



استانداردهای اعتباربخشی درمان برای پزشکان

واحد بهبود کیفیت و اعتباربخشی و ایمنی بیمار

بیمارستان علامه بهلول گناباد

واحد بهبود کیفیت و اعتباربخشی و ایمنی بیمار

این سند آموزشی جامع، اصول و استانداردهای کلیدی اعتباربخشی در حوزه درمان را با جزئیات کامل برای پزشکان و متخصصین مرور می‌کند. هدف اصلی، ارتقاء سطح کیفیت مراقبت‌های بهداشتی، تضمین ایمنی بیمار (Patient Safety) و اطمینان از انطباق کامل با الزامات نظارتی و استانداردهای ملی و بین‌المللی اعتباربخشی است.

اهمیت اعتباربخشی برای پزشکان

اعتباربخشی فرآیندی نظام‌مند است که عملکرد یک سازمان درمانی را در مقایسه با مجموعه‌ای از استانداردها و معیارهای از پیش تعیین شده ارزیابی می‌کند. این روش ارزیابی توسط ارزیابان خارج از سازمان هر دو سال یکبار انجام می‌شود و درجات اعتباربخشی بیمارستان بر اساس این ارزیابی انجام می‌شود. درجه اعتباربخشی فعلی بیمارستان علامه بهلول یک می‌باشد.

درواقع در حوزه پزشکان، اعتباربخشی مفاهیم حیاتی از قبیل تضمین کیفیت، ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پزشکی و کنترل عفونت بیمارستانی را در بر می‌گیرد. و در واقع نتایج موفقیت‌آمیز اعتباربخشی، نمایانگر سطح بالای تعهد سازمانی و فردی است که مستقیماً بر اعتبار حرفه‌ای پزشک تأثیر می‌گذارد.

استانداردهای کلیدی مرتبط با عملکرد بالینی پزشک

استانداردهای اعتباربخشی بر نحوه تعامل پزشک با اطلاعات، فرآیند تصمیم‌گیری و اجرای مراقبت‌ها تمرکز دارند.

پرونده بیمار سندی حقوقی، تاریخی و راهنمای بالینی است. دقت در مستندسازی، نشان‌دهنده کیفیت مراقبت است.

الف) دقت و کامل بودن مستندات

هر ورودی در پرونده باید به وضوح نشان‌دهنده مراحل تفکر بالینی پزشک باشد.

- **تشخیص (Diagnosis)** باید بر اساس معیارهای استاندارد (مانند ICD-10 یا DSM-5) ثبت شود و در صورت وجود تشخیص‌های متعدد، اولویت‌بندی شوند.

- **طرح درمان (Treatment Plan)** شامل اقدامات تشخیصی آتی، مداخلات درمانی (دارویی، غیر دارویی، جراحی)، و اهداف درمانی قابل اندازه‌گیری باشد. به عنوان مثال، اگر هدف کاهش فشار خون است، مقدار هدف باید مشخص شود.

- **دستورات دارویی (Medication Orders)** باید کاملاً واضح، بدون ابهام، و دارای امضای الکترونیکی یا دست‌نویس معتبر باشند.

○ مثال استاندارد: [دارو]، [دوز]، [مسیر تجویز]، [تعداد دفعات]، [مدت زمان درمان].

- **گزارش روند بهبودی (Progress Notes)** باید به صورت روتین (حداقل روزانه برای بیماران بستری) تکمیل شود و شامل ارزیابی پاسخ بیمار به درمان باشد. استفاده از فرمت‌های ساختاریافته مانند SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) اکیداً توصیه می‌شود.

ب) رضایت آگاهانه (Informed Consent)

این یک الزام قانونی و اخلاقی اساسی است که در تمامی پروسیجرهای تهاجمی یا پرخطر باید رعایت شود.

- محتوای رضایت آگاهانه: پزشک باید اطمینان حاصل کند که بیمار یا نماینده قانونی او:

1. ماهیت دقیق پروسیجر را درک کرده است.

2. خطرات و عوارض جانبی احتمالی (شایع و جدی) را درک کرده است.

3. مزایای مورد انتظار از درمان را درک کرده است.

4. گزینه‌های جایگزین درمانی (و خطرات عدم درمان) را درک کرده است.

- مستندسازی: امضای فرم رضایت‌نامه باید قبل از انجام پروسیجر و حضور پزشک انجام دهنده (یا فرد

مجاز) در پرونده ثبت شده باشد.

۲. ارزیابی و درمان بیمار (Patient Assessment and Care)

این بخش مستقیماً با مهارت‌های بالینی و دانش تخصصی پزشک مرتبط است.

الف) ارزیابی جامع و به موقع

استانداردها زمان‌بندی مشخصی برای ارزیابی اولیه و پیگیری دارند، به ویژه در بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه.

- زمان‌بندی (Timeliness): در بخش اورژانس، ارزیابی اولیه بیماران تریاژ شده باید ظرف مدت زمان

تعیین شده (مثلاً کمتر از ۱۰ دقیقه برای بیماران با اولویت بالا) انجام شود.

- جامعیت (Comprehensiveness): ارزیابی اولیه باید شامل سوابق پزشکی، معاینه فیزیکی کامل و

سفارش آزمایشات تشخیصی لازم بر اساس وضعیت بالینی باشد.

ب) پیروی از گایدلاین‌های درمانی به‌روز

ثبات و کیفیت درمان از طریق پیروی از پروتکل‌های یکسان برای شرایط بالینی مشابه تضمین می‌شود.

- **مکانیسم:** پزشک باید سیستم‌های اعلام خطر (Alert Systems) یا دسترسی آسان به گایدلاین‌های

داخلی مرکز درمانی را به کار گیرد.

- **مثال در مدیریت درد:** برای درمان درد حاد پس از جراحی، پروتکل مرکز باید بر اساس آخرین

توصیه‌های انجمن‌های تخصصی مانند ASA یا تخصصی داخلی باشد. این شامل انتخاب ایمن‌ترین و

مؤثرترین مسکن‌ها و روش‌های تجویز مانند PCA است.

۳. دارودرمانی ایمن (Medication Safety)

خطاهای دارویی یکی از شایع‌ترین حوادث در سیستم‌های بهداشتی هستند.

الف) رعایت اصول دارودرمانی

پزشک مسئول اطمینان از اجرای صحیح دستورات دارویی است. در اغلب مراکز، این اصول به "ده صحیح"

گسترش یافته‌اند:

1. بیمار صحیح

2. داروی صحیح

3. دوز صحیح

4. مسیر صحیح تجویز

5. زمان صحیح تجویز

6. شکل صحیح دارو

7. اطلاعات صحیح (آموزش بیمار)

8. مستندسازی صحیح

9. پاسخ صحیح (بررسی اثر دارو)

10. تاریخ انقضا صحیح

ب) مدیریت تداخلات دارویی و حساسیت‌ها

قبل از هر نسخه جدید یا تغییر در رژیم دارویی، پزشک موظف است:

- بررسی لیست داروها: **(Medication Reconciliation)** در زمان پذیرش، ترخیص و انتقال بین

بخشی، باید لیست کاملی از داروهای مصرفی بیمار جمع‌آوری و با داروهای تجویز شده در مرکز تطبیق داده شود.

- سیستم‌های پشتیبانی تصمیم بالینی: **(CDSS)** استفاده از نرم‌افزارهای پرونده الکترونیک که تداخلات

دارویی شناخته شده **(Drug-Drug Interactions)** و آلرژی‌های اعلام شده را به صورت خودکار بررسی و به پزشک هشدار می‌دهند.

۴. مهارت‌های ارتباطی و تیمی **(Communication and Teamwork)**

مراقبت‌های با کیفیت نیازمند جریان اطلاعات دقیق و همکاری مؤثر بین اعضای تیم درمانی است.

الف) انتقال مؤثر اطلاعات بیمار **(Handoff)**

نقطه انتقال مسئولیت (مانند تحویل شیفت یا انتقال بیمار بین بخش‌ها) بحرانی‌ترین لحظه از نظر از دست رفتن اطلاعات حیاتی است.

- استاندارد **SBAR**: استفاده از چارچوب ساختاریافته مانند SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) برای اطمینان از انتقال کامل و سازماندهی شده اطلاعات در زمان تحویل شیفت.

○ **Situation** وضعیت: مشکل حاد بیمار چیست؟

○ **Background** پیش زمینه: سوابق مرتبط، علت بستری و درمان های انجام شده.

○ **Assessment** ارزیابی: آخرین علائم حیاتی و نتایج مهم آزمایشگاهی.

○ **Recommendation** توصیه: اقدامات مورد انتظار برای شیفت بعدی.

ب) همکاری بین رشته ای (Interdisciplinary Collaboration)

پزشک باید به طور فعال در برنامه ریزی مراقبت های چند تخصصی مشارکت داشته باشد.

- **جلسات تیمی (Rounds):** حضور منظم پزشک در ویزیت های مشترک با پرستاران، داروسازان بالینی،

فیزیوتراپیست ها و متخصصین تغذیه برای تدوین طرح مراقبت واحد.

- **احترام متقابل:** ایجاد فرهنگی که در آن نظرات همه اعضای تیم درمانی در راستای بهبود وضعیت بیمار

شنیده شده و به آن ارج نهاده شود.

- **"شناسایی بیمار"**

- به عنوان یک بخش اولیه ی مهم از فرایند مراقبت در بیمارستان ها در نظر گرفته می شود و در صورت

انجام صحیح، کمک زیادی به پیشگیری از خطاها و آسیب های جدی به بیماران می کند. از این رو عدم

موفقیت در شناسایی بیمار، به عنوان ریشه ی بسیاری از مشکلات، شناخته شده است.

در واقع عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه من جمله در فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود . با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد.

- شناسایی فعال بیمار ضوابط با حداقل دو شناسه با توجه به رنگ دستبند قبل از اقدامات تشخیصی درمانی

- قبل از هر اقدام درمانی حداقل بایستی نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد به روز و ماه و سال و قید نام پدر در موارد مشابهت اسمی بیماران

- نصب دستبند شناسایی نوزاد در اسرع وقت بلافاصله بعد از تولد قبل از ترک بلوک به مچ پاهای نوزاد / نام و نام خانوادگی مادر / جنس نوزاد / ساعت و تاریخ تولد / قل چندم / شماره پرونده مادر الزامی است .

- تعیین و ابلاغ محدوده زمانی ارزیابی اولیه پزشکی (بدورود) بر اساس سطوح مختلف تریاژ و شرایط بیماران-اورژانس،پرخطر،آسیب پذیر توسط رئیس/مدیرعامل با مشاوره با مسئول فنی مرکز

- شواهد رعایت محدوده زمانی ارزیابی اولیه پزشکی

- مستندسازی صحیح فرم شرح حال توسط پزشک

- تکمیل بخش تاریخچه فعلی، گذشته، سابقه خانوادگی، تاریخچه دارویی، معاینه سیستم بدن، جزئیات مرتبط با ضایعه، ثبت تشخیص افتراقی مهر و امضاء پزشک (ثبت ساعت اخذ شرح حال)
- **شواهد ثبت و مستندسازی** دستورات تشخیصی، درمانی، مراقبتی، تسکینی و آرامبخشی توسط پزشک
- معالج و لحاظ نتایج ارزیابی های پزشکی در برگه دستورات پزشک
- ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/خانواده/بستگان قانونی و جلب مشارکت آنها
- اجرای برنامه مراقبت و درمان توسط پزشک معالج
- شواهد ویزیت بیمار اورژانس و پرخطر توسط سرویس تخصصی مربوطه همزمان با ارائه اقدامات درمانی ضروری شامل متخصص مقیم یا آنکال /دستیار ارشد تخصصی همان شیفت

محدوده زمانی ارزیابی (ویزیت) پزشکی بیمار

•	•
• بنا بر سطح تریاژ	• اولین ارزیابی بیمار در اورژانس توسط پزشک مقیم
• در عرض 30 دقیقه	• حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط اورژانس emergent
• در عرض 20 دقیقه	• حضور پزشک آنکال زنان بر بالین بیمار در شرایط اورژانس emergent
• در عرض 2 ساعت	• urgent حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط فوری
• در عرض 4 ساعت	• non urgent حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط غیرفوری

بدون تاخیر در ارائه سایر فرآیندهای ارائه خدمت به بیمار از جمله انتقال بیمار	
بلافاصله بعد از ویزیت بیمار	زمان درج شرح حال بیمار توسط پزشک
- در عرض 6 ساعت اولیه - با توجه به حال عمومی بیمار	ارزیابی خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای، مددکاری اجتماعی، ارتقاء سلامت

ب- ارزیابی پزشکی بیمار برای بیمار سطح 1 و بد حال سطح 2 تریاژ:

ارزیابی پرستاری پزشکی بیمار، بلا درنگ و به طور همزمان انجام می شود. در سایر بیماران و در شرایط غیر اورژانسی، پزشک می بایست ارزیابی خود را در اولین زمان ممکن از رسیدن بیمار به اتاق معاینه پزشکی یا بخش بستری اورژانس انجام دهد .

در خصوص بیماران ارجاعی از سایر مراکز:

که نیازمند بستری در اورژانس می باشند حضور متخصص مربوطه / دستیار ارشد تخصصی مطابق با ضوابط آنکالی و مقیمی، در کنار پزشک مقیم اورژانس الزامی است. در صورت عدم حضور پزشک پذیرش دهنده، ضمن اطلاع مراتب به سوپروایزر شیفت، پس از تشکیل پرونده بخش اورژانس، بیمار توسط پزشک مقیم اورژانس ویزیت و پس از انجام اقدامات مورد نیاز در اورژانس، در سرویس تخصصی مربوطه بستری می گردد .

مدت زمان حضور سایر سرویسهای تخصصی در صورت فراخوان پزشک مقیم اورژانس :

● مشاوره :

اولویت انجام مشاوره های تخصصی با بیماران بخش اورژانس است. انواع مشاوره در اورژانس به دو صورت مشاوره آنی (Emergent) و مشاوره فوریتی (Urgent) تقسیم می گردد.

در صورت درخواست مشاوره آنی: از هر سرویس تخصصی، پزشک مشاور در صورت مقیم بودن ظرف 10 دقیقه و در غیر این صورت در مدت 30 دقیقه می بایست بر بالین بیمار حاضر گردد.

در صورت درخواست مشاوره فوریتی از هر سرویس تخصصی:

پزشک مشاور می بایست حداکثر ظرف مدت 2 ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد.

مشاوره غیر فوریتی (NonUrgent) به طور معمول در بخش اورژانس صورت نمی پذیرد و پس از دستور انتقال بیمار به بخش مربوطه با دستورات اولیه پزشکی، در بخش مربوطه انجام می شود. در بیمارستانهای آموزشی همه مشاوره ها (تایید معاینات و اظهار نظر نهایی) باید توسط متخصص مقیم یا دستیار ارشد سرویس تخصصی مربوطه انجام گیرد. تمام دستورات پزشکان مشاور پس از تایید توسط پزشک مسئول بیمار (متخصص طب اورژانس یا پزشک مقیم اورژانس) و با مهر ایشان قابل انجام است.

در صورت ویزیت بیمار توسط سرویس تخصصی مربوطه، فقط دستورات اورژانسی پزشک معالج، باید قبل از انتقال بیمار به بخش توسط پرستار اورژانس اجرا گردد.

تبصره 1: در خصوص بیماران بستری در بخش اورژانس، در مورد مشاوره آنی برای بیمار ناپایدار، فراخوان پزشک آنکال توسط پزشک مقیم اورژانس و در خصوص سایر مشاوره ها، توسط پرستار مسئول شیفت انجام میشود و در مرکز آموزشی درمانی، این اقدام بر عهده دستیار تخصصی همان رشته

است. دستور فراخوان پزشک آنکال سرویس تخصصی را مکتوب مینماید. زمان تماس با پزشک آنکال باید بطور دقیق توسط پرستار مسئول شیفت در پرونده بیمار ثبت گردد.

تبصره 2: در صورت طولانی شدن روند درمان در بخش اورژانس و عدم تعیین سرویس نهایی بیمار تا پایان شیفت، برای انتقال بیمار به بخش مربوطه، پزشک آنکال مکلف است ضمن حضور بر بالین بیمار، اطلاعات تشخیصی و درمانی بیمار را بصورت مکتوب به پزشک آنکال شیفت بعد انتقال دهد.

تبصره 3: پس از اطلاع یافتن پزشک آنکال از وضعیت بالینی بیمار، مسئولیت درمان بیمار تا زمان تحویل شیفت به پزشک بعدی و یا انتقال بیمار به بخش مربوطه و تحویل وی به پزشک سرویس تخصصی ذیربط، برعهده پزشک آنکال میباشد.

۴. پس از دستور فراخوان، پزشک آنکال میبایست در زمان مقرر مطابق تقسیم بندی زیر در بیمارستان حضور یابد:

۴.۱. حضور آنی: در صورت درخواست ویزیت یا مشاوره آنی از آنکال هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال میبایست ظرف مدت 30 دقیقه بر بالین بیمار حاضر گردد. در زمان ویزیت بیمار توسط پزشک آنکال، حضور پزشک یا دستیار ارشد درخواست کننده مشاوره، بر بالین بیمار ضروری است.

حداکثر زمان برای تعیین تکلیف بیماران در بخش اورژانس 6 ساعت بوده و بیمار باید در عرض 12 ساعت به بخش بستری سرویس تخصصی مربوطه منتقل شود. در صورت عدم تعیین تکلیف بیمار توسط پزشک مقیم/ آنکال بیمارستان، ضمن گزارش مراتب توسط پرستار مسئول شیفت به سوپروایزر، تعیین تکلیف بیماران و دستور انتقال به سرویس تخصصی توسط پزشک متخصص مقیم اورژانس انجام می شود. در صورت عدم انتقال بیمار به بخش بستری، متخصص مقیم بخش

اورژانس می تواند در صورت وجود تخت خالی در بخش، راساً نسبت به انتقال به بخش تخصصی مربوطه اقدام نماید و پس از آن مسئولیت بیمار به عهده پزشک سرویس مربوطه می باشد .

ارزیابی پزشک مقیم و آنکال در بخش های بستری :

ضروری است همه پزشکان مقیم یک سرویس تخصصی، جهت انجام مشاوره های آنی درخواست شده، ظرف 10 دقیقه و در غیر این صورت در مدت 30 دقیقه بر بالین بیمار حاضر گردند و در صورت درخواست مشاوره فوریتی از پزشک هر یک از سرویسهای تخصصی دیگر (غیر مقیم)، پزشک مشاور میبایست حداکثر ظرف مدت 2 ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد

همواره در تمامی بیمارستانها، مسئولیت درمان بیمار با پزشک معالج وی میباشد و در ساعات غیرموظف و در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج، پزشک مقیم در رشته های دارای پزشک مقیم فراخوانده میشود و وی میبایست اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمار را انجام دهد. در صورت عدم وجود پزشک مقیم و تأیید سوپروایزر و بنا به ضرورت و شرایط بالینی بیمار، پزشک آنکال سرویس تخصصی مورد نیاز فراخوانده میشود.

تبصره 1: پزشک آنکال میتواند تا زمان رسیدن بر بالین بیمار، با ارسال پیام از طریق ارتباط تلفنی و یا یکی از راههای ارتباط مجازی و مخابراتی، بصورت صوتی، تصویری یا نوشتاری، دستورات لازم در خصوص اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمار را به پزشک معالج /مقیم /دستیار تخصصی همان رشته /پرستار مسئول شیفت اعلام نموده و پرستار مسئول شیفت یا سوپروایزر بیمارستان میبایست دستورات صادر شده را در پرونده بیمار با ذکر زمان دقیق دریافت دستورات، ثبت نماید.

تبصره 2: فراخوان پزشک آنکال جهت دریافت خدمات مشاوره اورژانس برای بیماران بستری در غیر از بخش اورژانس، توسط سوپروایزر /پرستار مسئول شیفت هر بخش صورت میگیرد و در

مرکز آموزشی درمانی این اقدام بر عهده دستیار تخصصی همان رشته است. از آنجایی که مسئولیت بیمار بر عهده پزشک معالج است، اجرای نظرات مشورتی پزشک آنکال فقط با تأیید کتبی پزشک معالج قابل انجام است.

تبصره: در خصوص بیمار نیازمند به خدمات آنی، در صورت حضور متخصص همان رشته تخصصی در بیمارستان، تا قبل از رسیدن پزشک آنکال، پزشک متخصص باید بلادرنگ بر بالین بیمار حاضر گردد.

۴۲. حضور فوریتی: در صورت درخواست ویزیت فوری از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال میبایست حداکثر ظرف مدت 2 ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد.

۴۳. حضور غیرفوریتی: در صورت درخواست ویزیت غیرفوریتی از هر سرویس تخصصی، پزشک آنکال میبایست **حداکثر تا پایان شیفت آنکالی** برای ویزیت و یا خدمات مشاوره، بر بالین بیمار حاضر گردد. در این شرایط، سایر فرآیندهای ارائه خدمات به بیمار، از جمله انتقال به بخش، نباید منوط به انجام ویزیت یا خدمات مشاوره پزشک آنکال گردد.

۵. در مواردی که زمانهای اعلام شده، بر حسب تقسیم بندی سه گانه فراخوان پزشک آنکال، توسط وی رعایت نگردد، سوپروایزر باید مراتب را به رئیس بخش مربوطه اطلاع دهد تا خللی در روند تشخیصی یا درمانی بیمار اورژانس صورت نپذیرد. مقتضیات جغرافیایی و یا زمانی، نمیتواند توجیه کننده تأخیر پزشک آنکال مربوطه باشد و در این خصوص هیچ عذری پذیرفته نیست.

رعایت الزامات ایمنی در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

بایستی با شناسایی ایمن و ارزیابی دقیق بیمار و با ساختاری ایمن با تامین تجهیزات حیاتی و ضروری

و باروشهای ایمن مدیریت درد، آرامبخشی و پیشگیری از خونریزی و مدیریت ایمن نمونه های اخذ شده

با رعایت الزامات اخذ رضایت آگاهانه ، دستورالعمل جراحی ایمن و پیشگیری و کنترل عفونت صورت گیرد.

انجام مهار شیمیایی فقط با دستور پزشک به شیوه صحیح و ایمن و با انتخاب مناسبترین دارو با کمترین

عارضه جانبی با ارزیابی سوابق دارویی و حساسیتی بیمار و تجویز دارو با رعایت اصل 7Right طبق دستور

پزشک و باپایش مستمر بیمار از نظر سطح هوشیاری پاسخ به درمان و بروز عوارض و باحفظ ایمنی در مقابل

سقوط، آسپیراسیون، حفاظت از اندام ها، رعایت حریم بیمار و مستندسازی اقدامات لازم بایستی صورت گیرد.

انجام مهار فیزیکی با دستور پزشک به شیوه صحیح و ایمن

❖ تجویز مهار فیزیکی صرفاً در محدوده دستور پزشک با جلوگیری از کمترین آسیب با ایمن ترین

روش طبق دستور پزشک انجام می گردد و **صرفاً با دستور پزشک با تعیین محدوده مهار فیزیکی**

و مدت آن با استفاده از ابزار استاندارد و بکارگیری ایمن ترین روش مهار با کمترین عارضه و

کنترل مستمر سیستم عروقی اندام های مهار شده و شرایط بیمار و حفظ رعایت حریم بیمار و قطع

مهار در کوتاهترین زمان ممکن و مدیریت وقایع و عوارض ناخواسته و عدم امکان تکرار مهار

فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک صورت می گیرد.

❖ ممنوعیت استفاده از مهار فیزیکی در مادران باردار و در اعضاء دارای اختلال حرکتی بر اساس

اعتباربخشی وجود دارد.

مراقبت ایمن، بموقع و بدون وقفه پزشکی:

- ❖ شواهد ویزیت منظم روزانه بیمار توسط پزشک معالج/پزشک جانشین (متخصص مقیم /آنکال/دستیار ارشد در تخصص مشابه در برگه های دستور پزشک وسیر بیماری با لحاظ ساعت، تاریخ ، مهر وامضاء بایستی وجود داشته باشد
- ❖ دسترسی شبانه روزی به پزشک دارای صلاحیت بدون اختلال و تاخیر در روند درمان (طبق برنامه مقیمی و آنکالی و با رعایت محدوده ابلاغی زمان ویزیت بیماران الکتیو و اورژانس (ابلاغی توط کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش اورژانس) بایستی وجود داشته باشد
- ❖ برنامه ریزی و انجام مشاوره های تخصصی اورژانس در حداقل زمان باید انجام شود.
- ❖ انجام مشاوره با حضور بلادرنگ پزشک معالج بر بالین ، اعلام تلفنی دستورات فقط در وضعیت بحرانی قبل از حضور توسط پزشک امکان پذیر است ولی به محض حضور پزشک دستورات تلفنی بایستی از جانب پزشک
- ❖ مستند سازی صحیح برگه درخواست مشاوره و جواب مشاوره
- ❖ رعایت محدوده زمانی انجام مشاوره اورژانس
- ❖ اطلاع رسانی نتایج مشاوره
- ❖ مستند سازی برگه دستورات پزشک معالج و پیگیری اجرای دستورات مشاوره
- ❖ برنامه ریزی و انجام مشاوره های تخصصی غیر اورژانس در حداقل زمان (مشاوره حضوری با رعایت محدوده زمانی ابلاغی)
- ❖ انجام اقدامات تشخیصی درمانی (توصیه شده توسط مشاور یا سایر اعضای تیم درمان) با محوریت (دستور) پزشک معالج و مستند سازی آن در اولین حضور پزشک بر بالین

❖ شواهد اجرا و انجام اقدامات تشخیصی درمانی با آگاهی و تایید پزشک معالج و در صورت عدم

دسترسی پزشک /جانشین و ذیصلاح

❖ مدیریت درد

❖ مقتضی است در زمان دستور پزشک مبنی بر استفاده از داروهای مخدر برای بیماران موارد زیر مد نظر

قرار گیرد

❖ -فراهم سازی دسترسی به اکسیژن، ساکشن و وسایل احیاء

❖ توجه به بیماران آسیب پذیر کودکان- سالمندان و مادران باردار

❖ ثبت در دستورات پزشک موضوع ، رعایت تمهیدات ایمنی در موارد استفاده از پمپ جهت تجویز

مخدر مانیتورینگ، مراقبت موردی ،کنترل علائم OVERDOSE ،پیشگیری از سقوط و آسپیراسیون

لحاظ گردد .

❖ همچنین در صورت نیاز به مانیتور مستقیم بیمار از نظر سطح هوشیاری ،برادی پنه و آپنه در فواصل

منظم با مانیتور و مشاهده بیمار از فاصله نزدیک و اجرای مراقبت پرستاری به شیوه موردی در

دستورات پزشک مد نظر قرار گیرد .

- نگهداشت و تجویز ایمن دارو مخدر در بخش

❖ نسخه نویسی برای داروهای مخدر بایستی توسط متخصص و بالاتر صورت گیرد .

❖ استفاده از حروف درشت در ثبت دستور دارویی بایستی توسط پزشکان صورت گیرد.

❖ ضمنا داروهای پرخطر در این مرکز با برچسب قرمز و داروهای مشابه با برچسب زرد رنگ تهیه می شود .

❖ در حین نسخه پیچی ،نسخه دهی،دارودهی با تاکید بر اطمینان از عدم وجود حساسیت های دارویی قبل از تجویز R7 دارودهی با رعایت اصول صحیح این موارد شامل :

❖ بیمار صحیح / داروی صحیح / زمان صحیح / راه مصرف صحیح / دوز مصرف صحیح / مستندسازی صحیح / حق کارکنان،بیمار و مراقب برای سوال در مورد دستور دارویی

انجام تلفیق دارویی

عبارتست از فرایندی که بر طبق آن، از به روز رسانی فهرست داروهای بیماران بستری در بیمارستان تا سر حد امکان اطمینان حاصل شود؛ این فرایند عموماً توسط داروسازان انجام می پذیرد، و اطلاعات مربوطه در جهت اعمال این خدمت نیز از منابع متعددی مانند بیمار، همراهان و بستگان وی، و همچنین پزشک مراقبتهای اولیه استخراج می شود. این فرآیند در سه مرحله ذیل باید انجام پذیرد

تلفیق دارویی در زمان پذیرش بیمار :

- تاریخچه دارویی بیمار را با اخذ لیست داروهای خانگی ثبت کنید
- داروهای نسخه شده برای بیماران در هنگام پذیرش
- انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار

تلفیق دارویی در زمان انتقال بین بخشی :

- لیست داروهای فعلی بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار
- دستورات بیمار در هنگام انتقال

- انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار

تلفیق دارویی در زمان ترخیص :

- لیست داروهای تلفیق شده در زمان پذیرش بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار
- لیست داروهای فعلی بیمار
- انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای زمان ترخیص بیمار

ولی تلفیق دارویی در این مرکز در زمان حین بستری توسط داروساز انجام می شود و از نتایج آن پزشکان محترم قابل استفاده می شود .

مشاوره تغذیه تخصصی تغذیه ای :

درخواست مشاوره تخصصی تغذیه ای برای بیماران مبتلا به 18 بیماری اولویت دار و کودکان در معرض خطر سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند و مبتلا به سرطان، بیمار کلیوی، سلیاک، سوء جذب مادرزادی پس از تعیین مورد در ارزیابی اولیه پرستاری و مادران باردار مبتلا به دیابت/پره اکلامسی/اکلامپسی/پس از ارزیابی مامایی و پزشکی و تکمیل فرم درخواست مشاوره تخصصی تغذیه ای توسط پزشکان انجام می گردد و سپس توسط مشاورین تغذیه انجام شده و سپس برنامه ریزی و نظارت های فنی تخصصی روند تغذیه بیماران کارشناس تغذیه با همکاری متصدی غذا در آماده سازی-توزیع-سرو و انجام اقدامات اصلاحی انجام می شود .

تامین خدمات توانبخشی برای بیماران دارای ناتوانی جسمی و ذهنی

از جمله معیارهای نیاز به خدمات توانبخشی که پزشکان می توانند درخواست خدمت توانبخشی را نمایند شامل :

-بیماران پیش رونده مغز اعصاب با ناتوانی جسمی حرکتی و یا اختلال شناختی

-بیماران سکته مغزی فاز تحت حاد

-بیماران آسیب های نخاعی و آسیب های مغزی تحت حاد

- کودکان با کم توان ذهنی - حرکتی

- بیمارانی که در اثر یک بیماری یا اختلال و یا طی دیگر مداخلات درمانی ، ناتوانی جسمی و ذهنی پیدا می کنند .

- بیماران در مرحله تحت حاد با علائم حیاتی پایدار که نیازمند مراقبت پزشکی و پرستاری 24 ساعته

- بیماران با آسیب روحی شدید / ناگهانی

- بیماران پس از جراحی و مداخلات تهاجمی منجر به کم توانی جسمی می شود .

ضمناً فیزیوتراپی و خدمات روانشناسی در شیفت صبح و بقیه خدمات توانبخشی از قبیل شنوایی
سنجی و بینایی سنجی و ... با همکاری سوپروایزر بالینی در این مرکز انجام می گردد .

برنامه ریزی و اجرای آموزش به بیماران

- ارائه توضیحات و آموزش بدو ورود و در حین خدمات تشخیص و درمان به بیمار/همراه

- ارائه آموزش خودمراقبتی به بیمار در حین بستری و ترخیص توسط پرستار و پزشک

- ارزیابی اثربخشی آموزشهای خودمراقبتی و انجام اقدامات اصلاحی موثر

*محتوای موضوعات آموزشی بیمار توسط پزشک شامل علل بیماری /نحوه درمان ،مراحل و طول درمان

،درمانهای جایگزین،عوارض درمان وعدم درمان ،داروهای مصرفی و عوارض ،تغذیه و رژیم غذایی،بازتوانی

، موارد خاص بنا به نوع case و تخصص مربوطه و ارائه آموزش خودمراقبتی به بیمار توسط پرستار و پزشک و سایر کارکنان بالینی ذیربط در حین بستری و ترخیص و انجام اثر بخشی آموزشهای ارائه شده با روش معتبر و انجام اقدام اصلاحی

ترخیص ایمن

برای ترخیص ایمن بایستی :

بایستی ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج/دستیار ارشد پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص در پرونده صورت گیرد و تکمیل خلاصه پرونده توسط پزشک معالج/دستیار ارشد قبل از تحویل نسخه کامل و خوانای خلاصه پرونده به بیمار قبل از ترخیص و انجام مدیریت دارویی در زمان ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص و آموزش اثربخش بیمار و خانواده در حین ترخیص و قابل فهم بصورت گفتاری و شنیداری ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص با توضیحات کامل پزشکی و پرستاری به بیمار بایستی صورت گیرد . ضمناً بایستی نسخه کامل دارویی نیز برای بیمار تعیین و توضیح داده شود .

• ارائه مراقبت و درمان به شیوه ایمن به بیمار پرخطر

- منظور از بیماران پرخطر ، بیمارانی است که بدلیل شرایط موقت یا دائم نیاز به خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه از خطر دارند.
- بستری طولانی مدت در بیمارستان یا مراکز درمانی می تواند عوارض مختلفی برای بیماران ایجاد کند، و یکی از این عوارض مهم، آسیب های پوستی و زخم بستر است. این آسیب ها معمولاً به دلیل فشار، رطوبت، و محدودیت در حرکت بیمار به وجود می آیند و می توانند تأثیرات جدی بر کیفیت زندگی و

روند بهبودی داشته باشند. همچنین برای بزرگسالان مسن ، سقوط می تواند مهم باشد. چرا که هر نوع سقوطی می تواند منجر به آسیب به سر یا شکستگی استخوان گردد. بنابراین از مهمترین تمهیداتی که توسط برنامه ایمنی بیمار در اعتباربخشی به آن تاکید می شود شامل :

- ❖ شناسایی بیمار و تعیین میزان ریسک با ابزار مناسب مורس، برادن
- ❖ استفاده از دستبند شناسایی زرد با لحاظ کد مشخص برای هر گروه جهت پیشگیری از تشویش و نقض حریم بیمار در همه بخشها
- ❖ آموزش اثر بخش بیمار-خانواده جهت پیشگیری از بروز خطر
- ❖ شواهد اقدام کنترل و مقابله با ریسک در برنامه های تشخیصی، درمانی و مراقبتی
- ❖ ضامنای ارزیابی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس) و معیار زخم بستر بیمار بشرح ذیل می باشد :

بررسی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)

عوامل خطر	معیار	امتیاز
سابقه سقوط	ندارد	0
	دارد	25
تشخیص ثانویه	خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعال)	0
	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	15
وسایل کمک حرکتی	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی	0
	راه می رود	
	استفاده بیمار از واکر	15
	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه (کمد، صندلی و ..) اطراف خود کمک کند .	20

0	ندارد	مایع درمانی
20	دارد	وریدی یا هپارین لاک
0	نرمال	الگوی گام
10	ضعیف	برداشت و
20	محبوب	حرکتی
0	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیتهای حرکتی خود)	
15	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیتها	
		وضعیت روانی — ذهنی

امتیاز ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)

ریسک بالا	45 و بیشتر
ریسک متوسط	25 تا 44
ریسک کم	0 تا 24

فقط نمره 25 و بالاتر و با گروه در معرض خطر متوسط و شدید را در مخرج کسر محسوب نمایند .

بررسی معیار برادن برای ارزیابی زخم بستر بشرح ذیل است :

اولین بخش : ارزیابی سطح ادراک حسی بیمار با دامنه 1-4 می باشد	
1 امتیاز	محدودیت دارد پاسخ نمی دهد احساس درد ندارد مانند بیمار دیابتی
2 امتیاز	اختلال حسی دارد در حد ناله هوشیاری دارد
3 امتیاز	محدودیت خفیف مشکل حسی قابل توجه دارد
4 امتیاز	بدون محدودیت و قدرگرفتن درد
دوین بخش :ارزیابی رطوبت بدن بیمار	
1 امتیاز	ارزیابی طوبت پوست بدن بیمار با دامنه 1-4 می باشد
2 امتیاز	دائما پوست مرطوب دارند تعریق زیاد و بی اختیاری ادرار و مدفوع دارند
3 امتیاز	مرطوب نیاز به تعویض ملحفه روزانه دارد
4 امتیاز	پوست خشک تعویض ملحفه به صورت روتین
سومین بخش ، ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی بیمار (خروج از تخت) با دامنه 1-4 می باشد	
1 امتیاز	کاملا بی حرکت
2 امتیاز	محدودیت زیاد حرکات گاه گاه و ناتوان در انجام حرکت
3 امتیاز	خفیف مداوم دز تخت حرکت می کند
4 امتیاز	بدون محدودیت بدون کمک دیگران تغییر پوزیشن می دهد
پنجمین بخش ارزیابی مربوط به تغذیه با دامنه 1-4 می باشد	
1 امتیاز	خیلی ضعیف هیچ وقت نمی تواند غذای کامل مصرف کند و ناشتا است مایعات کافی نمی گیرد و بیماری که بیش از 5 روز ناشتا است
2 امتیاز	محدودیت زیاد ، حرکات گاه به گاه و ناتوان در انجام حرکت
3 امتیاز	خفیف مداوم در تخت حرکت می کند
4 امتیاز	بدون محدودیت بدون کمک دیگران تغییر پوزیشن می دهد
پنجمین بخش ارزیابی مربوط به تغذیه با دامنه 1-4 می باشد	

1	خیلی ضعیف هیچوقت نمی تواند غذای کامل مصرف کند و ناشتا است مایعات کافی نمی گیرد و بیماری که بیش از 5 روز ناشتا است
2 امتیاز	احتمال ناکافی گاهی غذای کافی می گیرد و گاهی مکمل استفاده می کند
3 امتیاز	کافی تغذیه با NGTUBE یا TPN دریافت می کند
4 امتیاز	عالی مصرف همه انواع غذا و بدون نیاز به مکمل
	ششمین بخش ارزیابی مربوط به اصطکاک و سایش پوست بدن با دامنه 1-3 می باشد
1 امتیاز	فرد برای حرکت نیاز به کمک دیگران دارد . مستقل نیست (بیمار بی قرار)
2 امتیاز	حداقل کمک را برای جابجا شدن در تخت نیاز دارد
3 امتیاز	راحت در تغییر پوزیشن و حرکت
3- در مرحله آخر کل امتیازات جمع می شود . بی خطر 19-23 خطر متوسط 15-18 پرخطر 14-13 خیلی پرخطر 10-12 توجه میزان ریسک ایجاد زخم در کاردکس ثبت می شود . ارزیابی این ریسک در کلیه شیفت ها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مدد جو را باید مد نظر قرار دارد و در صورتی که بیمار مستعد زخم فشاری باشد بایستی اقدامات پیشگیرانه جهت این کار انجام و در گزارش پرستاری آن را قید نمود .	

پروتکل رضایت آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی براساس قانون مجازات

اسلامی جمهوری اسلامی ایران

تعریف کلید واژه کودک: از نظر قانونی سن زیر 18 سال اصطلاحاً صغیر محسوب می‌گردد جهت ظرفیت ارائه رضایت قانونی، در ایران، کلیه افراد زیر 18 سال فاقد صلاحیت قانونی جهت ارائه رضایت و براءت قانونی هستند .

ولی قانونی: ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است .در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه

قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستانهای مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام مینماید. ظرفیت تصمیم گیری: توانایی بیمار / ولی قانونی وی برای درک اطلاعات مربوط به بیماری و تصمیم گیری درمانی و درک سود و زیان اقدام درمانی که با توانایی برقراری ارتباط، توانایی درک اطلاعات مربوط به اقدام درمانی، توانایی فهم شرایط موجود و منافع و مضرات درمان، توانایی استدلال منطقی بر اساس اطلاعات موجود و قدرت حافظه مشخص می گردد .

رضایت آگاهانه: رضایت در لغت به معنی خشنودی ، اجازه و رخصت آمده است. در رضایت آگاهانه وجود 5 شرط الزامی است، که شامل ارائه اطلاعات به بیمار، درک بیمار از اطلاعات، صلاحیت تصمیم گیری، رضایت نامه صریح یا ضمنی و داوطلبانه بودن رضایت می باشند. به رضایت بیمار یا ولی قانونی جهت اقدامات تشخیصی یا درمانی، رضایت آگاهانه گفته میشود.

رضایت عمومی: شامل رضایت بدوی است که در هنگام پذیرش بیمار در بیمارستان پشت برگه پذیرش در محل مربوطه توسط پذیرش بیمارستان اخذ می گردد و شامل رضایت به پرداخت هزینه، اطلاع رسانی در خصوص انواع بیمه طرف قرارداد با بیمارستان و احتمال انجام اقدامات تشخیصی و درمانی با تشخیص پزشک معالج ، آگاهی در خصوص نوع بیمارستان (آموزشی ، درمانی و....) است. رضایت تلویحی (ضمنی ، شفاهی) 1: اکثر تشخیص ها و درمانهای پزشکی بر اساس این نوع است، یعنی وقتی فردی به پزشک مراجعه می کند یا از پزشک درخواست ویزیت میکند، به درمان و معاینه رضایت دارد . با اینحال این رضایت ضمنی تنها در مورد اعمال اولیه بالینی مانند

گرفتن شرح حال، تحت نظر قرار دادن، بالا زدن آستین برای گرفتن فشار خون را در برمی گیرد. پروسیجر تهاجمی -تشخیصی- جراحی: یک تکنیک تشخیصی-درمانی جراحی که با ایجاد برش یا منفذ روی پوست، غشای مخاطی، بافت همبند و یا اینکه ابزارهایی از منافذ طبیعی بدن وارد می شود. اقدامات تهاجمی شامل یک طیف از اقدامات تهاجمی پوستی با کمترین شدت (بیوپسی، اکسیژون، کرایوتراپی عمیق برای ضایعات بدخیم، جایگزینی پروپ یا کاتتر، ورود به حفرات بدن از طریق سوزن) تا پیوند های چندگانه پیشرفته را شامل می شود. اقدامات و رضایت پرخطر: اقداماتی است که با انجام آنها با توجه به بیماریهای زمینه ای در فرد خطر مرگ و میر بالا می رود و می بایست در همان فرم رضایت نامه و برائت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی-درمانی جراحی اخذ گردد. شاهد: فرد بالای 18 سال، عاقل، و دارای قوه تمیز است و فرد غیر رضایت دهنده و فردی به جزء پزشک معالج را شامل می شود. لازم به ذکر است امضاء شاهد به معنای تعیین هویت بیمار بوده و بیانگر مسئولیتی درخصوص طبیعت، هدف و مخاطرات پروسیجرهای تهاجمی و نیمه تهاجمی نمی باشد.

بیمار اورژانس: از لحاظ قانونی بیماری؛ اورژانس محسوب می شود که در صورت تاخیر در درمان جهت اخذ رضایت نامه و برائت نامه آگاهانه منجر به فوت یا آسیب غیرقابل برگشت برای بیمار می شود

قصور پزشکی: شامل بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی است. لازم به ذکر است اخذ رضایت و برائت پزشک را مبرا نخواهد کرد. پزشک معالج: پزشکی است که پرونده بیمار به نام وی تشکیل می شود و مسئولیت اصلی بیمار با وی می

باشد. عدم رضایت به درمان: بیمار ممکن است علیرغم نیاز به انجام یک اقدام تشخیصی و درمانی از سوی کادر پزشکی، با انجام آن مخالفت نماید.

رضایت به ترخیص با میل شخصی: واژه حقوقی نیست و در بیمارستانها در مواردی اطلاق میشود که بیمار علیرغم تصمیم کادر پزشکی تمایل به ترخیص از بیمارستان را دارد.

الزامات قانونی 1- در هر اقدام درمانی - تشخیصی که احتمال عارضه برای بیمار وجود دارد، اخذ رضایت و براءت نامه آگاهانه توسط پزشک معالج الزامی است. -

2 از بکار بردن اصطلاحات علمی - اختصاری و غیر قابل فهم برای بیمار در فرم رضایت و براءت نامه آگاهانه اجتناب شود. توصیه می شود به جای پنوموتوراکس " وجود هوا در قفسه سینه " ذکر شود 3- . کلیه بیماران پذیرش شده در بخش های سرپایی ، پاراکلینیک و بستری نیاز به فرم رضایت کتبی برای انجام اقدامات تشخیصی - درمانی - جراحی دارند 4- . اگر پروسیجرهای جداگانه برای بیمار مورد نیاز باشد می بایست برای هر پروسیجر فرم جداگانه رضایت و براءت نامه آگاهانه تکمیل گردد بطور مثال عمل جراحی هیستریکتومی که نیازمند تزریق خون باشد؛ نیاز به اخذ رضایت کتبی از پزشک معالج جهت پروسیجر هیستریکتومی ، رضایت جداگانه جهت تزریق خون، و اخذ رضایت کتبی جداگانه جهت بیهوشی توسط متخصص بیهوشی دارد 5- . فرم هایی که نوع اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی ، مزایای ، عوارض احتمالی ، روشهای جایگزینی ، عواقب عدم پذیرش آنها از قبل تایپ شده باشد مورد قبول نمی باشد 6- . رضایت و براءت نامه آگاهانه گرفته شده از بیماران در حکم یک سند رسمی محسوب می گردد . بنابراین باید تابع شرایط و

ضوابط تنظیم اسناد رسمی کشور باشد 7- رضایت و برائتی معتبر است که توسط پزشک معالج و بطور آزادانه و آگاهانه از بیمار و یا ولی بیمار (اعم خاص و عام) که از اهلیت قانونی (بالغ، عاقل، رشید) برخوردار است اخذ گردد و با توجه به اینکه پزشک معالج آگاهی لازم از نحوه اقدامات و عوارض احتمالی دارد و در راستای منشور حقوق بیمار و برقراری ارتباط موثر بین بیمار و پزشک معالج، ارجح است که رضایت و برائت توسط پزشک معالج وفق ضوابط وزارت بهداشت و درمان اخذ شود و ضرورتی برای اخذ رضایت و برائت توسط سایر افراد وجود ندارد 8- جهت انجام اقدامات پژوهشی لازم است فرم رضایت نامه جداگانه مربوطه اخذ گردد

9- در صورتیکه فردی با نامه قضایی حضانت یا قیمومیت فردی را به عهده داشته باشد در قالب اختیارات فرد می توان رضایت و برائت نامه آگاهانه از وی اخذ گردد 10- اخذ رضایت و برائت نامه آگاهانه در مواردیکه چهارچوب قانونی در مورد آنها وجود دارد مثل (توبکتومی یا وازکتومی، تغییر جنسیت، سقط جنین، ختم بارداری، هیستریکتومی افراد عقب افتاده ذهنی و ...) مطابق دستورالعمل ها و موازین قانونی یا دستور قضایی انجام شود 11- افرادی که پزشک معالج قادر به برقراری ارتباط کلامی با آنها نمی باشد (از جمله افراد با زبان بیگانه، ناشنوا و فاقد قدرت تکلم) الزامی است مترجمی جهت برقراری ارتباط هنگام اخذ رضایت و برائت نامه آگاهانه حضور داشته باشد 12- مناسب ترین زمان جهت اخذ رضایت و برائت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی و آموزش به بیمار قبل از انجام پروسیجر، و زمانی است که بیمار فرصت کافی برای مشورت و تصمیم گیری داشته باشد؛ بیمار یا ولی قانونی وی باید عاقل و بالغ و هوشیار باشد و تا زمان انجام فرآیند تشخیصی/درمانی/جراحی

ظرفیت تصمیم گیری وی تغییری نکرده باشد 13- .دادن سی دی / پمفلت و..... به بیمار جهت اخذ رضایت و براءت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی پزشک را از توضیح دادن به بیمار مبری نمی کند . این ابزار ها می تواند کمک کننده باشد، ولی کافی نیست. از آنجا که در اکثر مواقع در ایران توجه کامل به مطالب آموزشی نوشتاری یا تصویری نمیشود، بنابراین ارجح است مطالب توسط پزشک معالج و با زبان ساده برای بیمار یا ولی قانونی وی بیان شود، تا در صورت ایجاد هر گونه سوال، پزشک معالج پاسخگو باشد 11- .رضایت و براءت نامه آگاهانه ای که جهت اقدامات تشخیصی /درمانی/جراحی اخذ می شود، و تا زمان انجام فرآیند، ظرفیت تصمیم گیری بیمار/ ولی قانونی وی، نوع درمان و شرایط بالینی بیمار تغییری نکرده باشد، معتبر است. در غیر اینصورت کسب رضایت مجدد الزامی است. لازم بذکر است اخذ رضایت و براءت، هر چه به زمان انجام پروسیجر نزدیک تر باشد ارجح است 12- .در خصوص بیماران دیالیز(صفافی - همودیالیز) ، شیمی درمانی ، ترانسفوزیون مکرر خون ،پلازما فرز و در بیمارانی که اقدامات درمانی مداوم و مشابه دارند، مادامی که ظرفیت تصمیم گیری بیمار/ ولی قانونی وی ، نوع درمان و شرایط بالینی تغییری نکند اخذ یک بار رضایت نامه در ابتدای شروع دوره درمانی کفایت میکند. مشروط بر آن که در رضایت نامه مکرر بودن اقدام درمانی ذکر شود 13- .در صورتیکه اقدام درمانی / تشخیصی برای نجات جان بیمار ضروری باشد، اورژانس تلقی میشود، و مطابق بند ج ماده 158 قانون مجازات اسلامی اخذ رضایت ضروری نیست. در غیر اینصورت جهت انجام هر گونه اقدام تشخیصی یا درمانی، نیاز به اخذ رضایت جداگانه دارد. در مواردی مشابه CVPLINE که ممکن است به دفعات نیاز به تکرار داشته باشد، اخذ یک رضایت مشروط به ذکر احتمال تکرار شدن آن کفایت میکند 14- .کلیه مواردی که منع قانونی دارند، در

صورتی که توسط هر کدام از افراد کادر درمانی انجام شوند، قصور پزشکی، انتظامی و کیفری تلقی میشود و در صورت شکایت، مستوجب مجازات منطبق بر قوانین است. جهل به قانون رافع مسئولیت نیست 15- .مطابق آیین نامه انتظامی شاغلین حرفه های پزشکی در سازمان نظام پزشکی، کادر درمانی مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، موقعیت اجتماعی - سیاسی -اقتصادی، و مذهب، حداکثر تلاش خود را در درمان انجام دهند. ماده 158 قانون مجازات اسلامی جهت رضایت و براءت نامه آگاهانه ، برای همه بیماران در ایران صدق میکند و محدودیت دینی وجود ندارد 16- .در مواردیکه از لحاظ قانونی جهت اخذ رضایت و براءت نامه آگاهانه مشکلات زیر بندهای (الف -ه) وجود داشته باشد؛ پیشنهاد می شود بنا به درخواست پزشک معالج از مشاوره متخصصین پزشکی قانونی بیمارستان استفاده شود .الف- عدم حضور پدر به علل مختلف (زندان، مسافرت طولانی، فوت، ...) جهت اخذ رضایت و براءت نامه ب-در صورتی که بیمار سن کمتر از 18 سال دارد، ولی دارای گواهی رشد میباشد .ج-در صورت اعتیاد، اختلالات روانی، مستی و یا محجوریت پدر در بیماران با سن کمتر از 18 سال (وظیفه تشخیص این موارد بر عهده پزشک میباشد) .د-بیمار مؤنث و متأهل با سن کمتر از 18 سال -مواردی که از نظر پزشک معالج، اورژانس تلقی می شود و دسترسی به پدر مقدور نمیشود و یا پدر اذن به درمان نمیدهد .و- در موارد بیماران با مخاطره جانی بالا بنا به درخواست پزشک معالج 17-مواردی که اخذ رضایت لازم نیست :

الف-معاینه و اعلام سلامت فرد از نظر ابتلا به بیماری های مسری جهت اعلام به وزارت بهداشت .ب-معاینات متداول هنگام ورود به زندان ،پرورشگاه ونظایر آن .ج-معاینه به دستور مراجع قضایی و محاکم .د. معاینه مهاجران و مسافران به کشورهای گوناگون قبل از عزیمت ویادر

مبادی ورودی کشورها و قرنطینه ها .ه- معاینات بهداشتی پرسنل صنایع غذایی .و- معاینات متداول
استخدامی و حین خدمت .ز- معاینات دوره ای کودکان در مدارس .ج- معاینات ورزشکاران هنگام گزینش
و یا در حین بازی در تیم های ورزشی .ط- معاینات پزشکی قانونی - در موارد ضروری ، فوری و اورژانس
اخذ رضایت لازم نمی باشد 18- . پروتکل رضایت و برائت نامه آگاهانه می بایست در مراکزی که
متخصص پزشکی مشغول به فعالیت است به کلیه پزشکان آموزش داده شود و در غیر اینصورت این
وظیفه توسط مسئول فنی بیمارستان که همان مسئول پاسخگوی ایمنی بیمار است ؛ قابل اجرا است 19- .
متخصصین پزشک قانونی و مسئول فنی « مسئول پاسخگوی ایمنی بیمار » مراکز مسئولیت نظارت بر اجرای
صحیح پروتکل مربوطه را دارند 20- . در خصوص کلیه افراد زیر 18 سال و افراد بالای 18 سال که
توانایی تصمیم گیری در امور خود را ندارند که به پدر یا جد پدری دسترسی وجود ندارد ولی قانونی آنها
مشخص نیست، و همچنین و به پدر یا جد پدری دسترسی نیست، و ولی قانونی آنها مشخص نمی باشد،
مطابق بند ب ماده 495 قانون مجازات اسلامی، در گناباد باید با واحد مددکاری برای ارتباط با
دادسرا تماس بگیرید . لازم به ذکر است درمان در موارد اورژانس، از مورد فوق مستثنی بوده، و بدون اخذ
رضایت انجام درمان ضروری است .

21- رضایت جهت پیوند اعضا در افراد با مرگ مغزی، توسط ولی قانونی صورت میپذیرد. در سایر افرادی
که با اهداف مختلف اعضای خود را اهدا مینمایند، منع قانونی و شرعی در صورت رضایت فرد/ ولی
قانونی (مشروط بر آن که صدمه جانی برای وی نداشته باشد)، وجود ندارد 22- . در زایمان بی درد اخذ
رضایت برائت نامه بصورت آگاهانه از خود بیمار (مادر) کافی هست و نیازی به اجازه همسر نمی باشد و
فقط مثل سایر اقدامات درمانی حداقل یک نفر شاهد بایستی برگه برائت نامه را امضاء نماید که این فرد

شاهد می تواند همسر بیمار، پدر و یا مادر، خواهر و یا برادر بیمار باشد 23- .بازنگری سالیانه پروتکل "رضایت و براءت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی/درمانی/جراحی تشخیصی/درمانی/جراحی براساس قانون مجازات اسلامی کشور ایران" با در نظر گرفتن قوانین و دستورالعمل های جدید کشور 24- هر گونه نظر و پیشنهاد خود را میتوانید کارشناس ایمنی بیمار دانشگاه اعلام نمایید 25- .اطلاعات بیوگرافیک بیمار می بایست در فرم رضایت و براءت نامه آگاهانه تکمیل گردد 26- .نحوه ارزیابی بر حسب موارد ذکر شده در راهنمای الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجریهای تهـاجمی) ابـلاغ شده از دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی، معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت پذیرد. قوانین مرتبط با رضایت و براءت در قانون مجازات اسلامی ماده 495 قانون مجازات اسلامی هر گاه پزشک در معالجاتی که انجام میدهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن ديه است مگر آن که عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجات براءت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ براءت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل براءت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، براءت از ولی مریض تحصیل میشود. تبصره 1. در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند براءت اخذ نکرده باشد

تبصره 2. ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستانهای مربوطه به اعطای براءت به طبیب اقدام مینماید. ماده 497 قانون

مجازات اسلامی در موارد ضروری که تحصیل براءت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست. ماده 158 قانون مجازات اسلامی علاوه بر موارد مذکور در مواد قبل، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب میشود، در موارد زیر قابل مجازات نیست: ج- هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام میشود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست. ماده 295 قانون مجازات اسلامی: هر گاه کسی فعلی که انجام آن را به عهده گرفته یا وظیفه خاصی را که قانون بر عهده او گذاشته است، ترک کند و به سبب آن جنایتی واقع شود، چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته باشد جنایت حاصل به او مستند می شود و حسب مورد عمدی، شبه عمدی، یا خطای محض است، مانند این که پزشک یا پرستار وظیفه قانونی خود را ترک کند. ماده 616 قانون مجازات اسلامی در صورتی که قتل غیر عمد بواسطه بی احتیاطی، یا بی مبالائی، یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود، مسبب به حبس از یک تا سه سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد مگر این که خطای محض باشد.

لیست پروسیجرهای تهاجمی - تشخیصی - جراحی

* پروسیجرهای تشخیصی درمانی تهاجمی و تمامی اعمال جراحی

* هرگونه پروسیجری که انجام آن، با انسزیون پوست توأم باشد

* هرگونه پروسیجری که انجام آن، با بیحسی موضعی/بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده

بیهوشی و تسکین توأم باشد

* هرگونه جراحیهای کوچک و بزرگ

* تزریق بوتاکس ، سوزاندن رگ بینی

* تزریق هرگونه ماده/مواد در فضای بین مفاصل/فضاهای بدن

* آسپیراسیون زیرجلدی مایعات بدن یا هوا از طریق پوست LP ، آرترو سنتزیس، آسپیراسیون

مغز استخوان، پاراستنز، توراکوستنز، کاتتریزاسیون سوپراپوبیک، تعبیه tube chest، تعبیه لوله

نفروستومی، تعبیه tube-J، تعبیه BMB/ BMA// Peg | کموترایی / رادیوترایی در بیماران

انکولوژی

* LINE CVP ، آتروستنز، شالدون گذاری، جاندازی شانه و جا اندازی های ارتوپدی ، لاواژ

تشخیصی پریتنون

* بیوپسی (مغز استخوان، پستان، کبد، عضلات، کلیه، پروستات، مثانه، پوست و اندام های

تناسلی ادراری)

* پروسیجرهای قلبی، کاتتریزاسیون قلبی ، تعبیه پیس میکر قلبی، آنژیوپلاستی، تعبیه بالن اینترا

آئورتیک ، کاردیوورژن الکتیو آنژیوگرافی کرونری- محیطی ، آنژیوپلاستی کرونری- محیطی ،

IMPLANTATION STENT، اکوی ترانس ازوفاژیا

* آندوسکوپی، کولونوسکوپی، برونکوسکوپی، ازفاگوگاستریک آندوسکوپی، سیستم اسکوپ، گاسترستومی آندوسکوپیک زیر جلدی، لاواژ پریتوان ...

* پروسیجرهای لاپاراسکوپیک (کله سیستم لاپاراسکوپیک، نفروکتومی لاپاراسکوپیک)

* پروسیجرهای تهاجمی رادیولوژی (آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، بیوپسی تحت گاید سونو و....)

* پروسیجرهای درماتولوژی (بیوپسی اکسزیزون و کرایوتراپی عمیق بافت های بدخیم، دبریدمان پوست/زخم که در اتاق عمل/مداخلات تشخیصی درمانی انجام می شود و ...

* پروسیجرهای تهاجمی چشمی (پروسیجرهای مختلفی که با ایمپلنت توأم می باشند)

* پروسیجرهای دهانی شامل کشیدن دندان و بیوپسی لثه، جراحی ریشه، پالپوتومی اطفال، باز کردن آبسه دهان، جاندازی فک

* جراحی ضایعات پاتولوژیک دهان، فک و صورت اعم از خوش خیم و بدخیم، شکستگی های استخوان صورت، آبسه های فضاهای فاسیال، پاروتیدکتومی، section گردن، بازسازی بافت نرم با فلپ های ناحیه ای و دور دست، تراکتوستومی

* اعمال تهاجمی جراحی کودکان

* درمان الکتروشوک

*سنگ شکنی (به عنوان مثال: سنگ های انسدادی کلیه)

* پروسیجرهای تهاجمی ناباروری، بیوپسی سرویکس، واژن، کورتاژ تشخیصی سرپایی،

پولیپکتومی، گذاشتن IUD کولپوسکوپی، بیوپسی آندومتر

* دیالیز صفاقی، همودیالیز

* اسکروتراپی

الزام به رعایت-پوشش-حرفه-ای:

اعضای هیئت علمی، کارکنان، دستیاران و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گناباد ضمن رعایت شئون

اسلامی و آیین نامه پوشش دانشجویان دانشگاه ها، به منظور حصول اهداف ذیل ضوابطی را در پوشش

حرفه ای خود در محیط دانشگاه و واحدهای وابسته لحاظ کرده و منتهای تلاش خود را در رعایت و

ترویج آن در جامعه پزشکی به عمل خواهند آورد:

حفظ شأن و حرمت حرف پزشکی و محیط علمی دانشگاه

برانگیختن حس احترام، آرامش و اعتماد در دریافت کنندگان خدمات

جلوگیری از انتقال عفونت و حفظ ایمنی خود و بیماران

همچنین در ارزیابی مناسب بودن انواع دیگری از ظاهر و پوشش که در این راهنما اشاره نشده است،

رعایت اهداف پیش گفت مورد استناد خواهد بود.

*لباس:

1. لباس ها باید ساده، تمیز و مرتب باشند.

2. لباس ها باید ضمن رعایت حدود شرعی، متناسب با اندام و آزاد باشند و نباید جلوی حرکات آزادانه

بدن را بگیرند.

3. لباس‌ها باید به رنگ‌های متعارف باشند و نباید حاوی تصاویر، علائم تبلیغاتی نامتعارف و حاوی پیام باشد.

4. رعایت ضابطه بخش در پوشیدن لباس فرم پاکیزه و جلوبسته ضروری است. خارج از محیط‌هایی که اسکراب جزو ضوابط بخش است، نباید اسکراب بر تن داشت و یا پوشیدن روپوش سفیدروی آن لازم است.

5. در محیط بالینی نصب کارت شناسایی عکس‌دار در محل قابل‌رؤیت همگانی روی لباس الزامی است.

6. پوشیدن کفش و جوراب مناسب الزامی است.

7. پوشیدن مقنعه یا روسری باید ضمن تأمین پوشش شرعی، به نحوی باشد که مداخله‌ای در معاینه و اقدامات بالینی ایجاد نکند.

8. در محیط بالینی نباید پوششی روی لباس فرم پوشید که مزاحم کار بالینی شود.

***آرایش و زیورآلات:**

1. ظاهر افراد در محیط دانشگاه و محیط بالینی باید ساده، مرتب و درعین‌حال بدون آرایش باشد.

2. به‌استثنای یک حلقه یا انگشتر ساده استفاده از سایر زیورآلات آشکار مجاز نیست.

3. ناخن‌ها باید کوتاه، مرتب و تمیز باشند. داشتن لاک و ناخن مصنوعی مجاز نیست.

***بهداشت:**

1. بهداشت فردی شامل پاکیزگی موها و بدن الزامی است.

2. استعمال عطر و ادکلن با بوی تند در محیط دانشگاه و محیط بالینی مجاز نیست.