



بیمارستان شهید مطهری مروودشت

دفتر بهبود کیفیت

بهار ۱۴۰۱

فهرست روش اجرایی ها در استانداردهای اعتباربخشی سال ۱۳۹۸ (بازنگری ۱۴۰۱)

ردیف	زیرمحمور	عنوان	شماره صفحه	کد
۱.	رهبری و مدیریت کیفیت	<u>نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای</u>	۲	PR.LM.۹۸/۲۹۳
۲.	رهبری و مدیریت کیفیت	<u>نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان</u>	۴	PR.LM.۹۸/۲۹۲
۳.	مدیریت خطر، حوادث و بلایا	<u>گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین</u>	۱۰	PR.DM.۹۸/۳۰۷
۴.	مدیریت خدمات پرستاری	<u>نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها</u>	۱۴	PR.NM.۹۸/۱۹۲
۵.	مراقبتهای عمومی بالینی	<u>مستندسازی دستورات تلفنی</u>	۱۶	PR.GCC.۹۸/۳۰۸
۶.	پیشگیری و کنترل عفونت	<u>روش های موثر شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی بیماران در حین بستری و پس از ترخیص</u>	۱۸	PR.IC.۹۹/۴۳۵
۷.	پیشگیری و کنترل عفونت	<u>نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل به کار رفته بیمار</u>	۲۱	PR.IC.۹۸/۳۲۲
۸.	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	<u>کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی</u>	۲۷	PR.IT.۹۸/۲۷۰
۹.	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	<u>پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری بیمارستان</u>	۲۹	PR.IT.۹۸/۲۳۶
۱۰.	فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت	<u>نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان</u>	۳۱	PR.IT.۹۸/۲۳۷
۱۱.	مدیریت خدمات پرستاری	<u>نظارت بر اداره امور بخش های بالینی</u>	۳۴	PR.NM.۹۸/۱۹۲
۱۲.	کنترل عفونت	<u>انجام صحیح پانسمان</u>	۳۷	PR.IC.۱۴۰۱/۲۱۳
۱۳.	تامین تسهیلات گیرنده خدمت	<u>پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی و قوه قضاییه</u>	۴۲	PR.F&S.۱۴۰۲/۲

تناوب دوره بازنگری: یکسال

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - رهبری و مدیریت کیفیت

نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.LM.۹۸/۲۹۳	۲	۳	۱۴۰۱/۰۳/۰۹	۹۸/۰۸/۳۰	۹۸/۰۸/۲۰

❖ هدف: رعایت حقوق گیرندگان خدمت ، اصول حرفه ای و اخلاق بالینی تیم پزشکی در در سه حیطة ارتباط با بیمار ، همکاران و جامعه

❖ دامنه: تمام کارکنان بیمارستان

❖ تعریف: ندارد

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

۱. راندهای نظارتی در قالب واک راند های ایمنی طبق برنامه و نظارت های میدانی بصورت سرزده در تمام ساعات شبانه روز توسط تیم رهبری و مدیریت جهت اطمینان از حسن اجرای استانداردهای حمایت از گیرندگان خدمت و اصول اخلاق حرفه ای در بیمارستان و برنامه ریزی جهت انجام مداخلات و اقدام اصلاحی انجام می شود.
۲. نظارت بر اجرای صحیح استانداردهای حمایت از گیرندگان خدمت و اصول اخلاق حرفه ای در راندهای ایمنی توسط مترون و سوپروایزورهای بالینی انجام و به مافوق گزارش داده می شود.
۳. دبیر کمیته اخلاق حرفه ای بر حسن اجرای استانداردهای حمایت از گیرندگان خدمت و اصول اخلاق حرفه ای نظارت مستمر و ارزیابی فصلی انجام می دهد ، تجزیه و تحلیل نتیجه ارزیابی و گزارشی جهت ارائه در کمیته اخلاق حرفه ای در جهت اصلاح موارد عدم انطباق تهیه می نماید.
۴. نظارت مستمر دبیر کمیته قانون انطباق بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی و تهیه گزارش جهت ارائه به کمیته مربوطه و اخلاق حرفه ای انجام می شود.
۵. ملاقات های حضوری با گیرندگان خدمت توسط تیم رهبری و مدیریت در اتاق مصاحبه ، تکمیل چک لیست مربوطه و تهیه گزارش جهت بررسی در کمیته اخلاق حرفه ای انجام و مداخلات اصلاحی فوری در صورت لزوم اعمال می شود.
۶. نظارت بر اجرای صحیح فرایند رسیدگی به شکایات توسط تیم رهبری و مدیریت ، جمع آوری داده های مربوط به شاخص های رسیدگی به شکایات ، تجزیه و تحلیل و بررسی نتایج در کمیته اخلاق حرفه ای در جهت انجام مداخلات اصلاحی انجام می گردد.

۷. نظارت بر اجرای صحیح فرآیند پیشنهادات توسط تیم رهبری و مدیریت ، جمع آوری پیشنهادات ، تجزیه و تحلیل و بررسی در کمیته پیشنهادات جهت استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن انجام می شود.

۸. نظارت بر اجرای صحیح فرآیندهای مرتبط با خدمات مددکاری اجتماعی توسط تیم رهبری و مدیریت، جمع آوری داده های مربوط به شاخصهای خدمات مددکاری ، تجزیه و تحلیل و بررسی نتایج در کمیته اخلاق حرفه ای در جهت انجام مداخلات اصلاحی

۹. رضایت سنجی گیرندگان خدمت بصورت فصلی توسط دفتر بهبود کیفیت ، تجزیه و تحلیل و بررسی نتایج در کمیته های پایش و سنجش و اخلاق حرفه ای در جهت انجام مداخلات اصلاحی انجام می گردد.

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: چک لیست پایش روش اجرایی

کارکنان مرتبط: مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

❖ منابع و مراجع: استانداردهای اعتبار بخشی

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهید مطهری مرودشت	مهدی صنعتگر اردکانی مدیر بیمارستان	مهدی صنعتگر اردکانی مدیر بیمارستان کبری سجادیان دفتر بهبود کیفیت طیبه زارع مترون محبوبه زارعی دبیر کمیته اخلاق حرفه ای مهوش محمودی رابط شکایات مجتبی درویشی مددکار اجتماعی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - واحد مدیریت و رهبری					
نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.LM.۹۸/۲۹۲	۶	۳	۱۴۰۱/۰۳/۰۹	۹۸/۰۸/۳۰	۹۸/۰۸/۲۰

- ❖ هدف: پیشگیری از پایداری شدن حقوق بیمار و پزشکان و جلوگیری از پیش آمدن موارد قانونی در خصوص پزشکان و کادر درمانی
- ❖ دامنه کاربرد: تمامی شاغلان حرف پزشکی و وابسته

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

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از:

۱. لازم است در پیشنهاد هر مداخله ی سلامت به بیماران (شامل همه ی اقدامات تشخیصی و درمانی) منافع بیمار بر هر منفعت دیگری (از جمله منفعتی که ممکن است با نادیده گرفتن منافع بیمار، نصیب خانواده یا نزدیکان وی شود)، در اولویت قرار داده شود.
۲. لازم است از تحمیل هرگونه هزینه ی غیرضروری و یا فاقد وجهت علمی، بر بیماران، به هر شکل و عنوان، خودداری شود. برای ترغیب بیماران به استفاده از خدمات غیرضروری، دلایلی از جمله دفاع از خود در مقابل شکایت احتمالی بیمار و یا ایجاد منفعت برای فرد یا مؤسسه ی ثالث موجه نیستند.
۳. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، در مواردی که مسؤولیت ارائه ی خدمت به بیماران و دیگر گیرندگان خدمات سلامت را می پذیرند، مسؤول ادامه ی درمان بیمار، در حد توانایی و تخصص خود هستند. عدم پذیرش بیماران، تنها به دلیل وجود محدودیت های موجه (نظیر کمبود وقت و امکانات مناسب یا عدم توانایی فنی و علمی کافی) قابل قبول است.
۴. لازم است در ارجاع بیماران به دیگر شاغلان حرف پزشکی و وابسته و یا مؤسسات پاراکلینیکی از جمله مراکز تصویربرداری، داروخانه، بیمارستان، آزمایشگاه و مانند آن منافع و مصالح پزشکی بیمار، در اولویت قرار داده شود. همه ی ارجاعات باید در راه مصالح بیماران، بر طبق موازین پذیرفته شده ی علمی و بر اساس صلاحیت و توانایی حرفه مند ارائه کننده ی خدمات سلامت و یا کیفیت مراکز ارائه کننده ی خدمات تشخیصی و درمانی ای باشد که بیمار به آن ها ارجاع داده می شود.

۵. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، موظفند در موارد اورژانس، بدون توجه به هزینه، برای نجات جان بیماران، از همه ی امکانات خود استفاده و در صورت نبود امکانات لازم برای نجات بیمار، زمینه ی انتقال آنها را به مرکز درمانی مناسب، فراهم کنند .
۶. پیشنهاد یا برقراری هرگونه رابطه ی عاطفی شخصی یا جنسی با بیماران و همراهان آنها مادامی که رابطه ی حرفه ای و درمانی با بیمار برقرار است، برای شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، ممنوع است. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، مکلفند از استفاده از جایگاه خود در جایگاه درمانگر، برای هرگونه بهره جویی (مانند بهره جویی جنسی، اقتصادی و اداری) از بیمار و همراهانش خودداری کنند.
۷. لازم است شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، میان همه ی بیماران و مراجعه کنندگان مختلف، انصاف و عدالت را رعایت کنند و آن را پاس دارند.
۸. ضمن رعایت انصاف و عدالت میان بیماران، لازم است افرادی که در گروه های آسیب پذیر، شامل کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست قرار دارند، مورد توجه ویژه قرار گیرند. اولویت دادن به افراد آسیب پذیر در مواردی می تواند موجه باشد.
۹. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، باید برای حفظ اعتماد بیماران به حرفه و حرفه مندان سلامت، تلاش کنند. در این زمینه لازم است با صداقت کامل، در همه ی مراحل تشخیص و درمان، اطلاعات مورد نیاز بیماران را به آن ها ارائه دهند و از گفتار یا رفتار مستقیم یا غیرمستقیم که دربردارنده ی فریب بیماران باشد (حتی با نیت خیررسانی به بیمار)، پرهیز کنند .
۱۰. همه ی اطلاعات مربوط به بیماری که دانستن آن ها برای تصمیم گیری بیمار در زمینه ی چگونگی ادامه ی روند تشخیصی و درمانی و دیگر تصمیم گیری های زندگی لازم است، باید بر اساس سطح سواد و وضعیت بیمار، به نحوی که برای بیمار قابل درک باشد در اختیار بیمار یا تصمیم گیرندگان جایگزین وی، قرار داده شود .
۱۱. ایجاد رعب و هراس در بیماران با تشریح غیر واقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه دادن بیماری، ممنوع است .
۱۲. در مواردی که ارائه ی اطلاعات مرتبط با بیماری، دربردارنده ی خبری ناگوار درباره ی سلامت بیمار باشد، لازم است روند دادن اطلاعات به بیمار، با استفاده از روش های استاندارد «دادن خبر بد» باشد. در هر حال، محدود کردن حق بیمار بر آگاهی از همه ی اطلاعات مربوط به سلامت خود، موجه نیست .
۱۳. ضروری است در کنار انجام مداخلات تشخیصی و درمانی، آموزش لازم در زمینه ی نحوه ی ادامه ی درمان، چگونگی مصرف داروها ، پیگیری بیماری، زمان مراجعات بعدی، عوارض مصرف داروها، مواردی که بیمار باید به پزشک یا اورژانس بیمارستان مراجعه کند، اصلاح سبک زندگی و مانند آن در اختیار بیمار قرار گیرد ..
۱۴. لازم است همه ی گزینه های تشخیصی و درمانی که از لحاظ علمی و فنی برای بیماران درست و قابل قبول به شمار می آیند، با یادکرد نقاط ضعف، نقاط قوت، منافع و عوارض احتمالی به آنها معرفی شوند. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، لازم است ضمن پاسخ دادن به سؤالات بیماران، تلاش کنند با بیمار به یک تصمیم مشارکتی، دست یابند .
۱۵. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، مکلفند به حق بیمار برای خودداری از درمان های پیشنهادی، احترام بگذارند. استفاده از روش هایی که نیازمند رفتار غیرصادقانه برای اقناع بیمار به پذیرش درمان باشد، ممنوع است. در مواردی که بیمار درمان

های نگهدارنده ی حیات را نمی پذیرد و ممکن است در اثر امتناع از درمان، فوت کند و یا دچار آسیب جدی شود پزشک معالج موظف است برای قانع کردن بیمار، همه ی تلاش خود را به کار گیرد و در نهایت، در صورت قانع نشدن بیمار مسؤولان مربوط به این امر، از جمله کمیته ی اخلاق بیمارستان را از موضوع آگاه کند. موارد اورژانس حیاتی که به دلیل فوریت و در معرض خطر بودن جان بیمار، در آن امکان تبادل اطاعات و اخذ رضایت از بیمار یا تصمیمگیرنده ی جایگزین او وجود ندارد، از شمول این ماده استثنای است.

۱۶. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، مکلفند در موارد اورژانس که جان بیمار در خطر باشد، نجات جان او را بر دیگر قواعد اخلاقی، از جمله لزوم اخذ رضایت آگاهانه اولویت دهند و بدون فوت وقت به ارائه ی خدمات، اقدام کنند. در موارد اورژانسی که بیمار علی رغم وجود تهدید جدی سلامت و جان خود، از پذیرش درمان نجات بخش خودداری میکند، شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، موظفند نهایت تلاش خود را به کار گیرند تا بیمار امتناع کننده را برای پذیرش درمان، قانع کنند.

۱۷. وظیفه ی اخذ رضایت آگاهانه بر عهده ی حرفه مند معالج یا یکی از اعضای تیم معالج، به نمایندگی و تحت نظارت حرفه مند معالج است و نمی تواند به دیگر افراد سپرده شود. در قبال اخذ رضایت آگاهانه هیچ هزینه ای از بیماران گرفته نمی شود.

۱۸. برای انجام هر مداخله ی پزشکی، در صورتی که فرد به سن قانونی رسیده و صلاحیت تصمیم گیری نیز داشته باشد، رضایت آگاهانه ی خود فرد بسنده است و به رضایت فرد دیگری (از جمله همسر یا پدر) نیازی نیست. حرفه مندان مکلفند در فرض صلاحیت بیمار، از اصرار برای گرفتن رضایت یا شهادت نزدیکان (مانند همسر و پدر) که به تأخیر در ارائه ی خدمات سلامت به بیمار می انجامد، خودداری کنند. مواردی از مداخله ی غیردرمانی پزشکی که بر باروری فرد یا رابطه زناشویی وی تأثیر جدی و بازگشت ناپذیر یا با احتمال بازگشت ضعیف و طولانی مدت می گذارد، در صورتی که فرد متأهل باشد، منوط به رضایت همسر خواهد بود. در هر حال، هیچ اقدام پزشکی درمانی نباید به رضایت شخصی غیر از بیمار یا تصمیم گیرنده ی جایگزین وی موقوف باشد.

۱۹. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، به حق بیمار مبنی بر محرمانه بودن همه ی اطلاعات وی، اعم از اطلاعات حساس و غیرحساس که به هر شکل، در مراحل مختلف تشخیصی و درمانی، جمع آوری می شود و یا به هر ترتیب در اختیار تیم درمانی قرار می گیرد، احترام می گذارند. جز شخص بیمار و یا افرادی که از طرف او اجازه داشته باشند، ارائه ی اطلاعات به هر فرد دیگری، ممنوع است.

۲۰. تنها آن دسته از شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، که عضو تیم درمانی بیمار هستند، اجازه ی دسترسی به اطلاعات مرتبط با تشخیص و درمان هر فرد را دارند و دیگر افراد، صرفاً به دلیل پزشک بودن یا عضویت در زمره ی حرفه مندان پزشکی، برای دسترسی به اطلاعات بیماران، مجاز شمرده نمی شوند.

۲۱. الزام شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، به ارائه ی اطلاعات بیماران به مراجع قضایی و انتظامی، تنها منوط به استعلام رسمی دادگاه است.

۲۲. شاغلان حِرَف پزشکی و وابسته، به حریم خصوصی بیماران احترام می گذارند. احترام به حریم خصوصی بیماران نیازمند خودداری از همه ی کارهایی است که بیماران آن را نقض حریم شخصی خود تلقی می کنند. در این زمینه، اعضای

سازمان باید از اقداماتی مانند معاینه ی بیمار در حضور افراد دیگر، پرسیدن سؤالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرم بیماران شود و مشاهده یا لمس غیرضروری بیماران، به ویژه در مورد بیماران غیرهمجنس، خودداری کنند.

۲۳. در صورت درخواست بیماران، لازم است اجازه داده شود که در روند تشخیص و درمان، فرد یا افراد مورد نظر بیماران، آن ها را همراهی کنند؛ مگر این که این همراهی، مانع از انجام استاندارد مداخلات پزشکی باشد.

۲۴. در صورت رضایت بیمار، معاینات حساس بیمار غیرهمجنس، در حضور پرسنل همجنس یا همراه بیمار، انجام می شود. در صورتی که این معاینه به وسیله ی همکار همجنس از لحاظ علمی و عملی مقدور باشد و موجب ایجاد مشکل برای بیمار نشود، باید همکار همجنس به انجام آن، اقدام و نتیجه ی معاینه را دریافت کند.

۲۵. اطلاعات و نمونه های مربوط به بدن بیمار مانند عکسهای رادیوگرافی، نمونه های بافتی، خون و مایعات بیولوژیک و محتوای ژنتیکی استخراج شده از بدن، بخشی از حریم خصوصی بیمار هستند و استفاده از آنها در صورتی برای مقاصد مختلف، مانند اهداف پزشکی و پژوهشی مجاز است که یا رضایت صاحب آن گرفته شده باشد و یا اطلاعات و نمونه ها به شکل غیرقابل انتساب به صاحبان آنها، بی نام شده باشند .

۲۶. بر اساس حق بیماران بر آگاهی از اطلاعات مربوط به سلامت خود، شاغلان حرف پزشکی و وابسته، در صورت بروز خطای منجر به ایراد خسارت، مسؤولیت عمل خود را می پذیرند و ضمن عذرخواهی و انجام اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه، اصل بروز خطا و جزییات مربوط بدان، از جمله علل و عوارض ناشی از خطا را برای بیماران آشکار می کنند.

۲۷. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، سازمان در پژوهش بر انسان های شرکت کننده، ارتقای سلامت انسان ها را توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان، هدف اصلی خود قرار می دهند و سلامت و ایمنی فرد فرد شرکت کنندگان در پژوهش را حین و بعد از اجرای پژوهش، بر همه ی مصالح دیگر اولویت می دهند.

موارد مرتبط با حیطة اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از:

۱. لازم است شاغلان حرف پزشکی و وابسته، در سراسر دوره ی تشخیص و درمان برای بیمارانی که درمان آن ها را بر عهده میگیرند، به نحو مقتضی در دسترس باشند و نحوه ی دسترسی به خود برای برقراری تماس و کسب راهنمایی در مواقع اورژانسی، در اختیار بیماران قرار دهند. در مواردی که شاغلان حرف پزشکی و وابسته، به هر دلیل، از جمله مسافرت و مانند آن خارج از محدوده ی دسترسی قرار دارند، لازم است تمهیدات لازم را برای جایگزینی فردی با صاحت علمی و عملی قابل قبول، فراهم کنند. این جایگزینی باید به نحو مقتضی، مکتوب و به اطلاع بیماران رسانده شود .

۲. رها کردن بیماران نیازمند دریافت خدمات سلامت، بدون تحویل دادن بیمار به دیگر حرفه مند دارای صلاحیت، به دلایلی مانند پایان یافتن نوبت کاری به هیچ وجه پذیرفتنی نیست. لازم است شاغلان حرف پزشکی و وابسته، پس از پایان نوبت کاری خود از رها نشدن بیمار و انتقال مسؤولیت مراقبت از وی به دیگر شاغلان حرف پزشکی و وابسته، که برای این امر واجد صلاحیت هستند، اطمینان حاصل کنند .

۳. در مواردی که شاغلان حرف پزشکی و وابسته، متوجه می شوند که برای شروع یا ادامه ی روند ارائه ی خدمات سلامت، صلاحیت علمی و عملی لازم را ندارند، باید از مشاوره دیگر همکاران استفاده کنند و یا بیمار را به مؤسسه یا حرفه مند واجد صلاحیت، ارجاع دهند.
۴. اگر شاغلان حرف پزشکی و وابسته، متوجه شوند که دیگر همکاران، به دلایلی مانند خستگی، ضعف جسمانی، ضعف روانی، برای انجام وظایف حرفه ای خود آمادگی لازم را ندارند، به نحوی که این امر موجب آسیب دیدن احتمالی بیمار می شود، باید تا حد امکان، همکار یادشده را برای در پیش گرفتن روندی که سامت بیمار حفظ شود (مانند خودداری داوطلبانه از انجام مداخله در موقعیت مذکور)، قانع کنند. در صورتی که همکار یادشده، این امر را نپذیرد، لازم است موضوع را به صورت مکتوب و محرمانه، به کمیته ی اخلاق بیمارستان یا مدیریت مؤسسه ی درمانی گزارش دهند.
۵. اگر شاغلان حرف پزشکی و وابسته، با همکاری که دارای مشکلات روانی یا جسمی باشد که ماهیتاً باعث اختلال در فعالیت های درمانی آنان می شود، لازم است مراتب را به سازمان نظام پزشکی مربوط، گزارش دهند.
۶. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، موظفند به حقوق دیگر همکاران و اعضای تیم درمانی در همه ی سطوح، احترام بگذارند و در تعاملات خود با آنان، نهایت ادب را رعایت کنند. لازم است رعایت احترام و ادب به پیش کسوتان و افراد باسابقه، به صورت ویژه مد نظر اعضای سازمان قرار گیرد.
۷. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، موظفند در صورت مراجعه ی بیماری که معتقد است بر اثر خطای دیگر حرفه مندان آسیب دیده است، ضمن به کار گرفتن تمام تلاش خود برای حفظ شأن و جایگاه حرفه ای همکار یادشده، از هرگونه قضاوت و اظهار نظر غیرکارشناسی، خودداری کنند و ضمن راهنمایی بیمار، وی را به مراجع ذی صلاح ارجاع دهند.
۸. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مکلفند از هرگونه انتقاد غیرسازنده، تخطئه، توهین و تحقیر دیگر حرفه مندان، در هر حال و به ویژه در حضور بیماران و همراهان آنان خودداری کنند.
۹. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مکلفند در حد توان، برای آموزش دانسته ها و تجارب خود به همکاران و دیگر اعضای تیم ارائه دهنده ی خدمات سلامت، اقدام کنند. در مواردی که همکاران از هر یک از اعضای سازمان تقاضای مشاوره کنند، لازم است پاسخ حرفه مندان مورد مشاوره در اولین فرصت ممکن، به بهترین نحو و به شکلی باشد که همکار متقاضی مشاوره، با دریافت پاسخ مشاوره، به روشنی بتواند محتوای آن را درک و در سیر ارائه ی خدمت، از آن استفاده کند.

موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارتند از:

۱. هنگام بروز حوادث و بلاهای غیرمترقبه یا همه گیری بیماریها، لازم است شاغلان حرف پزشکی و وابسته، به محض فراخوان سازمان، خود را به محل مقرر معرفی و برابر موازین قانونی و حرفه ای، انجام وظیفه کنند.
۲. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، در انتخاب و رعایت پوشش حرفه ای، علاوه بر رعایت مقررات عمومی کشور، مکلفند پوششی را انتخاب کنند که هم شأن و حرمت حرفه مندان پزشکی را حفظ کند و حس احترام به این حرفه را برانگیزد و هم آرامش و اعتماد دریافت کنندگان خدمات پزشکی را موجب شود؛ همچنین، از انتقال عفونت، جلوگیری و ایمنی ایشان و بیماران را حفظ کند.

۳. ارتباط شاغلان حرف پزشکی و وابسته، سازمان با رسانه ها به هر شکل، از جمله مصاحبه ی خبری، حضور در برنامه های تلویزیونی و ارائه ی هر نوع اطلاعات به رسانه ها، تنها در صورتی موجه است که به هیچ وجه دربردارنده ی نقض حریم خصوصی بیماران نباشد و به فاش شدن اطلاعات پرونده ی سلامت آنان نیانجامد؛ در عین حال، اعتماد عمومی را به حرفه و شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مخدوش نکند.
۴. شاغلان حرف پزشکی و وابسته، مکلفند در اظهار نظرهای رسانه ای خود درباره ی بیمارانی که از چهره های شناخته شده در جامعه به شمار می روند، به گونه ای برخورد کنند که ضمن احترام به حریم خصوصی آنان، موجب آزردهی خانواده و نزدیکان بیمار فراهم نیاید و باعث فاش شدن ناموجه اطلاعات سلامت افراد یاد شده، نشود.
۵. لازم است در برخورد با بیماران، همراهان آن ها و همکاران در رده های مختلف و اظهار نظر در مورد افراد، قومیت ها و گروه های اجتماعی، ضمن احترام کامل به شأن، منزلت و کرامت انسانی افراد، آداب اجتماعی و ادب عمومی، رعایت شود و از هرگونه عمل دربردارنده ی توهین، تحقیر و برچسب زنی خودداری شود.
۶. شاغلان حرف پزشکی و وابسته مکلفند از صدور هرگونه گواهی دربردارنده محتوای غیرواقعی و خلاف قانون و موازین علمی مانند گواهی فوت، استراحت، سلامت، بیماری، ولادت و از کارافتادگی و خودداری کنند.

منبع تأمین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: چک لیست پایش روش اجرایی

کارکنان مرتبط: تمامی شاغلان حرف پزشکی و وابسته

منابع و مراجع:

راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران سال ۱۳۹۷

تصویب کننده	تأیید کننده	تهیه کننده
دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهید مطهری مرودشت	دکتر غلامرضا نجفی ریاست بیمارستان	غلامرضا نجفی ریاست بیمارستان مهدی صنعتگر اردکانی مدیر بیمارستان کبری سجادیان دفتر بهبود کیفیت طیبه زارع مترون علیرضا فلاحی مسئول حراست آقای چرپانلو مسئول امور حقوقی محبوبه زارعی دبیر کمیته اخلاق حرفه ای مریم هوشمندی رابط قانون انطباق مهوش محمودی رابط شکایات

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

گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.DM.۹۸/۳۰۷	۴	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۱	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف :

پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان
پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده
کاهش خسارت مالی ناشی از حوادث

شناسایی موقعیتهای نایمن و انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن آنها

❖ دامنه: تمامی واحد های بیمارستان

❖ تعاریف :

حوادث غیر مترقبه خارجی (External Disasters)

طبق تعریف به حوادثی اطلاق می گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء می گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می شوند. مثال هایی از حوادث غیر مترقبه خارجی عبارتند از:

- سیل
- نشت مواد مضر
- آتش سوزی وسیع
- مواجهه با پرتو رادیواکتیو
- حوادث با تلفات متعدد

حوادث غیر مترقبه داخلی: (Internal Disasters)

بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحت و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه هایی از حوادث غیر مترقبه داخلی در زیر آورده شده است:

- بمب گذاری
- درگیری همراهان بیمار با پرسنل
- گروگان گیری

- قطع ارتباطات
- قطع برق یا آب
- آتش سوزی
- سیل
- مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو
- نقص سیستم گرمایشی
- قطع گازهای درمانی

موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد. بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

- ۱ - حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشت یا آزاد شدن مواد مضر
- ۲- حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می کند.
- ۳- حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می کند.
- ۴- تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.
- ۵- حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می دهد.

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

۱. در صورت وقوع حادثه در هر قسمت از بیمارستان، حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول یا پرسنل آن واحد به دفتر پرستاری (در شیفت صبح) و سوپروایزر وقت (در شیفتهای عصر و شب و ایام تعطیل) اطلاع داده می شود.
۲. مسئول دفتر پرستاری یا فرد تعیین شده از سوی وی و یا سوپروایزر در محل حادثه حضور می یابد و نسبت به بررسی اولیه حادثه و شدت و وسعت آن اقدام می کند.
۳. فرم گزارش حادثه موجود در دفتر سوپروایزری، توسط مسئول بخش یا مسئول شیفت مربوطه تکمیل و تحویل سوپروایزر می گردد، در صورت در دسترس نبودن فرم پیشامد حادثه، حادثه بصورت شفاهی یا تلفنی به مسئول دفتر پرستاری و یا سوپروایزر اطلاع داده می شود.
۴. در فرم مذکور، شرح کامل حادثه و عوارض و آسیبهای ایجاد شده، به دقت ثبت می گردد.
۵. سوپروایزر وقت بیمارستان بلافاصله مدیر یا رئیس بیمارستان را در جریان موضوع قرار می دهد و در اولین فرصت ممکن، فرم تکمیل شده را تحویل مدیریت بیمارستان می دهد و شرح حادثه را در دفتر گزارش سوپروایزری ثبت می کند.

۶. در مواردی که حادثه برای بیمار رخ دهد فرم مربوطه توسط پرسنل یا مسئول بخش مربوطه تکمیل می گردد و بلافاصله به پزشک معالج نیز اطلاع داده می شود و معاینه بالینی توسط ایشان صورت می گیرد سپس فرم مربوطه به سوپروایزر وقت ارسال شده و سوپروایزر وقت فرم مربوطه را به همراه صورت جلسه نیروی انتظامی به کارشناس بهبود کیفیت ارسال می کند.
۷. در اولین فرصت ممکن، حادثه رخ داده توسط دبیر کمیته بحران بررسی شده و با هماهنگی ایشان جلسه ای با حضور وی، مدیر بیمارستان، کارشناس هماهنگی ایمنی بیمار، مسئول دفتر بهبود کیفیت، مسئولین و پرسنل بخش مربوطه، مسئول تاسیسات در صورت لزوم، مسئول بهداشت حرفه ای، سوپروایزر شیفت مذکور، تشکیل می گردد و ابعاد حادثه، علل ایجاد مورد تجزیه تحلیل قرار می گیرد و راهکارهای لازم جهت پیشگیری از وقوع حوادث مشابه در نظر گرفته می شود.
۸. فرم گزارش حادثه و گزارش شبه حادثه توسط کارشناس بهداشت حرفه ای تدوین گردیده و در اختیار بخش ها گرفته است و در صورت بروز حادثه یا شبه حادثه برای پرسنل توسط پرسنل یا مسئول بخش تکمیل گردیده و به واحد بهداشت حرفه ای جهت بررسی و پیگیری های لازم ارسال می گردد.
۹. گزارشات مربوط به پرسنل توسط کارشناس بهداشت حرفه ای به صورت سه ماهه تجزیه و تحلیل گشته و در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار جهت اقدامات اصلاحی لازم بررسی می شود.
۱۰. حوادث مربوط به نیدلینگ توسط پرسنل و مسئولین بخش به سوپروایزر کنترل عفونت و کارشناس بهداشت حرفه ای گزارش شده و مورد بررسی و پیگیری قرار می گیرد.
۱۱. برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی می شود و در صورت لزوم بررسی شده و برنامه مداخله ای برای آن تدوین می شود و نتایج بررسی و اقدامات به سایر کارکنان نیز اطلاع رسانی می شود.
۱۲. حوادث در زمینه های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده را در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی شود و تجزیه تحلیل شود و اقدام اصلاحی جهت رفع آنها صورت گیرد می گیرد.
۱۳. آموزش به کارکنان در خصوص نحوه صحیح گزارش دهی حوادث و موقعیتهای خطر آفرین، در دوره های آموزشی مدیریت خطر حوادث و بلایا و با هماهنگی واحد آموزش صورت می گیرد.

۱۴. پرسنل تاسیسات در بازدیدهای دوره ای از تجهیزات و ساختمان، هرگونه خرابی و نقص در عملکرد دستگاهها، ایجاد آسیب در سازه ساختمان و یا نمای ساختمان جهت رفع عیب و یا تعمیر و یا تعویض دستگاه مورد نظر و همچنین ترمیم نقاط حادثه خیز و آسیب دیده بیمارستان، را به موقع گزارش می کنند.

امکانات: تلفن، سیستم پیچ، بی سیم، صورت جلسه کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، راهنمای ارزیابی بخشها و واحدها از نظر پیشگیری از وقوع حادثه، چک لیستهای بازدید تاسیسات از بخشها و واحدها، فرم های حادثه و شبه حادثه واحد بهداشت حرفه ای

کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان بیمارستان

منابع / مراجع: آیین نامه کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار، تجربیات بیمارستانی

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تأیید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرو دشت	فاطمه فیروزآبادی دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا	دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان مهدی صنعتگر مدیر بیمارستان مهندس مومنی مسئول تاسیسات معصومه حیدری سوپروایزر کنترل عفونت زینب جلال زاده هماهنگ کننده ایمنی طیبه زارع مترون فاطمه فیروزآبادی دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا مریم هوشمندی مسئول امور عمومی علیرضا فلاحي مسئول حراست

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- واحد مدیریت پرستاری					
نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.NM.۹۸/۱۹۲	۲	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۹	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف: ارتقا روند کار گروهی و تقویت تعاملات بین بخشی به منظور تسریع و تسهیل روند ارائه خدمات

❖ دامنه: کارکنان درمان و پاراکلینیک و بخشهای مرتبط

❖ تعریف: ندارد

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

سوپروایزر بالینی اقدامات زیر را انجام می دهد:

۱. تغییر و تحول کامل و دقیق بیمارستان بصورت کتبی و دفتری از سوپروایزر شیفت قبل به سوپروایزر شیفت بعد
۲. آمارگیری در خصوص تعداد تخت های خالی، پرسنل، پزشکان، کمک بهیار، خدمات و... حاضر در شیفت بصورت تلفنی
۳. نظارت بر کار مرکز تلفن و حضور فعال ایشان در مرکز تلفن و اطمینان از عملکرد صحیح بصورت تلفنی از طریق تلفنی و یا حضوری
۴. نظارت بر حضور پرسنل آزمایشگاه و رادیولوژی، داروخانه و... (پاراکلینیک) و اطمینان از عملکرد دستگاه ها بصورت حضوری یا تلفنی
۵. رفع موانع تعامل در بررسی و حل مشکل در همان لحظه. اگر موانع تعامل غیرقابل حل توسط سوپروایزر باشد به اطلاع ریاست یا مدیریت و با مدیریت پرستاری در همان زمان به صورت تلفنی رسانده می شود و مشکل از طریق ایشان پیگیری و حل می شود.

مدیر پرستاری اقدامات زیر را انجام می دهد:

۱. تحویل و تحول کامل و دقیق بیمارستان به صورت کتبی و شفاهی از سوپروایزر شیفت شب
۲. گزارش موانع تعامل زمان تحویل و تحول شیفت به مدیر پرستاری توسط سوپروایزر شیفت شب
۳. شناسایی موارد عدم انطباق بین بخش های بالینی با سایر واحدهای پاراکلینیک، خدما، پشتیبانی و سایر واحدها
۴. تحلیل اولیه چالش های بین بخشی در دفتر پرستاری
۵. برگزاری جلسات تفاهمی و هم اندیشی برای یافتن راه های برون رفت در چالش های بین بخشی
۶. طراحی، اجرا و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود با تفاهم طرفین

۷. طرح چالش های بین بخشی که در جلسات تفاهمی و هم اندیشی اولیه به توافق نرسیده و یا نیازمند تامین منابع است در جلسات تیم مدیریت و رهبری
۸. اخذ تصمیمات و رفع موارد عدم انطباق/ تامین منابع مورد نیاز با محوریت ریاست بیمارستان
۹. هماهنگی با سوپروایزر آموزشی توسط مدیر پرستاری در خصوص برگزاری کلاس های آموزشی در خصوص تقویت تعامل و نحوه رفتار با همکار و مدیریت زمان
- ۱۰.

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: چک لیست پایش روش اجرایی

کارکنان مرتبط: مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزرهای بالینی، سرپرستاران

❖ منابع و مراجع: بر اساس تجربه بیمارستان

تصویب کننده	تأیید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مروذشت	طیبه زارع مدیر خدمات پرستاری و مامایی	طیبه زارع مدیر خدمات پرستاری و مامایی کبری سجادیان مسئول دفتر بهبود کیفیت حبیبه مشفق نماینده سوپروایزرهای بالینی رقیه فلاح نماینده سرپرستاران صدیقه علیدادی سوپروایزر بالینی

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

مستندسازی دستورات تلفنی				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.GCC.۹۸/۳۰۸	۲	۳	۱۴۰۱/۰۳/۰۹	۹۸/۰۸/۳۰	۹۸/۰۸/۲۰

- ❖ هدف: استفاده از استاندارد های جهانی اجرای دستورات تلفنی در راستای کاهش خطا های ناشی از دریافت دستورات شفاهی و افزایش ایمنی بیماران و پیشگیری از ایجاد مشکلات قانونی جهت کادر پرستاری
- ❖ دامنه: تمامی پرستاران
- ❖ تعریف:

دستورات شفاهی: دستورات پزشک مبنی بر انجام اقدامات درمانی در مواقع بحرانی

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

✓ پرستار فعالیت های زیر را انجام می دهد:

۱. اطلاع وضعیت های بحرانی طبق خط مشی تعریف شده از طریق کدهای معین به پزشک
۲. آماده کردن پرونده بیمار قسمت برگه دستورات پزشک
۳. حضور پرستار دوم جهت شاهد در کنار پرستار دریافت کننده دستورات تلفنی
۴. دریافت دستورات از پزشک مربوطه و هم زمان نوشتن دستورات در برگه دستورات پزشک
۵. خواندن دستورات پزشک با صدای بلند از روی نوشته ها جهت پزشک بصورت مجدد
۶. تأیید پرستار دوم از روی نوشته ها و گوش دادن به باز خوانی مجدد (که این امر را "بازخوانی مجدد" یا "Read back" می نامند).
۷. نوشتن ساعت و تاریخ تماس تلفنی با دستور شفاهی
۸. نوشتن نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
۹. مهر و امضا هر دو پرستار در پایان دستورات تلفنی. "توجه داشته باشید که این امر نباید وقفه ای در رسیدگی به بیمار ایجاد نماید."
۱۰. پزشک دستورات را در اسرع وقت و حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی به صورت کتبی در پرونده بیمار ثبت و امضاء می نماید.
۱۱. پرستار در گزارش پرستاری وضعیت بحرانی بیمار و زمان تماس و چگونگی دریافت و اجرای دستور شفاهی پزشک را بطور کامل ثبت می نماید.

۱۲- دریافت دستورات تلفنی بجز در موارد اورژانس، نباید انجام شود و دستورات غیرضروری باحضور پزشک در بخش داده و در پرونده ثبت می شود.

منابع و امکانات لازم: اوراق پرونده بیمار، تلفن، نوشت افزار
کارکنان مرتبط: پزشک- پرستار و سوپروایزر بالینی

منابع و مراجع: راهنمای ارزیابان بیمارستان دوستدار ایمنی، بر اساس استانداردهای NHS انگلیس، آموزش مشاورین سازمان بهداشت جهانی در ۵-۶ مرداد ماه ۱۳۹۰ "مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری مرودشت"، آموزش مشاورین سازمان بهداشت جهانی در ۱-۸ مهر ماه ۱۳۹۱ "مرکز آموزشی و درمانی بهارلو تهران"

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده
طیبه زارع مترون بیمارستان دکتر زهرا جمالی نماینده پزشکان کبری سجادیان مسئول دفتر بهبود کیفیت زینب جلال زاده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	دکتر غلامرضا نجفی مسئول ایمنی بیمارستان	دکتر غلامرضا نجفی رییس بیمارستان شهید مطهری

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - واحد پیشگیری و کنترل عفونت					
روش های موثر شناسایی و گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی بیماران در حین بستری و پس از ترخیص				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.IC.۹۹/۴۳۵	۳	۲	۱۴۰۱/۰۳/۰۷	۹۹/۱۰/۳۰	۹۹/۱۰/۲۰

❖ اهداف:

۱. کاهش میزان بروز عفونتهای بیمارستانی
 ۲. ارتقاء و بهبود روند گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی و بیماریابی در بخش ها
 ۳. کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان
 ۴. کاهش هزینه های درمانی
 ۵. ارتقاء ایمنی بیمار، کارکنان و مراجعین
 ۶. کاهش مقاومت میکروبی
- ❖ دامنه: کلیه بخش های درمانی و آزمایشگاه

❖ تعاریف:

۱. عفونتهای بیمارستانی: عفونتی است که ۴۸ الی ۷۲ ساعت بعد از بستری بیمار در بیمارستان اتفاق می افتد به شرطی که بیمار در بدر ورود علائم عفونت را نداشته و در دوره کمون بیماری خاصی هم نباشد.
۲. **NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance System)**: نظام کشوری مراقبت عفونت بیمارستانی

چهار نوع عفونت شایع براساس NNIS تعریف شده است:

۱. عفونت ادراری
 ۲. عفونت زخم عمل جراحی
 ۳. عفونت تنفسی
 ۴. عفونت خون
- ❖ شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی در چه محلی و توسط چه کسی انجام می شود)
- ← سوپروایزر کنترل عفونت اقدامات زیر را انجام می دهد:
۱. آموزش سالیانه را در مورد عفونت های بیمارستانی برگزار می نماید.

۲. طبق بازدید دوره ای از بخش های بستری و یا اخذ گزارش تلفنی از مسئولین بخش ها از وضعیت بالینی بیماران اطلاع کسب می نماید.
۳. آمار عفونتهای بیمارستانی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نمایند و مشکلات مرتبط با آن را در جلسات کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید.
۴. میزان عفونتهای بیمارستانی را براساس نوع عفونت، نوع اقدامات تهاجمی و نوع بخش به بخش های مربوطه اطلاع رسانی می نماید.
۵. فرم های بیماریابی را بررسی و کدگذاری و براساس تعاریف، عفونتهای بیمارستانی را مشخص نموده و در نرم افزار INIS بارگذاری می نماید.
۶. پاسخ مشاوره های عفونی را از سرپرستار بخش پیگیری نموده و در صورت تشخیص عفونت بیمارستانی، مورد به عنوان یک عفونت شناسایی می شود.
۷. پاسخ کشت های مثبت نمونه های ارسالی از بخش ها را از آزمایشگاه دریافت می کند و به بررسی پاسخ کشت ها و احتمال عفونت بیمارستانی می پردازد.
۸. در صورتی که کشت مثبت، نشان دهنده عفونت بیمارستانی بخش مربوطه باشد مورد به عنوان یک عفونت بیمارستانی بررسی می شود.
۹. اقدام اصلاحی کمیته کنترل عفونت به بخش مربوطه را اطلاع رسانی و همراه با مسئول بخش نسبت به اجرای آن اقدام می نماید.
۱۰. آمار فصلی مقاومت میکروبی را با توجه به نوع میکروارگانیسم های گزارش شده از جواب کشت بیماران در هر بخش و تعداد بستری و نوع آنتی بیوتیک مصرف شده و تعداد کشت ها به مسئول واحدها ارسال می نماید.
۱۱. آمار عفونتهای بیمارستانی را به صورت فصلی به معاونت درمان دانشگاه ارسال می نماید.
۱۲. موارد Out break طغیان عفونتهای بیمارستانی را شناسایی و در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید و نمونه برداری هدف دار از منابع مشکوک و سایر اقدامات اصلاحی را براساس مصوبات کمیته اجرا می نماید.
۱۳. با هماهنگی مسئول بخش، بستری مجدد بیماران با تشخیص عفونتهای بیمارستانی را شناسایی می کند و در سامانه عفونتهای بیمارستانی ثبت می نماید.
۱۴. طبق مصوبه کمیته کنترل عفونت علائم عفونتهای بیمارستانی را به صورت کارت آموزشی تهیه و در اختیار بخش ها قرار می دهد تا به بیماران در زمان ترخیص، آموزش شناسایی عفونتهای بیمارستانی توسط پرسنل بخش داده شود و در صورتیکه بیمار علائمی مبنی بر آن را پس از ترخیص داشته باشد به سوپروایزر کنترل عفونت مراجعه می نماید.

◀ **رابطین آموزش و سرپرستاران و پرسنل بخش ها اقدامات زیر را انجام می دهند:**

۱. رابطین آموزش به بیمار در هر بخش، در پیگیری وضعیت بیماران پس از ترخیص بیمار را از نظر علائم عفونتهای بیمارستانی ارزیابی می نمایند و در صورت هرگونه علائم مبنی بر عفونت بیمارستانی (در زمان آموزش ترخیص نیز ضمن آموزش و ارائه کارت آشنایی با علائم عفونت به بیمار) مورد را به سوپروایزر کنترل عفونت گزارش می نمایند.
۲. آگاه نمودن و آموزش پرسنل در مورد پرکردن فرم گزارش روزانه موارد مشکوک به عفونتهای بیمارستانی توسط رابطین کنترل عفونت و مسئولین بخش انجام می گیرد.
۳. پرسنل بخش ها در مورد علائم عفونتهای بیمارستانی با همکاری واحد آموزش بیمارستان آموزش می بینند و آگاهی کسب می نمایند.
۴. سرپرستار/ مسئول شیفت درخواست های مشاوره متخصص عفونی برای موارد احتمالی عفونتهای بیمارستانی را تلفنی به واحد کنترل عفونت اطلاع می دهد.

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: تلفن، کارت آموزشی، سیستم، امکانات لازم جهت نمونه گیری

کارکنان مرتبط: سوپروایزر کنترل عفونت، سرپرستاران، پرسنل درمان

❖ **منابع و مراجع:** راهنمای اعتباربخش ویرایش چهارم، کتاب راهنمای نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی

تصویب کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت	دکتر ساسان دهقانی متخصص عفونی	دکتر ساسان دهقانی متخصص عفونی معصومه حیدری سوپروایزر کنترل عفونت لیلا نام اور سوپروایزر آموزش سلامت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - واحد مدیریت استریلیزاسیون					
نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل به کار رفته بیمار				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.IC.۹۸/۳۲۲	۶	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۷	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ اهداف :

۱. اطمینان از استریلیتی ابزار و وسایل و ثبت مستندات در پرونده بیمار جهت استریل بودن وسیله استفاده شده
۲. قرار دادن اندیکاتورهای شیمیایی مختلف در ست ها و یک ها و تجهیزات قابل استریل جهت اطمینان از استریل شدن ابزار و رهگیری و ثبت در پرونده بیمار برای مشخص کردن وسایل استریل مورد استفاده جهت بیماران

❖ دامنه: واحدهای درمانی - واحدهای پاراکلینیک

❖ تعریف: اندیکاتورهای شیمیایی:

۱. کلاس ۱ یا اندیکاتور فرآیند: بسته هایی که فرایند استریلیزاسیون را طی کرده اند از بسته هایی که استریل نشده اند تشخیص داده می شوند. که شامل چسب OK و برچسب لیبل می باشد.
۲. تست بووی دیک: تست تایید میزان کارایی سیستم خلاء در اتوکلاوهای پری و کیوم (پیش خلاء) می باشد که نشان دهنده اثبات عدم حضور هوا یا دقیق در محفظه اتوکلاو است که مانع نفوذ سریع و یکنواخت بخار به داخل بسته می شود.
۳. تست PCD (اندیکاتور فرآیند): تاییدکننده میزان نفوذپذیری بخار به داخل وسایل لومن دار را تایید می نماید.
۴. کلاس ۳: این اندیکاتور فقط به سایر گازهای پارامتر دما حساس است.
۵. کلاس ۴: این اندیکاتور به بیش از یک پارامتر حیاتی (دما- زمان) حساس است.
۶. کلاس ۵: اندیکاتور یکپارچه به تمام پارامترهای حیاتی حساس است و معادل اندیکاتور بیولوژیک است.
۷. کلاس ۶: اندیکاتور کلاس ۶ یا مقلد به تمام پارامترهای حیاتی حساس است و معادل مشخصات سیکل است.

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

← استریل نمودن ابزار و تجهیزات قبل از بکارگیری:

پرسنل واشینگ و CSSD این اقدامات را در جهت استریل نمودن ابزار و تجهیزات انجام می دهند:

۱. پس از شستشو و ضدعفونی و خشک کردن ابزار طبق دستورالعمل شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاکسازی ابزار و وسایل در واحد واشینگ CSSD اندیکاتورهای شیمیایی مختلف در قسمت های مرکزی ابزار که احتمال نفوذ بخار به آن قسمت کم می باشد قرار می دهند(ست های کمتر از ۱۲ قلم اندیکاتور کلاس ۴ و ست های بیشتر از ۱۲ قلم اندیکاتور کلاس ۶ قرار داده می شود).
 ۲. تجهیزات استریلی که به عنوان ایمپلنت جهت بیمار به کار خواهد رفت طبق مورد اول شستشو، پاکسازی و ضدعفونی می گردد و اندیکاتور مرتبط استفاده می شود.(تست اسپور بیولوژیک، اندیکاتور کلاس ۵ و کلاس ۴ یا ۶)
 ۳. پس از گذاشتن اندیکاتور ابزار و وسایل به روش استاندارد پیچیده و جهت استریل کردن آماده نمایند.
 ۴. روی بسته های ابزار و وسایل پیچیده چسب OK و لیبل بزنند که بر روی چسب OK نام وسیله، نام فرد مسئول شستشو و ضدعفونی وسیله، تاریخ ضدعفونی و تاریخ انقضاء، نام بخش موردنظر ثبت گردد و بر روی لیبل تاریخ استریل و تاریخ انقضاء، نام فرد بارگذار کننده و شماره دستگاه اتوکلاو و سیکل دستگاه اتوکلاو نیز ثبت گردد.
 ۵. جهت صحت از کارکرد صحیح دستگاه ها تست بووی دیک در اول شیفت کاری، تست PCD در هر سیکل بارگذاری و تست بیولوژیک به صورت هفتگی و همراه با ایمپلنت ها و پس از تعمیرات گذاشته و نتایج در دفاتر هردستگاه ثبت شوند.
- در صورت عدم کارکرد صحیح دستگاه ها و نتایج تست بووی دیک و بیولوژیک و کلاس ۶ نشانگر که مشکل دار باشد وسایل به هیچ کدام از واحدها تحویل داده نخواهد شد و مجددا ابزار و وسایل موردنظر اعم از ست ها یا ایمپلنت ها در بخش CSSD با رعایت اصول استاندارد در اتوکلاو دیگری استریل خواهد شد و عیب یابی دستگاه اتوکلاو انجام می گیرد.

◀ به کارگیری وسایل استریل جهت بیمار

۱. پرسنل درمانی بخش ها و اتاق عمل بایستی قبل از استفاده از وسیله موردنظر اندیکاتورهای روی بسته و درون بسته را از نظر صحت فرآیند استریلیزاسیون مورد ارزیابی قرار دهد و در فرم مربوطه و در پرونده بیمار الصاق نمایند.
 ۲. اگر اندیکاتور درست وجود نداشت یا تغییر رنگ نداده بود ست ها استفاده نکرده و در اسرع وقت با ارائه مشخصات ست و اندیکاتورهای فرایند به پرسنل یا مسئول CSSD اطلاع داده و وسیله را به واحد CSSD ارجاع دهد تا مجددا استریل گردد.
 ۳. پرسنل واحد CSSD در صورت مشاهده مورد فوق طبق اطلاعات موجود در اندیکاتورهای فرایند تمام ست ها و ابزارهای استریل شده در تاریخ مذکور را از بخش ها بازخوانی نمایند و طبق دستورالعمل بازخوانی ابزار و وسایل بخش ها آن را اجرا نمایند.
- #### ◀ در صورتی که وسایل و تجهیزات استریل جهت بیمار به کاررفته و به علت بی توجهی پرسنل اندیکاتورها مورد توجه قرار نگرفته است اقدامات زیر صورت می گیرد:
۱. بلافاصله و به محض اینکه پرسنل بخش درمانی یا اتاق عمل متوجه شدند که ابزار و وسایل استریل نبوده و اندیکاتورها تغییر رنگ ننموده اند پزشک معالج در جریان گذاشته شود.

۲. پرسنل مربوطه بایستی این موضوع را به مسئول CSSD سریعاً گزارش داده و مسئول CSSD طبق اندیکاتور فرایند آن ست و ابزار و وسایل دیگر همان دستگاه اتوکلاو را از بخش ها فراخوان کرده و طبق دستورالعمل بازخوانی ابزار و وسایل بخش ها اقدام نمایند.
۳. پرسنل مربوطه خاطی در بخش های درمانی یا اتاق عمل باید این موضوع را سریعاً به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع دهد تا در کمیته کنترل عفونت مطرح گردد و بیمار از نظر بروز عفونت توسط پزشک متخصص عفونی کمیته و پزشک مربوطه مورد ارزیابی قرار گیرد و اقدامات درمانی مناسب جهت بیمار طبق دستور پزشک صورت پذیرد.

در صورتی که اندیکاتورهای درون ست و فرآیند موردنظر در ست ها و ایمپلنت ها از نظر صحت استریلیتی مورد تایید باشند اما اندیکاتور بیولوژیک مربوط به ست ها که به طور هفتگی مورد ارزیابی قرار می گیرد یا اندیکاتور بیولوژیک مربوط به ایمپلنتها که پس از ۲۴ ساعت نتیجه گیری می شود مشکل دار بود و ست یا ایمپلنت موردنظر جهت بیمار استفاده شده بود پرسنل واحد CSSD اقدامات زیر را انجام می دهند:

۱. پرسنل واحد CSSD و مسئول، تغییر رنگ اندیکاتور بیولوژیک را با وجود اینکه ابزار و وسیله جهت بیمار به کار رفته به پزشک مربوطه بیمار و مسئول اتاق عمل و سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع رسانی می نمایند.
۲. پزشک معالج بیمار، بیمار را از نظر وجود عفونت و درمان آنتی بیوتیک پروفیلاکسی (طبق صلاحدید) مورد ارزیابی و بررسی قرار دهد.
۳. سوپروایزر کنترل عفونت موضوع را در کمیته کنترل عفونت بررسی خواهد کرد و طبق نظر متخصص عفونی عمل خواهد شد.
۴. پرسنل واحد CSSD طبق اندیکاتور فرایند آن ست ابزار و وسایل دیگر همان دستگاه اتوکلاو را از بخشها و اتاق عمل و اتاق استریل فراخوان کرده و طبق دستورالعمل بازخوانی ابزار و وسایل بخش ها اقدام نمایند.

منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: اتوکلاو بخار آب، اندیکاتورهای شیمیایی و فرایند، تست بیولوژیک، چسب OK، لیبل، انکوباتور، فرم الصاق اندیکاتور، دفاتر ثبت اتوکلاو، نتایج بیولوژیک

کارکنان مرتبط: پزشک کمیته کنترل عفونت، سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول بخش CSSD، پرسنل CSSD و واشینگ

منابع و مراجع: دستورالعمل دانشگاه علوم پزشکی - کتاب مدیریت مراکز استریلیزاسیون - کتابچه اعتبار بخشی

تهیه کنندگان	تایید کننده	تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده
دکتر ساسان دهقانی پزشک کمیته کنترل عفونت فاطمه برزگر مسئول CSSD معصومه حیدری سوپر وایزر کنترل عفونت مزگان حیات منش مسئول آزمایشگاه طیبه زارع مسئول دفتر پرستاری	معصومه حیدری سوپر وایزر کنترل عفونت	دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت

❖ **ضمیمه یک:**

متغیر های بحرانی فرایند استریلیزاسیون عبارتند از:

۱. بخار
۲. زمان
۳. دما
۴. فشار

انواع پایش در رابطه با این متغیر ها و کارکرد اتوکلاو وجود دارد که عبارتند از:

۱. مکانیکی ۲. شیمیایی ۳. بیولوژیک

• مکانیکی:

پرینتی که هر اتوکلاو پس از استریل میدهد و کالیبره کردن اتوکلاو ها سالانه

• شیمیایی:

شامل ۶ کلاس میباشد و کاغذی میباشد :

۱. کلاس ۱ : به این دسته اندیکاتور فرایند میگویند که تنها نشان دهنده این است که وسیله در معرض فرایند استریلیزاسیون قرار گرفته است (چسب OK).

۲. کلاس ۲: اندیکاتور تست ویژه که نشان دهنده این است که هوای محفظه اتوکلاو خارج شده و بخار وارد فضای اتوکلاو شده و فقط برای اتوکلاو پری و کیوم می باشد. (تست بووی دیک)

۳. کلاس ۳: تک متغیره، برای اتیلن اکساید که فقط یک متغیر (گاز اتیلن اکساید) از متغیر استریل را داریم.

۴. کلاس ۴: چند متغیره، این دسته برای واکنش به چند متغیر حساس طراحی شده

۵. کلاس ۵: اندیکاتورهای ادغام شده که کارایی بالایی دارد.

۶. کلاس ۶: اندیکاتورهای شبیه سازی شده، به چند متغیر حساس اند.

• **بیولوژیک:**

اندیکاتور های بیولوژیک تنها اندیکاتورهای هستند که به طور مستقیم قابلیت کشندگی میکروارگانیسم ها را در فرایند استریلیزاسیون مورد استفاده پایش میکنند.

این اندیکاتورها شامل اسپورهایی بر روی یک فیلتر کاغذی به همراه یک تیوب پلاستیکی مقاوم در برابر گرما برای کشت میکروبی هستند. درون تیوب کشت آمپولی شیشه ای وجود دارد که مایع درون آن در صورت رشد اسپورها تغییر رنگ میدهد.

❖ **ضمیمه دو :**

متغیر های بحرانی فرایند استریلیزاسیون عبارتند از:

۱. بخار
۲. زمان
۳. دما
۴. فشار

انواع پایش در رابطه با این متغییر ها و کارکرد اتوکلاو وجود دارد که عبارتند از:

۱. مکانیکی ۲. شیمیایی ۳. بیولوژیک

• مکانیکی:

پرینتی که هر اتوکلاو پس از استریل می دهد و کالیبره کردن اتوکلاو ها سالانه

• شیمیایی:

شامل ۶ کلاس میباشد و کاغذی میباشد.

۱. کلاس ۱ : به این دسته اندیکاتور فرایند میگویند که تنها نشان دهنده این است که وسیله در معرض فرایند استریلیزاسیون قرار

گرفته (چسب OK)

۲. کلاس ۲: اندیکاتور تست ویژه که نشاندهنده این است که هوای محفظه اتوکلاو خارج شده و بخار وارد فضای اتوکلاو شده و فقط برای

اتوکلاو پری و کیوم میباشد (تست بووی دیک)

۳. کلاس ۳: تک متغیره، برای اتیلن اکساید که فقط یک متغیر (گاز اتیلن اکساید) از متغیر استریل را داریم.

۴. کلاس ۴: چند متغیره، این دسته برای واکنش به چند متغیر حساس طراحی شده

۵. کلاس ۵: اندیکاتورهای ادغام شده که کارایی بالایی دارد.

۶. کلاس ۶: اندیکاتورهای شبیه سازی شده، به چند متغیر حساس اند.

• بیولوژیک:

اندیکاتور های بیولوژیک تنها اندیکاتورهای هستند که به طور مستقیم قابلیت کشندگی میکروارگانیسم ها را در فرایند استریلیزاسیون مورد استفاده پایش میکنند.

این اندیکاتورها شامل اسپورهایی بر روی یک فیلتر کاغذی به همراه یک تیوب پلاستیکی مقاوم در برابر گرما برای کشت میکروبی هستند. درون تیوب کشت آمپولی شیشه ای وجود دارد که مایع درون آن در صورت رشد اسپورها تغییر رنگ میدهد.

مرکز آموزش درماتی جدید نظرسر مردشت. نحوه کنترل کنترل

نام آنتیباتور	موارد مصرف	شکل قبل از استریل شدن	شکل بعد از استریل شدن
آنتیباتور کلاسی یکا (آنتیباتور فرایند)	انفک: تین بسته استریل که ۵ آبیج زیر رایبده داشته باشد: ۱- تاریخ استریل ۲- تاریخ انقضای ۳- نام فرد بارکنان کننده ۴- شماره دستگاه فرکانس ۵- سبک دستگاه فرکانس ب-توارصت باه که شامل موارد زیر است: ۱- نام وسیله استریل ۲- نام فرد مسئول شستو و ضد عفونی وسیله ۳- تاریخ ضد عفونی ۴- تاریخ انقضای ۵- نام بخش مورد نظر		
آنتیباتور کلاسی دو (بیرونی نیک یا تست خروج هوای نینفایک)	نشان دهنده : ۱- سرعت بخار و حتی نفوذ بخار ۲- نشان دامن جابه جایی هوا ۳- پایش نظریه کامل هوا و اعلامیان از نفوذ بخار آب به داخل بسته ها		
آنتیباتور کلاسی چهار	برای نشان دامن مؤلفیت چرخه استریلایسون بر اساس تغییرات فرکانس با شیمیایی ناشی از مواجهه با فرایند است این آنتیباتور در سنجشی که تعداد وسایل داخل آنها کمتر از ۱۲ گرم است ملاحظه ست سوچر استفاده میشود		
آنتیباتور کلاسی شش (آنتیباتور شیمیایی حساس به دما، اشباع بخار و مدت زمان استریلایسون) PCD آنتیباتور	۱- این آنتیباتور کنترل و تایید کننده سبک است ۲- برای تمامی سنجشی که بیشتر از ۱۲ گرم می باشد استفاده میشود		
آنتیباتور بیولوژیکی	پایش عوامل آسیب به فرایند استریلایسون از فرکانس های بخار ماده خروجی تلفاتی هوا - وجود نشت - وجود گاز های غیر قابل تراکم را کنترل می کند (پایش سطوح داخلی وسایل یا توده های بارکنان و نوازم خفیه های)		
	از میکروارگانیسم زنده برای اعلامیان از صحت فرایند استریل استفاده می شود. این نوع آنتیباتور از نوع ترمن نوع میکروارگانیسم ساخته شده است و برای سنجش نشت مدل دستگاه استفاده میشود		

شکل آنتیباتور ها همگی است بر اساس شرکت سازنده متفاوت باشد اما همگی دما بخار است

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت - واحد فناوری اطلاعات					
کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.IT.۹۸/۲۷۰	۲	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۱	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف:

۱. پیشگیری از ثبت اطلاعات نا صحیح در سامانه سپاس و اطلاعات بیمارستانی
۲. جلوگیری از افزایش کسورات بیمه ای و تکمیل بودن سندهای بیمه ای در جهت افزایش درآمد بیمارستان

❖ دامنه: تمامی پرسنل مرتبط با ثبت اطلاعات بیمار در پرونده پزشکی و سامانه های مربوطه

❖ تعریف:

HIS: (سیستم اطلاعات بیمارستان: Hospital Information System)

سامانه سپاس: سپاس مخفف (سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایران) به منظور یکپارچه سازی اطلاعات سلامت شهروندان در سطح کشور توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت تعریف شده و مسئولیت اجرای آن را معاونت تحقیق و توسعه این مرکز به عهده دارد. یکپارچه سازی اطلاعات سلامت امکان ارائه خدمات بهتر بهداشتی درمانی و مدیریت بهتر نظام سلامت کشور را فراهم می سازد.

سامانه شناسه شبا: سامانه هم پوشانی بیمه ها

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

۱. مسئول واحد HIS نسبت به تعیین سطوح دسترسی با سطح متفاوت بر اساس شناسه معتبر جهت مسئولین واحدهای پذیرش، ترخیص، مدارک پزشکی اقدام می نماید
۲. جهت بررسی و صحت اطلاعات از سامانه های استعلامی مانند سامانه استعلام هویت و سامانه شناسه شبا (هم پوشانی بیمه ها) توسط افراد ذیصلاح و دارای سطح دسترسی استفاده می گردد
۳. جهت بررسی صحت داده ها در سیستم HIS گزارش هایی طراحی گردیده که بوسیله آنها می توان در بازه های زمانی متفاوت از اطلاعات ناقص گزارش گیری شده و مسئول مدارک پزشکی با استفاده از ایم گزارش نسبت به تصحیح داده ها اقدام نماید.
۴. از سامانه سپاس بعنوان سامانه ای جهت ارسال کلیه اطلاعات هویتی و درمانی و مالی مراجعه کننده به این مرکز جهت بررسی صحت داده ها استفاده می گردد.
۵. با توجه به اینکه سامانه سپاس اطلاعات صحیح را به وزارت بهداشت می باشد و بسیاری از سامانه های کنترلی در این سامانه قرار دارند، این مرکز از این سامانه بعنوان ابزاری جهت بررسی و پایش صحت داده ها استفاده می نماید

۶. بررسی مشکلات در صحت داده ها ، در کمیته اطلاعات سلامت بررسی و در صورت نیاز اقدام اصلاحی صورت می گیرد. (در صورت بروز مشکلات مقطعی اقدامات اصلاحی توسط مسئول HIS و مدارک پزشکی انجام می گیرد)
۷. کلیه داده های مورد نیاز وزارت بهداشت بر اساس آخرین دستورالعمل های ابلاغی در سیستم HIS توسط واحد HIS به حالت اجباری تعریف گردیده ، لذا کلیه کاربران در این خصوص مجبور به ورود اطلاعات می باشند.
۸. انجام به روزرسانی کدینگ تشخیص ها هاو سایر اقدامات و تعیین هزینه ها توسط واحد HIS دانشگاه بصورت متمرکز بر روی کلیه بیمارستانهای زیر مجموعه دانشگاه انجام می گیرد و در موارد استثنا با ابلاغ بیمارستانها توسط مسئول HIS ومسئول درآمد انجام می گیرد.
۹. در سیستم HIS کلیه تغییرات (اضافه /حذف/تغییر داده) توسط کاربران در سیستم HIS ثبت می گردد و قابل بررسی و کنترل می باشد.

منابع مالی: درآمد اختصاصی

امکانات:سیستم های کامپیوتری و سامانه های مورد نیاز - پرونده پزشکی بیمار
 کارکنان مرتبط : کارشناس و مسئول فناوری اطلاعات ، پرسنل پذیرش،مسئول بخش های درمانی، پرسنل واحد ترخیص،پرسنل واحد مدارک پزشکی

منابع و مراجع:دستورالعمل ها و بخشنامه های واحد فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی شیراز -تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	تأیید کننده	تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده
رامین محمدی مسئول واحد IT محمود عسکریان مسئول مدارک پزشکی رحیمه مختاری مسئول واحد پذیرش محمد میرحسینی مسئول واحد درآمد طیبه زارع مترون بیمارستان	رامین محمدی مسئول واحد IT	دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مروودشت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مرودشت - واحد فناوری اطلاعات					
پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری بیمارستان				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.IT.۹۸/۲۳۶	۲	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۸	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف: نگهداشت و پشتیبانی از تجهیزات سخت افزاری

❖ دامنه: واحد فناوری اطلاعات

❖ تعریف :

منابع شبکه و ارتباطات : هر نوع تجهیزات کامپیوتری، نرم افزار، شبکه و تسهیلات مربوطه که توسط مرکز تأمین شده باشد و اجازه دسترسی به آن توسط مرکز صادر گردد.

مسئولین و کارشناسان فناوری اطلاعات : اشخاصی که تحت نظارت مدیریت فناوری اطلاعات متصدی مدیریت و نگهداری اطلاعات ، امکانات نرم افزاری و سخت افزاری واحد فناوری اطلاعات می باشند.

مدیر سیستم : (Administrator) شخصی که مجوز دسترسی کامل به امکانات یک سیستم فناوری اطلاعات (مثل شبکه، HIS، پست الکترونیکی، وب، اتوماسیون اداری و... را برای اداره یا نگهداری آن داشته باشد و از طرف مدیریت فناوری اطلاعات منصوب می گردد.

کاربر : شخصی که به هر طریق ممکن از امکانات سیستمی مرکز استفاده می کند.

سرور (Server): سیستم مرکزی با تجهیزات بالا جهت کنترل و سوییسی دهی سیستم های کلاینت.

کلاینت: سیستم های مستقر در واحد های مختلف که از سیستم سرور خدمات می گیرند.

ICTM : سامانه ای مربوط به دانشگاه علوم پزشکی جهت ثبت فعالیت ها و تجهیزات واحد فناوری اطلاعات .

آنکال: به زمان خارج از ساعات اداری گفته می شود که طبق برنامه از قبل تعیین شده، مشخص می شود چه کسی می بایست پیگیر رفع اشکال اتفاق افتاده در بیمارستان شود.

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

واحد IT فعالیت های زیر را انجام می دهد :

۱. در این مرکز اتاقی پاکیزه ، ایزوله با پوششی مناسب جهت اتاق سرور در نظر گرفته شده که امکان تردد به این اتاق بدون مجوز ریاست بیمارستان / مدیریت / مدیر فناوری اطلاعات وجود ندارد.
۲. اتاق سرور مجهز به UPS بوده که تغذیه کننده بدون وقفه جریان الکتریکی می باشد.
۳. این اتاق دارای سیستم اعلام حریق ، سنسور و دود و دما می باشد.

۴. روی سرور ها برجسب شناسایی نصب شده است
۵. برای سامانه های پر کاربرد (Pacs/HIS و...) از سرورهای پر قدرت و مورد تایید فناوری و برای سامانه های با کاربری متوسط (حسابدارای تعهدی و ..) از سیستم های معمولی استفاده می گردد.
۶. واحد فناوری تعدادی کلاینت و پرینتر بعنوان پشتیبان در انبار واحد فناوری نگهداری می نماید.
۷. دیوارها و پنجره های اتاق سرور دیوارکوب گردیده که از نفوذ گرد و خاک جلوگیری می نماید
۸. تجهیزات سخت افزاری موجود در اتاق سرور در رک مناسب و استاندارد با ورودی های مناسب و اتصالات کافی برق و شبکه می باشد.

مدیریت و پشتیبانی نرم افزار ، سخت افزار و شبکه کامپیوتری مرکز، بصورت ۲۴ ساعته ، (حضوری در ساعات اداری و غیرحضوری در غیر ساعات اداری و زمان آنکال) انجام میگردد. در زمان آنکال و بصورت غیر حضوری روال بدین صورت انجام می گیرد که ، واحد در خواست کننده ، طبق اطلاع از برنامه آنکال کارشناسان IT (برنامه آنکال موجود در سایت مرکز)، با کارشناس تماس برقرار نموده و اعلام مشکل می نماید و کارشناس به سه صورت تلفنی ، ارتباط از راه دور (Remote) ، و یا حضور فیزیکی ، اقدام به رفع مشکل می نماید.

منابع مالی: درآمد اختصاصی بیمارستان

امکانات: سیستم کامپیوتری، پرینتر، اسکنر، سوئیچ، سرور، اکسس پوینت

کارکنان مرتبط: مسئول و کارشناس واحد فناوری اطلاعات

منابع و مراجع: دستورالعمل ها و بخشنامه های واحد فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی شیراز – تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	تأیید کننده	تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده
دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان رامین محمدی مسئول واحد IT	رامین محمدی مسئول واحد IT	دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز - بیمارستان شهید مطهری مردشت - واحد فناوری اطلاعات					
نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها وبانک های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.IT.۹۸/۳۳۷	۲	۶	۱۴۰۱/۰۳/۰۸	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف:

۱. پشتیبان گیری و نگهداری پایدار و ایمن از اطلاعاتی است که توسط کاربران واحدهای مختلف از طریق نرم افزارهایی همچون HIS وارد پایگاه اطلاعاتی موجود در سیستم سرور مرکزی می گردد.
۲. روشی مناسب و ایمن جهت پشتیبان گیری از اطلاعات.
۳. روشی مناسب، دقیق، قابل اعتماد و دائمی جهت نگه داری از نسخه پشتیبان.
۴. قابلیت بازیابی ساده و سریع اطلاعات از روی نسخه پشتیبان در مواقع ضروری در کمترین زمان ممکن.

❖ دامنه: واحد فناوری اطلاعات

❖ تعریف:

دیتابیس (Database): بانک اطلاعاتی و در واقع مکانی برای ذخیره اطلاعات وارد شده در یک نرم افزار. فایل پشتیبان (Backup): گرفتن یک نسخه کپی از نسخه اصلی فایل اطلاعات (دیتابیس) و نگه داری آن نسخه در مکانی دیگر. مسئولین و کارشناسان فناوری اطلاعات : اشخاصی که تحت نظارت مدیریت فناوری اطلاعات متصدی مدیریت و نگهداری اطلاعات ، امکانات نرم افزاری و سخت افزاری واحد فناوری اطلاعات می باشند. مدیر سیستم: (Administrator) شخصی که مجوز دسترسی کامل به امکانات یکسیستم فناوری اطلاعات (مثل شبکه، HIS، پست الکترونیکی، وب، اتوماسیون اداری و... را برای اداره یا نگهداری آن داشته باشد و از طرف مدیریت فناوری اطلاعات منصوب می گردد.

کاربر: شخصی که به هر طریق ممکن از امکانات سیستمی مرکز استفاده می کند.
سرور (Server): در اینجا به معنی سیستم مرکزی که دیتابیس اصلی در آن نگه داری می شود.
کلاینت: سیستم های مستقر در واحد های مختلف که از سیستم سرور خدمات می گیرند.

HIS: (سیستم اطلاعات بیمارستان = Hospital Information System)

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

۱. سیستم HIS بیمارستان طبق برنامه زمانبندی شده (هر شش ساعت) بصورت خودکار از کلیه اطلاعات پایگاه داده پشتیبان گیری می نماید.

۲. در سیستمی غیر از سرور اصلی (یک سرور جداگانه) بصورت روزانه یک کپی از نسخه Backup پایگاه داده وجود دارد.
۳. با توجه به وجود سرور پشتیبان HIS در این مرکز صحت فنی و عملیاتی نسخه پشتیبان بر روی سرور ثانویه بصورت ماهانه بررسی می گردد.
۴. واحد فناوری اطلاعات بیمارستان با توجه به برنامه ریزی های واحد فناوری از اطلاعات دانشگاه در خصوص استفاده از آنتی ویروسهای لایسنس دار و ابلاغ نوع آنتی ویروس اقدام به جایگزینی آنتی ویروس مربوطه می نماید.
۵. در سیستم های سرور سامانه های بیمارستان با توجه به برنامه ریزی های صورت گرفته توسط کارشناسان فناوری این مرکز امکان اتصال به اینترنت بطور کامل وجود ندارد.

منابع مالی: درآمد اختصاصی

امکانات: سرور، هارد، blue ray

کارکنان : کارشناس و مسئول فناوری اطلاعات

منابع و مراجع: دستورالعمل ها و بخشنامه های واحد فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی شیراز – تجربیات بیمارستان

تهیه کنندگان	تائید کننده	تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده
دکتر غلامرضا نجفی مسئول فنی بیمارستان رامین محمدی مسئول واحد IT	رامین محمدی مسئول واحد IT	دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مروذشت

دانشگاه علوم پزشکی شیراز- بیمارستان شهید مطهری مرودشت- واحد مدیریت پرستاری					
نظارت بر اداره امور بخش های بالینی				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.NM.۹۸/۱۸۶	۳	۵	۱۴۰۱/۰۳/۰۸	۹۵/۰۸/۳۰	۹۵/۰۸/۲۰

❖ هدف:

ایجاد مدیریت علمی و نظارت بر افزایش کیفیت و ارتقا ایمنی بیمار

❖ دامنه: کارکنان، مدیریت خدمات پرستاری، سرپرستاران

❖ تعریف: ندارد

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

سوپروایزر در راستای نظارت بر اداره امور بخش ها اقدامات زیر را انجام می دهد:

- انجام راند بالینی در بخش های درمانی با اولویت بخش اورژانس به منظور حصول اطمینان از حسن ارائه خدمات کیفیت مراقبت، ثبت موارد و ارائه گزارش به مافوق
- نظارت بر عملکرد پرسنل خدماتی و کمک بهیار و بیمار بر به منظور پیشگیری از عفونت و تمیزی بخش ها و بیمارانیال و ارائه گزارش نقص در موارد ذکر شده از طریق راندهای بالینی
- نظارت بر حضور پرسنل بر اساس برنامه کار هفتگی و ارائه گزارش در خصوص عدم حضور- غیبت یا تاخیر و تعجیل در ورود و خروج پرسنل
- نظارت بر عملکرد اینچارج بخش در خصوص تحویل و تحول بیماران انتقال بین بخش بیمار و یا اعزام و ... و ارائه گزارش در موارد عدم همکاری به مدیریت پرستاری (در راندهای بالینی بصورت راندوم و تکمیل چک لیست)
- نظارت بر صحت عملکرد تجهیزات ضروری در بخش ها و ارائه گزارش در موارد خرابی و یا کمبود دارو و تجهیزات از طریق مسئولین بخش در شیفت اداری و بقیه شیفت ها از طریق مسئولین شیفت
- نظارت بر نحوه ارائه خدمات پرستاری و مامایی مبتنی بر استانداردها با استفاده از چک لیست ارزیابی عملکرد
- نظارت بر حفظ ایمنی بیمار در کلیه بخش های درمانی در راند های بالینی و ارائه گزارش خطاها به دفتر بهبود کیفیت و مسئول ایمنی بیمار
- همکاری و مشارکت در ارزشیابی سالانه پرسنل بر اساس عملکرد، رفتارهای شغلی و اخلاقی
- کنترل و نظارت مستمر بر چگونگی مصرف و نگهداری تجهیزات و داروها در واحدهای پرستاری و مامایی
- نظارت و کنترل مستمر بر رفتار شغلی کارکنان (رعایت قانون و مقررات اداری- رعایت ضوابط کاری و اخلاقی)
- نظارت بر حسن انجام انتقال- ارجاع- اعزام- پذیرش و ترخیص بیماران در راندهای بالینی
- نظارت بر شئونات و موازین اسلامی و پوشش مناسب و آراسته بر اساس دستورالعمل های ابلاغی (dress code) بین کارکنان و رعایت طرح انطباق و نظارت بر حفظ حریم خصوصی بیماران با همکاری کمیته پوشش و اخلاق حرفه ای

۱۳. نظارت بر حضور پزشکان مقیم و آنکال بر اساس برنامه ماهانه اعلام شده، خصوصا در شیفت های عصر و شب و ارائه گزارش به دفتر ریاست

۱۴. نظارت بر عملکرد آمبولانس بر اساس چک لیست مربوطه

مدیر پرستاری در راستای نظارت بر اداره امور بخش ها اقدامات زیر را انجام می دهد:

۱. نظارت بر عملکرد سرپرستاران و سوپروایزرهای بالینی با بررسی گزارشات ۲۴ ساعته سوپروایزرهای کشیک
۲. نظارت مدون و مستمر بر نحوه ارائه مراقبت های پرستاری
۳. طراحی و اجرا اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج نظارتی
۴. پایش روند مراقبت های پرستاری و ایمنی بیماران بر اساس اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود اجرا شده
۵. نظارت بر عملکرد آموزشی پرسنل و ارزشیابی اثربخشی آموزش ها از طریق سوپروایزر آموزشی
۶. نظارت بر انجام اقدامات لازم در راستای پیشگیری و کنترل عفونت
۷. نظارت بر آموزش های ارائه شده به بیماران و همراهیان و ارزشیابی اثربخشی آن از طریق کارشناس آموزش سلامت
۸. نظارت بر پیشگیری از حوادث احتمالی در بخش ها از جمله سقوط از تخت و پیشگیری از زخم بستر از طریق کارشناس مربوطه (کارشناس زخم و سقوط)
۹. نظارت بر عملکرد اورژانس و ارائه خدمات اورژانسی به بیماران به نحو مطلوب
۱۰. نظارت بر حفظ ایمنی بیمار در کلیه بخش های بالینی با حضور در واک راند های ایمنی و بازدید های میدانی
۱۱. نظارت بر فرآیندهای درمانی و غیر درمانی در بیمارستان از طریق مسئولین و سوپروایزرهای بالینی و ارائه گزارش عدم تناقض ها به دفتر بهبود کیفیت
۱۲. نظارت بر نحوه صحیح مستندسازی و ثبت گزارشات پرستاری در پرونده بیماران، ثبت صحیح ارزیابی های اولیه، مراقبت های پرستاری و ارزیابی های مجدد بیماران از طریق مسئولین بخش ها و سوپروایزرهای بالینی با تکمیل چک لیست مربوطه و تجزیه و تحلیل آن ها و انجام اقدامات اصلاحی
۱۳. نظارت بر روند صحیح پذیرش- اعزام- انتقال- ارجاع- ترخیص بیماران
۱۴. نظارت بر عملکرد آمبولانس
۱۵. نظارت بر عملکرد واحد سرم درمانی و پیگیری مشکلات و نواقص موجود در این واحد
۱۶. نظارت مدون تیم مدیریت پرستاری در چارچوب زمان بندی معین و بازدید های مقطعی و سرزده در تمام ساعات شبانه روز و ثبت در سامانه MCMC

منابع مالی: درآمد اختصاصی

منابع و مراجع: اصول مدیریت خدمات پرستاری تالیف محمد میرحسینی - تجربیات بیمارستان

تصویب کننده نهایی و ابلاغ کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
<p>دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت</p>	<p>طیبه زارع مدیر خدمات پرستاری</p>	<p>رقيه نعمت الهی سوپروایزر آموزشی طیبه زارع مدیر خدمات پرستاری صدیقه علیدادی سوپروایزر بالینی</p>

انجام صحیح پانسمان				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.IC.۱۴۰۱/۲۱۳	۴	۱	-	۱۴۰۱/۱۲/۲۱	۱۴۰۱/۱۲/۱۰

❖ اهداف:

- ✓ ایجاد محیط مناسب جهت ترمیم زخم
- ✓ جذب ترشحات
- ✓ بی حرکت سازی زخم
- ✓ محافظت از بافت اپی تلیال تازه تشکیل شده از آسیب مکانیکی
- ✓ محافظت از زخم در برابر آلودگی هایی مثل مدفوع و ادرار
- ✓ ایجاد راحتی و آسایش روانی بیمار
- ✓ پیشگیری از عفونت
- ✓ پیشگیری از خونریزی

❖ دامنه: پزشکان، پرستاران، کمک پرستاران

❖ تعاریف:

پانسمان:

پوششی است که روی زخم قرار می گیرد به عبارت دیگر اگر تخریب در پوست و لایه های زیر پوست ایجاد شود ما پوششی روی آن می گذاریم که به آن پانسمان گفته می شود.

❖ ارزیابی وضعیت زخم:

خشک و تمیز، کثیف و آلوده به خاک و خاشاک، مرطوب با ترشح خونابه ای، عفونی

❖ انواع زخم:

- ✓ خراشیدگی و ساییدگی: در اثر ساییده شدن لایه فوقانی پوست ایجاد می شود، زخم دردناک ولی خونریزی قابل توجه نیست. اگر خراشیدگی وسیع باشد یا ذرات خاک یا اجسام خارجی در آن فرو رفته باشد می تواند جدی و خطرناک باشد، و نیاز به تزریق سرم ضد کزاز در مراکز درمانی دارد در غیر اینصورت در زخم های سطحی و خراش شستشو با آب و صابون کفایت می کند.
- ✓ بریدگی: زخمی که لبه های صاف داشته باشد و شبیه بریدگی جراحی یا بریدگی با لبه کاغذ است. این زخم سوزش زیادی داشته و شدت خونریزی بسته به عمق بریدگی محل و اندازه زخم متفاوت است.

- ✓ **پاره شدگی:** زخمی که دارای لبه های ناصاف بوده و در اثر اجسام تیزی مانند شیشه ایجاد می شود، در این جراحی بافت های زیرین پوست آسیب دیده و احتمال خونریزی شدید زیاد است.
- ✓ **اقدامات:** در بریدگی و پارشدگی پوست الویت با کنترل خونریزی به وسیله فشار مستقیم است، لبه های زخم را به هم نزدیک کنید، عضو را بی حرکت و کمی بالاتر از سطح قلب قرار داده تا از درد و خونریزی آن کاسته شود.
- ✓ **کنده شدگی:** زخمی است که قسمتی از پوست یا عضله از بدن آویخته شود. سطح زخم را تمیز و جلوی خونریزی را بگیرید اگر قسمتی از پوست یا عضله آویزان شده آن را در محل اولیه خود قرار دهید و روی آن را ببندید و بلافاصله مصدوم را به مرکز درمانی برسانید.
- ✓ **سوراخ شدگی:** زخمی که در اثر وارد شدن یک جسم نوک تیز وارد می شود. این جراحی همیشه باعث خونریزی شدید نمی شود ولی در سوراخ شدگی های شکم و قفسه سینه احتمال خونریزی های شدید و مرگ زیاد است.
- ✓ **قطع عضو:** این جراحی شدیدترین نوع زخم های خونریزی دهنده است و اغلب به دلیل یک جسم برنده صنعتی آلوده اتفاق می افتد با وارد کردن فشار مستقیم و بالا نگه داشتن عضو خونریزی را متوقف کنید.
- ✓ **زخم جراحی:** برشی از پوست که توسط جراح با استفاده از چاقوی جراحی در حین عمل ایجاد می شود. میتواند نتیجه تخلیه یا قطع عضو در حین عمل باشد. اندازه متفاوت بوده و بسته به شرایط و تشخیص پزشک با بخیه بسته می شود یا گاهی برای بهبود باز می ماند.

❖ **وسایل مورد نیاز:**

- ✓ دستکش تمیز، دستکش استریل، ست پانسمان، گاز استریل، محلول نرمال سالین جهت شستشو، چسب ضد حساسیت، وسایل حفاظت فردی (گان، دستکش، ماسک، روکفشی، عینک یا شیلد صورت)

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

۱. روش اجرایی کار برای بیمار شرح داده شود.
۲. از نظر نیاز به مداخلات دارویی کاهش دهنده درد یا استفاده از داروهای مسکن قبل از مراقبت از زخم و تعویض پانسمان بررسی نمایید طبق دستور پزشک ضد درد را به بیمار بدهید و زمان کافی برای تایید گذاشتن ضد درد در نظر بگیرید.
۳. وسایل آماده بر روی تالی مخصوص پانسمان یا سینی که قبل از استفاده ضدعفونی شده است قرار داده شود، ضمنا تاریخ انقضا وسایل را کنترل نمایید.
۴. حریم بیمار رعایت شود.
۵. تعویض پانسمان زمان نظافت و گردگیری بخش نباشد. بهتر است پروسیجر ۲ نفره انجام گیرد و درب و پنجره اتاق پانسمان بسته باشد.
۶. بهداشت دست را رعایت کنید (هندراپ یا هندواش بر اساس اندیکاسیون) و وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک و عینک یا شیلد صورت) به ترتیب پوشیده شود.
۷. دستکش تمیز پوشیده شود.

۸. پانسمان قبلی بدون تماس دست با زخم برداشته شود، قبل از برداشتن پانسمان وضعیت درن ها بررسی شود در غیر این صورت ممکن است درن به صورت تصادفی کشیده و خارج شود، چنانچه پانسمان به پوست چسبیده است با مقداری نرمال سالین آن را مرطوب کنید.
۹. اندازه زخم، بستر زخم از لحاظ وجود بافت های مرده مثل بافت نکروزه و زرد، مقدار، نوع و بوی ترشحات و روند بهبود زخم بررسی شود.
۱۰. پانسمان های کثیف در کیسه زباله عفونی (زرد) انداخته شود.
۱۱. دستکش ها خارج شوند.
۱۲. مجددا دست ها بهداشتی شوند. (هندراب یا هندواش بر اساس اندیکاسیون)
۱۳. ست پانسمان و گاز استریل اضافه را به روش استریل باز کنید.
۱۴. محلول نرمال سالین یا انتی سپتیک (در صورت توصیه پزشک به استفاده از محلول خاص) درون گالی پات ریخته شود. (از بتادین در زخم باز به دلیل ایجاد حساسیت ناشی از املاح ید خودداری گردد)
۱۵. دستکش استریل پوشیده شود.
۱۶. زخم فقط با نرمال سالین تمیز گردد.
۱۷. اطراف زخم (پوست سالم و اطراف برش جراحی) با محلول ضد عفونی یا نرمال سالین تمیز گردد و از ورود به داخل زخم بایستی اجتناب گردد.
۱۸. با گاز استریل زخم را از مرکز به خارج یا از بالا به پایین (در صورت طولی و عرضی بودن زخم) و از کمترین محل الودگی به بیشترین محل الودگی تمیز گردد.
۱۹. از هر تکه گاز فقط یک بار جهت تمیز کردن استفاده کنید و پس از استفاده آنرا در کیسه زباله بیندازید.
۲۰. در صورت وجود درن، اطراف آن با حرکت دورانی از مرکز به بیرون تمیز گردد.
۲۱. زخم، اطراف درن و اطراف زخم خشک گردد.
۲۲. یک لایه گاز خشک و استریل روی زخم گذاشته شود.
۲۳. اطراف درن یک گاز به صورت دورانی گذاشته شود، تا ترشحات را جذب کند و همچنین تب و ب را در جای خود ثابت نگه دارد.
۲۴. دومین لایه گاز روی زخم گذاشته شود.
۲۵. در صورت وجود ترشحات زیاد لایه جاذب (گاز، لنگاز یا پدهای استریل که به زخم نچسبد و حجم و قدرت جذب بالایی داشته) روی زخم گذاشته شود.
۲۶. گاز استریل را در چهار طرف با چسب روی پوست ثابت و در صورت نیاز (پانسمان اندام ها) بانداز کنید.
۲۷. دستکش را خارج و بهداشت دست را رعایت نمایید.
۲۸. تاریخ و ساعت انجام پانسمان و نام فرد انجام دهنده روی چسب قید گردد.
۲۹. به بیمار کمک کنید تا لباس خود را مرتب کند و در وضعیت راحت قرار گیرد.
۳۰. وسایل استفاده شده را با رعایت اصول احتیاطات همه جانبه در سطل زرد پدال دار و در صورت وجود اجسام نوک تیز و برنده، در سفتی باکس دفع نمایید.
۳۱. انتقال ست استفاده شده به اتاق کثیف و ضد عفونی کردن ترالی پانسمان برای استفاده مجدد انجام گیرد.

۳۲. چسباندن تاییدیه استریل بودن ست (اندیکاتور) در فرم مخصوص در پرونده بیمار انجام شود.
۳۳. مشاهدات و یافته های زمان تعویض پانسمان، ساعت انجام، ویژگی زخم، وجود ترشحات و یا استفاده از یک داروی خاص را در گزارش پرستاری ثبت کنید.
۳۴. در صورت ترخیص بیمار آموزش لازم در زمینه مراقبت و تعویض پانسمان زخم با رعایت اصول استریل انجام و در صورت مشاهده علائم هشدار یا علائم عفونت بیمارستانی به مراکز درمانی مراجعه شود.

❖ علائم نشان دهنده عفونت زخم:

- ✓ افزایش قرمزی و درد اطراف زخم
- ✓ تاخیر در روند بهبود
- ✓ وجود ترشح و چرک و بوی بد
- ✓ افزایش دما در اطراف زخم
- ✓ تب
- ✓ باز شدن خودبخودی و افزایش عمق زخم

❖ نکات قابل توجه در مورد کاتتر ورید مرکزی (CVC):

- ✓ محل ورود کاتتر و پوست اطراف ناحیه را با گاز اغشته به الکل ۷۰٪ یا محلول ضد عفونی یا سرم نرمال سالین از وسط به خارج تمیز کنید و به شکل دورانی (از داخل به خارج) یک تا سه سانتی متر اطراف محل را تمیز نمایید.
- ✓ توجه داشته باشید در صورت داشتن مو در سایت قرار گیری کاتتر مرکزی (کشاله ران یا گردن) حتما قبل از انجام پروسیجر و حین پاکسازی شیو با ماشین تراش برقی انجام گیرد.
- ✓ اجازه دهید به مدت ۳۰ ثانیه اطراف کاتتر کاملا خشک شود و بعد از خشک شدن کامل، اقدام به گذاشتن پانسمان کنید.
- ✓ پانسمان شفاف یا گاز استریل به همراه چسب ضد حساسیت (حصیری) روی محل قرار داده شود.
- ✓ تاریخ و ساعت تعویض پانسمان روی پانسمان و در گزارش پرستاری ثبت شود.

❖ منبع تامین: درآمد اختصاصی بیمارستان

❖ کارکنان مرتبط: سوپروایزر کنترل عفونت، سرپرستاران، پرسنل درمان

❖ منابع و مراجع:

- ✓ اصول پرستاری تیلور ترجمه مهسا شریفی نودهی
- critical care nursing
- ✓ سایت مرکز کنترل و پیشگیری بیماری cdc

تصویب کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
<p>دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مرودشت</p>	<p>دکتر ساسان دهقانی متخصص عفونی</p>	<p>دکتر ساسان دهقانی متخصص عفونی دکتر سعید صابر متخصص جراح عمومی معصومه حیدری کارشناس کنترل عفونت زینب جلال زاده کارشناس ایمنی رقيه نعمت اللهی سوپروایزر آموزشی</p>

پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی و قوه قضاییه و ...				عنوان روش اجرایی	
کد	تعداد صفحات	شماره ویرایش	تاریخ آخرین بازنگری	تاریخ ابلاغ	تاریخ تدوین
PR.F&S.۱۴۰۲/۲	۲	۱	-	۱۴۰۲/۰۲/۳۰	۱۴۰۲/۰۲/۳۰

❖ هدف:

ارتقا سطح سلامت روان در تمامی اقشار جامعه

❖ دامنه: کارکنان، مدیریت خدمات پرستاری، سرپرستاران+

❖ تعریف: ندارد

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

۱. مددکار اجتماعی اقدامات زیر را انجام می دهد:
۲. ارجاع بیمار از بهزیستی و یا شبکه بهداشت به مددکار اجتماعی
۳. معرفی بیمار از طریق مددکار اجتماعی به روانپزشک بیمارستان
۴. ویزیت بیمار و بررسی مشکل بیمار از نظر روان
۵. در صورت نیاز ارجاع بیمار جهت بررسی و انجام اقدامات درمانی
۶. ارجاع بیمار به تریاژ و انجام اقدامات تریاژ
۷. گزارش کامل بیمار به بخش سایکولوژی
۸. انتقال ایمن بیمار به بخش سایکو
۹. تحویل و تحول بیمار توسط پرستاران و متخصصین بخش

منابع و مراجع: اصول مدیریت خدمات پرستاری تألیف محمد میرحسینی - تجربیات بیمارستان

تصویب کننده	تائید کننده	تهیه کنندگان
<p>دکتر غلامرضا نجفی رئیس بیمارستان شهید مطهری مروذشت</p>	<p>دکتر زهره زارعی زاده</p>	<p>شهین دهقانی مسئول بخش سایکو مجتبی درویشی ممدکار بیمارستان</p>