



کتابچه توجیهی ویژه پرسنل جدید الورد



کرد اوری و تدوین:

دقتر بهود کیفیت و اعتبار بخشی

بهار ۱۴۰۳

بازنگری پاییز ۱۴۰۳

بسم الله الرحمن الرحيم

فهرست

۳	فهرست
۴	مقدمه
۵	رسالت بیمارستان



۷	چشم انداز بیمارستان
۸	ارزش بیمارستان
۹	تاریخچه شهرستان
۱۰	شناسنامه بیمارستان
۱۱	تاریخچه بیمارستان
۱۲	معرفی مسئولین بیمارستان
۱۵	چارت سازمانی
۱۶	منشور اخلاقی بیمارستان
۱۸	منشور حقوق بیمار در بیمارستان
۲۰	رعایت حقوق گیرنده خدمت
۲۴	فرآیند رسیدگی به شکایات
۲۵	پوشش پرسنل
۲۶	مدیریت بحران
۲۷	کدهای بحران بیمارستان
۴۸	کنترل عفونت
۸۲	ایمنی بیمار چیست؟
۱۱۰	تعریف هموویژیلانس Hemovigilance
۱۱۶	حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا
۱۴۶	آموزش سلامت
۱۴۹	آموزش به همکار

مقدمه

ورود شما را به مرکز آموزشی- درمانی امام حسین (ع) خوش آمد گفته و امیدواریم در زمینه تحصیل روزافزون علم و کسب مهارت های لازم برای طبابت صحیح موفق باشید، با توجه به اینکه هدف اصلی در بیمارستان، خدمت رسانی و مراقبت از بیماران در بهترین شرایط ممکن و بهره مند شدن از جنبه های آموزشی آن بوده و شما به عنوان فراگیر در



ارائه مطلوب این خدمات مهم سهیم می باشید لذا در راستای هدف فوق آموزش ضمن خدمت به وجود آمد ، آموزش ضمن خدمت فرایندی است که طی آن مجموعه ای از دانش های مرتبط و منظم همراه با عادات و مهارت های حاصل از آن انتقال می یابد. آموزش پرسنل جدید الورد نیز یکی از عناصر با اهمیت در آموزش ضمن خدمت می باشد که عبارت از کلیه فعالیت هایی است که به منظور تغییر در ساختار های شناختی ، نگرشی و مهارتی پرسنل بیمارستان در بدو خدمت صورت می گیرد ، به گونه ای که سطح دانش ، آگاهی و مهارت های فنی حرفه ای آنان را ارتقا داده و رفتار مطلوب در آن ها ایجاد نماید تا آماده انجام وظایف و مسئولیت های شغلی خود شوند. یکی از مهمترین منابع هر سازمان ، نیروی انسانی آن است. بدیهی است نیروی انسانی کار آمد و توانمند نقش مهمی در تحقق اهداف آن سازمان دارد و از طرفی آموزش ، موثرترین ابزار سازمان جهت توانمند سازی کارکنان آن است. با عنایت به این موضوع واحد آموزش بیمارستان امام حسین (ع) سعی دارد تا با برگزاری دوره های آموزشی مختلف مورد نیاز کارکنان خود ، فرصتی را فراهم آورد تا کارکنان این مرکز بتوانند نسبت به توانمند سازی علمی و عملی خود اقدام نموده و ضمن برخورداری از امتیازات تشویقی از موثر بودن خدمات و مراقبت های خود اطمینان حاصل کنند. در همین راستا و به جهت ارتقای سطح علمی و کیفی کارکنان بیمارستان ، کتابچه پرسنل جدید الورد توسط دفتر بهبود کیفیت تهیه و تدوین شده است .

رسالت بیمارستان



این بیمارستان مأموریت خود را تامین ، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه و ارائه خدمات درمانی مناسب با تکیه بر بکارگیری پرسنل مجرب و تسهیلات استاندارد و به روز ، بهره گیری از ظرفیت های مشتریان و رعایت اصول اخلاقی و حرفه ای در راستای رسالت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه علوم پزشکی فسا ایفا می نماید



چشم انداز بیمارستان

ما امیدوار و برآنیم با توکل به خدا ، مشارکت نیروهای متخصص ، متعهد و مجرب طی پنج سال آینده با راه اندازی بخش های (جراحی ، اتاق عمل ، روان و پرتو پزشکی) از تمام ظرفیت بیمارستان جهت خدمت رسانی هرچه بیشتر به همشهریان استفاده نموده و با ارائه خدمات مستمر وبا کیفیت وایمن و افزایش میزان رضایتمندی به عنوان بیمارستان منتخب و برتر از نظر مراجعان ، پزشکان ، کارکنان استان فارس باشیم



ارزش بیمارستان

پایبندی به ارزش های اسلامی ، رعایت موازین شرعی و اصول اخلاقی
 تعهد به تامین رضایت ارباب رجوع و تکریم مشتریان از طریق رعایت
 منشور حقوق بیمار
 تاکید بر کار تیمی و مشارکتی در امور
 تعهد به ارتقا سطح فرهنگ سازمانی
 رعایت منشور حقوق بیمار
 توجه به کیفیت خدمات
 احترام به کارکنان
 تقویت نظام تصمیم گیری و تصمیم سازی بیمارستان از طریق بهبود
 جریان گردش اطلاعات

تاریخچه شهرستان

فسا نام شهری در ۱۴۵ کیلومتری جنوب شیراز واقع در استان فارس است. شهرهای سروستان، داراب، جهرم، استهبان در همسایگی فسا قرار دارند. قدمت این شهرستان دست کم به زمان هخامنشیان برمی گردد که در آن زمان نام این شهر پسه یا پسا بوده که پس از اسلام به فسا تبدیل می شود تاریخ تمدن فسا را می توان به قدمتی بیش از ۷ هزار سال تخمین زد. در سال ۱۳۹۱ در تل ضحاک اشیائی کشف شد، که در آزمایشات دانش پژوهان، قدمت این شهر تاریخی بیش از ۷۵۰۰ سال تخمین زده می شود

کشاورزی و صنعت

فسا از نظر کشاورزی شهری پررونق است. از نظر تولید گندم رتبه اول کشور ایران را داراست بطوریکه فسا را شهر گندم می دانند. با توجه به آب و هوای مناسب، وجود نخل های گرمسیری و درخت گردو و دیگر گونه های درختی در این شهر متداول است. کشت پنبه نیز در فسا رونق فراوان دارد. کارخانه رب گوجه فرنگی، ۱۶ کارخانه ذرت خشک کنی و یک کارخانه روغن کشی زیتون، یک کارخانه قند، کارخانه تولید ماکارونی، کارخانه تصفیه وش پنبه، کارخانه تولید الکل، کارخانه تولید آرد، کارخانه صنایع لبنی - تعدادی کارگاه های تولید کانی غیرفلزی و صنایع دستی (بافت فرش، گلیم، حصیر، روبه گیوه و...) از صنایع این شهرستان می باشد

موقعیت راهبردی

قرار گرفتن در مسیرهای اصلی شیراز به کرمان و بندر عباس، این شهر را از یک موقعیت راهبردی برخوردار کرده است

شناسنامه بیمارستان

نام بیمارستان: تخصصی و فوق تخصصی امام حسین (ع)

درجه ارزشیابی بیمارستان: یک

شماره تلفنخانه: ۰۷۱۵۳۴۱۱۰۰۰

تلفکس دبیرخانه: ۰۷۱۵۳۴۱۱۰۱۲

تلفن ریاست: ۰۷۱۵۳۴۱۴۱۱۰ تلفن مدیریت: ۰۷۱۵۳۴۱۴۲۲۰ تلفن مترون: ۰۷۱۵۳۴۱۴۲۲۰

پروانه تأسیس: دارد سال تأسیس: 1402

سطح فعالیت طبق پروانه تأسیس: تخصصی

نوع فعالیت: آموزشی درمانی

تعداد تخت ثابت (مصوب): ۱۸۴ تعداد تخت فعال: متغییر می باشد

تاریخ آخرین بازسازی: بیمارستان نوساز می باشد

مساحت کل زمین: ۱۴۷۰۰۰ هزار مترمربع مساحت کل زیربنا: ۱۵۹۲۰ هزار مترمربع

تعداد طبقات: حداکثر چهار طبقه (شروع از طبقه زیرزمین)

مساحت فضای سبز تقریباً: ۱۴۷۵ هزار مترمربع مساحت فضای آزاد: ۲۲۸۱۰ هزار مترمربع

سیستم دفع حریق مجهز به لوله کشی آب در بخش ها: موجود می باشد

برق اضطراری: موجود می باشد سیستم پیچ: موجود می باشد لوله کشی گازهای طبی: موجود می باشد

تعداد آسانسور نفر بر: ۴

تعداد آسانسور بیمار بر: ۱

تعداد سرد خانه های ثابت زیر صفر: ۱

تعداد سرد خانه های ثابت بالای صفر: ۴

سردخانه جسد: ۹

تعداد اتوکلاو: ۲

اتو کلاو زباله: ۲

دستگاه خشک کن: ۳

قدرت کل ماشینهای شستشویی نصب شده به کیلوگرم: ۲۹۵ کیلوگرم

سیستم فاضلاب بیمارستان: لوله کشی + تصفیه خانه

سیستم دفع زباله های بیمارستانی و مسائل موجود: دستگاه امحاء زباله (زباله سوز)

بیمه های طرف قرارداد بیمارستان:

تأمین اجتماعی، سلامت- نیروهای مسلح - بیمه شرکت صنعت نفت و گاز - بانک تجارت - بانک ملت - بانک ملی - بانک سپه - بانک صادرات - بیمه سینا - بانک کشاورزی - بیمه دی - بیمه پاسارگاد - بیمه اتیه سازان - بیمه ایران - بیمه نوین (بانک ملی) - بیمه تکاورانصارالحجه - بیمه سرمد - بیمه شرکت میهن - بیمه البرز

نشانی: فارس، فسا، میدان ابن سینا، بلوار ولیعصر بیمارستان امام حسین (ع)

کد پستی: 74617-50003



تاریخچه بیمارستان

عملیات ساخت این بیمارستان از سال ۱۳۸۹ در زمینی با زیربنای ۱۶ هزار متر مربع در ۴ طبقه آغاز و برای ساخت و تجهیز آن، ۱۰۰۰ میلیارد تومان هزینه شده است.

عمده کارهای مربوط به تکمیل و تجهیز پروژه بیمارستان امام حسین (ع) فسا در دولت مردمی انجام و منابع مورد نیاز جهت تکمیل آن از محل مصوبات سفر قبلی رییس جمهور به استان فارس، تامین شده است از سال ۱۳۸۹ تا قبل از آغاز بکار دولت مردمی، پروژه بیمارستان امام حسین (ع)، حدود ۵۵ درصد پیشرفت فیزیکی داشت که در دو سال گذشته ۴۵ درصد پیشرفت فیزیکی و تجهیز این پروژه انجام شده است فسا چهارمین شهرستان استان فارس و ارائه دهنده بخش عمده ای از خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز مردم شرق و جنوب این استان و استانهای همجوار است

بیمارستان امام حسین (ع) سومین بیمارستان شهرستان فسا و دارای ۸ بخش تخصصی و ۶ اتاق عمل مجهز است.



معرفی مسئولین و بخش های بیمارستان

مسئولین اداری بیمارستان		
ردیف	نام مسئول	واحد
۱	دکتر هادی رضوانی	سرپرست بیمارستان
۲	عبدالرزاق سرسبز	مدیر بیمارستان
۳	مجتبی جوکاری	مدیر امور عمومی بیمارستان
۴	محمد رضا خوش خواه	مدیر امور مالی
۵	مهرداد اکبرپور	مدیر دفتر بهبود کیفیت
۶	سیده مژده هاشمی نسب	مسئول روابط عمومی بیمارستان
۷	سهراب اثباتی	مسئول منابع انسانی
۸	سعید تقوایی	مسئول انتظامات
۹	جواد آقاپور	مسئول تدارکات
۱۰	جواد علی بابای	امین اموال
۱۱	مرجان کیالی	انبار دارویی
۱۲	علیرضا گلخنی	مسئول تجهیزات پزشکی
۱۳	عبدالرسول احراری	مسئول فنی تجهیزات پزشکی
۱۴	مجید نوروزی	مسئول تاسیسات
۱۵	عفت شادمانی	درآمد
۱۶	مهسا ارجمند	تسویه و ترخیص
۱۷	ساجده حیدری	اقتصاد درمان
۱۸	مجتبی فاموری	مسئول آزمایشگاه
۱۹	فاطمه شاکرزاده	آمار و مدارک پزشکی
۲۰	محمدصادق ذاکری	مسئول انبار مرکزی
۲۱	فاطمه عرب زاده	داروخانه
۲۲	مسعود جمشید پور	مسئول رادیولوژی



۲۳	عارفه کرمی	مرکز تلفن
۲۴	سیده مؤده هاشمی نسب	مسئول رسیدگی به شکایات
۲۵	الهه استوار	دبیرخانه
۲۶	ژیلا جاویدی	مددکاری
۲۷	عبداله استوار	IT
آقای سید علی	جواد خیراتی	بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط
آقای سید علی	مریم انصاری	کارشناس تغذیه
آقای سید علی	فخرالسادات فیروزی	ارسال اسناد بستری
آقای سید علی	خانم شرفی	ارسال اسناد سرپائی
آقای سید علی	سمیه درویشی	مسئول دفتر حوزه ریاست
آقای سید علی	محمد سامانیان	کارشناس بحران و بلایا
آقای سید علی	فاطمه زحمتکشان	مسئول واحد بانک خون
آقای سید علی	محمد صادق ذاکری	انبار دار



مسئولین درمانی بیمارستان		
ردیف	نام مسئول	واحد
۱	عبدالرزاق سرسبز	مدیر خدمات پرستاری و مامائی بیمارستان
۲	فاطمه شکوهی	سوپروایزر آموزش به همکار
۳	فاطمه قدیمی	سوپروایزر آموزش سلامت
۴	فاطمه شجاع	کارشناس ایمنی بیمارستان
۵	فاطمه شکوهی	سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان
۶	رضا جعفری	سرپرستار بخش اورژانس
۷	مهسا آتش دهقان	سرپرستار بخش داخلی
۸	محمد رضا دشت پا	سرپرستار بخش جراحی عمومی
۹	صمد دهقانخلیلی	سوپروایزر اتاق عمل
۱۰	غلامحسین آریا پور	بیهوشی
۱۱	هنگامه فیروزیان	سوپروایزر بالینی
۱۲	سمیه بخشی زاده	سوپروایزر بالینی
۱۳	حجت اله نجفی	سوپروایزر بالینی
۱۳	سید حامد شمس	سوپروایزر بالینی





منشور اخلاقی بیمارستان

ما کارکنان بیمارستان امام حسین (ع) با اعتقاد به قدرت لایزال الهی و با توکل به خدای منان و در جهت رضای حق تعالی و برای نهادینه کردن ارزش های الهی و انسانی، توسعه فرهنگ اسلامی، تکریم ارباب رجوع و ارائه خدمات مناسب به جانبازان، آزادگان و خانواده معزز شهدا و همچنین سایر همشهریان عزیز برای تحقق اهداف متعالی بیمارستان منشور اخلاقی زیر را پذیرفته و عمل به آن را بر خود لازم و ضروری می دانیم.

(۱) انگیزه حضور ما در بیمارستان، خدمت صادقانه به انسان ها از هر قشر، گروه و یا هر زبان و قومیت می باشد.
(۲) نظم و انضباط، ادب و نزاکت در رفتار با مراجعین و همکاران را موجب حفظ کرامت انسانی دانسته و سر لوحه فعالیت های بیمارستان قرار می دهیم.

(۳) پوشش متناسب با فرهنگ و موازین اسلامی و برخورداری از آراستگی و انضباط را موجب عزت نفس، احترام و نشاط در همکاران و مراجعین می دانیم.

(۴) در هر شرایطی سه اصل خوشرویی، خوش گویی و خوش خویی را به عنوان زیباترین روش تکریم ارباب رجوع می دانیم.

(۵) در راستای بهره گیری از الطاف الهی، در نماز جماعت و مراسم مذهبی محیط کار، در صورتیکه خللی در امر خدمت رسانی به بیماران وارد نگردد فعالانه شرکت می نماییم.

(۶) صبر، بردباری، متانت و تحمل ناملایمات در رسیدگی به نیازهای مراجعین را توفیق الهی و مسئولیت خطیر و افتخار آفرین می دانیم.

(۷) ما بر آنیم که نیازها و انتظارات منطقی مراجعان را شناسایی و درصدد رفع و تأمین آنها برآییم و در نهایت تلاش می کنیم فراتر از انتظارات آنها عمل نماییم.

(۸) ما در محضر خداوند هستیم و بدون نظارت مافوق نیز به نحو شایسته وظیفه خود را در قبال مراجعین انجام می دهیم.



۹) پاسخگویی مشتاقانه ، اطلاع رسانی دقیق و راهنمایی مناسب در امور درمانی و شرعی را وظیفه خود می دانیم.

۱۰) راز داری و حفظ اسرار بیماران ، همکاران و سازمان را به عنوان

یک وظیفه اخلاقی و قانونی می دانیم .

۱۱) رعایت صرفه جویی ، پرهیز از اسراف و بهره گیری صحیح از اموال و

امکانات بیت المال را از اصول کار خود می دانیم.

۱۲) تلاش مستمر در ارتقاء دانش و مهارت شغلی از اصول اساسی و حیثیت حرفه ای ما می باشد.

۱۳) در جهت ایجاد محیطی سالم ، همراه با آرامش ، از هر اقدامی که صمیمیت و اعتماد کارکنان را تضعیف نماید

پرهیز می نماییم.

۱۴) به منظور رعایت حقوق دیگران و اقدام به قانون ، از استعمال دخانیات در محیط کار پرهیز می نماییم.

۱۵) برای ارائه خدمات مطلوب تر از نظرات ، پیشنهادات و انتقادات بیماران و مراجعان استقبال می نماییم.

۱۶) معیار ارزشیابی خود را میزان تعهد به اجرای مفاد منشور اخلاقی بیمارستان می دانیم.

منشور حقوق بیمار در بیمارستان

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت ، حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید :

شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها اعتقادات و فارغ از هرگونه تبعیض از جمله : قومی ، فرهنگی ، مذهبی ، نوع بیماری و جنسیتی باشد.

در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.

در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانسی) ، ارائه خدمات بدون توجه به تامین هزینه آن صورت گیرد و در موارد غیر فوری بر اساس ضوابط تعیین شده باشد.

در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانسی) در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد. لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد

۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محتوای اطلاعات باید شامل :

ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان

اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب ، درد و ویژگی های فردی وی از جمله زبان و تحصیلات در اختیار وی قرار گیرد.

بیمار میتواند به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته و رونوشت آن را دریافت نماید.

ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش

۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محدوده انتخاب و شرایط تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

انتخاب پزشک معالج و مراکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط



شرکت یا عدم شرکت در هرگونه پژوهش با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تاثیری در تداوم و نحوه ی دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت.

پس از ارائه اطلاعات زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثناء کرده باشد. در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود و کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی فراهم گردد.

فقط بیمار، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی میشوند می توانند به اطلاعات پرونده بیمار دسترسی داشته باشند.

بیمار حق دارد در کلیه مراحل تشخیصی (از جمله معاینات) فرد معتمد خود را همراه داشته باشد

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است. بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.

بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایات خود آگاه شوند.

خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران گردد

مراجعه کننده گرامی

دستورالعمل کامل حقوق گیرندگان خدمت در کلیه ایستگاه های پرستاری بخشها و همچنین وب سایت بیمارستان به نشانی www.ihh.fums.ac.ir جهت مطالعه موجود می باشد.

شما می توانید در صورت داشتن هرگونه سوال و ابهام در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت به مسئول رسیدگی و پاسخگویی به شکایات بیمارستان مراجعه نمایید.

رعایت حقوق گیرنده خدمت

گروه های آسیب پذیر:

بیمارستان از گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان ، زنان باردار ، افراد ناتوان ، سالمندان، بیماران روانی ، گیرندگان خدمت مجهول الهویه ، معلولان ذهنی و جسمی ، افراد بدون سرپرست و دیگر جمعیت های در معرض خطر، به طور مناسب (تجهیزاتی ، فیزیکی ، ایمنی و درمانی) حمایت می نماید.

گیرنده خدمت در حال احتضار:

بیمارستان به گیرنده خدمتی که در مراحل پایانی زندگی است مراقبتهای محترمانه و توأم با مهربانی و همدردی ارائه می نماید. بیمارستان شرایطی فراهم می نماید که گیرنده خدمت در حال احتضار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار گردد.

محرمانه بودن اطلاعات:

بیمارستان اطمینان حاصل می نماید که تنها گیرنده خدمت، گروه درمانی، افراد مجاز از طرف گیرنده خدمت و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند، می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را در دسترس وی قرار می دهد حفظ حریم خصوصی:

بیمارستان، خدمات سلامت را با احترام به حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت ارائه می نماید. ۲-۶. بیمارستان تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را فراهم می نماید.

بیمارستان شرایطی را فراهم نموده است که در همه بخشها به خصوص بخشهای مراقبت ویژه، استفاده از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیماران (به ویژه بانوان)، در صورت درخواست بیمار، امکان پذیر باشد.

در بیمارستان استفاده از پرسنل همگن، نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد.

بیمارستان از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند اطمینان کسب می نماید.

بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت می نماید.



همراه گیرنده خدمت:

بیمارستان به گیرنده خدمت اجازه می دهد تا در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد همراه داشته باشد (همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت های پزشکی باشد).

پاسخ به نیازهای عبادی و اعتقادی گیرندگان خدمت:

بیمارستان فرآیندی مکتوب برای پاسخ به درخواستهای گیرنده خدمت در زمینه خدمات عبادی اعتقادی را دارد و به آن عمل می نماید.

آموزش:

گیرنده خدمت آموزش های ضروری برای استمرار درمان را دریافت می نماید.

انتخاب آزادانه و مشارکت:

بیمارستان از فراهم بودن امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه گیرنده خدمت مبنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع، اطمینان کسب می نماید.

بیمارستان پس از ارائه اطلاعات، با در نظر گرفتن شرایط بیمار، زمان لازم و کافی جهت تصمیم گیری و انتخاب در اختیار گیرنده خدمت قرار می دهد.

بیمارستان به گیرنده خدمت حق می دهد تا پزشک دومی را به عنوان مشاور انتخاب و از وی نظر خواهی کند.

بیمارستان از قبول یا رد درمانهای پیشنهادی پس از آگاهی کامل از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر قرار میدهد، اطمینان کسب می نماید.

بیمارستان اعلام نظر قبلی گیرنده خدمت در مورد اقدامات درمانی آتی را در زمانی که گیرنده خدمت واجد ظرفیت تصمیم گیری است ثبت می نماید و در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی، به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در اختیار ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین گیرنده خدمت قرار می دهد.

رضایت آگاهانه:

در بیمارستان یک لیست مشخص از اقدامات و درمانهایی که نیاز به اخذ رضایت کتبی از گیرنده خدمت یا ولی قانونی او دارد،

در دسترس است و رضایت آگاهانه براساس آن اخذ می گردد، لیست مذکور حداقل شامل موارد ذیل است:

اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و جراحی



بیهوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق
استفاده از خون و فرآورده های خونی
تحقیقات

بیمارستان طی فرآیندی مستند توسط کارکنان آموزش دیده و با مسئولیت پزشک معالج، از گیرنده خدمت، رضایت آگاهانه اخذ می نماید.

اطلاعات لازم در زمینه خطرات، محاسن و جایگزینهای روش فعلی قبل از اخذ رضایت نامه آگاهانه از گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی، به زبان ساده و قابل درک، در اختیار گیرنده خدمت قرار می گیرند.

رضایت اخذ شده، همراه با تاریخ، ساعت، امضا، اثر انگشت گیرنده خدمت و در صورت لزوم ولی قانونی وی بوده و در پرونده گیرنده خدمت درج می گردد.

رضایت نامه عمومی خدمات مراقبتی در زمان پذیرش بستری یا سرپایی، از گیرنده خدمت اخذ میشود، دامنه و محدوده نهایی آن به وضوح مشخص شده است.

نحوه دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت:

دریافت هزینه خدمات از گیرنده خدمت، براساس قوانین و آیین نامه های موجود انجام می گیرد.

انجام تمام اقدامات ضروری در فوریت های پزشکی، بدون ملاحظات مالی و براساس قوانین جاری انجام می گیرد.

گیرنده خدمت در صورت ضرورت اعزام و ادامه درمان در سایر مراکز درمانی صورت می گیرد، بیمارستان قبلاً از وجود تخصص

های لازم برای درمان، میزان تعرفه ها و پوشش بیمه های خدمات در مرکز درمانی مقصد مطلع میگردد و بیمار در صورت امکان حق انتخاب دارد.

نظام کارآمد رسیدگی به شکایات:

فرآیند اعلام شکایات یا پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند در محلی قابل رؤیت نصب شده است.

جهت ارائه هرگونه پیشنهاد یا شکایت به یکی از طریق زیر با مسئولین مربوطه ارتباط برقرار نمایید:

سایت بیمارستان <https://ihh.fums.ac.ir/>

۲-مراجعه حضوری

الف : دفتر رسیدگی به شکایات واقع در طبقه همکف

ب : دفتر سوپروایزور در طبقه اول - ساعت غیراداری



۳- مکاتبه

ثبت مراتب با ذکر نام و شماره تماس در صورت تمایل به دریافت پاسخ ، فرم های موجود را از دفتر رسیدگی به شکایات واقع در طبقه همکف یا از دفتر پرستاری واقع در طبقه اول دریافت و تکمیل نموده و به واحدهای مربوطه تحویل دهید

۴- تماس تلفنی

الف : تماس با شماره تلفن بیمارستان

ب : تماس با شماره مستقیم ج : ارسال پیامک به سامانه

بیمارستان به گیرنده خدمت اطمینان میدهد تا بدون ترس از مجازات و به وجود آمدن اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت، بدون ذکر نام، به صورت کتبی و شفاهی به شیوه ای محترمانه و با رعایت قوانین و مقررات به مقامات ذیصلاح شکایت نماید یا پیشنهاد دهد.

((در صورتی که بیماران و همراهان شکایتی از نحوه ارائه خدمت و داشته باشند می توانند با مراجعه به دفتر مدیریت بیمارستان ، دفتر پرستاری و یا واحد شکایات بیمارستان اقدام به طرح شکایت خود نموده و فرم شکایات را پر کرده و تسلیم مسئول رسیدگی نمایند و مراکز یاد شده نیز موظف به پیگیری شکایت مطروحه می باشند)).

بیمارستان در اسرع وقت به شکایت گیرنده خدمت رسیدگی می نماید و خسارت وارده به وی را جبران می نماید.

این مرکز دارای خط تلفن می باشد که تعدادی از آنها در زیر آمده است و همراهان می توانند در صورت نیاز از آن استفاده نمایند.

فرآیند رسیدگی به شکایات



پوشش پرسنل



مدیریت بحران

مراکز درمانی، بعنوان اصلی ترین سازمان های درگیر در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه، نیازمند وجود برنامه مدون مقابله با حوادث می باشند. این برنامه شامل اقدامات از پیش تعیین شده ای می باشد که گامهای اجرایی را پیش از وقوع حوادث و بحران ها و پس از آن شناسایی و تعیین می نماید. مهمترین اقدام تعیین تیم پاسخ به اضطرار می باشد. این تیم در بیمارستان تمامی طیف کارکنان را در رده های مختلف پرستاری، اداری و مالی تشکیل داده و چارت بحران و بلایا نامیده می شود. ساختار اساسی این چارت در ذیل نمایان گردیده است. مطابق این چارت فرمانده حادثه در راس قرار گرفته و نقش اصلی را هنگام اعلام فعال سازی برنامه مقابله با بحران دارد. سایر گروهها موظف می باشند با توجه به نوع حادثه به وجود آمده پس از دریافت اعلام هشدار و فعال سازی برنامه بحران مطابق شرح وظایف عمل نمایند.

انواع بحران :

بحران ها یا داخلی هستند و یا خارجی.

از بحران های **خارجی** می توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- حوادث ترافیکی با بیش از ۵ نفر مصدوم یا ۳ نفر فوتی
- مسمومیت غذایی به صورت گروهی یا مشاهده نشانه های بیماری مشابه در بیش از ۱ نفر
- مشاهده علائمی از هرگونه همه گیری مانند اپیدمی آنفولانزا
- وقوع زلزله و رانش زمین با هر شدت

در خصوص بحران های **داخلی** موارد ذیل حائز اهمیت می باشد :

- نقص در تاسیسات و تجهیزات و سازه های بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود یا امکان ایجاد مخاطره ای را در پی داشته باشد.
- شیوع بیماری عفونی در بیماران و کارکنان بیمارستان به نحوی که فعالیت بیمارستان مختل شود.
- وقوع آتش سوزی داخلی
- ایجاد هرگونه تخریب ساختمان بیمارستان
- قطع برق
- قطع آب



کدهای بحران بیمارستان

کد	عنوان	تعاریف
۴۴	کد فوریت های زیر ساختی	در شرایط مواجهه با قطع آب برق تلفن سوخت خرابی سیستم تهویه مشکلات سازه ای و غیر سازه ای قطع گازهای پزشکی مثل اکسیژن و ... که منجر به ایجاد اختلال در ارائه خدمات میگردد. این که اعلام می شود
۵۵	کد مادر باردار پرخطر	این کد در موارد ایست قلبی - تنفسی مادر باردار اعلام می گردد
۸۸	کد احیا نوزاد	این کد در موارد ایست قلبی - تنفسی نوزاد اعلام می شود
۹۹	کد احیا بزرگسال	این کد در موارد ایست قلبی - تنفسی بزرگسال اعلام می شود
۱۰۰	کد تخلیه	در شرایط مواجهه با حادثه ای که منجر به تخریب و یا آسیب قسمتی از ساختمان یک بخش و یا کل بیمارستان شود. یا وقوع حوادثی که احتمال آسیب بیماران و کادر درمانی و تجهیزات مطرح باشد که تخلیه اعلام می شود. از جمله زلزله، نشست زمین، ریزش آوار، سیل، آتش سوزی، نشت مواد خطرناک، حوادث تروریستی و...
۱۱۰	کد انتظامات (نزاع و درگیری)	این کد با توجه به مشاهده ی مواردی از قبیل ضرب و جرح، درگیری، اغتشاش، ازدحام، گروگانگیری، سرقت، فرار بیمار، احتمال ربودن نوزاد و اقدام به خودکشی، موارد مشابه در داخل بیمارستان و بر اساس تصمیم فرمانده ی بیمارستان صادر می شود
۱۱۱	کد بحران	به وضعیتی اطلاق می شود که نیازمند فعال سازی فرماندهی حادثه (HICS) به منظور هماهنگی و برنامه ریزی، افزایش ظرفیت و پشتیبانی در قالب برنامه پاسخ اضطراری (EOP) می باشد، این کد با توجه به سطح حادثه (زرد، نارنجی و قرمز) با اعلام (EOC)، سایر مراجع ذیصلاح خارج از بیمارستان با تایید (EOC) و یا توسط فرمانده حادثه بیمارستان می تواند فعال شود
۱۲۵	کد آتش نشانی و حریق	در شرایط وقوع آتش سوزی در داخل بیمارستان که نیازمند حضور تیم های آتش نشانی است. این کد اعلام میگردد
۲۴۷	کد سکنه قلبی	کد سکنه قلبی جهت مدیریت درمان بیماران با علائم مشخصه ایسکمی حاد میوکارد همراه با بالا رفتن LBBB یا ST که به نظر می رسد جدید باشد اعلام میشود.
۷۲۴	کد سکنه مغزی	این کد برای بیمار با علائم سکنه حاد مغزی در ۷ روز هفته و ۲۴ ساعت شبانه روز توسط بیمارستان های مشمول طرح صورت می پذیرد.
۳۵۰	کد اورژانس هوایی	این کد بمنظور فراخوان تیم پشتیبانی کننده از عملیات هوایی در بیمارستان جهت برقراری ایمنی و امنیت نشست و برخاست بالگرد و تحویل بیمار یا مصدوم اعلام می شود.
۴۰۰	کد حوادث CBRN	این کد در شرایط مواجهه با حوادث شیمیایی، بیولوژیک، پرتویی و هسته ای که در داخل و یا خارج از بیمارستان اتفاق افتاده باشد و مصدومین به بیمارستان منتقل میشوند اعلام می گردد.
۴۵۰	کد تجمعات انبوه	بمنظور آماده باش نیروها در شرایط احتمال وقوع حوادث در جشن ها، مراسمات مذهبی، نا آرامی های مردمی، ورزشگاه ها و ... این کد توسط EOC دانشگاه اعلام می شود.
۵۰۰	کد مخاطرات هواشناسی	این کد با توجه به اعلام هشدارهای سازمان هواشناسی و سایر سازمانهای پیشگیر مبنی بر احتمال بروز حوادثی مانند سیل، طوفان، تگرگ، بارش برف سنگین، بهمن، سرمازدگی، آلودگی هوا و... اعلام می شود.
۵۵۰	کد اپیدمی	این کد در زمان اپیدمی ها و بیماری های نوپدید اعلام می گردد.
۳۰۰	کد مهار فیزیکی	در بیماران پرخاشگر با اختلال روانی مراجعه به بیمارستان ها جهت پیشگیری از آسیب به خود و دیگران اعلام میگردد.

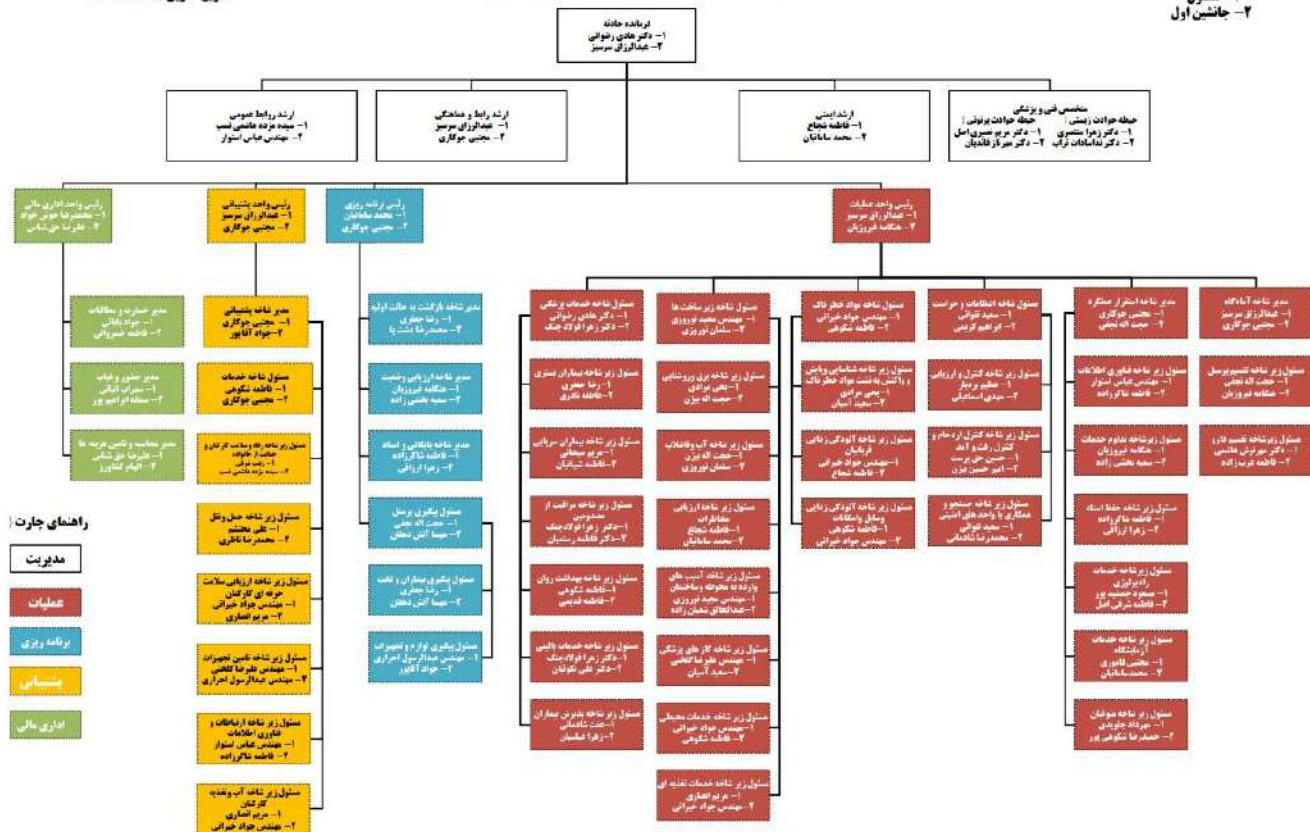
چارت پاسخ به اضطرار (بحران):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
بیمارستان امام حسین-ع.
چارت سامانه مدیریت بحران (HISC)

کد اعلام بحران | ۱۱۱

C/27001/00 گد سند
۱۴۰۳/۰۴/۱۹ تاریخ تدوین

۱- مسئول
- حائشین اول





تعیین کد رنگی زنجیره حوادث غیرمترقبه در چارت بحران :

رنگ سیاه و سفید گروه فرماندهی در چارت می باشد. این جایگاه علاوه بر فرماندهی عملیات ، تدوین اهداف ، مشخص نمودن استراتژی ها و اولویت ها جهت تصمیم گیری بهینه هنگام بحران ایجاد شده را بعهدہ دارد.

رنگ قرمز مربوط به عملیات می باشد. این گروه اقدام لازم جهت ارائه خدمات درمانی ، مراقبتی ، تاسیساتی ، کنترل تردد و امنیت را بعمل می آورند.

رنگ زرد مربوط به پشتیبانی می باشد. این گروه در خصوص تامین آب و غذای پرسنل ، ارزیابی سلامت حرفه ای آنها، تدارکات ، برقراری ارتباطات داخلی و خارجی از طریق مخابرات، حضور و غیاب پرسنل و انجام خدمات محیطی ، اقدامات لازم را بعمل می آورند.

رنگ آبی مربوط به واحد برنامه ریزی می باشد که برنامه ریزی های لازم را در خصوص پیگیری وضعیت بیماران ، تخت ها، پرسنل ، تجهیزات، پرسنل و چگونگی باطگشت به وضعیت عادی بعمل می آورد.

رنگ سبز مربوط به واحد مالی می باشد. این واحد در خصوص تامین و محاسبه هزینه ها ، خسارات و مطالبات بیمارستان و شرکت ها حین بحران اقدامات لازم را بعمل می آورد.

مرکز فرماندهی (EOC):

این اتاق مکانی است که مسئولان بیمارستان در آن، جلسات خود را برای هماهنگی مدیریت یک فوریت و بازگرداندن وضعیت به حالت طبیعی برگزار میکنند و نیز اطلاعات و منابع خود را به اشتراک میگذارند. این اتاق باید به شکلی طراحی شود که تسهیلات مؤثر و کارآمد را برای ایجاد هماهنگی

های لازم در اجرای عملیات داشته باشد. مجهز بودن به سیستم مخابراتی ، برق اضطراری ، دوربین مدار بسته ، امنیت و ایمنی از خصوصیات این اتاق می باشد. در بیمارستان ما مرکز فرماندهی دفتر مدیریت می باشد.

فرایند فعالسازی برنامه بحران :

مشاهده هرگونه نشانه توسط کارکنان یا مراجعه کنندگان

اطلاع به فرمانده بحران و بلایا در شیفت های صبح ویا سوپروایزر در شیفت های عصر و شب



ارتباط با مراکز پایش کننده مخاطرات (در صورت بحران های خارجی) بمنظور اطمینان از صحت خبر و پیشگیری از نشر اکاذیب
فعالسازی سامانه بحران و بلایا با نظر فرمانده حادثه در صورت صحت خبر
پاسخ به بحران و حوادث با توجه به شرح وظایف، توسط اعضای بحران و بلایا و جانشین های آنها.

سطوح فعال سازی برنامه هنگام حادثه:

فعالسازی برنامه پاسخ در زمان حوادث

یکی از شاخص هایی حائز اهمیت جهت شروع پاسخ در مواقع اضطرار و بحران ، نحوه فعالسازی و فرایند فراخوان کارکنان بر اساس سطح فعالسازی می باشد که می بایست برنامه ریزی گردد. آنچه که در شروع برنامه پاسخ بیمارستانی در حوادث و بلایا مطرح می باشد خبر و هشدار معتبر و قابل استنادی است که به تأیید فرمانده حادثه بیمارستان و EOC دانشگاه رسیده باشد. پس از تأیید خبر ، برنامه پاسخ فعال می گردد که از دو بخش تشکیل یافته است:

- سطوح فعالسازی

- سطوح اطلاع رسانی

سطوح هشدار که از سوی EOC دانشگاه به بیمارستان اطلاع رسانی می شود به ۳ دسته تقسیم می گردد:

۱. اطلاع رسانی (زرد) : در این سطح امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن خیلی کم است و یا به دلایل امنیتی فعلاً اجازه انتشار خبر در بیمارستان وجود ندارد؟ در این سطح تنها به سامانه فرماندهی حادثه خبر داده می شود تا آمادگی نسبی جهت فعال سازی برنامه پاسخ را کسب نمایند؛ اما در این مرحله روند کار بیمارستان تغییر نمیکنند.

۲. آماده باش (نارنجی) : در این سطح از هشدار احتمال وقوع مخاطره زیاد است اما فعال شدن همه کارکردهای تخصصی بیمارستان به علت کافی نبودن اطلاعات نیاز نیست ؟ لذا بخش فرماندهی و برنامه ریزی فعال می شوند . اقدامات افزایش ظرفیت بخش اورژانس، حفظ ارتباط با EOC دانشگاه و سازمانهای خارج از بیمارستان جهت دریافت



اطلاعات کاملتر و آماده کردن بیمارستان برای مقابله با حوادث و بلایا انجام پذیرد؟

۳. فعالسازی (قرمز): در این مرحله مخاطره رخ داده و یا قریب الوقوع است و نیاز است علاوه بر فعال سازی سامانه

فرماندهی حادثه بیمارستان، اکثر کارکردهای تخصصی مانند فراخوان

پرسنل موظف و جایگزین، افزایش تختها و همچنین لغو عملهای الکتیو،

با نظر فرمانده فعال شوند EOC.؟بیمارستان نیز فعال می شود؟

فعالسازی برنامه پاسخ بسته به سطح هشدار و محل حادثه (داخلی یا خارجی) در سه سطح صورت می گیرد :

۱. فعالسازی در سطح بخش اورژانس ۲. فعالسازی در سطح جزئی (افزودن منابع اضافی به بخش اورژانس از بخشهای دیگر)

۳. فعالسازی کامل زمانیکه تعداد قربانیان یا میزان آسیب ناشی از حادثه در حدی باشد که منابع و عملکرد بیمارستان را به طور قابل توجهی متأثر نماید؟

سطوح اطلاع رسانی فعالسازی برنامه:

۱. سطح اول اطلاع رسانی مرکز تلفن: فهرست کامل و به روز شده ای از افرادی تهیه میشود که باید در زمان فعال شدن برنامه در هر سطحی، توسط مرکز تلفن، از داخل و خارج بیمارستان فراخوان شوند مرکز تلفن با دریافت فرمان فعال شدن برنامه از اتاق هدایت عملیات حادثه یا اتاق بیرون، موظف است با این افراد تماس بگیرد

شماره تماس مربوط به اعلام بحران می باشد که در صورت مشاهده شماره فوق روی گوشی همراه خود پرسنل موظف به پاسخگویی و حضور در اسرع وقت (ظرف مدت ۱۵ دقیقه) در اتاق فرمانده بحران می باشند.

۲. سطح دوم اطلاع رسانی بخشها: هر بخش بیمارستان بایستی فهرست مشابهی از کارکنان خود تهیه و به ترتیب اولویت افراد، تماس و نیز افراد جایگزین را تعیین نماید؟



تخلیه بیمارستان در زمان حادثه

تخلیه اضطراری یکی از فعالیت هایی است که در زمان بروز حادثه بسیار حائز اهمیت می باشد. در این مورد آگاهی کارکنان در خصوص نحوه تخلیه و همچنین تامین وسایل ، تجهیزات و مسیر های آماده جهت تخلیه اضطراری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. انواع تخلیه به سه دسته تقسیم می شوند:

سطح سوم اطلاع رسانی در سطح جامعه : با پیشرفت عملیات مقابله، مرکز عملیات اضطراری بیمارستان باید ضمن هماهنگی با مرکز هدایت عملیات دانشگاه با سازمانها و مراجع خارج از بیمارستان ارتباط برقرار کرده و آنها را در جریان وقوع حوادث و فوریتها و نیازهای احتمالی قرار دهد؟

▪ تخلیه افقی :

این مرحله شامل افرادی است که امنیتشان نسبت به یک خطر فوری حفظ شده است ولی در همان طبقه می مانند. تخلیه افقی نوعا به معنی آن است که هرکس در هر واحدی قرار دارد به سمت مقابل خطر تغییر مکان دهد. (ساکنین یک طبقه به قسمتهای دیگری از همان طبقه منتقل می شوند - بیماران از یک بخش به بخش دیگر در همان طبقه منتقل می شوند .)

▪ تخلیه عمودی :

این مرحله به تخلیه کامل یک طبقه اشاره دارد. (ساکنین یک طبقه به طبقات بالا یا پایین منتقل می شوند) در خصوص حادثه ای که مکانش کاملا مشخص است و افراد می توانند به مکانی دیگر در همان ساختمان که ایمن تشخیص داده شده است منتقل شوند.

▪ تخلیه کامل :

کلیه افراد و منابع به محل ایمن خارج از ساختمان منتقل می شوند.

مانور :

مانور مجموعه ای است از راهکارهای مناسب که از قبل از وقوع فاجعه یا حوادث به منظور بالابردن سطح آگاهی و



آموزش مهارت های عملی کارکنان در بیمارستان انجام می گردد و یک نوع تمرین شبیه سازی شده است. در بیمارستان مانورهای سالانه شامل مانور آتشنشانی و تخلیه در شرایط اضطرار ، قطع شبکه ، زلزله و...برگزار می گردد.

معاینات سلامت شغلی

یکی از الزامات نظام مراقبت سلامت شغلی پیشگیری از بیماریهای شغلی می باشد که بصورت سالی یکبار برای کلیه شاغلین تحت پوشش قانون کار انجام می گردد.

در این برنامه با شناخت از محیط کار، فرآیند کاری، خطرات و عوامل زیان آور در محیط کار، تاثیر این عوامل بر سلامت شاغلین بررسی و نیز از طریق ارزیابی محیط کار و معاینات دوره ای و غربالگری، تشخیص زودرس و درمان به موقع بیماری ها و آسیب های ناشی از کار انجام می شود. اهداف برنامه را می توان به صورت کلی در موارد ذیل خلاصه نمود:

تشکیل پرونده پزشکی جهت کلیه شاغلین و انجام معاینات پزشکی حداقل سالی یکبار
قرار دادن شاغلین در کار متناسب با توانایی جسمی، روحی و روانی آنان
شناسایی به موقع بیماریهای شغلی و مداخله موثر

• معاینات بدو استخدام :

معایناتی هستند که قبل از استخدام شاغل در شغل موردنظر، و با هدف حفظ سلامتی خود شاغل و افراد دیگر شاغل در آن محیط کاری، بررسی توانایی شاغل در انجام وظایف کاری مورد انتظار در آن شغل، و تعیین وضعیت پایه سلامتی شاغل جهت مقایسه با اطلاعات سال های بعد می باشد.

در بیمارستان ما این معاینات از طریق مراجعه شاغلین جدیدالورود به کلینیک تخصصی طب کار عرفان واقع در کلینیک بیمارستان انجام می گردد . این معاینات شامل آزمایشات کامل خون ، PPD و تیترا آنتی بادی و آنتی ژن ، تست شنوایی سنجی ، تست تنفس ، بینایی سنجی و معاینه توسط پزشک متخصص طب کار می باشد(شاغل جدیدالورود



می تواند معاینات بدو استخدام خود را مطابق دستورالعمل در مراکز مورد تاءید معاونت بهداشت که در سایت معاونت بهداشت موجود است انجام داده و به بیمارستان ارائه نماید. لازم بذکر است چنانچه شاغلی پرونده طب کار شاغل بیش از یک هفته گذشته باشد، مجدداً می بایست توسط متخصص طب کار تائید شده و سپس جهت تائیدیه نهایی به واحد بهداشت حرفه ای ارائه گردد بنابراین از پذیرش پرونده طب کار بعد از ۱ هفته معذوریم).

برگه اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی

برگه اطلاعات ایمنی مواد (Material Safety Data Sheets) حاوی اطلاعاتی بر مبنای مخاطرات بالقوه مواد شیمیایی (مخاطرات بهداشتی ، حریق ، واکنش پذیری و محیطی) و همچنین نحوه کار ایمن با آن مواد شیمیایی بوده و مرحله نخست ایجاد یک برنامه کامل بهداشت و ایمنی در محیط کار می باشد. این برگه همچنین حاوی اطلاعات بمنظور آگاه ی از کاربری، نگهداری و اقدامات فوریتی مرتبط با مخاطرات مواد شیمیایی می باشد. بطور کل ی هدف از تهیه MSDS را می توان بیان موارد زیر دانست :

تشخیص یا شناسایی مخاطرات مرتبط با ماده شیمیایی

نحوه استفاده من ای ماده شیمیایی

تشخیص علائم ناشی از مواجهه بیش از حد با ماده شیمیایی

اقدام مناسب هنگام وقوع حادثه

مدیریت بحران

نشانه ها و علائم ایمنی



خورنده



قابل اشتعال



محرک



اکسیدان کننده



آسیب به محیط زیست



سمی

نشانه انجمن ملی حفاظت حریق

لوز خطر خلاصه ویژگی هایی نظیر مخاطرات بهداشتی، قابلیت اشتعال، واکنش زایی و مخاطرات خاص یک ماده شیمیایی را سرعاً در اختیار کار بر قرار می دهد. این لوزی به چهار بخش با رنگهای آبی، قرمز، زرد و سفید تقسیم می شود. علائم و شماره های مربوط به چهار بخش نمایان گر میزان مخاطرات مربوط به ماده شیمیایی می باشد:

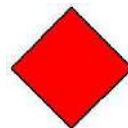


مخاطرات بهداشتی



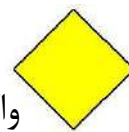
۴	خطرناک	ممکن است در صورت مواجهه کوتاه مدت کشنده باشد. است.
۳	هشدار دهنده	خورنده یا سمی است. از مواجهه پوستی و یا استنشاق آن پرهیز شود.
۲	هشدار دهنده	ممکن است مضر باشد اگر استنشاق شده و یا جذب پوست شود.
۱	احتیاط	ممکن است باعث حساسیت شود.
۰		مخاطرات غیر عادی ندارد.

قابلیت اشتعال



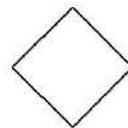
بسیار آتش گیر است	خطرناک	۴
در دمای ۱۰۰ درجه فارنهایت (۷۷,۳۷ درجه سانتی گراد) آتش می گیرد.	هشدار دهنده	۳
در دمای ۱۰۰-۲۰۰ درجه فارنهایت (۳۳,۹۳-۷۷,۳۷ درجه سانتی گراد) آتش می گیرد.	احتیاط	۲
آتش گیر است در صورتیکه گرم شود.	احتیاط	۱
نمی سوزد.	ثابت	۰

واکنش پذیری



در دمای اتاق قابل انفجار می باشد.	خطرناک	۴
اگر گرم شود، دچار شوک شود و یا با آب مخلوط شود سبب انفجار می شود.	خطرناک	۳
ناپایدار یا بشدت با آب واکنش می دهد.	هشدار دهنده	۲
ممکن است در صورتیکه گرم شود و یا با آب مخلوط شود واکنش پذیر باشد	احتیاط	۱
وقتی با آب مخلوط می شود واکنش نمی دهد.	ثابت	۰

خطرات خاص



با آب واکنش می دهد.	W	۱
عامل اکسید	Ox	۰

برچسب مواد شیمیایی

این برچسب در بیمارستان بر روی کلیه محلول های ضد عفونی کننده با توجه به نام محلول می بایست الصاق گردد. اطلاعات کاربردی روی این برچسب شامل موارد ذیل می باشد:

نام محلول ضد عفونی کننده

طریقه رقیق سازی محلول

علائم ایمنی و هشدار دهنده

لوزی خطر که بیشتر توضیحات لازم مربوط به آن ارائه گردید

حمل و جابجائی بیماران / بار :

تعریف حمل دستی بیمار: در این بخش هرگونه جابجائی بیمار یا تغییر وضعیت وی (از خوابیده به نشسته و ...) و یا بلند کردن بیمار افتاده از روی زمین در زمره حمل دستی بیمار دسته بندی میشود.

مخاطرات رایج در روش حمل دستی بیمار :

- ۱ حمل تکراری (چندین بار در یک شیفت انجام شود).
- ۲ حمل در وضعیت نامناسب (مثلا بمنظور دسترسی به بیمار برای کمک به بلند کردن وی از عرض تخت استفاده شود).
- ۳ اعمال نیرو و فشار بیش از حد و غیر ضروری (مثلا هل دادن صندلی چرخدار درحین بالا وپائین رفتن از ramp و...)
- ۴ بلند کردن بارهای سنگین (مثل بیمار بی تحرک) به تنهایی
- ۵ حمل بیمار در وضعیت کشیدگی بیش از حد عضلات
- ۶ سرپا نگهداشتن بیماری که در حال افتادن است
- ۷ بلند کردن بیمار افتاده از روی زمین یا تخت



۸. بیش از ۲۰ بار حمل در هر شیفت

۹. حمل به تنهایی و بدون کمک دیگران

۱۰. بلند کردن بیمارانی که قادر به حفظ تعادل خود نیستند

۱۱. حمل بیماران سنگین وزن

۱۲. توقع افراد از خود یا دیگران برای انجام کارهایی بیش از حد توانائی

۱۳. فاصله زیاد بین بیمار و پرستار در هنگام حمل و جابجائی

۱۴. پوشش‌های نادرست در حین انجام کار (مثل خم شدن و چرخش کمر)

۱۵. آموزش نادرست و غیر موثر تکنیکهای حمل صحیح و نحوه بکارگیری لوازم کمکی

- چند نکته مهم در حمل و جابجائی بیمار:

۱. زمانی که بیماران در حالت نامتوازن قراردارند هرگز آنها را جابجا نکنید.

۲. بیمار را در نزدیکی بدن حمل کنید.

۳. بیمار را به تنهایی جابجا نکنید بویژه بیماری که روی زمین افتاده . برای بلند کردن بیماران از روی زمین حتما از چند نفر کمک بگیرید یا از وسایل مکانیکی استفاده نمائید.

۴. تعداد دفعات حمل را در روز به ازای هر نفر به حداقل ممکن کاهش دهید (قابل توجه سرپرستان و مدیران)

۵. از حمل بار سنگین بویژه در هنگام چرخش کمر پرهیز کنید.

۶. قبل از استفاده از هر نوع وسیله مکانیکی آموزش لازم را ببینید.

روشهای حذف مخاطرات شغلی (ارگونومیکی) در هنگام جابجائی اشیاء :

۱. اشیائی را که حمل میکنید حتما باید مجهز به دسته باشند.

۲. برای حمل اشیای سنگین و حجیم که بلند کردن آنها مانع از دید کافی شما میشود حتما کمک بخواهید

۳. هرگز در یک زمان چند چیز را باهم جابجا نکنید . مثلا حرکت دادن صندلی چرخدار بیمار به همراه پایه سرم متصل

به وی.



4. نصب دسته بر روی سطل ها و سبدها برای حمل راحت تر

5. عدم استفاده از کیسه زباله بدون قرار دادن درون سطل . برای جلوگیری از مخاطراتی مثل پاره شدن کیسه زباله و تماس با زباله های عفونی و برای حمل راحتتر حتما کیسه ها را داخل سطل قرار دهید .

روشهای حذف مخاطرات شغلی (ارگونومیکی) در هنگام استفاده

از لوازم نظافت عمومی :

1. اشیاء را محکم و با اعمال فشار ، در چنگ نگیرید.

2. دسته جارو و تی نباید لیز و لغزنده باشد بلکه باید بخوبی در دست جای گرفته و حمایت شود.

3. هنگام زانو زدن زانو بند بپوشید یا قطعه ای پارچه ضخیم و نرم زیر زانوان خود قرار دهید.

4. حتی الامکان جاروهایی با دسته هایی که در تمام جهات و زوایا قابلیت چرخش دارند بکار برید

5. برای دسترسی به اشیای بالای سر از نردبان یا چهارپایه استفاده کنید

6. جارو زدن یا تی کشیدن را اگر به این روش انجام دهید کمتر خسته میشوید : به سمت سطح بزرگتر جارو فشار دهید

- زباله های سطح زمین را از تمام سطوح به یک سمت هدایت و در یک نقطه انباشته کنید و در همانجا جمع آوری نمائید .

7. هرگز به روش تکراری کار نکنید . هرچند وقت یکبار برای کاهش فشارهای وارده بر عضلات روش جارو کردن را تغییر دهید .

8 در صورت امکان سطلها - خاک اندازها و سایر ابزارهای نظافت را به چرخ ترمز دار مجهز نمائید.

9. در حین انجام نظافت از پوششهای نادرست مثل چرخیدن و خم شدن پرهیز کنید.

10. وسایل کار را بجای حمل با دست با چرخ دستی حمل کنید .

11. از جاروها یا زمین شوی های برقی سبک که براحتی حمل و نقل میشوند استفاده کنید.

12. بطری های اسپری برای پاک کردن شیشه و ... مجهز به دسته خمیده ارجحیت دارند.

نوبت کاری

منظور از نوبت کاری هر نوع کاری است که در خارج از ساعت معمول کار روزانه (۷ صبح الی ۶ بعد از ظهر) انجام شود و شامل :

شیفت های ثابت شب ، شیفت های ثابت دیگر (از قبیل شیفت عصر) و یا شیفت های که قبل از ۶ صبح شروع می شود .

شیفت های چرخشی که زمان کار از روز به عصر یا از روز به شب تغییر یابد که این ممکن است بصورت هفتگی یا ماهیانه باشد .

شیفت های فشرده هفتگی

خطرات نوبت کاری

الف - خطرات بهداشتی (اثر بر روی خواب ، مشکلات گوارشی ، مشکلات قلبی و عروقی ، پیامدهای روحی و روانی ، مصرف الکل و دارو ، ریسک تماس با خطرات فیزیکی ، شیمیائی ، بیولوژیکی ، اثر روی بارداری و تشدید بیماری های زمینه ای نظیر آسم ، دیابت ، صرع ..).

مشکلات اجتماعی و خانوادگی

پیامدهای ایمنی و اثر بر روی عملکرد شغلی



آموزش کارکنان :

افراد نوبت کار می توانند اثرات نوبت کاری را بر روی سلامتی خودشان و زندگی اجتماعیشان کاهش بدهند بوسیله :
مدیریت بحران محافظت از دوره های خواب بوسیله تنظیم دوره های استراحت و بیداری (خودداری از فعالیت نمودن قبل از دو ساعت مانده به زمان خواب).

خاموش کردن چراغها و استراحت در محیط آرام و ساکت.

نگهداری منظم وعده های غذایی و خوردن غذا در این وعده ها و انتخاب غذای حاوی کربوهیدراتها و خودداری از خوردن غذای حاوی پروتئین و چربی بالا و سنگین قبل از رفتن به خواب.

یادآوری اثرات بالقوه شیفت کاری به خانواده و دوستانشان

تنظیم برنامه زندگی به گونه ای که وقت کافی برای گذارندن با فامیل ها و دوستان وجود داشته باشد.

استرس شغلی

استرس شغلی یکی از نگرانی های دائم در مراکز مراقبت های بهداشتی است . مطالعات نشان میدهد که پرسنل مراقبت های بهداشتی بیش از دیگر مشاغل در معرض مخاطرات سایکولوژیک بوده و نرخ بالایی از افسردگی و اضطراب ناشی از استرس شغلی را دارا می باشند . علاوه بر روان پریشی ، دیگر پیامدهای استرس شغلی شامل خستگی ، غیبت ، اقدام به ترک کار ، کاهش رضایت بیماران و بروز خطا در تشخیص و معالجه است.

عوامل رایج ایجاد کننده استرس در مراکز مراقبت های بهداشتی شامل موارد زیر می باشد :

کمبود پرسنل در بخش

عدم مشخص بودن وظیفه

تماس با مواد عفونی و خطرناک

بار کاری بالا

شیفت کاری

حوادث شغلی ناشی از مواجهه با خون و ترشحات

تماس با خشونت ها و تهدید های مرتبط با کار

فشار زمانی (کوتاه بودن زمان برای به پایان رساندن مطلوب وظیفه)
مدیریت بحران

فقدان حمایت اجتماعی در کار (خصوصاً از سوی سوپروایزرها ، سرپرستارها و بالاترین مقام مدیریتی)

تماس با بیماریهای عفونی

فقدان خواب کافی

سروکار داشتن با بیماران صعب العلاج





اثرات بالقوه تاثیر بهداشتی استرس شغلی

استرس ممکن است با انواع عکس العمل های زیر همراه باشد :

روانشناختی (تحریک پذیری ، نارضایتی شغلی ، افسردگی)

رفتاری (مشکلات خواب ، غیبت)

جسمی (سردرد ، آشفته گی معده ، تغییرات فشار خون)

چگونه می توان استرس را در محیط کار کنترل نمود ؟

راه بسیار موثر برای کاهش استرس شغلی ، رفع استرسورها بوسیله طراحی مجدد مشاغل و ایجاد تغییرات سازمانیست . سازمانها باید اقدامات پیشگیرانه زیر را انجام دهند :

نقش و وظایف کارکنان بطور وضوح تعریف شود .

بهبود روابط میان کارکنان. و مهیا نمودن فرصتی برای تعامل اجتماعی در میان کارکنان .

آموزش در خصوص استراتژی های تسلط بر کار .

مدیریت زمان .

شناسایی استرس و علت یابی

آموزش و توسعه مهارتها

پاداش و ترفیع

ایجاد تنوع غذایی

پیشگیری به جای درمان استرس

دریافت بازخورد از میزان موفقیت اقدامات انجام شده

مدیریت بحران (بازکار و بیرون ریختن موارد زائد

بهینه سازی محیط کار(رنگ شاداب-نور مناسب-استفاده از گل و گیاه).

مدیریت زمان و اولویت بندی کارها(درجه بندی اهداف -برنامه ریزی کارها -تخصیص زمان).

آتش نشانی :

آتشنشانی یا اطفاء حریق مجموعه اقداماتی است که برای مقابله با آتش بوسیله خاموش کردن، کنترل و یا هدایت آتشیهای ناخواسته انجام می گیرد. روش های اطفاء حریق بستگی به نوع آتش دارد. برای مقابله با آتش باید یکی یا بیشتر از عوامل اصلی مثلث آتش یعنی هوا، ماده سوختنی و یا حرارت را کنترل کرد. همچنین می توان آتشنشانی و یا اطفاء حریق را به دو گروه دستی و اتوماتیک تقسیم کرد؛ که در نوع اول یعنی دستی، عملیات اطفاء حریق به صورت دستی و توسط افراد و یا آتش نشانان صورت می پذیرد و در نوع دوم یعنی اطفاء حریق اتوماتیک، این عملیات به صورت خودکار و بدون حضور عوامل انسانی صورت می پذیرد.

تجهیزات آتشنشانی در بیمارستان :

در بیمارستان ۳ نوع ماده اطفاء حریق موجود است. این مواد شامل کپسول های اطفاء حریق پودر، CO_2 و هوزریل آتشنشانی می باشد. کپسول ها بصورت سالانه جهت شارژ به شرکت های دارای مجوز ارسال می گردد. فایرباکس ها و کپسول های خاموش کننده بصورت فصلی توسط شرکت پیمانکار مورد بازرسی قرار می گیرد.

در تمامی طبقات تجهیزات اطفاء حریق دستی شامل جعبه های آتشنشانی که دارای شلنگ ۲۵ متری و یا هوزریل آب می باشند، کپسول های پودری و کپسول های CO_2 و تجهیزات اطفاء حریق اتوماتیک (اسپرینکلر ها در پارکینگ ها و انبار مرکزی تعبیه گردیده) موجود می باشد. تجهیزات اطفاء حریق اتوماتیک که در صورت ایجاد حریق و حرارت حریق به مخزن جیوه ای یا الکلی که در سقف کارگزاری شده است می رسد و با ترکیدن مخزن شروع به اطفاء حریق می نمایند. تمامی بخشها مجهز به شستی اعلام حریق می باشد که با فشار شستی، آلامر خطر به صدا در می آید. تمامی بخشها مجهز به دتکتور دودی (دتکتور در آشپزخانه از نوع دتکتور حرارتی است) می باشند. این دتکتور ها به



مدیریت بحران محض رسیدن دود به آنها شروع به آژیر زدن می نمایند.

تفاوت ظاهری کپسول های پودری و CO_2 :

کپسول های CO_2 دارای شلنگ شیپوری و یا قیفی مانند می باشد.

در صورتیکه شلنگ کپسول های پودر صاف می باشد. کپسول های پودر دارای مانومتر می باشند



که فشار گاز داخل کپسول را نشان می دهد اما کپسول های COO فاقد مانومتر هستند زیرا همواره تحت فشار می باشند.

نحوه استفاده از کپسول ها:

پین را بکشید: این عمل به شما اجازه می دهد بتوانید دسته کپسول را فشار دهید تا مواد خاموش کننده از کپسول خارج شود.

قاعده حریق را هدف قرار دهید: از پایین ترین سطح آتش شروع به اطفاء نمایید.

دسته را به پایین فشار دهید: این کار باعث خارج شدن مواد اطفاء کننده از کپسول می شود.

آتش را از یک سمت به سمت دیگر جارو نمایید.

نکات مهم:

پیش از استفاده از کپسول های پودری می بایست کپسول را چند بار سر و ته و یا تکان داد.

کپسول های CO₂ بهتر است هنگام استفاده بر روی زمین کشیده شوند زیرا دارای الکتریسیته ساکن می باشند که باید به زمین انتقال دهند.

کپسول های CO₂ برای تجهیزات الکتریکی مناسب تر می باشند.

مدیریت حریق: پودری جهت اطفاء انواع حریق ها مورد استفاده می گردد.

در صورتیکه فردی دچار حریق شود بهترین راه خاموش کردن و خفه نمودن حریق توسط پتو و بالش است. فردی که دچار حریق شده است نباید بدود زیرا باعث شعله ور شدن بیشتر حریق می شود.

در خصوص فایرباکس ها ، در طبقات هوزیرل موجود است که نیاز به باز نمودن قرقره تا انتها نیست. اما در طبقات پارکینگ که شلنگ ۲۵ متری موجود است، حتما باید دقت نمود که ابتدا قرقره باید تا انتها باز شود، یکنفر سر شلنگ و دیگری شیر فلکه را باز می نماید. آب فقط جهت حریق اجسامی مورد استفاده قرار می گیرد که پس از سوختن خاکستر به جای می گذارند. آب جهت حریق تجهیزات الکتریکی استفاده نمی شود زیرا رسانای جریان برق بوده و موجب برق گرفتگی می شود.

کد اعلام حریق :

حریق یکی از بحران های داخلی بیمارستان محسوب می شود و با توجه به اختصاص عدد ۱۲۵ بعنوان کد بحران حریق ، کد حریق از طریق اعلام ۱۲۵ حریق از طریق پیجینگ (شماره ۵) در سر تا سر بیمارستان اعلام می شود. گروه آتشنشان بیمارستان :

با توجه به اهمیت آگاهی کارکنان در خصوص بحران حریق و اقدام به موقع به هنگام حادثه ، در هر بخش ۱ نفر بعنوان رابط آتشنشان تعیین گردیده است. رابط آتشنشانی آموزش های دوره ای مربوط به آتشنشان داوطلب را گذرانده اند و گواهی مربوطه را از آتشنشانی دریافت می نمایند. همچنین پرسنل حراست در سه شیفت آموزش ۶۴ ساعت تئوری و عملی آتشنشانی را طی نموده و گواهی مربوطه را از سازمان دریافت می نمایند. در بیمارستان آموزش همگانی مبانی حریق شامل کلیات برای کلیه پرسنل برگزار می گردد.

آموزش های دوره ای :

سالانه آموزش های مربوط به مبانی حریق و روش استفاده از کپسول های اطفاء حریق توسط مسئول بهداشت حرفه ای جهت آشنایی کلیه پرسنل برگزار می گردد و مستندات مربوطه شامل فهرست شرکت کنندگان و اثر بخشی آموزش ثبت و نگهداری می گردد .



مدیریت خطر در بیمارستان

انجام فعالیت های اداری و بالینی در جهت تشخیص و شناسایی ، ارزیابی ، تجزیه و تحلیل و در نهایت کنترل مخاطراتی که می توانند بیماران، ملاقات کنندگان و کارکنان را تحت تاثیر قرار داده و در نهایت موجب از دست رفتن خود سازمان مدیریت بحران شوند.

فاز اول : شناسایی و ارزیابی مخاطرات بالقوه

مرحله شناسایی ، در حقیقت زمینه سازی در خصوص مخاطراتی است که در بخش های مختلف بیمارستان موجود می باشد و پاسخ به سئوالات ذیل است:

چه مخاطراتی در بخش موجود است؟ این مخاطرات چه آسیب ها و صدماتی را می توانند ایجاد نمایند؟

مخاطرات شناسایی شده و متعاقب آن آسیب ها و صدمات مربوطه ، چه کسانی را تحت تاثیر قرار می دهند؟
فاز دوم: کنترل خطر و ارائه راهکار مناسب

اطلاعات بدست آمده از ارزیابی ریسک تجزیه و تحلیل شده و استراتژی لازم بمنظور بهبود فرایند که در حقیقت به حداقل رساندن خطر و در شرایط ایده آل حذف آن در تمامی فرایندهای موجود (درمانی و پشتیبانی) می باشد ، اتخاذ می گردد.

مفاهیم مربوط به مدیریت خطر در بیمارستان

مخاطره : هر عامل یا شرایطی که می توانند بصورت بالقوه ایجاد صدمه و آسیب نمایند.

ریسک : احتمال به وقوع پیوستن آسیب و صدمات و در حقیقت احتمال بالفعل شدن شرایط بالقوه را ریسک می نامند.

مخاطره : لغزنده بودن سطوح/ ریسک : احتمال سقوط و سر خوردن

مخاطره : سوزن آلوده / ریسک : انتقال عفونت

روش ارزیابی خطرات بالقوه در بیمارستان عرفان

در بیمارستان ما ارزیابی خطرات به ۲ صورت انجام می شود: RCA و FMEA

FMEA(Failure Mode and Effect Analysis)

تجزیه تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن

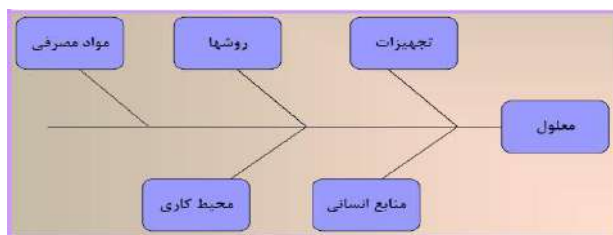
این روش یک روش آینده نگر (Proactive) در شناسایی ، تجزیه و تحلیل و کنترل خطر می باشد. بطور کلی این روش حالات مختلفی که ممکن است حین انجام فرایندهای درمانی ، تشخیصی و پشتیبانی برای بیمار ، همراه بیمار و کارکنان ایجاد خطر نمایند را شناسایی نموده و با بیان شدت خطر، احتمال وقوع و قابلیت کشف خطر به ارزیابی مدیریت بحران میزان خطر مورد بررسی، می پردازد. هدف از این روش ، پیشگیری از به وقوع پیوستن خطرات احتمالی در آینده و بهبود فرایند می باشد.

RCA(Root Cause Analysis)

تجزیه و تحلیل علل ریشه ای خطا

این روش یک روش واکنشی (Reactive) جهت شناسایی خطا می باشد. در حقیقت اتفاق یا رویداد نا خواسته به وقوع پیوسته است و حال می بایست علل ریشه ای ایجاد خطر مورد بررسی قرار گیرد تا در آینده از به وقوع پیوستن مجدد آن پیشگیری شود. ساده ترین راه جهت شناسایی علل ریشه ای خطا رسم نمودار استخوان ماهی (FishBone) می باشد. در حقیقت سر ماهی معلول یا رویداد به وقوع پیوسته بوده و تیغه های ماهی را علل به وجود آورنده آن رویداد تشکیل می دهند. در یک چیدمان بیمارستانی علل ایجاد خطا حداقل یکی از این ۵ عامل است :

تجزیه تحلیل علل خطر به روش ۵Why (۵ چرا) نیز انجام می شود. در این روش از طریق چرایی و چگونگی ایجاد حادثه و علت های به وجود آورنده ریشه یابی خطر انجام می گردد.



کنترل عفونت

کنترل عفونت

تاریخچه و اهداف : عفونت به معنای پدیده ای است که میزبان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماری زای عفونی دچار آسیب می شود.



تاریخچه کنترل عفونت های بیمارستانی در دنیا بسیار قدیمی است . عفونت های بیمارستانی همزمان با گسترش بیمارستانها یکی از مشکلات عمده بهداشتی و درمانی بوده و با افزایش مدت اقامت بیمار در بیمارستان موجب افزایش ابتلاء و مرگ و میر ناشی از این عفونتها شده و در نتیجه هزینه های بیمارستانی را به شدت افزایش می دهد . سازمان بهداشت جهانی تعریفی جامع از این عفونتها ارائه کرده و آنها را عفونتهای ناشی از مراقبتهای بهداشتی می خواند. گروه هدف این برنامه کلیه بیمارانی را شامل می شود که به مدت بیشتر از 24 ساعت بستری می شوند و بیماران سرپایی مدنظر این برنامه نیست.

کمیته کنترل عفونت بیمارستانی :

کمیته کنترل عفونت در سطوح بیمارستان ، شهرستان ، دانشگاه و کشور برگزار می گردد که در سطوح بیمارستان ماهانه برگزار می گردد و اعضاء تیم کنترل عفونت به شرح ذیل می باشد .

اهداف کلی کنترل عفونت بیمارستان عبارتند از:

- * کاهش مرگ و میر، ابتلاء و عوارض ابتلاء به عفونت های بیمارستانی
- * کاهش هزینه های بیمارستانی از طریق کاهش میانگین بستری و کاهش مداخلات درمانی
- * تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد جامعه و رضایتمندی آنان از طریق کنترل عفونتهای بیمارستانی
- ترکیب اعضاء تیم و کمیته کنترل عفونتهای بیمارستانی:

الف) تیم کنترل عفونت بیمارستان:

۱- سوپروایزور کنترل عفونت

۲- پزشک کنترل عفونت (رئیس تیم) که فوق تخصص یا متخصص عفونی، متخصص داخلی، متخصص کودکان، پاتولوژیست یا پزشک عمومی می باشد .

تبصره :در بیمارستان های بزرگ با صلاحدید رئیس بیمارستان

علاوه بر سوپروایزور کنترل عفونت از خدمات سایر پرستاران نیز به

عنوان رابط کنترل عفونت می توان استفاده کرد.

ب (کمیته کنترل عفونت بیمارستان:

- ۱- تیم کنترل عفونت بیمارستان
 - ۲- رئیس یا مدیر بیمارستان
 - ۳- مسئول بهداشت محیط بیمارستان
 - ۴- مسئول آزمایشگاه
 - ۵- مترون بیمارستان
 - ۶- متخصص داخلی، جراحی، کودکان و در صورت امکان اپیدمیولوژیست بیمارستان
 - ۷- در صورت لزوم مسئولین واحدهای دیگر شامل مسئول خدمات، امور اداری و مالی، کارشناس امور دارویی
 - ۸- در صورت لزوم کارشناس اعتبار بخشی
 - ۹- در صورت لزوم رابطین کنترل عفونت بخشها
- تعریف عفونت بیمارستانی :
- عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماریزا مرتبط با خود عامل عفونی یا سموم آن در بیمارستان ایجاد می شود، به شرطی که:
- حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود. از نظر زمانی روزی که رویداد اتفاق می افتد (ایجاد عفونت، انجام پروسیجر جراحی، تعبیه ابزار) روز ۱ در نظر گرفته می شود و روزهای بعد نسبت به آن سنجیده می شود.
- **کنترل عفونت** پذیرش، فرد نباید علایم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد.
- سابقه عمل جراحی یکماه گذشته یا سابقه ایمپلنت گذاری (جسم خارجی) طی سه ماه گذشته
- تشخیص عفونت بیمارستانی :
- نظارت سرپرستار بخش بر گزارش روزانه تب ، تغییر زخم جراحی به نفع عفونت ، شروع آنتی بیوتیک جدید ، تغییر آنتی بیوتیک و نظر پزشک مبنی بر عفونت های بیمارستانی و نظارت سوپروایزر آزمایشگاهی جهت بررسی نتایج تست های روزانه و گزارش به پرستار کنترل عفونت و پزشک کنترل عفونت می باشد
- ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان:



ایزوله به معنی مجزا کردن کسی یا چیزی از بقیه و یا در قرنطینه نگاه

داشتن و هدف از جداسازی بیماران در بیمارستان جلوگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیماران (چه مبتلا به عفونت و چه کلونیزه با عفونت) به سایر بیماران، عیادت کنندگان-پرسنل بیمارستان است. اصول جداسازی مشتمل بر دو قسمت میباشد.

الف: "احتیاط های استاندارد"

ب: "احتیاط بر اساس راه انتقال بیماری"

الف (احتیاط های استاندارد Standard precautions):

جایگزین احتیاط های همه جانبه یا عمومی شده است و رعایت آنها برای تمام بیماران ضروری است در صورت تماس با خون، تمام مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی بدن بجز عرق، پوست آسیب دیده و مخاط ها رعایت موارد زیر ضروری است:

۱- پوشیدن دستکش

۲- شستن دست ها بلافاصله پس از خروج دستکش- در فواصل تماس بین بیماران

۳- استفاده از گان- محافظ چشم- همراه با ماسک با محافظ صورت

۴- عدم دستکاری سوزن و وسایل نوک تیز (ممنوعیت Recap)

۵- جمع آوری وسایل نوک تیز در ظروف مقاوم به سوراخ شدگی

کنترل عفونت

اهداف اجرایی احتیاطات استاندارد عبارتند از:

۱- پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به کارکنان

۲- پیشگیری از انتقال عفونت از بیمار به بیمار توسط کارکنان

۳- پیشگیری از انتقال عفونت از کارکنان به بیماران

ب (احتیاط براساس راه انتقال بیماری: Transmission based precaution)

الف: اصول احتیاط های هوایی (Air borne Precautions): برای جلوگیری از انتقال بیماریهایی که از طریق هسته

قطرات با اندازه کوچکتر از ۵ میکرون یا ذرات گرد و غبار

حاوی عامل عفونی بکار می رود مانند: سل ریه ؛ سرخک ؛ آبله مرغان یا

زونا یا منتشر

ب: اصول احتیاط های قطرات (Droplet Precautions): برای جلوگیری از انتقال آئروسل های درشت (قطره)

استفاده می شود به دلیل اندازه بزرگ این قطرات در هوا معلق نمی مانند تا فاصله زیاد حرکت نمی کنند این ذرات

حین صحبت ، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی

مثل ساکشن یا برونکوسکوپي ایجاد می شوند باکتری هموفیلوس

آنفلونزای نوع B مهاجم؛ مننگوکک ؛ بیماری پنوموکوک مقاوم به چند دارو ؛ مایکو پلاسما پنومونیه ؛ سیاه سرفه ؛

ویروس آنفلونزا ؛ اوریون ؛ سرخچه

ج: اصول احتیاط های تماسی (Contact Precautions) : برای جلوگیری از انتقال ارگانیسم های مهم از لحاظ همه

گیری که مربوط به بیماران کلونیزه یا دچار عفونت بوده و از طریق تماس مستقیم لمس کردن یا تماس غیر مستقیم

(تماس با اشیاء وسایل یا سطوح آلوده محیط بیمار) انتقال می یابند.مانند

بیماری های اسهالی ؛ آبله ؛ ترشحات کنترل نشده ؛ آدنوویروس در نوزادان و اطفال ؛ دیفتری جلدی ؛ زرد زخم ؛ تب

های خونریزی دهنده ویروسی ؛ سرخه مادرزادی ؛ آبله ؛ آبله مرغان ؛ گال ؛ شپش

کنترل عفونت

قوانین ایزولاسیون بیماران

۱. احتیاط هوایی (Air born precaution)

ذرات کوچکتر از ۵ میکرون که این ذرات به دلیل کوچک بودن در هوا معلق می مانند .
بیماریها شامل: سل ریه - سل حنجره- آبله مرغان - سرخک - زونا منتشر - COHF (تب خونریزی
دهنده گریه کنگو) - HIV با زونا منتشر - آبله - آبله میمونی - سندرم تنفسی حاد شدید SARS -
سرخک

شرایط ایزولاسیون:

۳. احتیاط تماسی (Contact Precautions)

از طریق تماس مستقیم (لمس بیمار) یا غیر مستقیم (تماس با اشیاء ، وسایل و سطوح آلوده محیط
بیمار) منتقل می شود.
بیماریها شامل:
عفونتهای گوارشی مثل اسهال باکتریایی یا ویروسی - شنگلا - هیانت E و A - زونا ویروسی - تب
خال - زرد زخم - سلولیت - زخم های فشاری - گال - پدیکولوز - زونا - ابله - آبله ای که
پاسمان نشده یا ترشح آن کنترل نمی شود - آلودگی با شیش و گال - ویروس هرپس سیمپلکس
در نوزاد - آدنوویروس - نوزادان با اطفال - کودکان مبتلایان به جدو و سس - دیلتا E - سل مقاوم به درمان



کنترل عفونت

وسایل حفاظت فردی عبارتند از :

دستکش - ماسک - عینک - گان - محافظ چشم - بینی و دهان

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی:

۱- رعایت بهداشت دست ۲- پوشیدن گان ۳- پوشیدن کلاه ۴- ماسک



۵- محافظ صورت یا عینک ۶- دستکش

ترتیب درآوردن وسایل حفاظت فردی :

۱-دستکش ۲-گان ۳-شستن دستها ۴-عینک و محافظ صورت

۵-ماسک ۶-شستن دست

روش بهداشتی نمودن دست ها :

اهمیت دست ها در انتقال عفونت های بیمارستانی کاملاً مشخص است و از طریق شستن دست ها به طریق صحیح ، خطر انتقال عفونت ها به حداقل می رسد پوست طبیعی انسان باکتری ها کلونیزه شده است پوست بطور عمده دو نوع فلور موقت و دائم دارد.

فلور موقت پوست (استرپتوکوک،استافیلوکوک) لایه های سطحی پوست را می پوشاند و توانایی بیماری زایی بالایی دارند در صورت تماس مستقیم پوست پرسنل با بیماران ، سطوح آلوده محیطی مجاور بیمار این دونوع فلور اکتساب می گردد اغلب این موارد باکتریوم و گونه های میکروکوک به لایه های عمقی تر پوست اتصال داشته و توانایی بیماری زایی کمی دارند مگر اینکه با وسیله تهاجمی در داخل بدن فرو روند بر خلاف فلور موقت دائم به سختی به طریق مکانیکی و شستن دست معمولی از بین می رود .

کنترل عفونت

راهنمای استفاده از مواد ضدعفونی کننده دست در مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان ها، آزمایشگاه ها، درمانگاه ها و ...

لازم است دست های کثیف با آب و صابون شسته شود.

مدت زمان مناسب برای ضدعفونی کردن ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.



کنترل عفونت

مدت زمان مناسب برای Hand washing ۴۰ تا ۶۰ ثانیه

می باشد و مدت زمان مناسب برای Hand rub ۲۰ تا ۳۰ ثانیه می باشد .

مقدار ماده Hand rub دو پاف (۳ سی سی) و مقدار مایع صابون مورد استفاده به مقداری که کلیه سطوح دست



را بپوشاند .

رعایت اصول بهداشت محیط و کنترل عفونتهای بیمارستانی

۱- محیط: محیط بیمارستان نقش مهمی در ایجاد عفونت های بیمارستانی بارز می کند ، محیط بیمارستان شامل اجزا زیاد می باشد که تأثیر مستقیم در عفونت های بیمارستانی دارند که شامل طراحی بخش ها ، تسهیلات اتاق عمل ، کیفیت هوا ، تامین آب ، غذا ، مواد زائد و رختشویخانه می باشد

شرایط بهداشتی بخش ها:

کف کلیه قسمت ها بایستی سالم ، قابل شستشو و غیرقابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی باشد.

تبصره : محل اتصال دیوار و کف بصورت بدون زاویه بوده تا نظافت براحتی انجام پذیرد.

دیوار کلیه قسمت ها بایستی سالم ، فاقد شکستگی و ترک خوردگی ، تمیز و به رنگ روشن باشد

سقف در کلیه قسمتها بایستی سالم ، صاف بدون ترک خوردگی و به رنگ روشن رنگ آمیزی شده و همیشه تمیز باشد.

توالت ، دستشویی و حمام ها بایستی دارای شرایط بهداشتی از نظر وضعیت کف و دیوارها و سقف (کف محوطه توالت و دستشویی و حمام موزائیک یا سنگ یا کاشی مخصوص و یا پوشش های مشابه و دیوارها تا سقف کاشی کاری و سقف حمام قابل شستشو باشد) بوده و توالت ها دارای فلاش تانک و تهویه مناسب باشند.

در اتاق های بیش از دو تخت نصب دستشویی با اطراف کاشی کاری شده به ابعاد یک متر در یک متر و اتصال فاضلاب آن به سیستم فاضلاب بیمارستان ضروری است.

تبصره ۱: نصب دستگیره جهت استفاده بیمار از توالت الزامی است.

تبصره ۲: قفل توالت و حمام بخش ها بایستی قابل باز شدن از بیرون باشد (.با کلید مخصوص)

کلیه پنجره های باز شو اتاق بایستی مجهز به توری سیمی ضد زنگ باشد.

میزان نور طبیعی و مصنوعی در اتاق های بستری بیمار باید مناسب باشد.



- کلیه تخت خوابها سالم و رنگ آمیزی شده باشد.(تختخواب های استیل نیازی به رنگ آمیزی ندارند).
- کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل تشک ، پتو ، بالش ، ملحفه ها و روتختی باید بطور مرتب چک و در صورت نیاز تعویض گردد .به نحوی که پیوسته سالم ، تمیز و عاری از آلودگی باشد.
- کلیه پنجره های مشرف به خیابان های پرسروصدا باید دارای شیشه دو جداره باشد.
- میز مخصوص غذا و کمد های کنار تخت بایستی سالم و رنگ آمیزی شده و تمیز باشد و فاقد گوشه های تیز باشند (میزها و کمد های استیل نیازی به رنگ آمیزی ندارند).
- اتاق ها و کلیه وسایل و تجهیزات موجود در آن بطور روزانه نظافت گردد.
- به منظور ایجاد حرارت لازم در اتاق ها ترجیحاً بایستی از سیستم تهویه مطبوع استفاده و در غیر این صورت حداقل از سیستم حرارت مرکزی شوفاژ و کولر استفاده شود.
- تهویه کلیه اتاق ها می بایست به نحو مناسب و بهداشتی انجام شود.
- کلیه اتاق های بستری می بایست دارای سطل دردار با کیسه زباله غیر عفونی ، قابل شستشو ، ضد زنگ بوده و مرتباً زباله ها تخلیه و سطل شستشو و ضد عفونی شود.
- از استقرار گلدان های خاک دار در کلیه اتاق های بیماران خودداری گردد.
- کف کلیه اتاق ها و راهروها در بخش ها بایستی بطور مرتب نظافت و سپس با تی آغشته به محلول مناسب ضد عفونی گردد.
- کنترل عفونت ها ، دستشویی ها و حمام های بخش ها بایستی بطور مرتب و روزانه تمیز و ضد عفونی گردد**
- ۲- ساختمان : (نقشه های ساخت یا نوسازی و اصلاح بنا را بررسی و در صورت اطمینان از رعایت استانداردهای لازم برای به حداقل رساندن عفونت های بیمارستانی آن را تأیید می کند).
- ۳- هوا: ذرات حاصله از عطسه و سرفه، فعالیت های خدماتی (جارو کردن، استفاده از تی، پارچه خشک و تکان دادن ملحفه)
- ۴- تهویه: رقیق کردن آلودگی هوا و دوری از محیط واز بین بردن بوها



۵- محل عمل جراحی: براساس دستورالعمل کنترل عفونت در اتاق عمل انجام می گردد.

۶- آب: توسط مسئول بهداشت محیط نظارت لازم بر سالم و بهداشتی بودن آب انجام می شود.

۷- آشپزخانه و تهیه و جابه جایی غذا: بر تهیه مواد خام - نحوه نگهداری - نحوه طبخ غذا- نحوه توزیع- پرسنل شاغل در آشپزخانه بطور مداوم نظارت و کنترل انجام می شود.

احتیاط هایی که باید در آزمایشگاه بکار گرفته و رعایت شوند:

توصیه می شود پرسنل محترم آزمایشگاه نکات زیر را رعایت نمایند:

1- تمام نمونه های خون و مایعات بدن باید در ظروفی محکم قرار داده شده و درب این ظروف باید محکم بسته شود تا حین انتقال مایع نشت نکند . در زمان جمع آوری نمونه باید دقت کافی مبذول داشت تا سطوح خارجی ظروف و همچنین بر چسب و فرم مربوط به مشخصات نمونه آلوده نگردند.

2- تمام افرادی که به نحوی در آماده سازی نمونه های خون و مایعات بدن دخالت دارند باید دستکش بپوشند . اگر احتمال تماس مخاط با خون یا مایعات بدن وجود دارد باید از ماسک و عینک محافظ استفاده نمود . سطوح افقی که کار بر روی آن ها انجام می شود باید تمیز گردند و بعد از اتمام کار بر روی نمونه ها ، دستکش ها باید خارج و دستها شسته شوند.

۳- برای استفاده از تمام مواد مایع موجود در آزمایشگاه باید از پیمانه های مکانیکی استفاده کرد و نباید با دهان اقدام به پیمانه کردن مایعات نمود. فقط در صورتیکه جایگزین وجود نداشته باشد از سوزن و سرنگ استفاده می شود و در صورت استفاده از این وسایل برای جلوگیری آسیب دیدگی باید "احتیاط های استاندارد" رعایت شوند.

۴ - بعد از اتمام کار در آزمایشگاه - سطوحی که بر روی آنها خون یا سایر مایعات بدن پاشیده شده است باید با یک ماده شیمیایی ضد عفونی کننده مناسب میکروب کش پاک شوند و آلودگی آنها مرتفع گردد.

۵- مواد آلوده ای که بر روی آنها آزمایش انجام شده باید قبل از بازیافت یا قرار دادن در کیسه آلودگی شان رفع شود بعد بر اساس خط مشی های مرکز مربوطه با زباله های عفونی دفع گردند.



۶- اگر دستگاه ها و تجهیزات پزشکی با خون یا سایر مایعات بدن آلوده شده اند باید قبل از انتقال به کارخانه یا تعمیر در آزمایشگاه پاک و آلودگی آنها مرتفع گردد.

۷- پس از اتمام کار و فعالیت در آزمایشگاه تمام افراد باید دست های خود را بشویند و قبل از ترک محل باید لباس ها و وسایل محافظت کننده را بیرون آورند.

۸- اگر احتیاط های عمومی برای تمام بیماران رعایت شود نیازی به نصب بر چسب روی نمونه ها به منظور هشدار دادن نیست چون خون و سایر مایعات بدن کلیه بیماران را باید عفونی تلقی کرد.

۹- مواد زاید و زباله های آزمایشگاه های میکروب شناسی و آسیب شناسی، فراورده های خونی و نمونه های خون از جمله مواد زایدی هستند که رعایت احتیاط های خاص در مورد آنها لازم است.

۱۰- هنگام کار با دستگاه سانتریفیوژ برای جلوگیری از انتشار آئروسل در هوا درب لوله ها پارافین زده شود مدیریت پسماندهای بیمارستانی

اولین اقدام، به حداقل رساندن پسماندهاست با:

۱- کاهش منابع تولید

۲- اقدامات مدیریتی و کنترل خوب

تعیین نوع و تفکیک پسماندها بر اساس دستورالعمل داده شده به بخشها

- فاضلاب، زباله ها عادی و عفونی تیز و برنده و شیمیایی و دارویی (آسیب شناختی بافتهای بدن - ژنوتوکسیک)

مواد شیمیایی سمی برای ژن ها (فلزات سنگین) (مواد جیوه ای) ظروف تحت فشار پرتو ساز

- زباله های عادی در کیسه مشکی و سطل آبی ریخته و جهت امحاء زباله خانگی می باشد

- زباله های نوک تیز داخل سفتی باکس و قبل از امحاء باید بی خطر سازی صورت گیرد

- محفظه های تحت فشار مثل افشانه ها همینکه خالی شدند می توان مثل زباله عادی به شرط عدم سوزاندن برای امحاء فرستاده

- زباله های رادیواکتیو در کیسه زرد جهت امحاء باید بی خطر سازی صورت گیرد

- زباله عفونی در کیسه زرد و سطل زرد ریخته می شود و جهت امحاء بی خطر سازی صورت گیرد
تفکیک پسماندها :

ردیف	نوع پسماند	رنگ کیسه زباله / ظرف	رنگ سطل زباله
۱	عفونی	کیسه پلاستیکی زرد و مقاوم	ترجیحا زرد
۲	تیز و برنده	ظرف پلاستیکی زرد با درب قرمز (Safty Box)	-----
۳	شیمیایی - دارویی	کیسه پلاستیکی سفید مقاوم	سفید
۴-	عادی	کیسه پلاستیکی مقاوم سیاه	ترجیحا آبی
	کاغذ و کارتن	تفکیک در مبدا و انتقال به جایگاه بازیافت کاغذ و کارتن	
۵	زباله سایتوتوکسیک	کیسه شفاف ضخیم	قرمز یا قهوه ای

مدت نگهداری پسماند ها :

در مناطق معتدل ۷۲ ساعت در زمستان ۴۸ ساعت در تابستان و در مناطق گرم ۴۸ ساعت در زمستان و ۲۴ ساعت در تابستان

کنترل عفونت

جدول تفکیک پسماند های پزشکی ویژه

نوع پسماند	تعریف پسماند	اسامی پسماندهای تولیدی	محل تولید
پسماندهای عفونی	پسماندهای عفونی مضمون به داشتن عوامل زنده بیماریزا (باکتریها، ویروسها، انگل های قارچها) به مقدار و یا کیفیتی که بتوانند در میزبانان حساس موجب بیماری شوند و شامل پسماندهایی می باشند که در تماس با خون یا دیگر ترشحات بدن می باشند.	* محیط کشت های میکروبی آزمایشگاه * باندهای آلوده به خون * نخ بخیه آلوده و استفاده شده * کیسه ادرار * کیسه استوما * سوند ادرار و سوند رکتال * لوله تراشه - لوله ساکشن * هموواک * پک کلهستومی * Airway * گان - دروشت * لباسهای یکبار مصرف جراحی آلوده به ترشحات بیمار * پسماند درمانی بخش دیالیز * کلیه پسماند های اتاق ایزوله * چست باتل * ست سرم * کانونلای اکسیژن * تراکستومی * ماسک * دستکش استفاده شده * نوار ادرار استفاده شده * پسماندهای کشت بافت * ظروف یکبار مصرف جهت انواع کشتهای (میکروبی ، نمونه خلط) * آنژیوکت	بخشهای کلینیکی و پاراکلینیکی

نوع پسماند	تعریف	اسامی پسماندهای تولیدی	محل تولید
------------	-------	------------------------	-----------

پسماند	
پسماندهای نوک تیز و وبرنده	*سوزن و سرنگ استفاده شده *سرسوزن که جهت تزریق دارو به داخل سرم استفاده شده *اسکالپ *سوزن اسپاینال *سوزن آنژیوکت *ست انفوزیون *پوکه آمپول *ویال دارویی شکسته *چاقو و تیغ جراحی *تیغ بیستوری و اره *اسکالپ *لام و لامل آلوده آزمایشگاهی *محیط کشت خون پس از اتوکلاو کردن *لانست *شیشه های شکسته سرم و فرآورده های خونی و دارویی *آمپولهای تاریخ گذشته *ترمومترهای شکسته (ترمومترهای شکسته لازم است جهت جلوگیری از پخش جیوه، درون کیسه پلاستیکی کوچکی پیچیده شود و سپس در داخل سفتی باکس دفع شود.)
پسماندهای نوک تیز و وبرنده	اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم از قبیل بریدگی یا سوراخ شدگی در پوست افراد که با این پسماندها در تماس هستند شوند و به عنوان پسماندهای بشدت تهدید کننده سلامتی به شمار می آیند
کنترل عفونت	بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی

نوع پسماند	تعریف پسماند	اسامی پسماندهای تولیدی	محل تولید
شیمیایی و دارویی	این زباله ها در صورت آزاد شدن در محیط برای انسان و محیط زیست مضر می باشند	*دارو های تاریخ مصرف گذشته *قوطی دارویی *شیشه ها و ویالهای خالی دارویی *ویال های تاریخ گذشته *دستمال های نظیف که آغشته به خون یا ترشحات بدن بیماران نباشند *ظروف مواد گندزای مورد استفاده در بیمارستان	بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی
پرتوزا	این پسماندها شامل پسماندهای آغشته به مواد رادیو اکتیو می باشد. و بایستی تا سپری شدن نیمه عمر در محل مناسب ذخیره شده و سپس به عنوان زباله عفونی یا معمولی دفع گردد	*مواد و وسایلی که به ید ۱۲۵ آغشته شده است	آزمایشگاه

کنترل عفونت

نوع پسماند	تعریف پسماند	اسامی پسماندهای تولیدی	محل تولید
------------	--------------	------------------------	-----------

پاتولوژی	پسماندهای ناشی از جدا سازی قسمتهای مختلف بدن انسان در اعمال جراحی می باشد	*بافتها و اعضا و جوارح جدا شده از بیمار	بخش اتفاقات
فلزات سنگین	زباله های دارای فلزات سنگین که سلامت محیط و انسان را تهدید مینماید	*باتریهای دارای کادمیوم *لامپهای فلورسنت	بخش های کلینیکی و پارا کلینیکی
ژئوتوکسیک	به شدت خطرناکند و ممکن است خصوصیات ایجاد جهش سلولی، عجیب الخلقه زایی یا سرطان زایی داشته باشند و بیشتر در بخشهای آنکولوژی بیمارستانها تولید می شوند این پسماندها مشکلات ایمنی جدی به وجود می آورند این مشکلات هم درون بیمارستان و هم پس از دفع پسماندها در بیرون از بیمارستان می تواند باشد و باید مورد توجه خاص قرار داشته باشند.	*داروهای مورد استفاده در شیمی درمانی *وسایلی که به وسیله داروهای شیمی درمانی آلوده شده اند	بخش آنکولوژی

بخش های کلینیکی شامل: بخش های درمانی مانند داخلی و... بخش های پاراکلینیکی شامل: آزمایشگاه، داروخانه،
رادیولوژی



قوانین بهداشت مربوط به خدمات :

در حین تفکیک و بسته بندی پسماندهای پزشکی رعایت نکات ذیل توسط واحد خدمات و پرسنل زیر مجموعه ضروری است:

- ۱- کیسه های زباله از کیفیت و مقاومت خوبی برخوردار باشند و رنگ آنها نیز با رنگ تعریف شده در این دستورالعمل انطباق داشته باشد.
 - ۲- بیش از دو سوم ظرفیت کیسه های زباله پر نشود تا بتوان بخوبی در آنها را بست.
 - ۳- از منگنه یا سایر روشهای سوراخ کننده جهت بستن درب کیسه زباله استفاده نشود.
 - ۴- اندازه کیسه های زباله متناسب با اندازه سطلهای زباله مورد استفاده باشد.
 - ۵- سطل های زباله در برابر نشت ، ضربه های معمولی ، شکستگی و خوردگی مقاوم باشند.
 - ۶- پس از هر بار تخلیه پسماند لازم است سطلهای مربوطه از نظر تمیز بودن ، سالم بودن و عدم نشت شیرابه پسماند مورد بررسی قرار گیرند
 - ۷- سطلهای زباله لازم است دربدار ، قابل شستشو و گند زدایی باشند.
 - ۸- بسته بندی های حاوی پسماند نباید پیش از تصفیه و یا دفع فشرده شوند.
 - ۹- بسته های پسماندها به گونه ای انجام شود که امکان هیچ گونه نشت ، سوراخ و یا پاره شدن را نداشته باشد
 - ۱۰- کلیه کیسه های پسماند وظروف سیفتی باکس محتوی اجسام تیز و برنده لازم است قبل از خارج شدن از محل تولید برچسب زده شود.
 - ۱۱- ضروری است اطلاعات ذیل بر روی برچسب ذکر گردد:
- تاریخ تولید و جمع آوری
- شیفت کاری
- نام بخش تولید کننده
- ۱۲- پس از پر شدن 3/4 از حجم سفتی باکس درب این ظروف قفل شده جمع آوری گردد .



قوانین بهداشت مربوط به پرسنل درمانی

در حین تفکیک پسماند رعایت نکات ذیل توسط کادر درمانی تولید کننده ضروری است :

پس از انجام تزریقات عضلانی ، سرنگ و سرسوزن به صورت توامان در سیفتی باکس جمع آوری شوند و پس از پر شدن سه چهارم حجم سفتی باکس تعویض شود .

اعضاء و اندام های قطع شده بدن و جنین مرده تحویل خانواده ها شده تا طبق احکام شرعی دفن گردد. به دلیل متفاوت بودن روش امحاء جفت با سایر پسماندها ضروری است که جفت به صورت مجزا و درون 2 عدد کیسه زباله زرد قرار داده شود.

نهایت دقت در امر تفکیک پسماندهای عادی از پسماندهای عفونی و شیمیایی طبق دستورالعمل موجود در بخش ها بعمل آید. در صورت مخلوط شدن پسماند عادی با یکی از پسماندهای عفونی ، شیمیایی و نظیر آن ، خارج کردن آن ممنوع است. مسئولیت تفکیک پسماندها بر اساس این دستورالعمل به عهده مسئولین واحدها و کلیه پرسنل کادر درمان می باشد که به نوعی در تولید پسماند عفونی دخیل هستند.

نظارت بر نصب برچسب و بسته بندی مناسب پسماندها به عهده مسئولین واحدها و یا مسئولین شیفت می باشد .

از کاور گذاری مجدد نیدل پس از تزریق خودداری شود

در صورتی که شیشه شکسته و به مقدار زیاد باشد باید پس از جمع آوری و قرار دادن در کیسه زباله مشکی، در کارتن محکم قرار داد و با چسب درب کارتن را بست و حتما روی آن نوشته شود (شیشه شکسته) اگر مقدار شیشه شکسته کم و خیلی خورد باشد می توان در سفتی باکس ریخت.

نام ماده ضد عفونی کننده	کاربرد	حجم ظرف رقیق سازی	غلظت ماده ضد عفونی کننده	حجم آب	زمان مناسب برای ضد عفونی کردن
میکروزد IDMAX (سطح متوسط)	غوطه ور سازی تجهیزات پزشکی که با پوست سالم بیماران در تماس هستند	یک لیتر	۱٪ (۱۰ سی سی)	۹۹۰ سی سی	۳۰ دقیقه
			۲٪ (۲۰ سی سی)	۹۸۰ سی سی	۱۵ دقیقه
			۳٪ (۳۰ سی سی)	۹۷۰ سی سی	۱۰ دقیقه
Ventisept f، میکروزد GP-H (سطح متوسط)	گندزدایی سطوح و کف	یک لیتر	۱٪ (۱۰ سی سی)	۹۹۰ سی سی	
			۲٪ (۲۰ سی سی)	۹۸۰ سی سی	
			۳٪ (۳۰ سی سی)	۹۷۰ سی سی	
سپتی سرفیس (سطح متوسط)	گندزدا آماده به مصرف جهت سطوح حساس به آب	نیاز به رقیق سازی ندارد			
سایاسپت HP (سطح متوسط)	گندزدا ضد عفونی سطوح و کف	یک لیتر	۰/۵٪ (۵ سی سی)	۹۹۵ سی سی	۶۰ دقیقه
			۱٪ (۱۰ سی سی)	۹۹۰ سی سی	۳۰ دقیقه
			۱/۵٪ (۱۵ سی سی)	۹۸۵ سی سی	۱۵ دقیقه
			۲٪ (۲۰ سی سی)	۹۸۰ سی سی	۵ دقیقه
سولوساید (ضد عفونی کننده غیر الکلی سطح متوسط)	گندزدایی سطوحی که به الکل حساس می باشند	نیاز به رقیق سازی ندارد			

نام ماده ضد عفونی کننده	کاربرد	حجم ظرف رقیق سازی	غلظت ماده ضد عفونی کننده	حجم آب	زمان مناسب برای ضد عفونی کردن
ضد عفونی کننده سطوح بالا	غوطه ور سازی تجهیزات پزشکی که در تماس با غشاهای موکوسی و پوست غیر سالم هستند	نیاز به رقیق سازی ندارد و آماده به مصرف می باشد	-	-	۲۰ دقیقه
مایع هندراپ	ضد عفونی دستها	نیاز به رقیق سازی ندارد و آماده به مصرف می باشد	-	-	۳۰ ثانیه
هگزاسپت	ضد عفونی و شستشوی نواحی آسیب دیده پوست	نیاز به رقیق سازی ندارد و آماده به مصرف می باشد	-	-	-
وایتکس	ترشحات خونی	یک لیتر	۲٪ (۲۰ سی سی)	۹۸۰ سی سی	
	اتاق بیماران عفونی و لکه زدایی		۲٪ (۲۰ سی سی)	۹۸۰ سی سی	
	کف سرویسهای بهداشتی و سرویسهای بهداشتی		۱٪ (۱۰ سی سی)	۹۹۰ سی سی	
	ظروف یورین		۲٪ (۲۰ سی سی)	۹۸۰ سی سی	



ضد عفونی کننده ها (Anti septic) و گند زداها (Disinfection) و استریلیزاسیون (Strilization):

تعریف گندزدایی (Disinfection): نابودی اشکال رویشی بالقوه خطرناک و ارگانیسم های بیماری زا بر روی اشیاء بی جان (غیر زنده) را گندزدایی می گویند. یک عامل گندزا الزاماً سبب استریل شدن شی نمی گردد و نمی تواند با اطمینان کافی کلیه میکروب ها را نابود کند، بلکه هدف از گندزدایی به حداقل رساندن خطر عفونت و یا فساد محصولات است.

تعریف ضد عفونی (Anti septic): جلوگیری از عفونت با استفاده از عوامل ضد عفونی کننده بر روی بافت زنده را ضد عفونی میگویند که باعث تخریب، مهار و یا ممانعت از رشد عوامل بیماری زا می گردد. دستور العمل مصرف گندزداها و مواد ضد عفونی کننده موجود در بیمارستان توضیحات:

* جهت لکه زدایی ترشحات خونی بایستی وایتکس یا هر ماده ضد عفونی کننده دیگر به مدت ۵ - ۱۰ دقیقه بر روی لکه باقی بماند و در تمام این مدت سطح آن با پارچه ای پوشیده باشد.

* عدم مخلوط کردن مواد گندزدا و شوینده ها بدلیل کاهش اثر خاصیت میکروب کشی

* استفاده از مواد گندزدا باید در غلظت ها و در زمان توصیه شده استفاده شود.

* غوطه ور کردن وسایل در مواد حتما بایستی در ظروف مخصوص و درب بسته انجام شود و مواد ضد عفونی سطح بالا به مدت یک ماه قابل استفاده می باشد. درج تاریخ استفاده از ماده گندزدا سطح بالا بر روی ظرف اجباری می باشد.

* مواد ضد عفونی کننده به صورت تازه تهیه شود و ظروف رقیق سازی بایستی تمیز و عاری از هر گونه آلودگی باشد

* تا حد امکان از محلولهای گندزدا به جای وایتکس استفاده شود زیرا وایتکس دارای خاصیت خوردگی می باشد و سبب فرسودگی سطوح می گردد ولی جهت نظافت سنگ سرویسهای بهداشتی حتما از وایتکس ۱ درصد استفاده شود

* در هنگام کار با وسایل گندزدا حتما از وسایل حفاظت فردی استفاده شود

سطوح گندزدایی: تمامی محلولها و مواد گندزدایی موجد در بازار از ترکیبات مختلفی تهیه شده اند اما با توجه به ماده



موثر بکار رفته در تهیه آنها بطور کلی تمامی ضدعفونی کننده ها و گندزداها

از نظر قدرت تأثیر بر میکروارگانیسم ها در سه دسته وسیع الطیف

(high level) و متوسط الطیف (intermediate) و ضعیف الطیف

(low level) طبقه بندی می شود

طبقه بندی مواد ضدعفون کننده از نظر میزان میکروب کشی دسته سطح بالا منجر به کشته شدن طیف وسیعی از ارگانیسم ها شامل باکتری ها ، قارچ ها ، مخمرها در مدت زمان کمتر از ۴۵ دقیقه می شود و گروه سطح متوسط باعث کشته شدن همه باکتری های پاتوژن می شوند اما الزاماً همه ویروس ها یا اسپورها را از بین نمی برند و گروه سطح پایین اثر خوبی روی باکتری های گرم مثبت دارد و روی باکتری های گرم منفی ، مایکوباکتری ها در برخی ویروس ها اثر کمتری دارند

طبقه بندی کلی ضدعفونی کننده ها :

ضدعفونی کننده های High level

الف (پراکسید هیدروژن ب) پراستیک اسید

ج (گلو تار آل دئید د) فرمالدئید

ضدعفونی کننده های Intermediate level

الف (کلر و ترکیبات کلره

ب) ید و ترکیبات یده

ج) الکل ها

ضدعفونی کننده های Low level

الف (فنل و ترکیبات فنلی

ب) ترکیبات آمونیوم کواترنر (گروه سورفاکتانت ها)

تعریف استریلیزاسیون (Strilization): به معنی کاملاً عاری از باکتری یا قارچ یا ویروس یا دیگر میکروارگانیسم های



بیماریزا و غیر بیماریزا (در مورد اشیاء بی جان) است و هدف از آن جلوگیری از اشتغال عفونت است .
روش های استریلیزاسیون :

A) استریلیزاسیون گرم : الف) اتوکلاو (بخار تحت فشار)

ب) گرمای خشک (نور)

B) استریلیزاسیون سرد : الف اتیلن اکساید ب) اشعه

نکته : استریل وسایل در واحد CSR انجام می گیرد که اگر با کاغذ سلولزی (آبی رنگ) به مدت ۳ ماه استریل می باشد و کاغذ وی پک به مدت ۳ - ۲ سال استریل می ماند و نیاز به استریل مجدد نمی باشد .

دستورالعمل استریلیزاسیون فوری (prompt sterilization):

در هر بخش ست های استریل مورد نیاز موجود می باشد که وسایل درون آن به تعداد مورد نیاز به صورت تک و جداگانه به واحد CSR فرستاده و به صورت استریل پیچیده می شود (قیچی ، کلمپ ، نیدل هولدر ، گالی پات ، تیوپ کالچر)

نیدل استیک:

به مفهوم آسیب نفوذی جلوی ناشی از وسایل پزشکی نوک تیز آلوده به خون با ترشحات بدن بیماران بوده و بزرگترین عامل خطر تهدید کننده کارکنان شاغل در بخش های درمانی است

۱- ضمن درپوش گذاری سرسوزن

۲- انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ به داخل لوله های آزمایش

۳- دفع نامناسب وسایل درمانی تیز و برنده مصرف شده

کمک های اولیه فوری :

۱- شستشوی زخم با آب و صابون

۲- خودداری از مالش موضعی چشم

۳- شستشوی چشم ها و غشای مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی



- ۴- کمک به خون روی از محل تماس
- ۵- گزارش فوری سانحه به سوپرایزر بالینی کیشک عصر و شب و سوپروایزر کنترل عفونت شیفت صبح
- ۶- پر کردن فرم گزارش نیدل استیک
- ۷- تشکیل پرونده
- ۸- گرفتن نمونه خون از منبع آلودگی و فرد مواجهه یافته
- ۹- در صورت مثبت شدن آزمایش ارجاع به پزشک متخصص عفونی
- *در صورتیکه سوزن آلوده به داروی سائیتوتوکسیک (شیمی درمانی) تاول زا بود طبق دستورالعمل نشت زیر جلدی دارو ها شیمی درمانی عمل شود و یا با داروساز مشورت شود.

نمونه فرم :

شماره سند: F/16001/00
تاریخ تدوین: ۱۴۰۳/۰۲/۳۰
تاریخ بازنگری: _____

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
مرکز آموزشی درمانی امام حسین (ع)
فرم گزارش تیدل استیک (فرورفتن جسم توک تیز و سر سوزن)

واحد کنترل عفونت

احتراما "با استحضار می‌رساند در تاریخ _____ در بخش _____ در حین انجام کار یک مورد حادثه

1- Needle Stick ☐ 2- پاشیدن عامل آلوده به چشم یا مخاطات ☐ 3- ایجاد جراحت ناشی از برخورد با وسایل توک تیز ☐ 4- تماس با زخم باز ☐ 5- سایر ☐

اتفاق افتاد که پرسنل حادثه دیده آقا/خانم _____ شغل _____ سن _____ می‌باشد.

منبع آلودگی (خون، ترشحات و غیره): _____

الف) بیمار تحت مراقبت (مشخصات بیمار و تشخیص) _____ نام پدر _____ شماره پرونده _____
شماره تلفن بیمار: _____ آدرس بیمار _____

ب) گزارش بیمار شناسه شده _____

وسيله آسیب رسان: ☐ سر سوزن توپر ☐ سر سوزن توخالی ☐ جسم توک تیز ☐

در کدام مرحله دچار تیدل استیک شده اید: ☐ بخیه زدن ☐ رگ گیری ☐ تزریقات ☐ سایر اقدامات ☐

پاشیدن ترشحات هنگام: ☐ ساکنین کردن ☐ سوزناز کردن ☐ بانسمان کردن ☐ سایر اقدامات ☐

برای فرد حادثه دیده اقدامات زیر انجام شد:

- شستشوی زخم با آب ولرم و ساین
- کمک به خونروی از محل اولیه زخم موضع تماس
- شستشوی چشم ها و غشا مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی
- گزارش فوری حادثه به سوپروایزر بالینی کیشک عصر و شب و سوپروایزر کنترل عفونت شیفت صبح
- اطلاع به متخصص عفونی حد اکثر تا یک ساعت پس از حادثه و کسب تکلیف از ایشان
- بیمار به عنوان مورد شناخته شده HBV / HIV / HCV بود لذا 1-5 میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره شد
- پس از تماس جهت تعیین عفونت متبع 1-5 میلی لیتر خون جهت بررسی HBV / HIV / HCV اخذ و مورد آزمایش قرار گرفت
- جواب آزمایشات بیمار مربوطه _____ بوده است.
- واکنش‌های پرسنل انجام شده _____ و تیزر آتی بادی _____ بوده است.

نظر سوپروایزر کنترل عفونت از نظر پیگیری: _____

توضیح: سوزن توپر مثل سوزن بخیه و سوزن توخالی: مثل سر سوزن تزریقات
امضاء سوپروایزر کنترل عفونت: _____
امضاء مسئول بخش مربوطه: _____



پرونده بهداشتی پرسنل :

کلیه پرسنل بیمارستان باید دارای پرونده بهداشتی باشند که در واحد

کنترل عفونت موجود می باشد که شامل مشخصات فردی و سابقه کار و تسهیلات ، آدرس و اطلاعاتی در زمینه واکسیناسیون فرد از بدو تولد تا هم اکنون در مواردی که دچار نیدل استیک شدند و اقداماتی که در این زمینه انجام شده است . همچنین سری اقدامات آزمایشگاهی از جمله تیتراژ آنتی بادی و سابقه تزریق خون و ابتلا فرد به انواع بیماریهای عفونی ذکر می گردد. تا در صورت نیاز به اطلاعات پزشکی و بهداشتی فرد سریعاً پرونده بهداشتی پرسنل مراجعه شود

ایمن سازی کارکنان بهداشتی بیمارستان:

کلیه پرسنل در مانی و غیر درمانی باید علیه هپاتیت B واکسینه شوند که نحوه واکسیناسیون ۰ و ۱ و ۶ ماه بعد می باشد . و سپس یک الی دو ماه پس از آخرین مرحله واکسیناسیون چک تیتراژ آنتی بادی مجدد انجام می شود که اگر کمتر از ۱۰ باشد باید مجدداً واکسینه شوند. اگر بعد از دو سری واکسیناسیون سه مرحله ای دو باره تیتراژ آنتی بادی فرد کمتر از ۱۰ بود به این معنی است که بدن فرد قادر به ساختن آنتی بادی علیه ویروس هپاتیت B نیست بنابراین اگر فرد با منبع آلوده HBS Ag مثبت آلوده شد حتماً دریافت ایمونوگلوبولین در دو نوبت برای آنها ضروری است . اگر فرد تیتراژ آنتی بادی بیشتر از ۱۰ داشت در صورت مواجهه با منبع آلوده HBS Ag مثبت نیاز به دریافت ایمونوگلوبولین و واکسیناسیون نیست و حتی در صورت مواجهه این افراد با منبع نامشخص به دلیل تیتراژ بالای آنتی بادی نیازی به تزریق ایمونوگلوبولین نیست .

تزریق واکسیناسیون آنفلوانزا و کوید سالیانه یکبار انجام می گیرد.

گزارش بیماری های فوری:

-تعدادی از بیماریها از نظر شیوع و بروز حائز اهمیت می باشند و جزء موارد فوری اطلاع تلفنی به شبکه بهداشت می باشند.

-کلیه همکاران (کادر پرستاری) موظفند در هر ساعتی از شبانه روز (به صورت 24 ساعته) این موارد را به سوپروایزر



شیفت اعلام وایشان موارد را به واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای واگیر مرکز بهداشت اطلاع دهند.
-همچنین این موارد روزانه به اطلاع مسئول کنترل عفونت بیمارستانی رسانده شود.

نظام گزارش دهی بیماریهای به معاونت بهداشت (واحد مبارزه با بیماریها) :

۱) بیماریهایی که بایستی سریعاً به صورت فوری (تلفنی) گزارش شود :
الف) بیماریهای غیر واگیر :

فنیل کتونوری - هیپوتیروئیدیسم
ب) بیماریهای واگیر دار :

فلج شل حاد - مننژیت - کزاز نوزادان - دیفتری - تب زرد - تیفوس - بوتولیسم - سیاه سرفه - مالاریا - طاعون - تب راجعه - آنفولانزای نوع A - سرخک - وبا - حیوان گزیدگی - سرخچه - بیماریهای بثوری خونریزی دهنده - سندروم سرخچه مادرزادی - عوارض ناخواسته بعد از ایمن سازی - سایر بیماریهای واگیر در صورت مشاهده افزایش موارد

۲- بیماری هایی که بایستی به صورت کتبی گزارش شود :
الف) بیماریهای واگیر :

سل - تیفوئید - هپاتیت وایرال - ایدز - سالک - کالآزار - تب مالت - سیاه زخم - بیماریهای قارچی - گال - جزام - کزاز بالغین - کیست هیداتیک - کچلی
ب) بیماری های که در پایان هر ماه گزارش می شود :

انواع اسهال - انگل های روده ای - ورم های ملتحمه عفونی

تمام این بیماری ها به همان صورت گفته شده از بخش ها به واحد کنترل عفونت یا واحد واکسیناسیون گزارش می شود و سپس از این واحدها به معاونت بهداشتی واحد مبارزه با بیماری ها گزارش داده می شود

کنترل عفونت

نظام گزارش دهی بیماریها



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا
معاونت بهداشتی - واحد مبارزه با بیماریها

بیماریهایی که بایستی به
صورت کتبی گزارش شود :



بیماریهای واگیر :

سل - تیفوئید - هپاتیت ویرال - موارد HIV+ و ایدز
بیماریهای آمیزشی - سالک - کالآزار - تب مالت
لپتوسپیروز - کیست هیداتیک - کچلی - سیاه زخم
پدیکولوز و سایر بیماریهای قارچی - گال - جذام - کزاز
بالغین و...

بیماریهایی که فقط تعداد موارد آنها پایان هرماه بایستی گزارش شود :

اسهال ها - اورام ملتحمة عفونی - انگل های روده ای

بیماریهای غیرواگیر :

عقرب گزیدگی - مارگزیدگی - زوجین ناقل و مشکوک
نهائی بتاتالاسمی
سرطان ها - دیابت و فشارخون - سوانح و حوادث

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماریها

۰۷۱-۵۳۳۱۴۲۰۱

فاکس :

۵۳۳۵۲۵۹۰

مرکز بهداشت فسا

۵۳۳۱۴۲۰۰



بیماریهایی که بایستی سریعاً به
صورت فوری (تلفنی) گزارش شود :

بیماریهای واگیر :

سرخک
وبا (التور)
مالاریا
سیاه سرفه
طاعون
تب راجعه
آنفلوآنزای نوع A



فلج شل حاد
مننژیت
کزاز نوزادان
دیفتری
تب زرد
تیفوس
بوتولیسم

◀ هر نوع حیوان گزیدگی

◀ بیماریهای بشوری خونریزی دهنده

◀ سرخجه ، سندرم سرخجه مادرزادی

◀ عوارض ناخواسته بعد از ایمن سازی

وسایر بیماریهای واگیر در صورت مشاهده افزایش موارد

بیماریهای غیرواگیر :

فنیل کتونوری (PKU)

هیپوتیروئیدی (کم کاری مادرزادی تیروئید)

همکار محترم : خواهشمند است در صورت مشاهده موارد بیماری های فوق

هرچه سریعتر مراتب را با ذکر مشخصات کامل و آدرس دقیق بیمار به واحد

کنترل عفونت پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت گزارش فرمائید .

راهنمای ایمنی تزریقات:



تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز داروها و محصولات دارویی

می باشد که در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمت و نیز جامعه اعمال می نماید. معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در راستای ایمنی تزریقات با توجه به 5 محور بنیادی ذیل دستورالعمل ایمنی تزریقات را جهت بهره برداری لازم اعلام می نماید:

1- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی بمنظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده آلوده

2- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی

3- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پرخطر

4- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی مددجویان و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی

5- اجرایی نمودن دستورالعمل

1- کاهش رفتار پرخطر کارکنان بهداشتی درمانی:

الف : ارتقاء سطح آگاهی و کسب مهارت کارکنان بهداشتی درمانی به ویژه شاغلین حرفه پزشکی، پرستاری، امور تشخیصی، خدمات درمانی پیش بیمارستانی، گروههای خدماتی پشتیبان، در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی به منظور پیشگیری از بروز جراحات ناشی از سرسوزن و سایر وسایل تیز و برنده امری ضروری است. بنابراین کارکنان بهداشتی درمانی بایستی درخصوص چگونگی پیشگیری از صدمات ناشی از وسایل مزبور و نیز اقدامات درمانی و پیشگیرنده اولیه با موارد آلوده مطابق با دستورالعمل ایمنی الف و بصورت مداوم آموزش ببینند.

ب :تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان کلیه کارکنان بهداشتی درمانی در واحدهایی که کارکنان الزاماً با توجه به نوع وظایف محوله واحدی یا فردی اقدامات پرخطر دارند مانند بخش های ویژه، اطاق عمل اورژانس، کلینیک های تشخیصی، مطب ها و کلینیک های خصوصی، واحدهای پاتولوژی، اتوپسی، C S R ، مراکز جراحی محدود و **کنترل عفونت** واحدهایی که ترانسفوزیون خون انجام می دهند و یا کارکنانی که پروسیجرهای درمانی تهاجمی را انجام و یا در تماس با خون، سرم و سایر ترشحات آلوده بیماران می باشند و یا از بیماران روانی حاد مراقبت می نمایند و نیز کلیه

دانشجویان پزشکی، پرستاری و مامایی علیه H B V الزامی است.



۲- افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده

درمانی با توجه به احتمال آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی از طریق انجام

پروسیجرهای پرخطر که منجر به needle stick، بریدگی و ... می شود:

الف: اکیداً توصیه می شود ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کند نظیر needle clipper و

فورسپس جهت جدا نمودن تیغ جراحی scalpless در دسترس کاربران ابزارهای پرخطر قرار گیرد.

ب: اکیداً توصیه می شود وسایل حفاظتی مناسب نظیر دستکش، گان غیرقابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند

پلاستیکی، ماسک و عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی درمانی متناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای

درمانی در دسترس باشد.

ج: توصیه میشود استفاده از سرنگ های (Auto Disable) A D همانند واحدهای ایمن سازی در سایر واحدهای

تزریقات نیز بکار گرفته شود.

۳- جمع آوری، نگهداری، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های تیز و برنده:

الف: جمع آوری و نگهداری و دفع سرسوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی (آنژیوکت، بیستوری، لانس، اسکالپ

وین، ویالهای شکسته و ...) که قویاً توصیه می شود بلافاصله پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن

safty Box جمع آوری و ترجیحاً "سوزانده و یا به نحو مطلوب دفع گردد. سفتی باکس باید دارای تاریخ بوده و

روزانه دفع گردد

کنترل عفونت

ب: ضروری است ظروف جمع آوری، مستحکم، غیرقابل نفوذ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار

باشند.

ج: با توجه به اینکه به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است دفع این وسایل در ظروف

جمع آوری ایمن سریعاً پس از مصرف و انجام روش درمانی صورت گیرد. بایستی این ظروف به تعداد کافی و با ابعاد

گوناگون در دسترس ارائه دهنده خدمت در کلیه واحدهای ذیربط قرار داشته باشد. و در صورت پر شدن سه چهارم

حجم سفتی باکس می بایست در اسرع وقت تعویض گردد



د: استفاده از برچسب هشدار دهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است.

ه - وجود این ظروف (safty Box) در کلیه واحدهای بهداشتی درمانی

اعم از خصوصی و دولتی برحسب نیاز و میزان فعالیت الزامی بوده، الزاماً باید توسط واحدهای نظارت بر درمان پیگیری شود.

۴- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی:

الف) آموزش: ضروریست بمنظور تعدیل تجویز دارو به روش تزریقی با توجه به سه مورد قابل ایمنی تزریقات در برنامه آموزش مداوم جامعه پزشکان قرار گیرد:

۱- از تجویز دارو به روش تزریقی تا زمانی که دارو به دیگر اشکال از جمله خوراکی موجود باشد حتی الامکان اجتناب گردد.

۲- ترجیحاً زمانی از روش تزریقی به جای سایر روشها استفاده شود که بیمار تحریک پذیر، بیهوش و یا دچار اختلالات گوارشی باشد

۳- با توجه به وضعیت بالینی بیمار نتایج درمانی مطلوب ناشی از جذب سریع دارو مورد انتظار است.

ب) الزامی است ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص خطرات بالقوه ناشی از مصرف دارو به روش تزریقی بمنظور کاهش تقاضای بیماران در برنامه ریزیهای آموزشی دانشگاه قرار گیرد.

ج) برگزاری دوره های آموزشی توجیهی جهت کادر خدماتی پشتیبانی و سایر گروههای بهداشتی درمانی ضروری می باشد.

د) همه همکاران شاغل در واحدهای بهداشتی درمانی (دولتی - غیردولتی) آموزش لازم را برای اصلاح نگرش جامعه در خصوص خطرات بالقوه مصرف داروی تزریقی به سایر افراد جامعه ارائه نمایند.

۵- اجرائی نمودن دستورالعمل

لازم است معاونت های محترم درمان در هر دانشگاه به خصوص از طریق ادارات نظارت بر درمان، حسن اجرای این



دستورالعمل را در واحدهای درمانی تحت پوشش تضمین نمایند به نحوی که در قسمتهای مختلف هر واحد درمانی، این دستورالعمل به اجرا درآید.

دستورالعمل ایمنی

الف - اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن

و وسایل تیز و برنده در کارکنان بهداشتی درمانی با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرو رفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی به HIV-HCV-HBS

محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

۱ - جهت شکستن ویالهای دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل PAD گرفته شوند.

2- پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه خون جهت ABG یا کشت خون.

۳- از شکستن یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.

4- در موارد ضروری (ریختن نمونه خون درون لوله آزمایش - عوض کردن سر سوزن آلوده - دادن داروها از طریق آنژیوکت) جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسایل مکانیکی جهت ثابت نگه داشتن درپوش استفاده نمائید و یا از یک دست جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.

5- جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.

6- از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب نمائید.

۷- احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:

در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد الزامی است از دستکش استفاده شود و موضع با پانسمان ضد

آب پوشانده شود.

جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.

در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا

مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک

و عینک محافظ ضروری است. در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضدآب ضروری است.

در صورتی که کارکنان دچار اغزما و یا زخم های باز می باشند معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است.



ایمنی بیمار چیست؟

ایمنی بیمار از نظر (WHO)، نرساندن آسیب های احتمالی به بیمار در طول فرآیند مراقبت های پزشکی می باشد. ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر میسازد. در این میان سهم نارسایی سیستم ها و فرآیندها بیش از نقش افراد است.

فرهنگ ایمنی بیمار:

اگر بستری مناسب برای پرداختن به ایمنی بیمار در سازمان محیا نباشد و به عبارتی فرهنگ ایمنی بیمار نهادینه نشده باشد، امید به اجرای موفق برنامه های ایمنی بیمار امری بیهوده است. فرهنگ باید در تمام اجزاء سازمان اعم از مدیریت و کارکنان ساری و جاری باشد.

وقتی میتوان گفت در سازمانی، این فرهنگ جاری است که در قبال بروز حوادث ناخواسته درمانی، افراد مورد سرزنش بی مورد و ناعادلانه قرار نگیرند. با توجه به این نکته که در سیستم های خدمات درمانی اکثریت قاطع خطاها زمینه سیستمیک دارند و به میزان ناچیزی مستقیماً به فرد باز میگردند، در این فرهنگ رویکرد به خطاها رویکرد سیستمیک است، نه برخورد فردی و تنبیه اشخاص. تا زمانی که بستر بروز خطا وجود دارد امکان بروز آن نیز هست. نباید فرد را به خاطر سر خوردن روی سطح لغزنده تنبیه کرد بلکه باید لغزندگی را مرتفع نمود.

در واقع فرهنگ ایمنی بیمار، نشان دهنده میزان اولویت ایمنی بیماران از نظر کارکنان در بخش و سازمان محل کار آنها است.

✱ ابعاد فرهنگ ایمنی:

- تعهد سازمان به آموزش ایمنی و نظارت و پاسخی غیر تنبیهی به گزارشدهی خطا
 - کافی بودن نیروی انسانی، کافی بودن تجهیزات و منابع زیرساخت مناسب برای گزارشدهی خطا
 - پیروی از قوانین، دستورالعملها و پروتکل های کار تیمی
 - ارتباطات و همکاری و ادراک کلی از ایمنی کاهش خطر عفونتهای ناشی از مراقبتهای بهداشتی درمانی
- پیشگیری و کنترل عفونت به عنوان چالشی در بیشتر مراکز بهداشتی درمانی مطرح است. گلوگاه اصلی و مرکز اصلی حذف این عفونت و سایر عفونتها بهداشت صحیح دست می باشد.

سقوط:

سقوط بخش مهمی از آسیب های وارده به بیماران بستری شده می باشد. در ارتباط با این مسئله سازمان باید تسهیلات و خدماتی را برای مردم در نظر بگیرد و خطر افتادن بیماران را ارزیابی نماید. همچنین عملیاتی برای کاهش خطر افتادن و صدمات ناشی از آن به کار گیرد. ارزیابی می تواند شامل گرفتن سابقه سقوط (افتادن) بیمار و سابقه مصرف دارو باشد.

همچنین بیماران از نظر وضعیت راه رفتن و حفظ تعادل، غربالگری و برای راه رفتن بیمار از کمک یا همراه استفاده گردد. سازمان میبایست فرآیندی برای ارزیابی اولیه خطر سقوط بیماران اجرا نماید. این ارزیابی در حال حاضر در بیمارستان صورت میگیرد

برخی از راهکارهای موثر پیشگیری از سقوط بیماران:

استفاده از دستبند شناسایی برای بیمار و الصاق برچسب زرد رنگ بیماران در معرض خطر و تیک زدن مورد ریسک سقوط (FR) روی برچسب جهت شناسایی بیماران در معرض خطر (با استفاده از معیار مورس) و محاسبه ریسک سقوط جهت انجام مداخلات درمانی به منظور پیشگیری از سقوط بیمار در معرض خطر سقوط باید در زمان معارفه بیمار با بیمارستان، فضای فیزیکی بخش و موقعیت مکانی فضاها مورد نیاز بیمار به ویژه حمام و سرویس بهداشتی معرفی گردند.

در دسترس گذاشتن عینک یا سمعک بیمار

ترغیب کردن بیمار جهت منظم کردن برنامه سرویس بهداشتی

کاهش حجم مایعات دریافتی پس از شام (منطبق با رژیم درمانی بیمار)

تشویق بیمار جهت استفاده از دستگیره و محافظ قبل از ایستادن و راه رفتن

تشویق بیمار که قبل از راه رفتن اگر احساس گیجی میکند کمی بنشیند

استفاده از **bed side**؛ ارتفاع پایین تخت

توجه سایر همکاران غیر درمانی مانند گروه خدمات و کمک پرستار جهت تاکید بر بالابردن نرده تخت

در دسترس قراردادن زنگ هشدار پرستار جهت بیمار در هر زمان.

ایمنی بیمار: احضار کلیه تخت ها روزانه از نظر کارکرد مطلوب کنترل شود.

دستگیره داخل حمام و دستشویی و زنگ احضار کنترل شوند.

قراردادن بیماران با ریسک بالا نزدیک ایستگاه پرستاری.

قراردادن حداقل یکطرف تخت بیمار در کنار دیوار در صورت احتمال خروج از تخت و خطرساز بودن

ارایه آموزش های پرستاری با روش های موثر مانند چهره به چهره

۹ راه حل ایمنی بیمار Nine Patient Safety Solution

سازمان جهانی بهداشت ۹ راهکار اجرایی به عنوان راه حل هایی برای حصول و ارتقا ایمنی

بیمار ارایه نموده که عناوین آنها عبارتند از:

۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه **look-alike , Sound-alike medication names** جهت جلوگیری از خطای دارویی داروهای مشابه هم از نظر آوایی و هم شکل ظاهری در دسته های مشخص شده و توسط مسئول فنی داروخانه لیست آنها در اختیار بخش ها قرار داده شده است . بررسی دوره های داروهای موجود در بیمارستان به منظور ردیابی داروهای مشابه خریداری شده انجام می شود. برچسب زرد رنگ بر روی گردن داروهای مشابه هر بخش به گونه ای که نام دارو قابل خواندن باشد الصاق می گردد.

- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا (شناسایی صحیح بیماران) identification Patient

اشتباهات ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران به طور عمده در سه حیطه زیر قرار می گیرند:

* در نتیجه عدم تطبیق نمونه های آزمایشگاهی ، تکه برداری یا نتایج رادیوگرافی با مشخصات بیمار، بیماران تحت درمانهای اشتباه قرار میگیرند.

* در نتیجه فقدان ارتباطات مناسب بین کارکنان درمانی ، بیماران درمانهای اشتباه دریافت میکنند.

* بیماران به علت شناسایی غلط و اشتباه ، تحت درمانی که برای بیمار دیگری در نظر گرفته شده است قرار میگیرند.

به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری در طول

مدت اقامت در بیمارستان دارای دستبند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند

شناسه بیماران بر روی دستبند شناسایی شامل موارد زیر است:

نام و نام خانوادگی بیمار

نام پدر

ایمنی بیمار

تاریخ تولد (روز/ ماه/ سال)

شماره پرونده بیمار

تاکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نشود.



فرایند شناسایی فعال بیمار:

- ۱) پرسنل پذیرش در زمان تهیه کارت یا پرونده برای بیمار، دستبند شناسایی را به بیمار یا همراه وی تحویل می دهند.
- ۲) از بیمار بخواهید نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد خود را بیان نماید.
- سپس با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
- ۳) در صورتی که بیمار بی هوش، دارای اختلال روانی، نوزاد، کودک یا ناتوان در تکلم باشد، همراه بیمار به عنوان مخاطب در تایید شناسه های شناسایی به صورت فعال مخاطب قرار می گیرد
- ۴) پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی درمانی یا آزمایشگاهی دستبند شناسایی بیمار را چک کرده و با پرونده مطابقت می دهند.
- ۵) به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، تغذیه مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی در داروخانه، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامیست بیمار صحیح با اقدام صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به طور مستقل از یکدیگر کنترل شود.
- ۶) پرستار جهت ارتقاء ایمنی بیماران مجهول الهویه و توجه خاص به شناسایی آنان با رنگ قرمز روی اتیکت قرمز رنگ واژه ی *مجهول الهویه* بر روی سینه بیمار الصاق می نماید و شماره گذاری بر روی اتیکت به عنوان مجهول الهویه ۱ و مجهول الهویه ۲ و... انجام می گیرد.
- ۷) شناسایی در بیماران با شرایط خاص بالینی (من جمله سوختگی و شکستگی موضع اندام های فوقانی) با الصاق دستبند به دست مخالف، در صورت آسیب دست ها به پای بیمار و در صورتی که اندام فوقانی و تحتانی دچار آسیب شده باشد، از گردن آویز برای شناسایی بیماران استفاده می شود.
- ۸) در صورتی که بیمار نوزاد باشد و در بخش نوزادان بستری باشد، دو دستبند شناسایی پس از چک مجدد با مشخصات مادر، به هر دو مچ پا یا هر دو دست الصاق می گردد.
- ۹) در صورت مفقود شدن دستبند شناسایی نوزاد، طبق مندرجات پرونده درخواست دستبند شناسایی جدید داده می شود و قبل از الصاق دستبند شناسایی، تمامی نوزادان بخش مجدداً شناسایی فعال انجام می شود و در صورت مطابقت با اطلاعات پرونده دستبند به دو عضو نوزاد (پاها/دست ها) الصاق می گردد.
- نوشتن موارد زیر بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامیست:



نام و نام خانوادگی مادر و در صورت تشابه اسمی نام پدر - جنسیت نوزاد - تاریخ تولد نوزاد به روز و ماه و سال - ساعت تولد - شماره پرونده مادر

در صورتیکه نوزاد دوقلو یا بیشتر است ، بر روی دستبند شناسایی قید شود و شماره قل نیز ثبت گردد.

۱۰) در کلیه بخش ها در صورت تشابه اسمی در بین بیماران ، بر روی اتیکت *هشدار بیمار دارای نام مشابه * بر روی سینه هر دو بیمار به رنگ زرد الصاق می گردد و همچنین شناسه سوم (نام پدر) به شناسه های اصلی اضافه می گردد و روی پرونده بیمار با رنگ قرمز این موضوع درج می شود.

۱۱) از آنجا که ممکن است در بخش های دیگر بیمارستان ، بیماران با نام های

مشابه وجود داشته باشند و کارکنان از وجود آن مطلع نباشند و چند بیمار با نام

مشابه یک اقدام پاراکلینیک یکسان مانند آزمایش خون نیاز داشته باشند ، تمام واحدهای پاراکلینیک از ۴ شناسه نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد (روز / ماه / سال) نام پدر و شماره پرونده برای شناسایی بیمار استفاده می کنند. (اگر نمونه ای حاوی این ۴ شناسه نبود به بخش مربوطه برگردانده می شود)

۱۲) برچسب قرمز فقط برای بیماران مبتلا به آلرژی، بر روی دستبند شناسایی استفاده می شود و مورد حساسیت حتما روی دستبند قید شود . ضمناً درج نوع حساسیت با خودکار قرمز بالای کاردکس و نیز روی جلد پرونده بیمار الزامی است.

۱۳) محل دستبند شناسایی بر روی مچ / بازوی دست غالب است.

۱۴) برچسب زرد برای شناسایی گروه بیماران در معرض خطر (بیماران مستعد سقوط با ابتلا به زخم فشاری یا DVT، بیماران با افکار خودکشی، پلی فارمسی)، بر روی دستبند شناسایی استفاده می شود.

۱۵) در ابتدای تمام شیفت های کاری دستبند شناسایی بیماران توسط پرستار مسئول بیمار چک می گردد و در صورت نبود دستبند درخواست صدور دستبند مجدد صادر می شود و مجدداً دستبند شناسایی بیمار به دست بیمار الصاق می گردد.

۱۶) در هنگام ترخیص ، دستبند بیماران از آنها تحویل و جدا می شود و با انداختن در سطل عفونی امحاء گردد.

۳- ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار Hand -overs communication During patient

-از یک ارایه کننده خدمت به دیگری (تغییر شیفت پزشکان یا پرستاران)

-از یک تیم ارایه کننده به تیم بعدی (گزارشات بیهوشی به کادر اتاق ریکاوری)

-از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر برای دریافت خدمات درمانی یا تشخیصی، تخصصی

-از کارکنان خدمات سلامت به بیمار، مراقبین و خانواده آنان در زمان ترخیص بیمار از بیمارستان به منزل

۴-انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار



Performance of correct procedure at correct body site

۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت در هنگام تزریق

Control of concentrated electrolyte solutions

وقتی که دارو دادن قسمتی از برنامه مراقبت بیمار است مدیریت مناسب این برنامه برای تضمین ایمنی بیمار ضروری است. لیست داروهای هشدار بالا مشخص شده و در دسترس بخش ها قرار داده شده است.

نکته مهم: در صورت اعزام بیمار به سایر مراکز درمانی خارج از بیمارستان، به هیچ عنوان دستبند شناسایی بیمار از دست وی باز نشود. موثرترین روش، مدیریت داروهای با هشدار بالا است که شامل جداسازی

الکترولیت های غلیظ از سایر داروهاست، کهاین داروها بایستی برچسب های واضح و شفاف داشته باشند و دسترسی آنها جهت جلوگیری از حوادث زیانبار محدود شود.

این داروها با برچسب قرمز با فونت 48 و جدا از داروهای دیگر نگهداری میشوند. برچسب قرمز رنگ بر روی دارو و باکس

۶- اطمینان از صحیح دارودرمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

Assuring medication accuracy at transitions in care

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

Avoiding catheter and tubing misconnections

* در معرض دید بودن اتصالات مهم و حیاتی بیمار در حد امکان جهت کنترل مداوم

* تحویل کامل اتصالات در زمان تغییر تیم درمانی و ثبت جزئیات در گزارش پرستاری

* کنترل عملکرد اتصالات در هر نوبت تغییر تیم درمانی و یا تجویز دارو یا انجام اقدام خاص

* مشخص نمودن تاریخ تعبیه کتترها و اتصالات

* وجود پانسمان و پوشش استاندارد برای کتترهای تعبیه شده با ذکر تاریخ انجام پانسمان یا پوشش

ایمنی بیمار

۸- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

Single use of injection devices

دارو جهت داروهای پرخطر و هشدار بالا استفاده می شود. داروی پتاسیم کلراید از استوک دارویی بخش ها و نیز ترالی احیا حذف شده است.



تزریقات یکی از روش های شایع در تجویز داروها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استانداردهای درمانی ، خطرات بالقوه و بالفعلی را بر ارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه تحویل می نماید. تزریقات غیر ایمن میتواند سبب انتقال انواع پاتوژن ها از جمله ویروس ها ، باکتری ها ، قارچ ها و انگلها شده و وقایع ناخواسته از جمله آبسه و یا واکنشهای توکسیکی را در پی داشته باشد.

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

- + به دریافت کننده خدمت / بیمار آسیب نزند
- + به ارائه کنندگان / کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمهای وارد نسازد.
- + پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه و محیط زیست نشود.
- ویروس های منتقله از راه خون:

خطر انتقال عفونتهای منتقله از راه خون بستگی به نوع عامل بیماریزا و حجم و نوع مواجهه دارد.

پاتوژنهای نظیر HIV , HBV , HBC ممکن است با آلودگیهای نامحسوس نیز منتقل شوند.

ویروس هپاتیت B:HBV از طریق مواجهه بافت زیر پوستی و یا مخاطات با خون آلوده و یا ترشحات بدن مبتلا ممکن است به افراد سالم منتقل شود. عفونت میتواند ناشی از مواجهه نامحسوس و از طریق خراشیدگی ها و یا زخم ها و یا سطوح مخاطی اتفاق افتد. آنتی ژن سطحی هپاتیت B که موید ابتلا به هپاتیت B مزمن می باشد از سرم ، بزاق و Semen جدا شده و عفونت آن به اثبات رسیده شده است . HBV. بیشترین غلظت را در سرم داراست و غلظت آن در بزاق و مایع Semen کمتر است. ویروس در محیط به طور نسبی پایدار می باشد و به مدت 7 روز در دمای اتاق در روی سطوح در محیط زنده باقی می ماند. ابتلا به عفونت هپاتیت B بعد از فرو رفتن سر سوزن آلوده به خون یک منبع مثبت هپاتیت B

ایمنی بیمارکارکنان خدمات بهداشتی درمانی ۲۳ تا ۲۶ درصد است که البته مداخلات فوری و مناسب بر اساس موازین (post exposure prophylaxis) خطر ابتلا را کاهش می دهد، لذا واکسیناسیون تمامی کارکنان خدمات بهداشتی درمانی و منجمله کادر خدماتی بر علیه هپاتیت B الزامی بوده و قبل از اشتغال آنان در واحدها و بخشهای بالینی توصیه میشود .

ویروس هپاتیت C : به طور اولیه HCV از طریق مواجهه بافت زیر جلدی با خون آلوده منتقل میشود. انتقال آن به نسبت هپاتیت HBV کمتر است. در محیط به مدت حداقل ۶۱ تا ۳۲ ساعت زنده باقی میماند. انتقال بیماری از طریق خون آلوده به اثبات رسیده است و از طریق مواجهه پوست ناسالم و یا مخاطات با خون آلوده به ندرت وجود دارد .

HIV:

انتقال HIV از طریق تماس جنسی و یا مواجهه با خون آلوده (انتقال خون و یا تزریقات غیر ایمن) و سر سوزن و سرنگ مشترک بین معنادران اتفاق می افتد. ماندگاری HIV در محیط و قابلیت انتقال آن به نسبت HBV یا HCV کمتر است. ترشحات و مواد ترشحاتی بدن بیماران مشتمل بر خون، سایر ترشحات بدن، مایع سمن و ترشحات واژینال که به طور مشهود خون آلوده می باشند در صورت تماس با جراحات بافت زیر جلدی، غشای مخاطی و پوست ناسالم برای کارکنان مخاطره آمیز محسوب میشوند. میانگین خطر انتقال بعد از مواجهه زیر جلدی با خون آلوده 3 درصد و برای تماس غشاء مخاطی ۹ درصد تخمین زده میشود.

پیشگیری: حذف تزریقات غیر ضروری بهترین روش پیشگیری از عفونت های ناشی از تزریقات غیر ایمن است. در برخی از کشورها 70 درصد تزریقات، غیر ضروری محسوب می شوند. در صورتی که درمان موثر از سایر طریق ممکن باشد به منظور کاهش امکان مواجهه با خون و مواد عفونی و خطر انتقال، به عنوان روش ارجح و مورد توصیه است.

واکسیناسیون کارکنان خدمات بهداشتی درمانی علیه هپاتیت B

جهت حفاظت کارکنان و بیماران بسیار حائز اهمیت است. سایر روش های

موثر در کاهش خطر انتقال عبارت است از رعایت بهداشت دست، پوشیدن دستکش، به حداقل رسانیدن دستگاهی وسایل تیز و برنده منجمله وسایل تزریق، تفکیک مطلوب و دفع بهداشتی وسایل تیز و برنده از مبدا

۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

Improved hand hygiene to prevent health care - associated infection : بهداشت دست به عنوان شاخص کیفی ایمنی بیمار رعایت بهداشت به عنوان اساسی ترین موازین و یکی از اولیه ترین تمهیدات در کاهش عفونت های بیمارستانی و گسترش مقاومت ضد میکروبی و افزایش ایمنی بیماران محسوب میشود.

ایمنی بیمار

پنج موقعیت بهداشت دست:

استفاده از عدد ۵ یادآور پنج انگشت هر دست است که نمیتواند مستقل از یکدیگر عمل کنند میتواند یادآور این مطلب باشد که مفاهیم مرتبط با بهداشت دست مانند انگشتان یک دست با یکدیگر پیوسته و هماهنگ هستند و نمیتوانند به تنهایی و مستقل از یکدیگر عمل کنند.

موقعیت یک: قبل از لمس بیمار



موقعیت دو: قبل از انجام اقدامات درمانی (آسپتیک) برای بیمار

موقعیت سه: بعد از مواجهه با مایعات بدن بیمار

موقعیت چهار: پس از تماس با بیمار

موقعیت پنج: بعد از دست زدن به وسایل اطراف بیمار

موارد شستن دست با آب و صابون

۱- دستها به صورت آشکار کثیف باشد.

۲- دستها به صورت مشهود آلوده به مواد پروتیینی نظیر خون و یا سایر مایعات بدن باشد.

۳- دستها در معرض تماس احتمالی یا ثابت شده با ارگانیسم های بالقوه تولیدکننده اسپور باشند. از جمله در موارد طغیان های کلستریدیوم دیفیسل (مثل شیوع اسهال) شستن دست با آب و صابون روش ارجح تر رعایت بهداشت دست محسوب میشود.

۴- بر اساس اجماع نظر کارشناسان ، مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک پیشنهادی و یا دلایل تئوریک ، شستن دست با آب و صابون بعد از استفاده از توالت توصیه شده است

نکته مهم:

بیماری های منتقله از دست: با رعایت دست با رعایت بهداشت دست باعث باقی ماندن آلودگی دستها می شود*

در صورتی که دستها بصورت آشکار کثیف نمی باشند ترجیحاً با استفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکلی بهداشت دستها را رعایت نمایید.

۱- قبل و بعد از تماس مستقیم دست ها با بیماران

۲- بعد از در آوردن دستکش استریل و غیر استریل از دست خود

۳- قبل از دست زدن یا هرگونه جابجایی وسیله مورد استفاده در ارایه مداخلات درمانی تهاجمی بیمار (صرف نظر از اینکه دستکش پوشیده اید یا خیر)



۴- بعد از تماس با مایعات یا ترشحات بدن، غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده و یا پانسمان زخم در بیماران

۵- در صورتی که حین مراقبت و یا انجام اقدامات درمانی دست شما بعد از تماس با ناحیه و یا موضع آلوده بدن بیمار با نواحی تمیز بدن و تماس خواهد یافت.

۶- بعد از تماس با اشیاء محیطی مجاور و نزدیک بیمار (مشمول بر تجهیزات پزشکی)

روش Hand rub

ضد عفونی دستها با مالش به یکدیگر: مدت زمان کل فرایند ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.

به منظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکی جهت HAND RUB مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند، آنها را بهم بمالید.

روش صحیح شستن دست با آب و صابون:

مدت زمان کل فرایند ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است

۱- در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمایید.

۲- ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلیه سطوح دستها را با صابون بپوشانید.

۳- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستها را بهم بمالید.

۴- کف دست راست را بر روی دست چپ گذاشته و بالعکس و با فرو کردن

انگشتان به داخل هم آنها را بهم بمالید.

۵- کف دستها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آنها را بهم بمالید.

۶- ~~بینی~~ انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آنها را بهم بمالید.

۷- شست چپ (و بالعکس) را در میان کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.

۸- انگشتان هر یک از دست های خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.

۹- دستها را کاملاً آبکشی نمایید.

۱۰- با حوله کاغذی یا کاغذ یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمایید.

۱۱- با همان حوله یا دستمال کاغذی شیرآب را بسته و دستمال را در سطل آشغال بیاندازید.

نکته مهم:



با توجه به اینکه دست خیس به سهولت آلودگی یا میکروارگانیسم را گسترش میدهد خشک کردن مناسب دست ها جزو لاینفک فرایند بهداشت دست است.

جراحی ایمن:

با تاکید بر سلامت کارکرد دستگاه ها و تجهیزات بیهوشی ، ارتقاء اقدامات درمانی و بهبود ارتباطات درون گروهی اعضای تیم جراحی تلاش شده است تا سلامت و ایمنی بیماران در حین و پس از اعمال جراحی حفظ گردد ؛ که در این جهت اتفاقات ناخواسته ، عوارض و مرگ و میر غیر ضروری ناشی از آن می باشد و هدف اصلی ، بهبود و ارتقاء فرآیند ها ، اقدامات درمانی و مراقبتی در جهت افزایش ایمنی بیماران است.

مراحل چک لیست جراحی ایمن:

۱- مرحله زمانی قبل از بیهوش نمودن بیمار که تحت عنوان ورود بیمار نامیده میشود.

۲- در این مرحله شناسایی بیمار ، علامتگذاری موضع عمل ، تایید ایمنی و صحت کارکرد وسایل و تجهیزات ضروری جهت بیهوشی بیمار ، اتصال پالس اکسی متری به بیمار و صحت عملکرد آن ، بررسی بیمار به لحاظ سابقه داشتن حساسیت ، بررسی بیمار به لحاظ راه هوایی مشکل و خطر از دست رفتن بیش از 500 میلی لیتر خون در بیماران بالغ و یا 7 میلی گرم در میلی لیتر خون در کودکان ارزیابی میگردد.

۲- مرحله زمانی بعد از بیهوشی بیمار و قبل از انجام برش جراحی که زمان انتظار نامیده میشود. در این مرحله در صورت لزوم اعضای تیم جراحی خود را با نام و سمت به سایر اعضای تیم معرفی نمایند . قبل از برش جراحی توسط جراح ، کلیه اعضای تیم جراحی حاضر در اتاق عمل نسبت به تایید عمل صحیح جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح بیمار اقدام نمایند.

۳- مرحله زمانی حین و یا دقیقاً پس از بستن زخم بیمار تا خروج بیمار از اتاق عمل که خروج بیمار نامیده میشود.

وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیماران (Nevar Events)

وقایعی که هرگز نباید در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق بیافتند . بر اساس National Quality Forum شامل 82 خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق میافتد و بقیه ممکن است در منزل یا هر محل دیگری حادث شود.

الف (وقایع جراحی :



- ۱- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- ۲- انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر
- ۳- انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
- ۴- جا گذاشتن هر گونه Device اعم از گاز و قیچی و پنس در بدن بیمار در حین عمل جراحی و هر پروسیجر دیگر
- ۵- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی
- ۶- تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین ناباور

ب) وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی

- ۱- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- ۲- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده
- ۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

ج) وقایع مرتبط با مراقبت بیمار

- ۱- ترخیص و تحویل نوزاد به شخص یا اشخاصی غیر از ولی قانونی
- ۲- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیشتر از ۴ ساعت طول بکشد .
- ۳- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مراکز درمانی

د) وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار

- ۱- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو ، دوز دارو ، زمان تزریق دارو و...
- ۲- ~~ایمنی بیمار~~ ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
- ۳- کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی یا سزارین
- ۴- مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی
- ۵- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل کادر درمان
- ۶- زخم بستر درجه ۳ و ۴ بعد از پذیرش بیمار
- ۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثل فیزیوتراپی و ..)

ه) وقایع مرتبط با محیط درمانی



۱- مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیا متقاعب هرگونه شوک الکتریکی به دنبال احیای بیمار که میتواند ناشی از اشکالات ناشی از تجهیزات فنی باشد.

۲- حوادث مرتبط با استفاده اشتباه از گازهای مختلف به بیمار

۳- سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل (مانند: سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)

۴- موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مانند: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ)

۵- سقوط بیمار (سقوط حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویربرداری، سقوط از پله و ..)

و) وقایع جنایی

۱- اصرار به تزریق داروی خاص خطرآفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

۲- هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار

۳- موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاق پزشکی

۴- ربودن بیمار

برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار:

بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار برنامه مهم سازمان جهانی بهداشت است که هدف آن کمک به موسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشور میباشد.

سطوح استانداردها :

ایمنی بیمار استانداردهای الزامی ۲- استانداردهای اساسی ۳- استانداردهای پیشرفته

۱- استانداردهای الزامی یا حیاتی (critical criteria) : این استانداردها جمعا ۲۰ استاندارد بوده و استانداردهایی هستند که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند.

۲- استانداردهای اساسی (core criteria): این استانداردها جمعا ۹۰ استاندارد بوده و شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیماران از آنها تبعیت کند. اگرچه تعیین سطح بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار بستگی به درصد

استانداردهای محقق شده دارد ولی دستیابی به ۱۰۰ درصد استانداردهای اساسی برای دریافت عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار سطح یک الزامی نیست.



- استانداردهای پیشرفته (Development criteria): این استانداردها جمعا 30 استاندارد بوده و الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود، در جهت دستیابی به آنها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید. توضیحات مربوط به استانداردها و مستندات مربوط به هر استاندارد در کتاب راهنمای بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار درج گردیده است.

ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار:

فرایند ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار یک مکانیسم پیشرفته برای ارزیابی ایمنی بیمار در بیمارستانها می باشد که به منظور تعیین سطح ایمنی بیمار تدارک دیده شده است و میتواند هم با هدف شروع یک برنامه ایمنی بیمار و هم برای ارزیابی میزان پیشرفت و برنامههای که در حال اجراست به کار رود. ارزیابی از طریق یک ارزشیابی خارجی انجام میشود. در حال حاضر تیم ارزیابی اولیه، گروه مشورتی منطقهای سازمان جهانی بهداشت در ایمنی بیمار می باشد. این گروه بیمارستانها را با هدف تعیین انطباق یا عدم انطباق با استانداردهای ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت و شاخص های عملکردی ایمنی بیمار ارزیابی مینماید.

این ارزیابی منافی را برای بیمارستانها در بردارد و تعهد و پاسخگویی بیمارستان را در ارتباط با ایمنی بیمار به جامعه نشان می دهد.

معرفی بیست استاندارد ایمنی بیمار

*ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک میباشد و در قالب **ایمنی بیمار** برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراست.

*یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است.

*مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصت ها بطور منظم برنامه و بازدید های مدیریتی ایمنی را به اجرا میگذارد.

*یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.

* بیمارستان جلسات ماهیانه مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار مینماید.

* بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین مینماید.

* بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین مینماید.

* بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین و ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون میباشد.

* جهت ارائه خدمات و مراقبتهای درمانی، کادر بالینی حائز شرایط، توسط کمیته مربوطه بصورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده میشوند.

* پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و بیمار با حضور پرستار برگه رضایت نامه را امضا مینماید.

* قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی یا تزریق دارو یا انتقال خون و فراورده های خونی هویت کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر منجمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز میگردد. (هیچگاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمیباشد)

* بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی همواره آزاد پیشبینی کرده است.

* بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص میباشد.

ایمنی بیمار

* بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر

چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما میباشد.

* بیمارستان تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پرخطر تضمین مینماید.



* بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا مینماید.

* بیمارستان دارای روش های ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV و HBV است.

* بیمارستان در تمامی ساعات شبانه روز دسترسی به داروهای حیاتی را تضمین مینماید.

* بیمارستان براساس میزان خطر، پسماندها را از مبدا تفکیک و کدبندی رنگی مینماید.

بیمارستان از راهنماها از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت مینماید.

اخذ رضایت آگاهانه از بیماران (استاندارد 1B.1.2)

رضایت نامه : امضای مدرکی است که بیمار قبل از تن دادن به هرگونه اقدام درمانی ، از کلیه خطرات عمل ، راه های درمانی و جایگزین و خطرات آن توسط پزشک معالج آگاهی پیدا میکند.

برائت نامه : چنانچه بیمار در طی درمان دچار عوارض یا نقص عضو گردد، در صورتی که پزشک بر اساس موازین عملی و فنی عمل کرده باشد، مقصر نیست.

این فرم برگه ای است که در تمامی اعمال جراحی و اقدامات تهاجمی قبل از انجام ، بعد از تفهیم کامل آن به بیمار یا ولی قانونی او و بعد از ارائه توضیحات لازم توسط فرد انجام دهنده پروسیجر بصورت کاملاً آگاهانه و بدون اجبار تکمیل و امضاء میشود.
ایمنی بیمار

تمامی اطلاعات این فرم باید بصورت عامیانه و قابل فهم برای عموم نوشته شود و در صورت نوشتن کلمات تخصصی توضیحات لازم به همراه آن آورده شود.

مشخصات بیمار یا فردی که پروسیجر بر روی او انجام خواهد گرفت باید بعد

از احراز هویت بصورت صحیح و کامل تکمیل شود.



نام و نام خانوادگی و سمت انجام دهنده عمل / اقدام: در این قسمت مشخصات فردی که قرار است پروسیجر را انجام دهد، نوشته شود.

تشخیص یا مشکل اصلی و درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل باید با زبان ساده توضیح داده شود. روش عمل/اقدام: در این قسمت روش انجام پروسیجر پیشنهادی توسط فرد انجام دهنده به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او ثبت شود.

مزایا: در این قسمت کلیه مزایا از قبیل کاهش درد، پیشگیری از عوارض دیگر، کاهش موربیدیتی، کم بودن مدت بستری، هزینه کم و... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود. معایب: در این قسمت کلیه معایب از قبیل عوارض قطعی و احتمالی، هزینه ها و ... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود.

روشهای جایگزین: در این قسمت روشهای جایگزین و آلترناتیوهای روش پیشنهادی در صورت وجود به هر تعداد بعد از تفهیم به بیمار یا ولی قانونی او ثبت می شود. مثال: جراحی باز و جراحی با لاپاراسکوپی) مزایا: در این قسمت کلیه مزایای هر یک از روشهای جایگزین از قبیل کاهش درد، پیشگیری از عوارض دیگر، کاهش موربیدیتی، کمبود مدت بستری، هزینه کم و... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود.

معایب: در این قسمت کلیه معایب هر یک از روشهای جایگزین از قبیل عوارض قطعی و احتمالی، هزینه ها و ... به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم ثبت شود.

رضایت بیمار: روش انتخابی توسط بیمار یا ولی بیمار: در این قسمت روش انتخابی توسط بیمار یا ولی قانونی او از بین روش پیشنهادی و روش های جایگزین ثبت می شود. انتخاب روش توسط بیمار یا ولی او باید کاملاً آگاهانه و بدون هیچ اجباری باشد.

رضایت آگاهانه باید از خود بیمار اخذ شود، مگر در افراد صغیر که از ولی قانونی آنها اخذ خواهد شد. در افراد بالغی که بنا به عللی مانند اختلال

هوشیاری و اختلالات روانی در امور مربوط به خود تصمیم گیرنده نمی باشند ، رضایت قیم آنها اخذ خواهد شد. مشخصات، امضا و اثر انگشت بیمار یا ولی او برای رضایت آگاهانه کافی می باشد، ولی می توان از بستگان و آشنایان بیمار به عنوان شاهد مخصوصا در اقدامات با خطر بالا امضا و اثر انگشت اخذ نمود. مشخصات و سمت فرد رضایت گیرنده همراه با امضاء و مهر ثبت شود.

* در صورتی که بیمار یا ولی قانونی او بعد از تفهیم کامل راضی به انجام پروسیجر نشد، بند عدم رضایت تکمیل و از بیمار یا ولی او امضا و اثر انگشت اخذ گردد.

* تاریخ و ساعت دقیق زمان اخذ رضایت ثبت شود

* به بیمار یا ولی قانونی او توضیح داده شود که هر زمان قبل از انجام پروسیجر مختار است در مورد رضایت یا عدم رضایت تجدیدنظر نماید.

* طبق قانون اخذ رضایت از بیماران در وضعیت های تهدید کننده زندگی (اورژانس) و اختلالات هوشیاری الزامی نیست. (۱) در فرآیند رضایت آگاهانه لازم است نکات ذیل به بیمار گفته شود:

* تشخیص یا مشکل اصلی

* درجه عدم قطعیت تشخیص یا مشکل

* خطرات توأم با درمان و یا راه کار

* اطلاعات در خصوص زمان بهبودی مورد انتظار

• نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان

• وجود و هزینه های خدمت یا داروهای مورد لزوم

ایمنی بیمار

(۲) مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی / پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر 30 روز می باشد.

(۳) هر لحظه ای که بیمار بخواهد میتواند رضایت خود را پس بگیرد.

(4) عموما قبل از هر مداخله جدید درمانی بایستی از بیمار/ ولی/ وابسته درجه یک وی رضایت آگاهانه اخذ نمود.

(5) از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر (شیمی



درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیز خونی)

بوده، به شرط ثابت ماندن شرایط ذیل می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، که این رضایت نامه به مدت یک سال اعتبار دارد

• شرایط بیمار

• نحوه درمان

• روش های درمانی جایگزین

• احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی

• ظرفیت بیمار برای دادن رضایت تغییر نکند

• بیمار رضایت قبلی خود را پس نگیرد.

6) پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل / حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

7) بیمارستان بایستی لیست اقدامات تهاجمی را بر اساس نظر پزشکان متخصص هر رشته تعیین نماید.

از فردی می تواند رضایت آگاهانه اخذ نمود که شرایط زیر را داشته باشد:

رضایت دهنده باید عاقل و بالغ و واجد اهلیت قانونی باشد بنابراین وضعیت صغیر و مجنون و مست فاقد ارزش قانونی است. با توجه به ماده 95 قانون مجازات اسلامی رضایت و برائت را باید اول از همه از خود بیمار اخذ نمود، مگر در افراد بیهوش نابالغ و مجنون که باید از ولی آنها (که البته از نظر شرع مقدس اسلام منظور از ولی به ترتیب اولویت پدر، جد پدری، حاکم شرع و در شرایط خاص بستگانی از او می باشند) رضایت آگاهانه گرفت.

ایمانی بیمار صورتی که قیم نامه قانونی از دادگاه داشته باشد و حضانت و نفقه فرزند بر عهده وی باشد می تواند رضایت دهد.

کاهش خطاهای پزشکی و ارتقای ایمنی بیمار

تخمین زده میشود حدود ۱۰ درصد موارد بستری منجر به وقایع ناخواسته می شوند که نیمی از آنها قابل جلوگیری



هستند. خطاهای رایج شامل خطاهای تجویز داروی نادرست، دوز نادرست (مثلاً تجویز دوز بزرگسالان به کودکان)، خطاهای نحوه مصرف دارو (مثلاً تجویز داروهای سیتوتوکسیک داخل وریدی به صورت نخاعی)، خطاهای ارتباطی و تأخیر در تشخیص می باشد.

شیوههای کاهش خطاهای پزشکی به میزان زیادی از رویکردهایی که در سایر بخش ها با تجارب بیشتر استفاده میشوند به ویژه صنعت هواپیمایی استخراج شده است. صنعت هواپیمایی مشابه صنعت مراقبت سلامت بسیار پیچیده است و هر خطایی در آن ممکن است کشنده باشد. اما اگر قرار بود در صنعت هواپیمایی به میزان مشابه نظام سلامت رخ دهد همه روزه شاهد سقوط هواپیماها در هر جایی بودیم. بخشهای دیگر مثل نیروگاههای هستهای نیز نمونه هایی از مدیریت خطر را فراهم میکنند. مدلی که هر دوی این صنایع استفاده میکنند، مدل پنیر سوئیسی با لایه های مختلف دفاعی برای جلوگیری از رخداد خطا است. هر لایه ممکن است سوراخهای داشته باشد و اگر این سوراخ ها در یک راستا قرار گیرند، خطا میتواند اتفاق افتد. در پزشکی، به طرز خطرناکی برش های حفاظتی کمی از پنیر وجود دارد و این ممکن است منجر به فاجعه شود

رویکردی که صنعت هواپیمایی برای کاهش خطا به کار گرفت، اطمینان از این بود که هر خطا و مهم تر از آن، در هر مورد نزدیک به خطایی (Near miss) مشخص و گزارش داده شد. دهها و صدها مورد نزدیک به خطا برای هر خطای گزارش داده شده وجود دارد. بنابراین مهم است که این موارد مشخص و قبل از بروز خطا اصلاح شوند. در صنعت سیستمهای گزارشدهی جزئی از کار است و تاکید عمده سیستمهای گزارش دهی بر یادگیری از خطاهاست تا سرنش افراد. برخلاف آن خدمات نظام سلامت، گزارشدهی تکه تکه و تصادفی دارد که در آن تعریف استاندارد **ایمنی بیمار** برای وقایع ناخواسته وجود ندارد و فرهنگ گناه و سرپوش گذاشتن بر آن حاکم است.

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار یا واک راند

۱- چک لیست ندارد (گپ و گفتگوی صمیمانه در زمینه چالش های ایمنی)



۲- تقویم سالیانه دارد.

۳- بصورت هفتگی میباشد.

۴- نصب در مورد آموزش بخش

۵- آگاهی پرسنل از زمان بازدید مدیریتی بخش و مصوبات بازدید

۶- جمع بندی بازدید بین پرسنل و مدیران ارشد در پایان

همان بازدید انجام میشود.

هدف ترویج فرهنگ ایمنی و اینکه در صورت بروز و مشاهده و یا موارد نزدیک به وقوع که ایمنی بیمار را به خطر می اندازد چه اقداماتی انجام میگیرد.

یکی از مهمترین موضوعات در زمینه ایمنی بیمار که با انجام آن بسیاری از چالش ها و خطاها و خلأهای ایمنی شناسایی و از طریق آن میتوان جهت پیشبرد فرهنگ ایمنی و شناسایی خطا و خطر و جلوگیری از آن گام برداشت ، بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار می باشد.

"بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت هفتهای مدیران ارشد سازمان میتوانند به کارکنان تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی نشان دهند. بازدید مدیریتی ایمنی بیمار از بخش ها (نظیر بخش اورژانس رادیولوژی و اتاقهای عمل

"زمان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بایستی در طول سال حداقل یک بار در هفته به صورت مرتب صورت پذیرد. مدیران ارشد بیمارستان می توانند جهت سهولت انجام کار به صورت چرخشی در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار حضور یابند.

نحوه اطلاع از مقادیر بحرانی آزمایشگاه و تصویر برداری و همچنین اخذ دستورات تلفنی و شفاهی:



برای تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) و اخذ دستورات تلفنی و شفاهی از روش زیر استفاده می شود:

Read back (۱)

Write Down (۲)

Repeat Back (۳)

Repeat Back (۴)

اولین مورد Read Back یا بازخوانی دستور است که با صدای بلند با حضور پرستار دوم که به عنوان شاهد است انجام میشود.

مورد دوم Write Down است که یادداشت و ثبت دستور پزشک

به طور کامل است.

مورد سوم Repeat Back یا تکرار مجدد دستور تلفنی پزشک است تا اطمینان حاصل شود که پزشک دستور را تایید کند.

مورد چهارم Close The Loop میباشد که به معنی بستن حلقه می باشد و دستور تلفنی توسط پرستار

دستورگیرنده به طور کامل بسته می شود و توسط خود پرستار و پرستار ثانی که به عنوان شاهد است مهر میگردد.

در مورد دستورات شفاهی و همچنین تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی و آزمایشگاه و پاراکلینیک (در مورد مقادیر

بحرانی آزمایشات و پاراکلینیک) نیز از همین روش استفاده می شود.

بعد از دریافت اطلاعات از واحد آزمایشگاه حتما در دفتر مقادیر بحرانی ثبت شود.

نحوه نمونه گیری آزمایش به صورت ایمن:

(۱) قبل از انجام آزمایش ؛ چک دستور پزشک و شناسایی فعال بیمار باید انجام شود.

(۲) لیبل آزمایش از طریق سیستم گرفته شود.

(۳) پرستار مسئول بیمار با سینی وسایل و لوله آزمایش و لیبل آزمایشات بر بالین بیمار حاضر شود و شناسایی فعال

بیمار انجام شود.

- 5) قبل از تماس با بیمار شستشوی دست انجام شود.
- 6) نمونه گیری به طریق ایمن انجام شود.
- 7) نمونه‌ها داخل لوله آزمایش ریخته شود و بلافاصله بعد از نمونه گیری و قبل از ترک بالین بیمار لیبل آزمایش بنحوی که اطلاعات بیمار قابل خواندن باشد چسبانده شود.
- 8) نمونه داخل ظروفی که داخل هر بخش برای جابجایی نمونه ها قرار دارد گذاشته شود و در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال شود.
- 9) شستشوی دست بعد از تماس با بیمار حتما انجام شود.
- در صورتی که از آزمایشگاه نمونه خاصی مانند محیط کشت یا نمونه دیگری که در بخش ها موجود نیست گرفته شد و به هر دلیلی ارسال **نمونه کنسل شد؛** حتما به پرسنل خدمات یا کمکی اطلاع داده شود که این نمونه را به آزمایشگاه برگرداند و توسط خود پرستار یا کمکی به پرسنل آزمایشگاه اطلاع داده شود تا به اشتباه در کنار بقیه نمونه های ارسالی گذاشته نشود و باعث سردرگمی و خطا نشود.
- فرایند رسیدگی و ثبت فوری وقایع ناخواسته در بیمارستان های تابعه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی فسا**

دریافت رخداد از طریق (سیستم گزارش دهی، خطا و شکایت بیمار، همراه بیمار، گزارشات کارشناسان نظارتی و سرپرستاران، کمیته مرگ و میر، ممیزی ها و داده های کنترل کیفیت) و تایید توسط مسئول منفی و ریاست بیمارستان



بررسی اولیه موضوع و اطلاع رسانی خبر وقوع به مدیر آنکال معاونت درمان بصورت پیامک کوتاه توسط نماینده مسئول فنی بیمارستان به محض دریافت و تایید رخداد و ارسال گزارش مختصر از طریق اتوماسیون اداری حداکثر ۶ ساعت بعد از دریافت خبر با امضای ریاست بیمارستان جمع اوری اطلاعات و بررسی دقیق و کارشناسی موضوع (مطالع پرونده، مصاحبه و بازدید مکان و تجهیزات) و تعیین لیست افراد متغیر کمیته مدیریت خطر مربوط به رخداد توسط کمیته مدیریت خطای بیمارستان توسط کارشناس ایمنی و کارشناس مسئول وقایع ناخواسته بیمارستان دستور تشکیل کمیته مدیریت خطا توسط ریاست بیمارستان و دعوت از اعضای متغیر مربوط به رخداد برای شناسایی مساله و تعیین SDP-CDP

نگاشت و سازماندهی اطلاعات (خط زمانی، رویدادنگاری داستانی و شخص زمان و خطوط مبتنی بر جدول) توسط کارشناس ایمنی و کارشناس مسئول وقایع ناخواسته بیمارستان
ایمنی بیمار
 تحلیل ریشه ای و تنظیم اصلاح / اقدام اصلاحی / پیشگیرانه /
 برنامه بهبود کیفیت و ارسال گزارش تحلیل ریشه ای براساس
 کاربرگ های وزارت با امضای ریاست بیمارستان به معاونت درمان حداکثر ۲ هفته بعد از رخداد
 برنامه ریزی و اجرای اصلاحات - پاسخگویی و تنویر افکار عمومی در صورت بروز هرگونه بازتاب رسانه ای
 در کوتاهترین زمان ممکن - تدوین سناریو آموزشی
 برنامه ریزی و اصلاحات، ممیزی و پایش و ارسال گزارش فصلی به معاونت درمان
نکات ایمنی در رابطه با کپسول اکسیژن:

* شیرها را آهسته باز و بسته کنید. باز کردن ناگهانی منجر به خروج سریع اکسیژن در یک لحظه خواهد شد. همچنین آنها را تاحدی باز و بسته کنید که جریان گاز قطع شود و فشار بی مورد وارد نکنید



- * در هنگام باز کردن شیر کپسول اکسیژن دقت شود که فشارسنج پشت به فرد باشد تا از خطر احتمالی شکستن مانومتر و پرتاب به داخل چشم فرد یا افراد حاضر در اتاق جلوگیری گردد.
- * شیلنگ، ریگلاتور و بدنه سیلندر را از هر گونه آسیب دیدگی به طور منظم بازرسی کنید.
- * همیشه تمام سیلندر ها را پر فرض کنید
- * سیلندره‌های گاز را از نور مستقیم و گرمای بیش از حد آفتاب محافظت کنید
- * سیلندر های پر و خالی را از هم جدا کنید
- * مواد قابل اشتعال و آتش گیر را از کنار سیلندر های تحت فشار دور کنید.
- * برای روان شدن شیر و مهره های کپسول به هیچ عنوان از روغنکاری، چربی و گریس استفاده نکنید زیرا تماس روغن و گریس با اکسیژن باعث انفجار میشود.
- * هنگام مشاهده هر گونه آلودگی و چربی در اطراف شیرهای کپسول اکسیژن سریعاً آنرا برطرف کنید
- * **هنگام تخلیه** و بارگیری بالون را پرتاب نکنید و مواظب باشید که کپسولی واژگون نشده و به زمین اصابت نکند و تا زمانی که نمیخواهید از اکسیژن آن استفاده نمایید، بی جهت کلاhek حافظ شیر را از سربالون جدا نکنید.
- * در مواقع بروز حادثه مانند انفجار و آتش سوزی به محل تجمع ایمن بروید.
- * از ضربه زدن به شیر و ریگلاتور سیلندر خودداری کنید.
- * سیلندر گاز را به طور کامل ایستاده نگهداری کرده و به کمک تسمه یا زنجیر از افتادن آنها جلوگیری کنید.
- * از غلتاندن سیلندر روی زمین خودداری کنید و برای جابجایی سیلندر ها از چرخ دستی مخصوص اینکار استفاده کنید.
- * هنگام پایین آوردن و تخلیه سیلندر ها از داخل ماشین ها دقت کنید که به سیلندرها صدمه وارد نشود.
- * سیلندره‌های آسیب دیده، معیوب را از کار خارج کرده و به واحد تجهیزات پزشکی منتقل کنید.
- * در محل نگهداری کپسول های تحت فشار حتماً کپسول های آتش نشانی مناسب نصب کنید.



*از تماس دست لباس یا دستکش آغشته به روغن یا گریس هنگام استفاده خودداری نمایید.

*استعمال دخانیات در هنگام کار با اکسیژن مطلقا ممنوع میباشد.

*محل نگهداری سیلندرهای اکسیژن در مواقعی که مورد استفاده قرار نمی گیرد بخوبی تهویه گردد و از مواد قابل احتراق دور نگه داشته شود.

نوع کپسول	مشخصات ظاهری	موارد استفاده	تصویر
کپسول CO ₂	این کپسول دارای سرلوله ی شیوری و بزرگ می باشد و محتوی گاز دی اکسید کربن می باشد بر چسب یا نوار مشکی دارد. نازل سخت و پلاستیکی دارد. نشانگر فشار ندارد.	آتش سوزی حاصل از اتصالات الکتریکی و مایعات قابل اشتعال از جمله: پارافین و روغن	
کپسول پودر شیمیایی (پودر و گاز- پودر و هوا)	چون یک جزء این کپسول گاز است، پس باید یک نشانگر برای فشار گاز داشته باشند. به همین دلیل اکثر آنها عقربه ی فشار سنج دارند. بعضی از آنها دارای بالن خارجی می باشند.	آتش سوزی مایعات قابل اشتعال از جمله: پارافین و روغن گاز های قابل اشتعال آتش سوزی حاصل از اتصالات الکتریکی	
کپسول آب و گاز	کپسول به رنگ آبی می باشد.	آتش سوزی جامدات از جمله: کاغذ، چوب و پلاستیک به هیچ وجه در آتش سوزی حاصل از اتصالات الکتریکی استفاده نکرده.	
کپسول حاوی نوع (کف)	در انتهای لوله خود سر لوله کف ساز دارد	آتش سوزی مایعات قابل سوختن	

شاخص های کشوری پایش ایمنی بیمار

عنوان شاخص	بخش	تعداد در ماه به تکنیک بخش ها	تعداد کل در ماه	توضیحات
افتادن از تخت				
زخم یستر		-		
تعداد عفونت های بیمارستانی		-		
عوارض بیهوشی		-		
عوارض انتقال خون		-		
تعداد مرگ و میر در اثر انفارکتوس میوکارد و عمل جراحی یای پس				
جدا شدن زخم محل جراحی		-		
خونریزی یا هماتوم بعد از عمل جراحی				
جا ماندن جسم خارجی پس از عمل جراحی		-		
پارگی یا سوراخ شدگی اتفاقی		-		
ترومبوز وریدی یا آمبولی ریوی پس از عمل جراحی		-		
عفونت زخمهای جراحی		-		
تعداد مرگ و میر در عوارض بیمارستانی پس از زایمان		-		
ترومای تولد - صدمه به نوزاد		-		
ترومای زایمان یا ابزار		-		
ترومای زایمان یی ابزار		-		
شاخص بستری مجدد				
شاخص مرگ های غیرمنتظره				
شاخص خطاهای دارویی				
شاخص احیای قلبی ریوی موفق				
شاخص درصد سوختگی یا کوتر				
شاخص درصد انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه				



تعریف هموویژیلا نس Hemovigilance

همو به معنای خون و ویژیلا نس به معنای مراقبت است و ترکیب مراقبت از خون به عنوان برگردان هموویژیلا نس بکار می رود و به فعالیت هایی اطلاق می شود که در کل زنجیره انتقال خون (از زمان جمع آوری خون تا زمان تزریق آن به گیرنده) به منظور جمع آوری و ارزیابی اطلاعات مربوط به وقوع عوارض ناخواسته احتمالی ناشی از تزریق خون و فرآورده های آن در افراد گیرنده انجام شده تا در صورت امکان مانع از بروز مجدد آنها شود. در واقع هموویژیلا نس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون است.

هموویژیلا نس یک سیستم نظارت کشوری بر سلامت خون و فرآورده های آن در تمام مراحل در زنجیره انتقال خون یعنی از زمان خونگیری از اهدا کنندگان تا پیگیری دریافت کنندگان خون و فرآورده ها گردآوری و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به اثرات ناخواسته انتقال خون و اعلام خطر به منظور تصحیح و اقدامات لازم برای جلوگیری از وقوع مجدد آن هاست هم چنین ضرورت قابل ردیابی بودن خون و فرآورده ها از اهدا کننده تا دریافت کننده در بیمارستان های دولتی، خصوصی و مراکز انتقال خون توصیه شده است

اهداف اجرای نظام هموویژیلا نس:

- ۱- گزارش عوارض ناشی از تزریق به صورت سیستماتیک و جمع آوری در یک واحد
- ۲- گردآوری و تجزیه و تحلیل داده های مربوط به اثرات ناخواسته انتقال خون و اعلام خطر به منظور تصحیح و اخذ اقدامات اصلاحی لازم برای جلوگیری از وقوع مجدد آنها.
- ۳- مستندسازی موارد تزریق خون در یک بیمارستان و بررسی مقایسه ای آن در سال های متوالی
- ۴- هدایت و ارتقای تزریق خون در بیمارستان ها
- ۵- ارتقاء سلامت بیماران به دلیل افزایش آگاهی پرستاران و پزشکان در رابطه با نحوه تزریق استاندارد خون و در واقع: یادگیری از اشتباهات ← رفع علل ریشه ای اشتباه به منظور جلوگیری از تکرار مجدد آنها



استفاده از یک فرم استاندارد در تمام مراکز درمانی جهت درخواست خون و فرآورده های خونی که منجر به تجویز صحیح و جلوگیری از مصرف نابجای فرآورده و به عبارت بهتر مصرف بهینه خون می شود تهیه دستورالعمل های مرتبط با استانداردهای تزریق خون در سطح بیمارستان و یا در سطح کشور به منظور آموزش مداوم و علمی پرستاران و پزشکان درگیر در امر تزریق خون

اهمیت هموویژیلانس:

تلاش در جهت شناخت و حذف این عوارض مرتبط با تزریق خون و اصلاح علل آن ها سبب کاهش میزان مرگ، عفونت ها و کاهش میزان ناتوانی شده و از طرف دیگر سبب افزایش خدمت رسانی به بیمارستان ها ، افزایش رضایتمندی بیماران ، بهبود خروجی بیمارستان ها و در نهایت ارتقاء سلامت جامعه می شود مؤثر بودن سیستم هموویژیلانس بستگی دارد به شناسایی و تشخیص عوارض+مستندسازی و گزارش آنها و گزارش تمام عوارض مرتبط با تزریق خون و تجزیه و تحلیل عوارض و اخذ اقدامات اصلاحی مناسب به جهت پیشگیری از وقوع مجدد آنها و یادمان باشد که اشتباهات قابل بخششند، اما نادیده انگاشتن آنها هرگز.

در هر بیمارستان و بخش مستقل باید پزشک مسئول هموویژیلانس که ترجیحاً از رشته های مرتبط باشد انتخاب و مسئولیت آن را بعهده گیرد.

فرم های هموویژیلانس:

ایمنی بیمار¹ فرم مخصوص درخواست خون و فرآورده های خون به رنگ سبز و صورتی

این فرم در دو نسخه پر و بررسی می شود و هر دو نسخه به بانک خون ارسال میگردد و نسخه صورتی در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده بیمار مجدداً به بخش ارسال میشود.

فرم درخواست پلاکت فرزیس که به رنگ بنفش و در ۲ نسخه تکمیل می شود. پس از ارسال هر دو نسخه به بانک خون و ثبت درخواست و تکمیل قسمت مربوطه توسط بانک خون ، نسخه صورتی رنگ در بانک خون باقی مانده و نسخه اصلی فرم جهت نگهداری در پرونده مجدداً به بخش ارسال می گردد



- 1- فرم نظارت بر تزریق خون کامل و فرآورده های گلبول قرمز نیز در دو نسخه و توسط پرستار تکمیل میگردد و توسط پرستار / ماما / اتاق عمل / بیهوشی دوم به صورت مجزا چک می شود و نسخه اصلی در پرونده بیمار نگهداری و نسخه صورتی رنگ به بانک خون برگردانده می شود که باید به طور دقیق و خوانا و صحیح پر شود.
- نکات مهمی که در هنگام خونگیری و تزریق خون باید رعایت گردد:
- ① برای خون گیری و یا تزریق خون لازم است که هویت بیمار تایید گردد .
- زیرا در صورت تزریق اشتباهی خون به فرد دیگر ، به دلیل تفاوت گروه های خونی می تواند موجب از دست رفتن جان بیمار گردد.
- چنانچه بیمار هوشیار است قبل از نمونه گیری از خود فرد، نام، نام خانوادگی، و تاریخ تولد را بپرسید و مشخصات بیمار را با پرونده و اطلاعات فرم درخواست خون مقایسه نمائید.
- بیمار حتما باید دستبند شناسایی داشته باشد و مطابقت دستبند با اطلاعات پرونده و فرم درخواست تکمیل شده خون انجام گیرد.
- چنانچه بیمار غیرهوشیار است (یا موارد اورژانس) باید طبق دستورالعمل های داخلی در هر بیمارستان شناسایی این بیماران تعریف شده باشد.
- ② تهیه نمونه خون قبل از تزریق خون:
- نحوه نمونه گیری آزمایش به صورت ایمن:
- ایمنی بیمار
- ① قبل از انجام آزمایش ؛ چک دستور پزشک و شناسایی فعال بیمار باید انجام شود.
- ② لیبل آزمایش از طریق سیستم گرفته شود.
- ③ پرستار مسئول بیمار با سینی وسایل و لوله آزمایش و لیبل آزمایشات بر بالین بیمار حاضر شود و شناسایی فعال بیمار انجام شود.
- 5 (قبل از تماس با بیمار شستشوی دست انجام شود



۶) نمونه گیری به طریق ایمن انجام شود. در زمان خونگیری چنانچه بیمار در حال دریافت مایعات تزریقی از یک دست است، به منظور اجتناب از ترکیب نمونه با مایعات تزریقی، بهتر است از بازوی دیگر بیمار استفاده کرد و یا در صورت لزوم از پائین تر از محل تزریق، نمونه را تهیه نمود.

نمونه خون همولیز حتما باید با نمونه صحیح جایگزین شود.

۷) نمونه ها داخل لوله آزمایش ریخته شود و بلافاصله بعد از نمونه گیری و قبل از ترک بالین لیبل آزمایش بنحوی که اطلاعات بیمار قابل خواندن باشد چسبانده شود. از برچسب زدن قبلی لوله های چندبیمار (به عنوان مثال در ایستگاه پرستاری) و سپس اقدام به نمونه گیری از بیماران شدیداً پرهیز گردد.

۸) نمونه داخل ظرفی که داخل هر بخش برای جابجایی نمونه ها قرار دارد گذاشته شود و در اسرع وقت به آزمایشگاه ارسال شود.

۹) شست و شوی دست بعد از تماس با بیمار حتماً انجام شود.

۳ موردی که حتماً باید روی برچسب قید گردد:

- نام، نام خانوادگی بیمار
- تاریخ تولد
- شماره پرونده **ایمنی بیمار**
- تاریخ و ساعت خونگیری
- نام یا نام مخفف فردی که نمونه گیری کرده است

عوارض انتقال خون:

تزریق خون می تواند با اثرات ناخواسته همراه شود. برخی از این واکنش ها حاد بوده و در طول تزریق یا مدت کوتاهی پس از آن به وجود می آیند. برخی دیگر تأخیری بوده ممکن است پس از ۴۲ ساعت به وقوع بپیوندند. علی رغم معاینات

پزشکی و انجام آزمایشها و با وجود رعایت تمام استانداردها احتمال بروز عوارض انتقال خون هم چنان باقی است. بنابراین تصمیم به تزریق خون برای بیمار باید بر اساس ارزیابی های دقیق از فواید و عوارض آن برای بیمار بوده، آگاهی و مهارت لازم برای تشخیص و درمان هر گونه واکنش ناسازگار خونی و عوارض آن را دارا باشیم.

← رهنمودهای کلی

۱- در زمان تزریق هر واحد خون بیمار را در مراحل زیر تحت نظر داشته باشید:

- قبل از تزریق
- بلافاصله پس از شروع تزریق
- ۱۵ دقیقه بعد
- حداقل هر یک ساعت طی تزریق
- در پایان تزریق
- ۴ ساعت پس از اتمام تزریق

۲- در تمام مراحل فوق اطلاعات زیر را در پرونده بیمار ثبت کنید:

- حال عمومی بیمار
- درجه حرارت بدن
- نبض و فشارخون
- نحوه تنفس
- تناسب میان مایعات بدن
- میزان جذب مایعات و میزان برون ده ادراری
- زمان شروع و پایان تزریق
- شماره های کیسه تمام فراورده های تزریقی
- هر گونه واکنش مشاهده شده



انسان در هر موقعیتی تلاش می کند تا با فراگرفتن دانش و مهارت‌های خاص توانایی خود را برای سازش با موقعیت های جدید افزایش دهد بیماری و بستری شدن در بیمارستان از مواردی است که نیاز به کمک و آموزش افزایش می یابد و مفهوم آموزش به بیمار و خانواده در این جا شکل می گیرد و نقش کلیدی در آرایه آموزش در اینجا به چشم می خورد . با توجه به اینکه آموزش موجب می شود تا توانایی بیمار در مراقبت از خود افزایش یابد و در نتیجه سلامتی ارتقاء یافته و از بروز عوارض پیشگیری شود که از وظایف اصلی کادر درمان و ضرورت ارتقای سلامتی جامعه است . آموزش به بیماران یکی از شاخص های کیفیت پذیرفته شده درمانی است. تمام بیماران حق دارند در مورد حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری ها آموزش های مناسب را از پزشک ،پرستار، کارشناس تغذیه و سایرکادر آموزشی دریافت نمایند. پس آموزش به بیمار فرایندی بیمار محور بر اساس نیازهای بیان شده توسط پزشک

و پرستار برای کمک به بیمار جهت تصمیم گیری مشارکتی و آگاهانه

درمورد بیماری که برای کنترل و کنار آمدن هرچه بهتر با بیماری اجرا می گردد.

تمام بیماران حق دارند در مورد حفظ و ارتقا سلامت، آموزش های مناسب دریافت نمایند.



حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا

ماده ۱: نظام پرداخت کارمندان موسسه بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی های مذکور در مواد آتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار میگیرد.

تبصره: ضریب ریالی مذکور در این ماده برای هر سال معادل ضریب ریالی اعلام شده از سوی دولت بوده که توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ میگردد.

ماده ۲: م شاغل م شمول این آیین نامه به پی شنهاد معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه بر اساس عواملی نظیر اهمیت، پیچیدگی وظایف و مسؤولیت ها، سطح تخصص و مهارت های مورد نیاز به یکی از طبقات جدول یا جداول (حق شغل) اختصاص یافته و به تصویب هیأت امنا خواهد رسید. امتیاز جدول یا جداول ارزشیابی م شاغل، حداقل ۲۴۰۰ و حداکثر آن

۷۰۰۰ برابر دستورالعمل پیوست می باشد.

تبصره ۱: افزایش امتیازات جدول یا جداول موضوع این ماده و تبصره های آن و ماده ۵۱ (حق شاغل) به منظور تعدیل حقوق ثابت کارمندان و با اعمال کاهش یا حذف مبلغ تفاوت تطبیق در احکام کارگزینی کارمندان تابع دستورالعملی خواهد بود که با پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع و به تصویب هیأت امنا می رسد. بدیهی است با اعمال این تبصره درج تفاوت تطبیق باقیمانده مانع از افزایش ضریب سالانه حقوق کارمندان نخواهد شد.

تبصره ۲: تطبیق حقوق و مزایای افراد جدیدالاستخدام و کارشناسان بهداشت حرفه ای و محیط که به امور بازرسی منصوب می شوند، بر اساس دستورالعملی خواهد بود که به تصویب هیأت امنای موسسه می رسد.



تبصره ۳: هرکدام از م شاغل متنا سب با ویژگیها، حداکثر در پنج رتبه مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی طبقه بندی می شوند و هرکدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول موضوع این ماده اختصاص می یابند. شاغلین مربوط در بدو استخدام در رتبه مقدماتی و اولین طبقه شغلی مربوط قرار میگیرند و در طول دوره خدمت در قالب دستورالعمل تهیه شده از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه بر اساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت، میزان افزایش مهارت ها، انجام خدمات برجسته، طی دوره های آموزشی، میزان جلب رضایت ارباب رجوع و ... متنا سب با ویژگیهای م شاغل، ارزیابی و ح سب امتیازات کسب شده و طی حداقل مدت سنوات خدمت مورد نیاز به رتبه های پایه، ارشد، خبره و عالی ارتقاء می یابند. افرادی که طبق ضوابط مصوب به عنوان نخبه تعیین می شوند و افرادی که علاوه بر شرایط عمومی در بدو استخدام از تجربه و مهارت لازم برخوردار هستند، طبق دستورالعمل مربوط از طی نمودن برخی از رتبه ها معاف و در یکی از رتبه های بالاتر قرار میگیرند. تبصره ۴: رتبه های خبره و عالی فقط به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص می یابد.

تبصره ۵: امتیاز طبقه م شاغل بهداشتی و درمانی در جدول یا جداول حق شغل با ضریب ۱/۲، در خ صوص دارندگان مدارک دکترای حرفه ای، Ph.D، متخصصین و بالاتر با ضریب ۱/۵ و برای سایر مشاغل با ضریب ۱/۱ محاسبه میگردد.

ماده ۳: شاغلین م شمول این آیین نامه بر اساس عواملی نظیر تح سیلات، دوره های آموزشی و مهارت (علاوه بر حداقل شرایط مذکور در اولین طبقه شغل مربوط) سنوات خدمت و تجربه از امتیاز حق شغل که حداقل ۱۳۰۰ و حداکثر ۵۷۰۰ امتیاز میباشد، برابر دستورالعمل پیوست بهره مند می شوند.

حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا

تبصره: هنرمندان و افرادی که در حوزه های علمیه تحصیل نموده اند، بر اساس دستورالعملی که از سوی وزارتخانه ابلاغ می شود با مقاطع تحصیلی رسمی همتراز میگردند.

ماده ۴: به منظور اجرای کامل نظام پرداخت مبتنی بر ارزشیابی مشاغل، موسسه مجاز است ارزشیابی هر یک از مشاغل را با رعایت ماده ۵۰ این آیین نامه و تبصره های ذیل ماده مذکور و اختصاص آن به یکی از طبقات جداول



حق شغل و تعیین عوامل مربوط به شاغل براساس ضوابطی که از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه ابلاغ میشود تدوین و به تصویب هیأت امناء برسد.

ماده ۵: عناوین مدیریت و سرپرستی، متناسب با پیچیدگی وظایف و مسؤولیت ها، حیطه سرپرستی و نظارت و حساسیت های شغلی و سایر عوامل مربوط در یکی از طبقات جدول « فوق العاده مدیریت » طبق دستورالعمل پیوست که حداقل امتیاز آن ۵۱۰ و حداکثر آن ۲۷۰۰ است، قرار میگیرند.

تبصره: مدیرانی که حداقل ۲ سال در پست های مدیریتی انجام وظیفه نموده یا بنمایند، در صورتی که به سمت پایین تری منسوب شوند و فوق العاده مدیریت آنان در م مسؤولیت جدید از ۸۰ درصد فوق العاده مدیریت در پست قبلی کمتر باشد، به میزان مابه التفاوت تا سقف درصد مذکور ((تفاوت فوق العاده مدیریت)) دریافت خواهد نمود. این تفاوت با ارتقای بعدی مستهلک می شود. این مابه التفاوت در محاسبه حقوق بازنشستگی و وظیفه نیز ملاک عمل خواهد بود.

ماده ۶. علاوه بر پرداخت های موضوع مواد ۵۰، ۵۱ و ۵۳ (حق شغل، حق شاغل و فوق العاده مدیریت) که حقوق ثابت تلقی می شود؛ فوق العاده هایی به شرح زیر به کارمندان قابل پرداخت می باشد:

فوق العاده مناطق کمتر توسعه یافته و بدی آب و هوا:

برای مشاغل تخصصی که شاغلین آنها دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر می باشند حداکثر تا ۲۵٪ امتیاز حقوق ثابت و برای سایر مشاغل حداکثر تا ۲۰٪ حقوق ثابت هر کدام از کارمندان واجد شرایط پرداخت **حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا** خواهد شد. فهرست این مناطق که در هر دوره برنامه پنج ساله به تصویب هیأت وزیران میرسد، ملاک عمل خواهد بود. میزان و نحوه برقراری فوق العاده های مذکور برابر دستورالعمل پیوست است.

فوق العاده ایثارگری:



متناسب با درصد جانبازی و مدت خدمت داوطلبانه در جبهه و مدت اسارت تا ۱۵۵۰ امتیاز بهره مند می شوند . جدول تخصیص امتیازات مربوط برابر دستورالعمل پیوست است.

تبصره ۱ : هرگونه تغییر در امتیاز ایثارگران یا تعاریف شمولیت ایثارگری مانند فرزندان شهداء و فرزندان جانبازان ۷۰٪ به بالا تابع قانون مربوط می باشد.

تبصره ۲ : کارمندانی که در زمان جنگ در مناطق جنگ زده م شغول خدمت اداری بوده اند ، به ازاء هر سال خدمت در زمان جنگ ۱۳۰ امتیاز در نظر گرفته می شود . ملاک تشخیص مناطق جنگ زده مصوبات عمومی دولت خواهد بود.

تبصره ۳ : به دارندگان نشان های دولتی تا ۸۰۰ امتیاز تعلق میگیرد.

فوق العاده سختی شرایط محیط کار:

فقط به کارمندانی که در شرایط غیر متعارف محیط کار مجبور به انجام وظیفه می باشند ، حداکثر تا ۱۵۰۰ امتیاز و در بیمارستان های روانی ، بخش های روانی و بیمارستانهای سوختگی حداکثر تا ۳۰۰۰ امتیاز طبق دستورالعمل پیوست ، تعلق میگیرد ضمناً.

دستورالعمل مربوط به ت تشخیص محیطهای غیر متعارف و تعیین امتیاز یا درصد فوق العاده سختی کار هر یک از مشاغل با پیشنهاد معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه به تصویب هیأت امناء می رسد . تا تدوین دستورالعمل مربوط و تصویب آن توسط هیأت امناء ، برقراری فوق العاده سختی کار بر اساس مصوبات قبلی همچنان

تحت نظر قرار می گیرد و ارتقا

فوق العاده حق اشعه:



فقط به کارمندانی که در شرایط محیط کار با اشعه در ارتباط هستند، بنا به تشخیص کمیته تخصصی موسسه و دستورالعملی که از سوی وزارتخانه ابلاغ می شود، حداکثر تا ۳۰۰۰ امتیاز تعلق میگیرد. تا تدوین و تصویب دستورالعمل مربوط، برقراری فوق العاده حق اشعه بر اساس مصوبات قبلی همچنان قابل اجرا می باشد.

تبصره ۱. کارمندانی که قبل از اجرای این آیین نامه، مبلغی به عنوان فوق العاده حق اشعه دریافت میکردند، چنانچه با اجرای این آیین نامه مبلغ حق اشعه آنان کاهش یابد، مبلغ قبلی همچنان ملاک پرداخت خواهد بود.

تبصره ۲: آن دسته از کارمندانی که در مرحله تطبیق با قانون مدیریت خدمات کشوری از فوق العاده کار با اشعه برخوردار بوده اند و این مبلغ در احکام آنان در قالب تفاوت تطبیق لحاظ شده است، از مبلغ تفاوت تطبیق کسر و به عنوان فوق العاده اشعه در کنار فوق العاده سختی کار محاسبه و تا هنگامی که به کار با اشعه اشتغال داشته باشند، پرداخت می شود.

کمک هزینه عائله مندی و اولاد:

به کارمندان مرد شاغل، بازن شسته و از کار افتاده م شمول این قانون که دارای هم سر می باشند معادل ۸۱۰ امتیاز بابت کمک هزینه عائله مندی و به ازاء هر فرزند معادل ۲۱۰ امتیاز به عنوان کمک هزینه اولاد قابل پرداخت است.

تبصره ۱: حداکثر سن برای اولاد ذکور که از مزایای این بند استفاده میکنند تا ۲۰ سال و به شرط ادامه تحصیل و غیر شاغل بودن فرزندان تا ۲۵ سال تمام.

تبصره ۲: اولاد اناث مادام که شوهر یا شغل نداشته باشند بدون رعایت سقف سنی.

تبصره ۳: کارمندان زن شاغل، بازنشسته، از کار افتاده و وظیفه بگیر مشمول این آیین نامه که دارای همسر نبوده (همسر فوت کرده یا مطلقه باشد) و یا همسر آنان معلول و یا از کار افتاده کلی باشد، از مزایای کمک هزینه عائله مندی این بند بهره مند می شوند. در صورتی که این کارمندان براساس رای مراجع ذی صلاح، به تنهایی



متکفل مخارج فرزندان خود باشند ، از مزایای کمک هزینه اولاد نیز بهره مند می شوند . این افراد در صورت ازدواج مجدد و تحت تکفل بودن فرزندان ، بر اساس رأی مراجع ذی صلاح ، از مزایای کمک هزینه اولاد بهره مند می شوند تبصره ۵ : فرزندان معلول و ازکار افتاده کلی به تشخیص مراجع پزشکی ذیربط مشمول محدودیت سقف سنی مزبور نمی باشند تبصره ۶ : چند قلو زایی نیز مشمول کمک هزینه اولاد می گردد.

فوق العاده شغل:

برای مشاغل تخصصی ، متناسب با سطح تخصص و مهارت ها، پیچیدگی وظایف و مسؤولیت ها و شرایط بازار کار برای مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر ۷۰۰ امتیاز و برای مشاغل هم سطح کارشناسی حداکثر ۱۵۰۰ امتیاز و برای مشاغل بالاتر حداکثر ۲۰۰۰ امتیاز تعیین میگردد . برقراری این فوق العاده منوط به تدوین دستورالعملی است که از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه تهیه و به تصویب هیأت امناء می رسد.

فوق العاده کارایی و عملکرد:

دستورالعمل مربوط به این فوق العاده از سوی هیأت رئیسه موسسه تهیه و پس از تصویب هیأت امناء اجرا می شود. فوق العاده نوبت کاری:

به متصدیان مشاغلی پرداخت می شود که در نوبت های غیر متعارف ساعت اداری به صورت تمام وقت ، مستمر و **حقوقی و مزایای مربوط به اوقات** وظیفه می باشند.

این فوق العاده در قالب جدول امتیازات مندرج در دستورالعمل پیوست به کارمندان مشمول قابل پرداخت است.

۹. موسسه مجاز است به منظور جبران هزینه سفر و مأموریت روزانه داخل و خارج از کشور ، جابجایی محل خدمت ، کسر صندوق و تضمین ، مبالغی را برابر آیین نامه و دستورالعمل مربوط که از سوی هیأت امناء ابلاغ میشود ،



پرداخت نماید. تبصره: تا تصویب و ابلاغ دستورالعمل از سوی هیأت امناء، ضوابط مربوط در حوزه کارمندان دولت ملاک عمل خواهد بود.

۱۰. در صورتی که بنا به درخواست موسسه، کارمند موظف به انجام خدماتی خارج از وقت اداری گردد، پرداخت مبالغی تحت عنوان اضافه کار (حداکثر تا سقف ۱۷۵ ساعت در ماه) بلامانع است.

تبصره: نرخ یک ساعت فوق العاده اضافه کاری کارمند موسسه به شرح ذیل محاسبه می شود:

مبلغ (حق شغل + حق شاغل + فوق العاده مدیریت) تقسیم بر ۱۷۶ = مبلغ یک ساعت فوق العاده اضافه کاری

۱۱. دستورالعمل حق تحقیق، حق التدریس، حق ترجمه و حق التألیف از سوی هیأت امناء به موسسه ابلاغ و قابل اجرا خواهد بود. تا ابلاغ دستورالعمل مذکور مصوبات قبلی قابل اجرا می باشد.

۱۲. فوق العاده ویژه:

در موارد خاص موسسه مجاز است با توجه به عواملی از قبیل مهارت، مسئولیت، ریسک پذیری، تأثیر اقتصادی فعالیت ها در درآمد موسسه، مخاطرات شغل، موقعیت شغل در بازار کار داخلی و بین المللی، میزان ارباب رجوع و حساسیت کار، برای حداکثر ۲۵٪ از مشاغل موسسه حداکثر تا ۵۰٪ سقف امتیاز حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر مندرج در این آیین نامه، فوق العاده ویژه برقرار نماید. م شاغل مورد نظرو میزان فوق العاده مذکور، حسب **حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقاء** مصوبات هیأت امناء تعیین می شود.

۱۳. موسسه اجازه دارد تا تصویب دستورالعمل جدید اداره نظام نوین بیمارستان ها در هیأت امناء، همچنان براساس دستورالعمل قبلی نسبت به پرداخت کارانه افراد مشمول اقدام نماید.



۱۴. موسسه مجاز است پس از تصویب هیأت امناء، فوق العاده خاصی را تحت عنوان ((فوق العاده خاص هیأت امناء)) حسب مورد بر اساس عواملی نظیر مدرک تحصیلی، سابقه خدمت، شغل، مناطق کمتر توسعه یافته و ... به کارمندان موسسه پرداخت نماید. این فوق العاده بر مبنای مجموع ریالی حق شغل و حق شاغل در عدد ثابتی که از سوی هیأت امناء اعلام می شود، ضرب میگردد. (حق شغل + حق شاغل = $K \times$) فوق العاده خاص هیأت امناء

۱۵. موسسه موظف است برابر دستورالعمل پیوست نسبت به برقراری فوق العاده جذب تا سقف سی و پنج درصد حقوق و مزایای مستمر کارمندان (رسمی، پیمانی، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و قراردادی) اقدام نماید. این فوق العاده مشمول کسور بازنشستگی است.

۱۶. برقراری و پرداخت حق فنی به برخی از شاغلین (رسمی، پیمانی و قراردادی) مشاغل خاص بر اساس دستورالعملی خواهد بود که از سوی معاونت توسعه مدیریت و منابع پیشنهاد و به تصویب هیأت امناء میرسد. تصویب دستورالعمل مذکور، حق فنی مصوب قبلی به قوت خود باقی است.

۱۷. موسسه مجاز است مبلغی را تحت عنوان "فوق العاده مسئولیت" از محل درآمد اختصاصی به مدیران غیر هیأت علمی سطوح مختلف مدیریتی پرداخت نماید. مبلغ این فوق العاده برابر سطوح تعیین شده مدیریتی در جدول فوق العاده مدیریت اعضای هیأت علمی است که از سوی هیأت امنای موسسه تصویب میگردد. (ماده ۵۳ آئین نامه اعضای هیأت علمی دانشگاهها)

تبصره ۱: حقوق، مزایا، پاداش و فوق العاده های دیگر از حقوق و مزایای پایه محسوب می شود و به تصویب هیأت امناء تعیین و به تصویب می رسد.

تبصره ۲. آن دسته از مشاغل و مسئولیت هایی که در جداول موضوع این بند، عناوین شغلی آنان ذکر نشده است، هیأت ریسه دانشگاه می تواند حسب مورد و برابر درجه اهمیت آن با یکی از ردیف های جدول فوق همتراز و نسبت به برقراری فوق العاده مسئولیت اقدام نماید.



ماده ۶. فوق العاده های ایثارگری ، نشان های دولتی ، خدمت اداری در مناطق جنگ زده ، سختی شرایط محیط کار، فوق العاده شغل و فوق العاده اشعه به عنوان " فوق العاده مستمر " تلقی میگردد.

ماده ۷. شرایط تصدی مشاغل عمومی و اختصاصی موسسه به تناسب وظایف پستهای قابل تخصیص به هر شغل ، از لحاظ معلومات ، تحصیلات ، تجربه ، مهارت و دوره های آموزشی مورد نیاز و عوامل موثر دیگر با ابلاغ معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارتخانه تعیین میشود و در انتصاب افراد به مشاغل مذکور، رعایت شرایط مصوب الزامی است.

ماده ۸. موسسه مجاز است با کارمندانی که به سمت های مقامات سیاسی مندرج در قانون مدیریت خدمات کشوری منصوب می شوند ، در زمان انتصاب به سمت های مقامات و اشتغال مجدد در موسسه با آنان برابر مفاد قانون مذکور و اصلاحات بعدی آن رفتار نماید.

ماده ۹. میزان عیدی پایان سال کارمندان موسسه حداقل برابر م صوبات عمومی دولت که از سوی وزارتخانه اعلام می شود، خواهد بود.

ماده ۱۰. حداقل حقوق ثابت و مزایای مستمر کارمندان موسسه در هر سال از سوی وزارتخانه اعلام خواهد شد.

ماده ۱۱. کل مبالغ پرداختی به م شمولین این آیین نامه اعم از م مستمر، غیر م مستمر، پاداش و هزینه ها ، باید در فیش حقوقی کارمندان درج شود.

حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا
تبصره. میزان و نحوه پرداخت های مزایای غیر مستمر و امور رفاهی، ورزشی و تفریحی کارمندان بر اساس دستورالعملی خواهد بود که به تصویب هیأت امنا می رسد.

ماده ۱۲. حقوق و مزایای مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان برابر مفاد این فصل تعیین و برقرار می شود. این افراد در مدت انجام تعهدات قانونی مشمول صندوق تأمین اجتماعی می باشند.



ماده ۱۳. دستورالعمل نظام پرداخت حقوق و مزایای کارمندان قراردادی به تصویب هیأت امناء خواهد رسید. تا تصویب دستورالعمل مورد نظر مصوبات قبلی هیأت امناء در این مورد ملاک عمل خواهد بود.

ماده ۱۴. حقوق پیام آوران بهداشت صرفاً بر اساس مصوبات ستاد کل نیروهای مسلح و مزایای آنان بر اساس ضوابط مصوب هیأت ریسه موسسه قابل پرداخت است.

ماده ۱۵. حقوق و مزایای اتباع بیگانه برابر مواد این فصل تعیین و برقرار می شود.

ماده ۱۶. حقوق و مزایای بازنشستگانی که برابر ماده ۹۳ این آیین نامه برای مدت مشخص به کار گرفته می شوند برابر مفاد ماده ۹۳ این آیین نامه تعیین و پرداخت می شود. ملاک محاسبه حقوق و مزایای این افراد، مطابق با آخرین مدرک تحصیلی، کل سنوات خدمتی فرد که ملاک بازنشستگی قرار گرفته و نوع شغلی که در حال حاضر به فرد واگذار شده است، می باشد.

ماده ۱۷. احکام کارگزینی صادره ناشی از قانون استخدام کشوری، قانون مدیریت خدمات کشوری، بخشنامه ها، دستورالعمل ها و مصوبات قبلی مورد تأیید می باشد، بدیهی است احکام معوقه و استحقاقی کارمندان قبل از تاریخ اجرای این فصل تابع قوانین و دستورالعمل های قبلی خواهد بود.

نظارت و ارزیابی عملکرد:

ماده ۱. موسسه موظف است عملکرد سالیانه مدیران و کارمندان را برابر دستورالعمل ابلاغی از سوی معاونت توسعه **حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا** مدیریت و منابع وزارت متبوع ارزیابی نموده و نتایج آن را در پرونده پرسنلی و نرم افزار کارگزینی ثبت و به ذی نفعان منعکس نماید.

ماده ۲. نتایج ارزیابی سالانه مدیران و کارمندان برابر دستورالعمل ماده فوق، در وضعیت استخدامی و مزایای دریافتی آنان تأثیرگذار خواهد بود.



حقوق و تکالیف کارمندان:

ماده ۱. مدیران و کارمندان موسسه خدمت گزاران مردم هستند و باید با رعایت موازین اخلاق اسلامی و اداری و طبق سوگندی که در بدو ورود اداء نموده و منشور اخلاقی و اداری که امضاء می نمایند وظایف خود را به نحو احسن در راه خدمت به مردم و با در نظر گرفتن حقوق و خواسته های قانونی آنها انجام دهند.

تبصره ۱- اصول و مفاد منشور فوق الذکر، متن سوگندنامه و تعهدات کارمندان موسسه از سوی وزارت متبوع تصویب می شود.

تبصره ۲- موسسه مکلف است رضایت و عدم رضایت مردم از عملکرد کارمندان را در ارتقاء، انتصاب و تمدید قراردادهای استخدامی، تبدیل وضعیت و اعمال سایر امتیازات استخدامی و تشویقات و تنبیهات کارمندان در دستورالعمل هایی که به تصویب می رسد، لحاظ نماید.

ماده ۲. کارمندان رسمی و پیمانی موسسه سالی ۳۰ روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایای مربوط را دارند. حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سال قابل ذخیره شدن است.

ماده ۳. کارمندان می توانند به هر میزان از ذخیره مرخصی استحقاقی خود پس از موافقت مسئول مربوط استفاده نمایند.

ماده ۴. بازخرید مرخصی استحقاقی ذخیره شده با درخواست کارمند در طول هر دوره ده ساله خدمتی، فقط **حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا** برای یک بار در هر دوره و در صورت وجود اعتبار و پس از تصویب در هیأت ریسه موسسه بلامانع می باشد. موسسه موظف است مرخصی بازخرید شده را از مجموع ذخیره مرخصی استحقاقی کارمندان کسر نماید.

ماده ۵. به منظور تحکیم و تکریم نهاد خانواده، کارمندان موسسه در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی سالانه را دارند.



مرخصی مذکور قابل ذخیره یا باز خرید نمی باشد . الف : ازدواج دائم کارمند ب : ازدواج فرزند کارمند

ج . فوت بستگان درجه یک شامل : همسر، فرزند ، پدر، مادر، خواهر و برادر.

ماده ۶ . کارمندان اعم از قراردادی ، پیمانی ، رسمی آزمایشی و رسمی که به حج تمتع مشرف می شوند مجاز خواهند بود فقط یک بار از یک ماه مرخصی تشویقی استفاده نمایند که جزء مرخصی استحقاقی منظور نخواهد شد.

ماده ۷ . کارمندان موسسه میتوانند از مرخصی کمتر از یک روز که جزیی از مرخصی استحقاقی می باشد ، استفاده کنند . حداکثر مرخصی ساعتی به میزان نصف ساعت کاری روزانه است . در صورت استفاده بیش از مدت ذکر شده ، یک روز مرخصی استحقاقی محاسبه می شود.

ماده ۸ . تعطیلات رسمی بین مرخصیهای استحقاقی جزء مرخصی محسوب نمی شود.

ماده ۹ . کارمندان رسمی، رسمی آزمایشی و پیمانی می توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت موسسه حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی در رشته مربوط به شغل کارمندان یا نیاز موسسه باشد ، تا مدت دو سال دیگر قابل افزایش خواهد بود . احتساب مدت مرخصی بدون حقوق کارمندان که بابت ادامه تحصیل اعطاء می شود ، از لحاظ بازنشستگی با پرداخت کسور مربوط توسط کارمندان موسسه (اعم از سهم مستخدم و کارفرما) طبق دستورالعملی خواهد بود که توسط هیأت امناء تصویب می شود.

حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا
تبصره ۱ . مدت مرخصی بدون حقوق و مأموریت آموزشی مورد استفاده کارمندان رسمی آزمایشی به عنوان طول دوره مورد نیاز خدمت آزمایشی مندرج در ماده ۳۶ این آیین نامه محسوب نمی شود.

تبصره ۲ . کارمندان می توانند با رعایت ماده ۳۰ قانون برنامه پنجم توسعه با موافقت موسسه برابر دستورالعملی که به تصویب هیأت رئیسه می رسد ، از مرخصی بدون حقوق بدون محدودیت زمان استفاده نمایند.



تبصره ۳. کارمندان موسسه که همسر ایشان جهت مأموریت یا ادامه تحصیل اعزام می شوند ، می توانند حداکثر به مدت ۶ سال (بدون محاسبه مرخصی بدون حقوق استفاده شده قبلی) از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

ماده ۱۰. کارمندان موسسه در صورت ابتلاء به بیماری که مانع از انجام خدمت شود تا ۳ روز با گواهی پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد موسسه و مازاد بر ۲ روز تا سقف چهار ماه با تأیید شورای پزشکی ، می توانند از مرخصی استعلاجی استفاده نمایند.

تبصره . در صورت نیاز به استفاده بیش از چهار ماه، تأیید مجدد شورای پزشکی الزامی است.

ماده ۱۱. حداکثر مدت استفاده از مرخصی استعلاجی در طول یک سال تقویمی چهار ماه خواهد بود. در صورت نیاز به استفاده بیشتر از مرخصی استعلاجی ، به تشخیص شورای پزشکی موسسه از محدودیت زمانی مذکور مستثنی می باشد.

ماده ۱۲. حقوق و مزایای کارمند در ایام مرخصی استعلاجی تا بهبودی کامل یا از کارافتادگی کلی حداکثر به مدت یک سال به میزان حقوق ثابت و فوق العاده های مستمر که حسب مورد به کارمند داده شده است ، قابل پرداخت می باشد برای مدت مازاد بر یک سال، فقط حقوق ثابت (مشتمل بر حق شغل ، حق شاغل ، فوق العاده مدیریت و تفاوت تطبیق) قابل پرداخت خواهد بود.

ماده ۱۳. به بانوان باردار برای هر بار وضع حمل، نه ماه مرخصی زایمان با استفاده از حقوق و فوق العاده های مربوط تعلق میگیرد .

حقوق ، مزایا ، مرخصی و ارتقا

تبصره ۱. مدت مرخصی زایمان برای زایمانهای دو قلو ، نه ماه و برای زایمان های سه قلو و بالاتر، یک سال تعیین می شود.

تبصره ۲. مدت مرخصی استعلاجی بانوانی که در طول دوران بارداری با تأیید پزشک معالج از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند، از سقف مرخصی زایمان آنها کسر نخواهد شد.



تبصره ۳. به کارمندانی که همسر ایشان وضع حمل می نمایند ، مدت پانزده روز مرخصی اضطراری مراقبت از همسر تعلق میگیرد. این مرخصی قابل بازخرید و ذخیره نمی باشد.

تبصره ۴. مرخصی زایمان در خصوص مادرانی که فرزند آنها مرده به دنیا می آید ۲ ماه خواهد بود.

تبصره ۵. به کارمندان زن پس از اتمام مرخصی زایمان تا سن ۲۴ ماهگی فرزند ، روزانه یک ساعت مرخصی شیردهی تعلق میگیرد.

ماده ۱۴. کارکنان مشمول صندوق تأمین اجتماعی از نظر استفاده از مرخصی استعلاجی تابع مقررات قانون تأمین اجتماعی میباشند و موسسه مجاز به پرداخت حقوق و مزایای آنان در ایام مرخصی استعلاجی نمی باشد.

ماده ۱۵. نحوه استفاده از مرخصیهای استحقاقی ، استعلاجی ، بدون حقوق و مراقبت و شیردهی به موجب دستورالعملی خواهد بود که از سوی هیأت امناء تصویب میشود.

ماده ۱۶. موسسه مجاز است در چهارچوب بودجه های مصوب و دستورالعملی که از سوی هیأت امناء تصویب می شود ، کارمندان و افراد تحت تکفل آنان را علاوه بر استفاده از بیمه پایه سلامت(در صورت درخواست کارمند) با مشارکت آنان به صورت هماهنگ و یکنواخت تحت پوشش بیمه های تکمیلی و بیمه عمر (بیمه عمر فقط مشمول کارمند میشود) قرار دهد.

حقوق ، مزایا ، مرخصی و ارتقا

ماده ۱۷. موسسه موظف است شرایط بهداشتی، ایمنی و رفاهی محیط کار را تأمین و لباس کار مناسب برای کارمندان خود را در قالب دستورالعمل مصوب هیأت ریسه موسسه، تهیه نماید.

ماده ۱۸. ساعات کار کارمندان موسسه چهل و چهار ساعت در هفته می باشد.تنظیم ساعت کار یا شیفتهای موظف کارمندان به عهده موسسه می باشد.



تبصره ۱. تمامی کارمندان موسسه موظفند در ساعات تعیین شده به انجام وظایف مربوط بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد، بر اساس اعلام نیاز موسسه، مکلف به انجام وظایف محوله در محل کار یا خارج از محل کار حسب مورد در قبال دریافت اضافه کاری یا حق الزحمه برابر مقررات مربوط خواهد بود. دستورالعمل این تبصره توسط هیأت امناء تصویب می شود.

تبصره ۲. کارمندان می توانند ساعت کار خود را با موافقت حداکثر به مدت سه سال برای کارمندان زن بر اساس قانون نیمه وقت بانوان تقلیل دهند.

میزان حقوق و مزایا، نحوه محاسبه سوابق خدمت و سایر امتیازات این قبیل کارمندان متناسب با ساعات کار آنان تعیین می شود. لیکن کسور بازنشستگی این قبیل کارمندان در طول مدت خدمت پاره وقت بر اساس حقوق و فوق العاده های کامل کسر خواهد شد و این گونه سوابق در محاسبه سنوات خدمت لازم برای بازنشستگی تمام وقت محسوب می شود. دستورالعمل این تبصره توسط هیأت امناء تصویب می شود.

ماده ۱۹. کارمندان موسسه در انجام وظایف و مسئولیت های قانونی در برابر شاکیان مورد حمایت قضائی می باشند و موسسه مکلف است به تقاضای کارمندان برای دفاع از انجام وظایف آنها با استفاده از کارشناسان حقوقی خود یا گرفتن وکیل از کارمندان حمایت قضائی نماید.

ماده ۲۰. کارمندان موسسه موظفند وظایف خود را با دقت، سرعت، صداقت، امانت، گشاده رویی، انصاف و تبعیت از قوانین و مقررات عمومی و اختصاصی موسسه انجام دهند و در مقابل عموم مراجعین و موسسه پاسخگو می باشند. هرگونه بی اعتنائی به امور مراجعین و تخلف از قوانین و مقررات عمومی ممنوع می باشد. ارباب رجوع می تواند در برابر برخورد نامناسب کارمندان با آنها و کوتاهی در انجام وظایف، به دستگاه اجرایی ذیربط و یا به مراجع قانونی شکایت نماید.



ماده ۲۱. قانون رسیدگی به تخلفات اداری مصوب ۱۳۷۲ و اصلاحات بعدی و مقررات اجرایی آن در مورد کلیه کارمندان به غیر از مشمولین قانون کار در موسسه لازم الاجراء می باشد.

ماده ۲۲. مدیران و سرپرستان بلافصل، مسئول نظارت، کنترل و حفظ روابط سالم کارمندان خود در انجام وظایف محوله بوده و در مورد عملکرد آنان باید پاسخگو باشند. در صورتی که کارمندان مزبور با اقدامات خود موجب ضرر و زیان موسسه شوند و یا تخلفاتی نظیر رشوه و یا سوء استفاده در حیطه مدیریت مسئولین مزبور مشاهده و اثبات شود، علاوه بر برخورد با کارمندان خاطی، با مدیران و سرپرستان کارمندان (ح سب مورد) نیز که در کشف تخلف یا جرایم اهمال نموده باشند، مطابق قوانین مربوط، با آنان رفتار خواهد شد.

ماده ۲۳. تصدی بیش از یک پست سازمانی برای تمام کارمندان موسسه ممنوع می باشد. در موارد ضروری صرفاً در خصوص مشاغل مدیریتی یا حساس، به عنوان سرپرست و با تشخیص رییس موسسه بلامانع است.

ماده ۲۴. کارمندان موسسه مکلفند در حدود قوانین و مقررات، احکام و اوامر رؤسای مافوق خود را در امور اداری اطاعت نمایند، اگر کارمندان حکم یا امر مقام مافوق را برخلاف قوانین و مقررات اداری تشخیص دهند، مکلفند کتباً مغایرت دستور را با قوانین و مقررات به مقام مافوق اطلاع دهند. در صورتی که بعد از این اطلاع، مقام مافوق کتباً دستور خود را جهت اجراء تأیید کرد، کارمندان مکلف به اجرای دستور صادره خواهند بود و از این حیث مسؤولیتی متوجه کارمندان نخواهد بود و پاسخگویی با مقام دستور دهنده است.

ماده. خروج از تابعیت ایران و قبول تابعیت کشور بیگانه موجب انفصال خدمت از موسسه خواهد بود.

ماده ۲۵. حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا: موسسه مکلف به اجرای مصوبه ((صندوق ذخیره کارمندان دولت)) می باشد.

امکانات رفاهی :



امکان استفاده از سرویس رفت و برگشت به صورت رایگان

پرداخت حق مسکن ، حق لباس ، جیره نقدی ، هدیه روزکارمند

استفاده از بیمه تکمیلی درمان کلیه پرسنل

امکان شرکت در سمینارهای دوره ای بیمارستان

پاداش:

تشویقات کتبی پرسنل با درج در پرونده آنها

اعطای پاداش به کارکنان به مناسبت موفقیت های خاص

برگزاری مسابقات مختلف و اعطای جایزه به کارکنان

پرداخت پاداش به بخش ها به صورت گروهی در صورت کسب رتبه در ارزیابی کیفی و رضایتمندی

مزایای شغلی:

در اختیار قرار دادن هزینه مهد کودک برای فرزندان زیر ۶ سال

استفاده از حق بیمه برای پرسنل از بدو ورود به بیمارستان

پرداخت مزایای غیر مستمر بصورت پرداخت عملکردی به پرسنل

حقوق ، مزایا ، مرخصی و ارتقا

مرخصی استحقاقی:



ماده ۱. استفاده از مرخصی استحقاقی موکول به تقاضای کتبی مستخدم و موافقت کتبی رئیس واحد مربوط و در غیاب اومعاون وی است. هر کارمند موظف است در طول سال مرخصی استحقاقی سالیانه خود را درخواست نماید و رئیس یا معاون واحد مربوط نیز موظفند ترتیبی اتخاذ نمایند تا امکان استفاده کارمندان از مرخصی سالیانه (به میزان استحقاق) فراهم گردد و با درخواست ایشان در این زمینه با در نظر گرفتن زمان مناسب موافقت نمایند.

ماده ۲. رئیس از لحاظ این آیین نامه مدیر هر واحد سازمانی است که بدون در نظر گرفتن موقع و عنوان آن واحد، اختیار اخذ تصمیم درباره مرخصی های مستخدمین حوزه مدیریت خود را از طرف وزیر یا رئیس مؤسسه دولتی دارا باشد.

ماده ۳. مرخصی استحقاقی مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او به ازاء هر ماه ۲/۵ روز تعلق می گیرد و طبق مقررات این آیین نامه جزائی یا کلاً قابل استفاده است.

تبصره. افرادی که طبق ماده ۶۷ قانون استخدام کشوری مجدداً استخدام می شوند می توانند از مرخصی استحقاقی ذخیره شده قبلی خود طبق مقررات این آیین نامه استفاده نمایند.

ماده ۴. کارگزینی های وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی مکلفند در فروردین ماه هر سال جدول اسامی مستخدمین ادارات را که متضمن مدت مرخصی استحقاقی هر یک از آنان باشد تنظیم کنند و برای رؤسای ادارات مربوط ارسال دارند.

ماده ۵. حداکثر مدتی که مستخدم در یک سال تقویمی می تواند از مرخصی استحقاقی همان سال و مرخصی استحقاقی ذخیره شده استفاده نماید جمعاً از چهار ماه تجاوز نخواهد کرد. چنین مستخدمی هرگاه بخواهد از باقیمانده مرخصی ذخیره شده خود نیز استفاده نماید باید حداقل یک سال تمام خدمت کرده باشد.



ماده ۶: هرگاه رئیس اداره بنا به مصالح اداری با تقاضای مرخصی مستخدم از حیث مدت یا موقع استفاده موافقت نکند، اعطای آن را با توافق مستخدم به وقت دیگری که از تاریخ مورد تقاضای اولیه وی بیش از شش ماه فاصله نداشته باشد موکول می کند و در صورتی که مستخدم نتواند ضمن مدت شش ماه مذکور از این مرخصی استفاده کند مرخصی مزبور ذخیره خواهد شد.

ماده ۷: مستخدمی که در حال مرخصی استحقاقی است می تواند تقاضا کند مرخصی او تمدید شود و در این صورت تاریخ شروع مرخصی اخیر بلافاصله بعد از انقضای مرخصی قبلی خواهد بود.

ماده ۸: در صورتی که تصمیم رئیس اداره در مورد تمدید مرخصی به مستخدم ابلاغ نشده باشد، مستخدم مکلف است در پایان مدت مرخصی اول در پست خود حاضر شود.

ماده ۹: مرخصی کمتر از یک روز جزو مرخصی استحقاقی منظور می شود و حداکثر مدت مرخصی موضوع این ماده از ۱۲ روز در یکسال تقویمی تجاوز نخواهد کرد.

تبصره: بانوانی که فرزند شیرخوار داشته و فرزند آنها از شیرمادر استفاده می نماید، می توانند تا هنگام دو سالگی فرزند شیرخوار خود، از مرخصی ساعتی خود استفاده نمایند.

ماده ۱۰: هیچ مستخدمی به اختیار نمی تواند در هر سال بیش از پانزده روز از مرخصی استحقاقی

سالانه خود را ذخیره نماید و هرگاه از بقیه مرخصی مذکور به اختیار استفاده نکند، مدت زاید بر پانزده روز ذخیره نخواهد شد.

ماده ۱۱: حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی است الزامی می باشد و در این مدت رئیس اداره وظایف او را به مستخدم یا مستخدمین دیگر محول می کند.



ماده ۱۲. با مستخدمی که در حال استفاده از مرخصی استحقاقی بیمار شود مطابق مقررات فصل دوم رفتار خواهد شد و مرخصی استحقاقی استفاده نشده وی ذخیره می گردد.

ماده ۱۳. روزهای جمعه و تعطیلا رسمی بین مرخصی استحقاقی جزء مرخصی محسوب نمی گردد.

ماده ۱۴. مستخدمین قانون کار و تبصره ۴، می توانند هر سال ۹ روز از مرخصی استحقاقی خود را ذخیره نمایند.

ماده ۱۵. موافقت با تقاضای مرخصی استحقاقی استفاده نشده مستخدمین در هنگام بازنشستگی با رعایت مقررات مربوط الزامی است و در این مورد حفظ پست سازمانی مستخدم ضروری نمی باشد.

ماده ۱۶. ۰ مرخصی مستخدمین رسته آموزشی میزان ۲۰ روز در ترم به حساب مرخصی استحقاقی آنان در همان سال منظور میشود.

ماده ۱۷. در صورتی که به دلیل حساسیت شغلی با رعایت سایر مواد این آیین نامه و به تشخیص دستگاه، موافقت با مرخصی مستخدم امکان پذیر نباشد و میزان ذخیره مرخصی مستخدم بیش از چهار ماه از تاریخ ابلاغ آئین نامه (۶۸/۱۱/۴) به بعد مازاد بر چهار ماه شده است از محدودیت چهار ماه مندرج در این ماده مستثنی می باشد.

ماده ۱۸. مرخصی استحقاقی که مستخدمین تا تاریخ تصویب این آیین نامه ذخیره کرده اند محفوظ است ولی ترتیب استفاده از آن تابع مقررات این آیین نامه خواهد بود.

ماده ۱۹. مدت مرخصی استحقاقی اعضای هیات علمی ۲ ماه در سال نسبت به به ایام خدمت می باشد و در صورتی که از تمام یا قسمتی از مرخصی خود در طول سال استفاده ننمایند مدت مرخصی باقی مانده قابل ذخیره و باز خرید نمی باشد.



ماده ۲۰. به منظور تحکیم و تکریم نهاد خانواده، کارمندان مو سه در موارد ذیل حق برخورداری از هفت روز مرخصی اضطراری علاوه بر سقف مرخصی استحقاقی سالانه را دارند. مرخصی مذکور قابل ذخیره یا بازخريد نمی باشد.

الف: ازدواج دائم کارمند ب: ازدواج فرزند کارمند

ج: فوت بستگان درجه یک شامل: همسر، فرزند، پدر، مادر، خواهر و برادر.

مرخصی استعلاجی:

ماده ۱. هرگاه مستخدم شاغل بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او باشد باید مراتب را در کوتاه ترین مدت ممکن به اداره متبوع اطلاع دهد و در موارد کمتر از دو روز گواهی پزشک را در اولین روز پس از مراجعه به محل خدمت ارسال نماید

ماده ۲. در صورتیکه مرخصی استعلاجی برای کارکنان مشمول قانون کار و تامین اجتماعی، پیمانی، قراردادی تبصره ۳ و ۴ در صورتی که بیشتر از ۳ روز باشد، جهت تائید به سازمان تامین اجتماعی ارسال می گردد.

ماده ۳. جهت کارکنان رسمی در صورت گواهی استعلاجی بیشتر از ۳ روز طی نامه رسمی نسبت به تائید گواهی فوق به کمیسیون پزشکی ارسال خواهد شد.

ماده ۴. کمیسیون پزشکی حداقل مرکب از سه نفر پزشک خواهد بود که بنا به درخواست دستگاه متبوع مستخدم و باتوجه به نوع بیماری توسط سازمان های منطقه ای بهداشت، درمان و آموزش و پزشکی تعیین خواهد شد. سازمان های مذکور مکلفند در اسرع وقت کمیسیون را تشکیل و نتیجه را به دستگاه ذیربط اعلام نمایند.

ماده ۵. تشخیص ابتلاء مستخدم به بیماری صعب العلاج و تعیین مدت معذورت وی به عهده کمیسیون پزشکی است. حداکثر مدت این معذورت در هر نوبت شش ماه است و قابل تمدید خواهد بود.



ماده ۶. مرخصی استعلاجی مستخدم در صورتی که بیماری او ادامه یابد با رعایت مقررات این فصل قابل تمدید است

ماده ۷. بانوان باردار برای هر بار وضع حمل تا سه فرزند، یک قلو و دو قلو می توانند از ۹ ماه مرخصی زایمان و برای فرزند ۳ قلو از یکسال مرخصی زایمان استفاده نمایند.

ماده ۸. در صورتی که بانوان باردار در طول مدت بارداری با تأیید پزشک معالج از مرخصی استعلاجی استفاده نمایند از ۹ ماه مرخصی زایمان ایشان کسر نخواهد شد. در صورتی که مرخصی استعلاجی به زایمان متصل شود جزء مرخصی زایمان محسوب می گردد.

ماده ۹. به مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می نماید تا چهار ماه و در صورتی که به علت ابتلای به بیماری صعب العلاج یا زایمان فرزندان توأمان مرخصی استعلاجی وی بیش از چهارماه باشد، تا حداکثر یک سال حقوق و فوق العاده های مربوط ودر مورد بیماری های صعب العلاج در مدت زائد بر یک سال تا هنگامی که مشمول ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری قرار نگرفته است فقط حقوق پرداخت می گردد.

ماده ۱۰. حفظ پست ثابت سازمانی مستخدمی که از مرخصی استعلاجی استفاده می کند بیش از چهار ماه الزامی نیست.

ماده ۱۱. به مرخصی استعلاجی که از چهار ماه تجاوز نماید نسبت به مدت زاید بر چهار ماه و به دوران مرخصی بدون حقوق و آمادگی به خدمت و تعلیق و برکناری از خدمت و انفصال و خدمت زیر پرچم و غیبت موجه، استحقاقی تعلق نمی گیرد. "معذوریت بانوان باردار که وضع حمل آنان دو قلو به بالا باشد مشمول محدودیت چهار ماه موضوع این ماده نمی باشد.

مرخصی بدون حقوق:

ماده ۱. پرسنل لازم است بعد از اطمینان از نداشتن از مرخصی استحقاقی ذخیره، تقاضای مرخصی بدون حقوق خود را با ذکر علت و مدت آن پس از موافقت مسئول واحد مربوطه به کارگزینی جهت اقدامات بعدی تحویل نمایند.



ماده ۲. حداکثر مدت مرخصی بدون حقوق از ۳ سال در طول مدت تجاوز نخواهد کرد مگر در شرایط ادامه تحصیل که تا ۲ سال دیگر قابل تمدید خواهد بود.

ماده ۳. پرسنل پیمانی، طرحی، قراردادی از لحاظ بازنشستگی و از کارافتادگی و فوت و استراحت پزشکی و زایمان تابع قانون بیمه های تامین اجتماعی می باشند.

ماده ۴. اعطای مرخصی بدون حقوق به مستخدمین آزمایشی که در طول خدمت آزمایشی با ارایه مدارک و به تشخیص مؤسسه متبوع خود نیاز به استفاده از مرخصی بدون حقوق داشته باشند حداکثر تا دو ماه متوالی با رعایت سایر مقررات این فصل امکان پذیر خواهد بود.

ماده ۵. کارمندان زن که همسر آنان در مأموریت به سر می برد می توانند تا پایان مأموریت حداکثر به مدت ۶ سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

تبصره: استفاده از مرخصی بدون حقوق شامل موارد ذیل می گردد:

مستخدم مرخصی استحقاقی ذخیره نداشته باشد و احتیاجش به استفاده از مرخصی مسلم شود. ۲- مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد و مدارک لازم را ارایه نماید.

مستخدم ناگزیر باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند.

مستخدم پس از استفاده از چهار ماه مرخصی استعلاجی سالانه به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلای به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او صعب العلاج تشخیص داده شود.

در مورد مستخدمین موضوع بند ۴ ماده ۳۲ این آیین نامه چنانچه بیماری به تأیید پزشک معتمد برسد موافقت با مرخصی بدون حقوق الزامی خواهد بود.



مقررات مختلف مربوط به مرخصی ها:

ماده ۱. احتساب مرخصی روز و ماه و سال مطابق تقویم رسمی کشوری است و در مرخصی روزانه ماه ۳۰ روز حساب می شود.

ماده ۲. مرخصی های کمتر از یک روز با توجه به ساعات کار روزانه وزارتخانه یا مؤسسه دولتی مربوط محاسبه خواهد شد.

ماده ۳. روزهای تعطیل که طی مدت مرخصی واقع است جزو مدت مرخصی محسوب نمی شود.

ماده ۴. مستخدمین پیمانی و قراردادی در صورت ابتلا به بیماری هایی که مانع از انجام کار آنان باشد و نیز زنان باردار از حمایت های مقرر در قانون تامین اجتماعی استفاده خواهند کرد. این قبیل مستخدمین موظفند ضمن آگاه نمودن دستگاه ذیربط از علت عدم حضور خویش در محل خدمت، مدارک مربوط به بیماری که به تائید مراجع قانونی مذکور در قانون تامین اجتماعی رسیده باشد را در پایان ایام بیماری ارائه نمایند.

ماده ۵. حقوق و فوق العاده های مستخدمین شامل قانون تامین اجتماعی که عدم اشتغال آنان به سبب بیماری باشد و در بیمارستان بستری نشوند تا ۳ روز توسط دستگاه مربوط پرداخت خواهد شد و مازاد بر ۳ روز تا خاتمه بیماری و حداکثر تا پایان قرارداد، مشمول مقررات قانون تامین اجتماعی خواهد بود.

ماده ۶. عدم حضور مستخدم در پست خود که مدت آن از ۳ روز تجاوز ننماید و مستند به عللی از قبیل آنچه که ذیلاً درج می شود باشد موجه شناخته خواهد شد.

۱- بیماری ۲- صدمات ناشی از حوادث که به او یا پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان او وارد آمده باشد.

۳- بیماری شدید پدر یا مادر یا همسر یا فرزندان. ۴- فوت همسر یا اقربای نسبی و سببی تا طبقه سوم. ۵- دارا شدن فرزند.

۶- ازدواج او و فرزندانش.



احضار مستخدم توسط مراجع قضایی برای ادای شهادت و انجام تحقیقات.

تشخیص صحت و سقم جهات ادعایی مستخدم به عهده رئیس اداره است. در صورتی که صحت ادعا تصدیق شود، غیبت مستخدم برحسب علت جزو مرخصی استحقاقی یا استعلاجی وی محسوب و حکم لازم در این مورد صادر خواهد شد.

انواع خروج از خدمت:

۱. بازنشستگی ۲. بازخرید ۳. از کارافتادگی ۴. فوت ۵. استعفا ۶. انفصال دائم از خدمات دولتی ۷. اخراج ۸. مرخصی بدون حقوق

حضور و غیاب، تأخیر و تعجیل

ماده (۱) کلیه کارکنان دستگاههای اجرایی مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده، ساعت ورود و خروج خود را ثبت نمایند. مگر آنکه از سوی مقام ذیصلاح دستگاه مربوط برای ورود و خروج هریک از آنان کتباً ترتیب دیگری مقرر شده باشد.

ماده (۲) ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تأخیر ورود محسوب گردیده و با مستخدمی که تأخیر ورود داشته باشد به شرح زیر رفتار می شود:

الف- تأخیر ورود تا ۲ ساعت در ماه قابل اغماض و کسر از مرخصی استحقاقی می باشد.

ب- تأخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت و اجرت و فوق العاده مخصوص و سایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعات تأخیر خواهد بود.



ماده ۳) خروج از محل خدمت زودتر از ساعت مقرر نیز تعجیل خروج محسوب گردیده و حسب مورد مشمول حکم قسمت های «الف» و «ب» ماده ۲ خواهد بود.

ماده ۴) تأخیر ورود در موارد زیر موجه محسوب گردیده و مدت تأخیر در هر صورت جزو مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد. الف- وقوع حوادث و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز سایر افراد خانواده در صورتی که تحت تکفل وی باشند.

ب- احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی با ارائه گواهی مراجع احضار کننده تبصره- تشخیص موارد مذکور در این ماده با مدیر واحد ذیربط خواهد بود.

ماده ۵) به مستخدمی که در ماه بیش از ۴ بار تأخیر ورود یا تعجیل خروج غیر موجه داشته باشد و جمع مدت تأخیر مذکور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تأخیر برای ماه اول و دوم کتباً اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدم خاطی به میزان ۳۰٪ و برای ماه چهارم به میزان ۵۰٪ و برپا ماه پنجم به میزان ۱۰۰٪ و به مدت یک ماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به «هیأت رسیدگی به تخلفات اداری» ارجاع خواهد گردید.

تبصره ۱- تأخیر ورود یا تعجیل خروج بیش از ۸ ساعت در هر ماه در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود.

تبصره ۲- در مورد مستخدمینی که قبلاً به علل دیگری به جز موارد فوق الذکر، فوق العاده شغل آنان قطع گردیده از سومین ماهی که تأخیر ورود یا تعجیل خروج آنان به حد نصاب برسد پرونده امر به هیأت رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

نکات لازم:



کارکنان پس از اخذ موافقت مقام مافوق و وصل مرخصی ساعتی روزانه (حداکثر ۳ ساعت) در قالب برگه مخصوص ، بایستی زمان خروج از اداره و زمان برگشت از مرخصی (در صورتیکه خاتمه مرخصی تا پایان مقرر اداری نباشد) را در سیستم کنترل الکترونیکی

حضور و غیاب ثبت نمایند به نحویکه مدت مرخصی ثبت شده در سیستم با مدت مرخصی موافقت شده در برگه مربوطه کاملاً یکسان باشند.

برگ مخصوص مرخصی ساعتی بایستی قبل از خروج فرد ذینفع از اداره محل خدمت ، تهیه و توسط مقام مافوق امضا گردد . مرخصی کمتر از یک روز جزو مرخصی استحقاقی منظور و حداکثر مدت آن در طول سال نباید بیشتر از ۱۲ روز باشد.

موضوعات مربوط به ضوابط اجرایی ارتقاء طبقه ، رتبه و طبقه شغلی

در اجرای تبصره ماده ۴۶ آیین نامه تشکیلات و طبقه بندی مشاغل دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی کشور، ضوابط ارتقاء طبقه و رتبه شغلی کارمندان در ۱۶ ماده و ۱۵ تبصره جهت اجراء ابلاغ می گردد.

الف) نحوه ارتقاء کارمندان در طبقات شغلی:

ماده ۱- کارمندان شاغل در دانشگاه برابر جدول ذیل و بر اساس شرایط احراز تحصیلی و تجربی به یک طبقه شغلی استحقاقی در جدول حق شغل ارتقاء می یابند.

تبصره - کارمندی که در اجرای تبصره ۴ ماده ۳ قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت و همچنین کارمندان عضو گردانهای عاشورا و الزهراء و فرزندان شاهد و همچنین سایر کارمندانی که به موجب مصوبه شورای امور اداری و استخدامی کشور (سابق) از گروههای مربوطه برخوردار شده اند، به تناسب از حداکثر طبقات تعیین شده در جدول شماره ۱ این دستورالعمل مستثنی می باشند.

ب) نحوه ارتقاء کارمندان به رتبه‌های شغلی بالاتر:

جدول شماره (۱): ارتقاء طبقه شغلی بر اساس تحصیلات، سنوات تجربی (کلیه رسته‌ها)

۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	طبقه شغلی تحصیلات
											۲۴	۱۸	۱۲	۶	۰	پایان دوره ابتدایی
										۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	۵	۰	پایان دوره راهنمایی (سیکل)
									۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	۵	۰		دیپلم
								۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	۵	۰			کاردانی
					۲۸	۲۴	۲۰	۱۶	۱۲	۸	۴	۰				کارشناسی
				۲۸	۲۴	۲۰	۱۶	۱۲	۸	۴	۰					کارشناسی ارشد
			۲۸	۲۴	۲۰	۱۶	۱۲	۸	۴	۰						دکترای حرفه‌ای
		۲۸	۲۴	۲۰	۱۶	۱۲	۸	۴	۰							دکترای تخصصی (Ph.D)



ماده ۱۰- مدت سنوات تجربی لازم برای ارتقاء رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر به شرح جدول ذیل می باشد:

مرتبه ها	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل تا سطح کاردانی	*	۸	۱۶	۲۴	
مدت سنوات تجربی لازم برای مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر	*	۶	۱۲	۱۸	۲۴
مدت سنوات تجربی لازم برای سایر مشاغل	*	۸	۲۰		

جدول شماره (۲): مدت سنوات تجربی قابل قبول برای متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی و کارشناسی و بالاتر

الف) برای ارتقاء به رتبه پایه:

۱. کسب حداقل ۶۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی، ۲. گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.

ب) برای ارتقاء به رتبه ارشد:

۱. کسب حداقل ۷۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی، ۲. گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.

ج) برای ارتقاء به رتبه خبره:

حقوق، مزایا، مرخصی و ارتقا

۱. کسب حداقل ۸۰ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی، ۲. گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.

د) برای ارتقاء به رتبه عالی:



۱. کسب حداقل ۸۵ درصد امتیاز از میانگین مجموع امتیاز ارزیابی سالیانه کارمند در طول ارتقاء رتبه شغلی،
۲. گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان مصوب هیأت امناء دانشگاه.
۳. تکمیل فرم مستند سازی تجربیات مدون شده.
۴. تصویب در کمیته ارتقا رتبه و سپس تأیید کمسیدن تحول اداری وزرات متبوع.

تبصره ۱:

الف : امتیازات ک سب شده و م ستندات ارایه شده در فا صله هر رتبه صرفا برای همان رتبه ملاک عمل خواهد بود و برای ارتقا بعدی قابل محاسبه نیست.

ب : کسب توامان ۲ رتبه شغلی برای کارمندانی که شرایط ارتقا رتبه بعدی را نیز دارا می باشند امکانپذیر نمی باشد .
تبصره ۲:

ارزیابی عوامل و بررسی استحقاق ارتقا به رتبه توسط ستاد دانشگاه در کمیته ای با ترکیب زیر مطرح و مورد تصویب قرار می گیرد.

۱. معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه (رئیس کمیته)
۲. مدیر توسعه و تحول اداری (دبیر)
۳. مدیر نیروی انسانی
۴. بالاترین مسئول طبقه بندی مشاغل.



آموزش سلامت

مسئول واحد

این واحد زیر نظر مدیر خدمات پرستاری بیمارستان (مترون) اداره شده و مسئولیت آن بر عهده سوپروایزر آموزش سلامت/آموزشی می باشد.

فواید آموزش:

افزایش همکاری بیمار*

افزایش رضایت مندی بیمار*

کاهش اضطراب بیمار و همراهان*

افزایش پذیرش درمان از طرف بیمار*

کاهش میانگین دوره بستری*

کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی*

افزایش کیفیت مراقبت‌های پس از عمل*

کمک به بیمار در بدست آوردن استقلال و خود کفایی بیشتر

هدف کلی: ارتقا سطح سلامت در جامعه

هدف نهایی: آموزش به بیماران، گفتن بهترین کارها به ایشان نیست، بلکه کمک به آنها برای یادگیری چگونگی مراقبت از خود به منظور ارتقای سلامت است

اهداف ویژه:

* آموزش بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی شایع در مبتلایان

* پیگیری از بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی شایع در جامعه

* ادامه مشاوره از راه دور

* اطلاع رسانی به گروه هدف از طریق ارائه اخبار و دستاوردهای پزشک

* ایجاد تعامل برای بیماران در مورد مشکلات خویش

پیگیری بیماران:

* مشمولین دریافت خدمات پیگیری، افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن / صعب‌العلاج شامل (بیماران تحت آمپوتاسیون، بیمار مبتلا به سرطان، بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی (COPD)، بیمار دچار سکته مغزی (CVA)، بیمار مبتلا به دیابت، بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی (CHF)، بیمار دچار سوختگی، بیمار مبتلا به پرفشاری خون (HTN)، بیمار مبتلا به سکته قلبی (MI)، بیمار مبتلا به اختلالات روانپزشکی و بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی معرفی شده از بخش‌های بستری بوده و سایر مراجعین، صرفاً جهت دریافت آموزش می‌توانند به صورت مستقیم به این واحد مراجعه نمایند.

تواتر پیگیری:

تواتر پیگیری بر اساس نوع بیماری طی سه روز بعد از ترخیص شروع و بر اساس نظر پزشک معالج یا به شرح ذیل تعیین میگردد

در بیمارانی که در هنگام تکمیل فرم پیگیری، هیچ یک از علائم و هشدارهای اصلی وجود نداشته باشد، پیگیری در ماه اول هر دو هفته و از آن به بعد ماهانه انجام می‌شود.

روند فعالیت‌های واحد آموزش سلامت بیمار در بخش‌ها:



با توجه به اهمیت این موضوع، در واحد آموزش به بیمار بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی امام حسین (ع) شهرستان فسا با همکاری کادر درمان اقدامات زیر انجام می شود
آموزش در بخش ها در سه مرحله، بدو ورود- حین بستری و حین ترخیص انجام میگیرد.

*بیماران و همراهان در بدو پذیرش در بیمارستان می توانند

اطلاعات لازم در زمینه هزینه های درمان و راهنمای بیمارستان را از

پرسنل پذیرش دریافت کنند و پس از ورود به بخش مربوطه اطلاعات لازم در مورد رعایت بهداشت، فضای فیزیکی، ایمنی بیمار و آشنایی با پزشک و سرپرستار بخش را پرستار خود کسب کنند

*کلیه بیماران در بخش های بستری توسط پزشک، کارشناسان پرستاری/مامایی آموزش داده می شود.

*در این مرکز اطلاعات در رابطه با بیماری، درمان و روش های جایگزین، دارو درمانی و عوارض دارویی، تغذیه

، فعالیت و استراحت و... برای بیمار و خانواده وی توسط پزشک معالج، پرستار، مسئول آموزش به بیمار،

کارشناس تغذیه، فیزیوتراپ و دیگر کادر درمان در زمان بستری توضیح داده می شود. و در زمان ترخیص علائم

خطر، مراقبت های لازم در منزل، دارودرمانی، تغذیه، پیگیری های بعدی و مراجعه مجدد برای بیمار و همراه

بیمار توضیح داده می شود و از توجیه بیمار و خانواده وی اطمینان حاصل می شود

*آموزش ها بر اساس شرایط بیمار و اولویت بندی نیازهای آموزشی وی است

*آموزش های ارائه شده در فرم های مربوط در پرونده بیمار ثبت می شود.

*ارزشیابی آموزش های ارائه شده در بخش توسط سرپرستار بخش و مسئول

واحد آموزش به بیمار به صورت راندوم انجام شود

*در صورت نیاز به آموزش های تکمیلی بیمار و خانواده به واحد آموزش همگانی ارجاع داده می شوند و روند درمان آن

ها پس از ترخیص نیز پیگیری می شود

مراجعین گرامی جهت رفع سوالات خود در زمان بستری می توانند صبح ها به واحد آموزش واقع در بیمارستان مراجعه

نمایند و پس از ترخیص نیز با مراجعه به سایت بیمارستان و یا تماس با شماره تلفن داخلی ۴۱۷۷ با واحد آموزش به

بیمار تماس برقرار نمایند و سوالات، نظرات و پیشنهادات خود را بیان کنند

آموزش به همکار

مقدمه

AHA سازمانی که هر ۵ سال یکبار بر طبق یافته های علمی و مقالات گایدلاینهای خود بخصوص در زمینه احیاء قلبی ریوی (CPR) را مورد بازبینی و اصلاح قرار میدهد. آخرین گایدلاین منتشر شده احیاء قلبی ریوی مربوط به سال ۲۰۲۰ میلادی میباشد که توسط این انجمن انتشار یافت که با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ در سال ۲۰۱۹ دستورالعملی نیز در خصوص احیا در شرایط این بیماری نیز انتشار یافت مونیکا کلینمن نایب رئیس انجمن قلب آمریکا میگوید بر اساس مطالعات صورت گرفته در شرایط آزمایشگاهی و همچنین مطالعات روی جمعیت های بزرگ هر چه ماساژ قلبی در روند CPR زودتر آغاز شود پروگنوز و در صدیقا بهتر خواهد شد بویژه اگر ماساژ قلبی طی ۴ دقیقه اول شروع شود جایگزینی متد C-A-B بجای A-B-C)

با توجه به اینکه این زمان طلایی در محدوده زمانی انتقال بیمار به بیمارستان قرار می گیرد بنابراین پرسنل EMS نقش خطیری را در روند احیاء بیمار بر عهده دارند اطلاع سریع به سیستم EMS نیز از اهمیت بالایی برخوردار است چرا که در شرایط ترافیک شهری ووجود ساختمانهای بلند حتی با سریعترین سیستم EMS دقایقی به هدر خواهند رفت

در سال ۲۰۲۰ به مراقبتهای بعد از انجام احیا و مراحل ریکآوری نیز توجه خاص داشته و آن را از جمله عوامل موثر در بهبود و برگشت بیمار در نظر گرفته است.



آموزش به همکار

با توجه به

به استفاده از ماسک و وسایل حفاظت فردی برای فرداحیاگر و همچنین

استفاده از یک پوشش بر روی دهان و بینی فرد احیا شونده شده است



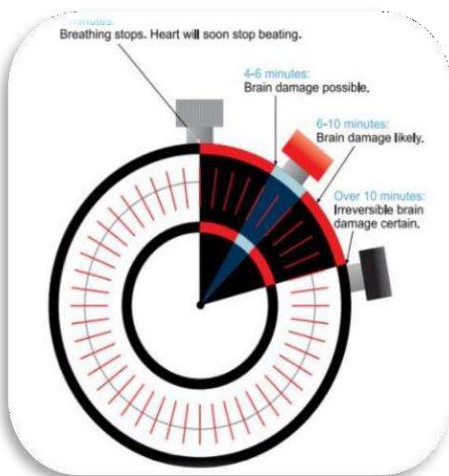
نکته های حیاتی که باید به خاطر سپرد

کلینمن می گوید نکته ای که اغلب مردم نمی دانند این است که در اغلب موارد تنها آسیبی که ممکن است در جریان CPR ایجاد کنند تاخیر در رسیدگی به فرد است. شروع احیاء قلبی ریوی با ماساژ قلبی موثرترین اقدام است و هر چه این کار سریعتر صورت گیرد. اگر یک فرد با EMS تماس بگیرد در حالیکه فرد دیگر ماساژ قلبی را شروع کرده است اپراتورهای EMS بطور تلفنی می توانند افراد در صحنه حادثه را تا رسیدن EMS راهنمایی کنند مصدوم شانس بقای بیشتری خواهد داشت. تمام قربانیان ارست قلبی نیازمند ماساژ قلبی هستند AHA بیان میکند افرادی که دچار حمله قلبی شده اند در دقایق اولیه ایست قلبی هنوز مقادیری اکسیژن باقیمانده در ریه ها و جریان خون دارند که شروع ماساژ قلبی سبب پمپ خون به مغز و قلب قربانی و رساندن اکسیژن مورد نیاز میشود ایجاد پرفیوژن به ارگانهای حیاتی آموزش به همکار در این مدت زمان ۳۰ ثانیه ای که سابقا صرف باز کردن راه هوایی و دادن تنفس میشد حذف گردیده و صرف برقراری گردش خون می گردد.

تقریبا تمام اورژانس های قلبی در منزل رخ میدهند ۹۰٪ حوادث قلبی

در منزل رخ می دهند کلینمن میگوید اگر فردی در طول عمرش یکبار CPR را انجام داده باشد. احتمالا برای فردی بوده که به آن علاقمند بوده اند.

آموزش ، ساده تر و دست یافتنی تر از آن است که شما فکر می کنید. کلینمن می گوید یادگیری CPR هرگز دشوار نبوده است اما تغییراتی که طی ۱۰ سال اخیر در پروتکل ایجاد شده سبب کاهش مراحل و ساده تر شدن آن بیش از پیش شده است. کلینمن میگوید هر کسی میتواند انجام CPR را یاد بگیرد و دانستن آن که بی تردید در نجات جان انسانها موثر است هم اکنون ساده تر از هر زمانی شده است.



طبقه بندی اقدامات و توصیه ها

کلاس ۱ : سودمندی <<< خطر

مداخلات درمانی باید انجام شود، قابل قبول و سودمند در نظر گرفته می شود.

کلاس IIa : سودمندی << خطر

مداخلات درمانی منطقی می باشد

کلاسی IIb : سودمندی < خطر
آموزشی به همکار

مداخلات درمانی را میتوان مد نظر قرار گرفت (میتوان در نظرگرفت ممکن است سودمند باشد یا ما توصیه می کنیم)

کلاس III : خطر < سودمندی

نمی توان از این درمان یا تست تشخیصی استفاده کرد، سودمند نیست و ممکن است خطر ناک باشد.

کلاس نامشخص :

تحقیقات بیشتر در حال انجام است تا زمان انجام تحقیقات بیشتر هیچ توصیه ای نمی شود.

مراحل CPR :

اقدامات پایه ایی احیای بزرگسالان (BLS)

درمان های الکتریکی

اقدامات پیشرفته احیاء (ACLS)

مراقبت های بعد از احیاء (PLS)



اقدامات پایه جهت حفظ حیات بزرگسالان (BLS)

تشخیص فوری ایست ناگهانی قلب

اطلاع رسانی سریع به سیستم اورژانس

شروع سریع اقدامات BLS

انجام سریع عمل شوک با یک دستگاه الکترشوگ (ترجیحا AED)

توالی مراحل BLS در بزرگسالان

بررسی پاسخ

چک کردن نبض

شروع سریع CPR (ماساژ قلبی و تنفس)

انجام سریع دفیبریلاسیون با یک AED

نکته مهم :

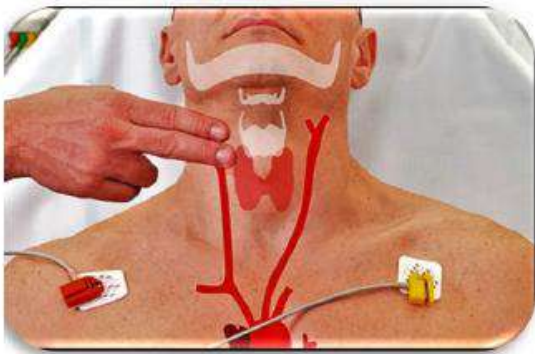
قبل از شروع اقدامات احیاء فرد احیاگر باید محیط را از نظر امنیت فیزیکی

(تصادفات و صدمات احتمالی) بررسی نماید و در صورت عدم وجود خطر برای احیاگر اقدامات را انجام دهد . از نظر حفاظت در مورد انتقال احتمالی بیماری های واگیر دار فرد احیاگر باید به وسایل حفاظت فردی مانند ماسک شیلد و..... مجهز باشد و در زمان شیوع بیماری کووید ۱۹ با حداقل نفرات عملیات احیاء انجام شود



چک کردن نبض:

احیاء گر غیر حرفه ایی نباید اقدام به چک کردن نبض کند و باید در مواجهه بایک کلاپس قلبی ناگهانی (ایست شاهد) و یا یک مصدوم بدون پاسخ که تنفس نرمال ندارد فرض را بر این گذارد که ایست قلبی اتفاق افتاده است. در هر حال پرسنل بهداشتی و درمانی نباید برای چک کردن نبض بیش از **ده ثانیه** زمان را هدر دهند و در این زمان اگر نبض قابل حس کردن و ردیابی نبود، ماساژ قلبی سریعاً شروع گردد.

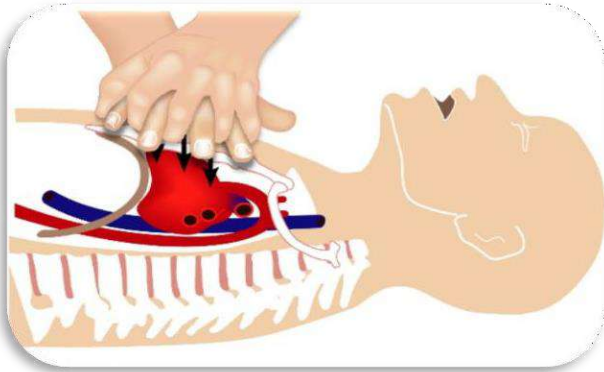




تغییرات عمده گایدلاین ها بعد از سال ۲۰۱۵

- ۱- ریت ماساژ قلبی ۱۲۰ - ۱۰۰ بار در دقیقه
- ۲- عمق فشار ماساژ قلبی ۶ تا ۵ سانتی متر در بزرگسالان
- ۳- اجازه به برگشت وریدی (Recoil) بعد از هر ماساژ قلبی
- ۴- ایجاد حداقل وقفه در دادن ماساژ قلبی
- ۵- خودداری از دادن تنفس زیاد (۱۰) تنفس در دقیقه
- ۶- استفاده از کاپنوگراف جهت بررسی مناسب بودن تهویه
- ۷- استفاده از اولترا سونوگرافی جهت بررسی محل لوله تراشه در صورت تعبیه
- ۸- استفاده از اکسیژن با Fio2 بالا ۱۰۰ درصد در حداقل زمان ممکن
- ۹- استفاده از ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation) (اکسیژناسیون غشایی برون پیکری)
- ۱۰- عدم هیپرونتیلیاسیون
- ۱۱- بررسی علت برگشت پذیری (5h-5t) بعد از ۳ سیکل از انجام (احیاء شش دقیقه)
- ۱۲- استفاده از اپی نفرین در ریتم های non shockable(asystole PEA) در اسرع وقت داره و همچنین بعد از شوک دوم در ریتم های Shockable (V.tach V.fib)

انجام ماساژهای قلبی موثر برای برقراری جریان خون در حین CPR لازم و ضروری می باشند. به همین علت همه بیمارانی که در فاز ایست قلبی قرار دارند باید ماساژ قلبی در یافت کنند (کلاس ۱) برای فراهم کردن ماساژهای قلبی موثر سریع و محکم فشردن قفسه سینه لازم است.



نرمه کف دست بر روی وسط جناق سینه (کمی پایینتر از نیمه پایینی استرنوم) قرار گرفته و کف دست دیگر بر روی آن قرار داده می شود (کلاس IIa)

اشخاص غیر حرفه ایی و حرفه ایی باید ریت ماساژ قلبی ۱۲۰ - ۱۰۰ بار در دقیقه را جهت مصدوم فراهم کنند (کلاس IIa) و عمل ماساژ ۶ - ۵ سانتیمتر عمق داشته باشد (کلاس IIa).

نکته : تعداد ماساژ بیشتر از ۱۴۰ بار در دقیقه و همچنین با عمق بیشتر از ۶ سانتی متر میتواند به بیمار آسیب برساند احیاء گران باید اجازه دهند تا قفسه سینه به حد اولیه خود در حین ماساژ باز گردد مرحله رها سازی کامل این عمل آسیب بازگشت کامل و خونگیری قلب و عروق کرونر قبل از فشار بعدی میشود (کلاس IIa).

زمان انجام فشار بر روی قفسه سینه و مرحله رها سازی کامل تقریباً برابر می باشد.

احیا گر باید مبادرت به حداقل رساندن وقفه و حداکثر رساندن ریت ماساژ قلبی بنماید (کلاس II).

بعد از شروع ماساژ قلبی، در صورتیکه احیاء گر آموزش دیده باشد باید تنفسهای مصنوعی را بصورت دهان به دهان با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ این فرایند در حال حاضر توصیه نمی شود و یا بوسیله بگ و ماسک جهت فراهم آوری اکسیژناسیون و ونتیلاسیون شروع نماید.

در صورت عدم دسترسی به یگ و ماسک توصیه به انجام ماساژ قلبی به تنهایی تا زمان رسیدن تجهیزات شده است

خستگی احیاء گر ممکن است روند CPR را بسمت ریت و عمق ناکافی ماساژ قلبی هدایت نماید بنابراین هر دو دقیقه یکبار در صورت وجود احیاء گر دوم و یا بیشتر تعویض جای احیاء گران میتواند صورت بگیرد (یا هر ۵ سیکل ۳۰ به ۲ تنفس به ماساژ قلبی) این جابجایی باید در عرض ۵ ثانیه انجام پذیرد (کلاس IIa)



تقدم ماساژ قفسه سینه بر تهویه

علت : ماساژ قلبی سبب جریان خون به سمت قلب و مغز شده و نتایج تحقیقات نشان میدهد که موفقیت در CPR و پیامدهای آن در ارست قلبی خارج بیمارستانی زمانی که اطرافیان مصدوم مبادرت به ماساژ قلبی میکنند در مقایسه با زمانی که مداخله ای انجام نمی گیرد، بیشتر است. بهمین دلیل تاخیر در شروع ماساژ قلبی و یا وقفه در انجام آن باید به حداقل برسد پوزیشن دادن به سروگردن و تنفس دهان به دهان یا با ماسک و بگ سبب تاخیر در انجام ماساژ قلبی محسوب میشود. در صورتیکه که دو نفر احیاء گر وجود داشت، نفر اول شروع به ماساژ قلبی نموده و نفر دوم بعد از انجام ۳۰ ماساژ قلبی مبادرت به باز کردن راه هوائی و تهویه مصنوعی می کند. در صورتیکه چند نفر احیاء گر وجود دارد شروع CPR با ماساژ قلبی است و بایستی احیاء تنفس با حداقل زمان انجام گیرد.

تعداد ماساژ قفسه سینه : ۱۲۰ - ۱۰۰ بار در دقیقه

احیاء گر باید ۱۲۰ - ۱۰۰ ماساژ قلبی در دقیقه انجام دهد .

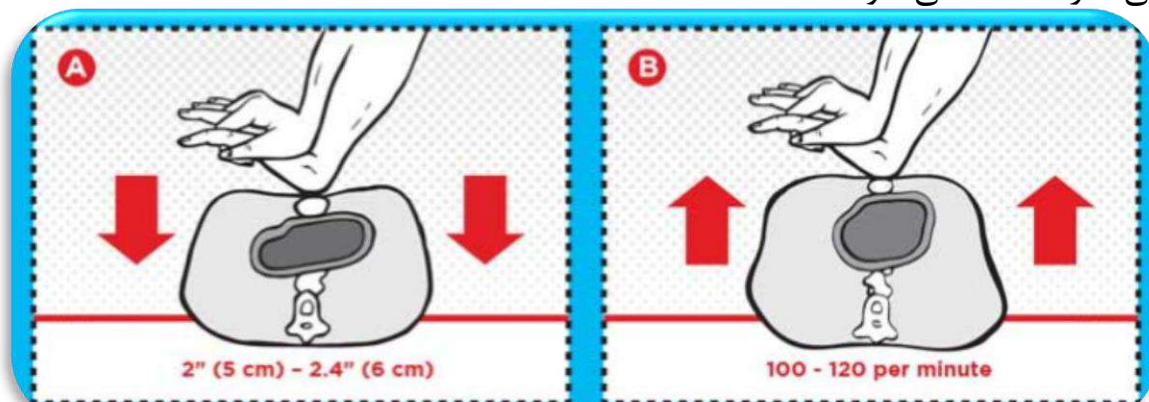
علت : تعداد ماساژ قلبی در هر دقیقه در برگشت خود بخود جریان خون (ROSC) بسیار مهم است و سبب پیامدهای مطلوب در وضعیت نورولوژی مصدوم بعد از CPR میشود. تعداد واقعی ماساژ قلبی در دقیقه بستگی به تعداد ماساژ قلبی

در دقیقه و مدت قطع ماساژ بدلیل باز کردن راه هوایی، دادن تنفس، وقفه برای ارزیابی ریتم قلب و تنفس و آنالیز (AED) دارد. تحقیقات نشان داده که بین موفقیت CPR و تعداد ماساژ قلبی ارتباط معنی داری وجود دارد. اثر بخشی ماساژ قلبی هم به تعداد ماساژ قلبی و هم به حذف عواملی که سبب وقفه آن میشود بستگی دارد تعداد ناکافی ماساژ قلبی در دقیقه و یا قطع مکرر آن و یا هر دو، سبب کاهش اثر بخشی ماساژ قلبی میشود در ویرایش ۲۰۱۵ تاکید شده است که کمترین وقفه بین آخرین ماساژ قلبی و دفیبریلاسیون صورت گیرد، بنحوی که زمان قطع ماساژ کوتاه باشد و بعد از دفیبریلاسیون بلافاصله ماساژ قفسه سینه شروع شود.

عمق ماساژ قفسه سینه

در بالغین حداقل عمق ماساژ قلبی ۵-۶ سانتی متر است.

علت: بدنبال ماساژ قلبی و افزایش فشار داخل آئورت و فشار مستقیم بر قلب خون در سیستم عروقی جریان می یابد جریان خون اکسیژن و انرژی را به قلب و مغز تحویل میدهد وقتی طیفی از اعداد برای عمق ماساژ وجود داشته باشد بخاطر سپاری آن مشکل است. از طرفی دیگر از آنجائیکه اغلب ماساژ کافی داده نمی شود حداقل ماساژ ۲ اینچ بسیار موثرتر است. لذا در ویرایش ۲۰۱۵ مقدار عمق ماساژ حداقل ۵ سانتی متر و به علت احتمال آسیب به دنده ها و بیمار حداکثر ۶ سانتی متر استفاده می شود.



آموزش به همکار

چطور یک ناظر

در ابتدای یک ایست قلبی، دادن تنفس به اهمیت دادن ماساژ قلبی نیست زیرا سطح اکسیژن خون حداقل برای چندین دقیقه بعد از ایست قلبی به اندازه کافی بالا می باشد.

بعلاوه تنفسهای Gasping یا آگونال در حین ایست قلبی ، اجازه میدهد تبادل اکسیژن و دی اکسید کربن به مقدار کم صورت پذیرد. در صورتیکه راه هوایی باز باشد. در مرحله بازگشت غیر ارادی قفسه سینه حین انجام ماساژ قلبی ، مقداری تبادلات هوایی برای مصدوم فراهم می گردد.

مدیریت راه هوایی

Head Tilt - Chin Lift

در صورتی که علائم و شواهدی دال وجود ترومای ناحیه سر و گردن وجود نداشته باشد. پرسنل بهداشتی و درمانی بهتر است برای باز کردن راه هوایی از مانور Head Tilt - Chin Lift استفاده نمایند. در این مانور سربه سمت عقب و چانه به سمت بالا داده می شود



JAW THRUST

اگر احیاء گرمشکوک به آسیب نخاع گردنی مصدوم باشد بهتر است جهت باز کردن راه هوایی از مانور کشش فک یا Jaw Thrust بدون اکستانسیون سر استفاده نماید (کلاس IIb).

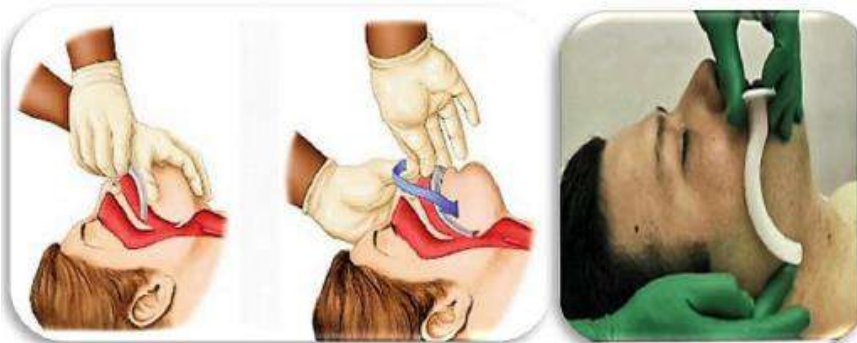


آموزش به همکار

AIRWAY

یکی از بهترین روشهای باز کردن راه هوایی استفاده از ایروی های دهانی یا ایروهای بینی میباشد که این وسیله باعث بالا آمدن زبان و باز شدن راه هوایی می شود جهت گذاشتن ایروی دهانی ابتدا آن را بصورتی که انحنای آن بالا باشد وارد دهان نموده و سپس ۹۰ درجه چرخانده و تا انتها وارد دهان می نماییم

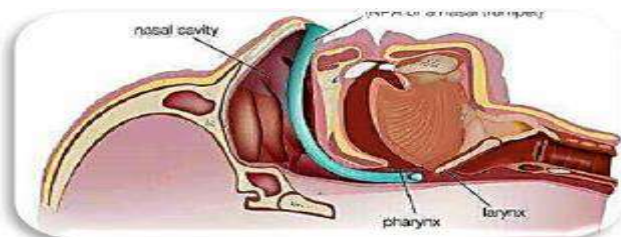
سایز مناسب: از کنار لب تا محل اتصال فک ها



جهت گذاشتن ایروی بینی سر را کمی به عقب مته

را با کمی ژل چرب نموده و از یکی حضرات بینی وارد می نماییم

سایز مناسب از کنار پره های بینی تا محل اتصال فک ها



دادن تنفس

تحويل هر تنفس مصنوعی در عرض ۱ ثانیه (کلاس II).

دادن حجم تهویه ایی کافی بطوریکه بالا آمدن قفسه سینه قابل رویت باشد (کلاس IIa)

دادن ریت ۳۰ ماساژ به ۲ تنفس (کلاس IIa)
آموزش به همکار

نکته در موارد ذیل CPR بصورت ABC (اولویت با تنفس) انجام میشود

ارست قلبی غیر شاهد

ارست قلبی با منشا (تنفسی مثل خفگی غرق شدگی آسم ادم ریه جسم خارجی گاز گرفتگی و...)

چون در مواردی که ارست قلبی دارای منشا تنفسی باشد ذخایر اکسیژن سلولها به اتمام رسیده و نیاز است که ابتدا دو بار تنفس داده شود و سپس ماساژ قلبی انجام شود

تهویه با بگ و ماسک

احیاگران میتوانند تهویه با بگ و ماسک را با استفاده از اکسیژن یا هوای اتاق جهت قربانی مهیا نمایند. بالا آمدن قفسه سینه باید قابل رویت باشد که این میزان معمولاً برای فراهم کردن اکسیژناسیون و دفع دی اکسید کربن در بیماران با آینه تنفسی کفایت می کند (کلاس IIa) تا زمانیکه راه هوایی پیشرفته تعبیه نشده است، احیاگران ریت ۳۰ ماساژ به ۲ تنفس را جهت قربانی فراهم می آورند. بهتر است احیاء گران از یک منبع اکسیژن (غلظت ۱۰۰٪ و جریان ۱۰ الی ۱۲ لیتر در دقیقه) در صوت مهیا بودن ، استفاده نمایند.

نکته : با توجه به شرایط موجود و شیوع بیماری کووید ۱۹ توصیه

شده است که به جهت جلوگیری از انتشار ترشحات دهان و حلق بیمار

در صورت امکان در اولین فرصت ممکنه بیمار اینتوبه شود و همچنین از فیلترهای HME برای آمبوبگ استفاده گردد.



تهویه با ایلروی پیشرفته

در صورتیکه راه هوایی با وسایل پیشرفته جایگزین شده است (مثل لوله تراشه ، کامبی تیوب ، LMA3 و) تنفس ها باید هر ۶ ثانیه یکبار ، بدون کوشش برای هماهنگ کردن آن با ماساژ قلبی فراهم گردد و نیازی به توقف ماساژ حین دادن تنفس نمی باشد در هر دقیقه ۱۰ تنفس داده شود همچنین بهتر است هیچگونه وقفه ای جهت دادن این تنفس ها در انجام ماساژ قلبی داده نشود. تهویه بیش از حد لازم نیست و احیاگر باید از تهویه بیش از حد (تعداد زیاد تهویه و حجم بیش از حد در هر تهویه) در حین CPR اجتناب ورزد چون میتواند باعث دیستانسیون معده شده و بدنبال آن خطر آسپیراسیون ریوی را افزایش دهد و همچنین با کاهش بازگشت وریدی به قلب موجب ایجاد اختلال در انجام ماساژ قلبی می گردد (کلاس III).



با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ توصیه به استفاده از محفظه های محافظتی و یا ویدیو لارنگوسکوپ جهت اینتوباسیون بیماران شده است



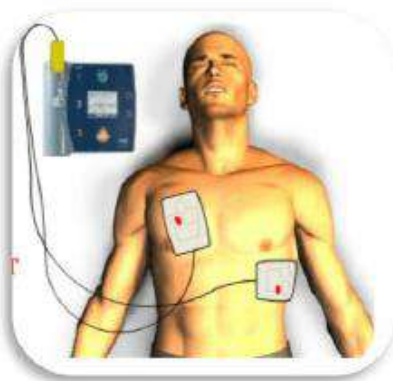
هر چه سریعتر انجام دادن شوک بوسیله

تمام احیا گران باید نحوه انجام شوک با دستگاه AED در حین BLS را آموزش دیده باشند زیرا در بزرگسالان با ایست قلبی شاهد VF شایعترین ریتم می باشد.

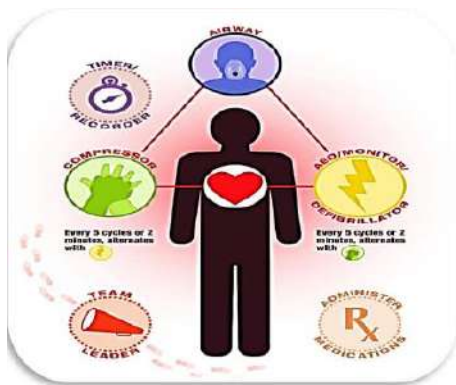
آموزش به همکاران که در بحران VF قرار دارد در صورتیکه فوراً CPR شروع شده و شوک بوسیله دستگاه AED در زمان ۳ تا ۵ دقیقه پس از شروع کلاپس قلبی تحویل داده شود میزان بقاء بطور چشمگیری افزایش می یابد.



با توجه به شیوع بیماری کووید ۱۹ و طبق دستورالعمل سال ۲۰۱۹ توصیه به استفاده از تجهیزات به جهت مواجهه کمتر افراد در حین احیاء شده است. از قبیل دستگاه AED برای دادن شوک، دستگاه های ماساژ دهنده قلبی، ویدیو لارنگوسکوپ جهت اینتوباسیون



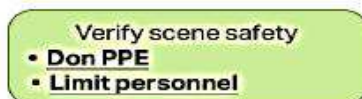
نحوه چیدمان افراد در زمان احیا



الگوریتم احیای قلبی و ریوی پایه

BLS Healthcare Provider Adult Cardiac Arrest Algorithm for Suspected or Confirmed COVID-19 Patients

Updated April 2020





آموزش به همکار

پروتکل احیای پایه (BLS) قلبی- ریوی بزرگسالان در بیماران مشکوک یا COVID ۱۹ تایید شده

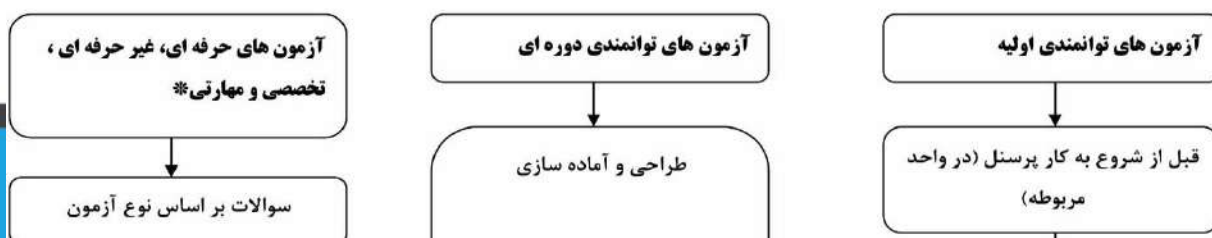
(برای کارکنان مراقبت های بهداشتی-۲۰۲۰)

اطمینان از ایمنی صحنه
پوشیدن تجهیزات حفاظت فردی



آموزش به همکار

فرآیند برگزاری آزمون های توانمندی اولیه و دوره ای





آموزش به همکار

فرایند شروع به کار نیروی جدیدالورود

معرفی نیرو از طرف واحد
کارگزینی به دفتر مترون

ارجاع نیرو از دفتر مترون به سوپروایزر آموزشی
ارجاع نیرو از دفتر مترون به دفتر نظام پرستاری

ارزیابی نیرو طی دو هفته به صورت
یک هفته ثابت صبح و یک هفته



آموزش به همکار

فرآیند تکمیل PDP

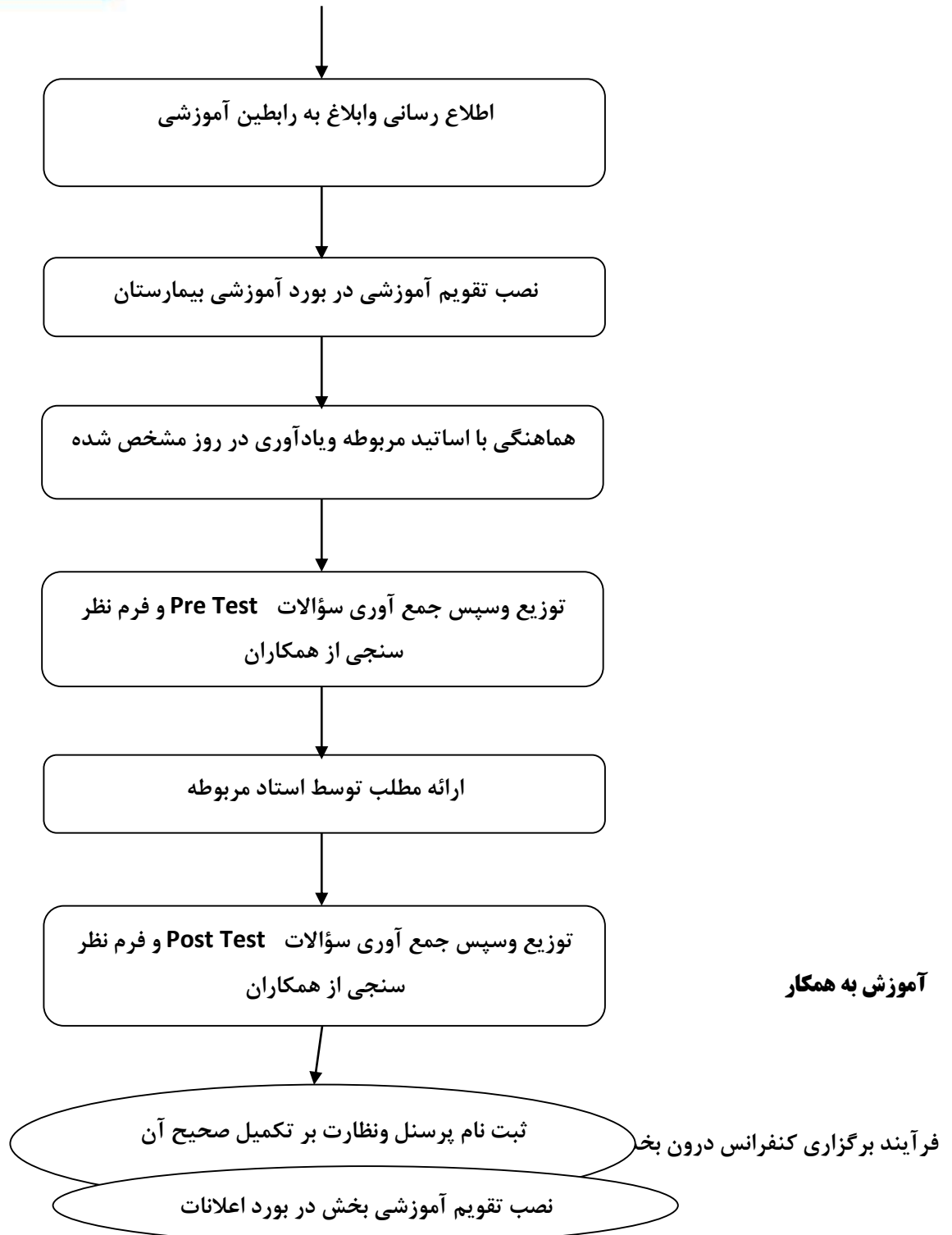
ارسال دستورالعمل تکمیل PDP از وزارتخانه

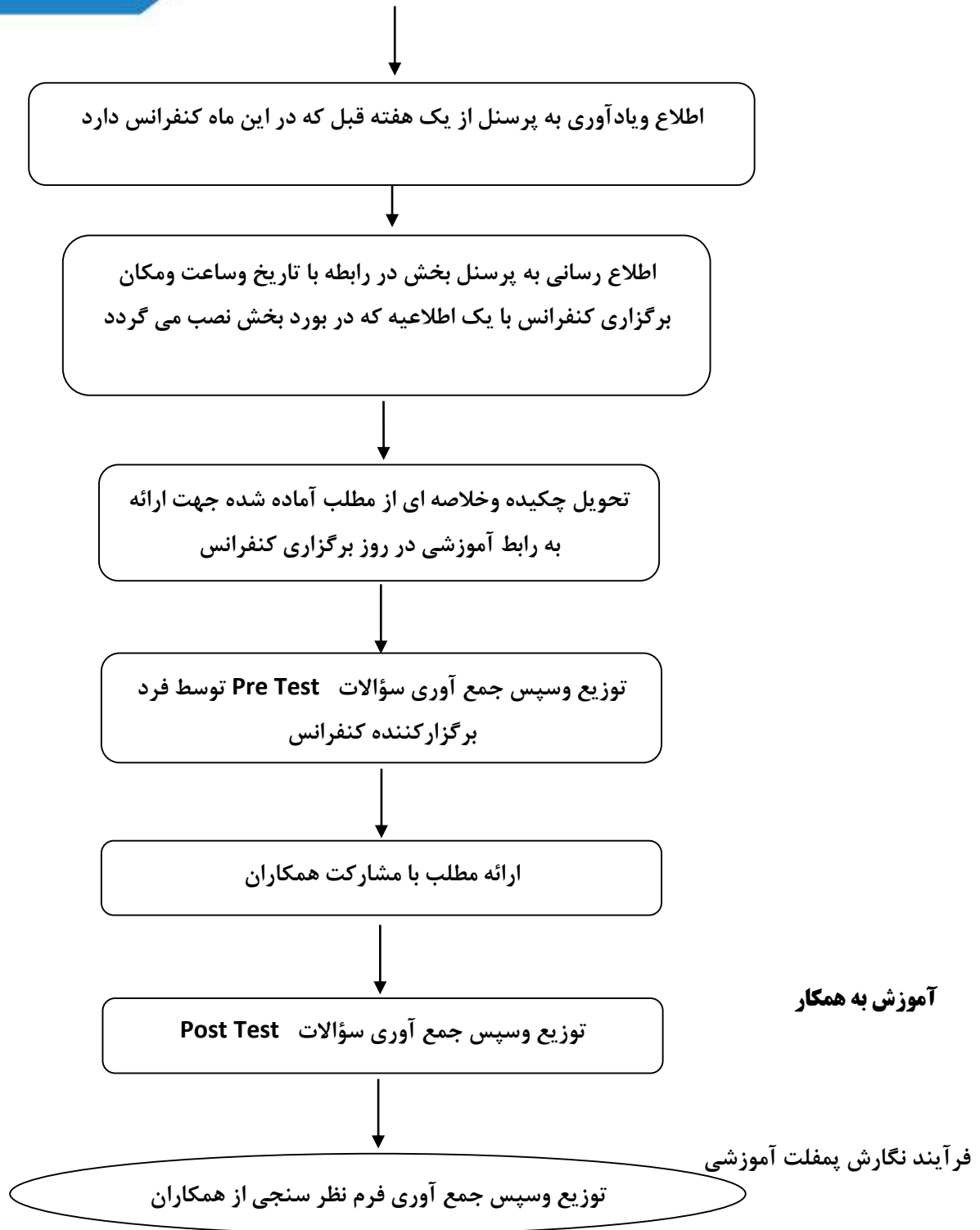


آموزش به همکار

فرآیند برگزاری کلاس های آموزشی

تهیه تقویم آموزشی بر اساس فرم ب





تهیه یک متن آموزشی مفید وبه زبان ساده
توسط پرستار مربوطه



تأیید مطلب آموزشی توسط مدیر گروه واحد مربوطه

آموزش به همکار

فرآیند نگارش فرم ب در بیمارستان

