

کتابچه دستورالعمل ها



Bohloul Hospital

کتابچه

دستورالعمل های بیمارستان

مدیر داخلی بیمارستان	محمد شمسی	تأید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری بیمارستان	سعید هادی نژاد	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمارستان	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه دستورالعمل ها

فهرست

1. نحوه گزارش وقایع ناخواسته 4
2. دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیرهمجنس ۵
3. انبارش ایمن 6
4. استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری 8
5. فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث 9
6. تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه 12
7. انتقال دانش و تجربه راهبر(استاد) و رهجو(شاگرد) حداقل در مشاغل حساس 15
8. انتخاب، انتصاب و ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان 16
9. نظافت ، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش / واحدهای مختلف بیمارستان 17
۱۰. نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا 19
11. شستشوی انواع البسه 20
12. آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی ، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن 21
13. رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل 27
14. خود مراقبتی برای بیماریهای شایع با محوریت سوپروایزر آموزشی و سلامت 29
15. نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک 38
16. اطمینان از آمادگی های قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی 40
17. مدیریت مصرف منطقی آنتی بیوتیک 41
18. نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب 43
19. آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار 45
20. جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی 47
21. گزارش آنی نتایج بحرانی 48

کتابچه دستورالعمل ها

22. نحوه انجام آزمایش ها در بخشهای فعال آزمایشگاه..... 49
23. کنترل کیفیت بخشهای فعال آزمایشگاه 60
24. نحوه انجام آزمایشات بانک خون 80
25. محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلند گو / پیجر 84
26. روش های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی 85
27. دستورالعمل استفاده از تلفن همراه..... 86
28. دستورالعمل های زیست محیطی بخش های مختلف بیمارستان..... 88

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Sa/Adv ev/ins-02/02	کد سند	۴	سنجه	۶	۱	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

1. نحوه گزارش وقایع ناخواسته

کام های انجام کار :

- موارد ۲۹ گانه وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات توسط مسئول فنی ایمنی بیمارستان به همه ی کارکنان ابلاغ می گردد .
- همه پرسنل موظف به گزارش و اطلاع رسانی وقایع ناخواسته می باشند و تیم مدیریت و رهبری بیمارستان نیز با رویکرد عاری از سرزنش نا به جا و منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه ، گزارش دهی وقایع ناخواسته را ترویج می نماید .
- همچنین در صورت گزارش وقایع ناخواسته از طریق بازدیدها و ممیزی های نظارتی و سوپروایزری در بیمارستان، بایستی موارد بلافاصله به مترون و توسط ایشان به مسئول فنی ایمنی بیمارستان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی گزارش گردد .
- در مواردیکه شکایات واصله مبنی بر گزارش وقایع ناخواسته باشد ، توسط کارشناس رسیدگی به شکایات به مسئول فنی ایمنی و کارشناس ایمنی اطلاع رسانی می گردد .
- هر فرد در صورت انجام و یا مشاهده ی رویداد وقایع ناخواسته ملزم به گزارش وقایع ناخواسته می باشند و در صورت انجام و یا مشاهده ی رویداد موارد ۲۹ گانه می بایست مراتب بلافاصله توسط فرد در شیفت صبح به اطلاع مسئول شیفت / سرپرستار و در شیفت عصر به اطلاع مسئول شیفت و یا سوپروایزر رسانده شود تا از طریق ایشان اطلاع رسانی به مترون صورت گیرد .
- توسط مترون اطلاع رسانی به مسئول فنی بیمارستان، مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به کارشناس فوکال پوینت در معاونت درمان به صورت پیامک اطلاع رسانی شود .
- مسئولین شیفت و سرپرستاران بخشها و سرپرستاران واحدها، نظارت کافی در زمینه گزارش وقایع ناخواسته بعمل آورند .
- کلیه موارد خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ی ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود در شناسایی شاخص های ایمنی به صورت روزانه ثبت گردد .

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منبع/ امکانات /کارکنان :

تهیه کننده : کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Mn/Exa hp/ins-01/02	کد سند	۴	سنجه	۲	۲	ج	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

2. دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیر همجنس

گام های انجام کار :

- ۱- معاینه و انجام سایر امور درمانی باید توسط کادر بالینی هم جنس انجام شود و فقط در شرایط حساس و اورژانسی که معاینه توسط پرسنل هم جنس از لحاظ علمی و عملی مقدور نباشد و مشکلی برای بیمار ایجاد نکند از پرسنل غیر هم جنس جهت معاینه استفاده شود.
- ۲- پزشک موظف است قبل از شروع معاینه نحوه انجام معاینه و ترجیحا هدف از معاینه را توضیح دهد.
- ۳- معاینه غیر هم جنس باید با رضایت بیمار انجام شود.
- ۴- در زمان معاینه پرسنل هم جنس یا همراه بیمار حضور داشته باشند.
- ۵- از پرسیدن سوالات شخصی و غیر مرتبط به تشخیص و درمان بیماری از بیماران توسط کارکنان خودداری شود.
- ۶- معاینه در حضور سایر بیماران توسط کادر بالینی حریم خصوصی بیمار بایستی رعایت شود .

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Me/Saf st/ins-01/02	کد سند	۵	سنجه	۲	۲	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

3. انبارش ایمن

کام های انجام کار :

با توجه به اهمیت انبارهای بیمارستان (تجهیزات و دارویی) به عنوان محلی برای نگهداری سالم و صحیح بوده و به همین دلیل نیازمند تامین شرایط مطلوب نگهداری از این کالاها می باشد تا بطور مطلوب در استفاده بخش ها و مصرف کننده نهایی (بیمار) قرار بگیرد . دستورالعمل انبارش ایمن با شرایط ذیل تدوین گردیده است .

۱. وجود قفسه بندی و چیدمان مناسب :

استفاده از پالت و قفسه فلزی مطلوب بگونه ای که به راحتی قابل کنترل و نظارت بوده، نظافت و گردگیری قفسه ها و کل انبار به راحتی قابل انجام باشد چیدمان داروها و اجناس حساس به رطوبت با فاصله مناسب از کف زمین در نظر گرفته شود . چیدمان قفسه ها به صورت طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقه پایین صورت گیرد.

۲. حفاظت کامل فیزیکی و بیولوژیکی :

انبارها باید جهت جلوگیری از ورود حشرات و جانوران موذی غیرقابل نفوذ باشد . در و پنجره ها و کلیه منافذ (دریچه های کولر و تهویه) دارای پرده توری بوده و به گونه ای طراحی شده که از ورود آب باران و به داخل انبار جلوگیری گردد . سنسور به منظور اعلام حریق احتمالی تعبیه شده است.

۳. وجود تجهیزات ایمنی اطفای حریق : برای فضای انبار به ازای هر ۳۰ مترمربع کپسول های آتش نشانی 6-12kg تعبیه شده و در دسترس می باشد .

۴. سیستم گرمایش و سرمایش مناسب برای کلیه فضاهای انبار به جهت جلوگیری از خرابی کالاهای خراب شدنی در زمستان و همچنین حرارت زیاد در فصل گرما تعیین شده است .

۵. سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری رایانه ای مناسب و به روز سیستم اتوماسیون اداری برای مسئول انبار و فرم های مربوط به انبارداری بطور مناسب جهت روند مناسب تحویل و تحول کلیه اجناس انبارها فراهم آورده است .

۶. انبارش مواد شیمیایی و قابل اشتعال به صورت مستقل از انبار مرکزی می باشد.

۷. سیم کشی انبار باید توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال باشد.

۸. از کلید و پریزها و روشنایی ضدجرقه استفاده شود.

۹. از علائم هشدار دهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی در انبار استفاده گردد.

۱۰. کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد زیرسازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله صورت گیرد.

۱۱. جعبه کمک های اولیه در انبار موجود باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

12. از نرده های مناسب در پشت پنجره انبارها استفاده شود.

13. ارزیابی تجهیزات غیرسازه ای توسط مدیریت خطر حوادث و بلایا انجام شده و براساس آن ایمن سازی در برابر زلزله صورت گیرد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان- کارکنان شرکتی و خدمات- انباردار- مسئول فنی- مدیر امور عمومی- مدیر داخلی بیمارستان- کارشناس مدیریت خطر بیمارستان

تهیه کننده: کمیته مدیریت خطر بیمارستان

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Su/Eme ev/ins-01/02	کد سند	۴	سنجه	۲	۲	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

4. استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری

کام های انجام کار :

1. اخذ گواهینامه استاندارد /گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد برای تمامی آسانسورهای فعال بیمارستان توسط واحد پشتیبانی صورت می گیرد.
2. تعمیر آسانسورها توسط شرکت دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور منطقه صورت می گیرد .
3. برنامه ریزی و انجام سرویس های دوره ای و پیشگیرانه آسانسور ها توسط شرکت های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور صورت می گیرد .
4. همسطح بودن ورودی آسانسور با دسترسی بلامانع صندلی چرخدار یا برانکارده به صورت مداوم پایش می شود .
5. پایش عملکرد دستگیره های کمکی در دیوارهای آسانسور توسط واحد پشتیبانی انجام می شود .
6. نصب تابلو عدم استفاده از آسانسورها در زمان حریق در ورودی آسانسورها توسط واحد پشتیبانی صورت می گیرد .

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع:

امکانات:

کارکنان:

تهیه کننده : مدیریت خطر و بلايا

کتابچه دستور العمل ها

1

Bh-Rm/Res
oc/ins-04/02

کد سند

۵

سنجه

۲

۲

الف

استاندارد

عنوان دستور العمل :

5. فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث

کام های انجام کار :

- ۱- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان/مرکز تلفن بیمارستان اطلاع داده شود.
- ۲- فرمانده حادثه باید فردی را جهت دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب نماید.
- ۳- مرکز تلفن باید امکان ارتباط مسئول دریافت شرح خبر حادثه را از منبع خبر فراهم نماید.
- ۴- بایستی مسئول دریافت شرح خبر حادثه، اطلاعات مورد نیاز را طبق فرم دریافت اطلاعات خبر حوادث (پیوست) از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد.
- ۵- فرمانده حادثه باید تأیید خبر خارجی را از EOC دانشگاه اخذ کند (ملاک نهایی در تأیید خبر مرکز هدایت عملیات دانشگاه EOC دانشگاه می باشد).
- ۶- در حوادث داخلی، فرمانده حادثه باتوجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند.
- ۷- تأیید خبر حوادث داخلی، باید توسط مسئول فنی بیمارستان/سوپروایزر وقت باشد.
- ۸- خبر آماده باش/هشدار یا فعالسازی توسط مسئول فنی بیمارستان/سوپروایزر وقت اعلام شود.
- ۹- در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی (کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی، میزان، گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، کشته شدگان، مصدومان توسط تیم ارزیابی سریع ارزیابی شود.
- ۱۰- باتوجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی شود.
- ۱۱- تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان بررسی شود.
- ۱۲- بیماران فعلی بیمارستان تعیین تکلیف شوند (اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند).
- ۱۳- باتوجه به ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، و فضای فیزیکی انجام شود.
- ۱۴- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، باید طبق برنامه افزایش ظرفیت اقدام شود.
- ۱۵- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مزاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، باید نسبت به تماس با بیمارستان های معین (دارای تفاهم نامه) اقدام شود.

کتابچه دستورالعمل ها

- ۱۶- تأثیر حادثه بر دسترسی به بیمارستان و محوطه آن بررسی شود.
- ۱۷- طول زمان تأثیر حادثه بر فعالیت بیمارستان بررسی شود.
- ۱۸- بایستی حادثه نام گذاری شود (داخلی توسط فرمانده حادثه/مسئول فنی بیمارستان یا سوپروایزر وقت/خارجی توسط EOC دانشگاه و ...)
- ۱۹- طبق خبر /سطوح هشدار اعلام شده، برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر باید فعال شود.
O رنگ زرد/ هشدار: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شود.
O رنگ نارنجی/آماده باش: جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و ۳۰-۵۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود.
O رنگ قرمز/اقدام: کد بحران (کد قرمز) توسط فرمانده حادثه به مرکز تلفن اعلام شود/کد بحران (کد قرمز) توسط مرکز تلفن پیج شود. / کل سامانه فرماندهی حادثه و ۱۰۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود)
- ۲۰- در هر حادثه با هر سطح شدت، فرمانده حادثه مطلع باشد.
- ۲۱- باتوجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود.
- ۲۲- در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز، باید واحد فرماندهی عملیات (EOC) سریعاً فعال شده و امکانات لازم طبق برنامه آمادگی، فراهم گردد.
- ۲۳- جایگاه های فرماندهی در جایگاه اصلی خود حاضر شوند و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرماندهی حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند.
- ۲۴- آسیب ها و منطقه عملیات باید مرتباً طبق دستور فرماندهی حادثه ارزیابی و به فرمانده حادثه و رئیس بخش برنامه ریزی اطلاع رسانی شود.
- ۲۵- به صورت مرتب ارتباط با EOC دانشگاه و مراکز پایش کننده مخاطرات برقرار شود.
- ۲۶- باتوجه به شدت تأثیر حوادث بر اختلال عملکرد بیمارستان، برنامه در سطح بخش اورژانس/جزئی/کلی فعال شود.
- ۲۷- اطلاع رسانی در زمینه فعالسازی برنامه باید بر اساس سطح فعالسازی برنامه (اطلاع رسانی توسط مرکز تلفن/اطلاع رسانی بخش ها و اطلاع رسانی در سطح جامعه) انجام شود.
- ۲۸- در صورت دستور فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه توسط فرمانده حادثه، باید طبق دستورالعمل فعالسازی سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی اقدام شود.
- ۲۹- اعضای چارت بحران از جلیقه های مشخصه موقعیت در بحران استفاده نمایند.
- ۳۰- اطلاع رسانی درونی بیمارستان بر اساس فلوچارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان انجام شود.

کتابچه دستورالعمل ها

- ۳۱- مرکز تلفن طبق فهرست کامل و به روز شده از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه پاسخ در هر سطح با آن ها تماس بگیرد، بر اساس دستور فرمانده حادثه اقدام نماید.
- ۳۲- هربخش طبق چارت آبخاری و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی می نماید.
- ۳۳- مدت زمان عملیات پاسخ و اهداف آن مشخص گردد.
- ۳۴- مستندسازی کلیه اقدامات و گزارش ها جهت برنامه ریزی انجام شود.
- ۳۵- در خصوص تخلیه افقی و کلی بیمارستان تصمیم گیری های لازم توسط تیم بحران انجام گیرد.
- ۳۶- طبق برنامه پاسخ طراحی شده در هر مخاطره و دوره های زمانی پاسخ به حادثه (فوری: ۰ تا ۲ ساعت، میان مدت: ۲ تا ۱۲ ساعت، طولانی مدت: بیش از ۱۲ ساعت و بازگشت به وضعیت عادی) اقدام شود.
- ۳۷- در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی، باید تیم آتش نشانی بیمارستان با اعلام کد ۱۲۵ فعال شود.
- ۳۸- مدیریت ازدحام در بیمارستان و محیط اطراف آن انجام شود و واحد مربوطه طبق دستورالعمل های موجود اقدام نماید.
- ۳۹- نظارت و ایجاد زیرساخت های دستورالعمل مذکور بایستی توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ایجاد گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منبع: حمیدرضا، خانکه و همکاران، کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا-برنامه کشوری، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۱

امکانات: برنامه عملیاتی، تلفن خانه، چارت تشکیلات سیستم، سامانه هشدار اولیه و....

کارکنان: تمامی کارکنان طبق چارت تشکیلات سیستم

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Rm/Eva ac/ins-05/02	کد سند	۶	سنجه	۴	۲	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

6. تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

کام های انجام کار :

1. اندیکاسیون های فعالسازی برنامه تخلیه بیمارستان و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه ،طبق دستورالعمل تخلیه اضطراری و مصوبات کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مشخص شده است و این موارد شامل حوادث طبیعی مانند سیل و زلزله و ...، انفجار ، آتش سوزی ،دود ، نشت مواد خطرناک،تخریب زیرساختها،ترور و خشونت ،خطر بمب گذاری،آلودگی بیولوژیک و احتمال آسیب به ساختمان می باشد.
2. تیم تخلیه پاسخگوی برنامه ریزی مقدماتی درباره زمان و چگونگی تخلیه بیمارستان است اما فرمانده حادثه تصمیم گیر نهایی است .
3. فرمانده تخلیه بیمارستان نیز پیش از تصمیم گیری نهایی با کارکنان فرماندهی و مدیران بخش ها و تصمیم گیرندگان خارج از بیمارستان نظیر مرکز هدایت عملیات دانشگاه و دیگر بیمارستان ها مشورت می کند .
4. در هنگام تصمیم گیری ارشد روابط عمومی به روش صحیح و در زمان مناسب این خبر را به اطلاع کارکنان بیمارستان و سازمان های خارجی نظیر مرکز هدایت عملیات دانشگاه ، آتش نشانی ، اورژانس ، پلیس و عوامل بهداشت عمومی می رساند. در صورت لزوم برخی اطلاعات در اختیار بیماران و خانواده های آنان قرار می گیرد.
5. مسئولیت های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده است.
6. به محض دریافت کد تخلیه (کد100) ، اعضای تیم تخلیه ، کار خود را شروع می کنند.
7. کلیه راه های خروجی اضطراری و درب های آن می بایست از قبل با علامت خروج شبرنگی توسط مدیریت خطر حوادث و بلایا مشخص شده باشد.
8. کلیه سرپرستان واحد ها موظفند به محض اطلاع از کد تخلیه (کد100)، با افراد راهنما جهت تخلیه ایمن محیط کار همکاری نمایند .
9. در صورت عدم وجود راهنما، سرپرست واحد باید طبق آموزشات ارائه شده پرسنل واحد تحت مسئولیت خویش را از نزدیکترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت نماید.
10. اولویت بندی جهت تخلیه براساس شرایط خاص هر حادثه و بر اساس زمان، مکان، تعداد کارکنان، تجهیزات و منابع انجام می شود.
11. محل تجمع ایمن جهت اطلاع رسانی دارای بلندگو باشد.
12. طی فاز تخلیه پرسنل، بعلت اهمیت سرعت عمل، اعضای تیم اضطراری و افراد راهنما (مجاز به تامل، صحبت کردن با افراد و ادای توضیحات اضافی به افراد متفرقه نمی باشند). اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد، تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع ، تخلیه کلی انجام گردد.
13. کلیه مسیرها و راههای تخلیه و نیز تابلو های خروجی به روشنایی اضطراری مجهز باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

14. مسیره‌ها و خروجی های تخلیه در کلیه بخش ها مشخص و راهروها خالی باشد.
 15. در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا وسایل و تجهیزات مورد نیاز جهت تخلیه با توجه به مانورهای انجام شده پیش بینی و موجود باشد. (تابلوهای نورتاب ، ماسک های اکسیژن ، لباس و دستکش ، بسته کمک های اولیه و کپسول آتش نشانی ...).
 16. در صورت شدت شرایط اضطراری، انجام کمکهای اولیه توسط امداد گران تیم در محل حادثه مجاز نبوده و اولویت با خارج سازی افراد بوده و عملیات کمک های اولیه یا اقدامات پزشکی در محلی ایمن انجام پذیرد.
 17. در زمان انجام عملیات تخلیه، حرکت افراد متفرقه به سمت محل حادثه اکیداً ممنوع است، ممانعت از حرکت و تجمع افراد بر عهده اعضای انتظامات بیمارستان است.
 18. منابع لازم جهت تهیه آب و غذا طبق برنامه از قبل تعریف شده در کمیته خطر حوادث و بلایا به مدت 72 ساعت قابل تهیه و در دسترس باشد.
 19. طی فاز عملیات تخلیه، اعضای تیم تخلیه؛ آخرین نفرات خارج شده از محل باشند.
 20. اعضای تیم تخلیه در خصوص عملیات تخلیه توجیه شده باشند و ضرورت حضور و تجمع در پناهگاه جهت سرشماری به آنها تذکر داده شود.
 21. براساس فلوجارت تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران، مسئولین فرماندهی و کنترل در زمان بحران و حادثه و جانشین های آنها مشخص شده باشد.
 22. پیگیری و نظارت بر انجام امور فوق مربوط به واحد مدیریت خطر حوادث و بلایا می باشد.
 23. سرشماری بیماران توسط شاخه انتظامات و حراست واحد عملیات در سامانه فرماندهی حادثه با کمک بی سیم و یا وسایل دیگر ارتباطی انجام خواهد گرفت . این افراد باید در جلوی درهای مکان حادثه دیده بایستند و از شمارش همه بیماران ملاقات کنندگان و پرسنلی که از محل حادثه خارج می شوند اطمینان حاصل نمایند.
 24. انجام سرشماری پس از تخلیه صورت می گیرد نام و آخرین مکان حضور افرادی که در سر شماری اطلاعی از آنها نیست در اختیار مسئولان قرار خواهد گرفت .
- عملکرد مطلوب در زمان آتش سوزی : در صورت شنیدن زنگ هشدار بایستی فوراً محل را ترک کرد. هیچگاه نباید تصور کرد کسی اشتباه آن را به صدا درآورده و یا آزمایشی است. منتظر عکس العمل دیگران ننماید. بهترین مسیر تخلیه نزدیک ترین پلکان به سمت نزدیک ترین خروجی است مگر این که اعلام شود مسیر مذکور نا امن است. در مواقع بروز موقعیت اضطراری هیچگاه از آسانسور استفاده نکنید. هنگام ترک محل بستن درها الزامی است اما نباید آنها را قفل کرد. زیرا ممکن است برای پناه گرفتن دوباره به آن اتاق ها مراجعه شود. هرگز نباید برای یافتن کسی که در ساختمان جا مانده به آنجا برگشت بلکه باید این مطلب را فوراً به افسر پلیس یا مامور آتش نشانی اطلاع داد. هنگام ورود به یک اتاق باید درب آن را لمس نمود و یا به آن ضربه زد تا از امن بودن آن اتاق و عدم وجود آتش سوزی پشت درب مطمئن شد. اگر درب خنک بود می توان به آهستگی آن را باز نمود. پس از ترک محل دوباره باید درب را بست. در هنگام فرار در صورت مواجه شدن با دود بایستی به حالت خزیده یا نزدیک به زمین حرکت نمود. پاکترین فاصله ۳۰ الی ۶۰ متری از سطح زمین قرار دارد.

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع: کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلايا (دکتر حمیدرضا خانکه)
امکانات: خط تلفن خارجی آزاد (موبایل)، ماسک های فیلتر دار به تعداد کافی، چراغ قوه، باتری، لیست پرسنل بیمارستان، دفتر و قلم، بلندگو، کیسه های پلاستیکی و نوار چسب، پارچه و باند، جعبه کمک های اولیه – ترالی
کارکنان: کلیه پرسنل طبق چارت تشکیلات سیستم بحران
تهیه کننده: کارشناس بحران بیمارستان.

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Hr/Tra sj/ins-01/02	کد سند	۳	سنجه	۲	۳	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

7. انتقال دانش و تجربه راهبر و رهجو حداقل در مشاغل حساس

کام های انجام کار :

۱. نیروهای جدیدالورود یا انتقالی به بیمارستان ، بایستی نسبت به تکمیل لیست آشنایی با واحدهای بیمارستان و اخذ تأییدیه هر مسئول واحد مربوط مبنی بر تفهیم اصول کاری هر واحد به نیروی مذکور اقدام نماید .
۲. در بخش های بیمارستان ، بعد از معرفی نیروهای جدیدالورود بر اساس توانمندیهای عمومی و اختصاصی تعریف شده آزمون اولیه توانمندی فرد توسط مسئول واحد بایستی اخذ شود .
۳. به مدت ۱۰ روز الی دو هفته نیروهای جدیدالورود با حضور مسئول آموزش بخش و یا فرد ذی صلاح از جانب مسئول مربوطه در بخشها شروع به خدمت می نماید .
۴. در صورت تأیید مسئول واحد و اخذ توانمندیهای لازم ، کارکنان مرتبط بایستی بکارگیری شوند .

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تهیه کننده : مسئول منابع انسانی

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Hr/Sap ma/ins-02/02	کد سند	۳	سنجه	۲	۳	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

8. انتخاب ، انتصاب و ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان

کام های انجام کار :

۱. بررسی افراد واجد شرایط احراز مشاغل حساس (مانند سرپرستار، سوپروایزر و ...) توسط مدیران مرتبط و ریاست صورت می گیرد
۲. مکاتبه با حراست جهت اظهارنظر در خصوص احراز شرایط عمومی فرد مورد نظر توسط رئیس بیمارستان صورت می گیرد .
۳. صدور ابلاغ فرد مورد نظر پس از اخذ نظریه حراست توسط رئیس بیمارستان صورت می گیرد
۴. انتقال تجربیات فرد قبلی به صورت چهره به چهره صورت می گیرد .
۵. تدوین شرح وظایف شغل مورد نظر و در اختیار گذاشتن آن توسط مدیر مرتبط صورت می گیرد .
۶. توجیه وظایف مندرج در شرح وظیفه توسط راهبر یا مسئول مرتبط صورت می گیرد .
۷. انتصاب فرد در شغل مورد نظر به صورت آزمایشی انجام می شود .
۸. ارزیابی فرد در بازه زمانی شش ماهه انجام می شود .
۹. انتصاب دائم انجام می شود.
۱۱. در انتقال دانش و تجربه افراد به صورت استاد شاگردی می توانند دانش و تجربیات کاری خود را به فرد جانشین منتقل نمایند

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تهیه کننده : مسئول منابع انسانی

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Eh/Cwd pa/ins-01/02	کد سند	۱	سنجه	۱	۶	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

۹. نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخشها / واحدها

کام های انجام کار :

۱. لباس کار پرسنل خدمات می بایست منظم، تمیز و دارای شرایط بهداشتی و فاقد چرک و لکه باشد .
۲. پرسنل خدمات بخش جهت نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش به شرح زیر اقدام نمایند: کف کلیه اتاقهای بستری و راهروها روزانه و سه نوبت نظافت(جمع آوری زباله های درشت، جاروی خشک بدون ایجاد گرد و غبار، تی مرطوب)گردد .
۳. کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل پتو و ملحفه و روتختی و .. می بایست به طور مرتب تعویض گردد، به نحوی که همواره سالم، تمیز و فاقد آلودگی باشد
۴. ظروف صابون مایع می بایست پس از خالی شدن کامل شسته و پس از خشک شدن، مجدداً پر گردند
۵. میز غذا می بایست پس از استفاده بلافاصله نظافت گرد
۶. تخت بیمار می بایست پس از ترخیص بیمار بصورت کامل نظافت و گندزدایی شود .
۷. برای نظافت قسمت‌های مختلف مانند استیشن، یخچال، میز، لاکر، تلفن، تخت و ... میبایست از دستمالهای جداگانه استفاده شود
۸. در صورت مشاهده آلودگی قابل رویت، تشک و پتوی بیمار می بایست بلافاصله تعویض گردند
۹. داخل کمد‌ها می بایست نظافت شده و فاقد هرگونه گرد و خاک و لکه باشد .
۱۰. پهن کردن روزنامه در داخل کمد‌ها ممنوع است
۱۱. یخچال‌ها میبایست حداقل هفته ای یکبار بصورت کامل نظافت شوند
۱۲. نظافت کلیه زوایای غیرقابل دسترس الزامی است.
۱۳. نگهداری کارتن در بخش ممنوع است.
۱۴. نظافت کلیه تراس ها، پنجر ها و شیشه ها الزامی است
۱۵. رعایت دستورالعمل‌های تفکیک پسماند در مبدا ضروری است.
۱۶. حمل پسماند بدون بین ممنوع است
۱۷. نظافت میبایست از بالا به پایین و از تمیزترین به کثیف ترین قسمت صورت گیرد

کتابچه دستورالعمل ها

۱۸. عمل تی کشیدن میبایست بصورت زیگزاگی صورت گیرد
۱۹. تی ها پس از اتمام کار میبایست با دقت شستشو شده و به مدت نیم ساعت در محلول ۱:۱۰ وایتکس غوطه ور گردد.
۲۰. تی ها پس از گندزدایی میبایست به منظور خشک شدن از دیوار تی شورخانه آویزان گردد
۲۱. توالتها میبایست ۳ بار در شبانه روز و در صورت مشاهده الودگی قابل رویت بلافاصله توسط آب و دترجنت نظافت و شستشو گردد
۲۲. توالت و حمام میبایست توسط برس های نایلونی نظافت گردند .

پاشیده شدن خون و مواد آلوده بدن در محیط

به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولا کافی است ولی اگر ترشحات، حاوی ارگانیسم های بالقوه خطرناک باشد باید از یک ماده گندزدا استفاده کرد. برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یک بار مصرف پوشید و اگر خطر آلودگی لباس نیز وجود دارد بایستی از آپرون پلاستیکی (یکبارمصرف) استفاده نمود. در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون توصیه میشود که: - دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها پوشیده شود (رعایت احتیاطات استاندارد) - خون و مواد آلوده با دستمال یک بار مصرف جمع اوری و پاک شوند (دستمال یکبار مصرف به دستمال کاغذی یا ساخته شده از الیاف پنبه گفته میشود که پس از استفاده دور انداخته شود) - محل مورد نظر با آب و دترجنت (صابون) شستشو و خشک شود. - با محلول هیپو کلریت سدیم آب ژاول خانگی، (وایتکس) گند زدایی شود. اگر سطح آلوده شده صاف باشد از رقت ۱ درصد و در صورت داشتن خلل وفرج از رقت 10 درصد ماده گندزدا استفاده میشود. ذکر این نکته ضروری است که مایع ضد عفونی کننده بایستی بطور صحیح و دقیق رقیق شده و به صورت تازه تهیه شود. - میتوان محلول سارفوسپت دو درصد را نیز به مدت ده تا پانزده دقیقه استفاده نمود. توجه: در صورتی که مقدار زیاد خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (بیشتر از 30 سی سی) یا اگر خون و سایر مایعات حاوی شیشه شکسته یا اشیا نوک تیز باشد باید: - پارچه یکبار مصرف روی آن پهن نمود و موضع را پوشاند. - روی آن محلول هیپو کلریت سدیم با رقت 10 درصد ریخت و حداقل 10 دقیقه صبر کرد. - با دستمال یک بار مصرف آن را جمع کرد با آب و دترجنت محل را پاک و تمیز نمود. - با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) گندزدایی انجام شود. (مانند شرح قبلی)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعملهای وزارتی - تی شستشو، دستمال نظیف، سارفوسپت - نیروی خدمات - وایتکس

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Eh/Mh se/ins-02/02	کد سند	۵	سنجه	۲	۶	الف	استاندارد
--------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

عنوان دستورالعمل :

10. نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا

کام های انجام کار :

۱. توزیع غذا توسط پرسنل اشپزخانه (که در توزیع غذا ماهر و آموزش دیده اند)، توزیع میشود.
 ۲. ترالی گرمخانه دار جهت توزیع غذا و به تعداد کافی موجود است
 ۳. پرسنل اشپزخانه (متصدیان توزیع) در هنگام توزیع از لباس و پیشبند مخصوص توزیع غذا استفاده میکنند.
 ۴. متصدیان توزیع غذا قبل وبعد از تماس با غذا، دست های خود را میشویند.
 ۵. متصدیان توزیع غذا در هنگام توزیع از وسایل حفاظتی شامل ماسک و دستکش استفاده میکنند.
 ۶. جهت توزیع غذا برای بیماران از ظروف چینی استفاده میشود.
 ۷. غذای تهیه شده برای پرسنل و بیماران براساس برنامه غذایی بیمارستان و در ساعات تعیین شده توزیع میشود.
 ۸. غذای توزیع شده مطابق رژیم غذایی بیمارودارای کیفیت، دما و ظاهر مناسب میباشد.
 ۹. درمحل سرو غذا، پیشخوان و میز کار و کلیه لوازم و وسایل مصرفی کاملاً تمیز و ضد عفونی شده هستند.
 ۱۰. مواد غذایی داغ در کلیه مراحل سرو غذا دردمای بالاتر از ۶۰ درجه سانتیگراد نگهداری شده و از افت درجه حرارت اجتناب میشود .
 ۱۱. مواد غذایی سرد مانند سس های سرد، سالاد اولویه در دمای کمتر از ۵ درجه سانتیگراد نگهداری میشوند.
 ۱۲. حداکثر زمان نگهداری مواد غذایی فاسد شدنی طبخ شده در خارج یخچال ۲ ساعت میباشد و در صورت نگهداری بیشتر از ۲ ساعت ، حتماً غذا در یخچال (دمای ۴-۰ درجه سانتیگراد) نگهداری میشود.
- ❖ در محل سرو غذا براساس بندهای ماده ۲۳ دستورالعمل اجرایی بازرسی از مراکز تهیه، تولید و... عمل میشود.
- ❖ جلسه برنامه آموزشی هر ۳ ماه یکبار در خصوص مسمومیت های مواد غذایی ، بهداشت مواد غذایی و اصول بهداشت فردی توسط کارشناس بهداشت محیط یا کارشناس تغذیه برگزار میشود.

کتابچه دستورالعمل ها

استاندارد	الف	ب	ج	د	ه	ز	ح	ط	کد سند	Bh-Eh/Was cl/ins-03/02
-----------	-----	---	---	---	---	---	---	---	--------	---------------------------

عنوان دستورالعمل :

11. شستشوی انواع البسه

کام های انجام کار :

رعایت موازین کنترل عفونت در رختشویخانه:

۱. کلیه پرسنل رختشویخانه بر علیه هپاتیت ب واکسینه شوند و دارای پرونده بهداشتی و معاینات شغلی باشند.
۲. کلیه پرسنل رختشویخانه در هنگام کار با لباس و ملحفه های آلوده، از وسایل حفاظت فردی مناسب (گان اختصاصی، ماسک ویژه، کفش مخصوص، دستکش، گوشی و عینک با توجه به شرایط محیط کار) استفاده شود.
۳. البسه آلوده در لنز عفونی، توسط ماشین لباسشویی (دارای ورودی و خروجی مجزا و پرسنل اختصاصی) شستشو شود.
۴. در پایان شیفت کاری علاوه بر شستشو، ضدعفونی لنز عفونی با وایتکس (۲٪) پرسنل لنز عفونی حتما استحمام نماید.
۵. البسه کثیف در لنز کثیف توسط ماشین های مجزا شستشو میشوند و البسه عفونی و آلوده به مواد دفعی در لنز عفونی و توسط ماشین جداگانه و البسه کارکنان نیز در لنز کثیف در ماشین جداگانه شسته شوند.
۶. در پایان شیفت کاری لنز کثیف، کلیه ماشین های لباسشویی، ترالی های بارگیری، انتقال به دستگاه و کف با وایتکس (۱٪) شستشو و ضدعفونی گردد

رعایت موازین کنترل عفونت در بخش ها :

۱. کلیه پرسنل کمکی در هنگام کار با البسه آلوده از وسایل حفاظت فردی استفاده کنند به منظور جلوگیری از انتشار میکروارگانیسم ها البسه بدون هیچگونه شتاب زدگی جمع اوری گردند.
۲. البسه های آلوده به صورتی جمع اوری گردد که ناحیه آلوده در وسط قرار گیرد.
۳. در هنگام جمع اوری البسه پرسنل کمکی هر بخش از عدم اشیاء داخل البسه اطمینان حاصل نماید.
۴. البسه های آلوده بلافاصله پس از جمع اوری توسط پرسنل کمکی هر بخش در داخل کیسه پلاستیک زرد رنگ قرار گیرد.
۵. بر روی کیسه عبارت عفونی، آلوده به مواد دفعی و نام بخش قید گردد.
۶. در هر یک از مراحل (جمع اوری، انتقال و جابجایی) تعویض دستکش و شستشوی دستها الزامی است. (طبق دستورالعمل مربوطه)

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Mn/Pre in/ins-02/02	کد سند	۳	سنجه	۳	۱	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

12. آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی ، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن

کام های انجام کار :

قبل عمل :

۱. برنامه ریزی دقیق پره آپ بیماران از طریق خدمات سرپایی

۲. برنامه ریزی در خصوص پذیرش بیماران جهت اعمال جراحی با رعایت اولویت ها و حقوق گیرنده خدمت صورت پذیرد
۳. جهت کسب اطمینان از آمادگی قبل از اتاق عمل برای پذیرش بیماران، لازم است کلیه مراقبت های ذیل صورت پذیرد.
۴. اصول شناسایی صحیح بیمار بایستی رعایت شود.
۵. اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در صورتی که هوشیار باشد. در بیماران زیر 18 سال و بیماران با اختلال هوشیاری از ولی و یا قیم قانونی بیمار، طبق پروتکل اخذ رضایت آگاهانه، رضایت گرفته شود
۶. پرستار مسئول بیمار موظف است بیمار را ضمن معرفی خود با توجه به نوع عمل آماده اتاق عمل نماید.. اطمینان از ناشتا بودن بیمار از 8 ساعت قبل عمل صورت گیرد.(در موارد اطفال، بیماران دیابتی و سایر موارد خاص مطابق پروتکل عمل شود).
۷. کلیه زیور آلات بیمار توسط کمکی و با نظارت پرستار با حضور همراهی در بیماران هوشیار خارج و تحویل بیمار گردد.
۸. در بیماران با اختلال هوشیاری توسط نگهبان و با اطلاع سوپروایزر کشیک اخذ زیورآلات، صورتجلسه و با امضا نگهبان و تایید سوپروایزر تحویل نگهبانی شده و در اسرع وقت تحویل مسئول پیگیری امور بیماران می گردد.
۹. شیو محل عمل توسط کمکی بخش با نظارت پرستار مسئول در کمترین فاصله زمانی با عمل جراحی انجام می شود در صورت نیاز به شیو بیشتر در اتاق عمل با تیغ شیو و با نظر جراح مجددا شیو می شود.
۱0. پرشش از وجود بیماریهای زمینه ای همراه و جراحی های گذشته، سابقه حساسیت های دارویی و غذایی و مصرف داروهای خاص (کورتون ها ، داروهای کاهنده قندخون، آسپرین ، وارفارین و ...) ارزیابی و علاوه بر ثبت در گزارش پرستاری به اطلاع پزشک معالج برسد.
11. چک آزمایشات و ضمائم پرونده نظیر EKG و Cxray، مشاوره های انجام شده قبل عمل، گرافی ها که توسط پزشک معالج خواسته شده و ضمیمه نمودن به پرونده صورت گیرد.
12. کلیه اعضا مصنوعی بیمار شامل عینک، سمعک و کلیه وسایل فلزی قبل از انتقال به اتاق عمل توسط کمکی خارج و در حضور بیمار تحویل همراهی گردد. در بیماران غیر هوشیار طبق بند 7 عمل گردد.
13. چک علائم حیاتی قبل از انتقال به اتاق عمل توسط پرستار و ثبت در برگه مراقبت قبل از عمل و گزارش پرستاری صورت گیرد.
14. برگه مراقبت قبل از جراحی و هند اوور (hand over) توسط پرستار مسئول بیمار تکمیل، چک و امضا شود.
15. در صورت تغییر در شرایط بیمار از جمله علائم حیاتی، آزمایشات و ... اطلاع به پزشک معالج صورت گیرد.
16. بررسی و چک صحت محل علامتگذاری شده توسط پزشک با نوع عمل جراحی درخواست شده ، توسط پرستار مسئول صورت گیرد.

کتابچه دستورالعمل ها

17. پس از نوشتن گزارش پرستاری در پرونده، بیمار با رعایت موازین اسلامی و پوشش مناسب اتاق عمل، همراه پرستار با رعایت اصول انتقال ایمن با ویلچر یا برانکارد به اتاق عمل منتقل گردد.

حین عمل :

جراحی ایمن به عنوان دغدغه ی بارز نظام های سلامت در جهان تشخیص داده شده است چرا که براساس گزارش جهانی، سهم عمده ای از ناتوانی ناشی از بیماری ها در جهان ناشی از شرایطی است که قابل درمان با مداخلات جراحی است.

اصول عمومی جراحی ایمن

عمل جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح

احتمال وقوع عمل جراحی در موضع اشتباه بیشتر توأم با اعمال جراحی بر روی ارگان های قرینه است . پروتکل جهانی در این زمینه یک فرآیند سه گانه تکمیلی به منظور تضمین بیمار صحیح ، موضع و پروسیجر صحیح می باشد

گام ۱

تایید بیمار ، موضع و پروسیجر صحیح در تمامی مراحل از زمان اخذ تصمیم به عمل بیمار تا هنگام عمل جراحی

گام ۲

علامت گذاری موضع عمل

گام ۳

وقفه /درنگ جراحی ،وقفه کوتاه در فعالیت اتاق عمل قبل از برش پوست به منظور تایید بیمار،پروسیجر و موضع عمل

به عنوان اقدام ایمنی نهایی، تیم جراحی به صورت همزمان و مستقل از یکدیگر بایستی بیمار، موضع و پروسیجر صحیح

را قبل از برش پوست برای جراحی تایید نمایند بدین منظور جراح با صدای بلند نام و نام خانوادگی بیمار ، نام عمل جراحی طرف و موضع جراحی را بیان و پرستار و متخصص بیهوشی باید صحت اطلاعات را تایید نمایند.

اولین و مهم ترین جزء مراقبت قبل از بیهوشی حضور متخصص بیهوشی آموزش دیده و مجرب است .

انتی بیوتیک های پروفیلاکسی بایستی به صورت معمول در تمامی موارد جراحی تمیز – آلوده مصرف شود و برای استفاده در هر مورد جراحی تمیز نیز در نظر گرفته شود

در صورتی که زمان جراحی بیش از ۴ ساعت طول بکشد یا در صورتی که شواهد دال بر خونریزی وسیع و فوق العاده حین جراحی باشد بایستی تجویز دوز مجدد آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مورد نظر قرار گیرد.

به منظور پیشگیری از جا ماندن سهوی ابزار و اسفنج جراحی در زخم های جراحی توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود:

کتابچه دستورالعمل ها

۱. در اعمال جراحی شکمی، خلف شکمی، لگن و سینه ای، شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزن ها، وسایل تیز و برنده ابزار و وسایل مختلف دیگر (هرگونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده و در معرض خطر به جا ماندن در حفره بدنی است) بایستی انجام شود
۲. جراح بایستی قبل از بستن هرگونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی جستجوی منظم زخم را انجام دهد.
۳. شمارش برای هرگونه پروسیجری که احتمال احتباس اسفنج ها و وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی در حفره بدن بیمار می رود، شمارش بایستی حداقل در شروع و خاتمه هر مورد انجام شود.
۴. بایستی تعداد شمارش همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش ثبت شود. بایستی صحت تعداد کلی موارد شمارش شده به صورت واضح بیان شود نتیجه شمارش باید به طور واضح و شفاف با جراح در میان گذاشته شود .

بعد عمل :

۱. دستور ترخیص بیمار از اتاق عمل توسط پرستار ریکاوری در پرونده بیمار چک گردد، سپس نسبت به تحویل دادن بیمار به پرستار بخش مقصد اقدام گردد. طبق استاندارد ها، ثبت شرح عمل و ثبت دستورات پزشکی توسط جراح و همچنین شرح بیهوشی و تعیین بخش بستری بیمار بر اساس وضعیت بالینی توسط متخصص بیهوشی قبل از انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش، در پرونده بیمار ثبت می گردد.
۲. تحویل بیمار توسط کادر ذیصلاح بالینی اتاق عمل به پرستار بخش با رعایت اصول مربوطه (طبق تکنیک ISBAR) انجام شود. (هوشیار و بیدار بودن، شل نبودن (residual paralysis) پاسخگو بودن و اطاعت از دستور، استیبل بودن همودینامیک بیمار، چک اتصالات، خونریزی،... بررسی شود).
۳. اصول شناسایی صحیح بیمار باید توسط پرستار تحویل گیرنده (بخش) رعایت شود.
۴. چک علائم حیاتی و سطح هوشیاری قبل از انتقال بیمار به برانکاردر بخش توسط پرستار مسئول بیمار صورت گیرد و در صورت وجود هرگونه مغایرتی به پرستار ذیصلاح اتاق عمل اطلاع داده شود.
۵. چک محل عمل از نظر خونریزی، هماتوم، تمیزی پانسمان قبل از انتقال انجام گیرد.
۶. بررسی کلیه اتصالات از نظر صحت عملکرد توسط پرستار قبل از انتقال به برانکاردر بخش صورت گیرد.
۷. کلیه مستندات عمل جراحی انجام شده و ریکاوری، همراه با پرونده از پرستار ریکاوری تحویل گرفته شود.
۸. انتقال بیمار به بخش به صورت ایمن و چک دستورات و علائم حیاتی بیمار طبق دستور پزشک صورت گیرد. همراه داشتن مانیتورینگ و فشارسنج و پالس اکسی متری الزامی است، انتقال نیز با برانکاردر ایمن و مجهز به کپسول اکسیژن اضافه گردد.
۹. حفظ حریم خصوصی و انطباق جنسیت حین تحویل و انتقال به بخش رعایت گردد.
۱۰. بررسی مجدد کلیه اتصالات و اطمینان از صحت عملکرد آن ها در طول شیفت در چند نوبت صورت گیرد و در پرونده ثبت گردد.

تعاریف: کلیه اقدامات تهاجمی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه و آمادگی های لازم قبل از مداخله دارد. شامل:

انواع هرنی (گردن، کمر، اینگوئینال، انسزیونال جدار شکم) کلیه جراحی های شکم، شکستگی ها، تعویض مفصل، سزارین، رینوپلاستی، سپتوپلاستی، کورتاژ و

کتابچه دستورالعمل ها

- اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

گام اجرایی:

قبل از دیالیز:

- ✓ پرستار بیمار را پذیرش کرده و دستور پزشک مبنی بر انجام همودیالیز چک گردد
- ✓ رضایت نامه انجام دیالیز تکمیل و امضا شده و در پرونده بیمار نگهداری شود
- ✓ پرستار جواب آزمایشات بیمار را از نظر آزمایشات ویرال چک کرده و اصول جداسازی بیمار را در صورت مثبت بودن رعایت کند
- ✓ مقررات بخش همودیالیز به بیمار و همراه وی آموزش داده شود
- ✓ از داشتن دسترسی عروقی مناسب اطمینان حاصل شود و کارکرد صحیح و عوارض آن کنترل گردد
- ✓ قبل از شروع دیالیز بیمار از نظر وضعیت مایع (وضعیت تنفسی و ادم) بررسی گردد
- ✓ بیمار توسط پرستار توزین گردد و علائم حیاتی بیمار کنترل و ثبت گردد
- ✓ پرستار با توجه به وضعیت بیمار و بر اساس کفایت دیالیز هدف، صافی مناسب را انتخاب نماید
- ✓ کارکرد دستگاه همودیالیز بررسی شود و اطمینان حاصل گردد که برنامه تست دستگاه بدون نقص انجام شده و در محدوده طبیعی باشد
- ✓ پرستار ست و صافی را به روش استاندارد شستشو، آماده و پرایم نماید
- ✓ پارامترهای دستگاه دیالیز بر اساس ارزیابی اولیه بیمار و دستور پزشک تعیین و انتخاب گردد
- ✓ پس از اطمینان از صحت موارد فوق، همودیالیز را از طریق راه عروقی مناسب برای بیمار شروع نماید

پایش حین دیالیز:

- ✓ بیمار و دستگاه دیالیز و تجهیزات به طور مداوم بررسی شود
- ✓ فشار خون بیمار هر یک ساعت چک شود و در صورت ناپایدار بودن به دفعات بیشتر با فواصل کمتر کنترل گردد
- ✓ بیمار از نظر عوارض حین دیالیز بررسی و کنترل گردد
- ✓ دسترسی عروقی و کارکرد صحیح آن کنترل گردد
- ✓ پارامترهای کنترلی (فشار وریدی، فشار شریانی...) بر روی دستگاه در طول دیالیز کنترل گردد
- ✓ آموزش خود مراقبتی جهت هر بیمار به صورت چهره به چهره توسط پرستار در حین دیالیز انجام گردد
- ✓ در پایان دیالیز داروهای بیمار طبق دستور پزشک آماده و تزریق گردد
- ✓ پس از اتمام زمان دیالیز، ست و صافی شستشو داده شود و سوزن ها از دست بیمار خارج گردد

پایش بعد از دیالیز:

پس از اتمام همودیالیز محل خروج نیدل ها با گاز آغشته به بتادین به مدت لازم فشار داده شود و پس از اطمینان از عدم خونریزی محل را با پانسمان فیکس نماید (در صورت استفاده از شالدون طبق دستورالعمل شستشو و هپارینه گردد)

علائم حیاتی بیمار کنترل و ثبت گردد و بیمار از نظر علائم افت فشار خون و کاهش قند خون بررسی و کنترل گردد

بیمار مجدد توزین و در پرونده ثبت گردد

سطوح دستگاه همودیالیز توسط پرستار ضدعفونی و طبق استاندارد از برنامه های شستشو جهت دستگاه استفاده گردد

کلیه اقدامات و موارد صورت گرفته در حین دیالیز و آموزش های داده شده به بیمار توسط پرستار به دقت در پرونده ثبت گردد.

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان - امکانات: نیروی انسانی، دستگاه دیالیز، دستگاه تصفیه آب، تجهیزات دیالیز، دستگاه فشار خون، ترازو، پمفلت آموزشی کتاب پرستار و دیالیز، کتاب مبانی همودیالیز برای پرستاران

اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپي ها

گام های انجام کار:

ساعت فعالیت واحد اسکوپي: هر روز صبح غیر تعطیل 8 تا 13

1. پزشک معالج دستور انجام اسکوپي را در پرونده یا دفترچه بیمار ثبت نماید.
2. بیمار سرپایی با دستور پزشک به صورت حضوری در شیفت صبح روزهای غیر تعطیل به واحد اسکوپي مراجعه نموده و در لیست بیماران قرار گیرد.
3. در بیماران بستری پرسنل بخش جهت اخذ نوبت با مسئول واحد اسکوپي هماهنگ نمایند و هماهنگی با آمبولانس اعزام نیز جهت انتقال بیمار به کلینیک انجام شود.
4. آموزش لازم جهت انجام اسکوپي توسط پرستار بیمار یا مسئول واحد اسکوپي به بیمار داده شده و برگه آمادگی تحویل بیمار گردد.

آمادگی جهت آندوسکوپي:

تعریف: انجام آندوسکوپي به منظور معاینه بخش فوقانی دستگاه گوارش با دستگاه های پیشرفته اسکوپي می باشد که انجام آن در بخش اسکوپي تحت نظر متخصص داخلی یا فوق تخصص گوارش و بدون درد صورت میگیرد.

1. به بیمار آموزش داده شود که شب قبل از آندوسکوپي شام سبک میل نموده و 8 ساعت قبل از انجام آندوسکوپي ناشتا باشد.
2. پرستار قبل از انجام آندوسکوپي تمام داروهای مصرفی بویژه داروهای ضد انعقاد را به اطلاع پزشک معالج برساند؛ ممکن است پزشک ترجیح دهد، یک یا چند روز قبل از انجام آندوسکوپي بعضی از داروها را قطع نماید.
3. بیمار مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده، بیماریهای عفونی، دیابت و... جهت مقابله با خطرات احتمالی مورد توجه قرار گیرد.
4. پرستار مراحل انجام پروسیجر را برای بیمار و همراهی شرح داده و رضایت آگاهانه از بیمار و همراهی اخذ گردد.
5. آندوسکوپي توسط پزشک تحت مونیورینگ انجام شده و در صورت نیاز نمونه برداری انجام گردد.
6. بیمار پس از آندوسکوپي تا زمان تثبیت وضعیت و عوارض احتمالی آندوسکوپي تحت نظر قرار گیرد.

آموزش های پس از آندوسکوپي:

1. پس از آندوسکوپي، تا زمان برگشت رفلکس بلع، بیمار 2 تا 4 ساعت ناشتا باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

۲. در صورت تزریق داروهای آرام بخش، بیمار از نظر سقوط و عوارض احتمالی داروها تحت نظر قرار گرفته و از انجام فعالیت هایی که نیاز به هوشیاری دارند منع شود.
۳. در صورت انجام نمونه برداری توسط پزشک، بیمار پیگیر نتیجه نمونه برداری و مراجعه مجدد به پزشک باشد.

آمادگی جهت کولونوسکوپی:

- تعریف: انجام کولونوسکوپی به معنای دیدن و بررسی قسمت های تحتانی سیستم گوارشی با دستگاه های پیشرفته اسکوپ می باشد که انجام آن در بخش اسکوپ تحت نظر فوق تخصص گوارش و بدون درد و ناراحتی صورت میگیرد.
۱. به بیمار آموزش داده شود که از دوروز قبل از کولونوسکوپی مایعات صاف شده مصرف نماید و از مصرف لبنیات و مواد غذایی با رنگ قرمز خودداری نماید.
 ۲. ظهر روز قبل از کولونوسکوپی داروهای آمادگی طبق دستور مصرف شده و سپس تا زمان انجام کولونوسکوپی فقط می تواند آب مصرف نماید.
 ۳. پرستار قبل از انجام کولونوسکوپی تمام داروهای مصرفی بویژه داروهای ضد انعقاد را به اطلاع پزشک معالج برساند؛ ممکن است پزشک ترجیح دهد، یک یا چند روز قبل از انجام کولونوسکوپی بعضی از داروها را قطع نماید.
 ۴. بیمار مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده، بیماریهای عفونی، دیابت و... جهت مقابله با خطرات احتمالی مورد توجه قرار گیرد.
 ۵. پرستار مراحل انجام پروسیجر را برای بیمار و همراهی شرح داده و رضایت آگاهانه از بیمار و همراهی اخذ گردد.
 ۶. کولونوسکوپی توسط پزشک تحت مونیترینگ انجام شده و در صورت نیاز نمونه برداری انجام گردد.
 ۷. بیمار پس از کولونوسکوپی تا زمان تثبیت وضعیت و عوارض احتمالی کولونوسکوپی تحت نظر قرار گیرد.

آموزش های پس از کولونوسکوپی:

۱. پس از کولونوسکوپی نیاز به ناشتایی نمی باشد.
۲. در صورت تزریق داروهای آرام بخش، بیمار از نظر سقوط و عوارض احتمالی داروها تحت نظر قرار گرفته و از انجام فعالیت هایی که نیاز به هوشیاری دارند منع شود.
۳. در صورت انجام نمونه برداری توسط پزشک، بیمار پیگیر نتیجه نمونه برداری و مراجعه مجدد به پزشک باشد. (زمان پیگیری نتیجه آزمایش و مراجعه به پزشک آموزش داده شود)
۴. به بیمار از لحاظ طبیعی بودن احساس نفخ و کرامپ های شکمی تا چند ساعت پس از کولونوسکوپی اطمینان خاطر داده شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب استاندارد های خدمات پرستاری ایران
مانیتورینگ - یونیت اسکوپ - داروهای سداتیو - ویلچر
پزشک، پرستار، کمک بهیار و خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Sa/Cps ip/ins-03/02	کد سند	۵	سنجه	۳	۱	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

13. رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل

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

۱. پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی درمان را به بیمار توضیح داده و بیمار برگه رضایت آگاهانه را امضا می نماید.
۲. علامت گذاری موضع انجام اقدام تهاجمی توسط پزشک قبل از عمل جراحی صورت می گیرد. در خصوص عمل جراحی اورژانس، اورژانسی بودن موید جایگاه می باشد، ضرورتی برای علامتگذاری نیست.
۳. شناسایی بیمار توسط پزشک و پرستار براساس دستورالعمل شناسایی صحیح استانداردهای الزامی ایمنی بیمار قبل از انجام اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل انجام می شود.
۴. چک کردن کالیبراسیون تجهیزات مورد نیاز توسط پرستار صورت می گیرد.
۵. توسط پرستار بیمار استانداردهای ایمنی تجویز داروهای پرخطر و مشابه مورد نیاز در حین عمل جراحی اجرا می گردد.
۶. پرستار مسئول بیمار، پک استریل جهت انجام اقدام تهاجمی را آماده می کند.
۷. اسکراب جراحی مطابق لیست اقدامات تهاجمی مورد تایید واحد کنترل عفونت توسط پزشک و پرستار مربوطه انجام می گیرد.
۸. شستشوی دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی و پوشیدن گان و دستکش به روش استریل توسط پزشک و پرستار، مطابق آموزش های واحد کنترل عفونت انجام می شود.
۹. پزشک معالج در زمان انجام اقدامات تهاجمی، ناحیه علامت گذاری شده را با بتادین ضدعفونی می کند، با یک شان پرفور می پوشاند و پس از آن اقدام تهاجمی انجام می شود.
۱۰. در صورت داشتن بیوپسی، نمونه با نظارت پرستار مسئول بیمار، جهت انجام آزمایش به آزمایشگاه بیمارستان ارسال می گردد و درخواست آزمایشات از طریق his نیز همزمان با ارسال نمونه انجام می گردد.
۱۱. پس از اتمام اقدام تهاجمی، پزشک معالج شرح عمل و یا پروسیجر را در پرونده بیمار ثبت می کند
۱۲. کلیه اقدامات انجام شده توسط پرستار مسئول بیمار در پرونده ثبت می شود.
۱۳. پرستار مسئول بیمار، تجهیزات آلوده را جهت شستشوی اولیه و ارسال به استریلیزاسیون مرکزی، تحویل کمک پرستار می دهد.
۱۴. پرستار مسئول بیمار، تا زمان حصول اطمینان از stable بودن شرایط بیمار، بالین بیمار را ترک نمی کند.

کتابچه دستورالعمل ها

۱۵. پزشک و پرستار در تمامی مراحل، حفظ حریم خصوصی بیمار را مدنظر قرار می دهند

*در صورت استفاده از گازهای کوچک، تامپون وپس از اتمام عمل جراحی، گاز های خارج شده توسط دو پرستار شمارش شده و از عدم جاماندن آن اطمینان حاصل شود.

*پیگیری درخواست و آماده نمودن فرآورده های خونی توسط پرستار مسئول بیمار از طریق بانک خون

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

راهنمای خودمراقبتی-تجارب بیمارستان

پمفلت های آموزشی، پرسشنامه استاندارد، فرم آموزش به بیمار

سوپروایزر آموزش سلامت؛ رابط آموزش؛ سرپرستار بخش، پرسنل درمانی

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Mn/Sec cd/ins-03/02	کد سند	۲	سنجه	۱۰	۱	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	----	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

14. خود مراقبتی برای بیماری های شایع

هدف: ارتقاء سطح سلامت و بهداشت افراد جامعه در سایه توانمندسازی بیماران در امر خودمراقبتی ، ارتقاء و بهبود وضعیت بالینی بیماران به وسیله ی آموزش به بیماران و خانواده های آنان در مورد رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی.

گام های انجام کار :

گامهای اجرایی:

1. ارزیابی اولیه بیمار و نیازسنجی آموزشی توسط پرستار مسئول بیمار انجام گردد.
2. اولویت بندی نیازهای آموزشی بیمار توسط پرستار مسئول بیمار انجام شود.
3. در ابتدا پرستار ، توانایی یادگیری و تمایل به یادگیری را در مددجو ارزیابی نموده و در صورت داشتن شرایط مناسب، آموزش به بیمار/ همراهی بیمار داده شود.
4. آموزش به بیمار و خانواده بیمار با توجه به میزان تحصیلات، توانایی و انگیزه جهت یادگیری، بیماریهای زمینه ای، موانع آموزشی، وضعیت تاهل، اقتصادی، و ... توسط پرستار انجام شود.
5. در صورتی که بیمار توانایی یادگیری نداشته باشد، آموزش به مراقب اصلی بیمار داده شده و از ایشان درخواست شود تا در شرایط مناسب ، آموزش ها را به بیمار و سایر مراقبین منتقل نماید.
6. پرستار مسئول بیمار، بسته به ارزیابی اولیه و شناخت نیازهای مراقبتی بیمار، آموزشها را با ترتیب زمانی و اولویت و در وقت مناسب به بیمار می دهد تا در زمان پذیرش و طول مدت بستری و زمان ترخیص و پس از ترخیص به اطلاعات مورد نیاز خود دست یابد.
7. جهت استمرار آموزشهای بیماران طبق برنامه، نیاز آموزشی بیماران در هرشیفت در کاردکس مراقبتی ثبت شده و آموزش به بیماران بر طبق آن داده شود و در گزارش پرستاری ثبت گردد.
8. روش آموزش به بیمار به صورت چهره به چهره، بحث گروهی، سخنرانی، نمایش، پرسش و پاسخ می باشد، بعد از پایان آموزش، پمفلت آموزش به بیمار در صورت نیاز توسط پرستار آموزش دهنده به ایشان داده شود.
9. در بخش زنان و زایمان، بعد از آموزش چهره به چهره به مادران، فیلم آموزشی جهت آموزش کلیه بیماران با نظارت مسئول بخش، پخش شود.
10. بعد از ارائه آموزش های لازم، اثربخشی آموزش در بیمار توسط پرستار، با ارزیابی مجدد آموزشهای عملی یا شفاهی داده شده به بیمار از طریق پرسش و پاسخ و مشاهده رفتار سنجیده شود.
11. اگر بیمار به طور کامل به سوالات پرستار پاسخ داده و مطالب آموزشی ارائه شده را به درستی تکرار کند و اجرا نماید، اثربخشی مطلوب و فهم کامل است.

کتابچه دستورالعمل ها

12. اگر بیمار قادر به یادآوری تنها بخشی از مطالب آموزش داده شده است، در این صورت فهم نسبی می باشد و در چنین شرایطی پرستار آموزش دهنده باید در فرصتی دیگر مطالب آموزش داده شده را مرور نماید اگر به دلیل وجود موانع آموزشی متعدد بیمار محتوای آموزشی را درک نکرده است، پرستار باید پس از برطرف شدن نسبی موانع آموزشی، برنامه آموزشی را مجدداً تکرار نماید.
13. در هنگام تحویل نوبت کاری پرستار مسئول بیمار شیفت قبل، آموزشهای داده شده به بیمار را تحویل شیفت بعد داده و در صورتی که نیاز به تکرار آموزشها است در حین تحویل شیفت به پرستار شیفت بعد یادآوری می شود.
14. بعد از دستور ترخیص و ارائه آموزشهای ترخیص به صورت شفاهی، یک نسخه کتبی خوانا، از فرم آموزش ترخیص که بر مبنای الگوی ترخیص SMART تهیه شده است، توسط پرستار مسئول بیمار به صورت خوانا و به زبان ساده و قابل فهم تکمیل و تحویل بیمار یا ولی قانونی وی شده و توسط پرستار آموزش دهنده مهر و امضا شود.
15. بعد از ارائه آموزش های لازم، از بیمار یا همراه وی در فرم های آموزش ترخیص به بیمار، در قسمت مربوطه، امضا یا اثر انگشت توسط پرستار اخذ گردد.
16. بیمار یا خانواده بیماران جهت شرکت در آموزشهای گروهی طبق برنامه ی آموزشی اعلام شده واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران، به محل برگزاری کلاس آموزشی خودمراقبتی معرفی شوند تا در خصوص بیماری خود توسط پرستار تخصصی آن واحد تحت آموزشهای گروهی قرار گیرند.
17. تمامی بیماران / همراهی بیماران طبق دستورالعمل جهت آموزشهای خودمراقبتی به آن واحد معرفی شوند تا توسط پرستار واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران به صورت اختصاصی تحت آموزش و پیگیری های پس از ترخیص قرار گیرند.
18. بیماران ارجاع شده به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران طبق دستورالعمل بعد از ترخیص به صورت تلفنی پیگیری پس از ترخیص می شوند.
19. لیست بیماران مراجعه کننده به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران که طبق تفاهم نامه با معاونت بهداشتی به این واحد اعلام شده اند در قالب فایل اکسل به این معاونت ارسال می شوند و در مراکز جامع سلامت نیز پیگیری های لازم توسط خانه بهداشت و مراکز بهداشتی انجام می شود.
20. مادران و نوزادان پرخطر توسط پرستار مسئول بیمار شناسائی شده و به رابط معاونت بهداشتی جهت پیگیری های پس از ترخیص ارجاع داده شوند.
21. چک لیست اثربخشی آموزش به بیمار و رضایتمندی از مراقبتهای پرستاری، توسط مسئول بخش یا رابط آموزش به بیمار جهت 10 درصد بیماران ترخیصی به صورت راندوم تکمیل شده و ماهیانه جهت بررسی به سوپروایزر آموزش سلامت ارسال گردد.
22. نتایج شاخص اثربخشی آموزش به بیمار و رضایتمندی از خدمات پرستاری توسط سوپروایزر آموزش سلامت تجزیه و تحلیل شده و هر سه ماه جهت اقدام اصلاحی به بخشهای مربوطه ارسال شود.

کتابچه دستورالعمل ها

الف (دستورالعمل آموزشهای بدو ورود توسط پرستار :

عنوان	الزامات آموزش به بیمار توسط پرستار در بدو پذیرش در بخش
1	پرستار مسئول پذیرش بیمار در خصوص واحد بیمار و دستبند شناسایی به بیمار و همراهی وی آموزش دهد.
	آموزش در خصوص واحد بیمار (زنگ احضار پرستار ، ، نرده و حفاظ تخت ، اهرم های تخت)
	آموزش علت و اهمیت داشتن دستبند شناسایی
2	پرستار مسئول پذیرش بیمار در خصوص معرفی بخش و خدمات غیردرمانی به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.
	سرویسهای بهداشتی
	امکانات رفاهی بخش (مانند مبل برای همراهیان ، یخچال و تلفن داخل شهری ...)
	محل آبدارخانه و نمازخانه و امکانات عبادی بیماران
3	پرستار مسئول پذیرش بیمار در خصوص قوانین کلی موجود در بخش و بیمارستان به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد
	ساعت ملاقات و قوانین حضور همراه بر بالین بیمار
	ساعت ویزیت پزشکان ، ساعت دادن داروها، ساعت چک علائم حیاتی
	درخواست از بیمار برای اطلاع دادن به پرستار در صورت بروز مشکل
	نحوه تهیه لباس برای بیمار
	ساعت سرو غذا برای بیماران و همراهیان
4	پرستار مسئول پذیرش بیمار تیم پزشکی را به بیمار یا همراهی وی معرفی کند
	کلیه کادر درمانی (پزشک، پرستار ، سرپرستار ، کمک بهیار ، خدمه ، فیزیوتراپ ، دانشجویان ، مددکاری و...) می بایست در بدو پذیرش خود را به بیمار معرفی نمایند و شرح وظایف خود را بیان نمایند
5	پرستار مسئول پذیرش بیمار در مورد حقوق بیمار در صورت نیاز به بیمار و همراهی آموزش دهد.
	منشور حقوق بیمار، هزینه های درمان و بیمه ، نحوه رسیدگی به شکایات

این دستورالعمل جهت آموزشهای بدو ورود به بخش می باشد که توسط هر بخش با توجه به نیاز آن بخش، اولویتهای مورد نظر توسط کارگروه درون بخشی هر بخش تعیین و ابلاغ گردیده است.

کتابچه دستورالعمل ها

(ب) دستورالعمل آموزش خودمراقبتی در حین بستری توسط پرستار :

دستورالعمل آموزش خودمراقبتی در حین بستری		الزامات آموزشی مرتبط با عنوان
۱	پرستار مسئول بیمار در خصوص نوع بیماری و نحوه درمان و عوارض بیماری و مراقبت ها به بیمار یا مراقب اصلی وی آموزش دهد.	توضیحات مختصر در خصوص بیماری ، فرایند بیماری ، سیر بیماری و علائم و نشانه های بیماریها، عوارض بیماری نحوه درمان بیماری و مراقبت های که جهت درمان بیماری لازم می باشد.
۲	پرستار مسئول بیمار در خصوص میزان ، مدت ، نحوه صحیح مصرف و عوارض داروها به بیمار یا- مراقب اصلی وی آموزش دهد.	آموزش در خصوص میزان مصرف دارو (دوزاژ دارو). مدت زمان مصرف دارو آگاه نمودن بیمار از داروهای مصرف روزانه و نحوه صحیح مصرف دارو آموزش نکات مهم عوارض دارو
۳	پرستار مسئول بیمار در خصوص تداخلات غذا و دارو به بیمار یا مراقب اصلی همراهی وی آموزش دهد.	دارو بهتر است چه زمانی مصرف شود داروهای که مصرف همزمان آنها با برخی غذاها ایجاد عارضه و تداخل می نماید
۴	پرستار مسئول بیمار در خصوص میزان فعالیت بیمار به بیمار یا مراقب اصلی وی آموزش دهد.	استراحت مطلق ، استراحت نسبی ، زمان فعالیت و تحرک میزان و زمان شروع فعالیت های بعد از عمل ورزشهای و فعالیتهای مناسب در هر بیماری پوزیشنهای مناسب
۵	پرستار مسئول بیمار در خصوص تغذیه و رژیم غذایی به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.	نوع رژیم غذایی رعایت رژیم غذایی توسط بیمار تحمل رژیم غذایی توسط بیمار
۶	پرستار مسئول بیمار در خصوص ایمنی یا	تعریف رژیم غذایی برای بیمار (پر پروتئین ، پر کالری ، قلب ، دیابت ، بعد از عمل، مایعات، سیروز کبدی ، کلیوی ، پر پتاسیم ، اورمیک ، کم پتاسیم و.....) نحوه مراقبت از اتصالات :درن ها ، مانیتورینگ ، بگ ادراری ، سرم ها و....

کتابچه دستورالعمل ها

<p>نکات ایمنی: bed side ، پیشگیری از صدمات ناشی از کاهش فشار خون وضعیتی و سرگیجه به دنبال بلند شدن از تخت و....</p>	<p>احتیاطات به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.</p>
<p>خود مراقبتی نسبت به دریافت دارو</p>	
<p>شرح چگونگی انجام پروسیجر یا آزمایش و یا سونو گرافی یا هراقدام پاراکلینیک</p>	<p>۷ پرستار مسئول بیمار در خصوص اقدامات</p>
<p>آمادگی ها و مراقبت های لازم قبل و بعد از پروسیجرها</p>	<p>تشخیصی ، درمانی و آزمایشات به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.</p>
<p>هدف از انجام پروسیجرها</p>	
<p>توضیح مزایا و معایب هرگونه اقدامات تشخیصی و تهاجمی</p>	
<p>علائم هشدار دهنده ای که در حین بستری ممکن است جهت بیمار اتفاق بیافتد و بایستی بیمار سریعاً پرستار و پزشک را مطلع سازد.</p>	<p>۸ پرستار مسئول بیمار در خصوص نشانه های</p>
<p>به عنوان مثال در خصوص بیماری دیابت علائم هیپو و هیپر گلیسمی توضیح داده شود.</p>	<p>خطر حین بستری به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.</p>
<p>یا خونریزی از محل عمل ، نداشتن دفع ادرار ، عدم اجابت مزاج ، درد قفسه سینه ، تنگی نفس ، طپش قلب و علایمی از این قبیل</p>	
<p>هدف از عدم مصرف دخانیات و مواد روان گردان و ترک آن</p>	<p>۹ پرستار مسئول بیمار در خصوص عدم مصرف</p>
<p>دخانیات و مواد روان گردان به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.</p>	
<p>رژیم غذایی ، فعالیت، پوزیشن، مراقبت از زخم ناحیه عمل ، مراقبت از اتصالات</p>	<p>۱۰ پرستار مسئول بیمار در خصوص مراقبت های</p>
<p>قبل و بعد از عمل به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.</p>	
<p>پرستار مسئول بیمار در خصوص مدیریت درد به بیمار یا همراهی وی آموزش دهد.</p>	<p>۱۱</p>

این دستورالعمل مربوط به آموزشهای حین بستری می باشد که با توجه به نوع بیماری و برحسب نیاز به بیمار آموزش داده خواهد شد.

کتابچه دستورالعمل ها

ج) دستورالعمل آموزشهای خودمراقبتی هنگام ترخیص: (SMART)

دستورالعمل آموزشهای خودمراقبتی هنگام ترخیص	الزامات آموزش به بیمار توسط پرستار در حین ترخیص
1 A	پرستار مسئول بیمار در خصوص زمان مراجعه به پزشک و پیگیری پس از درمان به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد. (Appointment)
	اعلام زمان و مکان مراجعه به پزشک نحوه درمان بیماری و مراقبت های که جهت درمان بیماری لازم می باشد.
2 M	پرستار مسئول بیمار در خصوص داروهای پس از ترخیص به بیمار یا همراهی وی به وسیله نمایش واقعی داروهای خریداری شده بیمار آموزش می دهد. (Medication)
	نحوه مصرف داروها محل نگهداری داروها
	عوارض احتمالی و مهم داروها
	آگاه نمودن بیمار از داروهای مصرف روزانه و نحوه صحیح مصرف دارو شناخت نام داروها توسط بیمار
3	پرستار مسئول بیمار در خصوص تداخلات غذا و دارو به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد.
	دارو بهتر است چه زمانی مصرف شود داروهای که مصرف همزمان آنها با برخی غذاها ایجاد عارضه و تداخل می نماید
4 T	پرستار مسئول بیمار در خصوص برنامه خود مراقبتی و تکنیک های بازتوانی در منزل به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد.
	مراقبت از زخم بهداشت فردی
	مراقبت های عمومی نوزاد (مراقبت از نوزاد سالم و بیمار در منزل) (Talk with me)
	ورزشهای و فعالیتهای مناسب در هر بیماری و پوزیشن مناسب شروع مجدد فعالیت حرفه ای و شغل شروع مجدد محدوده فعالیت جنسی
	آموزش فیزیوتراپی در منزل برای بیماران نیازمند
5	پرستار مسئول بیمار در خصوص تغذیه و رژیم غذایی پس از ترخیص به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد.
	نوع رژیم غذایی مناسب بعد از ترخیص (پر پروتئین ، پر کالری ، قلب ، دیابت ، بعد از عمل ، مایعات ، سیروز کبدی ، کلیوی ، پر پتاسیم ، اورمیک ، کم پتاسیم)

کتابچه دستورالعمل ها

6	پرستار مسئول بیمار در خصوص فعالیت های پس از ترخیص به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد.	زمان از سرگیری فعالیت های طبیعی و میزان محدودیت در فعالیت
7	پرستار مسئول بیمار در خصوص پیگیری تستهای تشخیصی معوقه به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد. (Result)	(تمامی تستهای تشخیصی که که جواب آن بعد از ترخیص بیمار آماده خواهد شد معوقه نامیده می شود) اطلاع زمان آماده شدن جواب آزمایشات ، پاتولوژی ، سی تی اسکن و MRI و مکان تحویل گرفتن نتایج
8	پرستار مسئول بیمار در خصوص نشانه های خطر پس از ترخیص به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد. (Sign)	علائم هشدار دهنده ای که بعد از ترخیص ممکن است جهت بیمار اتفاق بیافتد و بایستی بیمار سریعاً به بیمارستان یا پزشک مراجعه کند. به عنوان مثال علائم هیپو و هیپر گلیسمی در بیمار دیابتی ، خونریزی و عفونت و محل عمل ، تب بالای 38 درجه ، نداشتن دفع ادرار ، عدم اجابت مزاج ، درد قفسه سینه ، تنگی نفس ، طپش قلب و ...
9	پرستار مسئول بیمار در خصوص چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد.	تلفن های تماس اضطراری که در صورت بروز علائم هشدار دهنده بیمار میتواند با آن تماس بگیرد مانند 115 یا تماس با بخش در صورت هرگونه سوالی در مورد دوره بستری
10	پرستار مسئول بیمار در خصوص آدرس منابع و آدرس مراکز و سایت های آموزشی به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد.	در انتها مطالب آموزشی ارائه شده به بیمار، منابع جهت مطالعه بیمار به بیمار و خانواده وی معرفی می گردد
11	پرستار مسئول بیمار در خصوص نهادهای حمایتگر در جامعه به بیمار یا همراهی وی آموزش می دهد.	تمامی بیماران دیابتی و فشارخونی به کلینیک دیابت و فشارخون و نزدیکترین مرکز بهداشت محله خود معرفی شوند تا در آنجا از ویزیت و مشاوره های تخصصی بعد از ترخیص بهره مند شوند، بیماران نیازمند مددکاری به واحد مددکاری ارجاع داده شوند. ارجاع به مراکز مراقبت در منزل، یا مراکز آموزش و مشاوره مسایل مامایی و شیردهی در بیماران بخش های مامایی و زنان، کلینیک خودمراقبتی و مشاوره پرستاری

این دستورالعمل مربوط به آموزشهای حین ترخیص بیماران می باشد که طبق پروکل اسمارت پرستار می بایست هنگام ترخیص بیمار در خصوص علائم هشدار، داروها، نحوه دستیابی به خدمات اورژانس و زمان مراجعه به پزشک و خودمراقبتی آموزش های لازم را دریافت نماید و به سوالات بیمار پاسخ داده شود.

کتابچه دستورالعمل ها

دستورالعمل آموزش خودمراقبتی برای پزشک

الف) پزشک مسئول بیمار موارد زیر را در طول دوره بستری برای بیمار / همراه بیمار به صورت شفاهی آموزش دهد.

1. پزشک مسئول بیمار در بدو پذیرش بیمار خود را به بیمار/ همراهی بیمار معرفی کند.
2. پزشک مسئول بیمار در خصوص علل بیماری، نحوه درمان و پیش آگهی آن اطلاعات قابل فهمی را به صورت شفاهی به بیمار / همراهی بیمار آموزش دهد.
3. پزشک مسئول بیمار در خصوص مراحل و طول مدت احتمالی درمان به بیمار / همراهی بیمار آموزش دهد.
4. پزشک مسئول بیمار در خصوص درمان های جایگزین، عوارض درمان یا عدم درمان اطلاعات قابل فهمی را به بیمار بدهد و در صورت نیاز رضایت آگاهانه از بیمار اخذ نماید.
5. پزشک مسئول بیمار در خصوص پیش آگهی بیماری اطلاعات قابل فهمی را به بیمار بدهد.
6. پزشک مسئول بیمار در خصوص داروهای مصرفی و عوارض احتمالی اطلاعات قابل فهمی به بیمار بدهد.
7. پزشک مسئول بیمار در خصوص تغذیه و رژیم درمانی به بیمار آموزش دهد.
8. پزشک مسئول بیمار در خصوص مراقبت از خود و زمان شروع فعالیت عادی به بیمار آموزش دهد.
9. پزشک مسئول بیمار در خصوص بازتوانی در صورت نیاز به بیمار آموزش دهد.

ب) پزشک مسئول بیمار موارد زیر را در زمان ترخیص، برای بیمار / همراه بیمار به صورت شفاهی و کتبی آموزش دهد.

1. پزشک مسئول بیمار در خصوص داروهای مصرفی، زمان و میزان مصرف و تداخلات غذا و دارو به بیمار آموزش دهد.
2. پزشک مسئول بیمار تلفیق دارویی بیمار را انجام داده و نحوه مصرف داروها را به بیمار آموزش دهد.
3. پزشک مسئول بیمار در خصوص تغذیه و رژیم درمانی بعد از ترخیص به بیمار آموزش دهد.
4. پزشک مسئول بیمار در خصوص وضعیت حرکتی بیمار و شروع فعالیت عادی و میزان فعالیت فیزیکی در منزل آموزش دهد.
5. پزشک مسئول بیمار در خصوص برنامه بازتوانی و مراقبتهای توانبخشی به بیمار آموزش دهد.
6. پزشک مسئول بیمار در خصوص پیگیری و مراجعه پس از ترخیص و زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به درمانگاه یا بیمارستان آموزش دهد.
7. پزشک مسئول بیمار در خصوص علائم مهم و تهدید کننده بیماری برای مراجعه ی فوری به اورژانس و یا پزشک آموزش دهد.

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل راهنمای جراحی ایمن - کتاب استاندارد های خدمات پرستاری ایران - پرونده بیمار

مانیتورینگ - برانکارد - ویلچر

پزشک ، پرستار، کمک بهیار و خدمات

تهیه کننده : سوپروایزر آموزش سلامت

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Mn/Inp pr/ins-04/02	کد سند	۴	سنجه	۱۲	۱	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	----	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

15. نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک

کام های انجام کار :

در حالات مختلفی بیمار قبل از دریافت نتایج تست های آزمایشگاهی یا پاراکلینیکی از بیمارستان مرخص می شود:

- 1- بیمار علیرغم توصیه پزشک و کادر درمان قبل از اتمام دوره درمان بیمارستان را با رضایت شخصی ترک می نماید.
- 2- پاسخ برخی تست ها در دوره معمول درمان آماده نمی شود مانند نتایج پاتولوژی 2 هفته و هورمون شناسی (یک هفته بعد) و لازم است نتایج هنگام آماده شدن به بیمار یا همراه وی اطلاع رسانی شود
- 3- نتایج برخی از تست های آزمایشگاهی و پاراکلینیک در تکمیل روند دوره بستری حائز اهمیت نیستند و پزشک باتوجه به وضعیت بالینی بیمار اقدام به ترخیص وی از بیمارستان می نماید
بر این اساس لازم است دستورالعمل واحدی در بیمارستان جاری باشد تا کلیه کادر درمان مطابق آن عمل نموده تا هدف تشخیصی درمانی تست مورد نظر حاصل گردد.
1. لیست آزمایشات، چرخه زمانی و زمان پاسخ دهی تست های تایید آزمایشگاه طبق مصوبه کمیته تعیین تکلیف در دسترس پزشک و کادر بالینی قرار داده شود.
2. پرستار/مامای مسئول بیمار جواب آزمایشات و تست های پاراکلینیکی انجام شده را بر اساس زمان بندی اعلام شده پیگیری می نماید
3. در صورتی که هنگام ترخیص بیمار برخی از جواب تست ها آماده نبود پرستار/مامای مسئول اسم کامل تست را به همراه زمان انجام و زمان مورد انتظار پاسخ (طبق لیست چرخه جواب) در فرم آموزش حین ترخیص بیمار ثبت می نماید
4. فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه وی تحویل گردیده در خصوص پیگیری جواب تست ها و آزمایشات به وی توضیح داده شود.
5. در مورد نمونه های پاتولوژی، فرم مشخصات و شماره تلفن بیماران در اختیار آزمایشگاه قرار دارد که اطلاع رسانی و تحویل جواب صرفا از طریق پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه به بیمار و یا همراه وی صورت پذیرد.
6. مواردی که نمونه پاتولوژی بیمار مثبت باشد پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه مراتب را بلافاصله به بیمار یا همراه وی جهت پیگیری بعدی اطلاع داده و ثبت نماید.
7. پرسنل آزمایشگاه در مورد بیماران سرپایی و ترخیص شده جواب هایی که در محدوده بحرانی می باشند بصورت تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع می دهند.
8. به منظور صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است. بیماران می توانند از طریق سامانه اینترنتی با در دست داشتن شماره قبض آزمایش خود جواب آزمایش را از طریق سایت پیگیری کنند.
9. تست های پاراکلینیکی نظیر گرافی ها، سی تی اسکن، MRI و... پس از رپورت رادیولوژیست در دسترس منشی رادیولوژی قرار می گیرد. بیمار با کد ملی جهت گرفتن جواب مراجعه نماید. (در مورد CT یک هفته و MRI حدودا 20 روز) به منظور صیانت

کتابچه دستورالعمل ها

از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید آرایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است.

10. جواب هایی که بحرانی هستند و نیازمند مداخله درمانی فوری می باشند توسط رادیولوژیست به مسئول شیفت واحد پاراکلینیک اعلام گردیده از طریق تماس تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع رسانی می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

لیست آزمایشات و چرخه زمانی پاسخ دهی با تایید مسئول واحد، لیست زمان پاسخ تست های پاراکلینیک به تایید مسئول واحد

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Mn/Pbc an/ins-05/02	کد سند	۵	سنجه	۶	۲	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل:

16. اطمینان از آمادگی های قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی

کام های انجام کار:

با توجه به عدم وجود واحد آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی، این دستورالعمل فعلا غیر قابل ارزیابی می باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

پزشک، پرستار، کمک بهیار و خدمات

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-In/Man an/ins-14/02	کد سند	۱	سنجه	۶	۵	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

17. مدیریت مصرف منطقی آنتی بیوتیک

کام های انجام کار :

هدف:

پیشگیری از ایجاد مقاومت آنتی بیوتیکی در بیماران، کاهش عفونت های بیمارستانی و افزایش ایمنی بیمار

تعاریف:

مقاومت میکروبی: زمانی که میکرواورگانیزم هایی مانند باکتری، انگل، قارچ و... به گونه ای تغییر کنند که داروهایی که قبلا برای درمان عفونت های حاصل از آن ها استفاده می شده بی اثر گردند.

صاحبان فرآیند:

پزشکان - بخش های جراحی، زنان و زایشگاه

ذینفعان:

بیماران کلیه بخش های بیمارستان

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

۱. تیم کنترل عفونت بیمارستان با هماهنگی واحد آزمایشگاه به بررسی حساسیت ها و مقاومت های میکروبی بیماران اقدام می کند.
۲. آزمایشگاه کشت های مثبت با آنتی بیوگرام را به صورت هفتگی به واحد کنترل عفونت ارسال می کند و الگوهای مقاومت غیر طبی مانند مقاومت استافیلوکوک اورئوس با پنی سیلین و ونکو مایسین را به واحد کنترل عفونت گزارش می دهد.
۳. سوپروایزر کنترل عفونت طبق گزارشات آزمایشگاه نسبت به تعیین الگوی مقاومت میکروبی اقدام می کند.
۴. دستورالعمل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از انجام اعمال جراحی عمومی توسط ریاست بیمارستان به متخصصین و بخش های جراحی ابلاغ گردیده است.
۵. الگوی مقاومت میکروبی بیمارستان توسط واحد کنترل عفونت تعیین و توسط ریاست بیمارستان به متخصصین مرکز ابلاغ می گردد.

کتابچه دستورالعمل ها

۶. لیست آنتی بیوتیک های پرمصرف بیمارستان توسط سرپرست واحد خدمات دارویی بیمارستان به واحد کنترل عفونت گزارش می گردد.

۷. لیست آنتی بیوتیک های پرمصرف و الگوی مقاومت میکروبی در کمیته کنترل عفونت به منظور تصمیم گیری در خصوص نحوه مصرف یک یا چند آنتی بیوتیک بررسی و نتایج توسط ریاست بیمارستان به پزشکان و مسئولین بخش ها اعلام می گردد.

۸. تیم کنترل عفونت نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را به پزشکان و پرسنل جهت اطلاع و اقدام جهت کنترل آن اطلاع رسانی می کند.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش اجرایی :

گزارش سرپرستاران بخش های جراحی

مسئول پیگیری روش اجرایی :

سوپروایزر کنترل عفونت

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

۱. نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی - پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از جراحی
۲. پروتکل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی (آخرین نسخه ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Ra/Con ag/ins-01/02	کد سند	۲	سنجه	۱	۷	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

18. نحوه استفاده از مواد حاجب

کام های انجام کار :

1. پذیرش بیمار توسط متصدی پذیرش واحد تصویر برداری صورت می گیرد
 2. شرح حال مختصر از بیمار و اندازه گیری وزن بیمار و سن اخذ می شود به علاوه محاسبه **GFR** توسط کارشناس مربوطه
 3. بیمار به اتاق سونوگرافی جهت تجویز داروهای مواد حاجب توسط پزشک مربوطه ارجاع می شود.
 4. بیمار جهت اخذ داروی مربوطه به داروخانه ارجاع می شود .
 5. بیمار به بخش اورژانس به منظور برقراری راه وریدی ارجاع می شود.
 6. بیمار به بخش طب و تصویر مراجعه نموده و شرح حال و رضایت آگاهانه توسط تکنسین مربوطه اخذ می شود .
- در موارد تجویز سولفات باریم جهت رادیوگرافی مری معده و اثنی عشر و روده کوچک و روده بزرگ به صورت زیر عمل می شود :

* جهت بررسی مری معده و اثنی عشر 2 بسته پودر به صورت سوسپانسیون خمیری شکل

* جهت بررسی روده باریک 3 بسته به صورت رقیق شده با 4 لیوان آب

* جهت بررسی روده بزرگ 3 بسته به صورت رقیق شده با 2 لیتر آب

موارد منع مصرف :

انسداد و احتمال پارگی احشا و زخم شدید دستگاه گوارش و فیستول

- در موارد تجویز ویال ویزیپک 320-370 :

در موارد تزریق 1 سی سی به ازای هر کیلو وزن بدن بیمار

موارد منع مصرف : بیماران دیابتی با مصرف متفورمین / در بیماران با **GFR** کمتر از 30 و بیماران با سابقه حساسیت دارویی

(مصرف قرص متفورمین 24 ساعت قبل و 48 ساعت بعد از تزریق باید قطع شود.)

- در موارد تجویز ویال اوروگرافین 76 درصد :

بعنوان ماده حاجب خوراکی در سی تی اسکن می شود .

که 30 سی سی در 1/5 لیتر آب حل می شود و به صورت خوراکی به بیمار داده می شود .

7. پس از تزریق دارو و انجام گرافی ، پس از 10 دقیقه در صورت نداشتن مشکل خاص راه وریدی بیمار قطع و بیمار ترخیص می

گردد.

کتابچه دستورالعمل ها

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش اجرایی :

گزارش سرپرستاران بخش های جراحی

مسئول پیگیری روش اجرایی :

سوپروایزر کنترل عفونت

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Ra/Dra wo/ins-02/02	کد سند	۱	سنجه	۱	۷	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل:

19. آمادگی برای پیشگیری و مقابله با سوانح پرتوی محیط کار

کام های انجام کار:

روش اجرای دستورالعمل:

۱. نقشه فضای فیزیکی به تائید واحد بهداشت پرتوها رسیده است .
۲. بخش تصویربرداری نباید به عنوان راهرویی برای عبور بیماران و همراهیان و عبور به سایر قسمتهای بیمارستان باشد .
۳. علائم هشدار دهنده برای کودکان و خانم های باردار و سایر گروههای پرخطر تهیه و بر اساس وسعت واحد تصویر برداری در این واحد نصب شده است .
۴. چراغ هشدار دهنده به منظور آگاه سازی کارکنان، بیماران و همراهان از معرض اشعه /تابش ۱ و دور نگه داشتن آنها از منطقه تشعشع به جهت کاهش مخاطرات پرتویی، چگونگی قرار گیری در محیطهای مغناطیس و افزایش ایمنی افراد و حذف پرتوگیریهای غیرضروری نصب شده است . علاوه بر نصب علائم هشداردهنده، بهره گیری از سیستمهای قفل کننده موقت ورودی ها همزمان با عملکرد دستگاهها توصیه میگردد.
۵. در صورتی که بیمار رادیوگرافی از یک عضو مشخص را دارد، سایر قسمت ها توسط شیلدهای حفاظتی، پوشانده شده تا از دریافت دوز اضافی جلوگیری شود و چنانچه بیمار ، به دلیل عدم توانایی نیاز به همراه داشته باشد . همراه وی نیز باید کاملاً محافظت شود.
۶. شیلدهای حفاظتی بخش شامل : روپوش های سربی، دامن سربی، ژیلت سربی، عینک سربی و دستکش سربی و شیلدهای مخصوص گنادها مثل: تیروئید، دستگاه تناسلی و تولید مثل می باشد .
۷. در مورد اندیکاسیون های پرتابل نیز، در بخش های متقاضی، شیلدهایی شامل : روپوش و شیلد تیروئید سربی، شیلد گناد و نیز پاراوان سربی موجود می باشد .
۸. در مورد حفاظت کارکنان، یک جعبه کوچک به ابعاد 3*5 سانتیمتر به رنگ های قرمز، زرد، آبی که شامل یک فیلم کوچک رادیولوژی می باشد بر روی سینه پرتوکاران نصب می باشد که به آن فیلم بچ می گویند .
۹. این فیلم بچ هر دو ماه یکبار از بیمارستان به مرکز سازمان انرژی اتمی (پارسیان) ارسال می شود .
۱۰. از مرکز پارسیان پس از بررسی نتیجه عودت می شود .
۱۱. در صورتی که دریافت دوز جذبی از حد مجاز بیشتر باشد ، در کنار نام آن شخص علامت ستاره گذاشته می شود .
۱۲. هر 6 ماه یکبار، پرسنل این واحد به درخواست معاون درمان، آزمایش های دوره ای را انجام می دهند .
۱۳. این آزمایش ها شامل CBC ، u/a و پلاکت، و سرعت انعقاد خون و معاینه پوست و چشم می باشد.
۱۴. جهت کنترل اتاق های این واحد، سالانه 2بار، مسئول فیزیک بهداشت شهرستان با دوزیمترهای مجاز، دوزیمتری را انجام می دهد
۱۵. نتیجه دوزیمتری محیط کار توسط مسئول فیزیک بهداشت شهرستان و اعضای معاونت بهداشتی به واحد تصویر برداری و معاونت درمان ارسال می شود .
۱۶. در صورت داشتن نقص واحد تصویربرداری با اطلاع ریاست بیمارستان در جهت رفع آن اقدام می نماید .

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۴۶



کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تهیه کننده: کارشناس مسئول واحد طب تصویربرداری

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-La/Col
is/ins-01/02

کد سند

۱

سنجه

۱

۸

ب

استاندارد

عنوان دستورالعمل :

20. جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی

کام های انجام کار :

- ظروف جمع آوری نمونه در سایزهای مختلف از انبار بیمارستان تحویل گرفته شود .
 - محلول فرمالین 10 درصد براساس خط مشی توسط پرسنل آزمایشگاه تهیه و در اختیار اتاق عمل قرار گیرد
 - نمونه پاتولوژی پس از جدا شدن از بافت توسط پرستار اسکراب تحویل پرستار سیرکولر شده و جمع آوری می شود .
 - پاتولوژی در ظرف مناسب حاوی مقدار کافی فرمالین 10 درصد قرار می گیرد .
 - برچسب مشخصات بیمار شامل (نام بیمار - نام جراح - تاریخ عمل : این مشخصات مربوط به بخش اتاق عمل است) - نوع بیوپسی - شماره پرونده) روی ظرف بیوپسی الصاق می گردد .
 - فرم درخواست پاتولوژی (فرم شماره 1) و فرم درخواست آزمایش تکمیل می شود و توسط پزشک مهر و امضا می گردد .
 - ظرف بیوپسی به محل مخصوص منتقل می شود .
 - نوع بیوپسی و نام بیمار توسط پرستار اتاق عمل یا بخش مربوطه در دفتر تحویل پاتولوژی ثبت می گردد .
 - در پایان شیفت توسط نیروی خدمات اتاق عمل یا بخش مربوطه و با استفاده از ظرف مخصوص حمل نمونه به آزمایشگاه منتقل می گردد .
 - مسئول آزمایشگاه بیوپسی را تحویل گرفته و محل مخصوص در دفتر تحویل بیوپسی را امضا می کند .
 - برگه پاتولوژی توسط مسئول آزمایشگاه مهر می گردد و شماره پیگیری ثبت می شود .
- نسخه دوم برگه پاتولوژی ضمیمه پرونده بیمار می گردد.

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-La/Inr cr/ins-02/02	کد سند	۲	سنجه	۳	۸	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

21. گزارش آنی نتایج بحرانی

کام های انجام کار :

۱. فهرست محدوده بحرانی تصویربرداری با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول تصویربرداری در کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی و تصویربرداری ابلاغ میگردد.
۲. در صورت تشخیص نتایج بحرانی تصویربرداری، توسط پزشک رادیولوژیست بلافاصله به پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار اطلاع رسانی شود و در دفتر مربوطه ثبت گردد. لازم به ذکر است در صورت شک کارشناس رادیولوژی به وجود مقادیر بحرانی حین یا پس از از تصویربرداری، اطلاع سریع به پزشک رادیولوژیست الزامی است، سپس بایستی پزشک رادیولوژیست نسبت به بررسی موضوع اقدام و در صورت تایید نهایی به پزشک معالج اطلاع داده شود.
۳. در صورت پاسخگو نبودن پزشک رادیولوژیست (عدم دسترسی به پزشک رادیولوژیست) مراتب جهت پیگیری توسط کارشناس رادیولوژی به دفتر پرستاری اطلاع داده می شود. ضمناً همزمان اطلاع به پرستار مسئول بیمار نیز صورت گرفته تا توسط ایشان اطلاع به پزشک معالج صورت گیرد.
۴. فهرست محدوده بحرانی آزمایشات با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول آزمایشات در کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخشهای بالینی و آزمایشات ابلاغ میگردد.
۵. کارشناس مسئول هر قسمت در آزمایشگاه مسئول اطلاع نتیجه آزمایش به پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار می باشد و توسط ایشان در دفتر مربوطه ثبت گردد.
۶. بعد از اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار و پزشک معالج، مجدد آزمایش مربوطه تکرار و نتیجه اطلاع رسانی می شود.
۷. گزارش آنی نتایج بحرانی تصویربرداری/آزمایشگاه فقط با استفاده از خط آزاد ارتباطی جهت اطلاع رسانی آنی به بخش ها صورت می گیرد.
۸. در صورتی که نتایج بحرانی تصویربرداری/آزمایشگاه حاصل مربوط به بیمار سرپائی باشد، شماره تماس بیمار جستجو شده و بلافاصله با بیمار جهت دریافت نتیجه و مراجعه به پزشک تماس حاصل می گردد.
۹. از Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop - در چهار مرحله بازخوانی شنیده، یادداشت شنیده، بازخوانی یادداشت، اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات - جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان واحدهای پاراکلینیک و کادر بالینی استفاده می شود.
۱۰. از Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) استفاده می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-La/Exp pl/ins-03/02	کد سند	۲	سنجه	۲	۸	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

22. نحوه انجام آزمایشها در بخش های فعال آزمایشگاه

کام های انجام کار :

عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود

کام های انجام کار :

شرح اقدامات(به ترتیب اجرای آن با مشخص کردن مسئول انجام):

- ۱- روشن کردن و آماده سازی دستگاه اتولایزر توسط مسئول بیوشیمی طبق دفترچه راهنمای دستگاه . دادن سرم کنترل به دستگاه و چک کردن جواب آن و در صورت نیاز کالیبره کردن تست ها
- ۲- گرفتن برگه کار بیوشیمی که مشخصات بیمار و تست هایش همراه با قید تاریخ ، نام کاربر، شروع و خاتمه کار در بالای صفحه، نام و سری ساخت و تاریخ اعتبار کیت مورد استفاده را دارد توسط مسئول بیوشیمی انجام می شود.
- ۳- تحویل نمونه ها از بخش خونگیری هر نیم ساعت یکبار(نفر دوم بیوشیمی یا نفر دوم نمونه گیری)
- ۴- سانتیفریوژ کردن نمونه ها(نفر دوم بیوشیمی یا نفر دوم نمونه گیری)
- ۵- نوشتن شماره بر اساس برگه کار بر روی کاپهای مخصوص یونوگرام (نفر دوم بیوشیمی)
- ۶- ریختن سرم در کاپها به مقدار مورد نیاز(نفر دوم بیوشیمی)
- ۷- پذیرش تستهای درخواستی بر اساس لیست دفتر و قرار دادن کاپها در جایگاه مربوطه و شروع به کار دستگاه برای انجام آزمایش(مسئول بیوشیمی)
- ۸- چک کردن جواب کنترل ها (مسئول بیوشیمی)
- ۹- وارد کردن جوابها در برگه کار و تکرار آزمایش ها در صورت نیاز(مسئول بیوشیمی)
- ۱۰- اطمینان از انجام همه آزمایش ها و تکمیل برگه کار(مسئول بیوشیمی)
- ۱۱- وارد کردن جوابها در سیستم کامپیوتری(مسئول بیوشیمی)
- ۱۲-انجام شست و شو های مورد نیاز دستگاه و خاموش کردن دستگاه طبق اصول دفترچه راهنما (مسئول بیوشیمی)
- ۱۳- قرار دادن باتلهای محلولها در یخچال بیوشیمی(مسئول بیوشیمی)

کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- بروشورهای مربوط به محلول ها- دفترچه راهنمای دستگاه اتوآنالایزر-Sop های مربوط به بخش بیوشیمی- دفتر محلول های مصرفی- Log Book دستگاهها - زونکن برگه کارهای بیوشیمی- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری

عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود

گام های انجام کار :

۲ نفر در شیفت صبح بایستی مسئول آزمایشات هماتولوژی قرار گیرند.

اپراتور دستگاه:

- 1- نمونه گیری سرپایی تا ساعت 8 صبح روز در میان توسط مسئول هماتولوژی
- 2- دادن خون کنترل به دستگاه و چک کردن آن توسط مسئول هماتولوژی
- 3- دادن نمونه های CBC بیماران به دستگاه توسط مسئول هماتولوژی
- 4- کشیدن لام بیماران سرپایی و بخش توسط مسئول هماتولوژی
- 5- چک کردن گروه های خونی و در صورت وجود خطا گزارش آن به سوپروایزر توسط مسئول هماتولوژی
- 6- شستشوی های روزانه و هفتگی و مراقبت های دستگاه توسط مسئول هماتولوژی
- 7- انجام ثبت موارد بحرانی و تکرار تست ها در فرم های مربوطه توسط مسئول هماتولوژی
- 8- گزارش نقطه سفارش ایزوتون و لایز و کاغذ پرینتر توسط مسئول هماتولوژی
- 9- انجام آزمایش CSF و تمامی مایعات توسط مسئول هماتولوژی
- 10- کشیدن لام های سیتولوژی که از اتاق عمل ارسال می شود توسط مسئول هماتولوژی
- 11- انجام Delta check برای بیماران بستری و دوبلیکیت تست و T.Britin 2 تا 3 بار در ماه. توسط مسئول هماتولوژی

نفر دوم هماتولوژی:

- 1- ردیف کردن برگه های آزمایش توسط مسئول هماتولوژی
- 2- انجام PTT,PT و گروه خون توسط مسئول هماتولوژی
- 3- دیدن لام و ردیف کردن آنها توسط مسئول هماتولوژی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- دستورالعمل کار با دستگاه-sysmex- دفترچه راهنمای دستگاه _sysmex _Sop های مربوط به بخش هماتولوژی
-دفتر محلول های مصرفی- دفتر تکرار تست ها- فرم کنترل کیفی-Log Book دستگاهها - - دفتر مخصوص هماتولوژی- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری

کتابچه دستورالعمل ها

عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود کام های انجام کار :

- ۱- انتقال نمونه ها از محل نمونه گذاری به میز کار میکروبی شناسی توسط نیروی خدماتی
- ۲- بررسی نمونه ها از نظر نام بیمار و کد توسط مسئول میکروب شناسی
- ۳- روشن کردن شعله توسط مسئول میکروب شناسی
- ۴- ردیف کردن نمونه ها توسط مسئول میکروب شناسی
- ۵- کشت ادرار توسط مسئول میکروب شناسی
- ۶- قرار دادن پلیت های حاوی محیط کشت بلاد آگار و EMB در دمای اتاق توسط مسئول میکروب شناسی
- ۷- نوشتن نام بر روی محیط کشت توسط مسئول میکروب شناسی
- ۸- استریل کردن لوپ بر روی شعله توسط مسئول میکروب شناسی
- ۹- انجام کشت نمونه های مختلف بر روی محیط کشتها به صورت استاندارد توسط مسئول میکروب شناسی
- ۱۰- دوباره استریل کردن لوپ توسط مسئول میکروب شناسی
- ۱۱- قرار دادن محیط های کشت شده درون انکوباتور ۳۷ درجه به مدت ۲۴ ساعت توسط مسئول میکروب شناسی
- ۱۲- پس از ۲۴ ساعت بررسی محیطهای کشت داده شده از نظر رشد میکروب توسط مسئول میکروب شناسی
 - اگر میکروبی رشد نکرده باشد: NO GROWTH
 - اگر میکروب رشد کرده باشد: تهیه اسمیر برای رنگ آمیزی گرم- کشت میکروب در محیطهای افتراقی در صورت لزوم و قرار داد آن در انکوباتور به مدت ۲۴ ساعت دیگر. پس از آن تشخیص نوع میکروب و آنتی بیوگرام بر اساس میکروب- خواندن جواب آنتی بیوگرام پس از ۲۴ ساعت و رسیدن به جواب نهایی
- ۱۳- ثبت جواب در دفتر و کامپیوتر و بقیه تستها هم بر اساس SOP می باشد توسط مسئول میکروب شناسی
- ۱۴- ثبت و گزارش مقادیر بحرانی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- دفترچه راهنمای دستگاه- S.o.p های مربوط به بخش میکروب- فرم کنترل کیفی- دفتر مخصوص میکروب- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری- Log Book دستگاهها

عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود

کتابچه دستورالعمل ها

کام های انجام کار :

- ۱- از ساعت ۷:۳۰ شروع به کار بخش ادرار انجام می پذیرد. (مسئول بیوشیمی ادرار)
 - ۲- کنترل نوارهای ادراری که دستورالعمل آن در قسمت کنترل کیفی بخش ادرار موجود می باشد توسط مسئول بیوشیمی ادرار انجام می شود.
 - ۳- راس ساعت ۸:۰۰ بعد از OK بودن نوار ادراری، باید تا ساعت ۱۳:۳۰ آزمایشات U/A انجام گردد و در صورت موجود بودن درخواست U/C اول نمونه کشت انجام شده و بعد U/A آن گذاشته شود. (مسئول بیوشیمی ادرار)
 - ۴- گزارش و ثبت مقادیر بحرانی
 - ۵- نمونه های ادرار مشکوک به وجود تریکونوماس در کمتر از ۳۰ انجام شوند.
- * نکته: تمامی امکانات (نوار ادراری، لام، لامل، معرف ارلیش (اوروبیلی نوژن) و اسید نیتریک (بیلی رو بین) دارای نقطه سفارش می باشد که مسئول هر بخش موظف است با توجه به نقطه سفارش درخواست را روی برد برای سوپر وایزر نوشته و ایشان سفارش لازم را می دهد. از لحاظ تجهیزات (میکروسکوپ، سانتریفیوژ) Back up باید موجود باشد که در صورت خرابی هر کدام از تجهیزات جایگزین استفاده می شود. (مسئول بیوشیمی ادرار)

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- بروشورهای مربوط به محلول ها -Log Book- دستگاهها- فرم کنترل کیفی(رفرکتومتر - نوار ادراری) - دفتر مخصوص بیوشیمی ادرار- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری

عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود

کام های انجام کار :

- آزمایش مدفوع(شرایط قبل از آزمایش، نحوه گرفتن نمونه، نگهداری و انتقال به آزمایشگاه)
- نمونه گیری مدفوع یک آزمایش جهت بررسی ارگانیزم های بیماری زا و غیر بیماری زای موجود در دستگاه گوارش مانند انگل، قارچ و باکتری و همچنین وجود آسیب در دستگاه گوارش و آنالیزهای بیوشیمی انجام می گیرد.
- نمونه گیری باید به گونه ای انجام شود که بتوان هر نوع انگلی را تشخیص داد و جداسازی نمود. همچنین نمونه باید در یک ظرف دهان گشاد تمیز قرار گیرد و درب ظرف محکم باشد تا رطوبت نمونه حفظ شود.
- برای اینکه نمونه گیری مدفوع به راحتی انجام شود لازم است که نکاتی مورد توجه قرار گیرد.
- در صورتی که اندازه گیری کمی یا کیفی چربی در مدفوع درخواست شود بیمار باید قبل از اینکه آزمایش را انجام دهد از شیف یا مواد روغنی استفاده نماید.

کتابچه دستورالعمل ها

گروز قبل از نمونه گیری از درمان با موارد زیر بپرهیزید:

- روغن های کرچک
- روغن های معدنی
- منیزیوم
- بیسموت
- ترکیبات ضد اسهال
- مصرف آنتی بیوتیک

دقت نمایید که نمونه مدفوع باید در یک ظرف پلاستیکی که آزمایشگاه در اختیار شما قرار داده است جمع آوری شود. در صورتی که بیمار بستری باشد می تواند در یک ظرف خشک نمونه را ریخته و با استفاده از چوب مخصوص (آبسلانگ) نمونه را به ظرف برچسب دار انتقال دهد.

همچنین توجه داشته باشید که نمونه مدفوع را نباید با دستمال کاغذی، صابون، ادرار یا آب مخلوط شود. نکته ای باید مورد توجه قرار گیرد اینکه برخی از انگل های فعال ممکن است با ادرار از بین بروند.

نمونه هایی که به اسهال خونی مشکوک هستند باید بلافاصله بعد از نمونه گیری به آزمایشگاه ارسال گردند.

سه نوبت آزمایش مدفوع

اگر قرار باشد که سه نوبت آزمایش مدفوع انجام شود باید هر نوبت در یک روز یا یک روز در میان انجام شود. در صورتی که فرد دچار یبوست باشد بهتر است که سه نمونه را حداکثر در فاصله زمانی 10 روز جمع آوری نمود.

نمونه مدفوع اسهالی و لزج باید هرچه زودتر به آزمایشگاه ارسال شوند. اما اگر نمونه معمولی باشد و یا اینکه سفت باشد اگر نمونه سریع به آزمایشگاه منتقل نشود باید نمونه را در یک محل که سرد و گرم نباشد نگهداری نمود و حداکثر باید تا 24 ساعت نمونه را به آزمایشگاه انتقال داد.

اگر کرم یا موارد مشکوکی مشاهده کردید به آزمایشگاه گزارش دهید.

برای نمونه گیری مدفوع نیازی به ناشتا بودن نیست.

در صورتی که درون قوطی مایع مشاهده نمودید مایع را بیرون نریزید.

اگر دارو مصرف می کنید قبل از نمونه گیری حتما با آزمایشگاه مشورت نمایید.

حجم نمونه مدفوع مورد نیاز

حجم مدفوع باید به اندازه چند گرم یا معادل دو یا سه بار برداشت با آبسلانگ باشد.

در صورتی که پزشک از شما کشت مدفوع هم درخواست کرده باشد بهتر است که ابتدا کشت داده شود و بعد از آن آزمایش ساده مدفوع انجام گیرد.

در صورتی که قرار باشد بر روی نمونه آزمایش کشت میکروبی انجام شود نباید به نمونه مدفوع مواد نگهدارنده اضافه شود.

جمع آوری نمونه از نظر تشخیص انگلی

کتابچه دستور العمل ها

نمونه برداری باید به نحوی انجام پذیرد که امکان تشخیص و جداسازی هر انگلی وجود داشته باشد. تشخیص عفونت های انگلی به امتحان میکروسکوپی مدفوع، ادرار، خون، خلط، بافت و در مواردی بررسی ماکروسکوپی نمونه استوار است. نمونه ها باید در یک ظرف دهان گشاد تمیز پلاستیکی یا مومی جمع آوری گردد. در پیچ ظرف باید کاملا محکم باشد تا رطوبت نمونه حفظ گردد. نمونه ها نباید با آب یا ادرار مخلوط شوند زیرا سبب بی حرکت شدن تروفوزوئیت تک یاخته و یا موجب از بین رفتن آن می گردد. آلودگی اتفاقی نمونه با خاک و یا آب ممکن است باعث گردد که نمونه به ارگانسیم های دارای زندگی آزاد که موجود در آب و یا خاک باشند آلوده شده که در این مورد به آسانی با تک یاخته های انگلی اشتباه می شوند و جمع آوری نمونه از توالی فرنگی نیز مناسب نمی باشد.

تداخل مواد:

بعضی از مواد مانند روغن های معدنی، باریم (کریستال ها مانع مشاهده انگل به خصوص تک یاخته ها می گردند). بیسموت، آنتی بیوتیک ها (تتراسیکلین)، داروهای ضد مالاریا و مواد غیر قابل جذب ترکیبات ضد اسهالی در جداسازی انگل های روده ای تداخل ایجاد می کنند.

بعد از مصرف مواد فوق بوسیله بیمار ممکن است برای مدت یک هفته تا چند هفته نتوان انگل را تشخیص داد. معمولا دو ماده ای که به مقدار زیاد توسط بیماران مصرف می گردد باریم و آنتی بیوتیک است که تتراسیکلین باعث کاهش یا از بین رفتن انگل ها (مخصوصا تک یاخته ها) می گردد و در چنین مواردی باید نمونه برداری بعد از گذشت 7 روز انجام شود.

ثبت مشخصات نمونه مدفوع:

هر نمونه باید دارای مشخصات نام بیمار، نام پزشک، شماره آزمایشگاه، تاریخ و زمان جمع آوری نمونه باشد. برگ درخواست پزشک باید ضمیمه شده و در آن اطلاعات اضافی مانند تشخیص احتمالی بیماری با توجه به علائم آن و یا تاریخچه مسافرت به منطقه خاص ذکر گردیده باشد. باید توجه نمود که چون هر نمونه مدفوع می تواند به عنوان یک منبع مهم باکتری، ویروس و انگل باشد لذا باید به عنوان یک منبع آلوده کننده مهم محسوب گردد.

تعداد نمونه های مدفوع

حداقل 3 نمونه به صورت هر روز یا یک روز در میان باید جمع آوری گردد. (به دلیل اینکه معمولا بعضی از تک یاخته ها و تخم کرم ها به صورت تناوبی دفع می گردند)

در مواردی که بیمار اسهال و درد شکم نداشته باشد می توان دو نمونه را بطور معمول و یک نمونه را بعد از استفاده از یک مسهل مانند سولفات منیزیم یا **fleets phosho-soda** جمع آوری نمود.

از مسهل های روغنی نباید استفاده کرد زیرا روغن باعث کندی حرکت تروفوزوئیت شده و به علت تغییر شکل انگل تشخیص را مشکل می سازد.

در مواردی که پزشک مشکوک به آمیباز روده ای باشد جمع آوری 6 نمونه بیمار کمک کننده است و باعث تشخیص عفونت های آمیبی به میزان 90٪ می گردد اما معمولا کمتر توسط پزشک درخواست می گردد.

در صورت مثبت بودن آزمایش انگل در نوبت اول دو نوبت دیگر نیز حتما باید مورد بررسی قرار گیرد چون ممکن است بیمار به دو یا چند انگل مختلف آلوده باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

زمان جمع آوری نمونه

اگر نمونه های مدفوع به صورت یک روز در میان جمع آوری گردد 3 نمونه را باید حداکثر در فاصله زمانی 10 روز جمع آوری کرد. اگر منظور جمع آوری 6 نمونه باشد باید آن ها را حداکثر در فاصله زمانی 14 روز جمع آوری کرد. باید توجه نمود که نباید در طی یک روز بیشتر از یک نمونه جمع آوری نمود.

زمان صحیح انجام آزمایش بعد از جمع آوری نمونه

بستگی به روش جمع آوری نمونه در آزمایشگاه دارد چون بعضی از آزمایشگاه ها از مواد نگهدارنده استفاده می کنند. زمان صحیح به رح زیر است:

آبکی: (**Liquid or watery**) باید در فاصله زمانی 30 دقیقه بعد از جمع آوری نمونه آزمایش شود.

نرم: (**soft**) باید در فاصله زمانی 30 دقیقه بعد از جمع آوری نمونه آزمایش شود.

نیمه شکل دار: (**semi formed**) باید در فاصله زمانی 60 دقیقه بعد از جمع آوری نمونه آزمایش شود.

کاملاً شکل دار: (**formed**) همان روز یا روز بعد می تواند آزمایش شود.

باید توجه نمود که می توان نمونه را در یخچال **3-5 C** نگهداری نمود که در این حالت تخم ها لاروها و کیست های تک یاخته تا چند روز بدون تغییر شکل حفظ می شود اما باید توجه نمود که نمونه ها یخ نزنند چون در اثر نگهداری در دمای زیر صفر خصوصیات ظاهری انگل تغییر می کند. نمونه نگهداری شده در یخچال برای انجام آزمایش مستقیم به هیچ وجه مناسب نیست چون تروفوزوئیت تک یاخته از بین می رود. همچنین نمونه ها را به هیچ وجه نباید در انکوباتور قرار داد.

بررسی میکروسکوپی و ماکروسکوپی مدفوع

جمع آوری نمونه:

اگر زمان زیادی بگذرد (بیش از یک ساعت) تروفوزوئیت از بین می رود. در بیش از یک روز کیست هم از بین می رود. تخم بعضی کرم ها لارو می شود.

روش انجام آزمایش:

آزمایش ماکروسکوپی مدفوع

به محض رسیدن نمونه های مدفوع به آزمایشگاه باید شکل، قوام و رنگ مدفوع را بررسی کرد:

• **Formed** یا **F** یا شکل دار

• **Soft** یا **S** یا نرم

• **Loose** یا **L** یا شل

• **Watery** یا **W** یا آبکی

• نمونه دارای موکوس **M** = یا **Mucoid**

• نمونه دارای خون **B** = یا **Bloody**

رنگ مدفوع را به صورت زیر مشاهده کنید:

• قهوه ای = **Brown**

• سیاه = **Black**

کتابچه دستورالعمل ها

• Yellow = زرد

• Green = سبز

• White = سفید

بررسی موکوس نمونه مدفوع

برای بررسی موکوس نمونه مدفوع توسط یک آبسلانگ قسمتی از یک نمونه را برداشت می کنیم. وضعیت و حالت کش آمدن نمونه را بررسی و گزارش می کنیم.

معمولا آزمایش میکروسکوپی نمونه های مدفوع متشکل از سه مرحله جداگانه شامل:

1. تهیه گسترش مستقیم

2. تغلیظ نمونه

3. رنگ آمیزی

تهیه گسترش مستقیم (مرطوب)

گسترش مستقیم را می توان در کوتاه ترین مدت و با حداقل امکانات تهیه نمود.

در صورت مثبت بودن آن از نظر وجود انگل می توان یک گزارش اولیه سریع به پزشک ارائه داد و گزارش نهایی را موکول به انجام آزمایش با استفاده از روش های تغلیظ و رنگ آمیزی دائمی نمود.

در آزمایش مستقیم به علت برداشت حجم بسیار کمی از مدفوع، امکان دستیابی به انگل خیلی کم است. همچنین در صورت یافتن انگل به علت اینکه بعضی از تک یاخته ها خیلی کوچک می باشند به سختی می توان در گسترش مستقیم نوع آن ها را تعیین نمود.

اهداف تهیه گسترش مستقیم شامل:

• ارزیابی میزان الودگی بیمار

• تشخیص سریع نمونه هایی که آلودگی شدید دارند

• بررسی حرکت ارگانیسم ها

این روش آماده سازی باید روی نمونه های تازه مدفوع که در یخچال نگهداری نشده و یا با مواد نگهدارنده مخلوط نگردیده است انجام گیرد. در این روش، مراحل مختلف زندگی اغلب انگل های روده ای (تروفوزوئیت، کیست، لارو و تخم)، اووسیت کوکسیدیایها، اجسام کروماتوئید موجود در کیست و حرکت تروفوزوئیت ها را می توان تشخیص داد.

در مورد نمونه های تازه ای که در ماده نگهدارنده قرار داده نشده اند محلول 85٪ کلرورسدیم در آب و یا محلول ید به عنوان رقیق کننده استفاده می شود.

برای نمونه های نگهداری شده در فرمالین و یا مواد نگهدارنده دیگر، مواد نگهدارنده نقش رقیق کننده را نیز ایفا می کنند.

باید توجه نمود که ید و مواد نگهدارنده مانند فرمالین باعث کشته شدن ارگانیسم شده و حرکت آن را نمی توان بررسی نمود.

تهیه گسترش مستقیم با محلول ید باعث می شود که هسته و بیشتر عناصر داخل کیست های انگل مشخص گردند.

معمولا در این گونه آماده سازی تروفوزوئیت ها شکل طبیعی خود را از دست می دهند. تخم کرم ها و لاروها قابل شناسایی هستند اما بعضا جزئیات داخلی آن ها نامشخص می شود.

کتابچه دستورالعمل ها

برای تشخیص اولیه اووسیت کریپتوسپوریدیوم تهیه نمونه با محلول ید پیشنهاد می گردد زیرا معمولا اووسیت ها ید را جذب نکرده و شفاف می مانند(برخلاف مخمرها و دیگر عناصر مدفوع که رنگ زرد ید را جذب می نمایند) اما به هر حال باید تشخیص قطعی کریپتوسپوریدیوم با رنگ آمیزی های اختصاصی و یا استفاده از کیت دارای آنتی بادی منوکلونال اختصاصی انجام گیرد. اووسیت ایزوسپورابلی نیز می تواند در گسترش مستقیم دیده شود. اسپورهای میکروسپوریدیا آنقدر کوچک هستند که ممکن است با ذره های کوچک موجود در محیط اشتباه شوند، بنابراین در گسترش مستقیم ممکن است تشخیص صحیح داده نشوند.

در بررسی میکروسکوپی نمونه مدفوع ممکن است عناصر زیر دیده شوند:

- ترفوزوئیت و کیست تک یاخته های روده ای
- اووسیست کوکسیدیا و اسپورهای میکروسپوریدیا که تشخیص این اسپورها از ذره های کوچک موجود در محیط مشکل است.
- تخم کرم ها و لاروها
- گلبول های قرمز که ممکن است دلیل زخم یا عوامل دیگر خونریزی دهنده باشد.
- گلبول های سفید مخصوصا نوتروفیل ها که ممکن است دلیل التهاب باشند.
- ائوزینوفیل ها که معمولا دلیل وجود یک پاسخ ایمنی است(ممکن است در ارتباط با وجود عفونت های انگلی و یا علل دیگر باشد)
- ماکروفاژها که ممکن است به دلیل حضور عفونت های باکتریایی یا انگلی باشد.
- کریستال های شارکوت لیدن که بقایای ائوزینوفیل های تخریب شده است(ممکن است در ارتباط با وجود عفونت های انگلی و یا علل دیگر باشد).
- قارچ ها(نوع کاندیدا) و مخمرهای دیگر و یا قارچ های شبه مخمر
- سلول های گیاهی، دانه های گرده و اسپورهای قارچ ها که ممکن است شبیه تخم کرم ها، کیست تک یاخته ها و اووسیست کوکسیدیا و اسپورهای میکروسپوریدیا باشد.
- فیبر یا ریشه گیاهان و یا موی حیوانات که ممکن است شبیه لارو کرم ها باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب مستند سازی درازمایشگاه تشخیص طبی

کتاب انگل نوابراون

کتاب فراورده های تزمایشگاهی وتجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

کتابچه دستور العمل ها

کام های انجام کار :

- ۱- ابتدا لیست های کاری مربوط به آزمایشات هورمونی و ایمونولوژی، توسط مسئول هورمون شناسی گرفته می شود.
- ۲- از لیست بیمارانی که تستهایشان نیاز به تکرار داشته باشد توسط مسئول هورمون شناسی به لیست جدید اضافه می گردد.
- ۳- مسئول هورمون شناسی کیت های مورد نظر و سرم بیماران و محلول های شستشو را از یخچال بیرون آورده تا به دمای محیط برسد.
- ۴- مسئول هورمون شناسی بر اساس لیست، سرمها را ردیف می کند.
- ۵- مسئول هورمون شناسی دستگاه الیزا را روشن کرده و برنامه های شستشو را اجرا می کند.
- ۶- بعضی از تستها نیاز به رقیق کردن سرم و یا canjuge و یا سوستراد دارد که مسئول هورمون شناسی رقیق سازی را هم در ابتدای کار انجام می دهد..
- ۷- مسئول هورمون شناسی برای انجام شستشو ها به روش دستی از دستگاه washer استفاده می کند که قبل از روشن نمودن، waste و محلول شستشو را چک کرده و سپس روشن می کند.
- ۸- در انتها بعد از اتمام آزمایشات جوابها توسط مسئول هورمون شناسی وارد لیست می شود و پرینت آزمایشات دستگاهی گرفته می شود.
- ۹- مسئول هورمون شناسی تستهای بیمارانی را که نیاز به تکرار دارد مشخص نموده و سرم آنها را جدا کرده و توسط دستگاه وایداس تکرار می کند.
- ۱۰- بایگانی سرمهای آن روز توسط مسئول هورمون شناسی
- ۱۱- تکمیل Log book دستگاهها توسط مسئول هورمون شناسی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- بروشورهای مربوط به محلول ها- دستور العمل کار با دستگاه الیزا- دفترچه راهنمای دستگاه الیزا- SOp های مربوط به بخش هورمون- دفتر موارد بحرانی و عدم تطابق تکرار پذیری -Log Book دستگاهها- دفتر محلول های مصرفی

عنوان دستور العمل : نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود

کام های انجام کار :

- ۱- نمونه ها توسط نیروی خدماتی از اتاق عمل در شیفیت صبح به آزمایشگاه آورده می شود و کارشناس پاتولوژی درخواستها را پذیرش و شماره می زند.
- ۲- در شیفیت صبح بعد از حضور دکتر نمونه ها برش داده می شود و در باکس های مخصوص قرار می گیرد و به دستگاه تیشوپروسور انتقال می یابد و فرایند تهیه لام پاتولوژی طبق دستورالعمل های موجود طی میشود.
- ۳- بعد از تهیه لام دکتر گزارش نهایی را انجام داده و به کارشناس پاتولوژی تحویل می دهد.
- ۴- دستورالعمل دستگاهها SOP تکنیک های پاتولوژی و سیتولوژی و رنگ آمیزی در بخش موجود می باشد.
- ۵- جوابدهی در هفته دوم و در شیفیت صبح انجام می شود.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۵۹



کتابچه دستورالعمل ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل کار با دستگاههای پاتولوژی -Sop های مربوط به بخش پاتولوژی

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-La/Qal pl/ins-04/02	کد سند	۳	سنجه	۲	۸	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

23. کنترل کیفیت بخش های فعال آزمایشگاه

عنوان دستورالعمل 1 : کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی

کام های انجام کار :

تمامی گام ها توسط مسئول بخش بیوشیمی انجام می شود.

۱- دادن کنترل N - P - Lipid - TIBC به صورت روزانه به دستگاه

۲- کنترل ها به تایید مسئول فنی یا سوپروایزر آزمایشگاه میرسد.

۳- وارد کردن کنترل ها در نرم افزار کنترل کیفی و محاسبه ی $SD - Mean - CV$

۴- بررسی از نظر قوانین وستگارد و رفع خطا های احتمالی (مشخص کردن نوع خطا از نظر سیستماتیک یا راندوم-انجام اقدامات لازم برای رفع خطا که شامل تعویض محلول یا کالیبراسیون دستگاه و.....)

۵- رسم نمودار کنترل کیفی و بایگانی آنها به صورت ماهیانه

۶- محاسبه ی CV برای تمامی تست ها و مقایسه ی آن با CV مرجع

۷- در شیفت صبح مسئول بیوشیمی کنترل N - P به دستگاه ۴۵۰۰ BT داده و قوانین وستگارد توسط نفر دوم بیوشیمی بررسی میشود و دستگاه بعد از آماده شدن در شیفت عصر و شب استفاده می شود.

تکرار پذیری (دقت):

۱- در ابتدای هر ماه بعضی از تست ها ۲۰ بار به دستگاه داده می شود تا میزان دقت دستگاه سنجیده شود.

۲- پس از آن $SD - CV - Max - Min$ برای هر تست مشخص می شود.

۳- تمامی این تکرار پذیری ها در پوشه مخصوص بایگانی می شود.

لوگ بوک ها:

۱- هر روز تمامی جواب های بحرانی بیماران توسط همکاران بخش بیوشیمی به اطلاع بخش رسانده می شود و اقدامات اصلاحی انجام می پذیرد و در پوشه مخصوص تمام اطلاعات به صورت کامل به همراه نام پرستار یادداشت می شود و در صورتی که بیمار سرپایی باشد منشی ها تماس گرفته و با او هماهنگ میشوند .

۲- ثبت موارد عدم تطابق که شامل تمامی اتفاقاتی که برای نمونه بیمار از لحظه ی ورود به آزمایشگاه

می افتد و سبب عدم انجام آزمایش می شود (همولیز- شکستن لوله و.....)

کتابچه دستورالعمل ها

- ۳- تمامی مشخصات کیت های مصرفی در زمان باز شدن درب کیت ثبت می شود. این مشخصات شامل نام کیت - تاریخ مصرف - تاریخ انقضاء - نام شرکت تولید کننده و Lot Number است.
- ۴- در پوشه ای نحوه نگهداری مخصوص دستگاه اتوانالایزر ثبت می شود که این اقدامات شامل شست و شوهای روزانه ی پروب - شست و شوهای هفتگی - ماهیانه و مسیر فاضلاب دستگاه است.
- ۵- به صورت مرتب تمامی تست های بیماران که دارای جواب های خارج از رنج نرمال است با نمونه ی مجدد تکرار و ثبت می شود.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب فرآورده های آزمایشگاهی و تجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش هماتولوژی

کام های انجام کار :

- ۱- مقایسه ی نتایج دستگاه سل کانتر با گسترش خون محیطی توسط مسئول هماتولوژی
- ۲- مقایسه ی نتایج دستگاه سل کانتر با وضعیت بالینی بیمار در صورت عدم تطابق با نمونه جدید توسط مسئول هماتولوژی چک می شود.
- ۳- استفاده از خون کنترل به صورت روزانه یکبار در ابتدای شروع کار توسط مسئول هماتولوژی و بررسی تفسیر نمودار طبق قوانین وستگارد انجام می شود.
- * در صورتیکه خطای راندوم باشد ، خون کنترل از لحاظ تاریخ انقضاء ویال، شرایط نگهداری در دمای ۴° ، بررسی و مدت ۲۱ روز شروع استفاده از ویال، شرایط آماده سازی ویال و کاملاً میکس شدن آن بررسی می شود و در صورت احتمال آلودگی ویال از خون کنترل جدید استفاده می شود.
- * در صورتیکه خطای سیستماتیک باشد دستگاه از نظر ولتاژ برق، ایزوتون ، لایز، شست و شوی SRV بررسی می شود و سپس خون کنترل دوباره به دستگاه داده می شود اگر عیب برطرف نشده بود با مهندسین شرکت تماس گرفته می شود.
- ۴- وارد کردن نتایج خون کنترل در نرم افزار کنترل کیفی و بررسی نمودار کنترل کیفی به صورت روزانه توسط مسئول هماتولوژی
- ۵- انجام تست Duplicate Test به صورت روزانه توسط مسئول هماتولوژی و در صورتی که نتایج خارج از محدوده ۲SD باشد نشان خطای تصادفی و همان نمونه تکرار می شود.
- ۶- انجام تست T.Britin به صورت هفته ای یکبار WBC-RBC - Hb- Hct- Mcr-Plt توسط مسئول هماتولوژی
- اگر T.Britin برای ۵ نمونه از ۲/۷۸ بیشتر باشد دستگاه از نظر ایزوتون ، لایز ، ولتاژ برق ، شرایط نگهداری نمونه ها و شستوها بررسی می شود و T.Britin تکرار می شود . اگر مقدار T.Britin اصلاح نشد دستگاه از نظر Hct و Hb کالیبره می شود و در مورد سایر اندیکس ها با شرکت پشتیبان جهت کالیبره و اصلاح نقص تماس گرفته می شود.
- ۷- انجام تست تکرار پذیری و کنترل CV/ به صورت ماهانه توسط مسئول هماتولوژی و اگر CV مربوطه بیشتر از CV موجود در کاتالوگ دستگاه بود جهت رفع عیب به شرکت پشتیبان اطلاع داده میشود.
- ۸- مقایسه ی نتایج بیماران بستری در بخش با روزهای پیش آنها توسط مسئول هماتولوژی و در صورت وجود اختلاف فاحش بین نتایج به بخش اطلاع داده و درخواست نمونه مجدد می کنیم.

کتابچه دستورالعمل ها

۹- کامل کردن لوگ بوک مربوط به سل کانتر توسط مسئول هماتولوژی

۱۰- کامل کردن فرم ثبت مشخصات کیت ها- موارد بحرانی و عدم تطابق و همچنین فرم نگهداری دستگاه SYSMEX توسط مسئول هماتولوژی

۱۱- بررسی نقطه سفارش کیتها توسط مسئول هماتولوژی

۱۲- هماتوکریت دستی و دستگاهی چک می شود توسط مسئول هماتولوژی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

اصول کنترل کیفی آزمایشگاه

کتاب فرآورده های آزمایشگاهی و تجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی

کام های انجام کار:

۱- کنترل کیفی محیط های کشت و دیسک های آنتی بیوگرام با استفاده از سوش های میکروب شرکت بهار افشان و کیت های کرایو بانک هفته ای یکبار انجام می گیرد. (مسئول بخش میکروب)

۲- کنترل کیفی بررسی صحت عملکرد اتوکلاو با استفاده از نوارهای شیمیایی TST کلاس ۶ و ویال های بیولوژیک هفته ای یکبار انجام می گیرد. در صورت غیر قابل قبول بودن اقدامات اصلاحی انجام می پذیرد. کنترل دما و فشار یا - بررسی نوار لاستیکی دور درب اتوکلاو و در صورت نیاز به مسئول تجهیزات پزشکی برای رفع نقص اطلاع داده می شود. (مسئول بخش میکروب)

۳- کنترل و بررسی استاندارد نیم مک فارلند و خوانش OD (۰.۰۸-۰.۱۳) با استفاده از فتومتر ماهی یکبار انجام می گیرد. در صورتی که OD خوانده شده خارج از محدوده باشد برای انجام اقدامات اصلاحی:

الف- دوباره جذب نوری استاندارد نیم مک فارلند را خوانش کرده

ب- همچنین از نظر میزان کدورت به صورت چشمی آن را بررسی کرده ، اگر کدورت زیاد بود استاندارد نیم مک فارلند را تعویض کرده از کیت جدید استفاده می کنیم

پ- دستگاه را کالیبر کرده دوباره خوانش می کنیم. (مسئول بخش میکروب)

۴- بررسی دمای انکوباتور به صورت روزانه در ۲ نوبت صبح و عصر و ثبت نتایج و رسم منحنی

در صورت بالا و پایین بودن دما $\downarrow 37 \uparrow$ برای انجام اقدامات اصلاحی :

الف- دماسنج دیجیتالی بر روی درب انکوباتور را با یک دماسنج دیگر بررسی می کنیم.

ب- اطلاع به مسئول تجهیزات پزشکی. (مسئول بخش میکروب)

۵- کنترل کیفی هود لامینار کلاس ۲ و بررسی اثر U.V هفته ای یکبار. (مسئول بخش میکروب)

در صورت درست کار نکردن هود ← اطلاع به مسئول تجهیزات پزشکی و شرکت سازنده برای رفع عیب

کتابچه دستورالعمل ها

۶- بررسی تعیین حجم لوپ (در موقع عوض کردن لوپ) .(مسئول بخش میکروب)

۷- دستورالعمل انجام تست ها در پوشه SOP ها موجود می باشد.

۸- نقطه سفارشی در بخش میکروب شناسی تهیه شده است . در صورت رسیدن به نقطه سفارش مسئول بخش میکروب شناسی به سوپروایزر اطلاع رسانی کرده و ایشان موظف است در اسرع وقت تهیه کند و دستورالعمل ساخت تمامی محیط ها و اتوکلاو در قسمت میکروب شناسی موجود می باشد. (مسئول بخش میکروب)

نقطه سفارش بخش میکروب

محیط کشت- Blood Agar - EMB - Muler - XLD - Manulat salt Ager ← ۱ عدد

محیط های گالری (سیمون سیترا- TSI- اوره- MRvP -SIM -Lysing ← ۱۵ عدد

محیط های SF-Bille ← ۱۵ عدد

رنگ آمیزی Geram ← ۱ عدد

استاندارد نیم مک فارلند ← ۱ عدد

دیسکهای آنتی بیوگرام ← ۱ عدد

آنتی سرم های Salmonella - shigelle ← ۱ عدد

Micregen ← ۱ عدد

خون گوسفند ← ۳ عدد

معرف MRVP ← ۱ عدد

معرف ارلیش (کوکس) ← ۱ عدد

Plate ← ۱ کارتن

سوش های میکروبی ← ۱ سری

محیط کشت خون ← ۱ کارتن

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب فرآورده های آزمایشگاهی وتجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقایی

عنوان دستورالعمل : - کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی ادرار

کام های انجام کار :

تمامی گامها توسط مسئول بخش بیوشیمی ادرار انجام میشود.

کتابچه دستور العمل ها

هدف از استفاده فرآورده: "کنترل نوار ادرار" برای معبوسازی کارکرد نوارهای ادرار مورد مصرف در آزمایشگاه است. Urotrol-10 حاوی مقادیر معینی از مواد مورد بررسی توسط نوارهای گوناگون ادراری است. هدف استفاده Urotrol-10 به دست آورده عوامل صحت و دقت (Accuracy & Precision) روش انجام آزمایش ادرار در داخل آزمایشگاه (Intralaboratory) است. فرآورده: Urotrol-10 در ویالهای لیوفیلیزه ارائه شده است حجم نهایی آن پس از بازسازی با آب مقطر ۱۰ میلی لیتر است. پایه این فرآورده از ادرار انسان فراهم شده و مقادیر مربوط به هر تست با نوار ادرار یاد شده در قسمت بعدی آمده است، این فرآورده از نظر تستهای HBS و HIV.2 و نیز HTLV با تستهای معتبر موجود منفی است.

نگهداری و پایداری:

۱- Urotrol-10 باید در یخچال و در سرمای ۲ تا ۸ درجه نگهداری شود. این نکته در مورد ادرار بازسازی شده هم صادق است.
 ۲- در سرمای ۲ تا ۸ درجه Urotrol-10 لیوفیلیزه تا زمان قید شده بر روی ویال پایدار خواهد بود. پس از بازسازی و نگهداری در سرمای مناسب یاد شده نمونه بمدت یک هفته برای عوامل غیر قابل استفاده است.
 ۳- پس از بازسازی در صورت بروز کدورت Urotrol-10 آنرا استفاده نکنید.
 روش بازسازی و استفاده:

الف- Urotrol-10 لیوفیلیزه را از یخچال خارج کرده و با ۱۰ میلی لیتر آب مقطر دیونیزه آنرا بازسازی کنید، ویال را به مدت دو دقیقه سر و ته کنید تا کاملا یکنواخت شود (درب لاستیکی را با احتیاط بردارید تا خلا موجود در ویال سبب پراکنده شدن مواد و پودر خشک شده از داخل ویال نشود).
 ب- برای سهولت در انجام تست بهتر است محتویات ویال بازسازی شده را داخل یک لوله سانتیفریوژ ادرار ریخته و سپس نوار ادرار مورد نظر را با توجه به روش پیشنهادی کارخانه سازنده بکار گرفته و نتایج را با چشم غیرمسلح و یا در دستگاه خودکار قرائت ادرار بررسی کنید.

Analyticon (Combi Screen)										
RANGE	Lot*	PRO	GLU	ASC	BILI	NIT	BLOOD	PH	SG	KET
Lower Limit	9072/4385	1+	2+	1+	0	0	2+	8.0	1.005	0
Upper Limti		2+	3+	2+	1+	trace	3+	7.0	1.010	2+

PRO: protein GLU: Glucose, ASC: ascorbic acid, NIT=nitrite, Bili = bilirubin, PH = pH, ERY =erythrocyte (Hemoglobin), SG= specific gravity KET=ketonc.

نکات قابل توجه:

- ۱- پارامتر "رنگ ادرار" (color) در محدوده زرد کم رنگ تا زرد (Light yellow – Yellow) قرار دارد و از نظر کدورت در محدوده شفاف (Clear) قرار می گیرد.
 - ۲- Urotrol-10 برای تست شیمیایی Urobilinogen و Leukoocyte منفی است.
 - ۳- آوردن اسید آسکوربیک در جدول صرفاً بمنظور توجه به اختصاصی بودن واکنش گلوکز در Urotrol-10 است.
 - ۴- نکته مهم: شماره ساخت (Lot Number) نوشته شده در جدول متعلق به سازنده نوار ادرار می باشد*
- کنترل اسید

*جهت صحت پروتئین ادرار با اسید هم چک می شود که نحوه ساخت آن به این صورت می باشد:

CC۵۰۰ آب مقطر + CC۵۰۰ الکل متانول + gr۳۰ اسید سولفوسالسیلیک

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه دستورالعمل ها

اصول مستند سازی در آزمایشگاه تشخیص طبی

کتاب فرآورده های آزمایشگاهی و تجهیزات جامع دکتر حمید رضا سقا

عنوان دستورالعمل : کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون

کام های انجام کار :

- روزانه کنترل Low و High رای هر تست گذاشته می شود. در صورتی که کنترل ها در محدوده مرجع نباشد، ابتدا شرایط نگهداری کیت و نیز شرایط نگهداری کنترل ها و نیز رقت سازی کنترل ها چک می شود.
- روزانه سرم هایی را انتخاب کرده (به صورت RANDOM) و در سری کار می گذاریم و نیز سرم بیمارانی که جواب مشکوک دارند یا جواب آزمایش آنها با شرح حال بیمار تطابق نداشته باشد در روز بعد تکرار می گردد.
- اگر نمونه هایی که تکرار شدند با جواب روز گذشته تطابق نداشته باشد، ابتدا شرایط نگهداری (محلول ها- استاندارد ها) و سپس اگر LOT NUMBER کیت را کنترل کرده و اگر موردی نبود سپس چاهکهای مورد آزمایش را بررسی می کنیم.
- چاهکها از نظر آلودگی پشت و روی ول و یا خراش ته چاهک بررسی می شوند.
- همچنین صحت برنامه دستگاه و برنامه شستشو را کنترل می کنیم و بلاخره سمپلهایی که در آزمایش به کار برده شده اند را بررسی می کنیم.
- یک یا هر دو کنترل را به صورت دلتا چک در اول و وسط و آخر پلیت می گذاریم تا تغییرات آن بررسی شود. در صورت بوجود آمدن هر مشکلی به همان نکاتی که در مورد کنترل ها و سرم ها اشاره کردیم رجوع می کنیم.

برخی خطاهای رایج در تستهای هورمونی:

- گاهی خطا بر اثر پدیده هوک می باشد. در این موارد باید تست به صورت Duplicate گذاشته شود با دو رقت مختلف همچنین گاهی پدیده EDGE بر اثر اختلاف دمای بین چاهک ها به جود می آید مثلا اگر تست در دمای ۳۷° باشد، باز و بسته کردن درب دستگاه باعث اختلاف دما می گردد و اگر در دمای ۲۵° (محیط) باشد امکان دارد دستگاهی که برای دمای محیط استفاده می شود در مجاورت پنجره و یا دستگاه تهویه باشد که آن هم موجب اختلاف دمایی و نهایتا خطا در تست می شود.
- اگر تست ها با دمای محیط بیرون از دستگاه انجام شود نیز فصول سال اثر زیادی روی این تستها خواهند داشت.
- در دستگاههای ۳۷° که منبع نور در داخل دارند پلیت را نزدیک نور قرار نمی دهیم که افزایش دما باعث خطا در آزمایش می گردد.. برای اصلاح خطای EDGE بهتر است تستها به صورت Dublicate در قسمتهای مختلف پلیت گذاشته شود.
- اگر کیت به دمای محیط نرسیده باشد نیز باعث خطا می شود
- اگر برچسب پلیت زده نشود نیز باعث آلودگی و خطا در تست می شود .

خطاهای مرتبط با دستگاه washer :

- در ابتدا PH آب مقطری که با آن محلول شستشو تهیه می گردد باید تعیین گردد که اسیدی نباشد.
- ظرفی که محلول در آن رقیق می شود و یا دستگاه متصل می شود و شستشو انجام می شود تمیز و عاری از هر گونه آلودگی باشد و بعد از استفاده حتما به یخچال منتقل شود.

کتابچه دستورالعمل ها

- مراحل شستشو باید به درستی انجام شود یعنی آسپیراسیون Dispens با صحت کامل انجام شود و soaking Time رعایت شود.
- محلول wash با فشار زیاد به داخل چاهک ریخته نشود زیرا باعث خطا در آزمایش می گردد.
- برای بهبود عملکرد دستگاه washer Eliza هفته ای یکبار سوزن های دستگاه با محلول شستشو (کلین) چندین بار شسته می شود. همچنین قطعه ای که سوزن های دستگاه در آن قرار دارد ماهی یکبار در ظرف آب ژاول رقیق شده قرار می گیرد تا اگر گرفتگی در سوزن های دستگاه باشد برطرف گردد.

خطاهای مرتبط با دستگاه خوانشگر الایزا:

- دستگاه الایزا نباید در مجاورت تابش نور خورشید باشد و نیز نوسان برق باعث خطا در خوانش تستها می گردد.
- خطای طول موج: اگر رنگ نمونه با Absorbance تست تطابق نداشته باشد به طول موج وارد شده و یا به طول عمر لامپ دستگاه مشکوک می شویم.
- برای بررسی صحت دستگاه خوانشگر الایزر از کیت الایزا چک استفاده می شود که به وسیله آن عملکرد دستگاه خوانشگر و همچنین دستگاه شستشو و سمیلر ها نیز انجام می شود.

:CURVE

- CURVE هر تست در پایان کار پرینت گرفته شده و بررسی می شود.
- منحنی تست باید با CURVE داخل کیت همخوانی داشته باشد و در صورتیکه مشکل باشد این همخوانی وجود نخواهد داشت که در این صورت غلظت استانداردها را بررسی می کنیم و نیز ترتیب گذاشتن استانداردها کنترل می شود.
- ممکن است غلظت بعضی استانداردها بر اثر محکم نبودن درب ویال دچار تغییر شده باشد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- دفترچه راهنمای دستگاه های موجود در بخش هورمون
- SOP های مربوط به بخش هورمون
- مشخصات نمونه کنترل، نمودارهای کنترل کیفی، نتایج آزمایش بر روی نمونه کنترل، انجام اقدامات اصلاحی در صورت قابل قبول نبودن و نتایج کنترل کیفی

عنوان دستورالعمل: کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش پاتولوژی

گام های انجام کار:

رنگ آمیزی هماتوکسیلین اتوزین

کتابچه دستورالعمل ها

۱ - هماتوکسیلین هاریس

اکسید جیوه	۵ گرم
پودر هماتوکسیلین	۱۰ گرم
الکل اتیلیک مطلق	۱۰۰ سی سی
آلن دوپتاس	۲۰۰ گرم
آب مقطر	۲۰۰۰ سی سی

پودر هماتوکسیلین را در ۱۰۰ سی سی الکل مطلق حل نموده و آلن دوپتاس را در ۲ لیتر آب مقطر حل می کنیم روی شعله چراغ باید نزدیک جوش باش تا تمام آلن دوپتاس حل شود ظرف الکل مخلوط با هماتوکسیلین را بداخل آن ریخته و حرارت می دهیم تا نزدیک جوش ، بعد ۵ گرم اکسید قرمز جیوه را اضافه می کنیم آنوقت به سرعت در داخل آب سرد می گذاریم و سپس آن را صاف می کنیم و قبل از استفاده به نسبت ۴٪ اسید استیک اضافه می کنیم .

۲ - الکل اسید ۱٪ :

۹۹ سی سی الکل ۷۰ درجه با ۱ سی سی اسید کلریدریک

۳ - کربنات لیتیم ۱٪ :

کربنات لیتیم یک گرم در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

۴ - اریتروزین ۱/۵٪ :

۱/۵ گرم اریتروزین در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

روش رنگ آمیزی :

۱۱. اریتروزین - ۱/۵ دقیقه

۱. گزلیل - تا بافت شفاف شود

۱۲. آب مقطر - شستشو

۲. الکل ۹۶ یا ۱۰۰ درجه - شستشو

۱۳. الکل ۷۰ درجه - شستشو

۳. الکل ۹۰ درجه - شستشو

۱۴. الکل ۹۰ درجه - شستشو

۴. الکل ۷۰ درجه - شستشو

کتابچه دستورالعمل ها

۱۵. الکل ۱۰۰ درجه - شستشو

۵. آب مقطر - شستشو

۱۶. گزلیل - شفاف

۶. همتوکسیلین - ۵ دقیقه

۷. آب مقطر - شستشو

۸. الکل اسید ۱٪/ دفر انسیه

۹. کربنات لیتیم - تا آبی شود

۱۰. آب جاری - شستشو

سیتو پلاسم صورتی

هسته آبی

* نتیجه رنگ آمیزی

رنگ آمیزی پاس

محلولهای لازم

۱ - اسید پرپودیک

۱/۵ گرم

اسید پرپودیک

۱۰۰ سی سی

آب مقطر

۲ - شیف

۲ گرم فوشین بازیک در ۴۰۰ سی سی آب مقطر جوشان در ظرف یک لیتری حل می کنیم ۵ دقیقه آرا تکان می دهیم تا درجه ۵۰ سانیکراد سرد شود بعد ۴۰ سی سی محلول نرمال اسید کلریدریک به آن اضافه می کنیم تا درجه ۲۵ سرد گردد ، گرم متابی سولفیت سدیم یا پتاسیم اضافه می کنیم .

۱۸ تا ۲۴ ساعت در یک محل تاریک گذاشته و ۴ گرم زغال فعال شده حدود ۵ دقیقه مخلوط را تکان می دهیم . بوسیله صافی زغال را صاف کرده و در محل تاریک و درجه حرارت پایین (یخچال) نگهداری می کنیم .

۳ - متابی سولفیت دو سود

۱۵ سی سی

۲/۵ گرم در ۲۵ سی سی آب مقطر

متابی سولفیت ۱۰٪

۱۵ سی سی

$۳۶/۵ + ۹۶۳/۵ = ۱۰۰۰$

اسید کلریدریک نرمال

کتابچه دستورالعمل ها

آب مقطر

۲۷۰ سی سی

روش رنگ آمیزی

۱. برش تا مرحله آب

۲. اسید پرپودیک - ۵ دقیقه

۳. آب مقطر - شستشو

۴. شیف - ۱۵ دقیقه

۵. متابی سولفیت سدیم - ۶ دقیقه

۶. آب جاری - شستشو

۷. همتوکسیلین - ۲ دقیقه

۸. آب جاری - شستشو

۹. کربنات لیتیم - تا آبی شود

۱۰. آب مقطر - شستشو

* نتیجه رنگ آمیزی

۱۱. آب گیری و شفاف کردن و چسباندن

پلی ساکریدها قرمز ارغوانی

هسته آبی

رنگ آمیزی تری کروم:

الف - همتوکسیلین وایگرت ۲ گرم

الکل مطلق ۲۰۰ سی سی

ب - کلوروفریک ۲/۵ گرم در ۸ سی سی آب مقطر

آب مقطر ۱۹۰ سی سی

کتابچه دستورالعمل ها

اسید کلریدریک ۲ سی سی

از محلول ب به اندازه مساوی به محلول الف اضافه میکنیم .

۲ - محلول پونسو فوشین

الف - فوشین اسید ۱ گرم

آب مقطر ۱۰۰ سی سی

اسید استیک ۱ سی سی

ب - پونسو ۱ گرم

آب مقطر ۱۰۰ سی سی

اسید استیک ۱ سی سی

۳ - اسید فسفرمولیبدیک ۱ گرم

آب مقطر ۱۰۰ سی سی

۴ - محلول آب اسید

اسید استیک ۱ سی سی در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

۵ - محلول آنیلین بلویا بلودوآنیلین

آنیلین بلو ۲ گرم در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

اسید استیک ۱ سی سی

روش رنگ آمیزی تری کروم

۱ - دپا ر افینه تا آب ۶ - فوشین پونسو - ۵ دقیقه ۱۱ - آب مقطر - شستشو

۲ - همتو کسلین - ۱۵ دقیقه ۷ - آب مقطر - شستشو ۱۲ - آبگیری شفاف کردن ، لامل زدن

۳ - آب مقطر - شستشو ۸ - اسید فسفو لیبدیک - ۵ دقیقه * نتیجه رنگ آمیزی

کتابچه دستورالعمل ها

۴ - الکل اسید - دیفر انسیه ۹ - بلودر آنیلین - ۲ دقیقه هسته - آبی تیره سیتو پلاسما - قرمز روشن

۵ - آب مقطر - شستشو ۱۰ - آب اسید - ۵ دقیقه عضله - قرمز تیره فیبرین - سرخ شفاف

رنگ آمیزی رتیقولین

۱ - پرمنگنات پتاسم ۲ گرم در ۲۰۰ سی سی آب مقطر

اسید سولوفریک ۳٪ ۱۰ سی سی محلول $200 = 10 - 190$ پرمنگنات

۲ - اسید ازالیک ۱ گرم در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

۳ - محلول آلن دوفر ۲/۵ گرم در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

۴ - محلول کلر ورطلا ۰/۵ گرم در ۲۵۰ سی سی آب مقطر

۵ - فرمل ۱۰٪ ۱۰ سی سی فرمل در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

۶ - تیوسو لفات دو سودیاهیپو سولفیت دو سود ۵٪

۷ - نیترا ت نقره رتیقولین

نیترا ت نقره ۲/۵ گرم

آب مقطر ۲۵ سی سی

سود سوز آور ۳٪ ۲۵ سی سی

طرز تهیه: به ۲۵ سی سی نیترا ت نقره مزبور قطره قطره آمونیاک اضافه می کنیم یک رسوب سیاه رنگ تشکیل میشود در این موقع ۲۵ سی سی سود سوز آور اضافه کرده سپس رسوب حاصله را با آمونیاک حل می نمائیم وقتی رسوب حل شده محلول را با آب مقطر به ۲۵۰ سی سی میرسانیم.

۸ - محلول ران گیسن

اسید پیگریک ۱/۵ گرم در ۱۰۰ سی سی آب مقطر در حرارت ۳۰ درجه

محلول اسید پیگریک تهیه شده ۱۰۰ سی سی

آب مقطر ۱۰۰ سی سی

کتابچه دستورالعمل ها

فوشین اسید ۱٪ یک گرم در ۱۰۰ سی سی آب مقطر ۳۰ سی سی

مواد مزبور را مخلوط کرده و سپس صاف می کنیم در موقع مصرف به حجم مساوی با آب مقطر مخلوط می کنیم .

روش رنگ آمیزی

- ۱ - تا مرحله آب
- ۲ - پر منگنات پتاسیم - ۵ دقیقه
- ۳ - آب مقطر - شستشو
- ۴ - اسید ازالیک - تا بیرنگ شود
- ۵ - آب مقطر - شستشو
- ۶ - آلن دوفر - ۱۵ دقیقه
- ۷ - آب مقطر - شستشو
- ۸ - نترات نقره - ۳۰
- ۹ - آب مقطر - شستشو
- ۱۰ - فرمل - تا سیاه شود
- ۱۱ - آب مقطر - شستشو
- ۱۲ - کلر ورطلا - ۳ دقیقه
- ۱۳ - هیپوسولفیت دو سود - ۵ دقیقه
- ۱۴ - آب مقطر - شستشو
- ۱۵ - وان گیسن - ۳۰ ثانیه
- ۱۶ - آبگیری شفاف کردن - چسباندن

*نتیجه رنگ آمیزی

رتیکولین - سیاه

کلاژن - خاکستری

رنگ آمیزی گیمسا

۱ - محلول گیمسا

کتابچه دستورالعمل ها

۱۹ گرم پودر خشک گیمسا در یک ظرف بزرگ یک لیتر مقداری ۲۶۰ سی سی گلیسرین ریخته و سپس پودر گیمسا را به آن می افزائیم پس از هم زدن به مدت دو ساعت در حرارت ۵۰ تا ۶۰ درجه قرار می دهیم . هر پانزده دقیقه یکبار هم می زنیم بعد از ۲ ساعت ظرف را سرد کرده و مقدار ۲۶۰ سی سی الکل متیلیک ۱۰۰ درجه اضافه می کنیم .

رنگ باید یک هفته در حرارت آزمایشگاه بماند و سپس صاف کرده و این رنگ ذخیره است و - آن را برای مصرف ۰/۱ تا رقیق کنیم و مصرف نمائیم . $\frac{1}{12}$

روشن رنگ آمیزی

۱ - برش تا مرحله آب

۲ - گیمسای رقیق شده ۰/۱- ۱۵ دقیقه

۳ - آب جاری - شستشو

※نتیجه: هسته ها آبی

رنگ آمیزی گرم

۱ - محلول لوگل

ید ۱ گرم

یدورپتاسیم ۲ گرم

آب مقطر ۱۰۰ سی سی

۲ - محلول متیل ریوله

متیل ویوله ۰/۵ گرم در ۱۰۰ سی سی آب مقطر

روشن رنگ آمیزی

کتابچه دستورالعمل ها

۱ - برش تا آب مقطر

۲ - متیل ویوله - ۰/۵٪ - ۱ تا ۳ دقیقه

۳ - آب مقطر - شستشو

۴ - لوگل - ۱ تا ۳ دقیقه

۵ - استون - ۱ تا ۲ ثانیه

۶ - قرمز خنثی - ۱ دقیقه

۷ - آب مقطر - شستشو

۸ - آب گیری ، شفاف کردن و چسباندن

*نتیجه

باکتری آبی تا سیاه

رنگ آمیزی سودان

۱ - سودان ۰/۲ گرم

الکل ۷۰٪ ۵۰ سی سی

استون ۵۰ سی سی

الکل و استون را مخلوط کرده و سپس ۰/۲ گرم پودر سودان به آن اضافه میکنیم

۲ - ژله گلیسرین

ژلاتین ۱۰ گرم

آب مقطر ۶۰ سی سی

مخلوط فوق را حرارت داده تا ژلاتین حل شود و سپس مواد زیر را به آن اضافه میکنیم

کتابچه دستورالعمل ها

۷۰ سی سی

گلیسرین

۱ سی سی

فنل ذوب شده

روش رنگ آمیزی

۱ - برش با فروزن

۲ - ثبوت با فرمالین

۳ - آب مقطر - شستشو

۴ - الکل ۵۰٪ - یک هفته

۵ - الکل ۷۰٪ - یک هفته

۶ - سودان - ۵ تا ۱۰ دقیقه

۷ - الکل ۷۰٪ - یک دقیقه

۸ - آب مقطر - شستشو

۹ - هماتوکیلین - دو هفته

۱۰ - الکل اسید ۱٪ دیفر انسیه

۱۱ - آب جاری - ۵ دقیقه

۱۲ - آب مقطر - شستشو

۱۳ - لامل با ژله گلیسرین

*نتیجه رنگ آمیزی

آبی تیره

هسته ها

نارنجی تا قرمز

چربی

رنگ آمیزی کریزول ویوله

۱ - کریزول ویوله

کتابچه دستورالعمل ها

کریزول ویوله ۲٪ گرم

آب مقطر ۱۹۸ سی سی

اسید استیک ۱٪ ۲ سی سی

روش رنگ آمیزی

۱ - برش تا مرحل آب

۲ - کریزول ویوله - ۵ دقیقه در حرارت ۶۰ دلاجه

۳ - الکل ۹۶ درجه - دیفرانسیه

۴ - الکل مطلق - ۵ دقیقه

۵ - آبگیری شفاف - لامل زدن

*نتیجه:

اجسام نیل:

رنگ آمیزی بوکال اسمیر

۱ - هماتو کسلین - ۵ دقیقه

۲ - الکل اسید ۱٪ - ۴ دقیقه

۳ - آب جاری - تا آبی شود

۴ - اتوزین - ۳۰ ثانیه

۵ - آبگیری - شفاف کردن

*نتیجه

کتابچه دستورالعمل ها

طرز تهیه محلول بوئن

۱ - محلول اشباع شده اسید پیکریک

مقداری از پودر اسید پیکریک را در ۲۰۰ سی آب مقطر حل می کنیم آنقدر هم می زنیم تا تعدادی از کریستالهای اسید پیکریک بحالت غیر محلول در ته ظرف باقی بماند ، این محلول را پس از یک ساعت مجددا نگاه می کنیم اگر کریستالهای اسید پیکریک حل شده بود مجدداً مقداری پودر اسید پیکریک به آن اضافه می کنیم .

محلول اشباع شده اسید پیکریک	۷۵	۴۵۰	۹۰۰
فرمالین تجارتي	۲۵	۱۵۰	۳۰۰
اسید استیک	۵	۳۰	۶۰

برای سیتولوژی پایدار کننده خوبی است . برای بیوپسی های کوچک بسیار خوب است ولی برای قطعات بزرگ فیکساتیو خوبی نیست . زیرا درجه نفوذ آن بسیار کم است و گویچه های سرخ را خراب می کند برای اتوپسی ماده ثبوتی بدی است . زمان ثبوت ۶ - ۲۴ ساعت و زمان طولانی زیان بخش است . چون بعضی نمکهای پیکرات قابل حل در آب درست می کند . نج سپس از فیکاسیون باید به الکل برده شود .

لپیگمانتاسیون

۱ - آبگیری

۲ - پر منگنات پتاسیم ۵٪ (نیم درصد) - ۲۰ دقیقه

۳ - شستشوی با آب جاری

۴ - اسید اگز الیک ۵٪ / نیم در صد - ۲۰ دقیقه

۵ - شستشو با آب مقطر

۶ - هماتوکسیلین و بقیه رنگ آمیزی معمولی

*نتیجه

کتابچه دستورالعمل ها

پیگمان ملانین سفید

رنگ آمیزی پاپا نیکولائو

۱ - اورانژ ۳ گرم در ۶۰۰ سی سی الکل ۹۵ درجه + ۰/۹ گرم اسید فسفوتنگستیک

۲ - EA۵۰

لایت گرین ۲ گرم در ۴۰۰ سی سی الکل ۹۵ درجه - ۳۶۰ سی سی

برای دوبیسمارک ۰/۵ گرم در ۱۰۰ سی سی الکل ۹۵ درجه - ۸۰ سی سی

انوزین ۲ گرم در ۴۰۰ سی سی الکل ۹۵ درجه - ۳۶۰ سی سی

اسید فسفوتنگستیک ۱/۶ گرم کربنات لیتیم ۸ قطره

روش رنگ آمیزی

۱ - فیکسه در الکل

۲ - شستشو با آب جاری

۳ - هماتو کسلین - ۳ دقیقه

۴ - شستشو با آب جاری

۵ - اسید کلرید ریک ۱٪ - دیفر انسیه

۶ - کربنات لیتیم - ۱ دقیقه

۷ - الکل ۷۰ - ۹۰ - شستشو

۸ - اورانژ - ۱ دقیقه

کتابچه دستورالعمل ها

۹ - الکل ۹۶ - شستشو

۱۰ - EA۵۰ - ۱ دقیقه

۱۱ - الکل ۹۶ - شستشو

۱۲ - الکل ۱۰۰ درجه - شستشو

۱۳ - گزیل . شفاف کردن - لامل چسباندن

*نتیجه

سیتوپلاسم سلولهای عمقی : سبز

سیتوپلاسم سلولهای سطحی : نارنجی

هسته آبی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-La/Blo bt/ins-05/02	کد سند	۱	سنجه	۳	۹	ب	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

24. نحوه انجام آزمایشهای بانک خون

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های سازگاری از جمله: Antibody screening و Cross match خون و

فرآورده های خونی

کام های انجام کار:

1. لوله هایی را که با نمونه خون هر یک از اهداکنندگان و سرم بیمار آزمایش می شو ند، نشانه گذاری کنید.
2. به هر یک از لوله ها ۲ قطره سرم یا پلاسماي بیمار اضافه نمایید.
3. به هر یک از لوله های مربوطه ۱ قطره سوسپانسیون گلبول قرمز خون 2الی 5 درصد اهداکننده اضافه نمایید.
4. محتوای لوله ها را مخلوط نمایید و به مدت 15 30 -ثانیه با دور 900 - 1000 g سانتیفریوژ نمایید.
5. توده گلبولی لوله ها را جهت مشاهده همولیز و درجه بندی آگلوتیناسیون به روش ماکروسکوپی و میکروسکوپی مشاهده و ارزیابی نمایید.
6. نتایج آزمایش را خوانده، تفسیر و بلافاصله ثبت نمایید.
7. دو قطره آلبومین ۲۲ درصد یا محلول LISS به لوله فوق اضافه نمایید.
8. لوله حاوی آلبومین ۲۲ درصد را به مدت 15 - 30 دقیقه و در صورت استفاده از LISS لوله حاوی LISS را به مدت 15 - 10 دقیقه در دمای ۳۷ درجه سانتیگراد انکوبه نمایید.
9. محتوای داخل لوله ها را بعد از گذشت زمان مذکور به مدت 15 30 -ثانیه با دور 900 - 1000 g سانتیفریوژ نمایید.
10. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده نمایید.
11. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کرده و در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید
12. سپس لوله را سه تا چهار بار با سالیین 0.9 درصد شستشو دهید و در مرحله آخر کاملاً سالیین را تخلیه نمایید.
13. به این لوله دو قطره AHG اضافه کنید.
14. محتوای لوله را مخلوط کرده و سانتیفریوژ نمایید.
15. لوله را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون را بررسی و مشاهده کنید.
16. در ابتدا بررسی ماکروسکوپی و در موارد مشکوک بررسی میکروسکوپی توصیه می گردد
17. نتایج واکنش را بررسی و درجه بندی کرده و در دفتر آزمایشگاه ثبت کنید.
18. در صورت عدم وجود هرگونه واکنش، کراس مچ منفی و نمونه خون اهداکننده با خون بیمار سازگار (Compatible) گزارش می شود.
19. در صورت مشاهده هرگونه آگلوتیناسیون، نمونه با خون بیمار سازگار نبوده و (Incompatible) گزارش می شود.
20. به لوله منفی یک قطره گلبول قرمز خون حساس شده IgG Control Cells اضافه کنید. پس از سانتیفریوژ کردن، مشاهده آگلوتیناسیون آزمایش را تأیید می کند و در صورت عدم مشاهده واکنش، باید آزمایش مجدداً تکرار شود.

تفسیر:

- * وجود آگلوتیناسیون یا همولیز نشان دهنده نتیجه آزمایش مثبت یا عدم سازگاری (Incompatible) می باشد.
- * وجود سوسپانسیون گلبولی یکنواخت با گلبول های قرمز خون آزاد پس از سانتیفریوژ نشان دهنده آزمایش منفی یا کراس مچ سازگار (Compatible) می باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

نکات مهم:

- * در صورتیکه فرد گیرنده خون سابقه تزریق خون یا بارداری در سه ماهه گذشته دارد ، نمونه تهیه شده فقط تا ۷۲ ساعت پس از انجام آخرین آزمایش غربالگری خون معتبر می باشد.
- * جهت پیشگیری از وقوع هرگونه خطای انسانی ، جداسازی سرم یا پلاسما از گلبول قرمز نمونه بیمار و ذخیره سازی در لوله های تفکیک شده توصیه نمیشود.
- * در صورت انجام آزمایش غربالگری آلو آنتی بادی غیرمنتظره (antibody screen) با استفاده از کیت استاندارد دوماشده نتیجه منفی فقط آزمایش کراسمچ مختصر (Immediate spin crossmatch) یعنی مراحل 1 الی 6 کافی میباشد و ادامه آزمایش لازم نیست.

عنوان دستورالعمل : انجام آزمایش های تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش Rh(D)

به روش لوله ای

کام های انجام کار :

آزمایش گلبول قرمز (Test Forward)

- ۱- یک قطره A-Anti رابه یک لوله ۷۵*۱۲ میلی متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید، اضافه نمایید
- ۲- یک قطره B-Anti را به یک لوله ۷۵*۱۲ میلی متر تمیز که از قبل نشانه گذاری کرده اید ، اضافه نمایید
- ۳- به هر یک از لوله ها یک قطره از سوسپانسیون گلبول قرمز (۵-۲ درصد) بیمار را اضافه نمایید
- ۴- محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط کنید و مطابق دستورالعمل سازنده معرف با سانتیفریژ کالیبره شده به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه با دور *g ۹۰۰-۱۰۰۰ سانتیفریژ نمایید
- ۵- لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود. وجود هرگونه آگلوتیناسیون یا همولیز را با استفاده از آینه مقعر مشاهده نمایید
- ۶- نتایج واکنش را درجه بندی و تفسیر نمایید.
- ۷- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت نمایید .آزمایش سرم یا پلاسما (Test Reverse) ۱. ۲ تا ۳ قطره از سرم یا پلاسما را به دو لوله ۷۵*۱۲ میلی متر تمیز که قبلاً A1 و B نشانگذاری شده اضافه نمایید .۲. یک قطره از سوسپانسیون گلبول A1 را به لوله های که A1 نشانه گذاری شده اضافه نمایید .۳. یک قطره از سوسپانسیون گلبول B را به لوله های که B نشانه گذاری شده اضافه نمایید .۴. محتوای داخل لوله ها را به آرامی مخلوط نمایید و مطابق دستورالعمل سازنده معرف با سانتیفریژ کالیبره شده به مدت ۳۰-۱۵ ثانیه با دور *g ۹۰۰-۱۰۰۰ سانتیفریژ نمایید .۵. سرم یا پلاسما را داخل لوله ها را جهت وجود همولیز بررسی نمایید .۶. لوله ها را به آرامی تکان دهید تا توده گلبولی به صورت سوسپانسیون آزاد شود . وجود هر گونه آگلوتیناسیون را با استفاده از آینه مقعر مشاهده و بررسی نمایید .۷. نتایج واکنش را درجه بندی و تفسیر نمایید.
- ۸- نتایج واکنش را بلافاصله در دفتر آزمایشگاه ثبت نمایید.

تفسیر :

نتایج واکنش های به دست آمده با آزمایش سرم یا پلاسما (Test Reverse) را با نتایج واکنش گلبول قرمز (Test Forward) مقایسه نمایید و گروه ABO را مطابق جدول ذیل تفسیر کنید

If RBCs react		And Serum/ Plasma react		Then ABO type is
Anti-A	Anti-B	A1 RBCs	B RBCs	
0	0	≥3+	≥3+	O
≥3+	0	0	≥3+	A
0	≥3+	≥3+	0	B
≥3+	≥3+	0	0	AB

کتابچه دستورالعمل ها

عدم مشاهده آگلوتیناسیون همراه با محیط همگن مخلوط گلبول قرمز، نشان دهنده نتیجه منفی می باشد. هرگونه ناهمخوانی در نتایج آزمایش گلبول قرمز خون و سرم / پلاسما باید قبل از ثبت و تفسیر گروه ABO پیگیری و حل شود. در صورت وجود واکنش ضعیف تر از 3+ در آزمایش سرم / پلاسما لولهها را به مدت ۵-۱۵ دقیقه در دمای اتاق انکوبه نمایید و سپس مراحل ۸-۴ را تکرار نمایید.

نکات مهم:

۱. در صورت عدم وجود نمونه خون کامل EDTA استفاده از خون لخته بلامانع است. به دستورالعمل تولیدکننده معرفیها رجوع شود.
۲. گلبولهای قرمز گروه A که با آنتی سرمهای A1-anti و یا A-anti واکنش نشان میدهند، Cell A1 نامیده میشوند. (تقریباً ۸۰ درصد افراد گروه A از گروه A1 می باشند) بنابراین معمولاً جهت تعیین Cell A1 استفاده از معرف آنتی سرم A1-anti الزامی نیست.
۳. در بانک خونهای مراکز بیمارستانی و آزمایشگاههای تشخیص طبی انجام آزمایش ABO با استفاده از اسلاید ممنوع میباشد.

عنوان دستورالعمل: انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیرمنتظره، انجام آزمایش آنتی گلوبین مستقیم کام های انجام کار:

- 1- سه لوله را شماره گذاری نمایید.
- 2- درون هر یک از لوله ها یک قطره معرف سلولی (معرف های کیت اسکرینینگ) اضافه می نمایم.
- 3- به تمامی لوله ها 200 لانداسرم بیمار اضافه و لوله ها را به مدت 5-10 دقیقه در دمای اتاق انکوبه می نمایم.
- 4- لوله ها را سانتریفیوژ و از لحاظ آگلوتینه بررسی می نمایم.
- 5- نتایج را بررسی سپس به تمامی لوله ها 1 قطره آلبومین 22٪ اضافه و 15-30 دقیقه درون بن ماری انکوبه می نمایم.
- 6- لوله ها را سانتریفیوژ و از لحاظ آگلوتینه بررسی می نمایم.
- 7- لوله ها را 3 بار شسته و بعد از آبیگری به تمامی لوله ها 1 قطره آنتی هیومن اضافه سپس سانتریفیوژ و از لحاظ آگلوتینه بررسی
- 8- در صورتی که آزمایش در هر مرحله ای مثبت شد روند را تا پایان انجام دهید و نتایج را گزارش نمایید.

نکته:

- نتایج را بصورت 1+، 2+، 3+ گزارش نمایید.

- در صورت مثبت شدن مرحله RT بیمار دارای آنتی بادی سرد بوده که این مشکل باترانس در شرایط 37 درجه مرتفع میشود. که جمله "ترانس در شرایط 37 درجه انجام شود" باید در برگه ثبت شود.

- در صورتی که مراحل آلبومین و آنتی هیومن مثبت شود باید ویال گروه خون و سرم بیمار به سازمان انتقال خون ارسال شود تا خون متناسب با بیمار تهیه و دریافت شود. فرم این ارسال در سیستم بانک خون موجود است.

عنوان دستورالعمل: تهیه سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز های حساس شده کام های انجام کار:

- جهت تهیه ۱۰ میلی لیتر از سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز خون مراحل ذیل را انجام دهید:
- 1- حداقل ۱ میلی لیتر از خون کامل را به یک لوله ۱۰ میلی لیتری انتقال دهید.

کتابچه دستورالعمل ها

- 2- به گلبولهای قرمز خون نرمال سالین اضافه نموده و به مدت ۱ الی ۳ دقیقه سانتریفوژ نمایید . این مرحله را ۲ تا ۳ بار تکرار نمایید. محلول نهائی باید کاملاً شفاف و گلبول قرمز در انتهای لوله جمع شده باشند. محلول سالین فوقانی supernatant را کاملاً دور بریزید.
 - 3- مقدار 0.3 میلی لیتر از گلبولهای قرمز متراکم شسته شده را به لوله‌های حاوی 9.7 میلی لیتر سالین 0.9 درصد انتقال دهید.
 - 4- با استفاده از پارافیلیم لوله را پوشش دهید . با چند بار سروته کردن لوله، گلبولهای قرمز خون را با سالین 0.9 درصد کاملاً مخلوط نمایید. سوسپانسیون بدست آمده غلظت 3 درصد می باشد.
- نکات مهم:**

- 1- سوسپانسیون تهیه شده را فقط در روز آماده سازی استفاده نمایید . جهت نگهداری روزانه از یخچال آزمایشگاه در دمای 2-8 درجه سانتیگراد استفاده شود.
- 2 جهت تهیه حجم کمتر ، مقدار سالین 0.9 درصد و گلبول قرمز خون را به تناسب انتخاب نمایید
- 3- تهیه سوسپانسیون گلبولی غلیظ یا رقیق میتواند منجر به پاسخ مثبت یا منفی کاذب در آزمایش گردد.

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

دستورالعمل های سازمان انتقال خون ایران

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Me/Spe ac/ins-02/02	کد سند	۶	سنجه	۱	۱	ج	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

عنوان دستورالعمل :

25. محدودده و ضوابط محتوی و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر

کام های انجام کار :

- 1- فقط اپراتور تلفنخانه موظف به پیج کردن می باشند و سایر پرسنل نباید به پیجر دسترسی داشته باشند.
- 2- سیستم تلفن و مرکز بیمارستان به صورت شبانه روزی فعال می باشد و پرسنل مرکز از ساعت ۷ تا ۲۰ مجاز به فراخوان و پیج می باشد.
- 3- برای پیج موارد غیر کد های درمانی باید با سوپروایزر هماهنگ شود و نام درخواست کننده و محتوای پیج ثبت شود.
- 4- از پیج بیش از دو بار یک مطلب خودداری گردد در صورت نیاز برای تکرار بیشتر باید دوباره درخواست پیج شود
- 5- صدای بلند گوها نیز به صورت دوره ای توسط کارشناس بهداشت حرفه ای چک شود که صدای بلندگوها بین 65-85 دسی بل باشد .
- 6- روش جایگزین برای سیستم بلندگو در حوادث غیرمترقبه استفاده از بلندگوی دستی بوده که در انبار بحران قرار داشته و طبق تشخیص و دستور مسئول محترم بحران توسط پرسنل نگهداری بایستی مورد استفاده قرار گیرد.
در صورت بروز هرگونه مشکل فنی در سیستم پیجر دفتر فنی بایستی مداخلات اصلاحی لازم را انجام دهد.
در صورت عدم امکان رفع نقص فنی . در صورت بروز هرگونه مشکل فنی در سیستم پیجر دفتر فنی بایستی مداخلت اصلاحی لازم را انجام دهد
بایستی از شرکتهای متخصص در این زمینه هماهنگی های لازم را انجام دهند و همچنین دفتر فنی موارد نقص را بایستی به اطلاع مسئول مخابرات جهت انجام هماهنگی لازم برساند.
- 7- پخش اذان جهت اعلام اوقات شرعی و اقامه نماز

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تهیه کننده : دبیر کمیته اخلاق بالینی بیمارستان

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Me/Unf ne/ins-03/02	کد سند	۲	سنجه	۱	۱	ج	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	---	-----------

26. روش های اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی

کام های انجام کار :

- ۱- ایجاد محیطی امن و مناسب برای گفتن خبرهای بد فضایی که محرمانگی بیمار یا همراه بیمار حفظ شود
- ۲- در مورد خبرهای بد در مورد بیماری باید آگاه ترین فرد به بیماری، پزشک معالج یا سرپرستار خبر را منتقل کنند
- ۳- دعوت از افرادی که ممکن است بتوانند در دادن خبر بد کمک کنند، در صورت لزوم فراخوان روانشناس توسط مسئول یا سرپرستار بخش بایستی صورت گیرد.
- ۴- کارکنان بالینی مذکور بایستی از روش شکستن خبر به قسمت های کوچکتر و همچنین گفتن کم کم خبر (برای پذیرش راحتتر) و ارائه خبر به صورت واضح و بدون تغییر ومودبانه (به دور از خشونت و تندی) استفاده نمایند.
- ۵- دادن یک فاصله ی زمانی برای ابراز احساسات به ؛ بیمار یا خانواده بیمار یا متوفی و توجه به اصل همدلی نه همدردی بایستی توسط کارکنان بالینی رعایت شود .
- ۶- اطلاع رسانی در مورد اقدامات انجام شده توسط بیمارستان و افزایش اطلاعات بیمار و همراهیان درباره بیماری نیز توسط تیم پزشکی بیمار بایستی صورت گیرد.
- ۷- انجام اقدامات قانونی و حواشی خبر فوت خانواده و دادن اطلاعات تماس با پزشک ، به خانواده و گفتن تسلیت و دادن به خانواده متوفی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تهیه کننده : دبیر کمیته اخلاق بالینی بیمارستان

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Me/Use mo/ins-01/02	کد سند	۱	سنجه	۳	۳	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	---	---	-----	-----------

27. دستورالعمل استفاده از تلفن همراه

با توجه به ظهور نسل جدید تلفن های همراه و استفاده گسترده کادر درمانی و همراهان از آن و شکایت مکرر مراجعین و بیماران از این موضوع، تبیین دستورالعمل نحوه استفاده از تلفن همراه در واحدهای مختلف تابعه آن دانشگاه ضروری می باشد. لذا این آیین نامه به منظور ساماندهی نحوه استفاده از تلفن همراه در بخش ها درمانی برای کارکنان و دانشجویان در ۶ ماده و ۴ تبصره تدوین شده است.

ماده ۱: همراه داشتن و استفاده از تلفن همراه توسط کلیه افراد در بخش های اتاق عمل، ICU، CCU، NICU، دیالیز، بلوک زایمان، آنژیوگرافی، اورژانس و واحد تصویربرداری ممنوع می باشد.

ماده ۲: استفاده از تلفن همراه در بالین بیمار، ایستگاه پرستاری، اتاق های درمان، اتاق پروسیجر ممنوع می باشد و در صورت نیاز به پاسخ دادن به تلفن همراه ارد باید از محیط درمانی خارج شده و در قسمت هایی از قبیل آبدارخانه، راهرو، اتاق استراحت و ... که بیماران حضور ندارند به تلفن خود آن هم به صورت مدت کوتاه پاسخ دهند.

تبصره ۱ - کادر درمانی قبل از خروج از بخش جهت پاسخ دهی به تلفن همراه باید وظیفه و مسئولیت خود را به همکار خود سپرده و سپس جهت پاسخ گویی به تلفن از بخش خارج شوند.

تبصره ۲ - کلیه بیماران و همراهان جهت پاسخ دهی به تلفن خود می توانند از اتاق خارج شوند و در راهرو به تلفن خود پاسخ دهند یا در ساعاتی که برای آنها امور درمانی انجام نمی شود بر روی تخت خود به تلفن پاسخ دهند مشروط بر اینکه مزاحم دیگران نشوند.

تبصره ۳ - بیمارستان موظف است کلیه مکان های مجاز / غیر مجاز جهت پاسخ دهی به تلفن همراه را با علائم هشدار دهنده مشخص نماید.

ماده ۳: فیلم برداری و تصویر برداری صرفا با داشتن مجوز کتبی از واحد حراست مربوطه مجاز خواهد بود.

تبصره ۱ - در صورت عدم دسترسی به واحد حراست در شیفت عصر و شب با هماهنگی و کسب مجوز از سوپروایزر کشیک تصویر برداری ممکن می باشد.

کتابچه دستورالعمل ها

ماده ۴: کلیه افراد (کارکنان و مراجعین) موظفند تلفن های همراه خود را در محیط بیمارستان به حالت بی صدا قرار دهند تا صدای آهنگ تلفن ها مزاحم استراحت بیماران نشود.

ماده ۵: در صورت عدم رعایت موارد بالا توسط کادر درمانی با تذکر شفاهی، توبیخ کتبی و طرح در کمیته تشویق و تذکر و توسط دانشجویان با معرفی به کمیته انضباطی برخورد قانونی صورت خواهد گرفت .

ماده ۶: بیمارستان موظف است کلیه موارد ذکر شده را جهت پرسنل و دانشجویان در ابتدای ورود به بیمارستان و جهت بیمار یا همراه وی در ابتدای بستری به عنوان قوانین بیمارستان اطلاع رسانی نماید.

تهیه کننده: واحد بهبود کیفیت ، حقوق گیرنده خدمت

کتابچه دستورالعمل ها

Bh-Eh/Env dh/ins-04/02	کد سند	۵	سنجه	۱۱	۱	الف	استاندارد
---------------------------	--------	---	------	----	---	-----	-----------

28. دستورالعمل های زیست محیطی بخش های مختلف بیمارستان

تعریف زباله بیمارستانی: به کلیه مواد زائد جامد و نیمه جامد تولیدی از تمام بخشها و واحدهای درمانی و غیر درمانی یک بیمارستان زباله بیمارستانی اطلاق میشود

-زباله های عفونی و خطرناک: به زباله هایی اطلاق می گردد که می تواند حداقل یک بیماری عفونی را منتقل کند ، مانند زباله های تزریقات ، آزمایشگاه .سی سی یو اطاق عمل بخش های زایمان ، اورژانس، اطاق پانسمان ، دیالیز ، بانک خون داروهای تاریخ گذشته و ته مانده های داروها و مواد شیمیایی و بطور کلی تمام پارچه ها و البسه آلوده به خون گاز و پنبه مصرف شده برای پانسمان، نمونه های آزمایشگاهی و محیطهای کشت مربوطه ، اقلام پلاستیکی مانند سوند کیسه خون و کیسه ادرار و ...
تفکیک در مبدا:

- کلیه زباله های عفونی و خطرناک بایستی در کیسه مقاوم زرد رنگ که به همراه تریالی مربوطه به داخل اتاق بیمار برده میشود جمع آوری ، و پس از پر شدن دو سوم کیسه مربوطه توسط خدمات تعویض و به بین مربوطه منتقل شود. ضمنا مشخصات مربوطه شامل تاریخ و نام بخش مربوطه و شیفت مربوطه روی کیسه ثبت گردد.

زباله های معمولی یا شبه خانگی:

به زباله هایی اطلاق می گردد که از لحاظ حمل و نقل مشکل خاصی ندارند. مانند زباله های قمست اداری ، آشپزخانه ، آبدارخانه ، پسماند های تولیدی توسط عیادت کنندگان و پرسنل خدماتی

کتابچه دستورالعمل ها

کلیه زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم سیاه رنگ جمع آوری ، سپس به محل نگهداری موقت زباله های غیر عفونی منتقل و روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شود.

کلیه پسماندهای تیز و برنده:

باید در ظروف مقاوم و ایمن (سفتی باکس) جمع آوری گردد و این ظروف دارای مشخصات زیر باشد:

- به اسانی سوراخ یا پاره نشوند
- درب آن به اسانی بسته شود
- دهانه ظرف به گونه ای باشد که پسماند را بتوان به راحتی در داخل آن دفع کرد و خروج پسماند از آن غیر ممکن باشد.
- دیواره های آن غیر قابل نفوذ باشد
- پس از بستن درب از عدم خروج پسماند از آن مطمئن بود.
- حمل و انتقال آن اسان باشد.

۲- از کیسه های پلاستیکی برای جمع آوری وسایل تیز و برنده استفاده نشود

کلیه زباله های نوک تیز و برنده چون دارای خطرات بالقوه زیادی برای پرسنل درمانی و خدماتی میباشند در ظروف مقاوم به نام سفتی باکس جمع آوری میگردد. سفتی باکس به همراه ترالی مخصوص توسط پرستار به اتاق بیمار برده شده و پس از انجام کار کلیه وسایل نوک تیز تولیدی در سفتی باکس جمع آوری میگردد. ذکر این نکته ضروری است که پس از پر شدن دو سوم از سفتی باکس نیروی خدمات پس از ثبت مشخصات لازم آن را تعویض می نماید.

پسماندهای شیمیایی:

شامل زباله های دارویی و مواد شیمیایی، ویال های نیمه پر و پر دارویی، ترمومترهای شکسته، معرف های آزمایشگاهی، داروهای ثبوت و ظهور فیلم و ... و هرگونه زباله منتج شده از تشخیص، درمان و مراقبت بیماران تحت شیمی درمانی اعم از ست های سرم، کیسه های ادرار، سوند،

پرسنل خدمات باید پس از پر شدن سه چهارم ظروف انتقال پسماند شیمیایی و دارویی بخش انرا به محل نگهداری پسماند منتقل کنند.

کتابچه دستورالعمل ها

پسماند های دارویی و شیمیایی در محل مناسب نگه داری می شود و جهت بی خطر سازی تحویل شرکت ره پویان صالح می گردد.

پسماند های سایتو توکسیک :

شامل کلیه پسماند های حاصل از فعالیت های بخش شیمی درمانی می باشد که با برچسب مشخص پسماند های سایتو توکسیک به سایت امحا زباله منتقل و جهت تحویل به شرکت ره پویان صالح در محل مناسب جمع آوری می گردد.

اقداماتی که در زمینه امحای زباله های بیمارستانی در این مرکز انجام می شود کاملاً برنامه ریزی شده و بر اساس اصول بهداشتی است. بر اساس دستورالعمل های زیست محیطی، زباله های بیمارستانی به چهار نوع زباله های عفونی، غیر عفونی، شیمیایی - دارویی و زباله های تیز و برنده تفکیک می شوند. در همه بخش ها زباله های عفونی در کیسه های پلاستیکی زرد، غیر عفونی در کیسه های مشکی، زباله های شیمیایی - دارویی در کیسه های سفید و زباله های تیز و برنده در سفتی باکس جمع آوری و وارد مرحله نگه داری موقت پسماند بیمارستان می شوند. نگه داری موقت پسماند به گونه ای انجام می شود که برای هر نوع زباله جای مخصوص همان زباله تعیین شده است. زباله های عفونی و زباله های تیز و برنده نیز در این مرحله طبق دستورالعمل باید امحا و بی خطر سازی برای این منظور مرکز مجهز به یک دستگاه بی خطر سازی زباله های بیمارستانی است. از آن جهت که سوزاندن زباله ها به شدت آلوده کننده هواست، سیستم های امحای زباله در این بیمارستان به صورت غیرسوز و تحت فشار بخار و حرارت کار می کنند. روش کار دستگاه به این صورت است که زباله ها تحت فشار بخار و حرارت بالا استریل شده و سپس خرد می شوند. برای کسب اطمینان از بی خطر بودن زباله ها، دستگاه بی خطر سازی زباله های بیمارستانی طبق دستورالعمل های زیست محیطی، هر فصل توسط شرکت های معتمد محیط زیست از لحاظ میکروبی، شیمیایی و سایر شاخص های موجود بررسی می شود.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۱



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۲



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

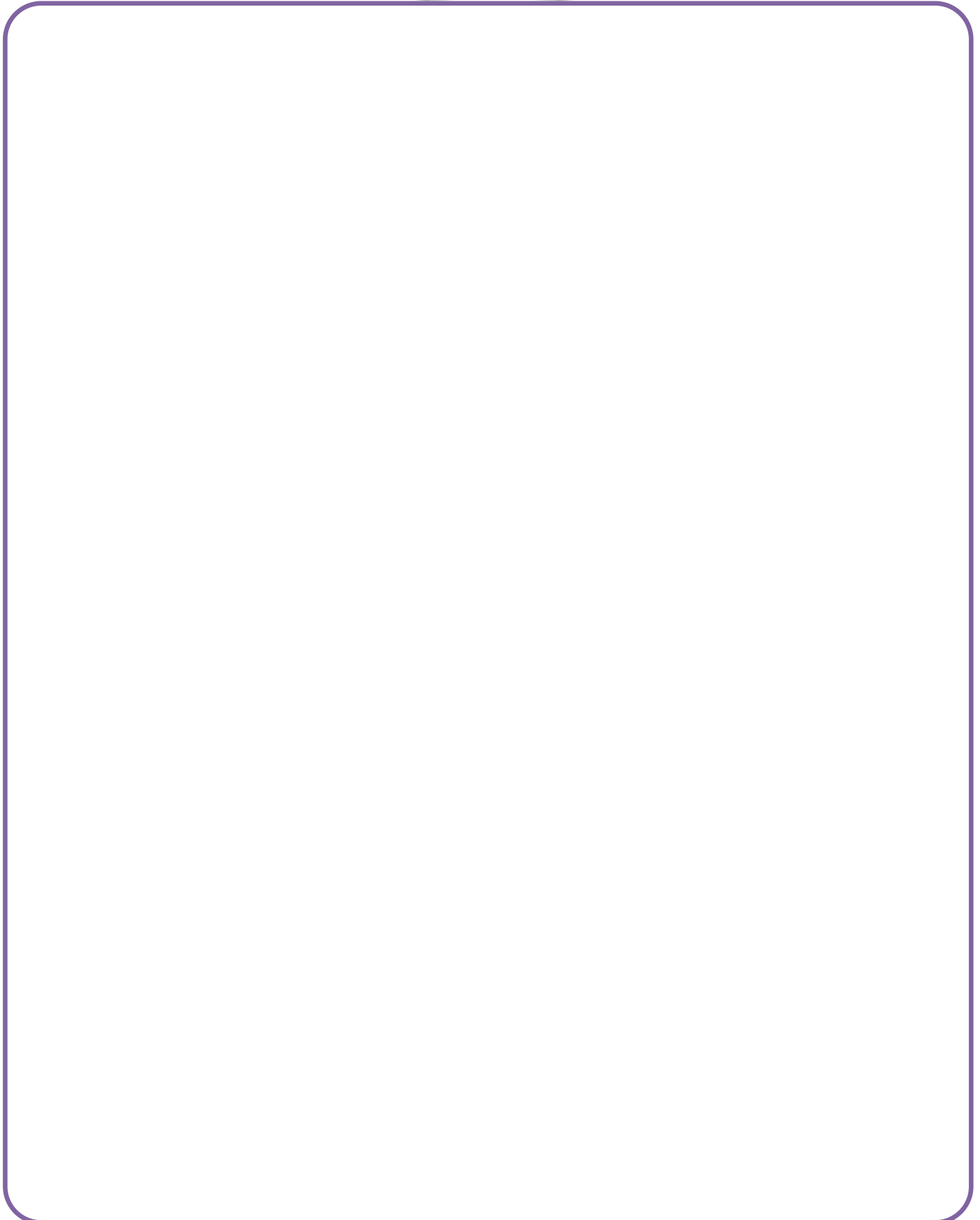
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۳



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۴



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۵



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۶



کتابچه دستورالعمل ها



A large, empty rectangular area with rounded corners, outlined in a dark purple color, intended for the main content of the manual.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۷



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۸



کتابچه دستورالعمل ها



A large, empty rectangular area with rounded corners, outlined in a thin purple border, intended for the main content of the document.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۹۹



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۰



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۱



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱-۲



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱-۳



کتابچه دستورالعمل ها



A large, empty rectangular area with rounded corners, outlined in a dark purple color, intended for the main content of the document.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۴



کتابچه دستورالعمل ها



A large, empty rectangular area with rounded corners, outlined in purple, intended for the main content of the document.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۵



کتابچه دستورالعمل ها



A large, empty rectangular area with rounded corners, outlined in a dark purple color, intended for the main content of the document.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۶



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۷



کتابچه دستورالعمل ها



A large, empty rectangular area with rounded corners, outlined in purple, intended for the main content of the document.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۸



کتابچه دستورالعمل ها

-



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۰۹



کتابچه دستورالعمل ها



A large, empty rectangular area with rounded corners, outlined in a dark purple color, intended for the main content of the manual.

کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۱۰



کتابچه دستورالعمل ها



کد سند: Bh-Qa/Ins bo/doc-09/07

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۷

صفحه: ۱۱۱



کتابچه دستورالعمل ها

