



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

"مجموعه دستورالعمل ها"

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم

تابستان 1403

نحوه کد گذاری

ردیف	عنوان	نحوه کد گذاری	اختصار	اختصار
1	خط مشی	BH.POL	BH=Bahar Hospital	POL= Policy
2	روش اجرایی	BH.PRO	BH=Bahar Hospital	PRO= Procedure
3	دستورالعمل	BH.INS	BH=Bahar Hospital	INS= Instruction

فهرست دستورالعمل ها

4	مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته
6	استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری
8	انبارش ایمن
12	فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث
15	تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه
19	انتقال دانش و تجربه راهبر و رهجو حداقل در مشاغل حساس
20	انتخاب، انتصاب، ارتقاء و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان
21	نظافت و شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها
24	نحوه نظافت شستشو و گند زدایی اختصاصی محیط اتاق عمل
26	دستورالعمل نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس ها
27	اقدامات احتیاطی در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان
29	تهیه، آماده سازی، طبخ، توزیع و سرو غذا با رعایت اصول بهداشتی و حفظ رنجیره سرد و گرم
32	شستشوی انواع البسه
34	کاربرد مواد شوینده و گندزدا در رختشویخانه
35	پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پر تویی
37	شناسایی صحیح بیمار (با اسامی مشابه، نوزاد، مجهول الهویه و...)
41	آمادگی، مراقبت و پایش مستمر بیمار قبل، حین و پس از اعمال جراحی
44	آمادگی، مراقبت و پایش مستمر بارداری های پر خطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
47	آمادگی، مراقبت و پایش مستمر قبل، حین و پس از انواع اسکوپا ها
50	آمادگی، مراقبت پایش مستمر قبل، حین و پس از دیالیز
54	آمادگی، مراقبت و پایش مستمر قبل، حین و پس از سیستوسکوپی
58	آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی
60	اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک به بیماران /همراه بعد از ترخیص

- 62.....بیماران عفونی نیازمند اعمال جراحی
- 63.....جراحی ایمن
- 65.....پذیرش و ویزیت زنان باردار تا 42روز پس از زایمان
- 66.....بهداشت دست
- 70.....نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب
- 72.....اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران بر اساس اخلاق حرفه ای و منش انسانی
- 73.....جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماند بخش ها
- 74.....تفکیک در مبدا پسماند های عادی
- 77.....تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده
- 80.....دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی
- 80.....نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند
- 83.....دستورالعمل نخیره و تحویل لباس و ملحفه تمیز
- 82.....دستورالعمل کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماند
- 84.....دستورالعمل نظافت و شستشو، گندزدایی و لکه زدایی اتاق های ایزوله عفونی
- 86.....دستورالعمل بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده
- 87.....دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی
- 90.....دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی



مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی : تابستان 1404
کد دستورالعمل : BH.INS1		تعداد صفحات : 2	
<p>تعاریف:</p> <p>Never Events یا مواردی که هرگز نباید اتفاق بیفتد : شامل 29 خطای پزشکی است که در صورت وقوع باید سریعاً گزارش و پیگیری و اطلاع رسانی شود.</p>			
<p>هدف: پیشگیری از وقوع مجدد وقایع</p>			
<p>دامنه کاربرد : کلیه بخش ها</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. بیمارستان تمامی امکانات و تسهیلات لازم جهت حفظ ایمنی بیمار را تامین می نماید. 2. ریاست بیمارستان مسئول ایمنی بیمارستان می باشد و بر این امر نظارت کامل دارند. 3. کلیه مسئولین بیمارستان از جمله مدیریت بیمارستان، مدیر خدمات پرستاری، کلیه مسئولین بخش ها و... بر حفظ ایمنی بیمار نظارت کامل دارند. 4. بیمارستان یک کارشناس (خانم یاسینی) را مسئول گزارش دهی و ثبت و پیگیری 29 مورد وقایع تهدید کننده تعیین نموده است. 5. دستورالعمل گزارش دهی 29 مورد وقایع تهدید کننده حیات به کلیه کارکنان ابلاغ شده و همه کارکنان از روند گزارش آن آگاهی داشته باشند. 6. به کلیه پرسنل جدید ورود در خصوص گزارش وقایع ناخواسته و خطاهای پزشکی آموزش داده می شود. 7. در راندهای مدیریتی ایمنی بیمار بر گزارش خطاها و وقایع ناخواسته توسط تیم مدیریتی بیمارستان تاکید و تشویق می گردد. 8. کلیه کادر درمان موظفند در صورت بروز هر مورد از موارد 29 مورد وقایع تهدید کننده حیات سریعاً 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 میرساند و کارشناس معاونت درمان مورد مذکور را در سامانه وزارتخانه ثبت می کند 9. 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. 10. نتایج حاصل از بررسی ریشه ای وقایع ناخواسته و مصوبات کمیته مربوطه باید جهت آگاهی کارکنان درمانی به تمامی واحدها ابلاغ گردد. 			

11. رویدادنگاری وقایع ناخواسته انجام و اطلاع رسانی عمومی انجام گیرد.

12. نتایج مصوبات کمیته و سناریوی وقایع ناخواسته به معاونت درمان گزارش شود.

13. در صورت بروز خطای پزشکی ضمن اطلاع رسانی به سرپرستار یا مسئول شیفت، فرم گزارش خطا تکمیل و به دفتر پرستاری تحویل میگردد.

14. فرم های گزارش خطا توسط کارشناس ایمنی بیمار به صورت فصلی تجزیه و تحلیل و گزارش آن ضمن طرح در جلسات بهبود کیفیت جهت یادگیری به بخش ها ابلاغ می شود.

منابع: منشور حقوق بیمار و دستورالعمل گزارش 29 مورد

هدایت کننده: مدیر پرستاری

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیریت پرستاری	کارشناس ایمنی کارشناس وقایع ناخواسته



عنوان دستورالعمل :

استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی تابستان: 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS2		تعداد صفحات: 2	
<p>هدف: حفظ و ارتقای سلامتی کارکنان، بیماران، همراهان و مراجعین بیمارستان/ تسریع در تخلیه و انتقال بیماران و همراهان به مکانهای امن در بیمارستان</p>			
<p>دامنه کاربرد: کلیه بخش ها</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هنگام وقوع آتش سوزی هرگز از آسانسور برای نجات استفاده نکنید زیرا این کار بسیار خطرناک بوده و خود عاملی جدی برای به خطر افتادن جان شما خواهد بود. • در صورت تنها بودن در ساختمان از آسانسور استفاده نکنید زیرا ممکن است در اثر قطع برق و یا خرابی در آسانسور محبوس شوید. • به کودکان خود هشدار دهید که آسانسور وسیله بازی نیست و بازی با آن ممکن است جانشان را به خطر اندازد. • با گذاشتن هر گونه مانع جلوی درب های اتوماتیک آسانسور خوداری فرمایید، نگهداشتن اجباری درب اتوماتیک آسانسور می تواند باعث بروز حادثه گردد • در مواقع اضطراری یا هنگام قطع برق، خونسردی خود را حفظ نمایید و سعی نکنید به تنهایی از آسانسور خارج شوید از آیفون داخل کابین و دکمه زنگ استفاده کنید و منتظر بمانید تا تیم امداد و آموزش دیده شما را از کابین خارج کنند. • از حمل کردن اشیاء تیز و برنده و همچنین مواد قابل اشتعال به داخل آسانسور خودداری کنید. • اگر در هنگام وقوع زلزله در آسانسور هستید در اولین طبقه ممکن از آن خارج شوید. • لازم است افراد محبوس تا لحظه آمدن گروه نجات برای خروج عجله نکنند چون در مواردی افراد در خروج عجله به خرج داده اند و همزمان آسانسور راه افتاده که این موضوع قربانیان زیادی گرفته است. • برای نگهداری و سرویس مرتب دستگاه آسانسور حتما با یکی از شرکت های متخصص در این امر قراردادی منعقد کنید تا دستگاه شما مرتبا بازدید و سرویس شود. • به هنگام استفاده از آسانسور به ظرفیت آن توجه کنید و از سوار شدن بیش از حد و گذاشتن بارهای بیش از ظرفیت مشخص شده جدا خودداری کنید. <p>راه پله اضطراری باید دارای شرایط زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • محل و وضعیت پله فرار دور از پلکان عمومی و دسترسی کلیه واحدها به آن میسر باشد. • عرض پله ها و پاگردها و مسیر راه خروج نباید در هیچ قسمت از طول مسیر کاهش یابد. 			

- درب پله فرار به طرف پله فرار باز شود.
- عرض هیچ یک از دسترس‌های خروج نباید از ۲۰ سانتیمتر کمتر در نظر گرفته شود.
- پا خور تمام پله ها باید از یک جنس بوده و تمام تدابیر لازم به منظور ممانعت از لغزندگی بر روی سطح آن اتخاذ گردد.
- دو طرف پله فرار دارای گارد محافظ با میله های عمودی و حداقل ارتفاع ۱۱۰ سانتیمتر باشد.
- به منظور جلوگیری از ریزش نزولات آسمانی و سقوط اشیاء پله فرار به سقف مناسب مجهز گردد.
- روشنایی اضطراری در مسیر هر رمپ پلکان فرار نصب گردد.
- علائم خروج اضطراری و شماره های طبقات در محل های مناسب نصب گردد.
- برای جلوگیری از ریزش برف و باران و لغزندگی سطح پله های خارجی ، تمهیدات ایمنی لازم پیش بینی شود.

منابع: مدیریت بحران و سیستم فرماندهی حادثه در بیمارستان، تالیف حسین شهدادی و همکاران
 کتاب مهندسی حریق، رستم گل محمدی، انتشارات دانشگاه علوم و پزشکی همدان / دستورالعمل تخلیه کد ۱۰۰

هدایت کننده: فرمانده حادثه / دبیر کمیته مدیریت بحران

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیریت بیمارستان	دبیر کمیته مدیریت بحران



عنوان دستورالعمل:

انبارش ایمن



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل : BH.INS3		تعداد صفحات : 3	

هدف: افزایش سطح ایمنی نگهداشت وسایل و تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی و جلوگیری از بروز خطرات و آسیب های احتمالی

دامنه کاربرد: واحد انبار و تاسیسات

شیوه انجام کار:

1. تمام کپسول های CO₂ تحت فشار اکسیژن و آرگن باید طبق آئین نامه وزارت کار نگهداری، جابجا و مصرف شوند.
2. کپسول های فوق بایستی در حالت پر و خالی جداگانه و بصورت ایستاده نگهداری شوند و حتماً درپوش داشته باشند.
3. کپسول های معیوب، فاقد شیر و کلاهک، بدنه سوراخ و فاقد علامت و نشانه از انبار خارج شوند .
4. کپسول ها در مکان مسقف، بدور از نور آفتاب و مواد قابل اشتعال به شکل جداگانه نگهداری شوند.
5. تابلوهای ایمنی و هشداردهنده نظیر "سیگار نکشید" و ... در چندین نقطه نصب شوند.
6. برای جابجایی کپسول ها از وسایل نقلیه مناسب به همراه پالت استفاده گردد.
7. تمهیدات بهداشتی برای جلوگیری از ورود جوندگان و حیوانات نظیر پوشاندن شکاف ها و درزها لحاظ شود.
8. چیدمان کالاها می بایست طوری باشد که براحتی در دسترس بوده و از سقوط آنها جلوگیری شود
9. سیستم تهویه طبیعی و مصنوعی برای انبار لحاظ شود.
10. روشنایی انبار مطابق با استاندارد بوده و ترجیحاً از لامپ های ضد انفجار استفاده شود.
11. درب خروج اضطراری برای انبار در نظر گرفته شود.
12. انبار دارای جعبه کمک های اولیه باشد.
13. تمام پرسنل شاغل در انبار دوره های آموزش ایمنی برق، حریق، نحوه جابجایی دستی بار، ایمنی مواد شیمیایی و کمک های اولیه را طی نمایند.
14. از ورود افراد متفرقه و نا آگاه به انبار جلوگیری شود.
15. از ورود بارها و تجهیزات فاقد علائم شناسایی بخصوص مواد شیمیایی جلوگیری شود. (تمام مواد شیمیایی باید دارای برگه اطلاعات ایمنی مواد باشد).
16. انبار دارای دوش و چشم شوی اضطراری باشد.
17. کانتینرهایی که بعنوان انبار هستند حتماً باید دارای سیستم ارتینگ مناسب و کپسول آتش نشانی باشند.
18. وسایل ارتباطی نظیر بی سیم و تلفن در انبار لحاظ گردد
19. انبار همه روزه از لحاظ مسائل ایمنی برق، حریق، چیدمان و نگهداری ایمن بار بررسی و در صورت مشاهده نواقص، جهت رفع آنها اقدام گردد.
20. انجام هرگونه عملیات تعمیراتی نظیر جوشکاری، برشکاری، برق کشی و ... باید طبق مجوز صورت گیرد.

21. راه های ورود و خروج انبار با تابلو و علائم راهنما مشخص گردد.
22. از تحویل دادن وسایل معیوب، خراب، بدون حفاظ و بدون مشخصات به نفرات خودداری گردد.
23. تمام وسایل بالابرنده لیفتراک، جرثقیل و که در انبار استفاده می شوند باید از قبل به تأیید ایمنی رسیده باشند.
24. تمام پرسنل شاغل در انبار هنگام کار باید از وسایل ایمنی نظیر کفش ایمنی، کلاه ایمنی، ماسک تنفسی و... استفاده نمایند.
25. راه دسترسی ایمن، باز و خلوت برای تردد ماشین آلات به انبار و تخلیه و بارگیری ایمن لحاظ شود.
26. انبار داری کالا و تجهیزات طبق دستور سازنده انجام شود.

اصول اساسی در چیدمان کالا:

- قبل از هر چیز، مسیر و جا برای چیدن را از قبل مشخص نمایید.
- کالاهای و مواد ناهمجنس و ناسازگار را در کنار هم نچینید.
- قبل از جایگذاری بار، قفسه ها را خوب بررسی کنید که شکاف، تیزی یا ناهمواری نداشته باشد.
- تمام مواد و کالا را در یک سطح صاف بچینید.
- اجسام سنگین تر را نزدیک کف بچینید و اجسام و کالاهای سبک تر را در قفسه های بالاتر انبار نمایید.
- اصل مراجعه به کالا را رعایت نمایید کالاهای که همیشه مورد نیاز هست در نزدیک افراد و انبار باشد.
- از وسایل بالابر برای کالاهای سنگین یا انبار کردن در ارتفاع استفاده کنید.
- هرگز روی صندلی، جعبه یا قفسه نیاستید.
- هرگز کالاهای روی قفسه به سمت راهرو بیرون نیاید.
- احتیاطات لازم هنگام بسته بندی کردن و باز کردن بسته ها بعمل آورید.
- موقع بسته بندی بار با طناب یا هر وسیله دیگر و در نهایت انبار کردن آن، بار را زیاد محکم و یا زیاد شل نبندید.
- از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیرقابل اشتعال استفاده کنید
- مواد شیمیایی و قابل اشتعال باید به صورت مستقل از هم و از سایر کالاهای موجود در انبار، انبارش گردد.
- مواد سوزاننده و اشتعال زا را در طبقات پایین قفسه ها نگهداری نمایید. مایعات قابل اشتعال در ظروف سر بسته نگهداری شود
- مواد ریخته شده سریعاً جمع آوری گردد.
- کالاهای انبار شده در فاصله ایمنی از وسایل برقی باید قرار داده شوند
- اجناسی که به فرم کارتن یا مکعب می باشند به فرم آجری چیده شوند که نریزند

ایمنی برق:

1. کلیدهای محافظ نصب شوند.
2. سیستم سیم کشی انبار متناسب با بار مصرفی و زیر نظر یک برقکار مجرب انجام شود.
3. صاعقه گیر در نظر گرفته شود.
4. منابع روشنای و لامپ ها (به دور از مواد قابل اشتعال بوده و سالم باشند).

5. روشنایی محوطه انبار مناسب باشد.

6. وضعیت ایمنی برق در انبار هر روز توسط انباردار و برقکار مجرب بررسی و نواقص رفع شود.

7. تمام وسایل برقی سرمازا، گرمازا، روشنایی و ... حتماً بررسی و در صورت داشتن نقص فوراً تعمیر شوند.

8. تابلوهای برق خارج از انبار قرار گیرند.

9. ادوات برقی توسط ایمنی و برقکار مجرب تست شده باشند و کابل‌های برق به طرز مناسب نگهداری شده و زیر بارهای سنگین قرار نگیرند.

10. پرسنل انبار باید نحوه خاموش و قطع کردن جریان برق در زمان بروز حوادث را بیاموزند.

ایمنی حریق

1. مواد قابل اشتعال و غیر قابل اشتعال جداگانه نگهداری شوند.

2. دیوارها، سقف و کف انبار از مواد نسوز باشند.

3. وسایل اطفاء حریق به تعداد و مقدار مناسب زیر نظر متخصص ایمنی و آتش نشانی تهیه و نصب شود و نفرات آموزش های مربوطه را طی کرده باشند.

4. سیستم های اعلام و اطفاء حریق نظیر دتکتور و ... در صورت امکان نصب شوند.

5. استفاده از وسایل گرمازای برقی نظیر هیتر در انبار ممنوع است.

6. راه دسترسی به وسایل اطفاء حریق باز و خلوت بوده و کاملاً در معرض دید قرار داشته باشد.

7. شماره تلفن های اضطراری ایمنی، آتش نشانی حتماً در چند نقطه از انبار و کنار تلفن نصب گردد.

8. از دپوی مواد قابل اشتعال بی مصرف مانند کاغذ، کارتن، مقوا، پارچه روغنی و ... در محوطه انبار خودداری شود.

9. مواد شیمیایی قابل اشتعال نظیر رنگ ها، تینرها، حلال ها و ... باید طبق مقررات مربوطه، انبار و در جای خشک، خنک و بصورت مجزا در ظروف دربسته نگهداری شوند.

10. نگهداری بنزین، گازوئیل و نفت در انبار اکیداً ممنوع است.

11. از نشتی و ریزش مواد شیمیایی جلوگیری شود. بشکه ها و ظروف جداگانه ای برای مواقع اضطراری و حوادث شیمیایی لحاظ شود

12. مواد فله و روباز شیمیایی باید به روش مناسب نگهداری واز پراکنده شدن آنها جلوگیری شود .

انبار دارویی:

- برای دارو و تجهیزات و لوازم پزشکی مصرفی قفسه بندی مجزا وجود دارد، مواد مشتعل به دور از سایر مواد دارویی نگهداری می شوند، داروهای مخدر و تحت کنترل در انباری مجزا و در کمدهای قفل دار نگهداری می شوند.
- فضای داروخانه و انبار از تهویه مناسب برخوردار بوده و دمای محیط به طور مرتب چک می شود.
- در داروخانه در قسمت های مختلف کپسول اطفاء حریق نصب شده است.
- داروهای یخچالی در یخچال بزرگ در داخل انبار و داروخانه نگهداری شده و دمای محل نگهداری بطور مرتب چک می شوند.
- تاریخ انقضای دارو و لوازم مصرفی، بصورت ماهانه توسط مسئول انبار دارویی کنترل میشود و داروهای تاریخ نزدیک علامت گذاری می شوند.

- داروها و لوازمی که ممکن است بر اثر سقوط صدمه ببینند در طبقات اولیه قفسه ها نگهداری می شوند.
- دمای محیط نگه داری داروها مرتبا چک می شود.
- مسئول فنی به صورت روزانه پالت مناسب و قفسه بندی و چیدمان مطلوب اقلام و وجود وسایل حمل دارو و تجهیزات را کنترل نماید تا برای تحویل اقلام دارویی مورد نیاز واحدهای تابعه جهت جابجایی از وسایل حمل دارو استفاده شود.
- مدیریت دارویی چیدمان مناسب اقلام دارویی از لحاظ شرایط نگهداری و شمارش و تاریخ انقضاء را کنترل نماید.
- مسئول فنی بر نظافت و بهداشت انبار که توسط خدمات داروخانه به شرح ذیل انجام میگیرد نظارت نماید
 1. نظافت روزانه انبار به روش خشک و توسط جارو برقی انجام شود
 2. در نظافت در نظافت ماهیانه دیوارها ، قفسه ها و سقف ها گردگیری و شیشه ها پاک گردند
 3. در نظافت سالیانه محتویات انبار خارج و درزها و محل اجتماع حشرات یا احتمالا جوندگان و خزندگان از بین برود
 4. کلیه وسایل نظافت انبار در محوطه ای معین و محفوظ در انبار نگهداری گردند

منابع : سیاست های بیمارستانی و ابلاغ دستورالعمل

هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مسئول فنی ،مسئول انبار،مسئول بهداشت حرفه ای

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان	مسئول فنی داروخانه مسئول واحد انبار و انبار دارویی مسئول واحد تاسیسات



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS4	تعداد صفحات: 3	
هدف: پاسخگویی مناسب و مؤثر به هر حادثه و کاهش آسیب به بیماران، مراجعان و کارکنان		
دامنه کاربرد: کلیه پرسنل بیمارستان		
شیوه انجام کار:		
<ol style="list-style-type: none"> 1- خبر بروز حادثه در داخل یا خارج بیمارستان به سرعت به فرمانده حادثه بیمارستان توسط مرکز تلفن بیمارستان اطلاع داده شود. 2- فرمانده حادثه باید فردی را جهت دریافت شرح حادثه از منبع خبر انتخاب نماید. 3- مرکز تلفن باید امکان ارتباط مسئول دریافت شرح خبر حادثه را از منبع خبر فراهم نماید. 4- بایستی مسئول دریافت شرح خبر حادثه، اطلاعات مورد نیاز را از منبع خبر دریافت کرده و به فرمانده حادثه اطلاع دهد. 5- فرمانده حادثه باید تأیید خبر خارجی را از EOC دانشگاه اخذ کند ملاک نهایی در تأیید خبر مرکز هدایت عملیات دانشگاه می باشد. 6- در حوادث داخلی، فرمانده حادثه با توجه به نوع مخاطره اعلام شده تیم ارزیابی را جهت بررسی حادثه به محل حادثه اعزام کند. 7- تأیید خبر حوادث داخلی، باید توسط مرکز هدایت عملیات بیمارستان 8- خبر آماده باش/هشدار یا فعالسازی توسط EOC اعلام شود. 9- بایستی در اسرع وقت، انواع آسیب های انسانی (کارکنان، بیماران و همراهان)، سازه ای، غیر سازه ای و عملکردی، میزان، گستردگی، شدت، محل و تأثیر آن بر بیمارستان، جمعیت در معرض آسیب، کشته شدگان، مصدومان ارزیابی شود. 10- با توجه به ارزیابی آسیب های انجام شده، نیاز به خدمات پزشکی، بهداشتی و منابع انسانی، تجهیزاتی، ساختاری، مالی، تغذیه ای بررسی شود. 11- بایستی تأثیر حوادث بر فعالیت فعلی بیمارستان بررسی شود. 12- بایستی بیماران فعلی بیمارستان تعیین تکلیف شوند (اعمال جراحی الکتیو با هماهنگی پزشک مربوطه کنسل شود، بیماران در حال ترخیص، زودتر ترخیص شوند). 13- باید با توجه به ارزیابی نیازهای انجام شده، ارزیابی منابع موجود انسانی، تجهیزاتی، فضایی انجام شود. 14- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و فضای بیشتر، باید طبق برنامه افزایش ظرفیت اقدام شود. 15- در صورت نیاز به تجهیزات، منابع انسانی و تجهیزاتی مازاد بر ظرفیت تدارک دیده شده، باید نسبت به تماس با بیمارستان های معین اقدام شود. 16- تأثیر حادثه بر دسترسی به بیمارستان و محوطه آن بررسی شود. 17- بایستی طول زمانی تأثیر حادثه بر فعالیت بیمارستان بررسی شود. 		

- 18- بایستی حادثه نام گذاری شود(داخلی توسط فرمانده حادثه/خارجی توسط EOC دانشگاه و ...)
- 19- طبق خبر /سطوح هشدار اعلام شده، برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر باید فعال شود.
- o رنگ زرد / هشدار : اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شود.
- o رنگ نارنجی/آماده باش: جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و 30-50٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود.
- o رنگ قرمز/اقدام: کد بحران(کدقرمز) توسط فرمانده حادثه به مرکز تلفن اعلام شود/کد بحران(کدقرمز) توسط مرکز تلفن پیچ شود. / کل سامانه فرماندهی حادثه و 100٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود)
- 20- در هر حادثه با هر سطح شدت، فرمانده حادثه مطلع باشد.
- 21- بایستی با توجه به نوع حادثه، به طور مرتب تماس با سازمان های بیرونی (نیروی انتظامی، پلیس، آتش نشانی و ...) حفظ شود.
- 22- در صورت اعلام وضعیت نارنجی و قرمز، باید واحد فرماندهی عملیات (EOC) سریعاً فعال شده و امکانات لازم طبق برنامه آمادگی، فراهم گردد.
- 23- جایگاه اصلی فرماندهی حادثه در جایگاه خود حاضر شوند و بر اساس شرح وظایف و دستورات دریافت شده توسط فرماندهی حادثه به انجام وظیفه مشغول شوند.
- 24- آسیب ها و منطقه عملیات باید مرتباً طبق دستور فرماندهی حادثه ارزیابی و به فرمانده حادثه و رئیس بخش برنامه ریزی اطلاع رسانی شود.
- 25- بایستی به صورت مرتب ارتباط با EOC دانشگاه و مراکز پایش کننده مخاطرات برقرار شود.
- 26- بایستی با توجه به شدت تأثیر حوادث بر اختلال عملکرد بیمارستان، برنامه در سطح بخش اورژانس/جزئی/کلی فعال شود.
- 27- اطلاع رسانی در زمینه فعالسازی برنامه باید بر اساس سطح فعالسازی برنامه (اطلاع رسانی توسط مرکز تلفن/اطلاع رسانی بخش ها و اطلاع رسانی در سطح جامعه) انجام شود.
- 28- در صورت دستور فعالسازی سامانه فرماندهی حادثه توسط فرمانده حادثه، باید طبق دستورالعمل فعالسازی سامانه فرماندهی حوادث بیمارستانی اقدام شود.
- 29- اعضای چارت بحران جهت دریافت جلیقه های مشخصه موقعیت در EOC مرکز حضور یابند
- 30- اطلاع رسانی درونی بیمارستان باید بر اساس فلوچارت اطلاع رسانی داخلی بیمارستان انجام شود.
- 31- مرکز تلفن باید طبق فهرست کامل و به روز شده از افرادی که باید به هنگام فعال شدن برنامه پاسخ در هر سطح با آن ها تماس بگیرد، بر اساس دستور فرمانده حادثه اقدام کند.
- 32- هر بخش بایستی طبق لیست تهیه شده از پرسنل بخش خود و برنامه انکال بخش، اقدام به اطلاع رسانی به روش خوشه ای نماید.
- 33- بایستی مدت زمان عملیات پاسخ و اهداف آن مشخص گردد.
- 34- بایستی مستندسازی کلیه اقدامات و گزارش ها جهت برنامه ریزی انجام شود.
- 35- بایستی در خصوص تخلیه افقی، عمودی و کلی بیمارستان تصمیم گیری های لازم توسط تیم بحران انجام گیرد.

- 36- طبق برنامه پاسخ طراحی شده در هر مخاطره و دوره های زمانی پاسخ به حادثه (فوری: 0 تا 2 ساعت، میان مدت: 2 تا 12 ساعت، طولانی مدت: بیش از 12 ساعت و بازگشت به وضعیت عادی) اقدام شود.
- 37- در صورت همراه شدن بحران با آتش سوزی، باید تیم آتش نشانی بیمارستان با اعلام کد 125 فعال شود.
- 38- بایستی مدیریت ازدحام در بیمارستان و محیط اطراف آن انجام شود و واحد مربوطه طبق دستورالعمل های موجود اقدام نماید.

منابع: حمیدرضا، خانکه و همکاران، کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا- برنامه کشوری، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، 1391/ دستورالعملهای ابلاغ شده به واحدهای بیمارستانی

هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مسئول فنی ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان	مدیر بیمارستان مسئول فنی ایمنی دبیر کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا



عنوان دستورالعمل:

تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه

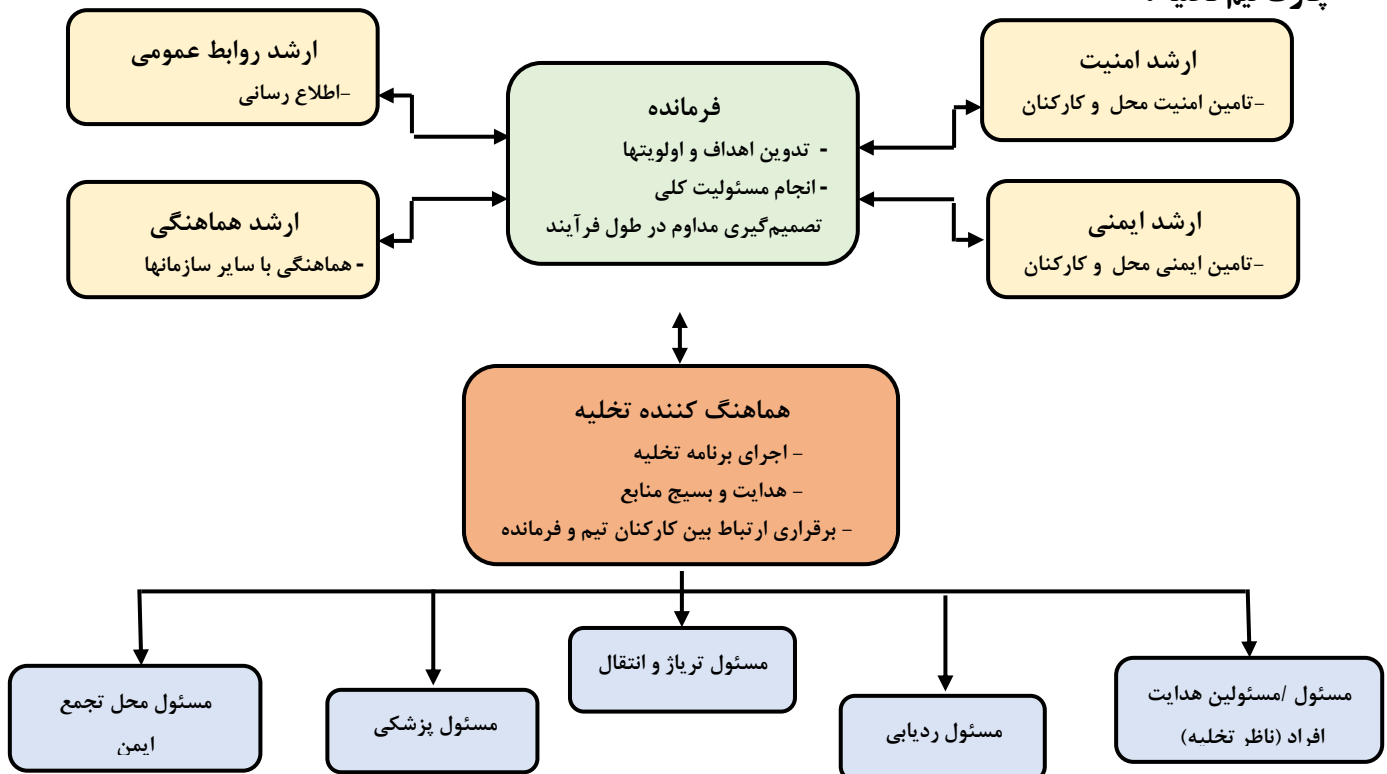
تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS5		تعداد صفحات: 4	
<p>هدف: کاهش آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان جهت مقابله با حوادث و بلایای خارجی و داخلی</p> <p>دامنه کاربرد: کلیه پرسنل بیمارستان</p> <p>شیوه انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. اندیکاسیون های فعالسازی برنامه تخلیه بیمارستان و همچنین فرد تصمیم گیرنده برای تخلیه توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مشخص شده باشد. 2. مسئولیت های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده باشد. 3. به محض دریافت کد تخلیه (کد 100)، اعضای گروه اضطراری تخلیه پرسنل واحد خویش را شروع نمایند. 4. کلیه راه های خروجی اضطراری و درب های آن می بایست از قبل؛ با علامت خروج شبرنگی توسط مدیریت خطر حوادث و بلایا مشخص شده باشد. 5. کلیه سرپرستان واحد ها موظفند به محض اطلاع از کد بحران (کد قرمز)، با افراد راهنما جهت تخلیه ایمن محیط کار همکاری نمایند. 6. در صورت عدم وجود راهنما، سرپرست واحد باید طبق آموزشات ارائه شده پرسنل واحد تحت مسئولیت خویش را از نزدیکترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت نماید. 7. اولویت بندی جهت تخلیه براساس تریاژ در شرایط بحران انجام گردد. 8. محل تجمع ایمن می بایست جهت اطلاع رسانی دارای بلندگو باشد. 9. در صورت بوجود آمدن بحران در طبقات همکف و زیر زمین، تخلیه افقی و در صورت بروز بحران در طبقات اول، دوم و سوم تخلیه عمودی صورت گیرد. 10. طی فاز تخلیه پرسنل، بعلت اهمیت سرعت عمل، اعضای تیم اضطراری و افراد راهنما (مجاز به تامل، صحبت کردن با افراد و ادای توضیحات اضافی به افراد متفرقه نمی باشند). 11. اگر تخلیه به دلیل بحران داخلی بیمارستان و قابل کنترل باشد، تخلیه نسبی و در صورت بحران های خارجی وسیع، تخلیه کلی انجام گردد. <p>* نکته ایمنی: در صورت بروز سیل تخلیه عمودی به سمت طبقات بالا و در صورت بروز آتش سوزی تخلیه افقی انجام شود</p>			

12. فازهای اجرایی تخلیه با برنامه زمان بندی مشخص شده باشد یعنی آگاه شدن پرسنل از بحران ؛ طبق فلوچارت اطلاع رسانی در شرایط بحران و فعال شدن سامانه هشدار اولیه باشد و براساس شرایط بخش ؛ مسئول شیفت با توجه به منابع و تجهیزات موجود در بخش ، بیماران را جهت تخلیه اولویت بندی نموده و تخلیه انجام گردد.
13. کلیه مسیرها و راههای تخلیه و نیز تابلو های خروجی می بایست به روشنایی اضطراری مجهز باشند.
14. مسیرها و خروجی های تخلیه در کلیه بخش ها مشخص و راهروها خالی باشد.
15. در صورت تخریب یا انسداد مسیرهای خروج و اختلال در فرآیند تخلیه، گروه تأسیسات و خدمات باید در اسرع وقت اقدام به باز کردن مسیرها نماید .
16. در صورت عدم وجود راهنمای تخلیه در مسیرهای خروج، ناظر تخلیه هر بخش یا مسئول شیفت موظف است طبق آموزش های ارائه شده، افراد بستری و پرسنل واحد تحت مسئولیت خویش را از نزدیک ترین خروجی به محل تجمع ایمن هدایت نماید.
17. اگر افراد در مسیر تخلیه تا محل تجمع، حین حرکت و جابه جایی دچار آسیب یا اختلال حیاتی شوند یک یا دو تیم سیار پزشکی / پرستار باید برای پاسخگویی به نیازهای مراقبتی در طول مسیر تخلیه و محل تجمع ایمن در دسترس باشند تا شرایط بیماران و مصدومین را تثبیت و آسیب های ناشی از فرآیند تخلیه را درمان کنند.
18. در صورت شدت شرایط اضطراری، انجام کمک های اولیه توسط تیم های امدادی در محل حادثه مجاز نبوده و اولویت با خارج سازی افراد بوده و عملیات کمک های اولیه یا اقدامات پزشکی می بایست در محلی ایمن انجام پذیرد.
19. حرکت افراد متفرقه به سمت محل حادثه اکیداً ممنوع است، ممانعت از حرکت و تجمع افراد و کنترل راههای ورود و خروج ساختمان برعهده پرسنل حراست و انتظامات می باشد.
20. طی فاز عملیات تخلیه ، اعضای تیم اضطراری ؛ آخرین نفرات خارج شده از محل باشند.
21. کلیه پرسنل شرکت داشته در عملیات تخلیه می بایست در خصوص عملیات تخلیه توجیه شده باشند و ضرورت حضور و تجمع در پناهگاه جهت سرشماری به آنها تذکر داده شود
22. استقرار افراد تخلیه شده در منطقه تجمع ایمن چهارمین مرحله از مراحل پنج گانه تخلیه است.
23. ردیابی افراد، باید توسط مسئول مشخص در تیم تخلیه و به منظور پاسخگویی مستمر وضعیت و موقعیت افراد تخلیه شده در طول فرآیند تخلیه صورت گیرد. این افراد بر اساس فهرست افراد شاغل و حاضر در ساختمان باید اطمینان حاصل نمایند که کسی مفقود نشده و یا در داخل ساختمان نمانده باشد.
24. در صورت تأیید فرمانده حادثه مبنی بر انتقال بیماران و مصدومین به مکان یا مرکز درمانی دیگر، مسئول انتقال در تیم تخلیه می-بایست افراد تخلیه شده را در حین خروج از محل تجمع و سوار شدن در آمبولانس ها جهت انتقال به سایر مراکز درمانی، مدیریت کند.
25. منابع لازم جهت تهیه آب و غذا طبق برنامه از قبل تعریف شده در کمیته خطر حوادث و بلا یا به مدت 72 ساعت قابل تهیه و در دسترس باشد.

26. براساس فلوچارت تشکیلاتی سیستم مدیریت بحران، مسئولین فرماندهی و کنترل در زمان بحران و حادثه و جانشین های آنها

مشخص شده باشد.

چارت تیم تخلیه :



جدول شرح وظایف تیم تخلیه

شرح وظایف	تیم تخلیه
✓ اعلام و آماده سازی افراد ساکن در ساختمان برای تخلیه ✓ جابه جایی افراد از داخل ساختمان به افراد به مناطق تجمع ایمن	مسئول هدایت و ناظر تخلیه
✓ اطمینان از تخلیه تمامی افراد و به روزرسانی تغییر وضعیت افراد از نظر ماندن در منطقه تجمع، اعزام به مراکز درمانی و یا ترخیص از مراکز درمانی ✓ تعیین شخصی جهت سرشماری افراد در منطقه تجمع و نظارت بر نحوه اقدامات ✓ تعیین افرادی برای بررسی اتاقها و طبقات برای کسب اطمینان از نماندن افراد در محل ✓ تعیین یکی از کارکنان در هر بخش جهت رسیدگی به خطرات احتمالی و نگرانی های خاص (به عنوان مثال بستن شیر گاز و گازهای پزشکی) و نظارت بر نحوه اقدامات	مسئول ردیابی
✓ ارزیابی افراد در منطقه تجمع ✓ تامین اطلاعات موردنیاز در منطقه تجمع ایمن ✓ تأمین وسایل و تجهیزات و داروی موردنیاز در این منطقه	مسئول منطقه تجمع ایمن
✓ نظارت بر مراقبت از مصدومین و بیماران توسط تیم امدادی و پرستاری در منطقه تجمع ✓ اطمینان از انتقال همراه با بیماران در زمان تخلیه. (در مراکز درمانی) ✓ اطمینان از انتقال دارو، تجهیزات حیاتی بیماران و پرونده های پزشکی به همراه بیماران در زمان تخلیه (در مراکز درمانی)	مسئول امور پزشکی

✓ کمک به بیماران جهت انجام امور ترخیص و در صورت نیاز مراقبت از آنها (در مراکز درمانی)	
✓ اطمینان از آمادگی ناوگان امدادی جهت انتقال و همچنین آمادگی افراد مصدوم و بیمار برای اعزام ✓ دسته بندی افراد و تعیین اولویت رسیدگی به آنان جهت ارائه موثرترین خدمات به بیشترین افراد در کمترین زمان ممکن ✓ درمان در محل و یا انتقال مصدومین و بیماران به مراکز درمانی ✓ اطمینان از پاسخگویی مناسب و ارائه اطلاعات به اعضای خانواده در خصوص انتقال افراد به یک مرکز درمانی دیگر ✓ تامین تجهیزات انتقال (تخت، برانکار، ویلچر، اسکوپ، پتو و...)	مسئول تیم تریاژ و انتقال

منابع : کتاب آمادگی بیمارستانی در حوادث و بلایا (دکتر حمیدرضا خانکه)

هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مسئول فنی ایمنی، کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا / دستورالعمل تخلیه کد ۱۰۰

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان	دبیر کمیته خطر و حوادث و بلایا مدیریت بیمارستان



انتقال دانش و تجربه راهبر و رهجو حداقل در مشاغل حساس

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH. INS6		تعداد صفحات: 1	
<p>هدف: ایجاد ساز و کاری برای شناسایی، استخدام، آموزش و نگهداری افراد برای پست های کلیدی سازمان / ایجاد زمینه و فرصت شناسایی استعداد و علاقه افراد در تقبل مشاغل کلیدی و حساس بهره گیری از نیروی آموزش دیده در زمان مورد نیاز / توانمند سازی</p>			
<p>تعاریف: <u>راهبر:</u> استاد، فردی که برای انتقال تجربیات و آموزش انتخاب می شود <u>رهجو:</u> شاگرد، فردی که برای کسب تجربه به استاد معرفی می شود</p>			
<p>دامنه: کلیه ی بخش ها و واحدهای بیمارستان</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <ul style="list-style-type: none"> - پست های کلیدی در بیمارستان شناسایی شده و شرح شغل هر پست تهیه و تنظیم می شود - تیم مدیریت اجرایی بیمارستان ضوابط و شرایط لازم جهت انتخاب فرد جانشین را مشخص می نماید. - مسئول بخش/واحد افراد با استعداد و علاقمند به کار را شناسایی کند. - مسئول بخش/واحد آموزش های لازم را به فرد و اکثرا به صورت کاربردی ارائه نماید. - مسئول بخش/واحد دانش و تجربیات خود را در مورد فعالیت های مربوط به شغل به فرد ارائه و آموزش دهد. - مسئول بخش/واحد فرد را در برخی جلسات کاری مشارکت دهد. - مسئول بخش/واحد بستر اعتماد سازی را میان اعضای بخش/واحد و جانشین ایجاد کند. - مسئول بخش/واحد به نحوه ی برقراری ارتباطات در مورد موضوعات مختلف، تجربیات و آموزش های خود را انتقال دهد. - مسئول بخش/واحد فرد جانشین را در معرض انجام دادن فعالیت های مرتبط قرار می دهد به گونه ای که شرایط را درک کرده و سوالات خود را مطرح نموده و رفع نماید. - فرد جانشین باید مهارت گوش کردن موثر را فراگیرد و سوالات خود را با گشاده رویی مطرح نماید. - مسئول بخش/واحد بایستی هر از چند گاهی برداشت و ارزیابی کلی خود را از عملکرد جانشین به وی اطلاع دهد. - مسئول بخش/واحد بایستی نظرات خود را راجع به نقاط قوت و زمینه های بهبود به فرد جانشین انتقال دهد. - مسئول بخش/واحد بایستی مسیر یادگیری فرد را به سمتی هدایت کند که بر کلیدی ترین مسائل تمرکز داشته باشد 			
<p>هدایت کننده: مدیر، مدیر خدمات پرستاری، رئیس امور اداری و مسئولین بخش ها / واحدها</p>			
<p>امکانات و تسهیلات: _____</p>			
<p>منابع: سیاست بیمارستان - تجربه اعضای تیم مدیریت اجرایی</p>			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
واحد منابع انسانی	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان	



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404						
کد دستورالعمل: BH. INS7		تعداد صفحات: 1							
<p>هدف: انتصاب افراد در پست پیشنهادی مدیریتی بر اساس ضوابط قانونی / ارتقاء بهره وری و کارایی نیروی انسانی و مدیریت دستگاههای اجرایی / ایجاد ثبات در مدیریت ها / افزایش انگیزه کارکنان برای ارتقای شغلی برقراری نظام مطلوب انتخاب و انتصاب</p> <p>تعاریف: <u>مدیران ارشد:</u> آن دسته از مدیرانی که وظیفه سیاست گذاری، خط مشی گذاری، برنامه ریزی کلان، هدایت و نظارت در واحدهای ستادی بر عهده دارند. <u>مدیران میانی:</u> وظیفه هماهنگی، ایجاد ارتباط بین سطوح عالی و سرپرستی بر عهده دارند</p> <p><u>مدیران عملیاتی (پایه):</u> مدیران آن دسته از واحدهای عملیاتی و اجرایی دستگاههای اجرایی</p> <p>دامنه: کلیه ی بخش ها و واحدهای بیمارستان</p> <p>شیوه انجام کار:</p> <ul style="list-style-type: none"> - فرد متقاضی پیشنهاد خود را به مدیر مافوق ارائه دهد. - پیشنهاد به واحد مدیریت منابع انسانی ارائه شود. - واحد مدیریت منابع انسانی شرایط احراز فرد را بررسی نماید. - واحد مدیریت منابع انسانی دارا بودن ابلاغ انشائی (حداقل 6 ماه) از طرف دانشگاه را بررسی کند. - واحد مدیریت منابع انسانی درخواست فرد را در کمیته پرسنلی مطرح نماید - واحد مدیریت منابع انسانی ← "مدارک مورد نیاز" (فرم 512، حکم حقوقی، فرم شماره 1 انتخاب و انتصاب مدیران) را بهمراه درخواست فرد به مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری ارسال نماید - واحد تشکیلات تصدی یا بالتصدی بودن پست را بررسی نماید. - مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری در صورت بلا تصدی بودن پست مورد نظر، از گزینش دانشگاه و حراست استعلام وضعیت نماید. - در صورت دارا بودن تمام شرایط فوق جهت تصدی پست مورد نظر واحد مدیریت توسعه سازمان و تحول اداری صورتجلسه ای را تدوین و به واحد مدیریت منابع انسانی (کارگزینی واحد محل خدمت) ارجاع دهد. - کارگزینی واحد محل خدمت نسبت به صدور حکم انتصاب اقدام نماید. - واحد محل خدمت فرد، توانایی فرد انتخاب شده را طی 6 ماه نخست انتصاب بررسی کرده و در صورت عدم توانایی به صورت مکتوب به کمیسیون تحول اداری ابلاغ و انتصاب لغو گردد. <p>هدایت کننده: مدیر، مدیر خدمات پرستاری، رئیس امور اداری و مسئولین بخش ها / واحدها</p> <p>امکانات و تسهیلات: _____</p> <p>منابع: سیاست بیمارستان - تجربه اعضاء تیم مدیریت اجرایی</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>تهیه کننده:</th> <th>تایید کننده:</th> <th>تصویب کننده:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>واحد منابع انسانی</td> <td>مدیر بیمارستان</td> <td>ریاست بیمارستان</td> </tr> </tbody> </table>				تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	واحد منابع انسانی	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:							
واحد منابع انسانی	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان							



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS8		تعداد صفحات: 3	
هدف: جلوگیری از انتقال عفونت از طریق از طریق عوامل محیطی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران و مراجعین			
دامنه کاربرد: کلیه کادر درمان			
شیوه انجام کار:			
<p>1- مهمانداران موظف به نظافت، گردگیری و شستشوی روزانه تمام قسمت های بیمارستان می باشند. بخش هایی که 24 ساعت فعال می باشند در پایان هر شیفت نظافت صورت گیرد.</p> <p>2- مهمانداران بخش موظف به شستشو و گندزایی کف، دیوار و وسایل و تجهیزات طبق برنامه تنظیمی می باشند.</p> <p>3- کلیه ابزار آلات و تجهیزات قبل از گندزدایی بایستی با آب گرم و ماده دترجنت شسته شوند.</p> <p>4- خدمات موظف به آماده سازی محلول های ضدعفونی کننده (طبق دستورالعمل رقیق سازی و استفاده از گندزداها) برای بخش ها می باشند.</p> <p>5- خدمات آموزش دیده موظف به غوطه ور سازی ابزار بر اساس دستورالعمل و زمان تعیین شده می باشند.</p> <p>6- ذکر این نکته ضروری است که مایع ضدعفونی کننده بایستی بطور صحیح و دقیق رقیق شده و برای هر بار استفاده بصورت تازه تهیه گردد.</p> <p>7- آبکشی با آب مقطر استریل انجام شود. (شستشو با آب تمیز ترجیحا آب مقطر استریل)</p> <p>8- نگهداری ابزار آلات در محل تعیین شده به نحوی که در معرض هوای آزاد نباشد قرار گیرد و نصب label تاریخ گندزدایی زده شود.</p> <p>9- استفاده از مواد پاک کننده معمولی جهت نظافت بطور طبیعی کافی بنظر می رسد. استفاده از مواد ضدعفونی کننده تنها جهت موارد شناخته و یا احتمال انتقال عفونت (جمع آوری ترشحات عفونی آلوده به ایدز و هیپاتیت) باید توسط خدمات بخش به صورت زیر انجام شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> - حتما دستکش یک بار مصرف پوشیده شود. - اگر خطر آلودگی لباس نیز وجود دارد بایستی از لباس یک بار مصرف استفاده گردد. - دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها پوشیده شود. - پارچه و یا کاغذ خشک کن روی محل خون گذاشته و پس از جذب خون در سطل عفونی انداخته شود. - مقداری وایتکس 1 به 10 روی خون ریخته شود. - وایتکس به مدت 10 دقیقه در محل بماند. پس از گذشت این زمان دستکش پوشیده و به کمک پارچه ای خون را تمیز و پارچه را داخل سطل عفونی دور انداخته شود. - در انتها سطح میز یا تخت نظافت کلی و زمین تی کشیده شود. <p>10- کد بندی تی ها باید رعایت شود. تی بخش باید با 4 نوع رنگ دسته بندی شود.</p> <p>1- سفید برای اتاق بیماران (غیر عفونی) و سالن</p> <p>2- سبز اتاق استراحت پرسنل، استیشن، تریتمنت، انبار لوازم بهداشتی</p> <p>3- زرد برای اتاق ایزوله و آلوده عفونی، محل هایی که خون، ادرار، مدفوع، استفراغ بیماران ریخته شده است</p>			

4- جهت نظافت کف سرویس های بهداشتی بیماران

نخ تی باید هر 10-15 روز یکبار تعویض شود. تی زدن باید از قسمت تمیز به کثیف زده شود. بعد از اتمام کار تی با آب داغ و مواد دترجنت شستشو شود و آبیگری شود و به صورت آویزان طوری که با زمین و دیوار در تماس نباشد قرار گیرد.

11- خدمات بخش موظف به گردگیری قاب عکس و تلویزیون با دستمال مرطوب به صورت هفتگی می باشند.

12- قبل از انجام کار و بعد از پایان هر شیفت کاری ترالی پانسمان و دارو با مواد گندزدای سطوح ضدعفونی شود

13- نظافت دیوارها و سقف جهت جلوگیری از آلودگی و کثیفی ظاهری بایستی در فواصل منظم انجام پذیرد این فاصله بطور معمول

نبایست از 6 تا 12 ماه جهت بخش های معمولی و از 6 ماه برای اتاقهای عمل تجاوز نماید. استفاده از مواد ضدعفونی مگر در

موارد آلودگی شناخته شده لازم نمی باشد در صورت پاشیده شدن خون یا سایر مواد آلوده بایستی بلافاصله با وایتکس (رقت 1 به 10) پاک گردد. هنگام نظافت دیوارها، سطوح حتماً بایستی تا حد ممکن خشک شود.

14- قسمت های خراب دیوار خصوصاً در اتاقهای عمل بدلیل افزایش احتمال انتقال عفونت بایستی سریعاً تعمیر و صاف گردند.

15- نظافت کف: استفاده از مواد ضدعفونی کننده با رقت 1 به 100 در پایان هر شیفت توسط خدمات انجام گیرد.

16- توالی ها حداقل روزانه یکبار بایستی نظافت شوند، بعلاوه در مواردی که بصورت قابل رویت آلوده باشند نیز نظافت الزامی است. جهت نظافت معمول استفاده از محلول دترجنت کافی است .

17- در مورد توالی فرنگی مشترک بعد از استفاده بیمارانی که مبتلا به عفونت دستگاه گوارش می باشند ضد عفونی نمودن الزامیست. مایع ضد عفونی کننده مورد استفاده هیپوکلریت سدیم 0.5% بوده و پس از استفاده از آن محل نشستن بایستی با آب شستشو شده و قبل از استفاده خشک گردد

18- یخچال ها باید به صورت هفتگی و حتی در مواقعی که آلودگی یخچال قابل مشاهده باشد نظافت آن صورت گیرد و از قرار دادن پلاستیک سیاه در داخل یخچال خودداری شود .

19- پرده های پارچه ای هر سه ماه یکبار با آب و دترجنت کافی توسط واحد رختشویخانه شسته می شود. و در مورد پرده های کرکره ای خدمات بخش موظف به گردگیری هر دو هفته یک بار هستند و هر سه ماه یکبار جهت شستشو با آب و دترجنت به رختشویخانه تحویل داده می شود.

20- خدمات بخش موظف به نظافت تخت و لاکر بیماران پس از ترخیص و حتی در زمانی که آلودگی و غبار قابل رویت باشند هستند. تخت و لاکر با ماده دترجنت شسته سپس خشک شود و در مورد بیماران عفونی از یک ماده گند زدا استفاده و بعد با مواد شوینده شسته و آبکشی شود. در هنگام داشتن بیمار در تخت می توان با یک دستمال مرطوب به مواد ضدعفونی کننده تخت و لاکر را با مواد گند زدای سطوح ضد عفونی کرد

21- خدمات بخش موظف به نظافت کمد ها و گردگیری روزانه با دستمال مرطوب هستند.

22- دستگیره درب باید در هر شیفت با مواد ضدعفونی کننده پاک شود

23- خدمات بخش موظف هستند در پایان هر روز گوشی تلفن را با الکل 70% ضدعفونی کنند.

24- خدمات موظف به پاک کردن شیشه ها به صورت هفتگی می باشند.

- لازم به ذکر است جهت نظافت قسمت های مختلف استفاده از پارچه تنظیف متفاوت طبق دستورالعمل الزامی است.

رنگ سفید : جهت نظافت سطوح (درب ، دیوار ، شیشه ها و ...)

رنگ سبز : جهت نظافت استیشن ، تریتمنت ، لاکر

رنگ قرمز: جهت نظافت سرویس ها و دستشویی ها (سطوح ، دیوار و شیر)

رنگ زرد: جهت نظافت مواد عفونی، پاک کردن خون و مایعات آلوده

نکته:

بعد از استفاده دستمال تمظیف باید شستشو و خشک شود و در ظروف رنگی مخصوص قرار گیرند .

امکانات و تسهیلات : مواد ضد عفونی کننده - مواد گندزدا - دستکش یکبار مصرف - ماسک - لباس کار مناسب - تی - پارچه

تمظیف

منابع: دستورالعمل های بهداشت محیط

هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط ،مسئول بهداشت محیط و مسئول خدمات

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول بهداشت محیط مسئول خدمات	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	تاریخ ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS9		تعداد صفحات: 2	
هدف: رعایت اصول و افزایش سطح ایمنی بیماران و پرسنل			
دامنه کاربرد: اتاق عمل			
روش اجرایی:			
1. قبل از شروع اولین عمل			
✓ گردگیری مرطوب سطوح یک ساعت قبل از عمل.			
✓ تهیه لوازم مورد نیاز و خود داری از رفت و آمد اضافی.			
2. در حین عمل جراحی			
✓ عدم رفت و آمد پرسنل سایر اتاق ها به اتاق عمل.			
3. پس از اتمام جراحی			
✓ جمع آوری پوشش های روی بیمار با زدن لبه های آن روی یکدیگر (از گره زدن اجتناب کنید).			
✓ قرار دادن قسمت های آلوده گان ها و دستکش به طرف داخل.			
✓ باز کردن تمام کلامپ ها و قرار دادن تمام وسایل در ظرف مخصوص شستشو قبل از خارج کردن دستکش .			
✓ جمع آوری کلیه وسایل، ظروف، لوله ها و محلول ها روی تریالی و خروج آنها از اتاق عمل.			
✓ قرار دادن اسپانچ ها و وسایل مصرف شده در کیسه پسماند یک بار مصرف.			
4. پس از انتقال بیمار از اتاق عمل.			
✓ برداشتن شیشه ساکشن و خالی کردن آن در محل مخصوص و ضد عفونی آن			
✓ بیرون بردن لباس ها، کیسه های پسماند و تریالی لوازم آلوده و مصرف شده.			
✓ تخت عمل نظافت و وسایل یک بار مصرف تعویض و جایگزین شود.			
✓ ساکشن تخلیه و زباله ها به بیرون از اتاق عمل انتقال یابد.			
✓ وسایل جهت شستشو و استریل به مرکز استریل انتقال یابد.			
✓ ست ها و پگ های استریل مرتبا از نظر تاریخ و استریل شدن بررسی شود.			
✓ پرسنل قبل از شروع هر عمل دست های خود را به روش صحیح شسته و اسکراب نمایند و بعد از عمل نیز گان، ماسک و دستکش خود را تعویض نمایند (حین عمل در صورتی که ماسک مرطوب و یا دستکش آلوده شود تعویض گردد).			

- ✓ در عمل جراحی بیماران مبتلا به بیماری های قابل انتقال نظیر ایدز و هیپاتیت از پیش بند ضد آب در زیر گان و دو جفت دستکش یا دستکش مخصوص بیماران پرخطر استفاده شود و وسایل به صورت جداگانه با لیبل عفونی جهت شستشو به مرکز استریل فرستاده شود.
- ✓ در پایان کلیه اعمال جراحی (پایان روز کاری اتاق عمل).
- ✓ گردگیری سطوح صاف با پارچه آغشته به محلول ضد عفونی کننده.
- ✓ شستن سینک های اسکراب، شیر های آب و ظروف حاوی مواد ضد عفونی کننده دست ها.
- ✓ شستن کف با محلول های ضد عفونی کننده (نباید به صورت لایه روی کف باقی بماند).
- ✓ خالی کردن سطل های شستشو بلافاصله.
- ✓ تعویض، شستشو و استریل کردن سر تی مخصوص نظافت اتاق عمل و در صورت عدم امکان چنین کاری قرار دادن آن در محلول ضد عفونی کننده. کنارشویی اتاق های جراحی هر هفته انجام شود.

امکانات و تسهیلات : مواد شوینده ، محلول های ضد عفونی کننده

منابع : راهنمای استریلیزاسیون

هدایت کننده: ریئس بخش ، سرپرستار ، کارشناس بهداشت محیط

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیریت پرستاری	کارشناس بهداشت محیط سرپرستار



عنوان دستورالعمل:

دستورالعمل نظافت و گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس ها

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS10		تعداد صفحات: 1	
هدف: حفظ سلامتی و ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان - جلوگیری از انتقال عفونت های بیمارستانی			
دامنه کاربرد: واحد نقلیه و آمبولانس، خدمات، بهداشت محیط			
شیوه انجام کار:			
<p>1- راننده آمبولانس می بایست به صورت هفتگی اقدام به نظافت کامل کابین راننده و سطوح خارجی آمبولانس نماید.</p> <p>2- تجهیزات آلوده در حداقل زمان و قبل از ماموریت بعدی باید تمیز و ضدعفونی شود.</p> <p>3- شستشو و نظافت آمبولانس ها سه بار در هفته توسط مهمانداران الزامی است.</p> <p>4- تمام سطوح آغشته با مایعات بدن بیمار و تجهیزات، بایستی تمیز و ضدعفونی گردد.</p> <p>5- وسایل حفاظت فردی (ماسک، دستکش، گان، عینک یا محافظ صورت) باید در آمبولانس موجود باشد و بهتر است یک دست لباس، برای تعویض لباسهای آلوده داخل آمبولانس باشد.</p> <p>6- تجهیزات تنفسی و ساکشن باید گندزدایی در سطح بالا انجام شود.</p> <p>7- در صورت پاشیده شدن خون وادرار روی بدنه داخلی و سقف بلافاصله با آب وصابون پاک شود.</p> <p>8- روی کمد و قسمت های داخلی آن باید با آب وصابونی که تازه تهیه شده و پارچه تمیز پاک شود.</p> <p>9- نظافت و گندزدایی وسایل و تجهیزات بروش زیر انجام شود:</p> <p>الف) تشک ها: 1- شستن با آب داغ و صابون 2-آبکشی خشک کردن 3- در مورد بیماران عفونی آب وصابون- وایتکس 1 به 10 به مدت 10 دقیقه بماند سپس آبکشی و خشک کردن</p> <p>ب) ماسک و لوله های اکسیژن: 1- شستشو با آب وصابون 2- وایتکس 1 به 100 3- آبکشی فراوان 4-خشک کردن.</p> <p>ج) آمبوبگ: 1- پوشیدن دستکش و جدا کردن قسمت های قابل جدا شدن 2- شستشو با آب وصابون 3- گندزدایی با استفاده از وایتکس 1به 25 4- آبکشی فراوان و خشک کردن</p> <p>د) کناره های برانکاد: 1- شستشو با آب وصابون 2- استفاده از ماده گندزدای سطوح (وایتکس 1به 50) 3-آبکشی و خشک کردن</p> <p>منابع: کتابچه راهنمای گندزدای بیمارستان - تجارب بیمارستانی</p>			
امکانات و تسهیلات: محلول های ضد عفونی			
هدایت کننده:مسئول بهداشت محیط			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
مسئول بهداشت محیط مدیر پرستاری	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان	



عنوان دستورالعمل:

اقدامات احتیاطی در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS11		تعداد صفحات: 2	
هدف: کاهش مواجهه با سموم و مواد شیمیایی و جلوگیری از مسمومیت پرسنل			
دامنه کاربرد: واحد بهداشت محیط، خدمات مسئول سمپاشی			
شیوه انجام کار:			
<p>1- سمپاشی بخش‌ها بایستی بر اساس برنامه از پیش تعیین شده واحد بهداشت محیط (برنامه سالانه) و یا مشاهده حشرات و با اعلام مسئول بخش و تایید کارشناس بهداشت محیط انجام می‌شود.</p> <p>2- لیست سموم مورد استفاده در بیمارستان منطبق با لیست سموم مجاز کشور جهت مبارزه با آفات خانگی بوده و در دسترس می‌باشد</p> <p>3- در هنگام سمپاشی از وسایل حفاظت فردی مناسب شامل لباس کار یکسره، کلاه، چکمه، عینک، ماسک و دستکش استفاده شود.</p> <p>4- خوردن و آشامیدن هنگام سم پاشی ممنوع است.</p> <p>5- ظروف نگهداری سموم و وسایل مربوط به آن باید در انبار جداگانه و دور از مواد غذایی، آفتاب و دور از دسترس کارکنان، بیماران و مراجعین نگهداری شود.</p> <p>6- در صورت آلوده شدن پوست محل آلوده را با آب فراوان و صابون بشویید.</p> <p>7- در صورت آلودگی چشم؛ چشم کاملاً باز شود و 15 تا 20 دقیقه با آب شسته شود.</p> <p>8- در صورت آلودگی های گوارشی فرد را با خوراندن یک تا دو لیوان آب وادار به استفراغ کنید. و از پادزهر مخصوص سم استفاده گردد.</p> <p>9- جدول MSDS سمومی که در بیمارستان استفاده میشود تهیه شده و در دسترس می باشد.</p> <p>10- وسایل سمپاشی در پایان کار روزانه شستشو و تمیز گردد و باقی مانده سموم موجود در پمپ سم پاشی در محیط تخلیه نگردد.</p> <p>11- ظروف نگهداری (قوطی) سم را شسته سپس معدوم نمایید.</p> <p>12- از ظروف خالی سم به عنوان ظروف نگهداری مواد غذایی یا استفاده برای نگهداری غذای حیوانات استفاده نشود.</p> <p>13- ظروف و پاکتهای خالی سم و قوطی های فلزی سموم در زیر خاک دفن گردد.</p> <p>14- معاینات دوره ای هر 6 ماه یکبار برای کارگران سم پاشی انجام شود.</p> <p>15- استحمام پس از پایان کار و تعویض کلیه لباسها و شستشوی کلیه وسایل حفاظتی مورد استفاده با آب و صابون .</p> <p>16- از مصرف هر گونه مواد خوراکی، آشامیدنی و کشیدن سیگار در طول مدت سمپاشی خودداری گردد.</p>			

17- پس از تمام شدن کار سمپاشی لباس ، ماسک و چکمه را بیرون آورده ، دست ها و صورت را بشویند و هرگز با لباس و کفش سمپاشی به خانه نروند.

امکانات و تسهیلات : وسایل حفاظت فردی

منابع : دستورالعمل های بهداشت محیط / کتاب سم شناسی

هدایت کننده:مسئول بهداشت محیط

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیریت بیمارستان	مسئول بهداشت محیط



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS12		تعداد صفحات: 3	
هدف: پیشگیری از بروز و طغیان بیماری های منتقله از غذا			
دامنه کاربرد: پرسنل آشپزخانه، کارشناس بهداشت محیط			
<p>مواد غذایی مجاز، از مراکز معتبر با رعایت اصول بهداشتی تهیه و مطابق ضوابط بهداشتی به بیمارستان حمل شود</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ استفاده از مواد اولیه غذایی سالم و بهداشتی ❖ دارا بودن پروانه ساخت و شناسه نظارت از وزارت بهداشت برای مواد اولیه غذایی ❖ حمل و نقل مواد اولیه غذایی با رعایت اصول بهداشتی ❖ نظارت کارشناس مسئول بهداشت محیط بر تهیه مواد اولیه غذایی و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم - مواد اولیه غذایی از نظر فیزیکی (درجه حرارت نامناسب)، شیمیایی (فلزات سنگین، کودهای شیمیایی و سموم کشاورزی) و میکروبی (باکتری ها و سموم آنها و قارچ ها) مشکلی نداشته باشد. - از مواد غذایی بسته بندی مجاز دارای اطلاعات نام محصول، ترکیبات، آدرس کارخانه یا کارگاه، شماره پروانه ساخت یا کد بهداشتی از وزارت بهداشت، تاریخ تولید و انقضا و محصولات واحدهای تولیدی دارای پروانه معتبر بهداشتی استفاده شود. سبزیجات و صیفی جات و میوه ها از مراکز تهیه و توزیع معتبر تهیه شود. - مواد اولیه غذایی مشمول دریافت پروانه ساخت و شناسه نظارت از وزارت بهداشت دارای پروانه ساخت و شناسه نظارت باشند. <p>نحوه نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار و سردخانه به صورت ایمن و با رعایت اصول بهداشتی باشد</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود انبار / سردخانه های اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی با شرایط بهداشتی ❖ وجود مکانیسم های ایمن برای ورود و خروج به سردخانه ها ❖ نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار / سردخانه با رعایت اصول بهداشتی - در تمام یخچالها و فریزرهای نگهداری مواد غذایی، دماسنج وجود داشته و روزانه درجه حرارت یخچالها / فریزرها و سردخانه های نگهداری مواد غذایی در دو نوبت صبح و عصر کنترل و ثبت شود. - مکانیسمهای ایمن و تمام خودکار برای ورود و خروج به یخچالها و فریزرها و سردخانه ها وجود داشته و درب یخچال از خارج قفل نشود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سرد کننده باشد. - مکانیسم عملکرد قفل در تمام سردخانه ها باید از داخل و خارج، قابل باز شدن باشند. - تمام مواد و فراورده های مواد غذایی بالاتر از سطح زمین و جدا از مواد شوینده نگهداری شود، برای مواد غذایی پالت و قفسه بندی وجود داشته باشد. - مواد غذایی پخته و خام و مواد غذایی شسته شده و شسته نشده جدا از هم نگهداری شود. 			

- زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت شده، مواد غذایی فاسد شدنی در یخچال و یا سردخانه قرار گیرد، مواد غذایی فاسد شدنی نباید بیش از دو ساعت در محدوده دمای بین ۵ تا ۶۰ درجه سلسیوس نگهداری شود و لازم است در دمای پایین تر از ۵ درجه و بالاتر از ۶۰ درجه سلسیوس در شرایط پخت نگهداری شود.
- انبار، سردخانه، محل آماده سازی، پخت، ظرفشویی در آشپزخانه چیدمان مناسب داشته و مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت میشود
- ❖ رعایت مسیرهای کثیف و تمیز در چیدمان ساختار و اجزای آشپزخانه
- ❖ رعایت مسیرهای کثیف و تمیز در چیدمان فرایندهای کاری شپزخانه
- ❖ استفاده از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی در مسیرهای آشپزخانه
- ❖ محدودیت تردد و ممنوعیت ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه
- برای جلوگیری از انتقال آلودگی، توالی استقرار فضای انبار، سردخانه، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی به نحوی باشد که مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت شود.
- از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفشها از قبیل وجود خط قرمز، کفش مخصوص آشپزخانه، جا کفشی، در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ و سرد خانه، در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ و سردخانه مواد غذایی استفاده شود.
- محدودیت تردد برنامه ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری شود.

مراحل آماده سازی طبخ غذا با رعایت اصول بهداشتی و تحت نظارت کارشناس بهداشت محیط صورت میپذیرد.

- ❖ وجود ابزار، لوازم و ظروف دارای شرایط بهداشتی متناسب با فعالیت آشپزخانه
- ❖ آماده سازی، طبخ مواد غذایی با رعایت اصول بهداشتی
- ابزار، لوازم و ظروف سالم بدون شکستگی، زنگ زدگی و دارای جنس مورد تایید وزارت بهداشت، باشد.
- میوه و سبزیجات خام مصرفی بایستی مطابق دستورالعمل سالمسازی سبزیجات آماده مصرف شوند.
- سالم سازی میوه و سبزیجات در چهار مرحله شامل شستشو، انگل زدایی، گندزدایی و شستشوی نهایی با آب است. برای این منظور تجهیزات و مواد لازم در آشپزخانه موجود باشد.
- طبخ غذا در فضای مجزا از محل آماده سازی صورت پذیرد. آماده سازی مواد غذایی شامل یخ زدایی مواد پروتئینی، سرد کردن و گرم کردن مواد غذایی آماده مصرف به صورت بهداشتی است. برای این منظور تجهیزات مورد نیاز برای آماده سازی مواد مصرفی موجود باشد

توزیع و سرو غذا در بیمارستان با رعایت اصول بهداشتی و حفظ زنجیره سرد و گرم برنامه ریزی میشود:

۱. حمل و نقل و سرو غذا بر بالین بیماران با رعایت شرایط بهداشتی استفاده از ظروف یک بار مصرف برای سرو غذای بیماران اتاقهای ایزوله، واحدهای عفونی بخشهای ویژه و اورژانس الزامی است.
*تبصره: در مورد سایر بیماران با تشخیص بیمارستان است.
۲. ظروف و وسایل یکبار مصرف بایستی سالم، تمیز، عاری از رگه و سوراخ ریز ذرات یا اجسام خارجی، خراش، پارگی، جمع شدگی، لبه های تیز، بو و حباب باشد.

۳. ظروف و وسایل یکبار مصرف بایستی دارای پروانه ساخت یا پروانه ورود به کشور معتبر باشد.

۴. ظروف و وسایل یکبار مصرف بایستی متناسب با نوع پروانه برای مواد غذایی سرد یا گرم بوده و در داخل کیسه های تمیز و مستحکم و در بسته و به دور از نور مستقیم خورشید نگهداری شود.

۵. بیمارستان باید از ترالیهای گرم خانه دار مخصوص توزیع غذا یا آسانسورهای مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخشها برخوردار باشد.

۶. کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا به روشی بهداشتی بایستی توسط مسئول واحد بهداشت محیط برنامه ریزی و انجام شود

۷. شرایط برای تامین زنجیره گرم و رسیدن به دمای بالای ۶۰ درجه سلسیوس بایستی از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده میرسد، فراهم شود.

امکانات و تسهیلات : ظروف نگهداری غذا

منابع : قانون اصلاح ماده 13 مواد خوردنی و آشامیدنی - دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه و تولید و ... مواد خوردنی و آشامیدنی

هدایت کننده: پرسنل آشپزخانه ، کارشناس بهداشت محیط ، کارشناسان تغذیه

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
کارشناس بهداشت محیط کارشناسان تغذیه	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS13		تعداد صفحات: 2	
<p>هدف: انجام صحیح شستشو البسه و ملحفه عفونی و غیر عفونی</p> <p>دامنه کاربرد: پرسنل رختشویخانه</p> <p>شیوه انجام کار:</p> <p>– حداقل دو دستگاه لباسشویی اتوماتیک و صنعتی متناسب با ظرفیت البسه ورودی روزانه در رختشویخانه وجود داشته باشد.</p> <p>2- برگه راهنمای کار با دستگاه های موجود در رختشویخانه در دسترس کارکنان مرتبط باشد.</p> <p>3- دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گندزدا در واحد رختشویخانه نصب و در معرض دید کارکنان می باشد.</p> <p>4- برای اطمینان از عملکرد صحیح گندزدایی، از گندزداها، سفیدکننده ها و دترجنت های (شوینده) دارای پروانه ساخت از وزارت بهداشت استفاده گردد.</p> <p>5- <u>مراحل شستشو عبارت است از:</u></p> <p><u>الف</u> - شستشو با آب سرد (در صورتیکه رخت ها آغشته به خون باشند برای زدودن خون آن ها باید دو مرحله با آب سرد شسته شوند)</p> <p><u>ب</u> - شستشوی اصلی با آب داغ (حداقل به مدت 25 دقیقه)</p> <p><u>ج</u> - افزودن سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم یا آب ژاول) مطابق با دستورالعمل</p> <p><u>د</u> - آبکشی</p> <p>6- در صورت عدم امکان رسیدن دمای آب به 71 درجه سانتی گراد، باید از محلول های گندزدای مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل های مربوطه استفاده کرد.</p> <p>7- البسه و ملحفه آلوده و البسه و ملحفه کثیف باید با ماشین های لباسشویی جداگانه شستشو گردند.</p> <p>8- البسه و ملحفه های مرطوب نباید در طول شب در ماشین لباسشویی رها شوند یعنی قرار دادن البسه و ملحفه ها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شستشو ممنوع می باشد.</p> <p>9- در صورت استفاده از دستگاه غیر اتوماتیک، حداقل 2 ترالی مخصوص جهت حمل البسه و ملحفه خیس از ماشین لباسشویی به آبگیر و بعد از آن به خشک کن (ترالی البسه و ملحفه خیس) و حمل البسه و ملحفه خشک شده به اطوها و فضای تمیز (ترالی البسه و ملحفه خشک) وجود داشته باشد.</p> <p>10- هر البسه ای که دوخت و دوز یا تعمیر شود، باید مجدد شستشو گردد.</p>			

11- تمامی البسه و ملحفه های اتاق عمل و بخش های با خطر بالا مانند بخش سوختگی و پیوند اعضا باید بعد از شستشو اتوکلاو شوند.

12- البسه آلوده به آنتراکس یا سیاه زخم باید قبل از شستشو اتوکلاو شوند (بهتر است برای این بیماران از البسه و ملحفه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد)

13- البسه آلوده به ایدز و تیفوئید باید به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از 85 درجه سانتی گراد شسته شوند (بهتر است برای این بیماران از البسه و ملحفه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد)

امکانات و تسهیلات: مواد شوینده - مواد گندزدا - ترالی البسه خیس و خشک - البسه و ملحفه های یکبار مصرف

منابع: ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستان ها و مراکز جراحی محدود به شماره 300/22391 د مورخ 96/12/22

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
کارشناس بهداشت محیط کارشناسان تغذیه	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS14		تعداد صفحات: 1	
هدف: انجام صحیح شستشو البسه و ملحفه عفونی و غیر عفونی			
دامنه کاربرد: پرسنل رختشویخانه			
شیوه انجام کار:			
<p>1- برای اطمینان از عملکرد صحیح گندزدایی، از گندزداها، سفیدکننده ها و دترجنت های (شوینده) دارای پروانه ساخت از وزارت بهداشت استفاده گردد.</p> <p>2- مراحل استفاده از مواد شوینده و گندزدا عبارت است از:</p> <p>الف - شستشو با آب سرد (در صورتی که رخت ها آغشته به خون باشند برای زدودن خون آن ها باید دو مرحله با آب سرد شسته شوند)</p> <p>ب - شستشوی اصلی با آب داغ یعنی حداقل 71 درجه سانتی گراد و مواد شوینده (حداقل به مدت 25 دقیقه): به ازای هر 40 لیتر آب یا هر 10 کیلوگرم لباس 250 گرم پودر لباسشویی اضافه گردد به طوریکه البسه و ملحفه داخل ماشین کف آلود گردد.</p> <p>ج - افزودن سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم یا آب ژاول): که موجب افزایش حاشیه ایمنی شستشو می شود و به ازای هر 1 لیتر آب (منظور آبی که ماشین لباسشویی ظرفیت دارد) 5cc از مایع سفید کننده استفاده شود که این مقدار برای ملحفه و البسه عفونی 2 برابر شود.</p> <p>مثال: مایع سفید کننده = 300 cc = 60 × 5 = 60 ماشین 80 کیلویی (60 لیتری): البسه و ملحفه غیر عفونی مایع سفید کننده = 600 cc = 60 × 10 = 60 ماشین 80 کیلویی (60 لیتری): البسه و ملحفه عفونی</p> <p>د - آبکشی: تازمانی که خروجی آب لباسشویی شفاف گردد.</p> <p>* میزان کلر باقیمانده در دسترس در محلول 50 تا 150 ppm باشد.</p> <p>3- در صورت عدم امکان رسیدن دمای آب به 71 درجه سانتی گراد، باید از محلول های گندزدای مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعمل های مربوطه استفاده کرد.</p>			
امکانات و تسهیلات: مواد شوینده - مواد گندزدا			
منابع: ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستان ها و مراکز جراحی محدود به شماره 300/22391 د مورخ 96/12/22			
هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
مسئول بهداشت محیط	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان	



بازبینی بعدی: تابستان 1404

آخرین ابلاغ: تابستان 1403

تاریخ بازبینی: تابستان 1403

تاریخ ابلاغ: 95/7/15

تعداد صفحات: 2

کد دستورالعمل: BH.INS15

تعاریف: پرتوهای یونساز از نظر حفاظت در برابر اشعه به پرتوهایی مثل ایکس، گاما، بتا، نوترون، آلفا و ذرات اتمی اطلاق می گردد که قادر به یونسازی در ماده می باشند

هدف: جلوگیری از تابش غیر ضروری به بیمار و کارکنان / افزایش مهارت کارکنان و سالم بودن دستگاهها

دامنه کاربرد: بخش رادیولوژی و بخش های ویژه

شیوه انجام کار:

1. با هماهنگی ریاست بخش درخواست دزیمتری در جهت بررسی مقدار نشت اشعه از دیوار و دربهای رادیولوژی و برخی دستگاهها داده می شود (شش ماه یکبار یا در صورت تغییر در ساختمان و یا دستگاههای مولد پرتو ایکس)

2. مسئول فیزیک بهداشت نسبت به کنترل علائم هشدار دهنده روی درب ورودی، درب پرتونگاری با تصویربرداری بصورت دوره ای اقدام می کند.

3. فیلم بچ مورد استفاده کارکنان، روی سینه نصب می شود و در صورت استفاده از روپوش سربی در زیر آن قرار داده می شود.

4. مسئول بهداشت حرفه ای، نتایج دزیمتری کارکنان را در زونکن نگهداری کرده و در صورت پرتوگیری مشکوک و یا بیش از حد مجاز، علت پرتوگیری را بررسی و به فرد اطلاع رسانی لازم انجام می دهد. و اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از تکرار آن را ارائه میدهد.

5. به منظور اطمینان از سلامتی کارکنان پرتو کار، معاینات پزشکی دوره ای پرسنل پرتوکار هر شش ماه یک بار انجام می شود و نتایج مربوطه پس از اطلاع رسانی به پرتوکار، بایگانی می گردد.

6. کاردان یا کارشناس رادیولوژی به دلیل اهمیت پرتوگیری بیماران باردار، در صورتی که بیمار نسبت به حامله بودن خود مطمئن نباشد، با پزشک معالج تماس تلفنی گرفته و مشکل بیمار را برای ایشان توضیح می دهد تا پس از انجام تست بارداری و اطمینان از باردار نبودن بیمار رادیوگرافی انجام گردد.

7. کاردان یا کارشناس رادیولوژی، در صورتی که پزشک معالج بیمار در دسترس نباشد، مضرات اشعه را برای بیمار توضیح می دهد و از وی می خواهد که برای تعیین تکلیف به پزشک معالج خود مراجعه نماید.

8. کاردان یا کارشناس تصویربرداری در صورت ضرورت انجام تصویربرداری جهت بانوان باردار با اشعه یونیزان، با استفاده از اپرون و سایر وسایل حفاظتی، گرافی را انجام می دهد.

9. پزشک معالج درخواست رادیولوژی برای اطفال را محدود به مواردی می کند که الزاما برای تشخیص کودک مورد نیاز باشد.

10. کارشناس رادیولوژی فیلد تابشی به افراد را تا حد امکان کوچک انتخاب می کند و تا حد امکان از تکرار رادیولوژی خودداری می کند.

11. کارشناس رادیولوژی در صورت نیاز به انجام تصویربرداری با اشعه ایکس برای ثابت نگه داشتن بیمار امکانات لازم را به کارمیبندد.

12. به منظور پیشگیری از تکرار گرافی، در صورت وجود نقص فنی در هر یک از تجهیزات پرتونگاری، از کار کردن با دستگاه معیوب خودداری می شود.

13. با توجه به استفاده از پرتوهای یونیزان در تصویربرداری پرتابل، اصل اساسی انجام رادیوگرافی، انجام آزمون در بخش رادیولوژی و تحت شرایط ایمن این بخش می باشد و انجام هرگونه رادیوگرافی خارج از بخش رادیولوژی فقط در موارد اورژانسی با تشخیص پزشک معالج و دستور کتبی ایشان صورت می پذیرد.

14. مسئول بهداشت حرفه ای بیمارستان با هماهنگی واحد تجهیزات، به منظور اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه ها بصورت دوره ای و سالانه اقدام به انجام کنترل کیفی دستگاههای پرتوساز از طریق شرکتهای مجاز اعلام شده توسط سازمان انرژی اتمی می کند.

برای مواجهه با مصدومین پرتوی که دچار تابش مقادیر قابل توجهی اشعه یونیزان در تمام سطح بدن شده اند اقدامات زیر الزامی است:

الف: اقدامات تشخیصی

-گرفتن شرح حال و تعیین بیماریهای زمینه ای و سیستمیک مصدوم

-پرسش در مورد نحوه ی مواجهه و مکانیسم آسیب

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

-پرسش در مورد وزن مصدوم

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

-بررسی وجود علائم سندرم حاد پرتوی

ب: اقدامات آزمایشگاهی

-آزمایشات اولیه جهت مصدوم پرتوی شامل شمارش سلولهای خونی، لام خون محیطی، آزمایشات بیوشیمی، آنالیز ادرار، مدفوع و الکتروولیت های سرم می باشد.

-اولین اقدامی که باید برای این مصدومین انجام شود گرفتن نمونه خون برای شمارش کامل سلولهای خون به خصوص لنفوسیت هاست .

ج: اقدامات درمانی حمایتی

-کنترل علائم حیاتی

-پایدار سازی اولیه مصدوم (بر هر اقدام دیگری اولویت دارد)

-بررسی باز بودن راه هوایی (کفایت تنفسی و خونسازی)

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

-بررسی فیزیکی شامل پوست (قرمزی، گرما، ادم، پوسته ریزی)

-درخواست انجام دوزگیری توسط تیم فیزیک پزشکی

-گرفتن نمونه های خون : پس از نمونه گیری روی ظروف نام مصدوم و ساعت و تاریخ زده شود

-وزن مصدوم و بررسی وجود (دهیدراتاسیون)

-توجه به علائم خونریزی آشکار و مخفی

-توجه به مسائل روانی مصدوم و بررسی نیاز به حمایت روحی

-درمان اولیه با ضداسهال، ضد تهوع، ضد اضطراب و مایع درمانی

-مستند سازی تمام فعالیت ها بر اساس روز و ساعت باید نوشته شود

-انتقال مصدوم

امکانات و تسهیلات: پاراوان سربی /فیلم بچ / بچ

منابع: دستورالعمل قواعد کار با پرتو در مراکز درمانی

هدایت کننده : مسئول واحد رادیولوژی و مسئول بهداشت حرفه ای

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول واحد رادیولوژی	رئیس واحد رادیولوژی	ریاست بیمارستان



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

عنوان دستورالعمل:

شناسایی صحیح بیمار (با اسامی مشابه، نوزاد، مجهول الهوية و...)



دانشگاه علوم پزشکی
شاهرود

تاریخ ابلاغ: 95/7/15

تاریخ بازبینی: تابستان 1403

آخرین ابلاغ: تابستان 1403

بازبینی بعدی: تابستان 1404

کد دستورالعمل: BH.IN16

تعداد صفحات: 4

تعاریف:

-شناسه های اصلی شناسایی بیمار: شناسه هایی که استفاده از آنها برای پیشگیری از خطای الزامی است و بیمار آن را می شناسد و می تواند بیان کند، شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد...

-شناسایی فعال: به معنی پرسیدن نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد از بیمار یا همراه وی و بیان آنها توسط بیمار یا همراه وی.

هدف: افزایش ایمنی بیمار / از آنجایی که ارتقاء ایمنی بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است و ممکن است اقدامی اشتباه بر روی بیمار اشتباه جان وی را به خطر اندازد اجرای این دستورالعمل از ضروریات حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار می باشد. بنابراین پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی موظف به احراز هویت بیمار با دو یا سه شناسه اصلی به صورت فعال می باشند.

دامنه کاربرد: کلیه ی بخش ها و واحدهای بیمارستان

شیوه انجام کار:

- در این مرکز از دستبند برای ثبت شناسه های شناسایی بیمار استفاده می گردد.
- دستبند شناسایی حاوی نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده می باشد.
- دستبند شناسایی توسط پرسنل پذیرش در بدو ورود بیمار صادر می گردد و به بیمار تحویل داده می شود.
- پرستار مشخصات شناسایی پرونده و دستبند شناسایی را مطابقت داده و دستبند را بر روی قسمت مچ دست فاقد سرم می بندد.
- در صورتی که بیمار تنها یک اندام فوقانی دارد و در آن سرم وصل می باشد، دستبند بر روی بازوی همان دست قرار داده می شود و در صورتی که هر دو اندام فوقانی قطع باشد دستبند بر روی مچ پای بیمار بسته می شود.
- در صورتی که چهار اندام مشکلی مانند سوختگی داشته باشد و قابل قرار دادن دستبند شناسایی نباشند از گردن آویز حاوی مشخصات شناسایی بیمار استفاده می گردد. (گردن آویز برای استفاده در این موارد در دفتر پرستاری قرار داده شده است، توسط مسئول بخش از مدیر دفتر پرستاری درخواست شود)

در سیستم رنگ بندی، برچسب " قرمز" برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، استفاده میشود.

و برچسب " زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتال به زخم فشاری، در معرض خطر

سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار میگیرد. (برچسب های رنگی پس از ارزیابی بیمار بر

روی دستبند شناسایی بیمار الصاق می شود)

روش اجرایی شناسایی بیماران بستری

الف) بیماران دارای هویت مشخص:

1. پرسنل پذیرش با توجه به اطلاعات مندرج در دفترچه بیمه یا کارت شناسایی بیمار نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و دیگر اطلاعات را در صفحه پذیرش ثبت می نماید و در صورتیکه کارت شناسایی یا دفترچه بیمه به همراه نداشت با توجه به گفته های بیمار یا همراه وی شناسه های اصلی شناسایی بیمار را ثبت می نماید.

2. پرسنل پذیرش دستبند شناسایی نسخه چاپی حاوی نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده را به بیمار یا همراه وی تحویل می دهد و به آنها در مورد اهمیت حفاظت از آن تا آخرین لحظه که در بیمارستان است آموزش می دهد .
 3. در صورتیکه بیمار بیهوش، دارای اختلال روانی، نوزاد، کودک و یا ناتوان در تکلم باشد، همراه بیمار به عنوان مخاطب در تایید شناسه های شناسایی به صورت فعال مورد خطاب قرار می گیرد.
 4. در صورتیکه نوزاد به عنوان بیمار به بیمارستان آورده شده است و هنوز دارای شناسنامه یا دفترچه بیمه نشده است پرسنل پذیرش از نام و نام خانوادگی مادر برای تشکیل پرونده استفاده می کند و تاریخ تولد را براساس آنچه در گواهی تولد ثبت شده قرار می دهد همچنین جنسیت نوزاد را نیز در پرونده ثبت می شود و در بدو پذیرش بیمار در بخش دو عدد دستبند شناسایی دست نویس حاوی نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ تولد، جنسیت و شماره پرونده نوزاد تهیه و بر یک دست و یک پای نوزاد ثابت می شود.
 5. پرستار پذیرش کننده بیمار قبل از شروع اقدامات درمانی و تشخیصی اطلاعات ثبت شده بر روی دستبند شناسایی را به صورت کامل با پرونده بیمار مطابقت می دهد .
 1. پرستار به صورت فعال از بیمار یا همراه وی نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد را می پرسد و با دستبند شناسایی مطابقت می دهد و در آخر دستبند را بر روی ترجیحا دست غالب یا دستی که سرم به آن وصل نمی باشد ثابت می نماید و به بیمار در مورد اهمیت حفظ و دلیل استفاده از آن آموزش می دهد.
- تاکید می شود هیچ گاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود .**
2. پزشک و پرستار قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی، تشخیصی، آزمایشگاهی از قبیل تجویز دارو ، گرفتن نمونه آزمایشگاهی، تزریق خون و فرآورده های خونی، از بیمار نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد را پرسیده و شماره پرونده مندرج بر دستبند شناسایی را با پرونده بیمار مطابقت می دهند.
 3. کمک بهیار و بیمار بر قبل از هرگونه اقدام از قبیل کمک به خروج بیمار از تخت یا انتقال بیمار به بخش ها و واحدهای دیگر از بیمار نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد را پرسیده و با دستبند شناسایی و پرونده مطابقت می دهند.
 4. پزشک، پرستار، منشی بخش و پرسنل پاراکلینیک سه شناسه اصلی شناسایی بیمار را بر روی تمام اوراق مورد استفاده در پرونده ثبت می نمایند.
- (ب) نوزادان متولد شده در بیمارستان:**
1. در صورتی که نوزاد در همین مرکز متولد شود کارشناس مامایی زایشگاه بلافاصله پس از تولد نوزاد دو عدد دستبند شناسایی حاوی نام و نام خانوادگی و کد پذیرش مادر، تاریخ و ساعت تولد و جنسیت نوزاد به صورت چاپی یا دست نویس تهیه و قبل از خروج نوزاد از اتاق زایمان به دو اندام نوزاد که ترجیحا یک دست و یک پا می باشد ثابت می نماید و به مادر یا همراه وی در مورد اهمیت حفظ آن تا آخرین لحظه حضور در بیمارستان آموزش می دهد و آموزش را در پرونده ثبت می نماید
 2. در صورتی که نوزاد در اتاق عمل به روش سزارین به دنیا بیاید دو عدد دستبند دست نویس حاوی نام و نام خانوادگی و کد پذیرش مادر، تاریخ و ساعت تولد و جنسیت نوزاد قبل از جداشدن نوزاد از مادر توسط پرستار سیرکولار تهیه می گردد و بر روی یک دست و یک پای نوزاد ثابت می گردد و نوزاد همواره در کنار مادر نگهداشته می شود.
 3. در صورتی که نوزاد دو قلو و یا سه قلو است بر روی باند شناسایی آنها قید کنید .
 4. نوزاد در تمام ساعات در کنار مادر که دارای دستبند شناسایی است نگهداری می گردد.

5. در صورتی که نیاز به بستری مادر و خروج نوزاد از اتاق مادر یا بیمارستان وجود داشته باشد مشخصات فرد تحویل گیرنده نوزاد با استفاده از مدارک شناسایی معتبر چک و در پرونده ثبت می گردد.
6. در صورتی که نوزاد نیاز به بستری داشته باشد علاوه بر نوزاد، مادر یا همراه نوزاد همواره دستبند شناسایی حاوی اطلاعات نوزاد را به همراه دارند و توسط پرستار بخش نوزادان قبل از هر تماس با بیمار چک و تایید می گردد .
7. پزشک، پرستار و پرسنل پاراکلینیک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی، تشخیصی و یا آزمایشگاهی شناسه های اصلی شناسایی بیمار را با دستبند شناسایی نوزاد چک و با پرسیدن فعالانه از همراه وی آن را چک مجدد می نمایند.
8. در زمان ترخیص نوزاد و تحویل آن به خانواده، پرستار به صورت فعال شناسه های اصلی شناسایی بیمار را چک و دستبند را باز و در پرونده مشخصات تحویل گیرنده را ثبت می نماید.

ج) شناسایی بیماران مجهول الهویه:

1. پرسنل پذیرش اطلاعات بیمار مجهول الهویه را شامل جنسیت، تاریخ و ساعت ورود و تشخیص پزشک را از پرستار به صورت مکتوب تحویل می گیرد و در پرونده ثبت می نماید و دستبند شناسایی حاوی تاریخ و ساعت ورود، شماره پرونده و جنسیت صادر و به مسئول شیفت بخش بستری کننده تحویل می دهد.
2. در صورتی که بیش از یک بیمار مجهول الهویه در بخش وجود داشته باشد، به آنها براساس تاریخ و ساعت ورود شماره 1 و 2 و... داده می شود و از زن/ مرد/ کودک نیز استفاده می گردد. به طور مثال بیمار مجهول الهویه زن 1 و یا بیمار مجهول الهویه مرد 2
3. به محض مشخص شدن هویت بیمار پرستار به واحد پذیرش اطلاع می دهد تا مشخصات بیمار در پرونده سیستمی و دستبند شناسایی اصلاح گردد.
4. پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی، درمانی و یا آزمایشگاهی دستبند شناسایی بیمار را چک و با پرونده مطابقت می دهند.

د) بیمار فاقد دستبند شناسایی:

1. در ابتدای تمام شیفت های کاری دستبند شناسایی بیماران چک می شود و در صورت فقدان دستبند سرپرستار یا مسئول شیفت سریعاً درخواست صدور دستبند را ارسال و نسبت به دریافت و نصب دستبند پیگیری می نماید.
2. برای شناسایی بیماران هوشیار و دارای همراه که دستبند شناسایی را به همراه ندارند و نیاز به انجام اقدام تشخیصی یا درمانی به صورت فوری دارند در زمانی که هنوز دستبند جدید تحویل نشده است، پزشک، پرستار و پرسنل پاراکلینیک از روش اجرایی شناسایی فعال به معنی پرسیدن نام و نام خانوادگی بیمار و تاریخ تولد وی از بیمار یا همراه وی برای احراز هویت استفاده می نمایند.
3. در صورتی که بیمار نوزاد باشد و در بخش نوزادان بستری باشد پرستار تمام نوزادان را احراز هویت می نماید و سپس طبق مندرجات پرونده درخواست تهیه دستبند شناسایی جدید به واحد پذیرش می دهد.
4. برای شناسایی بیماران بدون همراه، غیر هوشیار هوشیار، دارای اختلال روانی، دونفر کارشناس پرستاری با احراز هویت تک تک بیماران اقدام به شناسایی صحیح بیمار فاقد دستبند نموده و درخواست تهیه دستبند شناسایی در اسرع وقت به پذیرش ارسال می گردد و همواره تا زمان تهیه دستبند شناسایی قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی درمانی هویت بیمار توسط دو کارشناس پرستاری تایید می گردد.

ه) شناسایی بیماران با اسامی مشابه:

1. مسئول شیفت در ابتدای هر شیفت وجود بیماران با تشابه اسمی را به اطلاع تمام کارکنان شیفت می رساند .

2. در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، در زمان پذیرش، نام پدر بیمار نیز بر روی دستبند شناسایی درج می گردد.

و با عبارت " احتیاط : بیمار با اسامی مشابه " بر روی پرونده و کاردکس بیمار مشخص می شود.

3. پزشک، پرستار و کارکنان پاراکلینیک برای شناسایی بیمار از سه شناسه نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده استفاده می نمایند و بدون چک شماره پرونده و تایید آن هیچ اقدامی برای بیمار انجام نمی دهند.

4. از آنجا که ممکن است در بخش های دیگر بیمارستان بیماران با نام های مشابه وجود داشته باشد و کارکنان از وجود آن مطلع نباشند و چند بیمار با نام مشابه به یک اقدام پاراکلینیک یکسان مانند آزمایش خون نیاز داشته باشند، تمام واحدهای پاراکلینیک از سه شناسه نام و نام خانوادگی، تاریخ تولد و شماره پرونده برای شناسایی بیماران استفاده می کنند و اگر نمونه ای حاوی این سه شناسه نبود به بخش مربوطه بازگردانده می شود.

ن) شناسایی صحیح بیماران قبل از انتقال خون :

1. به منظور اطمینان از اینکه خون صحیح به بیمار صحیح انتقال می شود ، ضروریست پرستار قبل از انتقال خون از بیمار درخواست نماید که نام و نام خانوادگی و نام پدر خود را بصورت کلامی ادا نماید و سپس نام و نام خانوادگی بیمار را با مشخصات مندرج بر روی باند شناسایی و یا پرونده بیمار مطابقت دهد.

2. در صورتی که بیمار بیهوش و یا نوزاد است و یا قادر به بیان کلامی نام و نام خانوادگی خود نمی باشد، پرستار موظف است قبل از انتقال خون اطلاعات مندرج بر روی باند شناسایی بیمار را با مشخصات پرونده بیمار مطابقت دهد .

3. ضروری است حداقل موارد با پرونده بیمار مورد بررسی قرار گیرند: نام و نام خانوادگی بیمار بصورت کامل نام پدر بیمار تاریخ تولد

امکانات و تسهیلات: کارتریج دستبند شناسایی، برچسب رنگی

منابع: دستورالعمل شناسایی بیماران

هدایت کننده: مدیر بیمارستان و سرپرستاران و مسئولین واحد ها

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



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS17		تعداد صفحات: 3	
هدف: اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار حین و پس از اعمال جراحی			
دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی			
شیوه انجام کار:			
<p>بیمار توسط پزشک جراح ویزیت شده اگر بیمار اورژانسی باشد از اورژانس به اتاق عمل و در غیر این صورت بادرستور بستری به بخش جراحی جهت درمان و آمادگی برای انتقال به اتاق عمل فرستاده شود.</p> <p>بیمار با داشتن دستور بستری پذیرش شده و تشکیل پرونده صورت گرفته و رضایت آگاهانه از بیمار جهت اقدامات درمانی گرفته شود و دستبند شناسایی به بیمار تحویل داده شود.</p> <p>بیمار در بخش بستری می شود و بعد از تعویض لباس با بخش و کارکنان، منشور حقوق بیمار و کارکنان و چگونگی رسیدگی به شکایات آشنا شود.</p> <p>از بیمار در مورد آلرژی غذایی و دارویی و حساسیت به چسب و داروها و بیماری قبلی یا زمینه ای سؤال شده و فرم آموزش مربوطه تکمیل شده و از بیمار امضا گرفته شود.</p> <p>از بیمار رگ گرفته شده خط مشی شناسایی بیمار اجرا و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیک قبل عمل انجام و دستورات پزشک توسط پرستار کار دکس و اجرا شود.</p> <p>ناحیه عمل توسط پزشک مشخص و توسط خدمات شیو شود.</p> <p>در صورت داشتن دستور عمل و نیاز به ناشتایی قبل از عمل:</p> <p>اطفال زیر 6 ماه: مایع شفاف: 2 ساعت شیر: 4 ساعت</p> <p>کودک بین 6 تا 36 ماه: مایع شفاف: 3 ساعت شیر و سایر: 6 ساعت</p> <p>بالای 36 ماه: مایع شفاف: 3 ساعت شیر و سایر: 8 ساعت</p> <p>تحویل بیمار به طور کامل توسط پرستار مسئول بیمار به پرسنل اتاق عمل انجام شود کلیه اطلاعات بیمار از جمله بیماری زمینه ای، بیماری های عفونی و واگیر دار، داروهای دریافتی، مشاوره ها، جواب آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی و..... نوع عمل جراحی حتما در هنگام تحویل بیمار ذکر شود.</p> <p>قبل از بیهوشی بیمار، هویت و محل عمل و رضایت خود را تصدیق کند.</p> <p>قبل از برش جراحی نام عمل و جایی که باید برش بر روی آن انجام شود مشخص شود.</p> <p>رعایت نکات کنترل عفونت قبل از انجام هر کاری برای بیمار توسط تیم درمان الزامی می باشد.</p> <p>مراقبت پس از عمل در اتاق عمل:</p>			

- 1- پرستار ریکاوری بعد از ورود بیمار، گزارش کامل وضعیت بیمار را از پزشک و پرستار انتقال دهنده می گیرد. این گزارش شامل مشخصات کامل بیمار، نوع عمل، نوع اقدامات انجام شده، نوع مراقبت ها و دستورات بعد عمل، میزان خونریزی، میزان مایعات دریافت شده و دفع شده، وضعیت علائم حیاتی و ... باشد.
 - 2- بسته به نوع عمل، سر تخت را 30 درجه بالا آورده و در صورت عدم مشکل در مهره های گردنی، وضعیت ریکاوری به سر و چانه بیمار دهد.
 - 3- در صورت بروز دیسترس تنفسی، علاوه بر وضعیت ریکاوری از air way هم استفاده کند و وضعیت تنفسی را کنترل کند.
 - 4- بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی و پالس اکسیمتری و اکسیژن متصل کند.
 - 5- رنگ پوست و مخاط دهان، لبها، ناخن ها و لاله گوش را از نظر سیانوز کنترل کند.
 - 6- سرم ها را راه اندازی کرده و داروهای دستور داده شده را تجویز کند.
 - 7- محل پانسمان و درن ها را از نظر خونریزی غیر طبیعی کنترل کند.
 - 8- علائم حیاتی را کنترل کرده و در برکه مخصوص ثبت کند.
 - 9- در صورت داشتن گچ و باند محکم حتما سیستم عصبی عروقی ناحیه را کنترل کرده و در صورت نیاز به هر نوع تغییر در گچ و بانداژ جراح رادر جریان قرار دهد.
 - 10- کلیه ی موارد غیر طبیعی را ثبت کرده و به جراح گزارش دهد.
 - 11- حین انتقال بیمار به بخش نیز شرح مختصر و کاملی از وضعیت بیمار به پرستار مسئول بیمار دهد.
 - 12- قبل از ترک اتاق عمل شمارش وسایل، گازها و سوزن ها توسط پرستار اتاق عمل صورت گیرد.
 - 13- کنترل دقیق علائم حیاتی و سطح هوشیاری انجام شود.
 - 14- خلوت بیمار را با کشیدن پرده، بستن درب یا قرار دادن پاراوان فراهم کند.
 - 15- قبل از رفتن به بخش با هماهنگی مسئول اتاق عمل از آگاهی و آمادگی بخش اطمینان حاصل کند.
- ___ پس از ورود به بخش، مشخصات بیمار را با مسئول بخش به طور مجدد کنترل کند.
- ___ برانکارد را کنار تخت برده و پس از قفل کردن آن، به بیمار در انتقال کمک کند.
- ___ در حین و بعد از انتقال در صورت داشتن سرم، سوند یا انواع کاتتر ها آن ها را به نحو صحیح و ایمن حفظ و ثابت کند.
- ___ کلیه وسائل مورد نیاز بیمار را پس از کنترل مسئول بخش با توجه به تعداد و نوع آن تحویل گیرد.
- ___ نرده های دو طرف برانکارد را بالا بکشد.
- ___ در طول انتقال بیمار را به آرامی منتقل کرده و با او ارتباط برقرار کند.
- ___ جهت حفظ حریم بیمار پوشش مناسب برای وی فراهم کند.
- ___ پوزیشن صحیح برای بیمار توسط پرستار داده شود.
- ___ تغییرات سطح هوشیاری و علائم حیاتی و علائم خطر از جمله خونریزی و.... به پزشک معالج توسط پرستار اطلاع داده شود.

- _ انجام به موقع گرافی هاوسی تی اسکن های خواسته شده توسط پرستار انجام شود.
- _ مستندسازی اقدامات انجام شده توسط پرستار به صورت دقیق و کامل انجام شود .

منابع : کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری ودستوالعمل جراحی ایمن

هدایت کننده:مسئول بخش و سرپرستار اتاق عمل و سرپرستار بخش ها

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری سرپرستاران



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS18		تعداد صفحات: 3	
<p>هدف: ارائه مراقبت مادر پرخطر که دارای یک یا چند مشخصه شامل (اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر، سیگار دخانیات، بارداری اول در سنین زیر 18 سال و بالای 35 سال، بارداری پنجم و بالاتر، بیماری های سیستمیک مادر (فشار خون، دیابت، صرع، بیماری های قلبی عروقی.....) سابقه سقط های مکرر، ناسازگاری های خونی، سابقه نازایی و کاهش میزات بروز خطر مرگ و میر</p>			
<p>دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیکی</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <p>پزشک / ماما</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- از مادران شرح حال دقیق و معاینه شکمی و لگن انجام شود. 2- مادر از نظر مصرف مواد افیونی و مصرف همزمان سایر مواد و داروها ارزیابی شود. (اعتیاد به مواد مخدر، داروهای مخدر، سیگار، دخانیات) 3- علائم ترک و مسمومیت و سایر اختلالات روان پزشکی همزمان، بررسی شود. 4- عدم اقدام به ترک در سه ماهه اول بارداری و ارجاع به روان پزشک برای درمان جایگزین با متادون انجام شود. 5- اگر مادر شخصا اقدام به ترک نموده، سلامت جنین ارزیابی شود. 6- انجام آزمایش HIV در مادر معتاد تزریقی پیگیری شود. <p>(بارداری اول در سنین زیر 18 سال و بالای 35 سال، بارداری پنجم و بالاتر)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7- در مورد علائم خطر، رژیم غذایی پرکالری و پرپروتئین، بهداشت فردی، مراجعه برای دریافت مراقبت ها، استراحت و (مصرف قرص آهن آموزش داده شود). 8- به انجام زایمان در بیمارستان تاکید شود. 9- به غربالگری دیابت بارداری و بررسی دقیق فشارخون و انجام آزمایش های غربالگری سه گانه در هفته 16-18 و در صورت لزوم آمنیوسنتز توصیه و تاکید شود. <p>(بارداری با روشهای تنظیم خانواده)</p> <ol style="list-style-type: none"> 10- در صورت مشاهده نخ IUD در نیمه اول بارداری، جهت خروج اقدام شود. 11- در صورت عدم مشاهده نخ و عدم خروج IUD: ختم بارداری متناسب با سن جنین و در صورتی که مادر تمایل به حفظ بارداری دارد، علایم خطر آموزش داده شده و توصیه می شود در اولین فرصت در صورت بروز علایم خونریزی، تب، درد شکم جهت ختم بارداری مراجعه کند. 			

- 12- بارداری با قرص ها، آمپول ها: درخواست سونوگرافی، توجه به رشد جنین پیگیری شود.
- 13- بارداری با TL: درخواست سونوگرافی به منظور اطمینان از نبود حاملگی خارج از رحم انجام شود.
- 14- حاملگی ناخواسته: حمایت روانی مادر، آموزش خطرات مربوط به دستکاری و توجه به علائم سقط عفونی در مادر صورت گیرد.
- 15- سن بارداری نامشخص: گرفتن شرح حال دقیق و تعیین سن بارداری با سونوگرافی در ابتدای نیمه دوم و مطابقت با ارتفاع رحم انجام شود.
- 16- شغل سخت و سنگین: توجه بیشتر به وضعیت سلامت، تغذیه، و وزن گیری مادر، پرهیز از انجام کارهای سخت و سنگین آموزش داده شود.
- 17- در صورت سابقه زایمان زودرس و نوزاد کم وزن: به مادر برای کاهش فعالیت و استراحت بیشتر توصیه شود.
- 18- شیردهی همزمان با بارداری: ادامه شیردهی در بارداری حداقل تا پایان هفته بیستم و قطع شیردهی در صورت انقباضات رحمی و تاکید بیشتر به مادر در مورد رژیم غذایی پر کالری و پرپروتئین آموزش داده شده و تاکید شود.
- 19- فاصله بارداری تا آخرین زایمان کمتر از 3 سال: تاکید بیشتر به مادر در مورد رژیم غذایی پر کالری و پرپروتئین، مصرف 3-4 لیوان شیر در روز، رعایت بهداشت فردی، استراحت، مصرف آهن و مراجعه برای دریافت مراقبت آموزش و پیگیری شود.
- 20- قد کمتر از 150 سانتی متر: بررسی وضعیت لگن و تاکید بر انجام زایمان در بیمارستان توصیه شود.
- 21- مصرف الکل: بررسی سلامت جنین در سونوگرافی های سریال و مشاوره با خانواده انجام گردد.
- ناسازگاری های خونی: به خط مشی دسترسی به آمپول روگام مراجعه شود.
- (سوابق بارداری و زایمان و احتمال تکرار در بارداری فعلی)
- 1- پره اکلامپسی: توصیه به استراحت کافی و به پهلوی، مصرف ویتامین C و E، کلسیم و آسپرین با دوز پایین، کنترل دقیق فشارخون و آموزش علائم خطر به مادر گوشزد شده و به خط مشی پره اکلامپسی مراجعه شود.
 - 2- چند قلوبی: اندازه گیری ارتفاع رحم و تطبیق با سن بارداری، سونوگرافی در هفته 16-20 انجام شود.
 - 3- دکولمان / جفت سرراهی: سونوگرافی در هفته 26-30 و اندازه گیری دقیق فشارخون، تشخیص دقیق بیماری زمینه ای مانند دیابت و فشارخون بالا، تشخیص چند قلوبی و پلی هیدروآمنیوس پیگیری شود
 - 4- سزارین: آموزش علائم زایمانی و تعیین زمان سزارین به مادر باردار آموزش داده شود.
 - 5- سقط مکرر و سقط دیررس: بررسی آنومالی رحم و طول سرویکس از طریق سونوگرافی، بررسی آنتی فسفولیپیدها و بیماری زمینه ای مادر و آمنیوسنتز جهت تعیین کاربوتایپ جنین انجام شود.
 - 6- مرده زایی: درخواست GCT در اولین مراجعه و تست تحمل گلوکز در هفته 24-28 و انجام آزمایش بررسی سلامت جنین از هفته 28 بارداری به بعد و مداخله زایمانی پیگیری شود.
 - 7- مول، حاملگی نابجا: سونوگرافی در هفته 6-10 انجام و به مصرف قرص اسید فولیک به خصوص در سه ماهه اول بارداری تاکید شود.
 - 8- نازایی: سونوگرافی در هفته 16-20 برای تعیین دقیق سن و تعداد جنین در خواست و انجام آن پیگیری شود.

9- نوزادان با وزن کمتر از 2500 گرم و بیشتر از 4000 گرم: تعیین دقیق سن بارداری، بررسی مادر از نظر بیماری زمینه ای، چک BS نوزاد در ساعت اول و ششم تولد بررسی و ثبت گردد .

10- سابقه نوزاد ناهنجار: تاکید به مصرف روزانه 4 میلی گرم اسید فولیک پیش از بارداری تا هفته 16 ، سونوگرافی در هفته 16-

20، تصمیم گیری جهت ادامه یا ختم بارداری بر اساس وجود آنومالی ، مشاوره با خانواده و کسب مجوز قانونی جهت ختم بارداری، بررسی نوزاد پس از تولد از نظر وجود آنومالی پیگیری و آموزش داده شود.

منابع: کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری

هدایت کننده: معاون درمان مسئول بخشها و سرپرستار بخش ها

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری سرپرستار بخش سوپروایزر بالینی مسئول بلوک زایمان



عنوان دستورالعمل:

آمادگی، مراقبت و پایش مستمر قبل، حین و پس از انواع اسکوپ‌ها



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

تاریخ ابلاغ: 95 / 7 / 15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	خرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS19		تعداد صفحات: 3	
<p>هدف: رعایت الزامات ایمنی، ایجاد آمادگی لازم برای انجام پروسیجرها و کم کردن عوارض و کاهش مخاطرات</p> <p>دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیکی</p> <p>روش انجام کار:</p> <p>قبل از انجام اندوسکوپی:</p> <p>پرستار موظف است قبل از انجام اندوسکوپی موارد زیر را رعایت نماید:</p> <ul style="list-style-type: none"> -چک دستور پزشک -آموزش به بیمار -چک ناشتا بودن بیمار 6 تا 8 ساعت قبل از انجام اندوسکوپی. -بیرون آوردن دندان مصنوعی - گرفتن رضایت از بیمار و همراه وی. -گرفتن رگ وریدی در صورت نیاز به آرامبخش طبق دستور پزشک. -برگه رضایت تکمیل و ضمیمه پرونده شود. -خدمات مورد نیاز در سیستم HIS ثبت شود. <p>حین انجام اندوسکوپی:</p> <p>پرستار موظف است در زمان انجام اندوسکوپی موارد زیر را رعایت نماید:</p> <ul style="list-style-type: none"> -رضایت بیمار توسط پزشک چک و تأیید شود. -هویت بیمار تأیید گردد. -از عملکرد سرم بیمار اطمینان حاصل نماید و سرم بیمار در جریان باشد. -طبق دستور پزشک با توجه به سن بیمار به بیمار آرامبخش تزریق نماید. -بیمار را مانیتور کرده و علائم حیاتی بیمار چک شود. <p>بعد از انجام اندوسکوپی:</p> <p>پرستار موظف است بعد از انجام اندوسکوپی موارد زیر را رعایت نماید:</p> <ul style="list-style-type: none"> -چک کردن علائم حیاتی و سطح هوشیاری بیمار. -آموزش موارد زیر به بیمار در بیمارستان سرپایی: -از بیمار بخواهیم تا برنگشتن رفلکس کامل بلع 2 تا 4 ساعت بعد از انجام اندوسکوپی ناشتا باشد. -در صورت گرفتن آرامبخش بعد از اندوسکوپی رانندگی نکند. -نمونه پاتولوژی و برگه نمونه برداری را تحویل بگیرد و به آزمایشگاه تحویل دهد. -زمان و محل مراجعه بعدی را با پزشک هماهنگ کند. 			

-هماهنگی با بخش مربوطه برای تحویل بیمار وارائه آموزش های لازم به آنها (برای بیماران بستری)

قبل از انجام کلونوسکوپی:

- دستور پزشک توسط پرستار چک شود.
- برگه رضایت آگاهانه توسط پرستار مجددا چک شود. با پزشک متخصص گوارش توسط پرستار مربوطه تماس گرفته شود و زمان کلونوسکوپی توسط متخصص گوارش تعیین شود.
- شناسایی فعال بیمار انجام شود.
- آموزش و توضیحات لازم به بیمار و همراهان داده شود.
- آمادگی بیمار انجام شود.
- وسایل مورد نیاز جهت کلونوسکوپی در سیستم ثبت شود.
- بیمار توسط پرستار به کلونوسکوپی فرستاده شود.
- خدمات مورد نیاز در سیستم HIS ثبت شود.

حین انجام کلونوسکوپی:

اقدامات پزشک:

- دستور انجام کلونوسکوپی در پرونده بیمار توسط پزشک نوشته شود.
- برگ مشاوره تکمیل و ضمیمه پرونده شود.
- پرستار موظف است حین انجام کلونوسکوپی موارد زیر را رعایت کند:
- شناسایی هویت بیمار
- انتقال بیمار به روی تخت انجام کلونوسکوپی
- اطمینان حاصل کردن از در جریان بودن سرم بیمار.
- از بیمار بخواهد آرامش خود را حفظ نماید.
- در صورت لزوم طبق دستور پزشک قبل از انجام کلونوسکوپی با توجه به سن بیمار آرام بخش (میدازولام) تزریق نماید.
- بیمار را مانیتور کرده و علائم حیاتی بخصوص تنفس بیمار را چک نماید.

بعد از انجام کلونوسکوپی:

- پرستار موظف است بعد از انجام کلونوسکوپی موارد زیر را رعایت کند:
- بیمار را از نظر سطح هوشیاری و علائم خونریزی و علائم حیاتی کنترل نماید.
- به بیمار موارد زیر را آموزش دهد:

- به بیمار گفته شود که پس از کلونوسکوپی به دلیل جمع شدن هوا در روده هنگام کلونوسکوپی کمی دل درد خواهد داشت برای خروج گاز ها بهتر است قدم بزند.
- در صورت وجود عوارضی چون خونریزی، تب و درد غیرطبیعی پزشک را مطلع نماید.
- در صورت تزریق آرامبخش پس از کلونوسکوپی رانندگی نکند.
- از بیمار بخواهید تا زمانی که هوشیاری خود را به دست نیاورده است ناشتا باشد و بعد از آن با مایعات شروع به خوردن کند.
- نمونه پاتولوژی و برگه ی نمونه برداری را تحویل بگیرد و به آزمایشگاه تحویل بدهد.
- زمان و محل مراجعه بعدی را با پزشک هماهنگ کند.

منابع:

هدایت کننده: مسئول واحد آندوسکوپی و پرستار بخش

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیریت پرستاری	مدیریت پرستاری سرپرستاربخش مسئول واحد آندوسکوپی



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS20		تعداد صفحات: 4	
هدف: انجام به موقع دیالیز و بهبود سریع حال عمومی بیمار			
دامنه کاربرد: بخش ای سی یو			
شیوه انجام کار:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. پرستار بیمار را پذیرش کرده و تخت بیمار را از روی دفتر تقسیم کار که توسط مسئول بخش از قبل مشخص گردیده را تعیین و بیمار را به تخت خود راهنمایی کند. (کنترل برگه رضایت انجام دیالیز توسط پرستار انجام شود) 2. پرستار بیمار را از نظر هپاتیت B و C و ایدز با توجه به آزمایشات ارزیابی کرده و اصول جداسازی بیمار را در صورت مثبت بودن رعایت کند. 3. پرستار اصول و احتیاطات همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماریهای منتقله از راه خون بین بیماران و از وسایل حفاظت فردی در تمام مدت همودیالیز استفاده نماید. 4. پرستار با توجه به وضعیت مددجو طبق دستور پزشک معالج صافی مناسب را جهت بیمار انتخاب می نماید. 5. پرستار دستگاه را به روش استاندارد شستشو-آماده و ست و پرایم نماید. 6. پرستار بیمار را قبل از شروع دیالیز (با توجه به شرایط بالینی بیمار) وزن کرده و در پرونده بیمار ثبت نماید. 7. پرستار موظف است از نحوه محاسبه وزن خشک آگاهی داشته و با توجه به آن میزان UF دستگاه را تنظیم نماید. 8. پرستار آگاهی لازم از نحوه دست یابی به عروق بیمار که شامل فیستول، کاتر شالدون و گرافت پوستی می باشد را داشته باشد. 9. پرستار قبل از شروع دیالیز کارکرد صحیح هر یک از دستگاهها را بررسی نموده و در صورت اطمینان از کارکرد صحیح آن دیالیز بیمار را شروع کند. 10. اقدامات پرستاری برای دستیابی به هر یک از راههای عروقی بیمار به شرح ذیل باشد. 			
<ul style="list-style-type: none"> • فیستول و کورتکس <ol style="list-style-type: none"> 1- پس از فیستول گذاری پرستاران باید محل فیستول را از نظر ترومبوز-عفونت-ادم-خونریزی و ترشح و قرمزی چک نماید. 2- پرستار وجود ارتعاش فیستول را با دست یا گوشی حس نماید. 3- 4-6 هفته لازم است تا بتوان از فیستول استفاده کرد. 4- پرستار به بیماران آموزش دهد پیش از هر تزریق عضو فیستول دار را با آب و صابون بشوید. 5- سوزن شریانی حداقل به فاصله 3 انگشت (5 سانتی متر) با محل فیستول فاصله داشته باشد. 6- از تزریق مکرر سوزن به یک نقطه پرهیز شود و همواره محل تزریق سوزنها تغییر کند. 7- پیش از تزریق محل با محلول های ضد عفونی کننده استاندارد به صورت دورانی تمیز و ضد عفونی گردد. 8- ترجیحاً جهت سوزن شریانی به سمت جریان خون و سوزن وریدی به سمت قلب باشد. 9- بین دو سوزن فاصله 8-10 سانتیمتر رعایت شود این عمل از بازگشت مجدد خون جلوگیری کند. 10- پرستار به منظور پیشگیری از خروج نیدل آنها را به وسیله چسب بر روی پوست با دقت فیکس نماید. • شالدون (کاتر وریدی مرکزی) <ol style="list-style-type: none"> 1- قبل از شروع همودیالیز محل ورود کاتر از نظر خونریزی-تورم- ترشح توسط پرستار ارزیابی گردد. 2- پرستار از بسته بودن کلیپس شاخه ها اطمینان حاصل نماید. 3- در شروع دیالیز سرپوش شاخه ها باز شده و ورودی و خروجی استریل نگه داشته شود. 			

- 4- پرستار توسط یک سرنگ هیپرن داخل شاخه ها را آسپیره کرده و تخلیه نماید.
- 5- پرستار لوله های شریانی و وریدی مورد نظر را به شاخه ها وصل کرده و کلیپس شاخه ها را باز کرده و همودیالیز را شروع کند.
- 6- پرستار پس از پایان دیالیز شاخه ها را با نرمال سالین شست و شو داده، هیپارینه کرده و با رعایت شرایط استریل سرشاخه ها را ضدعفونی و درپوش آن را قرار دهد.
- 7- محل خروج کاتتر توسط پرستار به روش استریل ضدعفونی و پانسمان گردد.
- 11- پرستار قبل از دیالیز بیمار را از نظر عوامل مستعد کننده به اختلالات الکترولیتی مانند اسهال و استفراغ بررسی نماید.
- در صورت وجود هر یک از علایم شرایط بیمار را به اطلاع پزشک مربوطه رسانده و دستورات لازم اجرا و در پرونده ثبت گردد.
- 12- پرستار بیمار را از نظر عوامل اختلالات همودینامیکی مانند افت یا افزایش فشار خون، اختلالات نبض و تنفسی و درجه حرارت کنترل نماید و در صورت وجود اختلال با هماهنگی پزشک مربوطه اختلالات را اصلاح و در پرونده ثبت نماید.
- 13- پرستار پس از اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه شستشو و پرایم کامل لاین ها و کویل نرمال بودن شرایط بیمار، همودیالیز بیمار را شروع نماید.
- 14- پرستار در زمان شروع دیالیز آموزش لازم جهت جلوگیری از خروج نیدل ها و شالدون و محدودیت مصرف غذا به جهت جلوگیری از افت فشار خون به بیمار دهد.

* پایش مستمر حین دیالیز

1. پرستار موظف است پس از شروع بیمار خود را در تمام ساعات انجام همودیالیز از نظر عوارض حین دیالیز (شامل: افت فشار خون، تهوع و استفراغ، کرامپ عضلانی، سردرد، افزایش فشار خون، خارش، واکنش های.....، لخته شدن) بررسی نماید و در صورت بروز هر یک از عوارض با مشورت با پزشک مربوطه اقدامات پرستاری لازم را جهت اصلاح عوارض ایجاد شده بعمل آورد.

-اقدامات لازم در صورت بروز عوارض حین دیالیز شامل موارد زیر باشد.

افت فشار خون:

- 1- تغییر پوزیشن بیمار به صورت پوزیشن شوک (سریابین، زیر پایی بیمار بالا)
- 2- کاهش یا قطع اولترا فیلتراسیون
- 3- دادن سرم نمکی و محلول های هیپرتونیک
- 4- کاهش دور پمپ
- 5- تنظیم پروفایل دستگاه توسط پرستار (سدیم بالای دستگاه، حرارت پایین دستگاه)

تهوع و استفراغ:

- 1- اصلاح فشار خون بیمار
- 2- تجویز داروهای ضد تهوع
- 3- عدم مصرف غذا حین دیالیز

کرامپ عضلانی:

- 1- اصلاح فشار خون بیمار با دادن سرم و محلول های هیپرتونیک
- 2- افزایش غلظت سدیم دستگاه
- 3- ماساژ محل بروز کرامپ

سردرد:

- 1- تجویز قرص استامینوفن
- 2- اصلاح فشار خون
- 3- کاهش دور پمپ

خارش:

- 1- تجویز داروهای ضدخارش طبق دستور پزشک
- واکنش های حساسیتی به صافی:

1- قطع فوری دیالیز و شستشوی صافی

2- تجویز آنتی هیستامین

3- استروئید تراپی

4- اکسیژن تراپی

لخته شدن:

تزریق مناسب هپارین

2- تعویض صافی و شروع مجدد دیالیز

3- جایگزینی خون و مایعات

همولیز:

1- توقف فوری پمپ و قطع دیالیز

2- کلمپ مسیر برگشتی و اوت کردن لاین ها و کوئل بیمار

3- تامین مایعات وریدی و خون

درد قفسه سینه:

1- کم کردن سرعت دیالیز

2- کاهش و قطع اولترافیلتراسیون

3- تجویز اکسیژن

4- تجویز مایعات و خون

TNG-5

6- مسکن و قطع دیالیز

7- در صورت عدم اصلاح

8- گرفتن **ECG**

آمبولی هوا:

1- کم کردن سرعت دیالیز

2- تجویز اکسیژن

3- کم کردن یا قطع

4- تجویز مایع-تزریق خون

5- تجویز **TNG** -مسکن و مخدر در صورت لزوم

6- گرفتن **ECG**

7- دادن پوزیشن آمبولی به بیمار(سر بیمار به طرف بالا -پایین تر از بدن و سمت چپ خم شود)

BP افزایش

1- برطرف کردن علت زمینه ای

2- تنظیم وزن خشک

3- انجام اولترافیلتراسیون

4- حفظ تعادل سدیم و مایعات حین دیالیز

5- افزایش کیفیت دیالیز

6- تنظیم غلظت مایع دیالیز

7- اصلاح و تجویز داروهای ضد فشار خون

عدم خروج سوزن های شریانی و وریدی

-پرستار پس از وارد کردن نیدل ها آنها را با چسب روی پوست بیمار کاملاً فیکس کند

-پرستار آموزش لازم را به بیمار داده تا در حین دیالیز از خروج نیدل ها جلوگیری لازم را به عمل آورد

-پرستار در تمام مدت دیالیز بیمار را از نظر فیکس بودن نیدل ها چک می کند

*پایش پس از دیالیز

1- توزین مجدد بیمار:

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

2- کنترل و انعقاد مناسب محل خارج کردن سوزن:

پرستار موظف است پس از اتمام همودیالیز محل خروج نیدل ها را با گاز آغشته به بتادین به مدت لازم فشار داده و پس از اطمینان از عدم خونریزی و ایجاد لخته و انعقاد مناسب محل را با پانسمان کوچک فیکس نماید. در صورت استفاده از شالدون پرستار موظف است اقدامات لازم را براساس استاندارد پایان دیالیز در جهت شستشو و هپارینه کردن لاینها در شرایط استریل انجام دهد و در پایان محل خروج را پانسمان نماید.

3-عدم وجود اختلالات همودینامیک:

پرستار موظف است قبل از opp کردن بیمار کلیه علائم حیاتی را که شامل T-R-P-BP را کنترل کرده و در صورت هرگونه اختلال با مشورت پزشک اقدامات لازم را انجام داده و تا زمانیکه وضعیت همودینامیکی بیمار پایدار نشده از خروج بیمار از بخش جلوگیری نماید.

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

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

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

-محلول های ضدعفونی تجهیزات و اندام ها

-فشارسنج

-دستگاه EKG

-ترازو

-پمفلت آموزشی

-پرونده بیمار

-ست پانسمان

منابع: کتاب پرستار دیالیز چاپ 1388 نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ 1387 نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت و درمان پزشکی

هدایت کننده: معاون درمان، مدیر پرستاری، سرپرستار ای سی یو

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیر پرستاری سرپرستار ای سی یو	مدیر پرستاری	ریاست بیمارستان



عنوان دستورالعمل:

آمادگی، مراقبت و پایش مستمر قبل، حین و پس از سیستم اسکوپ

تاریخ ابلاغ: 95 / 7 / 15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	خرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS21		تعداد صفحات: 2	
<p>هدف: برنامه ریزی و یکسان سازی مراقبت و پایش پس از اسکوپ ها / اطمینان از آمادگی بیماران برای اسکوپ ها جهت جلوگیری از لغو آنها / کاهش عوارض احتمالی پس از انجام اسکوپ ها</p> <p>دامنه کاربرد: پزشک متخصص / دستیار، پرستار / ماما، تکنسین اتاق عمل، متخصص / دستیار بیهوشی</p> <p>روش انجام کار:</p> <p>اطمینان از آمادگی قبل از سیستم اسکوپ</p> <p>پزشک معالج / دستیار ارشد با ارائه توضیحات کامل در زمینه عمل کولونوسکوپ و عوارض احتمالی و لزوم انجام آن به ولی قانونی اقدام به اخذ رضایت آگاهانه می نماید.</p> <p>پرستار / ماما / ارزیابی کننده بیمار جهت پیشگیری از انتقال آلودگی در صورتی که بیمار به بیماری های عفونی مسری (سل، کرونا و ویروس، انفلونزا، هپاتیت و ایدز) مبتلا باشد، باید به اطلاع پزشک / دستیار و کارکنان دخیل در انجام پروسیجر برساند.</p> <p>پرستار / ماما مسئول بیمار بایستی به بیمار در خصوص مشکلات احتمالی و اقدامات مراقبتی قبل از سیستم اسکوپ آموزشهای لازم را ارائه نماید</p> <p>این موارد عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استفاده از آنتی بیوتیک طبق دستور پزشک • اطمینان از خالی بودن مثانه • وجود درد مختصر در حین انجام پروسیجر • شل نمودن عضلات ناحیه لگن جهت کاهش درد • طبیعی بودن حس سوزش ادرار و پری مثانه و مختصر خونریزی در زمان انجام سیستم اسکوپ <p>پرسنل کمکی بخش بایستی کمک نمایند تا بیمار تمام لباسها و لباسهای زیر را خارج نموده و لباس مخصوص اتاق عمل بپوشد.</p> <p>مراقبت و پایش مستمر حین انجام سیستم اسکوپ</p> <p>پزشک / پرستار مسئول اتاق عمل بایستی از کارکرد صحیح دستگاه سیستم اسکوپ اطمینان حاصل نمایند.</p> <p>پرستار مسئول بیمار بایستی بیمار را، روی تخت با پاهای از هم باز در وضعیتی که دسترسی به مجرای ادراری راحت باشد، قرار دهد.</p> <p>نکته:</p> <p>الف: در صورتی که پروسیجر با بی حسی موضعی انجام شود از ژل های بی حسی طبق دستور پزشک استفاده میشود.</p> <p>ب: در صورتی که بیمار جهت انجام پروسیجر تحت بیهوشی قرار گیرد بایستی اقدامات زیر انجام شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پزشک / تکنسین / کارشناس بیهوشی باید از باز بودن راه هوایی بیمار اطمینان حاصل نماید. • پزشک / تکنسین / کارشناس بیهوشی باید در صورت نیاز ترشحات راه هوایی بیمار را ساکشن نماید. • پزشک / تکنسین / کارشناس بیهوشی باید مانیتورینگ مداوم قلبی ریوی و پالس اکسیمتری (کنترل علائم حیاتی) را انجام دهد. 			

- پزشک / تکنسین / کارشناس بیهوشی باید سطح هوشیاری بیمار را کنترل نماید.
- پرستار / امامای اسکراب باید خط وریدی بیمار و وضعیت هیدراتاسیون بیمار را کنترل نماید.
- پرستار / امامای اسکراب باید خونریزی محل عمل را کنترل نماید.
- پرستار / امامای اسکراب باید اتصالات بیمار را چک نماید.

مراقبت و پایش مستمر پس از سیستم اسکوپ:

- پرستار / امامای مسئول بیمار باید موارد زیر را پس از اتمام پروسیجر به بیمار آموزش میدهد:
 - طبیعی بودن سوزش ادرار، خون در ادرار و درد خفیف
 - مصرف مایعات فراوان
 - استراحت در روز انجام پروسیجر
 - مصرف داروی تجویز شده توسط پزشک اورولوژی
 - طبیعی بودن احساس پر بودن مثانه یا تکرر ادرار (تند تند رفتن به دستشویی)
 - طبیعی بودن درد کم و خونریزی و سوزش در مجاری ادراری
 - عدم رانندگی پس از انجام پروسیجر

در صورت بروز موارد زیر به پزشک مراجعه نماید:

* پرستار / امامای مسئول بیمار بایستی به بیمار آموزش دهد که در صورت بروز این عوارض (خونریزی شدید و مداوم بعد از گذشت چند روز، تب و لرز، علائم ادراری مانند: سوزش ادرار، تکرر ادرار و بوی بد ادرار، عدم توانایی در ادرار کردن) احتیاس ادرار و... به پزشک مراجعه نماید

امکانات مورد نیاز: برانکارد / ویلچر دارای کمربند، کپسول اکسیژن، ساکشن، پالس اکسیمتر، پرونده بیمار، گرافیهای بیمار، ترمومتر، گوشی پزشکی و فشارسنج، ترالی اورژانس، دستگاه مخصوص اسکوپ

منابع:

هدایت کننده: مدیریت پرستاری / سرپرستار بخش

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



عنوان کد دستورالعمل:

رعایت الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق

عمل



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS22		تعداد صفحات: 2	
تعاریف: بیمارانی که در خارج از اتاق عمل در شرایط اورژانسی غیراورژانس تحت اعمال جراحی قرار میگیرند.			
هدف: برقراری استانداردهای تکنیکهای جراحی			
دامنه کاربرد: : اتاق عمل سرپایی اورژانس، اتاق زایمان			
<p>1. شیوه انجام کار:</p> <p>1- تهیه و الصاق دستبند شناسایی بیماران توسط واحد پذیرش و پرستار انجام می گردد.</p> <p>2- شناسایی بیمار بادو شناسه توسط کارکنان بیمارستان قبل از هر گونه اقدام تهاجمی انجام می گردد. (رعایت اصول شناسایی صحیح بیمار توسط کلیه اعضای تیم)</p> <p>3- محل و موضع انجام اقدام تهاجمی مورد نظر به درستی قبل از انجام آن توسط پرستار و پزشک مشخص و علامت گذاری شود.</p> <p>4- مراقبت های قبل از انجام اقدام تهاجمی از جمله NPO بودن و مدت زمان لازم برای NPO بودن، شیو در صورت نیاز – مصرف دارو یا ماده مورد نیاز قبل از انجام اقدام تهاجمی توسط پرستار بررسی شده و به بیمار آموزش می دهد.</p> <p>5- لباس تمیز و استریل مخصوص ، توسط پرستار به بیمار داده می شود.</p> <p>6- محل انجام پروسیجر تمیز و استریل باشد و توسط پرستار چک می شود.</p> <p>7- وسایل لازم جهت پروسیجر از قبل توسط پرستار آماده می شود.</p> <p>8- به بیمار در خصوص نحوه عملکرد عوارض انجام پروسیجر و همچنین عوارض عدم انجام و مزایای اقدام تهاجمی مورد نظر توسط پرستار و پزشک توضیح داده می شود.</p> <p>9- رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی بیمار توسط انجام دهنده پروسیجر اخذ می گردد.</p> <p>10- حفظ حریم خصوصی بیمار و رعایت اصول ایمنی و حفاظت بیمار برای جلوگیری از سقوط از تخت توسط اعضای تیم چک می شود.</p> <p>11- قبل از شروع پروسیجر محیطی آرام و بدون استرس توسط پرستار برای بیمار فراهم شود و به سوالات و ابهامات بیمار پاسخ داده می شود.</p> <p>12- در هنگام انجام اقدامات تهاجمی و غیر تهاجمی اصول استریل توسط پزشک و پرستار انجام می شود.</p> <p>13- پس از انجام پروسیجر ، اقدامات جهت سدیشن بیمار توسط پرستار با دستور پزشک انجام می شود.</p>			

14- در صورت داشتن نمونه در طی انجام پروسیجر توسط پرستار برچسب مشخصات بر روی نمونه ها زده شده و طبق دستورالعمل

نحوه نگهداری و انتقال نمونه ها به آزمایشگاه ، نمونه ها ارسال می شود.

15- پس از انجام پروسیجر ، پایش علائم حیاتی توسط پرستار انجام می شود.

16- در صورت نیاز طبق دستور پزشک ، پروفیلاکسی قبل و بعد از انجام پروسیجر توسط پرستار داده می شود.

17- رعایت اصول ایمنی در رابطه باتجهیزات(کالیبراسیون -بررسی های دوره ای و....)

18-مسئول کنترل عفونت آموزش های لازم درخصوص ضدعفونی ونحوه نگهداری تجهیزات مربوط به اقدامات تهاجمی خارج از

اتاق عمل را به کارکنان بخشهای درمانی مختلف ارائه می دهد.

19-مسئول کنترل عفونت روش های بهداشت دست واسکراپ جراحی را به کلیه پرسنل آموزش می دهد.

20-مسئول کنترل عفونت آموزش های لازم را در خصوص انجام هرگونه اقدام تهاجمی استریل در اتاق عمل را به کلیه کارکنان

میدهد.

21-مسئول بخش پک استریل جهت انجام اقدامات تهاجمی استریل را تهیه می کند و در اختیار پرسنل قرار میدهد.

22-مسئول کنترل عفونت آموزشهای لازم را در مورد نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی و نحوه بازکردن بسته های استریل و

نحوه پوشیدن گان و دستکش به روش استریل به کارکنان ارائه می دهد.

23-پزشک مربوطه در زمان انجام اقدام تهاجمی بعداز پوشیدن گان و دستکش استریل ناحیه اقدام تهاجمی رابا بتادین ضدعفونی

می نماید

امکانات و تسهیلات : لوازم حفاظت فردی / دارو و لوازم مصرفی جهت انجام پروسیجر

منابع: دستورالعمل ایمنی بیمار

هدایت کننده: پزشک معالج - سر پرستار

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیریت خدمات پرستاری	مدیریت خدمات پرستاری سرپرستار بخش کارشناس کنترل عفونت



عنوان دستورالعمل:

آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS23		تعداد صفحات: 1	
<p>هدف: با ارائه آموزش های خود مراقبتی به بیماران به منظور کاهش مدت زمان بستری و هزینه های بستری، پیشگیری از مراجعه مجدد بیماران به مراکز درمانی و همچنین توانمند سازی بیماران و خانواده های آنان در مورد رفتارهای بهداشتی و انجام فعالیتهای خود مراقبتی در راستای ارتقاء سطح سلامت آنان می شود.</p>			
<p>تعاریف: آموزش به بیمار فرآیندی است که فرصت های یادگیری را برای بیمار و خانواده وی در زمینه بیماری، درمان و افزایش مهارت ها فراهم می کند.</p>			
<p>دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> نیازهای یادگیری (چهره به چهره، کارگروهی، پمفلت، فیلم و یا پوستر و رسانه های آموزشی)، توانها، اولویت ها و آمادگی مددجو برای یادگیری را بررسی کنید. اعتقادات مذهبی، فرهنگی، موانع عاطفی و زبانی و مسائل مالی مراقبت ها را مورد ارزیابی قرار دهید. با در نظر گرفتن سن مددجو و طول مدت بستری در بیمارستان و ارزیابی نیازهای آموزشی نسبت به ارائه آموزش اقدام کنید. استفاده درست و ایمن داروها را آموزش دهید. مددجویان را در مورد واکنش های غذایی و دارویی آموزش دهید. به مددجویان در مورد تغذیه و اصلاح رژیم های غذایی آموزش دهید. به مددجویان در مورد روش های نوتوانی جهت کمک به سازگاری با فعالیت مستقل آموزش دهید. به مددجویان در مورد زمان و نحوه درمان آموزش بدهید. با توجه به سن و شرایط و سطح سواد و آگاهی بیمار از ابزار و امکانات مناسب استفاده کنید. با توجه به شرایط بیمار، موقعیت مناسب برای آموزش را انتخاب کنید. یافته های خود و روش آموزش را ثبت کنید. (فرم آموزش در زمان ترخیص به بیمار در منزل) 			
<p>منابع: مراقبتهای پرستاری در منزل: بررسی و برنامه ریزی مراقبت ترجمه: اکرم قهرمانیان و مژگان میر غفوروند، اعضای هیات علمی</p>			
<p>امکانات و تسهیلات: کتابچه های راهنمای بیمار - پمفلت های آموزشی - فرم های آموزش به بیمار</p>			
<p>هدایت کننده: مدیر پرستاری، رئیس بخش، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار، مسئول آموزش بیمار</p>			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
سوپروایزر آموزشی سرپرستار بخش ها مسئول آموزش به بیمار	مدیر پرستاری	ریاست بیمارستان	



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS24		تعداد صفحات: 2	
هدف: دریافت نتایج معوقه جهت اطلاعات بیماران نسبت به نتایج درمانی پس از ترخیص و استفاده از این اسناد در مراکز دیگر درمانی			
دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی و پاراکلینیکی			
شیوه انجام کار:			
نتایج بعضی از آزمایشات و یا اقدامات پاراکلینیک با تاخیر آماده می شوند که دسترسی به آنها با توجه به نوع اقدام و آزمایش، متفاوت و به شرح ذیل می باشد:			
1- برای دسترسی به نتایج اقدامات پاراکلینیک در حین بستری، موارد قابل پیگیری در کاردکس بیمار ثبت شود.			
2- در هر شیفت نتایج اقدامات توسط پرستار پیگیری، در پرونده بیمار ثبت شده و نتایج به اطلاع پزشک معالج برسد.			
3- در مورد نتایج تاخیری اقدامات پاراکلینیک، زمان نهایی آماده شدن نتایج در کاردکس بیمار ثبت و پیگیری شود.			
4- در حین ترخیص، پرستار مسئول بیمار توضیحات لازم را در مورد نتایج تست ها و آزمایشات معوقه و پیگیری زمان دقیق آن به بیمار و همراه وی ارائه دهد.			
5- پرستار لیست تست ها و آزمایشات نیازمند پیگیری را در فرم پیگیری نتایج آزمایشات معوقه در زمان ترخیص ثبت و به بیمار ارائه نماید .			
6- پرستار بیمار در آخرین گزارش پرستاری تستهای معوقه را به طور کامل با زمان پیگیری یادداشت نماید.			
7- در صورتی که بیمار چند روز پس از ترخیص جهت دریافت نتایج اقدامات پاراکلینیک مراجعه نماید، به واحد آزمایشگاه راهنمایی گردد .			
8- رپورت CT اسکن بیماران بستری حداکثر تا یک هفته و در موارد اورژانس بلافاصله پس از انجام آماده و در اختیار بخش قرار گیرد و در صورت ترخیص، بیمار یا همراه وی می توانند گزارش مورد نظر را از واحد مربوطه تحویل گیرند. پاسخ سی تی اسکن بلافاصله پس از انجام اقدام پاراکلینیکی در سیستم پکس موجود می باشد و توسط پزشک معالج قابل رویت است .			
<u>موارد مربوط به آزمایشگاه</u>			
1- در خصوص آزمایشات معوقه مانند آزمایشات تیروئیدی و پاتولوژی زمان آماده شدن جواب، توسط پرستار از آزمایشگاه پرسیده شده و در کاردکس و گزارش پرونده بیمار ثبت شود.			
2- در صورت آماده نبودن جواب آزمایشات در هنگام ترخیص، پیگیری نتایج معوقه اقدامات پاراکلینیک در فرم پیگیری نتایج آزمایشات معوقه در زمان ترخیص به همراه وی تحویل شده تا در زمان مورد نظر به واحد آزمایشگاه مراجعه نماید.			

3- معمولا نتایج آزمایشات روتین که در شیفت صبح انجام می شوند، ساعت 14 همان روز آماده هستند و در صورتی که بیمار در شیفت صبح ترخیص شود بر حسب نیاز جوابدهی اورژانسی در خواست و در صورت امکان با دریافت جواب و اطلاع به پزشک معالج فرایند درمان کامل گردد.

4- کشت های مختلف در صورتی که در شیفت صبح گرفته شوند، نتایج 48 ساعت بعد آماده شوند.

5- نتایج کشت گلو در مدت 72 ساعت آماده شود .

6- آزمایشات هورمونی شامل تیروئید تا یک هفته بعد آماده شوند.

7- آزمایشات پاتولوژی بطور معمول تا ده روز و در موارد اورژانس طی یک هفته انجام می گردد در مواردی که بدخیمی تشخیص داده شود. مراتب سریعاً به پزشک معالج و نیز از طریق شماره تلفن مندرج در فرم پاتولوژی به بستگان بیمار اطلاع داده شود.

منابع: کتاب مرجع استاندارد خدمات پرستاری

امکانات و تسهیلات :

هدایت کننده: مسئولین بخش ها، مسئول واحد آزمایشگاه و رادیولوژی و سرپرستاران

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول واحد رادیولوژی مسئول واحد آزمایشگاه سرپرستار بخش	مدیر پرستاری	ریاست بیمارستان



عنوان دستورالعمل:

بیماران عفونی نیازمند اعمال جراحی

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل : BH.INS25		تعداد صفحات : 2	
<p>هدف: لزوم رعایت احتیاطات استاندارد مبتنی بر تماسی و قطره ای و پیشگیری و کنترل عفونت بیماران کاندید عمل جراحی عفونی کلیه بیماران عفونی ، عفونت های باکتریایی ، ویرال ، مقاوم به دارو ، MRSA و در مواجهه با سایر بیماران و کارکنان قبل ، حین عمل و در زمان حضور بیمار در ریکاوری</p>			
<p>دامنه کاربرد : اتاق عمل</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- تیم جراحی باید قبلا اتاق عمل را از نوع عفونت بیمار مطلع سازد. 2- پرستار بخش باید قبلا اتاق عمل را از عفونت بیمار و نوع احتیاطات لازم گان ، دستکش و... مطلع سازد. 3- باید بسته به نوع عمل ، مقاومت باکتریایی و عفونت به بیمار آنتی بیوتیک پروفیلاکسی بیمار داده شود. 4- مسئول اتاق عمل باید بیمار با عفونت سیستم تنفسی را برای به حداقل رسانیدن انتقال عفونت در انتهای لیست عمل قرار دهد. 5- مسئول اتاق عمل ترجیحا اتاق عمل 7 را برای عمل های عفونی در نظر بگیرد ؛ در غیر اینصورت خروج لوازم و تجهیزات متحرک اضافی از اتاق خارج گردد. 6- منشی اتاق عمل باید تابلو "اتاق عفونی تردد ممنوع" را روی درب نصب کند. 7- پرسنل اتاق عمل بیماران عفونی به ویژه بیمار مبتلا به عفونت های مقاوم به آنتی بیوتیک باید گان و دستکش هنگام دست زدن به بیمار و تجهیزات متصل به او بپوشند. 8- کلیه اتصالات راه هوایی متصل به ماشین بیهوشی باید یکبار مصرف بوده و بعد از اتمام در زباله های عفونی دفع شود. 9- رفت و آمد و تعداد پرسنل حاضر در اتاق عمل بیماران عفونی باید به حداقل برسد. 10- متخصص بیهوشی ، پرستار بیهوشی و سیرکولر باید گان یا پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف روکفشی بپوشند. 11- افرادی که در فیلد جراحی حضور ندارند نیاز به رعایت احتیاطات اختصاصی ندارند. 12- خدمات اتاق عمل بعد از اتمام کار باید تمام سطوحی را که ممکن است آلوده شده باشند ، طبق دستورالعمل بیمارستان پاکسازی و ضدعفونی نمایند. 13- خدمات اتاق عمل باید سطوح آلوده به خون و مایعات بدن بیمار را طبق پروتکل بیمارستان پاکسازی و ضدعفونی کنند. 14- تیم جراحی و بیهوشی باید وسایل حفاظت فردی شامل پیشبند گان و دستکش و ماسک را در داخل اتاق عمل خارج کرده در کیسه مخصوص زباله های عفونی قرار دهند. 15- خدمات اتاق عمل باید کلیه اتصالات بیمار اعم از لاین ها و لوله ی تنفسی ، باتل ساکشن یکبار مصرف را داخل کیسه زباله عفونی زرد قرار داده و برای احتیاط بیشتر زباله های عفونی را در دو کیسه قرار دهند. 16- خدمات اتاق عمل باید باتل ساکشن های یکبار مصرف را با غوطه ورسازی در محلول ضدعفونی کننده تایید شده ، ضدعفونی نماید. 			

17- پرسنل اتاق عمل باید کلیه ابزار آلوده استفاده شده را بصورت باز در محلول ضدعفونی غوطه ور ساخته از خروج هرگونه وسیله اکیدا خودداری کنند.

در ریکاوری:

18- تمام بیماران عفونی باید در اتاق ریکاوری ، ریکاوری شوند . بیماران مبتلابه عفونت دستگاه تنفسی مانند سل تنفسی، آبله مرغان H1N1 باید در اتاق عمل ریکاوری شوند.

19- علامت استفاده از گان و دستکش در بالای تخت بیمار نصب شود.

20- پرستار ریکاوری باید با پاراوان تخت بیمار عفونی را از سایر بیماران جدا سازی کند.

21- پرستار ریکاوری دربالین و زمان مراقبت از بیمار ، باید از گان و دستکش استفاده کند.

22- پرستار ریکاوری در صورت آلوده دستکش و گان آنها را باید را تعویض نموده و دستها را طبق پروتکل بهداشت دست قبل و بعد از پوشیدن دستکش ضدعفونی نماید.

23- پرستار ریکاوری باید بین بیماران با رعایت بهداشت دست دستکش و گان خود را تعویض نماید.

24- در صورتیکه بیمار دچار عفونت تنفسی باشد پرستار ریکاوری ملزم به استفاده از ماسک جراحی است مگر در موقع استفاده از اسپری آئروسول که باید از ماسک FFP3 استفاده کند .

25- خدمات اتاق عمل بعد از انتقال بیمار به بخش بستری ملزم به پاکسازی و ضدعفونی تجهیزات و برانکارد ، پاراوان بیمار عفونی می باشند.

26- در صورت امکان برای مراقبت از بیمار عفونی بهتر است یک نفر پرستار از بیمار مراقبت نموده و بیمار در عقب ترین قسمت ریکاوری نزدیک سینک قرار داده شود.

امکانات و تسهیلات: وسایل حفاظت فردی و...

منابع : دستورالعمل های کنترل عفونت

هدایت کننده: مدیریت پرستاری / سرپرستار اتاق عمل

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
سرپرستار اتاق عمل	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS26		تعداد صفحات: 2	
هدف: ایمنی بیمار			
دامنه کاربرد: اتاق عمل			
شیوه انجام کار:			
اصول عمومی جراحی ایمن:			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ عمل جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح رعایت شود ✓ تایید بیمار، موضع و پروسیجر صحیح در تمامی مراحل از زمان اخذ تصمیم به عمل بیمار تا هنگام انجام عمل جراحی ✓ علامت گذاری موضع جراحی توسط جراح انجام شود. ✓ کسب اطمینان از وجود برگه رضایت آگاهانه از بیمار (در موارد اورژانس که احتمال مرگ یا قطع عضو باشد اخذ رضایت آگاهانه قابل تعویق است). ✓ حضور متخصص بیهوشی آموزش دیده و مجرب ✓ برای کلیه بیماران تحت بیهوشی عمومی بایستی ذخیره اکسیژنی مناسب موجود باشد. ✓ آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی بایستی یک ساعت قبل از برش جراحی تمام شده باشد (در صورتی که زمان جراحی بیش از 4 ساعت باشد بایستی دوز مجدد آنتی بیوتیک مورد نظر قرار گیرد ✓ ضد عفونی دست ها و استفاده از ماسک حتما انجام شود. ✓ انتخاب فردی به عنوان تکمیل کننده چک لیست جراحی ایمن 			
جراحی ایمن به سه مرحله زمانی تقسیم می شود:			
- ورود بیمار: مرحله زمانی قبل از بیهوش نمودن بیمار			
- زمان انتظار: مرحله زمانی بعد از بیهوشی بیمار و قبل از انجام برش جراحی			
- خروج بیمار از اتاق عمل: مرحله زمانی حین و یا دقیقا پس از بستن زخم بیمار تا خروج از اتاق عمل			
• سوالاتی که باید با حضور متخصص بیهوشی و کارکنان پرستاری باشد			
_ شناسایی بیمار شامل پرسش سوالاتی از قبیل: نام و نام خانوادگی، نام اقدام جراحی برنامه ریزی شده، موضع عمل جراحی و برگه رضایت عمل اخذ شده از بیمار که خود بیمار نیز آن را تایید کند.			
_ در صورتی که بیمار کودک یا دارای عدم هوشیاری کافی می باشد تایید این بخش از پرسش می تواند از یکی از وابستگان (درجه یک) همراهان بیمار باشد.			
_ در صورت اورژانس بودن و یا عدم حضور وابستگان درجه یک بدون پاسخ باشد.			

— فرد تکمیل کننده چک لیست علامتگذاری موضع جراحی قبل از عمل توسط جراح را تایید کند.

— تایید ایمنی و صحت کارکرد وسایل و تجهیزات ضروری جهت بیهوشی و عمل جراحی بیمار

— بررسی بیمار از لحاظ داشتن سابقه حساسیت دارویی یا غذایی

— بررسی بیمار از نظر داشتن راه هوایی مشکل

— بررسی بیمار از لحاظ خطر از دست رفتن بیش از 500 میلی لیتر خون در بیماران بالغ و یا 7 میلی لیتر به ازای هر کیلو گرم

وزن در کودکان

— شمارش لوازم جراحی شامل گاز، ابزار و سر سوزن های مورد استفاده حین جراحی در صورت وجود هر گونه ابهامی در صحت

شمارش ابزار و ... به کار رفته حین جراحی ضروری است .

— بر چسب گذاری صحیح نمونه اخذ شده حین جراحی توسط پرستار سیرکولر

— گزارش کتبی هرگونه خرابی در دستگاه ها و تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل به مسئولین مربوطه

منابع: دستورالعمل چک لیست جراحی ایمن

هدایت کننده: مسئول فنی، ریئس و سرپرستار اتاق عمل و ریئس بخش جراحی

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مسئول فنی اتاق عمل	مسئول فنی اتاق عمل سرپرستار اتاق عمل



عنوان دستورالعمل :

پذیرش و ویزیت زنان باردار تا 42 روز پس از زایمان

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS27		تعداد صفحات: 1	
<p>تعاریف: کلیه زنان باردار و زنانی که زایمان کرده اند تا 42 روز پس از زایمان توسط پزشک متخصص زنان و ماما ویزیت می شوند</p> <p>دامنه کاربرد: بخش اورژانس، زنان، پست پارتوم و لیبر</p> <p>هدف: جلوگیری از هر گونه آسیب احتمالی به مادر و جنین و افزایش سطح ایمنی بیماران</p> <p>شیوه انجام کار:</p> <p>1. بیماران مذکور ابتدا توسط پرستار در واحد تریاژ، تریاژ شوند برگه ESI پرمی شود.</p> <p>2. اگر شرایط بالینی و علائم حیاتی بیمار مناسب بود و بیمار در سطوح 4 و 5 تریاژ بود بیمار به صورت سرپایی خودش جهت انجام ویزیت مامایی به اتاق زایمان مراجعه می کند.</p> <p>3. اگر شرایط بالینی بیمار مناسب نبود و در وضعیت حاد بود (در سطح 2 و 3 تریاژ) مانند مادر باردار در حال تشنج، خونریزی شدید، شوک، افت شدید فشار خون، کاهش سطح هوشیاری و... بیمار سریعاً به اورژانس انتقال یابد تا پزشک، پرستار، ماما، متخصص زنان مقیم بر بالین بیمار حضور یابند اقدامات اولیه (رگ گیری، ارسال نمونه های آزمایشگاهی و...) در اورژانس انجام شود و سپس بیمار بعد از هماهنگی با متخصص زنان تحت شرایط ایمن انتقال می یابد.</p> <p>4. موارد زایمانی، کیسه آب پاره که خود بیمار مراجعه می کند با پرستار اورژانس و با برانکارد انتقال یابد اگر موردهای فوق توسط اورژانس 115 ارجاع داده شوند بیمار توسط همکاران اورژانس 115 تحویل لیبر می شود.</p> <p>5. مادران باردار با لکه بینی و مشکوک به بارداری، و یا بارداری، سرماخوردگی بعد از تریاژ به اتاق پزشک راهنمایی می شوند و در صورت صلاحدید پزشک راهنمایی شوند و در صورت صلاحدید پزشک اورژانس جهت انجام ویزیت مامایی محترم جهت ویزیت از لیبر به اورژانس می آید و بیمار را ویزیت می نماید.</p> <p>6. مادر باردار مشکوک به کرونا سریعاً توسط طب اورژانس ویزیت می شود و در صورت صلاحدید متخصص طب درخواست مشاوره زنان داده می شود (بقیه اقدامات درمانی و پاراکلینیکی حتماً با مشورت پزشک زنان انجام می شود)</p>			
امکانات و تسهیلات: واحد اورژانس مامایی، فرم های ویزیت مامایی و تریاژ			
منابع: دستورالعمل های کشوری/تجربیات بیمارستانی			
هدایت کننده: پزشک اورژانس، پزشک متخصص زنان، مسئول بلوک زایمان			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
سرپرستار اورژانس مسئول بلوک زایمان	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان	

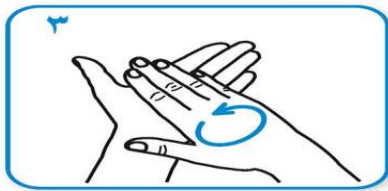


تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی : تابستان 1404
کد دستورالعمل : BH.INS28		تعداد صفحات : 3	
<p>تعاریف: Hand wash : شستشو و ضدعفونی دستها با محلولهای پایه الکلی قبل از اعمال جراحی و اعمال تهاجمی</p> <p>Hand rub : فرآیند ضدعفونی دستها با مالش دستها به یکدیگر با استفاده از محلولهای پایه الکلی</p>			
<p>دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیک</p>			
<p>هدف: پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دستهای آلوده</p>			
<p>اصول عمومی بهداشت دست:</p> <p>1. در صورت کثیفی آشکار دست ها، آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن، بعد از استفاده از توالت و در صورت مواجهه با ارگانسیم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان های کلسترییدیوم دیفیسیل دست ها را با آب و صابون بشویید.</p> <p>2. در تمامی موقعیت های دیگر ارائه خدمات بالینی به شرح ذیل ، ضدعفونی دست ها با استفاده از محلول های ضدعفونی با پایه الکلی توصیه می شود:</p> <p>(a) قبل و بعد از تماس مستقیم بیماران</p> <p>(b) بعد از درآوردن دستکش استریل یا غیر استریل</p> <p>(c) قبل از دست زدن به یا هرگونه جابه جایی وسیله مورد استفاده در ارائه مداخلات درمانی تهاجمی برای بیمار</p> <p>(d) بعد از تماس با مایعات یا ترشحات غشاء مخاطی، پوست آسیب دیده یا پانسمان زخم بیماران</p> <p>(e) بعد از تماس با اشیاء یا سطوح بی جان محیطی مجاور و نزدیک بیمار(مشتمل بر تجهیزات پزشکی)</p> <p>3. قبل از آماده سازی دارو و غذای بیمار، بهداشت دست به روش شستشو با آب و صابون یا مالش با محلول توصیه می شود.</p>			
<p>روش اجرایی:</p> <p>(الف) روش صحیح شستن دست با آب و صابون (Hand wash)</p> <p>✓ مدت زمان کل فرایند 40 تا 60 ثانیه است.</p> <p>1. ابتدا دست ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلیه سطوح دست ها را با صابون بپوشانید.</p> <p>2. با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را بهم بمالید.</p> <p>3. کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته (و بالعکس) و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.</p> <p>4. کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.</p> <p>5. در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن ها را بهم بمالید.</p> <p>6. شست چپ (و بالعکس) را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید .</p> <p>7. انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.</p>			

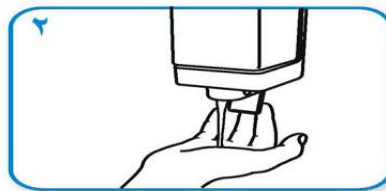
8. دستها را کاملاً آبکشی نمائید.

9. با حوله پارچه های یا کاغذی یکبارمصرف دستها را کاملاً خشک نمائید .

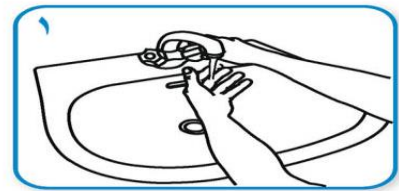
10. در صورتیکه شیرآب پدالی یا چشمی نمی باشد با همان حوله یا دستمال کاغذی شیرآب را بسته و دستمال را در سطل زباله یا حوله را در بین مخصوص لاندری کثیف بیندازید.



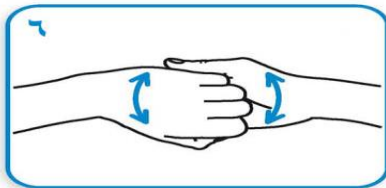
۳ کف دست ها را به هم بمالید



۲ صابون کافی برای پوشاندن سطح دستها بردارید



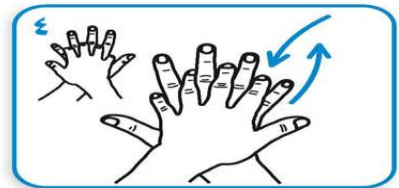
۱ دستها را با آب خیس کنید



۶ پشت انگشت ها را داخل کف دستها ببرید تا در هم قفل شوند



۵ مالیدن کف دستها با انگشتهای درهم



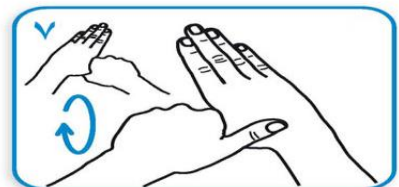
۴ کف دست راست بر پشت دست چپ با انگشتهای درهم و بالعکس



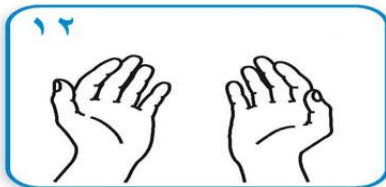
۹ دستها را با آب شستشو دهید



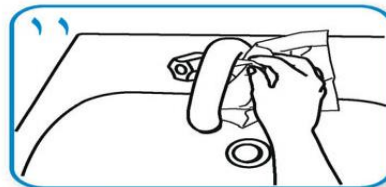
۸ مالش های مدور و رفت و برگشتی با انگشتان بسته یک دست روی کف دست دیگر و بالعکس



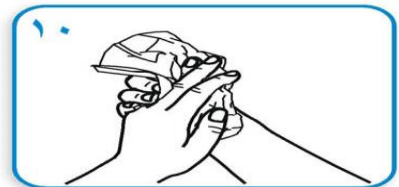
۷ مالش گردشی شست یک دست در داخل کف دست دیگر و بالعکس



۱۲ اکنون دستهای شما کاملاً تمیز و مطمئن هستند



۱۱ از همان دستمال برای بستن شیرآب استفاده کنید



۱۰ با یک دستمال حوله ای بطور کامل خشک کنید

ب) روش صحیح ضد عفونی با محلول (Hand rub)

▪ مدت زمان کل فرایند 20 تا 30 ثانیه است.

1. مقدار کافی از محلول مالش دست با پایه الکلی در اشکال مختلف (فوم، ژل و محلول) ، به نحوی که کل سطوح دست را بپوشاند، را در کف دست خود بریزید.
2. با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان خود را به هم بمالید.
3. کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته (و بالعکس) و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن ها را به هم بمالید.
4. کف دست ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم، آن ها را به هم بمالید.
5. در حالیکه انگشتان به داخل هم قفل است ، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن ها را به هم بمالید.

6. شست چپ و (بالعکس) را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید .

7. انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی

8. اجازه دهید دست هایتان کاملاً خشک شوند.

***در صورتیکه از محلولهای ضد عفونی با پایه الکلی استفاده می نمایید ، حداکثر بعد از 8-7 بار استفاده مکرر از محلول ضد عفونی،**

دست ها را با آب و صابون بشویید.

- تیم مدیریتی بیمارستان ، تهیه حداقل ملزومات و امکانات رعایت بهداشت دست را جهت کارکنان ، بیماران و افراد مرتبط با بیمار را طبق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت را جزو الویتهای بهداشتی بیمارستان می داند و نسبت به تهیه و در اختیار گذاشتن این امکانات و ملزومات نظارت مستمر دارد.

- سرپرستاران و مسئولین بخشها و واحدها باید لیست تجهیزات و وسایل مورد نیاز جهت رعایت بهداشت دست را تهیه و از انبار عمومی درخواست نمایند.

- کارشناس کنترل عفونت یادآورها ، پوسترها و یمفلتهای مربوط به مراحل و نحوه صحیح شستشو و ضد عفونی دست را تهیه و در اختیار کلیه بخشها و واحدها بویژه بخشهای درمانی قرار دهد ..

- کارشناس کنترل عفونت ، فرم نظارت بر بهداشت دستها را در اختیار مسئولین بخشها قرار داده و آنها با همکاری و هماهنگی کارشناس کنترل عفونت در بازه های زمانی مختلف ، چک لیست مذکور را تکمیل و توسط کارشناس کنترل عفونت، میزان رعایت بهداشت دست محاسبه و گزارش می نماید

امکانات و تسهیلات: مایع صابون - محلول هند راب - حوله کاغذی

منابع : راهنمای کشوری کنترل عفونت

فرد پاسخگو: کارشناس کنترل عفونت

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیر پرستاری	کارشناس کنترل عفونت



عنوان دستورالعمل :

نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS29		تعداد صفحات: 2	

تعاریف: ماده حاجب: موادی که برای انجام رادیوگرافی اختصاصی به منظور تشخیص بهتر بیماری به بیمار تزریق می شود

دامنه کاربرد: کارکنان واحد تصویر برداری

هدف: کارکنان با مواد حاجب و موارد استفاده آن در تصویر برداری آشنا می شوند و نحوه استفاده از این مواد و دامنه کاربرد آنها برای پرسنل مشخص شود

شیوه انجام کار:

پس از دریافت درخواست تصویر برداری با ماده حاجب ابتدا درخواست تصویر برداری به همراه شرح حال و پرونده بیمار در اختیار پزشک متخصص رادیولوژی قرار گرفته و پزشک مورد نظر پس از مطالعه (هویت بیمار ، باردار نبودن و حساسیت دارویی در بیمار) نوع و مقدار دز دارو دارای مواد حاجب را با توجه به وضعیت و شرح حال بیمار مشخص و سپس آمادگی های قبل از تصویر برداری را تجویز می نماید مواد حاجب مورد استفاده در تصویر برداری های رادیولوژی بدین شرح می باشند

1- مواد حاجب مصرفی در دستگاه گوارش: جهت بررسی مجاری گوارشی از سوسپانسیون سولفات باریم با غلظت های مختلف استفاده می نمایند، برای بررسی مری از غلظت بالا، برای بررسی معده و اثنی عشر و روده باریک از غلظت متوسط و برای بررسی روده بزرگ در آزمون باریم انما از غلظت پایین (رقیق) سولفات باریم استفاده می شود، در برخی موارد نیز در آزمون باریم انما از ترکیب هوا و سولفات باریم بعنوان دابل کنتراست استفاده می شود.

مقدار مصرف به نوع آزمایش و روش پرتونگاری بستگی دارد.

بزرگسالان ، خوراکی : رادیوگرافی مری ، معده و روده بزرگ و کوچک میزان مصرف:

در بالغین و در معده 11 تا 131 گرم و در روده بزرگ 031 تا 331 گرم به صورت تنقیه (انما) می باشد.

کودکان : مقدار بر اساس نیاز بیمار و به وسیله پزشک مشخص می گردد

موارد منع مصرف : انسداد روده احتمال پارگی دستگاه گوارش، بعد از عمل نمونه برداری روده، بعد از اقدامات تشخیصی مثل رادیوتراپی، احتمال بارداری یا دهیدراتاسیون

عوارض جانبی: یبوست و در صورت سوراخ بودن دستگاه گوارش عفونت شکمی، اسهال و آپاندیسیت

توجهات : شب قبل از اقدام تشخیصی ؛ برای بیمار داروی اسهال آور (ملین) تجویز کنید یا شیاف بیزاکودیل بدهید.

آموزش : به همراه دارو آب فراوان مصرف شود چون ممکن است یبوست ایجاد کند، همچنین در مواردی که احتمال پرفراسیون وجود داشته باشد از مواد ید دار محلول در آب مانند گاستروگرافین استفاده شود.

2- مواد حاجب مصرفی در دستگاه ادراری :

جهت بررسی سیستم ادراری در آزمونهای مختلف نظیر IVP ، VCUG و سیستوگرافی از مواد حاجب یددار محلول در آب مانند اوروگرافین استفاده می شود که امروزه به دلیل حساسیت بالای دارویی بجای اوروگرافین از امینی پاک استفاده می شود که مقدار آن بستگی به سن و وزن بیمار (Perkg/milt) محاسبه میگردد.

مقدار ماده حاجب برای آزمون به نوع ماده حاجب، وزن بیمار و سن بیمار بستگی دارد.

مقدار متوسط برای بزرگسالان 3 میلی لیتر / نوجوانان 1.5 میلی لیتر و کودکان 1 میلی متر به ازای هر کیلو گرم وزن بدن است.

موارد منع مصرف، سابقه حساسیت به ید یا مواد حاجب یددار در هنگام خونریزی قاعدگی، به هنگام بارداری و حساسیت به پنی سیلین

عوارض جانبی:

با توجه به غلظت دارو، ویسکوزیته، میزان و سرعت تجویز دارو عوارض جانبی آن شامل:

افت فشار خون، اشکال در تنفس، احساس گرم شدن، تهوع و استفراغ، طعم فلز در دهان، سرگیجه، سردرد، سرفه، خارش، آریتمی قلبی، شوک و ایست قلبی میباشد.

امکانات و تسهیلات: ماده حاجب، وسایل احیاء دستگاه رادیولوژی

منابع: مواد حاجب در رادیولوژی تالیف فضل ا... تورچیان مواد کنتراست رادیولوژی تالیف دکتر داغستانی

هدایت کننده: مسئول فنی؛ مسئولیت نظارت بر حسن اجرای این روش دستورالعمل بر عهده مسئول فنی می باشد-

پرسنل فنی تصویر برداری، اجرای دستورالعمل بعهدده پرسنل فنی می باشد

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول رادیولوژی	مسئول فنی رادیولوژی	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
----------------------	-----------------------------	---------------------------	----------------------------

کد دستورالعمل: BH.INS30	تعداد صفحات: 1
-------------------------	----------------

هدف: رعایت حقوق بیمار و افزایش تکریم ارباب رجوع

دامنه کاربردی: تمام کارکنان بیمارستان

روش اجرایی:

- 1- آموزش نحوه اطلاع رسانی خبر های ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیمار در راستای اخلاق حرفه ای و منش انسانی به کلیه کارکنان داده شده است و کلیه کارکنان اطلاعات کافی در این زمینه دارا می باشند .
- 2- مسئول هر بخش یک اتاق (اتاق سرپرستار) در بخش با شرایط ذیل جهت برگزاری جلسه و گفتن خبر بد آماده نموده و به پرسنل و پزشکان بخش اطلاع رسانی می نماید :
 - دارای صندلی راحت جهت نشستن به تعداد حاضرین
 - فضای اتاق مذکور دارای حریم مناسبی باشد بنحوی که محرمانگی اطلاعات ذکر شده در این جلسه حفظ شود .
 - محل تردد پرسنل نباشد .
 - محل قرار گرفتن تلفنی که دیگران باید به آن پاسخ دهند نباشد .
 - فضای اتاق صمیمانه - غیررسمی - یا نیمه رسمی باشد .
 - امکانات پذیرایی و نیز مدیریت کردن واکنش های فیزیولوژیک احتمالی همچون faint کردن مریض و ... در محیط در دسترس باشد .
- 3- پزشک مسئول بیمار که آگاه ترین فرد تیم درمان می باشد مسئولیت گفتن خبر بد به بیمار یا همراه ایشان را دارد و در صورت عدم حضور پزشک با توجه به تصویب در کمیته اخلاق بیمارستان این مسئولیت به دستیار ایشان یا باسابقه ترین پرستار حاضر در بخش که می تواند پاسخگوی سؤالات درباره سیر بیماری (پروگنوز prognoses) برنامه آینده درمانی باشد تفویض می گردد.
- 4- فرد مسئول جهت گفتن خبر بد در خصوص بیماری و عوارض آن بیمار یا همراه ایشان را به اتاق مناسب هدایت نموده و با حفظ خونسردی و ضمن احترام به عقاید و ارزش ها در خصوص بیماری و روند آن اطلاعات لازم را به بیمار ارائه می نماید .
- 5- در صورت ارائه اطلاعات به خانواده یا همراه بیمار لازم است اسرار شخصی - بیمار محرمانه حفظ گردد و در صورت تمایل بیمار و بارضایت ایشان اطلاعات به اعضای خانواده یا سایر همراهان ارائه گردد.
- 6- در صورتیکه بیمار ظرفیت تصمیم گیری درباره بیماری خود را نداشته باشد یعنی صرفاً در شرایط اختلال هوشیاری ، حمله حاد سایکوز و نیز در بیماران عقب مانده ذهنی و کودکان زیر سن قانونی ولی قانونی او در جریان امور قرار می گیرد.

امکانات و تسهیلات:

منابع: منشور حقوق بیمار

هدایت کننده: مدیر پرستاری

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول کمیته اخلاق پزشکی	مدیر پرستار	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15

تاریخ بازبینی: تابستان 1403

آخرین ابلاغ: شهریور 1403

بازبینی بعدی: تابستان 1404

کد دستورالعمل: BH.INS31

تعداد صفحات: 2

تعاریف: رعایت موازین بهداشتی جهت افزایش ایمنی بیماران و کارکنان**دامنه:** کلیه پرسنل خدماتی**هدف:** رعایت موازین بهداشتی، ارتقاء بهداشت، سلامت و ایمنی کارکنان، بیماران و همراهان بیمار**روش اجرایی:**

- 1- پرسنل مهماندار می بایست روزانه و در صورت لزوم چند بار در روز (پوشیدن سه چهارم سطل) کلیه پسماندها را جمع آوری و به بین مخصوص نگهداری موقت پسماند در بخش انتقال دهند.
- 2- پرسنل مهماندار می بایست روزانه و در صورت لزوم چند بار در روز (پوشیدن سه چهارم) کلیه سفتی باکس ها را جمع آوری و به بین مخصوص نگهداری موقت پسماند در بخش انتقال دهند.
- 3- کیسه های پسماند می بایست گره زده شوند و بستن آن ها با منگنه و یا سایر ابزار سوراخ کننده ممنوع است.
- 4- جمع آوری پسماندها باید به گونه ای صورت گیرد که امکان هیچ گونه نشت و سوراخ و پاره شدن وجود نداشته باشد.
- 5- پرسنل واحد مهماندار می بایست به جای کیسه های مصرف شده بلافاصله کیسه پسماند از همان نوع قرار دهند.
- 6- کلیه پسماندهای پزشکی ویژه می بایست توسط پرسنل مهماندار برچسب گذاری و اطلاعات مورد نیاز برچسب درج گردد.
- 7- برچسب گذاری می بایست به نحوی صورت گیرد که با آسانی قابل جدا شدن و یا پاک شدن نباشد.
- 8- کیسه های پسماند به هیچ عنوان نمی بایست فشرده و متراکم گردند.
- 9- پرسنل مهماندار می بایست سطل های پسماند را در پایان هر شیفت شستشو و گندزدایی نمایند

منابع: قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

امکانات و تسهیلات: بین مخصوص نگهداری موقت پسماندهای عادی، بین مخصوص پسماندهای عفونی، بین مخصوص پسماندهای شیمیایی و دارویی

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط**تهیه کننده:****تایید کننده:****تصویب کننده:**

کارشناس بهداشت محیط

مدیر بیمارستان

ریاست بیمارستان



عنوان دستورالعمل:

تفکیک در مبدا پسماند های عادی

تاریخ ابلاغ: 95 / 7 / 15 تاریخ	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS32		تعداد صفحات: 2	
<p>تعاریف:</p> <p>پسماند عادی: پسماند های معمولی یا شبه خانگی که به طور عمده از کارکردهای خدمات اداری و عمومی این مراکز تولید می شود شامل: زباله های آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری مالی، ایستگاههای پرستاری، باغبانی و از این قبیل است.</p> <p>دامنه: کلیه بخش های بیمارستان</p> <p>هدف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند و آلودگی های ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط.</p>			
<p>روش اجرایی:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست در بدو استخدام و همچنین سالانه با شرکت در کلاسهای آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار می گردد با نحوه تشخیص، جداسازی و تفکیک پسماندهای عادی آشنا شوند. 2. کیسه های پلاستیکی مشکی مخصوص پسماندهای عادی می بایست به صورت ماهانه توسط واحد تدارکات خریداری گردد. 3. کیسه های پلاستیکی مشکی رنگ مخصوص پسماندهای عادی می بایست مطابق با درخواست مسئولین واحدها و بخش ها توسط واحد انبار تحویل گردد. 4. سطل های پدال دار آبی رنگ مخصوص تفکیک پسماندهای عادی می بایست متناسب با نظر کارشناس بهداشت محیط در همه سالن ها، راهروها، واحدها، بخش ها و محوطه بیمارستان موجود بوده و در صورت نیاز توسط واحد تدارکات خریداری گردد. 5. کلیه پرسنل درمانی و خدماتی و اداری می بایست پسماندهای عادی را در سطل های آبی رنگ حاوی کیسه پلاستیک مشکی رنگ دفع نمایند. 6. کلیه پرسنل درمانی می بایست از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عفونی، تیز و برنده و شیمیایی-دارویی در سطل مخصوص پسماندهای عادی خودداری نمایند. 7. کلیه پرسنل درمانی و خدماتی و اداری ملزم به اجرای ضوابط تفکیک پسماندهای عادی در مبدا می باشند. 8. سرپرستار /مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای عادی در مبدا نظارت نماید. 			

9. کارشناس بهداشت محیط می بایست در بازدیدهای خود از قسمت های مختلف بیمارستان ، نحوه تفکیک پسماندهای عادی را ارزیابی نموده و نواقص موجود را گزارش نماید.

10. اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماندهای عادی ممنوع است.

11. در صورت مخلوط شدن احتمالی پسماند عادی با پسماندهای دیگر خارج کردن آن ممنوع است

12. وقتی سه چهارم کیسه ها پراز پسماند شد پس از بستن درب آنها ، باید آنها را برداشت.

13. پسماندها باید همه روزه (یا در صورت لزوم چند بار در روز) گرد آوری شوند و به محل تعیین شده برای انباشتن پسماندها حمل شوند.

14. هیچ کیسه محتوی پسماند نباید بدون داشتن برچسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود. برچسب باید دارای مشخصاتی از قبیل (تاریخ تولید ، نام بخش ، نوع زباله و...) باشد.

15. باید به جای کیسه ها ظروف مصرف شده بلافاصله کیسه ها و ظروف از همان نوع قراردادده شود.(این کیسه ها و ظروف در هر جایی که پسماند تولید می شود به آسانی توزیع شوند)

منابع: قانون مدیریت پسماند – ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته – دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

امکانات و تسهیلات: سطل آبی رنگ مخصوص پسماندهای عادی – کیسه پلاستیکی مشکی رنگ مخصوص پسماند عادی

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول بهداشت محیط	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل : BH.INS33		تعداد صفحات : 2	
<p>تعاریف: پسماندهای عفونی شامل :</p> <p>کلیه پسماندهای آلوده به خون وفر آورده های خونی /پسماندهای مربوط به آزمایشهای تشخیص طبی و تحقیقات پزشکی / پسماندهای پاتولوژی /کلیه ترشحات وپسماندهای آلوده به ترشحات بیماران عفونی /کلیه مواد و وسایلی که با بیمار عفونی تماس داشته اند /کشت های بیولوژیک ومحیط های کشت /پسماندهای اتاقهای ایزوله /پسماندهای بخش های دیالیز / پسماندهای ناشی از جراحی واتوپسی / اعضاء واندامهای قطع شده وجنین</p>			
دامنه : کلیه بخش های در مانی			
مخاطب: کلیه پرسنل درمانی			
<p>هدف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند و آلودگی های ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط</p> <p>روش اجرایی:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست در بدو استخدام و همچنین سالانه با شرکت در کلاس های آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار می گردد با نحوه تشخیص، جداسازی وتفکیک پسماندهای عفونی آشنا شوند. 2- کیسه های پلاستیکی زردرنگ مخصوص پسماندهای عفونی می بایست به صورت ماهانه توسط واحد تدارکات خریداری گردد. 3- کیسه های پلاستیکی زرد رنگ مخصوص پسماندهای عفونی می بایست مطابق با درخواست مسئول بخش ها توسط واحد انبار تحویل بخش ها گردد. 4- واحد تدارکات می بایست برچسب مخصوص تفکیک پسماندهای عفونی را مطابق با فرمت تحویلی از سوی کارشناس بهداشت محیط چاپ و در اختیار بخش ها قرار دهد. 5- کلیه سطل های پسماندهای عفونی می بایست دارای نماد بیوهazard باشند. 6- سطل های پدال دار زرد رنگ مخصوص تفکیک پسماندهای عفونی می بایست در همه بخشها موجود بوده و در صورت نیاز توسط واحد تدارکات خریداری گردد. 7- قرار دادن سطل های زرد در اتاق های بستری به جز بخش های اورژانس، دیالیز، اتاق عمل و اتاق های ایزوله و بخش های ویژه ممنوع می باشد. 8- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست پسماندهای عفونی را در سطل های زرد رنگ حاوی کیسه پلاستیک زرد رنگ مقاوم و مخصوص پسماندهای عفونی دفع نمایند. 9- کلیه پرسنل بخش می بایست از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عادی ، تیز و برنده و شیمیایی-دارویی در سطل مخصوص پسماندهای عفونی خودداری نمایند. 10- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی ملزم به اجرای ضوابط تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا می باشند. 11- سرپرستار /مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا نظارت نماید. 			

12- کارشناس بهداشت محیط می بایست در بازدیدهای خود از بخش ها ، نحوه تفکیک پسماندهای عفونی را ارزیابی نموده و نواقص موجود را گزارش نماید.

13- وقتی سه چهارم کیسه های پلاستیکی پر از پسماند شد پس از بستن درب آنها ، باید آنها را برداشت.

14- هیچ کیسه محتوی پسماند نباید بدون داشتن برچسب و تعیین نوع محتوای کیسه از محل تولید خارج شود. برچسب باید دارای مشخصاتی از قبیل (تاریخ تولید ، نام بخش ، نوع زباله و...) باشد.

15- پسماندهای عفونی می بایست قبل از خروج از بخش توسط پرسنل خدمات برچسب گذاری گردیده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد.

16- اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماندهای عفونی ممنوع است.

17- در صورت مخلوط شدن احتمالی پسماند عادی با پسماندهای عفونی خارج کردن آن ممنوع است.

منابع: قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

امکانات و تسهیلات: سطل زرد رنگ مخصوص پسماندهای عفونی - کیسه پلاستیکی زرد رنگ مخصوص پسماند عفونی - برچسب پسماندها

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
	ریاست بیمارستان	مسئول بهداشت محیط



تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی : تابستان 1403	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل : BH .INS34		تعداد صفحات : 2	
<p>تعاریف:</p> <p>پسماندهای نوک تیز و برنده شامل : سر سوزن - تیغ بیستوری واره - اسکالپل - لانست - انواع آنژیوکت - شیشه های شکسته سرم و فر آورده های خونی و داروئی و هر گونه وسیله یکبار مصرف تیز و برنده که در تشخیص و درمان و مراقبت بیماران استفاده شده است.</p> <p>دامنه : کلیه بخش های در مانی</p> <p>هدف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند و آلودگی های ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط.</p> <p>روش اجرایی:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست در بدو استخدام و همچنین سالانه با شرکت در کلاس های آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار می گردد با نحوه تشخیص ، جداسازی و تفکیک پسماندهای تیز و برنده آشنا شوند 2- سفتی باکس های مخصوص پسماندهای تیز و برنده می بایست به صورت ماهیانه توسط واحد تدارکات خریداری و تحویل واحد انبار گردد 3- سفتی باکس ها می بایست با درخواست مسئول بخش ها توسط واحد انبار تحویل گردد . 4- کلیه سفتی باکس ها می بایست دارای نماد پسماند بیوهازارد باشند . 5- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست پسماندهای تیز و برنده را در سفتی باکس ها دفع نمایند . 6- پرسنل درمانی می بایست از جداسازی نیدل از سرنگ خودداری نمایند . 7- پرسنل درمانی می بایست از recappin نیدل ها خودداری نمایند . 8- درب Safety Box بایستی بسته شده و بر روی آنها تاریخ آغاز و پایان استفاده، نام بیمارستان و بخش استفاده کننده درج شود. 9- پرسنل درمانی می بایست نیدل را از ست سرم جدا و در سفتی باکس دفع نمایند و مابقی ست سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شود 10- مسئول بخش می بایست در خصوص عدم نصب سفتی باکس در اتاق های بستری و تحت نظر ، نظارت کافی را به عمل آورد . 11- پسماندهای تیز و برنده اتاق های بستری و تحت نظر می بایست توسط سفتی باکس های همراه با ترالی های خدمات درمانی که به اتاق آورده می شود دفع گردند . 12- کلیه پرسنل بخش می بایست از دفع سایر انواع پسماندها در سفتی باکس خودداری نمایند . 13- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی ملزم به اجرای ضوابط تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا می باشند . 14- سرپرستار / مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا نظارت نماید . 			

15- کارشناس بهداشت محیط می بایست در بازدیدهای خود از بخش ها ، نحوه تفکیک پسماندهای تیز و برنده را ارزیابی نموده و نواقص موجود را گزارش نماید .

16- جمع آوری و انتقال Safety Box ها توسط کارکنان خدمات آموزش دیده بایستی با احتیاط کامل صورت پذیرفته و از برگرداندن آنها خودداری شده و به آنها ضربه وارد نگردد. همچنین از تحت فشار قرار گرفتن و روی هم گذاشتن آنها خودداری شود.

17- سفتی باکس های حاوی پسماند تیز و برنده می بایست قبل از خروج از بخش توسط پرسنل خدمات برچسب گذاری گردیده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد .

18- اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماندهای تیز و برنده ممنوع است .

19- در صورت مخلوط شدن احتمالی سایر پسماندها با پسماندهای تیز و برنده خارج کردن آن ممنوع است .

فرد پاسخگوی: مسئول بهداشت محیط

منابع: قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

امکانات و تسهیلات: سطل مخصوص پسماندهای تیز و برنده (سفتی باکس) - برچسب مخصوص پسماندهای تیز و برنده

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان	مسئول بهداشت محیط



عنوان دستورالعمل:

دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی

بازبینی بعدی: تابستان 1404	آخرین ابلاغ: تابستان 1403	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	تاریخ ابلاغ: 95/7/15
تعداد صفحات: 1		کد دستورالعمل: BH.INS35	
<p>تعاریف:</p> <p>پسماندهای شیمیایی شامل: زباله های دارویی و مواد شیمیایی - وبالهای نیمه پر و پر دارویی، تر مومترهای شکسته، معرفهای آزمایشگاهی، داروهای ثبوت و ظهور فیلم و... و هر گونه زباله منتج شده از تشخیص، درمان و مراقبت بیماران تحت شیمی درمانی (اعم از: ست های سرم، کیسه های ادرار، سوند، کیسه های استوما)</p>			
<p>دامنه کاربرد: کلیه پرسنل بخش ها و واحدهای درمانی و پاراکلینیک / پرسنل خدماتی - کارکنان مدیریت پسماند</p>			
<p>هدف: رعایت موازین بهداشتی و ارتقاء سلامت انسان و محیط زیست</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <p>نکته: سطل های پدال دار سفیدرنگ مخصوص تفکیک پسماندهای شیمیایی و دارویی در همه بخش ها میبایست وجود داشته باشد.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. تعیین اتاق یا محل مخصوص جهت نگهداری مواد شیمیایی و دارویی توسط مسئول بخش انجام شود. 2. کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست پسماندهای شیمیایی و دارویی را در سطل های سفید رنگ دارای برچسب پسماندهای شیمیایی، دارویی (نصب شده بر روی درب سطل) که حاوی کیسه پلاستیک سفیدرنگ مقاوم مخصوص پسماندهای شیمیایی و دارویی است، دفع نمایند 3. کلیه پرسنل بخش می بایست از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عادی، تیز و برنده و عفونی در سطل مخصوص پسماندهای شیمیایی و دارویی خودداری نمایند و اصل تفکیک پسماند شیمیایی، دارویی رعایت گردد. 4. سرپرستار/مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای شیمیایی و دارویی در مبداء نظارت نماید. 5. کارشناس پرسنل خدمات می بایست پسماندهای شیمیایی و دارویی را قبل از خروج از بخش برچسب گذاری نموده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد. 6. بهداشت محیط می بایست در بازدید های خود از بخش ها نحوه تفکیک پسماندهای شیمیایی و دارویی را ارزیابی نموده و نواقص موجود را گزارش نماید 7. پرسنل خدمات می بایست پسماندهای شیمیایی و دارویی را قبل از خروج از بخش برچسب گذاری نموده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد. 8. جمع آوری و انتقال این پسماندها به محل نگهداری موقت بایستی توسط خدمات بطور جداگانه صورت پذیرد. <p>نکته: در صورت مخلوط شدن احتمالی سایر پسماندها با پسماند شیمیایی/ دارویی خارج کردن آن ممنوع است.</p>			
<p>امکانات و تسهیلات: برچسب پسماندها - کیسه های پلاستیکی سفید - سطل های زباله سفید</p>			
<p>منابع: قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته</p>			
<p>هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط</p>			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
مسئول بهداشت محیط	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان	



عنوان دستورالعمل:

نظارت بر عملکرد دستگاه های بی خطر ساز پسماند

تاریخ ابلاغ: 95/7/15	تاریخ بازبینی: تابستان 1403	تاریخ ابلاغ: تابستان 1403	بازبینی بعدی: تابستان 1404
کد دستورالعمل: BH.INS36		تعداد صفحات: 2	
هدف: اطمینان از بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده - جلوگیری از خرابی و خواب دستگاه			
دامنه کاربرد: کاربر دستگاه بی خطر ساز ، مسئول تاسیسات ، کارشناس بهداشت محیط			
شیوه انجام کار:			
<p>1- بی خطر سازی توسط دستگاه بی خطر ساز جهت پسماند عفونی و تیز و برنده می باشد و برای سایر پسماند ها کار برد ندارد.</p> <p>2- پسماند های عفونی، تیز و برنده بایستی در مرحله تولید تفکیک گردند و در زمان بی خطر سازی فاقد هر گونه پسماند دارویی و شیمیایی، فلزات سنگین، مواد رادیواکتیو و ... باشد</p> <p>3- هر یک از انواع دستگاه های بی خطر ساز بایستی مجهز به تجهیزات ثبت کامپیوتری یا گرافیک باشد تا بطور اتوماتیک و مداوم پایش شود و تاریخ، زمان، روز، تعداد بار در زمان مشخص شده و پارامترهای عملیاتی را بطور کامل در سراسر دوره کاری ثبت نماید.</p> <p>4- دستگاه بی خطر ساز حداقل سالی یکبار کالیبره شود و مستندات در زمان بازدید موجود باشد.</p> <p>5- محصولات جانبی سمی یا خطرناک در حین بی خطر سازی تولید نگردد.</p> <p>6- اندیکاتورهای بیولوژیک برای اتوکلاو و هیدروکلاو ، ویال های اسپور باسیلوس استئارو ترموفیلوس (<i>Bacillus stearo thermo philus</i>) می باشد چنانچه دستگاه خرد کن نداشته باشد از نوار اسپور مذکور نیز میتوان استفاده نمود همچنین ممکن است استفاده بیشتر از یک اندیکاتور با توجه به حجم دستگاه و چگالی پسماند در دستگاه ضروری باشد</p> <p>7- در راهبری اتوکلاو و هیدروکلاو عواملی مانند زمان، درجه حرارت، فشار، نوع پسماند، نوع ظروف، نحوه بارگذاری و حداکثر میزان بارگذاری با توجه به مقدار و چگالی بار پسماند بایستی مورد توجه باشد</p> <p>8- تهیه روش کار با دستگاه از شروع فرآیند بی خطر سازی تا پایان فرآیند توسط تکنسین های ماهر کارخانه سازنده</p> <p>9- سرویس بموقع دستگاه بر اساس برنامه زمانبندی شده، توسط شرکت پشتیبانی کننده و پرسنل تاسیسات</p> <p>10- انجام پایش عملکرد فرآیند بی خطر سازی با تستهای استاندارد (فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک) توسط کاربر دستگاه</p> <p>11- کاربر دستگاه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده ، پسماندهای ذکر شده را باید در پلاستیک های مقاوم به دمای بالا و قابل نفوذ به بخار مخصوص دستگاه قرار دهد .</p> <p>12- کاربر می بایست در هر سیکل کاری دستگاه قبل از قرار دادن پلاستیک های حاوی پسماندهای عفونی و تیز و برنده درون دستگاه نسبت به توزین و ثبت وزن آن در دفتر ثبت توزین پسماندهای عفونی و تیز و برنده اقدام نماید</p> <p>13- کاربر می بایست در هر سیکل کاری دستگاه قبل از قرار دادن پلاستیک های حاوی پسماندهای عفونی و تیز و برنده درون دستگاه نسبت به برچسب گذاری نشانگر شیمیایی کلاس 6 (سه نقطه ای) جهت کنترل صحت عملکرد سه عامل اصلی دستگاه بی خطر ساز یعنی دما ، زمان و اشباع بخار اقدام نماید .</p> <p>14- در پایان هر سیکل می بایست کاربر رنگ های نشانگر را به شکل زیر کنترل و در صورت ایجاد مشکل و عدم تغییر رنگ به کارشناس بهداشت محیط و مسئول تاسیسات جهت رفع مشکل گزارش نماید :</p> <p>- اگر تنها رنگ آبی به سیاه تغییر رنگ داده بود بیانگر این است که اشباع بخار ، دما و زمان به طور کامل فراهم نبوده است (failure)</p>			

- اگر نشانگرهای آبی و سبز به سیاه و نشانگر زرد به قهوه ای تغییر رنگ داد بیانگر این است که اشباع بخار ، دما و زمان برای استریل مناسب بوده و شرایط ایمن است (safe)

- تغییر رنگ نشانگر زرد به سیاه با افزایش زمان امکان پذیر می گردد .

- اگر هر سه نشانگر به سیاه تغییر رنگ دادند بهترین حالت برای استریل می باشد (optimum)

15- کاربر می بایست برچسب نشانگر متعلق به هر سیکل دستگاه را در دفتر مستندات بایگانی کند و به هنگام بازدید کارشناس بهداشت محیط و دیگر بازرسان ارائه دهد .

16- کاربر می بایست در صورت بروز هر نوع مشکل در دستگاه بی خطر ساز به کارشناس بهداشت محیط و مسئول تاسیسات اطلاع رسانی کند .

17- پایش میکروبی دستگاه باید به واسطه ویال های بیولوژیکی و به صورت ماهانه توسط کارشناس بهداشت محیط و قرار دادن ویال های بیولوژیک درون دستگاه به واسطه کاربر دستگاه انجام شود .

18- اظهارنامه بی خطرسازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده باید به صورت ماهانه و توسط کارشناس بهداشت محیط به مرکز بهداشت ارسال گردد

امکانات و تسهیلات: کیسه های پلاستیکی مقاوم به دمای بالا و قابل نفوذ به بخار - دستگاه بی خطر ساز پسماندهای عفونی و تیز و برنده - نشانگرهای شیمیایی کلاس 6 - ویال های بیولوژیک

هدایت کننده:مسئول بهداشت محیط

منابع: قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی ، شیمیایی و مکانیکی دستگاه های غیر سوز بی خطر ساز پسماند

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول بهداشت محیط	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15 تاریخ آخرین ابلاغ: خرداد 99 تاریخ بازبینی: تابستان 1404 تاریخ بازبینی بعدی: تابستان 1404

تاریخ بازبینی: تابستان 1403

تاریخ ابلاغ: 95/7/15 تاریخ آخرین ابلاغ: خرداد 99

کد دستورالعمل: HB.IN44 تعداد صفحات: 2

کد دستورالعمل: HB.IN44

تعداد صفحات: 2

هدف: پیشگیری از انتقال بیماری های عفونی از طریق البسه و ملحفه های آلوده بیماران

دامنه کاربرد: پرسنل خدمات، پرسنل رختشویخانه

شیوه انجام کار:

- 1- در ورودی درب رختشویخانه کاور کفش یا جا کفشی موجود باشد.
- 2- از ورود و خروج افراد متفرقه جلوگیری شود.
- 3- محوطه داخلی رختشویخانه به وسیله خط کشی جداسازی شود. این جداسازی شامل محوطه ورودی، محوطه تمیز، محوطه کثیف می باشد.
- 4- قسمت کثیف در رختشویخانه از قسمت های تمیز جداسازی و از تردد بی مورد افراد بیمارستان جلوگیری شود.
- 5- لازم است ماشین های لباسشویی در قسمت کثیف و تعبیه خشک کن ها و اتوی پرس و غلطکی در قسمت تمیز تعبیه شود.
- 6- سرویس های بهداشتی مناسب و دسترسی به تسهیلات شستشوی مرتب دستها وجود داشته باشد.
- 7- لباسها و ملحفه ها پس از شستشو و اتوکشی به اتاق تمیز منتقل شوند
- 8- البسه هر بخش در داخل قفسه مخصوص قرار گیرند
- 9- خدمات لباسهای تمیز را از قسمت درب تحویل البسه تمیز تحویل گیرند.
- 10- توزیع البسه در بخش ها بر اساس نیاز توسط مسئول رختشویخانه انجام می شود
- 11- خوردن و آشامیدن و استعمال دخانیات در محوطه رختشویخانه ممنوع است.
- 12- ملحفه و لباسهای تمیز را به گونه ای بسته بندی، حمل و انبار نمایند که از پاکیزگی و حفاظت آنها از گرد و غبار و آلودگی در طی مراحل، حمل و تخلیه با اطمینان حاصل شود.
- 13- رخت ها نباید در اتاق بیمار دسته بندی و آماده شستشو شوند.
- 14- فضای رختشویخانه کف و دیوارها باید در شیفیت صبح و عصر شستشو و با ایتکس 2 درصد گندزدایی گردد.

15- سطل زباله باید درب دار باشد (مجهز به کیسه زباله)، قابل شستشو و با حجم مناسب در محل کثیف و تمیز وجود داشته باشد.

امکانات و تسهیلات : جا کفشی - اتاق تمیز - قفسه تمیز - مواد شوینده و گند زدا

منابع : دستورات عمل های سازمان جهانی بهداشت در خصوص لندری - تجارب بیمارستانی - دستورات عمل های بهداشت محیط

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
سمت و امضا مسئول بهداشت محیط	سمت و امضا مدیریت بیمارستان	سمت و امضا ریاست بیمارستان



تاریخ بازبینی بعدی: تابستان 1401

تاریخ بازبینی:
تابستان 1400

تاریخ ابلاغ: 95/7/15 تاریخ آخرین ابلاغ: خرداد 99

تعداد صفحات: 2

کد دستورالعمل: HB.IN40

هدف: کنترل عفونت و پیشگیری از انتقال آلودگی

دامنه کاربرد: کلیه پرسنل خدماتی

شیوه انجام کار:

- 1- کلیه پسماندهای تیز و برنده باید در ظروف ایمن (سفتی باکس) جمع آوری و نگهداری شود که این ظروف باید دارای ویژگیهای زیر باشند:
 - الف) به اسانی سوراخ یا پاره نشوند.
 - ب) بتوان به آسانی درب آن را ببندیم.
 - پ) دهانه ظرف باید به اندازه ای باشد که بتوان پسماند را بدون اعمال فشار دست، در ظروف انداخت و خارج کردن آنها از ظرف ممکن نباشد.
 - ت) دیواره های ظرف نفوذ ناپذیر باشد و سیالات نتوانند از آن خارج شوند.
 - ث) پس از بستن درب، از عدم خروج مواد از آن اطمینان حاصل شود.
 - ج) حمل و نقل ظرف آسان و راحت باشد.
- 2- از کیسه های پلاستیکی برای جمع آوری و نگهداری پسماندهای تیز و برنده استفاده نشود.
- 3- کیسه های پلاستیکی حداقل باید دارای ویژگی های زیر باشند:
 - الف) برای جمع آوری و نگهداری پسماندها غیر از پسماندهای تیز و برنده استفاده شوند.
 - ب) بیش از سه چهارم ظرفیت پر نشوند تا بتوان در آنها را به خوبی بست.
 - پ) باروش های منگنه و روشهای سوراخ کننده دیگر بسته نشوند.
- 4- ظروف پسماند می بایست دارای دیواره های ضخیم و حداقل دارای ویژگی های زیر باشند:
 - الف) در برابر نشت، ضربه های معمول یوشکستگی و خوردگی مقاوم باشند.
 - ب) باید پس از هر بار استفاده بررسی و کنترل شوند تا از تمیز بودن، سالم بودن و عدم نشت اطمینان حاصل شود.

پ (ظروف معیوب نبایستی مورد استفاده مجدد قرار گیرند.

5- جنس ظروف نگهداری پسماند باید باروش تصفیه یا محاء سازگاری داشته باشد، همچنین ظروف پلاستیکی باید از پلاستیک های فاقد ترکیبهای هالوژن ساخته شده باشند.

6- پسماندهای سایتو توکسیک باید در ظروف محکم و غیر قابل نشت نگهداری شوند.

7- جهت آلودگی زدایی از سطل های پسماند می بایست از روش های زیر استفاده کرد:

الف (شستشو با آب داغ 82 درجه سانتی گراد و مدت 15 ثانیه

ب (گندزدهای ILD مانند محلول هیپوکلرید سدیم (محلول وایتکس با رقت 1 درصد به مدت 3 دقیقه)

امکانات و تسهیلات : سطل ، سفتی باکس ، کیسه های پلاستیکی ، محلول های گندزدا

منابع : قانون مدیریت پسماند، ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته، دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
سمت و امضا مسئول بهداشت محیط	سمت و امضا مدیریت بیمارستان	سمت و امضا ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: 95/7/15 تاریخ آخرین ابلاغ: 97/6/31	تاریخ بازبینی: تابستان 1401	تاریخ بازبینی بعدی: تابستان 1402
کد دستورالعمل:	تعداد صفحات: 2	
هدف: جلوگیری از انتقال عفونت از طریق از طریق عوامل محیطی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران و مراجعین		
دامنه کاربرد: کلیه کادر درمان		
شیوه انجام کار:		
<p>1- کلیه وسایل داخل اتاق مانند تخت، کمد، لاکر، فلومتر و (واحد بیمار و تجهیزات کنار تخت اسکراب و گندزدایی شوند) با آب و ماده دترجنت (شوینده) شستشو و بعد از خشک شدن با ماده گندزدا گندزدایی شوند .</p> <p>2- سرویس بهداشتی و سایر سطوح مانند در و دیوار و ... نیز با محلول دترجنت (شوینده) و آب شستشو شوند بعد با محلول گندزدا یا آب ژاول (سفید کننده) گندزدایی شوند .</p> <p>3- در اتاق در صورت لزوم اشعه گذاشته شود .</p>		
<p>در صورتیکه نیاز به ضدعفونی سریع اتاق بیمار داشته باشیم :</p> <p>میتوان کلیه وسایل شامل یونیت بیمار (تخت ، کمد ، لاکر و ...) را ابتدا با آب و ماده شوینده شسته یا با دستمال آغشته به مواد شوینده پاک کرده و با دستمال نمدار تمیز دیگری مجدد روی سطوح مورد نظر کشیده و با ماده گندزدای الکلی سریع الاثر گندزدایی نمود .</p>		
امکانات و تسهیلات: مواد شوینده - مواد گندزدا - دستکش یکبار مصرف - پارچه نظیف		
منابع: دستورالعمل های بهداشت محیط		
هدایت کننده: کمیته بهداشت محیط، مسئول بهداشت محیط		
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
سمت و امضا	سمت و امضا	سمت و امضا
مسئول بهداشت محیط	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان



تاریخ بازبینی بعدی: تابستان 1402	تاریخ بازبینی : تابستان 1401	تاریخ ابلاغ: 95 / 7 / 15	آخرین ابلاغ: خرداد 99
تعداد صفحات : 3		کد دستورالعمل : HB.IN32	

هدف: رعایت موازین بهداشتی و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط زیست

دامنه کاربرد : پرسنل خدمات ، کاربر دستگاه امحاء زباله

شیوه انجام کار:

- 1- کلیه پرسنل مدیریت پسماند می بایست در بدو استخدام و همچنین سالانه با شرکت در کلاس های آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار می گردد با نحوه تشخیص، جداسازی و تفکیک پسماندهای عفونی و تیز و برنده آشنا شوند.
- 2- کیسه های پلاستیکی مقاوم به دمای بالا و قابل نفوذ به بخار مخصوص دستگاه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده می بایست توسط واحد تدارکات خریداری گردد. (پسماندهای تیز و برنده خرد و بی خطر می شوند)
- 3- کیسه های پلاستیکی مقاوم به دمای بالا و قابل نفوذ به بخار مخصوص دستگاه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و سفتی باکس ها می بایست مطابق با درخواست کاربر دستگاه امحاء زباله و تایید کارشناس بهداشت محیط توسط واحد انبار تحویل کاربر گردد.
- 4- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست پسماندهای عفونی را در سطل های زرد رنگ حاوی کیسه پلاستیک زرد رنگ مقاوم و مخصوص پسماندهای عفونی و نیز پسماندهای تیز و برنده را در سفتی باکس ها پس از برچسب گذاری دفع نمایند.
- 5- پرسنل خدماتی که مسئول جمع آوری پسماندهای عفونی و تیز و برنده از بخش ها به جایگاه موقت پسماند هستند موظفند در پایان هر شیفت و طبق برنامه اعلام شده پسماندهای بخش ها را با آسانسور مخصوص حمل پسماند جمع آوری و با ترالی های مخصوص حمل پسماند به جایگاه موقت پسماند انتقال دهند .
- 6- در بیمارستان و در مکانی مناسب می بایست جایگاه موقت پسماند با تمامی شرایط و ضوابط بهداشتی و فیزیکی در نظر گرفته شود و پسماندهای بیمارستان قبل از بارگیری توسط خودروی شهرداری در این جایگاه نگهداری شوند .
- 7- کاربر دستگاه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده ، پسماندهای ذکر شده را باید در پلاستیک های مقاوم به دمای بالا و قابل نفوذ به بخار مخصوص دستگاه قرار دهد .
- 8- کاربر می بایست در هر سیکل کاری دستگاه قبل از قرار دادن پلاستیک های حاوی پسماندهای عفونی و تیز و برنده درون دستگاه نسبت به توزین و ثبت وزن آن در دفتر ثبت توزین پسماندهای عفونی و تیز و برنده اقدام نماید .

9- کاربر می بایست در هر سیکل کاری دستگاه قبل از قرار دادن پلاستیک های حاوی پسماندهای عفونی و تیز و برنده درون دستگاه نسبت به برچسب گذاری نشانگر شیمیایی کلاس 6 (سه نقطه ای) جهت کنترل صحت عملکرد سه عامل اصلی دستگاه بی خطر سازی یعنی دما، زمان و اشباع بخار اقدام نماید.

10- در پایان هر سیکل می بایست کاربر رنگ های نشانگر را به شکل زیر کنترل و در صورت ایجاد مشکل و عدم تغییر رنگ به کارشناس بهداشت محیط و مسئول تاسیسات جهت رفع مشکل گزارش نماید:

- اگر تنها رنگ آبی به سیاه تغییر رنگ داده بود بیانگر این است که اشباع بخار، دما و زمان به طور کامل فراهم نبوده است (failure)

- اگر نشانگرهای آبی و سبز به سیاه و نشانگر زرد به قهوه ای تغییر رنگ داد بیانگر این است که اشباع بخار، دما و زمان برای استریل مناسب بوده و شرایط ایمن است (safe)

- تغییر رنگ نشانگر زرد به سیاه با افزایش زمان امکان پذیر می گردد.

- اگر هر سه نشانگر به سیاه تغییر رنگ دادند بهترین حالت برای استریل می باشد (optimum)

11- کاربر می بایست برچسب نشانگر متعلق به هر سیکل دستگاه را در دفتر مستندات بایگانی کند و به هنگام بازدید کارشناس بهداشت محیط و دیگر بازرسان ارائه دهد.

12- کاربر می بایست در صورت بروز هر نوع مشکل در دستگاه بی خطر ساز به کارشناس بهداشت محیط و مسئول تاسیسات اطلاع رسانی کند.

13- پایش میکروبی دستگاه باید به واسطه ویال های بیولوژیکی و به صورت ماهانه توسط کارشناس بهداشت محیط و قرار دادن ویال های بیولوژیک درون دستگاه به واسطه کاربر دستگاه انجام شود.

14- اظهارنامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده (خرد کردن پسماند تیز و برنده) باید به صورت ماهانه و توسط کارشناس بهداشت محیط به مرکز بهداشت ارسال گردد.

15- بعد از اطمینان از بی خطر شدن پسماندهای عفونی و تیز و برنده کاربر می بایست پسماندها را درون ترالی های مخصوص حمل پسماندهای عفونی قرار داده و به جایگاه موقت منتقل کند تا از دسترس حیوانات و حشرات خارج باشد.

16- پسماندهای بی خطر سازی شده باید به صورت روزانه توسط خودروهایی حمل و نقل پسماند شهرداری دفع گردد.

17- بازیافت پسماندهای بیمارستانی ممنوع می باشد.

امکانات و تسهیلات:

کیسه های پلاستیکی مقاوم به دمای بالا و قابل نفوذ به بخار - دستگاه بی خطر ساز پسماندهای عفونی و تیز و برنده - جایگاه موقت پسماند - ترالی های بزرگ مخصوص حمل پسماندهای عفونی و تیز و برنده - نشانگرهای شیمیایی کلاس 6 - ویال های بیولوژیک

منابع:

قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل ارزیابی عملکرد و پایش میکروبی، شیمیایی و مکانیکی دستگاه های غیر سوز بی خطر ساز پسماند

هدایت کننده: مسئول بهداشت محیط		
تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده :
سمت و امضا ریاست بیمارستان	سمت و امضا مدیریت بیمارستان	سمت و امضا مسئول بهداشت محیط



تاریخ ابلاغ: 95/7/15 تاریخ آخرین ابلاغ: خرداد 99	تاریخ بازبینی : تابستان 1400	تاریخ بازبینی بعدی: تابستان 1401
HB .IN37 کد دستورالعمل :		تعداد صفحات : 2
تعاریف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند و آلودگی های ناشی		
دامنه : کلیه بخش های درمانی		
مخاطب: کلیه پرسنل درمانی		
<p>هدف: تفکیک در مبدا و کاهش تولید پسماند و آلودگی های ناشی از آن جهت حفظ و ارتقاء سطح سلامت انسان و محیط‌روش اجرایی:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست در بدو استخدام و همچنین سالانه با شرکت در کلاس های آموزشی مدیریت پسماند که توسط کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت برگزار می گردد با نحوه تشخیص، جداسازی و تفکیک پسماندهای عفونی آشنا شوند. 2- کیسه های پلاستیکی زرد رنگ مخصوص پسماندهای عفونی می بایست به صورت ماهانه توسط واحد تدارکات خریداری گردد. 3- کیسه های پلاستیکی زرد رنگ مخصوص پسماندهای عفونی می بایست مطابق با درخواست مسئول بخش ها توسط واحد انبار تحویل بخش ها گردد. 4- واحد تدارکات می بایست برچسب مخصوص تفکیک پسماندهای عفونی را مطابق با فرمت تحویلی از سوی کارشناس بهداشت محیط چاپ و در اختیار بخش ها قرار دهد. 5- کلیه سطل های پسماندهای عفونی می بایست دارای نماد بیوهazard باشند. 6- سطل های پدال دار زرد رنگ مخصوص تفکیک پسماندهای عفونی می بایست در همه بخشها موجود بوده و در صورت نیاز توسط واحد تدارکات خریداری گردد. 7- قرار دادن سطل های زرد در اتاق های بستری به جز بخش های اورژانس، دیالیز، اتاق عمل و اتاق های ایزوله و بخش های ویژه ممنوع می باشد. 8- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی می بایست پسماندهای عفونی را در سطل های زرد رنگ حاوی کیسه پلاستیک زرد رنگ مقاوم و مخصوص پسماندهای عفونی دفع نمایند. 		

9- کلیه پرسنل بخش می بایست از دفع سایر انواع پسماندها اعم از پسماند عادی ، تیز و برنده و شیمیایی-دارویی در سطل مخصوص پسماندهای عفونی خودداری نمایند.

10- کلیه پرسنل درمانی و خدماتی ملزم به اجرای ضوابط تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا می باشند.

11- سرپرستار /مسئول شیفت موظف است بر نحوه تفکیک پسماندهای عفونی در مبدا نظارت نماید.

12- کارشناس بهداشت محیط می بایست در بازدیدهای خود از بخش ها ، نحوه تفکیک پسماندهای عفونی را ارزیابی نموده و نواقص موجود را گزارش نماید.

13- پسماندهای عفونی می بایست قبل از خروج از بخش توسط پرسنل خدمات برچسب گذاری گردیده و اطلاعات مورد نظر بر روی برچسب درج گردد.

14- اختلاط هر نوع پسماند دیگر با پسماندهای عفونی ممنوع است.

15- در صورت مخلوط شدن احتمالی پسماند عادی با پسماندهای عفونی خارج کردن آن ممنوع است.

فرد پاسخگوی: مسئول بهداشت محیط

منابع: قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته

امکانات و تسهیلات: سطل زرد رنگ مخصوص پسماندهای عفونی - کیسه پلاستیکی زرد رنگ مخصوص پسماند عفونی - برچسب پسماندها

هدایت کننده:مسئول بهداشت محیط

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول بهداشت محیط	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان