



بیمارستان شهید مطهری مروجت

دفتر بهبود کیفیت

بهار ۱۴۰۱

فهرست خط مشی ها در استانداردهای اعتباربخشی سال ۱۳۹۸ (بازنگری ۱۴۰۱)

ردیف	زیرمحور	عنوان	شماره صفحه	کد
۱.	رهبری و مدیریت کیفیت	<u>مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت سلامت</u>	۳	PO.LM.۹۸/۲۸۱
۲.	مدیریت خطر، حوادث و بلایا	<u>تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحرانی</u>	۵	PO.DM.۹۸/۳۰۱
۳.	مدیریت اطلاعات سلامت	<u>کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها</u>	۷	PO.HIM.۹۸/۲۷۹
۴.	مراقبت های عمومی بالینی	<u>استفاده صحیح از روش مهار شیمیایی</u>	۱۰	PO.GCC.۹۸/۳۰۲
۵.	مراقبت های عمومی بالینی	<u>استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی</u>	۱۳	PO.GCC.۹۸/۳۰۳
۶.	مراقبت های عمومی بالینی	<u>استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی</u>	۱۷	PO.GCC.۹۸/۲۶۸
۷.	مراقبت های حاد و اورژانس	<u>مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد</u>	۲۲	PO.EMC.۹۸/۳۰۴
۸.	مراقبت های حاد و اورژانس	<u>نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه</u>	۲۶	PO.EMC.۹۸/۳۰۵
۹.	مراقبت های حاد و اورژانس	<u>شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال اورژانسی در بخش های بستری</u>	۳۰	PO. EMC.۹۸/۳۰۶
۱۰.	تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت	<u>نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده/ مراجعین</u>	۳۳	PO.F&S.۹۸/۲۶۹
۱۱.	تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت	<u>مددکاری اجتماعی</u>	۳۸	PO.F&S.۹۸/۹۶
۱۲.	پیشگیری و کنترل عفونت	<u>نمونه گیری و گزارش آزمایش RT-PCR از بیماران مشکوک به کووید ۱۹ در بیمارستان</u>	۴۹	PO.IC.۱۴۰۰/۹۷

تناوب دوره بازنگری: یکساله

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - واحد مدیریت و رهبری - رهبری و مدیریت کیفیت					
مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت سلامت				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.LM.۹۸/۲۶۷	۲	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۹	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ دامنه کاربرد: تمام کارکنان بیمارستان

❖ تعاریف:

FMEA (Failure Mode & Effect Analysis): روشی است تحلیلی و نظام یافته به منظور شناسایی حالات خطای بالقوه ،

اولویت بندی آنها به منظور شناسایی و انجام اقدامات پیشگیرانه برای حذف خطاها

Focus-PDCA: روش پیشگیرانه خطاها بر اساس ارتقاء فرآیند

(Find Organize Clarify Understand Select – Plan Do Check Act)

RCA (Root Cause Analysis): بررسی ریشه ای علت ها

❖ بیانیه خط مشی : مرکز آموزشی - درمانی شهید مطهری مرودشت در راستای افزایش اثربخشی درمان و

مراقبت از طریق شناسایی پیشگیرانه خطرات و برنامه ریزی برای پیشگیری از آنها در سطح بیمارستان با مشارکت

تمام کارکنان به نگارش و اجرایی کردن این خط مشی اقدام نموده است.

❖ هدف : به حداقل رسیدن میزان رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات و مراقبت ها

❖ روش اجرایی

❖ مسئول ایمنی بیمارستان فعالیت های زیر را انجام می دهد:

۱. مشارکت در جلسات تیم مدیریت اجرایی در رابطه با بررسی نتایج تجزیه و تحلیل گزارشات خطاهای ارسالی
۲. مشارکت در جلسات RCA و FMEA و ارائه نظرات در تعیین اهداف برنامه های عملیاتی در جهت پیشگیری از رخداد وقایع ناخواسته

۳. تامین منابع مالی مورد نیاز برای اجرای برنامه های عملیاتی

۴. مشارکت در جهت ایجاد زیرساخت های لازم روش های گزارش دهی خطا

❖ کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر فعالیت های زیر را انجام می دهد:

۱. تشکیل جلسه با تیم ایمنی بیمار و تعیین روشهای گزارش دهی وقایع ناخواسته و خطا در بیمارستان
۲. آموزش روش های گزارش دهی وقایع ناخواسته و خطا به تمام کارکنان بیمارستان
۳. جمع آوری و تجزیه و تحلیل گزارشات خطای ارسالی از طرف کارکنان
۴. جمع آوری اطلاعات و پایش شاخص های ایمنی بیمار

۵. ارائه نتایج تجزیه و تحلیل گزارشات خطای دریافتی و شاخص های ایمنی بیمار به کمیته های مربوطه و سپس تیم مدیریت اجرایی هر سه ماه یک بار
۶. برنامه ریزی و پیگیری انجام FMEA جهت برنامه ریزی پیشگیرانه برای خطاهای بالقوه با مشارکت کارکنان مربوط
۷. برنامه ریزی و اجرای RCA جهت ریشه یابی وقایع ناخواسته و خطاهای پرتکرار با مشارکت کارکنان مربوط
۸. پیگیری تدوین و اجرای برنامه عملیاتی مرتبط با ارتقاء نتایج شاخص ها و کاهش میزان رخداد وقایع ناخواسته و خطاهای پرتکرار توسط کارکنان مربوط
۹. در مواقعی که نیاز به برنامه عملیاتی طولانی دارد ابتدای سال بعد به عنوان برنامه عملیاتی سالانه به واحد مربوطه ابلاغ می گردد.

❖ سایر کارکنان بیمارستان فعالیت های زیر را انجام می دهند:

۱. فعالیت بر طبق آنچه در خط مشی ها ابلاغ شده است.
۲. اجرای دستورالعمل ها و روش های اجرایی ابلاغ شده از سوی مسئولان بالاتر
۳. گزارش دهی وقایع ناخواسته و خطاها به مدیریت خطر
۴. شرکت در جلسات FMEA ، RCA مربوط به نوع فعالیت کاری خود.
۵. انجام وظایف مربوط به دستیابی به اهداف برنامه عملیاتی مربوط به کاهش میزان وقوع وقایع ناخواسته و ارتقاء شاخص های ایمنی بیمار
۶. شرکت فعال در برنامه ارتقاء فرایند های مربوط به شرح وظایف محوله به طور مستمر

صاحبان فرآیند: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، کارکنان بیمارستان

ذینفعان: بیماران، کارکنان

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات مورد نیاز: بودجه کافی جهت اجرایی کردن برنامه های بهبود

❖ منابع و مراجع: کتاب اعتبار بخشی - راهنمای ارزیابان بیمارستانهای دوستدار ایمنی

Risk management standard for primary care trusts-NHS litigation authority

تهیه کنندگان	تأیید کننده	تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده
زینب جلال زاده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی و ایمنی بیمار	زینب جلال زاده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	دکتر غلامرضا نجفی رئیس مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مروودشت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - واحد مدیریت و رهبری - مدیریت خطر حوادث و
بلايا

تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.DM.۹۸/۳۰۱	۲	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۱	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف: ارائه خدمات حیاتی درمانی در بحران

❖ دامنه: کارکنان بیمارستان

❖ تعریف: ندارد

❖ روش اجرایی

- ۱- در زمان بروز حادثه سوپروایزر کشیک پس از فعال سازی تیم پاسخ اضطراری و فراخوان نیرو تا رسیدن نیروها جهت ارائه خدمات به بیماران برای افزایش نیرو در واحد اورژانس از سایر بخش های بستری نیرو به بخش اورژانس می فرستد.
- ۲- کمیته مدیریت خطر و بلايا از قبل فهرستی از خدمات ضروری و حیاتی بخشهای بیمارستان تهیه می کند.
- ۳- سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت افزایش تعداد اتاق های عمل با مسئول یا اینچارج اتاق عمل هماهنگی می کند.
- ۴- سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین لوازم مصرفی مورد نیاز بخشهای حیاتی (ICU ، اتاق عمل ، اورژانس ، CSSD ، آزمایشگاه ، رادیولوژی) با مسئول انبار هماهنگی می کند.
- ۵- سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین دارو مورد نیاز بخشهای حیاتی (ICU ، اتاق عمل ، اورژانس) با مسئول داروخانه هماهنگی می کند.
- ۶- سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین لوازم پزشکی مورد نیاز بخشهای حیاتی (ICU ، اتاق عمل ، اورژانس ، CSSD ، آزمایشگاه ، رادیولوژی) با مسئول تجهیزات پزشکی هماهنگی می کند.
- ۷- سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین کپسول های اکسیژن مورد نیاز بخشها و بخصوص واحد اورژانس از طریق مسئول تاسیسات با شرکت طرف قرارداد و سایر مراکز درمانی هماهنگ می کند.
- ۸- سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین سوخت مورد نیاز ژنراتور ها با مسئول تاسیسات هماهنگ می کند.
- ۹- سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین آب مورد نیاز بیمارستان با توجه به وجود مخزن آب در بیمارستان با مسئول تاسیسات هماهنگ کرده مسیر آب واحد ها و مکان های غیر اورژانسی قطع می شود. (بغیر از بخش های درمانی و حیاتی)
- ۱۰- مسئول فنی بیمارستان یا رئیس بیمارستان ، جهت ادامه روند درمان بیماران و انجام اقدامات حیاتی و تداوم اقدامات حیاتی جهت بیماران به ویژه گروه های آسیب پذیر و بیماران بدحال (مانند کودکان، افراد مسن و معلولین) با پزشکان مقیم و آنکال جهت حضور مستمرشان هماهنگ می کنند .

۱۱- مسئول فنی بیمارستان یا رئیس بیمارستان، جهت ادامه روند درمان بیماران و انجام اقدامات حیاتی و تداوم اقدامات حیاتی جهت بیماران به ویژه گروه های آسیب پذیر و بیماران بدحال (مانند کودکان، افراد مسن و معلولین) با پزشکان عمومی اسکرین، بخشهای ویژه، بخش های بستری جهت حضور مستمرشان هماهنگ می کنند .

صاحبان فرآیند: کلیه کارکنان بیمارستان

ذینفعان: بیماران، کارکنان

منبع: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: کپسول اکسیژن، داروها و لوازم مصرفی و پزشکی موردنیاز بخش های حیاتی، سوخت مورد نیاز ژنراتور، آب، منابع انسانی مورد نیاز

❖ منابع و مراجع: مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخصهای توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا تالیف :

دکتر حمید رضا خانکه ۱۳۹۳- تجربیات بیمارستان

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت	دبیر کمیته مدیریت خطر، حوادث و بلایا	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان مهدی صنعتگر اردکانی مدیر بیمارستان طیبه زارع مدیر خدمات پرستاری مزگان حیات منش مسئول آزمایشگاه لیلا استخر مسئول رادیو لوژی محمد رضا مومنی مسئول تاسیسات رحیم فخار مسئول تجهیزات پزشکی حسین روشن مسئول تدارکات مهرداد کریمی مسئول انبار کبری مختاری مسئول کارگزینی فاطمه فیروز آبادی دبیر کمیته بحران

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - رهبری و مدیریت - فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت					
کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها / واحدها				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.HIM.۹۸/۲۷۹	۳	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۱	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ دامنه کاربرد: پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت

❖ تعاریف :

- پرونده بالینی بیمار: شامل اوراق و اطلاعاتی است که تاریخچه ورود بیمار به بیمارستان را به همراه اطلاعات بالینی بیمار را شامل می شود. این اطلاعات به دو صورت فیزیکی (برگه های پرونده) و بعضی از اوراق به صورت ثبت شده در سیستم HIS وجود دارد. پرونده بالینی بیمار در صورت مراجعه مکرر بیمار در زمان های متفاوت باقی می ماند و تنها کد پذیرش جدید بیمار به همراه اقدامات درمانی صورت گرفته به پرونده اولیه بیمار اضافه می شود.

❖ هدف: جلوگیری از مفقود شدن پرونده و اطلاعات بالینی در نقل و انتقال پرونده در بین بخش ها / واحدها

❖ بیانیه خط مشی: به منظور جلوگیری از مفقود شدن اطلاعات بالینی بیمار که گاهی شامل اطلاعاتی است که محرمانه به حساب می آید و یا جلوگیری از کم یا زیاد شدن اطلاعات پرونده، پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت موظف به حفظ و صیانت از پرونده از طریق کنترل ورود و خروج، محدودیت افراد مجاز به خروج پرونده و... می باشند.

❖ روش اجرایی

۱. جهت خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت اقدامات زیر انجام می گیرد:
 - افراد مجاز جهت درخواست خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت عبارتند از:
 - ← ریاست و مدیریت بیمارستان (جهت بررسی در کمیته های بیمارستانی)
 - ← مدیر خدمات پرستاری و مامایی
 - ← مسئولین بخش های درمانی در صورتیکه جهت بررسی موارد مرتبط با کنترل عفونت درخواست دهند. (ثبت درخواست به همراه مهر و امضاء و تاریخ درخواست)
 - ← پزشک معالج فقط در مواردی که بیمار بستری پرونده قبلی دارد، جهت پیگیری درمان
 - ← درخواست از سوی مراجع قانونی
۲. ثبت خروج پرونده از واحد مدارک پزشکی در دفتر مخصوص ثبت خروج پرونده توسط تحویل گیرنده پرونده

افراد مجاز برای تحویل پرونده عبارتند از:

- ◀ افراد معرفی شده از سوی ریاست و مدیریت بیمارستان
 - ◀ دبیر کمیته مرگ و میر
 - ◀ افراد معرفی شده از سوی مترون بیمارستان
 - ◀ منشی بخش ها در صورتی که از طرف مسئول بخش نامه به همراه داشته باشد.
 - ◀ مسئولین بخش ها و واحدها
 - ◀ افراد دارای مجوز و نامه از مراجع قانونی ذیصلاح
 - ◀ بیمار/ ولی قانونی وی/ بستگان درجه یک بیمار در صورت ارائه کارت شناسایی و احراز هویت از سوی پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت
- گاهی جهت کپی برداری از برخی برگه های پرونده، بیمار یا ولی قانونی وی به این واحد مراجعه کرده که پس از شمارش اوراق و تشخیص صحت هویت فرد تحویل گیرنده برگه های درخواستی به وی تحویل داده می شود.
۳. خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت
 ۴. در صورتی که پرونده به موقع به واحد مدارک پزشکی عودت داده شود قسمت مربوط به تاریخ عودت در دفتر ثبت خروج پرونده ثبت می شود و پرونده بایگانی می شود. در صورتیکه تاخیری در عودت پرونده صورت بگیرد پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت با پیگیری موضوع به صورت تلفنی خواستار برگرداندن هر چه سریعتر پرونده به واحد اطلاعات سلامت می شوند.
 ۵. پیگیری و کنترل پرونده های خروجی هر هفته و یا حداکثر دوهفته ای یکبار انجام می شود بدین صورت که پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت لیست پرونده های خروجی را با پرونده های عودت داده شده مقایسه کرده و پیگیری های لازم را درخصوص تاخیر در پرونده های برگردانده نشده انجام می دهند.
 ۶. گزارشات تاخیری پرونده نتیجه آزمایشات پاتولوژی پس از ترخیص بیمار، توسط خود بیمار پیگیری می شود و پس از آماده شدن نتیجه در اختیار خود بیمار قرار می گیرد.
 ۷. درخصوص سایر آزمایشات، گزارشات تاخیری بر اساس دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک اقدام می شود.

صاحبان فرآیند: پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت، مسئولین بخش ها/ واحدها

ذینفعان: بیماران، کارکنان

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات مورد نیاز: سیستم HIS ، دفتر ثبت خروج پرونده بیمار، تلفن

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
<p>دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهیدمطهری مرودشت</p>	<p>محمود عسکریان مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت</p>	<p>محمود عسکریان مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت کبری سجادیان مسئول دفتر بهبود کیفیت محبوبه زارعی کارشناس بهبود کیفیت</p>

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- مراقبت و درمان - مراقبت های عمومی بالینی

استفاده صحیح از روش مهار شیمیایی				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.GCC.۹۸/۳۰۲	۳	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۲	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف: حفظ ایمنی بیمار و کاهش درد و اضطراب و استرس بیمار

❖ دامنه: بخش های بالینی و واحدهای پاراکلینیکی و اتاق عمل

❖ تعریف: کنترل بیماران بی قرار با استفاده از روش های دارویی در صورتیکه بیمار با استفاده از مهار فیزیکی پاسخ مناسب را نداشته باشد.

❖ روش اجرایی

پرستار با توجه به شرایط استفاده از مهار شیمیایی اقدامات زیر را انجام می دهد :

۱. ارزیابی بیمار مبنی بر نیاز بیمار به مهار شیمیایی انجام می شود .
۲. پرستار مسئول بیمار نیاز بیمار به مهار شیمیایی را به پزشک اطلاع می دهد.
۳. پزشک دستور کتبی مهار شیمیایی را در پرونده بیمار در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید.
۴. پرستار مسئول بیمار مهار شیمیایی (دارو) را بر اساس اصول دارودهی right λ و دستورالعمل آماده سازی و تجویز داروها آماده و تزریق می نماید.
۵. علائم حیاتی بیمار و چک SPO₂ با استفاده از پالس اکسی متری قبل از دادن داروها کنترل می شود .
۶. بعد از دادن دارو مجددا بیمار از نظر علائم حیاتی و SPO₂ و سایر علائم فیزیولوژیک چک شده و هم چنین مانیتورینگ مداوم انجام می شود .
۷. بعد از دادن دارو عوارض ناشی از دادن دارو در بیمار مرتب چک می شود .
۸. ثبت صحیح داروهای داده شده به بیمار در پرونده بیمار (برگه گزارش پرستاری - برگه دستورات دارویی) انجام می شود .
۹. روند وضعیت بالینی بیمار بصورت مستمر کنترل می شود و به پزشک معالج گزارش می شود.
۱۰. هر ۲ ساعت یکبار تغییر وضعیت به بیمار می دهد .
۱۱. سایر اتصالات بیمار و میزان درناژ آنها را کنترل می نماید .
۱۲. واکنش مردمک ها را هر ۲ ساعت یکبار چک کرده و ثبت می نماید .
۱۳. تاثیر دارو بر بیمار را بررسی کرده و در صورت مهار نشدن بیمار به طور کامل با پزشک مربوطه مشورت می نماید .
۱۴. از نظر عوارض بی حرکتی بیمار را بررسی می کند .
۱۵. در گزارش پرستاری دلیل استفاده از مهار شیمیایی، زمان شروع، زمان پایان، نتایج حاصل از ارزیابی بیمار، عوارض احتمالی و نیاز مجدد به مهار شیمیایی را ثبت می کند.

۱۶. داروهای تزریق شده را در فرم دارویی ثبت می نماید. (نکته: در صورتیکه داروی استفاده شده جز داروهای پرخطر باشد تمام مراحل دارودهی براساس خط مشی داروهای پرخطر اجرا می شود).
۱۷. اطمینان از پیشگیری از ایجاد آلودگی صوتی و صداهای مزاحم
۱۸. چنانچه پرستار بدون دستور پزشک اقدام به مهار شیمیایی بیمار نکند، خلاف قوانین می باشد و متخلف محسوب می شود .

مهار شیمیایی در نوزادان:

✓ مهار شیمیایی در نوزادان **intubate**.

۱. بعد از چک دستورات پزشک مبنی بر دادن دارو به نوزاد **intubate** جهت جلوگیری از **Extubte** شدن و یا **Fight** با دستگاه و احتمال نمودتراکس انجام می شود که حتما باید دستور پزشک را داشته باشد .
۲. طبق میزان **Order** شده و با توجه به **Right** تمام مراحل چک و با دقت کشیده و به نوزاد صحیح داده می شود .
۳. رگ بیمار قبل از تزریق دارو و اطمینان از سالم بودن مسیر رگ، به منظور جلوگیری از نشت دارو به زیر پوست و احتمال نکروز چک می شود.
۴. پس از دادن دارو به نوزاد ، پاسخدهی به درمان نوزاد نیز ارزیابی می شود و عوارض ناشی از دادن دارو پیگیری می شود .
۵. تمام موارد دادن دارو با ذکر تاریخ و ساعت و به صورت صحیح با نوشتن موارد ارزیابی شده و بعد از محاسبه در گزارش پرستاری پرونده بیمار بطور صحیح وارد می شود .
۶. در صورت تجویز داروی پرخطر(مخدر) مراحل مربوط به داروهای پرخطر و دو امضاء بودن آن اجرا می گردد.

✓ مهار شیمیایی در نوزاد با سندرم محرومیت (مواد مخدر) :

۱. تا حد امکان حمایت فیزیکی (قنداق کردن) از نوزاد در جهت کاهش نیاز نوزاد به مهار شیمیایی
۲. چک دستورات پزشک قبل از شروع مهار شیمیایی
۳. طبق میزان **Order** پزشک و با توجه به **Right** تمام مراحل چک و با دقت کشیده و به نوزاد صحیح داده می شود .
۴. رگ بیمار قبل از تزریق دارو و اطمینان از سالم بودن مسیر رگ، به منظور جلوگیری از نشت دارو به زیر پوست و احتمال نکروز چک می شود.
۵. پس از دادن دارو به نوزاد ، نوزاد کاملا ارزیابی شده و عوارض ناشی از دادن دارو چک و بررسی گردد .
۶. تمام موارد بعد از محاسبه دارو به صورت مستند در گزارش پرستاری در پرونده صحیح وارد شود .
۷. ایجاد محیط آرام و نور مناسب و کم سرو صدا برای آرامش نوزاد پس از مهار شیمیایی اهمیت دارد.
۸. به عوارض بی حرکتی و قرمز شدن پوست نواحی تحت فشار به منظور جلوگیری از زخم فشاری توجه می شود.

صاحبان فرآیند: پزشکان و سرپرستاران و پرستاران

ذینفعان: بیماران

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات : داروهای موردنیاز، فرم دارویی، فرم گزارش پرستاری، فرم دستورات پزشک

❖ منابع و مراجع: پرستاری داخلی جراحی (غفاری، محمودی) چاپ چهارم ۱۳۹۵

❖ کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری نظام پرستاری

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت	دکتر زهرا جمالی متخصص داخلی	دکتر زهرا جمالی متخصص داخلی طیبه زارع مترون لیلا نام آور سوپروایزر آموزش سلامت رقیه نعمت الهی سوپروایزر آموزشی حبیبه مشفق سوپروایزر بالینی نسیرین باصری سرپرستار بخش ICU کبری سجادیان مسئول واحد بهبود کیفیت فاطمه عمادی مسئول بخش نوزادان

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- مراقبت و درمان - مراقبت های عمومی بالینی					
استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.GCC.۹۸/۳۰۳	۴	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۲	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ **هدف:** حفظ ایمنی بیمار در راستای سقوط و آسیب به خود

❖ **دامنه:** کادر پرستاری

❖ **تعریف:** فرآیند محدود کردن فعالیت بیماران بی قرار

❖ **روش اجرایی**

پزشک فعالیت های زیر را انجام می دهد .

۱. معاینه بالینی بیمار
۲. ثبت دستور مهار فیزیکی در صورت نیاز به مدت محدود با مشخص نمودن اندام مورد نظر
۳. نظارت بر انجام صحیح عملکرد پرستاران

پرستار فعالیت های زیر را انجام می دهد :

۱. هنگام رفتن به بالای سر بیمار دست های خود را شسته و با بیمار ارتباط برقرار می کند .
۲. دستور پزشک مبنی بر محدود کردن بیمار را چک می نماید
۳. به بیمار توضیح داده می شود که علت محدود کردن چیست . و توضیح داده می شود که با این کار از ایجاد جراحت و صدمه به خودش در امان است .
۴. پرستار رضایت آگاهانه مبنی بر استفاده از مهار فیزیکی را از بیمار یا ولی قانونی وی دریافت کند.
۵. محدود کننده مناسب را هرگز به چرخ یا قطعات متحرک تخت یا ویلچر نمی بندد .
۶. از گره آسان باز شو ، استفاده می کند تا در مواقع اورژانسی به راحتی باز شود .
۷. مچ دست یا پای بیمار با گازی می پوشاند و محدود کننده را روی پد گازی قرار می دهد .
۸. به میزان لازم محدود کننده را محکم می کند .
۹. هر دو ساعت جهت خون رسانی بهتر عضو مورد نظر حرکات غیر فعال داشته باشد (توسط پرستار بیمار انجام شود) .
۱۰. هر گونه تغییر رنگ - حرارت - نبض عضوا ثبت می کند .
۱۱. به وضعیت فیزیولوژیک بیمار ، تعادل مایعات و الکترولیتها و بیماری های زمینه ای توجه می کند و بیمار را مرتب چک می کند .

۱۲. در صورت عدم کنترل بیمار با مهار فیزیکی طبق دستور پزشک معالج بیمار ، مشاوره اعصاب و روان درخواست داده می شود .

۱۳. اقدامات دارویی برای بیمار طبق دستور پزشک اعصاب و روان با تائید پزشک متخصص بیمار شروع می کند . ثبت تمام موارد در رابطه با مهار فیزیکی به طور کامل – صحیح – با دقت در پرونده بیمار (گزارش پرستاری) ثبت می کند .

۱۴. پرستار در گزارش پرستاری دلیل استفاده از مهار فیزیکی، زمان شروع، زمان پایان، نتایج ارزیابی ها و نیاز به ادامه مهار فیزیکی را ثبت می نماید.

۱۵. مهار فیزیکی بیمار باید حتما دستور کتبی پزشک داشته باشد و چک شود . در زمان محدود و در صورت نیاز دستور مجدد داده شود

۱۶. تمامی موارد باید در گزارش پرستاری ثبت گردد

۱۷. چنانچه پرستار بدون دستور پزشک اقدام به مهار فیزیکی بیمار بکند ،خلاف قوانین می باشد و متخلف محسوب می شود .

۱۸. سرپرستار یا پرستار مسئول شیفت بر نحوه انجام مهار فیزیکی نظارت می نماید.

شرایط استفاده از مهار فیزیکی:

◀ بیماران بی قرار شامل بیماران ترومایی ضربه به سر که دستور مهار شیمیایی ندارند.

◀ بیماران با کاهش سطح هوشیاری

◀ کلیه بیماران بی قرار که خطر سقوط دارند.

قابل به ذکر است که استفاده از مهار فیزیکی تنها در صورت دستور کتبی پزشک قابل اجرا می باشد.

❖ شیوه انجام کار در نوزادان (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)

✓ بی قراری نوزاد دلایل خاص دارد که می تواند بدلیل گرسنگی ، دل درد ، خیس شدن و پروسیجر دردناک باشد و بالطبع مهار فیزیکی در مورد آنها نیز متفاوت است .

۱- نوزادی که NPO می باشد و گرسنه نیز هست .

A. نوزاد را میتوان قنداق کرد تا مهار حرکتی داشته باشد و قنداق نباید زیاد محکم باشد بطوری که حرکات نوزاد و فلکس دستها و پاها حفظ شود

B. می توان از پستانک استفاده کرد که برای استفاده از پستانک هنوز بین محققان رشته نوزادان اختلاف نظر می باشد.

C. POSITION دادن به نوزاد بصورتی که ستون فقرات و گردن در یک راستا باشد و دست های نوزاد جهت آرام کردن خود کنار دهان و صورتش باشد .

D. می توان نوزاد را بصورت آرام ماساژ داده و با نوزاد آرام صحبت کرد .

۲- نوزادی که Intubate می باشد در زیر دستگاه بی قرار می شود.

A. نوزاد را می توان قنداق کرد تا حرکت نوزاد مهار شود .

B. از Hed holder جهت Fix کردن سر نوزاد استفاده کرد .

C. نوزاد را داخل nest قرار داده و Position نوزاد را بصورت راحت قرار داد تا با آرامش بتوانند داخل nest قرار گیرد.

۳- نوزادی که پروسیجر دردناک دارد مثل لاین گیری

در صورت لزوم و با نظر پزشک از پستانک می توان جهت آرام کردن استفاده کرد که باعث آرامش نوزاد شده و حس مکیدن او را نیز ارضاء میکند و احساس محرومیت را در وی کم می نماید.

A. با نوزاد با آرامش صحبت کنیم .

B. نوزاد را ماساژ داده و نوازش کنیم .

C. نوزاد را در آغوش کشیم .

شیوه انجام کار در اطفال:

بی قراری اطفال دلایل خاص دارد که می تواند به دلیل بیماری و مشکلی که دارند ، به دلیل گرسنگی و دل درد و پروسیجر های دردناک باشد که بسته به نوع هر کدام از دلایل، مهار فیزیکی متفاوت می باشد.

۱- اطفال بی قرار هوشیار:

A. علت بیقراری مشخص می گردد و در حد امکان برطرف می گردد.

B. تخت ها مجهز به نرده کنار تخت می باشد و از نظر سالم بودن چک می شود.

C. به دلیل احتمال سقوط اطفال از تخت به مادران آموزش های لازم درخصوص نگهداری بچه و بالابودن نرده کنار تخت داده می شود.

D. در صورت لزوم و در صورت تجهیز تخت به کمربند حفاظتس دستها و پاهای بیمار فیکس می شود تا از خطر سقوط جلوگیری شود.

۲- در بیماران اطفال با سطح هوشیاری پایین و یا Intubation که زیر دستگاه بیقرار می شوند:

استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی یک پروسیجر تهاجمی و دردناک است و بیمار را بی قرار می کند بنابر این علاوه بر استفاده از دارو جهت آرامبخشی به شیوه زیر هم عمل می شود:

A. نرده کنار تخت از نظر سالم بودن چک می شود و بالا نگه داشته می شود.

B. از کمربند ویژه تخت جهت مهار فیزیکی استفاده می شود.

C. اگر تخت بیمار دارای کمربند حفاظتی نباشد با دستور کتبی پزشک دست و پای بیمار را با هدرول(باند) که حتما درون آن پنبه گذاشته شده باشد بسته می شود.

D. نهایتا اگر بیمار با هیچ یک از روش های فوق و توسط وسایل ویژه مهار فیزیکی کنترل نشد به والدین بیمار اجازه داده می شود تا بیمار خورد را در آغوش بگیرند چون ممکن است بی قراری بیمار از محیط و کادر درمان باشد.

شیوه انجام کار در بزرگسالان:

بی قراری در بیمار بزرگسال ممکن است دلایل **ترومایی** (تصادفات، تیرخوردگی، چاقوخوردگی و ...) و **غیر ترومایی** (سکته مغزی، سکته قلبی، سرطانها و اعتیاد به مواد مخدر و...) داشته باشد که روش های متفاوتی به منظور کنترل بیمار اتخاذ می شود.

- A. علت بی قراری بیمار مشخص و تا حد امکان برطرف می شود.
- B. دستور کتبی پزشک مبنی بر مهار فیزیکی و مهار شیمیایی
- C. علت انجام مهار فیزیکی به بیمار و همراه وی توضیح داده می شود.
- D. در ابتدا با استفاده از دارو و با دستور پزشک اقدام به کنترل بیمار از طریق مهار شیمیایی می شود. (طبق خط مشی مهار شیمیایی)
- E. نرده های کنار تخت بالا برده می شود.
- F. اگر بیمار کنترل نشود از وسایل کمکی مانند کمر بند متصل به تخت و یا هدرول و پنبه و یا دستبند و یا ویریل استفاده می شود.
- G. در صورت استفاده از هدرول و پنبه هر یک ساعت محل از نظر خونسازی و آسیب دیدگی موضعی چک می شود. (به ویژه در بیمارانی که پوست خشک و شکننده دارند مانند افراد پیر)

صاحبان فرآیند: پزشک، سرپرستار، پرستار، کمک بهیار

ذینفعان: بیماران و همراه بیمار

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: هدرول و پنبه، کمر بندهای مخصوص برانکارد، فرم گزارش پرستاری، فرم دستورات پزشک

❖ **منابع و مراجع:** پرستاری داخلی جراحی (غفاری، محمودی) چاپ چهارم ۱۳۹۵

❖ کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری نظام پرستاری

تهیه کنندگان	تائید کننده	تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده
طیبه زارع مترون رقیه نعمت الهی سوپروایزر آموزشی حبیبه مشفق سوپروایزر بالینی کبری سجادیان مسئول واحد بهبود کیفیت فاطمه عمادی مسئول بخش نوزادان	طیبه زارع مترون	دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرو دشت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - مراقبت و درمان - مراقبت های عمومی بالینی					
استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی					عنوان خط مشی
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.GCC.۹۸/۲۶۸	۵	۳	۱۴۰۱/۰۳/۰۸	۹۸/۰۸/۳۰	۹۸/۰۸/۲۰

❖ دامنه کاربرد: کارکنان بیمارستان

❖ تعاریف :

- شناسه های اصلی شناسایی بیمار: شناسه هایی که استفاده از آنها برای پیشگیری از خطا الزامی است و بیمار آن را می شناسد و می تواند بیان کند، شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد. در صورتیکه بیمار تشابه اسمی داشته باشد، مجهول الهویه باشد یا نوزاد باشد از سه شناسه اصلی نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده استفاده می گردد.

- شناسایی فعال: به معنی پرسیدن نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد از بیمار یا همراه وی و بیان آنها توسط بیمار یا همراه وی.

❖ هدف: ارتقا ایمنی بیماران

❖ بیانیه خط مشی: از آنجایی که ارتقاء ایمنی بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است و همواره در بیمارستان با تعداد زیادی بیمار مواجه هستیم که درمان ها و اقدامات مشابه، خطر آفرین و حیاتی در مورد آنها انجام می شود و ممکن است اقدامی اشتباه بر روی بیمار اشتباه جان وی را به خطر اندازد اجرای این خط مشی و روش اجرایی از ضروریات حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار می باشد.

بنابراین پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک موظف به ثبت شناسه های اصلی شناسایی بیمار بر روی تمام اوراق و اسناد به کار گرفته می باشند و قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی، آزمایشگاهی، درخواست دارو یا وسیله جهت بیمار و با جابجایی از بخشی به بخش یا واحد دیگر موظف به احراز هویت بیمار با دو یا سه شناسه اصلی به صورت فعال می باشند.

❖ نحوه استفاده از دستبند شناسایی

در مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مرودشت از دستبند برای ثبت شناسه های شناسایی بیمار استفاده می گردد.

- دستبند شناسایی حاوی نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده می باشد.

- دستبند شناسایی توسط پرسنل پذیرش در بدو ورود بیمار صادر می گردد و به بیمار تحویل داده می شود.

- پرستار مشخصات شناسایی پرونده و دستبند شناسایی را مطابقت داده و دستبند را بر روی قسمت مچ دست فاقد سرم می بندد.

- در صورتی که بیمار تنها یک اندام فوقانی دارد و در آن سرم وصل می باشد، دستبند بر روی بازوی همان دست قرار داده می شود و در صورتی که هر دو اندام فوقانی قطع باشد دستبند بر روی مچ پای بیمار بسته می شود.

- در صورتی که چهار اندام مشکلی مانند سوختگی داشته باشد و قابل قرار دادن دستبند شناسایی نباشند از گردن آویز حاوی مشخصات شناسایی بیمار استفاده می گردد. (گردن آویز برای استفاده در این موارد در دفتر پرستاری قرار داده شده است، توسط مسئول بخش از مدیر دفتر پرستاری درخواست شود).

❖ روش اجرایی شناسایی بیماران بستری

الف) بیماران دارای هویت مشخص (بیماران هوشیار، بیماران با اختلال هوشیاری، اختلال روانی، نوزاد یا کودک بیمار):

1. پرسنل پذیرش با توجه به اطلاعات مندرج در دفترچه بیمه یا کارت شناسایی بیمار نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و دیگر اطلاعات را در صفحه پذیرش ثبت می نماید و در صورتیکه کارت شناسایی یا دفترچه بیمه به همراه نداشت با توجه به گفته های بیمار یا همراه وی شناسه های اصلی شناسایی بیمار را ثبت می نماید.
2. پرسنل پذیرش به همراه بیمار آموزش می دهد که در اسرع وقت کارت شناسایی یا دفترچه بیمه بیمار را به مسئول بخش بستری کننده ارائه دهند.
3. پرسنل پذیرش دستبند شناسایی نسخه چاپی یا دست نویس حاوی نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده را به بیمار یا همراه وی تحویل می دهد و به آنها در مورد اهمیت حفاظت از آن تا آخرین لحظه که در بیمارستان است آموزش می دهد و آموزش را ثبت می نماید.
4. در صورتیکه بیمار بیهوش، دارای اختلال روانی، نوزاد، کودک و یا ناتوان در تکلم باشد، همراه بیمار به عنوان مخاطب در تایید شناسه های شناسایی به صورت فعال مورد خطاب قرار می گیرد.
5. در صورتیکه نوزاد به عنوان بیمار به بیمارستان آورده شده است و هنوز دارای شناسنامه یا دفترچه بیمه نشده است پرسنل پذیرش از نام خانوادگی مادر برای تشکیل پرونده استفاده می کند و تاریخ تولد را براساس آنچه در گواهی تولد ثبت شده قرار می دهد، همچنین جنسیت نوزاد را نیز در پرونده و بر روی دستبند ذکر می کند و دو عدد دستبند شناسایی چاپی و دست نویس حاوی نام خانوادگی مادر، تاریخ تولد، جنسیت و شماره پرونده نوزاد تهیه و به همراه بیمار تحویل می دهد.
6. پرستار پذیرش کننده بیمار قبل از شروع اقدامات درمانی و تشخیصی اطلاعات ثبت شده بر روی دستبند شناسایی را به صورت کامل با پرونده بیمار مطابقت می دهد و سپس به صورت فعال از بیمار یا همراه وی نام خانوادگی و تاریخ تولد را می پرسد و با دستبند شناسایی مطابقت می دهد و در آخر دستبند را بر روی ترجیحا دست غالب یا دستی که سرم به آن وصل نمی باشد ثابت می نماید و به بیمار در مورد اهمیت حفظ و دلیل استفاده از آن آموزش می دهد.
7. پزشک و پرستار قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی، تشخیصی، آزمایشگاهی از قبیل تجویز دارو، گرفتن نمونه آزمایشگاهی، تزریق خون و فرآورده های خونی، از بیمار نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد را پرسیده و شماره پرونده مندرج بر دستبند شناسایی را با پرونده بیمار مطابقت می دهند.
8. کمک بهیار و بیمار بر قبل از هرگونه اقدام از قبیل کمک به خروج بیمار از تخت یا انتقال بیمار به بخش ها و واحدهای دیگر از بیمار نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد را پرسیده و با دستبند شناسایی و پرونده مطابقت می دهند.

۹. پزشک، پرستار، منشی بخش و پرسنل پاراکلینیک سه شناسه اصلی شناسایی بیمار را بر روی تمام اوراق مورد استفاده در پرونده ثبت می نمایند.

ب) نوزادان متولد شده در بیمارستان:

۱. در صورتی که نوزاد در همین مرکز متولد شود کارشناس مامایی زایشگاه بلافاصله پس از تولد نوزاد دو عدد دستبند شناسایی حاوی نام و نام خانوادگی و کد پذیرش مادر، تاریخ و ساعت تولد و جنسیت نوزاد به صورت چاپی یا دست نویس تهیه و قبل از خروج نوزاد از اتاق زایمان به دو اندام نوزاد که ترجیحاً یک دست و یک پا می باشد ثابت می نماید و به مادر یا همراه وی در مورد اهمیت حفظ آن تا آخرین لحظه حضور در بیمارستان آموزش می دهد و آموزش را در پرونده ثبت می نماید. (دستبند نوزاد دختر صورتی و نوزاد پسر به رنگ آبی قرار داده می شود).

۲. در صورتی که نوزاد در اتاق عمل به روش سزارین به دنیا بیاید دو عدد دستبند دست نویس حاوی نام و نام خانوادگی و کد پذیرش مادر، تاریخ و ساعت تولد و جنسیت نوزاد قبل از جدا شدن نوزاد از مادر توسط پرستار سیرکولار تهیه می گردد و بر روی یک دست و یک پای نوزاد ثابت می گردد و نوزاد همواره در کنار مادر نگهداشته می شود.

۳. نوزاد در تمام ساعات در کنار مادر که دارای دستبند شناسایی است نگهداری می گردد.

۴. در صورتی که نیاز به بستری مادر و خروج نوزاد از اتاق مادر یا بیمارستان وجود داشته باشد مشخصات فرد تحویل گیرنده نوزاد با استفاده از مدارک شناسایی معتبر چک و در پرونده ثبت می گردد.

۵. در صورتی که نوزاد نیاز به بستری داشته باشد علاوه بر نوزاد، مادر یا همراه نوزاد همواره دستبند شناسایی حاوی اطلاعات نوزاد را به همراه دارند و توسط پرستار بخش نوزادان قبل از هر تماس با بیمار چک و تایید می گردد.

۶. پزشک، پرستار و پرسنل پاراکلینیک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی، تشخیصی و یا آزمایشگاهی شناسه های اصلی شناسایی بیمار را با دستبند شناسایی نوزاد چک و با پرسیدن فعالانه از همراه وی آن را چک مجدد می نمایند.

۷. در زمان ترخیص نوزاد و تحویل آن به خانواده، پرستار به صورت فعال شناسه های اصلی شناسایی بیمار را چک و دستبند را باز و در پرونده مشخصات تحویل گیرنده را ثبت می نماید.

ج) شناسایی بیماران مجهول الهویه:

۱. پرسنل پذیرش اطلاعات بیمار مجهول الهویه را شامل جنسیت، تاریخ و ساعت ورود و تشخیص پزشک را از پرستار به صورت مکتوب تحویل می گیرد و در پرونده ثبت می نماید و دستبند شناسایی حاوی تاریخ و ساعت ورود، شماره پرونده و جنسیت صادر و به اینچارج بخش بستری کننده تحویل می دهد.

۲. در صورتی که بیش از یک بیمار مجهول الهویه در بخش وجود داشته باشد، به آنها براساس تاریخ و ساعت ورود شماره ۱ و ۲ و ۰۰۰ داده می شود و از زن / مرد / کودک نیز استفاده می گردد. به طور مثال بیمار مجهول الهویه زن ۱ و یا بیمار مجهول الهویه مرد ۲.

۳. به محض مشخص شدن هویت بیمار پرستار به واحد پذیرش اطلاع می دهد تا مشخصات بیمار در پرونده سیستمی و دستبند شناسایی اصلاح گردد.

۴. پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا آزمایشگاهی دستبند شناسایی بیمار را چک و با پرونده مطابقت می دهند.

د) بیمار فاقد دستبند شناسایی:

۱. در ابتدای تمام شیفت های کاری دستبند شناسایی بیماران چک می شود و در صورت فقدان دستبند سرپرستار یا اینچارج سریعاً درخواست صدور دستبند را ارسال و نسبت به دریافت و نصب دستبند پیگیری می نماید.

۲. برای شناسایی بیماران هوشیار و دارای همراه که دستبند شناسایی را به همراه ندارند و نیاز به انجام اقدام تشخیصی یا درمانی به صورت فوری دارند در زمانی که هنوز دستبند جدید تحویل نشده است، پزشک، پرستار و پرسنل پاراکلینیک از روش اجرایی شناسایی فعال به معنی پرسیدن نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد وی از بیمار یا همراه وی برای احراز هویت استفاده می نمایند.

۳. در صورتی که بیمار نوزاد باشد و در بخش نوزادان بستری باشد پرستار تمام نوزادان را احراز هویت می نماید و سپس طبق مندرجات پرونده درخواست تهیه دستبند شناسایی جدید به واحد پذیرش می دهد.

۴. برای شناسایی بیماران بدون همراه، غیر هوشیار، دارای اختلال روانی و مجهول الهویه، دونفر کارشناس پرستاری با احراز هویت تک تک بیماران اقدام به شناسایی صحیح بیمار فاقد دستبند نموده و درخواست تهیه دستبند شناسایی در اسرع وقت به پذیرش ارسال می گردد و همواره تا زمان تهیه دستبند شناسایی قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی درمانی هویت بیمار توسط دو کارشناس پرستاری تایید می گردد.

ه) شناسایی بیماران با اسامی مشابه:

۱. اینچارج شیفت در ابتدای هر شیفت وجود بیماران با تشابه اسمی را به اطلاع تمام کارکنان شیفت می رساند.

۲. پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک برای شناسایی بیمار از سه شناسه نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده استفاده می نمایند و بدون چک شماره پرونده و تایید آن هیچ اقدامی برای بیمار انجام نمی دهند.

۳. از آنجا که ممکن است در بخش های دیگر بیمارستان بیماران با نام های مشابه وجود داشته باشد و کارکنان از وجود آن مطلع نباشند و چند بیمار با نام مشابه به یک اقدام پاراکلینیک یکسان مانند آزمایش خون نیاز داشته باشند، تمام واحدهای پاراکلینیک از سه شناسه نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده برای شناسایی بیماران استفاده می کنند و اگر نمونه ای حاوی این سه شناسه نبود به بخش مربوطه بازگردانده می شود.

۴. پرسنل تحویل گیرنده خون و فرآورده های خونی، سه شناسه اصلی شناسایی بیمار را قبل از تحویل فرآورده ها به صورت مکتوب به پرسنل بانک خون ارائه می نمایند و فرآورده را تحویل می گیرند زیرا ممکن است بیمار با ناممشابه درخواست خوندر بانک خون داشته باشد.

صاحبان فرآیند: تمام کارکنان بیمارستان
 ذینفعان: بیماران، خانواده بیمار، کارکنان
 منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان
 امکانات مورد نیاز: دستبند شناسایی بیمار

منبع: بر اساس تجربه بیمارستان

تصویب کننده	تأیید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهید مطهری	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی و ایمنی بیمارستان	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی و ایمنی بیمارستان مهدی صنعتگر اردکانی مدیر بیمارستان زینب جلال زاده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- مراقبت و درمان -مراقبت های حاد					
مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.EMC.۹۸/۳۰۴	۴	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۷	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

- ❖ **دامنه کاربرد:** تمام پزشکان و گروه های پرستاری واحد های درمانی، کارکنان درمانگاه، کارکنان رادیولوژی
- ❖ **تعریف:** منظور از مراقبت های حاد در محور مراقبت و درمان، مراقبت های مورد نیاز بیماران است که بصورت ناگهانی دچار وضعیت نامساعد شده و یا در زمینه بیماری قبلی آنها شرایط بحرانی بروز می نماید.
- ❖ **هدف:** دریافت مستمر مراقبت و پایش مستمر بیمار حاد
- ❖ **خط مشی:** مرکز آموزشی درمانی شهیدمطهری مرودشت به منظور شناسایی بیماران حاد و مدیریت فوری و رسیدگی به موقع به بیماران حاد از لحاظ مانیتورینگ و بررسی وضعیت فیزیولوژیک و مراقبت مستمر با توجه به محدود بودن تخت بخش های ویژه اقدام به تدوین و اجرایی نمودن خط مشی نموده است.

❖ روش اجرایی

✓ پزشک فعالیت های زیر را انجام می دهد:

۱. راند روزانه بیماران و انجام معاینات بالینی
۲. دستور کتبی مبنی بر نحوه انجام مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ بیمار ان حاد
۳. کنترل و نظارت بر انجام اقدامات درمانی بیمار و نحوه مانیتورینگ
۴. چک و کنترل جواب آزمایشات، سونوگرافی، سی تی اسکن و مشاوره های انجام شده و سایر اقدامات پاراکلینیک
۵. کنترل اجرای دستورات پزشکی به نحو صحیح
۶. ثبت سیر درمانی در پرونده بیمار
۷. هماهنگی جهت انتقال بیماران نیازمند به بخش های ویژه
۸. هماهنگی جهت اعزام بیمار به مرکز استان در صورت نیاز و نداشتن تخت
۹. توضیح وضعیت بیمار به خانواده و اعضای درجه یک وی
۱۰. تکمیل فرم ثبت خدمات و مهر و امضانمودن خدمت مانیتورینگ مورد نظر

✓ سرپرستار یا مسئول شیفت فعالیت های زیر را انجام می دهد:

۱. برنامه ریزی جهت آموزش و توانمند کردن پرستاران جهت انجام مراقبت های حاد و ویژه با همکاری سوپروایزر آموزشی -بصورت دوره ای(سالانه)

۲. برنامه ریزی جهت آموزش و توانمند کردن پرستاران جهت انجام مراقبت های صحیح فیزیولوژیک با همکاری سوپروایزر آموزشی - بصورت دوره ای (سالانه)
۳. برنامه ریزی جهت آموزش و توانمند کردن پرستاران جهت انجام مانیتورینگ صحیح و استفاده صحیح از تجهیزات پزشکی با همکاری سوپروایزر آموزشی و مهندسی تجهیزات پزشکی
۴. توانمندسازی پرسنل پرستاری جهت شناسایی بیماران نیازمند مانیتورینگ حاد و اطلاع رسانی به پزشک معالج
۵. اطمینان از صحت کارکرد و وجود تجهیزات پزشکی بخش و پیگیری جایگزینی موارد خرابی
۶. در بخش های عمومی که بیماران به علت محدودیت تخت ویژه نیاز به مراقبت حاد دارند سرپرستار بیمار را در اتاق جلوی ایستگاه پرستاری بستری می کند.
۷. از پرستاران توانمند و باتجربه و با تعداد بیمار کمتر جهت مراقبت از بیماران حاد استفاده می کند.
۸. اطمینان حاصل می کند که تمامی پرستاران نحوه مراقبت از بیماران حاد را آموزش دیده و انجام می دهند.
۹. اطمینان حاصل می کند که تمامی پرستاران نحوه انجام مراقبت های فیزیولوژیک (فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشارخون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، درصد اشباع اکسیژن خون شریانی) را می دانند و به درستی اندازه گیری و ثبت می نمایند .
۱۰. اطمینان حاصل می نماید که تمامی پرستاران نحوه کار با تجهیزات پزشکی جهت مانیتور بیماران را آموزش دیده و بدرستی مانیتور و ثبت می نمایند (پالس اکسی متر، ونتیلاتور، مانیتورینگ سیار و یا مرکزی، D/CSHOKE، نوار قلب، نوار قلب جنین، مانیتورینگ جنین) و توانایی تشخیص موارد غیرطبیعی در مانیتورینگ را دارند و روند اطلاع رسانی به پزشک معالج به درستی صورت می گیرد.
۱۱. پایش عملکرد پرستاران در طول شیفت و نظارت بر ثبت مستندات و گزارشات پرستاری در پرونده بیمار
۱۲. گزارش وضعیت فیزیولوژیک . مانیتورینگ بیمار به پزشک معالج
۱۳. ثبت مستندات در دفاتر تحویل و تحول
۱۴. گزارش به سوپروایزر بالینی
۱۵. نظارت بر تکمیل دقیق اوراق تکمیل شده توسط پرستار از نظر اقتصاد درمان و ثبت در سیستم HIS توسط سرپرستار

✓ پرستار فعالیت های زیر را انجام می دهد :

۱. بررسی و ارزیابی بیماران و شناسایی بیماران حاد
۲. تعیین سطح هوشیاری بیمار و پایش مداوم وضعیت همودینامیک و فیزیولوژیک بیمار
۳. اطلاع به پزشک معالج در خصوص حاد بودن بیمار
۴. اجرای دستورات پزشک در خصوص مراقبت از بیمار حاد و مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ بیمار
۵. مانیتورینگ قلبی و تنفسی بیمار و در صورت مشکل تنفسی وصل بیمار به دستگاه ونتیلاتور بر اساس دستور پزشک با همکاری کد احیاء
۶. گرفتن نوار قلب بر حسب دستور پزشک و گزارش نتیجه به پزشک معالج

۷. اجرای دستورات پزشک طبق پرونده بیمار مثل اجرای صحیح دارو دهی و سرم درمانی ، چک کردن آزمایشات اولیه و گازه‌های خونی بویژه مشخص کردن سطح الکترولیتها و همو گلوبین بیمار .
۸. کنترل عملکرد کلیه ها حسب دستور پزشک و ثبت I&O
۹. چک کردن علائم حیاتی بویژه فشار خون سیستولیک و دیاستولیک ، O₂ Sat و HR و RR ، سطح هوشیاری
۱۰. تشخیص و گزارش موارد غیر نرمال آزمایشات ، علائم حیاتی و مانیتورینگ بیمار به پزشک معالج
۱۱. انجام مراقبتهای مداوم از بیمار طبق دستور پزشک از قبیل آزمایشات روتین و انجام به موقع VBG , ABG و تصحیح موارد مشکل دار و توجه به تعادل آب و الکترولیتها .
۱۲. همراهی و انجام به موقع گرافی ها و CT اسکنهای بیمار بویژه بیمارانی که دچار آسیب از چند ناحیه شده اند و پیگیری جواب آنها و گزارش به موقع به پزشک
۱۳. انجام پانسمانها ، بخیه زدن در صورت لزوم و انجام به موقع گچ گیری جهت پیشگیری از آسیب بیشتر
۱۴. فرستادن درخواست خون و فرآورده های خونی طبق دستور پزشک هر چه سریعتر و پیگیری و آماده سازی آن توسط آزمایشگاه
۱۵. چک کردن اتصالات مثل Chest tube , NGT , mashrom و همووک و گزارش میزان ترشحات آنها به پزشک
۱۶. توجه و مراقبت در کنترل درد بیماران حاد و بدحال از طریق اجرای به موقع و صحیح داروهای مسکن طبق دستور پزشک (مهار فیزیکی و شیمیایی بیمار)
۱۷. رعایت اصول ایمنی بیمار مثل سقوط از تخت ، جلوگیری از زخم فشاری و کنترل عفونت از طریق شستشوی دست در مواقع مورد لزوم (پنج موقعیت شستشوی دست)
۱۸. در صورتی که بیمار حاد مادر پرخطر باشد مانیتورینگ جنین از اهمیت ویژه ای برخوردار است .
۱۹. ارزیابی دقیق اقدامات و مراقبتهای انجام شده توسط پرسنل در تمامی شیفتها
۲۰. ارتباط با بیمار در صورت هوشیار بودن
۲۱. ارائه توضیحات در خصوص مراقبتهای و پروسجرها به بیمار و یا اعضای درجه یک خانواده
۲۲. احترام به حریم بیمار و حفظ امنیت وی طبق استانداردهای ایمنی بیمار
۲۳. انتقال بیماران حاد به بخش های درمانی و پاراکلینیک با نظر پزشک و با همراهی و نظارت پرستار
۲۴. ثبت همه اقدامات انجام شده ، شرایط بیمار ، موارد غیر نرمال ، دستورات پزشکی انجام شده بر اساس فرآیند پرستاری و تشخیص های پرستاری بر اساس ناندا و نتایج درمان ها در گزارش پرستاری بیمار در پایان شیفت
۲۵. گزارش دقیق اقدامات صورت گرفته و پیگیری های موردنیاز به پرستار شیفت بعد
۲۶. ثبت دقیق خدمات در سیستم HIS

صاحبان فرآیند: پزشک، سرپرستار، مسئول شیفت، پرستار، سوپروایزر آموزشی

ذینفعان: بیمار، کادر درمان

منابع و امکانات لازم: پرونده بیمار، تجهیزات پزشکی شامل دستگاه های مانیتورینگ و ملزومات، نوشت افزار

کارکنان مرتبط: پزشک، سرپرستار، مسئول شیفت، پرستار، سوپروایزر آموزشی، مهندسی تجهیزات پزشکی

منابع و مراجع: کتاب مراقبت های بالینی پرستاری (برونر)، کتاب اعتباربخشی

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تایید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهید مطهری	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان طیبه زارع مترون بیمارستان کبری سجادیان مسئول دفتر بهبود کیفیت زینب جلال زاده کارشناس ایمنی فرزانه عمادی، نسرین باصری، اعظم زارع فاطمه عمادی مسئولین بخش های ویژه

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- مراقبت و درمان -مراقبت های حاد					
نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.EMC.۹۸/۳۰۵	۴	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۷	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ **تعریف:** پذیرش: یعنی پذیرفتن بیمار در بخش به عنوان موردی که می تواند مراقبت های قابل ارائه در بخش را دریافت کند.

❖ **بخش های ویژه در این مرکز شامل:** CCU-SICU-MICU-NICU-PICU

❖ **هدف:** تخصیص بهتر منابع و امکانات به بیماران نیازمند دریافت خدمات ویژه به علت محدود بودن تخت بخش های ویژه و رعایت عدالت در پذیرش بیماران.

❖ **خط مشی:** مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری جهت رسیدگی ویژه و مناسب بیماران بدحال و رعایت عدالت و بستری بیماران حاد و پرخطر و اولویت بندی آنان جهت بستری شدن در بخشهای ویژه با توجه به اندیکاسیون های علمی و محدودیت تخت ها ، موظف به تدوین خط مشی و اجرایی شدن آن می باشد .

❖ **روش اجرایی پذیرش :**

✓ **پزشک فعالیت های زیر را انجام می دهد :**

۱. راند بالینی بیماران فوریت های پزشکی و بخش های بستری
۲. اولویت بندی بیماران حاد و در معرض خطر با توجه به اندیکاسیون های علمی جهت بستری شدن در بخشهای ویژه
۳. راند بالینی روزانه بخشهای ویژه و دستور ترخیص و یا انتقال بیمارانی که قابلیت ترخیص و یا انتقال به سایر بخشها دارند
۴. بستری نمودن بیماران بدحال و در معرض خطر در بخش های ویژه بعد از خالی شدن تخت

✓ **سوپروایزربالینی فعالیت های زیر را انجام می دهد:**

۱. راند بالینی و مدیریتی بخش های فوریت های پزشکی و بخش های ویژه در هر شیفت
۲. انجام مدیریت تخت و مشخص نمودن بیماران نیازمند به تخت بخش های ویژه و بیمارانی که در بخش های ویژه قابل انتقال به بخش های عادی هستند.
۳. گزارش بیماران نیازمند به تخت های ویژه به مسئولین شیفت و پزشک مسئول بخش های ویژه
۴. خالی نمودن تخت های بخش های ویژه با نظر پزشکان مربوطه یا فرستادن بیماران با وضعیت بالینی بهتر به بخش های عمومی
۵. فرستادن بیمار بدحال و پرخطر به بخش های ویژه بعد از ضد عفونی نمودن تخت و تجهیزات بیمار قبلی در اسرع وقت (حداکثر ۶۰-۳۰ دقیقه بعد)

۶. در صورت نبود تخت ویژه هماهنگی با ستاد هماهنگی دانشگاه جهت اعزام بیمار
۷. در صورت نیاز خالی کردن تخت در بخشهای عمومی و انتقال بیمار به اتاق های ویژه بخش های معمولی (ترجیحا اتاق روبه روی ایستگاه پرستاری)

✓ پرستار فعالیت های زیر را انجام می دهد:

۱. دریافت گزارش بیمار از پرستار بخش فوریت های پزشکی و یا سایر بخشها
۲. آماده کردن تخت در کوتاه ترین زمان جهت پذیرش بیمار
۳. تحویل بالینی بیمار از پرستار انتقال دهنده و بررسی فرم ISBAR و اوراق پرونده
۴. پرستار، پذیرش بیمار و همراهان با روی باز و احترام کامل انجام دهد.
۵. پرستار ضمن داشتن اتیکت و معرفی خود وضعیت بالینی بیمار را بررسی می نماید.
۶. با توجه به جنس و مشکل بیمار، وی به مکان بستری شدن راهنمایی می کند .
۷. با توجه به حاد بودن بیماران بخش ویژه ،بیمار به دستگاههای مانیتور وسایر دستگاهها حسب دستور پزشک وصل می گردد
۸. چک دستبند شناسایی بیمار بر اساس خط مشی شناسایی بیمار و ارائه توضیحات مورد لزوم در خصوص اهمیت دستبند شناسایی
۹. در صورتی که بیمار جز گروههای پرخطر محسوب شود علامت گذاری بوسیله برچسب زرد بر روی دستبند شناسایی و در صورتی که آلرژی شناخته شده داشته باشد، برچسب قرمز بر روی دستبند شناسایی نصب می گردد.
۱۰. اطلاع به اینترن و یا پزشک بخش جهت گرفتن شرح حال بیمار و ثبت آن در پرونده و دستورات دارویی
۱۱. پزشک برگ رضایت آگاهانه جهت انجام اقدامات پزشکی را تکمیل و مهر و امضا می نماید.
۱۲. چک دستورات پزشک و گرفتن شرح حال از بیمار و ثبت در پرونده بر اساس خط مشی ارزیابی اولیه بیمار و گزارش پرستاری
۱۳. چک علائم حیاتی ، وضعیت هوشیاری و خطراتی که بیمار را تهدید می کند.
۱۴. کنترل رگ و اتصالات بیمار بر طبق دستورات پزشکی و چک فرم انتقال بین بخشی و تکمیل نهایی
۱۵. بیمار بر وسایل مورد نیاز وی را در اختیارش قرار می دهد.(مثل پتو، ملحفه، بالش)
۱۶. ثبت دارو ها ولوازم مصرفی در سیستم HIS
۱۷. راهنمایی نیروی خدمات و یا بیمار بر جهت دریافت دارو
۱۸. اطلاع به متخصص مورد نظر و یا مشاوره پزشکی و ثبت مشاوره در سیستم HIS
۱۹. در صورتی که بیمار مشکل خاص دارد مثل بارداری، فلج اندامها، نابینایی و ... در کاردکس ثبت میگردد.و بر اساس خط مشی موانع دسترسی به درمان عمل نمائید
۲۰. آموزش های لازم در مورد رژیم غذایی، بالا آوردن نرده کنار تخت در هنگام خواب و.. به بیمار آموزش داده شده ودر پرونده ثبت میگردد.

۲۱. در صورت بی قرار بودن بیمار پیگیری ویزیت پزشک مبنی بر مهار شیمیایی و فیزیکی بیمار

❖ روش اجرایی ترخیص :

با توجه به نوع بیماران بخش های ویژه پزشک و پرستار موظف هستند، چند روز قبل از ترخیص، همراهیان بیماران را آماده نمایند و چنانچه نیاز به تهیه وسیله خاصی در منزل می باشد به همراه بیمار جهت تهیه اعلام شود و آموزشهای لازمه نیز ارائه گردد.

۱. پزشک دستور ترخیص بیمار را در پرونده ثبت می نماید.
۲. پزشک فرم سیر بیماری را تکمیل می نماید.
۳. پزشک فرم خلاصه پرونده را تکمیل می نماید.
۴. پزشک دستورات دارویی هنگام ترخیص را در دفترچه بیمار ثبت می نماید.
۵. پزشک آموزش های لازم حین ترخیص را به بیمار بدهد (نحوه مصرف دارو-مراقبت پس از ترخیص-زمان مراجعه بعدی-نحوه فعالیت-رژیم غذایی، تاکید بر توانبخشی بیماران)
۶. پزشک تلفیق دارویی هنگام ترخیص را بررسی و ثبت و به بیمار آموزش می دهد
۷. پزشک فرم آموزش حین ترخیص را کنترل و امضا می نماید.
۸. پرستار پرونده بیمار را بررسی و دستور ترخیص را کنترل می نماید.
۹. پرستار زمان ترخیص را به بیمار و همراه وی اعلام می نماید.
۱۰. پرستار آموزش های لازم مراقبتی و دارویی را به بیمار و همراه وی توضیح می دهد .
۱۱. پرستار تمامی موارد آموزشی را در فرم آموزش حین ترخیص در دو برگ تکمیل و به امضاء بیمار و همراه وی می رساند.
۱۲. پرستار داروهای اضافی بیمار را همراه با فرم مرجوعی تحویل داروخانه می دهد.
۱۳. پرستار تمامی خدمات و اقدامات ثبت شده در پرونده را با پرونده حسابداری بیمار (HIS) کنترل می نماید.
۱۴. پرستار باید نتایج معوقه را بررسی و به اطلاع منشی بخش جهت پیگیری برساند و در دفتر نتایج معوقه و فرم آموزش حین ترخیص نیز ثبت می نماید.
۱۵. پرستار ترخیص بیمار را وارد سیستم HIS می نماید.
۱۶. پرستار همراه بیمار را به واحد ترخیص راهنمایی می کند
۱۷. واحد ترخیص و صندوق نسبت به ترخیص بیمار بر اساس نوع بیمه اقدام می نماید.
۱۸. واحد صندوق فرم ترخیص را تحویل بیمار یا همراه وی می دهد.
۱۹. پرستار فرم ترخیص را تحویل و ضمیمه پرونده می نماید.
۲۰. پرستار دستبند شناسایی بیمار را باز کرده، قیچی می نماید و در سطل زباله می اندازد.
۲۱. پرستار اتصالات بیمار را بر اساس دستور پزشک جدا می نماید.
۲۲. پرستار بروشورهای آموزشی مورد نیاز، فرم آموزش، خلاصه پرونده و کپی جواب آزمایشات، گرافی های بیمار را تحویل بیمار و همراه وی می دهد .
۲۳. بیمار قسمت دوم قبض ترخیص را تحویل نگهبان و از بیمارستان خارج می شود .

۲۴. بیمار قبض تسویه حساب را به انتظامات تحویل و از بیمارستان خارج می شود.

صاحبان فرآیند: پزشک، سوپروایزر بالینی، پرستار

ذینفعان: بیماران بخش های ویژه

امکانات: پرونده بیمار، سیستم HIS

کارکنان مرتبط: پزشک، سوپروایزر بالینی، پرستار، متصدی امور دفتری، انتظامات، پرسنل پذیرش و ترخیص

منابع و مراجع: راهنمای اعتبار بخشی - راهنمایی بالینی خدمات پرستاری - تجربه بیمارستان

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تایید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهید مطهری	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی و ایمنی بیمارستان	دکتر هفلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان طیبه زارع مترون بیمارستان کبری سجادیان مسئول دفتر بهبود کیفیت زینب جلال زاده کارشناس ایمنی فرزانه عمادی، نسرین باصری، اعظم زارع فاطمه عمادی مسئولین بخش های ویژه

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- مراقبت و درمان -مراقبت های اورژانس					
شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال اورژانسی در بخش های بستری				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO. EMC.۹۸/۳۰۶	۳	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۷	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

- ❖ **تعریف:** بیمارانی که نیازمند خدمات اورژانس و حیاتی هستند.
- ❖ **هدف:** شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری
- ❖ **خط مشی:** مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مرودشت با توجه به اصل بیمار محوری و بازگشت سلامت به بیماران مخصوصاً بیمارانی که نیازمند به ارائه خدمات اورژانس در بخش های بستری می باشند اقدام به تدوین و اجرایی نمودن این خط مشی کرده است

❖ روش اجرایی

- ✓ **سوپروایزرهای بالینی فعالیت های زیر را انجام می دهد:**
 ۱. دریافت گزارش بیماران بدحال بصورت ویژه و با جزئیات از سوپروایزر شیفت قبل
 ۲. پیگیری مشکلات گزارش شده از طرف بخش ها
 ۳. هماهنگی بین بخش ها و بیمارستان ها جهت همکاری بین بخشی
 ۴. حضور در بخش ها در صورت انجام CPR
 ۵. نظارت بر انجام مشاوره های اورژانس درخواستی توسط پزشک معالج
 ۶. حضور بر بالین بیماران بدحال بخش های بستری و نظارت بر حسن اجرای مراقبت های پرستاری اورژانس
 ۷. نظارت بر مانیتورینگ مداوم بیماران بدحال و پایش همودینامیک آنها
 ۸. نظارت بر **change position** بیماران بدحال هر دو ساعت یکبار به منظور جلوگیری از زخم فشاری و داشتن تشک مواج

✓ **سرپرستار و یا مسئول شیفت فعالیت های زیر را انجام می دهد:**

۱. اطمینان از رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در تمام ساعات شبانه روز
۲. نظارت بر وجود تجهیزات لازم و داروهای اورژانسی
۳. نظارت بر راند و ویزیت روزانه پزشک معالج

۴. نظارت بر انجام اقدامات پاراکلینیکی اورژانس و یا مشاوره های درخواستی اورژانس
۵. رسیدگی ویژه به بیماران بدحال و پیگیری های مورد لزوم
۶. گزارش سریع بیمار بد حال و اورژانسی به پزشک کشیک، پزشک عمومی بخش
۷. تقسیم بیماران بدحال براساس Case Meth بین پرسنل بخش
۸. سپردن بیماران بدحال به پرسنل با تجربه تر با تعداد بیمار کمتر (ترجیحا دوره مراقبت های ویژه را گذرانده باشند).
۹. فراخوان گروه احیا به موقع و در اسرع وقت
۱۰. اطلاع به سوپروایزر بالینی
۱۱. حضور بر بالین بیمار و همکاری جهت انجام اقدامات اورژانسی و حاد
۱۲. هماهنگی با واحد های پاراکلینیک و اتاق عمل و بخش ویژه در صورت نیاز فوری به انجام اقدامات مورد نیاز
۱۳. ثبت گزارش در دفتر تحویل و تحول بخش
۱۴. نظارت بر حسن انجام مراقبتهای پرستاری اورژانس توسط پرستار بیمار
۱۵. برنامه ریزی جهت گذراندن دوره های مراقبتهای ویژه پرستاری در بخش های ویژه توسط تمامی پرسنل بصورت دوره ای (سالانه)
۱۶. جانمایی تخت بیمار بدحال در بخش بطوریکه در دسترس و دید پرسنل باشد.

✓ پرستار فعالیت های زیر را انجام می دهد :

۱. شناسایی بیماران بدحال اورژانسی در اسرع وقت تحت اختیار
۲. مانیتورینگ مداوم و مستمر بیماران بدحال و اورژانسی
۳. انجام اقدامات اولیه به موقع
۴. درخواست کمک از سایر همکاران بخش
۵. اطلاع سریع به مسئول شیفت جهت فراخوانی پزشک، تیم احیا، سوپروایزر و واحد های پاراکلینیک در صورت نیاز
۶. حفظ حریم بیمار
۷. ارائه توضیحات لازم در خصوص وضعیت بیمار به خانواده وی و آرام نمودن ایشان
۸. فرستادن همراه بیمار به خارج از اتاق بیمار در هنگام انجام عملیات CPR (در صورت نیاز و با نظر پزشک یکی از اعضای درجه یک خانواده می تواند حضور داشته باشد).
۹. حفظ خونسردی و ارائه به موقع خدمات اورژانسی و حاد
۱۰. ادامه مراقبت از بیمار و مانیتورینگ بیمار تا زمان بهبودی و خارج شدن از وضعیت حاد
۱۱. پیگیری انجام اقدامات پاراکلینیک و جواب آزمایشات

✓ پزشکان عمومی و متخصص فعالیت های زیر را انجام می دهند :

۱. حضور به موقع بر بالین بیمار
۲. انجام معاینات بالینی
۳. بررسی نتایج اقدامات پاراکلینیکی و جواب آزمایشات
۴. انجام مشاوره های اورژانسی
۵. در صورت نیاز پیگیری جهت انتقال بیمار به بخش های ویژه
۶. در صورت نیاز پیگیری جهت انتقال بیمار به مرکز استان
۷. حضور مستمر بر بالین بیمار تا بهبودی و خارج شدن بیمار از وضعیت بحرانی
۸. ارائه توضیحات روشن در خصوص وضعیت بیمار به خانواده و اعضای درجه یک وی

صاحبان فرآیند: پزشک - سوپروایزر بالینی - سرپرستار یا مسئول شیفت - پرستار

ذینفعان: بیمار - کادر درمانی

منابع و امکانات لازم: تلفن، پرونده بیمار

کارکنان مرتبط: پزشک - سوپروایزر بالینی - سرپرستار یا مسئول شیفت - پرستار، ماما

❖ منابع و مراجع: راهنمای اعتبار بخشی. کتاب ویرایش جدید استانداردهای بیمارستانهای دوستدار ایمنی. تجربه بیمارستان

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تایید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهید مطهری	دکتر غلامرضا نجفی مسئول ایمنی بیمارستان	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی و ایمنی بیمارستان کبری سجادیان مسئول واحد بهبود کیفیت طیبه زارع مترون فرزانه عمادی نماینده پرستاران

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - حمایت از گیرنده خدمت - تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت

نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/خانواده/ مراجعین				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.F&S.۹۸/۲۶۹	۵	۳	۱۴۰۱/۰۳/۰۹	۹۸/۰۸/۳۰	۹۸/۰۸/۲۰

❖ دامنه کاربرد: تمام کارکنان بیمارستان

❖ هدف: این مرکز در خصوص اجرای این خط مشی، برنامه ریزی برای بهبود فعالیت های درمانی، بکارگیری نیروی انسانی ماهر، تامین نیروهای آموزشی و آشنایی پرسنل با ضوابط و مقررات برنامه های آموزشی در راستای افزایش مهارت های بالینی و اخلاقی جهت کاهش بروز موارد غفلت، سهل انگاری در سیر درمان و مراقبت و پیش گیری از وقایع ناخواسته درمانی می باشد.

❖ تعاریف:

❖ وقایع نا خواسته پزشکی: به اتفاقاتی گفته می شود که غیرقابل پیش بینی بوده به نحوی که توسط بیمارستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث آسیب به بیمار می گردد.

❖ مسئول ارشد کادر درمان: ریاست بیمارستان / مترون / سوپروایزر بیمارستان / دبیر کمیته مرگ و میر / پزشک معالج می باشد.

❖ روش اجرایی

۱- کلیه کادر درمانی در هر موقعیت شغلی و مکانی به طور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای رخ داده در برابر بیماران می باشند. بنابراین چنانچه غفلت، عدم مهارت، عدم رعایت موازین دولتی، قضایی و پزشکی در مسیر درمانی صورت گیرد و باعث بروز خسارت گردد بیمارستان / فرد خاطی، نسبت به جبران آن برمی آید.

۲- کمیته اخلاق بالینی با همکاری واحد آموزش نسبت به افزایش سطح آگاهی کارکنان در خصوص منشور حقوق بیمار و موارد تخلفات پزشکی و درمانی و عواقب حاصله از بروز خطاها از سوی کادر درمان اقدام می نماید.

۳- در صورت بروز حادثه منجر به خسارت لازم است ارتباط بی پرده و واضح و شفاف با بیمار و یا همراه وی که تاثیر گذار بر بیمار می باشد. برقرار شود. هیچ گاه نباید انتقال خبر را به صورت یکباره یا ناگهانی و بدون پیش زمینه آغاز نمود. فرد

حامل خبر و راوی کاملاً متاثر و متاسف از وضع پیش آمده و با حفظ شان کرامت انسانی و رفتار محترمانه آنچه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه و شفاف و نه آنچه را که موجب تیره آن‌ها می‌گردد را بازگو می‌نماید.

۴- مسئول ارشد کادر درمانی در جریان کامل حادثه می‌باشد تاچنانچه موضوع قابل پیگیری از سوی مقامات ذیربط بود بتواند به طور واضح جریان امر را توضیح داده و بازگو کند.

۵- از سوی کمیته اخلاق بالینی مسئولان و کارکنانی که فرایند توضیح، اظهار پشیمانی و عذرخواهی از بیماران را انجام می‌دهند انتخاب گردیده اند که شامل فرد مسئول بروز خسارت و مسئول بخش و در سطوح بالاتر سوپروایزر وقت زیر نظر مترون / دبیر کمیته مرگ و میر / ریاست بیمارستان می‌باشد که در محل دفتر پرستاری / دفتر ریاست انجام می‌شود.

۶- طی ۲۴ ساعت اول پس از رخداد حادثه فرد مسئول با ایجاد آمادگی و با مقدمه و با تشریح کامل رخداد به طور شفاف واقعه را توضیح داده و نسبت به عذر خواهی و اظهار پشیمانی توسط مسئول تعیین شده اقدام می‌نماید.

۷- به هنگام گفتن وقایع و حوادث و پیامد ها ، امکان رویداد هرگونه رفتار و برخوردی از سوی مخاطب وجود دارد که فرد مسئول با بردباری و سعه صدر مسئولیت امر را پذیرفته و به انتظارات منطقی ایشان توجه می‌نماید .

۸- فردی که رخدادی برایش حادث شده است انتظارات و خواسته هایی دارد که مسئول جلسه این خواسته های منطقی را به موقع تشخیص داده و نسبت به مدیریت این امر اقدام می‌نماید.

۹- حفظ محرمانگی وقایع و رخداد های حادث شده رعایت می‌گردد .

۱۰- نتایج حاصل از مکالمه ها و گفتگو ها به صورت مستند صورتجلسه می‌گردد.

۱۱- این مرکز به حمایت کارکنان منطبق بر فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار از طریق حمایت عاطفی کارکنان درگیر، پی گیری امورات کارکنان از طریق بیمه مسئولیت حرفه ای کارکنان می‌پردازد .

۱۲- کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران/ مراجعین هستند در خصوص نحوه مدیریت میدانی در صورت بروز وقایع در ساعات اولیه با هماهنگی سوپروایزر آموزشی آموزش های لازم را دریافت می‌نمایند(از جمله حفظ خونسردی، گزارش وقایع در دقیقه صفر بروز حادثه، شرح کامل حادثه به مسئول ارشد کادر درمانی، عدم پنهان کاری و ..).

۱۳- در خصوص پیش بینی راهکار های جبران خسارت اعم از (جسمی، مالی، روانی، روحی) با بیماران و مراجعین به این صورت

عمل می‌شود :

- تشخیص موارد خسارت جسمی ، روانی و روحی در کمیته مرگ و میر طی ۲۴-۷۲ ساعت صورت می‌گیرد .
- نحوه جبران خسارت وارده بر اساس دریافت گزارش در حین بازدیدهای میدانی از نظر میزان شدت آسیب وارده به بیمار

- مراجعین با تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان که شامل موارد ۱۵ گانه وقایع ناخواسته درمان که تهدید کننده حیات می باشد بررسی و در خصوص نحوه ارجاع به مراجع ذی ربط تصمیم گیری می شود (پیوست ۱).

- بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط مانند هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نخواهد داشت باید توجه داشت بابت طولانی شدن مدت اقامت و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته هزینه ای پرداخت ننماید .

صاحبان فرآیند: دبیر کمیته اخلاق بالینی، تیم رهبری و مدیریت

ذینفعان: بیمار- کادر درمانی

منابع و امکانات لازم: منشور حقوق بیمار، مکان مناسب

کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان

❖ منابع و مراجع: کتاب اعتبار بخشی - تجربه بیمارستان

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت	دکتر غلامرضا نجفی مسئول ایمنی بیمار	دکتر غلامرضا نجفی ریاست بیمارستان مهدی صنعتگر اردکانی مدیریت بیمارستان یوسف زارعی مسئول امور اداری طیبه زارع مترون بیمارستان کبری سجادیان مسئول دفتر بهبود کیفیت زینب جلال زاده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار محبوبه زارعی دبیر کمیته اخلاق بالینی رقیه نعمت الهی سوپروایزر آموزشی رقیه فلاح نماینده مسئولین بخش های درمانی

پیوست ۱:

مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان شامل وقایع ناخواسته درمان که تهدید کننده حیات هستند. عبارتند از:

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

دسته بندی مصادیق مشمول جبران از منظر میزان و شدت آسیب وارده به بیمار / مراجعین ناشی از وقایع ناخواسته با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان عبارتند از:

- ۱- مخاطرات (وضعیت / شرایطی) که دارای ظرفیت خطا بوده اند.
- ۲- خطایی که به بیمار نرسیده است.
- ۳- خطایی که به بیمار رسیده است اما سبب صدمه نشده است.
- ۴- خطایی که به بیمار رسیده است و نیازمند پایش به منظور بررسی و تایید این موضوع است که آسیبی به بیمار وارد نشده است

۵- آسیب های موقت، نیازمند مداخله

۶- آسیب های موقت، نیاز به بستری یا طولانی کردن بستری

۷- آسیب دائمی به بیمار

۸- مداخله برای حفظ زندگی نیاز است.

۹- نقش داشتن در مرگ

بنابر مراجع معتبر، ردیف های ۶ به بعد به عنوان مصادیق خسارت جسمی، روحی - روانی وارده به بیمار جهت تعیین معیار جبران از اهمیت بیشتری برخوردارند.

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- حمایت از گیرنده خدمت- تسهیلات و حمایت ها

مددکاری اجتماعی				عنوان خط مشی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PO.F&S.۹۸/۹۶	۱۱	۳	۱۴۰۱/۰۳/۱۶	۹۸/۰۸/۳۰	۹۸/۰۸/۲۰

❖ هدف: حفظ حقوق بیمار در تمامی اقسام به نسبت مساوی و بهره گیری تمام گروه ها از اقدامات درمانی

❖ دامنه: کارکنان بیمارستان، مشاوران واحد مراقبت های معنوی

❖ تعاریف: بیماران آسیب پذیر و پر خطر دارای اولویت نیازمند به خدمات مددکاری شامل:

۱. کودک آزاری، خشونت خانگی، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین، اقدام به خودکشی، افراد با سوء مصرف مواد، بی خانمان، نزاع و درگیری/ضرب و جرح.
۲. بیماران دارای اختلالات روانی، مادران باردار پرخطر، بیماران دچار سوختگی، نوزادان، مهاجران و اتباع سایر کشورها، بیماران مجهول الهویه^۱، افراد دچار معلولیت، افراد بدسرپرست و بدون سرپرست، فاقد همراه و یا بدون همراه مؤثر^۲
۳. بیماران خاص، بیماران دیالیز و کولیز
۴. مددجویان با بیماری های صعب العلاج شامل: سرطان، MS، روماتولوژی، هیپاتیت، ایدز، سل، تالاسمی، هموفیلی، پیوند، آلزایمر، صرع و تشنج، اوتیسم، و ...
۵. بیماران فاقد تمکن مالی در پرداخت هزینه های بیمارستان (بیمه شده و یا بدون بیمه).

❖ روش اجرایی:

✓ نحوه شناسایی و مشارکت صاحبان فرایند مددکاری اجتماعی

۱. کارشناس مددکاری فرآیند انجام خدمات مددکاری را به بخش های مختلف بیمارستان ابلاغ می نماید.
۲. کارشناس مددکاری لیست گروه هدف (نیازمند به خدمات مددکاری) را به بخش های مختلف بیمارستان ابلاغ می نماید. (ضمیمه شماره ۲).
۳. پرستار بخش پذیرش کننده ی بیمار، هنگام انجام ارزیابی اولیه، مددجوی نیازمند به خدمات مددکاری را بر اساس تعریف ذکر شده شناسایی می نماید. (ضمیمه شماره ۱)
۴. پرستار بیمار در سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) بیمار نیازمند به خدمات مددکاری را ثبت می کند.

^۱ بیمار مجهول الهویه: به فردی اطلاق می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا بیمارانی خارجی که مدارکشان ترجمه نشده است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری، مهاجرت و ... قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست و همراهی که بتواند این اطلاعات را در اختیار قرار دهد ندارد.

^۲ بدون همراه مؤثر یعنی همراه سالمند یا کسی که قادر به انجام فرآیندهای پذیرش، بستری و ترخیص نباشد.

۵. پرستار بیمار، مددجوی نیازمند به خدمات مددکاری را از طریق تلفن (از ساعت ۷:۳۰ صبح تا ۱۹:۳۰ در روزهای تعطیل و غیر تعطیل) به کارشناس مددکاری اطلاع می دهد. (از طریق شماره گیری کد ۳۱۴ **)
۶. کارشناس مددکاری برای شناسایی گروه های آسیب پذیر از دو فرآیند راند و تریاژ و همچنین ارجاع تیم درمان و مراجعه مستقیم گیرنده خدمت استفاده می کند.
۷. تمامی موارد ارجاعی از بخش ها در سیستم HIS ثبت می شوند و مددکار اجتماعی جهت انجام ارزیابی های تخصصی و تدوین برنامه های مداخله ای بر بالین بیمار حاضر می شود. مراجعین واحد مددکاری اجتماعی از طریق ارجاع درون بخشی (به صورت تلفنی یا ثبت در سامانه اطلاعات بیمارستان) و یا ارجاع از نهادها و مؤسسات دولتی و خصوصی، در فرآیند راند و تریاژ و یا به صورت خود معرف شناسایی می شوند.
۸. کارشناس مددکاری با حضور در بخش با استفاده از اطلاعات اینچارج و پرونده بیمار، مددجوی نیازمند به خدمات مددکاری را شناسایی می نماید.
۹. مددکار مرکز لیست گروه های هدف مددکاری را به اضافه درخواست های ارسالی از بخش ها از طریق سیستم HIS استخراج می کند.
۱۰. کارشناس مددکاری از لیست بیمارانی پذیرش شده، بیماران فاقد بیمه را استخراج می کند.
۱۱. مددکار بیمارستان در اولین فرصت و در زمان مقتضی بیمار را نسبت به امکان بیمه شدن از طریق بیمه سلامت همگانی و در صورت فاقد اعتبار بودن نسبت به تمدید بیمه و همچنین مدارک لازم جهت تأیید بیمه راهنمایی می کند.

✓ ملاک ها و روش های ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان توسط مددکار اجتماعی

۱. کارشناس مددکاری بر اساس آیتم های میزان درآمد ماهیانه، تعداد افراد خانواده، مالک یا مستأجر بودن، نوع بیماری، سوابق بستری، تعداد بستری، نوع بیمه و ... ارزیابی شرایط مادی را انجام می دهد.
۲. مددکار اجتماعی به منظور ارزیابی شرایط مادی و معنوی مددجویان از ابزارهای مختلفی مانند مستندات در دسترس (از جمله مطالعه پرونده)، مشاهده، مصاحبه و (در صورت امکان انجام بازدید منزل، با هماهنگی مدیریت) استفاده می نماید. مددکار اجتماعی به منظور تعیین وضعیت مراجعین مرکز درمانی اقدام به استحقاق سنجی می کند.
۳. مددکار اجتماعی در صورت لزوم با تیم درمان و پرسنل بخش نیز صحبت کرده و اطلاعات مورد نیاز را از آنان کسب می نماید.
۴. در صورت لزوم، جهت کسب اطلاعات و حمایت یابی بیشتر در مورد بیمار، پیگیری های برون و درون سازمانی انجام می شود.
۵. در صورتیکه بیمار نیازمند خدمات مددکاری، به مراقبت های معنوی و یا مشاوره مذهبی نیز نیاز داشته باشند توسط واحد مددکاری به واحد مراقبت های معنوی ارجاع داده می شوند. این فرآیند ممکن است به صورت عکس نیز وجود داشته باشد، بدین معنا که ابتدا در بخش و در راند مشاوران واحد مراقبت های معنوی شناسایی و سپس به مددکار اجتماعی معرفی شوند.

✓ تعیین معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی

۱. بخشی از معیارهای شناسایی مددجویان از طریق دستورالعمل های مشخص در قالب حمایت از بیماران نیازمند، بیماران مبتلا به سرطان، بیماران اعصاب و روان، بیماران خاص، سوختگی، مجهول الهویه و نوزاد رها شده به واحدهای مددکاری ابلاغ شده است و مددکار اجتماعی در چارچوب تعیین شده نسبت به خدمت رسانی برای این بیماران اقدام می نماید. (بخش نامه های موجود)

۲. آیتم های طراحی شده در پروتکل های خدمات مددکاری اجتماعی جهت ارزیابی وضعیت اجتماعی، اقتصادی بیماران مورد استفاده قرار می گیرد و با استناد به این آیتم ها، شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی انجام می شود. مددکار اجتماعی پیش از ارائه هر گونه حمایت، از طریق مصاحبه های حرفه ای بیمار را مورد ارزیابی قرار می دهد، بیمارستان نیز در راستای حفظ اسرار و حریم شخصی بیماران و خانواده ایشان و به منظور ارزیابی صحیح و ارائه ی خدمات مناسب، شرایط محیطی را برای مددکار اجتماعی فراهم می آورد.

✓ نحوه ی اطلاع رسانی معیارهای شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری به بخش های مختلف بیمارستان

۱. مددکار اجتماعی موظف است فهرستی از گروه های هدف تهیه کرده و در اختیار مسئولین بخش ها و مدیر پرستاری قرار دهد.
۲. مددکار اجتماعی در راندهای روزانه، کمیته های بیمارستانی و جلسات آموزشی، فهرست این گروه ها را با کارکنان بالینی مرور می کند. همچنین می تواند از آموزش های درون بیمارستانی برای آگاه سازی پرسنل استفاده نماید.
۳. مددکار اجتماعی در قالب اتوماسیون اداری، کلیه مسئولین بخش ها را از گروه های هدف و معیارهای نیازمندی (به صورت کلی) آگاه می کند.
۴. مددکار اجتماعی فرایند خدمت رسانی را به طور شفاف در قالب فلوجارت ترسیم کرده و در اتاق خود و سایر بخش های مربوطه در معرض دید مراجعه کنندگان و همراهان قرار می دهد.

✓ نحوه ی هماهنگی بخش های مختلف بیمارستان با مددکاری برای ارائه خدمات به مددجویان آسیب پذیر با استفاده از سامانه اطلاعات بیمارستان

۱. کلیه بخش های بیمارستان جهت ارجاع بیمار نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی با ورود به پرونده ی بالینی بیمار در سامانه HIS و همچنین از طریق تماس تلفنی و یا در فرآیند راند مراتب نیازمندی و شرح خدمت مورد نیاز را به مددکار اجتماعی بیمارستان اطلاع می دهند.
۲. مددکار بیمارستان از طریق گزارش گیری از سامانه ی مورد نظر و بررسی پذیرش های جدید، گزارش مربوط به بیمار را دریافت نموده و جهت پیگیری های بیشتر بر بالین بیمار حاضر می شود.

۳. مددکار اجتماعی آیتم های ارزیابی تخصصی و مددکاری اجتماعی را بر حسب نیاز بررسی کرده و در سامانه HIS ثبت می نماید.

✓ شناسایی، اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران در بیمارستان توسط واحد مددکاری

۱. مددکار اجتماعی کلیه ی اطلاعات مربوط به دریافت کنندگان خدمت را در قالب اکسل، جمع بندی کرده و آمار و اطلاعات استخراج شده را هر ماه به معاونت درمان دانشگاه طبق درخواست این معاونت ارسال می نماید.
۲. مددکار اجتماعی این نیازها (پیشگیری، درمانی، توانبخشی) را اولویت بندی کرده و بر اساس نوع نیاز و گروه هدف، برنامه ریزی لازم را در جهت تصحیح فرآیندهای خدمت رسانی و افزایش حداکثری حمایت یابی درون و برون سازمانی انجام می دهد.
۳. مددکار اجتماعی می تواند در راستای رفع نیازهای شناسایی شده از خدمات سایر سازمان های امدادی رفاهی و مؤسسات خیریه و مشارکت های مردمی نیز استفاده نماید.
۴. مددکار اجتماعی کلیه مستندات مربوط به پیگیری ها و مکاتبات صورت گرفته را بایگانی نموده و در کمیته های بیمارستانی مطرح و مصوبات لازم را پیگیری می نماید.

✓ نحوه هماهنگی با نهادها، سازمان ها و مؤسسات مرتبط خارج از بیمارستان و استفاده مناسب از خدمات آن ها برای حمایت از مددجویان

۱. مددکار اجتماعی بانک اطلاعاتی به روز که حاوی نام و مشخصات، وظایف و نوع خدمات ارائه ای توسط نهادها، سازمان ها، مؤسسات مرتبط با بیمارستان و مشخصات فرد پاسخگو در سازمان مورد نظر را تهیه می کند.
۲. مددکار اجتماعی از دستور العمل ها و شیوه ی کار سازمان های خیریه و حمایتی آگاهی داشته و از طریق تماس تلفنی یا مراجعه ی حضوری ارتباط مناسبی را با این سازمان ها برقرار می نماید.
۳. مددکار اجتماعی به عنوان رابط بین سازمانی اهداف این ارتباط را برای دو طرف به صورت مشخص و شفاف توضیح داده و در صورت لزوم از تفاهم نامه های بین سازمانی برای تسهیل فرآیندهای کاری استفاده می نماید.
۴. مددکار اجتماعی از طریق تماس تلفنی یا مصاحبه حضوری نسبت به پیگیری خدمات ارائه شده از سوی سازمان حمایتی مقصد اطمینان حاصل می کند و در صورت عدم خدمت رسانی مناسب، فرآیند ارجاع را اصلاح می نماید.

✓ نحوه ارائه خدمات مددکاری به بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه

۱. مددکار اجتماعی از طریق راند مددکاری اجتماعی و یا ارجاع توسط مترون، سوپروایزر، سرپرستار، مسئول پذیرش یا پرستار تریاژ اورژانس مطلع می شود.
۲. کلیه بیمارانی که به عنوان مجهول الهویه در سامانه اطلاعاتی بیمارستان ثبت می شوند مورد ارزیابی مددکار اجتماعی قرار می گیرند. (پیوست ۳)
۳. شیوه ارزیابی این بیماران شامل مصاحبه با بیمار (در صورت داشتن هوشیاری)، مشاهده ی وضعیت، مطالعه ی پرونده بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان می باشد.
۴. مددکار اجتماعی پس از کسب اطلاع از پذیرش بیمار مجهول الهویه، از طریق ثبت احوال و در صورت لزوم از طریق واحد انتظامات مراجع ذی صلاح را در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده انجام می دهد.
۵. مددکار اجتماعی مکاتبات لازم را با واحد حقوقی بیمارستان انجام داده تا کلیه ی پیگیری های قانونی توسط این واحد انجام شود.
۶. در مورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه ی تحت پوشش بهزیستی، مددکار اجتماعی نسبت به پیگیری بیمه ی درمانی از طریق نمایندگان بیمه در بیمارستان اقدام می نماید.

✓ نحوه و محدوده حمایت های مالی از مددجویان نیازمند

حمایت های مالی از مددجویان نیازمند پس از شناسایی این بیماران در مدت بستری توسط مددکار اجتماعی و یا پس از معرفی مددجو به واحد مددکاری اجتماعی و ارزیابی اجتماعی اقتصادی وی و استحقاق سنجی بیمار و ارائه گزارش آن به مدیریت و یا ریاست و تایید ایشان مشخص می گردد.

نحوه ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روش ها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکار

ارزیابی و پایش عملکرد مددکار اجتماعی با روش های زیر صورت می پذیرد:

- شاخص های مبتنی بر عملکرد که توسط مدیر بیمارستان انجام می شود. (فصلی)
- ارزیابی بر اساس شاخص های فصلی ارائه شده به دفتر بهبود کیفیت از سوی مددکار اجتماعی
- ارزیابی نظارت و ارزیابی عملکرد بصورت مستمر توسط کمیته اخلاق حرفه ای.

صاحبان فرآیند : کادر درمان، مددکار اجتماعی، پرسنل پذیرش، تریاژ و صندوق

ذینفعان: گروه های هدف نیازمند خدمات مددکاری اجتماعی

منبع تأمین: درآمد اختصاصی بیمارستان و هتلینگ

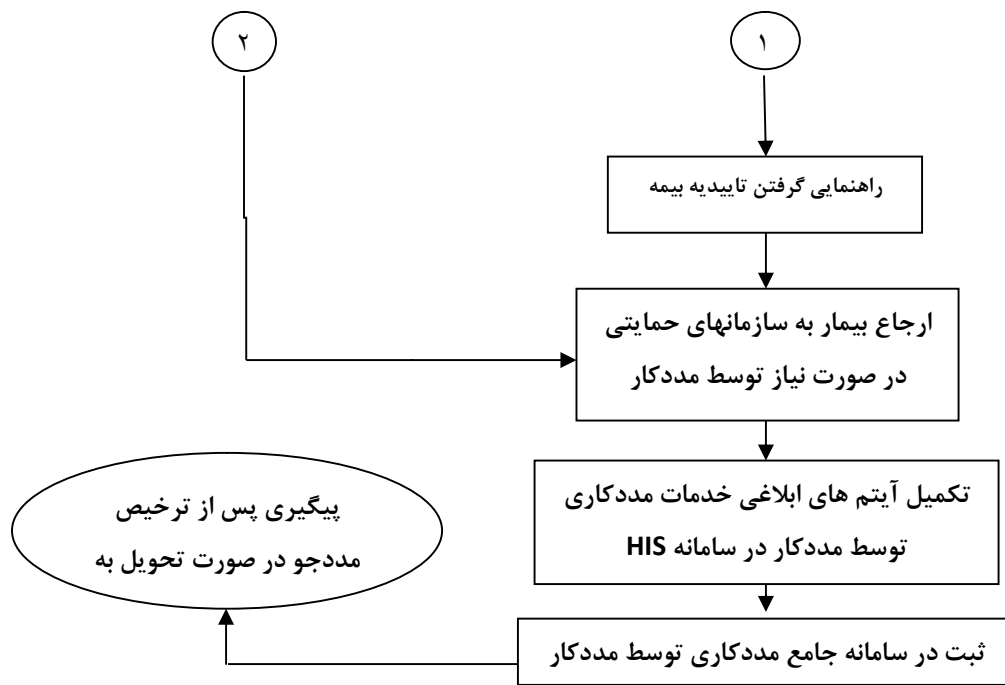
امکانات : سیستم HIS

منابع و مراجع: بر اساس راهنمای اعتبار بخشی ویرایش چهارم، تجربه بیمارستان

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
<p>دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت</p>	<p>مهدی صنعتگر اردکانی مدیر بیمارستان</p>	<p>مهدی صنعتگر اردکانی مدیر بیمارستان مجتبی درویشی مددکار بیمارستان کبری سجادیان مسئول دفتر بهبود کیفیت یوسف زارعی رییس امور اداری رحیمه مختاری مسئول پذیرش علیرضا فلاحی مسئول حراست رقیه فلاح نماینده مسئول بخش ها زینب جلال زاده هماهنگ کننده ایمنی بیمار محبوبه زارعی کارشناس بهبود کیفیت</p>

فرآیند خدمات مددکاری به بیماران آسیب پذیر و پرخطر





مدت زمان انجام فرآیند: بسته به نوع خدمت
مددکاری متفاوت است.

تاریخ بازنگری: خرداد ۱۴۰۱

تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۲

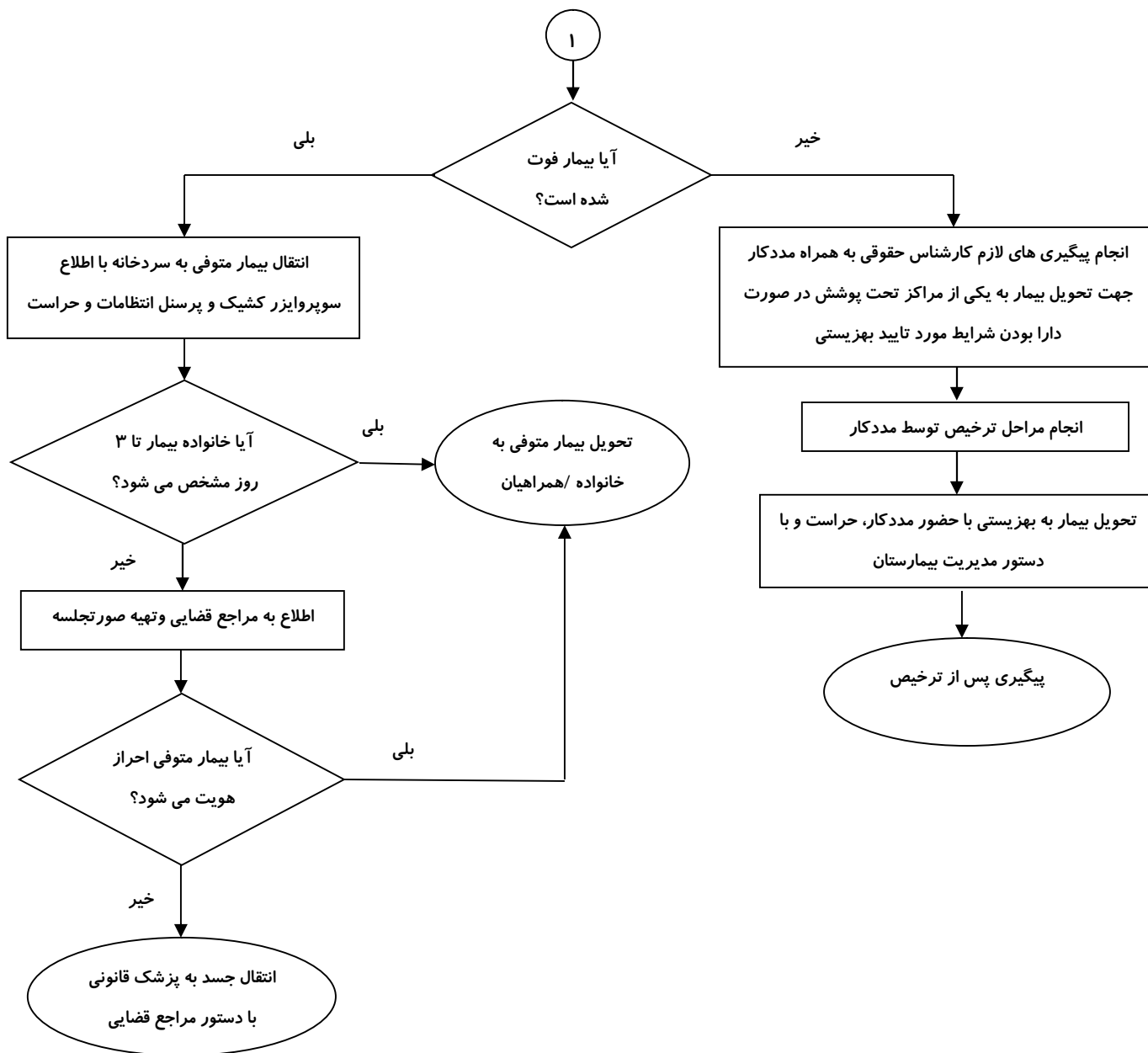
گروه ۱	کودک آزاری، خشونت خانگی، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین، اقدام به خودکشی، افراد با سوء مصرف مواد، بی خانمان، نزاع و درگیری / ضرب و جرح.
گروه ۲	(۱) بیماران دارای اختلالات روانی (۲) مادران باردار پرخطر (۳) سوختگی (۴) نوزادان با مشکلات و بیماری های صعب العلاج ونوزادان رهاشده در بخش (۵) مهاجران و اتباع سایر کشورها (۶) بیماران مجهول الهویه ^۱ (۷) معلولین ذهنی و جسمی (۸) افراد بد سرپرست، بدون سرپرست و فاقد همراه و یا بدون همراه موثر ^۲
گروه ۳ (بیماران خاص)	(۱) بیماران کولیز (۲) بیماران دیالیز
گروه ۴ (مددجویان با بیماری های صعب العلاج و ...)	سرطان، MS، روماتولوژی، هپاتیت، ایدز، سل، تالاسمی، هموفیلی، پیوند، آلزایمر، صرع و تشنج، اوتیسم و...
گروه ۵	مددجویان نیازمند به کمک مالی (بیمه شده و یا بدون بیمه)

اطلاع رسانی به مددکار اجتماعی بیمارستان از طریق شماره گیری کد ۳۱۴* صورت پذیرد.

بیمار مجهول الهویه: به فردی اطلاق می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا بیماران خارجی که مدارکشان ترجمه نشده است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری، مهجوریت و ... قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست و همراهی که نمی تواند این اطلاعات را در اختیار قرار دهد ندارد.
^۲ بدون همراه موثر یعنی همراه سالمند یا کسی که قادر به انجام فرآیندهای پذیرش، بستری، ترخیص نباشد.

فرآیند خدمات مددکاری به بیماران مجهول الهویه





متوسط زمان انجام فرآیند: متناسب با زمان پیگیری ها
 تاریخ بازنگری: خرداد ۱۴۰۱
 تاریخ بازنگری بعدی: خرداد ۱۴۰۲

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - مراقبت و درمان - پیشگیری و کنترل عفونت

عنوان خط مشی					نمونه گیری و گزارش آزمایش RT-PCR از بیماران مشکوک به کووید ۱۹ در بیمارستان	
تاریخ تدوین	تاریخ ابلاغ	تاریخ آخرین بازنگری	شماره ویرایش	تعداد صفحات	کد	
۱۴۰۰/۱۰/۱۴	۱۴۰۰/۱۰/۱۴	۱۴۰۱/۰۳/۰۷	۱	۶	PO.IC.۱۴۰۰/۹۷	

❖ هدف: شناسایی بیماران مشکوک، محتمل و قطعی کووید ۱۹ با استفاده از آزمایش RT-PCR

❖ دامنه: پزشکان - پرستاران

❖ تعریف:

مورد مشکوک کووید ۱۹: بیمار با شروع ناگهانی تب و سرفه یا شروع ناگهانی حداقل سه یا بیشتر از علائمی مثل تب، لرز، سرفه، ضعف عمومی، خستگی مفرط، تنگی نفس، بیحالی، کاهش سطح هوشیاری، استفراغ، اسهال، اقامت یا اشتغال یا مسافرت به مناطقی که احتمال چرخش ویروس وجود دارد در طی ۱۴ روز گذشته.

مورد محتمل به کووید ۱۹: بیمار مشکوکی که در تماس با یک بیمار قطعی یا محتمل یا مشکوکی که یافته های تصویربرداری به نفع کووید ۱۹ را داشته باشد. مثل تظاهرات رادیولوژیک شامل انفیلتراسیون مولتی لوبرلر یک یا دوطرفه خصوصا انفیلتراسیون نواحی محیطی در CT-SCSN ریه یا رادیوگرافی قفسه سینه و یابیماری که دچار از دست دادن حس بویایی و چشایی شده باشد.

مورد قطعی: فرد با تایید آزمایشگاهی ویروس ناشی از کووید ۱۹ صرف نظر از وجود علائم یا نشانه های بالینی.

نمونه گیری تست مولکولی RT-PCR: به معنای نمونه برداری از فضای نازوفارنکس و اوروفارنکس بیماران با استفاده از سواپ بینی و گلو در محیط کشت مناسب و تعریف شده به منظور کووید ۱۹ و همچنین نمونه برداری طبق پیوست یک.

❖ روش اجرایی

۱. پزشک درخواست آزمایش RT-PCR جهت بیماران مشکوک به کووید ۱۹ را در پرونده ثبت می نماید.
۲. پرستار دستور پزشک مبنی بر انجام تست مولکولی RT-PCR را چک می نماید و در سامانه HIS درخواست انجام تست را ثبت می نماید.
۳. با توجه به اینکه ظرف های نمونه از مراکز بهداشت شهرستان تحویل آزمایشگاه می گردد، پرسنل خدماتی بایستی به تعداد بیماران نیازمند به انجام تست، ظرف نمونه را به همراه سواپ موردنظر از آزمایشگاه تحویل بگیرند.
۴. با توجه به اینکه کلیه نمونه هایی که برای آزمایش های تشخیصی گرفته می شود و بالقوه عفونی محسوب می شود و پرستار مسئول نمونه گیر بایستی از وسایل حفاظت فردی (PPE) استفاده نماید. (شیلد محافظ صورت، ماسک ۵ لایه، گان، آستین بلند، دستکش)

۵. پرستار بایستی نمونه برداری RT-PCR از فضای نازوفارنکس و اوروفارنکس بیماران را طبق استاندارد تعریف شده و آموزش های دیده شده را انجام می دهد (برای افزایش احتمال شناسایی ویروس، گرفتن همزمان دو سواب نازوفارنژیال و اوروفارنژیال و قرار دادن هر دو در یک لوله حاوی محیط مخصوص انتقال توصیه می شود).

توجه: برای تهیه نمونه بخش فوقانی دستگاه تنفسی باید از سواب استریل داکرون، نایلونی یا پلی استر (سواب پنبه ای توصیه نمی شود) و محیط مخصوص استفاده نمود. سعی شود در نمونه گیری از لوزه ها و زبان کوچک نمونه گیری نشود. (جدول نمونه هایی که ممکن است از بیماران علامت دار مشکوک به کروناویروس جدید گرفته شود، پیوست یک می باشد).

پرستار بر روی نمونه های گرفته شده اطلاعات بیمار شامل نام و نام خانوادگی، کدملی، نام بخش، نام پدر، تاریخ تولد را ثبت نموده و فرم نمونه گیری انجام آزمایش RT-PCR را تکمیل می نماید.

نمونه گرفته شده با درج اطلاعات خواسته شده به آزمایشگاه و فرم نمونه گیری اطلاعات بیمار به مسئول ثبت نمونه ها در سامانه کروئال (پرسنل شاغل در اتاق گچ) تحویل داده می شود.

پرسنل مسئول ثبت نمونه ها، اطلاعات بیمار را طبق فرم ثبت شده در سامانه کروئال ثبت می نماید.

پرسنل مسئول ثبت نمونه ها، بایستی تطبیق نمونه های ثبت شده با فرم اطلاعات بیمار در آزمایشگاه را چک نماید و در صورتی که صحت نمونه های ثبت شده با فرم های نمونه گیری و مشخصات صحیح بر روی نمونه ها توسط مسئول ثبت اطلاعات انجام شود، به مسئول آزمایشگاه اطلاع رسانی نماید.

مسئول آزمایشگاه جهت انتقال نمونه های تایید شده با مرکز بهداشت هماهنگ نماید و نمونه ها به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد. (انتقال نمونه با استفاده از وسایل مخصوص نمونه های عفونی انجام می شود).

توجه: فرآیند انجام نمونه گیری کووید RT-PCR از بیمار مشکوک به کرونا در بخش های بالینی در پیوست دو قرار دارد.

صاحبان فرآیند: پزشک، پرستار، مسئول آزمایشگاه، سوپروایزر کنترل عفونت

ذینفعان: بیماران، بیمارستان

امکانات: وسیله نمونه برداری اعم از: لوله جمع آوری خون تام، ظرف استریل، ظرف استریل حاوی سرم فیزیولوژی، لوله جمع آوری خون با ژل جداکننده سرم، ظرف جمع آوری ادرار، سواب های داکرون یا پلی استر، مستندات CT-SCAN و یا رادیوگرافی قفسه سینه

❖ **منابع و مراجع:** دستورالعمل کووید ۱۹ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. راهنمای تشخیص و درمان بیماری کووید ۱۹

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
<p>دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت</p>	<p>دکتر ساسان دهقانی پزشک کمیته کنترل عفونت</p>	<p>دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان دکتر ساسان دهقانی پزشک کمیته کنترل عفونت معصومه حیدری سوپروایزر کنترل عفونت</p>

پیوست یک:

نمونه های بالینی که ممکن است از بیماران علامت دار مشکوک به کرونا ویروس جدید گرفته شود.

نوع نمونه	وسیله نمونه برداری	شرایط انتقال به آزمایشگاه	شرایط نگهداری تا زمان انجام آزمایش	توضیحات
سواب نازوفارنژیال و سواب اوروفارنژیال	سواب های داکرون یا پلی استر	۴ °C	≤ ۵ days: ۴ °C > ۵ days: -۷۰ °C	باید سواب های نازوفارنژیال و اوروفارنژیال هر دو در یک لوله قرار داده شوند تا تعداد ویروس افزایش پیدا کند.
لاواژ برونکوالوئولار	ظرف استریل	۴ °C	≤ ۴۸ hours: ۴ °C > ۴۸ hours: -۷۰ °C	اگرچه نمونه رقیق می شود اما همچنان ارزش تشخیصی دارد.
آسپیره اندوتراکئال، آسپیره نازوفارنژیال یا شستشوی بینی	ظرف استریل	۴ °C	≤ ۴۸ hours: ۴ °C > ۴۸ hours: -۷۰ °C	
خلط	ظرف استریل	۴ °C	≤ ۴۸ hours: ۴ °C > ۴۸ hours: -۷۰ °C	از اینکه نمونه مربوط به قسمت تحتانی دستگاه تنفسی می شود اطمینان حاصل شود.
بیوپسی یا اتوپسی بافتی شامل بافت ریه	ظرف استریل حاوی سرم فیزیولوژی	۴ °C	≤ ۲۴ hours: ۴ °C > ۲۴ hours: -۷۰ °C	
سرم (دو نمونه سرم که اولی مربوط به مرحله حاد بیماری و دومی مربوط به دوره نقاهت، و در صورت امکان، ۲ الی ۴ هفته بعد از دوره حاد باشد.)	لوله جمع آوری خون با ژل جداکننده سرم (برای بالغین ۳ الی ۵ میلی لیتر خون کامل گرفته شود.)	۴ °C	≤ ۵ days: ۴ °C > ۵ days: -۷۰ °C	(در صورتیکه آزمایش سرولوژی وجود داشته باشد) دو نمونه گرفته شود: فاز حاد: هفته اول بیماری فاز نقاهت: ۲-۳ هفته بعد از نمونه اول
خون کامل	لوله جمع آوری خون تام	۴ °C	≤ ۵ days: ۴ °C > ۵ days: -۷۰ °C	به منظور انجام آزمایش تشخیص آنتی ژن (در صورتیکه وجود داشته باشد) خصوصاً در هفته اول بیماری.
ادرار	ظرف جمع آوری ادرار	۴ °C	≤ ۵ days: ۴ °C > ۵ days: -۷۰ °C	

فرآیند انجام نمونه گیری کووید (PCR) از بیمار مشکوک به کرونا در بخش های بالینی

