنترل کمی و کیفی صحت داده‌های ورودی به سامانه اطلاعات بیمارستانی» ❖ آگاهی و عملکرد مدیران و کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی تدوین شده ❖ نظارت واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی تدوین شده و شناسایی موارد عدم انطباق ❖ طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود
لازم است ثبت داده‌ها در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی بر اساس کدهای تأیید شده در کمیته‌ی مرجع کدینگ سلامت ایران (مکسا) و سایر کدینگ‌های ابلاغی مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات انجام شود. همچنین ضرورت دارد فرایند مشخصی در خصوص نظارت مستمر بر ثبت به‌موقع و دقیق داده‌ها در سامانه اطلاعاتی بیمارستانی از جمله ثبت به‌موقع پذیرش بیمار در بخش، انتقال و جابه‌جایی بیمار بین بخش، ترخیص بیمار و ثبت داروها و خدمات با استفاده از شیوه‌های نظارتی مشتمل بر الزامات ذکر شده در بندهای قبلی طراحی و اجرا شده و نتایج پایش عملکرد کاربران در کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بررسی شده و اقدامات اصلاحی لازم اجرا شود. لازم است مستندات در خصوص اقدامات اصلاحی اجرایی به‌منظور کاهش خطاهای ثبت در سامانه، از جمله برگزاری دوره‌های آموزشی برای کاربران، اجرای روال‌های تشویقی، بازدارنده و... موجود باشد.
الف-۵-۲-۲/ ☐☑☑/ ۱
داده‌های مرتبط با سامانه آمار و اطلاعات بیمارستان (آواب)، بر اساس ضوابط مربوط ثبت و به‌روزرسانی می‌شود.
❖ ثبت و به‌روزرسانی داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستان ❖ ثبت و به روزرسانی داده های مربوط به آمار فعالیت بخش های بیمارستانی ❖ ثبت و به‌روزرسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان ❖ ثبت و به‌روزرسانی داده‌های مربوط به تجهیزات سرمایه‌ای مشمول سطح بندی ❖ نظارت دوره‌ای واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر روند ثبت و به‌روزرسانی اطلاعات در سامانه، انجام اقدامات اصلاحی لازم و پایش اثربخشی آن
میزان مطابقت اطلاعات ثبت شده در بخش اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستان با وضعیت موجود و تعیین میزان ثبت، کنترل و به‌روزرسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای مشمول سطح بندی بر اساس راهنمای ارزیابی سامانه آواب انجام می‌شود.

الف-۵-۳ امنیت داده‌ها و نگهداشت و پشتیبانی تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزارها تحت مدیریت قرار دارد
الف-۵-۳-۱/ ☑☐☐/ ۱،۵
حفظ امنیت داده‌ها برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ تدوین روش اجرایی «حفظ امنیت داده‌ها و بانک‌های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخ پشتیبان» ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی تدوین شده ❖ پایش دوره‌ای رعایت الزامات امنیت اطلاعات توسط کارکنان، شناسایی موارد عدم انطباق و ثبت نتایج پایش ❖ طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود ❖ رعایت مشخصات و استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص طراحی، راه‌اندازی، نگهداشت و پشتیبانی مرکز نگهداری داده‌ها (اتاق سرور)
➢ **در تدوین روش اجرایی «حفظ امنیت داده‌ها و بانک‌های اطلاعاتی الکترونیک و تهیه نسخ پشتیبان» نحوه‌ی دریافت تأییدیه‌ی شش مورد زیر نیز باید پیش‌بینی شود؛ این تأییدیه‌ها می‌توانند از طریق چک‌لیست یا به‌صورت نامه‌ی رسمی صادرشده از دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه دریافت گردد.** ۱) وجود گزارش تأیید شده مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از وجود برنامه زمان‌بندی پشتیبان‌گیری خودکار بر روی سرورهای بیمارستان از بانک اطلاعاتی سامانه‌های مرکز[1] در طول یک شبانه‌روز ۲) وجود گزارش تأیید شده مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از کپی خودکار نسخه‌های پشتیبان بانک اطلاعاتی سامانه اطلاعات بیمارستانی به‌صورت روزانه و هفتگی بر روی سروری جدا از سرور اصلی بانک اطلاعاتی بیمارستان. ۳) صدور نامه گواهی صحت فنی و عملیاتی نسخه‌های پشتیبان گرفته شده از بانک سامانه اطلاعات بیمارستانی توسط مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه ۴) وجود گزارش تأیید شده مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از نصب نرم‌افزار آنتی‌ویروس دارای تائیدیه و به‌روزرسانی شده حتی به‌صورت آفلاین بر روی سرورها و کاربران بیمارستان ۵) وجود گزارش تأیید شده مدیریت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از عدم اتصال مستقیم سرورهای سامانه‌های بیمارستان به اینترنت به غیر از سرور آنتی‌ویروس بیمارستان ۶) استفاده از رایانه‌های واسط و کنترل شده برای اتصال شرکت‌های پشتیبان به سرورهای بیمارستان حداقل مشخصات و استاندارد برای مرکز نگهداری داده‌ها (اتاق سرور) مطابق با چک‌لیست ابلاغی وزارت بهداشت ارزیابی گردد. تبصره: تأییدیه بندهای ۱ تا ۵ صرفاً برای بیمارستان‌های دانشگاهی مورد نیاز می‌باشد.
الف-۵-۳-۲/ ☑☑☐/ ۱
نگهداشت و پشتیبانی تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزارها برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ تدوین روش اجرایی «نگهداشت و پشتیبانی تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزارها» با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی ❖ نظارت واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی تدوین شده و شناسایی موارد عدم انطباق ❖ طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود
➢ **روش اجرایی «نگهداشت و پشتیبانی تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزارها» باید با مشارکت تمامی صاحبان فرایند و با رعایت موارد زیر تدوین و برای اجرا ابلاغ گردد:** ۱) به‌روز بودن و تناسب تجهیزات سخت‌افزاری و نرم‌افزارها در بیمارستان ۲) پیش‌بینی تجهیزات پشتیبان برای واحدهای حیاتی و پرتردد بیمارستان نظیر پذیرش صندوق و... ۳) نگه‌داری سوابق فرایندهای ارتقا و تعمیرات سخت‌افزاری و درخواست‌های خروجی برای تعمیرات به خارج از بیمارستان نکته: وجود شناسنامه به‌روز شده از شبکه و تجهیزات سخت‌افزاری بیمارستان، لازم و ضروری است.

[1] Full backup & Log back up

الف-۵-۳-۳/ ☑☐☐/ ۱
سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران با شرایط و معیارهای معین و مبتنی بر اصل محرمانگی برنامه‌ریزی شده و تحت نظارت قرار دارد.
❖ تعیین سطوح دسترسی درون و برون‌سازمانی به اطلاعات و پرونده‌ی فیزیکی/الکترونیک بیماران بر اساس دستورالعمل مربوطه ❖ رعایت سطوح دسترسی تعیین شده توسط کارکنان مرتبط با رعایت اصل محرمانگی ❖ نظارت واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر عملکرد کارکنان در زمینه رعایت سطوح دسترسی و شناسایی موارد عدم انطباق ❖ طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود
بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی عمل شود.
الف-۵-۴ بیمارستان از صحت فرایند تشکیل و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید
الف-۵-۴-۱/ ☑☐☐/ ۱
پذیرش تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک و با قابلیت فراخوانی در مراجعه‌های بعدی صورت می‌پذیرد.
❖ پذیرش هر بیمار در تمامی مراجعات به بخش‌های اورژانس، بستری و سرپایی بیمارستان با یک شماره پرونده‌ی منحصربه‌فرد قابل فراخوانی ❖ قابلیت سامانه اطلاعات بیمارستانی برای شناسایی بیمار دارای سابقه مراجعه قبلی و هشدار به کاربر هنگام پذیرش مجدد ❖ وجود روشی مدون برای پیشگیری از اختصاص بیش از یک شماره پرونده به هر بیمار یا یک شماره پرونده به چند بیمار و کنترل و اصلاح موارد عدم انطباق ❖ نظارت مستمر واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش تدوین شده و شناسایی موارد عدم انطباق ❖ طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود
به‌منظور استمرار روند درمان بیمار و دسترسی به سوابق مراجعه‌های بستری و سرپایی قبلی، شماره پرونده اختصاص‌یافته به یک بیمار در تمامی مراجعه‌های قبلی به بخش‌های اورژانس، بستری و سرپایی باید منحصربه‌فرد باشد. همچنین لازم است شماره‌دهی پرونده‌ها بر اساس سیستم شماره‌دهی واحد انجام شود. به این صورت که پذیرش بیمار در مراجعه‌های مختلف بستری با یک شناسه منحصربه‌فرد و معمولاً بین ۶ تا ۸ رقمی صورت پذیرد. به‌عنوان یک راهکار پیشگیری از بروز عدم انطباق دراین‌خصوص، سامانه اطلاعات بیمارستانی باید از قابلیت ارائه یادآور در مواردی که بیمار مراجعه قبلی داشته برخوردار باشد.
الف-۵-۴-۲/ ☑☐☐/ ۱
ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از نسخه به‌روز فرم‌های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می‌پذیرد.
❖ وجود روشی مدون جهت اطمینان از به‌روز بودن فرم‌های ابلاغی پرونده پزشکی در بیمارستان با محوریت واحد مدیریت اطلاعات سلامت ❖ استفاده از آخرین نسخه ابلاغی فرم‌های پرونده پزشکی جهت ثبت اطلاعات، تشکیل و تکمیل پرونده‌های بیماران در تمامی بخش‌های اورژانس، بستری و سرپایی ❖ انجام ممیزی دوره‌ای پرونده‌های پزشکی توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت به‌منظور بررسی استفاده صحیح از فرم‌های ابلاغی و شناسایی موارد عدم انطباق ❖ طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود
➢ **شرح انواع فرم‌های ابلاغی:** ۱) فرم‌های ابلاغی پرونده پزشکی بیماران بستری شامل فرم‌های پذیرش و خلاصه ترخیص، خلاصه پرونده، شرح‌حال و معاینات بدنی، سیر بیماری، درخواست مشاوره، مراقبت پیش از عمل جراحی، بیهوشی، گزارش عمل جراحی، مراقبت پس از عمل جراحی، دستورات پزشک، گزارش پرستار، کنترل علایم حیاتی، نمودار علایم حیاتی، گزارش رادیولوژی، گزارش پاتولوژی، گزارش آزمایشگاه، گزارش الکتروکاردیوگرام، جذب و دفع مایعات است. ۲) فرم‌های ابلاغی تریاژ و پرونده اورژانس به‌منظور ثبت اطلاعات بیماران اورژانس استفاده می‌شود. ۳) فرم‌های ابلاغی در خصوص مراقبت‌های مادر و نوزاد (بلوک زایمان) شامل شرح‌حال مادر باردار، ثبت پیشرفت زایمان، پارتوگراف، زایمان، مراقبت پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیوم، ارزیابی خطر ترومبوآمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان، شرح‌حال نوزاد بدو تولد و جدول آپگار، معاینات بدنی و بررسی‌های بدو تولد نوزاد است. ۴) فرم‌های ابلاغی در خصوص مراقبت ویژه شامل بخش‌های ویژه‌ی بزرگسالان، کودکان و نوزادان بر حسب نیاز در پرونده بستری بیمار موجود است. ۵) فرم‌های ابلاغی در خصوص ارزیابی اولیه پرستاری در بخش شامل فرم‌های ارزیابی اولیه پرستاری بزرگسال، کودک، بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان و ارزیابی اولیه پرستاری کودک و نوجوان در بخش روان‌پزشکی استفاده می‌شود. ۶) فرم‌های ابلاغی در خصوص خدمات مددکاری شامل فرم ارزیابی تخصصی مددکار اجتماعی بر حسب نیاز و فرم مدیریت مورد مددکار اجتماعی در پرونده بستری بیمار موجود است.

۷) فرم‌های ابلاغی در خصوص تغذیه بیماران بستری شامل فرم‌های ارزیابی و پیگیری تخصصی و مراقبت تغذیه‌ای و فرم‌های ارزیابی و پیگیری تخصصی و مراقبت تغذیه‌ای کودکان و نوجوانان بستری برحسب نیاز در پرونده بیماران موجود است.

۸) پرونده سرپایی مشتمل بر داده‌های شناسایی و دموگرافیک بیمار، نام پزشک، نوع بیمه، تاریخ مراجعه، خلاصه شرح‌حال بیمار و نتایج معاینات بدنی، تشخیص و طرح درمان، امضای پزشک و تاریخ و زمان ثبت اطلاعات، به‌منظور ثبت اطلاعات مراجعین به درمانگاه‌ها استفاده می‌شود.

الف-۵-۴-۳/ ☑☑☐/ ۱

نگهداری سوابق پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط مربوطه انجام می‌شود.

- **تعیین محل مناسب جهت نگهداری پرونده‌های پزشکی جاری و راکد، بر اساس دستورالعمل مربوطه**
- **وجود فضای نگهداری پرونده‌های پزشکی با در نظرگرفتن میزان مراجعه بیماران و استاندارد مدت‌زمان نگهداری**
- **نظارت مستمر واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر شرایط محل نگهداری پرونده‌های پزشکی و شناسایی موارد عدم انطباق**
- **طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

تمامی بیمارستان‌ها تابع قوانین و مقررات ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص شرایط نگهداری پرونده‌های پزشکی می‌باشند.

الف-۵-۴-۴/ ☑☑☐/ ۱

کاهش حجم و امحای پرونده‌های پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط صورت می‌گیرد.

- **تعیین پرونده‌های پزشکی مشمول کاهش حجم و امحا بر اساس دستورالعمل‌های مربوطه**
- **کاهش حجم پرونده‌های پزشکی بر اساس دستورالعمل‌های مربوطه**
- **امحای پرونده‌های پزشکی مشمول بر اساس دستورالعمل‌های مربوطه**
- **طرح و بررسی گزارش کاهش حجم و امحای پرونده‌های پزشکی در کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات**

در مورد پرونده‌های بستری مشمول کاهش حجم و امحا، حداقل فرم‌های اصلی گزارش اورژانس پیش بیمارستانی، تریاژ، پذیرش و خلاصه پرونده، فرم‌های مخصوص شامل شرح عمل و گزارش بیهوشی، گزارش پاتولوژی و فرم‌های تخصصی شامل شرح زایمان، فرم مشخصات نوزاد بدو تولد، گواهی فوت، گواهی ولادت، نمودار سطح سوختگی بیمار باید نگهداری شود.

مدت زمان‌های قید شده در بخشنامه‌های ابلاغی حداقل زمان الزامی برای نگهداری پرونده بوده و مراکز در صورت داشتن فضای کافی می‌توانند بیشتر از زمان‌های ابلاغی نسبت به نگهداری پرونده‌ها اقدام نمایند.

تمامی بیمارستان‌ها تابع قوانین و مقررات ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص مدت زمان نگهداری و نحوه امحای می‌باشند.

آخرین دستورالعمل ساماندهی اسناد وزارت بهداشت مدنظر قرار گیرد.

الف-۵-۴-۵/ ☑☐☐/ ۱

در بخش‌های بالینی پرونده‌های پزشکی پیش از ترخیص از نظر کمی بازبینی و رفع نقص می‌شوند.

- **تدوین روش اجرایی «ممیزی کمی و رفع نقص پرونده‌های پزشکی بیماران پیش از ترخیص»**
- **آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی تدوین شده**
- **انجام ممیزی دوره‌ای پرونده‌ها، شناسایی نواقص ثبت مستندات و پیگیری رفع موارد عدم انطباق**
- **طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

تدوین روش اجرایی «ممیزی کمی و رفع نقص پرونده‌های پزشکی بیماران پیش از ترخیص»، باید با محوریت کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان و با مشارکت تمامی صاحبان فرایند صورت گیرد.

- **روش اجرایی تدوین شده باید حداقل شامل موارد زیر باشد:**

۱) روش و ابزار ممیزی کمی در بخش‌ها

۲) نحوه رفع نقص پرونده‌ها پیش از ترخیص

۳) مهلت مقرر انجام بازبینی کمی و رفع نقص

۴) وجود رویه‌های مشخص در بخش‌های بالینی جهت پیگیری و رفع نواقص پرونده حین بستری و همچنین پیش از ترخیص بیمار

روش و ابزار ممیزی کمی پرونده‌های پزشکی باید به‌عنوان بخشی از این روش اجرایی در کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان به تصویب برسد.

کنترل کمی مشتمل بر ۱) وجود تمامی فرم‌ها و گزارش‌ها موردنیاز در پرونده بیمار ۲) تکمیل تمامی اقلام اطلاعاتی فرم‌ها ۳) ثبت تاریخ و زمان مستندات ۴) ثبت مهر و امضای تیم مراقبت و درمان است.

الف-۵-۴-۶/ ☐☑☑/ ۱،۵
بازبینی کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
❖ **بازبینی کمی تمامی پرونده‌های پزشکی بیمار و پیگیری جهت رفع نواقص حداکثر ظرف مدت یک هفته** ❖ **ارائه بازخورد به بخش‌های بستری در خصوص عملکردشان در تکمیل و رفع نقص پرونده‌های پزشکی پیش از ترخیص** ❖ **تعیین نمونه های منتخب از پرونده‌های پزشکی و بازبینی کیفی محتوای آنها در قالب تیم کنترل کیفی و شناسایی موارد عدم انطباق** ❖ **اعلام موارد نقص کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی به پزشک، پرستار و سایر افراد سهیم در مستندسازی پرونده بیمار در قالب کارنامه ماهیانه** ❖ **طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی با هدف بهبود عملکرد**
پرونده‌هایی که موارد نقص آنها پیش از ترخیص رفع نشده، در واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر اساس روش ممیزی کمی پرونده‌های پزشکی مشتمل بر ۱) وجود تمامی فرم‌ها و گزارش‌ها موردنیاز در پرونده بیمار ۲) تکمیل تمامی اقلام اطلاعاتی فرم‌ها ۳) ثبت تاریخ و زمان مستندات و ۴) ثبت مهر و امضای مستندسازان پایش شده و نتایج آن در کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات مطرح و مداخلات مناسب جهت کاهش نواقص پرونده‌های پزشکی طراحی و اجرا می‌گردد. در این مرحله، لازم است موارد نقص پرونده حداکثر ظرف مدت یک هفته تکمیل شود. همچنین بازبینی کیفی محتوای پرونده‌های پزشکی در مورد تعداد نمونه قابل‌قبولی از پرونده‌ها (پرونده‌های انتخاب شده باید از همه گروه‌های پزشکی و به تعدادی انتخاب شوند که بیمارستان از کفایت آن اطمینان حاصل نموده و قابل تعمیم‌دادن به کل پرونده‌ها باشد) و در قالب تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی حداقل با مشارکت نمایندگان گروه‌های بالینی، نماینده رئیس/مسئول فنی بیمارستان، مسئول بهبود کیفیت و مسئول/کارشناسان واحد مدیریت اطلاعات سلامت در بازه‌های زمانی معین متناسب با میزان موارد عدم انطباق پرونده‌ها (حداکثر سه‌ماهه) انجام می‌شود. بازبینی کیفی محتوای پرونده‌های پزشکی به‌منظور ارتقای مستندات بالینی از لحاظ کیفیت ثبت محتوا (از جمله صحت و همخوانی اطلاعات ثبت شده، به‌موقع بودن ثبت اطلاعات، دقیق و کافی بودن اطلاعات ثبت شده) انجام شده و چک‌لیست موردنظر بر حسب آن که کدام ویژگی کیفی موردنظر باشد، متفاوت است. نتایج بازبینی کمی و کیفی پرونده‌های پزشکی به کارکنان سهیم در مستندسازی پرونده‌های پزشکی بازخورد داده شده و اقدامات اصلاحی لازم به‌منظور کاهش موارد نقص کمی و نیز ارتقای کیفی مستندسازی پرونده‌های پزشکی، با محوریت کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات طراحی و اجرا و اثربخشی آنها پایش می‌شود. نمایندگان منتخب گروه‌های بالینی لازم است در قالب مصوبات کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات بیمارستان مشخص شده باشند. ➢ **برخی مصادیق کنترل کیفی پرونده پزشکی** ۱) اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش با اطلاعات ثبت شده در سربرگ سایر فرم‌های پرونده مطابقت و همخوانی دارد. ۲) تشخیص‌های ثبت شده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص با موارد ثبت شده در شرح‌حال، گزارش عمل جراحی، گزارش پاتولوژی و خلاصه ترخیص همخوانی دارد. ۳) کدگذاری تشخیص‌ها و اقدامات پزشکی مطابق آخرین طبقه‌بندی‌های ابلاغی و در بازه زمانی تعیین‌شده در دستورالعمل‌های مرتبط انجام شده است. ۴) فرم شرح‌حال بیمار انعکاس‌دهنده روال منطقی تصمیم‌گیری بالینی[1] شامل اظهارات بیمار، بررسی‌ها و معاینات بدنی توسط پزشک، نتیجه ارزیابی پزشک (تشخیص قطعی، تشخیص احتمالی یا تشخیص افتراقی) و طرح درمان می‌باشد. ۵) یادداشت‌های سیر بیماری به صورت روتین ثبت شده، بیانگر سیر پیشرفت و ضعیت سلامتی بیمار می‌باشد و از لحاظ بالینی تأییدکننده لزوم مداخلات پزشکی یا توجیه تصمیمات اخذ شده در مورد مراقبت بیمار می‌باشد. ۶) مستندات کافی در مورد انجام تمام دستورات پزشک موجود می‌باشد. ۷) دستورات پزشک مشاور توسط پزشک معالج تأیید می‌شود. ۸) در دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف دارو، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت‌زمان مصرف دارو باید در متن دستور مستند گردد. به‌ویژه در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها ذکر تاریخ توقف در مصرف نیز لازم است. ۹) دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستندسازی ثبت و مستند می‌شوند. ۱۰) دستور ترخیص بیانگر ضرورت ترخیص بیمار می‌باشد.

[1] Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP)

۱۱) دستورالعمل‌های مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبت‌های تأخیری به‌درستی رعایت شده است.
۱۲) فاصله زمانی بین دستورات پزشک و دریافت گزارش اقدام[1] بر مبنای مستندات پرونده قابل‌محاسبه می‌باشد.
۱۳) دستورالعمل‌های مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات در مستندسازی پرونده رعایت می‌گردد.
۱۴) خلاصه ترخیص بیانگر توصیه‌های هنگام ترخیص و اطمینان از درک آن‌ها از سوی بیمار یا همراه وی می‌باشد.
۱۵) مستندات ثبت شده توسط فراگیران، توسط پزشک معالج مورد بازبینی قرار گرفته و تأیید شده است.
۱۶) گزارش عمل جراحی بلافاصله پس از عمل جراحی ثبت می‌شود.
۱۷) پرونده بیمار دارای وقفه‌های زمانی نبوده و مستندات آن محل استقرار بیمار را در طی بستری انعکاس می‌دهد.
کدگذاری تمامی تشخیص‌ها و اقدامات بر اساس آخرین ویرایش طبقه‌بندی بیماری‌ها، ابلاغی وزارت بهداشت انجام شده و در سامانه اطلاعات بیمارستانی ثبت می‌شود.

الف-۵-۴-۷/ ☑☑☐/ ۱

مدیریت پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین سازمانی/ بین‌بخشی/ بین واحدی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- **تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «کنترل و صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین سازمانی/ بین‌بخشی/ بین واحدی» بر اساس ضوابط مربوطه**
- **آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس خط‌مشی و روش اجرایی تدوین شده**
- **نظارت دقیق و مستمر واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر اجرای خط‌مشی و روش اجرایی تدوین شده و شناسایی موارد عدم انطباق**
- **طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود**

➢ **حداقل مواردی که در تدوین خط‌مشی و روش اجرایی فوق باید مدنظر قرار گیرد:**

۱) امکان ردیابی[2] و تعیین محل دقیق پرونده[3] از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی وجود داشته باشد.
۲) سازوکار مدونی در خصوص کنترل خروج پرونده از بخش مدیریت اطلاعات سلامت وجود داشته و مطابق آن اقدام شود.
۳) درخواست پرونده از سوی درخواست‌کننده‌ی مجاز، در دفتر ثبت یا سامانه الکترونیک ثبت خروج پرونده ثبت شده باشد. (حداقل شامل شماره پرونده، نام بیمار، نام درخواست‌کننده، علت درخواست پرونده، نام فرد تحویل‌دهنده پرونده، نام فرد تحویل‌گیرنده پرونده، تاریخ درخواست، تاریخ واگذاری پرونده، تاریخ عودت پرونده)
۴) انتقال پرونده توسط فرد یا افراد معین و مجاز صورت پذیرد و پرونده بیمار برای نقل و انتقال بین‌بخشی هرگز تحویل همراه نشود.
۵) کنترل مستمر و حداکثر ماهیانه سیستم ثبت کاغذی/ الکترونیک خروج پرونده توسط کارشناس واحد مدیریت اطلاعات سلامت برای عودت به‌موقع پرونده‌های تحویلی به بخش‌ها/ واحدها صورت پذیرد.
۶) تدابیر کنترلی لازم به‌منظور اطمینان از الصاق گزارش‌هایی که پس از ترخیص بیمار تکمیل می‌شود از جمله گزارش پاتولوژی پس از ترخیص به پرونده کاغذی بیمار اتخاذ شده باشد.
۷) تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با فهرست پرونده‌های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان پس از ترخیص بیماران صورت پذیرد.
۸) گزارش پرونده‌های مفقودی در کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات تعیین تکلیف شده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرا شود.

[1] Turn Around Time (TAT)
[2] Tracking
[3] Locating

الف-۵-۴-۸/ ☑☐☐/ ۱

نحوه‌ی تحویل مستندات موردنیاز پرونده به بیمار/همراه/ ولی قانونی برنامه ریزی و اجرا می‌شود.

- **تعیین مستندات قابل‌ارائه از پرونده به بیمار/همراه/ ولی قانونی**
- **تعیین زمان پاسخگویی و تحویل مستندات پرونده به تفکیک نوع سند**
- **تحویل مستندات پرونده به بیمار/ ولی قانونی با توجه به بازه زمانی تعیین شده**
- **پایش انطباق ارائه اسناد با بازه زمانی تعیین شده**

فرایند تحویل اسناد پرونده به بیمار/ ولی قانونی در واحد مدیریت اطلاعات سلامت تدوین و بر اساس زمان‌سنجی تعیین شده اسناد پرونده در اختیار بیمار/ ولی قانونی قرار می‌گیرد.

- **مستندات قابل‌ارائه به بیمار/همراه/ ولی قانونی:**

۱) اسناد قابل ارائه‌ی تعیین شده توسط بیمارستان

۲) اسناد قابل ارائه‌ی درخواست شده توسط بیمار/ ولی قانونی

۳) اسناد قابل ارائه‌ی درخواست شده توسط مراجع رسمی به‌صورت مکتوب

یکی از اسناد مهم که ضروری است در زمان ترخیص در اختیار بیمار/ همراه/ ولی قانونی وی قرار گیرد خلاصه پرونده می‌باشد که باید به‌صورت کامل و خوانا برای تمام بیماران ترخیص شده از بخش‌های بستری، بخش اورژانس و بیماران ترخیص شده با مسئولیت شخصی به بیمار/ ولی قانونی تحویل داده شود.

الف-۵-۴-۹/ ☑☐☐/ ۱

قابلیت ردیابی تمامی مراجعه‌های قبلی بیماران بر اساس کد ملی و شماره پرونده در سامانه اطلاعات بیمارستانی فراهم است.

- **ثبت کد ملی بیماران حداکثر تا زمان ترخیص در سامانه اطلاعات بیمارستانی**
- **قابلیت ردیابی تمامی مراجعه‌های پیشین (اورژانس، بستری و سرپایی) بیماران از طریق کد ملی/شماره پرونده در سامانه اطلاعات بیمارستانی**
- **وجود رویه مشخصی به‌منظور امکان ردیابی سوابق بیماران مجهول‌الهویه در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخش‌ها/واحدها**
- **وجود رویه مشخصی به‌منظور امکان ردیابی سوابق بیماران فاقد کد ملی (اتباع) در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخش‌ها/واحدها**
- **شناسایی موارد عدم انطباق، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود**

پایش و کاهش پرونده‌های فاقد کد ملی تا پایان ترخیص، در سامانه اطلاعات بیمارستانی برنامه‌ریزی و اقدامات اصلاحی لازم به عمل می‌آید

الف-۵-۴-۱۰/ ☑☐☐/ ۱

امکان بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در تمام ساعات شبانه‌روز و ایام تعطیل فراهم است

- **تدوین روش اجرایی «دسترسی امن به پرونده‌های پزشکی در مواقع ضروری و در تمام ساعات شبانه‌روز و تمام روزهای هفته»**
- **تعیین افرادی که صلاحیت دسترسی به بایگانی پرونده‌های پزشکی در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل را دارند**
- **آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی تدوین شده**
- **نظارت بر حسن اجرای روش تدوین شده، شناسایی مشکلات احتمالی، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

در روش اجرایی تدوین شده حتماً باید تدابیر لازم به‌منظور کنترل دسترسی به بایگانی پرونده‌های پزشکی در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل اندیشیده شده تا از هرگونه دسترسی غیرمجاز به پرونده بیمار جلوگیری شود.

الف-۵-۵ بیمارستان در راستای الکترونیک نمودن خدمات برنامه‌ریزی نموده و بر اساس آن عمل می‌نماید

الف-۵-۵-۱/ ☑☑☐/ ۱

برنامه نظام ارجاع الکترونیک بیماران در بیمارستان، مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **وجود گواهینامه معتبر اتصال سامانه اطلاعات بیمارستانی به میان‌افزار نوبت‌دهی نظام ارجاع**
- **اجرای برنامه نظام ارجاع الکترونیک و فراهم بودن امکان اخذ نوبت از سطح ۱ برای سطح ۲ (درمانگاه تخصصی)**
- **امکان دریافت اطلاعات ارجاع از سطوح مختلف درمان و گزارش‌گیری از فهرست بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان**
- **امکان انجام ویزیت از راه دور (دوراپزشکی) بر اساس آخرین دستورالعمل**
- **پایش مستمر برنامه نظام ارجاع الکترونیک بیماران، شناسایی مشکلات احتمالی، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**
- **وجود سوابقی از اجرای نظام ارجاع در سامانه نوبت دهی مرکز**

سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی باید دارای امکان دریافت اطلاعات از سطوح مختلف درمان باشد.
سامانه نوبت‌دهی بیمارستان دارای گواهینامه اتصال به میان‌افزار نوبت‌دهی نظام ارجاع بوده و امکان اخذ نوبت برای سطح یک درمان فراهم باشد.
همچنین امکان گزارش‌گیری از فهرست بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان که دارای کد نظام ارجاع معتبر می‌باشند وجود دارد.
همه این موارد در کارنامه سامانه اطلاعات بیمارستانی مندرج در پیوست گواهینامه مطابقت با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت قابل احصا است.
دوراپزشکی یا تله‌مدیسین به دانش و ابزارهای ارتباطی گفته می‌شود که پزشک و مراکز بهداشتی درمانی را به بیمار مرتبط می‌کند. در واقع دوراپزشکی به‌کارگیری فناوری الکترونیک و دیجیتال به‌منظور اعمال مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی از بیمارانی است که در نقاط دور از مرکز بهداشتی قرار دارند. در آخرین ویرایش دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده شرایط انجام این اقدام قید شده است.

الف-۵-۵-۲/ ☑☑☐/ ۱.۵

بازخورد الکترونیک خدمات ارائه‌شده به بیماران در نظام ارجاع، مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **قابلیت ارسال بازخورد الکترونیک خدمات انجام شده در بیمارستان به سطح یک درمان در سامانه اطلاعات بیمارستانی**
- **ارائه بازخورد الکترونیک خدمات انجام شده در بیمارستان به سطح یک درمان در سامانه اطلاعات بیمارستانی**
- **امکان گزارش‌گیری از تعداد بیماران دارای کد نظام ارجاع معتبر که توسط متخصصین ویزیت شده‌اند**
- **رعایت حداقل های کیفی و کمی لازم در بازخوردهای انجام شده**
- **پایش مستمر ارائه بازخورد الکترونیک، شناسایی مشکلات احتمالی، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

در نظام ارجاع، ارائه بازخورد باکیفیت نقشی کلیدی در بهبود هماهنگی بین سطوح مختلف، کاهش خطاهای تشخیصی و درمانی و افزایش رضایت بیمار دارد. بازخورد مؤثر باعث یادگیری مستمر پزشک خانواده شده و از ارجاعات غیرضروری یا تأخیر در درمان جلوگیری می‌کند.

- **مواردی که باید بازخورد داده شود:**

۱) دقت تشخیصی و تکمیل به‌موقع مدارک توسط پزشک خانواده
۲) کیفیت مکاتبات و سرعت پذیرش در سطح تخصصی (سطح ۲ و ۳)
۳) انطباق اقدامات متخصص با پروتکل‌های بالینی و سطح ارجاع
۴) وضعیت پیگیری بیمار پس از ویزیت و نتایج درمان
۵) مدت‌زمان انتظار و میزان رضایت بیمار از هر سطح
۶) هرگونه عارضه، نقص اطلاعات یا ارجاع نامناسب (بازخورد اصلاحی)

این موارد در کارنامه سامانه اطلاعات بیمارستانی مندرج در پیوست گواهینامه قابل احصا است.

الف-۵-۵-۳/ ☑☐☐/ ۱

استحقاق‌سنجی الکترونیک در بیمارستان مطابق ضوابط مربوط پیاده‌سازی و اجرا می‌شود.

- **امکان استحقاق‌سنجی بیمه‌ها در تمامی مراجعات بیماران**
- **فعال‌بودن سرویس استعلام هویت و درج HID[1] به همراه بارکد بر روی فرم‌های پرونده بیمار**
- **امکان گزارش‌گیری از تعداد کدهای استحقاق درمان صادر شده یا رزرو شده برای بیماران در سامانه اطلاعات بیمارستانی در شش ماه گذشته**
- **پایش مستمر استحقاق‌سنجی بیمه توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت، شناسایی مشکلات، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

این موارد در کارنامه سامانه اطلاعات بیمارستانی مندرج در پشت گواهینامه مطابقت با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت قابل احصا است.

الف-۵-۵-۴/ ☑☐☐/ ۱

برنامه نسخه‌نویسی الکترونیک سرپایی در بیمارستان، مطابق ضوابط مربوط پیاده‌سازی و اجرا می‌شود.

- **ثبت نسخ سرپایی به‌صورت الکترونیکی در سامانه نسخه‌نویسی**
- **ثبت نسخه بیمار بستری هنگام ترخیص به صورت الکترونیک توسط پزشک معالج دربخش**
- **ارسال نسخ ثبت شده در سامانه نسخه‌نویسی در بستر دیتاس**
- **امکان گزارش‌گیری از وضعیت نسخه‌های ثبت، ارسال و دریافت‌شده**
- **پایش مستمر برنامه نسخه‌نویسی الکترونیک، شناسایی مشکلات احتمالی، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

[1] Health Insurance ID

نسخه‌نویسی الکترونیک یعنی ثبت دیجیتال داروها و دستورات پزشک در سامانه‌های بیمه که جایگزین نسخه کاغذی شده است. اهمیت آن در نظام ارجاع کاهش خطاهای دارویی، جلوگیری از تداخلات، شفافیت مالی، صرفه‌جویی در وقت بیمار و پزشک و ایجاد پرونده الکترونیک سلامت یکپارچه است. برای موفقیت آن باید زیرساخت اینترنتی پایدار، آموزش کاربران و اتصال کامل سامانه‌های بیمه و داروخانه فراهم شود.
این موارد در کارنامه سامانه اطلاعات بیمارستانی مندرج در پشت گواهینامه مطابقت با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت قابل احصاء است.

الف-۵-۵-۵/ ☑☑☐/ ۱

فرایند نوبت‌دهی الکترونیک بیماران سرپایی مطابق ضوابط ابلاغی طراحی، اجرا و پایش می‌شود.

- **طراحی و اجرای سامانه‌ی نوبت‌دهی الکترونیک متناسب با شرایط بیمارستان جهت رزرو نوبت مراجعه به درمانگاه**
- **اختصاص سهمیه مشخص به بیماران ارجاعی از سطح یک در سامانه‌ی نوبت‌دهی**
- **اطلاع‌رسانی به بیمار در صورت کنسل‌شدن نوبت اخذ شده از سوی پزشک یا بیمارستان و وجود امکان لغو نوبت توسط بیمار در مهلت زمانی معین**
- **وجود داشبورد مدیریتی و امکان استخراج گزارش‌های عملکرد سامانه نوبت‌دهی**
- **استفاده مدیران مرتبط از گزارش‌های سامانه در پایش و بهبود فرایند نوبت‌دهی**
- **پیش‌بینی امکان سنجش رضایت‌مندی بیماران از سامانه و رویه‌های جاری نوبت‌دهی الکترونیک در سامانه نوبت‌دهی و استفاده از این امکان در بیمارستان**
- **نظارت مستمر واحد مدیریت اطلاعات سلامت بر روند نوبت‌دهی الکترونیک، شناسایی مشکلات، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

➢ **الزامات نوبت‌دهی الکترونیک در نظام ارجاع:**

۱) حداقل ۶۰٪ ظرفیت پذیرش به نوبت‌دهی الکترونیک (غیرحضوری) تعلق می‌گیرد.

۲) نرم‌افزارهای بیمارستانی موظف به اتصال به سامانه یکپارچه نظام ارجاع هستند. این فرایند و انجام درست آن در شهرستان‌های منتخب نظام ارجاع بسیار حائز اهمیت است. مدیریت زمان حضور بیمار در درمانگاه‌ها باید به‌نحوی باشد که حداقل انتظار و ازدحام مراجعین در درمانگاه‌ها برنامه‌ریزی شود. سامانه الکترونیک دارای رابط کاربری آسان بوده و در کمترین زمان امکان دریافت نوبت را میسر نماید و اصول بیمارمحوری در فرایند کاری آن رعایت شود. در بیمارستان هایی که مجری طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع هستند ظرفیت پذیرش سرپایی تخصیص داده شده به بیماران ارجاعی از سطح یک بر اساس آخرین دستورالعمل خواهد بود.

الف-۵-۵-۶/ ☑☑☑/ ۱.۵

فرایند الکترونیک نمودن پرونده‌های پزشکی در بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام شده است.

- **تعریف تمامی اقلام اطلاعاتی و فرم‌های ثبت اطلاعات پرونده پزشکی در سامانه اطلاعات بیمارستانی بر اساس اسناد فنی ابلاغی**
- **ثبت اطلاعات و تکمیل فرم‌های ثبت اطلاعات پرونده پزشکی در سامانه اطلاعات بیمارستانی توسط کارکنان بالینی سهیم در مستندسازی پرونده پزشکی**
- **برنامه‌ریزی و اجرای فرایند تهیه نسخه الکترونیک از پرونده‌های پزشکی کاغذی موجود با تعیین مهلت زمانی مقرر**
- **پایش فرایند الکترونیک نمودن پرونده‌های پزشکی، شناسایی مشکلات و موانع موجود، طرح‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

انتظار می‌رود روند الکترونیک نمودن پرونده‌های پزشکی در بیمارستان در مسیر تداوم توسعه تا استقرار کامل باشد.

الف-۵-۵-۷/ ☑☑☐/ ۱

تبادلات شرکت‌های توسعه‌دهنده سامانه‌های اطلاعات سلامت با سرویس سیستم اطلاعات بیمارستانی بر خط انجام می‌شود.

- **پیاده‌سازی سرویس ذخیره اطلاعات پذیرش فرد**
- **پیاده‌سازی سرویس ذخیره اطلاعات وضعیت تخت**
- **پیاده‌سازی سرویس ذخیره اطلاعات ترخیص فرد**
- **مطابقت سامانه‌های آواب و اطلاعات بیمارستان با شرایط واقعی بیمارستان از نظر وضعیت تخت‌ها**
- **پایش مستمر وضعیت تبادل برخط اطلاعات، بررسی خطاهای ارسال و اجرای اقدامات اصلاحی برای رفع مغایرت‌ها و خطاهای ارتباطی**

هدف از اجرای این استاندارد، تبادل اطلاعات بلادرنگ و ضروری[1] مرتبط با مراجعات شهروندان به مراکز ارائه‌دهنده خدمات بیمارستانی در بدو مراجعه افراد بوده که به‌صورت خودکار ارسال می‌شود و امکان رصد چرخه پذیرش بیماران و پایش آمار مراجعه‌کنندگان به مراکز ارائه‌دهنده خدمت، امکان جستجوی بیماران تصادفی، مفقودین و... مدیریت توزیع بیماران در مراکز ارائه‌دهنده خدمت و... را فراهم می‌سازد. سرویس پذیرش (بیمار - محور) به‌صورت برخط و به‌محض پذیرش بیمار در بیمارستان ارسال می‌گردد. سرویس مدیریت تخت‌های بیمارستانی (غیر بیمار - محور) به‌صورت برخط و در هنگام هرگونه تغییر در وضعیت تخت‌های بیمارستانی ارسال می‌گردد.

[1] HIS Live

الف-۵-۵-۸/ ☑☑☐/ ۱.۵
بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط ❖ تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد واحد مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات به منظور سنجش اثربخشی ❖ نظارت و پایش جمع آوری نظام‌مند داده ها و صحت آمار بیمارستانی ❖ نظارت و پایش عملکرد سامانه اطلاعات بیمارستانی ❖ نظارت و پایش میزان استقرار پرونده نویسی الکترونیک
➢ **اهم وظایف کمیته‌ی مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات:** ۱) نظارت بر نحوه مستندسازی پرونده های پزشکی (از لحاظ کمی و کیفی) و پایش مستمر نواقص و اشکالات مستندسازی پرونده ها ۲) تائید، تصویب طراحی و بازنگری فرم‌های بیمارستان ۳) پیگیری مشکلات و چالش‌های مرتبط با سامانه اطلاعاتی بیمارستانی از لحاظ شبکه، سخت افزار، نرم‌افزار و نیروی کار ۴) پایش مستمر کیفیت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی ۵) ارتقای کمی و کیفی مستند سازی در پرونده های کاغذی و الکترونیکی ۶) تعیین تکلیف گزارش پرونده‌های مفقودی و ارائه راهکار اصلاحی

الف–۶

بهداشت محیط

الف–۶ بهداشت محیط

الف-۶-۱ مدیریت اصول بهداشت محیط بیمارستان بر اساس ضوابط ابلاغی انجام می‌شود
الف-۶-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲
پاک‌سازی و گندزدایی محیط به منظور رفع آلودگی و پیشگیری از انتقال آن در بیمارستان انجام می‌شود.
❖ **تدوین راهنمای پاک‌سازی و گندزدایی محیط در بیمارستان[1] مبتنی بر آخرین دستورالعمل‌های ابلاغی** ❖ **تطبیق عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس راهنمای تدوین شده** ❖ **نظارت مستمر بر عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس برنامه زمان‌بندی مدون در تمام شیفت‌ها و شناسایی موارد عدم انطباق** ❖ **طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**
کتابچه/ فایل الکترونیک راهنمای پاک‌سازی و گندزدایی شامل روش‌های فیزیکی و شیمیایی و نحوه‌ی استفاده از مواد گندزدا مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت بر اساس شرایط بیمارستان تدوین و به‌روزرسانی شود. راهنمای پاک سازی و گندزدایی محیط‌های حساس از جمله اتاق‌های عمل، بخش‌های ایزوله عفونی، بخش‌های بستری بیماران با نقص ایمنی و پیوند، بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بزرگسالان و نوزادان، آزمایشگاه، آمبولانس، سردخانه‌ی متوفیان، بخش‌های بستری، تحت‌نظر، واحدهای پشتیبانی و... توسط کمیته‌ی بهداشت محیط با همکاری کمیته‌ی پیشگیری و کنترل عفونت و صاحبان فرایند شامل سرپرستاران، کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت و سایر افراد به تشخیص بیمارستان تدوین شود. در راهنمای تدوین شده از ذکر نام‌های تجاری محلول‌های گندزدا به تنهایی خودداری شود. نظافت اتاق بیمار شامل شست‌وشو و گندزدایی کف، پنجره‌ها، در و دیوار، سقف و پرده‌ها طبق راهنمای ابلاغی به‌نحوی باشد که همواره سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشند. لازم است اطلاع‌رسانی و شیوه‌ی آموزش کارکنان واحد خدمات با توجه به سطح دانش آن‌ها، با اولویت آموزش چهره‌به‌چهره باشد و کتابچه/ فایل الکترونیک راهنما نیز در اختیار ایشان قرار گیرد. امکانات و تجهیزات لازم برای نظافت بخش‌ها/ واحدها و فضاهای عمومی از قبیل مواد گندزدای مجاز و دارای مجوز از سازمان غذا و دارو تأمین شود. برچسب‌گذاری محلول‌های گندزدای مصرفی مطابق با مصوبات کمیته‌ی مرتبط و بر اساس دستورالعمل نحوه‌ی طبقه‌بندی و برچسب‌گذاری مواد شیمیایی انجام گیرد. لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه‌ها، روبالشی و روتختی‌ها باید به طور مرتب و حداقل روزی یک‌بار تعویض گردد. توصیه می شود از ماشین آلات مکانیزه نظافت متناسب با نوع و وسعت فضا بهره گیری شود.
الف-۶-۱-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵
ساختار فیزیکی بیمارستان بیانگر رعایت ضوابط بهداشت محیط است.
❖ **مطابقت سطوح، جانمایی و ساختار فیزیکی بخش‌های تشخیصی، درمانی و اتاق‌های عمل با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت متبوع** ❖ **مطابقت سطوح، جانمایی و ساختار فیزیکی واحد استریلیزاسیون مرکزی و رختشوی‌خانه با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت متبوع** ❖ **مطابقت سطوح، جانمایی و ساختار فیزیکی محل نگهداری موقت، واحد بی‌خطرسازی زباله‌ها و محل تصفیه فاضلاب با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت متبوع** ❖ **مطابقت سطوح، جانمایی و ساختار فیزیکی واحدهای اداری‌پشتیبانی، آشپزخانه، سالن غذاخوری، محل سرو غذا، بوفه و آبدارخانه با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت متبوع**
ساختار فیزیکی بخش‌ها و واحدهای بیمارستان باید مطابق استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن، ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت و آخرین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط باشد. **الف) الزامات عمومی ساختار فیزیکی:** ۱) کف: کف تمامی بخش‌ها و واحدها باید از مصالح مجاز، سالم، بادوام، غیرلغزنده، غیرقابل نفوذ به آب، فاقد ترک‌خوردگی و مقاوم در برابر آتش، رطوبت، مواد شوینده، مواد شیمیایی و گندزدایی بوده و قابلیت نظافت و شست‌وشوی مکرر را داشته باشد. در فضاهای خاص، رعایت الزامات کنترل عفونت و ویژگی‌های آنتی‌باکتریال الزامی است ۲) دیوار: دیوارها باید از مصالح مجاز، سالم، فاقد شکستگی، ترک‌خوردگی و خلل و فرج، قابل نظافت و مقاوم در برابر رطوبت، مواد شوینده و گندزدا باشند. در فضاهای درمانی، تشخیصی، پشتیبانی ویژه، فضاهای تمیز و استریل، اتاق کار کثیف و سرویس‌های بهداشتی، دیوارها حداقل تا ارتفاع ۱,۸ متر از کف دارای پوشش مقاوم، صیقلی و قابل شست‌وشو بوده و در موارد خاص، الزامات کنترل عفونت رعایت شود. در سالن‌های انتظار و فضاهای

[1] Environmental Cleaning in Healthcare Facilities

اداری، رعایت شرایط عمومی سلامت و قابلیت نظافت دیوارها کفایت می‌کند. ا ستفاده از دیوارپوش‌های شکننده یا دارای فا صله از سطح دیوار مجاز نیست.

۳) سقف: سقف‌ها باید سالم، فاقد شکستگی، ترک‌خوردگی، درز و شکاف، قابل نظافت و مقاوم در برابر آتش، رطوبت و مواد شوینده باشند.استفاده از سقف کاذب در اتاق‌های عمل، بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق‌های ایزوله مجاز نیست.

۴) درها: درها باید سالم، مقاوم در برابر رطوبت و مواد شوینده، دارای ابعاد و ارتفاع منا سب و منطبق با الزامات بند ۲-۵-۵-۱ ا ستاندارد فضاهای داخلی باشند.درب سرویس‌های بهداشتی اتاق بیماران باید به سمت خارج باز شود.

۵) پنجره‌ها: پنجره‌ها باید سالم، مقاوم در برابر رطوبت، آتش و مواد شوینده، مجهز به توری سالم و قابل شست‌وشو و دارای ابعاد و ارتفاع مناسب مطابق بند ۲-۵-۵-۲ استاندارد فضاهای داخلی باشند.پنجره‌های مشرف به خیابان‌ها و محیط‌های پر سر و صدا باید دوجداره باشند. در فضاهای خاص، رعایت الزامات کنترل عفونت الزامی است.

۶) جانمایی و گردش کار: جانمایی فضـــاها و طراحی فرآیندها باید به گونه‌ای باشـــد که از تداخل مســـیرهای تمیز و کثیف در گردش ابزار پزشـــکی و غیرپزشکی، لنژ تمیز و کثیف و عفونی، مواد غذایی، بیماران، همراهان و کارکنان جلوگیری شود.

تداخل مسیرها می‌تواند موجب بروز عفونت‌های بیمارستانی، مسمومیت‌های غذایی، حوادث شغلی، پرتوگیری غیرمجاز، نارضایتی، سردرگمی و اتلاف منابع شود. در صورت وجود نواقص ساختاری، بیمارستان باید پس از شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات، برنامه اصلاحی مبتنی بر نقشه‌های مصوب و مورد تأیید مراجع ذی‌صلاح را تدوین و اجرا نماید.ملاک ارزیابی، تطبیق نقشه‌های مصوب با وضعیت موجود و مشاهده فرآیندهای اجرایی است.

ب) الزامات اختصاصی اتاق عمل علاوه بر الزامات عمومی:

۱) کف تمامی قسمت‌های اتاق عمل باید بدون درز و شکاف، غیرقابل نفوذ به آب، قابل شست‌وشو و از جنسی باشد که ذرات از آن جدا نشده و در فضا منتشر نگردد. محل اتصال کف و دیوار بدون زاویه باشد.

۲) دیوارها تا سقف از جنس مقاوم، روشن، سالم، بدون درز، شکاف و ترک‌خوردگی و مقاوم به مواد شوینده و گندزدا باشند.

۳) سقف سالم، روشن، قابل شست‌وشو و فاقد درز، شکاف و ترک‌خوردگی باشد.

۴) ورودی بخش اتاق عمل (خط قرمز) با حفاظی به ارتفاع حداقل ۲۰ سانتی‌متر از فضاهای مجاور جدا شود.

۵) توالت و دستشویی با تعداد کافی در مجموعه اتاق‌های عمل و پیش از خط قرمز (به استثنای اتاق آماده‌سازی بیمار) پیش‌بینی شود.

۶) برای همه‌ی کارکنان اتاق عمل کمد لباس اختصاصی در نظر گرفته شود.

۷) دمای خشک محیط بین ۲۰ تا ۲۴ درجه سانتی‌گراد و رطوبت نسبی بین ۵۰ تا ۶۰ درصد حفظ شود.

۸) رختکن پزشکان، پرستاران و تکنسین‌ها دارای کمد انفرادی و دوش باشد.

۹) اتاق نگهداری وسایل استریل دریافتی از CSSD با قفسه‌های مناسب پیش‌بینی شود.

۱۰) اتاق استراحت کارکنان در محدوده رختکن‌های مجموعه اتاق عمل جانمایی شود.

ج) الزامات اختصاصی واحد استریلیزاسیون مرکزی CSSD علاوه بر الزامات عمومی:

۱) ترجیحاً در مجاورت اتاق عمل جانمایی شود.

۲) انبار اقلام استریل نشده و استریل از یکدیگر کاملاً مجزا و دارای علائم و برچسب مشخص باشند.

۳) بخش‌های تمیز و کثیف کاملاً از یکدیگر جدا بوده و تردد میان آنها کنترل شود.

۴) عرض و ابعاد درب ورودی به گونه‌ای باشد که عبور ترالی و برانکارد به سهولت انجام شود (حدود ۲,۲۰ متر)

۵) خط قرمز و محدوده استریل به‌صورت واضح مشخص شده و هشدارهای لازم نصب گردد.

۶) در ورودی، فضای رختکن برای تعویض کفش و پوشیدن گان با ظرفیت متناسب پیش‌بینی شود.

۷) ورود و خروج کارکنان از مسیر مشخص انجام شده و تردد افراد متفرقه کنترل گردد. تحویل وسایل از طریق پنجره یا محل اختصاصی انجام شود.

۸) محل نگهداری وسایل استریل از فضای اصلی CSSD جدا بوده و پس از محل تحویل وسایل استریل قرار گیرد.

۹) سیستم تهویه مناسب برقرار بوده و دمای محیط در محدوده ۲۷ تا ۳۷ درجه سانتی‌گراد حفظ شود.

۱۰) در صورت استفاده از اتوکلاوهای گازی نظیر اتیلن اکساید، سیستم تهویه مستقل پیش‌بینی شود.

د) الزامات اختصاصی رختشویخانه علاوه بر الزامات عمومی:

۱) مساحت رختشویخانه متناسب با حجم فعالیت بیمارستان و حداقل ۰٫۵ (نیم) متر مربع به ازای هر تخت باشد.

۲) در بیمارستان‌های کوچک، حداقل فضای رختشویخانه ۳۸ متر مربع باشد.

۳) جانمایی رختشویخانه نباید موجب مزاحمت برای بیماران و مراجعین شود.

۴) کف بخش کثیف دارای تعداد کافی کف‌شوی مجهز به شترگلو و توری ریز بوده و شیب‌بندی به سمت کف‌شوی انجام شده باشد.

۵) گردش لنژ تمیز، کثیف و عفونی از یکدیگر تفکیک شده باشد.

هـ) الزامات اختصاصی محل نگهداری موقت و بی‌خطرسازی پسماند

۱) محل نگهداری موقت پسماندها دارای سرویس بهداشتی، دستشویی، حمام و محل استراحت اختصاصی برای کاربر دستگاه بی‌خطرساز باشد.

۲) زمان نگهداری پسماندها مطابق ضوابط مدیریت پسماندهای پزشکی رعایت شود:

- در شرایط آب و هوای معتدل: ۷۲ ساعت در فصل سرد و ۴۸ ساعت در فصل گرم
- در شرایط آب و هوایی گرم: ۴۸ ساعت در فصل سرد و ۲۴ ساعت در فصل گرم

۳) در صورت عدم امکان رعایت زمان‌های فوق، محل نگهداری به سیستم سرمایشی مناسب مجهز شود.

۴) پسماندها در ظروف و بین‌های استاندارد، با رعایت کدبندی و بدون انباشتگی نگهداری شوند.

۵) رفع آلودگی و گندزدایی تجهیزات، تسهیلات و ظروف نگهداری پسماند مطابق ضوابط ابلاغی انجام شود.

الف-۶-۱-۳/ ☑☐☐/ ۱

صلاحیت بهداشتی کارکنان مشمول در بیمارستان احراز می‌شود.

- **دریافت کارت معاینه‌ی پزشکی معتبر برای کارکنان مشمول**
- **وجود گواهینامه‌ی معتبر پایان دوره‌ی آموزشی بهداشت اصناف برای کارکنان مشمول**
- **وجود گواهینامه‌ی دوره‌ی ویژه‌ی پسماند برای کارکنان خدمات مرتبط با پسماند**
- **عدم به‌کارگیری کارکنان خدمات مرتبط با پسماند در مراحل تهیه، توزیع، طبخ، سرو و فروش مواد غذایی و برعکس**

کارکنان بیمارستان از دانش و مهارت بهداشتی کافی و متناسب با وظایف و تکالیف اجرایی خود بهره‌مند هستند. کارت معاینه پزشکی دارای اعتبار از نظر زمان و مرجع صادرکننده برای کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی، رختشوی‌خانه و... در بیمارستان فعالیت دارند، دریافت شده است و تصویر آن در محل مناسب نصب شده باشد. در تمامی مراحل تهیه و توزیع مواد غذایی کارکنان خدمات مرتبط با پسماند به‌کارگیری نمی‌شوند و کارکنان فعال در مراحل تهیه و توزیع مواد غذایی نیز در فرایند مدیریت پسماند هیچ‌گونه دخالتی نداشته باشند. اخذ گواهینامه بر اساس دستورالعمل‌ها و قوانین بوده، از نظر زمان و مرجع صادرکننده معتبر باشد. تصویر گواهینامه دوره آموزشی بهداشت اصناف در واحدهای خدمات، تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مدیریت پسماند نصب شده باشد.

الف-۶-۱-۴/ ☑☐☐/ ۱

سرویس بهداشتی و حمام مطابق الزامات مربوط در دسترس است.

- **وجود سرویس‌های بهداشتی در مکان‌های مناسب و متناسب با تعداد مراجعین/ بیماران و کارکنان به تفکیک جنسیت مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت متبوع**
- **فراهم‌بودن حمام برای بیماران و کارکنان مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت متبوع**
- **فراهم‌بودن امکانات بهداشتی در سرویس و حمام متناسب مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت متبوع**
- **سالم‌بودن ساختار فیزیکی سرویس بهداشتی و حمام مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت متبوع**
- **وجود سرویس‌های بهداشتی در دسترس و متناسب برای بیماران و مراجعین کم‌توان مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت متبوع**

➢ **اهم موارد مرتبط با تعداد و الزامات سرویس های بهداشتی به شرح زیر می‌باشد:**

در اتاق‌های خصوصی یک سرویس در هر اتاق، در بخش با اتاق‌های عمومی یک سرویس به‌ازای هر ۸ بیمار، برای کارکنان به‌ازای هر ۳۰ نفر یک سرویس بهداشتی برای مردان و یک سرویس بهداشتی برای زنان به‌صورت مجزا در نظر گرفته شود.

۱) سرویس‌های بهداشتی دارای کاسه توالت سالم و بدون ترک‌خوردگی به رنگ روشن دارای فلاش‌تانک، تهویه مناسب و روشنایی مناسب باشند.
۲) دستگیره‌ی حمایتی و فضای فیزیکی مناسب در سرویس‌های بهداشتی و حمام
۳) حداقل ابعاد ۲ متر در ۲ متر برای استفاده با ویلچر
۴) فضای خالی بدون مانع دایره‌ای‌شکل به قطر ۱۵۰ سانتیمتر برای چرخش ۱۸۰ درجه‌ی صندلی چرخ‌دار
۵) عدم وجود اختلاف ارتفاع در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف طبقه
۶) پیش‌بینی محلی برای آویز سرم و لباس
۷) نصب توالت‌فرنگی برای بیماران، مراجعین کم‌توان و ناتوان (کاسه توالت‌فرنگی به ارتفاع ۴۵ سانتیمتر از کف با فاصله حداقل ۴۰ سانتی‌متر از روشویی و یا دیگر موانع مجاور به جز دستگیره افقی)
۸) وجود کاسه روشویی در فضایی با حداقل ابعاد ۹۰ در ۱۲۰ سانتیمتر (حداقل فاصله‌ی لبه‌ی جانبی کاسه روشویی تا دیوار یا هر مانع دیگر ۲۰ سانتیمتر)
۹) ارتفاع مناسب لبه‌ی بالایی روشویی برای فرد نشسته روی ویلچر ۸۵ سانتی‌متر فضای آزاد بدون قرارگیری کابینت با ارتفاع ۷۰ سانتی‌متر از کف تا زیر لبه‌ی کاسه‌ی روشویی برای قرارگرفتن زانو
۱۰) عمق این فضا در قسمت زانو ۲۰ سانتیمتر و در قسمت نوک پا ۴۵ سانتیمتر
۱۱) باز شدن درب سرویس بهداشتی رو به بیرون
۱۲) وجود زنگ احضار یا فراخوان پرستار در داخل سرویس بهداشتی
۱۳) امکانات بهداشتی حداقل شامل صابون مایع، تجهیزات خشک‌کردن دست‌ها و یا دستمال‌کاغذی ترجیحاً رولی و سطل درب‌دار پدالی است
۱۴) امکان باز نمودن درب توالت/ حمام از بیرون در اتاق بیماران پیش‌بینی شده باشد
۱۵) وجود سرویس بهداشتی در لابی بیمارستان و همچنین محوطه فضای سبز، تأثیر مثبتی بر تجربه اولیه مراجعان و تصویر ذهنی آن‌ها از کیفیت بیمارستان دارد. لابی به‌عنوان ورودی اصلی، محل انتظار همراهان و بیماران سرپایی است و دسترسی آسان به سرویس بهداشتی تمیز، روشن، با تهویه مناسب و قابل‌استفاده برای معلولین و سالمندان، یک نیاز اساسی محسوب می‌شود. مجاورت آن با فضای سبز (حیاط داخلی، گلدان‌های بزرگ یا نورگیر طبیعی) علاوه بر ایجاد حس آرامش و کاهش استرس، به تهویه بهتر و کاهش بوی نامطبوع کمک می‌کند.

بدیهی است موارد فوق صرفا اهم موضوعات بوده و برای اجرای کامل این سنجه ضروری است مطابق با ضوابط ابلاغی وزارت متبوع عمل شود.

الف-۶-۱-۵/ ☑☐☐/ ۱.۵

کنترل حشرات و جانوران موذی با اولویت استفاده از روش‌های تلفیقی و لحاظ نکات بهداشتی و ایمنی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **وجود برنامه مدون برای کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش‌های تلفیقی**
- **آگاهی کارکنان مربوطه از برنامه تدوین شده و عمل بر اساس آن**
- **پایش و کنترل اثربخشی برنامه تدوین شده و درصورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود**

تحقق این سنجه مستلزم استفاده از روش‌های تلفیقی با هدف کنترل طولانی‌مدت و نه از بین بردن موقت حشرات و جانوران موذی صورت می‌پذیرد. روش‌های تلفیقی از قبیل به سازی محیط، کنترل فیزیکی، ایجاد موانع در راه‌های ورود با هدف کنترل حشرات و جانوران، استفاده از مصالح مناسب، ترمیم شکاف دیوار، کف و سقف است. برنامه کنترل با تأکید و اولویت بر بخش‌ها و واحدهایی از قبیل آشپزخانه، رختشوی‌خانه، استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، اتاق بیماران و سرویس‌های بهداشتی و حمام تدوین شود. در صورت استفاده از روش‌های شیمیایی و ضرورت سم‌پاشی، باید اطلاعات فرمولاسیون سموم موردا ستفاده، نوع ماده مؤثره و غلظت مورد نیاز مصرف، نحوه کاربرد و پادزهر هر یک از سموم مورد استفاده مشخص شده و دستورالعمل اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان بر اساس کتاب کنترل ناقلین بیماری‌ها و عوامل محیطی مرتبط با آنها و ضوابط شرکت‌های مجاز خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی، تهیه و در دسترس کارکنان مرتبط قرار گیرد.

❋ الف-۶-۱-۶/ ☑☑☐/ ۲

در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستان سامانه‌های تهویه مطابق ضوابط مربوط و با رعایت اصول بهداشتی طراحی و اجرا شده است.

- ❖ **وجود سامانه‌های تهویه در تمامی فضاهای بیمارستان مطابق با الزامات بهداشتی ابلاغی**
- ❖ **وجود برنامه مدون ارزیابی دوره‌ای سامانه‌های تهویه در بیمارستان**
- ❖ **تحلیل نتایج ارزیابی، شناسایی موارد عدم انطباق، انجام اقدامات اصلاحی لازم و ارزیابی اثربخشی**

هوای محیط‌های بیمارستانی می‌تواند حاوی آلاینده‌های بیولوژیک و شیمیایی باشد؛ ازاین‌رو سامانه‌های تهویه باید با حذف یا کاهش این آلاینده‌ها، شرایط ایمن را برای بیماران، کارکنان و مراجعین فراهم نمایند. بیمار ستان موظف ا ست برنامه مدون ارزیابی، پایش، نگهداری و بهبود سامانه‌های تهویه را مطابق آخرین راهنمای ا ستانداردهای تهویه در بیمار ستان ابلاغی وزارت بهدا شت اجرا نموده، نتایج را در کمیته‌ی مرتبط برر سی و در صورت شنا سایی نواقص، اقدامات اصلاحی را با نظارت مسئول بهداشت محیط برنامه‌ریزی و اجرا نماید.

تهویه در بیمار ستان‌ها به دو صورت طبیعی و مکانیکی انجام می شود. با توجه به ماهیت محیط‌های بیمار ستانی، ا ستفاده از هوای برگشتی و سیستم‌های گردش مجدد هوا، به‌ویژه در اتاق‌های عمل و بخش‌های پرخطر، توصیه نمی‌شود. فیلترها از اجزای اصلی سامانه‌های تهویه مکانیکی بوده و در فضاهای مشمول ضوابط، از جمله اتاق‌های عمل، باید از فیلترهای با راندمان بالا نظیر هپا ا ستفاده شوند. سامانه‌های تهویه متنا سب با کاربری فضا به صورت فشار مثبت یا منفی طراحی می‌شوند؛ به‌طوری‌که در اتاق‌های ایزوله تنفسی از فشار منفی و در اتاق‌های ایزوله حفاظتی و فضاهای ویژه نگهداری بیماران پرخطر، از جمله بیماران پیوندی، از فشار مثبت استفاده می‌شود.

الف) الزامات عمومی سامانه‌های تهویه

۱) سامانه‌های تهویه باید متناسب با نوع کاربری هر فضا طراحی، بهره‌برداری، پایش و نگهداری شوند و امکان کنترل متغیرهایی نظیر تهویه، دما، رطوبت، فشار و کیفیت هوا را فراهم نمایند.

۲) جانمایی مناسب دمنده‌ها و مکنده‌ها، جهت جریان هوا، کنترل انتشار ذرات معلق و گرد و غبار و پیشگیری از انتقال آلودگی رعایت شود.

۳) دسترسی به تجهیزات تهویه برای بازدید، تعمیر، نگهداری، پاکسازی و تعویض قطعات ایمن و آسان باشد.

۴) واحدهای تأمین هوا از دسترسی غیرمجاز محافظت شده و در صورت استقرار در پشت‌بام، دارای مسیر دسترسی دائمی و ایمن باشند.

۵) تمامی اجزای سامانه تهویه شامل کانال‌ها، دمپرها، فن‌ها، تسمه‌ها، فلنج‌ها، فیلترها و تجهیزات جانبی به صورت ادواری بازدید، نگهداری و در صورت نیاز تعمیر یا تعویض شوند.

۶) دریچه‌ها، کانال‌ها و اجزای توزیع هوا به طور منظم پاکسازی شوند.

۷) فیلترها به صورت مطمئن، بدون درز و شکاف و بدون ایجاد جریان جانبی هوا نصب شده و امکان دسترسی مناسب برای پاکسازی، تعویض و نگهداری آن‌ها فراهم باشد.

۸) در بخش‌های مجهز به فیلتر هپا، فیلترها قابل تعویض بوده و مطابق دستورالعمل سازنده به صورت ادواری کنترل و تعویض شوند.

۹) دستگاه‌های تأمین هوا باید دارای حداقل استانداردهای فنی بوده و از موادی ساخته شده باشند که موجب رشد و تکثیر میکروارگانیسم‌ها نشوند.

۱۰) به منظور جلوگیری از ورود حشرات موذی، کانال‌های ورودی و خروجی هوا به مش (توری) استاندارد مجهز باشند.

۱۱) پیش‌ورودی اتاق ایزوله، اتاق کار کثیف، اتاق جمع‌آوری پسماند، محل نگهداری لباس کثیف و اتاق نظافت باید دارای تخلیه دائم هوا باشند.

۱۲) تعویض هوا در اتاق‌های بستری حداقل ۴ بار در ساعت و در سرویس‌های بهداشتی و حمام حداقل ۱۰ بار در ساعت انجام شود.

۱۳) رطوبت نسبی اتاق بیماران در تابستان ۵۰ تا ۶۰ درصد و در زمستان ۳۰ تا ۵۰ درصد حفظ شود.

۱۴) در بخش‌ها و واحدهای نیازمند فیلتر هپا، عملکرد فیلترها به صورت ادواری یا از طریق سامانه‌های پایش م ستمر کنترل شده و برنامه مکتوب برای تعویض، نگهداری یا اصلاح به موقع آن‌ها وجود داشته باشد.

ب) الزامات اختصاصی بخش‌ها و واحدها

۱) اتاق ایزوله تنفسی

- فشار هوا منفی باشد.
- حداقل ۱۲ بار تعویض هوا در ساعت انجام شود.
- فشار اتاق به صورت مستمر پایش شود.
- در ورودی اتاق دستگاه سنجش فشار نصب شده و تغییر فشار موجب فعال شدن سیستم هشدار و اطلاع مسئول بخش شود.

۲) اتاق ایزوله حفاظتی

- فشار هوا مثبت باشد.
- حداقل ۱۲ بار تعویض هوا در ساعت انجام شود.
- فشار اتاق به صورت مستمر پایش شود.
- در ورودی اتاق دستگاه سنجش فشار نصب شده و تغییر فشار موجب فعال شدن سیستم هشدار و اطلاع مسئول بخش شود.

۳) اتاق عمل

- هوای ورودی از طریق دمنده مجهز به فیلتر هپا و به صورت جریان تیغه‌ای از سقف و بالای تخت عمل تأمین شود.
- فشار هوا مثبت باشد.
- تعداد تعویض هوا ۱۵ تا ۲۰ بار در ساعت باشد.
- دهانه خروجی مکش هوا مستقیماً به فضای خارج باز نشود.

۴) اتاق تریاژ

- فشار هوا منفی باشد.
- حداقل ۱۲ بار تعویض هوا در ساعت انجام شود.

۵) فضای انتظار اورژانس و درمانگاه

- حداقل ۱۲ بار تعویض هوا در ساعت انجام شود.

۶) داروخانه و اتاق دارو

- فشار هوا مثبت باشد.
- حداقل ۴ بار تعویض هوا در ساعت انجام شود.

۷) آزمایشگاه

- فشار هوا منفی باشد.
- فشار فضای انتظار آزمایشگاه مثبت باشد.

۸) بخش سوختگی

- تهویه مکانیکی برقرار باشد.
- فشار هوا منفی باشد.

۹) واحد استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)

- فشار هوای فضای استریل مثبت باشد.
- حداقل ۱۰ بار تعویض هوا در ساعت انجام شود.
- جهت جریان هوا از بخش استریل به سمت بخش تمیز و سپس بخش کثیف برقرار باشد.

۱۰) برونکوسکوپی و کلینیک‌های مخصوص سل

- تهویه مکانیکی با فشار منفی برقرار باشد.
- گردش هوا حداقل ۶ تا ۱۲ بار در ساعت انجام شود.

۱۱) بخش‌های مراقبت ویژه، اطفال، بیماران سرپایی، آندوسکوپی و آشپزخانه

- تهویه مکانیکی متناسب با کاربری بخش برقرار باشد.

۱۲) رختشویخانه

- تهویه مکانیکی متناسب با حجم فعالیت برقرار باشد.
- جهت جریان هوا به گونه‌ای طراحی شود که از انتقال آلودگی بین بخش‌های تمیز، کثیف و عفونی جلوگیری شود.

الف-۶-۱-۷/ ☐☐☑/ ۱
وضعیت بهداشت محیط بیمارستان به‌صورت دوره‌ای ارزیابی شده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر تدوین و اجرا می‌شود.
❖ **وجود برنامه مدون برای ارزیابی دوره‌ای وضعیت بهداشتی بخش‌ها، واحدها و محوطه بیمارستان** ❖ **اجرای برنامه ارزیابی، تحلیل نتایج، و شناسایی موارد عدم انطباق بهداشتی در بیمارستان** ❖ **طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود در صورت نیاز**
در برنامه‌های ارزیابی محوریت واحد بهداشت محیط و مشارکت صاحبان فرایند ضروری است. وضعیت بهداشت محیط بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان به‌صورت مدون و منظم و در فواصل زمانی تعیین شده برحسب نوع فعالیت در بخش‌ها/واحدهای مختلف بیمارستان با استفاده از چک‌لیست‌های مرتبط ارزیابی شود. بنا بر نوع فرایند بررسی، ارزیابی با تجهیزات پرتابل موردنیاز صورت‌گرفته و نتایج ترجیحاً به‌صورت الکترونیک مستند شود .نتایج ارزیابی‌ها در کمیته‌ی مرتبط گزارش و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا شود.
الف-۶-۱-۸/ ☐☑☑/ ۱
قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و ضوابط بیمارستان بدون دخانیات رعایت می‌شود.
❖ **اطلاع‌رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات در بیمارستان** ❖ **نظارت میدانی بر رعایت ممنوعیت استعمال دخانیات و انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق** ❖ **نظارت میدانی بر رعایت ممنوعیت تبلیغ و فروش دخانیات در محیط بیمارستان و انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق** ❖ **اخذ تأییدیه بیمارستان بدون دخانیات از مراجع ذی‌صلاح**
اطلاع‌رسانی و رعایت ممنوعیت استعمال دخانیات مطابق آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، نصب ابزار و تابلوهای هشداردهنده در تمامی بخش‌ها و واحدها و مکان‌های رفت‌وآمد مراجعین و بیماران در فضاهایی در معرض دید انجام می‌شود. در بیمارستان‌ها روان‌پزشکی و یا مراکزی که دارای بخش روان‌پزشکی هستند، اتاق سیگار با امکانات و تجهیزات لازم شامل هواکش قوی، عدم وجود مواد اشتعال‌زا، در دسترس بودن سیستم اطفای حریق، برای مصرف سیگار توسط بیماران این بخش اختصاص داده شود. تبلیغ و فروش دخانیات در تمامی فضاهای بیمارستان ممنوع است.
الف-۶-۱-۹/ ☐☑☑/ ۱.۵
بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی بهداشت محیط اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط** ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد بهداشت محیط به منظور سنجش اثربخشی و انجام اقدامات اصلاحی/ بهبود در صورت لزوم** ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد مدیریت پسماند به منظور سنجش اثربخشی و انجام اقدامات اصلاحی/ بهبود در صورت لزوم** ❖ **ارتقای سطح دانش و آگاهی کارکنان در زمینه اصول بهداشت محیط**
لازم است اثربخشی مصوبات کمیته‌ی بهداشت محیط به صورت دوره‌ای (حداکثر ۳ماهه) با مشارکت واحد بهبود کیفیت و کمیته‌ی پایش و سنجش کیفیت مورد بررسی قرار گرفته و گزارش تحلیلی نتایج بررسی به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارائه و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی طراحی و اجرا گردد. ➢ **اهم اقدامات کمیته‌ی بهداشت محیط** ۱) بررسی گزارشات نظارت بر رعایت موازین بهداشتی توسط پیمانکاران مرتبط با کمیته نظیر طبخ و توزیع غذا، رختشویخانه، بوفه و ... ۲) بررسی گزارش ارزیابی وضعیت بهداشت محیط بیمارستان و طراحی اقدامات اصلاحی متناسب به منظور رفع نواقص ۳) بررسی نواقص گزارش شده توسط سازمان های بالادستی و طراحی اقدامات اصلاحی مناسب به منظور رفع نواقص ۴) اخذ نتایج ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی، شیمیایی و مکانیکی دستگاه‌های بی‌خطر ساز پسماند و تدوین و اجرای اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم

الف-۶-۲ مراحل تهیه، آماده‌سازی، طبخ، توزیع و سرو غذا با رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود

الف-۶-۲-۱/ ☐☐☑/ ۱

مراحل تهیه مواد غذایی و نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار و سردخانه به‌صورت ایمن و با رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود.

- **تهیه مواد غذایی مجاز بر اساس الزامات بهداشتی ابلاغی**
- **نظارت بر نحوه تهیه مواد غذایی و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم**
- **وجود انبار/ سردخانه‌های اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی بر اساس الزامات بهداشتی مربوطه**
- **نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار/ سردخانه با رعایت اصول بهداشتی بر اساس دستورالعمل انبارش کارآمد و ایمن**
- **محدودیت تردد و ممنوعیت ورود افراد متفرقه به محدوده انبار(ها) و سردخانه(های) مواد غذایی**

مواد اولیه غذایی باید از نظر فیزیکی (درجه حرارت)، شیمیایی (فلزات سنگین، کودهای شیمیایی و سموم کشاورزی) و میکروبی (باکتری‌ها و سموم آنها و قارچ‌ها) مشکلی نداشته باشد؛ لذا از مواد غذایی بسته‌بندی مجاز دارای اطلاعات نام محصول، ترکیبات، آدرس کارخانه یا کارگاه، شماره پروانه ساخت یا کد بهداشتی از وزارت بهداشت، تاریخ تولید و انقضا و محصولات واحدهای تولیدی دارای پروانه معتبر بهداشتی استفاده شود (با رعایت ویژگی‌های مندرج در فصل سوم دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل‌ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی)

سبزی‌ها و صیفی‌جات و میوه‌ها از مراکز تهیه و توزیع معتبر تهیه شود. مواد اولیه غذایی مشمول دریافت پروانه ساخت و شناسه نظارت از وزارت بهداشت، دارای پروانه ساخت و شناسه نظارت هستند. حمل‌ونقل مواد اولیه غذایی صرفاً با وسایل نقلیه مخصوص حمل‌ونقل مواد غذایی دارای مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه به‌صورت برچسب صادره از معاونت بهداشتی، مطابق آیین‌نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت حمل شوند. لازم است پروانه بهداشتی صادر شده از سوی معاونت بهداشتی و اعتبار پروانه بهداشتی بررسی شود. همچنین سازوکاری برای ثبت، نظارت و بررسی پروانه تمامی وسایل نقلیه مخصوص حمل‌ونقل مواد غذایی در تمام ساعات شبانه‌روز که به بیمارستان برای بارگیری یا تخلیه بار مراجعه می‌کنند توسط بیمارستان تدوین شده و در واحد بهداشت محیط وجود داشته باشد. نظارت بر مراکز تهیه و توزیع غذا و استفاده از مراکز تهیه و توزیع غذا مطابق ضوابط است. در تمام یخچال‌ها و فریزرهای نگهداری مواد غذایی، دماسنج وجود داشته و روزانه درجه حرارت یخچال‌ها/ فریزرها و سردخانه‌های نگهداری مواد غذایی حداقل در دو نوبت صبح و عصر کنترل و ثبت شود. مکانیسم‌های ایمن برای ورود و خروج به یخچال‌ها و فریزرها و سردخانه‌ها وجود داشته و داخل آن‌ها کلیدی برای توقف سردکننده باشد. مکانیسم عملکرد قفل در تمام سردخانه باید از داخل و خارج، قابل باز شدن باشند. تمام مواد و فراورده‌های مواد غذایی بالاتر از سطح زمین و جدا از مواد شوینده نگهداری می‌شود، برای مواد غذایی پالت و قفسه‌بندی وجود دارد. مواد غذایی پخته و خام و مواد غذایی شسته شده و شسته نشده جدا از هم نگهداری شود. زنجیره سرد و گرم به‌تناسب مواد غذایی رعایت شده، مواد غذایی فاسد شدنی در یخچال و یا سردخانه قرار گیرد، مواد غذایی فاسدشدنی نباید بیش از دو ساعت در محدوده دمای بین ۵ تا ۶۰ درجه سانتی‌گراد نگهداری شود و لازم است در دمای پایین‌تر از ۵ درجه و بالاتر از ۶۰ درجه سانتی‌گراد در شرایط پخت نگهداری شود. برای تأمین و افزایش ایمنی در سردخانه، از تجهیزاتی از قبیل سیستم هشدار (اعلام‌خطر/ آژیر) نیز می‌توان استفاده کرد. نحوه نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار و سردخانه به‌صورت ایمن و با رعایت اصول بهداشتی و دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، توزیع، نگهداری، حمل‌ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی انجام می‌شود.

الف-۶-۲-۲/ ☐☑☑/ ۲

محل و مراحل آماده‌سازی و طبخ مواد غذایی و ابزار و تجهیزات مورد استفاده مطابق ضوابط بهداشتی است.

- **انطباق محل آماده‌سازی و پخت با ضوابط بهداشتی ابلاغی**
- **آماده‌سازی و طبخ مواد غذایی با رعایت اصول بهداشتی**
- **وجود ابزار و تجهیزات لازم به منظور حفظ شرایط بهداشتی آماده‌سازی و طبخ مواد غذایی**
- **اطمینان از رعایت اصول بهداشتی و قوانین تردد برای کارکنان و مراجعین استفاده‌کننده از امکانات آشپزخانه**

برای جلوگیری از انتقال آلودگی توالی استقرار فضای انبار، سردخانه، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرف شویی به‌نحوی است که مسیر یک‌طرفه تمیز به کثیف رعایت می‌شود. از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش از قبیل وجود خط قرمز، کفش مخصوص آشپزخانه و جاکفشی در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ و سردخانه مواد غذایی استفاده می شود. محدودیت تردد برنامه‌ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری می‌شود.

ابزار، لوازم و ظروف سالم بدون شکستگی، زنگ‌زدگی و دارای جنس مورد تأیید وزارت بهداشت (مطابق با مواد ۲۵ الی ۲۸ و سایر بندهای مرتبط در دستورالعمل اجرایی ارزیابی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع و نگهداری، حمل‌ونقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی) باشد. میوه و سبزی‌های خام مصرفی باید مطابق دستورالعمل سالم سازی سبزی‌ها آماده مصرف شوند. سالم سازی میوه و سبزی‌ها در چهار مرحله شامل شست‌و شو، انگل زدایی، گندزدایی و شست‌وشوی نهایی با آب است. برای این منظور تجهیزات و مواد لازم در آشپزخانه موجود باشد. طبخ غذا در فضای مجزا از محل آماده‌سازی

صورت پذیرد. آماده سازی مواد مصرفی برای تهیه غذا مطابق دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت انجام شود. آماده سازی مواد غذایی شامل یخزدایی مواد پروتئینی، سردکردن و گرم‌کردن مواد غذایی آماده مصرف و... به‌صورت بهداشتی است. برای این منظور تجهیزات موردنیاز برای آماده‌سازی مواد مصرفی موجود باشد.

الف-۶-۳ مدیریت آب‌وفاضلاب بیمارستان بر اساس استانداردهای ملی و ضوابط بهداشتی مربوط صورت می‌گیرد

الف-۶-۳-۱/ ☐☐☑/ ۱

کیفیت فیزیکی، شیمیایی و میکروبی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.

- **کیفیت فیزیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است**
- **کیفیت شیمیایی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است**
- **کیفیت میکروبی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است**
- **وجود شواهدی از نظارت واحد بهداشت محیط بر کیفیت آب مصرفی و ذخیره بیمارستان و طرح‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی لازم**

متغیرهای فیزیکی شامل کدورت، رنگ، طعم، بو، PH و درجه حرارت هستند که برخی از آن‌ها به‌وسیله‌ی حواس بینایی، لامسه، چشایی و بویایی قابل‌تشخیص است. مخزن اختصاصی آب با گردش دائم وجود داشته و آزمایش‌های لازم با تناوب زمانی تعیین شده انجام شود. ابزار کلر سنجی و معرف‌های موردتأیید وزارت بهداشت با تاریخ مصرف معتبر برای انجام کلرسنجی حداقل در سه‌نقطه به‌صورت روزانه و متناوب، همچنین کلرسنجی روزانه کلر آزاد باقیمانده آب مخزن ذخیره برنامه‌ریزی و انجام شود. ضروری است نتایج کلر سنجی با استاندارد مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق نتایج با استاندارد ملی حتی در یک مورد، پیگیری و اقدام اصلاحی انجام شود. نمونه‌برداری برای آزمایش‌های شیمیایی در صورتی‌که از شبکه آب آشامیدنی استفاده می‌شود در سال یک‌بار و در غیر این صورت مطابق دستورالعمل تواتر نمونه‌برداری برای آزمون‌های شیمیایی در شبکه توزیع آب آشامیدنی اعلام شده از سوی معاونت نظارت بر بهره‌برداری شرکت مهندسی آب‌وفاضلاب کشور انجام شود. نمونه‌برداری آزمایش‌های میکروبی حداقل در هر ماه یک‌بار انجام شود و سوابق آزمایش‌های میکروبی برای تمامی ماه‌های سال موجود باشد.

بر اساس استاندارد «کیفیت آب - نمونه‌برداری از آب برای آزمون‌های میکروبیولوژی - آیین کار» حداقل تعداد نمونه برای آزمون باکتری‌های نشانگر آلودگی مدفوعی برای جمعیت کمتر از ۵۰۰۰ نفر ۱۲ نمونه در سال در نظر گرفته شده است؛ لذا سوابق حداقل ۱۲ نمونه در سال باید وجود داشته باشد. تمامی نتایج انجام آزمایش‌ها میکروبی و شیمیایی با استاندارد ملی مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق نتایج آزمایش‌های میکروبی و شیمیایی با استاندارد، پیگیری و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد. تأسیسات آب‌رسانی و توزیع آب باید مطابق دستورالعمل‌های ابلاغی مرکز سلامت محیط و کار و به تأیید معاونت‌های بهداشتی دانشگاه/ دانشکده برسد.

الف-۶-۳-۲/ ☐☑☑/ ۱,۵

مدیریت فاضلاب بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **تطابق عملکرد سامانه دفع فاضلاب بیمارستان با استانداردهای مرتبط**
- **تطابق نتایج آزمایش‌های خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای مرتبط**
- **استفاده از پساب فاضلاب بیمارستان بر حسب کیفیت با توجه به استانداردهای ملی**

وضعیت مدیریت فاضلاب بیمارستان و عملکرد کارکنان مرتبط با تفاهم‌نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی مطابقت داشته و طبق این تفاهم‌نامه بیمارستان دارای تصفیه‌خانه فعال فاضلاب، متناسب با تخت‌های بیمارستان می‌باشد یا در صورت وجود شبکه جمع‌آوری متصل به تصفیه‌خانه فعال و کارآمد فاضلاب شهری، به شبکه فوق متصل است .کارکنان مرتبط از مفاد تفاهم‌نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی از قبیل عدم تخلیه مواد شیمیایی خطرناک، داروهای خطرناک، داروهای رادیواکتیو در بیمارستان آگاهی دارند و رعایت می‌کنند .نتایج آزمایش‌های پساب خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای سازمان حفاظت محیط‌زیست مطابقت داشته باشد و در صورت عدم تطابق با استاندارد پیگیری و اقدامات اصلاحی صورت می‌گیرد .در صورت وجود تصفیه‌خانه، استاندارد خروجی و تواتر نمونه‌برداری فاضلاب بیمارستانی رعایت شود .در صورت اتصال به اگو، تصویر قرارداد یا مستندات اشتراک فاضلاب قابل‌ارائه و در دسترس باشد. سیستم جمع‌آوری، تصفیه و دفع فاضلاب به‌نحوی است که بدبو و بدمنظره نبوده و موجب جلب و تکثیر حشرات و حیوانات موذی نشود. شبکه جمع‌آوری، تصفیه و دفع فاضلاب به تأیید معاونت‌های بهداشتی برسد.

در صورت استفاده از پساب خروجی فاضلاب بیمارستان باید نتایج آزمایش‌های پساب خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای سازمان حفاظت محیط‌زیست مطابقت داشته باشد و بر حسب نوع استفاده، استانداردهای ملی ایران با عناوین استفاده از پساب‌های شهری برای مصارف مختلف (۱۵۶۳۳) و استفاده از پساب در آبیاری (۲-۲۱۸۷۶) مطابقت داشته باشد.

در صورت استفاده از پساب خروجی تصفیه‌خانه فاضلاب بیمارستان در آبیاری (از جمله فضای سبز بیمارستان) مستندات آزمایش پساب (BOD,TSS، کدورت، کلی‌فرم مقاوم به دما، انگل روده‌ای) مبنی بر انطباق پارامترهای فیزیکی، شیمیایی و میکروبی آن به‌منظور استفاده مجدد برای آبیاری فضای سبز بیمارستان موجود است. (استاندارد ۲-۲۱۸۷۶)

الف-۶-۴ مدیریت پسماندهای بیمارستانی، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود

الف-۶-۴-۱/ ☐☐☑/ ۱

ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی ویژه مطابق قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت می‌شود.

- **پیش‌بینی روش‌های مراقبت از پسماندهای پزشکی ویژه از مرحله تولید تا بی‌خطرسازی و دفع، باهدف عدم ورود به فرایندهای بازیافت**
- **عدم بازیافت هر گونه پسماند پزشکی ویژه در بیمارستان**
- **نظارت بر رعایت ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی ویژه، شناسایی موارد عدم انطباق، و طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم**

پسماند پزشکی ویژه به آن دسته از پسماندهای مراکز درمانی، آزمایشگاهی و بهداشتی گفته می شود که به دلیل آلودگی، عفونت‌زایی، سمیت، تیزی یا خطرات شیمیایی و دارویی نیاز به جمع‌آوری، جدا سازی، حمل و امحای ویژه دارند. رعایت ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی ویژه و وجود نظارت‌های دقیق و مستمر بر روند نگهداری، حمل‌ونقل، بی‌خطرسازی و دفع بهداشتی از وظایف کارشناس بهداشت با مشارکت سایر مدیران و مسئولان است.

الف-۶-۴-۲/ ☐☐☑/ ۱

مدیریت پسماندهای عادی بر اساس ضوابط مربوط، انجام می‌شود.

- **تفکیک در مبدا پسماندهای عادی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری**
- **جمع‌آوری، نگهداری و حمل‌ونقل پسماندهای عادی تا جایگاه نگهداری طبق ضوابط مربوطه**
- **دفع پسماندهای عادی بر اساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت**
- **نظارت بر نحوه تفکیک، جمع‌آوری، نگهداری، حمل‌ونقل و دفع پسماند عادی**
- **شناسایی موارد عدم انطباق و طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود**

پسماندهای عادی که شامل پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری مالی، ایستگاه‌های پرستاری (به جز ایستگاه پرستاری بخش‌هایی که در دستورالعمل‌های مربوطه به‌عنوان زباله عفونی محسوب می‌شود)، باغبانی و پسماندهای بی‌خطر شده است. امکانات و تسهیلات لازم برای جمع‌آوری انواع پسماند عادی از قبیل سطل‌های آبی و کیسه‌های با رنگ‌بندی مشکی، با رعایت اصول و الزامات «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» تأمین شود. دفع پسماندهای عادی بر اساس قرارداد معتبر با شهرداری انجام شود. ویژگی‌های برچسب‌گذاری مطابق ماده ۳۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته است. پسماندهای عادی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم و به رنگ مشکی با برچسب پسماند عادی جمع‌آوری می‌شود. در صورت مخلوط‌شدن پسماند عادی با یکی از پسماندهای عفونی، شیمیایی، رادیواکتیو و نظایر آن خارج‌کردن آن ممنوع بوده و پسماند غیرعادی محسوب می‌شود .در خصوص وضعیت پسماندهای ایستگاه پرستاری بخش دیالیز و اورژانس و قسمت اداری آزمایشگاه مانند سایر ایستگاه‌های پرستاری، در صورتی‌که قراردادن کیسه‌های پسماند عادی در ایستگاه‌های پرستاری باعث اختلال در فرایند تفکیک نشود، پسماندهای تولید شده در این قسمت‌ها عادی و سایر پسماند بخش‌های فوق مطابق پسماند پزشکی ویژه مدیریت می‌شوند.

محل مناسب در بخش برای نگهداری، شست‌وشو و گندزدایی سطل‌های زباله محل مذکور دارای شرایط بهداشتی شامل آب گرم و سرد، سیستم تهویه مناسب، متصل بودن به سیستم فاضلاب بیمارستان، مجهز به کف شوی، شرایط بهداشتی دیوار و کف باشد. امکانات و تسهیلات لازم از قبیل کانتینر چرخ‌دار و یا چرخ‌دستی به تعداد کافی برای جمع‌آوری و حمل‌ونقل بهداشتی و مناسب پسماند به جایگاه موقت وجود داشته باشد.

❊ الف-۶-۴-۳/ ☑☐☐/ ۱,۵

مدیریت پسماندهای تیز و برنده و عفونی بر اساس ضوابط مربوط انجام می‌شود.

- تفکیک در مبدأ پسماندهای تیز و برنده و عفونی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری
- جمع‌آوری، نگهداری و حمل‌ونقل پسماندهای تیز و برنده و عفونی تا جایگاه نگهداری طبق ضوابط مربوطه
- بی‌خطرسازی پسماندهای تیز و برنده و عفونی طبق ضوابط مربوطه
- دفع پسماندهای تیز و برنده و عفونی بر اساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
- نظارت بر نحوه تفکیک، جمع‌آوری، نگهداری، حمل‌ونقل، بی‌خطرسازی و دفع پسماند تیز و برنده و عفونی
- شناسایی موارد عدم انطباق و طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم

پسماند عفونی حاوی عوامل زنده بیماری‌زا باکتری، ویروس، انگل و یا قارچ به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبان حساس موجب بیماری شوند، است. پسماندهای عفونی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم و به رنگ زرد با برچسب پسماند عفونی جمع‌آوری و در سطل‌ها و یا کانتینرهای زردرنگ نگهداری می‌شوند.

ظروف نگهداری و جمع‌آوری پسماندهای عفونی (کیسه‌ها و سطل‌های زرد) به‌جز در بخش‌هایی که در دستورالعمل یکسان‌سازی مشخص شده‌اند، در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی قرار داده نمی‌شوند. پسماندهای اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز و بخش اورژانس، عفونی محسوب شده و در این بخش‌ها کیسه و سطل زرد استفاده می شود و از قراردادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری شود. در بخش‌های درمانی تشخیصی بیمارستان‌های سوانح سوختگی و بخش‌های سوختگی تمامی پسماندها عفونی محسوب می‌شوند .بی‌خطرسازی و دفع بهداشتی پسماندهای عفونی مطابق ضوابط ابلاغی توسط دستگاه بی‌خطر ساز فعال و با حجم متناسب مقدار پسماند عفونی تیز و برنده تولیدی دارای مجوز معتبر از سازمان غذا و دارو انجام می‌شود.

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می‌توانند موجب زخم، بریدگی یا سوراخ‌شدگی شوند این اجسام شامل سوزن‌ها، سوزن‌های زیرجلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغ‌ها، چاقو، ست انفوزیون، اره‌ها، شیشه شکسته‌ها، لام و لامل و سایر اقلام شیشه‌ای آزمایشگاه و ناخن بیماران و هر شی برنده است. اجسام تیز و برنده ممکن است عفونی یا غیرعفونی باشند؛ اما در هر دو شکل به‌عنوان پسماندهای به شدت تهدیدکننده سلامتی به شمار می‌آیند. پسماندهای تیز و برنده در ظروف مستحکم و ایمن استاندارد زرد رنگ با درب قرمز رنگ و برچسب پسماند تیز و برنده دارای خطر زیستی جمع‌آوری می‌شوند. ظروف مستحکم و ایمن به‌آسانی سوراخ یا پاره نمی‌شود، درب آن به‌آسانی بسته و مهروموم می‌گردد. دهانه ظرف باید به اندازه‌ای باشد که بتوان پسماند را بدون اعمال فشار دست، در ظروف انداخت و خارج‌کردن آنها از ظرف ممکن نباشد، دیواره‌های ظرف نفوذناپذیر باشد و سیالات نتوانند از آن خارج شوند، پس از بستن درب، از عدم خروج مواد از آن اطمینان حاصل شود، حمل‌ونقل ظرف آسان و راحت باشد، به‌هیچ‌عنوان از کیسه‌های پلاستیکی برای جمع‌آوری و نگهداری پسماندهای تیز و برنده استفاده نشود و مطابق با ماده ۲۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته جمع‌آوری شوند. ترالی‌ها به ظروف مستحکم و ایمن مجهز بوده و ظروف نگهداری پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع‌آوری پسماند تیز و برنده در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی به جز در بخش‌های مشخص شده در دستورالعمل یکسان‌سازی قرار نمی‌گیرند. همچنین نصب ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در اتاق‌های بستری و تحت‌نظر مانند اورژانس، ممنوع است. امکانات مذکور در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می‌شود. پسماندهای تیز و برنده این مکان‌ها در داخل ظروف مستحکم و ایمن که با ترالی توسط ارائه‌دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می‌شود، جمع‌آوری می‌شوند. در بخش‌های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خون‌گیری آزمایشگاه و اتاق عمل به جز بخش‌های دیالیز، مراقبت‌های ویژه قلب و مراقبت‌های ویژه کودکان، در یونیت هر بیمار می‌توان ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در محل مناسب به صورت ثابت و فیکس شده مورداستفاده قرار داد. پس از پر شدن سه چهارم ظروف مستحکم و ایمن جمع‌آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده، و سپس بی‌خطرسازی شوند. سوزن نباید مجدداً درپوش‌گذاری شود و بدون دست‌کاری داخل ظروف مستحکم و ایمن جمع‌آوری شود. انتخاب اندازه ظروف مستحکم و ایمن مناسب و متناسب با میزان تولید پسماندهای تیز و برنده باشد.

در مورد سوزن و سرنگ آزمایش‌های تشخیص طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل نمایند. سوزن ست سرم، جدا شده و در ظروف مستحکم و ایمن قرار گیرد. مابقی ست سرم و باتل سرم به‌عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شده و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.

❊ الف-۶-۴-۴/ ☑☐☐/ ۱,۵
مدیریت پسماندهای شیمیایی، دارویی و سایتوتوکسیک بر اساس ضوابط مربوط انجام می‌شود.
❖ تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی دارویی و سایتوتوکسیک بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری ❖ جمع‌آوری، نگهداری و حمل‌ونقل پسماندهای شیمیایی و دارویی و سایتوتوکسیک تا جایگاه نگهداری طبق ضوابط مربوطه ❖ دفع پسماندهای شیمیایی و دارویی و سایتوتوکسیک بر اساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ نظارت بر نحوه تفکیک، جمع‌آوری، نگهداری، حمل‌ونقل، و دفع پسماند شیمیایی، دارویی و سایتوتوکسیک ❖ شناسایی موارد عدم انطباق، طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم
پسماندهای شیمیایی دارویی شامل داروهای تاریخ‌گذشته یا غیرلازم اقلامی که حاوی دارو و یا اقلامی که به دارو آلوده شده‌اند؛ مانند قوطی‌ها و شیشه‌های دارویی ا ست که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و ان سان م ضر خواهند بود. پ سماندهای ژنوتوک سیک از جمله پ سماندهای حاوی داروهای سایتوتوکسیک و سایر مواد شیمیایی با خصوصیات سمی برای ژن‌ها هستند. پسماندهای دارای فلزات سنگین شامل باتری‌ها، ترمومترهای شکسته، سایر وسایل دارای جیوه برای اندازه‌گیری فشارخون، باتل‌های سرم درصورتی‌که حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند نیز به‌عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می‌شوند و باید مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند. جایگزینی و دفع تجهیزات حاوی جیوه باید مطابق با ضوابط بهداشتی ابلاغ‌شده از سوی وزارت بهداشت صورت گیرد. پسماندهای شیمیایی و دارویی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم به رنگ سفید یا قهوه‌ای با برچسب پسماند شیمیایی و دارویی جمع‌آوری می‌شوند. روش‌های مجاز دفع بهدا شتی از قبیل محفظه سازی و نحوه ا ستفاده و انعقاد قرارداد از شرکت و سایت‌های دارای مجوز از معاونت بهدا شتی برای حمل‌ونقل و دفع بهدا شتی پسماندهای شیمیایی و دارویی با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهدا شتی درمانی و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین و اجرا می‌شود.
❊ الف-۶-۴-۵/ ☑☐☐/ ۱,۵
مدیریت پسماندهای رادیواکتیو/ پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط، انجام می‌شود.
❖ تفکیک در مبدأ پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری ❖ جمع‌آوری، نگهداری و حمل‌ونقل پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا تا جایگاه نگهداری طبق ضوابط مربوطه ❖ دفع پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ نظارت بر نحوه تفکیک، جمع‌آوری، نگهداری، حمل‌ونقل، و دفع پسماند رادیواکتیو/پرتوزا ❖ شناسایی موارد عدم انطباق، طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم
پسماندهای رادیواکتیو/ پرتوزا شامل داروهای پرتوزا، پسماندهای اقدامات تشخیصی و درمانی است که تفکیک، کدبندی رنگی و برچسب‌گذاری، جمع‌آوری و دفع آن باید طبق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت صورت پذیرد. تفکیک در مبدأ پسماند رادیواکتیو/ پرتوزا در بیمارستان بر اساس دستورالعمل پسمانداری سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت برنامه‌ریزی و انجام می‌شود .همچنین لازم است امکانات و تسهیلات لازم برای جمع‌آوری پسماند رادیواکتیو/ پرتوزا فراهم شده و کدبندی و برچسب‌گذاری پسماندهای تفکیک شده رادیواکتیو/ پرتوزا رعایت شود.
الف-۶-۴-۶/ ☑☐☐/ ۱
شرایط نگهداشت انواع پسماندها در جایگاه موقت نگهداری بر اساس ضوابط مربوط است.
❖ تدوین «دستورالعمل نحوه نگهداشت انواع پسماندها در جایگاه موقت نگهداری» منطبق با ضوابط مربوطه ❖ انطباق ساختار فیزیکی جایگاه موقت نگهداری منطبق بر ضوابط مربوطه ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس دستورالعمل تدوین شده ❖ نظارت بر نحوه نگهداشت انواع پسماندها در جایگاه موقت نگهداری ❖ شناسایی موارد عدم انطباق، و طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم
محل نگهداری موقت پسماندها دارای سرویس بهداشتی، حمام و دستشویی و محل استراحت با شرایط بهداشتی و مجزا برای کاربر دستگاه بی‌خطر ساز پسماند و استفاده اختصاصی کاربر باشد. زمان نگهداری پسماندها در جایگاه، در شرایط آب و هوای معتدل ۷۲ ساعت در فصل سرد و ۴۸ ساعت در فصل گرم و در شرایط آب و هوایی گرم ۴۸ ساعت در فصل سرد و ۲۴ ساعت در فصل گرم ا ست. در صورت عدم امکان رعایت زمان نگهداری اتاقک نگهداری به سیستم خنک‌کننده مجهز گردد. پسماندها داخل بین‌ها با رعایت کدبندی بدون انباشتگی نگهداری شوند. رفع آلودگی و گندزدایی تمام تسهیلات، تجهیزات و ظروف نگهدارنده پسماندها رعایت شود.

الف-۶-۴-۷/ ☑☐☐/ ۱
مدیریت دفع/امحا اعضا و اندام قطع شده بدن، جفت و جنین مرده، و تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بر اساس ضوابط مربوطه انجام می‌شود.
❖ **تفکیک، جمع‌آوری، نگهداری، حمل‌ونقل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن بر اساس ضوابط مربوطه** ❖ **تفکیک، جمع‌آوری، نگهداری، حمل‌ونقل و دفع جفت و جنین مرده بر اساس ضوابط مربوطه** ❖ **جمع‌آوری و امحا تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بر اساس ضوابط مربوطه** ❖ **نظارت بر نحوه تفکیک، جمع‌آوری، نگهداری، حمل‌ونقل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن، جفت و جنین مرده و امحای تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن** ❖ **شناسایی موارد عدم انطباق، و طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم**
اعضا و اندام‌های قطع شده بدن و جنین مرده مطابق با «ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» مجزا جمع‌آوری، بسته‌بندی و برای دفع به آرامستان حمل شده و به روش تعیین شده و با رعایت احکام شرعی دفع می‌گردد .نظارت رئیس/ سرپرستار اتاق عمل بر جمع‌آوری باید در نظر گرفته شود. جمع‌آوری و ازبین‌بردن تجهیزات پزشکی کاشتنی که از بدن بیمار خارج می‌شوند (مثل پیچ‌های ارتوپدی، صفحات فلزی، ایمپلنت‌های دندانی، پیس‌میکرها و پروتزها) یکی از کارهای ضروری در مدیریت پسماندهای ویژه بیمارستانی و کنترل عفونت است. ➢ **این کار باید طبق یک فرایند استاندارد انجام شود که شامل این مراحل است:** ۱) جمع‌آوری بلافاصله پس از خارج‌سازی: به‌محض اینکه تجهیز کاشتنی در حین جراحی از بدن خارج شد، تیم جراحی باید آن را بدون معطلی در ظروف مخصوصی که ضدضربه و مقاوم به سوراخ‌شدن هستند قرار دهد (همان ظروفی که برای وسایل تیز و برنده استفاده می‌شود). ۲) ضدعفونی و بی‌خطر کردن اولیه: پیش از هر کار دیگری، آن و سیله باید با مواد ضدعفونی‌کننده استاندارد، طبق پروتکل کنترل عفونت بیمارستان، گندزدایی شود تا خطری برای پرسنل و محیط ایجاد نکند. ۳) نابودسازی فیزیکی یا حرارتی: بسته به اینکه وسیله از چه جنسی است (فلزی، پلیمری یا الکترونیکی)، روش نابودسازی آن فرق می‌کند. ۴) ثبت و مستندسازی کامل: اطلاعات وسیله، تاریخ جراحی خارج‌سازی، نام جراح، روش نابودسازی و تاریخ نابودسازی باید ثبت شود. در نهایت، گزارش نابودسازی توسط مسئول بهداشت محیط تأیید می‌شود.
الف-۶-۴-۸/ ☑☐☐/ ۱
عملکرد دستگاه‌های بی‌خطرسازی پسماندها طبق ضوابط مربوط کنترل و ارزیابی می‌شود.
❖ **استفاده بیمارستان از دستگاه(های) غیرسوز برای بی‌خطرسازی پسماندها** ❖ **ارزیابی و پایش عملکرد دستگاه(های) بی‌خطرسازی پسماند از نظر میکروبی، شیمیایی و مکانیکی** ❖ **تکمیل و ثبت اظهارنامه بی‌خطرسازی انواع پسماندهای تیز و برنده و عفونی** ❖ **نظارت بر عملکرد دستگاه(های) بی‌خطرسازی پسماندها، شناسایی موارد عدم انطباق و طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم**
بازدید روزانه از عملکرد و پایش دستگاه بی‌خطر ساز انجام شود و نتایج ارزیابی‌ها در کمیته‌ی مرتبط مطرح و در صورت لزوم اقدام اصلاحی به عمل آید. همچنین لازم است مستندات مربوط به کالیبراسیون دستگاه در سوابق نگهداری شود. اظهارنامه بی‌خطرسازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده منضم به نتایج میکروبی ماهیانه تکمیل شود. اظهارنامه دارای دو فرم است فرم شماره ۱ توسط بیمارستان تکمیل و به امضا کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تجهیزات پزشکی و رئیس بیمارستان می‌رسد. این فرم به انضمام نتایج آزمون‌های میکروبی است که توسط آزمایشگاه بیمارستان یا آزمایشگاه معتمد محیط‌زیست انجام داده است تکمیل و هر ماه یک‌بار به مرکز بهداشت مربوطه ارسال می‌شود. فرم شماره ۲ پس از بررسی و احراز صحت فرم شماره ۱ توسط مرکز بهداشت تکمیل و در پایان هر فصل به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال می‌شود. تست‌های پایش عملکرد دستگاه‌های بی‌خطرساز هیدروکلاو مشابه اتوکلاو می‌باشد.

الف-۶-۵ مدیریت فرایندهای رخت‌شوی‌خانه با رعایت ضوابط و شرایط استاندارد برنامه‌ریزی و انجام می‌شود
الف-۶-۵-۱/ ☑☐☐/ ۲
اصول بهداشتی در تفکیک، جمع‌آوری، حمل و شست‌وشوی البسه و ملحفه کثیف و آلوده عفونی رعایت می‌شود.
❖ تفکیک، جمع‌آوری و حمل البسه و ملحفه کثیف (عفونی و غیرعفونی) به رخت‌شوی‌خانه به‌صورت جداگانه و با رعایت اصول بهداشتی ❖ دریافت، آماده‌سازی و شست‌وشوی ملحفه کثیف (عفونی و غیرعفونی) در رخت‌شوی‌خانه بر اساس اصول بهداشتی ❖ نظارت واحد بهداشت محیط بر فرایندهای فوق‌الذکر و شناسایی موارد عدم انطباق احتمالی ❖ طرح‌ریزی، اجرا، و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود
در هنگام جمع‌آوری البسه و ملحفه‌ها کارکنان باید از برجای‌نماندن وسایل نوک‌تیز و برنده در داخل البسه و ملحفه‌ها اطمینان یابند. البسه و ملحفه آلوده عفونی و کثیف چرک در ترالی‌ها و بین‌ها حداقل در پایان هر نوبت کاری به رخت‌شوی‌خانه منتقل شود. انتقال البسه و ملحفه‌ها حتی‌المقدور در ساعاتی صورت پذیرد که کمترین میزان تردد در بخش وجود دارد. اتاق کثیف، محل دریافت و کنترل البسه و ملحفه‌های کثیف و آلوده است. امکانات و تسهیلات لازم برای جمع‌آوری البسه و ملحفه‌های تمیز به رخت شوی‌خانه وجود داشته و مستندات ثبت البسه کثیف و تمیز در بخش‌ها و رخت شوی‌خانه وجود داشته باشد. همچنین برچسب‌گذاری البسه عفونی انجام شود. به‌منظور ممانعت از تولید آئروسل‌ها و پراکندگی میکروارگانیسم‌ها، رخت‌ها با کمترین تکان‌دادن و به‌هم‌خوردگی و بدون شتاب‌زدگی جمع‌آوری و جابه‌جا شوند. دسته‌بندی و یا آبکشی رخت‌ها در محلی که آلوده شده‌اند (مانند بخش‌ها) ممنوع است. رخت‌های آلوده عفونی در بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت قرار گرفته و گره زده شود. خروج رخت آلوده از بخش بدون قراردادن در کیسه پلاستیکی و برچسب‌گذاری ممنوع است. در اتاق های ایزوله ملحفه های عفونی در داخل دو کیسه قرار گیرد. حداکثر سه‌چهارم ظرفیت کیسه‌های پلاستیکی باید پر شود. فشردن کیسه‌های پلاستیکی حاوی رخت ممنوع است. رخت‌های آلوده (عفونی) پیش از خروج از محل تولید به طور واضح دارای کدبندی رنگی و برچسب شامل نام بخش، تاریخ، شیفت و علامت یا عبارت خطر زیستی باشند. رعایت اقدامات احتیاطی مطابق کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در هنگام کار با رخت‌هایی که منشأ آن، بخش‌های ایزوله بیمارستان الزامی است.
الف-۶-۵-۲/ ☑☐☐/ ۲
اصول بهداشتی در آماده‌سازی، نگهداری و حمل‌ونقل البسه و ملحفه تمیز رعایت می‌شود.
❖ آماده‌سازی البسه و ملحفه تمیز در رخت‌شوی‌خانه بر اساس اصول بهداشتی ❖ نگهداری البسه و ملحفه تمیز در رخت‌شوی‌خانه و بخش‌ها بر اساس اصول بهداشتی ❖ حمل‌ونقل البسه و ملحفه تمیز از رخت‌شوی‌خانه به بخش‌ها بر اساس اصول بهداشتی ❖ نظارت واحد بهداشت محیط بر فرایندهای فوق‌الذکر و شناسایی موارد عدم انطباق احتمالی ❖ طرح‌ریزی، اجرا، و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود
امکانات و تسهیلات لازم برای انتقال البسه و ملحفه تمیز از رخت‌شوی‌خانه به بخش‌ها وجود دارد، در رخت‌شوی‌خانه محلی مناسب برای شست‌وشو و گندزدایی تجهیزات انتقال البسه در نظر گرفته شده است. محل نگهداری البسه تمیز در بخش‌ها و انبار البسه و ملحفه تمیز در رخت شوی‌خانه باید به‌گونه‌ای باشد که البسه تمیز از گردوخاک و آلودگی حفاظت گردد. البسه و ملحفه‌های تمیز باید در ترالی‌های در دار و یا کیسه‌های پلاستیکی سفیدرنگ بسته‌بندی شده حمل گردند. البسه و ملحفه‌های تمیز نباید در قسمت‌هایی که دارای آلودگی محیطی هستند قرار گیرند محل ذخیره البسه و ملحفه تمیز هیچ‌گونه تداخلی با البسه کثیف ندارد.

الف-۶-۵-۳/ ☑☑☐/ ۲

رخت‌شوی‌خانه دارای تجهیزات فعال/آماده‌به‌کار لازم، متناسب با حجم فعالیت و تعداد بیماران بر اساس الزامات بهداشتی است.

- **برآورد حجم فعالیت رخت‌شوی‌خانه و تعیین تجهیزات لازم متناسب با برآورد انجام شده و بر اساس الزامات بهداشتی**
- **وجود و فعال/آماده‌به‌کار بودن تجهیزات لازم**
- **به‌کارگیری اصولی تجهیزات توسط کارکنان مرتبط تحت نظارت واحد بهداشت محیط**
- **نظارت واحد بهداشت محیط بر صحت عملکرد بهداشتی تجهیزات و کارکنان و طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی لازم**

تجهیزات خشک‌کن و اطوی غلتکی یا برقی برای خشک‌کردن و اطوکشی متناسب با میزان البسه ورودی روزانه وجود دارد، دستگاه‌ها ایمن بوده مجهز به سوئیچ خودکار قطع جریان برق هستند، در بخش تمیز رخت‌شوی‌خانه نصب شده‌اند. دستورالعمل شست‌وشوی انواع البسه تدوین شود و ضمن آگاهی کارکنان بر اساس آن اقدام نمایند. حداقل دو دستگاه لباسشویی اتوماتیک و صنعتی متناسب با ظرفیت البسه ورودی روزانه در رخت‌شوی‌خانه وجود دارد. برگه راهنمای کار با دستگاه در دسترس کارکنان مرتبط بوده و کارکنان از مفاد ضوابط و دستورالعمل اطلاع دارند. دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گندزدا در واحد رخت شوی‌خانه نصب و در معرض دید کارکنان است. برای اطمینان از عملکرد صحیح گندزدایی، از مواد گندزداها، سفیدکننده‌ها و پاک‌کننده‌ها دارای پروانه ساخت از وزارت بهداشت استفاده گردد.

➢ **مراحل شست‌وشو شامل:**

۱) شست‌وشو با آب سرد (درصورتی‌که رخت‌ها آغشته‌به‌خون باشند برای زدودن خون آنها باید دو مرحله با آب سرد شست‌وشو شوند

۲) شست‌وشوی اصلی با آب داغ

۳) افزودن سفیدکننده

۴) آبکشی، البسه و ملحفه باید با آب داغ حداقل به مدت ۲۵ دقیقه شست‌وشو گردند. استفاده از مایع سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم) مطابق با دستورالعمل موجب افزایش حاشیه ایمنی شست‌وشو می‌شود. میزان کلر باقیمانده در دسترس در محلول ۵۰-۱۵۰ ppm می باشد. در صورت عدم امکان رسیدن دمای آب به ۷۱ درجه سانتی‌گراد، باید از محلول‌های گندزدای مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل‌های مربوطه استفاده کرد. البسه و ملحفه آلوده و البسه و ملحفه کثیف باید با ماشین‌های لباسشویی جداگانه شست‌وشو گردند. البسه و ملحفه‌های مرطوب نباید در طول شب در ماشین لباسشویی رها شوند (قراردادن البسه و ملحفه‌ها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شست‌وشو ممنوع است). در صورت استفاده از دستگاه غیراتوماتیک حداقل دو ترالی مخصوص برای حمل البسه و ملحفه خیس از ماشین لباسشویی به آبگیر و پس از آن به خشک‌کن (ترالی البسه و ملحفه خیس) و حمل البسه و ملحفه خشک شده به اطوها (ترالی البسه و ملحفه خشک) باشد. در صورت استفاده از دستگاه‌های اتوماتیک برای لباسشویی با توجه به البسه و ملحفه آلوده یا کثیف و میزان مقاومت البسه و ملحفه‌ها به حرارت از برنامه‌های دستگاه‌ها برای شست‌وشو استفاده شود. مستندات دمای شست‌وشو باید در محل مناسب نگهداری گردد. هر البسه‌ای که دوخت‌ودوز یا تعمیر شود باید مجدد شست‌وشو گردد. تمامی البسه و ملحفه‌های اتاق عمل و بخش‌های با خطر بالا مانند بخش سوختگی و پیوند اعضا باید پس از شست‌وشو، اتوکلاو شوند. البسه آلوده به آنتراکس یا سیاه‌زخم باید پیش از شست‌وشو اتوکلاو شوند (بهتر است برای بیماران مبتلا به آنتراکس یا سیاه‌زخم از البسه و ملحفه یک‌بارمصرف استفاده شود و پس از مصرف البسه و ملحفه آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد. البسه آلوده به ایدز و تیفوئید باید به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از ۸۵ درجه سانتیگراد شسته شود. بهتر است برای بیماران مبتلا به ایدز و تیفوئید از البسه و ملحفه یک‌بارمصرف استفاده شود و پس از مصرف البسه و ملحفه آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد در صورت استفاده از دستگاه‌های اتوماتیک توصیه می‌شود مواد شوینده و گندزدا به‌صورت خودکار به دستگاه اضافه شود. همچنین از مواد شوینده فاقد ترکیبات فسفاته استفاده شود و شوینده‌هایی مانند زئولیت A جایگزین آنها شود.

الف-۶-۵-۴/ ☑☑☐/ ۱
تأمین البسه و ملحفه مورد نیاز بیماران مدیریت می‌شود.
❖ برآورد تعداد البسه و ملحفه موردنیاز بیمارستان بر اساس حجم فعالیت، تعداد بیماران و الزامات بهداشتی ❖ تأمین البسه و ملحفه بر اساس برآورد صورت‌گرفته ❖ دسترسی بیماران به البسه و ملحفه موردنیاز بر اساس اصول بهداشتی در تمامی ساعات شبانه‌روز روزهای تعطیل و غیرتعطیل ❖ نظارت بر تأمین مستمر البسه و ملحفه بهداشتی موردنیاز و شناسایی موارد عدم انطباق احتمالی ❖ طرح‌ریزی، اجرا و ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود لازم
البسه و ملحفه شامل مواردی چون لباس، گان، شان، روتختی و روبالشی و پتو است تأمین البسه و ملحفه در گردش و ذخیره بر اساس ضوابط بهداشت محیط رختشوی‌خانه بیمارستان‌ها و مرکز جراحی محدود (بر اساس آخرین دستورالعمل) معاونت بهداشت وزارت بهداشت، وجود مستندات ترجیحاً الکترونیک از جمله دفتر ثبت رخت جمع‌آوری شده، رخت شسته شده و رخت توزیع شده به تفکیک هر بخش بر اساس جداول مندرج در دستورالعمل مطابق ضوابط به‌صورت روزانه ثبت که حداقل برای یک سال نگهداری گردد. مستندات شست‌وشوی روزانه در رخت شوی‌خانه بر اساس تعداد و کیلوگرم، دفتر سرجمع اموال برای تفکیک رخت ذخیره شده و رخت در گردش بر اساس جداول مطابق ضوابط موجود .برای اطمینان از برآورد آماری میزان لباس، ملحفه و اقلام پارچه‌ای مورد نیاز فضایی برای نگهداری و ذخیره البسه تمیز با شرایط بهداشتی و متناسب با ظرفیت منسوجات شسته شده روزانه وجود دارد.

الف-۶-۶ اصول بهداشت حفاظت در برابر پرتوها رعایت می‌شود

❋ الف-۶-۶-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵
تجهیزات مولد پرتو در مرکز دارای مجوز کار بوده و بر اساس الزامات حفاظت در برابر اشعه مطابق ضوابط مربوط فعالیت می‌نماید.
❖ اخذ مجوز کار با اشعه از سازمان انرژی اتمی ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص حدود مجاز پرتو ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص ساختار فیزیکی ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص تجهیزات
مجوز کار با اشعه شامل وجود شناسنامه منابع مولد اشعه (دستگاه‌ها و چشمه‌ها)، وجود گواهی‌نامه کنترل کیفی معتبر برای تمام منابع مولد اشعه مشمول وجود مجوز معتبرکار با اشعه برای تمام منابع مولد اشعه مشمول، وجود برنامه نظارتی برای پیشگیری از فعالیت/ کاربرد منابع مولد اشعه بدون اخذ مجوز کار با اشعه است. مدارک و تأییدیه‌های واحدهای پرتوپزشکی شامل مستندات کنترل کیفی، مجوز کار با اشعه، پرونده‌های بهداشتی پرسنل پرتوکار، قرارداد فی ما بین بیمارستان و واحد پسماندداری سازمان انرژی اتمی، نتایج بازدیدها و دزیمتری‌های ادواری و مستمر انجام شده و... با بهره‌گیری از آیین‌نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب ۱۳۶۸/۰۲/۰۲ می‌باشند. توصیه می‌شود کنترل و گزارش تحلیلی مستندات مذکور همراه پیشنهادهای اصلاحی به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارائه گردد. ➢ **اصول بهداشت پرتوها و حفاظت پرتوها مطابق ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران شامل الزامات و اقدامات مختلفی است، از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود؛** ۱) اطلاع مسئول فیزیک بهداشت از شرح وظایف قانونی و عمل به آن ۲) انطباق نقشه‌های مصوب با جانمایی منابع مولد اشعه یونساز ۳) وجود برنامه نظارتی برای پیشگیری از فعالیت/ کاربرد منابع مولد اشعه بدون اخذ مجوز کار با اشعه ۴) وجود تجهیزات حفاظت فردی متناسب با کاربری دستگاه‌ها (پرتوکاران و بیماران) ۵) استفاده از فیلم بج اختصاصی توسط پرتوکاران ۶) کاربرد تجهیزات نگهدارنده کمکی در وضعیت بیماران در هنگام تصویربرداری ۷) استفاده مستمر از تجهیزات حفاظت فردی متناسب با کاربری دستگاه‌ها (پرتوکاران و بیماران) ۸) وجود دستورالعمل‌های پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی ۹) اطلاع تمامی کارکنان مرتبط از مفاد دستورالعمل ۱۰) آمادگی برای اجرای کامل دستورالعمل توسط کارکنان مرتبط در صورت بروز اتفاق یا سانحه پرتویی

۱۱) وجود تابلوهای راهنما و علائم هشداردهنده استاندارد مرتبط با حفاظت در برابر اشعه
۱۲) در صورت وجود مدیریت پسماندهای رادیواکتیو
۱۳) وجود پرونده حفاظتی پرتوکاران
۱۴) مانیتورینگ فردی و بنا به نوع کار با اشعه مانیتورینگ محیطی
۱۵) نصب آیفون برای ارتباط بین پرتوکار و بیمار
۱۶) رعایت شرایط حفاظتی از جمله (درها، شیشه‌های سربی و دیوارها) در بخش تصویربرداری و بخش‌های دارای تجهیزات مولد اشعه

❊ الف-۶-۶-۲/ ☑☑☑/ ۱,۵

کنترل‌های بهداشت پرتویی در خصوص منابع و دستگاه‌های غیریون‌ساز بیمارستان انجام می‌گردد.

- **رعایت اصول بهداشت و حفاظت در کاربردهای مختلف پزشکی اشعه UV**
- **رعایت اصول بهداشت و حفاظت نکات حفاظتی در دستگاه‌های مولد میدان‌های مغناطیسی (MRI)**
- **رعایت اصول بهداشت و حفاظت در کاربردهای پزشکی از دستگاه‌های مولد پرتوهای RF**
- **رعایت اصول بهداشت و حفاظت در کاربردهای پزشکی از دستگاه‌های مولد مادون‌قرمز (IR)**

در کاربردهای مختلف پزشکی اشعه UV در بیمارستان شامل فتوتراپی نوزادان، لیزرهای جراحی، فیزیوتراپی با لامپ حرارتی، درمان اختلالات پوستی و یا استفاده به‌عنوان لامپ‌های میکروب‌کش برای ازبین‌بردن باکتری‌ها، حفاظت لازم از پوست و چشم انجام می‌باشد. نکات ایمنی خاص هر نوع لیزر (چشم و پوست) پیش از کار با آن موردتوجه قرار می‌گیرد. (به‌ویژه لیزرهای کلاس B3 و ملاحظات مربوط به RF و IR)

الف–۷

مدیریت تجهیزات پزشکی

الف–۷ مدیریت تجهیزات پزشکی

الف-۷-۱ تأمین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود
❊ الف-۷-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲
تجهیزات پزشکی ضروری هر واحد/ بخش تأمین شده و در صورت نیاز، تجهیزات پزشکی پشتیبان آماده‌به‌کار جایگزین می‌شوند.
❖ تعیین و تصویب فهرست و تعداد تجهیزات پزشکی ضروری هر بخش با ذکر واحد/ بخش پشتیبان در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ❖ وجود فهرست تجهیزات پزشکی ضروری در هر واحد/ بخش و نیز در واحد/ بخش پشتیبان ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از تجهیزات پزشکی ضروری و تجهیزات پزشکی پشتیبان و اطمینان از آماده‌به‌کار بودن آن‌ها ❖ بازنگری فهرست تجهیزات پزشکی ضروری و پشتیبان در بازه‌های زمانی مناسب مبتنی بر وضعیت ارائه خدمات در بیمارستان
فهرست تجهیزات پزشکی ضروری و همچنین واحد/بخش پشتیبان آن در کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با پیشنهاد مسئول تجهیزات پزشکی و تأیید مسئول فنی/ایمنی و مسئولان واحدها/ بخش‌ها تعیین و تصویب می‌شود. بخش‌های ویژه، اورژانس و اتاق‌های عمل نمی‌توانند پشتیبان سایر بخش‌ها باشند. لازم به توضیح است با توجه به این که برخی تجهیزات حیاتی خاص مانند ونتیلاتور آی سی یو و ماشین بیهوشی که این نوع دستگاه‌ها تنها در یک نوع بخش یافته می‌شود، پشتیبانی بخش‌های مشابه از یکدیگر بلامانع است. بازنگری فهرست تجهیزات پزشکی ضروری و پشتیبان در بازه‌های زمانی مناسب (حداقل سالانه) مبتنی بر وضعیت ارائه خدمات در بیمارستان صورت می‌پذیرد. وضعیت ارائه خدمت در بیمارستان تابع عواملی مانند میزان اشغال تخت، میزان چرخش تخت، بحران‌ها و تنوع بیماری‌ها است. به‌عنوان‌مثال با افزایش بستری بیماران بدحال یا طغیان عفونت‌ها، در برخی بخش‌ها به منظور سهولت دسترسی به تجهیزات پزشکی پشتیبان برای آن واحد/ بخش ممکن است نیاز به تجدیدنظر باشد. در تدوین لیست تجهیزات پزشکی ضروری هر بخش علاوه بر تعیین نوع تجهیز، تعداد مورد نیاز آن بر اساس استانداردها/حجم کار و شرایط واحد/بخش تعیین شده و در لیست تجهیزات پزشکی ضروری قید گردد. توصیه می‌گردد تجهیزات پزشکی ضروری هر بخش و بخش‌های پشتیبان آن در یک لیست واحد تهیه و ابلاغ گردد.
❊ الف-۷-۱-۲/ ☑☑☑/ ۱,۵
در راستای افزایش سرعت، کیفیت و ایمنی خدمات تشخیصی و درمانی، از تجهیزات پزشکی با تکنولوژی پیشرفته و به‌روز استفاده می‌شود.
❖ انجام مطالعات و وجود مستنداتی مبنی بر پیشرفته و به‌روز بودن تجهیزات پزشکی خریداری شده ❖ وجود فهرست تجهیزات پزشکی تشخیصی و درمانی پیشرفته و به‌روز در بیمارستان ❖ استفاده از تجهیزات پزشکی دارای تکنولوژی پیشرفته و به‌روز باهدف ارتقای سرعت، کیفیت و ایمنی خدمات تشخیصی و درمانی ❖ اتصال سامانه مدیریت تجهیزات پزشکی با پایگاه ملی سلامت و تبادل اطلاعات تجهیزات پزشکی سرمایه به صورت برخط با آن
به‌روز سانی تکنولوژی تجهیزات پز شکی ت شخی صی به‌منظور بهبود سرعت، دقت و صحت خدمات ت شخی صی در بخش‌ها/ واحدهای بیمار ستان یکی از مصادیق بیمارمحوری است. در مواردی که ارتقای قابلیت‌های تجهیزات پزشکی با تهیه لوازم جانبی (نرم‌افزاری، سخت‌افزاری) میسر است خرید و جایگزینی تجهیزات پزشکی جدید مدنظر نیست. تصمیم‌گیری برای بهبود و توسعه تجهیزات پزشکی با هدف ارتقای سرعت، دقت و صحت خدمات تشخیصی، فراتر از ملاحظات صرفاً مالی بوده و در ارتقای کیفیت خدمات، بهبود ایمنی بیماران و تقویت فرهنگ بیمارمحوری مؤثر است؛ لذا از این منظر این سنجه نقش مهمی در ارزیابی باور مدیران ارشد در امر اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت، ایمنی بیمار و فرهنگ بیمارمحوری دارد. در تدوین فهر ست تجهیزات پز شکی پی شرفته ت شخی صی و درمانی، علت درج هر تجهیز به صورت جداگانه بیان شود و م شخص گردد که در کدام‌یک از حوزه‌های افزایش سرعت، ارتقای کیفیت و بهبود ایمنی خدمات تشخیصی و درمانی کارآمد است. مطابق ماده ۲ بند الف ماده ۶۹ برنامه هفتم پیشرفت کشور، یکی از شرایط تمدید پروانه های مسئول فنی و تاسیس و بهره برداری و اعطای گواهینامه اعتباربخشی، تبادل اطلاعات تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به صورت برخط و به روز با پایگاه ملی سلامت از طریق سرویس مذکور خواهد بود.

الف-۷-۱-۳/ ☑☑☐/ ۱,۵

بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط**
- ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های عملکردی واحد مهندسی تجهیزات پزشکی به منظور سنجش اثربخشی**
- ❖ **ارتقای دانش و آگاهی کارکنان در زمینه‌ی نگهداشت و کاربری ایمن تجهیزات پزشکی**
- ❖ **تائید و تصویب برنامه‌ی کنترل کیفی، نگهداشت پیشگیرانه و سرویس دوره‌ای تجهیزات پزشکی**

مسئول واحد تجهیزات پزشکی حضور دائم در تمام کمیته‌های مربوطه داشته باشد. از اقدامات بسیار مهم کمیته، نیازسنجی و تصمیم‌گیری در خصوص تهیه تجهیزات پزشکی است. همچنین ضمن رعایت آیین‌نامه‌های مربوطه، موضوع خرید تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و با حضور مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح و بررسی کارشناسی فنی و با درنظرگرفتن صرفه و صلاح در خصوص خرید صورت پذیرد.

مسئول واحد تجهیزات پزشکی باید از نحوه‌ی برگزاری مناقصات، مقررات، ضوابط و بخشنامه‌های مرتبط با تأمین (خرید) تجهیزات پزشکی و نیز قیمت‌گذاری تجهیزات پزشکی آگاهی داشته و در برگزاری مناقصات مشارکت فعال داشته باشد. بدیهی است در مواردی که ارتقای قابلیت‌های تجهیزات پزشکی با تهیه لوازم جانبی (نرم‌افزاری، سخت‌افزاری) میسر است، خرید و جایگزینی تجهیزات پزشکی جدید توصیه نمی‌شود.

- ➢ **اهم وظایف کمیته در حیطه‌ی تجهیزات پزشکی:**

۱) ارزیابی نتایج تحلیلی تعمیرات انجام شده در بیمارستان
۲) نظارت بر فرآیند اسقاط تجهیزات پزشکی و همچنین تعیین معیارهای انتخاب/خرید تجهیزات پزشکی
۳) تعیین صرفه و صلاح و نظارت بر هر مورد خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و ملزومات مصرفی و انتخاب نوع و مدل آن
۴) تدوین فرمولاری تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان بر اساس سامانه‌ی اداره کل تجهیزات پزشکی و اطلاع‌رسانی آن به پزشکان
۵) تدوین و بازنگری تجهیزات پزشکی ضروری بخش‌ها و بخش‌های پشتیبان هر بخش
۶) بررسی مشکلات پیش آمده در حوزه تجهیزات پزشکی و تصمیم گیری در این خصوص

الف-۷-۲ پایش، نگهداری، ارزیابی و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

الف-۷-۲-۱/ ☑☐☐/ ۱

تعمیرات تجهیزات پزشکی از طریق شرکت‌های نمایندگی/ ثالث مجاز انجام می‌شود.

- ❖ **شناسایی شرکت‌های نمایندگی/ثالث مجاز تجهیزات پزشکی و درج نام آن‌ها در شناسنامه تجهیزات پزشکی**
- ❖ **انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی صرفاً از طریق شرکت‌های نمایندگی/ ثالث مجاز**
- ❖ **اخذ تأییدیه کنترل کیفی از شرکت مبنی بر عملکرد صحیح دستگاه، پس از تعمیر و پیش از بازگشت آن به چرخه‌ی استفاده**

فهرست شرکت‌های نمایندگی/ثالث مجاز از سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی اخذ می‌شود. فهرست شرکت‌هایی که انجام خدمات آن‌ها به‌موقع و باقیمت و کیفیت مناسب صورت نمی‌پذیرد، حتماً به واحد ذی‌ربط در دانشگاه/دانشکده متبوع اطلاع‌رسانی گردد و در خریدهای بعدی به موضوع عدم رضایت از خدمات پس از فروش توجه جدی شود. اسکن مستندات کاغذی و الکترونیکی نمودن سوابق تعمیرات/سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات پزشکی به‌منظور دسترسی سریع و امکان طبقه‌بندی سوابق توصیه می‌شود.

❋ **الف-۷-۲-۲/ ☑☐☐/ ۲**

نگهداری پیشگیرانه و سرویس دوره‌ای تجهیزات پزشکی بر اساس الزامات مربوطه برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردد.

- ❖ **وجود فهرست تجهیزات پزشکی مشمول نگهداری پیشگیرانه و سرویس دوره‌ای**
- ❖ **تدوین برنامه زمان‌بندی انجام ارزیابی‌های نگهداری پیشگیرانه و سرویس دوره‌ای بر اساس الزامات مربوطه**
- ❖ **وجود شواهد و مستندات انجام نگهداری پیشگیرانه و سرویس دوره‌ای بر اساس زمان‌بندی‌های تعیین شده**
- ❖ **طرح‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نگهداری پیشگیرانه**
- ❖ **وجود قراردادهای معتبر و جاری برای سرویس دوره‌ای تجهیزات پزشکی پس از پایان دوره ضمانت**[1]

برنامه‌ریزی و اجرای دقیق نگهداری پیشگیرانه تجهیزات پزشکی یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین خدمات تخصصی واحد تجهیزات پزشکی است که در کاهش هزینه‌های تعمیر و نگهداشت و نیز صیانت از کیفیت خدمات و ایمنی بیماران بسیار تأثیرگذار است، به همین دلیل انجام سرویس‌های دوره‌ای توسط شرکت‌های مجاز الزامی است.فهرست تجهیزات پزشکی مشمول سرویس دوره‌ای و نگهداری پیشگیرانه توسط کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی تائید و تصویب می گردد.

[1] guarantee

❋ الف-۷-۲-۳/ ☐☐☑/ ۲
کنترل کیفی[1] دوره‌ای تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوطه برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ وجود فهرست تجهیزات پزشکی مشمول کنترل کیفی ❖ تدوین برنامه‌ی زمان‌بندی انجام کنترل کیفی تجهیزات پزشکی مشمول و تصویب در کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ❖ وجود شواهد و مستندات کنترل کیفی تجهیزات پزشکی بر اساس زمان‌بندی‌های تعیین شده توسط شرکت‌های مجاز ❖ وجود تاییدیه کنترل کیفی دستگاه‌های تصویربرداری حداقل سالانه از شرکت‌های مورد تایید سازمان انرژی اتمی ❖ انجام کنترل کیفی مجدد در صورت خرابی تجهیزات پزشکی یا گزارش عدم انطباق در عملکرد آن‌ها، پیش از موعد کنترل کیفی دوره‌ای بعدی ❖ تعیین تکلیف تجهیزات پزشکی با نتیجه مشروط در آزمون کنترل کیفی
کنترل کیفی دوره‌ای تجهیزات پزشکی تحت ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی انجام می‌شود. پیش از شروع آزمون کنترل کیفی باید تاریخ اعتبار پروانه و زمینه صلاحیت شرکت بر اساس سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت ارزیابی شود. بیمارستان برای اجرای کنترل کیفی، برنامه‌ی زمان‌بندی انجام آن را بر اساس دستورالعمل مدیریت نگهداشت (قابل دسترسی در تارنمای IMED.IR) تدوین کرده و بر اساس آن عمل نماید. زمان‌بندی انجام آزمون‌های کنترل کیفی، استعلام تعرفه خدمات، اجرای آزمون‌ها و الصاق برچسب‌های مربوط، باید مطابق دستورالعمل ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و انجام شود. حضور کارشناسان تجهیزات پزشکی برای نظارت بر نحوه و عملکرد انجام آزمون و کسب اطمینان از کنترل کیفی ضروری است. همچنین تجهیزات پزشکی که نتیجه کنترل کیفی آن‌ها مردود ارزیابی شده باید جمع‌آوری و تا زمان انجام اقدام اصلاحی/تعمیرات لازم مورد بهره‌برداری قرار نگیرد. همچنین باید مستندات و سوابق اقدامات اصلاحی و نحوه‌ی مرتفع نمودن اشکالات گزارش شده و نتایج کنترل کیفی مجدد این دستگاه‌ها، نگهداری و نسبت به الصاق برچسب جدید اقدام شود. با توجه به به‌روزرسانی سالانه فهرست تجهیزات پزشکی مشمول کنترل کیفی توسط اداره کل تجهیزات پزشکی، ملاک انجام کنترل کیفی، فهرست اعلامی اداره کل تجهیزات پزشکی است.
الف-۷-۲-۴/ ☑☑☐/ ۲
کاربران از تجهیزات پزشکی بر اساس اصول کاربری و نگهداشت صحیح و ایمن استفاده می‌کنند.
❖ تدوین راهنمای کاربری و نگهداشت صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی ❖ به‌کارگیری صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی بر اساس راهنمای تدوین شده ❖ نظارت بر نحوه‌ی کاربری و نگهداشت صحیح و ایمن مبتنی بر راهنمای ❖ شناسایی موارد عدم انطباق در کاربری و نگهداشت صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی و طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود لازم ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی/برنامه‌های بهبود
➢ **مراحل آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی:** ۱) تعیین فهرست تجهیزات پزشکی که کاربران برای استفاده از آن نیازمند آموزش هستند. ۲) پیش‌بینی تعهد آموزش اثربخش کاربران تجهیزات پزشکی در مفاد قرارداد خرید، و نظارت مسئول تجهیزات پزشکی بر اجرای دقیق آن ۳) تعیین نحوه آموزش، مسئول آموزش، مکان و مدت آموزش برای هر یک از تجهیزات پزشکی دارای برنامه آموزش کاربری ۴) تعیین کاربران اصلی هر تجهیز به‌عنوان مخاطبان آموزش ۵) آموزش کاربران مطابق برنامه تدوین شده برای استفاده صحیح و ایمن از تجهیزات پزشکی ۶) ارائه آموزش توسط افراد ذی‌صلاح با توجه به نوع تجهیزات پزشکی توسط نمایندگی رسمی/ کارشناس ستادی/ بیمارستان ۷) استفاده از وسایل کمک‌آموزشی مانند فیلم‌های آموزشی با هدف استمرار آموزش‌های موردنیاز ۸) تعیین کاربران مجاز تجهیزات پزشکی ۹) تهیه راهنمای اصلی تجهیزات پزشکی، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده‌ای به زبان فارسی توسط واحد تجهیزات پزشکی ۱۰) تهیه راهنمای تصویری کاربری سریع تجهیزات پزشکی و دردسترس‌بودن آن در مکان کاربری دستگاه‌های منتخب راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی باید به زبان ساده و قابل‌فهم در تمامی بخش‌های درمانی و تشخیصی تهیه شود. در مواردی که به تشخیص واحد تجهیزات پزشکی نیازی به نصب راهنما بر روی دستگاه نیست فایل الکترونیکی تهیه و در دسترس مستمر کاربران قرار گیرد. لازم به ذکر است که نظارت بر نحوه کاربری و نگهداشت صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی برعهده مسئول واحد تجهیزات پزشکی و مسئول بخش/واحد محل استقرار تجهیزات پزشکی خواهد بود.

[1] Quality Control

الف-۷-۲-۵/ ☑☐☐/ ۱,۵

مدیریت تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی بر اساس دستورالعمل‌های مربوطه صورت می‌گیرد.

- **تدوین روش اجرایی «مدیریت تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی» توسط واحد تجهیزات پزشکی و آگاهی کارکنان مرتبط از آن**
- **اطمینان از عدم دسترسی کاربران به تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی در محدوده تجهیزات پزشکی سالم با نظارت واحد تجهیزات پزشکی**
- **نظارت بر خروج فوری تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی از بخش/ واحد محل خدمت**
- **اسقاط تجهیزات پزشکی بر اساس ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی**
- **تعیین تکلیف نهایی تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی در بیمارستان**

برای استقرار این سنجه لازم است مسئول تجهیزات پزشکی بر جمع‌آوری تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی، تعیین تکلیف آن‌ها و ثبت مستندات مربوطه نظارت نموده و از عدم دسترسی کاربران به تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی در محل ارائه مراقبت/ خدمت اعم از خدمات سرپایی، بستری، اتاق‌های عمل و واحدهای پاراکلینیک اطمینان حاصل نماید. همچنین تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی باید نشان‌گذاری گردیده و از محدوده تجهیزات پزشکی سالم مانند تجهیزات پزشکی پشتیبان در بخش‌های بالینی و پشتیبانی جدا گردد؛ چراکه امکان استفاده نابجا از تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان شده و اسقاطی به‌جای تجهیزات پزشکی سالم و آماده‌به‌کار محتمل می‌گردد. مستندات مربوط به تجهیزات پزشکی معیوب، فراخوان‌شده و اسقاطی و تعیین‌تکلیف نهایی آن‌ها، در واحد تجهیزات پزشکی ارزیابی می‌شود.

➢ **سوابق و مستندات مورد نیاز تجهیزات پزشکی فراخوان شده:**

۱) سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذی‌ربط در خصوص تجهیزات پزشکی فراخوان شده

۲) فهرست تجهیزات پزشکی فراخوان شده با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضا

۳) سوابق اطلاع‌رسانی تجهیزات پزشکی فراخوان شده به‌تمامی بخش/ واحدها

۴) سوابق و مستندات بیان‌کننده سرنوشت نهایی تجهیزات پزشکی فراخوان شده

به‌منظور پیشگیری از به‌کارگیری اشتباه تجهیزات پزشکی فراخوان شده به‌جای تجهیزات پزشکی سالم باید ضمن نشانه‌گذاری، چینش و نگهداری موقت آن‌ها به‌نحوی باشد که در محدوده تجهیزات پزشکی سالم مانند تجهیزات پزشکی پشتیبان/فعال در بخش‌های بالینی و پشتیبانی قرار نگیرد.

الف-۷-۲-۶/ ☑☐☐/ ۱

اطلاعات شناسنامه‌ای، کنترل کیفی، نگهداری پیشگیرانه، تعمیرات و سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات پزشکی به روز بوده و در دسترس است.

- **وجود شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی با حداقل‌های مورد نیاز**
- **به روزسانی و اصلاح / تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی پس از سرویس‌های دوره‌ای/ تعمیرات، اسقاط و یا خرید تجهیزات پزشکی جدید/جابجایی محل استقرار**

حداقل‌های مورد نیاز در شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی؛

درج نام دستگاه، محل استقرار، مدل، سال نصب، سال تولید، سوابق کنترل کیفی، شرکت نمایندگی، سوابق نگهداشت و کد شناسه تجهیزات پزشکی بصورت یکجا در شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی مدنظر بوده و وجود آن‌ها در مستندات جداگانه قابل قبول نمی‌باشد.

تجهیزاتی که امکان نصب برچسب اموال ندارد از قبیل گوشی معاینه، فشارسنج عقربه‌ای، فلومتر اکسیژن، چراغ‌قوه و از این قبیل موارد نیاز به شناسنامه ندارد. اما تعداد آن در هر بخش باید مشخص و معلوم باشد.

الف-۷-۳ بیمارستان از تأمین ایمن گازهای طبی برای استفاده بیماران اطمینان حاصل می‌نماید

الف-۷-۳-۱/ ☑☑☐/ ۲

برآورد میزان اکسیژن مورد نیاز بیمارستان و تأمین آن با فشار و خلوص مورد نیاز برای بیمار انجام شده و تحت نظارت قرار دارد.

- **میزان اکسیژن مورد نیاز روزانه بیمارستان بر حسب شرایط برآورد شده و مستندات آن در دسترس است**
- **تأمین اکسیژن مورد نیاز با فشار و خلوص مورد انتظار بر بالین بیمار**
- **نظارت واحد تجهیزات پزشکی بر تأمین ایمن اکسیژن مصرفی بیمار و شناسایی موارد عدم انطباق**
- **طرح‌ریزی، اجرا و پایش اقدامات اصلاحی لازم**

نکات مهم در زمینه تأمین اکسیژن با فشار، جریان و خلوص موردانتظار برای بیماران

۱) تهیه و تأمین ابزار لازم برای سنجش فشار و خلوص اکسیژن

۲) سنجش میزان فشار و خلوص اکسیژن در نقاط مختلف به‌ویژه بر بالین بیماران

۳) توجه خاص به بخش‌های حساس مانند بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق‌های عمل

۴) پایش مستمر خلوص، فشار و میزان مصرف اکسیژن در سایت اکسیژن‌ساز و در بالین بیمار

۵) پایش مستمر سلامت خطوط انتقال گازهای طبی از محل تولید تا بالین بیمار

۶) وجود حداقل خلوص ۹۰ درصدی اکسیژن در انتهای مسیر انتقال اکسیژن در بخش‌ها و فشار مناسب حداقل ۴ بار (در بخش‌های مراقبت ویژه بیش از ۴/۵ بار)

۷) نصب هشداردهنده‌ی خودکار افت فشار و خلوص اکسیژن در ورودی بخش‌ها با اولویت بخش‌های ویژه

۸) وجود قرارداد سرویس و نگهداری با شرکت نمایندگی دستگاه اکسیژن‌ساز و انجام سرویس‌های دوره‌ای و نگهداری مستندات مربوط

۹) رعایت نکات ایمنی و فنی دستگاه‌های اکسیژن‌ساز

۱۰) اتصال دستگاه اکسیژن‌ساز به برق اضطراری

۱۱) محل استقرار دستگاه اکسیژن‌ساز حفاظت‌شده، ایمن و مطابق استانداردهای مربوطه باشد.

۱۲) برنامه نگهداری پیشگیرانه و بازبینی دوره‌ای لوله‌کشی‌های سانترال به بخش‌ها، موجود و در دسترس است.

۱۳) وجود شناسنامه و تمامی سوابق سرویس دوره‌ای/تعمیر و کنترل کیفی دستگاه اکسیژن‌ساز

۱۴) سیستم جایگزین (بای‌پس) تأمین اکسیژن در بیمارستان برای مواقع اضطراری

۱۵) دسترسی حفاظت شده برای افراد مجاز به استقرار منابع تأمین‌کننده اکسیژن و مخازن ذخیره

۱۶) استقرار منابع تأمین‌کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن به علت احتمال خطر انفجار خارج از ساختمان بیمارستان و دردسترس‌بودن جایگاه به‌سهولت و آسانی (با رعایت ملاحظات ایمنی و امنیتی)

۱۷) مدیریت پیشگیرانه ایمنی محیط در موارد مخاطرات سیل، منابع حرارتی و سقوط اشیا و اجسام معلق در هوا و سایر مخاطرات

۱۸) تهیه و شارژ کپسول‌های اکسیژن توسط شرکت‌های معتبر و دارای مجوز تولید اکسیژن طبی از مؤسسه ملی استاندارد ایران

۱۹) نگهداری سوابق تهیه/ شارژ کپسول‌های اکسیژن

موجودی کپسول‌های شارژ شده باید به‌گونه‌ای مدیریت شود که علاوه بر تأمین نیازهای معمول بیمارستان در تمام ساعات شبانه‌روز، ذخیره کافی برای شرایط اضطراری و غیرمترقبه نیز وجود داشته باشد. میزان موجودی و ذخیره به تفکیک بخش‌های بیمارستان باید به صورت منطقی و بر اساس بررسی کارشناسی تعیین شود.

❋ الف-۷-۳-۲/ ☑☐☐/ ۲

تهیه، نگهداری و انتقال کپسول گازهای طبی مطابق ضوابط ایمنی مربوطه انجام می‌شود.

- تهیه و تأمین کپسول اکسیژن و سایر گازهای طبی از مراکز مجاز و مورد تأیید
- قید حداقل اطلاعات موردنیاز به‌صورت خوانا و غیر قابل مخدوش‌شدن و عدم وجود هرگونه پوشش اضافی بر روی کپسول‌های گازهای طبی
- نشانه گذاری و رنگ‌بندی کپسول انواع گازهای طبی مطابق ضوابط مربوطه
- وجود شواهد و مستندات بررسی و تأیید خلوص گاز اکسیژن در بدو ورود به بیمارستان
- استانداردسازی محل و نحوه نگهداری کپسول‌های گازهای طبی
- انتقال ایمن کپسول گازهای طبی در بیمارستان

نظارت بر تهیه، نگهداری و حمل‌ونقل ایمن کپسول‌های گازهای طبی توسط مسئول فنی/ ایمنی و مسئول تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و از پر بودن کپسول‌ها در ابتدای هر نوبت‌کاری در بخش‌های درمانی (توسط پرستار مربوطه) اطمینان حاصل می‌شود. روش تفکیک و تشخیص کپسول‌های پر و خالی باید در فرایند تأمین گازهای طبی، به‌ویژه اکسیژن، مشخص و اجرا شود (کپسول پر، فشاری معادل ۱۲۵ تا ۱۵۰ بار دارد و در صورت کمتر بودن این فشار از ۵۰ بار، کپسول قابلیت استفاده برای ترالی احیای بخش‌های ویژه، آمبولانس، دستگاه بیهوشی و... ندارد). کپسول‌های اکسیژن موجود در بخش باید مجهز به مانومتر و ابزار و اتصالات استاندارد و آماده برای استفاده باشند (توصیه می‌شود برای استفاده از کپسول‌ها بر روی برانکارد برای انتقال بیماران از مانومترهای مخصوص استفاده گردد).

➢ نکات ایمنی کپسول‌های گازهای طبی

۱) کپسول‌های گازهای طبی در مکان‌های خود ثابت و محکم شوند.
۲) حمل کپسول‌های گازهای طبی پر در تمامی نقاط بیمارستان با کلاهک انجام شود.
۳) برای جلوگیری از تماس روغن و گریس، استعمال دخانیات، تماس با شعله یا جرقه با کپسول، علایم هشداردهنده در مجاورت کپسول‌ها نصب شود.
۴) دستورالعمل استفاده از کپسول‌های گازهای طبی تهیه و در مجاورت محل استقرار کپسول نصب شود.
۵) برای حمل و جابه‌جایی از ترالی مخصوص حمل گاز طبی استفاده شود.
۶) در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل‌اشتعال رگلاتور از سیلندر باز، دریچه‌های سیلندر بسته و کلاهک بر روی آن محکم شود.
۷) در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل‌اشتعال ضمن انتقال به ترالی مخصوص حمل‌ونقل باید توسط زنجیر محکم شود
۸) در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل‌اشتعال سیلندر به‌صورت ایستاده حمل‌ونقل شود.
۹) در حین انتقال سیلندرهای اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل‌اشتعال از کشیدن و یا چرخاندن آن به‌صورت افقی بر روی زمین اکیداً خودداری شود.
۱۰) نگهداری کپسول‌های گازهای طبی با رعایت نکات ایمنی انجام شود.

➢ نگهداری ایمن کپسول‌های گازهای طبی

۱) محل نگهداری سیلندر گازهای طبی در فضایی محصور و مسقف
۲) به دور از تابش مستقیم نور خورشید
۳) دارای تهویه مناسب
۴) دارای حداقل دو درب (ورودی و خروجی) و قابل قفل‌شدن
۵) ابعاد درها به‌گونه‌ای باشد که ورود و خروج ترالی حمل کپسول به‌راحتی امکان‌پذیر باشد
۶) جلوگیری از دسترسی افراد غیرمجاز
۷) محل نگهداری دارای علامت هشدار با مضمون «گازهای قابل‌اشتعال» و «استعمال دخانیات ممنوع» که از فاصله ۱۵۰ سانتیمتری قابل خواندن باشد
۸) چیدمان سیلندرهای گازهای طبی به‌نحوی که اولویت با مصرف سیلندرهای قدیمی‌تر باشد.
۹) فضا باید به‌نحوی محصور و ایمن‌سازی شود تا از سرایت حریق یا ورود اشیای مشتعل (مانند ته‌سیگار روشن) به داخل آن جلوگیری به عمل آید.

حداقل اطلاعات لازم روی سیلندرهای گازهای طبی باید شامل نام مرکز، نام گاز به فار سی و فرمول شیمیایی به انگلیسی با شد؛ همچنین نشانه‌گذاری و تفکیک سیلندرهای خالی گازهای طبی (از سیلندرهای پر) باید به‌طور مشخص انجام شود.

جابجایی کپسول‌های گازهای طبی با روشی ایمن توسط کاربران آموزش دیده و تحت نظارت واحد تأسیسات انجام گردد.

نظارت بر حسن اجرای فرایند تهیه، نگهداری، ضخامت سنجی، اندازه‌گیری فشار هیدروا ستاتیک و حمل‌ونقل ایمن کپسول‌های طبی توسط مسئول فنی/ ایمنی بیمارستان، بهداشت حرفه‌ای (HSE) و واحد مهندسی پزشکی برنامه‌ریزی و بادقت انجام شود.

ب–۱

مراقبت‌های عمومی و بالینی

ب–۱ مراقبت‌های عمومی و بالینی

ب-۱ -۱ ارزیابی اولیه بیماران مطابق ضوابط انجام می شود

❊ ب-۱-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲

قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی، شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه به‌صورت فعال انجام می‌شود.

- **الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تأیید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ همراه/ ولی قانونی**
- **آموزش و آگاهی بیماران/ همراه در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری، نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی**
- **انجام شناسایی ایمن بیماران به‌صورت فعال**
- **رعایت سیستم کدبندی رنگی دستبند شناسایی**
- **چک مستقل دوگانه‌ی هویت بیمار در پروسیجرهای پرخطر**
- **استفاده از فناوری‌های نوین در شناسایی بیماران**

شنا سایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به‌عنوان م سئولیت اولیه‌ی کارکنان خدمات سلامت در تمامی بیماران ب ستری و تمامی بخش‌ها/ واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپی‌ها و مانند آن‌ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی باید نهادینه شده باشد. تأکید می‌گردد که استفاده از دستبندهای شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد. استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (از جمله سوختگی و شکستگی موضعی اندام‌های فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است. در بیماران سرپایی که برای آنها دستبند شناسایی صادر نمی‌شود از اوراق هویتی معتبر مانند کارت ملی به‌منظور شناسایی هویت بیمار استفاده می‌شود.

➢ **تأکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران**

۱) به‌منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران باید به‌صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی درج شود.
۲) باید حداقل دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس‌زمینه سفید دستبند چاپ شود.
۳) در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار، ضروری است نام پدر بیمار نیز به‌عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
۴) هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به‌عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.

➢ **نمونه‌هایی از فرایندهایی که بیشترین احتمال بروز خطای شناسایی بیمار در آن‌ها وجود دارد:**

۱) ورودهی به بیماران
۲) فلبوتومی
۳) ترانسفوزیون خون
۴) اقدامات تهاجمی
۵) اعمال جراحی
۶) اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه‌برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
۷) ترخیص نوزادان
۸) خدمات غیرمستمر مانند مشاوره‌ها
۹) انجام اقدامات تشخیصی/ درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تحت گاید، دیالیز و...)
۱۰) ارائه‌ی خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به‌کارگیری نیروها از سایر بخش‌ها در قالب اضافه‌کار)
۱۱) بیماران تازه بستری شده و بیماران با اسامی مشابه
۱۲) بیماران تازه بستری شده در اورژانس

- **برخی عوامل افزایش‌دهنده احتمال خطا در شناسایی صحیح بیماران:**

۱) تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبت‌های کاری، بین‌بخشی، بین بیمارستانی
۲) مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیربالینی
۳) عدم به‌کاربستن چک‌لیست‌های قبل از عمل
۴) عدم رعایت روش‌های صحیح کنترلی
۵) بیماران دارای محدودیت‌های خاص در برقراری ارتباط مانند گویش‌ها و زبان‌های مختلف
۶) بیماران با سطح هوشیاری پایین یا اغما
۷) نوزادان و کودکان، سالمندان (به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر)
۸) بیماران روان‌پزشکی
۹) افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

- **روش شناسایی فعال بیماران**

۱) از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
۲) پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
۳) اگر بیمار کودک/ معلول ذهنی/ قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین/ بستگان درجه یک/ ولی قانونی، او را شناسایی نمایید.

در سیستم کدبندی رنگی، رنگ **قرمز** فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ **زرد** برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سوءتغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار می‌گیرد. تعریف این خطرات باید در کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و با استفاده از دستورالعمل بیماران پرخطر، مصوب و به بخش‌ها ابلاغ شود و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن کدبندی رنگی دستبندهای شناسایی انجام شود؛ بنابراین علت انتخاب رنگ زرد برای بیمار (خطر متوجه بیمار) باید مشخص باشد. همچنین لازم است بر روی دستبند شناسایی زردرنگ، ریسک مربوطه که دلیل تعیین رنگ زرد بوده است درج شود. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار/ همراهان از ریسک مربوطه به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش‌دیده باشد؛ ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا موجب تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می‌توان به خودکشی اشاره نمود. در این موارد می‌توان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته‌ی اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.

در بخش‌های اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی به‌عمل‌آمده و بخش‌های ویژه طبق ارزیابی اولیه‌ی پرستاری رنگ دستبند تعیین خواهد شد. به‌منظور پیشگیری از وقوع حوادث تهدیدکننده‌ی حیات بیمار در تغذیه‌ی مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه‌پیچی در داروخانه بستری، آماده‌سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای واجد صلاحیت ذی‌ربط به‌صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود. در فرایند انتقال خون نیز باید چک مستقل دوگانه توسط دو نفر از کادر بالینی و با تأیید صحت شناسه‌ها، دستورات پزشکی و انطباق آن‌ها با یکدیگر صورت پذیرد. شناسایی صحیح بیمار، نخستین و اساسی‌ترین اقدام در تأمین ایمنی بیمار است و عدم استقرار مؤثر این فرایند می‌تواند بر نتایج سایر استانداردهای ایمنی و مدیریت کیفیت نیز اثرگذار باشد.

- **فناوری‌های نوین می‌توانند شامل موارد زیر باشند:**

۱) Biometric devices
۲) RFID Chips
۳) Barcodes

ب-۱-۱-۲/ ☐☐☑/ ۱.۵

طراحی و هدایت برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط پزشک معالج/ پزشکان ذی‌صلاح بر اساس ارزیابی اولیه پزشکی انجام می‌شود.

- تعیین و ابلاغ محدوده زمانی جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک از سوی رئیس/ مدیرعامل بیمارستان
- انجام ارزیابی‌های اولیه بیماران در محدوده زمانی تعیین شده و تکمیل فرم شرح‌حال با مهر و امضای پزشک
- برنامه‌ریزی درمانی برای بیمار بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پزشکی و پرستاری
- ثبت تمامی دستورات تشخیصی، درمانی و مراقبتی، تسکینی و آرام‌بخشی توسط پزشک
- ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/ بستگان قانونی و جلب مشارکت آن‌ها و اجرای آن

تاریخ و ساعت تکمیل شرح‌حال توسط پزشک نوشته شده و مهر و امضا شود. ارزیابی اولیه پزشک مبنای تشخیص یا تشخیص‌های اولیه و تدوین برنامه مراقبت و درمان بیمار است. محدوده زمانی جهت انجام ارزیابی اولیه پزشک و تکمیل فرم شرح‌حال توسط رئیس/ مدیرعامل بیمارستان با مشاوره مسئول فنی تعیین شود. شرح‌حال‌نویسی باید منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی باشد. مشکلات واقعی یا بالقوه بیمار که در ارزیابی اولیه یا بر اساس تشخیص/تشخیص‌های احتمالی اولیه شناسایی شده‌اند باید در برنامه مراقبتی طراحی شده از طرف پزشک لحاظ شوند. پزشک وضعیت بیماران پرخطر، نیازمند مراقبت فوری و نیازمند مراقبت حاد را در اولین ارزیابی بیمار شناسایی و در برنامه مراقبتی درمانی طراحی شده لحاظ می‌نماید. انجام هیچ یک از فعالیت‌های یاد شده نباید موجب تأخیر/ تعلل در ارائه خدمات حیاتی به بیماران بدحال شود. درصورتی‌که ارزیابی اولیه پزشکی نشان دهد که بیمار در گروه پر خطر و اورژانسی قرار دارد، هم‌زمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، ویزیت توسط پزشک از سرویس تخصصی مربوط درخواست شود.

پزشک ذی صلاح به ترتیب اولویت شامل پزشک معالج / مقیم متخصص با تخصص مرتبط (پزشک آنکال با تخصص مرتبط) در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است.

ب-۱-۱-۳/ ☐☐☑/ ۱.۵

مراقبت‌های پرستاری از بیماران بر اساس ارزیابی اولیه پرستاری برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردد.

- آگاهی پرستاران در بخش‌های بستری از نحوه‌ی ارزیابی اولیه
- انجام ارزیابی اولیه‌ی دقیق و کامل پرستاری بر بالین بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده
- ثبت مشکلات و تشخیص‌های پرستاری شناسایی‌شده، مبتنی بر ارزیابی انجام‌شده در فرم ارزیابی اولیه و گزارش پرستاری
- تدوین و اجرای برنامه مراقبتی پرستاری مبتنی بر تشخیص‌های شناسایی شده
- سنجش اثربخشی اجرای برنامه مراقبتی پرستاری انجام شده

ارزیابی پرستاری یکی از اجزای مهم مراقبت‌های پرستاری جامع و اساس فرآیند پرستاری است. ارزیابی اولیه پرستاری یکی از مراجع مهم تصمیم‌گیری پزشک معالج در تدوین طرح مراقبت و درمان بیماران است. نتایج ارزیابی اولیه در فرم گزارش پرستاری ثبت می‌گردد. ملاک ارزیابی این سنجه ارزیابی بیمار و ثبت مشکلات/ تشخیص‌های پرستاری شناسایی‌شده طی ارزیابی اولیه در گزارش پرستاری است؛ لذا صرفا یا فقط تکمیل فرم / چک لیست ارزیابی اولیه برابر فرم ابلاغی مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد ، بلکه صحت اطلاعات درج شده در فرم مذکور، تشخیص های پرستاری و اقدامات مرتبط با آن و به کارگیری نتایج ارزیابی اولیه در فرایند پرستاری و اقدامات و مراقبت های پرستاری مورد توجه قرار می گیرد. البته مصادیق چک‌لیست ابلاغی ارزیابی اولیه پرستاری متناسب با عملکرد هر بیمارستان باید بررسی شود؛ بنابراین تکمیل یا عدم تکمیل چک‌لیست ابلاغی ارزیابی اولیه‌ی پرستاری ملاک کسب امتیاز نیست. ضروری است در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدیدکننده‌ی ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. در ارزیابی وضعیت روحی خطر اقدام به خودکشی در بیمار از روش معتبر ارزیابی و در برنامه‌ریزی مراقبت پرستاری استفاده شود. در انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر نیازی به انجام مجدد ارزیابی اولیه پرستاری نمی‌باشد. در خصوص بیماران سرپایی دیالیز، تالاسمی و شیمی‌درمانی در اولین مراجعه بیمار به بخش‌های سرپایی در مواردی که بیماران به صورت برنامه‌ریزی شده و منظم مراجعه می‌نماید، یک‌بار ارزیابی اولیه‌ی پرستاری انجام و در پرونده این بیماران ثبت شود و صرفاً در صورت ایجاد تغییر وضعیت این گروه از بیماران در مراجعه بعدی مجدداً ارزیابی اولیه انجام شود. در غیر این صورت یک‌بار ارزیابی اولیه کفایت می‌نماید. در خصوص بیماران تحت‌نظر در اورژانس که پرونده‌ی بستری برای آن‌ها تشکیل می‌شود باید در بدو پذیرش، ارزیابی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی، روانی و عوامل تهدیدکننده‌ی ایمنی بیمار به همراه اقدامات پرستاری لازم در بخش انجام و در گزارش پرستاری ثبت گردد. همچنین در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده در بخش اورژانس که پرونده‌ی سرویس پزشک معالج تشکیل شده است در صورتی‌که این بیماران بیش از ۱۲ ساعت از زمان تریاژ در اورژانس ماندگاری داشته باشند فرم ارزیابی اولیه پرستاری (جامع) تکمیل شود. بدیهی است در این صورت پس از انتقال به بخش بستری دیگر نیازی به ارزیابی اولیه در بخش مقصد نمی‌باشد.

ب-۱-۲ مراقبت و درمان بیماران بر اساس نتایج ارزیابی اولیه برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردد
ب-۱-۲-۱/ ☑☐☐/ ۱،۵
مراقبت‌های پرستاری در هر نوبت کاری توسط پرستار معین به‌صورت مستمر، ایمن و متناسب با سطح مراقبتی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در شیفت (به‌جز سرپرستار) و تعیین پرستار مسئول برای هر بیمار در هر نوبت کاری ❖ معرفی پرستار مسئول بیمار، در شروع هر نوبت کاری به بیمار/ همراه و ثبت نام خانوادگی پرستار مسئول در تابلوی مشخصات بالای تخت بیمار ❖ نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاری ❖ ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار و ثبت نتایج آن در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول بیمار ❖ اشراف و تسلط کامل پرستار به وضعیت بالینی بیمار و ثبت اقدامات پرستاری انجام شده در هر نوبت کاری توسط پرستار مسئول بیمار در فرم گزارش پرستار ❖ همراهی پرستار مسئول بیمار در تمامی ویزیت پزشکان و تبادل اطلاعات و نتایج ارزیابی‌های انجام شده ❖ حضور هم‌زمان پرستاران و کمک‌پرستاران تحویل‌دهنده و تحویل‌گیرنده در زمان هم‌پوشانی شیفت و انجام تحویل بالینی بیماران ❖ عدم هرگونه اختلال/ تأخیر در مراقبت‌ها در ساعات تحویل نوبت کاری
توزیع متوازن نیروی انسانی پرستاری در بخش‌های مختلف بیمارستان باید به‌گونه‌ای انجام شود که تقسیم بیماران متناسب با ویژگی‌ها و سطح‌بندی مراقبتی بیماران و مهارت حرفه‌ای کارکنان صورت گیرد؛ در تقسیم بیماران مسئولیت‌های سرپرستاری و نظارتی سرپرستار رعایت شود. همچنین برای نوبت‌های کاری عصر و شب تعیین مسئول شیفت ضروری است. در صورت ترک موقت محل خدمت توسط پرستار مسئول، تعیین پرستار جانشین و تحویل بالینی بیمار پیش از ترک محل خدمت الزامی است. سطح‌بندی و توزیع بیماران برای هر شیفت توسط مسئول شیفت با هماهنگی مسئول شیفت قبل با توجه به اطلاع کامل‌تر از شرایط بیماران، صورت پذیرد. همچنین برای جلوگیری از اختلاف‌نظر و پوشش کامل مراقبت‌ها در زمان هم‌پوشانی، مدیریت پرستاری باید نحوه پوشش کدهای فراخوان در زمان هم‌پوشانی شیفت‌ها را تدوین و پس از تصویب رئیس بیمارستان ابلاغ نماید. دقت شود جابه‌جایی بیماران بین بخش‌های مختلف حتی‌الامکان در ساعات تعویض شیفت نباشد مگر در موارد اورژانس که اجتناب‌ناپذیر است. همچنین موضوع تغییر پرستار در گزارش پرستاری ثبت و گزارش مراقبت‌ها در پرونده بیمار در زمان عدم حضور پرستار بیمار توسط پرستار جانشین انجام شود. در خصوص سطح‌بندی بیماران روان‌پزشکی، بر اساس ضوابط داخلی بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام شود. برای اطمینان از برقراری ارتباط مؤثر و ایمن از ابزارهایی مانند ISBAR استفاده می‌شود. با استفاده از تکنیک ISBAR که دارای مکانیسمی ساده برای به‌خاطر سپردن است و می‌تواند برای شکل‌دادن به ارتباطات افراد به‌ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می‌طلبد، مورداستفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم‌سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگی‌های تکنیک ISBAR محسوب می‌شود. ➢ **مراحل تکنیک ISBAR عبارت است از:** ۱. شناسایی[1]: شناسایی هویت بیمار ۲. وضعیت[2]: تشریح وضعیت کنونی ۳. سوابق[3]: بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به‌اختصار ۴. ارزیابی[4]: نتیجه‌گیری، آن چه که فکر می‌کنید ۵. توصیه[5]: آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

[1] I(Identification)
[2] S(Situation)
[3] B(Background)
[4] A(Assessment)
[5] R(Recommendation)

❊ ب-۱-۲-۲/ ☑☐☐/ ۲

آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی خارج از اتاق عمل، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.

- ❖ **شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخش‌های مختلف بیمارستان تحت نظارت رئیس بخش و مسئول فنی مرکز**
- ❖ **تدوین دستورالعمل «آمادگی بیماران و رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل»**
- ❖ **آگاهی کارکنان مرتبط از الزامات ایمنی و اجرای صحیح دستورالعمل‌های مربوط**
- ❖ **آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی و مراقبت و پایش مستمر و ایمن بیماران حین و پس از مداخلات تهاجمی بر اساس دستورالعمل تدوین شده**

مداخلات تهاجمی خارج از اتاق عمل حداقل شامل اعمال جراحی سرپایی، آنژیوگرافی، دیالیز، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، انواع اسکوپی‌ها، تعبیه کاتتر ورید مرکزی، تصویربرداری همراه با اقدام تهاجمی و سایر موارد با تشخیص بیمارستان است.

➢ **نکاتی مهم در خصوص دستورالعمل‌های آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن**

۱) توجه به جزئیات آمادگی‌ها و مراقبت/ پایش‌ها به تفکیک انواع مداخلات تهاجمی در دستورالعمل
۲) استفاده از مفاد دستورالعمل ابلاغی از جمله دستورالعمل جراحی ایمن در تدوین دستورالعمل مربوط و رعایت فرایند توسط اجراکننده پروسیجر
۳) آموزش کارکنان و نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل‌های تدوین شده
۴) اطمینان از ایمنی محیط انجام پروسیجر، آماده‌به‌کار بودن تجهیزات حیاتی، داروهای اورژانسی و تجهیزات احیا
۵) ارزیابی بالینی بیمار به‌منظور شناسایی وجود آلرژی‌های شناخته شده یا اثرات ناخواسته دارویی
۶) جلب مشارکت و تعامل فعال با بیمار/ همراه/ ولی قانونی
۷) اخذ رضایت آگاهانه طبق ضوابط مربوط
۸) تضمین ارائه مراقبت‌ها و اقدامات بعد از انجام پروسیجر (تسکین درد، کنترل خونریزی، آرام‌بخشی، ریکاوری)
۹) تعیین معیارهای ترخیص یا انتقال بیمار از محل انجام پروسیجر بر اساس وضعیت بالینی، ارزیابی نهایی بیمار و ثبت آن در پرونده
۱۰) رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت
۱۱) ثبت وقایع از مرحله آماده‌سازی تا پایان پروسیجر در پرونده بیماران

❊ ب-۱-۲-۳/ ☑☑☐/ ۱,۵

مهار شیمیایی و فیزیکی بیمار با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن انجام می‌شود.

- ❖ **تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «مهار شیمیایی و فیزیکی بیمار» با مشارکت صاحبان فرایند**
- ❖ **آگاهی کارکنان مرتبط از خط‌مشی و روش اجرایی مهار شیمیایی و فیزیکی**
- ❖ **رعایت دقیق الزامات خط‌مشی و روش اجرایی مهار شیمیایی و فیزیکی**
- ❖ **پایش اجرای خط‌مشی و روش اجرایی مهار شیمیایی و فیزیکی و در صورت نیاز تدوین اقدامات اصلاحی/ بهبود**

➢ **نکاتی مهم در خط‌مشی و روش اجرایی «مهار شیمیایی»:**

۱) لحاظ سابقه دارویی و حساسیت‌های شناخته شده بیمار در تعیین داروی مورداستفاده در مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی
۲) استفاده از ایمن‌ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی[1]
۳) آموزش اثربخش کارکنان مرتبط
۴) انجام مهار شیمیایی صرفاً بر اساس دستور پزشک معالج/ ذی‌صلاح
۵) ارزیابی پاسخ به درمان، علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به‌صورت 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 می‌گردد
۷) کنترل و ثبت علایم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به‌صورت مستمر در طول مدت‌زمان 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) گزارش، تحلیل و اجرای اقدامات اصلاحی در موارد آسیب یا 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[2]

باتوجه‌به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هر روز توصیه می‌شود با کاهش عوامل تحریک‌کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.

[1] Safe Medication Practice
[2] PRN

➢ **نکاتی مهم در خط‌مشی و روش اجرایی «مهار فیزیکی»:**

۱) تأمین ابزار و تجهیزات استاندارد موردنیاز با لحاظ جلوگیری از کمترین آسیب به بیمار برای مهار فیزیکی

۲) انجام مهار فیزیکی صرفاً بر اساس دستور پزشک معالج/ ذی‌صلاح و ذکر اندام‌های لازم جهت مهار فیزیکی

۳) تعیین مدت زمان انجام مهار فیزیکی بر اساس ارزیابی‌های مستمر پزشک و پرستار و قطع مهار فیزیکی در کوتاه‌ترین زمان ممکن

۴) 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

۵) استفاده از ایمن‌ترین روش جهت مهار فیزیکی و مهار اندام‌های مجاز با روش‌های استاندارد و بدون عوارض

۶) کنترل سیستم عصبی عروقی اندام‌های مهار شده به‌صورت مستمر

۷) آموزش اثربخش کارکنان مرتبط

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

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

۱۰) گزارش، تحلیل و اجرای اقدامات اصلاحی در موارد آسیب یا وقایع ناخواسته ناشی از مهار فیزیکی بیمار

۱۱) حفظ حریم خصوصی بیمار در حین زمان مهار فیزیکی

۱۲) ثبت زمان شروع، زمان خاتمه مهار فیزیکی و عوارض احتمالی در گزارش پرستاری

۱۳) در مادران باردار به دلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آن‌ها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع است.

❊ ب-۱-۲-۴/ ☑☐☐/ ۲

بیمارستان از شناسایی صحیح بیمار و انطباق خون و فرآورده‌های خونی پیش از تزریق اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **شناسایی بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تأیید هویت صحیح بیمار توسط دو کادر بالینی (چک مستقل دوگانه)**
- ❖ **مقایسه و تأیید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون توسط دو کادر بالینی (چک مستقل دوگانه)**
- ❖ **مقایسه و تأیید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون توسط دو کادر بالینی (چک مستقل دوگانه)**
- ❖ **بررسی و تأیید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون توسط دو کادر بالینی (چک مستقل دوگانه)**
- ❖ **بررسی تاریخ انقضای کیسه و مخدوش نبودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی**
- ❖ **بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشتی پیش از تزریق خون و فراورده‌های خونی**

منظور از پایش فرایند به صورت مستقل توسط دو کادر بالینی این است که تمام مراحل شناسایی خون و فرآورده خونی (براساس فرم‌های هموویژولانس) باید توسط دو کادر بالینی به‌صورت مستقل از یکدیگر انجام گردد.

❊ ب-۱-۲-۵/ ☑☐☐/ ۲

تزریق خون و فراورده‌های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط تحت مراقبت‌های مستمر انجام می‌شود.

- ❖ **ارائه آموزش‌های لازم درخصوص عوارض احتمالی تزریق خون و فراورده های خونی به بیمار/ همراه پیش از آغاز فرایند توسط پرستار مسئول تزریق**
- ❖ **حضور دائم پرستار مسئول تزریق بر بالین بیمار و نظارت مستمر در ۵ دقیقه اول پس از شروع تزریق**
- ❖ **ارزیابی فرایند تزریق از دقیقه ۵ تا ۱۵ از طریق مراجعه مکرر بر بالین بیمار توسط پرستار مسئول تزریق**
- ❖ **بررسی سوابق انتقال خون، واکنش‌های قبلی و هرگونه عدم انطباق پیش از شروع تزریق**
- ❖ **قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح/نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار با اطمینان از باز بودن یک مسیر وریدی مناسب**
- ❖ **اطلاع‌رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویژولانس**

در تمامی مراحل تزریق خون راهنمای هموویژولانس ابلاغی از سوی وزارت متبوع رعایت می‌شود.

نصب پوستر اقدامات موردنیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران تهیه شده در سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت توصیه می شود. اخذ مشارکت فعال از بیمار/ خانواده به‌ویژه در بیماران با تزریق مستمر خون برای انطباق بررسی‌ها با سوابق تزریق خون قبلی کمک‌کننده است؛ اما ملاک نیست.

در موارد نیاز به گرم نمودن خون، از گرم‌کننده‌ی خون[1] استاندارد در بخش‌های درمانی باید استفاده شود این سنجه شامل کنترل کیفی این تجهیزات نیز می‌شود.

[1] Blood Warmer

❊ ب-۱-۲-۶/ ☑☑☑/ ۲

بیمارستان از تجویز منطقی و بهینه خون و فرآورده‌های خونی بر اساس شواهد و دستورالعمل‌های ابلاغی اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **آموزش و آگاهی کارکنان بالینی در خصوص آخرین دستورالعمل ابلاغی سازمان انتقال خون**
- ❖ **عملکرد کارکنان بالینی بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی سازمان انتقال خون**
- ❖ **پایش میزان انطباق عملکرد کارکنان بالینی با آخرین دستورالعمل ابلاغی سازمان انتقال خون**

➢ **هریک از روش‌های زیر می‌تواند مورداستفاده قرار گیرد:**

۱) استفاده از ترکیبات آهن و اریتروپویتین برای بیماران دچار کم‌خونی

۲) استفاده از خون اتولوگ به‌صورت Blood salvage , PABD[۲] , ANH[۱]

۳) استفاده از داروها منطبق بر آخرین دستورالعمل ابلاغی (آپروتینین، دسموپرسین، ترانکسامیک‌اسید) برای کنترل خونریزی بیماران

۴) پایش و نظارت کمیته‌ی طب انتقال خون در خصوص نحوه‌ی تجویز خون و فرآورده‌های خونی در بیمارستان بر اساس جدول الگوی حداکثر درخواست خون برای جراحی[۳] مصوب بیمارستان

در بیماران بدون خونریزی فعال، تجویز خون باید بر اساس رویکرد محدودکننده[۴] و با استفاده از کمترین مقدار مؤثر خون یا فرآورده خونی انجام شود.

ب-۱-۳ مراقبت‌های بیماران در معرض خطر و آسیب‌پذیر، برنامه‌ریزی اختصاصی شده و بر اساس آن عمل می‌شود

❊ ب-۱-۳-۱/ ☑☐☐/ ۲

عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک منطبق بر موازین ایمنی بیمار است.

- ❖ **دسترسی و اطلاع کارکنان بخش‌های بالینی از فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک**
- ❖ **وجود خط آزاد ارتباطی یک‌طرفه و آماده‌به‌کار در بخش برای دریافت به‌موقع نتایج بحرانی بررسی‌های پاراکلینیک**
- ❖ **آگاهی کارکنان بالینی از فرآیند دریافت، تأیید و مستندسازی نتایج بحرانی پاراکلینیک**
- ❖ **حضور بلادرنگ کادر بالینی بر بالین بیمار جهت مداخله‌ی فوری به‌منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار**
- ❖ **اطلاع‌رسانی به‌موقع 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، آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری است.

لیست مقادیر بحرانی پاراکلینیک با اجماع نظر متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی واحدهای پاراکلینیک در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی پیشنهاد شده، پس از تصویب به تمامی بخش‌های بالینی، آزمایشگاه و آسیب‌شناسی بافت و تصویربرداری ابلاغ می‌گردد.

➢ **از روش چهار مرحله‌ای زیر جهت چرخه کامل و مطمئن انتقال صحیح اطلاعات در ست بین کارکنان پاراکلینیک و کادر بالینی و نیز بین کارکنان بالین (اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود**

۱. بازخوانی شنیده[۵]
۲. یادداشت شنیده[۶]
۳. بازخوانی یادداشت[۷]
۴. اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات[۸]

در صورت گزارش مقادیر بحرانی به بخش اطلاع‌رسانی به‌موقع کارکنان در زمینه نتایج گزارش شده می‌تواند در انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی بسیار تأثیرگذار باشد از جمله موارد در خصوص مداخلات فوری و حیاتی می‌تواند به اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج اشاره نمود. برای تبادل اطلاعات مورد اشاره به‌صورت کامل، جامع و دقیق روش‌های ساختارمند مانند ISBAR پیشنهاد می‌گردد.

[1] Acute Normovolumic Hemodilution
[2] Preoperative Autologous Blood Donation
[3] Maximum Surgical Blood Ordering Schedule (MSBOS)
[4] Restrictive blood transfusion
[5] Read Back
[6] Write Down
[7] Repeat Back
[8] Close the Loop

❊ ب-۱-۳-۲/ ☑☑☐/ ۲

بیماران آسیب‌پذیر شناسایی و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن‌ها ارائه می‌شود.

- ❖ **شناسایی بیماران آسیب‌پذیر و در صورت نیاز اطلاع به واحد مددکاری**
- ❖ **ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب‌پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده**
- ❖ **حمایت و مدیریت بیماران آسیب‌پذیر توسط مددکار اجتماعی بر اساس راهنمای ابلاغی**
- ❖ **توجه به مخاطرات ایمنی بیماران آسیب‌پذیر در تمامی مراحل مراقبت و درمان**
- ❖ **ترخیص ایمن بیماران آسیب‌پذیر**

منظور از بیماران/ مراجعین آسیب‌پذیر در این سنجه افرادی هستند که به دلیل قرارداشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. بیماران سالمند، روان‌پزشکی، بیماران دارای معلولیت‌های ذهنی و جسمی، بیماران مجهول‌الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، اقدام‌کنندگان به خودکشی، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی، افراد بی‌خانمان و... از این گروه بیماران/ مراجعین هستند.

در بیماران سالمند و معلولیت جسمی، خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند آلزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیش‌گفته مدنظر قرار می‌گیرد. در کودکان و نوزادان نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تأثیر دارند.

در بیماران دچار اختلالات ذهنی و روان‌پزشکی خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند آلزایمر، دمانس، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات روان‌پزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز دارویی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان به دلایل پیش‌گفته مدنظر قرار می‌گیرد.

بیماران مجهول‌الهویه به علت اشکال در برقراری ارتباط و نیز نحوه‌ی شناسایی (از نظر شناسه‌ها و نحوه‌ی نام‌گذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. بیماران با اختلال هوشیاری به علت اشکال در برقراری ارتباط و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند. مادران باردار با توجه به بارداری و اهمیت سلامت مادر و جنین از نظر روش‌های درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند. مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه/ خانواده و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تأمین هزینه‌های مراقبت و درمان ممکن است دچار مشکل شوند. این بیماران/ مراجعین از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری پس از بستری و عوارض ناشی از آن احتمالاً آسیب‌پذیر هستند.

توصیه می گردد بیمارستان برای بیماران دارای محدودیت در برقراری ارتباط (ناشنوایی، نابینایی، اختلال گفتار، زبان متفاوت و...) تمهیدات لازم از جمله مترجم، وسایل کمک‌ارتباطی یا همراه مناسب را فراهم نماید.

این شرایط با مخدوش نمودن تداوم زنجیره‌ی مراقبت می‌تواند باعث تهدید ایمنی بیمار و عدم دریافت پیامد مطلوب از درمان شود. بیمارستان برای بستری و ارائه خدمات به افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سو مصرف مواد، زندانیان، افراد بی‌خانمان و بیماران با شخصیت‌های ضداجتماعی، باید ملاحظات دقیقی را مدنظر بگیرد.

شیوه‌ی مداخلات مددکاری اجتماعی در موارد کودک‌آزاری، سرطان، بیماران دارای اختلالات روان و... باید مشخص شده و اجرا گردد.

➢ **پیشگیری از آسیب‌های احتمالی ناشی از افراد با رفتارهای پرخطر اجتماعی برای سایر بیماران/ مراجعین و یا ارائه‌کنندگان خدمت:**

۱) تمهیدات لازم در خصوص محل ارائه‌ی خدمت و بستری مانند ایزولاسیون مناسب این بیماران

۲) تأمین ارائه‌کنندگان خدمت، متناسب با اصول اخلاقی و حفاظتی

۳) تأمین تمهیدات/ تسهیلات حفاظتی برای ارائه‌کنندگان خدمت مانند PPE

۴) انتخاب دقیق و رعایت ملاحظات محل بستری این بیماران برای پیشگیری از ایجاد استرس برای بیماران مجاور و احساس نامطلوب برای وی به‌عنوان فرد طرد شده

۵) ارائه خدمت مطلوب و استاندارد به هر یک از بیماران آسیب‌پذیر به‌نحوی است که شرایط یاد شده تأثیری بر روند مراقبت و درمان آنها نداشته باشد

۶) ارائه خدمات بدون تبعیض به این افراد

۷) عدم استفاده از هرگونه شاخص/ برچسب به‌منظور مشخص نمودن بیماران/ مراجعین در گروه افراد دارای انگ اجتماعی (آموزش ارتباط با گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی توسط مددکار اجتماعی بیمارستان به پرسنل ارائه شود)

۸) برنامه‌ریزی برای ترخیص ایمن بیماران آسیب‌پذیر اجتماعی با مشارکت مددکار اجتماعی

ترخیص ایمن و برنامه‌ریزی برای آن فرایندی تیمی است که اعضایی از تخصص‌های مختلف ارائه‌کننده‌ی خدمات مراقبتی و بالینی را شامل می‌شود. علاوه بر بیمار و خانواده/ مراقبین به‌عنوان اعضای اصلی، پزشک معالج، پرستار، تیم توان‌بخشی، مددکار اجتماعی، روان‌شناس و... اعضای این تیم هستند.

- **در برنامه‌ریزی ترخیص ایمن ملاحظات زیر باید در نظر گرفته شود:**

۱) ارزیابی بالینی توسط پزشک معالج و اطمینان از بی‌خطر بودن ترخیص بیمار از بیمارستان

۲) اطمینان پزشک از آمادگی برای ترخیص ایمن بیماران آسیب‌پذیر اجتماعی با همکاری مددکاری اجتماعی

۳) ارزیابی محل سکونت بیمار پس از ترخیص و اطمینان از ادامه مراقبت‌ها در منزل

۴) بررسی وضعیت خانوادگی و اجتماعی بیمار در زمان ترخیص توسط مددکار اجتماعی و انجام بازدید از منزل بر حسب ضرورت

۵) بررسی وضعیت حمایتی بیمار پس از ترخیص و میزان و نحوه مشارکت خانواده/ مراقبین توسط تیم درمان

۶) همکاری با سازمان‌های حمایتی نظیر سازمان بهزیستی توسط مددکار اجتماعی به‌منظور ترخیص ایمن گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر معلولین جسمی، ذهنی و نوزادان رها شده و...

❊ ب-۱-۳-۳/ ☑☑☐/ ۲

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

- ❖ **تهیه فهرست بیماران پرخطر و مصادیق ریسک ارزیابی شده (توسط ابزار مربوطه) در هر بخش**
- ❖ **ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر تعیین شده است**
- ❖ **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 تمامی بخش‌ها**
- ❖ **آموزش اثربخش به بیمار و یا همراه وی برای پیشگیری از بروز وقایع تهدیدکننده ایمنی بیمار ناشی از خطرات مورد اشاره**
- ❖ **ترخیص ایمن بیماران پرخطر و پیگیری وضعیت بیماران**

منظور از بیماران/ مراجعین پرخطر در این استاندارد افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی - درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه‌ی ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت‌نظر مستمر و منظم و با اولویت ویژه قرار گیرند.

- **بیماران/ مراجعین پرخطر غالباً شامل موارد زیر است:**

۱) بیماران در معرض سقوط

۲) زخم فشاری

۳) خودکشی

۴) سوءتغذیه

۵) پلی فارمسی

۶) ترومبوز وریدهای عمقی

برای شناسایی و تعیین ریسک قابل‌اتکا بیماران در معرض خطر باید از ابزارهای علمی استاندارد استفاده نمود به طور مثال برای ارزیابی خطر سقوط از ابزار مورس[1]، زخم فشاری مقیاس‌هایی پیش‌بینی‌کننده معتبر مانند برادن[2] و مانند آن پیشنهاد می‌شود.

پیگیری و اقدامات لازم در خصوص مقابله با ریسک و طرح درمان مشخص برای هر یک از بیماران در معرض خطر به صورت مکتوب و مدون و با مشارکت تیم درمان اجرا می‌شود.

در بیماران سالمند به علت اختلال در برقراری ارتباط (مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی، آلزایمر و دمانس) و نیز مشکلات حرکتی در معرض خطراتی مانند خطاهای شناسایی و سقوط قرار دارند که باید توسط کادر مراقبت و درمان مدنظر قرار گیرند.

پلی‌فارمسی به مواردی اطلاق می‌گردد که بیمار بیش از ۴ دارو مصرف می‌نماید. وجود تعریف برای هر یک از این موارد و ابزار تعیین ریسک بیماران در هر یک از این گروه‌ها ضروری است.

1 MORSE Scale
2 Braden Scale

با عنایت به اثربخش‌بودن اقدامات پیشگیرانه در گروه/گروه‌های پرخطر در معرض سقوط، زخم فشاری، خودکشی و ترومبوز وریدهای عمقی حتماً از دستبند زردرنگ برای این بیماران باید استفاده شود. در خصوص ریسک‌هایی مانند خطر سقوط در کودکان/ نوزادان و بخش‌هایی که اکثر بیماران پلی فارمسی هستند، استفاده از دستبند زرد الزامی ندارد؛ ولی شناسایی بیماران و مدیریت ریسک در مراحل ارزیابی و سیر مراقبت باید رعایت گردد. در خصوص سوءتغذیه با توجه به ارزیابی‌های تخصصی تغذیه ایمنی بیمار مدیریت شود و نیازی به استفاده از دستبند با رنگ زرد نیست.

البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش‌دیده باشد؛ ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می‌توان به خودکشی اشاره نمود. در این موارد می‌توان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته‌ی اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.

اثربخشی اقدامات پیشگیرانه از طریق پایش شاخص‌های مرتبط مانند میزان سقوط، بروز زخم فشاری، ترومبوآمبولی و سایر وقایع ناخواسته ارزیابی می‌شود.

❊ ب-۱-۳-۴/ ☑☑☐/ ۲

مراقبت و درمان سالمندان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن‌ها ارائه می‌شود.

- ❖ **تعیین معیارهای پذیرش و بستری سالمندان در بخش‌های سالمندی/ بالینی**
- ❖ **ارزیابی وضعیت جسمی، شناختی، تغذیه‌ای و روحی و روانی سالمندان توسط متخصص سالمندی/ پزشک ذی‌صلاح**
- ❖ **ارزیابی وضعیت اجتماعی به منظور تعیین نیازهای حمایتی**
- ❖ **تدوین برنامه مراقبتی و درمانی بر اساس ارزیابی های انجام شده**
- ❖ **ترخیص ایمن با رعایت اصول ترخیص بیماران آسیب پذیر**

ارتقای سلامت سالمندان بستری، یکی از مهمترین اهداف مراقبت و درمان و از پر چالش‌ترین ابعاد فعالیت سیستم مراقبتی - درمانی تلقی می‌شود ارائه مراقبت به سالمندان از اصولی پیروی می‌کند که در ادامه تشریح شده است.

اهم برنامه‌های درمانی و مراقبتی در سالمندان با تمرکز بر موارد زیر تعیین و اجرا می گردد:

پیشگیری و مدیریت سقوط

مراقبت از سلامت و تمامیت پوست

مدیریت اختلالات شناختی(دلیریوم و دمانس)

مدیریت اختلالات روانی(افسردگی)

اصلاح وضعیت تغذیه

مدیریت داروها

مدیریت بی اختیاری

فرمهای ارزیابی وضعیت سلامت سالمندان شامل: وضعیت روزانه زندگی (ADL)، وضعیت ذهنی (MMSE)، وضعیت تغذیه (MNA-SF)، مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)، فرم ارزیابی تخصصی مددکاری اجتماعی (SWAS)، وضعیت سالمندآزاری (HS-EAST)، وضعیت آسیب پذیری (FRAILTY INDEX)

در سالمندان علاوه بر احتمال سقوط به علت ناتوانی های ایجاد شده در آنها، ترس از سقوط نیز یکی از عوامل مهم در سقوط می باشد.

ترس از مرگ در سالمندان از علل مهم افسرگی در این گروه سنی می باشد.

تلفیق دارویی در این گروه سنی به علت استفاده از چند گروه دارویی به صورت همزمان بسیار قابل اهمیت می باشد.

با توجه به بیماری‌های مزمن همزمان و کاهش شاخص توده بدنی در این گروه، برنامه های تغذیه ای تمرکز بر اصلاح وضعیت تغذیه ای دارد.

در سالمندان مشکلات کنترل ادراری شامل: تکرر ادرار، بی‌اختیاری ادرار اورژانسی و بی اختیاری ادرار استرسی و نیز تخلیه ناکامل ادرار می باشد

به علت بار مراقبتی بالای این بیماران نیاز به همکاری تیمی شامل کادر درمان، مراقبین خانگی و مددکار اجتماعی می باشد.

توجه به ترخیص ایمن این بیماران بسیار حایز اهمیت می باشد. اطمینان از انجام اقدامات مراقبتی، درمانی و باز توانی در زمان ترخیص ضروری است و نیز معرفی انجمن‌ها و سیستم‌های حمایتی مانند انجمن دیابت، استومی، انجمن آلزایمر، کلینیک‌های زخم و مراکز توانبخشی و کاردرمانی بسیار مهم می باشد.

❊ ب-۱-۳-۵/ ☑☑☐/ ۱

بیمارستان در اجرای برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات اخلاقی و حرفه‌ای مشارکت مؤثر دارد.

- ❖ **آموزش و آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی**
- ❖ **گزارش موارد مرگ مغزی به دانشگاه برای حمایت از برنامه اهدای عضو طبق انتظارات وزارت بهداشت**
- ❖ **مشارکت فعال بیمارستان در ترویج و حمایت از اهدای عضو برای بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات مرتبط**
- ❖ **اطلاع رسانی بیمارستان به واحدهای فراهم آوری و شناسایی اعضا**
- ❖ **تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی**

مطابق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت

ب-۱-۴ مراقبت‌های پزشکان به‌صورت ایمن، به‌موقع و بدون وقفه به بیماران ارائه می‌شود

ب-۱-۴-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵

بیمارستان از ویزیت به‌موقع، مستمر و مستندسازی‌شده بیماران توسط پزشک معالج یا پزشک ذی‌صلاح جانشین اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **تعیین محدوده‌ی زمانی مشخص برای ویزیت روزانه‌ی بیماران توسط تیم رهبری و مدیریت**
- ❖ **ویزیت روزانه‌ی بیماران توسط پزشک معالج در زمان‌بندی مشخص‌شده و بدون هرگونه اختلال/ تأخیر در روند مراقبت و درمان بیمار**
- ❖ **ویزیت روزانه توسط پزشک ذی‌صلاح جانشین در زمان مرخصی/ ایام تعطیل**

ویزیت روزانه‌ی بیماران در محدوده‌ی تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت انجام و رعایت محدوده‌ی زمانی تعریف شده پایش می‌شود.

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

➢ **برخی اقدامات پزشکی در ویزیت‌های روزانه:**

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

۲) ارزیابی مجدد بیمار به‌منظور تناسب و کارایی تصمیمات درمانی/ مراقبتی برای تأیید یا رد تشخیص اولیه

۳) ثبت دستورات دارویی، مراقبتی، تشخیصی و درمانی در برگه‌ی دستورات پزشک و در صورت لزوم تغییر برنامه مراقبت و درمان در برگه‌ی سیر بیماری

۴) ثبت پاسخ بیمار به برنامه‌های مراقبتی و درمانی در برگه‌ی سیر بیماری

۵) ثبت وضعیت بهبودی بیماری حداقل به‌صورت روزانه در برگه‌ی سیر بیماری

۶) ثبت ارزیابی‌های ادواری در برگه‌ی سیر بیماری

۷) ثبت 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 ممهور به مهر پزشک

ثبت سیر بیماری مبتنی بر وضعیت بیمار یک روش سنتی است که ساختار آن به شکل داستان‌نویسی بوده و تنها اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار ثبت می‌شود. ثبت سیر بیماری مبتنی بر مشکل[1] روشی است که اطلاعات بیمار بر طبق مشکل وی سازماندهی و ثبت می‌شود.

➢ **اجزای سیر بیماری مبتنی بر مشکل:**

۱. یافته‌های موضوعی[2] (تاریخچه)

۲. یافته‌های هدفمند[3] (فیزیکی و نتایج بررسی‌های آزمایشگاهی)

۳. فرایند ارزیابی[4]

۴. برنامه‌ریزی درمان بیمار بر اساس اطلاعات[5] به‌دست‌آمده که شامل شناسایی مشکلات (تشخیص) و بررسی پاسخ بیمار به بیماری است.

[1] Problem Oriented Method (POM)
[2] S: Subjective Data
[3] O: Objective Data
[4] A: Assessment Process
[5] P: Plan

ب-۱-۴-۲/ ☐☐☑/ ۲
در تمام ساعات شبانه‌روز دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت به‌نحوی است که اختلال/ تأخیری در روند درمان ایجاد نمی‌شود.
❖ **تنظیم برنامه و حضور به‌موقع پزشک متخصص آنکال بر بالین بیماران در هر ساعت از شبانه‌روز و ایام تعطیلات** ❖ **دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت بدون هرگونه اختلال/ تأخیر در روند مراقبت درمان**
پزشک ذی‌صلاح جانشین به ترتیب اولویت شامل پزشک مقیم متخصص با تخصص مرتبط/ پزشک آنکال با تخصص مرتبط/ در بیمارستان‌های آموزشی رزیدنت ارشد همان شیفت در سرویس تخصصی مرتبط است. اجرای این سنجه منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی آنکالی متخصصین است.
ب-۱-۴-۳/ ☐☐☑/ ۲
بیمارستان از انجام به‌موقع، مستندسازی‌شده و اثربخش مشاوره‌های تخصصی پزشکی متناسب با وضعیت بالینی بیمار اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **درخواست انجام مشاوره از سرویس تخصصی/ فوق‌تخصصی** ❖ **ثبت علت درخواست مشاوره به‌صورت کامل توسط پزشک معالج/ ذی‌صلاح و تاریخ و ساعت درخواست در برگه مشاوره** ❖ **حضور به‌موقع و مطابق با زمان تعیین شده پزشک مشاور بر بالین بیمار** ❖ **انجام مشاوره و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک مشاور** ❖ **اطلاع نتایج مشاوره به پزشک معالج** ❖ **انجام اقدامات توصیه شده توسط پزشک مشاور پس از تأیید مراتب توسط پزشک معالج**
پزشک معالج صرفاً در قالب مشاوره از اطلاعات همکاران سایر رشته‌های تخصصی/ فوق‌تخصصی استفاده می‌نماید. درصورتی‌که پزشک متخصص در بخش اورژانس مقیم نباشد، پزشک عمومی نیز در قالب مشاوره از اطلاعات همکاران در رشته‌های تخصصی استفاده نماید. انواع مشاوره‌ها به سه صورت آنی(Emergent) ، فوری (Urgent) و غیرفوری (Non Urgent) تقسیم می‌گردد که پزشک متخصص مقیم و یا آنکال مطابق مدت‌زمان تعیین شده برای هر مشاوره باید بر بالین بیمار حضور یابد. ضروری است همه پزشکان مقیم یک سرویس تخصصی، برای انجام مشاوره‌های آنی درخواست شده، ظرف ۱۰ دقیقه و پزشک آنکال در مدت ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر شوند. در صورت درخواست مشاوره‌ی فوری از هر سرویس تخصصی، پزشک مقیم ظرف ۳۰ دقیقه و پزشک آنکال حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت باید بر بالین بیمار حاضر گردد. در صورت درخواست مشاوره غیرفوری از هر سرویس تخصصی برای بیماران بستری در بخش، پزشک آنکال باید حداکثر تا پایان شیفت برای انجام مشاوره، بر بالین بیمار حاضر گردد. درخواست مشاوره غیرفوری و انجام آن در بخش اورژانس موضوعیت ندارد. در صورت نبود تخت خالی و ماندگاری بیمار تعیین تکلیف شده دارای دستور بستری، در بخش اورژانس قابل‌انجام است. مشاوره‌های تخصصی (آنی/ فوری/ غیرفوری) باید بر بالین بیمار صورت پذیرد؛ اما درصورتی‌که پزشک آنکال باشد می‌تواند تا زمان رسیدن بر بالین بیمار بر اساس نوع مشاوره‌ی درخواستی، با ارسال پیام از طریق ارتباط تلفنی و یا یکی از راه‌های ارتباط مجازی، به‌صورت صوتی، تصویری یا نوشتاری، دستورات لازم در خصوص اقدامات تشخیصی و درمانی موردنیاز بیمار را به پزشک معالج/ مقیم/ دستیار تخصصی همان رشته/ پرستار مسئول شیفت اعلام نموده و پرستار مسئول شیفت/ سوپروایزر بیمارستان باید دستورات صادر شده را در پرونده‌ی بیمار با ذکر زمان دقیق دریافت دستورات، ثبت و به پرشک معالج اطلاع‌رسانی نماید. دستورات تلفنی تا زمان حضور پزشک بر بالین بیمار بر اساس دستورالعمل ابلاغی قابل‌اجرا است. بدیهی است تمامی دستورات تلفنی باید توسط پزشک مشاور در پرونده‌ی بیمار ثبت شود. پایش مدت‌زمان و نحوه‌ی انجام مشاوره‌ها به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم به‌منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره‌های اورژانسی/ فوری/ غیر فوری به تفکیک سرویس‌های تخصصی/ فوق‌تخصصی توصیه می‌شود. برگه‌ی مشاوره باید ممهور به مهر، امضای پزشک مشاور، تاریخ و ساعت مشاوره باشد. دستورات فوری برای اقدامات نجات‌دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع‌رسانی/ اخذ تأیید پزشک معالج ندارد. در موارد درخواست سونوگرافی توسط پزشک معالج، باید نوع درخواست به‌صورت آنی، فوری و یا غیر فوری و همچنین شک تشخیصی بیمار که منجر به درخواست در برگه دستورات پزشکی مشخص گردد. پزشک رادیولوژیست مانند سایر متخصصین باید مطابق با زمان‌بندی تعیین شده جهت انجام سونوگرافی بر بالین بیمار حاضر گردد. اجرای سنجه منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی مقیمی و آنکالی متخصصین است.

ب-۱-۴-۴/ ☐☐☑/ ۱
بیمارستان از انجام هماهنگ اقدامات تشخیصی و درمانی تحت مسئولیت پزشک معالج اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **اطلاع‌رسانی اقدامات تشخیصی درمانی در خواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و توصیه‌های پزشک مشاور به پزشک معالج** ❖ **ثبت توصیه‌های پزشک مشاور در برگه دستورات پزشک و یا تأیید آن در برگه مشاوره توسط پزشک معالج در اولین حضور بر بالین بیمار** ❖ **ثبت تاریخ و ساعت اطلاع‌دهی نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده بیمار توسط پرستار** ❖ **انجام تمامی اقدامات تشخیصی درمانی با تأیید پزشک معالج**
پزشک معالج به‌عنوان مسئول اصلی و رهبر بالینی بیمار بوده و تمامی اقدامات تشخیصی و درمانی باید تحت‌نظر/آگاهی و تأیید ایشان انجام شود. اقدامات تشخیصی درمانی درخواستی از طرف سایر اعضای تیم درمان و دستورات پزشک مشاور جنبه توصیه‌ای داشته و تنها پس از موافقت پزشک معالج و ثبت دستورات یاد شده در برگ دستورات پزشک قابلیت اجرا دارد مگر در مواردی که تأخیر در اقدامات تشخیصی درمانی به دستور سایر اعضای تیم پزشکی سبب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که در این صورت پزشکان ذی‌صلاح مقیم/آنکال دراین‌خصوص 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.
ب-۱-۴-۵/ ☐☑☑/ ۱,۵
پزشکان متخصص مرتبط با عملکرد بیمارستان، مقیم بوده و در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیماران حاضر می‌شوند.
❖ **وجود برنامه‌ی شبانه‌روزی 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 شبانه‌روز**
پزشک مقیم بعد از اطلاع نتایج اقدامات پاراکلینیکی و یا وضعیت بیمار، باید بلافاصله بر بالین بیمار حاضر و اقدام به ارزیابی و یا صدور دستورات درمانی و مراقبتی نماید. ➢ **بیمارستان‌های تک تخصصی:** ۱) تک تخصصی زنان: دارای سه پزشک مقیم با تخصص‌های زنان، بیهوشی و یک متخصص اطفال با اولویت فوق‌تخصص نوزادان ۲) تک تخصص جراحی غیرزنان: دو پزشک متخصص شامل یک نفر متخصص جراح مربوطه و یک متخصص بیهوشی ۳) تک تخصصی چشم: یک نفر متخصص چشم‌پزشک ۴) تک تخصصی غیرجراحی: یک نفر متخصص همان رشته

ب-۱-۵ دارودهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود

❋ ب-۱-۵-۱/ ☐☐☑/ ۱,۵

داروهای مخدر تزریقی در بخش به‌صورت حفاظت‌شده نگهداری و بر اساس تجویز پزشک معالج به‌صورت ایمن مصرف می‌شوند.

- مدیریت دسترسی به داروهای مخدر تزریقی به‌صورت تعریف شده و حفاظت شده
- آموزش اثربخش کادر بالینی در ارتباط با تجویز ایمن داروهای مخدر تزریقی
- تفکیک محل فیزیکی انبارش داروهای مخدر با غلظت‌های مختلف به‌صورت حفاظت شده
- تزریق داروهای نارکوتیک با غلظت بالا بر اساس دستورالعمل مصوب بیمارستان

➢ **نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر تزریقی:**

۱) تجویز داروهای مخدر تزریقی صرفاً توسط پزشک متخصص (و بالاتر)

۲) ا ستفاده از داروهای مخدر تزریقی، پس از برر سی و ارزیابی بالینی بیمار تو سط پز شک معالج/ ذی صلاح به صورت یک‌بار تجویز (Stat) و از نو شتن تکرار در صورت لزوم (PRN) اکیداً خودداری گردد.

۳) استفاده ازروش نگارش حروف بزرگ[1] جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستور دارویی

۴) استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام انبارداری، دستور تجویز، نسخه‌برداری، آماده‌سازی و تجویز داروهای مخدر

۵) مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت‌های دارویی

۶) نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین‌دهنده‌های درد در داروخانه/ بخش‌های بستری در قفسه جداگانه قفل‌دار به‌صورت حفاظت شده

۷) درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت‌ها

۸) ا ستفاده از برچ سب واجد م شخ صات دارو و غلظت آن در صورت نیاز فوری به ار سال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت از غلظت ا ستاندارد داروی نارکوتیک

۹) الزام به چک مستقل دوگانه و تنظیم پمپ هوشمند را با نظارت فرد دوم

۱۰) وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتراسکالن و بلوک موضعی عصب انفوزیه می‌شود

۱۱) رعایت اصول دارودهی بر اساس آخرین دستورالعمل

❋ ب-۱-۵-۲/ ☐☐☑/ ۲

داروهای با هشدار بالا و مشابه با تمهیدات ویژه و ایمن در بخش‌ها نگهداری، تجویز و مصرف می‌شوند.

- شناسایی داروهای با هشدار بالا و مشابه در فرمولاری بیمارستان
- نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا و مشابه در بخش
- برچسب‌گذاری استاندارد داروهای با هشدار بالا و مشابه در تمامی محل‌های نگهداری و قبل از توزیع
- تعیین و رعایت نحوه‌ی برچسب‌گذاری بر روی دارو/ باکس/ قفسه برای انواع داروهای باهشداربالا و مشابه بر اساس دستورالعمل ابلاغی
- آماده‌سازی، تجویز و پایش ایمن داروهای با هشدار بالا و مشابه
- گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیرایمن داروهای با هشدار بالا و مشابه و تحلیل علل ریشه‌ای آن‌ها
- محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه

داروهای با ه شدار بالا[2] که می‌توان از میان آن‌ها، به داروهای ضدانعقاد، اپیوییدها، ا سولین و آرام‌بخش‌ها ا شاره نمود، بی شتر توأم با عوار ضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادی‌کاردی بوده که هر یک از این عوارض می‌توانند آ سیب و ضرری جبران‌ناپذیر را برای بیماران باعث شوند.

➢ **از اهم احتیاطات در مصرف و تجویز این داروها بر اساس دستورالعمل ابلاغی می توان به موارد زیر اشاره کرد:**

۱) دسترسی به داروهای با هشدار بالا در اتاق آماده‌سازی دارو و انبار دارویی بخش باید محدود باشد.

۲) داروهای با ه شدار بالا که دارای ا سامی و یا ا شکال م شابه ه ستند در محل نگه‌داری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود.

۳) کارکنان بالینی به اطلاعات دارویی داروهای با هشـدار بالا مانند اشـکال دارویی، دوزها، طریقه‌ی آماده‌سـازی، راه‌های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش و هشدارهای دارویی دسترسی داشته باشند.

[1] TALL MAN LETTERING
[2] High Alert Medications

۴) در هنگام نسخه‌نویسی و نسخه‌برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتماً، از روش نگارش حروف بزرگ به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به‌عنوان‌مثال دوپامین[۱] در مقابل دوبوتامین[۲]).
۵) ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود.
۶) در تجویز داروهای با هشدار بالا به‌صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد.
۷) نسخه‌نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.
۸) خوانا بودن دستورات و نسخ دارویی و متون نوشته شده توسط کارکنان بالینی مانند نوشتن نسخ یا دستورات دارویی پزشک و نیز انتقال نسخه‌برداری دستورات دارویی از پرونده به کاردکس/سامانه‌ی اطلاعات بیمارستان بسیار حائز اهمیت است.
۹) بر روی وسایل مورداستفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورداستفاده در پمپ هوشمند و غیر آن) و میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد.
۱۰) در وسایل فوق جریان داروی با هشدار بالا هرگز نباید در حالت آزاد[۳] قرار بگیرد.
۱۱) استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبارداری، نسخه‌نویسی، نسخه‌برداری، آماده سازی و تجویز داروهای با هشدار بالا رعایت گردد به‌نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد.
۱۲) تجویز و آماده‌سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای به‌صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
۱۳) آموزش‌های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

- **با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی، شنیداری و نوشتاری، رعایت استانداردها در تجویز ایمن داروهای مشابه به دلایل زیر بسیار حائز اهمیت است:**

۱) بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از مشابهت نام دارو و دست‌خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه‌نویسی/تجویز و پرستاران هنگام نسخه‌برداری
۲) بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواها/تلفظ مشابه در دستورات شفاهی
۳) بروز خطاها/اشتباهات دارویی ناشی از مشابهت ظاهری داروها با اشکال مشابه

نصب یادآور داروهای با اشکال مشابه در اتاق آماده‌سازی داروها ضروری است. از آنجا که فهرست این داروها باید با داروهای موجود در بیمارستان منطبق باشد، لازم است این فهرست پس از هر نوبت تدارک دارویی و نیز در فواصل زمانی منظم توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بازنگری و به‌روزرسانی شود.
برچسب داروها با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و باید به‌نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.
جعبه‌ی محتوی ویال‌ها، آمپول‌ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس باید با برچسب زرد رنگ نشانه‌گذاری شود.
در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه با برچسب زرد رنگ نشانه‌گذاری شوند.

- **از روش چهارمرحله‌ای زیر جهت چرخه کامل و مطمئن انتقال صحیح اطلاعات درست به منظور پیشگیری از خطاهای ناشی از مشابهت شنیداری استفاده می شود:**

۱) بازخوانی شنیده[۴]
۲) یادداشت شنیده[۵]
۳) بازخوانی یادداشت[۶]
۴) اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات[۷]

به‌منظور پیشگیری از خطاهای ناشی از مشابهت نوشتاری و ناخوانا بودن دست‌خط کارکنان بالینی، روش نگارش استفاده از حروف بزرگ[۸] در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به‌کار می‌رود؛ همچنین در موارد ناخوانا بودن دستورات پزشک، توصیه می شود پرستار پیش از نسخه‌برداری، دستور دارویی را با پزشک معالج تطبیق داده و از صحت آن اطمینان حاصل کند.

[1] Dopamine
[2] Dobutamine.
[3] Free Mode
[4] Read Back
[5] Write Down
[6] Repeat Back
[7] Close the Loop
[8] TALL MAN LETTERING

❊ ب-۱-۵-۳/ ☑☐☐/ ۲

بیمارستان از رعایت اصول صحیح دارودهی اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **آموزش و آگاهی کارکنان در خصوص اصول دارودهی ایمن طبق آخرین دستورالعمل**
- ❖ **انطباق عملکرد کارکنان با دستورالعمل دارودهی**
- ❖ **نظارت و پایش اجرای صحیح دستورالعمل دارودهی**
- ❖ **شناسایی موارد عدم انطباق و انجام اقدام اصلاحی/ برنامه های بهبود**

➢ **اصول دارودهی عبارت است از:**

۱) داروی صحیح ۲) راه صحیح ۳) زمان صحیح ۴) دوز صحیح ۵) بیمار صحیح ۶) مستند سازی صحیح ۷) حق کارکنان، بیماران یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده

دو مورد ۶ و ۷ بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به‌منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به اصول اولیه دارودهی اضافه شده است.

➢ **خطاهای سنتی در فرایند دادن دارو به بیمار عبارت‌اند از:**

۱) دوز اشتباه
۲) بیمار اشتباه
۳) راه مصرف اشتباه
۴) در زمان اشتباه
۵) داروی اشتباه
۶) ندادن دارو بر طبق نسخه دارویی تجویز شده به بیمار
۷) مستندسازی نامناسب
۸) خطاهای محاسباتی/ اشتباهات محاسباتی برای داروهای وریدی (برای مثال قطرات / ساعت یا قطرات/دقیقه، ml/h یا ml/min)

این خطاها می‌توانند ناشـــی از عدم برقراری ارتباط مناســـب، لغزش یا خطای حافظه و عدم توجه/ تمرکز آنی، عدم کنترل روش‌های اجرایی، عدم دقت و خواب‌آلودگی و نیز شرایط نامناسب محیط کاری و طراحی و بسته‌بندی غیراصولی داروها باشد.

لازم به ذکر است درخصوص داروهای تجویز شده توسط پزشکان متخصص طب ایرانی نیز رعایت تمامی اصول دارودهی ایمن الزامی می‌باشد.

➢ **دو پیام مهم ایمنی دارویی:**

۱) داروهای فاقد برچسب مشخصات و یا برچسب مخدوش به‌دور انداخته شوند.
۲) هیچگاه دارویی را که به طور صددرصد نمی‌دانید چیست، به بیمار ندهید.

❊ ب-۱-۵-۴/ ☑☑☐/ ۲

تلفیق دارویی بیماران برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- ❖ **رعایت دستورالعمل ابلاغی انجام تلفیق دارویی در تمام مراحل**
- ❖ **بررسی داروهای در حال مصرف بیمار و ثبت در فرم شرح‌حال توسط پزشک و فرم ارزیابی اولیه توسط پرستار**
- ❖ **ایجاد کامل‌ترین و صحیح‌ترین فهرست دارویی بهترین تاریخچه‌ی دارویی ممکن [1]**
- ❖ **تعیین فهرست داروهای مشمول تلفیق دارویی مطابق با دستورالعمل ابلاغی**
- ❖ **مقایسه بهترین تاریخچه دارویی ممکن از بیمار با دستورات دارویی جدید بیمار در هنگام پذیرش، انتقال یا ترخیص و توجه به ناهمخوانی‌های احتمالی و رفع آن**

ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرایند پیچیده‌ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه‌نویسی، تجویز و پایش دارو است.

تلفیق دارویی یک فرایند رسمی است که با همکاری ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به‌منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی برای بیماران بستری و بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی باید انجام شود. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به‌منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرایند بخشی از نظام مدیریت دارویی بیمار بوده و پزشک معالج را در تصمیم‌گیری درباره ادامه، قطع، جایگزینی یا اصلاح درمان دارویی یاری می‌کند. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می‌نماید تهیه (با

[1] Best Possible Medication History (BPMH)

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. در بیماران سرپایی مسئولیت انجام تلفیق دارویی با پزشک ویزیت‌کننده‌ی بیمار است و باید در پرونده بیمار ثبت گردد.

➢ **داروهایی که باید مشمول تلفیق دارویی شوند:**

۱) داروهای نسخه شده
۲) ویتامین‌ها
۳) داروهای روی پیشخوان[1] یا همان داروهایی که خرید و مصرف آن‌ها نیاز به تجویز پزشک ندارد.
۴) مواد تشخیصی و کنتراست‌ها
۵) تغذیه مکمل
۶) فرآورده‌های خونی
۷) مایعات وریدی
۸) داروهای تجویز شده توسط پزشک متخصص طب ایرانی

اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی باید توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح است و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می‌تواند حداکثر تا ۶ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد.

در بیمارستان‌هایی که فاقد داروساز بالینی هستند رئیس بخش/ پزشک معالج وظیفه تلفیق دارویی را بر عهده دارد.

در فرم خلاصه پرونده بیمار حتماً دستورات دارویی، اقدامات پاراکلینیک و... با درج کد رهگیری نسخه الکترونیک توسط پزشک معالج ثبت شود.

ب-۱-۵-۵/ ☑☐☐/ ۲

درد بیماران با شیوه‌ی اثربخش و ایمن مدیریت می‌شود.

- ❖ **ابلاغ و آگاهی کادر درمانی از نحوه شناسایی و تسکین درد بر اساس دستورالعمل ابلاغی**
- ❖ **اطلاع‌رسانی به پزشک و اقدام درمانی مطابق با دستور پزشک**
- ❖ **مدیریت درد بیماران با شیوه اثربخش و ایمن (با لحاظ بیماری‌های زمینه‌ای، تداخلات دارویی و سابقه آلرژی)**

دستورالعمل تسکین درد، توسط کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان تدوین و به کادر درمان اطلاع‌رسانی گردد. توصیه می‌گردد در تدوین این دستورالعمل از مشارکت متخصص بیهوشی، فلوشیپ درد، متخصص جراحی عمومی، متخصص داخلی، متخصص طب اورژانس، روان‌شناس و در صورت لزوم پزشک متخصص طب ایرانی استفاده گردد.

در صورت استفاده از داروهای مخدر تزریقی، تدابیر لازم جهت پیشگیری از عوارض ناخواسته از جمله آپنه مدنظر قرار گیرد. در خصوص استفاده از پمپ‌های مخدر تمهیدات ایمنی لازم طبق دستورالعمل بیمارستان رعایت شود. آماده‌سازی پمپ درد، مسئولیت انفوزیون و پایش بیمار در دستورالعمل شفاف شود.

استفاده از داروهای مسکن تزریقی، پس از بررسی و ارزیابی بالینی بیمار توسط پزشک معالج/ ذی‌صلاح به‌صورت یک‌بار تجویز (Stat) و از نوشتن تکرار در صورت لزوم (PRN) اکیداً خودداری گردد. در صورت عدم کنترل درد و نیاز به تکرار، صرفاً منوط به بررسی بالینی بیمار توسط پزشک معالج/ ذی‌صلاح و دستور مجدد است.

همچنین به‌منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیمار جهت اجرای دستورالعمل فوق، آگاه‌سازی بیمار از عوارض داروهای مسکن صورت می‌پذیرد.

[1] Over The Counter (OTC)

ب-۱-۶ ارزیابی تغذیه‌ای و تغذیه بیماران بر اساس ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود
ب-۱-۶-۱/ ☑☐☐/ ۱
وضعیت تغذیه‌ای بیماران تعیین تکلیف شده و بر اساس آن برنامه‌ریزی و عمل می‌شود.
❖ تعیین و ثبت نوع رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده ❖ ثبت نوع رژیم غذایی تمامی بیماران در زمان مقرر در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی[1] توسط پرستار ❖ چینش سینی غذای بیماران مطابق با فهرست دریافت شده از سامانه‌ی اطلاعات بیمارستان و برنامه غذایی نوشته شده ❖ الصاق برچسب مشخصات شامل نام بخش، نام بیمار و نوع رژیم غذایی بر روی غذاهای رژیمی توسط واحد مدیریت غذایی ❖ مطابقت غذای ارائه شده به بیمار با رژیم غذایی ثبت شده در پرونده
دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده بیماران ثبت و توسط پرستار یا منشی بخش در زمان مقرر و حداکثر قبل از وعده‌ی غذایی بعدی در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی یا فرم مربوطه (فرم ثبت رژیم غذایی)[2] وارد می‌شود و مبنای سفارش غذا به تفکیک بیماران است. درصورتی‌که برای بیمار ارزیابی تخصصی تغذیه انجام شود و پس از آن رژیم غذایی بیمار تغییر یابد، رژیم غذایی مورد توافق پزشک و مشاور/کارشناس تغذیه در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی ثبت می‌گردد. (مهر و امضا پزشک در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه نشان‌دهنده‌ی موافقت پزشک با دستور پیشنهادی مشاور تغذیه است.) نوع رژیم غذایی با روش پخت و یا روش تغذیه متفاوت است. به طور مثال پوره یا مایعات بیانگر نوع رژیم غذایی نمی‌باشد و یا گاواژ نشان‌دهنده‌ی روش تغذیه بوده و باید مشخص شود گاواژ استاندارد منظور است یا گاواژ دیابتی یا سایر موارد انواع رژیم‌های غذایی شایع در بیمارستان توسط مشاور/کارشناس تغذیه در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی تعریف می‌شود. رژیم غذایی معمولی، رژیم غذایی دیابتی، رژیم غذایی پر پروتئین - به تفکیک روزهای هفته که برای هرکدام آنالیز یا جیره غذایی مشخص شده‌ای وجود دارد و بر اساس آن آشپز اقدام به سرو غذا می‌کند. مشاور/کارشناس تغذیه فهرست اطلاعات رژیم غذایی بیماران بستری را از سامانه اطلاعات بیمارستانی دریافت می‌نماید. چینش سینی غذای بیماران مطابق با فهرست مذکور و برنامه غذایی نوشته شده (هفتگی یا ماهیانه) بیمارستان انجام و توزیع می‌شود. در توزیع غذا به روش مرکزی، حداقل غذاهای رژیمی، باید برچسب مشخصات حداقل شامل نام بخش - نام بیمار - نوع رژیم را داشته باشد. در توزیع غذا به روش نیمه‌متمرکز نیاز به وجود برچسب غذاهای رژیمی نیست و مطابق با فهرست رژیم غذایی استخراج شده از سامانه اطلاعات بیمارستانی بر بالین بیمار توزیع می‌شود. قبل از توزیع غذا در بخش فهرست غذایی بیماران توسط پرستار مسئول بیمار باید مطابقت داده شده و موردتأیید قرار می‌گیرد. در صورت مصرف ناکامل و یا عدم مصرف غذا توسط بیمار، پرستار مسئول بیمار، ضمن ثبت موارد در گزارش پرستاری، در ارزیابی بعدی، پزشک معالج را مطلع نموده و به مشاور تغذیه اطلاع‌رسانی کند. بیمارانی که ارزیابی تخصصی شده و غذای خود را مصرف نکرده و یا به هر علت قادر به مصرف غذای خود به طور کامل نیستند، توسط مشاور تغذیه پیگیری و برای تغذیه آنان تصمیم‌گیری خواهد شد. اطلاع‌رسانی پرستار مسئول شیفت یا منشی بخش به مشاور تغذیه در خصوص موارد بستری جدید نیازمند به مشاوره، قبل از وعده‌ی غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان بستری باید صورت پذیرد تا زمان کافی جهت اعمال تغییرات در رژیم غذایی بیمار وجود داشته باشد. همچنین، هنگام توزیع غذای بیمار توسط متصدیان توزیع غذا، فهرست غذاهای سروشده باید با غذاهای رژیمی توزیع‌شده و ثبت‌شده در پرونده مطابقت داده شود و سپس توسط سرپرستار یا مسئول شیفت بخش تأیید، مهر و امضا گردد. بیمارستان سازوکار خود را برای تأمین غذای بیماری که پس از زمان توزیع غذا مراجعه و بستری شده‌اند مشخص کرده است. رعایت تمامی اصول پیش گفته درخصوص رژیم غذایی تجویزی توسط پزشکان متخصص طب ایرانی (پس از تائید پزشک معالج) الزامی می‌باشد.

[1] HIS
[2] Diet Sheet

ب-۱-۶-۲/ ☐☐☑/ ۱

ارزیابی تخصصی تغذیه‌ای طبق ضوابط مربوطه برای گروه‌های هدف انجام شده و بر اساس آن رژیم غذایی بیمار، تنظیم و اجرا می‌شود.

- ارزیابی اولیه وضعیت تغذیه‌ای بیمار توسط پرستار به منظور شناسایی بیماران نیازمند ارزیابی تخصصی تغذیه ای و اطلاع به مشاور/کارشناس تغذیه
- ارزیابی تخصصی تغذیه ای توسط مشاور/کارشناس تغذیه و تکمیل فرم‌های مربوطه
- بررسی/ تأیید نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه توسط پزشک معالج در پرونده پزشکی با ثبت مهر و امضای پزشک
- اجرای رژیم غذایی تنظیم شده طبق نتایج ارزیابی تخصصی تغذیه و تأیید پزشک
- نظارت پرستار و مشاور/کارشناس تغذیه بر استمرار اجرای صحیح رژیم غذایی تنظیم شده
- ارزیابی مجدد تغذیه‌ای بیمار توسط مشاور/ کارشناس تغذیه در صورت تغییر روش تغذیه، نوع رژیم غذایی بیمار و یا دستور پزشک معالج

➢ **گروه‌های هدف از نظر تغذیه ای که نیازمند ارزیابی تخصصی تغذیه ای می باشند شامل موارد زیر می باشد:**

۱) بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش‌های ویژه (انواع ICU) بزرگسالان و کودکان
۲) بیماران بستری نیازمند حمایت تغذیه‌ای روده‌ای (تغذیه انترال)
۳) بیماران بستری نیازمند حمایت تغذیه‌ای وریدی (تغذیه پرنترال)
۴) بیماران سوءتغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان
۵) مادران باردار با دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی
۶) کودکان پرخطر در معرض سوءتغذیه، سوختگی و بیماری‌های کلیوی، سرطانی، متابولیک مادرزادی و سلیاک
۷) سایر گروه‌ها شامل دیابت، فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی، نارسایی کلیه، سیروز کبدی، زخم بستر، بیماری‌های نورولوژی منجر به اختلال بلع، جراحی شکمی (به جز موارد سزارین)، پنومونی، موارد طولانی NPO، بیماری انسدادی مزمن[1] و ضربه به سر است.

روش تغذیه بیمار (اعم از حمایت تغذیه دهانی، تغذیه وریدی، تغذیه روده‌ای) به همراه نوع رژیم غذایی مانند دیابتی، اورمیک و سایر موارد باید توسط پزشک برای تمامی بیماران پرخطر از نظر تغذیه ای تعیین تکلیف شود. به منظور ارتقای وضعیت تغذیه ای این گروه از بیماران ارزیابی تخصصی تغذیه ای برای آنان انجام می شود

در صورت توافق پزشک و مشاور/کارشناس تغذیه در خصوص توصیه های مشاور/کارشناس تغذیه، باید توصیه‌ها توسط پزشک معالج reorder شده و سپس اجرا گردد و در صورت عدم موافقت در برگه‌ی ارزیابی تخصصی درج گردد.

در خصوص بیمار NPO، ضمن بررسی دلایل NPO بودن بیمار و موارد طولانی NPO بدون حمایت تغذیه‌ای مناسب، نتایج بررسی انجام شده توسط مشاور/کارشناس تغذیه و تأیید یا عدم تأیید پزشک معالج در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ثبت می‌گردد. بیمارانی که به دلیل جراحی شامل NPO موقت هستند مشمول این سنجه نمی‌باشند.

وجود ترازو و قدسنج سالم و کالیبره (دارای برچسب کنترل کیفی تجهیزات) در بخش‌ها ضروری است و باید با روش‌های دقیق و علمی وزن و قد بیمار ثبت شده باشد. استفاده از روش‌های علمی تخمین وزن و قد صرفاً برای بیمارانی انجام می‌شود که امکان ایستادن به دلیل عدم هوشیاری، بدحالی، فلج خمیدگی یا قوز پشت میسر نباشد. در ایستگاه پرستاری بخش‌های مختلف بالینی باید نموگرام نمایه‌ی توده‌ی بدنی[2] برای تمامای گروههای هدف که در آن بخش بستری می گردند موجود باشد.

بخش ارزیابی تغذیه‌ای در شیت‌های بخش‌های ویژه باید توسط پرستار تکمیل شود. مشاور تغذیه با مراجعه به گزارش پرستاری و شیت پرستاری امکان ارزیابی صحیحی از وضعیت تغذیه بیمار خواهد داشت.

پیگیری وضعیت تغذیه‌ای بیماران مشاوره شده با تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار در بخشهای ویژه در فواصل زمانی مشخص ۳ تا ۵ روزه انجام می‌شود. البته در موارد تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع گاواژ این زمان ممکن است کوتاه‌تر باشد.

دستور رژیم غذایی بیمار نیازمند حمایت تغذیه‌ای روده‌ای (تغذیه انترال) به همراه نوع رژیم (مانند دیابتی، اورمیک و سایر موارد) و مسیر لوله‌گذاری (لوله دهانی معدی OGT، لوله بینی معدی NGT، ژژنوستومی PEG و...) توسط پزشک در پرونده بیمار ثبت می‌گردد. گاواژ نشان‌دهنده روش تغذیه بوده و باید مشخص شود گاواژ استاندارد منظور است یا گاواژ دیابتی یا سایر موارد. در گاواژ بیماران، محاسبه و برآورد میزان نیاز بیمار به انرژی، تعیین نوع ماده یا فرمولای گاواژ، حجم مایعات دریافتی و حجم گاواژ بر اساس وضعیت بالینی، وضعیت متابولیک و بیماری زمینه‌ای بیمار توسط مشاور/کارشناس تغذیه تعیین و در فرم‌های تغذیه‌ای موجود در پرونده بیماران ثبت می‌گردد.

[1] COPD
[2] BMI

آماده‌سازی گاواژهای غیرمحلول تجاری توسط پرستار آموزش‌دیده مطابق نظر و رژیم غذایی تنظیمی مشاور تغذیه و با رعایت نکات بهداشتی در یک محیط تمیز انجام می‌شود. در صورت عدم تحمل گوارشی بیمار نسبت به محلول گاواژ، پرستار مسئول بیمار، مورد را در فرم‌های مربوطه و پرونده‌ی بیمار درج و به مشاور/کارشناس تغذیه جهت اعمال مداخلات تغذیه‌ای مناسب و به‌موقع، اطلاع می‌دهد. قطع طولانی‌مدت گاواژ به دلیل عدم تحمل بیمار و عدم اطلاع‌رسانی به مشاور/کارشناس تغذیه جهت بررسی دلایل عدم تحمل نشان‌دهنده عدم مدیریت تغذیه‌ای صحیح بیمار است.

دوره‌های آموزشی در خصوص اهمیت حمایت تغذیه روده‌ای، دلایل عدم تحمل، نحوه صحیح گاواژ و... باید توسط مشاور/کارشناس تغذیه برای پرستاران برگزار شده باشد.

برای بیماران جدید تحت دیالیز در ارزیابی اولیه پرستار و پزشک، مشاور/کارشناس تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه را انجام و رژیم غذایی بیمار را تنظیم می‌نماید. پیگیری بیماران مشاوره شده توسط مشاور/کارشناس تغذیه در فواصل زمانی مشخص (حداقل سه بار در سال و در صورت درخواست پزشک به‌صورت ماهیانه) متناسب با شرایط بیمار با تکمیل فرم پیگیری تغذیه انجام می‌شود.

برای مادران باردار بستری بیش از ۲۴ ساعت به دلیل دیابت، پره اکلامپسی، اکلامپسی، ارزیابی تخصصی تغذیه و رژیم غذایی تنظیم و اجرا شود. از منحنی‌های استاندارد وزن‌گیری مادران باردار جهت تعیین وضعیت ابتلا به سوءتغذیه توسط مشاور/کارشناس تغذیه استفاده می‌شود. با توجه به عدم وجود فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ویژه مادر باردار از فرم‌های ارزیابی تخصصی تغذیه بزرگسال استفاده شود.

در بخش‌هایی که زنان باردار بستری می‌شوند نمودار و جداول وزن‌گیری دوران بارداری برای مادران بالاتر از ۱۹ سال و نمودار و جداول وزن‌گیری دوران بارداری برای مادران نوجوان – تک¬قلویی بر اساس BMI قبل از بارداری (Z-scores۱۰) تا پایان ۱۸ سال (مطابق با پیوست‌های کتاب دستورالعمل‌های ارزیابی و پیگیری تغذیه‌ای بیماران بستری در بیمارستان ویژه بزرگسالان) به‌عنوان یکی از تجهیزات تغذیه‌ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد.

مشاوره تغذیه اطفال با اولویت زمانی برای اطفال مبتلا به سوءتغذیه، سرطان، سوختگی، بیماری‌های کلیوی، سلیاک و بیماری‌های متابولیک مادرزادی و بر اساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری/ تشخیص بیماری با شرایط خاص و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک، انجام می‌شود.

در ایستگاه پرستاری بخش‌هایی که کودک و یا نوجوان بستری می‌شوند باید نمودارهای محاسبه BMI برحسب سن ۵ تا پایان ۱۸ سال (Z-scores) به تفکیک جنس و نمودارهای وزن بر حسب قد کودک زیر ۵ سال (Z-scores) (مطابق با پیوست‌های دستورالعمل و فرم‌های ارزیابی تغذیه‌ای کودکان و نوجوانان بستری در بیمارستان) به‌عنوان یکی از تجهیزات تغذیه‌ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد. کودک‌ونوجوان به‌تمامی افرادی اطلاق می‌گردد که در محدوده سنی ۱ ماه تا پایان ۱۸ سال قرار دارند.

در موارد درخواست مشاوره از سوی پزشک، علاوه بر تکمیل فرم ارزیابی تخصصی لازم است برگه درخواست مشاوره نیز تکمیل گردد. همچنین پرستار بیمار باید مصرف غذا توسط بیمار را بررسی و در صورت بی‌اشتهایی و یا عدم تمایل و یا تحمل به غذا به مشاور تغذیه و پزشک اطلاع دهد. در تمامی موارد برگه دستور رژیم غذایی تنظیم شده و آموزش‌های لازم توسط مشاور/کارشناس تغذیه باید به بیمار ارائه گردد و تا حد ممکن در بیمارستان جهت اجرای آن برنامه‌ریزی شود. به طور مثال برای بیماران با محدودیت لبنیات، در وعده‌های غذایی ارائه شده توسط بیمارستان لحاظ گردد.

ب-۱-۶-۳/ ☐☑☑/ ۱.۵

بیمارستان از اثربخش‌بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی تغذیه بالینی و رژیم‌درمانی اطمینان حاصل می‌نماید.

- **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی معاونت غذا و دارو و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط**
- **تعیین شاخص‌های واحد تغذیه بالینی و برنامه‌ریزی جهت ارتقای آن**
- **آموزش به کارکنان درمانی (پزشک، پرستار، مشاور/کارشناس تغذیه) در خصوص شناسایی بیماران نیازمند مداخلات تغذیه‌ای و ارزیابی اثربخشی آن**
- **تهیه برنامه منسجم برای نظارت بر تهیه مواد اولیه غذائی از منابع استاندارد و با تضمین کیفیت، در محدوده‌ی مقررات بیمارستان**

کمیته تغذیه بالینی و رژیم‌درمانی مطابق با دستورالعمل ابلاغی باید حداقل به صورت فصلی با بررسی موضوعات دو محور مدیریت غذایی و تغذیه بالینی تشکیل گردد و مصوبات کمیته با نسبت ۵۰ درصد به هر موضوع اختصاص یابد. در صورتی‌که بیمارستان دو کمیته مدیریت غذایی و تغذیه بالینی را مجزا برگزار نماید بلامانع است.

اندازه‌گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی‌شدن مصوبات کمیته مهلت زمانی تعیین شده توسط دفتر بهبود کیفیت با همکاری دبیر کمیته صورت گیرد.

ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته به‌صورت مستند موجود و قابل‌دسترسی در واحد تغذیه بالینی است.

ب-۱-۶-۴/ ☑☐☐/ ۱

رعایت اصول تغذیه‌ای در طبخ و توزیع غذا تحت نظارت کارشناس تغذیه بوده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

- **بررسی کیفیت، ارزش و مشخصات تغذیه‌ای مواد غذایی اولیه خریداری شده در هنگام ورود از لحاظ تغذیه‌ای**
- **نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا در مراحل آماده‌سازی مواد غذایی**
- **نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر بسته‌بندی غذای بیماران**
- **نظارت میدانی کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا بر توزیع و سرو غذا**
- **تدوین برنامه بهبود/ انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم**

منظور از نظارت میدانی حضور و ارزیابی متصدی غذا با نظارت کارشناس تغذیه در مراحل آماده سازی، طبخ مواد غذایی، بسته‌بندی، توزیع و سرو غذا در نوبت‌های کاری مختلف (صبح و عصر) است.

وسایل و امکانات سالم و استاندارد برای طبخ غذا تأمین شود. همچنین برنامه‌ای مشخص برای تعویض و یا سرویس دوره‌ای تجهیزات و ابزار طبخ غذا/جایگزینی و تعویض موارد فرسوده، زیر نظر مشاور/کارشناس تغذیه با تأیید ریاست/مدیریت بیمارستان وجود داشته باشد. برای سنجش کمیت مناسب غذا توزین اتفاقی غذاها توسط متصدی غذا و با نظارت کارشناس تغذیه انجام می‌شود. همچنین عدم نگهداری مواد غذایی داغ در ظروف پلاستیکی، ظروف ترک‌خورده، شکسته و لب پر، عدم استفاده از ظروف مستعمل و زنگ‌زده موردتأکید است.

➢ **شیوه‌های توزیع غذا**

۱) توزیع غذا به روش متمرکز، غذا در آشپزخانه بسته‌بندی شده و با درپوش مناسب داخل ترالی گرم خانه‌دار قرار داده می‌شوند و به بخش منتقل می‌شود.

۲) توزیع غذا به روش غیرمتمرکز، غذا در ترالی‌های گرم خانه‌دار قرار داده می‌شود و در بالین بیمار طبق فهرست سامانه اطلاعات بیمارستانی و مطابق با رژیم غذایی هر بیمار توزیع می‌شود.

در شیوه توزیع غذا به روش متمرکز، حداقل در خصوص غذاهای رژیمی، باید برچسب مشخصات، شامل نام بخش، نام و نام خانوادگی بیمار و نوع رژیم، استفاده شود.

ب-۱-۶-۵/ ☑☐☐/ ۱,۵

تهیه و توزیع گاواژ مورد نیاز بیماران در بیمارستان بر اساس اصول استاندارد انجام می‌گردد.

- **شناسایی بیماران نیازمند به حمایت تغذیه‌ای با روش گاواژ**
- **آماده‌سازی و تهیه محلول گاواژ، محلول‌های وریدی و مکمل‌های غذایی با رعایت اصول بهداشتی توسط فرد آموزش‌دیده**
- **انجام گاواژ / تغذیه انترال – تزریق وریدی – تغذیه حمایتی دهانی (گاواژ از طریق دهان) برای بیمار توسط پرستار آموزش‌دیده مطابق رژیم غذایی تنظیم شده**
- **نظارت مشاور/کارشناس تغذیه بر مراحل تهیه و توزیع گاواژ**
- **تدوین برنامه بهبود/ انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم**

در تغذیه روده‌ای و گاواژ بیماران و همچنین تغذیه وریدی (پرانترال)، میزان نیاز بیمار باید بر اساس ارزیابی‌های انجام شده که در فرم‌های تغذیه‌ای موجود در پرونده بیماران ثبت می‌گردد توسط مشاور/کارشناس تغذیه بررسی و برآورد گردد. برای بیماران نیازمند حمایت تغذیه‌ای خوراکی (ONS) سهم انرژی و پروتئین تأمین‌شده از غذای معمول و مکمل‌های تغذیه‌ای باید توسط مشاور/کارشناس تغذیه تعیین و ثبت شود.

در لیست درخواست غذای بیماران، باید تغذیه حمایتی (شامل نوع و مقدار فرمولای بیمارستانی یا مکمل‌های تجاری) در نظر گرفته شود.

در صورت هرگونه تغییر برنامه تغذیه بیمار توسط پزشک (به طور مثال از انترال به تغذیه دهانی یا از تغذیه دهانی به NPO و...)، عدم تحمل غذایی بیمار و قطع تغذیه انترال/گاواژ، توسط پرستار به مشاور تغذیه جهت تنظیم رژیم جدید اطلاع‌رسانی شود. تا زمانی که بیمار توسط مشاور تغذیه ارزیابی تخصصی تغذیه نشده است مبنای در خواست گاواژ دستور پزشک است.

حداقل دو نوع گاواژ تجاری (استاندارد و پرپروتئین) برای بیماران بستری واجد شرایط باید در دسترس باشد. محلول گاواژ موردنیاز در بخش، باید با ثبت درخواست در سامانه اطلاعات بیمارستان یا به صورت مکتوب، دریافت گردد. همواره باید از گاواژ تجاری موردتأیید وزارت بهداشت استفاده شود و جز در زمان عدم دسترسی، از گاواژ دست‌ساز بیمارستانی استفاده نشود.

در صورت تهیه گاواژ دستی در آشپزخانه، اتاق آماده‌سازی محلول گاواژ باید دارای شرایط مطابق با دستورالعمل سیاست‌های اجرایی و ضوابط بخش تغذیه در بیمارستان‌ها باشد. (شامل تجهیزاتی مانند یخچال، مخلوط‌کن، آب‌میوه‌گیری، ترازوی دیجیتال، لامپ مجهز به اشعه فرابنفش به تأیید کارشناس بهداشت حرفه‌ای، هود با مشخصات استاندارد، میز کار مخصوص، ظرف زباله دربدار پدالی، سینک ظرفشویی و آبچکان و غیره باشد و تمامی وسایل و تجهیزات این اتاق باید قابلیت ضدعفونی داشته باشد، آماده‌سازی باید در اتاق گاواژ درب بسته و سرپوشیده در محلی جداگانه در مجاورت و یا داخل

آشپزخانه انجام شود. علاوه بر ایزوله بودن اتاق آماده‌سازی محلول گاواژ، مسئول تهیه محلول گاواژ نیز باید از پرسنل آموزش‌دیده باشد و در زمان تهیه گاواژ، از روپوش یک‌بارمصرف، ماسک، دستکش و سرپوش استفاده کند). توزیع گاواژ توسط متصدی توزیع غذا به بخش‌ها حداقل دو بار در روز صورت پذیرد.
درجه‌حرارت گاواژهای دست‌ساز قبل از استفاده، باید در حدود ۳۷ درجه سانتیگراد باشد و در صورت نگهداری آن در داخل یخچال، قبل از استفاده، باید به دمای مناسب رسانده شود.
ظروف نگهداری گاواژ دست‌ساز، باید یک‌بارمصرف گیاهی استاندارد و ترجیحاً Food grade باشد
برای آماده‌سازی و نگهداری گاواژ تجاری پودری، از ظروف همزن ویژه/ Shaker که شستشو و گندزدایی شده باشد نیز می‌توان استفاده کرد.
در صورت استفاده از گاواژ تجاری پودری، آماده‌سازی باید حتی‌الامکان در اتاق گاواژ و یا محیط تمیز با شرایط دور از آلودگی و عفونت انجام شود.
در گاواژ بیماران، از محلول‌ها و سوپ‌های آماده شده توسط همراهان بیمار در خارج بیمارستان نباید به‌هیچ‌وجه استفاده شود و وجود هرگونه گاواژ دستی تهیه شده توسط همراه بیمار و یا هر نوع آب‌میوه نشان‌دهنده عدم مراقبت صحیح تغذیه‌ای بیمار است.
فرمولاهای استانداردی که نیاز به آماده سازی دارند، نباید بیش از ۴ ساعت در معرض دمای اتاق قرار گیرند و اگر قرار نیست بلافاصله مورداستفاده قرار گیرد باید در یخچال نگهداری شده و درصورتی‌که استفاده نشوند و یا بخشی از آن باقی بماند، ۲۴ ساعت بعد از آماده‌سازی دور ریخته شوند.
زمان ماندگاری (Time Hang) محلول‌های گاواژ تجاری متفاوت بوده و باید طبق دستور مندرج در برچسب محصول، مدت نگهداری آن رعایت شود.
ظروف گاواژ منتقل شده به بخش، باید دارای برچسب حاوی نام و نام خانوادگی بیمار، نام بخش، تاریخ و ساعت تهیه گاواژ، نوع گاواژ و مقدار درخواست شده جهت هر وعده مصرف بیمار باشد.
برای بیماران ژژونوستومی باید از فرمولای المنتال تجاری استاندارد استفاده شود.
در صورت عدم تحمل گوارشی بیماران نسبت به محلول گاواژ، پرستار مسئول بیمار، باید مورد را در فرم‌های مربوطه و پرونده بیمار درج و به مشاور/کارشناس تغذیه جهت اعمال مداخلات تغذیه‌ای مناسب و به‌موقع، اطلاع دهد.
آماده‌سازی گاواژهای غیرمحلول تجاری، باید توسط پرستار آموزش‌دیده زیر نظر مشاور تغذیه و با رعایت نکات بهداشتی در یک محیط تمیز و ترجیحاً اتاق گاواژ انجام شود.
محلول‌های وریدی باید طبق دستور پزشک؛ توسط مشاور/کارشناس تغذیه تنظیم، با نظارت داروساز بالینی آماده و توسط پرستار تزریق شود.

ب-۱-۶-۶/ ☑☑☑/ ۱

تنوع غذا و توزیع میان‌وعده برای بیماران با رویکرد حمایت تغذیه‌ای برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **وجود فهرست متنوع غذا شامل حداقل دو انتخاب در هر وعده، به تفکیک برای همه رژیم‌های غذایی معمولی و درمانی**
- **آگاهی بیماران از وجود و امکان انتخاب غذا در هر وعده**
- **توزیع غذای بیماران بر اساس انتخاب آن‌ها**
- **تهیه فهرست بیماران نیازمند دریافت میان‌وعده بر اساس ارزیابی تغذیه‌ای**
- **نظارت بر اجرای صحیح تنوع غذایی و توزیع میان‌وعده توسط مشاور/کارشناس تغذیه با همکاری مسئول توزیع غذا**
- **تدوین برنامه بهبود / انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم**

افراد واجد شرایط جهت دریافت میان‌وعده حداقل شامل مادران باردار، کودکان، بیماران دیابتیک هستند. بیمارستان باید برای این بیماران برنامه‌ی توزیع میان‌وعده و غذاهای گرم، قبل و پس از ساعات عادی سرو غذا داشته باشد. برنامه غذایی باید برای انواع رژیم‌های غذایی قابلیت اجرایی داشته باشد. از بیماران نوع غذای انتخابی آنها بر اساس برنامه‌ی غذایی بیمارستان قبل از وعده اصلی غذایی یا روزانه سؤال می شود. برای رژیم‌های غذایی درمانی؛ مانند کتوژنیک، دیابتیک، کلیوی و سایر رژیم‌ها بسته به بیماری‌های شایع بستری در بیمارستان به تشخیص مشاور/کارشناس تغذیه تنظیم می‌شود. در بیماران با مدت اقامت زیر ۲۴ ساعت که فقط یک وعده در بیمارستان حضور دارند و بیماران روان‌پزشکی، امکان انتخاب غذا ارزیابی نمی‌شود. در برنامه‌ی غذایی وعده‌ی اصلی و میان‌وعده‌ها ذکر شده باشد برنامه‌ی غذایی ویژه‌ی کودکان و سالمندان وجود داشته باشد.
میان‌وعده شامل مقدار کمی از غذا ست و می‌تواند بخش قابل‌توجهی از نیازهای تغذیه‌ای فرد را تا ۱۵۹ کیلوکالری تأمین نماید. (شامل: شیر، میوه، فرنی، کیک، بیسکویت و...) چای به‌تنهایی به‌عنوان میان‌وعده محسوب نشده و فاقد ارزش غذایی است. بین توزیع وعده اصلی و میان‌وعده باید حداقل دو ساعت فاصله زمانی باشد و حداقل دو نوبت متناسب با رژیم غذایی بیماران ارائه شود؛ بنابراین بیمارستان‌هایی که در کنار صبحانه میان‌وعده سرو می‌نمایند موردقبول نمی‌باشد. مشاور/کارشناس تغذیه باید برنامه‌ای مشخص برای توزیع میان‌وعده و همچنین تهیه فهرست افراد واجد شرایط جهت دریافت میان‌وعده رژیم‌های درمانی؛ مانند کتوژنیک، دیابتیک – کلیوی و سایر رژیم‌ها بسته به بیماری‌های شایع بستری در بیمارستان داشته باشد و بر انجام آن نظارت نماید.

ب-۱-۷ بیمارستان از تأمین خدمات توان‌بخشی برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید

❋ ب-۱-۷-۱/ ☐☑☑/ ۱,۵

نیازهای توان‌بخشی بیماران شناسایی و برنامه‌ریزی می‌شود.

- ❖ شناسایی نیازهای توان‌بخشی بیماران کم‌توان/ ناتوان ذهنی و جسمی
- ❖ برنامه‌ریزی جهت ارائه‌ی مراقبت توان‌بخشی بر اساس نیازهای شناسایی شده

لازم است معیارهای نیاز به خدمات توان‌بخشی برای بیماران بستری در ارزیابی اولیه‌ی پزشکی و پرستاری با هماهنگی و تعامل مدیران گروه های پزشکی، مسئول فنی بخش توان بخشی و رییس/ مدیر بیمارستان ، مشخص شود و کارکنان درمانی از آن‌ها آگاهی داشته باشند. همچنین باید نیازهای توان‌بخشی بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می‌کنند، شناسایی شود. خدمات توان‌بخشی شامل فیزیوتراپی، طب فیزیکی، روان‌شناسی بالینی، خدمات کاردرمانی، گفتاردرمانی، اپتومتری، ادیومتری و خدمات طب ایرانی تجویز شده با هدف بازتوانی بیماران حسب سرویس تخصصی فعال بیمارستان و نیاز بیماران باید تأمین شود.

➢ **ازجمله معیارهای نیاز به خدمات توان‌بخشی شامل؛**

۱) بیماران با بیماری‌های پیش‌رونده مغز و اعصاب با ناتوانی جسمی – حرکتی و یا اختلال شناختی
۲) بیماران سکته‌ی مغزی فاز تحت حاد
۳) بیماران آسیب‌های نخاعی و آسیب‌های مغزی تحت حاد
۴) کودکان با کم‌توانی ذهنی - حرکتی
۵) بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می‌کنند
۶) بیماران در مرحله تحت حاد با علائم حیاتی پایدار، نیازمند مراقبت پزشکی و پرستاری ۲۴ ساعته
۷) بیماران با آسیب روحی شدید/ ناگهانی
۸) بیماران پس از جراحی و مداخلات تهاجمی منجر به کم‌توانی جسمی

ب-۱-۷-۲/ ☐☑☑/ ۱

نیازهای توان‌بخشی بیماران، از طریق خدمات داخلی یا تأمین‌کنندگان طرف قرارداد و با رعایت الزامات کیفیت و ایمنی بیمار تأمین می‌شود.

- ❖ تامین نیازهای بیماران به خدمات فیزیوتراپی با رعایت استانداردهای مربوطه
- ❖ تأمین مشاوره‌های تخصصی طب فیزیکی با رعایت استانداردهای مربوط
- ❖ تأمین نیازهای بیماران به مداخلات کاردرمانی با رعایت استانداردهای مربوط
- ❖ تأمین نیازهای بیماران به مداخلات گفتاردرمانی، با رعایت استانداردهای مربوط
- ❖ تأمین ارتوزها و پروتزهای موردنیاز بیماران بستری مطابق استانداردهای ارتوپدی فنی
- ❖ تأمین خدمات اپتومتری بیماران با رعایت استانداردهای مربوط
- ❖ تأمین نیازهای بیماران به ارزیابی و توان‌بخشی شنوایی با رعایت استانداردهای مربوط
- ❖ تأمین خدمات روان‌شناسی بالینی با رعایت الزامات مربوط
- ❖ ثبت نتایج ارزیابی بیمار در شروع مراقبت، اقدامات انجام شده و میزان پیشرفت و محدودیت‌های احتمالی هر یک از درمان‌های توان‌بخشی در پرونده پزشکی بیمار

تمامی نیازهای توان‌بخشی بیماران باید توسط بیمارستان یا از طریق خرید خدمات توسط تأمین‌کننده خارج از بیمارستان در بالین بیماران و داخل بیمارستان با رعایت استانداردهای مربوط تأمین شود. لازم به ذکر است شرایط بالینی بیماران یا شرایط بیمارستان و عدم فعالیت بخش‌های توان‌بخشی در بیمارستان مانع از ارائه خدمات توان‌بخشی نیست. در صورت برون سپاری خدمات توان‌بخشی نظارت بر انجام آن بر اساس قرارداد منعقده ضروری است. نقل‌وانتقال ایمن بیماران از بخش به واحدهای توان‌بخشی و بالعکس انجام و برنامه پیشگیری به‌منظور جلوگیری از خطر سقوط بیماران وجود داشته و اجرا می شود. بررسی و تحلیل علل رخداد سقوط و زخم بستر در بیماران دریافت‌کننده مراقبت توان‌بخشی انجام می‌گردد. کارشناسان توان‌بخشی در صورت نیازمندی، به‌موقع بر بالین بیماران حضور می‌یابند. پس از دریافت درخواست از بخش‌های بالینی ارائه خدمات از نظر دفعات، زمان اجرا و ناحیه بازتوانی طبق دستور پزشک برنامه‌ریزی و انجام می شود. انجام خدمات توان‌بخشی درخواستی برای بیماران به صورت روزانه و بر اساس درخواست اعلام شده در سامانه اطلاعات بیمارستان صورت می‌پذیرد. تمام موارد مربوط به نتایج ارزیابی بیمار در شروع هر یک از درمان‌های توان‌بخشی، محدودیت‌های بیمار جهت یادآوری به کادر مراقبتی، برنامه درمان، ارزشیابی درمان ارائه شده (بهبود حاصل شده به بهبود قابل‌انتظار پزشک معالج)، توصیه‌های بعد از ترخیص، توسط کارشناس مربوطه‌ی توان‌بخشی در پرونده‌ی بیمار ثبت می‌شود. ضروری است تجهیزات و امکانات موردنیاز جهت انجام خدمات توان‌بخشی با رعایت موازین و اصول ایمنی بیمار و کارکنان فراهم گردد. نیازهای آموزشی خودمراقبتی بیماران در خصوص توان‌بخشی تعیین و بر اساس آن آموزش‌های موردنیاز ارائه گردد.

ب-۱-۷-۳/ ☑☑☑/ ۱

خدمات توان‌بخشی موردنیاز بیماران در ایام هفته اعم از تعطیل و غیرتعطیل بدون وقفه ارائه می‌شود.

- ارائه‌ی خدمات فیزیوتراپی شناسایی شده با رعایت استانداردهای مربوط در تمامی روزهای هفته اعم از تعطیل و غیرتعطیل حداقل در دو شیفت صبح و عصر
- ارائه‌ی خدمات کاردرمانی موردنیاز بیماران در تمامی روزهای غیرتعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر
- ارائه‌ی خدمات روان‌شناسی بالینی موردنیاز بیماران در تمامی روزهای غیرتعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر
- ارائه‌ی خدمات گفتاردرمانی موردنیاز بیماران در تمامی روزهای غیرتعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر
- ارائه‌ی خدمات ارتوز و پروتز موردنیاز بیماران در تمامی روزهای غیرتعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر
- ارائه‌ی خدمات اپتومتری و ادیومتری موردنیاز بیماران در تمامی روزهای غیرتعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر

ارائه خدمت توان‌بخشی با توجه به نیاز بیماران باید به‌صورت متناوب در هفته برنامه‌ریزی شود. در تعطیلات طولانی‌مدت (بیش از ۲ روز متوالی)، برنامه‌ریزی برای تمامی خدمات توان‌بخشی توسط بیمارستان ضروری است. ایام تعطیل مانع از ارائه خدمات به بیماران نیست.

ب-۱-۸ آموزش بیماران، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود

ب-۱-۸-۱/ ☑☐☐/ ۱

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

- تعیین، تدوین و ابلاغ حداقل موضوعات آموزشی و روش‌های آموزش اثربخش به بیماران در بدو ورود و طی دوران بستری
- تعیین نیاز آموزشی بیمار/همراه در اولین ارزیابی بیمار
- ارائه توضیحات و آموزش توسط پزشک به بیمار
- ارائه توضیحات و آموزش توسط پرستار و ثبت در گزارش پرستاری
- ارائه آموزش تخصصی توسط سایر اعضای تیم درمان در صورت نیاز بیمار و ثبت در مستندات مربوط

حداقل موارد آموزشی به بیمار در بدو ورود و طول بستری برای هر بخش توسط رئیس بخش و سرپرستار، همسو با سیاست‌های آموزشی مدیر پرستاری باید تدوین، ابلاغ و حداقل سالیانه بازنگری گردد. آموزش‌ها در بدو ورود به بخش توسط پرستار حداقل شامل آشنایی با بخش و فضای فیزیکی و قوانین و مقررات بخش و نحوه احضار پرستار است. شیوه‌های آموزش شامل انواع آموزش چهره‌به‌چهره، کار گروهی، فیلم و پوستر، پمفلت یا سایر رسانه‌های آموزشی است. منظور از سایر کارکنان بالینی، فیزیوتراپ، مشاور/ کارشناس تغذیه، مددکاری، روان شناس بالینی و سایر زیر گروه‌های مرتبط است. لازم به توضیح است که برای ثبت آموزش‌های ارائه شده توسط این گروه‌ها نیاز به اضافه‌کردن برگه دیگری در پرونده بیمار نیست و این گروه موارد ثبتی آموزش را باید در همان برگه‌های مربوطه خود ثبت نمایند.

➢ **موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پزشک در دوران بستری**

۱) اطلاعات قابل‌فهم درباره علل بیماری، نحوه‌ی درمان و پیش‌آگهی 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 رژیم‌درمانی
۷) بازتوانی
۸) سایر موارد بر اساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی

➢ **موضوعات عمومی آموزش به بیمار توسط پرستار و مسئول آموزش بخش در دوران بستری**

۱) افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض
۲) پوزیشن مناسب بیمار در بستر با ذکر دلایل
۳) نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد
۴) مراقبت‌ها/ محدودیت‌های حرکتی و فیزیکی با ذکر دلایل
۵) سایر موارد بر اساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش تخصصی

ب-۱-۸-۲/ ☐☑☑/ ۱
آموزش‌های خودمراقبتی به بیماران در حین بستری و ترخیص ارائه می‌شود.
❖ **تدوین و ابلاغ دستورالعمل «خودمراقبتی برای بیماری‌های شایع»** ❖ **ارائه‌ی آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری و زمان ترخیص توسط پزشک بر اساس دستورالعمل** ❖ **ارائه‌ی آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری و زمان ترخیص توسط پرستار بر اساس دستورالعمل** ❖ **ارائه‌ی آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری و زمان ترخیص توسط سایر گروه‌ها مرتبط بر اساس دستورالعمل** ❖ **نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه‌ی توضیحات و آموزش‌های لازم در مراحل مختلف بستری**
تدوین دستورالعمل‌های «خودمراقبتی برای بیماری‌های شایع» با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه‌های مرتبط باید انجام شود خودمراقبتی مجموعه‌ای از اعمالی است که فرد به‌صورت اکتسابی، آگاهانه و هدف‌دار برای خود و خانواده‌اش انجام می‌دهد تا از لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی سالم بمانند و همچنین در صورت ابتلا به بیماری و بستری در بیمارستان بر اساس آموزش‌های دریافتی در حین بستری و پس از ترخیص از سلامت خود و خانواده‌اش حفاظت نماید. آموزش‌های خودمراقبتی متوجه و متمرکز بر تغییر روش زندگی و آموزش اثربخش در حیطه‌های نگرشی و ترک عادت‌های مضر برای سلامت و تمرین و استمرار در اتخاذ روش‌های بهداشتی، تغذیه‌ای، فیزیکی، ذهنی/ روانی و سایر رفتارهای شخصی برای زندگی سالم‌تر و حمایت از برنامه‌های پیشگیری و درمان و بهبود شاخص امید به زندگی و کاهش هزینه‌های سلامت در جامعه است. آموزش‌های خودمراقبتی مصداق اصلی ایفای نقش بیمارستان در بحث ارتقای سلامت بیماران است. نیازسنجی دقیق و برنامه‌ریزی صحیح و اجرای اثربخش آموزش‌های خودمراقبتی متضمن اثربخشی بسیاری از هزینه‌های صرف شده برای درمان بیماران نیز هست. خودمراقبتی یک باور و مهارت انطباق بیمار با شرایط جدید زندگی است. از این منظر آموزش‌های خودمراقبتی بسیار پیچیده‌تر از آموزش‌های عمومی بدو ورود و حین بستری در زمینه بیماری است؛ لذا انتظار می‌رود بیمارستان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و تأثیرگذارترین سازمان‌های سلامت‌محور در این زمینه برنامه‌های آموزشی مؤثر و مبتنی بر شواهد طراحی و ارائه نماید. برای این مهم لازم است، دستورالعمل‌های آموزش خودمراقبتی برای بیماری‌های شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت پزشکان و سایر گروه‌های پزشکی تدوین شده و بر اساس آن آموزش‌های خودمراقبتی در حین بستری و زمان ترخیص ارائه شود. ارائه آموزش‌های خودمراقبتی ترخیص، ساعاتی زودتر از زمان ترخیص و در راستای آموزش‌های خودمراقبتی حین بستری ارائه شود. ➢ **تشکیل جلسات منظم آموزش به بیمار در هریک از بخش‌های بالینی متشکل اعضای زیر برای برنامه‌ریزی و اجرای دقیق آموزش بیماران بر اساس سیاست‌های آموزشی ابلاغی انجام شود:** ۱) رئیس بخش (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 به‌هیچ‌وجه نباید با تعیین مسئول آموزش بیمار، این مأموریت مهم از وظایف تک‌تک پزشکان و پرستاران خارج شود. این امر در پیشگیری و کنترل عفونت، ایمنی بیمار، کنترل کیفیت و سایر اصول مراقبت و درمان هم مؤثر است. این مسئولان صرفاً ناظر و هماهنگ‌کننده‌ی کیفیت هستند و استقرار و ارائه خدمات باکیفیت وظیفه تک‌تک کارکنان شاغل در امر مراقبت و درمان بیماران است.

ب-۱-۸-۳/ ☑☑☑/ ۱

اثربخشی آموزش‌های ارائه شده به بیماران ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

- **ارزیابی میزان اثربخشی آموزش از طریق بررسی عملکرد صحیح بیماران در زمینه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی**
- **تحلیل نتایج در خصوص میزان اثربخشی برنامه‌های آموزش عمومی و خود مراقبتی**
- **طراحی، اجرا و پایش اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در زمینه ارتقای اثربخشی برنامه‌های آموزش عمومی و خودمراقبتی بیماران**

فرایند آموزش به بیماران با محوریت و سیاست گذاری مدیریت خدمات پرستاری برنامه‌ریزی و با هدایت، برنامه‌ریزی و نظارت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و مشارکت مسئول آموزش بخش، سرپرستار و تمامی پرستاران و پزشکان بخش‌های بالینی اجرا می شود. در همین راستا و به‌منظور مشارکت کارکنان در امر آموزش بیماران و ارتقای کیفیت آن، از بین کارکنان پرستاری بیمارستان در هر بخش بالینی مسئول آموزش بیمار (توسط مدیر پرستاری) تعیین می‌شود.

سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت در تعامل مستمر با ایشان بوده و با هماهنگی سرپرستاران و روسای بخش، روند آموزش عمومی و خود مراقبتی بیماران طراحی، اجرا و ارزیابی اثربخشی می شود. اثربخشی آموزشی در موضوع خود مراقبتی، بر اساس روش‌های معتبر ارزیابی می شود .به‌عنوان‌مثال اثربخشی آموزش در حیطه دانشی در آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی با پرسش مبانی آموزش داده شده و مقایسه پاسخ بیمار با اهداف آموزشی، ارزیابی می‌شود و در حیطه‌های مهارتی و عملکردی تغییر رفتار بیماراز طریق مشاهده ملاکِ ارزیابی اثربخشی آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی است.

➢ **ده توصیه مهم برای دستیابی به آموزش اثربخش و یادگیری/ تغییر رفتار بیماران**

۱) آموزش‌ها در موقعیت مناسب و با اختصاص زمان کافی و بدون عجله به بیمار ارائه شود.

۲) هرگونه موانع ارتباطی محیطی یا شخصی بیمار از جمله درد، ترس، ازدحام، سر و صدا، ناتوانی‌ها / ویژگی‌های خاص بیمار قبل از آموزش کنترل و حذف شوند.

۳) شیوه‌ها و تدابیر آموزشی متناسب با هر مخاطب/ بیمار/ همراه طراحی و اجرا شود.

۴) از جملات گویا، شفاف، قابل فهم و متناسب و درخور هر مخاطب استفاده شود.

۵) هرگز از واژه‌های تخصصی در آموزش بیمار استفاده نشود.

۶) از مهارت‌های ارتباط مؤثر و بیان مناسب در تقویت ارتباط با بیمار استفاده شود.

۷) آموزش به‌صورت فردمحور و متناسب با نیاز بیمار ارائه شود و از ارائه آموزش‌های کلیشه‌ای و غیرمتناسب اجتناب گردد.

۸) از مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر مانند ایجاد همدلی، مثبت گرایی، مثبت اندیشی، امید بخشی و حمایت در حین ارائه محتوای آموزش استفاده شود.

۹) ارتباط انسانی با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، مبنای ارتباط با بیمار باشد.

۱۰) قبل از ترک بالین از فراگیری دانشی بیمار اطمینان حاصل شود و در صورت نیاز جمع بندی نهایی آموزش برای بیمار مجدداً تکرار شود.

➢ **اهم وظایف مسئول آموزش بیمار در بخش**

۱) انجام هماهنگی مستمر برای تمامی اقدامات مرتبط با آموزش بیماران با سرپرستار و سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت بیمارستان

۲) انجام نیاز سنجی آموزشی بیماران در دو حیطه آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی و بیماری‌های شایع با هماهنگی سرپرستار، سوپروایزرآموزشی و آموزش سلامت و رئیس بخش

۳) اولویت بندی نیازهای آموزشی بیماران بخش در چارچوب سیاست‌های آموزشی مدیر پرستاری با هماهنگی سرپرستار و سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت

۴) مشارکت در طراحی برنامه‌های آموزش عمومی بیماران در بدو ورود و حین بستری و ترخیص مبتنی بر نیازسنجی آموزشی انجام شده

۵) مشارکت در تدوین دستورالعمل‌های آموزش خود مراقبتی برای بیماری‌های شایع با محوریت سوپروایزرهای آموزشی و آموزش سلامت و پزشکان

۶) نظارت مستمر مسئول آموزش به بیمار بر ارائه توضیحات و آموزش‌های بدو ورود و حین بستری و زمان ترخیص

۷) برنامه‌ریزی و مشارکت در زمینه طراحی پمفلت و جزوات آموزشی و تهیه بانک اطلاعاتی آموزشی بیماران بخش و بیماری‌های شایع در هر بخش

۸) ارزیابی و تعیین میزان اثربخش‌بودن آموزش‌های ارائه شده (حداقل سه ماه یک‌بار)

ب-۱-۹ ترخیص بیماران به‌صورت ایمن برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود

❊ ب-۱-۹-۱/ ☑☐☐/ ۲

بیمارستان از ترخیص ایمن بیماران و ادامه‌ی روند مراقبت و درمان پس از ترخیص اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ احراز شرایط ترخیص ایمن بیمار توسط پزشک معالج و ثبت دستور ترخیص پس از ویزیت بیمار
- ❖ ارائه توضیحات و آموزش اثر بخش به بیمار و همراهان جهت آمادگی مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
- ❖ تداوم مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص تا هنگام ترک بیمارستان
- ❖ شناسایی و برنامه‌ریزی بیماران آسیب‌پذیر، پرخطر و نیازمند به استمرار مراقبت‌های توان‌بخشی پس از ترخیص
- ❖ پیگیری بیماران پس از ترخیص به‌منظور اطمینان از رعایت برنامه‌های درمانی، خودمراقبتی و بازتوانی
- ❖ فراهم نمودن امکان پاسخگویی به سوالات بیماران پس از ترخیص توسط کارکنان بالینی واجد صلاحیت
- ❖ تعیین شاخص‌های اثربخشی فرایند ترخیص ایمن، پایش و تحلیل دوره‌ای نتایج و طراحی و اجرای اقدامات بهبود بر اساس یافته‌ها

ترخیص ایمن مفهومی همه جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران و دستاوردهای مراقبت و درمان است. شروع فرایند ترخیص ایمن بیماران با احراز شرایط ترخیص ایمن توسط پزشک معالج است. دستور ترخیص باید پس از ویزیت بیمار در زمان ترخیص توسط پزشک معالج/ ذی‌صلاح در پرونده بیمار ثبت گردد. استفاده از ابزارهای استاندارد مانند SMART[1] برای ارتقاء ترخیص ایمن بیماران توصیه می‌شود. آموزش‌های عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به بیماران باید طبق دستورالعمل و روش‌های تعیین شده در چارچوب سیاست‌های آموزشی ابلاغی مدیریت خدمات پرستاری ارائه شود.

➢ **دستورات لازم برای مراقبت‌های پس از ترخیص می‌تواند شامل موارد زیر باشد؛**

۱) محدوده/میزان فعالیت‌های فیزیکی
۲) تغذیه و رژیم‌درمانی
۳) درمان‌های نگهدارنده و نحوه مصرف ایمن دارو (عوارض مهم، تداخلات، زمان مصرف)
۴) برنامه‌ی بازتوانی و مراقبت‌های توان‌بخشی
۵) زمان و نحوه مراجعه مجدد به درمانگاه/ بیمارستان
۶) علایم/ نشانه‌های مهم و تهدیدکننده برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان
۷) پیگیری نتایج پاراکلینیک معوقه
۸) سایر موارد به تشخیص پزشک معالج

در موارد ترخیص با میل شخصی رعایت حداقل الزامات ترخیص ایمن توصیه مؤکد می‌گردد.

پیگیری روند مراقبت و درمان بیماران پس از ترخیص از طریق راه‌های ارتباطی مناسب و در دسترس و به‌صورت فعال انجام می‌شود. به‌منظور اطمینان از اثربخشی فرآیند ترخیص ایمن، بیمارستان باید شاخص‌های عملکردی مرتبط را به‌صورت مستمر پایش، تحلیل و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی را طراحی و اجرا نماید. شاخص‌هایی مانند میزان مراجعات مجدد غیرضروری به بیمارستان، بروز عوارض قابل پیشگیری پس از ترخیص، تکمیل آموزش‌های ترخیص، رضایت بیماران از فرآیند ترخیص و میزان پیگیری موفق بیماران پس از ترخیص، می‌توانند برای ارزیابی اثربخشی این فرآیند مورد استفاده قرار گیرند.

❊ ب-۱-۹-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵

نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیک، پس از ترخیص به بیمار/ همراه اطلاع‌رسانی می‌شود.

- ❖ تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «نحوه اطلاع‌رسانی نتایج تست‌های معوقه پاراکلینیک»
- ❖ ابلاغ خط‌مشی و روش اجرایی به بخش‌های بالینی/واحدهای پاراکلینیک و سرپایی
- ❖ آگاهی کارکنان از خط‌مشی و روش اجرایی و اقدام بر اساس آن
- ❖ پایش اجرای اثربخش خط‌مشی و روش اجرایی و در صورت لزوم طراحی و اجرای اقدام اصلاحی

این خط‌مشی و روش اجرایی شامل واحدها/ بخش‌های آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب‌شناسی بافتی و تصویربرداری است و هدف از تدوین و اجرای آن پیشگیری از آسیب به بیماران به علت عدم اطلاع بیمار و پزشک معالج از نتایج تست‌های پاراکلینیک معوقه خصوصاً موارد بحرانی است.

[1] SMART Tool (Signs,Medications,Appointments,Results,Talks)

➢ **حداقل‌های موردانتظار در تدوین خط‌مشی و روش اجرایی:**

۱) تعیین بخش/ واحد مسئول برای اطلاع‌رسانی به‌موقع

۲) تعیین فرد یا افراد مسئول اطلاع‌رسانی موارد معوقه

۳) تفکیک نحوه اطلاع‌رسانی نتایج بحرانی، غیربحرانی غیرطبیعی و نتایج طبیعی در بیماران ترخیص شده از بخش‌های بستری و بیماران سرپایی

۴) تأکید و اهتمام در گزارش موارد بحرانی معوقه

۵) ثبت موارد اطلاع‌رسانی در دفتر موارد معوقه

۶) تعیین حداکثر زمان مجاز اطلاع‌رسانی برای نتایج بحرانی، نتایج غیرطبیعی و سایر نتایج معوقه

لازم به توضیح است که فرایندهای انجام و اطلاع‌رسانی تست‌های پاراکلینیک پس از دریافت نتایج و اقدامات و ملاحظات پزشکی به‌گونه‌ای طراحی و اجرا گردند که معوق شدن نتایج تست‌های پاراکلینیک به حداقل ممکن برسد. آموزش به بیمار/همراه در زمان ترخیص در خصوص پیگیری و دریافت نتایج تست‌های پاراکلینیکی و ثبت این موارد در فرم ترخیص ایمن می‌تواند از معوقه شدن نتایج تست‌ها پیشگیری نماید. همچنین اطلاع‌رسانی با ارسال لینک نتایج به تلفن همراه بیماران در پیشگیری از معوقه شدن این نتایج مؤثر است. لازم به تأکید است در صورت معوقه شدن نتایج بحرانی حتماً اطلاع‌رسانی از طریق تماس تلفنی باید صورت گیرد.

به‌منظور اطمینان از اثربخشی فرایند اطلاع‌رسانی نتایج معوقه، بیمارستان باید شاخص‌های مناسب این فرایند را تعیین، به‌صورت دوره‌ای پایش و تحلیل نموده و بر اساس نتایج حاصل، اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود را طراحی و اجرا نماید.

ب–۲

مراقبت‌های حاد و اورژانس

ب–۲ مراقبت‌های حاد و اورژانس

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه‌ی مراقبت‌های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می‌نماید
❊ ب-۲-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲
استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیراورژانسی مانع از دسترسی بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نمی‌شود.
❖ **اولویت پذیرش بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه نسبت به بیماران نیازمند به جراحی‌های غیراورژانسی** ❖ **وجود برنامه مشخص برای استفاده از تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیراورژانسی بدون اخلال در ارائه‌ی خدمات به بیماران در انتظار بستری بخش‌های ویژه**
استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه (شامل انواع ICU) برای انجام جراحی بدون هرگونه ممانعت از پذیرش بیماران بدحال از بخش اورژانس، منعی ندارد.
❊ ب-۲-۱-۲/ ☑☐☐/ ۲
انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس/ بخش‌ها به بخش‌های ویژه/ پاراکلینیک و برعکس برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
❖ **ارزیابی بیماران حاد توسط پزشک متخصص مربوطه پیش از انتقال** ❖ **انتقال بیماران حاد به‌صورت ایمن مطابق با آخرین دستورالعمل**
این سنجه شامل تمامی بیماران حاد نیازمند جابه‌جایی در بیمارستان می‌باشد. منظور از متخصص مربوطه، پزشک معالج/ آنکال/ پزشک مقیم بخش ویژه می‌باشد که تعیین‌کننده‌ی تجهیزات،کادر درمانی همراهی کننده و شرایط انتقال بیماران است. ➢ **حداقل نکات موردتوجه:** ۱) همراه داشتن مانیتورینگ (فشارسنج و پالس اکسی‌متر پرتابل) ۲) اکسیژن و وسایل کمک تنفسی ۳) انتقال ایمن بیمار در زمان مناسب و با توجه به شرایط بیمار ۴) حضور پرستار یا هر فرد واجد صلاحیت طبق نظر متخصص مربوطه برای تحویل، چک پرونده و انتقال بیمار
❊ ب-۲-۱-۳/ ☑☐☐/ ۱,۵
مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
❖ **تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد» با مشارکت صاحبان فرایند** ❖ **آگاهی کارکنان مرتبط از خط‌مشی و روش اجرایی تدوین شده** ❖ **مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد در بخش‌های ویژه و خارج از بخش‌های ویژه**
مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ، اصل اولیه‌ی مراقبت از بیماران بدحال و بخش‌های مراقبت‌های ویژه است که شامل نظارت و پایش دقیق جزئیات تشکیل‌دهنده همودینامیک و سایر علایم حیاتی بیمار می‌باشد تا مشکلات و نیازهای بیمار در زمان مناسب شناسایی و اقدام مداخله‌ای لازم برای اصلاح مشکلات برای بیمار صورت گیرد. ➢ **مانیتورینگ‌های حداقلی برای این بیماران شامل:** ۱) دمای بدن -Temperature ۲) فشارخون تهاجمی یا درون شریانی -IBP ۳) فشارخون غیرتهاجمی -NIBP ۴) فشار متوسط شریانی -MAP ۵) فشار ورید مرکزی -CVP ۶) سطح اشباع هموگلوبین از اکسیژن -SpO_2 ۷) تعداد ضربان قلب بر دقیقه -HR ۸) تعداد ضربان نبض - PR ۹) میزان گازهای تنفسی و خونی ۱۰) نرخ تنفس -Respiration Rate ۱۱) الکتروکاردیوگرام -ECG ۱۲) میزان دی‌اکسیدکربن در بازدم -EXP ۱۳) برون ده قلبی

انتظار می‌رود در خط‌مشی و روش اجرایی تدوین شده مشخص گردد که کادر بالینی مراقب بیمار بر اساس شرح وظایف و حیطه‌ی مسئولیت‌های خود از دامنه‌ی قابل‌قبول هرکدام از پارامترهای ذکر شده آگاه بوده و بر اساس اصول صحیح مراقبت، بیمار را پایش نمایند. مواردی همچون خاموش بودن آلارم‌ها و یا تعریف دامنه‌های غیرمتعارف برای محدوده‌ی آلارم دستگاه‌ها از موارد نقض واضح اصول ایمنی بیمار است و باید از انجام آن اجتناب گردد.

کیفیت مراقبت از بیماران حاد با استفاده از روند برخی شاخص‌های عملکردی (از جمله مورتالیتی، میزان عفونت‌های بیمارستانی، زخم فشاری و...) و حساسیت تیم رهبری و مدیریت به نتایج پایش این شاخص قابل‌ارزیابی است. بدیهی است با توجه به تفاوت بخش‌های ویژه حتی در یک بیمارستان، مقادیر مطلق نرخ مورتالیتی مدنظر این سنجه نیست؛ بلکه روند این شاخص در بازه‌های زمانی در یک بخش ویژه ارزیابی می‌شود.

در خصوص نوزادان بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، مراقبت‌های تکاملی و هم‌آغوشی مادر و نوزاد در صورت امکان حین معاینات برنامه‌ریزی و اجرا شود. کیفیت مراقبت از نوزادان با استفاده از برخی شاخص‌های عملکردی قابل‌ارزیابی است. برای مثال پایین‌بودن نرخ مرگ در نوزادان نیازمند تهویه مکانیکی و نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم نشان‌دهنده‌ی کیفیت مراقبت نوزادان پرخطر است. خط‌مشی و روش اجرایی «مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد» شامل برنامه‌های مراقبتی برای بیماران حاد در انتظار بستری بخش‌های ویژه هم می‌شود.

ب-۲-۱-۴/ ☑☐☐/ ۱

جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش‌های ویژه تعریف شده است و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش‌های ویژه» با مشارکت صاحبان فرایند**
- **آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط با خط‌مشی و روش اجرایی تدوین شده**
- **حصول اطمینان از عملکرد بیمارستان بر اساس خط‌مشی و روش اجرایی مربوطه**

با عنایت به ارائه‌ی مراقبت‌ها و درمان توسط جمع زیادی از پزشکان، اعم از معالج، مشاور، مقیم و احتمال آسیب‌پذیری بیمار در شرایط حاد و بحرانی، هدایت بالینی بیماران در بخش‌های ویژه تو سط رهبری بالینی واحد یک ضرورت ا سا سی ا ست؛ بنابراین م شخص بودن م سئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران (به‌نحوی که هیچ‌گونه خلل/تأخیری در مراقبت‌های مستمر پزشکی رخ ندهد) یکی از اصلی‌ترین اقدامات تیم اجرایی مراکز می‌باشد.

- **حداقل‌های زیر در تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش‌های ویژه» باید مدنظر قرار گیرد:**

۱) نوع رهبری بالینی در هر کدام از بخش‌های ویژه مرکز
۲) محدوده اختیارات رهبر بالینی
۳) تعداد ویزیت‌های لازم در یک شبانه‌روز برای بیماران بخش ویژه
۴) روند درخواست مشاوره‌های تخصصی لازم برای بیمار

- **بخش‌های ویژه به لحاظ کیفیت مراقبت در سطوح سه‌گانه، سطح‌بندی می‌شوند:**

۱) رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به‌صورت بسته
۲) رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به‌صورت نیمه‌بسته/ نیمه‌باز
۳) رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه به‌صورت باز

رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخش‌های ویژه با شیوه‌ی بسته و با حضور متخصص مراقبت‌های ویژه‌ی[1] مقیم و حداقل سه بار ویزیت بیماران در طول شبانه‌روز بالاترین مرتبه‌ی کیفی خدمات به بیماران بستری در بخش‌های ویژه را تأمین می‌نماید. در شیوه‌های نیمه‌بسته/ نیمه‌باز حتی با حضور متخصص بیهوشی/ متخصص داخلی مقیم رتبه دوم کیفیت را تأمین می‌کند. در شیوه‌ی باز و بدون حضور پزشک متخصص مراقبت‌های ویژه‌ی مقیم/ متخصص بیهوشی مقیم/ متخصص داخلی مقیم، منجر به ارائه کیفیت مراقبت در پایین ترین سطح می گردد.

هدایت و رهبری بالینی بیماران و مسئولیت آن با توجه به حضور متخصص مراقبت‌های ویژه‌ی مقیم، شرایط بیمار و نظریه پزشک معالج برنامه‌ریزی می‌شود. در بخش‌هایی که متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم دارد رهبری بالینی غالباً به عهده‌ی ایشان بوده و هدایت بالینی با روش بسته برنامه‌ریزی و صورت می‌پذیرد؛ بر این اساس مدیریت مشاوره‌ها و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران با اطلاع پزشک معالج اما توسط متخصص مراقبت‌های ویژه‌ی مقیم انجام می‌شود اما در صورت صلاحدید پزشک معالج و یا عدم حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم، هدایت بالینی با شیوه‌ی نیمه‌بسته/ نیمه‌باز خواهد بود. بدیهی است تداوم رهبری بالینی توسط پزشک معالج مشروط به حداقل ویزیت روزانه و محوریت ایشان با هماهنگی متخصص مراقبت‌های ویژه است. در صورت حضور متخصص بیهوشی مقیم، رهبری بالینی به‌صورت نیمه‌بسته بوده، با هم‌فکری و حضور مستمر و روزانه پزشک معالج و هماهنگی و مشورت با متخصص بیهوشی مقیم برنامه‌ریزی می‌شود. رهبری بالینی در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی نوزادان، در بالاترین سطح کیفی و بر عهده فوق‌تخصص نوزادان و با شیوه‌ی بسته است.

[1] Intensivist

❊ ب-۲-۱-۵/ ☑☐☐/ ۲

شناسایی و ارائه مراقبت‌های فوری به بیماران حاد و اورژانسی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- ❖ **تدوین روش اجرایی «شناسایی به‌موقع و نحوه رسیدگی به بیماران حاد و اورژانسی در بخش‌های بستری» با حداقل‌های موردانتظار**
- ❖ **آگاهی و عملکرد مطلوب کارکنان مرتبط نسبت به روش اجرایی**
- ❖ **حصول اطمینان از رسیدگی به‌موقع به بیماران حاد و اورژانسی در تمام ساعت شبانه‌روز بر اساس روش اجرایی**

این روش اجرایی متمرکز بر شناسایی به‌موقع و نحوه‌ی رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش‌های بستری و بخش اورژانس است.

بیماران اورژانسی به بیماران بدحالی اطلاق می‌شود که به هر دلیل در شرایط تهدیدکننده‌ی حیات قرار گرفته و ارائه‌ی مراقبت‌های فوری برای پایدارسازی و خروج آن‌ها از شرایط بحرانی ضروری است.

➢ **حداقل‌های موردانتظار در روش اجرایی «شناسایی به‌موقع و نحوه رسیدگی به بیماران حاد و اورژانسی در بخش‌های بستری»:**

۱) شناسایی بیمارانی که احتمال وخامت حال آنها می‌رود (در ارزیابی اولیه و ارزیابی‌های مستمر پرستاری و پزشکی)
۲) نحوه‌ی کسب اطمینان از مهارت پرستاران در شناسایی به‌موقع تغییر حال و وخامت وضعیت بالینی بیماران
۳) برنامه‌ریزی نحوه و زمان ارزیابی بیماران بدحال در فاصله‌ی زمانی ارزیابی‌های پرستاری و پزشکی
۴) پیش‌بینی سازوکاری برای اطلاع‌رسانی فوری درخواست مداخله‌ی پزشکی/ ویزیت تخصصی سرویس مربوطه برای بیماران اورژانسی
۵) نحوه ارائه‌ی مراقبت‌های مستقیم پرستاری و بازنگری فاصله‌ی زمانی و تواتر مراقبت‌ها
۶) نحوه استقرار بیماران بدحال و جابه‌جایی و استقرار بیمار در اتاق‌های نزدیک ایستگاه پرستاری با اشراف ایستگاه پرستاری
۷) شیوه‌های کسب آگاهی مستمر از روند وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه‌روز از طریق آموزش و حساس‌سازی بیمار/ همراه
۸) شرایط و نحوه‌ی انتقال ایمن بیماران حاد و بحرانی به بخش‌های مراقبت‌های ویژه
۹) شرایط و اندیکاسیون استفاده از امکانات مانیتورینگ فیزیولوژیک مستمر بیمار بدحال/ پرخطر در صورت لزوم
۱۰) نحوه فراخوان بدون تأخیر پزشکان متخصص مقیم/آنکال در شرایط وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه‌روز طی فرایند و روش مشخص و از پیش برنامه‌ریزی‌شده
۱۱) نحوه ارزیابی اثربخشی این روش اجرایی و شناسایی به‌موقع بیماران بدحال به‌منظور بازنگری روش‌های تدوین شده

❊ ب-۲-۱-۶/ ☑☑☐/ ۲

مراقبت و درمان بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه با شرایط مشابه با بیماران بستری در بخش‌های ویژه ارائه می‌شود.

- ❖ **تأمین تجهیزات، امکانات و ملزومات موردنیاز بیماران حاد برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه تا زمان انتقال به بخش ویژه**
- ❖ **استفاده از پرستار آموزش‌دیده بخش‌های ویژه برای بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه**
- ❖ **ارائه‌ی مراقبت مشابه بخش ویژه به بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه**

با توجه به محدود بودن تعداد تخت‌های بخش مراقبت‌های ویژه در مراکز و اهمیت ارائه مراقبت‌های لازم با شیوه‌ی ایمن و مستمر در بیماران نیازمند به مراقبت‌های ویژه (که امکان انتقال ایشان به بخش‌های فوق وجود نداشته است)، لازم است مراکز، سیاست و روش خود را در زمینه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های لازم برای این بیماران مشخص نمایند.

➢ **توجه به نکات حداقلی زیر در این زمینه الزامی می‌باشد:**

۱) توجه و رعایت اصول بیان شده در تمامی سنجه‌های مربوط به بیماران حاد یک ضرورت است
۲) نوع مراقبت‌های پرستاری باید توسط پرستار آموزش‌دیده و مشابه بخش‌های ویژه ارائه شود
۳) ارزیابی و مراقبت‌های بالینی با استفاده از تجهیزات مشابه بخش‌های ویژه انجام گردد
۴) ویزیت بیماران توسط پزشک ذی‌صلاح برنامه‌ریزی و در بازه‌های موردنیاز انجام شود
۵) در صورت بستری نمودن بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه در بخش‌های عادی، ضمن انتقال بیمار به اتاق‌های در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری، به‌منظور پیشگیری از بروز آسیب‌های روحی به سایر بیماران، بیمار در اتاق خصوصی بستری و در غیر این صورت اتاق استقرار بیمار در کنار بیماران با وضعیت مشابه انتخاب شود. رعایت اصول کنترل عفونت و جداسازی با توجه به وضعیت بالینی بیمار ضرورت دارد.

لازم به ذکر است که نگهداری و مراقبت از بیماران نیازمند مراقبت ویژه در بخش اورژانس تنها بر حسب ضرورت و نجات جان بیمار قابل قبول می‌باشد و نگهداری طولانی مدت این بیماران در بخش اوژانس مانع ارائه خدمات با کیفیت مناسب به ایشان و سایر مراجعین می گردد.

ب-۲-۱-۷/ ☐☑☑/ ۲

تأمین امکانات تشخیصی و درمانی قابل ارائه بر بالین بیماران حاد به‌نحوی است که ضرورتی برای انتقال بیمار به خارج از بخش نیست.

- امکان ارائه‌ی خدمات رادیوگرافی تشخیصی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه
- امکان ارائه‌ی خدمات سونوگرافی تشخیصی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه
- امکان ارائه‌ی خدمات اکوکاردیوگرافی تشخیصی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه
- امکان انجام دیالیز بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه
- امکان ارائه‌ی خدمات توان‌بخشی بر بالین بیماران بستری در بخش‌های ویژه

وجود دستگاه‌های همودیالیز و سایر تجهیزات تشخیصی اختصاصی برای بخش‌های ویژه کمتر از ۱۰ تخت به شدت توصیه می شود؛ اما در بخش‌های ویژه بیش از ۱۰ تخت الزامی است. همچنین استفاده از تجهیزات مناسب و قابل حمل آن‌ها و ممانعت از جابه‌جایی بیماران الزامی می‌باشد. استفاده از مشاوره نفرولوژیست/ متخصص مراقبت‌های ویژه/ متخصص داخلی آموزش‌دیده و حضور پرستار آموزش‌دیده برای ارائه‌ی خدمت همودیالیز در بخش ویژه در زمان دیالیز الزامی است.

ب-۲-۲ تریاژ و هدایت بیماران در اورژانس برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

❊ ب-۲-۲-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵

تریاژ بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس با رعایت ضوابط مربوط، به‌صورت تسهیل‌شده برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- ساختار فیزیکی مشخص، مساحت مناسب و متناسب برای تریاژ بر اساس تعداد و نوع مراجعین
- وجود ساختار فیزیکی مشخص و فضای مناسب برای تریاژ، متناسب با تعداد و نوع مراجعان
- پیش‌بینی سازوکار هدایت بیمار از درب ورود اورژانس به تریاژ و هدایت صحیح بر اساس سطح تریاژ
- وجود تجهیزات بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی
- اشراف و دید کامل پرستار تریاژ به ورودی اورژانس
- حضور مستمر و بدون وقفه‌ی پرستار مجرب واجد شرایط
- انجام فرایند تریاژ و تکمیل صحیح فرم تریاژ به‌صورت الکترونیک با رعایت حریم خصوصی بیمار توسط پرستار مجرب واجد شرایط
- عدم تأخیر در آغاز روند مراقبت‌های پزشکی بیماران بدحال به علت طولانی‌شدن فرایند تریاژ یا ورود بیمار به روندهای پذیرش و پرداخت هزینه
- فعالیت تریاژ دولایه در اورژانس‌های پر ازدحام و عدم ایجاد هرگونه صف بیماران برای خدمات تریاژ
- وجود فرایندی مشخص برای شناسایی تغییر سطح احتمالی تریاژ بیماران و در صورت نیاز تریاژ مجدد بیمار

ساختار و مساحت واحد تریاژ باید بر اساس تعداد و نوع مراجعه تعیین گردد. واحد تریاژ باید به ورودی بیماران، ورودی آمبولانس و همچنین اتاق احیا دسترسی سریع، ایمن و آسان داشته باشد و علاوه بر امکان نظارت بر ورود تمامی بیماران ضروری است حریم خصوصی بیماران در حین ارزیابی در این اتاق، رعایت شود. با توجه به استانداردهای ساختار فیزیکی، محل استقرار تریاژ در اولین فضای قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود اورژانس می‌باشد.

شرایط احراز پرستار تریاژ، مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی، حداقل پنج سال سابقه کار در بخش اورژانس است.

➢ **دوره‌های آموزشی لازم برای پرستاران تریاژ به‌صورت سالیانه؛**

۱) کارگاه آخرین ویرایش تریاژ ESI
۲) کارگاه مهارت‌های ارتباطی
۳) کارگاه احیای پایه و پیشرفته‌ی بزرگسالان، کودکان، نوزادان، مادران باردار
۴) کارگاه مراقبت‌های اولیه‌ی تروما
۵) کارگاه کد ۲۴۷ و ۷۲۴
۶) مدیریت بحران و تریاژ در بحران

تغییر سطح تریاژ بیماران پس از تریاژ محتمل بوده، این امر به‌ویژه در مواردی که وخامت حال بیمار در حین اخذ خدمات افزایش می‌یابد بسیار مهم است و نادیده‌گرفته‌شدن این مهم موید فقدان روندهای مراقبتی مؤثر و قابل‌اطمینان در سطح اورژانس است. مطابق دستورالعمل تریاژ کشوری سطح‌بندی بیماران برای تمامی مراجعین اورژانس بر اساس الگوی استاندارد ESI طبق آخرین ابلاغیه انجام می‌گردد و فرم تریاژ تکمیل می‌شود.

در موارد خاص و تریاژ مجدد[1] در قسمت توضیحات انتهای فرم تریاژ، پیش از ویزیت پزشک تغییر سطح تریاژ بیمار توسط پرستار تریاژ ثبت و علت تغییر و اصلاح سطح تریاژ باید مکتوب گردد. پایش فرم‌های تریاژ و ارزیابی نواقص احتمالی آن، توسط تیم مدیریتی بخش اورژانس (با محوریت رئیس بخش اورژانس) به‌صورت ماهیانه انجام و نتایج آن در کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان مطرح و اقدام اصلاحی لحاظ شود.

ب-۲-۲-۲/ ☑☐☐/ ۲

فرایندهای اورژانس از تریاژ تا تعیین تکلیف به‌نحوی برنامه‌ریزی شده که اختلال/ تأخیر در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمی‌شود.

- **انجام فرایند تریاژ و تکمیل صحیح فرم تریاژ**
- **هدایت بیماران بر اساس سطح تریاژ**
- **تشکیل پرونده‌ی بخش اورژانس مطابق آخرین دستورالعمل تریاژ**
- **حضور پزشک مقیم اورژانس و ویزیت بیماران در حداقل زمان پس از تریاژ**
- **طراحی فرایندهای اقدامات تشخیصی آنی/ فوری پاراکلینیک و جلوگیری از طولانی‌شدن ارزیابی‌های آزمایشگاهی در زمان طلایی**
- **انجام مشاوره‌های آنی/ فوری بیماران تحت‌نظر در حداقل زمان ممکن توسط پزشکان سرویس تخصصی ذی‌صلاح**
- **پایش فرایند تریاژ با استفاده از شاخص های ملی ابلاغی بخش اورژانس و انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود**

پرستاران تریاژ، نباید بیماری را غیراورژانسی تلقی کرده و به درمانگاه ارجاع دهند. برای سرعت‌بخشیدن به مراقبت بیماران بدحال لازم است یکی از پرستاران تریاژ به‌سرعت و با مرور کلی، شکایت فعلی تمامی بیماران را بررسی و بیماران سطوح اول و دوم تریاژ را فوراً به اتاق احیا یا قسمت حاد هدایت نماید و در دومین لایه‌ی تریاژ سایر بیماران تریاژ گردند. پرونده‌ی اورژانس بر اساس سطح‌بندی تریاژ و آخرین دستورالعمل ابلاغی بلافاصله پس از تریاژ برای تمامی بیماران به‌جز بیماران سطح ۵ و ۴ (بدون پروسیجر) تشکیل گردد. صفحه دوم فرم تریاژ صرفاً برای بیماران سرپایی طراحی شده است و به‌عنوان حداقل مستندات بیمار در بخش اورژانس می‌باشد.

پزشک اورژانس به‌عنوان پزشک معالج و رهبری بالینی حضور مستمر در اورژانس داشته، بر اساس سطح تریاژ بیماران را در حداقل زمان ویزیت می‌نماید. درخواست نظرات و فراخوان تخصصی و فوق‌تخصصی در بخش اورژانس و سایر بخش‌های بستری، بر اساس درخواست مشاوره صورت گیرد. مشاوره‌ها در بخش اورژانس به دو شکل آنی[2] و فوری[3] تقسیم می‌گردد که پزشک متخصص مقیم و یا آنکال، باید مطابق مدت‌زمان تعیین‌شده برای هر مشاوره بر بالین بیمار حضور یابد.

ضروری است همه پزشکان مقیم یک سرویس تخصصی، برای انجام مشاوره‌های آنی درخواست شده، ظرف ۱۰ دقیقه و پزشک آنکال در مدت ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر شوند. در صورت درخواست مشاوره‌ی فوری از هر سرویس تخصصی، پزشک مقیم ظرف ۳۰ دقیقه و پزشک آنکال حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت باید بر بالین بیمار حاضر گردد. انجام مشاوره غیرفوری در بخش اورژانس وجاهت ندارد.

شایان‌ذکر است که آلودگی‌زدایی در حوادث CBRNE[4] در صورتی که وضعیت بالینی بیماران پایدار باشد باید پیش از ورود بیمار به اتاق تریاژ انجام شود.

ب-۲-۲-۳/ ☑☐☐/ ۱

نحوه پذیرش و پرداخت هزینه‌ها در بخش اورژانس هیچ‌گونه اختلال/ تأخیر در روند تشخیص و درمان بیماران بدحال ایجاد نمی‌نماید.

- **آگاهی و عملکرد مطلوب کارکنان در خصوص پذیرش بدون قیدوشرط بیماران بدحال**
- **عدم تأخیر در آغاز روند مراقبت‌های پزشکی بیماران بدحال به علت طولانی‌شدن روندهای پذیرش و پرداخت هزینه**
- **عدم ارجاع بیماران نیازمند بستری/ اقدامات تحت نظر به روندهای پذیرش، مالی و پاراکلینیک مانند آزمایشگاه/ تصویربرداری/ داروخانه و سایر**
- **وجود واحد پذیرش و صندوق مالی در بخش اورژانس یا نزدیک‌ترین مکان مناسب به اورژانس**
- **انجام پذیرش تسریع و تسهیل شده و دسترسی به سوابق بالینی بیماران در همان مرکز در پذیرش بخش اورژانس**

مطابق آخرین دستورالعمل ابلاغی، پذیرش بیماران اورژانسی بدون قیدوشرط صورت گیرد. بیماران بدحال مجهول‌الهویه نیز از مصادیق این سنجه می‌باشند. درصورتی‌که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان مقدور نباشد، پس از ارائه‌ی خدمات اولیه‌ی ضروری در بخش اورژانس و ارائه‌ی توضیحات لازم به بیمار/ همراه در خصوص علت انتقال/ اعزام، میزان تعرفه‌ها و پوشش بیمه‌ای خدمات در مرکز درمانی مقصد، با هماهنگی ستاد هدایت، زمینه‌ی انتقال گیرنده‌ی خدمت به واحد مجهز فراهم می‌شود.

[1] Retriage
[2] Emergent
[3] Urgent
[4] Chemical,Biological,Radiological, Nuclear, Explosives

ب-۲-۲-۴/ ☑☑☑/ ۱
بیمارستان در اجرای برنامه‌ی کد ۳۵۰ مشارکت فعال و مؤثر دارد.
❖ **وجود خط ویژه با پاسخگویی شبانه‌روزی برای ارتباط بین بیمارستان و اورژانس پیش بیمارستانی** ❖ **پیش‌بینی تمهیدات لازم برای نشست‌وبرخاست ایمن بالگرد طبق دستورالعمل ابلاغی** ❖ **تعیین تیم کد ۳۵۰ توسط بیمارستان و آگاهی اعضای تیم از شرح وظایف خود** ❖ **نظارت بر عملکرد تیم کد ۳۵۰ و انجام اقدام اصلاحی**
➢ **تمهیدات لازم برای برقراری ارتباط مؤثر و پاسخگو با اورژانس پیش بیمارستانی از طریق خط تلفن همواره آزاد[1] شامل موارد زیر است:** ۱) وجود خط تلفن همواره آزاد برای برقراری ارتباط بین اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستان ۲) اعلام شماره تلفن و نحوه برقراری ارتباط بین اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستان از طریق مکاتبه رسمی ۳) تدوین دستورالعمل/ فرایند «موارد استفاده از خط تلفن همواره آزاد توسط بیمارستان» ۴) تعیین فرد پاسخگو و مسئول (سوپروایزر) برای پاسخگویی به تلفن همواره آزاد از طرف بیمارستان ➢ **بر اساس دستورالعمل ابلاغی در زمینه تیم کد ۳۵۰، توجه به نکات زیر ضروری است:** ۱) تعیین و ابلاغ سوپروایزر مسئول تیم ۳۵۰، مسئول گروه ایمنی و امنیت توسط رئیس بیمارستان ۲) برنامه‌ریزی (توسط مدیر خدمات پرستاری) و حضور اعضای تیم ۳۵۰ (گروه بالینی و امنیت) بر اساس آن ۳) گذراندن دوره‌های آموزشی در حوزه‌ی اورژانس هوایی از جمله دستورالعمل HLO و کد ۳۵۰ برای تمامی سوپروایزرهای گروه بالینی و اعضای تیم ۴) نظارت بر اجرای کامل شرح وظایف اعضای تیم ۳۵۰ توسط سوپروایزر مسئول تیم (بر اساس دستورالعمل ابلاغی تیم ۳۵۰) ➢ **موارد قابل‌توجه در خصوص استانداردهای لازم برای پد بالگرد[2] موردتأیید سازمان هواپیمایی کشوری در بیمارستان:** ۱) اخذ مجوز بالگردنشین از سازمان هواپیمایی کشوری طبق دستورالعمل جامع اورژانس هوایی (آخرین ویرایش) ۲) ارزیابی محل پد از لحاظ مسائل ایمنی و امنیتی مندرج در دستورالعمل ابلاغی تیم ۳۵۰ ۳) تأمین منابع و تجهیزات استاندارد موردنیاز در محل پد توسط رئیس بیمارستان ۴) رعایت الزامات پد بر اساس نوع پد (مسطح[3] یا مرتفع[4]) **تعریف پد استاندارد؛** به پدی گفته می شود که بالگرد اورژانس حداقل ۳ بار در ماه در آن نشست‌وبرخاست می‌نماید. این پد می‌تواند در یک بیمارستان، مرکز درمانی شهری یا روستایی، نقاط پرحادثه، ورزشگاه یا محل تجمعات انبوه باشد. تمامی پدهای بیمارستانی بدون درنظرگرفتن تعداد نشست‌وبرخاست مشمول الزامات HEMS Site می‌باشند. پد بالگرد می‌تواند به‌صورت مسطح/ روی سطح زمین و در ارتفاع/ پشت‌بام ساختمان باشد و توسط افراد مشخص و آموزش‌دیده کنترل دوره‌ای می‌شوند. ➢ **الزامات پد استاندارد؛** ۱) سازه بتنی وسط پد[5] ۲) سازه آسفالت یا شن بادامی اطراف بتن[6] ۳) رنگ‌آمیزی پد و ترسیم علامت H ۴) تابلوی هشداردهنده‌ی اخباری و ایمنی ۵) بادنما ۶) تجهیزات اطفای حریق ۷) دوربین‌های نظارتی ۸) روشنایی محوطه ۹) وجود اتاق ذخیره سوخت (بسته به نیاز)

[1] Hot-line
[2] HEMS SITE
[3] Flat
[4] Elevated
[5] TLOF
[6] FATO

ب-۲-۳ دسترسی بیماران اورژانس به خدمات تشخیصی و درمانی در حداقل زمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

ب-۲-۳-۱/ ☑☐☐/ ۱

پزشک اورژانس در بخش اورژانس مستقر می‌باشد و در زمینه تعیین تکلیف بیماران مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- **وجود برنامه ماهیانه حضور پزشکان بخش اورژانس**
- **حضور بدون وقفه و شبانه‌روزی پزشکان اورژانس بر اساس برنامه تنظیم شده**
- **نقش فعال، محوری و مؤثر پزشکان اورژانس، در تشخیص و درمان بیماران بدحال**

در بیمارستان‌های آموزشی درمانی ویزیت بیماران سطح یک، دو و سه در بخش اورژانس باید توسط پزشک متخصص یا حداقل دستیاران ارشد تحت نظارت استاد برنامه‌ریزی و انجام شود.

ب-۲-۳-۲/ ☑☑☐/ ۲

داروخانه، تصویربرداری، آزمایشگاه و بانک خون برای ارائه خدمات اورژانس در تمام ساعات شبانه‌روز فعالیت می‌نمایند.

- **فعالیت واحد آزمایشگاه و ارائه‌ی خدمات در تمام ساعات شبانه‌روز**
- **فعالیت واحد بانک خون و ارائه‌ی خدمات در تمام ساعات شبانه‌روز**
- **فعالیت واحد تصویربرداری و ارائه‌ی خدمات در تمام ساعات شبانه‌روز**
- **فعالیت واحد داروخانه و ارائه‌ی خدمات در تمام ساعات شبانه‌روز**

با توجه به این که بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به بخش اورژانس (تریاژ سطح ۵ و سطح ۴ بدون پروسیجر) ممکن است نیاز به دریافت خدمات آزمایشگاه، تصویربرداری و دارویی داشته باشند، فعالیت بدون وقفه این بخش‌ها/واحدها مدنظر بوده، رعایت نکات ایمنی اعم از روشنایی، هم سطح بودن مسیر/امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن مسیر، سرمایش و گرمایش مناسب، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون و داروخانه در مسیر بخش/واحد الزامی بوده و ضروری است دسترسی بخش اورژانس به این بخش‌ها/واحدها وجود علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده باشد.

کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان باید در خصوص شناسایی خدمات اورژانس و نحوه ارائه و نیز زمان‌بندی خدمات آزمایشگاه تصویربرداری، داروخانه و سایر خدمات پاراکلینیک برنامه‌ریزی نموده و مصوبات این کمیته لازم‌الاجرا می‌باشد. زمان‌بندی مشخص برای جواب‌دهی نتایج آزمایش‌ها/ تصویربرداری اورژانس تعیین و اطلاع‌رسانی، بر اساس آن عمل شود. درصورتی‌که به هر علت ارائه هر یک از خدمات عنوان شده در فهرست مصوب کمیته، به طور موقت مقدور نباشد، ضروری است نسبت به درنظرگرفتن روش‌های جایگزین ازجمله استفاده از ظرفیت سایر مراکز اقدام شود و در هر صورت این امر موجب وقفه در ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نشود.

ب-۲-۴ تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخش‌های بستری در حداقل زمان برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

ب-۲-۴-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵

بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت تعیین تکلیف می‌شوند.

- **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 ادامه‌ی خدمات و هدایت بالینی با محوریت سرویس تخصصی مربوط**
- **تعیین تکلیف تمامی بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت از زمان تریاژ**

مطابق آخرین دستورالعمل مبنای زمان ابتدای شاخص تعیین تکلیف، زمان تریاژ است و مبنای زمان انتهای شاخص، دستوری است که توسط پزشک اورژانس به‌منظور مشخص‌شدن وضعیت بیمار در یکی از حالت‌های زیر در پرونده‌ی بیماران بستری ثبت می‌نماید؛

۱) دستور ترخیص از بخش اورژانس پس از انجام اقدام تشخیصی و درمانی
۲) دستور بستری بیمار در سرویس تخصصی مربوطه به منظور تداوم مراقبت و درمان
۳) دستور اعزام به سایر بیمارستان‌ها توسط پزشک اورژانس
۴) ترک با مسئولیت شخصی بیماران
۵) فوت بیمار
۶) دستور تداوم اقامت در بخش بستری اورژانس

ضروری است کمیته‌ی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان نقش فعال و مؤثری را در بهبود شاخص تعیین تکلیف بیماران کمتر از شش ساعت در اورژانس ایفا نماید. ارزیابی سیستمی عوامل مؤثر در طولانی‌شدن تعیین تکلیف بیماران به‌صورت میدانی انجام و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود طراحی و اجرا شود.

❊ ب-۲-۴-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵

پذیرش بیماران الکتیو در بخش‌های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش‌های بستری نمی‌شود.

- ❖ **اولویت مطلق انتقال و بستری بیماران بدحال از اورژانس در بخش‌های بستری با محوریت فرایند مدیریت تخت**
- ❖ **عدم استفاده از بخش اورژانس برای بستری نمودن بیماران الکتیو و غیراورژانسی در بخش‌های بستری تخصصی**
- ❖ **عدم تصرف/ مسدودنمودن تخت‌های بستری برای بیماران الکتیو و غیراورژانسی**

ضروری است امکان استفاده از همه ظرفیت‌های تخت‌های بستری برای انتقال بیماران بدحال اورژانس به بخش‌های بستری عادی و ویژه فراهم باشد.

ب-۲-۴-۳/ ☑☐☐/ ۱

بیماران اورژانس که نیازمند تداوم مراقبت و درمان هستند حداکثر ظرف دوازده ساعت به بخش‌های بستری منتقل می‌شوند.

- ❖ **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 مؤثر سوپروایزر و مسئولان بخش‌های بستری با مدیر تخت، در انتقال بیماران اورژانس به بخش‌های بستری عادی یا ویژه، حداکثر ظرف ۱۲ ساعت**
- ❖ **عملکرد مناسب اتاق عمل در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده و نیازمند به عمل جراحی اورژانس**
- ❖ **جلوگیری از ماندگاری بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس برای انجام مراقبت‌های تشخیصی و درمانی غیر ضروری و غیراورژانسی پیش/ حین انتقال به بخش بستری**

خروج بیمار از اورژانس به معنای ترک فیزیکی بخش است که شامل ترخیص، انتقال به بخش دیگر همان بیمارستان یا اعزام به بیمارستان دیگر می شود. مبنای زمان ابتدای شاخص، زمان انجام تریاژ می‌باشد که ضروری است حداکثر در مدت ۱۲ ساعت از بخش اورژانس خارج شده باشند، ترک بدون اطلاع و ترک با رضایت شخصی و بیماران سرپایی در محاسبه این شاخص لحاظ نمی‌شوند.

در مواردی که تخت خالی برای بستری بیماران در بخش تخصصی مربوط وجود ندارد تا زمان خالی شدن تخت با نظر مدیر تخت بیمار در بخش‌های غیرمرتبط با رعایت اصول ایمنی بستری شود.

نکته حائز اهمیت در این است که مدت ماندگاری تعیین شده فقط در مواردی کاربرد دارد که تخت خالی در بخش‌های بستری موجود نباشد در غیر این صورت بیمار باید در حداقل زمان ممکن پس از تعیین تکلیف و تغییر سرویس به بخش منتقل گردد.

ب-۲-۴-۴/ ☑☑☐/ ۱,۵

عملکرد اورژانس در حوزه‌های بالینی و غیربالینی به طور مستمر ارزیابی، روند ارائه خدمات از نظر مؤثر و به‌موقع بودن بازنگری و ارتقا می‌یابد.

- ❖ **ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه‌های بالینی و غیربالینی بر اساس روش‌های مدون با محوریت کمیته‌ی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان**
- ❖ **عملکرد مؤثر کمیته‌ی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان در طراحی/ بازنگری/ بهبود فرایندها و شاخص‌های عملکردی اورژانس**
- ❖ **بهبود روند مراقبت‌های حاد و نجات‌دهنده در بخش اورژانس**

ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه‌های بالینی و غیربالینی بر اساس روش‌های مدون با محوریت کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان مدنظر می‌باشد.

➢ **بررسی شاخص‌ها و فرایندهای زیر برای ارزیابی عملکرد مؤثر بخش اورژانس تأکید می‌گردد؛**

۱) بهبود روند مشاوره‌های اورژانس برای تعیین تکلیف بیماران
۲) بهبود روند ارائه خدمات به بیماران ترومایی با تأکید بر حوادث ترافیکی
۳) بهبود روند مراقبت‌های مستقیم پرستاری در بخش اورژانس
۴) تعیین تکلیف بیماران بستری اورژانس در کمتر از شش ساعت از زمان تریاژ
۵) بهبود خطاهای تریاژ[1]
۶) انتقال بیماران نیازمند به تداوم بستری به بخش‌های بستری تخصصی مربوط
۷) ترخیص و بستری شبانه‌روزی و بدون وقفه‌ی بیماران از بخش اورژانس
۸) مدیریت/ کاهش روند رضایت ترخیص با مسئولیت شخصی بیماران در اورژانس
۹) کیفیت، تعداد، صحت کارکرد، کالیبراسیون و آماده‌به‌کار بودن تجهیزات بخش اورژانس
۱۰) آراستگی، نظافت و امکانات رفاهی بخش اورژانس

[1] overtriage , undertriage

۱۱) کارایی حفاظت فیزیکی در مدیریت امنیت و آسایش بیماران و کارکنان اورژانس
۱۲) حمایت مددکاری از بیماران بی‌خانمان/ مجهول‌الهویه/ آسیب‌پذیر اجتماعی در روند تشخیص و درمان تا مرحله‌ی انتقال به بخش‌های بستری/ ترخیص
۱۳) بهبود روند رضایتمندی بیماران و مراجعین به اورژانس
۱۴) رضایتمندی کارکنان و پزشکان در خصوص اشتغال خود در بخش اورژانس
۱۵) رضایتمندی و انتخاب اورژانس این بیمارستان توسط بیماران و مراجعین در صورت نیاز مجدد در آینده
۱۶) ترخیص ایمن بیماران همراه با ارائه آموزش‌های پزشک و پرستار در زمینه روند پیگیری و شرایط و حالات مهم برای مراجعه مجدد به اورژانس
بیمارستان باید در خصوص مراجعین بخش اورژانس که پس از ترخیص نیاز به پیگیری روند درمان از طریق درمانگاه‌های تخصصی دارند، دارای روش اجرایی مدون باشد.

ب-۲-۴-۵/ ☐☐☑/ ۱,۵

مدیریت ازدحام بیماران در اورژانس برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- **عدم وجود هرگونه ازدحام در اورژانس بر اساس ظرفیت‌های بالقوه بیمارستان**
- **مدیریت ازدحام اورژانس با استفاده از فرایندهای منظم و ارائه خدمات مراقبت و درمان بدون/ اختلال/ تأخیر/ تعلل**
- **تعیین تیم مدیریت تخت‌های بستری**
- **اعزام و انتقال صحیح و مطابق با دستورالعمل ابلاغی**

تیم مدیریت تخت، مسئولیت نظارت مستقیم بر جریان بستری بیماران[1] از زمان ورود به اورژانس/ پذیرش تا ترخیص از بیمارستان را به عهده دارد.
این گروه با بازبینی شاخص‌های پایش عملکرد در بخش‌های بستری (از جمله ضریب اشغال تخت، طول مدت اقامت و نیز اندیکاسیون‌های بستری در بخش‌های بستری) و بررسی دقیق موانع موجود در بستری بیماران، سیاست‌های گردش کاری مناسب در راستای مدیریت تخت بیماران بستری را فراهم و پروتکل‌های موردنیاز برای تخصیص تخت و تعیین سرویس‌های تخصصی را تدوین و توسط رئیس/مدیرعامل بیمارستان ابلاغ می‌نماید. در این پروتکل‌ها شرایط ازدحام بخش اورژانس و اقدامات متعاقب آن در سطح بیمارستان تعیین می‌شود. جلسات تیم مدیریت تخت بستری بیمارستان با حضور اعضا، حداقل ماهانه به منظور ارزیابی فرایند پذیرش تا ترخیص بخش‌ها با حضور رئیس/مدیر عامل بیمارستان برگزار می‌شود.
برای هر شیفت کاری مسئولیتی تحت عنوان مدیر تخت‌های بستری اورژانس بیمارستان تعریف می‌شود که ابلاغ مستقیم از ریاست بیمارستان دارد.
مدیر تخت بستری اورژانس با مشارکت اجرایی سوپروایزر شیفت، وظیفه‌ی تخصیص تخت بخش‌های بستری برای بیماران تعیین تکلیف شده را به طور مستمر و شبانه‌روزی به عهده دارد. مدیر تخت‌های بستری در بیمارستان‌های دارای متخصص طب اورژانس، متخصص مربوطه در آن شیفت می‌باشد و در سایر بیمارستان‌ها، متخصص داخلی یا متخصص جراحی مقیم عهده‌دار این مسئولیت می‌باشد. بدیهی است در بیمارستان‌های تک تخصصی، متخصص مقیم اورژانس گروه تخصصی مربوطه در آن شیفت، مسئول این کار خواهد بود.
بستری بیماران الکتیو در بخش‌ها با هماهنگی مدیر تخت انجام می‌شود و تا زمانی که بیماران نیازمند بستری در یکی از بخش‌های بیمارستان، در اورژانس حضور دارند پذیرش و بستری بیماران غیراورژانسی (الکتیو) نباید صورت پذیرد.
مدیریت تخت در سایر بخش‌های بستری/ مراقبت‌های ویژه، رهبر بالینی مقیم و در صورت عدم حضور، رئیس یا معاون درمان بیمارستان می‌باشد. با وجود مدیریت بهینه‌ی تخت بیمارستان در بخش‌های بستری، در صورت تکمیل بودن ظرفیت‌های بستری عادی/ ویژه بستری و اتاق عمل و همچنین روان بودن خدمات بر اساس فرایندهای منظم و هماهنگ بدون اختلال/تأخیر/تعلل وجود ازدحام ناگزیر بوده و امتیازی کسر نمی‌شود.
استانداردسازی فرایند تشخیص و درمان به‌منظور کاهش اقامت بیمار و بهبود نتایج از طریق ساماندهی فرایند انجام مشاوره‌ی پزشکی در بخش اورژانس و انجام به‌موقع آن، ارتقای فرایندهای درخواست، اولویت ارائه‌ی خدمات، بهبود نظام پاسخ‌دهی و اطلاع‌رسانی نتایج خدمات پاراکلینیک از موارد مدیریت ازدحام می‌باشد.

[1] Patient Flow

ب-۲-۴-۶/ ☑☑☐/ ۲

بیمارستان از اثربخش‌بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی ارتقای خدمات اورژانس اطمینان حاصل می‌نماید.

- نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط
- تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد بخش اورژانس
- اتخاذ راهکارهای اصلاحی با هدف بهبود شاخص‌های کیفی/کمی بخش اورژانس
- بررسی وضعیت تعیین تکلیف بیماران و عملکرد مدیر تخت‌های بیمارستان

برنامه‌ریزی در راستای اثربخشی کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی می‌تواند شامل موارد زیر باشد؛

۱) بررسی روند پذیرش و درمان بیماران بخش اورژانس و اصلاح فرایندها و پروتکل‌های مرتبط مانند تریاژ
۲) بررسی نیازسنجی‌های آموزشی و تصویب برنامه‌های آموزشی موردنیاز کارکنان بخش اورژانس بیمارستان
۳) تقویت همکاری و هماهنگی بین اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی
۴) هماهنگی برای تشکیل کارگاه‌های آموزشی مرتبط با بخش اورژانس برای گروه‌های شاغل در بخش اورژانس
۵) هماهنگی و برگزاری جلسه مشترک با کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا برای تدوین و اجرای پروتکل‌ها، مانورها و غیره برای رسیدگی به مصدومان انبوه

ب-۲-۵ عملیات احیا و اقدامات نجات‌دهنده فوری بر اساس دستورالعمل‌های مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود

❋ ب-۲-۵-۱/ ☑☐☐/ ۲

ترالی احیا مطابق ضوابط مربوط در دسترس و تحت مدیریت است.

- چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخش‌ها/ واحدها بر اساس مصوبه‌ی کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و منطبق بر آخرین نسخه‌ی ابلاغی وزارت متبوع
- دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیا ظرف مدت یک دقیقه
- وجود ترالی احیای مجزا در اتاق احیا
- مدیریت و به‌روزرسانی مستمر ترالی اورژانس توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری
- استفاده از ترالی اورژانس توسط افراد تعیین‌شده و ذی‌صلاح با تشخیص بیمارستان
- دردسترس‌بودن ترالی اورژانس نوزاد در بخش‌های بلوک زایمان/ لیبر و سایر مکان‌ها مطابق با دستورالعمل کشوری

تعداد و مکان استقرار ترالی احیا در بیمارستان بر اساس مصوبه‌ی کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و منطبق بر آخرین نسخه‌ی ابلاغی وزارت متبوع است. وجود ترالی احیای مجزا در اتاق احیا و اتاق تروما در صورت مجزا بودن این دو فضا الزامی است و خارج نمودن آن از فضای اعلام شده ممنوع می‌باشد. علاوه‌برآن، در سایر فضاهای بخش اورژانس نیز به‌شرط رعایت زمان دسترسی حداکثر یک دقیقه، یک ترالی کافی است.

❋ ب-۲-۵-۲/ ☑☐☐/ ۲

گروه/ گروه‌های احیا در زمان اعلام کد بر اساس آخرین راهنما و گایدلاین‌های ابلاغی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می‌شوند.

- تعیین گروه/گروه‌های احیا متناسب با نوع کد، وسعت و دسترسی به بخش‌های مختلف بیمارستان با امکان حضور فوری بر بالین بیماران
- وجود برنامه‌ی استقرار گروه/گروه‌های احیا و سامانه‌های ارتباطی به‌منظور فراخوان و اعلام کد احیا در تمام ساعات شبانه‌روز
- سرپرستی گروه/گروه‌های احیا با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به‌عنوان رهبر گروه احیا
- نصب الگوریتم آخرین دستورالعمل‌های احیای قلبی ریوی مورد تأیید وزارت بهداشت متناسب با آخرین نسخه و مبتنی بر شواهد معتبر
- آگاهی و مهارت تیم احیای بزرگسالان، کودکان و نوزادان متناسب با آخرین نسخه‌ی مهارت تیم احیای بزرگسالان، کودکان و نوزادان

منظور از امکان حضور فوری اعضای گروه احیا، رسیدن کمتر از ۲ دقیقه بر بالین بیمار می‌باشد. مدیریت احیا در تمامی بیماران حاضر در بخش اورژانس در هر مرحله از مراقبت درمانی برعهده‌ی متخصص طب اورژانس است و در صورت عدم حضور متخصص طب اورژانس، مسئولیت با پزشکان متخصص مقیم بخش اورژانس و یا پزشکان عمومی آموزش‌دیده می‌باشد. لازم به ذکر است با توجه به احتمال نیاز هم‌زمان دو بیمار به عملیات احیا، پیش‌بینی لازم در خصوص وجود تیم احیای پشتیبان ضروری است.

بیمارستان باید برای بخش‌های مختلف بستری، اعضای گروه کد را مشخص کرده باشد تا در صورت نیاز بر اساس آن اقدام به فراخوان گروه نمایند.

در بیمارستان‌های با گرایش تخصصی کودکان، اولویت این امر با رشته‌ی تخصصی مربوطه می‌باشد و در بیمارستان‌های واجد بلوک زایمان و بخش زنان، سرپرستی تیم احیای نوزادان با پزشک متخصص آموزش‌دیده‌ی دوره‌های پیشرفته‌ی احیای نوزادان می‌باشد.

بدیهی است پزشک سرویس تخصصی مسئول بیمار در صورت مقیم بودن باید بلافاصله در زمان احیا بر بالین بیمار حاضر گردد و در صورت آنکال بودن مطابق با ضوابط آنکالی بر بالین بیمار ناپایدار پس از احیا حاضر شود.

➢ **کدهای فراخوان احیا بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی شامل:**

۱) احیا قلبی ریوی بزرگسالان (۹۹) ۲) احیا قلبی ریوی نوزادان (۸۸)

گروه احیای نوزادان دارای گواهینامه احیای پیشرفته‌ی نوزادان مطابق استانداردهای مادر و نوزاد برنامه‌ریزی و تأمین می‌شود.

گروه احیای بزرگسالان و کودکان دارای گواهینامه‌ی رسمی احیای پیشرفته‌ی بزرگسال و کودک به‌صورت سالیانه می‌باشند.

گروه/گروه‌های احیا برای درمانگاه‌ها نیز باید در دسترس باشند.

آموزش، پایه و اساس مهارت‌های مهمی چون احیای قلبی ریوی است. اما آنچه مهم است توانایی به‌کاربستن آگاهی‌های دانشی پس از طی دوره‌های آموزشی است؛ لذا بر اساس روند شاخص‌های عملکردی مانند احیای قلبی ریوی موفق در اورژانس و دیگر شاخص‌های مرتبط با عملیات نجات می‌توان روند عملکرد گروه/گروه‌های احیا را رصد نمود. از طرفی پایش میدانی و ارزیابی نحوه‌ی عملکرد گروه احیا توسط مسئول فنی/ ایمنی و مدیریت پرستاری و بر اساس آن برنامه‌ریزی‌های آموزشی و یا بازنگری ترکیب گروه احیا ضرورت مدیریتی اجتناب‌ناپذیر در روند بهبود این عملیات درمانی مهم و حیاتی است.

ب-۲-۶ مراقبت و درمان بیماران سکته حاد قلبی و مغزی، برابر دستورالعمل ابلاغی ارائه می‌شود

❋ **ب-۲-۶-۱/ ☐☐☑/ ۲**

شناسایی و تشخیص سکته‌ی حاد قلبی و مغزی در زمان طلایی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **شناسایی و تشخیص سکته‌ی حاد قلبی در زمان طلایی**
- **شناسایی و تشخیص سکته‌ی حاد مغزی در زمان طلایی**
- **آموزش کارکنان مرتبط در خصوص شناسایی بیماران سکته‌ی حاد قلبی و مغزی به‌منظور حمایت و تسریع فرایندهای تریاژ و مراقبت و درمان فوری بیماران**

پرسنل تریاژ، بخش اورژانس و تمام بخش‌های بیمارستانی لازم است علائم بالینی، اقدامات لازم برای تشخیص سکته‌ی حاد قلبی و مغزی را بدانند تا در صورت بروز علائم پزشک معالج و یا پزشک مقیم بیمارستان/ بخش اورژانس را در جریان قرار داده و اقدامات تشخیصی یا اعزام ایمن را برای بیمار انجام دهند.

حداقل پرسنل مشمول آموزش‌های لازم شامل نگهبانی، پذیرش، خدمات، پرستار تریاژ، پرسنل اورژانس، پرسنل سی‌تی‌اسکن و آزمایشگاه است.

❋ **ب-۲-۶-۲/ ☐☐☑/ ۲**

اقدامات درمانی برای بیماران سکته‌ی حاد قلبی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می‌شود.

- **اقدام بر اساس فرایند اعلام کد سکته حاد قلبی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوطه**
- **مشاوره آنی/ حضور متخصص قلب بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع**
- **انتقال بیمار مشمول برنامه کد ۲۴۷ به کت لب/ تزریق ترومبولیتیک و یا پایدارسازی بیمار بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع**
- **اعزام بیمار بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع**

این سنجه شامل تمامی بیمارستان‌ها با انواع گرایش می‌باشد.

در مورد بیماران با تشخیص STEMI[1]، (با در نظر گرفتن شناسنامه‌ی استاندارد مدیریت سکته حاد قلبی)، بیمار باید به نزدیک‌ترین بیمارستان کد ۲۴۷ (که کمتر از ۹۰ دقیقه با مرکز فاصله داشته باشد) اعزام شود در غیر این صورت پس از تزریق ترومبولیتیک بیمار برای PPCI[2] اعزام شود.

درصورتی‌که بیمارستان جزو بیمارستان‌های کد ۲۴۷ نباشد لازم است بیمارستان معین (نزدیک‌ترین بیمارستان به تعیین معاونت درمان دانشگاه/دانشکده) مشخص شده و ارجاعات را به آن بیمارستان در زمان طلایی انجام دهد. همچنین لازم است بیمارستان‌های کد ۲۴۷ گزارش موارد مرگ و عوارض ناشی از سکته‌های قلبی در کمیته‌های بیمارستانی را بررسی کرده، به‌منظور کاهش مرگ و عوارض مشکل را ریشه‌یابی نموده و اقدامات اصلاحی متناسب با مشکلات را شناسایی، تعیین و انجام دهد و اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده را بسنجد. میزان مشارکت و ثبت صحیح اطلاعات (فرم‌های مربوطه، تریاژ، پرونده‌ی بیمار و...) بیماران فوق در سیستم اطلاعات بیمارستانی مراکز فعال در اجرای برنامه‌ی ملی درمان سکته‌های حاد قلبی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و معاونت درمان وزارت بهداشت از طریق تبادل داده‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی با سامانه سپاس پایش می‌شود.

[1] ST Elevation Myocardial Infarction
[2] Primary Percutaneous Coronary Intervention

❊ ب-۲-۶-۳/ ☑☐☐/ ۲
اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد مغزی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می‌شود.
❖ **اقدام بر اساس فرایند اعلام کد سکته‌ی حاد مغزی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوطه** ❖ **اطمینان از آشنایی تمامی پرسنل مرتبط با نحوه‌ی اجرای آن** ❖ **مشاوره‌ی آنی و حضور متخصص نورولوژی بر اساس آخرین دستورالعمل آنکالی ابلاغی وزارت متبوع** ❖ **انجام سی‌تی‌اسکن فوری بیمار (با در نظر گرفتن پایداری شرایط بیمار) بدون هرگونه تعلل/ تأخیر** ❖ **در صورت فقدان دستگاه سی‌تی‌اسکن، پایدارسازی و اعزام بیمار بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع** ❖ **انتقال بیمار مشمول برنامه کد ۷۲۴ پس از اقدامات فوری به بخش‌های SCU /ICU در بیمارستان‌های مشمول برنامه ۷۲۴**
این سنجه شامل تمامی بیمارستان‌ها با انواع گرایش می‌باشد. مگر در مواردی که بیمارستان فاقد سی‌تی‌اسکن باشد که باید پس از پایداری بلافاصله اعزام شود. بیمار در بدو ورود پس از ارزیابی اولیه فوری (ABCD) توسط پرستار تریاژ و با اطلاع پزشک بخش اورژانس، در صورت پایداری شرایط بیمار به بخش سی‌تی‌اسکن انتقال می‌یابد. در صورت استقرار بیمار در بخش‌های عادی مراقبت مستمر و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار آموزش‌دیده مطابق دستورالعمل ابلاغی برنامه‌ریزی و انجام شود. در مورد بیمار سکته‌ی حاد مغزی در صورت وجود سی‌تی‌اسکن در بیمارستان با اطلاع به پزشک (بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی) و اقدامات درمانی اولیه شامل ثابت‌کردن اولیه‌ی علائم و تزریق ترومبولیتیک در عرض ۲ ساعت انجام شده و پس از آن بیمار اعزام ایمن به بیمارستان ۷۲۴ خواهد داشت. در بیمارستان فاقد سی‌تی‌اسکن با مراجعه‌ی بیمار مشکوک به سکته‌ی حاد مغزی پس از پایدار کردن شرایط بیمار، اعزام ایمن به بیمارستان ۷۲۴ انجام می‌شود. درصورتی‌که بیمارستان جز بیمارستان‌های ۷۲۴ نباشد لازم است بیمارستان معین (نزدیک‌ترین بیمارستان به تعیین معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده) مشخص شده و ارجاعات را به آن بیمارستان در زمان طلائی انجام دهد. همچنین لازم است بیمارستان‌های ۷۲۴ گزارش موارد مرگ و عوارض ناشی از سکته‌های مغزی در کمیته‌های بیمارستانی را بررسی کرده، به‌منظور کاهش مرگ و عوارض مشکل را ریشه‌یابی نموده و اقدامات اصلاحی متناسب با مشکلات را شناسایی، تعیین و انجام دهد و اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده را بسنجد. میزان مشارکت و ثبت صحیح اطلاعات (فرم‌های مربوطه، تریاژ، پرونده بیمار و...) بیماران فوق در سیستم اطلاعات بیمارستانی مراکز فعال در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد مغزی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و معاونت درمان وزارت بهداشت از طریق تبادل داده‌های سیستم اطلاعات بیمارستانی با سپاس پایش می‌شود.

ب–۳

مراقبت‌های جراحی و بیهوشی

ب–۳ مراقبت‌های جراحی و بیهوشی

ب–۳–۱ آمادگی بیماران و مراقبت پیش از جراحی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود

❋ ب–۳–۱–۱/ ☑☐☐/ ۲

نوبت‌دهی و پذیرش در اتاق عمل، با لحاظ وضعیت‌های بیمار مانند اورژانسی، پرخطر و عفونی صورت می‌پذیرد.

- **شناسایی، طبقه‌بندی و اولویت‌بندی بیماران با توجه به وضعیت اورژانسی، پرخطر و عفونی**
- **رعایت اولویت پذیرش و انجام اعمال جراحی**
- **تخمین مدت‌زمان پذیرش بیماران برای انجام جراحی و عدم انتظار طولانی‌مدت بیماران در اتاق آمادگی**
- **تعیین نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات جراحی به بیماران مبتلا به عفونت‌های قابل‌انتقال**

بیماران اورژانسی بیمارانی هستند که در صورت عدم ارائه‌ی به‌موقع اقدامات درمانی، دچار صدمات عضوی و یا حیاتی می‌شوند. در این‌گونه بیماران برنامه‌ریزی انجام عمل جراحی باید به‌نحوی باشد که هیچ‌گونه تعلل/تأخیر منجر به تهدید جان/ سلامتی بیماران نشود.

بیماران پرخطر بیمارانی هستند که احتمال مرگ‌ومیر در آنان حین و پس از عمل جراحی بیش از ۵ درصد برآورد گردیده و کاندید انجام مشاوره‌های تشخیصی/ جراحی/ بیهوشی و مراقبت‌های ویژه می‌باشند.

برحسب تقسیم‌بندی انجمن بیهوشی آمریکا[1] بیماران از نظر وضعیت فیزیکی به ۶ دسته تقسیم می شوند. با توجه به پیش‌آگهی بیماری، مدت‌زمان انتظار بیمار برای انجام عمل جراحی بر اساس این تقسیم‌بندی تعیین می‌شود؛ بنابراین مرکز باید بیماران پرخطر در گروه‌های مختلف پزشکی و نحوه اولویت‌بندی آنها را بر اساس تعریف، مشخص نماید.

بیماران عفونی، بیمارانی هستند که امکان سرایت عامل بیماری‌زا از آنان به محیط و سایر افراد وجود دارد؛ پس در مورد این دسته از بیماران که نیازمند اعمال جراحی هستند، رعایت نظر متخصص بیماری‌های عفونی مرکز الزامی است. در این موارد، ترتیب زمانی انجام اعمال جراحی، رعایت احتیاطات مبتنی بر تماس و قطرات و نیز ملاحظات پیشگیری و کنترل عفونت در مواجهه با سایر بیماران و کارکنان در مراحل قبل از عمل، حین عمل و ریکاوری باید مدنظر قرار گیرد. ضدعفونی تجهیزات پزشکی، اتاق، تخت و محیط اتاق عمل در بیماران عفونی بلافاصله پس از اتمام عمل جراحی الزامی است.

❋ ب–۳–۱–۲/ ☑☐☐/ ۱,۵

بیمارستان از آمادگی بیماران پیش از عمل جراحی[2] اطمینان حاصل می‌نماید.

- **وجود فرم ارزیابی و مشاوره‌ی پیش از بیهوشی بیماران در پرونده**
- **انجام اقدامات لازم به‌منظور آمادگی بیمار برای جراحی بر اساس ارزیابی‌های صورت‌گرفته**
- **رعایت اصول اخذ رضایت آگاهانه برای اعمال جراحی الکتیو**

بررسی مطلوب قبل از عمل به همراه جلب رضایت بیماران می‌تواند به اداره‌ی کم‌خطر بیهوشی/ جراحی و کاهش ریسک‌های ناشی از آن در دوره‌ی پیرامون عمل منجر شود. وجود برگه‌ی ارزیابی پیش از بیهوشی برای تمامی اعمال جراحی الکتیو الزامی است.

➢ **این برگه حداقل شامل موارد زیر است:**

۱) موارد ثبتی در پرونده
- بررسی راه هوایی بیمار و ریسک‌فاکتورها و تعیین کلاس ASA
- علائم حیاتی
- تاریخچه و معاینه‌ی بالینی

۲) آزمایش‌ها و اقدامات پاراکلینیکی لازم (با توجه به سن و سایر شرایط بیمار بر اساس دستورالعمل مراقبت‌های مدیریت شده)
- آزمایش شمارش رده‌های خونی (CBC)
- رادیوگرافی از قفسه سینه
- الکتروکاردیوگرافی

[1] ASA Class (American Society of Anesthesiologists)
[2] Pre-OP

۳) مشاوره‌های لازم و اقدامات پس از آن
- اکوکاردیوگرافی
- اسپیرومتری و...
- در صورت درخواست خون و فراورده‌های خونی اطمینان از وجود و آماده‌بودن آن‌ها

۴) آمادگی‌های بیمار
- رعایت زمان ناشتایی
- آماده‌سازی ناحیه‌ی عمل
- جداکردن تجهیزات مصنوعی قابل‌برداشت

پایش فهر ست موارد کنـ سلی اعمال جراحی در سرویس‌های مختلف می‌تواند شاخص منا سبی برای سنجش میزان رعایت د ستورالعمل ارزیابی پیش از جراحی باشد.

*** ب-۳-۱-۳/ ☑☐☐/ ۲**

انتقال و تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل و از اتاق عمل به بخش با رعایت اصول ایمنی و حفظ حریم خصوصی صورت می‌پذیرد.

- **وجود دستبند شناسایی بیمار و انطباق مشخصات هویتی بیمار با آزمایش‌ها و مدارک تصویربرداری/ مشاوره‌ها و مستندات پرونده**
- **وجود فرم رضایت آگاهانه‌ی تکمیل شده در پرونده بیمار**
- **کنترل علامت‌گذاری اندام‌های قرینه بر اساس دستورالعمل**
- **بررسی بیمار از نظر وجود اعضای مصنوعی، وسایل یا تجهیزات کاشتنی و نیز اطمینان از نداشتن آرایش و زیورآلات**
- **تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل و از اتاق عمل به بخش توسط کارکنان حرفه‌ای مرتبط و هم‌جنس**
- **انتقال بیماران به وسیله‌ی ویلچر و یا برانکارد ایمن (مانند مجهز بودن برانکارد به ریل محافظ)**
- **حفظ حریم خصوصی و پوشش مناسب بیمار و رعایت شئونات اخلاقی در تمامی مراحل جابه‌جایی**
- **همراه داشتن تجهیزات مانیتورینگ (فشارسنج و پالس اکسی‌متر پرتابل)**
- **استفاده از اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار**

علامت‌گذاری اندام‌های قرینه، بندهای انگشتان و سطوح مختلف ستون مهره‌ها همچنین آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی، رزرو خون در صورت نیاز و سایر دستورات در بخش، باید انجام گرفته باشد. مدت ناشتایی[1] بیمار قبل از انجام عمل متناسب با دستور پزشک و زمان‌بندی انجام عمل جراحی رعایت گردیده و در زمان تحویل کنترل گردد. انتقال ایمن بیمار با استفاده از وسیله مناسب (ویلچر، برانکارد) و تجهیزات و وسایل همراه (کپسول اکسیژن و تجهیزات احیا در صورت لزوم، پتو و غیره) و با همراهی کادر درمانی ذی‌صلاح متناسب با وضعیت بالینی بیمار بر اساس کتاب شرح وظایف جامع سطوح و رده‌های پرستاری و رعایت اصول و موازین ایمنی صورت پذیرد.

ب-۳-۱-۴/ ☑☐☐/ ۱

بیماران در بدو ورود به اتاق عمل توسط پرستار/ کاردان یا کارشناس اتاق عمل/ کاردان و کارشناس بیهوشی پذیرش شده و مراقبت‌های بیمار استمرار دارد.

- **کنترل مجدد هویت بیمار بر اساس اصول شناسایی صحیح بیمار**
- **ارتباط و تعامل با بیمار بر اساس اصول مهارت‌های ارتباطی**
- **ارزیابی مجدد بیمار و کنترل پرونده‌ی بیمار برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل**
- **کنترل صحت عملکرد دسترسی‌های وریدی با توجه به وضعیت بیمار**
- **کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد**
- **کمک در انتقال بیمار به تخت جراحی با حفظ حریم شخصی و رعایت ایمنی**

ارزیابی مجدد بیماران از لحاظ شرایط جسمی، روانی، سوابق بیماری و دارویی، ناشتایی، شیو ناحیه عمل، اجسام کاشتنی و گرفتن شرح‌حال پیرامون سابقه حساسیت بیهوشی در عمل جراحی صورت گیرد. کنترل و بررسی اتصالات احتمالی بیمار از نظر صحت عملکرد آن‌ها مانند: همووواگ، درن، چست تیوب و سایر اتصالات است. پیش از انجام عمل جراحی، بررسی وضعیت بیماری‌های زمینه‌ای، آسیب‌های پوستی و محل‌های در معرض اتصال پلیت و کوتر الزامی است. همچنین باز کردن پانسمان، آتل و تجهیزات مشابه باید با رعایت ملاحظات ایمنی، پیش از ورود به اتاق عمل صورت پذیرد.

[1] NPO

ب-۳-۱-۵/ ☑☑☐/ ۱
بیمارستان از مدیریت اضطراب بیماران کاندید اعمال جراحی اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **تدوین روش اجرایی «مدیریت اضطراب بیماران کاندید اعمال جراحی» با مشارکت کارکنان مربوطه** ❖ **آگاهی کارکنان از روش اجرایی تدوین شده و عمل بر اساس آن** ❖ **پایش انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده و در صورت نیاز تدوین اقدام اصلاحی**
مدیریت اضطراب بیماران شامل تمامی پروسیجرهای تهاجمی در داخل و خارج از اتاق عمل می‌شود. روش اجرایی کاهش اضطراب بیماران از زمان بستری بیمار در بخش اجرا می‌شود. ➢ **حداقل‌های مورد انتظار در تدوین روش اجرایی «مدیریت اضطراب بیماران کاندید اعمال جراحی» شامل موارد زیر است؛** ۱) تدوین روش اجرایی با مشارکت تمامی کارکنان مرتبط از جمله جراح، متخصص بیهوشی، متخصص روان‌پزشکی/ روان‌شناس/ پرستار/ مددکار اجتماعی/ماما ۲) توجه به سن، جنس، معلولیت، میزان آگاهی و شرایط فرهنگی بیماران ۳) ارزیابی وضعیت خلقی بیمار در بخش و در صورت نیاز انجام مداخلات لازم توسط متخصص روان‌پزشکی/ روان‌شناس ۴) توجه به علل اضطراب بیماران مانند ترس از محیط ناآشنا، ناآگاهی در خصوص عوارض بیهوشی و جراحی، نگرانی‌های مالی و حفظ حریم خصوصی در طول جراحی، بیهوشی و... ۵) انجام اقدامات کاهنده‌ی اضطراب به تفکیک علت اضطراب با توجه به نقش هر کدام از کارکنان حرفه‌ای در این زمینه ➢ **از جمله اقدامات کاهنده‌ی اضطراب در بیماران کاندید اعمال جراحی؛** ۱) بررسی وضعیت مالی و اطلاع به مددکار اجتماعی و انجام مشاوره‌ی مددکاری به‌منظور کاهش اضطراب ناشی از مسائل مالی ۲) کمک به بیمار برای رعایت الگوی خواب معمول قبل از عمل جراحی ۳) کمک به بیمار در صورت تمایل برای نیایش/ انجام فرایض مذهبی با استفاده از تسهیلات مرتبط (قرآن و...) در بدو ورود به اتاق عمل ۴) کمک به بیمار در صورت تمایل برای مدیتیشن، انجام تکنیک‌های تنفسی و... ۵) حضور پدر/ مادر/ بستگان در بخش تا زمان انتقال بیمار به اتاق عمل ۶) ایجاد تمهیداتی برای حضور همسر بیمار در بخش با توجه به تفکیک بخش‌های مردان و زنان ۷) ارائه اطلاعات لازم در خصوص عوارض جراحی و آثار آن با استفاده از عبارات ساده و پرهیز از کاربرد لغات تخصصی ۸) امکان همراهی پدر/ مادر در اتاق آمادگی پیش از عمل (برای کودکان) ۹) محدود کردن دید بیمار/ همراه به ریکاوری و فضای اتاق عمل در زمان انتظار ۱۰) استفاده از تکنیک‌های آرام‌بخشی از جمله موسیقی آرام‌بخش و فضای مناسب ارتباطی و تصاویر آرام‌بخش ۱۱) اختصاص زمان انتظار مناسب به کودک برای برقراری ارتباط با کارکنان اتاق عمل و آشناشدن با محیط اتاق عمل ۱۲) همراهی بیمار/کودک تا تخت جراحی توسط کارشناس اتاق عمل و برقراری ارتباط مؤثر با ایشان ۱۳) اطمینان‌بخشی به بیمار در خصوص حفظ حریم خصوصی و استفاده از پرسنل همگن به‌ویژه در جراحی‌های اورولوژی و زنان ۱۴) اطمینان‌بخشی به کودک و والدین در خصوص حفظ حریم خصوصی و استفاده از پرسنل همگن به‌ویژه در جراحی‌های اورولوژی

ب-۳-۲ مراقبت‌های جراحی با رعایت اصول جراحی ایمن برنامه‌ریزی و انجام می‌شود

❊ ب-۳-۲-۱/ ☑☐☐/ ۲

بیمارستان از صحت عملکرد تجهیزات و اتصالات بیهوشی و تأمین ایمن گازهای طبی پیش از القای بیهوشی اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ بررسی صحت عملکرد تجهیزات بیهوشی در ابتدای هر شیفت توسط افراد ذی‌ربط
- ❖ بررسی صحت عملکرد تجهیزات بیهوشی قبل از هر مورد القای بیهوشی تحت نظارت متخصص بیهوشی
- ❖ اطمینان از برقراری درست اتصالات به بیمار
- ❖ اطمینان از اتصال صحیح و جریان مناسب گازهای طبی تجویزشده
- ❖ وجود راهکارهای پیشگیرانه‌ی مدیریت خطر برای کاهش حوادث ناخواسته ناشی از گازهای طبی

➢ **نکات مهم در کنترل و پایش عملکرد اتصالات و تجهیزات بیهوشی و کمیت و کیفیت گازهای طبی؛**

۱) صحت کارکرد دستگاه بیهوشی در ابتدای هر شیفت توسط تکنسین هوشبری بررسی و تأیید می‌شود.

۲) در ابتدای هر مورد القای بیهوشی، صحت اتصالات بیهوشی به بیمار توسط متخصص بیهوشی بررسی و تأیید شود.

۳) قبل از هرگونه اتصال گازهای طبی به بیمار، تکنسین هوشبری از انطباق گاز در شرف استفاده با گاز تجویزی (اعم از سانترال یا کپسول) اطمینان حاصل نموده، مراتب توسط متخصص بیهوشی تأیید می‌گردد.

۴) برای تمامی بیماران تحت بیهوشی عمومی، باید ذخیره‌ی کافی اکسیژن موجود باشد.

۵) کفایت راه‌های هوایی و تهویه در بیماران تحت بیهوشی عمومی با مسئولیت متخصص بیهوشی از طریق سمع و مشاهده به‌صورت مستمر پایش شود.

۶) در صورت به‌کارگیری تهویه‌ی مکانیکی، آلارم جداشدگی از دستگاه باید فعال باشد.

۷) غلظت اکسیژن دمی باید در طول زمان بیهوشی با وسیله‌ای مجهز به «آلارم غلظت پایین اکسیژن» کنترل و برای اندازه‌گیری مستمر و نمایش موج و غلظت CO_2 بازدمی (کاپنوگرافی) استفاده شود.

۸) سیستم‌های هشداردهنده‌ی آماده به کار و سالم برای هشدار در زمان بروز اختلال در سیستم‌های مرکزی گازهای طبی تعبیه شده باشد.

❊ ب-۳-۲-۲/ ☑☐☐/ ۱,۵

تجهیزات و ملزومات مورد نیاز در اتاق پروسیجر جراحی شناسایی شده و هیچ مورد مازاد بر نیاز در این مکان نگهداری نمی‌شود.

- ❖ وجود لیست تجهیزات و ملزومات ضروری اتاق عمل به تفکیک کاربری هر اتاق
- ❖ تجهیز اتاق‌های عمل بر اساس لیست تجهیزات و ملزومات ضروری اتاق عمل
- ❖ عدم وجود تجهیزات معیوب / مازاد در اتاق پروسیجر جراحی

وجود تجهیزات مازاد در اتاق عمل و اتاق‌های پروسیجر جراحی همواره یک تهدید بالقوه‌ی ایمنی محسوب می‌شود. این مخاطرات می‌تواند شامل به‌خطرافتادن ایمنی بیمار ناشی از استفاده از یک تجهیز معیوب و یا عدم رعایت نکات کنترل عفونت به‌واسطه‌ی انباشت تجهیزات مازاد و مشابه آن باشد؛ لذا تأکید این سنجه علاوه بر حذف تجهیزات معیوب و فراخوان شده از بخش جراحی (اتاق عمل) معطوف به اتاق پروسیجر برای تمامی تجهیزات مازاد نیز می‌باشد و مرکز باید برنامه‌ریزی اصولی برای جلوگیری از انباشت تجهیزات و ملزومات مازاد و معیوب در این مکان‌ها را داشته باشد.

❋ ب-۳-۲-۳/ ☑☐☐/ ۲

عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل از القای بیهوشی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن است.

- ❖ **آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک‌لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن**
- ❖ **انجام اقدام لازم طبق چک‌لیست جراحی ایمن قبل از القای بیهوشی به بیمار**

خصوصیت ویژه‌ی چک‌لیست جراحی ایمن، ارزیابی موقعیت و ریسک‌های متوجه بیمار به‌صورت شفاهی است. این روش مصداق یک کار تیمی و برقراری ارتباط اثربخش می‌باشد. در این روش فردی که به‌عنوان مسئول کنترل چک‌لیست تعیین شده در هر یک از مراحل، هر یک از اجزای چک‌لیست را در حضور تیم جراحی (اعم از جراح/ جراحان، متخصص بیهوشی، تکنسین بیهوشی، پرستار سیرکولر و اسکراب و...) به‌صورت قابل‌فهم و با صدای بلند خوانده و تأیید تیم را در خصوص هر بند اخذ می‌نماید.

➢ **انجام ارزیابی لازم طبق چک‌لیست جراحی ایمن قبل از القای بیهوشی:**

قبل از القای بیهوشی و در حضور پرستاران اتاق عمل و کادر بیهوشی، صحت هویت بیمار، صحت علامت‌گذاری محل عمل جراحی در موارد لازم (که توسط خود جراح یا کادر درمانی که در تمام مدت عمل بر بالین بیمار حضور دارد، انجام شده است)، صحت عملکرد ماشین بیهوشی و آماده‌بودن داروها و اتصال دستگاه پالس‌اکسی‌متری و صحت عملکرد آن مرور و احراز شده، بیمار در خصوص داشتن حساسیت شناخته شده، وضعیت راه هوایی (راه هوایی دشوار) و ریسک خونریزی بیش از ۵۰۰ میلی‌لیتر (۷ میلی‌لیتر بر کیلوگرم در اطفال) بررسی می‌شود. آماده‌سازی دارو صرفاً باید طبق اصول صحیح دارودهی انجام شود. از آماده‌سازی زودهنگام و نگهداری غیراصولی دارو بین دو عمل جراحی اجتناب گردد؛ داروها باید در زمان مقرر و در شرایط ایمن آماده و مصرف شوند.

❋ ب-۳-۲-۴/ ☑☐☐/ ۲

عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل پس از القای بیهوشی و پیش از اقدام به برش پوستی منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن است.

- ❖ **آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک‌لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن**
- ❖ **انجام اقدامات لازم طبق چک‌لیست جراحی ایمن پس از القای بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی بیمار**

➢ **انجام ارزیابی لازم طبق چک‌لیست جراحی ایمن پس از القای بیهوشی و پیش از اقدام به برش پوستی بیمار:**

پس از بیهوشی و پیش از اقدام به برش پوستی و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/ جراحان، اعضای تیم خود را معرفی و نقش‌شان را اعلام نموده، متعاقباً هویت بیمار، پروسیجر جراحی و محل انجام برش (موضع عمل) تأیید می‌شود. از تجویز آنتی‌بیوتیک مناسب در صورت لزوم و طی یک ساعت قبل از اقدام به برش پوستی اطمینان حاصل می‌گردد. وقایع حاد قابل‌پیش‌بینی مرتبط با جراح (موقعیت‌های حاد یا غیرروتین، طول مدت عمل، میزان از دست رفتن خون)، کادر بیهوشی (موارد نیازمند توجه ویژه در خصوص بیمار فعلی) و تیم پرستاری (تأیید استریلیزاسیون و نشانگرهای مربوطه و مسائل و نگرانی‌های مربوط به تجهیزات) بررسی می‌شوند و نهایتاً در دسترس و معرض دید بودن گرافی‌های مربوطه تأیید می‌گردد.

❋ ب-۳-۲-۵/ ☑☐☐/ ۲

عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل از خروج از اتاق عمل منطبق بر دستورالعمل جراحی ایمن است.

- ❖ **آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک‌لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن**
- ❖ **انجام ارزیابی لازم طبق چک‌لیست جراحی ایمن قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل**

➢ **انجام ارزیابی لازم طبق چک‌لیست جراحی ایمن قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل:**

قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل توسط پرستار مربوطه و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/جراحان، نوع عمل جراحی انجام شده، اتمام شمارش ابزارها، گازها و سوزن‌ها اعلام شده، صحت برچسب‌گذاری ظرف حاوی نمونه پاتولوژی/ آزمایشگاه با خواندن نام بیمار تأیید می‌گردد و سپس مشکلات تجهیزاتی پیش‌آمده در حین عمل مطرح شده و نهایتاً در حضور تیم موارد نیازمند توجه ویژه مربوط به ریکاوری و مدیریت بیمار مطرح می‌شوند.

ب-۳-۲-۶/ ☐☐☑/ ۱

برنامه زمان‌بندی اعمال جراحی غیراورژانسی، حداقل یک روز قبل از عمل، برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **اعلام برنامه از بخش‌های مختلف جراحی بیمارستان به اتاق عمل**
- **ثبت و ارسال فهرست اعمال جراحی از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی**
- **تنظیم برنامه اعمال جراحی با توجه به ظرفیت اتاق عمل و حجم مراجعین و اولویت‌بندی بیماران**
- **انجام اعمال جراحی الکتیو مطابق برنامه اعلام‌شده**

لیست بیماران نیازمند عمل جراحی الکتیو باید حداقل یک روز قبل از عمل در اختیار اتاق عمل قرار گیرد. مسئول مربوطه باید بر اساس شرایط بیماران اعلام شده در لیست ارسالی بخش‌ها، نسبت به اولویت‌بندی و برنامه‌ریزی اولیه برای حضور بیماران در اتاق عمل اقدام نماید. یکی از شاخص‌هایی که می‌تواند نحوه‌ی اجرای برنامه‌ریزی فوق را پایش نماید لیست اعمال کنسل شده و دلایل آن می‌باشد. اعلام تعداد اعمال جراحی بیش از ظرفیت واقعی اتاق عمل، موجب افزایش موارد لغو عمل، اتلاف منابع، افزایش زمان انتظار بیماران و نارضایتی آنان می شود؛ بنابراین، برنامه‌ریزی اعمال جراحی باید متناسب با ظرفیت واقعی اتاق‌های عمل، منابع انسانی و امکانات موجود انجام شود. رعایت آخرین دستورالعمل ابلاغی از سوی وزارت بهداشت مبنی بر ساعات مجاز (شروع و پایان) اعمال جراحی الکتیو در برنامه‌ریزی اعمال جراحی مدنظر قرار گیرد.

ب-۳-۳ وضعیت بیماران حین و بعد از جراحی پایش و مستندات جراحی و بیهوشی به طور کامل تکمیل می‌شود

ب-۳-۳-۱/ ☑☐☐/ ۱

پزشک جراح شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی به طور خوانا ثبت، مهر و امضا می‌نماید.

- **ثبت شرح عمل قبل از انتقال بیمار به بخش توسط جراح / جراحان**
- **ثبت دستورات پزشکی قبل از انتقال بیمار به بخش**

تکمیل کامل عناوین مندرج در برگه شرح عمل (تشخیص قبل از جراحی، تشخیص حین جراحی، نوع جراحی و...) توسط جراح قبل از انتقال بیمار به بخش مربوطه، 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 (خوانا باشد، قلم‌خوردگی نداشته باشد و...) بر اساس راهنمای مستندسازی پرونده‌های پزشکی رعایت شود. انطباق کامل کدهای مندرج در شرح عمل با اقدامات ثبت شده توسط جراح ضروری است.

ب-۳-۳-۲/ ☑☐☐/ ۱.۵

پزشک بیهوشی، وضعیت بیمار را حین و بعد از جراحی پایش و در فرم بیهوشی و فرم مراقبت بعد از جراحی ثبت، مهر و امضا می‌نماید.

- **شرح بیهوشی قبل از انتقال بیمار به بخش در اتاق عمل تکمیل گردد.**
- **پیش‌بینی و تعیین بخش بستری بیمار توسط متخصص بیهوشی بر اساس وضعیت بالینی بیمار**

فرم‌های مربوط به پزشک بیهوشی شامل فرم برگه بیهوشی، برگه ریکاوری و برگه زایمان بی‌درد است که با توجه به نوع و شرایط بیماران توسط متخصص بیهوشی باید تکمیل شود. تکمیل نمودن تمام عناوین مطرح شده در فرم‌های مربوطه لازم و ضروری است و در ارزیابی مدنظر قرار می‌گیرد. پیش‌بینی و تعیین بخش بستری و یا انتقال بیمار به بخش مراقبت‌های ویژه، توسط متخصص بیهوشی با توجه به وضعیت بالینی بیمار، سوابق مشاوره‌های پزشکی و نظر پزشک جراح تصمیم‌گیری می‌شود.

ب-۳-۳-۳/ ☑☐☐/ ۲

پزشک بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر می‌نماید.

- **حضور مستمر پزشک بیهوشی از شروع تا زمان حضور بیمار در ریکاوری**
- **ارزیابی و ویزیت بیمار توسط پزشک متخصص بیهوشی در ریکاوری**
- **ثبت دستور انتقال بیمار از ریکاوری به بخش مربوطه توسط متخصص بیهوشی**

بر اساس کتاب ارزش‌های نسبی خدمات سلامت، متخصص بیهوشی در هر شرایط و بدون توجه به نوع بیهوشی، نمی‌تواند هم‌زمان مسئولیت بیش از دو بیمار را بر عهده داشته باشد؛ بنابراین انجام بیهوشی برای بیمار سوم و بیماران بعدی ممنوع، غیرقانونی و غیرقابل‌محاسبه است.

در بیمارستان‌های آموزشی که دارای دستیاران بیهوشی سال سوم و چهارم هستند، به‌شرط حضور مستمر دستیار بر بالین بیمار، متخصص بیهوشی حداکثر می‌تواند هم‌زمان سه بیمار را بیهوش نماید.

در مورد بیماران با کلاس سه و بالاتر، متخصص بیهوشی مجاز به پذیرش مسئولیت بیش از یک بیمار به‌صورت هم‌زمان نمی‌باشد.

در موارد خاص و شرایط حیاتی، انجام بیهوشی برای بیمار سوم قابل انجام خواهد بود. با این حال، متخصصین بیهوشی موظف‌اند در اسرع وقت یکی از بیماران غیراورژانسی را از فهرست عمل خارج کرده و بیمار اورژانسی را جایگزین نمایند.

دستور انتقال بیمار از ریکاوری به بخش باید توسط پزشک متخصص بیهوشی (پس از ارزیابی بیمار در ریکاوری توسط ایشان) در پرونده قید شود و انتقال بیمار بدون دستور از ریکاوری به بخش مربوطه نباید انجام شود. نحوه‌ی انتقال بیمار (تجهیزات و کادر درمانی مورد نیاز) توسط متخصص بیهوشی در پرونده ثبت شود.

ب-۳-۳-۴/ ☑☑☐/ ۱.۵

نگهداری و انتقال ایمن نمونه‌های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه و تکمیل فرم درخواست مربوطه تحت کنترل بوده و مدیریت می‌شود.

- **برچسب‌گذاری و درج مشخصات (شناسه‌ها) صحیح نمونه‌های پاتولوژی با توجه به شناسه‌های دستبند شناسایی بیمار**
- **استفاده صحیح از محلول مناسب برای نگهداری نمونه‌های پاتولوژی**
- **مدیریت ایمن نقل و انتقال نمونه‌های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه**

با توجه به اهمیت نمونه‌های پاتولوژی در تشخیص، میزان پیشرفت بیماری و نتیجه‌بخش‌بودن درمان بیمارانی که مورد عمل جراحی و نمونه‌برداری قرار گرفته‌اند، نگهداری و انتقال اصولی و ایمن نمونه‌ها به واحد پاتولوژی بسیار مورد توجه است. از این رو نوع برچسب‌گذاری و درج مشخصات لازم بر روی برچسب، کیفیت و نوع محلول‌های نگهداری نمونه‌ها و نیز مدیریت انتقال نمونه به واحد پاتولوژی از اهمیت بسزایی برخوردار است. در خصوص مشخصات، ثبت اطلاعات دموگرافیکی بیمار، نوع نمونه، محل جراحی شده، تاریخ ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه باید مشخص شده باشد. ضمناً با توجه به اهمیت نمونه ارسالی، هویت فرد تحویل‌دهنده و تحویل‌گیرنده نمونه نیز باید ثبت و قابل‌ردیابی باشد.

نوع محلول‌ها جهت نگهداری نمونه‌ها، بایستی با توجه به صلاحدید گروه‌های مختلف پزشکی و مسئول فنی آزمایشگاه مشخص گردد و در اختیار اتاق عمل و واحدهای مختلفی که اقدام به ارسال نمونه می‌کنند قرار گیرد. تحویل نمونه‌های پاتولوژی به همراه بیمار ممنوع می‌باشد. بیمارستان باید برنامه مشخصی برای نقل و انتقال نمونه از اتاق عمل به واحد پاتولوژی داشته باشد. در این خصوص استفاده از بیمار و یا همراه ایشان برای انتقال نمونه پاتولوژی به واحد مربوطه و یا آزمایشگاه‌های طرف قرار داد (خارج از مرکز) مورد پذیرش نیست.

ب–۴

مراقبت‌های مادر و نوزاد

ب–۴ مراقبت‌های مادر و نوزاد

ب-۴-۱ بیمارستان از ارائه خدمات به مادران نیازمند مراقبت ویژه اطمینان حاصل می‌نماید
❋ ب-۴-۱-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵
بیمارستان شناسایی و ارائه خدمات ایمن به مادران نیازمند مراقبت ویژه را برنامه‌ریزی و اجرا می‌کند.
❖ آگاهی کارکنان از آخرین دستورالعمل ارائه خدمات به مادران نیازمند مراقبت ویژه ❖ شناسایی و اولویت‌بندی ارائه خدمات به مادران نیازمند مراقبت ویژه بر اساس شرح‌حال، معاینه بالینی و انجام اقدامات پاراکلینیکی ❖ پیش‌بینی اقدامات فوری در مواجهه با مادران نیازمند مراقبت ویژه بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ برنامه‌ریزی و نظارت بر عملکرد تیم فوریت‌های مامایی مطابق آخرین دستورالعمل اداره سلامت مادران وزارت بهداشت

طراحی فضای فیزیکی جداگانه برای تریاژ فقط در مراکز درمانی تک تخصصی زنان الزامی است و سایر مراکز درمانی که فضایی جداگانه برای تریاژ مامایی در اورژانس عمومی در نظر نگرفته‌اند، می‌بایست از فضای اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان استفاده نمایند.

درصورتی‌که به علت ازدحام اورژانس مامایی، به‌ناچار برخی از مددجویان سطوح سه، چهار یا پنج در اتاق انتظار در نوبت ویزیت و یا ورود به بخش اورژانس/اتاق معاینه هستند، مامای واحد تریاژ موظف است تا زمانی که مددجویان در اتاق انتظار حضور دارند و قبل از ارجاع به بخش مورد نظر و ویزیت پزشک، در بازه‌های زمانی مشخص (بر اساس دستورالعمل ابلاغی) مددجویان را مجدد ویزیت نماید و با تریاژ مجدد[1] و در صورت لزوم با تغییر سطح تریاژ، از بروز عواقب ناخواسته احتمالی برای ایشان پیشگیری نماید.

➢ **امکانات و تسهیلات واحد تریاژ مامایی در بیمارستان:**

۱) نیروی انسانی مستقر در واحد تریاژ مامایی باید دارای حداقل مدرک کارشناسی مامایی و ۲ سال کار بالینی مرتبط باشد.

۲) گذراندن کارگاه تریاژ ESI، کارگاه مهارت‌های ارتباطی، کارگاه احیای پایه و پیشرفته بزرگسالان و نوزادان، کارگاه مراقبت‌های اولیه تروما، کارگاه اورژانس‌های مامایی، کارگاه مدیریت شوک برای مامای تریاژ الزامی است.

۳) تجهیزات واحد تریاژ بر اساس دستورالعمل ابلاغی به‌گونه‌ای پیش‌بینی شود که در کمتر از یک دقیقه در دسترس باشد. اقلام و تجهیزات موردنیاز در واحد تریاژ مامایی مطابق با دستورالعمل تریاژ مامایی ابلاغی وزارت بهداشت تأمین و آماده بکار باشند. همچنین ست پره‌اکلامپسی شاملِ آمپول هیدرالازین/لابتالول، سولفات منیزیم ۲۰٪ و ۵۰٪ و آمپول گلوکونات کلسیم تهیه و در دسترس باشد. پکیج کنترل خونریزی شامل فولی ۲۴، والو، میزوپروستول، پروستاگلندین F2α، مترژن و... تهیه و در دسترس باشد.

تیم دیده‌بان به کارکنان و واحدهایی اطلاق می‌شود که می‌توانند مادران نیازمند مراقبت ویژه را شناسایی و گزارش نمایند. این تیم شامل فرد مسئول مادر، مسئول اتاق زایمان/ مسئول شیفت، مسئول اتاق عمل/ مسئول شیفت، مسئول بخش مراقبت‌های ویژه/ مسئول شیفت، مسئول بخش زایمان/ مسئول شیفت، مسئول تریاژ اورژانس/مامایی/ مسئول شیفت، سوپروایزر شیفت، مسئول آزمایشگاه/ مسئول شیفت و مسئول واحد تصویربرداری/مسئول شیفت مربوطه است.

رئیس بیمارستان طی ابلاغی یک نفر پزشک متخصص زنان/ ماما را به‌عنوان مسئول شناسایی و پیگیری مادران نیازمند مراقبت ویژه تعیین می‌کند. اطلاع‌رسانی مادر شناسایی شده در هر یک از واحدهای درمانی و پاراکلینیکی به کارشناس رابط سلامت مادران دراسرع‌وقت انجام می‌شود. در صورت نیاز تیم فوریت‌های مامایی[2] تشکیل و فراخوان انجام می‌شود

تیم فوریت‌های مامایی (کد ۵۵) شامل مدیر خدمات پرستاری/سوپروایزر، دو نفر متخصص زنان یا یک متخصص زنان و یک متخصص جراح عمومی، متخصص بیهوشی، دو نفر ماما (ترجیحاً مامای اتاق زایمان)، کارشناس رابط سلامت مادران و برحسب مورد سایر گروه‌های تخصصی (داخلی، هماتولوژی، قلب، نفرولوژی و...) است.

بیمارستان موظف است شرح وظایف کد اختصاصی فوریت‌های مامایی (۵۵) و اعضای تیم مربوطه را به‌تمامی بخش‌ها ابلاغ کند تا در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیمار فراخوان شوند و مراقبت‌های فوری برحسب نیاز به مادر ارائه نمایند.

ضروری است اطلاعات مادران هیسترکتومی شده یا منتقل شده به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) در سامانه مرگ‌ومیر و عوارض بارداری و زایمان وزارت بهداشت ثبت و بارگذاری شود. همچنین، جلسات کمیته موربیدیتی مطابق دستورالعمل مربوطه تشکیل شده و موارد ثبت شده در سامانه به‌طور کامل بررسی و ساماندهی شوند.

[1] Re-Triage
[2] Critical Team Management

❋ ب-۴-۱-۲/ ☐☐☑/ ۲
حضور تیم مراقبتی ذی‌صلاح جهت ارائه خدمات ایمن به مادران نیازمند مراقبت ویژه بر اساس ضوابط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۳۰ دقیقه بر بالین مادران نیازمند مراقبت ویژه ❖ حضور فعال تیم مراقبت پزشکی ذی‌صلاح به‌صورت ۲۴ ساعته ❖ تشکیل و حضور تیم فوریت‌های مامایی در صورت درخواست متخصص زنان طبق بخشنامه کشوری با رهبری بالینی پزشک معالج ❖ حضور اعضای تیم فوریت‌های مامایی (کد ۵۵) بر بالین مادر در صورت نیاز مطابق آخرین دستورالعمل اداره سلامت مادران وزارت بهداشت ❖ آگاهی پزشکان/ دستیاران تخصصی از وجود فرایند مشاوره با استاد معین در صورت نیاز طبق دستورالعمل ابلاغی ❖ وجود و در دسترس بودن برنامه ماهیانه پزشکان مقیم، آنکال و معین
در نظر داشته باشید که اصطلاح مادر نیازمند مراقبت ویژه صرفاً به معنی مادران نیازمند به خدمات بخش‌های مراقبت ویژه نیست و شامل مادران دارای ریسک بالا (بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی) می‌باشد. ضرورت حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۳۰ دقیقه بر بالین مادران نیازمند مراقبت ویژه بر اساس شیوه‌نامه ارتقای حضور متخصص زنان و زایمان ابلاغی وزارت بهداشت است. بر اساس شیوه‌نامه ابلاغی، مقیم بودن پزشک متخصص زنان در بیمارستان‌های دارای سه متخصص زنان و بیشتر الزامی است. در مراکز غیردولتی، خصوصی، خیریه و وابسته به ارگان‌ها در صورت اورژانسی بودن وضعیت مادر و عدم حضور پزشک معالج، پزشک مقیم متخصص زنان موظف است دراسرع‌وقت بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را ویزیت نماید. در بیمارستان‌هایی که کمتر از سه متخصص زنان دارند، باید فهرست آنکال اول و آنکال دوم تهیه شود. تیم مراقبت پزشکی ذی‌صلاح شامل فوق‌تخصص/ متخصص زنان و در بیمارستان‌های آموزشی، حداقل رزیدنت ارشد است. حضور فعال تیم مراقبت پزشکی ذی‌صلاح در طول شبانه‌روز (حتی روزهای تعطیل) برای زایمان‌های نیازمند مراقبت ویژه اعم از موارد قابل‌پیش‌بینی و غیرقابل‌پیش‌بینی الزامی می‌باشد. مشاوره با استاد معین در صورت نیاز طبق دستورالعمل ابلاغی قابل استفاده است و ضروری است اسامی اساتید معین به‌صورت ماهیانه از معاونت درمان به مراکز اعلام گردد تا در صورت نیاز، مشاوره با آن‌ها انجام شود. همچنین در صورت نیاز به اعزام مادر به سطوح بالاتر، انجام اولین ویزیت توسط متخصص مربوطه الزامی است. در بیمارستان‌های آموزشی انجام مشاوره‌های تخصصی به ترتیب اولویت حضور، توسط رده‌های آموزشی فوق‌تخصص/ فلوشیپ، متخصص زنان و یا دستیار ارشد آن شیفت صورت پذیرد.
ب-۴-۱-۳/ ☐☐☑/ ۲
مراقبت و پایش مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه به‌صورت مستمر، ایمن و بر اساس ضوابط ارائه می‌شود.
❖ مراقبت و پایش مادران باردار نیازمند مراقبت ویژه به‌صورت مستمر در مراحل قبل، حین و پس از ختم بارداری بر اساس «راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی» ❖ ویزیت حداقل روزانه متخصص زنان مقیم/ آنکال از مادر نیازمند مراقبت ویژه و ثبت دستورات پزشکی در پرونده ❖ تحویل بر بالین مادر نیازمند مراقبت ویژه توسط پزشکان و کارکنان (ماما/پرستار) در تمام نوبت‌های کاری به همرسته شغلی مربوط
به منظور استمرار مراقبت از مادران بستری نیازمند مراقبت ویژه، بر اساس پروتکل مربوط به هر مورد اختصاصی در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی عمل شود. در زمان تحویل، مادر توسط تحویل‌گیرنده به طور کامل معاینه و ارزیابی شده و نتیجه معاینات در پرونده ثبت شود. توصیه می‌شود مادران نیازمند مراقبت ویژه در اتاقی مشرف به ایستگاه پرستاری و مجهز به فتال مانیتورینگ، اکسیژن و ساکشن مستقر و مراقبت‌های مامایی توسط مامای باسابقه بالاتر انجام شود.
ب-۴-۲ بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های مادران باردار اطمینان حاصل می‌نماید
ب-۴-۲-۱/ ☐☐☑/ ۱
مراقبت از مادران باردار از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ آگاهی و عملکرد کارکنان و پزشکان اورژانس بیمارستان از دستورالعمل پذیرش مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان ❖ انجام ارزیابی/ ویزیت مادر توسط پزشک متخصص زنان/ ماما در محدوده زمانی ابلاغی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان ❖ انجام تریاژ و تشکیل پرونده مادران باردار بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی ❖ ثبت نتیجه معاینات در فرم تریاژ/پرونده بیمار ❖ ارجاع موارد غیرمامایی به متخصص مربوطه پس از بررسی‌های اولیه
ارزیابی مادر در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان، در صورت مراجعه اورژانس/غیر اورژانس و یا به دلیل مشکلات بارداری/غیربارداری بایستی توسط پزشک متخصص زنان/ ماما انجام شود. مسئولیت تمام مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان به دلایل غیر مامایی و یا دلایل جراحی، مولتیپل تروما، کانسر و همانند آن به عهده متخصص مربوطه می‌باشد. آگاهی و عملکرد مناسب بخش اورژانس ضرورت اجرای صحیح این سنجه است. ضروری است دستورالعمل مربوط در اختیار پزشکان اورژانس بیمارستان‌های جنرال/ تک تخصصی زنان قرار گرفته و ایشان از مفاد آن آگاه باشند. مادران با شرایط مناسب از اورژانس عمومی به بلوک زایمان ارجاع شده و در صورت نامناسب‌بودن وضعیت مادر، ماما/ متخصص زنان بایستی به اورژانس و بر بالین مادر فراخوان شود. لازم به ذکر است در ارائه خدمات به مادران باردار از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان، شیوه‌نامه تکریم مادر باردار رعایت شود.

ب-۴-۲-۲/ ☑☑☐/ ۱
مراقبت‌های معمول از مادران باردار بستری بر اساس ضوابط ارائه می‌شود.
❖ وجود اتاق‌های تک تختی برای زایمان طبیعی[1] و ارائه مراقبت با استاندارد یک مادر یک ماما[2] و با امکان حضور همراه ❖ ارائه مراقبت‌های معمول لیبر و زایمان (بر اساس آخرین دستورالعمل‌های ابلاغی) ❖ ارزیابی علائم حیاتی و پایش مستمر مادر از زمان زایمان تا زمان ترخیص ❖ انتقال ایمن بین‌بخشی برحسب مراقبت موردنیاز مادران ❖ تحویل بالینی مادران در لیبر، حین زایمان و پس از زایمان توسط پزشکان و کارکنان (ماما/پرستار) در تمام نوبت‌های کاری ❖ رعایت دستورالعمل ترخیص ایمن ❖ پایش اثربخشی مراقبت‌های مادر و نوزاد با استفاده از ابزار استاندارد
وجود اتاق‌های تک تختی برای زایمان طبیعی و ارائه مراقبت با استاندارد یک مادر یک ماما و با امکان حضور همراه با دستر سی کمتر از ۳ دقیقه از اتاق زایمان به اتاق عمل جراحی سزارین (در صورت نیاز به جراحی اورژانس) ضروری است. به‌ازای هر ۴۰۰ زایمان سالیانه، یک اتاق LDR با تسهیلات رفاهی شامل: صندلی تختخواب‌شو، یخچال و... برای ارائه حمایت‌های جسمی، روحی و روانی مادر مورد نیاز می‌باشد. ضروری است سرو غذا و میان‌وعده برای مادرانی که در ساعات شب (بعد از توزیع غذا) زایمان می‌نمایند، پیش‌بینی و اجرا شود. مراقبت‌های معمول لیبر و زایمان در تمامی مراحل زایمان برای تمامی مادران باردار (طبق آخرین ویرایش راهنمای ارائه خدمات مامایی) ارائه گردد. مراقبت‌های معمول (طبق آخرین ویرایش راهنمای خدمات مامایی) شامل چک علائم حیاتی، ضربان قلب جنین، بررسی پیشرفت زایمان با انجام معاینات واژینال و چک انقباضات رحمی، میزان خونریزی و برون ده ادراری است. آگاهی کارکنان از نحوه تکمیل فرم پارتوگراف و تکمیل پارتوگراف برای مادران باردار در لیبر (در فاز فعال زایمانی) توسط ماما/ پزشک طبق راهنمای ابلاغی ضروری بوده و پایش دو ساعت اول پس از زایمان تا زمان ترخیص شامل چک علائم حیاتی، خونریزی و وضعیت انقباض رحمی در ساعت اول هر ۱۵ دقیقه، ساعت دوم هر ۳۰ دقیقه، ساعت سوم هر یک ساعت تا ۴ ساعت و سپس هر ۶ ساعت تا زمان ترخیص الزامی است. مراقبت از مادر در بخش، پس از زایمان شامل ارزیابی خونریزی و محل برش اپی‌زیاتومی، خروج از تخت به‌محض مناسب شدن حال مادر، تغذیه، اطمینان از تخلیه مثانه و توجه به علائم خطر مادر است. ویزیت و معاینه مادران قبل از ترخیص باید توسط متخصص زنان/پزشک/ماما انجام و سپس دستور ترخیص صادر شود. از هرگونه دستور ترخیص تلفنی مادر/ نوزاد باید اجتناب گردد. ارائه‌دهندگان خدمات زایمان از محتوای ابزار بررسی کیفیت خدمات آگاهی داشته باشند. اکسل/فرم مربوطه در بازه زمانی تعیین شده تکمیل، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها انجام و در کمیته مربوطه مطرح و اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود برنامه‌ریزی می‌شود. لازم به ذکر است در ارائه خدمات به مادران باردار بستری در بیمارستان شیوه‌نامه تکریم مادر باردار رعایت شود.
ب-۴-۲-۳/ ☑☐☐/ ۱
مدیریت درد زایمان بر اساس ضوابط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ دسترسی کارکنان بلوک زایمان به فایل الکترونیک/ کاغذی آخرین ویرایش راهنمای روش‌های بی‌دردی/ کاهش درد ابلاغی از وزارت بهداشت ❖ آگاهی کارکنان بلوک زایمان از مزایا و معایب روش‌های بی‌دردی/ کاهش درد ❖ به‌کارگیری حداقل یکی از روش‌های معتبر و مورد تأیید وزارت بهداشت برای بی‌دردی/کاهش درد بر اساس تمایل مادر توسط کارشناس بیهوشی/ ماما/ پزشک ❖ ارائه توضیحات لازم به مادر در خصوص محاسن و معایب روش‌های دارویی بی‌دردی و غیردارویی کم‌دردی توسط کارشناس بیهوشی/ ماما/ پزشک ❖ فراهم کردن امکان انجام زایمان طبیعی بی‌درد و افزایش ۵ درصد نسبت به سال پایه
انتخاب زایمان بی‌درد داوطلبانه است. زایمان بی‌دردی دارویی با حضور، دستور و ویزیت متخصص بیهوشی انجام می‌شود و انتخاب روش بی‌دردی دارویی مناسب، توسط متخصص بیهوشی و با درخواست بیمار انجام می‌شود. رعایت کنتراندیکاسیون‌های مطلق بی‌دردی دارویی و توجه به شرایط لازم برای زایمان بی‌درد طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت الزامی است. روش‌های بی‌دردی دارویی شامل epidural, spinal, entonex, CSEA[3] و درمان‌های کمکی بی‌دردی با داروهای وریدی است. روش‌های کم‌دردی غیردارویی شاملِ گرما و سرمادرمانی، ماساژ، طب فشاری، تن‌آرامی[4]، آروماتراپی، ورزش‌ها، انواع تنفس و زایمان در آب (آب‌درمانی) و... است.

[1] Labor, Delivery, Recovery (LDR)
2 ONE TO ONE CARE
[3] Combined Spinal-Epidural Analgesia
[4] Relaxation

ب-۴-۲-۴/ ☑☐☐/ ۱,۵
اولویت انجام زایمان به روش طبیعی در بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ **برنامه‌ریزی جهت افزایش میزان زایمان طبیعی** ❖ **آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط از اندیکاسیون‌های سزارین بر اساس استاندارد ابلاغی** ❖ **پایش مستمر علل سزارین و تحلیل اندیکاسیون‌های آن** ❖ **اعمال ضریب رضایت‌مندی مادران در کارانه متخصصین زنان / ماما**
بیمار ستان جهت افزایش میزان زایمان طبیعی می‌تواند برنامه‌ریزی‌هایی از جمله (ت شکیل کلاس‌های آمادگی زایمان، امکان ا ستفاده از مامای همراه و...) انجام دهد. آخرین دستورالعمل ابلاغی پایش شاخص‌های سزارین بر اساس طبقه‌بندی رابسون انجام می‌باشد. پایش و تحلیل میزان سزارین به‌ازای هر متخصص و علت در کمیته ترویج زایمان طبیعی مطرح و اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود یا عملیاتی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. کمیته ترویج زایمان طبیعی ماهانه اندیکا سیون‌های سزارین را برر سی می‌کند. پرداخت کارانه متخ ص صین زنان و زایمان و ماماها بر ا ساس د ستورالعمل ابلاغی و میزان زایمان طبیعی پرداخت می‌شود. به سزارین‌های بدون اندیکاسیون طبی (مطابق استانداردهای اعلام شده وزارت بهداشت) خدمات بیمه پایه و تکمیلی تعلق نمی‌گیرد. علل سزارین در پرونده مادران سزارین شده مطابق بند ج ماده ۵۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت برر سی می شود و سزارین‌ها با اندیکاسیون طبی انجام می‌شود. پرسش‌نامه تکریم مادر باردار و رضایت‌مندی در سامانه به مادران ارسال می‌شود نتایج ماهانه جمع‌آوری و در کارانه ارائه‌دهندگان خدمت اعمال می‌شود. به مادران در خصوص تکمیل پرسشنامه نظر سنجی در سامانه اپراتوری رگولاتوری آگاهی داده می شود.
ب-۴-۲-۵/ ☑☑☐/ ۱,۵
بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط** ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های عملکرد بیمارستان در خصوص برنامه ترویج زایمان طبیعی و شاخص های سلامت مادر و نوزاد به منظور سنجش اثربخشی** ❖ **طراحی مداخلات جهت عدم انجام سزارین های بدون اندیکاسیون و کاهش سزارین‌های نخست‌زای بدون اندیکاسیون طبی** ❖ **نظارت و پایش مستمر برنامه ملی تغذیه با شیر مادر و تحلیل نتایج آن** ❖ **نظارت و پایش اجرای اقدامات مرتبط با بیمارستان دوستدار مادر و دوستدار کودک**
➢ **اهم وظایف کمیته:** ۱) بررسی علل سزارین های انجام شده با مرور پرونده های مربوطه ۲) راستی آزمایی ثبت در سامانه اپراتوری و رگولاتوری و بررسی عملکرد مرکز در خصوص محورهای برنامه ۳) سنجش رضایت مندی مادران باردار و نظارت برحسن اجرای فرایند زایمان طبیعی ۴) برنامه‌ریزی آموزش کارکنان مرتبط با مراقبت های مادر و کودک ۵) نظارت و پیگیری فراهم نمودن تسهیلات لازم برای اقامت مادرانی که شیرخوارانشان در بخش بستری هستند ۶) نظارت بر تهیه نشریات آموزشی برای مادران و نظارت بر توزیع آنها ۷) تنظیم و ارسال گزارشات لازم به مراجع ذیربط، تنظیم صورت جلسات و پیگیری مصوبات

ب-۴-۳ بیمارستان از مدیریت مراقبت‌های نوزادان اطمینان حاصل می‌نماید

❋ ب-۴-۳-۱/ ☑☐☐/ ۲

شناسایی نوزادان بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی انجام می‌شود.

- ❖ **نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر**
- ❖ **شناسایی فعال مادر و نوزاد از زایمان تا ترخیص**
- ❖ **صدور و الصاق دستبند شناسایی نوزاد بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی**

نشان دادن و اعلام جنسیت نوزاد به مادر در اتاق زایمان/عمل بلافاصله پس از زایمان در صورت فراهم بودن شرایط انجام شود.

دستبند شناسایی نوزاد با استفاده از (ترجیحاً) دستگاه لیبل‌زن در هنگام تولد نوزاد در سه نسخه صادر و مشخصات شامل نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ و ساعت تولد، جنس نوزاد، نام و نام خانوادگی پدر نو شته شود. مچبند ا ستاندارد ترجیحاً یک ن سخه روی مچ پای نوزاد و ن سخه دوم روی د ست نوزاد (در محلی که ایجاد حساسیت نکند و به‌راحتی نیز باز نشود) الصاق شود. نسخه سوم به دست مادر نصب گردد.

اثر کف پای نوزاد بلافاصله بر روی فرم مربوط انجام شود. در نوزاد نیازمند احیا، عملیات احیا بر نصب مچبند شناسایی و ثبت اثر کف پای نوزاد ارجح است.

در صورتی‌که نوزاد دوقلو یا چندقلو ا ست، بر روی د ستبند شنا سایی نوع قل م شخص شود. در هنگام انجام اقدامات درمانی، ت شخی صی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل به خانواده، به دستبند شناسایی توجه شود.

ب-۴-۳-۲/ ☑☐☐/ ۱,۵

مراقبت نوزادان بر اساس ضوابط مربوطه در مراحل زایمان برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- ❖ **پیش‌بینی تجهیزات و آمادگی‌های ارائه مراقبت قبل از تولد نوزاد بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم**
- ❖ **ارائه مراقبت حین تولد بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم**
- ❖ **ارزیابی و پایش مستمر نوزاد تا ۲ ساعت پس از زایمان بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم**
- ❖ **ارائه مراقبت بعد از تولد تا زمان ترخیص بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم**

بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم بایستی در دسترس ارائه‌دهندگان خدمات زایمان قرار گرفته و کارکنان مرتبط از محتوای آن آگاهی داشته و مطابق آن عمل نمایند. در هر زایمان بایستی علاوه بر عامل زایمان حداقل یک نفر کارشناس مامایی/پرستار به‌عنوان مسئول انحصاری مراقبت از نوزاد و دارای گواهی احیای پایه نوزاد حضور داشته باشد.

➢ **مراقبت قبل از تولد**

۱) آمادگی اتاق زایمان (پایش دمای اتاق زایمان/ اتاق عمل سزارین، مطابق با دستورالعمل ابلاغی، آماده‌سازی وسایل احیای نوزاد)
۲) بررسی سن بارداری از روی ارتفاع رحم، سونوگرافی و LMP
۳) بررسی بیماری مادر که تهدیدکننده سلامت نوزاد است از طریق اخذ شرح‌حال و بررسی پرونده
۴) بررسی ناهنجاری جنین، حجم مایع آمنیوتیک، وضعیت جفت و جنین و تخمین وزن از طریق سونوگرافی
۵) بررسی وضعیت سلامت جنین بر اساس الگوی ضربان قلب، بیوفیزیکال پروفایل و آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکونیوم

➢ **مراقبت حین تولد**

۱) پیشگیری از هیپوترمی (گذاردن نوزاد روی حوله گرم بر روی شکم مادر و خشک کردن نوزاد و برداشتن حوله خیس و برقراری تماس پوست با پوست مادر و نوزاد و پوشاندن مادر و نوزاد با حوله گرم، تمیز و خشک)
۲) ارزیابی نیاز نوزاد به احیا (کمک به تنفس) در حین تماس پوست با پوست روی شکم مادر
۳) تعیین هویت و حفظ امنیت نوزاد
۴) کلامپ تأخیری بند ناف بین ۱ تا ۳ دقیقه پس از تولد
۵) ادامه تماس پوست با پوست تا حداقل یک ساعت پس از تولد، تغذیه نوزاد با شیر مادر
۶) کنترل علایم حیاتی شامل: ضربان قلب، تنفس و دمای بدن نوزاد
۷) انجام اولین ارزیابی نوزاد توسط ماما

➢ **پایش مستمر از زمان تولد تا دو ساعت اول پس از تولد**

۱) تنفس و دمای نوزاد هر یک ربع تا یک ساعت سپس هر نیم ساعت تا ۲ ساعت
۲) پیگیری تغذیه با شیر مادر و اطمینان از انجام مؤثر شیردهی توسط مامای مراقب نوزاد

- **مراقبت پس از تولد تا زمان ترخیص بر اساس فرایندهای مندرج در بسته خدمتی نوزاد سالم**

۳) ارزیابی معمول نوزاد توسط مامای مراقب نوزاد
۴) اولین معاینه نوزاد سالم توسط پزشک متخصص کودکان حداقل در ۶ ساعت اول تولد و حداکثر تا ۲۴ ساعت اول
۵) معاینه کامل نوزاد روزانه و هنگام ترخیص و ثبت نتیجه و دستور ترخیص توسط پزشک متخصص کودکان
۶) بررسی تحمل تغذیه با شیر مادر و ثبت نتیجه در فرم ارزیابی شیردهی در دو نوبت ۶ ساعت اول تولد و حین ترخیص
۷) پایش دفع مدفوع و ادرار مطابق بسته خدمتی نوزاد
۸) مراقبت از بندناف
۹) مراقبت از پوست نوزاد
۱۰) برقراری ارتباط عاطفی نوزاد و والدین
۱۱) آموزش روش‌های شیردهی و نحوه پوشاندن لباس به نوزاد، استحمام نوزاد، شیردهی و پیشگیری از هیپوترمی و...
۱۲) تزریق ویتامین k بعد از ساعت اول تولد و تماس پوست با پوست مادر و نوزاد
۱۳) ایمن‌سازی و انجام واکسیناسیون

- **در خصوص شرایط انجام فرایند واکسیناسیون در مراکز تشخیصی درمانی، توجه به موارد زیر ضروری است؛**

۱) تعیین یک نفر کارشناس آموزش‌دیده برای استمرار ارائه خدمت واکسیناسیون با صدور ابلاغ که توانایی انجام خدمات زیر را دارا باشد:

- انجام واکسیناسیون هپاتیت B در کمتر از ۲۴ ساعت اول تولد
- ارائه واکسن BCG و OPV در زمان ترخیص
- نظارت بر صحت شرایط نگهداری واکسن در زنجیره سرما
- آموزش مادر در خصوص اهمیت واکسیناسیون به‌موقع در نوبت‌های بعدی با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی
- تکمیل بخش واکسیناسیون دفترچه پایش مراقبت کودک
- آموزش مادر در خصوص نگهداری صحیح کارت واکسیناسیون

۲) شرایط اتاق واکسیناسیون:

- اختصاص اتاق جداگانه برای واکسیناسیون (در بیمارستان‌های با تعداد محدود زایمان (۱-۲ زایمان در روز) می‌توان بخشی از اتاق تزریقات را به واکسیناسیون اختصاص داد.)
- یخچال واکسن کنار پنجره قرار نگیرد.
- تجهیزات لازم برای شستشوی دست، جمع‌آوری (سفتی باکس)، نگهداری و انتقال مناسب زباله‌های واکسیناسیون وجود داشته باشد.
- اتاق واکسیناسیون تمیز باشد.
- وجود یک بورد آموزشی برای نصب محتواها و پوسترهای آموزشی واکسیناسیون

۳) شرایط نگهداری واکسن:

- واکسن دارای تاریخ انقضا و قابل استفاده (توجه به VVM واکسن‌های مشمول) به تعداد کافی وجود داشته باشد.
- تاریخ باز کردن ویال واکسن روی آن درج گردد.
- حلال و واکسن در دمای ۲- ۸ درجه سانتیگراد نگهداری شوند
- وجود ترمومتر دیجیتال و ثبت و رویت دمای ۳۰ روز گذشته و بایگانی مستندات طبق دستورالعمل
- اتصال یخچال به ژنراتور برق اضطراری و پریز جداگانه با استفاده از محافظ برق
- استفاده از باکس مخصوص حمل واکسن و آیس بگ در زمان حمل واکسن
- چیدمان صحیح واکسن‌ها در یخچال و عدم نگهداری مواد دیگری به جز واکسن در یخچال

تمام آمادگی‌ها و اقدامات در فرم‌های مربوطه ثبت و مستند می‌گردد.

❊ ب-۴-۳-۳/ ☑☐☐/ ۲

احیای نوزادان بر اساس ضوابط مربوط در مراحل زایمان برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- وجود الگوریتم احیای نوزاد (NRP و HBB) بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی در اتاق زایمان/اتاق عمل
- وجود برنامه تیم احیای نوزاد با تعیین مسئول و تقسیم وظایف اعضا
- آگاهی و عملکرد کارکنان بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی احیا نوزاد
- نظارت و پایش عملکرد تیم احیای پیشرفته نوزادان و انجام اقدامات اصلاحی در صورت نیاز

➢ **در ارزیابی اولیه تمامی نوزادان بلافاصله پس از تولد ۳ مورد بررسی می‌شود**

۱) ترم بودن نوزاد ۲) تنفس نوزاد ۳) تون عضلانی نوزاد

تیم احیای نوزادان (کد ۸۸) متشکل از پزشک فوق‌تخصص نوزادان/ متخصص کودکان، پرستار مراقبت ویژه نوزادان، پرستار/ ماما و سوپروایزر بیمارستان است. پیش‌شرط حضور اعضای گروه احیا، داشتن گواهی احیای پیشرفته نوزاد است. لازم به ذکر است درصورتی‌که تنها پزشک مقیم بیمارستان پزشک عمومی است به شرط گذراندن دوره احیای پیشرفته نوزاد به‌عنوان سرگروه در برنامه می‌تواند حضور داشته باشد. در صورتی‌که بیمارستان فاقد پزشک متخصص کودکان مقیم باشد؛ ولی پزشک متخصص بیهوشی مقیم باشد به شرط گذراندن دوره احیای پیشرفته نوزاد به‌عنوان سرگروه در برنامه می‌تواند حضور داشته باشد.

❊ ب-۴-۳-۴/ ☑☐☐/ ۱,۵

در اتاق زایمان/ اتاق عمل امکانات و حضور افراد ذی‌صلاح برای احیاء نوزادان برنامه‌ریزی و تأمین می‌شود.

- حضور پزشکان ذی‌صلاح با اولویت پزشک فوق‌تخصص نوزادان/ متخصص کودکان دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد در اتاق زایمان/ اتاق عمل
- حضور حداقل یک پزشک دارای گواهی احیای پیشرفته نوزادان در تمام نوبت‌های کاری و در تمامی ساعات شبانه‌روز
- حضور کارشناس مراقب نوزاد دارای گواهی احیای پایه بر اساس بسته خدمتی احیای نوزاد در اتاق زایمان/اتاق عمل
- وجود ترالی احیای نوزادان در اتاق زایمان/ اتاق عمل سزارین و بخش بعد از زایمان طبق دستورالعمل کشوری

حضور پزشک فوق‌تخصص نوزادان اولویت اول رهبری بالینی احیای نوزادان است و در صورت حضور او در بیمارستان حضور فرد جانشین مغایر معیارهای کیفیت است. در صورت عدم دسترسی به پزشک فوق‌تخصص نوزادان، متخصص کودکان دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد بایستی در اتاق زایمان/ اتاق عمل حاضر شود. حضور حداقل یک کارشناس مراقب نوزاد کارشناس پرستاری/مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد در هنگام زایمان در (اتاق عمل/ اتاق زایمان) الزامی است.

برای عملیات احیاء پیشرفته با سن بارداری کمتر از ۲۸ هفته بایستی پیش از وقوع زایمان پزشک فوق‌تخصص نوزادان یا پزشک متخصص کودکان دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد به همراه یک پرستار/ماما بخش مراقبت ویژه نوزادان به (اتاق زایمان/عمل) فراخوانده شوند. برای عملیات احیای نوزاد در بارداری پر خطر با سن بارداری بیش از ۲۸ هفته از ۱۵ دقیقه پیش از زایمان پزشک واجد گواهی احیاء پیشرفته (فوق‌تخصص نوزادان یا متخصص کودکان دوره‌دیده یا جانشین‌های وی) فراخوانده شوند و در محل زایمان حضور داشته باشند.

در مواردی که زایمان دارای عوامل خطر بارداری است و همچنین زایمان‌هایی که احتمال تولد نوزاد نیازمند احیا هست، قبل از تولد نوزاد، پزشک نوزادان کشیک توسط ماما/پزشک/پرستار فراخوان شده، بر بالین مادر حاضر شوند.

حضور پزشکان طبق برنامه در بیمارستان کافی است و نیازی به حضور دائم در بخش زایمان، به‌جز موارد اعلام کد احیای نوزادان نیست. همچنین لازم است همه متخصصان کودکان مقیم بیمارستان، واجد گواهینامه احیای پیشرفته نوزاد باشند (متخصصان زنان و زایمان و ماماها حداقل واجد گواهینامه احیای پایه نوزادان) باشند.

در صورت وجود اتاق احیاء نوزاد به‌صورت مجزا، در فاصله ۲۰-۱۵ متری اتاق زایمان یا اتاق عمل سزارین و یا امکان انتقال نوزاد زیر ۱۵ ثانیه فراهم باشد.

تمامی اقدامات موردنیاز برای نوزاد انجام و در پرونده مادر/ نوزاد ثبت می‌شود.

ب-۴-۳-۵/ ☑☑☐/ ۱

استمرار ارتباط مادر و نوزاد برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **آگاهی و عملکرد کارکنان در برقراری تماس«پوست با پوست» مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد بر اساس بسته خدمتی نوزاد سالم**
- **انتقال ایمن و ترخیص مادر و نوزاد به‌صورت هم‌زمان**
- **فراهم بودن و انجام برقراری هم‌آغوشی مادر و نوزاد (KMC[1]) در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان/ مراقبت تخصصی**
- **برنامه‌ریزی جهت انجام ویزیت و مراقبت‌های درمانی در حضور مادر**

کارکنان مرتبط با زایمان بایستی از چگونگی و اهمیت تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع شیر مادر در ساعت اول آگاهی داشته باشند. اهمیت برقراری تماس پوست با پوست حداقل شامل تداوم شیردهی، تحکیم روابط عاطفی مادر و نوزاد، پیشگیری از هیپوترمی، کنترل ضربان قلب و تنفس، کاهش گریه و بی‌قراری است. برقراری تماس پوست با پوست شاملِ قراردادن نوزاد بدون هرگونه پوشش به‌صورت مایل و دمر بر روی قفسه سینه مادر و بین پستان‌هایش، سر نوزاد نزدیک پستان طرف مقابل، دهان نوزاد در تماس با نوک پستان، چشمان نوزاد در سطح نوک پستان مادر است. مادر و نوزاد به‌وسیله‌ی پتوی گرم و نرم پوشانده شوند. در موارد زایمان سزارین با بی‌حسی ناحیه‌ای و سزارین با بیهوشی عمومی پس از تولد نوزاد و پس از پاک کردن دهان و بینی (در صورت نیاز)، قطع بندناف با فاصله ۱ تا ۳ دقیقه تأخیر، خشک کردن نوزاد، ارزیابی سلامت نوزاد، بررسی نیاز به احیا، پوشاندن کلاه و پوشک، پوشاندن مادر و نوزاد با هم در یک پتو در حین ادامه عمل جراحی، برقراری تماس پوستی به صورتی که نوزاد زیر بغل یا شانه مادر، قفسه سینه نوزاد در تماس با زیر بغل و قفسه سینه مادر و دهان نوزاد در تماس با نوک پستان مادر باشد و حتی‌الامکان برقراری تماس چشم در چشم مادر و نوزاد انجام شود. یا نوزاد بدون هرگونه پوشش و به‌صورت دمر بر روی قفسه سینه مادر و سر نوزاد نزدیک پستان‌های مادر قرار گیرد. در صورتی‌که تماس پوست با پوست مادر و نوزاد مقدور نبا شد، انتقال هم‌زمان مادر و نوزاد انجام شود. دلایل عدم تماس پوستی، در پرونده ثبت شود. مراقبت‌هایی مانند تزریق ویتامین K، واکسن، گرفتن اثر کف پا، مراقبت چشم، توزین و سایر اقدامات غیرفوری باید **پس از ساعت اول تولد** و بر بالین مادر انجام شود. در صورت نیاز به حمام کردن نوزاد باید پس از ۶ ساعت اول تولد و ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول انجام شود. دمای اتاق زایمان ۲۴ تا ۲۶ درجه و بدون کوران، با نور ملایم و محیط آرام در اطراف مادر با شد. به مادر لباس جلوباز (گان منا سب) پوشانده شود. همچنین لازم است به هر مادر از آغاز لیبر تا پایان ساعت اول زایمان، یک ماما اختصاص داده شود.

در صورت وقوع زایمان زودهنگام و تولد نوزاد نارس و لزوم بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های تخصصی یا ویژه نوزادان، ادامه ارتباط مادر و نوزاد قطع نمی شود و به صورت مراقبت آغوشی مادر و نوزاد (KMC) استمرار پیدا می‌کند. مادر قبل از اجرای این مراقبت باید آموزش‌های نظری و عملی لازم را در این زمینه کسب نماید و همچنین ایجاد یک برنامه آموزشی مناسب برای افزایش دانش و مهارت همه ارائه‌دهندگان مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، به‌طوری که در همه بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت از نوزاد با توجه به محتوی آموزشی مندرج در بسته خدمتی به اجرا در آید و بیمارستان بایستی مکان مناسب برای اقامت ۲۴ ساعته مادر و امکانات موردنیاز (صندلی راحت و مناسب برای مادر، زیر پایی مناسب، و سایل و تجهیزات دوشیدن شیر مادر و خورانش آن به نوزاد) برای انجام این مراقبت را در بخش‌های بستری فراهم نماید. حضور پدر و مادر در بخش‌های مراقبت‌های تخصصی یا ویژه نوزادان در هر ساعت از شبانه‌روز آزاد است.

انتقال ایمن نوزاد به بخش هم اتاقی مادر و نوزاد، پس از بررسی فرایندهای انجام شده در بلوک زایمان، ثبت و امضای فرم مربوطه، قراردادن مادر روی برانکارد و یا صندلی چرخ‌دار، در صورت پایدار بودن وضعیت مادر، به‌گونه‌ای که شرایط مادر اجازه دهد، انجام می‌شود. قراردادن نوزاد در آغوش مادر، انتقال هم‌زمان مادر و نوزاد در آرامش و دقت کامل، تحویل مادر و نوزاد به بخش، پس از شناسایی فعال و امضای فرم مخصوص توسط عامل مراقبت از نوزاد و مامای بخش انجام می شود. در صورت نامناسب‌بودن وضعیت مادر، از انتقال نوزاد در آغوش مادر خودداری و در کات شفاف، سالم و قابل شستشو یا انکوباتور سیار با رعایت اصول پیشگیری از هیپوترمی نوزاد منتقل می‌شود.

[1] Kangaroo Mother Care

ب-۴-۳-۶/ ☑☑☐/ ۱

تسهیلات و امکانات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر برای نوزادان بستری فراهم است.

- وجود اتاق آموزش، شیردهی و امکانات لازم برای مادران
- امکان استفاده از تسهیلات لازم جهت تداوم تغذیه با شیر مادر برای مادران دارای نوزاد و شیرخوار زیر دو سال بستری در بیمارستان
- وجود و امکان استفاده از شیردوش برقی، وسایل نگهداری شیر دوشیده شده و وسایل استریل کردن ظروف مربوطه
- تغذیه مناسب شیرخوار از شیر مادر و تکمیل فرم مشاهده شیردهی در بخش پس از زایمان، توسط ماما /پرستار
- ارزیابی و پایش اثربخشی تداوم تغذیه با شیر مادر /انجام اقدامات اصلاحی

اتاق شیردهی و امکانات شیردهی در اتاقی نزدیک به بخش مراقبت ویژه نوزادان/ بخش بعد از زایمان با حضور مشاور شیردهی دوره دیده پیش‌بینی شود. علاوه بر شیردوش برقی، ظروف نگهداری شیر در اندازه‌های مختلف، یخچال جهت نگهداری شیر و دستورالعمل شستشو و ضدعفونی وسایل موجود باشد. همچنین امکانات استراحت مادر شاملِ تخت، یخچال، دسترسی به حمام و سرویس بهداشتی، دسترسی به غذا و مایعات، دسترسی به مراقبت درمانی در صورت نیاز، دسترسی به صندلی راحتی زیر پایی، و دسترسی به تلفن فراهم گردد. کلاس‌های آموزش شیردهی به‌گونه‌ای طراحی شود که امکان حضور پدر در جلسه آموزش شیردهی میسر باشد. پایش اثربخشی تداوم تغذیه با شیر مادر به‌صورت دوره‌ای انجام و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی انجام شود. تجویز شیر مصنوعی بدون اندیکاسیون توسط پزشکان متخصص زنان و زایمان و اطفال/ نوزادان (مطابق با دستورالعمل ۱۰ اقدام بیمارستان‌های دوستدار کودک) ممنوع می‌باشد.

ب-۴-۴ بیمارستان از آموزش به مادران در خصوص مراقبت از خود و نوزاد اطمینان حاصل می‌نماید

ب-۴-۴-۱/ ☑☐☐/ ۱

آموزش‌های لازم در خصوص فرایند زایمان، شیردهی و پس از زایمان به مادران ارائه می‌شود.

- تدوین محتوای آموزشی مراقبت‌های مادر قبل، حین و پس از زایمان بر اساس دستورالعمل کشوری با محوریت رئیس بخش/ ماما مسئول
- آگاهی کارکنان از محتوای آموزشی مراقبت‌های مادر قبل، حین و پس از زایمان
- ارائه توضیحات و آموزش شفاهی به زبان ساده و قابل‌فهم در زمینه نحوه زایمان، روش‌های کاهش درد/ بی‌دردی زایمان، روند پیشرفت زایمان به مادر
- ارائه توضیحات و آموزش شفاهی به زبان ساده و قابل‌فهم در زمینه اهمیت و چگونگی برقراری تماس پوست با پوست مادر/شیردهی به مادر
- ارائه توضیحات و آموزش شفاهی به زبان ساده و قابل‌فهم در زمینه مراقبت‌های پس از زایمان، مراقبت از زخم، مراقبت از نوزاد به مادر
- اطمینان از آگاهی مادر از توضیحات ارائه شده در طول لیبر، زایمان و پس از زایمان تا زمان ترخیص
- ارزیابی اثربخشی آموزش‌های ارائه شده و انجام اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود

➢ **ده توصیه مهم برای دستیابی به یادگیری/ تغییر رفتار مادران**

۱) آموزش‌ها در موقعیت مناسب و با اختصاص زمان کافی و بدون تبادر احساس تعجیل به مادر ارائه شود.

۲) موانع ارتباطی محیطی یا شخصی مادر از جمله درد، ترس، ازدحام، سروصدا، ناتوانی‌ها / ویژگی‌های خاص بیمار قبل از آموزش کنترل و حذف شوند.

۳) شیوه‌ها و تدابیر آموزشی متناسب با هر مخاطب/ مادر / همراه طراحی و اجرا شود.

۴) از جملات گویا، شفاف، قابل‌فهم و متناسب و درخور هر مخاطب استفاده شود.

۵) در فرایند آموزش هرگز از واژه‌های تخصصی در آموزش مادر استفاده نشود.

۶) از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام که گاهی با چاشنی طنز محترمانه می‌تواند در تقویت ارتباط با مادر کمک کند، استفاده شود.

۷) ضمن پایبندی به محتوای علمیِ آموزش از جملات کلیشه‌ای/ تکراری و از پیش تعیین شده (بیان طوطی‌واری) استفاده نشود.

۸) از مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر مانند ایجاد همدلی، مثبت گرایی، مثبت‌اندیشی، امیدبخشی و حمایت از مادر در حین ارائه محتوای آموزش استفاده شود.

۹) ارتباط انسانی با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، مبنای ارتباط مؤثر و تأثیر گذاری بر مادر است.

۱۰) قبل از ترک بالین از فراگیری دانشی، مهارتی و نگرشی مادر اطمینان حاصل شود و در صورت نیاز جمع‌بندی نهایی آموزش مجدداً تکرار شود.

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، منافع تغذیه با شیر مادر، به مادر باردار و همراهان وی توسط ماما/پرستار/ 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.

ارائه آموزش و توضیحات مراقبت‌های مادر و نوزاد پس از زایمان به زبان ساده و قابل‌فهم بر اساس دستورالعمل کشوری و بسته خدمتی نوزاد سالم در خصوص علایم خطر مادر و نوزاد، بهداشت فردی، میزان فعالیت، تغذیه، نحوه مراقبت از محل اپیزیوتومی و برش سزارین، مراقبت از نوزاد و شیردهی،

مراجعه بعدی به مادران پس از زایمان تو سط پز شک//پر ستار/ ماما و ثبت در پرونده بیماران صورت می‌پذیرد. مفاد آموز شی مراقبت مادر شاملِ ا صول بهداشت فردی، علائم هشدار در مادر، فعالیت، مراقبت از بخیه‌ها در زایمان و سزارین، مراقبت از سینه مادر، مصرف دارو و مراجعه بعدی است. مفاد آموزشی مراقبت نوزاد شاملِ علائم هشدار در نوزاد، حفظ دمای بدن نوزاد، پوشاک نوزاد، حمام نوزاد، مراقبت از بندناف، تغذیه و شیردهی نوزاد، تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی، غربالگری ۳ تا ۵ روزگی هیپوتیروئیدی، فنیل کتون یوری و فاویسم در مراکز خدمات جامع سلامت و نزدیک‌ترین محل ارجاع، ادامه واکسیناسیون، الگوی خواب، حفظ و ایمنی نوزاد، مراقبت آغوشی مادر و نوزاد، آشنایی با مشکلات شایع دوره نوزادی نظیر بادگلو، بالا آوردن، گریه و بی‌قراری، زردی، مراقبت‌های بهداشتی نظیر طرز تعویض پوشک، کوتاه کردن ناخن، رشد و تکامل نوزاد در ماه اول و علائم هشداردهنده تأخیر تکامل عصبی در ماه اول، ختنه در نوزاد پسر و مراجعه به متخصص اطفال در ۴۸ ساعت بعد از ترخیص است.

آموزش مادران و همراهان به زبان ساده برای شناخت مزایای شیر مادر، علائم زودرس گر سنگی، دفعات تغذیه با شیر مادر، و ضعیت صحیح بغل کردن، پستان گرفتن منا سب، تغذیه با آغوز، عدم ا ستفاده از پستانک و بطری، تماس پو ست با پو ست ا ست. یک نسخه مکتوب از آموزش‌های ارائه شده، تحویل مادر و تصویر آن به امضای مادر و پز شک/ ماما ر سیده و در پرونده وی نگهداری می شود. ارائه پمفلت آموز شی در خصوص مطالب ارائه شده به مادر برای تداوم یادگیری بسیار کمک‌کننده است.

توزیع پمفلت/ نشریه آموز شی برای مادران با مو ضوع مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان با رو شی مشخص برای تمامی مادران باردار بسیار کمک‌کننده است. برای ارائه هر چه بهتر آموزش‌ها به مادران توصیه می‌شود پرونده مراقبتی مادر در طول بارداری در بدو پذیرش دریافت و بررسی شود.

ب-۴-۴-۲/ ☑☑☐/ ۱

پس از ترخیص میزان رعایت برنامه‌های خودمراقبتی مادر و نوزاد و مراجعه بعدی توسط بیمارستان پیگیری می‌شود.

- **تعیین فرد ذی‌صلاح جهت پیگیری وضعیت مادر و نوزاد پس از ترخیص**
- **پیگیری و ثبت میزان رعایت برنامه‌های خودمراقبتی مادران پس از ترخیص**
- **پیگیری و ثبت وضعیت نوزاد پس از ترخیص**
- **ارزیابی و پایش پیگیری‌ها در کمیته و انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود**

برنامه خودمراقبتی پس از زایمان مادر حداقل شاملِ خونریزی پس از زایمان، تب، مراقبت از بخیه‌ها، درد پس از زایمان، درد پستان[1]، یبوست، درد و گرفتگی پا، افسردگی پس از زایمان، سلامت جنسی و سایر توصیه‌ها ست. پیگیری مراقبت نوزاد حداقل شاملِ روند مراجعه به متخصص اطفال، علائم هشدار نوزاد، غربالگری هیپوتیروئیدی، فنیل‌کتونوری و فاویسم در ۳ تا ۵ روزگی، ادامه واکسیناسیون، مراقبت از بند ناف، تداوم شیردهی و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی مرتبط است.

پیگیری نوزادان در معرض خطر رتینوپاتی ترخیص شده از بخش مراقبت‌های ویژه طبق دستورالعمل انجام شود. نوزادان در معرض خطرِ رتینوپاتی نارسی[2] شامل نوزادانی است که تشخیص اسفیکسی هنگام تولد، شیرخواری که وضعیت بی‌ثبات شدید یا مستمر و تظاهراتی مانند هیپوکسی طولانی، اسیدوز شدیدی، هیپوگلیسمی یا هیپوتانسیون جدی نیازمند به داروهای وازوپرسور دارد. همچنین نوزادانی که نیاز به حمایت قلبی - تنفسی، نیاز به تجویز داروهای افزایش فشارخون، خونریزی داخل بطنی، نیاز به تجویز خون/ گلبول‌های قرمز متراکم/ تعویض خون، دریافت اکسیژن به مدت بیش از ۴۸ ساعت، بیماری مزمن ریوی، حملات مکرر آپنه و سایر مشکلاتی که از نظر متخصص کودکان/ فوق‌تخصص نوزادان بیمار را در معرض خطرِ مشکلات شبکیه در نوزادان زودرس قرار می‌دهد نیز می‌شود.

آموزش مادران باردار در خصوص تغذیه با شیر مادر بر اساس سرفصل‌های تعیین شده و طبق زمان‌بندی ابلاغی اداره سلامت کودکان مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس

بازه زمانی و نحوه پیگیری پس از زایمان در کمیته زایمان طبیعی تدوین و تصویب می‌گردد. لازم است موارد عدم انطباق مرتبط با پایش در کمیته مربوطه مطرح و اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود تدوین گردد.

[1] Breast Pain
[2] Retinopathy of Prematurity (ROP)

ب–۵

پیشگیری و کنترل عفونت

ب–۵ پیشگیری و کنترل عفونت

ب-۵-۱ بیمارستان از روش‌های شستشو، پاک‌سازی و گندزدایی ابزار و وسایل پزشکی آلوده، قبل از استریل نمودن، اطمینان حاصل می‌نماید

❋ ب-۵-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲

پاک‌سازی تجهیزات و ابزارهای پزشکی پیش از گندزدایی انجام شده و اثربخشی آن با استفاده از آزمون‌های کنترل کیفیت ارزیابی می‌شود.

- ❖ **پاک‌سازی تمامی وسایل پزشکی و ابزار آلوده حساس و غیرحساس با قابلیت استفاده مجدد**
- ❖ **ارسال ابزار پس از انجام پاک‌سازی در محل استفاده، بدون بسته‌بندی و مطابق ضوابط انتقال ایمن به واحد استریلیزاسیون مرکزی**
- ❖ **استفاده مؤثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو در واحد استریلیزاسیون مرکزی و یا در اتاق عمل برای شستشوی اولیه**
- ❖ **استفاده از دستگاه پاک‌کننده اولتراسونیک برای وسایل پزشکی دسته‌دار/ لومن دار یا دارای فضاهای اتصالی**
- ❖ **استفاده از هوای پر فشار برای خشک کردن کامل تجهیزات لومن دار به‌خصوص در کت لب و بخش‌های آندوسکوپی**
- ❖ **پایش و نظارت بر نحوه انجام فرایند پاک‌سازی ابزار و تجهیزات به‌صورت تصادفی توسط سرپرستار بخش/ مسئول واحد و انجام اقدام اصلاحی مؤثر در صورت لزوم**

پاک‌سازی وسایل پزشکی و ابزار آلوده حساس و غیرحساس با قابلیت استفاده مجدد باید با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت/ محلول‌های آنزیماتیک انجام شود و همچنین شستو شوی اولیه ابزارهای آلوده باید در نزدیک‌ترین مکان به محل انجام پرو سیجر صورت گیرد تا از خ شک شدن مواد آلی، ترشحات و مواد دفعی بر روی سطوح جلوگیری شود.

تستهای ارزیابی آلودگی برای پایش کیفیت فرایند پاک سازی ابزار و تجهیزات از مواد آلی/خون به کار می‌رود. مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی بر صحت پاک سازی ابزار ار سال شده از هر بخش/واحد به واحد استریلیزاسیون مرکزی نظارت نموده و موارد عدم انطباق را گزارش و از مسئولان مربوط پیگیری نماید.

➢ **چند نکته در خصوص پاک‌سازی تجهیزات و وسایل پزشکی آلوده پیش از گندزدایی**

۱) وسایل و تجهیزات آلوده باید در ترالی‌های سرپوشیده مجهز به علامت زیست‌محیطی، به واحد استریلیزاسیون مرکزی منتقل شود.

۲) ابزار پیچیده و حساس به حرارت شستشوی دقیق دستی شوند. اگر وسایل و تجهیزات آلوده تمیز نشده باشد، نمی‌توان آن را گندزدایی یا استریل کرد.

۳) تمیز کردن دستی برای حذف آلودگی واضح از وسایل و تجهیزات آلوده قبل از قرار دادن آن‌ها در دستگاه شستشوی مکانیکی (مانند دستگاه پاک‌کننده اولتراسونیک، شست‌وشودهنده خودکار یا شست‌وشودهنده گندزدا) ضروری است. استفاده از تجهیزات حفاظت فردی برای کادر شاغل در بخش «کثیف» واحد استریلیزاسیون مرکزی در حین شستشوی دستی وسایل پزشکی آلوده ضروری است.

۴) قسمت‌های قابل‌تفکیک ابزارهایی که متشکل از دو بخش یا بیشتر هستند باید قبل از شستشو جدا شوند و پس از انجام شستشو اتصال صحیح آنها بررسی گردد.

۵) در واحد استریلیزاسیون مرکزی از دستگاه پاک‌کننده اولتراسونیک، شست‌وشودهنده‌ی خودکار یا شست‌وشودهنده‌ی گندزدا استفاده شود.

۶) شستشوی ابزار اسکوپی در واحدهای ذی‌ربط به‌صورت مکانیزه انجام شود.

۷) کادر شاغل در واحد استریلیزاسیون مرکزی باید آموزش‌های تخصصی و مستمر در مورد مفاهیم و انجام امور مرتبط به‌صورت صحیح را بگذرانند.

❋ ب-۵-۱-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵

به‌کارگیری محلول‌های گندزدای سطح بالا و پایش کیفیت و اثربخشی آن‌ها، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- ❖ **استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالا مورد تأیید سازمان غذا و دارو و دارای کد فرآورده**
- ❖ **پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول‌های سطح بالا به‌صورت تصادفی بر اساس حجم کاری**
- ❖ **آموزش و نظارت بر نحوه آماده‌سازی و استفاده از محلول‌های گندزدای سطح بالا**
- ❖ **رعایت تکنیک آماده‌سازی محلول‌ها در محل استاندارد شامل تهویه استاندارد، استفاده از تجهیزات حفاظت فردی، نگهداری محلول در ظروف مناسب درب‌دار**
- ❖ **نگهداری ایمن و رقیق‌سازی محلول‌های سطح بالا طبق راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی**

پایش کیفیت فرایند گندزدایی محلول‌های سطح بالا باید به‌صورت تصادفی و بر اساس حجم کاری در مقاطع زمانی مختلف و فرمولاسیون محلول با استفاده تستهای سواپینگ رایج انجام پذیرد. ابزار سواپینگ هر محلول، ارزیابی‌کننده میزان غلظت محلول بوده و کاربرد آن توسط شرکت‌های سازنده مشخص می‌گردد. جنس ظروف نگهداری باید به گونه ای انتخاب شود که در برابر محلول‌های ضدعفونی کننده دچار خوردگی نشوند. ضمناً بر اساس حساسیت در برابر نور، درب ظرف غوطه‌وری می‌تواند شفاف یا کدر باشد.

❋ ب-۵-۱-۳/ ☑☑☐/ ۲

استریل نمودن اقلام حساس به حرارت مطابق با استانداردهای کارخانه سازنده و ضوابط مربوط انجام می‌شود.

- ❖ شناسایی اقلام حساس به حرارت در بیمارستان و ابلاغ به بخش‌ها و واحدها
- ❖ انتخاب روش استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به دستورالعمل ابلاغی
- ❖ استریل اقلام حساس به حرارت طبق موازین استاندارد و توصیه کارخانه سازنده
- ❖ کنترل کیفی فرایند استریلیزاسیون سرد با به‌کارگیری نشانگرهای اختصاصی موجود و رایج

از روش‌های موجود برای استریل اقلام حساس به حرارت با توجه به امکانات موجود می‌توان به روش‌هایی مانند: دستگاه پلاسما، دستگاه‌های اتیلن اکساید یا استریل به روش شیمیایی اشاره کرد.

برون‌سپاری خدمات در صورت نداشتن تجهیزات استریلیزاسیون سرد ضروری است.

در صورت برون‌سپاری، بیمارستان موظف است بر رعایت شرایط اختصاصی در حمل ونقل، صحت انجام فرایند استریلیزاسیون و اجرای کامل استانداردهای فنی توسط پیمانکار، به صورت مستمر نظارت و پایش نماید.

ب-۵-۲ بیمارستان از صحت عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده اطمینان حاصل می‌نماید

❋ ب-۵-۲-۱/ ☑☐☐/ ۲

اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده با استفاده از آزمون‌های مکانیکی، شیمیایی و بیولوژیک برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

- ❖ آگاهی از روش‌های مختلف پایش صحت استریلیزاسیون[1] و نحوه کنترل عملکرد دستگاه‌ها بر اساس دستورالعمل ابلاغی
- ❖ انطباق عملکرد پرسنل با دستورالعمل ابلاغی
- ❖ پایش عملکرد و انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم انطباق

در زمینه استفاده از تست‌های مختلف جهت آزمون‌های اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

فرایند استریلیزاسیون با بخار مرطوب باید به‌منظور تضمین ایمنی، سازگاری و اثربخشی روند آن تأیید شود.

برای اطمینان از عملکرد دستگاه‌های استریل‌کننده، نصب، راه‌اندازی و عملکرد دستگاه باید مطابق دستورالعمل‌های مربوط تأیید و مستند سازی شود. متغیرهای اصلی شامل عملکرد سیستم خلأ، فشار، بخار و دمای محفظه استریل‌کننده است.

➢ **بدین منظور انجام تست‌های زیر ضرورت دارد:**

نتایج آزمون بیولوژیک، در زمان راه‌اندازی دستگاه استریل‌کننده و پس از هر بار انجام تعمیرات کلی، در زمان استریل نمودن اقلام کاشتنی و نیز به‌صورت هفتگی باید انجام و ثبت شود. در ویال نشانگرهای بیولوژیک (تست اسپور)، از میکروارگانیسم‌های مقاوم به صورت اسپور استفاده می شود این ویال‌ها به‌صورت هفتگی و به تعداد مناسب (با توجه به‌اندازه اتوکلاو و حداقل سه عدد) در دستگاه جای‌گذاری می‌گردد. هدف از انجام این آزمون، سنجش توانایی دستگاه اتوکلاو در ازبین‌بردن میکروارگانیسم‌های زنده و مقاوم است.

در پایان چرخه، ویال‌ها از اتوکلاو خارج و در صورت وجود انکوباتور دیجیتال و تست سریع یک ساعت، و در غیر این صورت ۲۴ تا ۴۸ ساعت در انکوباتور قرار داده شده و نتایج آن طبق دستورالعمل شرکت سازنده ارزیابی و برای هر دستگاه اتوکلاو ثبت و بایگانی می شود. برای بازگرداندن دستگاه به چرخه معمول کاربری (در صورت جابه‌جایی، خرابی دستگاه و طراحی مجدد، و یا بعد از تعمیرات عمده) باید آزمون‌های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی انجام و نتایج آن از نظر آلودگی منفی باشد

نتایج آزمون بووی - دیک روزانه قبل از شروع کار دستگاه‌های پری وکیوم بر اساس راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی باید انجام و ثبت شود. از دستگاه‌های گراویتی برای استریل کردن ابزار و اقلام جراحی استفاده نشود.

➢ **استریلیزاسیون توسط اکسید اتیلن (ETO) با توجه به تأیید کیفیت عناصر زیر:**

ساختار فیزیکی مشتمل بر جریان هوا محیط، عوامل کنترلی و نیاز به تأسیسات برای استخراج گاز محیطی به سمت بیرون، ولتاژ و سایل حفاظتی، ساختار نصب اتوکلاو، استانداردهای تأسیسات الکتریکی، تسهیلات ضروری برای اندازه‌گیری مقدار ETO باقیمانده در محیط و وجود یک کتابچه راهنمای عملیاتی و کیفیت فرایند با استفاده از شاخص‌های شیمیایی و بیولوژیکی تأیید می‌شود

➢ **اعتبارسنجی پراکسید هیدروژن پلاسما با توجه به تأیید کیفیت عناصر زیر:**

ساختار فیزیکی مشتمل بر جریان هوا محیط، عوامل کنترلی و نیاز به تأسیسات برای استخراج گاز محیطی به سمت بیرون، ولتاژ و وسایل حفاظتی، ساختار نصب اتوکلاو، استانداردهای تأسیسات الکتریکی، برای ارزیابی پارامترهای فیزیکی باید از یک ریزپردازنده استفاده شود.

[1] نشانگرهای شیمیایی و بیولوژیک در مورد روش استریلیزاسیون

❋ ب-۵-۲-۲/ ☑☑☐/ ۲

پیش از استفاده از بسته‌های استریل، نتایج آزمون‌های شیمیایی بررسی و از صحت آن‌ها اطمینان حاصل می‌شود.

- **اطمینان از آشنایی و توجه کاربر به تغییر رنگ نشانگرهای شیمیایی و مشخصات ظاهری بسته‌های استریل**
- **انجام اقدامات مورد انتظار توسط کاربر در صورت مشاهده عدم انطباق**
- **انجام اقدام اصلاحی در صورت عدم انطباق**

بررسی تغییر رنگ مطلوب نشانگرهای شیمیایی (اعم از کلاس ۱، ۴ و ۶) باید انجام گردد. علاوه بر این توجه به وضعیت ظاهری بسته (اعم از صحت بسته‌بندی و عوامل مخل استریلیتی ظاهری مانند وجود رطوبت و غیره) بسیار حیاتی و مهم است. در صورت تشخیص عدم تغییر رنگ مطلوب نشانگر توسط کاربر، گزارش به مبادی تعریف شده و متعاقباً انجام فراخوان توسط مسئول مربوطه انجام می‌شود.

از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای تأیید صحت فرایند استریلیزاسیون بسته‌های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های پانسمان استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود. از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرایند استریلیزاسیون بسته‌های حاوی ۱۲ قلم یا بیشتر مانند ست‌های لاپاراتومی، سزارین، ایمپلنت‌ها و... استفاده شده و نتایج در پرونده بیماران ثبت می‌شود.

نشانگر کلاس ۶ یکی از مهم‌ترین نشانگرهای شیمیایی است که به شاخصه‌های فشار، میزان دما، غلظت بخار و زمان استریل حساس است، به‌طوری که این نشانگر برای اطمینان از اعمال صحیح تمامی پارامترهای مؤثر در استریلیزاسیون با حساسیت بالاتری طراحی شده است.

با استفاده از این نشانگرها و چسباندن آن‌ها در پرونده بیماران، پس از انجام پروسیجر یا عمل جراحی، سیستم رهگیری جهت ست‌های استریل ایجاد می‌شود.

نشانگرهای شیمیایی موجود در تمامی بسته‌های استریل، باید پس از باز نمودن بسته توسط پرسنل مرتبط در پرونده بیمار ثبت گردد. در موارد سرپایی این نشانگرها در دفتر ثبت مستندات استریل ست‌های بخش مربوطه الصاق و نگهداری می‌گردد.

لازم به ذکر است هرکدام از نشانگرها کارکرد اختصاصی داشته و هیچ کدام جایگزین دیگری نمی باشند.

❋ ب-۵-۲-۳/ ☑☑☐/ ۱.۵

استریل نمودن فوری اقلام مطابق با ضوابط مربوطه برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **شناسایی اقلام با احتمال نیاز به استریلیزاسیون فوری یا استریلیزاسیون با سرعت بالا[1] بر اساس حجم کاری**
- **اطمینان از وجود تجهیزات مرتبط با استریل فوری اقلام خاص**
- **پیش‌بینی اقلام موردنیاز با تعداد معین به صورت تک‌پیچ برای ساس پروسیجرهای تهاجمی، جراحی و آمار مراجعین در مواردی که امکان استریل نمودن فوری این اقلام فراهم نمی‌باشد**

استفاده از استریلیزاسیون با سرعت بالا/ فوری باید محدود به شرایط اضطرار مانند افتادن ابزار جراحی در حین عمل جراحی و.. باشد. در این حال استفاده از وسایل تک‌پیچ نسبت به انجام فرایند استریلیزاسیون وسایل/ ابزار جراحی در دستگاه استریلیزاسیون با سرعت بالا/ فوری ارجحیت دارد. فرایند استریلیزاسیون فوری همانند سایر شرایط استریلیزاسیون باید با تست‌های مربوطه پایش گردد.

- **شرایط استریلیزاسیون فوری:**

۱) معمولاً استریلایزر فوری در اتاق عمل قرار می‌گیرد.

۲) پارامترهای دما، زمان و نوع سیکل استریلیزاسیون فوری باید مطابق دستورالعمل سازنده‌ی دستگاه استریل و سازنده‌ی وسیله پزشکی انتخاب شود.

۳) وسیله باید بدون پوشش در استریلایزر فوری قرار گیرد.

۴) قبل از استفاده وسیله/ ابزار جراحی استریل شده باید سرد شده و به دمای محیط برسد.

[1] Flash

ب-۵-۲-۴/ ☑☑☐/ ۱

سوابق عملکرد هر دستگاه استریل‌کننده موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری می‌شود.

- **وجود نتایج پایش فیزیکی و مکانیکی هر دستگاه**
- **وجود نتایج پایش شیمیایی هر دستگاه**
- **وجود نتایج پایش بیولوژیکی هر دستگاه**
- **وجود نتایج آزمون‌های کنترل کیفی (کالیبراسیون) هر دستگاه**
- **نگهداری مستندات حداقل برای یک سال**

➢ **مستندات هر دستگاه استریل‌کننده به‌صورت متمرکز در واحد استریلیزاسیون مرکزی وجود داشته و حداقل شامل موارد زیر است:**

۱) شماره/کد مخصوص هر دستگاه استریل‌کننده

۲) نتایج آزمون اسپور

۳) نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و شاخص‌های استریلیته را ثبت کرده باشد.

۴) نام مسئول هر چرخه بارگذاری

۵) هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمون‌های کالیبراسیون

ارزیابی این سنجه شامل استریلایزر فوری، پلاسما و سایر دستگاه‌های استریل‌کننده نیز می‌گردد.

ب-۵-۲-۵/ ☑☐☐/ ۱

برچسب هر بسته استریل حاوی حداقل اطلاعات موردنیاز جهت رهگیری و فراخوان است.

- **ثبت حداقل اطلاعات موردنیاز برای فرایند رهگیری و فراخوان اقلام استریل شده بر روی برچسب بسته استریل**
- **نظارت واحد استریلیزاسیون بر ثبت اطلاعات حداقلی بر روی برچسب بسته استریل و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم**
- **تعیین زمان اعتبار بسته استریل**
- **کنترل برچسب بسته استریل و اطلاعات حداقلی روی آن در بخش‌های مختلف توسط کاربران و انجام اقدام اصلاحی در صورت لزوم**

برچسب‌گذاری در فرایند فراخوان و رهگیری مورد استناد و استفاده قرار می‌گیرد. زمان انقضای استفاده از بسته‌های استریل بر اساس جنس و تعداد لایه‌های بسته‌بندی متفاوت است که کارکنان باید از آن آگاهی داشته و عمل نمایند.

➢ **حداقل اطلاعات لازم روی برچسب هر بسته استریل:**

۱) تاریخ و شیفت کاری

۲) شماره/کد دستگاه استریل‌کننده

۳) تاریخ انقضای مصرف بسته استریل

۴) چرخه بارگذاری

۵) نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل

۶) نام ست

محاسبه مدت‌زمان اعتبار یک بسته استریل:

➢ تعیین مدت‌زمان اعتبار یک بسته استریل طبق جدول:

بسته‌بندی	کاغذ کرپ	پارچه غیر منسوج	کیسه کاغذی	پاکت کاغذ پزشکی از جنس پلی‌استر/ پلی پروپیلن	پاکت پرس شده از جنس پلی‌اتیلن/ پلی‌پروپیلن	ظروف
امتیاز اولین بسته‌بندی	۲۰	۴۰	۴۰	۸۰	۱۰۰	۱۰۰ با فیلتر
امتیاز دومین بسته‌بندی	۶۰	۸۰	۸۰	۱۰۰	۱۲۰	۲۵۰

➢ اگر اقلام استریل دارای لفاف با پوشش محافظ علاوه بر بسته‌بندی باشند. در این صورت امتیازات زیر را به آن اضافه نمایید.

پوشش محافظ	امتیازات
کیسه پلی‌اتیلن درزبندی شده	۴۰۰
پوشش با ظروف محافظ	۶۰

➢ بر اساس شرایط محیط ذخیره‌سازی، اقلام استریل امتیازات زیر به آن تعلق می‌گیرد.

شرایط محیط ذخیره‌سازی	امتیازات
کشو	۰
کابینت باز	۰
کابینت بسته	۱۰۰

➢ بر اساس شرایط محیط ذخیره‌سازی، اقلام استریل امتیازات زیر به آن اضافه نمایید.

موقعیت و محل ذخیره‌سازی	امتیازات
اتاق بیمار	۰
ایستگاه یا دفتر پرستاری	۵۰
انبار کالا	۷۵
انبار کالای استریل	۲۵۰
انبارکردن در اتاق عمل یا بخش استریلیزاسیون	۳۰۰

➢ فهرست امتیازات و درجه‌بندی‌ها و اختصاص زمان اعتبار بسته استریل (تاریخ انقضای) بر اساس آن

مدت‌زمان	امتیاز
۲۴ ساعت	۱-۲۵
یک هفته	۲۶-۵۰
یک ماه	۵۱-۱۰۰
دو ماه	۱۰۱-۲۰۰
سه ماه	۲۰۱-۳۰۰
شش ماه	۳۰۱-۴۰۰
یک سال	۴۰۱-۶۰۰
دو سال	۶۰۱-۷۵۰
پنج سال	۷۵۱ و بیشتر

ب-۵-۳ فرایندهای واحد استریلیزاسیون مرکزی با لحاظ الزامات ساختار فیزیکی، نیروی انسانی و گردش کار استاندارد برنامه‌ریزی می‌شود

ب-۵-۳-۱/ ☐☐☑/ ۱،۵

در واحد استریلیزاسیون، استقرار نیروی انسانی و فضای فیزیکی کثیف، تمیز و استریل، تفکیک و نشانه‌گذاری شده و مسیر عبور یک‌طرفه است.

- **تفکیک، نشانه‌گذاری و رعایت فضاهای کثیف، تمیز و استریل در واحد استریلیزاسیون**
- **برنامه‌ریزی صحیح در نوبت‌های کاری به‌منظور مدیریت تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت**
- **وجود امکانات بهداشت دست مانند افشانه حاوی محلول ضدعفونی دست با پایه الکلی در تمامی فضاها و در دسترس کارکنان**
- **آگاهی و عملکرد کارکنان واحد استریلیزاسیون منطبق بر موازین پیشگیری و کنترل عفونت**

CSSD به‌عنوان یکی از مهم‌ترین کانون‌های کنترل عفونت در مراکز درمانی از سه ناحیه یا اتاق تشکیل شده است که به شرح زیر هستند:

ناحیه شستشو: اتاق یا ناحیه کثیف CSSD بخشی است که وسایل و تجهیزات آلوده ابتدا وارد این بخش می‌شوند و بعد از شمارش و مشخص‌کردن نوع آنها فرایند شستشو و ضدعفونی انجام می‌گیرد. ابزار و وسایل به‌صورت دستی و با استفاده از دستگاه‌های شستشوی اولتراسوند شستشو داده می‌شوند و بعد با استفاده از تفنگ‌های اسپری‌کننده آب یا هوا مجاری داخلی ابزار تمیز می‌شوند. مرحله بعد هم قرار دادن آنها در دستگاه‌های شستشو و ضدعفونی دو درب است.

ناحیه پکینگ (تمیز): بعد از این که وسایل بیمارستان ضدعفونی شدند وارد ناحیه تمیز یا clean room می‌شوند. وسایل بعد از بررسی شدن بسته‌بندی شده و برای استریل شدن آنها را در دستگاه اتوکلاو قرار می‌دهند.

ناحیه استریل: بعد از استریل شدن وسایل آنها را وارد Sterile Zone یا ناحیه استریل می‌کنند، در این بخش وسایل انبار شده تا در زمان نیاز به آنها به بخش موردنظر فرستاده شوند.

طراحی این بخش بیمارستانی باید به‌گونه‌ای انجام شود که فضای سه بخش تشکیل‌دهنده آن از هم مجزا شده، تقسیم‌بندی فیزیکی بین آنها انجام بگیرد و چیدمان دستگاه‌ها مطابق با استانداردهای روز باشد. بین این سه ناحیه موانعی وجود دارد که مانع از انتقال عفونت بین آنها می‌شود. دستگاه ضدعفونی‌کننده و شستشوی ابزار بین ناحیه کثیف و تمیز قرار دارد و دستگاه اتوکلاو که استریل کردن ابزار در آن انجام می‌گیرد بین اتاق تمیز و استریل قرار دارد. طراحی ورودی‌ها، مصالح ساختمانی، سامانه تهویه، اختلاف فشار و سایر الزامات فیزیکی واحد استریلیزاسیون مرکزی باید مطابق ضوابط و استانداردهای مربوط باشد.

➢ **مؤلفه‌های طراحی CSSD بیمارستان و مراکز درمانی قوانین مربوط به استقرار و تعیین مکان واحد استریلیزاسیون مرکزی:**

۱) این واحد باید به‌گونه‌ای طراحی شود که از نظر فیزیکی مستقل باشد و جزئی از هیچ یک از واحدها و یا بخش‌های بیمارستانی و اتاق عمل نباشد.
۲) نباید به‌عنوان یک گذرگاه/ معبر/ راهرو از آن استفاده شود.
۳) دارای بخش‌ها و یا قسمت‌هایی کاملاً مشخص و معین برای پردازش/ فرآوری مجدد وسایل / تجهیزات پزشکی با قابلیت استفاده مجدد باشد.
۴) طوری طراحی شده است که امکان تفکیک فعالیت‌های کثیف و تمیز را فراهم کند.
۵) برای تسهیل جریان یک‌طرفه از منطقه کثیف به منطقه تمیز دارای ساختار و یا طراحی استاندارد شده باشد.
۶) دارای یک فضای اختصاصی برای کارکنان جهت تعویض لباس کار و امکانات برای استحمام، سرویس بهداشتی و کمد باشد.
۷) دسترسی به مناطق کثیف و تمیز باید از طریق اتاق‌های گانینگ اختصاصی و جداگانه با امکانات برای رعایت بهداشت دست باشد.
۸) منطقه استریل و محل تخلیه استریلایزرها باید فاقد پنجره باشد.
۹) منطقه کثیف، اتاق تمیز و منطقه استریلیزاسیون باید دارای عایق صدا باشد که میزان صدای محیط را به حداقل برسد.

➢ **چند نکته در خصوص واحد استریلیزاسیون:**

۱) انتقال ابزار و وسایل استریل و غیر استریل به/از اتاق عمل به‌صورت جداگانه انجام شود.
۲) تردد کارکنان با توجه به اصول کنترل عفونت مدیریت شود.
۳) فضاهای کثیف، تمیز و استریل از نظر فیزیکی تفکیک شود.
۴) در هر یک از فضاهای کثیف، تمیز و استریل، با رعایت توالی و چیدمان از وسایل اختصاصی استفاده شود.
۵) مسیر عبور یک‌طرفه بر اساس نشانه‌گذاری‌ها و توالی انجام کار در فضاهای کثیف، تمیز و استریل توسط کارکنان رعایت شود.
۶) تحویل ست‌های استریل و غیر استریل از دو مسیر جداگانه انجام شود.

ب-۵-۳-۲/ ☑☑☐/ ۱

الزامات و ملاحظات مراقبت از بسته‌های استریل برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.

- وجود فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل و سایر بخش‌های دارای بسته‌های استریل
- انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه‌های مشبک با سطوح صاف و با رعایت دما، رطوبت، فشار و تهویه مناسب
- جابه‌جایی وسایل استریل شده با استفاده از جعبه‌های دربسته، ترالی‌های کمددار/ کانتینرهای دربدار اختصاصی منطبق بر استانداردها
- رعایت موازین و مدت‌زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط

محل انبارش و نگهداری وسایل استریل باید دارای دماسنج و رطوبت‌سنج باشد. (جهت رعایت دمای کمتر از ۲۴ درجه سانتی‌گراد، رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد) ضمناً این فضا باید دارای فشار مثبت، تهویه مناسب (حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت) و به‌دور از تابش نور مستقیم خورشید باشد

رعایت موازین و مدت‌زمان نگهداری ست‌های استریل بر اساس دستورالعمل مربوط

ب-۵-۴ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود

ب-۵-۴-۱/ ☑☐☐/ ۲

امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها / واحدها فراهم شده است.

- وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش‌های استاندارد در تمامی بخش‌ها/ واحدها
- وجود تسهیلات مناسب در موقعیت‌های ارائه۱ پروسیجرهای تهاجمی به‌منظور انجام شستشو و اسکراب دست‌ها
- دردسترس‌بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب
- جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک روشویی به‌ازای هر اتاق بستری

تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه پروسیجرهای تهاجمی تأمین شود و از محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی حاوی کلرهگزیدین برای افزایش پایداری و ماندگاری قابلیت ضدعفونی‌کنندگی محلول استفاده شود. در اتاق‌های یک‌تخته هم وجود حداقل یک افشانه با دسترسی آسان ضروری است. ضروری است با توجه به اهمیت رعایت بهداشت دست در تمامی کارکنان بالینی، نمونه‌های گرفته شده در ارزیابی و پایش این سنجه منحصر به بخش‌های بستری نبوده و تمامی بخش‌های بستری، اورژانس، پاراکلینیک و... را شامل شود.

دسترسی به محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت فراهم گردد، در بخش روان‌پزشکی می‌توان از افشانه جیبی استفاده نمود.

❋ ب-۵-۴-۲/ ☑☑☐/ ۲

میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست با روش‌های استاندارد اندازه‌گیری شده و بر اساس نتایج، اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.

- اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست بر اساس بخشنامه کشوری
- اندازه‌گیری انجام اسکراب دست در تمامی بخش‌های دارای پروسیجر نیازمند اسکراب جراحی و اتاق‌های عمل
- پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده بخشنامه کشوری
- انجام اقدام اصلاحی مؤثر بر اساس تحلیل نتایج ارزیابی

پایش میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک پنج موقعیت اعلام شده از سوی سازمان جهانی بهداشت با تأکید بر دو موقعیت قبل از تماس با بیمار و قبل از انجام اقدامات درمانی تمیز/استریل برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.

➢ **ممیزی میزان بهداشت دست به تفکیک گروه‌های حرفه‌ای**

۱) اندازه‌گیری میزان رعایت بهداشت دست در تمام بخش‌ها/واحدهای درمانی با روش‌های قابل‌اطمینان
۲) انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج
۳) مدیریت و برنامه‌ریزی ممیزی‌ها توسط سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت طبق برنامه زمان‌بندی
۴) ارائه گزارش نتایج ممیزی بهداشت دست در کمیته پیشگیری و کنترل عفونت
۵) بازخورد نتایج ممیزی به واحدها / بخش‌های مربوطه

[1] Point of Care

❋ ب-۵-۴-۳/ ☑☑☑/ ۲

ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی در خصوص رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی رعایت اصول بهداشت دست بر اساس چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل کشوری
- ارزش‌گذاری و فرهنگ‌سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی از سوی تیم رهبری و مدیریت
- رعایت بهداشت دست در همه موارد به‌عنوان ارزش پایدار سازمانی در بیمارستان

فرهنگ سازی و ارزش‌گذاری رعایت اصول بهداشت دست با رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت پذیرد.

➢ **معیارهای مدیریت و رهبری برای ارتقای بهداشت دست**

۱) رعایت چارچوب خودارزیابی بهداشت دست بر اساس دستورالعمل کشوری
۲) حصول اطمینان از وجود زیرساخت لازم برای اجرای بهداشت دست توسط کارکنان مراقبت بهداشتی
۳) آموزش
۴) ارزشیابی و بازخورد
۵) استفاده از یادآورها در محیط کار

ب-۵-۵ خطر انتقال عفونت‌های ناشی از ارائه خدمات مراقبتی به‌صورت برنامه‌ریزی شده پیشگیری و کنترل می‌شود

❋ ب-۵-۵-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵

بیماریابی مستمر و گزارش ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.

- تعیین روش‌های مؤثر و فعال شناسایی و گزارش‌دهی عفونت‌های بیمارستانی در حین بستری و پس از ترخیص بیماران بر اساس دستورالعمل کشوری
- وجود سامانه و ثبت موارد ماهیانه عفونت‌های بیمارستانی از طریق سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی
- ثبت آمار شاخص‌های موردنیاز (مخرج‌ها) به‌صورت ماهیانه در سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی
- بررسی و تحلیل نتایج در کمیته کنترل عفونت، به‌منظور پیگیری و انجام اقدام اصلاحی اثربخش
- مقایسه نتایج بیماریابی با آمار کشوری موردانتظار در عفونت‌های بیمارستانی

بیمارستان باید دسترسی به سامانه مراقبت عفونت‌های بیمارستانی داشته و فرد متولی ورود اطلاعات به سامانه مذکور را مشخص نموده باشد. اطلاعات ثبت شده در سامانه باید بررسی شود. آمار مخرج‌ها و عفونت‌های بیمارستانی در ماه گذشته باید ثبت شده باشند. ثبت مخرج‌ها حتی اگر موردی از عفونت بیمارستانی رخ نداده باشد الزامی است (بررسی از طریق آیکون عملیات آماری، ثبت مخرج‌ها). تعاریف "بیمار روز" و" ابزار روز" و انواع عفونت‌ها باید در نظر گرفته شده باشند. ثبت بیمار - روز، بستری جدید، و تعداد فوت جهت تمامی بخش‌ها ضروری است. آمارهای ابزار - روز در بخش مراقبت‌های ویژه، سوختگی، پیوند و خون (هماتولوژی) ثبت شود. ثبت آمار ابزار روز در سایر بخش‌ها اختیاری است.

چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت شاملِ عفونت ادراری، عفونت خون، عفونت سیستم تحتانی تنفسی و عفونت موضع جراحی است. به همین ترتیب در بحث عفونت‌های مرتبط با ابزار، عفونت‌های مرتبط با کاتترهای ادراری، کاتترهای شریانی، کاتترهای نافی، کاتترهای وریدی محیطی، کاتترهای وریدی مرکزی دائم و موقت و عفونت‌های مرتبط با ونتیلاتور، لوله تراشه و تراکئوستومی ثبت می‌گردند.

شواهد تدوین شدن گزارش‌های ماهانه و منعکس شدن آن به دفتر ریاست بیمارستان باید وجود داشته باشد. کمیته پیشگیری و کنترل عفونت باید بر رعایت دستورالعمل‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستان و سایر الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، نظارت نموده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرای آن را پایش می‌نماید.

عوامل مداخله‌گر مانند تجویز بی‌رویه آنتی‌بیوتیک با شیوه‌های پروفیلاکسی و نیز عدم پیگیری وضعیت بیماران پس از ترخیص و برخی عوامل دیگر موجب می شود تا آمار بیماریابی در بیمارستان‌ها با آمار واقعی عفونت‌های بیمارستانی موردانتظار، تفاوت فاحش داشته باشد. این سنجه همخوانی نتایج بیماریابی در بیمارستان را با آمار موردانتظار در کشور از عفونت‌های بیمارستانی را ارزیابی می‌نماید. برای تحقق این مهم شناسایی فعال عفونت‌های بیمارستانی پس از ترخیص بیماران کمک‌کننده است.

❋ ب-۵-۵-۲/ ☑☑☐/ ۲
بیمارستان از پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **تدوین روش اجرایی «پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی» با تأکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت، با مشارکت صاحبان فرایند** ❖ **آگاهی کارکنان از روش اجرایی «پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی»** ❖ **انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی «پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی»**
چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت شاملِ عفونت ادراری، عفونت خون، عفونت سیستم تحتانی تنفسی و عفونت موضع جراحی است. روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت در عفونت‌های شایع بیمارستانی تدوین و ابلاغ شود. در تدوین این روش اجرایی از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی استفاده شود و پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعمل‌های مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی‌بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، مدنظر قرار گیرد. اخذ مشارکت فعال از مسئول فنی داروخانه/ مدیر بخش مراقبت‌های دارویی، پزشکان متخصص داخلی، جراحی، بیهوشی و مسئول فنی آزمایشگاه در بیمارستان‌های تک تخصصی متخصصین رشته مربوطه و رؤسا و مسئولان بخش‌ها/ واحدها برای تدوین روش اجرایی به‌عنوان صاحبان فرایند توصیه می‌شود.
ب-۵-۵-۳/ ☑☑☐/ ۱,۵
بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **بررسی و تصویب برنامه سالیانه برای فعالیت های کنترل و پیشگیری عفونت های بیمارستانی** ❖ **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط** ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد واحد پیشگیری و کنترل عفونت** ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد واحد CSSD** ❖ **برنامه ریزی و اجرای برنامه های ارتقا دهنده ی سطح دانش و آگاهی کارکنان در زمینه‌ی کنترل و پیشگیری عفونت های بیمارستانی**
➢ **اهم اقدامات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی:** ۱) ارزیابی و برنامه ریزی برای کنترل رخدادهای عفونت بیمارستانی مانند موارد طغیان یک یا چند عفونت بیمارستانی ۲) بررسی نتایج میزان رعایت بهداشت دست به تفکیک موقعیت‌ها و گروه‌های شغلی حداقل هر ۶ ماه یک‌بار و طراحی اقدامات اصلاحی مناسب به منظور ارتقای شاخص مذکور ۳) مشارکت پژوهشی با واحدها و بخش های بیمارستان در رابطه با پیشگیری و کنترل عفونت و نیز در زمان بروز اپیدمی ۴) بررسی علل بستری مجدد بیماران به علت عفونت بعد از عمل و پایش آن به تفکیک علت مراجعه و پزشک ۵) بررسی و تحلیل میزان اجرای دستورالعمل آنتی بیوتیک استوارد شیپ و برنامه ریزی به منظور اجرا اقدامات اصلاحی موثر ۶) اطمینان از تجویز آنتی بیوتیک فقط در صورت وجود اندیکاسیون بالینی، با دوز و طول دوره درمان مناسب ۷) بررسی و تحلیل نتایج مقاومت های میکروبی گزارش شده از واحد آزمایشگاه ۸) تدوین برنامه پیشگیری و درمان با آنتی‌بیوتیک ها بر اساس الگوی مقاومت آنتی‌بیوتیکی بیمارستان و رصد مقاومت‌های میکروبی و پایش استفاده منطقی از آنتی‌بیوتیک‌ها

❋ ب-۵-۵-۴/ ☑☑☐/ ۲
نحوه مراقبت و کنترل طغیان عفونت‌های بیمارستانی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
❖ **تعیین و تعریف طغیان در عفونت‌های بیمارستانی، عوامل مستعدکننده و نحوه شناسایی و اعلام آن** ❖ **طرح موارد طغیان در کمیته کنترل عفونت و تدوین برنامه مداخله‌ای اصلاحی بر اساس مصوبات کمیته** ❖ **ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی**
طغیان[1] عفونت بیمارستانی یعنی افزایش غیرمنتظره موارد عفونت در یک بخش یا بیمارستان، فراتر از حد موردانتظار (پایه) و مرتبط با هم (از نظر عامل، مکان یا زمان)؛ لذا ضروری است حد طغیان برای هر عفونت بیمارستانی با توجه به شرایط بومی تعیین و اطلاع‌رسانی گردد. ➢ **۳ شرط اصلی برای تشخیص طغیان:** ۱) افزایش موارد: تعداد عفونت‌ها از آستانه بومی[2] آن بخش بیشتر شود ۲) ارتباط اپیدمیولوژیک: موارد جدید با هم (مثل یک دستگاه، بخش یا پرسنل) ارتباط داشته باشند ۳) تأیید میکروبیولوژیک (در صورت امکان): جداسازی یک‌سویه مشابه از چند بیمار بر اساس بخشنامه مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، نمونه‌برداری از محیط بیمارستانی و کشت از وسایل و دستگاه‌ها نباید به‌صورت روتین انجام شود و تنها بر اساس تشخیص کمیته کنترل عفونت بیمارستان در موارد خاص (در مواقع بروز طغیان عفونت بیمارستانی، نمونه‌برداری هدف‌دار از منابع مشکوک) برنامه‌ریزی و انجام می شود. نمونه‌برداری کشت از سطوح صرفاً در شرایط طغیان عفونت‌های بیمارستانی و آن هم به صورت هدف‌دار انجام و اقدام اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
ب-۵-۵-۵/ ☑☑☑/ ۲
اثربخشی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی ارزیابی می‌شود.
❖ **تعیین شاخص‌های اثربخشی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت‌های بیمارستانی** ❖ **خودارزیابی استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت بر اساس ابزار اصلی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت[3] و طبق دستورالعمل ابلاغی** ❖ **بررسی و تحلیل شاخص‌های عملکردی و نتایج خودارزیابی برنامه‌های پیشگیری و کنترل عفونت** ❖ **تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی/بهبود بر اساس نتایج تحلیلی پایش‌های انجام شده**
ارائه بازخورد نتایج اطلاعات عفونت‌های بیمارستانی و ممیزی‌های انجام شده به کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها / واحدهای مربوطه در اثربخشی اجرای این برنامه نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و توجه به کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی تعیین و تدوین می‌شود. ➢ **حداقل شاخص‌های عملکردی پیشگیری و کنترل عفونت** ۱) میزان عفونت‌های بیمارستانی بر اساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی، نوع بخش ۲) به تفکیک بخش و رسته شغلی و برنامه‌های تدوین شده در جهت کاهش تعداد مواجهات شغلی ۳) میزان رعایت بهداشت دست به لحاظ ساختاری و عملکردی ۴) میزان رعایت/استفاده از وسایل حفاظت فردی به لحاظ ساختاری و عملکردی

[1] Outbreak
[2] Endemic
[3] IPC

ب-۵-۶ تجویز و مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها در سطح بیمارستان برنامه‌ریزی و هدایت می‌شود
❋ ب-۵-۶-۱/ ☑☐☐/ ۲
تجویز و مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها با توجه به الگوی مقاومت میکروبی و اعمال محدودیت در موارد خاص برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ تدوین، ابلاغ و اجرای پروتکل «تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی» ❖ آگاهی و اجرای دستورالعمل آنتی‌بیوتیک استواردشیپ با نظارت کمیته پیشگیری و کنترل عفونت ❖ مدیریت مصرف آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های مهم و شایع مرکز درمانی و با توجه به الگوی مقاومت میکروبی ❖ تحلیل نتایج حاصله از اجرای پروتکل و دستورالعمل و انجام اقدام اصلاحی مؤثر
پزشکان بیمارستان در تجویز آنتی‌بیوتیک، بر اساس الگوی مقاومت میکروبی مرکز و محدودیت‌های تعیین شده در موارد خاص و عفونت‌های شایع عمل می‌نمایند .ضروری است پزشکان از الگوی مقاومت میکروبی و عفونت‌های شایع بیمارستان که توسط کمیته پیشگیری و کنترل عفونت اعلام شده آگاه و مصوبات کمیته را رعایت نمایند .در زمینه الگوی مقاومت میکروبی جلسات مشترک با کمیته درمان توصیه می‌شود .اجرای پروتکل تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی که بر اساس منابع معتبر و شواهد علمی با مشارکت پزشکان ذی‌نفع و صاحبان فرایند در بیمارستان تدوین و در کمیته کنترل عفونت مصوب شده؛ توسط پزشکان بخصوص متخصصین جراحی رعایت می‌شود .جهت انجام ممیزی بالینی با محوریت کمیته کنترل عفونت ثبت دستورات قبل جراحی توسط پزشک دستوردهنده ضروری است. به‌منظور نظارت بر اجرای دستورالعمل و پروتکل مصوب بیمارستان با هدایت کمیته کنترل عفونت ممیزی بالینی در بیمارستان اجرا می‌شود .نتایج این ممیزی در کمیته کنترل عفونت بررسی موانع و چالش‌ها شناسایی شده تا مداخلات اصلاحی برای رعایت بهتر پروتکل مصوب تعیین گردد.
❋ ب-۵-۶-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵
نتایج مقاومت‌های میکروبی گزارش شده و در روند تجویز و مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک مورداستفاده قرار می‌گیرد
❖ ارائه و تحلیل گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی توسط مسئول فنی آزمایشگاه یا پزشک مسئول کنترل عفونت ❖ آگاهی پزشکان بیمارستان از الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان و رعایت مصوبات کمیته کنترل عفونت بیمارستان ❖ تعیین میزان انطباق الگوی مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها بر اساس ممیزی بالینی انجام شده در بیمارستان ❖ طراحی و تدوین مداخله اصلاحی یا برنامه اجرایی برای بهبود رعایت الگو در زمینه تجویز و مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک
با توجه به اینکه قضاوت در مورد مقاومت میکروبی پروسه زمان‌بری است؛ لذا تحلیل گزارش نتایج مقاومت‌های میکروبی باید در پروسه‌های زمانی سه تا شش ماه انجام شود. برای رعایت بهتر الگوی مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها مداخله فعال تیم تعیین شده توسط کمیته کنترل عفونت بیمارستان برای انجام ممیزی بالینی پروتکل ضروری است. بر اساس نتایج ممیزی انجام شده، راهکارها و برنامه‌های اجرایی در کمیته کنترل عفونت تصویب و به پزشکان جهت اجرا ابلاغ شود. در صورت شیوع مقاومت میکروبی در یک بیمارستان، باید نوع مقاومت میکروبی به کمیته کنترل عفونت گزارش شود. روش‌های آنتی‌بیوگرام در آزمایشگاه باید حداقل برای میکروب‌های مقاوم (جهت اجتناب از خطاهای احتمالی و عدم دقت روش‌های مرسوم) شناسایی شده و استاندارد باشد.
ب-۵-۷ بیمارستان از انتقال بیماری‌های قابل سرایت پیشگیری می‌نماید
ب-۵-۷-۱/ ☑☐☐/ ۱
بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی نظام مراقبت سندرومیک، مطابق ضوابط مربوط شناسایی و گزارش می‌شوند.
❖ دردسترس‌بودن فهرست بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی نظام مراقبت سندرومیک، آگاهی و انطباق عملکرد کارکنان ذی‌ربط بر اساس آن ❖ شناسایی موارد قابل‌گزارش بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی نظام مراقبت سندرومیک بر اساس دستورالعمل ❖ گزارش بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی نظام مراقبت سندرومیک به مراجع ذی‌ربط ❖ انجام نمونه گیری در خصوص بیماریهای مشمول گزارش‌دهی نظام مراقبت سندرومیک با هماهنگی شبکه بهداشت و ارسال به آزمایشگاه‌های منتخب ❖ آموزش احتیاطات استاندارد و مبتنی بر روش انتقال به تمامی کارکنان بالینی به‌صورت حداقل سالیانه ❖ اجرای احتیاطات و ایزولاسیون بر اساس نظام مراقبت سندرومیک طبق دستورالعمل کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی
موارد قابل‌گزارش باید به مرکز بهداشت یا شبکه بهداشت شهرستان اطلاع داده شود.

ب-۵-۷-۲/ ☑☐☐/ ۱
برای کارکنان و افراد در معرض بیماری‌های مشمول گزارش‌دهی نظام مراقبت سندرومیک، امکانات حفاظتی و مراقبت‌های لازم فراهم می‌شود.
❖ **وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی کارکنان در بخش‌ها/ واحدها** ❖ **وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش‌ها/ واحدها** ❖ **دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای استفاده در موارد مقتضی** ❖ **رعایت ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی**
موقعیت‌های استفاده از ماسک N_{95} را در هنگام انجام پروسیجرهای تولیدکننده آئروسل به نحوه صحیح در واحد اورژانس و تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک/ محتمل/ مبتلا کارکنان به ماسک N_{95} دسترسی داشته و از آن استفاده نمایند. تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/ واحدها و تعداد موردنیاز بر اساس نوع بیماران بستری و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم پیشگیری و کنترل عفونت و کارشناس بهداشت حرفه‌ای و مسئولان بخش‌ها/ واحدها و تأیید آن در جلسه مشترک کمیته کنترل عفونت و حفاظت و سلامت محیط کار توصیه می‌شود. ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی باید توسط کارشناس کنترل عفونت (بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای لازم) تهیه شود و در اختیار همه بخش‌ها و واحدهای مربوطه قرار گیرد و پرسنل بر اساس آن آموزش‌های لازم را ببینند.
❋ ب-۵-۷-۳/ ☑☐☐/ ۲
جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ **تدوین و ابلاغ فهرست بیماری‌های واگیر نیازمند جداسازی و نحوه شناسایی آنها (ایزولاسیون)** ❖ **وجود اتاق‌های جداسازی بیماران عفونی قابل سرایت** ❖ **جداسازی و مراقبت بیماران محتمل و مشکوک به بیمارهای واگیر مشمول نظام مراقبت، در بخش‌ها/ بخش اورژانس بر اساس استاندارد** ❖ **آموزش مستمر کارکنان/ پزشکان مرتبط در خصوص رعایت استانداردهای جداسازی بیمار به‌صورت سالیانه**
اتاق/ اتاق‌های ایزوله با حداقل شرایط طبق بخش‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت پیش‌بینی شده باشند. اتاق از سه بخش پیش ورودی، اتاق ایزوله و سرویس بهداشتی و حمام تشکیل شده و در پیش ورودی روشویی، وسایل حفاظت فردی موجود باشد. وجود اتاق ایزوله تماسی/ قطره‌ای و ترجیحاً فضای ایزوله فشار منفی در اورژانس/تمامی بخش‌های درمانی و جداسازی بیماران مشکوک و محتمل به بیماری‌های واگیر مشمول نظام مراقبت در بخش‌های غیر بستری با حداقل امکانات توصیه مؤکد می‌شود.
ب-۵-۷-۴/ ☑☑☑/ ۲
جداسازی بیماران نیازمند به ایزوله فشار مثبت طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ **تدوین و ابلاغ فهرست و شناسایی بیماران نیازمند به ایزوله فشار مثبت بر اساس ضوابط ابلاغی** ❖ **وجود اتاق‌های جداسازی بیماران نیازمند به ایزوله فشار مثبت طبق ضوابط ابلاغی** ❖ **جداسازی و مراقبت از بیماران نیاز به ایزوله فشار مثبت** ❖ **آموزش مستمر کارکنان/ پزشکان مرتبط در خصوص رعایت استانداردهای جداسازی بیمار به‌صورت سالیانه**
ایزوله فشار مثبت: اتاق‌های ایزوله فشار مثبت ازطریق حفظ و برقراری یک جریان هوا به بیرون اتاق باعث محافظت بیماران از آلودگی‌ها و پاتوژن‌ها (که ممکن است به طرق مختلف وارد شوند) می‌گردد. تنظیمات تهویه بیمار ستانی به گونه‌ای باشد که میزان هوایی که توسط دمنده‌ها وارد اتاق و توسط مکنده‌ها خارج می‌شود نهایتا منجر به فشار مثبت داخل اتاق شده و هوا به سمت خارج جریان یابد.

ب–۶

مدیریت دارویی

ب–۶ مدیریت دارویی

ب-۶-۱ مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر فرآیندهای مراقبت‌های دارویی در سطح بیمارستان نظارت می‌نماید

❋ ب-۶-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲

دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران در تمام ساعات شبانه‌روز تحت نظارت مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی تامین می‌شود.

- **تامین دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران بستری در اورژانس و سایر بخش‌ها در تمام ساعات شبانه‌روز**
- **نظارت مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر روند خرید دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی**
- **ارائه‌ی خدمات داروخانه‌ی سرپایی با حضور مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی در ساعات فعالیت درمانگاه‌ها**
- **رعایت موارد نسخه‌پیچی صحیح در داروخانه**

تامین دارو ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی مورد نیاز بیماران نباید با استفاده از شیوه‌های ذخیره‌سازی دارو و ملزومات در بخش‌ها انجام شود. نحوه‌ی فعالیت داروخانه باید در سطح بیمارستان به نحوی برنامه‌ریزی شود که نیازهای بیماران در تمام ساعات شبانه‌روز تامین شود. مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر مواردی مانند نحوه‌ی برآورد و تعیین نقطه‌ی سفارش هر یک از اقلام، نحوه و معیارهای انتخاب تامین‌کنندگان، نحوه‌ی اولویت‌بندی منابع تامین دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی نظارت می‌نماید.

مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی در تمامی ساعات فعالیت داروخانه‌ی سرپایی حاضر و بر عملکرد کارکنان نظارت دارد. تمامی موارد مرتبط با نسخه‌پیچی ایمن و نگهداری داروها در داروخانه‌ی سرپایی نیز رعایت می‌گردند. ست‌های مصرفی و داروهای مورد نیاز برای پروسیجرهای سرپایی در داروخانه بیمارستان موجود است.

❋ ب-۶-۱-۲/ ☑☐☐/ ۲

بیمارستان از تامین به‌موقع داروهای حیاتی و ضروری تمامی بخش‌ها در تمامی ساعات شبانه‌روز اطمینان حاصل می‌نماید.

- **تعیین نوع و تعداد داروهای ضروری به تفکیک هر بخش بر اساس مصوبه‌ی کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی**
- **تامین داروهای ضروری هر یک از بخش‌ها در تمام ساعات شبانه‌روز**
- **موجود بودن داروهای حیاتی**
- **هریک از بخش‌ها مطابق دستورالعمل ابلاغی**
- **تامین داروهای حیاتی هر یک از بخش ها در تمام ساعات شبانه‌روز**

فهرست داروهای حیاتی و ضروری بیمارستان باید حداقل سالیانه و در صورت نیاز، در فواصل زمانی کوتاه‌تر، با تشخیص کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بازنگری شود. این بازنگری باید تحت نظارت مستقیم مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی انجام گیرد. فهرست داروهای ضروری باید بر اساس فرمولاری مصوب بیمارستان تدوین و به‌روزرسانی شود.

داروهای ضروری لازم نیست به‌صورت موجودی ثابت در تمام بخش‌های بیمارستان نگهداری شوند؛ با این حال، بیمارستان باید امکان تأمین سریع و به‌موقع آن‌ها را در صورت نیاز بیمار فراهم نماید. (در داروخانه به صورت شبانه‌روزی در دسترس باشد)

❋ ب-۶-۱-۳/ ☑☐☐/ ۱.۵

در شرایط کمبود دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، اولویت‌بندی و مدیریت مصرف، با مشارکت مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **شناسایی داروهای با احتمال کمبود در بازار**
- **پیگیری از معاونت غذا و داروی متبوع در خصوص اطلاع رسانی کمبودهای دارویی و دریافت راهکار یا تخصیص سهمیه**
- **تعیین شیوه‌های اطلاع‌رسانی به بخش‌ها در شرایط کمبودهای موقت دارویی**
- **پیش بینی روش‌های جایگزین توسط داروساز بالینی/ مشاوره فارماکوتراپی (در شرایط کمبود موقت) برای انتخاب داروی جایگزین**
- **پیاده سازی گایدلاین‌های تجویز و مصرف منطقی داروها به منظور جلوگیری از کمبود دارویی**

ذخیره استراتژیک دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی، به صورت منطقی و با توجه به نیاز مرکز و تحت نظارت مستقیم مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بیمارستان انجام و در شرایط کمبود، تخصیص اقلام صرفاً بر اساس اولویت‌های بالینی و نیاز واقعی بیماران صورت می‌گیرد.

ذخیره استراتژیک دارویی عبارت است از نگهداری هدفمند و کنترل شده داروهای ضروری و حیاتی، به میزان کافی، برای تضمین تداوم خدمات درمانی در شرایط اضطراری، اختلال در تأمین یا افزایش ناگهانی نیاز

❊ ب-۶-۱-۴/ ☐☐☑/ ۲
بیمارستان از شرایط انبارش/ نگهداری حفاظت شده و ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **تدوین دستورالعمل «انبارش/ نگهداری حفاظت شده و ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی»** ❖ **چینش دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی براساس دستورالعمل تدوین شده و الزامات ایمنی و فنی (اولین ورودی-اولین خروجی[1] یا اولین تاریخ انقضا-اولین خروجی[2])** ❖ **انجام بازدیدهای دوره‌ای توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی به منظور اطمینان از رعایت دستورالعمل فوق** ❖ **شناسایی عدم انطباق‌ها و اجرای اقدامات اصلاحی**
مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی باید بر کیفیت انبارش به صورت مدون و برنامه‌ریزی شده نظارت نموده و در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق، ضمن انجام اقدامات اصلاحی، موارد را با ذکر اقدام اصلاحی در سوابق انبار ثبت و نگهداری نماید. ➢ **نکات مهم در انبارش/ نگهداری حفاظت شده و ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی:** ۱) انبار دارویی/ داروخانه فضای فیزیکی مستقل، کافی، تقسیم‌بندی شده و تحت کنترل دارد. ۲) منابع، امکانات و کارکنان مرتبط برای انبار دارویی تامین و دسترسی افراد و کارکنان غیر مرتبط به انبار دارویی/ داروخانه ممنوع می باشد. ۳) محل نگهداری داروها و تجهیزات پزشکی مصرفی فراخوان شده و منقضی‌شده، از سایر اقلام موجود تفکیک شده است. ۴) سیستم گرمایش، سرمایش و تهویه‌ی مناسب وجود دارد. ۵) داروهای پرخطر، مشابه، هشدار بالا و یخچالی در انبار، داروخانه و بخش برچسب گذاری شده‌اند. ۶) یخچال دارویی مجهز به در شیشه‌ای، قفل‌دار، واجد دماسنج، رطوبت سنج، هشدار دهنده دما و متصل به برق اضطراری و دیتالاگر وجود دارد. ۷) فهرست داروهای موجود در یخچال (با محل دقیق و دمای مورد نیاز) نصب و از انباشتگی داروها به منظور جلوگیری از اختلال در دمای یخچال خودداری شده است. ۸) شرایط نگهداری در تاریکی برای داروهای حساس به نور رعایت شده است. ۹) داروهای مخدر در انبار داروخانه در یک قفسه قفل دار با دسترسی کارکنان مسئول و معین محافظت می‌شوند. ۱۰) چینش داروها در انبار/محل نگهداری جهت جلوگیری از اشتباهات (شباهت‌های ظاهری دارویی) مدیریت شده است. ۱۱) تاریخ انقضای دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی و همچنین چینش آنها در انبار با توجه به تاریخ انقضا مدیریت شده است.

[1] FIFO
[2] FEFO

ب-۶-۱-۵/ ☑☐☐/ ۲

نسخه‌پیچی، توزیع و مصرف ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی در تمام ساعات فعالیت داروخانه، تحت نظارت مستقیم مسئول فنی داروخانه / رئیس بخش مراقبت‌های دارویی است.

- **نظارت بر انتقال اطلاعات کامل و دقیق دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی از پرونده به سامانه‌ی اطلاعات بیمارستان توسط مسئول مربوطه**
- **رعایت موازین ایمنی برای داروهای با هشدار بالا و چک مستقل دوگانه طبق دستورالعمل ابلاغی**
- **رعایت موازین ایمنی برای داروهای مشابه طبق دستورالعمل ابلاغی**
- **نظارت مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر انطباق نسخه پیچی با دستورات پزشک در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستان برای بیماران بستری**
- **زمانبندی مشخص برای توزیع داروی بیماران بستری تحت نظارت مستقیم مسئول فنی/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی**
- **عودت داروها و ملزومات مصرف نشده‌ی بیمار بستری به داروخانه با رعایت شرایط نگهداری**
- **نظارت مستقیم و میدانی مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر نحوه‌ی تجویز و مصرف ایمن داروهای مولتی دوز[1]**
- **نظارت مستقیم و میدانی مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر نحوه‌ی تجویز و مصرف ایمن ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی و تجهیزات با قابلیت مصرف مجدد**

➢ **ابعاد نظارت مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی بر نحوه توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی**

۱) تعیینِ نحوه و تواتر توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی از انبارهای مربوطه به داروخانه، از داروخانه به بخش و موارد استثنایی خارج از پیش بینی
۲) توزیع دارو به صورت تک پیچ (برای هر بیمار به‌صورت بسته‌بندی جداگانه) جهت تحویل دارو به بخش‌ها
۳) انتخاب کارکنان ذیصلاح تحویل گیرنده دارو در بخش‌ها (به تشخیص سرپرستار) و تحویل موارد صرفا به افراد تعیین شده
۴) حمل و نقل ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی با رعایت شرایط نگهداری از جمله دما و شرایط بسته بندی از انبار دارویی تا بخش‌ها
۵) عدم خروج داروها از بسته بندی بهداشتی و خرد کردن ورق‌های دارو که منجر به ناممکن بودن قرائت تاریخ انقضاء شود
۶) عدم انبارش دارو در بخش و عودت داروها و ملزومات مصرف نشده‌ی بیماران با حفظ شرایط نگهداری به داروخانه
۷) اطمینان از عدم محاسبه‌ی هزینه‌ی دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی عودت داده شده در صورتحساب بیمار
۸) نظارت میدانی مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی از اتاق درمان و نحوه نگهداری و مصرف داروهای موجود در بخش در بازه زمانی معین
۹) اطمینان از آماده سازی مناسب تجهیزات و ملزومات با قابلیت مصرف مجدد

به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال‌های تک دوزی برای هر بیمار استفاده شود و همچنین به صورت هم‌زمان دو یا چند ویال دارویی در بالین بیماران باز نشود. در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه‌ی کارخانه‌ی سازنده، ویال در شرایط و محل توصیه شده نگهداری شود.
اجرای صحیح گام‌های این سنجه برای داروخانه‌ی سرپایی نیز باید مد نظر قرار گیرد.

❊ ب-۶-۱-۶/ ☑☐☐/ ۲

بیمارستان از نگه داری و توزیع ایمن داروهای با هشدار بالا اطمینان حاصل می نماید.

- **نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا در در انبار دارویی**
- **نشانه‌گذاری و توزیع ایمن داروهای با هشدار بالا**

دسترسی به داروهای با هشدار بالا در اتاق آماده‌سازی دارو و انبار دارویی بخش باید محدود باشد. داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می‌باشند در محل نگه‌داری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ (که از دور قابل خواندن باشد) بر روی آن نصب شود. کارکنان بالینی به اطلاعات داروئی داروهای هشدار بالا مانند اشکال داروئی، دوزها، طریقه آماده‌سازی، راه‌های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای داروئی دسترسی داشته باشند. استانداردسازی و دقت بسیار در هنگام انبارداری نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای با هشدار بالا رعایت گردد به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد. آماده سازی داروهای با هشدار بالا جهت توزیع توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای به صورت همزمان مستقل از یکدیگر (به نحوی که فرایند توسط هرکدام از کارکنان بصورت مجزا کنترل و انجام گردد) انجام شود.

[1] Multiple dose

❊ ب-۶-۱-۷/ ☑☐☐/ ۲
بیمارستان از آماده سازی ایمن داروهای شیمی درمانی اطمینان حاصل می نماید.
❖ **آماده سازی داروهای شیمی‌درمانی تحت‌نظر داروساز دوره دیده با رعایت ضوابط مربوط و شرایط ایمن** ❖ **تهیه فهرست داروهای شیمی‌درمانی مصرفی مرکز طبق لیست تدوین شده‌ی مرکز ملی ایمنی و سلامت شغلی**[1] ❖ **وجود حداقل تجهیزات و امکانات مورد نیاز برای آماده سازی ایمن داروهای شیمی درمانی**

حضور فیزیکی داروساز دوره‌دیده در حین آماده‌سازی داروهای شیمی‌درمانی الزامی است. داروسازی که در این قسمت فعالیت می‌کند باید از قبل دوره‌ی مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور را در زمینه کار با داروهای شیمی‌درمانی گذرانده باشد.

- **نکاتی در زمینه مدیریت داروهای شیمی‌درمانی؛**

۱) آماده سازی دارو طبق نسخه‌ی بیمار
۲) هرگونه انتقال داروهای شیمی‌درمانی در بسته‌بندی مناسب و با برچسب هشداردهنده توسط پرسنل آموزش دیده
۳) ممنوعیت تحویل دارو به بیمار
۴) دسترسی و آشنایی با کیت نشت برای تمامی افرادی که در فرایند جابجایی و حمل و نقل داروهای شیمی‌درمانی نقش دارند
۵) استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی برای تمامی افرادی که در فرایند جابجایی وحمل ونقل داروهای شیمی‌درمانی نقش دارند
۶) برچسب‌گذاری داروهای سایتوتوکسیک در قفسه محل نگهداری شامل نام دارو، تاریخ انقضا و شماره سری ساخت بدون استفاده از علائم اختصاری و کد
۷) وجود یخچال‌های استاندارد دارویی دارای مشخصات مطابق دستورالعمل

- **آماده سازی داروهای شیمی‌درمانی؛**

۱) نظارت مستقیم داروساز آموزش دیده به منظور کاهش هدر رفت فرآورده دارویی و به حداقل رساندن آلودگی محیط زیست
۲) حفاظت از کارکنانی که با این داروها سروکار دارند و حفاظت از فرآورده (به لحاظ میکروبی و وجود ذره)
۳) وجود اتاق تمیز[2] در مرکز شیمی درمانی طبق دستورالعمل
۴) وجود تجهیزات آماده‌سازی دارو و کابین بیولوژیک ایمن[3]
۵) تمامی پسماندهای شیمی‌درمانی باید به صورت جداگانه از سایر زباله‌ها جمع آوری شده و منطبق بر اصول بهداشتی پسماندهای دارویی دفع می گردد
۶) برچسب زنی دارو حاوی اطلاعات کافی و صحیح به صورت خوانا در اتاق تمیز
۷) نگهداری ایمن داروهای آماده شده و ویال‌های نیمه مصرف

- **رئوس مطالب آموزشی کارکنان فعال در آماده سازی و حمل و نقل و تزریق داروهای شیمی‌درمانی؛**

۱) استانداردها و شرایط کار در اتاق تمیز و کابین ایمن بیولوژیک
۲) استفاده از تجهیزات حفاظت فردی و رعایت بهداشت دست و استفاده از دستکش استریل
۳) رعایت فنون آسپتیک
۴) محاسبات دارویی
۵) اثرات داروها بر سلامت و اقدامات ایمنی
۶) اقدامات لازم در صورت بروز حادثه و نشت دارو
۷) نحوه دفع مواد و وسایل آلوده و باقیمانده مواد شیمی‌درمانی

[1] National Institute for Occupational Safety and Health(NIOSH)
[2] Clean Room
[3] Biological Safety Cabinet(BSC)

ب-۶-۱-۸/ ☐☑☑/ ۱,۵
بیمارستان از آگاهی و اثربخشی آموزش های دارویی برای گروه‌های درمانی مرتبط اطمینان حاصل می نماید.
❖ نیاز سنجی آموزش های لازم در خصوص دانش دارویی گروه های درمانی مرتبط ❖ اجرای برنامه‌های آموزشی برای گروه‌های درمانی مرتبط توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی ❖ اطلاع رسانی و آموزش در خصوص داروهای جدید برای گروه‌های درمانی مرتبط توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی
➢ **سرفصل‌های پیشنهادی برای برنامه‌های آموزشی دارویی توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی و با مشارکت سوپروایزر آموزشی بیمارستان** ۱) معرفی و اطلاعات دارویی داروهای جدید فرمولاری قبل از ورود به چرخه مصرف ۲) تجویز و مصرف منطقی دارو ۳) تلفیق دارویی ۴) اصول نسخه‌نویسی صحیح ۵) عوارض جانبی و شایع داروها ۶) تداخلات دارویی ۷) استانداردهای ایمنی دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی ۸) خطاهای دارویی
ب-۶-۱-۹/ ☐☑☑/ ۱
بیمارستان از دسترسی و استفاده‌ی مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی به اطلاعات بیماران و نسخ الکترونیک اطمینان حاصل می نماید.
❖ دسترسی مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی به اطلاعات بیماران از طریق سامانه اطلاعات بیمارستان و نسخ الکترونیک بیماران ❖ استفاده از اطلاعات بیماران در مدیریت مراقبت‌های دارویی و روند تجویز و مصرف ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی
حداقل موارد دسترسی به اطلاعات شامل نام و نام خانوادگی، جنس، وزن، سن، هر نوع حساسیت یا آلرژی، تشخیص فعلی، نتایج آزمایشگاهی و داروهای تجویز شده و ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی در بخش‌های مختلف و سوابق دارویی قبلی بیمار (فرم تلفیق دارویی) برای مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی از طریق سامانه اطلاعات بیمارستان است.
ب-۶-۱-۱۰/ ☐☑☑/ ۱,۵
❋ بیمارستان از گزارش عوارض/ واکنش و خطاهای دارویی و مدیریت آن توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی اطمینان حاصل می نماید.
❖ شناسایی و گزارش عوارض/ واکنش و خطاهای دارویی ❖ ارسال گزارش عوارض ناخواسته داروها و خطاهای دارویی، از طریق تکمیل و ارسال فرم ADR و یا سامانه گزارش دهی آنلاین[1] ❖ تدوین و اجرای اقدام اصلاحی
عوارض/ واکنش و خطاهای دارویی در بیمار، طبق دستوالعمل ثبت عوارض و خطاهای دارویی و راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی مشاهده شده در بیمارستان‌ها به گروه ثبت و گزارش ایمنی و عوارض ناخواسته فرآورده‌های سلامت، زیرمجموعه دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده‌های سلامت سازمان غذا و دارو گزارش می‌شود. یاداوری مهم! مفهوم ADR آن است که علی‌رغم رعایت داروی صحیح با دوز صحیح، به بیمارصحیح، از راه صحیح، در زمان صحیح با واکنش ناخواسته در بیمار مواجه شویم. این امر با خطاهای دارویی دو مقوله‌ی مستقل و متفاوت هستند. کاربرد واکنش‌های ناخواسته دارویی در ارزیابی کشوری و تصمیم درخصوص حذف/ ریکال نمودن دارو است. خطاهای دارویی در بخش دارودهی صحیح در مراقبت‌های عمومی بالینی ارزیابی خواهد شد. درصورتی که بروز عوارض/ واکنش ناشی از مصرف داروی خاصی باشد، تا زمان اطمینان از سلامت فرآورده از ورود به چرخه‌ی مصرف خودداری گردد.

[1] adr.ttac.ir

❋ ب-۶-۱-۱۱/ ☑☐☐/ ۱,۵
مدیریت دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده یا نیازمند فراخوان طبق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ **اطلاع رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده[1] به بخش/ واحدها توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی** ❖ **نظارت بر جمع آوری فوری دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده** ❖ **عدم دسترسی کارکنان بالینی به دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محل ارائه مراقبت/خدمت** ❖ **عدم قرار گرفتن دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محدوده داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی در حال مصرف و گردش کار** ❖ **روشن بودن سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان و جمع آوری شده در بخش مراقبت‌های دارویی**
➢ سوابق و مستندات مورد نیاز دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده ۱) سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذیربط در خصوص فراخوان دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی ۲) فهرست دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضا ۳) سوابق اطلاع‌رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده به تمامی بخش/ واحدها توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی ۴) سوابق و مستندات بیان کننده سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در صورت مشاهده هرگونه اشکال یا نقص در هر دارو یا تجهیزات مصرفی پزشکی، به تشخیص مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی فرم شکایت از فرآورده‌های دارویی تکمیل و به همراه سه نمونه از سری ساخت مورد شکایت به معاونت غذا و داروی متبوع ار سال می‌گردد. تا زمان تعیین تکلیف فرآورده مشکوک نیاز به فراخوان، سری ساخت مربوطه توسط مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی ایزوله شده و از ورود به چرخه مصرف اجتناب گردد.
ب-۶-۱-۱۲/ ☑☑/ ۱
بیمارستان از امحای داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی تاریخ مصرف گذشته و غیر قابل مصرف اطمینان حاصل می نماید.
❖ **آگاهی کارکنان مدیریت دارویی از عدم وجود محصولات سلامت محور تاریخ مصرف گذشته/ غیرقابل مصرف در داروخانه** ❖ **ایزوله سازی داروها و تجهیزات پزشکی مصرفی تاریخ گذشته جهت ارسال به شرکت‌های دارای مجوز امحا بر اساس دستورالعمل مربوطه** ❖ **عدم وجود هیچ مورد از دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی تاریخ گذشته در حال مصرف و گردش کار**
ضوابط ابلاغی سازمان غذا و دارو مد نظر قرار گیرد. مستندات کامل فرایند امحا در بیمارستان موجود باشد.
ب-۶-۱-۱۳/ ☑☑/ ۱,۵
بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط** ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد مدیریت دارویی بیمارستان و اتخاذ راهکارهای اصلاحی پیرامون بهبود شاخص‌ها** ❖ **بررسی وضعیت تامین، نگهداری، توزیع، تجویز و مدیریت دارویی** ❖ **تائید و تصویب فارماکوپه‌ی دارویی و تجهیزاتی بیمارستان و آنالیز ABC بصورت دوره‌ای** ❖ **نظارت بر روند خطاهای دارویی و عوارض جانبی و تدوین و اجرای اقدامات پیشگیرانه/ اصلاحی**
➢ **اهم اقدامات کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در حیطه دارو؛** ۱) تائید و تصویب فهرست داروهای ضروری و حیاتی هر یک از بخش ها طبق فارماکوپه و به روزرسانی آن ۲) نظارت بر نحوه نگهداری داروها بویژه داروهای با هشدار بالا ۳) تصویب چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخش ها/ واحدها ۴) طراحی اقدامات اصلاحی/ برنامه های بهبود کیفیت پیرو نظارت مستقیم و میدانی مسئول فنی بر نحوه تجویز و مصرف ایمن داروهای مولتیپل دوز و نحوه نگهداری، تجویز، شناسایی و مصرف ایمن داروهای با هشدار بالا و پرخطر در بخش های بالینی ۵) تعیین و تصویب فرایند مدیریت تجویز خارج از فرمولاری دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی ۶) تصویب نحوه تهیه داروها و تجهیزات گران قیمت ۷) تعیین شیوه نظارت بر روند ثبت دستورات دارویی پزشکان در بخش ها و اتاق های عمل در پرونده بیماران و گزارش موارد عدم انطباق در کمیته ۸) تدوین فهرست داروهای پرخطر و سیتوتوکسیک برای هریک از بخش ها ۹) شناسایی و تدوین فهرست داروهای مشابه اسمی، ظاهری و تلفظی مورد استفاده در بیمارستان

[1] Recall

ب-۶-۲ تجویز و مصرف منطقی دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی مدیریت می‌شود
ب-۶-۲-۱/ ☐☐☑/ ۱
فرمولاری دارویی بیمارستان مطابق با دستورالعمل و در چارچوب آخرین فهرست رسمی داروهای ایران تدوین و پزشکان به آن دسترسی دارند.
❖ **تدوین و ابلاغ فرمولاری دارویی بیمارستان به صورت فایل الکترونیکی به پزشکان و بخش‌های بالینی** ❖ **دسترسی پزشکان و کارکنان مرتبط بخش‌های بالینی از فرمولاری ابلاغی بیمارستان** ❖ **بازنگری فرمولاری بیمارستان حداقل سالیانه و در فواصل زمانی کم‌تر با تشخیص کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی** ❖ **آنالیز ABC هر سه ماه یکبار برای برای تجویز و مصرف منطقی داروهای گران قیمت و پر مصرف** ❖ **دسترسی به پروتکل‌های دارویی وزارت بهداشت و تدوین راهنماهای بالینی برای حداقل ۵ داروی پرهزینه**
ضروریست فرمولاری مرکز مطابق با دستورالعمل فرآیند تدوین لیست دارویی اختصاصی بیمارستان ابلاغی سازمان غذا و دارو و معاونت درمان در کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی بیمارستان با محوریت مدیریت دارویی در چارچوب و زیرمجموعه فهرست رسمی داروهای ایران (IDL) تدوین شود. همچنین تدوین فرمولاری تجهیزات کاشتنی و ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی در مصرف بهینه و تجویز و مصرف منطقی این تجهیزات و دسترسی به دستورالعمل‌های مصرف منطقی تجهیزات مصرفی پزشکی گران قیمت و پرمصرف توصیه شده و بسیار کمک کننده است. فرمولاری و فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی پیشنهادی مسئول فنی داروخانه/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی جهت بررسی و تصویب به کمیته‌ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی ارائه شده و با مشارکت فعال پزشکان و کارکنان مرتبط تدوین و ابلاغ می‌شود.
❋ ب-۶-۲-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵
تجویز دارو توسط پزشکان در چارچوب فرمولاری بیمارستان است و هرگونه تجویز خارج از فرمولاری مدیریت می‌شود.
❖ **نظارت مسئول فنی/ رئیس بخش مراقبت‌های دارویی/ مشاوره‌ی داروساز بالینی بر هرگونه تجویز خارج از فرمولاری دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی بیمارستان** ❖ **تامین دارو و تجهیزات مصرفی خارج از فرمولاری ، با تایید صاحبان فرایند و طبق فرایند مصوب کمیته‌ی درمان دارو و تجهیزات پزشکی** ❖ **ثبت سوابق تجویز خارج از فرمولاری دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی پزشکان بیمارستان** ❖ **طرح و تصمیم گیری در زمینه ممنوعیت تجویز خارج از فرمولاری / الحاق داروهای با تواتر تجویز بالا به فرمولاری بیمارستان**
نظور از این سنجه، مدیریت تجویز داروها و تجهیزات پزشکی مصرفی خارج از فرمولاری بیمارستان، مطابق دستورالعمل‌های مربوط است. تجویز داروهای خارج از فهرست رسمی دارویی ایران (که از سوی سازمان غذا و دارو اعلام می شود) و همچنین درج یا تعریف این داروها در فرمولاری بیمارستان ممنوع است. تجهیزات پزشکی مصرفی خارج از فرمولاری بیمارستان نیز باید الزاماً در فهرست اقلام اعلام‌شده در سامانه IMED قرار داشته باشند. در صورت نیاز بیمار به دارو یا تجهیزات پزشکی مصرفی خارج از فرمولاری بیمارستان، مرکز درمانی موظف است اقلام موردنیاز را تأمین کند و نباید بیمار یا همراه وی برای تهیه آن‌ها به خارج از بیمارستان ارجاع داده شود. مسئولیت تأمین این اقلام، همانند سایر داروها و ملزومات موردنیاز بیمار، بر عهده بیمارستان است.
ب-۶-۲-۳/ ☑☑☑/ ۱,۵
متخصص داروسازی بالینی، داروهای تجویزشده را برای تمامی بیماران بستری در بخش‌های ویژه و همچنین، در سایر بخش‌های بالینی حسب اندیکاسیون بازنگری کرده و نظرات و پیشنهادات خود را در پرونده بیمار ثبت می‌نماید.
❖ **ارزیابی داروهای تجویزشده برای بیماران بستری در بخش‌های ویژه توسط متخصص داروسازی بالینی** ❖ **ارزیابی داروهای تجویزشده برای بیماران سایر بخش‌های بالینی، حسب اندیکاسیون و نیاز به مشاوره‌ی داروساز بالینی** ❖ **انجام مشاوره فارماکوتراپی در مواردی مانند تجویز داروهای تحت کنترل، مواجهه با کمبودهای دارویی و تجویز داروهای خارج از فرمولاری بیمارستان** ❖ **ثبت نتایج ارزیابی و پیشنهادهای بازنگری داروهای تجویز شده در صورت لزوم، در پرونده بیمار یا سامانه اطلاعات بیمارستان** ❖ **بررسی پیشنهادات متخصص داروسازی بالینی توسط پزشک معالج و ثبت تایید/ عدم تایید آن‌ها در پرونده‌ی بیمار یا سامانه اطلاعات بیمارستان**
در مراکز فاقد متخصص داروساز بالینی، برای تحقق این سنجه از طریق خرید خدمت، از متخصص داروساز بالینی خارج از بیمارستان استفاده شود.

ب–۷

خدمات تصویربرداری

ب–۷ خدمات تصویربرداری

ب-۷-۱ خدمات تصویربرداری با رعایت اصول ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان ارائه می‌شود
❋ ب-۷-۱-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵
بخش تصویربرداری دارای فضای فیزیکی مستقل و هشدارهای ایمنی لازم است.
❖ فضای فیزیکی مستقل و استاندارد در بخش تصویربرداری ❖ نصب علایم تصویری و نوشتاری هشداردهنده‌ی پرتوها و میدان‌های مغناطیسی ❖ اطمینان از آگاهی مراجعین از هشدارهای ایمنی بخش و قابل‌فهم، شفاف و مؤثربودن آن‌ها ❖ وجود و عملکرد مناسب چراغ‌های هشداردهنده
بخش تصویربرداری باید از نظر رعایت الزامات و نقشه‌ی فضاهای فیزیکی استاندارد بوده، تأییدیه معتبر از مراکز ذی‌صلاح را داشته باشد. همچنین به علت وجود خطرات پرتوها و به‌منظور حفظ ایمنی بیماران/ همراهان/کارکنان، فضای فیزیکی این بخش باید مستقل بوده و گذرگاه/ محل عبور و مرور به سایر قسمت‌های بیمارستان نباشد. ضروری است علائم هشداردهنده با توجه به وسعت بخش تصویربرداری و همچنین با در نظر گرفتن ملاک‌هایی از جمله خانم‌های باردار، کودکان و گروه‌های پرخطر، در خصوص خطرات پرتوی و میدان‌های مغناطیسی، تهیه و در قسمت‌هایی که در معرض دید بیماران/ همراهان/کارکنان می‌باشد به صورت، شفاف و به تعداد کافی وجود داشته باشد. اطلاع‌رسانی به بیماران دارای نقصان بینایی یا شنوایی و... و هدایت ایشان باید مورد توجه قرار گیرد. چراغ‌های هشداردهنده به‌منظور آگاه‌سازی بیماران، همراهان و کارکنان از وجود اشعه/ تابش[1] و دور نگه‌داشتن آن‌ها از منطقه تشعشع/ میدان‌های مغناطیسی با هدف کاهش مخاطرات مرتبط (شامل چگونگی قرارگیری در محیط‌های پرتویی/مغناطیسی) به‌منظور افزایش ایمنی افراد و پیشگیری از پرتوگیری غیر ضرور است؛ لذا ضروری است چراغ‌های هشداردهنده، فعال و سالم و متناسب با اکسپوز (تابش) دستگاه‌ها در بالای درب ورودی اتاق‌های تصویربرداری وجود داشته باشند. علاوه بر نصب علایم هشداردهنده، بهره‌گیری از سیستم‌های قفل‌کننده‌ی موقت ورودی‌ها، هم‌زمان با عملکرد دستگاه‌ها توصیه می‌شود. ➢ **محوطه واحد امآرآی به چهار منطقه تقسیم می‌شود که شامل:** ۱) منطقه یک: منطقه‌ی پذیرش بیماران امآرآی و سالن انتظار بیمار ۲) منطقه دو: شامل رختکن‌ها و محل جابه‌جایی امن بیمار و انتقال از تخت بیمار به تخت ویلچر سازگار با محیط امآرآی ۳) منطقه سه: شامل ریکاوری و اتاق کنترل امآرآی (محل استقرار کارشناس) ۴) منطقه چهار: شامل اتاق مگنت و تجهیزات سازگار با میدان مغناطیسی ➢ **ملاحظات ایمنی در واحد امآرآی شامل موارد زیر می‌باشد:** ۱) ایجاد و رعایت حیطه و الزامات مناطق چهارگانه در راستای حفظ سلامتی بیمار و حفظ تجهیزات مستقر در هر منطقه ۲) رعایت امکانات و شرایط جابه‌جایی امن بیماران بستری/ اورژانسی از تخت بیمار به تخت سازگار با محیط امآرآی در منطقه دو ۳) کنترل رفت و آمد بیماران و کارکنان سایر بخش‌ها به واحد امآرآی به‌منظور حفظ ایمنی بیمار (ترجیحاً نصب درب برقی و رمزدار بین مناطق یک و دو، دو و سه) ۴) فراهم بودن تجهیزات مورد نیاز و سازگار[2] با محیط امآرآی ازجمله، دستر سی به ترالی احیا (زیر یک دقیقه)، ویلچر، تخت، کپسول اکسیژن، کپسول آتش‌نشانی، پالس اکسی‌متر (نکته مهم: هرگونه تجهیزات فلزی مانند کپسول‌ها باید کاملاً به دور از محوطه تأثیر امواج باشند) ۵) به‌منظور ایجاد دقت و حساسیت بیشتر، نصب علائم هشداردهنده‌ی میدان مغناطیسی در ورودی مناطق پرخطر الزامی است. این علائم باید به‌گونه‌ای طراحی شوند که ورود افراد دارای پیس‌میکر (باتری قلب)، پروتزهای ناسازگار با امآرآی، کاشت حلزون گوش، اشیای فلزی، تلفن همراه، کلید، کارت‌های بانکی و موارد مشابه را به شدت منع کنند تا از بروز هرگونه حادثه پیشگیری شود. در صورت نیاز به احیای قلبی - ریوی، بیمار باید بلافاصله از منطقه چهار (اتاق مگنت) به منطقه سه (اتاق ریکاوری) منتقل شود. ورود تیم احیا به اتاق مگنت با وسایل شخصی ممنوع است.

[1] Expose
[2] compatible

ب-۷-۱-۲/ ☑☐☐/ ۱

مسئول فیزیک بهداشت بیمارستان بر اساس شرح وظایف ابلاغی در بیمارستان فعالیت می‌کند.

- **ابلاغ مسئول فیزیک بهداشت مطابق با «ضوابط دریافت تأییدیه مجوز کار با اشعه در مراکز پرتو تشخیصی»**
- **آگاهی مسئول فیزیک بهداشت از شرح وظایف محوله طبق ضوابط فوق**
- **انجام وظایف محوله طبق ضوابط فوق توسط مسئول فیزیک بهداشت**
- **عدم‌پذیرش مسئولیت هم‌زمان بیش از یک مرکز تصویربرداری و حضور حداکثری در شیفت‌های فعال**

مطابق با تبصره ۱ ذیل بند ۴ - ۵ ضوابط دریافت تأیید مجوز کار با اشعه در مراکز پرتو تشخیصی «مسئول فیزیک بهداشت هم‌زمان نمی‌تواند مسئولیت بیش از یک مرکز را بر عهده بگیرد. همچنین باید اکثر شیفت‌های مؤثر یک مرکز را پوشش دهد».

- **مطابق با دستورالعمل «ضوابط دریافت تأییدیه مجوز کار با اشعه در مراکز پرتو تشخیصی» ۲۱ شرح وظیفه برای مسئول فیزیک بهداشت به شرح زیر تدوین شده است که آگاهی، پیگیری و اجرای دقیق تمامی آن‌ها برای وی الزامی می‌باشد:**

۱) همکاری و ارائه گزارش‌های لازم به واحد قانونی جهت اجرای قانون حفاظت در برابر اشعه، مقررات، دستورالعمل‌ها و توصیه‌های مربوطه در حوزه فعالیت خود

۲) تعیین منطقه کنترل شده و تحت نظارت (منطقه کنترل شده در ارتباط با هر منبع اشعه به منطقه‌ای اطلاق می‌گردد که در آن منطقه باید معیارهای حفاظتی و ایمنی ویژه جهت کنترل پرتوگیری و یا جلوگیری از پرتوگیری رعایت گردد)

۳) معرفی کارکنان شاغل در منطقه کنترل شده به واحد قانونی پس از تأیید در کمیسیون ماده ۸ جهت بررسی صلاحیت کار با پرتو آنان

۴) تشکیل پرونده و ثبت سوابق پزشکی و پرتوگیری افرادی که صلاحیت ایشان به‌عنوان پرتوکار توسط واحد قانونی تأیید شده است. همچنین برنامه‌ریزی جهت انجام آزمایش‌ها و معاینات قبل از استخدام و به‌صورت دوره‌ای برای آنان و پیگیری اجرای توصیه‌های پزشک واحد قانونی در ارتباط با ادامه فعالیت آنان

۵) استعلام سوابق پزشکی و پرتوگیری پرتوکاران جدیدالاستخدام از محل کار قبلی و ثبت در پرونده‌های مربوطه و اعلام آن به واحد قانونی

۶) پیش‌بینی و تهیه تجهیزات ایمنی حفاظت در برابر اشعه

۷) نظارت بر استفاده صحیح از تجهیزات ایمنی و حفاظت در برابر اشعه توسط پرسنل و بیماران

۸) پیش‌بینی و تهیه دزیمترهای فردی و آشکارسازهای مناسب جهت اعمال وظایف قانونی و ثبت نتایج دزیمتری پرتوکاران مراکز تحت پوشش خویش و حذف نام سایر افراد از فهرست پرتوکاران

۹) بازرسی و کنترل نظام‌یافته‌ی منابع پرتو و محیط کار در منطقه کنترل شده و نواحی اطراف آن با استفاده از روش‌ها و تجهیزات مناسب و جلوگیری از ادامه کار با منبع پرتو در صورت مشاهده‌ی هرگونه نقص که احتمال پرتوگیری غیرضروری را همراه داشته باشد

۱۰) ثبت گزارش‌ها و نتایج بازرسی و نظارت بر اجرای توصیه‌های حفاظتی و ایمنی و ارائه آن به واحد قانونی در صورت لزوم

۱۱) تفسیر نتایج اندازه‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی به‌منظور کاهش پرتوگیری به حداقل موجه قابل‌دستیابی(As Low As Reasonably Achievable)

۱۲) تنظیم دستورالعمل شرایط کاری بهینه برای هر دستگاه مولد پرتو موجود به طور جداگانه و نصب آن در محل اتاق کنترل جهت جلوگیری از اعمال شرایط متفاوت

۱۳) تهیه دستورالعمل فوریت‌ها که در مواقع بروز سانحه باید اجرا گردد و اخذ تأییدیه‌های مربوطه از واحد قانونی

۱۴) تهیه و نصب علائم هشداردهنده و توصیه‌های ویژه حفاظت در برابر اشعه در محل‌های مناسب

۱۵) آموزش مستمر نکات حفاظت در برابر اشعه به پرتوکاران

۱۶) تهیه و تدوین دستورالعمل مربوط به جلوگیری از پرتوگیری خانم‌های شاغل باردار

۱۷) تهیه و تدوین دستورالعمل مربوط به جلوگیری از پرتوگیری ناخواسته خانم‌های باردار (بیماران)

۱۸) جلوگیری از ورود افرادی که فاقد تجهیزات دزیمتری فردی هستند به منطقه کنترل شده (به‌استثنای بیماران در مراکز پزشکی که پرتوگیری آن‌ها از نظر پزشک اجتناب‌ناپذیر تشخیص داده شده باشد)

۱۹) پیگیری و اجرای تمامی دستورالعمل‌های حفاظت در برابر اشعه که توسط واحد قانونی ابلاغ می‌گردد

۲۰) شرکت در جلسات کمیسیون ماده ۸ جهت تکمیل و تأیید فرم‌های درخواست دریافت فوق‌العاده کار با اشعه پرتوکاران

۲۱) ارائه گزارش به کمیسیون ماده ۸ در رابطه با برنامه حفاظت در برابر اشعه

ب-۷-۱-۳/ ☑☑☐/ ۱
خدمات تصویربرداری با توجه به پروانه‌ی بهره‌برداری و حیطه‌ی عملکردی بیمارستان برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
❖ **ارائه خدمات تصویربرداری بر اساس لیست خدمات قابل‌ارائه برای بیماران اورژانسی، بستری و سرپایی در مرکز** ❖ **پایش عملکرد واحد تصویربرداری بر اساس لیست خدمات قابل‌ارائه و گزارش خدمات ارائه نشده به تیم رهبری و مدیریت** ❖ **شناسایی، تحلیل و بررسی علل انجام نشدن این خدمات** ❖ **تدوین و اجرای اقدام اصلاحی به‌منظور رفع علل عدم انجام خدمات** ❖ **ارزیابی دوره‌ای و بررسی اثربخشی اقدامات انجام شده**
منظور از خدمات انجام نشـــده، خدماتی اســـت که با توجه به پروانه‌ی بهره‌برداری و نوع فعالیت/گرایش بیمارســـتان، انجام آن در حیطه‌ی فعالیت بخش تصویربرداری می‌باشد؛ اما بخش تصویربرداری به دلیل موانع ساختاری، کمبود تجهیزات، منابع انسانی، پیچیده و زمان‌بر بودن پروسیجر، وزن بالای بیماران و... این خدمات را به بیماران اورژانسی، بستری و سرپایی ارائه نمی‌کند.
ب-۷-۲ بیمارستان از آمادگی بیماران برای انجام تصویربرداری اطمینان حاصل می‌نماید
ب-۷-۲-۱/ ☑☐☐/ ۱
متصدی پذیرش تصویربرداری اطلاعات لازم را در زمان پذیرش بیماران اخذ و ثبت می‌نماید.
❖ **اخذ و ثبت دقیق اطلاعات هویتی بیماران حداقل با دو شناسه (دستورالعمل شناسایی بیمار) و نام پزشک درخواست‌کننده** ❖ **ثبت دقیق ساعت، تاریخ، علت مراجعه، شکایت فعلی بیمار و نوع تصویربرداری** ❖ **بررسی و ثبت سوابق حساسیت دارویی در موارد مداخله‌ای**
نام بخش برای بیماران بستری و شماره تماس برای بیماران سرپایی باید در زمان پذیرش اخذ و ثبت شود. حصول اطمینان از صحت و در دسترس بودن اطلاعات تماس با بیمار (مانند شماره تلفن ثابت و سیار) ضروری است. همچنین ثبت اطلاعات مذکور در بیماران سرپایی توسط متصدی پذیرش واحد تصویربرداری انجام می شود؛ اما در بیماران بستری با توجه به اینکه درخواست به صورت الکترونیک ارسال می‌گردد لازم است اطلاعات توسط متصدی پذیرش تصویربرداری مجدداً کنترل شود.
ب-۷-۲-۲/ ☑☑☐/ ۱
بیمارستان از آموزش و آمادگی مناسب بیماران پیش از انجام پروسیجرهای تصویربرداری، متناسب با نوع پروسیجر، اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **شناسایی و فهرست نمودن پروسیجرهای نیازمند کسب آمادگی** ❖ **تهیه محتوای آموزشی برای آمادگی متناسب با هر یک از پروسیجرهای شناسایی شده** ❖ **دسترسی بیماران سرپایی و بخش‌های بستری به محتوای آموزشی مرتبط برای آمادگی انجام پروسیجرها** ❖ **ارائه‌ی توضیحات کامل و قابل‌درک به‌صورت شفاهی/کتبی در خصوص آمادگی‌های پیش از انجام پروسیجرها به بیماران سرپایی توسط کارکنان فنی تصویربرداری** ❖ **ارائه‌ی توضیحات کامل و قابل‌درک به‌صورت شفاهی/کتبی در خصوص آمادگی‌های پیش از انجام پروسیجرها به بیماران بستری توسط پرستار** ❖ **اطمینان از درک آموزش‌ها توسط بیمار یا همراه** ❖ **ارائه‌ی آموزش‌های لازم به بیماران در حین و پس از انجام تصویربرداری توسط پزشک/کارکنان فنی بخش تصویربرداری**
توضیحات ارائه شده در خصوص آمادگی‌های قبل از انجام پروسیجرهای مختلف، باید به‌گونه‌ای باشد که برای تمامی بیماران (به‌ویژه افراد بی‌سواد/ کم‌سواد، سالمندان و کسانی که به زبان رایج منطقه مسلط نیستند) واضح، روشن و قابل‌درک باشد. همچنین ضروری است اطلاعرسانی و آموزش‌های لازم در خصوص نحوه‌ی آماده‌سازی بیماران برای پروسیجرهای مختلف تصویربرداری با محوریت مسئول فنی بخش تصویربرداری در بخش‌های بالینی برنامه‌ریزی و انجام شود. ارائه آموزش‌های لازم به بیماران در خصوص اثرات احتمالی دارو و مراقبت‌های لازم پس از انجام تصویربرداری توسط پزشک/کارکنان فنی و نیز بررسی اثربخشی آن ضروری است.

❋ ب-۷-۲-۳/ ☐☐☑/ ۲

بیمارستان از انجام اقدامات لازم پیش از پروسیجرهای تهاجمی و مداخله‌ای در واحد تصویربرداری اطمینان حاصل می‌نماید.

- تدوین دستورالعمل «نحوه‌ی استفاده ایمن از مواد حاجب» و آگاهی و عملکرد کارکنان بر اساس آن
- تهیه‌ی فهرست پروسیجرهای نیازمند بیهوشی یا آرام‌بخشی و سایر پروسیجرهای تهاجمی
- اخذ رضایت آگاهانه از بیمار/ ولی قانونی برای انجام پروسیجرهای تهاجمی مطابق با دستورالعمل ابلاغی اخذ رضایت آگاهانه
- برنامه‌ریزی و آگاهی متخصصان بیهوشی از نحوه همکاری، حضور به‌موقع و مستمر در حین مراقبت‌های بیهوشی

در دستورالعمل «نحوه‌ی استفاده‌ی ایمن از مواد حاجب» باید اخذ شرح‌حال بیماران، نحوه‌ی آماده‌سازی و استفاده از مواد حاجب تزریقی/خوراکی، خطرات احتمالی و راهکارهای کنترل آن‌ها برای هر یک از مواد حاجب و کنترل‌های لازم از جمله تست‌های آزمایشگاهی (مانند کراتینین) مدنظر باشد. امکانات لازم برای انجام تصویربرداری تحت بیهوشی با مشارکت مسئول فنی تصویربرداری و متخصصان بیهوشی شناسایی و تأمین شود.

پروسیجرهای تهاجمی/ مداخله‌ای توسط متخصصین رادیولوژی و تزریق ماده‌ی حاجب طبق شرح وظایف (کتاب طبقه‌بندی مشاغل) می‌تواند توسط کارشناسان رادیولوژی با نظارت و سرپرستی پزشک انجام پذیرد.

❋ ب-۷-۲-۴/ ☐☐☑/ ۲

پروسیجرهای تهاجمی/ مداخله‌ای در واحد تصویربرداری با رعایت اصول ایمنی بیمار و ضوابط مربوط انجام می‌شود.

- شناسایی بیمار به‌صورت فعال مطابق با دستورالعمل ابلاغی شناسایی بیمار
- اجرای پروسیجر صحیح برای بیمار صحیح روی عضو صحیح
- القای بیهوشی و آرام‌بخشی بیماران در واحد تصویربرداری توسط پزشک متخصص بیهوشی
- رعایت تمامی الزامات بیهوشی و آرام‌بخشی ایمن اعم از تجهیزات، ترالی‌های دارو، مراقبت‌های قبل، حین و پس از بیهوشی (ریکاوری) با رعایت ایمنی دارویی
- رعایت اصول پیشگیری و کنترل عفونت
- ترخیص و تحویل ایمن بیمار از محل اجرای پروسیجر

بیمارستان باید تمهیدات خود را در خصوص انجام بیهوشی و استفاده از آرام‌بخش‌ها با توجه کامل به ایمنی دارویی با هماهنگی پزشک متخصص بیهوشی برنامه‌ریزی نماید به‌نحوی که روند انجام پروسیجر برای بیماران دچار اختلال یا تأخیر نشود. لازم است فضای مناسب و ایمن با رعایت موازین کنترل عفونت با امکانات مراقبتی برای ریکاوری بیماران تحت بیهوشی و کنترل عوارض احتمالی تأمین شود. وجود امکانات مانیتورینگ و در دسترس بودن ترالی اورژانس برای بیماران تحت آرام‌بخشی/بیهوشی و هم چنین بیمارانی که در ریکاوری حضور دارند ضروری است.

ب-۷-۳ واحد تصویربرداری به‌منظور ارائه‌ی خدمات تصویربرداری با کیفیت، برنامه‌ریزی و پیگیری لازم را انجام می‌دهد

❋ ب-۷-۳-۱/ ☐☐☑/ ۲

اصول ایمنی بیماران در همه‌ی مراحل تصویربرداری رعایت می‌شود.

- شناسایی بیمار به‌صورت فعال مطابق با دستورالعمل ابلاغی شناسایی بیمار
- تحویل ایمن بیماران طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
- پیش‌بینی تمهیدات لازم برای مدیریت و پیشگیری از سقوط بیماران در تصویربرداری
- پیش‌بینی تمهیدات لازم برای مراقبت از بیماران کم‌توان جسمی، سالمندان، مادران باردار، اطفال و بیماران دارای آلرژی
- پیش‌بینی تمهیدات لازم برای مدیریت تداخلات و خطاهای دارویی (حساسیت‌های دارویی، داروهای مورداستفاده‌ی بیمار مانند متفورمین و...)
- رعایت نکات ایمنی در خصوص پیشگیری از بروز آسیب به بیمار/مراجعین و کارکنان از ناحیه کاربری دستگاه‌ها
- برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی بیماران بدحال با توجه به ظرفیت‌ها و انجام تصویربرداری آن‌ها در حداقل زمان ممکن
- همراهی مستمر پرستار برای تداوم مراقبت بیماران حاد و بیماران بیهوش/ کاهش سطح هوشیاری در واحد تصویربرداری با رعایت اصول حفاظت در برابر اشعه
- رعایت موازین کنترل عفونت در استفاده از پروب‌های سونوگرافی، تخت و سایر ابزارهای در تماس با بیمار و نیز رعایت بهداشت دست
- ارائه‌ی آموزش و آگاهی به بیماران در خصوص اهمیت استفاده از وسایل حفاظت در برابر اشعه و در دسترس بودن آن‌ها

این سنجه مراحل تصویربرداری اعم از تصویربرداری داخل بخش رادیولوژی و رادیوگرافی پرتابل در اتاق عمل و در بخش‌ها بر بالین بیمار و سونوگرافی را شامل می‌شود. تدوین دستورالعمل «مراقبت ایمن در تصویربرداری» با در برداشتن گام‌های فوق و آگاهی و اقدام کارکنان بخش‌های بالینی و تصویربرداری بر اساس آن توصیه می‌گردد.

به منظور حفظ ایمنی و جلوگیری از خطاهای احتمالی، شناسایی بیمار در هر یک از مراحل زیر ضروری است: ۱) زمان پذیرش ۲) هنگام فراخوان و هدایت به اتاق‌های تصویربرداری ۳) قبل از انجام تصویربرداری/ هرگونه تزریق یا دارودهی به بیمار ۴) زمان تحویل نتایج به بیماران

ضروری ا ست در خ صوص بیماران/ مراجعین سرپایی که فاقد د ستبند شنا سایی ه ستند شنا سه‌های نام، نام خانوادگی، نام پدر و سال تولد (سن) از بیمار/مراجعه‌کننده پرسیده شده با مشخصات بیمار در دستور درخواست تصویربرداری تطبیق داده شود.

ضمناً به‌منظور کسب اطمینان از انجام تصویربرداری صحیح بر روی بیمار صحیح و عضو صحیح (برای قسمت‌های متقارن بدن که دارای طرف چپ و راست هستند) ضروری است از مارکر استفاده شود. تصاویر خروجی از بخش تصویربرداری باید علاوه بر مشخص بودن جهت عضو (چپ/راست)، دارای مشخصات بیمارستان، نوع درخواست/ تصویربرداری انجام شده، نام پزشک درخواست‌کننده، نام و نام خانوادگی، نام پدر و سن بیمار باشد.

از جمله آ سیب‌ها و خطرات نا شی از کاربری د ستگاه‌های ت صویربرداری می‌توان به سقوط این د ستگاه‌ها در بخش یا هنگام ا ستفاده از د ستگاه‌های پرتابل، ملاحظات مربوط به حفاظت از بیماران و کارکنان در برابر حوادث ناشی از امواج ام‌آرآی و نیز پرتوگیری بیش از حد مجاز اشاره کرد.

*** ب-۷-۳-۲/ ☑☐☐/ ۲**

نتایج تصویربرداری بدون اختلال/ تأخیر در روند تشخیص و درمان در اختیار پزشکان قرار می‌گیرد.

- **برنامه‌ریزی و زمان‌سنجی انجام و گزارش تصویربرداری‌های اورژانسی توسط کمیته‌ی مرتبط با مشارکت مسئول فنی تصویربرداری**
- **ابلاغ مصوبه‌ی کمیته به بخش تصویربرداری و بخش‌های بالینی در خصوص حداکثر مهلت زمان انجام و گزارش نتایج تصویربرداری اورژانسی**
- **انجام و گزارش تصویربرداری‌های اورژانسی بدون ایجاد هرگونه اختلال/ تأخیر در روند تشخیص و درمان بر اساس مصوبه‌ی کمیته**
- **برنامه‌ریزی و زمان‌سنجی انجام و گزارش تصویربرداری‌های غیراورژانسی توسط کمیته‌ی مرتبط با مشارکت مسئول فنی تصویربرداری**
- **ابلاغ مصوبه‌ی کمیته به بخش تصویربرداری و بخش‌های بالینی در خصوص حداکثر مهلت زمان انجام و گزارش نتایج تصویربرداری غیراورژانسی**
- **انجام و گزارش تصویربرداری‌های غیراورژانسی بدون ایجاد هرگونه اختلال/ تأخیر در روند تشخیص و درمان بر اساس مصوبه‌ی کمیته**

تأیید پز شکان در خ صوص رعایت زمان سنجی انجام و گزارش ت صویربرداری‌های اورژا سی و غیراورژا سی در واحد ت صویربرداری یکی از ملاک‌های مهم ارزیابی است.

ب-۷-۳-۳/ ☑☑☐/ ۱

نظارت مستمر مسئول فنی واحد تصویربرداری بر عملکرد بخش منجر به اقدامات اصلاحی/ برنامه‌ی بهبود مؤثر می‌شود.

- **کنترل و بررسی کیفیت تصاویر/ خدمات توسط مسئول فنی/ فرد صاحب صلاحیت بخش تصویربرداری**
- **نظارت بر اجرای استانداردها و عملکرد کارشناسان فنی**
- **شناسایی و بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت خدمات به‌صورت منظم و دوره‌ای**
- **تحلیل و اولویت‌بندی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت خدمات و طراحی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌ی بهبود برای ارتقای آن**
- **ارزیابی مجدد دوره‌ای و بررسی اثربخشی اقدامات انجام شده**

خدمات بخش تصویربرداری مشتمل بر فعالیت‌های بالینی و غیربالینی می‌باشد. انتظار می‌رود برنامه‌ای مشخص به‌صورت مدون با همکاری کارشناسان فنی و تحت‌نظر مسئول فنی بخش تصویربرداری با در نظر گرفتن حداقل‌هایی از جمله شناسایی و بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت تصاویر، اولویت‌بندی شده و پس از بررسی عدم انطباق‌ها، اقدامات اصلاحی با هدف رفع نواقص و جلوگیری از بروز مجدد به عمل آید. نتایج اقدامات و مصوبات باید به تمام کارکنان فنی بخش برای اجرا، اطلاع‌رسانی گردد. فرد صاحب صلاحیت فردی است که با شرح وظایف مشخص از سوی مسئول فنی بخش تصویربرداری تعیین می‌شود.

- **یکی از مهم‌ترین اقدامات/خدمات واحد تصویربرداری، تهیه و تنظیم گزارش[1] تصاویر است؛ بنابراین لازم است در گزارش نهایی تصویربرداری موارد زیر ذکر شوند:**

۱) مشخصات بیمار منطبق با د ستبند شنا سایی بیمار در بیماران بستری ۲) تاریخ و زمان انجام پرو سیجر ۳) امضا، مهر و نام رادیولوژیست ۴) خلا صه‌ی شرح‌حال ۵) گزارش ارزیابی ۶) تشخیص احتمالی ۷) توصیه‌های تکمیلی و برجسته نمودن نکات غیرطبیعی

[1] Report

❊ ب-۷-۳-۴/ ☑☐☐/ ۲

بیمارستان از گزارش و اقدام به‌موقع در قبال نتایج بحرانی تصویربرداری اطمینان حاصل می‌نماید.

- **تدوین دستورالعمل «گزارش آنی و مدیریت نتایج بحرانی در بیماران بستری و سرپایی»**
- **تعیین موارد بحرانی نتایج تصویربرداری با مشارکت پزشکان متخصص/ فوق‌تخصص به تفکیک گروه‌ها و شرایط بالینی بیماران**
- **قرار گرفتن لیست موارد بحرانی تصویربرداری در معرض دید تمام کارکنان مرتبط**
- **آگاهی کارکنان مرتبط از موارد بحرانی و روند ارسال و دریافت گزارش نتایج بحرانی**
- **برقراری ارتباط مؤثر و به‌موقع برای اطلاع‌رسانی نتایج بحرانی تصویربرداری**

ضروری است پیش از هرگونه تکرار/ کنترل مجدد نتایج بحرانی تصویربرداری به پزشک معالج و در صورت عدم دسترسی به پرستار بخش مربوطه اطلاع‌رسانی شود.

لیست موارد بحرانی تصویربرداری با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین می‌شود. این لیست توسط مسئول فنی تصویربرداری در کمیته‌ی مرتبط پیشنهاد شده و پس از تصویب به تمامی بخش‌های بالینی (اعم از بستری و سرپایی) و تصویربرداری ابلاغ می‌گردد. ضروری است آموزش‌های لازم با هدف شناسایی به‌موقع و مدیریت موارد بحرانی، برای تمامی کارکنان فنی تدوین و اجرا گردد.

- **دستورالعمل نحوه برخورد و گزارش آنی نتایج بحرانی حداقل شامل:**

۱) استفاده از خط آزاد ارتباطی برای اطلاع‌رسانی آنی به بخش

۲) تعیین فرد یا افراد مشخص در تصویربرداری که مجاز به اطلاع‌رسانی نتیجه‌ی بحرانی هستند

۳) تعیین فرد یا افراد مسئول و نحوه‌ی ثبت نتایج در بخش‌های بیمارستان

۴) اقدامات بعدی در صورت عدم موفقیت در برقراری ارتباط در بار اول و نحوه‌ی اطلاع‌رسانی مجدد

۵) اقدامات پایه اولیه برای مدیریت بیمار بدحال

- **از روش چهار مرحله‌ای زیر به منظور برقراری چرخه کامل و مطمئن انتقال صحیح اطلاعات درست، بین کارکنان پاراکلینیک و کادر بالینی و نیز بین کارکنان بالین (اعم از پزشک و پرستار) استفاده شود؛**

۱) بازخوانی شنیده[۱] ۲) یادداشت شنیده[۲] ۳) بازخوانی یادداشت[۳] ۴) اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات[۴]

ب-۷-۳-۵/ ☑☐☐/ ۱

سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی[۵] به سامانه‌ی ذخیره‌سازی و انتقال تصاویر پزشکی[۶] متصل است.

- **اتصال تمامی تجهیزات تصویربرداری به سامانه‌ی ذخیره‌سازی و انتقال تصاویر پزشکی بیمارستان**
- **دسترسی به سوابق تصویربرداری بیمار با استفاده از یک شناسه واحد و مشخص**
- **ذخیره‌سازی گزارش تصویربرداری‌های انجام شده در بیمارستان در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی**

استاندارد دایکام[۷] به‌عنوان تنها خروجی استاندارد بخش تصویربرداری است؛ لذا تمامی بیمارستان‌ها باید زیرساخت‌های نصب و راه‌اندازی سامانه‌ی ذخیره‌سازی و انتقال تصاویر پزشکی را فراهم نمایند و از چاپ و پرینت کلیشه اجتناب کنند.

سوابق هر بیمار باید با استفاده از یک شناسه‌ی واحد، بازیابی شود. استفاده از نام و نام خانوادگی بیمار به دلیل احتمال تشابه اسمی قابل‌قبول نبوده و توصیه می‌شود با استفاده از کد ملی و یا شناسه الکترونیک بیماران در بیمارستان این مشکل مرتفع گردد.

به‌منظور دسترسی سریع و آسان به سوابق تصویربرداری در مواقع ضروری (نظیر ارجاع به پزشکی قانونی، سایر مراکز درمانی یا پزشکان معالج)، ثبت یک نسخه از گزارش تصویربرداری در سامانه اطلاعات بیمارستان، همانند سایر سوابق پزشکی بیمار، الزامی است.

با توجه به لزوم تعریف سطوح دسترسی‌های متفاوت برای کاربران مختلف بیمارستان در سامانه‌ی ذخیره‌سازی و انتقال تصاویر پزشکی؛ تعیین این سطوح بر عهده کمیته‌ی مرتبط با حضور مسئول فنی/کارشناسان بخش تصویربرداری است. بدیهی است دسترسی‌های مصوب این کمیته، پس از تأیید نهایی، ضروری است به صاحبان فرایند ابلاغ گردد.

[1] Read Back
[2] Write Down
[3] Repeat Back
[4] Close the Loop
[5] HIS
[6] PACS (Picture Archieving Communication)
[7] Digital Imaging and Communications in Medicine (DICOM)

ب-۷-۳-۶/ ☑☑☐/ ۱
مدیریت و پشتیبانی سامانه‌ی ذخیره‌سازی و انتقال تصاویر پزشکی انجام می‌شود.
❖ **صدور ابلاغ کارشناس فنی تصاویر دیجیتال بیمارستان** ❖ **نظارت، آموزش، پشتیبانی، رفع اشکالات و یا اصلاح خطاهای احتمالی برای کارکنان مرتبط توسط کارشناس فنی تصاویر دیجیتال** ❖ **سهولت دسترسی به امکانات گزارش‌گیری آمار و اطلاعات از سامانه‌ی ذخیره‌سازی و انتقال تصاویر پزشکی**
مسئول فنی بخش تصویربرداری یک نفر را به‌عنوان کارشناس فنی تصاویر دیجیتال و همچنین رابط بین بخش تصویربرداری و واحد فناوری اطلاعات بیمارستان تعیین و به بخش‌های مختلف بیمارستان معرفی می‌نماید. فرد منتخب ترجیحاً یک نفر از بین کارشناسان واحد تصویربرداری بوده که بر تمامی فرایندهای واحد تصویربرداری اشراف داشته و آشنا به امور رایانه‌ای و سامانه‌ی ذخیره‌سازی و انتقال تصاویر پزشکی باشد. یکپارچه‌سازی RIS-PACS[1] به مفهوم آن است که با وارد نمودن مشخصات بیمار در هر واحدی، نیاز دوباره به وارد کردن اطلاعات توسط کارکنان واحد تصویربرداری نباشد و این ارتباط یک‌بار و برای همه مراجعه‌ها ایجاد شده باشد. ایجاد هرگونه ارتباط بین سیستم PACS و RIS[2] توسط کارشناس فنی تصاویر دیجیتال برنامه‌ریزی می‌شود.

[1] RIS-PACS integration
[2] Radiological Information System

ب–۸

خدمات آزمایشگاه و طب انتقال خون

ب–۸ خدمات آزمایشگاه و طب انتقال خون

ب–۸–۱ نمونه‌گیری آزمایشگاه/ بانک خون بر اساس استانداردها و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

❋ ب–۸–۱–۱/ ☐☐☑/ ۲

نمونه‌گیری آزمایشگاه/ بانک خون با رعایت الزامات شناسایی و ایمنی، کنترل عفونت و ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.

- ارائه‌ی راهنمایی‌ها درخصوص آمادگی لازم پیش از جمع‌آوری نمونه به بیماران، پزشکان و سایر کارکنان بالینی
- آگاهی کارکنان بالینی در بخش‌های بستری و کارکنان آزمایشگاه از راهنمای جمع‌آوری نمونه‌ها و سایر الزامات نمونه‌گیری
- آموزش بیمار/ همراه درخصوص نحوه‌ی گرفتن نمونه‌هایی که توسط بیمار جمع‌آوری می‌شود
- کسب اطمینان از رعایت آمادگی‌های لازم بیماران بستری و سرپایی پیش از جمع‌آوری نمونه
- احراز هویت و شناسایی بیمار پیش از پذیرش و پیش از نمونه‌گیری
- نمونه‌گیری توسط فرد ذی‌صلاح با رعایت تمام موازین نمونه‌گیری
- خون‌گیری از بیماران با شیوه خلا و خودکار
- رعایت شرایط مناسب جهت حفظ کیفیت نمونه در هنگام نمونه‌گیری و نگهداری/ انتقال نمونه‌های آزمایشگاهی از بخش‌های بستری به آزمایشگاه و از آزمایشگاه به سایر مراکز

منظور از آمادگی بیماران پیش از جمع‌آوری نمونه، شرایطی مثل ناشتایی، عدم مصرف غذا یا داروی خاص، ورزش و... است. نمونه‌هایی که توسط خود بیمار جمع‌آوری می‌شود شامل نمونه‌ی ادرار، مدفوع، خلط و... است. راهنماهای لازم درخصوص جمع‌آوری انواع نمونه (شامل سرم، پلاسما، ادرار تصادفی) برای هر آزمایش تدوین، به بخش‌های بالینی ابلاغ و پرسنل بر اساس آن اقدام به جمع‌آوری نمونه می‌نمایند.

در راهنمای جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی نحوه‌ی صحیح جمع‌آوری نمونه، نوع نمونه‌ی مورد نیاز برای انجام هر آزمایش، زمان نمونه‌گیری برای آزمایش‌های خاص، وسایل لازم برای جمع آوری نمونه، ویژگی ظروف جمع آوری نمونه، حجم نمونه مورد نیاز و هرگونه مواد افزودنی شامل مواد نگهدارنده و ضد انعقادهای لازم (مطابق با استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی) نوشته و تهیه‌ی نمونه توسط فرد ذی صلاح انجام شود. اخذ نمونه هایی مانند ادرار ۲۴ ساعته و جمع آوری خلط و... توسط پرسنل خدماتی ممنوع است.

برای تعیین گروه خونی و پیشگیری از خطاهای احتمالی در شناسایی بیماران و زنجیره‌ی انتقال خون، ارسال دو نوبت نمونه‌ی خون بیمار (در دو زمان متفاوت) ضروری است. در بیمارانی که دارای سابقه‌ی قبلی تزریق خون در مرکز درمانی می‌باشند یک نوبت نمونه‌گیری مورد پذیرش می‌باشد و یک نوبت آن نیز سابقه قبلی بیمار لحاظ می‌گردد.

حذف دخالت‌های انسانی در آماده‌سازی محلول‌های افزودنی و استانداردسازی حجم نمونه‌گیری، از مهم‌ترین اقدامات پیشگیرانه برای کاهش خطاهای آزمایشگاهی در مرحله‌ی نمونه‌گیری است. استفاده از ابزارهای معتبر خون‌گیری از بیماران با شیوه‌ی خلا و خودکار برای نمونه‌های بیماران بستری و سرپایی به پیشگیری و کاهش خطاهای آزمایشگاهی کمک زیادی می‌کند.

ب–۸–۱–۲/ ☐☑☑/ ۱

معیارهای پذیرش (رد و قبول) نمونه‌های دریافتی از سایر بخش‌ها تعیین شده و بر اساس آن اقدام می‌شود.

- تعیین معیارهای رد و قبول نمونه‌های مختلف توسط آزمایشگاه/بانک خون
- اطلاع رسانی و اطمینان از آگاهی کارکنان بخش‌های بستری از معیارهای رد و قبول نمونه‌های آزمایش
- آگاهی کارکنان نمونه‌گیری و پذیرش آزمایشگاه/بانک خون از معیارهای رد و قبول نمونه‌های آزمایش
- پذیرش نمونه‌های آزمایش با در نظر گرفتن معیارهای رد و قبول نمونه در آزمایشگاه/ بانک خون

در آزمایشگاه بیمارستانی لازم است مسئول پیگیری نمونه‌های غیرقابل‌قبول تعیین شده باشد تا در صورت وجود معیارهای رد نمونه و عدم انطباق با شرایط پذیرش نمونه بلافاصله با بخش مربوطه یا آزمایشگاه ارجاع‌دهنده هماهنگی‌های لازم جهت نمونه‌گیری مجدد به عمل آید. سوابق این موارد در جلسات تعاملی بین بخشی و یا با آزمایشگاه ارجاع‌دهنده توسط مسئول پیگیری نمونه‌ها/سوپروایزر آزمایشگاه بررسی، اقدام اصلاحی و پیشگیرانه با مشارکت سرپرستاران و مدیریت پرستاری تعیین و اجرا شود.

در برخی موارد که نمونه به لحاظ بالینی حساس بوده و قابل جایگزینی نیست و یا نمونه‌گیری مجدد دشوار است و برای بیمار مخاطراتی به همراه دارد، آزمایشگاه با وجود غیرقابل‌قبول بودن، نمونه را پذیرش کرده و آزمایش را انجام دهد. در این حالت در گزارش نتیجه‌ی آزمایش باید ماهیت مشکل نمونه، درج شده و اثرات سوء آن در تفسیر نتیجه‌ی آزمایش توضیح داده شود.

➢ **در مورد معیارهای رد و قبول نمونه برای بانک خون موارد زیر حائز اهمیت می باشد:**

اگر بیمار در ۱۰ روز گذشته سابقه‌ی تزریق خون داشته باشد، نمونه‌ای که پیش از تزریق گرفته شده است نباید بیش از سه روز قبل از انجام تزریق جمع‌آوری شده باشد به ویژه در صورتی که فرد سابقه تزریق خون و فراورده و یا بارداری در سه ماه گذشته داشته باشد. در صورت مشخص نبودن سابقه بارداری و تزریق خون و فرآورده نیز نمونه تهیه شده فقط تا ۷۲ ساعت پس از نمونه‌گیری معتبر می‌باشد.

استفاده از نمونه‌های فاقد هموليز، لخته یا حاوی ضدانعقاد EDTA و یا پلاسما (ارجح) برای انجام آزمایشات پیش از تزریق خون ضروری است.

نگهداری نمونه‌ی بیمار و نمونه‌ی گلبول قرمز اهداکننده (یکی از کوردها) در دمای یخچال به مدت ۷ روز پس از تزریق خون جهت پیگیری عوارض ناشی از انتقال خون الزامی است.

❋ ب-۸-۱-۳/ ☑☐☐/ ۲

پس از شناسایی فعال بیماران طبق موازین ایمنی بیمار، برچسب‌گذاری نمونه‌های آزمایش بر بالین بیمار و با قید حداقل شناسه‌های لازم انجام می‌شود.

- **تعیین و ثبت حداقل دو شناسه منحصر به فرد (مثل نام بیمار و کد اختصاصی) برای شناسایی فعال بیماران و سایر اطلاعات در برچسب‌گذاری نمونه**
- **ثبت تاریخ و زمان جمع‌آوری نمونه بر روی برچسب**
- **آگاهی کارکنان بالینی مسئول نمونه‌گیری در بخش‌های بستری از نحوه و الزامات برچسب‌گذاری نمونه‌های آزمایش**
- **برچسب‌گذاری نمونه‌های آزمایش بر بالین بیمار و پس از نمونه‌گیری و انتقال نمونه به لوله‌ی آزمایش در بخش‌های بستری**
- **کسب اطمینان نمونه‌گیر از انطباق شناسه‌های مندرج بر روی دستبند شناسایی بیمار و برچسب ظرف حاوی نمونه و هویت شناسایی شده به صورت فعال و ایمن**

شناسایی فعال بیمار پیش از انجام هرگونه اقدام تشخیصی/درمانی در بیمارستان، پایه‌ی اصلی ایمنی بیماران را تشکیل می‌دهد؛ بنابراین بر شناسایی فعال بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح (به عنوان مسئولیت اولیه‌ی کارکنان خدمات سلامت در تمامی بیماران بستری و تمامی بخش‌ها/ واحدها) تأکید می‌شود. به هیچ عنوان از لوله/ظروف نمونه‌گیری که قبل از حضور بر بالین بیمار مشخصات بیمار روی آن قید شده استفاده نشود.

➢ **روش شناسایی فعال بیماران:**

۱) از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت لزوم نام پدر را بیان نماید.

۲) پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.

۳) اگر بیمارکودک باشد، معلولیت ذهنی داشته باشد، قادر به تکلم نبوده یا هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین/ وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.

در سیستم کد بندی رنگی، رنگ «**قرمز**» فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده و رنگ «**زرد**» برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سوءتغذیه، تشنج و ...) مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در صورت هرگونه شک اعم از مخدوش، ناخوانا یا مشکوک (غیرقابل تشخیص قطعی) بودن مشخصات مندرج بر روی ظرف محتوی نمونه/لوله‌ی آزمایش، لازم است ظرف محتوی نمونه/لوله‌ی آزمایش معدوم و از انجام آزمایش بر روی محتوای آن خودداری گردد.

➢ **شناسه‌های حداقلی بر روی ظرف جمع‌آوری نمونه به صورت خوانا و با ثبات (بدون امکان مخدوش شدن) شامل موارد زیر است؛**

۱) نام و نام خانوادگی بیمار

۲) شماره‌ی انحصاری رایانه‌ای بیمار (شماره پرونده)

۳) تاریخ و ساعت نمونه‌گیری

۴) نوع آزمایش

۵) نام بخش (از قید شماره تخت بیمار اجتناب شود)

۶) نام نمونه‌گیر (صرفاً برای نمونه‌های ارسالی به بانک خون جهت تعیین گروه خونی و سازگاری الزامی می‌باشد)

۷) در صورتی که در هنگام ورود نمونه به آزمایشگاه/ بانک خون، عدم انطباق هویتی بیمار و سایر مشخصات فنی وجود داشته باشد ضمن معدوم کردن نمونه، نسبت به اخذ مجدد نمونه اقدام گردد.

مسئول فنی/ مسئول واحد باید در بررسی‌های میدانی خود از رعایت موازین نمونه‌برداری استاندارد، توسط کارکنان بالینی اطمینان حاصل نماید.

حذف دخالت‌های انسانی در انتقال مشخصات بر روی برچسب نمونه‌های درخواستی بیماران اقدامی بسیار مهم و پیشگیرانه در کاهش خطاهای آزمایشگاهی در مرحله‌ی نمونه‌گیری و برچسب‌گذاری است. بنابراین استفاده از تجهیزات چاپ خودکار برچسب نمونه‌های آزمایش متصل به سامانه‌ی اطلاعات بیمارستان در پذیرش آزمایشگاه برای نمونه‌های بستری، سرپایی و ارجاعی ضروری است.

❊ ب-۸-۱-۴/ ☐☐☑/ ۱.۵

انتقال نمونه‌های عفونی در داخل و خارج از بیمارستان طبق موازین پیشگیری و کنترل عفونت و رعایت ضوابط نمونه‌های ارجاعی، انجام می‌شود.

- اطلاع‌رسانی و آگاهی کارکنان مسئول در بخش‌های بستری در خصوص نحوه‌ی بسته بندی، شرایط نگهداری و انتقال ایمن نمونه‌های عفونی از بخش‌ها به آزمایشگاه
- آگاهی کارکنان مسئول در آزمایشگاه در خصوص نحوه‌ی بسته‌بندی و انتقال ایمن نمونه‌های عفونی ارجاعی به آزمایشگاه‌های خارج از بیمارستان
- بسته‌بندی نمونه‌ها به روش استاندارد (پوشش سه لایه) برای انتقال نمونه‌های ارجاعی به خارج از بیمارستان طبق دستورالعمل ابلاغی
- رعایت شرایط استاندارد نگهداری و در نظر گرفتن مدت زمان پایداری انواع نمونه‌ها برای اطمینان از حفظ کیفیت نمونه‌ها حین نگهداری و انتقال
- رعایت اصول کنترل عفونت و الزامات ایمنی در نگهداری و انتقال نمونه‌های عفونی

انتقال نمونه‌های عفونی از طرق مختلف، تحت قوانین سازمان ملل متحد[1] انجام می‌گیرد. همچنین انجمن حمل و نقل هوایی بین المللی[2] در مورد چگونگی حمل و نقل مواد عفونی قوانینی سخت‌گیرانه تدوین نموده ا ست. سازمان جهانی بهدا شت نیز د ستورالعملی تحت عنوان راهنمای قوانین انتقال نمونه‌های عفونی منتشر نموده ا ست که توسط کشورهای عضو برای جابه‌جایی نمونه‌ها از بخش‌های بیمار ستان به آزمایشگاه و همچنین در داخل آزمایشگاه (مثلا از نمونه‌گیری به محل انجام آزمایش) بایستی مد نظر قرار گیرد. برای انتقال نمونه از بخش‌ها به آزمایشگاه بیمارستان، همچنین انتقال نمونه در داخل آزمایشگاه، نمونه‌ها داخل دو محفظه قرار داده شوند. این دو محفظه شامل ظروف یا لوله‌های درپیچ‌دار و غیرقابل نشت ا ست که داخل ظرف پلا ستیکی یا فلزی درب‌دار که دارای عمق بوده و قابلیت گندزدایی داشته با شد، گذا شته می شوند. از جابه‌جایی نمونه ها از مسیر و محل‌های تردد عمومی در آزمایشگاه یا بیمارستان باید خودداری شود.

ارسال و انتقال نمونه‌ها به خارج از بیمارستان باید در بسته‌بندی سه محفظه‌ای مطابق با «روش استاندارد نقل و انتقال ایمن نمونه های عفونی» آزمایشگاه مرجع سلامت انجام شود. برای اطمینان از حفظ کیفیت نمونه حین نگهداری و انتقال، مدت پایداری نمونه‌ها مدنظر قرار گرفته و شرایط فیزیکی مناسب، از جمله دما، نور و سایر شرایط محیطی، متناسب با نوع نمونه رعایت شود.

ب-۸-۱-۵/ ☐☑☑/ ۱

مدت پایداری انواع نمونه‌ها از زمان جمع‌آوری تا زمان انجام آزمایش و همچنین مدت زمان نگهداری نمونه‌ها پس از انجام آزمایش مشخص شده، طبق آن عمل می‌شود.

- تدوین و اطلاع‌رسانی راهنمای مدت زمان و شرایط پایداری انواع نمونه برای انجام آزمایش‌های مختلف و شرایط نگهداری از زمان جمع‌آوری تا هنگام انجام آزمایش
- آگاهی و انطباق عملکرد کارکنان بالینی و آزمایشگاه از راهنمای پایداری نمونه‌های مختلف و شرایط نگهداری آن‌ها پیش از انجام آزمایش
- تعیین مدت زمان و مدت زمان و شرایط شرایط نگهداری نمونه‌ها پس از انجام آزمایش و نگهداری نمونه ها مطابق با آن

نمونه‌های بیماران بخش‌های اورژانس و بستری با توجه به مدت پایداری نمونه‌ها و تحت شرایط فیزیکی مناسب از نظر دما، نور و سایر شرایط به آزمایشگاه ارسال گردد. محاسبه فاصله زمانی بین نمونه‌گیری تا انجام آزمایش، براساس ساعت نمونه‌گیری درج شده بر روی ظرف نمونه انجام می‌شود.

مدت زمان نگه‌داری نمونه‌ها پس از انجام آزمایش با در نظر گرفتن مدت پایداری نمونه، نیاز بالینی بیمار و وجود فضا و شرایط مناسب نگهداری نمونه ها، با هماهنگی پزشکان بالینی باید تعیین و رعایت شود. راهنمای پایداری انواع نمونه برای انجام آزمایش‌های مختلف و شرایط نگهداری از زمان جمع‌آوری تا هنگام انجام آزمایش بر اساس مراجع معتبر یا دستورالعمل ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت تدوین شود.

ب-۸-۲ انجام آزمایش‌های پزشکی و کنترل کیفیت آن‌ها در بخش‌های مختلف آزمایشگاه برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

ب-۸-۲-۱/ ☐☐☑/ ۲

آزمایشگاه بیمارستان در پیاده‌سازی آخرین استانداردهای ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت مشارکت فعال دارد.

- حضور مسئول فنی آزمایشگاه در ساعات موظف بر اساس پروانه بهره‌برداری
- پیاده‌سازی آخرین استانداردهای ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت با محوریت مسئول فنی آزمایشگاه
- کسب امتیاز قابل قبول آزمایشگاه بر اساس چک‌لیست ارزیابی ابلاغ شده‌ی آزمایشگاه مرجع سلامت
- برنامه‌ریزی و اقدام اصلاحی در خصوص موارد قابل بهبود در ارزیابی انجام شده

اداره‌ی امور آزمایشگاه‌های معاونت درمان دانشگاه بر اساس شرح وظایف ابلاغی موظف است آزمایشگاه‌های تابعه دانشگاه را بازدید و ارزیابی کرده و بر اساس نتایج ارزیابی، به آزمایشگاه امتیاز بدهد. حد نصاب امتیاز قابل‌قبول از چک‌لیست نظارتی، توسط آزمایشگاه مرجع سلامت تعیین و به دانشگاه‌های سراسر کشور ابلاغ می شود. سوابق اقدامات انجام شده در پیاده سازی استانداردهای ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت و گزارش نظارت مدیریت امور آزمایشگاه‌ها و امتیاز اختصاص داده شده به آزمایشگاه باید در دسترس باشد و به ارزیابان اعتباربخشی ارائه شود.

[1] United Nations
[2] International Air Transport Association

ب-۸-۲-۲/ ☐☐☑/ ۱
انجام آزمایش‌ها بر اساس روش‌های مدون و با استفاده از کیت، وسایل تشخیصی و مواد مصرفی معتبر برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ **تدوین «روش اجرایی استاندارد[1] نحوه‌ی انجام آزمایش‌ها و کاربری دستگاه‌ها در بخش‌های مختلف»** ❖ **آگاهی و انطباق عملکرد کارکنان در بخش‌های مختلف آزمایشگاه از روش اجرایی استاندارد نحوه‌ی انجام آزمایش و کاربری دستگاه‌ها** ❖ **خریداری تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی از تأمین‌کنندگان معتبر** ❖ **اطمینان از تأمین مستمر کیت‌ها، معرف‌ها و محلول‌های تشخیصی و لوازم و تجهیزات لازم در بخش‌های مختلف آزمایشگاه** ❖ **ثبت نام، سری ساخت و تاریخ اعتبار کیت یا سایر معرف‌های مصرفی، نام فرد انجام دهنده و ساعت انجام آزمایش در لیست کاری همان شیفت** ❖ **نگهداری سوابق فهرست کاری حداقل تا یک سال با امکان بازیابی مجدد**
روش اجرایی استاندارد نحوه‌ی انجام آزمایش‌ها و کاربری دستگاه‌ها در بخش‌های مختلف توسط مسئول فنی با مشارکت کارکنان بخش‌ها شامل بیوشیمی خون و ادرار، سرولوژی، هماتولوژی، میکروب شناسی، پاتولوژی، تشخیص مولکولی، ژنتیک و سایر بخش‌های فعال آزمایشگاه تدوین شده، حاوی اطلاعات لازم در خصوص آن آزمایش (منطبق با استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی) باشد. فهرست تمامی آزمایش‌های قابل ارائه در آزمایشگاه به تفکیک آزمایش‌هایی که در آزمایشگاه انجام می‌شود و آزمایش‌های ارجاعی به سایر آزمایشگاه‌ها، مدون شده، قابل ارائه باشد. ضروری است تجهیزات و وسایل تشخیص آزمایشگاهی از تامین‌کنندگان معتبر (ثبت شده در سامانه‌ی اداره کل تجهیزات و ملزومات پز شکی[2]) خریداری گردد. به منظور پیشگیری از توقف انجام آزمایش ناشی از نبود کیت و سایر لوازم تشخیصی، مسئول فنی آزمایشگاه باید از تأمین کیت‌ها، معرف‌ها و محلول‌های تشخیصی و لوازم و تجهیزات لازم در بخش‌های مختلف آزمایشگاه اطمینان حاصل نموده و فرایند آن را بصورت مستمر پایش و کنترل نماید.
❊ ب-۸-۲-۳/ ☐☐☑/ ۱,۵
کنترل کیفیت آزمایش‌ها مطابق با دستورالعمل مدون در هر نوبت کاری در بخش‌های مختلف آزمایشگاه/ بانک خون انجام می‌شود.
❖ **تدوین دستورالعمل «کنترل کیفیت بخش‌های فعال آزمایشگاه/ بانک خون»** ❖ **آگاهی کارکنان بخش‌های مختلف از دستورالعمل کنترل کیفیت و انطباق عملکرد آنان با آن در هر نوبت کاری** ❖ **تأمین و استفاده از نمونه‌های کنترل مناسب برای انجام برنامه‌ی کنترل کیفیت در بخش‌های مختلف آزمایشگاه/ بانک خون** ❖ **بررسی و تفسیر نتایج کنترل کیفیت آزمایش‌های مختلف توسط مسئول فنی و کارکنان ذی‌صلاح** ❖ **ثبت و نگهداری سوابق مربوط به اجرای برنامه‌ی کنترل کیفیت و تفسیر نتایج کنترل کیفی، شناسایی نتایج غیرقابل قبول و اقدامات اصلاحی متعاقب آن**
دستورالعمل کنترل کیفیت در بخش بیوشیمی خون و ادرار، سرولوژی، هماتولوژی، میکروب‌شناسی، پاتولوژی، تشخیص مولکولی، ژنتیک و بانک خون و سایر بخش‌های فعال آزمایشگاه مکتوب است و در دسترس کارکنان مرتبط قرار دارد. دستورالعمل کنترل کیفیت در بخش‌های مختلف آزمایشگاه/بانک خون، حداقل حاوی چگونگی انجام کنترل کیفی به روش‌های معتبر با استفاده از نمونه‌ی کنترل و ارزیابی نمونه‌ی بیماران، نحوه‌ی تفسیر نتایج و همچنین چگونگی انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل‌قبول نبودن نتایج کنترل کیفی است. (برای توضیحات بیشتر به آخرین «راهنمای فنی روش‌های کسب اطمینان از اعتبار نتایج آزمایشگاهی» ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت مراجعه شود) منظور از سوابق کنترل کیفی، مشخصات نمونه‌ی کنترل، نتایج آزمایش بر روی نمونه‌ی کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، سوابق مربوط به غیرقابل‌قبول بودن نتایج کنترل کیفی می‌با شد. سوابق مربوط به تفسیر نتایج کنترل کیفی، نتایج غیرقابل قبول و علت آن‌ها و همچنین سوابق اقدامات ا صلاحی انجام شده متعاقب نتایج غیرقابل‌قبول باید مورد بررسی قرار گیرد و به مدت حداقل یک سال نگهداری شود. کنترل کیفی آنتی‌سرم‌های گروه‌بندی خون روزانه پیش از مصرف باید انجام شده و مستندات مبنی بر کنترل کیفی کلیه آنتی‌سرم‌ها (براساس سری ساخت[3]) موجود باشد. همچنین ضروری است آزمایشگاه/بانک خون در برنامه‌ی کنترل کیفی خارجی آزمایشات ایمونوهماتولوژی شرکت نموده و نمونه‌های مجهول را در روندهای معمولی آزمایش نماید و بر اساس نتایج کنترل کیفی خارجی اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرا گردد.

[1] Standard Operating Procedure (sop)
[2] imed.ir
[3] Lot. No

ب-۸-۲-۴/ ☐☑☑/ ۱

آزمایشگاه در برنامه‌ی ارزیابی خارجی کیفیت شرکت نموده، از نتایج آن در برنامه‌های بهبود کیفیت خدمات آزمایشگاه استفاده می‌نماید.

- شرکت آزمایشگاه/ بانک خون در برنامه‌ی ارزیابی خارجی کیفیت
- آگاهی کارکنان مرتبط از نحوه‌ی تفسیر نتایج ارزیابی خارجی کیفیت
- اقدام اصلاحی لازم در صورت به دست آمدن نتایج غیرقابل‌قبول
- نگهداری سوابق و نتایج برنامه‌ی ارزیابی خارجی کیفیت و اقدامات اصلاحی انجام شده تا زمان اجرای دور بعدی با قابلیت بازیابی

آزمایشگاه باید سالانه سه نوبت در برنامه‌ی ارزیابی خارجی کیفیت شرکت نموده و از نتایج آن در برنامه‌های بهبود کیفیت خدمات آزمایشگاه استفاده نماید. در مورد آزمایش‌هایی که تحت پوشش برنامه‌ی ارزیابی خارجی کیفیت نیستند، آزمایشگاه باید برای اطمینان از صحت نتایج، از روش های جایگزین استفاده کند (مانند شرکت در برنامه های مقایسه بین آزمایشگاهی، ارسال بخشی از نمونه به آزمایشگاه معتبر دیگر جهت مقایسه همخوانی نتایج، انجام آزمایش با روش یا تجهیز معتبر دیگر و...).

برای توضیحات بیشتر به راهنمای فنی روش‌های کسب اطمینان از اعتبار نتایج آزمایشگاهی ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت مراجعه شود.

ب-۸-۲-۵/ ☐☑☑/ ۱

بیمارستان نحوه‌ی کسب اطمینان از کیفیت عملکرد آزمایشگاه طرف قرارداد برای انجام آزمایش‌های ارجاعی را تعیین و بر اساس آن اقدام می‌نماید.

- تنظیم قرارداد مکتوب با آزمایشگاه طرف قرارداد برای انجام آزمایش‌های ارجاعی مطابق «دستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی» آزمایشگاه مرجع سلامت
- درج نحوه‌ی ارزیابی صلاحیت دوره‌ای آزمایشگاه طرف ارجاع در مفاد قرارداد ارجاع
- انجام ارزیابی صلاحیت دوره‌ای آزمایشگاه طرف ارجاع زیر نظر مسئول فنی آزمایشگاه ارجاع دهنده و نگهداری سوابق آن

در د ستورالعمل ارجاع نمونه‌های بالینی در مورد چگونگی بسته‌بندی، انتقال ایمن، تعیین زمان چرخه‌ی کاری، نحوه‌ی گزارش موارد بحرانی، ثبت و بایگانی سوابق مربوط به ارجاع نمونه‌ها (شامل مشخصات بیمار و نمونه، تاریخ ارسال نمونه، تاریخ صدور گزارش و تاریخ دریافت آن) توضیحات لازم ارائه می‌شود. به منظور نظارت بر صحت عملکرد آزمایشگاه طرف ارجاع با مفاد قرارداد، بازدیدهای منظمی توسط مسئول فنی و سوپروایزر مرکز از آزمایشگاه طرف قرارداد پیشنهاد می‌گردد.

ب-۸-۳ گزارش نتایج آزمایش‌ها تحت نظارت مسئول فنی آزمایشگاه برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

❋ ب-۸-۳-۱/ ☐☐☑/ ۲

بیمارستان از گزارش به‌موقع نتایج بحرانی آزمایش‌ها و اقدام مناسب در قبال آن‌ها اطمینان حاصل می‌نماید.

- تدوین دستورالعمل «گزارش آنی نتایج بحرانی در بیماران بستری و سرپایی»
- تعیین دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها توسط آزمایشگاه با مشارکت پزشکان متخصص به تفکیک گروه‌ها و شرایط بالینی بیماران
- قرار گرفتن دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها در معرض دید کلیه‌ی کارکنان مرتبط آزمایشگاه
- آگاهی کارکنان مرتبط از دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایش‌ها و از روند ارسال و دریافت گزارش نتایج بحرانی
- برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی آزمایش‌ها
- کنترل مجدد نتایج بحرانی پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بخش

➢ **دستورالعمل «گزارش آنی نتایج بحرانی» حداقل شامل موارد زیر باشد:**

۱) نحوه برخورد و گزارش فوری مقادیر بحرانی (مانند استفاده از خط آزاد ارتباطی جهت اطلاع‌رسانی آنی به بخش)

۲) تعیین فرد یا افراد مشخص در آزمایشگاه که مجاز به اطلاع‌رسانی نتیجه بحرانی هستند و نحوه‌ی ثبت نتایج بحرانی

۳) تعیین فرد یا افراد مسئول و نحوه‌ی ثبت نتایج بحرانی در بخش‌های بیمارستان

۴) اطلاع‌رسانی مجدد نتیجه‌ی تکرار آزمایش

۵) لیست مقادیر بحرانی آزمایش‌ها (به پیوست دستورالعمل)

۶) مشخص نمودن نحوه اطلاع رسانی نتایج بحرانی مانند خط آزاد ارتباطی یک‌طرفه

ضروری است در دستورالعمل مربوطه راه‌های فوری جایگزین در صورت شکست در اولین برقراری ارتباط برای گزارش مقادیر بحرانی پیش‌بینی شده باشد.

➢ **از روش چهار مرحله‌ای زیر جهت چرخه‌ی کامل و مطمئن انتقال صحیح اطلاعات درست بین کارکنان آزمایشگاه و کادر بالینی استفاده شود؛**

۱) بازخوانی شنیده[1] ۲) یادداشت شنیده[2] ۳) بازخوانی یادداشت[3] ۴) اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات و اختتام فرایند[4]

دامنه‌ی مقادیر بحرانی باید با مشارکت پزشکان مرتبط و متناسب با گروه‌ها و شرایط بالینی بیماران (از جمله نوزادان و بیماران دیالیزی) تعیین، در کمیته مربوطه تصویب و برای اجرا ابلاغ شود.

ب-۸-۳-۲/ ☐☑☑/ ۱,۵

محدوده‌ی زمانی انجام آزمایش‌های اورژانسی، غیراورژانسی و ارجاعی تعیین، رعایت و پایش می‌شود.

- **تدوین فهرست آزمایش‌های اورژانسی و زمان پاسخگویی آن‌ها توسط آزمایشگاه با مشارکت متخصصین بالینی و اطلاع رسانی به بخش‌های بستری و اورژانس**
- **تدوین فهرست آزمایش‌های غیراورژانسی و ارجاعی و زمان پاسخگویی آن‌ها توسط آزمایشگاه با مشارکت متخصصین بالینی و اطلاع رسانی به بخش‌های بستری و اورژانس**
- **آماده شدن و اطلاع رسانی بدون تأخیر نتایج آزمایش‌ها بر اساس جداول زمان‌بندی تعیین شده (زمان چرخه کاری) توسط آزمایشگاه**
- **نظارت مسئول فنی آزمایشگاه بر رعایت زمان پاسخگویی نتایج آزمایش‌های اورژانسی، غیراورژانسی و ارجاعی و انجام اقدام اصلاحی لازم در صورت عدم انطباق**
- **تأیید عملکرد آزمایشگاه در انجام و گزارش نتایج آزمایش‌های اورژانسی، غیراورژانسی و ارجاعی بدون اختلال/ تأخیری در روند مراقبت و درمان بیماران توسط پزشکان**

فهرست آزمایش‌های اورژانسی و غیر اورژانسی و زمان پاسخگویی آن‌ها توسط آزمایشگاه با مشارکت متخصصین بالینی و رئیس بخش اورژانس تدوین شده و پس از طرح و تصویب در کمیته/ کمیته های مرتبط به بخش های بستری، اورژانس و پذیرش آزمایشگاه اعلام می شود.

جدول فهرست آزمایش‌های ارجاعی و زمان پاسخگویی آن‌ها و توافق با آزمایشگاه طرف قرارداد، تدوین شده و در این مورد به بخش‌های بستری اطلاع رسانی می‌شود.

مسئول فنی باید وضعیت فعالیت‌های آزمایشگاه را از طریق تعیین شاخص‌های کیفیت مناسب و اندازه‌گیری دوره‌ای این شاخص‌ها، پایش نماید. تعیین شاخص‌های کیفیت برای فعالیت‌هایی که تاثیر مستقیم بر کیفیت نتایج و یا ایمنی بیمار دارند در اولویت می‌باشد. شاخص برای این سنجه می تواند نسبت «تعداد نتایج آزمایش‌های اورژانسی که در مدت زمان طولانی‌تر از زمان تعیین شده آماده شده / به تعداد کل آزمایش‌های اورژانس انجام شده توسط آزمایشگاه» باشد که در یک بازه زمانی مشخص اندازه گیری می‌شود. (برای توضیحات بیشتر به آخرین استاندارد آزمایشگاه‌های پزشکی - بند شاخص‌های کیفیت - ابلاغی معاونت درمان مراجعه گردد)

ب-۸-۳-۳/ ☐☑☑/ ۱

نتایج آزمایش‌ها پیش از گزارش، ارزیابی و تأیید شده، در صورت لزوم بازنگری می‌شوند.

- **تأیید اولیه‌ی نتایج آزمایش‌ها توسط کارشناس بخش مربوطه، پیش از ارسال به مسئول فنی**
- **تأیید نهایی نتایج آزمایش‌ها توسط مسئول فنی پیش از صدور نتایج و یا دستور سایر اقدامات لازم مانند اخذ شرح حال و تکرار آزمایش**
- **تکرار آزمایش در صورت وقوع خطای آزمایشگاهی (بدون تحمیل هزینه به بیمار) و نگهداری نتایج تحلیل نهایی در سوابق آزمایشگاه**

در صورت عدم هم‌خوانی نتایج آزمایش‌ها با یکدیگر و یا عدم هم‌خوانی نتایج با وضعیت بالینی بیماران، مسئول فنی آزمایشگاه از طریق تعامل فعال با بخش‌های بالینی، نتایج آزمایشگاهی نامنطبق با وضعیت بیماران را بررسی، بازبینی و مدیریت می‌نماید.

[1] Read Back
[2] Write Down
[3] Repeat Back
[4] Close the Loop

ب-۸-۳-۴/ ☑☐☐/ ۱

فرآیندهای واحد آسیب شناسی تشریحی با رعایت الزامات مربوطه و ایمنی در حال انجام است.

- نزدیک بودن آزمایشگاه آسیب شناسی تشریحی به اتاق عمل و یا سهولت دسترسی به آن
- ثبت حداقل دو شناسه منحصر به فرد (مثل نام بیمار و کد اختصاصی) روی برچسب مربوط به ظروف نمونه‌های بافتی و اطمینان از ثبات برچسب‌های روی ظروف
- نگهداری نمونه‌های بافتی و سیتولوژی، بلوک های پارافینی، لام‌ها و گزارش نتایج بیماران مطابق با آخرین بخشنامه وزارت متبوع
- رعایت اصول ایمنی در انبارش و نگهداری محلول‌ها، مواد شیمیایی و معرف های مربوطه
- رعایت ضوابط و شرایط ارجاع نمونه‌های پاتولوژی و سیتولوژی و نگهداری سوابق ارجاع (در صورت ارجاع نمونه‌های آسیب شناسی به آزمایشگاه دیگر)
- رعایت اصول ایمنی نگهداری و کار با تجهیزات (از جمله تیشوپروسسور و میکروتوم)، محلول ها و مواد شیمیایی (فرمالین، گزیلین و...)
- پیشگیری از آلودگی متقابل[1] و انتقال ناخواسته بافت یا سلول بین نمونه‌های بیماران در روند برش و آماده‌سازی نمونه‌ها
- تحویل/ ارسال فوری گزارش مربوط به بدخیمی‌ها یا سایر نتایجی که تهدید برای ایمنی بیمار محسوب می شود

ارجاع نمونه های سیتولوژی و پاتولوژی باید بر اساس آخرین بخشنامه‌ی ابلاغی وزارت صورت گیرد.

گزارش های آسیب شناسی تشریحی، مغز استخوان و سیتوپاتولوژی، اسلایدهای آسیب‌شناسی تشریحی، بلوک‌های بافتی، اسلایدهای آسپیراسیون سوزنی (FNA) حداقل به مدت ۱۰ سال، اسلایدهای سیتوپاتولوژی ۵ سال و باقیمانده‌ی نمونه‌ی ارسالی چهار هفته پس از گزارش‌دهی نهایی باید نگهداری شود.

محل بررسی ماکروسکوپی نمونه‌ها و انجام برش بافتی (اتاق پاس) باید دارای سیستم تهویه‌ی مناسبی باشد تا از آسیب‌های ناشی از تجمع گاز فرمالدئید و سایر گازهای سمی جلوگیری گردد. بررسی و برش بافت‌ها باید در زیر هود (با توانایی مناسب مکش گازها و بخارات موجود در فضا) انجام گیرد.

نگهداری بلوک‌ها باید به شیوه‌ای با شد که در صورت لزوم د ستر سی به آنها امکان‌پذیر با شد. دمای محل نگهداری بلوک‌های پارافینی باید در حدی حفظ شود که ذوب نشوند، به هم نچسبند و بافت موجود در بلوک‌ها دچار فساد و آلودگی‌های انگلی نگردد.

اسلایدها باید به گونه‌ای نگهداری شوند که با یکدیگر تماس نداشته باشند تا از چسبیدن آنها به هم جلوگیری شود.

در چیدمان و نگهداری مواد شیمیایی باید به ماهیت خطرات هر ماده (خورنده - توکسیک - کار سینوژن - قابل ا شتعال - قابل انفجار) توجه شود. از کنار هم قرار دادن موادی که قدرت تبخیر بالایی دارند و بخارات ناشی از آنها قابل اشتعال یا انفجار است و یا احتمال ایجاد ترکیبات شیمیایی خطرناک جدیدی را با مواد مجاور دارد، باید اجتناب گردد (مثلا اسید کلریدریک و فرمالین نباید نزدیک به یکدیگر نگهداری شوند).

حجم مواد شیمیایی که در بخش پاتولوژی نگهداری می شوند باید با توجه به خطرات این مواد و مقادیر مورد نیاز آنها تعیین گردد. باید دما و سایر شرایط فیزیکی مناسب جهت نگهداری مواد مصرفی نظیر محلول‌ها و مواد شیمیایی، رنگ ها، پارافین مصرفی، فیکساتورها و سایر مواد رعایت شود.

برای پیشگیری از آلودگی متقابل و انتقال ناخواسته بافت یا سلول بین نمونه‌های بیماران در روند آماده‌سازی نمونه‌ها، باید اصول نظافت حین برش نمونه‌ها و کار با میکروتوم و تیشو فلوت (حمام بافتی) رعایت شود.

ب-۸-۴ زنجیره‌ی سرد در مراحل انتقال و نگه‌داری خون و فرآورده‌های خونی رعایت می‌شود

❋ ب-۸-۴-۱/ ☑☐☐/ ۲

حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی از سازمان انتقال خون و داخل بیمارستان با رعایت زنجیره‌ی سرد و به صورت ایمن انجام می‌شود.

- استفاده از خودروی مخصوص حمل و نقل خون و فرآورده‌ها از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان
- حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی توسط افراد آموزش‌دیده‌ی دارای کارت معتبر از سازمان انتقال خون
- استفاده از محفظه‌های استاندارد حمل خون مجهز به ثبت‌کننده دما و رعایت الزامات حمل از مرکز پخش سازمان انتقال خون تا بیمارستان
- ثبت دما و زمان دریافت خون و فرآورده‌های خونی در بانک خون بیمارستان
- تحویل دادن فرآورده از بانک خون به بخش‌های بیمارستان با باکس‌های جداگانه و ظرف درب‌پوش‌دار و دارای دستگیره

منظور از خودروی مخصوص حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی، ماشینی است که ترجیحاً چراغ گردان داشته باشد (خودروی امدادی). لازم به ذکر است که استفاده از موتورسیکلت برای حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی، غیرقانونی است.

استفاده از محفظه‌های مخصوص حمل و نقل دارای درب و دسته با عایق‌بندی مناسب و بدون شیر (جهت جلوگیری از وارد آمدن ضربه‌ی فیزیکی به خون و فرآورده‌ها و حفظ دمای مناسب) و ثبت‌کننده‌ی دما در باکس حاوی فرآورده‌های خون در زمان حمل، از مرکز پخش سازمان انتقال خون به بیمارستان ضروری است.

نیازی به استفاده از یخ خشک یا دماسنج در زمان حمل و نقل خون و فرآورده‌ها از بانک خون بیمارستان به بخش‌های بالینی و اتاق عمل نیست.

[1] cross contamination

ب-۸-۴-۲/ ☑☐☐/ ۲
خون و انواع فرآورده‌های خونی در شرایط و دمای مناسب در بانک خون نگهداری می‌شوند.
❖ **چیدمان و مصرف کیسه‌های خون و فرآورده‌های خونی در یخچال/ فریزر/ انکوباتور شیکردار پلاکت طبق اصل اولین ورودی-اولین خروجی[1] یا اولین تاریخ انقضا-اولین خروجی[2]** ❖ **تنظیم سیستم هشداردهنده‌ی یخچال/ فریزر/ انکوباتور شیکردار پلاکت مخصوص بانک خون با اعلام هشدار و کنترل صحت عملکرد سیستم هشدار** ❖ **نگهداری پلاکت‌ها با استفاده از انکوباتور شیکردار پلاکت یا آژیتاتور پلاکت** ❖ **ذوب پلاسما با استفاده از دستگاه ذوب پلاسما یا بن‌ماری مجزا از سایر بخش‌های آزمایشگاه**
➢ **محدوده های هشدار دما در یخچال/ فریز/ شیکر پلاکتی:** ۱) یخچال بانک خون : کمتر از ۲/۵ و بیشتر از ۵/۵ درجه سانتی‌گراد ۲) فریزر: بیشتر از ۲۰/۵- سانتی گراد ۳) شیکر پلاکتی: بیشتر از ۲۳/۵ درجه سانتی‌گراد و کمتر از ۲۰/۵ درجه سانتی‌گراد شیکر پلاکتی علاوه بر سیستم هشدار دما باید مجهز به هشدار توقف حرکت نیز باشد نگهداری پلاکت ها در دمای بین ۲۰ تا ۲۴ درجه سانتی‌گراد و با تکان‌های آرام و با استفاده از روتاتور (شیکر انکوباتور پلاکت) می‌باشد. ثبت دمای یخچال و فریزر و شیکر انکوباتوردار پلاکت با ترمومتر دیجیتالی- ترموگراف دستی و بررسی ترموگراف‌های آن‌ها حداقل روزی یک بار ذوب پلاسما با استفاده از دستگاه ذوب پلاسما یا بن‌ماری مجزا از سایر بخش‌های آزمایشگاه و از ترمومتر کالیبره برای کنترل دمای آن استفاده شود. ترمومتر کالیبره ترمومتری است که در فواصل مشخص کالیبره و مورد تائید قرار گرفته و مستندات آن نیز موجود باشد. استفاده از کیسه‌های نایلونی پلی‌اتیلن غیر قابل نفوذ جهت ذوب فرآورده‌های پلاسمایی منجمد الزامی است. در اتاق عمل‌هایی که به دلیل شرایط خاص بیمار، نیاز به دسترسی سریع به خون می‌باشد، می تواند یخچال مخصوص بانک خون موجود باشد. دستگاه‌های تازه خریداری شده باید ابتدا پس از نصب کالیبره گردند. در صورت تعمیر اساسی و یا تعویض قطعه و یا جابجایی تجهیزات، کالیبراسیون مجدد ضروری می‌باشد. ➢ **در صورتی که یخچال بانک خون در اتاق عمل مستقر گردد باید به موارد زیر توجه ویژه شود:** ۱) نظارت روزانه‌ی مسئول بخش و مسئول بانک خون بر یخچال و ثبت دمای روزانه آن ۲) دارا بودن سیستم پایش دمای مداوم متصل به بانک خون ۳) عودت روزانه‌ی فرآورده‌های مصرف نشده به بانک خون (جهت جلوگیری از ایجاد دپوی خارج از بانک خون) و مدیریت مناسب ذخایر خونی

[1] FIFO
[2] FEFO

ب-۸-۵ شرایط کیسه‌های خون و فرآورده‌های خونی و انجام آزمایش‌های بانک خون در قالب روش‌های اجرایی استاندارد کنترل می شود
❊ ب-۸-۵-۱/ ☑☐☐/ ۲
بیمارستان از برچسب‌گذاری صحیح، قابلیت ردیابی و حفظ زنجیره‌ی کنترل خون و فرآورده‌های خونی پس از کراس‌مچ اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ برچسب‌گذاری روی کیسه‌های خون کراس‌مچ شده در ابعاد متناسب و با حداقل اطلاعات الزامی ❖ جداسازی و مشخص ساختن خون‌های کراس‌مچ شده دارای برچسب استاندارد کراس‌مچ از سایر فرآورده‌ها در یخچال بانک خون ❖ تحت کنترل بودن زنجیره‌ی تحویل و انتقال کیسه‌های خون و فرآورده‌ها و صیانت کامل از کیفیت فرآورده‌ها از بانک خون به بالین بیمار و برعکس ❖ ثبت داده‌های مربوط به فرآورده‌های خونی در سامانه‌ی اطلاعات بیمارستانی[1] یا هرگونه نرم‌افزار مورد تایید سازمان انتقال خون با قابلیت ردیابی خون و فرآورده‌ها ❖ عدم جدا نمودن برچسب و لیبل الصاق شده بر روی کیسه‌ی خون و فرآورده‌های خونی
حداقل اطلاعات لازم بر روی برچسب کیسه‌های خون کراس‌مچ شده شامل نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، شماره پرونده‌ی بیمار، نام بخش مصرف‌کننده، گروه خون و RH بیمار، شماره‌ی برچسب کیسه، نام فرد انجام‌دهنده‌ی کراس‌مچ و تاریخ و ساعت انجام کراس‌مچ با قید وضعیت سازگاری می‌باشد. این اطلاعات باید بصورت کاملا خوانا و بدون قلم خوردگی درج شود و الصاق برچسب کراس‌مچ نباید به گونه‌ای باشد که موجب مخدوش شدن اطلاعات موجود بر روی کیسه خون یا فرآورده‌های خونی شود؛ همچنین از الصاق برچسب کراس‌مچ پشت کیسه خون خودداری گردد. کیسه‌های خون و فرآورده‌ها از بانک خون به بالین بیمار باید با فرم نظارت بر تزریق، تحویل داده شده و قسمت مربوط به بانک خون شامل مشخصات بیمار، شماره‌ی پرونده، نام بخش، مشخصات فرآورده‌ی ارسالی، نتیجه‌ی آزمایش کراس‌مچ، نام انجام‌دهنده‌ی آزمایشات سازگاری، زمان تحویل فرآورده، نام فرد تحویل‌دهنده و تحویل‌گیرنده و... به درستی و خوانا تکمیل گردد. به دلیل مخدوش شدن کیسه‌ی فرآورده و عدم قابلیت پیگیری‌های بعدی و همچنین احتمال افزایش آلودگی به هیچ عنوان برچسب و لیبل روی کیسه‌های فرآورده جدا نگردد.
ب-۸-۵-۲/ ☑☑☐/ ۲
بیمار ستان‌های تک‌تخصصی که احتمال مصرف خون و فرآورده‌های خونی در آنها پایین می‌باشد، خون و فرآورده‌های خونی مورد نیاز خود را از بیمار ستان معین دریافت می‌کنند.
❖ انعقاد قرارداد با مرکز درمانی دارای بانک خون مورد تأیید سازمان انتقال خون مطابق با دستورالعمل تأمین خون و فرآورده‌های خونی ❖ آموزش دوره‌های مرتبط با هموویژلانس به پزشکان، پرستاران و نیروهای آزمایشگاه و دریافت گواهی‌های مربوطه توسط بیمارستان معین ❖ تعیین پزشک ارشد و رابط هموویژلانس در بیمارستان و معرفی به بیمارستان معین ❖ عودت روزانه‌ی فرآورده‌های مصرف نشده به بیمارستان معین با فرم عدم مصرف خون و فرآورده های آن در بیمارستان ❖ آگاهی پزشک ارشد و رابط هموویژولانس از مصوبات کمیته‌ی طب انتقال خون بیمارستان معین ❖ نظارت بر انجام صحیح زنجیره‌ی درخواست و تزریق فرآورده‌های خونی توسط بیمارستان معین
در بیمار ستان‌های تک‌تخصصی چشم‌پزشکی، روانپزشکی، توانبخشی و پوست که احتمال مصرف فرآورده‌های خونی در آنها پایین می‌باشد نیاز به وجود بخش مستقل بانک خون نیست و می‌توانند با عقد قرارداد از بانک خون بیمار ستان معین استفاده نمایند ولی انجام فرایند هموویژولانس و تکمیل فرم‌های مربوطه در تمامی مراکز درمانی الزامی می‌باشد. لازم به ذکر است که سایر مراکز تک تخصصی از این امر مستثنی بوده و می بایست دارای بانک خون در مرکز باشند.

[1] HIS

ب-۸-۵-۳/ ☑☑☐/ ۱,۵
بیمارستان از عملکرد بانک خون بر اساس استانداردهای ابلاغی سازمان انتقال خون اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **تدوین و ابلاغ روش‌های اجرایی استاندارد[1] مربوط به بانک خون** ❖ **آموزش کارکنان و اطمینان از آگاهی و دسترسی آنان به روش‌های اجرایی استاندارد** ❖ **نحوه‌ی انجام آزمایش‌های بانک خون بر اساس روش‌های اجرایی استاندارد تدوین شده و دستورالعمل‌های ابلاغی** ❖ **نظارت بر انطباق عملکرد کارکنان با روش‌های اجرایی استاندارد تدوین شده و دستورالعمل‌های ابلاغی**

فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی بر اساس آخرین دستورالعمل بانک خون ابلاغی سازمان انتقال خون می باشد.

بیمارستان باید بر اساس استانداردهای ابلاغی سازمان انتقال خون، نسبت به تدوین دستورالعمل‌های داخلی اقدام نماید.

➢ **حداقل دستورالعمل‌های لازم در بانک خون مرکز شامل:**

۱) نحوه صحیح حمل و نقل خون و فرآورده‌های خونی
۲) نحوه انجام تمامی آزمایش‌های مربوط به بانک خون
۳) آماده‌سازی خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از چهار ماه
۴) نحوه تزریق خون حجیم[2]
۵) دستورالعمل امحای کیسه‌های خون و فرآورده‌ی خونی مصرف شده (دیس کارت شدن)

در خصوص نحوه‌ی صحیح امحای کیسه‌های خون و فرآورده‌های خونی پس از مصرف، هماهنگی با بانک خون جهت امحای کیسه‌ها الزامی است و این فرایند باید با محوریت بانک خون انجام گردد. مسئول فنی آزمایشگاه آموزش‌های لازم را به کارکنان بانک خون ارائه نموده و از صلاحیت آنان برای اشتغال در این بخش مهم اطمینان حاصل می‌نماید. مدرک تحصیلی کارکنان بانک خون باید حداقل کاردان یا کارشناس آزمایشگاه باشد.

➢ **نکات لازم در خصوص نحوه‌ی انجام آزمایش بانک خون شامل موارد زیر است:**

۱) استفاده از روش اسلایدی جهت تعیین گروه خون مورد پذیرش نمی‌باشد.
۲) استفاده از محلول Liss بجای آلبومین در آزمایش کراس مچ قابل قبول است.
۳) انجام O cell به عنوان آزمایش غربالگری آنتی‌بادی در نظر گرفته نمی‌شود.
۴) انجام آزمایش تعیین گروه خون بیمار به روش لوله‌ای (Cell Type و Back Type) قابل قبول است
۵) آزمایش کراس‌مچ استاندارد باید بصورت ۳ مرحله‌ای و ثبت مراحل فازهای مختلف آن شامل دمای اتاق (Room Temperature (RT)، ۳۷ درجه سانتی‌گراد (آلبومین) و آنتی‌هیومن‌گلوبولین (Anti-Human Globulin (AHG) صورت گیرد
۶) آزمایش غربالگری آنتی‌بادی (Antibody Screening) انجام و ثبت مراحل آن صورت گیرد.
۷) استفاده از چک‌سل جهت انجام آزمایش‌های کراس‌مچ و غربالگری آنتی‌بادی ضروری است.
۸) آزمایش کراس‌مچ استاندارد به صورت سه مرحله‌ای و ثبت مراحل فازهای مختلف آن شامل Immediate Spine (IS)، ۳۷ درجه سانتی‌گراد و آنتی هیومن گلوبولین (AHG) صورت گیرد.
۹) آزمایش غربالگری آنتی بادی به صورت سه مرحله‌ای و ثبت مراحل فازهای مختلف آن شامل Immediate Spine (IS)، ۳۷ درجه سانتی‌گراد و آنتی هیومن گلوبولین (AHG) صورت گیرد.
۱۰) خون‌های کراس‌مچ شده در صورت عدم مصرف آنها حداکثر ظرف ۷۲ ساعت پس از کراس‌مچ باید از رزرو خارج شود

[1] Standard Operating Procedure (sop)
[2] Massive Transfusion

ب-۸-۶ بیمارستان سامانه‌ی نظام مراقبت از خون را مستقر نموده است
❋ ب-۸-۶-۱/ ☑☐☐/ ۲
بیمارستان دارای گواهی استقرار نظام مراقبت از خون از سازمان انتقال خون است.
❖ **الزام بر اجرا و نهادینه شدن نظام مراقبت از خون (هموویژلانس) در بیمارستان** ❖ **اخذ گواهی‌نامه استقرار نظام مراقبت از خون (هموویژلانس) با تاریخ معتبر از سازمان انتقال خون**
نهادینه شدن نظام مراقبت از خون (هموویژلانس) به معنی استقرار کامل و رعایت تمامی اصول طب انتقال خون در بیمارستان است.
ب-۸-۶-۲/ ☑☐☐/ ۱
پزشکان، پرستاران و پرسنل بانک خون، دورهٔ آموزشی نظام مراقبت از خون را گذرانده‌اند.
❖ **گذراندن دوره‌ی آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پزشکان** ❖ **گذراندن دوره‌ی آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرستاران** ❖ **گذراندن دوره‌ی آموزشی هموویژلانس مورد تایید سازمان انتقال خون توسط پرسنل بانک خون**
ارائه گواهی‌های معتبر از سازمان انتقال خون ملاک ارزیابی این سنجه است.
ب-۸-۶-۳/ ☑☐☐/ ۱
بیمارستان از فرم‌های استاندارد نظام مراقبت از خون (هموویژلانس) استفاده می‌نماید و مندرجات آن تکمیل می‌شود.
❖ **دسترسی کارکنان مرتبط به آخرین فرم‌های ابلاغی هموویژولانس** ❖ **تکمیل فرم‌های مربوط بر اساس استاندارد های ابلاغی** ❖ **نظارت بر صحت تکمیل فرم‌ها و انجام اقدام اصلاحی**
➢ **ضروری است بیمارستان از آخرین فرم‌های ابلاغی هموویژولانس به شرح زیر است استفاده نماید؛** ۱) فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی ۲) فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی در شرایط اورژانس ۳) فرم درخواست پلاکت فرزیس از اهداکنندگان خاص ۴) فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده‌های گلبول قرمز ۵) فرم نظارت بر تزریق پلاسمای تازه منجمد (FFP)، پلاکت، کرایوپرسیپیتیت ۶) فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده‌های آن ۷) فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن توسط بانک خون بیمارستان‌ها از واحد پخش خون پایگاه‌های انتقال خون ۸) فرم درخواست خون و فرآورده‌های آن توسط بانک خون بیمارستان‌ها از واحد پخش خون پایگاه‌های انتقال خون در موارد اورژانس ۹) فرم درخواست خون و فرآورده‌های خونی اشعه‌دیده ۱۰) فرم درخواست گلبول قرمز شسته‌شده ۱۱) فرم عدم مصرف خون و فرآورده‌های آن در بیمارستان در بیمارستان‌های دارای نرم‌افزار مورد تائید سازمان انتقال خون استفاده از فرم‌های الکترونیک با ساختار اصلی ابلاغی لازم الاجرا می‌باشد.
❋ ب-۸-۶-۴/ ☑☐☐/ ۲
عوارض ناخواسته انتقال خون و فرآورده‌های خونی با استفاده از فرم‌های نظام مراقبت از خون گزارش می‌شود.
❖ **آگاهی کارکنان از عوارض ناخواسته‌ی انتقال خون و فرآورده‌های خونی و گزارش عوارض به سازمان انتقال خون** ❖ **تحلیل علل ریشه‌ای[1] در صورت بروز موارد ناسازگاری خونی[2] یا فوت بیمار** ❖ **ارسال فرم گزارش عارضه و نتیجه‌ی تحلیل علل ریشه‌ای به سازمان انتقال خون**
فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته‌ی احتمالی تزریق خون، تهیه شده توسط سازمان انتقال خون به طور کامل و حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه به سازمان انتقال خون ارسال شود. در صورت بروز موارد ناسازگاری خونی، بیمارستان باید در اسرع وقت نسبت به تشکیل تیم و شروع فرایند تحلیل ریشه ای علت خطا (RCA) اقدام نماید و سازمان را نیز از نتایج این جلسه آگاه کند.

[1] RCA
[2] ABO Miss Match

ب-۸-۶-۵/ ☑☐☐/ ۲
بیمارستان از پایش، تحلیل و مدیریت مصرف، برگشت و ضایعات خون و فرآورده‌های خونی اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ **تهیه جدول الگوی حداکثر درخواست خون برای جراحی[1] جهت استانداردسازی مصرف خون و فرآورده‌های خونی** ❖ **پایش میزان خون‌های کراس‌مچ شده به مصرف‌شده (C/T) به تفکیک بخش‌های درمانی و اقدامات اصلاحی مورد نیاز** ❖ **پایش میزان خون و فرآورده‌های خونی برگشتی از بخش‌ها به بانک خون و ارزیابی دمای آنها جهت ورود به چرخه مصرف و اقدام اصلاحی در صورت لزوم** ❖ **پایش میزان ضایعات خون و فرآورده‌های خونی در بانک خون به تفکیک علت آن و اقدامات اصلاحی مورد نیاز**
بانک خون با مدیریت مسئول فنی آزمایشگاه، میزان برگشتی خون و فرآورده‌های خونی را پایش و به کمیته‌ی طب انتقال خون گزارش می‌دهد و ضمن ارائه بازخورد به بخش‌های مربوط اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود طراحی و اجرا می‌شود. در اعمال جراحی انتخابی (الکتیو) درخواست بیش از حد خون امری شایع است که با تغییر الگوی درخواست خون به راحتی می‌توان این مشکل را حل کرد. استفاده از الگوی حداکثر درخواست خون برای جراحی به عنوان الگوی استاندارد برای فعالیت بانک‌های خون بیمارستانی پذیرفته شده است بنابراین لازم است مراکز با استفاده از این الگو نسبت به طرح و تصویب استاندارد مخصوص مرکز خود در کمیته‌ی طب انتقال خون اقدام نمایند تا در زمینه‌ی میزان مصرف خون و فرآورده‌ی خونی مدیریت بهتر و علمی تری صورت گیرد. خون های ارسالی به بخش تا زمان مصرف آنها (حداکثر ۳۰ دقیقه پس از خروج از یخچال بانک خون) باید در محفظه‌های با عایق‌بندی مناسب نگهداری شوند. در صورت عدم مصرف آنها و عودت به بانک خون، ضمن رعایت فاصله زمانی حداکثر زیر ۳۰ دقیقه و دمای زیر ۱۰ درجه‌ی سانتیگراد، می‌توانند مجددا به چرخه مصرف وارد گردند.
ب-۸-۶-۶/ ☑☑☐/ ۱,۵
بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته‌ی طب انتقال خون اطمینان حاصل می نماید.
❖ **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان انتقال خون، هموویژولانس و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط** ❖ **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با عملکرد طب انتقال خون به منظور سنجش اثربخشی** ❖ **مدیریت نتایج تحلیل ریشه‌ای وقایع ناخواسته مرتبط با انتقال خون و فرآورده‌های خونی به منظور پیشگیری از تکرار** ❖ **تصویب، پایش و ارزیابی اثربخشی مداخلات با هدف استفاده منطقی از خون و فرآورده‌های خونی و کاهش عوارض انتقال خون** ❖ **ارتقای سطح دانش و آگاهی کارکنان در زمینه انتقال خون و فرآورده های خونی** ❖ **تصمیم گیری در خصوص میزان ذخیره‌سازی فرآورده های خونی مطابق با نیاز بیمارستان در شرایط عادی و بحرانی**
بازه‌ی زمانی تشکیل کمیته‌ی طب انتقال خون بر حسب میزان مصرف خون و فرآورده‌های خونی در مرکز می‌باشد. کمیته‌ی طب انتقال خون در مراکز درمانی با مصرف ۲۰۰ واحد خون و فرآورده‌های خونی یا بیشتر در ماه به صورت ماهانه و در مراکز درمانی با مصرف کمتر از ۲۰۰ واحد در ماه، هر ۲ ماه یکبار باید تشکیل گردد. این کمیته بر برنامه‌ریزی و اجرای آموزش کارکنان درخصوص انتقال خون و فرآورده های خونی و اجرای هموویژولانس نظارت می‌نماید.

[1] Maximum Surgical Blood Ordering Schedule (MSBOS)

ب–۹

خدمات سرپایی

ب–۹ خدمات سرپایی

ب–۹–۱ برنامه‌ریزی و ارائه‌ی امکانات و تسهیلات برای خدمات سرپایی با رعایت حقوق شهروندی انجام می‌شود
ب–۹–۱–۱/ ☑☐☐/ ۱،۵
نوبت‌دهی خدمات سرپایی به نحوی است که بیماران با حداقل زمان انتظار خدمات سرپایی را اخذ می‌نمایند.
❖ وجود و استفاده‌ی فعال از سامانه‌های نوبت‌دهی غیرحضوری اینترنتی/ تلفنی برای خدمات سرپایی و اطلاع‌رسانی آن در وب‌سایت بیمارستان ❖ استفاده از سامانه‌های نوبت‌گیری خودکار و سامانه‌های فراخوان برای مدیریت صف در صورت نوبت‌دهی حضوری بیماران ❖ حضور به‌موقع و طبق برنامه‌ی زمان‌بندی پزشکان در درمانگاه تخصصی برای ویزیت بیماران سرپایی ❖ زمان انتظار بیماران کمتر از ۳۰ دقیقه برای ویزیت پزشک در درمانگاه ❖ اطلاع‌رسانی تغییر زمان یا کنسلی حضور پزشک به بیماران ❖ پایش و برنامه‌ریزی برای کوتاه شدن زمان‌های نوبت‌دهی و لیست انتظار پزشکان
اطلاع‌رسانی درخصوص نحوه‌ی نوبت‌دهی در وب‌سایت بیمارستان باید موجود باشد. مدیریت زمان حضور بیمار در درمانگاه‌ها بایستی به نحوی باشد که حداقل انتظار و ازدحام مراجعین در درمانگاه‌ها برنامه‌ریزی شود. ضرورت لیست بیماران برای خدمات مختلف درمانگاهی به شکلی برنامه‌ریزی شود که بیماران با حداقل زمان انتظار برای دریافت خدمات مواجه شوند. استفاده از سامانه‌های فراخوان به منظور مدیریت صف انتظار بیماران توصیه می‌شود. از طرفی اعلام فراخوان هوشمند بیماران برای ویزیت، توسط پزشک می‌تواند به روند بهتر اجرای این فرایند کمک کند. وجود منشی/ متصدی/ متصدیان برای هریک از درمانگاه‌های تخصصی متناسب با تعداد مراجعین و پاسخگویی مناسب با صبر و حوصله و حسن برخورد به تمامی سوالات گیرندگان خدمت در مدیریت ازدحام و افزایش رضایتمندی مراجعین توصیه می‌شود. بیمارستان طبق روال مشخصی برنامه‌ی زمان‌بندی شده‌ی پزشکان متخصص (بصورت هفتگی) را که شامل: زمان حضور پزشک و تغییر زمان یا کنسلی می‌باشد را به مراجعه‌کنندگان درمانگاه اطلاع رسانی می‌نماید. مسئول درمانگاه بر حضور به موقع پزشکان متخصص طبق برنامه‌ی زمان‌بندی تعیین شده نظارت دارد. در صورت لغو یا تغییر برنامه‌ی زمان بندی شده‌ی پزشکان درمانگاه، از ۲۴ ساعت قبل با تماس تلفنی یا پیامک به بیماران اطلاع رسانی می‌گردد. عدم اطلاع رسانی تعیین پزشک متخصص جایگزین به بیماران جهت ویزیت و یا انجام حتی یک مورد ویزیت توسط دستیاران تخصصی بدون حضور پزشک متخصص غیر قابل قبول است
ب–۹–۱–۲/ ☑☑☐/ ۱
بیمارستان از دسترسی تسهیل شده به واحدهای ارائه دهنده‌ی خدمات سرپایی و اطلاع‌رسانی موثر به مراجعین اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ وجود مسیر دسترسی مستقل و مشخص از ورودی اصلی بیمارستان به درمانگاه ❖ وجود تابلوهای راهنمای مسیریابی به سالن‌های انتظار، واحد پذیرش، صندوق و اتاق معاینه پزشکان در درمانگاه ❖ وجود تابلوهای راهنمای واضح و علائم راهنمای مسیریابی از درمانگاه‌ها به سایر واحدها (مانند: پذیرش بستری، اورژانس، آزمایشگاه، تصویربرداری، داروخانه‌ی سرپایی و ...) ❖ دسترسی تسهیل شده به واحدهای ارائه دهنده‌ی خدمات سرپایی (مانند: آزمایشگاه، تصویربرداری، داروخانه‌ی سرپایی و ...) ❖ وجود تابلوهای اختصاصی برای هریک از واحدهای سرپایی (مانند: آزمایشگاه، تصویربرداری، داروخانه‌ی سرپایی و ...) ❖ وجود واحد اطلاعات و راهنمایی بیماران در بیمارستان
وجود ورودی مستقل درمانگاه‌ها از درب اصلی بیمارستان و درب اورژانس مورد انتظار است. نظام کارآمد راهنمایی بیماران به معنی عدم وجود هرگونه سردرگمی و احساس ناخوشایند مراجعین در دسترسی و راهنمایی آن‌ها تا رسیدن به ملاقات پزشک است. بیمارستان باید روال مشخصی برای هدایت بیماران ارجاعی از اورژانس، بخش‌های بستری و پس از ترخیص به درمانگاه‌های تخصصی جهت ادامه مراقبت و پیگیری درمان داشته باشد. توصیه می شود در درمانگاه‌های با وسعت زیاد/ چندطبقه واحد اطلاعات و راهنمایی بیماران مجزا در درمانگاه وجود داشته باشد.

ب-۹-۲ خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی با شرایط ایمن و رعایت ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود

❋ ب-۹-۲-۱/ ☑☑☐/ ۲

خدمات تشخیصی و درمانی بیماران هموفیلی و تالاسمی با بر اساس ضوابط ابلاغی و با رعایت اصول ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- ❖ **شناسایی موارد تهدیدکننده‌ی ایمنی در خصوص بیماران هموفیلی و تالاسمی**
- ❖ **آشنایی کارکنان با ملاحظات تهدیدکننده‌ی ایمنی در خصوص بیماران هموفیلی و تالاسمی**
- ❖ **اتخاذ و اجرای راه‌کارهای استاندارد در خصوص خطرات متوجه بیماران هموفیلی و تالاسمی**
- ❖ **رعایت ضوابط اختصاصی خدمات تشخیصی و درمانی هر یک از بیماران هموفیلی و تالاسمی**

پذیرش و ثبت اطلاعات پزشکی و خدمات ارائه شده به بیماران هموفیلی و تالاسمی بصورت کامل و قابل پیگیری در سامانه‌های مرتبط معاونت درمان صورت گیرد.

❋ ب-۹-۲-۲/ ☑☑☐/ ۲

خدمات اسکوپی با رعایت ضوابط مربوطه و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- ❖ **نوبت‌دهی، پذیرش و ارائه‌ی خدمت به بیماران سرپایی در نوبت کاری مطابق با برنامه‌ریزی مرکز**
- ❖ **ارائه‌ی خدمات ۲۴ ساعته به بیماران اورژانسی بستری در مرکز**
- ❖ **رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اسکوپی**
- ❖ **رعایت الزامات کنترل عفونت در مراحل انجام اقدامات اسکوپی**
- ❖ **ارائه‌ی خدمات اسکوپی توسط کارکنان واجد صلاحیت**
- ❖ **اطمینان از آمادگی بیمار برای انجام خدمات اسکوپی**
- ❖ **اطمینان از رعایت حریم خصوصی بیماران در حین انجام خدمات اسکوپی**
- ❖ **ترخیص ایمن بیماران از بخش اسکوپی**
- ❖ **برچسب‌گذاری و انتقال صحیح و ایمن نمونه‌های پاتولوژی به بخش آزمایشگاه**

➢ **نکات مهم در خصوص رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اسکوپی:**

۱) شناسایی فعال بیمار (برای تمامی بیماران سرپایی اسکوپی همانند بیماران بستری داشتن دستبند شناسایی الزامی است و شناسایی فعال با دستبند شناسایی انجام می‌شود)
۲) ارزیابی بالینی بیمار به منظور شناسایی وجود آلرژی‌های شناخته شده یا اثرات ناخواسته دارویی
۳) اخذ رضایت آگاهانه طبق ضوابط مربوط
۴) اطمینان از صحت عملکرد تجهیزات (وجود تجهیزات حیاتی و ضروری آماده به کار و دارای برچسب کنترل کیفی و نگهداری پیشگیرانه)
۵) استفاده از مفاد دستورالعمل جراحی ایمن ابلاغی وزارت بهداشت
۶) تشخیص سریع احتمال خطر خون‌ریزی شدید و آمادگی مواجهه‌ی موثر با آن
۷) رعایت الزامات ایمنی برای بیماران کاندید و تحت آرام‌بخشی در بخش اسکوپی قبل، حین و بعد از انجام

➢ **نکات مهم در خصوص رعایت الزامات کنترل عفونت در مراحل انجام اسکوپی:**

۱) رعایت اصول بهداشت دست
۲) اطمینان از بکارگیری محلول‌های گندزدای سطح بالا به منظور گندزدایی مناسب تجهیزات قبل از انجام هر اسکوپی
۳) استفاده از تجهیزات یکبارمصرف و اجتناب از استفاده‌ی مجدد از این تجهیزات

➢ **نکات مهم در خصوص بکارگیری کارکنان واجد صلاحیت ارائه دهنده‌ی خدمات اسکوپی:**

۱) انجام خدمات اسکوپی توسط فوق تخصص گوارش/ متخصص داخلی دارای گواهی انجام اسکوپی از مراجع معتبر
۲) انجام خدمات مراقبتی توسط پرستار دوره دیده
۳) حضور متخصص/ تکنسین بیهوشی درصورت انجام اسکوپی تحت بیهوشی یا آرام‌بخشی

➢ **نکات مهم در خصوص آمادگی بیمار قبل از انجام اسکوپی:**

۱) اطمینان از انجام مشاوره های درخواستی
۲) اطمینان از رعایت زمان ناشتایی
۳) اطمینان از استفاده‌ی بیمار از داروها/ محلول‌های توصیه شده به منظور آمادگی سیستم گوارش
۴) اطمینان از قطع داروهای مصرفی بیمار در صورت نیاز با نظر پزشک معالج

بیمارستان باید تمهیدات خود را در خصوص انجام بیهوشی و استفاده از آرام‌بخش‌ها توسط پزشک متخصص بیهوشی برنامه‌ریزی نماید به نحوی که انجام پروسیجر برای بیماران، دچار اختلال و یا تاخیر نشود. لازم است فضای مناسب، ایمن و منطبق با موازین کنترل عفونت، مجهز به امکانات مراقبتی لازم، برای ریکاوری بیماران تحت بیهوشی یا آرام‌بخشی پیش‌بینی شود تا پایش و مراقبت ایمن بیماران تا زمان ترخیص از ریکاوری امکان‌پذیر باشد.

با توجه به اهمیت نمونه‌های پاتولوژی در تشخیص بیماری، تعیین میزان پیشرفت آن و ارزیابی اثربخشی درمان، نگهداری، برچسب‌گذاری و انتقال صحیح، ایمن و به‌موقع نمونه‌ها به واحد پاتولوژی باید مطابق ضوابط و دستورالعمل‌های ابلاغی انجام شود. لذا نوع برچسب‌گذاری و درج مشخصات لازم بر روی برچسب، کیفیت و نوع محلول‌های نگهداری نمونه‌ها و نیز مدیریت انتقال نمونه به واحد پاتولوژی از اهمیت بسزایی برخوردار است. در خصوص مشخصات، ثبت اطلاعات دموگرافیکی بیمار، نوع نمونه، محل جراحی شده و تاریخ ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه باید مشخص شده باشد. ضمنا با توجه به اهمیت نمونه‌ی ارسالی، شخص تحویل‌دهنده و تحویل‌گیرنده‌ی نمونه نیز باید ثبت گردد.

تحویل نمونه‌های پاتولوژی به بیمار/ همراه بیمار ممنوع می‌باشد. بیمارستان باید برنامه مشخصی برای نقل و انتقال نمونه از واحد اسکوپی به واحد پاتولوژی داشته باشد. در این خصوص استفاده از بیمار و یا همراه ایشان برای انتقال نمونه پاتولوژی به واحد مربوطه و یا آزمایشگاه‌های طرف قرارداد (خارج از مرکز) مورد پذیرش نیست.

❋ ب-۹-۲-۳/ ☑☑☐/ ۲

خدمات همودیالیز با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- ❖ **برنامه‌ریزی ظرفیت ارائه‌ی خدمات دیالیز متناسب با نیاز بیماران**
- ❖ **ویزیت بیماران توسط نفرولوژیست و یا متخصص داخلی دوره‌دیده در هر نوبت انجام دیالیز و ثبت دستورات در پرونده بیمار**
- ❖ **ارائه خدمت دیالیز توسط کارشناس پرستاری دارای گواهینامه‌ی دوره‌ی آموزش تکمیلی دیالیز**
- ❖ **رعایت اصول حفاظت فردی کارکنان و پیشگیری از انتقال عفونت**
- ❖ **رعایت موازین مربوط به انجام اقدامات تهاجمی ایمن در خارج از اتاق عمل**
- ❖ **بررسی شاخص‌های کفایت دیالیز و انجام اقدامات اصلاحی**

فرایند همودیالیز معمولاً هفته‌ای سه بار به مدت چهار ساعت برنامه‌ریزی 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 بخش‌های دیالیز از نظر حفظ سلامتی بیماران بسیار حایز اهمیت است.

برای تمامی بیماران سرپایی نیازمند دیالیز همانند بیماران بستری، شناسایی فعال باید انجام گیرد اما به دلیل شرایط خاص این بیماران، نیاز به الحاق دستبند نیست با این حال مرکز باید روش جایگزین دستبند شناسایی در این بیماران را مشخص کرده باشد (مانند: کارت شناسایی بیمار و ...)

ویزیت بیماران توسط نفرولوژیست و یا متخصص داخلی دوره دیده، تکمیل برگ شرح حال کامل در ابتدای پذیرش و ثبت دستورات در پرونده بیمار در هر نوبت انجام دیالیز صورت می گیرد.

➢ **اقداماتی برای پیشگیری از انتقال عفونت در بخش‌های دیالیز:**

۱) بیماران باید به صورت دوره‌ای از نظر هپاتیت B و C مورد بررسی قرار گیرند.

۲) در صورت تیتر پایین آنتی بادی هپاتیت B و یا عدم وجود واکنش ایمنی، واکسیناسیون بر طبق دستورالعمل بیماران دیالیزی انجام گردد.

۳) بیماران مبتلا به هپاتیت B باید در اتاق ایزوله با سرویس بهداشتی مجزا، پرستار و دستگاه‌های جداگانه از سایر بیماران دیالیز شوند.

۴) بیمار مبتلا به هپاتیت C وHIV مثبت نیاز به جداسازی ندارد اما پرستار باید در خصوص مراقبت و جلوگیری از انتقال عفونت متقاطع[1] آگاهی داشته باشد.

۵) پرسنل از دستکش‌های غیرقابل‌نفوذ به آب استفاده و هر دستکش فقط برای یک بیمار استفاده شود. شستشوی دست بین دو بیمار انجام شود.

۶) ضد عفونی دستگاه بر اساس نوع دستگاه و دستورالعمل اعلام شده از طرف نمایندگی، در پایان هر شیفت صورت گیرد.

۷) جهت پیشگیری از تماس با ترشحات بیمار از عینک و پوشش صورت[2] استفاده شود. سر سوزن استفاده شده درپوش‌گذاری نشود و در ظروف مخصوص جمع‌آوری گردد. البته این دو توصیه در دیالیز برای همه‌ی بیماران ضروری است.

۸) در صورت تماس با خون آلوده به هپاتیت B و واکنش پایین آنتی‌بادی، ایمنوگلوبین هپاتیت B توصیه می‌شود.

۹) در صورت تماس، ارزیابی هپاتیت B و HIV در همان زمان و ۶ هفته و ۶ ماه بعد انجام شود.

۱۰) بررسی بیماران و کارکنان مرتبط از نظر ناقل بودن به موارد شایع عفونت انجام گردد و کشت بینی هر ۳ ماه تکرار می‌شود.

[1] Cross Contamination
[2] Face Shield

➢ **واکسیناسیون بیماران دیالیزی:**

۱) هپاتیت B: بیمارانی که HbsAb منفی و HbsAg منفی هستند. کاندید دریافت واکسن هپاتیت B در سه دوز (۰،۱،۶) و با دوز ۲ برابر (دو واکسن، هر یک در یک بازو) هستند. پاسخ به واکسن در بیماران دیالیزی از جمعیت عمومی کمتر و در حدود ۶۰ - ۵۰ می باشد. در صورت افت آنتی بادی به کمتر از ۱۰mIU/mL واکسیناسون مجدد توصیه می‌شود.

۲) واکسن آنفلوانزا A و B به صورت سالیانه توصیه می‌شود.

۳) واکسن دیفتری و کزاز بزرگسالان به عنوان یادآوری هر ۱۰ سال بر اساس برنامه واکسیناسیون کشوری توصیه می‌شود.

۴) تزریق هر دو واکسن پنوموکوک (PPSV23 و PPSV13) در بیماران دیالیزی توصیه می شود.

۵) در بیمارانی که سابقه واکسینا سیون ندارند ابتدا PPSV13 و ۸ هفته بعد PPSV23 تو صیه می شود. در صورتی که بیمار PPSV23 دریافت کرده باشد، PPSV13 را می تواند سال بعد دریافت کند.

۶) تزریق یادآور PPSV23 پنج سال بعد انجام می شود و باید با تزریق نوع PPSV13 حداقل ۸ هفته فاصله داشته باشد.

➢ **موارد لازم در خصوص بررسی کفایت همودیالیز در بیماران:**

۱) کفایت دیالیز (kt/v) در تمامی بیماران دیالیزی ماهی یک بار انجام می‌شود.

۲) نحوه‌ی گرفتن خون و سایر الزامات جهت محاسبه‌ی kt/v بر اساس شناسنامه‌ی استاندارد خدمت انجام می‌شود.

۳) دسترسی به نتایج kt/v حداقل در یک سال گذشته مقدور بوده و در بخش موجود می باشد.

۴) مستندات بررسی علل عدم کفایت دیالیز در پرونده موجود و قابل احصا می باشد.

۵) مستندات مداخله و دستورات پزشک جهت اصلاح کفایت دیالیز در پرونده بیمار مشخص و موجود است.

ب-۹-۲-۴/ ☑☑☐/ ۲

خدمات دیالیز صفاقی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- **مشخص بودن فضای انجام دیالیز صفاقی مرکز و آمادگی پذیرش بیمار**
- **ویزیت بیماران توسط نفرولوژیست و یا متخصص داخلی دوره‌دیده و ثبت دستورات در پرونده‌ی بیمار**
- **ارائه‌ی خدمت دیالیز صفاقی توسط کارشناس پرستاری دارای گواهینامه‌ی دوره آموزش تکمیلی دیالیز**
- **رعایت تمامی اصول پیشگیری از انتقال عفونت و اصول حفاظت فردی کارکنان**
- **شناسایی بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت**
- **بررسی شاخص‌های کفایت دیالیز و انجام اقدامات اصلاحی**

دیالیز صفاقی یک روش جایگزین برای نارسائی کلیه است که به عنوان روش درمانی مطلوب در اطفال و بزرگسالان استفاده می شود و با توجه به مزایای فراوان دیالیز صفاقی (نیاز به فضای فیزیکی کمتر، کاهش نرخ بستری، کاهش هزینه درمان، ارتقاء کیفیت درمان، عملکرد آزاد و فعالیت اجتماعی بیمار، محدودیت کمتر رژیم غذایی، کاهش رفت و آمد بیمار به مرکز درمانی، کاهش میزان عفونت های بیمارستانی و حفظ کردن بیمار جهت کاندید پیوند شدن) در بسیاری از کشورهای پیشرفته خط اول درمان با دیالیز محسوب می‌شود. در این روش درمانی، ابتدا توسط جراح در اتاق عمل یک کاتتر در صفاق بیمار تعبیه می شود و بیمار پس از مرخص شدن از بیمارستان، در منزل درمان را ادامه می دهد. ویزیت بیماران توسط نفرولوژیست و یا متخصص داخلی دوره دیده، تکمیل برگ شرح حال کامل در ابتدای پذیرش و ثبت دستورات در پرونده بیمار باید در هر نوبت مراجعه بیمار انجام شود.

روش های مختلف درمان دیالیز صفاقی وجود دارد ولی بیشتر موارد بیمار در منزل روزی ۴ بار، محلول دیالیز صفاقی را وارد شکم نموده و پس از ۶ ساعت محلول را خارج می‌کند. لازم به ذکر است در این روش نیاز به تجهیزات پیشرفته ندارد و از صفاق بیمار بعنوان صافی استفاده می‌شود، لذا نیازی به صافی دیالیز وجود ندارد و بیمار می‌بایست ماهی یک بار جهت معاینه به بخش دیالیز صفاقی مراجعه نموده و تست‌ها و آزمایشات مربوطه انجام و دستورات دارویی تنظیم شود.

۱) آزمایشات دوره‌ای ماهانه، ۳ ماهه و ۶ ماهه در بیماران انجام می‌شود.

۲) بیماران برعلیه هپاتیت B بر طبق دستورالعمل واکسینه می‌شوند.

۳) بیماران، آموزش لازم در خصوص وارد و خارج کردن محلول دیالیز در شکم وکلیه‌ی اقدامات پیشگیرانه از انتقال عفونت را باید دریافت نمایند.

۴) بررسی بیماران و کارکنان مرتبط از نظر ناقل بودن به موارد شایع عفونت انجام گردد و کشت بینی هر ۳ ماه تکرار می‌شود.

۵) بیمارانی که HBS Ab و HBS Ag منفی هستند، کاندید دریافت واکسن هپاتیت B در سه دوز (۰،۱،۶) می‌باشند و با دو برابر دوز واکسینه می‌شوند. در صورت افت سطح آنتی‌بادی به زیر 10miv/ml واکسیناسیون مجدد توصیه می‌شود.

۶) تزریق واکسن آنفولانزا برای بیماران و کارکنان مرتبط به صورت سالانه توصیه می‌شود.
۷) درخصوص سایر واکسیناسیون‌ها بر اساس پروتکل اداره‌ی بیماری‌های واگیر انجام می‌شود.

➢ **موارد لازم در خصوص بررسی کفایت دیالیز صفاقی در بیماران؛**

۱) ارزیابی کفایت دیالیز صفاقی در زمان شروع درمان و سپس در فواصل زمانی تعیین‌شده در دستورالعمل‌های ابلاغی انجام و نتایج در پرونده بیمار ثبت می‌شود.
۲) نحوه‌ی انجام کفایت دیالیز بر طبق شناسنامه‌ی استاندارد خدمت می‌باشد.
۳) مستندات و نتایج کفایت دیالیز در پرونده و در بخش موجود است.
۴) در صورت ناکافی بودن کفایت دیالیز، مستندات مداخله و دستورات پزشک معالج جهت اصلاح در پرونده و در بخش موجود است.
۵) تست PET، جهت بررسی کارایی پرده صفاق، یک ماه بعد از تعبیه کاتتر و شروع درمان در همه بیماران انجام و نتایج قابل دسترسی و موجود است.
۶) نحوه انجام تست PET بر اساس شناسنامه استاندارد خدمت دیالیز صفاقی است.
۷) مداخله پزشک (مستندات مربوطه) در صورت نتیجه نامناسب PET در پرونده و در بخش موجود است.

ب-۹-۲-۵/ ☐☑☑/ ۲

خدمات شیمی‌درمانی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- **فضای فیزیکی مستقل و استاندارد بخش شیمی‌درمانی با رعایت ضوابط مربوط**
- **بکارگیری پرستاران آموزش دیده برای بخش شیمی‌درمانی**
- **ارائه‌ی آموزش به بیمار در زمینه‌ی آمادگی‌های لازم برای انجام شیمی‌درمانی و عوارض احتمالی**
- **مدیریت دارویی ایمن و ارائه‌ی داروهای مورد نیاز طبق استانداردهای مربوط**
- **آماده‌سازی و تزریق داروها با شیوه‌های ایمن و با استفاده از تجهیزات استاندارد و ایمن**

فضای فیزیکی مستقل بخش شیمی‌درمانی در محل مناسب و با رعایت اصول کنترل عفونت به گونه‌ای استقرار یافته باشد که خطر مواجهه بیماران با منابع بالقوه عفونت به حداقل برسد. مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات شیمی‌درمانی باید شرایط و ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی لازم را رعایت نمایند و پس از انجام خدمات بستری و سرپایی اقدام به ثبت آن در سامانه های مربوطه مانند HIS/CIS نمایند. ضمنا ثبت عوارض احتمالی دارویی نیز در سامانه ADR ضروری می‌باشد.

➢ **سه جزء مهم در مدیریت شیمی‌درمانی:**

۱) مدیریت فرایندهای مرتبط با بیمار
۲) مدیریت فرایندهای مرتبط با دارو
۳) مدیریت فرایندهای مرتبط با کارکنان

➢ **اهم اقدامات مرتبط با فرایند شیمی‌درمانی بیماران:**

۱) ثبت سرطان و تعیین مرحله‌ی بیماری
۲) ارزیابی بیمار و تعیین پروتکل کلی درمان
۳) تعیین جزییات پروتکل شیمی‌درمانی
۴) ارزیابی بیمار پیش از هر سیکل تجویز دارو
۵) بررسی‌های پیش از تزریق
۶) احتیاط‌های زمان آماده‌سازی بیمار برای تزریق
۷) اخذ رضایت آگاهانه
۸) تزریق دارو و مراقبت‌های مربوطه
۹) مراقبت‌های حین تزریق
۱۰) احتیاط‌های پس از تزریق
۱۱) پیگیری بیمار در فواصل درمان

- **نکات حفاظتی و کنترل عفونت در شیمی درمانی:**

۱) امکانات و تجهیزات بخش باید دارای مشخصات مطابق دستورالعمل باشد

۲) حفاظت از بیمار: ا ستفاده از تکنیک‌های ضدعفونی منا سب، جلوگیری از ن شت زیرجلدی دارو و در صورت لزوم رعایت ایزولا سیون معکوس و سایر اقدامات

۳) حفاظت از پرسنل: آموزش و آگاهی و استفاده از تجهیزات و تکنیک‌های حفاظتی عدم جداسازی سرسوزن و دفع کامل سرنگ و سر سوزن

۴) حفاظت از محیط: ممانعت از نشت و پخش شدن قطرات دارویی، مدیریت دفع پسماند دارویی و غیره

- **نکاتی در زمینه‌ی مدیریت دارویی داروهای شیمی درمانی:**

۱) آماده سازی دارو طبق نسخه‌ی بیمار

۲) انتقال داروهای شیمی‌درمانی در بسته‌بندی مناسب و با برچسب هشداردهنده

۳) هرگونه انتقال داروها از داروخانه یا انبار به محل ساخت یا بخش توسط پرسنل آموزش‌دیده

۴) ممنوعیت تحویل دارو به بیمار

۵) دسترسی و آشنایی با کیت نشت برای تمامی افرادی که در فرایند جابه‌جایی و حمل و نقل داروهای شیمی درمانی مشارکت دارند

۶) استفاده از تجهیزات حفاظت شخصی برای تمامی افرادی که در فرایند جابه‌جایی و حمل و نقل داروهای شیمی‌درمانی مشارکت دارند

۷) برچسب‌گذاری داروهای شیمی درمانی در قفسه‌ی محل نگهداری شامل؛ نام دارو، تاریخ انقضا و شماره سری ساخت بدون استفاده از علائم اختصاری و کد

۸) وجود یخچال‌های استاندارد دارویی دارای مشخصات مطابق دستورالعمل

- **آماده‌سازی داروهای شیمی‌درمانی:**

۱) نظارت مستقیم داروساز

۲) حفاظت از کارکنانی که با این داروها سروکار دارند

۳) حفاظت از فرآورده (به لحاظ میکروبی و وجود ذره)

۴) به حداقل رساندن آلودگی محیط زیست و کاهش هدررفت فرآورده دارویی

۵) امکان آماده سازی دارو با دوز تجویز شده و کاهش عوارض و افزایش اثر بخشی

۶) ممانعت از انتقال آلودگی به محیط، پرسنل و فرآورده

۷) وجود اتاق تمیز[1] در مراکز شیمی درمانی با بیش از ۱۲ تخت

۸) وجود تجهیزات آماده‌سازی دارو و کابین بیولوژیک ایمن[2]

۹) دفع ایمن و منطبق بر اصول بهداشتی پسماندهای داروی شیمی‌درمانی

۱۰) برچسب زنی داروی آماده شده در اتاق تمیز

- **رئوس مطالب آموزشی کارکنان فعال در آماده سازی و حمل و نقل و تزریق داروهای شیمی‌درمانی:**

۱) فرآیندهای مناسب برای کار با داروی سایتوتوکسیک

۲) اثرات داروها بر سلامت، خطرات و اقدامات ایمنی

۳) رعایت اصول کنترل عفونت

۴) نحوه‌ی دفع مواد و وسایل آلوده و باقیمانده‌ی مواد سایتوتوکسیک

۵) اقدامات لازم در صورت بروز حادثه و نشت دارو

۶) نحوه‌ی محاسبات داروهای شیمی درمانی

۷) استفاده از تجهیزات حفاظت فردی

۸) رعایت بهداشت دست و استفاده از دستکش استریل

۹) استانداردها و شرایط کار در اتاق تمیز و کابین ایمن بیولوژیک

[1] Clean Room
[2] Biological Safety Cabinet (BSC)

❋ ب-۹-۲-۶/ ☐☑☑/ ۲
خدمات رادیوتراپی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
❖ فضای فیزیکی مستقل و استاندارد بخش رادیوتراپی طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ❖ رعایت اصول ایمنی پرتو در بخش رادیوتراپی طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ❖ نصب علائم تصویری و نوشتاری هشداردهنده‌ی پرتو در معرض دید عموم به صورت شفاف و به تعداد کافی ❖ ویزیت بیمار توسط پزشک متخصص و تدوین برنامه‌ی رادیوتراپی بیمار ❖ ارائه‌ی آموزش به بیمار در زمینه‌ی آمادگی‌های لازم برای انجام رادیوتراپی و عوارض احتمالی ❖ آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار و آگاهی کارکنان در این زمینه
پرتودرمانی یکی از انواع روش‌های درمان سرطان است که ذرات پر انرژی یا امواج مانند اشعه‌ی ایکس، اشعه‌ی گاما، پرتوهای الکترونی با استفاده از نوع معینی انرژی جلوی رشد و تقسیم سلول‌های سرطانی را می‌گیرد (این پرتوها با عبور از ماده‌ی یونیزاسیون در ماده، تولید یون‌های مثبت و منفی می‌کند). در نتیجه سلول به تدریج کوچک می شود و از بین خواهد رفت. خدمات رادیوتراپی شامل مواردی مانند: پرتودرمانی حین عمل جراحی (IORT)، رادیوتراپی داخلی یا براکی‌تراپی، رادیوتراپی سیستمیک، رادیوتراپی سه بعدی کانفورمال (3D-CRT) و تله‌تراپی می‌باشد و پس از انجام خدمات بستری و سرپایی اقدام به ثبت آن در سامانه های مربوطه مانند HIS/CIS نمایند. زمان‌بندی انجام خدمات رادیوتراپی بصورتی برنامه‌ریزی شود که زمان انتظار بیماران موجب پیشرفت بیماری و تاخیر در درمان نشود. از تجهیزات لازم برای این بخش می‌توان به دستگاه سی‌تی اسکن سیمیلاتور اشاره کرد. بیماران دریافت کننده‌ی خدماتی مانند: IMRT , SBRT/SRS نیاز به دستگاه سی‌تی اسکن سیمیلاتور دارند.
❋ ب-۹-۲-۷/ ☐☑☑/ ۱,۵
خدمات پزشکی هسته‌ای با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار، برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
❖ فضای فیزیکی مستقل و استاندارد بخش پزشکی هسته‌ای طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ❖ رعایت اصول ایمنی پرتو در بخش پزشکی هسته‌ای طبق ضوابط سازمان انرژی اتمی ❖ برنامه‌ریزی و ارائه‌ی خدمات پزشکی هسته‌ای با رعایت ضوابط و استاندارد مربوط هر خدمت ❖ نصب علائم تصویری و نوشتاری هشدار دهنده‌ی پرتو در معرض دید عموم به صورت شفاف و به تعداد کافی ❖ ارائه‌ی آموزش به بیمار در زمینه آمادگی‌های لازم برای انجام پزشکی هسته‌ای ❖ رعایت اصول ایمن قرنطینه‌سازی حین و پس از اخذ خدمات ❖ آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار و آگاهی کارکنان در این زمینه
سوانح پرتویی هرگونه رویداد مربوط به مواد رادیواکتیو که از خود پرتو ساطع می‌کنند، اما انفجار هسته‌ای در کار نیست. در این نوع حوادث فرد در معرض پرتوهای یونیزان قرار می‌گیرد که می‌تواند باعث سوختگی‌های پوستی، بیماری‌های مزمن (مثل سرطان) و آسیب‌های ژنتیکی شود. استفاده و رعایت مفاد شناسنامه و استانداردهای خدمت در زمینه‌ی پزشکی هسته‌ای اعم از اسکن قلب و سایر موارد ابلاغی وزارت بهداشت ضروری می‌باشد خدمات بستری و سرپایی این بخش پس از ارائه میبایست در سامانه‌های مربوطه مانند HIS/CIS ثبت شود. ➢ **نکاتی در خصوص بخش پزشکی هسته‌ای:** ۱) طراحی بخش به‌گونه‌ای باشد که میزان مواجهه با پرتو، از اتاق آماده‌سازی بیماران تزریق‌نشده به سمت اتاق اسکن، به تدریج افزایش یابد. ۲) مسیر حرکتی پرسنل با مسیر حرکت بیماران مشترک نباشد. ۳) مسیر حرکت بیماران در پزشکی هسته‌ای یک طرفه باشد و بعد از تزریق از طریق درب خروجی مجزا و یک طرفه‌ی بیماران به بیرون هدایت شوند. ۴) در اتاق انتظار بیماران تزریق شده، سرویس بهداشتی به تفکیک خانم و آقا پیش بینی شده باشد. ۵) اتاق تی‌شوی و حمام ویژه، به منظور رفع آلودگی احتمالی موردی در دسترس کارکنان باشد. ۶) تمام مناطق بخش به صورت یک طبقه و یا پیوسته باشد ۷) در زمان طراحی بخش از نزدیک بودن این بخش با بخش کودکان و زنان جدا خودداری گردد. ۸) پیش بینی امکاناتی از قبیل تلویزیون در اتاق اسکن ۹) بیمار به مناطق تفسیر تصاویر دسترسی نداشته باشد. ۱۰) تهویه هوا بصورتی باشد که هرساعت حداقل ۶ بار هوای اتاق اسکن و هات‌لب[1] و اتاق انتظار بیمار تزریق شده تهویه گردد. ایجاد و فعالیت بخش پدتراپی بستری، پت اسکن و سیکلوترون در مراکز منتخب منطبق با سند «توسعه شبکه ملی مراقبت سرطان» و «آخرین سند جامع پزشکی هسته ای ایران» ضروری است.

[1] HOT LAB

ب-۹-۲-۸/ ☑☑☐/ ۱,۵
خدمات ناباروری با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
❖ ساختار فیزیکی متناسب با فرایندهای درمانی و استاندارد است. ❖ فرایندهای درمانی بر اساس ضوابط با رعایت اصول ایمنی و محرمانگی انجام می شود. ❖ حضور فلوشیب ناباوروری به عنوان مسئول فنی ❖ تامین خدمات جنین شناسی در مرکز ❖ هماهنگی و برنامه‌ریزی برای اخذ مشاوره از متخصصین ارولوژی، جراح ، بیهوشی و طب ایرانی در مرکز فراهم می باشد. ❖ بکارگیری و استفاده از کارکنان بالینی ذیصلاح و آموزش دیده بر اساس ضوابط وزارت بهداشت
مرکز تخصصی درمان نا باروری به مرکزی اطلاق می‌گردد که توانایی تشخیص و درمان ناباروری و بیماری‌های مرتبط با تولید مثل و باروری را داشته باشد. این مرکز می‌بایست با پشتوانه کلینیک‌های تشخیصی و درمانی، آزمایشگاه جنین شناسی، سایر آزمایشگاه‌ها (به صورت اختیاری) و اتاق‌های عمل، امکان انجام اعمال تشخیصی و درمانی زنان از جمله هیسترو سکوپی (تشخیصی و درمانی ساده مانند میوم کوچک، سپتوم رحم) و الپارا سکوپی (تشخیصی و درمانی ساده مانند بیوپسی از بیضه و واریکو سل) و انجام اعمال تشخیصی و درمانی مردان از جمله جدا سازی اسپرم از بافت بیضه و اپیدیدیم را داشته باشند و با امکان انجام روش‌های درمانی مرتبط از جمله آماده سازی و تزریق اسپرم به داخل رحم[1]، لقاح خارج رحمی[2]، تزریق اسپرم به سیتوپلاسم تخمک[3]، گذاشتن اسپرم آماده شده و تخمک به ثلث خارجی لوله رحم[4] و گذاشتن تخمک لقاح شده به ثلث خارجی لوله رحم[5]، انتقال جنین به ثلث خارجی لوله رحم[6]، کشت و انجماد تخمک و جنین، فریز و ذوب اسپرم، تخمک و جنین و بافت‌های تولید مثلی، امکان درمان مراجعین نابارور به مرکز را فراهم آورد و بیمار حداکثر ظرف ۸ ساعت قادر به ترک مرکز باشد. ۱) وجود اتاق نمونه گیری صرفا با حضور همسر فردبه مساحت۱۲مترمربع دارای سرویس بهداشتی با دوش، تهویه، تخت و در کنار آزمایشگاه آماده سازی اسپرم (آندرولوژی) و در محیطی آرام و بی سر و صدا که بیمار احساس امنیت و آرامش داشته باشد، امکانپذیر می باشد. ۲) احراز هویت زوجین و بررسی رابطه زوجیت (اعم از دائمی یا موقت) توسط کارشناس مدارک پزشکی و کارشناس خبره الزامی است. ۳) آزمایشگاه جهت آنالیز اسپرم و آماده سازی آن با حداقل مساحت۲۰مترمربع با دمای۲۵-۲۳درجه سانتی گراد ترجیحاً کنار اتاق انجام IUI و آزمایشگاه فوق باید از آزمایشگاه هایی که در آنجا از مواد شیمیایی استفاده می شود فاصله داشته باشد. تبصره: تمامی خدمات بر اساس راهنمای بالینی هماهنگی کشوری ناباروری، سطح۳، در مرکز انجام می شود.
ب-۹-۲-۹/ ☑☑☐/ ۱
خدمات تشخیصی و درمانی بیماری‌های متابولیک ارثی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و ارائه می شود.
❖ وجود فضای مناسب برای پذیرش و ارائه‌ی خدمات بستری و سرپایی به بیماران متابولیک ارثی ❖ آموزش پرستاران و کارکنان در خصوص ملاحظات تهدید کننده ایمنی بیماران مبتلا به بیماری های متابولیک ارثی ❖ امکانات انجام آزمایش‌های سطح یک متابولیک به صورت اورژانسی (با امکان پاسخ دهی کمتر از ۲۴ ساعت) ❖ دسترسی تسهیل شده بیماران متابولیک ارثی به خدمات توانبخشی ❖ تامین امکانات و اقلام مورد نیاز بیماران
امکان تامین و توزیع اقلام داروئی، مکمل، شیر و غذای مخصوص مورد نیاز بیماران متابولیک ارثی به صورت تسهیل شده در داروخانه بیمارستان به همراه دپو منا سب فراهم با شد. ا ستاندارد های مدیریت بیماران متابولیک در بخش های بالینی مرتبط نظام ارجاع مطابق با د ستورالعمل ابلاغی وزارت بهدا شت برای خدمات مشاوره ژنتیک و تشخیص ژنتیک بیماران متابولیک ارثی رعایت گردد. فضای فیزیکی استاندارد برای ویزیت متخصص اطفال/ فوق تخصص غدد، ویزیت کارشناس تغذیه و روانشناس بالینی برای ارائه خدمات مطابق با د ستورالعمل ابلاغی برنامه وجود دا شته با شد.کارکنان بیمار ستان چگونگی برخورد و مدیریت بالینی بیماران متابولیک ارثی مطابق با د ستورالعمل ابلاغی وزارت بهدا شت آ شنایی کامل دا شته با شند. نیروی م شخص متخ صص اطفال/ فوق تخ صص غدد منتخب بیماری های متابولیک ارثی، کار شناس تغذیه، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی، پرستار درمانگاه متابولیک برای مدیریت درمان بیماران متابولیک ارثی وجود داشته باشد.

[1] IUI
[2] IVF
[3] ICSI
[4] GIFT
[5] ZIFT
[6] TEF

بیمارستان امکانات انجام آزمایش های سطح یک متابولیک (اندازه گیری سطح گازهای خونی، اوره، قند خون، لاکتات، کلسیم، آمونیاک، کتون های ادرار و تست های بررسی عملکرد کبد را به صورت اورژانسی (با امکان پاسخ دهی کمتر از ۲۴ ساعت) داشته باشد. بیماران متابولیک ارثی به خدمات توانبخشی (کاردرمانی، گفتار درمانی) در بیمارستان دسترسی تسهیل شده داشته باشند.

مدیریت تشخیص و درمان بیماران بستری یا بدحال مبتلا به متابولیک ارثی با مشورت/نظارت فوق تخصص منتخب برنامه متابولیک ارثی باشد. در صورت عدم حضور فیزیکی فوق تخصص غدد منتخب بیماری های متابولیک ارثی در بیمارستان منتخب در موارد بروز جدید و روزهایی که فوق تخصص غدد در درمانگاه حضور ندارد ویزیت اولیه بیمار می تواند توسط متخصص اطفال آموزش دیده و تحت نظر فوق تخصص غدد و بیماری‌های متابولیک با مشورت تلفنی ایشان صورت گیرد و درخواست تکرار تست غربالگری، تست تائید غربالگری یا درمان اولیه انجام شود. بیماران متابولیک ارثی که پس از تست های تائید تشخیص و معاینه بالینی بیمار قطعی شناسایی می شوند با رعایت ضوابط دستورالعمل ابلاغی جهت انجام مشاوره ژنتیک جهت پیشگیری از بروز فرزند مبتلای دیگر در خانواده ارجاع داده شوند.

ب-۹-۲-۱۰/ ☑☑☑/ ۱

خدمات طب ایرانی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- ارائه‌ی خدمات طب ایرانی در درمانگاه بیمارستان به صورت سرپایی مطابق دستورالعمل ابلاغی
- ارائه‌ی خدمات آموزشی و مشاوره‌ای طب ایرانی برای پیشگیری و ارتقای سلامت مراجعین و همراهان
- ارائه‌ی داروهای گیاهی و فرآورده‌های طبیعی و تجهیزات مورد نیاز خدمات طب ایرانی در داروخانه های بیمارستانی
- وجود اتاق جهت ارائه خدمات طب ایرانی برای انجام پروسیجرهای مرتبط

خدمات طب ایرانی شامل خدمات اعمال یداوی مجاز مانند: حجامت تر، حجامت خشک (بادکش)، غمز و دلک (ماساژ)، فصد، زالودرمانی، حقنه، رایحه درمانی، بخور و انکباب بر اساس استاندارد خدمت می‌باشد. این خدمات باید توسط کارکنان فنی آموزش دیده‌ی مورد تأیید وزارت متبوع ارائه گردد. مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات طب ایرانی باید اطلاع رسانی لازم در خصوص ارائه خدمات طب ایرانی و نیز برنامه زمانبندی حضور پزشکان متخصص طب ایرانی درتابلو پزشکان درمانگاه و وب سایت بیمارستان را ارائه نمایند.

❋ ب-۹-۲-۱۱/ ☑☑☐/ ۲

خدمات آنژیوگرافی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.

- **تدوین دستورالعمل «اطمینان از آمادگی‌های قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی»**
- **آگاهی و عملکرد کارکنان بر اساس دستورالعمل تدوین شده**
- **حضور به‌موقع پزشک از زمان انجام پروسیجر تا پایان آنژیوگرافی در بخش**
- **ثبت دستورات لازم و صدور دستور انتقال بیمار (پس از پایداری شرایط بیمار مانند: علایم حیاتی، کنترل خونریزی و...)**
- **ویزیت بیمار در بخش و انجام اقدامات درمانی و مراقبتی پس از انتقال به بخش بر اساس دستورات**

پرستار بخش باید قبل از انتقال بیمار از آمادگی‌های لازم (زمان ناشتا بودن بیمار الکتیو، جواب آزمایشات، شیو و حمام، رضایت آگاهانه بیمار الکتیو و...) اطمینان یابد. انتقال ایمن بیمار بر اساس دستورالعمل نحوه جابه‌جایی درون‌بخشی و بین‌بخشی بیماران به بخش آنژیوگرافی صورت پذیرد. بیمار و مستندات پرونده در بخش آنژیوگرافی کنترل و چک‌لیست آمادگی‌های قبل از آنژیوگرافی توسط پرستار تحویل‌گیرنده تأیید و مهر و امضا شود.

رعایت الزامات کنترل عفونت از جمله عدم استفاده مجدد از تجهیزات یک‌بارمصرف موردتوجه قرار گیرد.

ب-۹-۳ خدمات سرپایی در سطح پیشگیری و توانبخشی با شرایط ایمن و رعایت ضوابط مربوط ارائه می‌شود

❋ ب-۹-۳-۱/ ☑☐☐/ ۱.۵

خدمات پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان مطابق ضوابط مربوط ارائه می‌شود.

- فضای فیزیکی مستقل و استاندارد ارائه‌ی خدمات پیشگیری و تشخیص سرطان طبق ضوابط مربوطه
- وجود تجهیزات لازم جهت ارائه‌ی خدمات مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
- تامین نیروی انسانی مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
- تدوین، ابلاغ و اجرای فرایندهای اجرایی مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
- پذیرش بیماران ارجاعی و ثبت خدمات و اطلاعات مراجعه کنندگان در سامانه‌های مربوطه

فضای فیزیکی استاندارد، نیروی انسانی و فرایند های مورد نیاز برای مراکز پیشگیری و تشخیص زود هنگام سرطان مطابق «آیین نامه‌ی تاسیس و بهره برداری مرکز پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان و بیماری‌های غیرواگیر» باید وجود داشته باشد.

- **تجهیزات لازم جهت ارائه خدمات مطابق لیست تجهیزات ابلاغ شده در «آیین نامه‌ی تاسیس و بهره برداری مرکز پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان و بیماری‌های غیرواگیر»**

۱. دستگاه ماموگرافی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز
۲. دستگاه کولونوسکوپی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز
۳. دستگاه کولپوسکوپی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز
۴. دستگاه سونوگرافی و تجهیزات و ملزومات مرتبط مورد نیاز

نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه خدمت در مراکز تشخیص زودهنگام سرطان مطابق «آیین نامه تاسیس و بهره برداری مرکز پیشگیری و تشخیص زودهنگام سرطان و بیماری‌های غیرواگیر» و «دستورالعمل برنامه ملی خدمات تشخیص زودهنگام سرطان» ابلاغی تامین می شود.

- **نیروی انسانی مورد نیاز جهت ارائه‌ی خدمت در واحد تشخیص زودهنگام سرطان بر اساس نوع خدمت قابل ارائه؛**

۱. مسئول فنی/ رئیس مرکز (طبق ضوابط مندرج در آیین نامه)
۲. نیروهای تخصصی و فوق تخصصی مرتبط با خدمات قابل ارائه در مرکز
۳. متخصص جراحی (ترجیحا فلوشیپ جراحی پستان یا دوره دیده‌ی جراحی پستان)
۴. متخصص زنان (ترجیحا فلوشیپ انکولوژی)
۵. فوق تخصص گوارش/ متخصص داخلی
۶. متخصص رادیولوژی (ترجیحا پس از گذراندن دوره‌های مرتبط)
۷. متخصص ژنتیک
۸. پزشک عمومی/ پرستار/ ماما
۹. پرستار/ماما/کارشناس بهداشت (دوره دیده‌ی خودمراقبتی)
۱۰. متخصص پزشکی اجتماعی/ پزشک عمومی (اصلاح عوامل خطر مرتبط)
۱۱. تکنیسین رادیولوژی
۱۲. مسئول/ کارشناس مالی و اداری
۱۳. مسئول/ کارشناس ثبت و IT

- **فرایندهای اجرایی مطابق با ضوابط ابلاغ شده در دستورالعمل برنامه ملی خدمات تشخیص زودهنگام سرطان رعایت می شود.**

۱. رعایت نظام ارجاع
۲. ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مشاوره مطابق دستورالعمل‌های ابلاغی
۳. ثبت اطلاعات و خدمات در سامانه

ب-۹-۳-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵
خدمات توانبخشی برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
❖ دسترسی تسهیل شده‌ی بیماران سرپایی از درمانگاه‌ها به خدمات توانبخشی ❖ ارائه‌ی خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار ❖ ارائه‌ی خدمات کاردرمانی مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار ❖ ارائه‌ی خدمات گفتاردرمانی مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار ❖ ارائه‌ی خدمات ارتوز و پروتز مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار ❖ ارائه‌ی خدمات اپتومتری و ادیومتری مورد نیاز بیماران سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار
منظور از دسترسی تسهیل شده پیش بینی راهنمایی و دسترسی آسان برای افراد کم توان جسمی به خدمات توان بخشی است.
ب-۹-۳-۳/ ☑☑☑/ ۱
خدمات طب پیشگیری و ارتقای سلامت برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت برنامه‌ریزی و ارائه می‌شود.
❖ مشارکت فعال بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت جامعه از طریق ایجاد درمانگاه‌های تخصصی طب پیشگیری و ارتقای سلامت ❖ تعیین گروه‌های هدف در کلینیک پیشگیری و ارتقا سلامت ❖ ارائه‌ی خدمات طب پیشگیری و ارتقاء سلامت برای مراجعین سرپایی با رعایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت
ارتقای سلامت شامل سه جز رویکرد پزشکی مرتبط با عوامل خطر فیزیولوژیکی (فشار خون، وضعیت واکسیناسیون و ...)، رویکرد رفتاری مرتبط با عوامل شیوه‌ی زندگی (سیگار کشیدن، تحرک بدنی و ...) و رویکرد محیطی مرتبط با فاکتورهای اجتماعی (آموزش، تحصیلات، فقر و ...) می‌باشد؛ بنابراین فراتر از رویکردهای صرف پزشکی برای درمان افراد است. درمانگاه پیشگیری و ارتقا سلامت جهت ارائه‌ی خدمات پیشگیری از ابتلا به بیماری های غیر واگیر به ویژه قلبی عروقی و دیابت است. بیمارستان های سلامت محور علاوه بر درمان و توانبخشی، ارتقاء سلامت جامعه/ مراجعه‌کنندگان را مد نظر قرار می دهد. لزوم این نگرش در سیاست‌های بیمارستان تعین شده و از طریق کلینیک‌های پیشگیری نیازهای سلامت گروه‌های هدف شناسایی می‌گردد. بیمارستان سلامت‌محور خدمات پیشگیری اولیه و ثانویه را از طریق کلینیک های پیشگیری و با تعامل و همکاری مراکز بهداشت ارائه می نماید. افزایش سطح سواد سلامت و توانمندسازی افراد در خودمراقبتی در پاسخ به نیازهای اختصاصی سلامت افراد و جمعیت هدف می‌باشد. ارتقای سلامت در سطح عمومی در زمینه‌ی تغذیه‌ی سالم، فعالیت فیزیکی، مداخله در زمینه ترک سیگار و الکل و مشاوره سبک زندگی سالم می‌باشد. در حوزه‌ی اختصاصی پیشگیری از عوارض ثانویه‌ی بیماری‌هایی مانند پرفشاری خون، دیابت، بیماری‌های مزمن ریوی، پوکی استخوان، اختلالات روان‌پزشکی و اختلالات شناختی در سالمندان با هدف پیشگیری از سیر و عوارض جانبی بیماری مد نظر است. ➢ **مراجعین درمانگاه پیشگیری و ارتقا سلامت شامل؛** ۱) افراد سالم یا بیمار بدون علامت ۲) افراد سالم که خود مبتلا نیستند ولی سابقه مثبت خانوادگی دارند ۳) بیماران تشخیص داده شده هدف اصلی این درمانگاه ارزیابی خطر ابتلا به بیماری در مراجعین با توجه به ریسک فاکتورهایی که دارند و اقدامات موثر پیشگیری کننده با تغییر سبک زندگی و انجام تست های غربالگری مناسب می‌باشد. اصلاح الگوی سلامت در شیوه‌ی زندگی از مهمترین اهداف این خدمت ارزشمند است.

ج–۱

تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت

ج–۱ تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت

ج-۱-۱ دسترسی بیماران و مراجعین به مسیرهای ورودی و داخلی بیمارستان تسهیل شده است

ج-۱-۱-۱/ ☑☐☐/ ۱

دسترسی بیماران و مراجعین کم‌توان جسمی در بیمارستان به بخش‌ها / واحدها تسهیل شده است.

- **دسترسی بدون مانع و تسهیل شده برای افراد کم‌توان جسمی به سراسر بیمارستان**
- **وجود رمپ غیرلغزنده با شیب استاندارد در مسیر ورودی‌ها و سطوح غیرهمسطح**
- **وجود دستگیره‌های کمکی در طرفین سطح شیب‌دار/ رمپ غیرلغزنده**
- **وجود آسانسور با شرایط ایمن و به تعداد کافی با راهبر مناسب**
- **وجود سرویس‌های بهداشتی مناسب و به تعداد کافی برای افراد کم‌توان جسمی منطبق با کتاب استاندارد برنامه‌ریزی و طراحی بیمارستان ایمن**

تسهیل دسترسی فیزیکی برای افراد کم‌توان جسمی، تحقق عینی اصل عدالت در سلامت و تضمین دریافت مراقبت برابر برای گروه‌های آسیب‌پذیر است. موانع فیزیکی نه‌تنها یک مشکل اخلاقی و حقوقی هستند، بلکه مستقیماً ایمنی و کیفیت مراقبت را به خطر می‌اندازند؛ زیرا تأخیر در دسترسی به بخش‌های تشخیصی و درمانی، پیامدهای بالینی جبران‌ناپذیری به همراه دارد. این تسهیلات فراتر از الزامات ساختمانی (رمپ، درب‌های مناسب، آسانسور و سرویس بهداشتی ویژه) بوده و شامل تجهیزات تخصصی (مانند تخت‌های قابل‌تنظیم و ویلچرهای مناسب)، فرایندهای حمایتی (اولویت‌دهی در نوبت‌دهی و خدمات راهنمایی) و آموزش کارکنان برای برخورد محترمانه و کمک‌رسانی ایمن می‌شود. در نهایت، این رویکرد نشان‌دهنده‌ی تعهد سازمان به کرامت انسانی و ارتقای تجربه‌ی درمانی برای تمامی بیماران، صرف‌نظر از توانایی جسمی آن‌هاست.

ج-۱-۱-۲/ ☑☐☐/ ۱

دسترسی بیماران و مراجعین در بیمارستان تسریع و تسهیل شده است.

- **ویژگی‌های ساختمانیِ تأمین‌کننده‌ی حرکت ایمن، آسان و سریع بیمار/ مراجعه کننده در تمام نقاط بیمارستان**
- **نظارت مستمر مسئول ایمنی بیمارستان بر الزامات ساختاری و تجهیزاتی به‌منظور شناسایی موارد عدم انطباق**
- **تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی لازم باهدف پیاده‌سازی استانداردهای مربوطه در این حوزه**
- **ورودی مستقل اورژانس از ورودی اصلی بیمارستان**
- **وجود راهنماهای مسیریابی در تمام نقاط بیمارستان**
- **وجود تابلوهای اختصاصی برای هریک از بخش‌ها/واحدهای بیمارستان**
- **وجود واحد اطلاعات و راهنمایی بیماران در بیمارستان**

تسریع و تسهیل دسترسی در اورژانس، ضامن حیات و کاهش دهنده‌ی عوارض جبران‌ناپذیر در شرایط بحرانی است، چراکه در مراقبت‌های اورژانسی، هر دقیقه تأخیر می‌تواند به معنای تفاوت بین زندگی و مرگ یا آسیب‌های دائمی باشد. این تسهیل دسترسی، فراتر از ورودی فیزیکی است و شامل بهبود جریان کاری تریاژ، کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی و تسهیل فرایندهای اداری و پذیرش می‌شود. در نهایت، این تسهیل‌گری نشان‌دهنده‌ی نگاه بیمارمحور سازمان و تعهد آن به ارائه خدمات به‌موقع، ایمن و بدون تبعیض برای تمامی بیماران/ مراجعین است.

➢ **از مواردی که بیمارستان باید رعایت نماید، می‌توان به عناوین زیر اشاره کرد:**

۱) وجود تابلوی اصلی بیمارستان و تابلوی اورژانس به‌صورت واضح و با قابلیت دید از خیابان با تأمین نورپردازی در شب
۲) استفاده از علائم راهنما از درب ورودی بیمارستان/ اورژانس تا بخش‌ها و مسیرهای داخل بیمارستان
۳) مستقل بودن درب ورودی اورژانس از درمانگاه‌ها و درب اصلی بیمارستان
۴) مسقف بودن ورودی بخش اورژانس و در زیر سقف قرارگرفتن آمبولانس به طور کامل
۵) انتقال بیمار به اورژانس با آمبولانس یا خودروی حامل بیمار بدحال یا ناتوان از مسیر باز، بدون مانع و بدون برخورد با ازدحام و شلوغی
۶) وجود صندلی چرخ‌دار و برانکارد به تعداد کافی و متناسب با نیاز مراجعین در سطح بیمارستان
۷) در دسترس بودن راهنما و بیماربر برای انتقال بیماران بویژه بدحال در ورودی اورژانس
۸) قابل‌شناسایی بودن بخش‌های مختلف بیمارستان به‌وسیله تابلو (قابل‌رؤیت، خوانا، دارای نورپردازی مناسب و در ارتفاع مناسب)
۹) مسقف بودن مسیر انتقال بیمار و دسترسی تسهیل شده به واحد آزمایشگاه، بانک خون، واحد تصویربرداری، بخش‌های بستری

ج-۱-۲ ملاقات بیماران به‌صورت تسهیل شده برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود
ج-۱-۲-۱/ ☐☐☑/ ۱
ملاقات با بیماران با رعایت کرامت انسانی مراجعین، حقوق بیمار و ضوابط بیمارستان مدیریت و تسهیل می‌شود.
❖ **وجود روش مدون برای ملاقات بیماران و همراهان با رعایت الزامات ایمنی بیمار و حفظ کرامت انسانی** ❖ **تعیین ضوابط، شرایط، ساعت ملاقات و تسهیل ملاقات بیماران بستری در بخش‌های ویژه و ایزوله با رعایت اصول ایمنی و کنترل عفونت** ❖ **وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی ملاقات‌کنندگان در بخش‌های ویژه و ایزوله** ❖ **خوش‌رویی، حسن برخورد و تکریم مراجعین و ملاقات‌کنندگان توسط کارکنان حفاظت فیزیکی و سایر کارکنان**
ملاقات‌کنندگان بیماران به‌عنوان یکی از گیرندگان خدمت تلقی شده و دیدگاه آن‌ها در خصوص نحوه‌ی برخورد/ عملکرد کارکنان نقش تعیین‌کننده‌ای در معرفی بیمارستان در سطح جامعه دارد. ازسوی‌دیگر تلقی خانواده بیمار به‌عنوان ذی‌نفع کلیدی بیمارستان در خصوص کیفیت مدیریت و نحوه برخورد کارکنان و تأمین آرامش روانی آن‌ها نیز تأثیر قابل‌توجهی در سطح رضایت‌مندی و اطمینان از روند مراقبت و درمان بیماران دارد؛ لذا برنامه‌ریزی دقیق و نظارت مستمر بر حسن اجرای این استاندارد از منظر بیمارمحوری و احترام به حقوق گیرنده خدمت بسیار حائز اهمیت می‌باشد. همچنین در راستای حفاظت از بیمار و ملاقات‌کننده، وجود وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب در بخش‌های ویژه و ایزوله لازم است. استفاده‌ی چندباره از گان‌های یک‌بارمصرف و یا گان پارچه‌ای (که بدون شستشو چند بار استفاده می‌شود) به‌هیچ‌وجه توصیه نمی‌شود. ملاقات کودکان با والدین و اقوام درجه یک با حفظ شرایط سلامت جسمی، روحی روانی و ایمنی بیمار و کودک در زمان کوتاه و با در نظر گرفتن آرامش سایر بیماران، برنامه‌ریزی می‌شود. همچنین در صورت وجود هرگونه محدودیت در ورود کودکان به بخش‌های درمانی باید مکان نگهداری موقت کودکان برای ا ستفاده ملاقات‌کنندگان (با شرایط بهدا شتی و ایمن همراه با مربیان آموزش‌دیده و تحت مراقبت دقیق و حفاظت از کودکان) پیش‌بینی شود. ایمنی محل نگهداری کودکان در زمان ملاقات باید نحوی با شد که مصالح مورداستفاده، مناسب فضای کودکان بوده و در کف و دیوارها از مصالح نرم و قابل‌ارتجاع استفاده شود. همچنین تا زمان تحویل به والدین باید تحت مراقبت و مسئولیت حفاظت فیزیکی بیمارستان باشند. زمان، نحوه و افراد مجاز برای ملاقات باید با نظر بیمار/ ولی قانونی و با رعایت وضعیت بالینی بیمار تعیین شود.
ج-۱-۲-۲/ ☐☑☑/ ۱,۵
یک محل مطمئن برای ملاقات بیماران روان‌پزشکی پیش‌بینی شده است.
❖ **تعیین و اعلام ضوابط ملاقات بیماران روان‌پزشکی با خانواده اعم از شرایط بیمار و شرایط خانواده** ❖ **تعیین فضای مناسب و تسهیلات لازم برای ملاقات بیمار روان‌پزشکی** ❖ **نظارت گروه پرستاری و حفاظت فیزیکی بر ملاقات بیمار با خانواده** ❖ **در دسترس بودن امکانات برای مهار بیمار و پیشگیری از آسیب به خود و دیگران** ❖ **کنترل راه‌های فرار احتمالی بیماران روان‌پزشکی**
این اقدام، تأمین‌کننده‌ی امنیت و آرامش بیماران و ملاقات‌کنندگان در شرایط خاص روان‌پز شکی ا ست، چراکه محیط‌های ب سته و شلوغ می‌توانند محرک تنش و ا ضطراب با شند. ملاقات در ف ضایی خارج از بخش، ضمن حفظ حریم خ صو صی و جلوگیری از برهم‌خوردن نظم بخش، امکان گفت‌وگوی آرام‌تر و صمیمی‌تر را فراهم می‌کند و از انتقال عفونت‌های بیمار ستانی نیز پی شگیری می‌نماید. همچنین، وجود چنین ف ضای مطمئنی، ن شان‌دهنده‌ی توجه ویژه‌ی سازمان به نیازهای عاطفی و روانی این گروه از بیماران و رویکرد ان سانی و بیمارمحور آن ا ست. با ت شخیص پز شک معالج و تیم مراقبتی شرایط بیماران و خانواده برر سی می شود و اگر بیمار روان‌پز شکی در مرحله حاد بیماری با شد و یا خانواده وی دارای روحیه آرام و پذیرا برای برقراری ارتباط نبا شند ملاقات برنامه‌ریزی نمی شود. ف ضای منا سب برای ملاقات بیمار روان‌پز شکی با خانواده در ف ضای آزاد و یا مکانی م سقف باید به‌نحوی با شد تا از ازدحام و سرو صدا جلوگیری شده و از ت شدید حالات بیماری پی شگیری شود. همچنین با رعایت ا ستانداردهای مراقبتی و حفاظتی برای بیماران مذکور از جمله عاری بودن از وسایل آسیب‌زننده، محیط برای ملاقات بیماران روان‌پزشکی و ملاقات‌کنندگان ایمن باشد.

ج-۱-۳ فرایندهای پذیرش و ترخیص به‌صورت تسهیل شده ارائه می‌شود

ج-۱-۳-۱/ ☐☐☑/ ۱

واحد پذیرش در معرض دید مراجعین است و فرایند پذیرش، به‌صورت تسهیل شده و در حداقل زمان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- وجود مکان پذیرش سرپایی و بستری در معرض دید مراجعین
- پذیرش بیماران سرپایی و بستری به‌صورت تسهیل شده در حداقل زمان و با حفظ محرمانگی بیماران
- وجود وب‌سایت فعال و به‌روز با اطلاعات لازم در خصوص نحوه‌ی پذیرش، خدمات قابل ارائه، تعرفه‌ها، قراردادهای بیمه‌ای و اطلاعات پزشکان
- استفاده از سامانه‌های برخط برای نوبت‌دهی، پذیرش و پرداخت الکترونیک در پذیرش خدمات سرپایی و بستری

در معرض دید بودن واحد پذیرش، نشان‌دهنده شفافیت و آمادگی سازمان برای ارائه خدمت بوده و به کاهش سردرگمی و اضطراب مراجعین کمک می‌کند. همچنین، پیش‌بینی فضای انتظار متناسب با تعداد مراجعین، تأمین‌کننده‌ی کرامت انسانی و رفاه بیماران و همراهان در طول مدت انتظار است و از ازدحام و تنش‌های ناشی از آن جلوگیری می‌نماید.

پذیرش باید در مکان مناسب با دسترسی تسهیل شده باشد. همچنین تدارک تسهیلاتی مانند پذیرایی مختصر، روزنامه، تلویزیون یا مانیتور آموزش عمومی برای بیماران و مراجعین در سالن انتظار و حضور مستمر حداقل یک نفر در واحد توصیه می شود. با این‌حال غیرحضوری نمودن پذیرش و کاهش خدمات حضوری ارجح است. بیمارستان باید دارای برنامه مشخصی با هدف مدیریت مراجعات بوده و از تنوع روش‌های پذیرش بیماران و مراجعین برای دستیابی به حداکثر رضایت بیماران استفاده نماید. اولویت رسیدگی و نوبت‌دهی به مادران باردار، سالمندان و معلولین در این سنجه نیز باید مورد نظر باشد.

ج-۱-۳-۲/ ☐☑☑/ ۱

فرایند ترخیص، به‌صورت تسهیل شده برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- برنامه‌ریزی و انجام ترخیص بیماران بستری در کوتاه‌ترین زمان پس از دستور پزشک
- اصلاح فرایند با هدف حداقل نیاز مراجعه بیمار/ همراه به طبقات مختلف/ ساختمان‌های دیگر در مسیر ترخیص
- پیش‌بینی امکان پرداخت الکترونیک در بخش‌های بستری/ سرپایی/ واحد ترخیص
- اولویت عدم نیاز به مراجعه بیمار/ همراه به واحدهای مالی و ترخیص و انجام فرایند در بخش مربوطه
- ارائه‌ی صورت‌حساب کامل شامل تمامی هزینه‌های تشخیصی، درمانی و توان‌بخشی با رعایت ضوابط مربوط به بیماران در زمان ترخیص

یکی از روش‌های تسهیل و تسریع خدمات‌رسانی در بیمارستان، مدیریت فرایند ترخیص و کاهش ازدحام غیرضروری از طریق مانع‌زدایی از مسیر آن می‌باشد استفاده از شیوه‌های پیش ترخیص در بیمارانِ با احتمال ترخیص در تسهیل و تعیین تکلیف فرایندهای تکمیل پرونده اعم از دارویی، آزمایش‌ها و... از سردرگمی بیمار و همراه جلوگیری می‌کند.

همچنین، کاهش نیاز به مراجعه حضوری بیمار یا همراه به واحد ترخیص از طریق تکمیل فرایندهای اداری در بخش‌های مربوطه، ضمن تکریم بیمار و همراه، از تردد غیرضروری و اتلاف وقت آنان جلوگیری می‌کند و نشان‌دهنده‌ی نگاه بیمارمحور و تعهد سازمان به ارائه خدمت با کیفیت و بدون تنش است.

پیاده‌سازی کامل دستورالعمل ترخیص در بخش، بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مورد انتظار است.

ج-۱-۴ بیمارستان تسهیلات رفاهی و معنوی لازم را برای بیماران و مراجعه‌کنندگان تأمین می‌نماید

ج-۱-۴-۱/ ☐☐☑/ ۱

تسهیلات معنوی برای بیماران و مراجعه‌کنندگان فراهم می‌شود.

- شناسایی نیازهای عبادی مورد نیاز بیماران و مراجعین
- تأمین تسهیلات و امکانات لازم در خصوص برآورده‌شدن نیازهای عبادی به‌صورت مناسب
- اطلاع‌رسانی مناسب در مورد نحوه‌ی دسترسی شبانه‌روزی به تسهیلات و امکانات مرتبط
- مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی به بیماران کم‌توان

فراهم‌سازی امکانات عبادی مانند نمازخانه، سرویس بهداشتی مجهز به امکانات وضو و امکانات تیمم برای بیماران و مراجعین، سجاده نماز، مهر، زیرانداز و قرآن در دسترس بیمار نشان‌دهنده‌ی توجه به باورهای مذهبی و کرامت انسانی آنان در محیط درمانی است. بیماری و بستری‌شدن، علاوه بر فشار جسمی، می‌تواند نیازهای معنوی فرد را نیز تحت‌تأثیر قرار دهد و دسترسی آسان به این تسهیلات، باعث کاهش اضطراب و افزایش آرامش روانی بیمار و همراه می‌شود. همچنین، قرارگرفتن این امکانات در دسترس و متناسب با شرایط فیزیکی بیماران (مانند دسترسی با ویلچر، سکوی مناسب برای تیمم و وضو، و فضایی آرام و بهداشتی) نشان‌دهنده نگاه بیمارمحور و رعایت حقوق گیرندگان خدمت، صرف‌نظر از توانایی جسمی آنان است. اجرای برنامه‌های فرهنگی به منظور تسلی‌بخشی به بیماران با استفاده از آموزه‌های معنوی به‌نحوی که موجب سلب آسایش دیگر بیماران نشود توصیه می‌گردد.

ج-۱-۴-۲/ ☑☑☐/ ۱
با رعایت اصول پزشکی، تسهیلات لازم برای انجام فرایض مذهبی و دیدار خانواده با بیمار در حال احتضار فراهم می‌شود.
❖ **ایجاد فرصت انجام فرایض مذهبی برای خانواده بیمار محتضر** ❖ **آموزش و آگاهی کارکنان در خصوص چگونگی برخورد با بیمار محتضر و خانواده/ همراهان** ❖ **رعایت حریم خصوصی بیمار محتضر** ❖ **مدیریت و کنترل تأثیرات و تألم حاصل از وخامت حال بیمار/ خانواده بیمار در حال احتضار برای سایر بیماران**
فراهم‌کردن فرصت دیدار خانواده با بیمار در حال احتضار با رعایت اصولی مانند کنترل عفونت، حفظ حریم خصوصی و مدیریت زمان، اقدامی انسانی و اخلاقی است که ضمن تکریم جایگاه خانواده، به آنان امکان می‌دهد در لحظات پایانی در کنار بیمار خود باشند و فرایند سوگ را با آسایش بیشتری طی کنند. این رویکرد، نگاه جامع و بیمارمحور سازمان را در توجه هم‌زمان به ابعاد جسمی، روانی و معنوی بیمار و خانواده به اثبات می‌رساند. ➢ **مدیریت و کنترل تأثیرات و تألم حاصل از وخامت حال بیماران/خانواده بیمار محتضر و سایر بیماران شامل موارد زیر می‌باشد:** ۱) انتقال بیمار (در صورت امکان) به یک اتاق مجزا از سایر بیماران ۲) ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده ۳) ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم، مسائل اعتقادی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده ایجاد فرصت مصاحبت و حضور خانواده بیماران در حال احتضار حتی در ساعات غیر ملاقات
ج-۱-۴-۳/ ☑☑☑/ ۱
بیمارستان تأثیرات و تألم حاصل از فوت بیماران را برای خانواده، کارکنان و مراجعین کنترل و مدیریت می‌نماید.
❖ **تعیین مسیر دارای شرایط مناسب به منظور انتقال متوفی** ❖ **وجود فضایی مسقف و بسته برای سوگواری همراهان** ❖ **وجود امکانات و تسهیلات لازم در فضای مربوط به سوگواری همراهان**
مدیریت سوگ پس از فوت بیمار، نشان‌دهنده تعهد سازمان به کرامت انسانی و مراقبت جامع است که فراتر از لحظه مرگ ادامه می‌یابد. برنامه‌های حمایتی در بیمارستان‌ها، ضمن کاهش فشار روانی بر خانواده‌ها، به کارکنان نیز کمک می‌کند تا با تأثرات روحی ناشی از فقدان بیمار کنار بیایند. برای خانواده برنامه‌های حمایت از سوگ شامل؛ تأمین فضایی مسقف در مجاورت سردخانه متوفیان برای سوگواری همراهان متوفیان (به‌نحوی که سایر بیماران و همراهان آزردگی خاطر پیدا نکنند) در نظر گرفته شود و مسیر خروج اجساد (در صورت امکان) مستقل از راهروهای اصلی باشد. همچنین امکانات و تسهیلات لازم در فضای مربوط به سوگواری همراهان، حداقل شامل صندلی، آب آشامیدنی و لیوان یک‌بارمصرف و دستمال‌کاغذی است. این اقدامات، به خانواده‌ها امکان می‌دهد تا فرایند سوگ را با آسایش بیشتری طی کنند. برای کارکنان، مرگ بیماران می‌تواند منجر به درماندگی اخلاقی، فرسودگی شغلی و تمایل به ترک حرفه شود. بیمارستان‌ها با اجرای پروتکل‌های حمایتی مانند اختصاص زمان برای پردازش احساسات، کاهش حجم کاری پس از مرگ بیمار، برگزاری جلسات بازبینی[1] و ایجاد فضایی برای گفت‌وگوی جمعی، به بهبود سلامت روان و کاهش فشار کاری کادر درمان کمک می‌کنند.

[1] debrief

تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت

ج-۱-۵ بیمارستان از تأمین امکانات و تسهیلات اقامتی مناسب برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید
ج-۱-۵-۱/ ☑☑☐/ ۱
امکانات و تسهیلات اقامتی و رفاهی مورد نیاز بیماران، شامل فضاها، مبلمان و امکانات مرتبط، متناسب با کاربری، به صورت ایمن و در دسترس و با هدف تأمین آسایش و رفاه بیماران و مراجعین طراحی و فراهم می‌شوند
❖ **امکانات رفاهی در فضاهای عمومی و بخش‌ها / واحدها متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات** ❖ **اجرای نماهای داخلی و خارجی با ظاهری سالم فاقد آسیب‌دیدگی، فرسودگی و آلودگی ظاهری و استفاده از مصالح متناسب با کاربری مربوط** ❖ **وجود لابی و امکانات رفاهی آن متناسب با تعداد مراجعین و نوع خدمات در بیمارستان** ❖ **اجرای دکوراسیون و مبلمان در بیمارستان بر اساس اصول زیبایی‌شناختی و آسایش و آرامش بیماران و مراجعین** ❖ **تأمین فضای سبز و امکانات رفاهی لازم برای استفاده بیماران و همراهان متناسب با تعداد بیماران و مراجعین**
➢ **امکانات رفاهی در فضاهای عمومی، بخش‌ها / واحدها و محوطه بیمارستان شامل:** ➢ وجود مبلمان راحت، تمیز و سالم متناسب با تعداد بیماران با رعایت نکات زیباشناختی و قابل ضدعفونی‌کردن ۱) وجود آب‌سردکن و لیوان یک‌بارمصرف ۲) پیش‌بینی وجود تلویزیون در سالن انتظار ۳) امکانات شارژ تلفن همراه ۴) وجود تلفن داخلی برای تماس ملاقات‌کنندگان با بخش/ اتاق بیمار و کاهش تردد به بخش‌های بستری ۵) وجود بوفه با شرایط بهداشتی در لابی/ محوطه بیمارستان ۶) وجود سرویس بهداشتی خانم‌ها و آقایان به تفکیک و با رعایت اصول بهداشتی در لابی و در محوطه بیمارستان و تسهیل دسترسی معلولین و سالمندان ۷) وجود پیش ورودی (فیلتر اقلیمی) و یا پرده‌ی هوا برای درب اصلی ۸) نور طبیعی در لابی و دید واضح به تابلوها و علائم راهنما ۹) وجود خودپرداز الکترونیک ۱۰) استفاده از آسمان‌نما و نور مصنوعی در بخش‌ها و فضاهایی فاقد نور طبیعی کافی ۱۱) جانمایی تجهیزات و وسایل بخش در مکان مناسب و عدم به‌هم‌ریختگی تجهیزات در راهروی بخش‌ها ۱۲) مدیریت اوراق متصل به درب و دیوار بیمارستان و بخش‌ها و تعبیه اوراق در تابلوهای تعیین شده به شکل زیبا و منظم ۱۳) وجود صندلی یا نیمکت بهداشتی و سالم در محوطه بیمارستان متناسب با تعداد مراجعین با قابلیت مسقف شدن ۱۴) وجود فضای سبز و زمین بازی برای کودکان در محوطه بیمارستان ۱۵) وجود آلاچیق/ آب‌نما یا وسایل ورزش همگانی در محوطه بیمارستان
ج-۱-۵-۲/ ☑☐☐/ ۱
صدای سیستم اطلاع‌رسانی بلندگو / پیجر در سراسر بیمارستان به‌صورت واضح قابل‌شنیدن است.
❖ **وجود سیستم اطلاع‌رسانی کارآمد و فعال، مانند بلندگو/ پیجر، به‌گونه‌ای که پیام‌ها در تمام نقاط بیمارستان به‌وضوح شنیده شوند** ❖ **پیش‌بینی سیستم جایگزین برای موارد قطع سیستم اطلاع‌رسانی و حوادث غیرمترقبه** ❖ **آگاهی کارکنان مرتبط از نحوه فعالیت سیستم اطلاع‌رسانی بیمارستان و استفاده از سیستم فوق در صورت نیاز** ❖ **تدوین دستورالعمل «محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر»** ❖ **کنترل دوره‌ای سیستم اطلاع‌رسانی و اجرای اقدام اصلاحی در صورت لزوم**
در دستورالعمل فوق به مواردی مانند: مسئولیت‌ها، فرایند استفاده از سیستم بلندگو/ پیجر، فرایند استفاده از روش جایگزین، فرایند تشدید[1] در صورت عدم پاسخ، محدوده‌ی زمانی فعالیت بلندگو/ پیجر، ضوابط محتوا و همچنین موارد مجاز اطلاع‌رسانی از طریق بلندگو/ پیجر اشاره و بر اساس آن اقدام شود.

[1] Escalation

❊ ج-۱-۵-۳/ ☑☐☐/ ۱,۵

سیستم فراخوان/ ارتباط با پرستار فعال بوده و در دسترس بیماران است.

- ❖ **نصب، در دسترس و آماده‌به‌کار بودن سیستم فراخوان پرستار برای تمام تخت‌های بخش‌های بستری عادی و ویژه**
- ❖ **نصب و آماده‌به‌کار بودن سیستم فراخوان کارکنان مرتبط برای فضاهای بسته؛ مانند اتاق‌های تصویربرداری و سایر اقدامات تشخیصی درمانی**
- ❖ **نصب و آماده‌به‌کار بودن سیستم فراخوان پرستار یا زنگ‌اخبار در سرویس‌های بهداشتی و حمام بیماران**
- ❖ **آگاهی بیمار از نحوه کارکرد سیستم فراخوان و نحوه ارتباط با پرستار**
- ❖ **حضور به‌موقع پرستار بر بالین بیمار پس از فراخوان توسط بیمار**

سیستم فراخوان/ ارتباط با پرستار در راستای حفظ ایمنی بیمار است و فعال‌بودن آن و پاسخ پرستار به همه فراخوان‌های بیمار اهمیت داشته و آموزش استفاده از سیستم فراخوان/ ارتباط با پرستار باید در زمان ورود به بخش به بیمار ارائه شود.

ج-۱-۵-۴/ ☑☐☐/ ۱

تخت‌های بستری و تجهیزات جانبی آن دارای حداقل شرایط و استانداردهای مورد انتظار هستند.

- ❖ **وجود تخت، تشک و سایر ملحقات آن با شرایط استاندارد در بخش‌های بستری**
- ❖ **وجود میز غذای اتاق بیمار از جنس مقاوم در برابر رطوبت به‌صورت یک‌طرفه و قابلیت تنظیم ارتفاع**
- ❖ **فواصل و فضای استاندارد بین تخت‌ها مطابق ضوابط مربوط و امکان انجام اقدامات اورژانسی و انتقال سریع و به‌موقع تجهیزات**
- ❖ **دارا بودن حداقل شرایط مورد انتظار برای کنسول اتاق بستری بیماران**

➢ **ویژگی‌های تخت‌ها در بخش‌های بستری:**

۱) از نوع سه شکن (بخش ویژه) دو یا سه شکن (بخش‌های عادی) ترجیحاً برقی و در نوع مکانیکی دارای جک با دسته‌های تا شونده
۲) دارای نرده کنار تخت تاشو در امتداد تخت
۳) امکان اتصال پایه سرم به تخت
۴) قابلیت نصب مانکی بار
۵) دارای چرخ‌های روان‌گرد از نوع دنباله شفت‌دار آلن‌خور و دو عدد چرخ ترمزدار به‌صورت مورب
۶) رویه‌های تخت از نوع ABS جداشونده با قابلیت شست‌وشو و ضدعفونی
۷) سر تخت و پای تخت از جنس ABS با پایه‌های فولادی
۸) امکان آویز کیسه‌ی ادرار
۹) دارای چهار ضربه‌گیر در چهارگوشه تخت
۱۰) استفاده از تشک مواج برای بیماران با کاهش سطح هوشیاری و بدون تحرک

➢ **ویژگی‌های تشک تخت‌ها در بخش‌های بستری شامل:**

۱) از جنس فوم و مواد نو و غیربازیافتی
۲) ضخامت مناسب، ضد آب
۳) ضد حساسیت
۴) مقاوم به روش‌های شستشو و ضدعفونی
۵) سطح رویه صاف به منظور کاهش میزان رشد قارچ و باکتری‌ها
۶) رویه دارای زیپ دوطرفه

در خصوص بیماران مستعد زخم بستر ترجیحاً جنس رویه تشک بیمار، با امکان گذردهی هوا به منظور عدم ایجاد حرارت نامطلوب و تعریق در سطح تماس بدن بیمار در نظر گرفته شود.

فضای کافی در اطراف تخت‌ها برای ارائه مراقبت‌های اورژانسی به بیماران به‌نحوی است که حداقل فاصله از بالا و کنار تخت با دیوار ۷۰ سانتی‌متر و پایین تخت با دیوار یا تخت دیگر ۱۴۰ سانتی‌متر و حداقل فاصله بین دو تخت ۱۴۰ سانتی‌متر است و امکان ارائه خدمات اورژانسی مانند احیاء قلبی ریوی بیمار را به‌راحتی فراهم می‌سازد.

همچنین ابعاد در ورودی اتاق به‌گونه‌ای باشد که نقل‌وانتقال تخت بستری و تجهیزات پزشکی به‌آسانی صورت گیرد. در صورت یک لنگه بودن، حداقل ۱۲۰ سانتی‌متر و در صورت دولنگه بودن، با اندازه‌های ۴۰ و ۹۰ سانتی‌متر باشد.

تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت

پریز برق در فاصله مناسب از تخت و یا سیم‌رابط در صورت نیاز وجود داشته باشد. فضای مناسب بین تخت برای جانمایی و سایل جانبی بیمار مانند کمد کنار تخت، صندلی تختخواب‌شو و سایر موارد در نظر گرفته شده باشد.

➢ **وجود کنسول با امکانات مطلوب در بالای تخت بیمار با مشخصات:**

۱) سالم و فعال‌بودن کنسول در بالای تخت بیمار
۲) وجود چراغ روشنایی و مطالعه در کنسول‌ها
۳) خروجی اکسیژن در بالای هر تخت
۴) خروجی ساکشن
۵) چهار عدد پریز برق VAC
۶) یک سوکت RJ45

ج-۱-۵-۵/ ☐☑☑/ ۱

اتاق‌های بستری دارای شرایط فیزیکی استاندارد بوده و امکانات رفاهی متناسب برای بیمار و همراه فراهم است.

❖ **وجود یخچال، تلویزیون، تلفن (با امکان تماس با خارج از بیمارستان)، کمد کنار تخت و کمد رخت‌آویز مناسب و بهداشتی در اتاق بیمار**
❖ **وجود صندلی تختخواب‌شو، تسهیلات اقامتی و امکان استفاده همراه بیمار از خدمات تغذیه**
❖ **تأمین تهویه و درجه حرارت و رطوبت مناسب، تأمین نور طبیعی در روز و نور مصنوعی در اتاق بیمار**

وجود مبل یا صندلی تختخواب‌شو مناسب برای همراهان به‌ازای هر تخت در اتاق بیماران لازم است و استفاده از صندلی معمولی به‌جای صندلی تختخواب‌شو قابل‌قبول نیست. دمای اتاق بیمار در تابستان، ۲۸-۲۴ درجه سانتیگراد و در زمستان ۲۳-۲۰ درجه سانتیگراد می‌باشد.

پنجره‌ها بازشوی محدود به یک فضای بیرونی بوده و برای استفاده از نور طبیعی و دید مناسب با هدف تأمین آسایش روحی بیماران استفاده می‌شود.

➢ **اتاق‌ها مجهز به موارد زیر باشند:**

۱) نور طبیعی با پوشش پرده مناسب بیمارستانی
۲) سیستم هشداردهنده‌ی دود و آتش
۳) سیستم سرمایش و گرمایش با قابلیت تغییر درجه حرارت و فراهم‌سازی دمای آسایش فصلی
۴) سیستم تهویه‌مطبوع متصل به هواساز و رعایت تعداد گردش هوا در ساعت بر اساس استانداردها
۵) کمد کنار تختی
۶) کمددیواری: دارای آینه و چوب‌لباسی
۷) مبل تختخواب‌شو برای استراحت همراه بیمار
۸) تلویزیون همراه با ریموت‌کنترل
۹) یخچال
۱۰) تلفن
۱۱) روشویی در فضای اتاق بستری دارای آینه و صابون مایع
۱۲) سرویس‌های بهداشتی (توالت‌فرنگی و در صورت امکان توالت ایرانی هم اضافه گردد) و حمام دارای دستگیره و تجهیزات ایمنی

ج-۱-۵-۶/ ☑☑☑/ ۱
اتاق‌های بستری بیمار دارای شرایط فیزیکی استاندارد بوده و ملزومات و امکانات جانبی رفاهی ویژه در آن‌ها تأمین می‌شود.
❖ **وجود سیستم اینترنتی و وای‌فای در اتاق بیمار** ❖ **وجود تلویزیون اینترنتی و کابلی** ❖ **وجود امکانات پذیرایی مانند مایکروفر، امکان تهیه قهوه و چای و سرو غذا در اتاق** ❖ **وجود صندلی تختخواب‌شو، تسهیلات اقامتی و امکان استفاده همراه بیمار از خدمات تغذیه**
بستری شدن، علاوه بر فشارهای جسمی، با محدودیت‌های روانی و اجتماعی همراه است و فراهم‌سازی امکاناتی مانند اینترنت، تلویزیون و تغذیه مناسب در اتاق، احساس انزوا و وابستگی را کاهش داده و به بیمار امکان می‌دهد کنترل بیشتری بر محیط و زمان خود داشته باشد. همچنین، تأمین تسهیلات برای همراه (مانند کاناپه تختخواب شو و امکان استفاده از غذا) نشان‌دهنده‌ی درک عمیق سازمان از نقش حیاتی خانواده در فرایند درمان و حمایت عملی از آنان است. این رویکرد جامع، ضمن ارتقای تجربه بستری و افزایش رضایت‌مندی، اعتماد به نظام سلامت را تقویت کرده و بیمارستان را به محیطی تبدیل می‌کند که در آن درمان و کرامت انسانی توأمان دنبال می‌شود. ۱) سیستم اینترنتی و وای‌فای پرسرعت: امکان ارتباط بی‌وقفه با خانواده، دسترسی به اطلاعات درمانی و انجام امور شخصی در دوران بستری ۲) تلویزیون اینترنتی و کابلی با تنوع کانال‌ها: ایجاد سرگرمی و کاهش احساس انزوا، به‌ویژه در بستری‌های طولانی‌مدت ۳) امکانات پذیرایی پیشرفته (مایکروفر، قهوه‌ساز، چای‌ساز و سرو غذا در اتاق): تأمین نیازهای تغذیه‌ای در زمان دلخواه و حفظ استقلال بیمار/همراه ۴) کاناپه تختخواب‌شو و تسهیلات اقامتی برای همراه: فراهم‌سازی فضای استراحت مناسب و کاهش فشار ناشی از حضور طولانی‌مدت همراه ۵) امکان استفاده همراه از خدمات تغذیه

ج-۲

احترام به حقوق گیرنده خدمت

ج–۲ احترام به حقوق گیرنده خدمت

ج-۲-۱ بیمارستان از رعایت منشور حقوق بیماران اطمینان حاصل می‌نماید
ج-۲-۱-۱/ ☑☐☐/ ۲
منشور حقوق بیمار به‌صورت مؤثر اطلاع‌رسانی شده و رعایت مفاد آن در بیمارستان پایش و مدیریت می‌شود.
❖ نصب منشور حقوق بیمار در ورودی اصلی بیمارستان، ورودی بخش‌های بستری و اورژانس، لابی و سالن‌های انتظار ❖ قابل رویت و خوانا بودن متن منشور حقوق بیمار ❖ آگاهی و انطباق عملکرد رده‌های مختلف کارکنان از مفاد منشور حقوق بیمار ❖ نظارت کمیته‌ی اخلاق بالینی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان ❖ طراحی اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت و اجرای موارد مصوب
مدیریت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار، به معنای نهادینه سازی فرهنگ پاسخگویی و احترام به کرامت بیمار در تمام سطوح سازمان است. برنامه‌ریزی مدیران برای تقویت حوزه‌هایی که رعایت حقوق بیمار در آنها ضعیف‌تر است (مانند استقرار نظام رسیدگی به شکایات)، همراه با نظارت بر اجرای این حقوق، موجب ارتقای رضایت‌مندی بیماران و افزایش توجه کادر درمان به این امر می شود. منشور حقوق بیمار باید حداقل در اندازه A3 در معرض دید مراجعین نصب گردد و از نصب آن در گوشه‌ها و زاویه‌های کم‌تردد سالن‌ها خودداری شود. در مراکزی که دارای مجوز پذیرش بیماران خارجی هستند، متناسب با زبان بیماران مورد پذیرش، منشور حقوق بیماران در مکان‌های مناسب، نصب شده باشد. در بیمارستان هایی که مادر باردار و کودکان تا دو سال سن پذیرش می شود مفاد منشور کرامت مادری نیز باید مد نظر قرار گیرد.
ج-۲-۱-۲/ ☑☑☐/ ۲
نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت، اصول اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
❖ تعیین نحوه‌ی نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای ❖ شناسایی موارد عدم انطباق در زمینه رعایت اصول اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای ❖ تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود بر اساس موارد عدم انطباق ❖ پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود اجرا شده ❖ برنامه‌ریزی، اجرا و پایش اثربخشی برنامه‌های آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای
ضروری است اعضای تیم رهبری و مدیریت بازدیدهای سرزده‌ای در تمام ساعات شبانه‌روز برای ارزیابی عملکرد کارکنان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت انجام دهند. همچنین برنامه‌ریزی طراحی سناریوهای نمونه‌ای به‌منظور شناسایی نقص‌های فرایندی و یا موردی در راستای احیای حقوق گیرندگان خدمت انجام شود. ➢ **انواع شیوه‌ها و منابع نظارت:** ۱) نظارت میدانی تیم رهبری و مدیریت ۲) اخذ گزارش‌های محیطی از صندوق‌های ارتباط مردمی ۳) برنامه‌های ملاقات حضوری تیم رهبری و مدیریت و اخذ گزارش از گیرندگان خدمت ۴) پیشنهادات و شکایات واصله مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای روشی مدون برای تشریح نحوه‌ی رعایت اصول اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان باید در سه حیطه ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران و ارتباط با جامعه تدوین، اجرا و پایش شود. شناسایی مبانی اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در تمامی گروه‌های شغلی و برنامه‌ریزی برای ارتقای آن در همه سطوح سازمان گام اول در مسیر تحقق این سنجه است. تمامی مشاغل در ارتباط مستقیم با بیماران و مراجعین در گروه‌های پزشکی و غیرپزشکی باید در اولویت برنامه‌ریزی و اقدام قرار گیرند. ➢ **موارد مرتبط با حیطه اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از:** ۱) مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان و اخذ رضایت آگاهانه ۲) احترام به بیمار و همراهی وی، احترام به عقاید بیمار و رعایت حریم خصوصی ۳) اجرای دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیرهم‌جنس ۴) ارائه‌ی 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 هزینه‌ی 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 با هدف ارتقای کیفیت خدمات
۱۱) اولویت‌بخشی 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 بالینی و رفتار حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از:**

۱) میزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
۲) برخورد مناسب در زمان بروز اختلاف و یا بی‌احترامی تیم پزشکی
۳) حضور به‌موقع و دردسترس‌بودن پزشکان آنکال و پاسخگویی به فراخوان‌ها
۴) زمان‌بندی مناسب و عدم اتلاف وقت تیم پزشکی
۵) انتقال نوع‌دوستانه دانش و تجربه به سایر همکاران
۶) عدم بهره‌کشی مازاد بر روال‌های موجود از دیگر همکاران (فراگیران، پرستاران، همکاران جوان)
۷) برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سوءرفتار جزئی 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 بالینی و رفتار حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارت است از:**

۱) همکاری نوع‌دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
۲) دسترسی مناسب به خدمات
۳) ارائه صادقانه گزارش‌ها و گواهی‌های پزشکی
۴) رعایت شأن حرفه‌ی پزشکی در شبکه‌های اجتماعی
۵) برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی[۱]

تمامی گام‌ها با هدایت کمیته اخلاق بالینی و نظارت مستمر تیم رهبری و مدیریت، پیاده‌سازی می‌گردد.

[۱] Social Stigma ، برخی بیماران که به واسطه داشتن بیماری خاص مانند ایدز در معرض باورهای غلط مردم هستند.

احترام به حقوق گیرنده خدمت

ج-۲-۱-۳/ ☑☑☑/ ۲

موارد تعارض منافع مؤثر بر حقوق بیمار شناسایی، مدیریت و با اولویت‌بخشی به حقوق بیمار کنترل می‌شود.

- **وجود روشی مدون برای شناسایی مواردی از مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان با منشور حقوق بیمار**
- **شناسایی موارد تعارض منافع مؤثر بر حقوق بیمار در سطح بیمارستان**
- **طرح موارد شناسایی شده در کمیته اخلاق بالینی و تدوین و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود بر اساس موارد عدم انطباق**
- **پایش اثربخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود اجرا شده**

در بیمار ستان بیمارمحور هر برنامه، تصمیم، اقدام و رفتار سازمانی از اولویت‌های بیمار آغاز می شود. در این میان احترام به حقوق گیرندگان خدمت، گام اول بیمارمحوری است و حمایت از گیرندگان خدمت اقدامی فعال در راستای اهداف مشتری‌مداری و بیمارمحوری در بیمارستان است.

بروز مصادیقی از نقض حقوق بیمار به دلیل تعارض منافع شخصی، صنفی، گروهی و یا اقدامات سازماندهی شده برای تضییع حقوق بیماران مانند اخذ وجوه غیرقانونی از بیماران، استفاده از اطلاعات و نقض محرمانگی حریم بیماران، خدمات القایی، هرگونه تبانی و معامله در زمینه دارو و تجهیزات و هدایت بیماران به‌سوی سایر بیمارستان‌ها باهدف تأمین منافع شخصی/گروهی و سایر موارد نقض‌کننده منشور حقوق بیماران باید با رویکرد بیمارمحوری قاطعانه مدیریت شود؛ در غیر این صورت از مصادیق نقض حقوق بیماران و قوانین بالادستی وزارت متبوع تلقی خواهد شد. مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان باید بر اساس منشور حقوق بیماران در هر بیمارستان و متناسب با شرایط بومی، نوع خدمات و تداخل و تضاد منافع ارائه‌دهندگان خدمت، شناسایی و به‌صورت پیشگیرانه به نفع بیماران کنترل شود. تعارض منافع احتمالی و قابل‌پیش‌بینی در سطح بیمارستان باید ضمن اطلاع‌رسانی و حساس‌سازی کارکنان مرتبط به‌دقت و به نفع بیماران پیشگیری شود. توصیه می‌شود کمیته‌ی اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده‌سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه‌ریزی نمایند.

باید جلسات مربوط به ارائه‌ی گزارش در خصوص عدم انطباق‌های حقوق بیمار برگزار شود و کمیته‌ی اخلاق بالینی (با هدایت تیم رهبری و مدیریت) پیاده سازی این ا ستاندارد را برنامه‌ریزی نماید. جایگاه بیماران در بستر برنامه‌ریزی، تصمیم سازی و تصمیم‌گیری و ارائه خدمات بیان‌کننده میزان ارزش بیمار در بیمار ستان و ارزش‌گذاری به حقوق بیمار و بیمارمحوری ا ست. علاوه بر مدیریت موارد شنا سایی شده، بیمار ستان باید سازوکار مشخصی برای اعلام، ثبت، بررسی و مدیریت تعارض منافع ایجاد نموده و با اطلاع‌رسانی و حساس‌سازی کارکنان، از بروز موارد قابل‌پیش‌بینی پیشگیری نماید.

ج-۲-۱-۴/ ☑☑☑/ ۲

اولویت‌بخشی به حقوق بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.

- **وجود شواهدی مبنی بر نظارت مستمر تیم رهبری و مدیریت بر اجرای منشور حقوق بیماران**
- **پایش برنامه‌های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با رعایت حقوق بیمار**
- **اصلاح موارد عدم انطباق موجود در برنامه‌های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با حقوق بیمار**
- **ارائه گزارش از عدم انطباق‌های به‌دست‌آمده و اقدامات اصلاحی مربوط در جلسه با مسئولان تمام واحدها**
- **نهادینه‌شدن احترام به حقوق بیماران در تمام سطوح عملکردی بیمارستان**

در بیمار ستانِ بیمارمحور هر برنامه، تصمیم، اقدام و رفتار سازمانی از اولویت‌های بیمار آغاز می شود. در این میان احترام به حقوق گیرندگان خدمت گام اول بیمارمحوری است و حمایت از گیرندگان خدمت اقدامی فعال در راستای اهداف مشتری‌مداری و بیمارمحوری در بیمارستان است. استقرار این سنجه، پیش‌نیاز و یکی از مصادیق مهم اجرای این ا ستاندارد ا ست. باید جلسات مربوط به ارائه گزارش در خصوص عدم انطباق‌های حقوق بیمار برگزار شود و کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی این ا ستاندارد را برنامه‌ریزی نماید. جایگاه بیماران در بستر برنامه‌ریزی، تصمیم سازی و تصمیم‌گیری و ارائه خدمات بیان‌کننده میزان ارزش بیمار در بیمار ستان و ارزش‌گذاری به حقوق بیمار و بیمارمحوری ا ست. تدوین منشور حقوق بیمار با بندهای مفصل، چاپ و نصب آن نقطه آغاز احترام به حقوق گیرندگان خدمت است و نهادینه بودن این ارزش‌ها در سازمان مدنظر این سنجه است.

ج-۲-۲ بیمارستان از رعایت حریم خصوصی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید

ج-۲-۲-۱/ ☐☐☑/ ۱,۵

از هرگونه علائم یا نوشته‌ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی محرمانه بیمار را آشکار نماید، استفاده نمی‌شود.

- **اطلاع‌رسانی به تمام بخش‌های بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی کارکنان نسبت به آن**
- **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 و درمانگاه‌ها**
- **تعیین کارکنان، رده‌های شغلی مجاز و همراهان مجاز به دسترسی به اطلاعات بیماران**

اطلاعات درمانی بیمار شامل تشخیص‌های احتمالی یا قطعی و سایر اطلاعات تشخیصی و درمانی موجود در پرونده بیمار است. در صورتی‌که یکی از همراهان بیمار پزشک/ پیراپزشک و یا سایر رشته‌های وابسته به گروه پزشکی است و برای مطالعه تقاضای پرونده بیمار را نماید، صرفاً با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت می‌شود. نحوه اخذ رضایت به‌صورت خصوصی و با حفظ حریم باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه‌ای برای بیمار نشود. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او و یا ولی قانونی او از تشخیص‌های احتمالی/ قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و رؤسای بخش نظارت و مراقبت شود.

از درج تشخیص بیمار و یا هرگونه اطلاعاتی که حاوی اسرار بیماران باشد، در مناطق قابل رویت عموم (روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش و...) خودداری شده باشد.

ج-۲-۲-۲/ ☐☐☑/ ۲

خدمات تشخیصی و درمانی با رعایت حریم خصوصی به مراجعین و بیماران ارائه می‌شود.

- **رعایت حریم خصوصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش‌های بیماران در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی**
- **عدم استفاده از دوربین‌های مداربسته در حریم خصوصی بیماران**
- **تعیین روشی مدون برای کسب اجازه، پیش از ورود کارکنان به اتاق بیمار/ بیماران در بخش‌های بالینی و رعایت آن**
- **پیش‌بینی نحوه‌ی محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت در اتاق‌های عمومی با استفاده از جداکننده یا پاراوان**
- **اقامت بیماران در بخش‌های بستری عادی بزرگسالان، به‌صورت تفکیک اتاق‌های بستری خانم‌ها و آقایان**

رعایت حریم خصوصی بیمار، یکی از مصادیق بارز احترام به کرامت انسانی و از اصول اساسی اخلاق بالینی و منشور حقوق بیمار است که شامل حریم فیزیکی، اطلاعاتی، ارتباطی و روانی می‌شود.

➢ **مصادیق رعایت حریم خصوصی در خدمات تشخیصی و درمانی:**

۱) معاینه و اقدامات بالینی:
- انجام معاینات و اقدامات تشخیصی و درمانی در فضایی کاملاً خصوصی و دور از دید افراد غیرمرتبط
- استفاده از پرده و پانل‌های جداکننده در بخش‌های عمومی، و همراهی فرد هم‌جنس در معاینات حساس

۲) مکالمات و مشاوره:
- انجام گفت‌وگوهای بالینی در فضایی که دیگران قادر به شنیدن آن نباشند
- عدم طرح سؤالات شخصی در حضور دیگران

۳) حفظ حریم اطلاعاتی:
- عدم افشای اطلاعات تشخیصی و درمانی بیمار به دیگران (حتی همراهان) بدون کسب اجازه از بیمار/ ولی قانونی

رعایت این اصول، علاوه بر حفظ کرامت و اعتماد بیمار، موجب کاهش اضطراب و تنش روانی ناشی از احساس شرم‌زدگی و افزایش همکاری بیمار در روند درمان می شود. این رویکرد نشان‌دهنده تعهد سازمان به ارائه مراقبت‌های انسانی و محترمانه است. در حین ارائه خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، حریم خصوصی، محرمانگی اطلاعات و ارزش‌های موردقبول بیماران در تمامی بخش‌ها/ واحدها رعایت می شود. ساختار بخش و نحوه چینش تخت‌ها و قرارگیری بیماران برای رعایت حریم خصوصی بیماران مناسب است. بیمارستان باید با تعیین سطوح دسترسی، کنترل دسترسی به سامانه‌های اطلاعات سلامت و رعایت محرمانگی اطلاعات در بسترهای الکترونیکی، از افشای غیرمجاز اطلاعات درمانی بیماران پیشگیری نماید.

ج-۲-۲-۳/ ☐☐☑/ ۲

حریم و پوشش بیماران بارعایت موازین شرعی و اخلاقی حفظ می‌شود.

- **حفظ حریم و پوشش بیمار با رعایت موازین شرعی، اخلاق بالینی، رفتار حرفه‌ای و تأمین امنیت روانی در اتاق بستری یا زمان جابه‌جایی بیمار**
- **تعیین نحوه رسیدگی به درخواست بیمار و خانواده آن‌ها در خصوص افزایش حدود حریم و رعایت اعتقادات آن‌ها**
- **تعیین نحوه حضور افراد مجاز با رعایت موازین شرعی و اخلاقی در حریم خصوصی بیمار و اجرای آن**

بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش‌های مختلف به‌ویژه (اتاق عمل، ریکاوری، بخش‌های ویژه، تصویربرداری، آنژیوگرافی و هنگام جابه‌جایی بین‌بخشی)، رعایت پوشش بیمار (شامل سایز، تمیزی، جنس پارچه، آراستگی و پوشیدگی مناسب) باید امنیت روانی بیمار را تأمین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به‌نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارند، پوشیده بماند.

در اتاق عمل از گان مناسب که پوشیدگی کامل در پشت بیمار ایجاد نماید، استفاده گردد. در اعمال جراحی بر روی سر و گردن و دست‌ها از شلوار که امکان سونداژکردن دارد و نیم‌تنه که ناحیه سینه بیمار را بپوشاند استفاده شود. برای انجام اقداماتی مانند کولونوسکوپی، سونداژ، اعمال جراحی بر روی اندام‌های فوقانی و تحتانی، مادران در زمان شیردهی از لباس‌های خاص که پوشیدگی و دسترسی آسان ایجاد می‌نماید استفاده شود.

ج-۲-۲-۴/ ☐☐☑/ ۲

ارائه خدمات به بیماران، با رعایت موازین انطباق توسط کارکنان هم‌جنس و با رعایت احترام به منزلت انسانی انجام می‌شود.

- **بکارگیری کارکنان هم‌جنس در بخش‌ها و واحدها کلینیکی و پاراکلینیکی**
- **بکارگیری پزشکان هم‌جنس در معاینات و ارائه خدمات تشخیصی درمانی زنان و زایمان**
- **حضور کارکنان فنی هم‌جنس یا یک نفر محرم یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی در معاینات**
- **استفاده از کارکنان بیماربر هم‌جنس در همه انتقال‌های بین‌بخشی و درون‌بخشی در انتقال به سایر بخش‌های کلینیکی و یا پاراکلینیک**
- **چینش کارکنان با رعایت اصول ارائه خدمات توسط کارکنان هم‌جنس در تمامی نوبت‌های کاری بخصوص در بخش‌های ویژه و بیماران با کاهش هوشیاری**

در فوریت‌های پزشکی (که حفظ حیات و سلامتی بیمار در اولویت است) ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان غیرهم‌جنس قابل انجام است. اما در اولین فرصت ممکن پس از رفع شرایط تهدیدکننده‌ی حیات بیمار، جایگزینی کارکنان غیرهم‌جنس با هم‌جنس باید صورت پذیرد. پروسیجرهای خاص مانند، گذاشتن سوند، تراشیدن موضع مرتبط، سونوگرافی‌های واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیستروسالپنگوگرافی، ماموگرافی، کولونوسکوپی و اکوکاردیوگرافی باید در تمام نوبت‌های کاری توسط کارکنان هم‌جنس انجام شود.

ج-۲-۲-۵/ ☑☑☐/ ۱.۵

حفاظت از اموال گیرنده‌ی خدمت برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.

- **دستورالعمل «نحوه‌ی حفاظت از اموال گیرنده‌ی خدمت» تدوین و ابلاغ گردیده و کارکنان از آن آگاه هستند**
- **صورت‌جلسه اموال بیمار در بیماران تصادفی و منتقل از طریق اورژانس با حضور کارشناس اورژانس و مأمور انتظامات**
- **تحویل صورت‌جلسه و اموال بیماران تصادفی و منتقل از طریق اورژانس پیش بیمارستانی به دفتر مدیریت/حفاظت فیزیکی یا هر مسئول دیگر به تشخیص بیمارستان**
- **تحویل اموال بیمار به وی/خانواده/ ولی قانونی مطابق با دستورالعمل تدوین شده**

حفاظت از اموال بیمار، بخشی جدایی‌ناپذیر از ارائه مراقبت ایمن و مسئولانه است و بیمارستان‌ها موظف‌اند ترتیبات مناسبی برای نگهداری از آن فراهم کنند تا بیماران در برابر خطراتی مانند سرقت، مفقود شدن یا آسیب به اموال خود مصون باشند. برنامه‌ریزی در این حوزه، ضمن حفظ کرامت و آرامش خاطر بیمار، از کارکنان نیز در برابر اتهامات نادرست محافظت کرده و مسئولیت‌پذیری سازمان را در قبال اموال سپرده‌شده به اثبات می‌رساند.

➢ **اجزای کلیدی برنامه‌ریزی:**

۱) اطلاع‌رسانی در بدو ورود: توصیه در خصوص به همراه نداشتن اشیای غیرضروری و قیمتی و اطلاع از محدودیت مسئولیت بیمارستان

۲) دریافت اموال برای نگهداری امن: تحویل اشیای قیمتی به کارکنان، ثبت رسمی و صدور رسید

۳) نگهداری از اموال بیماران فاقد صلاحیت: در صورت بیهوشی یا عدم توانایی تصمیم‌گیری، اموال به امانت گرفته می‌شوند

۴) برخورداری از رویه جبران خسارت: بررسی و جبران خسارت در صورت مفقود یا آسیب‌دیدن اموال سپرده‌شده به دلیل قصور کارکنان

۵) حساسیت به فرهنگ و مذهب: رعایت باورهای مذهبی و فرهنگی در برخورد با اموال بیمار

هرگونه سلب مسئولیت در زمینه حفاظت از اموال گیرنده خدمت حتی در صورت اطلاع‌رسانی عمومی قابل‌قبول نیست. ثبت و رهگیری اموال بیماران به‌صورت الکترونیکی، در صورت وجود زیرساخت، توصیه می‌شود

ج-۲-۳ نظام کارآمد رسیدگی به شکایت در بیمارستان طراحی شده و بر اساس آن عمل می‌شود
ج-۲-۳-۱/ ☑☐☐/ ۱
نحوه رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیماران در معرض دید مراجعین بیمارستان است.
❖ تدوین فرایند نحوه اعلام و بررسی شکایت/ انتقادات/ پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرایند به‌صورت فلوچارت ساده و قابل‌فهم ❖ نصب فرایند مذکور حداقل در واحد پذیرش، اورژانس، حسابداری، ترخیص، سالن‌های انتظار و درمانگاه در معرض دید گیرندگان خدمت ❖ آگاهی کارکنان بیمارستان از فرایند شکایت/ انتقادات/ پیشنهادات اعلام شده ❖ انطباق عملکرد کارکنان بر اساس فرایند شکایت /انتقادات/ پیشنهادات
اندازه فلوچارت رسم شده حداقل A3 باشد و در معرض دید مراجعین و بیماران نصب شود.
ج-۲-۳-۲/ ☑☐☐/ ۱،۵
بیمارستان از رسیدگی به‌موقع به شکایات دریافتی از بیماران/ مراجعین/ کارکنان اطمینان حاصل می‌نماید.
❖ جمع‌آوری و تحلیل شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان ❖ ارائه گزارش تحلیلی و جمع‌بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، مراجعین و کارکنان به کمیته مربوطه ❖ بررسی گزارش تحلیلی در کمیته اخلاق بالینی و ارائه پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت ❖ تصویب پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادات توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی موارد منجر به خسارت و اقدام برای جبران آن مطابق ضوابط و مقررات ❖ ارائه بازخورد از اقدامات انجام شده/ تصمیمات متخذه به فرد شاکی
دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/ حداقل در بازه زمانی (سه‌ماهه) مجموع پیشنهادات و شکایات وا صله را به صورت سیستماتیک تحلیل نموده و نتایج در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و کمیته پایش سنجش کیفیت مطرح و پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تصویب و برای تأیید نهایی و تأمین منابع احتمالی مورد نیاز به تیم رهبری و مدیریت گزارش می‌شود. دفتر رسیدگی به شکایت موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه‌بندی و اولویت‌بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، در اولویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه‌بندی کرده و پس از هماهنگی با مسئولان مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید. ➢ **سطح‌بندی پیشنهادی در خصوص نحوه رسیدگی به شکایت‌های واصله** ۱) رسیدگی آنی؛ با پیگیری میدانی صورت پذیرد. ۲) رسیدگی فوری؛ به‌صورت تلفنی بلافاصله پیگیری شود. ۳) رسیدگی در اولویت اول؛ تا پایان روزکاری صورت پذیرد. ۴) رسیدگی بدون اولویت؛ برحسب حساسیت موضوع و نوبت‌دهی برای پیگیری در اولین فرصت صورت پذیرد.
ج-۲-۳-۳/ ☑☑☑/ ۱،۵
پیگیری امور بیماران با رویکرد پیشگیری از شکایات و نارضایتی، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
❖ تدوین و ابلاغ فرایند پیگیری امور بیماران با رویکرد پیشگیری از نارضایتی ❖ تعیین مسئول/مسئولان پیگیری امور بیماران در سطح بیمارستان و واحدهای ارائه‌دهنده خدمت با حدود وظایف مشخص ❖ شناسایی و اولویت‌بندی عوامل و موقعیت‌های مستعد بروز نارضایتی در فرایندهای ارائه خدمت ❖ تحلیل داده‌های حاصل از شناسایی و اولویت‌بندی عوامل و موقعیت‌های مستعد بروز نارضایتی به‌صورت دوره‌ای و اعمال مداخلات لازم ❖ پیگیری درخواست‌ها و مشکلات بیماران به‌صورت فعال، مستمر و در زمان مناسب ❖ اولویت‌دهی به پیگیری و رسیدگی به امور فوری بیماران آسیب‌پذیر و گروه‌های در معرض خطر
رسیدگی به شکایت به‌تنهایی رویکردی واکنشی است و برای ارتقای تجربه بیمار، باید با نظام فعال پیگیری امور بیماران و پیشگیری از نارضایتی تکمیل شود؛ لذا پیگیری امور بیماران با رویکرد پیشگیری از بروز شکایات و نارضایتی در بیمارستان مبتنی بر اصول بیمارمحوری مورد تأکید است.

احترام به حقوق گیرنده خدمت

ج-۲-۴ مراجعین، بیماران و خانواده آن‌ها از خدمات بیمارستان رضایت دارند

ج-۲-۴-۱/ ☐☐☑/ ۲

رضایت گیرندگان خدمت به‌صورت فصلی ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا می‌شود.

- تدوین پرسش‌نامه روا و پایا رضایت‌سنجی از بیماران بستری/ سرپایی و خانواده ایشان
- انجام رضایت‌سنجی بصورت فصلی با استفاده از پرسشنامه فوق و با حجم نمونه مناسب
- گزارش تحلیلی نتایج رضایت‌سنجی بیماران و همراهان به تیم رهبری و مدیریت
- شناسایی موارد معنی‌دار اعم از موارد غیرقابل‌قبول و بیش از حد انتظار، ارائه گزارش نهایی به تیم رهبری و مدیریت
- اقدام اصلاحی/ تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس گزارش تحلیلی

سنجش رضایت از بیماران و همراهان باید با پرسش‌نامه پایا و روا و در دو فرم مستقل حداقل سه ماه یک‌بار (فصلی) انجام شود. لازم است روایی و پایایی پرسش‌نامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و در کمیته پایش و سنجش کیفیت تصویب شود. رضایت‌سنجی از مراجعین، بیماران و همراهان حداقل سه ماه یک‌بار با محوریت دفتر بهبود کیفیت انجام شود و نتایج رضایت‌سنجی بیماران و همراهان در کمیته مرتبط بررسی و موارد معنی‌دار اعم از موارد بحرانی و موفق، شناسایی و گزارش نهایی به تیم رهبری و مدیریت ارائه و اقدام اصلاحی تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم رهبری و مدیریت صورت پذیرد.

➢ **حداقل شاخص‌هایی که باید در این نظرسنجی مدنظر باشد**

۱) متوسط رضایت کلی

۲) متوسط رضایت در هر محور/ پرسش

۳) رضایت کلی در هر بخش و رضایت در هر محور/پرسش در هر بخش

۴) مقایسه نتایج کلی و محور به محور در بخش‌های مختلف

به‌منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و پس آموزش آن‌ها توسط دفتر بهبود نسبت به نظرسنجی واقعی بیماران و همراهان اقدام نمایند. در این فرایند هر گونه عوامل مداخله‌کننده که نظر بیمار را تحت‌تأثیر قرار دهد کنترل شود (مانند حضور کارکنان در زمان نظر سنجی، مهارت ارتباطی پر سشگر و تأکید او بر محرمانگی و بی‌نام بودن فرم‌ها) انجام ر ضایت سنجی یک هفته پس از ترخیص بیماران منا سب‌ترین زمان است. توصیه می‌شود به‌صورت غیرحضوری انجام شود.

ج-۲-۴-۲/ ☐☑☑/ ۱

بیماران/ همراهان استفاده از خدمات این بیمارستان را به بستگان و آشنایان خود توصیه می‌نمایند.

- میزان رضایتمندی بیمار از خدمات این بیمارستان و توصیه به استفاده از مرکز توسط بستگان و آشنایان
- میزان رضایتمندی همراه از خدمات این بیمارستان و توصیه به استفاده از مرکز توسط بستگان و آشنایان

تو صیه به ا ستفاده از بیمار ستان به دیگران، بالاترین سطح ر ضایت‌مندی و اعتماد بیمار به خدمات دریافت شده ا ست و ن شان‌دهنده تجربه مثبت او در تمامی ابعاد مراقبت (بالینی، رفتاری و محیطی) می‌باشد .مطالعات نشان داده‌اند که ادراک بیمار از کیفیت استانداردهای اعتباربخشی (به‌ویژه استانداردهای بیمارمحور مانند احترام به حقوق، حریم خصوصی و مشارکت در تصمیم‌گیری) از طریق ایجاد اعتماد و تعهد در بیمار، به وفاداری وی منجر می‌شود. همچنین، گواهینامه‌های کیفیت و استانداردسازی خدمات به طور مستقیم با افزایش اعتماد، رضایت و وفاداری طولانی‌مدت بیماران ارتباط دارند.

وقتی بیمار نه‌تنها خود از خدمات رضایت دارد، بلکه آن را به دیگران توصیه می‌کند، نشان‌دهنده نهادینه‌شدن فرهنگ بیمارمحوری در سازمان است و این مهم‌ترین سرمایه اجتماعی و نشانه موفقیت نظام سلامت محسوب می‌شود.

ج-۲-۵ بیمارستان برای توسعه اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای و ترویج فرهنگ بیمارمحوری برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید

ج-۲-۵-۱/ ☐☐☑/ ۲

تصمیمات و اقدامات در بیمارستان نشان‌دهنده ترویج فرهنگ بیمارمحوری است.

- درنظرگرفتن محوریت بیمار در برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات مرتبط در حال انجام در بیمارستان
- برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌های مرتبط با فرهنگ بیمارمحوری در بیمارستان
- طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشویقی در راستای نهادینه‌کردن فرهنگ بیمارمحوری
- دریافت گزارش‌های فصلی از ارزیابی ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله‌ای در زمینه مغایرت‌ها و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی مؤثر
- استقرار فرهنگ بیمارمحوری در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان

احترام به حقوق گیرنده خدمت

جایگاه بیماران در بسترهای تصمیم‌گیری و اجرایی در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان نشان‌دهنده استقرار فرهنگ بیمارمحوری است. در همین راستا صورت‌جلسات متنوع بیمارستان در تمام سطوح مدیریتی و اقدامات همسو با توسعه اخلاق بالینی، رفتار حرفه‌ای و ترویج فرهنگ بیمارمحوری در فرایندهای جاری، برنامه‌ها، نحوه تخصیص بودجه و نتایج عملکردی در تمام سطوح اجرایی و خدماتی بیمارستان قابل احصاء است. همچنین ارزیابی دسترسی بیمار به خدمات، استمرار خدمات به بیمار، آموزش به بیمار و همراهان به‌وسیله شاخص رضایت‌سنجی بیمار قابل‌سنجش است. یکی از نشانه‌های بیمارمحوری در بیمارستان تمایل و اشتیاق مدیران/مسئولان/کارکنان برای پاسخگویی، راهنمایی و کمک به بیماران به‌عنوان یک فرهنگ سازمانی پایدار است. توصیه می شود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی و ارزیابی این سنجه را برنامه‌ریزی نمایند. یکی از ابزارهایی که می‌تواند برای کسب اطلاعات از رعایت اصل بیمارمحوری در بیمارستان مفید باشد، پرسش‌نامه‌های رضایت‌سنجی از بیماران و همراهان است که به همین منظور طراحی شده باشد.

ج-۲-۵-۲/ ☑☑☐/ ۱,۵

بیمارستان از اثربخش‌بودن عملکرد و تصمیمات کمیته اخلاق بالینی اطمینان حاصل می‌نماید.

- **نظارت و پایش اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط**
- **تعیین و پایش شاخص‌های مرتبط با شکایات و رضایتمندی بیماران/ همراهان/کارکنان به‌منظور سنجش اثربخشی**
- **مدیریت نتایج تحلیل ریشه‌ای شکایات شایع به‌منظور پیشگیری از تکرار**
- **برنامه‌ریزی و اجرای آموزش‌های مرتبط باهدف ترویج و ارتقای اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان**
- **طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای توسط پرسنل مرتبط**
- **دریافت گزارش‌های فصلی از اقدامات انجام شده، تحلیل و ابلاغ اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه و پیگیری اجرای آن‌ها**

رعایت اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در سطوح رهبری و مدیریت، گام اول در ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمار ستان ا ست که با ح سا سیت بالایی باید به آن دقت شود. الگوسازی و معرفی اسوه‌ها و الگوهای اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای به‌صورت دوره‌ای در ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای کمک‌کننده است. صورت‌جلسات متنوع بیمارستان در تمام سطوح مدیریتی و اقدامات همسو با اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در فرایندهای جاری، برنامه‌ها، نحوه تخصیص بودجه و نتایج عملکردی در تمام سطوح اجرایی و خدماتی بیمارستان قابل احصاء است. همچنین ارزیابی دیدگاه بیماران در خ صوص نحوه ارائه خدمات و کیفیت ارتباط با بیماران، آموزش به بیمار و همراهان به‌و سیله شاخص ر ضایت سنجی بیمار قابل سنجش ا ست. همچنین بستر سازی اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای می‌تواند با تدوین الزامات، دستورالعمل‌ها، سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در بیمار ستان و نظارت بر اجرای آن محقق گردد.

ج-۲-۶ بیمارستان تسهیلات لازم برای اطلاع‌رسانی به گیرندگان خدمت را فراهم می‌نماید

ج-۲-۶-۱/ ☑☐☐/ ۱

دسترسی بیمار/ همراه/ ولی قانونی به پزشک معالج و اعضای اصلی تیم درمانی فراهم است.

- **تعیین نحوه و فراهم بودن تسهیلات لازم به‌منظور دسترسی بیمار/ همراه/ ولی قانونی به پزشک معالج و اعضای اصلی تیم درمان، در طول مدت مراقبت و درمان**
- **تعیین افراد واجد صلاحیت برای دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی تیم درمان**
- **آگاهی کارکنان مرتبط از نحوه‌ی دسترسی بیمار/ همراه/ ولی قانونی به پزشک معالج و اعضای اصلی تیم درمان و اجرای صحیح فرایند**
- **اطلاع بیمار/ همراه/ ولی قانونی از نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی تیم درمان و تأیید بیماران در زمینه‌ی کفایت اطلاع‌رسانی**

این سنجه پایه‌گذار م شارکت فعال بیمار در فرایند ت شخیص، درمان و تحقق ر ضایت آگاهانه ا ست؛ چرا که ت صمیم‌گیری آگاهانه بدون د ستر سی به تیم درمان ممکن نیست. از سوی‌دیگر، این دستر سی مستقیم، پلی بین تیم بالینی و بیمار/ همراه/ ولی قانونی ایجاد می‌کند که برای کاهش اضطراب، افزایش همکاری در مراقبت‌های پس از ترخیص و بهبود تجربه‌ی کلی بیمار حیاتی است. در نهایت، این سنجه نشان‌دهنده‌ی تعهد سازمان به شفافیت و پا سخ‌گویی در قبال بیمار ا ست و وجود فرایندی منظم برای آن، از بروز سوءتفاهم‌ها و شکایات نا شی از عدم اطلاعر سانی جلوگیری می‌کند. آموزش در خصوص اجرای درست و اطلاع‌رسانی مناسب به بیمار/ همراه/ ولی قانونی باید در سرفصل‌های آموزشی بدو ورود بخش گنجانده شود.

ج-۲-۶-۲/ ☑☑☐/ ۱

خبرهای ناگوار پزشکی با رعایت اصول اخلاق بالینی، رفتار حرفه‌ای و روش اجرایی از پیش تعیین شده با بیمار/ همراه/ ولی قانونی در میان گذاشته می‌شود.

- **تدوین روش اجرایی «نحوه‌ی اطلاع‌رسانی خبر ناگوار» در زمینه‌ی بیماری یا فوت بیمار بر اساس اصول اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای**
- **آموزش روش اجرایی تدوین شده با محوریت کمیته اخلاق بالینی به پزشکان، پرستاران و سایر افراد واجد شرایط**
- **آگاهی پزشکان، پرستاران و سایر افراد واجد شرایط از روش اجرایی تدوین شده**
- **اطلاع‌رسانی خبر ناگوار به بیمار/ همراه/ ولی قانونی بر اساس روش اجرایی تدوین شده و با رعایت اصول اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای**

احترام به حقوق گیرنده خدمت

استفاده از یک روش ساختاریافته مانند پروتکل SPIKES[1] موجب افزایش شفافیت، کاهش سوءبرداشت و بهبود کیفیت ارتباط با بیمار و خانواده‌اش می شود. هدف نهایی، توانمند سازی بیمار برای مشارکت آگاهانه در تصمیم‌گیری و حفظ اعتماد به کادر درمان است. در عین حال، رعایت اصول اخلاق بالینی، رفتار حرفه‌ای و ثبت کامل مستندات نیز از جنبه‌های حقوقی و درمانی این فرایند پشتیبانی می‌کند.

کمیته‌ی اخلاق بالینی با مشارکت تیم مددکاری اجتماعی و دریافت مشاوره از یک روان‌پزشک/ روان‌شناس روش اجرایی مدونی بر اساس شرایط بیمارستان و زیست‌بوم منطقه در خصوص روش‌های اطلاع‌رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق بالینی، رفتار حرفه‌ای و کرامت انسانی تدوین می‌نماید. همچنین افراد/ مشاغل واجد شرایط برای اعلام خبرهای ناگوار به بیمار/ همراه/ ولی قانونی توسط این کمیته شناسایی و در خصوص آموزش آن‌ها برنامه‌ریزی لازم به عمل می‌آید.

درواقع مناسب‌ترین فرد برای گفتن خبر بد به بیمار/ همراه/ ولی قانونی، کسی است که بتواند پاسخگوی سؤالات بیمار درباره سیر بیماری، پیش‌آگهی، برنامه آینده‌ی درمان و سایر موارد از این قبیل باشد (مانند پزشک معالج).

توصیه می‌شود بیمارستان فضای مناسبی برای اطلاع‌رسانی خبرهای ناگوار پیش‌بینی کند. این فضا باید آرام، ساکت، دارای حریم خصوصی کافی، دور از محل تردد عمومی و به‌گونه‌ای باشد که محرمانگی اطلاعات بیمار حفظ شود. کارکنان مرتبط باید محل مذکور را بشناسند و در صورت لزوم استفاده نمایند.

ج-۲-۶-۳/ ☐☐☑/ ۱

اطلاع‌رسانی و ارتباط مؤثر و اطمینان‌بخش با بیماران توسط تیم درمان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.

- **الزام به معرفی خود شامل نام خانوادگی، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای توسط پزشک معالج/ پرستار و تیم درمانی در اولین برخورد با بیمار/ همراه**
- **امکان شناسایی کارکنان مختلف به تفکیک مشاغل بر اساس پوشش و کارت شناسایی عکس‌دار با قابلیت رویت از فاصله دو متری برای بیماران و مراجعین**
- **آگاهی و شناخت بیمار/ همراه از پزشک معالج/ پرستار و تیم درمانی**
- **اطمینان بیمار/ همراه از هدایت و محوریت پزشک معالج خود در تمام اقدامات تشخیصی و درمانی**
- **اطمینان بیمار/ همراه از عملکرد تیم درمان و انجام به‌موقع امور تشخیصی و درمانی بدون نیاز به پیگیری**

هدف این سنجه، ایجاد ارتباط مؤثر، شفاف و اعتمادآفرین میان بیمار و تیم درمان است. ارتباط مؤثر تنها به انتقال اطلاعات محدود نمی‌شود، بلکه شامل معرفی مناسب اعضای تیم درمان، ارائه‌ی اطلاعات قابل‌فهم، پاسخ‌گویی به سؤالات بیمار و اطمینان از درک صحیح مطالب توسط وی نیز می‌شود. رعایت این موارد موجب افزایش مشارکت بیمار در درمان، کاهش سوءبرداشت و ارتقای ایمنی بیمار خواهد شد. در صورت نیاز، کارکنان درمان با استفاده از روش‌های مناسب (مانند بازگویی مطالب توسط بیمار) از درک صحیح اطلاعات ارائه‌شده اطمینان حاصل کنند.

استفاده از انواع پوشش‌ها در سطح بیمارستان باید مطابق با آخرین دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت/ سازمان‌های بالادستی باشد. همچنین تمامی کارکنان بیمارستان و فراگیران ملزم به نصب کارت شناسایی هستند؛ به‌گونه‌ای که در معرض دید مراجعین باشد و از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری می‌کنند.

حرف اول نام و نام کامل خانوادگی و سمت شغلی/ سطح و رده‌ی آموزشی فراگیر دقیقاً بر روی کارت شناسایی مشخص و خوانا باشد. در کارت شناسایی فراگیران از بکار بردن عنوان «دکتر» بدون اشاره به سطح آموزشی خودداری شود. همچنین کارت شناسایی باید عکس‌دار و قابل خواندن از فاصله دو متری باشد.

❋ ج-۲-۶-۴/ ☐☐☑/ ۱,۵

پیش از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اطلاعات لازم در اختیار بیمار/ همراه/ ولی قانونی قرار می‌گیرد و رضایت آگاهانه اخذ می‌شود.

- **شناسایی و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی/ درمانی مشمول اخذ رضایت آگاهانه طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت**
- **آگاهی پزشکان، انجام‌دهندگان پروسیجرها و سایر افراد مرتبط با فرایند نحوه‌ی اخذ رضایت آگاهانه**
- **اخذ رضایت آگاهانه در تمامی اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی با رعایت حداقل الزامات فرایند رضایت آگاهانه از بیمار/ همراه/ ولی قانونی**
- **آگاهی کامل بیمار/ همراه/ ولی قانونی در خصوص اقدام تهاجمی که قرار است برای بیمار انجام شود**

اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی هستند که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می‌باشند. ملاک استقرار این سنجه علاوه بر مصادیق ذکر شده، میزان درک بیمار و کفایت اطلاعات ارائه شده در خصوص بیماری، اقدامات تشخیصی/درمانی، داوطلبانه بودن رضایت‌های اخذ شده توسط فرد واجد صلاحیت و در نهایت تصمیم‌گیری آزادانه بیمار است.

[1] Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summary

احترام به حقوق گیرنده خدمت

فهرست اقدامات تشخیصی درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند، باید با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول ایمنی بیمار و مطابق «دستورالعمل ابلاغی الزامات اخذ رضایت آگاهانه برای اقدامات (پروسیجرهای) تشخیصی درمانی تهاجمی» شناسایی و تدوین شود؛ همچنین در بیمارستان‌های ارائه‌دهنده خدمات طب ایرانی، تدوین فهرست اقدامات تهاجمی این حوزه الزامی است. اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران تحت اقدامات تشخیصی/ درمانی تهاجمی و پیش از انجام مداخلات جراحی، اسکوپی، شوک‌درمانی، پرتودرمانی، پرتوتشخیصی، شیمی‌درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام‌بخشی متوسط تا عمیق، استفاده از خون و فرآورده‌های خونی، اعزام، ارجاع و... انجام می‌شود.

در خصوص بیماران بین‌الملل، وجود حداقل افراد مسلط به زبان مورد نیاز برای برقراری ارتباط و انتقال مفاهیم به مراجعین لازم است؛ همچنین ترجمه فرم‌های اخذ رضایت آگاهانه به زبان مورد نظر نیز ضروری است.

- **نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه:**

۱) رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده‌ی خدمت بوده و به‌هیچ‌وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.

۲) مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی/ پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز است.

۳) هر لحظه‌ای که بیمار بخواهد می‌تواند رضایت خود را پس بگیرد.

۴) در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری و شرایط تهدیدکننده‌ی حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه پیش از مداخلات درمانی حیات‌بخش نیست.

۵) گذاشتن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاشتن لوله معده و تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی‌شود.

۶) از بیمارانی که تحت برنامه‌های درمانی خاص نظیر شیمی‌درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فرز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی هستند به‌شرط ثابت ماندن وضعیت بالینی می‌توان یک‌بار در ابتدای شروع دوره‌ی درمانی رضایت گرفت که این رضایت‌نامه مشروط بر عدم تغییر در شرایط بیمار، نحوه درمان، روش‌های درمانی جایگزین، احتمال خطر، منافع ناشی از روش درمانی، ظرفیت بیمار برای رضایت دادن و همچنین پس نگرفتن رضایت پیشین از سوی خود بیمار به مدت یک سال اعتبار دارد. بدیهی است حتی اگر هیچ‌چیز تغییر نکرده باشد، پس از یک سال باید تمامی موارد مرتبط مجدداً به آگاهی بیمار/همراه/ ولی قانونی برای تمدید رضایت آگاهانه با رعایت تمامی مراحل پیش‌گفت برسد.

- **حداقل اطلاعات ضروری پیش از اخذ رضایت آگاهانه که باید به بیماران ارائه شود:**

۱) نام خانوادگی و سمت کادر ارائه‌کننده‌ی خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی

۲) روش تشخیصی و درمانی پیشنهادی پزشک معالج

۳) محاسن و میزان اثربخشی روش تشخیصی و درمانی پیشنهادی پزشک معالج و روش‌های جایگزین اعم از تهاجمی و غیرتهاجمی و مقایسه آن‌ها

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

۵) عواقب ترک درمان پیشنهادی و روش‌های جایگزین و همچنین عواقب تأخیر در درمان در مواردی که زمان طلایی درمان[1] وجود دارد.

۶) اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده

۷) عواقب اجتماعی روش درمانی مانند ازکارافتادگی دائم یا موقت، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و ملاحظات مراقبتی خاص و مانند آن

دراین‌خصوص توضیحات همراه با آموزش‌های لازم و قابل‌درک، توسط پزشکان و انجام‌دهندگان پروسیجرها، در اختیار بیمار/ همراه/ ولی قانونی وی قرار داده شده (با رعایت فراهم بودن مدت‌زمان امکان انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه برای ایشان) و پس از آن رضایت آگاهانه اخذ می‌شود.

اخذ رضایت آگاهانه و تأیید نهایی آن در تمامی موارد به عهده‌ی پزشک معالج، انجام دهنده‌ی پروسیجر یا عضوی از تیم درمان به نمایندگی و تحت‌نظر ایشان است که اشراف کافی از شرایط بیمار و اقدامات مدنظر داشته باشد و به پزشکی قانونی تفویض نگردد.

در ابتدا اطلاعات لازم باید به خود بیمار داده شود. همچنین برای دادن اطلاعات باید خواسته‌ی بیمار در نظر گرفته شود و در صورتی‌که خانواده‌ی بیمار تقاضا یا اصرار دارند که اطلاعات بیمار به خود او داده نشود و یا در صورت وجود اختلاف‌نظر، قاعده این است که خود بیمار با شیوه‌های مناسب دادن اخبار، در جریان وضعیت بیماری خود قرار گیرد. مگر در شرایطی که خود بیمار مایل است که اطلاعات بیماری وی به فرد دیگری ارائه شود یا هنگامی که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد که در آن صورت فرد تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین مناسب (جایگزین قانونی یا ولی قانونی) پس از دریافت اطلاعات، فرم رضایت آگاهانه را تکمیل می‌کند. دراین‌خصوص نیز حداقل اطلاعات ضروری مطابق فوق، به ولی قانونی نیز داده می‌شود.

در مواردی که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری داشته و آن را از دست داده است (مثلاً بیماری که در حالت اغما است) اگر پیش از ازدست‌دادن ظرفیت درباره‌ی انجام امور تشخیصی و درمانی خود وصیت، توصیه و سفارشی داشته است؛ شایسته است به آن اهمیت داده شود.

[1] golden time

احترام به حقوق گیرنده خدمت

➢ **داوطلبانه بودن رضایت چند شرط دارد:**

۱) بیمار تحت‌تأثیر عوامل داخلی و خارجی مخدوش‌کننده تصمیم‌گیری داوطلبانه نباشد. درد یک عامل داخلی مخدوش‌کننده است.

۲) تصمیم‌گیری بیمار نباید تحت اجبار[1] باشد.

۳) اطلاعات داده شده به بیمار باید بدون تحریف و دست‌کاری باشد.

۴) تصمیم توأم با اکراه[2] نباشد. یعنی او را از طریق غیرمستقیم و با ایجاد اکراه مجبور نکنیم که تن به رضایتی دهد که اگر آن شرایط نبود، آن رضایت را نمی‌داد. مثل این که به او بگوییم اگر رضایت ندهد بستری نخواهد شد یا آزمایشات وی انجام نخواهد گرفت.

❊ ج-۲-۶-۵/ ☑☑☐/ ۲

هرگونه خسارت ناشی از وقایع ناخواسته، به اطلاع بیمار/ ولی قانونی رسیده و در صورت پیشامد جبران می‌شود.

- ❖ **تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «نحوه‌ی اطلاع‌رسانی وقایع ناخواسته که منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین شده است»**
- ❖ **آگاهی تیم رهبری و مدیریت و کارکنان مرتبط از خط‌مشی و روش اجرایی و عمل بر اساس آن**
- ❖ **اطلاع‌رسانی واقعه/ وقایع منجر شده به خسارت به بیمار/ همراه/ ولی قانونی**
- ❖ **جبران خسارت وارده به بیمار/ خانواده/ مراجعین از سوی بیمارستان**

اطلاع‌رسانی بدون هرگونه پنهان‌کاری به بیمار/همراه/ ولی قانونی در ارتباط با نتایج و پیامدهای نامطلوب در وقایع ناخواسته درمان، الزامی است. این سنجه، تجسم عینی اصل شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام سلامت است و بر حق بیمار بر دانستن حقیقت حتی در مورد عوارض و خسارات احتمالی تأکید دارد. اطلاع‌رسانی به‌موقع و صادقانه درباره هر گونه خسارت (جسمی، روحی - روانی یا مالی) ناشی از خدمات، علاوه بر اینکه پایه‌گذار اعتماد بین بیمار و کادر درمان است، از منظر اخلاقی و قانونی نیز یک الزام محسوب می‌شود. همچنین، وجود فرایند مشخص برای جبران خسارت (اعم از عذرخواهی، پیگیری درمانی، یا جبران مالی) نشان‌دهنده‌ی تعهد سازمان به عدالت و کرامت بیمار بوده و از تبدیل‌شدن یک خطای ناخواسته به یک شکایت طولانی و تخریب اعتماد عمومی جلوگیری می‌کند.

در نهایت، این رویکرد بازخورد ارزشمندی برای سازمان فراهم می‌آورد تا با شناسایی ریشه‌ای خطاها، از تکرار آنها در آینده پیشگیری کند. به‌علاوه اطلاع‌رسانی خطا باید کامل، به‌موقع و صادقانه باشد. باید به بیمار/ همراه/ ولی قانونی اطمینان داده شود که هزینه‌های ناشی از خطا از صورت‌حساب او حذف خواهد شد. پزشک/پرستار/ هریک از کارکنان درمانگر که در آیین اطلاع‌رسانی خطا به بیمار شرکت می‌کنند، باید آموزش لازم را دیده باشند.

کسر هزینه‌های خطا از صورت‌حساب بیمار به معنی رایگان شدن کل درمان، تخفیف یا بخشش نیست. بیمار باید هزینه درمان خود را بپردازد؛ اما هزینه اشتباهات کادر درمانی یا سیستم درمانگر اخلاقاً و قانوناً نباید به بیمار تحمیل گردد.

➢ **مراحل مختلف فرایند اطلاع‌رسانی بدون هرگونه پنهان‌کاری که لازم است در خط‌مشی و روش اجرایی پیش‌بینی شود:**

۱) برقراری ارتباط صادقانه، باز و منسجم با بیمار/ همراه/ ولی قانونی او پس از وقوع یک حادثه ناخواسته به‌منظور تشریح کامل رخداد برای ایشان

۲) همدلی و اظهار تأسف از وقوع آن چه که اتفاق افتاده

۳) با توجه به مسئولیت کادر ارشد حرفه‌ای در قبال اطلاع‌رسانی به بیمار/ همراه/ ولی قانونی، کادر مذکور باید وقوف کامل به حادثه داشته باشند

۴) تعیین مسئولان و کارکنانی که در فرایند توضیح به بیمار/ همراه/ ولی قانونی باید حضور داشته باشند از سوی کمیته اخلاق بالینی بیمارستان

۵) حمایت از کارکنان، منطبق بر مبانی فرهنگ ایمنی بیمار (از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر، بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان و...)

۶) حفظ جوانب محرمانگی وقایع رخداده

۷) پیش‌بینی سازوکار جبران خسارت به بیمار

استفاده از ظرفیت‌های بیمه مسئولیت حرفه‌ای می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. لازم است علاوه بر کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیمار/ خانواده/ مراجعین بودند، سایر کارکنان نیز در خصوص نحوه‌ی مدیریت میدانی در دقایق و ساعات اولیه در خصوص برقراری ارتباط با بیمار آموزش‌دیده، دراین‌خصوص مهارت لازم را داشته باشند.

[1] force
[2] coercion

احترام به حقوق گیرنده خدمت

➢ **دسته‌بندی زیر از منظر میزان و شدت آسیب وارده به بیمار/ خانواده/ مراجعین ناشی از وقایع ناخواسته می‌باشد که می‌تواند در تعیین مصادیق مشمول جبران خسارت با محوریت کمیته اخلاق بالینی بیمارستان مورداستفاده قرار گیرد:**

۱) مخاطرات (وضعیت/ شرایطی) که دارای ظرفیت خطا بوده‌اند
۲) خطایی که به بیمار نرسیده است
۳) خطایی که به بیمار رسیده است؛ اما سبب صدمه نشده است
۴) خطایی که به بیمار رسیده است و نیازمند پایش به‌منظور بررسی و تأیید این موضوع است که آسیبی به بیمار وارد شده/ نشده است.
۵) آسیب‌های موقت، نیازمند مداخله
۶) آسیب‌های موقت، نیاز به بستری یا طولانی کردن بستری
۷) آسیب دائمی به بیمار
۸) مداخله برای حفظ زندگی نیاز است
۹) نقش داشتن در مرگ

ردیف‌های ۶ به بعد به‌عنوان مصادیق خسارت جسمی، روحی - روانی وارده به بیمار به منظور تعیین معیار جبران خسارت از اهمیت بیشتر برخوردارند.

ج-۲-۷ بیمارستان خدمات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیماران را تأمین می‌نماید

ج-۲-۷-۱/ ☑☐☐/ ۱,۵

بیمارستان بدون هرگونه تبعیض، خدمات مورد نیاز را مطابق سیاست و قوانین ابلاغی به بیماران/ مراجعین ارائه می‌دهد.

- **درج عنوان «دسترسی عادلانه به خدمات بدون هرگونه تبعیض» در سیاست‌های اصلی بیمارستان**
- **تعیین مصادیق تبعیض در ارائه‌ی خدمات به بیماران/ مراجعین در بیمارستان**
- **آموزش کارکنان در خصوص سیاست «دسترسی عادلانه به خدمات بدون هرگونه تبعیض» و «مصادیق تبعیض در ارائه خدمات»**
- **شناسایی هرگونه موارد تبعیض در ارائه خدمات در بیمارستان**
- **انجام اقدام اصلاحی/ برنامه بهبود برای رفع موارد شناسایی شده**

انجام صحیح این فرایند رکن اساسی عدالت در سلامت و تضمین‌کننده احترام به کرامت انسانی تمامی مراجعین است

➢ **اهم مصادیق تبعیض در ارائه خدمات:**

۱) تبعیض بر اساس جنسیت: ارائه متفاوت یا محدودتر خدمات به زن، مرد یا افراد دارای هویت جنسیتی خاص
۲) تبعیض قومی، نژادی یا زبانی: برخورد یا ارائه خدمت نامناسب به دلیل قومیت، زبان، لهجه یا ملیت
۳) تبعیض مذهبی یا اعتقادی: تفاوت در رفتار، پذیرش یا کیفیت خدمت به دلیل باورهای دینی یا فکری
۴) تبعیض اقتصادی یا اجتماعی: اولویت‌دادن یا بی‌توجهی به بیمار بر اساس توان مالی، شغل، طبقه اجتماعی یا ظاهر
۵) تبعیض سنی: ارائه خدمات کمتر یا متفاوت به سالمندان، کودکان یا نوجوانان صرفاً به دلیل سن
۶) تبعیض بر اساس نوع بیماری یا وضعیت سلامت: کم‌توجهی به بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص، مزمن، واگیردار، HIV، اعتیاد یا اختلالات روانی
۷) تبعیض بر اساس معلولیت یا ناتوانی: ندادن دسترسی مناسب، تجهیزات لازم یا برخورد نامناسب با افراد دارای معلولیت
۸) تبعیض بر اساس پوشش، ظاهر یا وضعیت اجتماعی: قضاوت یا خدمت‌رسانی متفاوت بر مبنای لباس، ظاهر، مهاجر بودن یا بی‌خانمانی
۹) تبعیض در فوریت و نوبت‌دهی: جلو انداختن یا عقب انداختن نوبت غیر از معیارهای علمی و تریاژ
۱۰) تبعیض در احترام و ارتباط: بی‌احترامی، تحقیر، پاسخ‌ندادن، یا ارائه اطلاعات ناقص فقط به برخی بیماران

بیمارستان موظف است طبق قانون «مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی»، مراقبت‌های فوری سلامت را به بیماران اورژانس به‌صورت بی‌قیدوشرط ارائه دهد. پذیرش و درمان اولیه‌ی بیماران اورژانس به‌هیچ‌وجه نباید معطل دریافت هزینه، پیش‌پرداخت یا ضمانت مالی شود.

➢ **در راستای تامین دسترسی عادلانه، درصورتی‌که بیمارستان امکانات لازم برای ادامه درمان بیمار را نداشته باشد، مکلف است مراحل زیر را طی کند:**

۱) ارائه کامل خدمات اولیه و ضروری در بخش اورژانس
۲) اطلاع‌رسانی شفاف به بیمار، همراه یا ولی قانونی در خصوص علت انتقال، میزان تعرفه‌ها و وضعیت پوشش بیمه در مرکز مقصد
۳) هماهنگی با ستاد هدایت دانشگاه و گرفتن پذیرش از مرکز درمانی مقصد
۴) اعزام و انتقال به‌موقع و ایمن بیمار به مرکز مجهز

احترام به حقوق گیرنده خدمت

ج-۲-۷-۲/ ☐☐☑/ ۱

بیمارستان از بیمار/ همراه در روند مراقبت و پیگیری امور تشخیصی و درمانی در بخش/ واحدهای مختلف استفاده نمی‌نماید.

- **انجام تمامی خدمات تشخیصی، درمانی، توان‌بخشی و مراقبتی بیمار توسط کارکنان مرتبط با نوع خدمت**
- **پیگیری و هماهنگی اقدامات پاراکلینیکی مورد نیاز بیماران بستری در اورژانس و سایر بخش‌ها توسط کارکنان مرتبط با نوع خدمت**
- **عدم ارجاع بیمار یا همراه به خارج از بیمارستان برای خرید/ تأمین کالا، ملزومات، دارو و تجهیزات**

رعایت موارد فوق، تضمین‌کننده نقش فعال و حرفه‌ای کادر درمان در ارائه مراقبت است و از تحمیل مسئولیت‌های تخصصی به بیمار یا همراه که فاقد صلاحیت لازم هستند جلوگیری می‌کند. همراهان می‌توانند به‌عنوان حامی عاطفی در کنار بیمار حضور داشته باشند، اما نباید جایگزین تیم درمان شوند. ازسوی‌دیگر واگذاری امور تشخیصی و درمانی به همراهان نه تنها بار روانی سنگینی بر آنها تحمیل می‌کند، بلکه می‌تواند منجر به تأخیر در تشخیص، انجام نادرست اقدامات درمانی و افزایش عوارض و شکایات شود. بیمارستان موظف است با تخصیص نیروی انسانی کافی و آموزش‌دیده نیازهای مراقبتی و پیگیری‌های لازم را بر عهده گرفته و از همراهان صرفاً در نقش حمایتگرانه‌ی عاطفی استفاده کند تا تجربه درمانی ایمن و باکیفیتی برای بیمار رقم بخورد.

ج-۲-۷-۳/ ☑☑☑/ ۱,۵

در صورت درخواست گیرنده خدمت، با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج، تسهیلاتی برای امکان نظرخواهی از پزشک دوم مهیا می‌شود.

- **تدوین روش اجرایی «نظرخواهی از پزشک دوم»**
- **اطلاع‌رسانی و آگاهی پزشکان، پرستاران، بیماران و همراهان از روند نظرخواهی از پزشک دوم**
- **وجود شواهدی مبنی بر اقدام بر مبنای روش اجرایی تدوین شده**

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 تأیید پزشک معالج دستورات او قابل‌اجرا می‌باشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد و این امر در صورتی امکان‌پذیر است که پزشک دوم در بیمارستان شاغل باشد. همچنین در صورت درخواست گیرنده‌ی خدمت برای نظرخواهی از پزشک دوم که با اطلاع و هماهنگی پزشک معالج انجام می‌شود تأمین هزینه و جلب موافقت پزشک دوم بر عهده بیمار خواهد بود. در این موارد پس از درخواست بیمار/ خانواده/ ولی قانونی، سرپرستار یا پرستار مسئول بیمار هماهنگی لازم را با پزشک معالج در خصوص نظرخواهی از پزشک دوم انجام می‌دهد و درخواست بیمار با هماهنگی سرپرستار/ سوپروایزر در خصوص حضور پزشک مورد نظر بیمار برای نظرخواهی و انجام ویزیت مشورتی با مشارکت بیمار/ خانواده برنامه‌ریزی و انجام خواهد شد؛ همچنین چنانچه بیمار/ همراه درخواست مشورت با پزشکان طب ایرانی را دارد ضمن رعایت موارد گفته شده لازم است امکان نظرخواهی از پزشک متخصص طب ایرانی برای بیمار/ همراه مهیا شود.

ج-۲-۷-۴/ ☐☐☑/ ۱,۵

مددکار اجتماعی ضمن شناسایی نیازهای گروه‌های هدف مددکاری، طرح‌های حمایتی حین بستری و پس از ترخیص را برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می نماید.

- **تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «شناسایی نیازهای گروه‌های هدف مددکاری و طرح‌های حمایتی حین بستری و پس از ترخیص»**
- **آگاهی کارکنان به خط‌مشی و روش اجرایی تدوین شده**
- **انطباق عملکرد کارکنان با خط‌مشی و روش اجرایی تدوین شده**

➢ **حداقل‌های مورد انتظار در تدوین خط‌مشی و روش اجرایی «شناسایی نیازهای گروه‌های هدف مددکاری و طرح‌های حمایتی حین بستری و پس از ترخیص»:**

۱) شناسایی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری
۲) تعیین نحوه‌ی شناسایی گروه‌های هدف مددکاری و اطلاع‌رسانی آن به بخش‌ها
۳) تعیین نحوه هماهنگی بخش‌ها با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر اجتماعی با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان
۴) ملاک‌ها و روش‌های ارزیابی شرایط مادی و معنوی گروه‌های هدف مددکاری توسط مددکار اجتماعی
۵) نحوه هماهنگی با نهادها، سازمان‌ها و موسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آن‌ها برای حمایت از مددجویان مجهول‌الهویه، بی‌خانمان، بدون همراه و کودک آزاری
۶) برنامه‌ریزی در خصوص شناسایی و جذب منابع خیرین برای حمایت اجتماعی و مالی از گروه‌های هدف مددکاری
۷) ایجاد بانک اطلاعات مراکز/ موسسات خیریه و اشخاص حقیقی و حقوقی خیر و سایر سازمان‌ها و سامانه‌های حمایتی از مددجویان
۸) نحوه و محدوده حمایت‌های مالی از مددجویان نیازمند
۹) برنامه‌ریزی جهت پیگیری و اطمینان از ادامه روند درمان در موارد خاص و بیماران نیازمند پس از ترخیص
۱۰) نحوه ارائه حمایت روانی اجتماعی در بحران و بلایا

ویژه بیمارستان‌های تک تخصصی با

گرایش روان‌پزشکی

سنجه‌های اختصاصی بیمارستان‌های تک تخصصی با گرایش روان‌پزشکی[1]

ب – مراقبت و درمان

ب–۱ مراقبت‌های عمومی بالینی

ب-۱-۱۰ بیمارستان از مدیریت مراقبت و درمان بیماران روان‌پزشکی اطمینان حاصل می‌کند
ب-۱-۱۰-۱/ ☐☑☑/ ۱
در صورت درخواست پزشک معالج، ارزیابی روان‌شناسی بیماران بستری توسط روان‌شناس بالینی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
❖ تدوین دستورالعمل در خصوص «حیطه‌ی فعالیت و اقدامات روان‌شناس بالینی بیمارستان» با حداقل‌های موردانتظار ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل تدوین شده ❖ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل تدوین شده
حداقل مواردی که در این دستورالعمل، بایستی مدنظر قرار گیرد شامل مصاحبه و ارزیابی تشخیصی روان‌شناختی، تست‌ها و آزمون‌های روان‌شناختی بالینی، شخصیت، هوش و سایر موارد با صلاحدید بیمارستان می‌باشد.
ب-۱-۱۰-۲/ ☐☑☑/ ۱
پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضائیه و سایر مراجع ذی‌صلاح، بر اساس شیوه‌ای مدون صورت می‌پذیرد.
❖ تدوین روش اجرایی «پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضائیه و سایر مراجع ذی‌صلاح» ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی تدوین شده ❖ انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده
با توجه به اینکه برخی از بیماران ارجاعی به بیمار ستان‌های روان‌پز شکی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه ق ضائیه و سایر مراجع ذی صلاح می‌باشند، لازم است بیمارستان دراین‌خصوص روش اجرایی مدون تنظیم و طبق آن عمل نماید.
❋ ب-۱-۱۰-۳/ ☐☑☑/ ۱,۵
بیمارستان از انجام ارزیابی بیماران در مورد خطرات خودکشی و خشونت اطمینان حاصل می‌کند.
❖ ارزیابی خطر خودکشی در بدو پذیرش ❖ ثبت نتایج ارزیابی و سطح خطر بیمار در پرونده بیمار ❖ تدوین برنامه مراقبتی اختصاصی برای بیماران با خطر خودکشی و خشونت
ارزیابی خطر خودکشی و خشونت در بیماران روان‌پز شکی باید با استفاده از ابزارهای معتبر و استاندارد مانند C-SSRS یا معادل تأیید شده‌ی آن انجام شود. این ابزارها فرایند ارزیابی را، ساختارمند، عینی و قابل‌تکرار می‌سازند، شدت خطر را به‌درستی تعیین می‌کنند و مستندات دقیقی برای تصمیم‌گیری بالینی و مداخله به‌موقع فراهم می‌آورند. استفاده از این ابزارها، ایمنی بیمار را افزایش داده و از تصمیم‌گیری‌های سلیقه‌ای جلوگیری می‌کند.
ب-۱-۱۰-۴/ ☑☑☑/ ۱
بیمارستان از درمان‌های غیردارویی رایج در بیمارستان‌های روان‌پزشکی برای کمک به بیماران بهره برده و بر اجرای آن برنامه‌ریزی دارد.
❖ تدوین روش اجرایی «درمان‌های غیردارویی رایج در بیمارستان‌های روان‌پزشکی» ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی تدوین شده ❖ انطباق عملکرد کارکنان منطبق با روش اجرایی تدوین شده
مواردی که به‌عنوان درمان‌های غیردارویی رایج در بیمارستان‌های روان‌پزشکی مدنظر است عبارت‌اند از: تفریح درمانی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی، محیط‌درمانی، روان‌درمانی فردی و سایر موارد به تشخیص پزشک معالج

[1] لازم به ذکر است این بسته مختص بیمارستان‌های تک تخصصی روان پزشکی بوده و در این بیمارستان ها، علاوه بر بسته استاندارد های اعتبار بخشی ملی، مورد ارزیابی قرار خواهد بود.

❋ ب-۱-۱۰-۵/ ☑☑☐/ ۱,۵

بیمارستان از انجام ایمن تشنج‌درمانی الکتریکی[1] اطمینان حاصل می‌نماید.

- ❖ **تدوین روش اجرایی «انجام تشنج‌درمانی الکتریکی به روش ایمن»**
- ❖ **آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی تدوین شده**
- ❖ **وجود امکانات و تجهیزات سالم و ایمن، فضای فیزیکی مناسب و کادر درمانی دوره‌دیده برای انجام تشنج‌درمانی الکتریکی**
- ❖ **انطباق عملکرد کارکنان با روش اجرایی تدوین شده**

تمامی پر سنل واحد ت شنج درمانی الکتریکی می‌باید ست، دوره‌های احیای قلبی ریوی پایه و پی شرفته و آ شنایی با نوع عملکرد و ایمنی تجهیزات را گذرانده باشند. حضور یک متخصص بیهوشی جهت اقدامات بالینی مستقیم و سایر متخصصین مرتبط و موردنیاز، هنگام انجام فرایند تشنج درمانی الکتریکی ضروری است. در مواقع لزوم، دسترسی به ترالی احیا و تیم احیای بیمارستان به‌سهولت فراهم باشد.

وجود اتاق ریکاوری استاندارد در مجاورت اتاق تشنج درمانی الکتریکی با تجهیزات کامل و استاندارد ضروری است.

➢ **در تدوین روش اجرایی انجام تشنج‌درمانی الکتریکی، الزامات پیش از انجام ECT (شامل حداقل موارد زیر) لحاظ شود:**

۱) ثبت دستور پزشک جهت شروع جلسات ECT همراه با تعداد جلسات موردنیاز
۲) اخذ رضایت آگاهانه در خصوص انجام ECT از قیم قانونی توسط پزشک معالج بیمار در هر دوره ECT (نه در هر جلسه) انجام شود
۳) انجام آزمایش‌ها و اقدامات لازم شامل ECG، Chest Xray در صورت تشخیص پزشک معالج
۴) انجام مشاوره متخصص بیهوشی جهت تأیید دریافت ECT
۵) انجام مشاوره متخصص داخلی و سایر متخصصین با توجه به شرایط بالینی بیمار جهت تأیید دریافتECT در صورت تشخیص پزشک معالج
۶) قطع مصرف داروهایی مانند لیتیوم، کاربامازپین، سدیم والپروات
۷) شناسایی فعال بیماران مطابق دستورالعمل ابلاغی شناسایی بیمار
۸) ناشتا بودن بیمار قبل از انجام ECT
۹) استحمام بیمار قبل از انجام ECT
۱۰) خارج‌کردن دندان‌مصنوعی، عینک و زیورآلات مانند ساعت، دستبند و...
۱۱) اطمینان از تخلیه ادرار و مدفوع بیمار
۱۲) کاهش سطح اضطراب بیمار
۱۳) پاک‌کردن آرایش صورت و لاک ناخن بیمار
۱۴) در بیماران مجهول‌الهویه و Homeless فرایند اخذ رضایت آگاهانه مشخص باشد
۱۵) لزوم حضور یک نفر همراه جهت بیماران سرپایی برای انجام ECT
۱۶) عدم شروع ECT یک بیمار تا زمانی که بیمار قبلی (که شوک دریافت کرده ا ست) هو شیار نشده با شد (ارزیابی هو شیار بودن بیمار بر عهده متخصص بیهوشی است)

➢ **در تدوین روش اجرایی انجام تشنج‌درمانی الکتریکی ، الزامات حین انجام ECT (شامل حداقل موارد زیر) لحاظ شود:**

۱) معرفی افراد تیم درمان به بیمار و بیان مختصری از شرح وظایف هر یک
۲) استفاده از آرام‌بخش ضعیف در صورت آژیته و بی‌قرار بودن بیمار، طبق دستور پزشک معالج
۳) برقرارکردن یک راه وریدی مطمئن برای بیمار
۴) استفاده از محافظ در دهان بیمار جهت جداکردن فک تحتانی و فوقانی از یکدیگر
۵) تجویز اک سیژن ۱۰۰٪ با سرعت ۵ لیتر در دقیقه در تمام طول مدت شوک (تا زمانی که تنفس خودبه‌خودی برگردد) به جز در فا صله کوتاه گذا شتن الکترودها
۶) حفظ مفاصل بیمار حین تشنج جهت جلوگیری از واردشدن هرگونه آسیب احتمالی
۷) باز نگه‌داشتن راه هوایی و در صورت لزوم ساکشن کردن ترشحات حلق بیمار
۸) کنترل و ثبت مداوم علائم حیاتی بیمار

[1] ECT Electro convulsive Therapy

۹) توجه به عدم تماس تخت شوک با فلزات یا سطح زمین
۱۰) وجود پرده بین تخت‌های واحد ECT (تخت‌ها به‌نحوی از یکدیگر جدا شـــوند که در طول دریافت ECT و پس از آن بیماران قادر به دیدن یکدیگر نباشند)
۱۱) انجام جلسات ECT برای افراد زیر ۱۸ سال به‌صورت مجزا از افراد بزرگسال صورت پذیرد

➢ **در تدوین روش اجرایی انجام تشنج‌درمانی الکتریکی ، الزامات پس از انجام ECT (شامل حداقل موارد زیر) لحاظ شود:**

۱) انتقال بیمار به اتاق ریکاوری پس از به‌هوش‌آمدن کامل بیمار و ثبات وضعیت همودینامیک و تنفس نرمال
۲) تأمین امنیت بیمار و توجه به‌احتمال سقوط و بی‌قراری بیمار
۳) توجه به علائمی مانند دلیریوم و بی‌قراری و آژیتاســـیون هر ۱۵ دقیقه و اســـتفاده از اقدامات نگهدارنده و کنترل بیمار و مداخلات دارویی (اغلب بنزودیازپین‌ها) با دستور پزشک
۴) آگاه‌کردن بیمار نسبت به زمان و مکان و رویدادها در حین بیداری
۵) استفاده از دارو در صورت بروز علائمی مانند سردرد یا حالت تهوع طبق دستور پزشک معالج
۶) کنترل بیمار از نظر بازگشت رفلکس gag قبل از تجویز هر دارو یا غذا
۷) اطمینان از برگشت فعالیت طبیعی عضلات (به علت دریافت شل‌کننده‌ها) قبل از خروج بیمار از تخت
۸) کنترل و ثبت علائم حیاتی تا زمان ثابت‌شدن علائم
۹) توجه بسیار زیاد به‌احتمال اقدام بیمار جهت خودکشی (حداقل تا ۴۸ ساعت پس از دریافت ECT)
۱۰) عدم رانندگی توسط بیماران سرپایی بلافاصله پس از دریافت ECT
۱۱) کنترل رفتارهای مربوط به گیجی و فقدان حافظه بیماران
۱۲) درآوردن خط وریدی برقرار شده برای بیمار
۱۳) ثبت گزارش کامل پرستاری (از نظر وضعیت عمومی، علائم حیاتی، داروهای مورداستفاده حین انجام ECT، پاسخ بیمار حین و پس از درمان و...)

ج– حمایت از گیرنده خدمت

ج–۱ تأمین تسهیلات برای گیرنده خدمت (بیماران روان‌پزشکی)

ج-۱-۵ بیمارستان از تأمین امکانات و تسهیلات اقامتی مناسب برای بیماران اطمینان حاصل می‌نماید

ج-۱-۵-۷/ ☐☐☑/ ۱

تخت‌های بستری بیماران دارای حداقل شرایط و ملحقات موردانتظار است.

- وجود تخت‌های استاندارد در بخش‌های بستری بیمارستان‌های روان‌پزشکی
- وجود تشک بیمار با شرایط موردقبول در بخش‌های بستری بیمارستان‌های روان‌پزشکی
- وجود میز غذای اتاق بیمار از جنس مقاوم در برابر رطوبت به‌صورت یک‌طرفه و قابلیت تنظیم ارتفاع

➢ **ویژگی تخت‌ها در بخش‌های بستری بیمارستان‌های روان‌پزشکی:**

۱) از نوع بیمارستانی و دارای قابلیت تنظیم ارتفاع (بین ۶۰ تا ۸۰ سانتی‌متر)
۲) دارای نرده کنار تخت تاشو در امتداد تخت و دارای جک با دسته‌های تا شونده
۳) هیچ قسمتی از تخت نباید قابل‌جداشدن باشد
۴) دارای چرخ‌های روان‌گرد از نوع دنباله شفت‌دار آلن‌خور و دو عدد چرخ ترمزدار به‌صورت مورب
۵) رویه‌های تخت از نوع ABS و دارای قابلیت شست‌وشو و ضدعفونی
۶) سر تخت و پای تخت از جنس ABS با پایه‌های فولادی
۷) دارای چهار ضربه‌گیر در چهارگوشه تخت (در صورت فلزی بودن تخت)
۸) عدم استفاده از تخت‌های الکترونیکی
۹) وجود سایر ملحقات موردنیاز بیماران با لحاظ شرایط ایمنی بیماران

➢ **ویژگی تشک تخت‌ها در بخش‌های بستری بیمارستان‌های روان‌پزشکی شامل:**

۱) از جنس فوم و مواد نو و غیربازیافتی
۲) ضخامت مناسب و ضد آب
۳) ضد حساسیت
۴) مقاوم به روش‌های شستشو و ضدعفونی
۵) سطح رویه صاف جهت کاهش میزان رشد قارچ و باکتری‌ها
۶) اجزای تشک به‌راحتی قابل‌جداشدن نباشد
۷) تشک زیپ‌دار نباشد تا احتمال مخفی‌کردن وسایل توسط بیمار داخل تشک کاهش یابد
۸) استفاده از تشک مواج غیر برقی برای بیماران با کاهش سطح هوشیاری و بدون تحرک
۹) در خصوص بیماران مستعد زخم بستر ترجیحاً جنس رویه تشک بیمار، با امکان گذردهی هوا به جهت عدم ایجاد حرارت نامطلوب و تعریق در سطح تماس بدن بیمار در نظر گرفته شود.

در صورت سرو غذا در اتاق بیمار میز غذای بیمار از جنس مقاوم در برابر رطوبت، به‌صورت یک‌طرفه و باقابلیت تنظیم ارتفاع بوده و در صورت سرو غذا در سالن غذاخوری، میز و صندلی با شرایط استاندارد و به‌صورت ایمن موجود باشد.

❋ ج-۱-۵-۸/ ☐☑☑/ ۱.۵

فواصل و فضای استاندارد بین تخت‌ها مطابق ضوابط مربوط بوده و امکان انتقال تجهیزات در مواقع اورژانسی فراهم است.

- تعیین فضای مناسب در اطراف تخت جهت سهولت حرکت در صورت نیاز به احیای بیمار یا انجام اقدام درمانی فوری
- دسترسی به سیم‌رابط برق در صورت نیاز
- تعیین فضای مناسب بین تخت جهت جانمایی وسایل جانبی بیمار مانند کمد کنار تخت، صندلی تختخواب‌شو

فضای کافی در اطراف تخت‌ها برای ارائه مراقبت‌های اورژانسی به بیماران به‌نحوی است که حداقل فاصله از بالا و کنار تخت با دیوار ۷۰ سانتی‌متر و پایین تخت با دیوار یا تخت دیگر ۱۴۰ سانتی‌متر و حداقل فاصله بین دو تخت ۱۴۰ سانتی‌متر است و امکان ارائه خدمات اورژانسی مانند احیای قلبی ریوی بیمار را به‌راحتی فراهم می سازد. همچنین عرض ورودی اتاق با حداقل اندازه ۱۲۰ سانتی‌متر، به‌گونه‌ای باشد که نقل‌وانتقال تخت بستری و تجهیزات پز شکی به‌آسانی صورت گیرد.

منظور از دسترسی به سیم‌رابط برق، دسترسی کادر درمانی در بخش به سیم‌رابط سیار برق در حین استفاده از تجهیزاتی است که نیاز به اتصال به برق شهری دارند. ضروری است در مواقع عدم حضور پرستار در اتاق بیمار، دسترسی بیمار به سیم‌رابط برق غیرممکن باشد. در مواردی که کادر غیردرمانی (به طور مثال کارکنان تأسیسات) در اتاق بیماران بستری نیاز به سیم‌رابط برق دارند، حضور یک نفر از کادر درمانی در اتاق بیمار و طی زمان فرایند مربوطه الزامی است.

امکانات و تجهیزات جهت جانمایی وسایل جانبی بیمار از قبیل کمد کنار تخت بهتر است از جنس پلاستیک فشرده یا مشابه آن باقابلیت اتصال به دیوار باشد تا احتمال آسیب رسیدن به بیمار کاهش یابد.

ج-۱-۵-۹/ ☑☑☐/ ۱

البسه و ملحفه‌های موردنیاز بیماران در همه ساعات اعم از ایام تعطیل و غیرتعطیل تأمین می‌شود.

- **تأمین لباس با شرایط بهداشتی و با اندازه‌ی مناسب برای بیماران در تمام ساعات شبانه‌روز اعم از ایام تعطیل و غیرتعطیل**
- **تعویض به‌موقع و فاقد لکه و آلودگی بودن البسه بیماران**
- **دمپایی بیمار سالم، در اندازه‌ی مناسب و ضدلغزش و از جنس مرغوب**
- **استفاده از البسه یک‌بارمصرف در اتاق‌های ایزوله عفونی**
- **تأمین ملحفه، روبالشی، پتو و بالش با کیفیت مناسب و شرایط بهداشتی در تمام ساعات شبانه‌روز اعم از ایام تعطیل و غیرتعطیل**
- **تأمین ملحفه، روبالشی، پتو و بالش مناسب از نظر ابعاد، جنس، کیفیت دوخت و سلامت پارچه**

لباس بیمار باید از پارچه‌های دارای الیاف نخ و پنبه تهیه شود و ویژگی‌هایی مانند سبکی، راحتی، ثبات رنگ، بدن‌نما نبودن، استحکام دوخت، قابلیت عبور هوا، جلوگیری از تعریق، گرم بودن، ضدحساسیت بودن، اندازه‌ی مناسب و پوشش کافی بدن بیمار را داشته باشد.

در هر بخش باید به‌ازای هر تخت فعال، یک‌ونیم برابر آن پتو وجود داشته باشد. پتوها باید سبک، گرم و دارای ابعاد مناسب و کاور جداگانه باشند تا شست‌وشوی آن‌ها به‌سهولت انجام شود.

بالش باید ابعاد مناسب و دوخت باکیفیت داشته باشد و سطح رویه‌ی آن صاف باشد. برای کاهش رشد قارچ‌ها و باکتری‌ها، استفاده از اسفنج ابری و روکش چرمی برای رویه‌ی بالش ممنوع است. همچنین، به‌منظور کاهش احتمال مخفی‌کردن وسایل توسط بیمار، روبالشی نباید زیپ داشته باشد.

ج-۱-۵-۱۰/ ☑☑☑/ ۱

امکانات و تسهیلات اقامت همراه بیمار در صورت تأیید پزشک معالج تأمین می‌شود.

- **وجود صندلی تختخواب‌شو در کنار تخت بیمار دارای همراه**
- **امکان استفاده از غذا در بیمارستان برای همراه**

این سنجه در صورت تأیید پزشک معالج مبنی بر نیاز به حضور همراه در بیمارستان‌های روان‌پزشکی قابل‌ارزیابی می‌باشد. در صورت تأیید پزشک معالج مبنی بر نیاز بیمار به حضور همراه، بیمارستان باید شرایط لازم برای این مورد را فراهم آورد به‌نحوی که حضور همراه در فضایی امن و بدون ایجاد مزاحمت برای سایر بیماران باشد. در صورت تأیید پزشک معالج مبنی بر امکان حضور همراه، وجود مبل یا صندلی تختخواب‌شو برای همراه به تعداد تخت بیمار، در اتاق بیماران لازم است و صندلی به هر اندازه و ظاهری، جایگزین صندلی تختخواب‌شو نمی‌باشد.

ج-۱-۵-۱۱/ ☑☑☑/ ۱

ملزومات و امکانات جانبی رفاهی برای اقامت بیماران در صورت تأیید پزشک معالج تأمین می‌شود.

- **وجود یخچال سالم ویژه مواد غذایی بیماران در ایستگاه پرستاری یا مکانی تحت نظارت پرسنل بخش**
- **دسترسی به تلویزیون سالم، باکیفیت و دید مناسب جهت بیماران در اتاق بیمار/ اتاق تلویزیون بخش**
- **دسترسی به تلفن عمومی با محدودیت زمان استفاده، در صورت تأیید پزشک معالج و تحت مدیریت و نظارت پرسنل بخش**
- **دسترسی به کمد اختصاصی به‌صورت ثابت شده و ایمن، برای هر بیمار به جهت نگهداری از وسایل شخصی وی در بخش**

وجود اتاق‌های تک‌نفره در بخش و امکان انتخاب بیماران برای اقامت در آن‌ها در صورت تأیید پزشک معالج، فراهم باشد. دسترسی به تلویزیون در اتاق بیمار/ اتاق تلویزیون بخش با رعایت شرایط نصب ایمن و با حضور پرسنل حفاظتی و یا درمانی وجود داشته باشد. کمد اختصاصی که به صورت ایمن در جای خود ثابت شده است، باید فاقد لبه‌های تیز و برنده، از جنس پلاستیک فشرده یا مشابه آن باشد و در صورت امکان قفل‌شدن، کلید آن در اختیار بیمار قرار نگیرد. دسترسی به تسهیلات و امکاناتی از قبیل مایکروفر، تهیه قهوه، چای و سرو غذا تنها توسط پرسنل خدمات/ تهیه و توزیع غذا و در صورت تأیید پزشک معالج انجام پذیرد. امکان استفاده از سیستم اینترنتی و وای‌فای نیز در صورت تأیید پزشک معالج و تحت نظارت مستمر وجود داشته باشد.

ج-۱-۵-۱۲/ ☑☑☑/ ۱
نور طبیعی در روز و نور مصنوعی با شدت روشنایی استاندارد بین‌المللی در شب در اتاق بیمار تأمین شده است.
❖ **تعبیه پنجره از جنس شیشه نشکن/ پلاستیک فشرده، غیر قابل باز شدن و ثابت/ باقابلیت بازشوی محدود** ❖ **پنجره دارای چارچوب فولادی محکم و بدون لبه** ❖ **امکان استفاده از نور طبیعی در روز** ❖ **امکان استفاده از نور مصنوعی مناسب شب در اتاق بیمار در صورت تأیید پزشک معالج**
پنجره‌ها باید بازشوی محدود به یک فضای بیرونی داشته باشد به‌نحوی که قابلیت سقوط/ فرار بیمار از آن ممکن نباشد. ➢ **حداقل شدت روشنایی به‌صورت دو نوع روشنایی خواب و روشنایی معمولی شامل:** ۱) ۱ تا ۳۰ لوکس جهت روشنایی خواب ۲) ۳۰۰ تا ۴۰۰ لوکس جهت روشنایی معمولی روشنایی عمومی در فضاهای بستری برای آرامش و آسایش بیماران و جهت استفاده در شب ۲۰ لوکس نکته قابل‌توجه در خصوص روشنایی شب توجه به نیاز هر بیمار و تأیید پزشک معالج وی و آسایش سایر بیماران (در اتاق‌های بیش از یک تخت) می‌باشد. بدین ترتیب که بیمارستان باید شرایطی دراین‌خصوص فراهم آورد که در صورت درخواست بیمار و تأیید پزشک معالج وی، هر یک از بیماران بتوانند بدون ایجاد مزاحمت برای سایر بیماران از روشنایی استاندارد در شب استفاده نمایند.
ج-۱-۵-۱۳/ ☑☑☐/ ۱
اتاق بستری بیماران دارای استانداردهای لازم بوده و به‌صورت ایمن در اختیار بیماران می‌باشد.
❖ **تعبیه وسایل تهویه به‌صورت توکار و ایمن** ❖ **تعبیه وسایل روشنایی به‌صورت توکار و ایمن** ❖ **تعبیه وسایل تنظیم دما به‌صورت توکار و ایمن (و یا تعبیه آنها خارج از دسترس بیماران، به طور مثال در ایستگاه پرستاری)** ❖ **توکار بودن لوله‌ها و کانال‌های تهویه و سیم‌کشی‌ها** ❖ **عدم تعبیه پریز برق در اتاق بیماران** ❖ **عدم تعبیه سکو، پله، گوشه‌های تیز و یا سایر موارد آسیب‌رسان در اتاق بیماران**
در طراحی اتاق بستری بیماران روان‌پزشکی، باید تجهیزات/ امکانات و سایر مواردی که احتمال آسیب رساندن بیمار به خود و یا دیگران در آنها وجود دارد، شناسایی و کنترل/ حذف شود و از قرارگرفتن هرگونه وسایل اضافی در اتاق بیماران نیز خودداری به عمل آید. همچنین لازم به ذکر است جنس کف اتاق بیمار با رعایت الزامات بهداشتی و ضد لیزخوردن انتخاب گردد.
❋ ج-۱-۵-۱۴/ ☑☑☐/ ۱,۵
اتاق ایزوله‌ی روان دارای استانداردهای لازم بوده و به‌صورت ایمن در اختیار بیماران می‌باشد.
❖ **اتاق فاقد لبه، زاویه و بدون دید بیمار به سایر قسمت‌های بیمارستان** ❖ **پوشش دیوارها فوم فشرده، قابل شستشو، مستحکم و بدون درز** ❖ **تعبیه پنجره بدون قابلیت باز شدن به فضای بیرونی** ❖ **کف استاندارد بدون شیب یا دارای شیب ملایم با کف‌پوش ضخیم و مقاوم به مایعات** ❖ **عایق‌بندی صوتی مناسب** ❖ **تهویه و دمای مناسب و نور سقفی مصنوعی** ❖ **مجهز به سیستم اعلام و اطفای حریق حرارتی** ❖ **تشک طبی با پوشش چرمی و قابل شستشو** ❖ **وجود تخت ثابت با پایه‌ی کوتاه** ❖ **دسترسی به کمربند استاندارد جهت مهار بیمار** ❖ **امکان مشاهده بیمار از پنجره نشکن تعبیه شده در درب ورودی**
ا ستفاده از اتاق ایزوله روان صرفاً با تأیید پز شک اورژانس/ معالج امکان‌پذیر بوده و مدت ا ستفاده از آن باید مدیریت شود. لزوم سرک شی مداوم به بیمار بستری در اتاق ایزوله روان و کنترل علایم بالینی و روانی وی موردانتظار است. تعبیه پنجره بدون باز شو به یک فضای خارجی بیرونی جهت استفاده از نور طبیعی و دید مناسب از لحاظ روانی برای آ سایش بیماران و کارکنان الزامی بوده و کمک خواهد نمود تا احساس حضور در یک فضای محبوس برای بیمار به حداقل برسد.

ج-۱-۵-۱۵/ ☑☑☑/ ۱
سامانه‌های صوتی و تصویری بین اتاق ایزوله روان و ایستگاه پرستاری با رعایت الزامات ایمنی تعبیه شده است.
❖ **رعایت حداقل استانداردهای سامانه‌ی صوتی جهت امکان پایش پیوسته بیمار در اتاق ایزوله** ❖ **رعایت حداقل استانداردهای سامانه تصویری[1] برای مشاهده‌ی بیمار در اتاق ایزوله** ❖ **اطلاع‌رسانی به بیماران و همراهان از وجود سیستم نظارتی از طریق نصب تابلو در ورودی بخش** ❖ **ضبط و نگهداری تصاویر در سرور بیمارستان و تعریف افراد برای دسترسی مجاز**
سامانه‌ی صوتی امکان پایش پیوسته صدای بیمار و گفتگوی دوطرفه را فراهم کند. سامانه تصویری با دوربین فشرده، قدرت وضوح بالا و چرخش ۱۸۰ درجه و تا حد ممکن هم‌تراز سقف تعبیه شود. در خصوص این سنجه ملاحظات قانونی از قبیل اطمینان از در دسترس قرارنداشتن فیلم ضبط شده توسط افراد غیرمجاز، حفظ حریم خصوصی بیمار در زمان اقدامات درمانی، تعویض لباس و... باید مدنظر قرار گیرد. ➢ **به‌منظور حفظ حریم خصوصی بیماران، نصب دوربین در مکان‌های زیر ممنوع است:** ۱) داخل سرویس‌های بهداشتی ۲) داخل حمام ۳) محل تعویض لباس بیماران عدم دید مستقیم دوربین بر تخت معاینه در زمان انجام اقدامات پزشکی نیازمند حفظ حریم خصوصی بیمار
ج-۱-۵-۱۶/ ☑☑☐/ ۱.۵
فضاهای فیزیکی موردنیاز بخش و بیماران روان‌پزشکی تأمین و به‌صورت ایمن شده مورداستفاده قرار می‌گیرد.
❖ **تأمین فضا و شرایط مناسب ایستگاه پرستاری بخش** ❖ **تأمین فضا و شرایط مناسب جهت اتاق سیگار** ❖ **تأمین فضا و شرایط مناسب جهت هواخوری برای بیماران** ❖ **تأمین فضا و شرایط مناسب سالن غذاخوری بیماران** ❖ **تأمین فضا و شرایط مناسب جهت ویزیت و مصاحبه بالینی بیمار**
تأمین فضای فیزیکی مناسب و ایمن، جهت تسریع فرایند درمان و بهبودی بیماران روان‌پزشکی موردنیاز می‌باشد. در این راستا نیاز است ایستگاه پرستاری بخش‌های مربوطه دارای شرایط ذیل باشد: دید مستقیم به راهروها و ورودی اتاق‌ها داشته باشد، نصب سیستم هشدار اضطراری (Button Panic) جهت احضار سریع نگهبان در موارد ضروری، داروها و پرونده‌ها باید در کابینت قفل‌دار نگهداری شوند، بیماران به تجهیزات اداری و اتاق تریتمنت دسترسی نداشته باشند، فضای فیزیک طوری طراحی گردد که امکان رویت بیماران به‌صورت تسهیل شده فراهم گردد. قابلیت ارتباط فوری با تیم امنیتی یا کد بحران برقرار باشد و نیز مانیتور با سایز مناسب جهت کنترل بیماران داخل اتاق ایزوله هر یک از بخش‌های بستری وجود داشته باشد. یک اتاق با درنظرگرفتن شرایط استاندارد و ایمن جهت کشیدن سیگار (به‌جز بخش روان‌پزشکی اطفال) با تهویه مناسب و مجهز به سیستم اعلام و اطفاء حریق (حرارتی) باشند. در اتاق سیگار لازم است وسایل اطفای حریق در دسترس پرسنل بخش و دور از دسترس بیماران تعبیه گردد. فضای هواخوری بیماران در محیط روباز (خارج از محیط سربسته) و به‌نحوی باشد که علاوه بر رعایت الزامات ایمنی برای بیماران، امکان فرار به خارج از بیمارستان وجود نداشته باشد. در زمان هواخوری حضور کارکنان انتظامات/ حفاظتی در کنار بیماران موردتأکید می‌باشد. فضای غذاخوری بیماران روان‌پزشکی دارای شرایطی مانند: استفاده الزامی از ظروف نشکن، قاشق و چنگال مناسب و غیرقابل‌استفاده برای آسیب به خود و دیگران، مانیتورینگ هنگام صرف غذا، سرو چای و نوشیدنی گرم باحرارت ولرم، وجود سنسور دود، امکانات اطفای حریق مناسب، الزام وجود دوربین و در صورت وجود آب‌سردکن از نظر دسترسی به برق و نقاط آسیب‌زا ایمن شده باشد اتاق ویزیت و مصاحبه بالینی بیمار باید دارای شرایط ذیل باشد: نزدیک ایستگاه پرستاری باشد، درب اتاق باید به سمت بیرون باز شود، مسیر خروج برای درمانگر آزاد باشد، مبلمان باید فاقد لبه تیز و غیر قابل پرتاب باشد (فیکس شده به زمین)، نصب دکمه هشدار در اتاق، نگهداری وسایل پزشکی در کمد قفل‌دار، وجود سنسور دود، اطفای حریق و الزام وجود دوربین در اتاق مربوط.

[1] CCTV

ج-۱-۵-۱۷/ ☑☐☐/ ۱
امکانات و سرویس‌های بهداشتی و حمام با شرایط ایمن طراحی و تجهیز شده و در دسترس کارکنان، بیماران، همراهان و مراجعین است.
❖ **وجود سرویس‌های بهداشتی با رعایت استانداردهای ایمن** ❖ **وجود حمام با رعایت استانداردهای ایمن جهت استحمام بیماران** ❖ **وجود امکانات و سرویس‌های بهداشتی متناسب با وضعیت افراد کم‌توان جسمی با رعایت استانداردهای ایمن**
فضایی که برای سرویس بهداشتی و حمام در نظر گرفته می شود، برای زنان و مردان مجزا باشند. به‌ازای هر ۸ تخت بستری حداقل یک عدد سرویس بهداشتی با رعایت اصول ایمنی بیمار وجود داشته باشد. حداقل یکی از سرویس‌های بهداشتی برای هر جنسیت فرنگی و با رعایت اصول ایمنی بیمار باشد. به‌ازای هر سرویس بهداشتی یک روشویی وجود داشته باشد. برای هر روشویی ظرف صابون مایع ثابت یا سانترال و ترجیحاً داخل دیواری وجود داشته باشد. دوش حمام از نوع ثابت و ترجیحاً داخل دیواری بوده و امکان آویزان شدن از آن وجود نداشته باشد. نظارت بر تنظیم دمای آب مصرفی حمام به‌نحوی باشد که سبب آسیب / سوختگی بیمار نگردد. آیینه‌های بکار برده شده در بخش از جنس نشکن باشد. از شیرآلاتی که به‌آسانی قابلیت جداسازی نداشته باشند استفاده گردد. میزان روشنایی سرویس‌های بهداشتی استاندارد باشد. سرویس‌های بهداشتی مجهز به دستگیره اتکا، سیستم تهویه مناسب/اگزاست باشند. نظافت مستمر سرویس‌های بهداشتی صورت پذیرد. اختلاف ارتفاع در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف، وجود نداشته باشد. همچنین امکان باز کردن درب حمام و سرویس بهداشتی از بیرون توسط پرسنل وجود داشته باشد.
ج-۱-۵-۱۸/ ☑☑☐/ ۱
لوازم و وسایل مصرفی بیماران بستری، بر اساس شیوه‌ای مدون و با تأیید پزشک معالج تأمین و در اختیار ایشان قرار می‌گیرد.
❖ **تدوین روش اجرایی «تأمین لوازم و وسایل مصرفی بیماران بستری با رعایت الزامات ایمنی»** ❖ **آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی** ❖ **انطباق عملکرد کارکنان منطبق با روش اجرایی تدوین شده**
در تدوین این روش اجرایی لزوم تأیید پزشک معالج جهت تأمین لوازم و وسایل مصرفی مدنظر قرار گیرد. وسایل و مواد مصرفی حداقل باید شامل سیگار برای بیماران سیگاری، لوازم بهداشتی بانوان، مسواک، خمیردندان، شامپو و سایر موارد به تشخیص بیمارستان باشد. تأمین وسایل سرگرمی/ اسباب‌بازی‌های مجاز برای اطفال نیز مدنظر قرار گیرد. ازآنجاکه برخی بیماران فاقد همراه و یا منابع مالی جهت تأمین وسایل فوق می‌باشند، بیمارستان باید راهکار تأمین موارد مذکور را موردتوجه قرار دهد. تحویل هرگونه وسایل، مواد غذایی و... از خارج از بخش به بیمار باید با نظارت و کنترل پرسنل حفاظت فیزیکی/ کادر درمان و مطابق با روش اجرایی تدوین شده در بیمارستان انجام پذیرد.