



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

" مجموعه خط مشی ها "

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم

تابستان ۱۴۰۳

نحوه کد گذاری

ردیف	عنوان	نحوه کد گذاری	اختصار	اختصار
۱	خط مشی	BH.POL	BH=Bahar Hospital	POL= Policy
۲	روش اجرایی	BH.PRO	BH=Bahar Hospital	PRO= Procedure
۳	دستورالعمل	BH.INS	BH=Bahar Hospital	INS= Instruction

فهرست خط مشی

۳	مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته
۵	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران
۷	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/ واحدها
۹	استفاده صحیح از روش مهار شیمیایی
۱۲	استفاده صحیح از روشهای مهار فیزیکی
۱۶	روش مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
۱۹	اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه
۲۲	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری
۲۴	نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع نا خواسته منجر به خسارت برای بیمار /خانواده ،مراجعه کننده
۲۶	مددکاری اجتماعی
۲۹	تحويل داروی مخدر به بخش
۳۰	تهیه دارو های حیاتی در ۲۴ ساعت شبانه روز
۳۱	پذیرش و انتقال ایمن بیماران از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه
۳۳	حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر
۳۵	مدیریت مادران باردار پر خطر در بلوک زایمان
۳۷	معیارهای انجام سزارین
۴۰	رعایت و حفظ حریم خصوصی بیمار
۴۲	حضور همراهان در بخشهای بستری



بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تعداد صفحات: ۲

کد خط مشی: BH. POL1

تعاریف:

FMEA (Failure Mode & Effect Analysis): روشی است تحلیلی و نظام یافته به منظور شناسایی حالات خطای بالقوه،

اولویت بندی آنها به منظور شناسایی و انجام اقدامات پیشگیرانه برای حذف خطاها

Focus PDCA: روش پیشگیرانه خطاها بر اساس ارتقاء فرآیند

(Find Organize Clarify Understand Select – Plan Do Check Act)

RCA (Analysis Cause Root): بررسی ریشه ای علت ها

دامنه: کلیه ی بخش های بالینی

مخاطب: کلیه ی کادر درمان

خط مشی:

چرایی: افزایش اثربخشی درمان و مراقبت از طریق شناسایی پیشگیرانه خطرات

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

سیاست:

در راستای افزایش اثربخشی درمان و مراقبت از طریق شناسایی پیشگیرانه خطرات و برنامه ریزی برای پیشگیری از آنها در سطح بیمارستان با مشارکت تمام کارکنان به نگارش و اجرایی کردن این خط مشی اقدام نموده است.

روش اجرایی:

- مسئول ایمنی بیمارستان فعالیت های زیر را انجام می دهد:
 ۱. مشارکت در جلسات تیم مدیریت اجرایی در رابطه با بررسی نتایج تجزیه و تحلیل گزارشات خطاهای ارسالی
 ۲. مشارکت در جلسات RCA و FMEA و ارائه نظرات در تعیین اهداف برنامه های عملیاتی در جهت پیشگیری از رخداد وقایع ناخواسته تامین منابع مالی مورد نیاز برای اجرای برنامه های عملیاتی
 ۳. مشارکت در جهت ایجاد زیرساخت های لازم روش های گزارش دهی خطا
- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر فعالیت های زیر را انجام می دهد:
 ۱. تشکیل جلسه با تیم ایمنی بیمار و تعیین روشهای گزارش دهی وقایع ناخواسته و خطا در بیمارستان
 ۲. آموزش روش های گزارش دهی وقایع ناخواسته و خطا به تمام کارکنان بیمارستان
 ۳. جمع آوری و تجزیه و تحلیل گزارشات خطای ارسالی از طرف کارکنان
 ۴. جمع آوری اطلاعات و پایش شاخص های ایمنی بیمار
 ۵. ارائه نتایج تجزیه و تحلیل گزارشات خطای دریافتی و شاخص های ایمنی بیمار به کمیته های مربوطه و سپس تیم مدیریت اجرایی هر سه ماه یک بار
 ۶. برنامه ریزی و پیگیری انجام FMEA جهت برنامه ریزی پیشگیرانه برای خطاهای بالقوه با مشارکت کارکنان مربوط

۷. برنامه ریزی و اجرای **RCA** جهت ریشه یابی وقایع ناخواسته و خطاهای پرتکرار با مشارکت کارکنان مربوط
۸. پیگیری تدوین و اجرای برنامه عملیاتی مرتبط با ارتقاء نتایج شاخص ها و کاهش میزان رخداد وقایع ناخواسته و خطاهای پرتکرار توسط کارکنان مربوط
- سایر کارکنان بیمارستان فعالیت های زیر را انجام می دهند:
 ۱. فعالیت بر طبق آنچه در خط مشی ها ابلاغ شده است
 ۲. اجرای دستورالعمل ها و روش های اجرایی ابلاغ شده از سوی مسئولان بالاتر
 ۳. گزارش دهی وقایع ناخواسته و خطاها به کارشناس وقایع و مسئولان مربوطه
 ۴. شرکت در جلسات **FMEA** ، **RCA** مربوط به نوع فعالیت کاری خود
 ۵. انجام وظایف مربوط به دستیابی به اهداف برنامه عملیاتی مربوط به کاهش میزان وقوع وقایع ناخواسته و ارتقاء شاخص های ایمنی بیمار
 ۶. شرکت فعال در برنامه ارتقاء فرایند های مربوط به شرح وظایف محوله به طور مستمر

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئول و کارشناس ایمنی بیمار و سرپرستاران و مسئولین واحد ها

امکانات و تسهیلات: فرم گزارش / جزوات آموزشی

منابع: کتاب اعتبار بخشی-راهنمای ارزیابان بیمارستانهای دوستدار ایمنی

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیر خدمات پرستاری کارشناس ایمنی بیمار	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی: BH. POL2		تعداد صفحات: ۲	
تعاریف:			
دامنه: کلیه ی بخش های و واحدهای بیمارستان			
مخاطب: کلیه ی کارکنان			
خط مشی:			
چرایی: تداوم ارائه خدمات به بیماران در زمان بحران و حفظ ایمنی بیمار			
هدف: ارائه خدمات حیاتی درمانی در زمان بحران			
سیاست:			
با توجه به لزوم ارائه خدمات درمانی به بیماران در شرایط بحران برنامه ریزی و هماهنگی های ارائه خدمت به بیماران بر اساس موارد ذیل بعمل می آید.			
روش اجرایی:			
۱. مدیر زیرساخت در سامانه فرماندهی حادثه و مسئول تاسیسات نسبت به تقسیم کار اعضاء فنی و پشتیبانی سیستم های حیاتی برنامه ریزی می نماید.			
۲. اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا نسبت به تدوین برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه های فضای فیزیکی، تجهیزات، ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی به صورت سالانه اقدام می نماید.			
۳. مدیر مراقبت های پزشکی و مدیریت پرستاری نسبت به تعیین بخش پشتیبان جهت بخش اورژانس در بحران و اطلاع رسانی آن به سوپروایزرها و سرپرستاران برنامه ریزی می نماید.			
۴. رئیس واحد عملیات و مدیر تخت، برنامه ریزی لازم را برای ترخیص بیماران قابل ترخیص، آماده باش تیم ها و کنسلی عمل های الکتیو در مواقع بحران انجام میدهد.			
۵. در زمان بروز حادثه سوپروایزر کشیک پس از فعال سازی تیم پاسخ اضطراری و فراخوان نیرو تا رسیدن نیروها جهت ارائه خدمات به بیماران برای افزایش نیرو در واحد اورژانس از سایر بخش های بستری نیرو به بخش اورژانس می فرستد.			
۶. کمیته مدیریت خطر و بلایا از قبل فهرستی از خدمات ضروری و حیاتی بخشهای بیمارستان تهیه می کند.			
۷. سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت افزایش تعداد اتاق های عمل با مسئول اتاق عمل هماهنگی میکند.			
۸. سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین لوازم مصرفی مورد نیاز بخشهای حیاتی (ICU، اتاق عمل ، اورژانس ، CSR،			

آزمایشگاه ، رادیولوژی) با مسئول انبار هماهنگی می کند.

۹. سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین دارو مورد نیاز بخشهای حیاتی (ICU، اتاق عمل ، اورژانس) با مسئول داروخانه هماهنگی می کند.

۱۰. سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین لوازم پزشکی مورد نیاز بخشهای حیاتی (ICU، اتاق عمل ، اورژانس ، CSR، آزمایشگاه ، رادیولوژی) با مسئول تجهیزات پزشکی هماهنگی می کند.

۱۱. سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین کپسول های اکسیژن مورد نیاز بخشها و بخصوص واحد اورژانس از طریق مسئول تاسیسات با شرکت طرف قرارداد و سایر مراکز درمانی هماهنگی می کند.

۱۲. سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین سوخت مورد نیاز ژنراتور ها با مسئول تاسیسات هماهنگی می کند.

۱۳. سوپروایزر کشیک یا فرمانده حادثه جهت تامین آب مورد نیاز بیمارستان با توجه به وجود مخزن آب در بیمارستان با مسئول تاسیسات هماهنگی کرده مسیر آب واحد ها و مکان های غیر اورژانسی قطع می شود (بغیر از بخش های درمانی و حیاتی)

۱۴. مسئول فنی بیمارستان یا رئیس بیمارستان ، جهت ادامه روند درمان بیماران و انجام اقدامات حیاتی و تداوم اقدامات حیاتی جهت بیماران به ویژه گروه های آسیب پذیر و بیماران بدحال (مانند کودکان، افراد مسن و معلولین) با پزشکان مقیم و آنکال هماهنگی می کنند جهت حضور مستمرشان.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مدیر بیمارستان و فرمانده حادثه / سوپروایزر

امکانات و تسهیلات: کپسول اکسیژن، داروها و لوازم مصرفی و پزشکی مورد نیاز بخش های حیاتی، سوخت مورد نیاز ژنراتور، آب و...

منابع: مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخصهای توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا دکتر خانکه - تجربیات بیمارستان

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
کارشناس بحران مدیر خدمات پرستاری	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی: BH. POL3		تعداد صفحات: ۲	
<p>تعاریف: پرونده بالینی بیمار: شامل اوراق و اطلاعاتی است که تاریخچه ورود بیمار به بیمارستان را به همراه اطلاعات بالینی بیمار را شامل می شود. این اطلاعات به دو صورت فیزیکی (برگه های پرونده) و ثبت در سیستم HIS وجود دارد. پرونده بالینی بیمار در صورت مراجعه مکرر بیمار در زمان های متفاوت باقی می ماند و تنها کد پذیرش جدید بیمار به همراه اقدامات درمانی صورت گرفته به پرونده اولیه بیمار اضافه می شود.</p>			
<p>دامنه: کلیه ی بخش های بالینی</p>			
<p>مخاطب: کلیه ی کادر درمان</p>			
<p>خط مشی:</p> <p><u>چرایی:</u> جلوگیری از مفقود شدن اطلاعات بالینی بیمار / حفظ اسرار بیمار</p> <p><u>هدف:</u> جلوگیری از مفقود شدن پرونده و اطلاعات بالینی در نقل و انتقال پرونده در بین بخش ها/واحدها</p> <p>سیاست:</p> <p>به منظور جلوگیری از مفقود شدن اطلاعات بالینی بیمار که گاهی شامل اطلاعاتی است که محرمانه به حساب می آید و یا جلوگیری از کم یا زیاد شدن اطلاعات پرونده پرسنل واحدمدیریت اطلاعات سلامت موظف به حفظ و صیانت از پرونده از طریق کنترل ورود و خروج، محدودیت افراد مجاز به خروج پرونده و... می باشند.</p> <p>روش اجرایی:</p> <p>۱- جهت خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت اقدامات زیر انجام می گیرد:</p> <p><u>افراد مجاز جهت درخواست خروج پرونده از واحدمدیریت اطلاعات سلامت عبارتند از:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ریاست و مدیریت بیمارستان (جهت بررسی در کمیته های بیمارستانی) - مدیر خدمات پرستاری و مامایی - مسئولین بخش های درمانی در صورتیکه جهت بررسی موارد مرتبط با کنترل عفونت درخواست دهند (ثبت درخواست به همراه مهر و امضاء و تاریخ درخواست) - پزشک معالج - درخواست از سوی مراجع قانونی <p>۲- ثبت خروج پرونده از واحد مدارک پزشکی در دفتر مخصوص ثبت خروج پرونده توسط تحویل گیرنده پرونده</p> <p><u>افراد مجاز برای تحویل پرونده عبارتند از:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - افراد معرفی شده از سوی ریاست و مدیریت بیمارستان - دبیر کمیته مرگ و میر - افراد معرفی شده از سوی مترون بیمارستان - منشی بخش ها در صورتیکه از طرف مسئول بخش نامه به همراه داشته باشد - مسئولین بخش ها و واحدها 			

- افراد دارای مجوز و نامه از مراجع قانونی ذیصلاح

- بیمار/ولی قانونی وی/بستگان درجه یک بیمار در صورت ارائه کارت شناسایی و احراز هویت از سوی پرسنل واحد

مدیریت اطلاعات سلامت

- جهت کپی برداری از برخی برگه های پرونده، بیمار یا ولی قانونی وی پس از ثبت درخواست و دستور ریاست بیمارستان به مدارک پزشکی مراجعه کرده که پس از شمارش اوراق و تشخیص صحت هویت فرد تحویل گیرنده برگه های درخواستی به وی تحویل داده می شود.

۳- خروج پرونده از واحد مدیریت اطلاعات سلامت

۴- در صورتی که پرونده به موقع به واحد مدارک پزشکی عودت داده شود قسمت مربوط به تاریخ عودت در دفتر ثبت خروج پرونده ثبت می شود و پرونده بایگانی می شود. در صورتیکه تاخیری در عودت پرونده صورت بگیرد پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت با پیگیری موضوع به صورت تلفنی خواستار برگرداندن هر چه سریعتر پرونده به واحد اطلاعات سلامت می شوند.

۵- پیگیری و کنترل پرونده های خروجی هر هفته و یا حداکثر دوهفته ای یکبار انجام می شود بدین صورت که پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت لیست پرونده های خروجی را با پرونده های عودت داده شده مقایسه کرده و پیگیری های لازم را درخصوص تاخیر در پرونده های برگردانده نشده انجام می دهند.

۶- در صورت مفقود شدن یا آسیب دیدن پرونده مسئول واحد مدیریت اطلاعات گزارش مربوطه را به مدیریت اعلام و در کمیته مدیریت اطلاعات تعیین تکلیف و اقدامات اصلاحی صورت میگیرد

۷- در صورتی که پزشکی قانونی، دادگاه ها، نظام پزشکی اصل پرونده را در طی نامه رسمی (تایید شده مسئول فنی بیمارستان) درخواست کنند، کارشناس مدیریت اطلاعات سلامت یک نسخه کامل کپی پرونده را تهیه میکند و اصل پرونده را برگ شمار میکند و به دبیرخانه، جهت ارسال به مرکز مربوطه تحویل میدهد.

۸- گزارشات تاخیری پرونده نتیجه آزمایشات پاتولوژی پس از ترخیص بیمار، توسط خود بیمار پیگیری می شود و پس از آماده شدن نتیجه در اختیار خود بیمار قرار می گیرد.

۹- درخصوص سایر آزمایشات، گزارشات تاخیری بر اساس دستورالعمل نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوقه پاراکلینیک اقدام می شود

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مدیر بیمارستان ، مسئول مدارک پزشکی

امکانات و تسهیلات: سیستم HIS، دفتر ثبت خروج پرونده بیمار

منابع: دستورالعمل مدارک پزشکی ، تجربیات بیمارستان

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول مدارک پزشکی مدیر خدمات پرستاری	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



عنوان خط مشی :

استفاده صحیح از روش مهار شیمیایی

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

کد خط مشی: BH. POL4

تعداد صفحات: ۳

تعاریف: کنترل بیماران بیقرار با استفاده از روش های دارویی در صورتیکه بیمار با استفاده از مهار فیزیکی پاسخ مناسب را نداشته باشد

دامنه: کلیه ی بخش های بالینی

مخاطب: کلیه ی کادر درمان

خط مشی :

چرایی: پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیمار و جلوگیری از آسیب بیمار به خود و دیگران

هدف: حفظ ایمنی بیمار و کاهش درد و اضطراب و استرس بیمار

سیاست: به منظور افزایش ایمنی بیمار و اجرای اقدامات درمانی جهت بیماران بیقرار بر اساس دستورالعمل ها و گایدلاین های مربوطه مهار شیمیایی بیمار انجام می گردد.

روش اجرایی:

• پرستار با توجه به شرایط استفاده از مهار شیمیایی اقدامات زیر را انجام می دهد:

۱. ارزیابی بیمار مبنی بر نیاز بیمار به مهار شیمیایی انجام می شود. کلیه بیماران را از نظر پرخاشگری و تحریک پذیری و احتمال آسیب به خود و دیگران بررسی مینماید و بیمارانی را که نیاز به مهار شیمیایی دارند، شناسایی نموده و در گزارش پرستاری، ثبت مینماید

۲. پرستار مسئول بیمار نیاز بیمار به مهار شیمیایی را به پزشک اطلاع می دهد.

۳. پزشک دستور کتبی مهار شیمیایی را در پرونده بیمار در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید.

تبصره: در ثبت دستور تزریق جهت مهار شیمیایی این موارد توسط پزشک بطور کامل ثبت میگردد: نام دارو، دوز دارو، نحوه تزریق، زمان تزریق، حداکثر دفعات مجاز تزریق، مراقبتهای الزم قبل و حین و پس از تزریق دارو و شرایط تزریق دارو.

۴. پزشک سابقه دارویی بیمار، حساسیتهای شناخته شده بیمار را در دستور خود جهت تعیین نوع داروی مورد استفاده برای مهار شیمیایی بیمار و پیشگیری از عوارض و تداخلات دارویی مورد توجه قرار می دهد.

۵. پرستار مسئول بیمار مهار شیمیایی (دارو) را بر اساس اصول داروهای **7right** و دستورالعمل آماده سازی و تجویز داروها آماده و تزریق می نماید.

۶. علائم حیاتی بیمار و چک **SPO2** با استفاده از پالس اکسی متری قبل از دادن داروها کنترل می شود.

۷. بعد از دادن دارو مجدداً بیمار از نظر علائم حیاتی و **SPO2** و سایر علائم فیزیولوژیک چک شده و هم چنین مانیتورینگ مداوم

انجام می شود.

۸. بعد از دادن دارو عوارض ناشی از دادن دارو در بیمار مرتب چک می شود

۹. ثبت صحیح داروهای داده شده به بیمار در پرونده بیمار (برگه گزارش پرستاری-برگه دستورات دارویی) انجام می شود

۱۰. روند وضعیت بالینی بیمار بصورت مستمر کنترل میشود و به پزشک معالج گزارش می شود.

۱۱. هر ۲ ساعت یکبار تغییر وضعیت به بیمار می دهد.

۱۲. سایر اتصالات بیمار و میزان درناژ آنها را کنترل می نماید.

۱۳. واکنش مردمکها را هر ۲ ساعت یکبار چک کرده و ثبت می نماید

۱۴. تاثیر دارو بر بیمار را بررسی کرده و در صورت مهار نشدن بیمار به طور کامل با پزشک مربوطه مشورت مینماید

۱۵. از نظر عوارض بی حرکتی بیمار را بررسی می کند.

۱۶. در گزارش پرستاری دلیل استفاده از مهار شیمیایی، زمان شروع، زمان پایان، نتایج حاصل از ارزیابی بیمار، عوارض احتمالی

و نیاز مجدد به مهار شیمیایی را ثبت می کند

۱۷. داروهای تزریق شده را در فرم دارویی ثبت می نماید.(نکته: در صورتیکه داروی استفاده شده جز داروهای پرخطر باشد تمام

مراحل دارودهی براساس خط مشی داروهای پرخطر اجرا می شود.)

۱۸. اطمینان از پیشگیری از ایجاد آلودگی صوتی و صداهای مزاحم

۱۹. چنانچه پرستار بدون دستور پزشک اقدام به مهار شیمیایی بیمار نکند، خلاف قوانین می باشد و متخلف محسوب می شود.

*** مهار شیمیایی در نوزادان: (مهار شیمیایی در نوزادان intubate)**

۱. بعد از چک دستورات پزشک مبنی بر دادن دارو به نوزاد **intubate** جهت جلوگیری از **Extubte** شدن و یا **Fight** با

دستگاه و احتمال نئوتراکس انجام میشود که حتما باید دستور پزشک را داشته باشد.

۲. طبق میزان **Order** شده و با توجه به **7Right** تمام مراحل چک و با دقت کشیده و به نوزاد صحیح داده می شود.

۳. رگ بیمار قبل از تزریق دارو و اطمینان از سالم بودن مسیر رگ، به منظور جلوگیری از نشت دارو به زیر پوست و احتمال نکروز

چک می شود.

۴. پس از دادن دارو به نوزاد، پاسخدهی به درمان نوزاد نیز ارزیابی می شود و عوارض ناشی از دادن دارو پیگیری می شود.

۵. با ذکر تاریخ و ساعت و به صورت صحیح با نوشتن موارد ارزیابی شده و بعد از محاسبه در گزارش تمام موارد دادن دارو

پرستاری پرونده بیمار بطور صحیح وارد میشود.

۶. در صورت تجویز داروی پرخطر(مخدر) مراحل مربوط به داروهای پرخطر و دو امضاء بودن آن اجرا می گردد.

*** مهار شیمیایی در نوزاد با سندرم محرومیت (مواد مخدر) :**

۱. تا حد امکان حمایت فیزیکی (قنداق کردن) از نوزاد در جهت کاهش نیاز نوزاد به مهار شیمیایی
۲. چک دستورات پزشک قبل از شروع مهار شیمیایی
۳. طبق میزان **Order** پزشک و با توجه به **7Right** تمام مراحل چک و با دقت کشیده و به نوزاد صحیح داده می شود.
۴. رگ بیمار قبل از تزریق دارو و اطمینان از سالم بودن مسیر رگ، به منظور جلوگیری از نشت دارو به زیر پوست و احتمال نکروز چک می شود.
۵. پس از دادن دارو به نوزاد ، نوزاد کاملا ارزیابی شده و عوارض ناشی از دادن دارو چک و بررسی گردد.
۶. تمام موارد بعد از محاسبه دارو به صورت مستند در گزارش پرستاری در پرونده صحیح وارد شود.
۷. ایجاد محیط آرام و نور مناسب و کم سرو صدا برای آرامش نوزاد پس از مهار شیمیایی اهمیت دارد.
۸. به عوارض بی حرکتی و قرمز شدن پوست نواحی تحت فشار به منظور جلوگیری از زخم فشاری توجه می شود.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: پزشکان و سرپرستاران

امکانات و تسهیلات: داروهای مورد نیاز، فرم دارویی، فرم گزارش پرستاری، فرم دستورات پزشک

منابع: پرستاری داخلی جراحی (غفاری ،محمودی) چاپ چهارم ۱۳۹۵ / کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری نظام پرستاری

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان	مدیر خدمات پرستاری سرپرستاربخش



عنوان خط مشی :

استفاده صحیح از روشهای مهار فیزیکی

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی: BH.POL5		تعداد صفحات: ۴	
تعاریف: منظور از مهار فیزیکی کنترل بیماران بقرار با استفاده از ابزار و روشهای غیر دارویی می باشد.			
دامنه: کلیه بخش های بیمارستان			
مخاطب: پرسنل بخش ها			
خط مشی:			
<p>چرایی: پیشگیری از بروز مخاطرات ایمنی بیمار و جلوگیری از آسیب بیمار به خود و دیگران</p> <p>هدف: برقراری ایمنی بیمار و جلوگیری از سقوط و خارج کردن و کشیدن اتصالات بیمار/ جلوگیری از عوارض ناشی از مهار فیزیکی (آسیب به عصب به ویژه عصب براکیال، اختلال در گردش خون ، آسیب به پوست و ..)</p> <p>سیاست: به منظور افزایش ایمنی بیمار و اجرای اقدامات درمانی جهت بیماران بقرار بر اساس دستورالعمل ها و گایدلاین های مربوطه مهار فیزیکی بیمار انجام می گردد.</p>			
روش اجرایی:			
<p>۱. پرستار بیمار را از نظر علائم پرخاشگری و تحریک پذیری و احتمال آسیب به خود و دیگران بررسی مینماید و بیمارانی را که نیاز به محدودیت فیزیکی دارند، شناسایی نموده و در پرونده بیمار ثبت مینماید و به پزشک معالج اطلاع میدهد.</p> <p>۲. بیمار توسط پرستار بررسی و علت بیقراری و ناآرامی وی مشخص و مداخلات لازم انجام می شود (تسکین درد، ایجاد محیط آرام و ...)</p> <p>۳. حفاظ کنار تخت بیمار بالا برده می شود .</p>			
تبصره : در صورت تجویز دستور مهار فیزیکی توسط پزشک معالج موارد ذیل بطور کامل ثبت میگردد:			
<p>علت و زمان استفاده از مهار فیزیکی، اندامهاییکه باید مهار شود، مدت زمان مهار فیزیکی بیمار، مراقبتهای الزام حین و بعد از مهار فیزیکی، افزایش مدت زمان مهار فیزیکی در صورت نیاز</p> <p>تبصره : مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج و به مدت محدود که در دستور پزشک ذکر میگردد، قابل اجرا است.</p> <p>تبصره : تمدید مدت زمان الزم جهت ادامه مهار فیزیکی بیمار نیاز به دستور مجدد پزشک دارد.</p>			
<p>۴. پرستار ، دستور پزشک مبنی بر اجرای محدودیت فیزیکی بیمار را چک نموده و در کاردکس ثبت مینماید و در صورت لزوم، طبق دستور اقدام می نماید.</p>			
<p>۵. فرم رضایت آگاهانه مهار فیزیکی توسط پزشک و پرستار تکمیل و به تأیید و امضاء خانواده می رساند.</p>			
<p>۶. پرستار / دستیار پزشک به بیمار در خصوص علت مهار و شرط بازکردن محدودیت فیزیکی توضیح روشن و ساده ای میدهد،</p>			

مثال: "شما مهار میشوید تا زمانی که بتوانید رفتار تان را کنترل نمایید"، "ما اطمینان داریم این رفتار شما باعث صدمه به خود و دیگران میشود".

۷. پرستار دقت میکند که در انجام محدودیت فیزیکی بیمار / حریم خصوصی وی رعایت شود.

۸. پرستار کنترل میکند که هنگام انجام محدودیت فیزیکی، بیمار در پوزیشن به پشت خوابیده قرار گیرد و جهت جلوگیری از آسیب‌رسانی، سر بیمار کمی بالاتر از بدن او قرار گیرد.

تبصره: در مادران باردار بدلیل آسیب، مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است. همچنین در بیمارانی که اعضای آن‌ها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع است.

۹. نوار مناسب مهار (پد دار، قابل انعطاف و عرض مناسب) انتخاب می‌شود.

۱۰. نوارها به خود تخت بسته می‌شوند و از اتصال به نرده کنار آن جلوگیری گردد.

۱۱. نوارها به شکلی بسته می‌شوند که بیمار حتی الامکان بتواند عضو را آزادانه حرکت دهد.

۱۲. پرستار از مهار ۳ نقطه ای جهت مهار فیزیکی استفاده مینماید. از چهار اندام دستها و پاها همیشه یک اندام باز می‌باشد. (به صورت متناوب)

۱۳. پرستار هر ۱۵ دقیقه گردش خون اندامها و وضعیت سیستم عصبی و پوست و انتهای بدن بیمار را از نظر کبودی و سیانوز شدن، چک علائم حیاتی، باز بودن راه تنفسی کنترل مینماید و هر ۲ ساعت امکان انجام حرکات مفاصل را برای بیمار فراهم می‌آورد و کلیه موارد را ثبت می‌نماید.

۱۴. پرستار، تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخم‌های فشاری و صدمه بافتی به بیمار و آسیب به خود و ... را کنترل می‌نماید.

۱۵. پرستار در حین کنترل و مشاهده بیمار با وی ارتباط کلامی برقرار مینماید و بیمار را تحت مانیتورینگ دقیق قرار میدهد.

۱۶. راستای طبیعی بدن در طول مهار شدن حفظ می‌شود و شانه‌ها در وضعیت مناسب قرار می‌گیرند.

۱۷. وسایل مهار هر ۲ ساعت توسط پرستار برداشته و مجدد بسته می‌شوند.

۱۸. هر ۲ ساعت بیمار توسط پرستار و مهمانداران بخش تغییر وضعیت داده می‌شود.

۱۹. روزانه ۱-۲ بار (طبق دستور پزشک) جهت بیمار فیزیوتراپی انجام می‌شود.

۲۰. هر ۱۲ ساعت بیمار از لحاظ ادامه نیاز به مهار فیزیکی ارزیابی می‌شود.

۲۱. اگر مهار بیمار به صورت فیزیکی میسر نباشد و یا احتمال آسیب جدی به وی به دنبال آن باشد به پزشک معالج اطلاع داده می‌شود.

۲۲. دستورات و اقدامات جدید توسط پرستار پیگیری و اجرا می‌شود.

۲۳. پرستار کلیه موارد مربوط به محدودیت فیزیکی بیمار را در گزارش پرستاری در پرونده بیمار ثبت میکند این موارد عبارتند از :
زمان شروع، زمان خاتمه، عوارض احتمالی ناشی از مهار فیزیکی، کارکنان دخیل در اجرای محدودیت فیزیکی، شرایط رفتاری
منجر به اجرای محدودیت فیزیکی، طول مدت محدودیت فیزیکی، سایر اقدامات درمانی انجام شده قبل از مهار و پاسخ بیمار به
این اقدامات، اقدامات دارویی انجام شده برای بیمار (طبق دستور پزشک)، ارزیابی وضعیت روانی بیمار و پاسخهای رفتاری بیمار
حین و در طول مدت مهار فیزیکی (نیروها در بدو ورود و به صورت دوره ای در زمینه مهار فیزیکی توسط مسئول بخش و
سوپروایزر آموزشی آموزش می بینند

۲۴. در تمام دوره استفاده از مهار فیزیکی جهت ارتقا و حفظ ایمنی بیمار یک الویت محسوب می شود.

• شیوه انجام کار در نوزادان :

(بیقراری نوزاد دلایل خاص دارد که می تواند بدلیل گرسنگی ، دل درد ، خیس شدن و پروسیجر دردناک باشد و بالطبع مهار
فیزیکی در مورد آنها نیز متفاوت است.)

۱- نوزادی که **NPO** می باشد و گرسنه نیز هست.

الف) نوزاد را میتوان قنداق کرد تا مهار حرکتی داشته باشد و قنداق نباید زیاد محکم باشد بطوری که حرکات نوزاد و رفلکس
دستها و پاها حفظ شود

ب) **POSITION** دادن به نوزاد بصورتی که ستون فقرات و گردن در یک راستا باشد و دست های نوزاد جهت آرام کردن خود
کنار دهان و صورتش باشد.

ج) می توان نوزاد را بصورت آرام ماساژ داده و با نوزاد آرام صحبت کرد.

۲- نوزادی که **Intubate** می باشد در زیر دستگاه بی قرار می شود.

الف) نوزاد را می توان قنداق کرد تا حرکت نوزاد مهار شود.

ب) از **Hed holder** جهت **Fix** کردن سر نوزاد استفاده کرد.

ج) نوزاد را داخل **nest** قرار داده و **Position** نوزاد را بصورت راحت قرار داد تا با آرامش بتوانند داخل **nest** قرار گیرد.

• شیوه انجام کار در اطفال:

بی قراری اطفال دلایل خاص دارد که می تواند به دلیل بیماری و مشکلی که دارند، به دلیل گرسنگی و دل درد و پروسیجر های
دردناک باشد که بسته به نوع هر کدام از دلایل، مهار فیزیکی متفاوت می باشد.

• اطفال بی قرار هوشیار:

۱. علت بیقراری مشخص می گردد و در حد امکان برطرف می گردد.

۲. تخت ها مجهز به نرده کنار تخت می باشد و از نظر سالم بودن چک می شود.

۳. به دلیل احتمال سقوط اطفال از تخت به مادران آموزش های لازم در خصوص نگهداری بچه ها بالا بودن نرده کنار تخت داده میشود.

۴. در صورت لزوم و در صورت تجهیز تخت به کمربند حفاظتس دستها و پاهاى بیمار فیکس می شود تا از خطر سقوط جلوگیری شود.

*** در بیماران اطفال با سطح هوشیاری پایین و یا Intubation که زیر دستگاه بیقرار می شوند:**

استفاده از دستگاه تنفس مصنوعی یک پروسیجر تهاجمی و دردناک است و بیمار را بی قرار می کند بنابراین علاوه بر استفاده از دارو جهت آرام بخشی به شیوه زیر هم عمل می شود:

۱. نرده کنار تخت از نظر سالم بودن چک می شود و بالا نگه داشته می شود.

۲. از کمربند ویژه تخت جهت مهار فیزیکی استفاده می شود.

۳. اگر تخت بیمار دارای کمربند حفاظتی نباشد با دستور کتبی پزشک دست و پای بیمار را با هدرول (باند) که حتما درون آن پنبه گذاشته شده باشد بسته می شود.

۴. نهایتا اگر بیمار با هیچ یک از روش های فوق و توسط وسایل ویژه مهار فیزیکی کنترل نشد به والدین بیمار اجازه داده می شود تا بیمار خورد را در آغوش بگیرند چون ممکن است بی قراری بیمار از محیط و کادر درمان باشد

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: پزشک - سرپرستار و پرستار

امکانات و تسهیلات: حفاظ تخت / نوار مناسب مهار

منابع: کتاب مرجع استاندارد های خدمات پرستاری

تصویب کننده:	تأیید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیر خدمات پرستاری	مدیر خدمات پرستاری سرپرستار بخش سوپروایزر بالینی



بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تعداد صفحات: ۳

کد خط مشی: BH.POL6

تعاریف:

مانیتورینگ: اتصال بیمار به دستگاه نشانگر عملکرد قلب از طریق لیدهایی که روی سینه قرار می گیرند. مراقبتهای بحرانی: مراقبتهایی هستند که از طریق شناسایی و مدیریت فوری وضعیتهای تهدید کننده حیات با ارائه حمایتهای تخصصی پیشرفته از ارگانهای مختلف و مانیتورینگ تهاجمی صورت می پذیرد. این نوع مراقبتهای در بخش ویژه در شرایط بحران به بیماران ارائه می گردد.

دامنه: پزشک و پرستار**مخاطب:** کادر پزشکی و پرستاری**خط مشی:**

جراحی: کنترل دقیق تر و ثبت شرایط لحظه به لحظه بیماران حاد انجام اقدامات درمانی و تشخیصی صحیح با توجه به شرایط فیزیولوژیک بیماران حاد هدف: ارائه خدمات به موقع و مطلوب و موثر جهت بیماران

سیاست:

با توجه به لزوم مراقبت دقیق بیمارانی که نیاز به مراقبت تحت مانیتورینگ دارند و ارائه مراقبت به بیمارانی که به علت وخامت وضعیت و ناپایداری علائم دچار آسیب یا نارسایی ارگانهای متعدد شده و نیازمند دریافت مراقبتهای مستمر و پایش مداوم وضعیت هستند بخشهای ویژه بیمارستان کلیه بیماران حاد را بطور ویژه تحت نظر قرار داده و مراقبتهای درمانی را بطور سریع و صحیح برآورد ی آنها فراهم می آورد

روش اجرایی:

۱. پزشک دستور مانیتورینگ مداوم علائم حیاتی بیمار و کنترل درصد اشباع اکسیژن خون و سطح هوشیاری را در برگ دستورات پزشک ثبت می نماید.
۲. در صورتیکه بیمار در بخش های بستری بود بلافاصله پس از هماهنگی با پزشک معالج بیمار مانیتورینگ می شود و بعد از استیبل شدن شرایط بیمار طبق دستور پزشک در صورت نیاز بیمار به ICU منتقل می گردد.
۳. پرستار بیمار را طبق دستور پزشک و با توجه به اتصالات صحیح از طریق لیدهای سینه ای به دستگاه مانیتورینگ قلبی متصل می کند و هرگونه تغییر مهم در علائم حیاتی را به پزشک اطلاع داده و طبق دستورات پزشک عمل می نماید.
۴. لید ۲ روی صفحه مانیتور رویت می شود و در صورت نا واضح بودن ریتم نسبت به اطمینان از اتصال صحیح و برقراری اتصال مناسب اقدام می شود. کاف فشار سنج و پروب پالس اکسی متر به بیمار متصل میشود. تنظیمات لازم روی دستگاه مانیتور بالای سر بیمار توسط پرستار اعمال میگردد.
۵. پرستار برای کنترل درصد اشباع اکسیژن خون پروب پالس اکسی متر را به انگشت بیمار وصل مینماید باید دقت شود که

انگشت بیمار تمیز بوده و لاک نداشته باشد و سرد نباشد شایان ذکر است بهترین و دقیق ترین روش کنترل از طریق لاله گوش بیمار میباشد.

۶. برای گرفتن فشار خون پرستار دقت می کند که بیمار از ۳۰ دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته و حداقل ۵ دقیقه استراحت داشته باشد و برای گرفتن فشار خون کاف را مطابق سن بیمار انتخاب کرده و دو سوم طول بازو را با کاف می پوشاند و بازو را در سطح قلب قرار می دهد.

۷. از انجاییکه بخش های ویژه مجهز به مانیتور سانترال می باشند، پرستار در صورت حضور در ایستگاه پرستاری نیز می تواند بیمار را مانیتور نماید.

۸. در صورت بروز خونریزی، کنترل خونریزی؛ در صورت درد شدید، کنترل درد؛ در صورت کاهش اکسیژن خون، اکسیژن تراپی مناسب؛ در صورت کاهش سطح هوشیاری اینتوبه کردن بیمار و اگر بیمار ترومایی باشد در صورت گارد بودن شکم سونوگرافی اورژانس انجام میشود لازم به ذکر است اطلاع شرایط بیمار به پزشک معالج در الویت قرار دارد.

۹. پزشک / دستیار در طول ۲۴ ساعت نتایج مانیتورینگ را مشاهده و در برگه سیر بیماری ثبت مینماید.

۱۰. پرستار مسئول بیمار، نتایج حاصل از ارزیابیهای خود از وضعیت بیمار و مداخلات مراقبتی درمانی انجام شده را در برگه گزارش پرستاری بخش ویژه ثبت مینماید و در پایان شیفت کاری تمامی اقدامات مراقبتی درمانی مربوط به بیمار و پیگیریهای لازم را به پرستار شیفت بعدی تحویل میدهد.

۱۱. **در بخش های عمومی که بیماران به علت محدودیت تخت ویژه نیاز به مراقبت حاد دارند** (بیمار در انتظار انتقال به بخش ویژه) ، بیمار را در اتاق در معرض دید ایستگاه پرستاری یا اتاق خصوصی با امکان مانیتورینگ ، بستری می گردد.

۱۲. از پرستاران توانمند و باتجربه و با تعداد بیمار کمتر جهت مراقبت از بیماران حاد استفاده می شود.

۱۳. تمامی پرستاران نحوه مراقبت از بیماران حاد را آموزش دیده و انجام می دهند. نحوه انجام مراقبت های فیزیولوژیک (فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشار خون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، درصد اشباع اکسیژن خون شریانی) را می دانند و به درستی اندازه گیری و ثبت می نمایند.

۱۴. مانیتورینگ قلبی ریوی بیمار و پایش مداوم علائم حیاتی و ارزیابی و بررسی مداوم بیمار مکررا انجام می شود و کلیه اقدامات در پرونده بیمار ثبت می شود

۱۵. قرار دادن ترالی اورژانس و دستگاه ونتیلاتور و وسایل احیا بر بالین بیمار (در دسترس بودن تجهیزات)

۱۶. بررسی بیمار از نظر سطح هوشیاری، تنفس و وضعیت همودینامیک و علائم حیاتی انجام می شود

۱۷. مشاوره های اورژانسی درخواستی بلافاصله پیگیری و توسط پزشک مشاور، بیمار ویزیت می گردد.

۱۸. نتایج مشاوره به اطلاع پزشک معالج بیمار می رسد و در صورت تایید ایشان توسط پرستار اجرا می گردد.

۱۹. پس از انجام اقدامات فوق در صورت نیاز بیمار برای انتقال به بخش های ویژه، طبق دستور پزشک معالج، هماهنگی لازم جهت انتقال بیمار به واحد مربوطه توسط پرستار مسئول بیمار ، طی هماهنگی با سوپروایزر کشیک انجام می گیرد.

مراقبت حاد در نوزادان

- پرستار بر اساس دستورالعمل ها ، مراقبتهای تکاملی نوزادان و هم آغوشی مادر و نوزاد مدیریت و برنامه ریزی میکند
- معاینه چشم نوزاد توسط پزشک معالج انجام میشود در صورت نیاز به مرکز تخصصی جهت ادامه درمان اعزام میگردد.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: پزشک معالج و پرستار

امکانات و تسهیلات: دستگاه مانیتورینگ

منابع: وفایی علی، صفایی آیدا، راستکار مهربانی الهه، مرتضوی مازیار. نیکو زیر ذره بین، نو اندیشان آریا کهن، ۱۳۰۲

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیر خدمات پرستاری سرپرستار بخش	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تعداد صفحات: ۳

کد خط مشی: BH. POL7

تعاریف:

اندیکاسیون پذیرش: بیماری که ضرورت بستری در بخش ویژه را دارا می باشد
پذیرش: آماده کردن تخت بخش ویژه و پذیرش بیمار
ترخیص: تشخیص به موقع عدم نیاز وجود بیمار در بخش ویژه

دامنه: کلیه بخشهای ویژه، کلیه بخش ها، اتاق عمل، اورژانس و سایر واحد های درمانی

مخاطب: کلیه پرسنل

خط مشی:

چرایی: به منظور ارتقاء سطح سلامت بیماران نیازمند مراقبت های ویژه شناسایی و پذیرش و در زمان و با شرایط مناسب ترخیص گردند.

هدف: ارتقاء سطح سلامت بیماران نیازمند مراقبت های ویژه / استفاده بهینه و اثر بخش از تخت های ویژه

سیاست:

کلیه بیماران بستری نیازمند به اقدامات مراقبتی ویژه و فراتر از سطح معمول بر طبق الویت های مداخلات درمانی و نوع بیماری تهدید کننده سلامتی آنها از این حق برخوردارند که از سطوح بالاتر مداخلات درمانی بر خوردار گردند. مراقبت از این بیماران به طور شبانه روزی و در تمام طول هفته صورت می گیرد

روش اجرایی:

در این بیمارستان بیمار دارای شرایط ویژه و نیاز به مراقبت های خاص شامل موارد ذیل است :

- ✓ بیمار با اختلال قلبی تنفسی که نیاز به راه هوایی مصنوعی و ونتیلاتور دارد
- ✓ نارسایی قلبی تنفسی و مشکلات تهدید کننده حیات بیمار که منجر به آسیب ارگانهای حیاتی حین و بعد از جراحی می شود
- ✓ ناپایداری همو دینامیک
- ✓ بیماری غدد، هیپر گلاسمی، هیپر کالمی، هیپو کالمی، دیس ریتمی، ضعف عضلانی
- ✓ آمبولی ریه
- ✓ تشنج مداوم
- ✓ CVA با تغییرات سطح هوشیاری
- ✓ نارسایی حاد کبد
- ✓ خونریزی های شدید بعد زایمان و مادران پر خطر

۱. بیمار نیازمند به بستری در بخش ICU یا از بیرون از طریق مراجعه به اورژانس یا در صورت صلاحدید پزشک بیهوشی اتاق عمل با هماهنگی دفتر سوپروایزر و با بدحال شدن بیمار در بخش بستری انجام می شود .
۲. پزشک معالج ضمن ویزیت بیمار در صورت نیاز به بستری در ICU مشاوره بیهوشی را درخواست و دربرگه مشاوره و دستورات پزشک ثبت می نماید.
۳. مسئول شیفت جهت انجام مشاوره بیهوشی بیمار توسط متخصص بیهوشی اقدام می نماید.
۴. پزشک بیهوشی مشاوره بیمار را انجام و در صورت صلاحدید دستور انتقال بیمار به ICU رادر پرونده ثبت می نماید.
۵. مسئول شیفت بخش مربوطه (اورژانس ، اتاق عمل ، بخشهای بستری) جهت انتقال بیمار به ICU هماهنگی لازم را با مسئول شیفت ICU انجام می دهد.
۶. پرستار / ماما بیمار طبق خط مشی درون بخشی اقدامات لازم را انجام داده و بیمار با امکانات و تجهیزات لازم پس از هماهنگی های انجام شده به ICU منتقل می شود.
۷. پرستار بیمار در ICU، بیمار را به صورت بالینی از همکار خود تحویل گرفته و بیمار را به کمک بیمار بر به تخت مورد نظر منتقل، و ادامه درمان در ICU انجام می شود.
۸. لازم به ذکر است این خط مشی شامل پذیرش نوزادان در بخش ویژه نوزادان نمی شود زیرا انتقال به بخش ویژه با دستور فوق تخصص نوزادان انجام می شود

ترخیص بیمار از بخش ویژه :

۱. پزشک معالج ضمن ویزیت بیمار پس از Stable شدن وضعیت بیمار در صورت صلاحدید مینی بر عدم نیاز به ادامه درمان در ICU دستور ترخیص و انتقال به بخش مورد نظر را در پرونده ثبت می نماید.
- اندیکاسیون ترخیص از بخش ویژه:

- ✓ بیماری زمینه ای تا حدی کنترل شده باشد(از حالت بحران خارج شده باشد)
- ✓ تروماها کنترل شده باشد
- ✓ درد بیمار تا حد قابل قبولی کنترل شده باشد
- ✓ دیستری تنفسی نداشته باشد
- ✓ حیات بیماران در تهدید نباشد
- ✓ برطرف شدن خونریزیها
- ✓ پایدار شدن وضعیت بیماران
- ✓ نیاز به تهویه کمکی نداشته باشد
- ✓ از نظر هوشیاری در حد قابل قبول باشد

۲. پرستار مربوطه دستور ترخیص را در پرونده ثبت و در گزارش پرستاری و شیت مربوطه کلیه اقدامات انجام شده را ثبت می نماید.
۳. منشی بخش کلیه مستندات مربوط به پرونده بیمار را جمع کرده و در زمان انتقال از این بخش به پرسنل واحد پذیرش را از نظر محاسبه هزینه های مرتبط اطلاع رسانی می کند
۴. پرستار مسئول کلیه شرایط لازم برای ترخیص را فراهم و خانواده بیمار را مطلع می کند
۵. خانواده بیمار کلیه ی مراحل به حسابداری و ترخیص را انجام و فرم ترخیص صادر شده را به پرستار تحویل می دهد

۶. کلیه ی آموزش های لازم هنگام ترخیص توسط پرستار مسئول بیمار (به بیمار در صورت داشتن هوشیاری و در صورت عدم هوشیاری به خانواده وی) داده می شود و در فرم های مربوطه ثبت می گردد

۷. آموزش لازم در زمینه مراقبت از بیمار در منزل و معرفی بیمار به مسئول واحد **Home care** (خانم مهران پور) داده می شود

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: پزشکان متخصص، متخصص بیهوشی رئیس بخش ویژه و پرسنل پرستاری

امکانات و تسهیلات: تخت ای سی یو، مانیتور، ونتیلاتور

منابع: کتاب مراقبت های ویژه و کتاب استاندارد

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیر خدمات پرستاری سرپرستار بخش	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

عنوان خط مشی :

شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی: BH.POL8		تعداد صفحات: ۲	
تعاریف: شرایط اورژانسی، شرایطی است که حیات بیمار بدون مداخلات فوری تهدید می شود و یا عوارض جدی به وی تحمیل می شود.			
دامنه: کلیه ی بخش های بستری			
مخاطب: کلیه ی کادر درمان			
خط مشی: <u>چرایی:</u> لزوم رسیدگی بهتر و و سریعتر به بیمارانی که شرایط حادثی دارند <u>هدف:</u> افزایش سرعت در رسیدگی به بیماران جلوگیری از اتلاف وقت در بیماران بد حال تر سیاست: بیمارستان برای شناسایی و رسیدگی و درمان سریع بیماران و درمان به موقع بیماران بد حال، خدمات درمانی مراقبتی حیاتی و نجات بخش را به بیماران نیازمند ارائه می نماید روش اجرایی: ۱- ۱- معیار های تشخیص بیماران بد حال توسط پرسنل درمانی در اسرع وقت در ارزیابی توسط پرستار و پزشک صورت می پذیرد و شامل (اختلال همودینامیک - دیسترس تنفسی - تعریق - تاکیکاردی - رنگ پریدگی - درد شدید خونریزی حاد) می باشد. ۲- در ارزیابی اولیه در صورت وخامت حال عمومی بیمار و اختلال در علائم بالینی به پزشک معالج اطلاع داده می شود. ۲- بیماری که افت سطح هوشیاری یا علائم حیاتی غیرطبیعی و ناپایدار دارد و یا سطح اکسیژن خونی پایین دارد و در مورد بیماران بلوک زایمان بیماری که طبق کتاب راهنمای کشوری مراقبتهای مامایی نیاز به اقدامات حیات بخش دارد، توسط پرستار یا ماما مسئول به طور مداوم کنترل می شود و در صورت تغییر در هوشیاری یا علائم حیاتی وضعیت بیمار به پزشک معالج اطلاع داده می شود و در صورت نیاز کد اعلام می شود. ۳- در صورت عدم حضور پزشک معالج، بلافاصله پزشک اورژانس بر بالین بیمار حاضر می شود. ۴- دستورات پزشک اورژانس توسط پرستار مسوول اجرا می گردد. ۵- در صورت نیاز پزشک اورژانس با پزشک معالج تماس می گیرد.			

۶- پزشک معالج در اسرع وقت در صورت انکال بودن حداکثر ۱۵ دقیقه پس از تماس بر بالین بیمار حاضر می شود.

۷- چنانچه پزشک معالج دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود بیمار و قبل از رسیدن خویش ارائه نماید، بلافاصله طبق خط مشی دستورات تلفنی توسط پرستار اجرا می شود.

۸- سوپروایزر بر تمامی مراحل فوق نظارت دارد و در صورت نیاز به نیرو و تجهیزات هماهنگی های لازم را انجام می دهد.

۹- با حضور پزشک بر بالین بیمار و معاینه وی، درمان ادامه می یابد و بیمار توسط پرستار و پزشک پایش می گردد.

۱۰- مشاوره های اورژانسی بلافاصله توسط پرستار پیگیری و در کمتر از یک ساعت توسط پزشک مشاور بیمار ویزیت می شود.

۱۱- نتایج مشاوره به اطلاع پزشک معالج می رسد و در صورت تایید ایشان توسط پرستار اجرا می گردد.

۱۲- آموزشهای لازم در مورد برخورد با بیماران اورژانسی در بدو ورود به صورت دوره ای توسط سرپرستار داده می شود.

۱۳- بیمارستان جهت رسیدگی به بیماران بد حال مجهز به دستگاه دیالیز، رادیوگرافی پرتابل، سونوگرافی، سی تی اسکن، دستگاههای الکتروشوک و ترالی احیا در کلیه واحدهای درمانی می باشد.

۱۴- لازم به ذکر است که بیمار در تمام مرحله درمان در شرایط اورژانسی تحت مانیتورینگ قلبی ریبری قرار می گیرد.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: سرپرستار - مسئول شیفت - سوپروایزر

امکانات و تسهیلات: فرایندهای موجود و دستوالعمل ها

منابع: تجربیات بیمارستانی

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیر خدمات پرستاری سرپرستار بخش سوپروایزر بالینی	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

عنوان خط مشی :

نحوه اطلاع رسانی بدون هر گونه پنهان کاری وقایع ناخواسته

منجر به خسارت برای بیمار / خانواده، مراجعین



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی BH.POL9		تعداد صفحات: ۲	

تعاریف:

Never Events یا مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتند: شامل ۲۹ خطای پزشکی است که اکثر آنها در مراکز بهداشتی درمانی اتفاق می افتد که در صورت وقوع باید سریعاً پیگیری و اطلاع رسانی شود تا از وقوع مجدد آن جلوگیری شود (لیست ۲۹ مورد وقایع تهدید کننده به اطلاع کلیه کارکنان رسانیده شده، کلیه کارکنان از آن آگاهی داشته و نحوه گزارش دهی آن را به درستی می دانند)

دامنه: کلیه ی بخش ها

مخاطب: کلیه ی کارکنان

خط مشی:

چرایی: لزوم حمایت از حقوق بیمار، حفظ ایمنی بیمار

هدف: ایجاد چارچوب اخلاقی برای بیمارستان

شناسایی حمایت و ارتقاء حقوق بیمار

افزایش سطح ایمنی بیمار

جلوگیری از هر گونه آسیب به بیمار و خانواده بیمار و حفظ سیانت انسانی

سیاست:

بیمارستان با هدف نهادینه شدن فرهنگ ایمنی در بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار و رعایت حقوق گیرندگان خدمت در راستای رعایت اصول ایمنی بیمار و جلوگیری از هر گونه آسیب احتمالی به بیمار و جلب اعتماد بیماران و خانواده آنها با در نظر گرفتن نکات ایمنی بیمار، برنامه های معینی را جهت حفظ ایمنی و امنیت بیمار بکار می گیرد.

روش اجرایی:

- ۱- مسئول بیمارستان تمامی امکانات و تسهیلات لازم جهت حفظ ایمنی بیمار را در اختیار کلیه کارکنان قرار می دهد.
- ۲- ریاست بیمارستان مسئول ایمنی بیمارستان می باشد و بر این امر نظارت کامل دارند.
- ۳- کلیه مسئولین بیمارستان از جمله مدیریت بیمارستان، مدیر خدمات پرستاری، کلیه مسئولین بخش ها و... بر حفظ ایمنی بیمار نظارت کامل دارند.
- ۴- بیمارستان یک کارشناس (یاسینی) را مسئول گزارش دهی و ثبت و پیگیری ۲۹ مورد وقایع تهدید کننده تعیین نموده است.
- ۵- دستورالعمل گزارش دهی ۲۹ مورد وقایع تهدید کننده حیات به کلیه کارکنان ابلاغ شده و همه کارکنان از روند گزارش آن آگاهی

کافی دارند و آموزش های لازم در این زمینه را دیده اند و در راند های ایمنی انجام شده مورد پایش قرار می گیرند .

۶- کلیه کادر درمان موظفند در صورت بروز هر مورد از موارد ۲۹ مورد وقایع تهدید کننده حیات سرعاً به پزشک معالج اطلاع رسانی کنند فرم گزارش وقایع تهدید کننده حیات را به طور کامل تکمیل کنند مراتب را به اطلاع سوپروایزر کشیک و کارشناس مسئول گزارش دهی وقایع تهدید کننده حیات تا قبل از اتمام همان شیفت برسانند و ایشان مورد اتفاق افتاده را به اطلاع کارشناس مسئول معاونت درمان میرسانند و کارشناس معاونت درمان مورد مذکور را در سامانه وزارتخانه ثبت می کند

۷- کمیته موارد تهدید کننده حیات ظرف مدت یک ماه تشکیل می شود و مورد اتفاق افتاده تجزیه تحلیل می شود و اقدامات اصلاحی عنوان می شود و نتایج به کلیه کارکنان رسانیده می شود (RCA انجام شده در اختیار کارکنان قرار داده می شود).

۸- در صورت بروز هر مورد از ۲۹ مورد وقایع تهدید کننده حیات در صورت وقوع هر گونه آسیب و خسارت به بیمار /خانواده و مراجعین مراتب بدون هر گونه پنهان کاری و با اظهار پشیمانی از وقوع حادثه و ابراز همدردی به بیمار و خانواده اطلاع داده می شود (فرایند گزارش دهی وقایع تهدید کننده حیات به کلیه کارکنان ابلاغ شده و کارکنان از آن آگاهی دارند)

۹- از بیمار / خانواده بیمار و کارکنان در گیر در این اتفاق حمایت عاطفی شده و به بیمار و خانواده بیمار اطمینان داده می شود که در صورت بروز خسارت بیمارستان جبران خسارت را متقبل می شود .

۱۰- کلیه کارکنان درمان موظفند بیمه مسئولیت حرفه ای داشته باشند .

۱۱- حفظ جوانب محرمانگی وقایع تهدید کننده رعایت می شود

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: تیم مدیریت اجرایی

امکانات و تسهیلات: فرم گزارش ۲۹ مورد وقایع تهدید کننده حیات

منابع: منشور حقوق بیمار و دستورالعمل گزارش ۲۹ مورد

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول ایمنی مدیریت پرستاری مسئولین واحد ها	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵ | تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳ | آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳ | بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

تعداد صفحات: ۳

کد خط مشی: BH. POL10

تعاریف: بیماران آسیب پذیر و پر خطر دارای اولویت نیازمند به خدمات مددکاری شامل:

۱- کودک آزاری، خشونت خانگی، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین، اقدام به خودکشی، افراد با سوء مصرف مواد، بی خانمان، نزاع و درگیری/ضرب و جرح.

۲- بیماران دارای اختلالات روانی، مادران باردار پرخطر، سوختگی، نوزادان، مهاجران و اتباع سایر کشورها، بیماران مجهول الهویه، معلولین ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و یا بدون همراه مؤثر

۳- بیماران خاص، بیماران دیالیز و کولیز

۴- مددجویان با بیماری های صعب العلاج شامل: سرطان، MS، روماتولوژی، هیپاتیت، ایدز، سل، تالاسمی، هموفیلی، پیوند، آلزایمر، صرع و تشنج، اوتیسم، و ...

۵- بیماران فاقد تمکن مالی در پرداخت هزینه های بیمارستان (بیمه شده و یا بدون بیمه)

دامنه: کل بخش ها و واحدهای بیمارستان**مخاطب:** کلیه کارکنان / واحد مددکاری**خط مشی:****چرایی:** برنامه ریزی جهت ایجاد عدالت در امر درمان و کمک به کاهش هزینه درمانی بیماران نیازمند برای دریافت به موقع درمان
هدف: حفظ حقوق بیمار در تمامی اقسام به نسبت مساوی و بهره گیری تمام گروه ها از اقدامات درمانی**سیاست:**

بیماران و کلیه پرسنل از جمله مراجعان به این واحد می باشند که بر اساس تشخیص مددکار و ارائه طریق به بیماران در صورت لزوم با هماهنگی ریاست بیمارستان تصمیم گیری های لازم برای بیمار و یا خانواده آنها انجام شده و یا ارجاعات لازم صورت می پذیرد

روش اجرایی:

• بیماران از طرق مختلف به واحد مددکاری ارجاع داده می شوند:

۱- پزشکان و یا پرسنل بیمارستان

۲- فرمانداری، موسسات خیریه

۳- دفتر امامت جمعه شهرستان

۴- اداره بهزیستی و سازمان کمیته امداد امام خمینی(ره)

الف: بیمار در صورت لزوم با پیشنهاد واحد های مرتبط با درمان و یا غیرمرتبط با آن به مددکار ارجاع داده می شود. که ممکن است شامل یکی و یا چند از موارد ذیل باشند:

۱. بیماران نیازمند به مساعدت در هزینه های درمانی

۲. زنان باردار بر حسب مشکل

۳. بیماران مجهول الهویه

۴. موارد کودک آزاری و یا همسر آزاری

۵. اتباع خارجی

۶. بیماران و نوزادان رها شده

۷. بیماران سالمند و معلولین جسمی و ذهنی

۸. مصدومان تصادفی و...

ب: بیماران نیازمند مساعدت هزینه های درمانی: در صورت نیاز به مساعدت در هزینه های فرانشیز درمانی، مددکار ابتدا با سازمانهای اجتماعی (کمیتة امداد، بهزیستی، هلال احمر و...) هماهنگی های لازم بعمل را می آورد. در صورت کافی نبودن و یا عدم کمک سازمانهای اجتماعی و خیرین از ردیف های اعتباری موجود براساس نوع مشکل بیمار استفاده می کند. در خصوص هزینه های درمانی ازاد (بیمارانی که بهر دلیل نمی توانند از بیمه سلامت استفاده نمایند) ارائه گزارش وضعیت اقتصادی بیمار و پیشنهاد میزان مساعدت به ریاست بیمارستان و تایید ایشان برای تسویه حساب هزینه درمانی انجام می گردد. ثبت میزان مساعدتها در برنامه مربوط به واحد مددکاری انجام می شود.

ج: برحسب نوع مشکل خانم باردار ارجاع به سازمانهای خدمات اجتماعی و مراکز بهداشتی و بهزیستی برای پیگیری مراقبتهای دوران بارداری توسط واحد مددکاری انجام می گیرد.

د: درمورد بیمار مجهول الهویه مددکار اجتماعی ضمن مطالعه پرونده، بر بالین وی حضور می یابد و در صورتیکه بیمار قادر به مصاحبه باشد اطلاعات لازم از هویت و خانواده وی را دریافت و پیگیری می نماید. و ضمن تماس با نیروی انتظامی گزارشات لازم و پیگیری های مورد نیاز تا زمان بهبودی و یا ترخیص با این ارگان انجام می پذیرد. همچنین در صورت شناسایی با خانواده بیمار ارتباط داشته و موارد لازم پیگیری می شود و یا در صورت عدم شناسایی بیمار و یا خانواده آن گزارشات لازم به ریاست ارائه و درخواست مکاتبه با مقامات قضایی و پیگیری های بعدی انجام می شود.

ه: کودکانی که مورد کودک آزاری و اذیت قرار می گیرند (خشونت جسمی، روانی، صدمه یا سوء استفاده و...) پس از شناسایی توسط پرسنل درمانی و پزشک معالج و تایید مورد کودک آزاری به واحد مددکاری ارجاع می شوند مددکار اجتماعی بر بالین کودک حضور می یابد. و ضمن مصاحبه به بررسی و جمع آوری اطلاعات لازم برای پیگیری مورد کودک آزاری می پردازد. مددکار اجتماعی با خانواده بیمار در خصوص مشکل بوجود آمده برای کودک مصاحبه می کنند. در صورت نیاز با هماهنگی با تیم درمان مددکار اجتماعی کودک را به روانشناس یا روانپزشک ارجاع می دهد. مددکار اجتماعی طی گزارش وضعیت کودک را به رئیس بیمارستان اطلاع می دهد. ریاست بیمارستان در صورت نیاز وضعیت کودک را جهت پیگیری به دادستانی اعلام می نماید.

و: در مورد اتباع خارجی که نیازمند پیگیری و مساعدت هزینه ها و خدمات مددکاری در طول درمان می باشند با مصاحبه و استفاده از ابزار مددکاری تشخیص لازم به جهت صراحت هویت بیمار و نیازمندی وی صورت پذیرفته و با هماهنگی سازمانها و ارگانهای مربوطه همچنین در صورت نیاز خیرین بعمل می آید. اگر مساعدت های صورت پذیرفته کفاف لازم برای هزینه ها و خدمات را نداشته باشد با ارائه پیشنهاد میزان مساعدت به ریاست و همچنین گزارشی از وضعیت بیمار و تاییدات لازم روند تسویه حساب انجام می شود.

ز: جهت نوزادان و بیماران رها شده مددکار اجتماعی با خانواده بیمار جهت حضور در بیمارستان و حمایت روانی و انجام اقدامات لازم برای تسویه حساب و ترخیص بیمار تماس برقرار می نماید. در صورت عدم حضور خانواده با ریاست بیمارستان جهت اطلاع وضعیت بیمار به مقام قضایی مکاتبه می نماید. دریافت پاسخ مقام قضایی و اجرای دستور مقام قضایی در مورد بیمار توسط مددکار اجتماعی پیگیری می شود

ی: جهت بیمار معلول جسمی توسط مددکار اجتماعی هماهنگی برای انجام مشاوره جهت پذیرش بیماری انجام می شود. جهت بیماران معلول ذهنی، توسط واحد مددکاری هماهنگی جهت انجام مشاوره برای خانواده و مراقبین معلول ذهنی جهت برنامه مراقبت انجام می گیرد. این افراد توسط واحد مددکاری به سازمان بهزیستی جهت تحت پوشش قرار گرفتن و حمایت‌های اجتماعی ارجاع داده شوند.

چ: در ارتباط با مصدومان تصادفی (ترافیکی) با اطلاع رسانی از بخش های مختلف مددکار اجتماعی بر بالین مصدومین ترافیکی حضور می یابد و ضمن مصاحبه و آگاهی به آنان در مورد دستورالعمل ماده ۹۲ و فرم استعلام پاسگاه را در بخش به مصدم یا همراه وی ارائه می نماید و در صورتیکه مصدوم فاقد همراه باشد یا خانواده از تصادف وی اطلاع نداشته باشند مددکار اجتماعی با خانواده برای حضور بر بالین بیمار تماس می گیرد سپس مددکار اجتماعی مشکلات همراهان مصدومین ترافیکی غیر بومی که با مشکل اسکان و غذا مواجه اند را پیگیری می نماید اسناد مثبت تصادف پس از تایید حسابداری یا مددکاری برای تسویه حساب هزینه های درمانی توسط پذیرش بیمارستان به پرونده وی الصاق می شود. در آخرمدارک مورد نیاز برای تسویه حساب بیمارستانی مشکلات و کمبودهای مطرح شده توسط آنان را پیگیری می نماید.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئول مددکاری / واحد مدیریت

امکانات و تسهیلات: _____

منابع: تجربیات بیمارستان / دستورالعمل های مددکاری

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان	مسئول مددکاری



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار



عنوان خط مشی:
تحويل داروی مخدر به بخش

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵		تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی: BH.POL11		تعداد صفحات: ۱		
تعاریف:				
دامنه: کلیه بخش های بالینی				
مخاطب: کلیه پرسنل پرستاری				
خط و مشی:				
<p>چرایی: جلوگیری از سوء مصرف داروهای مخدر</p> <p>هدف: ارتقاء کیفیت خدمات درمانی / ایجاد وحدت رویه در خط مشی های درمانی جهت تسکین درد بیماران</p>				
سیاست:				
روش اجرایی:				
<p>۱- پرستار مسئول بیمار طبق دستور پزشک درخواست کتبی مخدر را در برگه درخواست مخدر نوشته و مشخصات کامل بیمار ثبت می نماید. (استفاده از حروف لاتین درشت جهت نوشتن داروهای مخدر در برگه درخواست مخدر الزامی می باشد)</p> <p>۲- برگه درخواست مخدر توسط پزشک و دو پرستار مهر می گردد و توسط مسئول شیفت از دفتر پرستاری تحويل گرفته می شود.</p> <p>۳- برگه درخواست تأیید شده توسط مسئول شیفت به دفتر پرستاری تحويل داده می شود و مخدر کشیده شده در سرنگ با مژیک روی سرنگ نوشته می شود و تحويل پرستار مسئول می شود.</p> <p>۴- برگه مخدر توسط مدیر خدمات پرستاری در شیفت صبح و در ایام تعطیلات توسط سوپروایزر امضا می شود و پوکه تحويل داروخانه داده می شود.</p> <p>۵- داروی مخدر به پرستار مسئول بیمار تحويل داده می شود پرستار بیمار با حضور پرستار دوم داروی مخدر را به بیمار تزریق می کند</p> <p>۶- پرستار کلیه اقدامات انجام شده را در حضور پرستار دوم در پرونده بیمار ثبت و مهر و امضا توسط دو پرستار انجام می گردد.</p> <p>۷- در اتاق عمل داروی مخدر در داخل کمدی درب دار و قفل شده موجود است که کلید آن دست مسئول بخش و مسئول شیفت می باشد.</p> <p>۸- پس از تزریق داروی مخدر پرستار بیمار را از نظر علائم حیاتی کنترل می کند و در گزارش پرستاری ثبت می نماید.</p> <p>۹- مسئول شیفت داروهای مخدر را در ابتدای هر شیفت چک کرده و در دفتر مربوطه ثبت می نماید و انتهای شیفت تحويل مسئول شیفت بعد می دهد</p> <p>۱۰- مسئول بخش اتاق عمل در ابتدای شیفت صبح پوکه های مخدر را تحويل داروخانه می دهد و داروی مخدر را تحويل می گیرد</p>				
فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مدیر پرستاری، سوپروایزر کشیک، سرپرستار				
امکانات و تسهیلات: برگه درخواست مخدر، کمد قفل دار				
منابع: تجربیات بیمارستانی				
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:		
مسئول فنی داروخانه	مدیر پرستاری	ریاست بیمارستان		



عنوان خط مشی:

تهیه داروهای حیاتی در ۲۴ ساعت شبانه روز



تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی: BH.POL12		تعداد صفحات: ۲	
تعاریف: تهیه داروی ضروری جهت بیمار از داروخانه بیمارستان به منظور تسریع روند درمان			
دامنه: کلیه بخش های درمانی			
مخاطب: مسئول فنی داروخانه، مسئولین بخش ها			
خط و مشی:			
چرایی: به منظور تسریع روند درمان بیمار و پیشگیری از به خطر افتادن جان بیمار در تمام ساعات شبانه روز داروهای ضروری در دسترس باشد			
هدف: افزایش ایمنی بیمار و کاهش مخاطرات			
سیاست: به منظور ارتقاء ایمنی بیمار و دسترسی به داروهای ضروری در ۲۴ ساعت شبانه روز، تامین و توزیع داروهای ضروری در الویت بیمارستان می باشد.			
روش اجرایی:			
۱- سرپرستار یا مسئول شیفت مربوطه از مسئول داروخانه می پرسد که دارو مورد نیاز جزء اقلام موجود می باشد یا نه؟			
۲- اگر دارو موجود بود از ساعت ۱۹-۷ دارو وارد سیستم HIS شده از داروخانه تحویل گرفته می شود.			
۳- اگر شب دارو مورد نیاز بود طی هماهنگی سوپروایزر کشیک با آنکال داروخانه ایشان در محل داروخانه حاضر شده و دارو را تحویل نمایند.			
۴- اگر دارو در داروخانه موجود نبود طی هماهنگی سوپروایزر با داروخانه طرف قرارداد بیمارستان و یا سایر مراکز درمانی بیمارستان در سطح شهر با هماهنگی مسئول داروخانه در صورت اینکه دارو را داشتند برای بیمار تهیه می نمایند.			
۵- داروی تهیه شده از مراکز دیگر در اولین فرصت توسط مسئول داروخانه عودت داده می شود.			
۶- اگر دارو درخواستی در سطح شهر موجود نبود اطلاع به پزشک معالج جهت تصمیم گیری و جایگزینی دارو برای بیمار انجام می گردد.			
۷- کلیه داروهای مورد نیاز بیماران توسط بیمارستان تامین می شود و کلیه پرسنل بر این امر آگاهی دارند لذا تهیه دارو مصرفی بیمار در زمان بستری توسط همراهان ممنوع میباشد.			
فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئول فنی داروخانه، مسئولین بخش ها			
امکانات و تسهیلات: داروهای ضروری			
منابع: تجربیات بیمارستانی			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
مسئول فنی داروخانه سرپرستار بخش	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان	



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

عنوان خط مشی :

پذیرش و انتقال ایمن بیماران از اورژانس و سایر بخش ها به بخش های ویژه



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

بازبینی بعدی : تابستان ۱۴۰۴

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی : تابستان ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: ۹۸/۷/۳۱

تعداد صفحات : ۲

کد خط مشی : BH. POL13

تعاریف:

دامنه : کلیه بخشهای ویژه، کلیه بخش ها، اتاق عمل ، اورژانس و سایر واحد های درمانی

مخاطب: کلیه پرسنل

خط مشی:

چرایی: فراهم آوردن مراقبت متناسب و مداوم براساس نیازهای بیماران در انتقال و جابه جایی به بخش های دیگر
هدف: افزایش ایمنی بیمار در جابه جایی و انتقال

سیاست:

از آنجا که وظیفه بیمارستان فراهم آوردن مراقبت متناسب و مداوم براساس نیازهای بیماران می باشد و با توجه به با ارزش بودن زمان درانتقال سریع بیمار بدحال به بخش های ویژه برای دریافت مراقبت های اختصاصی، بیمارستان این خط مشی را باهدف دسترسی سریع بیماران بدحال به خدمات درمانی و قابل قبول و کاهش خطرات حین انتقال، حفظ حرمت و کرامت انسانی و با اطمینان از اجرای این سیاست که انتقال بیمار با هماهنگی بخش مقصد، رعایت ایمنی بیمار حین انتقال، فراهم بودن تجهیزات کافی در حین انتقال و اطلاع رسانی به همراه بیمار انجام می شود، اتخاذ نموده است.

روش اجرایی:

انتقال بیماران بد حال از اورژانس و بخش ها به اتاق عمل :

۱- پزشک اورژانس / طب اورژانس بعد از هماهنگی با پزشک آنکال دستور انتقال اورژانسی بیمار به اتاق عمل را در پرونده ثبت می نماید و توضیحات لازم را به بیمار و همراهانش می دهد.

۲- پرستار بیمار، با اتاق عمل هماهنگی تلفنی جهت انتقال اورژانسی بیمار را انجام داده و گزارش کاملی از وضعیت بیمار ارائه می دهد.

هماهنگی لازم را انجام می دهد.

۳- پرستار بیمار دستورات پزشک را قبل از انتقال بیمار انجام می دهد (برای مثال ارسال نمونه به آزمایشگاه برقراری Line IV و کنترل علائم حیاتی و ...) و توضیحات لازم را نیز به بیمار و همراهش می دهد.

۴- به بیمار کمک می شود تا لباس اتاق عمل بپوشد.

۵- پرستار دستبند مشخصات بیمار را چک می نماید.

۶- پرستار بیمار لوازم قیمتی و سایر لوازم شخصی بیمار را (النگو، انگشتر، دندان مصنوعی و ..) تحویل همراهان داده و در صورت نداشتن

همراه آنها را لیست نموده و تحویل مسئول شیفت و سوپروایزر کشیک می دهد.

۷- پرستار بیمار گزارش پرستاری را تکمیل کرده و **Line IV** کنترل می نماید. در صورت داشتن **Tube.NG** و سوند فولی از نظر درست بودن موقعیت و تخلیه کیسه مربوطه را انجام می دهد.

۸- خدمه با کمک پرستار ضمن رعایت اصول ایمنی ، بیمار را به برانکاردمجهز به اکسیژن منتقل می نمایند.

۹- خدمه بیمار را با همراهی پرستار با حفظ حریم خصوصی و رعایت نکات ایمنی به اتاق عمل منتقل می کند .

۱۰- در صورت نیاز به مانیتورینگ حین انتقال بیمار از مانیتور پرتابل استفاده می شود .

انتقال بیماران بد حال از بخش ها به ICU:

۱- پزشک اورژانس / مقیم / رزیدنت / اینترن ضمن شناسایی بیماران نیازمند به **ICU** وضعیت بیمار را به آنکال مربوطه اطلاع می دهد.

۲- پزشک مقیم متخصص ضمن ویزیت اورژانسی بیمار درخواست مشاوره بیهوشی را می دهد و پرستار بیمار یا پزشک معالج با پزشک بیهوشی مقیم هماهنگی لازم را انجام می دهد.

۳- پزشک بیهوشی مشاوره را انجام و در صورت نیاز دستور انتقال به **ICU** را در پرونده بیمار ثبت می نماید.

۴- مسئول شیفت موارد را به اطلاع سوپروایزر می رساند و با مسئول شیفت **ICU** هماهنگی لازم را انجام می دهد.

۵- پرستار بیمار کلیه دستورات پزشک را چک، اجرا و در پرونده ثبت و تکمیل نموده و اتصالات بیمار را بررسی می نماید.

۶- مسئول شیفت هماهنگی لازم را با خدمه بخش جهت انتقال بیمار به برانکاردمجهز به اکسیژن و کیف احیاء و ... را می نماید.

۷- پرستار بیمار پس از انتقال بیمار بر روی برانکاردمجهزها را بالا آورده و با رعایت حفظ حریم خصوصی بیمار را تا بخش مقصد همراهی می نماید.

۸- پرستار بیمار پس از انتقال بیمار به **ICU** ، توضیحات لازم و اقدامات انجام شده جهت بیمار را به مسئول شیفت بخش **ICU** داده و پرونده تکمیل شده را نیز تحویل می دهد.

شایان ذکر است با توجه به اورژانسی بودن انتقال بیمار و حفظ حیات وی در صورتی که فرصت جهت تشکیل و تکمیل پرونده در سیستم

HIS تا زمان انتقال نداشته باشیم اقدامات لازم را پس از انتقال بیمار به بخشهای ویژه و یا اتاق عمل انجام می دهیم.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: پزشکان متخصص، متخصص بیهوشی رئیس بخش ویژه و پرسنل پرستاری

امکانات و تسهیلات: تخت ای سی یو، مانیتور، ونتیلاتور

منابع: کتاب مراقبت های ویژه و کتاب استاندارد

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
سوپروایزر بالینی سرپرستار بخش	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



عنوان خط مشی:

حمایت از گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر

بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تعداد صفحات: ۲

کد خط مشی: BH. POL14

تعاریف: افرادی که در مقابل بیماری، آسیب های روانی و اقتصادی، اجتماعی نسبت به بقیه افراد جامعه حساس تر می باشند

دامنه: کلیه ی بخش های بالینی

مخاطب: کلیه ی کادر درمان

خط و مشی:

چرایی: شناسایی گروه های آسیب پذیر و خدمت رسانی صحیح به گروه های آسیب پذیر
هدف: خدمت رسانی صحیح به بیمار و آگاهی رسانی به بیمار و همراه وی و پیگیری مراحل درمان و آموزش

سیاست:

با توجه به لزوم حمایت و شناسایی گروه های آسیب پذیر و با هدف رسیدگی و تکریم ارباب رجوع سیاست فراهم نمودن امکانات مناسب در بیمارستان برای این گروه از بیماران اتخاذ شده است.

روش اجرایی:

۱- گروه های آسیب پذیر شامل:

- ✓ زنان باردار
- ✓ افراد ناتوان
- ✓ سالمندان
- ✓ بیماران روانی
- ✓ گیرندگان خدمت مجهول الهویه
- ✓ معلولان ذهنی و جسمی
- ✓ افراد بدون سرپرست
- ✓ اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان
- ✓ شخصیت های ضد اجتماعی
- ✓ افراد بی خانمان
- ✓ و دیگر جمعیت های در معرض خطر می باشند

۲. بیمارستان از گروه های آسیب پذیر نامبرده، به طور مناسب (تجهیزاتی، فیزیکی، ایمنی و درمانی) حمایت می نماید.

۳. در بیمارستان، گروه بیماران آسیب پذیر و در معرض خطر، شناسایی شده و برای حمایت از حقوق این افراد در این گروهها، تمهیدات لازم انجام می شود.

۴. کارکنان به مسئولیتها ی خود در این فرایند واقف هستند.

۵. شناسایی و جمع آوری اطلاعات در خصوص گروه هدف توسط مسئولین بخش ها صورت می پذیرد.

۶. در صورتیکه بیماران در حالت اغما یا افرادی با ناتوانیهای ذهنی یا عاطفی در بیمارستان بستری باشند نیز در این فرایند منظور می شوند.

۷. گروه های آسیب پذیر شناسایی شده، دارای اولویت درمان و نوبت دهی نیز می باشند.

۸. جهت حفظ ایمنی و جلوگیری از سقوط بیمار و رفاه حال افراد ناتوان و سالمند نرده های محافظ در راهرو بخش ها و سرویس

بهداشتی تعبیه شده است.

۹. درمان و انجام عمل جراحی توسط پزشک جهت گروه های آسیب پذیر، با احتیاطات خاصی صورت می گیرد.

۱۰. جهت گروه های آسیب پذیر، رضایتنامه جهت ادامه درمان و انجام اعمال جراحی، از ولی قانونی آنها اخذ می گردد.

۱۱. جهت حمایت و نگهداری کودکان یک نفر همراه بخصوص مادر کودک اجازه ورود به بخش و همراه بودن با وی را دارد و کلیه امکانات رفاهی در اختیار همراه قرار میگیرد.

۱۲. ویلچر و برانکارد جهت جابجائی افراد ناتوان و سالمندان در بخش ها موجود می باشد.

۱۳. جهت افراد بدون سرپرست، نیز تمهیداتی صورت گرفته بعنوان مثال اینکه هزینه ی درمان آنها شامل تخفیف می شود و...

۱۴. افراد نیازمند مالی و بی سرپرست توسط مددکاراجتماعی با کمک مسئول بخش شناسایی می شود.

۱۵. افرادی نیازمند و بدون سرپرست با دخالت مستقیم مسئول مددکاراجتماعی هنگام ترخیص به آنها تخفیف داده می شود.

۱۶. بیمارستان برای بستری و ارائه خدمت به بیماران دچار انگ اجتماعی مانند افراد مبتلا به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، افراد بی خانمان و بیماران با شخصیت های ضد اجتماعی مانند سایر بیماران اقدامات لازم را انجام می دهند.

۱۷. در صورت امکان جهت بیماران در این گروه ها اتاق ایزوله در نظر گرفته می شود تا جهت بیماران دیگر استرس ایجاد نشود.

۱۸. ارائه خدمات برای کلیه بیماران در این گروه ها مانند سایر بیماران انجام می شود.

۱۹. حریم خصوصی این بیماران حفظ شده و هیچ گونه بر چسب جهت مشخص نمودن این بیماران استفاده نمی شود.

۲۰. کلیه پرسنل آموزش لازم در زمینه بر خورد با گروه های آسیب پذیر را دیده اند.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مدیر بیمارستان و سرپرستاران و مسئولین واحد ها

امکانات و تسهیلات: پمفلت آموزشی و جزوات آموزشی

منابع: مصوبات کمیته ی آموزش، منشور حقوق بیمار و جزوه ی آموزشی ارزش ها و عقاید گیرندگان خدمت

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیر خدمات پرستاری سرپرستاربخش	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

عنوان خط مشی :

مدیریت مادران بارداری پرخطر در بلوک زایمان

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط مشی: BH.POL15		تعداد صفحات: ۲	
<p>تعاریف:</p> <p>بارداری پرخطر به مواردی اطلاق میشود که یا خانم باردار خود دچار بیماریها ومشکلاتی است که بارداری را پرخطر میکند مانند : فشار خون ویا سن بالای مادر ،دیابت،بیماریهای داخلی مانند مشکلات کلیوی بیماری های قلبی روماتیسمی و MS و...یا نوزاد پرخطر محسوب می شود مانند پلی هیدرامنیوس ،زایمان زودرس و چندقلویی و...و یا مادران بارداری سطح (۲) تریاژ به هر دلیل (اکلامپسی، پرولاپس بند ناف ،شوک هموراژیک وافت ضربان قلب جنین زیر 100 و خونریزی شدید وشکم حاد) این محدوده از ابتدای بارداری تا چهل و دو روز پس از زایمان را شامل می شود در موارد بارداری پرخطر مادر نیازمند مراقبت ها وتوجه ویژه خواهد بود .</p>			
<p>دامنه: بلوک زایمان / اتاق عمل / اورژانس مایه بیمارستان / کلینیک تخصصی زنان وزایمان</p>			
<p>مخاطب: پزشک - ماما - بیمار</p>			
<p>خط و مشی :</p> <p><u>چرایی:</u> سلامت مادر و جنین / کاهش میزان عوارض زایمانی برای مادر ونوزاد</p> <p><u>هدف:</u> جلوگیری از عوارض بیماری و بوجود آمدن سرانجام خوش برای مادر و جنین</p> <p>سیاست:</p> <p>با توجه به لزوم ارائه بهترین خدمات در کمترین زمان ممکن جهت بیماران پرخطر با هدف کاهش عوارض ، سیاست این بیمارستان انجام تریاژ در بدو ورود به بیمارستان توسط کارشناس ماما یی می باشد</p>			
<p>روش اجرایی:</p> <p>۱. هنگامی که مادر باردار در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان به بلوک زایمان مراجعه می نماید ابتدا توسط مامای مسئول اورژانس ماما یی ارزیابی می شود و سطح نیاز به اقدامات درمانی برای ایشان مشخص می گردد و هماهنگی لازم جهت انتقال به اتاق زایمان انجام می شود.</p> <p>۲. اگر مادر جزء مادران پرخطر با نیاز فوری به اقدامات حیات بخش (سطح 1 تریاژ) سطح بندی شود بلافاصله کد ۴۴ مادران پرخطر اعلام می شود و یا در صورت نیاز کد ۸۸ نوزادان اعلام می شود و متخصص زنان آنکال و متخصصین سایر رشته ها در صورت نیاز ،فراخوان می شوند و اقدامات لازم انجام می گردد.</p> <p>۳. اگر مادر جز مادران پرخطر بدون نیاز به اقدامات فوری حیات بخش (سطح ۲ و ۳ تریاژ) باشد وضعیت بلافاصله بعد از ارزیابی اولیه توسط مامای اورژانس ماما یی به اطلاع متخصص زنان رسانده می شود و تا آمدن پزشک اقدام درمانی طبق دستور تلفنی انجام می شود. ودستورات تلفنی توسط ماما در پرونده بیمار ثبت می شود به محض حضور متخصص دستورات تلفنی توسط</p>			

پزشک تایید و مکتوب می گردد.

۴. در صورت نیاز مادر به جراحی اورژانس اقدامات لازم جهت آمادگی و انتقال مادر به اتاق عمل توسط ما ما انجام می شود .

۵. در صورت نیاز مادر به فرآورده های خونی اقدامات لازم جهت درخواست و تهیه و تزریق توسط پرستار و ماما ، پزشک ، سوپروایزر و بانک خون انجام می شود .

۶. در صورتی که مادر نیاز به بستری دارد به بخش مراقبت های ویژه طبق دستور پزشک منتقل میگردد.

۷. در صورتی که امکان ارائه خدمت در این مرکز به مادر وجود نداشته باشد طبق دستور پزشک معالج سوپر وایزر جهت گرفتن پذیرش و اعزام مادر هماهنگی لازم را با ستاد هدایت انجام می دهد .

۸. در این مرکز تیم دیده بان جهت مادران پر خطر که متشکل از (رییس بیمارستان ، مدیر پرستاری ، مسئول فنی زنان ، سوپروایزر کشیک سر پرستار بخش مربوطه ، مسئول اتاق عمل ، پزشک مقیم زنان و بیهوشی ، متخصص نوزادان و نماینده معاونت درمان می باشد) وجود دارد .

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: ماما مسئول، سرپرستار بخش زنان، اتاق عمل و متخصص زنان

امکانات و تسهیلات: متخصص زنان، کارشناس مامایی و امکانات و تجهیزات بلوک زایمان که در زایمان و احیا نوزاد کاربرد دارد

منابع: تجربیات بیمارستانی-دستورالعمل بیمارستان دوستدار مادر، کتاب راهنمای کشوری مراقبت های مامایی

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول بلوک زایمان سرپرستار بخش سرپرستار اتاق عمل	مدیریت خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تعداد صفحات: ۳

کد خط مشی: BH.POL16

تعاریف: اندیکاسیون های سزارین شامل:**علل مادری:**

۱- سزارین قبلی ۲- اختلالات جفت ۳- خونریزی شدید مادر ۴- عفونت مادر ۵- چند قلوئی ۶- وجود توده در مسیر کانال زایمان ۷- کانسر مهاجم سرویکس ۸- ضرورت ختم بارداری و وجود کنتراندیکاسیون القاء زایمان ۹- اکلامپسی و پره اکلامپسی در صورت نیاز به ختم بارداری و سرویکس نامطلوب ۱۰- بیماریهای قلبی یاریوی مادر طبق پروتکل ۱۱- در صورت ایست قلبی مادر که عملیات احیاموفق نباشد.

علل جنینی:

۱- دیسترس جنینی ۲- اختلالات خونریزی دهنده جنین ۳- آنومالی قابل درمان جنین که زایمان طبیعی منجر به آسیب شود ۴- تاخیر رشد داخل رحمی ۵- نمایش غیر طبیعی جنین

علل مادری و جنینی:

۱- عدم پیشرفت زایمان به علت تنگی لگن ۲- دکلمان در صورتی که جنین زنده باشد و زایمان قریب الوقوع نباشد یا دیسترس جنینی وجود دارد ۳- دوقلوئی قابل حیات که یکی از جنین ها سفالیک نباشد

دامنه: بخش زایمان**مخاطب: پزشک - ماما - بیمار****خط و مشی:****چرایی:** کاهش میزان عوارض زایمانی برای مادر و نوزاد / لزوم بهبود شرایط زایمانی**هدف:** کاهش میزان سزارین / ترویج زایمان طبیعی / بهبود کیفیت خدمات**سیاست:**

بیمارستان در راستای استاندارد سازی خدمات بر اساس راهنمای بالینی زایمان به روش سزارین و مراقبت های مدیریت شده با هدف کاهش روند سزارین غیر ضروری و انجام سزارین بر اساس اندیکاسیون علمی ارائه خدمت می دهد

روش اجرایی:

۱- پزشک معالج اندیکاسیون علمی انجام سزارین را در پرونده ثبت می کند.

۲- ماما یا پرستار مسئول شیفت اندیکاسیون ثبت شده در پرونده توسط پزشک را با مستندات موجود در پرونده بر اساس علت سزارین به تفکیک ذیل مطابقت می دهد.

۳- در صورتی که علت سزارین بر اساس سابقه سزارین قبلی و سابقه هیستروتومی، سابقه اسکار روی رحم ناشی از پارگی قبلی (ترمیم آنومالی رحمی، میومکتومی و یا سابقه جراحی ترمیمی سرویکس و واژن کو لیپورافی، سرکلاژ داخل شکمی باشد، حتما باید دفترچه مراقبت و خلاصه پرونده و گواهی از سابقه جراحی قبلی و بستری بیمار در پرونده بیمار ضمیمه گردد. و در صورت

اسکار واضح محل اسکار توسط ماما یا پرستار مسئول شیفت چک و در پرونده به اسکار اشاره می گردد.

۴- در صورتی که سزارین به علت عدم پیشرفت زایمان باشد مامای مسئول شیفت دقت می نماید که منحنی رسم شده در فرم پارتوگراف پرونده ی مادر (بر اساس دستورالعمل راهنمای کشوری خدمات مامایی) از خط اقدام گذشته باشد.

۵- در صورتی که سزارین به علت اندیکاسیون زجر جنین در پرونده ثبت شده است . الگوی NST ضمیمه پرونده می شود در صورتی که به علت مکنونیال غلیظ یا تیک مکنونیال و احتمال زجر جنین و قریب الوقوع نبودن زایمان اندیکاسیون سزارین تشخیص داده می شود . مکنونیال غلیظ و یا تیک مکنونیال بودن مایع آمنیوتیک به تایید ماما و مسئول شیفت نیز می رسد و در پرونده ثبت می گردد.

۶- در پرزانتاسیون غیر طبیعی جنین مانند : نمایش صورت ، پیشانی پایدار ، قرار عرضی ، نمایش بریج و دوقلوبی حتما سو نوگرافی یا ریپورت گرافی ضمیمه پرونده می شود.

۷- در صورتی که اندیکاسیون سزارین مشکلات جفت و بند ناف در پرونده ثبت شده است : در صورتی که تشخیص پلاستتا آکرتا- پرکرتا و ... می باشد سونوگرافی داپلر ضمیمه پرونده می گردد و در مواردی که دکولمان جفت اتفاق افتاده باشد در پرونده به جنین زنده و بالغ و قریب الوقوع نبودن زایمان واژینال و دیسترس جنینی اشاره می گردد.

۸- در صورتی که سزارین به علت عدم تناسب سرجنین و لگن مادر در پرونده ثبت شده است : سعی می شود تا دردهای زایمانی شروع و دیلاتاسیون سرویکس حداقل به ۴ سانتی متر برسد در صورت عدم پیشرفت و در فاز فعال در موارد پیشرفت کند دیلاتاسیون از نظر دیستوشی بررسی می گردد و در پرونده ثبت می شود.

۹- در صورتی که سزارین به علت فشار خون بالای مادر و نیاز به ختم بارداری اورژانس در پرونده ثبت شده است : مستندات فشار خون بالای مادر در برگه علائم حیاتی، آزمایشات کبدی U/A ، که دال بر پروتئین بالا باشد و دستورات داروئی تزریق سولفات منیزیم ، در پرونده ثبت می شود و در معاینه واژینال دیلاتاسیون سرویکس نا مطلوب و عدم پاسخ به القای لیبر با نظر و صلاحدید پزشک جهت سزارین اشاره می شود.

۱۰- در صورتی که سزارین به علت سایر علت های تعریف نشده می باشد گواهی و تاییدیه مطابق با اندیکاسیون در پرونده ضمیمه می شود که بنا بر نظر و صلاحدید کدام متخصص بیمار نیاز به ختم بارداری به روش سزارین دارد.

۱۱- متخصصین زنان و ماما های بلوک زایمان نسبت به اندیکاسیون های علمی سزارین آگاهی کامل دارند و در مواردی که مادر نیاز به سزارین داشته باشد به آن عمل می نمایند.

۱۲- متخصصین زنان و ماما ها از وضعیت شاخص سزارین آگاهی دارند و برنامه ریزی لازم را جهت کاهش درصد سزارین و جلوگیری از سزارین بدون اندیکاسیون علمی می نمایند.

۱۳- کمیته ترویج زایمان طبیعی به صورت ماهیانه پرونده های سزارین های انجام شده را بررسی نموده و از سزارین با اندیکاسیون

علمی مطمئن می شود.

۱۴- چنانچه پروندها فاقد مستندات کافی جهت تشخیص اندیکاسیون سزارین باشد پزشک مربوطه به رئیس کمیته ترویج زایمان طبیعی پاسخگو می باشد.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسؤل فنی مسؤل بلوک زایمان

امکانات و تسهیلات: پزشک متخصص زنان و بیهوشی مقیم، داشتن دستگاه مانیتور قلب جنین

منابع: تجربیات بیمارستانی - دستورالعمل بیمارستان دوستدار مادر

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسؤل فنی بلوک زایمان مسؤل بلوک زایمان	مسؤل فنی بلوک زایمان	ریاست بیمارستان



عنوان خط مشی:

رعایت و حفظ حریم خصوصی بیمار

بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تعداد صفحات: ۲

کد خط مشی: BH.POL17

تعاریف:

حقوق: مجموعه قواعد و مقررات حاکم بر یک جامعه که امتیازات و اختیارات خاصی را برای افراد به رسمیت می شناسد.
حریم: حریم شخصی بیمار به عنوان یک نیاز تلقی می شود به عبارتی حفظ قلمرو شخصی منجر به ایجاد احساس آرامش در بیمار می گردد.

دامنه: کلیه ی بخش ها

مخاطب: کلیه ی پرسنل

خط و مشی:

چرایی: لزوم حمایت از حقوق بیمار / ارائه ی خدمت با حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت

هدف: ایجاد چارچوب اخلاقی برای بیمارستان / شناسایی حمایت و ارتقاء حقوق بیمار / حفظ حریم خصوصی بیمار

سیاست:

بیمارستان با هدف نهادینه شدن فرهنگ رعایت حقوق گیرندگان خدمت و در راستای افزایش رضایت مندی مراجعین و جلب اعتماد آنها با در نظر گرفتن نکات ایمنی بیمار، برنامه های معینی را جهت حفظ حریم خصوصی بیمار و منزلت ایشان بکار می گیرد.

روش اجرایی:

- ۱- مسئول بخش تمامی امکانات و تسهیلات لازم جهت حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت را در اختیار پرسنل قرار می دهد.
- ۲- پرستار مسئول بیمار حریم مناسب در قرار گیری تخت ها را رعایت می نماید و در صورت انجام پروسیجرهایی از قبیل سونداژ، انما، حمام در تخت، پانسمان، مراقبت از زخم بستر، تعویض لباس بیمار، تغییر پوزیشن و ECG (در بخش های ICU,CCU از پرده های سقفی اطراف تخت، اورژانس و سایر بخش ها از پاراوان جهت حفظ حریم خصوصی بیمار استفاده می نماید)
- ۳- کادر درمان اجازه همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان را می دهد مگر اینکه این امر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.
- ۴- کادر درمان ترتیبی اتخاذ می نماید که تا حد امکان از پرسنل همگن برای ارائه خدمات به بیمار استفاده شود (با رعایت این اصل که استفاده از پرسنل همگن نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت و مصدومین باشد)
- ۵- در صورتی که پرسنل همگن جهت انجام مراقبت های درمانی در بخش موجود نباشد مسئول شیفت با دفتر سوپروایزر تماس گرفته و سوپروایزر هماهنگی لازم جهت حضور پرسنل همگن در بخش انجام می دهد.
- ۶- کادر درمان در کلیه مراحل جهت حفظ حریم خصوصی بیمار، از پوشانده شدن مناطقی از بدن گیرنده خدمت که در مراحل تشخیصی و درمانی نیازی به مداخله ندارند، اقدام می نماید.
- ۷- کادر درمان حریم خصوصی بیمار را خصوصاً هنگام سوال و جوابهای بالینی، آزمایشات، روشها و درمان ها و نقل و انتقال حفظ می کند.
- ۸- کادر درمان، بیماری یا اطلاعات بهداشتی مربوط به یک فرد خاص را که تحت درمان قرار گرفته، محرمانه تلقی نموده و افشا نمی نمایند (رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار لازم است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد)

- ۹- از هرگونه درج نام و نام خانوادگی، تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار، تابلوی موجود در بالین بیمار و تابلوی بخش جلوگیری شود کلیه کارکنان بر این امر آگاهی دارند.
- ۱۰- جهت انتقال بیماران بین بخش ها از پرسنل همگن استفاده می شود.
- ۱۱- در چینش کارکنان جهت رعایت اصول ارائه خدمت توسط کارکنان همگن در تمامی نوبت های کاری رعایت می شود.
- ۱۲- جهت انجام اقدامات پاراکلینیکی از پرسنل همگن استفاده می شود.
- ۱۳- مسئول مدارک پزشکی، در صورت مراجعه بیمار جهت تحویل مدارک پرونده، با درخواست وی و با تایید مدیریت یا ریاست بیمارستان، کپی برا بر با اصل مدارک را تحویل بیمار و یا ولی قانونی بیمار می دهد.
- ۱۴- کادر درمان استانداردهای ملی پوشش را برای بیماران رعایت می کنند.
- ۱۵- سوپروایزران و سایر کادر مدیریتی در بازدیدها و راندهای خود به این مسئله توجه کرده و نسبت به رفع موانع موجود در جهت حفظ حریم خصوصی اقدام می کنند.
- ۱۶- کارکنان پزشکی، پرستاری، ماما، بهیاری، مددکار اجتماعی، مسئول تغذیه، دانشجویان پزشکی، پرستاری و ماما، مجاز به دسترسی به اطلاعات پرونده پزشکی بیمار می باشند و فقط بیمار ولی قانونی بیمار اجازه دسترسی به اطلاعات محرمانه بیمار را دارند.
- ۱۷- کادر درمان در جهت حفظ حریم شخصی بیمار خصوصا مادران باردار ترتیبی را اتخاذ مینمایند که حین معاینه زنان توسط ماما یا پزشک متخصص زنان لزوما پرستار مسئول بیمار یا یکی از محارم بیمار حتما در بالین بیمار حضور داشته باشند.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: مسئولیت اجرای این خط مشی برعهده تیم مدیریت اجرایی و کلیه مسئولان و سرپرستاران است.

امکانات و تسهیلات: منشور حقوق بیمار

منابع: منشور حقوق بیمار

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیریت پرستاری سرپرستار بخش	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

عنوان خط و مشی :

حضور همراهان در بخشهای بستری

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط و مشی: BH.POL 18		تعداد صفحات: ۲	
تعاریف: _____			
دامنه: کلیه بخش های بیمارستان			
مخاطب: کلیه پرسنل بخش ها			
خط و مشی:			
<p>چرایی: احترام در جهت حقوق گیرندگان خدمت که شامل حال بیمار و همراه وی میگردد.</p> <p>هدف: افزایش نظم و انضباط پیرو قوانین بیمارستان / افزایش جلب رضایت بیمار</p>			
سیاست:			
<p>به منظور رعایت حال بیماران بستری در بخشهای بستری و کنترل نظم، مقررات مربوط به حضور و ورود همراهان بیمار مخصوصا اقایان در بخش های بیمارستان تنظیم و اجرا می گردد.</p>			
روش اجرایی:			
<p>باعنایت به لزوم رعایت حال بیماران بستری در بخشهای بستری و کنترل نظم و انضباط و مقررات مربوط به حضور و ورود همراهان بیمار مخصوصا اقایان به داخل بخشها خط مشی های ذیل اتخاذ گردید:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. درخواست همراه آقا برای بیمار خانم که الزاما از راه دور مراجعه و یا مسافر هستند ۲. رساندن لوازم ضروری به بیمار توسط همراه بیمار ۳. جهت اخذ رضایت عمل، رضایت شخصی و رضایت برای ترخیص نوزاد داخل بخش ۴. درخواست پزشک معالج، سوپروایزر و سرپرستار بخش جهت حضور اقا برای بیماران در بخش حتی شبها ۵. برگشت بیمار از مرخصی موقت به همراه همسرش جهت مراجعه به بخش ۶. حضور همراه آقا به اتفاق همسر برای شیر دهی نوزاد بستری در بخش NICU ۷. حضور اقا به همراه بیمار زایمانی هنگام مراجعه به بیمارستان برای ویزیت و بستری در بخش زایمان ۸. مراجعه اقایان به اتاق زایمان جهت دریافت گواهی تولد ۹. مراجعه جهت دریافت مدارک، سی تی اسکن و آزمایشات ۱۰. حضور اقا (پدر) جهت ملاقات همسر و نوزادش بعد از تولد در بخش ۱۱. حضور آقا جهت بیماران خاص (اعصاب و روان) که در بخش زنان بستری می شوند. ۱۲. درخواست همکاران محترم سوپروایزر و پزشکان محترم متخصص مبنی بر حضور شوهر بعضی از پرسنل که در این مرکز مورد معالجه و بستری میشوند. 			

۱۳. در موارد خاص جهت حضور آقایان در بخش خصوصاً شیفت شب مراتب با همفکری همکار شیفت و سوپروایزر تصمیم گیری شود و تصمیم نهایی بر عهده سوپروایزر کشیک خواهد بود.

فرد پاسخگوی اجرای خط مشی: ریاست-مدیریت-مدیر خدمات پرستاری-سوپروایزر بالینی

امکانات و تسهیلات: کارت همراه بیماران

منابع: مصوبات بیمارستان

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیر خدمات پرستاری	سرپرستار بخش سوپروایزر بالینی