

کتابچه خط مشی ها



کتابچه

خط مشی 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 خط مشی ها

فهرست

۱. مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات /مراقبت سلامت..... ۳
۲. تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحرانی..... ۶
۳. کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/واحدها ۱۱
۴. روش مهار شیمیایی ۱۶
۵. روش مهار فیزیکی ۱۹
۶. مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد ۲۴
۷. نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه ۲۸
- نحوه و اندیکاسیون های پذیرش در بخش ویژه..... ۳۱
- نحوه و اندیکاسیون های ترخیص از بخش ویژه ۳۴
۸. شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری ۳۶
۹. نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهانکاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/خانواده/مراجعی..... ۳۹
۱۰. روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان..... 41

کتابچه خط مشی ها

POL-MBC-01

کد سند

۱

سنجه

۸

۶

1

استاندارد

عنوان خط مشی:

1. مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از

ارائه خدمات/مراقبت سلامت

بیانیه خط مشی:

بیمارستان در راستای ارائه خدمات مراقبتی و درمانی ایمن به بیماران و اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته اقدام به مدیریت پیشگیرانه خطر می نماید.

دامنه:

کلیه بخشهای بیمارستان

هدف:

پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی

تعاریف:

هرگز نباید اتفاق بیفتد: *Never Event*؛ خطای بدون آسیب: *No Harm*؛ نزدیک به خطا: *Near Missed*؛

منجر به آسیب: *Sentinel Event*

صاحبان فرآیند:

کارکنان بیمارستان

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو:

مسئول فنی بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

کتابچه خط مشی ها

مشاهده و بررسی مستندات

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

منابع:

امکانات: گزارشات دریافتی - نتایج و گزارشات پایش میدانی مدیریتی - راند ایمنی - صورتجلسات

کارکنان مورد نیاز: تیم مدیریت اجرایی - مسئولین واحدها - کارشناس ایمنی بیمار

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

1. سرپرستاران موارد غیر ایمن بخش خود شامل فرایندها، دارو، تجهیزات و ... را بر اساس فرمت FMEA، شناسایی کرده و با مدیر خدمات پرستاری و مسئول دفتر بهبود کیفیت مکاتبه می نمایند.
2. مسئول واحد بهبود کیفیت، عوامل بروز خطا و موارد اصلاحی از طرف بخش ها را دسته بندی نموده و تحلیل می کند.
3. مسئول واحد بهبود کیفیت، گزارش تحلیلی FMEA را در تیم مدیریت و رهبری ارائه می کند و مصوبات جلسه جهت پیشگیری و کاهش احتمال بروز خطاها به بخش ها ابلاغ می گردند.
4. پزشکان و پرسنل بخش های بالینی و پاراکلینیک، گزارش خطاهایی که منجر به آسیب به بیمار (Sentinel Event) شده و یا کلیه خطاهای درمانی که منجر به مرگ و یا عارضه‌ی پایدار در بیمار گردیده است را طبق دستورالعمل های گزارش وقایع ناخواسته ثبت نموده و به سوپروایزر کشیک و مترون اطلاع می دهند.
5. کارشناسی همهانگ کننده ایمنی بیمار با همهانگی جلسه ی RCA تشکیل می دهد.
6. کلیه اعضای دعوت شده به جلسه RCA جهت بارش افکار و شناسایی عوامل دخیل در خدمت یا مراقبت در جلسه شرکت میکنند.
7. کارشناس همهانگ کننده ایمنی، سناریوی گزارشات خطا را در جهت پیشگیری از خطا و پیشگیری از تکرار موارد مشابه به بخش ها ارسال می کند.

کتابچه خط مشی ها

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	مهسا محمدیان	تهیه کننده
مدیر داخلی بیمارستان	محمد شمسی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی یاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

عنوان خط مشی:

2. تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران

بیانیه خط مشی:

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول گنابادی به منظور تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در شرایط بحران نسبت به سیاستگذاری و افزایش آگاهی و توانمندسازی کارکنان و مدیریت بحران اقدام می نماید.

هدف:

در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حادثه، توانمند کردن بیمارستان جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی (مانند مراقبت‌های اورژانسی، جراحی‌های فوری، مراقبت از مادر و کودک) در شرایط بحرانی. 2- پاسخگویی مناسب و موثر به حوادث و کاهش میزان آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان.

دامنه:

کلیه قسمت های بالینی-اداری-پاراکلینیک

تعاریف:

HICS بیمارستان: سیستمی مدیریتی که متشکل از ساختار سازمانی منعطف و اصول مدیریتی مبتنی بر زمان های بررسی شده است. این سیستم؛ شامل تعیین مسئولیت ها و کانال های ارتباطی و استفاده از زبان و اصطلاحات واحد؛ به منظور بهبود ارتباطات داخلی و خارجی و تلفیق با دیگر سازمان های درگیر در پاسخ به حوادث و فوریت هاو تسهیل تدوین مستندات قانونی است.

صاحبان فرآیند:

اعضاء کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلايا - مسئولین اتاق عمل اورژانس، رادیولوژی، آزمایشگاه و بخش های ویژه

ذینفعان:

کلیه پرسنل بیمارستان، بیماران، همراهان بیمار و مدیران سطوح بالاتر سازمان و مدیران فرا سازمانی

فرد پاسخگو:

مسئول فنی و مدیریت بحران

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

کتابچه خط مشی ها

مستندات، وجود مناطق ایمن، و تجهیزات جایگزین در مواقع اضطراری

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

لیست شماره تلفن ضروری پرسنل، چادر صحرایی، باکسهای مخصوص بحران، اتاق EOC و تجهیزات ارتباطی، منابع انسانی شامل پرسنل آنکال بخشها، نیروهای داوطلب مردمی، ذخیره غذایی خشک، ذخیره سوخت طبیعی، منبع برق اضطراری، منبع ذخیره آب و کارشناس ثبت وقایع...

منابع:

مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخصهای توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا تالیف: دکتر حمید رضا خانکه
۱۳۹۳

آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا، تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران، چاپ دوم سال ۱۳۹۲

روش اجرایی:

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

۱. برنامه آنکالی پزشکان و پرسنل و لیست شماره تلفن ضروری (ثابت - همراه) پرسنل در اتاق هدایت عملیات، مرکز تلفن و دفتر سوپروایزر وجود دارد. (مسئول اجرا: کمیته مدیریت خطر)
۲. توسط تاسیسات بیمارستان ذخیره سازی سوخت جهت ۷۲ ساعت در بیمارستان تامین و نظارت می شود.
۳. همچنین برای ذخیره سازی اکسیژن به میزان ۶۸ عدد ۴۰ لیتری و ۵ عدد ۲۰ لیتری در مواقع بحران پیش بینی شده است ضمن اینکه سه دستگاه اکسیژن ساز مجموع ظرفیت ذخیره ۲۰۰۰ لیتر اکسیژن را دارد.
۴. مخازن آب این مرکز میزان ذخیره آب برابر ۳۶۰۰۰ لیتر در حداقل برای برآورد نیاز ۷۲ ساعته را مرتفع می کند.
۵. برای تامین برق اضطراری، عملکرد دستگاه برق اضطراری به طور مرتب بازدید می شود.
۶. لیستی از تجهیزات موجود در بخش و واحد ها (به ویژه اتاق عمل - اورژانس - بخش ویژه) را شامل نام تجهیزات، تعداد و محل نگهداری آنها و محل دستگاه جایگزین تهیه شده توسط واحد مهندسی پزشکی در نظر گرفته شده و کلیه پرسنل بخش از آن اطلاع دارند.
۷. همچنین در کمیته مدیریت و خطر و بلایا به شرح ذیل اقدامات مدنظر مصوب شده است:

کتابچه خط مشی ها

- در زمان وقوع حادثه به منظور افزایش ظرفیت پذیرش بیماران و افزایش خدمات رسانی به بیماران دچار حادثه با توجه به شدت و سطح حادثه اقدامات ذیل توسط فرمانده حادثه و افراد تعیین شده از طرف وی انجام می‌شود:
- کلیه جراحی‌های الکتیو توسط فرمانده حادثه بیمارستان و یا پزشکان معالج بیماران جهت افزایش ظرفیت پذیرش اتاق‌های عمل جهت انجام اعمال جراحی اورژانسی مصدومان لغو می‌گردد.
 - طبق دستور و نظر پزشک اورژانس و حضور سوپروایزر، بیماران دارای بهبودی نسبی از اورژانس مرخص شده و کلیه تمرکز بخش اورژانس بر ارائه خدمت به مصدومین وارد شده به بیمارستان صورت می‌گیرد.
 - در صورت نیاز، ادغام بخش‌های بیمارستانی توسط فرمانده حادثه و رئیس بخش عملیات، جهت افزایش پذیرش مصدومین بحران صورت می‌گیرد و به دستور فرمانده حادثه به کلیه پزشکان معالج جهت ترخیص بیماران دارای بهبودی نسبی و قابل ترخیص، اطلاع رسانی صورت گرفته و در صورت در دسترس نبودن پزشک معالج بیمار، ترخیص بیماران توسط فرمانده حادثه، پزشک آنکال، یا یکی از پزشکان اورژانس انجام می‌شود.
 - جهت استفاده از ظرفیت‌های سایر ارگان‌ها و نهادهای همکار این مرکز تفاهم نامه با مراکز درمانی همجوار در خصوص همکاری در مواقع بحران منعقد نموده است و دو طرف تعهد نموده اند که طبق مفاد تفاهم نامه، به تعهدات خود در مواقع بحران عمل نمایند.
 - با توجه به ظرفیت بسیار محدود سرد خانه جسد این مرکز و پاسخگو نبودن در قبال اجساد بیشتر در مواقع بحران، مسئول واحد متوفیان طبق دستور فرماندهی حادثه از طریق هماهنگی با EOC دانشگاه، پزشکی قانونی نسبت به صدور جواز دفن و انتقال اجساد اقدام می‌ورزد.
 - فرمانده حادثه با هماهنگی EOC دانشگاه و ستاد هدایت دانشگاه نسبت به افزایش ظرفیت حمل و نقل و جابجایی و اعزام مصدومان اقدام می‌ورزد.
- در حال حاضر این بیمارستان دارای امکان استفاده از آمبولانس اختصاصی این مرکز را دارد و در صورتی که جوابگوی موارد بحرانی نباشد از سایر مراکز مانند هلال احمر تقاضای همکاری خواهد نمود.

برنامه آمادگی بیمارستان در خصوص بحران بیماری‌های نوظهور:

- ۱- توسط مدیریت منابع انسانی و مدیریت و مدیریت خدمات پرستاری تعیین پرسنل مورد نیاز در هر شیفت کاری صورت گرفته و در برنامه های کاری پرسنل به صورت ماهیانه لحاظ می‌شود .
- ۲- توسط واحد بهداشت حرفه ای و مدیران ارشد بیمارستان، پرسنل در معرض خطر تعیین شده و تمهیدات لازم در نظر گرفته می‌شود .

کتابچه خط مشی ها

۳- درصد کارکنان مبتلا به صورت مدون توسط واحد بهداشت حرفه ای و مدیریت ارشد تعیین و به ریاست جهت تصمیم گیری و تامین آن رایزنی می شود .

۴- تعیین اقلام مصرفی داروخانه و اکسیژن و تجهیزات ضروری و تاسیسات بر اساس نیازسنجی انجام شده و جهت تامین به ریاست بیمارستان اعلام می شود .

۵- ارزیابی میزان مصرف اکسیژن و رفع نواقص آن ، توسط واحد تجهیزات پزشکی انجام شده و به حوزه ریاست بیمارستان اعلام می شود . و رفع نواقص با همکاری کمیته مدیریت بحران صورت می گیرد .

۶- در صورت افزایش بار مراجعه، تیم مدیریت بیمارستان تحت نظارت رئیس بیمارستان به صورت روزانه تشکیل جلسه داده و براساس گزارش روزانه دریافتی، نظارت کافی برای پذیرش بیماران سرپایی و بررسی اندیکاسیون های بستری و ترخیص به عمل می آید. در این جلسات موارد زیر به دقت بررسی شود:

- در صورت افزایش ضریب اشغال بیش از ۵۰ درصد تخت های بستری عادی و بیش از ۶۰ درصد تخت های ویژه توسط بیماران مبتلا با هماهنگی و تایید معاونت درمان دانشگاه/دانشکده و طرح و تصویب در هیات رئیسه دانشگاه/دانشکده پذیرش بیماران الکتیو لغو میشود. بیماران الکتیو با تایید پزشک معالج توسط مدیر تخت بیمارستان، در لیست انتظار درج شوند. و از بخش های جراحی برای بستری بیماران مبتلا استفاده می شود.

- فرآیند نحوه تریاژ بیماران مشکوک و قطعی از سایر بیماران تدوین شده و تفکیک فضاهای تحت نظر و سرپایی صورت می گیرد.

- میزان خلوص اکسیژن بر بالین بیمار توسط واحد تجهیزات پزشکی روزانه اندازه گیری و ثبت می شود.

- دوره های آموزشی و احتیاطات استاندارد و احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (احتیاطات تماسی و قطرات) و به ویژه رعایت موازین بازآموزی

برگزار و استاندارد در پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی، آداب تنفسی و بهداشت دست برای کارکنان مهارت های کارکنان ارزیابی شود.

- دستورالعمل محدودیت ملاقات های بیماران مشکوک/ محتمل و قطعی مبتنی بر نوع بیماری تهیه و بر نحوه رعایت آن نظارت شود. علایم و هشدارهای محدودیت ورود ملاقاتی ها بر روی درب اتاق ها و بخش ها نصب شده باشد.

- تمامی دستورالعمل های نظافت محیط های کم خطر، با خطر متوسط و پرخطر شامل نوع ماده گندزدا، توالی نظافت، دفعات نظافت در شبانه روز و نحوه آلودگی زدایی ترشحات و ... بیولوژیک در محیط و آموزش نحوه رقیق سازی محلول های گندزدا به کادر پشتیبانی و انبارش و ذخیره مواد ضد عفونی رعایت می گردد .

- موازین کنترل عفونت رعایت می شود .

- اطلاع رسانی و ثبت و گزارش دهی در بیماران به صورت سامانه های مرتبط توسط واحد آمار انجام می شود

کتابچه خط مشی ها

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
دبیر کمیته مدیریت فطر و بلایا	زهراسادات غفارزاده ناجی	تهیه کننده
مدیر دافلی بیمارستان	محمد شمس	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-GO-02

کد سند

۲

سنجه

۵

۵

الف

استاندارد

عنوان خط مشی:

3. کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/واحدها

بیانیه خط مشی:

بیمارستان علامه بهلول گنابادی با هدف صیانت و حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران، تلاش در جهت رعایت دستورالعمل های مرتبط می نماید.

هدف:

افزایش آگاهی و توانمندسازی کارکنان مرتبط و ارتقا فرآیندها و صیانت از اطلاعات بیماران و کنترل پرونده های خروجی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت

دامنه:

کارکنان واحدها/بخش های بیمارستان/پزشکان و دانشجویان و واحد پژوهشی دانشگاه و سایر مراجع قضایی و سازمانهای بیمه گر

تعاریف:

صاحبان فرآیند:

تمامی کارکنان بیمارستان/واحدهای بیمه گر و مدیریت اطلاعات سلامت

ذینفعان:

رئیس، مدیریت، پزشکان، منشی و پرستاران و سرپرستاران بخش ها/واحدهای مرتبط، واحدهای بیمه گر و مراجع قضایی و بیماران سایر افراد به تشخیص بیمارستان

فرد پاسخگو:

مدیریت اطلاعات سلامت در بیمارستان

کتابچه خط مشی ها

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

نظارت میدانی مدیریت واحد اطلاعات سلامت

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

مهر برابر اصل، دستگاه کپی

روش اجرایی:

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

۱. درخواست کتبی پرونده توسط فرد یا واحد درخواست کننده پرونده صورت می گیرد
۲. تایید درخواست توسط رییس بیمارستان صورت می گیرد.
۳. بازبایی شماره پرونده از سیستم اطلاعات بیمارستانی توسط واحد مدیریت اطلاعات سلامت انجام می شود.
۴. ثبت تاریخ و ساعت تحویل پرونده نام شخص تحویل دهنده واحد امانت گیرنده و نام شخص تحویل گیرنده و دفعه مراجعه بیمار در قسمت امانت پرونده از سامانه اطلاعات بیمارستان تکمیل میگردد و در صورت درخواست خروج پرونده از بیمارستان تعداد اوراق هم مشخص می شود.
۵. پیگیری پرونده هایی که از واحد مدیریت اطلاعات سلامت خارج شده و عودت داده نشده به صورت هفتگی صورت می گیرد و در صورت عدم برگشت در طولانی مدت به مدیریت بازخورد داده می شود.
۶. برگشت پرونده به واحد مدیریت اطلاعات سلامت و ثبت برگشت با ذکر تاریخ و ساعت در قسمت امانت پرونده انجام می شود
۷. در زمان انتقال بین بیمارستانی بیمار جهت ادامه درمان، نسخه اصل یا اول فرم اعزام واجد مهر و امضای اصل پزشک معالج به همراه تصویر اوراق مهم پرونده باید همراه بیمار منتقل گردد. اصل پرونده بیمار به همراه نسخه دوم فرم اعزام (اصل یا کاپی) بصورت خوانا و ممهور به مهر و امضای اصل پزشک معالج در بیمارستان مبدأ نگهداری گردد
۸. در صورت بروز حوادث و وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی که منجر به وخامت آنی وضعیت بیمار شده (سقوط بیمار از تخت - قطع عضو نابجا - عدم شناسایی بیمار - استفاده نابجا از گازهای طبی - تزریق خون اشتباه و ...)، و مرگهای مشکوک حین بستری بیمار؛ بلافاصله باید با قید تاریخ و ساعت دقیق واقعه، تصویر تمام اوراق پرونده تهیه و با ذکر تاریخ و ساعت دقیق کپی برداری بر روی نسخه کپی، برابر اصل شده و تا زمان بررسی حادثه در محل امن جهت هر گونه داوری یا بررسی بعدی به عنوان نسخه ایمن پرونده نگهداری شود. ضبط و نگهداری نسخه ایمن پرونده با مسئولیت رییس بیمارستان است .
۹. کلیه ثبیتات پرونده پزشکی بیمار بایستی بهنگام بوده و از ارسال مجدد اصل پرونده بیماران فوتی و، اعزام شده؛ به بخش درمانی مربوطه تحت عناوینی از قبیل تکمیل گزارشات و ... اکیداً اجتناب گردد

کتابچه خط مشی ها

۱۰. پرونده بالینی بیمار (اعم از سرپایی، بستری و اورژانس) در دسترس و اختیار افراد غیر مجاز قرار نگیرد و جهت انتقال آن بین بخشهای مختلف بیمارستان از فرد یا افراد معین و قابل اعتماد استفاده شود. خروج پرونده های بیماران توسط همراهان بیمار از بخشها ممنوع است .

۱۱. خصوصاً ارایه پرونده پزشکی جهت استفاده در تحقیقات و آموزش پزشکی، با توجه به اینکه پرونده بالینی از مهمترین منابع برای مطالعات اپیدمیولوژیک و تحقیقات بالینی محسوب می شود؛ پس از اخذ رضایت قطعی کتبی و بالشرط بیمار در زمان مقتضی (موضوع بند ۲ اجازه نامه پشت فرم پذیرش)، رعایت موارد ذیل قبل از ارایه پرونده و اطلاعات پزشکی ضروری است: الف- رضایت بیمار در خصوص اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی، فقط در خصوص اطلاعات کلینیکی ثبت شده در پرونده پزشکی بیمار می باشد، و نام و اطلاعات مشخص کننده هویت بیمار به هیچ عنوان نباید در پرسشنامه و تحقیقات بالینی و هیچ یک از مراحل پژوهش مورد استفاده واقع گردد. ب- ارایه معرفی نامه از معاونت آموزشی یا پژوهشی یا درمان دانشگاه مربوطه و اخذ کد اخلاق و ارایه یک نسخه از پروپوزال؛ از سوی پژوهشگر. ج- بررسی طرحنامه (پروپوزال)، و پرسشنامه یا نوع مطالعات درخواستی، در کمیته مدیریت آمار و اطلاعات درمان بیمارستان. پس از تصویب طرحنامه در کمیته، صدور مجوز دسترسی به اطلاعات به میزان و کیفیت مطروح در تصویبنامه در صلاحیت رییس بیمارستان است. د- امضا تعهد نامه حفظ محرمانگی اطلاعات شخصی بیماران توسط پژوهشگر مسئول. ه- تعهد پژوهشگر به اینکه یک نسخه از گزارشات نهایی تحقیقات انجام شده (یا خلاصه ای از آن) جهت تأیید رعایت تعهدات اخلاقی، به رویت مسئول واحد مدیریت آمار و اطلاعات درمان مرکز رسانیده شود.

در صورت درخواست کتبی بیمار با سن بالای ۱۸ سال، ارائه کپی یا تصویر کلیه فرم ها و اطلاعات پزشکی بیمار، تصویر نتایج آخرین اقدامات تشخیصی به همراه اصل تمام کلیشه ها و گرافی ها پس از کنترل و برابر اصل نمودن الزامی است. در مورد بیماران زیر 18 سال، محجورین یا بیمارانی که نسبت به اقدامات درمانی و شرایط خود هوشیاری ندارند (اغما)، وضعیت های سایکوز، جنون و ... ارایه کپی تصویر محتوای پرونده غیر روان بیمار، به درخواست ولی یا نماینده قانونی بیمار مجاز می باشد.

*تحويل پرونده بیماران روان، صرفاً در پاسخ به پیگیری های قضایی یا قانونی مجاز است.

*در صورت فوت بیمار، نماینده قانونی و وراثت به شرط داشتن گواهی انحصار وراثت مشمول این بند خواهند بود.

تحويل یک نسخه خوانا از فرم خلاصه پرونده در زمان ترخیص به کلیه بیماران حتی بیمارانی که با رضایت و مسئولیت شخصی بیمارستان را ترک می کنند الزامی می باشد. در مورد بیماران کودک، روانی یا محجور تحويل خلاصه پرونده به ولی یا نماینده قانونی بیمار بلا مانع می باشد.

*تحويل خلاصه پرونده به همراهان بیمار مجاز نمی باشد.

۱۲. در خصوص نحوه دسترسی پزشک به پرونده بیماران، در زمان بستری و حین درمان پزشک پرونده دسترسی کامل به پرونده دارد و در صورت زمان به اخذ سوابق پرونده قبلی بیمار، بایستی با درخواست کتبی پزشک معالج به واحد مدیریت اطلاعات سلامت، پرونده بیمار به ایشان تحويل شود.

۱۳. در زمان درخواست پزشک مشاور و مقیم و آنکال در حین بستری بیمار، دسترسی کامل به پرونده دارند و در صورت نیاز به سوابق بیمار بایستی با درخواست کتبی پزشک مشاور (در صورت درخواست مشاوره) مقیم یا آنکال، با تکمیل فرم درخواست پرونده توسط پزشک

کتابچه خط مشی ها

- معالج به واحد مدیریت اطلاعات سلامت ، پس از اخذ تأییدیه ایشان ، پرونده توسط یک فرد معتمد (منشی یا کمکی بخش) در اختیار پزشک قرار گیرد .
14. در موارد درخواست رئیس و مدیر بیمارستان ، بعد از تأیید درخواست کتبی ایشان توسط مسئول یا انکال مدیریت اطلاعات سلامت بایستی تحویل پرونده و انتقال به واحد توسط منشی یا کمکی معتمد صورت گیرد .
15. در موارد درخواست دانشجویان پزشکی نیز پس از اخذ و تأیید درخواست کتبی ایشان توسط اتند و مسئول واحد مدیریت سلامت بایستی تحویل پرونده و انتقال به بخش توسط منشی یا کمکی معتمد صورت گیرد .
16. در خصوص سطح دسترسی به پرونده های بیماران برای استفاده در کمیته های بیمارستانی نیز دبیران کمیته ها بایستی اصل پرونده را با تأیید درخواست ایشان توسط رئیس بیمارستان/مسئول فنی و همچنین به همراه ذکر علت درخواست (کمیته و ...) از واحد مدیریت اطلاعات سلامت تحویل بگیرند.
17. در موارد درخواست وکیل حقوقی بیمارستان ، نیز پس از اخذ علت درخواست و تأیید آن توسط ریاست باید تحویل پرونده به بخش توسط منشی یا کمکی معتمد صورت گیرد و کپی پرونده در اختیار ایشان قرار می گیرد و در صورتی که پرونده تحویل ایشان شود باید ظرف یک هفته عودت داده شود
۱۸. در موارد درخواست مراجع قضایی، ضمن تأیید درخواست ایشان ، توسط رئیس بیمارستان کپی برابر اصل تحویل و ممهور به مهر برابر اصل در پاکت در بسته به صورت محرمانه از طریق دبیرخانه و پس از اخذ رسید توسط کارشناس حقوقی (در صورت حضور) پرونده تحویل می گردد و در صورت لزوم بر اساس نوع درخواست ، اصل پرونده تحویل می گردد که حداکثر دو هفته از تاریخ ارسال پرونده است و در صورت نیاز مجدد، درخواست تمدید مدت قبل از سررسید دو هفته به دانشگاه ارسال گردد(حداکثر تعداد درخواست تمدید دو بار می باشد) .
۱۹. در موارد رسیدگی سازمان های بیمه گر در زمان بستری بیمار در محل بیمارستان و بخش بالینی ، تا زمان اخذ تأییدیه های لازم و بررسی ها امکان دسترسی به اصل پرونده موجود است .
۲۰. در موارد اخذ غرامت و نیاز به بررسی های لازم توسط سازمان های بیمه گر ، ضمن اخذ تأیید ایشان توسط رئیس بیمارستان و کپی برابر اصل تحویل و ممهور به مهر برابر اصل در پاکت در بسته به صورت محرمانه پس از اخذ رسید از کارشناس حقوقی بیمارستان ، بایستی از دبیر خانه به سازمان مربوطه ارسال شود .
۲۱. در موارد حضور بازرسان وزارت بهداشت ، بعد از اخذ برگه ماموریت ایشان و تأیید رئیس بیمارستان ، دسترسی به پرونده و در صورت لزوم اخذ کپی برابر اصل ، امکانپذیر است .
۲۲. در صورتی که کارفرمای بیماران ناشی از کار نیاز به پرونده داشته باشد بعد از اخذ رضایت بیمار یا ولی قانونی وی با اخذ و اجازه کتبی از مراجع قضایی صورت می گیرد . و کپی پرونده در پاکت در بسته بعد از تأیید کارشناس حقوقی بیمارستان ، از طریق دبیرخانه ارسال می گردد .

کتابچه خط مشی ها

۲۳. در موارد درخواست سایر بیمارستان ، با نامه رسمی و پس از تأیید رضایت از بیمار یا ولی قانونی وی ، کپی برابر اصل ممهور به مهر محرمانه در پاکت دربسته بعد از اخذ رسید از کارشناس حقوقی بیمارستان از طریق دبیرخانه بیمارستان ارسال می گردد .

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول مدارک پزشکی	مریم ابراهیم زاده	تهیه کنندگان
مدیر دافلی	محمد شمسی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-EM-01

کد سند

۶

سنجه

۳

۱

ب

استاندارد

عنوان خط مشی:

۴. روش مهار شیمیایی

بیانیه خط مشی:

در این بیمارستان با هدف حفظ ایمنی بیمار، صرفاً با صلاحدید و طبق دستور پزشک، مهار شیمیایی بیماران انجام می شود.

هدف:

پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی، آسیب به خود و دیگران، جلوگیری از سقوط، جلوگیری از خارج کردن و کشیدن اتصالات توسط بیمار

دامنه:

بیمارستان علامه بهلول گنابادی

تعاریف:

مهار شیمیایی: نوعی از مهار در بیماران بیقرار و نیازمند آرام سازی است که در آن از داروهای آرامبخش استفاده می شود.

سداتیو: داروی آرام بخش

سداسیون: استفاده از دارو های شیمیایی جهت مهار و آرام سازی بیماران بیقرار و افزایش ایمنی بیماران

صاحبان فرآیند:

مدیریت بیمارستان - کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

ذینفعان:

کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری، مسئول فنی بیمارستان

کتابچه خط مشی ها

روش اجرایی:

۱. بیمار توسط پرستار بررسی و علت بی قراری وی ارزیابی و مداخلات لازم انجام و در گزارش پرستاری ثبت می شود (تسکین درد، ایجاد محیط آرام، بررسی اتصالات از نظر تاخوردگی و...)

۲. پرستار/پزشک با ارزیابی بیمار، بیمار نیازمند به مهار شیمیایی را شناسایی می نماید.

الف: بیماران کمتر اندیکه جهت مهار شیمیایی:

– شرایط شدیداً وخیم جسمی و روان • بیماران دلیریومی یا مبتلا به دمانس که کاهش محرک های محیطی موجب وخامت حالشان میشود. بیماران که در انجام خودکشی شدیداً مصرند • بیماران که وابستگی شدید به دارو و مواد دارند دچار مسمومیت شدید شده یا به کنترل دقیق دوز اثر دارویی نیاز دارند • حساسیت شناخته شده به برخی داروها

ب: اندیکاسیون های مهار شیمیایی

– بیماران با اختلال هوشیاری و بیقرار با نظر پزشک ج. بیماران بیقرار تحت تهویه مکانیکی د. بیمار با رفتار تهاجمی ه. رفتارهای خطرناک برای خود و دیگران و. رفتارهای فیزیکی یا کلامی تهدید کننده

۳. پزشک معالج با توجه به سابقه دارویی و حساسیت های شناخته شده ی بیمار، تداخلات دارویی، دستور مهار شیمیایی بیمار را با لحاظ نوع دارو، دوز آن و مدت زمان مهار با ایمن ترین روش تجویز و در پرونده ثبت می نماید

۴. دستور پزشک توسط پرستار مسئول بیمار چک می شود

۵. داروهای مورد نیاز مهار شیمیایی توسط پرستار طبق اصول ایمنی دارودهی طبق دستور پزشک اجرا می نماید.

۶. ارزیابی پاسخ به درمان، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر، قبل، حین و پس از مهار شیمیایی توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود

۷. تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل کاهش خطر سقوط، مانیتورینگ مداوم و... پایش و توسط پرستار مسئول بیمار بصورت مستمر کنترل می شود.

۸. مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن طبق دستور پزشک قطع می گردد.

۹. حریم خصوصی بیمار در حین مهار شیمیایی توسط کارکنان بالینی حفظ می شود.

۱۰. عوارض و وقایع ناخواسته ناشی از مهار شیمیایی بیمار ارزیابی و توسط پرستار به پزشک معالج اطلاع داده و طبق دستور اقدام و در گزارش پرستاری ثبت می گردد.

۱۱. تکرار مهار شیمیایی صرفاً منوط به دستور مجدد پزشک می باشد.

12. با کاهش عوامل تحریک کننده برای بیمار، از مهار شیمیایی کمتر استفاده شود.

کتابچه خط مشی ها

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی

- بازدیدهای روزانه و ماهانه توسط مدیر خدمات پرستاری و سوپروایزران

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- تجهیزات حیاتی و مانیتورینگ
-

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	تهیه کنندگان
مدیر دافلی	محمد شمسی	تأیید کنندگان
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-SM-01

کد سند

۲

سنجه

۳

۱

ب

استاندارد

عنوان خط مشی:

۵. روش مهار فیزیکی

بیانیه خط مشی:

استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی جهت حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران بستری در بخش ها، ارائه خدمات و مراقبت های با کیفیت و ایمن با توجه به منشور حقوق بیمار

هدف:

پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی، آسیب به خود و دیگران، جلوگیری از سقوط، جلوگیری از خارج کردن و کشیدن اتصالات توسط بیمار

دامنه:

کلیه بخش های درمانی

تعاریف:

مهار فیزیکی: بعضی اوقات لازم است برای جلوگیری از آسیب به خود یا دیگران و ارزیابی کافی، بیمار را مهار کنیم. این امر بخصوص در مواقعی که بیمار شدیداً تحریک پذیر بوده و یا دارای افکار تهاجمی یا خودکشی می باشد، ضرورت می یابد. مهار نمودن بیمار باید با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت باشد تا از سلامت کار و بیمار مطمئن گردد.

اعضاء تیم مهار فیزیکی:

کادر پرستاری بخش مربوطه و پرسنل انتظامات و روان شناس (در صورت حضور در بخش مربوطه)

ذینفعان:

کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری، مسئول فنی بیمارستان

کتابچه خط مشی ها

صاحبان فرآیند:

مدیریت بیمارستان - کلیه واحدهای تشخیصی درمانی

روش اجرایی:

۱. اندیکاسیون های مهار فیزیکی:

بیماران با رفتارهای تهاجمی اعصاب و روان • بیماران با اختلال هوشیاری و بیقرار • بیماران بیقرار تحت تهویه مکانیکی که با نظر پزشک نیاز به مهار شیمیایی نداشته باشند

۲. کنتراندیکاسیون های مهار فیزیکی:

• شرایط شدیداً وخیم جسمی و روانی (مگر با مراقبت کافی مستقیم) بیماران دلیریومی یا مبتلا به دمانس که کاهش محرک های محیطی موجب وخامت حالشان میشود (مگر با مراقبت کافی و مستقیم) بیمارانی که در انجام خودکشی شدیداً مصرند. بیمارانی که وابستگی شدید به دارو و مواد دارند و دچار مسمومیت شدید شده و یا به کنترل دقیق دوز اثر دارویی نیاز دارند (مگر با مراقبت کافی و مستقیم) برای تنبیه بیماران یا راحتی و آسودگی کارکنان.

۱- پزشک معالج دستور مهار فیزیکی بیمار و محدوده و مدت زمان آن را کتباً در پرونده بیمار ثبت می کند.

پزشک مهار فیزیکی را به عنوان یک روش درمانی شایع به بیمار/همراه بیمار با زبانی ساده و قابل درک و فهم توضیح داده و عوارض و روش های جایگزین آن را توضیح می دهد و در حضور پرستار فرم رضایت آگاهانه مهار فیزیکی را تکمیل نموده و به تایید و امضاء خانواده می رساند.

۲- پرستار دستور پزشک مبنی بر اجرای محدودیت فیزیکی بیمار را چک نموده و در کاردکس ثبت می نماید و طبق دستورات اقدام می نماید

تبصره ۱: علت و زمان استفاده از مهار فیزیکی، اندام هایی که باید مهار شود، مدت زمان مهار فیزیکی بیمار، مراقبتهای لازم حین و بعد از مهار فیزیکی (ذکر مدت استفاده مهار فیزیکی و اندام های لازم جهت مهار فیزیکی در دستور پزشک الزامی است.)

تبصره ۲: تمدید مدت زمان لازم جهت ادامه مهار فیزیکی بیمار نیاز به دستور مجدد پزشک دارد.

۳- وسایل مورد نیاز مهار فیزیکی توسط کمک پرستار با نظارت پرستار آماده می شود. (دست بند و پا بند)

۴- پرستار جهت انجام مهار فیزیکی از نیروهای دیگر بخش، خدمات، بیماربر، کمک پرستار و نگهبان نیز در صورت نیاز کمک می گیرد

۵- مهار بیمار با نظارت سرپرستار یا مسئول شیفت انجام می شود.

کتابچه خط مشی ها

۶- پرستار کنترل می کند که هنگام انجام محدودیت فیزیکی، بیمار در پوزیشن به پشت خوابیده قرار گیرد و جهت جلوگیری از اسپیراسیون سر بیمار کمی بالاتر از بدن او قرار گیرد.

تبصره: در مادران باردار به دلیل آسیب مادر و جنین، مهار فیزیکی در وضعیت خوابیده به پشت ممنوع است همچنین در بیمارانی که اعضای بدن آنها اختلال حرکتی دارد مهار عضو مبتلا ممنوع است.

پرستار از مهار ۳ نقطه ای جهت مهار فیزیکی استفاده می نماید. از چهار اندام دست ها و پاها همیشه یک اندام باز می باشد. (به صورت متناوب)

پرستار هر ۱۵ دقیقه گردش خون اندام ها و وضعیت سیستم عصبی و پوست و انتهای های بدن بیمار را از نظر کبودی، سیانوز شدن و چک علائم حیاتی باز بودن راه تنفسی کنترل می نماید و هر ۲ ساعت امکان انجام حرکات مفاصل را برای بیمار فراهم می آورد و کلیه موارد را ثبت می نماید

پرستار در حین کنترل و مشاهده بیمار با وی ارتباط کلامی برقرار می نماید و بیمار را تحت مانیتورینگ دقیق قرار می دهد.

پرستار به نیازهای فیزیولوژیک بیمار (تغذیه، بهداشت و دفع) در حین محدودیت فیزیکی توجه می نماید.

پرستار طبق دستور پزشک، مهار فیزیکی را در کوتاهترین زمان ممکن قطع می نماید.

پرستار مسئول شیفت در صورتی که حین مهار، بیمار یا پرسنل دچار ضرب و آسیب شوند گزارش مکتوبی از آنچه اتفاق افتاده است را در فرم ثبت وقایع نوشته و به دفتر پرستاری ارسال می نماید.

پرستار شیفت تحویل دهنده در هنگام تحویل شیفت، بیمار مهار شده را به صورت کاملاً بالینی و با ذکر گزارش شفاهی و با کنترل علائم حیاتی و بررسی وضعیت پوست و انتهای های بدن بیمار به پرستار شیفت تحویل گیرنده، تحویل می دهد.

پرستار موارد مربوط به محدودیت فیزیکی بیمار را در گزارش پرستاری پرونده بیمار ثبت می کند که عبارتند از: زمان شروع، زمان خاتمه، عوارض احتمالی ناشی از مهار فیزیکی، کارکنان دخیل در اجرای محدودیت فیزیکی، شرایط رفتاری منجر به اجرای محدودیت فیزیکی، طول مدت محدودیت فیزیکی، سایر اقدامات درمانی انجام شده قبل از مهار و پاسخ بیمار به این اقدامات، اقدامات دارویی انجام شده برای بیمار (طبق دستور پزشک) ارزیابی وضعیت روانی بیمار و پاسخ های رفتاری بیمار حین و در طول مدت مهار فیزیکی

پرستار وقایع ناخواسته ناشی از مهار فیزیکی را در فرم حوادث ثبت می کند. در شیفت صبح به اطلاع کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان و در شیفت عصر و شب به اطلاع سوپروایزر کشیک می رساند.

۷. در صورت هوشیار بودن بیمار، علت مهار برای ایشان توسط پرستار توضیح داده می شود.

۸. در مورد بیمارانی بیقرار، بالا بودن حفاظ تخت ها توسط پرستار چک می شود.

کتابچه خط مشی ها

۹. در صورت استفاده از باند و پنبه جهت بستن دست و پای بیمار توسط کمک پرستار به گونه ای انجام می شود که مانع خون رسانی به اندام ها و انفوزیون دارویی نشود.
۱۰. وسایل بالقوه تهدید کننده توسط کمک بهیار با نظارت پرستار از بیمار جدا شده و تا زمانی که بیمار کنترل خود را به دست آورد در یک محیط امن نگهداری می شود .
۱۱. پرستار مسئول بیمار بی قرار، بیمار را از نظر صدمات حاد بررسی کرده، در صورت صدمات حاد، به پزشک گزارش نموده و در پرونده ثبت مینماید .
۱۲. در بیماری که مهار فیزیکی دارد در صورت اجازه پزشک جهت برآوردن نیازهای شخصی، مهار فیزیکی با نظارت پرستار بیمار توسط کمک پرستار موقتاً باز می شود و بیمار تحت نظر قرار می گیرد .
۱۳. در صورتی که طبق دستور پزشک نیازی به ادامه مهار نباشد در اولین فرصت ممکن بندها توسط کمک پرستار باز می شوند. و بیمار تحت نظر قرار می گیرد.
۱۴. تمدید و یا قطع مهار فیزیکی طبق دستور کتبی پزشک انجام می گردد .
۱۵. در زمان عدم حضور پزشک معالج، وضعیت بیمار توسط پرستار به پزشک اطلاع داده شده طبق خط مشی دستورات تلفنی و شفاهی در پرونده بیمار ثبت می شود .
۱۶. کلیه اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری با ذکر نوع مهار، ساعت شروع، مدت مهار و خاتمه مهار توسط پرستار ثبت می شود .
- ۱۷- در صورت تشخیص پرستار مبنی بر عدم نیاز به مهار فیزیکی ،اطلاع به پزشک معالج و کسب تکلیف جهت خاتمه مهار فیزیکی انجام می گردد.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

مشاهده مستقیم بیمارانی که تحت مهار فیزیکی قرار دارند یا دریافت گزارش از تیم پرستاری

کتابچه خط مشی ها

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
سرپرستار بخش مرامی 1 - سرپرستار بخش مرامی 2 سرپرستار بخش اعصاب و روان	فاطمه انصاری - حمید دهقان صالح باقری	تهیه کنندگان
سرپرستار بخش CCU - سوپروایزر بالینی	عشرت جمعیتی - رویا مرادی	
سرپرستار بخش دافلی 1 - سوپروایزر آموزش سلامت	مهدی کاظم نژاد - اعظم رضی زاده	
مدیر دافلی	محمد شمسی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-SM-01

کد سند

۳

سنجه

۱

۲

ب

استاندارد

عنوان خط مشی:

6. مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

بیانیه خط مشی:

بیمارستان به منظور اثربخشی و ارتقا سطح خدمات مراقبتی، بیماران با وضعیت های حاد و بحرانی را تحت مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم قرار می دهد.

دامنه:

کلیه بخش های ویژه ی بیمارستان، بیماران در انتظار بخش های ویژه در سایر بخش ها

تعاریف:

۱. **مراقبت حاد:** مراقبت های مورد نیاز بیمارانی است که بصورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه ی بیماری قبلی آنها شرایط بحرانی بروز می نماید.

۲. **مراقبت بحرانی:** مراقبت های هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت های تهدید کننده حیات، با ارائه حمایت های تخصصی پیشرفته و مانیتورینگ صورت می پذیرد. این نوع مراقبت ها در بخش اورژانس و یا هر بخش عادی در شرایط بحرانی بیماران ارائه می شود.

۳. **مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم:** بررسی مداوم و برنامه ریزی شده بیمار حاد از نظر علائم حیاتی (فشار خون سیستولیک و دیاستولیک، MAP، HR-RR-T، SPO₂ - کنترل خونریزی - سطح هوشیاری- عملکرد سیستم ها)

صاحبان فرآیند:

کادر پرستاری و ماما، کادر پزشکی، سوپروایزران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

- کنترل مستندات

کتابچه خط مشی ها

— مصاحبه

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب استاندارد های خدمات پرستاری
کتاب جامع راهنمای اعتباربخشی
تجهیزات پزشکی و ملزومات آن
کادر پزشکی، ماما، پرستاری، کمک بهیار و خدمات

عنوان روش های اجرایی:

1. مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

روش اجرایی 1:

مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد

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

پرستار براساس شاخص های فیزیولوژیک قابل پایش در مراقبت های حاد و بحرانی مطابق لیست ذیل بیماران را شناسایی می نماید.

- مراقبت و پایش سطح هوشیاری بیمار با توجه به مقیاس گلاسکو کوما و FOUR
- مراقبت و پایش سیستم قلبی عروقی — (پایش فشارخون، ضربان قلب و ریتم و...)
- مراقبت و پایش سیستم تنفسی (تعداد تنفس و درصد اشباع اکسیژن خون شریانی و...)
- مراقبت و پایش سیستم کلیوی (کنترل BUN-cr- I/O)

شیوه انجام کار:

1. بعد از شناسایی بیمار با شرایط حاد پرستار به ترتیب زیر عمل می کند.
2. سطح هوشیاری با مقیاس گلاسکو توسط پرستار تعیین می شود .
3. چست لیدهای مناسب هر سن بر روی سینه بیمار چسبانده می شود.
 - سیم قرمز: دومین فضای بین دنده ای سمت راست در امتداد خط کلاویکولار
 - سیم زرد: دومین فضای بین دنده ای سمت چپ در امتداد خط کلاویکولار
 - سیم سبز: پنجمین فضای بین دنده ای سمت چپ در محل اپکس
 - سیم سفید یا مشکی: سمت راست و پایین قفسه سینه
4. دستگاه مانیتورینگ توسط پرستار به بیمار متصل می شود.

کتابچه خط مشی ها

- اتصال پروپ پالس اکسی متری به انگشت شصت بیمار یا اشاره در بیماران بزرگسال و اتصال پروپ مخصوص در نوزادان به مچ دست ها یا پاها و برقراری اتصال به دستگاه و نمایش SPO₂, HR
- ۵. بعد از اتصال سیم ها بر روی چست لیدهای وصل شده روی قفسه سینه بیمار، ضربان قلب توسط پرسنل به طور مداوم کنترل می شود.
- ۶. بیمار از نظر دیس ریتمی های قلبی به صورت مداوم مانیتورینگ قلبی می شود و نتایج ثبت و موارد غیر طبیعی توسط پرستار به پزشک معالج گزارش می شود.
- ۷. وضعیت درد بیمار توسط پرستار ارزیابی شده و به پزشک معالج اطلاع رسانی می شود تا زمان بهبودی، بیمار توسط پرستار بطور مرتب پایش می شود.
- ۸. بعد از اطمینان از سلامت کاف فشار سنج و رابط کاف مناسب با سن بیمار دور بازو، دکمه مربوط به اندازه گیری فشارخون را فشار داده و فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک توسط پرستار اندازه گیری و رویت می شود. در بیماران بدحال دستگاه این قابلیت را دارد که طبق تنظیمات انجام شده توسط پرستار به صورت اتوماتیک در زمان مشخص یا دستی اندازه گیری شود.
- ۹. برخی دستگاه ها مجهز به سنسور پوستی اندازه گیری دمای پوست بدن هستند. سنسور از طرف سطح فلزی روی پوست شکم بیمار وصل می شود.
- ۱۰. بیمار به طور مداوم توسط پرستار با مشاهده مستقیم از نظر عملکرد سیستم ها کنترل و مانیتورینگ می شود.
- ۱۱. کلیه پارامترهای اندازه گیری شده در برگه ثبت علائم حیاتی بیمار و پرونده ثبت می شود. و به صورت مداوم هرگونه تغییری به اطلاع پزشک معالج رسانده شود و براساس گزارشات ۲۴ ساعته پرستار روند درمانی بیمار توسط پرستار اخذ و ثبت می شود.
- ۱۲. در بیماران بدحال کنترل کلیه علائم با توجه به شرایط بیمار و دستور پزشک انجام می شود. در صورت شک به هایپو گلیسمی، چک BS با گلوکومتر طبق نظر و دستور پزشک انجام می گردد.
- ۱۳. در صورت دستور پزشک مبنی بر انتقال بیمار به بخش های ویژه هماهنگی لازم با بخش های مربوطه صورت می گیرد.
- ۱۴. در هر شیفت محل پروپ پالس اکسیمتری جهت جلوگیری از آسیب پذیری نوزاد در بخش NICU تعویض می گردد.
- ۱۵. ترالی احیا نزدیک بیمار توسط پرستار قرار داده می شود.
- ۱۶. کیفیت مراقبت از بیماران حاد با استفاده از روند برخی شاخص های عملکردی از جمله نرخ مورتالیتی در بازه های زمانی و در یک بخش توسط تیم مدیریت و رهبری پایش و ارزیابی می شود.
- ۱۷. در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان در خصوص مراقبت های تکاملی نوزادان و KMC (هم آغوشی مادر و نوزاد) برنامه ریزی انجام می شود.
- ۱۸. کیفیت مراقبت از نوزادان توسط تیم مدیریت و رهبری با استفاده از شاخص های عملکردی استخراج شده و استخراج شده از سامانه ایمان از جمله نرخ مرگ و میر در نوزادان تحت تهویه مکانیکی و نوزادان با وزن کمتر از 1500 گرم بصورت دوره ای پایش می شود و در صورت لزوم مداخله و اقدامات اصلاحی انجام می شود.
- 19. در بخش NICU، در صورت بستری نوزاد نیازمند ایزولاسیون، از اتاق ایزوله موجود در بخش استفاده می شود. در صورت بستری بیش از یک مورد، از اتاق تجهیز شده در بخش اطفال استفاده می گردد (تامین نیروی انسانی اتاق مذکور بر عهده NICU می باشد)

کتابچه خط مشی ها

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
سرپرستار بخش همراهی 1	فاطمه انصاری	تهیه کنندگان
سرپرستار بخش CCU - سوپروایزر بالینی	عشرت جمعیتی - رویا مرادی	
سرپرستار بخش داخلی 1 - سوپروایزر آموزش سلامت	مهدی کاظم نژاد - اعظم رضی زاده	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-AC-01

کد سند

۴

سنجه

۱

۲

ب

استاندارد

عنوان خط مشی:

7. نحوه وانديکاسيون های پذیرش و ترخيص بیماران در بخش های ویژه

بیانیه خط مشی:

بیمارانی که طبق نظر پزشک معالج، نیاز به مراقبت های ویژه دارند جهت دریافت خدمات تخصصی، با توجه به دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره 7 در اسرع وقت به بخش های ویژه منتقل شده و پس از بهبودی از بخش ویژه مرخص می شوند.

دامنه:

بخش های بستری و اورژانس

تعاریف:

بخش مراقبت های ویژه: از بخش های تخصصی در بیمارستان است که خدمات مراقبتی و درمانی ویژه ارائه می دهند. در این بخش بیماران بطور لحظه ای و شبانه روز تحت پایش قرار داشته و درمان ها بصورت تهاجمی و نیمه تهاجمی انجام می شود. پرستاری مراقبت های ویژه: با رسیدگی به بیماران بدحال در بخش های مراقبت های ویژه باعث کاهش مرگ و میر و عوارض ناشی از بیماری می شود.

صاحبان فرآیند:

کادر پرستاری و ماما، کادر پزشکی و پرستاران مراقبت های ویژه و سوپروایزران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

– کنترل مستندات

– مصاحبه

کتابچه خط مشی ها

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتاب مراقبت های پرستاری در بخش های ویژه - دستورالعمل آنکالی
برانکارد مجهز به اکسیژن، پالس اکسی متر، ونتیلاتور پرتابل
کادر پزشکی و پرستاری آموزش دیده، کمک پرستار و خدمات
مانیتورینگ- الکتروشوک- ECG- ترالی اورژانس-برونکوسکوپ-دستگاه رادیولوژی پرتابل

عنوان روش های اجرایی:

1. اندیکاسیون ها و نحوه ی پذیرش در بخش ویژه
2. اندیکاسیون ها و نحوه ی ترخیص از بخش ویژه

روش اجرایی 1:

نحوه و اندیکاسیون های پذیرش در بخش ویژه

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

بستری بیماران در بخش های CCU, NICU و ICU با نظر پزشک متخصص مربوطه و هماهنگی با پزشکان آنکال یا مقیم و سرویس قلب و اطفال و بیهوشی (مسئول فنی ICU) براساس اندیکاسیون های زیر صورت می گیرد.

اندیکاسیون های بخش CCU

- بیماران مبتلا به دیس ریتمی ها و اختلالات هدایتی قلب
- بیماران مبتلا به اختلالات عروق کرونر
- شوک کاردیوژنیک
- نارسایی قلبی
- بدنبال اعمال جراحی
- آمبولی ریه
- ادم حاد ریه
- HTN
- بدنبال احیای قلبی- عروقی
- افیوژن پریکارد

کتابچه خط مشی ها

- درد قفسه سینه
- بیماریهای التهابی قلبی

اندیکاسیون های بخش NICU

- کلیه نوزادان زیر ۳۰ روز از بدو تولد (پره ترمی ، RDS)
- بالای ۳۰ روز و زیر ۲ کیلوگرم که احتیاج به مراقبت ویژه دارند
- تشنج نوزاد تا ۲۴ ساعت پس از تولد
- ایکتر های منجر به تعویض خون
- آسفیکسی های متوسط تا شدید
- آسفیکسی های خفیف در روز اول تولد
- هیپو کلسمی منجر به تشنج
- هیپو گلیسمی
- اختلال عصبی -عضلانی مادرزادی
- نوزاد احیاء شده پس از تولد
- آسپیراسیون مکو نیال
- ایکتر پاتولوژیک
- هیپو ترمی

اندیکاسیون های بخش ICU

1. بیماریهای حاد تهدید کننده حیات در همه رشته های پزشکی
 2. بیماران نیازمند مراقبت های دقیق در همه رشته های پزشکی
- از جمله :

- کمای هیپر اسمولار
- بیماران دچار حوادث عروق مغزی
- بدنبال اعمال جراحی
- بیماران نیازمند تهویه مکانیکی
- پنومونی آسپیراسیون
- مسمومیت ها
- بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری

کتابچه خط مشی ها

- بیماران با اختلالات متابولیک و همودینامیک
- ادم حاد ریه
- نارسایی حاد تنفسی ARDS
- post cpr
- عوارض شدید بارداری شامل خونریزی شدید پس از زایمان، پره اکلامپسی شدید، اکلامپسی، سپسیس یا عفونت سیستمیک شدید، پارگی رحم، عوارض شدید سقط، حاملگی خارج از رحم، مول در صورت تایید پزشک معالج

نحوه پذیرش در بخش های ویژه به صورت ذیل می باشد:

۱. ارزیابی توسط پرستار صورت می گیرد.
۲. توسط پزشک مقیم بخش اورژانس، دستور انجام اقدامات فوری اولیه داده می شود (در مورد بیماران ICU، چنانچه بیمار در اورژانس بستری باشد، ابتدا توسط پزشک معالج/مقیم ویزیت شده و سپس مشاوره جهت انتقال به ICU انجام می شود. در صورت تایید سرویس فوق تخصصی مراقبت ویژه یا پزشک مقیم ICU، بیمار با هماهنگی به ICU منتقل می شود. ضمناً پزشک مقیم بخش مراقبتهای ویژه کلیه موارد بستری جدید و همچنین کلیه موارد اورژانسی را به رئیس بخش اطلاع می دهد.
۳. سرویس بستری در بخش اورژانس توسط پزشک مقیم یا طب اورژانس مطابق آخرین ابلاغیه زمانبندی ارزیابی پزشک و درخواست انجام مشاوره با آنکال قلب جهت بستری در بخش CCU و مشاوره با آنکال اطفال جهت بستری در بخش NICU و فلوشیپ ICU یا مقیم ICU جهت بستری در بخش ICU تکمیل می گردد.
۴. در بخش های بستری، پزشک معالج پس از حضور بر بالین بیمار درخواست انجام مشاوره با آنکال قلب جهت بستری در بخش CCU، آنکال اطفال جهت بستری در بخش NICU و فلوشیپ یا مقیم ICU جهت بستری در بخش ICU مطابق با اندیکاسیون های مورد تایید ایشان صورت می گیرد.
۵. هماهنگی لازم جهت انجام مشاوره و انتقال بیمار به بخش های ویژه توسط پرستار مسئول شیفت صورت می گیرد.
۶. انتقال صحیح بیمار با حضور پرستار آموزش دیده و وسایل مانیتورینگ تنفسی قلبی و اکسیژن تراپی و همچنین برانکاردر حاوی کپسول اکسیژن (انکوباتور اکسیژن دار جهت نوزادان) و تحت سرم تراپی صورت می گیرد.
۷. پس از وصل کردن بیمار به ونتیلاتور (در صورت نیاز) و شروع مانیتورینگ بیمار و مطمئن بودن از داشتن رگ باز جهت برقراری سرم و گزارش آزمایشات و رادیولوژی و شرایط بیمار توسط پرستار تحویل دهنده به تحویل گیرنده، بیمار تحویل بخش ویژه می گردد.

کتابچه خط مشی ها

روند پذیرش در NICU:

1. در صورت احتمال تولد نوزاد پرخطر، وضعیت بالینی مادر توسط مامای کشیک به پزشک آنکال اطفال و پرستار NICU قبل از تولد نوزاد اطلاع داده می شود.
2. در زمان زایمان نوزاد بدحال توسط مامای مسئول بخش زایشگاه کد 77 فراخوانی می شود و در صورتیکه نوزاد در بخشهای جراحی 1 و مامایی و یا NICU نیاز به احیا داشته باشد پرستار کشیک بخشهای مرتبط کد 77 را اعلام نموده و پزشک اطفال و تیم 77 بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می گردد .
3. طبق فرایند پذیرش نوزاد پرخطر در زایشگاه یا اتاق عمل، نوزاد پس از انجام اقدامات اولیه و ثابت شدن وضعیت، به همراه پرستار NICU، به بخش با انکوباتور منتقل و بستری میگردد.
4. در صورت پذیرش نوزاد از اورژانس بیمارستان، ابتدا نوزاد توسط پزشک اورژانس ویزیت شده و وضعیت نوزاد به اطلاع پزشک آنکال اطفال می رسد. پس از هماهنگی با بخش NICU، و انجام اقدامات اولیه حیاتی، نوزاد با انکوباتور سیار همراه با پرستار اورژانس منتقل بخش می گردد.
5. در صورت پذیرش نوزاد از بخش های مامایی یا جراحی زنان، نوزاد توسط پزشک اطفال ویزیت شده و در صورت داشتن اندیکاسیون بستری در NICU، پس از هماهنگی های لازم، به همراه پرستار بخش به NICU منتقل و بستری می گردد.

روش اجرایی 2:

نحوه و اندیکاسیون های ترخیص از بخش ویژه

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

برای ترخیص بیماران از بخش های ویژه پس از ویزیت بیمار توسط پزشک معالج، دستور ترخیص از بخش ویژه در پرونده بیمار ثبت می شود.

اندیکاسیون های ترخیص از بخش CCU:

- عدم تکرار درد قفسه سینه
- عدم تغییر نوار قلب
- نداشتن دیسترس تنفسی
- نرمال شدن و ثابت ماندن علائم حیاتی و وضعیت بیمار
- بهبودی و یا فوت بیمار
- برطرف شدن آریتمی قلبی خطرناک

کتابچه خط مشی ها

- طبیعی شدن آزمایشات

اندیکاسیون های ترخیص از بخش NICU:

- نداشتن مشکل در شیر خوردن در نوزادان
- نداشتن دیسترس تنفسی
- نرمال شدن و ثابت ماندن علائم حیاتی و وضعیت نوزاد
- بهبودی و یا فوت نوزاد
- طبیعی شدن آزمایشات

اندیکاسیون های ترخیص از بخش ICU:

برای ترخیص بیماران از بخش ICU پس از ویزیت بیمار توسط پزشک مقیم ICU دستور ترخیص از بخش ویژه در پرونده بیمار ثبت و درخواست مشاوره جهت انتقال به سرویس پزشک مربوطه داده می شود.

اندیکاسیون ها:

بهبودی بیماری زمینه ای ، همودینامیک stable بدون آزوپرسور و اینوتروپ و آزودیلاتور وریدی، آزمایشات اصلاح شده بدون

دیسترس تنفسی و ABG قابل قبول و یا OK پزشک معالج و پزشک ICU

ترخیص از بخش های ویژه به روش ذیل انجام می شود:

پزشک مسئول بیمار در بخش های ویژه، بیمار را ویزیت می کند.

روند ترخیص از بخش ICU :

۱. پزشک مقیم ICU (با هماهنگی فلوشیپ ICU) بیمار را ویزیت و در صورت قابل ترخیص بودن از ICU ، مشاوره با پزشک

معالج انجام و در صورت OK پزشک معالج بیمار به بخش منتقل می شود.

۲. توسط پرستار ICU هماهنگی های لازم با مسئول شیفت بخش مقصد (مورد درخواست پزشک معالج) انجام می گیرد و شرایط

انتقال شرح داده می شود. (ترجیحا بیماران خصوصا بیماران داخلی به بخش های مبدا تحویل می گردند)

۳. در صورت خالی نبودن تخت خالی در بخش مقصد جهت پیگیری این امر توسط پرستار مسئول بخش ICU به سوپروایزر

اطلاع داده می شود .

۴. ثبت اقلام مصرفی و خدمات درمانی در سیستم HIS در شیفت صبح توسط منشی بخش با نظارت پرستار مسئول بیمار و

در شیفت عصر و شب توسط پرستار مسئول بیمار صورت می گیرد.

۵. گزارش ترخیص و شرح وضعیت بیمار حین ترخیص توسط پرستار مسئول در پرونده و شیت ICU ثبت می گردد.

روند ترخیص از بخش NICU:

۱. دستور ترخیص توسط پزشک معالج در پرونده ثبت می گردد.

کتابچه خط مشی ها

2. نوزاد از بخش NICU ترخیص و منتقل تخت های POST NICU در همان بخش می گردد.

3. گزارش ترخیص از NICU در پرونده نوزاد ثبت می گردد .

روند ترخیص از بخش CCU:

1. دستور ترخیص یا انتقال به بخش یا سرویس دیگر توسط پزشک معالج در پرونده ثبت می گردد و آموزش های لازم داده می شود.

2. در صورت انتقال، هماهنگی لازم با بخش مربوطه مبنی بر خالی بودن تخت یا سرویس مورد درخواست و همچنین گزارش وضعیت بیمار و شرایط انتقال توسط مسئول شیفت صورت می گیرد.

3. گزارش ترخیص و شرح وضعیت بیمار حین ترخیص توسط پرستار مسئول بیمار در پرونده ثبت می گردد.

4. ثبت اقلام مصرفی و خدمات درمانی روتین در سیستم HIS توسط پرستار مسئول بیمار صورت می گیرد.

کتابچه خط مشی ها

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
سرپرستار بخش ICU	رضا حسن نیا	تهیه کنندگان
سرپرستار بخش ان آی سی یو	حمیده سادات مقدم قدیری	
سرپرستار بخش سی سی یو	عشرت جمعیتی	
مسئول بهبود کیفیت	مرضیه مختاری	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-EC-01

کد سند

۴

سنجه

۵

۲

ب

استاندارد

عنوان خط مشی:

۸. شناسایی به موقع و نحوه ی رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

بیانیه خط مشی:

بیمارستان جهت حمایت از بیماران بدحال و اورژانسی از طریق شناسایی، ارائه مراقبت و درمان به موقع، تسهیل و تسریع در ارائه خدمات و مراقبت، عمل می نماید.

دامنه:

بخش های بستری بیمارستان بجز بخش اورژانس

تعاریف:

بیماران پرخطر: بیمارانی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی و درمانی ویژه در اولین فرصت می باشند. این بیماران به منظور تشخیص و درمان مشکلات فوری و بالقوه با اولویت و تحت نظر منظم و مستمر قرار می گیرند. مانند بیماران دچار دیابت، نقص ایمنی بیمار بدحال و اورژانس بستری در بخش: به بیمارانی بدحال اطلاق می شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته و ارائه مراقبت های فوری جهت پایدارسازی و خروج آن ها از شرایط بحرانی لازم است

صاحبان فرآیند:

مدیر پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران بخش های بستری

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری

کتابچه خط مشی ها

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

- کنترل مستندات
- مصاحبه از پرسنل

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

لیست بیماران پرخطر، لیست بیماران اورژانس، فرم های احیاء

تجهیزات مانیتورینگ و احیاء

کادر پزشکی، مامایی و پرستاری، کمک بهیار و خدمات

روش اجرایی 1:

شناسایی به موقع و نحوه ی رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

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

1. در مرحله اول پرستار مسئول، بیمار را ارزیابی می کند.
2. در این مرحله بیماری که افت سطح هوشیاری یا علائم حیاتی غیرطبیعی و ناپایدار دارد و یا سطح اکسیژن خونی پایینی دارد و در مورد بیماران بلوک زایمان که طبق کتاب راهنمای کشوری مراقبت های مامایی نیاز به اقدامات حیات بخش دارد، توسط پرستار یا مامای مسئول به طور مداوم کنترل می شود و در صورت تغییر در هوشیاری یا علائم حیاتی وضعیت بیمار به پزشک معالج اطلاع داده می شود و در صورت نیاز کد 99 یا کد مامایی فراخوان می شود.
3. در صورت عدم امکان حضور پزشک معالج به پزشک مقیم یا آنکال سرویس مرتبط اطلاع داده می شود.
4. در صورت حضور پزشک مقیم در سرویس مرتبط، با هماهنگی پزشک معالج توسط پرستاران وضعیت بیمار به اطلاع پزشک مقیم می رسد.
5. در صورت نیاز، پزشک مقیم یا آنکال وضعیت بیمار را به اطلاع پزشک معالج می رساند.
6. پرستار تا زمان حضور پزشک نسبت به کنترل علائم حیاتی و اقدامات اولیه اقدام می نماید.
7. در صورت عدم امکان حضور پزشک معالج یا مقیم توسط پرستار به سوپروایزر اطلاع داده می شود.
8. پیگیری فراخوان آنکال توسط سوپروایزر انجام می شود.
9. پزشک آنکال براساس محدوده زمانی تعیین شده بر بالین بیمار حاضر می شود. (محدوده زمانی تعیین شده حداکثر 30 دقیقه)
10. در صورت درخواست مشاوره اورژانسی، براساس دستورالعمل توسط پرستار مسئول بیمار عمل می گردد.
11. پرستار آزمایشات و تصویربرداری اورژانسی بیمار را در صورت درخواست پزشک با هماهنگی آزمایشگاه و واحد تصویربرداری انجام می دهد.
12. در صورت نیاز به خدمات آنکالی تصویربرداری با سوپروایزر وقت جهت فراخوانی موارد مربوطه هماهنگی انجام می شود.

کتابچه خط مشی ها

13. براساس تشخیص متخصص آنکال یا مقیم با رهبری پزشک معالج، در صورت نیاز به انتقال سریع تر به بخش های ویژه برای پزشک آنکال قلب، اطفال یا مسئول فنی ICU مشاوره پزشکی درخواست می گردد.
14. پس از هماهنگی با آنکال قلب، اطفال یا مسئول فنی ICU، بیمار هر چه سریعتر به همراه یک پرستار با احتیاطات کامل پرستاری (برانکارد اکسیژن دار، بالا بودن حفاظ تخت، در صورت نیاز مانیتورینگ و پالس اکسیمتری) و با هماهنگی با بخش مقصد در کوتاهترین زمان ممکن به بخش ویژه منتقل می شود.
15. در مواردی که پزشک معالج به صورت تلفنی دستوراتی را جهت بهبود بیمار و قبل از رسیدن بر بالین بیمار ارائه نماید بلافاصله طبق خط مشی دستورات تلفنی توسط پرستار اجرا می شود.
16. سوپروایزر بر تمامی مراحل فوق نظارت دارد و در صورت نیاز به نیرو و تجهیزات هماهنگی لازم را انجام می دهد.
17. گزارش بیماران بدحال و اورژانسی در دفتر گزارش سوپروایزری نوشته می شود.
18. لیست موارد پرخطر هر بخش در معرض دید پرسنل قرار دارد و بیماران پر خطر در تخت های نزدیک به استیشن پرستاری و با حضور پرستار مربوطه بستری می شوند. در صورت حضور اعضاء کد 99 یا پزشک مربوطه بر بالین بیمار، وسایل حفاظت فردی در اختیار ایشان قرار می گیرد.

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	تهیه کننده
مسئول وامد بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	تأیید کننده
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-AC-02

کد سند

۷

سنجه

۱

۱

ج

استاندارد

عنوان خط مشی.

۹. نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به

خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین

بیانیه خط مشی:

این مرکز بر آن است تا بدون هرگونه پنهان کاری به بیماران و مراجعین و خانواده آنان در ارتباط با نتایج ناخواسته درمانی اطلاع رسانی نماید.

دامنه:

کلیه بخش های بیمارستان

تعاریف: اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به بیماران/مراجعین و خانواده آنان در ارتباط با نتایج و پیامدهای نامطلوب در وقایع ناخواسته درمان، استفاده می شود. همچنان که استنباط می شود، عوارض یا پیامدهای ناخواسته، عدم توفیق در درمان بیماری یا جراحی است که انتظار بهبودی و درمان آن میرفته است.

صاحبان فرآیند:

کادر پرستاری و مامایی، کادر پزشکی، سوپروایزران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو:

مسئول فنی ایمنی بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

– کنترل مستندات

– مصاحبه

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

کتابچه خط مشی ها

عنوان روش های اجرایی:

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

۱. در صورت وقوع وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار اطلاع رسانی مطابق دستورالعمل گزارش وقایع ناخواسته توسط کارکنان مرتبط صورت میگیرد.
۲. در صورت بروز حادثه منجر به خسارت ارتباط شفاف با بیمار و یا همراه وی برقرار می گردد و آنچه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه برای وی بازگو می نماید.
۳. از سوی کمیته اخلاق بالینی، مسئولان و کارکنانی که فرایند توضیح و عذرخواهی از بیماران را انجام می دهند، انتخاب می گردند که شامل سوپروایزر وقت، مترون و یا مدیر ارشد بیمارستان می باشد.
۴. برقراری ارتباط طی 24 ساعت اولیه بعد از وقوع حادثه، با تشریح کامل رخداد به صورت شفاف برای بیمار و یا همراهیان صورت می گیرد.
۵. بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مربوط به هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نداشته و برای خدماتی که برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته است، نباید هزینه ای را پرداخت نماید.
۶. در فرایند اطلاع رسانی وقایع و دلایل وقوع و روند حمایت از خانواده بیماران، اصل محرمانگی توسط کادر حرفه ای مربوطه حفظ می شود.
۷. حمایت لازم از کارکنان منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار (از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر، بیمه مسئولیت کارکنان و) صورت می پذیرد.

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول رسیدگی به شکایات	مهدی علیزاده	تهیه کننده
مدیر دافلی	محمد شمسی	تأیید کنندگان
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کتابچه خط مشی ها

POL-ASC-01

کد سند

۱

سنجه

۵

۱

ج

استاندارد

عنوان خط مشی:

10. روش مددکاری اجتماعی در بیمارستان

بیانیه خط مشی:

این مرکز با عنایت به حمایت همه جانبه از بیماران در نظر دارد تا نسبت به مدد رسانی به بیماران خصوصا بیماران آسیب پذیر نسبت به ارائه خدمات درمانی موثر اقدام نماید.

دامنه:

بیماران مراجعه کننده به بیمارستان

صاحبان فرآیند:

پزشکان، پرستاران، کمک پرستاران

ذینفعان:

بیماران

فرد پاسخگو:

مددکاری بیمارستان

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی:

- کنترل مستندات

- مصاحبه

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

- کارکنان با تجربه و آموزش دیده

کتابچه خط مشی ها

نحوه ارائه خدمات مددکاری در بیمارستان

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

۱. توسط واحد پذیرش در بدو ورود بیمار ارزیابی لازم از نظر نیاز به مددکار صورت می گیرد و در خصوص بیماران بدحال و بیهوشی و مجهول الهویه بدون همراه بلافاصله اطلاع رسانی لازم به واحد مددکاری صورت میگیرد.
۲. مددکار در شیفت صبح و در صورت تماس سوپروایزر در شیفت عصر و شب، بلافاصله بر بالین بیمار حضور یافته و هماهنگی های لازم در خصوص اخذ حمایتها صورت می گیرد.
۳. در بدو پذیرش بیمار، ارزیابی لازم از نظر نیاز به مددکاری توسط پرستار صورت گرفته و در HIS درخواست ویزیت مددکاری صورت می گیرد.
۴. همچنین ویزیت بیماران توسط مددکاران بیمارستان، به صورت روزانه و رندوم صورت می گیرد.
۵. ارزیابی بیمار از نظر نیاز به حمایت توسط مددکار بیمارستان صورت وفرم مربوطه تکمیل و در پرونده بیمار ثبت می شود.
۶. هماهنگی های لازم با سازمان ها و خیریه های مرتبط در خصوص اخذ کمک های مالی برای پرداخت هزینه های بیماران نیازمند شناسایی شده توسط واحد مددکاری صورت می گیرد.
۷. در زمان ترخیص در صورت نیاز واحد home care با واحد مددکاری هماهنگی لازم را در خصوص اخذ تجهیزات و امکانات لازم برای بیماران مستمند از خیرین انجام می دهد.
۸. همچنین برای موارد گروههای آسیب پذیر به شرح ذیل توسط واحد مددکاری اقدام می شود:

بیماران نیازمند

بررسی شرایط درمانی بیمار و مصاحبه با بیمار و خانواده، مساعدت مورد نیاز، ارجاع به نهادهای حمایتی مربوطه

بیماران بی خانمان

اخذ دفترچه بیمه، مشاوره و راهنمایی برای پرهیز از رفتارهای پرخطر، ارجاع به باشگاه مثبت

موارد همسر آزاری

مصاحبه با بیمار، دریافت شرح حال وضعیت خانواده و فرد آزاردهنده، سابقه آزار، نوع آزار، تماس با اورژانس اجتماعی متناسب با شرایط بیمار، مساعدت در هزینه در زمانی در صورت لزوم

بیماران دچار سانحه حین کار

اطلاع رسانی به خانواده جهت همراهی بیمار، راهنمایی بیمار و همراهان در زمینه نحوه استفاده از بیمه بیکاری (محل سانحه) تماس با کارفرما و تشریح وضعیت درمانی، ارجاع کارفرما و کارگر به مراکز ذی ربط جهت پیگیری مطالبات.

کتابچه خط مشی ها

ایجاد هماهنگی با واحدهای مرتبط

از جمله بیمه تامین اجتماعی و خدمات اجتماعی، ترخیص کار،

بیماران مجهول الهویه

گزارش به سرپرست واحد، گزارش به نیروی انتظامی و پزشکی قانونی جهت تشخیص هویت، گزارش به واحدهای حقوقی و خدمات بیمارستان

بیماران دچار ضرب و شتم

راهنمایی جهت اخذ نامه ضارب از کلانتری و استفاده از بیمه، راهنمایی در خصوص نحوه پیگیری شکایات از ضارب پس از درمان

اتباع (قانونی و غیرقانونی)

تنظیم مدارک جهت استفاده از اعتبارات مالی کمیساریای عالی امور پناهندگان سازمان ملل و پیگیری دریافت وجه، راهنمایی در زمینه نحوه شرایط درمان و ارجاع به مراکز خیریه

بیماران ارجاعی از طرف سازمان زندان ها

راهنمایی مامور همراه جهت اخذ دفترچه بیمه، تماس با نماینده وقت زندان در مورد پرداخت و همراهی بیمار.

موارد خودکشی

معمولا خانواده خودکشی فرد را انکار می کند، شناسایی و مشاوره فرد و خانواده جهت پذیرش امر و رفع علل زمینه ای تا حد امکان، ارجاع به اورژانس اجتماعی وابسته به سازمان بهزیستی محدوده زندگی خود در صورت لزوم

بیماران ارجاعی از کلانتری ها

تماس کلانتری و درخواست فرم ضارب از کلانتری، تماس با خانواده و اطلاع، رسانی جهت همراهی بیمار، پیگیری بیمه بیمار

بیماران فاقد بیمه درمانی

شناسایی مراکز خدمات بیمه (دفاتر پیشخوان دولت در محدوده مرکز، راهنمایی بیماران فاقد بیمه جهت ثبت نام بیمه و ارجاع به دفاتر پیشخوان.

انجام امورات مربوط به ثبت نام بیمه سلامت برای بیماران فاقد همراه و مجهول الهویه

کتابچه خط مشی ها

بیماران کودک آزار

مصاحبه با والدین در صورت کودک آزاری یا مشکوک به کودک آزاری و ارجاع بیمار به اورژانس اجتماعی

بیماران و نوزادان بد سرپرست و والدین معتاد

ارجاع به اورژانس اجتماعی و پیگیری از طریق اورژانس اجتماعی جهت صلاحیت نگه داری نوزاد و کودک و در صورت عدم صلاحیت، هماهنگی اورژانس اجتماعی با شبه خانواده بهزیستی جهت تحویل به مراکز نگهداری بهزیستی

بیماران خاص (دیالیزی، هموفیلی، تالاسمی و ام اس) و صعب العلاج (سرطانی)

مشاوره چگونگی مساعدت مرکز به این بیماران، و معرفی و ارجاع به مراجعین های مربوطه در صورت نیاز معرفی به غذا و دارو و بیمه سلامت جهت استفاده از تخفیف داروهای گران قیمت.

بیماران تحت پوشش سازمان های حمایتی

بررسی وضعیت حمایتی بیماران، هماهنگی با نماینده های سازمان های حمایتی

بیماران تصادفی

شناسایی مصدومین سانحه ترافیکی که فاقد مدارک لازم (کروکی) می باشند و ارجاع خانواده به کلانتری محل وقوع حادثه جهت تکمیل مدارک مورد نیاز

اعتماد سازی در جذب مشارکتهای مردمی در حوزه درمان

ایجاد انگیزه (تشویق و ترغیب خیرین سلامت)

هماهنگی های لازم جهت ویزیت و اقدامات درمانی خیرین و بستگان ایشان و بیماران معرفی شده از جانب ایشان مستندسازی پرونده های مشارکت های مردمی.

کتابچه خط مشی ها

جدول تهیه کنندگان، تأیید کنندگان و تصویب کننده

سمت	نام و نام خانوادگی	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	تهیه کنندگان
کارشناس مسئول مددکاری	اسماعیل صدیقی	
مدیر داخلی	محمد شمسی	تأیید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری	سعید هادی نژاد	
مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار	مرضیه مختاری	
ریاست بیمارستان	دکتر مهدی پاسبان	تصویب کننده

کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

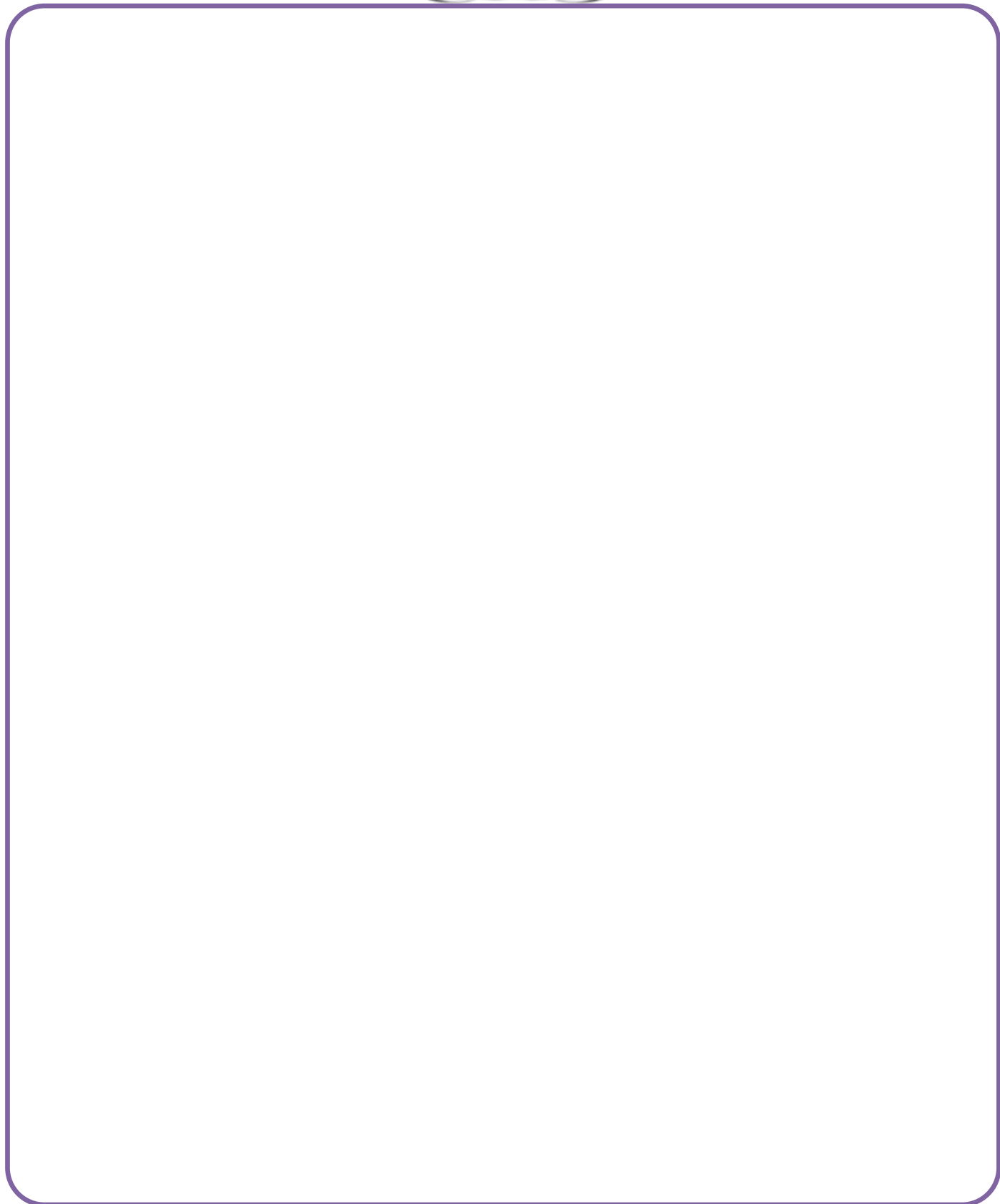
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۴۶

کتابچه خط مشی ها



کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

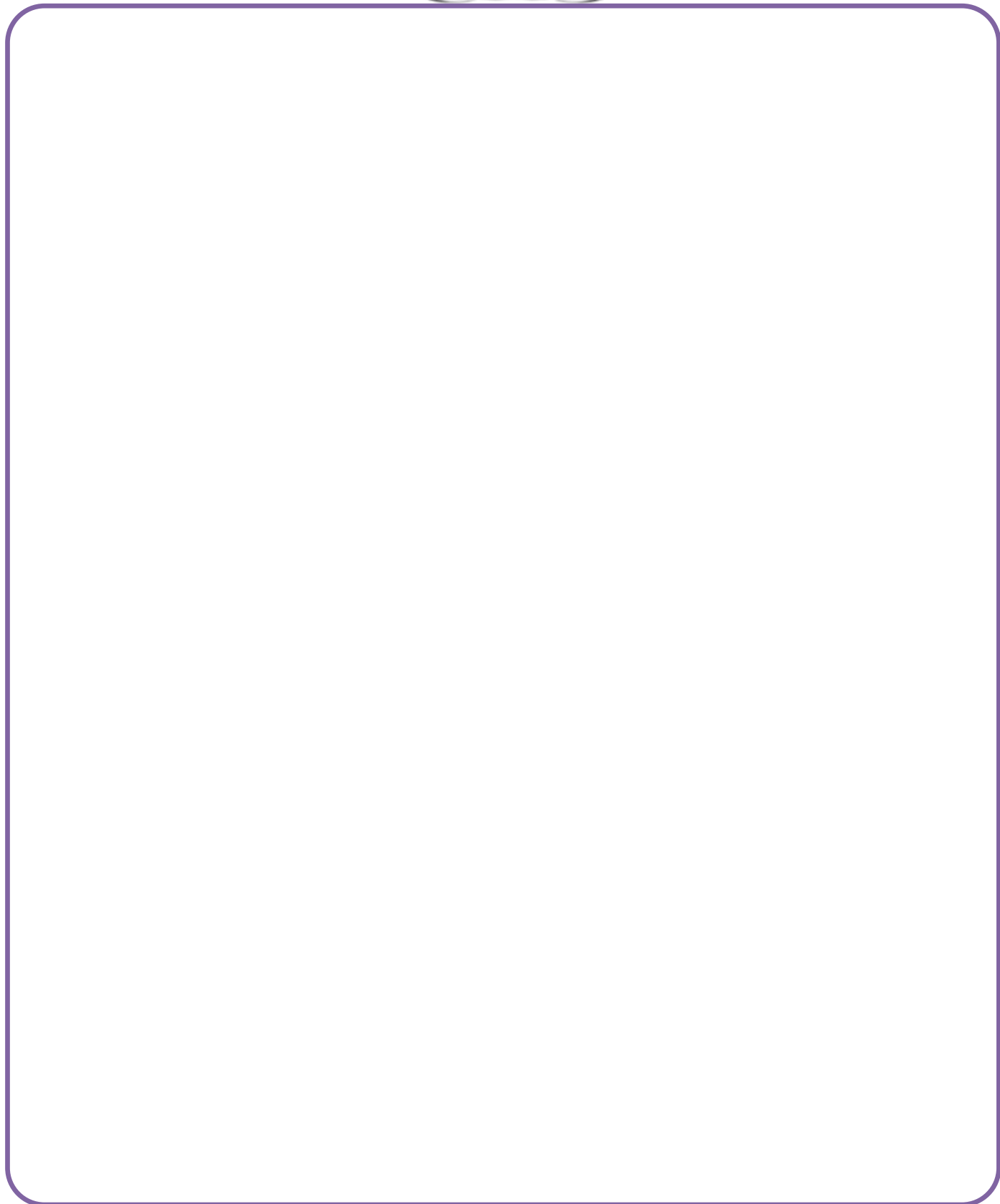
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۴۷

کتابچه خط مشی ها



کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۴۸

کتابچه خط مشی ها



Large empty rounded rectangular box for content.

کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۴۹

کتابچه خط مشی ها



Large empty rounded rectangular box for content.

کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۵۰

کتابچه خط مشی ها



Large empty rounded rectangular box for content.

کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۵۱

کتابچه خط مشی ها



Large empty rounded rectangular box, likely a placeholder for content or a signature area.

کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

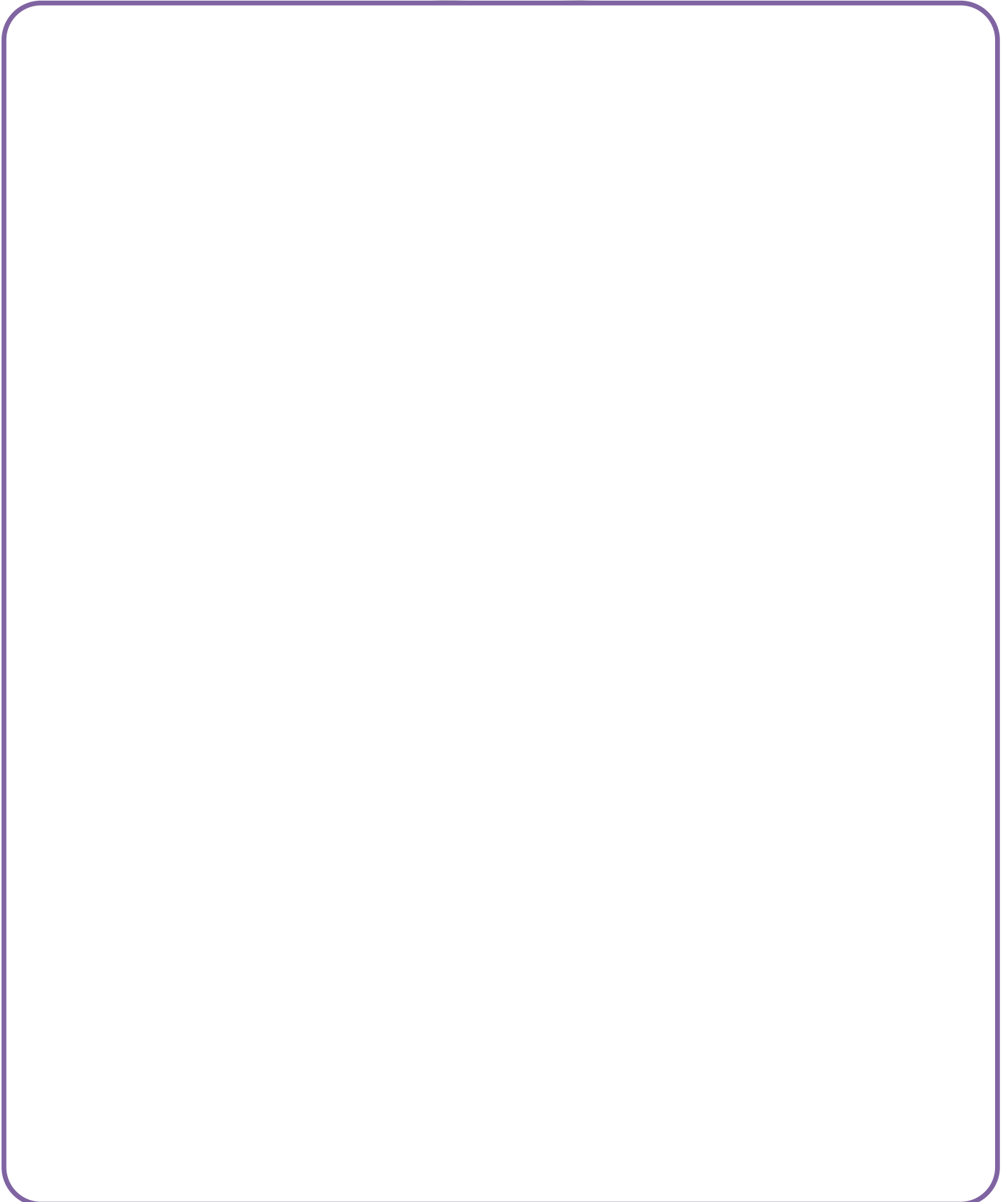
تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۵۲

کتابچه خط مشی ها



کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۵۳

کتابچه خط مشی ها



Large empty rounded rectangular box, likely a placeholder for content or a signature area.

کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۵۴

کتابچه خط مشی ها



کد سند: Bh-Qa/Pol bo/doc-07/08

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۶/۱۲/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۱/۱۴

دفعات بازنگری: ۸

صفحه: ۵۵

کتابچه خط مشی ها

