

قوانین و آئین نامه های اجرایی

(مجموعه توجیهی جهت پرسنل جدیدالورود)

کد مستند: BL-HRM-01

تاریخ بازنگری: فروردین 1403

تاریخ ابلاغ: فروردین 1403

تاریخ بازنگری بعدی: فروردین 1404

تهیه و تدوین: سجاد آقایی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

همکاران محترم

ورود شما را به جمع کارکنان بیمارستان قدس خیرمقدم می‌گوییم. کتابچه‌ای که در اختیار دارید با هدف آشنایی شما با مقررات و قوانین بیمارستان و بخش‌های مختلف آن، حقوق گیرندگان خدمت و اختیارات و حقوق شما به عنوان عضو جدیدی از این بیمارستان در نظر گرفته شده است. امید است که مطالب مربوطه مورد استفاده شما قرار گیرد.

(پرسنل جدید: کارکنانی هستند که در هر رده شغلی طی یکسال اخیر در یک واحد مشغول فعالیت گردیده‌اند)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
6	فصل اول (معرفی کلی بیمارستان)
7	رسالت (Mission)
7	چشم انداز (Vision)
7	معرفی بیمارستان
7	ویژگیهای فرهنگی وبومی منطقه
8	مقررات و استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان
10	اعتبار بخشی
12	حقوق گیرندگان خدمت
15	منشور حقوق بیمار (منشور 10 بندی)
Error! Bookmark not defined.	
24	منشور حقوق کارکنان
22	نقشه ساختمان (تابلوهای راهنما- راهنمای طبقات- خروجیهای عادی و اضطراری- پله فرار- فضای سبز- فضای باز- پارکینگها)
23	مدیریت خطر
27	مدیریت بحران
32	مدیریت منابع انسانی
34	امور رفاهی
36	امور مالی
53	ایمنی بیمار
69	برنامه کنترل عفونت (تیم کنترل عفونت- کمیته کنترل عفونت- شرح وظایف- شناسایی موارد بیماریهای واگیر و غیر واگیر- جمع آوری و تحلیل دادههای نظام مراقبت عفونت بیمارستانی)
132	نمودار و سلسله مراتب سازمانی
132	چارت مدیریت بحران
133	فصل سوم (تجهیزات اختصاصی هر بخش)
134	تجهیزات بخش اورژانس
134	تجهیزات بخش داخلی-اطفال
134	تجهیزات بخش ICU-CCU
134	تجهیزات بخش دیالیز
134	تجهیزات بخش زایشگاه
134	تجهیزات بخش جراحی
134	تجهیزات اتاق عمل

فصل اول

(معرفی کلی بیمارستان)

رسالت (Mission):

رسالت و فلسفه‌ی وجودی بیمارستان قدس ارائه‌ی خدمات تشخیص درمانی به بیماران در راستای اجرای نظام اعتباربخشی، ایمنی بیمار و پرسنل با کیفیت بالا و با هزینه‌ای مناسب و به کارگیری شیوه‌های نوین مدیریت بیمارستانی و ارائه‌ی خدمات عالی به کلیه‌ی بیماران می‌باشد لذا اولویت‌های اخلاقی در این بیمارستان بر عدالت محوری، همدلی و مشارکت، نظم و انضباط اداری، شایسته‌سالاری و خدمت با کیفیت استوار گشته و این موضوع را پرسنل بیمارستان با تعهد سازمانی خود تضمین خواهند نمود.

چشم انداز (vision):

این بیمارستان امید به آن دارد تا 3 سال آینده بتواند علاوه بر ارتقاء وضعیت خدمات موجود، محیطی را فراهم نماید که مردم شهرستان پایه بتوانند از تمامی خدمات درمانی موردنیاز خود بهره‌مند شوند و دسترسی آسان و عادلانه مردم را به خدمات با کیفیت و منطبق با استانداردهای روز دنیا فراهم و رضایت مددجویان و ذینفعان را کسب نموده تا شاهد افزایش طول عمر توأم با سلامتی، کاهش مرگ و میر و بهبود وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش باشیم. علاوه بر این، بیمارستان در راستای پذیرش بیماران بین الملل فعالیت خود را آغاز نموده است.

معرفی بیمارستان

بیمارستان 70 تختخوابی قدس در سال 1348 با بخشهای اورژانس - جراحی - داخلی و اطفال - زنان و زایمان به عنوان تنها بیمارستان شهرستان تأسیس و به ارائه خدمت به مردم محروم منطقه می‌پردازد. در راستای بهبود ارائه خدمت در 19 تیر ماه سال 1398 ساختمان جدید بیمارستان افتتاح شد و بیمارستان به ساختمان جدید منتقل شد و بخش های CCU- ICU - نورولوژی ، اورولوژی ، گوش و حلق و بینی به همت نیرو های متخصص بومی به آن اضافه شد

مشخصات بیمارستان

نام واحد: بیمارستان قدس

نوع مالکیت: دولتی

مساحت: 14000 مترمربع

زیربنای ساختمان: 9800 مترمربع

تاریخ تأسیس: 1348

تاریخ جابجایی ساختمان بیمارستان: 1398/4/18

آدرس: پناه - ابتدای شهر - خیابان کمربندی - تلفن: 46125452 - 46125452

از آنجایی که ارائه خدمات درمانی در واحدهای بیمارستانی با سلامت بیمار درگیر می‌باشد بیمارستان قدس پایه زیر نظر وزارت بهداشت و درمان با هدف خدمت رسانی به بیماران فعالیت می‌کند. بیماران می‌خواهند خدمات بهداشتی درمانی با بالاترین کیفیت و نیز با رعایت ارزشهای آنها، راحتی جسم و روان و مرتبط با نیازشان توسط ارائه دهندگان خدمت فراهم شود. رضایت بیماران یک عنصر حیاتی در موفقیت طولانی مدت یک برنامه بهداشتی می‌باشد. مدیریت و کارکنان بیمارستان با بهره‌گیری از استانداردهای اعتباربخشی و الگوی حاکمیت بالینی در راستای مسئولیت‌های خود می‌کوشند در جهت ارتقای مستمر کیفیت و جلب رضایت بیماران گام بردارند.

ویژگیهای فرهنگی و بومی منطقه

در فاصله‌ی 120 کیلومتری شمال غربی کرمانشاه و پس از گذراندن پیچ‌هایی که کوه‌های زاگرس را دور می‌زند شهر پلکانی پاوه نمایان می‌شود. شهرستان پاوه با 1463 متر ارتفاع از سطح دریا و آب و هوای معتدل کوهستانی از شهرهای غرب کشور است که با جمعیت تقریبی 61 هزار نفرووسعت 803 کیلومتر مربع در محدوده‌ی غربی واقع شده که از شمال به مریوان، از شرق به سنندج، از جنوب به جوانرود و از غرب با کشور عراق هم مرز است. پاوه یکی از 13 شهرستان استان کرمانشاه است که دارای سه بخش، چهار شهر و پنج دهستان می‌باشد. سوابق مدنیت و شهریت آن به دو هزار سال می‌رسد و معماری آن سنگی و از انواع معماری کهن و ملقب به شهر هزار ماسوله می‌باشد. مردم پاوه دارای دین مبین اسلام و مذهب اهل سنت هستند و با زبان کردی، لهجه‌ی اورامی تکلم می‌کنند. در این که چرا این شهر را پاوه نهاده‌اند روایت متفاوتی وجود دارد:

- 1) بنابه معانی و نقل قول و ادله‌ی تاریخی، پاوه و اورامان در لغت به معنی پاک، شستن و پاکیزه کردن است.
- 2) به گفته‌ی هایی از نام اسپهبد پاوه، سردار یزدگرد سوم گرفته شده است که پاوه سپهبد شاهپور و برادرزاده‌ی انوشیروان ساسانی بوده که یزدگرد سوم او را به منظور تحدید آیین زرتشتی به این منطقه روانه کرده است.
- 3) معنای هورامی پاوه یعنی ایستادن بر روی پاهای خود است.

مقررات و استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان

به استناد ماده 85 و 88 قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین اخلاقی و اجتماعی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان، استانداردهای پوشش افراد در موسسات بهداشتی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل ابلاغ می‌شود:

- 1) لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی درمانی مونث شامل روپوش، شلوار، مقنعه، کفش و جوراب می‌باشد.
 - 2) لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی درمانی مذکر شامل روپوش، شلوار، کفش و جوراب می‌باشد.
 - 3) لباس بیمار بستری (مونث) شامل روسری یا مقنعه، پیراهن بلند (تا بالای زانو) و شلوار می‌باشد.
 - 4) لباس بیمار بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار می‌باشد.
 - 5) ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مونث) در داخل یا بین بخشها، شنل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده می‌شود.
- ضوابط پوشش:

لباس بیمار بستری باید حداقل این ویژگیها را تامین کند: شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و حریم شخصی بیمار.

رعایت تمامی شئون و الزامات درمانی در داخل اتاق عمل و رادیولوژی و رعایت پوشش مورد استفاده بیماران (گان) حین انجام اعمال مرتبط، الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دوچندان پیدا می‌کند.

لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده‌های مختلف، متحدالشکل باشد.

در درون بخشهای بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیرحرفه‌ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.

در بخشهای ویژه، اتاق عمل، فضاهای استریل کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخشها می‌باشند. رنگ و مدل لباس فرم بخشهای مذکور متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تایید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.

روپوش باید سالم، تمیز، دکمه‌ها بسته، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، کشی یا کوتاه باشد.

کفش‌ها باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و در هنگام راه رفتن صدا ندهد. زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.

استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت‌زا در محل کار ممنوع می‌باشد.

ناخن‌ها باید تمیز، کوتاه و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیطهای ارائه خدمات درمانی ممنوع است. الصاق کارت شناسایی (اتیکت) حاوی حداقل نام خانوادگی و سمت فرد در جلوی لباس به نحوی که بر راحتی از فاصله 2 متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیطهای درمانی الزامی است.

مقررات داخلی بیمارستان قدس:

مقررات مربوط به بیمار:

جهت اطلاع از حقوق بیماران به منشور حقوقی بیماران که در بخشهای بیمارستان نصب می‌باشد توجه نمایید.

در تمامی فضای بیمارستان استعمال دخانیات ممنوع می‌باشد.

جهت رعایت حقوق بیماران از ایجاد سروصدا در محیط بخشها خودداری نمایید.

از دست زدن به سرمها و وسایل پزشکی که به بیمار متصل هستند خودداری گردد.

با توجه به نیاز بیماران به برنامه رژیم غذایی، آوردن غذا از خارج بیمارستان فقط با اطلاع و اجازه سرپرستاران بخش ممکن است.

غذای بیمارستان را در ساعت مشخص شده میل کنید و ظروف غذا را تحویل نمایید.

در صورت نیاز به همراه، تنها همراه همجنس بیمار مجاز به حضور در اتاق بیمار خواهد بود.

در صورتی که بیمار شما مبتلا به بیماری عفونی است و در اتاق ایزوله بستری می‌باشد به راهنمایی‌های پرستاران در این زمینه توجه نمایید.

بیماران دارای وقت قبلی می‌بایست در ساعت تعیین شده در محل مربوطه حاضر باشند.

هنگام بستری جهت جلوگیری از اشتباهات احتمالی، مدارک شناسایی نظیر شناسنامه، دفترچه بیمه بیمار و ... به رویت مسئول پذیرش برسد.

بیماران بیمه‌ای برای اخذ مدارک کامل شده خود به تاریخی که واحد ترخیص تعیین می‌نماید توجه نمایند.

نمایندگان بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی در بیمارستان حضور دارند لذا بایستی کسانی که دارای اینگونه بیمه‌ها می‌باشند حتماً اوراق بیمه آنها توسط نمایندگان بیمه تایید گردد.

برای جلوگیری از آلودگی از آوردن گل طبیعی خودداری نمایید.

جهت خروج بیمار از بیمارستان داشتن برگه ترخیص الزامی می‌باشد.

ریاست و مدیریت، مسئول خدمات پرستاری و مسئول رسیدگی به شکایات بیمارستان در ساعات اداری جهت رفع مسائل و

مشکلات بیماران در بخش اداری بیمارستان از ساعت 7:30 الی 14 حضور دارند، در ساعات غیر اداری سوپروایزرهای بیمارستان به این امور رسیدگی خواهند کرد.

ساعات ملاقات از ساعت 14:00 الی 16:00 می‌باشد.

مقررات مربوط به پرسنل:

ساعات ملاقات از ساعت 14:00 الی 16:00 می‌باشد.

حضور پرسنل با رعایت فرم پرسنلی و نصب اتیکت سر شیفت‌ها
تحویل دادن و گرفتن شیفت با حضور کلیه پرسنل شیفت مربوطه
رعایت منشور حقوق بیمار
حضور به موقع و مناسب پزشک جهت انجام ویزیت در بخش‌ها
رعایت ایمنی بیمار

اتیکت: بر اساس استانداردهای اعتباربخشی واحد حقوق گیرندگان خدمت کارت شناسایی پرسنل باید منطبق با استاندارد باشد. کارت شناسایی باید بر روی سینه کارکنان نصب و حداقل شامل نام خانوادگی و سمت فرد بوده و از فاصله یک متری قابل خواندن باشد.

شناخت، آگاهی و اطلاع رده‌های مختلف کارکنان از منشور حقوق بیمار و نقش خود در اجرای بندهای آن ضروری است. بر اساس سنجش‌های اعتباربخشی واحد حقوق گیرندگان خدمت، شرایط استفاده از تلفن همراه در بیمارستان در بخشهایی که منجر به تضییع حقوق گیرنده خدمت می‌شود تعیین و توسط ریاست بیمارستان به کلیه بخشها ابلاغ می‌گردد. کلیه پرسنل موظف به حفظ شئون اسلامی در برخورد با همکاران و بیماران و رعایت مقررات اداری (نحوه ورود و خروج و...) می‌باشند.

اعتباربخشی

تعریف اعتباربخشی: اعتباربخشی یک فرآیند نظام مند و هدف مند است و شامل مجموعه‌ای از استانداردها می‌باشد که علاوه بر استانداردسازی فیزیکی به استانداردسازی روند کار نیز می‌پردازد

انواع اعتباربخشی

که خصوصی و بی طرف هستند، استاندارد های خود را در **JCAHO بین المللی:** شرکت های معتبر بین المللی مانند شرکت **1- جهان منتشر می کنند و بیمارستان های متقاضی دریافت لوگو استاندارد شرکت، استانداردهای شرکت مورد نظر را در بیمارستان پیاده سازی می کنند و به صورت داوطلبانه از شرکت برای پایش با پرداخت هزینه دعوت به عمل می آورند تا بیمارستان را ارزیابی نماید.**

2- ملی: ارگان دولتی استاندارد های خود را در کشور منتشر می کنند و بیمارستان ها به اجبار می بایست استانداردهای منتشر شده را در بخش های خود پیاده سازی کنند

اعتباربخشی در ایران

نوع اعتباربخشی: در ایران نوع اعتباربخشی به صورت ملی است زیرا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول اعتباربخشی در ایران است (پیاده سازی اعتباربخشی اجباری است).

استانداردها و سطح بندی سنجها

ماموریت اصلی بیمارستان ارائه مراقبت و درمان به موقع، ایمن و اثر بخش است تحقق این مهم نیازمند رهبری و مدیریت کارآمد و رعایت اصول اخلاق حرفه ای و بیمار محوری است

در دوره پنجم اعتباربخشی **۱۹ محور** به عنوان مؤلفه های اصلی شناسایی شده اند که مشتمل به **۱۱۰ استاندارد** و

۵۰۵ سنجه به تفکیک ذیل

۲۱۲ سنجه در سطح یک،

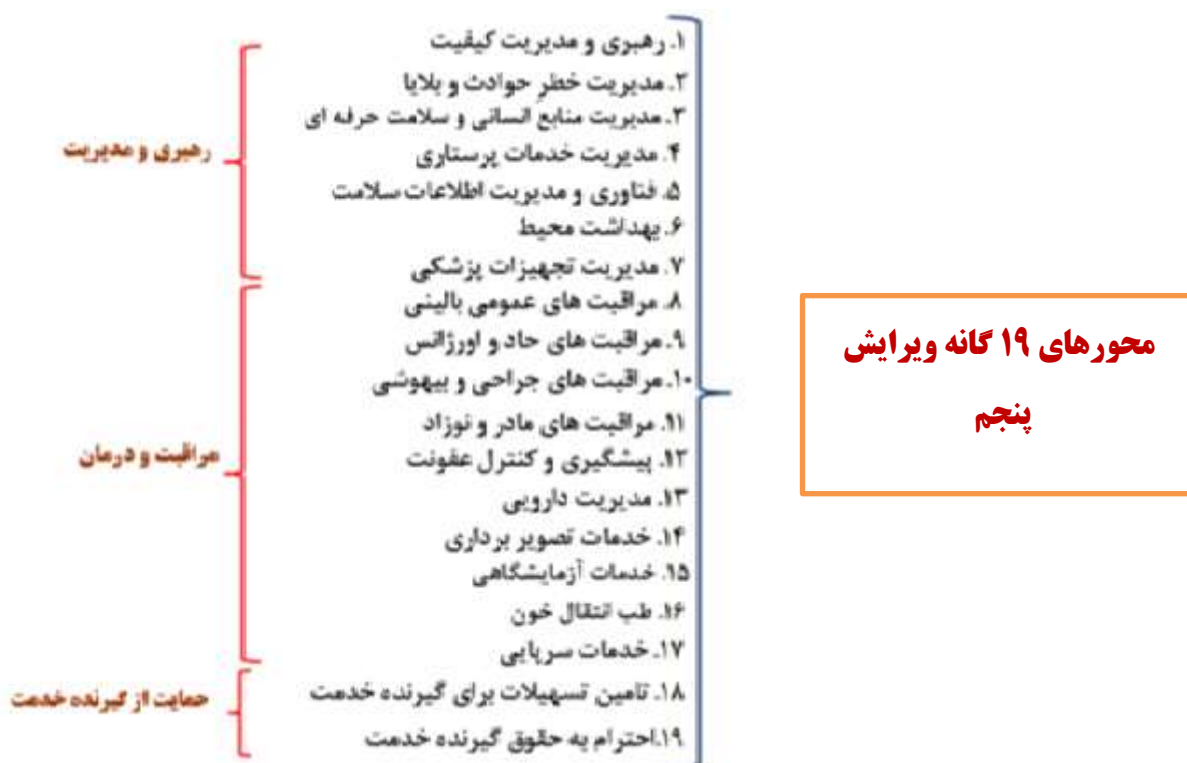
۲۰۸ سنجه در سطح دو

۸۵ سنجه در سطح سه است

این مجموعه از استانداردها با توجه به شرایط بومی و به روز رسانی اولویت ها در نظام سلامت بازنگری و به شرایط و عملکرد واقعی بیمارستان ها نزدیک تر شده است تدوین و استفاده از خ مشی ها، روش های اجرایی و دستورالعمل ها به منظور تبیین سیاست ها و تعهد به روش های اجرایی تدوین شده در هر یک از بیمارستانها به منظور تحقق نتایج مطلوب و متوازن مورد تاکید نظام نوین اعتباربخشی است در متن سنجه های ویرایش چهارم اعتباربخشی نتایج و پیامد ها مورد تاکید قرار گرفته است،

در اعتباربخشی ارتقاء کیفیت و ایمنی بیمار بر اساس مدیریت بهینه منابع، بیش از پیش مد نظر قرار گرفته است

محورهای ۱۹ گانه ویرایش پنجم استانداردهای اعتباربخشی



سنجه های اعتبار بخشی در سه سطح طبقه بندی می شوند:

- **سنجه های سطح یک** : اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان
- **سنجه های سطح دو** : امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستانها
- **سنجه های سطح سه** : امکان تحقق پایین تر و فرا تر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستانها
- ❖ سنجه های سطح سه صرفا در بیمارستان های درجه یک، یک برتر و عالی ملاک رتبه بندی است

رتبه بندی اعتباربخشی

❖ پیش نیازهای اخذ گواهینامه اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

- ۱- رعایت قوانین و مقررات جاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۲- کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح یک در استانداردهای محورهای ۱۹ گانه
- ۳- کسب حداقل امتیاز از استانداردهای ایمنی بیمار در استانداردهای محورهای ۱۹ گانه
- ۴- کسب حداقل امتیاز از استانداردهای محور مراقبت های حاد و اورژانس
- ۵- کسب حداقل امتیاز از مجموع استانداردها در محورهای زیر مجموعه رهبری و مدیریت، مراقبت و درمان و حمایت از گیرنده خدمت

❖ معیارهای رتبه بندی اعتباربخشی شامل موارد ذیل است:

- ۱ کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح یک در هریک از رتبه بندی ها
- ۲ کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح دو در هریک از رتبه بندی ها
- ۳ کسب حداقل امتیاز از سنجه های سطح سه در هریک از رتبه بندی های مشمول

❖ در نظام نوین اعتباربخشی، بیمارستانها در شش درجه مختلف رتبه بندی می شوند:

- ۱ رتبه عالی
- ۲ رتبه یک برتر
- ۳ رتبه یک
- ۴ رتبه دو
- ۵ رتبه سه
- ۶ رتبه چهار

بیمارستانهایی که موفق به کسب حداقل امتیاز برای کسب رتبه چهار نشوند زیر استاندارد محسوب شده و برابر مقررات و ضوابط مربوط اقدام خواهد شد هریک از بیمارستان ها با توجه به سطح بندی استانداردها و پیش نیازها و بر اساس توانمندی های موجود و مسیر ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار قادر خواهند بود متناسب با هدف گذاری اختصاصی خود برنامه ریزی و نسبت به استقرار استاندارد ها در حدود انتظار برای هریک از رتبه های اعتباربخشی اقدام نمایند.

حقوق گیرندگان خدمت

همکار گرامی ، در راستای اجرای حقوق گیرندگان خدمت ، آگاهی از موارد زیر الزامی است :

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسانها می‌باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. براساس قانون اساسی ، توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی درمانی را برای یکایک افراد کشور تامین کند. براین اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد. منشور حقوق بیمار با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقاء و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

منشور حقوق بیمار شامل 5 محور کلی و 37 بند می باشد:

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

ارائه خدمات سلامت باید:

شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزشها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.

بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.

فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.

براساس دانش روز باشد.

مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.

در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویتهای درمانی بیماران باشد.

مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.

به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیر ضروری باشد.

توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان ، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی

و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.

با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس) بدون توجه به تامین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط

تعریف شده باشد.

در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس) در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و

توضیحات لازم زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.

در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیرقابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد.

منظور از آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار

می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

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

محتوای اطلاعات باید شامل موارد زیر باشد:

مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش

ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش

نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی، مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آنها با یکدیگر

روشهای تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تاثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار

نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

ارائه آموزشهای ضروری برای استمرار درمان

نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد مگر این‌که:

-تاخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری در اولین زمان مناسب باید انجام شود)

-بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر اینکه عدم اطلاع بیمار و یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج، در آن را درخواست نماید.

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

محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط

انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور

شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تاثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.

قبول یا رد درمانهای پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.

اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مدنظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و

تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد زیر می‌باشد:

انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.

پس از ارائه اطلاعات زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

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

ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد. در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد. فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

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

هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذیصلاح شکایت نماید. بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند. خسارت ناشی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاهترین زمان ممکن جبران شود. در زمان پذیرش به منظور راهنمایی گیرندگان خدمت در خصوص خدمات قابل ارائه، نحوه پذیرش، بستری، ترخیص هزینه‌های قابل پیش‌بینی، ضوابط و بیمه‌های طرف قرارداد اطلاع‌رسانی می‌شود. مسئول آموزش همگانی با رویکرد پیشگیری و تشخیص به موقع در خصوص بیماری‌های فشار خون، دیابت و سرطان، برنامه‌های اطلاع‌رسانی و آموزش همگانی برای مراجعین طراحی و اجرا می‌نماید.

استانداردهای حقوق گیرندگان خدمت :

محور اصلی بیمارستان ؟ بیمار

نام دیگر گیرنده خدمت ؟ بیمار / خانواده بیمار که خدمات سلامت را دریافت می‌کند.

بیمار (گیرنده خدمت): کسی که خود را به ارائه دهنده خدمت جهت دریافت خدمات بهداشتی درمانی معرفی می‌کند.
حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می‌شناسد در واقع ، آنچه درست و سزاوار است.

هدف نهائی واحد حقوق گیرندگان خدمت: ارتقاء کیفیت خدمات ، ایمنی بیمار و در نهایت جلب رضایت بیمار

استانداردهای پوشش:

رعایت پوشش (لباس فرم) مناسب (ابلاغ شده به بخشهای مختلف بیمارستان) توسط پرسنل و کلیه ی رده های شغلی بر اساس بخشنامه ابلاغی توسط وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

الصاق کارت شناسایی عکس دار (اتیکت) بر روی سینه بصورت مستمر (کارت شناسائی استاندارد) : بر اساس سنجه های اعتباربخشی واحد حقوق گیرندگان خدمت ، کارت شناسائی شامل نام و نام خانوادگی و سمت شغلی فرد است کارکنان موظف به الصاق کارت شناسایی عکس دار در معرض دید مراجعین هستند به نحوی که از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود.

لازم به ذکر است در هر بخش بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخشهای مختلف، پوشش بیمار باید امنیت روانی بیمار را تامین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارد پوشانده بماند.

قوانین مربوط به استانداردهای پوشش در بیمارستان

قابل توجه کلیه پرسنل بخشهای مختلف بیمارستان

با عنایت به ضرورت در اجرای استانداردهای اعتباربخشی واحد حقوق گیرندگان خدمت، کلیه کارکنان موظف به رعایت استانداردهای پوشش در بیمارستان می باشند. استانداردهای مربوط به پوشش و رنگ آن، بر اساس قوانین داخلی بیمارستان و در راستای آئین نامه های سازمانهای متبوع مانند دانشگاه و وزارت بهداشت تعیین می گردد. لذا پوشش کارکنان با رنگهای مشخص و متحدالشکل به شرح ذیل جهت اجرا ابلاغ می گردد:

سمت	پوشش
مدیر خدمات پرستاری (آقا)	روپوش سفید و شلوار سرمه ای و کفش روسته
مدیر خدمات پرستاری (خانم)	مانتو و شلوار سرمه ای و مقننه سرمه ای و کفش روسته
پرستار (خانم)	مانتو و شلوار سرمه ای، مقننه سفید و کفش روسته سفید
سرپرستار و پرستار (آقا)	روپوش سفید و شلوار سرمه ای و کفش روسته
سرپرستار و سوپروایزر (خانم)	مانتو و شلوار سرمه ای و مقننه سرمه ای و کفش روسته
سوپروایزر (آقا)	روپوش سفید و شلوار سرمه ای و کفش روسته
پرستار بخش ویژه (خانم)	مانتو و شلوار آبی و مقننه سفید و کفش روسته سفید
پرستار بخش ویژه (آقا)	روپوش و شلوار آبی و کفش روسته
کمک پرستار (خانم)	روپوش و شلوار شیری و مقننه فبده ای یا شیری و کفش روسته
کمک پرستار (آقا)	روپوش و شلوار پارچه ای شیری و کفش روسته
پرستل اتاق عمل	کتل پوشش به رنگ سبز
پرستل سببوش	کتل پوشش به رنگ آبی
ماما	روپوش سفید و شلوار مشکی یا سرمه ای و کفش روسته
مشنی بخش (خانم)	مانتو شلوار و مقننه فبده ای
مشنی بخش (آقا)	پیراهن و شلوار فبده ای
خدمات	لباس فرم با رنگ طوسی و کفش روسته
پرستار آمبولانس (آقا)	روپوش سفید و شلوار سرمه ای
راننده آمبولانس (آقا)	پیراهن آبی و شلوار سرمه ای

سایر رده های شغلی نیز که موظف به استفاده از پوشش استاندارد می باشند به شرح ذیل می باشد:

کادر نگهداری: لباس فرم نگهداری

کارکنان تأسیسات: لباس کار تأسیسات و کفش روسته

پرستل آشپزخانه: روپوش و کلاه سفید

کارکنان مخصوص توزیع غذا: روپوش و کلاه سفید

کارکنان واحدهای یاراکلینیک، توانبخشی، بهداشت، تغذیه و تجهیزات پزشکی: روپوش سفید

مدیر بیمارستان

رئیس هیئت مدیره

رئیس هیئت مدیره

رئیس هیئت مدیره

معرفی خود به بیمار (توسط پرسنل) در هنگام ارائه خدمت (الزامی است) . اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت به بیمار، موظفند در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی برسانند.

اطلاع رسانی پرستار به بیمار در خصوص نحوه دسترسی به پزشک معالج خود

بیمارستان در طول مدت مراقبت و درمان ، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار /ولی قانونی وی را به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم نموده و کارکنان درمانی در این خصوص به بیمار اطلاع رسانی می نمایند.

نحوه دسترسی به پزشک معالج به شرح ذیل می باشد:

بسمه تعالی

قابل توجه کلیه کارکنان بخشهای بستری بیمارستان

بدین وسیله در راستای کسب اطمینان از رعایت حقوق گیرندگان خدمت و با عنایت به سنجه های واحد رعایت حقوق گیرندگان خدمت، **نحوه دسترسی بیمار با ولی قانونی او به پزشک معالج و اعضاء اصلی گروه پزشکی (درمانی)** به شرح ذیل ابلاغ می گردد. شایسته است سرپرستاران و سوپروایزرین محترم بر حسن اجرای آن نظارت مستمر داشته باشند:

- ✓ تیم درمان (پزشک ، پرستار) در زمان حضور بر بالین بیمار خود را معرفی می نماید.
- ✓ در هنگام پذیرش بیمار در بخش، نام پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی و روزهای حضور ایشان در بخش به گیرنده خدمت و خانواده وی اطلاع رسانی می گردد.
- ✓ در صورت نیاز بیمار به ملاقات با پزشک معالج خود، امکان این ملاقات هر روز در شیفت صبح و در زمان ویزیت روزانه برای بیمار فراهم می شود. در سایر ساعات شبانه روز ، امکان برقراری تماس با پزشک معالج توسط پرستار مسئول بیمار صورت گیرد.
- ✓ در صورت نیاز بیمار به ملاقات با پزشک معالج پس از ترخیص ، این امکان از طریق حضور بیمار / همراه در درمانگاه تخصصی صورت خواهد گرفت.
- ✓ در کلیه شیفت ها و در هر ساعت از شبانه روز در صورت اضطراری بودن وضعیت بیمار و عدم حضور پزشک مربوطه ، پرستار مسئول بیمار / مسئول شیفت / سوپروایزر با پزشک معالج تماس گرفته و وضعیت بیمار را برای پزشک معالج شرح می دهد و دستورات وی را تجویز می نماید. در موارد اورژانس و حیاتی ، پس از تماس با پزشک معالج ، ایشان سریعاً بر بالین بیمار حاضر می شود.
- ✓ شماره تلفنهای مورد نیاز پزشکان متخصص نیز جهت تسهیل بیشتر در هر بخش نصب شده و قابل دسترسی می باشد.

فرماندهی بیمارستان
رئیس تیم درمان
رئیس تیم پرستاری
رئیس تیم پذیرش

قابل توجه مددجویان و همراهان محترم

در راستای طرح تکریم ارباب رجوع و دسترسی شما به پزشک معالج ، در صورت نیاز، شما می توانید در شیفت صبح هنگام ویزیت بیماران، توسط پزشکان محترم بیمارستان ، با هماهنگی سرپرستاربخش مربوطه سوالات خود را مطرح فرمائید ضمنا در تمام ساعات شبانه روز همکاران محترم / سوپروایزرین کشیک در دفتر پرستاری آماده پاسخگویی به سوالات شما می باشند. همچنین شماره تلفن پزشکان متخصص ، در ورودی بخش مربوطه ، جهت تسهیل در ارتباط با پزشک معالج ، نیز قابل مشاهده و دسترسی است.

واحد حقوق گیرنده خدمت / بیمارستان قدس پاوه

شماره تلفن های مورد نیاز جهت دسترسی بیمار/ولی قانونی به پزشکان معالج / متخصص بیمارستان قدس پاوه

دکتر فیروزه حسامی متخصص جراحی عمومی ۴۶۱۳۵۰۰۸-۴۶۱۲۵۲۵۴	دکتر صباح فتاحی متخصص جراحی عمومی ۴۶۱۳۵۰۰۸-۴۶۱۲۵۲۵۴	دکتر رقیه امینی متخصص کودکان و نوزادان ۴۶۱۳۱۸۸۵	دکتر اسداله دانشفر متخصص کودکان و نوزادان ۴۶۱۲۵۵۷۸	دکتر سید امیر محمودزاد متخصص کودکان و نوزادان ۴۶۱۲۳۵۵۲
دکتر مصباح راستی جراح و متخصص ارتوپدی ۴۶۱۲۰۸۰۶	دکتر جمیل محمودی متخصص ارتوپدی ۴۶۱۲۵۰۵۵	دکتر سمیره عزیزی متخصص داخلی ۴۶۱۳۵۰۰۸	دکتر یسرا علیمزادی متخصص داخلی ۴۶۱۲۶۷۰۳	دکتر پروین آذری متخصص داخلی ۴۶۱۲۰۳۲۲
دکتر یونا احمدی متخصص مغز و اعصاب ۴۶۱۲۶۷۰۴	دکتر سحر احمدی متخصص بیماریهای قلب و عروق ۴۶۱۳۵۰۰۸-۴۶۱۲۵۲۵۴	دکتر مونا فیضیان متخصص بیماریهای قلب و عروق ۴۶۱۳۵۰۰۸-۴۶۱۲۵۲۵۴	دکتر طاهره رشیدی متخصص بیماریهای قلب و عروق ۴۶۱۲۶۵۰۱	دکتر حارس رضائی جراح کلیه و مجاری ادراری ۴۶۱۲۱۴۴۰-۴۶۱۳۵۰۰۸
دکتر زهره امین زاده متخصص گوش و حلق و بینی ۴۶۱۲۶۲۵۱	دکتر نوشین دولتباهی متخصص پوست ، مو و زیبایی ۴۶۱۲۰۸۰۶	دکتر زهره حبیبی شمس متخصص پاتولوژی بالینی ۴۶۱۲۳۴۴۹-۴۶۱۲۳۴۴۸	دکتر نسیم آزادبان جراح و متخصص زنان و زایمان ۴۶۱۲۶۵۰۷	دکتر سارا حیدریان جراح و متخصص زنان و زایمان ۴۶۱۲۶۴۷۴
دکتر راضیه خزائی متخصص رادیولوژی و سونوگرافی ۴۶۱۲۵۲۵۴-۴۶۱۲۵۴۵۲	دکتر فاضل باپازاده متخصص رادیولوژی و سونوگرافی ۴۶۱۲۲۱۷۷	دکتر ستار سهرابی متخصص رادیولوژی و سونوگرافی ۴۶۱۲۱۸۹۱-۴۶۱۲۴۲۷۳	دکتر مسعود نادری متخصص بهوشی ۴۶۱۲۵۲۵۴-۴۶۱۳۵۰۰۸	دکتر جزاء راهگان متخصص اعصاب و روان ۴۶۱۲۵۹۵۷
-----	-----	-----	-----	دکتر الناز تابهی متخصص چشم ۴۶۱۲۵۲۵۴-۴۶۱۳۵۰۰۸

واحد حقوق گیرندگان خدمت

این پوستر در ورودی همه ی بخشهای بستری نصب شده است

آگاهی و اطلاع پرسنل از فرآیند رسیدگی به شکایات در بیمارستان و رعایت سلسه مراتب (فرآیند مذکور نصب شده در کنار صندوقهای رسیدگی به شکایات در هر بخش) و توضیح آن به بیمار

گیرنده خدمت (بیمار / همراه) از چه طریقی شکایت خود را مطرح می کند؟

✓ حضور به دفتر رسیدگی به شکایات

✓ استفاده از صندوق رسیدگی به شکایات موجود در هر بخش

✓ در تایم عصر و شب نیز مراجعه به دفتر سوپروایزر و تکمیل فرم رسیدگی به شکایات

فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است و ضمن آگاهی، کارکنان باید به بیمار اطلاع رسانی نمایند. واحد رسیدگی به شکایات جهت پاسخگویی به شکایات و انتقادات مراجعین و پرسنل در بیمارستان در دسترس است. .

آگاهی و اطلاع پرستار از نحوه دسترسی بیمار جهت نظر خواهی با پزشک دوم : (مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان

بر عهده پزشک معالج است لذا در صورت درخواست بیمار جهت نظر خواهی از پزشک دوم ، صرفا جنبه مشورتی داشته و در صورت

تائید پزشک معالج دستورات او قابل اجراست مگر بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد)

قابل توجه کلیه پرسنل بخشهای مختلف بیمارستان

بدین وسیله **روند امکان نظر خواهی از سایر پزشکان (پزشک دوم) به غیر از پزشک معالج** در صورت درخواست بیمار به شرح ذیل ابلاغ می گردد:

۱- در صورت درخواست بیمار به نیاز به مشاوره با پزشک دوم، سرپرستار بخش هماهنگی لازم را برای اخذ موافقت پزشک معالج برای نظر خواهی از سایر پزشکان انجام دهد.

۲- سرپرستار بخش درخواست بیمار را به دفتر خدمات پرستاری گزارش نماید.

۳- دفتر خدمات پرستاری هماهنگی لازم را برای حضور پزشک مورد نظر جهت نظر خواهی بیمار انجام دهد.

۴- پزشک دوم دستورات خود را در سرنسخه آرم دار بیمارستان ثبت نماید.

۵- پس از ویزیت پزشک دوم دستورات وی به اطلاع پزشک معالج بیمار برسد.

۶- در صورت تایید پزشک معالج ، دستورات پزشک مشاور اجرا شود.

۷- در صورت درخواست بیمار جهت انتقال به سرویس پزشک دوم ، ترتیب لازم برای انتقال بیمار داده شود.

توجه : دستورات پزشک دوم فقط جنبه مشورتی داشته و در صورت تایید پزشک معالج قابل اجراست*

طاهره رشید
رئیس بیمارستان مدرس مشهد

مهندس
مسئول خدمات

مهندس
مسئول خدمات

مهندس
مسئول خدمات

قابل توجه کلیه پرسنل محترم بخشهای مختلف بیمارستان

موضوع: ممنوعیت استفاده از گوشی همراه حین انجام کار

با عنایت به ابلاغ استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم و ضرورت در اجرای آنها، مصوبه جلسه تیم رهبری و مدیریت بیمارستان و نیز به منظور رعایت سنجه های اعتباربخشی واحد حقوق گیرندگان خدمت در خصوص استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان در شیفت های موظف کاری شرایط استفاده از تلفن همراه جهت اجرا بصورت مستمر، ارائه می گردد:

۱- استفاده از تلفن همراه توسط کلیه پرسنل درمانی در زمان ارائه خدمات ممنوع می باشد. در موارد ضروری ، صرفا در اتاق استراحت پرسنل و با تعیین جانشین مجاز است.

۲- پرسنل واحدهای اداری(غیردرمان) مجاز به استفاده از تلفن همراه مشروط به اینکه منجر به تضییع حقوق گیرنده خدمت، نشود می باشند.

۳- کلیه گوشی های تلفن همراه کارکنان ، در هنگام شیفت های موظف ، در حالت بیصدا قرار داده شود.

۴- ورود تلفن همراه به فضاهای درمانی بخشهای ویژه (ICU-CCU) ، اتاق عمل و زایشگاه ممنوع است.

۵- در بخشهای بستری ، سرپرستار، منشی بخش و نیز سایر پرستاران در هنگام پذیرش بیمار ، بر بیصدا بودن تلفن همراه بیماران تاکید نمایند. مسئولیت حسن اجرای این ابلاغ ، بر عهده مسئولین واحدهای بالینی و غیر بالینی می باشد.



اقدامات تشخیصی تهاجمی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه :

اطلاع پرسنل از فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه که در هر بخش نصب شده است (که با مشارکت پزشکان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تدوین شده است) در بیمارستان لیست مشخص از اقدامات و پروسیجرهایی که نیاز به اخذ رضایت کتبی ازگیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد، در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ می گردد.

تکمیل فرم رضایت آگاهانه موجود در پرونده های پزشکی بر اساس دستورالعمل الزامات اخذ رضایت آگاهانه و آگاهی کامل بیمار در خصوص اقدامی که قرار است برای وی انجام شود.

در چه مواردی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه نیست ؟ موارد اورژانسی و تهدید کننده حیات مانند گذاردن سوند فولی و سوند معده

در فرم رضایت آگاهانه چه مواردی به بیمار و خانواده اش اطلاع داده می شود؟ محاسن ، مخاطرات و عوارض احتمالی با زبان ساده و قابل فهم به بیمار ارائه می شود.

مدت اعتبار رضایت در اعمال جراحی و پروسیجرهای تهاجمی ؟ 30 روز

منظور از ولی قانونی بیمار ؟ والدین بیمار یا نمایندگان قانونی وی

ضروری است هنگام اخذ رضایت آگاهانه از بیمار ، حریم خصوصی رعایت شود (به طوری که بقیه ی بیماران و همراهان متوجه نباشند)

ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات بالینی بیمار

ثبت تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی بر روی جلد پرونده بیمار ، تابلوی موجود بر بالین بیمار و تابلو موجود در بخش ممنوع می باشد.

قابل توجه کلیه کارکنان بخشهای بستری بیمارستان

ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیماران به

بدین وسیله بدین می گردد. شایسته است سرپرستاران و سوپروایزرین بر حسن اجرای آن نظارت مستمر داشته باشند.

-درج نام و نام خانوادگی بیمار، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی بر روی **جلد پرونده** ممنوع می باشد.

-درج نام و نام خانوادگی بیمار، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در **تابلوی موجود بر بالین بیمار** ممنوع می باشد.

-درج نام و نام خانوادگی بیمار، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در **تابلوی موجود در بخش** ممنوع می باشد.

- ضروری است کلیه نکات ایمنی در مورد اطلاعات درمانی بیماران در گفتار کارکنان رعایت شود.

در صورت درخواست یکی از همراهان بیمار که شاغل در یکی از رشته های بهداشت و درمان است مبنی بر مطالعه محتویات پرونده ، حتما رضایت بیمار یا ولی قانونی وی اخذ شود - هر گونه تصویر برداری از بیمار و یا پرونده بیمار ممنوع است مگر با اجازه خود بیمار



تابلو بالین بیمار شامل چه اطلاعاتی است؟ نام پزشک ، نام پرستار ، نوع رژیم غذایی

امکانات و تجهیزات کنسول بالای تخت بیمار ؟ گازهای طبی ، خروجی اکسیژن ، پریز برق ، سوکت و زنگ احضار

حداقل آموزشهای بدو ورود به بیمار ؟ قوانین و مقررات بخش ، معرفی تیم درمان ، موارد آموزشی ایمنی بیمار و ...

حداقل آموزشهای لازم به بیمار حین بستری ؟ عوارض احتمالی سیر بیماری ، نحوه مراقبت از خود ، تغذیه بیمار

شرایط ملاقات بیماران در بیمارستان ؟ ملاقات از ساعت 14 تا 16 انجام می شود، در بخشهای ویژه ملاقات ممنوع است مگر در

شرایط اضطراری با محدودیت ورود کودکان ، ضمناً سیستم پیجر بیمارستان پایان ساعات ملاقات را در محدوده زمانی اعلام میکند.

حفظ حریم خصوصی بیمار توسط پرسنل بخش (در گفتار، در رفتار و به هنگام ارائه خدمت) (با رعایت مواردی همچون رعایت در گفتار بین دو نفر همکار -رعایت طرح انطباق- وجود پاراوان در زمان انجام فرآیندهائی همچون تعویض پانسمان و ...) ضرورت دارد.

اطلاع و آگاهی از نحوه ارائه خدمت برای بیماران غیر همجنس در شرایط اورژانس و غیر اورژانس و در واقع رعایت طرح انطباق ضرورت دارد (ارائه خدمات توسط کارکنان همگن / در صورت کمبود نیروی انسانی همگن، حداقل در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری توسط پرسنل همگن صورت پذیرد) در معایناتی که بر حسب ضرورت و در موارد اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می شود حضور یک نفر محرم ضروری است . در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد.

بیمار در حال احتضار : اطلاع و آگاهی از چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار (فراهم نمودن امکان

حضور خانواده- فراهم نمودن فضای مجزا یا اتاق جداگانه و رعایت رسوم دینی- مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است) کارکنان درمانی شرایطی فراهم می نمایند که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود. کارکنان بر اساس اصول حرفه ای، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تامین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می گذرانند در حد امکانات، شرایط حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و همچنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعائر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده فراهم می کنند.

جزوه چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار در فایل شیرینگ (pdd) واحد حقوق گیرندگان خدمت بارگذاری شده است.

رده های شغلی مجاز در دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی بیماران

اطلاع و آگاهی پرسنل از لیست کارکنان و رده های شغلی مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی صورت دارد / دستورالعمل افراد مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی ، در فایل شیرینگ (pdd) واحد حقوق گیرندگان خدمت بارگذاری شده است. اطلاع و آگاهی پرسنل از لیست همراهان مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی صورت دارد (همراهان مجاز در دسترسی به اطلاعات بیمار شامل همراهان درجه یک بیمار با ارائه کارت شناسائی و منوط به اجازه بیمار می باشند)

در صورت درخواست بیمار /ولی قانونی او، تصویر کاغذی /فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنها قرار داده می شود.

نیازهای عبادی : شناسایی ادیان و مذاهب مختلف گیرنده خدمت و نیازهای عبادی مربوطه توسط پرستاران در برگه

ارزیابی اولیه بیمار انجام می شود. جهت همراه بیمار ،امکانات رفاهی (تلفن عمومی ، آب سرد کن ، بوفه و..) فراهم می شود و به منظور شناسایی همراه بیمار کارت همراه در اختیار آنان قرار داده می شود. نمازخانه بیمارستان در طبقه همکف روبه روی اورژانس سرپائی و در طبقه دوم راهروی مشترک بخش جراحی داخلی می باشد.

گروههای آسیب پذیر: کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، معلولان ذهنی و جسمی و امثالهم شایعترین

گروههای آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر هستند. بیمارستان از گروههای آسیب پذیر به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت می نماید.

سنجش رضایتمندی بیماران : رضایت بیماران و همراهان از بخشهای مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه در فواصل

زمانی معین و حداقل فصلی مورد سنجش قرار میگیرد. نتایج آن در کمیته‌های مربوطه (کمیته رهبری و مدیریت و کمیته ی اخلاق بالینی) مطرح و بررسی می گردد. همچنین کمیته اخلاق بالینی بر رعایت صحیح منشور حقوق بیمار در بیمارستان نظارت می نماید.

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی واحد حقوق گیرندگان خدمت : دریافت نسخ داروئی

بیمار بستری ، انتقال لوله آزمایش به آزمایشگاه ، انتقال بیمار به واحد سونوگرافی ، انتقال پرونده پزشکی بیمار به

واحد ترخیص و ... از وظایف همراه بیمار نمی باشد. انجام فرآیندهای مذکور توسط نیروهای مربوطه بیمارستان صورت می گیرد.

چک نمودن سیستم احضار پرستار - آموزش بیمار از نحوه استفاده از سیستم احضار پرستار - **چک نمودن زنگ اخبار در سرویسهای بهداشتی** و اقامت بیماران به تفکیک زن و مرد در بخشهای بستری از وظایف پرستار بخش می باشد.

دستورالعمل ، خط مشی و روش اجرایی های واحد حقوق گیرندگان خدمت :

دستورالعمل محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو / پیجر: در بیمارستان پیج توسط نگهبان انجام می شود و در موارد ذیل نگهبان مجاز به پیج می باشد: درخواست از طرف ریاست بیمارستان ، مدیریت بیمارستان یا مسئول دفتر - درخواست از طرف مدیریت پرستاری / سوپروایزر / سرپرستار بخش و جانشین وی - درخواست برای شرکت نمودن پرسنل بیمارستان در کنفرانس ها و کلاسهای عمومی (توسط سوپروایزر آموزشی درخواست شود) - درخواست پیج همراهان بیمار / مراجعین در مواقع بسیار ضروری با درخواست مدیر خدمات پرستاری / سوپروایزر شیفت / سرپرستار - اعلام پایان ملاقات بیماران راس ساعت مقرر بصورت دیجیتال

پیج در محدوده ساعت 24 تا 7 صبح ممنوع است (مگر پیج نمودن کدهای ضروری شامل 724,247,55,33,99) - شرکت در کلاسها دوبار با فاصله زمانی 5 دقیقه اعلام می شود- سایر پیج ها (غیر از کلاس ها) فقط یکبار انجام می شود و در صورت درخواست مجدد تکرار می شود- در مواقع پخش اذان (از ابتدا تا پایان) پخش سراسری انجام می شود- در مواقع درخواست پیج ضروری ، خارج از ضوابط و یا بصورت پیش بینی نشده درخواست به مسئول وقت ، جانشین و یا سوپروایزر ارجاع داده شده و کسب تکلیف می گردد.

دستورالعمل روشهای اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران : مسئولیت اطلاع رسانی خبر ناگوار در این بیمارستان بر عهده پزشک معالج می باشد- سرپرستار / پرستار بیمار یا مسئول شیفت و یا مددکار بیمارستان نیز با رضایت خود و با هماهنگی با پزشک معالج می توانند اخبار را منتقل کنند. با حفظ اصل راز داری و محرمانگی اخبار ناگوار و با توجه به شناخت وی از بیمار/ همراه ، خبر آرام آرام به صورت مناسب به بیمار و ولی ایشان می رسد- مقدمه چینی و روحیه دادن قبل از اعلام خبر و کوچکتر جلوه دادن موضوع جهت حفظ روحیه بیمار/همراه نیز پیشنهاد می گردد.

دستورالعمل حفاظت از اموال گیرنده خدمت : هنگام بستری بیمار مجهول الهویه / فاقد همراه ، متصدی پذیرش وسایل بیمار را تحویل و به همراه نگهبان شیفت و یک نفر شاهد ، صورتجلسه را در دو برگ تنظیم می نماید. متصدی پذیرش یک نسخه از صورتجلسه اموال بیمار را در واحد پذیرش نگهداری و نسخه دیگر آن را تحویل بیمار/ همراه بیمار می دهد در صورتی که بیمار همراه نداشته باشد یا دچار کاهش سطح هوشیاری باشد ، متصدی پذیرش یک نسخه از صورتجلسه اموال بیمار را در واحد پذیرش نگهداری و نسخه دیگر آن را روی پرونده بیمار ضمیمه می نماید در صورتی که همراهان بیمار مراجعه ننمایند و بیمار ناشناس (مجهول الهویه) باقی بماند سوپروایزر شیفت مراتب را به پلیس 110 اطلاع رسانی می کند تا در خصوص شناسایی بیمار و تحویل وسایل اقدام گردد. لازم به ذکر است در اینصورت متصدی پذیرش وسایل و متعلقات بیمار(اعم از مجهول الهویه) را فقط با ارائه مدرک شناسایی معتبر به همراهان درجه یک یا نماینده قانونی وی با تنظیم صورتجلسه تحویل می دهد.

خط مشی نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت بیمار : چارچوب اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت بیمار شامل مراحل : آمادگی / شروع مکالمه / بیان واقعیت / گوش دادن فعال / تأیید / نتیجه گیری / مستند کردن

مراحل اطلاع رسانی:

- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار فرم گزارش وقایع ناخواسته را در اختیار بخشهای درمانی قرار می دهد.

- مسئول بخش ، فرم را در معرض دید و استفاده کارکنان زیر مجموعه قرار داده و توضیحات لازم را به آنها می دهد.

- کارکنان درمانی با حفظ خونسردی و رعایت اصول ارتباطی صحیح ، واقعه موردنظر را در شیفت صبح به مسئول بخش و مسئول بخش به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار اطلاع می دهد. در شیفت عصر و شب نیز ، مورد را به سوپروایزر گزارش داده و سوپروایزر ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار را در جریان قرار می دهد.

- فرد خاطی با رعایت اصول ارتباطی صحیح و بطور صادقانه و با اظهار ندامت ، ضمن رعایت اصول محرمانگی ، دلایل و علل بروز خطا را به بیمار / همراه اطلاع رسانی می نماید.

- تیم **RCA** نسبت به جمع آوری اطلاعات مورد نیاز اقدام می نماید.

- تیم مدیریتی و اخلاق بالینی بیمارستان علت وقوع حادثه را بررسی کرده و اقدامات اصلاحی لازم را در نظر می گیرد.

- بیمارستان نیز در خصوص پیش بینی راهکار های جبران خسارت اعم از (جسمی، مالی، روانی ، روحی) به بیماران به این صورت عمل می نماید : تشخیص موارد خسارت در کمیته اخلاق بالینی صورت می گیرد. نحوه جبران خسارت وارده بر اساس شکایت واصله و یا دریافت گزارش در حین بازدید های میدانی از نظر میزان شدت آسیب وارده به بیمار بررسی و در خصوص نحوه ارجاع به مراجع مربوطه تصمیم گیری می شود. رئیس بیمارستان که مسئول فنی نیز می باشند بر انجام تمام اقدامات درمانی مورد نیاز بیمار در خصوص رخداد وقایع ناخواسته و یا جبران خسارت نظارت کرده و تمام هزینه های درمانی را برای بیمار رایگان می کند.

- مسئول بخش در صورتی که نیاز به اعزام و یا ارجاع بیمار به سایر مراکز باشد هماهنگی لازم را انجام و در خصوص تقبل هزینه ها از طرف بیمارستان با رئیس بیمارستان و امور مالی هماهنگی لازم را انجام میدهد . (بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط مانند هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نخواهد داشت .)

خط مشی مددکاری اجتماعی : گروههای هدف مددکاری توسط مددکار تهیه شده و در اختیار کلیه ی بخشهای بیمارستان است شامل : کودکان آسیب دیده و یا در معرض آسیبهای اجتماعی - زندانیان - بیماران خاص - موارد خودکشی

شناسائی بیماران نیازمند مددکاری بصورت زیر انجام می شود:

- **راند و حضور مددکار بصورت روزانه در بخشهای بستری و ارزیابی بیمار از طریق مصاحبه ، مشاهده و بررسی مستندات**
- **آلارم سامانه HIS**
- **اطلاع پرستار شیفت به مددکار بر اساس ارزیابی انجام شده بیمار توسط پرستار**

مددکار پس از ارزیابی بیمار و در صورت تأیید نیاز به مددکاری، از منابع مربوطه جهت حل مشکل بیمار استفاده می نماید.

در خصوص بیماران مجهول الهویه، پرستار شیفت مورد را به مددکار اطلاع داده و مددکار نیز با حضور حراست و سوپروایزر وقت مورد را صورتجلسه نموده و بر اساس مستندات اقدام به شناسائی بیمار می نماید.

مصادیق نهادینه بودن اصول بیمار محوری :

ارحیت منافع بیماران در بیمارستان در هر شرایطی
اولویت بخشی به خدمات به موقع به بیماران در تمام ساعات شبانه روز
اهمیت دادن به نظرات و نیازها و سوالات بیمار در طول بستری
پاسخگویی، راهنمایی و کمک به بیماران از سوی تمام کارکنان بیمارستان
مشارکت بیمار در تصمیم گیری آزادانه در مداخلات تهاجمی و رعایت اصول رضایت آگاهانه
ارتباط موثر تیم درمان با بیمار
حساسیت و واکنش فوری کادر درمان به مشکلات بیماران به عنوان اولویت اول کاری

احترام به بیمار و ارتباط صحیح با وی :

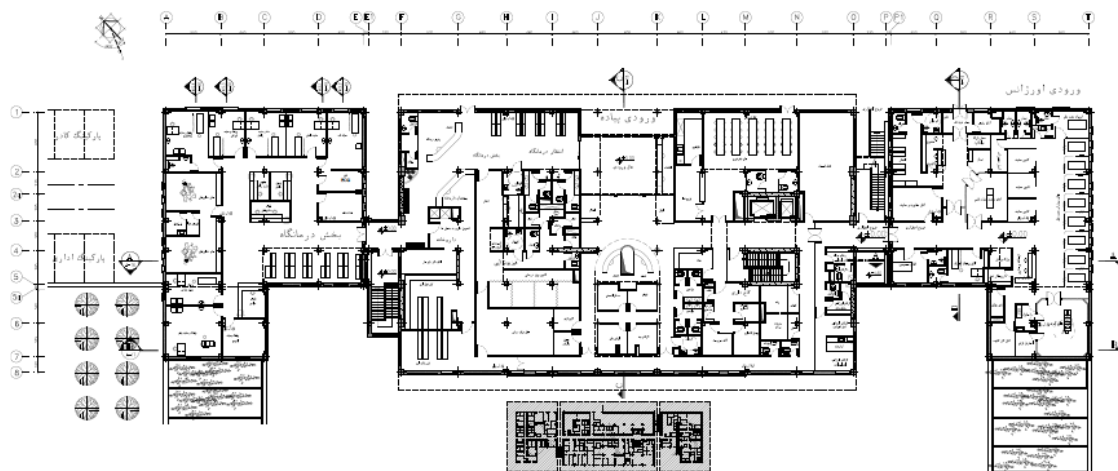
- ✓ لطفاً خود را به جای ارباب رجوع بگذارید
- ✓ اطلاع رسانی درست و دلسوزانه
- ✓ در ساعات اداری در محل کارتان حضور داشته باشید.
- ✓ تبسم یک زبان همگانی است که مردم سرتا سر دنیا آن را درک می کنند.
- ✓ کار ارباب رجوع را با تأخیر انجام ندهیم
- ✓ ارباب رجوع را به همدیگر پاس ندهید.
- ✓ در برخورد با ارباب رجوع صبر و حوصله داشته باشیم.
- ✓ با ارباب رجوع به گونه ای سخن بگوئید که برای آنان قابل فهم و درک باشد.
- ✓ با گشاده رویی با ارباب رجوع برخورد نمائیم

منشور حقوق کارکنان

از آنجائیکه توفیق خدمت به بیماران محترم و نجات جان انسانها در زمره برترین عبادات قرار دارد منشور حقوق کارکنان تدوین گردید تا با رعایت آن خدمت متناسب با شان و منزلت بیماران گرامی فراهم گردد. حق در این منشور به معنی اختیار، توانایی است و کارکنان می توانند در مواردی بزرگوارانه از حق خود بگذرند.

1. حق برخورداری از سلوک مناسب و تکریم از سوی مسئولین، کارکنان، ماموران دولتی، بازرسان، بیماران و همراهان ایشان.
2. حق مصونیت از هرگونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری.
3. حق داشتن امنیت برای ایفای وظایف شغلی اعم از امنیت مالی، جانی و شغلی.
4. حق حمایت و مساعدت فضایی از سوی مسئولین در مواردی که سبب انجام وظایف شغلی مورد پیگرد قرار می گیرند.
5. حق امتناع از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد حرفه ای که موجب آسیب دیدن جسمی یا روحی بیمار می شود و حق پایبندی به قسم نامه های حرفه ای در حدود شرع و قانون.
6. حق تصمیم گیری بر پایه اصول علمی و قانونی و پروتکل های مصوب و حق داشتن استقلال در تصمیم گیری ها در حدود شرح وظایف.

نقشه ساختمان (تابلوهای راهنما- راهنمای طبقات- خروجیهای عادی و اضطراری- پله فرار- فضای سبز- فضای باز- پارکینگها): ++



مدیریت خطر

تعریف مدیریت خطر

مدیریت خطر یعنی شناسایی، بررسی، تجزیه و تحلیل، ارزیابی خطرات و تصحیح، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

مراحل مدیریت ریسک

- زمینه سازی
- شناسایی ریسک
- تحلیل ریسک
- ارزشیابی ریسک
- درمان ریسک
- پایش و بازنگری
- ارتباطات و مشاوره

گام اول زمینه سازی

1. پشتیبانی و مدیریت ارشد سازمان
2. طراحی چارچوب مدیریت خطر در سازمان
3. ادغام فرایند مدیریت ریسک در برنامه های کلان سازمان (برنامه استراتژیک)
4. طراحی ساز و کار مسولیت و پاسخگویی

کام دوم شناسایی ریسک

رویکردهای موجود در شناسایی ریسکها

رویکرد گذشته نگر (Retrospective): آموختن از چیزهایی که اشتباه انجام شده است با روش تحلیل ریشه ای Cause (RCA) Root

در تکنیک RCA ما به دنبال یافتن مطالب زیر هستیم.

- چه اتفاقی افتاده است؟
- چه عواملی به وقوع حادثه نا گوار کمک کرده است؟
- علت یا علل ریشه ای وقوع حادثه کدامند؟
- چگونه می توان از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کرد؟

رویکرد آینده نگر (Prospective) پیش بینی مسائل با روش تحلیل حالت بالقوه خطا و اثرات آن

Failur Mode and Effects Analysis یا (FMEA)

در تکنیک FMEA دنبال موارد ذیل هستیم

- شناسایی خطاها و شکستهای بالقوه
- اولویت بندی کردن آنها
- اتخاذ تدابیر پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع ریسکهای منتخب
- ارزیابی نتایج اقدامات اتخاذی

کام سوم تحلیل ریسک

ماتریس ارزیابی ریسک روشی کیفی جهت تحلیل و ارزیابی ریسک ها است که بر اساس دو مولفه

- احتمال وقوع ریسک
- شدت پیامد و نتیجه بالقوه وقوع ریسک

ریسکها را گروه بندی و اولویت بندی می کند.

تعیین سطح ریسک

1. سطح نا چیز

فرایند مورد نظر تحت کنترل است و هیچ عملی برای کنترل ریسکها مورد نیاز نیست

2. سطح متوسط

بکارگیری تدابیر حفاظتی را از نظر اقتصادی (به منظور کاهش سطح ریسک) بررسی کنید اگر بکارگیری آنها فعال مقدور نیست ریسک را تحت کنترل داشته باشید

3. سطح بالا

بکارگیری اقدامات پیشگیرانه و تدابیر حفاظتی الزامی است، ریسکها باید به شدت در حین ارائه خدمت تحت کنترل قرار گیرند.

4. سطح خیلی بالا

فعالیت نباید تا زمانی که ریسک کاهش یابد شروع شود و اگر کاهش ریسک امکان پذیر نیست فعالیت به کلی انجام نگردد

کام چهارم ارزشیابی ریسکها

در این مرحله از فرایند مدیریت ریسک ریسکهای که خدمات ارائه شده توسط سازمان ما را تحت تاثیر خود قرار می دهند می شناسیم و پس از تحلیل آنها میدانیم که کدام یک از آنها از بقیه مهمترند، علل بوجود آورنده آنها کدامند و کدام عوامل به وقوع آنها کمک می کنند و لذا باید موارد ذیل را مد نظر قرار دهیم.

- ما نمی توانیم 100٪ از خطرات را تحت پوشش قرار دهیم.
- از کدام خطرات می خواهیم جلوگیری کنیم یا آنها را به حد اقل برسانیم؟
- ما توانایی مقابله با چه سطحی از خطر را داریم؟
- اگر ریسکها به وقوع بپیوندند ما چه واکنشی می توانیم در برابر آنها انجام دهیم

کام پنجم درمان یا مقابله با ریسک

1. اجتناب از خطر:

حذف یا ادامه ندادن یک وظیفه یا فرایند وقتی

- نسبت بین ریسک و منفعت نامتعادل و غیر منطقی است
- خدماتی که سازمان ارائه میکند متناسب با سطح منابع، تواناییها و تخصص آن سازمان نیست

2. کنترل ریسک:

- کاهش احتمال وقوع ریسک
- کاهش میزان اثرات پیامدهای وقوع ریسک
- افزایش قابلیت شناسایی ریسک

3. انتقال خطر:

- با بیمه و برون سپاری در مواردی که
- خدمت مورد نظر باید انجام شود .
- اگر ریسک اتفاق بیفتد نتیجه آن فاجعه آمیز خواهد بود .
- اینکه قانون ما را ملزم به این کار کرده است .
- حذف یا کاهش ریسک به دلیل هزینه بال یا سایر دلایل پیچیده قابل قبول نیست.

کام ششم پایش و بازنگری

در خلال استقرار و پیاده سازی برنامه، شاخصهای برنامه به طور مرتب پایش و ارزیابی می شوند و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی انجام می شود.

کام هفتم ارتباطات و مشاوره

هدف این مرحله دادن اطلاعات به افراد در مورد

- وضعیت برنامه مدیریت ریسک شامل جلسات، گزارشها و نمودارها
- دادن بازخورد به افراد در باره فعالیتهای جاری و آتی، ریسکهای فعلی و ریسکهایی که در حال شکل گیری هستند
- مشارکت دادن کلیه کارکنان سازمان در برنامه مدیریت خطر می باشد.

- خطاهای پزشکان سومین عامل مرگومیر در کشور آمریکا است.
- سالانه بیش از ۲۲۵ هزار مرگ به علت اشتباهات پزشکان تنها در کشور آمریکا رخ می‌دهد.
- از این تعداد مرگومیر، ۱۲ هزار مورد فقط به علت انجام جراحی‌های غیر ضروری اتفاق می‌افتد.
- حدود هفت هزار مورد از این مرگومیرها ناشی از تجویز اشتباه داروها است.
- بیش از ۸۰ هزار مورد از مرگومیرهای فوق به علت بروز عفونت‌هایی است که پزشکان توسط درمان‌ها یا مداخلات خود در بیمار ایجاد کرده‌اند.
- بالغ بر ۱۰۶ هزار مورد از این مرگومیرها ناشی از عوارض جانبی داروهاست. به عبارت دیگر حتی زمانی که پزشک داروی مناسب را تجویز می‌کند، در بسیاری از موارد به علت عوارض جانبی این داروهای، بیمار فوت می‌کند.
- در مجموع، تمام این موارد باعث ۲۲۵ هزار مورد مرگ یا ترورژنیک در کشور آمریکا می‌شوند.

برآوردها نشان می‌دهند که در کشورهای توسعه یافته به ازای هر ده بیمار، یک بیمار در طول دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان صدمه دیده است. طیف وسیعی از خطاها یا حوادث شدید ممکن است مسبب بروز صدمه شده باشد. در کشورهای در حال توسعه، احتمال اینکه بیماران در بیمارستان‌ها صدمه ببینند بسیار بیشتر از احتمال آن در کشورهای صنعتی است.



مدیریت بحران

مقدمه

مراکز درمانی، بعنوان اصلی ترین سازمانهای درگیر در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه، نیازمند وجود برنامه مدون مقابله با حوادث می باشند. این برنامه شامل اقدامات از پیش تعیین شده ای می باشد که گامهای اجرایی را پیش از وقوع حوادث و بحران ها و پس از آن شناسایی و تعیین می نماید. مهمترین اقدام تعیین تیم پاسخ به اضطرار می باشد. این تیم در بیمارستان تمامی طیف کارکنان را در رده های مختلف پرستاری، اداری و مالی تشکیل داده و چارت بحران نامیده می شود. ساختار اساسی این چارت در ذیل نمایان گردیده است. مطابق این چارت فرمانده حادثه در راس قرار گرفته و نقش اصلی را هنگام اعلام فعال سازی برنامه مقابله با بحران دارد. سایر گروهها موظف می باشند با توجه به نوع حادثه به وجود آمده پس از دریافت اعلام هشدار و فعال سازی برنامه بحران مطابق شرح وظایف عمل نمایند.

تعریف بحران:

به حادثه ای که بطور طبیعی و یا بوسیله بشر بطور ناگهانی و یا بصورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید و جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد بحران می گویند

انواع بحران

بحران ها یا داخلی هستند و یا خارجی.

از بحران های خارجی می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- حوادث ترافیکی با بیش از 5 نفر مصدوم یا 3 نفر فوتی
- مسمومیت غذایی به صورت گروهی یا مشاهده نشانه های بیماری مشابه در بیش از 1 نفر
- مشاهده علائمی از هرگونه همه گیری مانند اپیدمی آنفولانزا
- وقوع زلزله و رانش زمین با هر شدت

در خصوص بحران های داخلی موارد ذیل حائز اهمیت می باشد:

- نقص در تاسیسات و تجهیزات و سازه های بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره ای را در پی داشته باشد.
- شیوع بیماری عفونی در بیماران و کارکنان بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود.
- وقوع آتش سوزی داخلی
- ایجاد هرگونه تخریب ساختمان بیمارستان
- قطع برق و آب
- انفجار سیلندرهای گاز طبی

کدهای بحران بیمارستان

کد آشنشانی : 125

کد نگهداری : 77

کد تاسیسات: 88

کد احیاء بزرگسال: 99

کد احیاء نوزاد: 55

کد احیاء مادر باردار پرخطر: 33

کد سکتة مغزی: 724

کد بحران: 40

کد تخلیه اضطراری: 100

چارت فرماندهی حادثه بیمارستان قدس پاوه (HICS)

تعیین کد رنگی زنجیره حوادث غیرمترقبه در چارت بحران:

رنگ سفید گروه فرماندهی در چارت می باشد. این جایگاه علاوه بر فرماندهی عملیات، کنترل تردد و امنیت، تدوین اهداف، مشخص نمودن استراتژی ها و اولویت ها جهت تصمیم گیری بهینه هنگام بحران ایجاد شده را بعهده دارد.

رنگ قرمز مربوط به عملیات می باشد. این گروه اقدام لازم جهت ارائه خدمات درمانی، مراقبتی، تاسیساتی را بعمل می آورند.

رنگ زرد مربوط به پشتیبانی و مالی می باشد. این گروه در خصوص تامین آب و غذای پرسنل، ارزیابی سلامت حرفه ای آنها، تدارکات، برقراری ارتباطات داخلی و خارجی از طریق مخابرات، حضور و غیاب پرسنل و انجام خدمات محیطی، اقدامات الزم را بعمل می آورند.

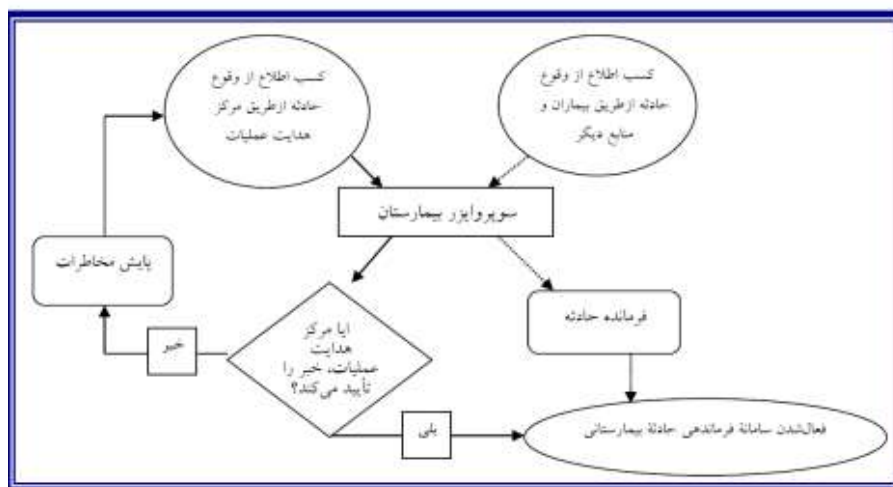
رنگ آبی مربوط به واحد برنامه ریزی می باشد که برنامه ریزی های لازم را در خصوص پیگیری وضعیت بیماران، تخت ها، پرسنل، تجهیزات، پرسنل و چگونگی بازگشت به وضعیت عادی بعمل می آورد.

مرکز فرماندهی حادثه بیمارستان (ECC)

این اتاق مکانی است که مسئولان بیمارستان در آن، جلسات خود را برای هماهنگی مدیریت یک فوریت و بازگرداندن وضعیت به حالت طبیعی برگزار میکنند و نیز اطلاعات و منابع خود را به اشتراک میگذارند. این اتاق باید به شکلی طراحی شود که تسهیلات مؤثر و کارآمد را برای ایجاد هماهنگی های لازم در اجرای عملیات داشته باشد. مجهز بودن به سیستم مخابراتی، برق اضطراری، دوربین مدار بسته، امنیت و ایمنی از خصوصیات این اتاق می باشد. در بیمارستان ما مرکز فرماندهی در بیمارستان قدیم می باشد.

فرایند فعالسازی برنامه بحران:

- مشاهده هرگونه نشانه توسط کارکنان یا مراجعه کنندگان
- اطلاع به سوپروایزر و یا مسئولین رده فرماندهی بحران و بلایا
- ارتباط با مراکز پایش کننده مخاطرات (در صورت بحران های خارجی) بمنظور اطمینان از صحت خبر و پیشگیری از نشر اکاذیب
- فعالسازی سامانه بحران و بلایا با نظر فرمانده حادثه در صورت صحت خبر
- پاسخ به بحران و حوادث با توجه به شرح وظایف، توسط اعضای بحران و بلایا و جانشین های آنها.



سطوح فعال سازی برنامه هنگام حادثه:

➤ فعالسازی برنامه پاسخ در زمان حوادث

یکی از شاخص های حائز اهمیت جهت شروع پاسخ در مواقع اضطرار و بحران ، نحوه فعالسازی و فرایند فراخوان کارکنان بر اساس سطح فعالسازی می باشد که می بایست برنامه ریزی گردد. آنچه که در شروع برنامه پاسخ بیمارستانی در حوادث و بلایا مطرح می باشد خبر و هشدار معتبر و قابل استنادی است که به تأیید فرمانده حادثه بیمارستان و EOC دانشگاه رسیده باشد. پس از تأیید خبر ، برنامه پاسخ فعال می گردد که از دو بخش تشکیل یافته است:

- ✓ **سطوح فعالسازی**
- ✓ **سطوح اطلاع رسانی**

سطوح هشدار که از سوی EOC دانشگاه به بیمارستان اطلاع رسانی می شود به 3 دسته تقسیم می گردد:

اطلاع رسانی (زرد) : در این سطح امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن خیلی کم است و یا به دلایل امنیتی فعال اجازه انتشار خبر در بیمارستان وجود ندارد. در این سطح تنها به سامانه فرماندهی حادثه خبر داده می شود تا آمادگی نسبی جهت فعال سازی برنامه پاسخ را کسب نمایند؛ اما در این مرحله روند کار بیمارستان تغییر نمیکنند

آماده باش (نارنجی) : در این سطح از هشدار احتمال وقوع مخاطره زیاد است اما فعال شدن همه کارکردهای تخصصی بیمارستان به علت کافی نبودن اطلاعات نیاز نیست. لذا بخش فرماندهی و برنامه ریزی فعال می شوند. اقدامات افزایش ظرفیت بخش اورژانس، حفظ ارتباط با EOC دانشگاه و سازمانهای خارج از بیمارستان جهت دریافت اطلاعات کاملتر و آماده کردن بیمارستان برای مقابله با حوادث و بلایا انجام پذیرد.

فعالسازی (قرمز) : در این مرحله مخاطره رخ داده و یا قریب الوقوع است و نیاز است علاوه بر فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان، اکثر کارکردهای تخصصی مانند فراخوان پرسنل موظف و جایگزین، افزایش تختها و همچنین لغو عملهای الکتیو، با نظر فرمانده فعال شوند. EOC بیمارستان نیز فعال می شود. فعالسازی برنامه پاسخ بسته به سطح هشدار و محل حادثه (داخلی یا خارجی) در سه سطح صورت می گیرد :

- 1- فعالسازی در سطح بخش اورژانس .
- 2- فعالسازی در سطح جزئی (افزودن منابع اضافی به بخش اورژانس از بخشهای دیگر)
- 3- فعالسازی کامل زمانیکه تعداد قربانیان یا میزان آسیب ناشی از حادثه در حدی باشد که منابع و عملکرد بیمارستان را به طور قابل توجهی متأثر نماید . سطوح اطلاع رسانی فعالسازی برنامه:

1. **سطح اول اطلاع رسانی مرکز تلفن:** فهرست کامل و به روز شده ای از افرادی تهیه میشود که باید در زمان فعال شدن برنامه در هر سطحی، توسط مرکز تلفن، از داخل و خارج بیمارستان فراخوان شوند مرکز تلفن با دریافت فرمان فعال شدن برنامه از اتاق هدایت عملیات حادثه یا اتاق بیرون، موظف است با این افراد تماس بگیرد.

2. **سطح دوم اطلاع رسانی بخشها:** هر بخش بیمارستان بایستی فهرست مشابهی از کارکنان خود تهیه و به ترتیب اولویت افراد، تماس و نیز افراد جایگزین را تعیین نماید.

3- **سطح سوم اطلاع رسانی در سطح جامعه:** با پیشرفت عملیات مقابله، مرکز عملیات اضطراری بیمارستان باید ضمن هماهنگی با مرکز هدایت عملیات دانشگاه با سازمانها و مراجع خارج از بیمارستان ارتباط برقرار کرده و آنها را در جریان وقوع حوادث و فوریتها و نیازهای احتمالی قرار دهد.

➤ تخلیه بیمارستان در زمان حادثه

تخلیه اضطراری یکی از فعالیت‌هایی است که در زمان بروز حادثه بسیار حائز اهمیت می‌باشد. در این مورد آگاهی کارکنان در خصوص نحوه تخلیه و همچنین تامین وسایل، تجهیزات و مسیرهای آماده جهت تخلیه اضطراری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. انواع تخلیه به سه دسته تقسیم می‌شوند:

تخلیه افقی: این مرحله شامل افرادی است که امنیتشان نسبت به یک خطر فوری حفظ شده است ولی در همان طبقه میمانند. تخلیه افقی نوعاً به معنی آن است که هرکس در هر واحدی قرار دارد به سمت مقابل خطر تغییر مکان دهد. (ساکنین یک طبقه به قسمتهای دیگری از همان طبقه منتقل می‌شوند - بیماران از یک بخش به بخش دیگر در همان طبقه منتقل می‌شوند)

تخلیه عمودی: این مرحله به تخلیه کامل یک طبقه اشاره دارد. (ساکنین یک طبقه به طبقات بالا یا پایین منتقل می‌شوند) در خصوص حادثه‌ای که مکانش کاملاً مشخص است و افراد میتوانند به مکانی دیگر در همان ساختمان که ایمن تشخیص داده شده است منتقل شوند.

تخلیه کامل: کلیه افراد و منابع به محل ایمن خارج از ساختمان منتقل می‌شوند.

مانور:

مانور مجموعه‌ای از راهکارهای مناسب که از قبل از وقوع فاجعه یا حوادث به منظور بالا بردن سطح آگاهی و آموزش مهارت‌های عملی کارکنان در بیمارستان انجام می‌گردد و یک نوع تمرین شبیه‌سازی شده است. در بیمارستان مانورهای سالانه شامل مانور آشناسانی و تخلیه در شرایط اضطرار، قطع برق، زلزله و... برگزار می‌گردد.

آتش‌نشانی

مهارت مقابله با آتش

مقدمه

از دیربازی است که بشر با کشف آتش و مهار نمودن آن توانسته که این نیروی شگفت‌انگیز را به طرق مختلف به خدمت بگیرد و بر اساس تجربه و مهارت دریافته است که بوسیله چه عواملی میتواند وجود و دوام آتش را کنترل نماید، در بوجود آمدن و دوام آتش سه عامل اصلی: دما، ماده سوختنی و اکسیژن هوا نقش اساسی را ایفا میکنند، همانطور که با کنترل این سه عامل میتوان آتش را بوجود آورد و بقای آنرا تضمین نمود میتوان آنرا مهار نیز کرد که دانستن این موارد بشر را به علم و حرفه آتش‌نشانی رهنمون ساخته است. بارها و بارها مشاهده شده است که انسانها بدلیل عدم آشنایی کامل با موضوع آتش و آتش‌سوزی، به جای فرو نشاندن شعله‌ای کوچک و مهارشدنی یا آنرا شعله‌ور تر نموده‌اند یا به خود و دیگران ضررهای مالی و جانی از طرق دیگر بوجود آورده‌اند، به عنوان مثال خانم داری را فرض کنید که در هنگام آشپزی در منزل ناگهان با ماهیتابه روغن شعله‌ور شده مواجه میگردد و بدلیل عدم آشنایی کامل با فرایند مقابله با آتش و همچنین ترس از آتش‌سوزی و شتابزدگی و عدم رعایت اصل خونسردی در مواقع بحران، دست به کارهای باور نکردنی و عجیبی میزند مثال به داخل روغن شعله‌ور آب میریزد یا اقدام به جابجایی آن مینماید و یا حتی ممکن است با چیزی مانند جارو بر روی آتش ضربه بزند که تمامی این کارها باعث بوجود آمدن مراحل جدید و بدتر شدن اوضاع گردد در صورتیکه تنها با گذاشتن یک درب مناسب روی ماهیتابه ظرف چند ثانیه و براحتی شعله مهار و خاموش میشد - با دانستن و بکار بستن علم مهار آتش، شما میتوانید در مواقع بروز حوادث از جان خود و دیگران محافظت نمایید.

آتشها را بر مبنای ماده سوختنی تقسیم بندی مینمایند که شامل موارد زیر است:

مایعات مانند: نفت ، قیر گازوئیل ، بنزین ، تینر ، الکل ، انواع روغن و .

جامدات مانند: چوب ، کاغذ ، پارچه ، نایلونها ، الستیک و پالستیک و .

گازها مانند: بوتان ، متان ، اتان ، هیدروژن ، گازهای بیهوشی ...

انفجار:

گاهی اوقات بر اثر نشت و تجمع گاز و یا بخارات گازی متصاعد شده از موادی مانند بنزین و نظایر آن و ایجاد یک جرقه کوچک عمل انفجار رخ میدهد که باعث انبساط بیش از حد هوای محیط و تخریب سقف و دیوارها و شکستن شیشه های درب و پنجره ها میگردد ، در انفجارها ابتدا تخریب صورت گرفته و معمولاً پس از آن آتش سوزی اتفاق میافتد

مهاری آتشسوزی

برای خاموش کردن آتش ابتدا باید ابزارها و مواد خاموش کننده را بشناسیم

1- کپسولهای خاموش کننده:

- کپسولهای 3 ، 6 ، 12 و 50 کیلوگرمی پودرتحت فشار
- کپسولهای گاز CO₂

2- آب و کف

3- پتوی خیس

4- شن و ماسه

کاربرد هر یک از موارد ذکر شده به شرایط و مواد مشتعل شده بستگی دارد که در جدول ذیل به آنها اشاره میگردد:

نوع آتش	ابزار یا روش خاموش کردن	عملکرد	شرایط خاص
بنزین - نفت - گازوئیل	شن و ماسه، کپسول پودری و CO ₂	خفه کردن آتش	در صورتیکه مواد در ظروف یا وسایل کوچک باشد میتوان به روش خفه کردن یا پتوی خیس استفاده نمود
چوب - کاغذ - پارچه	آب، کپسول پودری و CO ₂	خنک کردن، خفه کردن	
لوازم برقی و الکترونیکی	کپسول CO ₂	خفه کردن	در اینگونه لوازم اگر از آب یا خاموش کننده های پودری استفاده کنیم ممکن است باعث خرابی قسمتی از دستگاه یا از بین بردن الاعات مهم گردد و یا ممکن است خطر برق گرفتگی ایجاد گردد

کد اعلام حریق: حریق یکی از بحران های داخلی بیمارستان محسوب می شود و با توجه به اختصاص عدد 125 بعنوان کد بحران حریق ، کد حریق از طریق پیچینگ در سر تا سر بیمارستان اعلام میشود.

بایدها

ضروری است بدانید و عمل کنید به اینکه: قبل از فرو نشاندن آتش سوزی ابتدا باید آتش شتابزدگی و دستپاچگی خود را فرو بنشانید تا هم خود مجال اتخاذ تصمیم مناسب را بیابید و هم دیگران را به آرامش و رعایت خونسردی و هماهنگی و همکاری دعوت کنید.

- با شماره 125 تماس بگیری
- ابتدا آتش و منبع آنرا شناسایی کنید
- از اطلاعات صحیح دیگران استفاده نمایید
- شیر اصلی گاز را ببندید و فیوز اصلی برق را قطع کنید
- در صورتیکه فرد حادثه دیده ای اولویت دارد با رعایت نکات کمکهای اولیه فرد مصدوم را خارج نمایید
- مواد قابل اشتعال مخصوصا اگر در مسیر باد قرار دارند را از حوزه آتش خارج کنید
- کپسول آتش نشانی را پس از برداشتن روی زمین گذاشته و ضامن آنرا خارج کرده و سپس اقدام به خاموش کردن نمایید
- در مورد کپسول های پودری در صورت داشتن کپسول گاز تحت فشار جداگانه، ابتدا شیر کپسول جانبی را باز می نمایم
- در مورد استفاده از کپسول پودری، قبل از استفاده آنرا چند بار سر و ته کرده تا پودر داخل آن از حالت چسبندگی احتمالی خارج شده سپس اقدام به خاموش کردن آتش کنید
- برای خاموش کردن آتش سعی کنید پشت به مسیر باد قرار گیرید
- آتش را از فاصله 1.5 تا 2 متری با جارو کردن ریشه آتش خاموش کنید
- در صورت وجود ماسک از آن استفاده کنید.

نبایدها

- هرگز سراسیمه و شتابزده نشوید
- هرگز روی آتش ناشی از سیالت نفتی آب نریزید، زیرا باعث انتشار شعله به نقاط دیگر خواهد شد
- در مکانهایی که احتمال وجود برق گرفتگی میرود از آب برای خاموش کردن آتش استفاده نکنید
- در هنگام آتش سوزی هرگز به مکانی که احتمال فرو ریختن سقف آن زیاد است، وارد نشوید.
- در هنگام آتش سوزی به مکانهایی که محل نگهداری گاز های تحت فشار مانند اکسیژن، بوتان، N₂O و استیلن و ... است وارد نشوید.

نکته:

اگر احساس نمودید در مکانی گاز نشت کرده است ابتدا فیوز اصلی برق را قطع کنید، سپس اگر نیاز به نور باشد چراغ قوه را قبل از ورود روشن نمایید، بدون ایجاد جرقه (حتی الکتریسیته ساکن) و با در دست داشتن یک حوله نخی مرطوب گاز را از درب و پنجره ها بیرون برانید

گروه آشنشنان بیمارستان:

با توجه به اهمیت آگاهی کارکنان در خصوص بحران حریق و اقدام به موقع به هنگام حادثه، در هر بخش 1 نفر بعنوان رابط آشنشنان تعیین گردیده است. رابط آشنشنانی آموزش های دوره ای مربوط به آشنشنان داوطلب را گذرانده اند و الزامی است گواهی مربوطه را از آشنشنانی دریافت نمایند. همچنین پرسنل حراست میبایست در سه شیفت آموزش تئوری و عملی آشنشنانی را طی نموده و گواهی مربوطه را از سازمان دریافت نمایند. در بیمارستان آموزش همگانی مبانی حریق شامل کلیات برای اکثریت پرسنل برگزار گردیده است.

ایمنی و سلامت شغلی

- ✓ عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار (صدا - ارتعاش - گرما - سرما - روشنایی - فشار - اشعه های مضر)
- ✓ عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار (گازها و بخارات - گردو غبار - دود و دمه - حلالها - مواد ضد عفونی کننده).
- ✓ عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار (ویروسها - باکتریها - قارچها - انگل ها - خون و ترشحات آلوده و غیره).
- ✓ عوامل زیان آور ارگونومیکی محیط کار (وضعیت نامطلوب بدن در هنگام کار - استفاده از ابزار آلت نامناسب و غیره)
- ✓ عوامل روانی محیط کار (عواملی که موجب بروز استرس ها و اختلالات روحی و روانی در محیط کار می شوند).

برگه های اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی (MSDS)

Material Safety Data Sheet (ایمنی) Data (داده) Sheet (ورقه، برگه) به معنی برگه های اطلاعات ایمنی مواد می باشد.



نکات ارگونومی و اصول صحیح حمل بار

- بسیاری از موقعیت هایی که در آن ها اعمالی همراه با فشار دادن و انجام یک فعالیت تکراری ، وضعیت های نامناسب بدن در حین کار و فعالیت هایی یکنواخت و به مدت طولانی وجود دارد جزء مخاطرات ارگونومیکی محیط کار محسوب می شوند . نظیر : راه رفتن و یا ایستادن برای مدت زمان طولانی، بلند کردن و جابجایی اجسام سنگین و یا بیماران ،پوسچرهای نامناسب بدنی و انجام حرکات تکراری
- ✓ در زمان هل دادن و کشیدن اشیایی مثل جاروبرقی یا جاروی تی جهت شستن زمین، باید دسته جارو را هر چه بیشتر به بدن نزدیک کنید و تا حد امکان از خم کردن کمر جلوگیری نمایید.
 - ✓ از هل دادن یا کشیدن اجسام سنگین، به تنهایی خودداری کنید. ولی اگر مجبور شدید ، بهتر است پشت خود را به جسم سنگین تکیه دهید و با فشار عضلات پا و ران جسم را هل دهید.
 - ✓ بین هل دادن و کشیدن اجسام ، هل دادن را انتخاب نمایید
 - ✓ اشیاء رادر بالای سطح زمین قرار دهید تا این کار فرد مجبور نخواهد شد جهت برداشتن اشیاء، دوباره به سمت پایین خم شود
 - ✓ قرار دادن اشیاء سنگین در قفسه های هم سطح با ناحیه کمر
 - ✓ قرار دادن اشیاء سبک در قفسه های بالاترو یا پایین تر
 - ✓ وقتی که کار در ارتفاعی بالاتر از سطح شانه انجام میشود از یک چهارپایه یا وسیله برای نگهداری کار بین سطح کمر و شانه استفاده کنید.
 - ✓ در هنگام کار وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده کنید
 - ✓ در حد امکان از لوازم و تجهیزات کمکی برای حمل بیماران استفاده نمائید
 - ✓ حمل را چند نفره و گروهی انجام دهید . بیمار را در نزدیکی بدن حمل کنید.
 - ✓ زمانی که بیماران در حالت نا متوازن قرار دارند هرگز آن ها را جابجا نکنید.
 - ✓ بیمار را به تنهایی جابجا نکنید بویژه بیماری که روی زمین افتاده . برای بلند کردن بیماران از روی زمین حتما از چند نفر کمک بگیرید یا از وسایل مکانیکی استفاده نمائید.
 - ✓ تعداد دفعات حمل را در روز به ازای هر نفر به حداقل ممکن کاهش دهید (قابل توجه سرپرستان و مدیران .)

- ✓ از حمل بار سنگین بویژه در هنگام چرخش کمر پرهیز کنید.
- ✓ قبل از استفاده از هر نوع وسیله مکانیکی آموزش لازم را ببینید
- ✓ برای کاهش عوارض ناشی از کار ثابت در یک حالت به شرط عدم تاثیر بر راحتی فرد و اجرای دقیق کار ، ایجاد تنوع در وضعیت های بدن از ایستاده به نشسته یا به عکس توصیه می شود.
- ✓ هنگامی که فرد در وضعیت ایستاده کار می کند وزن او باید به روی هر دو پا یکسان توزیع شود.
- ✓ دست ها نباید بطور منظم یا برای مدت طولانی در ارتفاعی بالاتر از آرنج ها حرکت کنند.
- ✓ وضعیت قرار گیری ابزارهای کنترل به گونه ای باشد که افراد معمولی و کوتاه قد نیز براحتی به آن ها دسترسی داشته باشند.
- ✓ در حالت نشسته برای انجام کارهای دقیق بهتر است سطح کار کمی بالاتر از آرنج باشد تا فرد بدون فشار بر گردن و کمر نقطه کار را درست ببیند.
- ✓ در حالت نشسته فرد از صندلی با ارتفاع مناسب و قابل تنظیم به گونه ای که پاها روی زمین قرار گیرد استفاده نماید . ضمناً باید صندلی دارای چرخ و تکیه گاه کمتری در ارتفاع 15-21 سانتی متری کمر باشد ، کف صندلی دارای بالشک مناسب (نه زیاد نرم و نه زیاد سفت) باشد

نکات ایمنی در بهداشت حرفه ای:

- ❖ برطرف نمودن به موقع مایعاتی که بر روی زمین ریخته و باعث لیزی کف می شوند.
- ❖ قبل از استفاده از هر نوع ماده شیمیایی حتماً برگه اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی (MSDS) یا (SDS) را مطالعه نمایید
- ❖ تمام مواد شیمیایی باید دارای برچسب معرفی کننده ماده شیمیایی باشند.
- ❖ همیشه دستورات و توصیه های کارخانه سازنده ماده شیمیایی را رعایت نمایید.
- ❖ مواد شیمیایی آتشگیر را دور از گرما، نور مستقیم آفتاب و شعله نگهدارید.
- ❖ محل نگهداری کپسولهای آتشنشانی و فایرباکس مشخص و در دسترس باشد
- ❖ تابلوهای راهنما (خروج اضطراری) حتماً در محل نصب شود
- ❖ روشنایی به اندازه کافی در بخش باشد (حداقل روشنایی الزم در فضاهای عمومی 300 لوکس (
- ❖ سیستم گرمایشی باید به شکلی استقرار یابد که دمای آن در بخش بین 18 تا 22 درجه سانتیگراد حقد شود.
- ❖ نگهداری و انبار نمودن وسایل اسقاطی و مستعمل در گوشه و کنار و فضاهای خالی موجود در بخش ممنوع است . (محل های جمع آوری و انبار وسایل یاد شده می توانند محل تجمع حشرات و پناهگاه جوندگان مانند موش و سایر جانوران موزی گردد)
- ❖ تکمیل پرونده بهداشتی : پرسنل بایستی جهت تکمیل پرونده بهداشتی و انجام معاینات بدو استخدام و دوره ای به واحد بهداشت حرفه ای مراجعه نمایند و نسبت به واکسیناسیون هپاتیت و اخذ تیتر اقدامات لازم را انجام دهند.
- ❖ هواسازها باید در همه حال روشن بوده و دمای مناسب 18 تا 22 درجه را در آن حفظ نماید.
- ❖ در صورت بروز حادثه بایستی فرم گزارش حادثه توسط فرد حادثه دیده یا مسئول واحد ظرف کمتر از 24 ساعت تکمیل و به واحد بهداشت حرفه ای تحویل داده شود در غیر اینصورت عواقب آن بر عهده شخص می باشد.
- ❖ در صورت بروز شبه حادثه بایستی فرم بررسی شبه حوادث ناشی از کار توسط فرد یا مسئول واحد تکمیل و به واحد بهداشت حرفه ای تحویل داده شود
- ❖ حادثه : عبارت است از یک رویداد برنامه ریزی نشده و در نتیجه ناخواسته که موجب بروز زیان می شود.

دستور العمل ایمنی سیلندرهای گاز اکسیژن:

- ✓ پیش از تحویل سیلندر، از سالم بودن همه ی قسمت های آن مطمئن شوید.
- ✓ به طور معمول از روغن کاری شیر کپسول و اتصالات مربوطه خودداری نمائید.
- ✓ کپسول ها بایستی به صورت ایستاده و با ابزار مناسب از قبیل زنجیر و .. در مقابل سقوط مهار شوند.
- ✓ از قراردادن کپسول بر روی سطوح مرطوب به دلیل خوردگی خودداری نمائید.
- ✓ از قرار دادن کپسول در مجاورت گرما و زیر نور مستقیم خورشید خودداری نمائید

وسایل حفاظت فردی:

- ✓ مراحل پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی (شستشوی دست- گان -ماسک- عینک یا شیلد- دستکش)
- ✓ مراحل خارج کردن تجهیزات حفاظت فردی (دستکش - گان- شیلد یا عینک -ماسک - شستشوی دست)

مدیریت منابع انسانی

ماده 5: مستخدم رسمی کسی است که به موجب حکم رسمی در یکی از گروه‌های اول حقوق موضوع ماده 30 برای تصدیکی از پستهای سازمانی وزارتخانه‌ها یا مؤسسات دولتی مشمول این قانون استخدام شده باشد.

ماده 6: مستخدم پیمانی کسی است که به موجب قرارداد به طور موقت برای مدت معین و کار مشخص استخدام می‌شود. مدت قرارداد استخدام پیمانی بنابه تشخیص دستگاه ذیربطیک تا سه سال می‌باشد و تمدید آن تا زمان بازنشستگی در صورت وجود اعتبار و رضایت از خدمات مستخدم و طی دوره آموزشی مربوط برای ارتقای سطوح علمی و توانمندی و جلب رضایت مدیران ذیربط و ارباب رجوع بلامانع خواهد بود.

مستخدمین پیمانی از نظر بیمه و بازنشستگی و نظایر آن مشمول مقررات قانون تامین اجتماعی می‌باشند و سوابق خدمتی اینگونه مستخدمین در دستگاه‌های دولتی و غیردولتی از نظر بیمه و بازنشستگی با رعایت مقررات مربوط جزو سوابق مورد قبول محسوب می‌گردد.

کلیه ضوابط و مقررات اداری و استخدامی مربوط به مستخدمین رسمی در مورد مستخدمین پیمانی نیز ملاک عمل می‌باشد. موارد استثنا در اعمال مقررات و ضوابط فوق با تصویب شورای امور اداری و استخدامی کشور امکان‌پذیر است.

ماده 7: شغل عبارت است از مجموع وظایف و مسئولیت‌های مرتبط و مستمر و مشخصی است که از طرف سازمان امور اداری و استخدامی کشور به عنوان کار واحد شناخته شده باشد.

رسته عبارت است از مجموع رشته‌های مشاغلی است که از لحاظ نوع کار و حرفه و رشته تحصیلی و تجربی وابستگی نزدیک داشته باشد.

ماده 8: پست سازمانی عبارت است از محلی که در سازمانها، وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی به طور مستمر برابیک شغل و ارجاع آن به یک مستخدم در نظر گرفته شده، اعم از اینکه دارای متصدییا بدون متصدی باشد.

مرخصی‌ها

1- مرخصی استحقاقی

مرخصی استحقاقی مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او تعلق می‌گیرد و طبق مقررات این آیین نامه جزئاً یا کلاً قابل استفاده است. هیچ مستخدمی به اختیار نمی‌تواند در هر سال بیش از پانزده روز از مرخصی استحقاقی سالانه خود را ذخیره نماید و هرگاه از بقیه مرخصی مذکور به اختیار استفاده نکند مدت زائد بر پانزده روز ذخیره نخواهد شد. حداکثر مدتی که مستخدم در یکسال تقویمی می‌تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده نماید جمعاً از چهار ماه تجاوز نخواهد کرد. چنین مستخدمی هرگاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یکسال تمام خدمت کرده باشد.

2- مرخصی استعلاجی

هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او شود باید مراتب را در کوتاهترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد و در موارد کمتر از 10 روز گواهی پزشک را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت و در موارد 10 روز و بیشتر در پایان روز دهم به مسئول مربوطه جهت ارجاع به کارگزینی ارسال دارد. تشخیص ابتلا مستخدم به بیماری صعب‌العلاج و تعیین مدت معذوریت وی بعهده کمیسیون پزشکی است. حداکثر این معذوریت در هر نوبت شش ماه است و قابل تمدید خواهد بود.

3- مرخصی زایمان

مرخصی زایمان تا 3 فرزند برای مادرانی که فرزند خود را شیر می‌دهند در بخشهای دولتی و غیردولتی 9 ماه می‌باشد. مادران شیرده پس از شروع به کار مجدد در صورت ادامه شیردهی می‌توانند حداکثر تا 24 ماهگی کودک روزانه یک ساعت از مرخصی (بدون کسر از مرخصی استحقاقی) استفاده کنند.

4- مرخصی بدون حقوق

استفاده از مرخصی بدون حقوق موقوف به پایان دوره آزمایشی است و فقط در موارد زیر ممکن خواهد بود:

- مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد و احتیاجش به استفاده از مرخصی مسلم شود.
- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارائه نماید.
- مستخدم ناگزیر باشد با اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.

مستخدم پس از استفاده از چهار ماه مرخصی استعلاجی سالانه به سبب ادامه همان بیماری با ابتلا به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او هم صعب‌العلاج تشخیص داده نشود.

حضور و غیاب کارکنان

- 1- کلیه کارکنان دستگاه‌های اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعات ورود و خروج خود را در کارت و یا دستگاه حضور و غیاب ثبت نمایند.
 - 2- ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تاخیر ورود محسوب می‌گردد.
 - 3- تاخیر ورود در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تاخیر در هر صورت جزو مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد:
 - الف- وقوع حوادث و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان
 - ب- احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی یا ارائه گواهی مرجع احضار کننده
- پاس ساعتی
- مرخصی کمتر از یک روز کار جزء مرخصی استحقاقی منظور می‌شود. در صورت نیاز مبرم پرسنل به استفاده از آن فقط در شیفت صبح و به مدت دو ساعت با هماهنگی با مسئول مربوطه صورت می‌گیرد
- ارزشیابی سالانه
- عملکرد کارکنان در طول سال توسط مسئول واحد براساس برگه ارزشیابی ارزیابی می‌گردد. حداکثر نمره 100 می‌باشد.
- اضافه کار ساعتی
- بنا به ضرورت با هماهنگی مسئول واحد پرسنل می‌توانند اضافه کار ساعتی در ساعات غیر موظف انجام دهند مبلغ پرداختی معادل 1/176 حق شاغل، حق شغل و حق مدیریت به ازاء هر ساعت می‌باشد سقف اضافه کاری در قسمتهای اداری و درمانی متفاوت است.
- پاداش
- نحوه پرداخت عیدی: دولت موظف است اعتباری که هر ساله برای پرداخت عیدی به کارکنان خود تخصیص می‌دهد اعم از نقدی یا غیر نقدی به طور مساوی به کلیه کارکنان خود پرداخت نماید، این امر شامل کلیه وزارتخانه‌ها، سازمانها، موسسات و شرکتهای دولتی می‌باشد.
- قانون پرداخت پاداش پایان خدمت و بخشی از هزینه‌های ضروری به کارکنان دولت

به کارکنان رسمی، ثابت و دارای عناوین مشابه وزارتخانه‌ها، موسسات و شرکتهای دولتی مشمول قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت در صورت رضایت از خدمت آنان به هنگام بازنشستگی، معادل دو ماه آخرین دریافتی بابت حقوق و فوق‌العاده شغل و سایر فوق‌العاده‌ها به عنوان پاداش خدمت پرداخت می‌شود. خدمت مازاد بر سی سال در پرداخت پاداش موضوع این قانون قابل احتساب نخواهد بود.

در صورتی که سابق خدمت مستخدم از سی سال کمتر باشد پاداش به نسبت سالهای خدمت محاسبه و پرداخت می‌شود. در این محاسبه کسر سال معادل یکسال منظور می‌شود.

در صورت فوت مستخدم، پاداش به وراثت قانونی مستخدم فوتی تعلق می‌گیرد.

به مستخدمان شاغل که شهید، از کار افتاده یا فوت شوند پاداش به طور کامل پرداخت می‌شود.

در موارد زیر به کارکنان یا ورثه بلافاصله آنان کمک هزینه پرداخت می‌شود:

کمک هزینه ازدواج، در مورد ازدواج دائم مستخدم شاغل یا فرزند وی فقط یکبار حسب مورد

کمک هزینه، در مورد فوت مستخدم شاغل، بازنشسته و افراد تحت تکفل وی

امور رفاهی

مادران دارای فرزند زیر 2 سال می‌توانند طی ساعات مقرر کار روزانه حداکثر از یک ساعت مرخصی ساعتی استفاده کنند.

مادران یاد شده می‌توانند برحسب نیاز کودک مرخصی مزبور را حداکثر در سه نوبت استفاده کنند. مدت مرخصی ساعتی برای مادران دارای فرزند دوقلو و بالاتر به میزان 2 ساعت می‌باشد.

کلیه وزارتخانه‌ها، سازمانها و مؤسسات دولتی که به نحوی از بودجه عمومی با کمک دولت استفاده می‌نمایند موظفند کلیه

بازنشستگان و مستخدمان رسمی (ثابت) خود را اعم از لشکرکشی کشوری مشروط بر آنکه قانوناً در قبال حوادث تحت پوشش

بیمه دیگری نباشند به شرط مشارکت بیمه‌شده در سود حاصل از قرارداد، بیمه حادثه و فوت به هر علت نمایند.

حقوق و مزایا

ماده 34- مستخدم رسمی و پیمانی به استناد شغلی که برای آن استخدام می‌شود در یک گروه مربوط وارد خدمت می‌شود و

در صورتی که این قبیل مستخدمین دارای سابقه خدمت دولتی باشند با توجه به مدرک تحصیلی مستخدم به ازای هر 4 یا 5

سال یک گروه در گروه شغلی مورد تصدی به آنان اعطا می‌شود. مدت خدمت زیر پرچم و دوران طرح نیروی انسانی مستخدم

جزو سابقه خدمت دولتی محسوب می‌شود.

ماده 36- تغییر گروه مستخدم رسمیا پیمانی با رعایت شرایط زیر امکان پذیر است:

1- در مناطق کمتر توسعه یافته به ازای هر 2 سال خدمت یک طبقه اعطا می‌شود.

2- به مدارک کارشناسی و بالاتر هر 4 سال یک طبقه اعطا می‌شود.

3- به مدارک پایین‌تر از کارشناسی هر 5 سال یک طبقه اعطا می‌شود بجز مدارک تحصیلی ابتدایی که هر 6 سال یک طبقه

اعطا می‌شود.

4- نداشتن تخلف اداری که به موجب آن هیات بدوی رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان به عدم اعطای گروه داده باشد.

ماده 38- دارای ارائه خدمت منطبق با شرح وظایف شغلی، به مستخدم حقوق و مزایا مندرج در حکم کارگزینی پرداخت

می‌گردد که حقوق و مزایا مندرج در حکم کارگزینی به دو دسته تقسیم می‌شود:

مزایای مستمر- مزایای غیر مستمر

امور مالی

حقوق و مزایا و ارتقاء شغلی:

الف) حکم کارگزینی با توجه به آیتم‌های زیر و براساس مجلد امتیازات شغلی واحدها مبتنی بر طرح طبقه‌بندی و ارزشیابی مشاغل تعیین می‌شود که مبلغ ریالی احکام نیز با توجه به ضریب ریالی تعیین شده در هر سال محاسبه و پرداخت می‌گردد:

- 1- امتیاز شغل :
 - 2- امتیاز سرپرستی براساس تعداد و نوع ردیف‌های زیر مجموعه در تشکیلات هر واحد
 - 3- امتیازات شاغل شامل امتیاز تحصیلات، سنوات / تجربه، آموزش، سنوات بسیجی، خدمت در مناطق جنگی
 - 4- امتیاز رتبه : افزایش رتبه به صورت هر سه سال یکبار به مدت 18 سال و از 18 سال سابقه به بالا هر 4 سال یکبار رتبه افزایش می‌یابد که مشروط به اعلام رضایت از نحوه عملکرد توسط مسئول مربوطه می‌باشد.
 - 5- امتیاز ایثارگری و تشویقی شامل امتیازات متعلقه به فرزندان شهدا، جانبازان، رزمندگان و ... و امتیازات ارزشیابی سالانه
 - 6- امتیاز ویژه
 - 7- انگیزش خدمت
 - 8- جذب مدیریت
 - 9- شیفت نوبت کاری، سختی کار، بدی آب و هوا و ...
 - 10- حق اشعه: براساس آیین نامه پرتوکاران و گروه تعیین شده توسط سازمان انرژی اتمی تعیین و پرداخت می‌گردد.
 - 11- عائله مندی، کمک هزینه اولاد
 - 12- تفاوت تطبیق: مواردی است که براساس جداول مندرج در آیین نامه اجرایی طرح طبقه‌بندی و ارزشیابی مشاغل سازمان تامین اجتماعی تعیین و استخراج می‌گردد.
- ب- اضافه کار: مبلغ پرداختی بابت اضافه کاری براساس ساعت اضافه کاری و حکم حقوقی هر فرد تعیین می‌گردد.
- نحوه محاسبه: جمع حقوق و فوق العاده‌ها (امتیاز شغل، امتیاز سرپرستی، امتیازات شاغل، امتیاز رتبه، امتیاز ایثارگری و تشویقی امتیاز ویژه) تقسیم بر 160 ج- کارانه: پرداختی بر اساس طرح قاصد (پرداخت بر اساس عملکرد) خواهد بود.
- پاداش : پرداخت تشویقی از محل 1 درصد ریاست بابت رضایت از عملکرد کارمند با درخواست رئیس مربوطه- تشویقات کتبی پرسنل با درج در پرونده آنها

حقوق و مزایا

جدول حق شغل: امتیاز حق شغل مشاغل دستگاههای اجرایی، براساس اهمیت و پیچیدگی وظایف و مسئولیتها، سطح تخصص و مهارتهای موردنیاز، براساس جدول شماره یک برای اجرا از 1388/1/1 به شرح ذیل تعیین می‌شود:

رتبه‌های شغلی	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
طبقات جداول					
طبقه یک	2400	2650	-	-	-
طبقه دو	2600	2850	-	-	-
طبقه سه	2800	3050	-	-	-
طبقه چهار	3000	3250	3600	4050	4650
طبقه پنج	3200	3450	3800	4250	4850
طبقه شش	3400	3650	4000	4450	5000
طبقه هفت	3600	3850	4200	4650	5200
طبقه هشت	3800	4050	4400	4850	5400
طبقه نه	4000	4250	4600	5050	5600
طبقه ده	4200	4450	4800	5250	5800
طبقه یازده	4400	4650	5000	5450	6000
طبقه دوازده	4600	4850	5200	5650	6200
طبقه سیزده	4800	5050	5400	5850	6400
طبقه چهارده	5000	5250	5600	6050	6600
طبقه پانزده	5200	5450	5800	6250	6800
طبقه شانزده	5400	5650	6000	6450	7000

تبصره: امتیاز حق شغل مشاغل آموزشی تمام وقت وزارت آموزش و پرورش و مشاغل بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با توجه به طبقه و رتبه شغلی مربوط با ضریب (1، 1) محاسبه می‌شود.

هرگاه مستخدم به وزارتخانه، شرکت یا مؤسسه دیگری برود و پست او به دیگری واگذار شود، بعد از برگشتن تا زمانی که به پستی منصوب شود آماده به خدمت می‌گردد.

مدت قرارداد استخدام پیمانی بنا به تشخیص دستگاه ذیربط یک تا سه سال می‌باشد و تمدید آن تا زمان بازنشستگی در صورت وجود اعتبار و رضایت از خدمات مستخدم و طی دوره آموزشی مربوط برای ارتقای سطوح علمی و توانمندی و جلب رضایت مدیران ذیربط و ارباب رجوع بلامانع خواهد بود.

فسخ قرارداد استخدام پیمانی توسط هریک از طرفین قرارداد با یک ماه اعلام قبلی، مگر آنکه در قرارداد مدت کمتری تعیین شده باشد.

مستخدمین پیمانی از نظر بیمه و بازنشستگی و نظایر آن مشمول مقررات قانون تامین اجتماعی می‌باشند و سوابق خدمتی اینگونه مستخدمین در دستگاههای دولتی و غیر دولتی از نظر بیمه و بازنشستگی با رعایت مقررات مربوط جزو سوابق مورد قبول محسوب می‌گردد.

کلیه ضوابط و مقررات اداری و استخدامی مربوط به مستخدمین رسمی در مورد مستخدمین پیمانی نیز ملاک عمل می‌باشد، موارد استثنا در اعمال مقررات و ضوابط فوق با تصویب شورای امور اداری و استخدامی کشور امکان پذیر است.

حقوق و مزایای کلیه مستخدمان پیمانی دستگاههای دولتی از تاریخ 1378/1/1 مانند کارکنان رسمی مشابه و به استناد قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت و مقررات آن تعیین می شود.

مستخدمین پیمانی می توانند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام کننده، متناسب با مدت قرارداد از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

اشتغال مستخدم پیمانی در سایر وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی و نیز مؤسسات غیر دولتی که طرف معامله با دستگاه دولتی متبوع مستخدم قرار دارند، ممنوع است.

- امتیاز فوق العاده مدیریت هریک از عناوین مدیریت و سرپرستی (مدیران حرفه ای) متناسب با پیچیدگی وظایف و مسئولیتها، حیطة سرپرستی و نظارت و حساسیت های شغلی و سایر عوامل مربوط براساس جدول زیر تعیین می شود.

1	2	3	4	5	سطوح مدیریت	حوزه جغرافیایی محل خدمت
2300	1850	1400	950	510	سطح یک	شهرستان
2350	1900	1450	1000	550	سطح دو	
2400	1950	1500	1050	600	سطح سه	
2450	2000	1550	1100	650	سطح یک	استان
2500	2050	1600	1150	700	سطح دو	
2550	2100	1650	1200	750	سطح سه	
2600	2150	1700	1250	800	سطح یک	ملی
2650	2200	1750	1300	850	سطح دو	
2700	2250	1800	1350	900	سطح سه	

تبصره 1- دستگاههای اجرایی موظفند عناوین مشاغل مدیریتی و سرپرستی خود را با توجه به عوامل مندرج در بند (2) دستورات العمل به گونه ای مشخص نمایند که حداقل 50 درصد از مشاغل مذکور در سطح یک و حداکثر 20 درصد آنان در سطح سه تخصیص یابند.

- امتیاز حق شاغل کارمندان براساس عوامل تحصیلات، سنوات خدمت و تجربه، دوره های آموزشی و مهارتها و تواناییهای فردی براساس جدول زیر تعیین می شود.

ردیف	امتیاز تحصیلات	امتیاز دوره های آموزشی مصوب	امتیاز مهارت و توانایی ها	امتیاز سنوات خدمت در هر سال	امتیاز تجربه مربوط و مشابه در هر سال
1	1200	به ازای طی هریک ساعت دوره آموزشی مصوب، نیم امتیاز (حداکثر 500 امتیاز)	250	15	10
2	1400		300	20	12
3	1700		400	25	14
4	2000		600	30	16
5	2300		800	35	18

- به استناد بند (2) ماده (68) قانون مدیریت خدمات کشوری امتیاز دارندگان نشانهای دولتی به شرح زیر تعیین می‌شود:

الف- دارندگان نشان عالی 800 امتیاز

ب- دارندگان نشان تخصصی و عمومی درجه 6501 امتیاز

ج- دارندگان نشان تخصصی و عمومی درجه 5002 امتیاز

د- دارندگان نشان تخصصی و عمومی درجه 4003 امتیاز

تبصره: در صورتی که کارمند دارای بیش از یک نشان دولتی باشد جمع امتیاز نشانهای دولتی با رعایت حداکثر سقف امتیاز (800 امتیاز) بلامانع است.

- تا تصویب و ابلاغ دستورالعملهای مربوط به نحوه تعیین و تخصیص امتیاز، درصد یا مبالغ مربوط به فوق‌العاده اشتغال خارج از کشور، سختی کار و کار در محیطهای غیر متعارف، مناطق کمتر توسعه یافته، بدی آب و هوا، نوبت کاری، مبلغ تضمین، کسر صندوق، فوق‌العاده محل خدمت (جابجایی محل خدمت)، مبالغ مقطوع تعیین شده مندرج در آخرین حکم کارگزینی سال 1387 کارمندان و هزینه سفر در این سال، مبنای پرداخت برای سال 1388 می‌باشد.

- مبالغ مربوط به فوق‌العاده‌های محرومیت از تسهیلات زندگی مناطق مرزی و فوق‌العاده جذب مناطق محروم و دور افتاده تحت عنوان فوق‌العاده مناطق کمتر توسعه یافته، قابل پرداخت می‌باشد.
پس از تصویب و ابلاغ فهرست مناطق کمتر توسعه یافته از سوی هیئت وزیران پرداخت مبلغ مذکور براساس فهرست مصوب و ضوابطی خواهد بود که از سوی شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی اعلام می‌شود.

- تا ابلاغ دستورالعملهای مربوط به تعیین فوق‌العاده ماموریت و سایر هزینه‌های روزانه مامورین اعزامی دستگاههای اجرایی مشمول این قانون به خارج از کشور، مفاد تصویب نامه شماره 27395/ت 14587 ه مورخ 1375/5/24 هیئت وزیران و اصلاحات بعدی آن برای اجرا ملاک عمل می‌باشد.

- تا ابلاغ دستورالعملهای مربوط به تعیین فوق‌العاده ماموریت روزانه کارمندان، میزان فوق‌العاده مذکور به ازای هر روز ماموریت معادل یک سی ام حقوق و فوق‌العاده‌های مشمول کسور بازنشستگی قابل پرداخت می‌باشد. سایر موارد مطابق آیین نامه فوق‌العاده روزانه موضوع بند (ث) ماده (39) قانون استخدام کشوری مصوب 1352/6/24 و اصلاحات بعدی آن خواهد بود.

- کمک هزینه عائله مندی و اولاد به ترتیب 810 و 210 امتیاز به ازای هر اولاد، حداکثر تا سه اولاد قابل محاسبه می‌شود.

آئین نامه‌های اجرایی قانون مدیریت خدمات کشوری

* در این آئین نامه نحوه تطبیق وضع کارمندان با قانون مدیریت خدمات کشوری نحوه تطبیق وضع کارمندان با جداول امتیازات فصل دهم قانون مدیریت خدمات کشوری تعیین شده است. * چگونگی اجرای احکام مربوط به فصل دهم قانون مدیریت خدمات کشوری در مورد کارمندان آن دسته از دستگاههایی که در شمول قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت نبوده‌اند، متعاقباً اعلام می‌گردد.

هیئت دولت، شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی در جلسه مورخ 1388/2/9 بنا به پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور و به استناد جزء "ب" بند (11) ماده واحده قانون بودجه سال 1388 کل کشور، جداول امتیاز حق شغل، فوق‌العاده مدیریت، حق شاغل و فوق‌العاده‌های موضوع بندهای 1، 2، 3، 4، 7 و 9 ماده (68) قانون مدیریت خدمات کشوری و دستورالعمل نحوه تطبیق کارمندان با جداول فوق را تصویب نمود.

نحوه تطبیق وضع کارمندان با قانون مدیریت خدمات کشوری نحوه تطبیق وضع کارمندان با جداول امتیازات فصل دهم قانون مدیریت خدمات کشوری

تطبیق با جدول حق شغل:

- 1- چگونگی اجرای احکام مربوط به فصل دهم قانون مدیریت خدمات کشوری در مورد کارمندان آن دسته از دستگاههایی که در شمول قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت نبوده‌اند، متعاقباً اعلام می‌گردد.
- 2- تطبیق کارمندان دستگاههای مشمول، با توجه به گروههای بیست گانه موضوع ماده یک قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت، به شرح زیر از معادل امتیازات طبقات جدول شماره یک برخوردار می‌شوند:
 - الف- از گروه (1) تا گروه (5) معادل امتیازات طبقه (1) جدول شماره 1
 - ب- از گروه (6) تا گروه (20) به ترتیب معادل امتیازات طبقات (2) تا (16) جدول شماره 1
- 3- تا تهیه و تدوین ضوابط مربوط به نحوه تخصیص مشاغل به طبقات جدول حق شغل، امتیاز حق شغل کارمندی که از ابتدای سال 1388 در دستگاههای مشمول اشتغال می‌یابند، موقتاً با توجه به مدرک تحصیلی، مطابق جدول شماره (5) در یکی از طبقات جدول حق شغل (جدول شماره 1) قرار می‌گیرند.

جدول شماره (5)

تحصیلات	طبقات جدول
دیپلم و پایین‌تر	طبقه یک
کاردانی (فوق دیپلم)	طبقه سه
کارشناسی (لیسانس)	طبقه چهار
کارشناسی ارشد (فوق لیسانس)	طبقه پنج
دکتری	طبقه شش

- تبصره-** مشمولین طبقه (1) و (3) جدول فوق در صورت دارا بودن سوابق خدمت دولتی به ازای هر (5) سال تجربه مربوط و مشابه و مشمولین سایر طبقات جدول مذکور به ازای هر (4) سال تجربه مربوط و مشابه، یک طبقه و حداکثر تا شش طبقه ارتقا می‌یابند. سوابق دولتی غیر مربوط برای ارتقا به هر طبقه به میزان یک دوم قابل محاسبه خواهد بود.
- 4- تطبیق وضع کارمندان در رتبه‌های شغلی به شرح بندهای زیر انجام می‌شود:
 - الف: کارمندی که در اجرای طرح مسیر ارتقای شغلی، موضوع تصویب نامه‌های شماره 4169/ت 25703 مورخ 1381/5/23 ، 2552/ت 29933 ه مورخ 1383/1/26 ، 2774/ت 30397 ه مورخ 1383/1/29 هیئت وزیران و اصلاحات بعدی آن و دستورالعمل‌های مربوط، از عناوین ارشد، خبره و عالی برخوردار شده‌اند با همان عناوین در رتبه‌های جدول حق شغل قرار می‌گیرند.
 - ب: کارمندی که در اجرای ماده (8) قانون نظام هماهنگ پرداخت کارمندان دولت از 80 درصد مجموع حقوق و فوق العاده شغل مشابه قانون اعضای هیئت علمی برخوردار شده‌اند، متناسب با جدول مربوط (ردیف 1- مربی، ردیف 2- استادیار، ردیف 3- دانشیار) شناخته شده‌اند، به ترتیب هم‌تراز رتبه‌های ارشد، خبره و عالی جدول حق شغل قرار می‌گیرند.
 - ج- کارمندی که در شمول بندهای (الف و ب) قرار نمی‌گیرند، بدو در رتبه مقدماتی قرار گرفته و به ازای هر 6 سال سابقه خدمت تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه و یا 10 سال تجربه غیر مربوط، به یک رتبه بالاتر، ارتقا می‌یابند. کارمندان مشمول

این بند در مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه پایه و در مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر، حداکثر تا رتبه ارشد ارتقا می‌یابند.

د: آن دسته از کارمندان آموزش و پرورش که به صورت توأمان مشمول بند (الف و ب) می‌باشند از بالاترین رتبه یکی از بندهای فوق برخوردار خواهند شد.

ه: کارمندی که در سال 1388 در دستگاههای اجرایی اشتغال می‌یابند در رتبه مقدماتی قرار می‌گیرند، در صورتی که این قبیل کارمندان دارای سابقه خدمتی دولتی باشند، براساس سوابق مذکور و به ازای هر 6 سال سابقه خدمت دولتی تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه، به یک رتبه بالاتر ارتقا می‌یابد (مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه ارشد ارتقا می‌یابند). سنوات دولتی غیر مربوط این قبیل کارمندان برای ارتقا به هر رتبه به میزان یک دوم قابل محاسبه خواهد بود.

5- امتیاز فوق العاده مدیریت هریک از عناوین مدیریت و سرپرستی (مدیران حرفه‌ای) به شرح جدول شماره 6 و براساس جدول شماره 2 و با توجه به سطح مدیریت تعیین می‌شود.

جدول شماره (6)

عناوین مدیریت و سرپرستی	معاون اداره و همتراز	رئیس اداره و همتراز	معاون مدیرکل و همتراز	مدیرکل و همتراز	معاون مؤسسه و همتراز
ردیف مربوط	5	4	3	2	1

تبصره: موارد همترازی باید به تایید معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهوری برسد. در مواردی که قبلاً تایید لازم اخذ شده باشد کماکان ملاک عمل برای تعیین امتیاز فوق العاده مدیریت می‌باشد.

6- به منظور تطبیق وضع کارمندان دستگاههای اجرایی با جدول حق شاغل، مدارک تحصیلی کارمندان (مدارک علمی و دارای ارزش استخدامی) برای تعیین امتیاز تحصیلات، سنوات خدمت و تجربه، دوره‌های آموزشی و مهارتها و تواناییهای فردی ملاک عمل قرار گرفته و متناسب با ردیف‌های جدول شماره 3 براساس جدول شماره 7 معین می‌شود.

جدول شماره (7)

مقطع تحصیلی	ردیف جدول شماره 3
دیپلم	1
فوق دیپلم	2
لیسانس	3
فوق لیسانس و دکترای حرفه‌ای	4
دکترای تخصصی ph.D	5

تبصره: به ازای هر سال سابقه خدمت در مشاغل سرپرستی یک درصد و در مشاغل مدیریتی دو درصد به ترتیب حداکثر 10 درصد و 20 درصد از مجموع سقف امتیازات شاغل موضوع ماده (66) قانون به امتیازات حق شاغل کارمندان مشمول اضافه می‌شود. در هر حال مجموع امتیازات موضوع این تبصره نباید از 20 درصد سقف حق شاغل تجاوز نماید.

افرادی که در طول سال جاری از یکی از فوق العاده‌های موضوع بندهای (2) و (6) این دستورالعمل بهره‌مند باشند در صورتی که در سال جاری فاقد شرایط قانونی برخوردار از فوق العاده‌های مذکور گردند، به همان نسبت از حکم کارگزینی آنها کسر

می‌گردد و در صورتی که مجدداً در سال جاری حائز شرایط مربوط گردند معادل مبالغ کسر شده از این بابت برای مدت پس از احراز شرایط با آنها پرداخت خواهد شد.

تبصره 2: دوره‌های آموزشی که برای آنها امتیاز حق شاغل منظور می‌شود ملاک محاسبه برای اعطای گواهینامه‌های مهارتی، تخصصی و تخصصی- پژوهشی نخواهد بود.

تبصره 3: حداکثر امتیاز قابل احتساب بابت سنوات خدمت و تجربه کارمند (30) سال است. حق شاغل کارمندان نباید از 75 درصد حق شغل وی تجاوز نماید.

7- به منظور تطبیق وضعیت کارمندان با این دستورالعمل کمیته‌ای تحت عنوان کمیته اجرایی قانون مدیریت خدمات کشوری در دستگاههای مشمول این قانون با ترکیب اعضای زیر تشکیل می‌شود:

الف: معاون توسعه مدیریت و منابع انسانی دستگاه و یا سایر عناوین مشابه

ب: بالاترین مسئول پرسنلی دستگاه

ج: بالاترین مسئول طبقه‌بندی مشاغل دستگاه

د: بالاترین مسئول تشکیلات و بودجه دستگاه

ه: نماینده واحد استانی بنا به تشخیص بالاترین مقام دستگاه

* مزایای ماده 39- فوق العاده محل خدمت

ت: فوق العاده محل خدمت: مستخدمینی که محل جغرافیایی خدمت آنان به موجب احکام رسمی از نقطه‌ای در یک شهرستان به نقطه‌ای در شهرستان دیگر تغییر می‌یابد به میزان 5٪ حقوق مبنای گروه مربوطه در سال 87 و حداکثر به مدت پنج سال در هر محل (به استثنای استان تهران) از فوق العاده محل خدمت بهره‌مند می‌شوند.

* مزایای ماده 39- فوق العاده نوبت کاری

د: فوق العاده نوبت کاری: مستخدمینی که به صورت تمام وقت و مستمر در نوبتهای غیر متعارف اداری مجبور به انجام وظیفه می‌باشند از فوق العاده نوبت کاری بهره‌مند می‌شوند که در هر یک از هفت حالت زمانهای غیر متعارف اداری پیش بینی شده از فوق العاده نوبت کاری به میزان 10٪ الی 25٪ حقوق مبنای گروه مربوطه مادامی که در زمانهای مذکور انجام وظیفه می‌نمایند بهره‌مند می‌شوند.

حداکثر میزان ریالی فوق العاده نوبت کاری جهت مشمولین معادل 35٪ حداقل عدد جدول قانون نظام هماهنگ پرداخت پیش بینی شده است.

تبصره: زمانهای غیر متعارف عبارتند از:

1. سه نوبتی منظم چرخشی (صبح تا عصر- عصر تا شب و شب تا صبح)

2. دو نوبتی چرخشی منظم (صبح تا عصر- شب تا صبح)

3. دو نوبتی منظم (عصر تا شب- شب تا صبح)

4. دو نوبتی منظم (شب تا صبح- صبح تا عصر)

5. یک نوبتی دائم (عصر تا شب)

6. یک نوبتی دائم (شب تا صبح)

7. ترکیب دو یا چند حالت از حالات فوق به صورت متناوب

بنابر ماده 8 آئین نامه فوق مستخدمینی که به صورت غیر منظم و برحسب نوبت به صورت کشیک یا عناوین مشابه آن در هر یک از حالات زمانی فوق عهده دار انجام مسئولیت‌هایی باشند، مشمول این آیین نامه نبوده و با رعایت مقررات مربوط از فوق العاده اضافه کار ساعتی برخوردار خواهند شد.

*** فوق العاده کار با اشعه**

با توجه به گسترش روز افزون کاربرد اشعه (پرتوها) در امور مختلف و ضرورت حفاظت کارکنان در برابر اثرات زیان آور اشعه، به مستخدمینی که در معرض و یا در مجاورت مستمر پرتوها قرار دارند، تسهیلاتی از قبیل حق اشعه، کسر ساعات کار، مرخصی و استفاده از معافیت خدمتی پس از تصویب کمیسیون انرژی اتمی هر دستگاه و براساس دستورالعمل شماره یک سازمان انرژی اتمی ایران اعطاء می‌گردد کارکنانی که در معرض پرتوها قرار دارند گروه (الف) و کارکنانی که در مجاورت پرتوها قرار دارند گروه (ب) شناخته می‌شوند. فوق العاده کار با اشعه براساس درصد تعیین شده توسط کمیسیون مربوطه و بر مبنای مجموع حقوق و مزایای مشمول کسور بازنشستگی حکم سال 87 مستخدم پرداخت می‌گردد که حداکثر آن پنجاه درصد (50٪) می‌باشد.

پاداش و اضافه کار

*** اضافه کار براساس دستورالعمل اجرایی بند 9 ماده 68 قانون مدیریت خدمات کشوری**

ماده 1- مبلغ اضافه کار کارمندانی که با توجه به سیاستهای ابلاغی از سوی بالاترین مقام دستگاه و یا مقام مجاز از طرف ایشان، موظف به انجام کار اضافی در خارج از ساعات اداری می‌شوند و انجام اضافه کار آنان به تایید بالاترین مقام واحد متبوعشان می‌رسد، براساس ضوابط زیر تعیین و برقرار می‌شود.

مبلغ هر ساعت اضافه کار برابر است با مجموع امتیازات شغل، شاغل و مدیریت ضرب در ضریب ریال سالی تقسیم بر 176:

ماده 2- حداکثر اضافه کار ساعتی کارمندان (175) ساعت در ماه تعیین می‌شود، مشروط بر آنکه مجموع مبلغ اضافه کار و حق التدریسی پرداختی به کارمندان در یک ماه، از حداکثر (50) درصد حقوق ثابت و فوق العاده‌های مستمر وی تجاوز ننماید.

ماده 3- حداکثر تا بیست درصد کارمندان هر دستگاه اجرایی که وضعیت شغلی آنها ضرورت انجام اضافه کار بیشتر را ایجاب می‌نماید، براساس دستورالعمل صادره از سوی بالاترین مقام دستگاه از محدودیت سقف پنجاه درصد موضوع ماده (2) این دستورالعمل مستثنی می‌باشند.

تبصره- کارمندانی که در اجرای این ماده به خارج از محل خدمت خود اعزام شده و از حق ماموریت برخوردار می‌شوند از اضافه کار موضوع این ماده برای ایام ماموریت برخوردار نخواهند شد و لیکن چنانچه مجبور به انجام کار اضافی براساس مفاد ماده یک این آئین نامه شوند، پرداخت اضافه کار به آنان با رعایت ماده (2) و (3) این دستورالعمل بلامانع خواهد بود.

روند ارتقای شغلی

ماده 35:

رابطه استخدامی در مؤسسه به سه شکل است:

الف) استخدام رسمی

ب) استخدام پیمانی برای مدت معین

ج) استخدام قراردادی برای مدت معین

تبصره 1:

استخدام در بدو ورود به شکل پیمانی یا قراردادی است. تبدیل وضع کارکنان قراردادی به پیمانی به شرط قبولی در آزمون استخدامی و پیمانی به رسمی براساس دستورالعملی است که از سوی هیات امناء مؤسسه تصویب می‌شود.

تبصره 2:

مستخدمین پیمانی حداقل 3 سال و حداکثر پس از شش سال خدمت پیمانی در صورت داشتن شرایط، برابر دستورالعمل مصوب هیات امناء به رسمی آزمایشی تبدیل وضع می‌شوند.

در صورت عدم احراز شرایط مصوب برای تبدیل وضعیت به رسمی آزمایشی، تمدید قرارداد پیمانی مقدور نمی‌باشد.

ماده 36:

طول دوره رسمی آزمایشی حداقل یک سال و حداکثر دو سال است و کارمند با رعایت شرایط ذیل به مستخدم رسمی تبدیل خواهد شد.

الف) حصول اطمینان از لیاقت علمی، کاردانی، علاقه به کار، خلاقیت، نوآوری، روحیه خدمت به مردم، تکریم ارباب رجوع و ارتقاء سطح رضایت مندی آنان و رعایت نظم و انضباط اداری از طریق کسب امتیاز لازم با پیشنهاد مدیر بلافصل و تائید معاون توسعه مدیریت و منابع مؤسسه

ب) طی دوره‌های آموزشی و کسب امتیاز لازم

ج) تائید گزینش

تبصره 1:

در صورتی که در ضمن یا پایان دوره آزمایشی، کارمند شرایط ادامه خدمت و یا تبدیل به استخدام رسمی را کسب ننماید با وی به یکی از روشهای ذیل رفتار خواهد شد:

الف) اعطای مهلت یکساله دیگر برای احراز شرایط لازم (در هر حال مدت خدمت آزمایشی کارمند با احتساب این مهلت از 3 سال تجاوز نخواهد کرد).

ب) قطع رابطه استخدامی

تبصره 2:

دستورالعمل اجرایی این ماده به تصویب هیات امناء مؤسسه می‌رسد.

ماده 39:

انقضاء قرارداد مجدد با کارمند پیمانی یا قراردادی منوط به تحقق شرایط ذیل است:

الف) استمرار بقاء پست سازمانی کارمند پیمانی یا قراردادی

ب) کسب نتایج مطلوب از ارزیابی عملکرد و رضایت از خدمات کارمند

ج) جلب رضایت مردم و ارباب رجوع

د) ارتقاء سطح علمی و تخصصی در زمینه شغل مورد تصدی

تبصره 1:

در صورت عدم تحقق هر یک از شرایط فوق، انقضاء قرارداد مجدد با کارمند پیمانی یا قراردادی مقدور نخواهد بود. ضوابط بندهای ب، ج و د این ماده طی دستورالعملی از سوی هیات امناء تصویب می‌شود.

تبصره 2: هسته گزینش مؤسسه ملزم است نظریه خود را در خصوص تمدید یا عدم تمدید قرارداد کارمندان پیمانی و

قراردادی حداکثر تا پایان بهمن ماه هر سال به معاونت توسعه مدیریت و منابع مؤسسه اعلام نماید. عدم ارسال نظریه تا مهلت مقرر به منزله تائید تمدید قرارداد کارمندان مورد نظر می‌باشد...

مرخصی اشعه:

- پرتوکاران از یک ماه مرخصی اشعه بازا یکسال کاری برخوردارند که این مدت باید در هر سال استفاده شود و قابل ذخیره نخواهد بود.

فوق العاده کار با اشعه:

به پرتوکاران برابر با سطح تعیین شده از طرف سازمان انرژی اتمی پنجاه درصد حقوق و مزایای ماهیانه به عنوان کار با اشعه پرداخت می‌شود.

کاهش ساعات کار:

- پرتوکاران از 25٪ کاهش ساعت کار روزانه نسبت به سایر کارکنان برخوردار هستند. قانون ارتقای بهره‌وری در این بیمارستان پیاده‌سازی شده است. پرسنل بخش هر ماه مبلغی به عنوان پرمکس دریافت می‌نمایند که بسته به نمره ارزشیابی ایشان خواهد داشت. مبلغی به عنوان حق جذب نیز هر ماهه واریز خواهد شد. ماهیانه 25٪ حقوق به عنوان حق شغل پرستاری واریز خواهد شد.
- ساعت کاری پرسنل در شیفت صبح از ساعت هشت تا ساعت چهارده و سی دقیقه می‌باشد، ساعت کاری پرسنل عصرکار از ساعت چهارده و سی دقیقه تا ساعت بیست می‌باشد، ساعت کاری پرسنل شبکار از ساعت بیست تا ساعت هشت صبح می‌باشد. پرتوکاران مقیم در اتاق عمل می‌بایست از ساعت سیزده تا ساعت نوزده و سی دقیقه و از ساعت شانزده و سی دقیقه تا بیست و دو سی دقیقه و در صورت نیاز و ضرورت تا پایان عمل‌ها در اتاق عمل حضور داشته باشند. حضور به موقع و نظم و انضباط در محیط کار الزامی است.
- انجام رادیوگرافی‌های پرتابل در شیفت صبح بعهده پرسنل بخش و در شیفت عصر بعهده پرتوکاران اتاق عمل می‌باشد. در شیفت شب در صورت نیاز به پرتوکار در اتاق عمل و پرتابل در بخش پرسنل شبکار انجام وظیفه می‌کنند.
- حضور در برنامه‌های آموزشی بیمارستان و مطالعه شبکه آموزش داخلی ضروری است و در صورتی که پرسنل در برنامه‌ها حضور نیابند و یا به علت عدم مطالعه برنامه‌های آموزشی نمره حداقل آزمون‌ها را دریافت نمایند در تجدید قرارداد و حق جذب و پرمکس دریافتی مؤثر می‌باشد.

آئین نامه انضباطی

آئین نامه انضباطی به منظور ایجاد محیطی سالم و در جهت اعتدالی سطح درمان و رضایتمندی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان و همچنین ارتقای مهارت و دانش کارکنان و ارتقای اخلاق اسلامی تدوین شده است و به تائید و تصویب اداره کار و امور اجتماعی رسیده است.

ارزشیابی پرسنل برحسب موارد زیر صورت می‌گیرد:

- ورود و خروج به موقع در واحد مربوطه
- حفظ شئونات اسلامی و اخلاق حرفه‌ای
- مرتب و تمیز بودن یونیفورم و استفاده از لیبل شناسایی
- حضور منظم در کلاس‌های آموزشی و کارنامه نتایج حاصله
- رعایت سلسله مراتب و ضوابط شغلی و تعامل با سایر همکاران
- میزان رضایتمندی مراجعین و مسئولین و رعایت منشور حقوق بیمار
- رعایت استانداردهای کنترل عفونت و بهداشت
- همکاری در پیاده‌سازی استانداردهای اعتباربخشی
- مستندسازی و ایفای نقش مؤثر منطبق با سیاست‌های بهبود کیفیت
- همکاری در قبول شیفت‌های فوق العاده و برنامه‌های خارج از شرح وظایف

«دستورالعمل اجرای ارزشیابی عملکرد کارکنان»

هدف (target):

اطلاع رسانی به افراد در مورد نحوه عملکردشان و کمک به بهبود کار آنان با یادآوری کاستی‌ها و کمبودها جهت ارتقاء بهره‌وری کارکنان.

دامنه کاربرد (SCOPE):

این دستورالعمل دربرگیرنده کلیه شاغلین بوده و در بیمارستان کاربرد دارد.

تعریف (DEFUNITION):

ارزیابی عملکرد عبارت است از روش رسمی تشخیص خصوصیات کارکنان براساس بازخور مثبت یا منفی از نتایج عملکرد افراد در چگونگی انجام وظایف می‌باشد، ارزیابی عملکرد کارکنان فرایندی است که به وسیله آن کار کارکنان در فواصل معین و به طور رسمی، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

معیارهای سنجش

1- **عملکرد:** فعالیتها و نتایج حاصل از انجام وظایف محوله (شرح وظایف)

معیارهای عملکرد، شامل: فعالیتها، پروژه‌ها و طرحهایی است که فرد در راستای اهداف سازمانی و در چارچوب انتظارات مقامات مافوق در طول دوره ارزشیابی انجام می‌دهد و نیز نتایجی که از اجرای این فعالیتها بدست می‌آید.

2- **توسعه:** فعالیتهایی که فرد در جهت ارتقاء دانش و بهبود عملکرد فردی، بهبود عملکرد سایر کارکنان و مرئوسین، و ارتقاء کارآیی و اثربخشی واحد سازمانی تحت سرپرستی انجام می‌دهد، که شامل بندهای ذیل می‌باشد:

2-1- **توسعه فردی:** فعالیتهای آموزشی که کارکنان جهت افزایش دانش و مهارت شغلی خود از طریق دوره‌های آموزشی یا خودآموزی انجام می‌دهد.

2-2- **انتقال دانش و مهارتهای شغلی خود به دیگران:** آموزشها و راهنمایی‌هایی که ارزشیابی شونده به همکاران واحد سازمانی خود و کارکنان سایر دستگاه‌ها ارائه می‌نماید.

2-3- **بکارگیری روشهای جدید فن آوری در انجام وظایف سازمانی:** فعالیتهای شغلی که فرد با استفاده از روشهای جدید فن آوری اطلاعات انجام می‌دهد.

2-4- **توسعه و بهسازی عملکرد شغلی و رفتار کارکنان تحت سرپرستی:** فعالیتها و اقداماتی که مدیر یا سرپرست جهت افزایش دانش و مهارتهای شغلی و بهبود عملکرد و رفتار کارکنان انجام می‌دهد.

2-5- **توسعه و بهسازی واحد تحت سرپرستی:** فعالیتهایی که مدیر جهت ارتقاء کارآیی و اثربخشی فعالیتها و واحد انجام می‌دهد.

3- **پیشنهادها:** ارائه راهکارهای بدیع، سازنده و قابل اجرا به منظور رفع مشکلات شغلی و بهبود عملکرد سازمانی

4- **کارآفرینی:** درک و بهره‌گیری جسورانه از فرصتها، ایده‌ها و طرحهایی که منجر به ایجاد و گسترش کمی و کیفی فعالیتها شده و کاربست روشهای جدید را امکان پذیر می‌سازد.

5- **رفتار:** عبارتست از افعالی که از فرد در راستای انتظارات سازمان و جامعه سر می‌زند.

6- **تشویقات:** به منظور ارج نهادن به تلاشها و زحمات کارکنان شایسته در طول دوره ارزشیابی که منجر به موفقیت‌های مهم و دریافت تشویق و تقدیر گردیده این عامل در نظر گرفته شده است.

7- **امتیازات ویژه:** امتیازاتی که بواسطه موفقیت‌های بسیار مهم و فعالیتها، طرحها و اقداماتی که فرد فراتر از شرح وظایف و انتظارات شغلی خود انجام می‌دهد، برای وی در نظر گرفته شده است.

8- امتیازات منفی: نمرات منفی که بواسطه اقدامات و فعالیتهای خلاف شئون اداری، سازمانی، قوانین و مقررات و اخلاقی که توسط ارزشیابی شونده صورت گرفته است، به وی داده می‌شود.

امکانات رفاهی

برخورداری بیمارستان از آژانس
اعطای وامهای مختلف به پرسنل در صورت نیاز آنها
استفاده از بیمه تکمیلی درمان کلیه پرسنل و بیمه مسئولیت حرفه ای و شخص ثالث
امکان استفاده پرسنل از امکانات ورزشی در تعهد بیمارستان
امکان استفاده از پارکینگ
استفاده کارکنان خانم از مهد کودک جهت فرزندان زیر 6 سال
امکان بستری رایگان پرسنل
استفاده از حق بیمه تامین اجتماعی برای پرسنل از بدو ورود به بیمارستان
تفویض اختیار به مسئول

ایمنی بیمار

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت است و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها می باشد، در حال اجرا می باشد. در همین راستا دفتر مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. استانداردها در سه سطح تعریف شده اند:

1- استانداردهای الزامی (critical standards): 20 استاندارد که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به

عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت 100 درصد تحقق یابند. در قسمت ذیل شرح داده شده است.

2- استانداردهای اساسی (core standards): شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی

بیمار از آن تبعیت کند. استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.

3- استانداردهای پیشرفته (developmental standards): الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به

ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آنها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

استانداردهای الزامی ایمنی بیمار

❖ 1 استاندارد اول - ایمنی بیمار اولویت برنامه استراتژیک:

ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا است.

❖ استاندارد دوم - وجود مسئول فنی یا ایمنی :

یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است. (ریاست بیمارستان)

❖ استاندارد سوم - اجرای برنامه های بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار:

یک روش غیر رسمی و دوستانه برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارایه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان می باشد و همچنین حمایت مدیران از گزارش خطا را نشان می دهد. افراد تیم مدیریتی ایمنی بیمار عبارتند از ریاست، مدیریت، مترون، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، سوپروایزر آموزشی، کارشناس کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت بیمار می باشند. آگاهی از نام و شرح وظایف مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار الزامی می باشد. این بازدید ها به صورت هفتگی در بخش ها و واحدهای مختلف طبق تقویم زمانی که توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تهیه شده و در بخش ها موجود می باشد، انجام می شود.

❖ آگاهی از نام و شرح وظایف مسئول ایمنی و کارشناس ایمنی بیمار الزامی است

❖ استاندارد چهارم - وجود کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار:

یکی از کارکنان بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.

❖ استاندارد پنجم - برگزاری جلسات مرگ و میر:

بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید .

❖ استاندارد ششم - وجود تجهیزات ضروری :

بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید. تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر، ایمنی بیماران را به مخاطره بیندازد. به عنوان مثال : دی سی شوک در صورتی که تجهیزات ضروری بخشی دچار مشکل گردد، بخش یا واحد پشتیبان، به نحوی انتخاب می شود که امکان جایگزینی تجهیزات را به صورت شبانه روزی به بخش مربوطه در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان ، میسر سازد . طی 24 ساعت در صورت عدم کارکرد تجهیزات ضروری بخش و عدم پشتیبانی توسط بخش تعیین شده می بایست به دفتر پرستاری / مسئول تجهیزات پزشکی گزارش شود و کلیه پرسنل نسبت به این امر آگاهی داشته باشند.

*****لیست تجهیزات ضروری مورد تأیید مسئول تجهیزات پزشکی در تمامی بخش ها / واحدهای درمانی**

موجود می باشد

و پرسنل بخش مربوطه بایستی از لیست تجهیزات ضروری و بخش و واحد پشتیبان آگاهی داشته باشند*.**

❖ استاندارد هفتم - اطمینان از وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد :

بیمارستان ضدعفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید . مانند کلیه تجهیزاتی که جهت استریل به واحد CSR ارسال می شود.

❖ استاندارد هشتم - تجهیزات کافی برای ضدعفونی و استریلیزاسیون :

بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون می باشد.

❖ استاندارد نهم - استخدام کادر بالینی حائز شرایط:

جهت ارائه خدمات و مراقبت ها کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شوند .

❖ استاندارد دهم - اخذ رضایت آگاهانه:

پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید.

✓ فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخش های مختلف بیمارستان مشمول اخذ رضایت آگاهانه برگرفته از موارد مندرج در دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت با امضای ریاست بخش روی برد هر بخش
✓ آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه در هر بخش
✓ آگاهی از دستورالعمل های آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی شامل جراحی ها، اسکوپپی ها، دیالیز و اخذ رضایت قبل از آن

✓ اخذ رضایت آگاهانه در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل مانند دیالیز و اسکوپپی ها و رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام آن

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیماران/مراجعین برای انجام پروسیجرهای تهاجمی واحد رادیولوژی در واحد مربوطه

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیماران/مراجعین برای انجام پروسیجرهای تهاجمی قبل از انجام اسکوپپی ها

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیماران/مراجعین برای استفاده از خون و فرآورده های خونی

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار /خانواده در زمان اعزام/ارجاع بیماران

➤ نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه:

✓ رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.

✓ مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی /پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر 30 روز می باشد.

✓ هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

✓ اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیت های تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.

✓ گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

✓ پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل /حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

✓ از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر ترانسفوزیون مکرر خون، دیالیز به شرط ثابت ماندن شرایط میتوان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه مشروط بر عدم تغییر در شرایط بیمار، نحوه درمان، روشها ی درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، عدم تغییر ظرفیت بیمار برای رضایت دادن، پس نگرفتن رضایت قبلی از سوی بیمار خود را پس نگیرد به مدت یک سال اعتبار دارد.

✓ اخذ رضایت در وضعیت های تهدید کننده حیات زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.

❖ استاندارد یازدهم - شناسایی صحیح بیماران:

قبل از هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا انتقال خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز هویت می گردند. (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از شناسه ها نمی باشد).

❖ استاندارد دوازدهم - اعلام اضطراری نتایج بحرانی پاراکلینیک:

بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی (Critical values) آزمایش ها، کانال ارتباطی همواره آزاد (هات لاین Hot Line) پیش بینی کرده است.

هرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبیو تصویربرداری است. از روش Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه / تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. از این روش در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) مانند دستورات تلفنی خصوصا دارو های مشابه استفاده شود. محدوده بحرانی آزمایشات و رادیولوژی در دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی آزمایشگاه و تصویربرداری ذکر شده است.

❖ استاندارد سیزدهم - اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی:

بیمارستان دارای روال مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد. کلیه جواب آزمایشات و پاتولوژی در صورت عدم رسیدگی به موقع ممکن موجب مرگ یا آسیب جدی، فیزیکی و یا فیزیولوژیک گردد.

➤ دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان:

1. منشی واحد پاراکلینیک، جواب نتایج پاراکلینیکی داخلی بیماران ترخیصی را به بخش مربوطه ارجاع دهد.
2. پرستار مسئول بیمار قبل از ترخیص بیمار در خصوص پیگیری فعال نتایج معوق احتمالی به بیمار آموزش می دهد و در فرم آموزش حین ترخیص ثبت نماید.
3. پرستار مسئول بیمار، فرم اخذ نتایج پاراکلینیکی معوقه را تکمیل و تحویل والدین نماید.
4. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت بعد از رویت نتایج پاراکلینیکی داخلی توسط پزشک و تایید، آن را به واحد بایگانی عودت دهد.
- 5- پرستار در صورت بحرانی و غیر طبیعی بودن نتایج پاراکلینیکی به پزشک معالج اطلاع دهد.
6. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت در صورت بحرانی و غیر طبیعی بودن نتایج پاراکلینیکی داخلی از طریق تلفن به همراهان اطلاع دهد.
7. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت بعد از اطلاع نتایج پاراکلینیکی غیر طبیعی به همراه بیمار تماس حاصله و نتایج آن را در دفتر مربوطه در بخش ثبت نماید.
8. سرپرستار / پرستار مسئول شیفت، کپی نتایج پاراکلینیکی موردی را به همراهان تحویل دهد و در دفتر مربوطه در بخش امضاء بگیرد.

9. والدین جهت دریافت نتایج پاراکلینیکی معوقه به واحد مربوطه (آزمایشگاه/بایگانی) مراجعه نماید.

10. منشی آزمایشگاه جواب آزمایشات ارسالی را از باکس موجود در آزمایشگاه تحویل همراهان نماید و فرم را تحویل بگیرد.

11. مسئول واحد بایگانی کپی جواب سونوگرافی، ریپورت گرافی ها، ریپورت اقدامات تشخیصی انجام شده را تحویل والدین نماید.

❖ استاندارد چهاردهم - کنترل عفونت:

بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.

❖ استاندارد پانزدهم - استیلیزاسیون:

بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پرخطر تضمین می نماید.

❖ استاندارد شانزدهم - هموویژولانس:

بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت رادرمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجراء مینماید.

➤ نکات قابل توجه در زمان تزریق خون و فرآورده های خونی:

1. شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی
2. مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
3. مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
4. بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
5. بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی
6. بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشستی پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی
7. نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در 5 دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در 15 دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار
8. توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون
9. قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح /نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار و تکمیل فرم مربوطه
10. اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویژولانس

❖ استاندارد هفدهم - غربالگری خون:

بیمارستان روش های اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HVB است. این غربالگری در سازمان بانک خون (خارج از مرکز) انجام می شود.

❖ استاندارد هجدهم - تضمین دارو های حیاتی و ضروری:

بیمارستان دسترسی به دارو های حیاتی را در تمامی ساعات شبانه روز (24 ساعته) تضمین می نماید.

❖ استاندارد نوزدهم - تفکیک پسماند:

بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماند ها را مبدا تفکیک و کدبندی رنگی می نماید.

➤ چهار دسته اصلی پسماند پزشکی:

1- پسماند عفونی

پسماند عفونی حاوی عوامل زنده بیماری زا باکتری، ویروس، انگل و یا قارچ به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبان حساس موجب بیماری شوند، است. پسماندهای عفونی در کیسه های پلاستیکی مقاوم و به رنگ زرد با برچسب پسماند عفونی جمع آوری و در سطل های زرد رنگ نگهداری می شوند. پسماندهای اتاق های عمل، اتاق های ایزوله، بخش دیالیز، بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب شده و در این بخش ها کیسه و سطل زرد استفاده می شود و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری شود.

2- پسماند تیز و برنده

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم، بریدگی یا سوراخ شدگی شوند این اجسام شامل سوزن ها، سوزن های زیرجلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه ها، چاقو، ست انفوزیون، اره ها، شیشه شکسته ها، لام و لامل و سایر اقلام شیشه ای آزمایشگاه و ناخن بیماران و هر شیئی برنده است. اجسام تیز و برنده ممکن است عفونی یا غیر عفونی باشند اما در هر دو شکل به عنوان پسماندهای به شدت تهدید کننده سلامتی به شمار می آیند.

3- پسماند شیمیایی و دارویی

پسماندهای دارویی شامل داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم اقلامی که حاوی دارو و یا اقلامی که به دارو آلوده شده اند مانند قوطی ها و شیشه های دارویی است که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر خواهند بود. پسماندهای ژنوتوکسیک از جمله پسماندهای حاوی داروهای سایتوتوکسیک و سایر مواد شیمیایی با خصوصیات سمی برای ژن ها هستند.

پسماندهای دارای فلزات سنگین شامل باتری ها، ترمومترهای شکسته، سایر وسایل دارای جیوه برای اندازه گیری فشار خون، باتل های سرم در صورتی که حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند نیز به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند. پسماندهای شیمیایی و دارویی در کیسه های پلاستیکی مقاوم به رنگ سفید یا قهوه ای با برچسب پسماند شیمیایی و دارویی جمع آوری می شوند. روش های مجاز دفع بهداشتی از قبیل محفظه سازی و نحوه استفاده و انعقاد قرارداد از شرکت و سایت های دارای مجوز از معاونت بهداشتی جهت حمل و نقل و دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی و ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین و اجرا می شود.

4- پسماند عادی

پسماندهای عادی، ناشی از کارکردهای خانه داری و مدیریت اجرایی مراکز است که شامل پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری مالی، ایستگاه های پرستاری، باغبانی و پسماندهای بی خطر شده است. امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری انواع پسماند عادی از قبیل سطل های آبی و کیسه های با رنگ بندی مشخصی می باشد.

❖ استاندارد بیستم - دفع پسماند تیز و برنده:

بیمارستان از رهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماند های نوک تیز و برنده تبعیت می نماید. پس از پر شدن 3/4 ظروف مستحکم و ایمن جمع آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده و سپس بی خطر سازی شوند.

✓ سوزن سرنگ نبایستی مجدداً درپوش گذاری گردد و باید بدون دستکاری داخل **safety box** جمع آوری شود.

✓ سوزن و سرنگ توأم در **safety box** جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد. درمورد سوزن و سرنگ آزمایش های تشخیص طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل شود.

✓ سوزن ست سرم، جدا شده و در **safety box** قرار گیرد. مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.

✓ محتوای باتل های حاوی سرم های قندی و نمکی که بصورت کامل استفاده نشده اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است را می توان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم، در پسماندهای عفونی قرار گیرند.

✓ باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.

✓ نصب **safety box** در اتاق های بستری و تحت نظر (مانند اورژانس) ممنوع است. پسماند های تیز و برنده این مکان ها در داخل سفتی باکس که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شوند. ولی در بخش های ویژه (به جز بخش های دیالیز، CCU و PICU) اتاق ایزوله، اتاق خون گیری آزمایشگاه و اتاق عمل (در یونیت هر بیمار) می توان **safety box** را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد.

شاخصهای ایمنی بیمار

تدوین شاخصهایی برای سنجش روند حوادث تهدید کننده سلامت بیمار امری ضروری است شاخصهای کشوری ایمنی بیمار، عبارتند از:

سقوط بیمار، زخم بستر، عفونتهای مکتسبه بیمارستانی، عوارض بیهوشی، عوارض انتقال خون، باز شدن زخم بعد از عمل جراحی، خونریزی یا هماتوم بعد از عمل، جا ماندن اجسام خارجی طی اعمال جراحی، پارگی یا بریدگی اتفاقی، مرگ به دنبال زایمان، آمبولی ریه یا ترومبوز ورید عمقی به دنبال جراحی، عفونت محل عمل، مرگ به دنبال انفارکتوس قلبی یا عمل جراحی پیوند عروق کرونر، ترومای زایمانی، تروما به نوزاد حین تولد

توصیه های 9 گانه سازمان بهداشت جهانی

9 راه حل ایمنی بیمار (patient safety)

نه (9) راه حل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد:

توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

(Look- alike sound-a like medication names)

توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

(Patient identification)

ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

(Communication during patient hand- overs)

انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

(Performance of correct procedure body site)

کنترل غلظت محلول های الکترولیت

(Control of concentrated electrolyte solutions)

اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

(assuring medication accuracy at transitions in care)

اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

(avoiding catheter and tubing misconnections)

استفاده صرفا یکبار مصرف از وسایل تزریقات

(single use of injection devices)

بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبتهای سلامتی

(improved hand hygiene to prevent health care-associated infection)

1. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

کلیه بخش‌های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت‌های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در بیمارستان به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در باکسها و قفسه‌های جداگانه چیدمان شود. درخصوص داروهای با غلظت بالا و خطرناک حتماً باید نام دارو با برجسب جداگانه مشخص شده باشد. رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه‌های مشابه دارویی و ...

قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.

هنگام دارو دادن، حتماً بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می‌دهد (وی را به اسم می‌خواند).

هنگام دارو دادن، یک بار دیگر مشخصات بیمار با کارت دارویی مطابقت داده شود.

هنگام آماده کردن داروها، به دوز دارو، شکل دارویی، تاریخ انقضاء توجه شود.

هنگام دارو دادن، نوع دارو، دوز دارو، و ... مجدداً با کارت دارویی مطابقت داده شود.

2. شناسایی بیمار

کلیه گلوگاههایی که در آنها توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها، اعمال جراحی، انتقال خون، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادر و خانواده مد نظر قرار گیرد و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون، درمان دارویی، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی به منظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار تاریخ تولد، (مچ‌بند) استفاده می‌شود.

به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) دریافت اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی باشند:

1- اکیداً یادآوری می‌شود که استفاده از (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد.

2- (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند)ها در بدو پذیرش بیماران اورژانس به صورت تحت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش، نصب و نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ تولد/ بستری، تشخیص، نام بخش، نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) نوشته خواهد شد.

3- صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می‌شود.

4- ترجیحاً مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی، خطر افتادن، آلرژی،

بیماران همودیالیزی دارای شانت، بیماران مبتلا به سرطان به دلیل توجهات خاص، بیماران مسن و بی‌حرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم به دلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می‌شود.

5- پرستار بخش موظف است در ادمیت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

6- به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باندهای شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) نوشته شود و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته، مجدداً برگ مندرجات را از پذیرش درخواست نماید.

7- در صورتی که هریک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) را از یک بیمار باز نمود، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی به بیمار اقدام نماید. لطفاً باند شناسایی بر روی میز، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

8- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف، نسبت به وجود باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

9- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

10- هریک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحول بخش موظفند نسبت به وجود باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) و صحت اطلاعات مندرج در باند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

11- در برگه آموزش به بیمار در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

12- تأکید می‌شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت؛ بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود.

13- پس از بستری شدن بیمار در بخش، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد.

14- باندهای شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

15- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پروسیجرهای درمانی و تشخیصی، وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می‌باشد.

16- پرسنل محترم آزمایشگاه، رادیولوژی و فیزیوتراپی موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات، مشخصات بیمار فوق را با باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.

17- پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات باند شناسایی (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) می‌باشند.

18- کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار و در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات: نام و نام خانوادگی، تشخیص و نام پزشک معالج باشد.

3. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی و سوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحدهای مختلف (از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و ...) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند.

به طور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می‌شود:

ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریتهای پزشکی با مددجو، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می‌باشد).

ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش، زمان بستری، موقعیت‌های ویژه، زمان ترخیص، ارتباط با همراهان بیمار در بدحال و فوت شده و ... می‌باشد.

ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری بعد از ترخیص می‌شود.

از دسته‌بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم.

ارتباط به عنوان هسته اساسی، بین پرستار و بیمار و براساس اعتماد و احترام متقابل است.

برقراری ارتباط صحیح، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هرچه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می‌باشد.

گروههای مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می‌باشند به ترتیب شامل: نیروهای انتظامات بیمارستان، پرسنل پذیرش، پرسنل تریاژ، پرسنل فوریت، تحت نظر اورژانس، پزشک اسکرین، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، اکو، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و ... است.

الف: انتظامات و حراست بیمارستان:

در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل محترم این بیمارستان هستند. رعایت اصول ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم وظایف انتظامی‌شان می‌باشد، باعث پدیدار شدن بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می‌شود. این ارتباط بایستی دارای ویژگیهای زیر باشد:

برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده‌تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس

پرهیز از هرگونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان

برقراری ارتباط صحیح براساس اصول مرتبط، با مددجو و همراه به منظور آرام‌سازی

برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد، همراه با توضیحات کافی، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از

سوء تفاهم

ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه، در عین حال جدی با همراهان

خودداری از هرگونه رفتار و گفتار تهدیدآمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی‌اعتمادی در فرد می‌شود.

ب: پذیرش بیمارستان:

ارتباط بین واحد پذیرش و بیمار در محدودتر از سایر بخشها می‌باشد.

پرسنل محترم پذیرش موظفند به سؤالات بیمار پاسخ داده، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند.

پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری، (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) شناسایی و پمفلت اصول و مقررات بیمارستان را تحویل دهند. اطلاعات مندرج در (مچ‌بند یا گردن‌بند و یا بازوبند) شناسایی بادقت و خوانا ثبت شود.

پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین، محل خدمت خود را ترک نمایند.

در هنگام ازدحام خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و ... حتماً سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی‌شود مگر با ارتباط همراه با احترام و ارائه توضیحات کافی به بیمار.

ج: بخش فوریتها یا اورژانس بیمارستان:

معمولاً اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است، بخش اورژانس می‌باشد. بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن) ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه‌ای برخوردار است.

مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش اورژانس در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل:

پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز و با احترام کامل، و راهنمایی آنها به بخش فوریتها

معرفی خود به عنوان پرستار مسئول تریاژ

گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری

ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی

احترام متقابل بین بیمار و پرسنل

صدا کردن بیمار با نام خود

حفظ شأن و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی

حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی

زمانی که از بیمار می‌خواهید وظیفه‌ای را انجام دهد "خواهش می‌کنم و متشکرم" را فراموش نکنید.

ارائه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز

اجازه گرفتن از بیمار، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیمارارن

داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است.

بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید.

رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد.

سوالات باز می‌تواند نتایج فوق‌العاده‌ای را در استخراج اطلاعات در بر داشته باشد (سوالات باز، سؤالاتی است که بیمار را مجبور

به دادن پاسخ‌های مفصل‌تر از بلی یا خیر می‌کند. (مثلاً با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟)

ارائه توضیحات کافی، شفاف منطبق با شرایط سنی، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار

انتخاب مناسب‌ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکار بردن اصطلاحات

زمان عامل اساسی در ارتباط است به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می‌باشد.

تشویق به برقراری ارتباط با برقراری فضای صمیمی و دوستانه و پذیرش بیمار

به روز رسانی ارائه اطلاعات به بیمار، از روند بیماری

شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می‌باشد.

ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهان وی به مراتب سخت‌تر از مراجعین دیگر می‌باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به

برقراری ارتباط نیز نمی‌باشد. از طرفی همراهان بیمار نیز به دلیل نگرانی و اضطراب، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند لذا

در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق بخصوص ایجاد حس همدلی، صبر و خویشتن داری، احترام و وظیفه شناسی

بیش از پیش نمود خواهد کرد.

د- بخش بستری بیمارستان

نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اورژانس و ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری مطلب بسیار مهمی است که متأسفانه در اکثر موارد پذیرش بیمار رعایت نمی‌شود. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش، قوانین و مقررات درون بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته می‌شود. منشور حقوق بیمار را به طور کامل برای وی توضیح دهید. به اضطراب پنهانی بیمار به دلیل ناشناخته بودن محیط، کاملاً توجه داشته باشید. عوامل مخربی را که باعث اختلال در خواب و آرامش بیمار می‌شود، حذف نمایید. کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل رادیولوژی و ...) نیز موظف به حفظ شأن و منزلت بیماران در هر شرایطی می‌باشند. به همین منظور از پرستار انتظار می‌رود آگاهی و مهارت کافی در برقراری ارتباط مؤثر داشته و موارد ذیل را مورد توجه قرار دهد:

- 1- نیازهای ارتباطی بیماران را از زمان پذیرش، ارزیابی و ثبت نماید.
 - 2- در برقراری ارتباط با بیمار، به فرهنگ، زبان، مذهب، سبک زندگی، باورها و شیوه‌های ارتباطی بیمار احترام گذاشته و توجه نماید.
 - 3- در حین هرگونه ارتباط با بیمار (ارائه مراقبت پرستاری، انجام دستورات پزشک و ...) به طور شمرده و واضح با بیمار صحبت نماید، و از تبادل پیام ارتباطی (فرستنده و گیرنده) به طور کامل و صحیح مطمئن گردد.
 - 4- هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا مراقبتی را که برای بیمار انجام می‌دهد، به صورت کاملاً قابل درک و به زبان بسیار ساده برای بیمار/ خانواده توضیح دهد، و از بیان اصطلاحات تخصصی پزشکی خودداری نماید.
 - 5- در برقراری ارتباط با بیمار، حد و مرز و قلمرو بیمار را در نظر گرفته و حریم بیمار را حفظ نماید.
 - 6- به اهمیت محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمار آگاه بوده و از افشای اطلاعات خصوصی بیمار خودداری کند.
 - 7- در هنگام تردید در مورد محدوده ارتباط مراقبتی با بیمار، با همکاران و افراد تیم درمانی مشورت نماید.
 - 8- اطمینان یابد که عدالت و تساوی در دسترسی به خدمات بیمارستانی، برای بیمار فراهم شده است.
 - 9- از دسترسی کافی بیماران غیر فارسی زبان، به خدمات درمانی و مراقبت‌های پرستاری اطمینان یابد.
 - 10- از دسترسی کافی بیماران با مشکلات خاص، از جمله مشکلات شنوایی یا بینایی، به خدمات موردنیاز درمانی/ مراقبتی اطمینان حاصل نماید.
 - 11- توجه کافی، به هنگام و عادلانه‌ای، به شکایات و خواسته‌های بیمار داشته باشد.
 - 12- در برخورد با رفتارهای ناسازگارانه و مشکلات ارتباطی بیمار، روش ارتباطی صحیح، مناسب و مؤثری را اتخاذ نماید.
 - 13- ضمن برقراری ارتباط مؤثر درمانی با بیمار، به سیاستها و دستورالعمل‌های سازمانی (بیمارستانی) متعهد باشد. رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل: قوت قلب دادن بیجا، پاسخهای تکراری و کلیشه‌ای، خصومت، تحمیل ارزشهای خود به بیمار، نصیحت کردن، کنجکاوی، تحقیر کردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است. راهکارهای بهبود ارتباط، نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه، نتیجه در پیشرفت هرچه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت.
- آموزش تخصصی ارتباط با بیمار و همراهان جهت پرسنل درمانی از طریق برگزاری سمینار، پانل، فیلمهای آموزشی و جزوات مربوطه انجام گیرد.
- تأکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیستها، گاید لاینها و یا سیاست گذارهای کلی بیمارستان لحاظ گردد.
- تأکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم‌های ارزشیابی پرسنل منظور گردد.

نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزرهای محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد.

استفاده الزامی از کارت‌های شناسایی جیبی (اتیکت) مناسب که نشان‌دهنده نام، نام خانوادگی و سمت فرد می‌باشد، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است. معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی، انجام پذیرد.

تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی، که مشخصات بخش و قسمت‌های مختلف آن را برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد.

استفاده از آموزشهای گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته‌بندی قرار می‌گیرند. تهیه کارتهای تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی‌باشد. (مثال بیمار اینتوبه شده تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور)

4. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار بااهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش‌های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است. در تدوین خط‌مشی و پروتکل «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» پنج مرحله کلیدی تحت عنوان «پنج گام» در نظر گرفته شده، که به طور مختصر به شرح ذیل است:

گام اول - اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه معتبر:

هدف از اخذ رضایت آگاهانه، کسب مجوز جهت انجام مداخلات طبی و جراحی، و اعلام خطرات جسمانی به بیمار می‌باشد. به عنوان یک خط‌مشی: انجام اعمال جراحی، طبی، بیهوشی، رادیولوژی و پروسه‌های انکولوژی، بدون اخذ رضایت آگاهانه غیرممکن می‌باشد. مشروط بر آنکه رضایت دهنده صلاحیت لازم را جهت اخذ رضایت دارا باشد. کسب رضایت از بیمار به منظور انجام مداخلات درمانی موردنیاز جزء نکات اصلی و ضروری در سیستم‌های ارزیابی سلامت می‌باشد.

در صورت ناتوانی بیمار جهت اخذ رضایت، وجود حکم یا دستور قضایی - قیومیت - لازم می‌باشد. لذا الزامی است که فرم رضایت آگاهانه و خط‌مشی کامل آن در واحدهای درمانی موجود در دسترس کلیه کادر درمانی قرار گیرد و مفاد آن تکمیل گردد.

گام دوم - تأیید هویت بیمار:

بیمار جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می‌باشد. از زمانی که بیمار برای درمان و یا انجام پروسیجری آماده می‌شود، درگیر اولین مراحل فرآیند پنج‌گانه «بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح» می‌گردد.

قبل از اجرای هرگونه داوری مؤثر بر وضعیت شناختی بیمار، یکی از اعضاء تیم درمانی موظف است که هویت بیمار را دقیقاً شناسایی نموده تا با طرح پرسش‌های ذیل از بیمار، فرآیند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد. این پرسش‌ها شامل:

نام کامل بیمار و تاریخ تولد (لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه‌ای باشد که بیمار تأیید نماید).

نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده.

دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر موردنظر

نشان دادن قسمت و محل عمل یا پروسیجر

پرستار بایستی پاسخ‌های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده‌ی پزشکی او مطابقت دهد.

در صورتی که بیمار از بخشی به بخش دیگر منتقل می‌شود و به تنهایی یا در معیت همراه، قادر به شرکت در مراحل انتقال نمی‌باشد، پرستار بخش مقصد موظف است که بیمار را به طور کامل تحویل گرفته و او را در تمامی پروسیجرها همراهی نماید. در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه‌های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ‌گوی سؤالات تیم درمان درخصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده‌ی پزشکی بیمار ثبت شود.

گاهاً بسیاری از بیماران مزمن (از قبیل بیماران دیالیزی و یا بیماران تحت شیمی درمانی)، از دستبند شناسایی استفاده نمی‌کنند و نمی‌توان از این طریق قبل از انجام پروسیجر هویت بیمار را مورد شناسایی قرار داد. خصوصاً که بسیاری از این بیماران ممکن است در طول مدت بستری، علاوه بر مشکل اصلی زمینه‌ای تحت چندین پروسیجر تهاجمی دیگر از جمله LP و ... هم قرار گیرند. لذا اتخاذ تدابیری به منظور اطمینان از شناسایی صحیح این گونه بیماران، الزامی است. خصوصاً در زمانی که بیمار قادر به بیان نام خویش نبوده و یا قادر به درک زبان و برقراری ارتباط مناسب در خصوص آنچه روی داده است، نمی‌باشد.

گام سوم - علامت‌گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی:

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی به صورت کاملاً مطلوب توسط فرد انجام دهنده‌ی پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه‌گذاری شود.

سازمان ممکن است این وظیفه را به فرد باصلاحیت دیگری -بنابه صلاحدید- واگذار نماید. در هر صورت این فرد بایستی علاوه بر تعهد کاری، کاملاً در زمینه‌ی بیماری یا پروسیجر موردنظر از اطلاعات و آگاهی کافی برخوردار باشد. اگر فرد موردنظر، در هر زمانی احساس نماید که در خصوص محل عمل یا سمت عمل دچار بهام و یا اشتباه گردیده و یا تجربه‌ی لازم جهت تقبل این وظیفه را ندارد، بایستی فوراً جراح و یا فرد انجام دهنده‌ی پروسیجر را مطلع نماید. در هر صورت نبایستی هیچ بحرانی بیمار را تهدید کند، حتی اگر بروز هیچ اشتباهی هم ثابت نشده باشد. در مواردی که بیمار از انجام علامت‌گذاری امتناع می‌ورزد، علاوه بر ثبت گزارش در پرونده‌ی پزشکی بیمار و گزارش پرستاری چک لیست جراحی ایمن نیز توسط تیم جراحی تکمیل شود. پزشک مسئول بیمار باید مطمئن شود که محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی به درستی شناسایی و علامت‌گذاری شده و عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی در محل و سمت درست انجام می‌گردد.

در صورتی که پزشک مسئول این وظیفه را به شخص دیگری (رزیدنت ارشد) واگذار نماید امکان بروز اشتباه در تعیین محل صحیح عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی قابل پیش بینی است.

فرآیندهای مرتبط با علامت‌گذاری محل عمل:

در زمان علامت‌گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکارهای ذیل الزامیست:

محل موردنظر آنسزیون (خط عمل) و یا محل جایگذاری وسیله بایستی به طور کاملاً شفاف نشانه‌گذاری شود. در صورت وجود چندین عمل یا چندین پروسیجر، مکان هرکدام بایستی به صورت جداگانه علامت‌گذاری شود. محل‌های غیر پروسیجر علامت‌گذاری نشوند.

همه‌ی سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختارهای چندگانه (از قبیل انگشتان، مچ‌ها، جراحات) و یا سطوح چندگانه (از قبیل طناب نخاعی) بایستی به طور واضح علامت گذاری شوند.

علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل (drapping) - هم‌چنان قابل رؤیت بماند. علامت گذاری بایستی، با یک علامت‌گذار (مارکر) غیر قابل پاک شدن صورت گیرد.

علامت گذاری محل عمل باید به گونه‌ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، هم‌چنان برای کلیه‌ی اعضای تیم درمانی قابل رؤیت باشد.

علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.

جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.

نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه‌ی اسناد بیمار ضروری است.

همه‌ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود. در واحدهای تصویربرداری، اعضای تیم درمانی موظفند که تصاویر را به طور کامل لیبل گذاری نموده و از ارائه تصویر (گرافی) صحیح به بیمار صحیح مطمئن شوند.

در صورتی که اطلاعات تصویر برداری جهت تعیین محل علامت گذاری مورد استفاده قرار می‌گیرد، اعضای تیم درمان موظف به تأیید صحت تصویر صحیح - بیمار صحیح می‌باشند.

به منظور کاهش بروز عفونت‌های مکتسبه‌ی بیمارستانی توصیه می‌شود که از مارکرهای علامت گذاری یکبار مصرف (در صورت امکان) استفاده شود. بعد از انجام رویه‌ی علامت گذاری به صورت مناسب، مراتب در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردیده و مستند شود.

موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر:

مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل:

(کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی (اپیدورال یا اسپینال)

پروسیجرهای انجام شده بر روی ارگان‌های خط وسط (Mid line) از قبیل:

(نواحی anal, perineal, umbilical)

در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد.

موارد آندوسکوپی یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می‌شوند.

موارد منفرد از قبیل: C/S (برش سزارین)، لاپاروسکوپی، لاپاروتومی یا اورتوتومی.

در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد. (مثل: دندان)

در گرافی‌ها و یا دیگر اسکن‌های بیمار تا حد امکان بایستی محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده‌ی پزشکی بیمار ثبت گردد.

در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می‌تواند منجر به تتوی دائمی شود.

در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد (محل انجام جراحی)

در زمان انجام پروسیجرهای تصویر برداری داخلی (از قبیل: MRI، پروسیجرهای رادیولوژیکی، استریوتاکسی)

در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی.

در مورد جراحیهای چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل (راست یا چپ) به طور کامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و همچنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است.

گام چهارم - بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحت‌گذاری پیش از عمل)

همزمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم درمانی - تیم جراحی - درگیر (شامل: جراح، متخصص بیهوشی، دستیاران و پرستار) بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند.

موفقیت در فرآیند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضاء تیم درمان است.

براساس خطمشی تعریف شده بیمارستان، این مرحله بررسی ممکن است قبل و یا بعد از بیهوشی بیمار صورت گیرد.

فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضاء تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم‌های زیر را بررسی نمایند:

بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر

بررسی صحت نوع پروسیجر در حال اجرا (طراحی شده)

علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر

در دسترس بودن پروتزهای صحیح و یا هر تجهیزات ویژه‌ی دیگر.

بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هرگونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد.

مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده‌ی پزشکی بیمار نگهداری می‌گردد.

گام پنجم - اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی‌های تشخیصی مرتبط

خطاهای پزشکی ناشی از نقص در مستند سازی و یا نادرست بودن لیبل گذاری روی تصاویر تشخیصی، یک واقعیت مخاطره آمیز در شناسایی بیمار صحیح می‌باشد.

فرآیندهای مورد بررسی در زمان تأیید محل انجام پروسیجر از طریق یافته‌های تصویربرداری:

حداقل 2 نفر یا بیشتر از اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته‌ها مطمئن شوند.

همه اسناد مربوطه از قبیل؛ گرافی‌ها، گزارشات تصویربرداری، گزارشات پاتولوژی و دیگر موارد کلینیک را با دقت بررسی نموده و از صحت لیبل گذاری آنها مطمئن شوند.

از صحت بیمار صحیح - گزارش صحیح اطمینان یابند.

بعد از تأیید صحت گرافی‌ها و سایر گزارشات، موارد به صورت مستند در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردد.

در صورت بروز اختلاف و یا عدم توافق در شناسایی بیمار، انجام پروسیجر تا زمان رفع مشکل، بایستی به تعویق افتد.

این تصمیم به میزان اورژانسی بودن پروسیجر بستگی دارد. و در صورت صدور مجوز جهت انجام پروسیجر، حتی با وجود

اختلاف نظر در موارد اورژانسی، مراتب باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شده و گزارش گردد.

5. کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت

یک مسئله متداول که در مورد ایمنی داروها از آن ذکر می‌شود، توزیع سهوی الکترولیتها است (برای مثال: پتاسیم کلراید با غلظت $meq/ml2$ یا بیشتر، فسفات پتاسیم، سدیم کلراید با غلظت 9 درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت 50 درصد

یا بیشتر) جهت جلوگیری از خطاها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورز و یا طرحی به نکات ذیل

باید توجه شود.

حتی الامکان داروهای با غلظت بالا در بخش نگهداری نشود.
داروهای موردنظ از دیگر داروها به صورت واضح جدا شود.
کلیه داروهای یاد شده با اتیکت قرمز جدا شود.
هنگام مصرف دارو، دستور پزشک دوباره چک شود.
نحوه مصرف و رقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد.
علائم حیاتی بیمار در حین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد.
دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز موردنظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد.
در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود.

6. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند. خطاهای داروئی به هنگام تهیه، تجویز، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند و لیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر است. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخشها الزامی می باشد و به دنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.
به منظور اجتناب از تلفیق دارویی لازم است:

ثبت تاریخچه مصرف دارویی بیمار در گزارش پرستاری پذیرش بیمار توسط پرستار مسئول بیمار
پرستار مسئول بیمار باید در صورت مصرف داروهای شخصی با دستور پزشک معالج، این داروها را در کاردکس دارویی بیمار با نام دارو و دوز مصرف مشخص کند.

هنگام ویزیت بر بالین بیمار لازم است تاریخچه مصرف دارویی بیمار توسط پرستار متذکر گردد و پزشک آن را ثبت کند.
برگه شرح حال بیمار باید توسط پزشک مربوطه به طور کامل با تاکید بر تاریخچه مصرف دارویی بیمار تکمیل و امضا و مهر شود.

می بایست در هر بخش لیستی از متداولترین تداخلات دارویی تهیه شده توسط واحد بهبود کیفیت بیمار نگهداری و در محل مناسب و قابل رؤیت پرستاران نصب گردد.

در صورت نیاز به انتقال بیمار به بخش دیگری، علاوه بر گزارشات کتبی پرستاری، ضروریست به طور شفاهی توسط پرستار مسئول بیمار بر مصرف داروهای شخصی بیمار تاکید گردد.

7. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

هنگام تحویل بالینی بیمار به شیفت بعد لازم است تمام اتصالات اعم از سوندها، کتترها و لوله ها از جهات زیر توسط پرستار مسئول بیمار مورد بررسی قرار گیرند:

بررسی از لحاظ فیکس بودن تمام کتترها، سوندها و لوله ها

بررسی عملکرد صحیح تمام اتصالات

کنترل پارگی یا خروج از محل اتصال اصلی

بررسی میزان درناژ باتل ها

بررسی out put ادراری و یورین بگ بیمار

بررسی لوله تراشه و NGT از جنبه قرارگیری در محل خود

کنترل تاریخ فیکس اتصالات

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه به صورت یکی از سؤالات چک لیست مطرح می‌باشد و روزانه در بخش‌هایی که مورد بازدید قرار می‌گیرد کنترل می‌گردد. توجه به ساینز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می‌باشد.

8. استفاده صرفاً یکبار از وسایل تزریقات

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می‌باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می‌باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت- گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می‌باشد انجام تزریقات براساس استانداردهای زیر صورت گیرد:

1. استفاده از وسایل استریل.
 2. برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید.
 3. از یک رنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید.
 4. از آلودگی وسایل (سرنگ- سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید.
 5. روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می‌باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید.
 6. حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
 7. در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید.
 8. هنگامی که سر آمپول را می‌شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید.
 9. قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید.
 10. توصیه‌های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.
 11. در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.
 12. قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضدعفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است.
 13. از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی اجتناب نمایید.
 14. نیازی به ضدعفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز و الکل 70 درجه‌ی تازه استفاده نمایید. از گلوله‌های پنبه‌ی آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید.
 15. از کاربرد ماده ضدعفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعف شده برای تلقیح اجتناب نمایید.
 16. قبل از تزریقات اگر محل تزریق به صورت مشهود کثیف باشد، حتماً پوست را بشویید.
 17. سرنگ و سرسوزن را از نظر وجود پارگی بسته‌بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید.
 18. اگر سرپوش گذاری سرسوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید.
 19. بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت‌های سلامتی.
- اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل و پایش شود. باید توجه داشت که شستن دست‌ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی به شمار می‌آید. شستن دست‌ها توسط صابون‌های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می‌گردد. شستن دست با

صابون‌های معمولی و آبکشی باعث می‌شود تا میکروارگانیسم‌ها به روش مکانیکی از روی پوست زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبها باعث کشته شدن میکروارگانیسم‌ها یا مهار رشد آنها نیز می‌گردد. پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم‌های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب‌های مقیم پوست در لایه‌های سطحی قرار دارند ولی حدود 10 تا 20٪ آنها در لایه‌های عمقی اپیدرم قرار دارند که به دنبال شستشوی دستها با صابون‌های معمولی پاک نمی‌شوند ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می‌گردد. شستن دستها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب‌های موقتی پوست خواهد شد.

مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از:

در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران

قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

قبل از انجام اقدامات تهاجمی

بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آنها با میکروب‌های بیماری‌زا وجود دارد و یا پس از مراقبت از بیمارانی که احتمال دارد با میکروب‌هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند باکتری‌های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک.

قبل و بعد از تماس با زخم

پس از در آوردن دستکش‌ها از دست

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف- روش Hand rub:

به منظور ضدعفونی دست با استفاده از محلول‌های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را به هم بمالید.

ب- روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید.

ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را به هم بمالید به نحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.

با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم به هم بمالید.

دستها را کاملاً آبکشی نمائید.

با حوله پارچه‌ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید.

با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید و سپس جهت شستشوی مجدد حوله را به بین مخصوص

لاندری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید.

▪ دارو دهی ایمن:

دارو دهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می‌شود. هفت قانون دارو دهی عبارت است از

داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی

بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارو دهی اضافه شده، عبارت است از **مستند سازی صحیح و**

حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده می‌باشد.

▪ داروهای مخدر:

✓ نسخه نویسی داروهای مخدر باید توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.

✓ جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی از حروف درشت استفاده شود.

✓ داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه /بخش های بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده نگهداری شود.

✓ داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت های دارویی مشخص شوند.

✓ سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت ها درج شود.(دفتر تحویل داروهای نارکوتیک)

✓ تیم درمانی در مراحل تزریق داروی های مخدر ملزم به چک مستقل دو گانه و رعایت هفت اصل درودهی می باشند.

داروهای با هشدار بالا:

بر اساس منابع معتبر زمانی که " داروهای با هشدار بالا "به اشتباه مورد استفاده قرار می گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است.

✓ از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به " داروهای با هشدار بالا " است . دسترسی به " داروهای با هشدار بالا "در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد.

✓ داروهای با هشدار بالا در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود.

✓ کارکنان بالینی به اطلاعات دارویی داروهای هشدار بالا مانند اشکال دارویی، دوزها، طریقه آماده سازی، راه های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای دارویی دسترسی داشته باشند.

✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما از روش نگارش به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین در مقابل دوپوتامین) .

✓ ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود.

✓ در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد.

✓ بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد.

✓ تجویز و آماده سازی " داروهای با هشدار بالا "توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.

✓ آموزش های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

✓ نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا در تمام مراحل دقیق رعایت شود.

✓ فهرست 12گانه داروهای پرخطر، دارای الویت برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده:

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
1	کلرید پتاسیم	7	آتروپین
2	سولفات منیزیوم	8	اپی نفرین
3	بیکربنات سدیم	9	هپارین سدیم
4	گلوکونات کلسیم	10	رتپلاز
5	هایپرسالین	11	هالوپریدول
6	لیدوکائین	12	پروپرانولول

نکته: با توجه به نامه سازمان غذا دارو به شماره 665/91527 مورخ 97/10/8 مبنی بر الزام به برچسب گذاری دارو های با هشدار بالا از مبداء، تمامی کارخانجات تولید کننده 9 قلم فراورده تزریقی شامل داروهای ردیف یک تا نه جدول فوق که دارای بیشترین عوارض جدی جبران ناپذیر ناشی از اشتباه دارو پزشکی بوده اند، اقدام به برچسب گذاری تمامی قدرت های دارویی این 9 فرآورده نمایند.

▪ داروهای مشابه:

- ✓ نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان می باشد).
- ✓ برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ **زرد** است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.
- ✓ جعبه محتوی ویال ها و آمپول ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در تراسی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.
- ✓ در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.

▪ داروهای حیات بخش:

داروهایی هستند که وجود آنها در تراسی احیا بخش اورژانس و سایر بخش های تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی، ضروری و غیر قابل حذف بوده و عدم وجود آنها موجب آسیب جدی و تهدید حیات بیمار می گردد. استفاده از داروهای دارای علامت ستاره (*) نیارمند استفاده از امکانات مانیتورینگ قلبی است.

▪ داروهای ضروری:

داروهایی هستند که وجود آنها در قفسه دارویی بخش تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف هیچ کدام از آنها وجود ندارد.

▪ دارو های مولتی دوز (Multiple dose) :

- ✓ به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده شود.
- ✓ استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.
- ✓ به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی در بالین بیماران باز نشود.
- ✓ در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری شود.
- ✓ ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- ✓ ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید.
- ✓ در صورتی که استریلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.
- ✓ در صورتی که تاریخ انقضا دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد.)
- ✓ در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.
- ✓ در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، 24 ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضا زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.

✓ صرف نظر از تاریخ انقضا دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.

▪ دارو ها یا تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده (ریکال) :

✓ اطلاع رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده به بخش /واحدها توسط مسئول مراقبت دارویی / مسئول تجهیزات پزشکی

✓ نظارت بر جمع آوری فوری دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده

✓ نشانگذاری تجهیزات پزشکی فراخوان شده با مدیریت مسئول تجهیزات پزشکی

✓ عدم دسترسی کارکنان بالینی به دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محل ارائه مراقبت /خدمت

✓ عدم قرار گرفتن دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محدوده داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی در حال مصرف و گردش کار

✓ روشن بودن سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان و جمع آوری شده در بخش مراقبت های دارویی / مدیریت تجهیزات پزشکی

▪ **انهدام دارو ها:**

انهدام داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی تاریخ مصرف گذشته با تدوین صورتجلسه برای هر مورد با حضور مسئول فنی داروخانه انجام می شود. علل عدم مصرف دارو(عدم مصرف در بخش، عدم موجودی داروخانه جهت جابجایی و ...) در صورتجلسه قید گردد. انهدام / تجهیزات مصرفی پزشکی باید توسط واحد مراقبت دارویی انجام گیرد.

▪ **ثبت دارو در کارت دارویی و کاردکس:**

✓ حساسیت های دارویی با خودکار قرمز در کاردکس ثبت شود.

✓ لیست داروها بدین ترتیب نوشته شود: سرم، داروهای تزریقی(ابتدا وریدی و سپس زیر جلدی)، داروهای خوراکی، شیاف، پماد

✓ ساعت دارو به صورت اعداد 0 الی 24 نوشته شود.

✓ نام دارو بطور کامل نوشته شود.

✓ از هاشور برای ثبت دارو یا تاریخ تکراری در کاردکس استفاده نگردد.

❖ **عوارض ناخواسته دارویی :**

عوارض /واکنش و خطاهای دارویی در بیمار، طبق دستورالعمل ثبت عوارض و خطاهای دارویی و راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی مشاهده شده در بیمارستان ها به گروه ثبت و گزارش ایمنی و عوارض ناخواسته فرآورده های سلامت، زیرمجموعه دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو گزارش می شود. یادآوری مهم مفهوم **ADR** آن است که علی رغم رعایت داروی صحیح با دوز صحیح، به بیمار صحیح، از راه صحیح، در زمان صحیح با واکنش ناخواسته در بیمار مواجه شویم. این امر با خطاهای دارویی دو مقوله مستقل و متفاوت هستند. کاربرد واکنش های ناخواسته دارویی در ارزیابی کشوری و تصمیم درخصوص حذف /ریکال نمودن دارو است. خطاهای داروی در بخش دارودهی صحیح در مراقبت های عمومی بالینی ارزیابی خواهد شد. بدیهی است گزارش خطاهای دارویی بایستی به مراجع مربوط طبق دستورالعمل وقایع ناخواسته مضمون استانداردهای رهبری و مدیریت در کیفیت منعکس و مدیریت شود.

در این مرکز در صورت بروز هر نوع عوارض ناخواسته دارویی، در فرم مربوطه ADR به رنگ زرد تکمیل و سپس به واحد داروخانه ارسال و از آنجا پیگیری های لازم جهت اطلاع و ارسال توسط مسئول ADR مرکز انجام می شود.

***** ❁ *****

برنامه کنترل عفونت (تیم کنترل عفونت- کمیته کنترل عفونت- شرح وظایف- شناسایی موارد بیماریهای واگیر و غیرواگیر- جمع آوری و تحلیل داده های نظام مراقبت عفونت بیمارستانی)

اهداف کلی برنامه کنترل عفونت:

کاهش مرگ و میر، ابتلاء و عوارض ابتلاء به عفونتهای بیمارستانی
کاهش هزینه های بیمارستانی از طریق کاهش میانگین بستری و کاهش مداخلات درمانی
تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه و رضایتمندی آنان از طریق کنترل عفونتهای بیمارستانی

انواع عفونتهای بیمارستانی:

- عفونت ادراری
- عفونت پنومونی
- عفونت محل جراحی
- عفونت گوارشی
- پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی شامل:
 - ایزولاسیون (جداسازی) بیماران
 - احتیاطهای استاندارد
 - شستن دستها
 - واکسیناسیون کارکنان بیمارستان
 - تشکیل پرونده بهداشتی برای پرسنل
 - احتیاطهایی که باید براساس راه انتقال عفونتها رعایت گردند.
- پرسنل بیمارستان موظف می باشند جهت کنترل عفونت در بخشها موارد زیر را رعایت نمایند:
 - شستن دستها قبل و بعد از انجام هر فرآیند

استفاده از گان و ماسک در ارتباط با بیماران ایزوله
استفاده از ماسک هنگام حضور بر بالین بیمار
استفاده از دستکش هنگام انجام فرآیندهای پرخطر
رعایت نکات استریل هنگام اجرای فرآیندهای استریل
دفع اشیاء تیز و برنده آلوده در سطلهای مخصوص
جداسازی سطل زباله عفونی از دیگر زباله‌ها
تعویض میکروست بیمار هر 72 ساعت
تعویض آنژیوکت هر 72 ساعت

گندزدایی تخت بیمار و استفاده از اشعه در اتاق پس از ترخیص بیمار
اطلاع دادن هرگونه مواجهه با خون و اجسام آلوده تیز و برنده به پرستار کنترل عفونت
گزارش موارد عفونتهای بیمارستانی به دفتر خدمات پرستاری
تیم کنترل عفونت بیمارستان:

پزشک کنترل عفونت (متخصص داخلی)- رئیس تیم (رئیس یا مدیر بیمارستان) - کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل
عفونت

مسئولیت تشخیص و گزارش موارد عفونت بیمارستانی بر اساس تعاریف استاندارد برای چهار عفونت شایع به عهده تیم کنترل
عفونتی می باشد.

شرح وظایف تیم کنترل عفونت بیمارستان

- بیماریابی با استفاده از فرم مخصوص
- آموزش و توجیه سرپرستاران بخش‌ها و سوپروایزر آزمایشگاه برای گزارش موارد مشکوک به عفونت بیمارستانی به تیم کنترل عفونت
- مشارکت در آموزش پرسنل درمانی و خدماتی در رابطه با راههای پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی
- همکاری و مشارکت با کارشناس بهداشت محیط و کمیته کنترل عفونت بیمارستان برای انجام بازدیدهای نظارتی و ارزیابی؛
- ارائه پروتکل‌های درمان با آنتی بیوتیک بر اساس مصوبات کمیته کنترل عفونت بیمارستان، شهرستان و دانشگاه به بخشهای مختلف برای مقابله با مقاومت آنتی بیوتیکی
- ارائه پیشنهادات اصلاحی برای پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی به کمیته کنترل عفونت بیمارستان

اهم شرح وظایف پرستار کنترل عفونت:

- شناخت منابع عفونت‌های بیمارستانی از طریق بررسی و انجام پژوهش
- بکارگیری نتایج پژوهش‌ها و مطالعات جدید در انجام مراقبت‌ها برای پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی
- همکاری در توسعه و اجرای برنامه‌های آموزشی برای کادر پرستاری، دانشجویان و سایر کارکنان در صورت لزوم به منظور پیشگیری و کنترل عفونت با همکاری سوپروایزر آموزشی
- شرکت در جلسات و دوره‌های آموزشی که در رابطه با کنترل عفونت برای کادر پرستاری با سایر گروه‌ها برگزار می شود.
- تشکیل پرونده بهداشتی و تنظیم برنامه معاینات دوره ای و واکسیناسیون برای کارکنان بیمارستان و ارائه گزارش از موارد مثبت

- ارزیابی وسایل و تجهیزات لازم برای عفونت‌های خطرناک و ارائه راهکاری مناسب به کمیته کنترل عفونت بیمارستان

-نیازسنجی آموزشی کارکنان بیمارستانی در خصوص عفونت‌های بیمارستانی و پیگیری اثر بخشی آموزشی
 -بازدید روزانه از بخش‌های مختلف بیمارستانی برای کشف موارد جدید احتمالی و پیگیری موارد گذشته از طریق نتایج
 آزمایشات و علائم بالینی مثبت و ارائه گزارشات لازم به کمیته مزبور
 -تهیه و تدوین دستورالعمل‌های کنترل عفونت در بخش‌های ویژه و سایر قسمت‌های آسیب پذیر براساس استانداردهای
 مراقبتی با همکاری کمیته عفونت
 -نظارت و ارزشیابی از اجرای ضوابط و مقررات توصیه شده توسط کمیته کنترل عفونت در کلیه واحدهای بیمارستانی و گزارش
 نتایج به کمیته مزبور

-نظارت و کمک در ایزولاسیون بیماران عفونی با توجه به خط مشی‌های کمیته و امکانات موجود
 -همکاری با تیم کنترل عفونت بیمارستانی برای تشخیص، تحقیق، کنترل و ارزشیابی و بروز عفونت در همه گیری‌های
 بیمارستانی شرکت در جلسات کمیته کنترل عفونت به منظور ارائه اطلاعات و گزارش و دریافت دستورالعمل‌های اجرایی
 یکی از سیاستهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای ارائه بهتر و ارتقاء کیفی و کمی خدمات رسانی در بیمارستانها،
 راه اندازی کمیته‌های بیمارستانی می‌باشد کمیته‌ها، در واقع بارش افکار پرسنل در جهت تقویت در سطوح مدیریتی، اتاق فکر
 بیمارستان، بازوهای مشورتی و تصمیم گیری ریاست و مدیریت می باشند. کمیته‌ها، نقش سیاست گذار در بیمارستان را داشته
 و رابطه متقابل با بدنه مدیریت دارند.

بطور کلی بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی 12 کمیته(اصلی) بیمارستانی در این بیمارستان تشکیل می گردد. همچنین
 کمیته‌ها (ی فرعی) و جلساتی بر اساس الزامات درون سازمانی در بیمارستان تشکیل می گردد. کمیته کنترل عفونت
 بیمارستان متشکل از اعضاء اصلی بوده و هر ماه تشکیل می گردد. کلیه اقدامات مداخله‌ای به منظور پیشگیری و کنترل
 عفونتهای بیمارستانی پس از اتخاذ تصمیم در کمیته کنترل عفونت بیمارستان به مورد اجرا گذاشته خواهد شد.

کمیته کنترل عفونت :

هدف کمیته: کاهش میزان شیوع و بروز عفونت‌های بیمارستانی و حفظ سلامت کارکنان و مراجعین بیمارستان در رابطه با
 بیماریهای واگیردار و عفونی

شرح وظایف کمیته کنترل عفونت :

- اجرای دستورالعملهای کنترل عفونت در اعتبار بخشی
 - به روز رسانی و مرور منظم خط مشی‌ها و روشهای کنترل عفونت
 - جمع آوری منظم و تحلیل داده‌های نظام مراقبت عفونت‌های کسب شده از بیمارستان و اثر بخشی برنامه
 - نظارت بر انتقال نتایج اطلاعات عفونتهای بیمارستان به مدیران و واحدها
 - گزارش عفونتهای بیمارستانی به سازمانهای مرتبط
 - گزارش بیماریهای واگیر و غیر واگیر و موارد جدید به سازمانهای مرتبط
 - پایش و کنترل انجام صحیح ضد عفونی محیط‌های بیمارستانی و روش‌های صحیح استریلیزاسیون در بیمارستان
 - نظارت و پیگیری نحوه مراقبتهای پزشکی و پرستاری از بیماران عفونی
- شناسایی بیماریهای واگیر و غیر واگیر (توسط واحد کنترل عفونت) :

واحد کنترل عفونت بیماریهای واگیر شامل: ملاریا-سل -سالمک - فلج اطفال -سرخک-تب مالت-بیماریهای اسهالی-هاری-
 ایدز و هپاتیت‌های ویروسی-تب خونریزی دهنده کریمه کنگو را شناسایی و به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می نماید. موارد
 گزارش شده توسط پرسنل مبارزه با بیماریها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و پیگیری می شود. علاوه بر بیماریهای فوق

بیماریهایی نظیر مننژیت، سرخجه، سرخجه مادرزادی، اوریون، دیفتری، کزاز، کزاز نوزادی، سیاه سرفه، تیفوئید (حصبه)، عوارض واکسیناسیون، جذام، تب راجعه، تیفوس، توکسو پلاسموز، کیست هیداتید، گال (جرب)، بیماریهای آمیزشی (سوزاک، سیفلیس و...) و... نیز تحت مراقبت و پیگیری قرار می گیرند.

بیماریهای غیر واگیر شامل: دیابت-فشارخون-تالاسمی-سرطان و ..

تعاریف نظام کشوری مراقبت عفونتهای بیمارستانی (NNIS)

عفونت: عفونت به معنای پدیده ای است که میزبان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماریزای عفونی دچار آسیب میشود. عفونت بیمارستانی: عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنشهای بیماریزای مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد میشود به شرطی که:

- حداقل 48 تا 72 ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود؛

- در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد؛

- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی (کدمربوطه) را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد.

تفاوت کلونیزاسیون، عفونت و ناقل بودن:

- کلونیزاسیون به معنای رشد و تکثیر عامل عفونی (میکروارگانیسم) در میزبان بدون ایجاد عفونت می باشد.

- ناقل: افرادی که کلونیزاسیون آنها با میکروارگانیسمها می تواند بالقوه منجر به کلونیزاسیون یا عفونت دیگران شود.

بیماریزایی: (Pathogenicity)

چگونگی و میزان توانایی برای تهاجم به بافتها جهت ایجاد عفونت را نحوه پاتوژنیسیته یا چگونگی بیماریزایی آن عفونت گویند.

ویرولانسی: (Virulence)

شدت و قدرت تهاجمی یک عامل عفونی بیماریزا را میزان ویرولانسی آن گویند.

وکتور: (Vector)

منظور پشه، مگس و امثال آن است که گاهی منجر به انتقال عفونت (عامل عفونی) می شوند. گرچه این راه انتقال

در مورد عفونتهای بیمارستانی شایع نیست.

مخزن: (Reservoir)

محل است که عامل عفونی می تواند در آنجا زنده مانده و رشد و تکثیر نماید مانند خود انسان، حیوان، خاک، آب و ...

وسایل بیجان: (Fomite)

شامل وسایل یا مواد مختلفی است که می توانند به عنوان راه انتقال یا مخزن یا منبع عفونت عمل کنند مانند وسایل معاینه

آلوده.

منبع: (Source)

اشیاء، اشخاص یا موادی که عوامل عفونی یا بیماریزا بلافاصله از آنها به پذیرنده منتقل میگردد مانند آب برای تیفوئید، خاک

برای سیاه زخم.

برای مراقبت عفونتهای بیمارستانی در دنیا روشهای مختلفی وجود دارد که هر کدام از آنها نقاط ضعف و قوت خاص خود را

دارند این روشها معمولاً بر اساس اهدافی که مسئولین نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی در نظر دارند تعیین می شود بطور

کلی اهدافی که از یک نظام مراقبت مورد انتظار است عبارتند از: کاستن میزان بروز عفونت در بیمارستان - تعیین میزانهای

اند میک-تعیین و تشخیص اپیدمیها-ارزشیابی راههای کنترل عفونت- مقایسه میزان عفونتها بین بیمارستهای مختلف و در

نهایت پاسخگویی به مسئولین و اطلاع به ایشان در خصوص وضعیت عفونتهای بیمارستانی

نظام مراقبت می تواند بر اساس بیماریابی فعال و یا غیر فعال باشد و یا می تواند بر اساس بیماریابی به صورت گذشته نگر باشد و اطلاعات لازم از مطالعه پرونده بیماران استخراج شود و یا بیماریابی بصورت آینده نگر باشد و بیمار را از زمان بستری تحت نظر گرفته و تغییرات علائم و نشانه‌های عفونت را ثبت کرده و آن را به موقع تشخیص دهد همچنین نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی می تواند بر اساس پاسخهای آزمایشگاه و یا بر اساس وضعیت بالینی بیمار باشد و یا می تواند این نظام برای گروههای خاصی از بیماران و یا در یک بخش خاص بکار گرفته شود نکته قابل توجه دیگر آن است که اگر بیماران بعد از ترخیص از بیمارستان تحت مراقبت قرار نگیرند بخش مهمی از اطلاعات مربوط به عفونتهای بیمارستانی حذف می شوند چرا که بیمار ممکن است در زمان ترخیص در دوره کمون بیماری بوده و علائم بیماری بعدها ظاهر شود امروزه اغلب روشهای پیشرفته مراقبتی بیماران را بعد از ترخیص تحت مراقبت قرار داده و از طریق ارسال نامه، تماس تلفنی با بیمار یا پزشک مربوطه، نظارت جراح و پرستار یا تیم کنترل عفونت بر بیمار در درمانگاه در هنگام پیگیری یا پذیرش مجدد اقدام به بیمار یابی عفونتهای بیمارستانی می کنند بهترین نتیجه را روشهایی بدست می دهند که بیماریابی آنها فعال بوده، آینده نگر باشد و اساس بیماریابی علاوه بر یافته‌های آزمایشگاهی، بر اساس وضعیت بالینی باشد.

یکی از بهترین روشهای مراقبتی که دارای تعاریف استاندارد شده برای عفونتهای بیمارستانی بوده و از جامع ترین و انعطاف پذیرترین روشهاست نظام کشوری مراقبت عفونتهای بیمارستانی یا

National Nosocomial Infection Surveillance system (NNIS) می باشد این روش از دهه 1970

میلادی در بیمارستانهای آمریکا و زیر نظر مرکز مدیریت و پیشگیری از بیماریها (CDC) به مورد اجرا گذاشته شده است کارآیی این روش بویژه برای عفونت زخمهای جراحی به خوبی شناخته شده است.

کمیته کشوری کنترل عفونتهای بیمارستانی در سال 1383 بعد از بحث و تبادل نظر فراوان و نظر خواهی از صاحب نظران و اساتید دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور دو تصمیم مهم زیر را اتخاذ کرد :

با توجه به مزایا و کارآیی نظام کشوری مراقبت عفونتهای بیمارستانی، این روش را به عنوان ابزار تشخیص و بیماریابی عفونتهای بیمارستانی در کشور انتخاب نمود.

با عنایت به اینکه بیشتر از 80 درصد عفونتهای بیمارستانی را عفونتهای ادراری، زخمهای جراحی، تنفس و خونی تشکیل می دهد در مرحله اول برقراری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی در کشور داده‌های مربوط به این چهار عفونت از تمامی بیمارستانها اعم از دولتی و خصوصی جمع آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد.

نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی (NNIS)

به منظور جمع آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل، ارائه نتایج حاصله به مسئولین در رده‌های مختلف و طراحی مداخلات لازم برای کنترل تغییرات در میزان عفونتهای بیمارستانی، نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی ایجاد می گردد. گروه هدف این برنامه کلیه بیمارانی را که در مراکز درمانی اعم از دولتی و خصوصی به غیر از مراکز اورژانس و درمانگاه‌ها به مدت بیش از 24 ساعت بستری می - شوند شامل می شود.

اهداف کلی:

کاهش مرگ و میر ، ابتلاء و عوارض ابتلاء به عفونتهای بیمارستانی؛

کاهش هزینه‌های بیمارستانی از طریق کاهش میانگین بستری و کاهش مداخلات درمانی؛

تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه و رضایتمندی آن از طریق کنترل عفونتهای بیمارستانی

جمع آوری داده‌ها:

جمع آوری داده‌های مربوط به عفونت‌های بیمارستانی به عهده تیم کنترل عفونت است که متشکل از پرستار کنترل عفونت و پزشک کنترل عفونت می باشد.

الف- با توجه به الگوریتم تشخیص عفونت بیمارستانی برای چهار عفونت اصلی براساس NNIS برای هر بیمار مشکوک به عفونت، فرم شماره یک بیماریابی تکمیل می‌گردد. مدت زمان تکمیل فرم از زمان مشکوک شدن به عفونت تا ترخیص یا فوت بیمار ادامه می‌یابد و در این مدت بیمار تحت نظر می‌باشد. فرم‌های شماره یک تکمیل شده‌ای که عفونت بیمارستانی آنها براساس تعاریف NNIS تأیید شده است تحویل کمیته کنترل عفونت بیمارستان می‌گردد. از اطلاعات خام موجود در فرم شماره یک برای پرکردن فرم شماره 2 که لیست خطی موارد عفونت بیمارستانی است استفاده می‌شود. فرم‌های شماره یک در بیمارستان نگهداری می‌شود تا در صورت لزوم در بررسی‌ها و مطالعات مربوط مورد استفاده قرار گیرد.

ب: گزارش دهی

بیمارستان واحد مراقبتی در این برنامه است و با توجه به اینکه برای جمع‌آوری داده‌ها و گزارش‌دهی و تجزیه و تحلیل آنها از ابزار یکسان و فرم‌های آماری واحد استفاده می‌شود وضعیت عفونت‌های بیمارستانی در هر بیمارستان با بیمارستان‌های دیگر قابل مقایسه خواهد بود. تکمیل فرم شماره 2 یا لیست خطی موارد عفونت‌های بیمارستانی که مهم‌ترین فرم آماری این برنامه است به عهده کمیته کنترل عفونت بیمارستان است که بهتر است این وظیفه به تیم کنترل عفونت واگذار شود که از اعضاء اصلی کمیته کنترل عفونت بیمارستان می‌باشند. در صورت لزوم به منظور بررسی میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی کمیته کنترل عفونت برگزار می‌گردد. کمیته کنترل عفونت بیمارستان موظف است در زمان وقوع طغیان عفونت‌های بیمارستانی، مراتب را تلفنی به مرکز بهداشت و مدیریت درمان شهرستان اطلاع دهد تا در اسرع وقت نسبت به ارائه کمک‌های کارشناسی و اعزام تیم‌های بررسی اقدام گردد. مسئولیت اعلام و انتشار آمارهای مربوط به وضعیت عفونت‌های بیمارستانی در کشور به مسئولین و روسای سازمان‌های مرتبط با عفونت‌های بیمارستانی به عهده رئیس مرکز مدیریت بیماری‌ها (دبیر کمیته کشوری کنترل عفونت‌های بیمارستانی) می‌باشد.

ج: تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های برنامه کنترل عفونت‌های بیمارستانی می‌توان از نرم افزارهای EPI6، STATA، SPSS استفاده کرد که متاسفانه در بیمارستان قدس از برنامه‌های نرم افزاری به دلیل عدم اختصاص اعتبار مورد نظر جهت اجرای این مساله، استفاده نمی‌گردد.

فصل سوم (تجهيزات اختصاصی هر بخش)

تجهیزات بخش اورژانس:

گلو کومتر-مانیتورینگ قلبی-D.C شوک-ساکشن-ECG-بخور گرم-نیولایزر-یخچال دارویی-پالس اکسی متر انگشتی-پالس اکسی متر-ترمومتر دیجیتال-گچ بر-هود اکسیژن-برانکارد-ویلچر-ست: (LP- تراکئوستومی-کت دان-بخیه-پانسمان) - اتوسکوپ-ترالی احیا-کپسول اکسیژن-فلومتر-مانومتر-کپسول آتش نشانی

تجهیزات بخش داخلی-اطفال:

دستگاه ECG-الکتروشوک-بخور سرد-بخور گرم-پالس اکسی متر-اتوسکوپ-نیولایزر-پمپ انفوزیون-سرنگ پمپ انفوزیون-ونتیلاتور-مانیتورینگ قلبی-فتوتراپی-انکوباتور سیار-انکوباتور-ساکشن-یخچال دارویی-شیر دوش برقی-ترالی احیا-فشارسنج بزرگسال-فشارسنج اطفال-هود اکسیژن-فلومتر-مانومتر-گلوکومتر-اکو

تجهیزات بخش ICU-CCU:

پمپ انفوزیون-سرنگ پمپ-گوشی پزشکی-فشارسنج-مانیتورینگ-ونتیلاتور-نیولایزر-بخور سرد-یخچال دارویی-ترالی احیا-الکتروشوک-آمبویگ-کپسول اکسیژن-دستگاه ECG-مانومتر اکسیژن-مانیتور مرکزی-لارنگوسکوپ-پریینتر ECG-کپسول آتش نشانی-پالس اکسی متر-فلومتر-اتوسکوپ-افتالمسکوپ-گلوکومتر-چراغ قوه

تجهیزات بخش دیالیز:

الکتروشوک-دستگاه همودیالیز-دستگاه ECG-ساکشن دو شیشه ای-دستگاه اسمز معکوس (RO)-فلومتر-فشارسنج-کپسول اکسیژن-ترالی احیا

تجهیزات بخش زایشگاه:

سونی کیت-دستگاه NST-دستگاه الکتروشوک-آمبویگ-ترالی احیا-وارمر-ECG-تخت ژینکولوژی-کات نوزاد-

تجهیزات بخش جراحی:

کپسول اکسیژن-فشارسنج-وارمر-هود اکسیژن-دستگاه اشعه-چراغ معاینه-دستگاه ECG-ساکشن-الکتروشوک-مانومتر-فلومتر-ترالی احیا-آمبویگ-کات نوزاد-تجهیزات آزمایشگاه: سل کانتر-میکسر هماتولوژی-اتو آنالایزر-اکترولیت آنالایزر-بیلی روبینومتر-بن ماری-اسپکتروفتومتر-سانتریفوژ-انکوباتور-هود سرولوژی-فور-دستگاه اندازه گیری گازهای خونی (ABG)-دستگاه اندازه گیری تروپونین-میکروسکوپ

تجهیزات اتاق عمل: دستگاه بیهوشی-دستگاه ساکشن-کوتر-پالس اکسی متر-مانیتورینگ-پمپ انفوزیون-چراغ سیالتیک-دی سی شوک-وارمر نوزاد ، CARM

1- دستگاه پالس اکسی متر

عملکرد دستگاه: اندازه گیری درصد اشباع هموگلوبو لین با اکسیژن (SPO)

قسمت های جانبی دستگاه:

- سنسور (پروپ)
- صفحه ی نمایشگر
- کلیدهای نرم افزاری

منبع تغذیه:

- جریان برق مستقیم
- باتری ذخیره

توجهات خاص:

- اطمینان از سالم بودن پروپ
- اطمینان از متناسب بودن اندازه ی پروپ با عضو
- گردش خون کافی عضو و بستر مویرگی

2- دستگاه الکتروکار دیوگرافی

عملکرد دستگاه: ثبت ضربانات الکتریکی قلب

قسمت های جانبی دستگاه :

- کابل بیمار
- پوار 6 عدد
- دستبند 4 عدد
- کابل برق

منبع تغذیه :

- جریان مستقیم برق
- باتری ذخیره

توجهات خاص:

- اتصالات کابل به بیمار بصورت کامل باشد
- هرگونه عایق می تواند باعث عدم انتقال جریان باشد.
- حدالمقدور در هنگام اخذ EKG از باتری ذخیره استفاده شود.
- بعد از اتمام کار، دستگاه و اتصالات تمیز گردد و به جریان مستقیم برق اتصال یابد.

3- دستگاه الکتروشوک

عملکرد: ایجاد شوک الکتریکی با ولتاژ بالا در کسری از ثانیه را بوجود می آورد.

موارد کاربرد:

- درمان بی نظمی های فوق بطنی (PSVT) بر طبق نظر پزشک
- درمان بی نظمی های بطنی
- ایجاد ضربان از طریق پدهای تماس پوستی

قسمت های جانبی دستگاه:

- صفحه LCD و نمایشگر (پانل)
- کابل اتصال به بیمار
- پدال
- پدهای تماسی

منبع تغذیه:

- برق مستقیم
- باتری قابل شارژ

نوع کاربرد: درمانی تشخیصی

روش نگهداری:

- پیشگیری از سقوط دستگاه در راستای جلوگیری از آسیب
- تمیز نگهداشتن سطح خارج پدال ها در جهت جلوگیری از ایجاد عایق الکتریکی
- حفاظت از کابل

4- مانیتور قلبی (ثابت و پرتابل)

عملکرد: با استفاده از یک رشته سیم (3 عدد) و اتصال به قفسه ی صدری بیمار توسط چست لید امکان نمایش یک سیکل

قلبی را فراهم می آورد

کاربرد:

- نمایش ریت قلب (کاهش و یا افزایش ضربان در دقیقه)
- نمایش ریتم قلب (منظم و یا بی نظمی و اکتراسیتول)
- نمایش بلوک های گره AV (CHB-درجه 1، درجه 2)

قسمت های اصلی دستگاه:

- صفحه LCD و نمایشگر
- کابل بیمار (3 لید یا 5 لید)

• کابل برق

• پروپ پالس اکسی متر، سنسور درجه حرارت

قسمت های اصلی دستگاه:

• صفحه LCD و نمایشگر

• کابل بیمار (3 لید یا 5 لید)

• کابل برق

• پروپ پالس اکسی متر، سنسور درجه حرارت

• کاف فشار خون

منبع تغذیه:

• برق مستقیم

• باتری قابل شارژ

نوع کاربری: تشخیصی

روش نگهداری:

• حفاظت دستگاه در مقابل هرگونه ضربه احتمالی

• ممانعت از هرگونه ضربه به پروپ

• اجتناب از هرگونه کشیدگی و گره خوردگی و ایرها

• نظافت دستگاه با استفاده از پارچه نرم نمدار سطوح خارجی دستگاه

• اجتناب از غوطه ور کردن سیم ها و پروپ و اتصالات در مواد شیمیایی

5- ساکشن پرتابل

عملکرد دستگاه:

• خروج ترشحات از حلق لوله تراشه و فضای دهان

• خروج ترشحات فضای شکم در حین اعمال جراحی

• کمک به تخلیه ترشحات در پونوموتوراکسی و هموتوراکسی

قسمت های دستگاه:

• پمپ و کیوم

• مخزن ترشحات کلید پاور و پدال ولوم حجمی

• شناور فیلتر آنتی باکتریال

منبع تغذیه:

• جریان برق مستقیم

• باتری ذخیره (در ساکشن آمبولانس)

توجهات خاص:

• بعد از هر بار استفاده و نظافت از صحت کار دستگاه اطمینان حاصل نمایند.

- اطمینان از نشت هوادر اتصالات (شامل شیشه فیلتر) و پیشگیری از کاهش قدرت مکش دستگاه
- مخازن ترشحات بعد از هربار استفاده مایست تخلیه و بصورت خشک بعد از ضدعفونی نگهداری شوند.

6- دستگاه تنفس مصنوعی یا ونتیلاتور

ونتیلاتور دستگاهی است که کار تنفس را برای بیمارانی که به طور موقت یا دائم دچار اشکالات تنفسی هستند انجام می دهد تاریخچه استفاده از این دستگاه در ایران حدود 50 سال است و اولین دستگاههای ونتیلاتور ساخت شرکت بنت آمریکا مورد استفاده قرار گرفت .

انواع ونتیلاتور :

1. ونتیلاتورهای فشارمنفی
2. ونتیلاتور های فشار مثبت

ونتیلاتورهای فشار مثبت چهار دسته اند

- فشار ثابت
- حجم ثابت
- زمان ثابت
- فرکانس بالا

طرز کار ونتیلاتور:

کار ونتیلاتور وارد کردن هوا به درون شش ها با استفاده از یکسری محاسبات که میزان ترکیب فشار و اکسیژن را در هوای ورودی به ششها تنظیم می نماید و می توان سرعت تنفس و حجم و مقدار مواد مصرفی را تغییر داد .

منبع تغذیه : جریان مستقیم برق و باطری داخلی

معیارهای آزمایشگاهی استفاده از ونتیلاتور

- $Pao_2 < 55 \text{ mmHg}$ علیرغم اکسیژن تراپی
- $Pco_2 > 50 \text{ mmHg}$
- $PH < 7.32$

چه بیمارانی به ونتیلاتور وصل میشوند :

- نارسایی تنفسی
- آپنه یا ایست تنفسی
- تهویه نامناسب (حاد یا مزمن)
- اکسیژناسیون نامناسب
- نارسایی قلبی
- اختلال در عملکرد عصبی

7- نبولایزر

دستگاهی است که جهت رساندن دارو به قسمت های مختلف دستگاه تنفس از طریق استنشاق مورد استفاده قرار می گیرد. این دستگاه می تواند به عنوان بخور سرد نیز در بیماران با اختلالات تنفسی مورد استفاده قرار گیرد.

موارد کاربرد: بیماریهای تنفسی از جمله آسم، برونشیت حاد و مزمن

قسمت های مختلف دستگاه نوبلایزر اولتراسونیک

- تبدیل کننده اولتراسوند (کرشیال)
- محفظه کوپلینگ
- کاپ دارو
- فن جهت خروج هوا

روش کار

- دستگاه به جریان برق مستقیم اتصال یابد
- محفظه کوپلینگ توسط آب مقطر آبگیری گردد
- دارو در کاپ دارو ریخته شود
- تنظیمات دستگاه انجام شود
- کلید پاور دستگاه در وضعیت ON قرار داده شود

نکته: امواج صوتی با فرکانس 2-1 مگا هرتز در محفظه کوپلینگ ایجاد می شود و هرچه فرکانس بالاتر باشد ذرات با اندازه کوچکتر (حدود 2 میکرون) به بیرون پرتاب می شود.

منبع تغذیه: جریان مستقیم برق

قسمت های جانبی: ترالی حمل دستگاه، لوله های خرطومی، ماسک و شیبوری

8- دستگاه همو دیالیز

دستگاه همو دیالیز به منظور حفظ تعادل آب و الکترولیت، دفع سموم و تنظیم یونهای در بیماران دچار نارسایی کلیه مورد استفاده قرار می گیرد.

عملکرد دستگاه: مانیتوری که یک دیالیز امن و بی خطر را برای بیمار امکان پذیر می سازد و خون بیمار را تصفیه می نماید

موارد کاربرد: بیماران دچار نارسایی حاد و مزمن کلیه

قسمت های جانبی دستگاه همودیالیز

- پمپ خون
- دتکتور حباب هوا
- دتکتور نشت خون
- دریچه بای پس
- کنترل اولترافیلتراسیون
- پمپ هپارین
- لاینهای هدایتی محلول و شستشو
- صفحه مانیتور

منبع تغذیه:

- جریان برق مستقیم
- باطری ذخیره

توجهات خاص:

- اطمینان از صحت پمپ خون و پمپ هپارین، سنسور هوا، اطمینان از برق رسانی مستقیم دستگاه، اطمینان از صحت پارامترهای مورد استفاده در هر بار دیالیز بیمار و اطمینان از صحت اتصالات قبل از وصل دستگاه به بیمار و شروع دیالیز وی
- کنترل فشار غشاء پایه (TMP) و فشار وریدی بیمار، عدم نشت خون به قسمت‌های برد الکترونیکی دستگاه در حین دیالیز
- شستشو و ضد عفونی قسمت‌های مختلف دستگاه پس از اتمام دیالیز بیمار
- انجام رسوب زدایی و چربی زدایی دستگاه با پرسیدین، پروکسان و آب جوش و ضد عفونی دستگاه با وایتکس استاندارد طبق برنامه تنظیمی توسط سرپرستار دیالیز
- کنترل فیلترهای، سنسورها، آب دستگاه، لاین‌های مختلف از نظر رسوب گیری توسط شرکت خدمات پشتیبانی بصورت ماهیانه

9- دستگاه تصفیه آب

عملکرد: کاهش املاح شیمیایی و باکتری‌های تولید شده از آنها و کاهش ذرات معلق در آب

کاربرد: تهیه آب مورد نیاز دیالیز

قسمت های اصلی دستگاه:

- مخزن جمع آوری آب شهری
- پمپ ورودی آب
- سخت گیر
- RO
- مخزن ذخیره آب تصفیه شده
- پمپ خروجی

منبع تغذیه:

- برق مستقیم

نوع کاربری: بهداشتی درمانی

روش نگهداری:

- حفاظت دستگاه در مقابل هرگونه ضربه احتمالی
- ممانعت از بی آبی و هرگونه ضربه به سخت گیر و RO
- حفاظت در برابر تغییر ولتاژ

10- دستگاه پمپ انفوزیون

عملکرد دستگاه: تزریق دارو بصورت انفیوژن

انواع مختلف تزریق:

- سرنگ
- سرم (ست سرم، ست خون، میکروست)

منبع تغذیه:

- جریان مستقیم برق
- باتری ذخیره

توجهات خاص:

- حتماً از ست های تزریق استاندارد استفاده گردد.
- دستگاه دور از دسترس بیمار قرار گیرد.
- دستگاه در معرض نور مستقیم آفتاب قرار نگیرد.

نوع کاربری: درمانی