

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۸/۱۰/۱۰
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱
دفعات بازنگری: ۵
صفحه: ۱



کتابچه ایمنی بیمار



Bohloul Hospital

کتابچه ایمنی بیمار

گردآورنده:

مهسا محمدیان بیدختی

(کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)

اردیبهشت ۱۴۰۵

کتابچه ایمنی بیمار

فهرست

4	مقدمه
4	خطاهای پزشکی
4	انواع خطاهای پزشکی
5	واقعه ناگوار (ACCIDENT):
5	حوادث مرگ آفرین و ناگوار (SENTINEL EVENT):
5	گزارش دهی و یادگیری از خطاها:
6	تعریف ایمنی بیمار
6	شاخصهای ایمنی بیمار (PATIENT SAFETY INDICATORS)
6	شاخص های سطح بیمارستانی ایمنی بیمار
7	پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار
7	9 راه حل ایمنی بیمار
7	1. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
8	2. شناسایی صحیح و تعیین هویت بیماران
11	3. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار- ISBAR
12	4. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
14	5. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
15	6. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
15	7. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
16	8. استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات
18	9. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی
18	موارد 29 گانه خطاهای پزشکی NEVER EVENT
19	الف) وقایع مرتبط با اعمال جراحی
19	ب) وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی
19	ج) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار
19	د: وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار
20	ه) وقایع مرتبط با محیط درمانی
20	و) وقایع جنایی
20	اصول صحیح دارو دهی (7 RIGHT)
20	نحوه مواجهه با مقادیر بحرانی آزمایشات و تصویربرداری (PANIC VALUE)
21	اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه

کتابچه ایمنی بیمار

- 22 نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایش و پاتولوژی
- 22 روش اجرایی مهار شیمیایی :
- 23 روش اجرایی مهار فیزیکی :
- 24 ترخیص ایمن ابزار استاندارد SMART
- 25 معیارهای ارزیابی ریسک:
- 27 مراقبت های پرستاری در بیماران پرخطر
- 27 مراقبت از پوست و حفاظت از بیمار در برابر زخم های فشاری
- 27 مراقبت از بیمار در معرض خطر ترومبو آمبولی
- 27 مراقبت از بیمار در برابر سقوط
- 28 مراقبت از بیمار در معرض خطر خودکشی
- 28 گزارش دهی اختیاری خطا در بیمارستان
- 28 گزارش دهی وقایع ناخواسته

کتابچه ایمنی بیمار

مقدمه

عوارض ناخواسته ناشی از اقدامات درمانی علاوه بر متضرر کردن بیماران از لحاظ فیزیکی، روحی- روانی و مالی، خانواده ایشان، کادر درمانی و جامعه را نیز تحت تاثیر عواقب سوء خود قرار می دهند. بر اساس آمار جهانی و مطالعات در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته، در حال توسعه و... میزان قابل توجهی از بیماران مورد پذیرش در مراکز تشخیصی و درمانی (بیش از ۱۰ درصد طبق آمار دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت) به نوعی متأثر از این حوادث هستند.

تحقیقات انجام گرفته در استرالیا و آمریکا و انگلستان نشانگر این است که ۱۰٪ بستری بیمار در بیمارستان منجر به ایجاد آسیب به بیماران و پرسنل بیمارستان می شود.

دو نکته مهم در خصوص این وقایع یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن اکثریت (بیش از ۷۰ درصد) آنهاست. از سوی دیگر نحوه نگرش به علل بروز خطاها و شناخت عوامل اصلی و زمینه‌ای و در نظر گرفتن کاستی‌ها و نقش سیستم‌ها در زمینه‌سازی و بروز این اتفاقات و تمرکز بر سیستم به جای فرد به عنوان مقصر اصلی در برخورد با مشکل و برنامه‌ریزی و طراحی راه‌حل‌ها، تعیین‌کننده کامیابی یا ناکامی در کاهش خطاهاست.

خطاهای پزشکی

خطاها یا اشتباهاتی که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و می تواند منجر به آسیب بیمار گردند، این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباه در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فن آوری و تجهیزات، اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک می باشند.

انواع خطاهای پزشکی

خطا در برنامه ریزی برای بیمار (error of planning): زوش انتخابی ما از ریشه اشتباه است. برای مثال تجویز آنتی بیوتیک از سوی پزشک برای بیماری که عامل بیماری زای آن نسبت به این دارو حساسنیست. این نوع خطا، خطای برنامه ریزی محسوب میشود. این نوع خطا به آسانی قابل تشخیص نیست.

خطا در اجرای درمان (error of execution): زوش درست ما آنطور که می خواهیم پیش نمی رود. برای مثال پرستار، آنتی بیوتیک دیگری غیر از آن چه تجویز شده است، را تزریق میکند. در این حالت برنامه درمان صحیح بوده اما در اجرا، اشتباه صورت گرفته است. دلایل خطا میتواند متعدد بوده و از جمله نامناسب بودن برچسب دارو باشد. این نوع خطا قابل مشاهده است.

کتابچه ایمنی بیمار

خطاهای پزشکی از نظر شدت و حدت:

نزدیک به خطا (potential adverse event/ near miss/ close call):

اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاقات ناخواسته را دارد اما بعثت شانس متوقف شده و روی نداده است. که می تواند به دلایل خوش شانسی (fortune reason good) زیر باشد:

مداخله همزمان افراد یا اعمالی دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می شود)
مرور مجدد اطلاعات (Recovery of Identification) بررسی مجدد نام بیمار و نوع داروی تزریقی قبل از تزریق

حوادث بدون عارضه (No Harm event/ Incident Event): حادثه ای که بالقوه می توانسته ضرر رسان باشد ولی بنا به دلایلی منجر به حادثه نشده است. مثل قوی بودن بیمار

واقعه ناگوار (accident): حادثی که اتفاق می افتد و به بیمار آسیب می رساند ولی حادثه وارد شده باعث ایجاد صدمه جدی نمی باشد و قابل جبران است مثلاً اقداماتی که باعث طولانی شدن مدت اقامت بیماران شود و یا افزایش هزینه بیمار گردد. مثل سقوط بیمار از تخت.

حوادث مرگ آفرین و ناگوار (Sentinel Event): وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی (death/ harm) فیزیکی یا فیزیولوژیک می شود. مثلاً مرگ بیمار به دلیل پنومونی متعاقب عمل جراحی، از دست دادن عملکرد یک عضو که به شرایط بیماری و یا بیماری زمینه ای مرتبط نباشد، جراحی اشتباه روی بیمار دیگر و یا عضو دیگر، خودکشی بیمار، تحویل کودک به خانواده دیگر و.....

گزارش دهی و یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود. جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل، بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است.

کتابچه ایمنی بیمار

تعریف ایمنی بیمار

ایمنی بیمار عبارت است از رهایی از جراحات تصادفی که در اثر مراقبت های پزشکی و در نتیجه خطاهای پزشکی ایجاد می شود.

آژانس بین المللی ایمنی بیمار در سال ۲۰۰۳، ایمنی بیمار را فرآیندی تعریف کرد که به موجب آن بیمارستان ایمنی بیشتری برای بیمارانش ایجاد می کند. بنابراین ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:

۱. ارزیابی ریسک
۲. شناسایی و مدیریت ریسک های مرتبط با بیمار
۳. گزارش دهی و تحلیل حوادث
۴. ظرفیت یادگیری و پیگیری حوادث و پیاده سازی راه حل هایی برای به حداقل رساندن تکرار مجدد آن خطا

شاخصهای ایمنی بیمار (Patient Safety Indicators)

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پیش می کنند. با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

شاخص های سطح بیمارستانی ایمنی بیمار

- ۱) تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در یک بازه زمانی کوتاه.
- ۲) عفونت های بیمارستانی شدید منجر شده به مرگ یا عارضه پایدار
- ۳) شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق / مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
- ۴) آمبولی ریوی پس از عمل جراحی
- ۵) خونریزی یا هماتوم شدید منجر به مرگ یا عارضه پایدار پس از اعمال جراحی
- ۶) ایجاد زخم فشاری درجه ۳ و ۴ و یا زخم فشاری تونلی در بیمار
- ۷) تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه دارو های پر خطر منجر شده به مرگ یا عارضه
- ۸) عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پر خطر
- ۹) جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار بعد از عمل
- ۱۰) واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
- ۱۱) آسیب حین تولد نوزاد
- ۱۲) انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
- ۱۳) سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
- ۱۴) سوختگی با کوتر در اتاق عمل
- ۱۵) سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود.

کتابچه ایمنی بیمار

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار

- ✓ عفونتهای بیمارستانی
- ✓ حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می انجامد.
- ✓ عوارض حین و بعد از عمل جراحی
- ✓ زنان و زایمان
- ✓ حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند.

9 راه حل ایمنی بیمار

1. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

- ✓ تعیین فضای فیزیکی اختصاصی جهت انبارش الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه
- ✓ داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در باکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.
- ✓ در خصوص دارو های با غلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برجسب جداگانه مشخص شده باشد.
- ✓ تجویز ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه
- ✓ محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه
- ✓ جلب مشارکت بیماران و خانواده یا مراقبین در مراقبت دارویی به منظور کاهش خطر
- ✓ گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مصرف غیر ایمن داروهای با اسامی و اشکال مشابه و تحلیل علل ریشه ای آنها
- ✓ رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی دربالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...

- ✓ قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.
- ✓ هنگام دارو دادن ، حتما " بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).
- ✓ هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- ✓ هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود.
- ✓ هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود.

کتابچه ایمنی بیمار

2. شناسایی صحیح و تعیین هویت بیماران

عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه از جمله در فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده می شود. با توجه به زیان و آسیب های حاصله از این امر، ضروریست کاهش و در صورت امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد. از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت عدم شناسایی صحیح بیماران در حیطه های عمده فرآیند تجویز دارو، فلبوتومی، انتقال خون و مداخلات و اقدامات درمانی جراحی می تواند منجر به بروز اشتباهات مکرر گردند. به همین منظور از مچ بندهای احراز هویت بیمار در بیمارستان ها و مراکز درمانی استفاده می شود. دستبند شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و در هنگام پذیرش و قبل از ورود به بخش در اختیار بیماران قرار گیرد در هنگام پذیرش صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی با بیمار یا در صورت ضرورت با یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

محل مناسب دستبند شناسایی بیماران بر روی مچ دست غالب می باشد.

کلیه کادر درمان می بایست قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی، تشخیصی و مراقبتی بایستی تمامی بیماران بصورت فعال شناسایی شوند و مشخصات آنها با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق داده شوند.

روش شناسایی فعال

- ✓ از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
- ✓ اگر بیمار هوشیار است نام وی را بپرسید (از بیمار بپرسید " نام شما چیست " ، به جای اینکه بپرسید " آیا شما آقای علی احمدی هستید؟ ")
- ✓ اگر بیمار کودک / معلول ذهنی / قادر به تکلم نباشد / هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.
- ✓ پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
- ✓ به هیچ عنوان از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نمی شود.

مشخصاتی که روی مچ بند احراز هویت بیماران ثبت می گردد به شرح ذیل می باشد:

بیماران بستری بزرگسال

نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار ، نام پدر بیمار، شماره پرونده

نوزادان

نام و نام خانوادگی مادر نوزاد(نام پدر در مورد اسامی مشابه)، جنس نوزاد، تاریخ تولد، ساعت تولد، تعداد قل یک، دو ، سه و ...، شماره پرونده مادر.

کتابچه ایمنی بیمار

بیماران مجهول الهویه

اطلاعات ثبت شده بر روی دستبند شناسایی این بیماران به شرح ذیل می باشد:

در قسمت نام خانوادگی بیمار مجهول الهویه و در قسمت نام خانم/آقا/دختر بچه/پسر بچه/ نوزاد و ثبت شماره پرونده و تاریخ تولد: به صورت تقریبی می باشد.

جهت شناسایی بیمار در واحدهای پاراکلینیک و سایر بخشها مطابقت مچ بند شناسایی با اطلاعات ثبت شده در پرونده/سیستم و نیز شماره پرونده و شماره سریال پذیرش صورت گیرد.

بیماران با اختلالات روانی

طبق دستورالعمل داخلی بیمارستان، دستبند شناسایی این بیماران مانند سایر بیماران صادر و به مچ دست غالب بیمار بسته شود و در صورت مفقود شدن دستبند پس از تطابق اطلاعات و مشخصات بیمار با پرونده، مجدد برای بیمار دستبند شناسایی صادر و به مچ دست بیمار وصل گردد.

بیماران دارای شکستگی و سوختگی اندامهای فوقانی

در موارد شکستگی اندام های فوقانی، مچبند بر روی یک باند الصاق و سپس به پا یا ران بیمار با رعایت نکات ایمنی بسته شود.

در صورت ادم اندام ها و عدم امکان بستن مچبند(از لحاظ سایز)، در این موارد مچبند بر روی یک باند الصاق و سپس به دست بیمار با رعایت نکات ایمنی بسته شود.

در بیمارانی که با سوختگی بستری می شوند و پانسمان مرطوب دارند، مچبند روی یک باند الصاق و سپس به دست، بازو، پا یا ران فاقد سوختگی متصل گردد. لازم است که محل الصاق مچبند در کاردکس بیمار قید گردد و در تحویل و تحول شیفت به پرستار شیفت بعدی حتما محل مچبند اطلاع داده شود.

بیماران دیالیزی

جهت بیماران دیالیزی کارت شناسایی تهیه شده و در زمان پذیرش بیمار روی لباس بیماران نصب و در زمان ترخیص بیمار، کارت مجدد تحویل پرستار میگردد.

بیماران سرپایی انکولوژی

جهت بیماران سرپایی بخش انکولوژی، کارت شناسایی تهیه شده و در زمان پذیرش بیمار روی لباس بیماران نصب و در زمان ترخیص بیمار، کارت مجدد تحویل پرستار میگردد.

کتابچه ایمنی بیمار

بیماران بستری توسط ابزارهای استاندارد زیر ارزیابی شده و بر اساس نتایج حاصله، از کد بندی رنگی بر روی مچ‌بند شناسایی بر اساس دستورالعمل زیر استفاده گردد:

✓ در تمام آلرژی‌های شناخته شده، برچسب قرمز رنگ روی مچ‌بند الصاق شده و در کاردکس و گزارش پرستاری نیز ثبت گردد. در هنگام تحویل و تحول بیمار حتماً به پرستار مسئول بیمار اطلاع داده شود.

ضمناً کارت شناسایی حساسیت تکمیل و روی جلد پرونده قرار گیرد. در زمان ترخیص بیمار، کارت شناسایی حساسیت تکمیل شده تحویل بیمار/ همراه آگاه وی جهت ارائه در مراجعات بعدی به مراکز درمانی گردد (ضمناً در خصوص حساسیت شناخته شده و اهمیت مطرح نمودن آن در مراجعات بعدی به مراکز درمانی به بیمار / همراه آگاه وی آموزش داده شود).

بیماران / مراجعین پرخطر غالباً شامل موارد ذیل است:

- ✓ بیماران در معرض خطر سقوط با لیبل **Fall.R** (معیار مورس برای بزرگسالان - هامپتی دامپتی برای اطفال و نوزادان)
- ✓ زخم فشاری با لیبل **Bed sore** (برادن برای بزرگسالان و گلی مورگان برای اطفال و نوزادان)
- ✓ تشنج با لیبل **Sz.R** (ریسک تشنج بر اساس سوابق بیمار ارزیابی میگردد)
- ✓ ترومبوز وریدهای عمقی با لیبل **DVT.R** (معیار ژنو برای عموم بیماران و فرم ارزیابی ترومبو آمبولی بارداری ویژه مادران، از بدو حاملگی تا 42 روز پس از ایمان)
- ✓ خودکشی با لیبل **SU.R** (SAD سد)
- ✓ سوء تغذیه (BMI & Z Score)
- ✓ پلی فارمسی (تعریف: در صورتی که بیمار بیش از 4 دارو دریافت می کند).
- ✓ با عنایت به اثربخش بودن اقدامات پیشگیرانه در گروه/گروه‌های پرخطر در معرض سقوط، زخم فشاری، خودکشی و ترومبوز وریدهای عمقی و تشنج حتماً از لیبل **زرد رنگ** استفاده شود. در خصوص خطر سقوط در کودکان/ نوزادان و پلی فارمسی شناسایی بیماران و در مراحل ارزیابی و سیر مراقبت باستی مدیریت ایمنی بیمار رعایت شود اما استفاده از لیبل **زرد برای این دسته از بیماران الزامی نیست**. در خصوص سو تغذیه با توجه به ارزیابی های تخصصی تغذیه ایمنی بیمار مدیریت می شود و نیازی به استفاده از لیبل نیست.

- در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست علاوه بر ثبت نام پدر بیمار بعنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی، به منظور هشدار روی جلد پرونده‌ی بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت: "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" قید گردد.
- بعد از ترخیص دستبند بیمار امحا گردد.

کتابچه ایمنی بیمار

3. ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار- ISBAR

- ✓ زمانی که مسئولیت مراقبت بیمار از یک مراقبت دهنده به فرد دیگری منتقل شود اصطلاح (Hand Over) Hand Off به کار می‌رود.
- ✓ Hand Off در زمان تحویل و تحول شیفت‌ها یا زمانی که فرد مراقبت دهنده به طور موقت محل خدمت خود را ترک کند مانند: زمان غذا خوردن، ساعت استراحت، مرخصی ساعتی و ... و مراقبت از بیمار را به همکار خود واگذار نماید روی می‌دهد.
- ✓ ۷۰-۸۰٪ اتفاقات ناخواسته ناشی از مشکلات تعاملی بین گروه‌های پزشکی است.
- ✓ هدف استفاده از یک روش یکسان و واحد در بخش‌های درمانی جهت انتقال صحیح، به موقع، کامل و مؤثر اطلاعات بیماران از یک فرد مراقبت دهنده به فرد دیگر به منظور ارتقاء ایمنی بیماران می‌باشد.
- ✓ روش صحیح Hand Off بصورت چهره به چهره و بر بالین بیمار انجام می‌شود.
- a. از دو روش ارتباطی (پرونده بیمار یا کاردکس و شفاهی) برای Hand Off استفاده می‌شود.
- b. از تکنیک ارتباطی یکسان ISBAR برای گزارش دهی استفاده می‌شود.
- c. موارد مورد ابهام حتماً تکرار می‌شود.
- d. فرد تحویل گیرنده هم تراز (مهارت و دانش) فرد تحویل دهنده می‌باشد.
- e. گزارش شیفت کاری در پرونده بیمار ثبت می‌شود.
- f. بعد از اتمام مراحل تحویل و تحول، کلیه مسئولیت‌های مراقبت از بیمار به عهده فرد تحویل گیرنده است.

پروتکل تحویل و تحول ایمن ISBAR

مشخصات (Identify)	I
شناسایی هویت بیمار بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران وزارت بهداشت، تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص، پزشک معالج	
وضعیت (Situation)	S
ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت‌های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی	
تاریخچه (Background)	B
شرح بیماری‌های زمینه‌ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار	
بررسی (Assessment)	A
ارائه یافته‌های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری، بررسی اتصالات بیمار و محیط بیمار، نرده کنار تخت، کنسول و نظم و ترتیب یونیت بیمار نیز را در این مرحله مورد بررسی قرار دهید	
توصیه‌ها و پیگیری‌ها (Recommendation)	R
پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره‌ها، آزمایشات، گرافی‌ها	

کتابچه ایمنی بیمار

4. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

در تدوین پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می باشد. a. در تمامی اعمال جراحی، و اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای درمانی) تهاجمی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه میباشد. (لیست اقدامات تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی بر اساس نظر پزشکان متخصص هر رشته، نوع مراقبت و درمان های انجام شده در بخش و نوع مراجعین توسط بیمارستان تهیه و به تایید رئیس بخش رسیده است)

b. اخذ رضایت از بیماران در وضعیت تهدید کننده زندگی، اختلال هوشیاری الزامی نیست.

c. در فرآیند رضایت آگاهانه لازمست، نکات ذیل به بیمار گفته شود:

i. تشخیص یا مشکل اصلی

ii. درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل

iii. خطرات توأم با درمان و یا راهکار

iv. اطلاعات در خصوص زمان بهبود مورد انتظار

v. نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان

vi. وجود و هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم

d. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی/پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز میباشد.

e. در بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی) بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل میتوان یکبار در ابتدای شروع دوره ی زمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه بمدت یکسال اعتبار دارد:

i. شرایط بیمار،

ii. نحوه ی درمان،

iii. روش های درمانی جایگزین،

iv. احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی،

v. ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند،

vi. بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

f. هر لحظه ای که بیمار بخواهد میتواند رضایت خود را پس بگیرد.

g. عموماً قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار/ولی/وابسته ی درجه یک وی رضایت آگاهانه اخذ نمود.

کتابچه ایمنی بیمار

گام دوم – تایید هویت بیمار

از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می شود، در گیر اولین مراحل فرآیند پنج گانه «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» میگردد.

قبل از اجرای هر گونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد.

این پرسش ها شامل

- نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تأیید نماید).

- نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده.

- دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر

- نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید.

در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود.

گام سوم – نشانه گذاری محل انجام پروسیجرهای تهاجمی

محل انجام پروسیجرهای تهاجمی باید توسط فردانجام دهنده پروسیجر و یا پزشک انجام دهنده پروسیجر صورت پذیرد. جراح فقط در صورتی می تواند علامت گذاری محل عمل/پروسیجر تهاجمی را به فرد دیگری تفویض نماید که ان فرد در تمام مدت جراحی/ پروسیجر تهاجمی بویژه هنگام انسزیون حضور داشته باشد.

گام چهارم – درنگ تیمی (تایم اوت تیمی)

در مکان انجام پروسیجر اعم از اتاق عمل یا بخش های بستری، قبل از آغاز پروسیجر همه اعضاء تیم درمانی بایستی با یک درنگ (تایم اوت) در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند:

اطمینان از حضور بیمار صحیح

اطمینان از نشانه گذاری صحیح محل پروسیجر

اطمینان از انجام پروسیجر صحیح

اطمینان از در دسترس بودن ایمپلانت مناسب و تجهیزات خاص مورد نیاز

توجه: در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

کتابچه ایمنی بیمار

کام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

- (a) کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار (پرونده، گرافی ها و آزمایشات) در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده میشود.
- (b) خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می باشد.
- (c) فرآیند های مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته های تصویر برداری :
- (d) حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.
- (e) همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آن ها مطمئن شوند.
- (f) از صحت بیمار صحیح- گزارش صحیح اطمینان یابند.
- (g) بعد از تأیید صحت گرافی ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد. در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد. این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد.

5. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

محلول های الکترولیت تغلیظ شده داروهای هستند که جهت جبران اختلال الکترولیتی در بیماران استفاده می شود. در صورت عدم مدیریت و تجویز نادرست این محلول ها می توانند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بیماران داشته باشند و جزء داروهای پرخطر (High Risk) محسوب می شوند. از بین داروهای تزریقی الکترولیت های تغلیظ شده KCL خطرات جدی تری را در بردارد.

✓ به منظور جلوگیری از صدمات جبران ناپذیر تزریق این محلول ها و ارتقاء ایمنی بیماران موارد ذیل مورد توجه قرار

گیرد:

- a. داروهای پرخطر الکترولیت های تغلیظ شده دور از دسترس و در کمد جداگانه نگهداری می شود.
- b. دوز دقیق دارو و مدت زمان انفوزیون در برگه دستورات پزشک ثبت می شود.
- c. محلول های الکترولیت غلیظ طبق دستور پزشک آماده سازی شده و در صورت نیاز رقیق می شوند و بر روی محلول آماده تزریق برچسب High Alert نصب می گردد.
- d. در مواقع تجویز الکترولیت های غلیظ سیستم Double Check اجرا می شود به این معنی که پرستار دیگری هم بر کنترل دستور پزشک در پرونده بیمار، نحوه آماده سازی و تزریق دارو نظارت می نماید.
- e. قبل از تزریق از سالم بودن لاین وریدی بیمار اطمینان حاصل می شود.
- f. در تزریق محلولهای الکترولیتی با غلظت بالا از پمپ انفوزیون استفاده شود و بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق برچسب قرمز رنگ حاوی نام دارو، دوز دارو و نصب گردد.
- g. بیمار در تمام مراحل حین و پس از انفوزیون دارو تحت مانیتورینگ قلب- تنفسی قرار گیرد.

کتابچه ایمنی بیمار

h. علایم حیاتی بیمار در طی تزریق الکترولیت های غلیظ کنترل می شود.

6. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای دارویی به هنگام

تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند و لیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار

شایعتر برآورد می گردد. بنابراین رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی دربخشها الزامی می باشد.

✓ **تلفیق دارویی** فرایندی است که به منظور بهبود ایمنی دارویی بیمار در زنجیره درمان (انتقال بیمار از منزل به بیمارستان، انتقال بین بخشی، ارجاع و ترخیص) بکار گرفته میشود.

این فرآیند شامل:

(a) تهیه یک لیست جامع و کامل از داروهایی که بیمار قبل از بستری مصرف می کرده است.

(b) مقایسه لیست فوق با دستورات دارویی نوشته شده برای بیمار در هنگام پذیرش، انتقال و یا ترخیص وی و مشخص کردن مغایرت ها، تداخلات دارویی و ... که با توجه به آن تغییرات دارویی مستند و ثبت می گردد.

(c) به روز رسانی لیست دارویی

(d) اعلام لیست به مراقبین سلامت بعدی در زمان ترخیص، انتقال و یا تحویل لیست به بیمار در هنگام ترخیص تلفیق دارویی حداکثر در ۲۴ ساعت اول بدو پذیرش و قبل از ترخیص توسط پزشک معالج یا داروساز بالینی انجام میشود.

7. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در سازمانهای مراقبت بهداشتی، تجهیزات پزشکی مانند کاتترها، سوندها و راههای وریدی یا شریانی به منظور انتقال داروها و مایعات، تغذیه و گازهای تنفسی به بیماران است. از آنجا که طراحی بسیاری از آنها به نحوی است که غالباً دارای محل اتصال مشابه و یکسان هستند، همین امر باعث ایجاد خطر شده و ممکن است داروها و یا مایعات از مسیری اشتباه به بیمار تزریق شده و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیر و حتی منجر به مرگ بیماران می شوند.

برخی از این تجهیزات شامل موارد ذیل میباشد:

(الف) اتصالات وریدی، شریانی (آنژیوکت، شالدون، CVP LINE، ARTERY LINE، ...

(ب) اتصالات مربوط به راه هوایی شامل لوله تراشه، تراکئوستومی، سوند اتصال اکسیژن و....

(ج) سایر موارد مثل درن ها، سوند فولی، NGT، ...

✓ در طی Hand Off تمام اتصالات بیمار از نظر فیکس بودن، باز بودن مسیر و صحت عملکرد کنترل می شود.

✓ در صورت مشاهده هر گونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل: نشت، انسداد، جابجایی و یا پارگی در

آنها در صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج می رساند.

✓ میزان درناژ باتلها و out put ادراری و یورین بگ بیمار را بررسی نمایید.

کتابچه ایمنی بیمار

- ✓ لوله تراشه و NGT را از نظر قرار گیری در محل صحیح بررسی نمایید.
- ✓ تاریخ فیکس اتصالات را چک کنید.

8. استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه خدمت - گیرنده خدمت و جامعه اعمال می کند. بنابراین هدف از رعایت دستورالعمل تزریقات ایمن، جلوگیری از صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی، صدمات ناشی از فرورفتن سر سوزن به دست (Needle Stick) کارکنان بهداشتی درمانی و نیز عدم استفاده مجدد از وسایل یکبار مصرف برای بیماران جهت کنترل و پیشگیری از عفونت های بیمارستانی در راستای ارتقاء ایمنی بیماران و کارکنان میباشد.

✓ تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که

- (a) به دریافت کننده خدمت(بیمار) آسیب نزند.
- (b) به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.
- (c) پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

✓ اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات

- (a) رعایت بهداشت دست
- (b) پوشیدن دستکش در مواقع ضروری
- (c) استفاده از سایر وسایل حفاظت فردی یک بار مصرف
- (d) آماده سازی و ضدعفونی پوست.

✓ خلاصه گام های ضروری در تزریقات

- (a) بهداشت دست ها را با استفاده از آب و صابون و یامحلول های Hand Rub رعایت نمایید. این عمل را به دقت و بر اساس روش شستشوی توصیه شده در راهنمای رعایت بهداشت دست ابلاغی از وزارت بهداشت، انجام دهید.
- (b) در صورت لزوم، از یک جفت دستکش یک بار مصرف غیر استریل استفاده نمایید و دستکش را ما بین بیماران و یا به ازای انجام هر اقدام درمانی تعویض نمایید.
- (c) برای اخذ نمونه خون و کشیدن خون فقط برای یک بار از وسیله تزریقات یک بار مصرف استفاده کنید.
- (d) در صورت نیاز به دسترسی وریدی، موضع تزریق را ضدعفونی نمایید.
- (e) فوراً پس از مصرف، وسایل تزریق مصرف شده را در ظروف ایمن دفع نمایید.
- (f) در صورتی که گذاردن درپوش سرسوزن مورد استفاده ضروری است برای گذاردن درپوش به روش یک دستی اقدام نمایید.
- (g) در صورت وقوع needle stick، آن را گزارش نمایید و پروتکل بیمارستان را در ارتباط با پروفیلاکسی بعد از مواجهه دنبال نمایید. نمونه خون را قبل از ورود سر سوزن به داخل آن، در rack قرار دهید.

کتابچه ایمنی بیمار

- (h) برای هر تزریق از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده نمایید.
- (i) قبل از استفاده از سرنگ ، بسته بندی سرنگ و سرسوزن را بررسی کرده تا از سلامت آن مطمئن شوید.
- (j) در صورتی که تاریخ انقضاء سرنگ و سرسوزن سر آمده و یا بسته بندی آن پاره و صدمه دیده است ، آنرا دور بیندازید.
- (k) حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
- (l) در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سرنگ و سر سوزن استریل استفاده نمایید.
- (m) هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
- (n) هرگز از داروی کشیده شده دریک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید.
- (o) از تعویض صرفاً سر سوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.
- (p) از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.
- (q) از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.
- (r) به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.
- (s) در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری نمایید.
- (t) ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- (u) فضایی که جهت آماده نمودن تزریقات مورد استفاده قرار می دهید را منظم نگاهدارید تا تمیزی آن به سهولت ممکن باشد.
- (v) سر ویال دارویی را با پنبه آغشته به الکل ۷۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) پاک نمایید و قبل از ورود سر سوزن به داخل آن اجازه دهید در معرض هوا خشک شود.
- (w) هیچ گاه بعد از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز ، سر سوزن را پس از جدا نمودن سرنگ در داخل آن رها ننمایید.
- (x) در اسرع وقت پس از کشیدن دارو از ویال مولتی دوز اقدام به تزریق نمایید.
- (y) پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز بر روی ویال دارو : تاریخ و زمان آماده نمودن دارو، نوع و حجم حلال، غلظت نهایی، تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو، نام فرد مسئول را با برچسب بزنید
- (z) برای ویال های دارویی مولتی دوزی که نیاز به آماده سازی ندارند، تاریخ و زمان اولیه ای که از ویال استفاده نموده اید و نام فرد مسئول را درج نمایید.
- (aa) هرگز از سوآب پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکل که در الکل خیس خورده اند به دلیل آلودگی به وسیله باکتری های دست و محیط جهت تزریق استفاده ننمایید.
- (bb) از الکل برای ضدعفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده ننمایید.

کتابچه ایمنی بیمار

CC) روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.

9. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبها باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یامهار رشد آن ها نیز می گردد.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنبال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولا بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

✓ مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از :

- (a) در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران
- (b) قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی
- (c) قبل از انجام اقدامات تهاجمی
- (d) بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک
- (e) قبل و بعد از تماس با زخم
- (f) پس از در آوردن دستکش ها از دست.

موارد 29 گانه خطاهای پزشکی Never Event (مواردی که هرگز در مراکز درمانی نباید اتفاق بیافتد)

بر اساس National Quality forum، وقایع ناخواسته درمانی شامل ۲۸ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد، در صورت وقوع هر یک از موارد فوق، باید بلافاصله به اطلاع مسئول شیفت/سرپرستار و یا سوپروایزر بالینی برسد، تا توسط ایشان اطلاع رسانی به مترون محترم انجام و سپس اطلاع رسانی به مسئول فنی ایمنی

کتابچه ایمنی بیمار

بیمارستان، مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار و کارشناس فوکال پوینت معاونت درمان از طریق پیامک اطلاع رسانی توسط مترون صورت گیرد.

الف) وقایع مرتبط با اعمال جراحی

- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار
- انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد و ...)
- جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس... در بدن بیمار
- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی آمریکا)
- تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

ب) وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی

- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

ج) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار

- ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد در بیماران بستری که نیازمند مراقبت امن و سطح بالای تحت نظر می باشند، مانند: دمانس، سایکوز و سایر اختلالات سایکولوژیک و خطر خودکشی.
- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

د: وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار

- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،...
- مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
- کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی ...)

کتابچه ایمنی بیمار

ه) وقایع مرتبط با محیط درمانی

- ۲۰) مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- ۲۱) حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
- ۲۲) سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
- ۲۳) موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ...)
- ۲۴) سقوط بیمار تنها در مواردیکه مجر به فوت بیمار و یا عارضه منجر به مداخله درمانی و طولانی شدن زمان بستری گردد.

و) وقایع جنایی

- ۲۵) موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی
- ۲۶) هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار
- ۲۷) ربودن بیمار
- ۲۸) اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعددی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
- ۲۹) کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

اصول صحیح دارودهی (7 RIGHT)

۱. داروی صحیح
۲. راه صحیح
۳. زمان صحیح
۴. دوز صحیح
۵. بیمار صحیح
۶. مستند سازی صحیح
۷. حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستوردارویی داده شده

نحوه مواجهه با مقادیر بحرانی آزمایشات و تصویربرداری (Panic Value)

۱. فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک اعم از آزمایشات و تصویربرداری اعم از بستری و سرپایی با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و پس از تصویب در کمیته دارو و درمان مطرح و توسط مسئول فنی بیمارستان به بخشها ابلاغ می گردد .
۲. به محض تشخیص موارد بحرانی برای بیمار توسط کادر واحد پاراکلینیک (در تصویربرداری توسط پزشک متخصص رادیولوژی) بلادرنگ از خط آزاد ارتباطی یک طرفه برای ارتباط با پرستار بیمار استفاده می کنند .
۳. جهت انتقال اطلاعات از روش Repeat Back .Write Down .Read Back .Close the Loop در چهار مرحله بازخوانی شنیده ، یادداشت شنیده ، بازخوانی یادداشت ، اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات تبادل اطلاعات بین کارکنان تصویربرداری و کادر بالینی استفاده می شود.

کتابچه ایمنی بیمار

۴. بلافاصله شرایط بیمار توسط پرستار ارزیابی می شود و در صورت نیاز اقدامات احیا پیگیری می شود.
۵. اطلاع وضعیت به پزشک معالج به صورت تلفنی / شفاهی اطلاع رسانی می شود و پزشک مقیم / آنکال فراخوان می شود.
۶. بعد از اطلاع رسانی به پرستار مسئول بیمار و پزشک معالج، مجدد آزمایش مربوطه تکرار و نتیجه اطلاع رسانی می شود.

اقدامات لازم در خصوص نتایج اقدامات پاراکلینیک معوقه

- به نتایج تستهای حیاتی بیمار که بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان آماده می شود تستهای معوقه یا pending test result گفته می شود.
- در حالات مختلفی بیمار قبل از دریافت نتایج تست های آزمایشگاهی یا پاراکلینیکی از بیمارستان مرخص می شود، 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، برای این منظور:
- لیست آزمایشات، چرخه زمانی و زمان پاسخ دهی تست های تایید آزمایشگاه طبق مصوبه کمیته تعیین تکلیف بیماران در دسترس پزشک و کادر بالینی قرار داده شود.
- پرستار/مامای مسئول بیمار جواب آزمایشات و تست های پاراکلینیکی انجام شده را بر اساس زمان بندی اعلام شده پیگیری می نماید
- 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.
- فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه وی تحویل گردیده در خصوص پیگیری جواب تست ها و آزمایشات به وی توضیح داده شود.
- در مورد نمونه های پاتولوژی، فرم مشخصات و شماره تلفن بیماران در اختیار آزمایشگاه قرار دارد که اطلاع رسانی و تحویل جواب صرفاً از طریق پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه به بیمار و یا همراه وی صورت پذیرد.
۱. 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.
 ۲. 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.
 ۳. 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.
 ۴. 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.

کتابچه ایمنی بیمار

۵. 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.
۶. در مورد بیماران سرپایی واحد تصویربرداری که جواب ها در محدوده بحرانی هستند و نیازمند مداخله درمانی فوری می باشند توسط رادیولوژیست به مسئول شیفت واحد پاراکلینیک اعلام گردیده و اطلاع به بیمار و بصورت تلفنی به پزشک معالج/ پزشک اورژانس (در صورت درخواست اقدام تشخیصی توسط پزشک خارج از مرکز) و نیز اطلاع به سوپروایزر جهت پیگیری سایر اقدامات صورت گیرد.

نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایش و پاتولوژی

برچسب کلیه نمونه های آزمایشات بایستی واجد نام و نام خانوادگی بیمار، نوع آزمایش، نام بخش، تاریخ و زمان جمع آوری نمونه، شماره پرونده، تاریخ تولد بیمار، نام پدر باشد. در موارد ارسال نمونه جهت گروه خونی و کراس میچ، نام گیرنده ی نمونه نیز ثبت شود.

✓ برچسب گذاری نمونه آزمایش بر بالین بیمار و بعد از گرفتن نمونه از بیمار و تخلیه نمونه در لوله آزمایش صورت گیرد.

✓ برچسب مشخصات مستقیماً بر روی جداره لوله/ظرف نمونه گیری چسبانده شود و از چسبانیدن برچسب به درب ظروف نمونه گیری اجتناب شود.

✓ اطمینان از انطباق شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی بیمار و برچسب ظرف حاوی نمونه و هویت شناسایی شده به صورت فعال و ایمن.

✓ در صورت وجود هرگونه ابهام در ارتباط با برچسب نمونه ها، بهتر است که نمونه گیری مجدد انجام شود و فرآیندی که منجر به اشتباه شده است بررسی گردد.

ارسال نمونه های پاتولوژی با درج مشخصات دموگرافیک - نوع نمونه - محل جراحی شده تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه و شخص تحویل دهنده و تحویل گیرنده باشد و برچسب مشخصات روی بدنه ظرف قرار گیرد.

روش اجرایی مهار شیمیایی:

در ابتدا از روش کلامی استفاده و با بیمار به آرامی صحبت می گردد. محرکات محیطی کاهش می یابد. در صورت مؤثر نبودن مهار شیمیایی انجام می شود.

در نگارش دستور مهار شیمیایی در پرونده بیماران و نحوه اجرای آن موارد ذیل لحاظ شود:

-لحاظ سابقه دارویی و حساسیت شناخته شده بیمار در تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی

کتابچه ایمنی بیمار

- استفاده از ایمن ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی
- انجام مهار شیمیایی صرفا با دستور پزشک
- ضمنا تکرار مهار شیمیایی منوط به اخذ دستور مجدد از پزشک است و عدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم (PRN)
- ارزیابی پاسخ به درمان ، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر ، قبل ، حین و پس از مهار شیمیایی صورت گیرد.
- ثبت شرایط بیمار قبل از شروع مهار و همچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ضروری است.
- کنترل و ثبت علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده
- تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط ، مانیتورینگ مداوم و ... پایش و کنترل مستمر و همچنین گزارش وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی به دفتر پرستاری صورت گیرد .
- حین مهار شیمیایی حریم خصوصی بیمار حفظ می گردد.
- قطع مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن نیز صورت گیرد.
- استفاده از مهار شیمیایی محدودیت داشته و حداکثر ۳ بار در روز امکانپذیر است.

روش اجرایی مهار فیزیکی :

- در نگارش دستور مهار فیزیکی در پرونده بیماران موارد ذیل لحاظ شود :
- انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفا بر اساس دستور پزشک صورت گیرد.
- حتما در دستورات پزشک ذکر اندام های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن و انجام مهار فیزیکی با ابزار استاندارد و ثبت کنترل سیستم عصبی اندامهای مهار شده لحاظ شود .
- ضمنا تکرار مهار فیزیکی منوط به اخذ دستور مجدد از پزشک است و عدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم (PRN)
- انجام ارزیابی نیازهای تغذیه و دفع هر ۲ ساعت و بر طرف کردن آن
- حفظ حریم خصوصی در زمان مهار فیزیکی
- قطع مهار فیزیکی در کوتاه ترین زمان
- ممنوعیت مهار در مادران باردار و عضوی که اختلال حرکتی دارد
- ثبت دستور مهار فیزیکی و زمان شروع و خاتمه آن و عوارض احتمالی آن در گزارش پرستاری و گزارش وقایع ناخواسته / آسیب ناشی از مهار فیزیکی به دفتر پرستاری

کتابچه ایمنی بیمار

ترخیص ایمن ابزار استاندارد SMART

با توجه به اهمیت فرایند ترخیص؛ چارچوب اسمارت به منظور اطمینان از توجه به ۵ حوزه مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص تدوین شده است. این ۵ موضوع عبارتند از:

پروتکل ترخیص ایمن SMART		
علائم و نشانه‌های مهمی که باید به آن‌ها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه‌هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آن‌ها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آن‌ها را به بیمارستان گزارش کنند	علائم (Signs)	S
سوال یا نکته مبهمی درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان مصرف داروها و تحویل کد رهگیری دارو	داروها (Medications)	M
پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان یا پزشک باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمان بندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود.	زمان ویزیت بعدی (Appointment)	A
اگر در زمان ترخیص جواب برخی آزمایش‌ها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود، باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد. (تحویل خلاصه پرونده و مستندات)	نتایج (Results)	R
توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه کنندگان ایجاب می‌کند گفتگوهایی با هم داشته باشند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود. ارائه آموزشهای خودمراقبتی (تغذیه، فعالیت، مراقبت از زخم، استحمام و) و برقراری راه ارتباطی با بیمار و خانواده جهت پاسخگویی به سوالات بعد از ترخیص نیز در این مرحله انجام می‌شود.	توصیه‌ها یا صحبت‌های لازم (Talk with me)	T

کتابچه ایمنی بیمار

معیارهای ارزیابی ریسک:

معیار ارزیابی ریسک سقوط در اطفال (هامپتی دامپتی)			
بارامترها	مشخصات	امتیاز	امتیاز کل / سطح خطر
سن	کمتر از 3 سال	4	ریسک پایین (11-7)
	3-7 سال	3	
	7-13 سال	2	
	بالای 13 سال	1	
جنس	پسر	2	ریسک بالا (12≤)
	دختر	1	
تشخیص	تشخیص نورولوژیکی برای کودک مطرح می‌باشد.	4	ریسک بالا (12≤)
	تغییرات اکسیژناسیون واضح دارد، یا تغییرات همودینامیک که منجر به تغییرات اکسیژناسیون می‌شود (مشکلات تنفسی، دهیدراتاسیون، آنمی، بی‌اشتهایی، سنکوپ، سرگیجه و...)	3	
	اختلالات عصبی رفتاری	2	
	دیگر تشخیص‌ها	1	
اختلالات شناختی	از محدودیت‌های خودش آگاه نیست.	3	ریسک بالا (12≤)
	محدودیت‌های خود را فراموش می‌کند.	2	
فاکتورهای محیطی	به توانایی‌های خود آگاه می‌باشد.	1	ریسک بالا (12≤)
	سابقه افتادن در نوزادی یا نوپایی از تخت دارد.	4	
	کودک بیمار از وسایل کمک حرکتی (روروک، عصا و...) استفاده می‌کند یا نوزاد و نوپا در گهواره، مبل تختخواب‌شو در کنار والدین گذاشته شده است و یا در نئو می‌باشد (در اتاقهای عمومی)	3	
	کودک بیمار در تخت است.	2	
پاسخ جراحی / سدیشن / بیهوشی	کودک بیمار سرپایی است.		ریسک بالا (12≤)
	در طی 24 ساعت گذشته سابقه جراحی / سدیشن / بیهوشی دارد.	3	
	در طی 48 ساعت گذشته سابقه جراحی / سدیشن / بیهوشی دارد	2	
استفاده از داروها	بیشتر از 48 ساعت از جراحی / سدیشن / بیهوشی گذشته است / ندارد.	1	ریسک بالا (12≤)
	از چند دارو استفاده می‌کند (بیشتر از 3 دارو) از دسته دارویی سداتیوها (بجز بیمارانی که در آی سی یو سدیشن دریافت می‌کنند) فلج کننده ها، خواب آورها، مخدرها، باربیتوراتها، استفاده از داروها فنوتیازین ها، آنتی دپرسانت ها، الکتیوها، دیورتیک ها	3	
	یکی از داروهای بالا را دریافت می‌کند.	2	
	داروهای دیگر استفاده میکند / دارو استفاده نمی‌کند.	1	

کتابچه ایمنی بیمار

معیار ارزیابی ریسک زخم فشاری در اطفال (گلامورگان)

پارامترها	امتیاز	سطح خطر	اقدامات مراقبتی
فعالیت طبیعی متناسب با سن	۰	در معرض خطر	بررسی پوست دو بار در روز، تامین تغذیه و آب کافی، تغییر پوزیشن کودک هر ۲ ساعت
فعالیت کم / حرکت کم با توجه به سن	۱۰	۱۵-۱۰	
کودک قادر به تغییر پوزیشن بدون کمک نیست / قادر به کنترل حرکات بدنش نیست / تجهیزات / وسایل / فشار سطح سخت یا سایش بر پوست	۱۵	ریسک بالا ۲۰-۱۵	بررسی پوست هر ۱ ساعت، ارجاع به مشاور تغذیه، تغییر پوزیشن / جابجایی کودک و اتصالات نظیر کاف فشارخون هر ۲ ساعت
کودک قادر به حرکت نیست / بیهوشی عمومی	۲۰	ریسک بسیار بالا $۲۰ \leq$	بررسی پوست هر ۱ ساعت، ارجاع به مشاور تغذیه، تغییر پوزیشن / جابجایی کودک و اتصالات هر ۲ ساعت

معیار ارزیابی ریسک زخم بستر (بران)

درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرک	تغذیه	کشش / سایش	کنترل معمول
۱/ کاملاً مختل	۱/ دائماً خیس	۱/ وابسته به تخت	۱/ کاملاً بی حرکت	۱/ خیلی مختل	۱/ سرخوردن مکرر	> ۱۹
۲/ خیلی مختل	۲/ اکثراً خیس	۲/ وابسته به صندلی	۲/ تحرک خیلی محدود	۲/ خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه	۲/ خودداری نسبی از سر خوردن	۱۵-۱۸
۳/ نسبتاً مختل	۳/ گاهی خیس	۳/ راه رفتن یا کمک	۳/ تحرک نسبتاً محدود	۳/ خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه	۳/ خودداری از سر خوردن	۱۴-۱۳
۴/ کاملاً سالم	۴/ خشک	۴/ راه رفتن بدون کمک	۴/ کاملاً متحرک	۴/ تغذیه کامل		۱۲-۱۰
						< ۹

معیار ارزیابی ریسک سقوط (مورس)

ریسک فاکتور	معیار	امتیاز	ریسک فاکتور	معیار	امتیاز
سابقه سقوط بیمار	دارد	۲۵	وضعیت روانی - ذهنی	دارد	۲۰
وسيله کمک حرکتی	چین راه رفتن به تنه برخورد میله یا از دستور تعمیر میله	۲۰	تشخیص ثانویه	ندارد	۰
	استفاده بیمار از عصا یا واکر	۱۵		میب	۲۰
	کمک گرفتن از پرستار	۰		تعیین	۱۰
	استراحت مطلق - استفاده از واکر عدم نیاز به وسایل کمک حرکتی	۰		نرمال	۰

معیار ارزیابی ریسک تروما آمبولی (زنو)

مشخصات بالینی	نمره	مشخصات بالینی	نمره
سن بیشتر از ۶۵ سال	۱	درد یک طرفه اندام تحتانی	۱
سابقه PE یا DVT	۳	هموپتزی	۲
سابقه جراحی تحت بی هویشی عمومی یا شکستگی اندام تحتانی در ماه گذشته	۲	ضربان قلب ۹۴-۷۵	۳
کانسرس، تومورهای توپر یا هماتولوژیکی که در حال حاضر فعال باشند یا کمتر از یک سال از پیوندی آن ها می گذرد	۲	ضربان قلب بیش تر از ۹۵	۵
		درد در لمس ورید عمقی اندام تحتانی و ادم یک طرفه	۴

معیار ارزیابی ریسک اقدام به خودکشی (سد)

نمره	اقدامات	نمره	SAD PERSONS SCALE	نمره	SAD PERSONS SCALE
۰ تا ۲	تحت نظر در منزل با پیگیری های لازم	۱	اعتیاد به الکل	۱	مرد
۳ تا ۴	تحت نظر و بستری در بیمارستان	۱	عدم تفکرات منطقی	۰	زن
۵ تا ۶	بستری و تحت نظر ویژه در بیمارستان بر اساس برنامه مراقبتی مطمئن تنظیم شده	۱	عدم وجود حمایت اجتماعی	۱	سن کمتر از ۲۰
۷ تا ۱۰	بستری اجباری در بیمارستان با پیش بینی نبروهای ویژه و اختصاصی برای بیمار	۱	وجود برنامه درمانی شده تا برز خودکشی و برگ	۰	۲۱-۴۲ سال
		۱	در زمان مطلقه، بیوه، مجرد یا تنها	۱	بالای ۴۴ سال
		۱	وجود بیماری مزمن قابل کننده و شدید	۱	در صورت وجود افسردگی
					اقدام به خودکشی ناممکن قبلی

کتابچه ایمنی بیمار

مراقبت‌های پرستاری در بیماران پرخطر

مراقبت از پوست و حفاظت از بیمار در برابر زخم‌های فشاری

- در ارزیابی اولیه بیماران با ابزار Braden توسط پرستار سنجیده و نمره داده می‌شود. در صورتیکه در ارزیابی انجام شده مقیاس برادن ۱۲ یا کمتر از آن دارد این بیماران در معرض ریسک بال‌بال برای زخم بستر هستند. بیماران با خطر بالا یا متوسط به اطلاع پزشک معالج رسانده می‌شوند و بیماران تحت مراقبت از نظر تغییر پوزیشن، فعالیت حرکتی، رطوبت پوست، تغذیه، حمام کردن و سایر مراقبت‌ها طبق دستور پزشک قرار می‌گیرند و کلیه موارد انجام شده توسط پرستار در پرونده ثبت می‌شود.
- بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییر وضعیت دهید.
- به بیمار کمک کنید تا جاییکه ممکن است فعالیت خود را حفظ کند.
- نقاط مستعد زخم فشاری مانند: پاشنه‌ها، شانه‌ها و ... را محافظت کنید.

مراقبت از بیمار در معرض خطر ترومبو آمبولی

- در صورتیکه پس از ارزیابی (ترومبو آمبولی) ریسک ژنو بالاتر از ۱۰ باشد موارد ذیل مورد توجه قرار گیرد:
- استفاده از ضد انعقادها مطابق دستور پزشک
- استفاده از جوراب واریس
- بالاتر قرار دادن پاها یا بخش تحت تاثیر قرار گرفته

مراقبت از بیمار در برابر سقوط

- در صورت ارزیابی ریسک سقوط (ابزار مورش) در محدوده‌ی پرخطر موارد ذیل را مد نظر قرار دهید:
- آموزش به بیمار و همراهی در زمینه‌ی سقوط
- تامین روشنایی در شیفت شب
- بالا آوردن نرده‌ی کنار تخت
- استفاده از کفش و دمپایی مناسب
- مدیریت زمان تجویز داروهای مدر و مسهل
- در نظر گرفتن همراهی
- سرکشی به بیمار در فواصل زمانی منظم
- رفع نیاز بیمارانی که به دفع مکرر نیاز دارند (در فواصل منظم و به صورت مستمر)
- جهت پیشگیری از سقوط در اطفال و نوزادان، به مادر آموزش دهید: هرگز نوزاد/کودک را روی کاناپه یا روی صندلی راحتی قرار ندهند. نگهداری نوزاد همواره در کات انجام می‌شود، لذا نوزاد خود را جز در مواقع لزوم در آغوش نگیرید.
- جابجایی نوزاد همواره با کات ایمن انجام شود.

کتابچه ایمنی بیمار

مراقبت از بیمار در معرض خطر خودکشی

- قرار دادن بیمار در اتاق های نزدیک ایستگاه پرستاری
- در زمان پذیرش و ملاقات، حتما بیمار بازرسی شود تا وسیله ای که موجب آسیب به بیمار و دیگران می شود در وسایل وی موجود نباشد.
- سرکشی منظم و تعداد دفعات بیشتر به این بیماران
- اطمینان از ایمن بودن محیط و حذف وسایل اضافی مانند: پایه سرم، تراسی دارو و ...
- اطمینان از همراه نداشتن هرگونه وسایل تیز و برنده
- توزیع غذا در ظروف یکبار مصرف
- اطمینان از وجود حفاظ در پنجره ها و

گزارش دهی اختیاری خطا در بیمارستان

تکمیل فرم گزارش دهی خطا و قرار دادن در صندوق گزارش خطای پزشکی (در بخش داخلی ۲)
ثبت خطا در سامانه ی گزارش خطای پزشکی که بصورت لینک الکترونیک از مسیر: سایت بیمارستان- سربرگ بهبود کیفیت- واحد ایمنی بیمار- گزارش خطای پزشکی در دسترس است.

گزارش دهی وقایع ناخواسته

در صورت وقوع وقایع ناخواسته ی ۲۹ گانه ی تهدید کننده ی حیات و یا خطاهای منجر به عارضه برای بیمار نیز بلافاصله، موضوع در شیفت صبح به اطلاع سرپرستار و در شیفت عصر و شب به اطلاع مسئول شیفت رسیده و فرم وقایع ناخواسته تکمیل و اطلاع به مترون/سوپروایزر داده میشود.