

رسالة محمد ﷺ



# پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانها در راستای ارزیابی های ادواری سال ۱۴۰۰

محور مراقبت های عمومی بالینی - جراحی و بیهوشی

تهیه و تدوین : فاطمه پیرمحمدی - کارشناس اداره اعتباربخشی

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یکم آذر ۱۴۰۰

ب-۱-۱-۱ **قبل از هرگونه اقدامات تشخیصی /درمانی شناسایی بیماران با حداقل دوشناسه** وبا توجه به **رنگ دستبند به صورت فعال** انجام می شود

- ثبت مشخصات به رنگ مشکی ویا آبی بر روی دستبند با زمینه سفید به روش خوانا به شیوه یکسان
- عدم استفاده از شماره تخت ویا شماره اتاق بعنوان شناسه
- نام و نام خانوادگی ، تاریخ تولد به روز - ماه و سال و شماره پرونده ویا کد پذیرش و قید نام پدر در موارد مشابهت اسمی بیماران
- شناسایی فعال در واحد پذیرش با ارائه دستبند در زمان پذیرش برای بیمار تحت نظر /بستری در اورژانس و بخش ،بیمار روزانه Day care،/مراجعه واحدهای پاراکلینیک -اسکوپي ها وتائید صحت مندرجات توسط بیمار/خانواده
- شناسایی فعال: بازگکردن نام ونام خانوادگی/ تاریخ تولد/سن و در صورت نیاز نام پدر توسط بیمار
- پرسش از خانواده /بستگان درجه یک در کودکان /معلولین ذهنی/مشکلات تکلم
- **رعایت کد بندی رنگی دستبند**
- ثبت مشخصات به رنگ مشکی ویا آبی بر روی دستبند با زمینه سفید به روش خوانا به شیوه یکسان
- دستبند قرمز رنگ در بیمار مبتلا به آلرژی
- **دستبند زرد رنگ در بیمار در معرض خطر زخم فشاری-سقوط-ترومبو آمبولی-خودکشی -سوءتغذیه -تشنج**

ب-۱-۱-۱ قبل از هرگونه اقدامات تشخیصی /درمانی شناسایی بیماران با حداقل دوشناسه و با توجه به رنگ دستبند به صورت فعال انجام می شود

- انجام چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجر پر خطر ترانسفوزیون خون-TPN، در هنگام انجام کلیه مراتب چک دستورات و درخواست ،نسخه پیچی و آماده سازی و دادن داروهای پرخطر و با هشدار بالا
- لحاظ نام و نام خانوادگی /تاریخ تولد به روز/ماه و سال /شماره پرونده در دستبند شناسایی مراجع زایمانی(زائو)
- نصب دستبند شناسایی نوزاد در اسرع وقت بلافاصله بعد از تولد قبل از ترک بلوک به میچ پاهای نوزاد /نام و نام خانوادگی
- مادر /جنس نوزاد/ساعت و تاریخ تولد/قل چندم /شماره پرونده مادر
- آموزش بیمار/خانواده و آگاهی آنها در مورد اهمیت و نحوه استفاده و مراقبت از دستبند
- در بیمار روان یا شرایط خاص (سوختگی - شکستگی اندام فوقانی) طبق دستورالعمل داخلی مرکز
- شناسایی فعال در بخش ارائه دهنده خدمت در زمان پذیرش و قبل از مراقبت و درمان
- اخذ و تحویل و امحاء دستبند از بیمار هنگام ترخیص توسط بخش

## ب-۱-۲-۱ انجام ارزیابی اولیه پرستاری (ارزیابی جامع) بیماران مطابق ضوابط

- انجام ارزیابی اولیه در مورد تمام بیماران بستری در بخش در بدو ورود بیمار تا انتهای همان شیفت کاری یا حداکثر ظرف ۲۴ ساعت اول بستری

- در بیماران با اقامت بیش از ۱۲ ساعت در اورژانس انجام ارزیابی اولیه بر اساس فرم الزامی است.

- در بخش اورژانس ملاک ارزیابی تریاژ است نیاز به ارزیابی جامع نیست

- در طی شش ساعت اولیه اقامت در اورژانس با توجه به میزان وخامت حال عمومی بیمار بررسی وضعیت هوشیاری، جسمی، روحی و روانی و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار/برنامه ریزی اقدامات و مراقبت پرستاری/ الزامی است.

- مستندسازی نتایج ارزیابی اولیه و تشخیص های پرستاری در فرم گزارش پرستاری

- ❖ عدم نیاز به تکرار ارزیابی اولیه پس از انتقال بیمار از یک بخش به بخش دوم بجز موارد تغییر وضعیت

- ❖ در بیماران دیالیز، تالاسمی و شیمی درمانی سرپایی انجام مثبت ارزیابی اولیه در اولین مراجعه/در صورت تغییر وضعیت

- ❖ استفاده از ابزار معتبر در ارزیابی خطر اقدام به خودکشی در ارزیابی روحی

❖ ب-۱-۲-۲ ارزیابی اولیه پزشکی - طراحی و هدایت برنامه مراقبت و درمان بیماران توسط  
**پزشکان** معالج و پزشکان ذیصلاح انجام می شود

انجام ارزیابی اولیه  
پزشکی بیمار در  
محدوده زمانی تعیین  
شده

مستندسازی نتایج و  
برنامه ریزی  
مراقبتی/اجرای  
مراقبت و درمان

وجود شواهد رعایت محدوده زمانی ارزیابی اولیه پزشکی

وجود مستند ابلاغ محدوده زمانی ارزیابی اولیه پزشکی (بدوورود) بر اساس سطوح مختلف تریاژ و شرایط بیماران-اورژانس، پرخطر، آسیب پذیر توسط ریئس/مدیرعامل با مشاوره با مسئول فنی مرکز/آگاهی پزشکان/رعایت محدوده زمانی در پرونده ها

## ❖ (محدوده زمانی ارزیابی ویزیت) پزشکی بیمار

اولین ارزیابی بیمار در اورژانس توسط پزشک مقیم	بنا بر سطح تریاژ
حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط emergent اورژانس	در عرض ۳۰ دقیقه
حضور پزشک آنکال زنان بر بالین بیمار در emergent شرایط اورژانس	در عرض ۲۰ دقیقه
حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در urgent شرایط فوری	در عرض ۲ ساعت
حضور پزشک آنکال بر بالین بیمار در شرایط non urgent غیر فوری	در عرض ۴ ساعت بدون تاخیر در ارائه سایر فرآیندهای ارائه خدمت به بیمار از جمله انتقال بیمار
زمان درج شرح حال بیمار توسط پزشک	بلافاصله بعد از ویزیت بیمار
ارزیابی خدمات تسکینی، درمانی، تغذیه‌ای، مددکاری اجتماعی، ارتقاء سلامت	در عرض ۶ ساعت اولیه با توجه به حال عمومی بیمار

- تکمیل بخش تاریخچه فعلی، گذشته، سابقه خانوادگی، تاریخچه دارویی، معاینه سیستم بدن، جزئیات مرتبط با ضایعه، ثبت تشخیص افتراقی مهر و امضاء پزشک (ثبت ساعت اخذ شرح حال)

- ومستندسازی دستورات تشخیصی، درمانی، مراقبتی، تسکینی و آرامبخشی توسط پزشک معالج و لحاظ نتایج ارزیابی های پزشکی در برگه دستورات پزشک
- ❖ ارائه طرح مراقبتی و درمانی پیشنهادی پزشک به بیمار/خانواده/بستگان قانونی و جلب مشارکت آنها

- ❖ اجرای برنامه مراقبت و درمان توسط پزشک معالج

- ❖ شواهد ویزیت بیمار اورژانس و پرخطر توسط سرویس تخصصی مربوطه همزمان با ارائه اقدامات درمانی ضروری شامل متخصص مقیم یا آنکال /دستیار ارشد تخصصی همان شیفت



ب-۱-۳-۱ ارزیابی و مراقبت های پرستاری در هر نوبت کاری توسط پرستار معین برای هر بیمار (ارائه مراقبت موردی) انجام می شود

❖ وجود شواهد برنامه **تقسیم کار موردی** و **متوازن** بیماران بین پرستاران یک شیفت براساس سطح مراقبتی بیماران

❖ در دفتر تقسیم کار

❖ ثبت نام پرستار بر تابلو بالای سر بیمار و اعلام آن به بیمار

❖ آگاهی بیمار و پرسنل

❖ انطباق برنامه تقسیم کار با عملکرد کارکنان در نحوه ارائه مراقبت و مستندسازی خدمات

ب-۱-۳-۲ ارائه مراقبت پرستاری مستمر، بدون وقفه، ایمن مطابق سطح مراقبتی هر بیمار

- شواهد تامین و پایش **حضور مستمر پرستار در طول شیفت برای هر بیمار** با تعریف **پرستار جانشین در حین وقفه خدمتی**

- **مستند برنامه تقسیم کار و ثبت وقفه های خدمتی و جایگزینی نیرو**

- **مدیریت** و کاهش واگذاری فرآیندهای غیر مرتبط پرستاری با هماهنگی تیم مدیریت اجرایی

- تحویل و تحول ایمن درون بخشی و بین بخشی بیماران با استفاده از مدیریت همپوشانی دوشیفت و گزارشدهی موثر وضعیت بیماران بر بالین با تکنیک مناسب مثل شیوه S BAR و مستندسازی آن

- شواهد اجرای مراقبت استاندارد ایمن طبق اهداف برنامه مراقبتی (مدیریت صحیح اتصالات،....

**۲-۱: تحویل نوبت کاری:** یکی از موقعیتهای تحویل بخش و بیماران و تبادل اطلاعات در انتهای هر نوبت کاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیماران و بخش/ واحد بین کارکنان پرستاری هر دو نوبت کاری مبادله می شود.

**۵-۱: پرستار مسئول بیمار:** پرستاری است که بر اساس نیاز بیماران بخش / واحد و تصمیم سر پرستار/ مسئول نوبت کاری برای یک یا چند بیمار تعیین تا با قبول مسئولیت، انجام و نظارت تمامی مراقبتهای پرستاری بیماران تعیین شده را در حد شرح وظایف مصوب طی آن نوبت کاری به عهده گیرد.

**ماده ۲:** بر اساس تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقای بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت، مدت زمانی برابر یکساعت برای همپوشانی دو نوبت کاری در نظر گرفته شود به نحوی که وقت کافی برای تحویل بیماران در تعویض نوبت کاری فراهم گردد و این زمان در محاسبه زمان حضور کارکنان هر دو نوبت کاری منظور گردد.

**ماده ۳:** مدیر پرستاری مرکز (مترون) با همکاری تیم مدیریت اجرایی بیمارستان زمان شروع تحویل نوبت کاری را در نوبت کاربهای مختلف تعیین و جهت استقرار در بیمارستان به اطلاع کارکنان پرستاری می رساند.

**ماده ۴:** قبل از شروع فرایند تحویل و حضور بر بالین بیماران، تقسیم بیماران و فعالیتها توسط سرپرستار/ مسئول نوبت کاری بخش به شیوه مراقبت موردی انجام، ثبت و پرستار مسئول هر بیمار تعیین می شود.

**ماده ۵:** به منظور ایجاد آمادگی در بیماران جهت مشارکت در فرایند تحویل، شروع فرایند به بیماران اطلاع داده شود. همچنین در راستای حفظ حریم خصوصی بیماران لازم است افراد متفرقه از بالین بیماران دور باشند.

**ماده ۶:** سرپرستار یا مسئول نوبت کاری قبل مسئول هدایت فرایند تحویل است که می بایست در هنگام تحویل بیمار به همراه پرستار مسئول بیمار در نوبت کاری قبل، مسئول و کارکنان پرستاری نوبت کاری بعد بر بالین بیماران حضور یابد و پرستار مسئول هر بیمار را به بیمار معرفی نماید.

**ماده ۷:** در طول فرایند تحویل بیماران، کارکنان پرستاری نوبت کاری قبل باید به منظور پاسخ به نیازهای بیماران و ارائه مراقبتهای ضروری در بخش باقی بمانند و مسئولیت مراقبت از بیماران تا پایان تحویل کامل همه بیماران بر عهده کارکنان پرستاری نوبت قبل میباشد و تداوم مراقبت بیماران در طول فرایند تحویل نوبت کاری باید حفظ شود.

**ماده ۸:** برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره گیری از مدل **ISBAR<sup>2</sup>** و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه می شود:

### دستور العمل تحویل نوبت کاری در پرستاری

نظر به اهمیت موضوع تداوم و استمرار مراقبت از بیمار در انتهای هر نوبت کاری و در راستای اجرای تبصره ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت (مصوب ۸۸/۱۰/۳۰ هیات محترم وزیران) این دستور العمل با هدف ساماندهم فرایند تحویل بیمار و استمرار مراقبت مطلوب در انتهای هر نوبت کاری، تدوین و جهت اجرا در بخش/ واحد های بالینی مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی ابلاغ می گردد.

**کلیدان:** فرایند تحویل مراقبت/ بیمار، مکانیسمی برای انتقال اطلاعات، مسوولیت و اختیار از یک شخص یا گروهی از ارابه دهندگان مراقبت به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت حین تغییر نوبت کاری یا انتقال بیمار (از بخشی به بخش دیگر و یا از یک واحد درمانی به واحد درمانی دیگر) به منظور استمرار و تداوم مراقبت می باشد که یکی از اجزای اصلی برقراری ارتباط در ارائه مراقبت سلامت و نکته کلیدی در راستای ارتقاء ایمنی بیمار است.

تعویض نوبت کاری یکی از موقعیتهای تحویل بیمار و تبادل اطلاعات در پرستاری است که طی آن اطلاعات ضروری مربوط به بیمار بین کادر پرستاری نوبت های کاری مختلف مبادله می شود. این مهم علاوه بر تداوم مراقبت با بررسی جامع بیمار در بالین، تعیین اولویتهای مراقبتی، مشارکت فعال کادر پرستاری دو نوبت کاری در امر تبادل اطلاعات و مرور اقدامات درمانی و دارویی بیمار باعث ذخیره وقت و زمان کادر پرستاری و ارائه خدمات با کیفیت می گردد.

#### ماده ۱: تعاریف

**۱-۱: نوبت کاری (شیفت):** نوبت های زمانی معین برای کار در طول ۲۴ ساعت شبانه روز است که در برنامه ماهیانه بخش ثبت و کادر پرستاری بر آن اساس جهت ارائه خدمات در محل کار حضور می یابند و شامل نوبت های کاری صبح، عصر شب و یا تلفیقی از آنها است.

**۲-۱: مسئول نوبت کاری (شیفت):** پرستاری است با تحصیلات حداقل کارشناسی پرستاری که بر اساس تصمیم سرپرستار برای جانشینی در زمان عدم حضور وی به منظور مدیریت امور بخش/ واحد و پاسخگویی در نوبت کاری مربوطه تعیین می شود.

**۳-۱: تحویل بیمار:** فرایند انتقال اطلاعات، مسئولیت و اختیار مراقبت بیمار از یک شخص یا گروهی از ارائه دهندگان مراقبت خدمات به شخص و یا تیم بعدی ارائه دهنده مراقبت/خدمات در انتهای هر نوبت کاری می باشد.

### مراحل تکنیک SBAR عبارت است از

۱. وضعیت<sup>۲</sup> تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)
۲. سوابق<sup>۳</sup> بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
۳. ارزیابی<sup>۴</sup> نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید
۴. توصیه‌ها<sup>۵</sup> آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن

# ❖ ب-۱-۳-۳ برنامه ریزی آمادگیهای های قبل وپایش مستمر حین و پس از مداخلات تهاجمی

مداخلات تهاجمی اعمال جراحی، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی، دیالیز، شیمی درمانی، پرتو درمانی، انواع اسکوپیی  
و سایر موارد با تشخیص بیمارستان

❖ -شناسایی و تدوین لیست خدمات/دستورالعملهای آماده سازی  
و مراقبت و پایش قبل و بعد

❖ آموزش کارکنان

❖ برنامه ریزی آموزش آمادگی های اولیه به مددجو و خانواده در  
مرحله نوبت گیری و ویزیت سرپایی

❖ انتظاربیمار درفضاوشرايط ایمن با رعایت حریم بیمار

❖ پیشگیری از انتظار طولانی بیماران بویژه بیماران پرخطر، و آسیب  
پذیر

❖ بکارگیری فرد practitioner واجد صلاحیت در رگ گیری و  
تزریق دارو وانجام پروسیجر(اصلی، sedation و بیهوشی)

❖ استفاده ابزار مناسب پایش و مانیتورینگ حین و پس از  
پروسیجر(ریکاوری) و پایدارسازی وضعیت بیمار

❖ مستندسازی صحیح خدمات در هر سه مرحله آماده سازی، انجام  
و پایش مستمر حین/پس از اقدامات تهاجمی

❖ آماده سازی، انجام و پایش مستمر  
حین/پس از اقدامات تهاجمی با تاکید  
بر

❖ برنامه ریزی آمادگیها بصورت سرپایی

❖ تضمین ایمنی خدمات با دستورالعمل  
جراحی ایمن و فرآیندهای کنترل کننده  
و کاهشده خطا/مستندسازی اقدامات

❖ ب-۱-۳-۴ انجام تزریق خون و فرآورده های خونی با شیوه ایمن با رعایت ضوابط شناسایی صحیح تحت مراقبت مستمر

❖ پیروی از **راهنمای ابلاغی هموویژولانس** و آموزش کارکنان در مدیریت بکارگیری خون و فرآورده های خونی

❖ **شناسایی ایمن و فعال بیمار** (شناسایی ایمن) با دستبند شناسایی

❖ **چک مستقل همزمان انطباق هویت بیمار با پرونده /دستور تزریق خون و مشخصات مندرجات کیسه خون با دستور پزشک توسط دوپرستار**

❖ **کنترل کیسه خون** از نظر انقضاء و کدورت، تغییر رنگ، لخته و همولیز، حباب هوا، نشستی

❖ **کنترل بیمار از نظر علائم حیاتی و علائم ناسازگاری** طبق راهنمای ابلاغی هموویژولانس /مستند سازی اقدامات

❖ ب-۱-۴-۱ عملکرد منطبق با موازین ایمنی کارکنان بالینی پس از مواجهه با محدوده بحرانی

## نتایج پاراکلینیک

مداخله فوری و حیاتی کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی  
بررسی های پاراکلینیک

مبتنی بر برقراری چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح  
اطلاعات با روش های ساختارمند

❖ مانند SBAR

ابلاغ محدوده  
بحرانی نتایج  
پاراکلینیک

خط تلفن یک  
طرفه

ابلاغ فرآیند  
اطلاع رسانی  
و پیگیری

مستند  
حضور و  
پیگیری  
بلادرنگ  
کارکنان جهت  
مداخله فوری

## ❖ ب-۱-۴-۲ ارائه مراقبت و درمان ایمن از بیماران آسیب پذیر متناسب با شرایط بیمار

- ❖ بدلیل شرایط خاص فیزیولوژیک، فیزیکی، روانی و اجتماعی دچار محدودیت های ارتباطی، حرکتی و یا ضعف حمایت
- ❖ پس از ترخیص و آسیب پذیرند

**هدف:** ارائه مراقبت ایمن به بیماران  
آسیب پذیر با کاهش تاثیر محدودیتها  
یا  
شرایط خاص بیمار در مدت  
پذیرش، بستری و حین ترخیص مددجو  
با شیوه اخلاقی

نوزادان کودکان مادران باردار سالمندان  
اختلالات ذهنی معلولین  
مددجوی مراکز نگهداری مجهول الهویه ایدز  
سوء مصرف مواد افرادی خانمان، روان پریش  
، ضد اجتماعی، زندانی و....

- ❖ وجود شواهد لحاظ موارد ذیل در روشهای اجرایی
- ❖ شناسایی ایمن (فعال و ایمن)
- ❖ پیشگیری از سقوط
- ❖ پیشگیری از خودکشی
- ❖ مدیریت ایمن دارویی
- ❖ حفظ حریم و پیشگیری از غفلت ارتباطی و مراقبتی و انزوای بیمار
- ❖ کاهش مخاطرات سایر بیماران
- ❖ کاهش مخاطرات ارائه دهندگان خدمت



❖ ب-۱-۴ - ۳ بیمار پرخطر شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آن ها ارائه می شود.

❖ بیمارانی که بدلیل شرایط موقت یا دائم نیاز به خدمات تشخیصی درمانی یا تمهیدات پیشگیرانه از خطر بصورت ویژه و در اولین فرصت دارند

- شامل افراد در معرض سقوط زخم فشاری خودکشی سوءتغذیه پلی فارماسی
- ترومبوزهای وریدی وسایر

❖ شناسایی بیمار و تعیین میزان ریسک با ابزار مناسب مورش، برادن

❖ استفاده از دستبند شناسایی زرد با لحاظ کد مشخص برای هر گروه جهت پیشگیری از تشویش و نقض حریم بیمار در همه بخشها

❖ آموزش اثر بخش بیمار-خانواده جهت پیشگیری از بروز خطر

❖ شواهد اقدام کنترل و مقابله با ریسک در برنامه های تشخیصی، درمانی و مراقبتی

ب-۱-۵-۱ ویزیت روزانه بیماران توسط پزشک معالج /ذیصلاح در زمانبندی منظم به نحوی که تعللی در روند مراقبت ودرمان بیمار ایجاد نمی شود.

- **شواهد ویزیت منظم روزانه بیمار توسط پزشک معالج /پزشک جانشین**

- (متخصص مقیم /آنکال /دستیار ارشد در تخصص مشابه در برگه های دستور پزشک و سیر بیماری با لحاظ ساعت ،تاریخ ، مهر و امضاء

ب-۱-۵-۲ در تمام ساعات شبانه روز دسترسی بیماران به پزشک دارای صلاحیت به نحوی است که اختلال / تاخیر در روند درمان ایجاد نمی شود

- **(طبق برنامه مقیمی و آنکالی و با رعایت محدوده  
ابلاغی زمان ویزیت بیماران الکتیو و اورژانس  
ابلاغی توسط کمیته ارتقاء راهبردی خدمات بخش  
اورژانس)**

ب-۱-۵-۳ برنامه ریزی و انجام **مشاوره های تخصصی اورژانسی** در حداقل زمان

❖ انجام مشاوره با **حضور بلا درنگ پزشک** معالج بر بالین ، اعلام تلفنی دستورات در وضعیت بحرانی قبل از حضور توسط پزشک



❖ مستند سازی صحیح برگه درخواست مشاوره و جواب مشاوره



❖ رعایت محدوده زمانی انجام مشاوره اورژانس



❖ اطلاع رسانی نتایج مشاوره



❖ مستند سازی برگه دستورات پزشک معالج و پیگیری اجرای دستورات



مشاوره

ب-۱-۵-۴ برنامه ریزی و انجام **مشاوره های تخصصی غیر اورژانس** در حداقل زمان

- **مشاوره حضوری با رعایت محدوده زمانی ابلاغی**

ب-۱-۵-۵ انجام اقدامات تشخیصی درمانی (توصیه شده توسط مشاور یا سایر اعضای تیم درمان) با محوریت (دستور) پزشک معالج و مستندسازی آن در اولین حضور پزشک بر بالین

- **شواهد اجرا و انجام اقدامات تشخیصی درمانی با آگاهی و تایید پزشک معالج و در صورت عدم دسترسی پزشک / جانشین و ذیصلاح**

## ❖ ب-۱-۵-۲ ویزیت متخصص مقیم بلافاصله بر بالین

### ❖ در بیمارستان جنرال

- ❖ در ۶۴-۹۶ تخت فعال
- ❖ در ۹۶-۲۵۶ تخت فعال
- ❖ در مراکز بیش از ۲۵۶ تخت فعال
- ❖ یک نفر متخصص مقیم داخلی/جراح عمومی/طب اورژانس
- ❖ ۲-۴ نفر متخصص مقیم در رشته های مورد نیاز
- ❖ ۴-۶ نفر متخصص مقیم در رشته های مورد نیاز

### ❖ در بیمارستان تک تخصصی

- ❖ زنان
- ❖ جراحی غیر زنان
- ❖ چشم
- ❖ غیر جراحی
- ❖ سه نفر متخصص مقیم زنان، بیهوشی و اطفال
- ❖ دو نفر متخصص مقیم جراح مربوطه و بیهوشی
- ❖ یک نفر متخصص چشم پزشکی
- ❖ یک نفر متخصص همان رشته

### ❖ در مراکز تروما

❖ یک نفر متخصص ارتوپدی مقیم

- ❖ در مراکز ترومای اصلی مرکز استان یک متخصص ارتوپدی، یک جراحی مغز و اعصاب و یک فوق تخصص جراحی عروقی

## ❖ ب-۱-۶-۲ نگهداری، تجویز و مصرف ایمن داروهای با هشدار بالا با تمهیدات ویژه

- ❖ ابلاغ لیست داروهای با هشدار بالای موجود در فرمولاری بیمارستان
- ❖ ممنوعیت دسترسی آزاد به دارو در انبارهای دارویی و اتاق دارو
- ❖ ابلاغ نحوه برچسب گذاری به بخشهای بالینی توسط رئیس/مدیرعامل
- ❖ وصحت انجام برچسب گذاری (در تریالی ها، قفسه های داروی بخشها، داروخانه و انبار های دارویی)
- ❖ عدم برچسب گذاری = عدم کسب کل امتیاز
- ❖ برچسب گذاری بر روی ابزار انفوزیون دارو (سرنگ و میکروست)
- ❖ نگهداری صحیح دارو (نگهداری مجزای ۱۱ قلم پرخطر از بقیه داروها)
- ❖ نگهداری پتاسیم در جایگاه مجزا دور از سایر داروها
- ❖ تجویز ایمن (تجویز حداقل توسط متخصص، اعمال محدودیت در تجویز شفاهی و تلفنی، رعایت 7R، عدم تجویز به شیوه سریع و جریان آزاد دارو)
- ❖ انجام چک مستقل دو گانه در حین تجویز و آماده سازی دارو
- ❖ مستندسازی به شیوه Tall Man Lettering ثبت با خط خوانا جهت تضمین شناسایی صحیح دارو در حین خواندن دستور دارویی، پیچیدن نسخه و تجویز دارو و ثبت گزارش دارو دهی
- ❖ گزارش و تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته



## ❖ ب-۱-۶-۳ نگهداری، تجویز و مصرف ایمن داروهای مشابه با تمهیدات ویژه

❖ بازنگری و ابلاغ لیست داروهای مشابه در فواصل زمانی منظم

❖ برچسب گذاری داروهای مشابه و انجام چک مستقل دو گانه صحت برچسب گذاری بصورت دوره‌های

❖ تفکیک فیزیکی محل نگهداری دو داروی مشابه و دوزهای مختلف یک دارو مشابه

❖ نگهداری ویالهای الکترولیتی با غلظت بالا با اشکال مشابه در فضای فیزیکی اختصاصی جدا از استوک دارویی

❖ نصب لیست داروهای مشابه در اتاق آماده سازی دارو

❖ اعمال محدودیت در تجویز شفاهی و تلفنی داروها با اسامی مشابه و بکارگیری تکنیک بازخوانی مجدد جهت تایید در صورت نیاز

❖ مستند سازی به شیوه Tall Man Lettering ثبت خوانا جهت تضمین شناسایی صحیح دارو در حین خواندن دستور دارویی، پیچیدن نسخه و تجویز دارو و ثبت گزارش دارو دهی

❖ اجرای قانون 7R با تاکید بر مستندسازی صحیح و حق کارکنان، بیمار و مراقب برای سوال در مورد دستور دارویی

❖ بکارگیری کادر دارای صلاحیت در ارائه خدمات دارویی در داروخانه و بخش

❖ نظارت بر خدمات دارویی بویژه در فواصل ترک خدمت و عدم حضور نیروی اصلی

❖ برقراری تکنیک ارتباط شفاف در تعاملات کلامی و شنیداری در مورد داروهای مشابه

❖ آموزش بیمار و خانواده از طریق ارائه پمفلت کتبی -مرور رژیم دارویی با داروساز با تاکید بر یادگیری نام ژنریک دارو، داشتن لیست داروهای خود، تامین میژر (ابزار اندازه گیری) مناسب برای بیمار

❖ آموزش مستمر کارکنان

❖ ب-۱-۶-۴ دارودهی با رعایت اصول صحیح (7R) در حین نسخه پیچی، نسخه دهی، دارودهی با تاکید بر اطمینان از عدم وجود حساسیت های دارویی قبل از تجویز

❖ بیمار صحیح

❖ داروی صحیح

❖ زمان صحیح

❖ راه مصرف صحیح

❖ دوز مصرف صحیح

❖ مستندسازی صحیح

❖ حق کارکنان، بیمار و مراقب برای

❖ سوال در مورد دستور دارویی

کاهش خطای دارویی در  
نسخه نویسی

کاهش خطای دارویی در  
نسخه پیچی

کاهش خطای دارویی  
در فرآیند دارودهی

# ب-۱-۶-۵ انجام تلفیق دارویی

- فرآیند مقایسه دستورات دارویی بیمار با تمامی داروهای مصرفی وی به منظور پیشگیری از

- حذف، مصرف بیش از میزان دستور داده شده، خطای مرتبط با دوزاژ یا تداخلات دارویی در هر مرحله از انتقال خدمت و ترخیص بیمار از طریق مشارکت اثربخش تیم درمان، بیمار و خانواده

بدنبال تلفیق

شرح حال کامل و در صورت نیاز انجام مشاوره های لازم دوز دارو و یا فواصل تجویز ممکن است ADJUST  
و یا دارویی قطع شود و تداخلات دارویی به حداقل و یا صفر برسد.

# فرآیندی یلکانی تلفیق دارویی

## ۱. تلفیق دارویی در زمان پذیرش بیمار:

- (a) تاریخچه دارویی بیمار را با اخذ لیست داروهای خانگی ثبت کنید.
- (b) داروهای نسخه شده برای بیماران در هنگام پذیرش
- (c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار<sup>11</sup>

## ۲. تلفیق دارویی در زمان انتقال بین بخشی:

- (a) لیست داروهای فعلی بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار
- (b) دستورات بیمار در هنگام انتقال
- (c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای فعلی بیمار

## ۳. تلفیق دارویی در زمان ترخیص

- (a) لیست داروهای تلفیق شده در زمان پذیرش بیمار و لیست داروهای خانگی بیمار
- (b) لیست داروهای فعلی بیمار
- (c) انجام تلفیق و مدیریت دارویی بیمار و تنظیم لیست داروهای زمان ترخیص بیمار

❖ وجود خط مشی و روش اجرایی برای تلفیق دارویی در هنگام پذیرش، انتقال  
بین بخشی و بیمارستانی و ترخیص

❖ مستند لیست داروهای مشمول تلفیق دارویی  
وجود مستند اخذ شرح حال و تاریخچه دارویی توسط پزشک در برگ  
شرح حال / در فرم ارزیابی اولیه توسط پرستار در پرونده بیمار

❖ رعایت محدوده زمانی اخذ شرح حال دارویی در ۲۴ ساعت اول پذیرش  
و در زمان کوتاهتر در موارد مصرف داروهای خطرناک

❖ شواهد توجه به سوابق حساسیت و عوارض دارویی و شرایط خاص  
بیمار (بارداری، شیردهی، مصرف دخانیات)

❖ شواهد به روز رسانی لیست دارویی بیمار در طول درمان

❖ دسترسی پزشکان به لیست دارویی بیمار در حین ویزیت و تجویز دارو

❖ مستند آموزش مصرف داروهای حین انتقال و ترخیص بیماران  
ارائه پمفلت و لیست آراهنمای مصرف داروها به بیمار و خانواده

❖ دستورالعمل ۱۰۷۵۷/۴۰۹ مورخ ۱۳۹۳/۶/۱۲

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات

***Assuring Medication Accuracy at Transitions in  
Care Guideline***

تهیه و تدوین: فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار

مرداد ۱۳۹۳

ب-۱-۷-۱۲ ارزیابی تخصصی تغذیه و تنظیم و اجرای رژیم غذایی در بیماران با اقامت بیش از ۲۴ ساعت در بخش های ویژه

ب-۱-۷-۱۳ ارزیابی تخصصی تغذیه و تنظیم و اجرای رژیم غذایی در بیماران سوء تغذیه، سوختگی، دیالیز، پیوند، مبتلا به سرطان

❖ تکمیل و مستندسازی منظم و کامل بخش غربالگری سوء تغذیه و اطلاعات تغذیه ای بیمار در فرم ارزیابی اولیه پرستاری و فلوچارت (شیت) پرستاری (وزن بیمار، جذب - دریافت PO، گاوآژ، مایعات و مکمل وریدی و خوراکی و دفع بیمار)

❖ رعایت محدوده زمانی قابل قبول در اعلام و درخواست مشاوره تخصصی تغذیه موارد بستری جدید توسط بخش بستری (قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت از زمان بستری) ملاک زمان تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه توسط مشاور تغذیه می باشد.

❖ وجود ابزار اندازه گیری مناسب در ایستگاه پرستاری و بخشها

❖ قدسنج، و ترازو کالیبره

❖ وجود جدول BMI بزرگسال و افراد بالای ۶۵ سال

❖ منحنی های رشدوزن بر حسب قد برای زیر ۵ سال

❖ Z Score (۱۸-۵ سال BMI بر حسب سن - بر حسب جنس)

❖ منحنی های استاندارد وزنگیری های مادر بالای ۱۹ سال (منحنی وزنگیری و هفته بارداری) و مادران نوجوان ۱۸-۱۰ سال با منحنی نمایه توده بدنی و سن، جانبازان نقص عضو و معلولین

❖ جداول تخمین قد و وزن در ایستگاه پرستاری

❖ قرار گرفتن ترازو و قدسنج در محل مناسب

❖ شواهد نظارت بر اجرای صحیح و تداوم رژیم غذایی تجویز شده مورد تایید پزشک توسط مشاور تغذیه با شاخص های تن سنجی نتایج آزمایشگاهی (مستند تکمیل فرم پیگیری)

❖ رعایت فواصل صحیح در تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه بترتیب برای هر نوبت ویزیت / پس از سه روز اقامت در بخش ویژه / پس از ۷ روز اقامت در بخش عادی / تغییر برنامه تغذیه \* تغییر دستور غذایی و یاروش تغذیه / عدم تحمل تغذیه / قطع گاوآژ /

❖ تعیین تکلیف وضعیت تغذیه ای (شیوه و نوع رژیم غذایی) بیماران در بخش ویژه توسط پزشک و تایید نتایج مشاوره تغذیه توسط پزشک در ذیل فرم با ثبت مهر و امضاء

❖ شواهد نظارت بر اجرای صحیح و تداوم رژیم غذایی تجویز شده مورد تایید پزشک توسط پرستار (مستند گزارش و اطلاع رسانی تغییرات و مغایرت ها)



وزن :	قد :	نمایه توده بدنی بزرگسال (BMI):	زد اسکور نمایه توده بدنی (بیمار 12-18 سال):
<p>1) آیا در بیمار بزرگسال، BMI کمتر از 20 است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر / آیا در بیمار 12-18 سال، زد اسکور نمایه توده بدنی کمتر از 2- است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>2) آیا بیمار طی 3 ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>3) آیا بیمار طی هفته گذشته دچار بی اشتها یا کاهش دریافت غذا به هر دلیل شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>4) آیا بیماری فرد از نوع بیماری ویژه (رجوع به راهنما) است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>نتیجه ارزیابی*: ویزیت و مشاوره تغذیه لازم است <input type="checkbox"/> ارزیابی وزن و شرایط بیمار توسط کارشناس تغذیه بعد از یک هفته لازم است <input type="checkbox"/></p> <p>*در صورتی که حتی يك «بله» در جدول علامت خورده باشد یا بیمار بیش از یک هفته در بیمارستان بستری باشد لازم است به اطلاع پزشک رسانده شده و با درخواست مشاوره، بیمار توسط کارشناس تغذیه مشاوره و ارزیابی تخصصی شود. در مادران بلدار علاوه بر موارد فوق، وجود دیابت، پره اکلامپسی و آکلامپسی (فشار خون بالا) مورد تأکید است.</p>			

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
Ministry of Health & Medical Education

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science:

مرکز آموزشی درمانی ادرمانی: Medical Center:

فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بیمار بزرگسال  
Adults' Professional Nutritional Assessment & care Form

ID Number کد ملی:

Unit No : شماره پرونده:

Attending Physician:	بزرگشک معالج:	Ward	بخش:	Name:	نام:	Family Name	نام خانوادگی:
		Room	اتاق:				
		Bed	تخت:				
Date Of Admission:	تاریخ پذیرش:	Sex	جنس:	Date of Birth	تاریخ تولد:	Father Name	نام پدر:
		Female <input type="checkbox"/> زن	Male <input type="checkbox"/> مرد		(روز/ماه/سال)		
Recent physical activity level	میزان فعالیت بدنی اخیر بیمار:	Current status of Pregnancy/Lactation وضعیت بارداری/شیردهی:					
mild <input type="checkbox"/> سبک	sedentary <input type="checkbox"/> خیلی سبک	None <input type="checkbox"/> هیچکدام					
Extreme <input type="checkbox"/> شدید	moderate <input type="checkbox"/> متوسط	Nursing <input type="checkbox"/> شیرده					
		Pregnant <input type="checkbox"/> باردار:					
Dx.	تشخیص بیماری بر اساس نظر پزشک معالج:	سابقه مصرف اخیر مکمل های غذایی و داروها:					
		Recent medicine or supplement intake history					
Medicine Order	داروهای تجویز شده توسط پزشک معالج:	Underlying Dis.					
		بیماری های زمینه ای:					
Diet Order	دستور غذایی پزشک معالج:	Food or Drug Allergy					
		حساسیت غذایی یا دارویی:					
نحوه تغذیه تعیین شده توسط پزشک:							
Oral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه دهانی							
Nil Per Os <input type="checkbox"/> منع تغذیه با دهان							
Enteral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه با لوله							
Total Parenteral Nutrition <input type="checkbox"/> تغذیه وریدی							
Anthropometric Data اطلاعات تن سنجی:							
BMI (kg/m2)	نمایه توده بدنی (کیلوگرم/متر مربع):	Height (Cm)	قد (سانتی متر):	Current Body Weight (Kg)			
				وزن فعلی (کیلوگرم):			
Skin fold Thickness (Cm) (Biceps-Triceps)		ضخامت چین پوستی (سانتی متر):	MAC (Cm)	Usual Body Weight (Kg)			
				وزن معمول (کیلوگرم):			
Weight Variation Duration (W/M)		مدت زمان تغییرات وزن اخیر:	Recent Weight Change (Y/N)	Ideal Body Weight (Kg)			
		( هفته / ماه )	مقدار افزایش / کاهش (کیلوگرم):	وزن ایده آل (کیلوگرم):			
13/11 - 14		کمیته کشوری مدیریت اطلاعات سلامت - 14 - 13/11		فرم ارزیابی تخصصی و مراقبت تغذیه ای بزرگسالان			
				VI - این فرم به صورت پشت و رو چاپ شود.			

دانشگاه علوم پزشکی: University of Medical Science

مرکز پزشکی آموزشی درمانی: Medical Center

فرم پیگیری وضعیت تغذیه بیمار بستری بزرگسال

ID Number: کد ملی:		Unit No: شماره پرونده:	
Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	
Date of admission: تاریخ پذیرش:		Room: اتاق:	
		Bed: تخت:	
		Name: نام:	
		Family Name: نام خانوادگی:	
		Date of Birth: تاریخ تولد:	
		Father Name: نام پدر:	
مهر و امضا مناور تغذیه Dietitians' signature and stamp		وضعیت اشتها (ضعیف / متوسط / خوب) Appetite Status	نحوه تغذیه Intake Route (EN-TPN-PO-NPO)
رژیم غذایی پیشنهادی Recommended diet	مکمل های غذایی پیشنهادی Recommended supplement	انرژی (kcal)	نتیجه آزمایشات مورد نیاز Laboratory test results
		وزن (Kg) Weight	محیط دور بازو (Cm) MAC
		شاخص Index نوبت ویزیت (Date of visit)	
		نوبت اول First Visit	
		نوبت دوم Second Visit	
		نوبت سوم Third Visit	
		نوبت چهارم Fourth Visit	
		نوبت پنجم Fifth Visit	
		نوبت ششم Sixth Visit	
آیا بیمار پس از ترخیص نیاز به ادامه رعایت رژیم غذایی تنظیم شده در بیمارستان دارد؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا آموزش های لازم به بیمار برای رعایت رژیم غذایی در زمان ترخیص داده شده است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء، مناور تغذیه: Dietitians' Name (Signature/Stamp) تاریخ تکمیل فرم: Date of Form Filling			

## ب-۱-۹-۳ ارائه خدمات توانبخشی بدون وقفه در تمام نوبتهای کاری و ایام هفته

فیزیوتراپی، طب فیزیکی، روانشناس  
بالینی، کار در مانی، گفتار در مانی، اپتومتری، ادیومتری  
حسب سرویس فعال بیمارستان

سطح سه	ب-۱-۹-۳ خدمات توانبخشی مورد نیاز بیماران در تمام نوبتهای کاری و ایام هفته اعم از تعطیل و غیر تعطیل بدون وقفه ارائه می شود.
	❖ ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای غیر تعطیل هفته حداقل در دو نوبت کاری صبح و عصر
	❖ ارائه خدمات فیزیوتراپی مورد نیاز بیماران در روزهای تعطیل حداقل در یک نوبت کاری صبح یا عصر
	❖ ارائه خدمات کاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبتهای کاری صبح یا عصر
	❖ ارائه خدمات روانشناسی بالینی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبتهای کاری صبح یا عصر
	❖ ارائه خدمات گفتاردرمانی مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبتهای کاری صبح یا عصر
	❖ ارائه خدمات ارتوز و پروتز مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبتهای کاری صبح یا عصر
	❖ ارائه خدمات اپتومتری و ادیومتری مورد نیاز بیماران در تمامی روزهای غیر تعطیل حداقل در یک نوبتهای کاری صبح یا عصر
	ارائه خدمت توانبخشی حداقل سه ساعت در روز به مدت ۵ روز متوالی در هفته یا پانزده ساعت به طور متناوب در هفته معمولاً برنامه ریزی می شود.

## ❖ ب-۱-۱۰-۱ ارائه توضیحات و آموزش بدو ورود و در حین خدمات تشخیص و درمان به بیمار/همراه

❖ تعیین حداقل محتوای (موارد) آموزشی بدو ورود و طول بستری بیمار/خانواده توسط رئیس بخش و سرپرستار همسو با سیاستهای مدیر پرستاری

محتوای آموزش بدو ورود آشنایی با بخش و فضای فیزیکی، قوانین و مقررات نحوه احضار پرستار

محتوای موضوعات آموزشی بیمار توسط پزشک شامل علل بیماری /نحوه درمان، مراحل و طول درمان، درمانهای جایگزین، عوارض درمان و عدم درمان، داروهای مصرفی و عوارض، تغذیه و رژیم غذایی، بازتوانی، موارد خاص بنا به نوع case و تخصص مربوطه

محتوای موضوعات عمومی آموزش بیمار توسط پرستار و مسئول آموزش بخش در دوران بستری شامل عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد، پوزیشن مناسب، محدوده فعالیت‌های فیزیکی، مدیریت درد، مراقبت‌ها/محدودیت‌های حرکتی، موارد خاص بنا به نوع case و تخصص مربوطه

## ❖ **ارائه آموزش خودمراقبتی به بیمار توسط پرستار و پزشک و سایر کارکنان بالینی ذیربط در حین بستری و ترخیص**

- ❖ **شواهد تشکیل کارگروه آموزش به بیمار در هر بخش های بالینی** رئیس بخش، سرپرستار، سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت و مسئول آموزش به بیمار (دارای ابلاغ از سوی مدیر پرستاری) ابلاغ - صورت جلسه
- ❖ **مستند تدوین دستورالعمل های خودمراقبتی برای بیماریهای شایع** کارگروه آموزش به بیمار در هر بخش های بالینی
- ❖ **شواهد نیاز سنجی آموزشی بیمار در مباحث عمومی و در نیازهای خود مراقبتی** و تعیین اولویتهای آموزشی بیمار توسط مسئول آموزش بیمار با هماهنگی سرپرستار، سوپروایزر آموزشی/ آموزش سلامت / پرستار بیمار بر اساس ارزیابی های اولیه و حین بستری پزشکی و پرستاری و برنامه درمان و مراقبت بیمار
- ❖ (در فرم ارزیابی اولیه و در گزارش سیر بیماری گزارش پرستاری و مستند مشاوره ها یا ارزیابی های تخصصی سایر و سایر اعضاء تیم درمان)
- ❖ **شواهد ارائه آموزش اثربخش توسط پرستاران و پزشکان و سایر اعضاء تیم درمان در مراحل بستری و ترخیص بیمار با نظارت مستمر و سرزده مسئول آموزش به بیمار** بر اساس دستورالعمل آموزش خود مراقبتی تدوین شده برای هر بیمار
- ❖ شواهد آگاهی بیمار و افزایش آگاهی بیمار در مصاحبه
- ❖ مستند ثبت آموزشهای ارائه شده در گزارشات پرستاری
- ❖ مستند ثبت آموزش های ارائه شده توسط سایر اعضاء تیم درمان در برگه های مشاوره و.....
- ❖ **سنجش اثربخشی آموزش های ارائه شده در حیطه دانشی و عملکردی** / تغییر رفتار بیمار و پذیرش آموزشها توسط بیمار در مراقبت از خود توسط سوپروایزر آموزشی و آموزش سلامت و مسئول آموزش به بیمار
- ❖ سنجش اثربخشی آموزشهای عمومی ارائه شده به بیماران هر سه ماه
- ❖ مستند گزارش سرپرستار به مدیر پرستاری در خصوص میزان اثربخشی آموزشهای عمومی و خود مراقبتی به بیماران

لحاظ ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان  
و پیگیری بیماران جهت صیانت از ایمنی بیمار و حفظ  
دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص

در فرآیند ترخیص با لحاظ اهمیت بیمار آسیب  
پذیر و پرخطر

## ❖ ترخیص ایمن بیماران ب-۱-۱۲-۱ ترخیص ایمن ب-۱-۱۲-۲ ارائه خلاصه پرونده و مستندات ب-۱-۱۲-۳ آموزش بیماران در زمان ترخیص

❖ شواهد آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن

❖ مستند ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج/دستیار ارشد پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص در پرونده

❖ ادامه مدیریت مراقبت و درمان بیمار تا زمان خروج از بیمارستان (ادامه مراقبت، ثبت گزارشات)

### خلاصه پرونده کامل شامل:

شکایت اصلی بیمار، علت پذیرش  
/بستری، تشخیص اولیه و نهایی، اقدامات  
درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات و  
پاراکلینیک، فهرست خدمات ارائه شده، داروها  
و نحوه انتقال بیمار، سیر بیماری، وضعیت  
بیمار هنگام ترخیص، توصیه های پس از  
ترخیص و نحوه انتقال بیمار

❖ تکمیل خلاصه پرونده توسط پزشک معالج/دستیار ارشد قبل از  
❖ تحویل نسخه کامل و خوانای خلاصه پرونده به بیمار قبل از ترخیص  
❖ بایگانی یک نسخه خوانا از خلاصه پرونده در پرونده

❖ مدیریت دارویی در زمان ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص

❖ آموزش اثر بخش بیمار و خانواده در حین ترخیص

❖ عمومی و خود مراقبتی

❖ توجه به ۵ حوزه مهم در حین ترخیص بیمار جهت ترخیص ایمن بیمار (ابزار smart)

❖ ارائه آموزشهای قابل فهم بصورت گفتاری و شنیداری

❖ ارائه فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص

### دستور مراقبت های پس از ترخیص

محدوده فعالیت های فیزیکی، تغذیه و رژیم  
درمانی، نحوه مصرف داروها، برنامه بازتوانی و  
توانبخشی، زمان و نحوه مراجعه مجدد به  
درمانگاه، علائم هشدار/نشانه فوری و تهدیدکننده  
برای مراجعه فوری به اورژانس بیمارستان و سایر

## SMART Discharge Protocol در ترخیص موثر بیماران

اطمینان از توجه به ۵ حوزه مهم و نیازمند توجه در زمان ترخیص به منظور بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران و خانواده‌ها و ارتقای فرایند ترخیص

(Signs) تعیین علائم که بیماران باید پس از ترخیص به آن‌ها توجه و در شرایط خاص گزارش کنند

(Medications) سوال یا نکته مبهم درباره داروهای مورد نیاز، شرایط مصرف، عوارض جانبی و زمان داروها

(Appointments) تعیین زمانبندی پیگیری و مراجعه مجدد بیمار به بیمارستان

(Results) مدیریت نتایج آزمایشات معوقه و انجام آزمایشات پس از ترخیص

(Talk with me) ارتباط میان بیمار و ارائه‌کنندگان در زمینه‌هایی که لازم برای گفتگو با لحاظ زمان کافی



## ب-۳-۱-۱ نوبت دهی و پذیرش بیماران در اتاق عمل با لحاظ نوبت دهی بیماران پرخطر، اورژانس و عفونی

وجود دستورالعمل پذیرش و نوبت دهی بیماران در اتاق  
عمل/آگاهی کارکنان/انطباق عملکرد

- ❖ نحوه ارتباط اتاق عمل با بخش های عفونی، اورژانس و اورژانس
  - ❖ نحوه مستندسازی پذیرش بیمار در اتاق عمل
  - ❖ آموزش بدو ورود بیمار
  - ❖ تدوین دستورالعمل نحوه اطمینان از آمادگی بیماران
  - ❖ تدوین دستورالعمل حضور پزشک پیش از فراخوان بیمار
  - ❖ اجرای دستورالعمل ابلاغی اخذ رضایت آگاهانه
  - ❖ نحوه هماهنگی اتاق عمل با سایر بخشها از نظر مدیریت ساعات ناشتایی
  - ❖ نحوه اولویت و نوبت دهی بیماران اورژانسی
  - ❖ نحوه اولویت و نوبت دهی بیماران پرخطر
  - ❖ نحوه اولویت و نوبت دهی بیماران عفونی
  - ❖ نحوه اولویت و نوبت دهی بیماران آسیب پذیر و کودک
  - ❖ نحوه اولویت و نوبت دهی بیماران الکتیو
  - ❖ تعیین محدوده زمانی پذیرش بیماران الکتیو با توجه به وسعت جراحی و پرخطر و...
  - ❖ اطمینان از کفایت ارزیابی پیش از عمل بیماران الکتیو
- استفاده از راهنمای ارزیابی پیش از جراحی ابلاغی آبان ۹۷ در این خصوص پیشنهاد می شود

## ❖ ب-۳-۱-۱ نوبت دهی و پذیرش بیماران پرخطر، اورژانس و عفونی در اتاق عمل

بیماران اورژانس

عدم ارائه بموقع جراحی و اقدامات = موربیدیتی  
جبران ناپذیر

اولویت دهی و نوبت دهی بر اساس دستورالعمل  
مرکز و سطح تریاژ

انجام کلیه مشاوره ها پیش از عمل بر بالین

عدم ارجاع بیمار به کلینیک ارزیابی پیش از عمل  
عیین پروتکل نحوه مدیریت ناشتایی بیماران  
اورژانسی

اطمینان از آمادگی اتاق عمل جهت گرفتن و پذیرش  
بیمار اورژانسی

در بیماران پرخطر

انجام مشاوره در اولین فرصت

رزرو تخت ویژه در صورت لزوم

اولویت بندی موارد بستری در سرویس های

فعال جراحی

مرکز

ترجیحاً انجام جراحی در نوبت کاری صبح

در بیماران عفونی

تدوین دستورالعمل با مشارکت متخصص عفونی

با لحاظ روزها

،ساعات و اتاق مورد نظر جهت پذیرش بیمار

لحاظ احتیاط های لازم مواجهه در حین پذیرش

جراحی و ریکآوری

لحاظ قوانین ضد عفونی اتاق و ملزومات بلافاصله

پس از جراحی



دفتر خانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

دستورالعمل

ارزیابی پیش از عمل یاران جراحی

آبان ۱۳۹۷

## ب-۳-۱-۲ برنامه ریزی و انجام پره آپ بیماران قبل از جراحی

- ❖ اخذ شرح حال، معاینه
- ❖ بمنظور تعیین تکلیف بیمار از نظر نوع عمل، نوع بیهوشی، پیشبینی اقدامات پاراکلینیک و درمانی مورد نیاز قبل، حین و پس از عمل انجام می شود
- ❖ **مستندسازی نتایج ارزیابی پیش از بیهوشی بیماران الکتیو در برگه ارزیابی و مشاوره پیش از بیهوشی در پرونده حداقل شامل**
- ❖ بررسی و معاینه راه هوایی
- ❖ تعیین ریسک بیهوشی و ریسک فاکتورهای بیمار
- ❖ تعیین تکلیف مشاوره و اقدامات پاراکلینیکی و یا درمانی
- ❖ صدور دستور بستری
- ❖ تعیین مدت زمان ناشتایی
- ❖ دستورات دارویی مورد نیاز
- ❖ توصیه های لازم جهت وضعیت راه هوایی و تعیین ریسک بیهوشی

❖ تدوین دستورالعمل رزروخون جهت اعمال جراحی با همکاری سرویس های مختلف در کمیته های ذریط  
❖ ، صدور دستور رزرتخت ویژه

❖ عدم بستری بیمار الکتیو پیش از انجام اقدامات قبل از عمل (با توجه به وضعیت بیماران)

❖ مستند آمار و تحلیل علل کنسلی بیماران (به تفکیک ماه ، سرویس جراحی و علت کنسلی) و اقدامات اصلاحی  
انجام شده جهت کاهش موارد

❖ بازنگری فرآیند های ارائه خدمت جهت اطمینان از عدم کنسلی اعمال بدلیل عدم دریافت و انجام آمادگیهای  
لازم

❖ **در پره آپ بیماران قبل از جراحی** در اعمال جراحی مینور که خونریزی دهنده و تهدید کننده نیست و  
بصورت موضعی یا با بیحسی عمل می شوند

❖ و کمتر از یک ساعت بیمار تحت نظر بیهوشی قرار می گیرد طبق دستورالعمل مرکز اقدام گردد.

برگه ارزیابی و مشاوره پیش از بیهوشی بیماران بیمارستان --

تاریخ ویزیت : / / نام و نام خانوادگی : وزن : ساعت ویزیت : جنس : عمل جراحی : حساسیت دارویی : حساسیت غذایی و غیره : وضعیت بارداری :	سابقه آستزی و نوع عمل جراحی : نوع آستزی : آیا پله‌های داشته است ؟ زردی <input type="checkbox"/> تب بالا <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> تاخیر در بیدار شدن <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> سابقه آستزی و پله‌ها در بستگان درجه اول:
مشکلات اجتماعی: سیگار : چند نخ در روز : چند سال : چند وقت است ترک کرده ؟ Pack-year Drug abuse : چه میزان : چند سال : چند وقت است ترک کرده ؟ Et-OH : چه میزان : چند سال : چند وقت است ترک کرده ؟ داروهای مصرفی :	ظاهر بیمار : رنگ پریده : محل خالکوبی : سابقه بیماری : متابولیک : دیابت <input type="checkbox"/> پرکاری تیروئید <input type="checkbox"/> کلیوی : عفونت ادراری <input type="checkbox"/> سنگ کلیه <input type="checkbox"/> پیوند کلیه <input type="checkbox"/> سیستم عصبی و مغزی : سابقه CVA (سکته مغزی) <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> آسیب اعصاب محیطی <input type="checkbox"/> فلج اندامها <input type="checkbox"/> قلب و عروق : فشار خون بالا <input type="checkbox"/> طش <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> محدودیت فعالیت <input type="checkbox"/> سابقه سکته قلبی <input type="checkbox"/> تاندیس و ششها : تنگی نفس <input type="checkbox"/> خلط <input type="checkbox"/> سرماخوردگی ۷ هفته اخیر <input type="checkbox"/> انعقادی : سابقه خونریزی غیر معمول <input type="checkbox"/> سابقه اختلالات انعقادی خانوادگی <input type="checkbox"/> سایر بیماری‌ها : امیولی ریه <input type="checkbox"/> بیماری دیگر ---
معاینه راه هوایی : دندان لق --- دندان پوسیده --- دندان مصنوعی <input type="checkbox"/> پروتز <input type="checkbox"/> روکش <input type="checkbox"/> کلمپوزیت <input type="checkbox"/> جندود باز شدن دهان : مله‌بانی : ULBT : فاصله TM : حرکت فلکسیون گردن : حرکت اکستنسین گردن :	کوما <input type="checkbox"/> سنکوپ <input type="checkbox"/> ضعف اندامها <input type="checkbox"/> دیسک ستون فقرات <input type="checkbox"/> فشار خون پایین <input type="checkbox"/> آرتمی <input type="checkbox"/> تنگی نفس فعالیت <input type="checkbox"/> نارسایی قلبی <input type="checkbox"/> اسم <input type="checkbox"/> ناگنی پنه <input type="checkbox"/> اورتوپته <input type="checkbox"/> سابقه DVT <input type="checkbox"/> سابقه خونریزی آتیه هنگام مسواک زدن <input type="checkbox"/> رفاکس معده <input type="checkbox"/>
رنگ ملتصه : سمج قلب : سمج ریه : آنومالی‌های سر و گردن نبوده گردن عروق توگولار برجسته چک نبض های مرکزی حس و حرکت و تون و چک نبض ها محیطی اندامها و اندامهای فوقانی و تحتانی	
ECG CXR Echocardiography ABG Spirometry Lab data : BG Rh Hb Hct Plt Bun Cr Na K BSPT PTT INR BT CT	ASA Class Elective: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ASA Class Emergency: E1 <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> E3 <input type="checkbox"/> E4 <input type="checkbox"/> E5 <input type="checkbox"/> دستورالعمل و توصیه ها از دیدگاه متخصص بیهوشی : ۱. ۲. ۳. ۴.
مهر و امضاء پزشک :	(بشت برگه ها جا برای نوشتن دستورهایی متخصص بیهوشی فراهم است)

**ب-۳-۱-۳ تنظیم برنامه اعمال جراحی غیر اورژانسی حداقل از یک روز قبل**  
اعلام لیست عمل سرویسه‌های مختلف جراحی از روز قبل به اتاق عمل/تطبیق جراحی های انجام شده با لیست

**ب-۳-۱-۴ انتقال و تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل با رعایت اصول ایمنی با حضور پرستار(یکی از کارکنان واجد شرایط = پرستار)**

- ❖ **انتقال ایمن بیمار** به اتاق عمل با ویلچر و یا برانکارد مناسب و سالم با کنترل از نظر سقوط با رعایت پوزیشن مناسب /پیشگیری از ضربه به سر و اندامهای بیمار /توجه خاص به مدیریت کودکان و سالمندان /مادران باردار و بیماران غیر هوشیار
- ❖ **انتقال بیمار بدحال با تمهیدات حمایتی لازم در صورت نیاز** تجهیزات احیاء اکسیژن، آمبوبگ، ،حداقل مانتیتورینگ(پالس اکسیمتر)
- ❖ شناسایی فعال و ایمن بیمار در بیمار هوشیار و کودکان و بیمار ان بیهوش در حین تحویل
- ❖ **انتقال کامل و صحیح اطلاعات مربوط به بیمار /مورد عمل ،نام پزشک /موضع عمل/ناشتایی /ارزو خون در بیماران مستعد خونریزی MASSIVE/مشکلات خاص بیمار: سوابق حساسیت خاص، مصرف داروی خاص ،سرماخوردگی بیمار تشنج، خونریزی، الکتروولیت مختل ،سابقه لوله گذاری مشکل در تراشه و مستعد آسپیراسیون ،و.../ساعت دریافت پریمد و آنتی بیوتیک و مخدر یا سدا تیو در بخش**
- ❖ رعایت حریم بیمار، پوشش بیمار در کلیه مراحل
- ❖ **کنترل رضایت آگاهانه بیمار(فرم صحیح ،ثبت نام و امضاء و اثر انگشت بیمار و یا ولی قانونی بیمار (در بیماران غیر هوشیار) و همراه بیمار، ثبت نام و مهر امضاء جراح و بیهوشی ،ثبت توضیحات مربوط به پزشک)**
- ❖ **کنترل مدارک بیمار**
- ❖ **کنترل و تحویل مدارک همزمان با تحویل بیمار به اتاق عمل**
- ❖ **کنترل اعضاء مصنوعی /آرایش و لاک ناخن/کنترل موضع عمل**
- ❖ **مستندسازی گزارش تحویل بیمار وضعیت و شرایط بیمار در حین تحویل در فرم آمادگی عمل جراحی توسط تحویل گیرنده بیمار در اتاق عمل**

## ب-۳-۲-۱ ارزیابی گازهای طبی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی پیش از القای بیهوشی تحت نظارت و تایید نهایی متخصص بیهوشی

❖ کنترل صحت عملکرد گازهای طبی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی در ابتدای هر شیفت و پیش از القای بیهوشی برای هر بیمار توسط کارشناس هوشبری (با چک لیست)

❖ بررسی و تایید نهایی ارزیابی کارشناس بیهوشی در خصوص گازهای طبی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی برای هر بیمار توسط متخصص بیهوشی

❖ کنترل صحت اتصالات و عملکرد صحیح آن

❖ اطمینان از برقراری جریان صحیح گازهای طبی

❖ انجام مداخلات پیشگیرانه جهت کاهش حوادث ناخواسته ناشی از گاز طبی



- ❖ اطمینان از انجام کنترل کیفی و کالیبراسیون سالبانه تجهیزات تنفسی توسط مسئول تجهیزات پزشکی، سرپرستار اتاق عمل
- ❖ کنترل صحت عملکرد ماشینهای بیهوشی، اتصالات، رابطهای مدار تنفسی دستگاه، آمبوپک ها و ماسک ها و وجود لارنژیال ماسک در ابتدای هر شیفت و قبل از القای بیهوشی
- ❖ کنترل محفظه سودولایم پیش از القای بیهوشی و تعویض محتوای سودولایم در زمان لازم طبق دستورالعمل
- ❖ اطمینان از محدوده قابل قبول خلوص منابع اکسیژن مرکزی و پرتابل با استفاده از اکسیژن آنالایزر و فشار و میزان مصرف گازهای طبی توسط مسئول تجهیزات پزشکی بصورت منظم در ۲۴ ساعت
- ❖ کنترل کفایت فلوی خروجی گازهای طبی مرکزی وعدم نشت از اورینگها توسط کارشناس تجهیزات پزشکی بصورت منظم
- ❖ کنترل وتنظیم محدوده هشدار افت جریان گازهای طبی بر روی ماشین های بیهوشی وسیستمهای تهویه بیمار(جهت هشدار بموقع افت فشار ویا جدا شدگی اتصالات)
- ❖ تجهیز اتاق عمل به سیستم هشدار افت فشار گازهای طبی مرکزی
- ❖ کنترل صحت عملکرد لارنگوسکوپها و تیغه های مختلف
- ❖ اطمینان از دسترسی به لارنگوسکوپ فیبر اپتیک جهت مدیریت Difficult intubation
- ❖ اطمینان از دسترسی به مانیتورینگ کاپنوگراف در موارد بیهوشی طولانی مدت در صورت نیاز
- ❖ کنترل صحت انطباق برچسب مشخصات با رنگ کپسول گازهای طبی موجود با گازهای طبی مورد نظر جهت هوشبری و بکارگیری چرخ با ضامن پیشگیری از سقوط در حمل و نقل کپسولهای پرتابل

## جدول رنگ بندی استاندارد سیلندر گازهای طبی



توضیحات	مورد کاربرد	علامت مشخصه سیلندر	نوع سیلندر
استنشاق آن باعث ایجاد سرگیجه و تهوع می شود	عمل های لاپراسکوپی و گرایوو	به رنگ طلوسی می باشد	<b>CO2</b> دی اکسید کربن
ترکیب این گاز با هیدروکربن ها و روغن ایجاد احتراق و انفجار می کند.	اکسیژن رسانی به بیمار و ونتیلاتور	به رنگ سفید می باشد	<b>O2</b> اکسیژن

سیکلوپروپا ن  
گاز اتیلن C2H4  
هلیوم HE



• ب-۳-۲-۲ شناسایی تجهیزات و ملزومات مورد نیاز  
(جراحی) وعدم نگهداری ملزومات مازاد در اتاق انجام جراحی



# ب-۳-۳-۲ عملکرد پزشکان و کارکنان اتاق عمل قبل، حین و پس از پروسیجر جراحی منطبق بر جراحی ایمن است



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

چک لیست جراحی ایمن

تاریخ و ساعت عمل :	نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده :
نام پزشک معالج :	نام پزشک معالج :	شماره پرونده :
<p>1- اقدامات قبل از بیهوشی بیمار</p> <p>جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حداقل حضور</p> <p><input type="checkbox"/> معرفی کلیه اعضای تیم جراحی با نام و نام خانوادگی و سمت به بیمار تایید می شود</p> <p>آیا بیمار نام و نام خانوادگی، نوع موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل جراحی را تایید نموده است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا سابقه <input type="checkbox"/> ابتلای بیمار به HIV و HBV چک شده است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>آیا موضع عمل علامت گذاری شده است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا داروها و ماسکین بیهوشی چک شده است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بالانس اکسی متری یا بیپاپر متصل و در حال کار می باشد؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده ای است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا راه هوای بیمار مشکلی در یا در معرض آسپیراسیون است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله و تجهیزات کمکی ضروری موجود است <input type="checkbox"/></p> <p>خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست دادن بیش از 500 ML خون است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست دادن بیش از 500 ML خون است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست دادن بیش از 500 ML خون است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا بیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست دادن بیش از 500 ML خون است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>2- قبل از برش پوست بیمار</p> <p>جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار و</p> <p><input type="checkbox"/> آیا نام و نام خانوادگی بیمار، نوع عمل جراحی و محل برش جراحی تایید می شود</p> <p>آیا آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> و سایر داروهای مورد نیاز تایید شده است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>موردی ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نتایج مهم قابل پیگیری: <input type="checkbox"/></p> <p>گامهای حیاتی مورد نیاز در حین عمل جراحی چیست؟ <input type="checkbox"/></p> <p>1- <input type="checkbox"/></p> <p>2- <input type="checkbox"/></p> <p>3- <input type="checkbox"/></p> <p>عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟ <input type="checkbox"/></p> <p>میزان خونریزی حین عمل چقدر است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>آیا مشکل خاصی در مورد بیمار وجود دارد؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>توضیح: <input type="checkbox"/></p> <p>تیم <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> استریلیزاسیون <input type="checkbox"/> ابزار جراحی (از جمله نتایج شاخص های استریلیزرها) تایید شده است؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا نگرانی خاصی در مورد تجهیزات وجود دارد؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>توضیح: <input type="checkbox"/></p> <p>آیا تصویر <input type="checkbox"/> روری <input type="checkbox"/> روی <input type="checkbox"/> نئانوسکوپی <input type="checkbox"/> بطور صحیح در حال نمایش است؟ <input type="checkbox"/></p>	<p>3- اطمینان قبل از خروج بیمار از اتاق عمل</p> <p>جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار و</p> <p>پرستار به مورد کلی موارد زیر تایید می نماید:</p> <p>نام عمل <input type="checkbox"/> احی <input type="checkbox"/></p> <p>تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن های مورد استفاده در عمل جراحی <input type="checkbox"/></p> <p>برجسیب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (شخصات نمونه از جمله نام بیمار یا سادای بلند خوانده شود) <input type="checkbox"/></p> <p>آیا اشکال یا نارسایی در عملگر <input type="checkbox"/> تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود داشت؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>توضیح: <input type="checkbox"/></p> <p>مداج - حضور بیهوشی و پرستار <input type="checkbox"/></p> <p>آیا نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به موقع آمدن (ریکاوری) <input type="checkbox"/> اداره این بیمار وجود دارد؟ <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>ذکر موارد <input type="checkbox"/></p> <p>خیر موردی ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>نام و امضاء متخصص یا دستیار جراح: <input type="checkbox"/></p>

## ب-۳-۳-۲ کفایت پایش وضعیت بیمار توسط متخصص بیهوشی و مستندسازی آن در فرم بیهوشی و مراقبت بعد از جراحی

- ❖ وجود شواهد مانیتورینگ منظم علائم حیاتی (اکسیژناسیون، فشار خون، نبض های محیطی، سطح هوشیاری، میزان خونریزی و مایعات دریافتی و...) و مستندسازی آن
- ❖ تکمیل شرح بیهوشی قبل از انتقال بیمار به بخش و تعیین ساعت انتقال به بخش بستری بیمار در فرم مراقبت پس از جراحی
- ❖ فرم استاندارد
- ❖ ثبت اطلاعات هویتی بر سر برگ اوراق
- ❖ ثبت خوانا با خود کار مشکلی یا آبی
- ❖ تکمیل کلیه بخشهای فرم
- ❖ ثبت تاریخ کامل و ساعت انجام پروسیجر
- ❖ ثبت مهر و امضای متخصص جراحی، کمک جراح و بیهوشی

## ب-۳-۴-۱ ترخیص ایمن بیمار از اتاق عمل و انتقال ایمن بیمار به بخش با حضور پرستار طبق مستند دستور پزشک

با **تحويل موثر و وضعیت بیمار** به پرستار تحويل گیرنده

- ❖ (احراز هویت بیمار، نوع عمل، نام پزشک، سطح هوشیاری بیمار، تحويل کلیه اتصالات و مسیرهای وریدی و پانسمانها، شرایط و پوزیشن های خاص و محدودیتهای اعمال پوزیشن بیمار، اقدامات مهم حیض اهمیت: نوع و آخرین نوبت دریافت مخدر، سداتیو و ضد درد، حساسیت خاص، حمایت های لازم حین انتقال (اکسیژن، مانیتورینگ، وسایل احیاء در صورت لزوم، تحويل مدارک
- ❖ رعایت حریم و طرح انطباق، پیشگیری از سقوط، بکارگیری برانکاردايمن، توجه به بیماران آسیب پذیر
- ❖ بکارگیری سایر اعضای تیم درمان به فراخور و خامت حال بیمار در بیمار بد حال (متخصص بیهوشی پرستار بیشتر، کمک پرستار)
- ❖ وجود شواهد توجه به موارد فوق در مستندسازی گزارش **تحويل بیمار به بخش** توسط پرسنل ریکاوری و گزارش ورود و تحويل بیمار در بخش بستری

## ب-۳-۴-۲ حضور پزشک بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری و ثبت دستور ترخیص از اتاق عمل به بخش توسط پزشک بیهوشی

- **عدم واگذاری مسئولیت همزمان مراقبت های بیهوشی بیش از دو بیمار به یک متخصص بیهوشی**
- **واگذاری مسئولیت مراقبت های بیهوشی همزمان سه بیمار دارای ریسک بیهوشی کمتر از سه به یک متخصص بیهوشی در مراکز درمانی به شرط حضور مستمر دستیار سال سه و چهار**
- **عدم واگذاری مسئولیت مراقبت های بیهوشی بیش از یک بیمار با ریسک بیهوشی ۳ و بیشتر به یک متخصص بیهوشی**

## ب-۱-۱-۷-۱- تامین داروی مصرفی روزانه و مورد نیاز بیماران در تمام ساعات شبانه روز در بخش ها در تمام ساعات شبانه روز در بخش اورژانس در تمام ساعات شبانه روز

- پوشش بیمار بستری و سرپایی حداقل بین ساعات ۲۲-۸ صبح توسط داروخانه بیمارستان
- تامین دارو و ملزومات بیمار بستری در شیفت شب در قالب برداشت دارو و ملزومات از موجودی و قفسه های دارویی / ملزومات تعریف شده در بخش و جایگزینی آن در اولین فرصت فعالیت داروخانه
- اطمینان از کامل بودن و جایگزینی سریع داروهای حیاتی در ترالی های احیا در کلیه بخشها
- اطمینان از کامل بودن و جایگزینی سریع داروهای مصرفی قفسه داروهای ضروری کلیه بخشها
- تامین حداقل ملزومات لازم جهت شروع خدمات رسانی پس از بستری بیماران در بخش ها تا طی مراتب درخواستهای دارو و ملزومات در ساعات پاسخگویی داروخانه
- تامین حداقل ملزومات جهت خدمات رسانی در شیفت شب در بخشها در بیمارستانهای فاقد داروخانه ۲۴ ساعته
  - بازنگری منظم/ ابلاغ فهرست /کنترل منظم موجودی
- بازنگری حداقل سالیانه بر اساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت و آمار فعالیت بخشها با طرح در کمیته دارو و درمان و تجهیزات پزشکی بیمارستان



## ب-۶-۱-۲ تامین و دسترسی شبانه روزی و فوری بخش ها به داروهای حیاتی و ضروری

- تعیین و ابلاغ داروهای حیاتی و ضروری بخشها منطبق بر فرمولاری و دستورالعملهای ابلاغی و فارماکوپه مرکز
- بانگری منظم با فواصل کوتاه حداقل سالیانه
- تامین ۲۴ ساعته دارو در بیمارستان

ب-۶-۱-۲ تامل، و دسترس، ششانه، روزی و فوری بخش، ها به داروهای  
حیاتی و  
فهرست داروهای تریالی احیای بخش اورژانس (داروهای حیات بخش)

کشوی اول

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	حداقل تعداد
۱	آب مقطر	5 ml	Amp	Water for Injection	۱۰
۲	اپی نفرین *	1 mg/ml, 1 ml	Amp	Epinephrine HCl	۱۰
۳	آتروپین *	0.5 mg/ml, 1 ml	Amp	Atropine Sulfate	۵
۴	آمیودارون *	50 mg/ml, 3 ml	Amp	Amiodarone HCl	۵
۵	لیدوکائین ۲٪ *	20 mg/ml, 5 ml	Amp	Lidocaine HCl 2%	۵
۶	آدنوزین *	3 mg/ml, 2 ml	Amp	Adenosine	۳
۷	نیترو گلیسرین (NTG) *	1mg/ml, 5 ml, 10 ml 5 mg/ml, 1, 2 ml	Amp	Nitroglycerin	۳
۸	دوپامین *	40 mg/ml, 5 ml	Amp	Dopamine HCl	۳
۹	دوبوتامین *	12.5 mg/ml, 20 ml	Amp	Dobutamine	۳
۱۰	هپارین	5000 U/ml, 1 ml	Amp	Heparin Sodium	۳
۱۱	وراپامیل *	2.5 mg/ml, 2 ml	Amp	Verapamil HCl	۳
۱۲	دیگوکسین *	0.25 mg/ml, 2 ml	Amp	Digoxin	۱
۱۳	لابتالول *	5 mg/ml, 20 ml	Amp	Labetalol Hcl	۳
۱۴	فوروزماید	10 mg/ml, 2 ml	Amp	Furosemide	۱۰
۱۵	نالوکسان	0.4 mg/ml, 1ml	Amp	Naloxone HCl	۱۰
۱۶	میدازولام *	5 mg/ml, 1 ml	Amp	Midazolam	۳
۱۷	دیازپام	5 mg/ml, 2 ml	Amp	Diazepam	۱۰
۱۸	فنی توئین *	50 mg/ml, 5 ml	Amp	Phenytoin Sodium	۵
۱۹	فنو باربیتال	200 mg/ml, 1 ml	Amp	Phenobarbital Sodium	۳
۲۰	هالوپریدول *	5 mg/ml, 1ml	Amp	Haloperidol	۳
۲۱	کلسیم گلوکونات *	100 mg/ml, 10 ml	Amp	Calcium Gluconate 10%	۳
۲۲	دیفن هیدرامین	50 mg/ml, 1ml	Amp	Diphenhydramine	۵
۲۳	هیدروکورتیزون	100 mg/2 ml	Vial	Hydrocortisone	۳
۲۴	متوکلوپرامید	5 mg/ml, 2ml	Amp	Metoclopramide	۳

## کشوی دوم

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	حداقل تعداد
۲۵	آ-اس-آ	100, 325 mg	Tab	ASA	۱۰
۲۶	کلوپیدوگرل	75 mg	Tab	Clopidogrel	۲۰
۲۷	نیتروگلیسرین (NTG)	0.4 mg	Pearl	Nitroglycerin(NTG)	۱۰
۲۸	سولفات منیزیم ۵۰٪*	50 ml	Vial	MgSO4 50%	۲
۲۹	دکستروز ۵۰٪	50 ml	Vial	Dextrose 50%	۳
۳۰	سدیم بی‌کربنات ۷.۵٪ یا ۸.۴٪	50 ml	Vial	Sodium Bicarbonate 7.5% or 8.4%	۳
۳۱	سدیم کلراید ۵٪	50 ml	Vial	Sodium Chloride 5%	۱
۳۲	سالبوتامول	100 mcg/dose	Spray	Salbutamol	۲
۳۳	دکستروز ۵٪	500 ml	Solution	Dextrose 5%	۱
۳۴	سدیم کلراید ۰.۹٪	500 ml	Solution	Sodium Chloride 0.9%	۱
۳۵	ژل لیدوکائین		Gel	Lidocaine	۱
۳۶	ژل الکتروود		Gel	Electrode gel	۱

میزبانی و مراقبت‌های ویژه

کاهش اقدام و یا کاهش تعداد داروهای حیاتی در تالی احیاء بخش‌های اورژانس (وبخشهای ویژه و اتاق عمل و اتاق زایمان و بخشهای بستری و پاراکلینیک دارای بیماران با وضعیت ناپایدار) ممنوع

است و مجاز نمی‌باشد

حذف دارو در هیچ تالی احیایی در بیمارستان مجاز نیست

پیشنهاد: کاهش تعداد موجودی یک دارو در تالی احیاء بخش‌های دارای موارد احیاء کم که بیم انقضاء دارو می‌رود با تصویب در کمیته دارو و درمان بیمارستان صرفاً با تأیید معاونت غذا و دارو مجاز است

## ب-۶-۱-۲-تامین و دسترسی شبانه روزی وفوری بخش ها به داروهای حیاتی و ضروری

- حداقل تعداد داروهای مورد نیاز بخش اورژانس شامل **داروهای ضروری** **مخدر** و **ویخچالی** است
- در اورژانس دارای متخصص طب اورژانس وجود داروهای نارکوتیک، داروهای القای بیهوشی بی دردی الزامی است
- وجود **داروهای ضروری** در قفسه دارویی بخش کلیه مراکز **اجباری** و **غیر قابل حذف** است شامل :
  - داروی ضروری قفسه دارویی اورژانس
  - آنتی دوتهای ضروری مسمومیت ها
  - ان استیل سیستین

## فهرست داروهای ضروری قفسه دارویی اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	حداقل تعداد
۱	زغال فعال	-	Powder or suspension	Activated Charcoal	۳ عدد سوسپانسیون آماده یا ۱ بسته ۲۰ تاکی <sup>۱</sup>
۲	آدنوزین*	3 mg/ml, 2 ml	Amp	Adenosine	۳
۳	آمیودارون*	50 mg/ml, 3ml	Amp	Amiodarone HCl	۵
۴	آ-اس-آ جویذنی	100 mg	Chew.Tab	ASA	۲۰
۵	آتروپین*	0.5 mg/ml, 1 ml	Amp	Atropine Sulfate	۲۰
۶	آتروپین*	10 mg/ml, 2 ml	Amp	Atropine Sulfate	۱۰
۷	بی پریدین	5 mg /ml, 1 ml	Amp	Biperiden	۳
۸	کلسیم گلوکونات*	100 mg/ml, 10 ml	Amp	Calcium Gluconate 10%	۱۰
۹	کاپتوپریل	25 mg	Tab	Captopril	۱۰
۱۰	کلویدوگرل	75 mg	Tab	Clopidogrel	۲۰
۱۱	امیل نیتريت و نیتريت سدیم و تیوسولفات سدیم	-	Kit	Cyanide Antidote Kit	۱
۱۲	دگزامتازون	4 mg/ml, 2 ml	Amp	Dexamethazone phosphate	۱۰
۱۳	دکستروز ۵٪	500ml یا 1000 ml	Solution	Dextrose 5%	۵
۱۴	دکستروز ۱۰٪	500ml یا 1000 ml	Solution	Dextrose 10%	۵
۱۵	دکستروز ۲۰٪	200 mg/ ml, 50 ml	Vial	Dextrose 20%	۵
۱۶	دکستروز ۵۰٪	500 mg/ml, 50 ml	Vial	Dextrose 50%	۵
۱۷	دiazepam	5 mg/ml, 2 ml	Amp	Diazepam	۱۰
۱۸	دیگوکسین*	0.25 mg/ml, 2 ml	Amp	Digoxin	۳
۱۹	دیفن هیدرامین	50 mg/ml, 1 ml	Amp	Diphenhydramine	۱۰
۲۰	دوبوتامین*	12.5 mg/ml, 20 ml	Amp	Dobutamine	۵
۲۱	دوپامین*	40 mg/ml, 5 ml	Amp	Dopamine HCl	۱۰
۲۲	اپی نفرین <sup>۲</sup> *	1 mg/ml, 1 ml 0.1 mg/ml, 10 ml	Amp	Epinephrine HCl	از هر نوع دوز ۱۰ عدد
۲۳	فوروزماید	10 mg/ml, 2ml	Amp	Furosemide	۲۰
۲۴	هالوپریدول	5 mg/ml, 1 ml	Amp	Haloperidol	۵
۲۵	هپارین	5000 U/ml, 1ml	Amp	Heparin Sodium	۵
۲۶	هیدروکورتیزون	100 mg/2 ml	Vial	Hydrocortisone	۱۰
۲۷	هیوسین	20 mg/ml, 1 ml	Amp	Hyoscine	۵
۲۸	ایپراتروپیوم	20 mcg/dose	Spray	Ipratropium Bromide	۲
۲۹	کتورولاک	30 mg/1ml, 1 ml	Amp	Ketorolac	۱۰
۳۰	لابتالول*	5 mg/ml, 20 ml	Amp	Labetalol Hcl	۳

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	حداقل تعداد
۳۱	لیدوکائین*	20 mg/ml, 5 ml	Amp	Lidocaine HCl 2%	۱۰
۳۲	مانیتول ۲۰٪	500 ml	Solution	Mannitol 20%	۳
۳۳	متوکلوپرامید	5 mg/ml, 2 ml	Amp	Metoclopramide	۱۰
۳۴	سولفات منیزیم* ۲۰٪ یا ۵۰٪	50 ml	Vial	MgSO4 20% or 50%	۵
۳۵	میدازولام*	5 mg/ml, 1ml	Amp	Midazolam	۱۰
۳۶	0.4 mg/ml	Amp	Naloxone HCl	۲۵	
۳۷	نیتروگلیسرین* (NTG)	1mg/ml, 5 ml	Amp	Nitroglycerin	۵
۳۸	نیتروگلیسرین (NTG)	0.4 mg	Pearl	Nitroglycerin	۲۰
۳۹	اندانسترون	2 mg/ml, 2 ml	Amp	Ondansetron HCl	۱۰
۴۰	فنوباریتال	200 mg/ml, 1ml	Amp	Phenobarbital Sodium	۵
۴۱	فنی تونین*	50 mg/ml, 5ml	Amp	Phenytoin Sodium	۱۰
۴۲	کلریدیناسیم* ۱۵٪	2 mEq/ml 50ml	Vial	Potassium Chloride 15%	۵
۴۳	پویدون آیودین (بنادین)	250 cc	Solution	Povidone Iodine 10%	۳
۴۴	پروپرانولول*	1 mg/ml, 1 ml	Amp	Propranolol HCl	۳
۴۵	پیریدوکسین	50 mg/ml, 2 ml	Amp	Pyridoxine Chloride	۳
۴۶	رینگر لاکتات	1000 ml یا 500ml	Solution	Ringer Lactate	۱۰
۴۷	سالبوتامول	100 mcg/dose	Spray	Salbutamol	۲
۴۸	سالبوتامول	0.5 mg/ml	NEB	Salbutamol (solution for inhalation)	۵
۴۹	سدیم بی‌کربنات	50 ml	Vial	Sodium Bicarbonate 8.4%	۵
۵۰	سدیم کلراید ۰.۴۵٪	1000 ml یا 500ml	Solution	Sodium Chloride 0.45%	۱۰
۵۱	سدیم کلراید ۰.۹٪	1000 ml یا 500ml	Solution	Sodium Chloride 0.9%	۱۰
۵۲	سدیم کلراید ۰.۹٪	1000 ml	Irrigation	Sodium Chloride 0.9%	۵
۵۳	سدیم کلراید ۵٪	50 ml	Vial	Sodium Chloride 5%	۵
۵۴	سوربیتول	5g	Sachet	Sorbitol	۱۰
۵۵	آب مقطر	5 ml	Vial	Sterile Water	۲۰
۵۶	وراپامیل*	2.5 mg/ml, 2ml	Amp	Verapamil HCl	۵
۵۷	ویتامین کا (فیتونادین)	10 mg/ ml, 1 ml	Amp	Vitamin K1	۳
۵۸	استامینوفن	150 mg/ ml, 6.7 ml	Amp	Acetaminophen	۵

### فهرست آنتی دوت های ضروری مسمومیت ها در قفسه دارویی بخش اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	تعداد	توضیحات/ کاربرد <sup>۲</sup>
۱	زغال فعال	-	Powder or suspension	Activated Charcoal	۳ سوپاسیون یا ۱ بسته ۴۰ تایی <sup>۵</sup>	به عنوان جاذب گوارشی در اکثر مسمومیت ها
۲	آتروپین	10 mg/ml, 2 ml 0.5 mg/ml, 1 ml	Amp	Atropine Sulfate	۱۰	مسمومیت با ارگانوفسفاتها، کاربامات ها، قارچ های موسکارینی، بلوک کننده های کانال کلسیم و بتا بلوکرها
۳	کلسیم گلوکونات	100 mg/ml, 10 ml	Amp	Calcium Gluconate 10%	۱۰	مسمومیت با بلوک کننده های کانال کلسیم، بتا بلوکرها، املاح پتاسیم، املاح منیزیم، اتیلن گلیکول، اسید هیدرو فلوریک (HF) و گزش عتکوت سیاه
۴	آمیل نیتريت و نیتريت سدیم و تیوسولفات سدیم	-	Kit	Cyanide Antidote Kit	۱	مسمومیت با سیانید
۵	دکستروز ۲۰٪ و ۵۰٪	50 ml	Vial	Dextrose 20%, 50%	از هر نوع دوز ۵ عدد	هایپوگلیسمی
۶	ان-استیل سیستین	200 mg/ml, 10 ml	Amp	N-Acetylcysteine	۵	مسمومیت با استامینوفن
۷	نالوکسان	0.4 mg/ml	Amp	Naloxone HCl	۲۵	مسمومیت با اپیوئیدها
۸	پیریدوکسین	50 mg/ml, 2 ml	Amp	Pyridoxine Chloride	۳	مسمومیت با ایزونیاژید، اتیلن گلیکول
۹	سدیم بیکربنات	50 ml	Vial	Sodium Bicarbonate 8.4%	۵	مسمومیت با شد افسردگی سه حلقه ای، کینیدین، داروهای آنتی ریتمی کلاس A، J، C، سالیسیلاتها و فنوباریتال
۱۰	ویتامین کا (فیتونادین)	2mg, 10 mg	Amp	Vitamin K1	۳	مسمومیت با وارفارین و سوپروارفارین

## آنتی دوت‌های ترجیحی

- تعیین تعداد مورد نیاز بر اساس آمار شایع مسمومیت در منطقه و مراجعین بیمارستانی در کمیته ارتقاء خدمات اورژانس

- اطلاع به معاونت درمان و غذا و دارو

- در دسترس بخش اورژانس باشد

فهرست آنتی دوت‌های ترجیحی مسمومیت‌ها در بخش اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	توضیحات / کاربرد
۱۱	سرم ضد عقرب	5 ml	Amp	Anti-venom-scorpion	گزیدگی عقرب
۱۲	سرم ضد مار	10 ml	Amp	Anti-venom-snake	گزیدگی مارهای سمی
۱۳	فولینیک اسید	10 mg/ml, 5 ml	Amp	Calcium Folate	مسمومیت با متوتروکسات و متاتول
۱۴	اتانول	-	Solution	Ethanol 96% , 40%	مسمومیت با متاتول و اتیلن گلیکول
۱۵	فلومازینیل	0.1 mg/ml, 5ml	Amp	Flumazenil	مسمومیت با بنزودیازپین‌ها
۱۶	فولیک اسید	5 mg/ ml, 10 ml	Amp	Folic acid	مسمومیت با متوتروکسات و متاتول
۱۷	گلوکاگون	1 mg/ ml, 1 ml	Vial	Glucagon HCl	هایپوگلیسمی و مسمومیت با بلوک کننده‌های کانال کلسیم و بنا بلوکرها (دمای ۲- تا ۸ درجه)
۱۸	هیدروکوبالامین (B12)	1000 mcg/1 ml, 1000 mcg/2.5 ml	Amp	Hydroxocobalamin	مسمومیت با سیانید و سدیم نیتروپروساید
۱۹	اینترالیپید	500 ml یا 250	Vial	Intralipid 20% Intravenous Fat Emulsion (IFE)	ایست قلبی ناشی از ترکیبات محلول در چربی مانند: ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، بلوک کننده‌های کانال کلسیم و بی‌حس کننده‌های موضعی
۲۰	متیلن بلو	10 mg/ ml, 10 ml	Amp	Methylene Blue	مت هموگلوبینمی
۲۱	پلی اتیلن گلیکول	-	Bulk	Polyethylene Glycol	WBI (Whole Bowel Irrigation) برای انجام
۲۲	پرالیدوکسیم (2-PAM)	200 mg/10 ml	Vial	Pralidoxime Chloride	مسمومیت با ارگانو فسفات‌ها
۲۳	پروتامین سولفات	10 mg/ml, 5 ml	Amp	Protamine sulfate	مسمومیت با هیالین



## داروهای مخدر بخش اورژانس

### فهرست داروهای مخدر بخش اورژانس (درون قفسه مخدر بخش اورژانس)

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	حداقل تعداد
۱	فنتانیل	50 mcg/ml, 10 ml	Amp	Fentanyl	۳
۲	متادون	5 mg/ml	Amp	Methadone	۵
۳	مرفین سولفات	10 mg/ml	Amp	Morphine Sulphate	۵

## داروهای یخچالی ضروری بخش اورژانس

فهرست داروهای یخچالی ضروری بخش اورژانس (دمای نگهداری: ۸-۲ درجه سانتی گراد)

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	حداقل تعداد
۱	استامینوفن*	125 mg/325mg	Supp	Acetaminophen	۱۰
۲	آلتپلاز**	50 mg/10 mg	Vial	Alteplase	از هر نوع دوز ۵ و ۱۰
۳	دیکلوفناک	100 mg	Supp	Diclofenac Sodium	۱۰
۴	انسولین رگولار	100 IU/ml	Vial	Insulin Regular	۱۰
۵	رتپلاز	10.4 U	Vial	Retepase	۱۰
۶	واکسن دیفتیری بزرگسالان و توکسولید کزاز	-	Vial	Td (toxoid)	۲
۷	لورازپام	2 mg/ml, 1 ml	Amp	Lorazepam	۱۰

# وجود داروهای نارکوتیک، داروهای القای بیهوشی و بی دردی الزامی است

## فهرست داروهای بی حسی و القای بیهوشی در بخش اورژانس

ردیف	نام فارسی دارو	دوز دارو	شکل دارو	نام دارو	توضیحات
۱	اتومیدیت	2 mg/ml (10 . 20 ml)	Vial	Etomidate	دمای نگهداری ۲۰-۲۵
۲	کتامین	50 mg/ml, 10 ml	Vial	Ketamine	
۳	لیدوکائین	50 ml	Spray	Lidocaine 10%	
۴	پروپوفول	50 mcg/ml, 10 ml	Vial	Propofol	دمای نگهداری ۲۵-۱۵
۵	سوکسینیل کولین	50 mg/ ml, 10 ml	Vial	Succinylcholine chloride	
۶	تیوپنتال	50 mg/ml, 20 ml	Vial	Thiopental sodium	

## ب-۶-۲-۱ انبارش / نگهداری حفاظت شده وایمن دارو وملزومات وتجهيزات مصرفی پزشکی

- ❖ تامین، منابع، امکانات و کارکنان مرتبط برای انبارش ایمن دارو
- ❖ برچسب گذاری داروهای پرخطر، مشابه و یخچالی در انبار، داروخانه و بخش
- ❖ یخچال مجهز به درب شیشه ای و قفل دار و داروهای یخچالی با برچسب مشخص دریخچال مناسب واجد دماسنج و رطوبت سنج
- ❖ کنترل دمای یخچال‌های دارویی در انبار دارویی، داروخانه و بخش و مجهز به سیستم هشدار دهنده در صورت انحراف از دمای مجاز
- ❖ اتصال تمامی یخچال‌های دارویی به برق اضطراری بیمارستان
- ❖ نصب فهرست داروهای موجود در یخچال با محل دقیق و دمای مورد نیاز بر درب یخچال
- ❖ در دسترس بودن فهرست داروهای یخچالی در بخش‌ها یا در سامانه اطلاعات بیمارستان
- ❖ عدم انباشتگی داروها که موجب اختلال در دمای یخچالی مناسب در همه طبقات
- ❖ رعایت شرایط داروهای با نگهداری در تاریکی
- ❖ داروهای مخدر در انبار داروخانه و بخش در یک قفسه قفل دار محفوظ با دسترسی کارکنان مسئول و معین
- ❖ نگهداری داروهای پرخطر و سایتوتوکسیک در مکان مجزا و با علائم هشدار در انبار دارویی، داروخانه و بخش
- ❖ نگهداری داروهای با هشدار بالا در مکان مجزا و با علائم هشدار با دسترسی محدود در انبار دارویی، داروخانه و بخش
- ❖ لحاظ شباهت‌های دارویی در نحوه چینش داروها در انبار/محل نگهداری با علائم هشدار
- ❖ شرایط انبارش دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، بر اساس الزامات کارخانه سازنده
- ❖ مدیریت تاریخ انقضا دارو وملزومات وتجهيزات مصرفی پزشکی و مدیریت مصرف آن‌ها در انبار با روشی مدون و منظم

# ب-۶-۲-۱ انبارش / نگهداری حفاظت شده وایمن دارو وملزومات وتجهيزات مصرفی پزشکی

<p>پرسنل انبار دارویی داروخانه و بخشهای بستری</p> <p>فریزر با برودت منهای ۱۰ تا ۲۰ درجه سانتی گراد، سردخانه ۸-۲ درجه، انبار خنک ۱۵-۸ درجه</p> <p>انبار معمولی با دمای اتاق ۲۵-۱۵ با نوسان ۳۰-۱۵ درجه</p> <p>وجود رطوبت سنج و دماسنج در قیسمتهای مختلف</p>	<p>تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط انبارش ایمن</p>
<p>انجام مراتب برچسب گذاری قفسه های دارویی در انبار دارویی و داروخانه زیر نظر داروخانه طبق دستورالعمل ابلاغی</p> <p>برچسب گذاری بر روی داروهای پرخطر و مشابه از محل انبار دارویی توسط داروخانه</p> <p>مدیریت انبارش و بکارگیری داروهای پرخطر و مشابه در بخشها بر اساس دستورالعمل حفظ و نگهداری برچسب توسط بخشها</p>	<p>برچسب گذاری داروهای پر خطر و مشابه و یخچالی در انبار دارو، داروخانه و بخش ها</p>
<p>بکارگیری یخچالهای با گنجایش متناسب با حجم دارو</p> <p>ترجیحاً ویترونی و قفل دار در انبارهای دارویی</p> <p>ترموگرافدار با قابلیت اتصال به ترمولاگرترجیحا در انبار های دارویی مجهز به سیستم هشدار دما و رطوبت</p> <p>مجهز به دماسنج در بخشها</p> <p>کنترل مثبت حداقل روزانه دمای یخچالهای دارویی</p> <p>تامین رطوبت زیر ۶۰%</p>	<p>یخچال های دارویی</p>

# ب-۶-۲-۱ انبارش / نگهداری حفاظت شده وایمن دارو وملزومات وتجهيزات مصرفی پزشکی

استفاده از پالتهای استاندارد وقفسه های فلزی- چیدمان با فاصله مناسب عدم استقرار کارتن ها روی زمین چیمان بر اساس تاریخ انقضاء و اولویت مصرف برچسب گذاری روی قفسه انبار دارویی بر اساس تاریخ انقضاء مجزا بودن محل نگهداری داروهای Recall،منقضى وضایعاتی چیدمان با فاصله مناسب از سطح زمین و دیوارها	چیدمان	
رعایت شرایط نگهداری داروهای حساس به نور		
مجزا بودن فضای کاری داروخانه وفضای تفکیک دارو وتحویل دارو به بخشها در داروخانه بستری مجزا بودن فضای تفکیک وآماده سازی اقلام جهت تحویل به داروخانه در انبار دارویی		
رعایت ایمنی نگهداشت داروهای مخدر در انبار دارویی داروخانه با گاوصندوق و در بخشها با کمد قفل دار و وجود مستندات استوک موجودی ومصرف (لیست موجودی )		
داروهای سیتوتوکیک وپرخاطر در مکان مجزا با علائم هشداراز سایر داروها نگهداری		
نگهداری داروهای با هشدار بالا در قفسه مجزا		
لحاظ شباهت های دارویی در چینش داروهای مشابه در قفسه های دارویی		
توجه به مدیریت انقضاء داروی وتجهيزات مصرفی از مرحله نقطه سفارش دارو ،کنترل میزان مصرف واستوکها و تمهیدات مصرف قبل از انقضاء دارو دارو		

## ب-۶-۲-۲ توزیع حفاظت شده وایمن دارو وملزومات وتجهيزات مصرفی پزشکی

وجود برنامه مدون برای توزیع دارو تحت نظارت مستقیم مسئول فنی / رئیس بخش مراقبت‌های دارویی  
توزیع ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، بر اساس الزامات کارخانه سازنده  
رعایت موازین ایمنی، بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی، در خصوص داروهای با هشدار بالا

## ب-۶-۲-۴ نگهداری و توزیع ایمن داروهای با هشدار بالا نگهداری ایمن داروهای با هشدار بالا نشان گذاری و توزیع ایمن داروهای با هشدار بالا

- جداسازی محل چیدمان جهت محدودیت دسترسی به داروهای با هشدار بالا در اتاق درمان و انبار دارویی، داروخانه
- جداسازی محل نگهداری ویال پتاسیم کلراید از سایر داروها
- رعایت الزامات برچسب گذاری در انبارش و چیدمان دارو در قفسه دارویی
- برچسب گذاری قفسه و مخزن نگهداری دارو در انبار-داروخانه و اتاق درمان
- برچسب گذاری بر روی داروها توسط پرسنل مشخص در داروخانه و حفظ و نگهداری و مدیریت برچسب در بخش زیر نظر سرپرستار در بخش
- ابلاغ لیست این داروها به پرسنل انبار دارویی داروخانه و بخشهای بستری و سرپایی بخشهای ذیربط دسترسی کارکنان پرستاری به اطلاعات کاربری دارو شامل اشکال، نحوه آماده سازی، تداخلات، عوارض
- رعایت مراتب چک مستقل دوگانه در مراحل کنترل دستورات پزشکی، نسخه نویسی، نسخه برداری، تحویل دارو، آماده سازی، تجویز و مستندسازی
- رعایت اصول صحیح دارودهی 7R در دارودهی بیماران



❖ ب-۱-۶-۴ دارودهی با رعایت اصول صحیح (7R) در حین نسخه پیچی، نسخه دهی، دارودهی با تاکید بر اطمینان از عدم وجود حساسیت های دارویی قبل از تجویز

❖ بیمار صحیح

❖ داروی صحیح

❖ زمان صحیح

❖ راه مصرف صحیح

❖ دوز مصرف صحیح

❖ مستندسازی صحیح

❖ حق کارکنان، بیمار و مراقب برای

❖ سوال در مورد دستور دارویی

کاهش خطای دارویی در  
نسخه نویسی

کاهش خطای دارویی در  
نسخه پیچی

کاهش خطای دارویی  
در فرآیند دارودهی

# ب-۶-۲-۵ آماده سازی داروهای پرخطر وسیتوتوکسیک تحت شرایط ایمن

## حفاظت کارکنان

## حفاظت فرآورده

## بهداقل رسانیدن آلودگی های زیست محیطی

## کاهش هدر رفتن دارو

- انتقال و بسته بندی ایمن دارو توسط پرسنل مشخص و باکس استاندارد غیر قابل نفوذ با برچسب الودگی خطر زا
- ممنوعیت تحویل دارو به بیمار
- آشنایی با اقدامات نشستی دارو در حین انتقال
- وجود پروتکل مدیریت نشست دارو
- نظارت مستقیم داروساز
- فضای استاندارد آماده سازی دارو (فضای آماده سازی حداقل ۱۴ متر مربع دارای فشار منفی در ناحیه اتاق تمیز (آماده سازی دارو) مجهز به کابین ایمن بیولوژیک جهت آماده سازی اسپتیک دارو، اتاق پیشین، فاقد آبروفاضلاب با کف و دیوار قابل شستشو
- توانمندسازی کارکنان در خصوص بکارگیری دارو و محاسبات دارویی
- برچسب گذاری صحیح داروی آماده شده
- بکارگیری تجهیزات حفاظت فردی مناسب (گان نفوذ ناپذیر - ماسک فیلتر دار، دستکش مناسب روکفشی)
- مدیریت واکنش های دارویی
- اجرای الزامات غربالگری کارکنان و معاینات دوره ای
- مدیریت مواجهه پوستی و چشمی کارکنان و ثبت و گزارشدهی آن
- مستند کنترل فشار اتاق آماده سازی تعویض فیلتر هپا و بازدید دورهای فضا و ثبت دمای یخچال
- مدیریت صحیح پسماندهای شیمیایی و سایتوتکسیک

## ب-۴-۲ تجویز دارو توسط پزشکان در چارچوب فرمولاری بیمارستان ومدیریت تجویز خارج از فرمولاری

- وجود مستندات ثبت موارد تجویز های دارو(خارج از فرمولاری)وتجهیزات(خارج از لیست) IMD
- وجود فرآیند پایش و نظارت مسئول فنی/رئیس بخش دارویی بر تجویز های دارو(خارج از فرمولاری)وتجهیزات(خارج از لیست) IMD
- وجود مستندات طرح موارد تجویز های دارو(خارج از فارماکوپه)وتجهیزات(خارج از لیست) IMD در کمیته داروودرمان وبازخورد اداری
- وجود مستندات تامین موردی موارد خارج از پروتکل مرکز جهت رفع نیاز بیمار
- شواهد بازنگری فرمولاری در صورت نیاز توسط کمیته و ابلاغ آن

# آزمایشگاه

ب-۸-۱-۲ برچسب گذاری نمونه های آزمایش بر بالین بیمار با قید شناسه های لازم طبق موازین ایمنی

- وجود مستند ابلاغ الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایشگاهی به بخش های بستری
- شواهد عدم استفاده از شماره تخت و نام نمونه گیر بعنوان شناسه نمونه
- شناسایی فعال بیمار قبل از اقدام به نمونه گیری و اطمینان از انطباق اطلاعات برچسب با دستبند بیمار
- استفاده از شناسه نام و نام خانوادگی بیمار، نوع آزمایش، بخش بستری، تاریخ و زمان اخذ نمونه و درج آن بر روی برچسب ظرف نمونه های آزمایشگاهی
- ثبت نام نمونه گیر بر برچسب نمونه های ارسالی به بانک خون

## ب-۸-۱-۲ انتقال نمونه های عفونی در داخل وخارج از بیمارستان طبق موازین پیشگیری وکنترل عفونت و رعایت ضوابط نمونه های ارجاعی

- وجود مستند آموزش کارکنان بخش بستری و آزمایشگاه در زمینه اصول انتقال ایمن نمونه های عفونی
- وجود شواهد رعایت مدت زمان پایداری انواع نمونه در نقل وانتقال نمونه ها (کنترل تعداد موارد گزارش نمونه عودتی یا گزارش نمونه غیرقابل استناد وگزارش تعدادتکرار نمونه گیری)
- بکارگیری لوله ها وظروف درپیچ دار جهت ریختن نمونه های ارجاعی
- انتقال ظروف حاوی نمونه ارجاعی در ظرف های درب دار قابل ضدعفونی با عمق مناسب پلاستیکی ویا فلزی
- بکارگیری بسته بندی سه لایه در انتقال نمونه های ارجاعی

## ب-۸-۳-۱ مقادیر بحرانی آزمایشات تعیین شده ، کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند

- وجود مستند ابلاغ و دسترسی کارکنان به مقادیر بحرانی آزمایشات
- ب-۸-۳-۲ گزارش فوری نتایج بحرانی آزمایشات قبل از کنترل مجدد نمونه توسط آزمایشگاه به بخش بستری
- ب-۸-۳-۳ تعیین و ابلاغ زمان بندی نتایج آزمایشات روتین، اورژانس و ارجاعی و نظارت مسئول فنی بر روند اجرای آن

❖ ب-۱-۴-۱ عملکرد منطبق با موازین ایمنی کارکنان بالینی پس از مواجهه با محدوده بحرانی نتایج پاراکلینیک

**مداخله فوری و حیاتی** کارکنان بالینی پس از دریافت نتایج بحرانی بررسی های پاراکلینیک

**مبتنی بر برقراری چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح  
اطلاعات با روش های ساختارمند  
مانند SBAR**

ابلاغ محدوده  
بحرانی نتایج  
پاراکلینیک

خط تلفن یک  
طرفه

ابلاغ فرآیند  
اطلاع رسانی  
و پیگیری

مستند حضور  
و پیگیری  
بلادرنگ کارکنان  
جهت مداخله  
فوری

ب-۹-۱-۲-انگهداری خون وانواع فراورده های خونی در شرایط ودمای مناسب در بانک خون ،اتاق عمل وبخشش ها



با تشکر و سپاس

