

# کتابچه آموزشی اعتبار بخشی

تهیه و تنظیم: فاطمه لطفی  
کارشناس واحد بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

با تشکر از:

سوپروایزر آموزش سلامت

کارشناس کنترل عفونت

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

کارشناس بهداشت حرفه ای

کارشناس مدیریت خطر و حوادث

واحد حقوق گیرنده خدمت

کارشناس بهداشت محیط

واحد بهبود کیفیت و اعتبار بخشی

بهار ۱۴۰۵

## فهرست

۳	اعتبار بخشی چیست؟
۵	رسالت بیمارستان
۵	چشم انداز بیمارستان
۶	سیاست های اصلی بیمارستان
۷	راهنمای شناسایی صحیح بیماران
۸	نکات مهم پیشگیری و کنترل عفونت
۱۵	نکات آموزشی تکمیل فرم های ارزیابی اولیه پرستاری بزرگسالان
۱۸	سیاست های آموزش به بیمار بیمارستان را بیان کنید؟
۲۳	سوالات اعتبار بخشی حوزه مدیریت بحران
۲۸	سوالات محور ایمنی بیمار
۴۲	معیارهای ارزیابی ریسک
۴۶	حقوق گیرنده خدمت
۵۸	بهداشت حرفه ای و سلامت شغلی
۶۰	واحد بهداشت محیط

## اعتبار بخشی چیست؟

اعتبار بخشی فرایندی است که طی آن بیمارستان توسط بازرسین وزارت بهداشت بر طبق استانداردهای از پیش تعیین شده ارزیابی میگردد و مطابق امتیاز به دست آمده درجه دریافت می کند.

اعتبار بخشی چند محور و زیر محور دارد؟ شامل ۳ محور و ۱۹ زیر محور می باشد

### الف. رهبری و مدیریت :

- رهبری و مدیریت کیفیت
- مدیریت خطر حوادث و بلایا
- مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای
- مدیریت خدمات پرستاری
- فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
- بهداشت محیط
- مدیریت تجهیزات پزشکی

### ب. مراقبت و درمان

- مراقبتهای عمومی بالینی
- مراقبتهای حاد و اورژانس
- مراقبتهای جراحی و بیهوشی
- مراقبتهای مادر و نوزاد
- پیشگیری و کنترل عفونت
- مدیریت دارویی
- خدمات تصویربرداری
- خدمات آزمایشگاه
- طب انتقال خون
- خدمات سرپایی

### ج. حمایت از گیرنده خدمت

- تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت
- احترام به حقوق گیرنده خدمت

## در اعتباربخشی چند سطح مطرح می باشد؟

**سنجه های سطح یک:** سنجه هایی که اهمیت و حساسیت و امکان تحقق آن ها بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان می باشند.

**سنجه های سطح دو:** سنجه هایی که امکان تحقق آن ها متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان ها می باشند.

**سنجه های سطح سه:** سنجه هایی که امکان تحقق آن ها پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستان ها می باشند .

با توجه به اینکه حجم عملکرد و تاثیر کیفی سنجه ها در کتاب استاندارد های اعتباربخشی ملی بیمارستان ها برابر نمی باشد و همچنین با توجه به اهمیت سنجه ها و ارتباط آن با اهداف عالی وزارت متبوع، در این دوره از اعتباربخشی وزن دهی به سنجه ها به شرح ذیل مورد بازنگری قرار گرفت :

گروه های مرتبط		ضرب وزنی	نوع وزن سنجه
مدیریت حوادث و بلا یا با نماد <input checked="" type="checkbox"/>	انطباق با موازین شرع مقدس با نماد <input type="checkbox"/>	۲	دارای وزن بالا
سنجه های مرتبط با رسالت اصلی مراکز ، شاخصهای کلیدی عملکرد، بیمار محور بودن، نتیجه محور و مبتنی بر شواهد بودن، نشان دهنده استفاده از خرد جمعی - با نماد <input type="checkbox"/> - برخی سنجه های ایمنی بیمار دارای وزن متوسط - با نماد *		۱.۵	دارای وزن متوسط
سایر موارد		۱	دارای وزن عادی

## رسالت بیمارستان :

رسالت این مرکز ارائه خدمات تشخیصی، درمانی ایمن ، مطلوب و با کیفیت به مردم و تربیت نیروی انسانی متخصص و متعهد در منطقه جهت رسیدن به جامعه سالم و با نشاط می باشد.

## چشم انداز بیمارستان:

ما برانیم تا با ارائه شایسته ترین خدمات تشخیصی و درمانی و ارتقای کیفیت آموزش و پژوهش با استفاده از فناوریها و تجهیزات نوین، تحقق بیمارستانی هوشمند در منطقه را تا سال ۱۴۰۸ نوید دهیم .

## سیاست های اصلی بیمارستان

دینفعان کلیدی	تبعیت و همسویی با سیاست های بالادستی، عوامل بیرونی تأثیرگذار بر بیمارستان	سیاست اصلی بیمارستان
بیماران، سازمانهای بیمه گر، کارکنان	استانداردهای اعتباربخشی، طرح تحول نظام سلامت	توسعه و ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت
بیماران، کارکنان، پزشکان، فراگیران	استانداردهای اعتباربخشی، استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی	ارتقاء ایمنی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
بیماران، پزشکان، کارکنان- هیئت رئیسه دانشگاه	منشور حقوق بیمار، استانداردهای اعتباربخشی، طرح تحول نظام سلامت	افزایش رضایتمندی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
بیماران، کارکنان- هیئت رئیسه دانشگاه- معاونت توسعه و منابع	استانداردهای اعتباربخشی، قوانین و مقررات اداری و استخدامی	مدیریت بهینه منابع انسانی و بکارگیری نیروهای متخصص، کارآمد و با اخلاق حرفه ای
کارکنان، سازمان های بیمه گر، پزشکان - هیئت رئیسه دانشگاه	استانداردهای اعتباربخشی، آئین نامه ی مالی و معاملاتی دانشگاهها ، مصوبات کمیته اقتصاد سلامت	مدیریت هزینه و درآمد با رویکرد جذب سرمایه مبتنی بر رویکرد سرمایه گذاری در تولید
بیماران، هیئت رئیسه دانشگاه	استانداردهای اعتباربخشی، طرح تحول نظام سلامت ، سیاست های کلان کشور	بکارگیری تجهیزات به روز و کارآمد با اولویت تولیدات داخلی با کیفیت
بیماران، هیئت رئیسه دانشگاه	سیاست کلی وزارت بهداشت	جلب مشارکت سازمان های غیر دولتی ، مردم نهاد و خیرین سلامت
معاونت آموزشی - کارکنان - هیئت رئیسه دانشگاه	استانداردهای اعتباربخشی درمانی و آموزشی و رویکرد دانشگاه	ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی و درمانی مبتنی بر فن آوری های نوین با توسعه خدمات الکترونیک
هیئت رئیسه دانشگاه	سیاست کلی دانشگاه و وزارت بهداشت	جوانی جمعیت و ارتقای سلامت مادران و کودکان
پزشکان، کارکنان بیمارستان	استانداردهای اعتباربخشی	ترویج کار گروهی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و خرد جمعی
بیماران، کارکنان، پزشکان، سازمانهای بیمه گر	استانداردهای اعتباربخشی، طرح تحول نظام سلامت، منشور حقوق بیمار، سند چشم انداز و برنامه ششم توسعه، نظام ارجاع	توسعه عدالت در دسترسی به خدمات سلامت
سازمان بیمه گر، هیئت رئیسه دانشگاه	استانداردهای اعتباربخشی، بسته خدمتی دوستدار مادر و کودک، طرح تحول نظام سلامت و سایر دستورالعمل ها	ایجاد بستر توریسم سلامت

## راهنمای شناسایی صحیح بیماران

به این صورت که دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد(به روز، ماه و سال) یا سن بیمار می باشد که با رنگ مشکی یا آبی در زمینه سفید دستبند پرینت می شود و همچنین (شماره پرونده) درج می گردد. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی، نام پدر نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی درج می گردد و در جلد پرونده نیز عبارت « احتیاط: بیمار با اسامی مشابه» قید می گردد. دستبند شناسایی از لحظه پذیرش بیمار در واحد پذیرش و قبل از ورود به بخش تحویل بیمار داده می شود(همه ی بیماران بستری در بخش های عادی و ویژه و تحت نظر اورژانس) همچنین در شناسایی بیماران نباید تنها به دستبند اکتفا نمود بلکه باید به صورت شفاهی از بیمار نیز نام او را بپرسیم و در مورد کودکان و بیمارانی که توانایی صحبت کردن ندارند باید از والدین یا همراهان آنها سوال شود. هدف از اجرای این اقدامات، ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش خطر خطاهای احتمالی است که به دنبال عدم شناسایی صحیح بیماران اتفاق می افتد.

رعایت این استاندارد علاوه بر بخشهای بالینی در سایر بخش ها قبل از هر اقدامی مثلا در واحدهای تصویربرداری و آزمایشگاه و اتاق عمل نیز الزامی است.

## نکات مهم پیشگیری و کنترل عفونت

### ۱- نظام مراقبت سندرمیک چیست؟ چه سندرم هایی دارد؟

این نظام مربوط به بیماریهای عفونی واگیردار می باشد که چنانچه بیماری نشانگان این بیماریها را داشته باشد حتی قبل از تشخیص قطعی بایستی به رابط بهداشت بیمارستان اطلاع داده شود. رابط بهداشت بیمارستان خانم دلاوری هستند. (شماره تلفن مرکز بهداشت ۵۷۲۲۱۹۴۶)

سندرم تب و خونریزی-سندرم تب و راش حاد (ماکولوپاپولر-غیر ماکولوپاپولر) شبه آنفلوآنزا - سندرم اختلال شدید تنفسی- سندرم تب و علائم نورولوژیک - سندرم تب طول کشیده - سندرم مسمومیت غذایی- سندرم اسهال حاد غیر خونی- سندرم اسهال حاد خونی - سندرم زردی حاد - سندرم فلج شل حاد - سندرم شوک عفونی- سندرم سرفه مزمن - سندرم مرگ ناگهانی- سندرم تب و تورم غدد لنفاوی- سندرم بیماریهای آمیزشی

### ۲- چه بیماریهایی نیاز به گزارش دهی فوری دارند؟ نحوه عملکرد شما هنگام برخورد با این نوع بیماران چیست؟

پوستر این بیماریها در تمام بخش های بالین وجود دارد. بیماریهای شامل گزارش فوری: اپیدمی (افزایش بیش از حد انتظار هر نوع بیماری واگیردار)- وبای التور- بوتولسم غذایی- تب خونریزی دهنده کریمه کنگو- تب راجعه- حیوان گزیدگی- دیفتری- سرخک- سرخجه- سیاه سرفه- سیاه زخم تنفسی- طاعون- طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذا- فلج شل حاد- کزاز نوزادی- مالاریا- مننژیت- آنفلوآنزا (نیازمند بستری در بیمارستان- مشکوک به آنفلوآنزای پرندگان)

\* **بیماریهای شامل گزارش غیر فوری:** HIV (فرم غیر فعال بیماری)- ایدز- بیماریهای آمیزشی- تب مالت- تیفوئید- جذام- سل- سالک- لپتوسپیروز- انواع هیپاتیت- آنفلوآنزا

در این موارد گزارش به رابط بهداشت داده می شود و بیمار ایزوله شده و انواع احتیاطات از جانب مراقب رعایت می شود.

### ۳- دستورالعمل یا پروتکل مصرف منطقی آنتی بیوتیک (استواردشیپ) چیست؟

این دستورالعمل مربوط به آنتی بیوتیک های ونکومايسين، کارباپنم (مروپنم، ایمی پنم)، کولیستین، کاسپوفانژین، لینزولاید، آمفوتریسین (لیپوزومال/داسی کولات)، تیکوپلنن، وریکونازول، تیگسیکلین، پوساکونازول، سفنازیدیم آویباکتام، سفتولوزان تازوباکتام و پیراسپیلین تازوباکتام است. چنانچه برای بیمار این آنتی بیوتیک ها شروع شد و تا ۵ روز ادامه داشت، بعد از اتمام ۵

روز بایستی مشورت عفونی درخواست شود و ادامه آنتی بیوتیک با نظر و تایید متخصص عفونی انجام شود. و فرم مخصوص این آنتی بیوتیک ها که در همه بخش ها وجود دارد توسط متخصص عفونی تایید شود.

#### ۴- ضد عفونی یا اسکراب تجهیزات و سطوح بخش شما چگونه انجام می شود؟

ابزار نیمه حیاتی مثل تیغه لارنگوسکوپ و آمبویگ و ماسک ها با محلول های لول (پراناسید) و ابزار غیر حیاتی مثل کاف فشار سنج با محلول سطح متوسط مثل محلول سارفوسپت ضد عفونی می شود. سطوح نیز با سارفوسپت سطوح ضد عفونی می شود.

#### ۵- تست سوآپینگ چیست؟

تست سوآپینگ برای سنجش میزان ماده موثره محلول ضد عفونی های لول شامل پراناسید و حاوی گلو تار آلدئید (دکونکس) که در مرکز ما برای ضد عفونی آندوسکوپ، کولونوسکوپ، برونکوسکوپ، لاپاروسکوپ، آرتروسکوپ و .. استفاده می شود، به کار می رود.

#### ۶- طرح طبقه بندی ابزار پزشکی یا طرح طبقه بندی اسپالدینگ چیست؟

ابزار پزشکی به سه طبقه تقسیم می شوند:

- ابزار حیاتی که با خون و ترشحات بیمار در تماس هستند و باید استریل شوند مثل ابزار اتاق عمل.
- ابزار نیمه حیاتی که با مخاط یا زخم بیمار در تماس هستند مثل ماسک یا تیغه لارنگوسکوپ و باید با محلول های لول ضد عفونی شوند.
- ابزار غیر حیاتی که با پوست بیمار در تماس هستند مثل کاف فشار سنج که باید ضد عفونی سطح متوسط شوند.

#### ۷- فراخوان یا ریکال و رهگیری در ست های استریل به چه معناست و چگونه انجام می شود؟

چنانچه در بخش های مراقبتی از ست استریل استفاده می شود، کاربر بایستی به تغییر رنگ انواع اندیکاتورهای موجود در ست (اندیکاتور کلاس یک یا چسب OK روی ست و اندیکاتور کلاس ۴ داخل ست های زیر ۱۲ قلم و اندیکاتور کلاس ۶ داخل ست های بیشتر از ۱۲ قلم) توجه کند و به ظاهر ست و تاریخ آن و رطوبت ابزار داخل آن توجه شود. چنانچه ست مشکل داشته باشد، توسط بخش به CSSD مرجوع شده و به واحد کنترل عفونت اطلاع داده می شود. مسئول واحد CSSD با توجه به مشخصات ست (سیکل و شماره دستگاه، نام بارگذاری کننده و تاریخ)، تمام ست های مربوط به آن سیکل را از تمام بخش های بالینی فراخوان نموده و مجدد استریل می کنند.

کاربر ست استریل موظف است مشخصات مربوط به ست را (شماره سیکل - تاریخ - نام بارگذاری کننده) روی اندیکاتور داخل آن نوشته و به پرونده بیمار یا دفتر مراجعین سرپایی الصاق نماید تا در صورت لزوم، رهگیری ست انجام شود.

#### ۸- مواجهه شغلی چیست و چه فرآیندی دارد؟

هنگام برخورد اشیاء تیز (نیدل استیک) یا پاشیده شدن ترشحات روی مخاط مراقب، **مواجهه شغلی** اتفاق افتاده است که باید بلافاصله محل با آب فراوان شسته شود و از فشار دادن محل جلوگیری شود. فرم مواجهه شغلی پر شده و صبح به واحد کنترل عفونت و عصر و شب به سوپروایزر بالین تحویل شود. از بیمار آزمایش های H گرفته شده و درخواست از سیستم HIS برای بیمار ارسال گردد. چنانچه واکسیناسیون فرد ناقص بوده یا تیتراژ پایین داشته است، آزمایش تیتراژ آنتی بادی برای فرد مواجهه یافته نیز ارسال می شود و نسبت به تکمیل واکسیناسیون خود اقدام می کند.

چنانچه آزمایش بیمار منفی باشد فرآیند تمام می شود و اگر آزمایش بیمار مثبت باشد طبق نظر متخصص محترم عفونی و تیتراژ فرد مواجهه یافته فرآیند ادامه پیدا می کند.

چنانچه منبع نامشخص باشد بایستی فرد مواجهه یافته به صورت ۰-۳-۶ ماه آزمایشات کبدی و H مارکر را انجام دهد.

#### ۹- انواع احتیاطات در بخش شما یا برای بیمار X چیست؟

**احتیاطات استاندارد** که در تمام بیماران رعایت می شود شامل بهداشت دست، حفاظت زمان ریسک تماس با ترشحات بیمار، بهداشت و آداب تنفسی، احتیاط اجسام تیز و برنده، دفع پسماند با نکات ایمنی، پاکسازی سطوح محیطی، تکنیک های آسپتیک، مدیریت اقلام پارچه ای، ضد عفونی ابزار و تجهیزات، مدیریت مواجهات و تزریقات ایمن و ...

**احتیاطات هوایی (airborn)** شامل بیمارانی که انتقال هوا برد دارند مثل سل، آبله مرغان، زونای منتشر، سرخک، تبهای خونریزی دهنده، حین ساکشن، انتوباسیون و برونکوسکوپی.

در این احتیاط باید ماسک N95 پوشیده شود و بیمار در اتاق ایزوله با فشار منفی باشد و درب اتاق کاملاً بسته باشد و هنگام جابجایی یا انتقال، بیمار از ماسک جراحی ساده استفاده کند.

**احتیاطات قطرات** شامل بیماریهایی مثل سرخجه، اوریون، آنفلوآنزا، سیاه سرفه، عفونت های منگوکوکی، کووید هست و پوشیدن ماسک جراحی سه لایه و بستری بیمار در اتاق خصوصی کفایت می کند و حین انتقال، بیمار ماسک جراحی داشته باشد.

**احتیاطات تماسی** شامل بیماریهایی مثل اسهال با عامل کلسترییدیوم، آبله ترشح دار، هرپس، بیماران کلونیزه به باکتری های مقاوم و .. هست. در این احتیاط بایستی از گان و دستکش استفاده شود. بیمار بستری در اتاق خصوصی باشد. بهداشت دست بعد از درآوردن دستکش انجام شود و جابجایی و انتقال بیمار و وسایلش محدود شود.

## ۱۰- نحوه پوشیدن و درآوردن حفاظت فردی:

### ترتیب پوشیدن:

بهداشت دست - گان - کلاه - ماسک - شیلد - دستکش

### ترتیب درآوردن:

دستکش - گان - بهداشت دست - شیلد - ماسک - کلاه - بهداشت دست

\* تست نشستی: صحت عملکرد ماسک N95

۱۱- نحوه گرفتن کشت خون، کشت ادرار، ساکشن اندوتراکئال، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی، تاریخ اتصالات و

....(دستورالعمل های کنترل عفونت) چگونه است؟

تمامی دستورالعمل ها به کارتابل سر پرستار ارسال شده است.

۱۲- منظور از تزریقات ایمن چیست و چه اقداماتی در این راستا قرار می گیرد؟

### منظور از تزریق ایمن:

• عدم آسیب به تزریق کننده

• عدم آسیب به تزریق شونده

• عدم آسیب به محیط زیست ناشی از پسماند تزریق است.

❖ اقداماتی مثل جلوگیری از recap کردن، استفاده از سینی تزریق، استفاده از سفتی باکس، ضدعفونی صحیح محل تزریق، تاریخ

درست داروهای مولتی دوز، تاریخ درست اتصالات مربوط، نگهداری درست داروها، بهداشت دست حین تزریق، تفکیک درست

پسماندها در این راستا هستند.

۱۳- شاخص های کنترل عفونت چیست؟ شاخص بهداشت دست بخش خود را بگویید؟

• میزان عفونت بیمارستانی

• میزان بهداشت دست

• میزان حفاظت فردی

• میزان مواجهات شغلی

❖ شاخص هر بخش به کارتابل سرپرستار مربوطه ارسال شده است.

۱۴- شرایط اتاق ایزوله چیست؟ روش جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به دیگران را توضیح دهید؟

بسته به نوع عفونت رعایت انواع احتیاطات- فشار منفی اتاق ایزوله و وجود انواع وسایل حفاظت فردی

۱۵- پاکسازی اولیه ابزار و تجهیزات چگونه انجام میشود؟

پاکسازی ابزار با آب زیر ۴۵ درجه و دترجنت در نزدیکترین محل به انجام پروسیجر انجام میشود.

۱۶- پروسجرهای نیازمند اسکراب دست در بخش شما چیست و نحوه انجام اسکراب چگونه است؟

به بخش ها و سرپرستار اعلام شده است. اسکراب طبق پوستر انجام شود.



۱. خیس کردن دست ها



۲. برداشتن محلول اسکراب



۳. مالش نوک انگشتان دست ها



۴. مالش پشت دست ها



۵. مالش روی ساعد دست ها



۶. مالش روی ساعد دست ها تا بالا



۷. مالش پشت ساعد دست ها



۸. مالش پشت ساعد دست ها تا بالا



۹. برداشتن محلول ضد عفونی کننده



۱۰. مالش کف دست ها



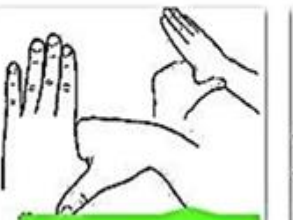
۱۱. مالش روی دست ها



۱۲. مالش لابه لای انگشتان دست ها



۱۳. مالش پشت انگشتان دست ها



۱۴. مالش شست ها



آبکشی دست ها



کزون دست های شما آماده انجام پروسیجر بهداشتی است

#### ۱۷- شرایط نگهداری و حمل و نقل ست استریل چگونه است؟

در فضاهای محصور با تردد محدود-دمای کمتر از ۲۴ درجه رطوبت نسبی کمتر از ۷۱ درصد-فشار مثبت تهویه مناسب حداقل ۶ بار گردش هوا و دور از تابش نور آفتاب. در بخش های بالینی در کابینت های در بسته نگهداری شود و به دور از دستکاری و رطوبت. حمل ست های تمیز حتما با ظرف مخصوص درب داری که در تمام بخش ها هست انجام شود و ظرف حمل ست تمیز با کثیف جدا باشد.

#### ۱۸- ارقام حساس به حرارت بخش خود را نام ببرید؟ لیست به کارتابل مسئول بخش ابلاغ شده است.

#### ۱۹- فرآیند یا روش اجرایی گزارش و شناسایی عفونت های بیمارستانی چگونه است؟

فرآیند به کارتابل مسئول بخش ارسال شده است. در بخش های بالینی بایستی پرستار با فرم شماره یک(بیماریابی عفونت بیمارستانی)، واحد کنترل عفونت را از وجود بیمار با عفونت بیمارستانی مطلع کند. همچنین بیماران های ریسک بعد از ترخیص از لحاظ عفونت پایش شوند.

#### ۲۰- انواع عفونت های شایع بیمارستان و بخش نام برده شود؟

عفونت ادراری(شایعترین)- عفونت زخم- عفونت تنفسی- عفونت خون

#### ۲۱- هنگام کار کردن با ست استریل چه نکاتی را رعایت می کنید؟

قبل از شروع کار بهداشت دست رعایت شود. به ظاهر ست و تاریخ آن توجه شود. بعد از باز کردن ست به تغییر رنگ اندیکاتور کلاس ۴ یا ۶ داخل ست توجه شود و در صورت پاس شدن ست مورد استفاده قرار گیرد.

#### ۲۲- باتل اکسیژن چرا نیاز به ضد عفونی دارد؟ نحوه ضد عفونی چطور است؟

چون مرطوب است و محلی برای تجمع میکروب است و احتمال ایجاد پنومونی برای بیمار وجود دارد. نحوه ضد عفونی به این صورت است که بیمار به بیمار با آب و صابون شسته شود و خشک گردد و در صورت عدم استفاده هفته ای یک بار شسته شده و خشک گردد و تاریخ بخورد.

## نکات آموزشی تکمیل فرم های ارزیابی اولیه پرستاری بزرگسالان :

۱. در بخش اورژانس ملاک ارزیابی بیمار تریاژ می باشد.
۲. در صورتی که بیمار به دلیل خالی نبودن تخت و عدم تعیین تکلیف در بخش اورژانس بستری گردد، انجام ارزیابی اولیه و تکمیل فرم در اورژانس ضروری است و در این صورت نیازی به تکمیل فرم در بخش بستری نیست.
۳. ارزیابی اولیه بایستی توسط کارشناس پرستاری بر بالین بیمار و با مصاحبه با وی تکمیل شود در صورتیکه بیمار شرایط روحی روانی و جسمی مساعد ندارد اطلاعات را می توان از خانواده و همراهی که بیشترین و دقیقترین اطلاعات را در مورد بیمار دارد کسب نمود.
۴. در موارد خاص مانند بدحالی بیمار یا پذیرش بیمار در ساعت پایانی نوبت کاری و زمان تحویل نوبت کاری ، انجام ارزیابی اولیه می تواند حداکثر تا پایان نوبت کاری بعدی انجام شود.
۵. در صورتیکه بیمار از بخش بستری به بخش روان منتقل می شود تکمیل فرم ارزیابی روان و در اطفال فرم ارزیابی کودک و در نوزادان فرم ارزیابی نوزادان ضروری است.
۶. این فرم جهت بررسی اولویتهای درمانی و وضعیت سلامت بیمار در بدو ورود است و جایگزین ارزیابی های مستمر بیمار در هر شیفت که یکی از ارکان اصلی حرفه پرستاری است نمی شود.
۷. در ابتدای ارزیابی پرستار بایستی خود را معرفی نموده و جهت حفظ ادب و احترام شایسته است نام و نسبت اعضای خانواده حاضر را نیز بپرسد.
۸. در بررسی وضعیت ارتباطی بیمار سطح هوشیاری با معیار AVPU سنجیده می شود.

• Awake and alert بیداری و هوشیاری کامل

• responsive to verbal stimuli پاسخ به محرک های صوتی

• responsive to pain پاسخ به محرک های دردآور

• unresponsive عدم واکنش به محرک ها و بیهوشی

۹. در بررسی تاریخچه سلامتی و بیماری منظور از شکایت بیمار : بیان علت مراجعه به پزشک از زبان خود بیمار و همراهی وی می باشد. و منظور از علت بستری: همان تشخیص پزشک است
۱۰. در بررسی حساسیت های دارویی و غذایی در صورت وجود حساسیت لیبل قرمز بر روی دستبند شناسایی بیمار نصب شود. و کارت حساسیت دارویی روی پرونده بیماران الصاق می شود . و سپس در زمان ترخیص با توضیحات کافی به بیماران داده می شود .
۱۱. در بررسی سوابق دارویی : منظور داروهایی است که بیمار قبل از بستری مصرف می کرده است.
۱۲. در بررسی میزان خواب و استراحت : در این بخش ۲ موضوع میزان خواب و مشکلات خواب بررسی می شود : ۱- میزان خواب در طیفی شامل طبیعی ، کمتر از حد طبیعی (کمتر از ۵ ساعت) و بیشتر از حد طبیعی (بیشتر از ۸ ساعت) تعیین

می شود که ۲- مشکلات خواب : در صورت وجود مشکلات خواب (آپنه خواب ، بی خوابی ، خروپف ، سندرم پاهای بی قرار در خواب ، راه رفتن هنگام خواب ، صحبت کردن در خواب ، کابوس ها و وحشت های شبانه نوع آن ذکر می شود .

### ۱۳. در بررسی وضعیت تغذیه ای :

- قد و وزن بدون پوشیدن کفش اندازه گیری می شود.
- در صورتیکه اندازه گیری قد وزن بیمار مقدور نباشد می توان با پرسش از بیمار و همراهی در مورد قد و وزن وی توده بدنی را محاسبه نمود یا از روشهای جایگزین استفاده کرد
- محاسبه قد بر اساس قد زانو با استفاده از فرمول چاملا (Chumlea)

قد زانو(سانتی متر)  $\times 1.83 +$  سن (سال)  $\times 0.24 - 84/88 =$  قد(سانتی متر): برای زنان

قد زانو(سانتی متر)  $\times 2.03 +$  سن (سال)  $\times 0.04 - 64/19 =$  قد(سانتی متر): برای مردان

- محاسبه تخمین وزن از روی قد زانو (KH) و محیط وسط بازو (MAC) در گروه های سنی مختلف

سن(سال)	محاسبه	دقت(کیلوگرم)
خانم ها:		
	$50.16 - (2.47 \times \text{محیط وسط بازو}) + (0.77 \times \text{قد زانو}) =$ وزن	$\pm 7/20$
	$66.04 - (2.81 \times \text{محیط وسط بازو}) + (1.01 \times \text{قد زانو}) =$ وزن	$\pm 10/60$
	$65.51 - (2.68 \times \text{محیط وسط بازو}) + (1.09 \times \text{قد زانو}) =$ وزن	$\pm 11/42$
آقایان:		
	$50.08 - (2.64 \times \text{محیط وسط بازو}) + (0.68 \times \text{قد زانو}) =$ وزن	$\pm 7/82$
	$86.82 - (3.21 \times \text{محیط وسط بازو}) + (1.19 \times \text{قد زانو}) =$ وزن	$\pm 11/42$
	$75.81 - (3.07 \times \text{محیط وسط بازو}) + (1.10 \times \text{قد زانو}) =$ وزن	$\pm 11/46$

- در مواردی که ادم و اسیت واضح دارند در محل مربوطه غیر قابل ارزیابی نوشته می شود.
- نمودار Z score و نمودار گرام توده بدنی BMI در ایستگاه پرستاری نصب شود.
- نمودار Z score جهت گروه سنی ۵ تا ۱۹ سال ضروری است.
- پرستار بایستی تشخیص کاهش وزن بیمار را بتواند ارزیابی و ثبت نماید برای این امر میزان کاهش وزن طی سه ماهه اخیر بایستی محاسبه شود . وزن فعلی بیمار را محاسبه کرده و در ۵٪ ضرب می کنیم، عدد بدست آمده را با اختلاف وزن

سه ماه قبل و فعلی بیمار مقایسه می کنیم اگر عدد بدست آمده بیش از ۵٪ وزن فعلی باشد بیمار نیاز به ارزیابی تخصصی دارد.

- در بررسی بی اشتها بی بیمار یا کاهش مصرف غذا ( به هر دلیل مانند تهوع استفراغ ) بایستی از وی پرسیده شود که آیا بی اشتها بی به نحوی بوده است که چند وعده غذایی یا هیچ کدام از وعده های غذایی را در هفت روز گذشته نتواند مصرف کند؟
- تعیین بیماری ویژه و اطلاع به پزشک جهت درخواست ارزیابی تخصصی تغذیه برای بیمار:
- این بیماریها شامل : ابتلا به دیابت کنترل نشده ، فشارخون بالا ، بیماریهای قلبی عروقی ، سرطانها، سوختگی، سکتة ، نارسایی کلیه ، همودیالیز، سیروز کبدی، پیوند اعضا، زخم بستر، سوء تغذیه ، سوء جذب، بیماریهای نورولوژیک منجر به اختلال در بلع ، جراحی شکمی، پنومونی، بیماران copd ، بیماران بخشهای ویژه، ضربه به سر، ناتوانی در تغذیه دهانی به هر دلیل
- در گروههای سنی کمتر از ۱۹ سال بیماریهای ویژه شامل : سوءتغذیه ، سرطان، سوختگی، بیماریهای کلیوی، سلیاک، بیماریهای گوارشی، بیماریهای مادرزادی ، بیماریهای متابولیک می باشد.
- در مورد مادران باردار دیابتی و پره اکلامپسی و اکلامپسی تاکید شده است که با اطلاع پزشک معالج ارجاع به کارشناس تغذیه انجام شود. در ارزیابی تغذیه اگر یک بله در پاسخ به سوالات علامت زده شود بایستی با اطلاع پزشک معالج، ارزیابی تخصصی توسط سرپرستار از طریق his درخواست و توسط کارشناس تغذیه رژیم غذایی تدوین گردد.
- بعد از ارزیابی تخصصی کارشناس تغذیه فرم تکمیل شده توسط کارشناس تغذیه به رویت پزشک می رسد و رژیم غذایی توسط ایشان بایستی تایید گردد و اجرا می شود.
- در صورتی که بیمار در حال حاضر نیاز به ارزیابی تخصصی تغذیه ندارد، ولی یک هفته بستری مانده است بایستی ارجاع به کارشناس تغذیه انجام شود

#### ۱۴. در ارزیابی زخم بستر و ریسک سقوط توصیه می شود :

- نحوه محاسبه معیار مورس و برادن در معرض دید پرسنل نصب باشد. با توجه به اینکه وضعیت بیمار متغیر است، ارزیابی زخم بستر با معیار برادن و ریسک سقوط با معیار مورس در هر شیفت انجام و در گزارش و کاردکس ثبت شود. برای این بیماران برنامه مراقبتی تدوین شود و برچسب زرد روی دستبند زده شود.

#### ۱۵. در بررسی نیاز به مددکاری:

- پرسنل اطلاع داشته باشند که منظور از گروههای نیازمند مددکاری چه افرادی هستند و نحوه ارجاع به مددکاری را از طریق HIS مطلع باشند.
- گروههای نیازمند مددکاری شامل: بیماران آسیب پذیر، بیمارانی که در پرداخت هزینه های درمانی مشکل دارند، اتباع غیرایرانی، مصدومین شغلی، مصدومین ترافیکی، افراد فاقد بیمه ، بیمارانی که عدم حضور همراهی موثر دارند و از ارگانهای قضایی و حمایتی ارجاع شده اند.

## سیاست های آموزش به بیمار بیمارستان را بیان کنید؟

### اهداف:

- آموزش و توانمند سازی بیماران و خانواده به منظور افزایش توانمندی در برنامه خودمراقبتی و پذیرش مسئولیت در زمینه سلامت خود و افزایش شاخصهای رضایتمندی، کاهش عوارض بیماری و بستری مجدد، کاهش موارد مراجعات برنامه ریزی نشده، افزایش تبعیت از درمان و در نهایت کاهش هزینه‌های درمان و بهبود کیفیت زندگی بیمار.
- آموزش به افراد جامعه (مراجعین، کارکنان) به منظور ارتقای سطح سواد سلامت جامعه و پیشگیری از بیماریها.

### تعاریف کلیدی

**کارگروه درون‌بخشی آموزش به بیمار:** تیم عملیاتی متشکل از سرپرستار، یک پزشک نماینده، سوپروایزر آموزش سلامت و رابط آموزش به بیمار

**روش Teach-Back:** تکنیک استاندارد برای اطمینان از درک بیمار، که طی آن از بیمار خواسته می‌شود اطلاعات دریافت‌شده را با زبان خود بازگو کند.

**طبقه‌بندی بلوم:** چارچوبی برای ارزیابی سطوح یادگیری از «دانش پایه» تا «تغییر نگرش و رفتار»

**واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران:** واحد مسئول پیگیری سیستماتیک بیماران هدف پس از ترخیص.

### مسئولیت‌ها و ساختار سازمانی

- ۱) تیم آموزش سلامت یا کارگروه مرکزی آموزش به بیمار: مسئولیت نظارت کلان، سیاست‌گذاری و پشتیبانی از برنامه‌های آموزشی؛ تحلیل داده‌های شاخص‌ها و گزارش‌دهی به مدیریت بیمارستان.
- ۲) کارگروه درون‌بخشی آموزش به بیمار: شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای آموزشی خاص بخش، تدوین برنامه مدون آموزش به بیمار با همکاری سوپروایزر آموزش سلامت، نظارت بر اجرای آموزش و کیفیت آن در بخش؛ پیگیری مستندسازی آموزش‌ها.
- ۳) پرستار مسئول بیمار: مسئول اصلی اجرای آموزش روزانه در زمان مناسب و مستمر در هر شیفت کاری مبتنی بر نیازهای یادگیری هر بیمار (آموزش‌های شخصی سازی شده) و بررسی درک بیمار از آموزش‌های ارائه شده باتکنیک Teach Back و مشاهده انجام مهارت‌های عملی آموزش داده شده به بیمار و خانواده، مستندسازی و گزارش‌دهی آموزش در هر شیفت کاری و نیازهای آموزشی باقیمانده می‌باشد.
- ۴) پزشک معالج: مسئول ارائه اطلاعات تخصصی تشخیصی، درمان و پیش‌آگهی و آموزش در زمان ترخیص به بیمار و تأیید محتوای آموزشی.
- ۵) سایر تیم درمان: متناسب با تخصص (تغذیه، فیزیوتراپی و روانشناس، داروساز ...) مسئول آموزش حوزه تخصصی خود هستند.

### الف) آموزش و توانمند سازی بیماران و خانواده

#### گامهای اجرایی:

- ۱) تشکیل و برگزاری کارگروه درون‌بخشی آموزش به بیمار در بخش به صورت دوره ای (هر سه ماه).

- ۲) شناسایی نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت‌های مورد نیاز در بخش‌های مختلف بر اساس بیماریهای شایع هر بخش / خدمات هر واحد، توسط کارگروه آموزش به بیمار از طریق مصاحبه هنگام پذیرش و بستری
- ۳) انجام نیازسنجی بیماریهای جدید بعد از اتمام نیازسنجی‌های آموزشی بیماریهای شایع
- ۴) اولویت بندی نیازهای آموزشی شناسایی شده توسط کارگروه آموزش به بیمار
- ۵) برنامه ریزی جهت تهیه محتواهای آموزشی استاندارد منطبق بر نیازهای آموزشی بیماران در کارگروه
- ۶) تدوین دستورالعمل‌های خودمراقبتی برای بیماریها و پروسیجرهای شایع با محوریت تیم آموزش سلامت و کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار.
- ۷) تعیین شیوه‌ها و تدابیر آموزش به بیمار بر اساس اولویت بندی صورت گرفته برای اولویت های برتر در هر بیماری توسط کارگروه
- ۸) تامین منابع و امکانات مورد نیاز بر اساس شیوه‌ها و تدابیر اتخاذ شده توسط تیم مدیریت اجرایی (چاپ، تجهیزات سمعی بصری ساده) بر اساس درخواست مصوبات کارگروهها
- ۹) اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار بر اساس اولویت‌ها و شیوه‌های تعیین شده.

۱۰) اجرای آموزش بر اساس امکانات و برنامه‌های آموزشی هر بخش و با روش‌های زیر:

- ✓ آموزش چهره به چهره و گفت‌وگو
  - ✓ استفاده اجباری از روش **Teach-Back**
  - ✓ نمایش عملی (Demo) برای مهارت‌ها
  - ✓ ارائه مواد آموزشی نوشتاری یا بصری (بروشور، پوستر، QR Code، ویدئو) متناسب با سواد بیمار.
  - ✓ آموزش گروهی برای بیماران با شرایط مشابه
- ۱۱) مستند سازی آموزش شامل موضوع آموزش، روش ارائه، منابع استفاده شده، درک و پاسخ بیمار و نیازهای آموزشی باقی مانده است.
- ۱۲) ثبت خلاصه آموزش ارائه شده بلافاصله در گزارش پرستاری پرونده بیمار توسط پرستار
- ۱۳) ثبت ارزیابی درک بیمار بلافاصله پس از آموزش با استفاده از روش **Teach-Back** انجام و نتیجه ثبت می‌شود.
- ۱۴) ثبت موارد نیازمند تکرار آموزش، در محل عنوان و نیازهای آموزشی در کاردکس دارویی توسط پرستار
- ۱۵) گزارش آموزش‌های کلیدی ارائه شده و مهم‌تر از آن، «نیازهای آموزشی باقی‌مانده» هر بیمار به پرستار شیفت بعدی به طور شفاهی در زمان تحویل شیفت
- ۱۶) ثبت سطح یادگیری بیمار بر اساس طبقه‌بندی بلوم در یکی از سطوح زیر در گزارش پرستاری:
- **سطح دانشی – (Knowledge)** یادگیری دانستنی‌ها بیمار فقط آگاه می‌شود و اطلاعات می‌گیرد.
  - **سطح فهم – (Comprehension)** درک اطلاعات: بیمار می‌تواند توضیح دهد که چرا و چگونه کاری باید انجام شود
  - **سطح کاربردی – (Application)** استفاده عملی از آموخته‌ها: بیمار آموخته را در عمل به کار می‌گیرد.
  - **سطح مهارتی/عملی – (Skill)** انجام درست کار: بیمار یا همراه می‌تواند مهارت را بدون کمک انجام دهد.
  - **سطح نگرشی – (Attitude)** تغییر نگرش و رفتار: بیمار به اهمیت رعایت توصیه‌ها باور پیدا کرده و رفتار خود را تغییر می‌دهد.

- ۱۷) نظارت بر انجام صحیح این گزارش برای اطمینان از تداوم و تکمیل فرآیند آموزش توسط سرپرستاران و مسئول شیفتها
- ۱۸) نظارت بر نحوه اجرای برنامه‌های آموزشی توسط کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار.
- ۱۹) سنجش اثربخشی برنامه‌های آموزش به بیمار برای ۱۰ درصد بیماران ترخیصی بر اساس راهنمای ابلاغی معاونت پرستاری.
- ۲۰) ارجاع بیماران گروههای هدف به واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران از طریق HIS و فرمهای ارجاع
- ۲۱) پیگیری پس از ترخیص بیماران طبق دستورالعمل واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران ابلاغی معاونت پرستاری
- ۲۲) تشکیل تیم سلامت و آموزش به بیمار و طرح نتایج شاخص آموزش به بیمار و شاخصهای واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران.
- ۲۳) بررسی اثربخشی اقدامات واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیماران و ارائه گزارش به اداره پرستاری دانشگاه هر ۶ ماه.
- ۲۴) بازنگری سیاستها و برنامه‌های آموزشی بر اساس تجزیه و تحلیل نتایج شاخصها .

### **ب) ارتقا سطح " سواد سلامت " افراد جامعه ( کارکنان، مراجعین)**

#### **گامهای اجرائی:**

۱. تشکیل تیم سلامت در بیمارستان و نیازسنجی آموزش سلامت کارکنان و افراد جامعه.
۲. تامین بودجه ارتقای سلامت کارکنان جهت برگزاری برنامه‌های پیشنهادی توسط تیم مدیریت.
۳. نیازسنجی و برنامه‌ریزی و برگزاری برنامه‌های آموزشی طبق تقویم سلامت در سالن انتظار مراجعین، پخش فیلم، پمفلت، پوستر، کیوآرکد، بنر، ایستگاههای سلامت، اطلاع رسانی از طریق وب سایت بیمارستان در جهت ارتقای سطح سواد سلامت جامعه.
۴. برگزاری برنامه های آموزش گروهی برای همراهمان و استقرار کلینیک‌های دیابت، فشارخون، خودمراقبتی در درمانگاه تخصصی.
۵. بررسی اثربخشی برنامه‌ها و تدوین راهکارهای جدید در تیم سلامت.
۶. مشارکت و هم‌اندیشی با معاونت بهداشتی در راستای ارتقای سطح سواد سلامت افراد جامعه.

### **حیطه ارتقا سلامت کارکنان و نوع فعالیت انجام شده:**

#### **فعالیت بدنی :**

- برگزاری کلاسهای ورزشی رایگان ویژه پرسنل دانشگاه شامل والیبال ، بدنسازی، فوتسال
- تهیه بلیطهای نیمه بها برای شنا در سالن رجایی و کاخک
- انجام مسابقات دانشگاهی و اعزام به مسابقات کشوری تیم ها و افراد منتخب در رشته های متنوع تیراندازی، والیبال، فوتسال ....
- ورزش صبحگاهی همکاران واحد اداری
- اردوهای برنامه ریزی شده توسط واحد رفاهی دانشگاه

#### **تغذیه سالم :**

- کمیته تغذیه و نظرسنجی از کارکنان در خصوص منوهای غذایی

- کارگاه آموزشی در طول سال با همکاری معاونت بهداشتی
- مشاوره تغذیه رایگان برای تمامی پرسنل به صورت دلخواه توسط کارشناس تغذیه ،
- توزیع بسته های مکمل ویتامین دی
- مشاوره رایگان برای دونفر از پرسنل در هفته توسط متخصص تغذیه با دستور ارجاع طب کار

#### بهداشت روان :

- کارگاههای مدیریت استرس توسط کارشناس روانشناسی
- مشاوره رایگان روان و رواندرمانی توسط ایشان برای کلیه کارکنان درارای مشکل
- بررسی کارکنان دارای مشکل طبق پرونده های سلامت شغلی و تغییربخش های استرس زا

#### دخانیات :

- پوستر آموزشی ، کلاسهای آموزشی

#### پرونده های سلامت شغلی:

- پایش کارکنان از لحاظ توده بدنی ، بینایی ، فشارخون، دیابت و سایر بیماریهای شغلی
- ارجاع به متخصصین مربوطه به صورت سالیانه
- ایمن سازی محیط کار و آموزش رعایت اصول ارگونومی توسط بهداشت حرفه ای
- انجام معاینه BSE برای کارکنان توسط مامای درمانگاه تخصصی

#### ارتقا سلامت در حیطه بیماران :

- مشاوره و آموزش همراهیان و بیماران دیابتی، فشارخون بالا، سرطان، بیماری قلبی و سکته های مغزی
  - انجام مشاوره تغذیه و نظارت بر تغذیه بیماران توسط کارشناس تغذیه
  - انجام مشورت روان برای بیماران
  - مشاوره ، آموزش و پیگیری بعد از ترخیص بیماران توسط واحد پرستاری پیگیری و آموزش بیماران در ۱۵ گروه بیماری
- هدف
- انجام آموزشهای گروهی در محل سالن کنفرانس بخش داخلی یک هفتگی

#### ارتقا سلامت در حیطه مراجعین:

- استقرار کلینیک خودمراقبتی در کلینیک تخصصی و همچنین کلینیکهای دیابت، فشارخون، غربالگری سرطان و مشاوره و آموزش مراجعین به واحد سرپایی

- انجام برنامه هایی مانند : ایستگاه سلامت به مناسبت‌های مختلف مانند رو جهانی دیابت ، فشارخون، سرطان، و... همگام با تقویم ملی سلامت توزیع بسته های آموزشی و کنترل BMI و قند و فشارخون در جهت کنترل و پیشگیری از بیماریهای مزمن
- آموزش در سالن انتظار درمانگاه تخصصی در هنگام انتظار مراجعین
- پخش فیلمهای آموزشی و پوستره‌های آموزشی در درمانگاه تخصصی
- آموزش گروهی مراجعین و کلاسهای آموزش شیردهی مادران و بیماران دیابتی

## سوالات اعتبار بخشی

۱. کارگروه درون بخشی آموزش به بیمار هر بخش شامل چه کسانی است؟
  - شامل سوپروایزر آموزش سلامت، سرپرستار، رییس بخش، رابط آموزش به بیمار بخش،
۲. رابط آموزش به بیمار بخش شما چه کسی است؟
۳. شاخص اثربخشی آموزش به بیمار بخش شما چند است؟
۴. پروتکل ترخیص SMART را توضیح دهید؟
۵. باید پزشکان جهت اخذ رضایت آگاهانه اقدامات تهاجمی بخصوص اعمال جراحی آموزش و توضیحات لازم را بدهند .
۶. باید پزشکان جهت درمان های جایگزین احتمالی توضیحات و آموزش لازم را به بیماران بدهند .
۷. باید ارزیابی اثر بخشی آموزش بیماران به صورت فصلی توسط مسئولان آموزش به بیمار انجام شود.
۸. آیا بیماریها و حالت شایع بخش خود را می شناسید؟
۹. پنج بیماری و حالت شایع بیمارستان چیست؟
۱۰. آیا از نیازهای آموزشی بیماران شایع بخش و دستورالعملهای خودمراقبتی بیماریهای شایع بخش خود آگاهی دارید؟ منظور همان کتابچه های خودمراقبتی بیماریهای شایع بخش است که در آن نیازهای آموزشی و محتوای آموزشی بیماران درج شده است و تشخیص پرستاری و برنامه مراقبتی نیز اضافه شده است
۱۱. آیا از تشخیصهای پرستاری شایع بخش خود اطلاع دارید؟
۱۲. نحوه پیگیری بعد از ترخیص بیماران و ارجاع به واحد پیگیری بیمار را توضیح دهید؟
۱۳. کدام بیماران را به واحد پیگیری بعد از ترخیص ارجاع می دهید ؟
۱۴. برای پیگیری عفونتهای بیمارستانی در بیمارستان برنامه ای دارید؟

## سوالات اعتبار بخشی حوزه مدیریت بحران

۱. برنامه آمادگی و پاسخ موثر به حوادث و بلايا شامل چه مواردی است؟

- سامانه هشدار اولیه
- سامانه فرماندهی حادثه
- تجهیز اتاق فرماندهی - سطح بندی حادثه-فعال سازی برنامه ها
- هماهنگی با سایر سازمانها و نهادها

۲. فرماندهی حادثه در بیمارستان شامل چه پست هایی می باشد؟

- رئیس واحد عملیات ( برای هدایت اقدامات تاکتیکی مثل تریاژ، مراقبت از بیماران )
- رئیس واحد برنامه ریزی ( برای جمع اوری دادهها و اطلاعات و ارزیابی آنها برای تصمیم گیری)
- رئیس واحد پشتیبانی ( برای حمایت و تأمین دیگر اقدام ضروری اهداف میباشد )
- رئیس واحد اداری مالی ( برای نظارت و بررسی هزینه ها و...)

۳. در نمودار فرماندهی حادثه چند نفر اصلی و چند نفر جانشین تعیین شده است؟

نمودار فرماندهی دارای ۴ نفر ارشد اصلی و ۴۰ نفر مدیر و مسئول زیرشاخه می باشد

۴. تخلیه بیمارستان در زمان حادثه با دستور و محوریت چه کمیته ای صورت میگیرد؟

کمیته مدیریت بحران و خطر با دستور فرمانده حادثه

۵. انواع تخلیه بیمارستان در حوادث و بلايا چیست؟

- افقی - ساکنین یک طبقه به قسمت های دیگری از همان طبقه منتقل می شوند ( بیماران از یک بخش به بخش دیگر همان طبقه منتقل می شوند)
- عمودی - ساکنین یک طبقه به طبقات بال و پائین منتقل می شوند (بیماران از یک بخش به بخش دیگر در سایر طبقات منتقل می شوند)
- تخلیه کامل - بیماران و کارکنان در همه بخش ها/واحدها می بایستی بیمارستان را ترک نمایند

۶. عوامل خطر آفرین در بیمارستان چند منشأ می تواند داشته باشد؟

\* منشأ داخلی : مانند آتش سوزی، قطع برق، قطع گازهای طبی، قطع سیستم های ارتباطی

\* منشأ خارجی : خارج از بیمارستان بوده ولی بیمارستان را تحت تأثیر قرار داده مثل : تصادفات، زلزله، سیل، اپیدمی ها و...

۷. سازمان NFPA مکانها را از نظر پتانسیل خطر آتش سوزی و استاندارد خاموش کنند ها به چند دسته تقسیم میکند؟

- مکان با خطر کم
- مکان پرخطر
- مکان با خطر متوسط یا معمولی

۸. حداقل های مورد نیاز در دستورالعمل انبارش ایمن چیست؟

- از نظر اشتعال ارزیابی شده باشد .
- دارای دتکتورهای هشدار دهنده در فضای خارج از انبار اصلی باشد .
- از قفسه بندیهای فلزی محکم و غیر قابل اشتعال استفاده شده باشد .
- از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار استفاده شود .
- سیم کشی توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال باشد .
- از کلیدها و پریزها و روشنایی های ضد جرقه استفاده شود .
- از عالم هشدار دهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی استفاده شود .
- کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد .
- انبار روشنایی و تهویه مناسب داشته باشد .
- جعبه کمک های اولیه در انبار پیش بینی شده باشد .
- از نرده محافظ در پشت پنجره های انبار استفاده شود .
- مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان نگهداری شود

۹. سطوح چارت بحران را توضیح دهید

سطوح بحران پنج سطح دارد و با پنج رنگ مشخص می شود

- سفید : فرماندهی
- زرد : ارزیابی وضعیت پشتیبانی
- آبی : برنامه ریزی
- سبز : واحد اداری و مالی
- قرمز : عملیات

۱۰. اتاق مدیریت بحران در بیمارستان در کجا واقع شده است ؟

در بیمارستان علامه بهلول گنابادی سالن اجلاس ریاست بیمارستان به عنوان اتاق EOC در نظر گرفته شده است.

EOC ( Emergency Operations Center )

## ۱۱. فرد ارشد تیم بحران کیست؟

ریاست بیمارستان

## ۱۲. تیم بحران چند سطح دارد؟

چهار سطح:

- سفید = وضعیت عادی - پایش
- زرد = آماده باش
- نارنجی = فراخوان ۳۱ تا ۵۱ درصد نیروهای آنکال و آماده کردن تجهیزات (فعال سازی نسبی)
- قرمز = فراخوان ۶۱٪ نیروهای آنکال (فعال سازی کامل)

## ۱۳. مسئول تیم واکنش سریع بیمارستان کیست؟ سوپروایزر شیفت

## ۱۴. تیم واکنش سریع شامل چند تیم زیرمجموعه می باشد؟

سه تیم:

- تیم اطفای حریق
- تیم تامین و تخلیه
- تیم امداد و نجات

## ۱۵. در ساعات غیر اداری، سوپروایزر فرمانده عملیات است و با اطلاع فرمانده، سامانه فرماندهی حادثه را فعال می کند

## ۱۶. مخاطرات خارجی بیمارستان علامه بهلول چیست؟ (در سال ۱۴۰۵)

- سیل فصلی
- زمین لرزه
- حوادث ترافیکی
- حوادث و تهدیدات سایبری

## ۱۷. مخاطرات داخلی بیمارستان عالمه بهلول چیست؟ (در سال ۱۴۰۵)

- قطع گازهای طبی
- فرسودگی خطوط انشعاب آب
- انسداد لوله های فاضلاب
- قطع برق
- نقص سیستم های سرمایشی و گرمایشی

## ۱۸. چه موقع کد تخلیه بیمارستان زده می شود ؟

بیمارستان تنها زمانی تخلیه می شود که ضرورت آن کاملا محرز شود شامل:

آسیب سازه ای به مرکز یا خطر بالقوه ناشی از تغییرات شدید آب و هوایی  
در مخاطراتی نظیر: آتش سوزی ، انفجار، حمله دشمن، طوفان، زلزله، سیل، احتمال ریزش  
خالی کردن فوری تخت های بیمارستانی به منظور پذیرش و رسیدگی به بیماران جدید

## ۱۹. مکان های خطر آفرین و مستعد آتش سوزی در بیمارستان شما کجاست؟

فضاهای تاسیساتی و فضاهایی که در آنها گازهای طبی و مواد سوختنی و قابل اشتعال نگهداری می شود، مانند انبار بخشها، انبار مرکزی، انبار دارویی، بایگانی مدارک پزشکی، موتورخانه تاسیسات، لنتری و...

## ۲۰. در خصوص استانداردهای کپسول های اطفاء حریق توضیحاتی ارائه دهید ؟

- فاصله انتهای کپسول تا کف ۱۲۰ س م باشد
- محل نصب کپسول های اطفاء حریق در انتهای بخش کنار درب خروج اضطراری وهمچنین در لابی بخشها قبل از درب ورودی می باشد .
- تمام بخش ها مجهز به کپسول اطفاء حریق باشد.
- شارژ و کالیبراسیون کلیه کپسولهای اطفاء حریق سالانه یک مرتبه انجام می شود
- هر بخش رابط اطفاء حریق دارد که لیست آنان مشخص است و پرسنل هر بخش باید رابط اطفاء حریق بخش خود را بشناسد

## ۲۱. خصوصیات مرکز فرماندهی چیست؟

- در محل مطمئن و امن باشد.
- خارج از منطقه درمان باشد .
- در دسترس باشد .
- دارای حداقل تجهیزات باشد

## ۲۲. منطقه امن بیمارستان کجاست ؟

در بیمارستان ۳ منطقه امن داریم که با تابلوی محل تجمع ایمن مشخص شده است از جمله

- سمت راست ورودی بخش اورژانس، مجاور زمین بازی کودکان
- باغچه چمن در طرف ورودی آزمایشگاه و داروخانه
- فضای روبروی درمانگاه تخصصی

### ۲۳. راه اضطراری در بخش کجاست ؟

در کلیه بخش ها راه اضطراری با تابلو نشان داده شده است ( لازم است پرسنل از راه اضطراری بخش مطلع باشند و کلید آن در دسترس باشد تا در مواقع ضروری استفاده گردد). (در انتهای بخش)  
کلیه پرسنل باید جای کلید درب اضطراری را بدانند.

### ۲۴. نگهداری تجهیزات یا قرار دادن صندلی زیر تابلوبرق ها ممنوع است

### ۲۵. جدول خاموش کننده ها به شرح ذیل می باشد:

نوع حریق	نوع سوخت	خاموش کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر برجای می گذارند. (مثل کاغذ چوب پارچه)	آب
B	مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل ، استون، بنزین)	CO2 پودرو گاز، کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که براحتی به گاز تبدیل می شوند (مثل گاز شهری)	CO2 پودرو گاز، کف
D	فلزات اکسید شونده (نظیر منیزیم ، سدیم ، پتاسیم)	پودر های ویژه
E	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO2

### ۲۶. در هر بخش و لابی جعبه آب آتش نشانی ( فایرباکس ) آماده بکار است

### ۲۷. قرار دادن تجهیزات در راهرو بخش یا ورودی ها که باعث مسدود شدن مسیر گردد ممنوع است

### ۲۸. تمامی کمد ها و قفسه ها باید به دیوار مهار باشد.

۲۹. فرم گزارش حوادث در سایت بیمارستان بارگذاری شده و در هنگام حادثه یا شبه حادثه (اتفاقی که پتانسیل ایجاد خطر دارد) فرم مربوطه تکمیل و به واحد بحران ارسال شود.

۳۰. در حوادث بزرگ با مصدومین انبوه، فضای ورودی اورژانس جهت تریاژ پیش بینی شده است. (فضا دو طرف ورودی اورژانس)

## سوالات محور ایمنی بیمار

### ۱. واک راند چیست؟

تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی بیمار، بازدید مدون ایمنی را مطابق ضوابط مربوطه انجام می دهند و به آن واک راند میگویند. (برنامه‌ی بازدید ایمنی از بخش‌ها روی برد بخش نصب گردد)

### ۲. اعضای تیم واک راند بیمارستان چه کسانی هستند؟

مسئول فنی ایمنی، مدیر بیمارستان، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، مدیر پرستاری، کارشناس کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت، کارشناس بهداشت حرفه ای و طب کار، سوپروایزر آموزش سلامت و سایر اعضاء به تشخیص رئیس یا مدیر بیمارستان

### ۳. مسئول فنی ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی کیست و چه وظایفی دارد؟

مسئول فنی ایمنی بیمار: ریاست بیمارستان

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی فردی است که از سوی مدیر یا رئیس انتخاب میشود و زیر نظر ایشان در مورد مسائل ایمنی بیمار فعالیت دارد و حداقل در کمیته های مرگ و میر-انتقال خون-دارو درمان و اخلاق پزشکی حضور دارد،

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار: خانم مهسا محمدیان

### ۴. شاخص های ایمنی بیمارستان کدامند؟

سقوط منجر به آسیب یا مرگ	واکنش ناشی از تزریق خون ناسازگار
آسیب حین تولد نوزاد	سوختگی
عمل جراحی روی عضو و بیمار اشتباه	جا ماندن جسم خارجی در بدن بعد از عمل
آمبولی ریوی بعد از عمل	عوارض بیهوشی یا جراحی
زخم بستر درجه 3 و 4	تزریق یا مصرف داروهای اشتباه پر خطر
شوک آنافیلاکسی	عفونت بیمارستانی

خونریزی یا هماتوم شدید بعد از عمل که منجر به آسیب پایدار یا مرگ شود

### ۵-وقایع تهدید کننده حیات که مشمول گزارش و جبران خسارت توسط بیمارستان میباشند کدامند؟ NEVER EVENT

کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم

کد ۲. انجام عمل جراحی بصورت اشتباه روی بیمار دیگر

کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار

کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن

کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA

انجمن بیهوشی آمریکا )

کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور

کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی

**کد ۸.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز Ag HBS زن مثبت به بیمار Ag HBS آنتی زن منفی)

**کد ۹.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

**کد ۱۰.** ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی

**کد ۱۱.** مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری)

**کد ۱۲.** خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

**کد ۱۳.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو، ...

**کد ۱۴.** مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی

**کد ۱۵.** کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

**کد ۱۶.** مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی

**کد ۱۷.** زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار

**کد ۱۸.** کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان (یک سندرم عصبی قابل پیشگیری با عوارض نامطلوب است که به علت رسوب بیلی روبین غیرمستقیم در بخش هایی از مغز ایجاد می شود)

**کد ۱۹.** مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی)

**کد ۲۰.** مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد .

**کد ۲۱.** حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر)

**کد ۲۲.** سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب )

**کد ۲۳.** موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت(مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ و ..)

**کد ۲۴.** سقوط بیمار(مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله و ...)

**کد ۲۵.** موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی

**کد ۲۶.** هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ... وارده به بیمار)

**کد ۲۷.** ربودن بیمار

**کد ۲۸.** اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

**کد ۲۹:** کلیه موارد مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

**۶. راه های گزارش خطا چیست و صندوق گزارش دهی خطا در کجای بیمارستان واقع شده است ؟**

صندوق گزارش دهی خطا که در بخش داخلی ۲ قرار دارد.

سامانه ی گزارش خطای پزشکی که بصورت لینک الکترونیک از مسیر:

سایت بیمارستان/ واحد بهبود کیفیت/ ایمنی بیمار / گزارش خطای پزشکی قرار دارد.

**۷. نحوه گزارش دهی خطا در بیمارستان شما چگونه است ؟**

از طرق تکمیل فرم گزارش خطا بصورت الکترونیکی در سایت بیمارستان و یا فرم گزارش دهی خطا و قرار دادن در صندوق گزارش خطای پزشکی (داخلی ۲) کلیه کارکنان می توانند بدون ترس از سرزنش و تنبیه آن را طبق دستورالعمل مربوطه تکمیل نمایند. علاوه بر این وقایع ناخواسته‌ی تهدید کننده‌ی حیات نیز بلافاصله به اطلاع سرپرستار / مسئول شیفت رسیده و فرم وقایع ناخواسته تکمیل و اطلاع به مترون/سوپروایزر داده میشود.

#### ۸. راه حل ایمنی بیمار کدامند؟

- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطاهای دارویی
- شناسایی صحیح بیمار
- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بیمار
- کنترل غلظت محلول های الکترولیت
- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل ارائه خدمات
- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
- استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
- بهبود بهداشت دست

#### ۹. شناسایی بیمار چگونه صورت می گیرد؟

قبل از انجام هر گونه اقدام تشخیصی درمانی شناسایی بیماران حداقل با 2 شناسه انجام می شود . این 2 شناسه عبارتند از : نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد ( روز /ماه /سال ) در صورت شباهت اسمی ، نام پدر نیز سوال میشود. در صورتیکه بیمار هوشیار است، شناسایی بیمار بصورت فعال ( سوال از بیمار و مطابقت با دستبند شناسایی ) صورت میگیرد. اگر بیمار کودک / معلول ذهنی /قادر به تکلم نباشد /هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین /وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید .

- ✓ پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید .
- ✓ به هیچ عنوان از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه استفاده نمی شود.

#### ۱۰. در دستبند بیمار چه چیزی باید قید شود ؟

طبق دستورالعمل وزارتخانه اینطور است که مواردی مانند :نام و نام خانوادگی، نام پدر ، تاریخ تولد به روز و ماه و سال و شماره پرونده در دستبند ثبت می شود. اگر دو بیمار دارای نام و نام خانوادگی مشابه در بخش روی جلد پرونده لیبل زرد رنگ احتیاط بیمار با اسامی مشابه زده شود . در هنگام ترخیص ، دستبند تحویل بخش و امحاء می شود .

#### ۱۱. روش شناسایی بیماران در بیمارستان چگونه است ؟

برای کلیه‌ی بیماران: مچ بند شناسایی و در بخش دیالیز و بیماران سرپایی بخش انکولوژی: کارت شناسایی

#### ۱۲. دستبند زرد و قرمز در چه مواردی استفاده می شود؟

دستبند قرمز : موارد آلرژی

دستبند زرد : هرگونه احتمال خطر برای بیمار مانند احتمال سقوط، زخم بستر، ترومبوآمبولی و...

### ۱۳. منظور از تکنیک ISBAR چیست؟

تکنیک تحویل و تحول بیمار است ( جهت ارتقاء ایمنی بیماران و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده )

	Identify	✓ شناسایی فعال بیمار
	Situation	✓ بیان وضعیت بالینی بیمار در طی 5 الی 12 ثانیه
Background		✓ بیان تاریخچه بیمار در سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
Assessment		✓ ارزیابی بالینی بیمار و ارزیابی نتیجه گیری - آنچه فکر می کنید
Recommendation		✓ بیان موارد قابل پیگیری بیمار با ذکر چارچوب زمانی آن

### ۱۴. بیماران پرخطر شامل چه کسانی هستند؟

بیماران در معرض خطر سقوط، زخم فشاری، خودکشی، سوءتغذیه، پلی فارمسی، ترومبوز ورید های عمقی

### ۱۵. بیماران پرخطر چگونه مشخص میشوند؟

آلرژی ← با لیبل قرمز رنگ

زخم بستر (Bed Sore) سقوط (FALL.R)، خودکشی (SU.R)، DVT، (DVT.R) ، تشنج (SZ.R) ← با لیبل زرد رنگ و کد اختصاری تعریف شده .

### ۱۶. برای شناسایی و تعیین ریسک در بیماران در معرض سقوط ، زخم فشاری، خودکشی و ترومبو آمبولی از چه ابزاری استفاده میکنیم؟

در معرض سقوط از ابزار مورس و در زخم فشاری از ابزار برادن ، خودکشی معیار SAD و ترومبو آمبولی از معیار ژنو و در صورتیکه فرد سابقه تشنج داشته باشد، در معرض خطر تشنج در نظر گرفته میشود، کلیه اطفال و نوزدان نیز در معرض خطر بالای سقوط در نظر گرفته میشوند.

### ۱۷. در خصوص روش اجرایی مراقبت از پوست و حفاظت از بیمار در برابر زخم های فشاری توضیح دهید ؟

در ارزیابی اولیه بیماران با ابزار Braden توسط پرستار سنجیده و نمره داده می شود. در صورتیکه در ارزیابی انجام شده مقیاس برادن ۱۲ یا کمتر از آن دارد این بیماران در معرض ریسک بالا برای زخم بستر هستند. بیماران با خطر بالا یا متوسط به اطلاع پزشک معالج رسانده می شوند و بیماران تحت مراقبت از نظر تغییر پوزیشن ، فعالیت حرکتی ، رطوبت پوست ، تغذیه ، حمام کردن و سایر مراقبتها طبق دستور پزشک قرار می گیرند و کلیه موارد انجام شده توسط پرستار در پرونده ثبت می شود. خواهشمندیم تمهیدات و اقدامات لازم برای پیشگیری از زخم بستر را انجام دهید .

- بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییر وضعیت دهید .
- به بیمار کمک کنید تا جاییکه ممکن است فعالیت خود را حفظ کند .
- نقاط مستعد زخم فشاری مانند: پاشنه ها، شانه ها و ... را محافظت کنید.

- اطمینان از حذف وسایل اضافی مانند: پایه سرم، ترالی دارو و ....
- اطمینان از همراه نداشتن هرگونه وسایل تیز و برنده
- توزیع غذا در ظروف یکبار مصرف

در صورتیکه پس از ارزیابی ( ترومبو آمبولی ) ریسک ژنو بالاتر از ۱۰ باشد موارد ذیل مورد توجه قرار گیرد:

- استفاده از ضد انعقادها مطابق دستور پزشک
- استفاده از جوراب واریس
- بالاتر قرار دادن پاها یا بخش تحت تاثیر قرار گرفته

در صورت ارزیابی ریسک سقوط ( ابزار مورس ) در محدوده‌ی پرخطر موارد ذیل را مد نظر قرار دهید:

- آموزش به بیمار و همراهی در زمینه‌ی سقوط
- تامین روشنایی در شیفت شب
- بالا آوردن نرده‌ی کنار تخت
- استفاده از کفش و دمپایی مناسب
- مدیریت زمان تجویز داروهای مدر و مسهل
- در نظر گرفتن همراهی
- سرکشی به بیمار در فواصل زمانی منظم
- رفع نیاز بیمارانی که به دفع مکرر نیاز دارند (در فواصل منظم و به صورت مستمر)

در صورتیکه بیمار پس از ارزیابی (خودکشی) بر اساس SAD در محدوده پرخطر قرار گرفت، اقدامات ذیل صورت گیرد:

- قرار دادن بیمار در اتاق‌های نزدیک ایستگاه پرستاری
- سرکشی بیشتر به این بیماران
- اطمینان از وجود حفاظ در پنجره‌ها
- ایمن سازی محیط

#### ۱۸. روی ظروف آزمایش حاوی نمونه چه برچسبی زده می شود ؟

نام و نام خانوادگی بیمار، نوع آزمایش و نام بخش به عنوان شناسه‌های حداقلی روی ظرف جمع آوری نمونه به صورت خوانا و با ثبات (بدون امکان مخدوش شدن) قید شوند.

در موارد تعیین گروه خون و کراس مچ، ثبت نام پرستار نمونه گیرنده الزامی است.

برچسب گذاری بصورت کامل شامل: نام و نام خانوادگی بیمار، نام پدر، شماره پرونده بیمار، نام بخش، تاریخ و ساعت دقیق نمونه گیری و نوع آزمایش می‌باشد.

#### ۱۹. معیارهای رد نمونه آزمایش کدام است؟

مخدوش بودن لیبل آزمایش                      فاقد لیبل آزمایش

عدم انتقال استاندارد                      عدم رعایت اصول نمونه گیری ( کم و زیاد بودن نمونه، لیز بودن نمونه و ...)

#### ۲۰. تابلوی بالای سر بیماران شامل چه اطلاعاتی می باشد ؟

نام پرستار و نام پزشک و رژیم بیمار و فعالیت بیمار

\*توجه : ثبت نام بیمار و تشخیص بیماری بر تابلوی بالای سر بیمار ممنوع است.

## ۲۱. قید نام نمونه گیر ( بر روی ظروف حاوی نمونه بیماران ) در کدام یک از آزمایشات الزامی است؟

تعیین گروه خون و کراس مچ

## ۲۲. اولین گام در تزریق خون و فرآورده های خونی با شیوه ایمن کدام است؟

شناسایی فعال بیماران

## ۲۳. نحوه شناسایی بیمار ، نحوه نمونه گیری ، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون را بگویید؟

در صورت نیاز به تزریق خون و فرآورده های خونی برای بیمار طبق دستور پزشک ، پرستار بخش هماهنگی لازم را جهت تهیه خون و فرآورده ها انجام می دهد. فرم رضایت آگاهانه تزریق خون و فرآورده های خونی تکمیل میگردد. پزشک معالج با توجه به شرایط بالینی بیمار و نیز نتایج آزمایشات خون و تعداد واحدهای لازم را در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستار چک می شود . پرستار هویت بیمار را شناسایی می کند نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد از بیمار هوشیار می پرسد و بیمارانیکه هوشیار نیستند از طریق مطابقت با پرونده و کاردکس بیمار شناسایی می شود . فرم های درخواست خون توسط پرستار پر می شود جهت نمونه گیری پرستار بخش دو نمونه خون لخته و سیتراشه از بیمار می گیرد که روی نمونه ها برچسب کامل زده می شود و علاوه بر سایر مشخصات نام فرد نمونه گیر نیز روی لوله ثبت میگردد. همزمان درخواست در سیستم his نیز ثبت میگردد.

## ۲۴. در هنگام تزریق خون چه مواردی را باید رعایت کنیم؟

شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تأیید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی، مقایسه و تأیید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون همزمان توسط دو کادر بالینی، مقایسه و تأیید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی همزمان توسط دو کادر بالینی، بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز و حباب گاز و هرگونه نشستی صورت میگیرد. نظارت مستمر پرستارمسئول بیمار در 5 دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار در 15 دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر، توجه به سوابق تزریق خون بیمار و کنترل و ثبت علائم حیاتی قبل از ترانسفوزیون خون و نیز در توالی زمانی خواسته شده در فرم ارسالی از بانک خون

## ۲۵. پلی فارمسی چیست؟

به مواردی اطلاق میشود که بیمار بیش از چهار نوع دارو مصرف میکند.

## ۲۶. اقدامات تهاجمی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه در بخش شما کدامند؟

لیست پروسیجرهای تهاجمی به تفکیک بخش ها مشخص و به بخشها ابلاغ شده است.

## ۲۷. منظور از Hot Line و Panic value چیست؟

خط های تلفن یک طرفه از آزمایشگاه و رادیولوژی مرکز به کلیه بخشها (Hot Line) جهت اعلام موارد بحرانی جواب آزمایشات و یا نتایج تصویربرداری (Panic Value).

هیچ بخشی از شماره تلفن مذکور اطلاع ندارد و شماره ها تنها در اختیار آزمایشگاه و رادیولوژی است.

## ۲۸. عملکرد کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسیهای پاراکلینیک چگونه است؟

فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک در بخش‌ها موجود و کارکنان بخش‌های بالینی اعم از بستری و سرپایی از آن مطلع هستند. خط آزاد ارتباطی یک طرفه و آماده به کار در بخشها برای دریافت به موقع نتایج بحرانی بررسیهای پاراکلینیک، وجود دارد. در صورت وجود مقادیر پاراکلینیک در حیطه‌ی بحرانی، اطلاع از واحد پاراکلینیک به بخش (پرستار بیمار، مسئول شیفت) داده شده و پرستار طبق خط مشی دستور تلفنی اقدام نموده و بلادرنگ پرستار مسئول بیمار بر بالین بیمار جهت مداخله فوری به منظور نجات و حفظ ایمنی بیمار مراجعه و سپس اطلاع به پزشک معالج توسط پرستار (و یا بلافاصله توسط مسئول شیفت) انجام میشود.

### ۲۹. اقدامات تهاجمی کدامند؟

اقدامات تهاجمی: هر گونه پروسیجری که با بی‌حسی موضعی، بیهوشی عمومی بیمار همراه باشد، بیوپسی مغز استخوان و CV LINE ..... تزریق خون، LP، بیوپسی و ....

### ۳۰. محدوده ارزیابی اولیه‌ی پرستاری برای بیماران چقدر است؟

در ارزیابی اولیه یعنی بدو پذیرش

۳۱. مقادیر بحرانی کدام یک از اقدامات تشخیصی درمانی لازم است فهرست شده و در اختیار کارکنان مربوطه قرار گیرد؟ نام ببرید.

آزمایشگاه - تصویربرداری

### ۳۲. نتایج بحرانی آزمایشات قبل از کنترل مجدد آزمایشگاه از طریق هات لاین به بخش‌ها اعلام میگردد یا پس از آن؟

قبل از کنترل مجدد

### ۳۳. در مورد تست‌های معوقه بیماران ترخیصی به چه صورت عمل می‌کنید؟

در حالات مختلفی بیمار قبل از دریافت نتایج تست‌های آزمایشگاهی یا پاراکلینیکی از بیمارستان مرخص می‌شود:  
۱- بیمار علیرغم توصیه پزشک و کادر درمان قبل از اتمام دوره درمان بیمارستان را با رضایت شخصی ترک می‌نماید.  
۲- پاسخ برخی تست‌ها در دوره معمول درمان آماده نمی‌شود مانند نتایج پاتولوژی ۲ هفته و هورمون شناسی (یک هفته بعد) و لازم است نتایج هنگام آماده شدن به بیمار یا همراه وی اطلاع‌رسانی شود  
۳- نتایج برخی از تست‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیک در تکمیل روند دوره بستری حائز اهمیت نیستند و پزشک باتوجه به وضعیت بالینی بیمار اقدام به ترخیص وی از بیمارستان می‌نماید.

بر این اساس لازم است دستورالعمل واحدی در بیمارستان جاری باشد تا کلیه کادر درمان مطابق آن عمل نموده تا هدف تشخیصی درمانی تست مورد نظر حاصل گردد.

لیست آزمایشات، چرخه زمانی و زمان پاسخ‌دهی تست‌های تایید آزمایشگاه طبق مصوبه کمیته تعیین تکلیف و در دسترس پزشک و کادر بالینی قرار داده شود.

پرستار/امامی مسئول بیمار جواب آزمایشات و تست‌های پاراکلینیکی انجام شده را بر اساس زمان بندی اعلام شده پیگیری می‌نماید

در صورتی که هنگام ترخیص بیمار برخی از جواب تست‌ها آماده نبود پرستار/امامی مسئول اسم کامل تست را به همراه زمان انجام و زمان مورد انتظار پاسخ (طبق لیست چرخه جواب) در فرم آموزش حین ترخیص بیمار ثبت می‌نماید.

فرم آموزش حین ترخیص به بیمار یا همراه وی تحویل گردیده در خصوص پیگیری جواب تست ها و آزمایشات به وی توضیح داده شود.

در مورد نمونه های پاتولوژی، فرم مشخصات و شماره تلفن بیماران در اختیار آزمایشگاه قرار دارد که اطلاع رسانی و تحویل جواب صرفاً از طریق پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه به بیمار و یا همراه وی صورت پذیرد.

مواردی که نمونه پاتولوژی بیمار مثبت باشد پرسنل مسئول شیفت آزمایشگاه مراتب را بلافاصله به بیمار یا همراه وی جهت پیگیری بعدی اطلاع داده و ثبت نماید.

پرسنل آزمایشگاه در مورد بیماران سرپایی و ترخیص شده جواب هایی که در محدوده بحرانی می باشند بصورت تلفنی به بیمار و پزشک معالج اطلاع می دهند.

به منظور صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است. بیماران می توانند از طریق سامانه اینترنتی با در دست داشتن شماره قبض آزمایش خود جواب آزمایش را از طریق سایت پیگیری کنند.

تست های پاراکلینیکی نظیر گرافی ها، سی تی اسکن، MRI و... پس از رپورت رادیولوژیست در دسترس منشی رادیولوژی قرار می گیرد. بیمار با کد ملی جهت گرفتن جواب مراجعه نماید. به منظور صیانت از حقوق بیمار، در مواردی که بیمار یا همراه وی جهت پیگیری جواب مراجعه می نماید ارایه مدرک شناسایی معتبر الزامی است.

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

#### ۳۴. ثبت دستورات تلفنی به چه صورت است ؟

در مواردی که به هر دلیلی امکان حضور پزشک بر بالین بیمار وجود ندارد، پرستار ضمن برقراری تماس تلفنی با پزشک شرح حال مختصری از بیمار به پزشک داده و علت تماس را بیان می کند سپس پرستار اول دستورات تلفنی و شفاهی را جهت تایید توسط پزشک معالج تکرار نموده و همزمان بر روی کاغذی ثبت کرده و بعد از بازخوانی با صدای بلند جهت شنیدن پرستار شاهد در برگه دستور پزشک همراه با تاریخ و ساعت و مهر و امضاء ثبت می کند. پرستار شاهد دستورات را همراه با تاریخ و ساعت و تعداد دستورات شنیده شده از پرستار اول مهر و امضاء و تایید می نماید.

دستورات تلفنی داده شده ظرف ۲۴ ساعت توسط پزشک مربوطه مهر و امضاء و تایید شود در غیر اینصورت لزوم ثبت دستور تلفنی مجدد وجود دارد.

#### ۳۵. روش اجرایی مهار فیزیکی کدام است ؟

در نگارش دستور مهار فیزیکی در پرونده بیماران موارد ذیل لحاظ شود :

- انجام مهار فیزیکی و مدت آن صرفاً بر اساس دستور پزشک صورت گیرد.
- حتماً در دستورات پزشک ذکر اندام های لازم جهت مهار فیزیکی و مدت آن و انجام مهار فیزیکی با ابزار استاندارد و ثبت کنترل سیستم عصبی اندامهای مهار شده لحاظ شود.

- ضمنا تکرار مهار فیزیکی منوط به اخذ دستور مجدد از پزشک است وعدم امکان تکرار مهار فیزیکی بدون دستور مجدد پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم PRN
- انجام ارزیابی نیازهای تغذیه و دفع هر ۲ ساعت و بر طرف کردن آن
- حفظ حریم خصوصی در زمان مهار فیزیکی
- قطع مهار فیزیکی در کوتاه ترین زمان
- ممنوعیت مهار در مادران باردار و عضوی که اختلال حرکتی دارد
- ثبت دستور مهار فیزیکی و زمان شروع و خاتمه آن و عوارض احتمالی آن در گزارش پرستاری و گزارش وقایع ناخواسته / آسیب ناشی از مهار فیزیکی به دفتر پرستاری

### ۳۶. روش اجرایی مهار شیمیایی کدام است؟

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

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

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

- استفاده از ایمن ترین روش تجویز در مهار شیمیایی بیمار با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی

- انجام مهار شیمیایی صرفا با دستور پزشک

- ضمنا تکرار مهار شیمیایی منوط به اخذ دستور مجدد از پزشک است وعدم امکان تکرار مهار شیمیایی بدون دستور مجدد

پزشک حتی با وجود دستور در صورت لزوم PRN

- ارزیابی پاسخ به درمان ، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر ، قبل ، حین و پس از مهار شیمیایی صورت گیرد

- ثبت شرایط بیمار قبل از شروع مهار و همچنین پاسخ بیمار به درمان در گزارش پرستاری ضروری است .

-کنترل و ثبت علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار به صورت مستمر در طول مدت زمان مهار در پرونده

- تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط ، مانیتورینگ مداوم و ... پایش و کنترل مستمر و همچنین گزارش وقایع ناخواسته

ناشی از مهار شیمیایی به دفتر پرستاری صورت گیرد .

- حین مهار شیمیایی حریم خصوصی بیمار حفظ می گردد.

- قطع مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن نیز صورت گیرد.

- استفاده از مهار شیمیایی محدودیت داشته و حداکثر ۳ بار در روز امکانپذیر است.

### ۳۷. نکات مهم در خط مشی و روش مهار شیمیایی در بیماران که بسیار حائز اهمیت است کدامند؟

- لحاظ سابقه دارویی و حساسیت های شناخته شده بیمار

- استفاده از ایمن ترین روش تجویز با کمترین عوارض و رعایت اصول ایمنی دارودهی

- کنترل علائم حیاتی و ثبت وضعیت بیمار

- اخذ دستور از پزشک

-در چه اقداماتی نیاز به کسب رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی قانونی است؟

- اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی
- کلیه اعمال جراحی
- اسکوپپی
- بیهوشی، آرامبخشی متوسط تا عمیق
- تزریق خون و فرآورده های خونی

### ۳۸. در چه مواردی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه نداریم؟

- موارد اورژانسی (اختلال هوشیاری، شرایط تهدید کننده حیات)
- سوندفولی
- IV گرفتن
- لوله معده
- پروفیلاکسی بیمار بعد از مراجعه و پروفیلاکسی قبل و بعد از عمل

### ۳۹. مدت اعتبار رضایت آگاهانه در اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی چه مدت است؟

۳۰ روز

### ۴۰. حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگاهانه چقدر است؟

نام، سمت، صلاحیت فرد گیرنده رضایت	روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج
محاسن و میزان اثربخشی روش درمانی	مخاطرات روش درمانی
عواقب ترک درمان	روش های جایگزین روش درمانی
هزینه درمان	

### ۴۱. آیا اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش الزامی است؟

خیر. در موارد اورژانسی (اختلالات هوشیاری و یا شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از انجام مداخلات درمانی حیات بخش نیست.

### ۴۲. داروهای پرخطر را تعریف کنید؟

داروهای پرخطر یا با داروهای هشدار بالا داروهایی هستند که چنانچه به صورت اشتباه تجویز شوند، موجب آسیب های جبران ناپذیر و یا حتی مرگ بیمار می شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد لیکن عوارض به جا مانده ناشی از خطای دارویی برای بیمار بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است.

### ۴۳. فهرست داروهای پرخطر (هشدار بالا - High alert) کدامند؟

داروهای پرخطر شامل 2 دسته دارویی می شوند:

الف: داروهای پرخطر ۱۲ گانه که مشمول لیبل گذاری روی هر ویال و آمپول بوده و بصورت تک به تک لیبل قرمز زده می شود) که شامل: کلرید پتاسیم - سولفات منیزیم - بی کرینات سدیم - گلوکونات کلسیم - هایپر سالین - لیدوکائین - آتروپین - اپی نفرین - هپارین سدیم - رتپلاز - هالوپریدول - پروپرانولول می باشد.

ب: داروهایی که فقط روی قفسه و جعبه و یا کشو دارویی لیبل قرمز رنگ با نام دارو زده می شود. مانند: ضد انعقادها - نارکوتیک ها - انسولین - آرام بخش ها - اپیونیدها - آنتی بیوتیک ها - داروهای کاهنده ی قندخون

در کلیه ی داروهای فوق، چک مستقل دوگانه در تمام مراحل چک دستور پزشک، آماده سازی و ..... الزامی است.

**۴۴. برچسب داروهای پرخطر چه رنگی است؟ قرمز**

**۴۵. برچسب داروهای مشابه چه رنگی است؟ زرد**

**۴۶. برچسب داروهای یخچالی و داروهایی که نیاز به مانیتورینگ دارند چگونه است؟**

برچسب ستاره دار ← داروهای نیازمند مانیتورینگ

برچسب آبی رنگ ← داروهای یخچالی

**۴۷. اگر دارویی هم مشابه باشد و هم پرخطر چه نوع برچسبی الصاق می شود؟**

برچسب قرمز رنگ زده می شود (اولویت با رنگ قرمز است)

**۴۸. هدف از تلفیق دارویی چیست؟ پزشک کلیه داروهای مورد استفاده بیمار را مورد بررسی قرار می دهد و در صورتی که لازم**

باشد داروها را قطع می کند یا تعداد داروها و یا دوز آنها را تغییر می دهد و یا داروهایی را اضافه می کند. تلفیق دارویی حداکثر در ۲۴ ساعت اول بدو پذیرش و قبل از ترخیص توسط پزشک معالج یا داروساز بالینی انجام میشود.

**۴۹. درخواست تلفیق دارویی چگونه انجام میشود؟**

در صورتی که بیمار بیش از ۴ دارو مصرف نماید، پرستار میتواند از طریق درخواست مشاوره ی دارویی از سیستم HIS را ثبت نماید.

**۵۰. داروهای حیات بخش کدامند؟ در کجا قرار دارند.**

داروهای موجود در ترالی اورژانس

**۵۱. داروهایی که نیاز به مانیتورینگ دارند، کدام است؟**

داروهایی است که نیاز است بیمار در زمان تزریق به مانیتور وصل شود برچسب ستاره دار دارند، مانند:

اپی نفرین، آتروپین، لیدوکائین، آدنوزین، نیتروگلیسرین، دوپامین، دوبوتامین، وراپامیل، کلسیم گلوکونات، سولفات منیزیم، استرپتوکیناز، آمینوفیلین، فنیل افرین، آمیو دارون، کلرید پتاسیم، گلوکونات کلسیم، دیگوکسین، ایندرال

**۵۲. منظور از تجهیزات پزشکی ضروری چیست؟**

تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر، ایمنی بیماران را به خطر بیندازد (مانند دی سی شوک، ساکشن و ..)

فهرست تجهیزات ضروری هر بخش همراه با تعداد مورد نیاز و بخش های پشتیبان در هر بخش موجود باشد.

تأمین موقت تجهیزات ضروری از بخش پشتیبان در شرایط اضطراری به نحوی صورت می گیرد که تأخیری در روند درمان بیماران رخ نمی دهد.

## ۵۳. اصول صحیح دارودهی 7RIGHT

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

## ۵۵. روش اجرایی نحوه مراقبت از بیماران مجهول الهویه را توضیح دهید؟

بیماران مجهول الهویه، بیمارانی هستند که در زمان پذیرش، همراه خود مدارک شناسایی معتبر مانند شناسنامه، کارت ملی یا گواهینامه ندارند، در زمان مراجعه بیمار توسط واحد پذیرش در پرونده بیمار عنوان مجهول الهویه ثبت می شود. پرستار بخش کلیه حمایت های اختصاصی و مراقبتی را تا زمان شناسایی کامل بیمار انجام می دهد.

### دستورالعمل نحوه برخورد با بیمار مجهول الهویه:

**بیمار مجهول الهویه:** به فردی اطلاق می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری، فراموشی موقت یا دایم، مشکلات روانی و ذهنی و ... قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست همراهی که بتواند این اطلاعات را در اختیار قرار دهد حضور ندارد.

۱- به محض ورود بیمار (با وسیله شخصی یا ۱۱۵) تریاژ انجام و انتقال به بخش بستری یا بخش حاد یا اتاق احیا بر اساس ارزیابی در زمان تریاژ صورت می گیرد.

۲- متصدی پذیرش با دستور پزشک برای بیمار تشکیل پرونده داده و پرونده را به بخش ارسال می کند.

### در اطلاعات پذیرش بیمار موارد زیر لحاظ شود:

- ✓ در قسمت نام خانوادگی بیمار مجهول الهویه و در قسمت نام خانم/آقا/دختر بچه/پسر بچه/نوزاد ثبت و در صورت عدم شناسایی بیمار تا زمان ترخیص تحت همین نام در بیمارستان شناسایی خواهد شد.
- ✓ جنس بیمار دقیقاً ثبت شود.
- ✓ برای تخمین سن تقریبی از پزشک مسئول شیفت اورژانس کمک بخواهید.
- ✓ در گزینه آدرس بیمار، محل یافتن بیمار ثبت شود.

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

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

۳- پرستار مسئول شیفت ترتیبی اتخاذ می نماید که بیمار مانند سایر بیماران تحت درمان قرار گیرد و اطلاع پذیرش بیمار مجهول الهویه به سوپروایزر داده می شود و همزمان درخواست مددکاری در سامانه his ثبت گردد.

- ۴- ارزیابی بیمار توسط پرستار و پزشک از نظر وضعیت جراحات یا هر نشانه یا شاخص در بیمار (پوشش، رنگ پوست و علامت خاص ظاهری و ...) در پرونده ثبت نموده و در صورت هوشیاری اطلاعات لازم را از بیمار گرفته و ثبت می نماید.
- ۵- نگهبان با هماهنگی سوپروایزر جیب بیمار و کلیه وسایل شخصی وی را جهت یافتن کارت شناسایی، آدرس و شماره تلفن و ... برای تعیین هویت بیمار بررسی نموده و صورتجلسه تنظیم میگردد. هیچ یک از وسایل بیمار حتی در صورت مخدوش و یا آلوده بودن نبایستی معدوم گردد
- ۶- سوپروایزر در اسرع وقت (حداکثر ۲۴ ساعت) مورد را به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) اطلاع می دهد تا در بیمارستان حضور یافته و صورتجلسه تنظیم می نماید و اقدامات لازم در خصوص شناسایی بیمار را از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد.
- ۷- جهت شناسایی بیمار در واحدهای پاراکلینیک و سایر بخشها مطابقت مچ بند شناسایی با اطلاعات ثبت شده در پرونده/سیستم و نیز شماره پرونده و شماره سریال پذیرش صورت گیرد.
- ۸- در صورت شناسایی بیمار در هریک از مراحل، بلافاصله اصلاح اطلاعات هویتی در سیستم his، پرونده و مچ بند شناسایی بیمار صورت گیرد.
- ۹- سوپروایزر با همکاری مددکار جهت ترخیص بیماران مجهول الهویه و دارای آسیب های اجتماعی تا حصول نتیجه و خروج قانونی بیمار از بیمارستان پیگیری های لازم را انجام می دهند.
- ۱۰- در صورت فوت بیمار مجهول الهویه، مشخصات بیمار طبق مندرجات دستبند شناسایی همراه با شماره پرونده و محل یافتن بیمار روی کیسه جسد ثبت می گردد.
- ۱۱- در صورت فوت بیمار مجهول الهویه در شرایطی که هیچ راهی برای شناسایی بیمار در بیمارستان وجود ندارد به پلیس ۱۱۰ اطلاع می دهد تا از طریق مراجع قانونی اقدام شود.
- ۱۲- سوپروایزر وقت جنازه را فقط با نامه نیروی انتظامی یا دادگاه " مبنی بر تحویل جسد به ..... " و طی مراحل اداری تحویل می نماید.

## ۵۶. پروتکل ترخیص ایمن (SMART) را توضیح دهید.

با توجه به اهمیت فرایند ترخیص؛ چارچوب اسمارت به منظور اطمینان از توجه به 5 حوزه مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص تدوین شده است. این 5 موضوع عبارتند از:

- 1- **علائم (SIGN):** علائم و نشانههای مهمی که باید به آنها توجه شود. منظور علائم بیماری، رویدادها و نشانه هایی است که بیماران باید پس از ترخیص به آنها توجه داشته باشند و یا در شرایط مشخصی آنها را به بیمارستان گزارش کنند.
- 2- **داروها (MEDICATION):** سوال یا نکته مبهم درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها
- 3- **زمان ویزیت بعدی (APPOINTMENT):** پس از ترخیص اگر نیاز به پیگیری و مراجعه مجدد به بیمارستان باشد باید مورد توجه قرار گیرد و زمانبندی آن با بیمار و خانواده آن هماهنگ شود.
- 4- **نتایج (RESULT):** ممکن است در زمان ترخیص جواب برخی آزمایشها هنوز آماده نباشد و یا نیاز باشد پس از ترخیص آزمایش خاصی انجام شود که باید با بیمار و خانواده وی هماهنگ شود تا پیگیری لازم صورت پذیرد.

۵- توصیه ها یا صحبت‌های لازم (Talk with me) : توجه به ارتباط میان بیمار و ارائه کنندگان ایجاب میکند که در زمینه‌هایی که لازم است گفتگوهایی با هم داشته باشند که باید جدی تلقی شوند و زمان کافی برای آن در نظر گرفته شود و در پایان یک راه ارتباطی برای پرسش بیمار و پاسخگویی به سوالات وی در اختیار بیمار و خانواده اش قرار گیرد.

## معیارهای ارزیابی ریسک

### معیار ارزیابی ریسک سقوط: مورس

امتیاز ( Score )	معیار ( Scale )	عوامل خطر ( Risk Factor )
۰	ندارد	سابقه سقوط
۲۵	دارد	
۰	خبر ( فقط یک تشخیص پزشکی فعال )	تشخیص ثانویه
۱۵	بله ( بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش )	
۰	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی راه می رود	وسایل کمک حرکتی
۱۵	استفاده بیمار از عصا و واکر	
۳۰	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه ( کمد ، صندلی و ... ) اطراف خود کمک می گیرد	
۰	ندارد	مابع درمانی وریدی یا هپارین لاک
۲۰	دارد	
۰	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۲۰	معیوب	
۰	طبیعی ( آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود )	وضعیت روانی - ذهنی
۱۵	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

امتیاز ریسک سقوط بیمار ( معیار مورس )	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ تا ۴۴
ریسک کم	۰ تا ۲۴

از برجسب های زرد رنگ که fall ریسک روی آن نوشته شده استفاده شده و روی دستبند شناسایی بیماران الصاق می شود. اگر بیمار شما راه وریدی دارد و یا هپارین لاک است عملاً ۲۰ نمره رو میگیرد و اگر سابقه سقوط دارد ۲۵ امتیاز میگیرد و اگر حین راه رفتن به اطراف برخورد میکند و از دستور تبعیت نمیکند هم ۲۰ امتیاز میگیرد و اگر الگوی راه رفتن معیوب است هم ۲۰ امتیاز تعلق میگیرد.

حالا اگر از نظر روانی هم فراموشی دارد به بیمار ۱۵ امتیاز تعلق می گیرد اگر بیش از یک تشخیص برای بیمار مطرح میشود ۱۵ امتیاز تعلق می گیرد.

پس با این شرایط باید اکثر بیماران بخش های بستری که راه وریدی دارد و فراموشی دارد در حین راه رفتن تلو تلو می خورد دارای ریسک سقوط است . پس باید برجسب در معرض سقوط روی دستبند شناسایی بیماران بخشها الصاق باشد . و اگر ارزیابی درست نباشد اقدامات پرستاری متناسب با آن قبیل اختصاص همراه در بخش غیر کوید، تامین روشنایی اتاق خصوصاً در شیفت شب و بالا آوردن نرده کنار تخت و توجه به کفش و دمپایی بیماران و مدیریت تجویز داروهای ادرارآور و مسهل در ساعت بیداری بیمار و ... زیر سؤال خواهد رفت

ارزیابی ریسک زخم بستر در بیمارستان علامه بهلول گناباد

## معیار ارزیابی ریسک زخم بستر : برادن

حیطه های ابزار برادن	خیلی بد ۱	بد ۲	کم خطر ۳	عالی ۴
درک حسی	کاملا محدود است	خیلی محدود است	کمی محدود است	عدم اختلال حسی
رطوبت پوست	همیشه مرطوب است	اغلب خیلی مرطوب است	گاهی کم مرطوب است	به ندرت مرطوب است
فعالیت	محدود به تخت است	محدود به صندلی است	گاه گاه قدم میزند	همیشه قدم میزند
تحرك	کاملا بی حرکت است	حرکت خیلی محدود است	حرکت کمی محدود است	عدم محدودیت حرکت
تغذیه	تغذیه خیلی ضعیف است	تغذیه احتمالا ناکافیست	تغذیه کافی است	تغذیه عالی است
اصطکاک و کشش	سایش مداوم وجود دارد	گاهی سایش وجود دارد	اصلا سایشی وجود ندارد	

بعد از بررسی های دقیق و تخصصی بیمار ، نوبت امتیاز دهی به وضعیت بیمار از نظر ابتلا یا عدم ابتلا به زخم بستر است .

خطر زخم بستر برای بیمار وجود ندارد	۲۳-۱۹
نیاز به آموزشهای پیشگیری وجود دارد	۱۸-۱۵
خطر ایجاد زخم بستر متوسط است	۱۴-۱۳
خطر ایجاد زخم بستر بالاست	۱۲-۱۰
بسیار خطرناک است و نیاز به مداخلات پیشگیرانه ویژه دارد	۹-۶

در صورتیکه در ارزیابی انجام شده مقیاس برادن ۱۲ یا کمتر از آن دارد این بیماران در معرض ریسک بالا برای زخم بستر هستند خواهشمندیم تمهیدات و اقدامات لازم برای پیشگیری از زخم بستر را انجام دهید .

- بیمار را طبق یک برنامه منظم بچرخانید و تغییر وضعیت دهید
- به بیمار کمک کنید تا جاییکه ممکن است فعالیت خود را حفظ کند
- پاشنه های بیمار را محافظت کنید
- از سطوح توزیع فشار خصوصا در موارد نمره زیر ۹ استفاده کنید
- رطوبت، تغذیه، کشش و ... را کنترل کنید
- به کمک یک سطح بالاتر خطر بروید اگر فاکتورهای اصلی خطر دیگری هم وجود دارد .

## معیار ارزیابی ریسک ترومبو آمبولی : ژنو

این معیار برای ارزیابی ترومبو آمبولی استفاده میشود.

در صورتیکه بیمار سابقه ترومبوآمبولی دارد (نمره ۲) و درد یکطرفه اندام (نمره ۲) یا ورم یکطرفه اندام (نمره ۴) داشته باشد و سن بالاتر از ۶۵ سال (نمره ۱) و سابقه عمل جراحی و بیهوشی (نمره ۲) و یا ضربان قلب بالاتر از ۷۵ (نمره ۲) و ضربان بیشتر از ۹۵ نمره ۵ و کانسر و یا تومور از یک سال گذشته نمره ۲ داشته باشد و هموپتزی نمره (۲) و ضربان قلب ۷۵ تا ۹۵ نمره (۳) و درد در لمس ورید عمقی اندام تحتانی و ادم یکطرفه نمره (۴) در معرض ریسک ترومبو آمبولی است و در صورتیکه نمره ارزیابی بالاتر از ۱۰ باشد باید اقدامات لازم صورت گیرد.

مراقبتهای پرستاری لازم :

دستور استفاده از ضدانعقادها و ضد دردها مطابق دستور پزشک اجرا شود .

پاهای بیمار یا بخش تحت تاثیر قرار گرفته را بلند کرده و جوراب واریس در این قسمت استفاده نمایید و محل را به فاصله به مدت ۲ ساعت گرم نگه دارید . و سپس بردارید و مصرف بیشتر میوه و تمام حبوبات و اجتناب از مصرف غذاهای پرچرب توصیه نماید .

## معیار ارزیابی ریسک خودکشی : SAD

این معیار برای ارزیابی ریسک خودکشی استفاده میشود. در صورتی که بیمار با تشخیص خودکشی بستری در بیمارستان است. مرد است و اعتیاد به الکل، یا سابقه خودکشی یا تحت نظر در منزل یا مراکز دیگر بدنبال خودکشی است و سن زیر ۲۰ سال دارد یا بالاتر از ۴۵ سال سن دارد. سابقه افسردگی دارد. مجرد یا زن بیوه یا مطلقه است . به هر آیتم فوق یک امتیاز تعلق میگیرد. در صورتی امتیاز بالاتر از ۴ باشد. بیمار در معرض خطر خودکشی است .

مراقبتهای پرستاری مد نظر :

- با بیمار صحبت کنید و در صورتی که بیمار دارای افکار خود کشی است ، به پزشک اطلاع دهید .
- وجود اسکار و زخم ، متعدد روی بدن نشان دهنده داشتن افکار خود کشی است .
- بیمار در اتاق مقابل استیشن قرار گیرد تا امکان مانیتورینگ بیمار فراهم باشد و این اتاق نباید دارای حمام و سرویس بهداشتی اختصاصی باشد تا امکان مانیتورینگ بیمار باشد .
- در زمان پذیرش و ملاقات ، حتما البسه بیمار بازرسی شود تا وسیله ای که موجب آسیب به بیمار می شود در وسایل وی موجود نباشد . در صورتیکه بیمار از حوله شخصی استفاده می کند ، از حوله با سایز کوچک استفاده شود .
- نقش پرستاران در شناسایی بیماران با امکان خودکشی حساس بوده و بایستی بلافاصله به اطلاع پزشک معالج برسد.
- آموزش نگهبانان در خصوص افکار افسردگی و خودکشی و نحوه مواجهه با بحران در اولویت باید قرار گیرد.

- در صورتی که بیمار دارای افکار خود کشی است بایستی با اولویت امور درمانی و نظارت بر عملکرد وی ، با احترام منتقل به بخش روان شود .

-بایستی مصرف داروها توسط بیمارچک شود . در این موارد بهترین حالت این است که در حین صحبت یا احوالپرسی از بیمار بررسی بفرمایید تا بیمار داروهای خود را مصرف کرده است یا خیر . از بیمار ترجیحا نخواهید تا دهان خود را باز نموده تا چک نمایید داروی خود را مصرف نموده است یا خیر .

## حقوق گیرنده خدمت

از دیدگاه بیمار بیمارستان مکان نامأنوس غریبی است که بیمار درحالیکه از عدم سلامتی خود نگران است، به این محیط نامأنوس قدم می‌گذارد و با تصویری متناقض از محیط خانه اش مواجه می‌شود. از طرفی بیماری نیز به فرد احساس نا امنی می‌دهد و او فکر میکند مرز بین سلامتی و بیماری خیلی به هم نزدیک است و فاصله مرگ با زندگی چندان زیاد نیست بنابراین بیمار دچار وحشت و هراس می‌شود و احساس می‌کند که هرچند عزیزانش او را دوست دارند ولی قادر نخواهد بود در امر بازگشت به سلامتی و زندگی او را حمایت کنند. در حالیکه می‌دانیم بیمار مانند هر انسان دیگری دارای نیازهای حیاتی است او به علت بیماری بعضی از نیازهایش را نمی‌تواند به طور کامل تأمین کند و احتیاج به کمک اطرافیان دارد. با آگاهی درباره نیازهای بیماران می‌توان آنها را بهتر شناخت و راههای مناسبتری برای کمک به این افراد انتخاب کرد.

### مفاهیم و واژه‌ها:

- بیمار: کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می‌کند.
- حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می‌شناسد.
- حقوق در تمام زبانها به معنی آنچه درست و سزاوار است تعریف میشود.
- منشور حقوق بیمار: سیستمهای بهداشتی و درمانی اکثر کشورها منشوری را تحت عنوان منشور حقوق بیمار به کار میگیرند . بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش منشور حقوق بیمار را به وی تسلیم کنند.

### لزوم رعایت حقوق گیرنده خدمت

رعایت حقوق گیرنده خدمت از منظر پاسخگوئی به بیمار و خانواده او ، یکی از کلیدی ترین محورهای نسل نوین اعتبار بخشی است و با توجه به رشد آگاهی بیماران و مراجعین و نیز رسالت مهم بیمارستان در امر پاسخگوئی و مسئولیت پذیری ، برنامه ریزی و نظارت دقیق مسئولین در خصوص صیانت از حقوق بیماران امری ضروری و اجتناب ناپذیر است .

### اطلاع رسانی و رعایت منشور حقوق بیمار

اولین گام بیمارستان در راستای رعایت حقوق گیرنده خدمت اطلاع رسانی منشور حقوق بیمار به بیماران و مراجعه کنندگان و کلیه کارکنان بیمارستان می باشد. در این راستا منشور حقوق بیمار تدوین شده و در لابی اصلی بیمارستان و ورودی بخش های بستری و اورژانس نصب شده و در معرض دید عموم قرار گرفته است که از فاصله یک متری قابل رویت باشد.

### منشور حقوق بیمار به شرح زیر می باشد

در راستای عمل به منشور حقوق بیمار ، کلیه کارکنان می بایست مطالب این جزوه که بر اساس سنجه های ملی بیمارستان ها را مطالعه نموده همچنین در صورت برگزاری دوره های آموزشی و وجود بروشور و پمفلت و سایر روش های اطلاع رسانی آگاهی خود را در این خصوص افزایش داده و پایبند به اصول اخلاق بالینی و رعایت منشور حقوق بیماران گردند. لازم است در زمان پذیرش در بخش ها بیمار و همراهان وی را جهت مطالعه منشور حقوق بیمار که در کلیه بخش ها نصب شده است هدایت نمایند . نظارت بر رعایت منشور حقوق بیمار به صورت مستمر توسط واحد حقوق گیرنده خدمت بوسیله بازدیدهای میدانی و بررسی پرونده های بالینی و مصاحبه با بیماران و بررسی شکایت های بیماران و همراهان انجام می شود و کلیه موانع مشکلات استخراج شده و در کمیته اخلاق پزشکی بررسی شده و جهت طراحی اقدام اصلاحی در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح می شود و پس از تصویب به کلیه واحدهای درمانی و غیر درمانی ابلاغ می شود .

## محور اول : دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است .

ارائه خدمات سلامت بایستی به گونه ای باشد که :

- ۱- شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- ۲- بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- ۳- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- ۴- بر اساس دانش روز باشد.
- ۵- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- ۶- توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و الویت های درمانی بیماران باشد.
- ۷- مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- ۸- به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیر ضروری باشد.
- ۹- توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- ۱۰- در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- ۱۱- با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

## محور دوم : اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :

- ۱- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
- ۲- ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش
- ۳- نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر
- ۴- روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار
- ۵- نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان
- ۶- کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.
- ۷- ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان  
نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :
- اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب، درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد مگر اینکه :
- تأخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. ( در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود.)
- بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

-بیمار می تواند به کلیه تصاویر اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

### **محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.**

محدوده انتخاب و تصمیم گیری در باره موارد ذیل می باشد:

- ۱- انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط
  - ۲- انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
  - ۳- شرکت یا عدم شرکت در پژوهش های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.
  - ۴- قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا در مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد.
  - ۵- اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.
- شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

- ۱- انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.
- ۲- پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

### **محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.**

- ۱- رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد.
- ۲- در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیص و درمان، باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.
- ۳- فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

- ۴- بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

### **محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.**

- ۱- هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.
- ۲- بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.
- ۳- خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

## راهنمای صحیح و به موقع گیرندگان خدمت

در کلیه بیمارستان ها با هدف هدایت گیرندگان خدمت و جلوگیری از سردرگمی مراجعه کنندگان واحد اطلاعات و پذیرش به نحوی تعبیر شده که در معرض دید کامل مراجعین باشد و دسترسی به آن آسان باشد و مسئول واحد اطلاعات باید فردی مطلع و آگاه و مسلط به مهارت‌های ارتباطی و آشنا به گویش های محلی متناسب با موقعیت جغرافیایی باشد و قادر به پاسخگویی به مراجعین باشد در این راستا خط مشی و روش راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت به شرح ذیل تدوین شده و کارکنان باید از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل نمایند

• واحد " اطلاعات " مستقر در طبقه همکف ورودی درب اصلی بیمارستان ( کار هدایت و راهنمایی مراجعین) را برعهده دارد. ارائه اطلاعات شامل موارد ذیل میباشد.

ارائه لیست اقدامات جراحی که در بیمارستان صورت می پذیرد، ارائه لیست کلیه پزشکان مرکز شامل: پزشکان درمانگاه – جراحان اتاق عمل ...

• ارائه لیست کلیه پزشکان مرکز شامل: پزشکان درمانگاه – جراحان اتاق عمل ...

• ارائه فهرست بخش های بستری بیمارستان

• ارائه لیست بخش های پاراکلینیک بیمارستان شامل: آندوسکوپی، سونوگرافی، آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی

• نصب تابلوهای راهنمای بیمارستان ( که زبان فارسی نوشته شده است ) و در محوطه بیرونی و ابتدای طبقات و ورودی آسانسورها موجود می باشد.

• واحد " تلفنخانه " با شماره ۰۵۱۵۷۲۳۶۸۳۲ بصورت شبانه روز اطلاعات لازم بیماران – پزشکان – سایر ( را در اختیار تماس گیرندگان می گذارد.

• سایت اختصاصی بیمارستان اطلاعات لازم درباره بیمارستان، نحوه پذیرش، خدمات، تعرفه ها، قراردادهای بیمه و اطلاعات پزشکان باشد، امکانات درمانگاهی و... جهت دسترسی عموم قرار داده شده است.

## شناسائی رده های مختلف کارکنان بیمارستان

با هدف برقراری ارتباط مؤثر کارکنان با بیماران و پیشگیری از مداخله افراد غیر مجاز در امور پزشکی روشی را جهت احراز هویت کارکنان اتخاذ نموده و اولین گام تهیه کارت شناسائی خوانا و عکس دار و قابل رویت از فاصله ۲ متری می باشد که روی سینه کارکنان نصب می شود و این کارت شناسائی حداقل حاوی نام بصورت مختصر و نام خانوادگی و رده ی شغلی می باشد. درگام دوم اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه ی مراقبت به بیمار باید در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود را در تیم مراقبتی به اطلاع بیمار و همراه وی برسانند. در گام سوم کارکنان بالین موظف به رعایت استانداردهای پوشش بر اساس رده ی شغلی می باشند.

## اطلاع رسانی در خصوص نحوه ی دسترسی به پزشک معالج بیمارستان

به منظور پاسخگویی پزشک معالج به خانواده ی بیمار و تقویت مشارکت بیمار و خانواده او در درمان و مراقبت دستورالعمل نحوه ی دسترسی بیمار و ولی قانونی وی به پزشک معالج را تدوین نموده و به کلیه بخش ها ابلاغ نموده است.

- کلیه بیماران هرروز صبح توسط پزشک معالج ویزیت می شوند و پزشک معالج پاسخگوی سوالات بیمار می باشد .
- امکان ملاقات و پاسخگویی به سوالات همراهان و خانواده بیمار همه روزه در شیفت صبح در زمان ویزیت و یا در ساعت حضور پزشک معالج در درمانگاه فراهم می باشد.
- در صورت بدحال شدن بیمار در هر ساعت از شبانه روز ویزیت پزشک معالج با هماهنگی مسئول شیفت یا سوپروایزر انجام شده و پاسخگوئی به سوالات بیمار و همراه وی امکان پذیر می باشد.
- در مواقع اضطراری در سایر ساعات شبانه روز پرستار مسئول شیفت از طریق مرکز تلفن با پزشک معالج تماس گرفته و راهنمایی های لازم را به بیمار و همراهانش ارائه می دهد.
- در صورت نیاز بیمار به مالقات با پزشک معالج پس از ترخیص پرستار بیمار را به واحد اطلاعات هدایت می کند تا بیمار آدرس و شماره تلفن مطب پزشک معالج یا ساعات حضور در درمانگاه را دریافت نماید .مسئول هماهنگی و اطلاع رسانی به بیمار ، سرپرستار بخش و پرستار مسئول بیمار می باشد .

## امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرندگان خدمت بیمارستان

با هدف مشارکت بیمار در تصمیم گیری های بالینی و رعایت حق تصمیم گیری آزادانه بیمار در مداخلات تهاجمی و نیمه تهاجمی و کاهش عوارض حقوقی و شکایات احتمالی ، اقدام به اخذ رضایت آگاهانه از بیمار می نماید و لیست اقدامات تشخیصی و درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند طبق دستورالعمل وزارت بهداشت و با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول ایمنی شناسائی و تدوین شده و در اختیار بیمارستان ها قرار داده شده است و تنظیم فرم رضایت آگاهانه مطابق با دستورالعمل کشوری تدوین شده است . لیست اقدامات نیازمند به اخذ رضایت آگاهانه شامل مداخلات جراحی ، اسکوپ ، شوک درمانی ، پرتو درمانی ، شیمی درمانی ، آنژیوگرافی ، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خون می باشد \* .الزم به ذکر است که در موارد اورژانس که بیمار اختلالات هوشیاری دارد و در شرایط تهدید کننده ی حیات می باشد نیاز به اخذ رضایت آگاهانه نمی باشد . محرمانگی اطلاعات بیمارستان با هدف پیشگیری از عوارض اجتماعی و خانوادگی بیماران و مدیریت اطالات محرمانه درمانی بیماران روش اجرائی حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران را تدوین نموده و به رؤسای بخش بالینی و مسئول واحد اطلاعات سلامت ابلاغ نموده است.لازم به توضیح است که اطلاعات درمانی بیمار شامل تشخیص های احتمالی یا قطعی و سایر اطالات تشخیصی و درمانی است. در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/ پیراپزشک و یا سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و جهت مطالعه تقاضای پرونده بیمار را نماید، صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت می شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نا محسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی/ قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود

## اهمیت محرمانگی مدارک پزشکی

۱. اطلاعات موجود در پرونده پزشکی که، باعث تداوم مراقبت بیمار می باشد محرمانه محسوب شده و حفظ و نگهداری از آن الزامی می باشد.

۲. محرمانگی مدارک پزشکی بیمار در زمان نقل و انتقال و اعزام بیمار توسط پرسنل رعایت می شود

۳. دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار با توجه تعریف سطوح دسترسی انجام می گیرد

۴. در صورت سوء استفاده از اطلاعات پرونده توسط افراد غیر مرتبط پیگیری قانونی انجام می شود.

### نحوه استفاده از تلفن همراه

بیمارستان به جهت افزایش تمرکز کارکنان در رسیدگی به بیماران و ایجاد فضای آرام بخش در محیط های حساس و پرخطر شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی آیین نامه ای به منظور ساماندهی نحوه استفاده از تلفن همراه در بخش ها درمانی برای کارکنان و دانشجویان در ۵ ماده و ۴ تبصره به شرح زیر تدوین و ابلاغ شده است .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### ارائه خدمات منطبق بر موازین شرعی بیمارستان

به منظور حفظ حریم شخصی بیمار ، محرمانگی اطلاعات ، ارزش بیماران در راستای امنیت روانی و افزایش رضایتمندی و رعایت موازین شرعی و اصول حرفه ای پزشکی در حین ارائه خدمات مراقبتی ، تشخیصی و درمانی ، خط مشی حریم خصوصی گیرنده خدمت را تدوین نموده و به شرح زیر ابلاغ می نماید.

۱- از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص احتمالی یا قطعی بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی بیمار را آشکار می سازد خودداری نمایند.

۲- هرگز با صدای بلند در خصوص بیماری فرد بیمار صحبت نشود.

۳- در تمام بخش ها انجام هر اقدام درمانی منوط به رضایت بیمار می باشد.

۴- در کلیه بخش ها در قالب اتاق های ۸ یا ۲ یا ۴ تخته حریم بین بیماران فراهم شده است .

۵- اقامت بیمار عادی بزرگسال به صورت تفکیک اتاق های بستری خانم ها و آقایان

۶- در کلیه بخش های ویژه حریم خصوصی بین بیماران توسط پرده یا پاراوان تأمین شده است. پزشک ، پرستار و بهیار مسئول بیمار می بایست نحوه محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت با استفاده از پاراوان و جداکننده در اتاق های عمومی قبل از هرگونه اقدام درمانی که نیاز به برداشتن پوشش بیمار دارد را پیش بینی نموده و در صورت لزوم انجام دهند . در خصوص استفاده از پاراوان تاشو - متصل به زمین یا سقف ( می بایست به رنگ ، جنس قابل شستشو و بهداشتی ، عدم نقض فاصله بین تخت ها و حریم خصوصی بیماران توجه داشت، پزشک و پرستار موظف است از پوشانده شدن مناطقی از بدن که در مراحل تشخیصی و درمانی نیاز به مداخله ندارند اطمینان کسب نمایند. پزشک ، پرستار و بهیار مسئول بیمار قبل از ورود به اتاق بیمار اجازه ورود می گیرند

۷- در تمام شیفت های کاری بر اساس طرح انطباق از پرسنل کادر پرستاری یک خانم و یک مرد استفاده می گردد.

۸- در ارائه تمام مراقبت های درمانی در بخش های بستری - اورژانس و درمانگاه ها ( طرح انطباق رعایت می گردد .

۹- در بخش های ویژه بانوان بلوک زایمان - اتاق عمل زنان - زنان وزایمان و بخش های بستری زنان ( از پرسنل کادر پرستاری و خدمات خانم استفاده می شود .

۱۰- در تمام بخش ها طرح انطباق رعایت شده بطوری که بیماران زن توسط کادر پرستاری زن مراقبت می شوند.

۱۱- پوشش بیماران بر اساس جنسیت طراحی شده و موازین شرعی در این خصوص رعایت می شود.

۱۲- پوشش بیماران با رعایت موازین شرعی ، اخلاق حرفه ای و تامین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او تامین می شود.

۱۳- بیمارستان شرایط لازم در خصوص درخواست بیمار /خانواده وی مبنی بر افزایش حریم خصوصی و رعایت اعتقادات آنها را فراهم می کند .

۱۴- بیمارستان شرایط لازم در خصوص درخواست بیمار /خانواده وی مبنی بر افزایش حریم خصوصی و رعایت اعتقادات آنها را فراهم می کند .

۱۵- عدم استفاده از دوربین مدار بسته در حریم خصوصی بیماران

۱۶- ارائه خدمات تشخیصی و معاینات زنان و زایمان می بایست توسط پزشکان و پرستاران همگن صورت پذیرد. در موارد ضرورت انجام توسط افراد غیر هم جنس، بنا به درخواست و رضایت بیمار باحضور محارم بیمار یا یک نفر از کارکنان فنی زن انجام میشود و در مواردی که بیمار تمایل ندارد یکی از اعضای خانواده در زمان معاینه پزشک غیر همگن بر بالین وی حضور یابد، ضروریست یکی از کارکنان همگن بیمارستان حضور یابد .

### نیازهای عبادی گیرندگان خدمت :

نیازهای عبادی گیرندگان خدمت باید توسط سرپرستاران هر بخش شناسائی و تسهیلات (قبله نما ، مهر و سجاده ، قرآن و کتاب های مذهبی ، ترالی تیمم ) با هماهنگی مدیریت بیمارستان برای بیماران فراهم شود. بیمارستان موظف به تأمین مکانی به عنوان نمازخانه به تفکیک خانم و آقا در بیمارستان می باشد. در صورت شناسائی ادیان و مذاهب مختلف گیرنده خدمت ، باید تا حد امکان نیازهای عبادی ایشان فراهم شود لازم به توضیح می باشد که یک نسخه از کتاب ادیان مختلف در دفتر سوپروایزری و نسخه ای دیگر در واحد گیرنده خدمت در دسترس می باشد .

### نحوه ی حفاظت از اموال گیرنده خدمت:

بیمارستان با هدف حفاظت از اموال گیرنده خدمت و پیشگیری از بروز مشکلات حقوقی اقدام به تدوین دستورالعمل نحوه حفاظت از اموال گیرنده به شرح زیر نموده است 1- در زمان پذیرش کلیه اموال نقدی و غیر نقدی مراجعه کننده که همراه وی می باشد شامل وسایل الکترونیک – گوشی ، تبلت ، زیورآلت و... ( در حضور پرستار شاهد و همراه/معتمد بیمار، تحویل سرپرستار یا مسئول شیفت شده وبا تنظیم صورتجلسه تحویل همراه بیمار یا معتمد ایشان شود ) رسید اخذ گردد ( یا در صورت نبودن همراه تحویل مسئول دریافت ،بررسی و پیگیری شکایات می شود - 2 . در خصوص بیماران تصادفی یا منتقل از طریق اورژانس اموال بیمار و صورتجلسه که بایستی در حضور کارشناس اورژانس و مامور انتظامات تنظیم گردد به دفتر مدیریت/حفاظت فیزیکی و یا هر مسئول دیگر به تشخیص بیمارستان تحویل شود.در نهایت پس از درمان و هنگام ترخیص تحویل خانواده بیمار شده و رسید اخذ گردد .حفاظت از اموال گیرنده خدمت بیماری که هوشیاری ندارد کلیه مدارک بیمار طی صورتجلسه ای با حضور مسئول بخش و نگهبان بیمارستان دریافت و در واحد حراست بیمارستان نگهداری میشود و پس از ترخیص به بیمار تحویل داده میشود - در صورت فوت بیمار : پس از انجام اقدامات قانونی ، مدارک تحویل ورثه بیمار میشود .

### حمایت از گروه های آسیب پذیر :

شناسائی گروه های آسیب پذیر بر اساس لیست اعلام شده راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی انجام می شود به شرح ذیل :

## کودکان

از آنجایی که کودکان جزء گروه های آسیب پذیر محسوب می شوند در این مرکز ارائه خدمات سلامت و درمان در بخش اطفال جهت مراجعه کنندگان بخش بستری اطفال جهت کودکان بیمار نیاز به بستری در نظر گرفته شده است در بخش کودکان علاوه بر ارائه خدمات سلامت و درمان همراهی خانواده و شرایط بودن همراه در کنار هر کودک فراهم شده است همچنین اتاق بازی تجهیز شده در بخش کودکان شرایط فیزیکی مناسب، متناسب با نیاز کودکان در نظر گرفته شده است. در مورد کودکان بی سرپرست پس از اطلاع به سوپروایزر، پزشک، ریاست و نیروی انتظامی ارائه کلیه خدمات مانند سایر کودکان برای این کودکان ارائه می شود و پس از ترخیص این کودکان به مقامات ذیصلاح تحویل داده می شود.

## زنان باردار

۱. ارائه خدمات مطلوب سلامت و پایش مادران باردار به صورت روزانه در درمانگاه زنان ابتدا توسط مامای مسئول مادران باردار صورت گرفته و در صورت نیاز مادران جهت دریافت مراقبت بیشتر به پزشک زنان ارجاع داده می شوند.
۲. برای کلیه مادران باردار پرونده بارداری تدوین شده است و پیگیری مسائل مراقبتی به صورت دوره ای و در صورت نیاز به صورت تلفنی توسط مامای مسئول انجام می شود.
۳. در صورت نیاز به مراقبت اورژانسی جهت مادران باردار در شیفت عصر و شب کلیه مراقبت ها در بلوک زایمان جهت مادران ارائه می شود
۴. برقراری کلاسهای مراقبت های دوران بارداری و برنامه ورزشی و آمادگی جهت شیردهی و آموزش شیردهی توسط مامای مسئول طبق جدول زمانبندی انجام می شود
۵. در مورد مادران بی سرپرست وضعیت آنها توسط مامای مسئول به سوپروایزر و نیروی انتظامی اطلاع داده می شود.

## افراد ناتوان و سالمندان و معلولین جسمی

۱. افراد ناتوان ذهنی یا جسمی و افراد سالمند جزء گروه های آسیب پذیر محسوب شده و ارائه کلیه خدمات سلامت با احترام و توأم با مهربانی و با توجه به شرایط بیماران فراهم شده است
۲. داشتن همراه برای کلیه افراد سالمند و ناتوان ضروری می باشد .
۳. جهت جلوگیری از صدمات احتمالی به این دسته از بیماران، این بیماران تا حد امکان در معرض دید پرستار بستری شده و کلیه اقدامات ایمنی نظیر نرده کنار تخت، وجود محافظ پنجره ها و استفاده از سرویس بهداشتی مناسب برایشان در نظر گرفته شده است
۴. ارائه کلیه خدمات مراقبتی جهت این دسته از افراد که بی سرپرست می باشند توسط کادر پرستاری انجام می شود.

## گیرندگان خدمت مجهول الهویه و افراد بی سرپرست :

بیمارستان به منظور حمایت از بیماران مجهول الهویه و تداوم مراقبت از ایشان روش اجرایی ارائه خدمت به بیماران مجهول الهویه را به شرح زیر تدوین و ابلاغ نموده است

مجهول الهویه : به فردی اطلاق می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری، مهجوریت و ... قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست و همراهی که بتواند این اطلاعات را در اختیار قرار دهد، ندارد. رعایت مبانی حقوق این دسته از بیماران با توجه به شرایط این بیماران و رعایت آن به محض پذیرش توسط هر یک از پرسنل بیمارستان که توسط هر یک از پرسنل بیمارستان که شامل

۱- تعیین مجهول الهویه بودن منوط بر گزارش اورژ پرستار/ پزشک مستقر در واحد اورژانس می باشد.

۲- اطلاع رسانی به دفتر پرستاری و پذیرش توسط اورژانس

۳- در خصوص پذیرش بیمار مجهول الهویه اطلاع رسانی و صورتجلسه تنظیم می گردد.

۴- کلیه حمایت های مراقبتی و درمانی از بیمار مجهول الهویه و تعیین همراه توسط بیمارستان انجام می شود.

۵- سوپروایزر ، سرپرستار و امور اداری پیگیری هویت بیماران مجهول الهویه را در اسرع وقت انجام می دهند .

۶- هماهنگی با نیروی انتظامی و مراجع قانونی جهت شناسایی بیمار

نظارت ویژه سوپروایزر وقت بر امور درمانی این بیماران در هر شیفت انجام می گیرد . مراقبت های درمانی مانند سایر بیماران صورت می پذیرد . سوپروایزر /مترون بر اساس صورتجلسه تنظیم شده نیروی انتظامی مراتب را پیگیری و در صورت نیاز به مراجع ذیصلاح ، پزشکی قانونی و... ارجاع می دهد . واحد حراست بیمارستان به طور ویژه و نامحسوس نسبت به شناسایی خطرات و آسیبهای احتمالی که این افراد رتهدید می کند اقدام می نماید . هزینه های بیمار پس از بررسی وبا تشخیص مدیرعامل بیمارستان و انجام مساعدت های الزم توسط ایشان انجام و پرداخت می گردد .

## تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین

بیمارستان با هدف افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان و ارتقاء هتلینگ بیمارستان فرآیند شناسایی همراه بیمار را به وسیله کارت همراه فراهم نموده و امکانات الزم جهت اقامت همراه و رفاه بیماران فراهم می کند. در صورت نیاز به بیمار به داشتن همراه ، کارت همراه توسط صندوقدار یا مسئول شیفت صادر شده و در اختیار همراه بیمار قرار می گیرد. بیمارستان کلیه امکانات رفاهی و اقامتی بیمار نظیر تخت ، کمد ، ، صبحانه ، ناهار و شام متناسب با نوع بیماری میان وعده ، همراه سرا، تلویزیون ، تلفن و مبل تختخواب شو جهت همراه ، مبلمان مناسب نیمکت ( در محوطه ، دستگاه خود پرداز ، کیوسک تلفن عمومی ، فروشگاه مواد غذایی و بوفه جهت ارائه غذای سرد به همراهان و آبدارخانه بهداشتی و تأمین آب جوش یا سرو نوشیدنی های گرم ،چای ( برای همراهان در طول روز را فراهم نموده است.

## اقدامات و تسهیلات و امکانات لازم برای بیماران در حال احتضار

تعیین وضعیت احتضار بیمار بر عهده پزشک معالج می باشد و کلیه مراقبت های درمانی تا زمان حیات هر بیمار ادامه می یابد. کارکنان درمانی باید تعریف احتضار و مرگ و مراحل مواجهه با مرگ را بدانند و بدان عمل نمایند. کارکنان درمانی براساس اصول حرفه ای و اخلاق پزشکی و پرستاری می بایست ضمن تأمین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیماران که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام دهند و امکان مصاحبت و همراهی افرادی را که فرد در حال احتضار مایل به دیدارشان است را فراهم نمایند. ضمن آگاهی کارکنان در خصوص چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار باید فضای مجزا و مناسب به منظور تأمین آسایش بیمار در حال احتضار در نظر گرفته شود و اتاق بیمار باید دارای حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه یا ایجاد فضای مجزا با پاراوان یا پرده باشد و همچنین می بایست شرایط ویژه از جمله آداب و رسوم و شعایر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده وی فراهم شود.

## نظر خواهی از پزشک دیگر به درخواست گیرنده خدمت

در طول اقامت بیمار در بیمارستان مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج می باشد و در صورت درخواست بیمار یا خانواده وی جهت نظر خواهی از پزشک دوم و سرپرستار بخش پس از موافقت پزشک معالج و با همکاری دفتر پرستاری تسهیلات لازم برای امکان نظر خواهی از پزشکان دیگر داخل یا خارج بیمارستان را مهیا نموده و پس از ویزیت بیمار توسط پزشک دوم دستورات پزشک دوم به اطلاع و رویت پزشک معالج رسیده و در صورت تأیید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می شود و در صورت عدم موافقت پزشک معالج موارد توصیه شده پزشک دوم قابل اجرا نمی باشد.

## نحوه ارائه تصویر اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی

به گیرنده خدمت در صورت درخواست بیمار یا ولی قانونی او تصویر کاغذی یا فایل الکترونیک اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک در اختیار بیمار قرار داده می شود و در صورتی که پرونده بیمار از بخش خارج شده و در اختیار مدارک پزشکی باشد بیمار یا همراه وی بعد از ارائه درخواست کتبی به مدیر عامل بیمارستان و در صورت صلاحدید ایشان بیمار به واحد مدارک پزشکی ارجاع شده و تصاویر اطلاعات مورد نیاز در اختیار ایشان قرار می گیرد.

## سنجش رضایت گیرنده خدمت

بیمارستان با هدف آگاهی از عملکرد واقعی بیمارستان از نگاه گیرندگان خدمت و ارتقاء رضایت بیماران و همراهان آن ها در فواصل زمانی معین (به صورت آنلاین و ارسال لینک پیامک رضایت سنجی و بصورت حضوری و اخذ پرسشنامه سنجش رضایت از بیماران و همراهان) می نماید و نتایج حاصل در واحد بهبود کیفیت جمع بندی شده و در کمیته اخلاق بالینی مطرح شده و موارد بحرانی و موفق شناسائی شده و به تیم مدیریت اجرائی گزارش می شود و مداخلات اصلاحی تصویب شده و مدیریت اجرائی بر اجرای مصوبات و مداخلات اصلاحی نظارت می نماید.

## نظام کارآمد رسیدگی به شکایات ، انتقادات و پیشنهادهای رسیدگی به شکایت

فعالیت دفتر ارائه انتقادات ، پیشنهادهای و رسیدگی به شکایات در این روش به جای آنکه منتظر بروز نارضایتی باشد با حضور در محل ارائه خدمات ضمن شناسایی موارد عدم انطباق پیش از بروز نارضایتی نسبت به رفع موارد انطباق و تسهیل خدمات برای بیماران

اقدام می شود. این شیوه از حمایت از بیماران در نهایت منجر به شناسایی نقص های فرآیندی و بهبود روند خدمات خواهد شد. این امر بویژه در اقامت طولانی بیماران، کنسلی اعمال جراحی، کیفیت هتلینگ، کیفیت مراقبتهای پرستاری و ویزیت های پزشکی و پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی بیمارستان بسیار راهگشا و کمک کننده است. در این دفتر بایستی حداقل یک کارشناس بالینی حضور داشته باشد و برنامه های رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات نیز در همین دفتر برنامه ریزی و انجام شود. تیم های دائمی و موقت کمکی برای این دفتر با حمایت رئیس/مدیرعامل بیمارستان تعیین و در بازدیدهای میدانی برای پیگیری امور بیماران مشارکت می نمایند. این امر در ترویج فرهنگ بیمار محوری نیز بستر سازی نموده و تمامی کارکنان را درگیر مشکلات سازمان و بیماران می نماید. به این ترتیب اصلاح رفتار سازمانی نیز از جریان پی گیری فعال و پیشگیرانه این دفتر می باشد.

بیمارستان با هدف پاسخگویی به شکایات و نارضایتی های بیماران و خانواده آن ها و استفاده از نظرات و پیشنهادات بیماران و همراهان و کارکنان و افزایش اعتماد گیرندگان خدمت از طریق صندوق های رسیدگی به شکایات رسیدگی به موقع به شکایات اقدام به تهیه فرآیند اعلام شکایات و انتقادات و پیشنهادات در کنار صندوق ها در اندازه A3 نموده و تابلوی فرآیند رسیدگی به شکایات در محل قابل رویت در واحد پذیرش، سالن های انتظار، راهروی بخش های بستری، بخش اورژانس، پذیرش اورژانس و واحد حسابداری نصب شده باشد، کارکنان می بایست نسبت به این فرآیند آگاهی داشته باشند و مطابق آن عمل نمایند. بیمارستان موظف است در صورت شکایت حضوری به مسئول واحد شکایات مراجعه و بلافاصله نسبت به طبقه بندی و الویت بندی اقدام لازم را مبذول نماید. رسیدگی به شکایات فوری حداقل به صورت تلفنی باید بلافاصله پیگیری شده و با رعایت الویت تا پایان روز کاری به شکایت رسیدگی شود سطح بندی در خصوص نحوه رسیدگی به شکایات های واصله به شرح ذیل انجام می پذیرد.

\*رسیدگی آنی، به صورت حضوری و بلافاصله ای در صحنه با پیگیری میدانی

\* رسیدگی فوری، به صورت تلفنی بلافاصله پیگیری می شود.

\* رسیدگی در اولویت اول، تا پایان روز کاری

\*رسیدگی بدون اولویت، برحسب حساسیت موضوع و نوبت بندی برای پیگیری در اولین فرصت دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/ حداقل در بازه زمانی یک ماهه مجموع پیشنهادات و شکایات واصله را به صورت سیستماتیک تحلیل نموده و نتایج در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و کمیته پایش سنجش کیفیت مطرح و پیشنهادات اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تصویب و برای تایید نهایی و تامین منابع احتمالی مورد نیاز به تیم رهبری و مدیریت گزارش میشود. در نهایت نتیجه به اطلاع فرد رسیده و در صورت وجود خسارت، جبران خسارت انجام می گیرد. همچنین دسترسی به شکایات از طریق سایت بیمارستان به آدرس [www.bohlooh.gmu.ac.ir](http://www.bohlooh.gmu.ac.ir) امکان پذیر می باشد.

## بهداشت حرفه ای و سلامت شغلی

سلامت شغلی، تندرستی پرسنل و ارتباط آن با کار و محیط کار را بررسی می کند. در آغاز، گستره ی سلامت شغلی، به آسیب ها یا بیماری های شغلی محدود می گردید که به کار، شرایط کار یا محیط کار نسبت داده می شد

به تدریج، بررسی های انجام شده مشخص ساختند که سه عامل یاد شده از جمله عوامل کمک کننده به بروز بیماری های غیرشغلی نیز هستند و از این رو، دامنه های سلامت شغلی گسترش یافت

### اهداف سلامت شغلی عبارتند از:

- تامین، نگهداری و بالا بردن سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی کارکنان در هر پیشه ای که هستند.
- پیشگیری از بیماریهای و آسیب های ناشی از کار
- حفاظت کارکنان در برابر عواملی که برای تندرستی زیان آور هستند .
- به کارگیری فرد در کاری که از نظر فیزیولوژیک و روانی توانایی انجام آن را داشته باشد .
- همخوانی کار با فرد و در صورت نبود امکان، همخوانی فرد با کار

### عوامل زیان آور محیط کار:

۱. عوامل زیان آور فیزیکی (صدا، روشنایی، ارتعاش، تهویه، گرما، سرما، فشار هوا، تشعشعات پرتو)
۲. عوامل زیان آور شیمیایی (گازها و بخارات، گرد و غبار، دود و دمه، حلال ها، مواد ضد عفونی کننده)
۳. عوامل زیان آور بیولوژیکی ( ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها، انگل ها، خون و ترشحات آلوده)
۴. عوامل زیان آور ارگونومیکی ( پوزیشن نامناسب، کارها و حرکات تکراری، اعمال نیروی زیاد، خستگی و ...)
۵. عوامل روانی (شیفت و نوبت کاری، استرس شغلی، یکنواختی محیط کار و ...)

### استفاده از وسایل حفاظت فردی :

اصول استفاده از وسایل حفاظت فردی احتمال عفونت را کاهش می دهند ولی این احتمال را کاملاً از بین نمی برند . فقط در صورتیکه درست استفاده شوند، موثرند . جایگزین اصلی ترین جزء (شستن دست) نمی شوند . تمام کسانی که با بیمار بستری در تماسند از جمله پزشکان، پرستاران، کارکنان رادیولوژی، کارکنان آزمایشگاه، خدمات و غیره باید از وسایل حفاظت فردی استفاده کنند.

### حوادث ناشی از کار :

در هر کاری ممکن است حوادثی رخ دهد که باعث ایجاد خسارت های مالی و جانی شوند . هر نوع حادثه و اتفاق که در حین انجام کار یا وظیفه برای کارکنان رخ دهد حادثه ناشی از کار تلقی می شود.

## علل بروز حادثه در محیط کاری:

- \* کمبود وسایل ایمنی برای کار با دستگاه ها و ابزار های کاربردی و مهم در کار
- \* نبود لوازم ضروری و مواد بهداشتی برای حفظ سلامتی کارکنان
- \* اضطراب و نگرانی های شخصی و کاری کارکنان
- \* عدم آموزش به کارکنان
- \* اعتماد زیاد کارکنان به تجارب و مهارتهای کاری خود
- \* نادیده گرفتن نظم ، ترتیب و چیدمان لوازم مختلف باعث ایجاد هرج و مرج و بروز حوادث مختلفی می شود

## معاینات سلامت شغلی:

هدف از معاینات سلامت شغلی بررسی وضعیت افراد قبل و بعد از استخدام می باشد و شامل ارزیابی وضعیت روحی و جسمانی افراد و پیشگیری از آسیب های ناشی از محیط کار می شوند و در چند دسته زیرقرار می گیرند:

۱. معاینات بدو استخدام در آزمایش طب کار
۲. معاینات دوره ای در طول کار
۳. معاینات بازگشت به کار بعد از یک دوره طولانی
۴. معاینات تغییر شغل

## واحد بهداشت محیط

دستورالعمل استفاده از هیپوکلریت سدیم ( آب ژاول ) (واپتکس)

مشخصات و خواص: دارای خاصیت ضد عفونی کننده با اثر سریع بر روی فعالیت میکرو ارگانیسم ها می باشد گاز کلر توانایی کشتن اغلب باکتریها ، مخمرها ، ویروسها و پروتوزوئرها را دارد.

عوارض : تنفس بخار هیپوکلریت و کلر آزاد شده آن باعث سرفه و تحریک شدید دستگاه تنفس می شود و این خاصیت خصوصاً در هنگام استفاده همزمان اسیدها و مواد اکسید کننده تشدید خواهد شد ، همچنین دارای اثر بر روی پوست نیز می باشد که در صورت تماس بایستی موضع با آب فراوان شسته شود.

موارد مصرف: محلول بصورت رقیق شده ۰/۱٪ تا حداکثر ۱٪ جهت ضد عفونی و شستشوی زمین ، کف دیوارها ، تمامی قسمتهای متشکل از سنگ ، دستشویی ، توالت ، حمام و... در کلیه بخشها بکار برده می شود .

### نکات قابل توجه :

- محلول بایستی بصورت تازه و روزانه تهیه و مصرف شده و از محلول رقیق شده پس از گذشت ۲۴ ساعت پرهیز شود ، زیرا ماده اثر بخشی خود را از دست می دهد.
- همچنین از مصرف ماده با غلظت بیش از ۱٪ خودداری شود زیرا باعث تحریک دستگاه تنفسی شده و برای بیماران و پرسنل بصورت جدی آزار دهنده می باشد .
- بدلیل اثر خورندگی از مصرف هیپوکلریت سدیم برای اشیاء فلزی خودداری شود.
- بدلیل از دست رفتن تدریجی کلر مؤثر به تاریخ تولید محصول توجه حتی المقدور از تاریخهای نزدیکتر استفاده شود .
- مخلوط نمودن این محلولها با مواد شوینده مثل پودرهای شوینده اشتباه رایجی بوده که بدلیل آزاد نمودن ناگهانی کلر ضمن آسیب رساندن به شخص استفاده کننده خاصیت ضد میکروبی آن نیز بشدت تضعیف می گردد.

### پاشیده شدن خون و مواد آلوده بدن در محیط

به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولاً کافی است ولی اگر ترشحات حاوی ارگانیسم های بالقوه خطرناک باشد باید از یک ماده گندزدا استفاده کرد. برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یک بارمصرف پوشید و اگر خطر آلودگی لباس نیز وجود دارد بایستی از آپرون پلاستیکی (یکبارمصرف) استفاده نمود. در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون توصیه میشود که:

-دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها پوشیده شود(رعایت احتیاطات استاندارد)

-خون و مواد آلوده با دستمال یک بار مصرف جمع اوری و پاک شوند(دستمال یکبار مصرف به دستمال کاغذی یا ساخته شده از لیاف پنبه گفته میشود که پس از استفاده دور انداخته شود)

-محل مورد نظر با آب و دترجنت (صابون) شستشو و خشک شود.

-با محلول هیپو کلریت سدیم آب ژاول خانگی، (وایتکس) گند زدایی شود. اگر سطح آلوده شده صاف باشد از رقت ۱ درصد و در صورت داشتن خلل وفرج از رقت ۱۰ درصد ماده گندزدا استفاده میشود. ذکر این نکته ضروری است که مایع ضد عفونی کننده بایستی بطور صحیح و دقیق رقیق شده و به صورت تازه تهیه شود.

-میتوان از محلول دکونکس دو درصد نیز به مدت ده تا پانزده دقیقه استفاده نمود.

توجه: در صورتی که مقدار زیاد خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (بیشتر از ۳۰ سی سی) یا اگر خون و سایر مایعات حاوی شیشه شکسته یا اشیاء نوک تیز باشد باید:

-پارچه یکبار مصرف روی آن پهن نمود و موضع را پوشاند .

-روی آن محلول هیپو کلریت سدیم با رقت ۱۰ درصد ریخت و حداقل ۱۰ دقیقه صبر کرد.

-بادستمال یک بار مصرف آن را جمع کرد با آب و دترجنت محل را پاک و تمیز نمود.

-با محلول هیپو کلریت سدیم ( آب ژاول ) گندزدایی انجام شود. (مانند شرح قبلی)

### جدا سازی و تفکیک تی و دستمال تنظیف مورد استفاده در بخش ها

الف- علت تفکیک رنگ دسته های تی و دستمال تنظیف:

به دلیل اجتناب از انتقال و سرایت الودگی های محیط با دقت و رعایت تفکیک تی هاو دستمالها هنگام نظافت می توان گام موثری در این زمینه برداشت.

- تی آبی: اتاق استراحت-بخشهای اداری و ایستگاه پرستاری
- تی قرمز: راهروها و اتاق بیماران
- تی زرد: اتاقهای ایزوله
- تی سبز: آبدارخانه
- دستمال آبی
- تخت-صندلی ولاکر بیمار
- میز غذای بیماران-تابلوها-تلفن تلویزیون-درب و دستگیره ها و تجهیزات پزشکی
- دستمال زرد:
- کلیه وسایل موجود در اتاق ایزوله عفونی
- دستمال سفید:
- ایستگاه پرستاری-آبدارخانه-اتاق استراحت

## ب: دستورالعمل استفاده از تی ها:

وسایل مربوط به نظافت از قبیل سطل ها، نخ تی باید بصورت خشک و در محل مناسب نگهداری شود. تی ها باید همیشه آویزان باشند و در صورت امکان در هوای آزاد نگهداری شوند.

خشک نمودن وسایل تمیز کننده زمین لازم بوده زیرا براحتی با باسیل های گرم منفی آلوده می شوند ولی این آلودگی بصورت موقت به سطح زمین منتقل شده و مشکل جدی ایجاد نمی کند.  
تعویض نخ تی هر ۱۵ روز الزامی میباشد.

### نکات بهداشتی که پرسنل خدمات باید به آن توجه نمایند

- ۱- لباس های کار بایستی در بیمارستان شسته و نگهداری شده و از بردن آنها به منزل اکیداً خودداری گردد.
- ۲- برای تمیز کردن استیشن، اتاق بیماران، یخچال پرسنل، و کلیه نقاط کثیف و تمیز از دستمالهای جداگانه استفاده شود. دستمالها باید پس از هر بار استفاده، شستشو و کاملاً خشک شوند
- ۳- از دست زدن به نقاط تمیز مثل تلفن، استیشن، داخل یخچالها و.... با دستکش یا دست آلوده اکیدا خودداری گردد، چون باعث ایجاد بیماری در تمامی پرسنل میشود.
- ۴- برای جمع آوری زباله و شستشوی توالتها بایستی از دستکش مخصوص استفاده شود.
- ۵- در هنگام کار از لباس کار مناسب و دستکش و در هنگام شستشوی سرویسهای بهداشتی حتماً از چکمه استفاده گردد.
- ۶- کلیه وسایل شخصی بایستی در کمد لباس مخصوص قرار داده شده و از قرار دادن این وسایل در سایر قسمتهای بخش خودداری گردد.
- ۷- تلفن های همراه می تواند عامل انتقال عوامل بیماری زا و آلودگی باشند که راه مقابله با آن رعایت موارد کنترل عفونت و شستن دستها است.

### نکات بهداشتی در مورد جمع آوری و تفکیک البسه در بخشها

- ۱- اگر ملحفه ها به خون و سایر مایعات بدن آلوده باشد بایستی از وسایل حفاظتی مثل دستکش و ماسک استفاده شود.
- ۲- پرسنل مسئول جمع آوری البسه بایستی بر علیه بیماری هپاتیت B واکسینه شده باشند
- ۳- در هنگام جمع آوری البسه باید آرامش کامل داشت و از شتابزدگی اجتناب نمود.
- ۴- ملحفه های آلوده شده با خون و یا سایر مایعات بدن بایستی در کیسه های پلاستیکی زرد رنگ قرار داده شود.
- ۵- در هنگام جمع آوری ملحفه های آلوده با خون و سایر مایعات بدن بایستی ملحفه بصورتی پیچیده شود که قسمت آلوده در وسط ملحفه محفوظ نگه داشته شود
- ۶- در حین جمع آوری البسه و قرار دادن آنها در داخل کیسه باید از عدم باقی ماندن وسایل نوک تیز و سوزن در داخل ملحفه ها اطمینان حاصل نمود.

۷- البسه بعد از جمع آوری باید روزانه به لندری منتقل گردد و در هنگام انتقال البسه، پرسنل از ماسک و دستکش استفاده کنند.

۸- انتقال البسه تمیز با ترالی مخصوص حمل البسه تمیز انجام گردد.

### دستورالعمل تفکیک ، جمع آوری ، انتقال و دفع زباله

- \* زباله بیمارستانی: به کلیه مواد زائد جامد و نیمه جامد تولیدی از تمام بخشها و واحدهای درمانی و غیر درمانی یک بیمارستان زباله بیمارستانی اطلاق میشود. این زباله ها به سه دسته تقسیم میشود:
  - \* زباله های معمولی یا شبه خانگی: به زباله هایی اطلاق می گردد که از لحاظ حمل و نقل مشکل خاصی ندارند. مانند زباله های قمست اداری ، آشپزخانه ، آبدارخانه ، پسماند های تولیدی توسط عیادت کنندگان و پرسنل خدماتی
  - \* زباله های عفونی و خطرناک: به زباله هایی اطلاق می گردد که می تواند حداقل یک بیماری عفونی را منتقل کند ، مانند زباله های تزریقات ، آزمایشگاه .سی سی یو اطاق عمل بخش های زایمان ، اورژانس، اطاق پانسمان ، دیالیز ، بانک خون داروهای تاریخ گذشته و ته مانده های داروها و مواد شیمیایی و بطور کلی تمام پارچه ها و البسه الوده به خون گاز و پنبه مصرف شده برای پانسمان، نمونه های آزمایشگاهی و محیطهای کشت مربوطه ، اقلام پلاستیکی مانند سوند کیسه خون و کیسه ادرار و...
  - \* زباله های نوک تیز و برنده: مانند سرسوزن و...
- به منظور ارتقاء بهداشت و کاهش عفونتهای بیمارستانی موارد ذیل بایستی رعایت شود:
- الف- کلیه زباله های معمولی یا شبه خانگی بایستی در کیسه زباله مقاوم سیاه رنگ جمع آوری ، سپس به محل نگهداری موقت زباله های غیر عفونی منتقل و روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شود.
  - ب- کلیه زباله های عفونی و خطرناک بایستی در کیسه مقاوم زرد رنگ جمع آوری ، و سپس به محل نگهداری موقت زباله های عفونی منتقل و توسط دستگاه اتوکلاو بی خطر شده و روزانه توسط شهرداری به محل دفن زباله منتقل شوند.
  - ج- کلیه وسایل برنده و نوک تیز بایستی در سفتی باکس جمع آوری و بعد از پر شدن سه چهارم آن درب بسته و به جایگاه موقت منتقل شود.

### بر چسب گذاری زباله ها:

- هیچ کیسه محتوی زباله نباید بدون داشتن بر چسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود.
- روی کیسه های زرد رنگ حاوی زباله های عفونی بر چسب مخصوص تحت عنوان نام بخش، تاریخ تولید، نوع زباله نوشته شود و برای زباله های معمولی هم همین مشخصات چسبانده شود و برای انتقال به اتاقک زباله آماده شود.
- بر چسب ها با اندازه قابل خواندن باید بر روی ظرف یا کیسه چسبانده و یا به صورت چاپی درج شود و بر اثر تماس یا حمل نباید به آسانی جدا یا پاک شود و از هر طرف قابل مشاهده باشد
- واحد امحاء کننده باید از دریافت زباله های فاقد برچسب اکیداً خودداری نماید.