

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



اغلب شکست های زندگی برای
افرادی رخ داده که موقع تسلیم شدن
نمی دانستند چقدر به موفقیت
نزدیک شده اند.

توماس ادیسون



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان
معاونت درمان - مدیریت پرستاری

راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار ویرایش سوم

تهیه و تنظیم: فریده کناری تختی (کارشناس ایمنی بیمار معاونت درمان)
با همکاری و مشارکت جمعی از کارشناسان ایمنی بیمار بیمارستان ها
پائیز ۱۴۰۲



مقدمه :

ایمنی بیمار، به معنای رهایی از هرگونه صدمات تصادفی نشات گرفته از مراقبت‌های سلامت می‌باشد. ایمنی بیمار، به دنبال پیشگیری و کاهش خطرات، خطاها و آسیب‌هایی است که در حین ارائه خدمات سلامت، برای بیماران ایجاد می‌شود. اساس ایمنی بیمار، بهبود مداوم بر پایه یادگیری از خطاها و وقایع ناگوار می‌باشد.

وقتی در مورد ایمنی بیمار صحبت می‌کنیم، در واقع در مورد چگونگی محافظت بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌های مراقبت‌های سلامت از بیماران خود در برابر خطاها، صدمات، حوادث و عفونت‌ها صحبت می‌نمائیم. ایمنی بیمار، اصلی‌ترین اولویت اکثر بیمارستان‌ها در سرتاسر دنیا می‌باشد.

اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان محیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه‌های ایمنی بیمار امری بیهوده است. فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد. امید است با ارائه خدمات ایمن به بیماران باعث کاهش هزینه آسیب‌های وارده به بیماران، افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان و افزایش جلب اعتماد مردم و جامعه به بخش سلامت گردیم.

و من الله توفیق

دکتر منوچهر کمالی (معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان)

برنامه ها و فعالیت های مدیریت پرستاری – حوزه ایمنی بیمار در خصوص راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار – ویرایش سوم

- ❖ شرکت در کارگاه آموزشی ۳ روزه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار (موسسه ملی تحقیقات سلامت – تهران)
- ❖ مکاتبه با جناب آقای دکتر واعظی در خصوص معرفی نماینده جهت تحویل ۲۵ جلد کتاب راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار
- ❖ انجام سه مکاتبه با روسای محترم ۱۰ بیمارستان استان در خصوص دعوت به جلسه کارشناسان ایمنی بیمار
- ❖ برگزاری سه جلسه با ۱۰ نفر از کارشناسان ایمنی بیمار مراکز درمانی دانشگاهی و غیردانشگاهی
- ❖ جمع آوری و جمع بندی مستندات ارسالی از بیمارستان های مدعو



شرکت در دوره آموزشی ۳ روزه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار

۱۴۰۲/۰۴/۲۶ - ۱۴۰۲/۰۴/۲۴




جناب آقای دکتر واعظی رئیس محترم مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
معرفی کارشناس ایمنی بیمار جهت شرکت در دوره آموزشی ۲۴ الی ۲۶ تیر ماه

با سلام و احترام

عطف به نامه شماره ۴۰۰/۷۶۵۴ د مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۰۵ در خصوص برگزاری کارگاه آموزشی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار در تاریخ ۲۴ الی ۲۶ تیر ماه ، سرکار خانم فریده کناری تختی کارشناس ایمنی بیمار حوزه مدیریت پرستاری این معاونت با کد ملی ۳۳۹۱۸۴۲۵۴۷ و شماره تماس ۰۹۱۷۷۶۷۰۵۹۰ جهت شرکت در این دوره آموزشی ، حضورتان معرفی می گردد.

دکتر حسن زارعی
سرپرست معاونت درمان دانشگاه



مکاتبه با جناب آقای دکتر واعظی

(ریاست محترم مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی)

در خصوص تحویل ۲۵ جلد کتاب راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار

جناب آقای دکتر حسن واعظی رئیس محترم مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
برخی نماینده معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان جهت دریافت کتاب ارزیابی ایمنی بیمار

سلام و احترام

مخاطب به نامه شماره ۴۰۰/۱۱۳۵۶/۱۰ مورخ ۱۴۰۲/۰۵/۱۰ در خصوص اعزام نماینده برای دریافت کتاب ارزیابی ایمنی بیمار،
جناب آقای ایرج قاسمی به عنوان نماینده این معاونت، جهت تحویل ۲۵ جلد کتاب مذکور حضورتان معرفی می گردد. لذا
خواهشمند است در این خصوص دستور لازم را صادر فرمائید.

دکتر حسن زارعی
سرپرست معاونت درمان دانشگاه



راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار

ویرایش سوم

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان

معاونت درمان - مدیریت پرستاری

واحد ایمنی بیمار

تحویل کتاب راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار ویرایش سوم بهار ۱۴۰۲



ردیف	مرکز درمانی	تحویل گیرنده	تاریخ امضاء
۱	مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)	مشارکت سردوی	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۲	مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی کودکان	زهرا رضائیان	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۳	مرکز آموزشی و درمانی شریعی	فرشته کهرابا سبزواری	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۴	بیمارستان حضرت ابوالفضل (ع) میناب	زهرا رضائیان	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۵	بیمارستان امام علی (ع) رودان	زهرا رضائیان	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۶	بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم	سعیده کهن	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۷	بیمارستان شهدای بندر لنگه	مریخت محمدلو	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۸	بیمارستان رستمائی پارسیان	حاجه زینب	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۹	بیمارستان فارابی بستک	شکوه حیدری	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۰	بیمارستان نیاپور بندر خمیر	آرزو زودخوار	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۱	بیمارستان فاطمه زهرا (س) حاجی آباد	صمیمه شیخ زاده	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۲	بیمارستان امام سجاد (ع) سیریک	ذریه برنج	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۳	بیمارستان خاتم الانبیا (ص) چاسک	علیقلی لاری	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۴	بیمارستان پارس ایوموسی	سعید قنبر	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۵	بیمارستان شیه الله اعظم (عج) بناگرد	آرزو	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۶	بیمارستان خلیج فارس (تأمین اجتماعی)	کیو کوشکی	۱۴۰۲/۰۵/۱۰
۱۷	بیمارستان ام نیلا	نزهت حیدری	۱۴۰۲/۰۵/۱۰

برگزاری جلسه با کارشناسان ایمنی بیمار ۱۰ بیمارستان استان مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۳ - جلسه اول موضوع: راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار (ویرایش سوم)

بسمه تعالی
انستگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
معاونت درمان - مدیریت پرستاری
فرم اعضای جلسات



بسمه تعالی
انستگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
معاونت درمان - مدیریت پرستاری
فرم صورت جلسه



جناب آقای دکتر عبدالله غریب زاده
رئیس محترم مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)
سرکار خانم دکتر زینب الهی
رئیس محترم مرکز آموزشی درمانی بیمارستان شریعتی
جناب آقای دکتر سپهر اسماعیلی
رئیس محترم بیمارستان شهدا بندرلنگه
جناب آقای دکتر صلاح الدین سفاری
سرپرست محترم بیمارستان بندرخمیر
جناب آقای دکتر سیدمحمد احمدی کوپایی
سرپرست محترم بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم
جناب آقای دکتر مرتضی اسمعیلی
ریاست محترم بیمارستان امام رضا
سرکار خانم دکتر پزیشک دخت عصار
ریاست محترم بیمارستان ام لیل
سرکار خانم دکوتو بستان
ریاست محترم بیمارستان خلیج فارس
جناب آقای دکتر امید براتی
ریاست محترم بیمارستان کیش
جناب آقای دکتر اسکندری
ریاست محترم بیمارستان صاحب الزمان (عج)
دعوت به جلسه " کارشناسان هماهنگ کننده ایمنی بیمار "

با سلام و احترام

با عنایت به اهمیت پیاده سازی برنامه های بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار و به منظور ارائه خدمات ایمن تر و نظارت بهتر بر عملکرد بخش ها، این معاونت در نظر دارد روز چهارشنبه مورخ ۱۴۰۲/۰۸/۰۳ از ساعت ۱۴-۸ در سالن اجتماعات معاونت درمان، جلسه هم اندیشی برگزار نماید. لذا خواهشمند است دستور فرمائید **کارشناسان هماهنگ کننده ایمنی بیمار** آن مرکز در جلسه مذکور حضور بهم رسانند.

عنوان جلسه: **راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار (ویرایش سوم) - بیمار اول**
تاریخ برگزاری جلسه: **۱۴۰۲/۰۸/۰۳**
مکان برگزاری جلسه: **سالن اجتماعات بیمارستان**
زمان برگزاری جلسه: **۸ تا ۱۴**
افراد حاضر در جلسه: **دکتر عبدالله غریب زاده - سرپرست مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص) - دکتر زینب الهی - سرپرست مرکز آموزشی درمانی بیمارستان شریعتی - دکتر سپهر اسماعیلی - رئیس بیمارستان شهدا بندرلنگه - دکتر صلاح الدین سفاری - سرپرست بیمارستان بندرخمیر - دکتر سیدمحمد احمدی کوپایی - سرپرست بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم - دکتر مرتضی اسمعیلی - ریاست بیمارستان امام رضا - خانم دکتر پزیشک دخت عصار - ریاست بیمارستان ام لیل - خانم دکوتو بستان - ریاست بیمارستان خلیج فارس - دکتر امید براتی - ریاست بیمارستان کیش - دکتر اسکندری - ریاست بیمارستان صاحب الزمان (عج)**
اسامی غایبین: **---**
دستور کار جلسه: **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
مطالب مطروحه:
۱- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۲- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۳- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۴- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۵- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۶- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۷- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۸- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۹- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۰- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۱- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۲- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۳- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۴- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۵- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۶- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**
۱۷- **تعمیر پرونده ایمنی بیمار (در صورت عدم امکان ارزیابی ایمنی بیمار) - بازبینی پرونده های بیمارستان**

تاریخ: **۱۴۰۲/۰۸/۰۳**

پیشگفتار ویرایش سوم

ویرایش نخست دستورالعمل ارزیابی ایمنی بیمار در سال ۲۰۱۱ (۱۳۹۰ شمسی) منتشر شد. این ویرایش در سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۴ شمسی) مورد بازبینی قرار گرفت و ویرایش دوم آن در سال ۲۰۱۶ (۱۳۹۵ شمسی) منتشر شد. در این دستورالعمل، مجموعه ای از استانداردها ارائه شده است که شامل حیطه های مختلف ایمنی بیمار است. جمع آوری اطلاعات مربوط به استانداردها به طور مداوم صورت می گیرد و روش های کنونی ارائه خدمات سلامت و بهترین مداخلات مبتنی بر شواهد را منعکس می کنند. معیارهای ارزیابی دستورالعمل هر سه الی چهار سال یک بار مورد بازبینی قرار می گیرند.

تعداد کل معیارها در ویرایش حاضر (ویرایش سوم) ۱۳۴ معیار است و تعداد آنها در ویرایش دوم ۱۳۹ معیار بود. در ویرایش سوم برخی از استانداردها با هم ادغام شده و تبدیل به یک استاندارد واحد شده اند و برخی دیگر از نظر نگارشی ویراستاری شده اند. همچنین چند استاندارد به دلیل اهمیت در نتیجه و پیامد درمان بیماران و با در نظر گرفتن میزان هم راستایی با برنامه سازمان جهانی بهداشت برای ترویج ایمنی بیمار اضافه گردیده اند. مجموعه کامل تغییرات در جدول ۶ ارائه شده است. دستورالعمل حال حاضر با مشارکت دفتر منطقه ای مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان صاحب نظر منطقه تدوین شده است.

از طرف نویسندگان

تقسیم بندی حیطه ها

بیمارستان	نام و نام خانوادگی	حیطه
بیمارستان کیش	ایمان الوندی	حیطه A - رهبری و مدیریت
بیمارستان شهدای بندر لنگه	مرضیه محمدزاده	
مرکز آموزشی و درمانی شریعتی	نرگس طهماسب پور افشار	حیطه B - مشارکت بیماران و جامعه
بیمارستان ام لیلا	فرزانه حیدری	
مجتمع آموزشی ، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)	گلناز سادات موسوی	حیطه C - خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
بیمارستان خلیج فارس	نجمه توحیدی	
بیمارستان صاحب الزمان (عج)	غلامرضا رئیسی	حیطه D - محیط ایمن
بیمارستان امام رضا (ع)	پریچهر صباغ زاده	
بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم	سعیده لشکری	حیطه E - آموزش مداوم
بیمارستان نیاپور بندر خمیر	آزاده دردخوار	

جدول ۱. توزیع معیار طبقه‌بندی شده بر اساس پنج حیطة برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)

حیطه (ویرایش سوم)	معیارهای الزامی	معیارهای اساسی	معیارهای پیشرفته	تعداد کل معیارها در هر حیطه
A: رهبری و مدیریت (۶ استاندارد)	۷	۲۶	۳	۳۶
B: مشارکت بیماران و جامعه (۷ استاندارد)	۲	۲۲	۷	۳۱
C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (۴ استاندارد)	۱۴	۲۴	۲	۴۰
D: محیط ایمن (۲ استاندارد)	۱	۲۰	۱	۲۲
E: آموزش مداوم (۳ استاندارد)	۱	۲	۲	۵
تعداد کل	۲۵	۹۴	۱۵	۱۳۴



جدول ۲. قالب تمام حیطه‌های ایمنی بیمار و استانداردها

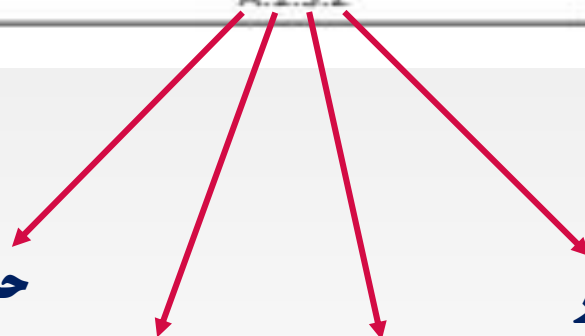
حیطه A: رهبری و مدیریت		
راهنما برای شواهد انطباق	استاندارد A.1: مدیریت لرشد بیمارستان به ایمنی بیمار متعهد است.	
	A.1.1.1	معیارهای الزامی
	A.1.1.2	
	A.1.1.3	
	A.1.2.1	معیارهای اساسی
	A.1.2.2	
	A.1.2.3	
	A.1.3.1	معیارهای پیشرفته
	A.1.3.2	

حیطه / Domain

استاندارد

پیشرفته

معیار



۲۵ معیار الزامی در ویرایش سوم

جدول ۳. بیست و پنج معیار الزامی در ویرایش سوم

معیارهای الزامی
A.1.1.1 بیمارستان برنامه راهبردی (استراتژیک) دارد که در آن ایمنی بیمار حائز اولویت است.
A.1.1.2 نظام حاکمیت / رهبری سازمانی و بالینی مشخصی در بیمارستان وجود دارد.
A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان با هدف بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، بازدیدهای ماهانه مدیریتی ایمنی بیمار را به منظور شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله در خصوص موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار انجام می‌دهد.
A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می‌نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط با اختیارات لازم به‌عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.
A.4.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان وجود تجهیزات و لوازم ضروری با عملکرد مطلوب را در همه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان تضمین می‌نماید.
A.5.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تأمین تعداد کافی کارکنان واجد صلاحیت را در تمامی شیفت‌های کاری جهت ارائه خدمات ایمن به بیمار تضمین می‌نماید.

A.5.1.2	فرایندی مشخص و تعریف شده برای حصول اطمینان از این که کلیه کارکنان بالینی دارای گواهی صلاحیت حرفه‌ای معتبر از مراجع مربوطه هستند، وجود دارد.
B.2.1.1	رضایت آگاهانه، قبل از هر اقدامی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد، توسط کارکنان ذی‌صلاح به روش و زبانی که برای بیمار یا قیم قانونی وی قابل‌درک باشد، اخذ می‌شود.
B.3.1.1	در فرایند شناسایی بیمار در کل بیمارستان، حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار استفاده می‌گردد.
C.1.1.1	مدیریت ارشد بیمارستان کانال‌های ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان، از جمله برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها برقرار کرده است.
C.1.1.2	بیمارستان چک‌لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماهای جراحی ایمن، از جمله چک‌لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می‌نماید.
C.1.1.3	در بیمارستان، روال‌هایی مشخص برای اطمینان از شناسایی به‌موقع موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن وجود دارد.
C.1.1.4	بیمارستان اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است، از فن "بازخوانی مجدد مطالب" به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها استفاده می‌نماید.
C.1.1.5	بیمارستان به‌منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم‌های درمانی و در زمان تعویض شیفت‌ها روال مشخصی دارد.
C.1.1.6	بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می‌نماید.
C.2.1.1	بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیت‌های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت است که تمام رشته‌ها و تخصص‌ها را در برمی‌گیرد.
C.2.1.2	بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می‌نماید.
C.2.1.3	فردی واجد شرایط به‌عنوان مسئول تمامی فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است.
C.3.1.1	بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن و باکیفیت اجرا می‌نماید.
C.3.1.2	بیمارستان تضمین می‌نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیمار برای تست کراس‌مچ از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می‌نماید.
C.4.1.1	داروساز دارای مجوز فعالیت، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به‌نحوی مدیریت می‌نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات کاربردی جاری را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌نماید.
C.4.1.2	بیمارستان محلول‌های الکترولیت با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می‌نماید.
C.4.1.3	بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز (۲۴ ساعته) تضمین می‌نماید.
D.2.1.1	بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید.
E.1.1.1	تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده‌اند.

جدول ۴. ضوابط امتیاز دهی برای ارزیابی هر معیار

امتیازدهی	نمره	منطق امتیازدهی	راهنمای ارزیابان
اجرای کامل	۱	تطابق ۸۰ درصد (یا بیشتر) موارد	ارائه پیشنهاد یا «فرصت برای بهبود» ^۱
اجرای نسبی	۰/۵	تطابق ۳۱ تا ۷۹ درصد موارد	ارائه «فرصت برای بهبود» یا توصیه‌ها برای کمک به ارتقاء بیمارستان
عدم اجرا	۰	تطابق کمتر از ۳۰ درصد موارد	ارائه توصیه‌ها و جدول زمان‌بندی



جدول ۵. سطوح تحقق استانداردهای ایمنی بیمار

استانداردهای پیشرفته (درصد)	استانداردهای اساسی (درصد)	استانداردهای الزامی (درصد)	سطح بیمارستان
هر میزان	هر میزان	۱۰۰	سطح ۱
هر میزان	۶۰-۸۹	۱۰۰	سطح ۲
هر میزان	≥۹۰	۱۰۰	سطح ۳
≥۸۰	≥۹۰	۱۰۰	سطح ۴

سطوح تحقق استانداردهای ایمنی بیمار

استانداردهای پیشرفته	استانداردهای اساسی	استانداردهای الزامی	سطح بیمارستان
هر میزان	هر میزان	100%	سطح 1
هر میزان	60%-89%	100%	سطح 2
هر میزان	≥90%	100%	سطح 3
≥80	≥90%	100%	سطح 4

گزارش عملکرد حیطة A – مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۸

حیطة A – رهبری و مدیریت
آقای ایمان الوندی – بیمارستان کیش
خانم مرضیه محمدزاده – بیمارستان شهدای بندر لنگه



حیطه A: رهبری و مدیریت



تعداد معیارها			بیانیه استاندارد	حیطه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
۱	۴	۳	A.1 مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.	A رهبری و مدیریت
۱	۷	۱	A.2 بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.	
۱	۲	۰	A.3 بیمارستان از داده‌ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می‌نماید.	
۰	۳	۱	A.4 بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری یا کارکرد مناسب است.	
۰	۶	۲	A.5 مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل، برای ارائه خدمات ایمن در تمامی شیفت‌های کاری اطمینان حاصل می‌نماید.	
۰	۴	۰	A.6 بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی ارائه خدمات ارائه شده برای همه بخش‌ها است.	
۳	۲۶	۷	کل	



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

راهت‌ها برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار
<ul style="list-style-type: none"> • برنامه راهبردی مبتنی بر شواهد اهداف ایمنی بیمار. • برنامه عملیاتی مبتنی بر شواهد فعالیت‌های سالانه ایمنی بیمار. 	<p>A.1.1.1 بیمارستان برنامه راهبردی (استراتژیک) دارد که در آن ایمنی بیمار حائز اولویت است.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • نمودار سازمانی که سلسله مراتب نظارت و پاسخ‌دهی برای همه کارکنان و تمامی بخش‌ها را نمایش می‌دهد. • شرح وظایف مدیریت بیمارستان و مدیر / معاون درمان یا معادل آنها. 	<p>A.1.1.2 نظام حاکمیت / رهبری سازمانی و یالینی مشخصی در بیمارستان وجود دارد.</p>	معیار الزامی
<ul style="list-style-type: none"> • برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار. • اعضای تیم‌های بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار. • صورت‌جلسه و اقدامات انجام شده. • مستندات بازخورد به کارکنان. 	<p>A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان با هدف بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، بازدیدهای ماهانه مدیریتی ایمنی بیمار را به‌منظور شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله در خصوص موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار انجام می‌دهد.</p>	



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

<ul style="list-style-type: none"> • در بودجه بیمارستان یک ردیف اختصاصی برای ایمنی بیمار وجود دارد. • وجود منابع مالی برای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت: آموزش پرسنل. 	<p>A.1.2.1 مدیریت ارشد بیمارستان منابع لازم، از جمله بودجه سالانه برای فعالیت‌های ایمنی بیمار را بر اساس برنامه عملیاتی تفصیلی فراهم می‌نماید.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • اصول اخلاقی، به‌عنوان مثال در رابطه با پژوهش، احیاء رضایت و حفظ محرمانگی. • خطامشی حمایت اخلاقی برای تصمیمات بالینی دشوار. • خطامشی اخلاق در پژوهش. 	<p>A.1.2.2 مدیریت ارشد بیمارستان چارچوبی برای مدیریت اخلاقی فراهم می‌نماید که از تصمیم‌گیری در ارائه مراقبت‌های بالینی و مدیریت پژوهش پشتیبانی می‌نماید.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • فرایند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار یا استفاده از پرسشنامه، به‌عنوان مثال پرسشنامه آزاتس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت^۱ برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار. • فرایند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار قبل و حین اجرای برنامه‌های ایمنی بیمار. 	<p>A.1.2.3 مدیریت ارشد بیمارستان فرهنگ ایمنی بیمار را به‌صورت سالانه ارزیابی می‌نماید و متعاقب آن برنامه‌های عملیاتی هر سه ماه یکبار مورد بازبینی قرار می‌گیرند.</p>	<p>معیار اساسی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • وجود شواهدی از فعالیت‌های انجام گرفته در مورد ایمنی بیمار در بیمارستان و / یا در جامعه در روزهای ۵ می و ۱۷ سپتامبر. 	<p>A.1.2.4 مدیریت ارشد بیمارستان هر سال، روز جهانی بهداشت دست (۵ می - ۱۵ اردیبهشت) و روز جهانی ایمنی بیمار (۱۷ سپتامبر - ۲۶ شهریور) را به رسمیت شناخته و طی مراسمی از آن تجلیل می‌کند.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • برنامه راهبردی یا بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌ها. • وجود شواهد ایمنی بیمار در داخل بیانیه‌ها. 	<p>A.1.3.1 برنامه راهبردی (استراتژیک) بیمارستان شامل بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌هایی است که بر وجود فرهنگ ایمنی دلالت دارند.</p>	<p>معیار پیشرفته</p>

اهداف استراتژیک



اهداف استراتژیک وجه مالی

- افزایش درآمد به ازاء هر تخت
- کاهش هزینه به ازاء هر تخت

اهداف استراتژیک وجه گیرندگان خدمت

- افزایش درصد رضایتمندی بیماران

اهداف استراتژیک وجه فرآیندهای داخلی

- افزایش درصد استقرار استانداردهای اعتباربخشی
- استقرار استانداردهای ایمنی بیماران
- استقرار استانداردهای ایمنی کارکنان

اهداف استراتژیک وجه رشد و یادگیری

- افزایش درصد رضایتمندی کارکنان از آموزش ها
- افزایش اثربخشی آموزش ها
- درصد رضایتمندی کارکنان



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • مستندات مبنی بر وجود راهبرد ایمنی بیمار در برنامه راهبردی بیمارستان. • گزارش‌های نظارتی برای اهداف راهبردی برنامه از جمله خطر وقایع ناخواسته. • برنامه عملیاتی برای رفع کاستی‌های شناسایی شده بر اساس فرایندهای نظارتی. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • برنامه راهبردی بیمارستان چگونه ایمنی بیمار را منعکس می‌کند؟ • بیمارستان چگونه وضعیت ایمنی بیمار خود را نسبت به «راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار» بررسی می‌کند؟ • از نتایج گزارش‌های ارزیابی چگونه استفاده می‌نمایید؟ • چگونه اجرا و پیاده‌سازی اقدامات صورت گرفته را نظارت و پیگیری می‌نمایید؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

چک لیست ارزیابی میدانی - بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

ردیف	سوالات	بله	تخمینی	خیر
۱	آیا پرسنل از بازدید میدانی و بازدید مدیریتی بخش خود آگاهی دارند.			
۲	آیا پرسنل مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار را می شناسند؟			
۳	آیا پرسنل از تنوع وظایف مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده بیمار آگاهی دارند؟			
۴	آیا پرسنل کارشناسی وقایع ناخواسته را می شناسند؟			
۵	آیا پرسنل از ۹ راه حل ایمنی بیمار آگاهی دارند؟			
۶	آیا پرسنل از شاخص های ایمنی بیمار آگاهی دارند؟			
۷	آیا پرسنل از دستورالعمل شناسایی صحیح بیمار آگاهی دارند؟			
۸	آیا پرسنل از روش اجرایی ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی آگاهی دارند؟			
۹	آیا پرسنل از خطاهای پزشکی گزارش شده در بیمارستان خود آگاهی دارند؟			
۱۰	آیا پرسنل حوادث ناخواسته بیمارستانی را می دانند؟			
۱۱	آیا پرسنل از نحوه گزارش دهی حوادث ناخواسته بیمارستانی آگاهی دارند؟			
۱۲	آیا پرسنل از NEVER EVENTS آگاهی دارند			
۱۳	آیا پرسنل از مصوبات کمیته ها و RCA های انجام شده آگاهی دارند.			
۱۴	آیا پرسنل از نحوه فعال سازی کد آتشنشانی آگاهی دارند؟			
۱۵	آیا پرسنل انواع خاموش کننده های مورد استفاده در بیمارستان را می دانند؟			
۱۶	پرسنل از محیط های امن بیمارستان در زمان وقوع حوادث و بحران آگاهی دارند؟			
۱۷	پرسنل از نحوه فعال سازی کد بحران و توقف خود در بحران آگاهی دارند؟؟			
۱۸	رابطین آتش نشانی دارای گواهی دوره اطفا حریق می باشند؟			
۱۹	پرسنل رابط آتش نشانی بخش خود را می شناسند؟			
۲۰	پرسنل عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان آگاهی دارند؟			
۲۱	کارکنان از نحوه تخلیه بیمارستان / بخش در زمان وقوع حادثه آگاهی دارند؟			
۲۲	آیا پرسنل از بخش پشتیبان تجهیزات ضروری خود آگاهی دارند.			
۲۳	آیا پرسنل از چشم انداز بیمارستان آگاهی دارند.			
۲۴	آیا پرسنل از بیابانه بیمارستان آگاهی دارند.			
۲۵	آیا پرسنل از سیاست های اصلی برنامه استراتژیک بیمارستان آگاهی دارند.			
۲۶	آیا پرسنل از فرایند رسیدگی به شکایات / انتقادات آگاهی دارند.			
۲۷	آیا پرسنل دارای کارت شناسایی و پوشش مصوب می باشند.			
۲۸	برای تمامی تخت های بستری رنگ احضار پرستار موجود و آماده بکار می باشد. (چک نمودن حداقل ۲ اتاق بیمار).			
۲۹	در سرویس های بهداشتی رنگ احضار پرستار موجود و آماده بکار می باشد. (چک نمودن حداقل ۲ اتاق بیمار).			
۳۰	آیا امکانات بخش ها هم از یخچال و صندلی برای همراهان موجود و سالم می باشد.			
۳۱	آیا کارکنان از شیوه های انتقال ایمن کارهای طبی اطلاع دارند؟			
۳۲	کیسول اکسیژن در بخش به روش ایمن نگهداری می شود.			
۳۳	آیا پرسنل از کتابچه دارویی اطلاع دارند.			
۳۴	آیا پرسنل از کتابچه کندزبایی و مواد شوینده آگاهی دارند.			

اشکالات و مداخلات پیشنهاد شده: _____



چک لیست ارزیابی میدانی - مدیریت پرستاری

ردیف	سوالات	بله	تخمینی	خیر
۱	برنامه CPR بزرگسال و اطفال در بخش موجود هست؟			
۲	آیا پرسنل از دستورالعمل احیای قلبی ریوی آگاهی دارند؟			
۳	آیا پرسنل از فرم ADR و نحوه گزارش و پرکردن آن اطلاع دارند؟			
۴	آیا پرسنل از کدبندی رنگی دستبند شناسایی بیماران آگاهی دارند. (دستبند رنگ زرد).			
۵	آیا پرسنل روش شناسایی فعال بیماران آگاهی دارند.			
۶	تقسیم متوازن بیماران بین پرستاران حاضر در شیفت انجام می شود.			
۷	آیا تحویل و تحویل بیمار بر اساس تکنیک SBAR انجام می شود؟			
۸	پوستر اقدامات مورد نیاز از تزریق خون توسط پرستاران در بخش در معرض دید کارکنان می باشد.			
۹	آگاهی پرسنل از خط و مشی و روش مهار فیزیکی.			
۱۰	آگاهی پرسنل از خط و مشی و روش مهار شیمیایی.			
۱۱	آیا پرسنل از بیماران آسیب پذیر آگاهی دارند.			
۱۲	آیا پرسنل از بیماران پرخطر آگاهی دارند.			
۱۳	آیا پرسنل از دستورالعمل تسکین درد آگاهی دارند.			
۱۴	آموزش بیماران توسط پرستاران در بدو ورود بطور دقیق انجام و ثبت می شود.			
۱۵	آیا پرسنل از بیماری های شایع بخش خود آگاهی دارند.			
۱۶	آیا پرسنل از دستورالعمل نحوه برگزاری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک آگاهی دارند.			
۱۷	آگاهی پرسنل از خط مشی و روش تحویه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه.			
۱۸	آیا اخذ رضایت آگاهانه از بیماران در تمامی پروسیجرهای تهاجمی و اعمال جراحی انجام می شود.			
۱۹	آیا پرسنل از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند و تابلو آن موجود می باشد.			
۲۰	آیا پیگیری پس از ترخیص بیماران انجام می شود؟			
۲۱	آیا پرسنل با کد ۲۴۷ - ۲۴۴ - ۲۴۴ آشنایی دارند؟			
۲۲	آیا بیمار از انتخاب پزشک دوم و دسترسی به پزشک معالج آگاهی دارند.			
۲۳	آیا بیمار پرستار و پزشک معالج خود را می شناسند.			
۲۴	آگاهی پرسنل از خط و مشی مراقبت های فیزیولوژیک و مانیوتورینگ مداوم بیماران حاد.			

اشکالات و مداخلات پیشنهاد شده: _____

امضاء _____

چک لیست ارزیابی میدانی - مسئول فنی داروخانه

ردیف	سوالات	بله	خاموشی	خبر
	محل تگه داری دارو ها تمیز و مرتب است.			
	داروهای پرخطر به صورت مناسب جداسازی و منظم شده اند.			
	داروهای پرخطر دوازده گانه به صورت صحیح برچسب گذاری شده است.			
	داروهای مشابه مشخص شده اند.			
	محلول های تزریقی از محلول های شستشو جداسازی شده اند.			
	داروهای تزریقی از محلول های ضد عفونی و داروهای توکسیک جداسازی شده اند و در محل های جداگانه تگه داری می شوند.			
	استوک داروها به طور مرتب کنترل می شود.			
	هیچ گفته داروی بدون برچسب یا با برچسب نام درست یافت نشد.			
۱	استوک دارویی کامل بوده و مقدار اضافی داروها مطابق دستورالعمل به صورت دوره ای کنترل و به داروخانه تحویل می گردد.			
	داروهای که به هر دلیلی جهت بیمار استفاده نشده اند به صورت صحیح به داروخانه مرجع می شوند.			
	داروها به ترتیب انقضاء مرتب شده اند.			
	داروهای تاریخ نزدیک شش ماهه به داروخانه گزارش شده اند.			
	داروهای حیاتی (تزریقی کدگذاری دوت و غیره) به طور کامل موجود هستند.			
	داروهای ضروری در بخش موجود هستند.			
	غلظت تاریخ زمان اختلاط محلول های تزریقی در صورت نیاز به reconstitution به دقت نوشته شده است.			
	فهرست داروهای خود به خود متوقف شونده در بخش های بستری موجود است.			
	فقط داروهای پنجگانه در پنجگانه تگه داری می شوند.			
۲	کادر درمان از داروهای موثقی بل دوز موجود و دستورالعمل آنها مطلع هستند.			
	داروهای مونیتیل دوز مطابق دستورالعمل برچسب گذاری می شوند.			
۳	داروهای مخدر در جای مناسب تگه داری می شوند و مدارک آن ها به طور کامل موجود می باشد.			
	درجه حرارت پنجگانه در محدود ۲-۸ درجه سانتی گراد بوده و به طور مرتب کنترل می گردد.			
۴	رطوبت پنجگانه به صورت مرتب کنترل و ثبت می گردد.			
	دما و رطوبت محیط نگهداری داروها به طور مرتب کنترل و ثبت می گردد.			
۵	لیست دارمکوبه دارویی در دسترس می باشد.			
	کادر درمانی از نحوه برخورد یا داروهای تجویز شده خارج از دارمکوبه اطلاع دارند.			
	داروهای تزریقی کد به تعداد می باشد.			
۶	چک لیست تزریقی های کد به صورت روزانه تکمیل می شود.			
	داروهای یا تاریخ انقضای کمتر از سه ماه در تزریقی تکمیل نمی باشند.			
۷	کادر درمان خطاهای دارویی مرتبط با بخش یا داروخانه را گزارش می نمایند.			
	پرسل درمانی از فرم های ADR و نحوه پر نمودن آن ها مطلع هستند.			
۸	کادر درمانی از ضرورت اطلاع رسانی در رابطه با گزارش فوری عوارض جانبی منجر به بستری یا فوت مطلع هستند.			
	کادر درمانی موارد مشکوک به عارضه جانبی دارویی را گزارش می نمایند.			

اشکالات و مداخلات پیشنهاد شده :

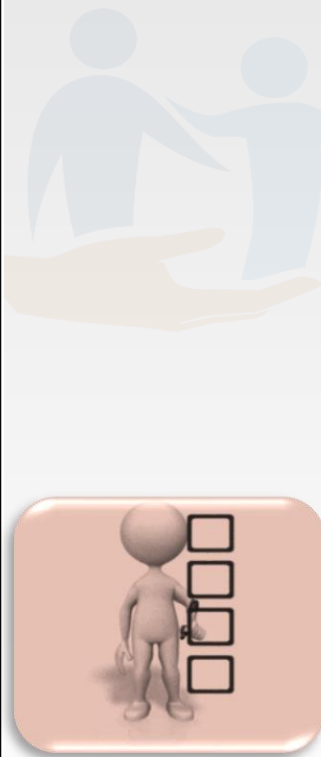
امضاء

چک لیست ارزیابی میدانی - مسئول فنی

ردیف	سوالات	بله	خاموشی	خبر
۱	آیا پرسنل اصول دارودهی (Y Rights) را می دانند و رعایت می کنند ؟			
۲	آیا پرسنل داروهای خود به خود متوقف شونده را می شناسند؟			
۳	آیا پرسنل دارو های با هشدار بالا را می شناسند و بر چسب گذاری انجام و به راحتی قابل شناسایی می باشند .			
۴	آیا دارو ها در شرایط ایمن نگهداری، انبار و آماده استفاده می شوند؟			
۵	آیا داروهای مشابه (از نظر شکل ، نام و تلفظ) بصورت ایمن نگهداری ، تجویز و مصرف می شوند ؟			
۶	آیا داروهای پرخطر ۱۲ گانه دارای بر چسب قرمز روی پاکس و روی دارو هستند ؟			
۷	آیا دارو های پرخطر توسط دو پرستار مهر و امضاء می شود؟			
۸	آیا چیدمان دارو و تجهیزات تزریقی ایمن طبق آخرین دستورالعمل وزارت بهداشت می باشد .			
۹	لیست داروهای پنجگانه و چک لیست کنترل دما موجود می باشد .			
۱۰	توزیع دارو بصورت تایم دوز می باشد .			
۱۱	سوابق ارزیابی نگهداری پیشگیرانه تجهیزات مربوط به بخش موجود می باشد .			
۱۲	وجود فهرست و تامین داروهای حیاتی در بخش ها .			
۱۳	وجود فهرست و تامین داروهای ضروری در بخش ها .			
۱۴	آیا پرسنل از کنایچه دارویی آگاهی دارند .			
۱۵	آیا پرسنل از رنگ بندی کیسول گازهایی طبی آگاهی دارند ؟			
۱۶	آیا ارزیابی اولیه دقیق و کامل پرستاری بر باین بیمار توسط پرستار در محدوده زمانی تعیین شده انجام می شود .			
۱۷	آیا پرسنل از محدوده زمانی مناسب توسط بیمارستان جهت انجام ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک آگاهی دارند .			
۱۸	محدوده زمانی انجام مشاوره اورژانسی تا چه زمانی است .			
۱۹	آیا پرسنل از دستورالعمل دستورات تلفنی پزشکان آگاهی دارند ؟			
۲۰	ثبت تاریخ و ساعت اطلاع دهی نتایج اقدامات تشخیصی به پزشک معالج در پرونده توسط پرستار انجام می شود .			
۲۱	آیا پرسنل از فهرست اقدامات تهاجمی بخش خود را آگاهی دارند .			
۲۲	فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک در بخش ها موجود می باشد و پرسنل از آن آگاهی دارند .			
۲۳	خط آزاد یکطرفه و آماده یکبار در بخش موجود می باشد .			
۲۴	آیا بیماربان روزانه توسط پزشک معالج مربوطه ویزیت می شود . (حداقل ۳ بیمار بررسی شود .)			
۲۵	آیا پرسنل از دستورالعمل تسکین درد آگاهی دارند .			
۲۶	آیا پزشکان در زمان تجویز داروی مخدر از حروف درشت استفاده می نمایند .			
۲۷	آیا رژیم غذایی تمامی بیماربان توسط پزشک معالج در پرونده امر از معمولی ، و ... ثبت می شود .			
۲۸	آیا جداول مربوط به BMI در ایستگاه پرستاری موجود می باشد .			
۲۹	برای بیماربان بستری بالای ۳۴ ساعت در بخش های ویژه ارزیابی تغذیه (مشاوره تغذیه) انجام می شود .			
۳۰	آیا پرسنل از ۸۸ بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه آگاهی دارند .			
۳۱	آیا پرسنل موارد بحرانی تصویربرداری شناسایی شده آگاهی دارند و در بخش موجود می باشد .			
۳۲	آیا پرسنل از مدت پایداری نمونه های مختلف و شرایط نگهداری نمونه ها قبل از انجام آزمایش آگاهی دارند .			
۳۳	آگاهی پرسنل از خط و منحنی شناسایی به موقع ، نحوه رسیدگی به بیماربان بدحال و اورژانسی در بخش های بستری .			

اشکالات و مداخلات پیشنهاد شده :

امضاء



ردیف	سئوالات	پاسخ	نمره	تایید
۱	آیا پرسنل عفونت بیمارستانی را به درستی تعریف و ۴ عفونت های بیمارستانی رایج را می شناسند.			
۲	آیا پرسنل گزارش دهی عفونت بیمارستانی را به درستی می دانند			
۳	آیا پرسنل در صورت وجود بیمارانی عفونی به موقع به واحد کنترل عفونت گزارش می دهند			
۴	آیا پرسنل از شیوع ایزولاسیون بیمار آگاهی دارند			
۵	آیا پرسنل از ترتیب پوشیدن و خارج کردن وسایل حفاظت فردی آگاهی دارند.			
۶	آیا پرسنل اقدامات پیشگیرانه مواجهات شغلی را می دانند و رعایت می کنند.			
۷	آیا پرسنل از مدیریت مواجهه شغلی آگاهی دارند و تیتر تمی بادی خود را می دانند			
۸	آیا پرسنل از بیماریهای مشمول گزارش دهی فوری آگاهی دارند.			
۹	آیا پرسنل دستورالعمل راهنمای شنستن دست را می دانند .			
۱۰	آیا بیمارانی از بهداشت دست پرسنل رعایت دارند			
۱۱	آیا پرسنل به ۵ موقعیت بهداشت دست آگاهی دارند و مراحل هندراب را به شکل صحیح انجام می دهند .			
۱۲	آیا تطافت لباس پرسنل مطلوب است ، تاخن ها کوتاه و بدون لاک است و از زیورآلات استفاده نشده است			
۱۳	محلول های ضدعفونی آماده شده در بخش دارای مشخصات و تاریخ و دستورالعمل استفاده می باشد			
۱۴	آیا هنگام استفاده از محلولهای ضدعفونی از وسایل محافظت فردی استفاده میشود			
۱۵	آیا اصول تکنیک پسماند ها رعایت شده است			
۱۶	آیا سروس های بهداشتی از تطافت مطلوبی برخوردار است			
۱۷	آیا رنگ بندی و نوع سطوحای تکنیک پسماندها در قسمت های مختلف بخش مربوطه رعایت شده است			
۱۸	آیا یخچال دارویی از یخچال پرسنل جدا است .			
۱۹	آیا کلیه داروهای موجود در داخل یخچال دارویی تاریخ دارند و دارای مشخصات هستند			
۲۰	ماتونترهای اکیژن در حال استفاده دارای تاریخ روز است			
۲۱	ماتونترهای اکیژن در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی ضدعفونی شده و دارای تاریخ مرتبط است			
۲۲	بخش مربوطه تمیز و عاری از گرد و غبار است			
۲۳	آیا تطافت لوازم و تجهیزات طبق برنامه مدون هفتگی انجام می شود.			
۲۴	آیا پرسنل خدمات بعد از ترخیص بیمار عفونی تحویه شنششو و ضدعفونی اتاق را میداند .			
۲۵	آیا تخت های موجود در بخش استیل و قابل شنششو است			
۲۶	آیا وسایل و ایسه بیمارانی عفونی در کیسه های زرد یا برچسب مشخص عفونی ، جمع آوری و منتقل می گردد.			
۲۷	آیا چسب های آنژیوتکت بیمارانی تمیز بوده و دارای اطلاعات (تاریخ ، نام ، شیفت) ثبت شده است			
۲۸	آیا یاتل سرم های تزریقی بعد از ۲۴ ساعت تعویض می شوند و دارای تاریخ است			
۲۹	آیا ست سرم بعد از ۲۴ ساعت تعویض می شود و تاریخ زده شده است			
۳۰	آیا سوند فولی بیمار تاریخ دارد ، و دستورالعمل تعویض اتصالات رعایت می شود ؟			

ردیف	سئوالات	پاسخ	نمره	تایید
۳۱	آیا یوئین بک در زمان تعویض سوند اندری و در صورت فیکاسیون بلیچ، آلودگی و پارگی تعویض می شود طبق دستورالعمل بالاتر از سطح زمین قرار گرفته است			
۳۲	آیا سرم های شنششوی باز شده تاریخ دارد و بصورت استریل (گذاشتن درپوش) نگهداری می شود.			
۳۳	داروهای تزریقی بلافاصله قبل از استفاده آماده می شود.			
۳۴	آیا آمیوبگ ها بعد از شنششو با ماده ضدعفونی ، خشک شده و در زیب کیب یا تاریخ ضدعفونی نگهداری می شود.			
۳۵	آیا آمیوبگ در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی با محلول سطح بالا ضدعفونی می شود. (طبق دستورالعمل)			
۳۶	آیا لایتگوسکوپ در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی ضدعفونی می گردد (طبق دستورالعمل)			
۳۷	آیا یاتل ساکنین در صورت عدم استفاده بصورت هفتگی ضدعفونی می گردد . (تاریخ درج شده طبق دستورالعمل)			
۳۸	آیا یاتل ساکنین در صورت استفاده روزگه ، شنششو و ضدعفونی می گردد . (تاریخ درج شده طبق دستورالعمل)			
۳۹	آیا پاتسمان بیمارانی دارای تاریخ است و تمیز می باشد.			
۴۰	آیا کاف فشارسنج در صورت آلودگی شنششو و ضدعفونی می شود			
۴۱	آیا تاریخ انقضای داروهای چک می شود.			
۴۲	آیا از درپوش گذاری مجدد سرنگ اجتناب می شود.			
۴۳	آیا ترالی تزریقات در بخش موجود می باشد.			
۴۴	درب سفتی پاکس پس از ۲۴٪ پر شدن کاملاً بسته و در تایمان زرد با برچسب عفونی جمع آوری می گردد.			
۴۵	آیا جهت انتقال سرنگ، سرسوزن و وسایل توک تیزمنصرف شده از رسور استفاده می شود.			
۴۶	آیا ست های استریل در اتاق پاتسمان درفضایی تمیز و دور از رطوبت نگهداری می شود.			
۴۷	آیا ست های پاتسمان و یوبگ ۲۰ روز نگهداری می شود و دارای اندیکاتور هستند ؟			
۴۸	آیا بروی برچسب های ردیابی مشخصات وسیله ، تاریخ استریل و نام فرد مسئول درج شده است.			
۴۹	آیا ست های استریل توسط ترالی استاندارد، یا سید مخصوص به بخشها منتقل می شود.			
۵۰	آیا اندیکاتور ۴-۶ در ست های جنرال و پاتسمان وجود دارد .			

انسکالات و مداخلات پیشنهاد شده :

امضاء



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.



فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.

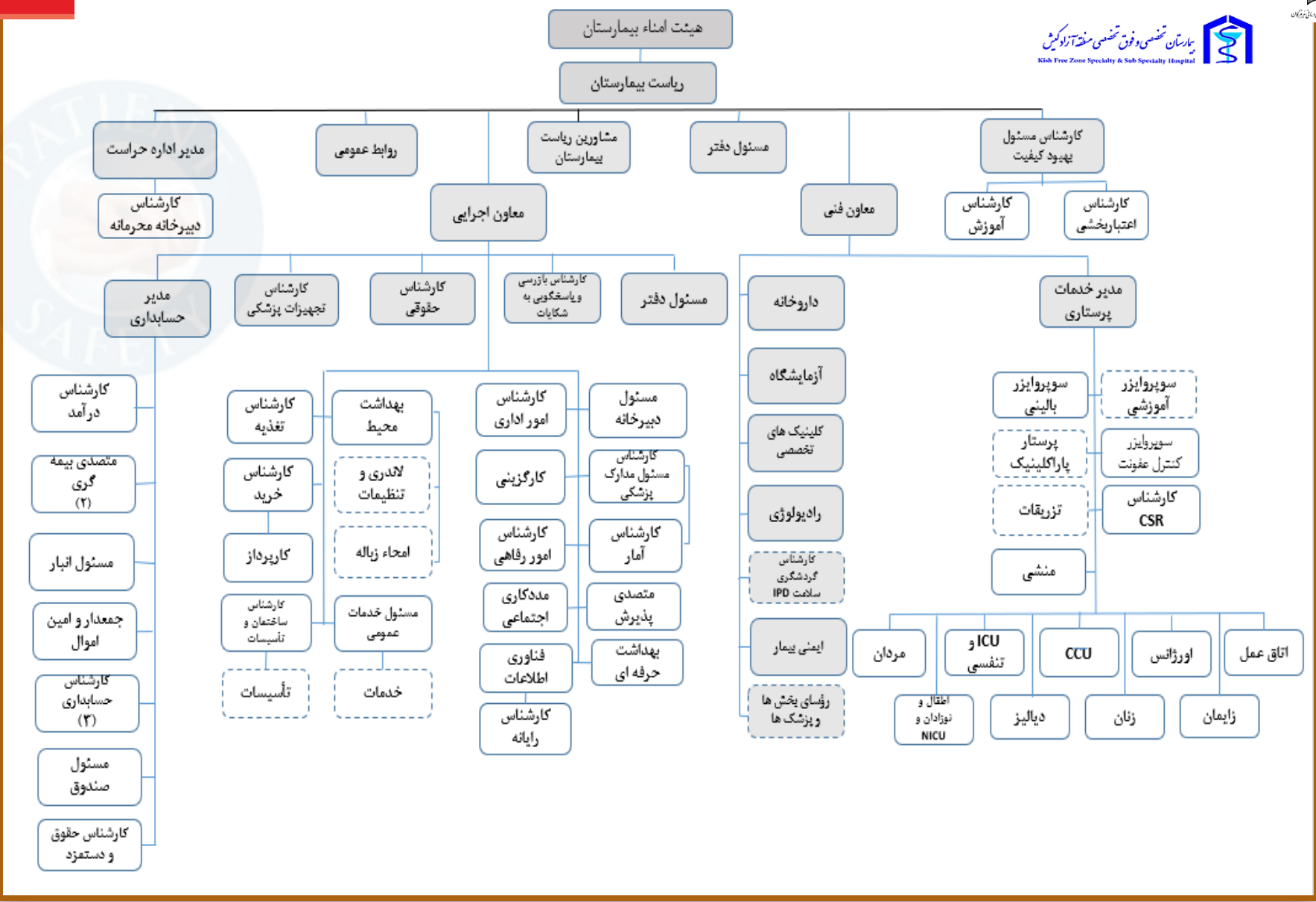
- نمودار سازمانی که سلسله مراتب و روابط گزارش دهی تیم مدیریت سازمانی و بالینی را برای تمام کارکنان و در همه بخش ها نشان می دهد.
- مستنداتی که شرح وظایف مدیرعامل / مدیریت ارشد بیمارستان و مدیر بالینی / معاون درمان یا سمت های مشابه را نشان می دهد.
- مستنداتی که نقش ها و مسئولیت های تیم های حاکمیت سازمانی و بالینی را نشان می دهد.
- گزارش ارزیابی های داخلی یا خارجی.

مصاحبه ها

- بیمارستان چگونه تیم مدیریت را در مورد نقش ها و مسئولیت های شان هدایت می نماید؟
- آیا سیستم گزارش دهی در بیمارستان فعال و مستقر است؟
- جریان اطلاعات چگونه در ساختار سازمان جریان دارد؟
- سؤال از شخص مرتبط، پایش اثربخشی نظام حاکمیت بالینی اجرا شده در بیمارستان چگونه صورت می گیرد؟

مشاهده

- تابلوهای خاصی که دفاتر اعضای مختلف تیم مدیریت، مانند مدیران، مدیر کشیک، پزشکان کشیک و غیره را نشان می دهد.





۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

فروایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • نمونه‌ی تصادفی طبقه‌بندی شده از گزارش‌های بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار. • نمونه‌ی تصادفی طبقه‌بندی شده از گزارش‌هایی که نشان می‌دهد بهبودها بر اساس یافته‌های بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار انجام می‌شود. • نمونه‌ی تصادفی طبقه‌بندی شده از نامه‌ها/ یا ایمیل‌های بازخورد به کارکنان که نشان می‌دهد به موارد بهبود پیشنهاد شده توسط آنان توجه و اجرایی شده است. 	<p>مستندات که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • آیا شواهدی مبنی بر انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

سازمان منطقه آزاد کیش								 بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی منطقه آزاد کیش Kish Free Zone Specialty & Sub Specialty Hospital
بیمارستان کیش								
بودجه اصلاحی سال ۱۴۰۲ و پیش بینی سال ۱۴۰۳								
نصل: هزینه - هزینه خاص واحدها								
(مبالغ به میلیون ریال)								
شماره طبقه بندی	عنوان	۱۴۰۱	۱۴۰۲			۱۴۰۳	تغییرات پیش بینی ۱۴۰۲ به اصلاحی ۲۰۲	تغییرات پیش بینی ۱۴۰۲ به اصلاحی ۲۰۲
		عملکرد	مصوب	عملکرد ۶ ماهه	پیشنهادی اصلاحی	پیش بینی		
۲۱۱۲۱	ایمنی بیمار و کنترل عفونت (اعتباربخشی)	۰	۵۵۰	۰	۵۵۰	۶۸۸	۰	۰
جمع کل		۰	۵۵۰	۰	۵۵۰	۶۸۸	۰	۰

بودجه

ایمنی بیمار حق بیمار و مسئولیت ماست.		صورتحلیسه بازدید مدیریتی ایمنی و خطر		 کد سند: KH/QI/2/65			
تاریخ ویرایش چهارم: فروردین ۱۴۰۲		تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۴		تهیه کننده: بهبودکننده			
تاریخ ویرایش چهارم: فروردین ۱۴۰۲		تاریخ بازنگری: فروردین ۱۴۰۴		تاریخ ویرایش چهارم: فروردین ۱۴۰۲			
تاریخ	ساعت	بخش / واحد					
ردیف	بخش / واحد	اشکالات و ایرادات	فرد پیشنهاد دهنده	اقدام اصلاحی	مسئول اقدام آقا / خانم	مهلت انجام	وضعیت
۱							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
۲							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
۳							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
۴							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
۵							<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

صورتحلیسه بازدید مدیریتی ایمنی بیمار



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • اصول اخلاق، به عنوان مثال، در رابطه با پژوهش، احیا، رضایت و محرمانه بودن اطلاعات. • فرایند نظارت بر رعایت اصول اخلاق. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی اصول اخلاق. • سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی اصول اخلاق. • گزارش جلسات کمیته اخلاق پزشکی. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان برای مثال، در رابطه با پژوهش، احیا، رضایت و محرمانه بودن اطلاعات با برگزاری جلسات منظم کمیته اخلاق پزشکی اصول اخلاق را رعایت می‌نماید؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • پرسشنامه برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان. • نتایج پیمایش‌های فرهنگ ایمنی بیمار و اقدامات انجام گرفته بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده. • گزارش‌های ارائه شده به مدیریت ارشد در خصوص داده‌های عملکرد و فعالیت‌های بهبود کیفیت. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که مدیریت ارشد، فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان را در مقاطع سالانه بررسی می‌نماید؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

پرسشنامه فرهنگ ایمنی بیمار



آنالیز پرسشنامه سنجش فرهنگ ایمنی بیمار

ردیف	سؤال	کاملاً موافقم	موافقم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱	هنگامی که اشتباهی رخ میدهد شناسایی و تصحیح می شود.	0%	10%	52%	38%
۲	تنها شانس و اقبال باعث می شود که اشتباهات جدی تر در اینجا اتفاق نیفتد.	38%	45%	17%	0%
۳	حجم بالای کار باعث نمی شود که ایمنی بیمار نادیده گرفته شود.	3%	21%	48%	28%
۴	در این واحد مشکلات مربوط به ایمنی بیمار وجود دارد.	21%	24%	52%	3%
۵	سیستم ها و رویه های موجود در این واحد در جلوگیری از بروز خطا به خوبی عمل می کنند.	4%	10%	79%	7%
۶	مسئول/ مدیر این واحد هنگامی که مشاهده میکند کاری بر طبق رویه های ایمنی بیمار انجام گرفته از کارکنان تشکر کرده و از آنان تمجید می کند.	3%	24%	45%	28%
۷	مسئول/ مدیر این واحد به طور جدی به پیشنهادات کارکنان برای بهبود ایمنی بیمار توجه می کند.	0%	17%	55%	28%
۸	زمانیکه فشار کار زیاد می شود سوپروایزر/ مدیر از ما میخواند که سریعتر کار کنیم ، حتی اگر به معنی میانبر زدن (عدم انجام قسمتی از کار) باشد.	7%	69%	24%	0%
۹	مسئول/ مدیر این واحد از مشکلات مربوط به امنیت بیمار که به میزان زیاد رخ میدهد چشم پوشی می کند.	41%	52%	7%	0%
۱۰	کارکنان این واحد فعالانه کارهای مختلفی را به منظور بهبود ایمنی بیمار انجام می دهند.	0%	10%	73%	17%
۱۱	در اینجا اشتباهات منجر به تغییرات مثبت می شود.	0%	20%	59%	21%
۱۲	پس از آنکه به منظور بهبود ایمنی بیمار تغییراتی ایجاد کردیم اثر بخشی تغییرات را مورد ارزیابی قرار می دهیم.	0%	14%	76%	10%
۱۳	کارکنان در این واحد از یکدیگر حمایت می کنند .	10%	21%	59%	10%
۱۴	زمانی که نیاز به انجام دادن کار زیاد در مدت کوتاهی هستیم همگی به عنوان یک تیم دور هم جمع می شویم تا به کمک هم آن را انجام دهیم.	3%	14%	62%	21%
۱۵	در این واحد کارکنان با احترام با یکدیگر برخورد می کنند.	3%	7%	59%	31%
۱۶	زمانیکه یک قسمت در این واحد با کار زیادی روبرو می شود سایر قسمت های واحد به کمکشان می شانند.	3%	35%	41%	21%
۱۷	کارکنان در صورت مشاهده عملی که ممکن است برای بیمار ایجاد مشکل کند آزارنده و یا صراحت لب به سخن می گشایند.	0%	38%	48%	14%
۱۸	کارکنان زمانیکه احساس می کنند اقدامی می تواند ایمنی بیمار را به مخاطره بیندازد از تذکر دادن و جویا شدن دلیل انجام آن هراس دارند.	17%	55%	24%	4%
۱۹	کارکنان می توانند آزارنده اقدامات و تصمیمات مسئولین بیمارستان را مورد پرسش قرار دهند.	4%	48%	41%	7%
۲۰	به ما درباره تغییراتی که بر اساس گزارش های حوادث ناخواسته صورت می پذیرد باز خورد داده می شود.	3%	21%	62%	14%
۲۱	ما از خطاهایی که در این واحد اتفاق می افتد مطلعیم.	0%	21%	48%	31%
۲۲	در این واحد ما در رابطه با راه های مقابله با وقوع مجدد خطا به بحث می نشینیم.	0%	21%	65%	14%
۲۳	کارکنان احساس می کنند اشتباهاتشان باعث می شود که در مورد آن ها طرز فکر تغییر کرده و به گونه ای دیگر به آنها نگریسته شود .	7%	31%	55%	7%
۲۴	کارکنان نگران این هستند که اشتباهاتشان در پرونده شغلی آنها ثبت شود.	14%	28%	55%	3%
۲۵	وقتی حادثه ای گزارش می شود احساس می شود که بیشتر درباره شخص نوشته می شود تا خود مسئله.	11%	48%	31%	10%
۲۶	با توجه به حجم کار موجود تعداد کارکنان برای انجام کار کافی هستند.	17%	48%	28%	7%
۲۷	ما همیشه مجبوریم حجم زیادی از کار را با سرعت بسیار زیاد انجام دهیم.	4%	48%	38%	10%

ردیف	سؤال	کاملاً موافقم	موافقم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۲۸	مدیریت بیمارستان جو کاری را بوجود آورده که ایمنی بیمار را ارتقا می بخشد.	4%	86%	7%	3%
۲۹	اطلاعات مهم درمورد مراقبت از بیمار اغلب به هنگام تغییر شیفت از دست می رود(نگم می شود).	7%	3%	66%	24%
۳۰	اقدامات مدیریت بیمارستان نشان می دهد مسیله ایمنی در بیمارستان از اهمیت بسیار زیادی برخوردار بوده و جزء اولویت هاست.	31%	55%	14%	0%
۳۱	به نظر می رسد که مدیریت بیمارستان فقط پس از رخ دادن یک حادثه ناخواسته به مسئله ایمنی بیمار علاقمند شده و توجه نشان می دهد.	0%	0%	0%	0%
۳۲	کار کردن با کارکنان سایر بخش های بیمارستان بر ایمنی بیمارستان ناخواسته است .	0%	0%	0%	0%
۳۳	همکاری خوبی بین واحدهایی که نیاز به کار با یکدیگر دارند وجود دارد.	0%	0%	0%	0%
۳۴	واحدهای بیمارستانی به منظور فراهم کردن بهترین مراقبت برای بیمار به خوبی با یکدیگر کار می کنند.	0%	0%	0%	0%
۳۵	در هنگام جلبایی بیمار از واحدی به واحد دیگر ممکن است بعضی چیزها از قلم بیفتد.	0%	0%	0%	0%
۳۶	اغلب در سادله اطلاعات ما بین بخش های بیمارستانی مشکل بوجود می آید.	0%	0%	0%	0%
۳۷	تغییر شیفت کارکنان در این بیمارستان برای بیمارستانی مشکل بوجود می آید.	0%	0%	0%	0%
۳۸	زیاد بودن ساعت کاری کارکنان بر کیفیت ارائه مراقبت مناسب به بیمار تأثیر می گذارد.	0%	0%	0%	0%
۳۹	ما تلاشمان را برای ارتقا ایمنی بیمار انجام می دهیم.	0%	0%	0%	0%
۴۰	در این بخش ایمنی بیمار هوکنرهای کار دیگری نمی شود.	0%	0%	0%	0%
۴۱	سرپرست/ مدیر من به پیشنهادات کارکنان برای بهبود ایمنی بیمار توجه می کند.	0%	0%	0%	0%
۴۲	سرپرست/ مدیر من از ارسال گزارش خطا به مسئولین مافوق واهمه دارد.	0%	0%	0%	0%
۴۳	روند گزارش خطا و حادثه مشخص و شفاف شده است و اطلاع رسانی و آموزش داده شده است.	0%	0%	0%	0%
۴۴	مسئولین ایمنی بیمار به بخش ها معرفی و در قبال مسائل پاسخگو هستند.	0%	0%	0%	0%
۴۵	در آموزش های برگزار شده به سر فصل های ایمنی بیمار توجه شده است.	0%	0%	0%	0%
۴۶	در آموزش های برگزار شده به سر فصل های ایمنی بیمار توجه شده است.	0%	0%	0%	0%



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • مستندات فرایند مشارکت و بزرگداشت روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی ایمنی بیمار توسط بیمارستان از جمله تهیه گزارش، فیلم، عکس و ارائه سخنرانی. • فهرست کارکنانی که به جهت عملکرد مطلوب در زمینه ایمنی بیمار، از جمله رعایت راهنماهای بهداشت دست مورد تقدیر قرار گرفته‌اند. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • آیا کارکنان بالینی و اداری در مورد روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی ایمنی بیمار توجه هستند؟ • آیا این چالش‌ها در اولویت برنامه کاری تیم مدیریت و رهبری بیمارستان قرار دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>



**UNITE
FOR SAFETY
CLEAN
— YOUR —
HANDS**



عملکرد بیمارستان کیش در روز جهانی بهداشت دست

**UNITE
FOR SAFETY
CLEAN
— YOUR —
HANDS**



**SAVE LIVES
CLEAN YOUR HANDS**

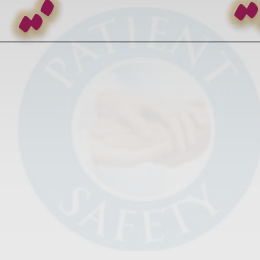


**UNITE
FOR SAFETY
CLEAN
— YOUR —
HANDS**

TRUST THE SOLUTION



۱. مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.



فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • مستنداتی که بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان را به‌طور واضح نشان می‌دهند. • شواهد انعکاس ملاحظات ایمنی بیمار در این بیانیه‌ها. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • آیا مدیریت ارشد بیمارستان می‌تواند ملاحظات ایمنی بیمار را از بیانیه‌های مکتوب مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان استخراج کند؟ • آیا کارکنان بیمارستان از بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان و مصادیق ایمنی بیمار در آنها آگاه هستند؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • توجه به وجود تابلو / علایم قابل رؤیت برای نمایش بیانیه مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان برای تمامی افراد، از جمله بیماران و ملاقات‌کنندگان. 	<p>مشاهده</p>

رسالت بیمارستان کیش:

ارائه خدمات تشخیصی و درمانی ایمن و با کیفیت در حداقل زمان با استفاده از نیروهای مجرب و تجهیزات پزشکی پیشرفته به مراجعہ کنندگان و گردشگران سلامت در جنوب کشور و حاشیہ حلیج فارس



چشم انداز بیمارستان کیش:

برترین ارائه دهنده خدمات درمانی و توریسم سلامت در منطقه.

۲. بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.

اطلاعات پایه	برنامه ایمنی بیمار
وضعیت ارتباطی	ارزیابی بیمار
تاریخچه سلامتی	
سطح مراقبتی	
نیاز آموزشی	
ارزیابی سیستم های بدن	
حساسیت دارویی	
ارزیابی مجدد	
زخم بستر	
تروما و منولوی	

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	A.2
<ul style="list-style-type: none"> شرح وظایف مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار یا همپردیف وی. ساختار سازمانی. 	<p>A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط یا اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.</p>	معیار الزامی	بیمارستان دارای برنامه
<ul style="list-style-type: none"> شرح وظایف / کمیته / گروه داخلی / چند تخصصی ایمنی بیمار و خطر. صورت جلسه نشست های ۱۵ روز یکبار. 	<p>A.2.2.1 بیمارستان گروه یا کمیته داخلی چند تخصصی دارد که وظیفه هدایت تمامی موارد مرتبط با ایمنی و خطرات درون بیمارستان را بر عهده دارد.</p>	معیار الزامی	
<ul style="list-style-type: none"> برنامه ممیزی های ماهانه بالینی و محیطی، از جمله ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار اقدامات بهبود که براساس یافته های این ممیزی ها اجرا شده اند. 	<p>A.2.2.2 برنامه ایمنی بیمار دارای زمان بندی ممیزی منظم (چهار بار در سال) است و از نتایج حاصله برای بهبود ارائه خدمات به بیماران استفاده می شود.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ارائه گزارش به بیمارستان کارکنان و هیئت مدیره هر سه ماه یکبار. گزارش هایی که شامل اقدامات انجام شده برنامه عملیاتی ایمنی بیمار و آمار مربوط به برنامه مدیریت خطرات است. 	<p>A.2.2.3 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش های مربوط به فعالیت های مختلف ایمنی یا خطرات را تهیه و در فواصل زمانی منظم (چهار بار در سال) در بین تمامی کارکنان توزیع و منتشر می نماید.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> روش های اجرایی برای تمرکز بر کاهش خطر مخاطرات قبل از این که رخ دهند. نظام گزارش دهی برای موارد نزدیک به خطا. برنامه زمان بندی ممیزی. 	<p>A.2.2.4 خطرات مرتبط با ایمنی بیمار با رویکرد پیشگیرانه مدیریت می شوند.</p>		



A.2 بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.

<ul style="list-style-type: none"> • چارچوب مدیریت خطر شامل برنامه، خطمشی و سیستم ثبت. • سیستمی برای گزارش و ردیابی وقایع ناخواسته. • سیستم ثبت خطر که شامل فهرستی از تمام خطرات اولویت بندی شده، مسئولیت مشخص شده به همراه طرح کاهش خطر. 	<p>A.2.2.5 از چارچوب مدیریت خطر که شامل برنامه، خطمشی و سیستم ثبت موارد خطر است، برای شناسایی و کاهش احتمال رخداد وقایع ناخواسته و سایر مخاطرات تهدیدکننده ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان استفاده می شود.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • شرح وظایف کمیته مرگومیر. • نمونه های از بررسی های موردی صورت گرفته و اقدامات انجام شده متعاقب آن. 	<p>A.2.2.6 جلسات کمیته مرگومیر بیمارستان به صورت منظم دو بار در ماه برگزار می گردد.</p>	
<p>خطمشی های راهبرد ارتباطات برای:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحویل بیماران بر اساس تکنیک SBAR (وضعیت، پیشینه، ارزیابی و توصیه). • دستورات تلفنی. • اعلام نتایج بحرانی آزمایش ها. 	<p>A.2.2.7 کارشناس مسئول ایمنی بیمار فرایندی را برای بهبود اثربخشی ارتباطات بین تمامی کارکنان طراحی و اجرا نموده است.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • گزارش فعالیت های مختلف مرتبط با ایمنی به خارج از سازمان، از جمله وزارت بهداشت، سازمان جهانی بهداشت و / یا سازمان های ایمنی بیمار (در صورت وجود در سطح ملی) حداقل یک بار در سال. • محک زنی گزارش پیمایش «برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار» یا سایر بیمارستان ها. 	<p>A.2.3.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش فعالیت های مختلف ایمنی بیمار را تهیه و به سازمان های مربوطه خارج از بیمارستان ارسال می نماید.</p>	<p>معیار پیشرفته</p>

نامه ایمنی بیمار است.



۲. بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • شرح وظایف مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار یا هم‌ردیف وی. • ابلاغ سازمانی مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار یا هم‌ردیف وی. 	<p>مستنداتى که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا یکی از کارکنان ارشد بیمارستان به عنوان مسئول هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر فعالیت می‌کند؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>



بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی منطقه آزاد کیش
Kish FreeZone Specialty & Sub Specialty Hospital

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۷/۰۷
شماره: ۲۰۲۷
پیوست: ۱

به نام خدا

جناب آقای ایمان الودی

با سلام،

به موجب این اطلاع، جنابمائی بعنوان **کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر** منصوب می شوید، امید است با توکل به خداوند متعال در انجام امور محوله در چارچوب شرح وظایف و حدود اختیارات استانداردهای اعتبار بخشی ملی بیمارستانی موفق باشید.

شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر:

- ۱- همکاری در تدوین، اجرا و بازنگری برنامه سالانه ایمنی بیمار در بیمارستان به منظور دستیابی به سطح یک استانداردهای دوستدار ایمنی بیمار.
- ۲- همکاری در خودارزیابی استانداردهای الزامی بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار در بیمارستان.
- ۳- همکاری در بررسی فرهنگ ایمنی بیمار بر مبنای سالیانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن.
- ۴- شرکت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و پیگیری انجام اقدامات اصلاحی و بازخورد به کارکنان.
- ۵- همکاری در انجام ممیزی بالینی و پیشنهاد موضوعات ممیزی بالینی بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی و تحلیل ریشه ای وقایع ایجاد و آموزش چگونگی استفاده از سیستم یادگیری و گزارش دهی اتفاقات ناخواسته در بیمارستان.
- ۶- راهبری و مدیریت خطر موضوعات تهدید کننده ایمنی بیمار.
- ۸- شرکت فعالانه در جلسات مرگ و میر و معلولیت ها و پیگیری اتفاقات تهدیدکننده ایمنی بیمار جهت انجام تحلیل ریشه ای وقایع.
- ۹- اقدام اصلاحی بر اساس نتایج تحلیل ریشه ای وقایع به منظور کاهش خطرات در سازمان.
- ۱۰- شرکت و همکاری فعالانه در تدوین خط مشی ها و روشهای اجرایی در سازمان به منظور اشاعه ارابه خدمات بهینه.
- ۱۱- بسترسازی و ایجاد شیوه مناسب برقراری ارتباط در خصوص موضوعات مرتبط به ایمنی بیمار در داخل بیمارستان.
- ۱۲- گزارش به کارشناس مسئول ایمنی بیمار.

دکتر امیدوارالی
رئیس بیمارستان
بیمارستان کیش
پایگاه: به ملازمان منطقه آزاد

CS Scanned with CamScanner

۲. بیمارستان دارایی برنامه ایمنی بیمار است.



فرایند بررسی

<p>مستندات که باید بررسی شوند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • جدول زمانی ممیزی برنامه ایمنی بیمار هر سه ماه یکبار. • گزارش های ممیزی ایمنی بیمار. • اقدامات انجام شده متعاقب گزارش های ممیزی.
<p>مصاحبه ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان ایمنی خدمات خود را در فواصل زمانی منظم ممیزی می نماید، وجود دارد؟
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد.


فرایند بررسی

<p>مستندات که باید بررسی شوند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • شرح وظایف گروه/کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار یا معادل آن. • صورت جلسه نشست های گروه/کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار یا معادل آن. • ابلاغ سازمانی اعضای گروه/کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار.
<p>مصاحبه ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر وجود یک گروه داخلی ایمنی بیمار چند تخصصی یا هر کمیته دیگری که اعضای آن به صورت منظم به منظور تضمین نظارت همه جانبه بر برنامه ایمنی بیمار تشکیل جلسه می دهند، وجود دارد؟
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد.



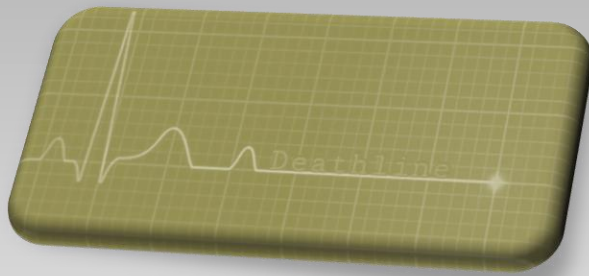
۲. بیمارستان‌داری برنامه ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • گزارش پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار با رویکرد پیشگیرانه به‌عنوان مثال، پرداختن به اهداف بین‌المللی ایمنی بیمار. • مستندات صریح با تمرکز خاص بر «وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیفتند». • مستندات اجرای تجزیه و تحلیل حالات شکست و اثرات آن که به بررسی پیشگیرانه حوادث احتمالی برای بیمار اشاره دارد. • گزارشی که مؤید اقدامات اصلاحی متمرکز بر کاهش خطرات با رویکرد پیشگیرانه است. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p> 
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی از پروژه‌های پیشگیرانه بهبود ایمنی بیمار وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • گزارش‌های فعالیت‌های مختلف در زمینه ایمنی بیمار. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان گزارش‌هایی در مورد فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار در فواصل زمانی منظم تهیه و در داخل بیمارستان توزیع و منتشر می‌نماید، وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>



۲. بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • مستنداتی دال بر جزئیات برنامه‌ها و خط‌مشی‌های مدیریت خطر بیمارستان. • گزارش‌هایی در مورد وقایع ناخواسته که نشان‌دهنده یک سیستم گزارش‌دهی مشخص برای این نوع وقایع است. • شرح شغل / وظایف برای شخصی که مسئولیت اجرای برنامه‌های مدیریت خطر به او محول شده است. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: خط‌مشی‌ها و راهبردهای مدیریت خطر که در بیمارستان دنبال می‌شوند، کدامند؟ • کارکنان مرتبط: چگونه پیشرفت اجرای برنامه‌های مدیریت خطر برای غلبه بر چالش‌های شناسایی شده را پایش می‌نمایند؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • شرح وظایف کمیته مرگ‌ومیر یا کمیته معادل آن. • ابلاغ اعضای کمیته مرگ‌ومیر. • صورت‌جلسات کمیته مرگ‌ومیر یا کمیته معادل آن و حداقل بررسی سه صورت‌جلسه متوالی کمیته. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان جلسات منظم ماهانه کمیته مرگ‌ومیر را برگزار می‌نماید؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

فرم گزارش خطاهای پزشکی



کد سند: KH/CI/1/24 تاریخ بروزرسانی: اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ تاریخ بازنگری: اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ تهیه کننده: کارشناس هماهنگ کننده: ایمنی بیمار تأیید کننده: بهیود کیفیت تصویب کننده: ریاست بیمارستان

مشخصات گزارش دهنده:
عامل خطا: پزشک پرستار خدمات کارکنان پاراکلینیک (آزمایشگاه - رادیولوژی - فیزیوتراپی - کلینیک) داروخانه پذیرش و ترخیص سایر
بیمت گزارش دهنده: پزشک پرستار خدمات کارکنان پاراکلینیک (آزمایشگاه - رادیولوژی - فیزیوتراپی - کلینیک) داروخانه پذیرش و ترخیص سایر

شیمت بروز واقعه: صبح عصر شب تاریخ: _____ بخش/واحد: _____

ایا واقعه قابل پیشگیری بوده است؟ بله خیر
خطا منجر به آسیب کدام گروه شده است؟ پرسنل تجهیزات بیمار

نوع خطا:

- جراحی: انجام عمل روی بیمار دیگر انجام عمل غیر ضروری انجام عمل در موضع اشتباه انجام پروسیجر اشتباه در جراحی عوارض بعد از عمل
- دارویی: تداخل دارویی داروی اشتباه نوز اشتباه حذف دارو تاخیر در دادن دارو بیمار بیمار اشتباه زمان اشتباه راه مصرف اشتباه خطای پایش شکل دارویی نامناسب اشتباه در آماده سازی استفاده از فرآورده غیرمجاز نقص در پذیرش بیمار
- فرآورده های خونی: خطا در شناسایی بیمار در زمان تهیه نمونه قبل از تزریق و در زمان تزریق خون و فرآورده خونی خطا در انجام آزمایش های مربوطه خطا در تحویل و دریافت کبسه خونی فرآورده خطا در مرحله تزریق به بیمار حساسیت و واکنش به تزریق خون
- عقودت بیمارستانی: عقودت اداری عقودت تنفسی عقودت خونی عقودت محل جراحی فلیت
- مشکل در درمان: عدم درمان درمان اشتباه تاخیر درمان
- ثبت: چک نادرست دستورالعمل ناخوانا بودن دستورالعمل خطا در ثبت کاردکس و کارت دارویی عدم ثبت کامل گزارش پرستاری تقدم و تاخر در ثبت خطا در ثبت دستورالعمل شفاهی خطا در ثبت علائم حیاتی خطا در ثبت فرایند مشاوره ثبت اشتباه دستورالعمل در پرونده بیمار دیگر
- CPR: عوارض ایتمولسیون عوارض دارویی عوارض ماساژ قلبی پنوموتوراکس ناشی از شکستگی ننده سوختگی به دنبال شوک الکتریکی
- بروز عوارض ناخواسته اقدامات درمانی و مراقبتی: سونداز ناموفق پارگی مجرای ادرار تعبیه نادرست سوند معده تعبیه کاتتر در محل نادرست
- خطاهای مرتبط به شاخص ایمنی بیمار (خطاهای مراقبتی): جا ماندن جسم خارجی در بدن سقوط بیمار زخم بستر ترومای مادر و نوزاد هنگام زایمان فلیت سوختگی با کوتر انتقال غیر ایمن بیمار بین بخش ها سایر موارد
- آزمایشگاهی: شناسایی بیمار بطور نامناسب شرایط نمونه گیری و نگهداری نامناسب جواب اشتباه آزمایش نسخه خوانی اشتباه خطای ارسال نامصحیح نمونه از بخش به آزمایشگاه عدم ثبت آزمایشات درخواستی عدم اعلام نمونه لورژانسی تاخیر در پاسخ دهی آزمایش اشتباه وارد نمودن جواب آزمایش در سیستم
- رادیولوژی: اتفاقات ناگوار در انتقال بیمار به رادیولوژی ناقص بودن درخواست رادیولوژی شناسایی بیمار بطور نامصحیح پوزیشن نامناسب بیمار عدم هماهنگی در ارجاع بیمار به بخش رادیولوژی نبودن پرستار در انتقال بیمار عدم ثبت درخواست رادیولوژی در سیستم HIS
- سمیستمی: نقص یا عدم مهارت در انجام شفلی عدم مصرف دارو عدم اطلاع به موقع جواب آزمایشات بیمار به پزشک عدم تحویل زیورالات بیمار به همراهان کسود تجهیزات خرابی تجهیزات بی کلاسی نگهان فیزیک نامناسب بخش عدم ارتباط مناسب با بیمارن و همراهان سایر موارد
- خطای پذیرش و ترخیص: خطا در بالابویی برکه های پرونده پذیرش بیمار با دفترچه فرد دیگری اشتباه در شناسایی هویت بیمار ندانستن کیی کارت ملی یا شناسنامه در پرونده بیمار خطا در چاپ دستبند شناسایی ثبت اشتباه مشخصات بیمار در پرونده

توصیف نحوه وقوع خطا:

علت بروز خطا: تازه کار بودن پرسنل شرایط نامناسب محیطی حضور همراه یا شلوغی بخش ناقص بودن دستور دارویی عدم آگاهی پرسنل کسود نیرو انتقال در تجهیزات بی احتیاطی عدم مهارت مشکلات شخصی عدم رسیدگی به موقع به پزشک شیمت های طولانی ناخوانا بودن دست خط پزشک عدم ثبت صحیح و دقیق اطلاعات عدم رعایت پروتکل های برنامه ریزی شده عدم ثبت در کاردکس دارویی تشابه دارویی

نحوه شناسایی خطا:

شدت خطا: قابل اغماض قابل جبران غیر قابل جبران
 امکان وقوع مجدد خطا: زیاد متوسط کم

همکار گرامی چه اقدام اصلاحی پیشنهاد می کنید تا از بروز آمدن خطا جلوگیری شود.

MEDICAL ERROR

MEDICAL ERROR

ایمان الوندی | دفتر پرستاری

صفحه اصلی خروج

سامانه آوید | بیمارستان کیش



صفحه اصلی

کارتابل

پورتال سازمانی

مکاتبات اداری

کارتابل

کارتابل مدیریت

کارتابل مسئول

پیگیری ها

پیام جدید

نظرسنجی

مدیریت کارها

تعاریف پایه

مدیریت مستندات

ساختار سازمان

گزارشات اختصاصی

وضعیت پیام مشاهده نشده نوع موضوع همه موارد براساس کاربر انتخاب کاربر ... اکسل

ساعت	تاریخ	متن پیام	ارسالی از	موضوع	وضعیت
21:11	1402/08/23	گزارش خطای ثبت : در تاریخ 1402/8/23 جهت بیمار کودک 4 ساله آزمایش مولتی دراگ درخواست شده که طی تماس تلفنی دکتر موسوی با آزمایشگاه پرسنل به دکتر موسوی متادون را مثبت گزارش کرده اند و در پرینت آزمایش متامفامین مثبت بود. طی تماس با آزمایشگاه فرمودند که جواب اشتباه پرینت شده است و در اصلاحیه متادون مثبت گزارش شد.	* سامانه آوید *	گزارش خطا	<input checked="" type="checkbox"/>
10:57	1402/08/21	گزارش خطای ثبت : با سلام و احترام پرونده بستری به نام نیما لرنزوده با تشخیص شکستگی مچ دست فاقد امضا و اثر انگشت بیمار و شاهد جهت رضایت عمل میباشد. برخوردار	* سامانه آوید *	گزارش خطا	<input checked="" type="checkbox"/>
14:23	1402/08/14	گزارش خطای تشخیصی : خانم ساجده نظری باردار 37 GA:37 W با شکایت از درد زایمانی در ساعت 6AM به بلوک زایمان مراجعه نموده و مادر سابقه 3 بار زایمان طبیعی داشته که توسط ماما معاینه وازینال انجام میشود و طبق تشخیص ماما در معاینه اندام جنین حس شده و به خانم دکتر عربی اطلاع داده شده که با توجه دیلاتاسیون و پاریتی بالا بصورت اورژانسی آماده اتاق عمل و بدون پرونده به OR منتقل شده و نوزاد با پرزانتاسیون سفالیک متولد شده (در سونوگرافی قبل که انجام داده پرزانتاسیون جنین سفالیک نبوده)	* سامانه آوید *	گزارش خطا	<input checked="" type="checkbox"/>
12:13	1402/08/13	گزارش خطای ثبت : خانم ساجده نظری باردار که در تاریخ 1402/8/13 جهت سزارین در سرویس خانم دکتر عربی قرار بود که بستری شود ولی به اشتباه از پذیرش گل پرونده به نام خانم دکتر یارمحمدی ثبت شده بود	* سامانه آوید *	گزارش خطا	<input checked="" type="checkbox"/>



۲. بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • مستنداتی که استراتژی ارتباطات و سیستم گزارش دهی بیمارستان را توضیح می دهند. • فرم های ارجاع موارد بالینی در زمان تحویل بین شیفت ها، بین بخش ها و انتقال به بیمارستان های دیگر. • فرم های ارجاع/خط مشی های اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش ها. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا راهبرد ارتباطی مؤثری بین کارکنان بالینی برای ارجاع بیماران وجود دارد؟ • کارکنان مرتبط: آیا یک راهبرد تثبیت شده برای مواجهه با نتایج بالینی بحرانی و موارد فوری وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • گزارش های مربوط به فعالیت های مختلف ایمنی بیمار ارسالی به وزارت بهداشت، سازمان جهانی بهداشت/ یا سازمان های متولی ایمنی بیمار. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان به طور منظم گزارش هایی را در مورد فعالیت های مختلف ایمنی بیمار تهیه و آنها را در خارج از بیمارستان منتشر می کند؟ 	<p>مصاحبه ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>



A.3 بیمارستان از داده‌ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می‌نماید.

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	A.3
<ul style="list-style-type: none"> برنامه عملیاتی/برنامه‌های بهبود کیفیت برای برنامه ایمنی بیمار. 	<p>A.3.2.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار از داده‌های جمع‌آوری شده در طی فرایند اندازه‌گیری برای تنظیم برنامه عملیاتی و اجرای پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار استفاده می‌نماید.</p>	معیار اساسی	بیمارستان از داده‌ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می‌نماید.
<ul style="list-style-type: none"> اهداف مرتبط با ایمنی بیمار. پروفایل شاخص‌های مرتبط با ایمنی بیمار. اهداف اختصاصی مرتبط با ایمنی بیمار. شاخص‌های کلیدی عملکرد. 	<p>A.3.2.2 کارشناس مسئول ایمنی بیمار توسط مجموعه‌های از شاخص‌های فرایندی و برون‌ده نحوه عملکرد بیمارستان را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید.</p>		
<p>گزارش داده‌های به‌دست‌آمده از فرایند محک‌زنی در طول زمان حاکی از مقایسه با بهترین عملکردهای بین‌المللی و / یا سایر مشارکت‌کنندگان در برنامه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار است.</p>	<p>A.3.3.1 بیمارستان شاخص‌های ایمنی بیمار خود را در طول زمان با سایر «بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» و/یا با بهترین نحوه ارائه خدمت در سطح بین‌المللی مقایسه می‌نماید.</p>	معیار پیشرفته	



۳. بیمارستان از داده‌ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می‌نماید.

فرایند بررسی

<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • نتایج محک‌زنی. • برنامه عملیاتی و گزارش پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار. • گزارش درس‌های آموخته‌شده / ایمیل‌ها.
<p>مصاحبه‌ها</p>	<p>کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان از نتایج محک‌زنی‌های صورت‌گرفته در تنظیم برنامه عملیاتی و پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار استفاده می‌نماید، وجود دارد؟</p>
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد.

فرایند بررسی

<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • گزارش‌های سنجش عملکرد. • پروفایل شاخص‌های مرتبط با ایمنی بیمار.
<p>مصاحبه‌ها</p>	<p>کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان با مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایند و برون‌ده نحوه عملکرد بیمارستان را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید، وجود دارد؟</p>
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد.





۳. بیمارستان از داده‌ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می‌نماید.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • فهرست شاخص‌های منتخب ایمنی بیمار و شناسنامه^۱ شاخص مربوطه. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه جمع‌آوری داده‌ها. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان شاخص‌های فرایندی و پیامدی ایمنی بیمار خود را با سایر بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه می‌نماید، وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • داده‌ها در طی زمان و روند داده‌ها، گزارش محک‌زنی و مقایسه با سایر بیمارستان‌ها. 	<p>مشاهده</p>



۴. بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.

A.4	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.	معیار الزامی	<p>A.4.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان وجود تجهیزات و لوازم ضروری با عملکرد مطلوب را در همه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان تضمین می‌نماید.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • فرایندی برای شناسایی این‌که با توجه به نوع خدمات ارائه شده به بیمار، چه نوع تجهیزات و لوازمی مورد نیاز است. • لیست اموال که شامل همه تجهیزات باشد. • در دسترس بودن تجهیزات احیا.
	معیار اساسی	<p>A.4.2.1 برنامه نگهداشت یا رویکرد پیشگیرانه جهت بررسی، تست و کالیبراسیون همه تجهیزات و دستگاه‌ها وجود دارد.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه مکتوب نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات و دستگاه‌ها همراه با فرد مسئول این کار. • روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات، از جمله انجام تست‌های کالیبراسیون. • برنامه زمانی انجام تست‌های معمول و کالیبراسیون تجهیزات و دستگاه‌ها. • گزارش‌های نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات.
	معیار اساسی	<p>A.4.2.2 سیستمی برای تعمیر یا تعویض منظم دستگاه‌ها و تجهیزات معیوب و خراب از جمله فراخوان تجهیزات یا اعلام هشدار وجود دارد.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • روش‌های اجرایی تعویض و جایگزینی تجهیزات. • خط‌مشی برای اعلان هشدار به کارکنان مربوطه.
	معیار اساسی	<p>A.4.2.3 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان، آموزش‌های متناسب برای کار با همه دستگاه‌ها و تجهیزات ضروری از جمله تجهیزات پزشکی را دریافت می‌نمایند و فقط افراد واجد صلاحیت و آموزش دیده اجازه کار با تجهیزات تخصصی را دارند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • صورت‌وضعیت مربوط به آموزش شامل استفاده و نگهداشت موارد ذیل: <ul style="list-style-type: none"> ○ پمپ‌های انفوزیون. ○ تجهیزات احیا. ○ تجهیزات پزشکی. ○ دستگاه‌های حیات‌بخش.

۴. بیمارستان جهت ارائه خدمات دارایی وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.



فرایند بررسی

<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • فهرست تجهیزات ضروری. • گزارش‌هایی که شامل بررسی وجود و انطباق عملکرد تجهیزات ضروری با استانداردهای کاربردی باشد.
<p>مصاحبه‌ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می‌نماید، وجود دارد؟
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تجهیزات ضروری.
<p>فرایند بررسی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • مستندات / گزارش‌های مربوط به نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات می‌شود.
<p>مصاحبه‌ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات و دستگاه‌ها، از جمله کالیبراسیون را به‌طور منظم و دوره‌ای انجام می‌دهد، وجود دارد.
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • انطباق با خط‌مشی‌ها و روش‌های نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات، از جمله کالیبراسیون.

۴. بیمارستان جهت ارائه خدمات دارایی وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.



فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج کردن دستگاه‌ها و تجهیزات. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج کردن دستگاه‌ها و تجهیزات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج کردن دستگاه‌ها و تجهیزات است. • مستندات مرتبط به تعمیر، تعویض و از رده خارج کردن دستگاه‌ها و تجهیزات. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان تعمیر، تعویض و از رده خارج کردن دستگاه‌ها و تجهیزات معیوب را به صورت منظم و دوره‌ای انجام می‌دهد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • انطباق با خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج کردن دستگاه‌ها و تجهیزات. 	<p>مشاهده</p>

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطامشی‌ها می‌شود و این که آیا کارکنان آموزش‌های متناسب در مورد استانداردهای تجهیزات موجود و جدید دریافت کرده‌اند. • مستنداتی که نشان می‌دهد فقط افراد آموزش‌دیده و واجد صلاحیت اجازه کار با تجهیزات تخصصی را داشته باشند. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان آموزش متناسب کارکنان را برای کار با تجهیزات موجود تضمین می‌کند، وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>



A.5	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل برای ارائه خدمات سلامت ایمن در تمامی شیفت‌های کاری اطمینان حاصل می‌نماید.	معیار الزامی	<p>A.5.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تأمین تعداد کافی کارکنان واجد صلاحیت را در تمامی شیفت‌های کاری جهت ارائه خدمات ایمن به بیماران تضمین می‌نماید.</p> <p>A.5.1.2 فرایندی مشخص و تعریف شده برای حصول اطمینان از این که کلیه کارکنان بالینی دارای گواهی صلاحیت حرفه‌ای معتبر از مراجع ذی‌ربط هستند، وجود دارد.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه منابع انسانی بیمارستان. • فرد مسئول برای برنامه‌ریزی منابع انسانی.
	معیار اساسی	<p>A.5.2.1 سیستمی برای نظارت مداوم بر سطوح صلاحیت همه کارکنان بالینی، از جمله کادر بالینی و نیروی داوطلب مستقل وجود دارد.</p> <p>A.5.2.2 بیمارستان دارای برنامه پیشگیری از خسونت در محل کار است.</p> <p>A.5.2.3 مطابق با قوانین کشوری کار و با هدف ارائه خدمات ایمن، به کارکنان اجازه داده می‌شود که در شیفت‌های کاری خود فرجه استراحت کافی داشته باشند.</p> <p>A.5.2.4 دانشجویان و کارآموزان در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود تحت نظارت مناسب، ارائه خدمت می‌نمایند.</p> <p>A.5.2.5 برنامه بهداشت حرفه‌ای برای کلیه کارکنان اجرا می‌شود.</p> <p>A.5.2.6 بیمارستان به‌منظور تضمین انجام تزریقات ایمن سیستمی فعال دارد.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • فرایند ساختارمند مبتنی بر شواهد جهت نظارت بر صلاحیت همه کارکنان بالینی بر اساس صلاحیت بالینی و تجارب، جهت ارائه خدمات و پروسیجرهای بالینی و فنی. • شرح وظایف کمیته کارکنان بالینی یا سایر کمیته‌های مربوطه. • صورت‌جلسه نشست‌های کمیته کادر پزشکی. • وجود برنامه پیشگیری از خسونت در محل کار. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای سطح تخصص و تعداد کارکنان بالینی. • برنامه کاری کارکنان بالینی. • رعایت قوانین و مقررات ملی کار. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای فرجه استراحت یا هدف ارائه خدمات ایمن. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دانشجویان و کارآموزان تنظیم شده تا در چارچوب مهارت‌ها و صلاحیت‌های خود و تحت نظارت مناسب ارائه خدمت نمایند. • برنامه بهداشت حرفه‌ای شامل: <ul style="list-style-type: none"> ○ آموزش جابه‌جایی دستی یار و بیمار. ○ ارزیابی‌های محل کار. ○ حمایت‌های سلامت روان. ○ پرونده کارکنان یا وجود شواهد دال بر مدارک بهداشت حرفه‌ای. • خط‌مشی‌هایی برای: <ul style="list-style-type: none"> ○ مدیریت وسایل تیز و بُرنده. ○ مدیریت آسیب ناشی از نیدل استیک. ○ خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریق ایمن که شامل عدم استفاده مجدد از سرسوزن‌ها، آموزش بیماران و خانواده‌ها در مورد انتقال پاتوژن‌های منتقله از طریق خون و تضمین دفع ایمن وسایل تیز، به‌عنوان مثال گذاشتن مجدد درپوش سوزن‌ها و استفاده از ظروف ایمن برای دفع وسایل تیز و بُرنده. ○ راهنماهای کاترگذاری ورید مرکزی یا استفاده از اولتراسونوگرافی.

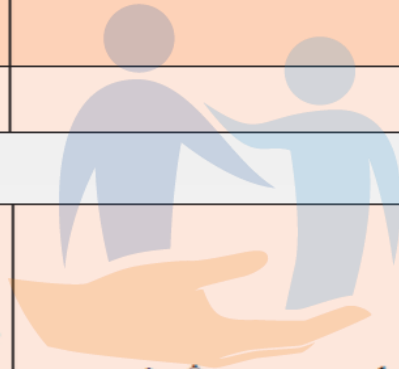




۵. مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل برای ارائه خدمات سلامت ایمن در تمامی شیفت های کاری اطمینان حاصل می نماید

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • برنامه کاری (شیفت کاری) کارکنان بالینی. • خطمشی ها و روش های اجرایی در خصوص تعداد کارکنان بالینی و سطح تخصص ایشان. • سوابق آموزش کارکنان در مورد خطمشی ها و روش های اجرایی مرتبط با تعداد کارکنان بالینی و سطح تخصص ایشان. • گزارش هایی مبنی بر میزان تبعیت از خطمشی ها و روش های اجرایی مرتبط با تعداد کارکنان بالینی سطح تخصص ایشان. 	<p>مستنداتى که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که تعداد کارکنان بالینی و سطح تخصص ایشان پاسخگوی نیاز بیماران در تمامی اوقات است، وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اقدامات اجرا شده جهت حصول اطمینان تعداد و تخصص کافی و متناسب کارکنان بالینی. 	<p>مشاهده</p>



فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • خطمشی ها و روش های اجرایی برای تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی ها و روش های اجرایی جهت بررسی و تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان. • فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی ها و روش های اجرایی مرتبط با تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان. • پرونده های پرستلی با مستندات دال بر بررسی و تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان (صادر از سوی مرجع ذی صلاح مربوطه). 	<p>مستنداتى که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که کارکنان بالینی واجد شرایط، اعم از رسمی و غیررسمی، جهت فعالیت بالینی توسط یک مرجع ذی صلاح تأیید می شوند؟ 	<p>مصاحبه ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • انتخاب تصادفی پرونده شغلی کارکنان و بررسی آنها. 	<p>مشاهده</p>



۵. مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل برای ارائه خدمات سلامت ایمن درمانی شایسته‌های کاری اطمینان حاصل می‌نماید.

فرایند بررسی

<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • شرح وظایف کمیته کادر بالینی یا سایر کمیته‌های مربوطه. • صورت جلسه نشست‌های کمیته کادر بالینی.
<p>مصاحبه‌ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که کمیته کادر بالینی صلاحیت تمامی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را پایش و کنترل می‌نماید، وجود دارد؟
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • نمونه تصادفی از پرونده پرسنلی کادر بالینی جهت بررسی صلاحیت و تجربه و خدمات و پروسیجرهای بالینی تأیید شده برای ایشان.

فرایند بررسی

<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار. • گزارش بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار.
<p>مصاحبه‌ها</p>	<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار دارد؟
<p>مشاهده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد.



چک لیست مهارت سنجی کارکنان پرستاری

نام و نام خانوادگی: _____ تاریخ: _____

ردیف	مهارت	ملاحظات
1	مهارت های ارتباطی	خود را به بیمار معرفی می کند.
2		با بیمار یا خوش رویی و احترام برخورد می کند.
3		از تکنیک شناسایی مصوب مرکز استفاده می کند.
4		در برابر پرخشگرایی و بی قراری مددجو خوشرویی خود را حفظ می کند.
5		با زبان ساده و قابل درک با بیمار صحبت می کند.
6		به بیمار در زمینه انجام مراقبت ها توضیح می دهد.
7		به سوالات بیمار در زمینه روند درمان توضیح می دهد.
8		با سایر اعضاء تیم درمان ارتباط مناسب برقرار می کند.
9		جهت آرماسی بیمار اقدامات لازم را انجام می دهد.
10		بیمار را به صورت اصولی تحویل گرفته و نیز تحویل می دهد (به هنگام پرسنل سایر بخش ها پزشکی).
11		در مراقبت از بیمار 90 درجه جل ایستای بیمار را به کار می گیرد.
12		در مراقبت از بیمار اصول حفاظت فردی را رعایت می کند.
13		اقدامات لازم را در زمینه ایستای و پیشگیری از حوادث احتمالی برای بیمار به کار می برد.
14		روانش گزاش دهی عطا و ویج نامواسته نهاده کننده ایستای بیمار را جان می کند.
15		مراحل انجام CPR را به درستی بیان کرده و آگاهی دارد.
16		گزارش پرستاری و فرم های نیازمند به تکمیل را به درستی ثبت می کند.
17		به هدفون لاس آگاهی کامل داشته و اصول آن را رعایت می کند.
18		تربیتی آوزراسی را به درستی کنترل کرده ، طرز کار تجهیزات را نشان داده و کاربری داروها را می داند.
19		اصول داروهای و تزریقات ایمن را به درستی انجام میدهد.
20		اصول داروهای و تزریقات ایمن را به درستی کنترل می کند.
21		دستورات پزشک را به صورت صحیح کنترل می کند.
22		به ESI آگاهی کامل داشته و بیمار را به درستی ایستای می کند.
23		مراحل فرآیند پذیرش، ترخیص، انتقال و اتمام بیمار را به درستی انجام می دهد.
24		مراقبت های پرستاری قبل و بعد از افعال جراحی سببی آوزراسی را به صورت صحیح اجرا می کند.
25		مراقبت های پرستاری قبل و بعد از افعال جراحی سببی آوزراسی را به درستی انجام می دهد.
26		منطقه پوششاری و هدفون نامک بیمار را به درستی انجام می دهد.
27		شنیدنی و ایستادن رخم را به صورت اصولی انجام می دهد.
28		در صورت نیاز بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار داده و تعلیمات لازم را بر روی دستگاه انجام می دهد.
29		
30		

31 به درستی و به درستی انجام می دهد.

32 اصول استریلیزاسیون را به صورت صحیح انجام می دهد.

33 چیدمان میز عمل را به صورت صحیح انجام می دهد.

34 شمارش گازها و ابزارها را به درستی و با دقت انجام می دهد.

35 به راهنمای جراحی ایمن آگاهی داشته و اصول آن را رعایت می کند.

36 با دستگاه لکتروکوتیر، تورنیکه، میکروسکوپ، ساکشن، CARM و سایر تجهیزات مورد استفاده در افعال جراحی به درستی کار می کند.

37 بیمار را از نظر مواریث و آسیب های احتمالی جراحی، حین و پس از عمل کنترل می کند.

38 قبل از شروع هر جراحی ابزارها و وسایل لازم را به درستی آماده می کند.

39 کاربرد دین ها و کاتترها را می داند.

40 به اصول کار در CSR آگاهی داشته و بعد از عمل وسایل را به روش صحیح جمع آوری کرده و تحویل CSR می دهد.

41 مراحل پذیرش بیمار، ترخیص، انتقال بین بخشها و اتمام بیمار را به درستی انجام می دهد.

42 مراقبت های پرستاری قبل و بعد از عمل را به صورت صحیح اجرا می کند.

43 بیمار را با رعایت نکات ایستای و به صورت صحیح به اتاق عمل تحویل داده و تحویل می گیرد.

44 ایستادن ایمن رخم را به صورت اصولی انجام می دهد.

45 مراقبت از بیمارانی دارای کشش استخوانی و پوستی را به درستی انجام می دهد.

46 مراقبت از آیل، گچ و فیکساتور را به درستی انجام می دهد.

47 عملکرد منبسی و عروقی عضو مبتلا را به درستی ارزیابی و ثبت می کند.

48 ایمن دین ها و کاتترها را می شناسد و عملکرد آن ها را کنترل و ثبت می کند.

49 اصول داروهای صحیح بر اساس 7R را می شناسد و عمل می کند.

50 طرز کار با دستگاه ساکشن، پالس ایسی شتری و سایر تجهیزات حیاتی بخش را نشان می دهد.

51 بیمار را با رعایت نکات ایستای و به صورت صحیح بین اتاق عمل و بیکاری منتقل می کند.

52 قبل از عمل ماشین و تزریقی مخصوصی را متناسب با نوع جراحی و شرایط بیمار آماده و مرتب می کند.

53 به اصول صحیح اکسیژن درمانی، ماسک گیری و آمیتاسیون آگاهی داشته و اجرا می کند.

54 انواع گازهای مورد استفاده در اتاق عمل را به درستی شناسایی می کند.

55 قبل از آمیتاسیون راه هوایی بیمار و سوئیچ بیماری و حساسیتی وی را به دقت بررسی می کند.

56 هدفون نامک بیمار را قبل، حین و پس از عمل پایش و ثبت می کند.

57 بحاسبات دارویی را به صورت صحیح انجام می دهد.

58 اصول مراقبت از انواع راه هوایی مخصوصی را به درستی اجرا می کند.

59 حین عمل و در بیکاری کلیه اعمالات بیمار و عملکرد آن ها را پایش کرده و در صورت احتیاج به پزشکی یا کارکنان اتاق عمل اطلاع می دهد.

60 با دستگاه منبسی، ونتیلایون، ساکشن، دکمپرسایون و حین لکتروکوتیر و سایر تجهیزات حیاتی بخش به درستی کار کرده و تنظیمات لازم را انجام داده و آلام ها را می شناسد.

تخصصی اتاق عمل

بخش داخلی و جراحی

تخصصی اورژانس



۵. مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل برای ارائه خدمات سلامت ایمن در تمامی شیفت‌های کاری اطمینان حاصل می‌نماید.

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای فرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با فرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن. • گزارش بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص فرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که کارکنان مجاز هستند به‌منظور ارائه خدمات ایمن و مطابق با قانون کار کشوری، فرجه‌های استراحت کافی داشته باشند، وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

فرایند بررسی

<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای کار دانشجویان و کارآموزان مبنی بر این که در بیمارستان تحت نظارت مناسب هستند و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند. • سوابق آموزش دانشجویان و کارآموزان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی که تحت نظارت مناسب کار کنند و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت نمایند. • گزارش بررسی میزان تبعیت دانشجویان و کارآموزان از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مبنی بر این که این افراد در بیمارستان تحت نظارت مناسب کار می‌کنند و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند. 	<p>مستنداتی که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که دانشجویان و کارآموزان تحت نظارت مناسب و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند، وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

۵. مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل برای ارائه خدمات سلامت ایمن در تمامی سیفت های کاری اطمینان حاصل می نماید.

فرایند بررسی



<ul style="list-style-type: none"> • پرونده برنامه بهداشت حرفه‌ای برای همه کارکنان. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای. • گزارش‌هایی مبنی بر اندازه‌گیری میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای. • خط‌مشی در خصوص تزریقات ایمن! 	<p>مستندات‌ای که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که برنامه بهداشت حرفه‌ای برای تمامی کارکنان اجرا می‌شود، وجود دارد؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • در این مورد کاربردی ندارد. 	<p>مشاهده</p>

فرایند بررسی



<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن. • گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن. 	<p>مستندات‌ای که باید بررسی شوند.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی بر این که روال مشخصی در بیمارستان برای تضمین تزریقات ایمن وجود دارد، موجود است؟ 	<p>مصاحبه‌ها</p>
<ul style="list-style-type: none"> • عدم گذاشتن مجدد درپوش سوزن‌ها و وجود ظروف ایمن برای دفع سرنگ و سرسوزن‌ها. 	<p>مشاهده</p>



۶. بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی خدمات ارائه شده برای همه بخش‌ها است.

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	A.6
<ul style="list-style-type: none"> خطامشی برای تدوین خطامشی‌ها. الگویی برای تدوین خطامشی‌های یکسان. سیستم کنترل مستندات / پرونده‌ها. 	<p>A.6.2.1 فرایندی منسجم برای تدوین و کنترل همه مستندات، خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی در تمامی بخش‌ها وجود دارد.</p>	معیار اساسی	بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی خدمات ارائه شده برای همه بخش‌ها است.
<p>خطامشی‌هایی در مورد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ محتوای پرونده پزشکی. ○ نحوه ایجاد شناسه اختصاصی هر بیمار. ○ قانونمندی فرایند احراز هویت بیمار. <p>ممیزی:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ کامل بودن پرونده پزشکی. ○ خوانایی دست‌نوشته‌ها. 	<p>A.6.2.2 بیمارستان برای هر بیمار، یک پرونده پزشکی استاندارد یا یک شناسه اختصاصی تهیه و نگهداری می‌نماید.</p>		
<p>گزارش استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)، ویرایش دهم یا یازدهم.</p>	<p>A.6.2.3 بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی تشخیص بیماری‌ها و پروسجرهای بالینی استفاده می‌نماید.</p>		
<p>ممیزی در دسترس بودن پرونده‌های پزشکی.</p>	<p>A.6.2.4 بیمارستان تضمین می‌نماید که پرونده‌های پزشکی در محیطی امن نگهداری می‌شوند و در صورت نیاز، به راحتی در دسترس ارائه دهندگان خدمات سلامت قرار دارند.</p>		

ع. آ بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی خدمات ارائه شده برای همه بخش ها است.



فرایند بررسی

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای همه بخش‌ها و خدمات.
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی بخش‌ها و / یا خدمات.
- گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی بخش‌ها و / یا خدمات باشند.
- الگویی یکسان برای تدوین خطمشی‌ها.
- سیستم کنترل مستندات.
- خطمشی‌ها حداقل شامل موارد زیر باشند:
 - امنیت و شناسایی کارکنان.
 - شناسایی مشتری.
 - حفظ حریم شخصی و محرمانگی اطلاعات مشتری.
 - شکایات.
 - گزارش وقایع ناخواسته.
 - گزارش تصادفات و رفتار مشکوک به پلیس.
 - مناطق معین برای کشیدن سیگار.
 - اطلاعات به مشتریان در مورد جزئیات هزینه خدمات.
 - کنترل عفونت و بهداشت دست.
 - رضایت آگاهانه.
 - فهرست تأیید شده اختصارات.
 - ایمنی دارو.
 - تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه.

مستنداتی که باید بررسی شوند.



- کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان دارای خطمشی و روش‌های اجرایی برای همه بخش‌ها و خدمات خود و سیستم‌های فعال به‌منظور نظارت بر اجرای آنها می‌باشد؟

مصاحبه‌ها

- در این مورد کاربردی ندارد.

مشاهده

ع.۶ بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی خدمات ارائه شده برای همه بخش‌ها است.



فرایند بررسی

مستندات که باید بررسی شوند.

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی برای هر بیمار.
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی و روش‌های اجرایی پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی برای هر بیمار.
- گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خطمشی و روش‌های اجرایی پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی برای هر بیمار.

مصاحبه‌ها

- آیا شواهدی مبنی بر این که بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده کامل پزشکی با یک شناسه اختصاصی تهیه و نگهداری می‌نماید، وجود دارد؟

مشاهده

- یک پرونده پزشکی کامل برای هر بیمار با یک شناسه اختصاصی.

فرایند بررسی

مستندات که باید بررسی شوند.

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای استفاده از کدهای استاندارد برای بیماری‌ها.
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با استفاده از کدهای استاندارد برای هر یک از بیماری‌ها.
- گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با استفاده از کدهای استاندارد برای هر یک از بیماری‌ها.

مصاحبه‌ها

- کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها (ICD10 و ICD11)، تشخیص‌ها و پروسیجرهای بالینی استفاده می‌نماید؟

مشاهده

- کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها (ICD10 و ICD11)، تشخیص‌ها و پروسیجرهای بالینی.



۶. بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی خدمات ارائه شده برای همه بخش‌ها است.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی دسترسی به پرونده‌های پزشکی.
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی دسترسی به پرونده‌های پزشکی.
- گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به دسترسی به پرونده‌های پزشکی.

مصاحبه‌ها

- کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که پرونده‌های پزشکی در صورت نیاز، به راحتی در دسترس ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قرار دارند؟

مشاهده

- در این مورد کاربردی ندارد.

گزارش عملکرد حیطه B – مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱

حیطه B – مشارکت بیماران و جامعه
خانم نرگس طهماسب پور افشار – مرکز آموزشی و درمانی شریعتی
خانم فرزانه حیدری – بیمارستان ام لیلیا



حيٽه B - مشارڪت بيماران و جامعہ



ڪار مشترڪي از:
بیمارستان شریعتی ، بیمارستان ام لیلہ
استان هرمزگان



تعاریف :



□ مشارکت بیمار یک مفهوم گسترده است و به عنوان یک موضوع مهم برای بهبود کیفیت خدمات و ایمنی بیماران محسوب می شود که مورد توجه مدیران بخش سلامت قرار گرفته است.

□ با تغییر درسیمای سلامت و گسترش بیماری های مزمن، رویکردهای مراقبت حرفه ای نیز تغییر کرده است. دراستانداردهای جدید پرستاری مشارکت بیمار به عنوان یک استاندارد طلایی بین المللی پذیرفته شده است.

□ علیرغم اهمیت فراوان مشارکت بیمار و کاربرد روزمره آن درمراقبت حرفه ای، این مفهوم بخصوص در زمینه های اجتماعی و فرهنگی کادر درمانی ایران نیاز مبرمی به شفاف سازی قرینه سازی بین زیر ساخت ایرانی و ملی با نمونه بین المللی دارد.



جدول ۱. توزیع معیار طبقه‌بندی شده بر اساس پنج حیطة برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)

تعداد کل معیارها در هر حیطة	معیارهای پیشرفته	معیارهای اساسی	معیارهای الزامی	حیطة (ویرایش سوم)
۳۶	۳	۲۶	۷	A: رهبری و مدیریت (۶ استاندارد)
۳۱	۷	۲۲	۲	B: مشارکت بیماران و جامعه (۷ استاندارد)
۴۰	۲	۲۴	۱۴	C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (۴ استاندارد)
۲۲	۱	۲۰	۱	D: محیط ایمن (۲ استاندارد)
۵	۲	۲	۱	E: آموزش مداوم (۳ استاندارد)
۱۳۴	۱۵	۹۴	۲۵	تعداد کل

حیطه B: مشارکت بیماران و جامعه

تعداد معیارها			بیانیه استاندارد	حیطه
بیشرفته	اساسی	الزامی		
۰	۴	۰	B.1: برنامه‌ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده‌است.	B: استانداردهای مشارکت بیماران و جامعه
۳	۷	۱	B.2: بیمارستان، آگاهی بیماران و مراقبین آنها را در زمینه سلامت افزایش می‌دهد تا آنها را در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود توانمند سازد.	
۱	۳	۱	B.3: بیمارستان، شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمام مراحل درمان تضمین می‌نماید.	
۳	۳	۰	B.4: بیمارستان در فعالیتهای مختلف ایمنی بیمار، جامعه و عموم مردم را مشارکت می‌دهد.	
۰	۳	۰	B.5: بیمارستان، حوادث تهدیدکننده ایمنی که برای بیمار رخ داده است را با وی و مراقبین او در میان می‌گذارد.	
۳	۳	۰	B.6: بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه‌هایشان تشویق می‌کند و بر اساس دغدغه‌ها و شکایات بیماران عمل می‌نماید.	
۰	۳	۰	B.7: بیمارستان دارای محیط دوستدار ایمنی بیمار است.	
۷	۲۲	۲	کل	

B.1	سطوح معیار	بیانیه معیار	راهنمای انطباق با شواهد
<p style="text-align: center;">برنامه‌ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده است.</p>	<p>معیارهای اساسی</p>	<p>B.1.2.1: بیمارستان، منشور حقوق بیمار دارد که در دسترس همه بیماران، خانواده‌ها و ملاقات‌کنندگان آنها قرار دارد.</p>	<p>منشور حقوق بیمار با ویژگی‌های ذیل:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مکتوب و مصوب شده است. ○ برای بیماران و مراقبین آنها در سراسر بیمارستان قابل رؤیت است. ○ توسط خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پشتیبانی می‌شود.
		<p>B.1.2.2: ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار لحاظ شده است.</p>	<p>شواهدی از نحوه لحاظ‌شدن ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار وجود دارد، به عبارت دیگر ذکر این نکته که بیماران از حقوق زیر برخوردارند:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ محیط امن، ایمن و پاکیزه. ○ کارکنان شایسته و دارای صلاحیت.
		<p>B.1.2.3: فرایندی مستند برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می‌نمایند، وجود دارد.</p>	<p>خطمشی و فرم برای بیمارانی که از دریافت درمان‌های پزشکی امتناع می‌کنند، وجود دارد.</p>
		<p>B.1.2.4: بیمارستان بیماران را از مسئولیت‌هایشان در طی فرایند درمان مطلع می‌نماید.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● بیانیه وظایف بیمار با ویژگی‌های ذیل: <ul style="list-style-type: none"> ○ مکتوب و مصوب شده است. ○ در سراسر بیمارستان در معرض دید بیماران و همراهان است. ● وظایف می‌تواند شامل ارائه اطلاعات صحیح به ارائه‌دهندگان خدمات، تسهیل در ارائه خدمات و احترام به حقوق کارکنان باشد.



B.۱/۲/۱ بیمارستان ، منشور حقوق بیمار دارد که در دسترس همه بیماران ، خانواده ها و ملاقات کنندگان آنها قرار دارد.



- محور اول** دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است
- محور دوم** اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد
- محور سوم** حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود
- محور چهارم** ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد
- محور پنجم** دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است

برنامه عملیاتی تفصیلی ایمنی بیمار



هدف کلی ۲ (G2): بهبود کیفیت خدمات درمانی

هدف اختصاصی ۲-۳ (۲-۳): افزایش رعایت حقوق گیرندگان خدمت به میزان ۹۵٪ در سال ۱۴۰۲

استراتژی ۲-۳-۱ (۲-۳-۱): استقرار استانداردهای اعتباربخشی حقوق گیرندگان خدمت

برنامه عملیاتی مربوط به استراتژی:

گزارش پیشرفت برنامه				هزینه	شاخص دستیابی	تاریخ پایان	تاریخ شروع	مسئول اجرا	نام فعالیت
سه ماهه اول	سه ماهه دوم	سه ماهه سوم	سه ماهه چهارم						
۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	✓	درصد رضایت بیماران	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	۱۴۰۲/۰۱/۰۱	تمام پرسنل	نصب اتیکت بر روی روپوش پرسنلی
۹۰٪	۹۰٪	۹۰٪	۹۰٪	x	درصد رضایت بیماران	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	۱۴۰۲/۰۱/۰۱	تمام پرسنل	معرفی گروه درمان به بیمار
۹۰٪	۹۰٪	۹۰٪	۹۰٪	x	درصد رضایت بیماران	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	۱۴۰۲/۰۱/۰۱	تمام پرسنل	آموزش به بیمار و همراهان
۹۰٪	۹۰٪	۹۰٪	۹۰٪	x	درصد رضایت بیماران	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	۱۴۰۲/۰۱/۰۱	تمام پرسنل	حفظ حریم خصوصی بیمار
۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	x	درصد رضایت بیماران	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	۱۴۰۲/۰۱/۰۱	تمام پرسنل	پاسخ به نیازهای عبادی و اعتقادی بیماران و مراجعین
۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	x	درصد رضایت بیماران	۱۴۰۲/۱۲/۲۹	۱۴۰۲/۰۱/۰۱	تمام پرسنل	رعایت اصول رازداری

B.۱/۲/۲ ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار لحاظ شده است.

B.1.2.2 ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار لحاظ شده است.

معیارهای قابل سنجش

- منشور مکتوب و مصوب حقوق بیمار و خانواده که در آن ایمنی بیمار لحاظ شده است و شامل موارد زیر می شود، اما فقط محدود به این موارد نمی باشد:
 - حق دسترسی به مراقبت در بیمارستان.
 - حق احترام به باورهای فرهنگی و عقاید معنوی و ترجیحات فردی بیماران.
 - حق مطلع شدن و مشارکت در اتخاذ کلیه تصمیمات پزشکی در حین مراقبت.
 - حق شکایت.
 - حق ایمنی بیمار.
 - حق امنیت، حریم خصوصی و رازداری.
 - حق مدیریت/ کنترل درد.
 - حق دسترسی به اطلاعات در مورد خدمات بیمارستان و پیامدهای آن.
 - حق امتناع از دریافت درمان.

B. ۱/۲/۳ فرایندی مستند برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می نمایند ، وجود دارد.

نقش تعاملی کادر درمان در استاندارد جدید عدم پذیرش درمان توسط بیمار شامل چه برنامه ، دستورالعمل و فرآیند اجرایی است ؟

۱- نقش شما بعنوان پزشک در چنین مواقعی چگونه است ؟

۲- چه سازو کاری برای بیماران در نظر گرفته شده است ؟

۳- روش های جایگزین درمانی چیست ؟

۴- در صورتیکه بیماران توانایی پرداخت هزینه های درمانی خود را ندارند، نقش مددکاران اجتماعی و خیرین چگونه در این فرایند ایفا می گردد ؟

۵- روانشناسان و روانکاوان در مسایل اینچنینی و آسیب های اجتماعی ناشی از رد قبول درمان چگونه وارد عمل می شوند و یا چگونه بیماران به ایشان ارجاع داده می شوند ؟

*اینها مسایلی است که در برنامه گیرندگان خدمت از منظر ایمنی بیمار بایستی گنجانده شود تا بتوان بار سنگین این استاندارد را بدوش کشید!



B. ۱/۲/۳

طراحی و تایید فرم صورتجلسه رضایت با میل شخصی توسط تیم مدیریتی در کمیته مدیریت و رهبری و تایید فرم توسط سوپروایزر با اطلاع به مسئولین مادران پرخطر در سطح استان



شماره سند : SH-FR-03/01

تاریخ ابلاغ : 1400 / 5 / 25

تاریخ بازنگری : 1402 / 5 / 25

صورتجلسه عدم پذیرش درمان های ضروری توسط بیمار

اینجانب :	نام پدر :	با کد ملی :	تاریخ :
شماره تماس :	با آدرس :		
و نام و نام خانوادگی (همراه) :	با نسبت :	نام پدر :	
با کد ملی :	شماره تماس :		
و آدرس :			

علی رغم نظر پزشک معالج و کادر درمان بخش و بیمارستان مبنی بر شروع / ادامه درمان با علم و آگاهی کامل بر خطرات و عوارض ناشی از عدم درمان (تعیین نوع درمان) از جمله عواقبی مانند :

- - - - -

- - - - -

بدون هیچگونه اکراه و یا اجباری رضایت به شروع / ادامه درمان نمی دهم و در کمال هوشیاری و سلامتی عقل با آگاهی و علم بر کلیه موارد نامبرده و خطراتی که سلامتی خودم /موکلم و یا تهدید می کند : بیمارستان را ترک می کنم .

با وجود عدم پذیرش درمان توسط بیمار و همراه توصیه گردید در صورت بروز هر گونه علائمی چون :

- - - - -

سریعاً به نزدیکترین مرکز درمانی مراجعه کند و تمامی آموزش های لازم و توصیه های درمانی به بیمار و همراه بیمار داده شد .

نام و امضاء اثر انگشت بیمار

نام و امضاء و اثر انگشت همراه

پزشک / رزیدنت

پرستار / ماما

شاهد

شاهد

شاهد

سوپروایزر

B.۱/۲/۴ بیمارستان بیماران را از مسئولیت هایشان در طی فرایند درمان مطلع می نماید.

B.1.2.4 بیمارستان بیماران را از مسئولیت هایشان در طی فرایند درمان مطلع می نماید.

معیارهای قابل سنجش

- منشور مسئولیت های بیمار و خانواده بیمار که مکتوب و مصوب شده است؛
- منشور مسئولیت های بیمار و خانواده وی در سراسر بیمارستان در معرض دید بیماران و همراهان قرار دارد؛
- وظایف می تواند شامل ارائه اطلاعات صحیح به ارائه دهندگان خدمات، تسهیل در ارائه مراقبت و احترام به حقوق کارکنان باشد.



راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	B.2
<p>خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای رضایت آگاهانه که شامل راهنمایی در موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ فهرستی از پروسیجرهای تهجمی که اخذ رضایت آگاهانه برای آنها الزامی است. ○ اطلاعاتی که باید به بیمار داده شود، تا اطمینان حاصل گردد که قبل از شروع مداخلات بالینی و استفاده از هر نوع آرام‌بخشی، تمام خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی به وی توضیح داده شده است. 	<p>B.2.1.1 رضایت آگاهانه قبل از هر اقدامی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد، توسط کارکنان ذی‌صلاح به روش و زبانی که برای بیمار یا قیم قانونی وی قابل‌درک باشد، اخذ می‌شود.</p>	معیار الزامی	<p>بیمارستان آگاهی‌بخش و مراقبت‌ها را در زمینه سلامت افزایش می‌دهد تا آنها را در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود توانمند سازد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● مطالب آموزشی استفاده شده نظیر بروشورها، متون آموزشی، و یادداشت‌های سخنرانی. ● صورت‌جلسه نشست‌های گروه حمایتی برای بیماری‌های خاص و امضای حاضرین جلسات. ● خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ارتقای سلامت. 	<p>B.2.2.1 بیمارستان آموزش‌هایی را برای مشارکت بیمار و خانواده وی در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای درمان و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارائه می‌دهد.</p>		
<p>فرایند ارائه برگه خلاصه ترخیص به بیماران که شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ فرم مسئول. ○ نمونه اطلاعاتی که باید در زمان ترخیص در اختیار بیمار قرار بگیرد. 	<p>B.2.2.2 تمامی بیماران اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان خود را از پزشک معالج‌شان دریافت می‌نمایند.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● فرایند آموزش مراقبین بیماران جهت مراقبت پس از ترخیص: مراقبت از بیمار، رژیم غذایی، استفاده ایمن و مؤثر از تجهیزات پزشکی و توان‌بخشی. 	<p>B.2.2.3 بیمارستان به بیمار و مراقبین بیمار در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص آموزش می‌دهد.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● مدارک پزشکی شامل شرح حال بیمار و برنامه‌های درمانی. ● مسیر یکپارچه مراقبت. 	<p>B.2.2.4 در زمان پذیرش، تاریخچه کامل پزشکی، برنامه درمانی و نیازهای بیمار ارزیابی شده و در پرونده پزشکی ثبت می‌شوند.</p>	معیار اساسی	
<p>فرایند ارائه برگه خلاصه ترخیص به بیماران که موارد زیر را نشان می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ چه کسی مسئول است؟ ○ نمونه اطلاعاتی که به اشتراک گذاشته می‌شود. 	<p>B.2.2.5 هنگام ترخیص، خلاصه‌ای دقیق از ترخیص یا ارجاع بیمار به اطلاع وی و پزشک اولیه / ارجاع‌دهنده ایشان رسانده می‌شود.</p>		
<p>خطمشی مورد استفاده جهت سواد سلامت.</p>	<p>B.2.2.6 روش‌های آموزش سلامت فرهنگ، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و خانواده ایشان را مورد توجه قرار می‌دهند.</p>		
<p>بیماران نسبت به چالش‌های ایمنی بیمار ارائه نظر کرده و نسبت به سؤال و ارائه دیدگاه خود در خصوص مراقبت‌های ایمن تشویق می‌شوند. سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱- خدمات تمیز، خدماتی ایمن‌تر است. ۲- جراحی ایمن، نجات‌بخش جان انسان‌ها است. ۳- دارودرمانی بدون آسیب. 	<p>B.2.2.7 بیماران نسبت به ارائه نظر در خصوص سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایمنی بیمار (خدمات تمیز، خدماتی ایمن‌تر است - جراحی ایمن نجات‌بخش جان انسان‌ها می‌باشد - دارو درمانی بدون آسیب) آگاه و تشویق می‌شوند.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● فرایندی برای تشویق بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در امور درمانی خود. ● برنامه‌ریزی برای ترخیص یا ارجاع یا مشارکت بیماران صورت می‌گیرد. ● اگر پیامد درمان، مرگ باشد، برنامه‌ریزی می‌تواند شامل آماده‌سازی بیماران و خانواده ایشان برای مرگ، مدیریت درد و علائم بیماری، ارتباط با گروه‌های حمایتی، مشاوره، و رفع نیازهای معنوی و فرهنگی آنان باشد. 	<p>B.2.3.1 بیمارستان بیماران را تشویق می‌نماید تا در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در امور مرتبط با درمان خود از جمله ترخیص یا ارجاع مشارکت نمایند.</p>	معیار پیشرفته	
<ul style="list-style-type: none"> ● وبسایتی برای خدمات سلامت بیمارستان. ● دسترسی بیماران به وبسایت خدمات سلامت بیمارستان. 	<p>B.2.3.2 بیمارستان توصیه‌هایی در خصوص ایمنی بیمار از طریق رسانه‌های متعدد، از جمله مطالب آموزشی مکتوب، رسانه‌های اجتماعی و وبسایت با دسترسی عموم ارائه می‌دهد.</p>		

B.۲.۱.۱

* پزشکان :

آیا پزشکان در تعامل با بیمار و همراهان وی نقش جامع و کاملی ایفا می کنند، یا سعی دارند این نقش پاسخگویی و تعامل را به پرستار بیمار بسپارند و حداقل نقطه تماس با بیمار و همراهان وی را داشته باشند؟

۱- نقطه ضعف اکثر مراکز درمانی: عدم انجام اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک



* پرستاران:

از آن جا که بیشترین ساعات گفتگو و تعامل با بیماران را دارا می باشند و در جای جای بیمارستان سعی در هموار کردن موانع دارند. نقش مهمی در این زمینه ایفا می کنند.

۲- متاسفانه در خیلی از مواقع به دلیل حجم زیاد کارها ، کمبود نیرو و ضریب اشغال تخت بالا از این مهم مغفول می مانند!

ارتباط پزشک-بیمار
 و نقش آن در رضایتمندی
 بیماران از فرآیند درمان

■ درمان بیماری ها وابستگی زیادی به تعامل بین پزشک و بیمار دارد و نتیجه ی همکاری بیمار با پزشک، درمانی سریع و موفق است




Dr.Link

آموزش به بیمار و همراهان

B. ۲/۲/۱

World Health Organization #NoTobacco

DON'T LET TOBACCO TAKE YOUR BREATH AWAY

TOBACCO KILLS MORE THAN 8 MILLION PEOPLE EVERY YEAR.

8 MILLION DEATHS caused by tobacco every year

1 MILLION DEATHS due to second-hand smoke exposure

پیشگیری از پرفشاری خون

@HOSPITAL_FACTS

- مصرف حداقل ۵ وعده میوه و سبزی در روز
- کاهش وزن در صورت اضافه وزن
- انجام فعالیت بدنی با شدت متوسط به مدت حداقل ۳۰ دقیقه در اکثر روزهای هفته ترجیحا" هر روز هفته
- کاهش مصرف نمک و مصرف کمتر غذاهای فرآوری شده و پر نمک
- اندازه گیری منظم فشارخون، چربی خون و قند خون
- ترک مصرف دخانیات

تعاریف جدید فشارخون نرمال و فشارخون بالا بر اساس آخرین مطالعات و راهنماهای درمان پرفشاری خون در دنیا، اهمیت توجه به این بیماری را بیش از پیش روشن ساخته است.

@HOSPITAL_FACTS

فشارخون طبیعی و پرفشاری خون در بزرگسالان

فشارخون دیاستولیک	فشارخون سیستولیک	دسته بندی فشار خون
<80 mm Hg	<120 mm Hg	طبیعی (normal)
<80 mm Hg	120-129 mm Hg	افزایش یافته (elevated)
80-89 mm Hg	130-139 mm Hg	پرفشاری خون خفیف (stage 1)
≥90 mm Hg	≥140 mm Hg	پرفشاری خون شدید (stage 2)



ارایه کلاس های آموزشی توسط سوپروایزر آموزش سلامت به بیمار و خانواده های بیمار

B.۲/۲/۱

درمانگاه

آموزش گروهی



7

فرمانده بهداشتی و درمانی بیمارستان حضرت زینب (ع) در خصوص آموزش گروهی به بیماران و خانواده های آنان
از طریق گروهی به بیمار و خانواده های بیمار در خصوص آموزش سلامت به بیماران و خانواده های آنان
توجه



11

با استاندارد جدید فوق الذکر و مداخله بیماران در روند درمان وحتى آگاهی از دستورات العمل های خود مراقبتی و مسئولیت هایی که در زمینه بیماری بیمار، پزشکان و عوامل مراقبتی برعهده وی می نهند وی را از دام ابتلا به افسردگی ناشی از بیماری و مرگ دور می سازند. بعضا همراهی و مشارکت کادر درمانی روان و اعصاب و مددکاران اجتماعی نقشی مهمی را در روند مشارکت بیمار و جامعه ایفا می کند.

پیش از این ،طبق عادت فرهنگی مهرورز ایران زمین ،همراهان بیمار بر این باور بودند که بهتر است بیمار از مسایل اصلی درمان خود آگاه نگردد تا مبادا امید به زندگی خویش را از دست بدهد .اما نکته مهم اینجاست که حق مهم ،الزامی و اساسی بیمار مبنی بر قدرت تصمیم گیری برای همراهی با کادر درمان در روند بهبود ،زمان لازم برای وصیت یا کارهای بجا مانده در بیماران کنسر با گرید بالاو یا حتی عدم پذیرش درمان را از ایشان صلب می نمودند.



B. ۲/۲/۵

ترخیص ایمن

B. ۲/۲/۳

چک لیست پیگیری های پس از ترخیص

فرم آموزش های پس از ترخیص

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان
گروه معاونت درمان
چک لیست الزامی فرآیند آموزش به معلمان (معلمین) پس از ترخیص
نام تکمیل کننده فرم: _____ نام بخش: _____

شماره پرونده	نام و نام خانوادگی معلمان	بخش	تاریخ تکمیل	تاریخ تعین	تاریخ تعین
ردیف	موضوع	بله	خیر	میانگین	
1	فرم آموزش ترخیص به معلمان آماده و درجه بندی شده شده				
2	معلم از نوع رهنم عملی نمودن اطلاع دارد؟				
3	معلم نحوه معرفی داروهای خود را می داند؟				
4	معلم وضعیت حرکتی خود را در منزل می داند؟				
5	معلم زمان و مکان مراجعه معتمد را می داند؟				
6	معلم مراقبت های لازم در منزل از معتمد چگونگی استفاده و سایر را می داند؟				
7	معلم علائم خطر و هشدارهای لازم مربوط به معتمد را می داند؟				
8	معلم نحوه پیگیری تلفن کست های موبایل از معتمد را می داند؟				
9	معلم از آموزش های ارائه شده رضایت دارد؟				
10	معلم از مناسب بودن وسیله آموزش ارائه شده رضایت دارد؟				
11	معلم از آدرس متلفن و آدرس مراکز وسایط های آموزش مطلع است؟				



شماره پرونده		نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی	
شماره پرونده: 0000000000	نام و نام خانوادگی: _____	نام و نام خانوادگی: _____	نام و نام خانوادگی: _____	نام و نام خانوادگی: _____	نام و نام خانوادگی: _____
تاریخ تولد: _____	تاریخ تولد: _____	تاریخ تولد: _____	تاریخ تولد: _____	تاریخ تولد: _____	تاریخ تولد: _____
تاریخ و مکان آموزش: _____	تاریخ و مکان آموزش: _____	تاریخ و مکان آموزش: _____	تاریخ و مکان آموزش: _____	تاریخ و مکان آموزش: _____	تاریخ و مکان آموزش: _____
ردیف	موضوع	بله	خیر	میانگین	
1	فرم آموزش ترخیص به معلمان آماده و درجه بندی شده شده				
2	معلم از نوع رهنم عملی نمودن اطلاع دارد؟				
3	معلم نحوه معرفی داروهای خود را می داند؟				
4	معلم وضعیت حرکتی خود را در منزل می داند؟				
5	معلم زمان و مکان مراجعه معتمد را می داند؟				
6	معلم مراقبت های لازم در منزل از معتمد چگونگی استفاده و سایر را می داند؟				
7	معلم علائم خطر و هشدارهای لازم مربوط به معتمد را می داند؟				
8	معلم نحوه پیگیری تلفن کست های موبایل از معتمد را می داند؟				
9	معلم از آموزش های ارائه شده رضایت دارد؟				
10	معلم از مناسب بودن وسیله آموزش ارائه شده رضایت دارد؟				
11	معلم از آدرس متلفن و آدرس مراکز وسایط های آموزش مطلع است؟				

B2.3.2

بیمارستان توصیه هایی در خصوص ایمنی بیمار از طریق رسانه های متعدد ، از جمله مطالب آموزشی مکتوب ، رسانه های اجتماعی و وب سایت با دسترسی عموم ارائه می دهد.

B2.2.6

روش های آموزش سلامت فرهنگ ، ارزش ها و ترجیحات بیماران و خانواده ایشان را مورد توجه قرار می دهند.

خدمات درمانی بیمار محور

■ خدمات بیمارمحور رویکرد نوینی در نظام پزشکی است که بر مبنای رابطه متقابل و برابر بیمار و پزشک بنا شده است. تحقیقات نشان می دهد این رویکرد باعث کوتاه شدن طول درمان، افزایش رضایت، کاهش خطای پزشکی، کاهش هزینه های بیمارستانی، و در مجموع بهبود وضعیت درمانی می شود



[آموزش نحوه برخورد با بیماران]

■ برقراری یک ارتباط خوب با دیگران هنر است و استفاده از آن برای پیشبرد اهداف، یک علم! نحوه برخورد با بیمار، تأثیر بسیار زیادی روی روند شما دارد. هیچ چیز مانند یک مکالمه دلنشین نمی تواند رضایت بیماران را در طولانی مدت حفظ کند زمانی که شما با ملاحظه و استفاده از روش خاصی اطلاعات را به بیمار منتقل می کنید (یا از آنها فیدبک می گیرید!)، بازدهی بسیار بهتری را در روند درمان مشاهده خواهید کرد. مطمئن باشید



بیماران نسبت به ارائه نظر در خصوص سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایمنی بیمار (خدمات تمیز، خدماتی ایمن تر است - جراحی ایمن نجات بخش جان انسان ها می باشد - دارو درمانی بدون آسیب) آگاه و تشویق می شوند.

چک لیست جراحی ایمن

اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل	اقدامات قبل از برش پوست بیمار	اقدامات قبل از بی‌هوشی بیمار
<p>تکمیل این قسمت از چک لیست حضور متخصص بی‌هوشی و جراح الزامی است. نام عمل جراحی</p> <p>تکمیل شناسایی لوازم جراحی - کارو سر سوزن مورد استفاده در عمل جراحی</p> <p>برچسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل مشخصات نمونه جمله نام بیمار یا ضدای بلند خواننده شود</p> <p>آیا اشکال و یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد.</p> <p>متخصص جراحی و متخصص بی‌هوشی و پرستار: (چه نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به هوش آمدن بیمار وجود دارد؟)</p>	<p>تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار، متخصص بی‌هوشی و جراح الزامی است</p> <p>محرک کلیه اعضای تیم جراحی با نام و نام خانوادگی و سمت تهیه می شود.</p> <p>نام و نام خانوادگی بیمار، نوع عمل جراحی و محل برش جراحی تهیه می شود.</p> <p>آیا آنتی بیوتیک پروپروفلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟</p> <p>آیا</p> <p>موردی ندارد.</p> <p>واقع مینم قابل پیش بینی</p> <p>متخصص جراحی:</p> <p>کدام حالت حیاتی و یا غیر معمول در حین عمل جراحی چیست؟</p> <p>عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟</p> <p>میزان خون بزرگ احتمالی حین عمل چقدر است؟</p> <p>متخصص بی‌هوشی:</p> <p>آیا مشکل خاصی در مورد بی‌هوشی بیمار وجود دارد؟</p> <p>تیم پرستاری:</p> <p>استرلیزه وسایل و لوازم جراحی از جمله نتایج شاخص های استرلیزه ها تهیه شده است؟</p>	<p>تکمیل این قسمت از چک لیست حداقل حضور پرستار، متخصص بی‌هوشی الزامی است</p> <p>آیا بیمار نام و نام خانوادگی، نوع و موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل جراحی را تأیید نموده است؟</p> <p>آیا</p> <p>آیا موضع عمل رعایت گذاری شده است؟</p> <p>آیا</p> <p>موردی ندارد</p> <p>آیا داروها و ماشین بی‌هوشی کاملاً چک شده است؟</p> <p>آیا</p> <p>آیا پالس کسی مگر به بیمار متصل و در حال کار است؟</p> <p>آیا</p> <p>آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟</p> <p>آیا</p> <p>آیا بیمار دارای ریه هوایی مشکلی یا در معرض آسمون است؟</p> <p>آیا</p> <p>آیا بیمار در طی زمان جراحی در معرض خطر دست رفتن بیش از 500 میلی لیتر خون می باشد؟ (در کودکان 7 میلی لیتر به ازای هر کیلو گرم وزن بدن)</p>

سازمان غذا و دارو
دقت، سرعت و آگاهی فرآیند ملی سلامت

برخی راهکارهای پیشگیرانه از وقوع اشتباهات دارویی

- نیبه فهرست داروهای مشابه یا ذکر تمام مشخصات دارو شامل نام، شکل، دوز دارو، نبرگ سازنده و تصویر داروهای مشابه در مراکز درمانی و بررسی و بازنگری دوره ای آن‌ها، تهیه بسترهای رنگی از داروهای مشابه موجود در بیمارستان و آموزش های سنتر پرستاران محترم و پرسنل محترم داروخانه در خصوص افزایش دقت به نام فرآورده سفارش بر روی بسته بندی داروها در زمان تحویل دارو و داروهای به بیمار
- سناسایی اشتباهات دارویی بر تکرار در هر بیمارستان و مرکز دارویی درمانی و تشکیل جلسات آموزشی مکرر و مستمر به منظور ارائه راهکارهای مناسب بسنگیرنده از وقوع آن ها
- فاصله گذاری محل نگهداری داروهای مشابه و یا هشدار بالا در انبار دارویی، داروخانه، بخشهای و استوک دارویی موجود در بخش ها
- محدود نمودن دسترسی به داروهای هشدار بالا در بخش های بیمارستان ها به شکل استوک دارویی و برچسب گذاری داروهای هشدار بالا مطابق بسته بندی برچسب گذاری داروهای هشدار بالا
- ارسال مستقیم نسخه پزشک به داروخانه، راه اندازی سیستم یونیت دوز، آماده سازی داروها در داروخانه و یا بخش مراقبت های دارویی برای هر بیمار

گروه ثبت و بررسی ریسک و محارض ناخواسته فرآورده های سلامت

به مناسبت روز جهانی ایمنی بیمار
۱۷ سپتامبر ۲۰۲۲
با شعار ایمنی دارویی
(تجزیه ایمن دارو)

www.fda.gov.ir

مرکز بهداشتی درمانی تهران
مرکز بهداشتی درمانی ملل

پنج مرحله شستشوی دست ها

- شیر آب را باز کرده و دستان خود را خیس کنید
- دستان خود را به صابون یا مایع دستشویی آغشته کنید
- به مدت ۲۰ ثانیه، با صابون یا مایع دستشویی رو و پشت دست را به خوبی بشویید
- دستان خود را به صورت کامل آب بکشید طوری که اثری از صابون نماند
- در مرحله آخر دستان خود را به صورت کامل خشک کنید

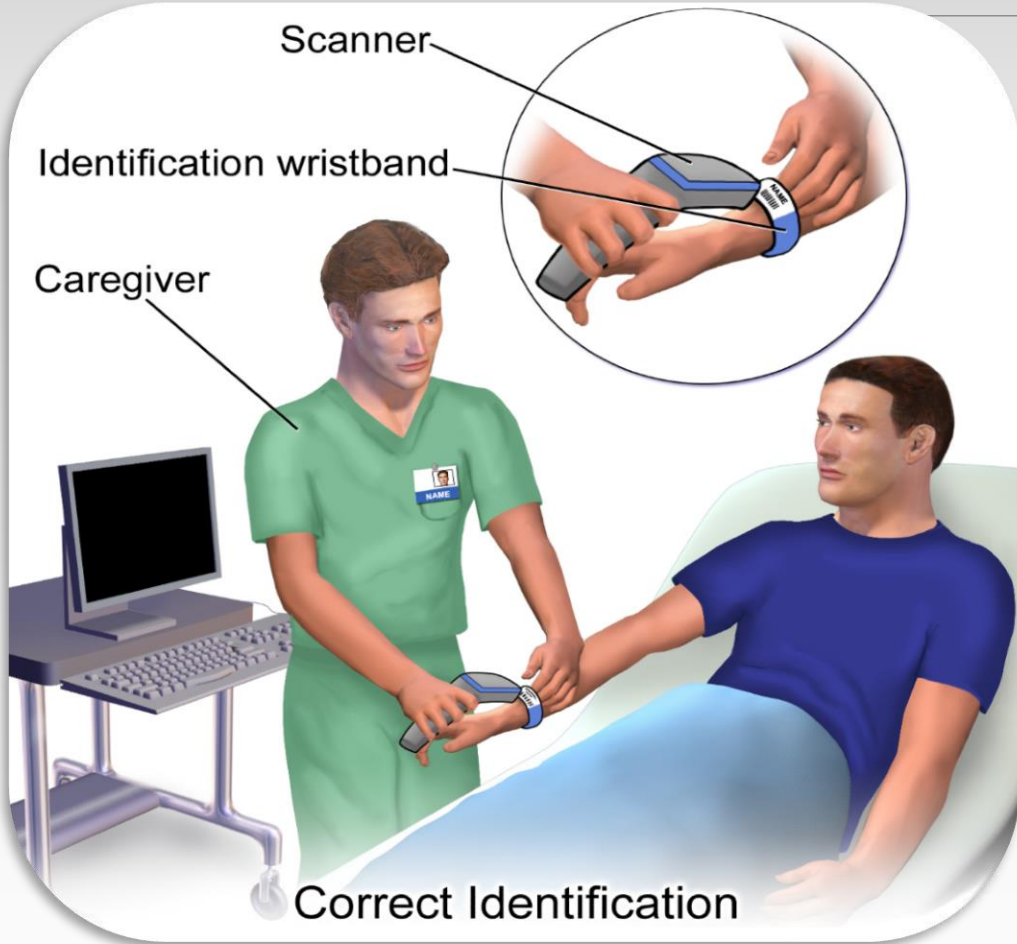
برای حفاظت از خود در برابر بیماری های ویروسی و آنفولانزا
شستن دست ها را جدی بگیرید

www.webda.ir

راهنمای انطباق با شواهد	بیانیه معیار	سطوح معیار	B.3
<ul style="list-style-type: none"> خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی و احراز هویت بیمار، از جمله دو شناسه که بیمار آن‌ها را می‌شناسد. شناسه‌های بیمار شامل نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد به روز، ماه و سال است. 	<ul style="list-style-type: none"> B.3.1.1 در فرایند شناسایی بیمار در کل بیمارستان، حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار استفاده می‌گردد. 	معیار الزامی	بیمارستان، شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمام مراحل درمان تضمین می‌نماید.
<ul style="list-style-type: none"> خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی و احراز هویت بیمار، از جمله دو شناسه که بیمار آنها را می‌شناسد. شناسه‌های بیمار شامل نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد به روز، ماه و سال است. 	<ul style="list-style-type: none"> B.3.2.1 سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی و مستندسازی آن موجود است. 	معیار اساسی	
<p>خطمشی‌ها در مورد:</p> <ul style="list-style-type: none"> بایگانی مدارک پزشکی. محدودیت دسترسی به داده‌های بیمار. 	<ul style="list-style-type: none"> B.3.2.2 حق بیماران برای حفظ حریم شخصی و محرمانگی مراقبت و اطلاعات وی مورد احترام قرار می‌گیرد. 		
<p>خطمشی استفاده از بارکد برای شناسایی بیماران در مدیریت موارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> بایگانی مدارک پزشکی. محدودیت دسترسی به داده‌های بیمار. تطبیق نمونه‌های آزمایشگاهی. تطبیق تصویربرداری پزشکی. 	<ul style="list-style-type: none"> B.3.3.1 بیمارستان برای شناسایی هویت بیماران از سیستم بارکد استفاده می‌نماید. 	معیار پیشرفته	

شناسایی هویت بیماران

B.۳/۱/۱
B.۳/۲/۱
B.۳/۳/۱



دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران



خط مشی بیماران آسیب پذیر و پرخطر



<p>تاریخ ابلاغ: خرداد ۱۳۹۹ کد: SH.LPO.13/02 تاریخ بازنگری: ۱۳۹۷/۰۶/۲۶</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان دکتر علی شریعتی</p>	
<p>عنوان خط مشی: مددکار اجتماعی در بیمارستان یا حداقل های مورد انتظار</p>		
<p>دامنه خط مشی: بیماران احرارمان مشکل دار و پرخطر (شامل مادران باردار و پرخطر-مادران پرخطر سقط جنین- بارداری های ناشروع - همسر آزاری - خشونت علیه زنان و بیماران روانی)</p>		
<p>تعاریف: مددکاری یک خدمت حرفه ای است که بر دانش و مهارت های خاصی برای کمک به افراد گروهی و جامعه قرار گرفته است</p>		
<p>بیانیه خط مشی: به منظور کمک به بیماران / احرارمان مشکل دار و پرخطر شامل (سهمیت های دارویی زنان باردار، اقدام به خودکشی- اقدام به سقط زنان باردار - بارداری های ناشروع - خشونت علیه زنان-بیماران روانی)</p>		
<p>مسئولیت ها و اختیارات: <input type="checkbox"/> فرد پاسخگو: ستون مددکاری <input type="checkbox"/> ذینفعان: بیمار / همراه</p>		
<p>روش انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. تعیین میانگین شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری اجتماعی توسط واحد مددکاری شخص و به بخشها ابلاغ می شود 2. در تمامی واحد ها و بخش ها کاتبه پرسنل موظف به شناسایی بیماران آسیب پذیر، طبق میانگین ابلاغ شده هستند 3. اطلاع رسانی در مورد بیماران آسیب پذیر بر عهده ستون مرشدیت می باشد و اطلاع رسانی در مورد بیماران مجهول الهویه، بی خانمان و بدون همراه و... از طرف بخش ها و واحد ها به واحد مددکاری در اسرع وقت انجام شود. 4. ثبت بیماران آسیب پذیر در سیستم HIS در قسمت مددکاری امکان پذیر می باشد و کلیه افرادی که به سیستم HIS دسترسی دارند می توانند بیماران آسیب پذیر شناسایی شده را در واحد مددکاری ثبت نمایند. 5. در ساعات اداری مددکار اجتماعی روزانه از کلیه بخش ها در واحد ها بازدید به عمل می آورد و بیماران آسیب پذیر و نیازمند را شناسایی می کند. 		

راهنمای انطباق با شواهد	بیانیه معیار	سطوح معیار	B.4
<ul style="list-style-type: none"> فرایند برنامه‌ریزی پوشش‌های ایمنی بیمار. جلب مشارکت جامعه و نهادهای اجتماعی. صورت‌جلسات و برنامه عملیاتی پوشش‌های ایمنی بیمار. صورت‌جلسه نشست‌های برگزار شده گروه‌های مدنی، سازمان‌های غیردولتی و پیشگامان جامعه. 	<p>B.4.2.1 بیمارستان پوشش‌های ایمنی بیمار را به‌منظور به اشتراک گذاشتن راه‌حل‌ها و افزایش آگاهی از ایمنی بیمار در جامعه برگزار می‌نماید.</p>	معیار اساسی	بیمارستان در فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار، جامعه و عموم مردم را مشارکت می‌دهد.
<ul style="list-style-type: none"> تهیه مطالب رسانه‌ای برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات). مطالب تبلیغاتی برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات). 	<p>B.4.2.2 بیمارستان از رسانه‌ها و تبلیقات به‌منظور ارتقای ایمنی بیمار استفاده می‌نماید.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> راهبرد برای مشارکت جامعه (به‌عنوان مثال، سازمان‌های مردم‌نهاد، مدافعان حقوق بیمار و انجمن‌ها). خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای مشارکت جامعه. 	<p>B.4.3.1 بیمارستان در طراحی و اجرای برنامه ایمنی بیمار، جامعه را مشارکت می‌دهد.</p>	معیار پیشرفته	
<ul style="list-style-type: none"> خط‌مشی در مورد این که بیماران چگونه می‌توانند درخواست دسترسی به مدارک پزشکی خود را داشته باشند؟ 	<p>B.4.3.2 بیماران به پرونده پزشکی خود دسترسی داشته و این فرصت را در اختیار دارند تا در صورت لزوم بتوانند از پزشک معالج خود توضیح بخواهند.</p>		

پوشش ملی دیابت و فشار خون

۲۰ آبان لغات ۱۵ دی ماه ۱۴۰۲

پرونده سلامت الکترونیک

سازمان پزشکی و سوانح پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چاپ پوستر و بنر با شعار سالانه WHO در بیمارستان در روز جهانی ایمنی بیمار
و ارائه هدایا برای پرسنل و بخش هایی که در گزارش دهی خطا مشارکت های
زیادی دارند. و ارائه پمفلت با عنوان شعار بهداشت جهانی در بین بیماران

B. ۴/۲/۱

World Patient Safety Day

عملکرد دانشگاه علوم پزشکی استان هرمزگان

به مناسبت گرامیداشت روز جهانی ایمنی بیمار
۲۶ شهریور ۱۴۰۲ (۱۷ سپتامبر ۲۰۲۳)

معاونت درمان - مدیریت پرستاری

تهیه و تنظیم: فریده کناری تختی
(کارشناس ایمنی بیمار معاونت درمان)

روز جهانی
ایمنی بیمار
۲۶ شهریور ۱۴۰۲
17 September 2023

جلب مشارکت بیماران
در راستای ارتقاء ایمنی بیمار

صدای بیماران را
بالا ببرید

World Patient Safety Day
17 September 2023

سازمان بهداشت جهانی

شعار سازمان جهانی بهداشت،
به مناسبت روز جهانی ایمنی بیمار:

صدای بیماران را بالا ببرید!

جلب مشارکت بیماران در راستای ارتقاء ایمنی بیمار

روز جهانی ایمنی بیمار
۲۶ شهریور ۱۴۰۲

World Patient Safety Day
17 September 2023

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	B.5
<ul style="list-style-type: none"> • خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی افشای حوادث رخ داده به کارکنان، بیماران و مراقبین آنها. • شواهد قبلی حوادث رخ داده برای بیماران و پیگیری این موارد. 	<p>B.5.2.1 بیمارستان دارای خطامشی افشای حوادث به کارکنان، بیماران و مراقبین آنها است.</p>	<p>معیار اساسی</p>	<p>بیمارستان حوادث تهدیدکننده ایمنی که برای بیمار رخ داده است را با وی و مراقبین او در میان می‌گذارد.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • شرح شغل برای رابط / حامی بیمار یا سمت مشابه آن. • فهرست خدماتی که رابط / حامی بیمار ارائه می‌کند. • مستندات آموزش‌های دریافتی رابط / حامی بیمار مانند مهارت‌های ارتباطی برای کمک به بیماران و مراقبین آنها در درک مشکلات خدمات سلامت. 	<p>B.5.2.2 بیمارستان دارای خدمت حمایت‌طلبی بیمار به‌منظور توضیح و تشریح اطلاعات دریافتی از تیم بالینی یا اطلاع‌رسانی حوادث به بیماران و مراقبین آنها است.</p>		

B.۵/۲/۱

خط مشی نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته که منجر به خسارت به بیماران و خانواده شده است.



<p>تاریخ ابلاغ : خرداد ۱۴۰۰ کد: SH.PO.12/02 تاریخ بازنگری: ۱۳۹۲/۰۶/۲۸</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان دکتر علی شریعتی</p>	
<p>عنوان خط مشی: نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین دامنه خط مشی: دبیر کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان، کارشناس مسئول ایمنی، کلیه بخشهای ارائه دهنده خدمات درمانی به بیماران</p>		
<p>تعاریف: وقایع ناخواسته: مواردی یا پیامدهای ناخواسته ، عدم توفیق در درمان بیماری یا جراحی است که انتظار بهبودی و درمان آن سیرفته است.</p>		
<p>بیانیه خط مشی: حفظ ایمنی بیمار از جنبه جسمی، روسی روانی، مالی در هنگام وقوع حوادث ناخواسته</p>		
<p>روش انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱- کارکنان در هنگام بروز وقایع ناخواسته، فضای مناسب برای برقراری ارتباط صادقانه با بیمار / مراجعین یا فرد حاسی فراهم می کنند ۲- مسئول شیفت در هنگام وقوع وقایع ناخواسته، با اظهار پشیمانی و تأسف از وقوع حادثه با بیمار / همراه وی همدلی می نمایند ۳- به دلیل ضرورت اطلاع رسانی به بیمار / مراجعین، مدیر ارشد وقت بیمارستان به حوادث ناخواسته کاملاً واقف می باشد ۴- کمیته اخلاق بیمارستان، افراد مسئول جهت ارائه توضیحات در خصوص حادثه ناخواسته و دلجویی از مراجعین / بیمار / همراهان را تعیین می نماید. ۵- مسئولین و کارکنان تعیین شده از سوی کمیته اخلاق، در طی ۲۴ ساعت اول بعد از وقوع حادثه با برقراری ارتباط صادقانه و بدون هرگونه پنهان کاری ویا تشریح کامل رخداد به صورت شفاف برای مراجعین / بیمار / همراهان در رابطه با واقعه اتفاق افتاده همدردخواهی می نمایند ۶- مسئولین و کارکنان تعیین شده از سوی کمیته اخلاق، انتظارات منطقی مراجعین / بیمار / همراهان و فرد حاسی وی را تشخیص می دهند. 		

B.۵/۲/۱



B.۵/۲/۲

<p>کد خط مشی: 08-qp-pr-om-۰۴</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۷/۲۰</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۷/۲۰</p> <p>تعداد صفحات: ۲</p>	<p>عنوان: نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری و وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیماران، خانواده یا مراجعین بخش مربوطه؛ واحد حقوق گیرنده خدمت</p> <p>دامنه خط مشی: کلیه بخش های درمانی</p> <p>فرد پاسخگو: مسئول واحد حقوق گیرنده خدمت</p>
--	--

بیانیه خط مشی:

هدف: ارائه خدمت صادقانه به بیماران

سیاست: آموزش به پرسنل در رابطه با وقایع ناخواسته

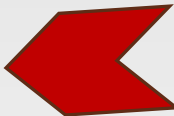
چرایی: حفظ جان بیمار برای ما ارزشمند است

تعاریف: وقایع ناخواسته: وقایع ۲۹ گانه ابلاغی از وزارت که به هیچ عنوان در بیمارستان نباید اتفاق بیفتد

- روش اجرایی:
- آموزش به کلیه پرستاران و کادر درمانی در رابطه با وقایع ناخواسته در بیمارستان (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)
 - نصب وقایع ناخواسته در برد کلیه بخش ها برای اطلاع پرسنل (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)
 - حضور بر بالین بیمار در صورت بروز اتفاق ناخواسته (مسئول شیفت)
 - برقراری ارتباط با بیمار / همراه / مراجعین و وقوف کامل از حادثه رخ داده شده (مسئول بخش و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)
 - در جریان گذاشتن مسئول و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در اسرع وقت. (مسئول شیفت)
 - حضور بر بالین بیمار و اظهار همدردی و تاسف بایمبار / خانواده و مراجعین در رابطه با اتفاق رخ داده شده توسط افراد مشخص شده در کمیته اخلاق پزشکی و فرد خاطی (افراد مشخص شده در کمیته و فرد خاطی)
 - امکان اظهار منطقی در خواست بیمار / همراه قانونی در رابطه با اتفاق رخ داده شده. (بیمار / همراه)
 - عدم استفاده از سیستم تنبیهی برای فرد خاطی در بیمارستان. (ریاست، مدیریت)

B.۵/۲/۲

<p>تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۰۵/۰۱ شماره: ۱۳۹۵/۰۵/۰۱ تاریخ بازنگری: ۱۳۹۵/۰۵/۰۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان دکتر علی شریعتی</p>	
<p>عنوان دستورالعمل: گزارش خطای پزشکی نقشه دستورالعمل: کلیه واحدهای بیمارستان</p>		
<p>مشارکت: طراحان: کتبه، در این دستورالعمل و تدوین: کتبه</p>		
<p>مقصد: ۱- طریقه گزارش خطای پزشکی و نحوه مستندات پزشکی گزارش خطای پزشکی گزارش خطا ۲- تهیه صورت امضاء بیمارستان در اصل به منظور اقرار گزارش خطا و بازنگری از آن ها</p>		
<p>منبع: انبیا، علوی ۱- گزارش خطای پزشکی: این عبارت به کلیه گزارشات پزشکی می‌گردد که در گزارشات پزشکی در بیمارستان ثبت می‌شود. این گزارشات خطای پزشکی می‌باشد. ۲- گزارش خطای پزشکی: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۳- صورت امضاء: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۴- مستندات: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۵- بازنگری: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۶- بازنگری: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۷- بازنگری: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۸- بازنگری: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۹- بازنگری: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود. ۱۰- بازنگری: این عبارت به کلیه گزارشات خطای پزشکی می‌گردد که در بیمارستان ثبت می‌شود.</p>		



راهنما برای شواهد	بیانیه معیار	سطح معیار	B.6
<ul style="list-style-type: none"> ● فرایندهای بررسی غیرفعال: <ul style="list-style-type: none"> ○ شکایات. ○ گزارش وقوع حوادث. ● فرایند بررسی فعال: <ul style="list-style-type: none"> ○ مطالعات پیمایشی بررسی تجارب بیماران. ○ صندوق پیشنهادها. ○ شاخص‌های پیامدی گزارش شده توسط بیماران. ● برنامه‌های عملیاتی به دنبال بازخورد بیمار. ● انتقال نتایج حاصله به بیماران و کارکنان. 	<p>B.6.2.1 بیمارستان نظرات و بازخورد بیماران و مراقبین آنها را با استفاده از فرایندهای فعال و غیرفعال اخذ می‌نماید.</p>	<p>معیار اساسی</p>	<p>بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه‌هایشان تشویق می‌کند و بر اساس دلایلی حاوی شکایات آنان عمل می‌نماید.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● نمونه تصادفی بازخورد در مورد نحوه مدیریت شکایات و اقدامات اصلاحی صورت گرفته، که برای جلوگیری از تکرار شکایات رخ داده است. 	<p>B.6.2.2 فرایندی جهت دریافت نظرات و بازخورد (اعم از تقدیر یا شکایت یا بهبود) وجود دارد که شامل نحوه دریافت نظرات، بررسی و رسیدگی در یک بازه زمانی معین است و بیماران، خانواده آنها و عموم جامعه از این فرایند مطلع هستند و به آن دسترسی دارند.</p>		
<p>استراتژی جلب مشارکت بیماران در ایمنی بیمار، از جمله:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ شناسایی و پایش بیمار. ○ بهداشت دست. ○ تأیید وجود مطالب آموزشی مورد استفاده برای بیماران در خصوص فعالیت‌های ایمنی بیمار. ○ گزارش جلسات مبنی بر مشارکت بیماران و مراقبین آنها در تنظیم خط‌مشی‌ها و پیشنهاد پروژهای بهبود کیفیت و ایمنی بیمار. 	<p>B.6.3.1 بیمارستان در ساختارهای حاکمیتی، تدوین خط‌مشی‌ها و اجرای پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، بیماران و مراقبین آنها را مشارکت می‌دهد.</p>	<p>معیار پیشرفته</p>	
<p>اطلاعات و آموزش ایمنی بیمار، سواد سلامت و وضعیت سلامت.</p>	<p>B.6.3.2 بیمارستان به بیماران اطلاعات و آموزش در زمینه‌های ایمنی بیمار، سواد سلامت و وضعیت سلامت ارائه می‌نماید.</p>		

B.۶/۳/۱

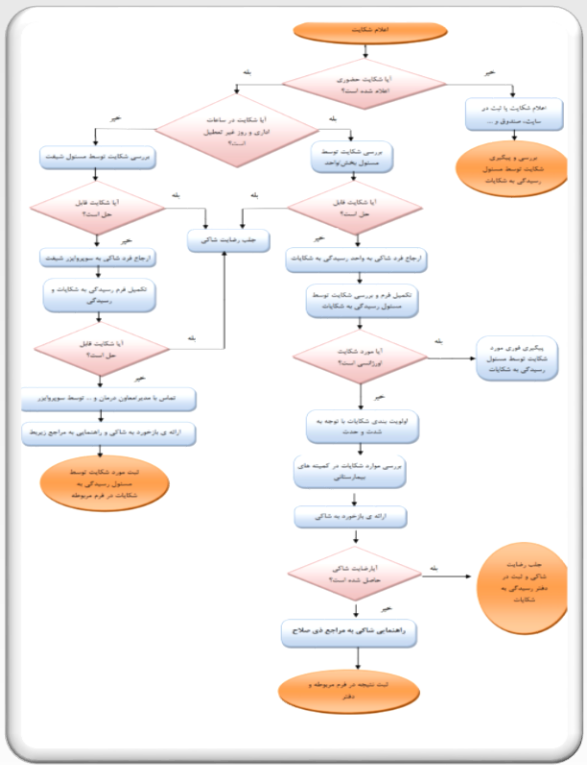
پس از رسیدگی به شکایات کمیته مربوط به بازخورد به بیماران با حضور ریاست و تیم مدیریتی و پزشکان و همراهان بیماران دایر می شود و عنوان شکایات بررسی می گردد.

B.۶/۲/۲

این دامنه راجع به فرایند رسیدگی به شکایات بیماران می باشد که در بیمارستان باکس هایی در تمامی طبقات درمانی و اداری به همراه پوستر راهنما نصب شده است و مسئول رسیدگی به شکایات مشخص گردیده است.

B.۶/۲/۱

بیمارستان لیست بیماران ترخیص شده را در گروه های اطلاع رسانی (بله) به همراه ارائه تمامی مطالب آموزش های پس از ترخیص انجام می دهد.



فرم ۳: شاخص میزان رضایت بیماران در دانستن علل عدم رضایت

ماه نظر	فروردین		اردیبهشت		خرداد		تیر		مهر	
	میانگین	حد کم	میانگین	حد کم	میانگین	حد کم	میانگین	حد کم	میانگین	حد کم
بیماران	۶۹	۱۰۰	۶۹	۱۰۰	۶۸	۱۰۰	۶۸	۱۰۰	۶۸	۱۰۰
پزشکان	۸۵	۱۰۰	۸۵	۱۰۰	۸۷	۱۰۰	۸۷	۱۰۰	۸۶	۱۰۰
کادر درمانی	۸۵	۱۰۰	۸۵	۱۰۰	۸۷	۱۰۰	۸۷	۱۰۰	۸۶	۱۰۰
...	۷۶	۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۷۶	۱۰۰	۷۶	۱۰۰
...	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰
...	۸۱	۱۰۰	۸۱	۱۰۰	۸۱	۱۰۰	۸۱	۱۰۰	۸۱	۱۰۰
...	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۰	۱۰۰
...	۸۶	۱۰۰	۸۶	۱۰۰	۸۷	۱۰۰	۸۸	۱۰۰	۸۸	۱۰۰
...	۶۲	۱۰۰	۶۲	۱۰۰	۶۱	۱۰۰	۶۱	۱۰۰	۶۲	۱۰۰
...	۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۷۲	۱۰۰	۷۲	۱۰۰	۷۲	۱۰۰
...	۸۱	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۸۱	۱۰۰	۸۱	۱۰۰	۸۱	۱۰۰
...	۹۸	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	۹۷	۱۰۰
...	۸۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰	۸۳	۱۰۰
...	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰	۹۰	۱۰۰
...	۹۲	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۹۲	۱۰۰
...	۹۵	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۹۵	۱۰۰

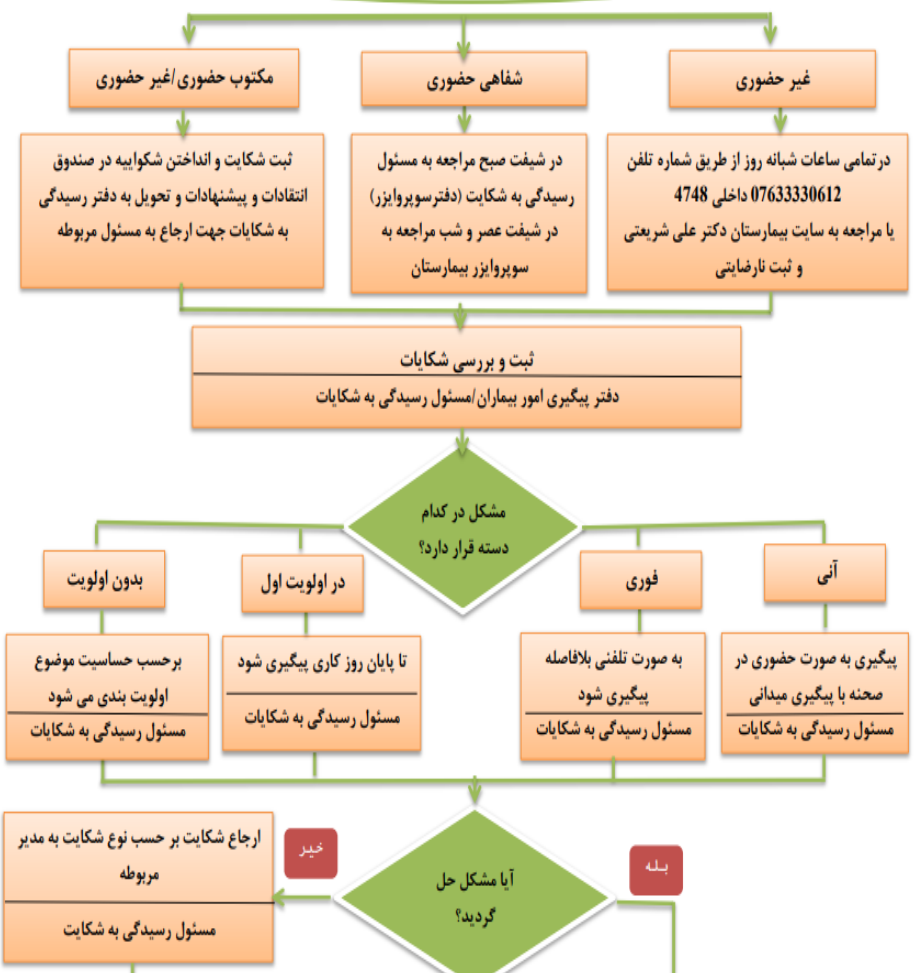
میزان رضایت بیماران - 7




<p>نوع فرآیند: مدیریتی اصلی پشتیبانی</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان دکتر علی شریعتی</p>	
<p>تاریخ بازنگری: اردیبهشت 1402 کد: SH.FR.03/02</p>	<p>دریافت مطلوب خدمات رسیدگی به شکایات حق بیمار است</p>	

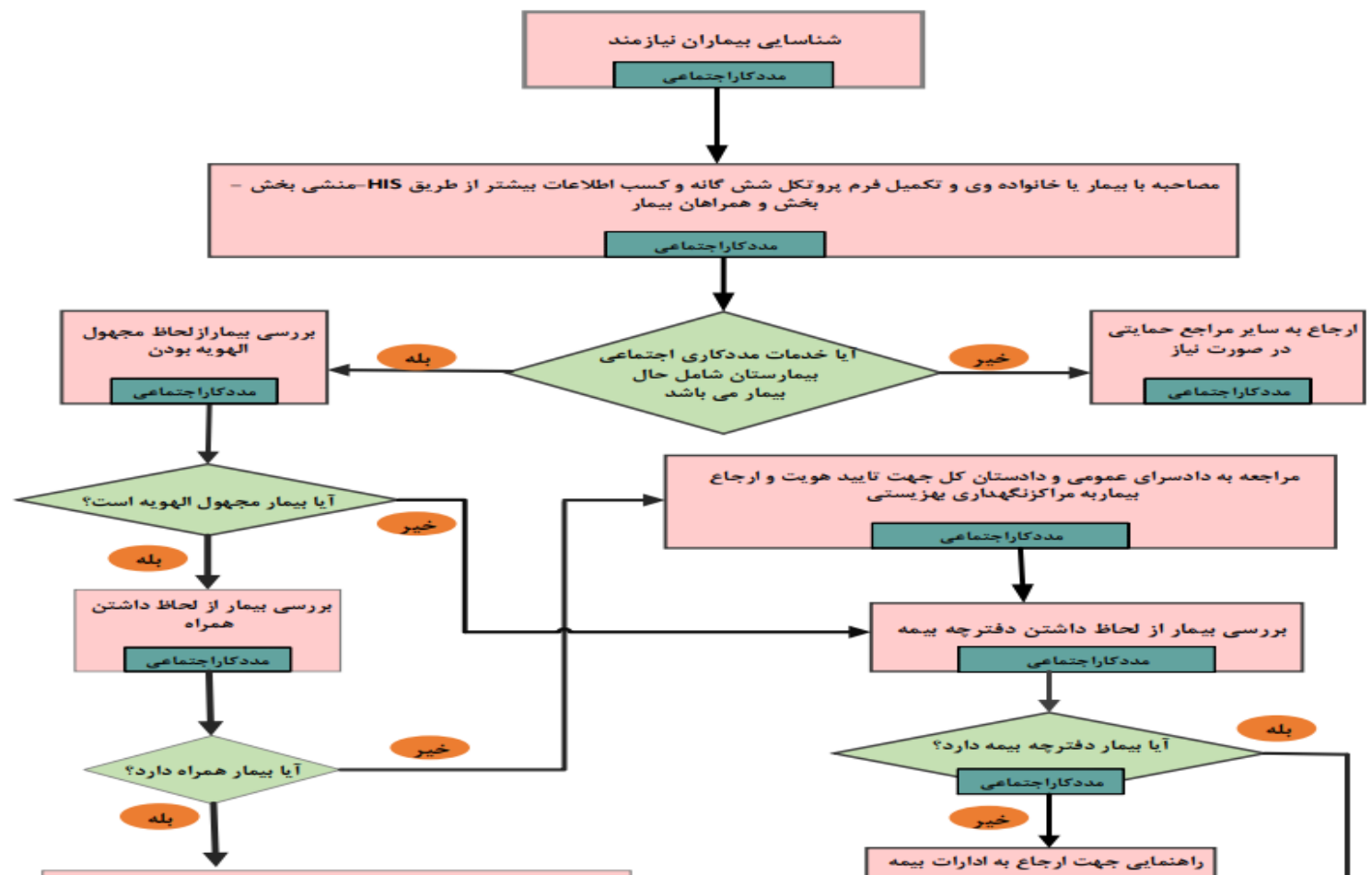
B۶

اگر از خدمات ارائه شده در این مرکز شکایتی دارید



راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	B.7
<p>بررسی محیط بیانگر شواهدی دال بر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ وجود فضای خصوصی برای معاینه. ○ فضای انتظار منطبق با طرح انطباقی. ○ اطلاعات پزشکی امن. 	<p>B.7.2.1 بیمارستان محیطی خصوصی، محرمانه و سازگار با جنسیت (طرح انطباقی) برای بیماران فراهم می‌آورد.</p>	<p>معیار اساسی</p>	<p>بیمارستان دارای محیط دوستدار ایمنی بیمار است.</p>
<p>بررسی محیط بیانگر شواهدی دال بر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ وجود سرگرمی برای بیماران، به‌عنوان مثال، موسیقی، تلویزیون، فیلم، کتابخانه. ○ فضایی برای ملاقات با اقوام و بستگان. 	<p>B.7.2.2 بیمارستان فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی، از جمله سرگرمی و تفریح برای بیماران فراهم می‌نماید.</p>		
<p>بررسی محیط بیانگر شواهدی دال بر:</p> <p>وجود فضای خصوصی برای عبادت و رفع نیازهای معنوی بیماران باشد.</p>	<p>B.7.2.3 بیمارستان دارای نمازخانه بوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را برآورده می‌نماید.</p>		

<p>نوع فرآیند: مدیریتی اصلی پشتیبانی</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان دکتر علی شریعتی</p>	 دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان دکتر علی شریعتی
<p>تاریخ بازنگری: خرداد 1402 کد: SH.FR.02/01</p>	<p>دریافت مطلوب خدمات حق بیمار است فرایند مددکاری اجتماعی</p>	



B.۷/۲/۳

بیمارستان دارای نمازخانه بوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را بر آورده می نماید.



B.۷/۲/۲

بیمارستان فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی از جمله سرگرمی و تفریح برای بیماران فراهم می آورد.



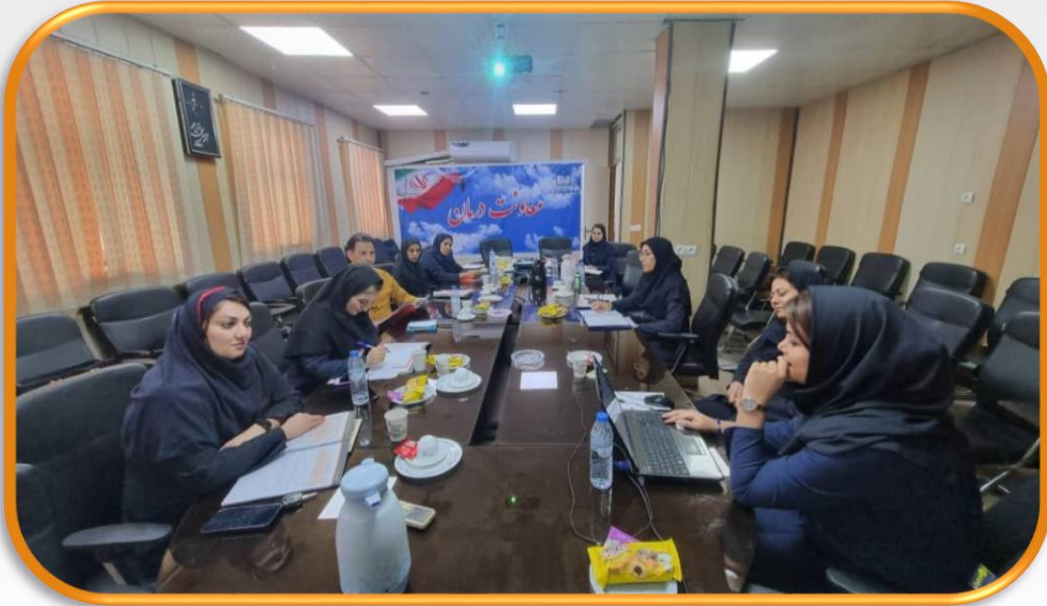
B.۷/۲/۱

بیمارستان محیطی خصوصی، محرمانه و سازگار با جنسیت (طرح انطباق) برای بیماران فراهم می آورد.



گزارش عملکرد حیطة C – مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱

حیطة C – خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
خانم گلناز سادات موسوی
مجتمع آموزشی ، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)
خانم نجمه توحدی – بیمارستان خلیج فارس



جدول ۱. توزیع معیار طبقه‌بندی شده بر اساس پنج حیطه برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)

حیطه (ویرایش سوم)	معیارهای الزامی	معیارهای اساسی	معیارهای پیشرفته	تعداد کل معیارها در هر حیطه
A: رهبری و مدیریت (۶ استاندارد)	۷	۲۶	۳	۳۶
B: مشارکت بیماران و جامعه (۷ استاندارد)	۲	۲۲	۷	۳۱
C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (۴ استاندارد)	۱۴	۲۴	۲	۴۰
D: محیط ایمن (۲ استاندارد)	۱	۲۰	۱	۲۲
E: آموزش مداوم (۳ استاندارد)	۱	۲	۲	۵
تعداد کل	۲۵	۹۴	۱۵	۱۳۴

حیطه C: استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

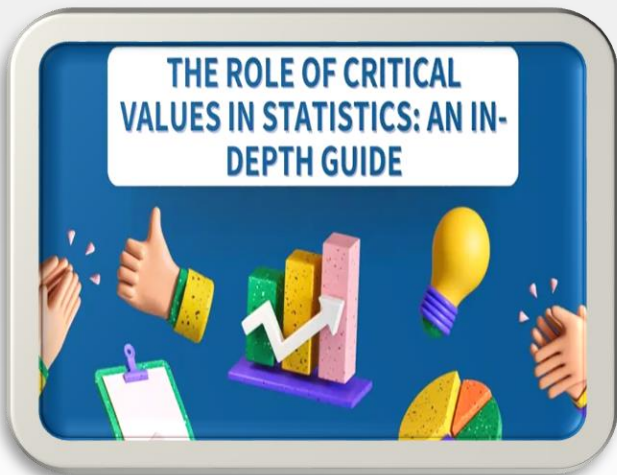
تعداد معیار			بیانیه استاندارد	حیطه
بیشتر	اساسی	الزامی		
۰	۸	۶	C1 بیمارستان دارای سیستم حاکمیت بالینی اثربخشی است که ایمنی بیمار را تضمین می نماید.	C استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
۱	۸	۳	C2 بیمارستان، سیستمی برای کاهش خطر ایثلا به عفونت های بیمارستانی دارد.	
۰	۲	۲	C3 بیمارستان، ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین می نماید.	
۱	۶	۳	C4 سیستم دارویی بیمارستان، ایمن است.	
۲	۲۴	۱۴	کل	

C-1	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای سیستم حاکمیت بالینی اثربخشی است که ایمنی بیمار را تضمین می‌نماید.	معیار الزامی	C.1.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان کانال‌های ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان، از جمله برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها برقرار کرده است.	<ul style="list-style-type: none"> راهبرد برقراری ارتباطات. فرایند اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها. استفاده از فناوری اطلاعات.
		C.1.1.2 بیمارستان چکلیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماهای جراحی ایمن، از جمله چکلیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> فرایندی برای اطمینان از صحیح بودن بیمار، موضع و روش جراحی. چکلیست جراحی ایمن مورد استفاده در اتاق عمل برای تمامی اعمال جراحی.
		C.1.1.3 در بیمارستان روال‌هایی مشخص برای اطمینان از شناسایی به‌موقع وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن وجود دارد.	<ul style="list-style-type: none"> ختمش‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و پاسخ به موارد وخامت شرایط بالینی بیمار.
		C.1.1.4 بیمارستان اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیکی و دستورات پزشکی از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است از فن «بازخوانی مجدد مطالب» به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها استفاده می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> ختمش‌ها و روش‌های اجرایی استفاده از دستورات تلفنی شفاهی، از جمله: <ul style="list-style-type: none"> محدود کردن استفاده از دستورات تلفنی شفاهی. استفاده از «بازخوانی».
		C.1.1.5 بیمارستان به‌منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم‌های درمانی و در زمان تعویض شیفت‌ها روال مشخصی دارد.	<ul style="list-style-type: none"> ختمش‌ها و روش‌های اجرایی برای تحویل بیماران شامل: <ul style="list-style-type: none"> تأمین تخصصی‌ها. تغییر شیفت‌ها. راهبرد (SBAR) (وضعیت، پیشینه، ارزیابی و توصیه).
	C.1.1.6 بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> راهنمای مبتنی بر شواهد زایمان ایمن / مسیر یکپارچه مراقبت. ارائه اطلاعات به بیماران در مورد زایمان ایمن. 	
	معیار اساسی	C.1.2.1 بیمارستان فرایندی مشخص و تعریف شده برای تهیه و تنظیم راهنماهای بالینی دارد و یک «کمیته داخلی راهنماهای بالینی» دارد که در فواصل زمانی منظم جهت انتخاب و تضمین اجرای راهنماها، پروتکل‌ها و چکلیست‌های مرتبط با ایمنی تشکیل جلسه می‌دهد.	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد کمیته راهنماهای بالینی چند تخصصی و تدوین شرح وظایف آن. لغویت‌بندی راهنماهای بالینی، چکلیست‌ها و ختمش‌هایی که باید تدوین شوند. راهنماهای خدمات بالینی بر اساس پنج تشخیص شایع و پنج بیماری پرخطر شایع، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت (در صورتی که موجود می‌باشد).
		C.1.2.2 بیمارستان دارای روال‌های مطمئن، برای اعلام نتایج موقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنها بعد از ترخیص است.	<ul style="list-style-type: none"> ختمش‌ها و روش‌های اجرایی برای اطمینان از ارسال ایمن نتایج موقه آزمایش‌ها به بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات پس از ترخیص. استفاده از فناوری اطلاعات و رسانه‌های اجتماعی.
		C.1.2.3 بیمارستان اجرای پروسیجرهای تشخیصی نهاجمی را به روش ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد تضمین می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> دستورالعمل‌هایی برای پنج پروسیجر اول تشخیصی نهاجمی.
		C.1.2.4 بیمارستان به‌منظور کاهش تروموآمبولی وریدی (ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریوی) راهنماهای بالینی را اجرا می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> فرایند شناسایی بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریوی و ارائه درمان ترومبوپروفیلاکسی مناسب. اطلاعات ارائه شده توسط کارکنان به بیماران در مورد خطرات ترومبوز وریدی عمقی و نحوه جلوگیری از آن. راهنماهایی برای کاهش ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولی ریه.
C.1.2.5 بیمارستان به‌منظور شناسایی بیماران آسیب‌پذیر آنان را غربالگری کرده و در راستای کاهش خطر مداخله می‌نماید.		<ul style="list-style-type: none"> دسترس بودن ختمش‌ها و روش‌های اجرایی برای ارزیابی اولیه و مداوم بیماران به‌منظور شناسایی و مدیریت بیماران در معرض خطر: <ul style="list-style-type: none"> زخم‌های فشاری. خودکشی. عفونت. نیازهای تغذیه‌ای. 	
C.1.2.6 بیمارستان فهرست اختصارات پزشکی، علائم و دوزهای تأیید شده را برای استفاده در بیمارستان تهیه کرده است.		<ul style="list-style-type: none"> فهرست اختصارات تأیید شده. 	
C.1.2.7 فرایندی برای ادغام و هماهنگی خدمات ارائه شده به بیمار در داخل و بین بخش‌ها و با خدمات مربوطه خارج از بیمارستان وجود دارد.		<ul style="list-style-type: none"> فرایندی برای اطمینان از خدمات بیمار - محور. 	
C.1.2.8 بیمارستان، بیماران را به‌منظور شناسایی افراد آسیب‌پذیر در برابر سقوط غربالگری نموده و در راستای کاهش خطر مداخله می‌نماید.		<ul style="list-style-type: none"> ختمش‌ها و روش‌های اجرایی برای: <ul style="list-style-type: none"> شناسایی بیماران در معرض خطر با استفاده از ابزار ارزیابی مبتنی بر شواهد (ابزار مورس؛ مقیاس سقوط هامپی - دامس). ارزیابی اولیه و مداوم بیماران در معرض خطر سقوط. کاهش خطر سقوط. مدیریت آن در صورت بالا بودن احتمال خطر. 	

۲۰۱۰۱۰۱ C مدیریت ارشد بیمارستان کانال های ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان ، از جمله

برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش ها برقرار کرده است.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت	
مرکز آموزشی درمانی پژوهشی پیامبر اعظم (ص)	
عنوان دستورالعمل : گزارش آنی نتایج بحرانی	
دامنه: کلیه کارکنان آزمایشگاه	
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۰۲	کد: INS29
تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱	شماره ویرایش: ۵
شماره صفحات: ۱۷۱	
هدف: تقویت سیستم گزارش دهی نتایج بحرانی از طریق خط قرمز	



روش کار:

- انجام آزمایش در بخش های مختلف آزمایشگاه توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- رویت نتایج آزمایش توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- در صورتیکه نتیجه آزمایش از حد مجاز پایین یا بالاتر باشد ، سابقه بیمار از طریق سیستم چک می شود توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- مشورت با مسئول فنی آزمایشگاه در صورت نیاز و اتخاذ دستورات لازم توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- اطلاع رسانی به بخش مربوطه جهت ارسال مجدد نمونه در صورت نیاز توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- انجام آزمایش و بررسی نتیجه آن توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- در صورت مغایرت داشتن نتیجه آزمایش با آزمایش قبلی ، ارسال جواب آزمایش جدید از طریق سیستم به بخش مربوطه در صورت مغایرت با نتیجه قبلی توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- در صورت مغایرت نداشتن نتیجه آزمایش با آزمایش قبلی ، اطلاع رسانی نتیجه بحرانی از طریق تلفن یک طرفه (قرمز رنگ یا کد مخصوص) به بخش مربوطه توسط کاردان / کارشناس آزمایشگاه
- ثبت نتیجه آزمایش در دفتر مخصوص به همراه فرمت درخواست شده توسط کاردان / آزمایشگاه اورژانس

۲۰۱۰۱۰۲ بیمارستان چک لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماهای جراحی ایمن، از جمله

چک لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می نماید.



چک لیست جراحی ایمن (بخش اتاق عمل)

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان
مرکز آموزش در شاخه بهداشت عمومی بندرعباس

تاریخ: ساعت: **SIGN OUT**
اقدامات قبل از خروج از اتاق عمل
تکمیل این بخش: پرستار اتاق عمل

- پرستار به صورت کلامی موارد زیر را تایید می نماید:
 - نوع عمل جراحی
 - تکمیل، شمارش لوازم جراحی - گازها و لنگازها در طول عمل جراحی
 - جمع آوری وسایل مصرفی حین عمل جراحی (تیغ بیستوری ها و ونیدل ها) و انتقال آنها به Safety Box
 - برچسب گذاری نمونه پاتولوژی بیمار توسط پرستار سیرکولار صحیح است؟
 - محل بلیت کوتتری بر روی پوست بیمار کنترل شده است؟
 - بانسمان جراحی و سایر اتصالات بیمار نظیر سرم و خون، سوند، درن و بقیه کاتترها کنترل شده است؟
 - انتقال بیمار توسط تیم جراحی و بیهوشی از اتاق عمل به ریکاوری به طور صحیح انجام گرفته است؟
 - یوزیشن، بیمار با توجه به نوع عمل، در ریکاوری تحت نظارت است؟
 - بیمار پس از جراحی به کجا منتقل می شود؟
 - ریکاوری - بخش مربوطه
 - ریکاوری - ICU
 - ریکاوری - ترخیص
 - ریکاوری - سایر مراکز درمانی
 - اعلام هرگونه خرابی در دستگاهها و کمبود امکانات به مسئول بخش گزارش شده است؟
 - لوازم مصرفی
 - تجهیزات جراحی

نام بیمار: **SIGN IN**
اقدامات لازم قبل از بیهوشی بیمار
تکمیل این بخش: پرستار اتاق عمل

- تطابق نام بیمار با دستبند مشخصات، خود بیمار و پرونده
 - بله
 - خیر
- کدام یک از موارد ذیل به همراه بیمار است؟
 - عینک
 - سمعک
 - زیورآلات
 - ساعت
 - دندان مصنوعی
 - لباس زیر
- آماده کردن ناحیه عمل (ششو شده)
 - بله
 - خیر
- نوع عمل جراحی:
 - آماده کردن تجهیزات جراحی قبل از عمل:
 - بله
 - خیر
 - تعداد کلیشه های همراه بیمار:
 - Graphy
 - CTscan
 - MRI
- جهت تکمیل این بخش حداقل حضور پرستار و جراح لازم است
 - رضایت نامه و برائت نامه آگاهانه از بیمار و همراهان وی گرفته شده و ضمیمه پرونده است؟
 - بله
 - خیر
 - علامت گذاری ناحیه عمل و تطابق آن با پرونده بیمار انجام شده است؟
 - بله
 - خیر
- امضاء پرستار اسکراب: _____
- امضاء پرستار سیرکولار: _____
- امضاء جراح: _____

شماره پرونده: **TIME OUT**
اقدامات قبل از برش پوست بیمار
تکمیل این بخش: پرستار و جراح

- تایید نام و نام خانوادگی بیمار - نوع عمل جراحی و محل برش جراحی
- اطمینان از نام و نقش تمامی اعضا تیم جراحی
- یوزیشن بیمار با توجه به نوع عمل جراحی مورد تایید است؟
 - بله
 - خیر
- نتیجه تصویربرداری و گرافی های بیمار در اتاق عمل و بر روی نگاتوسکوپ در حال نمایش است؟
 - بله
 - خیر
- این بخش توسط تیم پرستاری تکمیل شود
 - شمارش وسایل مورد استفاده در طول عمل جراحی صحیح می باشد؟
 - بله
 - خیر
 - نکات استریلیزاسیون در طول عمل توسط تیم جراحی رعایت شده است؟
 - بله
 - خیر
 - آیا اشکالی در نتایج شاخص های استریلیزرها وجود دارد؟
 - بله
 - خیر

توضیحات:



۲۰۱۰۱۰۳ در بیمارستان روال هایی مشخص برای اطمینان از شناسایی به موقع و خامت

حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن وجود دارد.

مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران بدحال

نظارت حسی و زوئوس - مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران بدحال

مامله این خط مشی برای کلیه سرپرستان/ پرستاران/ پرستاران ایبیران شافل در بیمارستان تعریف شده است

کد: PP10	تاریخ ابلاغ: ۱۳۰۱/۰۲/۰۲
شماره ویرایش: ۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۳۰۲/۱۲/۰۱
	شماره صفحات: ۲۱

بیانیه خط مشی (Procy & Procedure): سیاست این مرکز بر این است که ارائه مراقبت از بیماران که به علت وخامت وضعیت و ناپایداری علائم، دچار آسیب یا نارسایی ارگان های متعدد شده و نیازمند دریافت مراقبت های مستمر و پایش مداوم وضعیت بیمار هستند به نحو مطلوب همراه با تامین ایمنی بیماران صورت گیرد.

تعماریه: مراقبت های بحرانی، مراقبت هایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیت های تهدید کننده حیات با ارائه حمایت های تخصصی پیشرفته از ارگان های مختلف و مانیتورینگ مداوم صورت میگردد. این نوع مراقبت ها در بخش های ویژه در شرایط بحرانی به بیماران ارائه می شود.

ذینفعان: بیماران - پرستاران

فرد پاسخگو: سرپرستار بخش

روش: شبیهه - اجرا ۱:

- ۱- بزرگ دستور مانیتورینگ مداوم بیمار و کنترل علائم حیاتی و کنترل درمده اشباع اکسیژن خون را در برگ دستورات بزرگ ثبت می نماید.
- ۲- پرستار مسئول بیمار دستورات بزرگ را چک می نماید.
- ۳- پرستار مسئول بیمار خود را بر باین بیمار معرفی می نماید.
- ۴- پرستار مسئول بیمار قبل از هر گونه اقدام برای بیمار نسبت به شناسایی صحیح بیمار بر اساس دو نشانه اصلی اقدام می نماید.
- ۵- پرستار مسئول بیمار مطابق با دستورات بزرگ، بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار می دهد.
- ۶- پرستار مسئول بیمار جهت اندازه گیری فشار خون، ابتدا کلاف با اندازه مناسب را انتخاب می کند و سپس کلاف را دور بازوی بیمار قرار می دهد. به صورتی که قسمت قلب پریشان شدن قسمت بازو بند حدود دو سوم از طول بازو را بپوشاند.
- ۷- پرستار مسئول بیمار دقت می کند که بیمار از ۳۰ دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته باشد و حداقل ۵ دقیقه استراحت کرده باشد.
- ۸- پرستار مسئول بیمار وضعیت بازو را طوری تنظیم می کند که شریان بازو در سطح قلب قرار بگیرد (تقریباً عم سطح با چهارمین فضای نبضی بین دنده ای در محل اتصال آن با جناح).
- ۹- پرستار مسئول بیمار در صورت اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ، با فشارسنج داکمه کنترل BP، فشار خون بیمار را اندازه گیری نموده و در پرورنده بیمار ثبت و چارت می کند.
- ۱۰- پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز به کنترل دستی فشارخون، بند از بستن کلاف، فشار سنج را به حدی افزایش می دهد که نبض را قابل تولید شود. سپس قسمت بل گوشی را از روی شریان بازویی قرار میدهد و با بزرگداری به آهستگی خالی می کند و در همین حین عمل سمع صدا را انجام می دهد و اعداد مربوطه به سمع صداهای کبیر تونوف و دفع آن را ثبت می کند.
- ۱۱- پرستار مسئول بیمار جهت کنترل تعداد ریت قلبی (HR) با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور، میزان HR را در پرورنده بیمار ثبت می کند. در بیمار rate AF، بیماران از روی مانیتورینگ اخذ EKG و ثبت می گردد. در صورت نیاز به ثبت میزان (HR) تعداد نبض را از نبض های محیطی مانند کلاوئید یا رتیکل برآید و با همراهِ استفاده می کند. و پس از شمارش نبض و محاسبه تعداد نبض در یک دقیقه، در پرورنده بیمار ثبت می کند.
- ۱۲- پرستار مسئول بیمار جهت کنترل تعداد تنفس (RR)، تعداد بالا رفتن قفسه سینه را در طی ۱۵ ثانیه با ۱ دقیقه شمارش نموده و ثبت می کند. پرستار جهت کنترل RR همچنان که نبض را کنترل می کند انگشتان خود را روی مع بیمار نگه می دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس وی را شمارش می کند.
- ۱۳- پرستار مسئول بیمار جهت کنترل درجه حرارت (T) از طریق ترمومتر دیجیتال تماس می گیرد.
- ۱۴- پرستار مسئول بیمار جهت کنترل درمده اشباع اکسیژن خون شریانی (SpO2)، پروب پالس اکسیمتر را به بیمار وصل نموده و میزان SpO2 بیمار را کنترل و ثبت می کند.
- ۱۵- پرستار مسئول بیمار در صورت هر گونه کاهش یا افزایش در موارد فوق بزرگ را مطلع می نماید و طبق دستور بزرگ اقدامات مربوطه را انجام می دهد.
- ۱۶- پرستار مسئول بیمار کلیه اقدامات صورت گرفته را در پرورنده بیمار ثبت می نماید.

نسخه: ۱ - نظارت: توسط سوپروایزرین باین

کارشناس پرستاری ایبیراری

شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

عنوان خط مشی و روش: شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری

دامنه: این خط مشی برای کلیه کارکنان پرستاری/ ایبیراری شافل در بیمارستان تعریف شده است

کد: PP9	تاریخ ابلاغ: ۱۳۰۱/۰۲/۰۲
شماره ویرایش: ۵	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۳۰۲/۱۲/۰۱
	شماره صفحات: ۲۰

بیانیه خط مشی (Procy & Procedure): از آنجا که وظیفه بیمارستان فراهم آوردن مراقبت متناسب و مداوم براساس نیازهای بیماران می باشد و با توجه به با ارزش بودن زمان در انتقال سریع بیمار بدحال به بخش های ویژه برای دریافت مراقبت های اختصاصی، بیمارستان این خط مشی را با هدف دسترسی سریع بیماران بد حال به خدمات درمانی و قابل قبول و کاهش خطرات حین انتقال، حفظ حرمت و کرامت انسانی و با اطمینان از اجرای این سیاست که انتقال بیمار با هماهنگی بخش مقصد، رعایت ایمنی بیمار حین انتقال، فراهم بودن تجهیزات کافی در حین انتقال و اطلاع رسانی به همراه بیمار انجام می شود، اتخاذ نموده است.

تعماریه: بیماران اورژانسی به بیمارانی گفته می شود که به هر دلیل در شرایط تهدید کننده حیات قرار گرفته اند و ارائه مراقبت های درمانی فوری ضرورت پدیدار سازی و خروج آنها از شرایط بحرانی می باشد

ذینفعان: بیماران / معرمان

فرد پاسخگو: مدیر دفتر پرستاری- سوپروایزر آموزشی

روش: شبیهه - اجرا ۱:

۱. پرستار ایبیرار مسئول بیمار در هر بخش باید بیماران بدحال و اورژانسی را شناسایی نماید. (بیماران بد حال در تخت های رو به روی ایستگاه پرستاری بستری می شوند.)
۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت سرپرستاران و روسای بخش ها دستورالعمل بیماران اورژانسی و پرخطر را تدوین نموده و جهت اجرا به بخش ها ابلاغ می نماید.
۳. پرستار ایبیرار مسئول بیمار در هر بخش بر اساس دستورالعمل بیماران اورژانسی تمامی اقدامات بیمار را در کمترین زمان ممکن پیگیری و اجرا می نماید.
۴. پرستار ایبیرار مسئول بیمار در هر بخش در صورت اورژانسی بودن وضعیت بیمار بلافاصله باید به پزشک معالج/رزیدنت اطلاع رسانی نماید.
۵. پرستار ایبیرار مسئول بیمار در هر بخش در صورتی که بیماری نیاز به تخت ویژه داشت اما برای بخش امکان پذیر نبود تمامی شرایط بخش ویژه را باید برای بیمار (ونتیلاتور-مانیتورینگ-مراقبت ویژه و...) را برای بیمار فراهم نماید.
۶. پرستار ایبیرار مسئول بیمار در هر شیفت تمامی مراقبت های به عمل آمده از بیمار را در پرورنده بیمار ثبت می نماید.

نحوه نظارت: کنترل مستندات: بررسی گزارشات سوپروایزری در خصوص مدیریت بیماران بدحال و اورژانسی توسط مدیر پرستاری و مشاهدات و مستندات ثبت شده در پرورنده بیماران بدحال و اورژانسی

امکانات و تسهیلات: امکانات مورد نیاز - مستندات پرورنده بیمار

۰۱۰۱۰۴ بیمارستان اعلام نتایج تست های پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است ، از فن « بازخوانی مجدد مطالب » به منظور اطمینان از صحت شنیده ها استفاده می نماید.

۰۱۰۱۰۵ بیمارستان به منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم های درمانی و در زمان تعویض شیفت ها روال مشخصی دارد.



S	بیان شرح حال و وضعیت فعلی بیمار در مدت ۵ الی ۱۰ ثانیه	B	توضیح مختصر در مورد بیماری های زمینه ای و سوابق پزشکی بیمار
	Situation		Background
A	نتیجه گیری در مورد وضعیت جاری و میزان وخامت حال بیمار و تشخیص های محتمل	R	ارائه پیشنهادات و توصیه هایی در مورد اقدامات بعدی یا ذکر چارچوب زمانی
	Assessment		Recommendation

www.salamatika.com



۰۱۰۱۰۶ بیمارستان ، راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می نماید.

۰۱۰۲۰۱ بیمارستان ، فرایندی مشخص و تعریف شده برای تهیه و تنظیم راهنماهای بالینی دارد و یک « کمیته داخلی راهنماهای بالینی » دارد که در فواصل زمانی منظم جهت انتخاب و تضمین اجرای راهنماها ، پروتکل ها و چک لیست های مرتبط به ایمنی تشکیل جلسه می دهد.

۲۰۲۰.۱۰.۰۷ بیمارستان ، دارای روال های مطمئن ، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی

به بیماران و مراقبین آنها بعد از ترخیص است.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان مرکز آموزشی، درمانی پژوهشی پیامبر اعظم (ص) دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت	
عنوان دستورالعمل : نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیکی	
دامنه: این دستورالعمل برای کلیه سرپرستاران، پرستاران، بهیاران، منشی یخش ها و کارشناسان شاغل در واحدهای پاراکلینیکی بیمارستان تعریف شده است.	
کد: INS17	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱ شماره صفحات: ۹۰
شماره ویرایش: ۵	
هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل تامین ارتقای ایمنی در بیماران و افزایش کیفیت خدمات ارائه شده در مراجعین به این مرکز می باشد.	
روش کار : با توجه به استمرار درمان بیماری و لزوم پیشگیری از هرگونه عارضه برای بیمار جهت ارتقاء ایمنی و سلامت بیمار و افزایش رضایتمندی و دسترسی به نتایج معوقه سیاست این مرکز بر این است که نتایج آزمایشات پس از ترخیص بیمار توسط پرستل به اطلاع وی و همراه رسانده شود و راهنمایی لازم جهت دریافت نتایج به ایشان نموده تا در روند درمان بیماران پس از ترخیص اختلالی صورت نگیرد.	
۱. منشی بخش زمان ترخیص جواب های آزمایش / گرافی ها را کنترل نموده و در صورت دریافت در پرونده ی بیمارپیوست می نماید و در صورت عدم وجود آزمایش / گرافی معوقه به مسئول شیفت اطلاع می دهد. ۲. مسئول شیفت در صورتی که بیماری آزمایش / گرافی معوقه داشته باشد در رسید مربوط به آزمایش / گرافی معوقه، مشخصات بیمار را به همراه شماره پرونده ثبت نموده و به بیمار یا همراه ارائه می نماید . ۳. مسئول پذیرش در آزمایشگاه موظف است به محض آماده شدن جواب آزمایشات معوقه هریخش، نتایج را در دفتر ثبت نتایج معوقه آزمایشات با ذکر نام تحویل گیرنده، تاریخ و ساعت تحویل ثبت نموده و امضا اخذ نماید. ۴. همراه بیمار مطابق با تاریخی که از قبل در رسید آزمایشات معوقه ثبت شده و تحویل گرفته به آزمایشگاه مراجعه نموده و نتیجه را دریافت می نماید .	
منابع/مراجع : دستورالعمل معوقه پاراکلینیکی خاتم دکتر مستوفیان	
تهیه کنندگان :	
تایید کننده: دکتر احسان رمضانیان نیک معاون آموزش و سلامت	کارشناس مامهنگ کننده ایمنی مسئول ایمنی
تصویب کننده : دکتر محمد تمدن دار رئیس مجتمع	گنجاز سادات موسوی دکتر کرامت اله فتح الهی



۲۰۲۰۳ بیمارستان اجرای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را به روش ایمن و

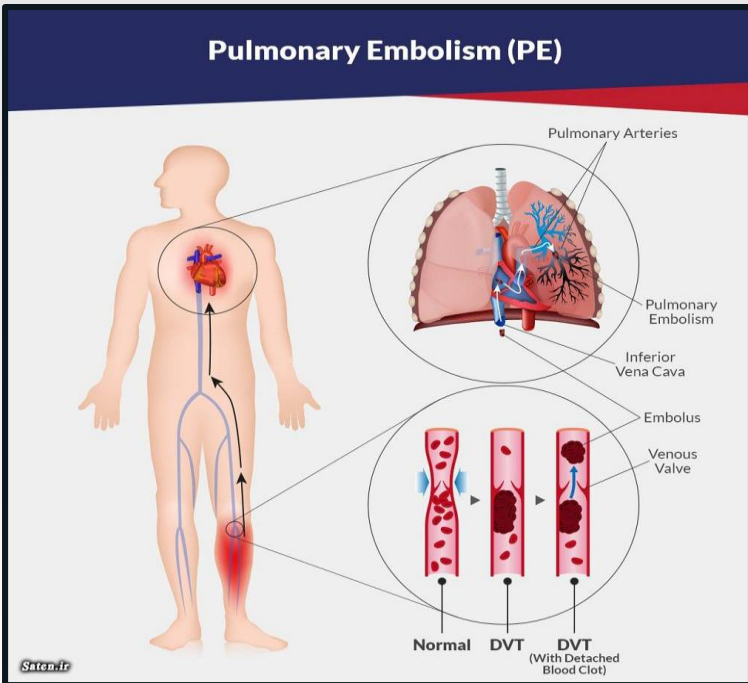
مطابق با راهنماهای استاندارد تضمین می نماید.

مرکز آموزشی درمانی پژوهشی بیمار اعظم (ص) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت	
عنوان دستورالعمل: رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل	
دامنه: کلیه کارکنان شاغل در بیمارستان	
کد: INS۱۶	تاریخ ابلاغ: ۱۳۰۱/۲۱/۲۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۳۰۲/۲۱/۰۱ شماره صفحات: ۸۹
هدف: توجه به اینکه الزامات ایمنی بیماران در پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی و آسیب به بیمار و تامین ایمنی در بیماران نقش بسیار موثری دارد، سیاست بیمارستان براین است که خط مشی فوق را تدوین نموده و در کلیه بخش های بیمارستان اجرایی نماید.	
روش، شیوه اجرا: <ol style="list-style-type: none"> ۱. مسئول فنی بیمارستان نظارت می نماید که در ساختار فیزیکی بیمارستان اصول ایمنی رعایت شود. ۲. مسئول فنی بیمارستان نظارت می نماید که در رابطه با تهیه و تامین تجهیزات پزشکی در بیماران اصول ایمنی (کالیبراسیون-خرید تجهیزات استاندارد-سرویس دوره ای و...) رعایت شود ۳. مسئول فنی بیمارستان نظارت می نماید که ایمنی بیمار در بیمارستان از نظر تجهیزات بالینی رعایت شود. ۴. مسئول فنی داروخانه نظارت می نماید که استانداردهای ایمنی بیمار در موارد دارویی (تشابه دارویی - داروهای پرخطر و مشابه) هم در داروخانه و هم در سایر بخشهای بالینی اجرایی شود. ۵. ریاست بیمارستان نسبت به تامین هزینه جهت خرید دستگاه پرینتر و کارتریج دستبند برای شناسایی صحیح بیماران اقدام می نماید. ۶. پرستار/بیمار مسئول بیماران در بخش ها نظارت می نماید که بیماران یا دستبند شناسایی در بخش بستری شوند و شناسایی ایمن و صحیح بیمار طبق دستورالعمل ایلائی انجام میشود. ۷. پرستار / بیمار ارزیابی بیمار به منظور شناسایی وجود آزرژی های شناخته شده یا اثرات ناخواسته دارویی انجام می دهد. ۸. اخذ رضایت آگاهانه طبق ضوابط مربوطه ۹. ارتباط صحیح و موثر تیم سلامت به منظور تبادل اطلاعات حیاتی ۱۰. سرپرستاران / مسئولین بخش ها نظارت می نمایند که احتمال خونریزی شدید را تشخیص و آگاهی لازم با آن را داشته باشند. ۱۱. سرپرستاران / مسئولین بخش ها نظارت می نمایند که از راهنماهای بهترین خدمات جهت انجام پروسیجرهای تهاجمی استفاده نمایند. ۱۲. سرپرستاران / مسئولین بخش ها نظارت می نمایند که پس از انجام پروسیجر شامل تسکین درد - خونریزی - مراقبت های ریکاورری را کنترل و ارائه مراقبت ایمن را تضمین می نمایند. (پایش وضعیت بیمار) ۱۳. سرپرستاران / مسئولین بخش ها نظارت می نمایند از مفاد دستورالعمل جراحی ایمن ایلائی در طی انجام پروسیجر تهاجمی خارج از اتاق عمل استفاده نمایند. ۱۴. سرپرستاران / مسئولین بخش ها نظارت می نمایند موازین پیشگیری و کنترل عفونت را در زمان انجام اقدامات تهاجمی و پس از آن را رعایت نمایند. ۱۵. مسئول ایمنی استول فنی آکارتشناس هماهنگ کننده بیمار با مشارکت تیم اعتباربخشی و بهبود کیفیت نظارت می نماید که در بیمارستان تمامی فرایندهای بالینی در راستای ایمنی بیمار به صورت ۱۰۰ درصد اجرایی شود. ۱۶. سرپرستاران / مسئولین بخشها در کلیه بخش ها نظارت می نمایند که موارد ذکر شده فوق در بخش ها به شیوه ای صحیح مطابق با استاندارد ایمنی بیمار اجرایی شود. ۱۷. سرپرستاران / مسئولین بخشها در صورت عدم انطباق موارد فوق ، در بازدیدهای ایمنی بیمار، در پاسخ به سولات یاز ایمنی ، موارد را جهت طرح در کمیته مطرح نموده و اقدام اصلاحی برای آن تعریف می نمایند. 	



۲۰۲۰.۱۰.۰۴ بیمارستان به منظور کاهش ترومبوآمبولی وریدی

(ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی) راهنماهای بالینی را اجرا می نماید.



<p>دندان حیدر حسینی و روس - حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر دامنه: این خط مشی برای کلیه پرستاران و بهاران شاغل در بیمارستان تعریف شده است.</p>	
<p>تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱ شماره صفحات: ۱۶-۱۸</p>	<p>کد: PPA شماره ویرایش: ۵</p>

- ۱- بنایه خط مشی (Procy & Procedure): به منظور حمایت از گروههای آسیب پذیر و تسریع در امر درمان ، این خط مشی با سیاستهای زیر تدوین گردیده است
- ۲- در این مرکز درمائی تعامل بین واحدهای مددکاری اجتماعی ، حقوقی ، روانپزشکی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با گروههای پرستاری و پزشکی وجود دارد.
- ۳- با در نظر گرفتن نیاز مددجویان و حفظ کرامت انسانی این مهم انجام می گردد.
- ۴- آموزشهای لازم در این مورد به صورت چهره به چهره و به طور مستمر انجام می گیرد .
- ۵- آمار فعالیتها در سامانه مددکاری ثبت و یابگانی می شود.
- ۵- در این مرکز نظارت بر حمایت از گروههای آسیب پذیر و تحویل آنها به خانواده یا پوزیستی بر عهده واحد حقوقی و مددکاری می باشد.

تاریخچه: بیماران آسیب پذیر، بیمارانی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک ، فیزیکی ، روانی و اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند.

بیماران آسیب پذیر: بیماران سالمند- روانپزشکی- اختلالات ذهنی مادرزادی- معلولیت های جسمی (بنیایی، شنوایی، حرکتی، گفتاری)- مجهول الیهوبه- اختلالات هوشیاری- نوزادان یا کودکان به سرپرست- مادران باردار- مراجعین یا بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان یا پوزیستی- افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیتها ضد اجتماعی، افراد بی خانمان- سابقه خودکشی در بیمار- اختلالات ذهنی به دنبال تروما به سر

ذائقهان،بیماران- همراهان-پرستل-پزشکان

فرد پاسخگو:سرپرستاربخش
 روش اجرایی:

- ۱- پرستار مسئول بیمار در زمان انجام ارزیابی اولیه ، بیمار آسیب پذیر را شناسایی و میزان توانایی فرد در انجام فعالیتهای روزانه زندگی (توانایی غذا خوردن، لباس پوشیدن ، حمام کردن ، دستشویی رفتن و وضعیت تحرک و جا به جایی بیمار را از مستقل تا وابسته (در قسمت محدودیت تواناییها در فرم ارزیابی اولیه و گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- ۲- در صورت امکان بیمار آسیب پذیر در نزدیکترین اتاق به ایستگاه پرستاری بستری می گردد.
- ۳- پرستار مسئول بیمار در صورتیکه بیمار آسیب پذیر سابقه خودکشی دارد لوازم و اشیاء تیز و برنده را از دسترس بیمار خارج می نماید.
- ۴- پرستار مسئول بخش ، در صورت پرخطر بودن بیمار آسیب پذیر (خطر زخم فشاری، سقوط ، ...) با توجه به نوع آسیب پذیری، تمهیدات پیشگیرانه ایمنی را در نظر گرفته و اجرا می نماید.
- ۵- پرستار مسئول بخش / بیمار نوع آسیب پذیری بیمار را در کارکن ثبت می نماید.
- ۶- پزشک بخش دستورات لازم را در صورت نیاز به مهار فیزیکی یا شیمیایی ، در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- ۷- پزشک بخش به دلیل ماهیت بیماران آسیب پذیر تلقیح دارویی را با جزئیات بیشتر بررسی و در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- ۸- پرستار مسئول بخش بر حسب نوع آسیب پذیری بیماران با هماهنگی پزشک معالج ، مشاوره های مختلف مانند روانپزشکی، گفتاردرمانی و توانبخشی ... را پیگیری می نماید.
- ۹- کارکنان بخش در تمامی شیفتها به بیمار و همراه بیمار آموزشهای اثربخش و مستمر ارائه می دهند.
- ۱۰- کلیه کارکنان بخش بر این بیماران نظارت مکرر و مستمر دارند.
- ۱۱- پرستار مسئول بیمار در صورت انتقال بیمار به سایر واحدها و بخشها ، مشکلات بنیایی ، شنوایی ، گفتاری (لکتت زبان) و ذهنی (آرزایمر) را به بخش مقصد گزارش می دهد.
- ۱۲- پرستار مسئول بیمار در صورتیکه مادرپرخطر به دیابت ، اکلایمسی و پره اکلایمسی مبتلا باشد جهت انجام ارزیابی تخصصی تغذیه به واحد تغذیه اطلاع رسانی می نماید.
- ۱۳- پرستار مسئول بیمار ، به بیماری که مشکل حرکتی دارد در مورد تهیه و استفاده از واکر ، عصا و ... یادآوری می نماید .
- ۱۴- پرستار مسئول بیمار به همراه بیمار کم نشود در مورد استفاده مداوم از سمعک یادآوری می نماید.
- ۱۵- پرستار مسئول بیمار ، در صورتیکه بیمار یک چشم نابینا داشته باشد، تخت بیمار را به گونه ای قرار میدهد که چشم نابینا دیوار باشد تا بیمار دید بیشتری داشته باشد.
- ۱۶- پرستار مسئول بیمار به همراه بیماری که مشکل بنیایی (ضعف بنیایی) دارد در مورد استفاده مداوم از عینک یادآوری می نماید.
- ۱۷- پرستار مسئول بخش / بیمار ، بیماران آسیب پذیر (بیماران نیازمند حمایت مالی ، اجتماعی ، حقوقی و ...) را به واحد مددکاری معرفی می نماید .
- ۱۸- مسئول مددکاری بخشهای بیمارستان را جهت راند روزانه بیمارستان و مشکلات تفکیک می نماید.
- ۱۹- کارشناس مددکاری در راند روزانه ، بیماران آسیب پذیر را شناسایی و مشکلات آنها را پیگیری می نماید.
- ۲۰- مسئول مددکاری کلیه خدمات ارائه شده به بیمار آسیب پذیر در پرونده بیمار و سامانه جامع مددکاری ثبت نموده و مستندات واحد مددکاری را تکمیل می نماید.
- ۲۱- کارشناس مددکاری در صورت نیاز به پیگیری در مورد برخی بیماران آسیب پذیر به اورژانس اجتماعی نیز اطلاع می دهد .
- ۲۲- روانشناس بالینی بر اساس درخواست بخش بستری (معرفی به روانشناس) مشکلات روحی ، روانی و عاطفی بیمار را پیگیری نموده و در صورت نیاز به روانپزشک ارجاع می دهد.
- ۲۳- کارشناس هماهنگ کننده بالینی در مورد مادران پرخطر گزارش لازم را از سوپروایزر مربوطه دریافت و امور مربوط به مادران را پیگیری می نماید . تجهیزات خاص شامل سونوکیت، سونوگرافی واژینال و تخت معاینه برای این بیماران فراهم شده است.
- ۲۴- کارشناس مددکاری بیمارستان بر حسب نوع آسیب پذیری بیماران معرفی شده ، پیگیریهای لازم را در مورد ادامه درمان یا ترخیص بیمار با واحدها یا سازمانهای مختلف انجام می دهد.

۲۰۲۰-۱۰-۰۵ بیمارستان به منظور شناسایی بیماران آسیب پذیر آنان را غربالگری کرده و

در راستای کاهش خطر مداخله می نماید.

بیماران آسیب پذیر

فهرست بیماران آسیب پذیر	در معرض چه خطراتی و آسیب هایی هستند
بیماران سالمند	خطای شناسایی، سقوط و عدم برقراری ارتباط مناسب
روایت ناکافی / اختلالات ذهنی (مثل اسکیزوفرنی، اصرار و تعارض)	خطای شناسایی، سقوط، زخم خودکشی، عدم برقراری ارتباط مناسب
خطای جنسی	اختلال در برقراری ارتباط و خطر سقوط
آسیب شنوایی حاد و / یا بینایی (کم بینایی)	خطای شناسایی، خطای قفسه از عدم همکاری
بیماران معلول القوه	خطای شناسایی، خطای قفسه از عدم همکاری
بیماران با اختلال هویتی	عدم برقراری ارتباط مناسب، سقوط
بیماران و کودکان	عدم دریافت مراقبت و محافظت مناسب خود
بیماران طبعی مراز که تعدادی (بهداشت مناسب خانه سالمندان)	مراقبت ناکافی از کلبه، پایین بردن ابرو، بی نظمی و مراقبت ناکافی از آن
افراد دارای تک اندامی	در معرض سقوط از ارتفاع و آسیب یا لطمه دارنده
افراد با نقصان اندام شناسایی، افراد بین خانوادگی	

منظور از **بیماران آسیب پذیر افرادی هستند** که به دلیل **فراوان داشتن** شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی روانی، اجتماعی ممکن است هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی در معرض خطر بیشتر یا تشخیص نسیب به سایر بیماران قرار گیرند.

ارائه مراقبت و درمان به بیماران آسیب پذیر همانند سایر بیماران بدون دخالت شرایط یاد شده و عدم ایجاد مانع از ارائه خدمت مطلوب به اینان انجام می شود. اقدامات مورد انتظار؛ نگهداری در خصوص مکان بستری؛ آماده ایرو لاسیون مناسب؛ استفاده از وسایل حفاظت فردی برای پرستاران (در صورت لزوم)؛ انتخاب دقیق مکان بستری برای پیشگیری از انتقال؛ برای بیماران مجاور ارائه خدمات بدون نقیض به افراد؛ عدم استفاده از هر گونه نامناسبی در بستر و منظور مشخص نمودن بیماران ابراجین

منظور از بیماران پرخطر؛ افرادی هستند که به دلیل شرایط موقت یا دائمی نیاز به دریافت خدمات تشخیصی در مکانی یا تجهیزات پیشگیرانه ویژه در اولین فرصت را دارند و باید تحت نظر مستمر و منتظمو و با اولویت ویژه قرار گیرند.

بیماران پرخطر

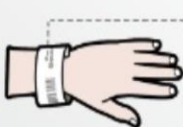
نهییدات و اقدامات لازم برای حرکت از بیماران در معرض خطر؛ به صورت مکتوب و ماهانه و با اطلاع و دستور پزشک یکبارگی و اجرای اقدامات لازم از سوی پرستار

با رعایت به فریضت بودن اقدامات پیشگیرانه در گروه گروههای پرخطر در معرض سقوط، زخم فشاری، خودکشی و ترومبوآمبولیسم حاد از دستبند زرد رنگ استفاده نمود. در خصوص خطر سقوط در کودکان؛ نوزادان و بچه های فارسی استفاده از دستبند زرد برای این دسته از بیماران الزامی نیست. دستبند شناسایی نباید محل خورده خصوصی یا نشوین برای بیمار باشد. در این موارد می توان از کد نشانده (نشانهای آلارکتی) محبوب در کلبه اختلال بالینی بیمارستان استفاده کرد.

عدم تعریف این خطرات باید در کلبه درمان طبقه و تجهیزات مراقبتی مطابق دستورالعمل و همچنین اطلاع نمود. با این حال، در صورت لزوم، از کد رنگی استفاده می شود. شناسایی شناسایی انجام شود. با این حال، در صورت لزوم، از کد رنگی استفاده می شود. شناسایی شناسایی انجام شود. با این حال، در صورت لزوم، از کد رنگی استفاده می شود.

در سیستم کد رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر از جمله بیماران مبتلا به مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم. رنگ خودکشی، سوء تغذیه، نتایج مورد استفاده قرار می گیرد.

معیار	فهرست بیماران پرخطر
ارزانی	
مورس	۱- بیماران در معرض سقوط
براون	۲- زخم فشاری
سایرگون	۳- خودکشی
	۴- سوء تغذیه
	۵- بلی فارسی (مصرف بیش از ۴ دارو)
وز	۶- ترومبوآمبولیسم وریدی حاد



آلرژی
زخم فشاری
خطر سقوط
ترومبوآمبولیسم
خطر خودکشی
سوءتغذیه / نتایج



مرکز آموزشی درمانی پژوهشی پیامبر اعظم (ص)

کد سند : I.P001

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۱۰/۱۸

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۲/۱۲/۱۸

مطابق با نتیجه کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی دستور العمل استفاده از دستبند های شناسایی صحیح بیماران پرخطر و عمومی به شرح ذیل اعلام می گردد.

۱. در ابتدای پذیرش کلیه بیماران می بایست با دستبند سفید در بخش پذیرش شوند.

۲. در صورتی که بیماری مبتلا به **آلرژی** بود خواهشمند است پس از ارزیابی اولیه پرستار از بیمار، لیبل قرمز را به دستبند شناسایی بیمار الصاق نمایند و سپس توضیحات لازم در خصوص اهمیت دستبند شناسایی به بیمار و همراه را ارائه نمایند.

۳. در صورتی که بیمار مستعد زخم فشاری یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط، ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی و نتایج بود خواهشمند است پس از ارزیابی اولیه پرستار از بیمار، برچسب زرد را بر روی دستبند شناسایی بیمار الصاق نمایند و بر روی برچسب زرد رنگ، کد ریسک مربوطه درج شود. سپس توضیحات لازم در خصوص اهمیت دستبند شناسایی به بیمار و همراه را ارائه نمایند.

* جهت کد بندی موارد برای زخم فشاری کد ۱۷، سقوط کد ۲۴، ترومبوآمبولیسم کد ۹، خودکشی کد ۱۲، نتایج حرف C بر روی لیبل زرد با مازیک نوشته شود.

۴. در هنگام ترخیص دستبند های شناسایی بیماران تحویل بخش و امحاء شود.

۵. کلیه کارکنان بالینی ملزم به اجرای بند های فوق در تمامی شیفت ها می باشند.

تیم اعتبار بخشی و بهبود کیفیت

۲۰۲۰۶ بیمارستان فهرست اختصارات پزشکی ، علائم و دوزهای تأیید شده را برای

استفاده در بیمارستان تهیه کرده است.




 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان
 مجتمع آموزشی درمانی پژوهشی پیامبر اعظم(ص)
لیست اختصارات

کلمه اختصاری	توضیح انگلیسی	توضیح فارسی
V/S	Vital Sign	علائم حیاتی
BP	Blood Pressure	فشار خون
T	Temperature	درجه حرارت
P	Pulse	نبض
BS	Blood Sugar	قند خون
FBS	Fast Blood Sugar	قند خون ناشتا
CBC	Cell Blood Count	شمارش سلولهای خون
Ax	Axillary	زیر بغل
I.V	Intravenous	(وریدی) از طریق ورید
I.M	Intramuscular	درون عضلانی
S.C	Subcutaneous	زیر جلدی
SBP	Systolic blood pressure	(فشار خون سیستولیک (حداکثر
U/A	Urin analysis	تجزیه ادرار
HTN	Hypertension(-sive)	(افزایش فشار خون (مبتلا به آن
I.D	Intra dermal	(داخل جلدی (پوستی) (تست پنی سیلین
C.R	Controlled Respiration	تنفس کنترل شده
C.R	Cardio Respiratory	قلبی تنفسی
N.G Tube	Nasogastric Tube	لوله بینی - معده ای
ETT	Endo Tracheal Tube	لوله داخل نای
ETT	Exercise Tolerance Test	تست تحمل ورزش
Fx	Fracture	شکستگی
D.S	Dis Continue	عدم پیگیری
O.b	Occult blood	(خون در مدفوع (مخفی) (تست گایاک

۲۰۲۰۷۰۱ بیمارستان فرایندی برای ادغام و هماهنگی خدمات ارائه شده به بیمار در داخل

و بین بخش ها و با خدمات مربوطه خارج از بیمارستان وجود دارد.

نحوه نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت	
عنوان روش اجرایی: نحوه نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان	
دامنه: این خط مشی برای کلیه سرپرستان و سوپروایزرین و پرستاران بیمارستان تعریف شده است.	
کد: PRO12:	تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۰/۲/۲۰
شماره ویرایش: ۵	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۳۰۲/۱۲/۰۱ شماره صفحات: ۳۹
هدف: تأمین ایمنی در بیماران - رضایت‌مندی در بیماران - تسریع در ارائه خدمات به بیمار	
تعاریف: منظور از ارجاع در این روش انتقال موقت بیماران به سایر مراکز تشخیصی درمانی جهت دریافت خدمت می باشد که پس از آن مجدداً بیمار به بیمارستان ارجاع کننده باز گردد.	
مسئولیت ها و اختیارات: مدیر پرستاری	
شیوه اجرای کار: چه فعلیاتی چه زمانی - درجه محلی و توسط چه کسی انجام می شود	
۱. مدیریت پرستاری از وجود تفاهم نامه و اعتبار آنها با سایر مراکز جهت دریافت خدمات تشخیصی و پاراکلینیک (که در بیمارستان وجود ندارد) به بیماران از سوی بیمارستان اطمینان حاصل می نماید.	
۲. مدیر پرستاری بیمارستان مراکز تشخیصی مختلف را بر اساس تخصص و خدمت مورد نیاز که طرف قرارداد تفاهم نامه ای با بیمارستان جهت ارائه خدمات می باشند به بخش اطلاع رسانی میکنند.	
۳. مدیریت پرستاری/سوپروایزرین علت انتقال موقت و لزوم انتقال موقت در بیمار به سایر مراکز را بررسی می نماید و از صحت موارد جهت انتقال بیمار اطمینان حاصل می نماید.	
۴. مدیر پرستاری/سوپروایزرین فرمهای مربوط به اعزام بیمار، بررسی نموده و از وجود تکمیل تمام فرمهای مورد نیاز شامل دستور پزشک معالج مبنی بر انجام اقدام پاراکلینیک، چک لیست بررسی انتقال بیماران توسط سوپروایزر اطمینان حاصل می نماید.	
۵. مدیر پرستاری/سوپروایزرین از ارزیابی مراحل انجام انتقال موقت بیماریه شرح زیر اطمینان حاصل می نماید:	
<ul style="list-style-type: none"> • تیم درمانی در کلیه انتقال ها با بیمار همراهی می نماید و از Stable و پایدار بودن شرایط بالینی بیمار اطمینان حاصل می نماید. • در تمامی انتقال ها حریم خصوصی بیمار و رعایت استانداردهای ایمنی بیمار حفظ میشود. • تمامی مراحل اعزام با هماهنگی سوپروایزر بالینی بیمارستان انجام می شود. • ارجاع بیمار صرفاً در صورت عدم امکان ارائه خدمت در بیمارستان و با هماهنگی سوپروایزر انجام می گیرد. • سرپرستار یا مسئول شیفت در صورت عدم امکان ارائه خدمت در مرکز، با هماهنگی سوپروایزر بالینی، طبق دستور کتبی پزشک معالج در دفترچه بیمار و اطلاع بیمار از خدمات مورد نیاز و هزینه های مربوطه نوبت دریافت میکند. • سوپروایزر بالینی همانند لازم راجعت آمبولانس انجام میدهند و از کامل بودن تجهیزات آمبولانس و کیف احیا اطمینان کسب مینماید. • سرپرستار یا پرستار مسئول شیفت، پس از هماهنگی با مرکز مقصد و فراهم شدن امکانات لازم جهت انتقال، بیمار را از نظر کاتر ها و اتصالات، سوند ادراری و کنترل علائم حیاتی ارزیابی می نماید. • پرستار مسئول بیمار، کلیه اقدامات انجام شده برای بیمار در زمینه انتقال موقت وی جهت دریافت خدمات پاراکلینیک را در پرونده بیمار ثبت می نماید. • مدیر پرستاری بیمارستان گزارش انتقال های انجام شده را از دفتر سوپروایزر تحویل گرفته و آنها را بررسی و تحلیل می نماید. • مدیر پرستاری در صورت وجود مشکل (مراحل انجام فرایند، تجهیزات مورد نیاز، پرسنل مربوطه، و...) در گزارش های ارائه شده اقدامات اصلاحی و مداخلات را برنامه ریزی نموده و به تصویب مدیریت بیمارستان می رساند. • مدیر پرستاری نظارت می نماید که نقل و انتقال بیماران حتماً از طریق آمبولانس تجهیز شده صورت گیرد. 	

عنوان خط مشی و روش : مددکاری اجتماعی در بیمارستان با حداقل های مورد انتظار

دامنه: بیمار / همراهان مشکل دار و پرخطر(بیماران خشونت دیده (کودک ازاری - سالمند ازاری - همسر ازاری) - نیازمندان - اتباع - بیماران اختلالات سایکوتیک - مجهول الهویه - بی خانمان - اعتیاد -معمولین - بیماران خاص و صعب العلاج -سمومیت های دارویی - خودکشی - خشونت علیه زنان و کیس بیماران روانی.

کد: PP13

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱

شماره صفحات: ۲۵

شماره ویرایش: ۵

پایه خط مشی (Procy & Procedure): به منظور کمک به بیمار / همراهان مشکل دار و پرخطر(بیماران سوء رفتار یا خشونت (کودک ازاری - سالمند ازاری - همسر ازاری) - نیازمندان - اتباع - بیماران اختلالات سایکوتیک -مجهول الهویه - بی خانمان - اعتیاد -معمولین - بیماران خاص و صعب العلاج -سمومیت های دارویی - خودکشی - خشونت علیه زنان و مادر باردار پرخطر و بیماران کووید ۱۹ - پیگیری بیماران محکومین و مجرمین

تسا ریف : مددکاری یک خدمت حرفه ای است که بر دانش و مهارت های خاص برای کمک به افراد ، گروهها و جامعه قرار گرفته است که نیاز به حمایت و مساعدت دارند.

ذینفعان: بیمار / همراه

فرد پاسخگو: مسئول مدد کاری

روش ، شیوه ، اجرا :

- ۱- در تمامی واحد ها و بخشها کلیه پرسنل موظف به شناسایی بیماران آسیب پذیر هستند.
- ۲- اطلاع رسانی در مورد بیماران آسیب پذیر بر عهده ی مسئول هر شیفت می باشد.
- ۳- ثبت بیماران ، آسیب پذیر در سیستم his در قسمت درخواست مددکاری امکان پذیر می باشد و کلیه افرادی که به سیستم his دسترسی دارند می توانند بیماران آسیب پذیر شناسایی شده را ثبت نمایند.
- ۴- در ساعات اداری مددکار اجتماعی روزانه از کلیه بخش در واحد ها بازدید به عمل می آورد و بیماران آسیب پذیر و نیازمند را شناسایی می کند.
- ۵- هر ماه لیست بیشترین بیماران آسیب پذیر از طریق واحد مددکاری تهیه و تنظیم و به ریاست بیمارستان جهت اطلاع ارجاع می شود.
- ۶- مددکار اجتماعی با حضور بر بالین آسیب پذیر با تحقیق میدانی و مصاحبه یا در صورت نیاز بازدید میدانی وضعیت مددجویان را در نظر مادی و معنوی ارزیابی می نماید.
- ۷- هماهنگی و تعامل تنگاتنگ با خیرین شهرستان بندرعباس و اطراف جهت بر آوردن نیازهای مددجویان شناسایی شده است.
- ۸- کلی اطلاع رسانی در مورد بیماران مجهول الهویه ، بی خانمان و بدون همراه و ... از طرف بخش ها و واحد ها و واحد مددکاری در اسرع وقت انجام می شود.
- ۹- واحد مددکاری هماهنگی های لازم را با سازمان های حمایت گر از جمله بهزیستی ، کمیته امداد و... جهت تامین رفاه و با هزینه های درمانی انجام می دهد.
- ۱۰- با توجه به اینکه بودجه بیمارستان محدود می باشد و ارائه تخفیف و با در نظر گرفتن منابع موجود در جهت تسهیل پرداخت هزینه های درمانی با بررسی وضعیت مالی بیماران و اعلام نظر تخصص انجام می گیرد. نقطه قوت مجتمع استفاده از حمایت های مالی خیرین جهت تامین هزینه های درمانی بیماران می باشد.
- ۱۱- در شیفت های صبح و شب و روزهای تعطیل کلیه اقدامات مربوط به مددکاری و شناسایی بیماران آسیب پذیر و... بر عهده ی مددکار آنکال و سوپروایزر وقت می باشد که باید هماهنگی های لازم را در خصوص رفع مشکل بیماران و ترخیص آنها انجام شود.
- ۱۲- گزارش مربوط به عملکرد واحد مددکاری به صورت فصلی و سالیانه به مدیران اجرایی بیمارستان و معاونت درمان ارسال می گردد.
- ۱۳- بانک اطلاعاتی موسسات خیریه و اشخاص حقیقی و خصوصی و سایر سازمان ها و سامانه های حمایتی از مددجویان تهیه شده است.
- ۱۴- شناسایی و جذب منابع خیرین برای حمایت اجتماعی ، مالی انجام می گیرد.
- ۱۵- حمایت از بیماران خاص و صعب العلاج برای پیگیری پس از ترخیص از اولویت های بیمارستان می باشد.
- ۱۶- واحد مددکاری مجتمع کلیه بیماران دارای ناتوانی های جسمی ، اختلالات روانی ، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را شناسایی و جهت ادامه روند درمانی ، تشخیص ، توانبخشی و به صورت تلفنی و حضوری در خصوص مصرف دارو ، ویزیت و سایر نیازمندیها پیگیری می نماید.
- ۱۷- واحد مددکاری جهت ارجاع بیماران بی خانمان یا بدسرپرست هماهنگی های لازم را با اورژانس اجتماعی بهزیستی به عمل می آورد.
- ۱۸- کلیه بیمارانی که توسط واحد مددکاری مورد ارزیابی قرار می گیرند با تکمیل فرم پروتکل های شش گانه و ثبت در پرونده کل بیماران شناسایی شده توسط مددکاری صورت می گیرد.

مددکار اجتماعی



۲۰۸۰۱ C بیماران را به منظور شناسایی افراد آسیب پذیر در برابر

سقوط غربالگری نموده و در راستای کاهش خطر مداخله می نماید.

خطر سقوط بیمار

لطفاً نرده های تخت بیماران بالا نگه داشته شود.



هدف: تأمین و ارتقای امنیت بیمار در بیمارستان

تعاریف: بانک داده های ملی کیفیت حوادث پرستاری (NDNQI) سقوط را به عنوان افتادن به زمین منجر به آسیبی یا بدون آسیب تعریف می نماید.

روش کار:

تعاریف: سقوط در بیماران بستری، حاد و مزمن در صورتی که ناشی از ستکوپ یا نیروی شدید خارجی نباشد، به عنوان دراز کشیدن یا استراحت غیر عمدی بر روی زمین، کف زمین یا سطح پایین تر می باشد. بانک داده های ملی کیفیت حوادث پرستاری سقوط را افتادن به زمین منجر به آسیب یا بدون آسیب تعریف می نماید.

سقوط تصادفی: سقوط ناشی از عوامل خارجی در بیمارستان ها را شامل می شود. بر اساس آمار ۱۴ درصد سقوط در بیمارستان بر اثر سقوط تصادفی می باشد.

سقوط فیزیولوژیک: ناشی از عوامل داخلی فیزیولوژیک (قابل پیش بینی (گیجی) و غیرقابل پیش بینی (شروع ستکوپ یا سکنه) بوده است. بر اساس معیار مورس ۷۸ درصد سقوط های مرتبط با فیزیولوژیک قابل پیش بینی است که می توان شناسایی و پیشگیری نمود.

از آنجا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی قابل اجتناب می باشد، آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جز افتاقات ناخواسته

ای اقدامات می شوند که هرگز نباید رخ دهند.

اقداماتی که توسط پرستار/بیمار انجام گردد:

- ارزیابی و شناسایی بیماران در معرض سقوط و پیش بینی احتمال خطر سقوط در بیماران بستری با استفاده از معیار مورس انجام گردد.
- پرستار برچسب زرد رنگ با ثبت نوع خطر را بر دستبند شناسایی بیمار یا نمره مورس ۴۵ به بالا نصب می نماید.
- اهمیت برچسب و علت نصب برچسب زرد را برای بیمار و همراه توضیح می دهد.
- تمایلی بیماران با سن بالای ۶۵ سال را در بدو پذیرش و در راندهای روتین پرستاری و پزشکی ارزیابی نماید.
- ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری بایستی حداقل یک بار در روز و یا در هنگام تغییر شرایط صورت گیرد.
- در صورت مثبت شدن نتیجه ی ارزیابی معیار مورس برای پیشگیری از سقوط طرح درامی بریزید.
- در صورت سقوط بیمار را حتما به لحاظ آسیب های احتمالی مرتبط ارزیابی نمایید.
- بیماران را راهنمایی کنید که دهیابی یا کفش های مناسب بپوشند تا سر نخورند.
- محیط بخش را از نظر نور کافی و فارغ از هرگونه مانع - اشیاء زائد و اضافی ارزیابی نمایید.
- در صورت لزوم دسترسی بیمار را به واکر-عصا و سایر وسایل کمک حرکتی تسهیل نمایید.
- در کنار تخت بیمار صندلی راحتی بگذارید.
- تخت بیماران از نظر ایمنی (بندساید و قفل تخت) بصورت دوره ای چک گردد و حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگه دارید.
- ارتفاع تخت از سطح زمین را ارزیابی نمایید به نحوی که در حین حفظ آسایش و راحتی بیمار و کارکنان در پایین ترین سطح ممکن قرار داشته باشد.
- محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار بررسی نمایید.
- در اتاق درمان و یا واحدهای تشخیصی، بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید.
- در حین انتقال بیماران از بالا بودن حفاظ برانکارها مطمئن شوید و جایابی بیماران به روش ایمن انجام گردد.

- آموزش موثر و واقعی به بیمار یا مراقبین (همراهان) بیمار در مورد برنامه ی مراقبتی پیشگیری از سقوط ارائه کرد.
- آموزش بالا بودن نرده های کنار تخت خصوصا زمان حضور بیمار در تخت داده می شود.
- آموزش کیفی و صحیح به بیمار و همراه بیمار در ارتباط با عدم خروج بیمار CBR از تخت - پیشگیری از سقوط بیمار پرخطر و عدم ترک بیمار با توجه به وضعیت بالینی بیمار ارائه گردد.
- در زمان تحویل بیمار به شیفت بعد یا بخش درمانی دیگر به فرد تحویل گیرنده خطر سقوط بیمار را توضیح می دهد.
- پرستار میزان ریسک سقوط بیمار را در هر شیفت و یا تغییر وضعیت بالینی بیمار ارزیابی و ثبت می کند . در صورت تغییر به شیفت بعد گزارش می دهد.
- در زمان OOB شدن بیمار پرستار در کنار بیمار حضور میابد.
- به مرتب بودن اتاق بیمار و قرار نداشتن اشیاء در مسیر حرکت بیمار توجه می کند.
- مسئول بخش / مسئول شیفت در زمان تحویل و تحول بیماران سالم بودن side rail را بررسی می نماید.
- مسئول بخش / مسئول شیفت بخش تمیزی و خشک بودن کف بخش را بررسی می نماید.
- خدمات بخش در صورتی که کف بخش خیس ، کثیف یا لغزنده باشد بلافاصله تمیز و خشک می کند.
- ارزیابی کامل بیماران با حضور بر بالین و تجویز به موقع مهار فیزیکی و شیمیایی در بیماران نیازمند به مهار
- رعایت دستورالعمل کامل ثبت دستور مهار فیزیکی و شیمیایی بیماران
- اطمینان از قفل بودن چرخ های تخت بیمار ، برانکاره و صندلی چرخدار وقتی در حالت سکون است ، توسط کلیه پرسنل درمانی خدمات بیماربر در حین استفاده صورت می گیرد.
- بازدید دوره ای از ترمز چرخ تخت ها و برانکاره ها طبق چک لیست و براساس برنامه زمانبندی شده، به فواصل منظم و به صورت مستمر انجام می شود.
- در صورتی که وضعیت روانی بیمار در حین پذیرش یا انتقال نامعین است یا دچار کاهش حاد فعالیت روانی شده است. بیمار را از نظر وجود دلیریوم بررسی و ارزیابی نمایید.
- بیمارانی که دریافت کننده ی داروهایی هستند که بر سطح هوشیاری - دفع - راه رفتن و تعادل بیمار تاثیر گذار است از نظر سقوط پایش و کنترل گردند.
- در صورتیکه بیمار تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک - ضد تشنج و بنزودیازپین ها است احتمال خطر سقوط بیمار بالا است و بیماران متناوبا پایش گردند.

منابع/مراجع: دستورالعمل کشوری پیشگیری از سقوط فرناز مستوفیان

تیموب ۱۵تهه	فایله کنندهه	تیه کندهگان:	
		کنارشان شاهانگ کنده	گنجان سادات مورس
دکتر محمده تهمین دار	دکتر احسان رضایان نیک	اینی بیمار	
رئیس مجتمع	معاون آموزش و سلامت		

حیطه C: استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (شامل ۴۰ معیار)

C۲: بیمارستان، سیستمی برای کاهش خطر ابتلا به عفونت های بیمارستانی دارد.

پیشرفته	اساسی	الزامی
۱	۸	۳

C.2	سطح معیار	بیتابه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان سبستی برای کاهش خطر ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی دارد.	معیار الزامی	C.2.1.1 بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیت‌های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت است که تمام رشته‌ها و تخصص‌ها را در بر می‌گیرد.	<ul style="list-style-type: none"> شرح وظایف کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. صورت‌جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. راهنماها، برنامه عملیاتی و کتابچه راهنمای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت. استفاده از راهبرد بهبود چندمدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه‌های اثربخش پیشگیری و کنترل عفونت.
		C.2.1.2 بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> وجود خط‌مشی برای تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات.
		C.2.1.3 فردی واجد شرایط به‌عنوان مسئول تمامی فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است.	<ul style="list-style-type: none"> ساختار سازمانی پیشگیری و کنترل عفونت.
	معیار اساسی	C.2.2.1 بیمارستان جهت پیشگیری و کنترل عفونت از راهنماهای مبتنی بر شواهد، از جمله راهبرد بهبود چندمدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه اثربخش پیشگیری و کنترل عفونت تبعیت می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> راهنماهای معتبر پیشگیری و کنترل عفونت از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت.
		C.2.2.2 بیمارستان وجود دائمی و صحت کارکرد تجهیزات و وسایل ضروری پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای تجهیزات و وسایل پیشگیری و کنترل عفونت.
		C.2.2.3 بیمارستان دارای دستورالعمل‌های کاربردی ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات است.	<ul style="list-style-type: none"> دستورالعمل‌ها، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ایزولاسیون.
		C.2.2.4 بیمارستان به‌منظور کاهش مقاومت میکروبی، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها را به کار می‌بندد و یک برنامه فعال تولید ضد میکروبی دارد.	<ul style="list-style-type: none"> رویکرد چند تخصصی مشکل‌زا مسئول پیشگیری و کنترل عفونت، نمایندگان داروخانه، پزشکان بالینی، مدیر بیمارستان و واحد میکروبیولوژی. خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها به‌منظور کاهش مقاومت میکروبی.
		C.2.2.5 بیمارستان راهنماهای معتبر در زمینه بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> راهنماهای معتبر بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت.
		C.2.2.6 بیمارستان به‌منظور شناسایی عفونت‌های کلونیزه شده و قابل انتقال، کارکنان را قبل از استخدام و به‌طور منظم پس از استخدام بر اساس بهترین شواهد موجود غربالگری می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> پرونده سلامت کارکنان. خط‌مشی و روش‌های اجرایی غربالگری کارکنان.
		C.2.2.7 بیمارستان جهت محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت تمهیداتی از جمله تلقیح واکسن هپاتیت B ارائه می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> خط‌مشی‌های و روش‌های اجرایی محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت.
C.2.2.8 بیمارستان در زمان مقتضی از مدیریت بسته‌ای تبعیت می‌نماید.		<ul style="list-style-type: none"> راهنماهای مدیریت بسته‌ای برای: <ul style="list-style-type: none"> بخش مراقبت‌های ویژه از جمله پنومونی مرتبط با ونتیلاتور و عفونت‌های خونی مرتبط با کاتتر ورید مرکزی. عمومی، از جمله عفونت دستگاه ادراری و عفونت خون (سیسین). 	
معیار پیشرفته	C.2.3.1 بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی است.	<ul style="list-style-type: none"> خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی شامل: <ul style="list-style-type: none"> عفونت موضع عمل جراحی. بررسی روند میزان عفونت. تجزیه و تحلیل اطلاعات جهت تعیین خوشه‌ها، روند و طغیان‌ها. به‌اشتراک گذاشتن اطلاعات. 	

معیارهای الزامی

C.۲/۱/۱ بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیت های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت است که تمام رشته ها و تخصص ها را در بر می گیرد.



* شرح وظایف کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

* صورت جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت

* راهنما ها، برنامه عملیاتی و کتابچه راهنمای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت

* استفاده از راهبرد بهبود چند مدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه های اثر بخش پیشگیری و کنترل عفونت

C.۲/۱/۲ بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می نماید.

* وجود خط مشی برای تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون

C.۲/۱/۳ فردی واجد شرایط به عنوان مسئول تمامی فعالیت های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است.

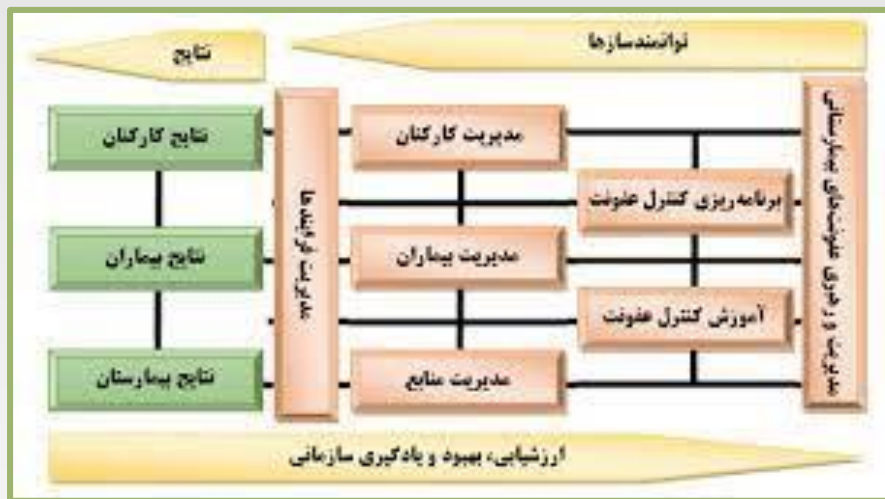
* ساختار سازمانی پیشگیری و کنترل عفونت



معیارهای اساسی

C.۲/۲/۱ بیمارستان جهت پیشگیری و کنترل عفونت از راهنماهای مبتنی بر شواهد، از جمله راهبرد بهبود چند مدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه اثر بخش پیشگیری و کنترل عفونت تبعیت می نماید.

***راهنمای معتبر پیشگیری و کنترل عفونت از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت**



C.۲/۲/۲ بیمارستان وجود دائمی و صحت کارکرد تجهیزات و وسایل ضروری پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین می نماید.

***خط مشی و روش های اجرایی برای تجهیزات و وسایل پیشگیری و کنترل عفونت**



C.۲/۲/۳ بیمارستان دارای دستورالعمل های کاربردی ایزولاسیون ، تعاریف و احتیاطات است.

*** دستورالعمل ها ، خط مشی ها و روش های اجرایی ایزولاسیون**

C.۲/۲/۴ بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی ، خط مشی ها و روش های اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها را به کار می بندد و یک برنامه فعال تولیت ضد میکروبی دارد.

*** رویکرد چند تخصصی متشکل از مسئول پیشگیری و کنترل عفونت ، نمایندگان داروخانه ، پزشکان بالینی ، مدیر بیمارستان و**

واحد میکروبیولوژی



*** خط مشی ها و روش های اجرایی برای مصرف منطقی**

آنتی بیوتیک ها به منظور کاهش مقاومت میکروبی

C.۲/۲/۵ بیمارستان راهنمای معتبر در زمینه بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می نمایند.



*** راهنماهای معتبر بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت**

C.۲/۲/۶ بیمارستان به منظور شناسایی عفونت های کلونیزه شده و قابل انتقال ، کارکنان را قبل از استخدام و به طور منظم پس از استخدام بر اساس بهترین شواهد موجود غربالگری می نماید.



*** پرونده سلامت کارکنان**

*** خط مشی و روش های اجرایی غربالگری کارکنان**

C.۲/۲/۷ بیمارستان جهت محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت ناشی از خدمات سلامت تمهیداتی از جمله تلقیح واکسن هپاتیت B ارائه می نماید.

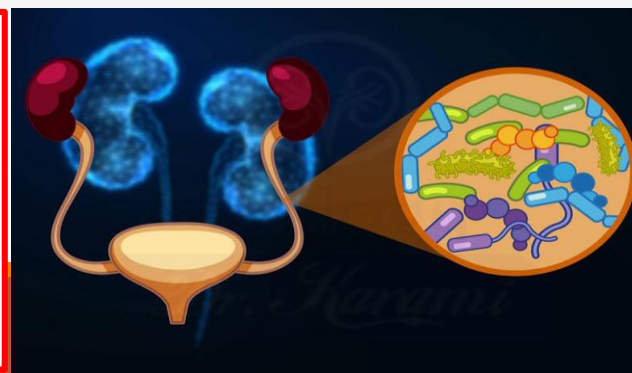
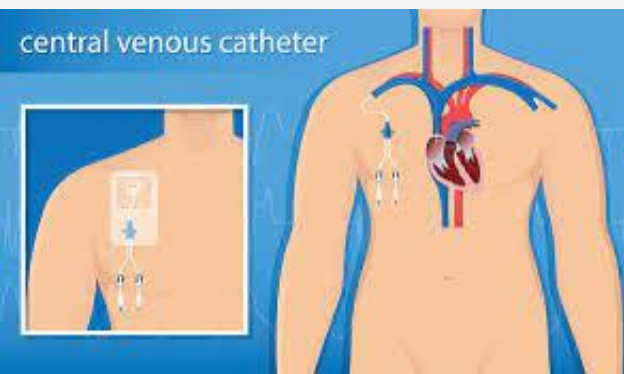


*** خط مشی ها و روش های اجرایی محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت های ناشی از خدمات سلامت**

C.۲/۲/۸ بیمارستان در زمان مقتضی از مدیریت بسته ای تبعیت می نماید.

راهنماهای مدیریت بسته ای برای :

- * بخش مراقبت های ویژه از جمله پنومونی مرتبط با ونتیلاتور و عفونت های خونی مرتبط با کاتتر ورید مرکزی**
- * عمومی ، از جمله عفونت دستگاه ادراری و عفونت خون (سپسیس)**



معیار پیشرفته

C.۲/۳/۱ بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی است.

* خط مشی ها و روش های اجرایی برای نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی شامل :

□ عفونت موضع عمل جراحی

□ بررسی روند میزان عفونت

□ تجزیه و تحلیل اطلاعات جهت تعیین خوشه ها، ذروند و طغیان ها

□ به اشتراک گذاشتن اطلاعات



Infection
Control

حیطه C: استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

C^۳: بیمارستان، ایمنی خون و فراورده های خونی را تضمین می نماید.

پیشرفته	اساسی	الزامی
♦	۲	۲

بیمارستان، ایمنی خون و فرآورده‌های خونی را تضمین می‌نماید.

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	C.3
<ul style="list-style-type: none"> • راهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در مورد خون و فرآورده‌های خونی ایمن. • راهنماهای تجویز ایمن خون و فرآورده‌های خونی. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد فرایند ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت‌نام، رد و قبول دلوطلبین اهدای خون و غربالگری خون (از نظر هیپاتیت B و هیپاتیت C و HIV). • راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین. 	<p>C.3.1.1 بیمارستان، راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن و باکیفیت اجرا می‌نماید.</p>	<p>معیار الزامی</p>	
<p>خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تست کراس‌مچ نمونه‌های خونی.</p>	<p>C.3.1.2 بیمارستان تضمین می‌نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیماران برای تست کراس‌مچ از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می‌نماید.</p>		
<p>راهنماهایی برای خدمات بالینی که خون روی و نیاز به انتقال خون را کاهش می‌دهد.</p>	<p>C.3.2.1 بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین تبعیت می‌نماید.</p>	<p>معیار اساسی</p>	
<p>خطمشی‌های مدیریت حوادث رخ داده پس از انتقال خون.</p>	<p>C.3.2.2 بیمارستان خطمشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت حوادث پس از انتقال خون دارد.</p>		

معیار الزامی

۱/۳/۲۰۱۳ بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن و با کیفیت اجرا می نماید.

* راهنماها از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در مورد خون و فرآورده های خونی ایمن

* راهنماهای تجویز ایمن خون و فرآورده های خونی

* خط مشی ها و روش های اجرایی در مورد فرایند ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام ، رد و قبول داوطلبین اهدای خون و غربالگری خون

(از نظر هیپاتیت B و هیپاتیت C و HIV)

* راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده های خونی ، از جمله استفاده از محلول های جایگزین

دستورالعمل اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون و فرآورده خونی توسط پرستاران

1. تأیید هویت بیمار
 - بررسی نام و نام خانوادگی بیمار در کارت شناسایی و برچسب خون.
 - بررسی شماره شناسایی بیمار (ID) و تطبیق آن با برچسب خون.
 - بررسی تاریخ تولد بیمار و تطبیق آن با برچسب خون.

2. بررسی مستندات اهدای خون
 - بررسی برگه اهدای خون و تطبیق آن با برچسب خون.
 - بررسی تاریخ انقضا و تاریخ تولید خون.
 - بررسی نوع خون و فرآورده خونی و تطبیق آن با نیاز بیمار.

3. آماده بودن بیمار
 - بررسی علائم حیاتی بیمار (تشنه، دما، ضربان قلب، فشارخون).
 - بررسی سابقه بیماری های خاص (مانند هیپاتیت، HIV، اختلالات انعقادی).
 - بررسی سابقه حساسیت های دارویی.

4. تزریق خون
 - استفاده از تجهیزات استریل و مناسب.
 - بررسی تاریخ انقضا و تاریخ تولید خون.
 - بررسی نوع خون و فرآورده خونی و تطبیق آن با نیاز بیمار.
 - تزریق خون به آرامی و با احتیاط.

راهنمای نحوه برخورد با شایع ترین عوارض حاد (عوارض رخ داده در ۲۲ ساعت از زمان تزریق) مرتبط با تزریق خون برای پزشکان و پرستاران

واکنش های آلرژیک
 - علائم: خارش، تورم، کهیر، تنگی نفس.
 - اقدامات: توقف تزریق، استفاده از آنتی هیستامین و کورتیکواستروئیدها.

واکنش های تبی
 - علائم: تب، لرز، تعریق.
 - اقدامات: توقف تزریق، استفاده از استامینوفن.

همولیز
 - علائم: تب، لرز، تنگی نفس، تغییر رنگ ادران به قهوه ای.
 - اقدامات: توقف تزریق، استفاده از دیالیز.

TRALI (تورم ریه غیر قلبی)
 - علائم: تنگی نفس، سرفه، خنک شدن ریه ها.
 - اقدامات: توقف تزریق، استفاده از اکسیژن و دیالیز.



۱/۳/۲۰۱۳ بیمارستان تضمین می نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیماران برای تست کراس میچ از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می نماید.

* خط مشی ها و روش های اجرایی تست کراس میچ نمونه های خونی

معیار اساسی

C.۳/۲/۱ بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده های خونی از جمله استفاده از محلول های جایگزین تبصیت می نماید.



* راهنماهایی برای خدمات بالینی که خون روی و

نیاز به به انتقال خون را کاهش می دهد.

C.۳/۲/۲ بیمارستان خط مشی و روش های اجرایی برای مدیریت حوادث پس از انتقال خون دارد.



* خط مشی مدیریت حوادث رخ داده پس از انتقال خون

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	C.4
<ul style="list-style-type: none"> شرح شغل داروساز بیمارستان. برنامه ایمنی دارویی. 	<p>C.4.1.1 داروساز دارای مجوز فعالیت، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به نحوی مدیریت می‌نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات کاربردی جاری را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌نماید.</p>	معیار الزامی	سببشمار دارویی بیمارستان ایمن است.
<p>خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای جمع‌آوری محلول‌های الکترولیتی غلیظ از جمله پتاسیم کلراید، پتاسیم فسفات و سدیم کلراید از بخش‌های بستری و ذخیره آنها در محلی ایمن.</p>	<p>C.4.1.2 بیمارستان محلول‌های الکترولیت با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می‌نماید.</p>		
<p>داروهای حیاتی بر اساس نیاز هر بخش!</p>	<p>C.4.1.3 بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز (۲۴ ساعته) تضمین می‌نماید.</p>		
<p>خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی به منظور حصول اطمینان از خوانا بودن دست خط پزشکان در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک.</p>	<p>C.4.2.1 بیمارستان خوانا بودن دست خط پزشکان را در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک تضمین می‌نماید.</p>	معیار اساسی	
<p>خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت دارویی ایمن موارد زیر را شامل می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> تمام موارد جابه‌جایی و انتقال مراقبت. شرح شغل داروساز بالینی. برنامه ترخیص بیمار. چنددارویی (پلی‌فارماسی) و قطع تجویز دارو! 	<p>C.4.2.2 بیمارستان انجام تلفیق دارویی را هنگام بستری، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می‌نماید.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> فرایند آموزش بیماران و مراقبین آنها در مورد استفاده ایمن و مؤثر دارو، عوارض جانبی مورد انتظار، تداخلات احتمالی با سایر داروها و / یا غذا و کنترل درد. مدارک پزشکی که آموزش نحوه مصرف دارو در زمان ترخیص را به بیمار (یا مراقب او) نشان می‌دهد. خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش به بیمار (یا مراقب او) در مورد مصرف دارو در زمان ترخیص. 	<p>C.4.2.3 بیمارستان آموزش داروها را به بیمار یا مراقبین وی در زمان ترخیص تضمین می‌نماید.</p>		

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	C.4
<ul style="list-style-type: none"> • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی دارویی ایمن شامل: انتخاب؛ تهیه و تدارک؛ انبارش دارو؛ دستور تجویز دارو و نسخه‌برداری؛ آماده‌سازی و نسخه‌پیچی؛ و دادن دارو به بیمار و پیگیری آن. • تأکید ویژه بر: <ul style="list-style-type: none"> ○ برچسب‌گذاری و نگهداری داروهای پرخطر مانند کلرید پتاسیم، هپارین و انسولین. ○ برچسب‌گذاری و انبارش داروهای با شکل و نام مشابه. ○ دفع داروهای مصرف نشده یا منقضی شده. • روش‌های اجرایی خاص برای بخش‌های پرخطر مانند آنکولوژی و بیهوشی. • فرایند استاندارد و محدودسازی تعداد. • غلظت‌های مختلف دارو در کل بیمارستان. 	<p>C.4.2.4 بیمارستان تهیه غلظت‌های مختلف داروها را محدود و استاندارد می‌نماید.</p>	<p>معیار اساسی</p>	<p>سیستم دارویی بیمارستان ایمن است.</p>
<p>خطمشی در مورد مواد تحت کنترل.</p>	<p>C.4.2.5 بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به فرآورده‌های دارویی مخدر و ذخیره آن را طبق مقررات جاری کنترل می‌نماید.</p>		
<p>خطمشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی.</p>	<p>C.4.2.6 بیمارستان دارای خطمشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی است.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • فرایند بررسی داروهای تجویز شده و یک سیستم هشدار تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا و پیشنهاد گزینه‌های جایگزین در صورت وجود تداخل دارویی. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی داروخانه بستری به منظور شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی داروخانه بستری به منظور شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا. 	<p>C.4.3.1 بیمارستان، داروسازان بالینی دارد که در فرایند تجویز دارو مشارکت داشته و سیستمی برای شناسایی تداخلات دارو - دارو و دارو - غذا دارد.</p>	<p>معیار پیشرفته</p>	

C.۴.۱.۱ داروساز دارای مجوز فعالیت ، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به نحوی مدیریت می نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات کاربردی جاری را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می نماید.

C.۴/۱/۲ بیمارستان محلول های الکترولیتی با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می نماید.

لیست دارو های هشدار بالا ۱۲ گانه

آتروپین *	کلرید پتاسیم *
۰,۵ میلی گرم / میلی لیتر	۱۵٪ / ۵۰ میلی گرم
اپی نفرین *	سولفات منیزיום *
۱ میلی گرم / میلی لیتر	۵۰٪ - ۲۰٪ / ۵۰ میلی لیتر
هپارین سدیم	بیکربنات سدیم
۵۰۰۰ واحد / میلی لیتر	۷,۵٪ / ۵۰ میلی لیتر
رتپلاز *	گلوکونات کلسیم *
۱۸ میلی گرم / ۱۰ میلی لیتر	۱۰٪ / ۱۰ میلی لیتر
هالوپریدول *	هایپر سالین
۵ میلی گرم / میلی لیتر	۵٪ / ۵۰ میلی لیتر
پروپرانولول *	لیدوکائین *
۱ میلی گرم / میلی لیتر	۲٪ / ۵ میلی لیتر



C. ۴/۱/۳ بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه روز ۲۴ ساعته تضمین می نماید.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان هرمزگان

مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)

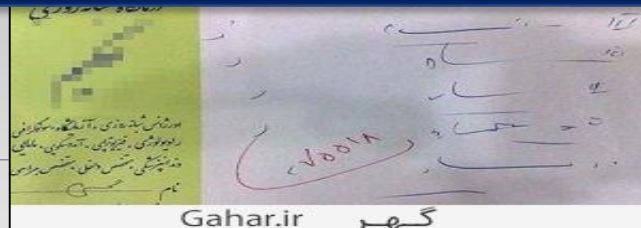
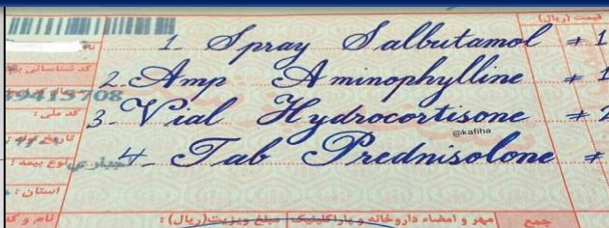
شماره بازنگری: ۵ تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۰/۳۰

لیست داروهای حیاتی تخصصی بخش آی سی یو جنرال

ردیف	نام داروهای حیاتی تخصصی	ردیف	نام داروهای حیاتی تخصصی
۱	آمپول آنروپین	۱۵	آمپول پلازیل
۲	آمپول ایپی نفرین	۱۶	آمپول دگزامتازون
۳	آمپول دوپامین	۱۷	آمپول لازیکس
۴	آمپول هیدروکورتیزون	۱۸	آمپول هالوپریدول
۵	آمپول دیگوسکین	۱۹	آمپول بی پیریدین
۶	آمپول نیتروگلیسرین	۲۰	آمپول پنتوپرازول
۷	آمپول دوبوتامین	۲۱	آمپول آمیودارون
۸	آمپول لیدوکائین	۲۲	آمپول فنی تونین
۹	آمپول وراپامیل	۲۳	آمپول کلسیم گلوکونات
۱۰	آمپول دیازپام	۲۴	ویال بی کربنات سدیم
۱۱	آمپول میدازولام	۲۵	ویال کلرورسدیم
۱۲	آمپول ایندراال	۲۶	ویال تیوپنتال
۱۳	ویال سولفات منیزوم		
۱۴	آمپول اکتروتايد		



C.۴/۲/۱ بیمارستان خوانا بودن دست خط پزشکان را در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک تضمین می نماید.



C.۴/۲/۲ بیمارستان انجام تلفیق دارویی را هنگام بستری، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می نماید.



C.۴/۲/۳ بیمارستان آموزش داروها را به بیمار یا مراقبین وی در زمان ترخیص تضمین می نماید.



C.۴/۲/۴ بیمارستان تهیه غلظت های مختلف داروها را محدود و استاندارد می نماید.



فرم آموزش به بیمار حین ترخیص (SMART)

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
مجمع آموزش، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)
فرم آموزش به بیمار حین ترخیص
(SMART)

شماره سند:
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

عنوان	موضوع آموزش	محتوای آموزش
"A" Appointments (زمان مراجعت بعدی)	زمان مراجعات بعد جهت خدمات سرپایی	<input type="checkbox"/> کشیدن بخیه <input type="checkbox"/> خارج کردن اتصالات (مش، درن، هموواک)..... <input type="checkbox"/> مشاوره تخصصی <input type="checkbox"/> فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> سایر.....
	زمان و مکان مراجعه به پزشک معالج	نام پزشک..... زمان مراجعه..... مکان مراجعه.....
"R" Results (نتیجه سنجی، تست‌های تشخیصی)	زمان و مکان اخذ نتایج تست های معوقه	نوع تست..... زمان..... مکان.....
	تست ها و اقدامات تشخیصی مورد نیاز پس از ترخیص و مکان آن	نوع پروسیجر/تست..... مکان.....

**"T"
Talk with me
(صحبت با و سرالط بعد)**

سوال بیمار:

۱.
۲.
۳.

سایر موارد خودمراقبتی در منزل	تغذیه و رژیم درمانی
وضعیت حرکتی بیمار، محدوده، میزان و شروع فعالیت فیزیکی و وسایل کمک حرکتی سایر موارد خود مراقبتی (نظیر مراقبت از اتصالات، زمان حمام رفتن، مراقبت های مادر و نوزاد و...)	بدون محدودیتی کم نمک <input type="checkbox"/> کم چربی <input type="checkbox"/> کم پروتئین <input type="checkbox"/> پرپروتئین <input type="checkbox"/> کم کربوهیدرات <input type="checkbox"/> کم لبنیات <input type="checkbox"/> پر فیبر <input type="checkbox"/> کم فیبر <input type="checkbox"/> شیرمادر <input type="checkbox"/> تغذیه با لوله دهانی - معدی <input type="checkbox"/> تغذیه با پگ <input type="checkbox"/> سایر.....

راههای دسترسی به خدمات بیمارستان

شماره تماس بیمارستان: ۰۷۶۳۳۴۴۷۰۰۱-۳ شماره داخلی بخش: شماره واحد پرستاری آموزش و پیگیری بیمار:

آدرس سایت بیمارستان: hums.ac.ir

با اسکن بار کد مقابل با تلفن همراه خود بروشورهای آموزشی بیمارستان را مطالعه نمائید.

بدین منظور:

- ۱- اینترنت گوشی خود را روشن نمائید.
- ۲- دوربین را روشن و مقابل تصویربازکرد گرفته تا زمانیکه تصویر در دوربین شما ثابت شود.
- ۳- آدرس نمایش داده شده بر روی تلفن همراه خود را انتخاب کنید.
- ۴- بخش مورد نظر را جستجو و بروشورهای آن را مطالعه فرمائید.
- ۵- در صورتی که از طریق دوربین تلفن همراه نتوانستید وارد سایت شوید، نرم افزار بارکدخوان را روی تلفن همراه نصب کرده و مراحل فوق را اجرا نمائید.

تاریخ، اثر انگشت /امضاء بیمار:	تاریخ، مهر و امضاء پرستار:	تاریخ، مهر و امضاء مسئول شیفت:	تاریخ، مهر و امضاء پزشک/رزیدنت/اینترن:
--------------------------------	----------------------------	--------------------------------	--

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
مجمع آموزش، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)
فرم آموزش به بیمار حین ترخیص
(SMART)

شماره سند:
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۱/۰۱
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۲/۰۵/۰۱

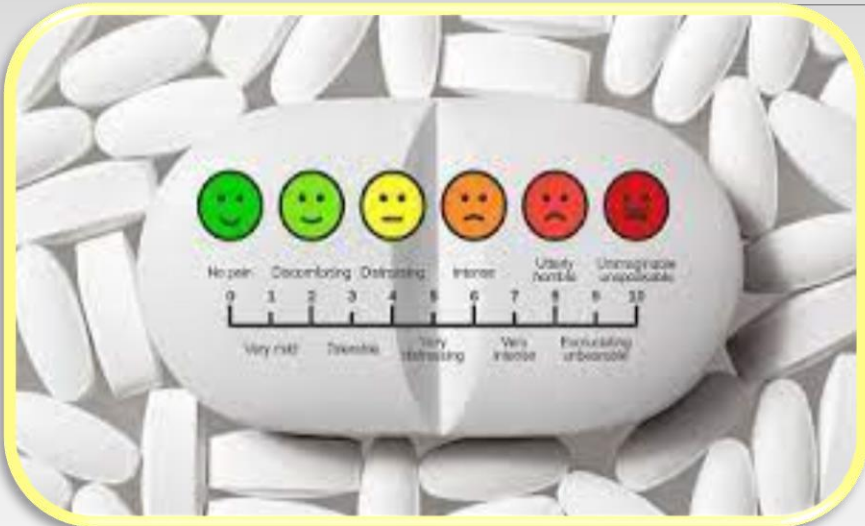
شماره پرونده:	نام خانوادگی:	نام:	نام پدر:
تاریخ تولد:	تشخیصی:	پزشک معالج:	بخش بستری:
تاریخ و زمان ترخیص:	سطح تحصیلات بیمار اولی قانونی:	کد ملی:	تخت:
نحوه ترخیص: <input type="checkbox"/> دستور پزشک <input type="checkbox"/> رهايت شخصی <input type="checkbox"/> مکان مراجعه پس از ترخیص: <input type="checkbox"/> به خانه می رود <input type="checkbox"/> به سایر مراکز حمایتی می رود <input type="checkbox"/>			
مکان و شماره تماس نهادهای حمایتی:			
علائم حیاتی حین ترخیص: درجه حرارت: نبض: تنفس: میزان اشباع اکسیژن خون: فشارخون:			
نحوه خروج از بخش: با پای خود <input type="checkbox"/> ویلچر <input type="checkbox"/> واگر <input type="checkbox"/> برانکارد <input type="checkbox"/> در آمبولی نوزادان و اطفال) <input type="checkbox"/>			
مدارک پزشکی تحویل داده شده: X Ray <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> پاتولوژی <input type="checkbox"/> آزمایشات <input type="checkbox"/> سایر.....			
اتصالات بیمار حین خروج: لوله دهانی - معدی <input type="checkbox"/> سوند ادراری <input type="checkbox"/> نفروستومی <input type="checkbox"/> هموواک <input type="checkbox"/> تراکتوستومی <input type="checkbox"/> کولوستومی <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> جست نیوب <input type="checkbox"/> لموکت <input type="checkbox"/> ذرن <input type="checkbox"/> پورت کت <input type="checkbox"/> آئل <input type="checkbox"/> گچ <input type="checkbox"/> اکسترنال فیکساتور <input type="checkbox"/> سایر.....			
ابزار آموزش: چهره به چهره <input type="checkbox"/> پمفلت <input type="checkbox"/> کتابچه <input type="checkbox"/> ارسال لینک <input type="checkbox"/> فیلم آموزشی <input type="checkbox"/> QR CODE <input type="checkbox"/> سایر.....			

عنوان	موضوع آموزش
"S" Signs (علائم)	علائم هشدار و اقدامات اولیه در زمان بروز آن تا رسیدن به اورژانس

محتوای آموزش							
ردیف	نام دارو	ساعت مصرف دارو			میزان مصرف	نحوه مصرف	ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
		صبح	ظهر	عصر			
۱							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۲							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۳							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۴							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۵							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۶							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۷							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۸							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۹							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)
۱۰							ملاحظات دارویی (پزشک - پرستار)



۴/۲/۵ C بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به فرآورده های دارویی مخدر و ذخیره آن را طبق مقررات جاری کنترل می نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت	
عنوان دستورالعمل: مراقبت از بیماران تحت آرام بخش متوسط و عمیق (تسکین درد)	
دامنه: تامین ایمنی در بیماران	
کد: INS13 شماره ویرایش: ۵	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۰۲ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱ شماره صفحات: ۷۸-۷۷
هدف: مدیریت ایمن بیماران که بدلیل جراحی یا هر پروسیجر دیگری تحت بیهوشی یا آرام بخشی قرار گرفته اند (صرف نظر از نوع آن)	
شیوه اجرای کار: در صورتی که بیمار دربخش ها تحت آرام بخش متوسط تا عمیق قرارگرفته باشدبه شرح ذیل عمل می شود.	
۱- پرستارمسئول بیمار در بیمارانی که تنفس طبیعی دارند و راه هوایی با لوله گذاری انجام نشده است در هنگام مراقبت صداهای اضافی تنفسی از بیمار را پایش می نماید.	
۲- پرستارمسئول بیمار به کلیه علائم و تغییرات آن توجه می نماید.	
۳- پرستارمسئول بیمار در بیمارانی که اینتوبه می باشند بیماران را با استفاده از مانیتورینگ و پالس اکسی متری مراقبت می نماید.	
۴- پرستارمسئول بیمار پارامترهای دستگاه ونتیلاتور توجه نماید و تغییرات را پرستار مسئول شیفت جهت اطلاع به پزشک اعلام نماید	
۵- پرستارمسئول شیفت در سیرمراقبت از بیمار با آرام بخشی متوسط یا عمیق درصورت بروز یافته غیر طبیعی مانند دیسترس تنفسی و ... بلافاصله به پزشک معالج اطلاع رسانی می نماید.	
پرستار مسئول بیمار کلیه مراحل فوق را در پرونده بیمار ثبت می نماید.	
در صورتی که بیمار در اتاق عمل تحت آرام بخش متوسط و عمیق قرارگرفته باشد پس از انتقال بیمار به واحد ریکاوری مراحل ذیل اجرا می شود.	
۱- پزشک مسئول بیهوشی یا آرامبخشی ، تازمانه که کارکنان به طور کامل بیمار را به واحد ریکاوری منتقل کنند همراه وی می باشد.	
۲- پزشک مسئول بیهوشی یا آرام بخش، دستورات کتبی وشغاهی لازم را به کارکنان واحد ریکاوری می دهد.	
ارزیابی پس از بیهوشی یا القا:	
۱- پرستار واحد ریکاوری مسئول بیمار ، مانیتورنگ و ارزیابی پس از بیهوشی یا القا را بر اساس سیستم امتیاز دهی ریکاوری پس از بیهوشی انجام داده و در فرم ریکاوری ثبت می نماید.	
۱-۱- پرستار واحد ریکاوری مسئول بیمار ، در لحظه ورود بیمار به ریکاوری ۳۰۰ دقیقه و یک ساعت از لحظه ورود و سپس هر یکساعت و نیز قبل از خارج شدن بیمار از ریکاوری این ارزیابی را انجام داده و در فرم ریکاوری ثبت می نماید.	
۲- پرستار واحد ریکاوری نتایج ارزیابی خود را بصورت بروز هر گونه مشکل به متخصص بیهوشی مسئول بیمار اطلاع می دهد.	
۳- پرستار واحد ریکاوری دستورات داده شده توسط پزشک متخصص بیهوشی را اجرا می کند.	
ترخیص یا انتقال:	
۱- در مورد بیماران سیرپایی پزشک مسئول بیهوشی یا آرام بخشی شرایط بیمار را ارزیابی کرده وبا معیارهای انتقال بیماران بستری در بخش مطابقت می دهد ودر صورت تطابق دستور ترخیص را صادر می نماید.	
۲- در مورد بیماران بستری پزشک مسئول بیهوشی یا آرام بخشی شرایط بیمار را ارزیابی نموده وبا معیارهای انتقال بیماران بستری دربخش مطابقت می دهدودر صورت تطابق دستور ترخیص را صادر می نماید.	



C. ۴/۲/۶ بیمارستان دارای خط مشی و روش های اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی است.



C. ۴/۳/۱ بیمارستان داروسازان بالینی دارد که در فرایند تجویز دارو مشارکت داشته و سیستمی برای شناسایی تداخلات دارو - دارو و دارو - غذا دارد.



از ایمنی دارو تا ایمنی بیمار



www.salamatika.com



گزارش عملکرد حیطة D – مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۱

حیطة D – محیط ایمن
آقای غلامرضا رئیسی - بیمارستان صاحب الزمان (عج)
خانم پریچهر صباغ زاده - بیمارستان امام رضا (ع)



ایمنی بیمارستانی از اولویت های اصلی
نظام سلامت است

حیطه D: محیط ایمن

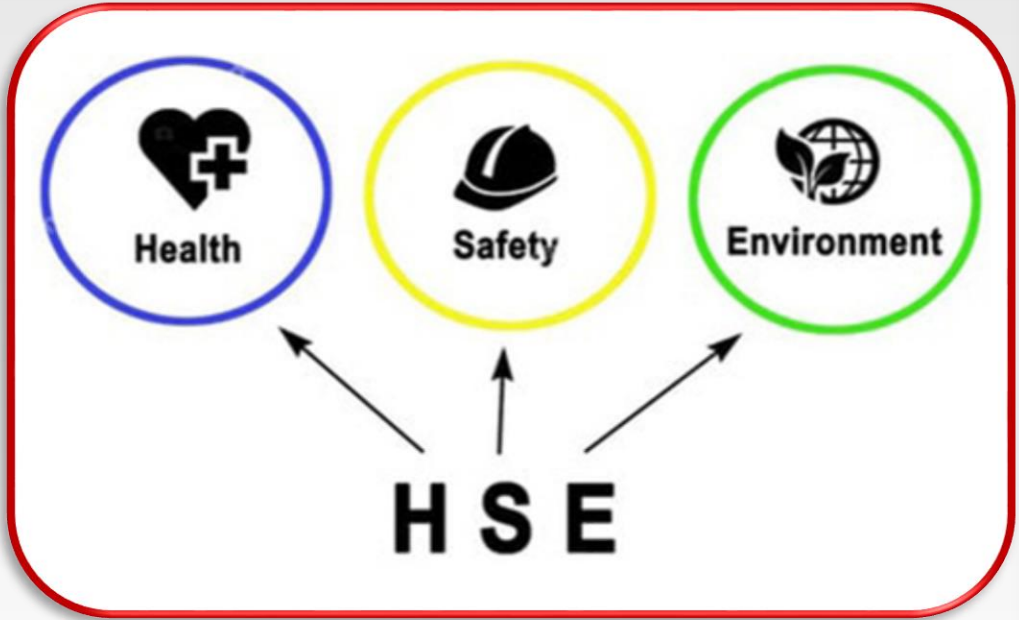
تعداد معیار			بیانیه استاندارد	حیطه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
۱	۱۵	۰	D.1 بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.	D. استانداردهای محیط ایمن
۰	۵	۱	D.2 بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها است.	
۱	۲۰	۱	مجموع	

بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.

D.1	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.	معیار اساسی	D.1.2.1 بیمارستان یک فرد مسئول برای بهداشت و ایمنی محیط دارد که با پشتیبانی یک کمیته چند تخصصی فعالیت می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> • ساختار سازمانی. • شرح وظایف کمیته چندتخصصی بهداشت و ایمنی محیط.
		D.1.2.2 در طراحی بیمارستان، حداکثر توجه به ایجاد محیط ایمن، از جمله کنترل عفونت و جداسازی فضاهای تمیز و کثیف شده است.	<p>بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).</p>
		D.1.2.3 بیمارستان برای تجهیزات پزشکی و محیط فیزیکی خود برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دارد.	<ul style="list-style-type: none"> • صورت‌جلسات کمیته چندتخصصی بهداشت و ایمنی محیط. • سوابق برنامه تعمیر و نگهداری پیشگیرانه برای محیط فیزیکی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ایمنی ساختمان.
		D.1.2.4 بیمارستان یک برنامه مشخص جهت حفظ امنیت اجرا می‌نماید و در صورت لزوم از مناطق امن استفاده می‌نماید.	<p>خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی موجود و تأیید شده در زمان بازدید از بیمارستان:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ امنیت واحد مدارک پزشکی. ○ محدودیت دسترسی به: بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)، زایشگاه، واحد استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)، اتاق عمل (OR)، مناطق خطرناک. ○ امنیت ترالی‌های دارو، اتاق‌های دارو و تریتمنت داروخانه‌ها. ○ دوربین مداربسته. ○ پرستل امنیتی.
		D.1.2.5 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان کارت شناسایی خود را به‌نجوی که در معرض دید باشد، الصاق می‌نمایند.	<p>خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد این که کارکنان دارای کارت شناسایی قابل مشاهده و یونیفرم مناسب هستند.</p>
		D.1.2.6 بیمارستان برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی را تهیه کرده و آنها را به‌صورت آزمایشی اجرا می‌نماید.	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه مدیریت مخاطرات داخلی. • برنامه مدیریت مخاطرات خارجی. • گزارش‌های دریل / مانور برنامه فوریت‌های خارجی و داخلی گزارش‌های اجرایی آزمایشی (مانور) مدیریت مخاطرات داخلی و خارجی.

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	D.1
<ul style="list-style-type: none"> • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.7 بیمارستان دارای سیستم نظارتی است که در صورت خرابی و نقص فنی خدمات حیاتی مانند برق، آب و گازهای طبی هشدار می‌دهد.</p>	<p>معیار اساسی</p>	<p>بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات‌کنندگان است.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق. • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.8 بیمارستان دارای برنامه ایمنی در برابر حریق است که شامل طرح تخلیه است.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.9 بیمارستان برنامه اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل بر آب، گازهای طبی و سوخت دارد.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • وجود یک فرد مشخص با مسئولیت ایمنی کارکنان و بیماران در زمان پروسیجرهای رادیوگرافی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه. • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.10 بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه است و یک فرد مشخص، مسئول اجرای آن می‌باشد.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.11 علائم هشداردهنده در بیمارستان نصب شده‌اند که مناطق غیرایمن را مشخص می‌کنند.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای: <ul style="list-style-type: none"> ○ تأمین غذا و نوشیدنی سالم و مناسب برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان. ○ تقویت فضاهای تمیز و کثیف در آشپزخانه و ناهارخوری. ○ کنترل عفونت در حین تهیه، نگهداری و توزیع غذا و نوشیدنی. ○ در دسترس بودن رژیم‌های غذایی خاص یا توجه به بیماری و نیازهای هر بیمار. ○ غربالگری کارکنان و اخذ گواهی سلامت. 	<p>D.1.2.12 بیمارستان برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان، غذا و نوشیدنی سالم و مناسب تدارک می‌بیند.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی کاخداری بیمارستان. • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.13 محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه است.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.14 خط‌مشی ممنوعیت استعمال دخانیات در بیمارستان اجرا شده است.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • منبع انرژی بدون وقفه/ژنراتور برق؛ این ژنراتور باید در عرض ۱۰ ثانیه پس از قطع برق شروع به کار کند و بتواند به مدت دو ساعت برق تولید کند. • ذخیره پشتیبان تأمین آب. • ذخیره پشتیبان تأمین گازهای طبی. 	<p>D.1.2.15 بیمارستان سازوکارهایی برای اطمینان از وجود ذخایر پشتیبان برای خدمات پایه شامل گازهای طبی، آب و برق، و جایگزینی آن در صورت خرابی و نقص تأسیسات دارد.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • خط‌مشی‌های ایجاد، مدیریت و کنترل پرونده الکترونیک پزشکی. 	<p>D.1.3.1 بیمارستان دارای مدیریت خودکار اطلاعات و سیستم مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب است.</p>		

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار
<ul style="list-style-type: none"> • ساختار سازمانی. • شرح وظایف کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط. 	<p>D.1.2.1 بیمارستان یک فرد مسئول برای بهداشت و ایمنی محیط دارد که با پشتیبانی یک کمیته چند تخصصی فعالیت می نماید.</p>

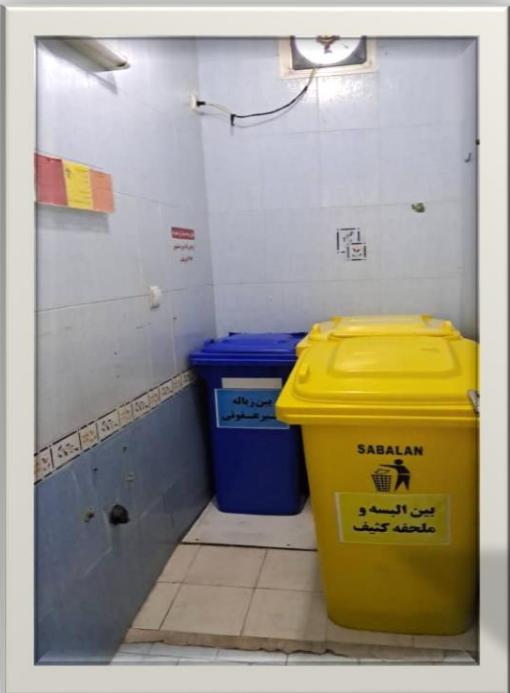


بیانیه معیار

راهنما برای شواهد انطباق

D.1.2.2 در طراحی بیمارستان، حداکثر توجه به ایجاد محیط ایمن، از جمله کنترل عفونت و جداسازی فضاهای تمیز و کثیف شده است.

بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).





تاریخ: 1402/08/17
شماره: PK-110

نامه تدلی

مشخصات فرستنده	
نام شخص معینی استوفی، شرکت پارسیان کاوش محیط	شماره اقماری، 411495644818
شماره ثبت شماره ملی، 14004908700 - 15730	کد پستی، 7914755556
شهرستان، بندرعباس	شماره تلفن شماره، 07632291925
نشانی کامل، استان هرمزگان - شهرستان بندرعباس - بلوار امام خمینی خیابان دارایی 15 تراد - مجتمع پنا - واحد 3	
مشخصات دریافت کننده	
نام شخص معینی استوفی، بیمارستان صاحب الزمان نج	شماره اقماری،
شماره ثبت شماره ملی،	کد پستی،
شهرستان، بندرعباس	شماره تلفن شماره،
نشانی کامل، بندرعباس	

ردیف	شرح خدمات	کلیت واحد (ریال)	تعداد	قیمت کل (ریال)
1	صدا (موسیقی - محیطی)	80,000	16	1,280,000
2	دزیتری صدا	1,800,000	2	3,600,000
3	روشنایی	80,000	83	6,640,000
4	استرس گرمایی (WBG)	1,000,000	3	3,000,000
5	میدان مغناطیسی	1,000,000	4	4,000,000
6	پرتوهای یوتیزان	2,000,000	3	6,000,000
7	پرتوهای غیر یوتیزان	1,000,000	1	1,000,000
8	حلال ها	10,000,000	1	10,000,000
9	گازهای بیهوشی	6,000,000	2	12,000,000
10	ارزیابی عملکرد هودهای آزمایشگاهی	4,000,000	3	12,000,000
11	عوامل بیولوژیک	20,000,000	7	140,000,000
12	ارزیابی پوسچر	1,500,000	13	19,500,000
13	ایاب نساب	800,000	1	800,000
14	پکیج گزارش	3,000,000	1	3,000,000
کلیت مجموع (ریال):		222,820,000		
9 درصد مالیات بر ارزش افزوده (ریال):		20,053,800		
جمع کل قابل پرداخت (ریال):		242,873,800		

شماره حساب جاری 5489178123 چام بانک ملت با کد شب 6901200000005489178123 به نام شرکت پارسیان کاوش محیط .

باسم شرکت پارسیان کاوش محیط
شرکت پارسیان کاوش محیط ۱۳۹۷

آدرس: بندرعباس، بلوار حقانی، سرپل شاه حسینی
ابتدای خیابان ۱۵ خرداد، ساختمان بیتا، طبقه ۲، واحد ۳
تلفکس: ۳۲۲۳۱۹۲۵



راهنما برای شواهد انطباق

- صورت جلسات کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط.
- سوابق برنامه تعمیر و نگهداری پیشگیرانه برای محیط فیزیکی.
- خطامشی ها و روش های اجرایی برای ایمنی ساختمان.

بیانیه معیار

D.1.2.3 بیمارستان برای تجهیزات پزشکی و محیط فیزیکی خود برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دارد.

	فرم صورت جلسه بیمارستان امام رضا (ع) بهداشت و ایمنی محیط	تاریخ: ۱۴۰۲/۰۹/۱۳ ۱۴۰۲/۰۹/۱۳
		زمان: ۹-۱۱
		مکان: مدیریت
		نام کمیته: بهبود کیفیت
موضوع: بهداشت و ایمنی محیط دیر کمیته: پرچهر صباغ زاده ابرینی		
فهرست موارد بحث شده:		
<ul style="list-style-type: none"> • بررسی کلیه واحدها و منکتهای از نظر احتمال بروز سقوط بیمار (استنوبس ها، حمام، تخت ها، کاشی ی ها، سقف، ویلچرها و برانکاردها) • ایجاد میزهای کنترل عفونت در سازه های کف و دیوار ساختمان • بررسی رنگ احتفال پرستار • بررسی کلیه وسیله روشنایی و بیرونی های برقی از نظر ایمنی و میزان روشنایی • وجود الزامات ایمنی در قبال حریق و خروجی ایمن. • بررسی تهویه هوا • حفظ جزئی شخصی بیمار • برآورد نیاز های معنوی • بررسی تمام اتصالاتی که دارای خطر بالقوه برای خودکشی از طریق حلق آویز کردن هستند 		
تذکره و تحلیل:		
<p>در جلسه برگزار شده کلیه اعضا مربوط به بهداشت محیط ایمنی بیمارستان، مسئول تجهیزات پزشکی، سوبوایور کنترل عفونت، مسئول بهداشت حرفه ای، مسئول تأسیسات، مدیریت و ریاست محترم بیمارستان حاضر داشتند. در این جلسه مسئول بهداشت محیط و ایمنی به تکرار باره ای از مشکلات پرداخته و رعایت مسئولین را در جهت اصلاحات اساسی جلب نمودند. همچنین مسئول تأسیسات از تعدادی از مشکلات در پرز بر قفا خبر داد. مسئول ایمنی از حراب بودن برخی از رنگهای اخیار خبر داد. لذا کلیه معیبات این جلسه به شرح زیر می باشد</p>		
مورد قابل پیگیری	مسئول پیگیری	مستول اجرا / تاریخ و ارائه نتیجه
✓ اصلاح کلیه برنده های کنار دیوار از نظر استحکام و منکتهای	مدیریت بیمارستان	مسئول تأسیسات ۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ تعمیر رنگ اخیار بخش مردان	مدیریت بیمارستان	مسئول تأسیسات ۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ تعمیر کلیه پرز ها	مدیریت پرستاری	مسئول تأسیسات ۱۴۰۲/۰۲/۱۷

در بخش های مختلف			
✓ ایجاد کفپوش ضد باکتری در بخش های پر تردد	مدیریت	مدیریت	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ اصلاح دستگیره های حمام	مسئول ایمنی	مسئول تأسیسات	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ تعمیر ویلچر ازید کراسی و بخش زایشگاه	مسئول ایمنی	مسئول تأسیسات	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ بررسی کل چراغ ها و اصلاح چراغ های معیوب در اتاق های بخش زایشگاه	مسئول بهداشت حرفه ای	مسئول تأسیسات	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ بررسی محدث کلیه اتصالات از نظر خطر بافوق، خودکشی	مسئول ایمنی	مسئول بخش	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ ایجاد ورود و خروج مسر استریلیزاسیون	سوبوایور کنترل عفونت	مسئول تأسیسات	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ ایجاد روشنایی جدید در زایشگاه	سوبوایور کنترل عفونت	مسئول تأسیسات	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ تعویض روشنایی های بعضی از بخش ها	سوبوایور کنترل عفونت	مسئول تأسیسات	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ تعمیر بد ساید های کلیه تخت های بخش جراحی و اورژانس	مدیریت	مسئول تأسیسات	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ کابین تجهیزات مربوط به اتاق سریق	مسئول حیران	فرمانت تخت قرار داد	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ ایجاد نیاز های معنوی بیماران ر کلیه بخش ها	مدیریت بیمارستان	مدیریت بیمارستان	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ تعیین چادر برای انتقال بیماران حاضر	مدیریت بیمارستان	کارشناس ایمنی	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ قیله نما در کلیه بخش ها	مدیریت بیمارستان	کارشناس ایمنی	۱۴۰۲/۰۲/۱۷
✓ محل نمازخانه مشخص گردد	مدیریت بیمارستان	کارشناس ایمنی	۱۴۰۲/۰۲/۱۷

بیانیه معیار

D.1.2.3 بیمارستان برای تجهیزات پزشکی و محیط فیزیکی خود برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دارد.

راهنما برای شواهد انطباق

- صورت‌جلسات کمیته چندتخصصی بهداشت و ایمنی محیط.
- سوابق برنامه تعمیر و نگهداری پیشگیرانه برای محیط فیزیکی.
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ایمنی ساختمان.

بسمه تعالی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان صاحب الزمان (عج)		
شنوان دستورالعمل : ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها		
کد: VC-WI-Sa-04-04	دامنه کاربرد:	تاریخ اجراء: 1401/12/15
صفحه: ۱ از ۳	دامنه این دستورالعمل برای واحد مهندسی و کارکنان بیمارستان تعیین شده است.	تاریخ تدوین: 1401/12/15 تاریخ بازنگری: 1402/12/15

تاریخ: ندارد

هدف:

- 1- برقراری بی وقفه و سالم فعالیت‌های تأسیسات بیمارستان
- 2- ارائه خدمات متناسب به بیماران - مراجعین - کارکنان و ارتقاء سطح ایمنی در برابر حوادث ساختمان و تأسیسات
- 3- کاهش خسارات جانی و مالی

نحوه انجام کار:

- 1- واحد مهندسی موظف می‌باشد. در ساخت سقف، دیوارها، کف ساختمان و همچنین در ساخت سازه‌های جدید از مصالح استفاده نماید که از تولید رطوبت به‌داخل ساختمان جلوگیری نموده و حتی‌الامکان مانع نفوذگرما و یا خروج سرما گردد.
- 2- واحد مهندسی بیمارستان در خصوص رسیب‌ها و میرهای رفت و آمد موظف به رعایت نکات زیر می‌باشد.
 - الف) به منظور حفظ ایمنی بیماران و جلوگیری از سقوط در آله‌ها، راهروها و سرویس‌های بهداشتی دستگیره آکتابند شود.
 - ب) در صورت وجود رسیب در ورودی بهداشت یا در محوطه بیمارستان، سطوح آنها شیب‌دار شده تا اصطکاک کافی داشته باشند.
 - ب) برای رسیبها و میرهایی که همسطح یا کف‌تین‌سند، حفاظ‌تزرده این پیش‌بینی‌تایید.
 - د) راه پله‌ها و رسیب‌های ایستای عاری از موانع یا آشنهایی باشد که می‌توانند خطر سقوط و انسداد مسیر را ایجاد نمایند.
 - د) راه پله‌ها و رسیب‌ها باید دارای حفاظ‌های تزرده این بوده که در حالت ترطوبت خود، به صورت ایمن قابل استفاده باشند.
 - ع) پله‌ها دارای لبه واضح مشخص، سالم و بدون شکستگی باشند.
 - ج) در محل‌هایی که رسیب در مجاورت دیوار قرار دارد روی سرکنسور دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب نمایند.
 - چ) برای اطمینان از سهولت حرکت کارکنان، راهروهای داخلی بیمارستان می‌بایست عاری از زهرگفته (مگس) پرکنارند و تجهیزات پزشکی و... باشند.
- 3- کارکنان مسئول بهداشت حرفه‌ای بررسی می‌نمایند که عرشه پلکان عمومی بیمارستان باید حداقل 120 سانتیمتر باشد. در مورد پلکان‌هایی که بیش از چهار پله دارد در طرف باز پلکان باید تزرده محکم نصب شود و در مسیر پلکان‌تیباید هیچگونه مانعی وجود نداشته باشد.
- 4- واحد مهندسی بیمارستان با همکاری واحد بهداشت در خصوص کف و سطوح موظف به رعایت نکات زیر می‌باشد.
 - الف) کف می‌بایست در برابر آب مقاوم بوده، لیز و سست نبوده و دارای شگاف به ویژه در محل‌های پرتردد و اصلی‌تباشد.

بسمه تعالی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان صاحب الزمان (عج)		
شنوان دستورالعمل : ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها		
کد: VC-WI-Sa-04-04	دامنه کاربرد:	تاریخ اجراء: 1401/12/15
صفحه: ۲ از ۳	دامنه این دستورالعمل برای واحد مهندسی و کارکنان بیمارستان تعیین شده است.	تاریخ تدوین: 1401/12/15 تاریخ بازنگری: 1402/12/15

با کف ساختمان در مقابل آب مقاوم بوده، لیز نباشد، ترک خوردگی یا لبه‌شدگی در خصوص در محل‌های مهم و مکانهای پر رفت‌وآمد نداشته باشد.

ب) کف ساختمان‌تعمور یا فرورفته‌تباشد. چرا که منجر به سقوط افراد و یا واژگونی برانکارند و تجهیزات می‌شود.

ج) در مکان‌هایی که تعداد زیاد لوله محافظ، کابل یا کف‌های کاذب هستند، کف برای مقاومت در برابر فشارهای جانی زمین لرزه یا دست‌های جانی تقویت شده باشد.

د) مناطق‌تعمور یا فرورفتگی که منجر به سقوط افراد یا واژگونی تجهیزات شود برطرف شود.

۴- کارکنان مسئول بهداشت محیط بیمارستان در خصوص کف و سطوح موظف به رعایت نکات زیر می‌باشد.

الف) از ایمنی کف اشیاء، استحکام حاف و غیر قابل‌تفوت بودن آن اطمینان حاصل‌تایید.

ب) وسایل و دستگاه‌ها طوری نصب شوند که تلاطم کف و زیر آن‌ها به راحتی ممکن باشد.

پ) در مکان‌هایی که تراز به سست‌شود یا آب دارد تعداد لازم کف شور و آب‌رو ساخته شود.

ت) آب روها باید به وسیله توری فلزی مناسب پوشیده شود سازه این توری باید طوری باشد که سنگینی وزن افراد را تحمل‌تواند آن‌ها را با به آسانی برای تلاطم آب روها برداشند.

ث) واحد مهندسی بیمارستان در خصوص دیوارها موظف به رعایت نکات زیر می‌باشد.

الف) جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آنها به دیوار ثابت شوند.

ب) قفسه داروها، کمد‌ها، کابین‌ها، تابلوها و قاب‌ها تا حد امکان به صورت ایمن و استاندارد به دیوارها فیکس و مهار شوند.

ب) حتی‌الامکان از قاب‌ها و تابلوهای مقاوم و سبک استفاده شود.

د) تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت معلق توسط واحد مهندسی بازدید و از استحکام آنها اطمینان حاصل‌گردد.

د) در بازدید‌های دوره‌ای تمامی قسمتهای بیمارستان از لحاظ ایمنی کنترل شوند.

ج) تمامی لبه‌های تیز و تین‌ها در بخشهای بستری و آله‌های عمل توسط تفرقه‌گیر از جنس مناسب محافظت شده باشد.

بسمه تعالی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان صاحب الزمان (عج)		
شنوان دستورالعمل : ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها		
کد: VC-WI-Sa-04-04	دامنه کاربرد:	تاریخ اجراء: 1401/12/15
صفحه: ۳ از ۳	دامنه این دستورالعمل برای واحد مهندسی و کارکنان بیمارستان تعیین شده است.	تاریخ تدوین: 1401/12/15 تاریخ بازنگری: 1402/12/15

د) واحد بهداشت در خصوص ایمنی دیوارها موظف به رعایت نکات زیر می‌باشد.

الف) در محل‌هایی که مواد شیمیایی و سمی نگار می‌زنند بدنه دیوار اتاق از کف تا سقف قابل سست‌شود باشد.

ب) سطح دیوار از کف تا سقف باید صاف، غیر قابل‌تفوت و بادوام باشد تا بدون آسیب به آن تلاطم شود.

۷- کارکنان مسئول بهداشت حرفه‌ای بایستی مطابق برنامه سالانه‌تورسرسی از روشهای کافی در قسمت‌های مختلف بیمارستان اطمینان حاصل‌تایید

۸- تمامی مسئولین بخش‌ها و واحد‌ها موظف می‌باشند در صورت مشاهده هرگونه مشکل و نقص در کف و سطوح موضوع را به مهندسی بیمارستان گزارش‌تایید.

۹- توسط واحد مهندسی بایستی از تمامی بخش‌های بیمارستان بازدید دوره‌ای ایمنی به عمل آید.

ترتیب انجام کار:

- 1- انجام بازدید‌های دوره‌ای جهت پایش ساختمان
- 2- ارائه گزارش به مسئولین و رؤسا
- 3- تصمیم‌گیری در راستای رفع عیوب احتمالی
- 4- رفع عیوب ساختمان

منابع: اصول بهداشت محیط - ۲ - کتبه لایحه‌ها و استانداردها و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت

منابع انسانی: پرسنل آلیزه‌ها، کسب‌اسات 1 بهنگاران محرم

منابع غیر انسانی: مواد شوینده

نام رده: بیمارستان صاحب الزمان (عج)

گزارش اقدامات انجام شده در حوزه تجهیزات عمومی و تخصصی (کمیسیون پهنه سازی)

ردیف	شرح دستگاه / تجهیز	مشخصه فنی دستگاه/تجهیز	تعداد	شرح تعمیر/بازسازی	مدت زمان	هزینه های انجام کار (ریال)		
						هزینه قطعه	هزینه کار	هزینه کل
	ت+B4:L38رمومتر دیجیتال	۲۹۲۲۸	1	عوض باطری و سرویس	1	140000	1	140001
	چراغ سیاتیک پرتابل	۲۹۲۲۸	1	جرای کامل و چراغ	1	4000000	0	4000000
	نوار مغز Eeg	۲۹۲۴۹۹	1	بر عدد حافظ دستگاه	1	0	0	0
	یونیت دندان پزشکی دو عدد	۲۸۲۲۸	1	سرویس دستگاه	1	0	0	0
	ساکشن	۲۸۲۸۲۸	1	جرای سمه	1	0	0	0
	انکوباتور	۲۸۲۸۸۴	1	جرای سنسور و سرویس آن	1	0	0	0
	Esr rider	282838	1	جرای سنسور و کامل و سرویس آن	1	0	0	0
	دستگاه ماسوژک اتاق ای دی آر دو و اتاق ایرونه و رنگ اجاز اتاق بعد نظر بحث دو	0	1	جرای ای سی دی	1	0	0	0
	ترمومتر دیجیتال	112334	1	عوض باطری	1	140000	0	140000
	نوار قلب	0000000	1	سرویس و سمب دستگاه اوکی	1	0	0	0
	نگاتوسکوپ اتاق ارتوپدی	45455454	1	عوض	1	0	0	0
	هد لایت	4545443	1	بهره ده لایت	1	20000	0	20000
	کنسول اکسیژن	000000000000	1	جرای واحد	1	1000000	0	1000000
	دستگاه EKG	11334566	1	فصلی سم کامل	1	0	0	0
	دستگاه مانیتورینگ	ah30019	1	فصلی کامل	1	1	1	2
	سانتریفیوژ ۲ عدد	۲۸۲۲۹۲۹۲۹	1	جرای رعالی ۲ عدد و هر رعالی ۲ عدد	1	7000000	0	7000000
	تخت بستری برقی	۲۸۲۸۴۹۹	1	جرای برد باور	1	0	0	0
	هولتر فشار خون ۲۴	123456	1	جرای کاف	1	1000000	0	1000000
	انکوباتور	328019758	1	جرای فن دستگاه و تعمیر آن	1	0	0	0
	زنگ احضار پرستار	34	1	بهره سوکت	1	50000	0	50000
	دستگاه های چشم پزشکی	233223	1	کالبراسیون	1	0	0	0
	یونیت بک	65445454	1	جرای برد و عوض لامپ	1	3000000	0	3000000
	Ecg	38388	1	نظافت و سرویس	1	0	0	0
	کنسول گاز های طبی	۲۸۲۸	2	جرای ایلد اکسیژن	1	9000000	0	9000000
	گرافی تک دندان	۲۷۲۲۸۲۸	1	جرای کلد و آمورس	1	3000000	0	3000000
	خرابی سوکت دستگاه سونیکیت	0	1	جرای سوکت کامل	1	200000	0	200000
	انکوباتور	156022939	1	جرای فن و سرویس دستگاه	1	0	0	0
	تخت ۵	1560-33876	1	جرای برد و تعمیر آن	1	0	0	0
	مانومتر اکسیژن	000000000	1	جرای ایلد اکسیژن کنسول	1	4800000	0	4800000
	ترمومتر دیجیتال	0	1	جرای باطری عوض آن	1	200000	0	200000
	ساکشن	17745	1	جرای کلد آن و عوض	1	3000000	0	3000000
	تخت سی پی آر اورژانس	1111	1	حفاظ جدید نصب گردیده شد	1	10000000	0	10000000
	دستگاه مانیتورینگ	1111111	1	جرای باور	1	3000000	0	3000000
	ماسک آن آی وی	528						
	تخت V	1560-33877						

بازرسی و تست ایمنی دیگ های بخار و ظروف تحت فشار

دارای مجوز رسمی از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

شماره پروانه بهره برداری ۲۶۱۹۸۷



ظرفیت	250kg/h	نوع دستگاه	دیگ بخار
فشار کاری مجاز	5 BAR	شماره سریال	448
فشار تست هیدرواستاتیک	70 BAR	نام سازنده / مالک	شرکت فنا نیما
تاریخ تست	1401.3.10	تاریخ ساخت	بیمارستان صاحب الزمان
تاریخ اعتبار	1402.3.10		1395
همراه: ۰۹۱۷ ۹۱۴ ۱۳۱۸		مهندس احمد رضا داوودی	

تست ایمنی دیگ های بخار



گواهینامه بازرسی و آزمون دوره ای مخازن گاز مایع

گواهینامه بازرسی و آزمون دوره ای مخازن گاز مایع

کد پروژه: PJ99-B01L-143
شماره سریال گواهینامه: NC-99-B01L-143
تاریخ بازرسی: ۱۳۹۹/۱۱/۸
تاریخ صدور گواهینامه: ۱۳۹۹/۱۱/۸
تاریخ اعتبار گواهینامه: ۱۴۰۱/۱۱/۸

مشخصات عمومی مخزن	
مالک مخزن:	بیمارستان صاحب الزمان (عج)
نام مخزن:	ماشین سازی ارک
آدرس محل آزمون:	هرمزگان - بندرعباس - بلوارملوان
استاندارد بازرسی:	ISIRI 841 / NB 23-2 کشور سازنده:
استاندارد طراحی و ساخت:	ASME Sec. VIII - Div. I
تاریخ آزمون:	۱۳۸۰
شماره سریال مخزن:	3093
مشخصات فنی مخزن	
پدنه استوانه ای	جنس: A 516 60
هدسی ها	جنس: A 516 60
ماده ذخیره سازی: گاز مایع	ظرفیت: 500 Gal
شرح بازرسی و آزمون:	دما طراحی: 51.6 °C
طول مخزن:	3446 mm
ضخامت بدنه (پلاک):	9 mm
ضخامت کنگره (پلاک):	9 mm
نوع کنگره:	بیضی
فشار کاری:	250 (psi)
فشار طراحی:	250 (psi)
فشار تریپ:	250 (psi)
شرح بازرسی و آزمون:	
روش بازرسی و آزمون دوره ای مطابق با روش اجرایی بازرسی و آزمون دوره ای مخازن گاز مایع به شماره سند:	NETI-FI-B01L-01/04
۱-۳- بازرسی چشمی: مطابق با گزارش بازرسی پیوست شده به شماره سند:	NETI-FI-B01L-02/4
۲-۳- ضخامت سنجی: مطابق با گزارش بازرسی پیوست شده به شماره سند:	NETI-FI-B01L-03/4
۳-۳- نظارت بر آزمون هیدرواستاتیک مطابق با گزارش بازرسی پیوست شده به شماره سند:	NETI-FI-B01L-04/4
۴-۳- نظارت بر آزمون پتوآتیک مطابق با گزارش بازرسی پیوست شده به شماره سند:	NETI-FI-B01L-04/4
۵-۳- آزمون رها نه: آزمایشگاه شرکت آزما گستر نیما	شماره سریال رها نه: 99/1849
تاریخ آزمون رها نه:	۱۳۹۹/۱۱/۲۲
تاریخ آزمون رها نه:	۱*
اندازه:	۱

نام و نام خانوادگی بازرسی: فرید نادریانی
امضاء:

نام و نام خانوادگی مدیر فنی: میثم ملکی
امضاء:

شرکت مهندسی و بازرسی فنی
آزمایشگاه گستر نیما
Nima engineering & technical inspection company

گواهینامه بازرسی فنی مخزن ثابت گاز مایع	متعلق به	3093	بیمارستان صاحب الزمان (عج)
بدینوسیله گواهی می گردد مخزن تحت فشار ذخیره گاز مایع به شماره سریال 3093 مطابق با شرح مدارک پیوست مورد بازرسی قرار گرفت.			
گواهینامه انطباق بازرسی و آزمون دوره ای	متعلق به	3093	بیمارستان صاحب الزمان (عج)
بدینوسیله گواهی می گردد مخزن تحت فشار ذخیره گاز مایع به شماره سریال 3093 مطابق با الزامات بند ۵-۳-۲ استاندارد ملی ایران ۸۲۱ در زمان بازرسی و آزمون مطابقت می نماید.			

گواهینامه بازرسی دوره ای مخازن گاز مایع

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار
<p>خطامشی ها و روش های اجرایی امنیتی موجود و تأیید شده در زمان بازدید از بیمارستان:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ امنیت واحد مدارک پزشکی. ○ محدودیت دسترسی به: بخش مراقبت های ویژه (ICU)، زایشگاه، واحد استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)، اتاق عمل (OR)، مناطق خطرناک. ○ امنیت ترالی های دارو، اتاق های دارو و تریتمنت داروخانه ها. ○ دوربین مدار بسته. ○ پرسنل امنیتی. 	<p>D.1.2.4 بیمارستان یک برنامه مشخص جهت حفظ امنیت اجرا می نماید و در صورت لزوم از مناطق امن استفاده می نماید.</p>

گواهی آزمایش تست هیدرواستاتیک دیگ بخار (فشاری)

نام سازمان: بیمارستان صاحب الزمان (ع) ندسا
نشانی: استان هرمزگان - بندرعباس

نام موسسه سازنده: شرکت ضیا کمپانی	شماره سریال: 448
سال ساخت: 1395	سال بهره برداری: 1396
حداکثر فشار کار سجار: 5 bar	فشار طراحی: 5.5bar
ظرفیت دیگ: 250 KG/HR	نوع سوخت: گاز
استاندارد ساخت: استاندارد ایران	فشار آزمایش هیدرواستاتیک: 10 BAR

مشخصات آزمایش

فشار کاری/بهره برداری: 2.5 BAR	فشار در زمان آزمایش: 7 BAR
فشار سوپاپ اطمینان: 3.5BAR	تاریخ آزمایش هیدرواستاتیک: 1401.3.10

توضیحات: دیگ فوق براساس دستورالعمل قبلی و با حضور مسئول تأسیسات با فشار 7 bar تحت آزمایش هیدرواستاتیک قرارگرفت و در مدت آزمایش ضمن بررسی کوره، بدنه هیچ گونه نشتی و یا تغییرشکل فیزیکی مشاهده نگردید. در ضخامت سنجی که بصورت رندوم به عمل آمد، ضخامتها برحسب (mm) ضخامت بدنه 6 عایدگردیدکه با محاسبات انجام شده و لحاظ ضوابط اطمینان، دیگ فوق دارای مقاومت کافی برای فشار کاری 2.5bar می باشد. در بررسی ازمنتهات حفاظتی دیگ شامل اینماء سوپاپ اطمینان، پرشروسوچ ها و لول سطح آب صحت عملکرد آنها موردتاییدقرارگرفت. لذا بهره برداری از دیگ فوق با فشار کاری 2.5bar و فشار سوپاپ 3.5bar از تاریخ 1401.3.10 به مدت یکسال با رعایت کلیه مقررات حفاظتی و ایمنی در سرویس و نگهداری و انجام نظارت های فنی منظم بلامانع است. در هیچ نحو مسئولیت سربست و بهره بردار دیگ را نمیتواند کلاً بر عهده سازد. در صورتی که در طول مدت تست نتواند تست را به اتمام برساند، باید در صورت لزوم اقدامات اصلاحی را در جهت اطمینان و همچنین ایمنی برای هرگونه اتفاق فوری نماید.

بیمارستان صاحب الزمان ندسا 9 آیین نامه حفاظتی دیگهای بخار، آبگرم و ظروف تحت فشار، تائیدی فنی این اثر توسط مهندس تست هیدرواستاتیک در فواصل زمانی 12 ماهه ضروری می باشد.

نام و نام خانوادگی مشاور: مهندس احمد رضا داوودی جهری
رونوشت:

اداره تعاون کارپروژه اجتمایی استان هرمزگان
مرکز تحقیقات و تنظیمات حفاظت فنی و بهداشت کار





راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار
خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد این که کارکنان دارای کارت شناسایی قابل مشاهده و یونیفرم مناسب هستند.	D.1.2.5 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان کارت شناسایی خود را به‌نحوی که در معرض دید باشد، الصاق می‌نمایند.



بیانیه معیار

D.1.2.6 بیمارستان برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی را تهیه کرده و آنها را به صورت آزمایشی اجرا می‌نماید.

راهنما برای شواهد انطباق

- برنامه مدیریت مخاطرات داخلی.
- برنامه مدیریت مخاطرات خارجی.
- گزارش‌های دریل/ مانور برنامه فوریت‌های خارجی و داخلی گزارش‌های اجرای آزمایشی (مانور) مدیریت مخاطرات داخلی و خارجی.

بسمه تعالی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان صاحب الزمان (عج)		
عنوان خط : گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین		
کد: HS-SA-96	دامنه کاربرد :	تاریخ ابلاغ: 1402/01/20
صفحه: ۲-۱	برای کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان تدوین گردیده است	تاریخ تدوین: 1402/01/15
		تاریخ بازنگری: 1403/01/20

شیوه انجام کار:

- ۱- کارشناس ایمنی و مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت فرم گزارش حوادث و موارد نا ایمن را در اختیار کلیه واحدها قرار می دهد.
- ۲- مسئول ایمنی نحوه صحیح تکمیل فرمها و لزوم ثبت حوادث و موارد نا ایمن را به مسئولین بخشها و پرسنل آموزش می دهد.
- ۳- در صورت وقوع حادثه در هر قسمت بیمارستان ، خیرحادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول یا پرسنل آن واحد به مسئول تاسیسات و سوپر وایزر وقت اطلاع داده و همچنین گزارش و فرم حادثه مربوطه را به مسئول ایمنی و دبیر کمیته حوادث و بلایای بیمارستان ارسال می نماید .
- ۴- مسئول شیفت تاسیسات و سوپر وایزر نسبت به بررسی حادثه گزارش شده بخش مورد نظر اقدام نموده و شدت حادثه را با دقت و بدون کم وکاست در دفتر گزارشات خود ثبت می نمایند .
- ۵- در فرم حادثه شرح کامل حادثه (زمان و مکان و ساعت وقوع و) و آسیب های ایجاد شده به افراد و تاسیسات با دقت ثبت گردد
- ۶- علل ایجاد حادثه ، پس از دریافت فرم حوادث توسط کارشناسان ایمنی و بهداشت حرفه ای و ... از نظر ابعاد حادثه و علل آن که شامل روش های نامناسب و عوامل محیطی و فردی و تجهیزاتی مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و راهکارها و برنامه های لازم را جهت پیشگیری از وقوع حادثه مشابه تدوین می نمایند .
- ۷- مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا موارد نا ایمن و حوادث گزارش شده به همراه تجزیه تحلیل فوق جهت بررسی در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح نموده و اعضاء جلسه نسبت به اجرای آن بررسی و تصمیمات لازم را اتخاذ می نمایند .
- ۸- پرسنل تاسیسات و تجهیزات نسبت به انجام بازدید های دوره ای از کلیه تجهیزات و تاسیسات و دستگاه های بیمارستان به صورت دوره ای یا ماهیانه به همراه تیم روز نگهداری بازدید نموده و موارد را در صورت نیاز نسبت به رفع عیوب و نواقص در جهت پیشگیری از وقوع حوادث احتمالی بالقوه در بیمارستان اقدام می نمایند .
- ۹- کارشناسان ایمنی و بهداشت حرفه ای با نظارت مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا با توجه به روش اجرایی مدیریت خطر بیمارستان نسبت به شناسایی و ارزیابی مخاطرات و حوادث مرتبط با ایمنی و سلامت شغلی و زیست محیطی سالانه اقدام می کند .

- ۱۰- مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا با توجه مخاطرات بارز شناسایی شده نسبت به تدوین برنامه عملیاتی مطابق با روش اجرایی مدیریت خطر بیمارستان برای کاهش میزان ریسک شناسایی شده اقدام می کند.
- امکانات و تسهیلات:
فرد پاسخگو:
منابع: کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (دکتر حمیدرضا خانکه)

تهیه کنندگان	تایید کنندگان	ابلاغ کننده
مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	اعضای کمیته بحران و بلایا	ریاست
مسئول بهداشت حرفه ای		
مسئول تاسیسات		
مسئول فنی ایمنی		

بسمه تعالی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان صاحب الزمان (عج)		
عنوان خط : گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین		
کد: HS-SA-96	دامنه کاربرد :	تاریخ ابلاغ: 1402/01/20
صفحه: ۲-۱	برای کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان تدوین گردیده است	تاریخ تدوین: 1402/01/15
		تاریخ بازنگری: 1403/01/20

هدف:

- ۱- پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیمار ، مراجعین و کارکنان
- ۲- پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده
- ۳- کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث
- ۴- شناسایی موقعیت های نا ایمن و برطرف نمودن خطرات بالقوه محیط بیمارستان

تعارف:

رویداد: اتفاقیکه منجر به یک حادثه شده و یا پتانسیل منجر شدن به یک حادثه را داشته باشد.

حادثه: اتفاقات و خواسته ای که منجر به مرگ، بیماری، صدمه، زیان ،عوارض زیست محیطی و سایر خسارات گردد.

اقدام اصلاحی: اقدامی که بمنظور حذف علل عدم انطباق کشف شده یا سایر وضعیت های نا مطلوب صورت می پذیرد.

اقدام پیشگیرانه: اقدامی که بمنظور حذف علل عدم انطباق بالقوه یا سایر وضعیت های بالقوه نا مطلوب صورت می پذیرد.

ارزیابی ریسک : فرآیند ارزیابی ریسک های حاصله از خطرها با در نظر گرفتن کفایت تمامی کنترل های موجود و تصمیم گیری در این باره که ریسک ها قابل قبول می باشند یا خیر.

حوادث غیرمترقبه خارجی: (External Disasters)

طبق تعریف به حوادثی اطلاق میگردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء میگیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان میشوند. مثالهایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از:

- طوفان و باران های سیل اسا
- مسمومیت و مسمومیت های غذایی یگانهای نظامی
- آتش سوزی وسیع
- حوادث ترافیکی (تصادفات)
- مواججه با پرتو رادیواکتیو
- حمله مسلحانه
- حوادث با تلفات متعدد (زلزله،رویداد و حوادث دریایی و هوایی)
- هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از توان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا

حوادث غیرمترقبه داخلی: (Internal Disasters):

عنوان نوع بیماری چنین امکاناتی وجود ندارد.

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

- قطع آب
- قطع ارتباطات (HIS یا سیستم اطاعات بیمارستان) hospital information system
- قطع برق
- آتش سوزی
- تهدیدات بیولوژیک
- نقص دستگاه های حیاتی پزشکی بیمارستان

حوادث خارجی و حوادث داخلی بیمارستان

بیمارستان صاحب الزمان (عج) فهرست حوادث داخلی بیمارستان

- ۱- نقص تاسیساتی مانند (قطع آب و برق)
- ۲- نقص تجهیزاتی بیمارستان مانند (دستگاه های بیهوشی ، CT SCAN و... یا برقی گرفتگی تجهیزات)
- ۳- نقص در سازه های بیمارستان مانند (ریزش سقف، نشست زمین یا ساختمان و...)
- ۴- نقص وسایل ارتباطی مخابراتی (تلفن ، بی سیم)
- ۵- مسمومیت یا مسمومیت گروهی پرستل بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود .
- ۶- نزاع بیمار و همراهان در بیمارستان یا حمله به بیمارستان در درگیری های مختلف
- ۷- وقوع مخاطرات تیر طبیعی مانند (انفجار گازهای طبی و آتش سوزی ، نقص تجهیزات هسته ای یا آلودگی شیمیایی)
- ۸- پخش هرگونه شایعه که وضعیت داخلی بیمارستان را از حالت عادی خارج نماید .
- ۹- مشاهده نوعی از بیماری که نیاز به اقدام سریع نیروهای درمانی جهت جلوگیری از شیوع دارد .
- ۱۰- ناقرمائی دسته جمعی بیماران یا پرستل مانند تحصن و تجمع اکثریت بیماران یا پرستل
- ۱۱- شیوع بیماری های عفونی در بیماران یا پرستل به نحوی که فعالیت بیمارستان را مختل نماید.

نکته : در صورت مشاهده هرگونه از این موارد ذکر شده سریعاً مراتب را در شیفت صبح به دفتر ریاست و در شیفت عصر و شب به سوپر وایزر وقت اطلاع دهید.

شماره تماس دفتر ریاست: ۲۴۰۱۲-۲۴۰۱۳

شماره تماس دفتر پرستاری: ۲۴۰۴۴-۲۴۱۴۴

مدیریت خطر حوادث ویلایا

بیمارستان صاحب الزمان (عج) فهرست حوادث خارجی بیمارستان

- ۱- حوادث ترافیکی با بیش از ۵ نفر مصدوم یا ۳ نفر فوتی
- ۲- مسمومیت غذایی به صورت گروهی
- ۳- مشاهده علامتی از هرگونه همه گیری مانند ایدمی و آندمی
- ۴- وقوع زلزله و رانش زمین یا هر شدت
- ۵- وقوع مخاطرات مانند سیل ، طغیان رودخانه ، طوفان و...
- ۶- مسمومیت با گازها به صورت گروهی
- ۷- بمب گذاری و هرگونه انفجار مواد آتش زا و خطرناک
- ۸- حوادث تروریستی
- ۹- هرگونه اعلام هشدار یا آماده باش به بیمارستان از طرف سازمان های همکار یا پشتیبان
- ۱۰- هر گونه رویداد هوایی مانند سقوط هواپیما یا بالگرد
- ۱۱- هر گونه نشست سیاسی ، شورش ، تحصن و تجمع بالای هزار نفر مانند وقایع ورزشی
- ۱۲- پخش هرگونه شایعاتی در جامعه که بیمارستان را تحت تاثیر قرار می دهد.
- ۱۳- انفجار یا آتش سوزی هریک از تاسیسات عمده تاثیرگذار در محدوده بیمارستان (مخازن گاز - سیمپ بتزین و ...)

نکته : در صورت مشاهده هرگونه از این موارد ذکر شده سریعاً مراتب را در شیفت صبح به دفتر ریاست و در شیفت عصر و شب به سوپر وایزر وقت اطلاع دهید.

شماره تماس دفتر ریاست: ۲۴۰۱۲-۲۴۰۱۳

شماره تماس دفتر پرستاری: ۲۴۰۴۴-۲۴۱۴۴

مدیریت خطر حوادث ویلایا

موقعیت جغرافیائی بیمارستان

www.BANDICAM.com



امکانات سازه ای بیمارستان صحرائی (با ۴۲ تخت فعال بستری)

ردیف	مشخصات سازه	وضعیت سازه	توضیحات
۱	آزمایشگاه و رادیولوژی	بهمراه دستگاه رادیولوژی و دستگاههای آزمایشگاهی	سازه کانکسی با کامیون (۶ چرخ)
۲	سازه اتاق عمل	یک واحد اتاق عمل و ریکاوری و سی اس ار با اتوکلاو	یک دستگاه سازه با کامیون (۱۰ چرخ)
۳	سازه ICU	با استعداد یک تخت	یک دستگاه سازه با کامیون (۱۰ چرخ)
۴	مینی بوس درمانگاه		یک دستگاه مینی بوس سیار (هیوندای)
۵	مینی بوس دندانپزشکی		یک دستگاه مینی بوس سیار (میدل باس)
۶	ایسوزو هواساز و ژنراتور برق		یک دستگاه ایسوزو (۶ چرخ)
۷	ایسوزو باری		یک دستگاه ایسوزو (۶ چرخ)
۸	آمبولانس ۴۵۰۰		چهار دستگاه آمبولانس (۴۵۰۰)
۹	چادر صحرائی	با استعداد ۱۰ تخت اورژانس ۳۰ تخت بستری و دو تخت ای سی یو	۵۶ متری (۱ عدد) ۵۴ متری (۶ عدد) ۱۱۰ متری سه تیکه (۲ عدد) چهار درب (۲ عدد)

برپایی بیمارستان صحرائی در بندرعباس با استعداد ۵۰ تخت



مکان: جنب بیمارستان شهید محمدی بندرعباس

(از مراکز درمانی صحرائی که بالاترین زمان ماندگاری و خدمات دهی را به مدت ۵ ماه بصورت مستمر داشته است)



بازدید دکتر حریرچی از بخش کووید بیمارستان صحرائی



برپایی بیمارستان صحرائی در شهرستان بندرلنگه



مکان: جنب بیمارستان شهدا

آمادگی مراکز درمانی تابعه مرکز بهداشتی جنوب خلیج فارس ندسا



امداد و انتقال به بیمارستان صاحب الزمان (عج)

۱ دستگاه اتوبوس



۱ دستگاه موتورولانس



۵ دستگاه آمبولانس زمینی



شناور امداد و نجات و آمبولانس دریایی

(MAD-12-AMB)



اعزام ڀارستان صحرائي به مناطق محروم کشور (مردم یاری)



برپایی بیمارستان صحرائی شهید فاطمی بهداری نیروی دریایی سپاه جهت کمک به مردم سیل زده استان کرمان، منطقه زهکلوت

تاریخ افتتاح: ۱۳۹۹/۰۱/۰۶

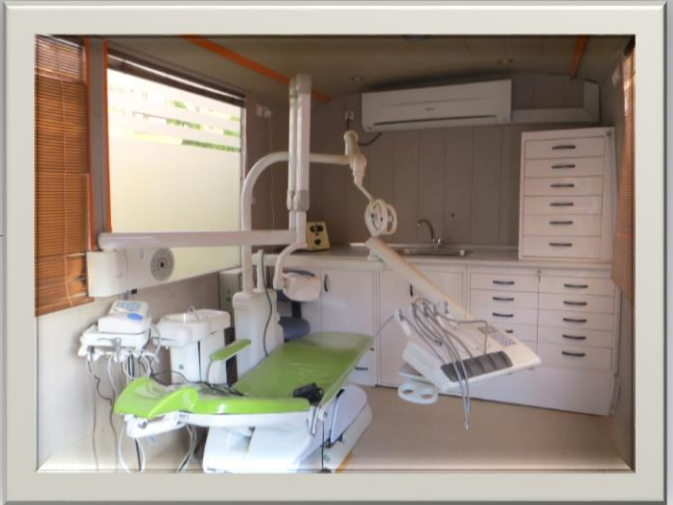
با حضور فرمانده سپاه ثارالله استان کرمان سردار حسین معروفی، امام جمعه استان کرمان، فرماندار و سایر مسئولین.

بخش های بیمارستان شامل:

- بخشهای اورژانس (CPR) - پزشک طب اورژانس -
- پزشک عمومی (داروخانه - رادیولوژی - آزمایشگاه - بستری (۲۰ تخت) و درمانگاه تخصصی سیار

تعداد مراجعات: ۲۷۳۹



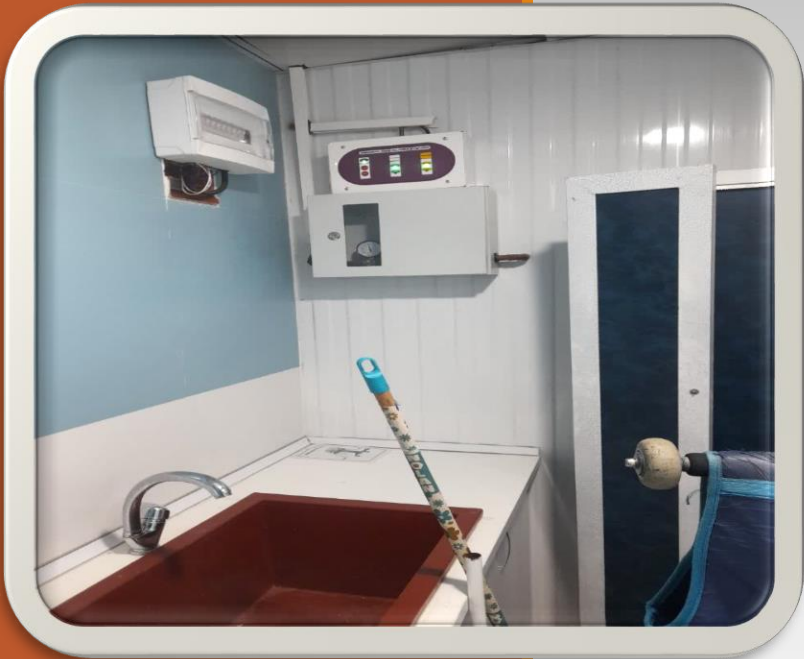


مردم یاری شهرستان سیریک - آذر ۱۴۰۰

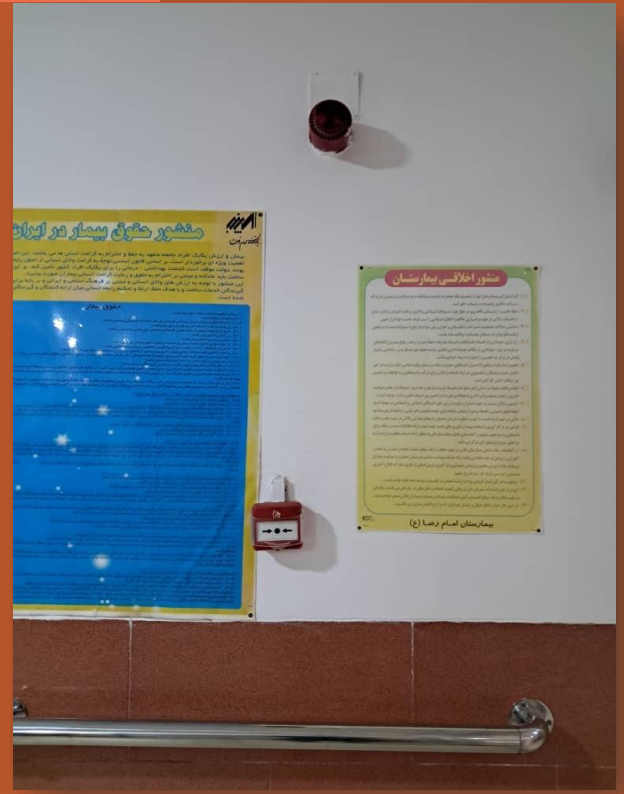


راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار
<ul style="list-style-type: none"> ● بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.7 بیمارستان دارای سیستم نظارتی است که در صورت خرابی و نقص فنی خدمات حیاتی مانند برق، آب و گازهای طبی هشدار می‌دهد.</p>
راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار
<ul style="list-style-type: none"> ● منبع انرژی بدون وقفه/ژنراتور برق؛ این ژنراتور باید در عرض ۱۰ ثانیه پس از قطع برق شروع به کار کند و بتواند به مدت دو ساعت برق تولید کند. ● ذخیره پشتیبان تأمین آب. ● ذخیره پشتیبان تأمین گازهای طبی. 	<p>D.1.2.15 بیمارستان سازوکارهایی برای اطمینان از وجود ذخایر پشتیبان برای خدمات پایه شامل گازهای طبی، آب و برق، و جایگزینی آن در صورت خرابی و نقص تأسیسات دارد.</p>
راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار
<ul style="list-style-type: none"> ● بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید). 	<p>D.1.2.9 بیمارستان برنامه اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل بر آب، گازهای طبی و سوخت دارد.</p>

تمهیدات هشدار دهنده اکسیژن



تمهیدات هشدار دهنده برق



تمهيدات هشدار دهنده حريق



ذخائر پشتيبان





راهنما برای شواهد انطباق

بیانیه معیار

- خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق.
- بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).

D.1.2.8 بیمارستان دارای برنامه ایمنی در برابر حریق است که شامل طرح تخلیه است.

بسمه تعالی سازمان علوم پزشکی شهرستان بیمارستان صاحب الزمان (عج)		
مکان: روش ایمنی : ایمنی در مقابل آتش‌سوزی		
تخلیه 1400/9/30	طرحه کاربرد:	UC- PR-SR-04-06
تخلیه 1400/9/20	تأمین کارکنان مهلال در بیمارستان	صفحه 2 و 7
تخلیه 1401/9/30		

بسمه تعالی سازمان علوم پزشکی شهرستان بیمارستان صاحب الزمان (عج)		
مکان: روش ایمنی : ایمنی در مقابل آتش‌سوزی		
تخلیه 1400/9/30	طرحه کاربرد:	UC- PR-SR-04-06
تخلیه 1400/9/20	تأمین کارکنان مهلال در بیمارستان	صفحه 1 و 7
تخلیه 1401/9/30		

هدف 1: کاهش احتمال خسر آتش‌سوزی

2- مخالفت از جان بیماران، همراهان و کارکنان در برابر خسر آتش‌سوزی

3- کاهش خسارت مالی ناشی از آتش‌سوزی و ایجاد کمترین آسیب به بازه ساختار

4- از برای سطح آگاهی و مهارت کارکنان جهت مقابله با آتش‌سوزی احتمالی و انجام بهترین پاسخ

5- آشنایی پرسنل با عوامل بوجود آورنده آتش

تولیف:

دکتر: آشکارکننده اموال، ک

آتش: آتش و آتش شیمیایی است که بین یک ماده شعله‌ور و اکسیژن رخ میدهد. در ایجاد آتش، سه عامل حرارت، مواد سوختنی و اکسیژن نقش اساسی را ایفا میکنند.

نوع و انجام کار:

در این بیمارستان روش اجرایی اطفاء حریق را در سه محور پیشگیری از وقوع حریق، کشف سریع، پاسخ و خروج ایمن و تصدیه پاسخ انجام دادیم. حریق به صورت قبل از وقوع رخ دهد و آتش

نوع آتش شناسایی (آی‌آر): نوعی آتش شامل حداقل شش بر حالت از آب معمولی با فشار ناگهانی یا از میزان فر فرج آب شیلنگهای فر فرج یا شیلنگهای لایمگی با فشار و کانی حداقل به طول 15 متر و سایر اویه متناهی در فر فرج یا شیلنگ آب در رقی آتش می‌باشد.

- 1- کلیه واحدهای نظارت مدیریت فکروپیدا تحت حراجه ای دارای پلان ایمنی حریق می‌باشند.
- 2- توسط واحد آتش شناسایی یا هماهنگی سوره و فرور آموزشی دوره آموزشی آتش شناسایی و اطفاء حریق به طور سالانه برای کلیه پرسنل هم از کافر فرمانی، کادرداری و نیروهای خدماتی برگزار می‌گردد و کلیه پرسنل مربوطه به آنها داده می‌شود.
- 3- توسط پرسنل ناایمنی، آموزش و چیلان وسایل اطفاء حریق طبق استاندارد در کلیه واحدها و بخشها انجام شده است. نظارت مدیریت فکروپیدا
- 4- توسط واحد مدیریت فکروپیدا تحت حراجه ای: در کلیه واحدهای که مواد قابل اشتعال وجود دارد در 5 ماهه‌های هشدار لازمه نصب شده است.
- 5- توسط مدیریت فکروپیدا در 5 ماهه‌های تحت اشتعال ذخایر در کلیه واحدهای که مواد قابل اشتعال وجود دارد و سایر واحدهای عمومی نصب تر داده است.

نوع اعلام حریق: به معنی اعلام هر آتش‌سوزی شده به فرقی شناسایی خودکار وقوع آتش به وسیله حرارت شعله‌ور و یا فکرومحصولات ناشی از آتش که توسط یک مرکز کنترل اطلاعات شناسایی شده و ضمن پردازش آن اطلاعات وقوع یک آتش‌سوزی به وسیله انواع وسایل هشدار دهند به صورت شعبه خودکار و یا خودکار اعلام می‌گردد.

نوع اعلام اطفاء حریق: اعلام متناهی هر فرغ شده که توسط افراد یا به صورت خودکار افعال شده و به سبب خاموش نمودن آتش می‌گردد.

اطفاء حریق:

آتش‌سوزی هر آن ممکن است اطفاء یابد و هر فرغ چند ثانیه جان و مال را از آتش نجات دهد. در حالی که 75٪ آتش‌سوزی‌ها قابل پیشگیری می‌باشد.



عنوان: خط مشی "تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه"		تاریخ تدوین: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵		تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵	
کد مرکز: WQ - PR - 057		تهیه کننده: وزارت بهداشت		پژم: یکم	



(۱) تعریف:
ارائه خدمات درمانی در زمان حادثه بمنظور درمان بیماران و برجای ماندن حداقل آسیب باید تداوم یابد که این تداوم از صحنه حادثه به اولین مرکز درمانی مجهز و در صورت نیاز سپس به مراکز درمانی فوق تخصصی می باشد.

هدف:	
تعیین نحوه تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه	
شناختن صاحبان فرایند و ذینفعان و کارکنان مرتبط (مامتت کاربره):	
کلید بخش ها و واحدهای بیمارستان	
فره یا استواری و نحوه نظارت در فبال اجرای روش اجرایی (نحوه حصول اطمینان):	
دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و ایجا	
روش مرحله به مرحله انجام کار (ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان) و تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی:	
مسئول پیگیری	
۱	لیست خدمات اساسی بیمارستان، یعنی آهلی که باید در همه زمان و در هر شرایطی در دسترس بمانند، توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و ایجا تهیه می شود.
۲	متابع مورد نیاز جهت اطمینان از تداوم خدمت ضروری بیمارستان و تامین آن ها بخصوص برای گروه های دارای شرایط بحرانی و سایر گروه های آسیب پذیر مانند کودکان، افراد مسن و از کار افتاده) توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و ایجا تعیین می گردد.
۳	مدیریت پرستاری جهت حفظ تداوم مراقبت های ضروری از دسترس به ناروهای حیاتی اطمینان حاصل می نماید.
۴	مدیر بیمارستان جهت اطمینان از ارائه تداوم خدمات ضروری پزشکی در سرانه ر جمله با وزارت بهداشت، بیمارستان های همجوار و پزشکان خصوصی هماهنگی لازم بعمل می آورد.
۵	مسئول واحد EOC بیمارستان از در دسترس بودن اقلام ضروری برای زندگی از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و ایجا اطمینان حاصل می نماید.
۶	مسئول واحد EOC از وجود مکانیسم های احتمالی برای جمع آوری و نفع اجساد و دیگر شرایط خطرناک بیمارستانی اطمینان حاصل می نماید.
۵) تدوین سایر الزامات مرتبط با ملاک ارزیابی در کتاب راهنما:	
۶) امکانات و تسهیلات مورد نیاز :	
لیست خدمات اساسی بیمارستان- ناروهای حیاتی- ذخیره آب و غذا- امکانات و تجهیزات مراقبت و درمان	
۷) منابع :	
کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و ایجا (دکتر حمیدرضا خانکه و همکاران)	



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

شماره: ۱۲-۱۲۷۸۶۶
تاریخ: ۱۳۹۲/۰۲/۱۱
بسته: عادی
مکان: ۲۲۰۰۰۱۲

ریاست محترم بیمارستان صاحب الزمان (عج)
بازدید و انجام دزیمتری

با سلام و احترام

بدینوسیله به استحضار می‌رساند براساس بازدید و دزیمتری انجام شده توسط کارشناس بهداشت پرتهای این مرکز در تاریخ ۱۴۰۱/۱۲/۱۴ از بخش رادیولوژی و سی تی اسکن بیمارستان صاحب الزمان (عج) بندرعباس هیچگونه نشت اشعه‌ای نداشته مراتب جهت هرگونه اقدام مقتضی ارسال میگردد.



شماره: ۱۹/۲۱۸۸
تاریخ: ۱۴۰۲/۰۲/۱۱
پست: ندارد
ارزشت: عادی
لیست بندی: عادی

شماره: ۱۹/۲۱۸۸
تاریخ: ۱۴۰۲/۰۲/۱۱
پست: ندارد
ارزشت: عادی
لیست بندی: عادی

به: معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
از: بیمارستان صاحب الزمان (عج)
موضوع: درخواست دزیمتری

سلام علیکم

اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ وَآلِ مُحَمَّدٍ وَعَجِّلْ فَرَجَهُم

با احترام؛ به استحضار می‌رساند بخش رادیولوژی این مرکز جهت حفاظت پرتویی و بررسی میزان اشعه ۶ ماهه اول سال ۱۴۰۲ نیاز به همکاری و اعزام کارشناسان مربوطه جهت دزیمتری دستگاه می‌باشد، لذا خواهشمند است اقدامات لازم را مبذول فرمائید.

دکتر هادی اسکندری دامنه
سرپرست بیمارستان صاحب الزمان (عج)



شماره: ۱۴۰۱۲۳۲۶
تاریخ: ۱۴۰۱/۰۲/۱۱
بسته: عادی
مکان: ۱۱۰۰۰۱۲

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

مدیرکل محترم امور حفاظت در برابر اشعه سازمان انرژی
بازدید و انجام دزیمتری

باسلام و احترام

بدینوسیله به استحضار میرساند در تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۱ توسط کارشناس بهداشت پرتهای این معاونت از محل رادیو لوزی و سی تی اسکن بیمارستان صاحب الزمان واقع در شهر بندرعباس بازدید بعمل آمد و با عنایت به دزیمتری انجام شده مشخص گردید نشت اشعه در حال حاضر وجود نداشته و این مرکز تمامی موارد مرتبط با امور حفاظت در برابر اشعه را رعایت نموده است.

دکتر عبدالجبار باقری
معاون بهداشتی دانشگاه و رئیس مرکز بهداشت استان

بسمه تعالی
فرم آموزش چهره به چهره واحد مدیریت بهداشت کارکنان بیمارستان صاحب الزمان (عج)

تاریخ آموزش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۱ نام خانوادگی: سرمدی نامی: کوروس نام بخش: آژانس

- مباحث آموزش داده شده:
- ۱- نحوه صحیح حمل بار
 - ۲- وسایل حفاظت فردی
 - ۳- تکنیک پسماندها
 - ۴- نیدل استیک
 - ۵- کار با مواد شیمیایی
 - ۶- کپسول اطفاء حریق
 - ۷- اصول ارگونومی
 - ۸- ارگونومی کار با کامپیوتر
 - ۹- هندوآشپک
 - ۱۰- بهداشت فردی
 - ۱۱- آشنایی با محلولهای ضد عفونی کننده (نحوه رقیق سازی و استفاده از آن)
 - ۱۲- بهداشت مواد غذایی


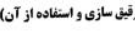
نام و نام خانوادگی آموزش دهنده: 
اعضای آموزش گیرنده: 

بسمه تعالی

فرم آموزش چهره به چهره واحد مدیریت بهداشت کارکنان بیمارستان صاحب الزمان (عج)

تاریخ آموزش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۱ نام و نام خانوادگی: سرمدی نامی: کوروس نام بخش: آژانس

- مباحث آموزش داده شده:
- ۱- نحوه صحیح حمل بار
 - ۲- وسایل حفاظت فردی
 - ۳- تکنیک پسماندها
 - ۴- نیدل استیک
 - ۵- کار با مواد شیمیایی
 - ۶- کپسول اطفاء حریق
 - ۷- اصول ارگونومی
 - ۸- ارگونومی کار با کامپیوتر
 - ۹- هندوآشپک
 - ۱۰- بهداشت فردی
 - ۱۱- آشنایی با محلولهای ضد عفونی کننده (نحوه رقیق سازی و استفاده از آن)
 - ۱۲- بهداشت مواد غذایی

نام و نام خانوادگی آموزش دهنده: 
اعضای آموزش گیرنده: 

بسمه تعالی
فرم آموزش چهره به چهره واحد مدیریت بهداشت کارکنان بیمارستان صاحب الزمان (عج)

تاریخ آموزش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۵ نام و نام خانوادگی: سرمدی نامی: کوروس نام بخش: خدمات

- مباحث آموزش داده شده:
- ۱- نحوه صحیح حمل بار
 - ۲- وسایل حفاظت فردی
 - ۳- تکنیک پسماندها
 - ۴- نیدل استیک
 - ۵- کار با مواد شیمیایی
 - ۶- کپسول اطفاء حریق
 - ۷- اصول ارگونومی
 - ۸- ارگونومی کار با کامپیوتر
 - ۹- هندوآشپک
 - ۱۰- بهداشت فردی
 - ۱۱- آشنایی با محلولهای ضد عفونی کننده (نحوه رقیق سازی و استفاده از آن)
 - ۱۲- بهداشت مواد غذایی

نام و نام خانوادگی آموزش دهنده: 
اعضای آموزش گیرنده: 

بسمه تعالی

فرم آموزش چهره به چهره واحد مدیریت بهداشت کارکنان بیمارستان صاحب الزمان (عج)

تاریخ آموزش: ۱۴۰۲/۰۵/۰۳ نام و نام خانوادگی: سرمدی نامی: کوروس نام بخش: آژانس

- مباحث آموزش داده شده:
- ۱- نحوه صحیح حمل بار
 - ۲- وسایل حفاظت فردی
 - ۳- تکنیک پسماندها
 - ۴- نیدل استیک
 - ۵- کار با مواد شیمیایی
 - ۶- کپسول اطفاء حریق
 - ۷- اصول ارگونومی
 - ۸- ارگونومی کار با کامپیوتر
 - ۹- هندوآشپک
 - ۱۰- بهداشت فردی
 - ۱۱- آشنایی با محلولهای ضد عفونی کننده (نحوه رقیق سازی و استفاده از آن)
 - ۱۲- بهداشت مواد غذایی

نام و نام خانوادگی آموزش دهنده: 
اعضای آموزش گیرنده: 

راهنما برای شواهد انطباق

بیانیه معیار

• بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).

D.1.2.11 علائم هشداردهنده در بیمارستان نصب شده‌اند که مناطق غیرایمن را مشخص می‌کنند.



هشدار سطح شیبدار و لغزنده



هشدار خطر انفجار و تشعشع رادیواکتیو



راهنما برای شواهد انطباق

بیانیه معیار

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای:
 - تأمین غذا و نوشیدنی سالم و مناسب برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان.
 - تفکیک فضاهای تمیز و کثیف در آشپزخانه و ناهارخوری.
 - کنترل عفونت در حین تهیه، نگهداری و توزیع غذا و نوشیدنی.
 - در دسترس بودن رژیم‌های غذایی خاص یا توجه به بیماری و نیازهای هر بیمار.
 - غربالگری کارکنان و اخذ گواهی سلامت.

D.1.2.12 بیمارستان برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان، غذا و نوشیدنی سالم و متناسب تدارک می‌بیند.



گذراندن دوره اولیه آموزش بهداشت اصناف



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره گواهی آموزش بهداشت ۰۱/۳۴۲۶/ان
تاریخ صدور: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰

آموزشگاه بهداشت نشاط آوران
دارای مجوز از معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی بندرعباس

«گواهینامه دوره اولیه آموزش بهداشت اصناف»

بدینوسیله گواهی می شود آقای حبیب بارانی فرزند عباس شماره ملی ۳۴۲۱۵۶۰۱۲۷ متولد ۱۳۵۶/۱۲/۱۰ شاغل در خدماتی صاحب عکس فوق دوره اولیه آموزش بهداشت اصناف موضوع ماده ۸ آئین نامه اجرائی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی (ابلاغ ۱۳۹۲/۰۳/۱۸) را به مدت ۲۴ ساعت بصورت حضوری با نمره ۱۸ با موفقیت به پایان رسانده است.

این گواهینامه تا تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۱۰ معتبر و تجدید آن منوط به گذراندن دوره بازآموزی خواهد بود.

مهر آموزشگاه بهداشت اصناف
مدرس آموزشگاه: بندرعباس، بلوار امام خمینی، دورویی پمپ بنزین شهید عوفی پور، ساختمان ازم



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره گواهی آموزش بهداشت ۰۱/۳۴۱۸/ان
تاریخ صدور: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰

آموزشگاه بهداشت نشاط آوران
دارای مجوز از معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی بندرعباس

«گواهینامه دوره اولیه آموزش بهداشت اصناف»

بدینوسیله گواهی می شود آقای جاسم علی محمدی معدنونی فرزند غلامعباس شماره ملی ۳۳۹۲۶۷۲۲۱۱ متولد ۱۳۶۵/۰۵/۱۵ شاغل در خدماتی صاحب عکس فوق دوره اولیه آموزش بهداشت اصناف موضوع ماده ۸ آئین نامه اجرائی قانون اصلاح ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی (ابلاغ ۱۳۹۲/۰۳/۱۸) را به مدت ۲۴ ساعت بصورت حضوری با نمره ۱۶ با موفقیت به پایان رسانده است.

این گواهینامه تا تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۱۰ معتبر و تجدید آن منوط به گذراندن دوره بازآموزی خواهد بود.

مهر آموزشگاه بهداشت اصناف
مدرس آموزشگاه: بندرعباس، بلوار امام خمینی، دورویی پمپ بنزین شهید عوفی پور، ساختمان ازم

راهنما برای شواهد انطباق

بیانیه معیار

- خطامشی‌ها و روش‌های اجرایی کاخداری بیمارستان.
- بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).

D.1.2.13 محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه است.



بیانیه معیار

راهنما برای شواهد انطباق

D.1.2.14 خطامشی ممنوعیت استعمال دخانیات در بیمارستان اجرا شده است.

• بازدید محیطا (به بخش ۳ مراجعه کنید).

تاریخ ۱۴۰۲/۷/۱۸
شماره ۷۱۳۰۳۴۰۲۰۴/۱۴۰۲/ص



سازمان بهداشتی و درمانی
جمهوری اسلامی ایران

Design: ali mizazy
SOMLIAN
تایم

گواهینامه اماکن عمومی بدون دخانیات

بوفه بیمارستان صاحب الزمان

باسلام و احترام

به استناد ماده ۱۳ قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات و ماده ۷ آیین نامه اجرایی آن و با عنایت به بازدیدهای انجام شده از بوفه بیمارستان صاحب الزمان و بررسی مستندات و فعالیت های صورت گرفته ، آن امکنه به عنوان :

امکنه عمومی بدون دخانیات

معرفی می گردد ، این گواهی از تاریخ صدور به مدت یکسال اعتبار دارد و تمدید آن منوط به رعایت معیارهای ذکر شده در شیوه نامه مربوطه می باشد.



دکتر عبدالجبار ذاکری
معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت استان هرمزگان



معاونت بهداشت

سطح
معیار

بیانیه معیار



راهنما برای شواهد انطباق

معیار
پیشرفته

D.1.3.1 بیمارستان دارای مدیریت خودکار اطلاعات و سیستم مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب است.

• خطامشی‌های ایجاد، مدیریت و کنترل پرونده الکترونیک پزشکی.



	روش اجرایی " روشهای نگه داری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان "	
۱۴۰۲/۱۱/۰۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۵	تاریخ تهیه: ۱۴۰۲/۱۱/۰۱
	بیم	کد مدرک: WJQ - PR - O20

۱) تعریف:	
پشتیبانی از اطلاعات مهم و حیاتی بیمارستان و بازایی اطلاعات در صورت ازین رقتن اطلاعات	
۲) شناسایی صاحبان فرایند، و ذینفعان و کارکنان مرتبط (مامته کاربره):	
کلید بخش ها و واحد ها	
۳) فرآه پاسنگویی و نحوه نظارت در فعال اجرای روش اجرایی (نحوه حصول اطمینان):	
واحد تآوری اطلاعات	
۴) روش مرحله به مرحله انجام کار (ترتیب و نوالی منطقی از آغاز تا پایان) و تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی:	
۱	اطلاعات بیمارستان بر روی هارداکسترنال بصورت روزانه ذخیره می شود
۲	این عمل بصورت کاملا خودکار توسط برنامه Backup schuling ویدوز و Database انجام می شود
۳	ذخیره اطلاعات در روی تجهیزات قابل حمل مثل دی وی دی هر سه 1 بار بصورت دستی توسط واحد تآوری اطلاعات انجام می گیرد.
۴	بازرسی حضوری از اتاق سرور و چک کردن سرورهایسویچ ها معمولاً هر ۳ روز یکبار انجام می شود تا از عملکرد صحیح تجهیزات و تبادل بودن میزان دما و تهیه اتاق سرور اطمینان حاصل گردد.
۶) امکانات و تسهیلات مورد نیاز:	
<p>هارد و سی دی</p> <p>برنامه sql server و تنظیمت بک آپ اتوماتیک</p> <p>مقدر بازرسی از اتاق سرور</p>	

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	D.2
راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای تیز و بُرنده.	D.2.1.1 بیمارستان راهنمای مدیریت پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید.	معیار الزامی	بیمارستان دارای سیستم ایمن دفع پسماندها است.
راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت.	D.2.2.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن پسماند، از جمله نگهداری و دفع ایمن پسماند را رعایت می‌نماید.	معیار اساسی	
راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای بیولوژیک.	D.2.2.2 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای بیولوژیک را رعایت می‌نماید.		
راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای شیمیایی.	D.2.2.3 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای شیمیایی را رعایت می‌نماید.		
راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای رادیولوژیک.	D.2.2.4 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک را رعایت می‌نماید.		
خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند یا توجه به سطح خطر و کدبندی رنگی آنها.	D.2.2.5 بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر از مبدأ تفکیک و کدبندی رنگی می‌نماید.		

D.2.1.1 بیمارستان راهنمای مدیریت پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید.

D.2.2.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن پسماند، از جمله نگهداری و دفع ایمن پسماند را رعایت می‌نماید.

قرارداد بی خطر سازی پسماندهای عفونی

تاریخ: ۱۶۳.۴.۳۱
شماره: ۱۶۳.۵۴۴
پیوست:

بسمه تعالی
مجمع آزمایشگاهی
کیفیت آزماي جنوب



دانش بیهوشی
شماره ثبت: ۷۷۵ پیوست: ۱

ردیف	شرح آزمون	هزینه آزمون (ریال)	تعداد	تکرار در سال	جمع کل (ریال)
1	تست ویال با سیلوس استنارو تریمولینوس و کشت پسماند استنارو تریمولینوس	5,400,000	1	12	64,800,000
2	هزینه کارشناسی (به ازای هر نفر روز)	2,500,000	1	12	30,000,000
3	هزینه ایاب و ذهاب*				
جمع کل: نود و چهار میلیون و هشتصد هزار ریال					94,800,000
تغلیف:					
جمع کل بعد از کسر تغلیف:					94,800,000
% مالیات:					5,688,000
% عوارض:					2,844,000
جمع کل با احتساب ۹٪ مالیات بر ارزش افزوده: صد و سه میلیون و سیصد و دو هزار ریال					103,332,000

* هزینه ایاب و ذهاب به عهده کارفرما محترم می باشد که در فاکتور نهایی هر دوره لحاظ می گردد.

تاریخ: ۱۶۳.۴.۳۱
شماره: ۱۶۳.۵۴۴
پیوست:

بسمه تعالی

مجمع آزمایشگاهی
کیفیت آزماي جنوب



دانش بیهوشی
شماره ثبت: ۷۷۵

توافق نامه

این توافق نامه فی مابین مجمع آزمایشگاهی کیفیت آزماي جنوب به نمایندگی سرکار خانم سلما مهدیزاده به عنوان مدیر عامل به شماره ثبت: ۷۷۷۵، شناسه ملی: ۱۰۸۰۱۰۵۵۱۴، شماره اقتصادی: ۴۱۱۳۵۹۵۶۴۳۴، به نشانی: استان هرمزگان، شهرستان بندرعباس، بلوار آزادگان، کوچه شماره ۲۲، پلاک ۱۶، مجمع آزمایشگاهی کیفیت آزماي جنوب، شماره تلفن: ۰۷۶-۳۳۳۵۲۴۲-۱، شماره فکس: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ و کدپستی: ۷۹۱۹۶۵۱۱۵ که از این پس در این توافق نامه آزمایشگاه نامیده می شود از یک طرف و بیمارستان تخصصی صاحب الزمان به نمایندگی جناب آقای هادی اسکندی دامنه به عنوان ریاست بیمارستان به شماره ثبت: ۲۰۷۰۰۶۲۸۰۱۰۰، شناسه ملی: ۱۴۰۰۳۵۸۳۷۵۴، به شماره اقتصادی: ۴۱۱۴۳۵۲۳۳۷۶، به نشانی: استان هرمزگان، شهرستان بندرعباس، میدان یادبود، سه راه ۲۲، یمن، خیابان ملوان، بیمارستان تخصصی صاحب الزمان، شماره تلفن: ۰۷۶۲۳۵۶۴۵-۱-۴، شماره فکس: ۰۷۶۲۳۵۵۴۰۶۶ و کدپستی: ۷۹۱۷۸۵۵۳۳۹ که از این پس در این توافق نامه بیمارستان نامیده می شود از طرف دیگر به جهت و شرایط مشروحه زیر منعقد می گردد.

ماده ۱: موضوع توافق نامه

موضوع توافق نامه عبارت است از:

- انجام پایش و نمونه برداری زیست محیطی دستگاه امحا زباله طبق طرح خوداظهاری به شرح پیوست ۱.
- تبصره ۱: چنانچه آزمون از آزمون های پیوست توافق نامه بنا به دلایلی از جمله نقص فنی دستگاه و ... جهت انجام آزمون به تأمین کنندگان خدمات ارسال شود، کلیه هزینه های مربوطه به عهده آزمایشگاه می باشد.
- چنانچه آزموني بجز آزمون های پیوست توافق نامه در لیست توانمندی های آزمایشگاه نباشد، نمونه جهت آنلیز با اطلاع بیمارستان توسط آزمایشگاه به تأمین کنندگان خدمات ارسال خواهد شد و هزینه ارسال نمونه به عهده بیمارستان خواهد بود.



آدرس استان هرمزگان، شهرستان بندرعباس، کوی آزادگان، کوچه آزادگان ۲۲، پلاک ۱، کد پستی ۷۹۱۹۶۵۱۱۵ www.kajlab.ir
تلفن: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ (۰۷۶) - تلفکس: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ (۰۷۶) - واتساپ: ۹۱۷۲۸۸۵۲۷ - Email: kajhormozganlab@gmail.com

تاریخ: ۱۶۳.۴.۳۱
شماره: ۱۶۳.۵۴۴
پیوست:

بسمه تعالی

مجمع آزمایشگاهی
کیفیت آزماي جنوب



دانش بیهوشی
شماره ثبت: ۷۷۵

توافق نامه

این توافق نامه فی مابین مجمع آزمایشگاهی کیفیت آزماي جنوب به نمایندگی سرکار خانم سلما مهدیزاده به عنوان مدیر عامل به شماره ثبت: ۷۷۷۵، شناسه ملی: ۱۰۸۰۱۰۵۵۱۴، شماره اقتصادی: ۴۱۱۳۵۹۵۶۴۳۴، به نشانی: استان هرمزگان، شهرستان بندرعباس، بلوار آزادگان، کوچه شماره ۲۲، پلاک ۱۶، مجمع آزمایشگاهی کیفیت آزماي جنوب، شماره تلفن: ۰۷۶-۳۳۳۵۲۴۲-۱، شماره فکس: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ و کدپستی: ۷۹۱۹۶۵۱۱۵ که از این پس در این توافق نامه آزمایشگاه نامیده می شود از یک طرف و بیمارستان تخصصی صاحب الزمان به نمایندگی جناب آقای هادی اسکندی دامنه به عنوان ریاست بیمارستان به شماره ثبت: ۲۰۷۰۰۶۲۸۰۱۰۰، شناسه ملی: ۱۴۰۰۳۵۸۳۷۵۴، به شماره اقتصادی: ۴۱۱۴۳۵۲۳۳۷۶، به نشانی: استان هرمزگان، شهرستان بندرعباس، میدان یادبود، سه راه ۲۲، یمن، خیابان ملوان، بیمارستان تخصصی صاحب الزمان، شماره تلفن: ۰۷۶۲۳۵۶۴۵-۱-۴، شماره فکس: ۰۷۶۲۳۵۵۴۰۶۶ و کدپستی: ۷۹۱۷۸۵۵۳۳۹ که از این پس در این توافق نامه بیمارستان نامیده می شود از طرف دیگر به جهت و شرایط مشروحه زیر منعقد می گردد.

ماده ۱: موضوع توافق نامه

موضوع توافق نامه عبارت است از:

- انجام پایش و نمونه برداری زیست محیطی دستگاه امحا زباله طبق طرح خوداظهاری به شرح پیوست ۱.
- تبصره ۱: چنانچه آزمون از آزمون های پیوست توافق نامه بنا به دلایلی از جمله نقص فنی دستگاه و ... جهت انجام آزمون به تأمین کنندگان خدمات ارسال شود، کلیه هزینه های مربوطه به عهده آزمایشگاه می باشد.
- چنانچه آزموني بجز آزمون های پیوست توافق نامه در لیست توانمندی های آزمایشگاه نباشد، نمونه جهت آنلیز با اطلاع بیمارستان توسط آزمایشگاه به تأمین کنندگان خدمات ارسال خواهد شد و هزینه ارسال نمونه به عهده بیمارستان خواهد بود.



آدرس استان هرمزگان، شهرستان بندرعباس، کوی آزادگان، کوچه آزادگان ۲۲، پلاک ۱، کد پستی ۷۹۱۹۶۵۱۱۵ www.kajlab.ir
تلفن: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ (۰۷۶) - تلفکس: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ (۰۷۶) - واتساپ: ۹۱۷۲۸۸۵۲۷ - Email: kajhormozganlab@gmail.com

آدرس استان هرمزگان، شهرستان بندرعباس، کوی آزادگان، کوچه آزادگان ۲۲، پلاک ۱، کد پستی ۷۹۱۹۶۵۱۱۵ www.kajlab.ir
تلفن: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ (۰۷۶) - تلفکس: ۰۷۶-۳۳۳۳۲۰۲ (۰۷۶) - واتساپ: ۹۱۷۲۸۸۵۲۷ - Email: kajhormozganlab@gmail.com

گزارش عملکرد حیطه E – مورخ ۱۴۰۲/۰۹/۰۸

حیطه E – آموزش مداوم
خانم سعیده لشکری – بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم
خانم آزاده دردخوار – بیمارستان نیاپور بندر خمیر



حیطه E: آموزش مداوم

تعداد معیار			بیانیه استاندارد	حیطه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
۰	۱	۱	E.1 بیمارستان برنامه مشخص و ویژه‌ای برای ارتقای حرفه‌ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه‌ای دارد.	استانداردهای آموزش مداوم
۲	۱	۰	E.2 پژوهش‌ها و پروژه‌های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به‌طور مستمر در بیمارستان انجام می‌شود.	
۲	۲	۱	کل	



سامانه آموزش مداوم پزشکی



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	E.1
<p>برنامه توجیهی ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ایمنی در برابر حریق. ○ جابه‌جایی دستی وسایل و تجهیزات. ○ بهداشت دست. ○ کنترل و پیشگیری از عفونت. ○ مدیریت خطر و استفاده از سیستم گزارش‌دهی. ○ نیدل استیکه. 	<p>E.1.1.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده‌اند.</p>	<p>معیار الزامی</p>	<p>بیمارستان برنامه مشخص و ویژه‌ای برای ارتقای حرفه‌ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه‌ای دارد.</p>
<p>فرایند:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ اطمینان از شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع این نیازها با ارائه آموزش مداوم برای همه کارکنان به‌منظور ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیمار توسط کارکنان. ○ به‌روزرسانی موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان. 	<p>E.1.2.1 بیمارستان برنامه‌های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران اجرا می‌نماید.</p>	<p>معیار اساسی</p>	



بیمارستان برنامه مشخص و ویژه ای برای ارتقای حرفه ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه ای دارد.

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار
<p>برنامه توجیهی ایمنی بیمار شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ایمنی در برابر حریق. ○ جابه جایی دستی وسایل و تجهیزات. ○ بهداشت دست. ○ کنترل و پیشگیری از عفونت. ○ مدیریت خطر و استفاده از سیستم گزارش دهی. ○ نیدل استیک. 	<p>E.1.1.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده اند.</p>	<p>معیار الزامی</p>



چک لیست توجیهی نیروهای جدیدالورود

چک لیست توجیهی نیروهای جدیدالاستخدام / بدو ورود

[مختص پرسنل پزشکی، بهداشتی و درمانی]

ردیف	ملاحظات فردی و شغلی	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	آخرین مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	سابقه خدمت	تاریخ استخدام	تاریخ چک
1	مدرک تحصیلی	مدرک تحصیلی	مدرک تحصیلی	مدرک تحصیلی	مدرک تحصیلی	مدرک تحصیلی	مدرک تحصیلی	مدرک تحصیلی
2	سابقه خدمت	سابقه خدمت	سابقه خدمت	سابقه خدمت	سابقه خدمت	سابقه خدمت	سابقه خدمت	سابقه خدمت
3	تاریخ استخدام	تاریخ استخدام	تاریخ استخدام	تاریخ استخدام	تاریخ استخدام	تاریخ استخدام	تاریخ استخدام	تاریخ استخدام

آشناسازی با واحدهای مختلف بیمارستان

نام خانوادگی: میرزا... / شماره پرسنلی: ...

ردیف	معاونین	سرفصل مطالب ارائه شده	انضام آموزش	ملاحظات
1	معاونین آموزشی واحد بانک خون	1- چگونگی نایب کراس مع و زمان لازم جهت آن 2- چگونگی انتقال کبسه های خون از بانک خون به بخش 3- آشناسازی با فرآورده های خونی و نحوه نگهداری آنها در بانک خون و بخش و چگونگی ثبت درخواست ها در سیستم HIS	آموزش گیرنده	ملاحظاتی مورد
2	معاونین آموزشی واحد آزمایشگاه	1- چگونگی نمونه گیری خون و شرایط آن (تست های آزمایشگاهی) 2- چگونگی انتقال نمونه ها از بخش به آزمایشگاه و دریافت جواب آزمایشات 3- زمان لازم جهت انجام هر آزمایش (آزمایشات اورژانسی و غیراورژانسی) و چگونگی ثبت درخواست ها در سیستم HIS	آموزش گیرنده	ملاحظاتی مورد
3	معاونین آموزشی واحد رادیولوژی و سونوگرافی	1- آشناسازی با اصول اخذت فردی در برابر اشعه (وجود روپوش سربی و شیشه های سربی برای بیماران از پروتکل ضروری جلوگیری شود) 2- چگونگی ثبت درخواست های تصویربرداری در سیستم HIS طبق اوردر پزشک خدمات مورد نظر وارد سیستم شود و کسورات احتمالی جلوگیری شود و در صورت عدم آگاهی کافی با پرسنل رادیولوژی هماهنگی شود) 3- آشناسازی با فرم Contrast study جهت بیمارانی که تزریق مایع حاجب و باغورانی فرمایند در بیمارستان (بیماران قبل از انجام پروسیجرهای مربوطه به واحد تصویربرداری و ... در فرمها در بهبود کیفیت موجود است)	آموزش واحد تغذیه	ملاحظاتی مورد
4	معاونین آموزشی واحد تغذیه	1- چگونگی تکمیل فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران 2- آشناسازی با نحوه توزیع غذای بیماران رژیمی در بخش های بستری 3- چگونگی ثبت درخواست رژیم غذایی بیمار در وعده های غذایی روزانه در سیستم HIS...	آموزش واحد تغذیه	ملاحظاتی مورد
5	معاونین آموزشی واحد داروخانه	1- آشناسازی با نحوه ارائه خدمات شیشه روزی دارویی 2- آشناسازی با نحوه اقدام در از اسباب با فرارهای مرجوعی 3- آشناسازی با نحوه نگهداری داروها و مخدومه های یمای، شرایط نگهداری داروها در استرک بخش و ... 4- آشناسازی با دفع پسماندهای داروهای سینتوتوکسیک با استفاده از تجهیزات ایمنی و ... 5- آشناسازی با دستورالعمل های داروهای مشابه و شباهه و خطر 6- چگونگی ثبت درخواست های دارویی 7- آشناسازی با انسی دونها	آموزش واحد داروخانه	ملاحظاتی مورد
6	معاونین آموزشی واحد تجهیزات پزشکی	1- آشناسازی با نحوه کار با تجهیزات پزشکی 2- چگونگی نگهداشت وسایل و تجهیزات	آموزش واحد تجهیزات پزشکی	ملاحظاتی مورد

چک لیست توجیهی نیروهای جدیدالاستخدام / بدو ورود

[مختص پرسنل پزشکی، بهداشتی و درمانی]

ردیف	معاونین	سرفصل مطالب ارائه شده	انضام آموزش	ملاحظات
1	معاونین آموزشی واحد بانک خون	1- چگونگی نایب کراس مع و زمان لازم جهت آن 2- چگونگی انتقال کبسه های خون از بانک خون به بخش 3- آشناسازی با فرآورده های خونی و نحوه نگهداری آنها در بانک خون و بخش و چگونگی ثبت درخواست ها در سیستم HIS	آموزش گیرنده	ملاحظاتی مورد
2	معاونین آموزشی واحد آزمایشگاه	1- چگونگی نمونه گیری خون و شرایط آن (تست های آزمایشگاهی) 2- چگونگی انتقال نمونه ها از بخش به آزمایشگاه و دریافت جواب آزمایشات 3- زمان لازم جهت انجام هر آزمایش (آزمایشات اورژانسی و غیراورژانسی) و چگونگی ثبت درخواست ها در سیستم HIS	آموزش گیرنده	ملاحظاتی مورد
3	معاونین آموزشی واحد رادیولوژی و سونوگرافی	1- آشناسازی با اصول اخذت فردی در برابر اشعه (وجود روپوش سربی و شیشه های سربی برای بیماران از پروتکل ضروری جلوگیری شود) 2- چگونگی ثبت درخواست های تصویربرداری در سیستم HIS طبق اوردر پزشک خدمات مورد نظر وارد سیستم شود و کسورات احتمالی جلوگیری شود و در صورت عدم آگاهی کافی با پرسنل رادیولوژی هماهنگی شود) 3- آشناسازی با فرم Contrast study جهت بیمارانی که تزریق مایع حاجب و باغورانی فرمایند در بیمارستان (بیماران قبل از انجام پروسیجرهای مربوطه به واحد تصویربرداری و ... در فرمها در بهبود کیفیت موجود است)	آموزش واحد تغذیه	ملاحظاتی مورد
4	معاونین آموزشی واحد تغذیه	1- چگونگی تکمیل فرم ارزیابی اولیه تغذیه ای بیماران 2- آشناسازی با نحوه توزیع غذای بیماران رژیمی در بخش های بستری 3- چگونگی ثبت درخواست رژیم غذایی بیمار در وعده های غذایی روزانه در سیستم HIS...	آموزش واحد تغذیه	ملاحظاتی مورد
5	معاونین آموزشی واحد داروخانه	1- آشناسازی با نحوه ارائه خدمات شیشه روزی دارویی 2- آشناسازی با نحوه اقدام در از اسباب با فرارهای مرجوعی 3- آشناسازی با نحوه نگهداری داروها و مخدومه های یمای، شرایط نگهداری داروها در استرک بخش و ... 4- آشناسازی با دفع پسماندهای داروهای سینتوتوکسیک با استفاده از تجهیزات ایمنی و ... 5- آشناسازی با دستورالعمل های داروهای مشابه و شباهه و خطر 6- چگونگی ثبت درخواست های دارویی 7- آشناسازی با انسی دونها	آموزش واحد داروخانه	ملاحظاتی مورد
6	معاونین آموزشی واحد تجهیزات پزشکی	1- آشناسازی با نحوه کار با تجهیزات پزشکی 2- چگونگی نگهداشت وسایل و تجهیزات	آموزش واحد تجهیزات پزشکی	ملاحظاتی مورد





**چک لیست ارزیابی صلاحیت
مهارت‌های عمومی بالینی
نیروهای جدیدالورود**



چک لیست ارزیابی صلاحیت مهارت های عمومی بالینی پرستاران جدیدالورود

بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم

(طبق سیستم اعتباربخشی)

تهیه و تدوین:

سال ۱۳۹۷

تاریخ بازنگری: بهمن ۱۴۰۰

نام و نام خانوادگی:

کد ملی:

شماره شناسایی پرسنل:

شماره تماس:

نام بخش:



اثر بخشی آموزش کارکنان جدیدالورود دبستان ۱۴۰۲

۱۱- جهت دادن داروهای ستاره دار در تریالی احیا چه مراقبت مهمی زمان تزریق باید رعایت گردد؟

۱۲- شایع ترین علامت واکنش به تزریق خون چیست؟

۱۳- در ارزیابی زخم بیمار در معیار برادرن مورد بررسی قرار میگیرد ۳ مورد را نام ببرید؟

۱۴- در بررسی ریسک سقوط بیمار از چه معیاری استفاده میگردد و ۲ موردی که بررسی می گردد نام ببرید؟

۱۵- دو اقدام پرستاری جهت مهار فیزیکی و مهار شیمیایی بیمار نام ببرید؟

۱۶- معیار امتیاز گیری Sad score جهت ارزیابی کدام تشخیص بیماری می باشد و کدگذاری روی دسپند شناسایی بیمار چیست

الف- زخم فشاری - زخم ب- پلی فارمیسی - دارو ج- خودکشی - ۱۲ د- سوختن - غذایه

۱۷- ۲ بیماری شایع و ۴ موردی شایع بیمارانی بخش خود را نام ببرید

۱۸- پنج سطح مراقبتی بیمارانی را با توضیح مختصر نام ببرید

۱۹- پروتکل SMART برای ترخیص این بیمارانی شامل چه مواردی می باشد نام ببرید سه مورد

۲۰- سیاست آموزشی کارکنان چیست؟

توجه: سوال ۱۱ و ۱۰ مربوط به نمره نمران منفرد می باشد. موفق باشید

سوالات ایمنی کنترل عفونت و آموزش

جهت کارکنان جدیدالورود

نام نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پد:	تاریخ:	کد Post:	کد Pre:
-------------------	---------	---------	--------	----------	---------

1- NEVER EVENT یا بلاغ تاخواسته را تعریف نمایید آیا ذکر یک مثال

۲- چهار مورد از ۹ راجل ایمنی بیمار را نام ببرید؟

۳- دو شناسه اصلی برای شناسایی بیمار کدامند؟

الف- نام و نام خانوادگی - تاریخ تولد به روز ماه و سال ب- نام پدر - شماره شناسنامه ج- نام و نام خانوادگی - شماره پرچنده د- نام و نام خانوادگی - نام پدر

۴- کدگذاری روی دسپند شناسایی بیمار مبتلا به تلشخ و تروپوز و رندهای عمقی در بیمارستان ما با چه کدی مشخص می شود؟

الف- تلشخ - لکته ب- لکته ج- ۱۲ - لکته د C- تروپوز

۵- تزییقات ایمنی به چه معنا است؟

۶- درجه مواردی شناسایی بیمارانی توسط دو نفر از کارکنان واجد صلاحیت به طور مستقل انجام میشود؟

۷- اخذ رضایت آگاهانه در چه پروسیجرهایی الزامی است؟

۸- مراحل احیا قلبی ریوی در بزرگسالان را توضیح دهید.

۹- تهیه چک کردن آسپویگ را توضیح دهید.

۱۰- در صورت تبدیل استیک شدن یا مواجهه چه اقدامی انجام می شود.

نام بخش	پری تست	پست تست	تفاوت نمره	میزان اثربخشی
اتاق عمل ماما	۸	۱۶/۵	۸/۵	۵۰%
داخلی پرستار	۹/۵	۱۵/۵	۶	۶۰%
کودکان پرستار	۱۵/۵	۱۸	۲/۵	۸۶%
اورژانس پرستار	۶/۵	۱۲/۵	۶	۵۲%
داخلی پرستار	۸	۱۷/۵	۹/۵	۵۵%
کودکان پرستار	۷	۱۷	۱۰	۴۷%
رادیولوژی کارشناس	۷	۱۷	۱۰	۴۷%
				۵۷%

ایمنی در برابر حریق

الف - ۲ مدیریت خطر حوادث و بلایا

الف-۲-۲ اقدامات پیشگیرانه برای ایمنی و امنیت زیرساخت‌های حیاتی و محیط بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. سطح

الف-۲-۲-۱ اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند. سطح یک

- ❖ شناسایی مکان‌های خطر آفرین جهت آتش سوزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه
- ❖ تأمین خاموش کننده‌های دستی آتش برای بخش‌ها/واحدها و فضاهای مختلف
- ❖ وجود سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/ حرارت آماده و سالم
- ❖ اخذ تاییدیه استانداردهای آتش نشانی از سازمان آتش نشانی منطقه
- ❖ در دسترس بودن رابطین آتش نشانی آموزشی دیده در بیمارستان در تمام شیفت‌ها و ساعات شبانه روز
- ❖ برنامه‌ریزی، آموزش و تمرین مستمر کارکنان
- ❖ پایش مداوم سیستم ایمنی حریق از طریق بازرسی‌های دوره‌ای منظم

الف - ۶ بهداشت محیط

الف-۶-۱-۹ قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و ضوابط مرتبط آن در بیمارستان رعایت می‌شود. سطح دو

- ❖ اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها/ واحدها/ راهروهای بیمارستان
- ❖ نظارت میدانی بر رعایت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات و انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق

اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات با ابزارو تابلوها در تمامی بخش‌ها و واحدها و مکان‌های رفت و آمد مراجعین و بیماران در فضاهایی در معرض دید نصب شده است. رعایت ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها/ واحدها/ راهروهای بیمارستان بر اساس ماده ۷ آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب شورای اسلامی مورخ ۱۳۸۵/۰۶/۱۵ رعایت می‌شود. در بیمارستان‌های روانپزشکی و بخش‌های روانپزشکی اتاق سیگار با امکانات و تجهیزات لازم شامل هواکش قوی، عدم وجود مواد اشتعال زا، وجود سیستم اطفای حریق، برای سیگار کشیدن بیماران این بخش اختصاص داده شود.

برگزاری دوره های عملی اطفای حریق



اسامی پرسنل شرکت کننده در کلاس آموزشی اطفاء حریق

www.PersianSign.ir
Tel: (021) 66945707

دستورالعمل استفاده از کپسول آتش نشانی



۱- ضامن را بکشید.



۲- ریشه ی آتش را نشانه بگیرید.



۳- اهرم عملکرد را فشار دهید.



۴- به شکل جاروئی با آتش مبارزه کنید.
تا زمانیکه آتش خاموش نشده است، ادامه دهید.
در هوای آزاد پشت به باد بایستید.
منبع برق و گاز را قطع کنید.

حضورین در جلسه:

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۲/۲۰

ردیف	نام و نام خانوادگی	پست سازمانی	محل عمل
۱	علیرضا شهنشاهی	مدیر	تهران
۲	سعید سعیدی	مدیر	تهران
۳	حمید عباسی	مدیر	تهران
۴	علیرضا آذربایجانی	مدیر	تهران
۵	سید حسین	مدیر	تهران
۶	روم ارسالی	مدیر	تهران
۷	محمدعلی آزاد	مدیر	تهران
۸	مهرداد اعلانی	مدیر	تهران
۹	محمدعلی حیدرزاده	مدیر	تهران
۱۰	بهمن میرزادوری	مدیر	تهران
۱۱	علی مستقی	مدیر	تهران
۱۲	سعید دلجو	مدیر	تهران
۱۳	علیرضا حسینی	مدیر	تهران
۱۴	سعید سعیدی	مدیر	تهران
۱۵	علیرضا اسلامی	مدیر	تهران

گزارش برگزاری دوره آموزشی اطفاء حریق

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۲/۲۰

ردیف	نام	نام خانوادگی	پست سازمانی	محل عمل	مجموع نمرات	نمره	وضعیت
۱	علیرضا	شهنشاهی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۲	سعید	سعیدی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۳	حمید	عباسی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۴	علیرضا	آذربایجانی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۵	سید حسین		مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۶	روم	ارسانی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۷	محمدعلی	آزاد	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۸	مهرداد	اعلانی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۹	محمدعلی	حیدرزاده	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۱۰	بهمن	میرزادوری	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۱۱	علی	مستقی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۱۲	سعید	دلجو	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۱۳	علیرضا	حسینی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۱۴	سعید	سعیدی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓
۱۵	علیرضا	اسلامی	مدیر	تهران	۲۰	۲۰	✓

جا به جایی دستی وسایل و تجهیزات

الف - ۳ مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای

سطح سه	<p>الف-۳-۵ عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار شناسایی و مدیریت می شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ بررسی میزان شیوع آسیب های اسکلتی-عضلانی شاغلین و ایستگاه های بخش های مختلف ❖ تعیین مشاغل با ریسک فاکتورهای ارگونومیک بالا ❖ کنترل عوامل ارگونومیک محیط کار، براساس اولویت بندی در مشاغل با ریسک فاکتور ارگونومیک بالا ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار
--------	---



لیست اسامی پرسنل شرکت کننده در کلاس آموزشی جابه جایی دستی وسایل و تجهیزات

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
 بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قم
 لیست شرکت کنندگان دوره آموزش ضمن خدمت کارکنان دانشگاه

نام خانوادگی: **ابراهیم**
 نام: **سوریه**
 عنوان دوره آموزشی: **کد ۷۲۴ - ۲۴۷**
 تاریخ اجرا: **۱۳۹۷/۰۷/۲۷** مکان آموزش: **مکان آموزش: ۱۳۹۷/۰۷/۲۷**

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	بخش محل خدمت	امضاء
۱	محمد	فولکر	احمد	۳۴۵۹۸۹۳۹۳۱	مشرف	مسئول خدمات	آموزشی	
۲	یوسف	عباس	تراب	۳۴۲۰۲۴۴۸۸	سرپرست	فرمانده	آموزشی	
۳	سیدعلی	نادر	عبادالله	۳۲۲۲۰۴۲۱۳	سرپرست	فرمانده	۱۴۴	
۴	محمد	فرزاد	غلام	۴۶۶۹۳۷۳۹	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۵	سیدمحمد	مزدوری	عبادالله	۳۴۵۰۰۷۹۸۱	معاون	فرمانده	دانش	
۶	علی	علی	ابراهیم	۳۴۲۰۲۹۷۵۸	فرمانده	فرمانده	۱۴۴	
۷	سید	علی	احمد	۳۲۴۱۰۲۲۰۷۳۵	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۸	سید	جلال	بهر	۳۳۵۰۰۲۴۸۷۱۳	فرمانده	فرمانده	بیمارستان	
۹	ابراهیم	سید	سوریه	۴۹۹۹۹۵۵۹۵۹	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۰	سید	دینیار	موسی	۳	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۱	رقیب	رقیب	رضا	۳۴۲۲۰۷۲۱۳۹	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۲	فرزاد	سوریه	-	-	فرمانده	فرمانده	بیمارستان	
۱۳	فرید	حسن	احمد	۳۰۴۳۸۴۰۷۶	فرمانده	فرمانده	بیمارستان	
۱۴	دانیال	رحیم	احمد	۳۴۲۲۷۰۲	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۵	میر	عبدالغفار	عباس	۳۴۵۹۹۹۷۳۳	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۶	سوریه	سوریه	کامران	۳۴۵۰۰۳۵۳۷	فرمانده	فرمانده	بیمارستان	
۱۷	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۵۰۰۳۵۳۷	فرمانده	فرمانده	بیمارستان	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
 بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قم
 لیست شرکت کنندگان دوره آموزش ضمن خدمت کارکنان دانشگاه

نام خانوادگی: **ابراهیم**
 نام: **سوریه**
 عنوان دوره آموزشی: **کد ملی**
 تاریخ اجرا: **۱۳۹۷/۰۷/۲۷** مکان آموزش: **مکان آموزش: ۱۳۹۷/۰۷/۲۷**

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	بخش محل خدمت	امضاء
۱	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۵۰۰۸۷۵۱	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۲	سوریه	سوریه	سوریه	۳۲۲۱۵۱۹۸۵۱	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۳	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۵۹۱۵۱۲۳۳	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۴	سوریه	سوریه	سوریه	۳۵۶۰۷۷۹۹۳۸	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۵	سوریه	سوریه	سوریه	۳۱۵۰۰۲۶۶۱	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۶	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۵۹۲۹۹۱۹۲	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۷	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۵۰۰۳۷۷۸۱	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۸	سوریه	سوریه	سوریه	۳۸۷۲۶۵۴۷۳	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۹	سوریه	سوریه	سوریه	۲۴۹۱۲۰۳۷۴۱	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۰	سوریه	سوریه	سوریه	۳۲۹۲۶۱۷۵۵۸	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۱	سوریه	سوریه	سوریه	۱۱۲۰۲۲۸۲۴۸	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۲	سوریه	سوریه	سوریه	۲۶۷۷۷۲۹۲۵۹	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۳	سوریه	سوریه	سوریه	۲۴۷۱۲۲۶۲۵۷	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۴	سوریه	سوریه	سوریه	۳۲۹۰۷۰۲۵۴۴	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۵	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۸۰۱۲۱۹۰۸	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۶	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۵۹۱۹۲۶	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	
۱۷	سوریه	سوریه	سوریه	۳۴۵۲۱۷۵۸۴	سرپرست	فرمانده	بیمارستان	

بهداشت دست

سطح	ب-۴-۵ بهداشت دست‌ها مطابق ضوابط مربوط رعایت و بر اجرای آن نظارت می‌شود.
سطح یک	ب-۴-۵-۱ * امکانات رعایت بهداشت دست مطابق ضوابط مربوط در بخش‌ها / واحدها فراهم شده است.

- ❖ وجود تسهیلات بهداشت دست متناسب با روش‌های استاندارد در تمامی بخش‌ها/ واحدها اعم از بخش اورژانس و غیره
- ❖ وجود تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه^۱ پروسیجرهای تهاجمی
- ❖ در دسترس بودن حجم مناسب از محلول پایه الکلی به فراخور روش هندراب
- ❖ جانمایی و استقرار تسهیلات استاندارد شستشوی دست، حداقل یک سینک به ازای هر اتاق بستری
- ❖ سهولت دسترسی به تسهیلات استاندارد بهداشت دست
- ❖ دسترسی آسان به محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی (وجود افشانه) در موقعیت‌های ارائه خدمت/مراقبت به ازای هر دو تخت یک عدد^۲ / استفاده از افشانه جیبی

تسهیلات مناسب بهداشت دست در موقعیت‌های ارائه پروسیجرهای تهاجمی تامین شود و از محلول‌های ضدعفونی با پایه الکلی حاوی کلرهگزیدین برای افزایش پایداری و ماندگاری قابلیت ضدعفونی کنندگی محلول استفاده شود. در اتاق‌های یک تخته هم وجود حداقل یک افشانه با دسترسی آسان ضروری است.

ب-بهداشت دست با استفاده از محلول ضدعفونی با بیان الکلی
 مدت زمان کل فرایند ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است

How to Handrub?

روش صحیح ضد عفونی دست‌ها با ضد عفونی کننده های الکلی

Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1. کف دست را با مقدار کافی ضد عفونی کننده الکلی پر کنید
2. کف دست‌ها را به هم مالید
3. کف دست راست را روی کف دست چپ بگذارید و انگشتان را دراز کنید
4. کف دست چپ را روی کف دست راست بگذارید و انگشتان را دراز کنید
5. انگشتان را دراز کنید تا به مفاصل انگشتان برسید
6. انگشتان دست چپ را دراز کنید و با انگشتان دست راست بکشید
7. انگشتان دست راست را دراز کنید و با انگشتان دست چپ بکشید
8. دست‌ها را مالید

World Health Organization | Patient Safety | SAVE LIVES | Clean Your Hands



لیست اسامی پرسنل شرکت کننده در کلاس آموزشی بهداشت دست

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
بیمارستان پیامبر اعظم (ص) فشم
لیست شرکت کنندگان دوره آموزش ضمن خدمت کارکنان دانشگاه

محل آموزش: بیمارستان پیامبر اعظم (ص) فشم
تاریخ اجرا: ۱۴۰۲، ۷

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	بخش محل خدمت	امضاء
۱	عبدالکریم	نایبی	۳۴۵۹۲۷۶۹۵۹	رسمی	ارتقا	ارتقا	
۲	لیلا	حاجی	۱۹۹۲۰۸۴۱۴	رسمی	سرپرست	سرپرست	
۳	حسین	خضنفر	۲۱۴۰۰۲۹۳۵۱	رسمی	پرستار	پرستار	
۴	سید	میرزا	۲۵۱۱۹۷۸۱۴۸	رسمی	ماما	ماما	
۵	مریم	اسد	۳۴۵۹۲۹۹۱۹۱	رسمی	ماما	ماما	
۶	سوسن	مفیدی	۳۴۵۹۹۱۱۵۵۴۴	رسمی	پرستار	پرستار	
۷	امین	کافور	۳۴۵۹۱۶۴۵۴۹	رسمی	پرستار	پرستار	
۸	سید	سید	۳۳۹۱۹۸۱۳۲۶	رسمی	پرستار	پرستار	
۹	سید	سید	۳۴۵۹۷۰۶۱۲۰	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۰	سید	رضی	۲۵۱۱۶۰۹۳۵۴	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۱	فریا	زاهدی	۴۱۴۲۴۲۴۵۵۷	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۲	زهرا	نادر	۲۵۴۹۷۹۹۹۱۴	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۳	سوسن	لطفی	۴۴۸۰۱۴۱۹۰۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۴	بانو	شیرازی	۴۴۴۱۹۱۰۹۴۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۵	سید	سید	۲۲۸۱۲۳۰۹۷۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۶	زهرا	لیلی	۵۱۳۰۰۵۹۴۱۲	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۷	زهرا	خزایی	۲۲۰۱۱۴۴۹۰۴	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۸	فاطمه	سیدی	۳۴۴۲۲۱۴۴۹۹	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۹	آمین	سادات	۳۴۵۹۱۵۵۷۱۲	رسمی	پرستار	پرستار	
۲۰	ایلیا	رنگار	۰۰۵۴۷۱۴۱۱۹	رسمی	پرستار	پرستار	

لیست شرکت کنندگان دوره آموزش ضمن خدمت کارکنان دانشگاه (بیمارستان پیامبر اعظم ص) فشم

محل آموزش: سالن اجتماعات
تاریخ اجرا: ۱۴۰۲، ۵

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	بخش محل خدمت	امضاء
۱	آمین	سادات	احمد	۳۴۵۹۱۵۵۶۱۲	رسمی	پرستار	پرستار	
۲	سوزان	میرزایی	حسن	۳۴۵۰۱۷۸۸۴۰	رسمی	پرستار	پرستار	
۳	رحم	محمدی	احمد	۱۱۶۰۲۲۸۲۳۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۴	مریم	اسد	سید	۳۴۵۹۲۹۹۱۹۱	رسمی	پرستار	پرستار	
۵	سید	سید	سید	۳۵۱۱۹۷۸۱۴۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۶	بیژان	میرزایی	علی	۴۷۲۰۰۲۱۱۲۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۷	عباس	میرزایی	عباس	۳۴۵۹۲۲۸۴۲۷۵	رسمی	پرستار	پرستار	
۸	سوزان	محمدی	حسین	۳۴۵۰۹۴۶۷۴۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۹	فرشته	نایبی	رضا	۳۵۱۱۹۷۸۱۴۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۰	فاطمه	عباسی	سید	۳۴۴۲۲۱۴۴۹۹	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۱	سوزان	محمدی	حسن	۳۴۵۰۱۳۰۹۲۴۹	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۲	فاطمه	میرزایی	ارشد	۳۴۵۰۰۸۸۹۵۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۳	فاطمه	میرزایی	محمد	۳۳۸۰۸۱۴۴۴۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۴	سوزان	محمدی	سوزان	۳۴۷۱۸۸۵۵۵۴	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۵	سوزان	محمدی	سوزان	۲۵۸۰۹۹۵۸۳۶	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۶	فاطمه	محمدی	محمد	۴۴۵۰۹۷۰۲۷۰۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۷	سوزان	محمدی	سوزان	۱۹۹۲۰۸۴۱۴	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۸	سوزان	محمدی	سوزان	۳۴۵۰۱۳۰۹۲۴۹	رسمی	پرستار	پرستار	
۱۹	سوزان	محمدی	سوزان	۲۲۸۱۲۳۰۹۷۸	رسمی	پرستار	پرستار	
۲۰	سوزان	محمدی	سوزان	۳۴۵۰۱۳۰۹۲۴۹	رسمی	پرستار	پرستار	

کنترل و پیشگیری از عفونت

لیست اسامی شرکت کننده در کلاس

آموزشی پیشگیری و کنترل عفونت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
بیمارستان پارس اعظم (ص) قائم

لیست شرکت کنندگان دوره آموزش ضمن خدمت کارکنان دانشگاه

محل آموزش: ۱۴۹، ۲۱ تاریخ اجرا: ۱۴۰۲

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	بخش محل خدمت	امضاء
۱	مهر	احمد کهنکهنه	محمد	۳۳۸۰۴۹۹۱۱۷	رسمی	پزشک	ICU	
۲	مهر	نسیم	ابراهیم	۲۲۹۱۷۴۵۵۰۱	رسمی	پزشک	ICU	
۳	آرمن	سارده	احمد	۲۵۰۱۱۵۵۶۱۲	رسمی	پرستار	ICU	
۴	شاه	مجتهد	محمد	۲۲۰۱۶۵۵۹۹۱	رسمی	پرستار	ICU	
۵	مهر	احمد	احمد	۲۶۸۰۰۰۸۶۵۷	آزادگی	پرستار	ICU	
۶	ندا	مهناز الیزابت	سید	۳۳۹۹۷۹۰۴۳۶	رسمی	پرستار	ICU	
۷	الهام	سالیاری	اسلام	۳۳۹۲۲۳۶۲۰۷	پیمانی	پرستار	ICU	
۸	سنا	راهن	حاجعلی	۲۴۶۰۰۹۴۸۸۵	آزادگی	پرستار	ICU	
۹	فریبا	میرزایی	بهرزاد	۳۱۳۱۵۲۴۶۹۳	رسمی	پرستار	ICU	
۱۰	امین	سرخه	علی	۲۳۵۹۱۲۳۵۴۹	رسمی	پرستار	ICU	
۱۱	سینا	عباسی	عباس	۲۵۱۱۰۴۹۲۵۶	پیمانی	پرستار	ICU	
۱۲	زهرا	کهنکهنه	لطفانه	۲۳۵۰۲۹۷۴۳۲	مکلفه	پرستار	ICU	
۱۳	مهر	مهناز کهنکهنه	فخریه	۳۳۹۲۳۵۹۴۱۵	رسمی	پرستار	ICU	
۱۴	فرشته	ناظم	رضا	۲۵۱۱۷۱۲۸۱۷	رسمی	پرستار	ICU	
۱۵	رویا	کهنکهنه	علی	۳۱۳۰۰۸۹۴۱۲	رسمی	پرستار	ICU	
۱۶	سوسن	عباسی	احمد	۲۴۹۰۳۹۹۹۰۱	رسمی	پرستار	ICU	
۱۷	کریمه	عباسی	سید	۲۳۹۰۵۷۲۳۱۷	رسمی	پرستار	ICU	
۱۸	مهر	احمد کهنکهنه	محمد	۳۳۹۲۳۵۹۴۱۵	رسمی	پرستار	ICU	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
بیمارستان پارس اعظم (ص) قائم

مجموعه سؤالات بر تکرار آموزش، ایمنی و کنترل عفونت

گروه آورندگان: ایرما ریحانی (سویز و ایزر آموزش) - زهرا نامدار (سوپرستار بخش زنان) - سعیده لشکری (کارشناس کنترل عفونت و هماهنگ کننده ایمنی بیمار)

با تشکر از همکاران محترم بیمارستان شهید محمدی، و خاتم بندر عباس



بازنگری
پاییز ۱۴۰۲

<https://paqh.hums.ac.ir/>



مدیریت خطر و استفاده از سیستم گزارش دهی

شاخص های ایمنی را نام ببرید؟

زخم فشاری - سقوط بیمار - عوارض تزریق خون - ترومبوز وریدی یا آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی - خونریزی یا هماتوم بعد از اعمال جراحی - میزان قلبیت به دنبال تزریق - میزان باز شدن زخم بعد از اعمال جراحی - خطاهای دارویی گزارشی شده - CPR ناموفق

تعریف مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد (Never Event) ۲۹ گانه:

سدد ترین وقایع ناخواسته که سبب بروز آسیب جدی یا مرگ می شوند و تحت عنوان وقایع تهدید کننده حیات (وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیافتد) می شوند در ۷ گروه و ۲۹ کد تقسیم می گردند:

- ۱- وقایع مرتبط با اعمال جراحی
- ۲- وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی
- ۳- وقایع مرتبط با مراقبت بیمار
- ۴- وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار
- ۵- وقایع مرتبط با محیط درمانی
- ۶- وقایع جنائی
- ۷- وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار



بیمارستان پبیرانظم (ص) / قسم / بخش ها / راهنمای مراجعین / آموزش سلامت / فرم ها /

مفده اصلی / فرم ها / فرم گزارش خطا

همکار محترم فرم گزارش خطا در راستای ارتقاء ایمنی بیمار و اهمیت اثر بخشی یادگیری از خطا ایجاد شده است. فرم حاضر فقط توسط مسئول ایمنی بیمار قابل دسترسی است و کاربرد پرسنل دیگری قابلیت دسترسی به آن را ندارد. لذا با اطمینان از عدم سرزنش یا توبیخ، خواهشمند است جهت جلوگیری از بروز خطاهای مشابه در آینده، خطاهایی که در محیط کاری خود مشاهده می کنید را با استفاده از فرم زیر ثبت نمایید.

در صورت تمایل مشخصات خود را وارد نمایید:

نام و نام خانوادگی	سمت	بخش
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

تعداد بیمار	تعداد کارکنان در شیفت	تاریخ گزارش
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

شیفت	ص
<input type="text"/>	<input type="text"/>

خطا توسط کدام گروه رخ داده است؟

پزشکی	ص
<input type="text"/>	<input type="text"/>

زمان شناسایی خطا

مواجهه شغلی (نیدل استیک)

الف - ۳ مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای

الف-۳-۵ بهبود شرایط و سالم سازی محیط کار، برنامه ریزی شده و بر اساس آن اقدام می شود.

الف-۳-۵-۱ وسایل حفاظت فردی و راهنماهای تصویری متناسب با فعالیت بخش ها/ واحدهای مختلف در دسترس بوده و به نحوه صحیح استفاده می شوند.

- ❖ تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش ها/ واحدها براساس کتاب نظام کنترل عفونت های بیمارستانی
- ❖ وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش ها / واحدها
- ❖ دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی متناسب و متناسب برای حفاظت فردی در موارد نیاز
- ❖ تحویل و استفاده به موقع و مناسب کارکنان از وسایل حفاظت فردی در تمامی مشاغل مشمول در بیمارستان بر طبق ماده ۹۱ قانون کار
- ❖ انجام اقدامات اصلاحی در خصوص پیگیری نواقص موجود در زمینه وسایل حفاظت فردی

تجهیزات حفاظت فردی چیست؟

PPE



ترتیب در آوردن تجهیزات حفاظت شخصی- مدل یک

برای در آوردن تجهیزات حفاظت شخصی (PPE) روش های مختلفی توصیه شده است. توجه کنید که چنانچه تجهیزات شما پاره شده تمام وسایل حفاظت شخصی، بجز ماسک را قبل از خروج از اتاق بیمار در آورید. چنانچه دستان شما با حرکت از تجهیزات در هر مرحله ای تماس پیدا کرد، بلافاصله آن ها را با استفاده از آب و صابون شسته و یا با استفاده از مواد ضدعفونی کننده ای حاوی الکل ضدعفونی نمایید.

- دستکش**
 - در ابتدا با کمک دست راست، کف و قسمت بالای دستکشی دست چپ را گرفته و آن را در حالت پشت و رو، از دست خارج نمایید.
 - سپس با کمک دو انگشت (دست چپ)، دستکشی دست راست را در آورید.
 - دستکشی ها را در کیسه مخصوص جمع آوری پسماند بیندازید.
- عینک ایمنی (گاکل) و شیلد صورت**
 - با بلند کردن نوار پشت سر گوش، عینک یا شیلد صورت را در بیابارید.
 - اگر تجهیزات، یکبار مصرف نیستند، آن ها را در ظروف مخصوص قرار دهید تا آلودگی زدایی شوند و در غیر این صورت، آن ها را در ظروف مخصوص پسماند دفع کنید.
- گان**
 - بندهای لباس را باز کنید، مراقب باشید که لباس، هنگام در آوردن، با بدن شما تماس پیدا نکند.
 - لباس را از گردن و شانه های خود جدا کنید و دقت داشته که تنها سطح داخلی لباس لمس کنید.
 - گان را پشت و رو و جمع کنید و آن را در ظروف مخصوص پسماند بیندازید.
- ماسک**
 - بندهای ماسک را، بدون اینکه قسمت جلوی ماسک را لمس کنید، باز کنید.
 - ماسک را در کیسه ای مخصوص جمع آوری پسماند بیندازید.
- شست و شوی دست ها**
 - دست های خود را بلافاصله بعد از در آوردن تجهیزات ضدعفونی کنید، با آب و صابون بشویید و یا با مواد ضدعفونی کننده ای حاوی الکل ضدعفونی کنید.

چنانچه دستان شما در هر مرحله ای با حرکت از تجهیزات تماس پیدا کرد، بلافاصله آن ها را با استفاده از آب و صابون شسته و یا با استفاده از مواد ضدعفونی کننده ای حاوی الکل ضدعفونی نمایید.

ترتیب پوشیدن تجهیزات حفاظت شخصی

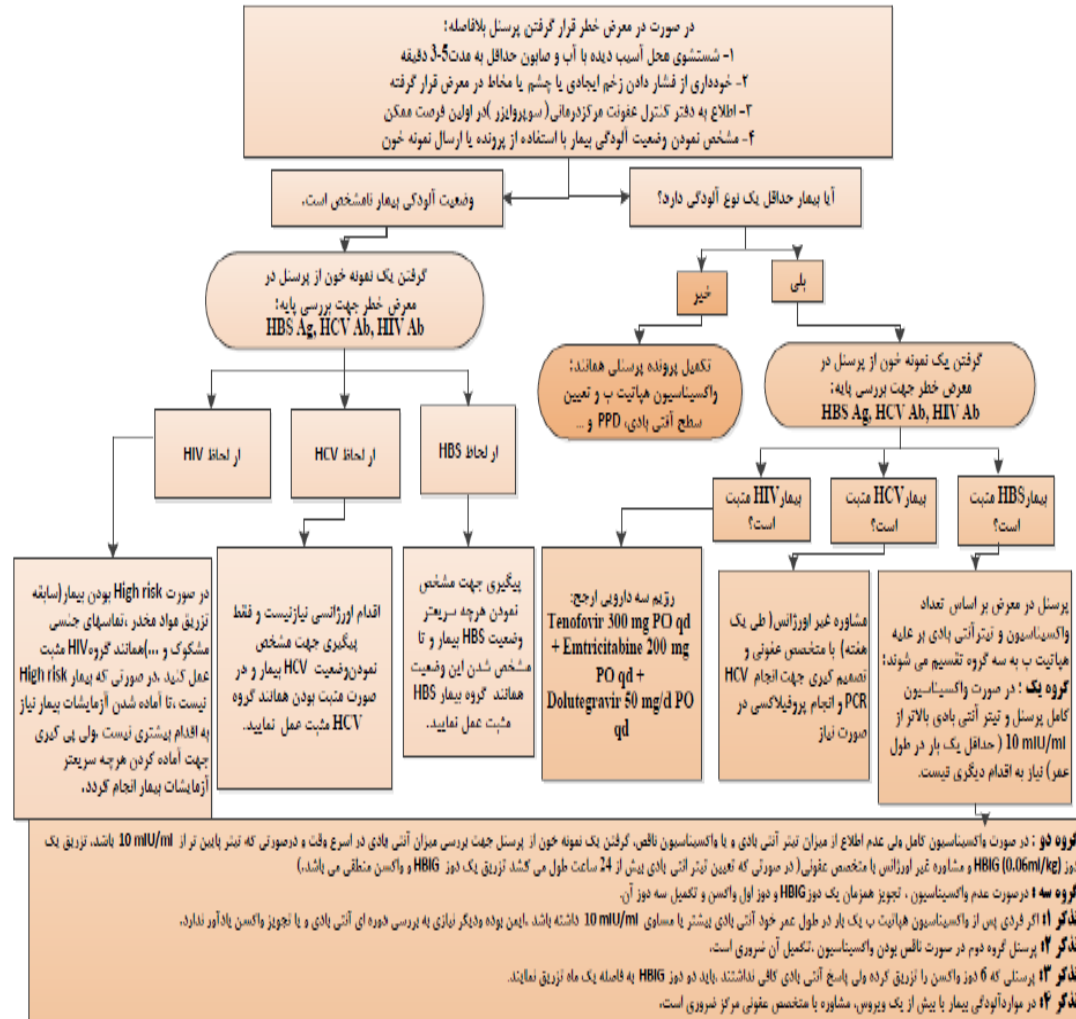
توجه: نوع تجهیزات حفاظت شخصی (PPE) استفاده شده با توجه به سطح اقدامات احتیاطی لازم، متفاوت خواهد بود و پوشیدن و در آوردن این تجهیزات باید متناسب با دستورالعمل های توصیه شده باشد.

- گان**
 - گان را به طور کامل بپوشید تا تمام قسمت های بدن از گردن تا زانو و دست ها تا مع پوشانده شود.
 - بند گان را در قسمت پشت گردن و کمر محکم کنید.
- ماسک**
 - بند ماسک را در قسمت پشت سر و گردن محکم کنید.
 - قسمت فلزی ماسک را روی بینی محکم کنید.
 - ماسک را طوری تنظیم کنید که دهان و بینی شما را به صورت کامل پوشش دهد.
- عینک ایمنی (گاکل) و شیلد صورت**
 - عینک ایمنی و شیلد صورت را کاملاً روی صورت و چشم های خود تنظیم کنید.
- دستکش**
 - دستکشی را به گونه ای دست کنید که قسمت مع دست و روی گان را بپوشاند.

با استفاده از اقدامات احتیاطی و ایمنی، از سلامت خود و دیگران مراقبت کنید.

- تا حد امکان از تماس دست ها با صورت اجتناب کنید.
- از لمس کردن سطوح بپرهیزید.
- چنانچه دستکشی پاره و یا به شدت آلوده شود، حتماً آن را تعویض نمایید.
- دست های خود را مرتباً بشویید.

پیشگیری ثانویه پرستل بهداشتی و درمانی پس از مواجهه با ترشحات بانو
مخاطره آمیز و خون



فرایند مواجهه با ترشحات
مخاطره آمیز و خون



مواجهات شغلی

گروه دو: در صورت واکسیناسیون کامل ولی عدم اطلاع از میزان تیتراژ آنتی بادی و یا واکسیناسیون ناقص، گرفتن یک نمونه خون از پرستل جهت بررسی میزان آنتی بادی در اسرع وقت و در صورتی که تیتراژ آنتی بادی در 10 mIU/ml باشد، تزریق یک دوز HBIG (0.06ml/kg) و مشاوره غیر اورژانس با متخصص عفونی (در صورتی که تعیین تیتراژ آنتی بادی بیش از 24 ساعت طول می کشد تزریق یک دوز HBIG واکسن متعلق می باشد).

گروه سه: در صورت عدم واکسیناسیون، تجویز همزمان یک دوز HBIG و دوز اول واکسن و تکمیل سه دوز آن.

نکات: اگر فردی پس از واکسیناسیون هپاتیت ب یک بار در طول عمر خود آنتی بادی بیشتر یا مساوی 10 mIU/ml داشته باشد، آنتی بادی دیگر نیازی به بررسی دوره ای آنتی بادی و یا تجویز واکسن یادآور ندارد.

نکات: پرستل دوم در صورت ناقص بودن واکسیناسیون، تکمیل آن ضروری است.

نکات: پرستل که 6 دوز واکسن را تزریق کرده ولی پاسخ آنتی بادی کافی نداشته باشد، باید دو دوز HBIG به فاصله یک ماه تزریق نماید.

نکات: در موارد آلودگی بیمار یا بیش از یک ویروس، مشاوره با متخصص عفونی مرکز ضروری است.

تعریف مواجهه شغلی:

تماس از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی یا شش تیز (نیادل استیک) تماس مخاطات با پوست (مانند ماندن پوست ترک خورده یا خراشیده شده یا جلا به روایت ای).
خون، مایعات آلوده به خون و سایر مایعات و بافت ها که بالقوه عفونی هستند.
سایر مایعات عفونی شامل مایع مغزی نخاعی، مایع پرکاره، مایع پریتونئال، مایع آمنیون، مایع پلور، مایع سینورال، مایع منی، مایع واژینال و شیر مادر.

اطمینان از شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع این نیازها

با ارائه آموزش مداوم / آموزش ضمن خدمت برای همه کارکنان به منظور ارائه خدمات

ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیمار توسط کارکنان

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار
<p>فرایند:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ اطمینان از شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع این نیازها با ارائه آموزش مداوم برای همه کارکنان به منظور ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیمار توسط کارکنان. ○ به روزرسانی موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان. 	<p>E.1.2.1 بیمارستان برنامه‌های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران اجرا می‌نماید.</p>	<p>معیار اساسی</p>



**نیاز سنجی آموزشی توسط سوپروایز آموزشی از کلیه رده های پزشکی ،
مدیران و مسئولین واحدها ، کارکنان ، مراجعین و بیماران**

ج-۲-۱ احترام به حقوق گیرنده خدمت

ج-۲-۱-۳ برنامه های آموزشی در زمینه اخلاق بالینی و منشور حقوق بیماران برنامه ریزی و اجرا می شود.

تقویم آموزشی گروه پرستاری فرستادگان، بافق حمل، خوشنوری، قنبر، و کارکنان بیمار و کارکنان بیمار و کارکنان ۲۰۲۲
بیمارستان پامیر نطقو من ششم



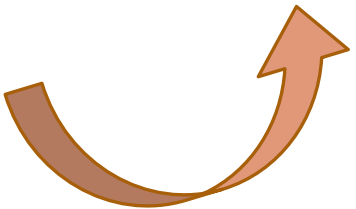
ردیف	عنوان دوره	تاریخ	لغدهای لغدها	لغدهای لغدها	فرصت	نوع برگزاری	مدت دوره
23	یادگیری از دستورات	1402/03/09	1	40	38	100%	محدوری بهینه
24	یادگیری از خودکشی	1402/03/22	1	60	41	100%	محدوری بهینه
25	مهارت های ارتباطی (۱ و ۲)	1402/04/1	2	9	9	100%	بیمار معالجه درمان مقتدر پرستاری
پاکستان ۲۰۲۲							
26	آموزش تریاژ ESI	1402/04/1	1	20	9	100%	محدوری بهینه
27	آموزش بیماری های سندرمیک	1402/04/1	1	20	9	100%	محدوری بهینه
28	ارتباطات سازمانی در حوزه پرستاری	1402/04/2	1	3	3	100%	بیمار معالجه درمان مقتدر پرستاری
29	گزارش خطا و never event	1402/04/5	1	60	11	100%	محدوری بهینه
30	روش تحقیق	1402/05/14	3	7	6	100%	بیمار معالجه درمان مقتدر پرستاری
31	ترویج کلیه یا شیرماندر	1402/05/18	3	60	58	100%	محدوری بهینه
32	قصور در پرستاری	1402/05/28	1	4	3	100%	بیمار معالجه درمان مقتدر پرستاری
33	احیا پایه و پیشرفته و معاینه بیمار	1402/05/30	1	9	3	100%	بیمار معالجه درمان
34	پرستار جدید ورود	1402/06/05	1	9	7	100%	محدوری بهینه
35	اصول گزارش نویسی و ارزیابی اولیه بیمار (تشخیص های پرستاری)	1402/06/16	1	11	11	100%	محدوری بهینه
36	احیا پایه	1402/06/18	1	60	25	100%	محدوری بهینه
37	مدیریت خطا و خطر و بررسی RCA	1402/06/21	1	30	20	100%	محدوری بهینه

تقویم آموزشی گروه پرستاری فرستادگان، بافق حمل، خوشنوری، قنبر، و کارکنان بیمار و کارکنان بیمار و کارکنان ۲۰۲۲
بیمارستان پامیر نطقو من ششم



ردیف	عنوان دوره	تاریخ	لغدهای لغدها	لغدهای لغدها	فرصت	نوع برگزاری	مدت دوره
1	توجهی بنوع خدمت و خوش آمدگویی به کارکنان جدید	فروردین	1	7	6	100%	محدوری بهینه
2	آموزش تریاژ	1402/01/31	1	20	5	100%	محدوری بهینه
3	آموزش داروهای تریاژ	1402/02/04	1	60	20	100%	محدوری بهینه
4	آموزش تجهیزات پزشکی ضروری	1402/02/04	1	60	20	100%	محدوری بهینه
5	آموزش بهداشت محیط	1402/02/05	1	60	21	100%	محدوری بهینه
6	آموزش دستورالعمل های بالینی	1402/02/05	1	60	15	100%	محدوری بهینه
7	انتخاب بخشی (منشور حقوق بیمار و کارکنان - حقوق گیرنده خدمت)	1402/02/06	1	60	25	100%	محدوری بهینه
8	دستورالعمل های احیا و دی سی شوک	1402/02/06	1	60	24	100%	محدوری بهینه
9	بهداشت حرفه ای	1402/02/07	1	60	20	100%	محدوری بهینه
10	سنجه های ایمنی بیمار	1402/02/07	1	60	19	100%	محدوری بهینه
11	کلیه بالینی	1402/02/09	1	60	16	100%	محدوری بهینه
12	سنجه های کنترل عفونت	1402/02/09	1	60	13	100%	محدوری بهینه
13	اطفاح رقیق و بحران	1402/02/11	1	60	22	100%	محدوری بهینه
14	توجه کار با ویتاباتور	1402/02/12	1	60	13	100%	محدوری بهینه
15	مالاریا و تب دانگی	1402/02/12	1	60	52	100%	چهارشنبه به چهارشنبه
16	سنجه های آموزش و منابع تستی	1402/02/12	1	60	21	100%	محدوری بهینه
17	بحران ویدیا فرانتنها	1402/02/13	1	60	17	100%	محدوری بهینه
18	بهداشت محیطی گند زدا (محلول خدمات)	1402/02/14	1	60	29	100%	محدوری بهینه
19	آموزش شیوه های مقدماتی	1402/02/14	1	60	29	100%	محدوری بهینه
20	حقوق بیمار	1402/02/31	1	60	11	100%	محدوری بهینه
21	احیا پایه و پیشرفته و معاینه بیمار	1402/03/01	1	60	21	100%	محدوری بهینه

تقویم آموزشی گروه پرستاری



به روزرسانی موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان

موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان شامل موارد زیر است:

- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان

موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان شامل موارد زیر است:

- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان

ردیف	عنوان	تاریخ	محل	تعداد	نوع
1	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				
2	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				
3	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				



موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان شامل موارد زیر است:

- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان

موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان شامل موارد زیر است:

- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان
- موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان

کتابچه راهنمای استفاده از مواد شیمیایی و کندزدایی

واحد بهداشت محیط
 مافری-مسئول واحد بهداشت محیط
 آخرین تاریخ بازنگری ۱۴۰۲/۰۲/۸
 تاریخ بازنگری بعدی ۱۴۰۲/۰۲/۸

ردیف	عنوان	تاریخ	محل	تعداد	نوع
1	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				
2	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				
3	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				

ردیف	عنوان	تاریخ	محل	تعداد	نوع
1	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				
2	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				
3	موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان				

E.1/1/1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده اند.

معیارهای قابل سنجش

- ❖ برنامه توجیهی ایمنی بیمار به عنوان مثال ، خط مشی ها و روش های اجرایی و راهنماها؛
- ❖ فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای پژوهش علمی برای رسیدگی به مشکلات ایمنی بیمار به عنوان مثال ” ابزار تریگر “ (سرنخ های کلی برای سنجش وقایع ناخواسته) ارائه شده توسط انستیتوی بهبود خدمات بهداشتی و درمانی؛
- ❖ سوابق آموزش کارکنان در زمینه ابزارهای پژوهش علمی و روشهای گذشته نگر و آینده نگر در ارتباط با مشکلات ایمنی بیمار؛
- ❖ سوابق آموزش کارکنان در زمینه ایمنی بیمار در طی ارائه برنامه توجیهی؛
- ❖ فرایند بررسی وضعیت اجرای برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار.



برنامه توجیهی ایمنی بیمار به عنوان مثال، خط مشی ماوروش های اجرایی و راهنماها

دستورالعمل الزامات اخذ رضایت آگاهانه و پروسیجرهای تهاجمی

راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

گزارش وقایع ناخواسته

راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات

راهنمای پیشگیری از زخم فشاری

راهنمای جراحی ایمن

دستورالعمل احیاء

راهنمای ترخیص ایمن

راهنمای داروهای با اسامی و اشکال مشابه

دستورالعمل داروهای با هشدار بالا

دستورالعمل توزیع و مصرف داروهای مخدر

دستورالعمل هموویژیلانس

دستورالعمل بهداشت دست

دستورالعمل جداسازی بیماران

دستورالعمل تزریقات ایمن

دستورالعمل پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی

دستورالعمل استریلیزاسیون وسایل و ابزار

دستورالعمل اعزام

راهنمای پیشگیری از اتصالات نادرست کاتترها و لوله ها

دستورالعمل گازهای طبی

دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس (ویرایش هشتم)

راهنمای شناسایی صحیح بیماران

دستورالعمل تحویل ایمن بیمار

دستورالعمل مهار فیزیکی و شیمیایی

فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای پژوهش علمی برای رسیدگی به مشکلات ایمنی یار به عنوان مثال "ابزار تریگر" (سرخ‌های

کلی برای نبش وقایع ناخواسته ارائه شده توسط انستیتوی بهبود خدمات بهداشتی و درمانی



سوابق برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی پروژه‌های بهبود کیفیت که ایمنی بیمار را ارتقاء می‌دهند.



۱. Medical Errors, Regrettable Mistakes in Public Health Iran J Public Health, Vol. ۴۷, No. ۷, Jul ۲۰۱۶, pp. ۱۰۵۲ Letter to the Editor خون یک دستگاه جمع آوری Apr ۲۰۱۷
۲. Survey of Medication Errors in Operating Rooms Staff with Some organizational and Demographic ۲۰۱۷
۳. بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی کارکنان اتاق عمل و ارتباط آن با برخی مشخصه های فردی و سازمانی
۴. Root Cause Analysis of Falls Occurred and Presenting Fall Prevention ۲۰۱۷
۵. Assessment of Patient and Occupational Safety ۲۰۱۷
۶. ERROR CHARACTERIZATION IN INTENSIVE CARE NURSING* ۲۰۱۲
۷. Interventions for reducing wrong-site surgery and invasive ۲۰۱۵
۸. مداخلات برای کاهش خطاهای مداخله در کودکان در بیمارستان دریایی، هلند.
۹. نقش تجهیزات حفاظتی شخصی برای جلوگیری از شدت بیماری عای عفونی مایعات بدن در کارکنان مراقبت بهداشتی که در معرض قرار می گیرند.



بررسی وقوع و گزارش خطاهای دارویی کارکنان اتاق عمل و ارتباط آن با برخی مشخصه های فردی و سازمانی

مقاله ۲

۶۲

رابطه بین یاد و مستطاب

میانگین گزارش خطاهای دارویی ۲/۶۳ مورد بوده است. بیشترین مورد خطای دارویی روی داده مربوط به گروه "آلودن دارویی مستطاب" بدون تجویز پزشک است. بیش از نیمی از موارد "آلودن دارویی مستطاب" به بیمار مربوط می باشد. در بخش مربوط به گزارش خطاهای رخ داده بیشترین فراوانی مربوط به گروه "آلودن دارو دیرتر یا زودتر از زمان مقرر" با ۳۰ درصد می باشد. ۳۰ درصد از موارد "آلودن دارو دیرتر یا زودتر از زمان مقرر" در جدول ۱۹ گزارش شده است. جدول ۱۹ میزان خطاهای دارویی روی داده و گزارش شده توسط کارکنان اتاق عمل موارد روی داده

گزارش شده	تعداد	درصد	گزارش شده	تعداد	درصد
۱	۳	۳۰	۱	۳	۳۰
۲	۱	۱۰	۲	۳	۳۰
۳	۳	۳۰	۳	۳	۳۰
۴	۱	۱۰	۴	۳	۳۰
۵	۱	۱۰	۵	۳	۳۰
۶	۲	۲۰	۶	۳	۳۰
۷	۱	۱۰	۷	۳	۳۰
۸	۱	۱۰	۸	۳	۳۰
۹	۱	۱۰	۹	۳	۳۰
۱۰	۱	۱۰	۱۰	۳	۳۰
۱۱	۱	۱۰	۱۱	۳	۳۰
۱۲	۱	۱۰	۱۲	۳	۳۰
۱۳	۱	۱۰	۱۳	۳	۳۰
۱۴	۱	۱۰	۱۴	۳	۳۰
۱۵	۱	۱۰	۱۵	۳	۳۰
۱۶	۱	۱۰	۱۶	۳	۳۰
۱۷	۱	۱۰	۱۷	۳	۳۰
۱۸	۱	۱۰	۱۸	۳	۳۰
۱۹	۱	۱۰	۱۹	۳	۳۰
۲۰	۱	۱۰	۲۰	۳	۳۰
۲۱	۱	۱۰	۲۱	۳	۳۰
۲۲	۱	۱۰	۲۲	۳	۳۰
۲۳	۱	۱۰	۲۳	۳	۳۰
۲۴	۱	۱۰	۲۴	۳	۳۰
۲۵	۱	۱۰	۲۵	۳	۳۰
۲۶	۱	۱۰	۲۶	۳	۳۰
۲۷	۱	۱۰	۲۷	۳	۳۰
۲۸	۱	۱۰	۲۸	۳	۳۰
۲۹	۱	۱۰	۲۹	۳	۳۰
۳۰	۱	۱۰	۳۰	۳	۳۰
۳۱	۱	۱۰	۳۱	۳	۳۰
۳۲	۱	۱۰	۳۲	۳	۳۰
۳۳	۱	۱۰	۳۳	۳	۳۰
۳۴	۱	۱۰	۳۴	۳	۳۰
۳۵	۱	۱۰	۳۵	۳	۳۰
۳۶	۱	۱۰	۳۶	۳	۳۰
۳۷	۱	۱۰	۳۷	۳	۳۰
۳۸	۱	۱۰	۳۸	۳	۳۰
۳۹	۱	۱۰	۳۹	۳	۳۰
۴۰	۱	۱۰	۴۰	۳	۳۰
۴۱	۱	۱۰	۴۱	۳	۳۰
۴۲	۱	۱۰	۴۲	۳	۳۰
۴۳	۱	۱۰	۴۳	۳	۳۰
۴۴	۱	۱۰	۴۴	۳	۳۰
۴۵	۱	۱۰	۴۵	۳	۳۰
۴۶	۱	۱۰	۴۶	۳	۳۰
۴۷	۱	۱۰	۴۷	۳	۳۰
۴۸	۱	۱۰	۴۸	۳	۳۰
۴۹	۱	۱۰	۴۹	۳	۳۰
۵۰	۱	۱۰	۵۰	۳	۳۰
۵۱	۱	۱۰	۵۱	۳	۳۰
۵۲	۱	۱۰	۵۲	۳	۳۰
۵۳	۱	۱۰	۵۳	۳	۳۰
۵۴	۱	۱۰	۵۴	۳	۳۰
۵۵	۱	۱۰	۵۵	۳	۳۰
۵۶	۱	۱۰	۵۶	۳	۳۰
۵۷	۱	۱۰	۵۷	۳	۳۰
۵۸	۱	۱۰	۵۸	۳	۳۰
۵۹	۱	۱۰	۵۹	۳	۳۰
۶۰	۱	۱۰	۶۰	۳	۳۰
۶۱	۱	۱۰	۶۱	۳	۳۰
۶۲	۱	۱۰	۶۲	۳	۳۰
۶۳	۱	۱۰	۶۳	۳	۳۰
۶۴	۱	۱۰	۶۴	۳	۳۰
۶۵	۱	۱۰	۶۵	۳	۳۰
۶۶	۱	۱۰	۶۶	۳	۳۰
۶۷	۱	۱۰	۶۷	۳	۳۰
۶۸	۱	۱۰	۶۸	۳	۳۰
۶۹	۱	۱۰	۶۹	۳	۳۰
۷۰	۱	۱۰	۷۰	۳	۳۰
۷۱	۱	۱۰	۷۱	۳	۳۰
۷۲	۱	۱۰	۷۲	۳	۳۰
۷۳	۱	۱۰	۷۳	۳	۳۰
۷۴	۱	۱۰	۷۴	۳	۳۰
۷۵	۱	۱۰	۷۵	۳	۳۰
۷۶	۱	۱۰	۷۶	۳	۳۰
۷۷	۱	۱۰	۷۷	۳	۳۰
۷۸	۱	۱۰	۷۸	۳	۳۰
۷۹	۱	۱۰	۷۹	۳	۳۰
۸۰	۱	۱۰	۸۰	۳	۳۰
۸۱	۱	۱۰	۸۱	۳	۳۰
۸۲	۱	۱۰	۸۲	۳	۳۰
۸۳	۱	۱۰	۸۳	۳	۳۰
۸۴	۱	۱۰	۸۴	۳	۳۰
۸۵	۱	۱۰	۸۵	۳	۳۰
۸۶	۱	۱۰	۸۶	۳	۳۰
۸۷	۱	۱۰	۸۷	۳	۳۰
۸۸	۱	۱۰	۸۸	۳	۳۰
۸۹	۱	۱۰	۸۹	۳	۳۰
۹۰	۱	۱۰	۹۰	۳	۳۰
۹۱	۱	۱۰	۹۱	۳	۳۰
۹۲	۱	۱۰	۹۲	۳	۳۰
۹۳	۱	۱۰	۹۳	۳	۳۰
۹۴	۱	۱۰	۹۴	۳	۳۰
۹۵	۱	۱۰	۹۵	۳	۳۰
۹۶	۱	۱۰	۹۶	۳	۳۰
۹۷	۱	۱۰	۹۷	۳	۳۰
۹۸	۱	۱۰	۹۸	۳	۳۰
۹۹	۱	۱۰	۹۹	۳	۳۰
۱۰۰	۱	۱۰	۱۰۰	۳	۳۰

Alborz Univ Med J (GUARD) ۲۰۱۶, ۱۹(۱): ۶۱-۶۷
http://www.ajtmn.com



سوابق آموزش کارکنان در زمینه ابزارهای پژوهش علمی و روش های

گذشته نگر و آینده نگر در ارتباط با مشکلات ایمنی بیمار

آزمون دوره های آموزشی نهمی شهریور ماه ۱۴۰۲

ردیف	عنوان دوره (شماره حضور)	گروه هدف	مدیرین دوره	ساعت دوره	تاریخ برگزاری وبینار	ساعات برگزاری وبینار	تاریخ پیش آزمون	تاریخ پس آزمون
۱	مهارت های ارتباطی (تکرار آزمون مرداد ماه)	مدیر خدمات پرستاری-سوپروایزر آموزشی- سوپروایزر آموزش سلامت- سوپروایزر بااین- کارشناس ایمنی- هوشبری-کارشناس کنترل عفونت پرستار- سرپرستار-حائقی عمل	دکتر علی جراحی	۸ ساعت	۱۴۰۲/۰۶/۰۶	---	۱۴۰۲/۰۶/۰۶	۱۴۰۲/۰۶/۰۹
۲	مهارت های ارتباطی (تکرار آزمون مرداد ماه)	مدیر خدمات پرستاری-سوپروایزر آموزشی- سوپروایزر آموزش سلامت- سوپروایزر بااین- کارشناس ایمنی- هوشبری-کارشناس کنترل عفونت پرستار- سرپرستار-حائقی عمل	دکتر علی جراحی	۸ ساعت	۱۴۰۲/۰۶/۰۶	---	۱۴۰۲/۰۶/۰۶	۱۴۰۲/۰۶/۰۹
۳	تصور در پرستاری	مدیر خدمات پرستاری-سوپروایزر آموزشی- سوپروایزر آموزش سلامت- سوپروایزر بااین- کارشناس ایمنی- هوشبری-کارشناس کنترل عفونت پرستار- سرپرستار-حائقی عمل	مهرداد جوادی	۸ ساعت	۱۴۰۲/۰۶/۰۶	---	۱۴۰۲/۰۶/۰۶	۱۴۰۲/۰۶/۰۹
۴	روش تحقیق ۱	مدیر خدمات پرستاری-سوپروایزر آموزشی- سوپروایزر آموزش سلامت- سوپروایزر بااین- کارشناس ایمنی- هوشبری-کارشناس کنترل عفونت پرستار- سرپرستار-حائقی عمل	دکتر قنبرزاد	۲۰ ساعت	۱۴۰۲/۰۶/۱۱	---	۱۴۰۲/۰۶/۱۲	۱۴۰۲/۰۶/۱۴
۵	روش تحقیق ۲	مدیر خدمات پرستاری-سوپروایزر آموزشی- سوپروایزر آموزش سلامت- سوپروایزر بااین- کارشناس ایمنی- هوشبری-کارشناس کنترل عفونت پرستار- سرپرستار-حائقی عمل	دکتر قنبرزاد	۲۰ ساعت	۱۴۰۲/۰۶/۱۱	---	۱۴۰۲/۰۶/۱۲	۱۴۰۲/۰۶/۱۴

سابقه آموزش کارکنان

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	پیشن محل خدمت	امضاء
۱	زهره	سحابی	۳۳۰۸۸۱۶۳۰	رسمی	سوپروایزر	دانشگاه	
۲	زهرا	نادر	۳۵۴۹۷۹۹۱۲	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۳	سیده زینب	سیدی	۳۳۱۹۹۱۴۴۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۴	زینب	ناظمی	۲۵۱۱۷۱۲۸۱۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۵	سیده زینب	سیدی	۳۳۹۱۹۸۱۳۳۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۶	زهرا	نادر	۳۳۰۸۸۱۶۳۰	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۷	سیده زینب	سیدی	۳۳۱۹۹۱۴۴۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۸	زینب	ناظمی	۲۵۱۱۷۱۲۸۱۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۹	سیده زینب	سیدی	۳۳۹۱۹۸۱۳۳۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۱۰	زهرا	نادر	۳۳۰۸۸۱۶۳۰	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۱۱	سیده زینب	سیدی	۳۳۱۹۹۱۴۴۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۱۲	زینب	ناظمی	۲۵۱۱۷۱۲۸۱۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	
۱۳	سیده زینب	سیدی	۳۳۹۱۹۸۱۳۳۷	رسمی	سرپرست	دانشگاه	

سوابق آموزش کارکنان در زمینه ایمنی بیمار در طی ارائه برنامه توجیهی



اثر بخشی آموزش کارکنان جدیدالورود تا بهستان ۱۴۰۲

نام بخش	پری تست	پست تست	تفاوت نمره	میزان اثربخشی
اتاق عمل ماما	۸	۱۶/۵	۸/۵	%۵۰
داخلی پرستار	۹/۵	۱۵/۵	۶	%۶۰
کودکان پرستار	۱۵/۵	۱۸	۲/۵	%۸۶
اورژانس پرستار	۶/۵	۱۲/۵	۶	%۵۲
داخلی پرستار	۸	۱۷/۵	۹/۵	%۵۵
کودکان پرستار	۷	۱۷	۱۰	%۴۷
رادیولوژی کارشناس	۷	۱۷	۱۰	%۴۷
				%۵۷

اساس	عنوان نیاز آموزشی	هدف از یادگیری	روش دستیابی به هدف	تاریخ برگزاری دوره	نتیجه ارزیابی توسط مسئول واحد
معلق نظر فرد	هموزیلاتس	ارتقا ایمنی بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و مجازی		
	احیاء قلبی ریوی پایه (بزرگسال)	ارتقا ایمنی بیمار و حفظ حیات بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و عملی و مجازی		
معلق نظر مسئول واحد	آموزش به بیمار	ارتقا ایمنی بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و مجازی		
	1. احیای پایه و پیشرفته در نوزادان	ارتقا ایمنی بیمار و حفظ حیات بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و عملی و مجازی		
	روش شستشو، پاک سازی و گند زدایی ابزار لارینگوسکوپ و آمیبوسکوپ	کاهش عفونت بیمارستانی و بیماران - افزایش آگاهی کارکنان	کلاس حضوری و عملی و مجازی		
	ترویج تغذیه با شیر مادر	آگاهی پرسنل - ارتقا آموزش به مادران و حفظ سلامتی نوزادان	کلاس حضوری و عملی و مجازی		



پرونده های پرسنلی کارکنان

اساس	عنوان نیاز آموزشی	هدف از یادگیری	روش دستیابی به هدف	تاریخ برگزاری دوره	نتیجه ارزیابی توسط سوپروایزر آموزش
معلق نظر مسئول واحد	روش کار آشنایی با دستگاه دی سی شوک و AED	ارتقا ایمنی بیمار و حفظ حیات بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و عملی و مجازی		
	دیات 1)	افزایش آگاهی پرسنل و بیماران و جلوگیری از بستری مجدد بیماران	کلاس حضوری و مجازی		
	وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات	ارتقا ایمنی بیمار و حفظ حیات بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و مجازی		
	استانداردهای اعتباربخشی	ارتقا ایمنی بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و مجازی		
	اصول گزارش نویسی در مامایی و پرستاری	ارتقا ایمنی بیمار و آگاهی پرسنل	کلاس حضوری و مجازی		

نویسنده ها و پیشنهادها جهت ارتقا مهارت ها و توانمندی های فردی

افزایش کلاس های حضوری و مجازی و آزمون در بخش و پرسنلی و پاسخ چهره به چهره



امضاء فرد :
 امضاء مسئول بخش / واحد :
 امضاء سوپروایزر آموزشی :
 امضاء مدیر پرستاری / مدیریت :

فرایند بررسی وضعیت اجرای برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار

تجزیه و تحلیل نتایج باز دیدهای کنترل عفونت و ایمنی بیمار اقدامات اصلاحی اسفند ۱۴۰۱

جهت موثر بودن بازدیدهای یخش ها، نیاز سنجی های اولیه طی بازدیدهای روزانه و هفتگی از یخش ها و نظرسنجی از تیم مدیریت اجرایی بیمارستان، متخصصین بیمارستان، پزشکان، سوریوایزرها، سرپرستان، کارشناسان یخش های درمانی و پاراکلینیک و بیماران، برنامه ییزی جهت کاهش خطاها و ارتقاء ایمنی بیماران به شرح ذیل انجام گردید. براین اساس برنامه ییزی عملیاتی جهت اصلاح موارد خطا انجام گردید در مورد فرآیند انتقال بیماران و لیست مستندات و داروهای صحیح بیشترین خطاها مشاهده شده است که اقدامات اصلاحی ذیل برنامه ییزی و انجام گردید:

- ۱۹) انتقال تجارب و درس آموخته ها در کلیه جلسات به سرپرستان و پرسنل و آموزش از طریق گروه های مجاری
- ۲۰) بازدیدهای دوبار در هفته یا مدیر پرستاری در زمان تجهیز بیماران
- ۲۱) آموزش موارد مرتبط به کنترل عفونت بیماران پرخطر در مورد تهیه آنها توسط کارشناس تغذیه
- ۲۲) رعایت ۹ راه حل ایمنی بیماران به صورت دقیق
- ۲۳) گزارش صحیح و به موقع موارد **Never event** به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
- ۲۴) کنترل دقیق تجهیزات پزشکی موجود در یخش قبل از تجهیز یخش
- ۲۵) رعایت خط مشی دارو دهی صحیح
- ۲۶) آموزش رعایت استفاده از تجهیزات حفاظت فردی در زمان احیاء و ساکن
- ۲۷) آموزش برجسب گذاری صحیح اتصالات بیماران
- ۲۸) نظارت بر فرایند ساکن بیماران
- ۲۹) نظارت بر شناسایی بیماران در گیر عفونت آسیتهاکتر در یخش ویژه و یخش ها به روش استاندارد و آموزش داده شده
- ۳۰) نظارت بر رعایت استاندارد های کنترل عفونت در دیالیز
- ۳۱) استفاده از تجهیزات همکاران و متخصص عفونی که در همایش کنترل عفونت زمستان ۱۴۰۱ شرکت نمودند.

- ۱) آموزش صحیح انجام احیاء نوزاد به صورت عملی و تمرین در یخش های مرتبط به صورت مستمر
- ۲) آموزش صحیح انجام احیاء بزرگسال به صورت عملی و تمرین در یخش های مرتبط به صورت مستمر
- ۳) آموزش برخورد با بیماران گروایی و شرایط بحرانی در اورژانس توسط متخصص طب اورژانس
- ۴) نظارت مستمر بر پرونده های پزشکی و بررسی خطاهای مستند سازی و اطلاع به سرپرستان یخش های مربوطه
- ۵) آموزش نحوه صحیح تزریق خون و فرآورده های خونی
- ۶) آموزش نحوه صحیح گرفتن نمونه کشت از بیماران
- ۷) آموزش نحوه کار با تجهیزات پزشکی با استفاده از چک لیست درون یخش و سپس به صورت گروهی و کار عملی در سالن اجتماعات
- ۸) آموزش بهداشت محیط، مدیریت پسماند و نحوه کار با ضدعفونی کننده ها و گندبازها با استفاده از چک لیست درون یخش و سپس به صورت گروهی و کار عملی در سالن اجتماعات
- ۹) آموزش به کمک پرستاران در حیطه های مختلف شرح وظایف ایمنی بیمار و کنترل عفونت
- ۱۰) آموزش به کمک پرستاران در حیطه های بهداشت محیط، مدیریت پسماند و نحوه کار با ضدعفونی کننده ها و گندبازها
- ۱۱) آموزش به نیروهای جدیدالورود در زمینه ایمنی بیمار و کنترل عفونت و محاسبات دارویی
- ۱۲) برگزاری جلسات مستمر با سرپرستان و آموزش چک لیست های بیمارستان ایمنی و کنترل عفونت و ستجه های

ادرواری استاندارد اعتباربخشی

Subject: ۴۲۸۹
Date:

رایجترین علت مرگ در بیمارستان های ایران است.
تجهیز بیمارستان به شیوه ISBAR انجام شده.
بزرگترین چالش در بیمارستان ها، عدم رعایت پروتکل ها است.
در حضور تمام درجهت و دستورات میروند.
تجهیز بیمارستان ها به شیوه ISBAR انجام شده.
بزرگترین چالش در بیمارستان ها، عدم رعایت پروتکل ها است.
در حضور تمام درجهت و دستورات میروند.
تجهیز بیمارستان ها به شیوه ISBAR انجام شده.
بزرگترین چالش در بیمارستان ها، عدم رعایت پروتکل ها است.
در حضور تمام درجهت و دستورات میروند.

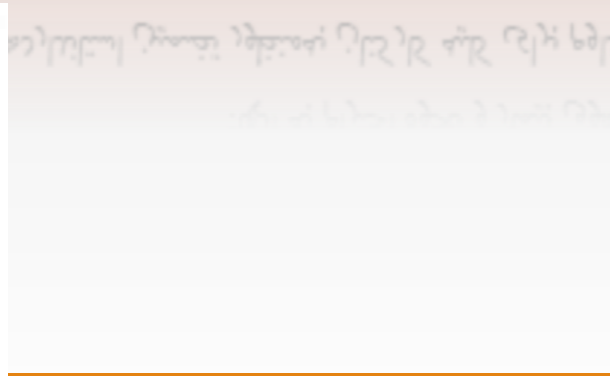
PAFPCO

E.۱/۲/۱ بیمارستان برنامه های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران اجرا می نماید.

فرایند شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع آن با ارائه آموزش های مداوم

معیارهای قابل سنجش

- فرایند شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع آن با ارائه آموزش های مداوم برای همه کارکنان به منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیمار؛
- فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای علمی پژوهش به منظور شناسایی و تعیین مشکلات ایمنی بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در خصوص ابزارهای علمی پژوهش و روش های گذشته نگر و آینده نگر به منظور شناسایی و تعیین مشکلات ایمنی بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه ارائه خدمات ایمن به بیماران بر اساس نیازهای آموزشی فردی آنها؛
- سوابق آموزش کارکنان در مورد جنبه های حقوق بیمار و نحوه احترام به آنها؛
- فرایند بررسی وضعیت اجرای آموزش های مداوم برای کلیه کارکنان به منظور تضمین استانداردهای خدمات ایمن به بیماران.



فرایند شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع آن با ارائه آموزش های مداوم برای همه کارکنان به منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیمار

استدلال	نام	نوع آموزش		سطح نیازها				حیطه آموزش			مدت آموزش به ساعت	گروه هدف پست سازمانی	گروه هدف روشنی	عنوان دوره آموزشی	بافت		
		غیر حضوری	حضوری	سازمانی	شغلی	فردی	مکروشی	میانگ	دانشی	مجموع کل						عمی	تئوری
*		*			*		*		*		۶	۰	۶	ماما، پرستار، بهیوار، تکنیسین ، کاردان و کارشناس هوسبری ، یزشک ، یزشک عمومی	ماما، پرستار، بهیوار، تکنیسین ، کاردان و کارشناس هوسبری ، یزشک ، یزشک عمومی	راهنمای تشخیص و درمان بیماری COVID 19 در سطوح ارائه خدمات سرپایی و بستری	۱
*		*			*		*	*	*		۳	۱	۲	ماما، پرستار، بهیوار، تکنیسین ، کاردان و کارشناس هوسبری ، یزشک ، یزشک عمومی	ماما، پرستار، بهیوار، تکنیسین ، کاردان و کارشناس هوسبری ، یزشک ، یزشک عمومی	راهنمای احیا در بیماران مبتلا یا مشکوک به COVID-19	۲

عنوان: سیاست های آموزشی گروه پرستاری، ماما بی

تاریخ ابلاغ:	تاریخ آخرین بازنگری:	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	شماره سند:
۱۴۰۲/۰۱/۳۱	۱۴۰۲/۰۱/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۳۰	۵	EDU-WI-01

نحوه نیازسنجی آموزش:

- ۱- بر مبنای برنامه توسعه فردی کارکنان
- ۲- بر اساس شرح وظایف عمومی و تخصصی
- ۳- بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان توسط سرپرستار و سوپروایزرها و مدیر پرستاری
- ۴- نیازسنجی بر اساس نیازهای آتی سازمان
- ۵- بر اساس بیماریهای شایع و نوپدید و بازپدید
- ۶- سایر سرفصلهای آموزشی مورد نیاز بومی بیمارستان
- ۷- نیازسنجی بر اساس داروهای شایع و نیاز به مراقبت ویژه و داروهای جدید
- ۸- نیازسنجی بر اساس سنجه های اعتبار بخشی
- ۹- نیازسنجی بر اساس روابط بین فردی و اجتماعی و...

شیوه های اجرای برنامه آموزش:

- ۱- برگزاری کلاسهای آموزش حضوری ضمن خدمت
- ۲- برگزاری دوره های آموزش غیر حضوری ضمن خدمت
- ۳- شرکت در کلاسهای آموزشی آموزش مداوم
- ۴- شرکت در کارگاههای آموزشی خارج از استان
- ۵- شرکت در کارگاههای آموزشی داخل استان
- ۶- برگزاری کنفرانس درون بخشی
- ۷- تهیه پمفلت های آموزشی
- ۸- تهیه پوسترهای آموزشی
- ۹- آموزش چهره به چهره به پرسنل
- ۱۰- برگزاری آزمون تئوری و عملی از پرسنل

عنوان : سیاست های آموزشی گروه پرستاری، مامایی				
تاریخ ابلاغ:	تاریخ آخرین بازنگری:	تاریخ بازنگری بعدی:	تعداد صفحات:	شماره ساس
۱۴۰۲/۰۱/۳۱	۱۴۰۲/۰۱/۳۰	۱۴۰۳/۰۲/۳۰	۵	EDU-WI-01

نحوه نظارت بر اجرای برنامه ها :

- نظارت مدیر خدمات پرستاری و سوپروایزر آموزشی بر اجرای برنامه ها با بازدیدهای روزانه و در شیفت های عصر و شب و ماهانه و...
- نظارت بر برگزاری هر دوره طبق سامانه آذرخش و ارزیابی پس آزمون و پیش آزمون و انجام اقدامات اصلاحی مورد لزوم
- تکمیل فرم های ارزیابی مهارت های ارتباطی، عمومی و اختصاصی و برنامه ریزی جهت آموزش های فردی و گروهی سالانه ماهانه، هفتگی و چهره به چهره
- ارزیابی عملکرد کارکنان توسط سوپروایزر های آموزشی و بالین طبق چک لیست و گزارش به مدیر پرستاری
- ارزیابی برنامه عملیاتی سالانه آموزش به کارکنان به صورت ماهانه
- نظارت بر روند صحیح آموزش به بیماران
- نظارت بر ترخیص بیماران و ثبت صحیح گزارش پرستاری
- نظرسنجی از متخصصان و مسئولان و کارشناسان مانند: ایمنی، کنترل عفونت، تجهیزات پزشکی و بهداشت محیط و تغذیه و بهداشت فردی و...
- برگزاری آزمون های کتبی و بررسی نمره ها و ارائه بازخوراند به آنان
- ارزیابی اثر بخشی آموزشی بر اساس روش کرک پاتریک در سال ۱۴۰۲

فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای علمی پژوهشی به منظور شناسایی و

تعیین مشکلات ایمنی بیمار



انجمن علمی دانشجویان پزشکی



بیمارستان پیامبر اعظم (ص)
قشم

شماره:
تاریخ:
بیوست:

«بسمه تعالی»
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم

شرایط تهدیدکننده ایمنی بیمار

امروزه یکی از دغدغه های بزرگ مدیران در مراکز تامین کننده خدمات سلامت ، مخاطراتی است که در زمان اجرای برنامه های درمانی بیماران را تهدید نموده و ممکن است عوارض غیرقابل جبرانی را ایجاد نمایند . در این راستا شناسایی این مخاطرات در هر مرحله از فرایند درمان یک گام اساسی جهت کنترل و کاهش این عوارض می باشد.

در ادامه مخاطراتی که در مراحل مختلف درمان می تواند ایمنی بیمار را در این مرکز تهدید نماید با توجه به لیست مخاطرات مرگبار یا تکرار شونده و همچنین بررسی های ریشه ای (RCA) خطاهای سال ۱۴۰۱ مشخص شده است . لذا آگاهی کلیه اعضا کادر درمان از این لیست و اتخاذ تدابیر پیشگیرانه جهت مخصوصا وقوع وقایع ناخواسته درمانی (Never Events) می تواند به عنوان یکی از مهمترین ابزارهای لازم به حساب آید.

در ضمن عدم اطلاع موارد پرخطر بودن بیمار و مشکلات مرتبط به ایمنی بیمار تعیین تکلیف آنان به سوپروایزر کشیک وعدم پیگیری پزشکان ، سوپروایزرها ، سرپرستاران و مسئولین شیفتها می تواند در افزایش خطا نقش موثری داشته باشد لذا توصیه به کار تیمی و توجه به

نظارت بر عملکرد کادر درمان جهت عدم وقوع مجدد مشکلات ایمنی بیمار

فرایند بستری بیمار ، تامین خدمات مراقبتی ، درمانی (تجویز دارو...)

وقایع مرتبط به....	شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار و خطرات احتمالی مطرح شده برای بیمار	راهکارهای پیشگیرانه
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ شناسایی فعال بیمار قبل از هر اقدام درمانی، تشخیصی و مراقبتی یا دستبند شناسایی بیماران ✓ فرهنگ سازی استفاده از نام، نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار به جای شماره تخت و اتاق ✓ جداسازی بیماران یا نام مشابه در یک بخش و اطلاع رسانی وجود بیمار یا نام مشابه در کاردکس و پرووی پرونده بیمار یا پرچسب زرد ✓ تطابق مشخصات بیمار یا موارد درج شده در پرونده پزشکی بیمار قبل از ویزیت و یا انجام مشاوره ، انجام تست آزمایشگاهی و کلیه پروسیجرها و قبل از ترخیص بیماران 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ شناسایی قعال بیمار قبل از هر اقدام درمانی، تشخیصی و مراقبتی یا دستبند شناسایی بیماران ✓ فرهنگ سازی استفاده از نام، نام خانوادگی و تاریخ تولد بیمار به جای شماره تخت و اتاق ✓ جداسازی بیماران یا نام مشابه در یک بخش و اطلاع رسانی وجود بیمار یا نام مشابه در کاردکس و پرووی پرونده بیمار یا پرچسب زرد ✓ تطابق مشخصات بیمار یا موارد درج شده در پرونده پزشکی بیمار قبل از ویزیت و یا انجام مشاوره ، انجام تست آزمایشگاهی و کلیه پروسیجرها و قبل از ترخیص بیماران
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ اجرای شدن صحیح کیس متد ✓ اجرای دستورالعمل دارو دهی صحیح بر اساس هفت Right ✓ اجرای صحیح فرآیند دیل چک در داروهای پرخطر ✓ شناسایی لیست داروهای مشابه یا شکل ، تلفظ و نوشتار مشابه در هر بخش و لیبل گذاری آنان ✓ جداسازی و لیبل گذاری داروهای پرخطر در داروخانه و بخشها و حساس سازی پرستاران / ماما ها/اکارکنان داروخانه به لیبل ها مربوطه ✓ معرفی و آموزش و تعیین مراقبتها ، عوارض داروهای جدید توسط داروساز به بخش های مرتبط ✓ کاردکس نویسی و نسخه نویسی و نسخه پرداری صحیح کلیه داروها مخصوصا داروهای هشدار یالا و استفاده از روش Tall Man Lettering (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال: Dopamine در مقابل Dobutamine) ✓ عدم تجویز دارو های تارکونیک به صورت تلفنی ✓ رعایت روش اجرایی دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی و شفاهی در موارد ضروری و انجام فرایند : Read Back . Write Down Repeat Back در حضور پرستار یا ماما 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ اجرای شدن صحیح کیس متد ✓ اجرای دستورالعمل دارو دهی صحیح بر اساس هفت Right ✓ اجرای صحیح فرآیند دیل چک در داروهای پرخطر ✓ شناسایی لیست داروهای مشابه یا شکل ، تلفظ و نوشتار مشابه در هر بخش و لیبل گذاری آنان ✓ جداسازی و لیبل گذاری داروهای پرخطر در داروخانه و بخشها و حساس سازی پرستاران / ماما ها/اکارکنان داروخانه به لیبل ها مربوطه ✓ معرفی و آموزش و تعیین مراقبتها ، عوارض داروهای جدید توسط داروساز به بخش های مرتبط ✓ کاردکس نویسی و نسخه نویسی و نسخه پرداری صحیح کلیه داروها مخصوصا داروهای هشدار یالا و استفاده از روش Tall Man Lettering (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال: Dopamine در مقابل Dobutamine) ✓ عدم تجویز دارو های تارکونیک به صورت تلفنی ✓ رعایت روش اجرایی دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی و شفاهی در موارد ضروری و انجام فرایند : Read Back . Write Down Repeat Back در حضور پرستار یا ماما
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تغییر وضعیت بیمار بر اساس استاندارد ✓ تکمیل فرم گزارش زخم یستر و پیگیری در هر شیفت ✓ بررسی وضعیت درمانی و تغذیه بیماران توسط پزشک و سرپرستار و کارشناس تغذیه ✓ اطلاع کلیه زخم های یستر به پرستار زخم و در صورت نیاز پزشک زخم بیمارستان 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تغییر وضعیت بیمار بر اساس استاندارد ✓ تکمیل فرم گزارش زخم یستر و پیگیری در هر شیفت ✓ بررسی وضعیت درمانی و تغذیه بیماران توسط پزشک و سرپرستار و کارشناس تغذیه ✓ اطلاع کلیه زخم های یستر به پرستار زخم و در صورت نیاز پزشک زخم بیمارستان
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ عدم توجه به تغییرات علام حیاتی بعد از پروسیجر های تهاجمی ✓ (LP ، بیوسی ، اسکوپ های 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ شناسایی پروسیجر های پرخطر بخش و آموزش مراقبتهای بعد از این پروسیجرها به نیروهای جدید ✓ اطلاع رسانی به پرسنل در خصوص نحوه دسترسی به لیست پروسیجرها و مراقبت قبل و بعد از هر یک از این تستها ✓ گرفتن وثیت دقیق علام حیاتی بیماران و گزارش به موقع تغییرات علام حیاتی به پزشک

سوابق آموزش کارکنان در خصوص ابزارهای علمی پژوهش و روش های گذشته نگر و

آینده نگر به منظور شناسایی و تعیین مشکلات ایمنی بیمار



دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مصوبه کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش

شناسه:	IR.SUMS.REC.1400.738	
محل بررسی:	کارگروه/ کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شیراز	
تصمیم صادره:	ممنوع	
موضوع کمیته تخصصی:	<p>پروپوزال طرح تحقیقاتی/پایان نامه/گزارش مورد، مورد تصویب کارگروه/ کمیته اخلاق در پژوهش قرار گرفت.</p> <p>توجه:</p> <p>۱. علیرغم تصویب مطالعه در کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش، تمامی مسئولیت های حقوقی و حرفه ای اجرای طرح به عهده مجری ارشد و همکاران مطالعه می باشد.</p> <p>۲. تمامی مستندات مطروحه در این مصوبه، بر اساس موارد دریافت شده در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۲۶ می باشد و ضروری است هرگونه تغییرات و اصلاحات اعمال شده در این مستندات، توسط مجری محترم مطالعه فوراً به کارگروه/ کمیته اخلاق مربوطه اطلاع داده شود.</p>	
عنوان پایان نامه (فارسی):	ارزشیابی برنامه آموزش بیماران مبتلا به کرونا جهت پیشگیری از عوارض کووید ۱۹ به روش کرک پاتریک در بیماران بیمارستان پیامبر اعظم ص قشم	
عنوان پایان نامه (انگلیسی):	Evaluation of education program for patients Caught COVID 19 by Kirk Patrick MODEL	
مشخصات استاد راهنما (محقق اصلی):	نام و نام خانوادگی: دکتر محمدحسن کشاورزی آدرس الکترونیک: keshavarzi20014@gmail.com	نام و نام خانوادگی: دکتر لیلا بذرافکن آدرس الکترونیک: bazrafcan@gmail.com
مشخصات دانشجو:	نام و نام خانوادگی: ایرما ریحانی آدرس الکترونیک: reyhani.irma@gmail.com	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فارس معاونت پژوهشی و فناوری پرسشنامه طرح پژوهشی

نام و نام خانوادگی مجری عضو هیئت علمی طرح : دکتر محمدحسن کشاورزی

نام و نام خانوادگی مجری دانشجویی طرح : ایرما ریحانی

عنوان طرح :

ارزشیابی برنامه آموزش به بیماران مبتلا به کرونا جهت پیشگیری از عوارض کووید ۱۹ به روش کرک پاتریک در بیماران بیمارستان پیامبر اعظم ص قشم در سال ۱۴۰۰

تاریخ ارائه طرح به معاونت پژوهشی : زمستان ۹۹

نشانی : شیراز خیابان زند - ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی

صندوق پستی ۱۹۷۸-۷۱۳۴۵

vcrdep@sums.ac.i

سوابق آموزش کارکنان در زمینه ارائه خدمات ایمن به بیماران بر اساس نیازهای آموزشی فردی آنها



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم
فرم نتیجه مهارت سنجی (عمومی اختصاصی ارتباطی) نیروهای جدیدالورود



فرم ۲

نام پرسنل:
نام بخش: جراحی
تاریخ ورود: ۱۳۹۹/۹/۱
نام سرپرستار:

مشکلات:

PDP تکمیل شده



ردیف	اقدام اصلاحی	مجری	علت	تاریخ اثر بخشی مجدد	اثر بخشی داشته	اثر بخشی نداشته
	گزارش نویسی سیستم بای سیستم	خ.صادقیور	به روز رسانی اطلاعات	یک ماه بعد	بله	
	احیای قلبی و ریوی	خ.صادقیور	به روز رسانی اطلاعات	یک ماه بعد	بله	
	دستگاه دی سی شوک	خ.صادقیور	به روز رسانی اطلاعات	یک ماه بعد	بله	

اعضای کارشناس خبره

قابل ذکر است پس از اجرای اقدام اصلاحی در مهلت تعیین شده، اثر بخشی اقدامات توسط کارشناس خبره یا سرپرستار چک شده و به اطلاع مترون و آموزش رسانده می شود.

اعضاء مترون

اعضاء پرستار خبره

اعضاء سرپرستار

اعضاء سوپروایزر آموزشی

نظر مترون و سوپروایزر آموزشی

تایید صلاحیت و ادامه کار فرد در بخش

جابجایی فرد به بخش دیگر

ارائه مهلت مجدد جهت اصلاح مشکلات تاریخ مهلت

به کارگیری محدود پرسنل تا کسب مهارت

اعضای مدیر پرستاری:

سوابق آموزش کارکنان در مورد جنبه های حقوق بیمار و نحوه احترام به آنها





سازمان نظام پزشکی
شهرستان تهران
کدوم: EDU-FO-1

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان
بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم
لیست شرکت کنندگان دوره آموزش ضمن خدمت کارکنان دانشگاه



سازمان نظام پزشکی شهرستان تهران

مدرس:
عنوان دوره آموزشی:
تاریخ اجرا:
مکان آموزش:

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	نوع استخدام	پست سازمانی	بخش محل خدمت	اعضای

برگزاری دوره مصوب خطا و قصور
در پزشکی پرستاری مامایی

مصوب نمودن دوره
برگزاری دوره
ثبت اسامی کارکنان در فرم دارای کد
عکس دوره

فرایند بررسی وضعیت اجرای آموزش های مداوم / ضمن خدمت برای کلیه کارکنان

به منظور تضمین استانداردهای خدمات ایمن به بیماران

گام های اجرایی و مستندات سازی براساس سیاست آموزشی کارکنان:

1. تهیه و ارسال جدول اولویت های آموزش کارکنان و برآورد هزینه پایان هر سال جهت سال آینده توسط سوپروایزر آموزشی به مدیر پرستاری (جهت طرح در کمیته اجرایی).
2. تکمیل چک لیست ارزیابی صلاحیت مهارتهای عمومی، ارتباطی و تخصصی توسط سرپرستاران و ارسال به مدیر پرستاری
3. ارسال نیازسنجی گروهی کارکنان به مدیر پرستاری و سوپروایزر آموزشی پایان سال توسط سرپرستاران
4. تهیه نیازسنجی آموزشی کارکنان توسط سوپروایزر آموزشی با همکاری سرپرستاران و رابطین آموزش و با محوریت رئیس بخش به صورت سالانه و ارسال به مدیر پرستاری
5. ارسال نیازسنجی سالانه به دفتر پرستاری استان جهت اخذ مجوز سالانه برگزاری دوره ها در سامانه آموزش ضمن خدمت
6. تهیه برنامه بازدید سالانه توسط سوپروایزر آموزشی و ابلاغ به بخش ها توسط مدیر پرستاری.
7. تدوین سالانه برنامه عملیاتی واحد آموزش.
8. تدوین و ابلاغ سالانه سیاست آموزشی توسط مدیر پرستاری.
9. ارائه و ثبت حداقل های آموزش های بدو ورود به بیماران توسط پرستار وی پس از خوش آمدگویی و معرفی خود شامل: آشنایی با بخش و فضای فیزیکی و قوانین و مقررات بخش و نحوه احضار پرستار (نرس کال)، دستبند شناسایی، منشور حقوق بیمار، انجام فرائض دینی، کار با تجهیزات مرتبط مثل کنترل تخت و بهداشت فردی، تفکیک زباله و بهداشت بخش، سرویس بهداشتی و برنامه درمانی بیمار.
10. فراگیری کلیه مراقبتهای بالینی، راهنماهای قبل از انجام پروسیجرها و تستهای تشخیصی و مراقبتهای دارویی جهت ارائه به بیماران توسط کلیه رده های پرستاری.
11. بازدید سوپروایزر آموزشی از بخش ها و تکمیل چک لیست های تهیه شده و ارزیابی اثر بخشی آموزشی.

12. کنترل موارد عدم انطباق در گزارش پرستاری و فرم آموزش زمان ترخیص در پرونده بیماران توسط سوپروایزر آموزشی و ارائه آموزش گروهی و فردی با کار عملی.
13. ارسال اسلاید های آموزشی تهیه شده توسط کارکنان با نظارت و کارشناسی تیم آموزش و بازگزاری توسط مسئول روابط عمومی در سایت بیمارستان و اطلاع رسانی به کارکنان.
14. فراگیری و به روز نمودن اطلاعات کلیه رده های پرستاری جهت آرایه آموزش خاص از بدو بستری و زمان ترخیص طبق تشخیص پرستار به بیماران.
15. فراگیری کارکنان از مراقبتهای پرستاری در زمان تجویز داروهای هشدار بالا و طول اثر آنان جهت آرایه آموزشهای لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا، مشابه و لزوم توجه به دستورات پزشکی توسط پزشک و پرستار بیمار.
16. فراگیری مراقبتهای به روز به منظور پیشگیری از خطر زخم بستر و سقوط در بخش و ارزیابی و کنترل درد توسط پرستار مسئول.
17. به روز نمودن دانش علمی جهت ارزیابی بیمار و همراه جهت ارائه آموزشهای عمومی و خود مراقبتی حین ترخیص به آنان با روش SMART.
18. برنامه ریزی و برگزاری دوره های آموزشی درون بخشی و پیگیری انجام آموزش های آشنایی به کارکنان جهت ارتقا سطح علمی آنان توسط سرپرستار و سوپروایزر آموزشی.
19. برنامه ریزی و برگزاری دوره های آموزشی ضمن خدمت، چهره به چهره و... و پیگیری انجام آموزش های آشنایی به کارکنان جهت ارتقا سطح علمی آنان توسط سرپرستار و سوپروایزر آموزشی.
20. برنامه ریزی و برگزاری دوره های آموزشی درون بخشی و پیگیری انجام آموزش های آشنایی به کارکنان جهت ارتقا سطح علمی آنان توسط سرپرستار و سوپروایزر آموزشی.
21. تهیه و پایش اثر بخشی آموزش به کارکنان در 6 ماه دوم سال براساس مدل کرک پاتریک.
22. تشکیل کمیته آموزش به صورت فصلی و تنظیم صورت جلسه و انجام پیگیری های لازم جهت ارتقا آگاهی کارکنان.
23. همکاری و هماهنگی سوپروایزرها با سوپروایزر آموزشی در امر آموزش.
24. شرکت سوپروایزر آموزشی در برنامه های مرتبط به آموزش به بیمار با هماهنگی انجام شده با مدیر پرستاری.
25. ارسال گزارش کلی صورتجلسات کمیته آموزش، عملکرد، فعالیت و نتایج حاصله ثبت شده براساس برنامه عملیاتی به تیم مدیریت اجرایی و دفتر پرستاری استان.

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار	E.2
شرح فعالیت‌های کمیته اخلاق در پژوهش.	E.2.2.1 کلیه پژوهش‌ها بر اساس نیازهای بیمارستان به تأیید گروه داخلی ایمنی بیمار یا سایر کمیته‌های مربوطه رسیده و پایش می‌گردد.	معیار اساسی	پژوهش‌ها و پروژه‌های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به‌طور مستمر در بیمارستان انجام می‌شود.
به‌منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، مطالعات و گزارش‌های آینده‌نگر، گذشته‌نگر و مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشت به‌منظور ارزیابی شدت، وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته حداقل به‌صورت سالانه انجام می‌شود.	E.2.3.1 بیمارستان در راستای بهبود ایمنی خدمات ارائه شده، مطالعات گذشته‌نگر، آینده‌نگر، و / یا مقطعی را به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته به‌طور سالانه اجرا می‌نماید.	معیار پیشرفته	
<ul style="list-style-type: none"> • فرایند آموزش کارکنان در خصوص استفاده از ابزارهای بهبود کیفیت، به‌عنوان مثال چرخه برنامه - عمل - بررسی - اجرا (PDSA). • شواهد پروژه‌های بهبود کیفیت. 	E.2.3.2 بیمارستان به‌منظور ارتقای فعالیت‌های ایمنی بیمار، پروژه‌های بهبود کیفیت را اجرا می‌نماید.		

پژوهش ها و پروژه های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به طور مستمر در بیمارستان انجام می شود.

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار
شرح فعالیت‌های کمیته اخلاق در پژوهش.	E.2.2.1 کلیه پژوهش‌ها بر اساس نیازهای بیمارستان به تأیید گروه داخلی ایمنی بیمار یا سایر کمیته‌های مربوطه رسیده و پایش می‌گردد.	معیار اساسی

راهنما برای شواهد انطباق	بیانیه معیار	سطح معیار
<p>به‌منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، مطالعات و گزارش‌های آینده‌نگر، گذشته‌نگر و مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشت به‌منظور ارزیابی شدت، وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته حداقل به‌صورت سالانه انجام می‌شود.</p>	E.2.3.1 بیمارستان در راستای بهبود ایمنی خدمات ارائه شده، مطالعات گذشته‌نگر، آینده‌نگر، و / یا مقطعی را به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته به‌طور سالانه اجرا می‌نماید.	معیار پیشرفته
<ul style="list-style-type: none"> • فرایند آموزش کارکنان در خصوص استفاده از ابزارهای بهبود کیفیت، به‌عنوان مثال چرخه برنامه - عمل - بررسی - اجرا (PDSA). • شواهد پروژه‌های بهبود کیفیت. 	E.2.3.2 بیمارستان به‌منظور ارتقای فعالیت‌های ایمنی بیمار، پروژه‌های بهبود کیفیت را اجرا می‌نماید.	

شرح فعالیت های کمیته اخلاق در پژوهش



دفتر بهبود کیفیت		 دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان شهدا بندرلنگه	
کد سند :	صفحه : از	تاریخ آخرین ابلاغ :	تاریخ بازنگری :
		تاریخ بازنگری بعدی :	
عنوان خط مشی و روش : اصول اخلاق در پژوهش در بیمارستان			
هدف :			
توصیف اصول اخلاقی در پژوهش ما و فعالیبت ما توسعه یافته علمی است که به ویژه در انجام بررسی ما و ارائه گزارش آنها کاربرد دارد			
داشته کاربرد :			
تعاریف :			
شیوه انجام کار :			
۱. بیمارستان در خصوص اخلاق کار در سازمان از روش های مطلوب آموزش شامل آموزش چهره به چهره ، آموزش مجازی ، پمفلت آموزش ، پیامک های آموزشی ، پوستر و گدماهی QR استفاده مینماید . ۲. تیم مدیریتی از اصول اخلاقی در روند پژوهش آگامی دارند و موارد ذیل را رعایت مینمایند : صداقت و درستکاری واقع بین و استدلال و رعایت اصل واقع بینی و استدلال منطقی عمل به تعهدات دقت استفاده منصفانه از فرصت ها مالکیت معنوی قابلیت اعتماد (رازداری) مشاوره مسئولانه ۳. سوپروایزر آموزش در خصوص برگزاری کلاس آموزش اصول اخلاقی در روند پژوهش جهت کلیه کارکنان برنامه زمان بنده تعیین و آموزش های لازم به کارکنان داده میشود . ۴. تیم مدیریتی بیمارستان کارشناس پژوهش در بیمارستان را با معامنگی و تأییدیه حراست انتخاب مینماید . ۵. کارشناس پژوهش جهت انجام پژوهش و شروع تمام پروژه ها از ریاست بیمارستان و حراست تأییدیه اخذ مینماید . ۶. کارشناس پژوهش و اعضای تیم پژوهش ملحظات اخلاقی و قانونی را در انجام پژوهش رعایت مینمایند . ۷. کارشناس پژوهش پس از پایان پژوهش جهت اطلاع رسانی و آگامی کارکنان با سوپروایزر آموزش و ریاست بیمارستان معامنگی لازم انجام میدهد . ۸. سوپروایزر آموزش در خصوص اجرای طرح و اطلاع رسانی و آگامی کارکنان برنامه ریزی لازم انجام میدهد .			
مستندات مرتبط :			
منابع / مراجع : تجزیه بیمارستان		مسئولیت ما / اختیارات :	
تهیه کننده :		تأیید کننده :	
سمت :	امضا :	سمت : مدیر خدمات پرستاری	امضا :
سمت :	امضا :	سمت : رئیس بیمارستان	امضا :
تصویب کننده :		تصویب کننده :	

به منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، مطالعات و گزارش‌های آینده نگر (FMEA)، گذشته

نگر (RCA) و مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی شدت، وسعت و ماهیت وقایع

ناخواسته حداقل به صورت سالانه انجام می‌شود.

شرح فعالیت	حالات بالقوه خطا	اثرات بروز خطا	علل بروز خطا	کنترل‌های جاری	شدت خطا (S)	میزان وقوع خطا (O)	قابلیت شناسایی خطا (D)	عدد اولویت ریسک (RPN)	اقدامات پیشنهادی
------------	------------------	----------------	--------------	----------------	-------------	--------------------	------------------------	-----------------------	------------------

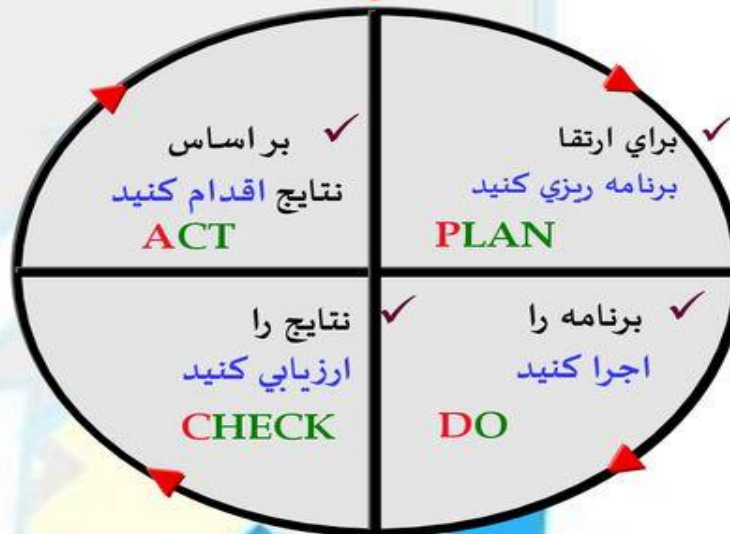
مثال: FMEA در فرایند استفاده از داروهای آنالژژیک

فعالیت	حالات خطا	اثرات خطا	علل خطا	Severity	Occurrence	Detection	RPN	اقدامات پیشنهادی
بررسی‌های بالینی بیمار	تشخیص نادرست سطح درد بیمار	کنترل درد ناکافی	علل فرهنگی: بیمار به درستی وضعیتش را توضیح نمی‌دهد.	۲	۴	۴	۳۲	استفاده از پروتکل‌های استاندارد برای تعیین سطح درد بیمار
انتخاب داروی ضد درد	انتخاب داروی آنالژژیک نامناسب	دوز نادرست، داروی ناکافی، واکنش آلرژیکی به دارو	وضعیت بالینی بیمار در هنگام انتخاب دارو مد نظر قرار نمی‌گیرد (سن - آلرژژی و ... - عدم پیروی از پروتکل - سازگاری دارو با سایر داروهای ضد درد بررسی نمی‌شود - دارو در دسترس نیست - کمبود اطلاعات	۴	۳	۳	۳۶	برنامه و پروتکل برای استفاده از داروها در درمانگاه - پروتکل استفاده از داروهای آنالژژیک و آموزش در مورد نحوه مصرف آنها - دسترسی آسان به اطلاعات این دسته از داروها - مکانیسم شناسایی سریع کمبود این داروها و اطلاعات در مورد داروهای جانشین -

فرایند آموزش کارکنان در خصوص استفاده از ابزارهای بهبود کیفیت ، به عنوان

مثال چرخه PDCA (برنامه - عمل - بررسی - اجرا) شواهد پروژه های بهبود کیفیت

روش ارتقاي فرایند : FOCUS – PDCA



تابلوي گزارش

۱. فرایندی را برای ارتقا پیدا کنید : **find**

- بیان فرصت
- نمودار قالبی

۲. تیمی را سازماندهی کنید : **organize**

- فهرست اعضای تیم

۳. عملکرد فرایند را روشن کنید: **clarify**

- نمودار جریان جاری فرایند
- بهترین نمودار جریان فرایند
- برنامه جمع آوری داده ها
- نمودار جریان داده ها

۴. علل تغییرات عملکرد فرایند را درک کنید: **understand**

- بارش افکار
- نمودار همگرایی
- نمودار علت و معلول

۵. مورد ارتقا را انتخاب کنید: **select**

- بارش افکار
- روش گروه اسمی
- روش رای گیری متعدد
- جدول اولویت بندی و انتخاب

۶. برای ارتقا برنامه ریزی کنید: **plan**

- برنامه اجرایی
- برنامه جمع آوری داده ها

۷. برنامه را اجرا کنید: **do**

- داده ها را جمع آوری کنید

۸. نتایج را ارزیابی کنید: **check**

- نمودار جریان داده ها
- تحلیل داده ها

۹. بر اساس نتایج اقدام کنید: **act**

- اقدام برای تثبیت نتایج
- برنامه اجرایی جدید

۲/۲/۱. کلیه پژوهش‌ها بر اساس نیازهای بیمارستان به تأیید گروه داخلی ایمنی بیمار یا سایر کمیته‌های مربوطه رسیده و پایش می‌گردد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطامشی و روش‌های اجرایی در مورد پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطامشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطامشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار؛
- صورت‌جلسات گروه داخلی ایمنی بیمار یا کمیته مربوطه.



استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه‌ای از الزامات هستند که برای اجرای

برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی

می‌باشند.

این استانداردها قالبی عملیاتی ارائه می‌دهند که بیمارستان‌ها را برای

ارزیابی مراقبت بیمار از منظر ایمنی بیمار، توانمندسازی کارکنان در ایمنی

بیمار و مشارکت خدمت‌گیرندگان در ارتقاء ایمنی در خدمات درمانی،

توانمند می‌سازد.

خط مشی و روش‌های اجرایی در مورد

پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار

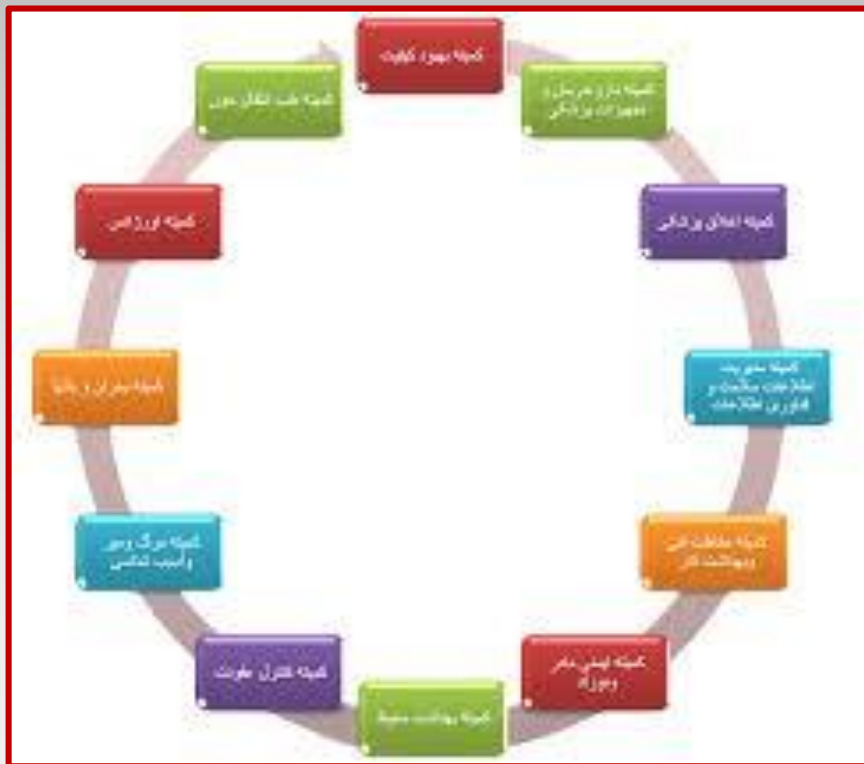
تهیه لیست اسامی کارکنان حاضر در جلسات آموزشی

تهیه لیست آموزش‌های چهره به چهره

عکس‌های ارائه آموزش در دوره‌ها

سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط مشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار

صور تجلسات گروه داخلی ایمنی بیمار یا کمیته مربوطه



	<p>«بسمه تعالی» دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان بیمارستان پسران علم (پی ششم) «صور تجلسه بیمارستانی»</p>	
<p>الف) مشخصات جلسه:</p> <p>موضوع جلسه: کمیته کنترل عفونت و بهداشت محیط و استوار شیب مکان برگزاری جلسه: سالن اجتماعات تاریخ برگزاری جلسه: ۱۴۰۲/۰۵/۰۶ و ۱۴۰۲/۰۶/۰۶ و ۱۴۰۲/۰۶/۰۷ ساعت ۱۶:۱۵ تا ۱۷:۱۵ تاریخ برگزاری جلسه: ۱۴۰۲/۰۵/۰۶ ساعت ۱۶:۱۵ تا ۱۷:۱۵</p>		<p>ب) نتایج بررسی مصیفات جلسه قبلی:</p> <p>نتایج بازدیدهای روزانه از بخش ها و تجزیه و تحلیل مقاومت های میکروبی و آمار مراجعین آفلوئزا بیماران بستری مجدد در جلسه مطرح گردیده است و همچنین پرونده بیمارستانی با کویید نتایج سامانه مراقبت عفونت بیمارستانی و گزارش مواجهات شفاهی در جلسه به اطلاع اعضا رسانیده شد.</p>
<p>ج) دستور کار جلسه، خلاصه مذاکرات جلسه، تصمیمات اتخاذ شده و مهمترین موضوعات مورد بحث:</p> <p>جلسه با حضور رئیس بیمارستان و اعضا برگزار گردید. مسایل مطرح شده در کمیته به شرح ذیل می باشد. دکتر محمود احمدی گویانی ریاست بیمارستان به همراه مسئول کنترل عفونت سجده لشگری در مورد دو مورد بیمار با عفونت بیمارستانی بستری در بخش ICU اصحبت کردند که متخصص عفونی دکتر رامهر نظریان بر این بود که تا تعیین تکلیف شدن بیماران بستری در ICU بیماران بستری جدید در بخش CCU بستری شوند. در مورد تهیه ICU اصحبت شد که دکتر رضا رامهر متخصص عفونی و مسئول بهداشت محیط خانم صفیه مظفری نظریان بر این بود که تهیه باید مناسب باشد و اسپلنت کار گذاشته شده در ICU باید در ورودی بخش گذاشته شود. پرستاران اقدامات استاندارد بهداشتی برای بیماران آلوده در بخش انجام دهند از جمله پوشیدن گال و کلاه و دستکش بهداشتی دست. در مورد عفونت های بعد از عمل قرائندها از ابتدا بررسی شود نمونه گیری از واحد CSR و اتاق عمل و پرستل و تجهیزات گرفته شود. خانم دکتر مریم فرجی در مورد آمپول سفازولین و سول ها که کمبود کشوری هستند اطلاع رسانی کردند و در مورد آنتی بیوتیک های پر هزینه هم توضیحاتی ارائه دادند. مسئول تجهیزات پزشکی خانم اشرف گنجوی نیز در مورد اینکه تجهیزات مورد نیاز برای بیماران نیازمند بستری در ICU از جمله دستگاه ونتیلاتور به تعداد کافی موجود می باشد اطلاع رسانی کردند. مسئول فنی آزمایشگاه خانم دکتر سیده سجده حسینی و مسئول آزمایشگاه در مورد اینکه تست های کولستین جهت همه بیماران انجام شود یا فقط بیماران خاص از دکتر رامهر سوال پرسیدند که دکتر رامهر در جواب فرمودند که بیشتر جهت بیماران ICU انجام شود.</p>		

۱/۳/۲. E. بیمارستان در راستای بهبود ایمنی خدمات ارائه شده، مطالعات گذشته نگر، آینده نگر و / یا مقطعی را به منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته به طور سالانه اجرا می نماید.

معیارهای قابل سنجش

- مطالعات و گزارش های آینده نگر، گذشته نگر و یا مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشتی به منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته برای اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، که به طور منظم حداقل سالی یکبار اجرا می شود؛
- راهت های روش شناسی سازمان جهانی بهداشت برای مستندسازی آسیب های وارده به بیمار.

مطالعات و گزارش‌های آینده نگر، گذشته نگر و یا مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشتی به منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته برای اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، که به طور منظم حداقل سالی یک بار اجرا می‌شود.

Institute for
Healthcare
Improvement

Patient Safety Essentials Toolkit

- Action Hierarchy (part of RCA)
- Ask Me 3[®]
- Cause & Effect Diagram
- Developing Reliable Processes
- 5 Whys
- Flowchart
- FMEA
- Huddles
- SBAR

III's Patient Safety Essentials Toolkit is a helpful companion for you and your organization on the journey to delivering safe, reliable care every time, for every patient. Each of the nine tools in the toolkit includes a short description, instructions, an example, and a blank template.

راهنمای روش شناسی سازمان جهانی بهداشت برای

مستندسازی آسیب‌های وارده به بیمار

RCA

مراحل تحلیل ریشه ای علل:

تشکیل تیم و
تعریف
مشکل

جمع آوری
اطلاعات و
شواهد

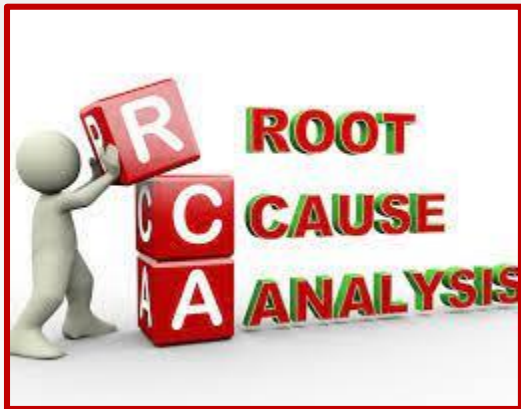
شناسایی
مساله با
مشکل

تحلیل
اطلاعات

طراحی
اقدامات

اجرای
اصلاحات و
توصیه‌ها

پایش و
ممیزی نتایج



معیارهای قابل سنجش

- سوابق برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی پروژه های بهبود کیفیت که ایمنی بیمار را ارتقاء می دهند؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه اجرا و پیاده سازی پروژه های بهبود کیفیت و فعالیت های ایمنی بیمار؛
- گزارش های پایش در خصوص استفاده از پروژه های بهبود کیفیت قابل ارتقاء و پایدار.

سوابق آموزش کارکنان در زمینه اجرا و پیاده سازی پروژه های بهبود کیفیت و فعالیت های ایمنی بیمار



- امضا های پرسنل که دوره ها را گذرانده اند.
- عکس های دوره ها
- گزارشاتی که توسط مسئول ایمنی به مافوق داده می شود.



در پایان تشکر می‌نمایم از بزرگوارانی که در تهیه این فایل و برگزاری این جلسه با ما همراه بودند :

- ❖ جناب آقای دکتر کمالی معاونت محترم درمان دانشگاه
- ❖ جناب آقای سلیمانی مدیر محترم دفتر پرستاری دانشگاه
- ❖ جناب آقای ایمان الوندی کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان کیش
- ❖ جناب آقای غلامرضا رئیسی کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان صاحب الزمان (عج)
- ❖ سرکار خانم گلناز سادات موسوی کارشناس محترم ایمنی بیمار مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی پیامبر اعظم (ص)
- ❖ سرکار خانم نرگس طهماسب پور افشار کارشناس محترم ایمنی بیمار مرکز آموزشی و درمانی شریعی
- ❖ سرکار خانم نجمه توحیدی کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان خلیج فارس
- ❖ سرکار خانم مرضیه محمدزاده کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان شهدای بندرلنگه
- ❖ سرکار خانم پریچهر صباغ زاده کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان امام رضا (ع)
- ❖ سرکار خانم فرزانه حیدری کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان ام لیل
- ❖ سرکار خانم سعیده لشگری کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان پیامبر اعظم (ص) قشم
- ❖ سرکار خانم آزاده دردخوار کارشناس محترم ایمنی بیمار بیمارستان نیاپور بندر خمیر

به امید آن روز که همه بیمارستان های
استان ، بیمارستان دوستدار ایمنی باشند.

بازساز از توجه شما