کتابچه روش های اجرایی

Bohlool Hospital

کتابچه

روش های اجرایی بیمارستان

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

فهرست

1.گزارش حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی آن به تمامی کارکنان 3
2.نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها.....8
3.کنترل صحت داده های ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی.....11
4.نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخ پشتیبان.....16
5.پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری.....19
6.روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلینیک.....23
7.روش اجرایی دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری.....28
8.پیگیری روند درمان مراجعین بخش اورژانس پس از ترخیص از طریق درمانگاه تخصصی 33
9.برچسب گذاری در فرآیند فراخوان و رهگیری اقلام استریل شده.....36
10.پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی با تاکید برچهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت.....40
11.مدیریت عدم تطابق در آزمایشگاه.....47
12.روش انتقال جسد به پزشکی قانونی.....51

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	الف	۲	۲	سنجه	٦	کد سند	Bh-inc-rep/proce-01/05

1. گزارش حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی آن به تمامی کارکنان

هدف- :

هدف از نگارش این روش اجرایی، گزارش حوادث، شـــبه حوادث و موقعیت های خطرآفرین و تحقیق در رابطه با علل آنها و ارائه راهکارهای اجرایی و اقدامات اصلاحی متناسب که مانع تکرار حوادث مشابه و حوادث ناگوار گردد.

پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان

پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده

کاهش خسارت مالی ناشی از حوادث

شناسایی موقعیت های ناایمن و انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن آنها

تعیین مسئولیتهای افراد و بخش های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیر مترقبه

پاسخ به هر نوع حادثه غیر مترقبه که پرسنل ، بیماران و بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تأثیر خود قرار می دهد.

دامنه: کلیه واحدها و بخش های بیمارستان

صاحبان فرایند: کلیه اعضا کمیته بحران – مسئول واحد تاسیسات و ساختمان- کارشناس مدیریت بحران بیمارستان

ذینفعان فرآیند: کلیه پرسنل بیمارستان، بیماران و همراهان بیمار

کتابچه روش های اجرایی

تعاریف :

حادثه غیر مترقبه داخلی: هر حادثه ای که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت و یا تخریب به بیمارستان ، بیماران، پرسنل و مراجعین وارد نماید

حادثه غیر مترقبه خارجی : هر حادثه ای که در خارج بیمارستان رخ دهد و باعث بر هم خوردن نظم کاری معمول کارکنان شودو نیاز به افزایش ظرفیت بیمارستانی، اقدامات درمانی ومراقبتی و یا اختلال در عملکرد کارکنان شود

موقعیت وقوع حوادث غیر مترقبه بیمارستانی را می توان بر اساس شدت و میزان تأثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد که عبارتند از:

حوادث غیر مترقبه داخلی (مانند آتش سوزی-قطع سیستم HIS-نشت گاز و....)

حوادث غیر مترقبه خارجی (مانند مصدومین حوادث ترافیکی، و....)

تیم واکنش سریع :

شامل : بهداشت محیط ، بهداشت حرفه ای ، تاسیسات ، تجهیزات پزشکی ، it ، مسئول مدیریت بحران

روش اجرایی :

درصورت وقوع حادثه در هر قسمت از بیمارستان، با توجه به نوع حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول شیفت یا پرسنل درخواست پیج کد ۶۶ بحران به تلفنخانه داده می شود و همزمان سوپروایزر و سایر مسئولین تیم واکنش سریع (بر حسب وسعت و نوع حادثه) با شنیدن صدای کد به واحد مربوطه فراخوان می شوند و در اولین فرصت فرم گزارش حادثه موجود در بخش توسط مسئول بخش یا مسئول شیفت تکمیل و در شیفت صبح تحویل کارشناس مدیریت بحران بیمارستان می شود.ضمنا فرم گزارش حادثه در سایت بیمارستان بارگذاری شده است.

کتابچه روش های اجرایی

سوپروایزر و مسئول واحد تاسیسات، تجهیزات پزشکی، IT در محل حادثه حضور می یابد و نسبت به بررسی اولیه حادثه و انجام اقدامات کنترلی اقدام می کند. (مسئول اجرا: مسئول واحد تاسیسات، تجهیزات پزشکی،IT)

اقدامات واکنش سریع بلافاصله شروع می شود و در صورتیکه گستردگی حادثه خارج از توان تیم واکنش سریع توسط سوپروایزر تشخیص داده شد . بلافاصله به فرمانده حوادث بیمارستان اطلاع رسانی می شود و سامانه hics بیمارستان فعال و فراخوان می شوند .

در صورت گسترده نبودن حادثه ، اقدامات اصلاحی انجام شده و مسئول واحد تاسیسات، تجهیزات پزشکی،IT ، اقدامات اصلاحی انجام شده را به اطلاع سوپروایزر و کارشناس بحران بیمارستان می رساند.

درصورت بروز وقایع مرتبط با ایمنی بیمار(مثلا وقایع ۲۸ گانه) مانند سقوط بیمار از تخت موضوع بلافاصله به پزشک معالج و مسئول فنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار نیز توسط سوپروایزر اطلاع داده می شود.

در صورت بروز حوادث شغلی برای کارکنان هم نیز علاوه بر اطلاع به سوپروایزر باید علاوه بر تکمیل فرم گزارش حادثه، فرم حادثه شغلی نیز برای پرسنل مربوطه تکمیل شده و در صورت جراحت و آسیب تحت نظر قرار گیرند و فرم و گزارش مربوطه به کارشناس بهداشت حرفه ای ارجاع شود . (مسئول پیگیری: مسئول شیفت)

حوادث غیرمترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری یا مسئول EOC شهرستان به فرمانده حادثه بیمارستان اطلاع داده می شود.

فرمانده حادثه بیمارستان بلافاصله به سوپروایزر وقت و مدیریت خطر بیمارستان جهت آمادگی بیمارستان و اعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد

فرمانده حادثه با کسب اطلاع از شدت و وسعت حادثه نیازهای اولیه منابع مالی، انسانی و تجهیزات و ملزومات را برآورد کرده و نسبت به آماده سازی آنها دستورات لازم را به مدیریت خطر و سوپروایزر بیمارستان میدهد.

فرمانده حادثه در اسرع وقت در بیمارستان حضور می یابد.

کتابچه روش های اجرایی

سوپروایزر وقت بیمارستان نسبت به اعلام آماده باش و فراخوان نیروها بر اساس میزان و شدت حادثه با هماهنگی فرمانده حادثه اقدام می نماید.

مسئولین رده بالای مدیریتی بحران شامل ارشد رابط هماهنگی – ارشد ایمنی – متخصص پزشکی/فنی در اسرع وقت توسط سوپروایزر کشیک فراخوان می شوند.

مدیران مناطق (عملیات – برنامه ریزی – پشتیبانی – مالی) پس از حضور در وضعیت عملیاتی خویش هر کدام به ترتیب بر اساس شدت و وضعیت حادثه به انجام فعالیتهای خویش بر اساس شرح وظایف ابلاغی اقدام میکنند.

به دستور فرمانده حادثه، به محض نیاز، سامانه HICS به صورت محدود یا کامل فعال می شود .

گزارش وضعیت موجود، نیازهای افزایش ظرفیت و اقدامات انجام شده هر ۲۰ دقیقه به ستاد هدایت دانشگاه توسط ارشد روابط عمومی اعلام می گردد.

پس از پایان بحران و بازگشت به وضعیت عادی، حالت اتمام وضعیت بحرانی، توسط فرمانده حادثه اعلام می شود .

در اولین فرصت ممکن، حادثه رخ داده شده با دستور جلسه ای با حضور اعضای کمیته مدیریت بحران تشکیل می گردد و ابعاد حادثه، علل ایجاد آن مانند خط مشی نامناسب ایمنی، عوامل محیطی، عوامل فردی، عوامل مادی و تجهیزاتی، فقدان استاندارد، آموزش ناکافی یا خطای فردی مورد بررسی قرار می گیرد. برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان مرتبط با موضوع مطروحه نیز اطلاع رسانی می شود. (مسئول پیگیری: کارشناس بحران)

آموزش به کارکنان در خصوص نحوه صحیح گزارش دهی در حوادث و موقعیت های خطرآفرین، در دوره های آموزشی مدیریت بحران با هماهنگی واحد آموزش صورت می گیرد.

موقعیت های خطرآفرین و شرایط ناایمن بخش ها را با پر کردن فرم شرایط ناایمن موجود در بخش ها یا شفاهی توسط پرسنل به مسئول شیفت یا مسئول واحد یا کارشناس بحران و در شیفت شب و روزهای تعطیل به سوپروایزر اطلاع داده می شود.

کتابچه روش های اجرایی

کارشناس بحران بیمارستان با بررسی فرم ها و بازدید از محل گزارش شرایط ناایمن، نسبت به ایمن سازی محل اقدام می نماید و نتیجه کار را در کمیته بحران ارائه و اقداماتی که نیاز به هزینه و تصمیم گیری ریاست دارد توسط کمیته مشخص و اولویت بندی می شود و برنامه عملیاتی یا بهبود نوشته و به بخش های مربوطه اعلام می شود. (مسئول پیگیری: کارشناس بحران)

توجه: شرح وظایف افراد در دستورالعمل فعال سازی سامانه HICS موجود است.

امکانات و تجهیزات: فرم گزارش حادثه - فرم گزارش شرایط ناایمن

مسئولیت‌ها و اختیارات: مسئولیت ها در هر گام به تفکیک بیان شده است.

منابع و امکانات: تجربیات بیمارستانی

جدول تهیه کنندگان، تایید کنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	زهراسادات غفارزاده ناجی	کارشناس مدیریت خطر
تایید کننده	مرضیه مختاری	مسئول بهبود کیفیت و ایمنی بیمار
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	الف	٤	٣	سنجه	٥	کد سند	BH-in be cli dep /proce-02/05

2. نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها

تعاریف:

مدیران بالینی:سرپرستاران و مجموعه دفتر پرستاری

صاحبان فرآیند:

کادر بالینی مدیران بالینی:سرپرستاران و مجموعه دفتر پرستاری

ذینفعان:

کادر بالینی، مدیران بالینی:سرپرستاران و مجموعه دفتر پرستاری

فرد پاسخگو:

مدیر خدمات پرستاری

دامنه:

کلیه بخش های بیمارستان

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

مدیر خدمات پرستاری طی جلسات با سرپرستاران و سوپروایزران مرکز، لزوم تعامل بین واحد ها و ارائه پیشنهادات جهت ارتقاء فرآیند را اعلام می نماید.

کتابچه روش های اجرایی

بخش های پشتیبان تجهیزات ابلاغ شده است ، فرآیند های همکاری بین بخشی ، همکاری نیروی مامایی و زایشگاه ابلاغ شده است و نظایر آن.

سرپرستار یا مسئول شیفت بخش در شرایط عادی هماهنگی لازم جهت ارتباط بین بخش های بالینی، پشتیبانی و پاراکلینیک را انجام داده و در شرایط خاص و عدم پاسخگویی مسئول واحد مخاطب، سوپروایزر وقت را مطلع می نماید. همچنین مسئول شیفت واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک نیز در صورت مشکل با بخش های بالینی، موضوع را جهت پیگیری و انجام اقدامات لازم به سوپروایزر وقت اطلاع می دهد.

سوپروایزر وقت موضوع را پیگیری کرده، اقدامات لازم را انجام داده و نتیجه را به سرپرستار یا مسئول شیفت بخش و یا مسئول واحد پشتیبانی یا پاراکلینیک اطلاع می دهد.

سوپروایزر بر تعامل بین بخش های بالینی از نظر تجهیزات، انتقال بیمار و جابجایی نیرو، غیبت نیرو ها، فرا خوان نیروها ، پاس های شخصی نظارت می کند.

سوپروایزر مشکلات مربوط به تعاملات بین بخش های درمانی و نیز بخش های درمانی با بخش های پشتیبانی و پاراکلینیک را در دفتر گزارش سوپروایزر ثبت کرده و به استحضار مترون می رساند.

مدیر خدمات پرستاری گزارش های سوپروایزری را بررسی کرده و به ریاست گزارش نموده و پس از اخذ دستورات ایشان ، در صورت نیاز ، اقدام اصلاحی توسط مسئولین ذیربط انجام شده و به اطلاع سرپرستاران،سوپروایزران و مسئولین واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک می رسد.

مدیر خدمات پرستاری در صورت لزوم جهت تقویت تعامل و رفع موانع همکاری بین بخش های بالینی با پشتیبانی و پاراکلینیک ، جلساتی با حضور مسئولین این واحدها برگزار می کند و در صورت لزوم موضوع را در کمیته تیم مدیریت اجرایی یا بهبود کیفیت جهت اتخاذ تصمیمات لازم، مطرح می نماید.

مدیر پرستاری راهکارهای ارایه شده در جلسات مدیریتی را به سوپروایزران و مسئول بخش های بالینی و پاراکلینیک ابلاغ می نماید.

کتابچه روش های اجرایی

ابلاغ های مرتبط با همکاری و تعامل بین بخشی در قالب دستورالعمل داخلی تعامل بین بخشی توسط سرپرستار در دسترس صاحبان فرآیند قرار می گیرد.

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :

- تنظیم برنامه پایش روش اجرایی توسط دفتر بهبودکیفیت و اعلام آن به کلیه بخش ها و واحدها
- تدوین چک لیست پایش توسط فرد پاسخگو و پایش به صورت فصلی
-بررسی چک لیست ها و استخراج موارد عدم انطباق
- ابلاغ برنامه های مداخله ای توسط مدیر پرستاری به مسئولین بخش ها و واحدها
- ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی

مسئول پیگیری اجرا:

مدیر خدمات پرستاری

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان

تجهیزات جهت انتقال بیمار- چک لیست پایش روش اجرایی

کادر بالینی- کمک بهیار و خدمات

جدول تهیه کنندگان، تایید کنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	سعید هادی نژاد و سرپرستاران و سوپروایزران	مدیریت خدمات پرستاری
تایید کننده	سعید هادی نژاد	مدیریت خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	الف	۵	۲	سنجه	۱	کد سند	BH-Ch-ac-da/proce-01/05

3. کنترل صحت داده های ثبت شده در سیستم اطلاعات بیمارستانی

هدف: اطلاعات اولیه برای تصمیم سازی و سیاست گذاریها بسیار لازم و ضروری است و سیاست گذاری صحیح همواره بر پایه اطلاعات صحیح صورت می گیرد بی توجهی به این مهم می تواند منشاء مخاطراتی عمده در تصمیم گیری ها باشد. ضعف نظام اطلاعاتی در بیشتر موارد منجر به ضعف تصمیم گیری و در واقع ضعف دراداره امور می شود بنابراین نظام سلامت و خصوصا نظام مراقبت بهداشتی نیازمند اطلاعات کافی و درست برای برنامه ریزی می باشد(1) به منظور ارتقای کیفیت مستندسازی الکترونیکی و برای استفاده از داده ها در مسیر تصمیم گیری های صحیح بایستی صحت ثبت داده ها در سامانه اطلاعات بیمارستان بررسی و کنترل شود.

تعاریف:

سیستم اطلاعات: سیستم اطلاعاتی به‌صورت فنی به مجموعه به هم وابسته از اجزا اطلاق می‌شود تا بتواند تصمیم‌گیری و کنترل را در سازمان‌ها پشتیبانی نماید، داده‌ها را دریافت، پردازش و ذخیره‌سازی نماید و اطلاعات را توزیع کند. علاوه بر پشتیبانی در اتخاذ تصمیم، هماهنگی و کنترل در سامانه‌های اطلاعاتی هم‌چنین می‌تواند به مدیران و کارمندان کمک کند تا مشکلات را دریابند و تجزیه‌وتحلیل کنند، موضوعات پیچیده را در نظر داشته باشند و محصولات جدیدی خلق کنند. سیستم‌های اطلاعاتی دربرگیرنده اطلاعاتی مربوط به افراد مهم، مکان‌ها و موضوع‌هایی در درون سازمان یا در محیطی که آن را احاطه کرده، هستند(2).

سیستم اطلاعات سلامت: کتابخانه ملی پزشکی آمریکا[1] *(NLM)* سیستم اطلاعات سلامت را این‌گونه تعریف می‌کند: "یک سیستم برای جمع‌آوری و یا پردازش داده‌ها از منابع مختلف و استفاده از اطلاعات برای سیاست‌گذاری و مدیریت خدمات بهداشتی

1 United States National Library of Medicine

کتابچه روش های اجرایی

که می‌تواند بر اساس کاغذ یا الکترونیکی باشد"(3). سیستم‌های اطلاعات سلامت سیستم‌هایی منسجم و یکپارچه می‌باشند که به‌منظور گردآوری، ثبت، پردازش، بازیابی و اشاعه اطلاعات بهداشتی و درمانی طراحی و راه‌اندازی می‌شوند (4). به‌طور وسیع‌تر سیستم‌های اطلاعات سلامت، سیستم‌های رایانه‌ای هستند که برای تسهیل مدیریت اطلاعات سلامت و بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده طراحی‌شده‌اند. این سیستم‌ها دارای قابلیت‌های متعددی مانند ثبت و انتقال دستورات پزشکی، مستندسازی خدمات ارائه‌شده به بیمار، کمک به تصمیم‌گیری بالینی و تهیه گزارش‌های دقیق آماری می‌باشند. هدف کلی این سیستم‌ها، یکپارچه‌سازی اطلاعات سلامت برای برآورده نمودن نیازهای مراجعه‌کنندگان، انجام پژوهش‌های اپیدمیولوژیک، پرهیز از موازی‌کاری، کاهش هزینه و سهولت مدیریت اطلاعات سلامت است. استفاده از این سیستم‌ها می‌تواند منجر به کاهش خطاهای بالینی، تسهیل دسترسی به اطلاعات و درنهایت، ارتقای کیفیت مراقبت شود(5).

سیستم اطلاعات بیمارستان: سیستم اطلاعات بیمارستانی یک سیستم کامپیوتری طراحی شده برای مدیریت همه جنبه های عملیاتی بیمارستان از قبیل فعالیتهای بالینی، اداری و مالی هستند(6).

صحت داده (*Data Veracity*): از ویژگی های کیفیت داده می باشد و به معنی اطمینان از اینکه داده های درست در زمان درست و توسط فرد درست وارد شده است. منظور از صحت ثبت داده های ثبت شده، مطابقت موارد ثبت شده در *HIS* براساس موارد ذکر شده در پرونده های بالینی بیماران و همچنین مطابقت تحویل موارد دریافتی براساس درخواست ثبت شده در *HIS* می باشد. صحت ثبت و جمع آوری داده ها موجب کارآمـدی سیستم های سلامت شده و دقت برنامه ریزیها را در حوزه سلامت افزایش می دهد(1).

صاحبان فرآیند:

کادر بالینی مدیران بالینی و سرپرستاران و مسئول واحد بیمه گری و ترخیص و مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان

ذینفعان:

کتابچه روش های اجرایی

مدیران بیمارستان، پرسنل بالینی و بیماران، پژوهشگران

فرد پاسخگو:

مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان

دامنه:

واحد فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت، واحد بیمه گری، کلیه بخش های بالینی و درمانی

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

1. پرسنل پذیرش ویزیت و خدمات سرپایی را با استفاده از دفترچه بیماران و مطابقت با عکس بیماران در HIS بیمارستان ثبت می کنند. درصورت عدم وجود دفترچه پرسنل پذیرش تا حد امکان از کارت شناسایی بیمار جهت ثبت صحیح اطلاعات بیماران استفاده می کنند .

2. در بدو ورود در زمان ثبت اطلاعات پرسنل پذیرش با استفاده از کد ملی بیماران اطلاعات دموگرافی و بیمه ای بیماررا از طریق HIS از ثبت احوال و سازمان بیمه ای استعلام و استحقاق می گیرند .

3. نماینده مقیم بیمه های بیمارستان با حضور در بالین بیمار دفترچه بیماران را با خود شخص از نظر مالکیت دفترچه مطابقت می دهند .

4. پرسنل بخش های بالینی اطلاعات را براساس مستندات موجود در پرونده های بالینی در HIS ثبت می کنند . همچنین در زمان ترخیص کلیه اطلاعات درخواستی در پرونده توسط منشی بخش ها با HIS بیمارستان به منظور صحت ثبت مطابقت داده می شود.

5. مسئول داروخانه کلیه درخواستی های بخش های بالینی را کنترل و تایید می کند.

6.کارشناسان واحد بیمه گری و ترخیص در زمان ترخیص تمامی اطلاعات بیمه ای و صورتحساب بیمار و همچنین کلیه اطلاعات ثبت شده در HIS را براساس مستندات موجود در پرونده کنترل و تایید می کند.

کتابچه روش های اجرایی

7. مسئول مدیریت اطلاعات سلامت کلیه گزارشات دریافتی از واحد بیمه گری و همچنین آمارهای ماهانه بخش ها را با HIS بیمارستان مطابقت می دهد .

8.مسئول واحد بیمه گری پرونده های ترخیص شده جهت ارسال به سازمان های بیمه گر را با تعداد پرونده های ترخیص شده در HIS مطابقت و درصورت عدم تطابق موارد پیگیری می شود .

9.مسئول HIS به همراه مسئول مدیریت اطلاعات سلامت چک لیست کنترل صحت ثبت داده های ثبت شده در HIS را تهیه و در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت تصویب و تایید وسپس از طریق اتوماسیون اداری براساس شماره سنجه وضرورت فرآیند به مسئولین بخش های بالینی و همچنین کلیه واحدهای مربوطه ارسال می کند.

10.مدیران/ مسئولین بخش ها و واحد ها و کارشناسان بیمه گری و ترخیص به طور تصادفی و به صورت هفتگی چک لیست را تکمیل و به واحد فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت تحویل می دهند .

11. مسئول HIS به صورت دوره ای الزامات مستندسازی در سامانه اطلاعات بیمارستانی را براساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت کنترل و به روزرسانی می کند .

12. چک لیست های ارسال شده توسط بررسی و به صورت ماهانه در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت اطلاع رسانی و برای بهبود فرآیند برنامه های لازم تدوین می شود .

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :

- تنظیم برنامه پایش روش اجرایی توسط دفتر بهبودکیفیت و اعلام آن به کلیه بخش ها و واحدها
- تدوین چک لیست پایش توسط مسئول فناوری اطلاعات سلامت و مدیریت اطلاعات سلامت و پایش به صورت فصلی
- بررسی چک لیست ها و استخراج موارد عدم انطباق
- ابلاغ برنامه های مداخله ای توسط مدیر پرستاری به مسئولین بخش ها و واحدها
- ارزیابی مداخلات انجام شده در پایش مجدد فصلی

کتابچه روش های اجرایی

مسئول پیگیری اجرا:

مدیر واحد فناوری اطلاعات بیمارستان

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان - چک لیست پایش

جدول تهیه کنندگان ، تاییدکنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	مهندس محمد جلال باقری اعظم زنگنه	مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان کارشناس سیستم اطلاعات بیمارستان
تایید کننده	محمد شمسی	مدیر داخلی بیمارستان
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	رئیس بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	الف	۵	۲	سنجه	۱	کد سند	BH-Ch-ac-da/proce-01/05

4. نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخ پشتیبان

هدف :

با توجه به اهمیت داده ها در سیستم های اطلاعاتی بیمارستان و لزوم بازیابی اطلاعات در صورت بروز شرایط فوق العاده و با هدف در دسترس و قابل اتکا بودن اطلاعات، باید تا به صورت منظم و مستمر از کلیه اطلاعات سیستم ها پشتیبان گیری شود، هدف بیمارستان علامه بهلول گنابادی به عنوان تنها بیمارستان منطقه از تدوین این روش اجرایی مقابله در برابر وقوع شرایط اضطراری مانند حوادث طبیعی آتش سوزی، نوسانات برق است که منجر به آسیب جدی در سخت افزار یا نرم افزار سرورها شده و سیستم اطلاعات از دسترس خارج می گردد و در چنین شرایطی بازیابی آخرین و تازه ترین اطلاعات پیش از پیش اهمیت می یابد.

تعاریف:

نسخه پشتیبان: در دانش فناوری اطلاعات، بک آپ یا عمل بک آپ گیری اشاره به تهیه کپی هایی از اطلاعات دارد. این نسخه

های کپی شده معمولا برای بازگرداندن اطلاعات هنگام آسیب دیدن و یا مفقود شدن اطلاعات اصلی به کار می روند.

صاحبان فرآیند:

واحد فناوری اطلاعات و واحد فناوری اطلاعات سلامت بیمارستان

ذینفعان:

مدیران و پرسنل بیمارستان، پژوهشگران و فراگیران و بیماران

فرد پاسخگو:

کتابچه روش های اجرایی

مسئول سیستم اطلاعات بیمارستان و مسئول فناوری اطلاعات

دامنه:

کلیه بخش های بیمارستان

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

1. با توجه به اهمیت موضوع پایگاه داده به صورتی تنظیم و پیکر بندی شده است تا به طور اتوماتیک در ساعات 0 بامداد، 3 بامداد، 6 صبح ، 12 ظهر،6 عصر نسخ پشتیبان تهیه و بر روی سرور اصلی ذخیره گردد. مسیر ذخیره سازی نسخ پشتیبان به گونه است که در درایو به غیر از درایو نصب سیستم عامل صورت بگیرد تا در صورت بروز مشکل برای سیستم عامل امکان بازیابی آخرین نسخ ممکن باشد. نسخ پشتیبان در فواصل زمانی منظم بر روی هارد های اکسترنال نیز ذخیره می گردد.
2. یک نسخه پشتیبان روزانه بر روی هارد اکسترنال نیز ذخیره میگردد تا در صورت نیاز از آن استفاده شود.
3. به ذخیره سازی یک نسخه پشتیبان بر روی هارد اکسترنال اکتفا نشده و یک نسخه روزانه روی سیستم در واحد فناوری اطلاعات ذخیره می شود و همچنین یک نسخه دیگر روزانه در واحد فناوری اطلاعات سلامت بر روی هارد اکسترنال دیگری ذخیره می گردد و به صورت هفتگی بر روی DVD رایت و به واحد حراست فناوری اطلاعات دانشگاه تحویل داده می شود، تا در صورت بروز مشکل در بیمارستان نسخه پشتیبان در محیطی خارج از بیمارستان در دسترس باشد.
4. با توجه به اهمیت نرم افزارهای کاربردی بیمارستان (نوبت دهی، پکس، سیستم تغذیه و ..) از سیستم عامل ها و نرم افزارها به صورت روزانه نسخ پشتیبان از تغییرات گرفته می شود و به صورت هفتگی یک نسخه پشتیبان کامل از سیستم عامل و نرم افزار ها گرفته می شود و روی San Storage ذخیره می شود.
5. مسئول فنی سامانه اطلاعات بیمارستانی دفتر آمار و اطلاعات دانشگاه بر تهیه نسخ پشتیبان در طول روز نظارت کرده و گزارش پشتیبان گیری بر روی سرورهای بیمارستان در طول یک شبانه روز و به صورت روزانه و هفتگی بر محلی جدا از سرور بیمارستان را بعد از آخرین تغییر نحوه پشتیبان گیری تایید می کند و گواهی صحت فنی و عملیاتی نسخه های پشتیبان گرفته شده از بانک سامانه اطلاعات بیمارستانی را صادر می کند و طی نامه نگاری از طریق اتوماسیون اداری به ریاست بیمارستان ارسال می کند و مسئول شبکه و زیرساخت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه بر نصب نرم افزار آنتی ویروس لایسنس دار و به روز شده بر روی سرورها و کلاینتهای بیمارستان و بر عدم اتصال مستقیم سرورهای سامانه های بیمارستان به اینترنت به غیر از سرور آنتی ویروس بیمارستان بر روی سرورها و کلاینتهای بیمارستان و

کتابچه روش های اجرایی

استفاده از رایانه های واسط و کنترل شده بر اتصال شرکتهای پشتیبان به سرور های بیمارستان نظارت می کند و در صورت تغییر گزارش خود را طی نامه نگاری از طریق اتوماسیون اداری به ریاست بیمارستان ارسال می کند.

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :

مشاهده بک آپ های موجود از داده ها

مسئول پیگیری اجرا:

مسئول فناوری اطلاعات بیمارستان

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان

جدول تهیه کنندگان ، تاییدکنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	مهندس محمدجلال باقری مهندس رضا حسن زاده	مسئول فناوری اطلاعات سلامت (HIS)بیمارستان مسئول فناوری اطلاعات (HIS) بیمارستان
تایید کننده	محمد شمسی	مدیر داخلی بیمارستان
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	الف	۵	۳	سنجه	۲	کد سند	BH-Su-fo-har-sys /proce-02/05

5. پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری

هدف : با توجه به اهمیت بروز و کارآمد بودن نرم افزارها و سخت افزارهای سیستم های اطلاعاتی بیمارستان و باهدف اینکه سیستمهای اطلاعاتی بیمارستان همواره به روز باشند و کاربران بتوانند به صورتی کارا و موثر از آن در جهت پیشبرد اهداف بیمارستان استفاده نمایند.

تعاریف: محافظت و امنیت سیستمهای ذخیره بازیابی اطلاعات بخشی از مدیریت اطلاعات است که وظیفه تعیین اهداف،امنیت و بررسی موانع رسیدن به اهداف و ارائه راهکارهای الزم را بر عهده دارد.

نرم افزار در این خط مشی، نرم افزار سیستم ***HIS***، و برنامه های کاربردی و جانبی مورد نیاز کلیه پرسنل بیمارستان می باشد. سخت افزار در این خط مشی، سرورها، کامپیوترهای کاربران، پرینترها، اسکنر ها، سایر وسایل جانبی مورد نیاز کاربران و نرم افزارها و زیر ساخت شبکه بیمارستان می باشد.

صاحبان فرآیند:

واحد فناوری اطلاعات بیمارستان

ذینفعان:

تمامی واحد های بیمارستان

فرد پاسخگو:

مسئول فناوری اطلاعات

دامنه:

کتابچه روش های اجرایی

کلیه بخش های بیمارستان

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

1. پشتیبانی از سیستم HIS توسط کارشناسان فناوری اطلاعات سلامت بیمارستان صورت می گیرد. و در صورت عدم رفع مشکل توسط کارشناسان ، شرکت راه آورد موظف است مطابق قرارداد به صورت تلفنی راهکار رفع مشکل را برای کارکنان واحد فن آوری اطلاعات سلامت توضیح داده و یا به صورت ریموت به حل مشکل اقدام نمایند و چنانچه این روش ها برای حل مساله کافی نباشد در بیمارستان حضور خواهند یافت. همچنین ایشان موظفند آخرین نسخه های موجود از برنامه را بیمارستان تحویل دهند .

2. پشتیبانی از نرم افزار های کاربردی بیمارستان (سیستم تغذیه ، نوبت دهی و..) توسط کارشناسان فناوری اطلاعات بیمارستان صورت می گیرد. و در صورت عدم رفع مشکل توسط کارشناسان ، شرکت مربوطه موظف است مطابق قرارداد به صورت تلفنی راهکار رفع مشکل را برای کارکنان واحد فن آوری اطلاعات توضیح داده و یا به صورت ریموت به حل مشکل اقدام نمایند و چنانچه این روش ها برای حل مساله کافی نباشد در بیمارستان حضور خواهند یافت. همچنین ایشان موظفند آخرین نسخه های موجود از برنامه را بیمارستان تحویل دهند .

تبصره: چنانچه بنا به نیاز کاربران، ویژگی جدیدی در نرم افزارهای فوق مورد نیاز باشد، باید به صورت مکتوب به واحد فن آوری اطلاعات اعلام شود تا با ارسال درخواست کتبی، شرکت های فوق به رفع نیاز بیمارستان اقدام نمایند.

تبصره: در مورد تجهیزات پزشکی و نرم افزارهای مرتبط با آن، مسئول تجهیزات پزشکی پاسخگو و مسئول هماهنگی با شرکت های پشتیبان خواهد بود و واحد فن آوری اطلاعات صرفا موظف است زیرساخت شبکه و کامپیوترهای مورد نیاز برای نصب و نگاه داری این سیستم ها را تامین نماید.

3. نرم افزارهای کاربردی مورد نیاز کاربران، توسط واحد فن آوری اطلاعات نصب شده و پشتیبانی می گردد

تبصره: لازم است واحد فن آوری اطلاعات به صورت سالانه، اقدام به خرید پکیج نرم افزارهای کاربردی روز نماید.

4. واحد فناوری اطلاعات موظف است اقدام به رفع مسائل سخت افزاری کامپیوترها، پرینتر ها، اسکنرها و ... نماید. در مواردی که امکان رفع مشکلات دستگاه در بیمارستان موجود نبوده و با گارانتی سیستم مورد نظر به گونه ای است که عیب یابی و رفع نقص دستگاه امکان پذیر نباشد، لازم است تا دستگاه برای رفع مشکل به شرکت های ذیصلاح ارجاع داده شود

کتابچه روش های اجرایی

5. در مورد سخت افزارهای مصرفی همچون ماوس، کیبورد، رم، کارت شبکه کابل های برق، VGA و شبکه لازم است تا ذخیره مناسبی در انبار بیمارستان یا انبار کوچکی تحت نظر واحد فن آوری اطلاعات موجود باشد تا در صورت خرابی هایی که معمولا غیر قابل تعمیر هستند، سریعا جایگزین شوند.

6. در صورت هر گونه مشکل ، کاربران بصورت تلفنی و یا درخواست از طریق سامانه پشتیبانی فناوری اطلاعات با واحد فناوری اطلاعات هماهنگ می گردد.

اتاق سرور بیمارستان دارای مشخصات ذیل می باشد:

1- محیط آن پاکیزه، ایزوله و دارای پوشش دیواری مناسب بوده و امکان تردد در آن بدون مجوز ریاست/ مدیریت یا مدیر فنآوری اطالعات مرکز مقدور نمی باشد.

2- دارای سیستم برق اضطراری و تغذیه کننده بدون وقفه جریان الکتریکی برای سرورهای بیمارستان می باشد.

3- ایمن بوده و دارای امکانات ضد حریق می باشد.

4- وجود کلاینت و پرینترهای پشتیبان برای واحدهای حیاتی و پر تردد بیمارستان نظیر پذیرش صندوق و ... از قبل برنامه ریزی شده و موجود باشد.

5- اتاق سرور هیچ گونه راه نفوذ و پنجره رو به بیرون ندارد.

6- اتاق سرور دارای ابزارهای هوشمند نظارت نظیر درب ضد سرقت، دوربین و یا سامانه های هشدار به کاربر می باشد.

7- تجهیزات سخت افزاری موجود در اتاق سرور دارای دو ورودی مجزای برق، اتصالات شبکه کافی بوده و در داخل رک های استاندارد قرار گرفته باشند.

8- سرورها و محل نگهداری تجهیزات در آن کاملا برچسب گذاری شده و دفترچه راهنمای حداقلی برای دسترسی و عیب یابی سریع موجود باشد

9- از رایانه های رومیزی در بیمارستانها به عنوان سرور اصلی سامانه ها و بانک اطلاعاتی استفاده نمی شود.

کتابچه روش های اجرایی

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی :

مانیتورینک نرم افزار های کاربردی بیمارستان توسط مدیر فناوری اطلاعات

مسئول پیگیری اجرا:

مدیر واحد فناوری اطلاعات بیمارستان

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان –

جدول تهیه کنندگان ، تاییدکنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	**مهندس رضا حسن زاده**	مسئول فناوری اطلاعات *(IT)*بیمارستان
تایید کننده	**محمد شمسی**	مدیر داخلی بیمارستان
تصویب کننده	**دکتر مهدی پاسبان**	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	الف	۱	٤	سنجه	۱	کد سند	BH-Cr-va /proce para-01/05

روش اجرایی :

6.روش اجرایی مقادیر بحرانی پاراکلنیک

هدف:

-تسریع در فرآیند درمان،تشخیص و مراقبت از بیماران،اعلام گزارشاتی که ممکن است عدم اعلام آن به بیمار و یا پزشک، برای بیمار تهدید کننده حیات بوده و یا ممکن است باعث آسیب جدی به بیمار گردد.

-ارتقاء سطح ایمنی دریافت کنندگان خدمات آزمایشگاه

تعاریف:

محدوده بحرانی: به نتیجه ای اطلاق می شود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر به سزایی در حیات بیمار و یا تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری داشته باشد.

مقادیر بحرانی مقادیری بوده که حصول آن پس از انجام آزمایش و یا تصویربرداری ، لزوم اقدام خاص درمانی و یا تشخیصی را به صورت اورژانس طلب کرده و در صورت عدم اقدام به موقع پزشک یا دیگر کارکنان بالینی مسئول در امر مراقبت و درمان بیمار به طور بالقوه تهدید کننده حیات می باشد و یا ممکن است باعث آسیب جدی به بیمار گردد.

بیمار سرپایی:کلیه افرادی که به جهت دریافت خدمات درمانی مراقبتی و تشخیصی به بیمارستان مراجعه کرده و فاقد پرونده پزشکی دائم یا موقت مفتوح در زمان پذیرش نمونه آزمایشگاهی می باشد.

بیمار بستری:کلیه اشخاصی که در هنگام آماده شدن جواب آزمایشگاه هنوز در یکی از بخشهای بیمارستان بستری بوده و دارای پرونده پزشکی مفتوح می باشد.

کتابچه روش های اجرایی

بیمار ترخیص شده:کلیه اشخاصی که در هنگام پذیرش نمونه آزمایشگاهی در یکی از بخشهای بیمارستان بستری بوده اما قبل از آماده شدن جواب ،از مرکز مرخص و پرونده پزشکی آنها بسته شده است.

مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی:

- در موارد وجود نتایج بحرانی آزمایشات، کارشناس مسئول هر قسمت در آزمایشگاه مسئول اطلاع نتیجه آزمایش به پزشک معالج / پرستار مسئول بیمار می باشد و توسط ایشان در دفتر مربوطه ثبت گردد.
- در صورت تشخیص نتایج بحرانی تصویربرداری، توسط پزشک رادیولوژیست بلافاصله به پزشک معالج و پرستار مسئول بیمار اطلاع رسانی شود و در دفتر مربوطه ثبت گردد. لازم به ذکر است در صورت شک کارشناس رادیولوژی به وجود مقادیر بحرانی حین یا پس از از تصویربرداری، اطلاع سریع به پزشک رادیولوژیست الزامی است، سپس بایستی پزشک رادیولوژیست نسبت به بررسی موضوع اقدام و در صورت تایید نهایی به پزشک معالج اطلاع داده شود.

تذکر: در صورت عدم پاسخگویی پزشک رادیولوژیست ضروری است موضوع به دفتر پرستاری اطلاع داده شود. همچنین همزمان اطلاع به پرستار مسئول بیمار نیز صورت گرفته تا توسط ایشان اطلاع به پزشک معالج صورت گیرد.

صاحبان فرآیند:

واحد های پاراکلینیک -بخش های بالینی

ذینفعان:

کلیه بیماران

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

چگونگی گزارش مقادیر بحرانی در بیماران بستری:

۱. فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک اعم از آزمایشات و تصویربرداری اعم از بستری و سرپایی در کمیته دارو و درمان مطرح و توسط مسئول فنی بیمارستان به بخشها ابلاغ می گردد .
۲. به محض تشخیص موارد بحرانی مسئول انجام فرآیند موظف است که این گونه موارد را بلافاصله پس از مشاهده با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه با بخش محل بستری بیمار تماس می گیرد.

تذکر:در صورت عدم پاسخگویی بخش به تماس تلفنی ، ضروری است موضوع به سوپروایزر مرکز اطلاع رسانی شود.

کتابچه روش های اجرایی

۳. جهت مستند سازی مقادیر بحرانی ضروری است مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی ، اطلاعات مربوط به گزارش تلفنی را در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت نماید.این اطلاعات شامل نام و نام خانوادگی شخص گزارش دهنده و گزارش گیرنده نحوه اطلاع واحدهای آزمایشگاه و تصویربرداری به پرستار مسئول بیمار / ماما مسئول بیمار / پزشک معالج یا مقیم یا آنکال بدین صورت است . من آقا / خانم ..... هستم جهت اطلاع آزمایش بیمار آقا / خانم / کودک ..... با شما تماس میگیرم . و نتایج آزمایشات با عناوین ..... می باشد .

۴. جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت/ تصویربرداری و کادر بالینی از روش ReadBack,WriteDown,Rpeat Back,Close the loop شامل بازخوانی شنیده ، یادداشت شنیده و بازخوانی یادداشت و اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات استفاده می شود.

۵. پرسنل فنی پاراکلینیک موظف است اطمینان کسب نماید مقدار بحرانی بیمار، علاوه بر اطلاع رسانی از طریق نرم افزار HIS نیز اطلاع رسانی می گردد.

۶. پرسنل فنی آزمایشگاه موظف است همزمان با اطلاع رسانی گزارش مقدار بحرانی به بخش جهت کسب اطمینان از صحت آزمایش انجام شده ، آزمایش را روی همان نمونه به صورت دوتایی و یا در کنار یک کنترل مناسب تکرار کرده و از صحت نتایج به دست آمده قبلی اطمینان حاصل نماید.

۷. ، نام و نام خانوادگی بیمار ،مقادیر بحرانی گزارش شده ،زمان و تاریخ اعلام گزارش می باشد.

۸. بلافاصله شرایط بیمار توسط پرستار ارزیابی می شود و انجام/ تداوم مداخلات فوری و حیاتی میتواند شامل اعلام کد احیا، اطلاع فوری به پزشک مقیم، آنکال یا معالج باشد.اقدامات احیا پیگیری می شود . برای تبادل اطلاعات بصورت کامل و جامع بین پرستار و پزشک معالج، از تکنیک isbar در زمان اطلاع به پزشک استفاده می‌شود.

چگونگی گزارش مقادیر بحرانی در بیماران سرپایی:

1.پس از حصول نتیجه بحرانی برای بیماران سرپایی مراتب را فورا به سوپروایزر آزمایشگاه یا مسئول شیفت گزارش دهد. چنانچه سوابق بیمار گویای صحت نتیجه آزمایش باشد با بیمار یا خانواده بیمار توسط مسئول انجام آزمایش تماس تلفنی گرفته می شود و شرح حال مختصری از بیمار اخذ می شود. و چنانچه شرایط بیمار بر اساس شرح حال اخذ شده گویای صحت نتایج باشد از وی ِا خانواده اش درخواست می شود که برای دریافت سریع آزمایش وارائه به پزشک به آزمایشگاه مراجعه نماید.

2. درصورتیکه شرح حال بیمار با مقادیر گزارش شده همخوانی ندارد ضروری است مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی از بیمار یا خانواده وی در خصوص شرایط زمان نمونه گیری سوالاتی طرح نموده و از صحت روش نمونه گیری اطمینان کسب نماید.

کتابچه روش های اجرایی

3.در صورتیکه بررسی ها نشان داد که روش نمونه گیری یا شرایط زمان نمونه گیری مناسب نبوده است ضروری است از بیمار بخواهد تا بصورت حضوری به ازمایشگاه مراجعه نماید.

4. همچنین موظف است جهت کسب اطمینان از درک صحیح اهمیت موضوع توسط بیمار یا خانواده وی از فرد پاسخ دهنده به تلفن درخواست نماید یک بار دیگر اقدامات توصیه شده را تکرار نماید.

5.سپس تاریخ ،ساعت و نام پیغام گیرنده و پیام دهنده و مقدار بحرانی ونام تست را در دفتر مربوطه ثبت کند.

6.چنانچه مسئول اطلاع رسانی موفق به تماس بابیمار یا خانواده وی و گزارش مقادیر بحرانی نشده ضروری است ضمن ثبت کلیه موارد عدم موفقیت در دفتر گزارش مقادیر بحرانی نسبت به برقراری تماس تا حصول اطمینان از اطلاع نتایج مجددا تلاش نماید.

چگونگی گزارش مقادیر بحرانی در بیماران ترخیص شده:

1.پس از تایید نتایج بدست آمده قبلی مسئول فنی یا سوپروایزر آزمایشگاه موظف است ضمن هماهنگی با مسئول مدارک پزشکی شماره تلفن موجود در پرونده الکترونیک بیمار در سیستم HIS را اخذ کند

2.مسئول اطلاع رسانی موظف است با شماره تلفن بیمار یا خانواده وی تماس گرفته و شرح حال مختصری از بیمار اخذ نماید.

3.چنانچه شرایط بیمار بر اساس شرح حال اخذ شده گویای صحت نتایج آزمایش باشند ضروری است از بیمار یا خانواده وی درخواست شود تا برای دریافت جواب آزمایش و ارائه آن به پزشک در سریع ترین زمان کمک به ازمایشگاه مراجعه نمایند.

4. درصورتیکه شرح حال بیمار با مقادیر گزارش شده همخوانی ندارد ضروری است مسئول اطلاع رسانی مقادیر بحرانی از بیمار یا خانواده وی در خصوص شرایط زمان نمونه گیری سوالاتی طرح نموده و از صحت روش نمونه گیری اطمینان کسب نماید

5. در صورتیکه بررسی ها نشان داد که روش نمونه گیری یا شرایط روز نمونه گیری مناسب نبوده است ضروری است از بیمار بخواهد تا بصورت حضوری به ازمایشگاه مراجعه نماید.

6.همچنین موظف است جهت کسب اطمینان از درک صحیح اهمیت موضوع توسط بیمار یا خانواده وی از فرد پاسخ دهنده به تلفن درخواست نماید یک بار دیگر اقدامات توصیه شده را تکرار نماید.

7. سپس تاریخ ،ساعت و نام پیغام گیرنده و پیام دهنده و مقدار بحرانی ونام تست را در دفتر مربوطه ثبت کند.

کتابچه روش های اجرایی

8. چنانچه مسئول اطلاع رسانی موفق به تماس بابیمار یا خانواده وی و گزارش مقادیر بحرانی نشده ضروری است ضمن ثبت کلیه موارد عدم موفقیت در دفتر گزارش مقادیر بحرانی نسبت به برقراری تماس تا حصول اطمینان از اطلاع نتایج مجددا تلاش نماید.

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش اجرایی :

توسط کارشناس مسئول آزمایشگاه / رادیولوژی، سوپروایزران، سرپرستاران، کارشناس ایمنی و مسئول فنی موارد عدم انطباق گزارش و اقدام اصلاحی پیگیری می شود .

مسئول پیگیری روش اجرایی :

مسئول فنی آزمایشگاه و رادیولوژی

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

راهنمای استانداردهای اعتباربخشی

جدول تهیه کنندگان، تایید کنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	صادق حسینیان	کارشناس مسئول واحد تصویر برداری
	امیر باقرزاده	کارشناس مسئول واحد آزمایشگاه
	مرضیه مختاری	مسئول واحد بهبود کیفیت
تائید کننده	محمد شمسی	مدیر داخلی بیمارستان
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	الف	۱	٤	سنجه	۱	کد سند	Bh-te ca-and tre ins -proc /nur sta /proc e03/05

7. روش اجرایی دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

هدف:

تسریع درمان بیماران بدحال

تعاریف:

دستورتلفنی: دستور دارویی و یا مراقبتی که به صورت تلفنی توسط پزشک ارائه می‌شود.

صاحبان فرآیند:

واحد های پاراکلینیک -بخش های بالینی

ذینفعان:

کلیه بیماران

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

۱. دستورات شفاهی(چهره به چهره) یا دستورات تلفنی در زمانی که پزشک مرتبط قادر به حضور در بخش مربوطه نیست، به طور مثال زمانی که پزشک در اتاق عمل برسر کد احیاء، بیمار ترومایی و بحران و بلایا حضور دارد و یا در مواردی که بیمار در شرایط اورژانس قرار گرفته و تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد.این دستورات تازمان حضور بلادرنگ پزشک معالج / مقیم / آنکال بر بالین قابل اجرا است.

۲. پزشک آنکال میتواند تا زمان رسیدن بر بالین بیماردر موارد درخواست ویزیت یا مشاوره آنی که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود ، با ارسال پیام از طریق ارتباط تلفنی و یا یکی از راههای ارتباط مجازی و مخابراتی، بصورت صوتی، تصویری یا نوشتاری، دستورات لازم در خصوص اقدامات تشخیصی و درمانی مورد

کتابچه روش های اجرایی

نیاز بیمار را به پزشک معالج /مقیم /دستیار تخصصی همان رشته /پرستار مسئول شیفت اعلام نموده و پرستار مسئول شیفت/ پرستار مسئول بیمار یا سوپروایزر بیمارستان می بایست دستورات صادر شده را در پرونده بیمار با ذکر زمان دقیق دریافت دستورات، ثبت نماید.

۳. در موارد اورژانس و شرایط ناپایدار بیمار، به صورت ذیل توسط افراد مرتبط انجام می شود:

- درصورت پذیرش بیماران در بخش اورژانس، پزشک مقیم اورژانس مسئول اطلاع به پزشک مقیم/ آنکال برای حضور بربالین بیمار می باشد.

- در بخشها در صورت نیاز و بروز مشکل و نیازبه ویزیت آنی برای بیمار، توسط مسئول شیفت/پرستار/ مامای مسئول بیمار با پزشک معالج وی تماس گرفته می شود.
- همواره در تمامی بیمارستانها، مسئولیت درمان بیمار با پزشک معالج وی میباشد و در ساعات غیرموظف و درصورت عدم دسترسی به پزشک معالج، پزشک مقیم رشته مربوطه فراخوانده میشود و وی میبایست اقدامات تشخیصی و درمانی مورد نیاز بیمار را انجام دهد .در صورت عدم وجود پزشک مقیم و تأیید سوپروایزر و بنا به ضرورت و شرایط بالینی بیمار، پزشک آنکال سرویس تخصصی مورد نیاز فراخوانده میشود.
- در مواقعی که پزشک مرتبط قادر به حضور در بخش مربوطه نیست وضعیت بیمار/ نتایج تست‌های پاراکلینیکی / نتایج مشاوره‌های پزشکی و ... به صورت تلفنی به اطلاع پزشک مربوطه می‌رسد. این دستورات در مواردی که بیمار در شرایط اورژانس قرار گرفته و تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد. این دستورات تازمان حضور بلادرنگ پزشک معالج / مقیم/ آنکال بر بالین قابل اجرا است.
- در مواردی اخذ دستورات تلفنی توسط مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار تا زمان رسیدن پزشک معالج یا آنکال صورت میگیرد و به محض حضور بلادرنگ ایشان تمام دستورات تلفنی به صورت مکتوب در پرونده مهر و امضا و تائید می شود.
- بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی/ اخذ تایید پزشک معالج ندارد(مطابق کتاب اعتبار بخشی)
- در هنگام اخذگزارش تلفنی، پرونده بیمار جهت احتمال هر گونه سؤال از طرف پزشک در دسترس باشد.
- جهت اطمینان از ارائه ایمن دستور شفاهی - تلفنی و کاهش خطاهای مرتبط با تفسیراشتباه دستور شفاهی - تلفنی ، ارتباط بین پرستار مسئول شیفت / مسئول بیمار / سوپروایزر و .. با پزشک طبق چارچوب ISBAR جهت ارتباط دقیق و موثر و انتقال جامع و کامل اطلاعات عمل میکنند.

کتابچه روش های اجرایی

✓ اجزای ISBAR شامل موارد ذیل میباشد:

۱) **معرفی:** "نام من .... پرستار مراقبِ بیمار:خانم/آقای .... (رعایت دو شناسه معتبر در شناسایی صحیح بیمار _در صورت وجود بیمار با نام مشابه رعایت دستورالعمل مربوطه و استفاده از شناسه های نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و نام پدر الزامی است) در بخش ..... هستم.

نکته: در صورتیکه پزشک در خصوص اطلاعات ارائه شده ابهاماتی دارد و شناسایی بیمار برای وی مقدور نیست، بایستی اطلاعات بیشتری از پرستار درخواست نماید.

۲) **وضعیت:** چه بربیمار میگذرد؟

"من به خاطر شکایت / مشکل ..... تماس میگیرم. "

۳) **سابقه:** زمینه یا سابقه بالینی چیست؟

"با سابقه: شرح بیماریهای زمینه ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار"

٤) **ارزیابی:** در این مرحله پرستار یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد و... را مطرح میکند. این مرحله مستلزم ارزیابی دقیق پرستار قبل از تماس با پزشک میباشد.)

۵) **توصیه:** پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی- برای اصلاح وضعیت چه باید بکنم.

- مسئول شیفت/پرستارمامای مسئول بیمار میتواند در هنگام اطلاع به پزشک و دریافت دستورات شفاهی از همکار خود بخواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند به عنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضاء نماید.ولی این مهم نباید از حضور بلادرنگ پرستار بر بالین بیمار مانع شود.
- تبصره : استفاده از آیفون تلفن برای اطمینان از صحت اخذ دستورات تلفنی و تصدیق آن توسط دو پرستار پیشنهاد می شود .
- پرستار مسئول بیمار موظف است بعد از دریافت دستور، با صدای بلند دستور را بازخوانی کند,ReadBack (بازخوانی شنیده) تا پزشک بیمار تأیید/ تصحیح نماید و دستورات در برگ دستور پزشک (یا برگه یادداشت و)در پرونده بطور کامل نوشته میشود(و تاریخ و زمان دستور، نام پرستار، پزشک ثبت میگردد), (یادداشت شنیده WriteDown) ، و سپس مجدد جهت اطمینان از صحت دستور ، توسط پرستار دستور بازخوانی می شود Rpeat Back (بازخوانی یادداشت). ,
- همزمان پرستار/ مامای شاهد در صورت پخش صدا از طریق آیفون / یا دستورات تکرار شده توسط پرستار/ مامای گیرنده دستور بدقت گوش می دهد.دستورات ثبت شده تلفنی توسط دو پرستار مهر و امضا و حتماً توسط خط بسته و ساعت و تاریخ نوشته می شود.Close the loop (اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات).

کتابچه روش های اجرایی

- پرستار/ مامای مسئول بیمار دستورات داده شده را بلافاصله اجرا می نماید.
- پزشک کشیک در اولین فرصت (کمتر از ۲۴ ساعت)دستورات تلفنی ثبت شده در پرونده بیمار را مهر و امضا می کند.

تبصره: در صورتیکه بخش مربوطه تک پرستار / ماما باشد اطلاع به دفتر پرستاری جهت تعیین پرستار / ماما شاهد (سوپروایزر/ پرستار / ماما تعیین شده توسط سوپروایزر)

توجهات:

در خصوص تجویز دستور دارویی به صورت شفاهی یا تلفنی موارد ذیل میبایست لحاظ گردد:

- ✓ نام دارو بر حسب طبقه بندی ژنریک
- ✓ دلیل تجویزدارو
- ✓ فرم دوزاژ دارو (قرص، کپسول، داروهای استنشاقی و غیره)
- ✓ بیان دقیق و واضح دوز داروها براساس واحد وزن (میلیگرم، گرم، میلی اکی والان هومیلی مول) به خصوص در کودکان و نوزادان ودفعات تجویزآن
- ✓ قدرت یا غلظت دارو
- ✓ راه تجویزدارو
- ✓ اجتناب از به کار بردن اختصارات به شکل سمبل و آکرونیمها در دستور شفاهی /تلفنی ودر صورت استفاده میبایست از اختصارات مجاز و تایید شده استفاده نمایند.
- ✓ محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ(آوای) مشابه

۴. تجویز دارویی منطبق با فرمولاری بیمارستان توسط پزشکان صورت می گیرد.ضمنا حتی الامکان داروهای پرخطر دستور تلفنی نشود .

کتابچه روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تائید کنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	مرضیه مختاری	مسئول دفتر بهبود کیفیت
	مهسا محمدیان	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
تائید کننده	سعید هادی نژاد	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	ب	2	4	سنجه	5	کد سند	Bh-inc-fol eme tre/proce-01/01

روش اجرایی:

8.پیگیری روند درمان مراجعین بخش اورژانس پس از ترخیص از طریق درمانگاه تخصصی

صاحبان فرآیند:

بخش اورژانس،درمانگاه تخصصی

ذینفعان:

مراجعین به بخش اورژانس

فرد پاسخگو:

کتابچه روش های اجرایی

سرپرستار اورژانس، مسئول درمانگاه تخصصی

دامنه:

بخش اورژانس، درمانگاه تخصصی

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

1.پذیرش بیماران در بخش بستری و سرپایی اورژانس انجام شده و مراقبتهای لازم صورت می گیرد.

2.ترخیص ایمن همراه با ارائه آموزشهای پزشک و پرستار در زمینه روند پیگیری درمان و شرایط و حالات مهم برای مراجعه مجدد به اورژانس صورت می گیرد.

3.در خصوص موارد نیاز به پیگیری روند درمان از طریق درمانگاه تخصصی،برگه معرفی نامه توسط پزشک مقیم اورژانس تنظیم و در اختیار بیمار قرار داده می شود.

4.بیمار برای اخذ راهنمایی و رزرو نوبت توسط مسئول شیفت اورژانس به مسئول درمانگاه تخصصی ارجاع داده می شود.

5.رزرو نوبت توسط مسئول درمانگاه تخصصی صورت می گیرد.

مسئول پیگیری اجرا:

مدیریت خدمات پرستاری

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

تجارب بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان ، تایید کنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	مصطفی سعادت بهجت وهاب زاده	سرپرستار بخش اورژانس مسئول درمانگاه تخصصی
تایید کنندگان	سعید هادی نژاد محمد شمسی	مدیر خدمات پرستاری مدیر داخلی بیمارستان
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	۵	۲	۵	سنجه		کد سند	Bh-Re min inf -nur sta /proc 04/05

۹.برچسب گذاری در فرآیند فراخوان و رهگیری اقلام استریل شده

هدف:

ارتقائ ایمنی بیمار، پیشگیری و کنترل عفونت، مراقبت ایمن جراحی

تعاریف:

ست ها به صورت پارچه ای، وی پک و کاغذ کرپ یک لایه یا دو لایه هستند.

تاریخ بسته های استریل مطابق با دستورالعمل برای انواع بسته بندی ها بر اساس جنس، نوع بسته بندی و شرایط نگهداری در ***CSSD*** و بخش ها تنظیم می شود.

صاحبان فرآیند:

واحد CSSD - واحد های پاراکلینیک - بخش های بالینی

ذینفعان:

کلیه بیماران

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

فراخوان(RE CALL)

کتابچه روش های اجرایی

1- پرسنل CSSD بایستی حین بسته بندی اقلام کمتر از 12 عدد ، اندیکاتور کلاس 4 و بیشتر از 12 قلم اندیکاتور کلاس 6 و در موارد نیاز تست های بیولوژیک را داخل دستگاه قرار دهد.(در موارد راه اندازی، طراحی مجدد یا جابجایی، خرابی و تعمیر دستگاه استریلایزر تست های بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی و برای ست های حاوی ایمپلنت، همزمان با بارگیری ست ها از تست های بیولوژیک استفاده می شود، همچنین در موارد عادی تست بووی دیک به صورت روزانه و تست بیولوژیک به صورت هفتگی برای هر دستگاه استریلایزر انجام می شود.)

2- روی هر بسته استریل لیبل مشخصات حاوی حداقل اطلاعات را می چسباند. حداقل اطلاعات شامل:

تاریخ و شیفت کاری

شماره یا کد دستگاه استریل کننده

تاریخ انقضا مصرف هر بسته استریل

سیکل یا چرخه بارگذاری

نام بارگذاری کننده هر چرخه استریل

نام ست

3- مشخصات چرخه بارگذاری در دفتر یادداشت و ست ها به روش صحیح بارگذاری می نماید.

4- بعد از استریل شدن بسته و خارج سازی از دستگاه استریل کننده، از نظر رطوبت و سالم بودن، تغییر رنگ مناسب چسب OK و نیز مشاهده اندیکاتور پاس شده در بسته بندی های شفاف، اطمینان حاصل می کند.(بهداشت دست قبل از تماس رعایت شود)

5- بسته های استریل را به قفسه های انبار استریل منتقل و یا به بخش های متقاضی تحویل می نماید(حمل و انتقال با کانتینر یا ظرف مخصوص ابزار استریل صورت می گیرد.)

6- مسئول CSSD هر زمان که نتیجه تست های بیولوژیک مثبت شد و یا اندیکاتور داخل ست ها پاس نشد بایستی فراخوانی یا re call را انجام دهد.

کتابچه روش های اجرایی

7- پرسنل درمانی در زمان باز کردن بسته استریل از سالم بودن بسته، پاس شدن چسب Ok و اندیکاتور داخل بسته اطمینان حاصل می کند و هر زمان که اندیکاتور داخلی بسته پاس نشده باشد در اسرع وقت ست را به همراه لیبل روی بسته به CSSD مرجوع و به واحد کنترل عفونت گزارش می نماید.

8- مسئول CSSD بر اساس مشخصات روی لیبل، کد دستگاه استریل کننده، سیکل بارگذاری و تاریخ و شیفت استریل را از روی دفتر دستگاهها شناسایی و نسبت به خارج کردن دستگاه از سرویس و جمع آوری و بازگرداندن بسته های آن چرخه اقدام می نماید.

9- پرسنل فرآیند شستشو، ضد عفونی و استریل بسته های فراخوان شده را مجددا تکرار می کنند.

10- پس از رفع علت دستگاه با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی مجددا نسبت به اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و استفاده مجدد آن اقدام می شود(تست بیولوژیک و بووی دیک با چرخه خالی در دستگاه گذاشته می شود).

رهگیری :

شامل تمام مراحل فراخوان و اجرای مراحل زیر است:

1- پرسنل درمانی پس از اطمینان از پاس شدن اندیکاتورها، مشخصات ست شامل نوع ست، شماره سیکل بارگذاری، تاریخ استریل شده و تاریخ انقضا بسته استریل و نام بارگذاری کننده را روی اندیکاتور می نویسند و سپس به پرونده یا دفتر بیماران سرپایی الصاق می نمایند.

2- در صورت نیاز به رهگیری، با توجه به مشخصات روی اندیکاتور الصاق شده در پرونده یا دفتر بیماران سرپایی، بسته استریل رهگیری می شود.

3- موارد عدم انطباق به واحد CSSD و کنترل عفونت گزارش می شود و اقدام اصلاحی صورت می گیرد.

کتابچه روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تائید کنندگان و تصویب کننده :

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	مریم فضل اللهی	کارشناس کنترل عفونت
تائید کنندگان	محمد شمسی	مدیر داخلی بیمارستان
	سعید هادی نژاد	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	۵	۵	۲	سنجه	۲	کد سند	BH-inf -con -and pre /proce con an pre-01/05

10.پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی "با تاکید بر چهار عفونت شایع مشمول نظام مراقبت

روش اجرایی 1– پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری

هدف:

پیشگیری از ابتلا به عفونت بیمارستانی در بیماران کاندید جراحی و ارتقای ایمنی بیمار

تعاریف:

اسکراب: شستشوی صحیح دست های جراح و پرسنل اتاق عمل با توجه به استاندارد تعریف شده

تست کلاس٦: تستی جهت اطمینان از استریل بودن پک ها

صاحبان فرآیند:

واحد کنترل عفونت- بخش های جراحی و اتاق عمل

ذینفعان:

کلیه بیمارانی که تحت عمل جراحی قرار می گیرند.

کتابچه روش های اجرایی

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

۱. قبل از انجام عمل جراحی عفونت های سایر قسمتهای بدن و دور از محل عمل جراحی، مشخص و تحت درمان قرار می گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا حل مشکل عفونت به تاخیر انداخته می شود .
۲. وضعیت ابتلا بیمار به هپاتیت B قبل از جراحی برای بیماران با ریسک بالای ابتلا (طبق نظر پزشک) و بیماران سزارین مشخص و در پرونده ضمیمه می گردد . و در صورت ابتلای فرد به هپاتیت B یا بیماری عفونی به اطلاع اتاق عمل برسد.
۳. بیمار قبل از عمل در منزل و در غیر اینصورت در بیمارستان دوش می گیرد .
۴. محل عمل جراحی در صورت نیاز در نزدیک ترین زمان به عمل، شستشو و بوسیله شیور برقی در صورت دستور پزشک شیو می شود.
۵. قبل از شروع عمل، محل توسط پرسنل اتاق عمل با مواد انتی سپتیک مناسب ضدعفونی می شود .
۶. در صورت اندیکاسیون بیماران قبل از جراحی طبق دستورالعمل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل جراحی و دستور پزشک آنتی بیوتیک دریافت می کنند.
۷. در بیماران دیابتی سطح گلوکز خون بیمار حتی قبل از عمل چک شده و جواب به اطلاع پزشک معالج می رسد و در صورت بالا بودن قند خون بیمار، اقدامات درمانی طبق دستور پزشک معالج و توسط پرسنل پرستاری اجرا شده و قند خون بیمار کنترل می شود.
۸. ورود پرسنل به اتاق عمل محدود به پرسنل ضروری می باشد .
۹. اتاق عمل طبق برنامه مدون و با نظارت مسئول اتاق عمل مرتب شستشو می شود.
۱۰. پرسنل جراحی مبتلا به بیماری عفونی تا زمان بهبودی از شرکت در عمل ممانعت می شوند.
۱۱. پزشکان و پرسنل اتاق عمل طبق دستورالعمل تدوین شده در کمیته کنترل عفونت، ناخن های خود را کوتاه نگهداشته و از استفاده ناخن مصنوعی، لاک ناخن و جواهرات خودداری می کنند.
۱۲. شستشوی جراحی دست(اسکراب جراحی) مطابق با آخرین دستورالعمل قبل از جراحی و توسط جراح و پرسنل اتاق عمل انجام می شود.
۱۳. اندیکاتورهای بیولوژیک و تست کلاس6 جهت اطمینان از صحت فرآیند استریلیزاسیون بسته به نوع ست و اقلام آن در تمامی ست ها توسط مسئول واحد CSR استفاده می شود. و اندیکاتور در پرونده بیمار ثبت (الصاق) می شود .
۱۴. زمان بستری بیمار در بخش قبل و بعد از انجام جراحی تا حدامکان محدود می شود .
۱۵. پانسمان محل جراحی به طور مناسب و با شرایط آسپتیک تعویض می گردد .

کتابچه روش های اجرایی

۱۶. دمای طبیعی حین جراحی و بعد از آن حفظ می شود .

۱۷. به بیمار اموزش های لازم در خصوص مراقبت از محل جراحی داده می شود .

روش اجرایی 2: پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون ، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکتوستومی ایجاد می شود

هدف:

پیشگیری از بروز عفونت های تنفسی در بیماران انتوبه

تعاریف:

انتوباسیون: کارگذاری لوله تراشه در داخل تراشه بیمار می باشد.

تراکئوستومی: باز کردن تراشه از قسمت قدامی در ناحیه گردن و باز کردن فضای تراشه به بیرون توسط کانول فلزی یا پلاستیکی

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

۱. کلیه پرسنل مراقبت کننده در بخش های ویژه در خصوص پیشگیری از بروز عفونت های تنفسی آموزش دیده اند .
۲. برای هر کدام از بیماران بستری که نیاز به اکسیژن درمانی دارند کانولای اکسیژن اختصاصی استفاده می شود
۳. تمامی فلومترهای اکسیژن به صورت هفتگی طبق دستورالعمل تدوین شده شسته می شود و بعد از ترخیص بیمار نیز شسته و ضدعفونی می گردد و تا پذیرش بیمار بعدی به صورت خشک نگهداری می شود .
۴. لوله گذاری داخل تراشه در موارد ضروری انجام و با توجه به شرایط بیمار و طبق نظر پزشک معالج در اسرع وقت خارج می گردد.
۵. بطری های ساکشن بعد از پر شدن۲/۳ و پایان هر شیفت شسته و در محلول ضدعفونی کننده غوطه ور و مجددا آبکشی می شود.
۶. پرسنل قبل از انجام ساکشن موظف به رعایت بهداشت دست و استفاده از وسایل حفاظت فردی و انجام تکنیک به روش استریل می باشد .
۷. در زمان ساکشن از کانولای یکبار مصرف و استریل استفاده می گردد و بعد از هر بار استفاده دور انداخته می شود.

کتابچه روش های اجرایی

۸. حجم باقیمانده معده برای جلوگیری از نفخ و اتساع معده به صورت مرتب توسط پرستار کنترل می گردد و موقع گاواژ حتما سر بیمار حداقل در زاویه ۳۰ درجه از تخت قرار می گیرد.
۹. آمبوبگ ها بعد از استفاده توسط نیروی کمکی بخش با آب و دترجنت شستشو شده و در محلول ضدعفونی کننده های لول غوطه ور و در نهایت آبکشی و خشک می گردد.
۱۰. مسواک و دهانشویه بیماران با محلول کلرهگزیدین و هر ۶ ساعت توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود.
۱۱. فشار کاف لوله تراشه روزانه توسط پرستار مسئول بیمار چک و در حد نرمال ۲۰ تا ۲۵ میلی متر جیوه حفظ می شود.
۱۲. لوله تراشه بیمار درصورت انسداد مکانیکی با ترشحات غلیظ و چسبنده تعویض می شود.
۱۳. لوله خرطومی برای هر بیمار اختصاصی و هفته ای یکبار یا در صورت اختلال در عملکرد تعویض می شود.
۱۴. فیلترهای دمی و بازدمی دستگاه بعد از هر بیمار اتوکلاو می گردد.
۱۵. فیلتر های HME هر 48-24 ساعت تعویض می گردد.
۱۶. پانسمان محل تراکئوستومی به روش استریل به صورت روزانه و با نظارت مسئول شیفت انجام می شود .
۱۷. فیزیوتراپی تنفسی برای بیماران انتوبه توسط فیزیوتراپی بیمارستان انجام می شود .
۱۸. موارد فوق توسط سرپرستار و مسئول شیفت نظارت می گردد.

روش اجرایی 3: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای عروقی

هدف:

پیشگیری از عفونت کاتتر عروقی

تعاریف:

کاتترهای عروقی: شامل کاتترهای عروق محیطی و کاتترهای عروق مرکزی که از طریق ورید یا شریان تعبیه می گردد

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

۱. برای ضدعفونی پوست محل رگ گیری از اسپری الکل استفاده می شود .
۲. پرسنل قبل از کارگذاری کاتترهای عروقی، بهداشت دست را رعایت می کنند.
۳. از آنژیوکت فقط یکبار استفاده می شود و درصورت عدم موفقیت در رگ گیری از آنژیوکت جدید استفاده می شود.

کتابچه روش های اجرایی

۴. پرستار بعد از اتمام کار تاریخ و شیفت را برروی برچسب آنژیوکت درج می نماید.
۵. برحسب نیاز وتشخیص پزشک معالج کاتتر C.V.Line توسط جراح و در شرایط استریل گذاشته می شود .
۶. جهت ضدعفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر از بتادین استفاده می شود.
۷. در هنگام کارگذاری کاتترهای مرکزی تکنیک به صورت آسپتیک انجام شده و پزشک و پرستار از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند.
۸. محل کاتتر از نظر علایم التهاب و ادم و ... مرتب چک شود و در صورت اندیکاسیون عفونت، انسداد و... یا تشخیص پزشک کاتتر خارج یا تعویض می گردد.
۹. پانسمان محل کاتتر به صورت روزانه توسط پرستار مسئول بیمار تعویض می گردد.
10. دستورالعمل تعویض اتصالات طبق مصوبه کمیته به کلیه بخش ها ابلاغ گردیده است.

. روش اجرایی 4 :پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری

هدف : پیشگیری از ابتلا بیماران بستری دارای کاتتر ادراری به عفونت بیمارستان – ارتقاء سطح ایمنی و سلامت بیماران

صاحبان فرایند:

واحد کنترل عفونت- بخش های بیمارستان

ذینفعان:

بیماران دارای کاتتر ادراری

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

۱. تا حد امکان از انجام سونداژ غیر ضروری به دلیل افزایش ریسک عفونت خودداری می شود.
۲. سونداژ بیمار در شرایط کاملاً استریل انجام می شود .
۳. ابتدا ضدعفونی و بهداشت دست ها توسط پرستار انجام می شود و بعد از پوشیدن دستگش استریل، مجرای ادراری با بتادین ضدعفونی و سونداژ انجام می شود.
۴. سوند با چسب مناسب حتما به پای بیمار فیکس شود تا از جابجایی آن در مجرا جلوگیری شود.
۵. تاریخ انجام سونداژ در کاردکس بیمار ثبت می شود .

کتابچه روش های اجرایی

۶. سوند در صورت صلاحدید پزشک تعویض می شود .
۷. در هر شیفت کاری حداقل یکبار مراقبت از سوند ادراری(شستشوی پرینه با صابون و نرمال سالین)انجام می شود.
۸. بگ ادراری دارای در زمان آلودگی و نشتی تعویض می شود .
۹. بگ ادراری به هیچ عنوان بر روی تخت بیمار قرار نمی گیرد و از تخت آویز می باشد و از برگشت ادرار به مثانه بیمار حین تغییر پوزیشن خودداری شود.
۱۰. هر شیفت و در صورت نیاز در طول شیفت بگ ادراری تخلیه می شود .
۱۱. سیستم درناژ ادراری بسته باشد و جهت گرفتن نمونه کشت ادرار بگ و سوند جدا نمی شوند.
۱۲. در صورت نیاز به سونداژ بیمار در منزل آموزش لازم در ارتباط با نحوه ی مراقبت از سوند به وی و خانواده بیمار ارائه می گردد .

نحوه نظارت بر اجرای خط مشی و روش اجرایی :

بازدیده دوره ای

مسئول پیگیری روش اجرایی :

سوپروایزر کنترل عفونت

منابع، امکانات و کارکنان مورد نیاز:

عملکرد بخش های بیمارستان و پزشکان متخصص – آنژیوکت – وسایل حفاظت فردی – ست پانسمان یا C.V.Line – سفتی باکس

کتابچه روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان ، تاییدکنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	مریم فضل اللهی	کارشناس کنترل عفونت
تایید کننده	سعید هادی نژاد	مدیریت خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	مدیریت عدم تطابق در آزمایشگاه	کد سند	bH-non com -man /procelab-02/01

11.روش اجرایی: مدیریت عدم تطابق در آزمایشگاه

هدف از تدوین این روش اجرایی در گام اول تشریح نحوه شناسایی ، تعریف و کنترل اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه تا حصول نتیجه اثر بخش و در گام دوم بازنگری و تحلیل عدم انطباق ها (چه بالقوه و چه بالفعل) به همراه اقدامات پیشگیرانه و شناسایی علل وقوع عدم انطباق ها و در نهایت نحوه بررسی پیامد های این تغییرات و اصلاحات انجام شده و همچنین اثر بخشی اصلاحات بر روند کاری آزمایشگاه می باشد .

مسئولیت نظارت و اجرا :

نظارت : ریاست محترم بیمارستان و مسئول فنی محترم آزمایشگاه

اجرا : مدیر دخلی بیمارستان ، سوپروایزر آزمایشگاه ، مسئول کنترل کیفیت

روش کار :

3-1- منابع دریافت گزارشات اقدامات اصلاحی :

3-1-1- پیشنهادات ، انتقادات و نظرات : هر گونه احساس نیاز به اعمال تغییرات در ساختار سازمانی ، منابع انسانی ، شرایط کاری و محیطی خدمات آزمایشگاهی ، روش های اجرایی و دستورالعمل های کاری (اطلاعات مستند) ، ایمنی و بهداشت ، محیط زیست (HES) و ... را کلیه مدیران ، پرسنل محترم و یا افراد ذینفع در مجموعه می توانند در حوزه کاری خود تغییرات مورد نیاز خود را شناسایی کرده و از طریق فرم پیشنهادات و انتقادات و نظرات به کمیته مدیریت آزمایشگاه اعلام نمایند . همچنین جهت سهولت در اخذ پیشنهادات ، انتقادات و نظرات صندوق پیشنهادات ، انتقادات و نظرات تهیه و در اماکن مختلف نصب گردیده است که این صندوق ها به صورت دوره ای(ماهیانه) توسط نماینده تیم مدیریتی آزمایشگاه تخلیه و موارد مطروحه نیز در فرم پیشنهادات ، انتقادات و نظرات ثبت می شود همچنین انتقادات و پیشنهادات پزشکان ، سرپرستاران ، پرستاران و سایر افراد ذینفع در مجموعه توسط ارسال فرم انتقادات و پیشنهادات بصورت دوره ای (ماهیانه) ارزیابی خواهد شد.

کتابچه روش های اجرایی

نماینده مدیریت پس از بررسی و همفکری با مسئواین مربوطه درباره موارد مطروحه تصمیم گیری و در صورت رد ، موضوع مختومه شده و به عنوان سابقه بایگانی می شود . در صورت تأیید ، اقدام لازم طی فرم اقدام اصلاحی تعریف می گردد . در هر صورت نتیجه به اطلاع ارائه دهنده پیشنهادات و انتقادات و نظرات می رسد .

3-1-2- نتایج ممیزی ها : پس از انجام هرگونه ممیزی داخلی (توسط مسئول فنی ، سوپروایزر و مسئول کنترل کیفی بصورت دوره های شش ماهه) و خارجی (نظارت توسط معاونت درمان ، سازمان های بیمه گر و...) و شرکت در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی آزمایشگاه (هر چهار ماه) ، گزارش عدم انطباق های مطروحه توسط گزارش ممیزان و آنالیز نتایج دریافتی از برنامه کیفیت خارجی به اطلاع سوپروایزر می رسد . و ایشان با همکاری مسئولین بخش ها اقدام اصلاحی لازم را تعریف و مسئول اجرا تعیین می شود .

3-1-3- جلسات بازنگری مدیریت : یکی از خروجی های جلسات بازنگری مدیریت نیاز به اعمال تغییرات و تعریف اقدام اصلاحی می باشد . لذا در چنین مواردی نماینده مدیریت (مسئول کنترل کیفی) موظف است این تغییرات و اقدامات اصلاحی را شناسایی ، ثبت و مدیریت نماید .

3-1-4- خروجی های نا منطبق : هر گونه موارد عدم انطباق در بخش های مختلف آزمایشگاه ، تجهیزات ، منابع (انسانی و دستگاهی) و ... در صورت مشاهده باید در فرم اقدامات اصلاحی موجود در هر بخش مستند و توسط مسئول بخش مربوطه به مسئول کنترل کیفی گزارش گردد .

3-1-5- نتایج تحلیل و ارزیابی ها : پس از تجزیه و تحلیل داده های کسب شده چنانچه نیاز به تعریف اقدام اصلاحی باشد با همکاری نماینده مدیریت اقدامات اصلاحی لازم تعریف می گردد .

3-1-6- مدیریت دانش : دانشی که در آزمایشگاه تشخیص طبی در زمان ها و موقعیت های مختلف تولید می شود (برای مثال : حین یک جلسه یا بحث کاری ، حین یک مأموریت کاری ، حین یک رفع اشکال ، حین کار در گروه ها یا تیم های کاری ، حین فرایند های کاری روزمره و یا می تواند یک تجربه فنی ، یک دیدگاه فنی ، یک تجربه مدیریتی ، یک دیدگاه مدیریتی و حتی یک مبحث اختباس شده از یک مطالعه باشد) را بایستی خلق ، کسب ، ذخیره سازی ، به اشتراک گذاری و در نهایت در آزمایشگاه به کارگیری نماید . این به کارگیری به عنوان یکی از ورودی های تعریف اقدام اصلاحی خواهد بود .

3-1-7- سایر موارد : مواردی همچون خروجی جلسات تیم مدیریت آزمایشگاه ، جلسات داخلی و عمومی و تخصصی بیمارستان و آزمایشگاه ، کلاس های ضمن خدمت برگزار شده و تغییرات ایجاد شده در عوامل داخلی و خارجی مؤثر بر آزمایشگاه و ... می تواند به عنوان ورودی تعریف اقدامات اصلاحی باشد .

کتابچه روش های اجرایی

3-2- تعریف و پیگیری اقدامات اصلاحی : در تمامی موارد فوق ، نماینده تیم مدیریت با همکاری مسئولین بخش ها اقدام اصلاحی لازم را در فرم اقدام اصلاحی ثبت می نماید و زمان لازم ، مسئولین انجام و منابع مورد نیاز برای اجرای اقدام اصلاحی تعیین می گردد . نماینده مدیریت به منظور کنترل هر چه دقیق تر ، این اقدامات تعریف شده را در فرم پیگیری اقدامات اصلاحی ثبت نموده و در زمان های سر رسید مورد نظر می بایست نسبت به پیگیری انجام اقدام اصلاحی اقدام نماید . در صورت عدم تأیید اقدام صورت گرفته و یا اثر بخش نبودن اقدام فوق ، مهلت مجددی برای انجام اقدام تعریف می شود که در زمان فوق ، مجدد نماینده مدیریت پیگیری و کنترل لازم را انجام می دهد . در صورت عدم تأیید ، مراتب جهت پیگیری و اعلام نظر به مسئول فنی اعلام می شود . درصورتی که نیاز به اقدام اصلاحی فوری باشد ، مراتب به اطلاع مسئول شیفت رسانده و درصورت امکان اقدامات اصلاحی لازم انجام پذیرد . در صورتی که اقدامات انجام شده منجر به رفع مورد عدم انطباق نشده ، با هماهنگی و مشورت مسئول بخش مربوطه اقدامات اصلاحی لازم فورا انجام پذیرد.

3-3- تعیین علل وقوع عدم انطباق ها : نماینده مدیریت موظف است در هنگام تعریف اقدام اصلاحی با همکاری مسئولین بخش مربوطه نسبت به بازنگری و تحلیل عدم انطباق ها (چه بالقوه و چه بالفعل) و شناسایی علل وقوع عدم انطباق ها (چه بالقوه و چه بالفعل) اقدام نماید . پس از کشف علل بروز عدم انطباق ها به منظور اینکه آن عدم انطباق تکرار نشود و یا در جای دیگر رخ ندهد بایستی اقدام اصلاحی یا اقدامات اصلاحی مناسب دیگری با فرم اقدام اصلاحی تعریف و مدیریت نماید .

3-4- بررسی پیامد ها شامل ریسک ها و فرصت ها : با توجه به اینکه ممکن است در راستای اعمال تغییرات و اقدامات اصلاحی در هر موضوعی شامل ساختار سازمانی ، منابع انسانی ، شرایط کاری و محیطی ، نتایج آزمایشات ، روش های اجرایی و دستورالعمل های کاری (اطلاعات مستند) ، ایمنی و بهداشت محیط زیست (HSE) و ... ، پیامد هایی در پی داشته باشد . لذا نماینده مدیریت بایستی ریسک ها و فرصت های حاصل از این تغییرات و اصلاحات را تعیین ، مستند و اطلاع رسانی نماید .سوابق عدم انطباق و نیز اقدامات مقتضی برای برطرف کردن ریشه و علل زمینه ای موارد عدم انطباق به مدت یک سال نگهداری و بایگانی شوند.

منابع : دستور العمل استاندارد آزمایشگاه های پزشکی ، استاندارد ملی ایران ایزو 15189 ، استاندارد برنامه ریزی و طراحی آزمایشگاه های پزشکی

کتابچه روش های اجرایی

جدول تهیه کنندگان، تاییدکنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کننده	امیر باقرزاده	کارشناس مسئول آزمایشگاه
تایید کننده	محمد شمسی	مدیر داخلی بیمارستان
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان

کتابچه روش های اجرایی

استاندارد	نحوه انتقال جسد به پزشکی قانونی	کد سند	BH-DB-PROC /proce nur sta -02/01

12.روش اجرایی:نحوه انتقال جسد به مراکز پزشکی قانونی

گام های انجام کار :

۱- تایید فوت بیمار توسط پزشک حاضر ، ماما انجام و در پرونده ثبت می شود.

۲- توسط مسئول شیفت به سوپروایزر اطلاع داده می شود.

۳- در صورتی که نیاز به مداخله پزشکی قانونی باشد و متوفی فاقد همراهی باشد توسط سوپروایزر با مددکار هماهنگ می شود در غیر اینصورت تسویه حساب توسط همراهی متوفی در واحد ترخیص انجام شده و راهنمایی همراهی جهت هماهنگی با پزشکی قانونی توسط سوپروایزر انجام می شود.رویت جسد توسط پزشکی قانونی در حضور واحد حفاظت فیزیکی انجام می شود.

۴- در صورتی که نیاز به مداخله پزشکی قانونی نباشد اخذ دفترچه گواهی فوت از دفتر پرستاری توسط کمک پرستار و تکمیل آن توسط پزشک معالج /مقیم صورت می گیرد.جدا کردن برگه سبز و زرد گواهی فوت انجام شده و توسط مسئول شیفت ضمیمه پرونده می گردد سپس در واحد ترخیص تسویه حساب توسط همراهی انجام می گردد. چک گواهی فوت و فرم تسویه حساب و دستور تحویل جسد توسط سوپروایزر انجام می شود و سپس همراهی به واحد حفاظت فیزیکی ارجاع می شود و هماهنگی با ماشین حمل اموات و ثبت اطلاعات متوفی در دفتر ثبت اموات و اخذ امضا از تحویل گیرنده جسد و تحویل جسد به ماشین حمل اموات توسط واحد حفاظت فیزیکی صورت می گیرد.

۵- در صورتی که نیاز به ارسال جسد جهت کالبد شکافی باشد اخذ کپی برابر اصل پرونده در شیفت اداری توسط همراهی متوفی انجام شده و ارجاع همراه به دادگستری جهت اخذ دستور انتقال جسد و در صورت نیاز پیگیری حضور مامور نیروی انتظامی

کتابچه روش های اجرایی

حین تحویل جسد به ماشین حمل اموات ،توسط واحد حفاظت فیزیکی انجام می شود. چک مدارک توسط سوپروایزر صورت گرفته و در صورتی که نیاز به کالبدشکافی ندارد صدور گواهی فوت توسط پزشکی قانونی انجام می شود.

جدول تهیه کنندگان،تاییدکنندگان و تصویب کننده:

	نام و نام خانوادگی	سمت
تهیه کنندگان	سعید هادی نژاد مهدی علیزاده مرضیه مختاری	مدیر خدمات پرستاری مسئول پشتیبانی مسئول بهبود کیفیت
تایید کننده	سعید هادی نژاد	مدیر خدمات پرستاری
تصویب کننده	دکتر مهدی پاسبان	ریاست بیمارستان