

کتابچه

دستورالعمل های بیمارستان

مدیر داخلی بیمارستان	عبدالرزاق سرسبز	تایید کنندگان
مدیر خدمات پرستاری بیمارستان	عبدالرزاق سرسبز	
مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان	مهرداد اکبرپور	
ریاست بیمارستان	دکتر هادی رضوانی	تصویب کننده

شماره سند :

تاریخ تدوین :

تاریخ بازنگری :

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

فهرست:

- ۴ ارزیابی و کنترل ایمن سطوح و دیوارها
- ۶ استفاده از آسانسور در زمان حریق
- ۷ انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار
- ۱۰ تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه
- ۱۴ راهبری ایمن سیستم الکترونیکی و مکانیکی
- ۱۶ فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حادثه
- ۱۸ کنترل عملکرد ژنراتور و تامین برق
- ۲۰ فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه سامانه فرماندهی حادثه
- ۲۱ کاربرد صحیح مواد شوینده و گند زدا در رختشویخانه
- ۲۲ شستشوی انواع البسه
- ۲۳ استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با شرایط خاص بالینی
- ۲۴ نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند
- ۲۵ کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماند ها
- ۲۶ بی خطر سازی پسماند های عفونی و تیز و برنده
- ۲۸ تفکیک درمبداپسماندهای عادی
- ۲۹ تفکیک درمبداپسماندهای عفونی
- ۳۰ تفکیک درمبداپسماندهای شیمیایی - دارویی
- ۳۱ دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی
- ۳۲ نظافت بخشها و محیط بیمارستان
- ۳۶ معاینه بیماران غیر هم جنس
- ۳۸ محدوده زمانی ارزیابی بیمار توسط پزشک و پرستار
- ۴۰ خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی

عنوان دستورالعمل: ارزیابی و کنترل ایمن سطوح و دیوارها

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پرسنل تأسیسات

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	روش اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	از آنجا که بیمارستان محیطی پویا و پرتردد می باشد و سطوح اعم از کف، دیوار و سقف در معرض عوامل مختلف از جمله فرسایش - تغییر شکل - تغییر رنگ می باشد و از طرفی نیز در کنترل و میزان عفونت های بیمارستانی نیز موثر می باشد لذا جهت افزایش ایمنی، تمهیداتی به شرح ذیل می بایست انجام گیرد: کف: در سطوح کف بیمارستان می بایست مصالحی استفاده شود که قابل شستشو، نگهداری و ترمیم باشد و همچنین از لحاظ لغزنده بودن می بایست مطابق استانداردهای مربوطه (ضریب اصطکاک مناسب) باشد. همچنین در هنگام شستشوی کف، اقدام لازم جهت جلوگیری از صدمه خوردن و ایجاد حادثه برای مراجعین، بیماران و همکاران انجام شود. همچنین جهت افزایش طول عمر کف پوش ها بصورت مستمر واکس و پالیش کاری شوند و نیز در ترمیم ها و بازسازی های آینده از مصالحی مانند سنگ مرغوب (بدون تخلخل)، کفپوش های یکپارچه و رولی و سرامیک های غیر لغزنده استفاده شود. دیوار: جهت جلوگیری از ایجاد حوادث احتمالی در سطح قائم اعم از ستون ها و دیوار می بایست قبل از نصب هرگونه تجهیزات ملاحظات ایمنی، ارتفاع مناسب خطر، سقوط و برخورد در آن لحاظ شود. همچنین به جهت کنترل عفونت در بیمارستان ترجیحا تمام سطوح بخش های درمانی از سطوح قابل شستشو و گندزدایی مانند کاشی، سرامیک، سنگ و یا رنگ های پلیمری و روغنی مناسب استفاده شود. سطوحی که بر روی آن شیشه، یا مصالحی از این قبیل ساخته شده اند و در معرض تماس با مراجعین، بیماران و پرسنل هستند، تمهیدات لازم از قبیل علامتگذاری، تغییر رنگ و نصب هشدار به جهت جلوگیری از حادثه دیده شود. سقف: نصب هرگونه تجهیزات بر روی سقف حتماً با انجام بررسی های فنی، و اجازه کتبی صورت پذیرد، همچنین تجهیزات روشنایی، دریچه های هوا، تابلوهای سقفی و غیره به شکلی نصب شود که خطر سقوط در مواقع بحران به حداقل ممکن برسد. همچنین در سقف کاذب	مشاهده	پرسنل تأسیسات مدیر
۲	جهت جلوگیری از ایجاد حوادث احتمالی در سطح قائم اعم از ستون ها و دیوار می بایست قبل از نصب هرگونه تجهیزات ملاحظات ایمنی، ارتفاع مناسب خطر، سقوط و برخورد در آن لحاظ شود. همچنین به جهت کنترل عفونت در بیمارستان ترجیحا تمام سطوح بخش های درمانی از سطوح قابل شستشو و گندزدایی مانند کاشی، سرامیک، سنگ و یا رنگ های پلیمری و روغنی مناسب استفاده شود. سطوحی که بر روی آن شیشه، یا مصالحی از این قبیل ساخته شده اند و در معرض تماس با مراجعین، بیماران و پرسنل هستند، تمهیدات لازم از قبیل علامتگذاری، تغییر رنگ و نصب هشدار به جهت جلوگیری از حادثه دیده شود. سقف: نصب هرگونه تجهیزات بر روی سقف حتماً با انجام بررسی های فنی، و اجازه کتبی صورت پذیرد، همچنین تجهیزات روشنایی، دریچه های هوا، تابلوهای سقفی و غیره به شکلی نصب شود که خطر سقوط در مواقع بحران به حداقل ممکن برسد. همچنین در سقف کاذب	مشاهده	پرسنل تأسیسات مدیر
۳	نصب هرگونه تجهیزات بر روی سقف حتماً با انجام بررسی های فنی، و اجازه کتبی صورت پذیرد، همچنین تجهیزات روشنایی، دریچه های هوا، تابلوهای سقفی و غیره به شکلی نصب شود که خطر سقوط در مواقع بحران به حداقل ممکن برسد. همچنین در سقف کاذب	مشاهده	پرسنل تأسیسات مدیر

		طبقات که از سیستم رابیتس و گچ ساخته شده است، در هنگام انجام تعمیرات توسط پرسنل تاسیسات اقدام لازم جهت عدم آسیب رسیدن به آن لحاظ شود.	
--	--	--	--

منابع:

ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان برای حوادث و بلایا، علی اردلان باهمکاری پیر حسین کولیوند و حمیدرضا خانکه. انتشارات آذر

برزین

آیین نامه نحوه تاسیسی و بهره برداری بیمارستانها

تهیه و هدایت کنندگان: (نام – سمت – امضاء)		تأیید کننده: (نام – سمت – امضاء)	
محمد سامانیان	مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	دکتر هادی رضوانی	ریاست بیمارستان
مجید نوروزی	مسئول تاسیسات	عبدالرزاق سرسبز	مدیریت بیمارستان
مجید نوروزی		فرد پاسخگوی اجرا: (نام – سمت – امضاء)	
		مسئول تاسیسات	
		تصویب (ابلاغ) کننده: (نام – سمت – امضاء)	
		دکتر هادی رضوانی	
		ریاست بیمارستان	

عنوان دستورالعمل: استفاده از آسانسور در زمان حریق

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مسئول فنی و ایمنی - مسئول مدیریت خطر و حوادث و بلایا - پرسنل تاسیسات - مسئول آتش نشانی - کلیه پرسنل - بیماران و همراهان

مراحل اجرا و مجریان:

مجریان	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مراحل اجرا	ردیف
پرسنل بیماران همراهان پرسنل تاسیسات	مشاهده مستندات	۱ بیمارستان دارای ۵ آسانسور می باشد که ۴ عدد از آسانسورها برای حمل بیماران سرپایی و کارکنان می باشد و تخت یا برانکارد در آن جا نمی شود و ۱ عدد نیز برای وسایل و انتقال بیماران با برانکارد یا تخت استفاده می گردد. ۲ هر ۵ آسانسور متصل به برق اضطراری می باشد. ۳ لابی آسانسورها در بیمارستان به اندازه کافی فضا دارد. ۴ استفاده از آسانسورها در زمان آتش سوزی یا هر حادثه دیگری که منجر به قطع برق میشود ممنوع است. ۵ در هنگام حادثه انتقال بیماران با حضور تکنسین تاسیسات امکان پذیر می باشد. ۶ کلیه پرسنل موظف هستند در زمان بحران یا آتش سوزی تا حد امکان از پله استفاده نمایند. ۷ آسانسورها در زمان آتش سوزی در اختیار پرسنل تاسیسات و آتش نشان ها هستند تا راندها تخلیه افزایش یابد. ۸ دیوارهای داخلی چاه آسانسور صاف و صیقل می باشد. ۹ دریچه بازدید آسانسور بصورت دوره ای توسط مسئول تاسیسات چک و کنترل می گردد. ۱۰ گواهی ایمنی آسانسور بصورت دوره ای تمدید می گردد. ۱۱ علامت ایمنی مبنی بر "استفاده از آسانسور در زمان حریق ممنوع" در کنار آسانسور نصب می گردد.	
		تجهیزات و امکانات مورد نیاز	راهنمای آسانسور - UPS

منابع: آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا، دکتر حمیدرضا خانکه - تجربه بیمارستان

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان
فاطمه شجاع کارشناس ایمنی و مدیریت خطا و خطر	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
سعید آسیان مسئول آتش نشانی	محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا
	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: انبارش ایمن با حداقل های مورد انتظار

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مسئول تاسیسات - مسئول انبار - مسئول مدیریت خطر - مسئول بهداشت محیط - مسئولین

بخشها و واحدها - مسئول ایمنی

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	ساختمان انبارها باید محکم بوده و ارتفاع آن حداقل ۶ متر باشد. سقف انبار باید برای جلوگیری از انتقال گرما و سرما عایق بندی شده و کف سازی باید به نحوی مقاوم باشد که بر اثر تردد لیفتراک و یا پرسنل تخریب نشده و گرد و غبار از آنها بر نخیزد. کف، دیوارها و سقف باید فاقد هر گونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات و حیوانات موذی و پرندگان جلوگیری بعمل آید، کف و دیوارها باید قابل نظافت باشند و از شستشوی انبار با آب باید خودداری شود. قفسه بندی انبار باید پالتی بوده، بطوری که قدرت مانور لیفتراک در بین آنها مناسب باشد و همچنین از برگشت بسته ها و پالت ها جلوگیری شود. روش قرار گیری محموله ها باید به گونه ای باشد که سیستم (first out – first expired) به راحتی قابل اجرا باشد. میزان روشنایی و نور در انبار جهت انجام کلیه عملیات انبار داری باید کافی باشد. محل تخلیه و بارگیری بایستی مسقف بوده و بهتر است انبارها دارای سیستم دو در با پاگرد باشند تا هوای انبار مستقیماً با بیرون تماس نداشته و انتقال آلودگی و گرد و غبار به داخل انبار به حداقل برسد. بار اندازها باید طوری طراحی شوند که محموله ها از گزند باران، برف و سایر آلودگی ها محیطی در امان باشند و از احتمال اختلاط محموله های آماده بارگیری و در حال تخلیه جلوگیری بعمل آید. جهت نگهداری محصولات قابل اشتعال و منفجره انباری مجزا با ایمنی مناسب (سیستم اعلام و اطفاء حریق، لامپ های ضد جرقه، کلید برق خارج از محوطه انبار و گردش هوای مناسب) باید وجود داشته باشد.	مشاهده	مسئول انبار کلیه کارکنان

	محلی جهت تفکیک محموله های ارسالی برای عرضه کنندگان در انبار وجود داشته باشد به نحوی که احتمال اختلاط محموله های تفکیک شده با یکدیگر وجود نداشته باشد و همچنین محلی مناسب برای آماده سازی محوطه ها (پاکسازی و نظافت) پیش از ورود به انبار در نظر گرفته شود. هواکش های انبار مجهز به قالب توری یا کرکره بوده و در نقاط مختلف انبار نصب و به صورت شبانه روزی فعالیت نمایند. برای نظافت انبار جارو برقی به تعداد کافی موجود باشد و وسایل گردگیری در محل های مناسب و مشخص قرار گیرند. انبار دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب بوده و تعداد مناسب دما سنج و رطوبت سنج در اقصی نقاط انبار جهت ثبت و کنترل دما و رطوبت موجود باشد. استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی مجاز نمی باشد. انبار باید دارای سیستم اعلان و اطفاء حریق بوده و تابلوی راهنما جهت استفاده از وسایل ایمنی در کنار آنها وجود داشته باشد. کلیه کارکنان انبار باید دوره های آموزشی عملی اطفاء حریق را طی کرده و در کار خود تجربه و مهارت کافی داشته باشند. وجود شیر آب و یا سینک ظرف شویی داخل انبار به علت بالا رفتن رطوبت و ایجاد آلودگی مجاز نمی باشد. چاهک های فاضلاب در انبار ها باید دارای دریوش با توری سیمی و وضعیت ظاهری مناسب باشند. جهت نگهداری از اسناد و مدارک انبار، دستور العمل ها، قرارگیری سیستم سخت افزار و استقرار انبار دار به منظور نظارت بر کلیه عملیات اجرایی در انبار باید اتاقی مجزا ایجاد شود. سمپاشی داخل انبار ها ممنوع است و باید از روش های تله گذاری استفاده شود. استفاده از سمومی که بخار و گاز های فرار تولید کنند حتی الامکان ممنوع باشد.
	تجهیزات و امکانات مورد نیاز قفسه - سیستم سرمایشی - گرمایشی - سم پاش

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا فاطمه شجاع کارشناس ایمنی و مدیریت خطا و خطر	عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان
سعید آسیان مسئول آتش نشانی	فرد پاسخگوی اجرا : (نام - سمت - امضاء)
محمد صادق ذاکری مسئول انبار مرکزی	فاطمه شجاع کارشناس ایمنی و مدیریت خطا و خطر
مرجان کیالی مسئول انبار دارویی	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
صمد دهقان خلیلی مسئول انبار اتاق عمل	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان
مجید نوروزی مسئول انبار تاسیسات	
علیرضا گلخنی مسئول انبار تجهیزات	

عنوان دستورالعمل: تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مدیر - مسئول فنی - ایمنی - کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا - کلیه پرسنل بیمارستان

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	ابتدا باید آموزش عمومی به کلیه پرسنل داده شود که آموزش عمومی در دو بخش تئوری و عملی برای کلیه پرسنل اجباری است و برنامه ریزی آن برعهده واحد آموزش می باشد. سپس تیم بحران از پرسنل که دارای شرایط جسمانی مناسب تر هستند تشکیل شده و به طور اختصاصی آموزش می بینند و تدابیر ایمنی جهت به حداقل رساندن ریسک اتخاذ می گردد که شامل ایجاد مسیرهای خروجی اضطراری ، نصب علائم و هشدار های ایمنی ، استفاده از مواد و وسایل مقاوم در برابر حریق ، حذف یا تغییر فرایندهایی که امکان ایجاد حریق دارند.	مشاهده مستندات	سوپروایزر آموزشی
۲	پیگیری واحد بهداشت حرفه ای و اتخاذ تصمیم های مناسب در کمیته ایمنی و حفاظت فنی می تواند باعث افزایش سطح ایمنی بیمارستان شود.		مسئول آتشنشانی
	روشهای تخلیه ساختمان: تدارک راه های خروج از ساختمان و روشهای تخلیه افراد منظور از تدارک راه های خروج ، به سه قسمت مسیری گفته می شود که در زیر شرح داده میشود: راه خروج : راه خروج شامل تمام مسیر پیوسته ای است که از هر نقطه ای در داخل ساختمان شروع شده و به فضای آزاد بیرون و همسطح زمین ، خواه خیابان و معبر عمومی یا یک محوطه باز منتهی شود و به تبع ویژگی ها و عملکرد مسیر خروج به سه قسمت تفکیک می شود و هر قسمت نامی جداگانه دارد :		مسئول بهداشت حرفه ای
	۱-دسترس خروج دسترس خروج نخستین و مهمترین بخش از مسیر خروج است و به فاصله ای گفته می شود که شخص باید تا رسیدن به مدخل خروج (درب ورود به پله فرار) طی کند . معمولاً این مسافت نباید از ۳۰ متر تجاوز کند . آمارها نشان میدهد از هر ۴ نفری که در آتش سوزی ها از بین می روند یک نفر در این قسمت از مسیر و به علت نرسیدن به مدخل خروج جان خود را از دست میدهد.		مسئول ایمنی
	۲-خروج خروج به بخش میانی و به قسمتی از مسیر گفته می شود که با دیوار ها ، کف ها ، سقف ها و درهای مقاوم در برابر حریق به صورت امن و محافظت شده ساخته می شود و تا قسمت تخلیه خروج ادامه می یابد . خروج می تواند دربرگیرنده فضاهای مختلف و مسیرهای افقی و عمودی باشند مانند درگاهها ، راهروها ، شیب ها ، پلکانها ، سراسراها و غیره		
	۳-تخلیه خروج		

تخلیه خروج بخش نهایی مسیر خروج و قسمتی است که از انتهای خروج آغاز شده و به فضای آزاد بیرون از ساختمان همسطح زمینی می انجامد.

اگر کلیه بخشها درگیر باشند، **تخلیه به صورت عمودی** و اگر بخش خاصی درگیر باشد، **تخلیه به صورت افقی** می باشد.

روشای تخلیه افراد : شامل تمام اقدامات و وسایل و تجهیزاتی است که برای دور کردن متصرفان از خطرات و اثرات حریق، برنامه ریزی، طراحی و به کار گرفته می شود و شامل راههای خروج، چراغ های اضطراری، علائم راهنما، شبکه های تشخیص و اعلام حریق، و وسایل و تجهیزات تخلیه دود و حرارت (و یا ایجاد کننده فشار هوا در مسیر خروج)، انواع ابزارها و لوازم آتش نشانی خودکار و غیر خودکار، تمرین های مربوط به فرار و غیره می باشد.

دوربندی پلکان ها و مسیرهای خروج:

در تمام بناهای با ارتفاع چهار طبقه و بیشتر، بناهای با تصرف مخاطره آمیز و بناهای کسبی و تجاری که تعداد متصرفان آنها در طبقات بالای همکف بیش از ۷۵ نفر و یا در زیر همکف بیش از ۴۰ نفر باشد پلکانها، رمپها و مسیرهای خروج (اعم از ورودی ها، هال ها، پاگردها و غیره) باید با دیوارهای غیر قابل احتراق دارای ۲ ساعت مقاومت حریق به طور کامل دوربندی و مجزا شوند. حداقل مقاومت این دیوارها در سایر بناها به استثناء خانه های یک یا دو خانواری یک ساعت است. در موارد ویژه چنانچه حفاظت بیشتری لازم باشد مقدار مقاومت با نظر کارشناس حفاظت از حریق تعیین خواهد شد. در مورد اعطای سازه ای بنا که بار دیوارهای دوربندی و دیوارهای تقسیم یا بار سقف ها و کف های مربوط به قسمت های فوق الذکر را تحمل می کنند نیز باید دست کم به ترتیب ۱ و ۲ ساعت مقاومت حریق رعایت گردد. هرگاه هال ورودی به یک بنا به عنوان بخشی از راه خروج مورد استفاده قرار گیرد فضاهای خدماتی از قبیل رستوران، آشپزخانه، انبار، مغازه، فروشگاه و سایر فضاهای مشابه همجوار این هال باید به وسیله دیوار تقسیم کننده از فضای اصلی هال مجزا شوند مگر اینکه این گونه فضاها با خاموش کننده های خودکار مجهز باشند. در این موارد ایجاد باز شو اگر مجهز به در حریق خود بسته شو یا کرکره حریق باشد مجاز خواهد بود.

منطقه یا مناطق امن به مکانی اطلاق می شود که متصرفین یا ساکنین یک بنا وقتی به آنجا منتقل شوند امکان دریافت مراقبت را داشته باشند و در آنجا از خطرهای حریق در امان باشند. این مکان میتواند در داخل بنا یا خارج بنا باشد، البته اماکنی که در داخل بنا قرار دارند بعنوان مناطق امن نسبی مطرح هستند مانند پلکانهای دور بند فرار یا اضطراری و یا طبقاتی بعنوان (مکان امن) اما اماکن خارج از بناهای درگیر حریق با فاصله مناسب از بنا میتوانند بعنوان منطقه امن مطلق تلقی گردد.

در طراحی راه های خروج باید به عوامل جسمانی، خصوصیات ذهنی و روانی افراد توجه نمود. لذا با توجه به اینکه اسانسورها هنگام آتش سوزی بعنوان خروج تلقی نمی شوند و در بیمارستان افراد ضعیف، بیمار، کودک و... وجود دارد که هنگام خطر قادر به خروج فوری نیستند، لازم است نفرات توانمند و قوی اینگونه افراد را در الویت تخلیه قرار دهند و از ایجاد ازدحام برای خارج شدن از ساختمان جلوگیری کنند و دائما افراد را به خونسردی دعوت نمایند.

اولویت در تریاژ تخلیه به صورت ایستاده، نشسته، خوابیده می باشد.

۶

راههای ورود و خروج اضطراری :

اینگونه راهها طوری طراحی و ساخته می شود تا در هنگام بروز حریق در ساختمان، افراد در هر شرایط جسمی و روحی و سنی که باشند بتوانند به محض وارد شدن به آن از محصولات حریق دور شده و با استرس کمتر بتوانند خود را از محیط خطرناک دور کنند لذا این راهها در بیمارستان برای همه شناخته شده و دستیابی به آن آسان می باشد و ضروریست علائم و موارد زیر برای شناسایی راه ورود و خروج اضطراری در نظر گرفته شود.

۱-روشنایی راههای خروج باید به گونه ای طراحی و تنظیم شود که در مواقعی از شبانه روز که شرایط تصرف ایجاد می کند روشنایی به طور مداوم و پیوسته برقرار باشد و متصرفان بتوانند راه را به درستی تشخیص داده و مسیر خروج را به راحتی طی کنند.

وجود برق یا ژنراتور اضطراری برای این مسیر ضروری است.

۲-تمام دسترس های خروج باید با علامت های تایید شده که سمت و جهت دستیابی به خروج را با پیکان یا فلش نشان میدهد مشخص شود، مگر آنکه خروج و مسیر دسترسی به اسانی قابل رویت باشد.

۳-دریهای ورود به پلکان اضطراری از نوع مقاوم در برابر حریق و مجهز به دستگاه خود بسته شو باشد.

۴-ساختار دهلیز پلکان باید مقاوم در برابر حریق باشد.

۵-تابلوی شمارش طبقات در پاگرد و همسطح تمام طبقات نصب گردد.

۶-درب های ورود به پلکان نباید دارای قفل باشند.

۷-پلکان باید متصرفین بنا را به مکان امن هدایت کند

۸-عبور هر نوع و سایل تا سیساتی و غیره در داخل پلکان ممنوع است مگر لوله های اب آتشنشانی و سیستم فشار مثبت

۹-حتی المقدور دهلیز پلکان از نور و هوای طبیعی برخوردار باشد

۱۰-پلکان های اضطراری از نوع فلزی و استقامت کافی در مقابل وزن وارده از سوی افراد در حال فرار در یک زمان یا حداکثر جمعیت را داشته باشد.

۱۱-پلکان باید دور از درب و پنجره های ساختمان ساخته باشد تا در معرض حریق های برخوردی قرار گیرد و قابل استفاده باشد

۱۲-کف پلکان نباید لغزنده یا مشبک باشد.

۱۳-سقف پلکان و دیوارهای آن باید طوری طراحی و ساخته شود تا پلکان تحت تاثیر شرایط نامطلوب جوی قرار نگیرد.

۱۴-ارتفاع دست انداز پلکان نباید کمتر از ۱۱۲ و بیشتر از ۱۲۰ سانتی متر باشد.

۱۵-طراحی پلکان نباید از نوع دایره و یا استوانه ای باشد، بلکه مطلوبترین حالت پلکان از نوع ضربدری و با رفت و برگشت می باشد.

کلاس آموزش - نیرو - علائم هشدار - شبرنگ

تجهیزات و امکانات مورد نیاز

شماره سند :

تاریخ تدوین :

تاریخ بازنگری :

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

دفتر بهبود کیفیت

منابع: ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان برای حوادث و بلایا، علی اردلان باهمکاری پیر حسین کولیوند و حمیدرضا خانکه. انتشارات آذر برزین

تجربه واحد آتش نشانی و تاسیسات بیمارستان

تهیه و هدایت کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان	عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان
محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
مجید نوروزی مسئول تاسیسات	محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا
سعید آسیان مسئول آتشنشانی	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: راهبری ایمن سیستم الکترونیکی و مکانیکی

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مسئول تجهیزات - مسئول و پرسنل تاسیسات - مسئول ایمنی

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	کلیه پریزهای بیمارستان به سیستم ارت متصل هستند و هر ۳ ماه یکبار تست می گردند.	مشاهده	پرسنل
۲	تمامی تجهیزات مورد استفاده از نوع استاندارد انتخاب و تهیه می گردند به طوری که با اتصال دو شاخه برق آن ها به پریز برق ، اتصال بدنه به سیستم ارت متصل می شود.	مصاحبه	تاسیسات
۳	تمامی کولرهای آبی وگازی و سردخانه ها و یخچال ها وآب سرد کن ها وهیترها و نظایر آن از نظر صحت اتصال به سیستم ارت ، توسط تکنسین برق کنترل و توسط ناظر فنی تأیید می گردد و برچسب یا لیبل مناسبی جهت این امر اختصاص داده می شود.	مستندات	پرسنل تجهیزات
۴	کلیه لوله های تحت فشار بالا در دستگاه هایی مانند اتوکلاو ها و نظایر آن دارای محافظ می باشند.		
۵	کلیه الکتروموتورهای موتورخانه ، دارای حفاظ مناسب جهت قسمت های گردان میباشند.		
۶	سایدگلاس دستگاه هایی که با بخار کار می کنند ، دارای محافظ می باشند.		
۷	دستگاه هشدار دهنده نشت گاز در قسمتهایی که از گاز استفاده می کنند، نصب شده است .		
۸	کلیه مکان ها و دستگاه های پرخطر دارای حصار مناسب و تابلوهای هشدار دهنده مناسب می باشند.		
۹	برای مشخص شدن برق نرمال نیز با کلید پریزهای سفید مشخص شده تا در صورت بروز بحران پرسنل دچار مشکل نشوند و به راحتی بتوانند از برق امرجنسی و UPS استفاده نمایند و در ضمن برق UPS فقط برای دستگاهی که خیلی اورژانسی می باشد مورد استفاده قرار می گیرند در صورت مشاهده استفاده غیر ،برخورد قاطع صورت خواهد شد.		
تجهیزات و امکانات مورد نیاز - پریز برق - سیستم ارت - برچسب UPS - محافظ برق - تابلو خطر			

منابع: ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان برای حوادث و بلایا، علی اردلان با همکاری پیر حسین کولیوند، حمیدرضا خانکه

تهیه و هدایت کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان
محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	فرد پاسخگوی اجرا : (نام - سمت - امضاء)
مجید نوروزی مسئول تاسیسات	مجید نوروزی مسئول تاسیسات
فاطمه شجاع کارشناس ایمنی و مدیریت خطا و خطر	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
مجتبی جوکاری مدیر امور عمومی	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حادثه

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پرسنل درمانی - پاراکلینیک - تجهیزات - تاسیسات - مسئول ایمنی - اعضای چارت بحران -

EOC دانشگاه

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
1	به منظور رفع نیازها و تقاضای موجود ، کمبود یا نبود اطلاعات برای تصمیم گیری ، پیشگیری از آسیب بیشتر جانی ، مالی ، عملکردی ، از بین رفتن زیرساختهای ارتباطات و حمل و نقل ، شرایط پر استرس مدیریتی ، لزوم بازگشت هرچه سریعتر به حالت عادی در زمان بروز حادثه باید برنامه پاسخ فعال گردد.	مشاهده مستندات مصاحبه	ریاست بیمارستان سوپروایزر اعضا چارت بحران EOC دانشگاه پرسنل مراجعین
2	برنامه پاسخ غالباً توسط سوپروایزر فعال می شود.		
3	خبر مربوط به حادثه به دو صورت کلی به سوپروایزر اعلام می گردد: ۱- حوادث داخلی که توسط مراجعان یا پرسنل اعلام می گردد. ۲- حوادث خارجی یا از طریق EOC دانشگاه و یا از طریق مردم و سازمانهای دیگر مانند پلیس، آتشنشانی و ... اعلام می گردد. اگر حادثه داخلی باشد، سوپروایزر بعد از بررسی مورد را به اطلاع فرمانده حادثه رسانده و ICS را فعال نموده و همزمان به اطلاع EOC دانشگاه رسانده می شود. اگر حادثه خارجی باشد و EOC اطلاع رسانی کرده باشد که خبر موثق بوده و سامانه فرماندهی فعال می شود. اگر از مراجعی غیر از EOC باشد ، باید خبر توسط EOC دانشگاه تایید شود و سپس اقدامات لازم جهت فعال سازی انجام گیرد.		
4	موارد مهم جهت سطح فعالسازی برنامه پاسخ: نوع حادثه، تعداد آسیب دیدگان، نوع آسیب ، زمان رسیدن مصدومان به بیمارستان می باشد.		
تجهیزات و امکانات مورد نیاز		تلفن - چارت بحران - پیجر - نیرو	

منابع: آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا، دکتر حمیدرضا خانگه

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان
محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
هنگامه فیروزیان سوپروایزر بالینی	محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر و حوادث و بلایا
سیده مژده هاشمی نسب مدیر روابط عمومی	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
مجتبی جوکاری مدیر امور عمومی	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: کنترل عملکرد ژنراتور و تامین برق

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مدیر بیمارستان - کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا - مسئول تاسیسات

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	کلیه تابلوهای برق و پست های تلفن و رکهای شبکه و اینترنت و دستگاه سنترال تلفنخانه	مشاهده مستندات	پرسنل تاسیسات نمایندگان شرکتها
۲	هر ماه یکبار باید توسط پرسنل تاسیسات کاملاً گردگیری و در صورت نیاز آچارکشی شود تمامی لامپ های روشنایی محوطه همراه یکبار باید توسط پرسنل تاسیسات چک گردد و لامپ های سوخته و معیوب و فتوسل های آنها بازدید و تنظیم شود تا مصرف بهینه انرژی الکتریکی و روشنایی مورد نیاز حاصل شود.		
۳	تمامی لامپ های فلوروسنت و کم مصرف در بازدید دوره ای هربخش آزمایش و در صورت معیوب بودن نسبت به تعویض آن اقدام شود.		
۴	تابلو خازن باید از نظر فعال بودن و جلوگیری از بار راکتیو به طور روزانه توسط تکنسین های برق تاسیسات بازدید و چک لیست مربوطه تکمیل گردد.		
۵	کابل کشی برق کلیه دستگاه های موتورخانه، لاندی و اتوکلاوهای استریل باید به روش صحیح و استاندارد انجام شده و تمامی ادوات مربوط به محافظت کابل اضافه بار و اتصال کوتاه کنترل توالی فاز برای همه الکتروموتورها نصب باشد.		
۶	تمامی تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی باید به یک منبع برق ایمن و استاندارد متصل گردند.		
۷	دستگاه UPS اتاق عمل حداقل هر ۶ ماه یکبار باید توسط شرکت سازنده یا نماینده قانونی آن کنترل و وضعیت باطری و عمر باطریهای آن ارزیابی و چک لیست مربوطه تکمیل گردد.		
۸	دیزل ژنراتور برق باید به طور روزانه از نظر سطح آب و روغن کنترل گردد و بازدید از تسمه های آن، مخازن گازوئیل، استارت و باطری ها انجام شود و دستگاه در حالت اتوماتیک قرار داشته باشد و چک لیست مربوطه تکمیل گردد.		
۹	دیزل ژنراتور برق باید سالی یکبار توسط شرکت سازنده یا نماینده قانونی آن سرویس و چک لیست مربوطه تکمیل و تحویل ناظر فنی بیمارستان گردد.		
۱۰	سیت برق به صورت هفتگی چک شده و کلید های هوایی سیت نیز چک گردد و در صورت نیاز سرویس انجام گیرد.		
	سیت برق اصلی ترین قسمت برق بیمارستان می باشد که در هر حالت چه نرمال چه امرجنسی در مدار قرار دارد و در صورت بروز مشکل کل سیستم برقی بیمارستان دچار مشکل می شود.		

شماره سند :

تاریخ تدوین :

تاریخ بازنگری :

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

تجهیزات و امکانات مورد نیاز	تابلو برق - لامپ روشنایی - تابلو خازن - منبع برق UPS - دیزل ژنراتور - کلیه تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی
-----------------------------	--

منابع:

ابزار ارزیابی ایمنی بیمارستان برای حوادث و بلایا، علی اردلان باهمکاری پیر حسین کولیوند و حمیدرضا خانکه. انتشارات آذر برزین

آیین نامه نحوه تاسیسی و بهره برداری بیمارستانها ، تجربه واحد تأسیسات بیمارستان

تهیه و هدایت کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان
مجید نوروزی مسئول تاسیسات	فرد پاسخگوی اجرا : (نام - سمت - امضاء)
مجیدی یونس پور پرسنل تاسیسات	مجید نوروزی مسئول تاسیسات
سعید آسیان پرسنل تاسیسات	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه سامانه فرماندهی حادثه

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پرسنل درمانی - پاراکلینیک - تجهیزات - تاسیسات - خدمات - مسئول ایمنی - کارشناس

مدیریت خطا و خطر

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	چارت فرماندهی حادثه بر اساس کتاب آمادگی بیمارستانی جهت بیمارستان تهیه شده است .	مشاهده	ریاست بیمارستان
۲	برای تمام جایگاه ها یک نفر اصلی و یک نفر به عنوان نیروی جانشین در نظر گرفته شده است و در صورت در دسترس نبودن فرد اصلی ، جانشین وی فراخوانده میشود.	مصاحبه	مدیریت
۳	در صورت بروز حادثه سوپروایزر به فرمانده حادثه اطلاع داده و ایشان براساس وسعت حادثه ، تصمیم به فعالسازی جایگاه های فرماندهی حادثه می گیرد.	مستندات	مدیر امور عمومی
۴	در مواقعی مانند شیفت عصر و شب در صورت نیاز ممکن است سامانه فرماندهی حادثه توسط شخص سوپروایزر به عنوان فرمانده حادثه فعال شود.		سوپروایزر
۵	بعد از اتمام برنامه پاسخ و طبق صلاحدید فرمانده حادثه غیر فعالسازی سامانه صورت میگیرد.		اعضا چارت بحران
تجهیزات و امکانات مورد نیاز		چارت فرماندهی حادثه (بحران) - پیجر - تلفن - نیرو - کتاب آمادگی بیمارستانی	

منابع: آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا، دکتر حمیدرضا خانکه

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
عبدالرزاق سرسبز مدیر بیمارستان	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان
محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
مجتبی جوکاری مدیر امور عمومی	محمد سامانیان مسئول مدیریت خطر حوادث و بلایا
تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: کاربرد صحیح مواد شوینده و گند زدا در رختشویخانه

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پرسنل لاندري

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
1	هنگام کار با مواد شوینده ماسک و دستکش استفاده گردد. برای گندزدایی و سفیدکنندگی از آب ژاول استفاده شود. ظرف آب ژاول باید در دار باشد. میزان آب ژاول برای ملحفه و لباسهای غیر عفونی ۵۰۰ گرم و برای موارد عفونی ۱ لیتر می باشد. شستشوی البسه و پتو غیر عفونی با آب داغ و مایع لباسشویی به میزان ۲۵ سی سی برای هر کدام به مدت ۱۵ دقیقه انجام می شود و موارد عفونی به میزان ۲۵ سی سی برای هر کدام به مدت ۴۵ دقیقه در دستگاه عفونی انجام می شود . برای شستشوی روپوش پرسنل از لباسشویی مخصوص استفاده شود و بسته به میزان آلودگی ۲۰۰-۱۵۰ گرم پودر شوینده مصرف می شود.	مشاهده مصاحبه مستندات	پرسنل لاندري
تجهیزات و امکانات مورد نیاز		ماسک و دستکش - آب ژاول - ظرف در دار - پیمانه اندازه گیری - لباسشویی عفونی و غیر عفونی - پودر شوینده - لباسشویی مخصوص پرسنل	

منابع: راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
مهندس خیراتی	مهندس خیراتی
مسئول بهداشت محیط	مسئول بهداشت محیط
مسعود رحمانیان	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
مسئول لاندري	مسعود رحمانیان
	مسئول لاندري
	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی
	ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: شستشوی انواع البسه

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پرسنل لاندري

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
1	البسه عفونی ، چرک معمولی ، چرک زیاد و رنگی بایستی جداگانه شستشو شود.	مشاهده	پرسنل
2	کنترل البسه از نظر وجود مواد زائد مثل پوشاک ، سرنگ ، سر سوزن و با رعایت اصول ایمنی الزامی است.	مستندات	لاندري
3	مراحل صحیح شستشوی البسه طبق الگوی زیر می باشد : الف : شستشوی اولیه با آب سرد به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه (آب خروجی از دستگاه باید صاف و تمیز به نظر برسد) ب : شستشو با مواد پاک کننده به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه (ولرم تا گرم) ج: شستشو با مواد ضد عفونی کننده به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه (ولرم تا گرم) د : شستشو با نرم کننده به مدت سه دقیقه (ولرم تا گرم) طبق دستور کارخانه ه : آبکشی البسه با آب سرد به مدت ۵ دقیقه. و : با رعایت اصول بهداشتی البسه با سبد تمیز به دستگاه خشک کن انتقال داده می شود.		
4	در صورت استفاده از پرکلرین ابتدا آنرا به اندازه توصیه شده (۱۰۰ گرم به ازای هر بار ظرفیت کامل ماشین لباس شویی ۴۰ لیتری) در ۱ لیتر آب حل نموده و سپس محلول آن به ماشین اضافه شود.		
5	در صورت استفاده از آب ژاول صنعتی مقدار مصرف حدود ۱۰۰ تا ۱۵۰ سی سی برای دستگاه ۲۵ کیلویی میباشد.(۳۰۰ تا ۳۵۰ سی سی برای دستگاه ۵۵ کیلویی میباشد)		
تجهیزات و امکانات مورد نیاز		دستکش - ماسک - مواد شوینده - ماشین لباسشویی - خشک کن - آب	

منابع: دستورالعمل اعتبار بخشی نسل ۵

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
مهندس خیراتی	مهندس خیراتی
مسئول بهداشت محیط	مسئول بهداشت محیط
مسعود رحمانیان	فرد پاسخگوی اجرا : (نام - سمت - امضاء)
	مسئول لاندري
	مسعود رحمانیان
	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی
	ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با شرایط خاص بالینی

کارکنان مرتبط (مخاطبین): گیرندگان خدمت - پزشک - پرستار - بهیار - ماما - کمک بهیار - کمک پرستار - خدمات

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	دستبند شناسایی هنگام تشکیل پرونده از پذیرش تحویل بیمار یا همراه داده می شود که صحت اطلاعات مندرج در پرونده و دستبند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا یکی از بستگان درجه یک بیمار کنترل می گردد. پرسنل بخش موظفند هنگام تحویل بیمار و پرونده دستبند را تحویل گرفته و صحت اطلاعات مندرج را چک نمایند.	مشاهده	پرسنل پذیرش پرسنل درمانی پاراکلینیک بیمار همراه بیمار سرپرستار پرسنل نمونه گیری
۲	دستبند شناسایی بر روی دست غالب بیمار بسته می شود که در مورد بیماران سوختگی و شکستگی اندام های فوقانی که دست آن ها آسیب دیده است اگر دست غیر غالب سالم بود، روی دست غیر غالب بسته می شود و اگر هر دو دست آسیب دیده بود بر روی میچ پای راست و در صورت آسیب پای راست بر روی میچ پای چپ بیمار بسته شود و در صورتی که چهار اندام مشکل داشته باشد و قابل قرار دادن دستبند شناسایی نباشند از گردن آویز حاوی مشخصات شناسایی بیمار استفاده می گردد.		
۳	در خصوص نوزادان به دلیل عدم آسیب رسانی نوزاد به خود (بردن دست خود نزدیک صورت و خراشیدگی صورت) دستبند به پای نوزاد متصل می گردد		
تجهیزات و امکانات مورد نیاز کامپیوتر - سیستم HIS - کارتریج			

منابع: دستورالعملهای ایمنی فرناز مستوفیان

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
دکتر هادی رضوانی	عبدالرزاق سرسبز
مسئول ایمنی بیمار	مدیر بیمارستان
عبدالرزاق سرسبز	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
مدیر خدمات پرستاری و مامائی	فاطمه شجاع
مسئول دفتر بهبود کیفیت	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار
سوپروایزر آموزش	
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
فاطمه شکوهی	دکتر هادی رضوانی
فاطمه شجاع	ریاست بیمارستان

تهیه کنندگان: (نام – سمت – امضاء)	تأیید کننده: (نام – سمت – امضاء)
عبدالرزاق سرسبز	مدیریت بیمارستان
مهندس خیراتی	مسئول بهداشت محیط
مهرداد اکبر پور	سوپروایزر کنترل عفونت
مجید نوروزی	مسئول تاسیسات
خانم شکوهی	مسئول خدمات
	دکتر هادی رضوانی
	ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماند ها

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مسئول مدیریت پسماند - مسئول تدارکات - مسئول خرید - مسئول خدمات - پرسنل خدمات

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
1	مسئول مدیریت پسماند باید نسبت به درخواست و تهیه سطل و ترالی زباله با حجم مناسب و رنگ استاندارد اقدام نماید و به تعداد کافی در دسترس داشته باشد	مستندات مشاهده	مسئول مدیریت پسماند
2	مسئول مدیریت پسماند باید بر توزیع سطل زباله با رنگ و اندازه مناسب نظارت داشته باشد	مصاحبه	مسئول خدمات پرسنل خدمات
3	مسئول مدیریت پسماند باید نسبت به خارج کردن سطل و ترالی های فرسوده اقدام نماید		
4	مسئول مدیریت پسماند و خدمات باید بر تمیز و سالم بودن سطل و ترالی زباله نظارت نمایند		
5	پرسنل خدمات باید در هر شیفت پس از تعویض کیسه زباله در صورت کثیفی سطل نسبت به شستشو و گندزدایی سطل اقدام نمایند		
تجهیزات و امکانات مورد نیاز		برگ درخواست خرید - سطل و ترالی با رنگ و اندازه مناسب - مواد شوینده - آب - مواد گندزدا - کیسه زباله - مواد شوینده	

منابع: دستورالعمل ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی شیمیایی و مکانیکی دستگاههای بی خطر ساز پسماند ، آزمایشگاه

مرجع سلامت - تابستان ۹۰

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
مهندس خیراتی	مسئول بهداشت محیط
خانم شکوهی	مسئول خدمات
مهرداد اکبر پور	سوپروایزر کنترل عفونت
	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی
	ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: بی خطر سازی پسماند های عفونی و تیز و برنده

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پرسنل خدمات - اپراتور اتاق امحا - مسئول مدیریت پسماند

مراحل اجرا و مجریان:

ع.ع	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	اپراتور اتاق امحا باید به منظور اطمینان از نفوذ بخار به عمق زباله از تست بووی دیک استفاده کند.	مشاهده	اپراتور اتاق امحا
۲	این تست باید داخل فویل آلومینیومی گذاشته و در بین کیسه های زباله قرار دهد و پس از پایان سیکل و بررسی تست ، تغییر رنگ شاخص از زرد به سیاه باید انجام شود. اپراتور اتاق زباله باید به منظور اطمینان از نابودی تمام میکروارگانیسم های خطرناک و بیماری زا از تست بیولوژیک که حاوی باسیل گرمادوست مقاوم به حرارت باسیلیوس استرئوترموفیلوس است استفاده کند. این تست در شروع سیکل (در هفته یکبار) در دستگاه اتوکلاو قرار داده میشود و پس از پایان سیکل ویال را شکسته و در دستگاه انکوباتور به مدت ۲۴ ساعت در دمای ۵۳ درجه سانتی گراد قرار می دهد . پس از ۲۴ ساعت اگر رنگ ویال بنفش باقی ماند به معنی منفی بودن نتیجه و در صورت کرم یا زرد شدن رنگ ویال نتیجه مثبت است و به این معنی است که میکروب موجود در ویال با محیط کشت تماس پیدا کرده و رشد نموده و رنگ محیط کشت ویال را از بنفش به زرد تغییر داده است . طبق قرارداد ، کارشناسان آزمایشگاه معتمد محیط زیست باید ماهیانه نسبت به کشت میکروبی از پسماند بی خطر شده اقدام و نمونه برداری کرده و آن را کشت دهند تا از بی خطر شدن پسماند (علاوه بر آزمایشات روزانه و هفتگی توسط اپراتور اتاق امحا) اطمینان بیشتری حاصل شود .	مستندات مصاحبه	کارشناسان آزمایشگاه معتمد محیط زیست
۳			

		اپراتور اتاق زباله باید تست های استفاده شده را به عنوان مستندات با ثبت تاریخ در دفتر مخصوص نگهداری نماید و در مورد تست بیولوژیک برچسب موجود بر روی ویال به عنوان سند از روی ویال مصرف شده جدا کرده و خود ویال را پس از اتوکلاو مجدد در دستگاه امحا به عنوان زباله بی خطر شده همراه زباله های غیر عفونی دفع نماید . اپراتور اتاق زباله باید قبل از اتمام انواع تست ها و کیسه های اتوکلاو و هر گونه مشکل مراتب را سریعاً به مسئول بهداشت محیط و مدیریت پسماند جهت پیگیری اعلام نماید	۴
تست بووی دیک - ویال بیولوژیک - دستگاه انکوباتور - محیط کشت - دفتر			تجهیزات و امکانات مورد نیاز

منابع:

سنجه های اعتباربخشی نسل ۵

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
جواد خیراتی مسئول بهداشت محیط	عبدالرزاق سرسبز مدیر بیمارستان
مهرداد اکبرپور سوپروایزر کنترل عفونت	جواد خیراتی مسئول بهداشت محیط
خانم شکوهی مسئول خدمات	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان
تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)

عنوان دستورالعمل: تفکیک در مبدا پسماند های عادی

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پزشک - پرستار - کمک بهیار - خدمات - دانشجو - کارورز - کارآموز - کادر اداری و پاراکلینیک

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	تمامی کارکنان بیمارستان اعم از پزشک ، پرستار ، کمک بهیار ، خدمات ، دانشجو، کارورز ، کارآموز ، کادر اداری و پاراکلینیک باید پسماند های عادی را بشناسند. تمامی کارکنان باید هنگام تولید زباله عادی آن را در سطل زباله آبی با کیسه زباله مشکی قرار دهند. مسئول بخش باید متناسب با نیاز در محل های لازم درخواست سطل پسماند عادی دهد. مسئول بهداشت محیط باید در محل های عمومی متناسب با نیاز سطل زباله عادی با اندازه مناسب درخواست داده و برچیدمان آن نظارت داشته باشد .	مصاحبه مستندات مشاهده	تمامی کارکنان مرتبط مسئول بخش مسئول مدیریت پسماند
تجهیزات و امکانات مورد نیاز		پوستر آموزشی - سطل آبی - کیسه زباله مشکی	

منابع: دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و

وابسته شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ مورخ ۹۴/۱۰/۷

ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و پسماند های وابسته ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
جواد خیراتی مسئول بهداشت محیط	عبدالرزاق سرسبز مدیر بیمارستان
مهرداد اکبرپور سوپروایزر کنترل عفونت	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
خانم شکوهی مسئول خدمات	جواد خیراتی مسئول بهداشت محیط
	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: تفکیک در مبداء پسماندهای عفونی

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پزشک - پرستار - کمک بهیار - خدمات - دانشجو - کارورز - کارآموز - کادر اداری و پاراکلینیک
مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	تمامی کارکنان بیمارستان اعم از پزشک پرستار ، کمک بهیار ، خدمات ، دانشجو، کارورز ، کارآموز ، کادر اداری و پاراکلینیک باید زباله های عفونی را بشناسند و هنگام دفع آن را در سطل زباله زرد کیسه زباله زرد قرار دهند . تمامی کارکنان باید هنگام تولید زباله عفونی بلافاصله آن را در سطل مخصوص عفونی قرار دهند و تفکیک بلافاصله در محل تولید صورت گیرد . مسئول بخش باید سطل زباله عفونی دربار را محدود به ترالی پانسمان و در اتاق دارو و دور از دسترس بیمار و همراه قرار دهد . مسئول بخش نباید سطل عفونی را در راهرو بخش و اتاق های بستری قرار دهد	مصاحبه مستندات مشاهده	تمامی کارکنان مسئول بخش
تجهیزات و امکانات مورد نیاز پوستر آموزشی - سطل عفونی - کیسه زباله زرد			

منابع: دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و

وابسته شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ مورخ ۹۴/۱۰/۷

ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
جواد خیراتی مسئول بهداشت محیط	عبدالرزاق سرسبز مدیر بیمارستان
مهرداد اکبرپور سوپروایزر کنترل عفونت	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
خانم شکوهی مسئول خدمات	جواد خیراتی مسئول بهداشت محیط
	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: تفکیک درمداپسماندهای شیمیایی – دارویی

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پزشک - پرستار - کمک بهیار - خدمات - دانشجو - کارورز - کارآموز - کادر اداری و پاراکلینیک

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	تمامی کارکنان بیمارستان اعم از پزشک ، پرستار ، کمک بهیار ، خدمات ، دانشجو ، کارورز ، کارآموز ، کادر اداری و پاراکلینیک باید پسماند های شیمیایی -دارویی را بشناسند . تمامی کارکنان باید هنگام دفع زباله های شیمیایی دارویی آن را در سطل سفید یا قهوه ای دربدار با کیسه زباله قهوه ای یا سفید قرار دهند. مسئول بخش باید سطل زباله شیمیایی دارویی را فقط در اتاق دارو قرار دهد پرستل درمانی زباله شیمیایی دارویی تولید شده بر بالین بیمار را در سینی گذاشته و در سطل مخصوص در اتاق دارو قرار دهند	مصاحبه مستندات مشاهده	تمامی کارکنان مرتبط مسئول بخش پرستل درمانی
تجهیزات و امکانات مورد نیاز		پوستر آموزشی - سطل و کیسه زباله سفید یا قهوه ای - سینی دارویی	

منابع: دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و

وابسته شماره ۱۶۳۸۴/۳۰۶ مورخ ۹۴/۱۰/۷

ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و پسماند های وابسته ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
جواد خیراتی	عبدالرزاق سرسبز
مسئول بهداشت محیط	مدیر بیمارستان
مهرداد اکبرپور	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
سوپروایزر کنترل عفونت	جواد خیراتی
خانم شکوهی	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
مسئول خدمات	دکتر هادی رضوانی
	ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مسئول مدیریت پسماند - اپراتور اتاق زباله - مسئول خدمات - پرسنل خدمات - شهرداری

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
1	مسئول پسماند نسبت به تهیه بشکه ۲۰۰ لیتری اقدام نماید.	مشاهده	مسئول مدیریت
۲	زباله های شیمیایی - دارویی از بخش در پلاستیک های سفید جمع آوری و به واحد امحاء فرستاده می شود.	مصاحبه	پسماند
۳	اپراتور زباله پسماندهای شیمیایی - دارویی را در بشکه های ۲۰۰ لیتری جمع آوری می نماید	مستندات	اپراتور
۴	شرکت طرف قرار داد در پایان سال جهت جمع اوری و ارسال بشکه ها به مقصد مربوطه (جهت دفع پسماند) اقدام لازم را انجام می دهد		شرکت طرف قرارداد
تجهیزات و امکانات مورد نیاز ظرف محکم پلاستیکی یا فلزی - فوم پلاستیک یا ماسه یا سیمان سفید یا خاک رس			

منابع:

دستورالعمل شماره ۹۸۴۱۴ مورخ ۸۷/۳/۲۵ و ۱۰۰/۲۵۴ مورخ ۹۰/۲/۲۹ دفتر سلامت محیط و کار

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
مهندس خیراتی	مسئول بهداشت محیط
خانم شکوهی	مسئول خدمات
مهرداد اکبر پور	سوپروایزر کنترل عفونت
	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	دکتر هادی رضوانی
	ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: نظافت بخشها و محیط بیمارستان

کارکنان مرتبط (مخاطبین): مسئول بهداشت محیط - مسئول خدمات - پرسنل خدمات

مراحل اجرا و مجریان:

مجریان	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مراحل اجرا	ع.ب.
مسئول بهداشت محیط مسئول خدمات پرسنل خدمات	مشاهده مصاحبه مستندات	کلیه اقدامات نظافتی و خدماتی با دستکش و چکمه انجام شود. وسایل و لوازم و کلیه شوینده ها و مواد گندزدایی در محل مناسب و با نظم خاص نگهداری شود. تی ها پس از هر بار استفاده با آب داغ و تایید شسته و در تیشویخانه مربوط به بخش آویزان و خشک شود و سپس استفاده گردد. (در صورت امکان در هوای آزاد و نور آفتاب خشک شود) یونیت بیماران پس از ترخیص بیمار با محلول آب و تایید شسته و خشک شود و سپس استفاده گردد. در مورد بیماران عفونی پس از شستشوی یونیت، با محلول گندزدای (اسپری الکل ۷۰ درصد آماده مصرف) یا اسپری آب وایتکس (۲۰ سی سی وایتکس در ۹۸۰ سی سی آب) کلیه محل های قابل گندزدایی ، ابتدا از نظر لکه های خون و ترشحات پاک و سپس گندزدایی گردد. مقدار کم خون: با پارچه نمدار تمیز و سپس گندزدایی با الکل ۷۰٪ گردد. به منظور جارو کردن کلیه بخش ها ابتدا پارچه نمدار نازک در اطراف جارو پوشانده شود و پس از جارو کردن پارچه باز شده و دور انداخته شود. گندزدایی وسایل و تجهیزات و کف سالن ها و ... طبق دستورالعمل شوینده و گندزداها انجام شود. البسه کثیف در اسرع وقت در هر شیفت به واحد لاندري جهت شستشو انتقال داده شده و البسه عفونی پس از قراردادن در کیسه زباله زرد و نصب برچسب ملحفه عفونی روی آن تحویل لاندري داده شود. کلیه لباس ها و ملحفه ها شمارش شده و با دفتر تحویل و تحول البسه به واحد لاندري تحویل گردد و از نیروی لاندري امضا گرفته شود. سطح های زباله در هر شیفت تخلیه شده و در صورت آلوده شدن آن شستشو گردد. جهت زباله های عفونی از کیسه زرد و زباله های غیر عفونی از کیسه مشکی استفاده شود. در هر شیفت کف سالن باید تمیز و براق باشد و در صورت ریختن خون و ترشحات یا هر آلودگی دیگر فوراً تمیز و گندزدایی گردد. دستشویی ها و حمام در هر شیفت شستشو و سپس با محلول وایتکس گندزدایی گردد. سطوح آینه ها همواره تمیز و بدون لک باشد. رفع آلودگی محیط بیمارستان	

پاک و تمیز نمودن محیط بیمارستان یعنی کف زمین ، توالت ، حمام ، سینک ، شیشه ، تخت ، روی کمدها و سایر اثاثیه باید به طور روتین توسط پرسنل خدمات صورت گیرد.

کف زمین:

طی دو ساعت بعد از پاک کردن کف زمین (با یا بدون ماده گندزدا) میزان آلودگی باکتریال مشابه زمان قبل از پاک کردن خواهد شد لذا میزان عفونت تحت تاثیر استفاده از ماده گندزدا قرار نمی گیرد و بطور معمول مصرف یک ماده پاک کننده به تنهایی کافی می باشد، فقط در مواردی که خطر آلودگی با بعضی از پاتوژن ها وجود دارد باید از مواد گندزدا استفاده شود.

بدنبال ریختن (پاشیده شدن) مواردی مثل ادرار یا خون و مایعات بدن آلوده به خون در محیط به دلیل احتمال آلودگی با پاتوژن های منتقله از طریق خون روش زیر انجام گردد:

- دستکش و سایر محافظ ها پوشیده شود.
- حوله یکبار مصرف را روی محل قرار داده و مقدار قابل توجهی محلول الکل ۷۰٪ روی آن ریخته شود (مدت زمان اثر ۱۰ دقیقه می باشد) و بعد خون و مواد را جمع و پاک نمایند.
- محل با آب و شوینده پاک گردد.
- با محلول گندزدا الکل ۷۰٪ محل گندزدایی گردد.

دیوارها و سقف:

پاک کردن دیوارها و سقف و متعلقات آن (هوارسان ، قاب مهتابی ، هولدر لامپ) باید در حد کافی صورت گیرد تا لکه و خاک بر روی آن مشاهده نشود.

کمد (لاکر) :

روزانه با محلول گندزدایی الکل ۷۰٪ گندزدایی گردد اما در صورتی که آلودگی قابل رویت به سطح چسبیده باشد ابتدا حتما با آب و شوینده (تاید) شستشو و سپس گندزدایی انجام گیرد.

حمام:

حداقل روزی یکبار توسط پرسنل خدمات شستشو گردد و سپس با آب وایتکس (۲۰ سی سی وایتکس در ۹۸۰ سی سی آب) گندزدایی گردد. بعد از استحمام بیماران عفونی باید حمام را گندزدایی کرد که برای این کار از ترکیبات کلر دار می توان استفاده کرد. (۵۰ سی سی وایتکس در ۹۵۰ سی سی آب)

توالت:

شستشوی توالت ها به صورت هر شیفت دو بار و سرویس های عمومی هر یک ساعت یکبار شستشو با آب و تاید و سپس گندزدایی با آب و وایتکس (۲۰ سی سی وایتکس در ۹۸۰ سی سی آب) انجام گیرد و دیوار ها نیز شستشو گردد.

بصورت هفتگی یک بار با رعایت نکات ایمنی از سقف تا کف شستشو انجام گیرد و در صورت مشاهده آلودگی سریعاً نظافت گردد.
روشویی و پایه آن و همچنین دیوار پشت روشویی بطور کامل شستشو گردد.

تختخواب:

بعد از ترخیص بیمار چارچوب تخت بطور کامل نظافت گردد و با محلول الکل ۷۰٪ گندزدایی گردد.
در صورتی که بلافاصله پس از ترخیص بیمار، تخت برای بیمار دیگری استفاده گردد تمامی تجهیزات شامل میز ، کمد ، تخت و تشک با محلول سریع الاثر در دسترس گندزدایی انجام گیرد و سپس برای بیمار دیگر بستری گردد.
تشک ها و بالش ها بعد از ترخیص بیمار حتماً با آب و تاید شستشو گردد و سپس با الکل ۷۰٪ گندزدایی گردد.

در خصوص بیماران عفونی، بلافاصله پس از ترخیص بیمار تخت شستشو گردد.

سطل زباله:

سطل زباله سفید با پلاستیک سفید مخصوص پسماند شیمیایی دارویی و بطری و دبه های آلوده به مواد شیمیایی مثل الکل ها و شوینده ها.
سطل زباله آبی با پلاستیک مشکی مخصوص پسماند خانگی
سطل زباله زرد با پلاستیک زرد مخصوص پسماند عفونی
سفتی باکس مخصوص پسماند تیز و برنده (سرسوزن)

رنگبندی دستمال:

دستمال سفید اتاق استراحت، ایستگاه پرستاری، بخش اداری
دستمال زرد اتاق های ایزوله، بخش های ویژه، بخش های تنفسی
دستمال سبز میز غذا، کمد، یخچال
دستمال صورتی لاکر، پایه سرم، تخت، کنسول، آینه، شیشه

یخچال:

با دستمال تمیز داخل آن پاک شود.
بدنه یخچال از محلول گندزدایی الکل ۷۰٪ استفاده گردد.

رنگبندی تی:

شماره سند :

تاریخ تدوین :

تاریخ بازنگری :

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

	در این بیمارستان در هر بخش تی ها با سه نوع رنگ دسته مشخص می شوند: سفید (اتاق استراحت، ایستگاه پرستاری، بخش اداری) آبی (اتاقهای بیماران و راهرو) زرد (اتاق ایزوله) نخ تی هر ۱۵ روز یکبار باید تعویض شوند . شستن تریالی حمل پسماند تا واحد امحاء زباله: تمامی سطل ها و تریالی ها باید پس از هر بار خالی شدن شسته و گندزدایی شوند. جهت رفع آلودگی و گندزدایی از سطل ها، از روش های زیر استفاده می شود: • شستشو با آب داغ و شوینده با برس حداقل ۸۲ درجه سانتی گراد (۱۸۰ درجه فارنهایت) به مدت حداقل ۱۵ ثانیه. • گندزدایی با مواد شیمیایی (محلول آب وایتکس) به مدت دست کم سه دقیقه. • تریالی واحد عفونی ۲۰۰ سی سی وایتکس در ۸۰۰ سی سی آب • تریالی واحد های دیگر ۱۰۰ سی سی وایتکس در ۹۰۰ سی سی آب
تجهیزات و امکانات مورد نیاز	دستکش و چکمه - تی - آب - تاید - پارچه نظیف یکبارمصرف - محلول گندزدا - جارو - کیسه زباله زرد و مشکی - دفتر - سطل زباله - سفتی باکس

منابع: نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)	تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)
عبدالرزاق سرسبز مدیریت بیمارستان	مهندس خیراتی مسئول بهداشت محیط
فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)	خانم شکوهی مسئول خدمات
مهندس خیراتی مسئول بهداشت محیط	مهرداد اکبر پور سوپروایزر کنترل عفونت
تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)	آقای جوکاری مدیر امور عمومی
دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان	

عنوان دستورالعمل: معاینه بیماران غیر هم جنس

کارکنان مرتبط (مخاطبین): کلیه پرسنل درمانی - پزشکان

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	ارائه خدمات تشخیصی ، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق ، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی گیرندگان خدمت انجام میشود به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و رعایت این موازین به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود ، مد نظر قرار گرفته میشود.	مشاهده	پرستار
۲	در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام میشود حضور یکی از محارم (یا معتمد بیمار / بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری است.	مصاحبه	پزشکان
۳	Shaving پروسیجرهای خاص مانند گذاشتن سوند، ماموگرافی ، سونوگرافی های واژینال ، انما و توسط پرسنل همگن صورت می گیرد و پزشکان باید از معاینه همزمان چند بیمار در اتاق معاینه خودداری نمایند .		
۴	هنگام مصاحبه با رسانه های خبری باید حریم خصوصی بیماران حفظ شود و اسرار آنها فاش نگردد .		
۵	معاینه بیمار در حضور افراد دیگر ، پرسیدن سوالات حساس از بیماران در حضور دیگران به نحوی که موجب شرمساری بیماران گردد غیر اخلاقی و ممنوع می باشد .		
۶	مشاهده یا لمس غیر ضروری بیماران به ویژه در مورد بیماران غیر همجنس ممنوع میباشد .		
۷	باید از هر گونه تجسس در امور شخصی و خانوادگی بیماران خودداری شود .		
۸	اطلاعات بیمار اعم از اطلاعات حساس و غیر حساس که به هر شکل در مراحل مختلف تشخیصی درمانی جمع آوری می شوند و در اختیار تیم درمانی قرار می گیرند باید		

		۶ محرمانه بماند. بر این اساس ارائه اطلاعات به افرادی به جز شخص بیمار یا افرادی که از طرف بیمار مجاز می باشند ممنوع است. ۷ تنها آن دسته از پزشکان و پرسنل تیم درمان که عضو تیم می باشند مجاز به دسترسی به اطلاعات مرتبط با تشخیص و درمان هر فرد بوده و افراد دیگر برای دسترسی به اطلاعات بیماران حتی اگر پزشک باشد مجاز شمرده نمی شود.	
وجود پاراوان - پرده - وجود دستورالعمل		تجهیزات و امکانات مورد نیاز	

منابع: دستورالعمل های طرح انطباق - اصول رازداری

تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)	تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)
دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان	عبدالرزاق سرسبز مدیر خدمات پرستاری و مامائی
فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)	خانم هاشمی نسب دبیر کمیته اخلاق بالینی / مسئول حقوق گیرنده خدمت
عبدالرزاق سرسبز مدیر خدمات پرستاری و مامائی	فاطمه شکوهی سوپروایزر آموزش مهرداد اکبرپور سوپروایزر کنترل عفونت
تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)	سید حامد شمس مسئول دفتر بهبود کیفیت
دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان	

عنوان دستورالعمل: محدوده زمانی ارزیابی بیمار توسط پزشک و پرستار

مخاطبین (کارکنان مرتبط) : کلیه کارکنان درمانی (پزشکان - پرستاران)

احتراما در راستای اجرای استانداردهای اعتباربخشی و به استناد سنجه ب ۱-۲ مراقبت های عمومی بالینی مبنی بر ابلاغ محدوده زمانی مناسب جهت ارزیابی اولیه بیمار توسط پزشک و پرستار به شرح زیر اعلام میگردد :

محدوده زمانی اولین ارزیابی بیمار توسط پزشک و پرستار		
بخش اورژانس	پزشک آنکال و مشاوره	❖ در صورتی که بیمار وضعیت بحرانی و پرخطر داشته باشد می بایست ظرف مدت ۳۰ دقیقه پزشک آنکال بر بالین بیمار حضور یابد. ❖ در صورتی که بیمار وضعیت اورژانسی داشته باشد می بایست ظرف مدت ۲ ساعت پزشک آنکال بر بالین بیمار حضور یابد . ❖ در موارد غیراورژانس می بایست ظرف مدت ۲۴ ساعت پزشک آنکال بر بالین بیمار حضور یابد.
	پزشک	❖ سطح یک : بلافاصله ❖ سطح دو : حداکثر ۱۰ دقیقه ❖ سطح سه : حداکثر ۳۰ دقیقه ❖ سطح چهار و پنج : حداکثر ۶۰ دقیقه
	پرستار	❖ سطح یک : بلافاصله ❖ سطح دو : حداکثر ۱۰ دقیقه ❖ سطح سه : حداکثر ۳۰ دقیقه ❖ سطح چهار و پنج : حداکثر ۶۰ دقیقه
بخش بستری در صورت پذیرش بیمار از اورژانس		❖ در صورت پذیرش از اورژانس و ثبات علائم حیاتی و هوشیاری بیمار: ویزیت پزشک معالج حداکثر تا ۲۴ ساعت انجام شود.
بخش های بستری	پزشک متخصص	❖ بیمار پرخطر : حداکثر ۳۰ دقیقه ❖ بیمار کم خطر : حداکثر ۲۴ ساعت
	اینترن	❖ بیمار پرخطر : حداکثر ۵ دقیقه ❖ بیمار کم خطر : حداکثر ۳۰ دقیقه ❖ بیمار الکتیو : حداکثر ۲ ساعت
	ویزیت پرستار بخش بستری	❖ بیمار پرخطر : بلافاصله ❖ بیمار کم خطر : حداکثر ۵ دقیقه ❖ بیمار الکتیو : حداکثر ۳۰ دقیقه

❖ بیمار پرخطر : حداکثر ۶ ساعت	تغذیه
❖ بیمار کم خطر : حداکثر ۲۴ ساعت	

تهیه کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
دکتر هادی رضوانی	دکتر هادی رضوانی
مسئول فنی و ایمنی بیمار	ریاست بیمارستان
مدیریت و مدیر خدمات پرستاری	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
مدیر دفتر بهبود کیفیت	دکتر هادی رضوانی
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	ریاست بیمارستان
سوپروایزر آموزشی	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
خانم شکوهی	دکتر هادی رضوانی
خانم شجاع	ریاست بیمارستان
آقای شمس	دکتر هادی رضوانی
عبدالرزاق سرسبز	ریاست بیمارستان

عنوان دستورالعمل: خلاصه برداری و امحاء پرونده های پزشکی

هدف: همانگونه که بیمارستانها جهت پاسخگویی به موارد گوناگون باید پرونده های بیماران را نگهداری نمایند، ولیکن قادر به نگهداری پرونده ها بصورت دائمی نمی باشند و بایستی براساس قانون و به دلایلی از جمله کمبود فضا و افزایش هزینه و ... نسبت به امحاء پرونده های خود اقدام نمایند.

کارکنان مرتبط (مخاطبین): پرسنل بخش مدارک پزشکی

مراحل اجرا و مجریان:

ردیف	مراحل اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
1	بررسی اسناد و پرونده های بالینی واداری با توجه به مجوزهای صادره ی سازمان اسناد ملی	مشاهده	پرسنل بخش مدارک پزشکی
2	شروع مراحل اجرایی امحاء براساس دستورالعمل های ابلاغی وزارت بهداشت	مصاحبه	
3	خلاصه برداری از پرونده ها و ثبت در رایانه براساس مجوزهای صادره و دستورالعمل ارسالی و همچنین حفظ ونگهداری خلاصه های تهیه شده و شمارش و بسته بندی اوراق امحایی	مستندات	
4	تکمیل فرم (فهرست اوراق دارای مجوز امحاء) براساس دستورالعمل و ارسال آن به دانشگاه		
5	تکمیل فرم (صور تجلسه اوراق امحایی) براساس دستورالعمل و ارسال آن به دانشگاه ، پس از دریافت تاییدیه امحاء از سازمان اسناد ملی		
6	امحاء پرونده ها با نظارت دانشگاه پس از اعمال نحوه ، شرایط و مقررات امحاء توسط سازمان اسناد ملی		
7	ارسال مدارک درخواستی قید شده درمکاتبه سازمان اسناد ملی به آن سازمان باهماهنگی دانشگاه(قراردادفروش، قبوض توزین، صور تجلسه امحاء، فیش واریزی) لازم است برای کلیه پرونده های امحائی پیش از اسکن ، بانک اطلاعاتی با قابلیت جستجو و حاوی فیلد های زیر تهیه گردد: کد ملی / نام و نام خانوادگی / نام پدر /شماره پرونده /جهت هر بیمار فولدر جداگانه ای تشکیل شود . هر فولدر مشتمل بر زیر مجموعه هایی برای هر بار مراجعه بیمار باشد ، هر برگ به صورت یک فایل جداگانه در پوشه و زیر پوشه مربوطه اسکن شود . در پایان هر روز از فولدر های تهیه شده حداقل ۲ نسخه پشتیبان تهیه گردد و در شرایط مناسب فیزیکی و امنیتی نگهداری شود .		

شماره سند :

تاریخ تدوین :

تاریخ بازنگری :

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

دفتر بهبود کیفیت

تجهیزات و امکانات مورد نیاز | بانک اطلاعاتی حاوی اسکن مدارک با قابلیت جستجو و حاوی فیلدهای مورد نیاز، تکمیل فرم ها و صورتجلسات، دریافت تأییدیه امحا توسط سازمان اسناد ملی

منابع: آخرین مجوزهای اختصاصی امحا اوراق راکد بیمارستانی مصوب شورای سازمان اسناد و کتابخانه ملی
آخرین مجوزهای اختصاصی امحا اوراق راکد بیمارستانی مصوب شورای سازمان اسناد و کتابخانه ملی در تاریخ ۱۳۹۲/۰۱/۱۷
در ۱۹ ردیف به شرح زیر ابلاغ گردیده است:

ردیف	عنوان اسناد راکد	رای شورا	جدول زمانی مصوب
۱	پرونده بیماران بستری تصادفی	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحا موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بستری بیمار و خلاصه برداری پرونده
۲	پرونده بیماران بستری زیر ۱۸ سال بیمارستان های سراسر کشور	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحا موافقت می شود	۱۰ سال پس از رسیدن به سن قانونی (۱۸ سال) و خلاصه برداری پرونده
۳	پرونده بیماران بستری مربوط به موارد نزاع، خودکشی، تجاوز، مسمومیت و تمامی آسیب های عمدی	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحا موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده
۴	پرونده های بیماران بستری بیماری های نوظهور مانند مبتلایان به ایدز	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحا موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده
۵	پرونده بیماران بستری مربوط به بیماری های شغلی و افراد حادثه دیده در حین کار	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحا موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده
۶	پرونده بیماران بستری فوتی مربوط به بیماری های شغلی و افراد حادثه دیده در حین کار	در صورت ثبت در سیستم رایانه و حفظ خلاصه پرونده با امحا موافقت می شود	۱۰ سال پس از فوت بیمار و خلاصه برداری پرونده
۷	پرونده های اورژانسی سرپایی موارد خاص قانونی	با امحا موافقت می شود	۵ سال پس از آخرین مراجعه و خلاصه برداری پرونده
۸	پرونده بیماران بستری بالای ۱۸ سال بیمارستان های سراسر کشور (عادی)	با امحا موافقت می شود	۱۰ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده
۹	پرونده بیماران بستری فوت شده زیر ۱۸ سال	مدت زمان نگهداری ۸ سال پس از فوت و با امحا موافقت می شود.	۸ سال پس از فوت و خلاصه برداری پرونده
۱۰	پرونده بیماران بستری فوت شده بالای ۱۸ سال (عادی)	مدت زمان نگهداری ۱۰ سال پس از فوت و با امحا موافقت می شود.	۱۰ سال پس از فوت و خلاصه برداری پرونده
۱۱	پرونده های بستری فوتی بیماری های نوظهور مانند مبتلایان به ایدز	با امحا موافقت می شود	۱۰ سال پس از فوت بیمار و خلاصه برداری پرونده
۱۲	پرونده های بیماران سوختگی	با امحا موافقت می شود	۱۰ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده

۱۳	پرونده های بستری فوتی بیماران سوختگی	با امحا موافقت می شود	۵ سال پس از فوت بیمار و خلاصه برداری پرونده
۱۴	پرونده بیماران بستری نیروی انتظامی و نظامی از جمله سربازان در حین مأموریت	با امحا موافقت می شود	۲۰ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده
۱۵	پرونده بیماران بستری فوتی مربوط به موارد نزاع، خودکشی، تجاوز، مسمومیت تمامی آسیب های عمدی	با امحا موافقت می شود	۱۰ سال پس از فوت بیمار و خلاصه برداری پرونده
۱۶	پرونده های سرپایی درمانگاه های زیر مجموعه بیمارستان	با امحا موافقت می شود	۳ سال پس از آخرین مراجعه و خلاصه برداری پرونده
۱۷	پرونده بستری بیماران روانی	با امحا موافقت می شود	۱۵ سال پس از آخرین مراجعه و خلاصه برداری پرونده
۱۸	پرونده بستری بیماران تصادفی فوت شده	با امحا موافقت می شود	۱۰ سال پس از فوت بیمار و خلاصه برداری پرونده
۱۹	پرونده های جراحی سرپایی	با امحا موافقت می شود	۵ سال پس از آخرین مراجعه بیمار و خلاصه برداری پرونده

تهیه و هدایت کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان عبدالرزاق سرسبز / مدیر خدمات پرستاری فاطمه شاکرزاده مسئول آمار و مدارک پزشکی عباس استوار مسئول فناوری اطلاعات فاطمه خانی پور کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت	دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان عبدالرزاق سرسبز / مدیر خدمات پرستاری فاطمه شاکرزاده مسئول آمار و مدارک پزشکی عباس استوار مسئول فناوری اطلاعات فاطمه خانی پور کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت

عنوان دستورالعمل : دستورالعمل تسهیلات دسترسی بیمار به پزشک معالج

تعریف: نحوه دسترسی بیمار / ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

هدف: رعایت محور دوم منشور حقوق بیمار (اطلاعات می بایست به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار و خانواده قرار بگیرد) و هم چنین اطلاع رسانی و آگاهی بخشی به بیمار / ولی قانونی وی در خصوص نحوه دسترسی مطمئن و آسان به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول دوره درمان می باشد.

مسئول پاسخگو: پزشک، سوپروایزر، سرپرستار، پرستار، پرسنل واحد های پذیرش، منشی بخش

روش اجرایی :

الف) در بیمارستان امام حسین(ع) فسا پیچ توسط اپراتور انجام می شود و در موارد ذیل اپراتور مجاز به پیچ می باشد.

ردیف	روش اجرا	نحوه ارزیابی و روش اطمینان از اجرا	مجریان
۱	در هنگام پذیرش بیمار در بخش، نام پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی و روزهای حضور ایشان در بخش به گیرنده خدمت و خانواده وی اطلاع رسانی می گردد.	مشاهده	پزشک، سوپروایزر، سرپرستار، پرستار، پرسنل واحد های پذیرش، منشی بخش
۲	به بیمار و خانواده وی در خصوص انجام روزانه ویزیت پزشک معالج توسط پرستار اطلاع رسانی شود.		
۳	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.		
۴	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.		
۵	در صورت تمایل خانواده به ملاقات حضوری و دریافت اطلاعات تکمیلی مورد نیاز، پرستار هماهنگی لازم را با پزشک معالج انجام می دهد.		

۶	پرستار بخش هنگام ترخیص زمان مراجعه بیمار (در صورت نیاز) به مطب پزشک معالج را در برگه آموزش به بیمار توضیح می دهد.
۷	در ساعات غیر از ویزیت پزشک در صورت تایید سوپروایزر و نیاز به پزشک با ایشان تماس گرفته می شود.

منابع: منشور حقوق بیمار در ایران مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تجربیات بیمارستان

تهیه و هدایت کنندگان: (نام - سمت - امضاء)	تأیید کننده: (نام - سمت - امضاء)
آقای عبدالرزاق سرسبز مدیر بیمارستان	آقای دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان
آقای عبدالرزاق سرسبز مدیر خدمات پرستاری مامایی	
خانم هاشمی نسب مسئول حقوق گیرنده خدمت	فرد پاسخگوی اجرا: (نام - سمت - امضاء)
خانم شکوهی سوپروایزر آموزش	سیده مژده هاشمی نسب مسئول حقوق گیرنده خدمت
آقای اکبر پور مسئول دفتر بهبود کیفیت	تصویب (ابلاغ) کننده: (نام - سمت - امضاء)
	آقای دکتر هادی رضوانی ریاست بیمارستان



دفتر بهبود کیفیت

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)

شماره سند :
تاریخ تدوین :
تاریخ بازنگری :