



وزارت صحت و طبیعت، سندھ

کتابچہ توجہی بد و خدمت بیمارستان نارالہ



تہیہ و تدوین: ف. احمدی (مدیر پرستاری) - ش. تور محمدی (سوپروایزر آموزش) - م. شمس (سوپروایزر کنٹرل عفونت)

بازنگری: فروردین ۱۴۰۲

فهرست:

معرفی بیمارستان و مدیران.....	۳ و ۴
رسالت بیمارستان.....	۸
قوانین و مقررات.....	۱۰
مدیریت آموزش.....	۱۳
نظام تشویق و تنبیه و ارزشیابی پرسنل.....	۱۷
شرح وظایف کادر پرستاری (شامل پرستار ، هوشبری ، اتاق عمل و کمک پرستاری)	۱۹
کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد.....	۲۹
ایمنی بیمار.....	۴۲
ارتقاء سلامت و آموزش به بیمار و HOME CARE.....	۴۹
احیاء قلبی و ریوی	۵۴
آتش نشانی (شامل معرفی انواع کپسول آتش نشانی و ...)	۶۰
مدیریت بحران (معرفی کد های اضطراری و چارت مدیریت بحران ...)	۶۱

معرفی بیمارستان:

بیمارستان تخصصی ثارالله از لحاظ جغرافیایی در جنوب اتوبان تهران - کرج و در جنوب غربی کرج در منطقه مهرشهر، ابتدای بلوار ارم، کوی فرهنگ واقع گردیده است. این مرکز در زمینی به مساحت ۳۶۵۰ متر مربع با بنای مفید اولیه ۲۴۲۰ متر مربع و کاربری اولیه پلی کلینیک از تاریخ ۱۳۵۸/۴/۲۵ با مالکیت بنیاد مستضعفان و جانبازان در اختیار شهرداری مهرشهر بوده و در تاریخ ۱۳۷۸/۴/۳۰ به شبکه بهداشت و درمان کرج واگذار گردیده است. این مکان از مهر ماه سال ۱۳۸۶ تا مهر ماه سال ۱۳۸۸ در اختیار مرکز بهداشتی درمانی شهید گزلی کوی فرهنگ جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مردم منطقه بوده است. با توجه به نیاز مردم منطقه به خدمات بیمارستانی تصمیم مسئولین وقت و شبکه بهداشت و درمان کرج این مکان از پلی کلینیک به بیمارستان ثارالله تغییر کاربری پیدا نموده که مطالعات و تهیه نقشه اجرایی آن بر عهده دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده است.

پیشرفت کار تا تعیین شرکت پیمانکار و شروع عملیات اجرایی بهسازی و بازسازی بدلیل مشکلاتی متوقف بود که این توقف تا سال ۱۳۸۸ ادامه داشت. در سال ۱۳۸۹ با توجه به ارتقای شبکه بهداشت و درمان کرج به دانشکده علوم پزشکی و به دلیل انحلال دانشگاه علوم پزشکی ایران مشکلاتی در عملیات اجرایی به وجود آمد. از نیمه دوم سال ۱۳۸۹ با همت والا و پیگیری جدی ریاست دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرج عملیات اجرایی بازسازی و بهسازی با سرعت آغاز و در کنار آن تجهیزات پزشکی بیمارستانی مورد نیاز تهیه گردید. به یاری خداوند متعال در تاریخ ۱۳۹۰/۱/۲۴ فاز یک بیمارستان شامل اورژانس، خدمات سرپایی و داروخانه بطور آزمایشی با حضور ریاست دانشگاه علوم پزشکی البرز، معاونین ایشان و جمعی از مسئولین دانشگاه و اهالی محترم افتتاح گردید و از تاریخ فوق روزانه حدود ۴۰۰ بیمار مورد معاینه قرار می گیرند.

چنانچه قبلاً ذکر شد بنای مفید اولیه این بیمارستان ۲۴۲۰ متر مربع بوده که با ۲۰۰ متر مربع بنای الحاقی مجموعاً در ۲۶۲۰ مترمربع در ۳ طبقه شامل زیرزمین، همکف و طبقه اول احداث شده است. بیمارستان ثارالله با ۶۴ تخت مصوب و ۴۴ تخت فعال دارای بخش های: داخلی جراحی مردان، داخلی جراحی زنان - اطفال، ICU، اتاق عمل اصلی، اتاق عمل سرپایی، اورژانس، داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی، سی تی اسکن و کلینیک تخصصی میباشد.

عنوان	توضیحات
تعداد تخت مصوب (طبق پروانه بهره برداری)	۱۱۳ تخت
تعداد تخت فعال	۵۹ تخت
تعداد تخت های ستاره دار	۷ تخت

نام بخش	ICU	داخلی جراحی مردان	داخلی جراحی زنان - اطفال	بستری اورژانس
تعداد تخت	۵	۲۱	۲۶	۱۲

معرفی مدیران مرکز :

ریاست بیمارستان ثارالله

نام و نام خانوادگی : آقای دکتر محمد سینا

پست مربوطه : ریاست بیمارستان

سوابق تحصیلی : پزشک عمومی از دانشگاه کرمان و متخصص داخلی از دانشگاه ایران

سوابق کاری در دانشگاه علوم پزشکی البرز :

استخدام دانشگاه علوم پزشکی البرز از سال ۱۳۹۷

مدیر گروه پزشکان داخلی بیمارستان امام حسین(ع)

رئیس بیمارستان ثارالله از سال ۱۳۹۸ تا تیر ماه ۱۳۹۹

رئیس بیمارستان ثارالله از اسفند ماه ۱۳۹۹

شرح وظایف :

✚ کسب خط مشی و دستورالعمل های لازم از سرپرست مربوطه.

✚ نظارت و سرپرستی در مورد انجام امور درمان بیماران توسط پزشکان معالج بر اساس مقررات و ضوابط تدوین شده در این مورد.

✚ نظارت در مورد انتخاب پزشکان همکار بیمارستان بر اساس ضوابط و مقررات تدوین شده و سعی در تامین کادر پزشکی و غیر پزشکی مورد نیاز طبق برنامه های درمانی و نوع فعالیت بیمارستان.

✚ سرپرستی و اظهار نظر در مورد تهیه آئین نامه و دستورالعمل های مورد نیاز بیمارستان و نظارت بر انجام و اجرای آنها.

✚ سرپرستی و ایجاد هماهنگی در مورد ارائه خدمات درمانی توسط گروه پزشکی بیمارستان.

✚ شرکت در جلسات شورای پزشکی به منظور بررسی مسائل درمانی و واحد های پاراکلینیکی بیمارستان.

✚ ایجاد کمیته های لازم بیمارستانی، انتخاب افراد هر کمیته با همکاری سایر مسئولین و نظارت بر حسن اجرای وظایف. مطالعه گزارش کمیته های مختلف بیمارستان و سعی و اهتمام در مورد رفع مشکلات و نواقص موجود در هر مورد.

✚ بررسی و نظارت بر حسن اجرای وظایف و خدمات درمانی و پاراکلینیکی.

✚ نظارت بر امور مالی، تهیه بودجه سالانه و ثبت هزینه و درآمدهای بیمارستان طبق برنامه های پیش بینی شده.

مدیریت بیمارستان ثارالله
نام و نام خانوادگی: آقای مهندس علی شهبازی

پست مربوطه: مدیریت بیمارستان

سوابق تحصیلی: مهندسی فناوری اطلاعات و ارتباطات (IT)

سوابق کاری:

- ✚ کارشناس مسئول سخت افزار، نرم افزار و شبکه در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ✚ انجام پروژه های کاری مربوط به شبکه و سخت افزار در بیمارستانهای علی اصغر (ع) تهران، بیمارستان شریعتی کرج، مرکز آموزشی درمانی مدنی کرج، مرکز آموزشی درمانی کمالی کرج و...
- ✚ مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان کمالی کرج از سال ۱۳۸۴ تا تیر ماه ۱۳۹۲.
- ✚ عضو کمیته راهبردی بیمارستان کمالی
- ✚ عضویت در تیم ارشد مدیریتی بیمارستان کمالی
- ✚ عضویت در کمیته HIS دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز.
- ✚ مسئول گزارش ۲۰۵ ستونی بیمارستانها در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز و مدرس کارگروه آن در دانشگاه
- ✚ مسئول واحد فناوری اطلاعات بیمارستان ثارالله مهرشهر کرج از سال ۱۳۹۲.
- ✚ عضو کمیته مدیران اجرایی بیمارستان ثارالله.
- ✚ مدیر داروخانه بیمارستان ثارالله.
- ✚ مدیر کلینیک ویژه تخصصی بیمارستان ثارالله.
- ✚ سرپرست مدیریت بیمارستان ثارالله.
- ✚ کسب عنوان اولی در چهار دوره متوالی ارزیابی عملکرد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز (به صورت شش ماهه) در بخش فناوری اطلاعات و ارتباطات (IT) در سالهای ۹۴ و ۹۵ در سطح کل دانشگاه و مرکز بهداشتی درمانی استان.
- ✚ مسئول واحد فناوری اطلاعات (IT) مرکز آموزشی درمانی کمالی کرج از شهریور سال ۱۳۹۶ تا مرداد ماه ۱۳۹۹
- ✚ عضو کمیته مدیران اجرایی در مرکز آموزشی درمانی کمالی
- ✚ مدیر امور رفاهی در مرکز آموزشی درمانی کمالی
- ✚ عضو کمیته اقتصاد درمان در مرکز آموزشی درمانی کمالی
- ✚ مدیریت بیمارستان ثارالله از مرداد ماه ۱۳۹۹

مدیریت پرستاری

نام و نام خانوادگی : خانم فاطمه احمدی

پست سازمانی : مدیر پرستاری بیمارستان ثاراله

سوابق تحصیلی : کارشناس پرستاری

سوابق کاری : ۱۳ سال

شرح وظایف :

- + وظایف و مسئولیت ها : برنامه ریزی در زمینه های ارتقاء کیفی و بهبود مستمر فعالیت های ارائه خدمات مددجویان.
- + مرکز شامل : نمودار سازمانی مصوب , هدف , نوع فعالیت , گزارشات ماهیانه و سالیانه , گزارش حسابرسی پرستاری , پرونده های کارکنان , مصاحبه با کارکنان.
- + مددجویان: برحسب نوع بستری , نیاز مراقبتی , خدمات ارائه شده.
- + منابع شامل نیروی انسانی (پرستاران , بهیاران , کمک بهیاران , تکنسین ها و کاردان های اتاق عمل و هوشبری و سایر کادر وابسته) ساختار فیزیکی , امکانات و تجهیزات.
- + شرکت فعال در نهادهای سیاستگذاری و دیگر کمیته های درون سازمانی.
- + تعیین اهداف (کوتاه مدت , میان مدت , دراز مدت) مبتنی بر نیازها جهت تامین حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجو , بیمار با توجه به خط مشی های مرکز متبوع و پیشنهاد به مقامات ذیربط.
- + تعیین خط مشی و اتخاذ روش های مناسب و تعیین جدول زمان بندی برای رسیدن به اهداف مورد نظر.
- + برنامه ریزی جهت تشکیل و شرکت در کمیته های خاص با شرح وظایف مدون (آموزشی , پژوهشی , کنترل و نظارت کنترل عفونت و).
- + ارائه راهکار بهینه به مسئول و ایجاد شرایط مناسب جهت استفاده بهینه از منابع موجود به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر.
- + تدوین و اجرای برنامه های آموزش به بیمار و خانواده در سطوح مختلف پیشگیری.
- + ایجاد هماهنگی و مشارکت فعال در برنامه ریزی های بهداشتی , درمانی و توانبخشی مرکز - جلب مشارکت تیم بهداشتی مرکز برای دستیابی به اهداف .
- + ایجاد هماهنگی در برنامه های آموزشی بالینی دانشجویان گروه های پرستاری.
- + مشارکت در تنظیم بودجه جهت فعالیت های مرکز.
- + تعیین و پیشنهاد بودجه مورد نیاز و اولویت بندی آن ها جهت اجرای برنامه های پرستاری.
- + مشارکت در طرح های پژوهشی.
- + برنامه ریزی و پیشنهاد جهت پیشگیری از عفونت (کنترل عفونت).
- + انجام برنامه ریزی و همکاری با سایر واحدهای ذیربط در جهت ارتقاء دانش و مهارت حرفه ای کارکنان پرستاری.
- + ارائه راهکارهای اساسی در برنامه ریزی جهت تامین رفاه کارکنان تحت نظارت با همکاری سایر واحدهای ذیربط.
- + تعیین برآورد سطوح مختلف نیروی انسانی مورد نیاز بخش های پرستاری بر اساس استاندارد های علمی.
- + تعیین حدود و انتظارات و عوامل عملکرد در رده های مختلف شغلی با توجه به امکانات و شرح وظایف مصوب.
- + بکارگیری نیروی انسانی بر اساس توانایی افراد در شیفت های مختلف کاری.
- + پیشنهاد و مصاحبه با داوطلبان و انتخاب افراد صلاحیت دار و معرفی آنها به کارگزینی جهت بکار گیری.
- + پیشنهاد انتصاب و انتقال کارکنان تحت نظارت به ریاست مرکز جهت واحدهای ذیربط.
- + تصمیم گیری در مورد مرخصی ها , ماموریت ها کارکنان گروه پرستاری.
- + رهبری و هدایت واحدهای ذیربط در جهت تحقق اهداف سازمانی.
- + ارائه الگوی مناسب پرستاری با برقراری ارتباط موثر , عملکرد مطلوب , حسن رفتار شغلی و.....

- ✚ اتخاذ تدابیر لازم و ارائه راهکارهای اساسی در جهت ایجاد تقویت انگیزش در کارکنان (تشویق و تنبیه) گروه پرستاری.
- ✚ اداره جلسات داخل و خارج مرتبط با وظایف واحد ها.
- ✚ تشکیل و اداره جلسات اختصاصی و ویژه در جهت حل مشکلات واحدهای ذیربط با بهرمندی از فن آوری ها علمی حل مساله
- ✚ تامین نیازهای آموزشی کارکنان شامل : آشنا سازی پرسنل جدیدالورود با مقررات خطمش ها.



رسالت (MISSION):^۱

بیمارستان ثارالله به عنوان یک مرکز درمانی جنرال با هدف ارائه خدمات تشخیصی و درمانی با کیفیت مطلوب و ایمن با بکارگیری نیروهای توانمند و متعهد با رعایت اصول اخلاق پزشکی و حرفه ای در راستای ارتقا سلامت جامعه در منطقه غرب کرج فعالیت می نماید.



دورنمای سال (VISION):^۲

ما برآنیم تا با استعانت از الطاف الهی و با همت والای پزشکان و پرسنل و سازمان های ذینفع با بهره گیری از امکانات و برنامه های مختلف آموزشی نوین، کیفیت خدمات بالینی ایمن را بطور مستمر ارتقاء داده و به عنوان برترین مرکز درمانی غرب کرج شناخته شویم.



ارزش ها (Values):

- * حفظ شان و کرامت انسانی ارباب رجوع و کارکنان
- * رعایت اصول اخلاقی ، موازین شرعی و قانون مداری
- * تلاش در جهت توسعه سرمایه های انسانی، پیشرفت و تعالی فردی و سازمانی
- * بهبود مستمر کیفیت خدمات تشخیصی درمانی

^۱ رسالت/ ماموریت: نشاندهنده فلسفه وجودی سازمان و چرایی فعالیت آن بوده و به عبارتی دیگر بیانگر هویت سازمان است.

^۲ چشم انداز/ دورنما: وضعیت مطلوبی است که سازمان قصد دارد به آن برسد.

* ارج نهادن به مشارکت سازمانی، یادگیری و نوآوری

* تلاش در جهت ارتقاء جایگاه اجتماعی مرکز

* ارتقا سطح ایمنی گیرندگان خدمت و کارکنان



اهداف کلان (Goals):

- ✓ **G1:** ارتقاء سطح رضایتمندی حقوق گیرندگان خدمت و کارکنان
- ✓ **G2:** حفظ و ارتقاء فرهنگ ایمنی در بیمارستان
- ✓ **G3:** ارتقاء کیفی و کمی ارائه خدمات با استفاده از رویکرد اعتبار بخشی
- ✓ **G4:** مدیریت اثربخش درآمدها و هزینه های بیمارستانی
- ✓ **G5:** تقویت همکاری بخش های خصوصی با مرکز در حوزه درمان و پشتیبانی
- ✓ **G6:** رشد و تعالی سرمایه های انسانی
- ✓ **G7:** ارتقا سطح آمادگی و پاسخ دهی مناسب در شرایط اپیدمی ، بحران و بلایا
- ✓ **G8:** توسعه و ارتقاء ساختار فیزیکی و تجهیزاتی بیمارستان
- ✓ **G9:** ارتقاء سلامت بیماران و کارکنان و اجرای برنامه مراقبت در منزل



قوانین و مقررات

۱. کارکنان موظفند در حفظ و نگهداری دستگاهها، تجهیزات و ملزومات اداری و درمان نهایت دقت را داشته باشند؛ بدیهی است در صورت سهل انگاری در نگهداشت وسایل کارکنان م.ظف به جبران خسارت وارده به بیمارستان هستند.
۲. کارکنان بایستی در مصرف ملزومات و وسایل صرفه جویی نمایند.
۳. کارکنان بایستی در مواقع ضرورت در ارائه خدمت به ارباب رجوع همکاری داشته باشند؛ بدیهی است در غیر اینصورت در چهارچوب مقررات اداری برخورد قانونی صورت خواهد گرفت.
۴. در محیط کاری از تلفن همراه استفاده ننمایند مگر در مواقع خاص و ضرورت در مدت زمان بسیار کوتاه
۵. کارکنان بایستی خدمت به ارباب رجوع را سرلوحه کار خود قرار داده و مشکلات ارباب رجوع را در اسرع وقت مرتفع نمایند.
۶. کارکنان بایستی در ارائه خدمات به ارباب رجوع برخورد مناسب و رعایت اخلاق حرفهای و اسلامی را نمایند
۷. کارکنان بایستی در پوشش خود استانداردهای ملی پوشش را رعایت نمایند.
۸. استفاده از لباس فرم طبق دستورالعمل مدیریت پرستاری
۹. استفاده از لباس ساده و مناسب محیط اداری
۱۰. عدم استفاده از زیورآلات (بجز یک انگشتر و ساعت) و و کوتاه نگه داشتن ناخن و عدم استفاده از ناخن مصنوعی
۱۱. ارتقاء طبقه شغلی هر ۴ سال و ارتقاء رتبه هر ۶ سال جهت کارکنان پیمانی و رسمی صورت می گیرد و کسب ۳۰۰ ساعت آموزش جهت ارتقاء رتبه و طبقه الزامی می باشد.
۱۲. رعایت سلسله مراتب اداری توسط کارکنان (تمامی درخواست ها ابتدا به مسئول بخش ارائه گردد و توسط مسئول بخش ها پیگیری صورت می گیرد).
۱۳. تغییرات برنامه و جابه جایی شیفتها با هماهنگی با سرپرستاران و با ارائه فرم جابه جایی برنامه به دفتر سوپروایزری صورت گیرد.
۱۴. رعایت مفاد تفاهم نامه ریاست دانشگاه با شورای سیاستگذاری پرستاری :

- بهبود و ارتقاء وضعیت ،اصلاح فرایندهای جاری و نهادینه سازی روندهای توسعه ای
- اخلاق مداری و مهارتهای ارتباطی
- ایجاد جو اعتماد اطمینان و آرامش و کاهش عوامل تنش زادر محیط پرستاری
- برخورد مناسب پرستاران با بیماران
- ارائه خدمات سلامت ی:تقویت آموزش و پژوهش پرستاری

حضور و غیاب ساعت موظف کاری :

ساعت موظف کاری ۴۴ ساعت در هفته و ۱۹۲ ساعت در ماه است.

شیفت‌های کاری :

✚ شیفت صبح: ۷:۳۰ الی ۱۴:۳۰

✚ شیفت عصر: ۱۳:۳۰ الی ۲۰

✚ شیفت شب: ۱۹:۳۰ الی ۸

۱. ساعت کاری از ساعت ۷:۳۰ لغایت ۱۴:۳۰ می باشد که برای شیفت صبح تا ساعت ۷:۴۵ مهلت (فرجه) داده میشود ، بعد از این ساعت در ازا هر یک دقیقه یک ربع تاخیر به آن اضافه می شود؛ به عنوان مثال چنانچه هنگام صبح اثر انگشت ساعت ۷:۴۶ ثبت شود جریمه تاخیر آن ۱۶ دقیقه محسوب میگردد.
۲. عدم چهره نگاری به هنگام ورود یا خروج از بیمارستان، فقط ۳ مرتبه آن هم با امضای مسئول بخش و تایید مدیریت بیمارستان موردقبول واقع می شود چنانچه برای دفعه چهارم یا بیشتر تکرار شود بایستی برگه مرخصی تکمیل گردد در غیر اینصورت غیبت محسوب می شود.
۳. تمامی کارکنان موظف به ثبت چهره در دستگاه تایمکس در هر ورود و خروج هستند.
۴. هر فرد موظف است در زمانی که چهره وی ثبت نگردیده است، برگه مرخصی یا نامه عدم ثبت چهره را از اول تا سی ام همان ماه به واحد اداری تحویل نماید در غیر اینصورت ترتیب اثر داده نخواهد شد و غیبت منظور میشود.

تاخیر و تعجیل:

میزان تاخیر در ورود به محل کار و یا تعجیل در خروج از محل کار از سقف مرخصی های سالیانه کسر می گردد. چنانچه تاخیر و تعجیل درطول یک ماه به ۶۱ ساعت برسد برای بار اول و دوم به مستخدم اخطار کتبی داده می شود . برای بار سوم ۸۱٪ از فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد. برای بار چهارم ۵۱٪ از فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد . برای بار پنجم ۶۱٪ از فوق العاده شغل مستخدم کسر میگردد وچنانچه تاخیرات برای بار ششم ادامه یابد مستخدم جهت تصمیم گیری به تخلفات اداری جهت تصمیم گیری معرفی خواهد شد.

مرخصی ها:

مرخصی استحقاقی:

مرخصی استحقاقی مجموعاً " یک ماه در طول یک سال می باشد. که قانون گذار برای هر ماه مدت دو روز و نیم روز مرخصی در نظر گرفته است. اعطای مرخصی به افراد از ماههای آینده امکان پذیر نمی باشد. یعنی نمی توان به فردی در خرداد ماه مرخصی تیر ماه را اعطا کرد ولی چنانچه فرد مرخصی ماهیانه اش در همان ماه جاری استفاده نشود به شرط موافقت واحد مربوطه مجاز به اخذ مرخصیهای ذخیره شده می باشد. برگ درخواست مرخصی بایستی حداقل دو روز قبل از زمان مرخصی پس از تایید مدیریت بیمارستان/مترون به واحد اداری تحویل گردد. هیچ مستخدمی به اختیار نمی تواند در هر سال بیش از پانزده روز از مرخصی استحقاقی سالانه خود را ذخیره نماید و هرگاه از بقیه مرخصی مذکور به اختیار استفاده نکند، مدت زاید بر پانزده روز ذخیره نخواهد شد.

مرخصی استعلاجی:

مستندات مرخصی استعلاجی بایستی بلافاصله در اولین روز کاری پس از اتمام دوران استعلاجی به واحد اداری تحویل گردد.

مرخصی ساعتی:

۱. مرخصی ساعتی جزو مرخصی استحقاقی منظور می شود و حداکثر مدت مرخصی از دوازده روز در یکسال تقویمی تجاوز نخواهد کرد.
۲. حداکثر زمان پاس ساعتی نصف ساعت کاری روزانه است؛ به عبارت دیگر حداکثر پاس ساعتی در روزهای هفته ۱۹۵ دقیقه و پنجشنبه ها ۱۸۰ دقیقه است؛ به عنوان مثال کارکنان میتوانند با هماهنگی مدیریت/مترون از ۷:۳۰ تا ۱۰ و یا از ۱۱ تا ۱۴ از پاس ساعتی استفاده نمایند؛ در صورت استفاده بیش از مدت ذکر شده، یک روز مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد.
۳. استفاده از مرخصی ساعتی اول وقت ممنوع است مگر اینکه در مواقع ضرورت پس از هماهنگی با مسئول واحد و تایید مدیریت بیمارستان/مترون انجام شود.
۴. کارکنان بایستی هنگام خروج در شیفت مقرر برگه مرخصی ساعتی را به نگهبان تحویل نموده و پس از درج اثر انگشت در دستگاه تایمکس اقدام به خروج از بیمارستان نمایند.

مدیریت آموزش



معرفی واحد آموزش

سوپروایزر آموزشی: خانم شوکت نور محمدی

رسالت واحد آموزش:

ارتقاء فرایندهای آموزشی متناسب با مهارت ها و دانش کلیه کارکنان بیمارستان با نیازهای بیمارستان و الزامات شغلی شان در راستای فلسفه وجودی بیمارستان و با هدف فرصت های یادگیری، پیشرفت فردی و حرفه ای کارکنان.

- در ارتباط با کلاسهای سامانه آموزش مداوم کارشناسان باید سالیانه ۱۵ تا ۲۵ امتیاز (معادل ۳۰ تا ۵۰ ساعت) داشته باشند.
- با مراجعه به سایت ircme.ir جهت ثبت نام در این کلاسها اقدام نموده (از قسمت برنامه های حضوری، برنامه های وبینار و ...) در زمان شرکت در کلاسها از طریق برنامه [ircme](http://ircme.ir) در گوشی های اندروید، آزمون داده و امتیاز کسب نمایند. (در بعضی دانشگاهها شرکت در وبینارها جهت کسب امتیازات اجباری است)
- کلاسهای آموزش مداوم قابل لینک با آموزش ضمن خدمت می باشند. به امتیازات کسب شده در این سامانه پس از ورود به سامانه از قسمت کارنامه آموزشی میتوانید دسترسی پیدا کنید.
- احتراماً کلاسهای سامانه ضمن خدمت تاثیر مستقیم در احکام حقوقی دارد .
- کارکنان با مدرک کارشناسی باید سالیانه ۱۳۰ ساعت امتیاز، کارشناس ارشد ۱۲۰ ساعت و کاردان ۱۵۰ ساعت امتیاز آموزش ضمن خدمت داشته باشند.
- سامانه ضمن خدمت فقط شامل پرسنل رسمی و پیمانی و قراردادی تبصره ای میشود و پرسنل طرحی و شرکتهای مشمول این سامانه نیستند.
- کلاس ها به دو صورت شغلی و عمومی می باشند که ۷۰ درصد کلاسهای پرسنل میباید شغلی باشد، بنابراین پرسنل سعی کنند ابتدا کلاسهای شغلی را بگذرانند و امتیازات خود را با دوره های عمومی تکمیل نمایند.
- اکثر کلاسهای برگزار شده در بیمارستان جزء کلاسهای شغلی میباشد. که بعد از شرکت پرسنل در کلاسها در صورت عدم ارزشیابی کلاسها از طریق سامانه، امتیاز کسب نخواهد شد.
- جهت دسترسی به امتیازات خود پس از مراجعه به سایت amouzesesh.abzums.ac.ir و وارد کردن نام کاربری و رمز ورود وارد قسمت پورتال آموزش_سوابق آموزشی شوید، در قسمت گزارش موارد نمایش داده شده در گزینه شناسنامه آموزشی بر اساس ساعات پذیرفته شده و موارد نمایش داده شده در گزینه سوابق آموزشی بر اساس کلیه کلاسهای آموزشی شرکت کرده افراد (تایید شده-در حال بررسی-مردود شده) لیست شده است.
- اثربخشی کلاسهای آموزشی براساس مدل کرک پاتریک انجام میشود که این مدل شامل چهارسطح میشود:
 - ✓ **سطح اول * واکنش*** (شامل ارزشیابی مدرس و فضای آموزشی) که در سامانه amouzesesh.abzums.ac.ir توسط پرسنل تکمیل میگردد.
 - ✓ **سطح دوم * یادگیری*** (شامل انجام پری تست و پست تست)
 - ✓ **سطح سوم * رفتار*** که مهمترین سطح مدل کرک پاتریک میباشد (شامل ارزیابی اثربخشی کلاسها در رفتار و بالین کارکنان)
 - ✓ **سطح چهارم * نتایج*** که منجر به تغییر در شاخصهای کلیدی سازمان میگردد .

- تمامی پرسنل جهت کسب امتیاز ارزشیابی سالیانه خود موظف به گذراندن دوره های آموزشی حداقل به میزان ۵۰ ساعت و حداکثر ۱۳۰-۱۲۰-۱۵۰ ساعت (بر اساس مدرک تحصیلی) آموزش ضمن خدمت و ۲۵ امتیاز آموزش مداوم می باشند.
- دوره های آموزشی ارتقاء شغلی به ازای هر ۱۰ ساعت ۳ امتیاز و دوره های آموزشی عمومی به ازای هر ۵ ساعت ۱ امتیاز لحاظ می گردد.
- دوره های آموزش مداوم به ازای هر ۲ ساعت ۱ امتیاز لحاظ می گردد.
- تدریس در زمینه شغل مورد تصدی در دوره های عمومی یا تخصصی هر ۲ ساعت ۱ امتیاز لحاظ می گردد.

پروانه صلاحیت حرفه ای

گواهینامه ای است که از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به هر پرستار پس از اطمینان از احراز شایستگی های لازم مبتنی بر استاندارد های حرفه ای تعلق می گیرد.

مزایای صلاحیت حرفه ای پرستاران

*ثبت اطلاعات کلیه پرستاران برای برنامه ریزیهای مدیریتی

*پیگیری وضعیت اشتغال و ردیابی شغلی پرستاران

*امکان دسترسی به اطلاعات خطاهای شغلی

*حفظ سطح دانش پرستاران

*مطابقت با سیستم های ثبت بین المللی

*حفظ عنوان پرستار حرفه ای

شرایط احراز پروانه صلاحیت حرفه ای

*صلاحیت علمی: کسب امتیاز بازآموزی به میزان سالانه ۲۵ امتیاز از دفتر آموزش مداوم وزارت بهداشت (مجموع امتیاز آموزش مداوم

و ضمن خدمت افراد باید از سال ۹۵-۹۱ به ۱۱/۵ امتیاز یا ۲۳۰ ساعت برسد)

*صلاحیت اخلاقی و انضباطی

*صلاحیت جسمی و روانی

پرسنل جدیدالورود

پرستار خبره در بیمارستان جهت ارزیابی پرسنل جدیدالورود در بخشها سر پرستاران می باشند.

پرسنل جدیدالورود در بدو ورود و در طی یکماه اول در چهار حیطه مهارتهای عمومی، مهارتهای ارتباطی، مهارتهای اختصاصی کلی و مهارتهای اختصاصی بخش ارزیابی می گردند که بازخورد به دفتر پرستاری داده می شود سپس توسط مدیریت محترم پرستاری و سوپروایزر آموزشی ارزیابی و بازخورد به بخش جهت اصلاح داده میشود و در صورت عدم اصلاح تصمیم گیری جهت ابقا یا خروج پرسنل انجام میگردد.

فرم PDP

فرم pdp برنامه توسعه فردی می باشد فرم pdp براساس نیاز سنجی و به صورت سیستمی تکمیل میگردد. در فرم pdp

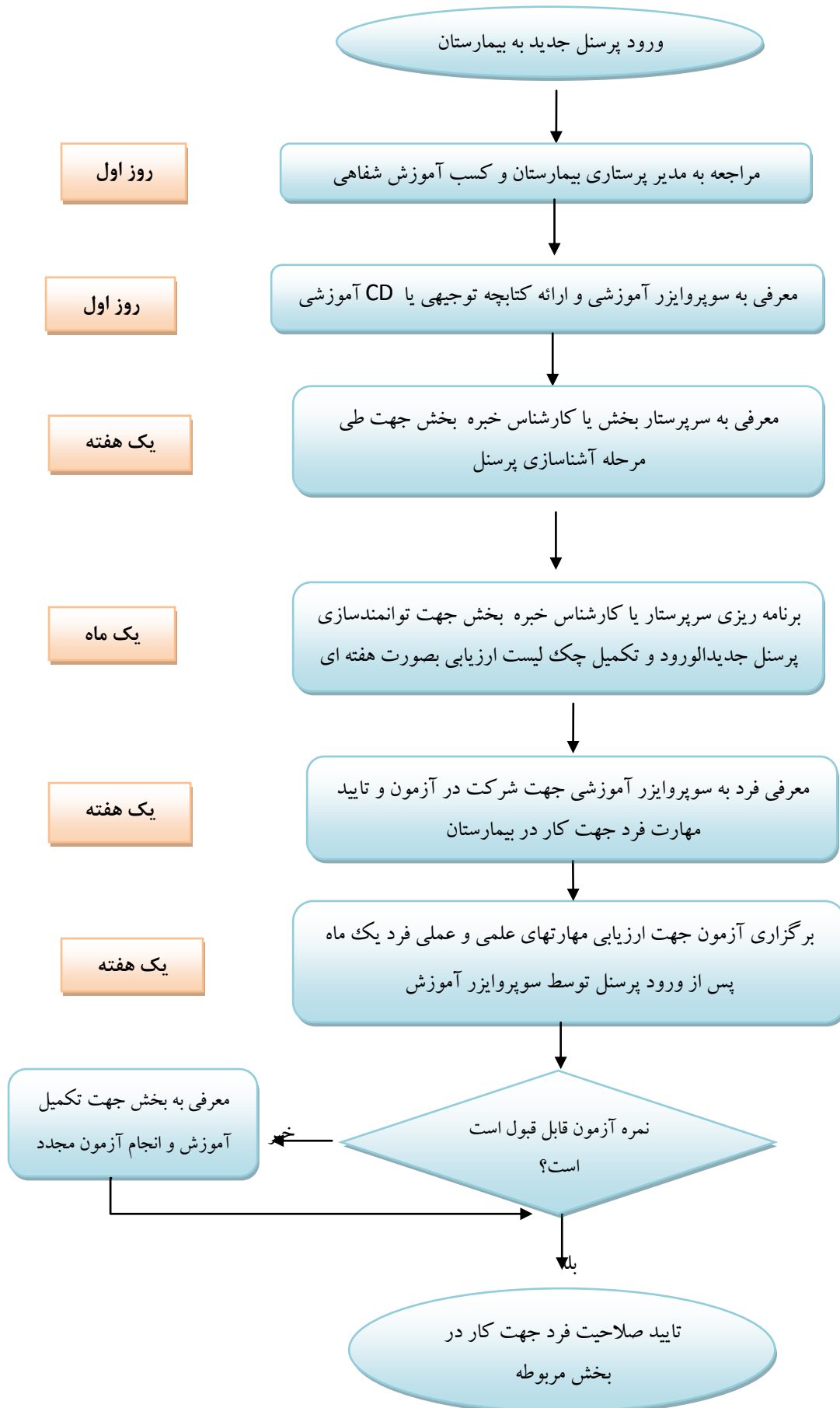
قسمت اول نظر خود فرد مبنی بر نیاز به دوره آموزش خاصی ذکر میشود

قسمت دوم نظر مسوول واحد ثبت میگردد

قسمت سوم نیاز سازمان

قسمت چهارم نظر سوپروایزر آموزشی منطبق با نیاز های تخصصی پرسنل در بخش مربوطه می باشد.

نمودار فرایند آموزش پرسنل جدیدالورود در کلیه مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی البرز



نظام تشویق و تنبیه و ارزشیابی پرسنل

یکی از وظایف مهم مدیران در سازمانها شناسایی استعدادهای بالقوه کارکنان، شایسته سالاری، توانمند سازی آنان و فراهم نمودن زمینه های رشد و شکوفایی آنان است که زمینه تحقق هدف مهم واساسی ارتقای بهره وری را نیز فراهم می کند و به عبارت دیگر شناخت مسائل انگیزشی کارکنان جهت بهبود عملکرد و افزایش بهره وری سازمان بسیار حائز اهمیت است، همچنین کسب چنین شناختی می تواند به بهبود کاربرد منابع انسانی سازمانی کمک کند و در جلوگیری از مقاومت کارکنان در مقابل تغییرات، کاهش محدودیت در بازده کارکنان کمک نماید و به یک سازمان سودآور منتهی شود.

در راستای اهداف فوق شناسایی کارکنانی که به هر دلیل از انجام شرح وظایف خود سرباز زده و قصور و کوتاهی محرز در عملکردشان به چشم میخورد که منجر به کاهش رضایتمندی مراجعین، قصور پرستاری به دلیل کاهش کیفیت خدمات ارائه شده و همچنین کاهش رضایتمندی همکاران و مسئولین مافوق میگردد باید به نحو مقتضی حدود انتظاراتشان مجدد بازبینی و به ایشان اطلاع رسانی شود و در صورت تکرار قصور و کوتاهی مراحل تنبیه برایشان در نظر گرفته می شود.

لازم به ذکر است که مسئولین محترم باید ابزار سنجش (چک لیستها) را طبق استانداردها طراحی نموده و براساس آن پرسنل را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهند.

اقداماتی که انجام آنها منجر به تشویق پرسنل می گردد شامل:

۱. ورود و خروج به موقع
 ۲. فرم مصوب و پوشش مناسب و رعایت حجاب و شئونات اسلامی
 ۳. رعایت سلسله مراتب اداری
 ۴. انعطاف پذیری و انتقاد پذیری
 ۵. تحویل و تحول بالینی صحیح
 ۶. رعایت احترام به همکاران
 ۷. برقراری ارتباط موثر و مناسب با همراهان و رضایتمندی
 ۸. پذیرش صحیح و ارزیابی اولیه به موقع و مناسب بیمار
 ۹. اجرای دستورات پزشک و ارائه خدمات پرستاری صحیح طبق استاندارد
 ۱۰. ارائه آموزش های لازم بدو ورود، حین بستری، زمان ترخیص
 ۱۱. رعایت اصول احتیاطات استاندارد و کنترل عفونت
 ۱۲. شرکت مستمر در جلسات درون بخشی و کارگاههای آموزشی
 ۱۳. سرعت عمل مناسب در انجام وظایف محوله
 ۱۴. همکاری مناسب با همکاران، سوپروایزر در صورت نیاز و برحسب صلاحدید
 ۱۵. استمرار در محافظت از تجهیزات و وسایل موجود در بخش و نگهداشت تجهیزات
 ۱۶. استمرار در صرفه جویی و اصول صحیح استفاده از اقلام مصرفی همکاری و مشارکت در کاهش کسورات
 ۱۷. در دسترس بودن در ساعات غیر موظف
 ۱۸. داشتن روحیه انتقاد پذیری از مافوق وزیر مجموعه
 ۱۹. رعایت فرایندها و استانداردهای مراقبتی و درمانی
 ۲۰. مشارکت در امر آموزش و توانمند سازی
- عدم انجام هر یک از موارد فوق می تواند منجر به تنبیه پرسنل شود.

گام های تشویق پرسنل:

- ۱- ساعت اضافه کاری به آنان - در صورت ارائه عملکرد ویژه در شیفت که منجر به اقدام مورد تقدیر گردیده برحسب صلاحدید تعلق می یابد.
- ۲- هر ماه پرسنلی که عملکرد آنان به تایید مسئولین بخش ها و سوپروایزرین برسد از Off تشویقی برخوردار می گردند.
- ۳- هر ۳ ماه پرسنلی که بیشترین امتیاز تشویق را کسب نموده باشند و مسئولین بخش و سوپروایزرین تایید نمایند تشویق کتبی با درج در پرونده دریافت می نمایند.
- ۴- هر پرسنلی که در پایان ۶ ماه در ارزشیابی بالاترین نمره را کسب نمایند و در ارزیابی ها نیز به طور مستمر عملکرد مناسب داشته باشند جهت دریافت تقدیر نامه از مقام بالاتر به دفتر پرستاری دانشگاه معرفی می گردند.
- ۵- پرسنلی که در ارزشیابی ۶ ماه اول سال بالاترین نمره را داشته باشند، نمره ارزشیابی سال قبل آنها نیز بالاتر از ۹۰ باشد جهت روز پرستار به عنوان پرستار نمونه یا فعال به دانشگاه معرفی می گردند. (در صورت عدم تکرار)
- ۶- پرسنل فعال در هر ماه شناسایی و پس از کسب امتیاز لازم در بردهای بیمارستان از طرف دفتر پرستاری اعلام می گردند.

گام های تنبیه پرسنل:

- ✓ عدم رعایت برنامه درخواستی به مدت ۱ تا ۳ ماه
- ✓ تغییر در شیفت ها برحسب صلاحدید در راستای افزایش توانمندی و ایجاد فرصت های ارتقاء
- ✓ معرفی به دفتر پرستاری بیمارستان و مذاکره شفاهی مترون با پرسنل
- ✓ کاهش نمره مبتنی بر عملکرد پرسنل
- ✓ تذکر کتبی بادرچ در پرونده
- ✓ در صورت تکرار قصور و سهل انگاریها معرفی به تخلفات اداری دانشگاه
- ✓ در صورت تکرار قصور و سهل انگاریها اخذ تعهد خدمتی کتبی
- ✓ درخواست لغو قرارداد یا پیمان نامبرده طبق قانون ومقررات اداری

شرح وظایف کادر پرستاری (شامل پرستار ، هوشبری ، اتاق عمل و کمک پرستاری)



پست سازمانی : پرستاری

وظایف و مسئولیت ها :

۱. جلب اعتماد و اطمینان مددجو (فرد ، خانواده و جامعه) و برقراری ارتباط حرفه ای موثر (آشنا سازی با محیط ، معرفی خود و همکاران به مددجو ، پاسخ صحیح به سوالات ، در خواست ها و مشکلات با دادن اختیار به وی با بکارگیری مهارت های کلامی و غیرکلامی و در نظر گرفتن تفاوت های فردی مددجویان
۲. تلاش در ایجاد محیطی امن و حفظ استقلال و کیفیت زندگی و سلامت مددجو .
۳. بررسی ، شناخت و کسب اطلاعات از وضعیت سلامت مددجو و ثبت در پرونده .
۴. تعیین ، ثبت مشکلات ، نیازهای بهداشتی مددجو و تشخیص پرستاری مبتنی بر دانش ، مهارت و پژوهش .
۵. برنامه ریزی اقدامات مراقبتی بر اساس اهداف و اولویت ها و ثبت آن در پرونده .
۶. مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات و نظارت بر فعالیت های تیم پیراپزشکی .
۷. انجام اقدامات مراقبتی بر اساس استاندارد های خدمات پرستاری و ثبت و پیگیری آن ، با توجه به :

الف : نیازهای جسمی :

- ✓ تامین بهداشت فردی (پوست ، مو ، دهان و).
- ✓ خواب ، استراحت و آسایش .
- ✓ تغذیه : تعیین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی بیمار ، سوند گذاری معده (NGT) ، گاوآژ و انجام مراقبت های لازم .
- ✓ تامین نیازهای دفعی بیمار ، کنترل و ارزیابی عملکرد سیستم ادراری و گوارشی ، سوند گذاری مثانه ، شست و شوی مثانه ، مراقبت از سوند و درن ها، لاواژ ،مراقبت از کلسومی و انواع تنقیه .
- ✓ تنفس (تمرینات تنفسی ، اکسیژن رسانی ، ساکشن ، مراقبت از لوله تراشه و تراکتوستومی)
- ✓ گردش خون (کنترل علائم حیاتی)
- ✓ نظارت بر ایجاد حداکثر تحریک در بیمار (حرکت در تخت ، انتقال به صندلی ، تغییر وضعیت ، انجام حرکات فعال و غیر فعال ، بکارگیری از وسایل کمک حرکتی)
- ✓ تعادل آب الکترولیت ها (کنترل جذب و دفع ، بررسی و حفظ تعادل الکترولیتی ، توزین روزانه)
- ✓ مراقبت از سیستم پوستی (مراقبت از پوست و مخاط ، مراقبت از انواع زخم ها ، کشیدن بخیه ها) .
- ✓ مراقبت از سیستم عصبی (کنترل سطح هوشیاری بیمار و کنترل تحریکات محیطی مناسب) .
- ✓ حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیت های روزمره زندگی با مشارک تیم توانبخشی ، اعتلای مفهوم خود در بیمار ، تطابق روانی ، اجتماعی مددجو (تشویق بیمار به شرکت فعال تر در تصمیم گیری های درمانی خود و) ایجاد محیط مناسب جهت تامین نیازهای معنوی و مذهبی مددجو ، دفاع از حقوق مددجو بر اساس منشور حقوق بیمار .

ب : انجام مراقبت های تشخیصی ، درمانی تجویز شده در موارد زیر :

دادن داروهای خوارکی ، واژینال ، رکتال ، تزریقی (جلدی ، زیر جلدی ، وریدی ، عضلانی و واکسیناسیون) ، مایعات وریدی ، تزریق خون و فرآورده های آن ، کنترل اثر درمان و پیش گیری از عوارض جانبی آنها ، تغذیه کامل وریدی - انجام ECG - انجام EEG - گذاشتن سوند فولی ، گذاشتن سوند معده (NGT) ، گچ گیری ، آتل گیری ، کشش پوستی ، بخیه لایه اول پوست ، برقراری خط وریدی IV (Line)

ج: انجام اقدامات اولیه احیاء قلبی ریوی تا حضور تیم احیاء .

- ✓ ارزشیابی نتایج ارائه شده به مددجو و در صورت لزوم بررسی و برنامه ریزی مجدد به منظور ارائه مراقبت های لازم .
- ✓ ارائه اقدامات پرستاری جهت کنترل درد .
- ✓ شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیت ها و حوادث غیر مترقبه .
- ✓ اقدامات مناسب در جهت تامین ایمنی بیمار یا مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی .
- ✓ سرپرستی و نظارت مستمر بر حسن اجرای اقدامات مراقبتی توسط سایر اعضای گروه پرستاری .
- ✓ بررسی نیازهای آموزشی ، تعیین سطح انگیزش ، توسعه برنامه های آموزشی ، اجرای آموزش و ارزیابی یادگیری در مددجو ، ختانو اده و جامعه بته منظور تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت .
- ✓ ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل .
- ✓ راهنمایی و مشاوره با مددجو ، در صورت لزوم ارجاع به سایر منابع تخصصی ، حمایتی و اجتماعی .
- ✓ آماده سازی مددجو ترخیص .
- ✓ پی گیری و ارائه خدمات پرستاری و اقدامات مراقبتی در منزل پس از ترخیص با هماهنگی مرکز درمانی .
- ✓ انجام اقدامات ضروری به منظور پیشگیری از عفونت ها (آموزش و پژوهش) .
- ✓ همکاری با گروه بهداشتی جهت رفع مشکلات محیطی ، حفاظتی و خدماتی با استفاده از همفکری و همیاری و مشارکت جامعه (فرد ، خانواده ، گروه ، مدرسه ، کارخانه و) و پیگیری آن ها .
- ✓ شرکت در دوره های آموزشی و همکاری در برنامه ریزی آموزشی - پژوهشی (آموزش ضمن خدمت ، باز آموزی ها ، آموزش دانشجویان پرستاری و سایر اعضای گروه بهداشتی درمانی ، همکاری در انجام پژوهش های مورد نیاز در جهت اعتلای خدمات پرستاری) .
- ✓ مشارکت در ارائه خط مشی های مراقبتی و بهداشتی و توانبخشی در جهت بهبود مداوم کیفیت خدمات .
- ✓ مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده بیمار و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی .
- ✓ تحویل بخش از پرسنل شیفت قبل و به پرسنل شیفت بعد بر بالین بیماران و گزارش اقدامات انجام شده .
- ✓ شرکت و همراهی با پزشکان در ویزیت بیماران ، گزارش و اقدامات انجام شده ، مشاهدات و پاسخ های بیمار جهت تعیین خط مشی درمانی مناسب از سوی تیم پزشکی .
- ✓ ثبت کلیه اقدامات انجام شده .

پست سازمانی : تکنسین بیهوشی

وظایف و مسئولیت ها :

دریافت دستور و برنامه تقسیم کار از سرپرستار اطاق عمل .

۱. اطمینان یافتن از سالم بودن و کارآیی دستگاهها و تجهیزات بیهوشی قبل از شروع هر شیفت کاری (شامل دستگاههای بیهوشی ، ساکشن ، مانیتور ، پالس اکسی متر و) و گزارش هر گونه نقص یا خرابی به پرستار .
۲. اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و امکانات بیهوشی موجود و گزارش موارد ناکافی و یا کمبودها .
۳. آشنایی با روشهای استریلیزاسیون و ضدعفونی و کاربرد آن و رعایت در تمام مراحل عمل .
۴. آماده نمودن کلیه دستگاهها و لوازم مورد نیاز بیهوشی بر طبق لیست عمل جراحی .

۵. کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل ، آزمایشات ضروری نوار قلب ، مشاوره ، آماده بودن خون و).
۶. اقدامات و تدابیر قبل از بیهوشی بیمار

کنترل آمادگی قبل از عمل

- ✓ کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند مشخصات .
- ✓ هدایت بیمار به تخت عمل .
- ✓ همراهی بیمار از ابتدا تا انتهای عمل .
- ✓ دادن توضیحات در مورد بیهوشی .
- ✓ کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیر طبیعی .
- ✓ برقراری راه وریدی (IV) – ثابت نمودن سر بیمار .
- ✓ در اختیار گذاردن داروها و لوازم مورد نیاز بیهوشی به پزشک .
- ✓ کنترل گازهای بیهوشی جهت پرهیز از استفاده آنها بجای یکدیگر .
- ✓ اجرای دستورات و همکاری با پزشک .

اقدامات و تدابیر حین بیهوشی بیمار :

- ✓ کنترل علائم حیاتی .
- ✓ مانیتورینگ یا کنترل سطح بیهوشی .
- ✓ کنترل راه هوایی بیمار – کنترل جذب و دفع .
- ✓ مکت وب شدن دستورات شفاهی .
- ✓ حفظ پوشش و رعایت حریم بیمار طبق موازین شرعی .
- ✓ ثبت دقیق کلیه موارد در فرم مربوطه .
- ✓ حفاظت از بیمار جهت جلوگیری از سوختگی با کوتر .

اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی بیمار :

- ✓ کمک و همکاری با پزشک در بهوش آوردن بیمار .
- ✓ کنترل علائم حیاتی ، ثبت آنها و گزارش موارد غیر طبیعی .
- ✓ کنترل بیمار از نظر بازگشت عکس العملها و رفلکسها و ورود به مرحله هوشیاری .
- ✓ محافظت از سر و اندام .
- ✓ تنفسی فوقانی در حین انتقال بیمار از تخت عمل به برانکارد – کمک به حفظ پوزیشن و پوشش بیمار در انتقال به ریکاوری .
- ✓ انتقال بیمار به ریکاوری و گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار (علائم حیاتی ، روش بیهوشی ، داروها، سطح هوشیاری ، رفلکس ها، رنگ پوست ، خونریزی ، مایعات دریافتی و خون ، مشکلات و عوارض ثبت قبل و حین بی هوشی و) به مسئول ریکاوری .
- ✓ ضد عفونی و آماده کردن کلیه وسایل مربوط به بی هوشی جهت عمل بعدی .
- ✓ همکاری در اجرای برنامه های آموزشی و پژوهشی بیمارستان و بخش تحت نظر مسئول مربوطه .

- ✓ شرکت در برنامه های آموزشی ضمن خدمت (بازآموزی و)
- ✓ تحویل فرم های تکمیل شده گزارشات و دارو و موارد کتبی لازم در مراحل قبل ، حین و بعد از بیهوشی به مسئول ریکاوری .
- ✓ همکاری در انجام عملیات احیاء قلبی – تنفسی در اتاق عمل .
- ✓ همکاری کامل با تیم عمل جراحی .
- ✓ مشارکت در برنامه شست و شو اتاق عمل (واشینگ (طبق سیاست های جاری بیمارستان

پست سازمانی : تکنسین اتاق عمل

وظایف و مسئولیت ها :

۱. دریافت دستور و برنامه کار از سرپرست مربوطه .
۲. اطمینان یافتن از سالم بودن و کارایی دستگاهها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع عمل (شامل : ساکشن ، دستگاه الکتروکوتر و چراغ سیالتیک و و گزارش هر گونه نقص یا خرابی به مسئول مافوق .
۳. اطلاع از وجود لوازم و امکانات مورد نیاز اعمال جراحی و گزارش موارد ناکافی و کمبود ها و نقایص به مسئول مافوق .
۴. آشنایی با روشهای استریلیزاسیون و ضدعفونی و بکار گیری آنها .
۵. کنترل اطاق عمل از نظر نور کافی ، سیستم برق رسانی ، درجه حرارت ، رطوبت ، پاگیژی ، ایمنی و
۶. آماده نمودن اطاق عمل با لوازم و وسایل جراحی لازم بر طبق لیست عمل جراحی .
۷. کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی مورد نیاز (مانند اجازه عمل و آمادگیهای عمل ، داروهای قبل از عمل ، عدم داشتن وسایل مصنوعی و زیورآلات و)
۸. کنترل و اطمینان از استریل بودن لوازم و بسته های وسایل .

ایفای نقش سیار قبل از عمل :

۱. برقراری ارتباط و ارائه آموزش های لازم به بیمار .
۲. کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی .
۳. کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند مشخصات .
۴. هدایت بیمار به تخت عمل – قراردادن بیمار بر روی تخت به نحوی که هیچگونه صدمه ای به وی وارد نگردد و پوشش و حریم بیمار حفظ شود .
۵. تنظیم تخت جراحی و چراغها بر حسب نوع و ناحیه عمل .
۶. قراردادن کلیه دستگاهها و تجهیزات در اطراف تخت جراحی بر طبق قابلیت دسترسی و نیاز .

ایفای نقش سیار حین عمل :

۱. حضور در تمام طول عمل و اشراف بر محیط و اتفاقات و وضعیت بیمار – کمک بته جراحان و پرستار استکراپ در پوشتیدن گان و دستکش و
۲. باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخها و سایر وسایل و در اختیار گذاردن آنها .

۳. پرب منطقه عمل .
۴. شمارش و ثبت نخ ، گاز ، لنگ گاز ، درن و قبل از اتمام به همراه تیم جراحی و جمع آوری آنها پس از استفاده .
۵. کنترل رعایت نکات استریل در حین عمل .
۶. پیش بینی نیازمندیهای گروه جراحی و آماده نمودن آنها .
۷. توجه و تشخیص تغییر در وضعیت بیمار ، گزارش به تیم و تامین وضعیت جدید در جهت اصلاح تغییر بوجود آمده .
۸. نگهداری و جمع آوری نمونه بر طبق سیاست بیمارستان و ثبت مشخصات بر روی ظرف حاوی نمونه و فرستادن آن به آزمایشگاه بر طبق دستورالعمل و دریافت رسید .
۹. ثبت و کنترل زمانهای درخواست شده گروه جراحی مانند زمان تورنیکت .
۱۰. ایفای نقش سیار پس از پایان عمل .
۱۱. کمک در پانسمان محل جراحی .
۱۲. برداشتن پوششها با رعایت موازین شرعی و آماده نمودن بیمار جهت انتقال به ریکاوری .
۱۳. تکمیل نمودن کلیه گزارشات و موارد ثبتی که از ابتدای عمل ثبت گردیده بود .
۱۴. خارج نمودن وسایل مربوط به عمل جراحی قبلی و آماده نمودن اتاق جهت عمل بعدی .
۱۵. کمک در جابجایی و انتقال بیمار به ریکاوری و ارائه گزارش شفاهی و کتبی در مورد وضعیت ناحیه جراحی .

ایفای نقش دست شسته (اسکراپ) در حین عمل :

دست شستن بر طبق دستورالعمل

۱. پوشیدن گان و دستکش استریل .
۲. پوشاندن میزها با پوشش استریل و قرار دادن وسایل و لوازم به شکل استریل بر روی آنها (شامل وسایل جراحی ، نخ ، درنھا ، گاز و).....
۳. شمارش و کنترل کلیه وسایل و لوازم مصرف شده (گاز ، لنگاز ، قیچی ، پنس ، سوزن ، نخ ، درنھا و) در شروع و در طول عمل و پایان عمل به همراه فرد سیار .
۴. کنترل لوازم جراحی درون ست های جراحی قبل از عمل بر طبق شناسنامه هر ست جراحی .
۵. کمک در شستن نهایی پوست بیمار (درپ) و پوشاندن بیمار با پوششهای استریل .
۶. نظارت بر رعایت نکات استریل توسط تیم جراحی در طول عمل .
۷. اطلاع به تیم جراحی در صورت خیس بودن شان ها جهت جلوگیری از سوختگی باکوتر .

ایفای نقش دست شسته در پایان عمل :

۱. کمک به پایان محل عمل .
۲. برداشتن پوششهای استریل با رعایت موازین شرعی و حریم بیمار و آماده نمودن بیمار جهت انتقال به ریکاوری .
۳. گزارش کلیه اقدامات انجام شده و وسایل متصله به بیمار به مسئول ریکاوری .
۴. تکمیل نمودن کلیه گزارشات و موارد ثبتی که از ابتدای عمل ثبت گردیده .
۵. جمع آوری و شست و شوی وسایل مورد استفاده و انتقال آنها به مراکز استریلیزاسیون بر حسب سیاست بیمارستان .

شرکت در انجام عملیات احیاء در اتاق عمل .

مراقبت از جسد طبق موازین شرع و استاندارد ها .

همکاری در اجرای برنامه های آموزشی پژوهشی بیمارستان و بخش .

شرکت در آموزشهای ضمن خدمت - بازآموزی و

مشارکت در برنامه شست و شوی اتاق عمل طبق سیاست های جاری بیمارستان

پست سازمانی : کارشناس مامایی

۱- دوران قبل از بارداری:

وظایف ماما در دوران قبل از بارداری شامل :آموزش ،مشاوره ، غربالگری و ارائه خدمات مطابق دستورالعمل می باشد.

۲-دوران بارداری

۱-۲ خدمات سرپایی

- ✓ گرفتن شرح حال ، تاریخچه مامایی و تعیین تاریخ احتمالی زایمان.
- ✓ انجام معاینات فیزیکی و مانورهای لئوپولد.
- ✓ معاینات ارزیابی لگن.
- ✓ توزین ، کنترل علائم حیاتی ، بررسی ارتفاع رحم ، پایش رشد جنین و سمع صدای قلب جنین.
- ✓ درخواست آزمایشات تشخیص حاملگی (خون ، ادرار)
- ✓ در خواست آزمایشات معمول حین حاملگی : مطابق با دستورالعمل شامل : کامل ادرار ، کشت ادرار CREATININE.BUN
- GTT.GCT.HIV.BloodGroup RH.Hct.Hb.CBCDiff.FBS.VDRL.HBSAg.HBSAb.CHOLESTROI.TRIGLYCERIDE
- تیتراژ آنتی بادی ضد سرخجه ، کومبس غیر مستقیم.

- ✓ درخواست سونوگرافی حاملگی ، بررسی سلامت جنین و بیوفیزیkal پروفایل.
- ✓ مشاوره و آموزش دوران بارداری در زمینه بهداشت فردی ، تغذیه ، علائم هشدار ، مصرف داروها، رفتارهای پرخطر ، عوامل خطر
- ✓ محیطی و شغلی ، بهداشت دهان و دندان ، ورزشهای دوران بارداری و آمادگی جسمی و روحی دوران بارداری ، وضعیتهای مختلف
- ✓ زایمان ، مزایای زایمان طبیعی ، مضرات سزارین های غیر ضروری، ترویج تغذیه با شیر مادر ، مراقبت از نوزاد ،مراقبتهای پس از زایمان و تنظیم خانواده.
- ✓ صدور گواهی سلامت مادر برای شرکت در کلاس های آمادگی دوران بارداری و زایمان.
- ✓ برگزاری کلاس های آموزش دوران بارداری ، کلاسهای آمادگی برای زایمان.

✓ آموزش روش های بی دردی و کاهش درد زایمان برای مادر و همراه.

✓ ارزیابی سلامت جنین شامل ، بررسی حرکات جنین ، NST

تبصره ۴: ماما می تواند OCT (Oxytocin Challenge Test) را زیر نظر پزشک انجام دهد.

✓ تجویز داروهای مجاز در حاملگی طبق لیست پیوست و برابر دستورالعمل های مربوطه.

✓ انجام کلیه مراقبتهای لازم از مادران باردار مبتلا به بیماریهای داخلی و جراحی طبق دستورالعمل.

۲-۲ وظایف مربوط به گروه مادران پر خطر بستری

انجام اقدامات مراقبتی و درمانی در گروه مادران باردار پر خطر بستری بر اساس دستورالعمل و دستور پزشک .

حین لیبر و زایمان

- گرفتن شرح حال ، معاینه فیزیکی و ثبت در پرونده.
- تصمیم گیری ، دستور پذیرش و تشکیل پرونده مطابق فرم های مربوطه.
- معاینه واژینال و ثبت پیشرفت زایمانی در فرم پارتوگراف و پرونده مادر.
- تشخیص فوریت های مامایی و اطلاع به پزشک مقیم یا آنکال برای حضور بر بالین بیمار .
- درخواست انجام آزمایشات (خون ، ادرار، فرن تست ، نیتراژین تست ، رزرو خون)

تبصره: انجام فرن تست و نیتراژین تست به عهده ماما است.

- درخواست روش های پاراکلینیکی (سونو گرافی ، رادیولوژی ، NST- BPS)

تبصره: ماما می تواند OTC را به منظور ختم حاملگی زیر نظر پزشک انجام دهد.

✓ انجام اقدامات اورژانس مامایی در مواقع عدم دسترسی به پزشک و ارجاع مادر یا نوزاد به سطوح بالاتر مراقبتی منطقه

پست سازمانی : کمک پرستار

وظایف و مسئولیت ها :

وظایف کمک پرستار با هدف کمک به مددجو / بیمار جهت حفظ ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی مبتنی است بر :

✓ -توجه به آموزه های دینی و فرهنگی

- ✓ - رعایت منشور حقوق مددجو / بیمار
- ✓ - رعایت اخلاق حرفه ای
- ✓ - رعایت استاندارد هایمراقبتی تحت نظر پرستار
- ✓ - برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- ✓ - جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی

شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- حضور فعال در زمان تحویل شیفت به همراهی سایر اعضای تیم
- ۲- کسب دستور و برنامه کار از مسئول شیفت
- ۳- همکاری در امر پذیرش ، ترخیص مددجو / بیمار در بخش مربوط
- ۴- تامین نیاز های بهداشتی اولیه مددجویان برحسب صلاحدید سر پرست مربوطه شامل : حمام دادن یا کمک در حمام در کردن (حمام بیمار در تخت / حمام دوش و وان) دهانشویه و مراقبت و نظافت از دهان و دندان ، امور نظافتی مانند شستن دست و صورت فکوتاه کردن ناخن ها ، تعویض البسه ، مرتب کردن واحد (یونیت) بیمار ، ماساژ پوست ، توزین بیمار ، تغییر وضعیت بیمار ، اصلاح سر و صورت بیمار ، آماده کردن ناحیه عمل (شیو) ، شستن سر در تخ ، مراقبت از سر آلوده
- ۵- توجه و مراقبت و رسیدگی به وضع جسمانی و حالات روحی بیمار و گزارش رفتار وی به مسئولین مربوط در صورت مشاهده علائم
- ۶- کمک در تامین نیاز های تغذیه ایمددجو / بیمار شامل : کمک در غذا دادن به بیمارانی که نمی توانند به تنهایی غذا بخورند و تغذیه به وسیله لوله معده نوزاد با شیشه شیر
- ۷- آماده نمودن تخت ها (با بیمار – بدون بیمار) برانکارد و تخت پس از عمل
- ۸- کنترل علائم حیاتی بیمار و گزارش مراتب به مسئول مافوق
- ۹- کمک در حفظ درجه حرارت طبیعی بدن بیمار با استفاده از کیف آبگرم ، یخ و یا پاشویه دادن
- ۱۰- رفع نیازها بدفعیمددجویان شامل : دادن لگن و لوله به بیماران بنا به نیاز بیمار و تعبیه سند اکسرنال (کاندوم) با رعایت اصول مربوطه
- ۱۱- کمک به مادر جهت تغذیه با شیرمادر
- ۱۲- کمک به بیمار در نشستن در تخت ، خروج بیمار از تخت و راه رفتن وی
- ۱۳- گرفتن نمونه های آزمایشگاهی شامل مدفوع ، ادرار و خلط
- ۱۴- کنترل جذب و دفع مایعات و ثبت در پرونده
- ۱۵- برقراریارتباط موثر و مداوم با بیماران و خانواده آنان ، پاسخ به آنها و گزارش تغییرات بالینی بیماران
- ۱۶- آماده نمودن و همراهی بیمار برایانجام معاینات پزشکی
- ۱۷- انجام آمادگی های قبل و پس از عمل جراحی بیمار
- ۱۸- آماده کردن وسایل جهت استریلیزاسیون آنها
- ۱۹- انجام و مشارکت در امور مراقبت از جسد طبق موازین شرع و استانداردها
- ۲۰- رعایت اصول ایمنی بیمار و کنترل عفونت مطابق دستورالعمل ها و راهنماها ی بالینی ابلاغی
- ۲۱- تحول ابزار تجهیزات و لوازم مصرفی بخش مربوطه مطابق فرایند جاریسال
- ۲۲- انجام پانسمان ، تزریقات ، ECG و دستورات دارویی بر اساس روش های جاری بیمارستان ، انما ، بانداز
- ۲۳- همکاری فعال با تیم بلايا و حوادث
- ۲۴- ثبت اقدامات انجام یافته طبق وظایف محوله در برگه های چارت بیمار

- ۲۵- همکاری و همراهی با تیم اعزام بیمار بر اساس صلاحدید مقام مافوق
- ۲۶- همراهی جهت نقل و انتقال بیمار در داخل بیمارستان
- ۲۷- گزارش و ثبت مراقبت های انجام شده به طور کامل ازبیماران در پرونده بالینی بیماران
- ۲۸- پذیرش و آماده سازی مددجو جهت ترخیص / انتقال
- ۲۹- کمک در امر توانبخشی مددجو مانند کمک در بکار گیری چوب زیر بغل و پروتز ها
- ۳۰- حفظ امنیت بیمار در رابطه با پیشگیری از بروز حوادث احتمالی
- ۳۱- مشارکت در برنامه های ارتقاء کیفیت و اعتبار بخشی بیمارستان
- ۳۲- انجام اقدامات اولیه در احیاء پایه
- ۳۳- نظارت بر حسن انجام وظایف کمک پرستاری و کارکنان خدمات بخش مربوطه
- ۳۴- شرکت فعال در دوره های کار آموزی ،مهارتی و آموزشی در جهت ارتقاء معلومات و توانمندی هایشغلی و بکار گیری نتایج آن در انجام وظایف محوله
- ۳۵- کنترل وسایل و تجهیزات بخش در خصوص آماده بودن و اعلام نواقص و مشکلات به مقام مافوق
- ۳۶- کمک به بیمار در انجام فرایض دینی

کنترل عفونت و احتیاطات استاندارد



واحد کنترل عفونت

کارشناس کنترل عفونت

نام و نام خانوادگی: خانم مژگان شمس

رسالت واحد کنترل عفونت: مشاوره مطلع بوده و نقش کلیدی و مسئولانه در رابطه با عملکرد تیم کنترل عفونت بیمارستان دارد و یکی از اعضای فعال کمیته کنترل عفونت بیمارستان است. نقش اصلی این فرد ایجاد ارتباط اطلاعاتی مناسب بین بخشهای بیمارستان و نیز تسهیل همکاری نزدیک بین پرسنل و گروه کنترل عفونت میباشد.

ایزولاسیون:

هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان، جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیمار به سایر بیماران، ملاقات کنندگان، کارکنان بیمارستان و بالعکس می باشد.

نکات ضروری قبل از ورود به اتاق ایزوله:

- ✓ شستن دست قبل از ورود .
- ✓ در صورت نشستن دست استفاده از محلول های الکلی .
- ✓ از ماسک معمولی استفاده کنید و در صورت بیمار آنفلوآنزایی از ماسک N95 استفاده کنید.
- ✓ گان بپوشید.
- ✓ پوشیدن دستکش .
- ✓ استفاده از روکفشی پلاستیکی.
- ✓ شستن دستها یا استفاده از محلول الکلی

نکات ضروری قبل از خروج از اتاق ایزوله :



در آوردن دستکش ها و انداختن آن در سطل زباله زرد به شیوه صحیح طوری است که دست با قسمت خارجی دستکش تماس پیدا نکند.
شستن دستها با آب و صابون یا محلول الکلی. لازم به یادآوری و تاکید است که استفاده از دستکش جایگزین شستن دست نیست.

انواع احتیاطات

احتیاطات استاندارد یا عمومی :

شامل مواردی است که رعایت آنها برای کلیه بیماران ضروری است در صورت تماس با خون، تمام مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی به جزء عرق، پوست آسیب دیده و مخاط ها بایستی موارد زیر رعایت گردد :

- * پوشیدن دستکش
- * شستن دست ها
- * استفاده از گان، محافظ چشم همراه با ماسک یا محافظ صورت در صورتی انجام اعمالی که احتمال پاشیده شدن یا پخش شدن مایعات بدن وجود دارد .
- * عدم دست کاری سوزن ها با وسایل تیز، عدم recapping

احتیاط هایی که بایستی براساس راه انتقال عفونت ها رعایت گردند :

احتیاط هوایی :

برای جلوگیری از انتقال بیماریهایی است که از طریق هسته قطرات با اندازه کمتر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار حاوی عوامل عفونی منتقل می شود بکار می رود.

بیماریهایی که رعایت این احتیاط برای آنها ضروری است عبارتند از :

- ✚ سل ریه یا حنجره و زخم پوستی باز ناشی از سل .
- ✚ بیماران دچار سل مقاوم به چند دارو .
- ✚ بیماران دچار عفونت HIV یا در معرض آن که بعلت سرفه و ارتشاح ریوی مراجعه نموده اند
- ✚ سرخک
- ✚ آبله مرغان
- ✚ زونای منتشریا زونا در فرد نقص ایمنی
- ✚ سارس
- ✚ تب های خونریزی دهنده ویروسی .
- ✚ آبله



اصول احتیاط هوایی :

- ❖ بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده .
- ❖ درب اتاق بسته باشد .
- ❖ خروج هوا از اتاق بیمار بطور مستقیم به فضای خارج باشد نه داخل بخش .

- ❖ استفاده از ماسک خصوصاً ماسک N95
- ❖ استفاده از ماسک جراحی استاندارد برای جابه جایی بیمار قبل از ترک اتاق بستری بیماران مشابه در یک اتاق منعی ندارد.

احتیاط قطرات :

در مواردی که عامل بیماری از طریق آئروسل های درشت قطره با اندازه بیشتر از ۵ میکرون منتقل می شود احتیاط قطرات باید به کار بسته شود .

بیماریهایی که رعایت این احتیاط برای آنها ضروری است عبارتند از :

- ❖ هموفیلوس آنفلوانزای تیپ B مهاجم
- ❖ مننگو کوک
- ❖ پنوموکوک مقاوم
- ❖ سیاه سرفه
- ❖ آنفلوانزا
- ❖ اوریون
- ❖ سرخجه
- ❖ پارو ویروس و ...
- ❖ دیفتری حلقی
- ❖ آدنوویروس

اصول احتیاط بیماران ایزوله :

- ✓ بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی و در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری یکسان می توان آنها را در یک اتاق بستری نمود .
- ✓ درب اتاق می تواند باز باشد.
- ✓ رعایت فاصله ۱ متر پرسنل با بیمار .
- ✓ در صورت جابه جایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله استفاده از ماسک جراحی استاندارد .

احتیاط تماسی :

به منظور جلوگیری از انتقال ارگانیسم های مهم از لحاظ همه گیر شناسی که از طریق تماسی مستقیم مثل لمس بیمار و یا تماس غیر مستقیم از قبیل تماس با اشیاء و وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار منتقل می شوند توصیه می شود .

مواردی که رعایت این احتیاط برای آنها ضروری است عبارتند از :

- عفونت های منتقله از راه مدفوعی دهانی مثل شیگلا، هیپاتیت A
- زرد زخم
- آبله مرغان
- شپش
- گال

- سارس
- تب های خونریزی دهنده ویروسی مثل CCHF
- سرخجه مادرزادی
- سلولیت با ترشح زیاد و غیرقابل کنترل
- آبسه یازخم بستر عفونی که ترشح آنها کنترل نمی شود .
- دیفتری پوستی
- اسهال عفونی کلستریدیومی شپش
- باکتریهای مقاوم به چند دارو مثل MRSA

اصول احتیاط تماسی :

- ❖ بستری بیمار در اتاق خصوصی یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق .
- ❖ استفاده از وسایل حفاظت شخصی برای محافظت پوست (دستکش)
- ❖ استفاده از گان و درآوردن آن قبل از ترک اتاق ایزوله و مراقبت از عدم تماس گان و دستکش با لباس و پوست موقع خروج آنها
- ❖ استفاده جداگانه وسایل مراقبتی مثل گوشی و فشار سنج و در صورت لزوم گندزدایی آنها
- ❖ جابه جایی محدود بیمار به خارج اتاق ایزوله .

بهداشت دست :

- پوست طبیعی انسان با باکتریها کلونیزه شده است پوست دارای دو نوع فلور است :
- ❖ فلور موقت (عمدتا ECOLI و پseudomonas آئروژنیوزا) که لایه های سطحی پوست را پوشانده و در صورت تماس مستقیم پوست پوسنل با بیمار یا سطوح آلوده مجاور وی این دو نوع فلور اکتساب می شود .
- ❖ فلور دایم (بطور عمده استافیلوکوک کوگوالازمنفی) که به لایه های عمقی تر پوست اتصال داشته و قدرت بیماری زایی کمی دارد این نوع فلور بر خلاف فلور موقت با شستن معمولی دست به سختی از بین می رود .

بهداشت دست اقدام اولیه، کلیدی و خیلی ساده در کاهش عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی درمانی است .

- ✓ مواردیکه شستن دست با آب و صابون توصیه می شود: (Hand washing)
- ✓ دستها به صورت آشکارا کثیف باشد .
- ✓ دستها به صورت مشهود آلوده به موادی و ترشحاتی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد .
- ✓ بعد از رفتن به سرویس بهداشتی .
- ✓ دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیزم های بالقوه تولید کننده اسپور باشند از جمله موارد طغیانهای کلستریدیوم دیفیسیل .
- ✓ مواردیکه بهداشت دست به روش استفاده از محلولهای ضدعفونی کننده با پایه الکلی توصیه میشود ((Hand rubbing))
- ✓ قبل و بعد از هر تماس مستقیم با بیمار
- ✓ بعد از درآوردن دستکش .
- ✓ بعد از تماس با مایعات و ترشحات بدن بیمار، غشاهای مخاطی، پوست آسیب دیده یا پایین دو زخم .
- ✓ بعد از تماس با اشیاء بی جان (تجهیزات پزشکی) که در مجاورت نزدیک بیمار هست.
- ✓ اگر در حین انجام مراقبت بیمار از محل آلوده بدن به نواحی تمیز بدن بیمار تماس پیدا می کنید .

- ✓ قبل از جابه جایی داروها و آماده سازی غذا
- ✓ مدت زمان لازم برای شستن دست با آب و - صابون معمولی (۴۰-۶۰) ثانیه می باشد.
- ✓ مدت زمان لازم برای شستن دست برای اسکراب جراحی (۶-۲) دقیقه می باشد .
- ✓ مدت زمان لازم برای ضدعفونی دست با استفاده از محلولهای با پایه الکلی ۲۰-۳۰ ثانیه می باشد .
- ✓ اقدامات لازم در مواجهه های شغلی برای عفونت های HBV، HCV، HIV (نیدل استیک)
- ✓ پرسنل پزشکی همواره در معرض ابتلا به عفونت های ویروسی مختلف می باشند تماس شغلی می تواند از طریق آسیب پوستی بواسطه فرو رفتن سر سوزن و بریدگی با اجسام تیز و برنده تماس خون و ترشحات آلوده با پوست آسیب دیده یا مخاط سالم چشم و دهان و ... ایجاد شود .
- ✓ پرسنل جدید ورود در بدو ورود ملزم به انجام آزمایشات HIV و HCV و HBSAg، HBSAb می باشند .
- ✓ اندازه گیری تیتر HBSAb سالیانه برای پرسنل (پرستاری - پزشکی، خدمات، آزمایشگاه) لازم نیست و ۱ بار برای همیشه ایمنی زاست و معتبرترین زمان چک آن یک ماه بعد از تزریق نوبت واکسن HBV است .
- ✓ در صورت نیاز به واکسن هپاتیت B باید با هماهنگی با پرستار کنترل عفونت بیمارستان به ، واحد واکسیناسیون بیمارستان معرفی میشوند.

اقداماتی که پس از مواجهه (نیدل استیک) باید انجام داد :

- شستشوی فوری محل آسیب با آب و صابون
- عدم فشار دادن ناحیه مورد نظر
- در مخاطات با نرمال سالین فراوان شستشو داد .
- ضدعفونی ناحیه مورد نظر با الکل یا بتادین .
- اطلاع به مسئول شیفت و سوپروایزر کشیک و کنترل عفونت .
- ارسال مارکهای ویروسی از منبع (بیمار)
- در صورتی که منبع CASE شناخته شده HIV، HCV باشد گزارش فوری و ویزیت توسط متخصص عفونی برای شروع دارو و پیگیری آزمایشات مربوطه .
- تشکیل پرونده و پیگیری مورد .

تزریقات ایمن :

تزریق ایمن به تزریقی گفته می شود که به گیرنده خدمت آسیب نمی رساند تزریق کننده را در معرفی هیچ خطری قرار نمی دهد و باعث تولید و تجمع ضایعاتی که خطری برای جامعه داشته باشد نمی شود.

موازین تزریقات ایمن :

- * اختصاص محل کار تمیز و مناسب جهت آماده سازی دارو .
- * شستشوی دست قبل از تزریق با آب و صابون .
- * کنترل بسته بندی و تاریخ انقضاء سرنگ، آنژیوکت .
- * اجتناب از دست زدن به قسمت های مختلف سر سوزن و سرپوش گذاری مجدد .
- * ضدعفونی محل تزریق با پنبه الکل ۷۰ درصد به صورت دایره ای

- * Recapping ممنوع می باشد و در صورت ضرورت استفاده از روش یک دست (SCOOP) سرپوش را روی میز قرار داده و سرنگ را در یک دست گرفته و بدون استفاده از دست دیگر داخل سرپوش روی میز قرار داد.
- * استفاده از سفتی باکس
- * زمان تعویض سفتی باکس پر شدن آن به ۲ و / میزان ۳ در صورت عدم پر شدن یک هفته از تاریخ آن بگذرد (مشخصات روی سفتی باکس تاریخ، اسم بخش، علامت خطر و جهت اجسام تیز و برنده ثبت گردد .
- * جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمایید و از حمل وسایل در دست یا جیب خودداری
- * جهت حفاظت بدن در مقابل آلودگی با خون و یا ترشحات استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف
- * در صورتیکه بیمار دچار خونریزی وسیع است استفاده از گان ضد آب ضروری است
- * برقراری راه عروقی و انجام اقدامات مرتبط به راه عروقی مرکزی .
- * آماده نمودن محلولهای تغذیه مکمل جهت انفوزیون
- * آماده نمودن داروهای شیمی درمانی جهت تزریق .

احتیاطات استاندارد

احتیاط های استاندارد به معنی کاهش خطر انتقال بیماری های منتقله از طریق خون و سایر عوامل بیماری زا در طی تماس با هر بیمار می باشد . اساس کنترل عفونت رعایت احتیاط های استاندارد است، که به عنوان حداقل اقدامات مورد نیاز بایستی درمورد همه بیماران بکار برده شود .

بخش عمده و اساسی احتیاط های استاندارد در پیشگیری از انتقال عفونت در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها رعایت بهداشت دست ها است، همچنین استفاده از وسایل حفاظت شخصی در صورت احتمال تماس با خون و مایعات بدن و عوامل بیماری زا و مواد دفعی بدن به جزء تعریق .

کلیه افراد شامل بیماران و ملاقات کنندگان و همچنین کارکنان بایستی روش های کنترل عفونت را در مراکز بهداشتی درمانی، درمانگاه ها بیمارستان ها، آزمایشگاه ها و ... رعایت کنند.

کنترل عوامل بیماری زا در منبع (بیماران آلوده کننده)، یکی از اقدامات کلیدی در پیشگیری از انتقال بیماری می باشد .

ترویج و سازماندهی اقدامات بهداشتی توصیه شده زیر به کاهش خطر انتقال کمک می کند . تأمین پرسنل و تجهیزات همراه با آموزش کارکنان، بیماران، ملاقات کنندگان امری مهم و حیاتی جهت بالا بردن شرایط ایمنی در مراکز بهداشتی درمانی و ... می باشد .

توصیه های مهم

۱. اساس پیشگیری از سرایت عوامل بیماری زا در مراکز بهداشتی درمانی ارتقاء شرایط ایمنی است .
۲. احتیاط های استاندارد بایستی به عنوان حداقل اقدامات، در هنگام مراقبت همه بیماران بکار برده شود .
۳. ارزیابی خطر تماس بسیار مهم و حیاتی است . براساس احتمال تماس با بیمار از وسایل حفاظت فردی استفاده می شود .
۴. اجرای اقدامات کنترلی در منبع از طریق ارتقاء سطح بهداشت تنفسی و پوشاندن دهان و بینی برای کلیه افراد با علائم تنفسی لازم است .

❖ شستشوی دست (۴۰ تا ۶۰ ثانیه) با آب و صابون معمولی Hand washing

۵ موقعیت بهداشت دست

- قبل و بعد از هر تماس مستقیم با بیمار و یا بین بیماران، حتی اگر از دستکش استفاده شده باشد .
- قبل از انجام هر اقدام تهاجمی .
- بعد از تماس با خون، مایعات بدن، ترشحات، مواد دفعی، پوست صدمه دیده و هرچیز آلوده حتی اگر از دستکش استفاده شده باشد .
- وقتی دست ها با یک قسمت آلوده بیمار تماس پیدا کرد و قرار است قسمت تمیز دیگری از بدن بیمار لمس شود .
- بعد از تماس با وسایلی که در تماس مستقیم با بیمار بوده اند .



محافظت از صورت چشم ها، بینی و دهان:

در طی فعالیت هایی که احتمالاً منجر به پاشیده شدن خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی می شود، از یک ماسک جراحی و محافظ چشم (محافظ صورت یا عینک) به منظور حفاظت از غشاء مخاطی چشم ها، بینی، دهان استفاده کنید.

گان

به منظور حفاظت از پوست و جلوگیری از آلودگی لباس ها در حین فعالیت هایی که احتمال پاشیده شدن خون، مایعات بدن و مواد دفعی وجود دارد، استفاده کنید .

✓ در اولین فرصت ممکن گان آلوده را درآورید و بهداشت دست ها را رعایت کنید .

How to Handrub?

روش صحیح ضد عفونی دست ها با ضد عفونی کننده های الکلی

 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1a



کف دست را با مقدار کافی ضد عفونی کننده الکلی پر کنید

1b



2



کف دست ها را به هم بمالید

3



کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و برعکس

4



کف دست ها روی هم قرار گرفته و ما بین انگشتان را مالش دهید

5



انگشت ها را در هم تابیده به حالت قفل شده و پشت انگشت ها به کف دست مقابل مالش داده شود

6



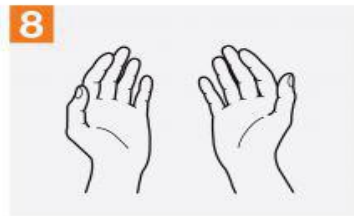
انگشت شست دست چپ را با کف دست راست احاطه کرده و به صورت دورانی مالش دهید و برعکس

7



انگشتان را جمع کرده به صورت چرخشی در کف دست مقابل حرکت دهید و برعکس

8



تمام سطح میج دست چپ را با کف دست راست مالش دهید و برعکس



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

چطور دست ها را بشوئیم؟

دست ها را فقط وقتی بشوئید که کثیف اند، و گرنه از دستمال استفاده کنید

مدت کل مراحل: ۴۰ تا ۶۰ ثانیه



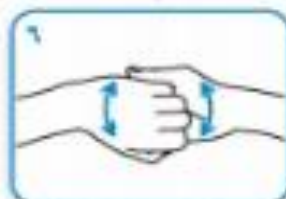
کف دست ها را
به هم بمالید



صایون کافی برای پوشاندن
سطح دستهای دارید



دستها را با آب خیس کنید



پشت انگشت ها را داخل کف
دستها ببرد تا در هم قفل شوند



مالیدن کف دستها با
انگشتهای درهم



کف دست راست بر پشت دست چپ
با انگشتهای درهم و بالعکس



دستها را با آب شستشو دهید



مالش های منور و رفت و برگشتی
با انگشتان بسته یک دست
روی کف دست دیگر و بالعکس



مالش گردشی شست یک دست
در داخل کف دست دیگر
و بالعکس



اکنون دستهای شما کاملاً
تمیز و مطمئن هستند



از همان دستمال برای بستن
شیر آب استفاده کنید



با یک دستمال حوله ای
بطور کامل خشک کنید



World Health
Organization
سازمان جهانی بهداشت

همکاران گرامی:

در صورت بروز بیماریها طبق جدول زیر لازم است در عرض ۲۴ ساعت، با مرکز بهداشت واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریها به تلفن: ۳۴۵۳۳۱۰۰ (شبهانه روزی) گزارش گردد و فرم مربوطه تکمیل گردد.



تعاریف اپیدمیولوژیک بیماری های مشمول گزارش فوری (تلفنی)

در صورتی که علائم بیماری افراد با تعاریف ذیل منطبق باشد لازم است در عرض ۲۴ ساعت به صورت تلفنی با مشخصات و آدرس کامل به مرکز بهداشت شهرستان گزارش شود.

فلج شل حاد	وقوع هر نوع فلج شل ناگهانی در اندام ها (بدون سابقه ضربه) در افراد زیر ۱۵ سال
سرخک	هر شخصی که طبق نظر پزشک از لحاظ بالینی به عفونت سرخک مشکوک باشد یا هر شخص دارای نشانه های تب و راش (بثورات) ماکولوپاپولر (غیر وزیکولار)
سرخجه	هر بیمار یا تب و راش ماکولوپاپولر همراه با یک یا چند تا از این علائم: آدنوپاتی در گردن ، پس سر یا پشت گوش، درد یا تورم مفاصل
سندرم سرخجه مادرزادی	۱- هر کودک کمتر از یک سال که کارمندان بهداشتی در او مشکوک به CRS شوند. ۲- هر کودک کمتر از یک سال دارای تاریخچه مادری مشکوک یا تأیید شده ابتلا به سرخجه در دوران حاملگی ۳- هر نوزادی با بیماری قلبی و یا مشکوک به کری و یا با یک یا چند علامت از علائم چشمی : مردمک سفید (کاتاراکت) ، کاهش دید ، حرکات پاندولی چشم (نیستاجموس) ، لوچی، کره چشم کوچک (میکروفتالموس) ، قرنیه بزرگتر (گلوکوم مادرزادی).
دیفتری	بیمار دارای غشای چسبنده در لوزه ، حلق یا بینی و متعاقب آن هریک از موارد لارنژیت ، فارنژیت و یا تونسیلیت
کزاز نوزادان	مرگ نوزاد در سن ۳ تا ۲۸ روز که علت مرگ مشخص نباشد یا هر نوزادی که بعثت کزاز نوزادی فوت نموده و مورد بررسی قرار نگرفته است یا نوزادی که ۲ روز اول به طور طبیعی قادر به مکیدن پستان و گریستن باشد و بین روزهای ۳ تا ۲۸ دچار عدم توانایی در مکیدن شیر شده و بدنیا آن دچار سفتی و اسپاسم عضلات شود.
مننژیت	هر فردی در هر سنی که شروع ناگهانی تب بالای ۳۸/۵ °C رکتال یا ۳۸ °C زیر بغل داشته و یکی از علائم : سفتی گردن ، کاهش سطح هوشیاری ، علائم مننژیال (سردرد ، استفراغ و هر نوع عارضه نورولوژیک ناگهانی) فونتانل برجسته (در اطفال)
عوارض ایمنسازی	هر پیامد نامطلوبی که متعاقب ایمنسازی (AEFI)، عارضه ای است که پس از ایمنسازی بوجود آمده و عقیده بر آن است که علت آن واکنش های ایمنی است (موارد مرگ ، بستری در بیمارستان ، آپسه و هر عارضه ای که باعث تشویش اذهان عمومی شود)
وبا (التور)	هر فرد بالای ۲ سال که در اثر اسهال حاد آبکی دچار کم آبی شدید شود یا به علت اسهال آبکی بمیرد.
بوتولیسم	شروع ناگهانی فلج شل پایین رونده قرینه همراه باضعف عمومی ، پتوزیک ، دوبینی (Diplopia) ، تاری دید ، خشکی دهان ، دیس فاژیا ، دیس فونیا ، دیزارتρία ، نداشتن تب (در صورت نداشتن عفونت ثانویه) ، تهوع و استفراغ و دیلاتاسیون مردمک چشم
طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا	استفاده دو نفر یا بیشتر از یک غذا یا آشامیدنی مشترک و بروز علائم مشابه
مالاریا	تب های متناوب همراه با حمله دوره ای یا سابقه مسافرت به مناطق آلوده
سیاه زخم تنفسی	وجود علائم کلینیکی سازگار با سیاه زخم تنفسی (شروع علائم ریوی) همراه با ارتباط اپیدمیولوژیک با موارد حیوانی مشکوک یا قطعی مبتلا به سیاه زخم یا محصولات آلوده دامی
حیوان گزیدگی	شخصی که از طریق بزاق، گزش یا خراش یک حیوان حساس به هاری یا حیوانی از منطقه ی آلوده به هاری مورد مواجهه قرار گرفته است.
سایر بیماری های فوری	سل ریوی اسمیر خلط مثبت، بیماری های بثوری خونریزی دهنده (C.C.H.F) ، طاعون ، تیفوس ، تب زرد ، کم کاری تیروئید نوزادان، آنفلوآنزای مثبت انسانی، آنفلوآنزای پرندگان، تب های راجعه، فاسیولا ، شپش تن ، شپستوز میازیس، هاری و هرگونه افزایش ناگهانی کلیه بیماری ها (همه گیری و طغیان بیماری ها)

بیماری های مشمول گزارش غیر فوری : (بصورت هفتگی یا ماهیانه به مراکز بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان گزارش شود)

سایر انواع سل (ریوی اسمیر خلط منفی، خارج ریوی)، سیاه سرفه، جذام، ایدز و موارد HIV مثبت، بیماریهای آمیزشی، انواع هیپاتیت ویرال (A-B-C-D-E)، کزاز بالغین، تیفوئید، بدیکولوزیس، گال، مار و عقرب گزیدگی، شیگلوز، سیاه زخم جلدی، کالآزار، تب مالت، سالک، لپتوسپیروزیس، عفونتهای بیمارستانی و سایر موارد عوارض ایمنسازی

تلفن واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری ها : ۳۴۵۲۰۲۸۳ - ۳۴۵۳۳۱۰۰ (شبهانه روزی)

فرم گزارش بیماریها

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت بهداشتی

بیمارستان / آزمایشگاه / درمانگاه/مطب /:

مرکز بهداشت غرب شهرستان کرج

مرکز سلامت جامعه / پایگاه سلامت / خانه بهداشت:

تاریخ گزارش:

به استناد ماده ۱۹ قانون نحوه جلوگیری از بیماریهای واگیر و آمیزشی مصوب ۱۳۲۰ و بخشنامه ۱۰۶۰۶ مورخ ۱۳۷۴/۷/۹ وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، تمامی پزشکان ، بیمارستانها و آزمایشگاهها ملزم به گزارش بیماریهای ذیل می باشند:

الف (گزارش فوری (تلفنی) شامل: وبا — سرخک — سیاه سرفه — سندرم سرخجه مادرزادی- دیفتی - کزاز نوزادی - کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان — طاعون — تیفوس — تب زرد- تب راجعه- عوارض واکسن (آبسه ها ، بستری در بیمارستانها ، فوت و هر گونه عارضه که موجب تشویش اذهان عمومی شود) _ مالاریا _ سیاه زخم تنفسی - هاری - فاسیولا _ بیماریهای خونریزی دهنده - طغیان بیماریها منتقله از آب و غذا - شپش تن - آنفلوآنزای انسانی - آنفلوآنزای پرندگان- سل ریوی اسمیر خلط مثبت - همه گیری و طغیان سایر بیماریها.

ب(گزارش غیر فوری شامل : سایر انواع موارد سل (ریوی اسمیر خلط منفی و خارج ریوی) - جذام - کزاز بالغین - ایدز - بیماریهای آمیزشی- هپاتیت ویرال- تیفوئید - شیگلوز - لیتوسپیروز - سیاه زخم - کالا آزار - سالک - تب مالت - کیست هیداتیک - عفونت های بیمارستانی - پدیکولوزیس- مار و عقرب گزیدگی و سایر عوارض واکسن .

ج) گزارش آنی : بلافاصله الی تا ۶ ساعت حتما باید به مرکز بهداشت اطلاع رسانی گردد: مننژیت، بوتولیسم، فلج شل حاد

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	جنس	نوع بیماری	علائم آزمایشگاهی	تاریخ بروز	آدرس و تلفن

آدرس مرکز بهداشت شهرستان غرب کرج : حصارک بالا ، میدان شهرداری ، جنب پمپ گاز مرکز بهداشت شهرستان کرج

تلفن : ۳۴۵۳۳۱۰۰ (شبانه روزی) - ۳۴۵۲۰۲۸۳

مهر و امضاء:

تاریخ :

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده :

مراحل پوشیدن وسایل حفاظت فردی (شامل روپوش)

۱ همه وسایل شخصی (جوایرات، ساعت، گوشی، خودکار و غیره) را کنار بگذارید.



۲ پوشش ضد عفونی شده و همچنین چکمه ها را در اتاق رختکن بپوشید.



۳ به محل پاکیزه جلوی واحد ایزولاسیون بروید.

۴ با بررسی چشمی اطمینان حاصل کنید اندازه های لازم وسایل حفاظت فردی درست هستند و از کیفیت مناسبی برخوردارند.

۵ دستورالعمل پوشیدن وسایل حفاظت فردی را تحت نظر فرد ذیصلاح انجام دهید (همکار).

۶ بهداشت دست را اجرا کنید.



۷ دستکش های تان را بپوشید (دستکش معاینه، دستکش لاستیکی).



۸ روپوش یکبار مصرف را بپوشید.
روپوش از جنسی باشد که مقاومت آن از لحاظ سوراخ شدن با نسبت به مایعات بدن، خون و باکتری های منتقله از راه خون مقاوم باشد.



۹ ماسک صورت را بپوشید.



۱۰ عینک حفاظتی یا سپر حفاظتی را بپوشید.



۱۱ پوشش سر و گردن را بپوشید.
سرپوش جراحی و پوشش گردن (ترجیحاً شیلد شفاف یا هود صورت).



۱۲ پیش بند یکبار مصرف ضد آب را بپوشید.
اگر در دسترس نیست از نوع قابل استفاده مجدداً کیفیت بالا که ضد آب نباشد استفاده کنید.



۱۳ جفت دیگر دستکش ها را (ترجیحاً ساق بلند) روی آستین لباس بکشید.



در صورتیکه چکمه در دسترس نیست از کفش های بسته (پایه بند) به همراه پایش های که سر تاچوب و ترجیحاً ضد آب باشند استفاده کنید.





مراحل در آوردن وسایل حفاظت فردی (شامل روپوش)

۱ همیشه وسایل حفاظت فردی را زیر نظر فرد ذیصلاح از تن در آورید. از وجود ظروف دفع پسماندهای عفونی در محل در آوردن لباس اطمینان حاصل کنید. برای موارد با استفاده مجدد باید ظروف مجزا در دسترس باشد.

۲ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.^۱

۳ به منظور جلوگیری از آلودگی دست ها، پیش بند را در حالت خمیده به جلو در آورید. در صورتیکه از پیش بند یکبار مصرف استفاده می کنید آن را از بخش یقه پارده کنید و آن را بدون لمس بخش جلویی لبه کنید. بدست پستی را باز کنید و آن را به سمت جلو جمع کنید.



۴ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۵ دستکش را طبق شماره ۱۷ به طور ایمن در آورده و دفع کنید.

۶ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۷ پوششهای سر و گردن را طوری بیرون آورید که باعث آلودگی صورت نشود. پوشش را از قسمت انتهایی دهانه پستی گرفته و از سمت عقب به جلو و از درون به بیرون جمع کرده و به طور ایمن دفع کنید.



۸ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۹ ابتدا گره روپوش را باز کنید. سپس آن را از سمت عقب به جلو و از درون به بیرون جمع کرده و سپس به صورت ایمن دفع کنید.



۱۰ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۱ عینک یا شیلد صورت را با گرفتن کش آن از سمت عقب باز کنید و به طور ایمن دفع کنید.



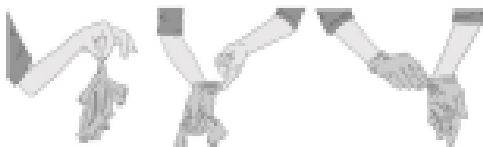
۱۲ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۳ ابتدا بند یا کش پایینی ماسک را از پشت سر گرفته و آن را به صورت آویزان به زیر چانه خود بیاورید. سپس بند بالایی را گرفته و کل ماسک را با آن برداشته و به طور ایمن دفع کنید.



۱۴ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۷ دستکش ها را با تکنیک مناسب در آورده و به طور ایمن دفع کنید.



۱۸ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

۱۵ بدون لمس دستکش ها (یا باپوشها) را در آورید. اگر چکمه های پتان را خارج از محل با ریسک بالا به پا کرده اید، می توانید آنها را به پا داشته باشید ولی قبل از خروج از محل رختکن آنها را تمیز و ضدعفونی کنید.^۲

۱۶ بهداشت دستهای دارای دستکش را رعایت کنید.

^۱ هر زمان که در مناطق بیمارستان، دستکش بیرونی بعد از انجام فرایند روی بیمار آلود و قبل از بستن لباس بیرونی بیمار جمع نمیشود.
^۲ محوطت زمانی مناسب چکمه ها داخل روزه شدن به محدوده محلول اثر دارد - هر فرد از صورتی که به خاک و کثافات آلوده است باید با یک فرجه نیز شوی و سپس شستن همه اجزای آن با محلول فلوکلر اثر است. همچنین حداقل روی یکبار و به مدت ۳۰ دقیقه چکمه ها باید در محلول اثر با فلوکلر - فرمید ضدعفونی و سپس شسته و خشک شوند.

آموزش و تکرار نکات مهم در این کار با استفاده از وسایل آموزشی و فیلم
گروه بهداشت سوراخ ران - محفل شیپور و سوم



World Health Organization



وزارت بهداشت و آموزش پزشکی

ایمنی بیمار



کارشناس ایمنی

نام و نام خانوادگی: خانم معصومه دهقان باغی

عوارض ناخواسته ناشی از اقدامات درمانی علاوه بر متضرر کردن بیماران از لحاظ فیزیکی، روحی- روانی و مالی، خانواده ایشان، کادر درمانی و جامعه را نیز تحت تاثیر عواقب سوء خود قرار می دهند. بر اساس آمار جهانی و مطالعات در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته، در حال توسعه و... میزان قابل توجهی از بیماران مورد پذیرش در مراکز تشخیصی و درمانی (بیش از ۱۰ درصد طبق آمار دفتر منطقه مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت) به نوعی متاثر از این حوادث هستند.

دو نکته مهم در خصوص این وقایع یکی ناخواسته بودن و دیگری قابل پیشگیری بودن اکثریت (بیش از ۷۱ درصد) آنهاست.

از سوی دیگر نحوه نگرش به علل بروز خطاها و شناخت عوامل اصلی و زمینه ای و در نظر گرفتن کاستی ها و نقش سیستم ها در زمینه سازی و بروز این اتفاقات و تمرکز بر سیستم به جای فرد به عنوان مقصر اصلی در برخورد با مشکل و برنامه ریزی و طراحی راه حل ها، تعیین کننده کامیابی یا ناکامی در کاهش خطاهاست.

وقتی درباره حوادث، خطاها و اتفاقات منجر به خطا صحبت می کنیم، منظورمان چیست؟

۱- **حادثه:** اتفاق ناخواسته یا غیر قابل انتظار که منجر به آسیب به بیمار یا کارمند می شود، شامل مرگ، ناتوانی، جراحات، بیماری یا هرگونه آسیب دیگر می باشد.

۲- **خطا:** اشتباه، لغزش یا تخلف که منجر به حادثه می شود.

۳. **حوادث به خیر گذشته:** هر شرایطی که بتواند منجر به حادثه شده، اما حادثه ای ایجاد نکند.

پیامد فیزیکی و روانی این حوادث برای بیماران، پرسنل و ارائه دهندگان مراقبت می تواند قابل توجه باشد. این حوادث ناگوار همچنین افزایش دهنده هزینه ارائه خدمات بوده، روند (فرآیند) درمان را نیز با مشکلاتی مواجه می نماید و منجر به نارضایتی در بین بیماران و پرسنل خواهد شد.

حوادث بالینی و اتفاقاتی که نزدیک به حوادث ناگوار است، حتی جایی که هیچ آسیبی به بیمار نرسیده باشد، نیاز به عملکرد مناسب برای مدیریت ریسک و کاهش خطاها را برجسته می کند. اینجا فرصت ارزشمندی برای یادگیری از موانعی و اتفاقات منجر به حادثه برای جلوگیری از وقوع مجدد آن می باشد.

گزارش دهی و یادگیری از حوادث و اتفاقات نزدیک به حادثه یکی از بخش های فرآیند مدیریت ریسک در سازمان است و منجر به ارتقای ایمنی بیماران، همراهان و پرسنل خواهد شد.

ما تنها زمانی می توانیم بر روی پروسیجرها و عملیاتی که ایمنی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد مداخله انجام دهیم که با همکارانمان برای شناسایی موارد زیر تعامل داشته باشیم:

- ✓ چه اشتباهی رخ داده است؟
- ✓ کجا این اتفاق افتاده است؟
- ✓ چرا این اتفاق افتاده است؟

گزارش دهی و یادگیری از خطاها :

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا نمی بخشد بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت سلامت اجرا شود.

جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل، بررسی پرونده ها، گزارش دهی خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، بررسی شکایات و نتایج رضایتمندی بیماران باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است.

ارزیابی ایمنی بیمار

به دلیل اینکه موضوع ایمنی چند بعدی است، درک و پایش و توسعه ایمنی نیازمند اندازه گیری های مختلف داده های (کمی و کیفی) است شامل:

اندازه گیری رضایتمندی بیمار

- ✓ اندازه گیری های کمی و کیفی فرهنگ ایمنی بیمار
- ✓ داده های روتین بیمار
- ✓ پرونده بیماران
- ✓ سیستم های گزارش دهی
- ✓ ارزش "تحلیل کیفی" رویدادهای نامطلوب در افزایش دانش علمی، پیشگیری و عملکرد ایمن، مهم است.
- ✓ در "روشهای کمی" از شاخص ها و روشهای تجزیه و تحلیل اپیدمیولوژیکی استفاده می گردد تا توجه ایمنی بیمار بطور کمی اندازه گیری شود.

پنج موضوع کلیدی از ایمنی بیمار:

۱. عفونتهای بیمارستانی

۲. حوادث جدی و مهم که منجر به عوارض بسیار جدی و یا مرگ می انجامد.
۳. عوارض حین و بعد از عمل جراحی
۴. زنان و زایمان
۵. حوادث ناگوار که به سایر مراقبت های سلامت مرتبط هستند

نُه راه حل ایمنی بیمار:

۱. بالا بردن سطح ایمنی داروهای پر خطر

بهبود مدیریت داروها

تدوین لیست داروهای پرخطر (۱۹ دسته دارویی و ۱۴ داروی خاص)

مهمترین این داروها شامل: ضد انعقادها، نarkوتیکها و مخدرا، انسولین ها و سداتیوها است و الکترولیت های غلیظ شده (پتاسیم کلراید، فسفات پتاسیم، سدیم کلراید و سولفات منیزیم) تدوین سیاستها و روشهایی برای تعیین طبقه بندی، و نگهداری از الکترولیت های غلیظ شده

۲. شناسایی صحیح و تعیین هویت بیماران:

دست کم دو شیوه در شناسایی بیمار (غیر از شماره اتاق بیمار یا جایگاه او در بیمارستان)

تعیین هویت بیماران پیش از گرفتن خون و سایر نمونه ها برای انجام آزمایش بالینی

تعیین هویت بیماران پیش از به استفاده از داروها، خون و یا فرآورده های خونی برای او

تعیین هویت بیماران پیش از ارائه درمانها و روشها

۳. توسعه ارتباط موثر

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

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

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

۸. استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات

۹. کاهش خطر عفونتهای مربوط به مراقبت بهداشتی

- پایبندی پرسنل بهداشتی درمانی به رعایت بهداشت دستها
- سیاستها و روشهایی برای کاهش خطر بیماریهای عفونی مرتبط با مراقبت
- تدوین رهنمودهایی در راستای رعایت بهداشت صحیح دستها
- استفاده از اسکراب الکلی، صابون ضد میکروبی و دستکش به منظور ارتقای بهداشت دستها نزد پرسنل بالینی

اطمینان از محل صحیح ، روش صحیح و بیمار صحیح در جراحی:

وجود سیاستها و روشهایی در جهت حصول اطمینان از اینکه محل، روش و بیمار به طور صحیح انتخاب شده اند. بررسی این که آیا همه مدارک و تجهیزات مورد نیاز در دسترس هستند، صحت دارند و یا قابل استفاده می باشند یا خیر

استفاده از چک لیست جراحی ایمن

علامت گذاری محل جراحی؛ فرآیند تأیید پیش از عمل

یک زمان استراحت (time out) که بلافاصله پیش از شروع یک روش منظور می شود.

کاهش خطر آسیب به بیمار ، ناشی از سقوط:

روشهای استاندارد کنترل برای کاهش یا حذف سقوط

سیاستها و روشهایی برای کاهش خطر آسیب دیدگی ناشی از افتادن

ارزیابی مقدماتی خطر افتادن بیماران؛ همچنین ارزیابی مجدد آنها زمانی که تغییری در وضعیت و داروهای آنها مشاهده می شود.

مراقبت از بیماران مسن، ناتوان، و مبتلایان به اختلالات تعادلی، حرکتی، هوشیاری و شناختی در شرایط بستری انجام اقداماتی به منظور کاهش خطر افتادن اشخاصی که تشخیص داده شده در معرض خطر هستند.

رویکرد بهینه در مداخلات سقوط بیماران:

- ✓ ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری
- ✓ ارزیابی ریسک سقوط
- ✓ ارزیابی ریسک سقوط مورس Morse
- ✓ ارزیابی ریسک سقوط هندریک Hendrich
- ✓ ارزیابی ملزومات و محیط
- ✓ تعریف مسئولیت ها
- ✓ استراتژی مداخلات بر اساس درجه و یا ناحیه ریسک سقوط بیماران

- ✓ مدیریت بعد از سقوط :
- ✓ روبرو شدن با موارد سقوط بیمار و یافتن صدمات مشهود
- ✓ مستند سازی و پیگیری بیمار

مواردی که هرگز نباید اتفاق بیافتند: (NEVER EVENT)

براساس National Quality forum شامل 28 خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شوند:

الف) وقایع جراحی

- ۱- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- ۲- عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
- ۳- انجام عمل جراحی با روش اشتباه روی بیمار (مثال: در بیماری که مبتلا به توده های متعدد در یک عضو/ بدن است و باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود به اشتباه توده دیگری برداشته شود و.....)
- ۴- جا گذاشتن هرگونه device اعم از گاز و قیچی و پنس و.... در بدن بیمار
- ۵- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس یک طبقه بندی ASA انجمن بیهوشی امریکا)
- ۶- تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نا بارور

ب) وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی

- ۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات میکروبی
- ۸- مرگ یا نا توانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های الوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی)
- ۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه آمبولی عروقی

ج) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار

- ۱۰- ترخیص یا تحویل نوزاد به شخص یا اشخاص غیر از ولی قانونی نوزاد
- ۱۱- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال: زندانیان بستری و....)
- ۱۲- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی

- ۱۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هرگونه تزریق اشتباه (نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و....)

- ۱۴- مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خونی اشتباه در فرآورده های خونی
- ۱۵- کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد به دنبال زایمان طبیعی یا سزارین
- ۱۶- مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپو گلیسمی در مرکز درمانی
- ۱۷- زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار
- ۱۸- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- ۱۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (به عنوان مثال: فیزیوتراپی بیمار)

ه (وقایع مرتبط با محیط

- ۲۰- مرگ یا ناتوانی جدی در اعضاء تیم احیاء [متمتعاقب هرگونه شوک الکتریکی حین احیاء بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد
- ۲۱- حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف برای بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر...
- ۲۲- سوختگیهای به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل (مثال سوختگی های بدن بدنبال جراحیهای قلب و...
- ۲۳- موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال : گیر کردن اندام بیمار در محافظ و خرابی محافظ و...
- ۲۴- سقوط بیمار (مثال: سقوط بیمار حین انتقال به واحد تصویر برداری و در حین انتقال بیمار ، وسقوط از پله)

و (وقایع جنائی

- ۲۵- اصرار به تزریق داروی خاص خط آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان
- ۲۶- موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی
- ۲۷- هر گونه آسیب فیزیکی ناشی از ضرب و شتم وارده به بیمار
- ۲۸- ربودن بیمار

تحلیل ریشه ای خطا (RCA)

رویکرد به خطاهای پزشکی:

خطاهای پزشکی را می توان از دو دیدگاه کلی مورد بررسی قرار داد.

۱. دیدگاه سنتی یا رویکرد فردی به خطا: Person Approach
۲. دیدگاه جامع نگر یا رویکرد سیستمی به خطا: System Approach

این دو رویکرد در موارد ذیل با یکدیگر متفاوتند:

- نوع نگرش به علل و عوامل ایجاد کننده خطا
- نحوه مدیریت خطا

رویکرد فردی

بر اساس چنین استدلالی، در صورت وقوع خطا در یک عمل جراحی، بدون در نظر گرفتن علل و عوامل زمینه ای آن، تنها فرد پاسخگو جراح و در صورت رخ دادن هر گونه اشتباه در مصرف داروی بیماران تنها کسی که مؤاخذه می شود، پرستار خواهد بود.

۱. به طور معمول برخورد اولیه با یک خطا، پیدا کردن فرد خطا کار و سرزنش کردن وی است
۲. رویکرد ساده ایست که طبق آن رخداد نامطلوب و علت ایجاد آن (فرد خطاکار) کاملاً مشخص است.
۳. با تأکید بر این اصل که هر فردی به تنهایی پاسخگوی عمل خویش است.
۴. این رویکرد دارای سابقه ای طولانی در دنیای طبابت می باشد.
۵. تمامی تلاشها برای کاهش خطا بر افراد و اقدام اشتباه صورت گرفته متمرکز است.
۶. برای بهبود عملکرد افراد از روشهایی مانند ذیل برای فرد خطاکار، استفاده می شود.

- آموزش اجباری
- هشدار
- وضع قوانین
- تعیین مجازات

رویکرد سیستمی

در این رویکرد به جای سرزنش افراد خطاکار، به خطاها به عنوان پدیده هایی اجتناب ناپذیر که می توان از آنها جهت ارتقاء عملکرد سیستم بهره برد، نگریسته می شود.

بر خلاف رویکرد فردی به خطا که منحصر به یافتن فرد خطاکار و مجازات وی می باشد، رویکرد سیستمی کوششی در جهت تغییر سیستم به گونه ای است که احتمال وقوع خطا در آن کم شود.

برای این منظور، باید به بررسی و تحلیل عوامل زمینه ای تأثیر گذار بر پیدایش خطا در داخل سیستم پرداخت.

همکاران محترم

در صورت بروز خطای پزشکی فرم خطای اختیاری توسط فرد خاطی و یا فرد مشاهده کننده خطا تکمیل گردد و به سوپروایزر وقت نیز اطلاع و تحویل داده شود و سایت دانشگاه ثبت گردد. آمار خطای پزشکی به صورت ماهیانه توسط رابط ایمنی بخش به رابط ایمنی بیمارستان گزارش گردد.

موارد کامل تر مربوط به ایمنی بیمار در کتابچه ایمنی در درایو **share** قرار داده شده است.

ارتقاء سلامت کارکنان و بیماران

آموزش به بیمار و مراقبت در منزل



سوپروایزر ارتقاء سلامت

نام و نام خانوادگی: خانم شوکت نورمحمدی

- **اعضای کارگروه آموزش به بیمار هر بخش شامل:** رئیس بخش، مسئول بخش، رابط آموزش به بیمار بخش، سوپروایزر آموزش به بیمار و آموزش بیمارستان میباشند.
- **اعضای کمیته ارتقاء سلامت شامل:** ریاست و مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، سوپروایزر ارتقا سلامت، سوپروایزر آموزش، سوپروایزر کنترل عفونت، روانشناس، کارشناس تغذیه، ایمنی، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، بهبود کیفیت و سرپرستاران بخش های درمانی میباشند.
- **سیاستهای آموزشی بیماران براساس 4 مرحله نیازسنجی آموزشی / برنامه ریزی / تعیین شیوه های آموزشی و اجرای آموزش / ارزیابی اثربخشی آموزشی انجام می شود.**

*ده استاندارد(بسته) ارتقا سلامت کارکنان

۱. معاینات دوره‌ای
۲. تغذیه سالم
۳. فعالیت بدنی
۴. سلامت روان
۵. حوادث محیط کار
۶. سلامت محیط کار
۷. واکسیناسیون
۸. علائم بیماری های مهم
۹. خطرسنجی قلبی و مغزی
۱۰. منع مصرف دخانیات

دستورالعمل استانداردهای ده گانه سلامت کارکنان، دستورالعمل خودمراقبتی، کتابچه آموزش به بیمار، کتابچه ۵ بیماری شایع، شیوه نامه ارتقاء سلامت کارکنان در درایو share مطالعه گردد.

*حداقل های آموزش در بدو ورود توسط پرستار

- آشنایی با بخش
- فضای فیزیکی
- قوانین و مقررات بخش
- نحوه احضار پرستار
- آگاهی از منشور حقوق بیمار

*حداقل های آموزش در دوران بستری توسط پرستار

افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد و عوارض
پوزیشن مناسب بیمار در بستر با ذکر دلایل
محدوده / محدودیت های فعالیت فیزیکی با ذکر دلایل
نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد
مراقبت ها و محدودیت های حرکتی با ذکر دلایل
سایر موارد بر اساس نیازسنجی آموزشی اختصاصی هر بخش

*حداقل های آموزش حین ترخیص

- ✓ محدوده/ میزان فعالیت فیزیکی
- ✓ تغذیه و رژیم درمانی
- ✓ نحوه مصرف داروها
- ✓ علایم و نشانه های تهدیدکننده برای مراجعه به بیمارستان
- ✓ آموزش های عمومی و خودمراقبتی
- ✓ برنامه بازتوانی

شیوه های آموزشی شامل آموزش چهره به چهره، کار گروهی، فیلم، پوستر و رسانه های آموزشی

واحد مراقبت در منزل:

هدف از تاسیس واحد مراقبت در منزل ساماندهی، تداوم و هماهنگی در ارائه مراقبت از بیمار پس از ترخیص از بیمارستان، مراقبت ایمن و به صرفه در منزل در راستای کاهش زمان بستری در بیمارستان ها و مراکز درمانی، کاهش هزینه های درمانی مراقبتی، کاهش دوران نقاهت، کنترل و کاهش عفونتهای بیمارستانی، توانبخشی و بهبود کیفیت خدمات پرستاری و در نهایت افزایش رضایت مندی بیماران و خانواده ها می باشد.

لیست مراکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری و تعرفه های این مراکز، انجمن های حمایتی بیماران خاص در برد تمامی بخش ها نصب میباشد.

حین ترخیص و ارجاع بیماران فرم شماره یک، در ۳ نسخه توسط پرستار مربوطه تکمیل میشود، یک نسخه در پرونده، یک نسخه در واحد هوم کر بیمارستان و یک نسخه نزد بیمار

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی.....

مرکز آموزشی، درمانی/ بیمارستان.....

فرم شماره ۱: ارجاع بیمار از بخش بستری به واحد مراقبت در منزل جهت ادامه مراحل درمان و مراقبت

شماره:

تاریخ:

واحد مراقبت در منزل:

بدینوسیله بیمار با تشخیص نهایی..... که به مدت روز در بخش تحت درمان بوده اند، جهت ادامه مراحل درمان و مراقبت در منزل با دستورات ذیل و خلاصه پرونده پیوست معرفی می شود.

مهر و امضاء سرپرستار بخش

دستورات درمانی و دارویی: (توسط پزشک معالج تکمیل می شود)

- -۱
- -۲
- -۳
- -۴
- -۵
- -۶

مهر و امضاء پزشک معالج

برنامه مراقبتی: (توسط پرستار مراقب تکمیل می شود)

- -۱
- -۲
- -۳
- -۴
- -۵

مهر و امضاء سرپرستار/پرستار مراقب

"این معرفی نامه در سه نسخه تهیه شده، یک نسخه در پرونده بیمار، یک نسخه در واحد مراقبت در منزل نگهداری می شود و یک نسخه به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری ارجاع می شود"

فرم شماره دو، در دو نسخه توسط سوپروایزر ارتقاء سلامت یا سوپروایزر بالین تکمیل میشود، یک نسخه در واحد هوم کر و یک نسخه نزد بیمار

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی.....	
مرکز آموزشی، درمانی/ بیمارستان.....	

فرم شماره ۲: ارجاع بیمار از واحد مراقبت در منزل به مراکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل جهت ادامه مراحل درمان و مراقبت

شماره:

تاریخ:

مرکز مشاوره و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل

بدینوسیله بیمار ، با دستورات درمانی و برنامه مراقبتی پیوست، جهت عقد قرارداد و ارائه مراقبت های پرستاری در منزل، به شرح ذیل معرفی می گردد. خواهشمند است گزارش اقدامات انجام شده به این واحد ارائه شود.

❖ نحوه مراقبت مورد نیاز:

روزانه ☐ شبانه روزی ☐ موردی ☐

❖ مدت مراقبت مورد نیاز:

ساعتی ☐ ساعت روزانه ☐ روز هفتگی ☐ هفته

❖ نوع مراقبت مورد نیاز:

- مراقبت تخصصی (توسط پرستار متخصص ارائه می شود) ☐

- مراقبت عمومی (توسط پرستار کارشناس/ بهیار ارائه می شود) ☐

- مراقبت اولیه (توسط کمک پرستار/کمک بهیار ارائه می شود) ☐

مهر و امضاء پرستار واحد مراقبت در منزل

"این معرفی نامه در دو نسخه تهیه شده و یک نسخه در واحد مراقبت در منزل نگهداری می شود"

احیای قلبی ریوی پیشرفته



بهترین زمان برای نجات جان بیماری که دچار ایست قلبی، ریوی، مغزی شده است می باشد، زیرا پس از آن اگر هم بیمار زنده بماند به احتمال زیاد آسیب های زیاد و جبران ناپذیری برای او به جا میماند.

هدف اولیه احیاء قلبی، ریوی ، مغزی یک مغز سالم و یک بیمار دارای عملکرد است.

تفاوت احیا در کودکان و بزرگسالان

در بچه ها بیشتر وقفه تنفسی اتفاق می افتد و در بزرگسالان ارست قلبی بدنبال اختلال ریتم قلبی عارض می گردد. برون ده قلبی در بچه ها کاملاً وابسته به تعداد ضربان قلب می باشد.

Cpr چیست؟

احیای قلبی ریوی یا CPR، یک اقدام اورژانسی است که روی افرادی که ایست قلبی و تنفسی کرده اند انجام میشود.

مرگ بالینی : در زمان صفر که فرد دچار ایست قلبی – ریوی شده و فاقد نبض و تنفس است و نشانه های حیاتی وجود ندارد. در این مرحله آسیبهای وارده قابل برگشت می باشد .

مرگ فیزیولوژیک : زمانیکه احیاء به دلایلی به تاخیر افتاده ، کمبود اکسیژناسیون و گردش خون بیشتر از ۶-۴ دقیقه بطول می انجامد ، آسیبهای جبران ناپذیری در مغز ایجاد می شود که منجر به مرگ فیزیولوژیک می گردد.

مدیریت ایست قلبی و ریتم ها

ایست قلبی می تواند در اثر ۴ ریتم بوجود آمده باشد :

- (VF فیبریلاسیون بطنی)
- (VT تاکی کاردی بطنی بدون نبض)
- (PEA فعالیت الکتریکی بدون نبض)
- (Asystole آسیستول)

تغییرات احیای قلبی ریوی ۲۰۱۵

تاکید بر فشردن قفسه سینه (compression chest)

تعداد دفعات compression chest توصیه شده، ۱۰۰ الی ۱۲۰ بار در دقیقه می باشد و نباید از ۱۲۰ تجاوز کند. در دستورالعمل ۲۰۱۰ این مقدار حداقل ۱۰۰ بار بود.

عمق میزان فشار compression chest (فشردن قفسه سینه) ۵ الی ۶ سانتی متر توصیه می شود و نباید از ۶ سانتی متر تجاوز کند و در دستورالعمل ۲۰۱۰ این مقدار حداقل ۵ سانتی متر بود.

تماس با اورژانس در حین CPR به وسیله موبایل، برای فعال کردن EMS و همچنین دریافت راهنمایی وازوپرسین از چرخه ACLS حذف و تاکید بر مدیریت سریع اپی نفرین شده است.

• استفاده از اکسیژن حداکثر در طول CPR به طوری که میزان اشباع اکسیژن شریانی در ۹۴٪ حفظ شود.

• در صورتی که از راه هوایی پیشرفته (ETT) استفاده می کنید، هر ۶ ثانیه یک بار ونتیله کنید (حداکثر ۱۰ تنفس در دقیقه)

• استفاده روتین از لیدوکائین بعد از ROSC توصیه نمی شود.

• مدیریت دما: شواهد جدید نشان می دهد که رنج دما بین ۳۲ الی ۳۶ درجه سانتی گراد در ۲۴ ساعت اول، بعد از ایست قلبی قابل قبول ترمی باشد.

درمان الکتریکی و نکات راهبردی دفیبریلاسیون

• انجام دفیبریلاسیون زودرس در ایست قلبی برای بقاء امری اساسی است.

• با گذشت هر دقیقه از کالاس قلبی تا انجام دفیبریلاسیون، در صورت عدم انجام CPR میزان بقاء ۷ تا ۱۰ درصد کاهش می یابد.

• زمانی که برای چند دقیقه ریتم بیمار VF باشد، سلول های میوکارد از اکسیژن و مواد متابولیکی تهی می شوند. یک دوره کوتاه ماساژ قلبی می تواند اکسیژن و مواد انرژی زا را تحویل عضله میوکارد داده و به احتمال زیاد اثربخشی شوک جهت بازگشت جریان خون خودبخودی را افزایش دهد.

نحوه انجام شوک دفیبریلاسیون :

۱. چک اندیکاسیون انجام شوک : VF , VT

۲. تنظیم مقدار انرژی مورد نیاز .

۳. در دست گرفتن پدال های دستگاه: دست راست Apex دست چپ Sternum .

۴. مالیدن مقدار کافی ژل روی سطح پدالها

۵. فشردن پدالها روی قفسه سینه

۶. شوک قدامی کناری: پدال Apex در پنجمین فضای بین دنده ای روی خط زیر بغل طرف چپ و پدال استرنوم در دومین فضای بین دنده ای سمت راست استرنوم

۷. شوک قدامی خلفی: پدال Apex در خلف قفسه سینه (کتف چپ) پدال استرنوم در دومین فضای بین دنده ای سمت راست استرنوم .

نکات لازم هنگام تخلیه شوک

• اعلام آمادگی برای دادن شوک و روشن کردن دکمه شارژ دستگاه

• توجه به عدم تماس همه افراد به تخت بیمار

• تخلیه همزمان پدالها

• مشاهده صفحه مانیتور از نظر تغییرات ریتم بیمار

• سایز پدال ها در بزرگسالان ۱۲، اطفال ۸ و نوزادان ۴ سانتی متر می باشد.

• مقدار فشار وارده روی پدال ها ۱۰ تا ۱۲ کیلوگرم در بزرگسالان می باشد.

cardio version سینکرونایز :

یا شوک هماهنگ : تخلیه انرژی الکتریکی همزمان با موج R در الکترو کاردیو گرام را گویند.

موارد استفاده: فیبریلاسیون دهلیزی فلوتردهلیزی و تاکی کاردی های دهلیزی

راههای هوایی پیشرفته

لوله تراشه

LMA

Combi tube

۱۰-۸= تعداد تنفس (هر ۶ تا ۸ ثانیه بدون هماهنگی با ماساژ قلبی)

بزرگسالان

دراقایان اینتوبه برای سایز لوله ۷.۵ یا ۸

درخانمها اینتوبه برای سایز لوله ۷ یا ۷.۵

کودکان

• در سنین زیر ۸-۱۰ سال از بدون کاف استفاده می شود.

• ۳/۵ - ۳ میلی متر برای نوزادان

• لوله ۴ برای سال اول زندگی و ۵ برای سال دوم

• بچه های بزرگتر از ۲ سال :

$$۴ + \text{سن (به سال)} = \text{قطر داخلی لوله تراشه}$$

۴

روش گذاشتن لوله تراشه

پوزیشن sniffing : که در این حالت راه هوایی مستقیم و دید خوبی دارد.

۱. لارنگوسکوپ را در دست چپ بگیرید (انگشتان به صورت پلکانی در دسته و تیغه قرار میگیرد) و هرگز به صورت مشت

۲. بسته در دست نگیرید.

۳. سپس با استفاده از انگشت شست و اشاره دست راست آرواره ها را از هم جدا کنید

۴. تیغه از کنار راست زبان عبور دهید و کم کم به سوی مرکز و طرف چپ هدایت کنید (زبان جارو میشود)

۵. نوک تیغه لارنگوسکوپ بین اپی گلوت و قاعده زبان قرار گیرد

۶. حال بدون فشار به دندان ها و اهرم کردن الرنگوسکوپ به بالا و جلو برده شود

۷. حال گلوت را میبینید و با آسانی لوله گذاری را میتوانید انجام دهید

لوله تراشه تا چه اندازه وارد تراشه شود؟

در خانم ها حداکثر تا ۲۱ سانتی متر و در آقایان حداکثر تا ۲۳ سانتی متر از تکنیک EC برای نگهداشتن ماسک روی صورت استفاده می شود. سه انگشت زیر فک تحتانی بشکل E و انگشت شست و اشاره بصورت حرف C روی ماسک قرار می گیرد بصورتی که ماسک کاملاً بر روی صورت بیمار فیکس گردد و از نشت هوا جلوگیری شود.

کنترل علائم حیاتی در بیماران با ایست قلبی تنفسی شامل:

• فشار خون

• نبض

• تنفس

• پالس اکسیمتری

• درد

آسیب های ناشی از عملیات احیا:

۱. شکستگی یا افتادن دندانها

۲. شکستگی دنده ها و احتمال آسیب ریه ها

۴. اتساع بیش از حد معده و احتمال استفراغ و آسپیره کردن محتویات معده

۵. آسیب نخاع در سطوح گردنی یا کمری

۶. پارگی ریه کبد یا طحال بدلیل فشار استرنوم روی آنها

سه شوک پشت سر هم یا وقتی شوک را وارد می نمایند، ریتm را بالفاصله پایش می کنند. سه شوک پشت سر هم برای گایدلاین های گذشته بود و تحقیقات نشان داد که شوک های دوم و سوم هیچ تاثیری ندارند همچنین هیچ گزارشی از تاثیر بالفاصله شوک مبنی بر نبض دار شدن بیمار یا برگشت حداقل ریتm مناسب برای بقا وجود ندارد. اصول کار به این صورت است، پس از شوک، بالفاصله فشردن قفسه سینه شروع شود و ۵ سیکل ۲:۳۰ یا مدت زمان ۲ دقیقه CPR انجام شود و بعد از آن به مدت حداکثر ۱۰ ثانیه ریتm چک شود و در صورت شوک ایبل بودن ریتm، شوک داده شود در غیر این صورت سیکل های CPR ادامه می یابد.

داروی آتروپین که هنوزم همراه با اپی نفرین در آریتمی آسیتول تزریق می شود. در صورتی که اصلا نتیجه بخش نیست و از سال ۲۰۱۰ از گایدلاین ها حذف گردیده است، زیرا آتروپین زمانی موثر خواهد بود که فعالیت الکتریکی قلب وجود داشته باشد.

تجویز سرم به بیمار به صورت شوت... به دنبال هر تزریق ۲۰ سی سی سرم نمکی داده می شود یعنی معادل ۳۰۰ قطره اما باید توجه کرد در احیای قلبی، سرم بصورت Free ممنوع است زیرا قلب توانایی پمپاژ ندارد لذا حجم زیاد در داخل دهلیز راست جمع می شود و به دنبال آن پرفیوژن کرونر ها کم می شود.

آتش نشانی (شامل معرفی انواع کپسول های آتش نشانی و ...)

نماد	روش مقابله	شرح	کلاس آتش
	تمامی روش های مرسوم	مواد قابل احتراق مانند چوب، کاغذ و پارچه	کلاس A
	متوقف کردن زنجیره فرآیند شیمیایی (خفه کردن) با استفاده از مواد شیمیایی خشک یا هالون	مایعات قابل اشتعال	کلاس B
	متوقف کردن زنجیره فرآیند شیمیایی (خفه کردن) با استفاده از مواد شیمیایی خشک یا هالون	گازهای قابل اشتعال	کلاس C
	نیاز به فرد متخصص دارد	فلزات قابل اشتعال	کلاس D
	مانند کلاس A با این تفاوت که نمی توان از مواد رسانا مانند آب استفاده کرد.	آتش سوزی بر اثر اتصال برق و جریان الکتریکی	کلاس E
	رقیق کردن یا از بین بردن اکسیژن و یا استفاده از غبار آب	آتش سوزی بر اثر روغن ها و چربی های آشپزی	کلاس F

نوع	موارد استفاده
آب	چوب، کاغذ، پلاستیک و پارچه (حریق های کلاس A)
پودر	حریق های الکتریکی، مایعات و جامدات سوختنی (حریق های کلاس A B C)
کف	حریق مایعات و جامدات سوختنی (کلاس A B)
دی اکسید کربن	حریق های الکتریکی و مایعات سوختنی

تفاوت کپسول های پودری و CO₂:

کپسول پودری گچی دارد که باید همیشه در محدوده سبز باشد ولی CO₂ بدون گچ است، نازل CO₂ شیپوری است، بدنه کپسول پودری دو تکه است ولی کپسول CO₂ یک تکه است.



مدیریت بحران (معرفی کدهای اضطراری

و چارت های سازمانی و...)

کارشناس مدیریت بحران

نام و نام خانوادگی: خانم سمیرا شهمایی

بحران

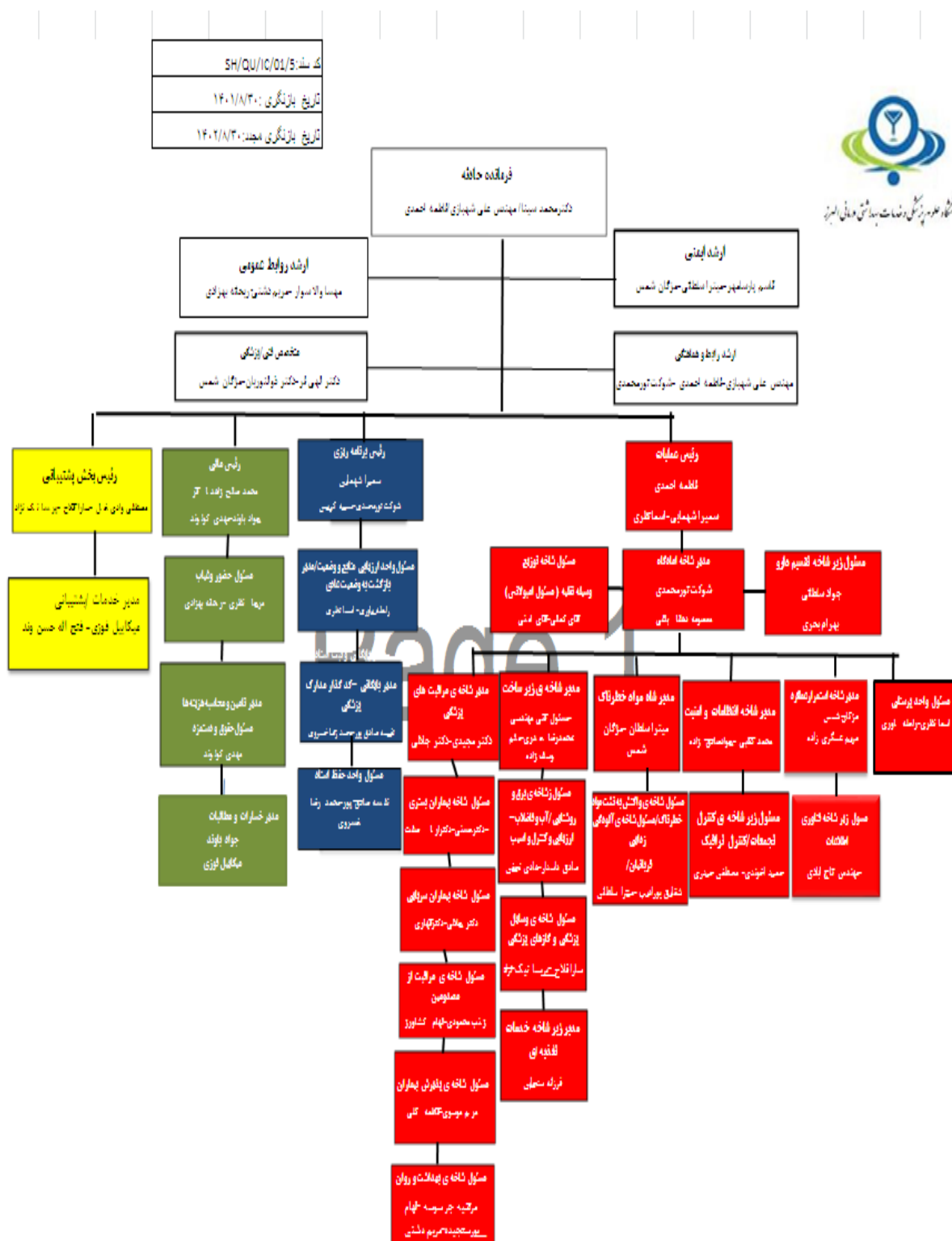
بحران عبارتند از حادثه ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر، به طور ناگهانی و یا به صورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید که جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد.

مدیریت بحران

مدیریت بحران، علمی کاربردی است که به وسیله مشاهده سیستماتیک بحران ها و تجزیه و تحلیل آنها در جستجوی یافتن ابزاری است که به وسیله آنها بتوان از بروز بحران ها، پیشگیری نمود؛ و یا در صورت بروز آن، در خصوص کاهش اثرات آن، آمادگی لازم، امداد رسانی سریع، و به بهبودی اوضاع اقدام نمود.

انواع بحران

به طور کلی انواع بحران های معمول و مطرح در دنیا، بدین قرار می باشند: زمین لرزه، آتشفشان، موج های دریایی ناشی از زلزله، گردبادهای استوایی (طوفان)، طغیان، شکافتن زمین، آتش سوزی طبیعی جنگل ها و بیشه ها، خشکسالی، بیماری های شایع، تصادفات عمده، شورش های اجتماعی و بحران های ناشی از جنگ.



توضیحات: چارت فرماندهی در حوادث غیرمترقبه بیمارستان ثارالله

کدهای وضعیت اضطراری در مراکز درمانی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه (EOC)



کدهای وضعیت اضطراری در مراکز درمانی استان البرز	
فوریت درجه 1	11
فوریت درجه 2	22
فوریت درجه 3	33
فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی به حوادث و بلایا	123
فوریت های زیر ساختی (حوادث داخلی)	44
ایمنی و آتش نشانی	25
انتظامات	60
احیا مادر باردار	77
احیا نوزاد	88
احیا بزرگسال	99
تخلیه بیمارستان	100
درمان سکته قلبی	247
درمان سکته مغزی	724
نشست و برخاست بالگرد اورژانس هوایی	350
حوادث در تجمعات انبوه	450
حوادث جوی	500
شیوع اپیدمی (کرونا و ...)	550



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه (EOC)



44	فوریه های زیر ساختی (حوادث داخلی)	قطع آب، برق، تلفن، سوخت، خرابی سیستم تهویه، مشکلات سازه ای و غیر سازه ای، قطع گازهای پزشکی مثل اکسیژن و... که منجر به ایجاد اختلال در ارائه خدمات می گردد.	سوپروایزر، مسئول بخش یا شیفت بخش درگیر، تألیسات، انتظامات و خدمات	اعلام کد 44 بمنظور ارزیابی توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی بر اساس فرآیند سلسله همدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	اعلام به EOC دانشگاه در صورتی که حادثه دارای مصدوم و یا فوتی در تعاریف کدهای 11، 22، 33 باشد، کدهای ماکور نیز بد از ارزیابی اعلام می گردد.
25	ایمنی و آتش نشانی	وقوع آتش سوزی یا تشت مواد خطرناک در بخش یا سایر قسمت های بیمارستان (وقوع هر حادثه ای که جان افراد حاضر در آن بخش را به خطر بیندازد و به عملیات امداد و نجات نیاز داشته باشد).	سوپروایزر، خدمات، انتظامات، تألیسات، مسئول بخش یا شیفت بخش	اعلام کد 25 بمنظور ارزیابی توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی بر اساس فرآیند سلسله همدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	اعلام به EOC دانشگاه در صورتی که حادثه دارای مصدوم و یا فوتی در تعاریف کدهای 11، 22، 33 داشته باشد، کدهای ماکور نیز بد از ارزیابی اعلام می گردد. در صورت گستردگی حادثه و یا نیاز به خدمات تخصصی، از سازمان ایمنی و آتش نشانی درخواست کمک شود.
60	انتظامات	ضرب و جرح، درگیری، اختشالی، ازدحام، گروگانگیری، سرقت، فرار بیمار، احتمال رویدن نوزاد و اقدام به خودکشی، موارد مشابه در داخل بیمارستان.	سوپروایزر، حرمت، مسئول بخش یا مسئول شیفت، انتظامات	اعلام کد 60 بمنظور ارزیابی توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی بر اساس فرآیند سلسله همدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	اعلام به EOC دانشگاه در صورتی که حادثه دارای مصدوم و یا فوتی در تعاریف کدهای 11، 22، 33 داشته باشد، کدهای ماکور نیز بد از ارزیابی اعلام می گردد. در صورت گستردگی حادثه و یا نیاز به خدمات تخصصی، از نیروی انتظامی درخواست کمک شود.
77	اجای مادر باردار	موارد ایست قلبی - تنفسی مادر باردار	اعضای کد 77	اعلام کد 77 توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	با اعلام کد دوم 77، کد 11 نیز اعلام گردد.
88	اجای نوزاد	موارد ایست قلبی - تنفسی نوزاد	اعضای کد 88	اعلام کد 88 توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	با اعلام کد دوم 88، کد 11 نیز اعلام گردد.
99	اجای بزرگسال	موارد ایست قلبی - تنفسی بزرگسالان	اعضای کد 99	اعلام کد 99 توسط سوپروایزر و یا مسئول شیفت، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	با اعلام کد دوم 99، کد 11 نیز اعلام گردد.



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه (EOC)



کد	عنوان	تعاریف	اعضا کد	زمان اعلام کد	توضیحات
11	فوریت درجه 1	به وضعیت اضطراری می شود که یکی از بخش های بیمارستان را درگیر کرده و از ایجاد اختلال در عملکرد واحدهای همجوار برخوردار نبوده و بتوان با امکانات تحت اختیار همان بخش نسبت به مقابله و مهار آن اقدام نمود وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: 1- مراجعه همزمان مصدوم بیمار به تعداد 10 درصد ظرفیت بیمارستان 2- مراجعه همزمان 2 تا 3 بیمار / مصدوم بدحال غیر مرتبط با تخصص بیمارستان 3- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان 2 نفر در یک بخش یا بیمارستان 4- بروز حادثه داخلی در یک بخش ، با 1 تا 4 مصدوم	معاونین: پرسنل بخش درگیر و 2 تا 3 نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان	اعلام کد 11 توسط مسئول شیفت بخش بعد از ارزیابی وضعیت از طریق سیستم های ارتباطی داخلی بیمارستانی	• همزمان با بعد از کد دوم 99 کد 11 نیز اعلام می گردد.
22	فوریت درجه 2	به وضعیت اضطراری می گردد که یکی از بخش های بیمارستان را درگیر کرده و از پتانسیل ایجاد اختلال در عملکرد یک یا دو بخش دیگر برخوردار نبوده و امکان تأثیر گذاری بر تمام فعالیت های جاری بیمارستان را دارد و برای مقابله و مهار آن نیاز به پشتیبانی از منابع سایر بخش محتمل می باشد وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: 1- مراجعه همزمان مصدوم بیمار به تعداد 10 تا 15 درصد ظرفیت بیمارستان 2- مراجعه همزمان 4 تا 5 بیمار / مصدوم غیر مرتبط با تخصص بیمارستان 3- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان 3 نفر در بیمارستان 4- بروز حادثه داخلی با 5 تا 10 مصدوم یا 2 تا 3 فوتی و یا ترکیبی از این دو	معاونین: مدیر تخت بیمارستان (Bed manager) پرسنل بخش های درگیر و 4 تا 8 نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان	اعلام کد 22 توسط معاونین و یا مسئول شیفت بعد از ارزیابی از طریق سیستم های ارتباطی داخلی بیمارستانی	•• اطلاع به EOC دانشگاه بیمارستانی که کمتر از 70 تخت فعال دارند می توانند برای هر سه فوریت درجه 1، 2 و 3 یک تیم 6 تا 3 نفره تعریف کنند. • در صورت نیاز استفاده از سایر ظرفیتهای درمانی بیمارستان های استان با هماهنگی EOC دانشگاه
33	فوریت درجه 3	به وضعیت اضطراری می گردد که بروز شرایطی که منجر به درگیر شدن بیش از دو بخش از بیمارستان شود و بتواند فعالیت های جاری بیمارستان را مختل نموده و برای مقابله و مهار آن نیاز به منابع سایر بخش های بیمارستان و در صورت لزوم فعالسازی برنامه پاسخ بیمارستانی باشد وضعیتی است که حداقل یکی از شرایط ذیل را شامل شود: 1- مراجعه همزمان بیمار / مصدوم بیش از 15 تا 20 درصد ظرفیت بیمارستان 2- مراجعه همزمان بیش از 5 بیمار / مصدوم غیر مرتبط با تخصص بیمارستان 3- نیاز به احیاء قلبی ریوی همزمان بیش از 3 نفر در بیمارستان که از توان پاسخگویی آن بیمارستان خارج می باشد 4- بروز حادثه ای داخلی یا بیش از 10 مصدوم یا بیش از 3 فوتی و یا ترکیبی از این دو	معاونین: مدیر تخت بیمارستان (Bed manager) پرسنل بخش های درگیر و 8 تا 12 نفر از پرسنل بخش های مختلف بیمارستان	اعلام کد 33 بعد از ارزیابی توسط معاونین و یا پرسنل بخش های ارتباطی داخلی بیمارستانی	••• اطلاع به EOC دانشگاه • در صورت نیاز استفاده از سایر ظرفیتهای درمانی بیمارستان های استان با هماهنگی EOC دانشگاه
123	فعال سازی برنامه پاسخ بیمارستانی به حوادث و بلایا	به وضعیت اضطراری می گردد که نیازمند فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه (HICS) به منظور ایجاد هماهنگی و برنامه ریزی، افزایش ظرفیت و پشتیبانی در قالب برنامه پاسخ اضطراری (EOP) می باشد این کد در وضعیت های اضطراری (زرد نارنجی و قرمز) با اعلام EOC سایر مراجع ذیصلاح خارج از بیمارستان با تایید (EOC) و با توسط فرمانده حادثه بیمارستان می تواند فعال شود	اعضای سامانه فرماندهی حادثه HICS (بر اساس میزان فعالسازی سامانه)	• اعلام کد 123 بعد از ارزیابی از طریق سیستم های ارتباطی داخلی بیمارستانی با مسئولیت فرمانده سامانه • بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخلی بیمارستانی	• اطلاع به EOC دانشگاه حضور اعضای فرماندهی در محل HCC



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه (EOC)



100	تخلیه بیمارستان	حادثه ای که منجر به تخریب قسمتی از ساختمان یک بخش و یا بیمارستان شود، یا وقوع حوادثی که احتمال آسیب بیمارستان و کادر درمانی و تجهیزات مطرح باشد، که بخش یا بیمارستان نیاز به تخلیه داشته باشد. از جمله: زلزله، نشست زمین، ریزش آوار، سیل، آتش سوزی، تشت مواد خطرناک، حوادث تروریستی و... *	اتفاقی که 100 در مورد تخلیه بیمارستان: اعضای (HICS) کادر درمانی، انتظامات، خدمات اتفاقی که 100 در مورد تخلیه یک بخش: سوپروایزر (فرمانده حادثه)، مسئول شیفت، پرسنل بخش، خدمات، انتظامات	اعلام که 100 بنابر ارزیابی توسط فرماندهی عملیات، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی * بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل بیمارستانی	* اطلاع به EOC دانشگاه قبل از اعلام که 100، بمنظور ایجاد هماهنگی و ارزیابی اولیه، که 123 فعال گردد. * تخلیه بیمارستان صرفاً با دستور فرمانده حادثه صورت می گیرد.
247	درمان سکه قلبی	کد سکه قلبی جهت مدیریت درمان بیمارانی با علائم مشخصه ایسکمی حاد میوکارده همراه با بالا رفتن پایداری قطعه ST با LBBB که به تفر می رسد جدید باشد.	اتفاقی که 247 (مطابق با دستورالعمل ایلاتی)	با اعلام که 247 و زمان رسیدن بیمار توسط اورژانس (EMS) به سوپروایزر بیمارستان مقصد و اعلام به کت لب فعال می شود.	در بیمارستانهای تخصصی 247
724	درمان سکه مغزی	این کد که برای بیمار با علائم سکه حاد مغزی در 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز توسط بیمارستان های مشمول طرح صورت می پذیرد.	اتفاقی که 724 (مطابق با دستورالعمل ایلاتی)	با اعلام که 724 و زمان رسیدن بیمار توسط اورژانس (EMS) به سوپروایزر بیمارستان مقصد و اعلام به تیم stroke فعال می شود.	در بیمارستانهای تخصصی 724
350	اورژانس هوایی	آمادگی بیمارستان جهت برقراری ایمنی و امنیت نشست و برخاست بالگرد و تعوییل بیمار یا مصدوم *	سوپروایزر، سرپرستار بخش اورژانس، انتظامات (خواستار آمبولانس) در صورت نیاز خدمات (بیمار بر)	اعلام که 350 بنابر دریافت خبر اعزام بیمار توسط بالگرد از EOC دانشگاه و یا توسط سوپروایزر، از طریق سیستم های ارتباطی داخل بیمارستانی	* موارد نیاز: مراکز درمانی به اورژانس هوایی بر اساس فرآیند درخواست ایلاتی اقدام شود. * موارد مربوط به ایمنی و امنیت بر اساس فرآیند (SMS) گزارش و پیگیری شود.
450	حوادث در تجمعات انبوه	حوادث در جشن ها، مراسمات مذهبی، تالارهای های مردمی، ورزشگاه ها و...	اتفاقی HICS که 11، 22، 33 در صورت تماسی با توجه به سطح حادثه	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	* اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی
500	حوادث جوی	سیل، طوفان، تگرگ، بارش برف سنگین، یخبندان، سرما زدگی، آلودگی هوا و...	اتفاقی HICS که 11، 22، 33، 44 در صورت تماسی با توجه به سطح حادثه بر حسب شرایط	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	* اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی
550	شیوع آیدمی (کرونا و ...)	افزایش غیر معمول در تعداد موارد یک بیماری که معمولاً در منطقه با جمعیت مشخص اتفاق می افتد و یا بروز یک بیماری که قبلاً در یک ناحیه وجود نداشته است.	اتفاقی HICS، کمیته کنترل عفونت بیمارستان و کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بر حسب سطح حادثه	بر اساس فرآیند سامانه هشدار سریع حوادث داخل و خارج بیمارستانی فعال می شود.	* اطلاع به EOC دانشگاه در صورت وقوع و احتمال درگیر شدن مراکز درمانی

شناسایی مکانهای خطر آفرین و مستعد آتش سوزی

سازمان NFPA مکانها را از نظر پتانسیل خطر آتش سوزی و استانداردهای خاموش کننده به دسته تقسیم نموده است:

۱- مکان با خطر کم: مکانی است که تنها مقدار کمی مواد قابل احتراق در محل وجود دارد و در نتیجه آتش سوزی کوچکی پیش بینی خواهد شد.

۲- مکان با خطر متوسط یا معمولی: مکانی است که میزان مواد قابل احتراق در محل به طور متوسط باشد و در نتیجه آتش سوزی در حد متوسط قابل پیش بینی است

۳- مکان پر خطر: در این مکان ها میزان مواد قابل احتراق موجود در آن نسبتا زیاد است و در نتیجه آتش سوزی قابل توجهی پیش بینی می شود.

مکانهای پر خطر

ردیف	مکان	میزان خطر	دلیل انتخاب
۱	واحدهای درمانی	خطر زیاد یا مکان پرخطر	کپسولهای طبی قابل اشتعال
۲	بایگانی پرونده ها	خطر زیاد یا مکان پرخطر	دانسیته بالا مواد
۳	موتورخانه	خطر زیاد یا مکان پر خطر	حرارت تجهیزات
۴	واحدهای اداری	خطر کم	تجهیزات برقی
۵	محل نگهداری گازهای طبی	خطر زیاد	کپسولهای طبی قابل اشتعال
۶	اتاق سرور	خطر زیاد یا مکان پرخطر	تجهیزات برقی
۷	انبار مواد شیمیایی	خطر زیاد یا مکان پر خطر	مواد قابل اشتعال
۸	انبار داروخانه	خطر زیاد یا کان پرخطر	تراکم مواد
۹	لنژری	خطر زیاد یا مکان پرخطر	دستگاههای الکتریکی بزرگ
۱۰	آزمایشگاه	خطر زیاد یا مکان پرخطر	به دلیل تجهیزات برقی وبا ارزش
۱۱	رادیولوژی	خطر زیاد یا مکان پرخطر	به دلیل تجهیزات برقی وبا ارزش
۱۲	محل ذخایر سوختی	خطر زیاد یا مکان پرخطر	به دلیل اشتعال گازوئیل