

کتابچه دستورالعمل، خط مشی و روهای اجرایی بیمارستان امیرالمومنین(ع)



تنظیم کننده : بهبود کیفیت

فهرست مطالب

رهبری و مدیریت	
5	خط مشی مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته
7	دستورالعمل نحوه گزارش وقایع ناخواسته
8	روش اجرایی نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
10	روش اجرایی نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی
12	دستورالعمل معاینه بیماران غیر همجنس
14	دستورالعمل بهبود کیفیت محیط زیست بخش های بیمارستانی
18	دستورالعمل انبارش ایمن
21	دستورالعمل فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث
24	دستورالعمل تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه
27	روش اجرایی گزارش حوادث و موقعیت های خطر افزین
30	خط مشی ایمنی در مقابل آتش سوزی
33	روش اجرایی افزایش ظرفیت بیمارستان
34	خط مشی تداوم ارائه خدمات درمانی در زمان وقوع حادثه
37	دستورالعمل انتقال دانش و تجربه
38	دستورالعمل ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه
40	دستورالعمل محافظت از فیزیک پرونده های پرسنلی کارکنان
42	روش اجرایی نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها
44	روش اجرایی کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
45	روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها
46	خط مشی کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها
48	روش اجرایی محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات
51	روش اجرایی حفظ امنیت سیستم، امانتداری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده ها
53	دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی
57	دستورالعمل نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی
58	دستورالعمل شستشوی البسه
60	دستورالعمل مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی
مراقبت و درمان	
64	خط مشی استفاده صحیح از مهار شیمیایی
66	خط مشی استفاده صحیح از روش های مهار فیزیکی
68	دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران
74	دستورالعمل تلفیق دارویی
76	دستورالعمل تسکین درد
78	دستورالعمل خودمراقبتی برای بیماری های شایع
80	دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک

82	دستورالعمل راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان در حین تحویل بیمار	
84	روش اجرایی دستورات تلفنی	
86	روش اجرایی نحوه اخذ رضایت ترک علی رغم توصیه های پزشکی	
89	دستورالعمل گزارش موارد بحرانی آزمایشات	
91	دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	
98	خط مشی شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری	
99	خط مشی کاهش احتمال خطر سقوط	
103	خط مشی ترخیص بیماران بصورت ایمن	
105	دستورالعمل اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	
108	خط مشی مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد	مراقبت های حاد و اورژانسی
110	خط مشی ارائه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه روز	
112	خط مشی انجام مشاوره های اورژانسی	
115	دستورالعمل نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل	مراقبت های جراحی و بیهوشی
119	دستورالعمل جراحی ایمن	
122	خط مشی پذیرش در بلوک زایمان و تعیین تکلیف مددجو	مراقبت های مادر و نوزاد
127	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کاتتر های عروقی	پیشگیری و کنترل عفونت
131	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری	
134	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری	
137	روش اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت های مجاری تنفسی	
140	خط مشی نحوه رهگیری وسایل و تجهیزات استریل به کار رفته بیمار	
142	خط مشی شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ابزار و وسایل	
144	خط مشی جابه جایی و نگه داری وسایل استریل شده	
146	خط مشی بازخوانی ابزار و وسایل از بخش ها	
148	دستورالعمل جمع اوری نمونه های آزمایشگاهی	خدمات آزمایشگاه
156	دستورالعمل نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایشگاهی	
158	دستورالعمل نحوه انجام آزمایشات بیوشیمی	
163	دستورالعمل نوح انجام آزمایشات هماتولوژی	
172	دستورالعمل نحوه انجام آزمایشات میکروب شناسی و انگل شناسی	
179	دستورالعمل نحوه انجام آزمایشات سروایمونولوژی و هورمون	
192	دستورالعمل نحوه کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش بیوشیمی	
198	دستورالعمل نحوه کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش هماتولوژی	
202	دستورالعمل کنترل کیفیت انجام آزمایش های مختلف در بخش میکروب شناسی، انگل شناسی	
207	دستورالعمل نحوه کنترل کیفیت آزمایش های مختلف در بخش ایمونولوژی و هورمون	
214	دستورالعمل برنامه منظم و مدون انجام کنترل کیفی در تمام بخش های آزمایشگاهی	
216	خط مشی معیار های رد یا قبول نمونه	
219	دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی آزمایشگاهی در مراجعین سرپایی	خدمات سرپایی

حمایت از گیرنده خدمت		
220	دستورالعمل روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران	تأمین تسهیلات برای گیرنده خدمت
223	خط مشی تسهیلات دسترسی بیمار، ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی	
224	خط مشی نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت به بیمار	
230	خط مشی نحوه ارایه خدمات به بیماران مجهول الهویه	
239	خط مشی نحوه دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت	
241	خط مشی مددکاری اجتماعی در بیمارستان	
227	خط مشی استفاده از پرسنل همگن	احترام به حقوق گیرنده خدمت
233	خط مشی نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت	
235	خط مشی رعایت حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت	
237	خط مشی حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی به اطلاعات بیماران	

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان خط مشی: مدیریت پیشگیرانه برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات سلامت	
تاریخ تدوین: 1401/07/12 تاریخ ابلاغ: 1401/07/24 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی: AH_LM_QLM_PO_01

امکانات و تسهیلات مورد نیاز : - چک لیست بازدید بخش های درمانی-برنامه بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار

کارکنان مرتبط: رئیس بیمارستان، مسئول ایمنی، کارشناس ایمنی، مسئول بهبود کیفیت، مدیر خدمات پرستاری، پرسنل درمانی (اعم از پزشک، پرستار، نیروهای پاراکلینیک)

هدف:

به حداقل رسیدن میزان رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات و مراقبت ها

دامنه کاربرد: بخش های بالینی و پاراکلینیک

تعاریف :

خطاهای پزشکی یا Medical Malpractice عبارت است از تمامی نقایص رفتار حرفه ای پزشکان و کادر درمانی

بیانیه خط مشی: بیمارستان امیرالمومنین در راستای افزایش اثر بخشی درمان و مراقبت از طریق شناسایی پیشگیرانه خطرات و برنامه ریزی برای پیشگیری از آنها در سطح بیمارستان به نگارش و اجرایی کردن این خط مشی اقدام نموده است.

روش اجرایی :

- 1- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار فرم گزارش وثبت خطاهای پزشکی را در اختیار و دسترس تمامی پرسنل گروه های پزشکی در بخش قرار می گیرد.
- 2- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در ابتدای شش ماه اول و دوم سال تقویم بازدید مدیریتی ایمنی را تنظیم و توسط مسئول ایمنی بیمارستان به بخش ها ابلاغ و اطلاع رسانی می شود.
- 3- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار به مسئولین واحدها و ایشان (مسئول واحد) نیز به پرسنل و کارکنان خود در رابطه با بازدید های مدیریتی ایمنی اطلاع رسانی می نماید.

- 4- 4- مسئولین و کارکنان واحد ها حین بازدید های مدیریتی ، خطاها و مشکلات احتمالی آن واحد با رویکرد پیشگیرانه خطر و آسیب بیمار را شناسایی و مورد ارزیابی می کنند.
- 5- خطاهای پزشکی و عوامل خطر توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به تفکیک نوع خطاها به منظور ارزیابی پیشگیرانه بصورت ماهانه جهت ارسال آمار به معاونت درمان جمع بندی ، بررسی و ارزیابی شده و بر اساس آن فهرست والویت بندی می شوند و اقدام اصلاحی صورت می گیرد.
- 6- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری کارشناس بهبود کیفیت خطاهای پزشکی گزارش شده و میزان برگزاری و اجرایی شدن مصوبات بازدیدهای مدیریتی را بصورت فصلی تحلیل کرده و جهت ارائه راهکار و تصمیم گیری در کمیته سنجش و پایش گزارش می نماید.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگوی خط مشی: مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی

ناظر: کارشناس بهبود کیفیت - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مدیر پرستاری

نحوه نظارت: ارزیابی از طریق مشاهده و مصاحبه و مستندات

منابع : استانداردهای اعتبار بخشی نسل پنجم - دستورالعمل های ابلاغی وزارت متبوع

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر - مسئول بهبود کیفیت خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	دکتر تنومند - مسئول ایمنی	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان : نحوه گزارش وقایع ناخواسته	
تاریخ تدوین : 1400/03/01 تاریخ ابلاغ : 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد: AH_LM_QLM_IN_01 :

امکانات مورد نیاز: فرم گزارش خطا - فرم تحلیل ریشه ای - پرونده بالینی و سایر مستندات و تلفن

کارکنان مرتبط: مسئول ایمنی - کارشناس ایمنی - دفتر پرستاری - دفتر بهبود کیفیت - اعضای کمیته مرگ و میر و کادر درمان

تعاریف: وقایع 28 گانه که در مراکز هرگز نباید اتفاق بیفتد. (NEVER EVENT)

هدف: پیشگیری از وقوع وقایع ناخواسته و گزارش دهی صحیح و به موقع وقایع ناخواسته

- 1- کارشناس ایمنی بیمار باید با روشهای مختلف شامل: دریافت گزارش-شکایات واصله-دریافت گزارش بازدیدها و ممیزیها و گزارشهای نظارتی و سوپروایزری- بررسی پرونده و سایر روشها وقوع رخداد وقایع ناخواسته در بیمارستان را شناسایی کند.
- 2- کارکنان درمانی پس از رخداد وقایع ناخواسته 28 گانه فرم گزارش خطا را تکمیل و به واحد ایمنی بیمار تحویل نمایند.
- 3- کارشناس ایمنی بافاصله مورد را بررسی و تحلیل ریشه ای پرونده تحلیل ریشه ای خطا (Analysis Cause Root) را انجام دهد.
- 4- در اسرع وقت کمیته مورتالیت / موریبیدی تشکیل و موضوع در کمیته مورتالیت/ موریبیدی مطرح گردد.
- 5- کارشناس ایمنی علاوه از تحلیل ریشه های وقایع ناخواسته ، باید شرایط تهدید کننده ایمنی را شناسایی نماید.
- 6- نتایج حاصل از بررسی ریشه های وقایع ناخواسته و مصوبات کمیته مربوطه باید جهت آگاهی کارکنان درمانی به تمامی واحدها ابلاغ گردد.
- 7- رویدادننگاری وقایع ناخواسته انجام و اطلاع رسانی عمومی انجام گیرد.
- 8- نتایج مصوبات کمیته و سناریوی وقایع ناخواسته جهت بهره برداری در سطح استان به معاونت درمان گزارش شود.

مسئولیت ها و اختیارات :

فرد پاسخگو: مسئول ایمنی بیمارستان

ناظر: مسئول ایمنی بیمار- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار -مدیر پرستاری

نحوه نظارت: ارزیابی مستندات مربوطه شامل فرم گزارش خطا - صورتجلسه کمیته خطا - مشاهدات و ممیزی نتایج ارزیابی

منابع: دستور العمل ابلاغی شماره 29674/400 د مورخه 96/12/06

1 استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
خدیجه علیزاده-کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق  دانشگاه علوم پزشکی وزارت بهداشت جمهوری اسلامی ایران معاونت درمان	
عنوان: نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	
کد: AH_LM_QLM_PR_01	تاریخ تدوین: 1401/07/09 تاریخ ابلاغ: 1401/07/10 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز:

:- کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان، مسئولین فنی

تعاریف-

هدف: حصول اطمینان از رضایت مندی گیرندگان خدمت از نحوه ارائه خدمت

1- کلیه بخش های بیمارستان در تمام ساعات شبانه روز طبق برنامه تنظیمی مشغول ارائه خدمات به بیماران سرپایی و بستری می باشند.

2- به جز روزهای تعطیل، در سایر ایام هفته علاوه بر پرسنل بخش، مسئول بخش نیز حضور داشته و وظیفه نظارت و هماهنگی امورات بخش را در راستای ایمنی هرچه بیشتر بیماران و ارائه خدمات استاندارد عهده دار میباشد. در روزهای تعطیل و شیفت عصر و شب این کار به عهده مسئول شیفت خواهد بود.

3- در ایام غیر تعطیل تمامی بیماران توسط پزشک معالج ویزیت و مداوا می شوند و در ایام تعطیل در صورت نیاز بیمار توسط پزشک معالج ویزیت خواهد شد .

4- مسئول فنی مطابق ضوابط مسئول فنی در بیمارستان جهت انجام وظایف و مسئولیت های امور فنی بیمارستان از ساعت 8 الی 14 حضور مستمر و فعال خواهد داشت.

5- در ایام تعطیلات رسمی سوپروایزرین شیفت های صبح، عصر و شب مسئولیت های امور فنی موسسه را بر عهده خواهند داشت.

6- مسئول فنی بیمارستان بر کیفیت و قابلیت استفاده تجهیزات و ملزومات پزشکی و دارویی بیمارستان نظارت دارند.

7- بازدید مدیریت ایمنی بیمار توسط تیم بازدید کننده در شیفت های مختلف بیمارستان صورت می گیرد

8- نتایج بازدید ها در جلسات تیم ایمنی تحصیل و نتایج به تیم سنجش و پایش کیفیت جهت مداخلات لازم ارسال می گردد.

9- رسیدگی به شکایات بیماران توسط مسئول رسیدگی به شکایات صورت می گیرد.

10- در شیفتهای عصر و شب و روزهای تعطیل شکایات توسط سوپروایزر کشیک مدیریت میشود

11- رئیس مرکز در شیفت های صبح، عصر و شب بر ارائه خدمات مستمر و بهینه در کلیه بخش های پاراکلینیکی، بستری و سرپایی نظارت می کند.

12- سوپروایزر کشیک در شیفت عصر و شب بر ارائه خدمات در مرکز با تمرکز بر مسائل ایمنی نظارت می کند.

13- سوپروایزر کشیک به صورت روزانه گزارش بازدید خود را به مدیریت خدمات پرستاری ارائه می دهد.

14- موارد مهم و خاص گزارش سوپروایزر کشیک توسط مدیریت خدمات پرستاری به مدیریت و رئیس مرکز ارجاع داده می شود.

15- مداخلات الزم با توجه به نتایج بازدیدها و گزارش های دریافتی انجام می گیرد.

نحوه نظارت بر اجرای روش اجرایی مدون:

رئیس مرکز بر شیوه انجام روش اجرایی نظارت می کند و در صورت نیاز تذکرات لازم را به مسئولین جهت نظارت بیشتر یادآوری می کند

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: رئیس مرکز

ناظر: رئیس مرکز-مترون و سوپروایزرین

نحوه نظارت: بازدید-گزارش های دریافتی از مسئولین و سوپروایزرین

منابع:

شرح وظایف مسئول فنی بیمارستان

استانداردهای اعتبار بخشی -

بازدیدهای مدیریتی ایمنی

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
دکتر تنومند - رئیس بیمارستان لیلا اهنگر - مسئول بهبود کیفیت	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق	
عنوان روش اجرایی: نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی	
کد : AH_LM_QLM_PR_02	تاریخ تدوین: 1401/07/09 تاریخ ابلاغ: 1401/07/10 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز : منشور حقوق بیمار

کارکنان مرتبط: کلیه پرسنل درمانی و غیر درمانی

تعاریف : بهر هجویی: انتفاع، سود جویی، سودپرستی، منفعت طلبی، منفعت جویی، نفع طلبی

هدف: حصول اطمینان از رعایت حقوق گیرنده خدمت

تیم پزشکی این مرکز، به منظور رعایت اخلاق حرفه‌ای در ارتباط با بیمار موارد زیر را همواره مورد توجه قرار می‌دهد:

1- اجازه مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان وی و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار

2- رعایت احترام به بیمار و همراهی وی، رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی

3- اجرای دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیر هم جنس

4- ارائه آموزش کافی به بیمار

5- رعایت حقوق بیمار در انجام مطالعات تحقیقاتی

6- عدم بهر هجویی پزشکان در رابطه با بیمار

- 7- برخورد حرفه‌ای با بیمار و همراهان متعارض
- 8- عدم تحمیل هزینه بیمار و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار
- 9- اجرای کوریکولومهای پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک
- 1- بازخورد به سیستم در جهت ارتقای کیفیت خدمات
- 11- اولویت‌بخشی به منافع سلامت بیمار
- 12- صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب و به روز اخلاقی و قانونی به بیمار
- تیم پزشکی همچنین، به منظور رعایت اخلاق حرفه‌ای در ارتباط با همکاران موارد زیر را همواره سرلوحه کارهای خود قرار می‌دهد:

- 1- میزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان
- 2- برخورد مناسب در زمان بروز اختلاف و یا بی احترامی تیم پزشکی
- 3- حضور به موقع و در دسترس بودن پزشکان آنکال و پاسخگویی به فراخوانها
- 4- زمانبندی مناسب و عدم اتلاف وقت تیم پزشکی
- 5- انتقال دانش و تجربه به سایر همکاران
- 6- درخواست معقول کار (حجم کاری) از همکاران (فراگیران، پرستاران، همکاران جوان و ...)
- 7- برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سوء رفتار جزیی و جدی همکار و مواجهه با ناتوانی و بیماری همکار
- 8- درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار
- در ارتباط با جامعه تیم پزشکی به منظور رعایت اخلاق حرفه‌ای، توجه به موارد زیر را بر خود واجب میدانند:

- 1- همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
- 2- بهبود دسترسی به خدمات
- 3- ارائه صادقانه گزارشها و گواهیهای پزشکی
- 4- رعایت شأن حرفه پزشکی در شبکه های اجتماعی
- 5- برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی

مسئولیت ها و اختیارات:

- فرد پاسخگو:** رئیس بیمارستان و مسئول حقوق گیرنده خدمت
- ناظر:** دبیر کمیته اخلاق بالینی ، مسئولین بخش ها و واحدها و سوپروایزرین
- نحوه نظارت:** پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
- ارائه گزارش از عدم انطباق های بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت

• انجام اقدام اصلاحی /پیشگیرانه در موارد عدم انطباق

بررسی صورتجلسات کمیته اخلاق بالینی

منابع:

1- منشور حقوق بیمار

2- کتاب استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم

جدول اسامی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
دکتر تنومند - رئیس بیمارستان سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیر همجنس	
کد: AH-LM_QLM_IN_02	تاریخ تدوین: 1400/03/01 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز: منشور حقوق بیمار، پاراوان، پرده بین تختها

کارکنان مرتبط: کارکنان بهداشتی و درمانی

تعاریف:

منشور حقوق بیمار: سیستم های بهداشتی و درمانی اکثر کشورها منشوری را تحت عنوان منشور حقوق بیمار به کار میگیرند بیمارستانها موظف هستند هنگام بستری بیمار در واحد پذیرش منشور حقوق بیمار را به وی تسلیم کنند.

حریم: حریم شخصی بیمار به عنوان یک نیاز تلقی میشود به عبارتی حفظ قلمرو شخصی منجر به ایجاد احساس آرامش در بیمار میگردد

هدف: حفظ و ارتقای رضایت گیرنده خدمت از نحوه ارائه خدمات درمانی

به منظور رعایت حریم شخصی بیمار و نیز اصول حرفهای و اخلاق بالینی در معاینه بیماران غیر همجنس، بایستی موارد زیر همواره مورد توجه تیم پزشکی قرار گیرد:

- ✓ مسئول بخش تمامی امکانات و تسهیالت الزم جهت حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را در اختیار پرسنل (پاراوان و ...) قرار دهد
- ✓ در صورت انجام پروسیجرهایی از قبیل (سونداژ، ECG، پانسمان، مراقبت از زخم بستر، تعویض لباس بیمار، ...) از پردههای سقفی/ پاراوان جهت حفظ حریم خصوصی بیمار استفاده نماید.
- ✓ [در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، اجازه دهد فرد معتمد بیمار حضور داشته باشد.
- ✓ در صورت عدم مغایرت با ضرورتهای پزشکی، اجازه همراهی را به یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان بدهد.
- ✓ [تا حد امکان از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیمار استفاده نماید (با رعایت این اصل که استفاده از پرسنل همگن نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد
- ✓ در صورت موجود نبودن پرسنل همگن در بخش جهت انجام مراقبتهای درمانی، مسئول شیفت با سوپروایزر تماس گرفته و هماهنگی الزم جهت حضور پرسنل همگن در بخش انجام شود
- ✓ همطور حفظ حریم خصوصی بیمار، مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند، پوشانده شود
- ✓ در معایناتی که برحسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام میشود یک نفر محرم/ معتمد بیمار بنا به درخواست وی یا کارکنان فنی همجنس حضور داشته باشد.
- در صورت انجام پروسیجرهایی مانند: سونوگرافی و ژینال در رادیولوژی، باریم انما و ... توسط پزشک غیر همگن، یک نفر محرم/ معتمد بیمار بنا به درخواست وی یا کارکنان فنی همجنس حضور داشته باشد.
- ✓ حریم خصوصی بیمار بهیژه هنگام اخذ شرح حال، پروسیجرهای تشخیصی - درمانی (پاراوان، در صورت امکان اتاق مجزا) و انتقال بیمار (استفاده از ملحفه برای پوشش بیمار) حفظ شود.
- ✓ در صورت نیاز به برهنه بودن بدن بیمار برای معاینه یا اقدام تشخیصی درمانی، برهنگی در حداقل زمان و میزان الزم باشد.
- ✓ جهت حفظ حریم خصوصی بیمار در بخشهای ویژه تختها توسط پرده مجزا شود.
- ✓ در راستای حفظ حریم شخصی بیمار، پرسنل درمانی، خدمات و انتظامات قبل از ورود به اتاق بیمار با زدن در، برای ورود کسب اجازه نماید
- ✓ در نقل و انتقال بیماران تا حد امکان از پرسنل بیماربر یا خدمات همگن استفاده شود.
- ✓ تیم مدیریتی در بازدیدها و راندهای خود به این مسئله توجه کرده و نسبت به رفع موانع موجود در جهت حفظ حریم خصوصی اقدام نماید
- ✓ فرد معاینه کننده بیمار، از تجمع غیرضروری افراد هنگام معاینات ممانعت به عمل آورد.
- ✓ برای حفظ حریم خصوصی بیمار، از تعبیه دوربین مدار بسته در اتاق بیماران خودداری شود.

*در ماده 80 آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور، اعلام شده که شاغلان حرف پزشکی و وابسته موظفند به حریم خصوصی بیماران احترام بگذارند. احترام به حریم خصوصی بیماران نیازمند خودداری از همه کارهایی است که بیماران آن را نقض حریم شخصی خود تلقی میکنند. در این زمینه اعضای سازمان، باید از اقداماتی مانند معاینه بیمار در حضور افراد دیگر، پرسیدن سؤالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرم بیماران شود و مشاهده یا لمس غیر ضروری بیماران غیر همجنس خودداری کنند.

در ماده 83 آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور، گفته شده که لازم است در صورت رضایت بیمار، معاینات حساس بیمار غیر هم -جنس در حضور پرسنل همجنس با همراه بیمار انجام شود. البته در صورتیکه این معاینه به وسیله پزشک همجنس از لحاظ علمی و عملی مقدور باشد و موجب ایجاد مشکل برای بیمار نشود، باید پزشک همجنس به انجام آن اقدام و نتیجه معاینه را دریافت کند.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: رئیس بیمارستان و مسئول حقوق گیرنده خدمت

ناظر: دبیر کمیته اخلاق بالینی، مسئولین بخش ها و واحدها و سوپروایزرین

نحوه نظارت: گزارش راندهای سوپروایزرین، نظارت مسئولین بخش ها، نتایج نظرسنجی و بررسی صورتجلسات کمیته اخلاق بالینی

منابع:

- 1- منشور حقوق بیمار
- 2- آیین نامه اخلاق حرفه ای سازمان نظام پزشکی کشور

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سهیلا حسین زاده-مسئول حقوق گیرندگان خدمت لیلا اهنگر-مسئول بهبود کیفیت	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان دستورالعمل: بهبود کیفیت محیط زیست بخشهای بیمارستانی	
کد: AH-LM_QLM_IN_03	تاریخ تدوین: 1400/03/01 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز: امکانات تأسیساتی ساختمان، امکانات دفع بهداشتی فاضلاب و زباله های بیمارستانی

کارکنان مرتبط: مدیران ارشد و مسئولین واحدها/ بخش ها

تعاریف

: بیمارستان میتواند از مدل‌های موجود و تجارب بیمارستانهای سبز در جهان، بسته به نیازها و الزامات جغرافیایی و زیست محیطی خود بهره گیرد. در مدل‌های موجود بیشترین تاکید بر ابعاد کارایی انرژی، کارایی آب و مدیریت پسماند می باشد، لذا این مرکز نیز در راستای رعایت استانداردهای بیمارستان سبز و ارتقا سلامت در حیطه محیط زیست، موارد زیر را مد نظر قرار خواهد داد

هدف: بهبود کیفیت محیط زیست بخشهای بیمارستانی

برخی از مواردی که بایستی در ساخت فضاهای بیمارستان مورد توجه قرار گیرد به شرح زیر میباشد:

روشنایی:

باید از نور طبیعی در فضاهای درمانی و همچنین فضاهای پشتیبانی استفاده شود

ابعاد پنجرهها نباید از 20% سطح دیوار دارای پنجره بیشتر باشد.

نباید چراغهای دیواری یا سقفی به طور مستقیم به چشم بیماران بتابد.

جهت چراغها باید به طرف سقف باشد به طوری که در تأمین نور عمومی فضا (مخلوطی از نور سفید و زرد) به طور غیرمستقیم مؤثر باشد.

در فضاهای بستری باید امکان کم شدن شدت نور فضا در شبانه روز جهت استراحت و خواب بیماران برای هر تخت وجود داشته باشد.

صدا:

حفظ سکوت و کاهش صداهای نامطلوب در فضاهای درمانی ضروری است. برای این منظور موارد زیر بایستی رعایت گردد:

ا) چیدمان صحیح فضاها در دو محدوده کم صدا و پرصدا

استفاده از مواد اکوستیک جاذب صدا در دیوار، کف و سقف

در حاشیه قرار گرفتن مکانهای تولیدکننده صدا برای پیشگیری از ایجاد مزاحمت برای فضاهای بستری بیماران

مقاوم بودن مواد و مصالح جاذب و مانع صدا، در برابر آتشسوزی برای پیشگیری از تولید گاز سمی در زمان حریق

سطح صدا نباید از 01 دسی بل در طول روز و 11 دسی بل در طول شب، تجاوز کند.

صدای پیچینگ در بخشهای بستری باید 31 الی 11 دسی بل باشد.

داخل دیوارها و درهای فضاهایی که دارای تجهیزات خاصی هستند که بیش از حد استاندارد تولید صدا میکنند، مانند اتاق هوارسانی، عایق صوتی پیشبینی شود.

صرفهجویی در مصرف انرژی:

در انتخاب سیستمها و اجزای مصرف کننده، بایستی راندمان انرژی این دستگاه ها و مقدار مصرف انرژی باید مقایسه، ارزیابی و در انتخاب سیستم مورد توجه قرار گیرد.

تأسیسات مکانیکی در بخشها بایستی به سیستم خودکار انرژی مجهز گردد.

در صورتی که سیستمهای تأسیسات مکانیکی در بخشها از نوع 011 درصد هوای تازه باشد، پیشبینی سیستم بازیافت انرژی الزامی است.

کنترل عفونت:

جنس و اجرای کانالهای هوا و لولههای آب و فاضالب در بخشهای بستری باید بهنحوی باشد که باعث انتشار عفونت و یا تجمع آلودگی در بخش نشود.

مهمترین فضاهاى تجمع آلودگی و عفونت:

1-حمام و سرویسهای بهداشتی

2-اتاق بستری ایزوله

3-اتاق کار کثیف

4-اتاق جمعآوری زباله و البسه کثیف

5-اتاق نظافت

کانالهای تهویه هوا باید مجهز به فیلتر متناسب با درجهی تصفیهی هوا در هر یک از فضاها باشد. (برای تهیه سائز مناسب فیلتر به کتاب بیمارستان ایمن مراجعه شود)

جهت جریان هوا در فضاهاى بستری باید با توجه به فشار نسبی آنها صورت پذیرد.

مهمترین فضاها از نظر کنترل عفونت عبارتند از:

1-اتاقهای بستری بیمار

2-اتاق دارو و کار تمیز

3-اتاق معاینه و درمان

4-اتاق ایزوله

5-اتاق نگهداری البسه تمیز

تهویه هوای داخلی:

✓ در اقلیمهای سرد و کوهستانی که دمای هوای خارج نسبت به داخل خیلی پایینتر است، گرم کردن فضاهاى داخلی باید مورد توجه قرار گیرد.

✓ در فضاهاى داخلی که فاقد جداره و پنجرهی خارجی هستند، اقلیم و دمای خارج تأثیری ندارد.

✓ در اقلیم سرد و کوهستانی، گرم کردن هوا در فصل سرد موجب کاهش رطوبت نسبی و خشک شدن هوا میشود. در این شرایط افزایش رطوبت توصیه میشود.

✓ محل قرارگیری دریچههای تخلیه در فضاهاى کثیف به نوعی باشد که در آلودهترین قسمت اتاق و دورترین محل نسبت به دریچهی هوای ورودی قرار گیرد.

✓ فشار هوا باید به گونهای تنظیم شود که جریان هوا در فضاهاى داخلی از قسمتهای تمیز باشد.

✓ به دلیل وجود احتمال عفونت در اتاقهای ایزوله نصب فیلتر ضدباکتری در تخلیه هوای این اتاقها الزامی است.

آب:

چنانچه برای تأمین آب تغذیهی فالش تانک شبکه لوله کشی مجزایی در نظر گرفته شود که آب آن غیرآشامیدنی است، در هیچ نقطه نباید با شبکه آب آشامیدنی اتصال داشته باشد.

لوله کشی آب آشامیدنی باید در برابر هر گونه آلودگی حفاظت شود.

مسیر لوله کشی باید طوری طراحی شود که هیچ لولههای از فضای بستری بیماران و همچنین فضاهاى تمیز عبور نکند.

در ورود لوله به هر بخش باید شیرهای قطع و وصل پیشبینی شود تا در صورت نیاز به تعمیر و یا تعویض اجزای لوله‌کشی، بدون قطع آب کل بیمارستان عملیات تعمیر صورت گیرد

در اقلیم‌های سردسیر پیش بینی های لازم برای جلوگیری از یخ زدن آب به عمل آید.

از دفن اتصالات دنده‌های در لوله‌کشی‌های فلزی در اجزای ساختمان خودداری شود.

فشار آب لوله‌کشی به نحوی طراحی و تنظیم گردد که صدای ریزش در زمان خروج آب از شیرها از سطح صدای نامطلوب تجاوز ننماید و موجب سلب آسایش بیماران نگردد.

فاضلاب :

جمع آوری و هدایت فاضالب از لوازم بهداشتی متعارف در بخشهای بستری باید با رعایت نکات زیر همراه باشد:

1- سطوح کف و دیوارها از طریق نشت فاضالب از لوله ها آلوده نشوند

2- گاز حاصل از شبکه فاضالب به بخش راه پیدا نکند.

3- لوله‌کشی آب سرد و گرم مصرفی از طریق شبکه لوله‌کشی فاضالب، بر اثر اتصال نادرست آلوده نشود.

مدیریت پسماند:

1- پرسنل خدماتی بخش، باید زباله ی جمع آوری شده در محل جمع‌آوری زباله‌ی بخشهای بستری، را به مرکز جمع آوری و بیخترساز زباله های بیمارستان انتقال دهند.

1در آن جا پس از دسته‌بندی و تفکیک زباله ها و انجام عملیات بیخترسازی زباله ها و پسماندهای خاص، باید آنها را از بیمارستان خارج کنند.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فنی بیمارستان و مسئولین بهداشت محیط و حرفه‌ای و مسئول واحد فنی

ناظر: مسئولین بهداشت محیط و حرفه‌ای و مسئول کنترل عفونت

نحوه نظارت: بازدید میدانی و تکمیل چک لیست بهداشت محیط بیمارستان

منابع:

کتاب بیمارستان ایمن، جلد اول، معاونت توسعه مدیریت و منابع، دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مجری طرحهای عمرانی، خرداد

89

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا اهنگر-مسئول بهبود کیفیت خانم ژبانی -مسئول واحد بهداشت محیط	خانم ژبانی -مسئول واحد بهداشت محیط	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

مدیریت خطر حوادث و بلایا

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
 عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن	
تاریخ تدوین : 1400/03/01 تاریخ ابلاغ : 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد: AH-LM_RADM-IN-01

هدف:

حفظ ایمنی مرکز در برابر وقایع ناخواسته

توجه به اهمیت حفظ و صیانت از اموال بیمارستان

افزایش ضریب کارایی لوازم مصرفی

دامنه(محدوده): کلیه انبارهای بیمارستان

تعاریف:

انبار: محدوده ای فیزیکی که جهت نگهداری از اقالم در نظر گرفته می شود.

انبارش : به معنی موقعیت قرار گرفتن کال در انبار نامیده می شود.

4.مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو : مسئول انبار

• ناظر: کارشناس مدیریت بحران بیمارستان

شرح فعالیت (روش کار):

نکاتی که باید در انبارها در نظر گرفته شود :

انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال

استفاده از قفسه بندی فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال

استفاده از علائم هشدار دهنده و ممنوعیت استعمال سیگار و سایر موارد ایمنی

نصب کپسول های اطفاء حریق در جایگاه مناسب در انبار و نوع های مناسب

کف انبار باید صاف و فاقد لغزندگی باشد

نکات اصلی در طبقه بندی کالاها در انبار :

تقسیم بندی انواع کالاهای موجود به گروه ها یا دسته هایی که دارای صفات مشترک و یا کاربرد مشترک باشند را طبقه بندی می گویند.

عوامل مهم در استقرار کالا و مواد در انبار :

میزان مراجعه به اقسام

هم خانواده بودن اقسام

خصوصیات اقسام (مخاطره آمیز بودن یا فسادپذیری و ...)

انبار کردن عمودی

اصول اساسی در چیدمان کالا :

کالاها و مواد نا همجنس را در کنار هم نچینید.

قبل از جایگذاری بار ، قفسه ها را خوب بررسی کنید که شکاف ، تیزی یا ناهمواری نداشته باشد.

اجسام سنگین تر را نزدیک کف و و اجسام و کالاهای سبک تر را در قفسه های بالاتر انبار نمایید.

هرگز روی صندلی ، جعبه یا قفسه نیایستید.

احتیاطات لازم هنگام بسته بندی کردن و باز کردن بسته ها بعمل بیاورید.

مواد شیمیایی و قابل اشتعال باید بصورت مستقل از هم و از سایر کالاهای موجود در انبار، انبارش کرد.

انبار داری مواد بدون جعبه -کیسه ها :

مواد کیسه ای باید از سمت دهانه بسته به طرف تیرک یا دیوار انبار شوند

کیسه ها باید بطور دقیق و تمیز روی هم انباشته شوند.

نوع خاموش کننده مورد استفاده جهت اقلام مختلف موجود در انبار:

چنانچه حریق در مکانی روی دهد که تجهیزات الکتریکی دارای جریان الکتریسیته در معرض آتش سوزیر قرار گرفته باشند در اینصورت نباید وسیله آتش نشانی آب باشد، بلکه بهترین گزینه کپسول CO₂ می باشد و میتوان از معادل پودر و گاز استفاده کرد

برای خاموش کردن احتراق حاصل از مقوا، کارتن، کاغذ و چوب بهترین خاموش کننده آب می باشد .

برای خاموش نمودن احتراق حاصل از لوله های گاز و یا نشتی گاز و اشتعال مواد جامدات بهترین خاموش کننده CO₂ میباشد

برای خاموش کردن حریق های مایعات قابل اشتعال مانند بنزین، انواع مختلف روغن ها و رنگ ها و یا مایع قابل اشتعال معلق در آب، بهترین خاموشکننده کپسول پودر و گاز ست .

امکانات و تسهیلات: خاموش کننده -قفسه - علایم هشدار دهنده

منابع /مراجع :

استاندارد های اعتبار بخشی در خصوص ساختمان و تاسیسات و فضای انبار

-تجربیات بیمارستان

جدول اسامی:

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر -مسئول بهبود کیفیت پریسا علیپور-دبیر کمیته بحران	دکتر تنومند -فرمانده حادثه بحران	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان دستورالعمل : فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث	
تاریخ تدوین : 1400/03/01 تاریخ ابلاغ : 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی : AH-LM_RADM-IN-02

هدف:

✓ ایجاد آمادگی جهت پاسخگویی مناسب و موثر به حوادث و کاهش میزان آسیب

دامنه : همه واحد ها و بخش های بیمارستان

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: کارشناس مدیریت بحران بیمارستان - سوپروایزر کشیک

ناظر: فرمانده حادثه

نحوه نظارت: بررسی مستندات /مشاهده/مصاحبه

شیوه انجام کار:

- ✓ با توجه به اینکه مراکز بهداشتی درمانی بخصوص بیمارستانها اولین مرجع آسیب دیدگان حوادث و بلایا به شمار می روند پس نیاز دارند تا برنامه ای منظم جهت مقابله و پاسخگویی به بلایا و حوادث داشته باشند
- ✓ فرایند فعال سازی سیستم پاسخ در حوادث شامل سه فاز: 1- هشدار /آماده باش -2- فعال سازی 3-متوقف سازی می باشد و شرح وظایف به قرار ذیل می باشد:

هشدار /آماده باش /اطلاع رسانی :

- 1- مسئول EOC بیمارستان و در صورت نبود وی سوپروایزر بیمارستان جهت اطمینان از صحت خبر و تایید آن و همچنین موقعیت دقیق حادثه ، ضمن تماس با مرکز هدایت عملیات دانشگاه و اطلاع رسانی به فرمانده حادثه یا جانشین ایشان از فرمانداری ،جمعیت هلال احمر ،نیروی انتظامی و سایر نهاد های مسئول و تایید صحت خبر ،اطلاعاتی مانند نام و سازمان فرد تماس گیرنده ،شماره تماس جهت تماس های بعدی ،شرح جزئیات حادثه ،گزارش تقریبی تعداد قربانیان ،زمان تقریبی رسیدن قربانیان حادثه ،شیوه ی انتقال آنها را تا حد امکان از فرد تماس گیرنده یا سازمان های دیگر دریافت کند .بررسی خبر احتمال وقوع یا عدم وقوع حادثه توسط EOC بررسی شده و تایید یا عدم تایید آن به فرمانده حادثه یا جانشین ایشان صورت می گیرد .در صورت عدم تایید توسط فرمانده حادثه به سوپروایزر اطلاع داده میشود در صورت تایید خبر فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه انجام میشود.
- 2- در بحران های داخل بیمارستان نیاز به تایید خبر توسط EOC نمی باشد و صرفا به EOC اطلاع رسانی میشود میتوان از مسئولین بخش ها ، مدیر پرستاری ، افراد با تجربه ، نگهبانی ، بیماران بستری در بخش ها و همراهان آنها کسب اطلاع نمود
- 3- سوپروایزر یا مسئول EOC باید قبل از فعال کردن برنامه ، شدت و وسعت حادثه را ارزیابی کرده و بر اساس آن ، فعالیت های خود را تنظیم نماید و در نهایت فرمانده حادثه بیمارستان است که باید تصمیم نهایی را بگیرد و فعال سازی برنامه توسط فرمانده حادثه صورت میگیرد و در ساعات غیر اداری توسط سوپروایزر انجام میشود.
- 4- زمانیکه احتمال وقوع یک حادثه یا فوریت ، داخل و خارج بیمارستان وجود دارد و اطلاعات کافی در دسترس نمی باشد مرحله هشدار یا آماده باش ایجاد میشود و در این مرحله باید مدیران به ارزیابی نیاز ها و برنامه ریزی بپردازند
- 5- سوپروایزر و مسئول EOC باید به طور مرتب با مرکز هدایت عملیات دانشگاه تا تایید نهایی خبر در ارتباط باشند و بیمارستان را جهت مقابله احتمالی (فعال کردن مرکز فرماندهی حادثه بیمارستان ،فراخوانی کارکنان کلیدی ،تدوین و تقسیم و مرور شرح وظایف و مسئولیت ها ،ارزیابی وضعیت کارکنان و وضعیت تخت ها) آماده باشند
- 6- در صورت تایید خبر وقوع حادثه داخلی و یا خارجی و یا متاثر شدن و مختل شدن عملکرد بیمارستان از حادثه رخ داده باید فعال سازی برنامه پاسخ توسط فرمانده حادثه بیمارستان ،جانشین ایشان و در ساعات غیر اداری سوپروایزر سامانه فرماندهی حادثه را فعال می کند
- 7- در ساعات غیر اداری سوپروایزر فرمانده عملیات بوده و سامانه فرماندهی حادثه را فعال می کند
- 8- طبق سطوح هشدار اعلام شده برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر فعال میشود
 - ✓ رنگ زرد هشدار :اطلاع وضعیت هشدار به تیم عملیاتی انجام میشود
 - ✓ رنگ نارنجی آماده باش: جایگاه های اصلی سامانه فرماندهی حادثه و 30% الی 50% نیروها و تجهیزات فراخوان میشود
 - ✓ رنگ قرمز اقدام-کد قرمز (بحران)توسط فرمانده حادثه اعلام میشود
 - ✓ با توجه به نوع حادثه به طور مرتب تماس با سازمانهای بیرونی (نیروی انتظامی – آتش نشانی)حفظ میشود
 - ✓ در صورت وضعیت قرمز و نارنجی EOC سریعاً فعال میشود و امکانات لازم فراهم میگردد
 - ✓ 8جایگاه اصلی فرماندهی حادثه در جایگاه خود حاضر شده و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرمانده حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند

فعال سازی برنامه پاسخ بر اساس شدت حادثه در سه سطح صورت می پذیرد :

- الف-فعال سازی برنامه در سطح بخش اورژانس:شدت حادثه در سطحی است که با منابع و نیروهای موجود در اورژانس پاسخ داده میشود و یا در صورت لزوم از سایر بخشها کمک گرفته میشود
- ب-فعال سازی جزئی برنامه پاسخ:در این سطح منابع موجود در اورژانس برای مقابله با فوریت ایجاد شده کافی نمی باشد و نیاز به امکانات و تجهیزات و نیرو از سایر بخش ها می باشد
- ج-فعال سازی کامل :تعدادقربانیان و میزان آسیب به اندازه ای است که به طور چشمگیری در عملکرد بیمارستان تاثیر گذاشته است و نیاز به کمک

- از تمامی بخش ها ، نیرو های آنکال و یا حتی سازمان ها و بیمارستان های دیگر می باشد
- 9- بعد از تعیین سطح شدت حادثه ،فرمانده بیمارستان باید دستور اعلام شدن برنامه پاسخ را به مرکز تلفن اعلام کند
- 10-مرکز تلفن باید لیست کامل و به روز شده ای از اعضای اصلی و جانشین داشته باشد تا با آنها در زمان فعال شدن برنامه تماس بگیرد
- 11-تمام بخشهای بیمارستان باید فهرستی از مشخصات کارکنان خود داشته باشند تا به ترتیب اولویت ،پرسنل آنکال و خارج از شیفت خود را به بیمارستان فراخوانی نمایند.
- 12-در صورت نیاز به کمک از سایر ارگان ها ، EOCبیمارستان باید با EOCدانشگاه و سایر سازمان ها ارتباط برقرار نماید و از آنها درخواست کمک نماید.

متوقف سازی برنامه :

- توقف برنامه باید با هماهنگی فرمانده حادثه بیمارستان با مرکز هدایت عملیات دانشگاه و بر اساس وضعیت بیمارستان و اطلاعات به دست آمده از وضعیت صحنه حادثه اعمال شود:
- الف-فرمانده حادثه بیمارستان با مشورت سایر اعضای هدایت عملیات و هماهنگی با EOC دانشگاه برای توقف برنامه تصمیم میگیرد.
- ب- مرکز تلفن پیام توقف برنامه را از مرکز هدایت عملیات بیمارستان میگیرد .
- ج-پس از اتمام عملیات و توقف برنامه کلیه مسئولین و روسای حاضر در برنامه باید حداکثر ظرف مدت 72 ساعت ،گزارش کاملی از عملیات و فعالیت های صورت گرفته ،مشکلات و موانع موجود،نقاط ضعف و قوت یا راه حل های پیشنهادی اعلام نمایند
- د- کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا باید نسخه ای از گزارش را برای جمع بندی و تجزیه تحلیل به مرکز هدایت عملیات دانشگاه ارسال نماید.

امکانات و تسهیلات : ،خط اینترنت -لیست انکالی پرسنل -فهرست مشخصات پرسنل به همراه شماره تلفن

منابع مراجع:آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا ،تالیف حمیدرضا خانکه و همکاران ویراست دوم |،1391

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر -مسئول بهبود کیفیت پریسا علیپور-دبیر کمیته بحران	دکتر تنومند -فرمانده حادثه بحران	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چار اویماق		
عنوان دستورالعمل : تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه		
تاریخ تدوین: 1400/03/05 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد: AH-LM_RADM-IN-03	

هدف: تخلیه سریع و ایمن در زمان وقوع حادثه

دامنه : کلیه واحدها و بخش های بیمارستان

تعاریف:

1- سطح تخلیه و انواع آن ، بر حسب وسعت و ماهیت حادثه می تواند کلی و جزئی (عمودی-افقی) و پناه گرفتن در محل باشد.

✓ پناه گرفتن در محل : در این سطح برای کاهش تهدیدات و عوارض مخاطره بعد از اعلام وضعیت ،

تمام فعالیت های روزمره متوقف می شود و بیماران و کارکنان در همان محل می مانند تا زمانیکه دستورات

بعدی را دریافت کنند .

- ✓ تخلیه افقی : به انتقال افراد در معرض ، به سمتی دورتر از منطقه تهدید در همان طبقه گفته میشود
 - ✓ تخلیه عمودی : به تخلیه کامل یک طبقه بیمارستان به طبقات پایین تر اشاره دارد ، در این حالت ممکن است بیماران و کارکنان به صورت عمودی به فضای باز بیمارستان منتقل شوند .
 - ✓ تخلیه کامل : تخلیه تمامی تجهیزات و نیروی انسانی به محیط های امن و یا مراکز دیگر گفته میشود .
- 2- تیم واکنش سریع تیمی متشکل از گروه متفاوتی از پرسنل پزشکی و غیر پزشکی که در زمان وقوع حادثه جهت امداد رسانی فراخوان گردیده و مسئولیت تریاژ و امداد رسانی بیماران را به عهده دارند.
- 3- موقعیت های خطر آفرین که فرایند تخلیه را حتمی می کند شامل :
- ✓ قرار گرفتن در معرض مواد خطرناک
 - ✓ آسیب به زیر ساخت ها
 - ✓ آتش سوزی و دود
 - ✓ آسیب به زیر ساخت ها
 - ✓ تهدید به بمب گذاری
 - ✓ مخاطرات خارج از بیمارستان مانند: زلزله ، سیل ، طوفان و ..

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: کارشناس مدیریت بحران بیمارستان - سوپروایزر کشیک

ناظر: فرمانده حادثه

نحوه نظارت: بررسی مستندات /مشاهده/مصاحبه

شیوه انجام کار:

- 1- اندیکاسیون انجام تخلیه بر اساس موقعیت های خطر آفرین و مخاطرات قریب الوقوع و بالقوه (مخاطرات داخلی و خارجی) که امنیت و سلامت بیماران و کارکنان را تهدید کند می باشد.
- 2- فرمانده حادثه یا جانشین ایشان تصمیم گیرنده نهایی در خصوص تخلیه بیمارستان می باشد
- 3- سوپروایزر بیمارستان مسئولیت هماهنگی جهت در زمان وقوع حادثه را عهده دار می باشد
- 4- فرمانده حادثه در شرایط اضطراری تعیین کننده سطح تخلیه با در نظر گرفتن محدودیت های منابع و زمانو اولویت انتقال بیماران می باشد
- 5- مسئولیت تعیین سطح بیماران در بخش های حادثه بر عهده سرپرستار بخش های درمانی و مسئول شیفت بخش ها می باشد
- 6- انتظامات بیمارستان برقراری نظم و امنیت در مسیرهای تخلیه در شرایط اضطراری را عهده دار می باشد
- 7- اولویت بندی انتقال بیماران برای تخلیه توسط سوپروایزر بخش های حادثه دیده ، سرپرستار یا مسئول شیفت بر اساس شرایط و وخامت حادثه و همچنین امکانات و منابع لازم جهت تخلیه و سطوح

- حادثه (بر اساس شرایط اضطراری مختلف) مانند : 1- بیماران در معرض خطر خیلی فوری 2- بیمارانی که توانایی حرکت دارند 3- بخش های مراقبت عمومی که نیاز به کمک رسانی در انتقال دارند
- 8- در تخلیه بیمارستان ، افراد سالخورده و کودکان و بیمارانی که قادر به حرکت نیستند در اولویت قرار دارند
- 9- بیمارانی که قادر به حرکت نیستند ، توسط برانکارد ، صندلی چرخ دار ، پتو و ملحفه و با احتیاط انتقال داده میشوند
- 10- وسایل انتقال از سایر بخشها به محل مورد نظر انتقال داده میشود و با صلاحدید سوپروایزر و یا فرمانده حادثه نیروی کمکی از سایر بخشها فراخوانده میشود
- 11- پس از تخلیه کامل افراد ، نسبت به انتقال تجهیزات اقدام میشود
- 12- برنامه پاسخ در زمان حادثه طبق دستورالعمل فعال سازی برنامه پاسخ در زمان حوادث انجام می گیرد
- 13- تریاژ بیماران در شرایط حادثه بر اساس وخامت حادثه صورت می گیرد که در آن بیشترین شمار نجات یافتگان مد نظر قرار خواهد گرفت و طبق انجام تریاژ بیماران به سطوح مختلف تقسیم بندی می گردند و بیماران با دستبند های رنگی مشکی ، سبز ، قرمز زرد تقسیم بندی می گردند
- 14- بیماران و افراد مصدوم در حوادث داخل بیمارستانی ابتدا به محیط های امن در اولویت به اورژانس یا محیط های امن خارج بیمارستانی منتقل و پس از انجام مراحل تریاژ افراد ، اقدام به انجام درمان و خدمات درمانی می گردد.
- 15- زمان تخلیه بیماران بر اساس وضعیت تهدید و زمان مورد نیاز برای انتقال بیماران توسط فرمانده حادثه مشخص می گردد.
- 16- زمان تخلیه بر طبق چارچوب موجود بیمارستان صورت می گیرد
- 17- تریخیص بیماران بر اساس نوع تخلیه با نظر پزشک معالج در صورت عدم دسترسی توسط پزشک آنکال صورت می گیرد
- 18- شناسایی پرسنل و بیماران تخلیه شده و آمار افراد توسط مسئول بخش ها یا مسئول شیفت های هر بخش صورت می گیرد تا از تخلیه کامل بخش اطمینان حاصل نمایند
- 19- جهت هماهنگی با دیگر مراکز و سازمان های هم سو جهت تخلیه و انتقال و همچنین کمک رسانی از طرف آن سازمان ها توسط مسئول هماهنگی ستاد فرمانده حادثه صورت می گیرد.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز : ویلچر-برانکارد-راه های خروج اضطراری-تابلوه های راهنما و علائم

منابع :

منابع مراجع: کتاب آمادگی بیمارستانی و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر - مسئول بهبود کیفیت پریسا علیپور - دبیر کمیته بحران	دکتر تنومند - فرمانده حادثه بحران	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق	
عنوان روش اجرایی : گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین	
کد: AH-LM_RADM--PR- 01	تاریخ تدوین 1400/03/06 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

هدف:

- ✓ گزارش حوادث ، شبه حوادث و موقعیت های خطر آفرین و تحقیق در رابطه با علل آنها و ارائه راهکار های اجرایی و اقدامات اصلاحی متناسب که مانع تکرار حوادث مشابه شود
- ✓ پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران ، مراجعین و کارکنان
- ✓ پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده
- ✓ کاهش خسارت مالی ناشی از حوادث
- ✓ شناسایی موقعیت های نا ایمن و انجام اقدامات لازم برای برطرف نمودن آنها

دامنه : کلیه بخشها و واحد های بیمارستان

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخش ها و واحدها

ناظر: سوپروایزر کشیک

نحوه نظارت: بررسی مستندات و بازدید میدانی از محل حادثه

تعاریف :

1-حادثه ناشی از کار :

حادثه ناشی از کار عبارت است از حوادثی که در حین انجام وظیفه و به سبب آن برای بیمه شده اتفاق می افتد

2-رویداد :

اتفاقی که منجر به یک حادثه شده یا پتانسیل تبدیل شدن به یک حادثه را دارد

3- شبه حادثه :

رویدادی که منجر به بیماری ، جراحت و یا خسارت نشده است

مخاطره (عوامل خطر آفرین)به پدیده هایی گفته میشود که بالقوه آسیب زا هستند و میتوانند منجر به آسیب جانی ، مالی و محیطی به مردم و بیمارستان شوند

عوامل خطر آفرین طبیعی : سیل ، زلزله ، طوفان و ...

عوامل خطر آفرین انسان ساز: آتش سوزی ، اپیدمی ها ، تصادفات

حوادث با منشأ داخلی : حوادثی که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ میدهند و تهدیدی از نوع بیماری ،جراحت یا تخریب به بیمارستان ، بیماران ، پرسنل و بازدید کنندگان وارد می نمایند مانند: سقوط بیمار از تخت ، حوادث حین کار ، آتش سوزی ،قطع آب و برق و گاز ،قطع گاز های طبی ، قطع سیستم های ارتباطی ، اعتصاب دسته جمعی کارکنان و ...

عوامل خطر آفرین با منشأ خارجی : حوادثی که در خارج از بیمارستان رخ داده ولی بیمارستان را تحت تاثیر قرار میدهد و باعث ورود بیش از حد مجروحان و مصدومان به بیمارستان میشود مانند تصادفات ، سیل ، زلزله و ..

موارد قابل گزارش به EOC دانشگاه

فهرست وکد انواع مخاطرات			
مخاطرات زمین شناخت Geological		S-۱۱	حوادث ترافیکی با فوتی بیش از ۲مورد که خود ۲ فوتی مد نظر نمی باشد و یا حوادث ترافیکی با فوتی و مصدوم بیش از ۴ نفر که خود ۴ نفر مد نظر نمی باشد.
G-۱	زلزله	مخاطرات زیستی Biological	
G-۲	رانش زمین(بدنبال زلزله)	B-۱	اپیدمی ها
G-۳	نشست زمین	B-۲	هجوم جانوران موذی
G-۴	روان گرایی	B-۳	حمله حیوانات وحشی
G-۵	آتشفشان	B-۴	مردن ناگهانی احشام اهلی و حیوانات وحشی منطقه به صورت غیر عادی
G-۶	سونامی	B-۵	خشک شدن ناگهانی پوشش گیاهی منطقه با علل نامعلوم
		مخاطرات فناوری زاد و انسان ساخت Technologic	

مخاطرات آب وهوائی Hyrdometeorological		T-۱	انفجار گاز
HM-۱	طوفان	T-۲	انفجار بمب و انفجار مین
HM-۲	گردباد	T-۳	آتش سوزی
HM-۳	باران های سیل اسا	T-۴	نشت مواد مضر
HM-۴	سیل برق آسا	T-۵	تهدیدات هسته ای
HM-۵	سیل رودخانه یا امواج بلند ناشی از طوفان	T-۶	تهدیدات رادیولوژیک
HM-۶	رانش زمین بدنبال بارش شدید وسیل	T-۷	تهدیدات بیولوژیک (مثل انتراکس، طاعون)
HM-۷	شرایط جوی شدید (گرما یا سرمای شدید)	T-۸	تهدیدات شیمیایی از نوع عوامل تاول زا
HM-۸	گرد و غبار	T-۹	تهدیدات شیمیایی از نوع مواد شیمیایی صنعتی سمی
HM-۹	طوفان شن	T-۱۰	تهدیدات شیمیایی از نوع عوامل اعصاب
HM-۱۰	کولاک شدید	T-۱۱	تهدیدات شیمیایی مثل انفجار تانکر کلر یا واژگونی تانکر حمل مواد شیمیایی و خطرناک یا حوادث مربوط به کارخانجات و مخازن نگهداری
HM-۱۱	بادهای شدید	T-۱۲	از کار افتادن سیستم تهویه
HM-۱۲	آلودگی هوا	T-۱۳	قطع برق در سطح وسیع
HM-۱۳	صاعقه	T-۱۴	قطع اب در سطح وسیع
مخاطرات اجتماعی social		T-۱۵	اورلود بیمارستان (به دلیل حوادث با مصدومین متعدد مثل تصادف اتوبوس، سیل و ..)
S-۱	جایگاهی گسترده جمعیت	T-۱۶	حوادث با مصدومین متعدد
S-۲	حمله به مرکز (شامل مسلحانه و غیر مسلحانه)	T-۱۷	سرقت آثار ملی
S-۳	گروگان گیری پرسنل	T-۱۸	مسمومیت با منو اکسید کربن حتی یک مورد (۶ ماهه دوم سال)
S-۴	بچه دزدی	T-۱۹	غرق شدگی حتی یک مورد (۶ ماهه اول سال)
S-۵	تهدیدات سایبر (در صورت وابستگی کارکرد مرکز به سیستم شبکه اینترنت)	T-۲۰	مسمومیت گروهی از ۴ نفر به بالا
S-۶	اغتشاشات	T-۲۱	حوادث و اتفاقات برای پرسنل حوزه سلامت در هنگام کار و ماموریت
S-۷	حوادث تروریستی	T-۲۲	حوادث بهداشتی محیطی یا شغلی که حوزه سلامت را درگیر خواهند کرد
S-۸	حوادث مربوط به اماکن خاص (استانداری - فرمانداری - بیمارستان - دادگاه منجمله آوار حریق و)	T-۲۳	حوادث هوایی اعم از سقوط یا سانحه هواپیمایی
S-۸	موارد فوت یا جراحت افراد شاخص در استان	T-۲۴	مربوط به تیراندازی، چاقو خوردگی اعم از مجروح یا فوتی حتی یک مورد
S-۹	موارد فوت مشکوک (از نظر حوزه سلامت)	T-۲۵	تخلیه فوری تمام یا قسمتی از بیمارستان / مرکز
S-۱۰	اعتصاب کارکنان		

شماره تماس EOC: 33376401

شیوه انجام کار :

- ✓ در صورت وقوع حادثه در هر قسمت از بیمارستان ، حادثه مورد نظر بلافاصله توسط مسئول یا پرسنل آن به واحد به مسئول ایمنی ، مسدول بحران و مترون (در صبح کاری) و سوپروایزر وقت (در شیفت عصر ، شب و ایام تعطیل) اطلاع داده میشود
- ✓ کارشناس ایمنی و یا سوپروایزر در محل حادثه حضور یافته و نسبت به بررسی و انجام اقدامات کنترلی و درمانی اقدام می کند
- ✓ در مواردی مانند سقوط بیمار از تخت موضوع بلافاصله به پزشک معالج و مسئول هماهنگ کننده ی ایمنی نیز اطلاع داده میشود
- ✓ موارد قابل گزارش به بلافاصله EOC در شیفت صبح توسط کارشناس مسئول مدیریت بحران و در شیفت های عصر و شب و روزهای تعطیل توسط سوپروایزر اطلاع داده می شود.
- ✓ در اولین فرصت ممکن ، حادثه رخ داده با دستور جلسه ای با حضور مدیر بیمارستان ، کارشناس هماهنگی ایمنی بیمار، مسئولین و پرسنل مربوطه ، مسئول تاسیسات در صورت لزوم و سوپروایزر شیفت مذکور تشکیل میشود و ابعاد حادثه ، علل ایجاد آن مانند عوامل محیطی ، فردی ، فقدان استاندارد ، آموزش ناکافی و .. مورد تجزیه و تحلیل یا به اصطلاح RCA قرار میگیرد و راهکار های لازم جهت پیشگیری از وقوع حادثه مشابه در نظر گرفته میشود
- ✓ برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان ، حوادث گزارش شده در کمیته بررسی میشود و در صورت لزوم برنامه مداخله ای برای آن تدوین میشود
- ✓ حوادث در زمینه های ساختمان ، تاسیسات ، برق اضطراری ، سیستم اطلاعات بیمارستان ، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد رخ داده در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بررسی شده و تجزیه تحلیل شده و اقدام اصلاحی جهت رفع آنها صورت میگیرد
- ✓ پرسنل تاسیسات در بازدید های دوره ای از تجهیزات و ساختمان ، هر گونه خرابی و نقص در عملکرد دستگاه ها ، ایجاد آسیب در سازه ساختمان و یا نمای ساختمان جهت رفع عیب و یا تعمیر و یا تعویض دستگاه مورد نظر و همچنین ترمیم نقاط حادثه خیز و آسیب دیده بیمارستان ، را به موقع به مسئول تاسیسات گزارش میکنند .

امکانات و تجهیزات : نیروی انسانی-منابع مالی-تجهیزات سخت افزاری و نرم افزاری مثل بیسیم و کامپیوتر -لیست موارد قابل گزارش به EOC دانشگاه

منابع مراجع:

امادگی بیمارستانی در حوادث و بلایل ،دکتر خانکه- دستورالعمل های ابلاغی از وزرات بهداشت و درمان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر -مسئول بهبود کیفیت پریسا علیپور-دبیر کمیته بحران	دکتر تنومند -فرمانده حادثه بحران	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماتی	
عنوان خط مشی : ایمنی در مقابل آتش سوزی	
کد : AH-LM_RADM-PO-01	تاریخ تدوین 1400/03/06 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

هدف:

- 1-کاهش احتمال خطر آتش سوزی
- 2-محافظت از جان بیماران ،همراهان و کارکنان در برابر خطر آتش سوزی
- 3-کاهش خسارت مالی ساختمان و ایجاد کمترین آسیب به سازه ساختمان
- 3-ارتقای سطح آگاهی و مهارت کارکنان جهت مقابله با آتش سوزی احتمالی و انجام بهترین پاسخ

دامنه : کلیه بخشها /واحد های بیمارستان

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: ریاست بیمارستان- کارشناس مسئول بحران

شیوه انجام کار (روش کار):

- 1- تجهیزات اعلام و اطفای حریق دستی با اولویت مکان های خطر ناک تعیین شده است .
- 2- مسئولین بخش ها و تمامی پرسنل هر نوع خطری را از قبیل نشت مواد شیمیایی ،خرابی سیم ها و پریز ها و جرقه وسایل الکتریکی و برق گرفتگی را به مسئول تاسیسات (داخلی 135) گزارش می دهند .
- 3- کلیه کپسول های آتش نشانی پودر بیمارستان به صورت ماهانه تکان داده شود تا از کلوخه شدن پودر و عمل نکردن در زمان حریق جلوگیری شود .
- 5- کلیه کپسول ها سالیانه به کارت شارژ مجهز می شوند
- 6- کلیه کپسول های آتش نشانی به علایم راهنمای استفاده استاندارد مجهز شده اند تا باعث عملکرد بهتر شود
- 7 -
- 10-کشف سریع
- تمامی پرسنل هر بخش به محض دیدن شعله (با استفاده از کپسول های اطفای حریق موجود در بخش و بر اساس آموزش هایی که دیده اند نسبت به اطفای حریق اقدام می نمایند.
- 11- در خصوص عملیات پاسخ و خروج ایمن موارد ذیل صورت می پذیرد :
در صورت گستردگی حریق و یا خطر وجود انفجار ، دستور تخلیه بخش و بیمارستان صادر می شود
در صورت امکان ، تخلیه به صورت خروج نهایی یا فرار کامل باشد :
- ✓ که شامل خروج از ساختمان و رسیدن به فضای باز امن می باشد و در غیر این صورت بیماران به ویژه بیماران بستری به منطقه امن در همان طبقه که احتمال خطر کمتری دارد انتقال داده میشوند.
- ✓ ابتدا بیماران در معرض حریق و نزدیک به حریق منتقل میشوند .
- ✓ در تخلیه بیمارستان ، افراد سالخورده و کودکان و بیمارانی که قادر به حرمت نیستند ، در اولویت قرار دارند
- ✓ بیمارانی که قادر به حرکت نیستند ، توسط برانکارد ،صندلی چرخ دار ، پتو و ملحفه و با احتیاط انتقال داده میشوند
- ✓ وسایل انتقال از سایر بخشها به محل مورد نظر انتقال داده میشود و با صلاحدید سوپروایزر و یا فرمانده حادثه نیروی کمکی از سایر بخشها فراخوانده میشود
- ✓ پس از تخلیه کامل افراد ، نسبت به انتقال تجهیزات اقدام میشود
- 12-در صورت عدم کنترل آتش سوپروایزر با بررسی اوضاع و با هماهنگی فرمانده حادثه اعلام تشکیل تیم فرماندهی حادثه می نماید
- 13- مسئول بخش در خصوص قطع شیر اکسیژن سانترال و انتقال سریع بیماران وابسته تصمیم گیری می کند
- 14-مسئول تاسیسات به قطع شیر اصلی گاز اقدام می نماید

15- کلیه سیلندر های گاز های طبی از محل آتش سوزی تخلیه میشوند

امکانات و تسهیلات: ویلچر - نیروی کمکی - خاموش کننده ها

منابع مراجع:

منابع مراجع: کتاب آمادگی بیمارستانی و برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر - مسئول بهبود کیفیت پریسا علیپور - دبیر کمیته بحران	دکتر تنومند - فرمانده حادثه بحران	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

هدف:

✓ افزایش ظرفیت بیمارستان (در زمینه تجهیزات و ملزومات پزشکی و فضای فیزیکی) جهت ارائه خدمات درمانی در مواقع بحرانی

کارکنان مرتبط: فرمانده حادثه - سوپروایزر کشیک - مسئول تجهیزات پزشکی - مسئول داروخانه - مسئول تغذیه - مسئول انبار ملزومات

تعاریف:

وضعیت بحرانی: بحران وضعیتی گذراست که به دلیل ورود برخی تهدیدات یک سیستم از حالت تعادل خارج میشود به گونه ای که برگشتن به حالت تعادل با دشواری و هزینه زیاد همراه باشد و معمولاً سازمان به تنهایی نمی تواند شرایط به وجود آمده را به حالت طبیعی برگرداند، مانند آتش سوزی، نشت موارد شیمیایی، زلزله، ورود بیماران ناشی از یک حادثه و ...

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان
عنوان روش اجرایی : افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه های فضای فیزیکی، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی		
تاریخ تدوین 1400/03/06 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد روش اجرایی: AH-LM_RADM-PR-02	

افزایش ظرفیت: عبارت است از توان یک مرکز برای توسعه و گسترش عملکرد با هدف تامین خدمات مورد نیاز در هنگامی که تعداد بیش از حد مصدوم و بیمار ناشی از حادثه به بیمارستان مراجعه می کنند.. برنامه افزایش ظرفیت شامل سه جزء کارکنان، تجهیزات و امکانات و ساختارها یا فضای فیزیکی میباشد.

روش اجرا:

- ✓ اعلام بحران توسط EOC به سوپروایزر کشیک /فرمانده حادثه صورت می گیرد .
- ✓ قسمتی از چارت بحران در شاخه پشتیبانی بیمارستان (مسئول خدمات) توسط فرمانده حادثه فعال میشود
- ✓ سطح بندی و ترخیص بیماران بخش های اورژانس و بخش های بستری جهت افزایش ظرفیت پذیرش مصدومین بحرانی صورت می گیرد تا فضا و تخت بیشتری جهت مصدومین بحران صورت پذیرد
- ✓ مدیریت همراهان جهت جلوگیری در اختلال فرایند درمان و پذیرش مصدومین توسط ارشد روابط عمومی و رئیس واحد پشتیبانی صورت گرفته و همراهان بیمار به محل انتظار مورد تعیین در زمان بحران که محل تجمع ایمن می باشد با همکاری عوامل انتظامات هدایت میشوند.
- ✓ لغو جراحی های الکتیو جهت افزایش ظرفیت پذیرش اتاق عمل جهت انجام عمل های جراحی مصدومان صورت می گیرد به این صورت که با دستور فرمانده حادثه بیمارستان اعمال جراحی غیر اورژانس و در انتظار نوبت بیمارستان توسط مسئول پذیرش استخراج و فرمانده حادثه با هماهنگی پزشک معالج نسبت به لغو عمل بیماران غیر اورژانس صورت می گیرد.
- ✓ با هماهنگی مسئول پشتیبانی در صورتی که تجهیزات موجود بیمارستان تامین کننده نیاز بخش ها نباشد،مسئول پشتیبانی تجهیزات ضروری و مورد نیاز بخش ها را لیست کرده و به فرمانده حادثه اطلاع میدهد و فرمانده حادثه با هماهنگی با EOC دانشگاه موارد کمبود را گزارش داده و این مرکز نسبت به تامین نیاز های بیمارستان اقدام می نماید.

امکانات مورد نیاز : نیروی انسانی -منابع مالی-لوازم و تجهیزات پزشکی

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: کارشناس مدیریت بحران بیمارستان- سوپروایزر کشیک -مسئولین بخش ها و واحدهای درمانی و پشتیبانی

ناظر: فرمانده حادثه

نحوه نظارت: ارزیابی مستندات و بازدید میدانی

منابع مراجع: مجموعه ابزار های ارزیابی مخاطرات و شاخص های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا تالیف: دکتر حمید رضا خانکه 1393

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر - مسئول بهبود کیفیت پریسا علیپور - دبیر کمیته بحران	دکتر تنومند - فرمانده حادثه بحران	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق 	
عنوان خط مشی : تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه	
کد: AH-LM-RADM-PO-02 تاریخ تدوین 1400/03/06 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	

هدف:

- ✓ در دسترس بودن خدمات اساسی و حیاتی در زمان وقوع حادثه، توانمند کردن بیمارستان جهت ارائه خدمات ضروری و جراحی (مانند جراحی های فوری، مراقبت از مادر و کودک، مراقبت های اورژانسی) در شرایط بحرانی
- ✓ پاسخگویی مناسب و موثر به حوادث و کاهش میزان آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان

دامنه: کلیه بخشها و واحد های بیمارستان

تعاریف:

سیستم فرماندهی حوادث بیمارستانی HICS: سیستم مدیریتی که متشکل از ساختار سازمانی منعطف و اصول مدیریتی مبتنی بر زمان های بررسی شده است. این سیستم شامل تعیین مسئولیت ها و کانال های ارتباطی و استفاده از زبان و اصطلاحات واحد، به منظور بهبود ارتباطات داخلی و خارجی و تلفیق با دیگر سازمان های درگیر در پاسخ به حوادث و فوریت هاست

بیانیه خط مشی:

بیمارستان امیرالمومنین به منظور بهبود مستمر ارائه خدمات ضروری مانن مراقبت های اورژانسی، جراحی های فوری و ضروری، مراقبت از اطفال و نوزادان سیاست تدوام ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران را اتخاذ نموده است.

روش اجرایی:

- ✓ خدمات اساسی اورژانسی بیمارستان، در همه زمان و در هر شرایطی در دسترس میباشد (شامل اداره راه هوایی، احیای پایه و پیشرفته، کنترل خونریزی و ...)
- ✓ فرمانده حادثه در جلسه تیم مدیریت بحران، منابع مورد نیاز جهت اطمینان از تدوام خدمات ضروری بیمارستان و تامین آنها به خصوص برای گروه های دارای شرایط بحرانی و سایر گروه های آسیب پذیر مانند اطفال را تعیین می نماید.
- ✓ اقلام ضروری برای زندگی از جمله آب، برق و اکسیژن در زمان حوادث و بلایا در دسترس میباشد.
- ✓ بررسی تاثیر وقایع احتمالی حوادث بر روی تجهیزات بیمارستانی و منابع آب و غذا و .. در بررسی تیم های ارزیاب بیمارستان در کمیته خطر حوادث و بلایا انجام شده و پیش بینی های لازم صورت می گیرد.
- ✓ کلیه جراحی های الکتیو توسط فرمانده حادثه بیمارستان و یا پزشکان معالج بیماران جهت افزایش ظرفیت پذیرش اتاق های عمل جهت انجام اعمال جراحی اورژانسی مصدومان لغو می گردد.
- ✓ طبق دستور و نظر پزشک اورژانس و حضور سوپروایزر، بیماران دارای بهبود نسبی از اورژانس مرخص شده و کلیه تمرکز بخش اورژانس بر ارائه خدمت به مصدومین وارد شده به بیمارستان صورت می گیرد.
- ✓ در صورت نیاز، ادغام بخش های بیمارستانی توسط فرمانده حادثه و رئیس بخش عملیات، جهت افزایش پذیرش مصدومین بحران صورت میگیرد و به دستور فرمانده حادثه به کلیه پزشکان معالج جهت ترخیص بیماران دارای بهبود نسبی و قابل ترخیص اطلاع رسانی میشود و در صورت در دسترس نبودن پزشک معالج بیمار، ترخیص بیماران توسط فرمانده حادثه، پزشک آنکال یا پزشک اورژانس صورت میگیرد.
- ✓ فرمانده حادثه با هماهنگی EOC دانشگاه و ستاد هدایت دانشگاه نسبت به افزایش ظرفیت حمل و نقل و اعزام مصدومان اقدام می کند
- ✓ با توجه به اینکه ظرفیت سردخانه ای بیمارستان محدود (گنجایش دو جسد) را داشته و در مواقع بحران پاسخگوی اجساد بیشتر نمی باشد مسئول واحد متوفیان طبق دستور فرماندهی حادثه از طریق هماهنگی با EOC دانشگاه، پزشکی قانونی نسبت به صدور جواز دفن و انتقال اجساد اقدام می ورزد

- ✓ مسئولیت ها و اختیارات:
- ✓ فرد پاسخگو: مسئولین واحدهای درمانی-پاراکلینیکو پشتیبانی
- ✓ ناظر: فرمانده حادثه
- ✓ نحوه نظارت: بررسی مستندات /مشاهده/مصاحبه

امکانات و تجهیزات: لیست شماره تلفن ضروری پرسنل ، تجهیزات ارتباطی ،منابع انسانی شامل پرسنل آنکال بخشها ،منبع برق اضطراری

منابع مراجع:مجموعه ابزار های ارزیابی مخاطرات و شاخص های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا تالیف :دکتر حمید رضا خانکه 1393

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر -مسئول بهبود کیفیت پریسا علیپور-دبیر کمیته بحران	دکتر تنومند -فرمانده حادثه بحران	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

مدیریت منابع انسانی :

امکانات مورد نیاز : وجود نیروی کارازموده
کارکنان مرتبط: مدیران میانی و پایه- کلیه مسئولین و کارکنان

هدف:

انتقال تجارب و فنون کار در بین پرسنل بیمارستان

تعاریف:

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چار اویماق



عنوان دستورالعمل: انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)

تاریخ تدوین: 1401/07/24 تاریخ ابلاغ: 1401/07/25 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد: AH-LM_HRM&OH-IN-01
--	------------------------

استاد (راهبر): فردی که برای انتقال تجربیات و آموزش انتخاب می شود

شاگرد (رهجو): فردی که برای کسب تجربه به استاد معرفی می شود.

شیوه انجام کار:

1- کلیه مسئولین موظفند جایگزین خود در زمان مرخصی، تعطیلات و عدم حضورهای کوتاه و طولانی مدت را معرفی نمایند تا در صورت عدم حضور ایشان با فرد جایگزین پیگیریهای لازم بعمل آید. بدین منظور بایستی افراد شایسته و با استعداد واحد خود را شناسایی و نسبت به تربیت جانشین یا جانشینهای مناسب اقدام نمایند به گونه ای که در صورت نیاز به تغییر بلافاصله، واحد مربوطه بدون مدیر شایسته نباشد.

2- فرد جایگزین مسئول بایستی آگاهی لازم از امور بخش و مشکلات موجود و مراحل پیگیری آن را داشته باشد.

3- دانش و تجربه مسئول بایستی به مرور زمان در اختیار فرد جایگزین قرار گیرد.

4- تقویت علمی و تجربی افراد جدیدالورود و پاسخگویی به نیاز کارکنان به آموختن مطالب جدید از راهبردهای سازمان ما می باشد از اینرو کلیه مسئولین بیمارستان موظفند افراد خبره واحد خود را به منظور آموزش نیروهای جدیدالورود معرفی نمایند.

6- مسئول بخش موظف است انگیزه های آموختن و کسب تجربه در افراد جدید را تقویت نماید و شرایط لازم برای انتقال تجربیات به افراد جدید را فراهم آورد. در این راه بخشی از زمان باید به مباحثات علمی و تجربی در میان کارکنان و برگزاری دوره های آموزشی درون بخشی و بین بخشی اختصاص داده شود.

7- مدت زمان انتقال دانش و تجربه به افراد جدیدالورود حدود دو ماه برای حداکثر حجم مطالب، مطلوب است و سایر اطلاعات بایستی به مرور زمان به فرد جدید منتقل شود.

8- چیدمان نیرو در شیفتهای مختلف باید به گونه ای باشد که افراد کم تجربه در کنار افراد مجرب در شیفت حضور یابند.

9- نیروهای جدیدالورود بایستی در پی افزایش دانش خود باشند و راه حل سوالات خود را از افراد باتجربه جویا شوند.

10- رعایت احترام متقابل بین افراد جدید و با تجربه در سرلوحه امور قرار گیرد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول واحد بخش های درمانی

ناظر: مترون و ریاست بیمارستان

نحوه نظارت: مصاحبه و مشاهده

منابع و مراجع : تجارب بیمارستان- راهنمای اعتبار بخشی نسل پنجم، سنجه محور مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر - مسئول بهبود کیفیت حبیبه ثاقبی زاده- رئیس امور اداری	حبیبه ثاقبی زاده- رئیس امور اداری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق 	
عنوان دستورالعمل : ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی	
کد دستورالعمل: AH-LM_HRM&OH-IN-0 2	تاریخ تدوین: 1401/03/08 تاریخ ابلاغ: 1401/03/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز: تلفن همراه

کارکنان مرتبط: کلیه پزشکان و کارکنان

تعاریف : -

هدف: بهبود ارائه خدمات درمانی و ارائه خدمات مطلوب به بیماران

دامنه: کلیه واحدهای بیمارستان ،

شرح فعالیت :-

پرسنل درمان و خدماتی: استفاده از تلفن همراه در موارد زیر ممنوعیت مطلق دارد

1. -در داخل اتاق های عمل- اتاق ریکاوری
 2. داخل بخش های مراقبتهای ویژه
 3. -در اورژانس اتاق عمل سرپایی، اتاق احیا و ...
 4. -در تمامی بخشها در حین دارو دهی و پذیرش بیمار
 5. -ایستگاه پرستاری در حین انجام اقدامات مراقبتی درمانی و یا پاسخ دهی به ارباب رجوع
- تبصره: کارکنان در مواقع ضروری میتوانند با تعیین جانشین بصورت محدود در اتاق استراحت از تلفن همراه استفاده نمایند

پرسنل پاراکلینیک: در واحدهای پاراکلینیکی در زمان شیفت موظفی و در حضور ارباب رجوع استفاده از تلفن همراه ممنوع میباشد (در مواقع ضروری و بصورت محدود، استفاده از تلفن همراه در صورت تعیین جایگزین مجاز می باشد)

- پرسنل پشتیبانی: واحدهای پشتیبانی در موارد ضروری و به شرط عدم تضییع حقوق گیرنده خدمت، در حداقل زمان ممکن مجاز به استفاده از تلفن همراه هستند .

نکات قابل ملاحظه :

- استفاده از تمامی برنامه های اشتراک گذاری و شبکه های اجتماعی اعم از تلگرام، وایبر، اینستاگرام و ... در محل کار ممنوع می باشد
- عکس برداری و فیلمبرداری از محل کار و محیط بیمارستان جهت استفاده شخصی ممنوع می باشد
- عکس برداری و فیلمبرداری از محل کار و محیط بیمارستان در مواقع ضروری با هماهنگی واحد حراست و روابط عمومی مجاز می باشد .
- استفاده از آهنگهای زنگ تماس غیرمجاز و آزار دهنده در محیط کار ممنوع می باشد
- توجه: در صورت عدم رعایت موارد فوق، برای بار اول تذکر شفاهی، بار دوم تذکر کتبی، بار سوم کسر از کارانه آن ماه و بار چهارم معرفی به هیات بدوی دانشگاه جهت رسیدگی به تخلفات اداری
- مسئولیت نظارت و پاسخ گویی و گزارش دهی موارد تخلف بر عهده مسئولین بخشها و واحدها و مسئول شیفت و سوپروایزرهای بالینی میباشد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخش ها و واحدها و مسئول شیفت

ناظر: مسئولین بخش ها و واحد ها و مسئول شیفت و سوپروایزرهای بالینی

نحوه نظارت: مشاهده

منابع و مراجع : مصوبات کمیته اخلاق بالینی و سنجه های اعتبار بخشی نسل پنجم

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
حبیبه ثاقبی زاده-مسئول امور اداری سهیلا حسین زاده-کارشناس حقوق گیرنده خدمت	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان دستورالعمل : محافظت از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها	
کد دستورالعمل: AH-LM_HRM&OH-IN-03	تاریخ تدوین 1401/03/08 تاریخ ابلاغ: 1401/03/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز : پرونده های پرسنلی ، فضای بایگانی
کارکنان مرتبط: رئیس، مسئول حراست، رئیس امور اداری فمستول واحد کارگزینی ،کارکنان واحد کارگزینی و بایگانی

تعاریف: -

هدف: هدف از تدوین این دستورالعمل مدیریت بهینه اطلاعات کارکنان در محیط امن و ایمن میباشد.

1-رئیس ، مسئول حراست، رئیس امور اداری، مسئول کارگزینی و کارگزینها و مسئول بایگانی پروندهها تنها افرادی هستند که مجاز به دسترسی به پروندههای پرسنلی کارکنان میباشند مگر اینکه مدیر بیمارستان تصمیم دیگری لحاظ کند.

2-در صورتیکه یکی از پرسنل کارگزینی در مورد رازداری در مورد محتویات پرونده پرسنلی و مکاتبات مربوطه و افشای اطلاعات پرسنل قصور و تخلف داشته باشد بایستی برخورد لازم طبق ضوابط به صلاح دید رئیس امور اداری انجام گردد.

3-مکاتبات خاص اداری مانند صدور سوء پیشینه با مراجع قضائی با رعایت الزامات بایستی توسط همکار کارگزین تحت نظارت مسئول کارگزینی انجام - گیرد.

4-تمامی اطلاعات اداری پرسنل از قبیل حقوق و مزایا و مرخصی و ... بایستی توسط مسئول کارگزینی در دسترس و تحت نظارت رئیس امور اداری باشد و تمامی اطلاعات طبق ضوابط حفظ و نگهداری گردد.

5-پرونده پرسنلی کارکنان بصورت فیزیکی در داخل اتاق بایگانی و فایلهای ریل دار بایستی نگهداری گردد و فقط افراد دارای مجوز تحت نظارت مسئول کارگزینی امکان دسترسی به پرونده ها را داشته باشند.

6-دسترسی به پرونده های پرسنلی کارکنان بایستی فقط در ساعات اداری امکان پذیر باشد.

7- در زمانی که حجم اوراق پرونده از حد استاندارد بیشتر گردد، بصورت کد تعریف شده با همان شماره پرونده توسط بایگان نگهداری گردد.

8- در صورت خاتمه خدمت، پرونده پرسنلی کارکنان بایستی بصورت بایگانی در محل دیگری زیر نظر مسئول کارگزینی حفظ و نگهداری گردد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول بایگانی

ناظر: مسئول کارگزینی

نحوه نظارت: مشاهده مستندات

منابع : دستورالعمل های داخلی بیمارستان و کتاب استانداردهای اعتبار بخشی نسل پنجم

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
حبیبه ثاقبی زاده-مسئول کارگزینی	حبیبه ثاقبی زاده-رئیس امور اداری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

خدمات پرستاری

امکانات مورد نیاز: تلفن -دفتر گزارش سوپروایزر

کارکنان مرتبط: رئیس، مدیر پرستاری، سوپروایزر، مسئول بخش، پرستار، خدمات

عنوان روش اجرایی : نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها

تاریخ تدوین: 1401/03/08 تاریخ ابلاغ: 1401/03/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد روش اجرایی: AH-LM_NSM-PR-01
--	---------------------------------------

تعاریف:

تعامل بین بخشی: ارتباط بین بخش های بیمارستان به منظور تسريع و تسهيل در روند ارائه خدمات به بیماران

هدف: ارائه خدمات مراقبتی ایمن، با کیفیت و یکپارچه در بیمارستان و افزایش رضایتمندی بیماران

فرد پاسخگو: مدیر خدمات پرستاری بیمارستان،

روش ارزیابی: ارزیابی از طریق مشاهده و مصاحبه

روش اجرا:

1. مترون طی جلسات با سرپرستاران و سوپروایزرین مرکز، لزوم تعامل بین واحد ها و ارائه پیشنهادات جهت ارتقای فرآیند را اعلام می نماید.

2. سرپرستار یا مسئول شیفت بخش در شرایط عادی هماهنگی لازم جهت ارتباط با بخش های بالینی، پشتیبانی و پاراکلینیک را انجام داده و در شرایط خاص و عدم پاسخگویی مسئول واحد مخاطب، سوپروایزر وقت را مطلع می نماید. همچنین مسئول شیفت واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک نیز در صورت مشکل با بخش های بالینی، موضوع را جهت پیگیری و انجام اقدامات لازم به سوپروایزر وقت اطلاع می دهد.

3. سوپروایزر وقت موضوع را پیگیری کرده، اقدامات لازم را انجام داده و نتیجه را به سرپرستار یا مسئول شیفت بخش و یا مسئول واحد پشتیبانی یا پاراکلینیک اطلاع می دهد.

4. سوپروایزر بر تعامل بین بخش های بالینی از نظر تجهیزات، انتقال بیمار و جابجایی نیرو نظارت می کند.

5. سوپروایزر مشکلات مربوط به تعاملات بین بخش های درمانی و نیز بخش های درمانی با بخش های پشتیبانی و پاراکلینیک را در دفتر گزارش سوپروایزر ثبت کرده و به استحضار مترون می رساند.

6. مترون گزارش 24 ساعته سوپروایزرین را بررسی کرده و در صورت نیاز اقدام اصلاحی انجام داده و آن را به اطلاع سرپرستاران، سوپروایزرین و مسئولین واحدهای پشتیبانی و پاراکلینیک می رساند.

7. مترون در صورت لزوم جهت تقویت تعامل و رفع موانع همکاری بین بخش های بالینی با پشتیبانی و پاراکلینیک، جلساتی با حضور مسئولین این واحدها برگزار می کند و در صورت لزوم موضوع را در کمیته تیم مدیریت اجرایی یا بهبود کیفیت نیز جهت اتخاذ تصمیمات مناسب، مطرح می نماید.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مدیر پرستاری

ناظر: مدیر پرستاری

نحوه نظارت: بررسی صورتجلسات

منابع: تجربیات بیمارستانی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی-مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند-ریاست بیمارستان	دکتر تنومند-ریاست بیمارستان

مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات

امکانات مورد نیاز: کامپیوتر، نیروی انسانی ، نرم افزار های سپاس و HIS-

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق



عنوان روش اجرایی : کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

کد روش اجرایی: AH-LM_HIM& IT-PR-01

تاریخ تدوین : 1400/03/01

تاریخ ابلاغ : 1400/03/08

تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29

تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

هدف: اطمینان و کنترل صحت داده های وارد شده در سیستم های اطلاعاتی بیمارستان

کارکنان مرتبط: مسئول HIM و IT، کارشناس اما، مسئولین بخش ها/واحد ها

تعاریف: -

سپاس: سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) که مجموعه ای از کلیه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان از پیش از تولد تا پس از مرگ را نیز شامل می شود.

HIS: نرم افزاری که در بیمارستان مورد بهره برداری قرار می گیرد و وظیفه مدیریت منابع بیمارستانی و تشکیل پرونده بیماران در بیمارستان را به عهده دارد و مکلف به ارسال این اطلاعات به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت می باشد.

شیوه انجام کار:

(1) مسئول هر بخش و واحد، مسئول صحت کنترل داده های ثبت شده در سامانه اطلاعاتی بیمارستان می باشد.

(2) مسئول واحد ترخیص/منشی/مسئول مدارک پزشکی /مسئول واحد بهبود کیفیت به عنوان ناظرین میدانی بیمارستان بر رعایت کنترل صحت داده های ثبت شده توسط مسئول هر واحد نظارت می نمایند.

(3) موارد عدم تطابق توسط مسئول هر بخش/واحد یا ناظرین میدانی ثبت و باز خورد قردی داده میشود.

(4) مسئول واحد ترخیص و درآمد پس از تحویل پرونده به صورت منظم و مستمر اطلاعات بیماران را در سیستم HIS که براساس آخرین دستور العمل های وزارت بهداشت به روز رسانی میشود و بر اساس آن ثبت داده های انجام شده است چک می کند و اگر موردی باشد در اسرع وقت به واحد های مربوطه جهت اصلاح نواقص اطلاع رسانی می نماید . و در صورتیکه اصلاح نیاز به سطح دسترسی بالاتر باشد با واحد IT هماهنگ میشود.

(5) کلیه کدهای مربوط به تشخیص ها و اقدامات تعیین هزینه ها و الزامات بیمه ای و... براساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت تنظیم و به روز رسانی میگردد.

(6) مسئول درآمد بعد از ارسال اطلاعات بیماران به سیستم سپاس موارد نقص را که سیستم رزدر کارتابل مسئول درآمد بازگشت داده است را جهت رفع نقص به واحد های مربوطه اعالم کرده و در صورتیکه دسترسی بالاتر نیاز باشد با مسئول IT هماهنگ می شود

7- سیستم استعلام هویت توکن در بیمارستان راه اندازی شده است که زمان وارد کردن کد ملی نوع بیمه بیمار را اعلام و کلیه اطلاعات بیمار مشخص و خطای اطلاعات تاییدی را به حداقل می رساند.

8- هر فرد فقط با رمز و کاربری خود داده ها را ثبت مینماید لذا پیگیری خطاهای ثبتی به راحتی صورت می پذیرد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخش ها- مسئول HIM، مسئول IT، مسئول درآمد

ناظر: مسئول واحد HIM و مسئول IT

نحوه نظارت: مشاهده و بررسی خطاهای سپاس

منابع : آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا عبدالمهی-مسئول واحد مدیریت اطاعات سلامت صبا ایلمی-مسئول IT	لیلا عبدالمهی-مسئول واحد مدیریت اطاعات سلامت	دکتر تنومند-رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق 	
عنوان روش اجرایی : نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و پایگاه های اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان	
کد روش اجرایی: AH_LM_HIM&IT-PR-02	تاریخ ابلاغ 1400/03/08
	تاریخ آخرین بازنگری : 1403/09/29

امکانات مورد نیاز: هارد اکسترنال - بک آپ سرور- نرم افزار بک آپ گیری

کارکنان مرتبط: کارکنان واحد فناوری اطلاعات

هدف: ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و جلوگیری از بین رفتن اطلاعات حیاتی حوزه درمان و اداری بیمارستان

تعاریف: -

روش اجرایی:

1. ذخیره اطلاعات بر روی دو محل مجزا:

از کلیه ی نرم افزار های بیمارستان هر 6 ساعت یکبار پشتیبان گیری شده و بر روی هارد دیسک سرور و سرور پشتیبان ذخیره سازی می شود .

این عمل بصورت کامال خودکار و توسط Scheduling Backup سیستم عامل و **دیتابیس SQL انجام می شود.**

2. ذخیره سازی بر روی دستگاه های قابل حمل: این عمل به صورت روزانه و توسط مسئول فناوری اطلاعات یا مسئول HIS انجام می گردد.

1-2 ذخیره اطلاعات به صورت هفتگی بر روی DVD انجام و **ارسال به شبکه بهداشت** می گردد

2-2 ذخیره اطلاعات به صورت هفتگی بر روی هارد اکسترنال انجام و **تحویل مدیریت بیمارستان** می گردد

3. بازرسی حضوری از اتاق سرور و چک کردن سرورها، سوئیچ ها و UPS معمولاً هر 3 روز یک بار انجام می شود. تا از عملکرد صحیح تجهیزات و متعادل بودن میزان دما و تهویه اتاق سرور اطمینان حاصل گردد

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول واحد فناوری اطلاعات

ناظر: مسئول واحد فناوری اطلاعات

نحوه نظارت: مشاهده

منابع: تجربیات بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
صبا ایلغمی مسئول IT	صبا ایلغمی مسئول IT	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق



عنوان خط مشی و روش: کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها

تاریخ تدوین : 1400/03/01 تاریخ ابلاغ : 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد : AH-LM_HIM&IT-PO-01
--	-------------------------

امکانات مورد نیاز : نیروی تخصصی ، دفتر خروج پرونده ، برگ درخواست پرونده

کارکنان مرتبط: کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت

تعاریف: -

بیانیه سیاست :

با توجه به لزوم رعایت امنیت اطلاعات ، بیمارستان با هدف حفظ و ارتقای امنیت اطلاعات و به حداقل رساندن دسترسی های غیر مجاز، به پرونده ها، پس از ترخیص بیماران و بایگانی شدن پرونده ها، سیاست کنترل خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت را در پیش گرفته و با کنترل و نظارت کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات، از اجرای صحیح این سیاست اطمینان حاصل می نماید.

روش اجرایی:

- 1-فردی که نامه قانونی دارد (از نهادهایی مانند بیمه ، نیروی انتظامی) به مراجعه به واحد مدیریت و با تایید کتبی درخواست توسط ایشان (کارت شناسایی معتبر جهت تعیین هویت فرد درخواست کننده توسط مترون بررسی می شود.)
- 2-متصدی بایگانی پس از خواندن نامه درخواستی که به تایید مدیر خدمات پرستاری رسیده اقدام لازم را انجام می دهد.
- 3-در صورت نبود مترون ، نامه درخواست پرونده بایستی به تایید سوپروایزر برسد .
- 4-شماره پرونده بیمار، نام بیمار-نام درخواست کننده پرونده -علت درخواست -نام فرد تحویل دهنده-نام فرد تحویل گیرنده-تاریخ درخواست-تاریخ واکذار پرونده، و امضا گیرنده و تحویل دهنده در دفتر ثبت پرونده در بایگانی واحد مدیریت اطلاعات سلامت توسط متصدی بایگانی ثبت میشود.
- 5-یک نسخه از پرونده توسط متصدی بایگانی کپی شده و مهر کپی برابر اصل به تمام صفحات پرونده زده می شود.
- 6-اوراق پرونده کپی شده در پاکت توسط متصدی بایگانی گذاشته شده و مهر و موم میشود.
- 7-اجازه دسترسی پرونده برای پزشک معالج بیمار پس از انتقال به بایگانی تنها در صورتی مجاز است که درخواست کتبی پزشک معالج مبنی بر مطالعه پرونده به تایید مترون و در صورت نبود ایشان به تایید سوپروایزر رسیده باشد .و در این حالت نیز پس از دادن درخواست کتبی تایید شده به متصدی بایگانی و تکمیل دفتر ثبت پرونده موجود در بایگانی ، اجازه دسترسی در داخل اتاق بایگانی در حضور متصدی بایگانی داده می شود.
8. در صورت درخواست پرونده جهت بررسی در کمیته ها، نیز باید پس از تایید کتبی مترون و ر صورت نبود ایشان توسط سوپروایزر تایید شده پس از ثبت اطلاعات پرونده در دفتر ثبت توسط متصدی بایگانی و اطلاعات گیرنده شامل نام و نام خانوادگی، علت درخواست پرونده ، زمان تحویل و زمان عودت و امضاگیرنده و تحویل دهنده پرونده (متصدی بایگانی) پرونده تحویل داده می شود.
- 9-پس از بازگرداندن پرونده ، تاریخ تحویل پرونده پس از بررسی اوراق پرونده و صحت کامل بودن اوراق ، پرونده تحویل گرفته شده و تاریخ تحویل توسط متصدی بایگانی ثبت می گردد.

10- گزارشات تاخیری مانند پاتولوژی- جواب اقدامات پاراکلینیک و ... به سوپروایز شیفت تحویل می شود سپس در ساعات اداری توسط واحد بایگانی پیگیری و در پرونده بیمار الصاق می شوند.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول HIM

ناظر: مسئول HIM

نحوه نظارت: مشاهده و بررسی مستندات

(منابع: تجربیات بیمارستان

جدول اسامی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا عبدالهی-مسئول احد مدیریت اطلاعات سلامت	لیلا عبدالهی-مسئول احد مدیریت اطلاعات سلامت	دکتر تنومند-رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چار اویماق 	
عنوان روش اجرایی: محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات	
کد: AH_LM-HIM&IT-PR-02	تاریخ تدوین: 1400/03/01 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز: نیروی انسانی آموزش دیده، رایانه، فلش مموری، هارد دیسک، دوربین، بایگانی با تجهیزات حفاظتی مناسب نظیر دوربین، سیستم اطفاء حریق، کپسول های آتش نشانی و.

کارکنان مرتبط: کارکنان کل بیمارستان (بخش های بالینی، کلینیک ها و پاراکلینیک ها، واحد های اداری مالی و)...

تعاریف

محافظت و امنیت اطلاعات یعنی حفظ اطلاعات بیماران اعم از سیستمهای دستی و رایانه ای، در چارچوبی که منشور حقوق بیمار تعیین کرده است

امنیت نیز وضعیتی برای اطلاعات حساس است که با اعمال آن تمرکز بر کنترل موضوعاتی نظیر حصول اطمینان از سرقت، کاربرد غیر مجاز یا افشای اطلاعات انجام میشود. و شامل قوانین: دسترسی، استفاده، افشاء، خواندن، نسخه برداری، خراب کردن، تغییر یا دستکاری می باشد

و شامل قوانین: دسترسی، استفاده، افشاء، خواندن، نسخه برداری، خراب کردن، تغییر یا دستکاری می باشد

هدف

: با توجه به ارزش و اهمیت فراوان اطلاعات و نقش آن در تداوم حیات مراکز درمانی و مشتریان آن، بیمارستان با هدف حفظ و ارتقای امنیت اطلاعات و به حداقل رساندن دسترسی های غیر مجاز به پرونده ها، سیاست محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات (در سیستم های دستی و کامپیوتری) را در پیش گرفته و با کنترل و نظارت کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات از اجرای صحیح این سیاست اطمینان حاصل می نماید.

روش اجرایی در سیستم های الکترونیکی:

- 1- مسئول واحد فناوری اطلاعات کلیه ی سیستم ها را مجهز به آنتی ویروس می نماید.
- 2- مسئول واحد فناوری اطلاعات آنتی ویروس ها را به صورت مرتب بروز رسانی می نماید.
- 4- مسئول واحد فناوری اطلاعات امکان استفاده از اینترنت در سیستم HIS، را ممنوع می نماید.
- 5- مسئول واحد فناوری اطلاعات امکان اتصال هرگونه وسایل جانبی نظیر فلش مموری، گوشی و ... به سیستم هایی که به HIS متصل می باشند را ممنوع می نماید.
- 6- مسئول واحد فناوری اطلاعات طبق برنامه مشخص بصورت روزانه، از تمامی اطلاعات سیستم HIS پشتیبان گیری می نماید
- 7- .. مسئول واحد فناوری اطلاعات نسخه های پشتیبان سیستم HIS را در محل های امن و دور از دسترس افراد غیر مجاز زیر نظر مدیر سیستم و مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت نگه داری می نماید.
- 8- مسئول واحد فناوری اطلاعات برای هر یک از کاربران سیستم HIS، کد کاربری و رمز منحصر به فرد در سیستم HIS، تعریف می نماید.
- 9- مسئولیت حفاظت از کد کاربر و رمز بر عهده ی خود کاربر می باشد.
- 10- هر کاربر به منظور پیشگیری از سوء استفاده ی دیگران از اطلاعات، زمانی که از کامپیوتر استفاده نمی نماید از کد کاربر و رمز خود خارج می شود.

نقش واحد حراست و امنیت سیستمهای ذخیره و بازیابی اطلاعات

- 1- انجام اقدامات لازم در جهت جلوگیری از افشاء غیر مجاز اطلاعات بیمارستان
- 2- تهیه و تنظیم، دریافت اسناد و مدارک محرمانه واصله از سازمانهای مختلف و حراست از آنها بر اساس مقررات
- 3- تدوین دستورالعملهای حفاظتی جهت حفظ و نگهداری اسناد طبقه بندی شده و نظارت بر حسن انجام آن-
- 4- نظارت بر امحاء اسناد و مدارک بیمارستانی

5- شرکت در جلسات کمیته های راهبردی امنیت شبکه دانشگاه

6- بازرسی های دوره ای از سایت و سامانه ها به منظور اطمینان از انطباق وضعیت موجود با سیاستها و خط مشیهای امنیتی

7- نظارت بر انجام و چگونگی نصب سیستمهای دوربین های نظارت تصویری و مانیتورینگ بیمارستان

8- هماهنگی لازم با مراجع ذیصلاح در امر رسیدگی به جرایم رایانه ای در بیمارستان

9- تعیین ضوابط حفاظتی، موقعیت مکانی سیستمهای سخت افزار اصلی و کنترل تردد به آن مکانها
10- پیگیری دریافت و بررسی گزارش های موفق و ناموفق نفوذ به سیستم های موجود سازمان و تهیه گزارش لازم

11- انجام اقدامات الزم جهت جلوگیری از آتش سوزی، سرقت، تخریب، جعل، جاسوسی، چاپ و نشر غیر مجاز، سوء استفاده

12- نظارت بر رعایت ملاحظات حفاظتی و امنیتی در خصوص نصب و توسعه شبکههای موجود در بیمارستان

13- نظارت دوره ای از روند تهیه نسخه پشتیبانی از اطلاعات طبقه بندی شده و نحوه نگهداری آن

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول IT

ناظر: مسئول IT

نحوه نظارت: مشاهده و نظارت دوره ای و موردی

کمیته مدیریت اطلاعات و مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

منابع:

1 کتاب مدارک پزشکی 3 و 4 ابازر حاجوی

2. کتاب داده پردازی بهداشتی حمید مقدسی

3 دستورالعمل ساماندهی اسناد

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا عبدالمهی - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت صبا ایلغمی مسئول IT	لیلا عبدالمهی - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان روش اجرائی: حفظ امنیت سیستم، امانتداری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده، تعیین سطوح دسترسی افراد، بخشها و واحدها، محرمانه ماندن اطلاعات الکترونیکی	
کد: AH_LM_HIM&IT-PR-03	تاریخ تدوین: 1400/03/01 تاریخ ابلاغ: 1400/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز : سیستم امنیتی مناسب شامل(سرور امنیتی، سیستم عامل شبکه مناسب، منابع اینترنتی، و پرسنل فناوری اطلاعات

کارکنان مرتبط: کلیه کاربران سیستم بیمارستانی

تعاریف

آنتی ویروس : نرم افزارهایی هستند (که با شناسایی، پاک کردن و بلاک کردن بدافزارها و ویروسها از فعالیتهای مخرب آنها جلوگیری مینماید.

تعریف سرور (سخت افزار):

یک سرور مبتنی بر نرم افزار یک برنامه است که سرویس ویژه ای را برای برنامه های دیگر (به نام مشتری ها) به صورت محلی یا از طریق شبکه ارائه می دهد. خدمات ارائه شده بستگی به نوع نرم افزار سرور دارد. مدل مشتری-سرور اساس ارتباطات است. هنگامی که به مبادله داده می آید، پروتکل های ارتباطی خاص سرویس مورد استفاده قرار می گیرند.

تعریف سرور (نرم افزار):

یک سرور مبتنی بر نرم افزار یک برنامه است که سرویس ویژه ای را برای برنامه های دیگر (به نام مشتری ها) به صورت محلی یا از طریق شبکه ارائه می دهد. خدمات ارائه شده بستگی به نوع نرم افزار سرور دارد. مدل مشتری-سرور اساس ارتباطات است. هنگامی که به مبادله داده می آید، پروتکل های ارتباطی خاص سرویس مورد استفاده قرار می گیرند.

اکسس پوینت : دستگاهی است برای برقراری ارتباط بین دستگاههای بدون سیم (دارای کارت شبکه بی سیم مثل لپ تاپ و...) به هم با هدف تشکیل یک شبکه بدون سیم

سوئیچ : برای اتصال دستگاههای مختلف از قبیل رایانه، چاپگرهای تحت شبکه، دوربینهای مدار بسته و ... در شبکه های کابلی مورد استفاده واقع می -شود

هدف :

جلوگیری از مخدوش سازی اطلاعات -حفاظت داده های سیستم اطلاعات - حفظ امنیت سیستم ، امانتداری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده ،تعیین سطوح دسترسی افراد ،بخشها و واحدها ،محرمانه ماندن اطلاعات الکترونیکی

روش اجرائی

مسئول واحد فناوری اطلاعات

1:مسئول واحد فناوری اطلاعات سیاستهای مناسب مدیریت کاربران و رمز عبور مناسب در شبکه را اتخاذ میکند

- 2- دسترسی ایمن و تا حد ممکن سریع به اینترنت را فراهم میکند .
- 3- پشتیبان گیری منظم و مرتب از اطلاعات و بازیابی اطلاعات را کنترل میکند- .
- 4- به روز رسانی نرم افزارهای آنتی ویروس، دیواره آتش و ضدجاسوسی را کنترل میکند .
- 5- پیکربندی مناسب تجهیزات اکتیو مرکز همچون اکسس پوینت ها و سوئیچ ها را انجام میدهد
- 6- برای دسترسی سیستمهایی که اطلاعاتشان روی سرور HIS قرار دارد کاربرانی در بخش مدیریتی آن تعریف شده که فقط دسترسی به فولدرهای مخصوص و مورد نیاز خود را دارند و امکان ورود و مشاهده سایر فولدرهای غیرمرتبط مسدود میگردد
- 7- مسدود نمودن امکان انتشار ویروس احتمالی در ایستگاههای کاری شبکه با روشهای امنیتی مناسب از قبیل only read کردن منابع شبکه برای 61 کاربران در محیط ویندوز که نقش بسزائی در کنترل آلودگی در محیط شبکه دارد- .
- 8- انتقال احتمالی اطلاعات بین کاربران شبکه از طریق کامپیوتر واحد IT پس از بررسیهای الزم در خصوص عدم آلودگی و یا برنامه خاصی صورت میگیرد و عمل هیچ داده ای در شبکه بدون کنترل واحد IT تبادل نمیشود .
- 9- جهت سهولت دسترسی کاربران، فولدرهای مشترک به منابع بیمارستان با رعایت دسترسیهای الزم بر روی سرور دامین ایجاد شده و تبادل اطلاعات فقط از این طریق و در بستر امنیتی مناسب صورت میگیرد
- 10- استاندارد سازی اتاق سرور به منظور امنیت فضای فیزیکی اتاق سرور و عدم دسترسی افراد غیر مرتبط به اتاق سرور از قبیل درب ضد سرقت و سیستم اطفاء حریق و مانیتورینگ دما و رطوبت اتاق سرور.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول IT

ناظر: مسئول IT

نحوه نظارت: مشاهده

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
صبا ایلمی - مسئول IT	صبا ایلمی - مسئول IT	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بهداشت محیط:

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق		
عنوان دستورالعمل: نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها/واحد های بیمارستان		
تاریخ تدوین: 1397/03/08 تاریخ ابلاغ: 1397/03/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/10/2 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد: AH-LM_EH-IN-01	

امکانات مورد نیاز: وسایل نظافت-ماده ضد عفونی کننده

کارکنان مرتبط: نیروهای خدماتی

هدف: افزایش تاثیر نظافت و ضد عفونی بخش ها و واحد ها و کاهش ریسک انتقال عفونت

شیوه انجام کار

الف) سطوح

نظافت و شستشو:

- 1- ابتدا کلیه الودگی های مشهود توسط اب و روش های فیزیکی آلودگی زدایی (برس کشی) و مواد شوینده برطرف کنید.
- 2- در صورت وجود گرد و غبار بر روی سطوحی که امکان شستشوی آن وجود ندارد ، گرد و غبار سطوح را بوسیله تنظیف تمیز بر طرف نمایید
- 3- گند زدایی و لکه زدایی:
- 4- پس از بر طرف شدن آلودگی های مشهود می بایست از مواد ضد عفونی کننده موجود در بیمارستان به روش های زیر عمل کنید:
- 5- الف) سطوحی نظیر تخت ها ، واکرها ، میز های غذایی بیماران ، دستگیره های راهرو ها ، طاغچه ها ، استیشن های پرستاری ، قفسه ها از مواد زیر استفاده کرد:
- 6- از محلول آماده مصرف ایزورپید اسپری ، را روی سطوح اسپری کنید و و یا از تنظیف آغشته به محلول به مدت یک دقیقه استفاده کنید
- 7- می توانید از اسپری الکل 70 درجه نیز برای ضد عفونی سطوح کوچک استفاده کنید
- 9- برای نظافت و ضد عفونی سطوح گسترده می توانید از محلول ایزورپید فلور طبق دستورالعمل سازنده و در صورت اتمام محلول مذکور از محلول سایا سپت اچ پی طبق دستورالعمل استفاده کنید.

- 0 برای نظافت سرویس بهداشتی از آب ژاول 1 درصد استفاده کنید

- 1 پس از استفاده از روش های فوق در صورت باقی ماندن لکه بر روی سطوح از واحد بهداشت محیط مشورت بگیرید
البسه:

- 122- شستشو و نظافت:

13- ابتدا کلبه اقلام پارچه ای را در داخل ماشین لباسشویی قرار دهید تا کامل توسط آب سرد ابگیری و شستشو شود

- 144- سپس لباس ها را به وسیله آب گرم و پودر شوینده شستشو دهید

- 155- گند زدایی ، لکه زدایی:

- 6 جهت ضد عفونی کلبه لباس ها و اقلام پارچه ای از اب ژاول 2.5% درصد استفاده کنید

- 7 پس از استفاده از روش های مذکور در صورت باقی مانده جای لکه بر روی لباس از واحد بهداشت محیط مشاوری بگیرید.

- 8 ملحفه و پتوی تخت های بیماران را به صورت روزانه تعویض نمایید

تجهیزات:

تخت ، تشک ، کمد و میز غذا : پس از ترخیص بیمار ابتدا از آب و مواد شوینده تمیز و سپس مواد گند زدای موجود در بیمارستان بر روی آنها اسپری شود

سطح های زیاله و روشویی ها : با اب داغ و مواد شوینده در پایان هرروز شسته شوند

یخچال : ابتدا با آب و مواد شوینده الودگی های ظاهری را برطرف نموده و سپس الکل 70 درجه را بر روی سطوح یخچال اسپری نمایید) توجه نمایید حین نظافت یخچال خالی از مواد غذایی باشد

فلومتر اکسیژن : مانو متر : این قسمت از دستگاه غیر قابل شستشو بوده و برای ضد عفونی آن بایستی از یک دستمال تمیز آغشته به مواد الکی یا محلول گند زدای آماده مصرف استفاده کرد

محفظه آب : این قسمت از دستگاه قابل شستشو بوده و برای ضد عفونی و تمیز کردن آن بایستی ابتدا کامال از مانو متر جدا شده و سپس با مواد دتر جنت معمولی و برس جرم زدایی و در انتها شسته و خشک شوند.

ترمو متر : به صورت جداگانه برای هر شخص استفاده می شود (ترمو متر را با با دترجنت خنثی و سرد شسته و ابکشی نموده و بعد در الکل 70 درجه به مدت 10 دقیقه غوطه ور سازید سپس آن را پاک کرده و خشک نمایید.

وسایل سرو مواد غذایی:

پایه سرم / کنسول های بالای تخت های بیماران

ترالی های دارو و تجهیزات و پانسمان:

استیشن پرستاری و قفسه های دارویی

تجهیزات رفاهی) تلفن ، تلوزیون ، باکس های معنوی ، واکر ، ویلچر (: در صورت وجود آلودگی مشهود ابتدا با دستمال آغشته به مواد شوینده آلودگی را برطرف نموده و سپس از مواد گند زدای موجود در بیمارستان بر روی آنها اسپری نمایید

بد پن (لگن) (و ظروف ادرار:

برای جلوگیری از انتقال عفونت پس از استفاده یا جابه جایی بد پن (لگن) (حتما بایستی دستها را شسته حتی اگر ظرف مورد نظر ظاهرا تمیز باشد

پس از تخلیه لگن در چاه توالت ابتدا می بایست ظرف را با آب داغ و مواد دترجنت شستشو داده و جهت گند زدای از آب ژاول 20 % استفاده نمود . و پس از شستشو به صورت برعکس روی قفسه های مخصوص قرا می دهیم تا کامل خشک شود.

(نحوه تهیه محلول 20 % : 200 سی سی آب ژاول را به حجم یک لیتر آب می رسانیم

پیشنهاد می شود در بیمارستان هایی که وسایل شستشو موجود نمی باشد از بد پن های یکبار مصرف استفاده شود

در صورت عدم استفاده از ظرف های یکبار مصرف ظرف ها باید به صورت دوره ای ماهیانه و یا بنا بر تعدد استفاده فصلی تعویض و دور انداخته شود

بخش های ویژه (اتاق های ایزوله ، اتاق های عمل ، اتاق عمل سرپایی اورژانس ، اتاق زایمان:)

سطوح

نظافت و شستشو:

1-ابتدا کلیه الودگی های مشهود توسط آب و روش های فیزیکی آلودگی زدایی(برس کشی) و مواد شوینده برطرف کنید.

2-در صورت وجود گرد و غبار بر روی سطوحی که امکان شستشوی آن وجود ندارد ، گرد و غبار سطوح را بوسیله تنظیف تمیز بر طرف نمایید

- 3گند زدایی و لکه زدایی:

4-پس از بر طرف شدن آلودگی های مشهود می بایست از مواد ضد عفونی کننده موجود در بیمارستان به روش های زیر عمل کنید:

5-الف (سطوحی نظیر تخت ها ، الکر ها ، میز های غذای بیماران ، دستگیره های راهرو ها ، طاقچه ها ، استیشن های پرستاری ، قفسه ها از مواد زیر استفاده کرد:

6-از محلول آماده مصرف ایزورپید اسپری (را روی سطوح اسپری کنید و و یا از تنظیف آغشته به محلول به مدت يك دقیقه استفاده کنید

8-می توانید از اسپری و اسکراب الکل 70 درجه نیز برای ضد عفونی سطوح کوچک استفاده کنید

-برای نظافت و ضد عفونی سطوح گسترده می توانید از محلول ایزورپید فلور طبق دستورالعمل سازنده ودر صورت اتمام محلول مذکور از محلول سایا سپت اچ پی طبق دستورالعمل استفاده کنی

د- 10. برای نظافت سرویس بهداشتی از آب ژاول 1 درصد استفاده کنید

- 11. پس از استفاده از روش های فوق در صورت باقی ماندن لکه بر روی سطوح از واحد بهداشت مشورت بگیرید

البسه : در اتاق های عمل از گان های یکبار مصرف برای بیماران استفاده شود:.

امبولانس

- 1پس از هر بار جابجایی بیمار در صورت استفاده از پتو و ملافه انها را تعویض کنید

2-در صورت وجود هرگونه الودگی مشهود اعم از گل ولای ، گرد و خاک ، خون یا مایعات بدن و... ابتدا سطح مورد نظر را با آب و مواد شوینده(صابون ،پودر لباسشویی) شستشو داده)جهت شستشو کلیه وسایل اضافی از امبولانس خارج شود(و به روش های زیر ضد عفونی میکنیم:

- ضد عفوني به وسيله استفاده از اب ژاول يك درصد (يك قسمت اب ژاول موجود در بازار بیمارستان و چهار قسمت آب
- (ابزار ها و وسایل علایم حیاتی را نیز با الکل 70 درجه ضد عفوني نمایید .
- 3-وجود ماسك ، دستکش ، پالستیک محلول ضد عفوني کننده دست در آمبولانس , عدم استعمال دخانیات و مواد خوردنی و اشامیدنی الزامی است.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخش ها –سوپروایزرین بالینی
ناظر: کارشناس بهداشت محیط –کارشناس کنترل عفونت
نحوه نظارت: چک لیست و مشاهده

منابع و مراجع: کتاب راهنمای کاربردی کنترل عفونت در بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
مریم حضرتی –کارشناس بهداشت محیط خدیجه علیزاده –کارشناس کنترل عفونت	مریم حضرتی –کارشناس بهداشت محیط	دکتر تنومند –ریسات بیمارستان

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان دستورالعمل: «نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا»

کد: AH-LM_EH-IN-02	تاریخ تدوین 1397/03/08
	تاریخ ابلاغ 1397/03/08
	تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29
	تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات و تجهیزات: سبد های حمل غذا ، ظروف یکبار مصرف، ترمومتر، یخچال

کارکنان مرتبط: پرسنل آشپزخانه

تعاریف: -

هدف: - جلوگیری از فساد یا کاهش کیفیت مواد غذایی حین آماده سازی و طبخ

جلوگیری از انتقال عوامل بیماری را توسط مواد غذایی

شیوه انجام کار:

پرسنل آشپزخانه از صحت عملکرد دمای یخچال و فریزر ها اطمینان حاصل می نمایند و روزانه آنها را ثبت کنند.

-ورود مواد غذایی به آشپزخانه توسط کارشناس بهداشت / تغذیه تایید و دمای مواد غذایی حین ورود بررسی شود.

-رعایت طبخ کامل مواد غذایی و نگه داری مواد غذایی در دمای مناسب (بالای 60 درجه یا زیر 5 درجه به مدت بیش از يك ساعت) توسط پرسنل آشپزخانه رعایت شود.

رعایت اصول صحیح دیفراست (یخ زدایی) و گرم کردن مجدد مواد غذایی توسط پرسنل آشپزخانه رعایت شود.

پس از سرو غذا در ظروف یکبار مصرف بافاصله غذا جهت توزیع به داخل بیمارستان توسط پرسنل آشپزخانه انتقال داده شود.

به صورت رندوم دمای غذاهای توزیع شده در بیمارستان توسط کارشناس تغذیه / بهداشت چک و ثبت شود..

منابع و مراجع: دستور العمل از مراکز تهیه، تولید، توزیع مواد خوراکی شماره 1803920

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
مریم حضرتی - کارشناس بهداشت محیط		

ایدین فهیما - مسئول تغذیه	مریم حضرتی - کارشناس بهداشت محیط	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان
---------------------------	----------------------------------	------------------------------

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی معاونت درمان	
عنوان دستورالعمل : شستشوی انواع البسه	
کد : AH-LM_EH-IN-03	تاریخ تدوین: 1397/03/09 تاریخ ابلاغ 1397/03/08 تاریخ آخرین بازنگری : 1403/10/2 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

هدف: کاهش خطر انتقال عفونت از طریق لباس و اقلام پارچه ای آلوده

امکانات مورد نیاز: تجهیزات رختشویخانه -شوینده و ضد عفونی کننده البسه - ماشین های شستشو

کارکنان مرتبط: پرسنل رختشویخانه

هدف

، پیشگیری از انتشار آلودگی عفونی و میکروبی با تفکیک البسه های عفونی از غیر عفونی و جمع آوری صحیح و به موقع با کمترین دستکاری رخت آلوده می باشد .

تعاریف

شیوه انجام کار (گامهای دقیق انجام کار، به ترتیب، مسئول انجام):

البسه عفونی- 1: شستشو و نظافت 2:

- ابتدا کلیه اقالم پارچه ای را در داخل ماشین لباسشویی قرار دهید تا کامال توسط آب سرد ابگیری و شستشو شود 3
- سپس لباس ها را به وسیله آب گرم و پودر شوینده به مدت 20 دقیقه شستشو دهید4 .
- جهت ضد عفونی کلیه لباس ها و اقالم پارچه ای از اب ژاول 2.5 درصد استفاده کنید و سیکل شستشوی لباس 20 دقیقه به طول بیانجامد 5 .

-دمای آب حین شستشو 70 درجه سانتی گراد و زمان خشک شدن بین 90تا 95 درجه سانتی گراد باشد – 6

پس از استفاده از روش های مذکور در صورت باقی مانده جایی لکه بر روی لباس از واحد بهداشت محیط مشاوره بگیرید.

- 7 جهت تهیه رقت های مناسب از آب ژاول از ظروف عالمت گذاری شده در واحد رختشویخانه استفاده کنید البسه غیر عفونی (کنیف 1:)

- شستشو و نظافت 2:

- ابتدا کلیه اقالم پارچه ای را در داخل ماشین لباسشویی قرار دهید تا کامال توسط آب سرد ابگیری و شستشو شود

- 3سپس لباس ها را به وسیله آب گرم و پودر شوینده به مدت 20 شستشو دهید

-دمای آب حین شستشو 70 درجه سانتی گراد و زمان خشک شدن بین 90تا 95 درجه سانتی گراد باشد–

-جهت ضد عفونی کلیه لباس ها و اقالم پارچه ای از اب ژاول 1 تا 1.5 درصد استفاده کنید . و . سیکل شستشوی لباس 20 دقیقه به طول بیانجامد .

- پس از استفاده از روش های مذکور در صورت باقی مانده جایی لکه بر روی لباس از واحد بهداشت محیط مشاوره بگیرید

- جهت تهیه رقت های مناسب از آب ژاول از ظروف علامت گذاری شده در واحد رختشویخانه استفاده کنید

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: کارشناس بهداشت محیط

ناظر: کارشناس بهداشت محیط

نحوه نظارت: /مشاهده /مصاحبه

منابع و مراجع: ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستان ها و مراکز جراحی محدود

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
مریم حضرتی - کارشناس بهداشت محیط خدیجه علیزاده	مریم حضرتی - کارشناس بهداشت محیط	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق 	
عنوان دستورالعمل : پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی»	
تاریخ تدوین: 1397/03/07 تاریخ ابلاغ 1397/03/08 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/10/2 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد : AH-LM_EH-IN-04

امکانات مورد نیاز: نیروی مجرب-وسایل حفاظت فردی اعم از شیلدهای محافظ سربی ، اتاق سربی

کارکنان مرتبط: پرسنل رادیولوژی

هدف: آمادگی کامل جهت پذیرش مصدومان سوانح پرتویی

تعاریف: پرتو گیری خارجی: هرگاه منبع پرتو در خارج از بدن فرد قرار داشته باشد و فرد در معرض پرتو های ساطع شده از آن قرار بگیرد و با در نظر گرفتن اندازه یا فاصله منبع از بدن ممکن تمام یا قسمتی از بدن مورد پرتو گیری قرار گیرد

. آلودگی خارجی : در شرایطی که منبع پرتو را که در واقع ذرات کوچک حاوی عناصر رادیواکتیو هستند در روی پوست بدن و لباس فرد قرار گیرد.

آلودگی داخلی : شکلی از پرتو گیری است که در آن ذرات کوچک حاوی عناصر پرتو زا وارد بدن شده اند در این حال ذرات رادیو اکتیو از طریق دستگاه تنفس، گوارش و زخم های سطحی و عمقی وارد بدن میشوند و با استقرار در اندامها و بافت های مختلف می تواند سبب پرتو دهی طولانی و عوارض تاخیری ناشی از تشعشع گردد

. سندرم پرتو گیری حاد : عبارت است از یک گروه عالیم کلینیکی که پس از پرتو گیری کل بدن با دوز های بالای پرتو های یون ساز پس از چند ثانیه شروع و تا مدت سه روز به طور حاد پیشرفت میکند .

عالیم بالینی آن به نوع و مقدار دوز تابیده شده دارد . دارای سه فاز مقدماتی ، نهفته و آشکار است و میتواند با آلودگی شدید داخلی یا خارجی همراه باشد

. الف) فاز مقدماتی : مدت این پیش آگهی کوتاه و معمول حدود 5 ساعت ، ناتوانی نباید زیاد باشد ، عالئم پرودرمال شامل بی اشتهاهی ، تهوع ، استفراغ ، اسهال ، ترشح بیش از حد بزاق ، از دست دادن مایعات ، کاهش وزن ، خستگی ، بی حالی ، تعریق، تب سرد ، و کاهش فشار خون

ب) فاز نهفته : به دنبال بهبود فاز پرودرمال فاز نهفته بدون عالمت در شخص پرتو دیده بین 2 تا 6 هفته متفاوت است

. ج فاز آشکار : این فاز ، توام با شواهد بالینی در اندام های درگیر (مغز استخوان ، دستگاه گوارش، و سیستم عصبی و عروقی) است

شیوه انجام کار – 1 :

به طور کلی درمان مصدومینی که دچار تابش حاد مقادیر قابل توجهی از اشعه یونیزان در تمام سطح بدن شده اند از محل بیمارستان و در طی مراحل زیر انجام می پذیرد:

تریاژ با توجه به اورژانسی نبودن ضایعات پرتویی تریاژ بر مبنای ضایعات دیگر مثل زخم ها و صدمات تهدید کننده ی حیات باید صورت گیرد

اقدامات تشخیصی 1 :

(گرفتن شرح حال و تعیین بیماری های زمینه ای و سیستمیک مصدوم (کم خونی ، دیابت و 2)..

(پرسش در مورد نحوه مواجهه و مکانیسم آسیب) در صورت هوشیاری و داشتن تروما 3 (

(بررسی وجود اسهال و استفراغ) زمان بروز اولین استفراغ با دوز جذب شده نسبت مستقیم دارد 4 (

(پرسش / سنجش وزن مصدوم 6

(در صورت آلودگی ، بررسی شدت آن)

اگر امکان دوزیمتری مصدومین وجود ندارد تمامی آنها آلوده در نظر گرفته می شوند . لذا خارج کردن لباس های مصدوم و آلودگی زدایی در اولین فرصت ممکن باید انجام شود .(اگر در محل حادثه انجام نشده بود

7) پرسش در مورد از دست رفتن سطح هوشیاری و بررسی عملکرد عصبی خصوصا سطح هوشیاری

8) بررسی وجود علایم سندرم حاد پرتویی اقدامات آزمایشگاهی:

آزمایشات اولیه جهت مصدوم پرتویی شامل : شمارش سلول های خونی به خصوص لنفوسیت ها (تعداد مطلق لنفوسیت ها رایج ترین و مفید ترین شاخص آگاهی دهنده درباره میزان آسیب های پرتویی است که بیمار به آن مبتال شده است سنجش باید در 48 ساعت اول هر شش ساعت و پس از آن تا پنج روز هر 12 ساعت انجام شود که با کاهش تعداد لنفوسیت درجه وخامت پرتو گیری بیشتر خواهد بود) ، الم خون محیطی ، آزمایشات بیوشیمی ، آنالیز ادارار و مدفوع و الکترولیت های سرم و در صورت لزوم آزمایشات تخصصی تر شامل : دوزیمتری بیولوژیک ، گرفتن نمونه مغز استخوان ، انجام الکترو کاردیو گرافی و اسکن رادیو ایزوتوپ

اقدامات درمانی حمایتی(1 : کنترل عالیم حیاتی 2

(پایدار سازی مصدوم 3

(درمان اولیه با ضد تهوع ضد اسهال ،ضد اضطراب و مایع درمانی 4

(درمان عوارض سندرم پرتو گیری حاد 5

(تجویز داروهای ضد قارچ ، کورتون تراپی و فاکتورهای محرک رشد سلولی 6

(درمان زخم های باز و سوختگی ها 7

(درمان های تکمیلی شامل : پیوند پوست ، پیوند مغز استخوان 8

(حمایت های روانشناسی و روانپزشکی مراقبت های پرستاری 1 :

3-اندازه گیری علایم حیاتی

4-بررسی باز بودن راه هوایی

5-گرفتن شرح حال (مثال : نحوه مواجهه ، وجود اسهال و استفراغ، وزن بیمار و از دست رفتن هوشیاری

(بررسی فیزیکی)پوست : قرمزی ،گرما ، ادم ، پوسته ریزی و... سیستم عصبی : اختلال سطح هوشیاری ، عدم تعادل ، نقص حسی حرکتی و.... سیستم گوارش : درد شکمی ، خونریزی و.... سیستم خونساز : خون مردگی ، کوفتگی(6)

(درخواست انجام دوزیمتری توسط تیم فیزیک پزشکی 7

(گرفتن نمونه ها) در تهیه نمونه خون ها باید دقت شود سوزن در محل آلوده فرو برده نشود(8)

(اندازه گیری دوره ای وزن مصدوم و بررسی وجود دهیدراتاسیون 9

(توجه به عالئم خونریزی آشکار و مخفی 10

(پیشگیری از آسیب و تروما و ایجاد شرایط ایزوالسیون معکوس 11

(بررسی پوست و مخاطات و آسیب های موضعی و زخم ها 12

(شستشوی زخم ها طبق تکنیک های استاندارد و انجام پانسمان های الزم 13

(مستندهای سازی)تمامی فعالیت ها بر اساس روز و ساعت باید نوشته شوند 14

(توجه ب مسائل روانی مصدوم و بررسی نیاز به حمایت های روانی 15

(آموزش به بیمار در صورت عدم نیاز به بستری

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فیزیک بهداشت

ناظر: مسئول بخش رادیولوژی

نحوه نظارت: مشاهده و بررسی مستندات - گزارش پرسنل و مراجعین

منابع و مراجع: مقاله مروری سوانح پرتویی و نحوه مقابله با آن

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
غلامرضا سواری - مسئول فیزیک بهداشت آقای علیدوست - مسئول بخش رادیولوژی	آقای علیدوست - مسئول بخش رادیولوژی	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

مراقبت و درمان

امکانات مورد نیاز: داروهای لازم طبق دستور، سرنگ، محلول ضد عفونی کننده

کارکنان مرتبط: پزشک - مسئول بخش - پرستار - سوپروایزر - نگهبان

بیانیه خط مشی: : جلوگیری از ضربه بیمار به خود و دیگران و رعایت دقیق الزامات خط مشی و روش مهار شیمیایی

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان خط مشی : استفاده صحیح از مهار شیمیایی		
تاریخ تدوین: 1398/08/18 تاریخ ابلاغ: 1398/08/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/10/2 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی : AH-TC-GCC_PO-01	

تعاریف:

مهارش-یه یایی یعنی استفاده از دارو ها جهت کنترل بیماریه ماردر پیش-گ گیری از آسیب به خود و دیگران

شیوه انجام کار:

شرایط استفاده از مهار شیمیایی در این بیمارستان به شرح ذیل میباشد:

- 1-پرستار / پزشک با ارزیابی بیمار،بیماران نیازمندبه مهار شیمیایی را مشخص می نمایند. بیمارانی که (رفتارهای تهاجمی،رفتارهای خطرناک برای بیماران دیگر،رفتار خودتخریبی،رفتار فیزیکی یا کلامی تهدیدکننده یا سابقه پر خاش-گری و تهاجم، مس-مومیت با اکل، دارو های همراه با کنترل ضعف یا فقدان کنترل رفتارها، رفتارهایی همراه با کنترل ضعیف و سابقه تهاجم و رفتارهای خود آسیب رسانی همراه با کنترل ضعیف،خواست خود بیمار)را دارا هستند
- 2-سابقه دارویی و حساسیت های بیمار توسط پزشک شناسایی می شود و برای پیشگیری از تداخلات دارویی ارزیابی میشود
- 3-پرستار مسئول بیماردر صورت بی-قراربودن بیمار،ضمن معرفی کامل بیمار و شرح وضعیت بالینی،علت بی-قراری بیماررا به پزشک معالج بیمارگزارش می نماید. همچنین در صورت لزوم صدمات حاد وارده به بیماررا نیزاعلام می نماید
- 4-پزشک معالج موظف است در برگه دستورات پزشک نوع مهارش-یه یایی و مدت زمان اجرا یی شدن مهارش-یه یایی را به شکل شروع و پایان مدت زمان مشخص نماید (قطع آن در کوتاه ترین زمان ممکن)
- 5-پرستار مهارش-یه یایی بیماررا با ید طبق دستور زمانی و نوع مهارش-یه یایی که پزشک دستور داده است به انجام رساند
- 6-پرستار در صورت نیازبیماربه مهارشیمیایی مجدد، به پزشک اطلاع دهد و پس از بررسی مجدد بیماردرستورات مهارش-یه یایی مجدد توسط ایشان نوشته شود.(با توجه به محدودیت استفاده از مهار شیمیایی در هر روز حداکثر سه بار)

- 7- قبل شروع مهار شیمیایی تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط مانتورینگ مداوم ، پوزیشن بیمار... در نظر گرفته می شود
- 7- پرستار نحوه کنترل بیمار در دستورات مهار شیمیایی-مدت زمان (شروع- پایان) و واکنش های بیمار نسبت به آن را در برگه گزارش پرستاری ثبت می نماید
- 8- پرستار از گرفتن دستورات شفاهی جهت اجرای شدن مهار شیمیایی برای بیمارانی که اندیکاسیون آن در بالا ذکر شد حتی الامکان خودداری نماید.
- 9- پرستار موظف است در شرایط اورژانسی و بحرانی دستورالعمل های یکتایی را در طی 1 ساعت اول دریافت نماید
- 10- پرستار کنترل علایم حیاتی/ نیازهای تغذیه ای/ نیازهای اجابت/ حفظ حریم خصوصی/ نیازهای بهداشتی بیمارانی که تحت مهار شیمیایی قرار گرفته اند را ارزیابی کرده و موظف به برطرف کردن آنها با هماهنگی با پرسنل مربوطه (- خدمات) به انجام می رساند
- 11- امکان انجام PRN وجود ندارد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: روسای بخش های بالینی

ناظر: مدیر پرستاری ، مسئولین بخش ها و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده و مشاهده

منابع مراجع: سیاست بیمارستانی- کتاب مرجع استانداردهای خدمات بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان خط مشی: استفاده صحیح از روش های مهار فیزیکی

کد خط مشی: AH-TC_GCC_PO_02

تاریخ تدوین: 1398/08/18

تاریخ ابلاغ: 1398/08/20

تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29

امکانات مورد نیاز: دستبند-پابند-کمر بند

کارکنان مرتبط: پزشک-مسئول بخش -پرستار-خدمات

بیانیه خط مشی : جلوگیری از ضربه بیمار به خود و دیگران و حفظ ایمنی بیمار

تعاریف: -

شیوه انجام کار:

- 1-پرستار بیمار را ارزیابی نموده علت بیقراری وی را به پزشک معالج گزارش می نماید
- 2-پزشک معالج به علت مشاهده یا گزارش موارد زیر دستور استفاده از مهار فیزیکی را برای بیمار صادر می نماید
- 3-رفتار تهاجمی-رفتارهای خطرناک برای بیمار و دیگران-رفتارهای خودتخریبی و تهاجم-مسمومیت با الکل یا داروها-کنترل ضعیف با فقدان کنترل رفتار (دیلریوم) رفتارهای خودآسیب رسان همراه با کنترل ضعیف-خواست خود بیمار
- 4-پزشک معالج باید در پرونده بیمار دستور کتبی مهار فیزیکی و تاریخ و مدت زمان مهار ثبت نماید در شرایط اورژانسی یا بحرانی در صورت دستور شفاهی بایستی پرستار طبق خط مشی دستورات شفاهی را در پرونده ثبت نموده و در اسرع وقت دستور کتبی را از پزشک بگیرد
- 5-پزشک معالج دستور مهار فیزیکی را به مدت بسیار محدود و بر اساس دستورالعمل زیر صادر مینماید.
- 6-(بالغین حداکثر 4 ساعت-نوجوانان 9 تا 17 سال حداکثر 2 ساعت-کودکان زیر 9 سال حداکثر یک ساعت مادران باردار مهار فیزیکی به دلیل آسیب به جنین در وضعیت خوابیده به پشت ممنوع میباشد و بیماریانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد ممنوع میباشد)
- 7-پرستار بیمار را از نظر صد مات حادث بررسی کرده هر یک ساعت نبض و بررسی عروقی انجام دهد و در صورت وجود صد مات حادث به پزشک اطلاع رسانی کرده و در گزارش پرستاری ثبت می نماید
- 8-پرستار باید کنترل نمایند در کنار تخت بیمار یا لا باشد
- 9-پرستار و سایل لازم جهت مهار فیزیکی را آماده مینمایند (ر-گاز-باند-پنبه و...)
- 10-پرستار باید دقت نماید راستای طبیعی بدن بیمار در طول مدت مهار حفظ شود و شانه ها در وضعیت مناسب قرار گیرد
- 11-پرستار کنترل مینماید که وسایل مهار فیزیکی به شکلی بسته شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو از آذانه حرکت دهد

- 12- پرستار پس از بستن عضونبض انتهای آن و پرشدگی مویرگی راهریکساعت بررسی می نماید.
- 13- پرستار به کمک بیمار و خدمات هر 2 ساعت بیمار را تغییرپوزیشن میدهد و نواحی مهار را کنترل مینماید تا آسیبی به بدن بیمار وارد نشود.
- 14- پرستار باید هر ساعت بیمار را از نظر ادامه نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی نماید.
- 15- در صورت اجازه پزشک، پرستار در مدت مهار فیزیکی با دادن مایعات کافی از کم آبی بدن بیمار جلوگیری می کند
- 16- در صورت اجازه پزشک طی مدت مهار فیزیکی خدمات باید در برآورده کردن نیازهای شخصی مثل استفاده از توالت به بیمار کمک نماید در غیر این صورت از لوله لگن استفاده شود و یا بیمار سونداز گردد.
- 17- اگر مهار بیمار بصورت فیزیکی میسر نباشد یا احتمال آسیب جدی به وی به دنبال آن باشد پرستار باید به پزشک معالج اطلاع رسانی نموده و در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- 18- پرستار باید طبق دستور پزشک نوع مهار فیزیکی زمان، شروع و خاتمه مهار و علت مهار فیزیکی و اقداماتی که توسط پرستار در قبل-حین و پس از مهار فیزیکی انجام شده و بررسی های به عمل آمده را در گزارش پرستاری ثبت نماید

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: کارشناس مدیریت بحران بیمارستان - سوپروایزر کشیک

ناظر: مدیر پرستاری - مسئولین بخش و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده و مشاهده

منابع مراجع: سیاست بیمارستانی - کتاب مرجع استانداردهای خدمات بیمارستان

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان دستورالعمل: شناسایی صحیح بیماران و تایید هویت و تاکید بر گروه های خاص	
تاریخ تدوین: 98/4/12 تاریخ ابلاغ: 1398/04/14 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/02/12 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/02/13	کد دستورالعمل: AH_TC_GCC_IN_01

امکانات مورد نیاز: دستبند شناسایی -

کارکنان مرتبط: کارکنان کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیک

تعاریف: -

هدف: عدم شناسایی صحیح بیماران در مراکز بهداشتی و درمانی منجر به بروز اقدامات و مراقبت های درمانی اشتباه من جمله در فرآیند تجویز داروها و جراحی ها، انتقال خون و یا تحویل نوزاد به خانواده میشود به زیان و آسیب های حاصله از این امر ضروریست کاهش و امکان حذف اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران در زمان ارایه خدمات درمانی تشخیصی و مراقبتی نقطه ثقل بهبود برنامه های ایمنی بیمار در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی قرار گیرد.

شیوه فعالیت:

- ❖ تهیه دستبند شناسایی در پذیرش
 - ❖ الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانواده
 - ❖ آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی
 - ❖ انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال
 - ❖ الصاق دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس و اقدامات روزانه
 - ❖ رعایت سیستم کدبندی رنگی دستبند شناسایی
 - ❖ چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجرهای پر خطر
 - ❖ آگاهی بیماران/خانواده آنان نسبت به اهمیت و نحوه استفاده از دستبند
- شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت برای تمامی بیماران طبق دستورالعمل ابلاغی

روش شناسایی فعال:

1. از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
2. پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
3. اگر بیمار کودک/ معلول ذهنی/ قادر به تکلم نباشد/ هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.

رنگ بندی دستبند شناسایی

سفید
بیماران عادی
همه بیمارانی که هیچ‌گونه ریسک خطر و یا حساسیت ندارند.
زرد (بیماران پرخطر که دستبند پرخطر میگیرند)
FALL=F = سقوط
سن بالای 60 ، تمامی زنان باردار ، افرادی که عمل جراحی یا شکستگی دارند و بیماران روان‌پزشکی
Sore = SO = مستعد زخم فشاری
بیماران با شکستگی اندام تحتانی ، جراحی وسیع و نیاز به استراحت مطلق ، بیماران با کاهش سطح هوشیاری
Thrombo embolism = T = مستعد ترومبوآمبولی
سن بالای 60 ، تمامی زنان باردار ، بیماران با شکستگی اندام تحتانی ، جراحی وسیع و نیاز به استراحت مطلق
Sad = SA = افراد مستعد خودکشی
سابقه خودکشی یا احتمال خودکشی ، تمامی بیماران بخش روان‌پزشکی
Malnutrition = MN = سوءتغذیه
کمتر از 20 (BMI)
Seizure = SE = تشنج
سابقه تشنج یا مستعد تشنج ، تمام بیماران ضربه سر
Polypharmacy = P = پلی فارمسی
بیمارانی که به‌طور هم‌زمان بیش از چهار دارو مصرف می‌کنند.
قرمز
حساسیت
بیماران با حساسیت دارویی و غذایی

افتادن" باشد ، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکي در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود .

۶) سایز و اندازه باند شناسایی بیماران بایستی متناسب با ساختار بدنی آنان باشد و طول آن از اندازه بسیار کوچک تا بسیار بزرگ متناسب با سایز نوزاد تازه متولد تا بیماران بسیار چاق و لنفادماتو و یا دارای بانداژ و سایر اختلالات تهیه گردد .

۷) جنس باند های شناسایی از مواد قابل انعطاف ، نرم ، ضد آب با قابلیت تمیز کردن مجدد باشد و هوائیز از آن عبور نماید به نحوی که باعث تحریک پوست و آلرژی نشده و کاربرد آن برای بیمار راحت باشد و منجر به خارش ، حساسیت و تعریق نشود و به پوست بیمار ولو هر چند که حساس و ظریف و آسیب پذیر نیز باشد ، صدمه نزند .

۸) باندهای شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند .

۹) نوشته های بر روی باند های شناسایی بایستی برای مدت طولانی دوام داشته باشد .

۱۰) بمنظور پیش گیری از خطا ، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی باند های شناسایی نوشته شوند .

۱۱) محل مناسب باند شناسایی بیماران بر روی بازوی دست غالب بیماران می باشد ، بدین دلیل که کمتر احتمال باز نمودن آن از بازوی بیمار بمنظور انجام اقدامات درمانی است .

۱۲) شناسه بیماران بر روی باندهای شناسایی شامل موارد ذیل است :

- نام و نام خانوادگی

- تاریخ تولد

- در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد

۱۳) تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود .

۱۴) در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی به منظور ارائه یک خدمت درمانی ، تشخیصی و یا مراقبتی باند شناسایی را از بازوی یک بیمار باز نمود ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن باند شناسایی بر بازوی بیمار اقدام نماید .

۱۵) هر بیمارستان بایستی دارای فرآیند هایی به منظور کسب اطمینان از وجود باند شناسایی با مندرجات صحیح بر روی بازوی بیمار باشد .

۱۶) تأکید می شود در صورتی که هر یک از کارکنان تیم درمانی با بیماری که فاقد باند شناسایی است ، مواجه گردند وظیفه آنان ایجاب می نماید که نسبت به تهیه باند شناسایی و بستن آن بر بازوی بیمار اقدام نمایند .

۱۷) الزامیست در هنگام پذیرش به بیماران درباره ضرورت بر دست داشتن دائمی و مراقبت از باند های شناسایی در مدت بستری در بیمارستان آموزش داده شود و یادآوری شود مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی را بررسی نموده و در صورتی که با مشخصات آنان مطابقت نمی نماید به پرستار و یا پزشک معالج خود اطلاع داده و از ایشان درخواست اصلاح آن را نمایند .

۱۸) اکیداً یادآوری می شود که بخشهای بیمارستانی دارای ضوابط و مقررات مکتوب و مدون بمنظور تحویل و تحول بخش
حین تعویض شیفت باشند .

❁ فرآیند شناسایی صحیح نوزادان :

۱) در صورتی که زائو قبل از زایمان برای معاینات دوره ای به بیمارستان مراجعه نموده است و دارای پرونده است ،
مشخصات شناسایی مادر را از روی پرونده بر روی باند شناسایی او نوشته و آن را به بازوی غالب مادر ببندید ، و
در صورتی که زائو برای اولین بار به درمانگاه مراجعه می نماید بعد از تشکیل پرونده ، برای او باند شناسایی
تهیه کرده و به بازوی زائو ببندید .

۲) بر روی باند شناسایی زائو قید مشخصات ذیل ضروری است :

- نام و نام خانوادگی
- تاریخ تولد
- ۳) در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو باند شناسایی تهیه کرده و بعد از چک
مجدد با مشخصات نوزاد به هردومچ پای نوزاد ببندید .
- ۴) نوشتن موارد ذیل بر روی باند شناسایی نوزاد الزامی است :
- نام و نام خانوادگی مادر
- جنسیت نوزاد
- تاریخ تولد
- زمان تولد
- شماره پرونده مادر

۵) در صورتی که نوزاد دو قلو و یا سه قلو است بر روی باند شناسایی آنها قید کنید .

۶) باندهای شناسایی نوزادان باید درملی معاینات روزانه توسط یکی از کارکنان پرستاری بررسی شود . در صورتی
که یکی از باندهای شناسایی نوزادی مفقود گردد ، برای نوزاد یک باند جدید شناسایی تهیه کرده و به مچ پای او
ببندید .

۷) در صورتی که هر دو باند شناسایی نوزاد مفقود شود ، مسئول بخش را مطلع نموده و کلیه باند های شناسایی
نوزادان بستری در بخش را چک کرده و در صورتی که مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردید ، برای نوزاد باند
جدید شناسایی تهیه و به مچ پای او ببندید.

❁ فرآیند شناسایی صحیح نوزادان بعد از زایمان :

- ۱) در صورتی که مادر و نوزاد به صورت تزام با یکدیگر با نوزاد به تنهایی در بیمارستان پذیرفته شده است ، بعد از تشکیل پرونده درمانی در اسرع وقت برای نوزاد دو باند شناسایی و برای مادر یک باند شناسایی با توجه به مشخصات مندرج در پرونده درمانی آنان تهیه و به بازوی مادر و مع پای نوزاد ببندید .
- ۲) در هنگام انجام اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل آنان به خانواده به باند شناسایی آنان توجه نمایید .

❁ فرآیند صحیح شناسایی بیمار قبل از عمل جراحی :

- ❁ ضروریست گلبه بیمار را کاندیدای عمل جراحی توسط تیم جراحی قبل از انتقال به اتاق عمل با توجه به فرآیند های ذیل شناسایی شوند:

- ۱) در صورتی که بیمار هوشیار است ، قبل از شروع عمل جراحی بیمار را با نام و نام خانوادگی اش خطاب نموده و از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و نام عمل جراحی خود را به زبان آورد .
- ۲) جهت کسب اطمینان از شناسایی صحیح بیمار ، مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و پرونده او را با هم و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید .
- ۳) نوع و موضع عمل جراحی مندرج در برگه رضایت عمل آگاهانه بیمار ، چارت عمل و خود اظهاری بیمار مقایسه نمایید .
- ۴) در صورتی که بیمار کودک و یا معطل ذهنی است و یا هوشیار نمی باشد ، با پرسش موارد یاد شده از والدین و یا وابستگان درجه یک بیمار او را بطور صحیح شناسایی نمایید .
- ۵) انجام عمل صحیح برای بیمار را تأیید نمایید ، و در غیر این صورت اگر یک مرحله از فرآیند یاد شده دچار اختلال گردید ، تا کسب اطمینان قطعی بیمار را به اتاق عمل منتقل ننمایید .
- ۶) دقیقاً قبل از ورود بیمار به اتاق عمل ، ضروریست اعضای تیم جراحی از بیمار درخواست نمایند که نام ، نام خانوادگی ، موضع عمل ، نوع اقدام جراحی را بطور کلامی بیان نماید و آنها را با پرونده و باند شناسایی بیمار مطابقت نمایند .
- ۷) سایر مراحل مطابق با چک لیست ذیل انجام می شود .

❁ ضوابط کلی مرتبط به فرآیند شناسایی صحیح بیماران بستری :

- ❁ به منظوره حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند.
- ۱) اکیداً یادآوری می شود که استفاده از باندهای شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد .
- ۲) الزامیست باندهای شناسایی بیماران توسط بخش پذیرش تهیه و قبل از ورود بیمار به بخش و در هنگام پذیرش بیمار در اختیار آنان قرار گیرد .
- ۳) صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود .
- ۴) ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده بصورت کتبی و امضاء تأیید نماید.
- ۵) الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشککی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود . در صورتی که بیمار مبتلا به آلرژی شناخته شده و یا در معرض هر گونه خطر شناخته شده برای مثال "مستعد به

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران -مسئولین بخش - سوپروایزرین بالینی

ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -بررسی مستندات

منابع : دستورالعمل های اعتبار بخشی نسل پنجم

جدول اسامی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان دستورالعمل: تلفیق دارویی	
تاریخ تدوین: 1398/07/18 تاریخ ابلاغ: 98/07/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد دستورالعمل: AH_TC_GCC-IN_02

امکانات مورد نیاز: پزشک داروساز – فرم تلفیق دارویی –
دامنه: بخش های بالینی

تعاریف:
تلفیق دارویی

فرآیندی است که نیاز به يك مقایسه بین دارویی که پزشك تجویز و دستور نموده با آنچه که بیمار مصرف می کند و در تلفیق دارویی هنگام بستری الزامی است لیستی از داروهای بیمار که قبل از بستری مصرف می کرده، تهیه شده و با لیست داروهای تجویز شده در زمان بستری مقایسه و تطبیق داده شود (تاریخچه دارویی). سپس تمام ناهمخوانیها و مغایرتها بین دولیست طی 24 ساعت مرتفع گشته و براساس این برنامه در مراحل مختلف جابجایی در سیر درمان، داروهای که توسط بیمار مصرف میشوند و یا قرار است مصرف شوند با داروهای قبلی و نیز با وضعیت بیماری مقایسه و مطابقت داده می شوند.

فرایند و وظایف اجرایی: تلفیق دارویی به بهینه سازی ایمنی دارویی در حین تغییر مراقبت های دارو درمانی تاکید دارد

جامع ترین حالت به صورت اخذ شرح حال دارویی و تهیه کامل ترین لیست از کلیه داروها فرآورده های گیاهی سنتی و مکمل

های مصرفی و داروهای تجویز شده برای بیماران در بیمارستان با نام و شکل دارویی جهت شناسایی هر گونه تداخل و

ناسازگاری دارویی و ارائه یافته ها جهت بهینه سازی رژیم دارویی تعریف میشود

تلفیق دارویی باید برای همه بیمارانی که 5 دارو یا بیشتر دریافت میکنند دو بار در زمان ترخیص و یزیرش ارائه شود

دو نسخه از فرم تلفیق دارویی باید به همه پرونده بیماران واجد شرایط الصاق گردد

(عدم وجود فرم تلفیق دارویی در پرونده بیمار جز مصادیق کسر امتیاز اعتبار بخشی میباشد)

-الویت ارائه دهندگان این خدمت در نوبت اول بر عهده داروساز بالینی میباشد

-در صورتیکه این خدمت توسط داروساز بالینی ارائه شود باید توصیه های خود را برای پزشک معالج ثبت نماید

-در صورت عدم استفاده از داروساز بالینی ارائه خدمت بر عهده پزشک بالینی میباشد

تکمیل فرم تاریخچه دارویی:

در بدو پذیرش بیمار توسط کادر درمان

مرور آن توسط پزشک معالج طی 24 ساعت پس از بستری

ظرف مدت 48 ساعت پس از بستری کنترل تلفیق دارویی توسط داروساز بالینی

چه بیمارانی مشمول تلفیق هستند؟ بیمارانی که داروهای از قبیل آنتی بیوتیکها ، انسولین ، داروهای پایین آورنده قند خون ، داروهای پایین آورنده فشارخون ، داروهای ضد پس زدن (پیوند)، ضد آریتمی ها، داروهای استنشاقی، داروهای ضد تشنج، داروهای ضد آنژین قلبی و مسکنها داروهای چشمی ، آنتی ویروسها، ضد انعقاد ها قبل از بستری در بیمارستان دریافت می دارند می بایست جهت این بیماران قبل از بستری در بخشهای بالینی توسط پزشکان فرم تاریخچه دارویی تکمیل و تلفیق در خصوص داروهای فوق صورت پذیرد

منابع : دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت

: جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی – مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده – کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی – مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند – رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان دستورالعمل: تسکین درد		
تاریخ تدوین: 1398/07/18 تاریخ ابلاغ: 98/07/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد دستورالعمل: AH_TC_GCC_IN_03	

امکانات مورد نیاز: داروهای مسکن – برگه مصرف مخدر

دامنه: بخش های بالینی

تعاریف: -

هدف: ارتقاء سطح کیفیت خدمات درمانی و تسکین درد و تأمین آسایش بیماران و رعایت حقوق آنها و افزایش رضایتمندی بیماران .

شیوه فعالیت :

1-پرستار، بیمار را از نظر داشتن درد و مشخصات آن مطابق با فرم ارزیابی اولیه و با استفاده از ابزار درد (0-10) شناسایی و در گزارش پرونده ثبت نماید و به اطلاع پزشک معالج برساند.

2. پرستار با استفاده از روشهای غیر دارویی بسته به نوع و محل درد اقدام نماید.

- مثلاً : استفاده از کیف آب گرم و حمام در دردهای عضلانی

-ایجاد تغییر پوزیشن راحت یا حرکات ورزشی مناسب برای کمر درد

-کاهش محرکهای محیطی (نور و سر و صدا برای سردرد)

پرستار در صورتی که درد بیمار کمتر نشد، کاردکس را چک کند، اگر دستور مسکن جهت کاهش درد وجود داشت همان دارو را به بیمار دهد و نام دارو، زمان و علت تجویز و تأثیر آن را در گزارش پرستاری ثبت نماید4 .

پرستار در صورتی که دستور تجویز مسکن در پرونده بیمار وجود نداشت، به پزشک معالج اطلاع دهد.

در صورتی که درخواست داروی مخدر توسط پزشک ثبت شد (بیشتر در بخش اورژانس) برگه مخدر توسط پزشک تکمیل و مهر و امضاء شود و توسط پرستار بخش با توجه به نوع و دوز دارو و تاریخ تجویز، برگه داروی مخدر تحویل مسئول شیفت شده و دارو به شکل آمپول دریافت شود.

. پوکه داروی مخدر بعد از مصرف به برگه مخدر چسبانده شود و در کمد نارکوتیک گذاشته شود.

داروی مخدر طبق تجویز در بخش مصرف شود و نام دارو، زمان، علت تجویز و تأثیر آن در گزارش پرستاری ثبت گردد6 .

. پرستار به زبانی ساده و قابل درک و فهم، بیمار را از عوارض داروهای مسکن/ داروهای مخدر آگاه سازد7 .

پرستار جهت تجویز داروی مخدر برای بیمار در حضور یک کارشناس پرستاری دیگر (مجموعاً دو پرستار) اقدام نماید

نکات مهم در داروهای مخدر :

-داروهای مخدر جزو داروهای هشدار ببالا میباشد - . ترجیحاً بهصورت شفاهی و دستور تلفنی داده نمیشود

-از حروف درشت در نوشتن آن در حین دستور پزشک استفاده میشود

-نگهداری و انبارش آن در قفسه جدا و قفل دار صورت میگیرد.(حتی قرص و شربت متادون)

-درج سوابق و موجودی داروی مخدر در تعویض شیفتها انجام میشود

-

عوارض ناخواسته داروهای مخدر

:حدود 96 درصد از بیماران که برای تسکین درد، مخدر استفاده میکنند حداقل دچار یک عارضه میشوند. بیوست، حالت تهوع، خواب آلودگی، آپنه تنفسی و در نهایت وابستگیهای روانی از عوارض شایع داروهای مخدر هستند. افراد سالمند، افراد با نارسایی قلبی، کلیوی و آنهایی که دچار زخم سپتیک هستند مخدر ممکن است موجب وخیم تر شدن شرایطشان شود.

رعایت نکات ایمنی حین تزریق مواد مخدر

(آهسته و رقیق شده) میتواند از عارضه مهم آپنه تنفسی بکاهد

داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی

:داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی مانند آسپرین- پیروکسیکام- ایندومتاسین- ایبوپروفن- دیکلوفناک و ناپروکسن و مفنایک اسید داروهایی هستند که مصرف فراوانی بخصوص برای درمان آرتروز و دردهای عضلانی و اسکلتی در جامعه دارند.

مهمترین نکتهای که در مصرف این داروها وجود دارد و حتماً به خانواده بیمار و بیماران آموزش داده میشود عوارض و تداخلات دارویی آن است.

این داروها اثر ضد التهابی خود را در بدن با کاهش تولید مواد پروستاگلندین ایجاد میکند. که پروستاگلندین در معده نقش محافظتی دارند و با مصرف این داروها این پوشش کمتر میشود لذا سبب ایجاد سوء هاضمه یا زخم معده و اثنی عشر میشوند

در صورت مصرف طولانی مدت داروهای NSAID از مهار کننده پمپ پروتون (امپرازول و....) استفاده شود در صورتی که مصرف بیش از 6 هفته تا 12 هفته باشد سبب افزایش آنزیمهای کبدی میشود اما نارسایی کبد نادر است. دیکلوفناک بیشتر از بقیه در این مورد مؤثر است. خونریزی معده زمانی مشاهده میشود که بیمار سابقه خونریزی را داشته باشد). بنابراین توصیه میشود حتماً با دستور پزشک و به مدت زمان محدود استفاده شود.

منابع و امکانات :پزشک – پرستار- داروهای مسکن- داروهای مخدر- فرم گزارش پرستاری- فرم دستور پزشک- تلفن با خط آزاد – فرم درخواست دارو مخدر – جعبه قفل دار نگهداری مخدر م

منابع و مراجع :

دستورالعمل ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار

. 2راهنمای جامع استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران/ ویرایش چهارم/ سال 1398

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چار اویماق 	
عنوان دستورالعمل : خود مراقبتی برای بیماری های شایع	
کد دستورالعمل : AH_TC_GCC_IN_04	تاریخ تدوین: 1396/10/28 تاریخ ابلاغ: 96/11/1 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز: پمفلت آموزشی -

کارکنان مرتبط: پزشک - پرستار

تعاریف:-

هدف:

ارتقاء و بهبود وضعیت بالینی بیماران بوسیله آموزش به بیمار و خانواده آنان در مورد رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی، مشارکت بیماران در روند مراقبت و درمان، افزایش اعتماد بیمار و خانواده به کادر پزشکی و پرستاری و تسهیل روند مراقبت و درمان، ارتقای سلامت بیمار و کاهش مراجعات بیماران به بیمارستان

1-پزشک/ پرستار مسئول بیمار بایستی از لحظه ورود به بخش آموزشهای بدو ورود، حین بستری و زمان ترخیص را به بیمار ارائه نماید.

2-پزشک/ پرستار پس از اطمینان از آمادگی بیمار بایستی آموزشهای لازم را به صورت چهره به چهره، پمفلت، جهت خودمراقبتی به بیمار ارائه نماید.

3-پزشک/ مسئول بخش/ پرستار مسئول بیمار/ سوپروایزر آموزش به بیمار اثربخشی آموزشهای ارائه شده را بایستی در طول مدت بستری و در زمان ترخیص بیمار از طریق مشاهده/ پرسش و پاسخ ارزیابی کند.

4-پرستار مسئول بیمار بایستی نوع آموزشهای خود مراقبتی داده شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید

5-پزشک/ پرستار بایستی کلیه آموزشهای الزم جهت مراقبت در منزل را هنگام ترخیص به بیمار(مکتوب و چهره به چهره) ارائه نماید.

6-سوپروایزر آموزش به بیمار اثربخشی آموزشهای ارائه شده را بایستی به صورت ماهانه از طریق پرسش و پاسخ و تکمیل چک لیست ارزیابی بررسی کند و نتایج را به صورت فصلی معاونت امور درمان ارسال نماید.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران بخش های بالینی

ناظر: مدیر پرستاری-سوپروایزر آموزشی-سرپرستار-سوپروایزر آموزش سلامت

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده و چک لیست اثر بخشی آموزشی

منابع : دستورالعمل های ابلاغی – تجربیات بیمارستان

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی – مدیر خدمات پرستاری خدیدجه علیزاده – سوپروایزر آموزش سلامت	کمال مصطفوی – مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند –رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق		
عنوان دستورالعمل : اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک		
تاریخ تدوین: 1396/10/28 تاریخ ابلاغ: 96/11/1 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17		کد دستورالعمل : AH_TC_GCC-IN_05

منابع و امکانات: دفتر ثبت آزمایشات معوقه

دامنه: بخش های اورژانس -بستری-اطاق عمل-پاراکلینیک
تعاریف :

بیمارانی که قبل از اعلام نتایج آزمایشات به هر دلیلی از بیمارستان ترخیص می شوند

هدف:

آگاهی بیمار از نتایج تست ها و ارتقای سلامتی و ایمنی بیمار و سیاست اجرای دستورالعمل ها

شیوه انجام کار

1-دفتري در بخش تعبيه گردد تا ليست بیمارانی که زمان ترخیص جواب تست های آنها آماده نیست در آن ثبت گردد.

2-مسئول بخش از روی دفتر مسئول پیگیری نتایج آزمایشات معوقه می باشد.

3- در صورتی که بیمار به هر علتی قبل از آماده شدن نتایج آزمایشات مرخص شود پزشک مسئول به وی توضیح دهد که پس از دریافت نتایج آزمایشات جهت ادامه درمان مراجعه کند

4- پزشک به بیمار و همراه وی آموزش میدهند که نتایج معوقه را پیگیری کند

5- در صورت ترخیص بیمار نام-نام خانوادگی و ش تلفن وی در دفتر ثبت شود تا پس از آماده شدن جواب مسئول بخش به وی اطلاع دهند

6- بعد از آماده شدن جواب تست ها تا 72 ساعت در بخش نگه داری شود و در صورت مراجعه بیمار یا همراه وی کپی جواب به آنها داده شود و امضاء گرفته شود در غیر این صورت جواب ضمیمه پرونده شود (توسط مسئول بخش به بایگانی داده شود)

7- در صورت مراجعه همراه جهت دریافت جواب-دریافت و رویت کارت شناسایی اثر انگشت و امضا الزامی است

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران بخش ها

ناظر: مدیر پرستاری - سرپرستاران بخش ها - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده و دفتر نتایج آزمایشات معوقه

منابع مراجع: دستورالعمل های ابلاغی

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارلویماق		
عنوان دستورالعمل: راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات در حین تحویل بیمار		
تاریخ تدوین: 1400/03/01 تاریخ ابلاغ: 99/07/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد: AH_TC_GCC--IN-06	

امکانات مورد نیاز:

دامنه: کلیه بخش های بالینی و غیر بالینی و پاراکلینیک

تعاریف: -

هدف:

کاهش خطاهای تحویل بیمار و انتقال اطلاعات بالینی بیمار همزمان با انتقال مسئولیت از فردی به فرد دیگر

مهمترین فواید تحویل استاندارد بیماران:

1- حفظ ایمنی بیماران: لغزش و خطا با تحویل مطلوب بیماران کاهش می یابد و این امر منجر به کاهش مرگ و میر و

معلولیت میشود

2- تداوم بهتر درمان در طی محور سلامت-بیماری

3- کاهش موارد تکراری - اجتناب از پرسش های تکراری - افزایش میزان رضایت فردی بیماران در خدمات سلامت

4- استاندارد سازی تحول شیفته ها که موجب افزایش تفکر نقادانه و به حداقل رساندن زمان سپری شده کادر بالینی دور از

بالین بیمار میشود

اصول و ضوابط کلی تحویل بیمار:

1- پزشکان بیماران بدحال را و ناپایدار را باید بهتر شناسند

2- باید اعضا کم سابقه تیم نسبت به نگرانی همتایان خود در شیفته قبلی به خوبی آگاه شوند

3- باید مراقبت و درمان هایی که به طور کامل انجام نشده اند به تیم بعدی تفهیم شوند

4- شیفت ها باید هماهنگ شوند 5- زمان لازم باید اختصاص داده شود 6- در ارتباط با تحویل شیفت شب حضور کلیه کادر الزامی میباشد 7- کارکنان در زمان تحویل بیمار مجاز به پاسخ به تلفن و یا زنگ احضار پرستار نیستند 8- تحویل باید بر بالین بیمار انجام شود 9- اطلاعات تبادل شده در تحویل بیمار باید ثبت شود 10- استفاده از تکنیکی ساده مثل SBAR جهت تحویل که مکانیسمی ساده در جهت به خاطر سپردن وضعیت بیمار میباشد

S وضعیت: تشریح وضعیت کنونی در طی 5 تا 10 ثانیه **B** (سابقه) بیان سوابق مرتبط و کابردی بیمار به اختصار- **A** (ارزیابی) یا نتیجه گیری آنچه که فکر میکنید **R** (توصیه ها) آنچه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی به آن موارد زیر در تحویل بیمار باید شفاف سازی شود: الویت بندی اقدانات درمانی که باید برای بیمار انجام شود- بیماران ناپایدار باید بررسی شود- طرح درمانی آتی بیمار باید نوشته شود

موارد لزوم به رعایت تحویل بین بخشی :

- 1- دستور انتقال در پرونده بیمار ثبت شود . هماهنگی با بخش مقصد انجام شود
- 2- شرایط و ملزومات انتقال ایمن بیمار را پرستار فراهم نموده است حداقل وسایل مورد نیاز به همراه داشتن مانیتور و پالس اکسی متری و با توجه به شرایط بیمار وسایل های دیگر
- 3- انتقال بیمار به بخش مقصد با پرستار انجام می شود
- 4- موارد STAT و پروسیجرهای اورژانس در بخش مبدا انجام شود .
- 5- اگر بیمار به اتاق عمل تحویل داده میشود مواد زیر باید رعایت شود: تحویل آزمایشات و مدارک بستری و مشاوره همراه با پرونده و بیمار با اتاق عمل- بررسی بیمار از لحاظ وجود هرگونه عضو یا اجزا مصنوعی و کاشتنی و نداشتن هرگونه زیود آلات- انتقال بیمار از طریق ویلچر و یا برانکارد ایمن - اجرای دستورات پزشک در بخش مربوطه توسط پرستار - تحویل بیمار با اتاق عمل توسط یکی از کارکنان درمانی واجد شرایط- حفظ حریم خصوصی بیمار و رعایت شئون اسلامی

6- مسئولیت ها و اختیارات:

- 7- فرد پاسخگو: مسئولین بخش
- 8- ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - مدیر پرستاری - مسئولین بخش
- 9- نحوه نظارت: مشاهده - بررسی

منابع : دستورالعمل های ابلاغی وزرات بهداشت

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیدجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپیماق 	
عنوان روش اجرایی: دستورات تلفنی / شفاهی	
کد : AH_TC_GCC-PR_01 تاریخ تدوین: 1401/3/20 تاریخ ابلاغ : 1401/03/19 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ : تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	

امکانات مورد نیاز: گوشی تلفن آیفون دار- پرستار مسئول بیمار -مسئول بخش -پرستار شاد -پرونده بیمار
کارکنان مرتبط: پزشک /پرستار

بیانیه سیاست:

به حداقل رساندن خطاهای پزشکی مربوط به ایمنی ازجمله دستورات شفاهی-تلفنی -خطاهای تحویل بیمار-گزارشات موارد بحرانی آزمایشات

تعاریف:دستور تلفنی عبارت است از دستور دادن به صورت تلفنی یا سایر وسایل شنیداری بین فرستنده و دریافت کننده پیام

دستور شفاهی:دستور به صورت شفاهی یا چهره به چهره بین فرستنده و دریافت کننده پیام

روش اجرایی:

1-مسئول بخش/ جانشین مسئول، مسئول شیفت/پرستار مسئول بیمار در صورت بروز مشکل تهدید کننده حیات برای بیمار،بافاصله با پزشک تماس میگیرد .

تبصره: دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی تنها در موارد اورژانس که تأخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود، قابلیت * اجرایی دارد.

2-پزشک، در صورت عدم امکان حضور فوری بر بالین بیمار، دستورات مراقبتی و درمانی لازم را با شرایط محدود که منجر به حفظ حیات بیمار شود به صورت تلفنی صادر می نماید

تبصره: در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج در مواردیکه تاخیر در انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به * دستورسایر اعضای تیم پزشکی موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود که پزشکان ذیصلاح مقیم، در این خصوص تصمیم گیری می نمایند

تبصره: تجویز داروهای پرخطر از طریق تلفنی با محدودیت کامل و فقط در موارد اورژانس انجام میشود*.

3-مسئول بخش/جانشین مسئول، مسئول شیفت/پرستار مسئول بیمار در حضور پرستار شاهد بطور واضح نام – نام خانوادگی بیمار، شماره اتاق، شماره تخت، تشخیص پزشکی و مشکل پیش آمده را به پزشک اعالم مینماید

4-پرستار گیرنده دستور در زمان اخذ دستورات تلفنی از پزشک سیستم صوتی تلفن را روی آیفون قرار می دهد

5-پرستار شاهد در صورت پخش صدا از طریق آیفون صدای پزشک را می شنود و در غیر اینصورت به دستورات تکرار 1 شده توسط پرستار گیرنده دستور بدقت گوش می دهد

6-پرستار گیرنده دستورات تلفنی بال فاصله در هنگام اخذ دستورات در برگه دستورات پزشک با ذکر دستورات داده شده، نحوه اجرای دستور، نام پزشک دستور دهنده و همچنین تاریخ و ساعت اخذ دستور، در برگ دستور ات پزشک ثبت و امضاء نموده و به امضاء پرستار شاهد می رساند

7-پرستار گیرنده دستور پس از اتمام دریافت دستورات تلفنی، برای اطمینان از صحت دستورات یکبار آنها را برای پزشک قرائت میکند و پرستار شاهد مجدداً دستورات را کنترل و تایید می نماید

تبصره: در صورت عدم وجود تلفن آیفوندار هر دستوری که توسط پزشک تجویز میشود، پرستار گیرنده دستور در حضور پرستار شاهد بایستی با صدای بلند مجدداً تکرار نماید). هدف از تکرار دستورات پزشک عالوه بر شنیدن پرستار شاهد، جلب توجه پزشک نسبت به دستورات داده شده میباشد

8- پرستار مسئول بیمار دستورات داده شده را بافاصله اجرا می نماید

9-پزشک در اولین مراجعه به بخش دستور تلفنی خود را مهر و امضاء می کند

10-پرستار مسئول بیمار در گزارش پرستاری و کاردکس مراقبتی بیمار ساعت و تاریخ دستور تلفنی، نام پزشک دستور دهنده، نام شخص تماس گیرنده، زمان و نحوه اجرای دستور و واکنش بیمار را ثبت می نماید

11-پرستار گیرنده دستور تلفنی، در صورتی که در هر یک از دستورات پزشکی شک نماید، تا کسب اطمینان از صحت آن . بایستی اجرای دستور را به تعویق انداخته و سوپروایزر کشیک را جهت تماس مجدد با پزشک و اطمینان از صحت دستور داده شده، در جریان امر قرار دهد

12-پرستار گیرنده دستور و پرستار/ ماما شاهد در پایان اجرای دستور تلفنی، گزارش پرستاری را مهر و امضاء مینماید

تبصره در صورتیکه بخش مربوطه تک پرستار باشد اطلاع به دفتر (سوپروایزر /پرستار تعیین شده توسط سوپروایزر *

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخ های بالینی

ناظر: مدیر پرستاری-مسئولین بخش ها و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده

منابع :

راهنمای جامع استاندارد های اعتبار بخشی ملی نسل پنجم

دستورالعمل های مراقبت های مدیریت شده

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق	
عنوان : روش اجرایی نحوه اخذ رضایت ترک علی رغم توصیه های پزشکی	
کد : AH_TC_GCC_PR_02	تاریخ تدوین: 1403/12/21 تاریخ ابلاغ: 1403/12/22

کارکنان مرتبط: سوپروایزر - پزشک معالج - پرستار بیمار

امکانات مورد نیاز: فرم ترک علی رغم توصیه های پزشکی - استامپ-

دامن: کلیه بخش های بالین

تعاریف:

- بیمار داوطلبانه قبل از دستور ترخیص پزشک بیمارستان را ترک مینماید.

هدف: با توجه به اینکه بالا بودن شاخص ترک علی رغم توصیه های پزشکی نشان دهنده میزان عدم موفقیت سیستم در پاسخگویی به نیازهای درمانی و جلب رضایت مراجعین میباشد هدف از تدوین این روش اجرایی به حداقل رساندن میزان

ترک علی رغم توصیه های پزشکی در مرکز میباشد. توجه به این مورد ضروری میباشد که ترک بیمارستان توسط بیمار با میل شخصی و علیرغم توصیه های پزشکی به معنای بی تفاوتی و رفع مسئولیت از بیمارستان در قبال برنامه ریزی ترخیص اینگونه بیماران نمی باشد.

شیوه انجام کار:

1- درخواست بیمار برای ترخیص با میل شخصی توسط سرپرستار / مسئول شیفت / پرستار بیمار به پزشک معالج اطلاع داده میشود.

2- توسط سرپرستار یا مسئول شیفت به سوپروایزر کشیک درخواست رضایت شخصی بیمار اطلاع داده میشود.

3- سوپروایزر شیفت بلافاصله بر بالین بیمار حضور مییابد.

4- سوپروایزر بر انجام روند صحیح فرایند نظارت میکند.

4- پزشک بر بالین بیمار حضور یافته و توضیحات کافی به بیمار یا ولی بیمار در مورد عواقب عدم ادامه درمان و خطرات ناشی از ترک زود هنگام در حضور پرستار مسئول بیمار به عنوان شاهد و سوپروایزر شیفت به عنوان تایید کننده میدهد.

5- اگر با توضیحات داده شده بیمار از تصمیم خود منصرف شد، روند درمان بیمار ادامه مییابد.

6- اگر با توضیحات داده شده بیمار همچنان بر تصمیم خود مصمم باشد، فرم ترک علی رغم توصیه های پزشکی توسط پزشک تکمیل میشود و توضیحات ارائه شده به بیمار در مورد وضعیت فعلی، نتایج حاصل از ترک با مسئولیت شخصی و آثار ناشی از عدم ادامه درمان نیز در فرم نوشته میشود.

8- فرم نوشته شده مجدد توسط بیمار یا ولی قانونی مطالعه شده و به امضا و اثر انگشت بیمار / ولی قانونی میرسد.

7- ، فرم توسط پزشک معالج، پرستار مسئول بیمار (شاهد) ، سوپروایزر شیفت (تایید کننده) مهر و امضا میشود.

9- دلایل ترک بیمارستان با مسئولیت شخصی در فرم علامت زده میشود. (علل مربوط به خود بیمار، علل مربوط به پرسنل، علل مربوط به درمان، علل مربوط به امکانات و محیط بیمارستان و یا سایر علل غیر از موارد ذکر شده)

10- اگر رضایت شخصی بیمار با خطر جانی همراه باشد، توسط سوپروایزر شیفت به نیروی انتظامی جهت حضور در بیمارستان اطلاع داده میشود.

11- اگر علت ترک مربوط به هزینه های درمان باشد، بیمار به واحد مددکاری معرفی میشود.

12- با توجه به اینکه این گروه می توانند در معرض خطر بالاتری از

نظر تهدید ایمنی نسبت به بیماران با ترخیص عادی باشند، در این بیماران توجه ویژه به مواردی مانند مدیریت نتایج

درمان با روشهای معوقه بررسی های پاراکلینیک و ارائه مشورت های لازم به بیمار و خانواده/ مراقبین وی جهت اطمینان از پیگیری جایگزین انجام میشود.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: پزشک معالج - پرستار بیمار - سوپروایزر شیفت

ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - سوپروایزر - مترون

نحوه نظارت: ارزیابی از طریق مشاهده و مصاحبه و مستندات

منابع:

تجربیات بیمارستان

جدول اسامی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
لیلا آهنگر - مسئول بهبود کیفیت خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	دکتر تنومند - مسئول ایمنی	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چار اویماق	
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان	
عنوان دستورالعمل : گزارش موارد بحرانی آزمایشات	
کد : AH-TC_GCC-IN_07	تاریخ تدوین: 1398/03/28 تاریخ ابلاغ: 98/3/30 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/02/12 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/02/13

امکانات مورد نیاز : خط بحران - دفتر ثبت مقادیر بحرانی - جدول مقادیر بحرانی آزمایشات

دامنه دستورالعمل: موارد درخواست آزمایشات بستری و سرپایی مراجعین بیمارستان

هدف: شناسایی مقادیر بحرانی و اقدام سریع تیم درمانی جهت شروع درمان به موقع عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار

تعاریف:

به نتیجه ای اطلاق میشود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر به سزایی در حیات بیمار با تفسیر و یا ماهیت تشخیصی و یا پیشگیری از بیماری داشته باشد

شیوه انجام کار:

- 1- مقادیر بحرانی تهیه و در معرض دید کارکنان آزمایشگاه نصب گردد و کلیه کارکنان از تمامی مقادیر بحرانی مطلع باشند.
- 2- یکی از الزامات ساختاری وجود خط تلفن یک طرفه بین آزمایشگاه و بخش های بیمارستان میباشد که از طرف بخش ها امکان تماس و شماره گیری مقدور نباشد.
- 3- در مورد بیماران سرپایی آزمایشگاه و رادیولوژی که نتایج آزمایش آنها موارد بحرانی باشد کارشناس آزمایشگاه از طریق شماره تلفن موجود در HIS ثبت شده است با بیمار تماس گرفته و راهنمایی کند .

چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده یادداشت شنیده بازخوانی یادداشت اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات

- 4-پرستار بعد از دریافت جواب آزمایش بیمار را تحت نظر قرار داده و در فرم گزارش موارد بحرانی ثبت کند .
- 5-پرستار بعد از ثبت مقادیر بحرانی گزارش شده در تلفن نتایج را برای فرد گزارش دهنده آزمایشگاه پشت تلفن بازخوانی نموده و از صحت آن اطمینان حاصل نماید.
- 6-فرد آزمایش کننده پس از اعلام اضطراری نتیجه اولیه به بخش آزمایش مقادیر بحرانی را مجدداً تکرار کند.
- 7-فرد انجام دهنده آزمایش در صورت متغیر بودن جواب بعد از تکرار مجدد و چنانچه در محدوده ی نرمال باشد باید جواب صحیح را به بخش گزارش کند.
- 8-پرستار در اسرع وقت اعلام مقادیر بحرانی را به پزشک معالج اطلاع و اقدامات لازم طبق دستور پزشک را انجام دهد.
- 9-پرستار بعد از گرفتن جواب آزمایش به پرونده الصاق کرده و در گزارشات پرستاری ثبت کند.
- 10-در صورت تغییر محل بستری پرستار بخش به فرد گزارش دهنده آزمایش محل انتقال بیمار به دبش دیگر را در تماس اول (حین گزارش موارد بحرانی) اطلاع دهد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی - مسئولین بخش ها
ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - سرپرستار
نحوه نظارت: بررسی مستندات - مشاهده - مصاحبه

منابع: تجربیات بیمارستانی

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان دستورالعمل: دستورالعمل رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل	
کد: AH_TC_GCC_IN-08	تاریخ تدوین: 1399/07/04 تاریخ ابلاغ: 1399/07/06 تاریخ تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17 آخرین بازنگری: 1403/09/29

امکانات مورد نیاز:

ترالی احیاء - ست های استریل - داروها و لوازم مورد استفاده در بیهوشی و بی حسی -

کارکنان مرتبط:

متخصص بیهوشی - تکنسین بیهوشی - پزشک معالج - سرپرستار اتاق عمل و سر پرستار واحدها

تعاریف:

انجام پروسیجرهای درمانی و تشخیصی ایمن در خارج از اتاق عمل

هدف:

1- ارائه مراقبت های جراحی و بیهوشی ایمن

2- پیشگیری از عفونت

3- پیشگیری از عوارض اقدامات تهاجمی

1. پزشک معالج بیمار را از نظر امکان انجام اقدام تهاجمی و نیمه تهاجمی در خارج از اتاق عمل { مثلا اتاق عمل سر پایی اورژانس و اتاق عمل مجزا سرپایی جهت : 1) ختنه 2) هر پروسیجر که با انسزیون همراه باشد 3) کشیدن ناخن 4) در آوردن میخچه 5) برداشتن کیست یا لیپوم 6- گذاردن جست تیوپ 7- تزریق مواد در فضای بین مفاصل 8- ترانسفوزیون خون بررسی و نسبت به اخذ رضایت آگاهانه اقدام نماید .
2. پرسنل بالینی حاضر در اقدام تهاجمی و نیمه تهاجمی در خارج از اتاق عمل از عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و نحوه کنترل آنها اطلاع حاصل کند.

نحوه کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار

عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار

* شناسایی دقیق بیمار قبل از هر اقدام تشخیصی – درمانی و مراقبتی، تطابق مشخصات بیمار با موارد درج شده در پرونده پزشکی بیمار و دستبند شناسایی بیمار قبل از ویزیت و انجام مشاوره و یا هر اقدام درمانی .

انجام اقدام درمانی و عمل

* جداسازی پرونده بیماران با نام مشابه در بخش و اطلاع رسانی وجود بیمار با نام مشابه روی پرونده بیمار

جراحی بر روی عضو اشتباه

* کنترل فرم آمادگی عمل و نوع عمل ثبت شده در پرونده بیمار.

* مطابقت نوع عمل طبق بیان خود بیمار با موارد ثبت شده در پرونده قبل از بیهوشی و در نهایت قبل از شروع جراحی .

* علامت گذاری موضع جراحی مخصوصا "در اعضای قرینه و کنترل موضع (و بررسی از نظر آماده سازی و علامت گذاری) توسط جراح و پرستار.

* آگاهی و اجراحی دستورالعمل جراحی ایمن .

* اجرای دستورالعمل دارو دهی صحیح بر اساس Right8 .

* اجرای صحیح فرآیند چک مجدد داروهای پر خطر توسط دو پرستار .

* مشخص نمودن داروهای پر خطر با برچسب قرمز و داروهای مشابه از نظر شکل ، تلفظ و نوشتار با برچسب زرد جهت حساس سازی پرسنل بخش و داروخانه .

تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه

داروهای هشدار بالا (پر خطر)

* معرفی و تعیین مراقبت ها ، عوارض داروهای جدید توسط امور دارویی به بخشهای مرتبط .

✱ بکار گیری دستورالعمل وزارتتی پیشگیری از سقوط بیمار .

✱ انجام ارزیابی اولیه بیماران و شناسایی بیماران آسیب پذیر بر اساس معیارهای موریس و اطلاع رسانی به سایر اعضای کادر درمانی – مراقبتی بیمار از طریق ثبت گزارش پرستاری .

✱ بررسی سالم بودن نرده های کنار تخت، برانکارد و چرخ ها و کمربند ایمنی صندلی چرخدار همچنین کنترل بالا بودن نرده های کنار تخت به صورت مداوم .

✱ حضور کمک بهیار و پرستار در کنار بیمار در زمان جابجایی.

✱ آموزش به بیماران و همراهان در خصوص رعایت نکات ایمنی.

✱ تهیه امکانات مهار فیزیکی (دستبند، کمربند، باند، ویبریل ...)

✱ وجود هند ریل (دستگیره) در راهروهای بخش، سرویس های بهداشتی و ...

✱ آموزش و کنترل بیماران مصرف کننده داروهای کاهنده فشارخون و کاهنده هوشیاری یا خواب آور .

✱ حرکت تدریجی بیماران بعد از CBR و کنترل V/S قبل از حرکت دادن بیمار .

✱ آموزش خود مراقبتی به بیماران دچار مشکلات حرکتی و مستعد سقوط .

✱ استفاده از کفش های مناسب برای بیماران

✱ برقراری نور کافی در راهرو بخشها بخصوص در شیفت های شب .

✱ شناسایی صحیح بیمار دریافت کننده خون در تمامی مراحل از زمان نمونه گیری برای ارسال به آزمایشگاه تا زمان تزریق خون.

✱ ارسال نمونه خون با 5 مشخصه روی لوله آزمایش شامل : 1. نام و نام خانوادگی بیمار 2. شماره پرونده 3. تاریخ و ساعت نمونه گیری 4. بخش ارسالی 5. نام نمونه گیر

✱ چک در خواست خون و همچنین ارزیابی تمامی مراحل آماده سازی و ترانسفوزیون خون و فرآورده تحویل گرفته شده و ثبت علائم واکنش های خونی توسط دو پرستار .

✱ اطلاع کامل از علائم و نشانه های فرآورده های خونی غیر سالم و علائم واکنش های خونی .

✱ آگاهی اجرای دستورالعمل ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی توسط کارکنان بالینی تخصصی .

✱ مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون و ارتقاء ایمنی بیماران پر خطر .

سقوط بیمار(تخت ، در حین حرکت) منجر به آسیب پایدار یا مرگ

ناسازگاری عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ یا عارضه حاد گردد .

* رزرو خون برای اعمال جراحی که به علت ریسک خونریزی نیاز به خون خواهند داشت یا به علت بیماری زمینه ای احتمال خونریزی وجود دارد (مانند بیماران با اختلالات انعقادی)

* کنترل موضع جراحی بعد از عمل جراحی بخصوص در مواردی که احتمال خونریزی یا هماتوم بیشتر است (مانند اعمال جراحی سزارین،... یا بیماران دارای اختلال انعقادی)

خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی

* کنترل دقیق محل پرو سیجر جراحی ، درن یا زخم و ثبت گزارش در هر شیفت توسط پرستار مربوطه و در صورت بروز هر گونه خونریزی یا هماتوم گزارش فوری به پزشک معالج .

* در بیماران سر پایی قبل از تزریق دارو از حساسیت داروئی سوال شود .

* قبل از تزریق پنی سیلین تست حساسیت انجام شود .

* ارزیابی اولیه تمامی بیماران بستری بر اساس حساسیت های داروئی انجام شود و در صورت نیاز از دستبند قرمز رنگ برای شناسایی این بیماران استفاده شود .

* کنترل مداوم وضعیت بالینی بیمار بعد از تجویز دارو و ثبت وضعیت بالینی در گزارش پرستاری در صورت بروز حساسیت .

* در دسترس بودن ترالی احیا آماده بودن تجهیزات مورد نیاز جهت کنترل وضعیت بالینی و علایم حیاتی بیمار در حین تستهای تهاجمی یا در صورت بروز آنافیلاکسی .

شوک آنافیلاکسی ناشی از

تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار

* آگاهی و بکار گیری دستورالعمل جراحی ایمن .

* چک دستگاه بیهوشی ، گازهای طبی و تخت عمل توسط تکنسین یا کارشناس هوشبری .

* کنترل علایم حیاتی در حین تحویل از پرستار بخش .

* چک پرونده بیمار از لحاظ نوع عمل ، آمادگی های قبل پروسیجر ، درخواست و رزرو خون ، میزان خون کراس مچ شده ، آزمایشات بیمار ، بیماریهای زمینه ای ، هماهنگی جهت نوع بیهوشی یا بی حسی .

* همکاری در انتقال ایمن بیمار به برانکارد و همچنین تخت عمل و دادن پوزیشن مناسب به بیمار .

* حضور مداوم و فعال کاردان یا کارشناس بیهوشی در تمامی مدت عمل جراحی (قبل از شروع کنترل و مانیتورینگ وضعیت بالینی و تنفسی بیمار در حین انجام و پس از اتمام پروسیجر و ثبت کامل جزئیات اقدامات و علایم حیاتی) .

* همکاری در انتقال ایمن بیماران از تخت اتاق عمل به برانکارد و تحویل به ریکاوری .

* اعلام کامل گزارش بیمار به پرستار ریکاوری و سپس تحویل بیمار به صورت کامل از نظر نوع بیهوشی ، پوزیشن ، مراقبتها ، کنترل علایم حیاتی ، دریافت خون و مایعات ، موضع پروسیجر (خونریزی ، پانسمان و...) با ثبت جزئیات هوشیاری و علایم حیاتی در پرونده .

* بررسی و ثبت محل چسبیدن پلیت کوثر روی بدن بیمار در صورت استفاده در عمل جراحی .

عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار

* الزام رعایت بهداشت دست توسط کلیه پرسنل بالینی (درمانی - خدماتی) در بخشها با نظارت سر پرستار .

* رعایت دستورالعمل استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی .

* رعایت اصول تزریقات ایمن.

* کنترل استریلیزاسیون تجهیزات در انجام تکنیک های تهاجمی .

* نظارت بر گندزدایی صحیح وسایل و سطوح توسط پرسنل.

* رعایت اصول احتیاطات استاندارد و احتیاطات بر اساس راه انتقال بیماری .

* تفکیک صحیح در مبداء و دفع استاندارد پسماندهای عفونی و غیر عفونی .

* رعایت دستورالعمل ها و روش های اجرائی پیشگیری از عفونتهای بیمارستانی .

عفونت های بیمارستانی شدید

که منجر به مرگ یا عارضه

پایدار

* اطمینان از صحت عملکرد تجهیزات قبل از استفاده در تمام بخشها .

* آموزش نیروهای جدید ورود در خصوص استفاده از تجهیزات (کوتر ، وارمر ، کیف آبگرم و ...)

* رعایت مسائل ایمنی در حین استفاده از کوتر (خشک بودن پوست بیمار ، عاری از مو بودن یا شیو

محل چسبیدن پلیت به بدن بیمار ، چسبیدن کامل پلیت به بدن بیمار ، عدم تماس بدن بیمار با فلز)

* در تحویل بیمار ان از اتاق عمل حتما استفاده یا عدم استفاده از کوتر قید شده و در صورت استفاده

محل پلیت کوتر بررسی و دقیقا "در گزارش ریکاوری ثبت شود .

* رعایت فاصله با منبع گرمایشی در موارد استفاده از وارمر ، مراقبت های مربوط به استفاده از

کیف آبگرم در بیمارانی که دچار کاهش حس محیطی مثل بیماران دیابتی ، توجه به ادامه آثار

آنستزی لوکال تا مدت زمان معین ، لزوم مراقبت از قسمت های آنستزی از نظر دما و تحریک

موضعی ، توجه به آسیب پذیری بیمار در مراحل پایانی بی حسی .

سوختگی ناشی از هر منبعی در

حین مراقبت (کوتر ، وارمر ، کیف

آب گرم و)

* شناسایی و تریاژ مادران پرخطر و استفاده از تیم با تجربه و کارآمد در ارائه خدمات مورد نیاز (ارائه

خدمات و انجام مراقبت توسط نیروهای با سابقه کاری بالاتر)

* اطلاع کامل و دقیق کادر درمانی بخش های زنان و مامائی از لیست مادران پرخطر و علایم خطر ونحوه

انجام مراقبت و تکمیل فرم مادران پر خطر جهت پیگیری .

* در مواردی که مادر باردار دچار شرایط حاد و تهدید کننده می باشد ، اطلاع رسانی فوریت توسط ماما

/پرستار به پزشک معالج ، آنکال و سوپروایزر کشیک .

* در صورت لزوم انجام مشاوره با متخصص زنان (استاد معین و درخواست کمک)

* اختصاص فضای جداگانه جهت مادران پرخطر و پره اکلامپسی .

* وجود ترالی اورژانس در اتاق بستری مادران پر خطر .

* رعایت نکات ایمنی در هنگام نقل وانتقال ، در زمان تعویض ملحفه ، پوشاک و لباس نوزاد و استفاده

از کات برای جابجایی های نوزادان .

مرگ یا عارضه نوزاد یا مادر بر اثر زایمان	* حساس سازی نیروهای کمک پرستار و خدماتی در خصوص احتمال سقوط نوزاد . * اجرای خط مشی شناسایی صحیح نوزاد ، کنترل دستبند شناسایی نوزاد حداقل در هر شیفت و در هر نوبت تحویل و تحول . * آموزش علایم ایکنر نوزادی و سایر علایم پرخطر ، یادآوری زمان واکسیناسیون و انجام تستهای غربالگری و ویزیت نوزادان برای والدین . * اختصاص مامای مراقب نوزاد در اتاق عمل و بخش زایمان . * گذراندن دوره احیای قلبی – ریوی (بزرگسالان و نوزادان) برای تمامی پرستاران / ماماها ی شاغل در بخش های زایمان و مامائی و نوزادان .
--	--

تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه	* در صورت بروز هر گونه عوارض در هر نوع دارو بلافاصله فرم ADR تکمیل شده وبه کمیته دارو ، مرگ و میر گزارش گردد. * در صورت بروز عوارض خاص در هر نوع عمل جراحی چه در حین عمل و یا پس از انجام عمل جراحی گزارشات به کمیته مرگ و میر و مورتالیتی گزارش گردد. * تشکیل کمیته های مرگ و میر و دارو بدنبال هریک از عوارض شدید پس از جراحی . * اطلاع کارکنان از تداخلات دارویی و رعایت دستورالعمل های وزارتی در مورد نحوه تزریق داروها و پروتکل ها . * در دسترس بدون اقلام دارویی حیاتی در بخشها .
--	---

- 3-پرستار ،اتاق عمل سرپایی ،، اتاق زایمان ، را از نظر امکانات و تجهیزات آماده کند.
- 4-پرستار باید وضعیت ساختاری و مکان انجام پروسیجر تهاجمی را بررسی نماید
- 5-پرستار و بیماربر، باید بیمار را به اتاقي که شرایط انجام اقدام تهاجمی را داشته باشد منتقل کند
- 6-پرستار و بیمار بر باید حریم خصوصی بیمار و پوشش وی را حفظ کند
- 7-پرستار باید مشخصات مربوط به بیمار را بر اساس دستبند شناسایی چک کند و هویت بیمار را شناسایی کند.
- 8-پرستار و سایر کادر درمانی،باید کلیه تجهیزات و امکانات مورد نیاز را بر بالین آماده کند
- 9-پرستار و بیمار بر باید بیمار را از نظر خطر سقوط از تخت بررسی کرده و احتیاطات الزم مانند بال کشیدن بد ساید ها و،،و.....انجام دهد
- 10-پرستار در کلیه مراحل انجام پروسیجر و حتي تا چند ساعت بعد از انجام پروسیجر بیمار را بررسی وتحت نظر دارد.
- 11-کلیه اقدامات انجام شده باید طبق دستور پزشك باشد و پرستار موظف به ثبت کلیه اقدامات انجام شده می باشد

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخش ها

ناظر: مدیر پرستاری - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: بررسی مستندات / مشاهده / مصاحبه

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

امکانات مورد نیاز: ترالی اورژانس، اکسیژن، ساکشن، مانیتور قلبی ریوی، دستگاه دفیبریلاتور، پالس اکسیمتر
کارکنان مرتبط: پزشک بیهوشی، پزشک / دستیار، مسئول بخش / جانشین مسئول، پرستار مسئول بیمار و تیم احیاء، خدمات
تعاریف:
هر گونه تغییر در وضعیت هوشیاری و علایم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار که منجر به تهدید در ادامه حیات بیمار میشود و
نیاز به مداخله فوری از طرف کارکنان درمانی دارد.

اهداف: شناسایی بیماران بدحال اورژانسی

حداقلهای مورد انتظار در خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری
"وظایف سوپروایزر:

1 دریافت جزئیات بیمار بدحال از سوپروایزر شیفت قبل

2- پیگیری مشکلات گزارش شده از بخش در رابطه با بیمار بدحال

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



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

کد خط مشی : AH_TC_GCC_PO_03	تاریخ تدوین: 1399/01/09
	تاریخ ابلاغ: 99/01/10
	تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17
	تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29

3- هماهنگی بین بیمارستان ها جهت همکاری و اعزام بیمار

حضور در بالین بیماران بدحال اورژانس بخش های بستری و نظارت بر روند اجرای خدمات پرستاری اورژانسی

نظارت بر روند انجام مشاوره های بیمار بدحال

پایش وضعیت همودینامیک بیمار و روند مانیتورینگ

وظایف سرپرستار بخش:

اطمینان از رسیدگی به بیماران بدحال در تمام ساعات شبانه روز

نظارت بر وجود تجهیزات لازم و داروهای ضروری

نظارت بر راند و ویزیت روزانه پزشک معالج

نظارت بر انجام اقدامات پاراکلینیکی درخواست شده و مشاوره های درخواستی اورژانسی

گزارش فوری بیمار بدحال به پزشک انکال یا پزشک عمومی اورژانس

تقسیم بیماران بدحال بر اساس کیس متد بین پرسنل بخش

سپردن بیمار بدحال به کادر با تجربه بخش

فراخوان گروه احیا به موقع و در اسرع وقت

اطلاع به سوپروایزر بالینی

جابه جایی تخت بیمار بدحال به طوری که در دسترس و در دید باشد

وظایف پرستار:

شناسایی بیمار بدحال اورژانسی

مانیتورینگ مداوم و مستمر بیماران بدحالی

درخواست کمک از سایر همکاران در بخش

انجام اقدامات اولیه

پیگیری انجام اقدامات پاراکلینیک و جواب آزمایشات

اطلاع به مسئول شیفت جهت فراخوانی تیم احیا و پزشک بیمار

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخش ها

ناظر: مدیر پرستاری، مسئولین بخش ها و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سوپروایزرین

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده و مشاهده

مراجع: سیاست بیمارستان

اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق		
عنوان: خط مشی کاهش احتمال خطر سقوط		
تاریخ تدوین : 1398/04/10 تاریخ ابلاغ : 98/4/12 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی : AH_TC_GCC_PO_04	

دامنه: کلیه بخش های بالینی و غیر بالینی و پاراکلینیک

تعریف:

سقوط و آسیب های ناشی از ان دارای تعاریف متفاوتی میباشد سقوط های مجدد که از علل افزایش طول اقامت بیماران در بخش های بستری شناسایی شده است خود علامت هشدار دهنده بود سقوط میتواند منجر به کاهش کیفیت زندگی بدلیل ترس از سقوط و یا ترس از سکستگی شود که خود بر احتمال خطر سقوط می افزاید از آنجا که سقوط در بخش بستری بیمارستان قابل اجتناب میباشد آسیب های ناشی از سقوط در این بخش نیز جزء اتفاقات ناخواسته ای قلمداد میشود که هرگز نباید رخ دهد بر اساس طبقه بندی موریس سقوط به سه دسته تقسیم میشود:

سقوط های تصادفی: که ناشی از عوامل خارجی نظیر عوامل محیطی میباشد

سقوط های پیش بینی شده: که ناشی از عوامل فیزیولوژیک مثل گیجی میباشد

سقوط های غیرقابل پیش بینی: که حاصل نتایج غیر منتظره با منشاء داخلی نظیر شروع سنکوپ و یا سکتة میباشد

تهیه دستبند شناسایی زرد برای بیماران در معرض سقوط در پذیرش

الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانواده آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی الصاق دستبند شناسایی به دست بیمار در محل پذیرش و تایید صحت مندرجات آن توسط بیمار/ خانواده آموزش بیمار در بدو ورود به بخش در خصوص نگهداری و نحوه و علت استفاده از دستبند شناسایی انجام شناسایی ایمن بیماران به صورت فعال

الصاق دستبند شناسایی برای کلیه بیماران بستری شامل بیماران تحت نظر بخش اورژانس آگه بیشتر از 6 س تحت نظر باشد و اقدامات روزانه

رعایت سیستم کدبندی رنگی دستبند شناسایی

چک مستقل دوگانه هویت بیمار در پروسیجرهای پر خطر

آگاهی بیماران/ خانواده آنان نسبت به اهمیت و نحوه استفاده از دستبند

راهکارهایی جهت جلوگیری از سقوط :

پیشگیری موثر از سقوط بیماران منوط به کار تیمی و برنامه ریزی منسجم درمانی است.

۶. بیماران را راهنمایی کنید که دمپایی یا کفش های مناسب بپوشند، تا سر نخورند .
۷. در کنار تخت بیمار صندلی راحتی بگذارید.
۸. ترتیبی اتخاذ شود که راهرو منتهی به توالت و دستشویی واجد نور کافی و فارغ از هر گونه مانع ، اشیاء زاید و اضافی باشد .
۹. مطمئن شوید که در راهرو ها مانعی بر سر راه بیماران قرار ندارد.
۱۰. در صورت لزوم دسترسی بیمار را به واکر ، عصا و سایر وسایل کمک حرکتی تسهیل نمایید.
۱۱. حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگه دارید.
۱۲. ارتفاع تخت از سطح زمین را ارزیابی نمایید به نحوی که در حین حفظ آسایش و راحتی بیمار و کارکنان در پایین ترین سطح ممکن قرار داشته باشد.
۱۳. محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار ، بررسی نمایید.
۱۴. در اتاق درمان و یا واحد های تشخیصی، بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید.
۱۵. در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکارها مطمئن شوید.
۱۶. بیمار یا مراقبین (همراهان) وی را در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.
۱۷. در شب محیط را به صورت نسبی روشن نگاهدارید.
۱۸. جابجایی بیماران را به روش ایمن انجام دهید.
۱۹. در بین ساعات ۶ صبح تا ۱۰ شب هر ساعت یک بار به بیمار سرکشی بکنید و فعالیت های ذیل را انجام دهید:

- i. سطح درد بیمار را بررسی کنید
- ii. داروی بیمار را در اختیار وی قرار دهید.
- iii. نیاز بیمار به اجابت مزاج را بررسی کنید.
- iv. وضعیت دمپایی بیمار را بررسی کنید.
- v. مطمئن شوید که تخت در وضعیت فقل شده قرار دارد.

- vi. ارتفاع تخت بیمار را در پایین ترین حد ممکن قرار دهید، از راحت و آسایش بیمار و نیاز وی به تغییر وضعیت مطمئن شوید.
 - vii. از سهولت دسترسی بیمار به زنگ احضار پرستار مطمئن شوید.
 - viii. از سهولت دسترسی بیمار به تلفن مطمئن شوید.
 - ix. از سهولت دسترسی بیمار به کنترل تلویزیون مطمئن شوید
 - x. میز کنار تخت را در دسترس بیمار قرار دهید.
 - xi. سطل آشغال را در دسترس بیمار قرار دهید.
 - xii. دستمال کاغذی را در دسترس بیمار قرار دهید.
 - xiii. قبل از ترک بالین بیمار به وی اطمینان دهید که حداکثر تا یک ساعت دیگر یکی از همکاران پرستار به او سرکشی خواهد نمود.
۲۰. در صورتی که بیمار ناروهای مصرف می نماید که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن بیمار وی تاثیرگذار است، بیمار را به لحاظ سقوط زمانی که دارو به بیشترین میزان خود در خون وی می رسد کنترل نمایید.
- ا. در صورتی که بیمار تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک، ضد تشنج و بنزودیازپین ها است احتمال خطر سقوط او بالاست.
 - آ. در صورتی که بیمار ناروهای برای پرفشاری خون، ناروهای قلبی، آنتی اریتمی یا ضد افسردگی مصرف می نماید، احتمال خطر سقوط برای وی در حد متوسط است.
 - آی. در صورتی که بیمار ناروهای دیورتیک مصرف می کند، احتمال خطر سقوط برای وی پایین است.
۲۱. در صورتی که وضعیت روانی بیمار در حین پذیرش یا انتقال نامعین است یا دچار کاهش حاد فعالیت روانی شده است، به منظور اطمینان از وجود دلیریوم در وی نیاز به ارزیابی بیشتر است.
۲۲. بیمارانی که دچار مشکلات حرکتی می باشند :
- ا. وسیله کمک حرکتی آنان بایستی در کنار تخت و به سهولت قابل دسترسی باشد. در صورتی که بیماران وسایل کمک حرکتی خود را از منزل آورده باشند، بایستی ایمنی وسیله را به جهت استفاده در بخش بررسی نمود.
 - آ. حتی با وجود وسایل کمک حرکتی بیماران ممکن است، نیاز به کمک پرستاران برای حرکت داشته باشند.
۲۳. بایستی نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند، بر طبق برنامه زمان بندی (به فواصل منظم و به صورت مستمر) رفع شود.
۲۴. اختلال بینایی بیماران بستری در حد امکان بایستی رفع شود.

مراجع: دستورالعمل های ابلاغی - سیاست بیمارستان

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران -پرستار بیمار -

ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار -سوپرنایزر

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده -مشاهده -مصاحبه

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ گنده ایمنی بیمار	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق 	
عنوان خط مشی: خط مشی ترخیص بیماران به صورت ایمن	
کد: AH_TC_GCC_PO_05	تاریخ تدوین: 1398/01/08 تاریخ ابلاغ: 98/01/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات : فرم ترخیص ایمن -
کارکنان مرتبط: پزشک - پرستار

دامنه: کلیه بخش های بالینی

اهداف:

برای ارتقا ترخیص ایمن بیماران استفاده از ابزارهای استاندارد مانند **اسمارت** توصیه میشود
آموزش "مراقبت از خود"، درمانهای نگاهدارنده، پیگیری /مراجعه بعدی و مصرف ایمن داروها به بیمار جهت دستیابی به حداکثر سطح سلامت قابل اکتساب
همچنین در موارد ترخیص به میل شخصی رعایت حداقل الزامات ترخیص ایمن توصیه موکد میگردد
ترخیص ایمن مفهومی همه جانبه برای صیانت از ایمنی بیماران و دستاوردهای مراقبت و درمان در زمان ترخیص است.
ترخیص ایمن شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقای سلامت و مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاوردهای مراقبت و درمان پس از ترخیص است
شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر بر اساس سنجه های ب-1 -4 -2 و ب-1 -4 -3 صورت می پذیرد.
دامنه خط مشی: کلیه بخش های بالینی
فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: تمامی پرستاران شاغل در بخش های بالینی
ذینفعان و صاحبان فرایند: مسئول ایمنی بیمار

روش کار:

اطمینان پزشک معالج از آمادگی بیمار برای ترخیص ایمن و بی نیازی او به استمرار مراقبتهای بیمارستانی / جایگزینی سایر شیوه های مراقبتی ایمن خارج از بیمارستان
ثبت دستور ترخیص توسط پزشک معالج و پس از ویزیت بیمار در روز ترخیص
ارائه توضیحات جهت آمادگی خانواده و مراقبت کنندگان بیمار برای ترخیص و نگهداری ایشان در منزل
مدیریت مراقبت و درمان بیمار پس از صدور دستور ترخیص توسط پزشک تا هنگام تر بیمارستان
نظارت بر نحوه انتقال ایمن بیمار از بیمارستان و پشتیبانی ارائه خدمات طبی مستمر در حین انتقال
مدیریت دارویی در فرایند ترخیص و تلفیق دارویی در نسخه ترخیص
آموزش اثر بخش بیماران حین ترخیص و دادن فرم آموزش های حین ترخیص به بیمار با مهر و امضای پزشک و پرستار
شناسایی و برنامه ریزی برای بیماران نیازمند به استمرار مراقبتهای توانبخشی
شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص
شناسایی بیماران / مددجویان آسیب پذیر اجتماعی در مرحله قبل و پس از ترخیص و پیگیری وضعیت این بیماران پس از ترخیص
توسط کارشناسان مددکاری اجتماعی

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران -پرستار بیمار -

ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار -سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: مشاهده

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
------------	-------------	-------------

کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری خدیدجه عزیزاده-کارشناس هماهنگ گنده ایمنی بیمار	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان
--	---------------------------------	-----------------------------

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چار اویماق	
عنوان دستورالعمل : اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	
کد دستورالعمل : AH_TC_GCC_IN_09	تاریخ تدوین: 1401/07/09 تاریخ ابلاغ: 1401/07/10 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز : نیروی انسانی، دستگاه همودیالیز ، صافی ، سیستم R/O، سرم، داروها- محلول ضد عفونی

کارکنان مرتبط: سرپرستار بخش -مسئول شیفت-پرستار

هدف:

حصول اطمینان از کارگیری روش صحیح انجام دیالیز با کمترین عوارض
 دامنه دستورالعمل : بخش دیالیز
 شیوه انجام کار (چه فعالیتی، چه زمانی، در چه مکانی، توسط چه کسی)

1-پرستار بیمار را پذیرش کرده ، و به تخت خود راهنمایی کند.

2-پرستار بیمار میهمان را از نظر هیاتیت B با توجه به آزمایشات بررسی کرده و در صورت مثبت بودن به سوپروایزر جهت هماهنگی ارجاع بیمار به شهرستان های همجوار دارای دستگاه انتی ژن مثبت اطلاع دهد.

3- برای بیماران دیالیزی رضایت آگاهانه بایستی توسط پزشک در حضور پرستار اخذ شده باشد . مدت اعتبار رضایت آگاهانه به شرط ثابت ماندن شرایط بیمار یکسال می باشد .

3-پرستار اصول و احتیاطات همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از بیماری های منتقله از راه خون بین بیماران و کارکنان را رعایت کند .

- 4-پرستار با توجه به وضعیت مددجو طبق نظر پزشک /مسئول دیالیز صافی مناسب را برای بیمار انتخاب نماید.
- 5-پرستار دستگاه را به روش استاندارد شستشو –آماده و ست پریم نماید.
- 5-پرستار بیمار را قبل از شروع دیالیز وزن کرده و در پرونده بیمار ثبت نماید .
- 6-پرستار موظف است از نحوه محاسبه وزن خشک آگاه داشته و با توجه به آن میزان UF دستگاه را تنظیم نماید.
- 7-پرستار آگاهی لازم از نحوه دستیابی به عروق بیمار که شامل فیستول ، کاتتر می باشد را داشته باشد .
- 8-پرستار قبل از شروع دیالیز کارکرد صحیح هریک از راه های دسترسی بیمار را بررسی کرده و در صورت اطمینان از کارکرد صحیح آن دیالیز بیمار را شروع کند.
- 10- پرستار قبل از دیالیز بیمار را از نظر عوامل مستعد کننده به اختلالات الکترولیتی مانند اسهال و استفراغ بررسی نماید . در صورت وجود هریک از علایم شرایط بیمار را به اطلاع پزشک مربوط رسانده و دستورات لازم اجرا و در پرونده ثبت گردد.
- 11- پرستار بیمار را از نظر عوامل اختلالات الکترولیتی مانند افت یا افزایش فشارخون ،اختلالات نبض و تنفسی و درجه حرارت کنترل نماید و در صورت وجود اختلال با هماهنگی پزشک مربوطه اختلالات را اصلاح و در پرونده ثبت نماید.
- 12- پرستار پس از اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه شستشو و پریم کامل لاین ها و مناسب بودن شرایط بیمار همودیالیز بیمار را شروع کند.
- 13- پرستار در زمان شروع دیالیز آموزش لازم جهت جلوگیری از خروج نیدل ها و شالون و محدودیت مصرف غذا به جهت جلوگیری از افت فشارخون ، بالا بودن بد سایه ها به بیمار دهد.

❖ پایش مستمر حین همودیالیز

- 1- پرستار موظف است پس از شروع بیمار خود را در تمام ساعت انجام همودیالیز از نظر عوارض حین دیالیز (شامل افت فشارخون ،تهوع و استفراغ، کرامپ عضلانی ، سردرد، افزایش فشارخون ،خارش ، لخته شدن و ..) بررسی نماید و در صورت بروز هریک از عوارض با مشورت با پزشک مربوطه اقدامات پرستاری لازم را جهت اصلاح عوارض ایجاد شده بعمل ورد.

❖ پایش پس از دیالیز

1-توزین مجدد بیمار

پرستار موظف است پس از دیالیز بیمار را وزن کرده و وزن بیمار را در پرونده ثبت نماید .و در صورتیکه بیمار به وزن خشک نرسیده باشد آموزش های لازم را در زمینه محدودیت مصرف مایعات به بیمار بدهد.

2-کنترل و انعقاد مناسب محل خارج کردن سوزن :

پرستار موظف است پس از اتمام همودیالیز محل خروج نیدل ها را با گاز به مدت زمان لازم فشار داده و پس از اطمینان از عدم خونریزی و ایجاد لخته و انعقاد مناسب محل را با پانسمان کوچک فیکس نماید.

در صورت استفاده از کاتتر پرستار موظف است اقدامات لازم را بر اساس استاندارد پایان دیالیز در جهت شستشو و هیپارینه کردن لاین ها در شرایط استریل انجام دهد .

3-عدم وجود اختلالات همودینامیک

پرستار موظف است قبل از off کردن بیمار علایم حیاتی را که شامل BP-P- R-T را کنترل کرده و در صورت هر گونه اختلال با مشورت پزشک اقدامات لازم را انجام داده و تا زمانی که وضعیت همودینامیکی بیمار پایدار نشده از خروج بیمار از بخش جلوگیری نماید.

4-پرستار در پایان دیالیز آموزش لازم در جهت مراقبت از فیستول و کاتتر در منزل ومحدودیت مصرف مایعات ،تغذیه صحیح را به بیمار و خانواده وی دهد.

5-پرستار موظف است پس از پایان دیالیز هر بیمار تا زمان شروع دیالیز بعدی دستگاه را به دقت ضدعفونی و شستشو نموده و دستگاه را به پرستار شیفت بعد تحویل بدهد.

6-کلیه موارد و اقدامات صورت گرفته حین دیالیز و آموزش های داده شده به بیمار توسط پرستار به دقت ثبت گردد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستار – پرستار بیمار

ناظر: مدیر پرستاری – سرپرستار

نحوه نظارت: بررسی مستندات /مشاهده/مصاحبه

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی –مدیر خدمات پرستاری لیلا آهنگر-سرپرستار دیالیز	لیلا آهنگر-سرپرستار دیالیز	دکتر تنومند –رئیس بیمارستان

مراقبت های حاد و اورژانس

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان خط مشی: روش مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد		
تاریخ تدوین: 1401/03/18 تاریخ ابلاغ: 1401/3/20 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی : AH-TC_EIC -PO-01	

امکانات مورد نیاز: برانکارد، ترالی اورژانس، اکسیژن، ساکشن، مانیتور قلبی ریوی، دستگاه دفیبریلاتور، ونتیلاتور، پالس اکسیمتر

کارکنان مرتبط: پزشک بیهوشی، پزشک کشیک، پرستار مسئول بیمار و تیم احیاء

تعاریف: -

بیانیه سیاست/ خط مشی:

با توجه به اهمیت درمان بیماران بستری در بخش های بالینی و لزوم پیشگیری از وارد شدن آسیب و عوارض غیر قابل جبران به بیماران بستری و ارائه بهترین روش های درمانی بیماران بستری و کنترل و درمان به موقع وضعیت های مجزای بیماران و درمان و کاهش عوارض آسیب به بیماران ، این مرکز ملزم و موظف به حسن اجرای نظارت بر مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد بستری در بخش های بالینی و اورژانس می باشد.

روش اجرایی :

1. سرپرستار بخش نسبت به وجود امکاناتی نظیر مانیتورینگ علائم حیاتی و کپسول اکسیژن پرتابل جهت استفاده بر بالین بیمار اطمینان حاصل می نماید

2- پرستار به محض مشاهده وضعیت بیمار و هرگونه اختلال علائم حیاتی در وی سریعاً اقدامات اولیه مراقبتی درمانی را انجام می دهد .

3. پرستار بخش سریعاً پرستار مسئول شیفت را مطلع می کند .

4. پرستار مسئول شیفت بر بالین بیمار حضور یافته ، وضعیت بیمار را بررسی و اقدامات اولیه مراقبتی و درمانی را انجام می دهد. (وصل مانیتورینگ علایم حیاتی به بیمار) در پایش آن (پرستار بیمار کنترل می کند که لید های نوار قلب ، پروب پالس اکسی متری و کاپ فشار سنج صحیح وصل شده باشد5).

5. پرستار مسئول شیفت پزشک معالج کشیک را در خصوص وضعیت بیمار مطلع می نماید .

6- پزشک معالج بر بالین بیمار حضور یافته و با توجه به وضعیت اورژانسی بیمار ، دستور انجام خدمات مراقبتی درمانی و مشاوره ای را برای بیمار صادر و در پرونده بیمار ثبت می نماید7 .

7. پزشک معالج در صورت نیاز به مشاوره اورژانسی به صورت تلفنی یا مکاتبه ای با متخصص مورد نظر مشاوره انجام می دهد و نتیجه آن را در پرونده بیمار ثبت می کند

8 . پرستار مسئول شیفت ، دستور پزشک در پرونده بیمار را کنترل و اقدامات مراقبتی درمانی و مشاوره ای الزامی را جهت انجام و پیگیری به پرستار بخش ارائه می نماید

9. پرستار بخش مطابق با دستور پزشک معالج اقدامات مراقبتی درمانی و مشاوره ای را به صورت اورژانسی برای بیمار انجام و در پرونده وی ثبت می نماید.

10. پرستار بخش اقدامات انجام شده جهت بیمار را به اطلاع پرستار مسئول شیفت و پزشک معالج می رساند

11 . در صورت نیاز به انتقال بیمار به بخش مراقبت های ویژه و ادامه برنامه مراقبتی وی در بخش ویژه ، با توجه به نبود بخش ویژه در این بیمارستان هماهنگی های لازم جهت اعزام بیمار به مرکز مجهز توسط سوپروایزر انجام میشود.

12- بیمار تحت مراقبت و مانیتورینگ علایم حیاتی و با رعایت موازین ایمنی به همراه آنکال اعزام و در صورت نیاز به همراه کارشناس بیهوشی علاوه بر آنکال اعزام ، به بیمارستان مقصد طبق هماهنگی با ستاد هدایت دانشگاه اعزام میشود.

13. دستورات پزشک در حین اعزام بیمار از جمله کنترل علایم حیاتی و ... توسط آنکال اعزام انجام میشود و در برگه های موجود ثبت میشود.

• مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران

ناظر: مدیر پرستاری، مسئولین بخش ها و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و سوپروایزرین

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده - مشاهده -

مراجع : کتاب استاندارد های پرستاری

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده-کارشناس هماهنگ گنده ایمنی بیمار پریسا علیپور -سرپرستار اورژانس	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان/موضوع خط مشی: ارایه خدمات استاندارد در تمام ساعات شبانه روز و در تمام روزهای هفته در اورژانس		
کد خط مشی: AH-TC_EIC-PO-02	تاریخ تدوین: 1397/10/09 تاریخ ابلاغ: 1397/10/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	

امکانات مورد نیاز: کلیه لوازم و تجهیزات استاندارد و داروهای مورد نیاز جهت ارائه خدمت در اورژانس

کارکنان مرتبط: پزشک - پرستار

دامنه خط مشی:

بخش اورژانس

تعریف:

تداوم مراقبت های درمانی بیماران در تمام ساعات شبانه روز و تمام روزهای هفته طبق استانداردهای سازمانی

بیانیه خط مشی:

با توجه به موارد زیر این خط و مشی تدوین شده است.

(1) باید آزمایشات اورژانسی، رادیو گرافی ها 24 ساعته انجام گیرد.

(2) برنامه ریزی دارو و درمان و مراقبت های پرستاری 24 ساعته تنظیم می شود.

روش/شیوه انجام کار:

- سرپرستار اورژانس جهت حضور پرسنل، با توجه به دستورالعمل چینش نیروی انسانی و حجم کاری در هر شیفت برنامه ریزی لازم را بعمل آورده و توسط مدیر خدمات پرستاری مورد تأیید قرار گرفته و نظارت مستمر توسط ایشان صورت می گیرد و در صورت عدم حضور پرسنل، مسئول بخش با هماهنگی دفتر پرستاری کادر جایگزین تعیین می کند.

- 2) کلیه لوازم و تجهیزات استاندارد و داروهای مورد نیاز جهت ارائه خدمت در اورژانس مهیا شده و در دسترس پرسنل ارائه دهندگان خدمات قرار داده شده است و براساس چک لیست های مربوطه توسط مسئولین مربوطه در هر شیفت از کارکرد صحیح تجهیزات اطمینان کسب می شود.
- 3) کلیه بیماران و مراجعه کنندگان اورژانس در تمام روزهای هفته و ایام تعطیل توسط پزشکان عمومی ویزیت تعیین تکلیف می شوند در صورت نیاز موارد با پزشک متخصص مقیم یا آنکال مربوطه به صورت تلفنی هماهنگ شده یا تعیین تکلیف می شود و در صورت نیاز پزشک متخصص مقیم یا آنکال جهت ویزیت بر بالین بیمار حاضر می شود و تعیین تکلیف نهایی بیمار را انجام می دهند.
- 4) کلیه لوازم و تجهیزات استاندارد مورد نیاز جهت ارائه خدمت توسط رئیس و سرپرستار اورژانس مهیا شده و در دسترس پرسنل ارائه دهنده خدمات قرار گرفته و آموزش های لازم داده می شود.
- 5) . در صورت نیاز، جهت رفع مشکلات احتمالی به وجود آمده در ارائه خدمات با سرپرستار اورژانس یا سوپروایزر هماهنگی لازم صورت می گیرد.
- 6) آزمایشات درخواستی بیماران در تمامی ساعات شبانه روز توسط آزمایشگاه انجام می شود.
- 7) برنامه تیم احیاء توسط دفتر پرستاری و آنکالی پزشکان متخصص توسط مدیریت بیمارستان به طور ماهانه تنظیم و در دسترس پرستاران قرار گرفته است.
- 8) کلیه پرسنل بر طبق برنامه تنظیمی مسئول واحد یا بخش حضور فعال داشته و به ارائه مراقبت های درمانی استاندارد می پردازند که نظارت بعهده مسئول بخش می باشد.
- 9) جهت کسب اطمینان از ارائه خدمات استاندارد ریاست بیمارستان از سوپروایزر سرپرستار اورژانس گزارش گرفته و نیز در بازدیدها انجام شده در وقت های غیر اداری بر رعایت موارد استاندارد نظارت می کنند.
- 10) **مسئولیت ها و اختیارات:**
- 11) **فرد پاسخگو:** سوپروایزر - مسئول بخش
- 12) **ناظر:** کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - سوپروایزر - مدیر پرستاری
- 13) **نحوه نظارت:** بررسی مستندات پرونده - مشاهده - مصاحبه

14)

منابع : تجربیات بیمارستان جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری پریسا علیپور - سرپرستار اورژانس	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران معاونت درمان
عنوان/موضوع خط مشی : انجام مشاوره های اورژانسی		
کد خط مشی: AH-TC_EIC-PO-03	تاریخ تدوین: 1401/07/17 تاریخ ابلاغ : 1401/07/19 تاریخ آخرین ابلاغ : 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	

امکانات مورد نیاز -برگه مشاوره-گوشی و خط تلفن

کارکنان مرتبط: پزشک -سوپروایزر-پرستار - مسئول شیفت -سرپرستار

بیانیه سیاست : حصول اطمینان از اینکه در تمامی مراحل مراقبتی بیمار پزشک معالج بیمار مشخص شده و همه درمان ها ،مشاوره ها و مراقبت های لازم با اطلاع و هماهنگی ها انجام می شود.

دامنه (محدوده) : تمام بخشهای بالینی

مسئولیتها و اختیارات: مسئولیت اصلی بیمار با پزشک معالج یا ویزیت کننده بود و کلیه موارد تعیین شده از سوی پزشک مشاور باید به تایید پزشک معالج برسد و در صورت اجازه دادن پزشک معالج اجرا شود.

تعاریف:

منظور از مشاوره اورژانسی شرایطی است که حیات بیمار بدون مداخلات فوری تهدید میشود یا عوارض جدی به وی وارد می شود .

- 1- پزشک اورژانس یا پزشک معالج در صورت صلاحدید به صورت کتبی در برگه های درخواست مشاوره ، درخواست مشاوره اورژانسی را می دهد.
- 2- اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن مشاوره در برگه درخواست مشاوره قید شده و سپس توسط پزشک معالج شرح حال بیمار ذکر می گردد و توسط پزشک معالج مهر و امضا می شود و تاریخ و ساعت ذکر گردد.
- 3- مشاوره های آنی و فوری مستقیماً توسط پزشک معالج اطلاع داده می شوند ولی مشاوره های غیر اورژانسی بلافاصله و بدون واسطه توسط پرستار مسئول شیفت یا سرپرستار بخش به پزشک مشاور اطلاع داده می شود.
- 4- طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت در صورت درخواست مشاوره ، مشاوره های آنی (Emergen) در صورت مقیم بودن پزشک ظرف 10 دقیقه در صورت غیر مقیم بودن ظرف 30 دقیقه ، مشاوره فوری (urgent) حداکثر ظرف مدت 2 ساعت و مشاوره های غیراورژانس (Non urgent) ظرف مدت 24 ساعت بیمار را ویزیت می کند.
- 5- مشاوره به صورت حضوری و بر بالین بیمار انجام گیرد و پاسخ مشاوره به صورت واضح در برگه درخواست مشاوره نوشته میشود
- 6- دستورات پزشک مشاور (دارویی- پاراکلینیک و...) پس از تایید تلفنی یا حضوری توسط پزشک معالج قابل اجرا می باشد و در اولین حضور بر بالین بیمار دستورات پزشک مشاور را مجدداً order می گردد.
- 7- مشاوره های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا می باشد. بدیهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود. مشاوره های تخصصی غیراورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت بگیرد و به هیچ وجه دستورات تلفنی قابل اجرا نمی باشد. در مشاوره های آنی و فوری حضور پزشک معالج در حین مشاوره بر بالین بیمار الزامی است .
- 8- 9- در گزارش پرستاری کلیه اقدامات انجام شده در مورد مشاوره شامل ساعت و تاریخ اطلاع رسانی و انجام و اتمام مشاوره بطور دقیق ثبت می گردد .
- 10- در صورتیکه پزشک مشاور پاسخگو نباشد بلافاصله پرسنل مسئول شیفت مراتب را جهت پیگیری به اطلاع سوپر وایزر کشیک برساند.

. مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: پزشک - سرپرستار

ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار - سوپرنایزر - مدیر خدمات پرستاری

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده - مشاهده - مصاحبه

منابع:

کتابچه راهنمای نسل پنجم اعتبار بخشی

جدول اسامی :

تہیہ کنندہ	تایید کنندہ	ابلاغ کنندہ
کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری خدیجہ علیزادہ-کارشناس هماہنگ کنندہ ایمنی بیمار پریسا علیپور -سرپرستار اورژانس	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

جراحی و بیهوشی :

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق		 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان
عنوان دستورالعمل: نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل		
تاریخ تدوین: 1397/10/09 تاریخ ابلاغ : 1397/10/10 تاریخ آخرین بازنگری : 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی: AH-TC_SAC-IN-01	

امکانات مورد نیاز: فرم های موجود در پرونده بیمار، دستبند شناسایی، اتاق عمل آماده

دامنه :اتاق عمل

هدف: مدیریت پذیرش بیماران در اتاق عمل با اولویت های معین و توجه به نیازهای بیماران مختلف کاندید جراحی و رعایت حقوق آنها

شرح فعالیت (روش کار):

- 1.. لیست بیماران الکتیو در شب قبل از عمل تحویل اتاق عمل داده شود.
2. قبل از پذیرش بیماران توسط مسئول پذیرش اتاق عمل از حضور پزشکان متخصص در اتاق عمل اطمینان حاصل می‌ود.
- 4- یکی از تخت های اتاق عمل برای جراحی های اورژانسی رزرو بماند.
4. با اعلام اتاق عمل به بخش ، بایستی پرستار مسئول بیمار ، بیمار را به اتاق عمل تحویل دهد.
5. در هنگام انتقال بیمار با توجه به وضعیت بیمار در صورت لزوم از وسایل کمکی از قبیل اکسیژن پرتابل و ونتیلاتور پرتابل استفاده شود
6. در انتقال بیمار به اتاق عمل بر حسب شرایط از ویلچر یا برانکارد دارای bed side استفاده شود
7. بیمار توسط پرستار بخش و بیمار بر به مسئول پذیرش بیمار در اتاق عمل تحویل داده شود
8. دستبند بیمار را کنترل نموده و برای اطمینان از صحیح بودن مشخصات مندرج در آن، با مشخصات پرونده بیمار تطبیق داده شود
9. پرونده بیمار توسط پذیرش اتاق عمل را از نظر مشاوره بیهوشی، مشاوره قلب، ، ضمیمه بودن آزمایشات، فرم رضایت آگاهانه و داشتن رضایت نامه خاص قطع عضو و رضایت High Risk کنترل نمایید
10. در اعمال جراحی نظیر هیستریکتومی، بستن لوله های رحمی و کورتاژ از وجود رضایت نامه همسر اطمینان حاصل نمایید
11. کلیشه های رادیوگرافی، MRI، سی تی اسکن و سونوگرافی را در بیمارانی که به این کلیشه ها نیاز دارند هنگام پذیرش بیمار تحویل بگیرید
12. اگر بیمار دیابتی است از ضمیمه بودن آخرین قند خون اطمینان حاصل کنید
13. محل عمل را از نظر صحت ناحیه عمل، شیو محل، و علامت گذاری محل بخصوص در ارگان های قرینه با آنچه در پرونده بیمار توسط پزشک قید شده بررسی نمایید
14. از عدم وجود دندان مصنوعی، لنز تماسی یا هر پروتز قابل جدا سازی در بیمار اطمینان حاصل نمایید
16. از تکمیل فرم رضایت آگاهانه در حضور بیمار اطمینان حاصل کنید
17. از NPO(ناشتا) بودن بیمار اطمینان حاصل کنید و برآن تاکید نمایید
18. بیمار را با لباس مخصوص اتاق عمل تحویل بگیرید و مطمئن شوید کلیه لباس های بیمار خارج شده و فقط با لباس مخصوص اتاق عمل پذیرش شود.
19. حریم خصوصی بیمار را با پوشش مناسب حفظ کنید

20. کلیه اتصالات بیمار از قبیل سونداژ، IV Line و درن ها را چک نمایید

21. قبل از پذیرش بیمار مطمئن شوید مثانه بیمار خالی است و در صورت سونداژ از خالی بودن کیسه ادرار اطمینان حاصل کنید

22. در صورتی که بیمار هوشیار است از همان زمان پذیرش با بیمار ارتباط برقرار کنید و به کاهش اضطراب بیمار کمک نمایید

23. اجرا یا عدم اجرای داروهای پروفیلاکسی (مثل داروهای کنترل کننده فشار خون، دیابت، آنتی بیوتیک ها و...) را سوال کرده و به پزشک متخصص بیهوشی و جراحی اطلاع دهید

24. در بیمارانی که دستور رزرو فراورده های خونی دارند، از آماده بودن رزرو خون اطمینان حاصل نمایید

25. در هر زمان، پذیرش بیماران اورژانسی را در اولویت قرار دهید

26. بیمارانی که پر خطر هستند مثل مادران باردار پر خطر، بیماران دیابتی پیشرفته و بیماران آسیب پذیر مثل سالمندان، کودکان و بیماران دارای بیماری مزمن را در اولویت پذیرش قرار دهید

27. در صورتی که جراح یا متخصص بیهوشی تشخیص دهد که بیمار بعد از عمل نیاز به بستری در بخش های ویژه را دارد، از قبل هماهنگی لازم با بخش مربوطه را به عمل آورید

چند نکته:

1. CBC در تمام بیماران باید انجام شود

2. رادیو گرافی در افراد بالای 60 سال انجام شود

3. ECG در افراد بالای 40 سال انجام شود

4. بیمار میتواند برخی وسایل خود از قبیل سمعک، عینک و عصا را تا قبل از بیهوشی همراه داشته باشد

5. مدت زمان NPO طبق جدول زیر باشد:

سن	مایعات صاف	مایعات نیم صاف و جامدات
0 تا 6 ماه	2 ساعت	4 ساعت
6 ماه تا 3 سال	3 ساعت	6 ساعت

3 سال به بالا

3 ساعت

8 ساعت

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول بخش اتاق عمل

ناظر: کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار-مسئول بخش اتاق عمل-سوپروایزرین بالینی

نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه

منابع /مراجع:راهنمای جامع پرستاری اتاق عمل-دستورالعمل های ابلاغی جراحی ایمن

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده-کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار کمال جواد-مسئول بخش اتاق عمل	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق			
		عنوان دستورالعمل: جراحی ایمن	
تاریخ تدوین: 1397/10/08 تاریخ بلاغ : 1397/10/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17		کد : AH-TC_SAC -IN-02	

امکانات مورد نیاز: • تیم جراحی • برگ مربوط به جراحی ایمن • تجهیزات بیهوشی • پالس اکسی متری • نگاتوسکوپ
کارکنان مرتبط: کارشناس هوشبری-

دامنه : بخش اتاق عمل

هدف

- : آگاهی کارکنان جراحی و بیهوشی از چک لیست و دستورالعمل جراحی ایمن •
- وجود چک لیست و راهنمای جراحی ایمن در اتاق عمل
- انطباق عملکرد کارکنان جراحی و بیهوشی بر اساس چک لیست و دستورالعمل جراحی ایمن عمل
- . 2 دامنه : کاربرد این دستورالعمل اتاق عمل و ریکووری می باشد

تعاریف و اصطلاحات :

چک لیست جراحی ایمن : لیستی از اقداماتی که هنگام ورود و خروج بیمار از اتاق عمل باید انجام شود ، به همراه ساعت ورود و خروج و شروع اقدام جراحی باید ثبت شود

. مسئولیت ها و اختیارات : مسئول اتاق عمل : مسئولیت نظارت بر انجام صحیح چک لیست جراحی ایمن توسط پرسنل اتاق عمل را بر عهده دارد.

پرسنل اتاق عمل: مسئولیت مطالعه و ثبت دقیق اطلاعات بیمار و ساعت ورود و خروج بیمار در چک لیست جراحی ایمن را بر عهده دارد.

شرح اقدامات : بیمار توسط تیم جراحی وارد اتاق عمل می شود و روی تخت دراز می کشد ، همه ی اعضای تیم جراحی خود را به بیمار معرفی می کنند .پرستار سرکولر برگ مربوط به جراحی ایمن را بر اساس مشاهدات و اطلاعاتی که از بیمار می گیرد پر می کند1 .

1. ساعت ورود بیمار در برگ جراحی ایمن ثبت گردد .

2. ساعت شروع اقدام جراحی در برگ چک لیست جراحی ایمن ثبت گردد

3.ساعت خروج بیمار از اتاق عمل در برگ چک لیست جراحی ایمن ثبت گردد

4.نام و نام خانوادگی بیمار با پرونده چک شود و در صورت هوشیاری بیمار از وی پرسیده شود .

5.موضع جراحی توسط جراح یا کسی که جراح مشخص کرده باشد علامت گذاری گردد

6.ایمنی تجهیزات بیهوشی توسط متخصص بیهوشی و تکنسین بیهوشی چک شود

7. سالم بودن پالس اکسی متری چک شود و به انگشت دست یا پای بیمار وصل شود.

8 . از بیمار درمورد حساسیت داشتن به مواد مختلف سوال شود.

9 . متخصص بیهوشی و تکنسین بیهوشی بیمار را از نظر راه های تنفسی بررسی نماید

10 . بیمار از نظرمیزان خونریزی و تعداد لاین های وریدی چک شود.

11 . متخصص بیهوشی بامشورت جراح مقدارآنتی بیوتیک دریافتی بیمار را تعیین نماید

12 . پرستار سرکولر نتیجه تصویر برداری بیمار را روی نگاتوسکوپ نصب نماید .

13 . 2 مشخصات نمونه پاتولوژی بیمار (در صورتی که بیمارنمونه داشته باشد) ثبت گردد .

14.شمارش تمامی وسایل و گازها و لنگازها توسط اسکراب سرکولر و جراح انجام شود و در چک لیست ثبت گردد.

15 . عملکرد کلیه تجهیزات اتاق عمل چک گردد .

16.اورژانس یا غیر اورژانس بودن جراحی ثبت گردد .

17.تاریخ و روز جراحی ثبت گردد .

18. موضع جراحی بیمار از نظر شیو کنترل شود. (شیو در نزدیک ترین زمان به جراحی انجام گیرد

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول بخش اتاق عمل

ناظر: مسئول بخش اتاق عمل –کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار –سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: مستندات پرونده –مشاهده

مراجع • : دستورالعمل جراحی ایمن ابلاغی وزارت بهداشت

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی –مدیر خدمات پرستاری		

دکتر تنومند - رئیس بیمارستان	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار کمال جوادی - مسئول بخش اتاق عمل
------------------------------	----------------------------------	--

مادر و نوزاد:

عنوان: پذیرش در بلوک زایمان و تعیین تکلیف مددجو

کد : AH_TC_MNC -PO_01

تاریخ تدوین: 1401/10/08

تاریخ ۱ بلاغ : 1401/10/10

تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29

تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز: برگه های مشاور- برگ تریاژ- پرسنل مجرب

کارکنان مرتبط:

دامنه : بخش زایمان

تعاریف:

تریاز: فرایند اولویت بندی بیماران برای بهره مندی از درمان است که بر اساس شدت وخامت حال بیمار انجام میشود. بر اساس تریاژ ESI بیماران در پنج سطح دسته بندی میشوند:

تعریف سطح يك: سطح يك شامل شرایط تهدید کننده حیات مي باشد (مصادیق مادر: سطح هوشیاری مددجو / مخاطره راه هوایی / سیانوز / علائم شوک / تشنج / تروما / خونریزی شدید واژینال با دفع لخته / زایمان قریب الوقوع / سردرد شدید / تاری دید و درد اپی گاستر و مصادیق جنین: احساس بیرون زدگی بند ناف توسط مادر / عدم حرکت در جنین بالای ۲۵ هفته)

سطح دو: شامل مددجویان پرخطر مي باشد (شامل لتارژی و خواب آلودگی / دیسترس شدید تنفسی / درد شدید همراه با بی قراری / انقباضات تتانیك رحم / تب بالای ۳۹ درجه / پارگی کیسه آب/ کاهش حرکات جنین در جنین بالای ۲۵ هفته / خونریزی خفیف تا متوسط واژینال / استفراغ شدید بالای ۲۴ هفته حاملگی / افت های قلب جنین / انقباضات شدید رحمی در مادران با سابقه دوبار یا بیشتر سزارین یا جراحی روی رحم)

سطح سه: تعداد تسهیلات مورد نیاز مادر و جنین در اورژانس ۲ و یا بیشتر باشد.

سطح چهار: مددجو بر اساس تریاژ ESI فقط به يك مورد تسهیلات نیاز دارد.

سطح پنج: مددجو بر اساس تریاژ ESI به تسهیلات اورژانس نیاز ندارد.

هدف: پیشگیری از آسیب و موربیدیت و ومورتالیتی مادران

مسئولیت ها و اختیارات:

مسئولیت تدوین خط مشی

مسئولیت نظارتی مدیر خدمات پرستاری ، سوپروایزرین ، سرپرستاران ، کارشناس مادران پرخطر

مسئولیت بازنگری دفتر بهبود کیفیت

ذی نفعان: کلیه مراجعه کنندگان

کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان بخش های مرتبط با مادران باردار

دامنه خط مشی: کلیه بخش های مرتبط با مادران باردار

صاحبان فرایند:

متخصص زنان ، سرپرستاران بخش های زایمان، جنرال و اورژانس _کارشناس مادران پرخطر

شیوه انجام کار:

پذیرش در این مرکز به ۳ شکل زیر انجام می گیرد.

۱- پذیرش با برگه ارجاع از مراکز بهداشتی شهرستان

۲- پذیرش بصورت ارجاع از سایر واحدهای بیمارستان (بخش اورژانس _درمانگاه تخصصی)

۳- پذیرش در درمانگاه زنان یا اورژانس مامایی

۴- پذیرش با برگ دستور بستری پزشک از واحد پذیرش

❖ **تریاز:**

- ۱- تریاز اولیه و تعیین سطح توسط مامای مسئول تریاز در اتاق ادمیت انجام میشود .
- ۲- در شیفت صبح پزشک زنان در درمانگاه حضور دارد و بر اساس سطح بندی تریاز ، مددجو در زمان مناسب توسط ایشان ویزیت می شود .
- ۳- طبق ابزار بررسی کیفیت خدمات مامایی حداکثر زمان ویزیت پزشک در مددجویان سطح ۱ ، ۱ تا ۳ دقیقه ، در مددجویان سطح ۲ ، ۱۵ تا ۳۰ دقیقه ، مددجویان سطح ۳ ، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و در سطح ۴ و ۵ در اولین زمان ممکن انجام می شود.
- ۴- در صورتی که مددجو در سطح ۱ و ۲ تریاز باشد، بلافاصله اقدامات اولیه و ضروری تا ویزیت متخصص زنان انجام و همزمان شرایط مددجو به پزشک اطلاع داده میشود و در صورت نیاز اعلام کد یا پیش کد انجام می گیرد .
- ۵- در صورتی که مدت زمان انتظار مددجویان در اتاق انتظار جهت ویزیت بیشتر از ۲۰ دقیقه طول بکشد، ری تریاز برای بیمار انجام می گیرد و در صوت تغییر سطح تریاز زمان ویزیت را تغییر می دهد.

❖ **بستری موقت:**

- تعریف: شرایطی که طی آن که مددجو کمتر از شش ساعت در بخش تحت نظر باشد، بستری موقت گفته میشود .
- بستری موقت تحت سه حالت زیر در بخش انجام می گیرد :
- ۱- مددجو جهت تعیین سیر بالینی و تعیین تکلیف در بخش تحت نظر قرار گیرد.
 - ۲- بستری موقت جهت انجام اقدامات مورد نیاز (مانند NST ، آزمایشات ، سونوگرافی و ..) تا آماده شدن نتایج انجام گیرد.
 - ۳- بستری موقت در صورت تصمیم به اعزام ، جهت انجام اقدامات مورد نیاز و واسطیل شدن شرایط مادر و نوزاد انجام گیرد .
- ❖ در مددجویان بستری موقت ، تصمیم گیری جهت اعزام، بستری و یا ترخیص ، توسط پزشک معالج انجام می گیرد.

❖ **شرح حال مددجو در پرونده ثبت شده و برگه تریاز ضمیمه پرونده می گردد.**

❖ **بستری**

- ۱- مددجو توسط کمک بهیار بر اساس شرایط بیمار و علت بستری (زایمان NVD ، CS ، داخلی جراحی زنان) روی ویلچر یا برانکارد به اتاق پست پارتوم یا LDR منتقل میشود .
- ۲- پرونده بستری تشکیل میشود و با اخذ همه مستندات بالینی مددجو شرح حال و ارزیابی اولیه مددجو، مجدداً در بخش انجام می گیرد.
- ۳- دستورات پزشک در درمانگاه ، توسط پزشک ثبت میشود و در صورت عدم حضور ایشان (شیفت عصر و شب) دستورات تلفنی بستری توسط دو ماما اخذ و اجرا میشود .و پزشک موظف است حداکثر ظرف مدت دو ساعت در بخش حضور یافته و بیمار را ویزیت و دستورات را تایید نماید.

۴- در صورتی که یک ماما در بخش حضور داشته باشد (حضور مامای دوم در اعزام)، دستورات تلفنی در حضور سوپروایزر کشیک اخذ و توسط ایشان تایید می گردد.

❖ مشاوره:

- ۱- دستور مشاوره از سایر تخصص ها، توسط پزشک زنان در برگه دستورات و برگه مشاوره ثبت می گردد.
- ۲- مامای مسئول بیمار، درخواست مشاوره را چک نموده و به پزشک مربوطه اطلاع می دهد.
- ۳- پزشک مشاره دهنده، بیمار را ظرف مدت سی دقیقه در مشاوره های بسیار اورژانس و دو ساعت در مشاوره های اورژانس و ۲۴ ساعت در مشاوره های غیر اورژانس ویزیت نموده و دستورات را ثبت می کند.
- ۴- در هنگام انجام مشاوره، پزشک معالج بیمار و مامای مسئول بیمار، بر بالین مددجو حضور داشته و شرح حال مورد نیاز را به پزشک معالج اطلاع می دهد.
- ۵- دستورات مربوط به مشاوره توسط پزشک مشاور در برگه مربوطه ثبت می شود.
- ۶- پزشک معالج دستورات پزشک مشاور، را در برگه دستورات ثبت و مهر و امضا می کند.
- ۷- مامای مسئول بیمار دستورات را چک نموده و در صورت تایید پزشک معالج انجام می دهد.
- ۸- نتایج تسهیلات درخواستی بیمار توسط پزشک معالج یا مامای مسئول بیمار جهت تصمیم گیری برای اقدامات مورد نیاز، به پزشک مشاور اطلاع داده می شود.

❖ اعزام

- ۱- درخواست اعزام توسط پزشک معالج یا ماما در برگه تریاژ یا پرونده بستری ثبت می گردد.
- ۲- در صورت بستری نبودن بیمار، جهت تشکیل پرونده اقدام می گردد.
- ۳- دستور اعزام در پرونده ثبت شده و توسط مامای مسئول بیمار چک میشود.
- ۴- مامای مسئول بیمار مراقبت های بالینی و اجرای دستورات را انجام میدهد و مامای مسئول شیفت اقدامات مورد نیاز جهت هماهنگی اعزام را انجام می دهد.
- ۵- مامای مسئول شیفت در خصوص علل اعزام ، به بیمار و همراه بیمار اطلاع و آموزش می دهد.
- ۶- در صورت عدم رضایت به اعزام ، به سوپروایزر کشیک اطلاع داده میشود . و توسط ایشان به ۱۱۰ اطلاع داده میشود. و با حضور مامور ۱۱۰، سوپروایزر کشیک و متخصص زنان یا ماما ضمن توضیح دادن مزایای ناشی از اعزام و عواقب ناشی از عدم رضایت صورتجلسه ای تنظیم می گردد و رضایت شخصی از بیمار و بستگان درجه یک او اخذ میشود.
- ۷- مامای مسئول شیفت به سوپروایزر شیفت جهت ثبت در سامانه MCMC و حضور در بخش اطلاع می دهد.
- ۸- در صورت اخذ پذیرش مستقیم از بیمارستان مقصد توسط مامای مسئول شیفت به سوپروایزر کشیک جهت تامین نیروی مورد نیاز و وسیله نقلیه اطلاع داده میشود .
- ۹- در صورت عدم اخذ پذیرش مستقیم ، هماهنگی با ستاد هدایت توسط سوپروایزر کشیک انجام می گیرد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول بخش - ماما مسئول بیمار

ناظر: مسئول بخش - سوپروایزر بالینی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده - مشاهده - مصاحبه

منابع : تجربیات بیمارستانی

جدول اسامی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار معصومه علیپور - سرپرستار مامایی	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

پیشگیری و کنترل عفونت:

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت کاتترهای عروقی		
تاریخ تدوین: 1399/10/09 تاریخ ابلاغ: 1399/10/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17		کد: AH_TC_IPC-PR_01

امکانات مورد نیاز: تجهیزات اسکرپ و بهداشت دست - تجهیزات یکبار مصرف - امکانات حفاظت فردی - امکانات

کارکنان مرتبط: کارکنان بالینی

هدف: 1- ارتقاء ایمنی بیماران

2- کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان

تعاریف: -

شیوه انجام کار:

- 1- سوپروایزر کنترل عفونت در سطح بیمارستان، پزشک، سرپرستار /مسئول واحد، و مسئول شیفت در سطح بخش/ واحد موظف به انجام هماهنگی های لازم در خصوص اجرای این روش اجرایی می باشد.
- 2- رئیس بیمارستان خط مشی، روش اجرایی و دستورالعمل های مرتبط با این روش اجرایی را به سرپرستار /مسئول واحد ابلاغ می کند.
- 3- سرپرستار /مسئول واحد کلیه دستورالعمل ها و روش های اجرایی را جهت اطلاع، مطالعه و اجرا در اختیار کلیه پرسنل بخش /واحد مربوطه قرار می دهد.
- 4- سرپرستار /مسئول واحد از وجود کلیه وسایل مورد نیاز برای اجرای این روش اجرایی در بخش /واحد مربوطه اطمینان حاصل کرده و در صورت نیاز از انبار /داروخانه درخواست و در دسترس پرسنل قرار می دهد.
- 5- سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری واحد آموزش نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه احتیاطات استاندارد، بهداشت دست، رعایت روش های آسپتیک، استفاده از وسایل حفاظت فردی و دیگر مطالب مربوطه اقدام می کند.
- 6- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، رعایت بهداشت دست را مطابق دستورالعمل و راهنمای بهداشت دست وزارت بهداشت و پوسترهای راهنمای بهداشت دست انجام می دهند و در شرایط مواجهه با ترشحات بیمار و بر حسب اندیکاسیون از دستکش تمیز / استریل استفاده می کنند.
- 7- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، مطابق با جدول اقدامات تهاجمی بخش مربوطه، قبل از اقدامات آسپتیک، اسکراب انجام می دهند و از دستکش استریل استفاده می کنند.
- 8- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، طبق روش اجرایی از وسایل یک بار مصرف استفاده می کنند و در صورت نیاز به استفاده از وسایل چند بار مصرف، از استریل بودن آن اطمینان حاصل می کنند.
- 9- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی از جدول تاریخ انقضاء اتصالات بیمار پیروی می کنند.
- 10- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند.
- 11- اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروق مرکزی توسط پزشک معالج تعیین می گردد.
- 12- پرستار مسئول بیمار تمام وسایل مورد نیاز جهت انجام پروسیجر را در سینی مخصوص آماده می نماید و ترجیحا در اتاق کار پروسیجر را برای بیمار انجام می دهد. در صورت نیاز به حضور بر بالین بیمار حتما از ترالی یا سینی کار و سطل زباله عفونی استفاده می کند.
- 13- پزشک /پرستار مسئول بیمار قبل از تعبیه کاتتر عروقی پوست موضع پروسیجر را با پنبه آغشته به مواد ضد عفونی کننده از مرکز به خارج به صورت دورانی آماده می کند و پس از خشک شدن موضع نسبت به انجام پروسیجر اقدام می کند.
- 14- پرستار مسئول بیمار بعد از اتمام کار محل پروسیجر را با پانسمان یا چسب مناسب می پوشاند و تاریخ خود را ثبت می کند.

15- پرسنل پرستاری مسئول بیمار نحوه مراقبت از پروسیجر و بهداشت آن و همچنین علائم عفونت محل پروسیجر مثل درد، حساسیت محل تزریق، قرمزی، خروج ترشح و تورم را به بیمار و همراه او آموزش می دهد.

16- پرستار مسئول بیمار در صورت بروز علائم عفونت جهت ویزیت به پزشک و کارشناس کنترل عفونت بیمار اطلاع می دهد.

17- در صورت اثبات عفونت در بیمار، دستورالعمل گزارش دهی عفونتهای بیمارستانی توسط پرسنل بخش انجام می گردد.

18- سوپروایزر کنترل عفونت به صورت دوره ای طبق برنامه زمان بندی شده واحد کنترل عفونت بوسیله چک لیست مربوطه بخش /واحد را پایش می کند و موارد مغایرت با روش اجرایی و دستورالعمل های مربوطه را به مسئول بخش اعلام می کند.

19- در حین بازدیدها و برحسب ضرورت سوپروایزر کنترل عفونت آموزش چهره به چهره را برای پرسنل انجام می دهد.

20- سوپروایزر کنترل عفونت داده های جمع آوری شده در خصوص عفونت های ناشی از کتترهای عروقی را در کمیته کنترل عفونت بیمارستان ارائه می دهد و اقدامات اصلاحی مصوب شده را با همراهی سرپرستار /مسئول بخش و رابط کنترل عفونت در بخش /واحد اجرا می کند.

موازين کاتتر گذاری عروقی :

1-محل تمیز:

- در هر مرکز برای کاتترگذاری وریدی مکانی خاص را تعیین نمایید .وسایل لازم برای تزریق را بر روی میزی که به این امر اختصاص داده اید قرار دهید .به خاطر داشته باشید وسایلی که روی میز است باید تمیز بوده و خون، پنبه آلوده و منظره آن را زشت نکرده باشد.
- بهتر است **SAFTY BOX** را جهت دفع بلافاصله اجسام نوک تیز در نزدیکترین محل کاتتر گذاری وریدی یا زیر میزی که وسایل بر روی آن قرار دارد، قرار دهید.

2- شستشوی دست :

- از آنجاییکه هر مایعی از بدن ممکن است حاوی عوامل بیماری زا باشد و باعث انتقال بیماری گردد باید دست های فرد تزریق کننده قبل از تزریق به طور کامل با آب و صابون شسته شود.

3- کاتترهای عروقی :

- یک کاتتر استریل برداشته و بسته بندی آن را از نظر وجود پارگی و هرگونه صدمه بازبینی نمایید.
- تاریخ انقضا آن را کنترل میشود .
- در صورت اطمینان از استریل بودن میتوانید از آن استفاده نمایید.
- به هیچ قسمتی از نیدل قبل و بعد از تزریق دست نمیزنیم و از سرپوش گذاری مجدد اجتناب میکنیم .اگر سرپوش گذاری لازم است برای مثال کودک به علت ترس حرکاتی انجام می دهد و تزریق با تأخیر انجام می شود تکنیک استفاده از یک دست را به کار میبریم
- سرپوش گذاری به وسیله تکنیک استفاده از یک دست :

- (a) سرپوش را روی میز قرار می‌دهیم
- (b) نیدل را در یک دست گرفته و بدون استفاده از دست دیگر داخل سرپوشی که روی میز گذاشته اید، قرار می‌دهیم .
- کاتتر وریدی را که با سطح غیر استریل تماس داشته است دور می‌اندازیم .

4- تمیز کردن محل کاتترگذاری عروقی :

- محل کاتترگذاری را در صورت کثیف بودن محل تزریق ابتدا با آب و صابون شستشو می‌دهیم .
- محل کاتتر گذاری را با پنبه الکل 70 درصد به صورت دایره ای ضد عفونی می‌کنیم .
- هرگز از پنبه الکل از قبل آماده شده استفاده نمی‌کنیم .

5- جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز:

- اجسام نوک تیز مانند نیدل را همیشه و بلافاصله در SAFTAY BOX می‌اندازیم
- از سرپوش گذاری مجدد اجتناب می‌کنیم
- بیش از 3/4 حجم سفتی باکس را پر نمی‌کنیم
- درب Safety box پر شده را قبل از حمل برای دفع می‌بندیم
- Safety box پر را دوباره باز نکنید، خالی نکنید یا مورد استفاده مجدد قرار نمی‌دهیم

مستندات مرتبط: دستور العمل ها و پوسترها ، کتاب نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی

کارکنان مرتبط: پرسنل بخشها

مسئو فرد پاسخگو: سرپرستار بخش – پرستار بیمار

ناظر: سوپروایزر کنترل عفونت و مسئول بخش

نحوه نظارت: بررسی مستندات /مشاهده/مصاحبه

منابع/مراجع: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت مرکز مدیریت بیماری ها 1385

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی –مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده-کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی –مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند –رئیس بیمارستان



بیمارستان امیرالمومنین (ع) چاروايماق

عنوان روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری

کد روش اجرایی: AH_TC_IPC_PR-02

تاریخ تدوین: 98/07/20

تاریخ ابلاغ: 1398/07/19

تاریخ آخرین بازنگری :

1403/07/31

تاریخ اخيرين ابلاغ: 1403/10/17

کارکنان مرتبط: پزشک - پرستار - خدمات

امكانات مورد نیاز: ست استریل - ملزومات کاتتر گذاری - امکانات شستشوی دست - وسایل حفاظت فردی

تعاریف: طبق نظام INiS

عفونت ادراری یکی از شایعترین عفونت های بیمارستانی محسوب میشود که شامل دو نوع علامت دار و بدون علامت میباشد عفونت ادراری علامت دار دست کم یکی از علایم های زیر را دارد تب بالای 38 درجه سانتی گراد - درد فوق آنه شدید با لمس موضعی تکرر و سوزش ادرار و فوریت در ادرار - پیوری - دو کشت مثبت از یک میکروارگانیزم بیماری که زیر یک سال سن داشته حداقل یکی از علایم زیر را داشته باشد دمای بالای 38 - آبنه - برادیکاردی - استفراغ - بی حالی - ناز آرمی در ادرار کردن - کشت مثبت ادراری

عفونت ادراری بدون علامت: بیمار دست کم 7 روز قبل از کشت از سوند فولی استفاده کرده باشد و دارای کشت مثبت ادراری باشد تکرر و سوزش ادرار و فوریت در ادرار و دمای بالای 38 درجه باشد بدون درد سوپراپوبیک باشد - بیمار طی 7 روز قبل از مثبت شدن کشت از سوند استفاده نکند

اصول کلی پیشگیری از عفونت های ادراری عبارتست از :

کاتترگذاری کاتتر ادراری فقط در صورت لزوم

رعایت نکات آسپتیک حین کاتتر گذاری ادراری

رعایت بهداشت دست قبل و بعد از کاتترگذاری یا دستکاری محل

برقراری جریان ادراری و جلوگیری از توقف یا انسداد ادراری

حفظ سیستم تخلیه ادراری

بی نظمی کاتتر. هر گونه پیچ و تاب یا خمیدگی در کاتتر و همچنین جابجایی کیسه ادرار نیز ممکن است منجر به حبس یا نشت شود. بررسی کاتتر از نظر پیچ خوردگی در صورت عدم جریان ادرار به مدت 6-8 ساعت

مشکلات تمیز نگه داشتن پوست یا تجهیزات. اگر بیمار به تنهایی قادر به انجام این کار نباشد، کمک گرفتن از یک مراقب الزامی است. تخلیه کیسه ادرار هر 8 ساعت توصیه میشود-عدم استفاده از وان

دریافت نکردن مایعات کافی. این می تواند منجر به کم آبی بدن و متعاقب آن عفونت ادراری شود. ادرار رنگ پریده نشان می دهد که بیمار آب کافی دریافت می کند. توصیه مصرف مایعات 8 تا 10 لیوان در روز خودداری از مصرف مایعات محرک مثل قهوه، چای و...

کمبود فیبر در رژیم غذایی. خوردن غذاهای با فیبر بالا، مانند سبزیجات، غلات و میوه ها، می تواند حرکات روزانه را منظم نگه دارد و از نشت کاتتر ناشی از یبوست جلوگیری کند.

روش اجرایی:

- 1- کاتتریزاسیون ادراری با توجه به وجود اندیکاسیون انجام شود .
- 2- کاتتریزاسیون ادراری با رعایت نکات آسپتیک طبق استاندارد انجام شود.
- 3- علائم موضعی و جنرال عفونت کاتترها مورد بررسی قرار گرفته گزارش شود.
- 4- در صورت بروز علایم عفونت کاتتر ادراری بر حسب شرایط بالینی مورد بررسی و یا تعویض قرار گیرد.
- 5- استفاده از کاتتر مورد بررسی قرار می گیرد تا مدت استفاده حتی الامکان کوتاه باشد .

عوامل خطر:

دریافت نکردن مایعات کافی. این می تواند منجر به کم آبی بدن و متعاقب آن عفونت ادراری شود. ادرار رنگ پریده نشان می دهد که بیمار آب کافی دریافت می کند. توصیه مصرف مایعات 8 تا 10 لیوان در روز-خودداری از مصرف مایعات محرک مثل قهوه، چای و...

❖ کمبود فیبر در رژیم غذایی. خوردن غذاهای با فیبر بالا، مانند سبزیجات، غلات و میوه ها، می تواند حرکات روده را منظم نگه دارد و از نشت کاتتر ناشی از یبوست جلوگیری کند.

❖ بی نظمی کاتتر. هر گونه پیچ و تاب یا خمیدگی در کاتتر و همچنین جابجایی کیسه ادرار نیز ممکن است منجر به حبس یا نشت شود.

بررسی کاتتر از نظر پیچ خوردگی در صورت عدم جریان ادرار به مدت 6-8 ساعت

❖ مشکلات تمیز نگه داشتن پوست یا تجهیزات. اگر بیمار به تنهایی قادر به انجام این کار نباشد، کمک گرفتن از یک مراقب

الزامی است. تخلیه کیسه ادرار هر 8 ساعت توصیه میشود-عدم استفاده از وان

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: پزشک - پرستار مسئول بیمار - مسئول بخش

ناظر: کارشناس کنترل عفونت - سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده - مشاهده - مصاحبه

منابع: (معصومی اصل حسین و... [دیگران]، راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی، تهران ۹۳۳۵، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها،

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی تهران
معاونت درمان

بیمارستان امیرالمومنین (ع) چاراویماق

عنوان روش اجرایی: پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری

تاریخ تدوین : 98/06/29 تاریخ ابلاغ: 1398/06/30 تاریخ آخرین بازنگری 1403/09/29: تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد روش اجرایی: AH-TC_IPC-PR-03
--	--------------------------------

امکانات و تسهیلات مورد نیاز: ست پانسمان استریل – اندیکاتورهای شیمیایی-
امکانات رعایت بهداشت دست :

دامنه : بخش اتاق عمل – بخش بستری

امکانات مورد نیاز: امکانات مورد نیاز برای جراحی ، محلول های ضد عفونی ابزار و دست – محلول های شستشوی زخم

کارکنان مرتبط: جراح-مسئول بخش –پرستار – کارشناس اتاق عمل-خدمات

هدف :

1 ارتقاء ایمنی بیماران

2 کاهش هزینه های بیمارستانی

3 کاهش میزان بروز عفونتهای موضع جرای یا محل نمونه برداری

قبل از جراحی:

روش اجرایی :

1- (پزشك معالج مدت بستري قبل از عمل بیمار را به حداقل زمان کاهش داده و مراقبت های قبل از عمل توسط پزشک معالج به بیمار داده شود و بیمار صبح روز عمل دود ساعت 6 صبح مراجعه کند .

2- در صورت عدم منع، توسط خدماتی بیمار در شب قبل از عمل حمام کند.

33- پرستار پس از کنترل دستورات پزشك و در صورت نیاز به انجام شیو ناحیه عمل، انجام آن را به خدمات بخش اعلام می کند.

4- توسط جراح تا حد امکان تمام عفونتهای بیمار قبل از جراحیهای غیر اورژانس درمان شوند و عمل تا درمان عفونت به تعویق افتد.

5- (پرستار به بیمار در روز قبل از عمل آموزش میدهد که به هیچ وجه از دخانیات نباید استفاده کند.

6- طبق دستور پزشك و ارزیابی پرستار از بیمار سطح گلوکز بیماران دیابتی قبل از عمل کنترل شده شده و در صورت هیپرگلیسمی به پزشك اطلاع داده شود.

7- طبق دستور پزشك و اجرای پرستار مسئول بیمار، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در زمان مورد نظر برای بیمار شروع میشود.

. حین جراحی:

1- توسط جراح پوست محل عمل قبل از شروع عمل پرپ و درپ میشود.

2- مسئول اتاق عمل روزانه و بطور مستمر به وجود تهویه با فشار مثبت اتاق عمل کنترل و نظارت داشته باشد.

3- مسئول اتاق عمل نظارت دارد که درهای اتاق عمل همیشه بسته باشند جز در موارد جابجایی وسایل و تردد پرسنل یا بیماران.

4- نظارت بر محدودیت تعداد افرادی که وارد اتاق عمل میشوند، بطور مستمر صورت گیرد.

5- نیروی خدمات قبل از شروع عمل جراحی بعدی، آلودگی با خون یا سایر مایعات بدن بر روی سطوح و وسایل را تمیز و ضدعفونی کند.

6- توسط پرستار اسکراب صحت فرآیند استریلیزاسیون ست جراحی با بررسی اندیکاتور مربوطه مورد تأیید قرار گیرد.

7- جراح و پرسنل دخیل در عمل حین جراحی از ماسک جراحی که بطور کامل بینی و دهان را پوشانده است ، استفاده کرده و حین عمل کمترین ارتباط کلامی را داشته باشند.

مراقبت بعد از جراحی:

1- توسط پرستار 24 تا 48 ساعت بعد از جراحی باید پوشش پانسمان استریل اولیه حفظ میشود. جز در موارد خیس شدن و یا دستور پزشك.

2- توسط پزشك و پرستار قبل و بعد از تعویض پانسمان بهداشت دستها رعایت شود.

3- توسط پرستار کلیه وسایل مصرفی پانسمان بیمار از نظر صحت فرآیند استریلیزاسیون مورد بررسی قرار گرفته و اندیکاتور مربوطه در پرونده بیمار نصب میشود.

4- پزشك و پرستار حین تعویض پانسمان از تکنیک استریل استفاده کند.

5- پرستار مسئول به بیمار و همراهانش در مورد مراقبت از زخم، علائم عفونت زخم و گزارش علائم آموزش می دهد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: پزشك - پرستار - مسئول بخش

ناظر: کارشناس کنترل عفونت - مسئول بخش - سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: چک لیست و راندهای بالینی

منابع : تجربیات بیمارستانی- دستورالعمل های ابلاغی

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

 بیمارستان امیرالمومنین (ع) چاراویماق	
عنوان روش اجرایی: پیشگیری از عفونت های مجاری تنفسی که از طریق اینتوباسیون ، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد میشود	
تاریخ تدوین : 98/06/28 تاریخ ابلاغ: 1398/06/30 تاریخ آخرین بازنگری 1403/09/29: تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد روش اجرایی: AH-IPC-PR- 04

امکانات و تسهیلات: امکانات بهداشت دست - امکانات حفاظت فردی- وسایل یکبار مصرف ساکشن کردن

کارکنان مرتبط: پزشک -پرستار - کارشناس اتاق عمل-خمت -مسئول بخش

هدف:

1.حفظ ایمنی بیمار

2.جلوگیری از بروز عفونت های تنفسی از طریق اجزای مکانیکی حمایت تنفسی

3.کاهش هزینه های درمانی و کاهش متوسط اقامت بیماران در بیمارستان

تعاریف: کلیه عبارت های بکار رفته در این روش اجرایی کاملاً گویا بوده و نیاز به تعریف ندارد.

شیوه انجام کار:

- 1- سوپروایزر کنترل عفونت در سطح بیمارستان، پزشک، سرپرستار /مسئول واحد، و مسئول شیفت در سطح بخش /واحد موظف به انجام هماهنگی های لازم در خصوص اجرای این روش اجرایی می باشد.
- 2- رئیس بیمارستان ، روش اجرایی مرتبط با این روش اجرایی را به سرپرستار /مسئول واحد ابلاغ می کند.
- 3- سرپرستار /مسئول واحد کلیه دستورالعمل ها و روش های اجرایی را جهت اطلاع، مطالعه و اجرا در اختیار کلیه پرسنل بخش /واحد مربوطه قرار می دهد.
- 4- سرپرستار /مسئول واحد از وجود کلیه وسایل مورد نیاز برای اجرای این روش اجرایی در بخش /واحد مربوطه اطمینان حاصل کرده و در صورت نیاز از انبار /داروخانه درخواست و در دسترس پرسنل قرار می دهد.
- 5- سوپروایزر کنترل عفونت با همکاری واحد آموزش نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه احتیاطات استاندارد، بهداشت دست ، رعایت روش های آسپتیک، استفاده از وسایل حفاظت فردی و دیگر مطالب مربوطه اقدام می کند.
- 6- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، رعایت بهداشت دست را مطابق دستورالعمل و راهنمای بهداشت دست وزارت بهداشت و پوستره های راهنمای بهداشت دست انجام می دهند و در شرایط مواجهه با ترشحات بیمار و بر حسب اندیکاسیون از دستکش تمیز / استریل استفاده می کنند.
- 7- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، مطابق با جدول اقدامات تهاجمی بخش مربوطه ، قبل از اقدامات آسپتیک، اسکراب انجام می دهند و از دستکش استریل استفاده می کنند.
- 8- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی، طبق روش اجرایی شماره از وسایل یک بار مصرف استفاده می کنند و در صورت نیاز به استفاده از وسایل چند بار مصرف، از استریل بودن آن اطمینان حاصل می کنند.
- 9- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی از جدول تاریخ انقضاء اتصالات بیمار پیروی می کنند.
- 10- کلیه پرسنل و پزشکان در تمام مراحل این روش اجرایی از وسایل حفاظت فردی استفاده می کنند.
- 11- نیروی خدماتی مراقبت بهداشت فردی بیمار را بطور مرتب و با نظارت پرسنل پرستاری مسئول بیمار در طول شیفت انجام می دهد.
- 12- سرپرستار /مسئول واحد نسبت به انجام مراقبت بهداشت فردی بیمار در طول روز اطمینان حاصل می کند.
- 14- پرستار /پزشک مسئول بیمار برای انتوباسیون و تراکئوستومی از لوله انتوبه و وسیله تراکئوستومی با سایز مناسب بیمار استفاده می کنند.
- 15- پرستار مسئول بیمار از لوله خرطومی یک بارمصرف برای هر بیمار استفاده می کند و در صورت ماندگاری بیمار بیشتر بیمار طبق جدول تاریخ انقضاء اتصالات بیمار لوله خرطومی را تعویض می کند.
- 16- پرستار مسئول بیمار ترشحات ریه بیمار را بر اساس نیاز بیمار به صورت استریل و با استفاده از وسایل یک بار مصرف ساکشن می کند.
- 17- پرستار مسئول بیمار برای ساکشن بیمار از سرم استریل استفاده می کند.

- 18-پرستار مسئول بیمار از سوند نلاتون و سرم استریل جداگانه برای ساکشن لوله تراشه و دهان استفاده می کند.
- 19- پرستارمسئول بیمار، درصورت عدم مغایرت با دستور پزشک و عدم محدودیت، سر بیمار را 30 تا 45 درجه بالاتر از سطح بدن قرار می دهد.
- 20-پرستار مسئول بیمار به طور مرتب از مناسب بودن میزان هوا داخل کاف لوله انتوبه بیمار اطمینان حاصل می کند.
- 21- پرستار مسئول بیمار بطور مرتب، مایعات جمع شده داخل تیوب های لوله خرطومی را تخلیه می نماید.
- 22-پرستار مسئول بیمار در هر شیفت و در صورت داشتن دستور پزشک، طبق دستور دهان بیمار را با محلول دهانشویه شستشو می دهد.
- 23-پرستار مسئول بیمار در هر شیفت و درصورت آلودگی باند یا ثابت کننده لوله انتوبه /تراکئوستومی بیمار را تعویض می کند.
- 24-در صورت نیاز به استفاده از آمبویگ پرسنل پرستاری مسئول بیمار از تمیز بودن آن اطمینان حاصل می کند و پس از استفاده بر ضدعفونی آمبویگ توسط خدمه نظارت می کند.
- 25- پرستار مسئول بیمار درصورت نیاز به استفاده از نبولایزر از آب مقطر استریل استفاده می کند.
- 26-باتل ساکشن در پایان هر شیفت و پس از ترخیص بیمار شیشه های ساکشن راشستشو و گند زدایی می کند و پس از خشک شدن در محل خود قرار می دهد.
- 27- در صورتی که استفاده از لوله انتوبه برای بیمار طولانی مدت شود، پزشک بیماردر اولین فرصت بیمار را تراکئوستومی می کند.
- 28- پرستار مسئول بیمار در صورت وجود ترشحات رنگی و بدبو یا بالا بودن درجه حرارت و دیگر نشانه های عفونت مراتب را به پزشک معالج بیمار گزارش می دهد.
- 29-پزشک معالج بیمار در صورت بروز علائم عفونت تنفسی مشورت داخلی درخواست می کند.
- 30- درصورت اثبات عفونت تنفسی در بیمار گزارش دهی عفونتهای تنفسی توسط پرسنل بخش انجام می گردد.
- 31- سوپروایزر کنترل عفونت به صورت دوره ای طبق برنامه زمان بندی شده واحد کنترل عفونت بوسیله چک لیست مربوطه بخش /واحد را پایش می کند و موارد مغایرت با روش اجرایی و دستورالعمل های مربوطه را به مسئول بخش اعلام می کند.
- 32-در حین بازدیدها و برحسب ضرورت سوپروایزرکنترل عفونت آموزش چهره به چهره را برای پرسنل انجام می دهد.
- 33- سوپروایزرکنترل عفونت داده های جمع آوری شده در خصوص عفونت های ناشی از انتوباسیون و تراکئوستومی را در کمیته کنترل عفونت ارائه می دهد و اقدامات اصلاحی مصوب شده را با همراهی سرپرستار /مسئول بخش و رابط کنترل عفونت در بخش /واحد اجرا می کند.

مسئولیت ها و اختیارات:

- فرد پاسخگو: سرپرستاران -پرستار بیمار -
- ناظر: کارشناس کنترل عفونت - سوپروایزر بالینی -

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده - مشاهده - مصاحبه

منابع/ مراجع: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستان

جدول اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق	
عنوان خط مشی: نحوه ی رهگیری وسایل و تجهیزات استریل به کار رفته بیمار	
کد : AH_TC_IPC -PO-01	تاریخ تدوین: 99/09/18 تاریخ ابلاغ: 99/09/19 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات و تسهیلات: دفتر CSSD، پرونده بیماران جراحی - اندیکاتورهای شیمیایی

کارکنان مرتبط:

هدف: کنترل صحت عملکرد فرایند استریلیزاسیون

دامنه: بخش CSR - بخش های بستری

تعاریف: تست بووی دیک با میزان هوا و بخار تغییر رنگ می دهد تغییر رنگ کامل نوار اندیکاتور شاهد این مدعاست که فرایند استریلیزاسیون بدون حضور گاز های غیر قابل تراکم بوده و به درستی انجام شده است .

اندیکاتور کلاس 4: این اندیکاتور نشانگر نفوذ پذیری بخار بوده و در ست های اسپینال و کمتر از 12 قلم هستند گذاشته می شود.

اندیکاتور کلاس 6: در فرایند استریلیزاسیون تنها در صورتی امکان پذیر است که بخار آب با کلیه ی سطوح داخلی و خارجی لوازم تماس داشته باشد ، این تست حساس به دما ، بخار و زمان بوده و در داخلی ترین جای پگ یا ست گذاشته می شود در ست های بیشتر از 12 قلم استفاده میشود

شیوه ی انجام کار :

1- اندیکاتور بوودیک (اندیکاتور کلاس 2) که در ابتدای شروع کاری در دستگاه گذاشته می شود توسط مسئول شیفت چک و پس از اعلام تایید فرایند در دفتر مربوطه نصب می شود

2- مسئول پکینگ قبل از قرار دادن بسته در دستگاه شاخص های شیمیایی را داخل پگ و ست ها قرار می دهد. و پس از پایان سیکل تغییر رنگ چسب روی ست (اندیکاتور کلاس یک) بررسی می شود _ (تغییر رنگ از آبی به مشکی میباشد). لازم به ذکر می باشد که برچسب روی بسته حاوی اطلاعاتی همچون: تاریخ استریلیزاسیون، تاریخ انقضای کد سیکل، کد دستگاه استریل کننده، نام برگزار کننده و نام ست می باشد

3- در اتاق عمل و سایر بخش ها پس از باز کردن پگ و ست مربوطه اندیکاتور و برچسب آنرا چک میکنند ، در صورت پاس نشدن اندیکاتور و یا فقدان هر یک از اطلاعات گفته شده ، ست مورد نظر استفاده نخواهد شد. در صورت استریل بودن اندیکاتور ست را ننگه داری و در پرونده بیمار ثبت می کند .

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران - پرستار بیمار - کاربر واحد استریلیزاسیون

ناظر: کارشناس کنترل عفونت - سرپرستار - سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: بررسی مستندات پرونده - مشاهده - مصاحبه

منابع مراجع: تجربه بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده - کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق	
عنوان خط مشی : شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ،ابزار و وسایل	
کد : AH_TC_IPC_PO- 02	تاریخ تدوین: 99/09/17 تاریخ ابلاغ: 99/09/19 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات و تسهیلات:

محلول تمیزکننده، برس،

کارکنان مرتبط: خدمات - کاربران CSR

هدف: تمیزی تمامی ابزارها و وسایل و نداشتن هیچ گونه آلودگی قبل از پکینگ

روش اجرایی :

1- ابزار جراحی استفاده شده در اتاق عمل بعد از عمل جراحی به علت نبود مکانی جهت شستشو، به بخش درداخل جعبه مخصوص حمل ست های آلوده به CSR تحویل داده شود.در سایر بخش ها شستشوی اولیه در همان بخش با اب معمولی و سرد انجام میشود.

- 2- تمامی ابزارهای جراحی اتاق عمل بلافاصله بعد از تحویل ابتدا قطعات جداشدنی و چند تکه ای باز شده سپس با آب معمولی و سرد و به روش دستی همراه با مواد پاک کننده و گندزدای متوسط شستشو داده شود.
- 3- شستشوی وسایل تا هنگامی که اثری از بافت یا لکه خونی و ... در آن باقی نماند ادامه یابد
- 4- تمامی لوله ها و ابزار های دارای زاویه و پیچیده کاملاً باز شده و با برس شستشو داده شوند. قسمتهای دارای اهرم و یا پیچ هم بایستی کاملاً باز شود سپس مورد شستشو قرار گیرد.
- 5- خدمه OR هنگام شستشو تمامی نکات ایمنی (پوشیدن گان، دستکش ضخیم ، ماسک، کلاه، چکمه، شیلد) و همچنین نکات ایمنی هنگام کار با وسایل تیز و برنده را رعایت می نماید.
- 6- پس از شستشو جهت بررسی وجود آلودگی روی ابزار از هموچک و پروتئین چک استفاده میشود و در صورت مثبت بودن ، مجدد شستشو انجام میشود.
- 7- وسایل پس از شستشوی کامل بررسی شده و در محلول سایاسپت اچ آی مخصوص ابزار آلات به مدت 15 دقیقه قرار داده شود.
- 8- پس از خروج وسایل از محلول و آبکشی و خشک نمودن، ابزارها بررسی مجدد شده و به تفکیک ست روی میز CSR جهت پکینگ قرار داده شود که در زمان پکینگ نیز پرسنل جهت آلودگی یا وجود لکه و .. آن را بررسی کنند.
- 9- ست ها توسط خدمه مطابق روتین با دو لایه پارچه مناسب (عدم استهلاک، فاقد پرز و لکه و...) بسته بندی میشود.
- 10- در مورد شان و لوازم پارچه ای دقت شود که فاقد آلودگی ، لک و ... باشد که در صورت داشتن آلودگی یا نم به رختشویخانه برگردانده می شود تا دوباره شسته و تمیز شود.
- 11- نحوه نظارت بر رعایت این خط می کارشناس کنترل عفونت ، سرپرستاران بخ ها و مسئول CSR میباشد.

منابع مراجع: دستورالعمل های رفع آلودگی، تجربه بیمارستان مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران - خدمات - کاربر واحد استریلیزاسیون
ناظر: کارشناس کنترل عفونت - سرپرستار - سوپروایزر بالینی
نحوه نظارت: -مشاهده -مصاحبه

اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده-کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان خط مشی : جا به جایی ، نگه داری و انبار داری وسایل استریل شده با استفاده از جعبه های در بسته ، کانتینر های در دار ، ترالی های کمد دار		
تاریخ تدوین : 99/09/19 تاریخ ابلاغ: 99/09/17 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17		کد :: AH_TC_IPC_PO-03

امکانات و تسهیلات : جعبه های حمل – کمد های درب دار

کارکنان مرتبط: خدمات – کاربران CSR

هدف: چگونگی جا به جایی ، نگه داری و انبار داری و وسایل استریل

روش اجرایی:

1- بعد از استریلیزاسیون وسایل و پس از خشک شدن با احتیاط از اتوکلاو خارج شوند (دقت می شود که در هنگام برداشتن ست روی زمین نیفتد ، خیس نباشد ، با دست خیس اقدام به برداشتن ست نشود)

2- پس از خروج ست ها از اتوکلاو در جعبه ی مخصوص حمل وسایل قرار گرفته و با احتیاط به انبار منتقل می شوند

3- قفسه های موجود در انبار و وسایل فاصله ی مناسب از دیوار و سقف داشته باشند (20 CM فاصله از زمین ، 5 سانتی متر از دیوار ، 45 سانتی متر از سقف)

چند نکته در خصوص جابه جایی وسایل استریل خصوصا از واحد CSR به بخش ها ضروری می باشد :

1- با دست خیس به ست ها دست زده نمیشود.

2- وسایل استریل در صورت ذخیره در بخش های بستری به دور از محیط مرطوب و در تری های کمد دار ، کانتینر های در دار یا جعبه های در بسته نگه داری میشوند

3- تمامی ست های موجود در انبار و بخش ها بازبینی شده و ست های تاریخ گذشته به CSR عودت داده می شوند تا دوباره استریل شوند

4- در صورتی که از پارچه مناسب و استاندارد دو لایه (کتان ،نخی) بدون هر گونه پوسیدگی ،فقدان آثار چسب و رنگ روی پارچه مدت اعتبار تاریخ دو هفته باست ،در صورت استفاده از کاغذ کرپ دو لایه نیز مدت اعتبار دو هفته می باشد

فرد پاسخگو: سرپرستاران – خدمات –

ناظر: کارشناس کنترل عفونت – سرپرستار – سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: -مشاهده -مصاحبه

منابع مراجع: تجربه ی بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده-کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان خط مشی : بازخوانی ابزار و وسایل از بخشها

کد AH-TC_IPC-PO-04

تاریخ تدوین: 99/09/17

تاریخ ابلاغ: 99/09/19

تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29

تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امكانات و تسهيلات: نیروی انسانی، اتوکلاو، تسترهای مربوط

هدف: پیشگیری از به کاربردن و استفاده از بسته و پک غیراستریل
دامنه : کلیه بخش های بالینی

شرح فعالیت (روش کار):

1- خط مشی نحوه بررسی صحت استریلیزاسیون ست ها و پک ها و سالم بودن آنها به بخش ها توسط واحد CSR ابلاغ میشود.

2- مسئولین بخشها از آگاهی تمامی پرسنل خود نسبت به خط مشی داده شده از طرف واحد CSR اطمینان می یابند.

3- پس از تحویل ست ها چنان چه نسبت به استریل بودن آن ها و صحت عملکرد اتوکلاو شک و تردید ایجاد شود پرسنل کاربر به واحد CSR اطلاع داده و جهت تحویل ست مورد نظر به همراه برچسب روی آن به واحد CSR اقدام نماید.

4- مسئول CSR در همان شیفت با استفاده از برچسب روی بسته ها کلیه ی وسایلی که در سیکل موردنظر اتوکلاو ، استریل و بین بخش ها توزیع شده را بازخوانی و مورد بررسی قرار دهد و در صورت لزوم مجدداً تمامی آنها را استریل نماید. سپس نسبت به توزیع آن اقدام می نماید.

5-مسئول CSR در همان شیفت گزارش کامل مشکل بوجود آمده رادر دفتر مخصوص دستگاه با ذکر علت و راه حل و اقدامات انجام شده ثبت می نماید. در ضمن تا زمان بررسی ،تعمیر،تست و اطمینان از صحت کار دستگاه از اتوکلاو مورد نظر استفاده نشود.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران - پرستار -مسئول CSR
ناظر: کارشناس کنترل عفونت - سرپرستار - سوپروایزر بالینی
نحوه نظارت: -مشاهده - مصاحبه

منابع مراجع:دستور العمل CSR و تجربه بیمارستان

اسامی :

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری خدیجه علیزاده-کارشناس کنترل عفونت	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

آزمایشگاه :

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق	
عنوان دستورالعمل: جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی	
تاریخ ابلاغ: 99/09/19 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29	کد - AH-TC_LAB.s-IN- 01

امکانات مورد نیاز: ظروف جمع آوری انواع نمونه – ابزار نمونه برداری

کارکنان مرتبط: کارکنان آزمایشگاه – پرسنل پرستاری

تعاریف: نحوه صحیح جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی با در نظر گرفتن شرایط خاص برای هر آزمایش

هدف: آگاهی کارکنان بالینی در بخش های بیمارستان و کارکنان آزمایشگاه و بیماران از راهنمای جمع آوری نمونه ها و سایر الزامات نمونه برداری

دامنه :

واحد آزمایشگاه، بخشهای کلینیکی و پاراکلینیکی

شیوه انجام :

در مواردی لازم است بیمار جهت مراجعه به آزمایشگاه شرایطی از جمله ناشتا بودن، پرهیز غذایی و دارویی را مراعات کرده باشد. جهت این امر توسط کادر نمونه برداری و پذیرش به بیمار راهنمایی های لازم در این خصوص ارائه می گردد. از جمله این آزمایشات می توان به موارد زیر و شرایط ویژه آن آزمایش اشاره نمود.

- 1) GCT – FBS – CTT (قند ناشتا): بیمار باید به مدت 8-12 ساعت ناشتا بوده و در شیفت صبح مراجعه کند.
- 2) TG (تری گلیسرید): بیمار باید به مدت 8-14 ساعت ناشتا بوده و در شیفت صبح مراجعه کند.
- 3) CHOL (کلسترول): بیمار باید به مدت 8-14 ساعت ناشتا بوده و در شیفت صبح مراجعه کند.
- 4) برای تستهای هورمونی بویژه تستهای تیروئید ناشتا بودن شرایط الزامی نبوده ولی بهتر است بیمار ناشتا مراجعه کند.
- 5) برای تستهای کبدی رعایت ناشتایی به مدت 4 ساعت موجب دستیابی به نتایج بهتر خواهد بود.

- (6) برای تستهای مربوط به آهن سرم (TIBC-Fe-فریتین) رعایت رژیم کم گوشت 3 روز قبل از آزمایش بهتر است.
- (7) برای تست خون مخفی در مدفوع (OB) رعایت رژیم کم گوشت و پروتئین و عدم مصرف سبزیجات و مرکبات بهتر است.
- (8) برای تستهای میکروبیولوژی اخذ نمونه قبل از مصرف داروهای آنتی بیوتیک الزامی می باشد.
- (9) برای تست های کبدی فعالیت و ورزش شدید و مصرف برخی داروها، مخدرها و الکل موجب افزایش می گردد
- (10) جهت انجام تستهای ESR و AIP تزریق آلبومین وریدی موجب اختلال در نتایج می شود.
- (11) مصرف آسیرین قبل از انجام BT باید قطع شده باشد چون موجب افزایش کاذب آن می شود.
- (12) در مواردی علی رغم اینکه شرایط مربوط به آمادگی بیماران به بیمار توضیح داده می شود بیمار تمایل به انجام آزمایش دارد که در این صورت فرم مخصوص آن را پر می کند که در صورت عدم حصول نتایج صحیح آزمایشگاه هیچ گونه مسئولیتی در قبال جواب آزمایش نخواهد داشت.

نکات مهم و دستورالعمل های برخی از آزمایش ها:

آزمایش غربالگری چالش گلوکز (GCT)

خانم ها در دوران حاملگی ممکن است به دیابت حاملگی مبتلا شوند. یکی از آزمایشهای اولیه برای تشخیص این گروه از بیماران آزمایش چالش گلوکز است که در واقع چگونگی پردازش قند توسط بدن شما ارزیابی می کند. این آزمایش معمولاً در هفته 26 الی 28 حاملگی درخواست و انجام می شود. جهت انجام آزمایش رعایت نکات ذیل الزامی است :

هیچگونه آمادگی قبلی قبل از انجام آزمایش از جمله ناشتا بودن لازم نیست در هنگام مراجعه به آزمایشگاه از شما درخواست خواهد شد که محلول گلوکز آماده شده توسط پرسنل آزمایشگاه را بطور کامل بنوشید (50 گرم گلوکز در یک لیوان آب) سپس دقیقاً پس از یک ساعت از نوشیدن محلول گلوکز نمونه خون از شما گرفته شده و میزان قند خون تعیین می گردد.

آزمایش قند خون دو ساعته 2-hPPBG

بعد از 12-10 ساعت ناشتا بودن و انجام تست قند خون ناشتا بر حسب درخواست پزشک معالجتان در آزمایشگاه به شما شربت قند می دهند و یا باید صبحانه خود را میل نمائید این صبحانه می بایست یک صبحانه معمولی باشد که روزانه استفاده می کنید یعنی به همان مقدار که هر روز در صبحانه از قند و شکر و نان و لبنیات استفاده می کنید در این روز هم همان قدر مصرف نمائید در ضمن سعی شود زمان خوردن صبحانه بیش از 15 دقیقه طول نکشد. یا خوردن اولین لقمه صبحانه زمان را یادداشت کرده و دقیقاً دو ساعت بعد نمونه گیری انجام شود. توجه داشته باشید که از شب قبل از آزمایش و همچنین در فاصله خونگیری اول و دوم نباید هیچگونه تحرک غیر متعارف مانند ورزش و پیاده روی داشته باشید. حتی الامکان صبحانه را در آزمایشگاه صرف نموده و تا زمان انجام آزمایش در آزمایشگاه منتظر بمانید . آزمایش قند ناشتا و دو ساعته را در یک روز انجام دهید. آزمایش را حتماً باید قبل از ساعت 10 صبح شروع کنید و از انجام آن در ساعات دیرتر خودداری کنید.

شرایط بیمار برای انجام آزمایش تحمل گلوکز (OGTT)

- (1) بیمار باید در صورت امکان داروهایی که ممکن است بر تحمل گلوکز اثرگذار باشند را قطع نماید (بامشورت پزشک)
- (2) آزمایش باید بعد از سه روز بدون هیچ محدودیت در رژیم غذایی (حداقل 150 گرم کربوهیدرات روزانه) و فعالیت بدنی باید انجام شود.
- (3) آزمایش بعد از 8-14 ساعت ناشتایی برروی بیماران سرپایی قابل انجام است. بیمار در فواصل نمونه برداری ها باید در وضعیت نشسته قرار گرفته و از کشیدن سیگار خودداری نماید.
- (4) آزمایش تحمل گلوکز را نباید برروی بیماران بستری در بیمارستان ، بیماران غیرفعال و نیز بیماران با بیماری حاد انجام داد.
- (5) آزمایش ساعت 7-9 صبح شروع شده و بعد از گرفتن نمونه ناشتا هر 60 دقیقه تا 3 ساعت پس از میل نمودن محلول قندی ، آزمایش تکرار میگردد.

- 6) برای آقایان و خانمهای غیرباردار میزان قندی که برای آزمایش تحمل گلوکز باید میل گردد 75 گرم و برای کودکان 1.75 گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن (ماکزیمم تا 75 گرم) است.
- 7) مسئول نمونه گیری گلوکز را در 300 سی سی آب حل نموده و پس از گرفتن نمونه برای قند ناشتا، بیمار در عرض 5 دقیقه محلول قندی مذکور را میل مینماید.
- 8) بیمار باید در فاصله بین خونگیری ها در محیط آزمایشگاه حضور داشته باشد و بدون استرس از پیاده روی و ورزش و همچنین خوردن و آشامیدن و مصرف دخانیات خودداری کنید. بدیهی است مصرف آب بلامانع می باشد.

آزمایش کلسترول

- یک هفته قبل از انجام تست رژیم غذایی معمولی داشته باشید و هیچ گونه منع مصرف چربی نداشته باشید (با مشورت پزشک)
- 24 ساعت قبل از انجام تست از مصرف الکل خودداری کنید.

آزمایش اوره

بیمار باید حداقل 2 الی 3 روز پیش از انجام آزمایش از مصرف غذاهای حاوی گوشت زیاد خودداری نماید.

آزمایش آنزیم های کبدی

- نیازی به ناشتا بودن بیمار نیست، ولی بهتر است حداقل چند ساعت بیمار ناشتا باشد.
- مصرف الکل سبب آسیب به کبد شده و در نتیجه بسیاری از آنزیم های کبدی از جمله آلکالین فسفاتاز، SGOT، SGPT و GGT افزایش می یابد.
- مصرف فنوباریتال و فنی توئین که جزء داروهای ضد صرع می باشند سبب افزایش سطح آنزیم های کبدی می شود.
- حداقل 3 روز قبل از آزمایش هیچگونه تزریق عضلانی نداشته باشید.

آزمایش آهن و TIBC

- شب قبل از آزمایش نباید غذای غنی از آهن مثل گوشت قرمز مصرف نماید.

آزمایش تحمل لاکتوز

- برای ارزیابی افرادیکه قادر به هضم شیر نمی باشند مورد استفاده قرار می گیرد
- بیمار هیچگونه فعالیت بدنی در 8 ساعت گذشته نباید داشته باشد.
- عدم کشیدن سیگار در 8 ساعت قبل اجباری است.

آزمایش PT, PTT

- اگر جهت کنترل دوز دارو استفاده می شوند، نیم ساعت قبل از گرفتن دوز وارفارین (برای تست PT) و هپارین (برای تست PTT) نمونه گیری باید انجام شود. ترجیحاً همیشه به یک آزمایشگاه مراجعه شود.
- مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (مانند آسپرین، ایبوبروفن، ایندومتاسین) از 7 الی 10 روز قبل از نمونه گیری بر نتایج آزمایش تاثیر گذار است.

مصرف داروهای ضد انعقاد نظیر وارفارین و هپارین از سه روز قبل از نمونه گیری بر نتایج آزمایش تاثیر گذار است.

مصرف داروهای ضد انعقاد نظیر وارفارین و هپارین از سه روز قبل از نمونه گیری بر نتایج آزمایش تاثیر گذار است.

آزمایش هورمون های تیروئیدی

- نیازی به ناشتا بودن ندارد ولی بدلیل تاثیر کدورت ناشی از خوردن چربی ها بر نتایج آزمایش، حداقل 3 ساعت قبل از آزمایش، غذا میل نفرمائید.
- بعد از اعمال جراحی بدلیل استرس های شدیدی که به بیمار وارد می شود سطح هورمونهای تیروئیدی در بیشتر موارد کاهش می یابد، بنابراین تا 2 هفته بعد از جراحی از انجام این آزمایشات خودداری نمائید.
- مصرف هروئین هم سبب افزایش غلظت هورمونهای تیروئیدی می شود.
- مصرف قرص های ضد بارداری و آمیودارون (داروی قلبی) سبب افزایش این هورمون ها می شود.
- غلظت هورمون های تیروئیدی در تابستان 20٪ کمتر از زمستان است.
- بدلیل اختلال در ترشح هورمون بهتر است نمونه گیری بین ساعات 16-18 انجام نشود.

آزمایش CPK

- برای تشخیص سکته های قلبی، بیماریهای عصبی و عضلانی مورد استفاده قرار می گیرد.

- حداقل تا 1 هفته قبل از انجام تست هیچگونه تزریق داخل عضلانی نداشته باشد.
نحوه جمع آوری ادرار 24 ساعته :

گاهی امکان تهیه نمونه در محل آزمایشگاه برای بیمار امکان پذیر نیست و بایستی در منزل اقدام به تهیه آن نماید در مورد ادرار 24 ساعته به بیمار توصیه می شود طی 24 ساعت ادرار خود را در یک ظرف تمیز و استریل (که گاهی از طرف آزمایشگاه در اختیار آنان گذاشته می شود و گاهی خود بیمار تهیه می کند) جمع آوری می کند. برخی از این گالن ها حاوی مواد نگهدارنده مایع یا جامد می باشند که نباید به هیچ عنوان خالی شوند.
هم چنین به بیمار توصیه می شود :

- 1) مصرف مایعات را در زمان آزمایش مطابق معمول انجام دهند و از مصرف نوشیدنی های غیر متعارف و ویتامینها خودداری نمایند.
- 2) چنانچه با تجویز پزشک ملزم به مصرف دارویی خاص می باشند، پیش از اعمال هر گونه تغییر در مصرف آن با پزشک معالج خود مشورت نمایند.
- 3) پس از آخرین مرحله جمع آوری، ظرف حاوی نمونه ادرار را در اسرع وقت به آزمایشگاه انتقال دهید.
برای درک بهتر موضوع به بیمار توصیه می شود که ساعت 7 صبح ادرار خود را در توالت تخلیه کند و سپس تا فردا صبح هر بار که دفع ادرار انجام می دهد آن را به طور کامل در ظرف نمونه بریزد آخرین نوبت ادرار خود را رأس ساعت 7 صبح فردا در داخل ظرف مخصوص جمع آوری نموده و آنرا به آزمایشگاه تحویل دهد

. دستور العمل جمع آوری ادرار 24 ساعته

نمونه ادرار 24 ساعته باید طی 24 ساعت دقیقاً جمع آوری گردد .به همین منظور گالن هایی از سوی آزمایشگاه در اختیار شما قرار می گیرد .برخی از این گالن ها حاوی مواد نگهدارنده مایع یا جامد می باشند .نبايد به هیچ عنوان این موارد را خالی کنید .از تماس با دهانه ظرف جمع آوری ادرار خودداری کنید و ظرف را دور از دسترس اطفال قرار دهید .برای جمع آوری ادرار 24 ساعته به هیچ عنوان از ظروفی غیر از ظرف هایی که آزمایشگاه در اختیار شما قرار می دهد استفاده نکنید.

ضمناً 24 ساعت قبل از شروع به جمع آوری ادرار به نکات زیر توجه کنید:

- ✓ مصرف مایعات را در زمان آزمایش مطابق معمول انجام دهید .از مصرف نوشیدنی های غیر متعارف و ویتامین ها خودداری نمایید.
- ✓ چنانچه با تجویز پزشک ملزم به مصرف دارو می باشید پیش از اعمال هر گونه تغییر در مصرف آن، با پزشک معالج خود مشورت نمایید.
- ✓ پس از آخرین مرحله جمع آوری، ظرف حاوی نمونه ادرار را در اسرع وقت به آزمایشگاه انتقال دهید .برای درک بهتر به موضوع به مثال زیر توجه نمایید:
- ✓ ساعت 7 صبح امروز ادرار خود را در توالت تخلیه کنید و سپس تا فردا صبح هر بار که دفع ادرار انجام می دهید آن را به طور کامل در ظرف نمونه گیری بریزید .آخرین نوبت ادرار خود را رأس ساعت 7 صبح فردا در داخل ظرف مخصوص جمع آوری نموده و آن را به آزمایشگاه تحویل دهید.

**راهنمایی برای نمونه گیری ادرار یا کشت ادرار از
نوزادان و کودکان زیر 2 سال**

آزمایش کشت ادرار باید قبل از شروع مصرف آنتی بیوتیک انجام شود. چنانچه در سه روز گذشته هر گونه داروی آنتی بیوتیکی مصرف کرده اید به اطلاع پزشک و آزمایشگاه برسانید. اگر طفل در حال مصرف آنتی بیوتیک است با نظر پزشک معالج بهتر است که سه روز پس از اتمام دارو اقدام به تهیه نمونه جهت آزمایش نمایید. قبل از هر اقدامی دست های خود را با آب و صابون شسته و خشک نمایید. محل خروج ادرار را کاملاً با آب و صابون شسته، سپس با آب معمولی شستشو دهید و با یک حوله تمیز خوب خشک نمایید. چنانچه کودک را حمام برده و سپس این کار را انجام دهید بهتر است. متناسب با جنس کودک تهیه نموده، باز کرده و بطور پاکیزه روی محل قرار دهید. دقت نمایید کیسه ادراری (Urine bag) که موقع باز کردن کیسه ادراری مدخل آن با دست یا سایر سطوح تماس نیابد. توجه نمایید که کیسه کاملاً در محل مناسب نصب گردد به طوریکه ادرار خارج نشود. هر کیسه ادراری می تواند حداکثر 45 دقیقه به مجرای خروجی ادرار متصل باشد. در هنگام خواب راحت تر میتوان به 10 سی سی ادرار که در کیسه جمع شد سر آن را تا نمائید تا بسته شود. در این مرحله - طفل کیسه وصل نمود. حدود 15 نیز مراقب باشید که مدخل آن با سطح دست یا سایر سطوح تماس نداشته باشد. نمونه باید سریعاً به آزمایشگاه تحویل داده شود و تا آن زمان در جای خنک نگهداری شود. لطفاً فراموش نشود کیسه ادرار دارای برچسب نام و نوع آزمایش باشد.

آزمایش بررسی خون مخفی در مدفوع:

گاهی اوقات خونریزیهای مختصری در بخشهای مختلف دستگاه گوارش اتفاق می افتد که به علت مقدار کم با چشم قابل دیدن نیست. بنابراین باید با روشهای آزمایشگاهی تشخیص داده شود. بهتر است این آزمایش در 3 نوبت انجام شود.

برای انجام آزمایش باید نکات زیر رعایت شوند:

- (1) 48-72 ساعت پیش از آزمایش و در طی دوره جمع آوری نمونه مدفوع از خوردن گوشت قرمز، گوشت سفید (مرغ و ماهی، شلغم، تربچه، موز، گل کلم، کلم بروکلی، طالبی و سیب خوداری نمائید.
 - (2) مصرف داروهای آهن کپسول همتانیک، قرص فیفول (Feful) استروئیدها، ضد انعقادها، ایندومتاسین، آسپرین، بروفن، کورتون ها و ویتامین C می تواند باعث مثبت شدن تست گردد. در صورت معرف این داروها به پزشک اطلاع دهید.
 - (3) در صورت داشتن سابقه خونریزی از لثه، 48 ساعت پیش از انجام آزمایش از مسواک زدن، کشیدن نخ دندان اجتناب نمائید.
 - (4) نمونه مدفوع نباید با ادرار یا سایر مواد آلوده شود.
 - (5) نمونه باید سریعاً به آزمایشگاه تحویل داده شود.
- آزمایش اسپرموگرام در این مرکز انجام نمی گیرد.

راهنمای نمونه گیری برای بررسی خون مخفی در مدفوع

گاهی اوقات خونریزی های مختصری در بخش های مختلف دستگاه گوارش اتفاق می افتد که به علت مقدار کم با چشم قابل دیدن نیست. بنابراین باید با روش های آزمایشگاهی تشخیص داده شود. بهتر است این آزمایش در 3 نوبت انجام شود. برای انجام آزمایش باید نکات زیر را رعایت نمایید:

48-72 ساعت پیش از آزمایش و در طی دوره جمع آوری نمونه مدفوع از خوردن گوشت قرمز، گوشت سفید، مرغ و ماکیان، ماهی، شلغم، تربچه، موز، گل کلم، کلم بروکلی، گرمک، طالبی و سیب خودداری نمایید. استروئیدها، ضد انعقادها، ایندومتاسین، کلشی سین، (Feful) مصرف داروهای آهن (کپسول هماتینیک، قرص فیفول ویتامین ث آسپیرین، بروفن، کورتون ها و می تواند باعث مثبت شدن تست گردد. در صورت مصرف این دارو ها به پزشک اطلاع دهید. در صورت داشتن سابقه خونریزی از لثه، 48 ساعت پیش از انجام آزمایش از مسواک زدن و کشیدن نخ دندان اجتناب نمایید. نمونه مدفوع نباید با ادرار یا سایر مواد آلوده شود. نمونه باید سریعاً به آزمایشگاه تحویل داده شود.

دستور العمل جمع آوری نمونه مدفوع

آزمایش مدفوع احتیاج به ناشتایی ندارد. باید 7 تا 10 روز پیش از نمونه گیری از روغن کرچک یا روغن های معدنی، بیسموت، منیزیم، ترکیبات ضد اسهال، تنقیه با باریوم و آنتی بیوتیک ها استفاده نشده باشد. بهتر است این آزمایش در سه نوبت انجام شود. بهتر است نمونه مدفوع مستقیماً در ظرفی که از طرف آزمایشگاه در اختیار بیمار قرار می گیرد جمع آوری شود. بخش بلغمی یا خونی مدفوع بهترین قسمت برای آزمایش است. لطفاً برچسب تمیز باقی بماند که اسم خوانا باشد. در صورت مشاهده کرم و هر مورد مشکوکی به آزمایشگاه اطلاع دهید. می بایست هر بار یک قوطی به آزمایشگاه آورده شود. نمونه مدفوع نباید با ادرار یا آب آلوده شود زیرا ادرار یا آب میتواند برخی از انگل های فعال را از بین ببرد. بیماران باید نمونه جمع آوری شده را مخصوصاً در موارد مشکوک به اسهال خونی بلافاصله به آزمایشگاه ارسال کنند و مسئول پذیرش را هم از اسهالی بودن آن مطلع سازند چون نمونه های اسهالی باید فوراً مورد آزمایش قرار گیرند. اگر انجام آزمایش حداکثر تا 30 دقیقه پس از جمع آوری نمونه امکان پذیر نباشد، لازم است نمونه در یخچال قرار داده شود. بعد از آوردن آخرین نمونه، از پذیرش زمان جواب آزمایش را بپرسید و اطلاع دهید که تمام نمونه ها را آورده اید.

دستور العمل جمع آوری نمونه جهت آزمایش کشت ادرار

جهت کشت ادرار عدم مصرف آنتی بیوتیک حداقل سه روز قبل از نمونه گیری الزامی می باشد. توصیه می شود از نمونه ادرار اول صبح که حداقل 8 ساعت در مثانه مانده و تغلیظ شده است نمونه برداری شود. در غیر این صورت می توان از نمونه ادرار ران دوم یا اتفاقی جهت بررسی و کشت استفاده نمود. نمونه می بایست از میانه ادرار گرفته شود. توجه شود که ظرف نمونه گیری استریل بوده و نباید فضای درونی آن آلوده شود. در صورت نمونه گیری در خانه تا یک ساعت بعد از نمونه گیری، به آزمایشگاه تحویل داده شود.

دستور العمل قند خون دو ساعته

شب قبل از آزمایش حد اقل 8 تا 10 ساعت ناشتا باشید و در طی ناشتایی از خوردن چای و قهوه پرهیز نمایید. پس از اینکه نمونه خون ناشتا از شما گرفته شد صبحانه معمولی که هر روز میخورید میل نمایید .
-زمان شروع غذا خوردن را یادداشت نمایید .
زمان 2 ساعت پس از غذا از همان لحظه شروع غذا خوردن آغاز می گردد .
به عنوان مثال:
اگر شما خوردن غذا را در ساعت 8 صبح آغاز می کنید، نمونه آزمایش ساعت 10 صبح از شما گرفته شود.
مدت زمانی که غذا را میل می کنید نباید بیش از 20 دقیقه به طول انجامد.
-بعد از خوردن غذا به هیچ وجه چیز دیگری اعم از آدامس، شیرینی، آب میوه، نباید خورده شود (به جز مقدار کم آب -نمونه خون راس 2 ساعت از زمان شروع غذا از شما گرفته خواهد شد.
-پانزده دقیقه قبل از موعد نمونه گیری (2 ساعته) در آزمایشگاه حضور به هم رسانید.
-به محض ورود به آزمایشگاه مسئول نمونه گیری را مطلع نمایید و اگر راس 2 ساعت از شما خون گیری انجام نشد دوباره به مسئول نمونه گیری اعلام فرمایید.
آزمایش قند ناشتا و 2ساعته را در یک روز انجام دهید.

شرایط ناشتایی قبل از آزمایش

- ✓ اگر پزشک شما یا همکار ما در آزمایشگاه از شما بخواهند که در وضعیت ناشتا برای انجام آزمایش مراجعه نمایید، لطفاً این موارد را رعایت کنید:
- ✓ هشت ساعت قبل از مراجعه به آزمایشگاه برای آزمایش قند ناشتا هیچ غذا یا آشامیدنی (به جز آب) نخورید. این مدت زمان ناشتایی، توصیه شده در شب است که فعالیتهای بدن به حداقل می رسد و در این حالت بیمار در شرایط مناسب نمونه گیری در صبح قرار خواهد گرفت.
- ✓ در صورتی که آزمایشهای مربوط به چربی خون مثل تری گلیسرید برای شما در خواست شده باشد مدت زمان ناشتایی (10-12) ساعت است.
- ✓ از نوشیدن آب میوه، چای و قهوه در طول مدت ناشتایی خودداری کنید. نوشیدن آب بلا مانع است، مگر آنکه محدودیت در مصرف آب توسط پزشک تذکر داده شده باشد.
- ✓ در طول مدت ناشتایی از مصرف دخانیات، جویدن آدامس و تمرین بدنی و ورزش پرهیز نمایید. این موارد ممکن است منجر به تحریک سیستم گوارش و عضلانی و تغییر در نتایج آزمایش شود..
- ✓ بعد از نمونه گیری شما می توانید رژیم غذایی عادی و فعالیت روزانه خود را شروع کنید.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه

ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه

نحوه نظارت: مشاهده – مصاحبه –

منابع : دستورالعمل های ابلاغی

جدول اسامی

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده –مسئول بخش ازمایشگاه دکتر تنومند –مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند –مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند –رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان دستورالعمل: نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه های آزمایشگاهی		
تاریخ تدوین: 1400/07/09 تاریخ ابلاغ : 1400/07/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد - AH-TC-LAB.s-IN-02	

امکانات مورد نیاز: برچسب مخصوص نمونه های آزمایش — برچسب نمونه های پاتولوژی

کارکنان مرتبط: مسئول نمونه برداری در بخش های بالینی و آزمایشگاه

تعاریف: شناسایی و درج مشخصات صحیح بیماران بر روی نمونه های بالینی

هدف: انطباق شناسه های مندرج بر روی ظروف حاوی نمونه و دستبند شناسایی بیمار و هویت شناسایی شده بصورت فعال و ایمن

روش کار-1: مسئول نمونه گیری در بخش ها بایستی قبل از اقدام به نمونه گیری در صورت هوشیاری بیمار با پرسش از خود وی و کنترل دستبند شناسایی و در صورت عدم هوشیاری با کنترل دستبند شناسایی بیمار از هویت وی اطمینان حاصل کرده و سپس اقدام به نمونه گیری نماید

2- پرسنل بخش بالافاصله قبل از نمونه گیری برچسب دارای اطلاعات لازم را در بالین بیمار بر روی لوله ها و ظروف حاوی نمونه الصاق نماید سپس اقدام به خونگیری نماید

***اطلاعات الزمی جهت درج بر روی برچسب نمونه- :** تاریخ ، ساعت نمونه گیری -کد پذیرش بیمار-نام و نام خانوادگی بیمار - نوع یا گروه آزمایش *در مورد نمونه های پاتولوژی علاوه بر موارد فوق نام پدر ، نام بخش و نوع نمونه و سمت عضو (چپ یا راست (نیز حتما قید گردد.

* در مورد نمونه های ارسالی به بانک خون برای کراس مچ و تعیین گروه خونی، قید کردن نام نمونه گیر کامال الزامی است
 1-مسئول پذیرش آزمایشگاه در مورد بیماران سرپایی برچسب نمونه را تایپ و سپس لیبل به همراه برگه پذیرش به بیمار تحویل داده می شود

2-بیمار پس از مراجعه به صندوق به نمونه گیری رفته و برگه ها و لیبل آزمایش را به خونگیر تحویل می دهد
 -خونگیر قبل از اقدام به خونگیری لوله های آزمایش و لیبل آنها را آماده کرده سپس اقدام به خونگیری نماید.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه

ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه

نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -

منابع-1 : مستندات سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده -مسئول بخش آزمایشگاه دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود		
تاریخ تدوین: 1400/07/08 تاریخ ابلاغ : 1400/07/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد -AH-TC_LAB.s-IN-03	

امكانات : تجهيزات سالم جهت انجام آزمایشات بیوشیمی

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه

تعریف :

تست‌هایی که با استفاده از سرم بیمار انجام می‌گیرند (به غیر از آزمایشات سرولوژی و هورمون شناسی) در حیطه بخش بیوشیمی آزمایشگاه می باشند

هدف :

این دستورالعمل جهت بیان اصول آزمایشگاه بیوشیمی با هدف انجام صحیح تست های بیوشیمی و کمک به تشخیص پزشکان معالج و همچنین رصد تاثیرات درمانی های بیمار از طریق آموزش به پرسنل آزمایشگاه تدوین شده است.

دامنه :

آزمایشگاه بیمارستان

روش انجام :

روش انجام آزمایشات در شیفت صبح کاری :

بعد از جمع آوری نمونه ها در بخش نمونه گیری نمونه های هر بخش جداگانه برای هر بخش ارسال می گردد. سپس نمونه ها سانتریفیوژ شده (3 دقیقه در هر 3000RPM) و جداسازی سرم صورت می گیرد.

مطابق لیست کاری نمونه ها به ترتیب در جالوله ای چیده می شود و با همان ترتیب به کاپ های دستگاه اتوآنالیز منتقل می شود سپس توسط دستگاه اتوآنالیز آزمایشات انجام شده و نتایج در دفتر ثبت نتیجه ها ثبت می شود و برای وارد شدن به سیستم HIS و چاپ جواب ها به بخش جوابدهی تحویل داده می شود

آزمایشات بیوشیمی که در صبح کاری انجام می شود به شرح زیر می باشد:

Ph-Ca-ALT-AST- CR - BUN- GCT- GTT- FBS- (Bill-T)- TG- Cho- LDC- HDC- Fe- K- Na- -Amy- - U.A – LDH- CPK- (CK-MB) – (Bill-D) -HbA,C
و آزمایش های بهداشتی در شیفت عصر

بعد از جمع آوری نمونه ها، نمونه ها سانتریفیوژ شده و جداسازی سرم انجام می‌گیرد.

آزمایشات توسط دستگاه فتومتر انجام می شوند و روش انجام هر یک از تستها مطابق با کیت های مصرفی می باشد بعد از انجام آزمایش نتایج در دفتر ثبت جواب های عصر و شب ثبت شده و برای ثبت در HIS به واحد جواب دهی منتقل می شود.

آزمایشات بیوشیمی که در شیفت عصر و شب انجام می شود به شرح زیر می باشد:

-CK- MB - Ca-k- Na- cr- Bun- Bs

تستهای Hb A/C و در شیفت صبح به صورت روتین و با دستگاه BT 1500 انجام می گیرد. در صورت درخواست اورژانسی این تستها به صورت اورژانس در شیفت عصر و شب نیز انجام می گیرد.

دستگاه اتو آنالیزر

- 1) از اتصالات دستگاه (برق لوله های آب مقطر و فاضلاب) اطمینان حاصل کنید
- 2) از پر بودن ظرف آب مقطر اطمینان حاصل کنید
- 3) کامپیوتر متصل به دستگاه را روشن کنید
- 4) محلول ها را از یخچال درآورده و در جایگاه خود در دستگاه قرار دهید
- 5) دکمه های پاور (دستگاه دارای دو دکمه پاور می باشد) را روشن کنید.

- 6) پسورد و یوزرنیم های مربوطه را وارد کنید
- 7) برنامه دستگاه را روی رایانه اجرا کنید
- 8) پسورد مربوطه را وارد کنید
- 9) تا ظاهر شدن پیام پایان کنترل Back grand صبر کنید
- 10) جایگاه یک کوت را خالی میکنیم دستگاه خود را بررسی کرده و تا زمان درخواست کوت صبر کنید
- 11) کوت را در جایگاه 1 قرار داده و OK را انتخاب کنید
- 12) در صورت نیاز کوت های بعدی را نیز تعویض یا جایگزین کنید
- 13) اگر خواستید شستشوی روتین انجام گیرد رو Next کلیک کنید
- 14) دستگاه مراحل شستشو را انجام داده و پنجره برنامه دستگاه ظاهر می شود.

دستگاه الکترولیت

- 1) دستگاه همیشه در حالت استند بای قرار دارد که با زدن هر کلید دستگاه در حالت آماده به کار قرار میگیرد.
- 2) نمونه را در کاپ های خود دستگاه به اندازه 200 لاندا بریزید.
- 3) کلید 3 را برای شروع اندازه گیری بزنید
- 4) دستگاه بعد از خواندن جواب ها آنها را چاپ خواهد کرد.
- 5) در صورت ظاهر شدن پیام 200 Call fail لاندا از محلول کاندیشن را در کاپ ریخته و در جایگاه 1 قرار دهید.
- 6) سپس کلید NO را فشار دهید و بعد کلید 1 که موقعین کاندیشن را نشان می دهد فشار دهید. بعد از خواندن کاندیشن کلید NO را بزنید که دستگاه بعد از چند با شستشو به صفحه اصلی بر میگردد.
- 7) به ازای هر 40 تست یک بار کاندیشن و هر 80 تست ابتدا دپروتئینه و سپس کاندیشن به دستگاه بدهید.
- 8) NO >>system>>maintain>>condition or deprotein
- 9) دقت کنید نمونه فیبرین دار به دستگاه داده نشود.
- 10) دستگاه را خاموش نکنید همچنین دستگاه نباید بیش از یک ساعت خاموش بماند.
- 11) برای جستجوی جواب های قبلی به این طریق عمل کنید Yes>>search>>system>>NO سپس برای نمایش هر یک شماره آن را فشار دهید.

دستگاه آب مقطر دیونایزر

- 1) از اتصالات دستگاه (برق و لوله های انتقالی) اطمینان حاصل کرده و دستگاه را روشن کنید.
- 2) قبل از روشن کردن حجم آب موجود در تانک ذخیره را متناسب با مقدار کار روزانه در نظر بگیرید و بعد اقدام به روشن نمودن دستگاه کنید.
- 3) بعد از ذخیره کافی آب، دستگاه را خاموش کنید.

دستگاه سانتریفیوژ

- 1) ابتدا دستگاه را با زدن کلید پاور در پشت دستگاه روشن می کنیم.
- 2) نمونه ها را دو به دو بالانس کرده و به صورت بالانس در دستگاه قرار دهید.

- (3) از بسته بودن درب دستگاه اطمینان حاصل کنید.
- (4) دو کلید رو دستگاه وجود دارد که سمت راستی برای تنظیم دور و زمان و سمت چپی برای تنظیم دمای دستگاه می باشد.
- (5) کلید سمت راست را یک بار فشار داده و رها کنید و با هر بار فشار دادن روی گزینه بعد بروید همچنین با چرخاندن دکمه مورد نظر مقدار زمان و دور را تنظیم کنید.
- (6) بعد از تنظیم موارد فوق دکمه سمت راستی را به صورت ممتد فشار دهید تا صدای صوت دستگاه را که نشانه شروع به کار است، بشنوید. سپس کلید را رها کنید.
- (7) دستگاه بعد از زمان تنظیم شده خواهد ایستاد توجه کنید قبل از ایستادن کامل دستگاه درب را باز نکنید.
- (8) در صورت شکستن نمونه در سانتریفوژ جایگاه را در آورده و کاملاً شسته و ضد عفونی کنید و بعد از خشک شدن کامل در دستگاه قرار دهید.

تست	محلول 1	محلول 2	محلول 3	بلانک	انکوباسیون	نمونه	توضیحات	شماره
قند	1cc	-	-	خود محلول	10 دقیقه 37 درجه	10 لاندا		1
اوره	1cc	-	1cc	خود محلول	10 دقیقه 37 درجه	10 لاندا	محلول 3 بعد از 5 دقیقه ریخته می شود	5
کراتین	800 لاندا	200 لاندا	-	آب مقطر	-	50 لاندا	خوانش بلافاصله بعد از ریختن نمونه	2
MB	800 لاندا	200 لاندا	-	آب مقطر	-	50 لاندا	خوانش بلافاصله بعد از ریختن نمونه	7
Amy	800 لاندا	200 لاندا	-	آب مقطر	-	20 لاندا	خوانش بلافاصله بعد از ریختن نمونه	18
Ca	آماده	-	-	محلول	-	20 لاندا	روش مطابق بروشور	6

دستگاه فتو متر

- 1) با اطمینان از خالی بودن ظرف فاضلاب و اتصالات لوله ها و برق ، دستگاه را با زدن دکمه پاور در پشت دستگاه روشن کنید.
 - 2) قبل از خواندن نمونه ها منتظر بمانید تا دمای دستگاه به 37 درجه برسد.
 - 3) نمونه ها را مطابق روش های خوانش کیت ها بخوانید.
 - 4) بعد از خواندن هر گروه از نمونه ها با آب مقطر دستگاه را شستشو دهید و سپس نمونخ خای بعدی را به دستگاه بدهید.
 - 5) جهت جلوگیری از رسوب محلول ها در لوله های دستگاه در پایان هر شیفت کاری وایتکس 1 به 10 تهیه شده را به دستگاه داده و بعد از 3 دقیقه با آب مقطر شستشو دهید
 - 6) در هنگام خاموش کردن برای جلوگیری از خشک شدن و ترکیدگی لوله ها، دقت کنید که لوله های دستگاه خالی از آب مقطر نباشد.
 - 7) دستگاه را برای مدت طولانی روشن نگذارید و بعد از خواندن گروه نمونه ها آن را خاموش کنید.
- در صورتی که مابین خواندن نمونه ها ظرف فاضلاب دستگاه شد، ابتدا دستگاه را خاموش کرده سپس ظرف را خالی کنید و هنگام بستن درب ظرف از کامل بسته شدن آن مطمئن شوید.

یخچال های ذخیره

- 1) از روشن بودن یخچال ها اطمینان حاصل کنید.
- 2) از باز نگه داشتن درب یخچال ها خود داری کنید
- 3) به صورت اتفاقی دمای یخچال ها را کنترل کنید و یک بار در روز آن را در نمودار دمای یخچال که روی درب چسبانده شده درج نمائید.
- 4) یخچال را در زمان های منظم تمیز کنید.
- 5) **مسئولیت ها و اختیارات:**
- 6) **فرد پاسخگو:** مسئول فنی آزمایشگاه
- 7) **ناظر:** مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه
- 8) **نحوه نظارت:** مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع :دستورالعمل های ابلاغی- راهنماهای استفاده از دستگاه

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده -مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان دستورالعمل: نحوه انجام آزمایشاتی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود		
تاریخ تدوین: 1400/07/09 تاریخ ابلاغ : 1400/07/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد -AH-TC_ LAB.S-IN 04	

امكانات: پرسنل مجرب- تجهیزات سالم

كاركنان مرتبط: كاركنان فنی آزمایشگاه

دامنه :

آزمایشگاه

تعریف :

تستهایی که جهت انجام آن به خون دارای ضد انعقاد نیاز می باشد در بخش هماتولوژی آزمایشگاه انجام میگیرد.

هدف :

این دستورالعمل جهت تبیین چگونگی انجام آزمایشات هماتولوژی با هدف کمک به تشخیص بیماری تووسط پزشک معالج از طریق آموزش به پرسنل این بخش از آزمایشگاه تدوین شده است.

روش :

نمونه های مربوط به این بخش (هماتولوژی) پس از اخذ در نمونه گیری به این بخش انتقال داده می شود. در این بخش نمونه های متفاوتی موجود است که خاص هر آزمایش می باشند از جمله:

- 1) نمونه های CBC که درویال دارای ضد انعقاد EDTA و با در سبز یا فسفری رنگ اخذ می شود.
- 2) نمونه PT و PTT که در ویال دارای ضد انعقاد سیترات سدیم و با درب صورتی یا بنفش اخذ می شود.

3) نمونه ESR که در ویال دارای ضد انعقاد سیترات سدیم و با درب مشکی رنگ برای انجام تست به صورت دستگاهی و با درب صورتی یا بنفش رنگ (با حجم متفاوت از نمونه PT و PTT) به صورت دستی اخذ می گردد. آزمایشاتی که در این بخش انجام می گیرند عبارتند از :

- 1) شمارش سلولهای خونی (CBC) که به صورت دستگاهی باسل کانتر و دستی انجام می گیرد.
- 2) آزمایشهای انعقادی که شامل PT، PTT، CT، BT می باشند که به صورت دستی انجام می گیرد.
- 3) سرعت رسوب گلبولهای قرمز (ESR) که به صورت دستگاهی و دستی انجام می گیرد.
- 4) بررسی لام خون محیطی از لحاظ سلولی و مالاریا و برولیا (PBS)
- 5) شمارش رتیکولوسیت (Retic) و آزمایش لوپوس اریتماتوز (LE)
- 6) شمارش سلولهای خونی مایعات بدن که به صورت دستی انجام میگردد.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست آن:

نحوه انجام تست های هماتولوژی به صورت SOP به پیوست این خط مشی می باشد.

دستگاه سل کانتر

- 1) اتصالات دستگاه (برق، لوله های محلول ها ، لوله های فاضلاب) را کنترل کنید.
- 2) حجم محلول های مصرفی دستگاه (دایولنت، رینز و لیز) را کنترل کنید.
- 3) دستگاه را از حالت استند بای خارج کنید(با زدن هر کلید)
- 4) در ابتدای هر روز برنامه شستشوی روزانه به دستگاه داده می شود. برای این کار به شرح زیر عمل کنید:
MENU>>service>>maintain>>ENTER>> probe cleanser cleaning>> 15 min
Flush Apertures>> Zap Apertures >> Main >> startup
دستگاه آماده به کار می باشد.
- 5) بعد از گزینه probe cleanser cleaning محلول probe cleanser را به دستگاه بدهید.
- 6) در ابتدای هر هفته یک برنامه شستشوی هفتگی به دستگاه داده می شود که به شرح زیر می باشد:
- 7) MENU>>service>>maintain>>ENTER>> probe wipe cleaning>>
Flush Apertures>> Zap Apertures >> Main >> startup
دستگاه آماده به کار می باشد.
- 8) برای جستجوی نتایج نمونه های قبلی یا چاپ آنها به روش زیر عمل کنید: MENU>> review
>> ➡ >>sample reviw>> ➡ >> sample table reviw >> Enter >>
main to Exit
- 9) روزانه در ابتدای کار دستگاه با خون کنترل مورد ارزیابی قرار می گیرد. در صورتی که دستگاه مقادیر خون کنترل را به طور صحیح بخواند در این صورت نمونه های آزمایش به دستگاه داده می شوند.
- 10) اگر دستگاه نتوانست مقادیر صحیح خون کنترل را بخواند فاکتور هر یک از تست ها را به اندازه ای تغییر می دهیم که اعداد مناسب خوانده شود برای این کار به روش زیر عمل کنید: MENU>>
calibration >> ➡ >> manual >> Enter
- 11) از قسمت فاکتور با زدن گزینه اینتر فاکتور ها را تغییر دهید. توجه شود که این کار توسط کاربر ثابت دستگاه باید صورت گیرد.

12) قبل از اینکه نمونه را به دستگاه بدهید، دقت شود که نمونه کاملاً مخلوط شده باشد

13) نمونه از لحاظ عدم وجود لخته بررسی شود

14) در صورت مشاهده هر گونه اختلال توسط دستگاه مطابق دستورالعمل های مربوطه در پرونده دستگاه اقدام نمائید.

آزمایش های رایج انعقادی

به منظور ارزیابی و شناسایی علت خونریزی ضروری است عوامل سیستم انعقاد، سیستم فیبرینولیتیک، شمارش پلاکت ها و عملکرد آنها مورد سنجش قرار گیرد

دو آزمایش PT و PTT از متداول ترین آزمایش های انعقاد خون هستند .

PT : Prothrombin Time

زمان پروترومبین

هدف:

✓ ارزیابی فاکتور های انعقادی مسیرهای خارجی و مشترک در سیستم انعقادی
✓ بررسی توانایی ایجاد لخته توسط فاکتورهای 1 و 5 و فاکتورهای وابسته به ویتامین K (2، 7، 9، 10)
✓ حساسیت بیشتر نسبت به آزمون **PTT** در بیماری های کبدی و کمبود ویتامین K
جهت اندازه گیری زمان **PT**، ترومبوپلاستین بافتی و یون کلسیم به پلاسمای بیمار اضافه شده و زمان صرف شده جهت انعقاد پلاسمای اندازه گیری می شود. آزمایش **PT** همه مسیر فیزیولوژیک انعقاد را بررسی نمی کند.
تست **PT** در کنار اندکس **INR** (International Normalized Ratio) ارزشمند می باشد.
در واقع به دلیل تفاوت بین شرکت های تولید کننده فاکتور بافتی، برای استاندارد کردن **PT** از اندکس **INR** استفاده می شود.

واحد **INR** یا نسبت همسو شده بین المللی یکی از شیوه های گزارش آزمایش **PT** بوده که بر مبنای معرف فاکتور بافتی استاندارد شده با معرف بافتی مرجع **WHO** می باشد.
به بیان دیگر اگر آزمایش **PT** بیمار با معرف بافتی مرجع انجام شود نسبت **PT** بیمار به کنترل برابر **INR** می گردد.
ISI یا نشانگان حساسیت بین المللی:

حساسیت معرف **PT** به کمبود فاکتورهای وابسته به ویتامین K در مسیر خارجی را $ISI = \left(\frac{PT_{test}}{PT_{normal}} \right)$ نشان می دهد و مقدار آن از عدد 1 تا 3 متغیر است .

هر چه مقدار عددی **ISI** به یک نزدیک شود بیانگر حساسیت بسیار بالای معرف می باشد و چنانچه به عدد 3 نزدیک شود بیانگر کاهش حساسیت آن خواهد بود.

بیمارانی که از داروهای ضدانعقاد استفاده می کنند، باید **INR** آنها 2 تا 3 باشد.

برای بیمارانی که در معرض خطر تشکیل لخته هستند، نیاز است که **INR** بالاتر و حدود 2/5 تا 3/5 باشد. در حقیقت پزشک از **INR** برای تنظیم دارو استفاده می کند تا **PT** را در محدوده مناسب برای بیمار قرار دهد.

افزایش زمان PT :

افزایش زمان **PT** در بیماریهای سیروز کبدی، هیپاتیت، کمبود ویتامین K، مسمومیت با سالیسیلات ها، انسداد مجاری صفراوی، مصرف کومارین، انعقاد منتشر داخل عروقی (DIC)، انعقاد وسیع خون و کمبود ارثی فاکتورهای انعقاد خون مشاهده می شود.

عوامل مداخله کننده :

ورزش، مصرف الکل و کشیدن سیگار می تواند زمان PT را طولانی کند.
جگر گاو و خوک، سبزیجاتی مانند کلم بروکلی، گل کلم، شلغم و کاهو سرشار از ویتامین K هستند و مصرف آنها زمان PT را طولانی می کند.

رژیم پرچربی، زمان PT را کاهش می دهد.

داروهایی که باعث افزایش زمان PT می شوند :

آلوپورینول، آمینوسالیسیلیک اسید، باربیتورات ها، آنتی بیوتیک های گروه
بتا لاکتام (آمپی سیلین، آموکسی سیلین، پنی سیلین ...) کلرال هیدرات، سفالوتین، کلرامفنیکل، کلرپرومازین،
کلستیرامین، سایمتیدین، کلوفیرات، کلستپول، اتیل الکل، گلوکاگون، هپارین، متیل دوبا، نتومايسين، آنتی کواگولان
های خوراکی، پروپیل تیوراسیل، کینین، سالیسیلات و سولفانامید ها

داروهایی که باعث کاهش زمان PT می شوند:

استروئید های آنابولیزان، باربیتورات ها، کلرال هیدرات، دیژیتال، دیفن هیدرامین، استروژن ها (قرص ضدحاملگی)،
گریژئوفولین، قرص های ضد بارداری خوراکی و ویتامین K

زمان ترومبوپلاستین نسبی فعال شده

PTT: Partial Thromboplastin Time

Activated Partial Thromboplastin Time: aPTT; APTT

هدف:

✓ بررسی سیستم داخلی و مسیر مشترک در انعقاد خون

✓ ارزیابی فاکتورهای VIII, IX, XI, PK, HMWK, XII

افزایش زمان PTT :

کمبود مادرزادی یا اکتسابی فاکتورهای انعقادی (هیپوفیبرینوژنمی، بیماری فون ویلبراند و هموفیلی)، سیروز کبدی،
کمبود ویتامین K، لوسمی، انعقاد منتشره داخل عروقی، تجویز هپارین
آزمایش PTT وابسته به تمام فاکتور های مسیر داخلی به جز فاکتور 7 و 13 است و کاهش 15 تا 30 درصدی هر
کدام از آنها موجب طولانی شدن آزمایش می گردد.
افزایش بیش از حد یک فاکتور انعقادی ممکن است آزمایش PTT را در حضور کمبود فاکتورهای دیگر انعقادی نرمال
کرده و بر کمبود آنها پوشش گذارد. این حالت در افزایش شدید فاکتور 8 ممکن است رخ دهد.
فاکتورهای 8، فون ویلبراند و فیبرینوژن در گروه پروتئین های فاز حاد بوده و بیماری های التهابی منجر به افزایش
سطح آنها می گردند.

کاهش زمان PTT :

در مراحل اولیه انعقاد داخل عروقی منتشره و کانسر پیشرفته مشاهده می گردد.

عوامل مداخله کننده :

داروهایی که زمان PTT را طولانی می کنند: آنتی هیستامین ها (دیفن هیدرامین، کلامستین و کلرفنیرامین، فکسو
فنادین، لوراتادین، سیتیزین و آکرواستین)، اسید آسکوربیک، کلرپرومازین، هپارین و سالیسیلاتها
حضور لوپوس آنتی کواگولانت ممکن است منجر به طولانی شدن PTT گردد، در این حالت طولانی بودن PTT با
خونریزی همراه نبوده و برعکس با خطر ایجاد ترومبوز همراه است.

نمونه گیری و شرایط نگهداری :

- نمونه خون لازم بر روی سیتрат دو سود 3/8 درصد و به نسبت 1 به 9 (1 سی سی سیترات و 9 سی سی خون) گرفته می شود.
- فاصله زمان نمونه گیری تا انجام آزمایشات انعقادی وابسته به درجه حرارت نگهداری نمونه است.
- آزمایش PT با نگهداری نمونه خون در لوله در بسته دردمای 18 تا 24 درجه (نمونه سانتریفیوژ شده یا نشده) تا 24 ساعت از نمونه گیری بلامانع است.
- نگهداری پلاسما در 2 تا 4 درجه فاکتور 7 را فعال می کند و سبب کاهش PT به میزان 2 تا 3 ثانیه می شود. بنابراین نمونه PT در یخچال قرار داده نشود و در صورتی که امکان انجام آن تا 24 ساعت در دمای اتاق نباشد توصیه می شود حتما پلاسما جدا شده و فریز گردد.
- پلاسما ی مربوط به بیماران تحت هپارین تراپی بایستی حداکثر تا یک ساعت از خون جدا گردد.
- انجام آزمایش PTT تا 4 ساعت بر روی پلاسمای نگهداری شده در دمای 2 تا 4 بلامانع است.
- چنانچه برای PT تا 24 ساعت و PTT تا 4 ساعت امکان انجام آزمایش نباشد، پلاسما را جدا کرده و این پلاسما تا دو هفته در 20- درجه و تا 6 ماه در دمای 70- پایدار است.
- پلاسمای فریز شده را بایستی به سرعت در 37 درجه ذوب نمود و در کوتاهترین زمان ممکن مورد آزمایش قرار داد.
- باتوجه به اینکه در اکثر موارد هردو آزمایش PT و PTT همزمان درخواست و خونگیری می شود بنابراین حداکثر تا 4 ساعت آزمایش ها انجام گردد.

منابع خطا :

- آسیب رساندن به رگ (عقب و جلو بردن سوزن هنگام خون گیری) باعث آزاد شدن فاکتور بافتی و کاهش کاذب زمان PTT و به خصوص زمان PT می شود.
- خونگیری از محل ست تزریق وریدی با توجه به هپارینه بودن برخی از این وسایل سبب افزایش زمان PT میشود.
- همولیز باعث فعال شدن مسیر انعقاد میشود، از خشک شدن الکل روی پوست هنگام نمونه گیری مطمئن شوید و از کشیدن ناگهانی پیستون سرنگ هنگام نمونه گیری اجتناب کنید.
- تغییرات PH باعث تخریب فاکتورهای انعقادی میشود بنابراین با بسته نگه داشتن درب لوله مانع از تغییرات PH شوید.
- ضد انعقاد سیترات سدیم تهیه شده باید در یخچال نگهداری شود.
- چنانچه هماتوکریت بیماری بیشتر از 55٪ باشد، بایستی مقدار سیترات با توجه به هماتوکریت تنظیم گردد، در غیر این صورت سیترات اضافی در حجم کم پلاسمای بیمار پر خون، با پیوند به کلسیم اضافه شده در هنگام آزمایش موجب طولانی شدن کاذب زمان آزمایش می شود.
- برای محاسبه سیترات لازم در بیماران با هماتوکریت های بالا از فرمول زیر استفاده می شود؛ (100 -

$$\text{HCT} \div (595 - \text{HCT}) = \text{حجم سیترات مورد نیاز}$$

- دمای انکوباتور برای آزمایش های انعقادی بایستی در محدوده 1 ± 37 درجه بوده و پلاسمای بیمار و کنترل هیچگاه قبل از انجام آزمایش های انعقادی بیشتر از 10 دقیقه در 37 درجه قرار نگیرد.
- پلاسمای لیپمیک و پلاسمای زرد رنگ و پلاسمای قرمز (نمونه همولیز) در دستگاه های کواگولومتر با روش نور سنجی باعث ایجاد خطا شده بنابراین لازم است با روش دستی انجام گردد .

- ◀ کمبود فیبرینوژن بین 80 تا 100 میلی گرم درصد در تمام آزمایش های انعقادی که نقطه پایان آنها End (point) بر اساس تشکیل لخته است موجب طولانی شدن آن می شود.
- ◀ چنانچه از سیستم لوله های خلا برای نمونه گیری استفاده می گردد، نمونه مربوط به آزمایش های انعقادی باید ابتدا گرفته شود. چون احتمال آغشته شدن سوزن با محتویات لوله های دیگر مانند EDTA و یا ژل فعال کننده لخته وجود دارد.
- ◀ افزایش حجم نمونه تا میزان 10 درصد حجم واقعی می تواند قابل قبول باشد، به عنوان مثال برای حجم 2 میلی لیتر نمونه تا 0/2 افزایش نمونه (2/2 میلی لیتر) قابل قبول می باشد.

دستگاه ESR

- 1) از اتصالات دستگاه مطمئن شده دستگاه را روشن کنید
 - 2) دستگاه خود را چک کرده و آماده به کار می شود
 - 3) لوله ها را داخل دستگاه بگذارید
 - 4) دقت کنید که لوله ها به اندازه کافی پر شده باشد به این صورت که از خط تعیین شده بالاتر یا ژائین تر نباشد.
 - 5) از نبود لخته در لوله اطمینان حاصل کنید.
 - 6) بعد از خواندن نمونه ها دستگاه حرف F را نمایش میدهد که در این صورت برای نمایش جواب کلید 9 را فشار داده و Enter را فشار می دهیم سپس کلید 1 را فشار داده و دوباره Enter را انتخاب میکنیم.
 - 7) سه عدد نمایش داده می شود که عدد اول شماره نمونه و عدد سوم جواب مورد نظر می باشد.
- برای خواندن جواب نمونه بعدی در همین حالت کلید Enter را فشار میدهیم که جواب بعدی نمایش داده می شود.

تعیین گروه خون

برای تعیین گروه های خونی ABO به 2 روش انجام می پذیرد:

Cell type-1 Back type-2

روش Cell type:

این روش به 2 نوع انجام می شود:

روش لامی:

یک لام تمیز برداشته و 2 قطره خون کامل یا گلبول قرمز را روی آن قرار دهید.

1 قطره Anti A روی 1 قطره خون و 1 قطره Anti B روی 1 قطره دیگر خون بریزید.

لام را به مدت 1 تا 2 دقیقه بر روی دستگاه shaker قرار دهید.

لام را از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید.

روش لوله ای:

سوسپانسیون 3 تا 5 درصد خونی تهیه کنید. (روش تهیه سوسپانسیون: 5 سی سی خون + 95 سی سی سرم

فیزیولوژی)

2 لوله تمیز برداشته ، روی یکی A و روی دیگری B می نویسیم.

از سوسپانسیونی که تهیه کرده ایم یک قطره به لوله A و یک قطره به لوله B اضافه می کنیم.

به لوله A Anti A و به لوله B Anti B اضافه می کنیم.

سپس 2 لوله را برای مدت 1 دقیقه در دور 1000 سانتریفیوژ می کنیم.

لوله ها را از نظر آگلوتیناسیون بررسی می کنیم.

آزمایش شمارش رتیکولوسیت

رتیکولوسیت ها گلبولهای قرمز نابالغ حاوی باقیمانده های اسید ریبونوکلیک ریبوزومی هستند که به تازگی از مغز استخوان آزاد شده اند. ویژگی ریبوزوم ها، ایجاد واکنش با رنگهای قلیائی خاص مثل آزرور B، بریلیانت کرزیل بلو یا نیو متیلن بلو (NMB) و تشکیل رسوبی بصورت گرانول یا فیلامنت آبی یا بنفش می باشد. این واکنش فقط با رنگهای حیاتی و در نمونه های فیکس نشده صورت می گیرد. به علت زنده بودن سلول ها هنگام رنگ آمیزی، به این نوع رنگ آمیزی، رنگ آمیزی حیاتی اطلاق می گردد.

مراحل مختلف بلوغ رتیکولوسیت ها با توجه به مشخصات مرفولوژیکی، قابل شناسایی می باشند. نابالغ ترین رتیکولوسیت ها حاوی بیشترین مقدار مواد رسوبی، و بالغ ترین آنها فقط دارای چند جز یا رشته کوتاه از این مواد می باشند. بر این اساس، رتیکولوسیت ها به چهار گروه تقسیم می شوند که گروه 1 دارای کلامپ رتیکولوم و گروه 4 حاوی چند گرانول کوچک می باشند. گروه 2 و 3 نیز از لحاظ مرفولوژی بین این دو گروه قرار می گیرند. چون اکثر رتیکولوسیت هایی که در خون محیطی دیده می شوند از گروه 4 هستند، شناسایی دقیق رتیکولوسیتها اثر قابل توجهی بر روی صحت شمارش این سلولها دارد. بنابراین گلبولی می بایست به عنوان رتیکولوسیت شمارش گردد که دارای هسته نبوده و داخل آن دو یا چند قطعه از رسوب آبی رنگ، که همان RNA ریبوزومی است، دیده شود.

رتیکولوسیتها در رنگ آمیزی معمولی (با رنگ های گروه رومانوفسکی)، بدلیل ترکیب بازوفیلی سیتوپلاسم و اسیدوفیل هموگلوبین حالت بازوفیل منتشر پیدا کرده و به بصورت "پلی کروماتیک" مشاهده می گردند. این پدیده بطور معمول در رتیکولوسیتهای نابالغ که دارای بیشترین میزان RNA هستند، دیده می شود.

رنگ آمیزی

1- تهیه محلول رنگ

رنگ توصیه شده در مراجع معتبر بین المللی نیو متیلن بلو می باشد برای تهیه محلول رنگ، می بایست 0/1 گرم رنگ نیو متیلن بلو (NMB) یا آزرور B خالص را در 100 میلی لیتر بافر فسفات ایزو اسموتیک با 5/ PH = 6/ حل نمود. برای ساخت بافر ذکر شده از محلولهای زیر استفاده می شود:

A:	$\text{NaH}_2\text{PO}_4, 2\text{H}_2\text{O}$	23.4g/L	(150mmol/L)
B:	Na_2HPO_4	21.3 g/L	(150mmol/L)

در صورتیکه 51 میلی لیتر از محلول A با 35 میلی لیتر از محلول B مخلوط گردد، PH بافر حاصل، 6/5 خواهد بود.

رنگ را میتوان در 100 میلی لیتر سیترات سالین نیز حل کرد که برای تهیه سیترات سالین، یک حجم سیترات سدیم 30 گرم در لیتر با 4 حجم کلرید سدیم 9 گرم در لیتر مخلوط می شود. محلول رنگ را می بایست درون شیشه ای قهوه ای رنگ ریخته و در مدت 24 ساعت به دفعات تکان داد. این محلول در دمای

2-6 درجه سانتیگراد قابل نگهداری می باشد. در این دما، نیمه عمر رنگ حدود یک ماه است. هر بار قبل از استفاده، باید حجم مورد نیاز از رنگ را به منظور خارج نمودن هر گونه ذره اضافی یا رسوب، با کاغذ صافی فیلتر نمود.

2- روش رنگ آمیزی

برای رنگ آمیزی باید دو یا سه قطره رنگ NMB را با پپیت پاستور داخل لوله شیشه ای یا پلاستیکی به ابعاد 75×10 میلی متر ریخته و به همین حجم، خون حاوی ضد انعقاد EDTA به آن اضافه کرده و پس

از مخلوط کردن به مدت 15 تا 20 دقیقه در دمای 37 درجه نگهداری نمود . قبل از تهیه گسترش می بایست لوله را به آرامی تکان داد تا گلبولهای قرمز مجدداً به حالت سوسپانسیون درآیند. گسترش ها پس از تهیه و خشک شدن، بدون فیکساسیون و انجام رنگ آمیزی دیگری، توسط میکروسکوپ قابل بررسی می باشند .

حجم دقیق خونی که به محلول رنگ اضافه می شود بستگی به تعداد گلبولهای قرمز دارد . در موارد آنمی، مقدار خون بیشتر و در پلی سیتمی، مقدار خون کمتری ، نسبت به حالت طبیعی ، می بایست با رنگ مخلوط شود .

در یک گسترش مناسب ، ریبوزوم رتیکولوسیت ها به رنگ آبی در آمده و سلولهای بالغ در سطح لام به شکل سایه های کمرنگ آبی مایل به سبز دیده می شوند .

رنگ آمیزی و شمارش رتیکولوسیت خون در شرایطی که نمونه بعد از نمونه گیری در دمای 6-2 درجه نگهداری شود تا 24 ساعت امکانپذیر می باشد . با گذشت 8-6 ساعت از زمان نمونه گیری و ماندن خون در حرارت آزمایشگاه ، رتیکولوسیت ها به تدریج بالغ شده و به گلبول قرمز بالغ تغییر می یابند که این امر بطور کاذب موجب کاهش درصد رتیکولوسیت ها می گردد. بنابراین توصیه می شود شمارش رتیکولوسیت بلافاصله بعد از جمع آوری نمونه انجام شود.

نحوه شمارش و گزارش درصد رتیکولوسیت

برای شمارش و تعیین درصد رتیکولوسیت ، گسترش نباید خیلی نازک تهیه شده باشد و محلی از گسترش جهت شمارش انتخاب شود که سلولها به خوبی رنگ شده و روی هم نیز قرار نگرفته باشند . برای تعیین درصد رتیکولوسیت ها از عدسی شیئی روغنی و در صورت امکان از عدسی های چشمی دارای دیافراگم قابل تنظیم استفاده میشود. تعداد گلبولهای قرمزی که باید مورد ارزیابی قرار گیرند رابطه معکوس با تعداد رتیکولوسیت ها دارد. بنابراین به منظور افزایش دقت در شمارش ، هرچه تعداد رتیکولوسیت ها کمتر باشد می بایست تعداد گلبولهای قرمز بیشتری مورد بررسی قرار گیرند و بالعکس.

مقادیر مرجع

در بزرگسالان سالم شمارش رتیکولوسیت 1/5-0/5 درصد و در نوزادان 6-2 درصد می باشد که تا انتهای هفته دوم زندگی ، به میزان بزرگسالان تنزل می یابد.

افتراق رتیکولوسیت ها از دیگر انکلوژیونهای گلبولهای قرمز

انکلوژیونهای دیگری مثل هاینز بادی، Hb H ، هاول ژولی بادی و اجسام پاپن هایمر در تشخیص افتراقی با رتیکولوم رتیکولوسیت ها قرار می گیرند که در جدول زیر مشخصات هریک آمده است.

در بین این انکلوژیونها ، مشکل عمده اجسام هاینز هستند که هر چند در رنگ آمیزی NMB به رنگ آبی روشن تری مشاهده شده و عمدتاً در حاشیه و نزدیک به غشا سلول قرار میگیرند ولی تفکیک آنها از دانه های ریبوزومی بسیار مشکل است . برای برطرف کردن این مشکل می توان اسمیر رنگ شده رتیکولوسیت را با متانول فیکس کرد که این امر موجب بی رنگ شدن اجسام هاینز شده ولی تاثیری بر روی رتیکولوسیت ندارد.

رنگ آمیزی گیمسا

1) ابتدا لامها را شماره گذاری می کنیم

2) گسترش نازک را با متانول مطلق ثابت می کنیم .

- (3) لامها را درون سبد رنگ آمیزی قرار داده و آنها را به مدت 20 الی 25 دقیقه در محلول گیمسای 1 به 5 رقیق شده قرار می دهیم .
- (4) لامها را به آرامی شسته و زیر لامها را با پنبه الکل پاک می کنیم .
- (5) بعد از خشک شدن لامها به مطالعه آنها می پردازیم .
- (6) جهت رقیق کردن رنگ گیمسا از بافر استفاده کنید ، در صورتیکه بافر در دسترس شما نیست می توانید از آب شیر استفاده کنید ولی هیچ گاه از آب مقطر استفاده نکنید .
- (7) جهت رنگ آمیزی با رنگ گیمسا با از محلول 1 به 5 رقیق شده استفاده کنید
- (8) مدت زمان رنگ آمیزی برای بررسی لام خون محیطی از نظر انگل ملاریا 30 تا 45 دقیقه می باشد اگر زمان رنگ آمیزی بیشتر از 45 دقیقه شود تشخیص انگل مشکل خواهد شد.
- (9) محلول گیمسای آماده شده فقط یک روز قابل استفاده می باشد .
- (10) قبل از اینکه سبد لامها را داخل محلول گیمسا بگذارید جلای فلزی روی محلول را با استفاده از کاغذ صافی بردارید .
- (11) اگر تعداد لامها کم است می توانید لام را بر روی پایه رنگ آمیزی قرار داده و محلول گیمسا را بر روی آن بریزید در این صورت بعد از اتمام زمان رنگ آمیزی با استفاده از یک بشر به آرامی مقداری آب از یک گوشه بر روی لام بریزید تا لام شسته شود .

دستگاه گاز های خونی

- (1) ابتدا بعد از اطمینان از اتصالات دستگاه، آن را روشن کنید.
- (2) کارتریج را در دستگاه قرار دهید.
- (3) موارد فوق برای چندین نمونه یک بار توسط کاربر تعریف شده (آقای اعتمادی) انجام می شود و دستگاه همیشه در حالت آماده می باشد.
- (4) قبل از اینکه نمونه به دستگاه داده شود از نبود لخته در سرنگ و هپارینه بودن آن اطمینان حاصل کنید.
- (5) قبل از دادن نمونه به دستگاه بین دست خود نمونه را به 37 درجه برسانید.
- (6) نوع آزمایش درخواستی (ABG یا VBG) را از دستگاه انتخاب نمایید.
- (7) سوزن دستگاه خارج می شود. سوزن دستگاه را وارد سرنگ نمونه کرده و دکمه OK را لمس کنید .
- (8) دستگاه بعد از برداشتن نمونه سه سوت پی در پی میزند که بلا فاصله شما سرنگ را خارج کنید.
- (9) در این مرحله نام و نام خانوادگی بیمار را وارد کرده و کلید OK را لمس کنید.
- (10) در صورت متصل بودن بیمار به دستگاه ونتیلاتور در آزمایش ABG فشار اکسیژن نیز وارد دستگاه شود.
- (11) بعد از گذشت زمان مورد انتظار دستگاه به صورت خودکار دو عدد پرینت از جواب حاصله می دهد که یکی از آنها بایگانی شده و دیگری در اختیار بخش قرار میگیرد.

دستگاه میکروسکوپ

- (1) دستگاه را روشن کنید.
- (2) سطح لام را ابتدا با بزرگنمایی 10 پیدا کرده سپس با بزرگنمایی های دیگر مورد بررسی قرار دهید.
- (3) متناسب با نوع لام و بزرگنمایی شدت نور و دیافراگم را تنظیم کنید که برای لام های ادرار و مدفوع دیافراگم را بسته و برای لام های خونی و دید مستقیم مایعات رنگ آمیزی شده دیافراگم را باز کنید
- (4) در بزرگنمایی 100 از روغن امرسیون استفاده نمایید

- (5) بعد از استفاده از روغن و گزارش لام حتما عدسی را تمیز نمائید
- (6) در صورت کثیف بودن عدسی ها می توانید از پنبه الکل برای تمیز کردن آنها استفاده کنید.
- (7) **مسئولیت ها و اختیارات:**
- (8) **فرد پاسخگو:** مسئول فنی آزمایشگاه
- (9) **ناظر:** مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه
- (10) **نحوه نظارت:** مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع: دستورالعمل های ابلاغی- راهنماهای استفاده از دستگاه ها

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده -مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارواپماق	
عنوان/موضوع دستورالعمل : نحوه انجام آزمایشاتی که در بخش میکروب شناسی، بیوشیمی ادرار و انگل شناسی و در همه نوبت های کاری و تفسیر نتایج آنها انجام می شود	
تاریخ تدوین: 1400/07/09 تاریخ ابلاغ : 1400/07/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد -AH-TC_LAB.S-IN- 05

امکانات: تجهیزات سالم آزمایشگاهی - پرسنل مجرب-

دامنه :

آزمایشگاه

تعریف :

آزمایشگاهی که از نمونه های ادرار، مدفوع انجام می گیرد در بخش آنالیز ادرار و انگل شناسی صورت میگیرد. همچنین نمونه های مختلفی چون (خون، ادرار، مدفوع، و سایر مایعات بدن و زخمها) که کشت داده می شود و میکروارگانیسم آن تشخیص داده می شود در بخش میکروب شناسی انجام میگیرد

هدف :

این دستورالعمل جهت بیان اصول صحیح آزمایشهایی است که در بخش میکروب شناسی، بیوشیمی ادرار و انگل شناسی با هدف کمک به تشخیص بیماریهای کلیوی، روده ای و عفونی و از طریق آموزش پرسنل تدوین شده است.

روش انجام :

الف) بخش آنالیز ادرار : در این بخش نمونه ادرار هم به صورت ماکروسکوپی و هم میکروسکوپی در رد آنالیز قرار می گیرد.

1) ماکروسکوپی : ادرار از لحاظ رنگ، بو شفافیت به صورت ظاهری مورد بررسی قرار می گیرد . هم چنین با استفاده از نوار ادرار برخی پارامترها از جمله PH، هموگلوبین، گلوکز، کتون، نیتريت، آسکوربات، وزن مخصوص، لکوسیتو پروتئين مورد استفاده اولیه قرار می گیرد.

2) میکروسکوپی : جهت بررسی میکروسکوپی بایستی ادرار سانتریفوژ گردد (10 دقیقه در دور 3000) سپس از رسوب آن لام تهیه شده در بزرگنمایی 40 و 10 زیر میکروسکوپ از لحاظ وجود سلولهای خونی، میکرو ارگانیسمها، کریستالها و سلیندر (کست)های ادراری، موکوس، سلولهای بافت پوششی دستگاه ادراری، وجود اسپرما托زوئید و ... مورد بررسی قرار می گیرد.

لازم بذکر است جهت تایید وجود پروتئين اوری از نمونه رویی ادرار پس از سانتریفوژ استفاده می شود بدین طریق که چند قطره اسید سولفوت سلیک به آن اضافه می گردد که در صورت وجود پروتئين رسوب سفید رنگی ایجاد خواهد شد که به صورت کیفی از trace تا 4+ گزارش می شود.

ب) بخش انگل شناسی : در این بخش نمونه مدفوع نیز از لحاظ ظاهری، قوام، رنگ و وجود کرمهای انگلی (که با چشم غیر مسلح قابل مشاهده است از جمله بند تنیا) به صورت ماکروسکوپی و از لحاظ وجود کرمها و تک یافته های میکروسکوپی و وجود سلولهای خونی به صورت میکروسکوپی مورد بررسی قرار می گیرد همچنین از نمونه مدفوع تست خون منفی در مدفوع (OB) نیز انجام می گیرد و انجام تست اسکاچ نیز در این بخش انجام میگیرد.

ج) بخش میکروب شناسی : تجهیزات لازم برای این بخش عبارتند از :

- 1) هود میکروبیولوژی (2) انکوباتور 37 درجه (3) جاربی هوازی (4) محیطهای کشت مختلف
- 5) فیلدوپلاتین (آنس)، لوپ، شعله، اپلیکاتور و دیسکهای آنتی بیوتیک

در این بخش نمونه های مختلف از جمله، خون، ادرار، مدفوع، مایعات بدن، زخم، کشت داده می شوند.

محیط های کشت مختلف که در این بخش مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از :

نوع محیط کشت	نمونه های کشت داده شده	موارد استفاده
--------------	------------------------	---------------

1- بلاد آگار	ادرار- مایعات بدن- زخم- خون	افتراق باکتریهای گرم مثبت از منفی و نوع همولیز
2- EMB	ادرار- مایعات بدن- زخم- خون	افتراق باکتریهای گرم منفی از مثبت
3- SS آگار	مدفوع	افتراق سالمونلا و شیگلا از سایر باکتریها
4- محیطهای IMVIC	ادرار	افتراق انترو باکتر یا سه ها
5- مولر هینتون	باکتریهای جداسازی شده از نمونه های مختلف	آنتی بیوگرام

روش انجام کشتهای میکروبیولوژی نیز به شرح زیر می باشد:

ابتدا نمونه مورد آزمایش را در شرایط استریل و در زیر هود و در کنار شعله در محیطهای کشت که قبلاً در دمای RT قرار داده شده اند کشت می دهیم. سپس آنها را در انکوباتور 37 درجه قرار می دهیم. در صورت رشد باکتری در محیط کشت داده شده جهت افتراق آنها از محیطها و تستهای افتراقی و اختصاصی از جمله کاتالاز، کوآگولاز، اکسیداز، اپتوچین، نئویوسین استفاده می کنیم. پس از تعیین باکتری و آنتی بیوتیکهای حساس و مقاوم نتایج را گزارش می کنیم.

دستگاه اتوکلاو

- 1) اتصالات دستگاه را بررسی کنید
- 2) دستگاه را روشن کنید
- 3) مقدار آب داخل دستگاه را بررسی کنید (مقدار آب نباید از سنسور مخصوص پایین تر باشد در غیر این صورت دستگاه آلارم خواهد داد)
- 4) مواد را جهت اتوکلاو شدن در دستگاه قرار دهید
- 5) درب دستگاه را بسته و توسط پیچ های مربوطه محکم کنید
- 6) پیچ تهویه دستگاه را باز کنید که هوای داخل دستگاه خارج شود موقع خروج بخار این پیچ را ببندید
- 7) برای شروع بکار دستگاه دو کلید Mod و Start را سه بار همزمان فشار می دهیم که در ابتدا دما و سپس زمان آشکار می شود.
- 8) در بار سوم دستگاه شروع بکار خواهد کرد
- 9) بعد از این که دستگاه به دمای مناسب رسید جهت سترون سازی 15 دقیقه وقت لازم است که بعد از این مدت دستگاه آلارم اتمام کار خواهد داد
- 10) وقتی دما به 96 درجه رسید پیچ تهویه را باز کنید تا بخار و فشار خارج شود
- 11) سپس پیچ های درب را باز کرده و مواد را با احتیاط بردارید

دستگاه انکوباتور

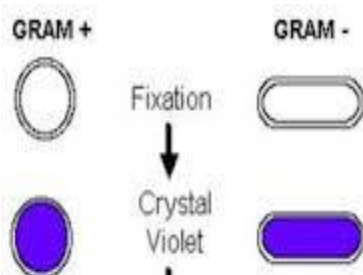
- (1) دستگاه همیشه به حالت روشن می باشد
- (2) دمای دستگاه را به صورت دوره ای بررسی کرده در فرم مربوطه وارد کنید
- (3) دستگاه را تمیز نگه دارید و به صورت دوره ای تمیز کنید.

آنالیز ادرار

- (1) نمونه های دریافتی را به ترتیب لیست کاری ردیف کرده سپس لوله ها و نمونه ها را شماره گذاری کنید.
 - (2) دقت شود که تمام مراحل زیر هود بیولوژیک و با رعایت موارد ایمنی (پوشیدن دستکش و ...) انجام شود.
 - (3) نمونه ها را به ترتیب در لوله هل بریزید.
 - (4) نمونه ها را به لحاظ ماکروسکوپی بررسی کنید.
 - (5) نوار ادراری را در لوله ها زده و بلافاصله نتایج حاصله را یادداشت نمایید.
 - (6) در خواندن نوار ادرار دقت شود که اولاً نوار دور از رطوبت در ظرف مخصوص نگهداری شود، دوماً نوار برای مدت زیادی در لوله ادرار نماند، سوماً بلافاصله بعد از درآوردن قرائت شود و چهارماً نوار به صورت کاملاً افقی روی ظرف نمونه قرار داده شود تا ادراری که روی نوار وجود دارد با بخش های دیگر تماس نداشته باشد.
 - (7) لوله ها را به صورت بالانس در سانتریفوژ قرار دهید و به مدت 10 دقیقه در دور RPM3000 سانتریفوژ نمایید.
 - (8) بعد از اتمام این مرحله مایع رویی لوله ها را به لوله دیگر خالی کرده و با ریختن چند قطره اسید ادرار (اسید سولفو سالیسیلیک) روی مایع رویی وجود پروتئین در ادرار را بررسی کنید.
 - (9) از رسوب ته لوله لام تهیه کنید و با بزرگنمایی 10 و 40 در میکروسکوپ بررسی کنید.
 - (10) دقت شود که نتایج هر مرحله در همان مرحله در دفتر ثبت نتایج ثبت گردد.
- دقت کنید PH ادرار در نیم ساعت اول بعد نمونه گیری اندازه گیری شود.

رنگ آمیزی گرم

- (1) رنگ کریستال ویوله رابه مدت ۳۰ تا ۴۵ ثانیه برروی گسترش ریخته در نتیجه همه باکتری ها به رنگ بنفش درخواهد درآمد
- (2) پس از شستشو گسترش با آب به مدت ۳۰ تا ۴۵ ثانیه بالوگل می پوشانند لوگل باکریستال ویوله ترکیب شده و ایجاد کمپلکس های بزرگی می نماید که باعث تثبیت رنگ کریستال ویوله در داخل دیواره سلولی باکتری می شود . سپس شستشو داده می شود
- (3) مرحله رنگ زدایی مهمترین مرحله رنگ آمیزی است دراین مرحله پس از شستشو لام با آب لام به مدت ۱۵ تا ۲۰ ثانیه در معرض مواد رنگ زدا مانند الکل استون قرار می گیرد سپس با آب مورد شستشو قرار می گیرد .
- (4) درباکتریهای گرم منفی که دارای لایه های پپتیدو گلیکان محدود وغشای خارجی غنی از چربی هستند این حلال باعث حذف این لایه ها وغشا می گردد وباکتری رنگ مراحل قبل را از دست می دهد . ولی در باکتری های گرم مثبت اینگونه نیست.



5) در انتها سطح گسترش راباسفرانین یا فوشین (قرمز رنگ) به مدت ۳۰ تا ۴۵ ثانیه می پوشانیم سپس با آب شستشو داده و پس از خشک شدن بامیکروسکوپ مورد بررسی قرار میگیرد. در این مرحله باکتریهای بی رنگ به رنگ قرمز درمی آیند و باکتری های بنفش بدون تغییر رنگ باقی می مانند.

آزمایش میکروسکوپی نمونه های مدفوع

معمولاً آزمایش میکروسکوپی نمونه های مدفوع متشکل از سه مرحله جداگانه شامل :

1) تهیه گسترش مستقیم 2) روشهای تغلیظ نمونه 3) روشهای رنگ آمیزی دائمی می باشد

الف) تهیه گسترش مستقیم (مرطوب)

گسترش مستقیم را می توان در کوتاهترین مدت و با حداقل امکانات تهیه نمود. در صورت مثبت بودن آنها از نظر وجود انگل، می توان یک گزارش اولیه سریع به پزشک ارائه داد و گزارش نهائی را موکول به انجام آزمایش با استفاده از روشهای تغلیظ و رنگ آمیزی دائمی نمود. در آزمایش مستقیم به علت برداشت حجم بسیار کمی از مدفوع، امکان دستیابی به انگل خیلی کم است. همچنین در صورت یافتن انگل، به علت اینکه بعضی از تک یاخته ها خیلی کوچک می باشند به سختی می توان در گسترش مستقیم نوع آنها را تعیین نمود.

در امتحان میکروسکوپی نمونه مدفوع ممکن است عناصر زیر دیده شوند:

- 1) تروفوزوئیت و کیست تک یاخته های روده ای
- 2) اووسیست کوکسیدیا و اسپورهای میکروسپوریدیا که تشخیص این اسپورها از ذره های کوچک موجود در محیط مشکل است .
- 3) تخم کرمها و لاروها
- 4) گلبولهای قرمز که ممکن است دلیل زخم یا عوامل دیگر خونریزی دهنده باشد.
- 5) گلبولهای سفید مخصوصاً نوتروفیلها که ممکن است دلیل التهاب باشد.
- 6) اتوزینوفیلها که معمولاً دلیل وجود یک پاسخ ایمنی است (که ممکن است در ارتباط با وجود عفونتهای انگلی و یا علل دیگر باشد).
- 7) ماکروفاژها که ممکن است به دلیل حضور عفونتهای باکتریایی یا انگلی باشد.
- 8) کریستالهای شارکوت لیدن که بقایای اتوزینوفیلهای تخریب شده است (ممکن است به دلیل وجود عفونتهای انگلی و یا علل دیگر باشد).

- 9) قارچها (انواع کاندیدا) و مخمرهای دیگر و یا قارچهای شبه مخمر .
- 10) سلولهای گیاهی، دانه های گرده و اسپورهای قارچها که ممکن است شبیه تخم کرمها، کیست تک یاخته ها و اووسیست کوکسیدیا و یا اسپورهای میکروسپوریدیا باشد.
- 11) فیبریا ریشه گیاهان و یا موی حیوانات که ممکن است شبیه لارو کرمها باشد.
- تهیه محلول سرم فیزیولوژی:

- 1) 85% گرم کلورسدیم (NaCl) را در 100 میلی لیتر آب مقطر به خوبی حل کنید.
- 2) به میزان 10 میلی لیتر به داخل 10 لوله در پیچ دار بریزید. لوله ها را در دمای 121 °C بمدت 15 دقیقه اتوکلاو نمائید و بعد از سرد شدن در یخچال 4 درجه سانتیگراد نگهداری کنید. (در صورت در دسترس نبودن لوله در پیچ دار پس از استریل نمودن می توان، جهت جلوگیری از تبخیر محلول در لوله را با پارافیلیم کاملاً ببندید) روی برچسب نام محلول و تاریخ انقضاء آن را به مدت حداکثر یک سال بعد از تاریخ ساخت بنویسید.

روش انجام آزمایش مستقیم:

- 1) یک قطره سرم فیزیولوژی 0/85% رادر طرف چپ و یک قطره از محلول لوگل را در طرف راست لام قرار می دهیم.
- 2) مقدار خیلی کمی از مدفوع (به اندازه 2 میلی گرم و یا در حدی که نوک یک اپلیکاتور را به داخل نمونه فرو کنیم) را در سرم فیزیولوژی به حالت یکنواخت در می آوریم. اگر بیشتر از این مقدار برداشته شود، گسترش رقیق شده و احتمال مشاهده انگل کم می شود.
- جهت بررسی نمونه های فوق یک لامل (mm) 22*22 بر روی نمونه تهیه شده قرار می دهیم .
- اگر نمونه آبکی یا موکوئیدی باشد، نمونه برداری بوسیله اپلیکاتور مشکل است، لذا از دو اپلیکاتور به کمک هم طوری استفاده کنید که حالت یک قاشقک را ایجاد نماید.
- جهت بررسی گسترش ابتدا با عدسی با بزرگنمایی کم (10*) تمام قسمتهای گسترش (لامل) را بررسی می کنیم.
- اگر مورد مشکوکی مشاهده گردید از عدسی با بزرگنمایی (40*) برای بررسی جزئیات استفاده می نمائیم . حتی در مواردی که مورد مشکوکی مشاهده نگردید ، حداقل یک سوم سطح لامل باید با عدسی با بزرگنمایی 40* مورد بررسی مجدد قرار گیرد.
- معمولاً تک یاخته ها نور را منعکس می کنند و چون این گونه ارگانیسم ها کم رنگ می باشند، می توانند نور را از خود عبور دهند و مشاهده آنها مشکل گردد، بنابراین باید با نور کم گسترشها را بررسی نمود.
- زمانیکه نور زیاد باشد بیشتر ارگانیسمها به خوبی مشاهده نمی شوند(تجربه نویسنده : بخصوص در زمانیکه نمونه محتوی اووسیست ایزوسپورایی باشد).
- بهتر است عمل کاهش نور را به جای پائین آوردن کندانسور با بستن دیافراگم انجام دهید. میزان نور باید به نحوی تنظیم شود که عناصر سلولی موجود در مدفوع به خصوص کیست تک یاخته ها بتوانند نور را منعکس کنند.
- اگر اطراف لامل کاملاً با پارافین مذاب مسدود شده باشد، می توان با استفاده از عدسی روغنی (بزرگنمایی 100*) آن را بررسی نمود. ترجیحاً در این موارد استفاده از لامل ضخیم توصیه می شود.
- چنانچه در بررسی گسترش ، حرکت تروفوزوئیت کم شده باشد، می توان با قرار دادن یک سکه کوچک گرم شده در کنار گسترش ، حرکت آن را تحریک نمود. همچنین با فشار روی لامل نیز می توان باعث حرکت مایع و تحریک تروفوزوئیت جهت حرکت نمودن گردید.

گزارش نتایج :

مثالهایی از گزارش نتیجه مثبت نمونه مدفوع، شامل موارد زیر می باشد:

- 1- **Giardia lamblia trophozoites present .**
- 2- **Entamoeba coli cysts present .**
- 3- **Ascaris lumbricoides eggs present .**
- 4- **Strongyloides stercoralis larva present.**
- 5- **Lsospora belli oocysts present.**

همه عناصر و سلولهای موجود در نمونه مدفوع نیز باید تشخیص داده شده و گزارش گردند مانند:

- Moderate charcot – leyden crystals present.**
- Few red blood cells (RBCS) present.**

دستگاه سانتریفوژ

- 1) ابتدا دستگاه را با زدن کلید پاور در پشت دستگاه روشن می کنیم.
- 2) نمونه ها را دو به دو بالانس کرده و به صورت بالانس در دستگاه قرار دهید.
- 3) از یسته بودن درب دستگاه اطمینان حاصل کنید.
- 4) دو کلید رو دستگاه وجود دارد که سمت راستی برای تنظیم دور و زمان و سمت چپی برای تنظیم دمای دستگاه می باشد.
- 5) کلید سمت راست را یک بار فشار داده و رها کنید و با هر بار فشار دادن روی گزینه بعد بروید همچنین با چرخاندن دکمه مورد نظر مقدار زمان و دور را تنظیم کنید.
- 6) بعد از تنظیم موارد فوق دکمه سمت راستی را به صورت ممتد فشار دهید تا صدای صوت دستگاه را که نشانه شروع به کار است، بشنوید. سپس کلید را رها کنید.
- 7) دستگاه بعد از زمان تنظیم شده خواهد ایستاد توجه کنید قبل از ایستادن کامل دستگاه درب را باز نکنید.
- 8) در صورت شکستن نمونه در سانتریفوژ جایگاه را در آورده و کاملاً شسته و ضد عفونی کنید و بعد از خشک شدن کامل در دستگاه قرار دهید.
- 9) **مسئولیت ها و اختیارات:**
- 10) **فرد پاسخگو:** مسئول فنی آزمایشگاه
- 11) **ناظر:** مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه
- 12) **نحوه نظارت:** مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع:

کتاب میکروبیولوژی و آزمایشگاهی

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده - مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند - مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق 	
عنوان دستورالعمل : نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود	
کد - AH-TC_LAB.s-IN-06	تاریخ تدوین: 1400/07/09 تاریخ ابلاغ : 1400/07/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات : تجهیزات سالم آزمایشگاهی - پرسنل مجرب

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه

تعریف :

آزمایشاتی که در آنها آنتی بادی و آنتی ژن و مقدار آنها مورد بررسی قرار می گیرد تحت عنوان سروایمونولوژی و آزمایشاتی که در آنها مقدار هورمون ها اندازه گیری می شود تحت عنوان هورمون شناسی می باشد.

هدف :

این دستورالعمل جهت بررسی اصول و چگونگی انجام آزمایشات سروایمونولوژی با هدف کمک به تشخیص بیماری توسط پزشک معالج از طریق آموزش پرسنل تدوین گردیده است.

روش انجام :

هورمون : بعد از جمع آوری نمونه ها و جداسازی سرم مطابق با لیست کاری تهیه شده و با روش های نوشته شده در کیت مصرفی هورمون شناسی تست ها به روش الیزا انجام می گیرد.

آزمایشاتی که در این بخش انجام می شود شامل :

β HCG -T₃ -T₄ -TSH

ایمونولوژی : بعد از جمع آوری و جدا سازی سرم فضایل لیست کاری و لیست های آزمایش، تست ها انجام می گیرد.
از جمله تست هایی که در این بخش انجام می شود می توان به موارد زیر اشاره کرد:

Hiv -HbsAb -HbsAg

سرولوژی : بعد از جداسازی سرم و مطابق لیست کاری و مطابق با روش های نوشته شده در کیت های مصرفی

آزمایشات انجام می گیرد که شامل : GT- کومبس مستقیم و غیر مستقیم

تعیین گروه خونی - CRP - RF - ASO - Wright - VDRL - 2ME

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست آن:

چگونگی انجام آزمایشات این خط مشی به صورت sop به پیوست این بیمارستان می باشد.

تهیه سوسپانسیون 3-5 درصد گلبول قرمز:

روش عملکردی استاندارد تهیه سوسپانسیون 3-5 درصد گلبول قرمز خون

نسبت سرم به گلبول قرمز خون می تواند به شدت روی حساسیت آزمایش و قدرت آگلوتیناسیون اثر بگذارد.

سوسپانسیون 3-5 درصد معرفی است که در روش های سرولوژیک بکار برده می شود. تهیه سوسپانسیون نهایی 3-5

درصد به صورت دقیق الزامی نیست ، بلکه سوسپانسیون نزدیک به 3 درصد (2-5) درصد می تواند نسبت لازم سرم

به گلبول را در بیشتر روش ها فراهم آورده و تعداد کافی و مناسب از گلبول قرمز خون را برای خواندن و درجه بندی

واکنش در دسترس قرار دهد.

تجهیزات ، مواد و معرف ها :

1. نمونه خون کامل حاوی EDTA

2. لوله آزمایش 10*75 یا 12*75 میلی متر

3. پیپت یکبار مصرف 1 تا 10 میلی لیتر

4. پیپت متغییر 50-1000 لاندا

5. سالین 0.9 درصد

6. سانتریفیوژ سرولوژیک

7. جالوله ای

8. منبع روشنایی (چراغ مطالعه)

روش کار:

جهت تهیه 10 میلی لیتر از سوسپانسیون 3 درصد گلبول قرمز خون مراحل ذیل را انجام دهید:

1- حداقل 1 میلی لیتر از خون کامل را به یک لوله 10 میلی لیتری انتقال دهید

2- به گلبول های قرمز خون سالین اضافه نموده و به مدت 1 الی 3 دقیقه سانتریفیوژ نمایید. این مرحله را 2 تا

3 بار تکرار نمایید. محلول نهایی باید کاملاً شفاف و گلبول قرمز در انتهای لوله جمع شده باشند. محلول سالین

فوقانی supernatant را کاملاً بدور بریزید

3- مقدار 0.3 میلی لیتر از گلبول های قرمز متراکم شسته شده را به لوله ای حاوی 9.7 میلی لیتر سالین 0.9

درصد انتقال دهید.

4- با استفاده از پارافیلیم لوله را پوشش دهید ، چند بار با سروته کردن لوله ، گلبول های قرمز خون را با سالیین 0.9 درصد مخلوط نمایید

کومبس مستقیم و کومبس غیر مستقیم (Test Combs)

از این تست برای شناسایی انتی بادی های ناقص- که بر روی RBC نشسته و آنها را حساس کرده است استفاده می شود . این تست به دو روش مستقیم و غیر مستقیم انجام می شود . اساس این تست بر ایجاد شبکه بین انتی بادی های ناقص در سطح گلبول های قرمز حساس شده (توسط AHG) برای ایجاد آگلوتیناسیون می باشد . این تست در دو مرحله کلی انجام می شود :

1. مرحله حساس شدن

2. اضافه کردن معرف کومبز

از این تست برای شناسایی انتی بادی های ناقص- که بر روی RBC نشسته و آنها را حساس کرده است استفاده می شود . این تست به دو روش مستقیم و غیر مستقیم انجام می شود . اساس این تست بر ایجاد شبکه بین انتی بادی های ناقص در سطح گلبول های قرمز حساس شده (توسط AHG) برای ایجاد آگلوتیناسیون می باشد . این تست در دو مرحله کلی انجام می شود :

1. مرحله حساس شدن

2. اضافه کردن معرف کومبز

• کومبز مستقیم

از کومبز مستقیم برای شناسایی انتی بادی های ناقص متصل به RBC جنین استفاده می شود . تفاوتی که بین کومبز مستقیم و غیر مستقیم وجود دارد این است که ، مرحله حساس شدن گلبول های قرمز در بدن جنین اتفاق می افتد . عامل اصلی حساس شدن RBC (در 75 % موارد) ناسازگاری گروه های خونی RH میباشد هر چند که گروه های خونی ABO در 25 درصد موارد هم می توانند باعث حساس شدن RBC شوند .

ناسازگاری RH

اگر خون جنین Rh+ و خون مادر Rh- باشد انتی بادی های تولید شده از کلاس IgG در بدن مادر از جفت عبور کرده و باعث حساس شدن RBC های جنین می شود .

ناسازگاری ABO

این ناسازگاری زمانی باعث حساس شدن RBC می شود که گروه خونی مادر O و گروه خونی جنین , AB باشد در این صورت انتی بادی 3IgG انتی AB موجود در سرم مادر به جنین منتقل شده و باعث حساس شدن RBC جنین میشود .

روش انجام تست کومبز مستقیم

خون بند ناف را گرفته و از آن سوسپانسیون 5 درصد گلبول های قرمز تهیه می کنیم . چون مرحله حساس شدن RBC در بدن جنین اتفاق افتاده است بنابراین نیازی به انکوبه کردن نیست .

0.1 میلی لیتر از سوسپانسیون 5 درصد RBC را به 0.1 میلی لیتر AHG اضافه می کنیم و برای تشکیل شبکه بین RBC ، لوله های تست را به مدت 3 تا 5 دقیقه در دمای آزمایشگاه نگه می داریم . بعد از 5 دقیقه ، لوله ها را

در 1000 Rpm و به مدت یک دقیقه سانتریفیوژ می کنیم . در آخر هم لوله ها را از نظر آگلوتیناسیون با زدن ضربه ای ضعیف به لوله ، بررسی می کنیم .

بررسی نتایج

اگر آگلوتیناسیون مشاهده شود ، نشان دهنده حساس بودن RBC جنین است و باید تعیین تیترا شود (که در این تعیین تیترا ، AHG را رقیق می کنیم نه سرم را) چون در زایمان دوم به بعد باعث HDN در نوزادان می شود .

• کومبز غیر مستقیم

از کومبز غیر مستقیم برای شناسای RBC حساس شده در محیط IN VITRO استفاده می شود . مرحله حساس شدن RBC ها در این روش توسط انکوباسیون انجام می شود . مراحل بعدی تقریباً مشابه کومبز مستقیم است . در این تست آنتی بادی های ناقص ، در خون مریض (مادر) وجود دارد . این آنتی بادی ها به دو علت عمده ممکن است تولید شوند :

1. انتقال خون

2. زایمان اول

برای بررسی وجود و یا عدم وجود این آنتی بادی ، از سوسپانسیون 5 درصد RBC ، گروه خونی O+ استفاده می شود . چون آنتی بادیهای ناقص ، شاخص های آنتی ژن RBC های گروه خونی O+ را حساس و با اضافه کردن AHG باعث ایجاد آگلوتیناسیون می شود .
علت استفاده از O+

برای اینکه ناسازگاری گروه های خونی ABO را از بین ببریم از این گروه خونی استفاده می کنیم چون اگر گروه های خونی A, B, AB استفاده شود ، در این صورت ممکن است آنتی بادی ضد AB گروه خونی O باعث حساس شدن سوسپانسیون شود .

و علت اینکه از RH+ استفاده می کنیم این است که می خواهیم آنتی بادی های ناقص بر روی آنتی ژن های RH+ بشیند و بتوانیم آگلوتیناسیون را مشاهده کنیم . اگر RH- باشد در روی RBC ، آنتی ژنی وجود نخواهد داشت تا RBC توسط آنتی بادی حساس شود .
روش انجام تست کومبز غیر مستقیم

0.1 میلیمتر از سرم بیمار را با 0.1 میلیمتر از سوسپانسیون 5 درصد مخلوط می کنیم و سپس لوله آزمایش را به مدت 30 تا 40 دقیقه در انکوباتور 37 درجه قرار می دهیم در این مرحله RBC در صورت وجود آنتی بادی ناقص در سرم ، حساس خواهند شد . بعد از این مدت ، لوله آزمایش را به مدت یک دقیقه در دور 1000 سانتریفیوژ می کنیم . و سه بار توسط سرم فیزیولوژی شستشو می دهیم تا آنتی بادی های غیر اختصاصی حذف شوند و فقط آنتی بادی های اختصاصی که به شاخص های آنتی ژنی RBC چسبیده اند ، باقی بمانند . بعد از این مراحل یک قطره AHG به لوله اضافه می کنیم و بعد از 3 تا 5 دقیقه لوله را به مدت یک دقیقه در دور 1000 سانتریفیوژ می کنیم و در آخر هم با زدن ضربه ای ضعیف آگلوتیناسیون را بررسی می کنیم.

بررسی نتایج

اگر آگلوتیناسیون مشاهده شود تست کومبز غیر مستقیم بیمار را مثبت گزارش می کنیم .

چند نکته :

• قبل از انکوبه با اضافه کردن دو قطره آلبومین می تواند آگلوتیناسیون را بهتر بررسی کرد .

- اگر بعد از انکوبه ، آگلوتیناسیون مشاهد شود نشان دهنده این نکته است که در سرم ما آنتی بادی کامل وجود دارد و در واقع Back Type را انجام داده ایم .
 - برای بررسی آگلوتیناسیون بهتر است از میکروسکوپ استفاده کنیم .
- در اخر هم روش تهیه سوسپانسیون پنج درصد را توضیح می دهیم هر چند که این روش برای همه آزمایشگاهی ها چیز بسیار پیش پا افتاده است اما برای برخی دانشجویان تازه کار دغدغه ای بس بزرگ است !!

آزمایش CRP یا (C-reactive protein) :

به پروتئین هایی که در اثر عواملی همچون التهاب، نکروز، عفونت های باکتریایی و ویروسی و بدخیمی ها، مقدارشان در پلاسما و سرم خون انسان و حیوانات خونگرم تغییر می یابد، پروتئین های فاز حاد (APP: Acute Phase Proteins) گویند.

در اثر ضایعات بافتی نکروز التهاب، عفونتها و یا سرطان ها ، پروتئین ها در سرم ظاهر میشوند یا اینکه مقدار آنها تغییر می کند این پروتئین ها به نام پروتئین فاز حاد (acute phase protein) نامیده می شوند.

از پروتئینهای فاز حاد می توان به پروتئین واکنشگر با ماده سی (CRP: C- Reactive Protein) ، پروتئین آمیلوئید ای سرمی (SAM: Serum Amyloid A) برخی قطعات پروتئینی کمپلمان از جمله فاکتور بی (BF: B Factor)، قطعات C2، C3، C4، C5 و C9 اشاره کرد.

از بین پروتئین های فاز حاد ، اندازه گیری CRP به علت افزایش سریع آن در آغاز ضایعه بافتی و کاهش سریع آن بلافاصله پس از بهبودی بهترین راه تشخیص ضایعات بافتی است.

● در بیماری های زیر مقدار CRP در سرم بالا می رود:

- عفونت های باکتریایی
- تب روماتیسمی فعال
- سکته قلبی حاد
- سرطان های بد خیم منتشر
- آرتریت روماتوئید فعال
- عفونت های ویروسی
- سل

● روشهای تشخیص CRP :

روش های سرولوژی مختلفی برای تشخیص CRP وجود دارد در قدیم از پلی ساتکاریو C میکروب پنومولک استفاده میشد ولی به علت مشکلات تهیه این آنتی ژن امروزه با روشهای مختلفی از قبیل پرسیتاسیون در لوله معینه ، ایمونودیفیوژن هماگلوتیناسیون و روش لاتکس آگلوتیناسیون مقدار CRP سرم را تشخیص و اندازه گیری میکنند .

ولی از بین آنها روش لاتکس – آگلوتیناسیون از سایر این متداولتر می باشد.

● آزمایش لاتکس آگلوتیناسیون (CRP – Latex Agglutination test)

— اساس آزمایش : این آزمایش بر اساس آگلوتیناسیون غیر فعال مکوس reversed passive agglutination می باشد ابتدا آنتی بادی ضد اختصاصی CRP را با تزریق CRP به حیوانات آزمایشگاهی از

قبیل خرگوش تهیه میکنند و سپس این آنتی بادی های اختصاصی را از طرف Fe ذرات پلی استرین لاتکس Poly stren latex متصل می کنند بنابر این وقتی سرم بیماری که حاوی CRP است به ذرات فوق اضافه می شود باعث آگلوتیناسیون ذرات لاتکس میگردد این روش بسیار حساس است و بر حسب نوع کیت می توان تا یک میکروگرم CRP را در یک میلی لیتر سرم اندازه گیری نمود.

• روش انجام آزمایش:

هر جعبه آزمایش آگلوتیناسیون CRP معمولاً شامل محتویات زیر می باشد.

- ۱ - شیشه محتوی آنتی ژن CRP که در حقیقت آنتی CRP - می باشد که به ذرات لاتکس متصل شده است گاهی از ذرات لاتکس رنگی استفاده می شود تا آگلوتیناسیون واضحتر نمایان شود.
- ۲ - شیشه محتوی سرم کنترل مثبت
- ۳ - شیشه محتوی سرم کنترل منفی
- ۴ - بافر نمکی تحلیسین - PH ۸,۲ برای رقیق کردن و تیتراسیون سرم بیمار
- ۵ - سرم حرارت دیده بیمار در دمای ۵ درجه سانتی گراد ۳۰ دقیقه کمپلمان را غیر فعال می شود. قبل از انجام آزمایش سرم و جعبه آزمایش را از یخچال بیرون آورده و حدود ۱۵ دقیقه در محیط آزمایشگاه قرار دهید تا به حرارت محیط برسند
- ۱ - در روی یک لام بزرگ و تیره که معمولاً همراه جعبه آزمایش می باشد . یک قطره سرم بیمار حرارت دیده یک قطره سرم یک قطره سرم کنترل مثبت و یک قطره سرم کنترل منفی را در سه نقطه لام قرار دهید.
- ۲ - شیشه محتوی آنتی ژن لاتکس را به آرامی تکان داده تا به صورت محلول یک نواخت در آید و سپس با قطره چکان همراه بر روی هر کدام از سرم های فوق یک قطره از این آنتی ژن را اضافه نمایید
- ۳ - با اپلیکاتور چوبی جداگانه هر کدام از سرم ها را با آنتی ژن مخلوط کرده و به اندازه دایره ای به قطر ۲,۵ سانتیمتر و بر روی لام پهن نمایید.
- ۴ - لام را در دست یا روی تاتور به آرامی حرکت دورانی داده و نتیجه آگلوتیناسیون را در زیر نور یک چراغ در مدت معینی که در بروشور ذکر شده بخوانید در صورتیکه سرم بیمار حاوی CRP باشد آگلوتیناسیون دیده میشود (معمولاً بین ۲ تا ۵ دقیقه نتیجه معلوم خواهد شد) در این صورت ذرات لاتکس به صورت توده های درشت به هم چسبیده نمایان میشود و چنان چه ذرات لاتکس به صورت یک نواخت پراکنده باشند نتیجه آزمایش منفی است.
- گاهی مقدار CRP در سرم بیمار زیاد است و در نتیجه به علت پدیده منطقه ای ممکن است یک سرم مثبت اشتباه منفی گزارش شود بنابر این بهتر است اگر CRP منفی شد قبل از اینکه آن را منفی گزارش کنیم با رقت ۱:۵ آزمایش را تکرار کنیم.
- سرم بیمار باید تازه باشد در صورتی که نمیتوانید همان روز آزمایش را انجام دهید ۴۸ تا ۷۲ ساعت سرم را در یخچال ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد نگهداری نمایید چنانچه بعد از ۷۲ ساعت میخواهید با ید سرم را یخ بزیند و سرم بیش از یک بار نباید یخ بزند.
- سرم بیمار باید شفاف و فاقد هر گونه ذرات باشد.
- لام در درجه حرارت اطلاق نگهداری نمایید.
- لام باید تمیز باشد و پس از هر آزمایش با آب شسته و با دستمال خشک کنید چنانچه اثرات صابون و سایر مواد پاک کننده بر روی آن باشد ممکن است مانع دانش آنتی ژن و آنتی بادی شود.

— اگر مقدار چربی در سرم و با فاکتور روماتوئیدی سرم زیاد باشد . به طور کاذب CRP مثبت می شود.

— سعی کنید از پلاسما برای آزمایش CRP استفاده نکنید زیرا ممکن است فیبروزن موجود در آن سبب آلكوتی ناسیون کاذب ذرات لاتکس گردد.

— از سرم حرارت دیده برای آزمایش های لاتکس استفاده نمائید زیرا اگر مقدار جزئی کمپلمان سرم زیاد باشد ایجاد مثبت کاذب میکند.

تست RF به روش آگلوتیناسیون:

اساس آزمایش RF تعیین وجود یا عدم وجود RF (آنتی بادی IgM) در سرم بیماران می باشد. برای انجام آزمایش مذکور، می توان از کیتی که بدین منظور، توسط شرکتهای مختلف تجاری ساخته می شود، استفاده کرد. همانطور که قبلاً گفته شد، اساس تمام آزمایشهای سرولوژی، واکنش آنتی بادی و آنتی ژن می باشد. بالطبع آزمایش RF نیز از این قاعده مستثنی نیست. همانطور که در تعریف RF گفته شد، RF یک اتوآنتی بادی از کلاس IgM علیه قسمت Fc آنتی بادی IgG خود شخص می باشد. بنابر این با استفاده از آنتی بادی IgG می توان به جستجوی فاکتور روماتوئیدی در سرم بیماران پرداخت. اما باید توجه داشت که، واکنش IgG با RF کمپلکس قابل رویتی را ایجاد نمی کند. برای قابل رویت شدن کمپلکس و ایجاد واکنش آگلوتیناسیون، باید آنتی ژن (در اینجا آنتی بادی IgG) به یک ماده نامحلول متصل شود که این ماده نامحلول در گذشته، گلبول قرمز گوسفند بود، که به این روش، آزمایش روز – والر (Roze-waaler) می گفتند. ولی از آنجا که گلبول های قرمز، عمر کوتاهی دارند، امروزه روش دیگری متداول است به نام R.A-Latex که در آن ذره نامحلول مورد استفاده، ذرات لاتکس می باشد. این ذره نامحلول همچنین می تواند زغال و بنتونیت و... باشد که لاتکس از همه آنها هم، ارزانتر است و هم قابل دسترس تر .

نکته ها

- 1) روش R.A-latex نسبت به روش Rose-waaler حساسیت بیشتری به RF دارد. به عبارت دیگر روش روز – والر بیشتر در بیماری آرتریت روماتوئید مثبت می شود، و مثبت کاذب کمتری دارد، ولی روش لاتکس ممکن است در بیماری های دیگر (RF با تیتراژ کمتر) نیز مثبت شود.
- 2) اساس آزمایش RA-latex آگلوتیناسیون پاسیو معکوس (Revealed Passive Agglutination) می باشد.

آزمایش R.A-latex

نمونه های مورد آزمایش:

- از سرم تازه و شفاف استفاده شود.
- پلاسما غیر قابل استفاده است.
- سرمهای لیپمیک یا آلودگی های میکروبی ممکن است باعث جوابهای غلط شوند.
- نمونه ها را می توان تا 24 ساعت در یخچال و برای مدت های طولانی در فریزر (C -20) نگهداری نمود.

معرفهای موجود در کیت R.A-latex

- معرف شماره 1: تامپون برای رقیق کردن سرم (به جای تامپون می توان از سرم فیزیولوژی استفاده کرد)
- معرف شماره 2: ذرات لاتکس که بر روی آنها IgG انسانی و یا خرگوشی سوار شده است.

معرف شماره 3: کنترل مثبت

معرف شماره 4: کنترل منفی

آزمایش در دو مرحله کیفی و کمی انجام می شود کیفی برای وجود RF و کمی برای تعیین تیتراژ آن در سرم.

روش انجام آزمایش

الف) روش کیفی:

- 1- یک میلی لیتر از تامپون را در لوله آزمایش ریخته و به آن 50 میکرولیتر نمونه سرمی اضافه کنید. (رقت 1 به 20) کنترل های مثبت و منفی نیاز به رقیق کردن ندارند.
- 2- 50 میکرولیتر از نمونه سرمی رقیق شده و یک قطره از کنترل های مثبت و منفی را بطور جداگانه در وسط دایره های 1، 2 و 3ی اسلاید (اسلاید زمینه سیاه) قرار داده و یک قطره از سوسپانسیون لاتکس را در کنار آنها بچکانید.
- 3- با استفاده از همزن پلاستیکی، قطرات را مخلوط نموده و در سطح دایره ها پخش نمایید.
- 4- اسلاید را بطور دورانی در دست یا با استفاده از روتاتور به مدت 2 دقیقه حرکت دهید.
- 5- میزان آگلوتیناسیون را به این صورت گزارش کنید.

آگلوتیناسیون درشت + + +	RF مثبت
آگلوتیناسیون متوسط ++	RF مثبت متوسط
آگلوتیناسیون ریز +	RF مثبت ضعیف
بدون آگلوتیناسیون (سوسپانسیون یکنواخت)	RF منفی

دستگاه الایزا ریدر (ELISA Reader)

روشن نمودن دستگاه:

- ✓ اتصالات دستگاه (برق و پرینتر) را بررسی کنید.
 - ✓ کلید پاور که در پشت دستگاه قرار دارد را روشن کنید. همزمان پرینتر متصل به دستگاه را نیز روشن کنید.
- تست های کمی

- 1) کلید تست یا A را زده بعد شماره تست را وارد کنید
- 2) شماره هر تست در صفحه ای چاپ شده و بالای دستگاه نصب شده است.
- 3) سپس کلید Enter را بزنید.
- 4) نمودار استاندارد توسط دستگاه رسم می شود که در صورت زدن کلید YES چاپ می شود. شما در این مرحله کلید NO را انتخاب نمائید.
- 5) در مرحله بعد پیام use store curve نمایش داده می شود که در صورتی که برای تست استاندارد های تعریف شده را گذاشته اید کلید NO و در غیر این صورت کلید YES را انتخاب نمائید.
- 6) در مرحله بعدی کلید END را از صفحه کلید انتخاب کنید تا موقعیت نمونه ها را در دستگاه تعریف کنید.
- 7) ابتدا تعداد پلیت (1-12) را انتخاب کرده کلید Enter را بزنید. سپس خانه آخرین نمونه در آخرین ردیف (A-H) را انتخاب و کلید Enter را بزنید و سپس تعداد ردیف ها را (1-12) را انتخاب و کلید Enter را بزنید.

8) در مرحله آخر کلید Read را در صفحه کلید بزنید تا بعد از خواندن پلیت جواب ها چاپ شوند.

تست های کیفی

- 1) در این تست ها فقط OD خوانده می شود.
- 2) ابتدا کلید 1 با ABS را فشار دهید.
- 3) طول موج را داده و کلید Enter را انتخاب کنید که معمولاً از دو طول موج استفاده می شود.
- 4) کلید END را فشار داده و برای مشخص نمودن جایگاه نمونه ها مشابه بند 7 تست های کمی عمل کنید.
- 5) در مرحله آخر کلید Read را در صفحه کلید بزنید تا بعد از خواندن پلیت جواب ها چاپ شوند.
- 6) حال با توجه به کاتالوگ هر کیت که مقدار کات آف مشخص شده مقادیر بالاتر از آن مثبت و مقادیر پایین تر منفی تلقی می شود.

آزمایش رایت:

تب مالت بیماری عفونی است و عوامل ایجاد کننده آن در انسان کوکوباسیل گرم منفی میباشد که شامل:

- 1) بروسلا B-Melitensis که بیشتر در بز، گاو و گوسفند و مسئول اکثر موارد تب مالت در ایران می باشد.
- 2) بروسلا B-Abortus در گاو
- 3) بروسلا B-Suis در خوک
- 4) بروسلا B-Canis در سگ ایجاد بیماری می کند.

روشهای سرولوژی استاندارد:

1) روش آگلوتیناسیون سریع با آنتی ژن ویژه این روش

(لوازم مورد لزوم):

- 1) پلیت شیشه ای مخصوص آزمایش سرولوژی
 - 2) آنتی ژن قابل مصرف و فاقد اتو آگلوتیناسیون
 - 3) کنترل مثبت و کنترل منفی
 - 4) روتاتور واپلیکاتور جهت مخلوط نمودن سرم و آنتی ژن
- آنتی ژن رزبنگال به رنگ قرمز و با PH اسیدی برابر 3/65 و به میزان 8٪ جرم میکربی بروسلا آبورتوس در دسترس می باشد و بیشتر این روش جهت تشخیص اولیه در برنامه های کنترل و ریشه کنی بروسلوز به عنوان تست غربالی بکار برده می شود و توصیه می شود بعلت احتمال بروز پدیده پروزون و مشاهده پاسخ منفی کاذب، آزمایش تمامی نمونه های سرم با روش لوله ای انجام شود. در صورت انجام آزمایش به روش سریع و بر روی پلیت، از یک قطره سرم (حدود 25-30 میکرو لیتر) و یک قطره آنتی ژن (حدود 25-30 میکرو لیتر) استفاده می شود و موارد مثبت به روش لوله تعیین مقدار شود و از تیتراسیون تست با پلیت خودداری گردد و سعی شود که در این آزمایش از کنترل مثبت و منفی استفاده شود و آگلوتیناسیون با نمونه کنترلی منفی و مثبت مقایسه گردد.

2) آزمون آگلوتیناسیون رایت در لوله:

(لوازم و مواد مورد نیاز):

- 1) لوله همولیز

(2) آنتی ژن مخصوص لوله ای ساخت داخل که فاقد اتو آگلوتیناسیون باشد و قابل مصرف طبق تاریخ ساخت می بایستی تا هنگام مصرف دور از نور و در یخچال 4 درجه سانتی گراد نگهداری شود.

(3) نمک طعام و فنل

(4) پارافیل جهت بستن درب لوله ها

(5) سرم کنترل مثبت و منفی جهت تهیه شاهد

طرز تهیه سرم فیز یولوژی فنیکه :

8/5 گرم کلرور سدیم و 5 گرم فنل را در 1000 میلی لیتر آب مقطر حل نمایید. توصیه می شود برای از بین بردن پدیده پروزن بجای 8/5 گرم 50 گرم نمک طعام و 5 گرم فنل را در یک لیتر آب حل نمایید.
روش آزمایش :

در یک ردیف لوله همولیز از سرم مورد آزمایش رقت های 1:5 , لغایت 1:1280 به ترتیب ذیل تهیه نمایید :

(A) در لوله اول 8/ . میلی لیتر و در لوله های بعدی 5/ . میلی لیتر سرم فیزیولوژی فنیکه بریزید .

(B) 2/ . میلی لیتر از سرم مورد آزمایش به لوله اول اضافه کرده (رقت 1:5) از لوله اول نیم میلی لیتر به لوله دوم اضافه کنید (رقت 1:10) مخلوط نموده به همین ترتیب تا لوله آخر ادامه داده و از لوله آخر 5/ . میلی لیتر اضافه را بعد از مخلوط کردن دور بریزید .

(C) آنتی ژن را به مقدار مورد نیاز تهیه (در صورت نیاز به رقیق شدن بر حسب دستور العمل رقیق گردد) و به هر لوله 5/ . میلی لیتر اضافه نمایید در نتیجه رقت های نهایی با احتساب حجم آنتی ژن 1:10 , 1:20 , 1:80 و ... الی آخر بدست آید .

(D) تهیه شاهد منفی و مثبت:

(1) برای تهیه شاهد منفی 5/ . میلی لیتر آنتی ژن رقیق شده یا آماده مصرف را در یک لوله همولیز ریخته و نیم میلی لیتر محلول سرم فیزیولوژی فنیکه به آن می افزاییم .

(2) برای تهیه شاهد مثبت یک نمونه سرم مثبت قوی را به صورت 1:5 رقیق نمایید .

(100 میکرولیتر سرم + 400 میکرولیتر سرم فیزیولوژی فنیکه) سپس 5/ . میلی لیتر از آن را با 5/ . میلی لیتر آنتی ژن آماده مصرف در یک لوله ریخته و مخلوط نمایید .

(E) محتوی لوله ها را کاملاً مخلوط و درب لوله ها را با پارافیل بسته و به مدت 20 تا 24 ساعت در گرمخانه 37 درجه سانتی گراد قرار داده و به ترتیب نتیجه را قرائت می کنیم .

قرائت نتایج :

بر مبنای میزان شفافیت مایع فوقانی (با مقایسه لوله شاهد) و آگلوتیناسیون ایجاد شده نتایج بر حسب تیتراژ لوله ها (رقت لوله ها) گزارش می گردد و با بیشترین رقت لوله ای که نسبت به لوله شاهد منفی ، 50 درصد شفافیت یا آگلوتیناسیون را نشان می دهد تیتراژ نهایی آزمایش بدست می دهد . ضمناً در مورد تفسیر آزمایش رایت و تعیین تیتراژ آلودگی هنوز اتفاق نظر وجود ندارد . در کتب و مقالات پزشکی غربی به علت اینکه بیماری شیوع چندانی ندارد و تعداد مبتلایان اندک می باشد و فقط بیماری یک بیماری شغلی محسوب شده و به وسیله بروسلا آبورتوس و سوئیس با تماس مکرر بوجود می آید و آلودگی با بروسلا ملی تنسیس رواج ندارد، تیتراژ قابل ارزش برای درمان 1:160 میباشد، ولی در ایران بیشتر آلودگی با بروسلا ملیتنسیس گزارش شده و شیوع بیشتری دارد و تیتراژ 1:80 به بالا برای درمان ارزش بیشتری دارد لیکن تیتراژ های پایین تر و بویژه در ارتباط با بیماریهای غیر شغلی نبایستی

کم اهمیت در نظر گرفته شود، مگر در صورتیکه از نظر کلینیکی تظاهرات وجود نداشته، تیتراژ آزمایش دو هفته بعد رو به افزایش نبوده، کشت خون منفی بوده، یا در آزمایش 2ME، IgG فعال وجود نداشته باشد.

آزمایش 2- مرکاپتواتانول: 2-Mercaptoethanol(2ME)Brucella Agglutination Test

تستهای معمول آگلوتیناسیون برای تشخیص بروسلوز تنها وجود یا عدم آگلوتینین های ضد آنتی ژن بروسلا را در سرم بیمار مشخص می نماید. بدون آن که قادر به افتراق نوع آگلوتینین های موجود یعنی IgM از IgG باشند. آزمایش 2ME برای تعیین ماهیت ایمونوگلوبولین موجود در سرمی که سبب آگلوتیناسیون می شود انجام میگیرد. 2- مرکاپتواتانول ماده احیاء کننده ایست که در غلظت معین باندهای دی سولفید (IgM (disulphide bond را شکسته و باعث از بین رفتن خاصیت آگلوتیناسیون IgM می شود. اگر سرم بیمار قدرت آگلوتیناسیون خود را پس از مجاورت با 2ME از دست بدهد نشاندهنده اینست که آگلوتینین موجود IgM بوده است ولی اگر قدرت آگلوتیناسیون سرم پس از تاثیر 2ME باقی بماند دلیل بر وجود آگلوتینین IgG و تیتراژ بدست آمده همان تیتراژ IgG میباشد. آزمایش 2ME به همان روش آگلوتیناسیون لوله ای رایت (Wright) انجام می گیرد با این تفاوت که رقتهای سرم، در سرم فیزیولوژی حاوی 2ME تهیه می گردد. می توان بجای 2ME از ماده دیگری بنام Dithiothrietol (محلولی با غلظت 0/005 مولکول گرم) استفاده کرد.

ضمناً به سبب قابلیت اکسید شدن بیش از حد 2ME در رقتهای بالا اعتقاد بر این است که باید از بافر تازه تهیه شده 2ME برای تعیین طبیعت آنتی بادی موجود در سرم بیمار استفاده گردد و پیشنهاد می نماید که برای این هدف بهتر است ماده احیاء کننده را تازه و روزانه و با سرم مورد آزمایش مخلوط نموده و سپس آزمون آگلوتیناسیون را انجام داد.

روش انجام آزمایش :

مواد مورد لزوم :

1) محلول غلیظ 2- مرکاپتواتانول

2) لوله همولیز

3) آنتی ژن لوله ای انستیتو پاستور یا انستیتو رازی که اتو آگلوتیناسیون نداشته و یکنواخت و هموژن باشد.

A) ابتدا محلول 0/2 ملکول گرم در لیتر 2ME در آب مقطر تهیه می کنیم (0/68 میلی لیتر مرکاپتواتانول در 50 میلی لیتر آب مقطر)

سپس به تعداد نمونه های سرم مورد آزمایش لوله همولیز در نظر گرفته و در هر لوله 0/3 ملی لیتر سرم فیزیولوژی + 0/2 میلی لیتر سرم بیمار + 0/5 میلی لیتر محلول مرکاپتواتانول می ریزیم.

B) لوله را بمدت یکساعت در اتو 37 درجه قرار میدهیم تا مرکاپتواتانول بر روی IgM اثر نماید.

C) لوله ها را از اتو خارج ساخته و برای هر نمونه سرم به مانند سرو آگلوتیناسیون در لوله تعداد مورد نیاز لوله همولیز در نظر می گیریم و رقتهای سریال (serial dilution) تهیه می کنیم بدین ترتیب که به استثناء لوله اول (که لوله حاوی سرم و مرکاپتواتانول می باشد) در تمام لوله ها 0/5 میلی لیتر سرم فیزیولوژی می ریزیم سپس از محتوی لوله اول 0/5 میلی لیتر به لوله دوم می ریزیم و پس از مخلوط کردن از لوله دوم 0/5 میلی لیتر به لوله سوم انتقال می دهیم. این عمل را تا لوله ما قبل آخر ادامه می دهیم و از این لوله 0/5 میلی لیتر دور ریخته می شود. (لوله آخر به عنوان کنترل است که فقط حاوی سرم فیزیولوژی و آنتی ژن خواهد بود) رقت های نهایی از 1:10 تا 1:5120 خواهد بود.

(D) به هر لوله مقدار 0/5 میلی لیتر از همان آنتی ژن سرو آگلو تیناسیون لوله ای می ریزیم (یا آنتی ژن مخصوص 2ME ساخت انستیتو پاستور)

(E) ذلوله هارا به مدت 20-24 ساعت در اتو 37 درجه قرار می دهیم و سپس لوله هارا از نظر وجود آگلو تیناسیون بررسی می کنیم.

پس از تاثیر 2ME بر روی سرم آگلو تینین های با ماهیت IgM حذف می شوند و چون آگلو تیناسیون مورد مشاهده تنها ناشی از وجود IgG است لذا تیترا IgG موجود در سرم را نشان می دهد. ضمناً توصیه می شود که محلول رقیق شده 2ME در روز مصرف تهیه شود و تامپون مصرفی بدون فنل مورد استفاده قرار گیرد.

بطور معمول تیترا قبل از درمان 1:40 به بالا در آزمایش 2- مرکاپتو اتانول مثبت تلقی شده ضمن آنکه هر تیترا در این آزمایش و بویژه تیترا 1:20 می تواند نشانه ای از آلودگی بوده مگر این که خلاف آن ثابت شود. *آزمایش آنتی هیو من گلو بولین ((کومبس رایت)):*

روش آزمایش: به منظور انجام این آزمایش به ترتیب زیر عمل می شود:

(1) رقتهای سرم مورد آزمایش مشابه روش سرو گلو تیناسیون در لوله با سرم فیزیولوژی یا بافر فسفات با $7/2 = PH$ به حجم 0/5 میلی لیتر تهیه شود.

(2) آنتی ژن رایت به نسبت توصیه سازنده با سرم فیزیولوژی رقیق شود و سپس به حجم 0/5 میلی لیتر به هر لوله اضافه گردد.

(3) لوله ها را به مدت 24 ساعت در گرمخانه 37 درجه سانتیگراد قرار داده و پس از این مدت نتیجه را قرائت نمایید.

(4) پس از ثبت نتایج، تمام لوله ها ئیکه دارای آگلو تیناسیون کامل یا جزئی باشند کنار گذاشته شود.

(5) بقیه لوله ها را به مدت 10 دقیقه با دور 2000 در دقیقه سانتریفوژ نموده و مایع رویی را با دقت جدا نموده و دور بریزید و رسوب را با یک میلی لیتر بافر فسفات یا سرم فیزیولوژی مخلوط و مجدداً سانتریفوژ کنید.

(6) مرحله سانتریفوژ را 3 مرتبه تکرار نمایید.

(7) رسوب نهایی را با 0/9 میلی لیتر بافر فسفات یا سرم فیزیولوژی و 0/1 میلی لیتر آنتی هیومن گلوبولین مخلوط و به مدت 24 ساعت در گرمخانه 37 درجه قرار دهید.

(8) پس از انقضای زمان مذکور نتایج واکنش را قرائت کنید.

در بروسلوز مزمن و طولانی ممکن است IgM دیگر تولید نشوند و آنتی بادی IgG و کلاس های IgG1 و IgG2 که بیش از 80% IgG موجود را تشکیل می دهد نیز سنتز نگردد. و تنها آنتی بادی ضد بروسلائی موجود شامل IgG3 و IgG4 باشد که از نظر کمی و کیفی خیلی ضعیفتر از IgG1 و IgG2 و IgM ضد بروسلائی واکنش می دهند. توضیح اینکه این آنتی بادی ها در تست رایت نتیجه منفی کاذب بوجود می آورند ولی در صورت افزودن آنتی هیومن گلوبولین و انجام تست کومبس رایت نتیجه مثبت حاصل خواهد شد و در تست کومبس رایت تیترا قابل ارزش 1/40 به بالا می باشد و اگر علامتی از نظر بیماری نیز مشاهده شود نتیجه را با ارزش تر می نماید.

((طرز تهیه بافر فسفات با $PH=7/2$ و غلظت ده برابر بدین ترتیب است))

(1) فسفات مونو سدیک با دو ملکول آب $2/03 g =$

(2) فسفات دی سدیک بدون آب $12/36 g =$

(3) نمک طعام $80 g =$

را در یک ظرف یک لیتری ریخته و حجم می رسانیم و در موقع مصرف 1:10 رقیق می کنیم .

دستگاه سانتریفوژ

- 1) ابتدا دستگاه را با زدن کلید پاور در پشت دستگاه روشن می کنیم.
- 2) نمونه ها را دو به دو بالانس کرده و به صورت بالانس در دستگاه قرار دهید.
- 3) از یسته بودن درب دستگاه اطمینان حاصل کنید.
- 4) دو کلید رو دستگاه وجود دارد که سمت راستی برای تنظیم دور و زمان و سمت چپی برای تنظیم دمای دستگاه می باشد.
- 5) کلید سمت راست را یک بار فشار داده و رها کنید و با هر بار فشار دادن روی گزینه بعد بروید همچنین با چرخاندن دکمه مورد نظر مقدار زمان و دور را تنظیم کنید.
- 6) بعد از تنظیم موارد فوق دکمه سمت راستی را به صورت ممتد فشار دهید تا صدای صوت دستگاه را که نشانه شروع به کار است، بشنوید. سپس کلید را رها کنید.
- 7) دستگاه بعد از زمان تنظیم شده خواهد ایستاد توجه کنید قبل از ایستادن کامل دستگاه درب را باز نکنید.
- 8) در صورت شکستن نمونه در سانتریفوژ جایگاه را در آورده و کاملاً شسته و ضد عفونی کنید و بعد از خشک شدن کامل در دستگاه قرار دهید.

دستگاه واشر الیزا

- 1) اتصالات دستگاه را بررسی کنید
- 2) از خالی بودن ظرف فاضلاب اطمینان حاصل کنید
- 3) از کافی بودن محلول ها مطمئن شوید
- 4) دستگاه را روشن کنید
- 5) برای شسته شدن لوله ها ابتدا گزینه Rinse را انتخاب کنید
- 6) سپس برای اینکه لوله ها از محلول شستشو پر شود کلید Prime را انتخاب کنید.
- 7) پلیت را بطور صحیح در جای خود قرار داده و کلید YES را فشار دهید
- 8) عدد 6 را به عنوان شماره برنامه انتخاب کرده و دو بار کلید YES را انتخاب کنید
- 9) در انتها با زدن کلید Rinse دوباره لوله ها را شستشو دهید
- 10) دستگاه را خاموش کنید.

11) مسئولیت ها و اختیارات:

- 12) فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه
- 13) ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه
- 14) نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع:

کتاب سروولوژی، ایمونولوژی و هورمون شناسی

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده - مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند - مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق 	
عنوان/دستورالعمل: نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی در همه نوبتهای کاری و تفسیر نتایج آنها	
کد -AH-TC_LAB.s-IN-08	تاریخ تدوین: 1400/07/09 تاریخ ابلاغ : 1400/07/10 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات : تجهیزات سالم
کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه

هدف :

این دستورالعمل جهت بررسی روند صحت و دقت نتایج آزمایشهای بخش بیوشیمی با هدف کنترل کیفی داخلی و رسیدن به نتایج صحیح از طریق آموزش به پرسنل این بخش تدوین گردیده است.

روش انجام :

در بخش بیوشیمی آزمایشگاه باید روزانه نتایج تستهای مختلف مورد بررسی قرار داده شده و به نوعی خود کنترلی تجهیزات، مواد مصرفی و پرسنل همکار انجام گیرد تا نتایج صحیح در اختیار بیماران قرار داده شود بدین منظور روزانه نتایج دستگاههای مختلف بیوشیمی از جمله اتوآنالایزر و فتومتر بوسیله محلول کنترل و صحت سنج (TruelabN)

مورد ارزیابی قرار می گیرند و نتایج آن ثبت شده و تغییرات لازم در دستگاه و مواد جهت دستیابی به نتایج صحیح و مورد نظر بروشور truelabN داده می شود.

در مورد دستگاه الکترولیت آنالایزر باید گفت که قبل از انجام هر تست دستگاه اتوماتیک خود را کالیبره می کند و پس از 40 تست توسط محلول کاندیشن و پس از 80 تست ابتدا با محلول د پروتئین و کاندیشن مورد شستشو کالیبراسیون قرار می گیرد.

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست آن:

فرم خام کنترل کیفی داخلی این بخش به پیوست خط مشی می باشد.

کنترل کیفیت بخش بیوشیمی

ماه

الکترولیت آنالیزر

هفته اول		هفته دوم		هفته سوم		هفته چهارم	
دپروتئینه و کاندیشن		دپروتئینه و کاندیشن		دپروتئینه و کاندیشن		دپروتئینه و کاندیشن	
کاندیشن		کاندیشن		کاندیشن		کاندیشن	

نتایج تست M.V بصورت ماهانه

کنترل کیفیت آب در آزمایشگاه

دستگاه..... مدل..... ماه

کنترل کیفی آب آزمایشگاه

*تعیین هدایت یا مقاومت الکتریکی آب:

با استفاده از کنداکتو متر (هدایت سنج) میزان هدایت یا مقاومت الکتریکی آب انجام می گیرد که اندازه گیری هدایت آب بصورت هفتگی توصیه می گردد. میزان قابل قبول کمتر از 5 میکروزیمنس است.

توضیحات	صورت نمی گیرد	صورت میگیرد

*اندازه گیری PH آب:

اندازه گیری PH آب بوسیله PH متر و بصورت هفتگی باید انجام شود که میزان قابل قبول آن 5 تا 8 می باشد.

توضیحات	صورت نمی گیرد	صورت میگیرد

*بررسی کشت میکروبی:

کشت میکروبی آب بصورت ماهانه و به روش Poor Plate بر روی محیطهای گرم منفی مثل EMB توصیه میگردد . میزان قابل قبول آن کمتر از 1000 کلنی در یک میلی لیتر CFU/ml می باشد.

توضیحات	صورت نمی گیرد	صورت میگیرد

فرم ثبت روزانه درجه حرارت یخچال نگهداری.....بخش.....

ردیف	ایام هفته		ثبت درجه حرارت		تست آلارم	نام و نام خانوادگی کادر
	روز	تاریخ	درجه حرارت	ساعت		
1						
2						

						3
						4
						5
						6
						7
						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
						16
						17
						18
						19
						20
						21
						22
						23
						24
						25
						26
						27
						28
						29
						30
						31

بن ماری

برای انجام آزمایش در محیط مرطوب و دمای خاص از بن ماری استفاده می‌شود. برای استفاده مناسب از بن ماری باید به موارد زیر توجه داشت.

- 1) سطح آب در بن ماری باید بالاتر از سطح مایعات انکوبه شده باشد.
- 2) آب بن ماری باید مرتباً تعویض گردد تا از رشد میکروبها جلوگیری بعمل آید.
- 3) برای جلوگیری از ایجاد رسوب بهتر است از آب مقطر برای پر کردن بن ماری استفاده شود. در صورت ایجاد رسوب می‌توان از اسید کلریدریک رقیق برای از بین بردن رسوبها استفاده نمود.

4) برای اطمینان از دمای بن‌ماری می‌بایست دمای آب، روزانه بوسیله دماسنجی غیر از دماسنج درون بن‌ماری، کنترل گردد.

5) در مورد بن‌ماری هایی که فاقد سیرکولاتور آب می‌باشند، لازم است در چهار گوشه بن‌ماری دماسنجهای دقیق قرار گرفته و نتایج آن با دماسنج درون بن‌ماری مقایسه گردد.

6) میزان خطای مجاز دما برای آزمایشهای نقطه پایانی (end point) ± 0.5 می‌باشد.

دستورالعمل تعیین چگونگی کاربری، نگهداری و ایمنی، کنترل کیفی و کالیبراسیون سمپلر

(1) هدف:

تعیین چگونگی کاربری، نگهداری و ایمنی، کنترل کیفی و کالیبراسیون سمپلر

(2) دامنه کاربرد:

تمامی بخش های آزمایشگاه

(3) تعاریف و اصطلاحات:

منظور از نگهداری، فعالیت های مربوط به تنظیم، سرویس و حفظ شرایط کاری می باشد.

(4) مسئولیت و اجرا:

کارکنان فنی

(5) مدارک مرتبط:

روش اجرائی کنترل تجهیزات و لوازم، روش اجرائی کالیبراسیون، فرم نگهداری و تعمیر تجهیزات، فرم کنترل، روش اجرائی اقدام اصلاحی

(6) شرح اقدامات:

(1-6) کلیات:

انجام و پی گیری موارد مشروحه زیر نظر مسئول واحد صورت می پذیرد. نظارت و چگونگی اجرا توسط مدیر فنی انجام می شود.

(2-6) چگونگی کاربری:

در ابتدای هر روز کاری قبل از شروع به استفاده از سمپلر مورد نظر، شاسی آن را حد اقل 20 بار بالا و پایین کنید. این کار به روغن کاری اجزای وسیله کمک کرده، موجب افزایش عمر مفید آن خواهد شد. آنگاه برای برداشتن حجم مورد نیاز به ترتیب زیر عمل نمایید:

الف) سمپلر های $< 10 \mu\text{l}$

به منظور حصول بیشترین دقت و صحت از سمپلر مورد استفاده، هر بار که سر سمپلر را عوض می کنید باید عمل pre-wetting را انجام دهید. بدین معنا که 2-3 بار نمونه یا مایع مورد نظر را درون سر سمپلر پر و خالی کنید.

انجام این عمل برای تمامی سمپلر های بالاتر از $10 \mu\text{l}$ الزامی است.

1) سر سمپلر مناسبی را محکم به وسیله متصل نمایید.

2) عمل pre-wetting را انجام دهید.

3) شاسی سمپلر را تا مرحله 1 به سمت پایین فشار دهید.

- 4) در همین حال، و بدون رها کردن شاسی سمپلر را به صورت عمودی تا حدود 3 mm داخل نمونه، مایع یا محلول مورد نظر فرو ببرید.
 - 5) شاسی را آرام رها کنید تا مایع بداخل سر سمپلر وارد شود. در این مرحله نباید حبابی داخل سر سمپلر مشاهده شود. در غیر این صورت باید مجدداً عمل کشیدن مایع را تکرار کنید. بیرون سر سمپلر را با گاز پاک کنید.
 - 6) جهت تخلیه حجم موجود در سر سمپلر، ابتدا سر سمپلر را به دیواره داخلی لوله آزمایش مورد نظر بچسبانید.
 - 7) شاسی را به آرامی تا مرحله 1 به پایین فشار دهید. 1-3 ثانیه صبر کرده، آنگاه شاسی را تا مرحله 2 فشار دهید تا مایع کاملاً خالی شود.
 - 8) در همین حال که شاسی تا آخرین مرحله به پایین فشرده شده، سمپلر را طوری بیرون آورید که سر سمپلر هنگام بالا آمدن به دیواره لوله مالیده شود.
 - 9) شاسی را رها کنید.
 - 10) سر سمپلر را دور بیندازید و در صورت عدم نیاز به استفاده مجدد از سمپلر، آن را در پایه مناسب قرار دهید.
- توجه: 1) هیچگاه در حالتی که داخل سر سمپلر مایعی کشیده شده، سمپلر را روی میز کار نگذارید!**
- 2) در صورت کار با محلولها یا مایعاتی که ویسکوزیته بالایی دارند، در مراحل مکش و تخلیه بیشتر تامل نمایید.**
- ب) سمپلر های 10 µl یا کمتر**
- حجمی که با این گونه سمپلر ها برداشته می شود تنها در صورتی از دقت و صحت مورد نیاز برخوردار است که نمونه در داخل محلول دیگری شسته (rinse) شود. در مورد این سمپلر ها نباید عمل pre-wetting اعمال شود.
 - 1) پس از اتصال سر سمپلر، عمل آسپیراسیون نمونه را مانند روش فوق (مراحل 3-5) انجام دهید.
 - 2) سر سمپلر حاوی نمونه را داخل محلولی که قرار است نمونه بدان اضافه شود فرو ببرید.
 - 3) چندین بار سر سمپلر را درون محلول پر و خالی کنید (= عمل شستشو) (در مواقع خالی کردن، شاسی را تا مرحله 2 به پایین فشار دهید.)
 - 4) در آخر عمل تخلیه را با فشردن شاسی تا مرحله 2 انجام دهید. در همین حال به آرامی سمپلر را بیرون آورید طوری که سر سمپلر هنگام بالا آمدن با سطح داخلی لوله تماس پیدا کند.
 - 5) شاسی را رها کنید.
 - 6) سر سمپلر را دور بیندازید و در صورت عدم نیاز به استفاده مجدد از سمپلر، آن را در پایه مناسب قرار دهید.

توجه:

1) هر گونه اختلاف دمایی ما بین سر سمپلر و نمونه یا مایع مورد نظر می تواند موجب خطای حجمی گردد.

2) در صورت کار با مایعات فرار نیز ممکن است خطای حجمی پیش آید.

3-6) نکات:

1) اطمینان از اتصال محکم سر سمپلر

- (2) عمود نگهداشتن سمپلر در زمان مکش
- (3) تخلیه محلول با تماس نوک سمپلر و جداره ظرف تحت زاویه 10-40 درجه
- (4) رها کردن آرام دکمه در زمان برداشت و تخلیه
- (5) کشیدن نوک سمپلر به لبه ظرف برای حذف قطرات اضافی
- (6) 1-3 ثانیه تامل پس از فشار تا توقف اول در زمان تخلیه محلول (ضمن تماس با جداره)

منابع: دستورالعمل های ابلاغی

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده - مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند - مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق	
عنوان/موضوع دستورالعمل : نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایشهای مختلف در بخش هماتولوژی و انعقاد، در همه نوبتهای کاری و تفسیر نتایج آنها	
کد : AH-TC_ LAB.s-IN-09	تاریخ تدوین: 1397/10/09 تاریخ ابلاغ : 1397/10/10 تاریخ آخرین بازنگری : 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه
امکانات مورد نیاز: تجهیزات سالم - پرسنل مجرب
هدف

این دستورالعمل جهت بررسی روند صحت و دقت نتایج آزمایشهای بخش هماتولوژی به صورت مداوم و با هدف کنترل کیفی داخلی و اصول نتایج صحیح از طریق آموزش به پرسنل این بخش تدوین شده است.

دامنه :

آزمایشگاه

روش انجام :

در بخش هماتولوژی نتایج دستگاه سل کانتر باید بصورت منظم و هفتگی مورد ارزیابی قرار گیرد. بدین منظور از خون کنترل که فرآورده های تجاری است که دارای نتایج مشخص برای پارامترهای شمارش سلولهای خونی (CBC) می باشد استفاده می شود. در صورتیکه نتایج بدست آمده از این فرآورده مغایر با نتایج مورد انتظار باشد با روشهای مختلف از جمله شستشو، کالیبراسیون و تغییرات در فاکتورهای اندازه گیری دستگاه به نتایج دلخواه دست خواهیم یافت. همچنین پس از تنظیم دستگاه لازم است که نتایج دستگاه با چند نمونه خون واقعی نیز که دارای نتایج مشخص و نرمالی می باشند مورد ارزیابی قرار گیرد . در مورد تستهای انعقادی به هنگام باز کردن کیت جدید بوسیله محلول کنترل نتایج PT و PTT را کنترل کنید .

کنترل کیفیت داخلی بخش هماتولوژی

دستگاه..... مدل..... ماه.....

هفته اول	هفته دوم	هفته سوم	هفته چهارم
WBC	WBC	WBC	WBC
RBC	RBC	RBC	RBC
HGB	HGB	HGB	HGB
HCT	HCT	HCT	HCT
MCV	MCV	MCV	MCV
MCH	MCH	MCH	MCH
MCHC	MCHC	MCHC	MCHC
N	N	N	N
L	L	L	L
Mid	Mid	Mid	Mid
PLT	PLT	PLT	PLT
تست 80 روزانه نمونه Prop cleanser	تست 80 نمونه روزانه Prop cleanser	تست 80 نمونه روزانه Prop cleanser	تست 80 روزانه نمونه Prop cleanser
تست 800 هفته ای نمونه E-Z	تست 800 هفته ای نمونه E-Z	تست 800 هفته ای نمونه E-Z	تست 800 هفته ای نمونه E-Z

کنترل کیفیت داخلی بخش انعقاد

تاریخ شروع استفاده کیت	کنترل	ملاحظات
PT		
PTT		

فرم ثبت روزانه درجه حرارت یخچال نگهداری.....بخش.....

ردیف	ایام هفته		ثبت درجه حرارت		تست آلارم	نام و نام خانوادگی کادر
	روز	تاریخ	درجه حرارت	ساعت		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						

1) مسئولیت ها و اختیارات:

2) فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه

3) ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه

4) نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع: دستورالعمل های ابلاغی
جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده - مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند - مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق	
 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان	
عنوان/موضوع دستورالعمل : نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایشهای مختلف در بخش میکروب شناسی، بیوشیمی ادرار و انگل شناسی در همه نوبتهای کاری و تفسیر نتایج آن	
کد خط مشی: AH-TC_LAB.s-IN-10	تاریخ تدوین: 1397/10/09 تاریخ ابلاغ : 1397/10/10 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17 خ آخرین بازنگری : 1403/09/29

امکانات: پرسنل مجرب- تجهیزات سالم

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه

هدف :

این دستورالعمل در جهت بررسی و کنترل کیفی وسایل و مواد لازم در بخش های میکروبیولوژی، آنالیز ادرار و انگل شناسی با هدف حصول نتایج صحیح از طریق آموزش به پرسنل این بخش تدوین شده است.

دامنه :

مسئول آزمایشگاه

روش انجام :

در بخشهای میکروب شناسی، آنالیز ادرار و انگل شناسی لازم است مواد و تجهیزات به صورت مداوم و منظم از لحاظ سلامت و سایل، استریل بودن و ظاهر وسایل مورد بررسی قرار گرفته و کنترل شوند بدین منظور چک لیستی تهیه شده که پرسنل این بخشها به صورت هفتگی موارد فوق الذکر را بررسی و در صورت داشتن مشکل موارد را با مسئول واحد آزمایشگاه در میان می گذارد تا نسبت به رفع مشکل یا تهیه ملزومات این بخش اقدام شود.

کنترل کیفیت بخش میکروب شناسی

ماه

کنترل کیفیت ظاهری وسایل و تجهیزات

وسایل	سالم	نا سالم	توضیحات
محیط های کشت			
لوپ و آنس			
انکوباتور			
دیسک های آنتی بیوگرام			
جار بی هوازی			
اتوکلاو			
ترازو			

کنترل کیفی محیط بلاد अगर و EMB

از انجایی که محیط خوندار अगर برای اکثر باکتری ها مناسب رشد می باشد مخصوصا گرم مثبت ها ولی بر روی EMB رشد نمی کنند یا به سختی کمی رشد می کنند می توان جهت کنترل کیفیت از این خاصیت استفاده کرد. میتوان از سوش های استاف و استرپتوکوک استفاده کرد که بر روی بلاد अगर رشد کرده ولی بر روی EMB رشد ندارند یا خیلی کم رشد هستند و برای بررسی کیفیت EMB از سوش های باکتری های رنگدانه زا همچون E.coli می توان استفاده کرد که سوش خاص ان جلای سبز رنگ می دهد و یا پروتئوس حالت خزنده به خود می گیرد .

لیست محیط کشت ها و تاریخ های مصرف بخش میکروبیشناسی

ماه:

تاریخ اعتبار	تعداد		تاریخ اعتبار	تعداد	نوع محیط
		UREA			BLOOD AGAR
		MANITOL			EMB
		MRVP			MUELLER
		CARY BLAIR			MAK
		TCBS			SIM
		LACTOSE BROTH			CITRATE
		EC BROTH			KIA
		BRILLIANT GREEN			TSI
		PEPTONE WATER			LYSIN IRON AGAR

همکاران محترم در بخش میکروبیشناسی موظف به ثبت و کنترل تعداد و تاریخ های محیط های کشت می باشند.

کنترل کیفی لوپ میکروبیولوژی:

کنترل کیفی لوپها از اهمیت خاصی برخوردار است به ویژه در آزمایشگاه میکروب شناسی که اغلب نیاز به شمارش کلنیها داریم. برای کنترل کیفی لوپ به روش زیر میتوان عمل کرد :

- 1) 10 لوله آزمایش برداشته و در هر کدام 3 میلی لتر آب مقطر بریزید.
- 2) در 5 عدد از لوله ها توسط لوپی که قصد کنترل کردن آن را داریم یک لوپ از رنگهای مختلفی مانند سافرانین یا بلودومتیلن رقیق شده حل کنید.
- 3) در 5 لوله باقی مانده نیز در هر کدام توسط سمپلری که قبلا کنترل کیفی آن انجام شده ۰/۱ میکرولیتر از همان رنگ را برداشته و در هر لوله حل کنید.

4) جذب نوری هر لوله را در طول موج 630nm خوانده و سپس از فرمول زیر استفاده می‌کنیم. میزان بیاس محاسبه شده از فرمول زیر باید زیر 2٪ باشد.

(میانگین جذب نوری لوپ - میانگین جذب نوری سمپلر) × 100

میانگین جذب نوری سمپلر

کنترل کیفی ترازو:

- عواملی مانند دما، رطوبت، نیروی جاذبه و هوا می‌توانند در اندازه‌گیری صحیح وزن مواد تداخل نمایند. برای نگهداری و برای استفاده صحیح از ترازو باید به موارد زیر توجه داشت:
- 1) ترازو باید در محلی دور از جریان هوا، دقیقاً در وضعیت افقی و در مکانی ثابت و بدون ارتعاش قرار گیرد.
 - 2) ترازو باید پیش از هر اندازه‌گیری صفر شود.
 - 3) ظرفی که برای توزین استفاده شود باید تا حد امکان کوچک باشد (با توجه به حجم ماده مورد توزین). از بکار بردن ظروف پلاستیکی باید خودداری شود.
 - 4) ظرف و ماده مورد توزین باید قبل از توزین به حرارت اتاق رسانده شوند.
 - 5) دست را نباید وارد محفظه توزین نمود زیرا باعث گرم شدن محفظه می‌شود. بهتر است از پنس استفاده شود.
 - 6) ماده مورد توزین را باید وسط کفه قرار داد.
 - 7) ترازو باید تمیز نگه داشته شود. در صورت ریختن مواد شیمیایی باید سریعاً محل را تمیز نمود. برای پاکسازی عوامل بیولوژیک از الکل 70 درصد استفاده شود.
 - 8) برای اطمینان از صحت اندازه‌گیری لازم است علاوه بر کالیبراسیون داخلی، در فواصل زمانی مشخص با استفاده از وزنه‌های کالیبره با وزن معین، صحت عملکرد را بررسی کرد یا از طریق مراجع کالیبراسیون معتبر، اقدام به کالیبراسیون دستگاه نمود.

کنترل کیفی میکروسکوپ:

برای حفظ کیفیت عملکرد میکروسکوپ آگاهی از نحوه صحیح نگهداری آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد که در زیر به نکاتی در این مورد اشاره می‌شود:

- 1) هنگامی که از میکروسکوپ استفاده نمی‌شود، لامپ آن خاموش و با روکش مناسب پوشانده شود.
- 2) بلافاصله پس از استفاده، روغن ایمرسیون از روی عدسی‌های شیئی پاک شود.
- 3) قبل و بعد از استفاده از میکروسکوپ، قسمت‌های نوری با دستمال مخصوص لنز، کاغذهای جاذب یا پارچه نرم آغشته به محلولی متشکل از یک حجم اتر و یک حجم ایزوپروپیل الکل، پاک شود.
- 4) برای پاک کردن لنزها نباید از گزلیل استفاده شود. لنزها نمی‌بایست در الکل خیسانده شوند.

5) در حال مشاهده لام ، برای وضوح تصویر ، هیچگاه عدسی‌های شیئی را خیلی پائین نبرید زیرا ممکن است منجر به خراشیدگی اسلاید و صدمه به لنز شود.

6) عدسی‌های شیئی نباید از میکروسکوپ جدا شوند.

7) در هوای گرم و مرطوب به منظور جلوگیری از رشد قارچ بر روی لنزها ، می‌توان میکروسکوپ را هر عصر در محفظه‌ای که با یک یا دو لامپ 40 وات گرم شده و محیط خشکی فراهم آورده ، قرار داد. باید توجه داشت دمای آن محفظه نمی‌بایست بیش از 5 درجه از دمای آزمایشگاه بالاتر باشد.

8) در هوای گرم و خشک که مشکل اصلی گرد و غبار است ، علاوه بر پوشاندن میکروسکوپ در ساعات غیر کاری، در پایان روز می‌بایست گرد و غبار لنزها را با دمیدن هوا از وسیله‌ای مانند پوار یا با استفاده از برس مخصوص لنز یا قلم موی نقاشی و در صورت لزوم کاغذ مخصوص لنز (Lense paper) تمیز نمود.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه

ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه

نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع: دستورالعمل های ابلاغی - شناسنامه استفاده از دستگاه

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده -مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان/موضوع دستورالعمل : نحوه کنترل کیفیت انجام آزمایشهای مختلف در بخش ایمنولوژی و هورمون، در همه نوبتهای کاری و تفسیر نتایج آنها

کد: AH-TC—LAB.s-IN-11

تاریخ تدوین: 1397/10/09

تاریخ ابلاغ : 1397/10/10

تاریخ آخرین بازنگری : 1403/09/29

تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه

امکانات مورد نیاز: تجهیزات سالم –

هدف :

این دستورالعمل جهت بررسی روند صحت و دقت نتایج آزمایشهای بخش هورمون ایمنولوژی با هدف بررسی و کنترل نتایج این بخش و ارائه نتایج صحیح به بیماران از طریق آموزش به پرسنل این بخش تدوین شده است.

روش انجام :

در بخش هورمون و ایمنولوژی باید روزانه نتایج تستهای مختلف مورد بررسی قرار داده شود تا نتایج دقیق و صحیح در اختیار بیماران قرار داده شود . بدین منظور روزانه نتایج دستگاه الایزا مورد ارزیابی قرار می گیرد بدین روش که برای بخش هورمون جهت هر آزمایش سرم کنترل در داخل کیت هر تست با مقدار مشخص قرار داده شده است که جهت کنترل نتایج حاصله بکار می رود و برای بخش ایمنولوژی هر قسمت در کیت خود دارای سرم کنترل ثبت و منفی می باشد که با بدست آوردن عدد Cut off می توان به نتایج صحیحی دست یافت و با صحت کارکرد دستگاه و کیت از نتایج به دست آمده اطمینان حاصل کرد.

برای بخش سرولوژی نیز علاوه بر کنترل ظاهری محلول های موجود در کیت هر آزمایش، سرم کنترل ثبت و منفی نیز حین انجام آزمایش گذاشته می شود.

کنترل کیفیت داخلی بخش هورمون

دستگاه..... مدل..... ماه.....

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	T3																															
2	T4																															
3	Free T3																															
4	Free T4																															
5	T3 UP																															
6	TSH																															
7	Feritin																															
8	LH																															
9	FSH																															
10	Prolactin																															
11	B-HCG																															
12	PSA																															
13	PTH																															
14																																
15																																

عیب یابی و رفع اشکال در تست الایزا

(با رویکرد تست TSH بروی کاغذ فیلتر حاوی نمونه خون پاشنه پا)

عبارت آشنای پیش گیری بهتر از درمان است، مصداق پاراکلینیکی نیز دارد. به عبارتی پیشگیری از اشکال بهتر از یافتن و رفع اشکال است. لذا اجازه دهید ابتدا به مسائل پیشگیری از ایجاد اشکال در روش الایزا اشاره ایی داشته باشیم:

نکات قبل از استفاده از کیت:

- 1) کیت را از شرکت و یا نماینده معتبر تهیه کنید.
 - 2) دقت کنید کیت مورد استفاده دارای تاییدیه کنترل کیفی از منبع معتبر باشد.
 - 3) از شرایط حمل و شرایط نگهداری صحیح کیت مورد نظر اطمینان حاصل کنید.
 - 4) به تاریخ انقضاء کیت دقت کنید.
 - 5) به ظاهر فیزیکی کیت اعم از بسته بودن درب آن، سالم بودن جعبه، عدم رطوبت جعبه دقت کنید.
 - 6) با باز کردن کیت، از لحاظ کیفی و کمی به محتویات کیت طبق دستورالعمل کیت توجه کنید. مثلاً محلول متعلق به T3 در کیت T4 نباشد و تعداد محلولهای هر کیت مطابق بروشور کیت باشد.
 - 7) ابتدا کیت را قبل از استفاده به دمای آزمایشگاه برسانید.
 - 8) بروشور کیت را بدقت مطالعه کنید.
 - 9) محلولهای کیت را در صورت نیاز طبق بروشور به روش صحیح به میزان لازم تهیه کنید.
- نمونه ها نیز همزمان با کیت به دمای آزمایشگاه برسند.

10) کلیه مراحل انجام آزمایش را طبق توصیه سازنده و بروشور کیت انجام دهید.

نکات هنگام استفاده از کیت:

- 1) از محلولهای هر کیت برای همان کیت استفاده کنید.
 - 2) از مصرف محلولهای منقضی شده پرهیز کنید.
 - 3) از مخلوط کردن محلولهای کیت‌های مختلف علی‌الخصوص با سری ساخت متفاوت خودداری کنید.
 - 4) از مصرف محلولهای مشکوک، مانند محلولهای تغییر رنگ داده خودداری کنید.
 - 5) در آماده سازی محلولهای غلیظ و یا لیوفیلیزه دقت کافی به خرج دهید.
 - 6) از تکان دادن شدید و کف کردن محلولها پرهیز کنید.
 - 7) از برخورد نور مستقیم با محلولهای ذکر شده در بروشور مانند سوبسترا، خودداری کنید.
 - 8) هنگام جابجایی میکروپلیت، برداشتن برچسب روی پلیت و هنگام شستشوی چاهکها مراقب آلودگی چاهکها به یکدیگر باشید و از این امر پرهیز کنید.
 - 9) ترتیب افزودن محلولها به چاهکها را طبق بروشور رعایت نمایید. خصوصا ترتیب و جهت ریختن سوبسترا و ترتیب و جهت ریختن محلول بازدارنده.
 - 10) انجام یک تست توسط یک پرسنل انجام شود. واگذاری ادامه تست توسط فرد دیگر اصلا توصیه نمی شود.
 - 11) در ریختن محلولهای مختلف و نمونه های متفاوت از سر سمپلر جدید استفاده نمایید.
 - 12) از استقرار صحیح نوک سمپلر به سمپلر اطمینان حاصل نمایید.
 - 13) مرحله شستشو را با دقت و حوصله انجام دهید. رقت محلول شستشو به دقت رعایت شود. تعداد دفعات شستشو حفظ شود. حجم محلول شستشو رعایت گردد. از آلودگی چاهکها هنگام شستشو پرهیز شود.
 - 14) جایگاه و چاهک نمونه های غیر عادی را یادداشت کنید (نمونه های ایکتر، لیپمیک، همولیز).
 - 15) ترجیحا استانداردها را دوبل گذاشته، از تعداد استانداردها نگاهید.
 - 16) از پرسنل با تجربه در انجام آزمایش استفاده شود.
- از ابزار کالیبره استفاده شود. این امر شامل سمپلرها، انکوباتور و دستگاه خوانشگر می باشد
- پس از مرور اطلاعات فوق نظر شما را به معایب شایع در زمان انجام تست های الایزا و عامل مربوط به آن جلب می نمایم.

از جمله علل دقت پایین یا نتایج نا مناسب نمونه های دوبل می توان فهرست وار با موارد ذیل اشاره نمود:

- 1) آسیب کنژوگه آنزیمی
- 2) آسیب سوبسترا یا کروموژن
- 3) عدم کیفیت نوک سمپلر
- 4) کالیبر نبودن سمپلر
- 5) نقص در مرحله شستشو، چنانچه شوستشو اتوماتیک باشد، این امکان وجود دارد که سرعت و فشار محلول بیش از حد آهسته و یا تند باشد
- 6) زمان انکوباسیون نامناسب
- 7) دمای انکوباسیون نامناسب
- 8) آلودگی چاهک به چاهک
- 9) خشک شدن میکروپلیت پس از شستشو

- (10) نگهداری نامناسب میکروپلیت
- (11) اشکال در مرحله پوشش آنتی ژن یا آنتی بادی (Coating)
- (12) عدم ثبات مولکول تثبیت شده به روی میکروپلیت
- (13) عدم تعادل حرارتی کیت قبل از استفاده
- (14) دقت نامناسب آنزیم
- (15) آلودگی محلول بازدارنده
- (16) آسیب کف چاهک ها
- (17) آلودگی کف چاهک ها

چرا در برخی مواقع جذب نوری چاهک ها بیش از حد انتظار است؟

- (1) غلظت بالای کروموژن یا سوبسترا
- (2) اشکال در مرحله رقیق سازی محلول ها خصوصاً کنژوگه آنزیمی
- (3) عدم رعایت زمان انکوباسیون
- (4) عدم رعایت دمای انکوباسیون
- (5) کامل نبودن مرحله شستشو (رقیق بودن محلول شستشو)
- (6) اشکال در مرحله پوشش دادن چاهک ها
- (7) اختلاط محلول های مشابه با سری های ساخت متفاوت
- (8) انتخاب نامناسب طول موج خوانش
- (9) کالیبره نبودن دستگاه خوانشگر
- (10) آلودگی کف چاهک ها
- (11) آسیب فیزیکی کف چاهک ها
- (12) کالیبره نبودن سمپلر
- (13) آلوده بودن ظرف آماده سازی سوبسترا- کروموژن
- (14) وجود ذرات غیر قابل تشخیص با چشم غیر مسلح در سوبسترا
- (15) وجود ذرات غیر قابل تشخیص با چشم غیر مسلح در کروموژن
- (16) وجود ذرات غیر قابل تشخیص با چشم غیر مسلح در بازدارنده
- (17) آلودگی سوبسترا کروموژن با آنزیم

چرا جذب نوری چاهک ها کمتر از انتظار است؟

- (1) آماده سازی یا رقیق سازی نامناسب کنژوگه آنزیمی
- (2) زمان انکوباسیون نامناسب
- (3) دمای انکوباسیون نامناسب
- (4) سوبسترا کروموژن ناکافی
- (5) آسیب سوبسترا و یا کروموژن
- (6) عدم اختلاط کافی محلول ها

- (7) اشکال دستگاه خوانشگر
- (8) تکان دادن (Shaking) نامناسب در تست های نیازمند به تکان دادن این مرحله
- (9) آسیب کنژوگه آنزیمی
- (10) آسیب میکروپلیت
- (11) آسیب بخش بیوتین دار (در کیت های دارای سیستم مذکور)
- (12) آسیب بخش آویدین دار (در کیت های دارای سیستم مذکور)
- (13) غلظت بالای محلول شستشو
- (14) افزایش تعداد دفعات شستشو
- (15) عدم تعادل حرارتی محلول های کیت قبل از استفاده

چرا اصلاً میکروپلیت رنگ نمی گیرد؟

- (1) عدم پوشش میکروپلیت
 - (2) جابجایی استفاده از میکروپلیت
 - (3) نریختن یا اشتباه ریختن کنژوگه آنزیمی
 - (4) نریختن یا اشتباه ریختن سوبسترا
 - (5) نریختن یا اشتباه ریختن کروموژن
 - (6) استفاده از محلول شستشوی غلیظ
 - (7) تخلیه میکروپلیت قبل از محلول بازدارنده (خصوصاً در کیت هایی که از TMB استفاده نمی شود).
 - (8) جابجایی استفاده از کنژوگه
 - (9) جابجایی قرار دادن کنژوگه در کیت
 - (10) جابجایی یا نریختن بازدارنده (خصوصاً در کیت های ALP)
- در کلیه موارد فوق فعالیت آنزیمی در ویال مربوطه وجود دارد.

دلیل جذب نوری بالای NSB یا بلانک چیست؟

- (1) افزایش نامناسب کنژوگه آنزیمی
 - (2) شستشوی ناکامل میکروپلیت
 - (3) آسیب محلول سوبسترا کروموژن
 - (4) آلوده شدن چاهک های مذکور
 - (5) جا افتادن چاهک های مذکور هنگام شستشو
 - (6) افزایش درجه حرارت انکوباسیون
 - (7) افزایش زمان انکوباسیون
 - (8) رقیق بودن محلول شستشو
 - (9) قرار گرفتن چاهک های مذکور در پدیده لبه (edge effect)
- دلیل جابجایی منفی استاندارد نسبت به انتظار چیست؟
- (1) زمان انکوباسیون نامناسب

- (2) دمای انکوباسیون نامناسب
- (3) عدم تعادل حرارتی محلول ها (کیت به دمای محیط نرسیده است).
- (4) اشکال دستگاه خوانشگر
- (5) کالیبر نبودن سمپلر
- (6) حجم نامناسب استاندارد (مثلا در اثر تنظیم نامناسب حجم سمپلر)

چرا گاهی نتایج منحنی استاندارد مناسب است ولی پاسخ بیماران کلا بالا و پایین می باشد؟

- (1) دقت نامناسب نمونه (خصوصا در مورد کیت های اتو ایمیون و یا TORCH)
- (2) تهیه نامناسب غلظت استاندارد ها در شرکت سازنده
- (3) آماده سازی نادرست استاندارد های لیوفیلیزه
- (4) آسیب محلول بفری جابجا کننده در سنجش های تام (مانند T4, T3)
- (5) افت مقادیر استاندارد در اثر آلودگی
- (6) ذوب و انجماد نمونه های استاندارد
- (7) تازه نبودن نمونه های سرمی
- (8) جمع آوری - نگهداری و ارسال نامناسب نمونه ها

چرا به طور اتفاقی برخی از چاهک ها رنگ بالای کاذب دارند؟

- (1) آلودگی چاهک
- (2) اشکال در مرحله پوشش دادن میکروپلیت
- (3) جا افتادن برخی از چاهک ها هنگام شستشو با دست
- (4) مسدود بودن برخی از مجاری شستشوگر دستگاه شستشوی خودکار
- (5) استفاده از نوک سمپلر های آلوده

چرا تشکیل رنگ با تاخیر و سرعت پایین انجام می شود؟

- (1) آسیب کنژوگه آنزیمی
- (2) افت نامناسب غلظت کنژوگه آنزیمی
- (3) آسیب مولکول تثبیت شده به روی میکروپلیت (Ag یا Ab)
- (4) دمای پایین زمانهای انکوباسیون
- (5) کاهش زمانهای انکوباسیون
- (6) آسیب و ضعف سوبسترا کروموژن (دمای نگهداری نامناسب، آلودگی سوبسترا باعث افت میزان H_2O_2 این محلول می گردد).

(7) اختلاط نامناسب محلول های سوبسترا کروموژن

چرا گاهی جذب نوری نوارهای حاشیه ای از مرکزی بیشتر و یا کمتر است؟

پدیده فوق به اثر لبه (Edge effect) مشهور است مهمترین عوامل بروز این پدیده عبارتند از عدم یکنواختی حرارتی و یا تابش نور نوارهای لبه ای و مرکزی. اغلب سوبسترا ها به نور حساس هستند تفاوت تابش نور به نوارها باعث تفاوت

شدت نور در آنها خواهد شد. اختلاف دمای نوارها نیز عیناً همین ایراد را بوجود می آورد. انکوباسیون در 37 درجه سانتیگراد به دور از نور این مشکل را برطرف می کند اما چنانچه انکوباتور قبل از انکوباسیون متعادل نشده باشد و یا در زمان انکوباسیون درب انکوباتور باز و بسته شود علاوه بر تغییر شیب حرارتی از قسمت نزدیک به درب انکوباتور نسبت به بخش های عقب تر، تابش نور نیز یکنواخت نبوده و اثر لبه بخوبی حذف نخواهد شد. عدم تعادل حرارتی معرف ها نیز می تواند اثر مشابهی داشته باشد. لذا کلیه اجزای کیت را قبل از استفاده به دمای آزمایشگاه برسانید. انکوباتور را به دمای 37 درجه سانتیگراد رسانیده، سپس با پوشش کاغذ پشت چسب دار و قرار دادن در انکوباتور از اختلاف تابش نوری و درجه حرارت جلوگیری نمایید تا اثر لبه حذف گردد.

رفع اشکالات

پس از عیب یابی، رفع اشکالات بسیار ساده می باشد. در پاره ای از موارد اشکال به مرحله تولید کیت برمی گردد که با انعکاس مطلب به شرکت سازنده و جایگزینی برطرف می گردد. در بسیاری از موارد اشکال در فساد برخی از اجزاء کیت می باشد که باید از کمپانی سازنده جزء مورد نظر باهمان سری ساخت را تهیه نمود. در مواردی اشکال مربوط به دستگاه ها شامل سمپلر ها، دستگاه های الیزا ریدر، انکوباتور، شیکر و یا دستگاه شستشوی خودکار است که با ارجاع به بخش سرویس شرکت سازنده ایراد برطرف می شود. مواردی که به اشکالات اجرایی تست، اعم از رقیق سازی نامناسب، جابجایی استفاده از محلول ها، فراموش کردن استفاده از یک محلول، نوک سمپلرهای غیر مطمئن و ... مربوط است با تعویض و تکرار آزمون، قابل حل خواهد بود.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه

ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه

نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع:

کتاب آزمایشگاهی - تجربیات آزمایشگاهی

(1)

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده -مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان



بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق

عنوان/موضوع دستورالعمل : برنامه منظم و مدون انجام کنترل کیفی در تمام بخش های آزمایشگاهی و همه نوبت ها

کد : AH-TC-LAB.s-IN-12

تاریخ تدوین: 1397/10/09

تاریخ ابلاغ : 1397/10/10

تاریخ آخرین بازنگری : 1403/09/29

تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه

امکانات مورد نیاز: تجهیزات سالم

هدف :

این دستورالعمل در راستای انجام اموری که ما را از دقت و صحت نتایج آزمایش های انجام شده مطمئن می سازد تدوین شده است که با هدف اطمینان مستمر از صحت و دقت آزمایش ها بوسیله آموزش به همه پرسنل مقدور می باشد.

روش اجرایی :

آزمایشگاه ضمن کالیبراسیون و کنترل کیفی دستکاع ها در تمامی بخشهای آزمایشگاه و شفیت ها برای تمامی آزمایش هایی که انجام می گیرد برنامه های کنترل کیفی طراحی کرده و انجام می دهد که به شرح زیر می باشد .

1) کنترل کیفی آب مصرفی

2) کنترل کیفی ساتریفوژها

3) کنترل کیفی سمپلرها

4) کنترل کیفی اتوانالیزورها

5) کنترل کیفی سل کانترها

6) کنترل کیفی در روش های دستی

برنامه نظارت بر کنترل کیفی آزمایشگاه با روشه های زیر مقدور می باشد:

الف) تهیه استاندارد ها و مواد و لوازم مورد نیاز .

ب) انتخاب روش های کنترل کیفی .

ج) انجام آزمایش با استاندارد ها .

د) ثبت داده ها در صورت لزوم رسم منحنی های لازم با توجه به نوع آنالیت ها .

این خط مشی با روش های زیر انجام می گیرد:

- 1) آب مصرفی آزمایشگاه که توسط دیونایزر تهیه می شود بصورت مستمر توسط سختی سنج، ph متر و کشت میکروبی و شیمیایی کنترل شده و در فرم مخصوص ثبت شود.
- 2) سانتریفوژ ها بصورت توسط تاکومتر دور سنجی می شود و در فرم مخصوص ثبت شود .
- 3) سمپلر های آزمایشگاه بصورت دوره ای سه ماهه تمیز کاری و سپس جهت کالیبراسیون به صورت شش ماهه یا سالانه به شرکت های مربوطه ارسال شده و پس از کالیبراسیون اقدام به دریافت گواهی آنها می گردد.
- 4) برای اطمینان از صحت و دقت در اتو آنالیزورها به روش زیر عمل می کنیم :
در آزمایش های بیوشیمی و ایمنی شناسی : مثل قند ، اوره ، کراتینین ، کلسترول ... نمونه استاندارد (کنترل) را در دو سطح مختلف آنالیز کرده و جواب های بدست آمده را ثبت کنید. (در هر ران کاری)
جواب ها را با توجه به محدوده های تعیین شده در بروشور کنترل ها که موجود است مقایسه کرده در صورتی که در محدوده مورد نظر باشند صحت جواب ها را تایید می کنیم و در دفتر کنترل کیفی بیوشیمی ثبت می کنیم .
از روی نتایج و منحنی های بدست خطاهای احتمالی را بررسی کرده و جمع بندی کرده و نسبت به اصلاح خطای موجود اقدام کنید. .
- 5) در روش های دستی همانند دستگاه ها عمل می کنیم و در صورت نیاز به رسم منحنی داده ها را در نرم افزار رسم چارت وارد کرده و منحنی لازم را رسم کنید .
- 6) برای کنترل کیفی سل کانتورها از خون کنترل استفاده کرده و جواب های بدست آمده را بعد بررسی آرشیو کنید.
- 7) علاوه بر کنترل کیفی داخلی آزمایشگاه هر سال در برنامه های کنترل کیفی خارجی ثبت نام کرده و در برنامه های کنترل کیفی دوره ای که بصورت سه ماهه برگزار می شود شرکت کند .
- 8) درجه حرارت یخچال ها بصورت روزانه کنترل و ثبت شوند و در صورت خروج از محدوده مشخص شده مراتب به مدیریت آزمایشگاه جهت اقدامات لازم اطلاع داده شود.

جدول زمانبندی کنترل کیفی داخلی:

زمانبندی	موارد کنترل کیفی
روزانه و در تمامی شیفت ها	کنترل کیفی داخل آزمایش های بیوشیمی
با هر ران کاری	کنترل کیفی داخلی آزمایش های ایمنی شناسی
بصورت هفتگی	کنترل کیفی سل کانتورها
هر سه ماه یکبار	کنترل کیفی سمپلرها
هر سه ماه یکبار	کنترل کیفی سانتریفوژها
هفتگی	کنترل کیفی آب مقطر مصرفی
دوره سه ماهه	کنترل کیفی خارجی
به صورت روزانه	کنترل کیفی لوازم برودتی و حرارتی

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه

ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه
نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع:

منابع آزمایشگاه مرجع سلامت (2) تجربیات آزمایشگاهی

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده -مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق



عنوان/موضوع خط مشی : معیارهای رد یا قبول نمونه هایی که خارج از آزمایشگاه پذیرش می گردند.	
کد خط مشی: AH-TC_LAB.s-PO-01	تاریخ تدوین: 1397/10/09 تاریخ ابلاغ : 1397/10/10 تاریخ آخرین بازنگری : 1403/09/25 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

کارکنان مرتبط:
امکانات مورد نیاز:

تعریف :

منظور از معیارهای قبول نمونه ملاکهایی است که براساس آن نمونه آزمایش قابل انجام و جواب آزمایش قابل اطمینان باشد.

خط مشی :

آزمایشگاه کلیه نمونه های رسیده به آزمایشگاه را از نظر الزامات کیفیت نمونه بررسی کرده و در صورت مطابقت با استاندارد ها نسبت به پذیرش اقام می کند که با هدف افزایش سطح کیفی آزمایشات، جواب و میزان اعتماد پزشک و بیمار به آزمایشگاه صورت می گیرد و با آموزش به پرسنل درمانی به آزمایشگاه میسر می گردد.

روش انجام :

- معیارهای رد یا قبول نمونه هایی که خارج از آزمایشگاه پذیرش می گردند.
- الف) شرایطی که نمونه ارسالی مناسب و قابل پذیرش می باشد:
- رعایت ناشتایی و مصرف دارویی (بر حسب نوع نمونه و درخواست پزشک)
 - تطابق برگه درخواست کامپیوتری نمونه مورد آزمایش با لیبل روی نمونه (نام- نام خانوادگی - نام پدر- شماره پذیرش - تاریخ و زمان).
 - حجم کافی نمونه ارسالی با توجه به تعداد آزمایشات درخواستی
 - رعایت تهیه و نحوه نقل و انتقال نمونه طبق استاندارد تعریف شده.
 - نمونه باید عاری از همولیز و در صورت استفاده از ضد انعقاد عاری از لخته و بدون لیپمیک شدید باشد.
- ب) شرایط نمونه های نامناسب و غیر قابل پذیرش:
- عدم رعایت ناشتایی (در صورت درخواست ناشتا بودن) و مصرف دارویی
 - عدم تطابق لیبل لوله با برگه درخواست آزمایش
 - ناکافی بودن حجم نمونه
 - نمونه های بی نام یا نام غلط و ناخوانا
 - ظروف و لوله نامناسب

- نمونه های دارای نشت و آلودگی
- عدم رعایت موارد استاندارد در نقل و انتقال نمونه ها
- نمونه همولیز و لیپمیک شدید در مواردی که روی نتایج آزمایش تأثیرگذار باشد
- وجود لخته در تست های انعقادی و هماتولوژی (نبود ضد انعقاد)

امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست آن:

دستورالعمل و فرم رد نمونه ،

معیارهای رد یا قبول نمونه های ارسالی به آزمایشگاه

در صورت نبود موارد زیر نمونه ها به بخش عودت داده و فرم رد نمونه های بالینی را پر میکنیم .

- 1) نمونه های ارسالی حتما دارای برچسب مشخصات باشد
 - 2) مشخصات روی برچسب با مشخصات سیستم HIS مطابق باشد
 - 3) تعداد و نوع نمونه ها با درخواست مطابق باشد
- معیار های رد نمونه های ارسالی مطابق با نوع آزمایشات درخواستی به آزمایشگاه
- الف) لیز بودن یا لیپمیک بودن نمونه در مواردی که در نتیجه آزمایش تأثیر داشته باشد.
- ب) لخته بودن نمونه های دارای مواد ضد انعقاد
- ج) عدم رعایت حجم صحیح نمونه های دارای ضد انعقاد
- د) مخدوش بودن برچسب یا نبود برچسب شناسایی
- و) حجم ناکافی نمونه ها متناسب با آزمایشات درخواستی
- ه) نمونه های دارای نشت و آلودگی
- ز) عدم تطابق نمونه های ارسالی با آزمایشات پذیرش شده

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول فنی آزمایشگاه -سرپرستاران بخش ها-
ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه-مسئول بخش آزمایشگاه -سرپرستاران بخش ها
نحوه نظارت: مشاهده -مصاحبه -چک لیست های جامع

منابع: تجربیات بیمارستان-

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده -مسئول بخش آزمایشگاه	دکتر تنومند -مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی

بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان دستورالعمل: نحوه برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی آزمایشگاهی در مراجعین سرپایی به پزشک معالج

کد دستورالعمل: AH-TC-OS_LAB. -IN-01

تاریخ تدوین: 98/03/28

تاریخ ابلاغ: 98/3/30

تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/26

تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

کارکنان مرتبط: کارکنان فنی آزمایشگاه- کارکنان پذیرش آزمایشگاه-

امکانات: دفتر ثبت مقادیر بحرانی - تلفن - سیستم HIS-مقادیر بحرانی آزمایشات

تعاریف: به نتیجه ای اطلاق میشود که گزارش فوری آن ممکن است تأثیر بسزایی در حیات بیماران داشته باشد
هدف: ایمنی بیماران و جلوگیری از خطرات ناشی از موارد بحران با کمک به درمان سریع بیماران

1- پرسنل پذیرش آزمایشگاه بایستی به هنگام مراجعه بیماران به آزمایشگاه مشخصات کامل بیماران را حتما در سیستم HIS ثبت نمایند.

1- پرسنل پذیرش بایستی پس از ثبت اطلاعات، بیمار او را به صندوق و سپس به اتاق نمونه برداری راهنمایی کنند.

1- پس از انجام درخواست مورد نظر، نتایج تست های بیمار بایستی توسط پرسنل انجام دهنده بررسی شود.

2- پرسنل فنی آزمایشگاه، در صورت مشاهده موارد بحرانی بایستی با فاصله به مسئول فنی اطلاع داده و ایشان پس از تأیید پاسخ، مورد بحرانی را از طریق مرکز تلفن بیمارستان به پزشک معالج اطلاع دهند (در این فاصله تست مورد نظر دوباره انجام میگردد).

1- در صورت لزوم و به صالحدید مسئول فنی، نمونه باید مجدداً اخذ و آزمایش تکرار شود- 1.

پس از اطمینان از صحت جواب و پرینت آن باید توسط مسئول فنی امضاء شود 7.

-نتایج آزمایشات باید پس از اخذ امضاء در دفتر تحویل جوابها از بیمار یا همراه وی تحویل داده شود8.

- مشخصات پرسنل فنی که نتیجه بحرانی را اطلاع داده، به همراه مشخصات دریافت کننده نتیجه بحرانی باید در دفتر موارد

بحرانی با ذکر تاریخ، ساعت و نام بیمار ثبت گردد- 9.

نتایج بحرانی برای مراجعینی که در آن لحظه در محیط آزمایشگاه و یا بیمارستان حضور ندارند، بایستی از طریق تماس تلفنی از مرکز تلفن بیمارستان به همراه بیمار/ بیمار اطلاع رسانی شود.

هدایت کننده: مسئول فنی آزمایشگاه، مسئول بخش

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: کارشناس مربوطه و متصدی پذیرش

ناظر: مسئول فنی آزمایشگاه -مسئول بخش آزمایشگاه -کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

نحوه نظارت: بررسی مستندات مربوطه و دفتر گزارش نتایج بحرانی

منابع: استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
داوود عباس زاده - مسئول بخش ازمایشگاه دکتر تنومند - مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند - مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

حقو گیرندگان خدمت

 بیمارستان امیرالمومنین چار اویماق	
عنوان: روش های اطلاع رسانی اخبار ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی	
کد: 01 - IN - PFRS - SRS - AH	تاریخ تدوین: 1400/12/17 تاریخ ابلاغ: 1400/12/18 تاریخ آخرین بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز:

کارکنان مرتبط: رئیس بیمارستان - پزشک - پرستار - مددکار اجتماعی - خدمات - نگهبانی

تعاریف: بیان خبرهای ناگوار بر پایه اخلاق حرفه ای و منش انسانی به منظور کاهش هزینه های فرهنگی - اجتماعی -

اقتصادی

هدف: ارتقا رضایتمندی بیمران و همراهان

روش انجام:

- 1- در خدمات پاراکلینیک اطلاع رسانی اخبار ناگوار به صورت گزارش برای پزشک معالج اعلام شود
 - 2- در بخش های بستری، اورژانس و درمانگاه مسئولیت اطلاع رسانی این اخبار بر عهده پزشک می باشد.
 - 3- در تمام موارد فوق پرستار بیمار یا مسئول شیفت با رضایت خود و با هماهنگی با پزشک معالج می تواند اخبار را منتقل کند.
- روش های قابل استفاده جهت ابلاغ خبر ناگوار**

- 1- واگذار کردن به پزشک در صورت اصرار و سوال بیمار/همراه. (در این روش با حفظ اصل راز داری و محرمانگی اخبار ناگوار به اطلاع یکی از بستگان بیمار می رسد و با توجه به شناخت وی از اقوام اخبار آرام آرام به صورت مناسبتری به بیمار و ولی ایشان می رسد).
 - 2- زمینه چینی و روحیه دادن قبل از اعلام خبر
 - 3- کوچکتر جلوه دادن موضوع جهت حفظ روحیه بیمار /همراه. در این روش مقداری از وخامت موضوع کاسته و بیشتر سعی در توضیح دادن نحوه برخورد با بیماری و راههای درمان آن شود.
 - 4- استفاده از پروتکل 6مرحله ای
- * نحوه استفاده از موارد فوق نباید ناقض اصل حقیقت گویی شود؛ چون ممکن است جنبه حقوقی به خود بگیرد و حتی به دادخواهی منجر شود.

مرحله	فن مورد آموزش
1- آغاز صحیح	- استفاده از ارتباطات پایه و مهارت های تسهیل کننده -تنظیم جنبه های فیزیکی مصاحبه -استفاده صحیح از فن زبان بدن ارتباط غیر کلامی برقراری تماس چشمی
2- آگاهی از اطلاعات قبلی بیمار	- پرسش از بیمار درباره اینکه می داند بیماریش چیست یا حدس می زند - دقت به شیوه تشریح موقعیت توسط بیمار ،توجه به لغاتی که بیمار مورد استفاده قرار می دهد، همچنین توجه به مکانیزم دفاعی انکار از سوی بیمار.
3- آگاهی از اینکه بیمار اکنون چه می خواهد	- دعوت شفاف برای مشارکت اطلاعاتی ،اگر بیمار خواستار آن باشد پرسش از سوالاتی که با آیا شما نگران هستید که آغاز می شود - عبور از توضیحات عمومی بیماری در صورت عدم تمایل بیمار به دانستن آنها.
4- بیان اطلاعات	تنظیم: شروع صحبت در سطح فهم بیمار و استفاده از کلمات و اصطلاحات غیر تخصصی. آموزش دادن: بیان اطالعات به زبان ساده و در حد درک بیمار.
5- پاسخ به واکنش های بیمار	-تأیید تمام واکنش ها و احساسات بیمار -استفاده از فن همدلی (در هیجان و علت هیجان و پاسخ به بیمار -) همراهی با گریه و خشم و دیگر هیجان های قدرتمند بیمار
6- اتمام	-جمع بندی بحث و پرسش از بیمار که آیا سوال یا موضوعی هست که بخواهد راجع به آن بحث کند.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: پزشک معالج بیمار -مترون - مسئول حقوق گیرندگان خدمت

ناظر: رئیس بیمارستان - مسئول حقوق گیرندگان خدمت

نحوه نظارت: مشاهده - مصاحبه با بیماران و پرسنل مربوطه

منابع و مراجع: تجربیات بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت سکینه نظری - مددکار اجتماعی	سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق  دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز معاونت درمان	
عنوان خط مشی : «تسهیلات دسترسی بیمار ، ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضا اصلی گروه پزشکی»	
تاریخ ابلاغ 1401/01/30 تاریخ آخرین بازنگری : 1403/09/26	کد خط مشی: AH-SRS_PFRS_PO_01

امکانات و تجهیزات: تلفن ، تعریف کد پزشکان مقیم

بیانیه سیاست/خط مشی : سهولت دسترسی به گروه معالج در راستای افزایش رضایت بیماران
ذینفعان: کلیه مراجعه کنندگان

دامنه خط مشی: کلیه بخش های بستری بیمارستان ،

- روش اجرایی : 1. در هنگام پذیرش بیمار در بخش، نام پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی و روزهای حضور ایشان در بخش به گیرنده خدمت و خانواده وی ، توسط پرستار مسئول اطلاع رسانی می گردد
2. به بیمار و خانواده وی در خصوص انجام روزانه ویزیت پزشک معالج توسط پرستار اطلاع رسانی شود .
3. پرستار بخش در بدو ورود ضمن معرفی خود به بیمار، آموزش های بدو ورود را در خصوص نحوه استفاده از زنگ احضار جهت دسترسی سریع و آسان به کادر درمان به بیمار و همراه می دهد .
4. در صورت درخواست بیمار/ ولی قانونی وی پرستار بخش جهت ارتباط به پزشک معالج از طریق تماس تلفنی و شماره گیری کد مربوطه درخواست های بیمار را از طریق ارتباط مستقیم با ایشان مطرح می نماید.
5. در صورت تمایل خانواده به ملاقات حضوری و دریافت اطلاعات تکمیلی مورد نیاز، پرستار هماهنگی لازم را با پزشک معالج انجام می دهد .
6. پرستار بخش هنگام ترخیص زمان مراجعه بیمار) در صورت نیاز (به مطب پزشک معالج را در برگه آموزش به بیمار توضیح می دهد.
7. در ساعات غیر از ویزیت پزشک در صورت نیاز با ایشان تماس گرفته می شود

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستار- پرستار بیمار

ناظر: مسئول حقوق گیرندگان خدمت - سرپرستار - سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: مشاهده - مصاحبه

منابع و مراجع: تجربیات بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

 بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چارایماق	
عنوان خط مشی : نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین»	
کد خط مشی: AH_SRS_PFRS_PO_01	تاریخ تدوین: 1401/01/29 تاریخ ابلاغ: 1401/01/30 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز : پرسنل کار آمد، بیماران همراهان

کارکنان مرتبط: کارکنان بخش مربوطه - کارشناس مسئول ایمنی

تعاریف: اتفاق نا خواسته پزشکی به اتفاقاتی گفته می شود که غیر قابل پیش بینی بوده و به نحوی که توسط بیمارستان یا نظام سلامت ایجاد شده و باعث آسیب به بیمار می گردد.

بیانیه سیاست/خط مشی

این مرکز در خصوص اجرای این خط مشی، برنامه ریزی برای بهبود فعالیت های درمانی، بکارگیری نیروی انسانی ماهر، تامین نیروهای آموزشی و آشنایی پرسنل با ضوابط و مقررات برنامه های آموزشی در راستای افزایش مهارت های بالینی و اخلاقی جهت کاهش بروز موارد غفلت، سهل انگاری در سیر درمان و مراقبت و پیش گیری از وقایع ناخواسته درمانی می باشد.

روش اجرایی: - 1 کلیه کادر درمانی در هر موقعیت شغلی و مکانی در قبال بیمار به طور مستقیم و غیر مستقیم مسئول خطاهای رخ داده در برابر بیماران می باشند. بنابراین چنانچه غفلت، عدم مهارت، عدم رعایت موازین دولتی، قضایی و پزشکی در مسیر درمانی صورت گیرد و باعث بروز خسارت گردد میبایست بیمارستان یا فرد خاطی، نسبت به جبران آن برآید

- 2 افزایش سطح آگاهی بیماران و مراجعین با منشور حقوق خود و از سوی دیگر اطلاع رسانی در موارد تخلفات پزشکی و درمانی موجب گردیده است که بیماران خواستار رعایت استانداردهای درمانی بوده و در صورت بروز خطاها از روی کادر درمان می بایست بیمارستان نسبت به پذیرش مسئولیت و جبران خسارت اقدام نماید.

- 3 در صورت بروز حادثه منجر به خسارت الزام است ارتباطی برقرار و واضح و شفاف با بیمار و یا همراه وی که تاثیر گذار بر بیمار میباشد برقرار شود. هیچ گاه نباید انتقال خبر را به صورت یکباره یا ناگهانی و بدون پیش زمینه آغاز نمود. فرد حامل خبر و راوی می بایست کاملاً متاثر و متأسف از وضع پیش آمده و با حفظ شأن و کرامت انسانی و رفتار محترمانه آن چه را که اتفاق افتاده است به طور صادقانه و شفاف و نه آنچه را که موجب تبرئه آن ها می گردد را بازگو نماید.

- 4 مسئول ارشد کادر درمانی می بایست در جریان کامل حادثه باشد تا چنانچه موضوع قابل پیگیری از سوی مقامات ذیربط بود بتواند به طور واضح جریان امر را توضیح داده و بازگو کند.

- 5 از سوی کمیته اخلاق بالینی مسئولان و کارکنانی که فرایند توضیح، اظهار پشیمانی و عذرخواهی از بیماران را انجام میدهند انتخاب گردیده اند که شامل فرد مسئول بروز خسارت و مسئول بخش و در سطوح بالاتر سوپروایزر وقت زیر نظر مترون یا رئیس بیمارستان می باشد.

- 6 طی 24 ساعت اول پس از رخداد حادثه می بایست فرد مسئول با ایجاد آمادگی و با مقدمه و با تشریح کامل رخداد به طور شفاف واقعه را توضیح داده و نسبت به عذرخواهی و اظهار پشیمانی توسط مسئول تعیین شده اقدام شود.

- 7 به هنگام گفتن وقایع و حوادث و پیامدها، امکان رویداد هر گونه رفتار و برخوردی از سوی مخاطب وجود دارد که باید با بردباری و سعه صدر مسئولیت امر را پذیرفته و به انتظارات منطقی ایشان توجه نماید

- 8 فردی که رخدادی برایش حادث شده است انتظارات و خواسته هایی دارد که فرد راوی پیام می بایست این خواسته های منطقی را به موقع تشخیص داده و نسبت به مدیریت این امر اقدام نماید.

- 9 حفظ محرمانگی وقایع و رخداد های حادث شده رعایت می گردد.

- 10 نتایج حاصل از مکالمه ها و گفتگو ها به صورت مستند صورتجلسه می گردد.

- 11 این مرکز به حمایت کارکنان منطبق بر فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار از طریق حمایت عاطفی کارکنان درگیر، پی گیری امورات کارکنان از طریق دفاتر حقوقی مرکز و بیمه مسئولیت حرفه ای کارکنان می پردازد.

12- کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران؟ مراجعین هستند در خصوص نحوه مدیریت میدانی در صورت بروز وقایع در ساعات اولیه آموزش های لازم را دریافت نموده اند) از جمله حفظ خونسردی، گزارش وقایع در دقیقه صفر بروز حادثه، شرح کامل حادثه به مسئول ارشد کادر درمانی، عدم پنهان کاری و...

13- کارکنانی که مستقیماً درگیر بروز آسیب به بیماران/مراجعین نیستند در خصوص برقراری مهارت ارتباط با بیمار، همکاری و همدلی با پرسنلی که مستقیماً در بروز حادثه دخیل بوده است. مدیریت سایر امور تا زمانی که فرد دخیل در بروز حادثه بتواند به شرایط و حالت عادی بازگردد آموزش دیده و مهارت کافی را کسب نموده اند.

14- در خصوص پیش بینی راهکارهای جبران خسارت اعم از جسمی، مالی، روانی، روحی (به بیماران و مراجعین به این صورت عمل می نماید:

تشخیص موارد خسارت جسمی، روانی و روحی در کمیته مورتالیتی و موربیدیتی صورت می گیرد.

نحوه جبران خسارت وارده بر اساس شکایت واصله و یا دریافت گزارش در حین بازدیدهای میدانی از نظر میزان شدت آسیب وارده به بیمار/مراجعین با تعیین مصادیق مشمول جبران با محوریت کمیته اخلاق بیمارستان که شامل موارد 15 گانه وقایع تهدید کننده حیات است بررسی و در خصوص نحوه ارجاع به مراجع ذی ربط صالح تصمیم گیری می شود.

بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط مانند هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نخواهد داشت باید توجه داشت بابت طولانی شدن مدت اقامت و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت ناشی از وقایع ناخواسته نباید هزینه ای پرداخت نماید.

18- خط مشی تدوین شده به کارکنان مرتبط ابلاغ شده و در خصوص نحوه اجرایی شدن آن پایش ماهانه صورت گرفته و نتایج در کمیته اخلاق بالینی مطرح و مداخلت لازم صورت می پذیرد

چارچوبها برای اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به مراجعین/بیمار/همراهان در مورد نتایج و پیامدهای بد درمان شامل هفت مرحله آمادگی، شروع مکالمه، بیان واقعیات، گوش دادن فعال، تأیید آن چه بیان شده است، نتیجه گیری مکالمه و مستند کردن میباشد. قبل از اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری مهرور و بررسی تمامی واقعیات دخیل در حادثه حائز اهمیت می باشد. بایستی شرکت کنندگان مناسب برای مکالمه شناسایی و درگیر موعود شوند و مهمل مناسبی هم برای بمت انتخاب شود

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئولین بخش های بالینی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

ناظر: مسئول ایمنی بیمار

نحوه نظارت: -بررسی مستندات - مشاهده - مصاحبه -

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
------------	-------------	-------------

دکتر تنومند - رئیس بیمارستان	دکتر تنومند - مسئول ایمنی بیمار	سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت خدیجه علیزاده - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
------------------------------	---------------------------------	--

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاراویماق 	
عنوان خط مشی : استفاده از پرسنل همگن	
تاریخ تدوین: 1401/01/23 تاریخ ابلاغ: 1401/01/24 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/9/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی: AH-SRS_RFRS-PO-02

امکانات مورد نیاز: نیروی انسانی

کارکنان مرتبط: سوپروایزر - پرستار - مسئول بخش

تعاریف : پرسنل همگن پرسنلی است که با توجه به جنسیت میتواند راحت تر با مددجو برخورد نماید و نیازهای

جسمی و روحی گیرنده خدمت را برآورده سازد

بیانیه سیاست/خط مشی: اطمینان از این که در صورت عدم وجود نیروی همگن بنا به هر دلیلی، این موضوع مانعی در جهت خدمت رسانی فوری به بیمار و یا احیاناً آسیب به ایشان نگردد

خط مشی: در واحد ها و بخش ها با توجه به امکانات و نیرو وجود پرسنل همگن به ویژه برای بانوان حس اعتماد گیرنده خدمت را بالا برده و باعث ارتباط متقابل خواهد شد. ارتباطی که حتی جهت درمان و ادامه درمان مفید واقع خواهد شد

ذینفعان: کلیه مراجعه کنندگان

- روش اجرایی: استفاده از پرسنل خانم و آقا در کلیه بخش ها بویژه در بخشهای ویژه
- استفاده از پرسنل همگن با توجه به ضرورت و توانایی در واحد هایی مثل رادیولوژی و آزمایشگاه و حتی واحد های اداری
- استفاده از پرسنل همگن نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت شود
- در موارد احیای بیمار، رعایت پرسنل همگن ضرورت ندارد
- در ابتدای هر ماه توسط مسئول بخش وجود نیروی همگن در هر شیفت برنامه ریزی گردد.
- در صورت عدم وجود پرسنل همگن در بخش (در مواقع غیر اورژانس) این نیاز با هماهنگی سوپروایزر از سایر بخشها تامین گردد.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول بخش - سوپروایزر

ناظر: مدیر پرستاری - مسئول حقوق گیرندگان خدمت

نحوه نظارت: - پایش حاکمیت بالینی هر ماه یکبار

- پایش دانشگاه علوم پزشکی هر 6 ماه

- مشاهده

- گزارش سوپروایزر در هر شیفت و چک توسط مدیر خدمات پرستاری

منابع و مراجع: تجربیات بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

عنوان خط مشی : نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهوية

تاریخ تدوین: 1401/01/29 تاریخ ابلاغ: 1401/01/31 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی: AH-SRS-PFSR_PO-03
---	--

امکانات مورد نیاز : پرسنل بیمارستان و مراجع قضایی

کارکنان مرتبط: کل بیمارستان

تعاریف :

بیمار مجهول الهوية: به فردی اطلاق می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری، فراموشی موقت یا دایم، مشکلات روانی و ذهنی و ... قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست و همراهی که بتواند این اطلاعات را در اختیار قرار دهد،

بیانیه سیاست/خط مشی :

1. حفظ و حراست از گیرندگان خدمت مجهول الهوية
 2. شناسایی گیرندگان خدمت مجهول الهوية و برنامه ریزی اختصاصی در بیمارستان جهت ارائه حمایت های الزم به گیرندگان خدمت مجهول الهوية
 3. اجرایی شدن سیاست های ابلاغی از سوی وزارت متبوع در رعایت حقوق گیرندگان خدمت از جمله گیرندگان خدمت مجهول الهوية
 4. رسیدگی و تکریم ارباب رجوع
 5. حفظ شخصیت بیمار و احترام به وی
- ذینفعان:** بیماران مجهول الهوية و کلیه ی واحد ها

روش اجرایی:

- 1- به محض بستری شدن بیمار مجهول الهوية در بیمارستان پس از تشکیل پرونده و ویزیت پزشک به سوپر وایزر وقت اطلاع داده می شود و مورد توسط سوپر وایزر به پلیس 110 و حراست گزارش می شود.
- 2- سوپروایزر با انتقال دهندگان بیمار به بیمارستان صحبت نموده و اظهارات ایشان در خصوص محل یافتن بیمار، لوازم همراه وی و شرایط بیمار در زمان یافتن وی را ثبت می نماید.
- 3- البسه، موبایل و لوازم همراه بیمار در حضور سوپروایزر توسط خدمه بررسی می گردد.

4- صورتجلسه توسط سوپروایزر تنظیم و به امضای 3 شاهد (سوپروایزر، پزشک اورژانس و مسئول شیفت) می رسد.

5- سوپروایزر در صورت جلسه موارد زیر را قید می کند: اظهارات انتقال دهندگان بیمار به بیمارستان به همراه مشخصات و تلفن تماس ایشان، تاریخ و ساعت ورود بیمار به بیمارستان، وضعیت بالینی و ظاهری بیمار، جنسیت، اموال همراه بیمار، مدارک یافت شده، نتایج حاصل از بازرسی بیمار مانند وجود عارضه یا نقص خاص، اسکار زخم، ماه گرفتگی، و...

6- پزشک در صورت شناسایی بیمار از طریق مدارک همراه وی، در صورتی که بیمار نیاز به جراحی اقدام اورژانسی نداشته باشد، منتظر می مانند تا هوشیاری نسبی بیمار بازگردد

6- جهت شناسایی صحیح بیماران مجهول الهویه از بیماران، شماره بندی می شود و این شماره روی پرونده و دستبند شناسایی بیمار نیز ثبت می گردد..

7- ثبت نام بیمار در پذیرش نیز به نام مجهول الهویه شماره می باشد.

8- تمام لوازم مصرفی، انجام آزمایشات و اقدامات درمانی با نام مجهول الهویه شماره انجام میگیرد

9- به محض هوشیار شدن، سوپروایزر از بیمار در خصوص هویتش سوال می نماید

10- مسئول شیفت نام و نام خانوادگی بیمار و شماره تماس یکی از بستگانش دریافت می کند

11- سوپروایزر در صورت مشخص شدن هویت بیمار، موضوع را بلافاصله به اطلاع خانواده وی می رساند

12- صورت عدم شناسایی بیمار و تا زمان هوشیاری کامل وی، مراقبت های درمانی همچنان ادامه می یابد.

13- پرسنل انتظامات تا قبل از احراز هویت بیمار، از خروج وی از بیمارستان جلوگیری می شود.

14- در صورت ترخیص یا نیاز به اعزام به سایر مراکز درمانی سوپروایزر به حراست شبکه اطلاع داده و با هماهنگی مراجع قضایی انجام می شود.

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: پرستار مسئول شیفت-سوپروایر و مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

ناظر: مدیر پرستاری-مسئول حراست

نحوه نظارت:-مشاهده -مصاحبه و بررسی مستندات پزشکی

منابع و مراجع: تجربیات بیمارستان

جدول اسامی:

تہیہ کنندہ	تایید کنندہ	ابلاغ کنندہ
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری عزیز بخشی - مسئول حراست لیلا عبدالہی - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت سہیلا حسین زادہ - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان خط مشی : نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت	
کد خط مشی: AH-SRS_RFRS-PO-04	تاریخ تدوین: 1401/01/29 تاریخ ابلاغ: 1401/01/31 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امكانات مورد نیاز : پرسنل مجرب .دوربین مداربسته .دستگاه پرداخت الکترونیکی

کارکنان مرتبط: کارکنان کلیه بخش های بالینی بیمارستان واحدهای پاراکلینیکی وحراست ونیروی انتظامات

تعاریف :

بیانیه سیاست/خط مشی : حفظ اموال گیرنده خدمت به بهترین شکل
ذینفعان: گیرندگان خدمت

دامنه خط مشی:

روش اجرایی :

-- 1در صورتی که بیمار هو شیار با شد تمامی و سایل قیمتی بیمار و لباس های او توسط مسئول شیفت صورت

جلسه شده وبه همراه وی تحویل داده میشود

- 2در صورت بیهوش بودن بیمار و نداشتن همراه با اطلاع به نیروی انتظامی کلیه ی وسایل بیمار توسط

سوپروایزر و مسئول شیفت یا سر پرستار صورتجلسه شده و در دفتر پرستاری نگهداری میشود و درصورت مراجعه

ی همراه با ارائه کارت شناسایی اموال به ایشان تحویل داده شود

3.اگر بیمار بدون همراه ،در بیمارستان فوت کند حراست پس از تنظیم صورتجلسه ،تمامی اموال بیمار را با ارائه

کارت شناسایی به اولیای دم تحویل می دهد

4..جهت جلوگیری از سوءاستفاده های احتمالی و گم شدن پول بیماران ، مسئول بخش به بیماران یادآور می شود

که از آوردن وسایل گران قیمت و مبالغ زیاد پول خودداری کنند و از دستگاههای پرداخت الکترونیکی بیمارستان

جهت پرداخت هرگونه هزینه ای استفاده نمایند

5..در قسمتهای مختلف بیمارستان با نصب دوربین مدار بسته، در مواردی که سرقت یا مورد مشابهی اتفاق افتد بررسی

های لازم توسط حراست بیمارستان صورت می گیرد

مسئول پاسخگویی: رئیس بیمارستان. مدیریت پرستاری. حراست

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سوپروایزر بالینی - مسئول شیفت

ناظر: مترون - مسئول حقوق گیرندگان خدمت

نحوه نظارت: -مشاهده -مصاحبه

منابع و مراجع: تجربیات بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سهیلا حسین زاده-مسئول حقوق گیرندگان خدمت کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	کمال مصطفوی -مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان خط مشی : رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت	
کد خط مشی: AH-SRS RFRS -PO-05	تاریخ تدوین: 1400/12/06 تاریخ ابلاغ: 1400/12/07 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امكانات مورد نیاز: پرده سقفی، شل. لباس مناسب برای بیماران

کارکنان مرتبط: کلیه پرسنل بالینی

تعاریف:

بیانیه سیاست/خط مشی: سیاست بیمارستان کلیه افراد تیم درمان را موظف نموده هنگام انجام اقدامات، حفظ حقوق بیمار، نکات حریم بیمار را رعایت نمایند و امکانات موجود را برای نیل به این هدف فراهم نموده است.

هدف: حفظ آرامش روانی برای بیمار و ایجاد محیط امن و راحت
صاحبان فرآیند و ذینفعان: بیماران، همراه بیمار، مدیریت اجرایی، پرستار

دامنه خط مشی: کلیه بخش های بستری بیمارستان،

روش اجرایی:

1. ریس بیمارستان تدابیری اتخاذ کرده تا به منظور محفوظ ماندن فضای اطراف هر تخت در اتاق های عمومی در تمامی اتاق ها بین تخت بیماران پرده سقفی نصب میشود

2. پرسنل درمانی در هنگام ورود به اتاق خودشان را معرفی کرده و در صورت کشیده بودن پرده اطراف تخت پس از صدا زدن بیمار پرده را کنار میزنند

3. به هنگام ورود هریک از پرسنل و پزشکان به اتاق بیمار در صورت بسته بودن درب اتاق در زدن رعایت می شود

4. رییس بیمارستان تدابیری اتخاذ کرده تا پوشش بیماران حین بستری تمییز آراسته و مناسب سایز بیمار با شدو به

گونه ای باشد فقط قسمت های ضروری و قابل معاینه در دسترس باشند تا امنیت روانی بیمار تامین گردد

✓ پوشش مردان: بلوز جلو باز دکمه ای با آستین های بلند گشاد و شلوار تمییز و آراسته مناسب با سایز

✓ پوشش زنان: پیراهن بلند جلو باز دکمه ای با آستین بلند شلوار تمییز و آراسته مناسب با سایز و روسری سه

گوش

✓ پوشش اطفال: بلوز و شلوار مناسب با سایز کودک

5. هنگام انتقال بیمار به بخش های رادیولوژی. آزمایشگاه. اتاق عمل. زایمان از پوشش مناسب (شنل) جهت پوشش بهتر بدن بیمار استفاده می شود

6. پرستار بیمار حین انجام پروسیجر درمانی قسمت هایی از بدن بیمار ک نیاز ب مداخله ندارد را می پوشاند و پرده سقفی اطراف تخت بیمار را باز می کند

7. رییس بیمارستان تدابیری اتخاذ کرده اند ک اتاق های زنان و مردان از هم جدا باشند و همراهان همگن استفاده می شود

8. در صورت وجود پرسنل همگن در بخشها استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات ب بیماران امکان پذیر می باشد و حتی الامکان از بکار گیری پرسنل مرد برای بیماران زنان خودداری شود (مگر در وضعیت تهدید کننده حیات بیمار و نبود پرسنل خانم)

9. هنگام انجام پروسیجر و امور مراقبتی در مورد بیمار زن توسط پزشک نا همگن با حضور یک پرستار زن اقدام صورت می گیرد

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مسئول بخش - پرستار بیمار

ناظر: رییس بیمارستان، مدیریت پرستاری، مسئول حقوق گیرنده خدمت

نحوه نظارت: - چک لیست های عایت حقوق گیرندگان خدمت

منابع و مراجع: منشور حقوق بیمار، تجربه بیمارستان، دستورالعمل های اعتبار بخشی بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق		
عنوان خط مشی : حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی به اطلاعات بیماران		
کد خط مشی: AH-SRS_RFRS-PO-06		تاریخ تدوین: 1401/01/29 تا ریخ ابلاغ: 1401/01/30 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17

امکانات مورد نیاز : پرسنل مجرب ، تجهیزات مناسب ثبت و انتقال داده های بیمار

کارکنان مرتبط: کلیه کارکنان بخش های بستری بیمارستان ، ترخیص ، مدارك پزشکی ، مددکاری ، حراست و...

تعاریف :

بیانیه سیاست/خط مشی : حفظ اطلاعات بیماران وجلو گیری از سو استفاده های احتمالی

روش اجرایی:

- اطلاعات محرمانه فقط در دفتر حراست قابل بایگانی می باشد.مسئول حراست در صورت ضرورت نامه ی محرمانه را به رویت مسئول یا شخص مورد نظر رسانده و پس از گرفتن امضا سند را به بایگانی حراست عودت می دهد
- نگهداری هرگونه سند محرمانه در سایر واحدها مجاز نمی باشد
- نگهداری هرگونه کپی از مکاتبات محرمانه برای گزارش دهندگان مجاز نمی باشد
- بیمارستان اطمینان حاصل مینماید که تنهاگیرنده خدمت،گروه درمانی،افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت وافرادى که به حکم قانون مجاز تلقی میشوند،میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند
- بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت،تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار میدهد
- کارکنان،با خودداری از نصب اطلاعات محرمانه مربوط به بیمار در اتاق ویا در ایستگاه پرستاری ویا مطرح نکردن بحثهای مربوط به بیمار در اماکن عمومی،محرمانه بودن اطلاعات بیمار را رعایت کرده وبه آنان احترام میگذارند

- کارکنان، از قوانین و قواعد ناظر بر محرمانه بودن اطلاعات آگاه هستند و به اطلاع بیمار می‌رسانند که چگونه سازمان، محرمانه بودن اطلاعات را مدنظر قرار می‌دهد
- همچنین، به اطلاع بیمار می‌رساند که چه زمان و تحت چه شرایطی ممکن است که اطلاعات منتهی به شر شوند و چگونه از آنها کسب اجازه خواهد شد
- دسترسی به پرونده بیمارستان از طریق واحد مدارک پزشکی فقط طبق ضوابط مربوطه در آن واحد می‌باشد
- پرسنل مجاز به ثبت اطلاعات در پرونده بیماران عبارتند از: پزشک اورژانس، پزشک معالج، پزشک مشاور، پرستار، ماما، مسئول امار و مدارک پزشکی، رادیولوژیست، کاردان یا کارشناس بیهوشی و اتاق عمل، منشی بخش، کارشناس تغذیه
- هرگونه اطلاعاتی که نشان دهنده نوع بیماری گیرنده خدمت باشد در تابلوی بالای سر و روی پرونده وی ممنوع می‌باشد

مسئولیت‌ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: سرپرستاران - خدمات - کاربر واحد استریلیزاسیون

ناظر: کارشناس کنترل عفونت - سرپرستار - سوپروایزر بالینی

نحوه نظارت: مشاهده - مصاحبه

منابع / مراجع: تجارب بیمارستان، دستورالعمل‌های اعتبار بخشی
جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	کمال مصطفوی - مدیر خدمات پرستاری	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان خط مشی : نحوه دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت	
تاریخ تدوین: 1401/01/29 تاریخ ابلاغ: 1401/01/31 آخرین تاریخ بازنگری: 1403/09/29 تاریخ آخرین ابلاغ: 1403/10/17	کد خط مشی: AH-SRS-PFRS_PO- 07

امكانات مورد نیاز : لیست تعرفه های بیمارستانی

کارکنان مرتبط: کارکنان واحد پذیرش و ترخیص

تعاریف : هزینه خدمات مبلغی قابل قبول که براساس نوع بیمه و خدمات ارائه شده به گیرنده خدمت دریافت می شود تا گوشه ای از هزینه ها جبران شود

✓ **بیانیه سیاست/خط مشی :** دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت براساس قوانین و آیین نامه های موجود انجام بگیرد/ انجام کلیه خدمات ضروری بدون ملاحظات مالی و براساس قوانین جاری صورت بگیرد .

ذینفعان : کلیه مراجعه کنندگان

دامنه خط مشی: کل بیمارستان(اعم از درمانی و غیر درمانی)

1. **روش اجرایی :** تعرفه های بیمارستان باید حداقل در واحد پذیرش و ترخیص در معرض دید عموم باید باشد.
2. در انجام کلیه اقدامات ضروری در اورژانس و فوریت های پزشکی هزینه های مالی نباید در اولویت باشد
3. هیچ واحدی حق دریافت هزینه مازاد از گیرنده خدمت ندارد و در صورتی که چنین امری واقع شود گیرندگان خدمت می توانند به واحد رسیدگی به شکایات مراجعه نمایند .
4. در صورتی که گیرنده خدمت در پرداخت هزینه ها مشکل داشته باشد می توان وی را به واحد مددکار اجتماعی ارجاع داد .
5. هزینه بیماران تصادفی در صورت داشتن کروکی و مدارک لازمه رایگان می باشد .
6. به گیرنده خدمت در مورد ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی اطلاع رسانی شود .
7. زیر میزی که برخی پزشکان از گیرنده خدمت درخواست می نماید در واحد رسیدگی به شکایات قابل پی گیری می باشد .

8. اعلام و به روز کردن تعرفه ها توسط واحد درآمد

اطلاع رسانی به بیمار و همراه وی از طریق بنر ها و ...

9. اعلام تعرفه ها در هنگام پذیرش در صورت درخواست بیمار و همراه وی توسط مسئول پذیرش

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: واحد پذیرش - ترخیص

ناظر: مسئول حقوق گیرندگان خدمت - مدیر پرستاری - ریاست - سوپروایزر

نحوه نظارت: - مشاهده - مصاحبه

منابع و مراجع: تجربیات بیمارستان

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان	دکتر تنومند - رئیس بیمارستان

بسمه تعالی
بیمارستان امیرالمومنین چاروايماق



عنوان خط مشی : مددکاری اجتماعی در بیمارستان

کد خط مشی: AH-SRS-PFRS -PO-13

تاریخ تدوین: 1401/01/29
تاریخ ابلاغ: 1401/01/31
آخرین تاریخ بازنگری: 1404/02/08
تاریخ آخرین ابلاغ: 1404/02/08

امکانات مورد نیاز: پرونده بیمار - صورتحساب بیمار
کارکنان مرتبط: رئیس، مددکار، مسئولین بخش ها، حراست، مدیریت اطلاعات سلامت و امور مالی

هدف (بیانیه خط مشی و روش :)

دامنه کاربرد : کلیه بخش های درمانی ، بستری و پاراکلینیک

تعاریف : مددکار اجتماعی در صدد افزایش ایفای کارکرد اجتماعی افراد به صورت انفرادی و گروهی از طریق فعالیت هایی است که بر روابط اجتماعی آنان متمرکز است و بین افراد و محیط شان تعامل به وجود می آورد
بیماران مجهول الهویه- بی خانمان - اتباع خارجی - بیماران بدون همراه - عدم بزاعت مالی-متهمین اعزامی از پاسگاه و زندان ها ، مددجویان بهزیستی وکمپته امداد ، افراد فاقد سرپرست و رها شده مشمول خدمات مددکاری هستند .

فرد پاسخگوی خط مشی : مسئول مددکاری و گیرنده خدمت بیمارستان

روش اجرایی:

1- (به منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات درمانی و با هدف کمک به پرداخت خدمات درمانی بیماران نیازمند و ایجاد آرامش و رضایتمندی در آنان ، بیمارستان از روش زیر تبعیت می نماید .

1-جهت آشنایی و آگاهی پرسنل بخش ها ، بیماران و همراهان آن ها محل استقرار مددکاری و شماره تماس و نیز فرایند روش مددکاری در برد بخش ها و سالن های انتظار نصب گردیده است .

2- ملاک ارزیابی شرایط مادی و معنوی بیمار

مددکار از طریق مراجعه به اورژانس و بخش های بستری بیماران آسیب پذیر نیازمند حمایت با معرفی از بخش ها از طریق ثبت در سیستم و یا تماس تلفنی و یا معرفی از سوی افراد سازمان ها و نهاد های حمایتی و یا مراجعه مستقیم بیمار و ... شناسایی شده و مددکارضمن مصاحبه با بیمار و یا همراه بیمار و تکمیل فرم مددکاری شرایطمادی و معنوی بیمار را مشخص نموده و بر اساس الویت بندی نسبت به حمایت وی اقدام می نماید .

3-جهت شناسایی بیماران نیازمند به خدمات مددکاری بعد از شناسایی مددجو توسط مددکار (که جزو اقشار سیب پذیر جامعه می باشد و یا گروه های نیازمند به خدمات مددکاری) ضمن مصاحبه با بیمار و یا همراه وی و تکمیل فرم مددکاری و تعیین شاخص نیازمندی و اولویت بیمار به خدمات مددکار نسبت به حمایت وی اقدام می نماید.

4-جهت اطلاع رسانی و آگاهی بخش ها در خصوص شناسایی مددجویان نیازمند به خدمات مددکاری لیست اقشار آسیب پذیر و کلیه چارت های مددکاری به بخش ها ابلاغ و اعلام شده است.

5-جهت هماهنگی بخش های مختلف بیمارستان با مددکاری پرسنل بخش ها بعد از تشخیص بیمار نیازمند به مددکاری نام وی را از طریق سیستم HIS به مددکار ارسال نموده و مددکار بر اساس فرایند مددکاری و تکمیل فرم های مددکاری نسبت به حمایت وی اقدام می نماید .

6-جهت شناسایی و اولویت بندی و برنامه ریزی نیازهای بومی و شایع بیماران نیازمند ، مددکار با استفاده از فرم های مددکاری که در حین مصاحبه با بیمار تکمیل می نماید آنها را شناسایی نموده و بر حسب نیاز برای آنان اقدام حمایتی به عمل می آورد .

7-نحوه ی هماهنگی با نهاد ها ، سازمان ها و موسسات حمایتی خارج از بیمارستان بر اساس نوع نیازی که بیمار به مداخلات دارد مددکار با توجه به نیاز بیمار به سازمان های حمایتی از قبیل کمیته امداد ، سازمان بهزیستی ، خیریه ها ، افراد خیر ، ادارات بیمه و سایر مراکز و نهاد ها و نیز مسئولین دانشگاه و جهت حمایت از بیمار همکاری صورت می گیرد.

8-نحوه و محدوده حمایت مالی از بیماران نیازمند بیماران غیر بیمه و فاقد توان مالی در صورت داشتن شرایط بیمه شدن با

هماهنگی کارشناس بیمه به ادارات معرفی و بیمه می شود .

در غیر این صورت بر حسب نیاز بیمار به موسسات خیریه افراد خیر و یا معرفی به کمیته امداد و یا بهزیستی بعد از تایی توسط مسئولین مرکز حمایت مالی می شوند . بیماران نیازمندی که بیمه می شوند ضمن تکمیل فرم استعلام نیازمندی و ارجاع به کمیته امداد و یا بهزیستی و بعد از آنها فرانشی آنها با توجه به نیاز مساعدت می شوند و طبق دستورالعمل بیماران نیازمند اقدام می شود

9- نحوه ی ارزیابی عملکرد مددکاری اجتماعی و بازنگری مستمر روش ها به منظور بهبود مستمر خدمات مددکاری

از طریق نصب فرایند های مددکاری در بخش ها جهت آگاهی کارکنان در بخش ها جهت آگاهی کارکنان ، هماهنگی با سازمان های خیریه و نهاد های حمایتی ، مراکز بیمه و بطور مستمر اعلام اسامی بیماران نیازمند به مددکاری از طریق سیستم حمایت از بیماران نیازمند در همه شیفت ها بر اساس پروتکل های مددکاری و ... مواردی است که انجام می شود .

10-بیماران بی خانمان بدون همراه ضمن پذیرش و انجام اقدامات درمانی برای آنان بر اساس نوع نیاز بیمار از وی حمایت به عمل آمده و قبل از ترخیص وی در صورت امکان با خانواده وی و در صورتی که خانواده ای نداشته باشد با اداره بهزیستی و یا اورژانس اجتماعی و یا مراکز نگهداری تماس گرفته شده و با هماهنگی مسئولین مرکز بیمار تحویل مراجع ذیصلاح می گردد

11- نحوه ارائه خدمات خدمت به بیماران آسیب پذیر نیازمند به مددکاری که در ایام تعطیل بستری و ترخیص می شوند بخش ها با اعلام نام بیمار و مشکل وی به سوپر وایزر و ایشان ضمن هماهنگی با مددکار با توجه به نیاز بیمار نسبت به رفع مشکل وی اقدام نموده و وی را حمایت می کند

13- بیماران نیازمند و آسیب پذیر بستری در شیفت عصر و شب که در ایام غیر تعطیل مرخص می شوند صبح روز اداری پرستار بیمار و یا منشی بخش ضمن تماس تلفنی و ارسال نام بیمار از طریق سیستم HIS و با مراجعه به مددکار به بخش با توجه به نیاز بیمار حمایت می شوند .

14-

در مورد بیماران مجهول الهویه ضمن پذیرش و انجام اقدامات درمانی برای وی مددکار جهت احراز هویت پیگیر میشود چنانچه مدارک احراز هویت بیمار در طول مدت بستری ارائه نشد توسط مددکار از وی عکس گرفته و ضمیمه پرونده می شود و با 110 تماس گرفته می شود تا مورد صورت جلسه شود ، اینگونه بیماران چنانچه کسی برای ترخیص آنها مراجعه نکرد توسط مددکار پس از مکالمه با دادستانی و اخذ دستور تحویل بهزیستی و یا مراکز نگهداری می گردد تا بر حسب نیاز مورد نظر حمایت گردد .

مسئولیت ها و اختیارات:

فرد پاسخگو: مددکار اجتماعی مرکز

ناظر: مدیر خدمات پرستاری - مسئول حقوق گیرندگان خدمت

نحوه نظارت: -مشاهده -مصاحبه با پرسنل - مستندات پرونده پزشکی

منابع و مراجع: استانداردهای اعتبار بخشی نسل پنجم

جدول اسامی:

تهیه کننده	تایید کننده	ابلاغ کننده
سکینه نظری - مددکار اجتماعی سهیلا حسین زاده - مسئول حقوق گیرندگان خدمت	سکینه نظری-مسئول واحد مددکاری	دکتر تنومند -رئیس بیمارستان

