



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

" مجموعه روش های اجرایی "

بر اساس استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم

تابستان ۱۴۰۳

نحوه کد گذاری

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

فهرست روش اجرایی

- ۳..... گزارش حوادث و موقعیت های خطر افزین
- ۵..... نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها
- ۷..... کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
- ۹..... نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان
- ۱۰..... پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری و نرم افزاری
- ۱۱..... گزارش مقادیر بحرانی پاراکلینیک
- ۱۳..... دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری
- ۱۴..... ترخیص ، آموزش و پیگیری بیمار
- ۱۶..... برچسب گذاری ، باز خوانی ابزار و وسایل استریل
- ۱۸..... پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی
- ۲۹..... پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی انتظامی، قوه قضائیه و سایر مراجع ذیصلاح
- ۳۱..... تامین لوازم و وسایل مصرفی بیماران بستری با رعایت الزامات ایمنی م
- ۳۲..... افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه فضای فیزیکی، تجهیزات /ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی در بحران
- ۳۵..... انجام مشاوره اورژانس
- ۳۶..... نظارت بر اعزام بیماران به سایر مراکز
- ۳۷..... نحوه تزریق خون و فراورده های خونی
- ۴۰..... نحوه تزریق خون و فراورده های خونی در نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از ۴ ماه
- ۴۳..... جمع آوری ، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن



عنوان روش اجرایی:

گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: BH.PRO1		تعداد صفحات: ۲	
هدف:			
<p>۱- پاسخ به هر نوع حادثه غیرمترقبه که پرسنل، بیماران، بازدیدکنندگان و یا اجتماع را تحت تاثیر خود قرار می دهد.</p> <p>۲- تعیین مسئولیت های افراد و بخش های بیمارستان در هنگام وقوع حوادث غیرمترقبه</p>			
دامنه کاربرد: کلیه واحدهای بستری و غیر بستری			
تعاریف: حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters) /طبق تعریف به حوادثی اطلاق می گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشاء می گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می شوند.			
<p>حوادث غیرمترقبه داخلی: (Internal Disasters) /بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحات و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید</p> <p>مرکز هدایت عملیات: مرکز عملیات بحران، یک منطقه محافظت شده است که تصمیمات مدیریتی در آن جا صورت می گیرد و پاسخ های هماهنگ مرتبط با حوادث و سوانح اضطراری سازماندهی می شود.</p> <p>سامانه فرماندهی حادثه بیمارستانی: مجموعه ای اصولی متشکل از افراد متخصص برای فرماندهی، کنترل و هماهنگی در پاسخ به شرایط اضطراری استفاده می شود. شامل مجموعه ای از کارکنان، سیاست ها، فرایندها، تاسیسات و تجهیزات می باشد که در یک ساختار مشترک سازمان یافته، گردآوری شده اند و برای بهبود پاسخ به عملیات اضطراری از تمامی نوع ها و پیچیدگی ها، طراحی شده اند.</p>			
شیوه انجام کار:			
<ul style="list-style-type: none"> • حوادث غیر مترقبه خارجی توسط نماینده مخصوص فرمانداری به فرد اعلام کننده خطر(فرمانده حادثه) بیمارستان اطلاع داده می شود.فرد اعلام کننده خطر (فرمانده حادثه) در اولین زمان ممکن به سوپروایزر وقت جهت آمادگی بیمارستان واعلام حالت آماده باش اطلاع می دهد. • فرمانده حادثه با کسب اطلاعات کامل از شدت ووسعت حادثه نیاز های اولیه منابع مالی، انسانی و تجهیزات وملزومات را برآورد کرده ونسبت به آماده سازی انها دستورات لازم را به سوپروایزر بیمارستان میدهد ودر اسرع وقت در بیمارستان حضور می یابد. ۱. در حوادث سوپروایزر کشیک / سوپروایزر بالینی پس از اطلاع از موقعیت خطر آفرین از صحت آن اطلاع حاصل می کند ۲. سوپروایزر کشیک / سوپروایزر بالینی، بحران به وجود آمده را تحلیل و بررسی می کند . ۳. سوپروایزر مربوطه با فرمانده حادثه ارتباط برقرار می کند . ۴. فرمانده حادثه بعد از تایید خبر بحران ، کد ۴۴ را فعال می نماید. ۵. فرمانده حادثه از طریق سیستم هوشمند اعلام کد ، ضمن فعال نمودن کد بحران ، سامانه فرماندهی حادثه را فعال می کند . ۶ ۶. همزمان با فعال شدن لایه اول چارت بحران ، سوپروایزر به ستاد دانشگاه نیز اطلاع رسانی و مشخصات بیماران را ثبت می کند ۷. فرمانده حادثه و اعضای تیم پاسخ اضطراری در اتاق EOC حضور می یابند . ۸. اعضای تیم پاسخ اضطراری در صورت عدم توانایی حضور در بیمارستان ، اطلاع می دهند تا جانشین های اعضا به دستور فرمانده 			

حادثه ، فراخوان شوند .

۹. مسئول ارزیابی منابع و وضعیت ، توسط تلفن اعضای تیم پاسخ اضطراری و در صورت نیاز جانشین های آن ها را فراخوان می کند .

۱۰. گزارش تحلیلی از بحران از طریق سوپروایزر به فرمانده حادثه اطلاع داده می شود

۱۱. گزارش سوپروایزر باید شامل مواردی از قبیل نوع بحران ایجاد شده ، شدت و گستردگی بحران ، مکان یا بخشی از بیمارستان که بحران در آن اتفاق افتاده ، نیاز یا عدم نیاز به تخلیه اضطراری بخش ها ، نیاز یا عدم نیاز به تجهیزات حیاتی پشتیبان ، تعداد تخت های اکسترا در صورت نیاز و فضاهای غیردرمانی که امکان خدمات رسانی بالینی در آن ها وجود دارد ، باشد

۱۲. اعضای تیم پاسخ اضطراری شرح وظایف و جلیقه های (در صورت وجود) خود را از اتاق EOC تحویل می گیرند

۱۳. اعضای تیم پاسخ اضطراری بر سر صحنه حاضر شوند .

۱۴. در صورت لزوم به دستور فرمانده حادثه لایه های بعدی چارت فرماندهی و افراد خارج از شیفت با اعلام کد شروع بحران ، از طریق تماس تلفنی ، پیامک ، اینترنت و در صورت نیاز از طریق پیک فراخوان شوند

۱۵. در صورت نیاز با دستور فرمانده حادثه از مراکز پشتیبان کمک گرفته شود

۱۶. در صورت عدم توانایی بیمارستان یا مراکز پشتیبان ، کمک رسانی به بیمارستان به دستور فرمانده حادثه از ستاد هدایت دانشگاه به صورت تلفنی درخواست کمک می شود .

۱۷. در صورت نیاز به همکاری مقامات محلی در کنترل بحران ، به دستور فرمانده حادثه از سازمان مربوط کمک گرفته می شود . نکته : لیست تلفن های اضطراری در اتاق فرمانده حادثه نصب می باشد

۱۸. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ، نقش و وظایف هر پست از چارت فرماندهی حادثه را مشخص و ابلاغ نموده است .

۱۹. بعد از پایان بحران در بیمارستان ، فرمانده حادثه دستور خاتمه بحران را صادر می نماید . به دستور فرمانده حادثه تمامی اقدامات انجام شده به منظور مدیریت بحران پیش آمده به EOC دانشگاه به صورت تلفنی گزارش می شود

مستندات مرتبط: مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخص های توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا - دکتر خانکه

منابع : منابع مالی / منابع انسانی

مسئولیت ها و اختیارات: رئیس بیمارستان / مدیر بیمارستان / مترون بیمارستان
سوپروایزر مسئول در هنگام وقوع حادثه

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

	<p>مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار</p> <p>عنوان روش اجرایی:</p> <p>نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی شاهرود</p>	
<p>بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴</p>	<p>آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ ابلاغ: ۹۵ / ۷ / ۱۵</p>
<p>تعداد صفحات: ۲</p>		<p>کد روش اجرایی: BH.PRO2</p>	
<p>هدف: هماهنگی کارکنان واحدها در جهت ارائه خدمات مناسب به گیرنده خدمت</p>			
<p>دامنه کاربرد: کلیه بخشهای بالینی بیمارستان</p>			
<p>تعاریف: تعامل بین بخشی و ارتباط بین بخش های بیمارستان به منظور تسریع و تسهیل در روند ارائه خدمات به بیماران</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p>			
<ol style="list-style-type: none"> ۱. نظارت بر انتقال بیمار توسط پرستار مسئول پس از دستور پزشک معالج با رعایت استانداردهای ایمنی بیمار طبق مقیاس SBAR از بخش به بخش دیگر توسط سوپروایزر صورت می پذیرد. ۲. مسئول شیفت در صورت نیاز به تجهیزات پزشکی، هماهنگی لازم را با بخش های تعیین شده زیر نظر سوپروایزر انجام داده و با تحویل رسید تجهیزات مورد نیاز خود را تأمین می نماید. ۳. با نظر سوپروایزر، مسئول شیفت در صورت نیاز به اقلام دارویی خاص با سایر بخش ها و داروخانه هماهنگی نموده تا داروی مورد نظر را با تحویل رسید از بخش یا داروخانه تأمین نماید. ۴. سوپروایزر می بایست هماهنگی لازم را با داروخانه طرف قرارداد انجام داده و نسبت به تهیه و تأمین داروی توسط کارپرداز مورد نظر اقدام نماید. ۵. سوپروایزر در صورت افزایش حجم کاری در بخش ها نسبت به تأمین نیروی انسانی با جابجایی افراد مورد نیاز بخش اقدام می نماید. ۶. با نظارت سوپروایزر مسئول شیفت در صورت نیاز به انجام گرافی پرتابل، هماهنگی لازم با واحد رادیولوژی را انجام می دهد و واحد رادیولوژی موظف به انجام کار در کوتاه ترین زمان ممکن می باشد. ۷. با نظارت سوپروایزر مسئول شیفت واحد آزمایشگاه می بایست در صورت مشاهده نتایج بحرانی آزمایشات مستقیماً به اطلاع پرستار مسئول بخش مورد نظر می رساند. ۸. در هر واحد دو پرستار به عنوان پرستار خارج از نوبت کاری در برنامه ماهانه پرستاران با علامت ستاره مشخص شده اند که در مواقع کمبود نیرو جهت جایگزینی نیرو از آنها استفاده می شود. ۹. در صورت بروز هر گونه مشکل در جهت دریافت خدمات پاراکلینیک اورژانس، مورد توسط مسئول بخش/شیفت به سوپروایزر کشیک اطلاع داده میشود. ۱۰. در صورت نیاز سوپروایزر کشیک جهت حل مشکل با مسئول بخش واحد مورد نظر تماس میگیرد. ۱۱. در صورت نیاز سوپروایزر کشیک جهت حل مشکل با مترون تماس حاصل نموده و ایشان یا راهنمایی تلفنی نموده و یا در 			

بیمارستان حاضر شده و مشکل را بررسی می نمایند.

۱۲. در صورت وجود مشکل در هر یک از فرآیندهای داخل بیمارستانی، مدیر پرستاری در جلسات برگزار شده با سوپروایزرین و

مسئولین بخشها مسائل و مشکلات موجود را مطرح و پس از بررسی، راهکارهای لازم را ارائه مینمایند

۱۳. مدیر پرستاری مسائل و مشکلات غیر قابل حل در حوزه پرستاری را به حوزه ریاست منتقل مینمایند.

۱۴. مدیر پرستاری راهکارهای ارائه شده از حوزه ریاست را به سوپروایزرها و مسئولین بخشها منتقل مینماید.

۱۵. مدیر پرستاری بر روند تعامل بین بخشها نظارت مینماید.

۱۶. جهت برقراری ارتباطات بهینه بین بخشهای بالینی و پاراکلینیکی، با مسئولین این بخشها جلسات مذاکره/مشاوره برگزار میشود.

مستندات مرتبط: آیین نامه و قوانین و مقررات داخلی بیمارستان

منابع: سیاست های بیمارستانی

مسئولیت ها و اختیارات:

۱- مسئول شیفت: هماهنگی با بخش های بالینی و پاراکلینیکی

۲- مسئول دارویی: پیگیری تأمین داروی موردنیاز

۳- سوپروایزر: تأمین نیرو و سایر هماهنگی ها

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیریت پرستاری	سوپروایزر بالینی مسئولین واحدهای پاراکلینیک



عنوان روش اجرایی:

کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی

تاریخ ابلاغ: ۹۵ / ۷ / ۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: BH.PRO3		تعداد صفحات: ۲	
هدف: اطمینان از صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی			
دامنه کاربرد: کلیه بخش های درمانی و کارکنان			
تعاریف:			
<p>سپاس: سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) که مجموعه ای از کلیه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان از پیش از تولد تا پس از مرگ را نیز شامل می شود.</p> <p>HIS: نرم افزاری که در بیمارستان مورد بهره برداری قرار می گیرد و وظیفه مدیریت منابع بیمارستانی و تشکیل پرونده بیماران در بیمارستان را به عهده دارد و مکلف به ارسال این اطلاعات به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت می باشد.</p>			
شیوه انجام کار:			
<ul style="list-style-type: none"> - پرسنل پذیرش اطلاعات هویتی و دموگرافیک و مشخصات بیمه ای بیماران بستری و پزشک بستری کننده را در پرونده الکترونیکی با کد و شماره پرونده اختصاصی بیمار را ثبت میکنند. - مسئولین بخش ها انواع درخواست ها از جمله درخواست مشاوره، آزمایش، سونوگرافی ... را در سیستم HIS ثبت مینمایند. - مسئولین واحد های پاراکلینیکی و داروخانه اطلاعات مربوط به موارد پاراکلینیکی و داروها را در سیستم ثبت می نمایند. - برای افراد مجاز از جمله مسئول HIS و جانشین و درآمد و مسئول آمار و کدگذاری کد کاربری و دسترسی به سامانه سپاس داده میشود. - افراد مجاز از جمله جانشین HIS و مسئول درآمد و آمارگر و کدگذار پرونده ها میبایست به صورت روزانه گزارش خطاهای دسته بندی شده سامانه سپاس را استخراج نمایند. - خطاهای استخراج شده می بایست با توجه به نوع خطا که مربوط به کدام بخش می باشد به اطلاع بخش مربوطه رسانده شود. - بخش مربوطه باید در اولین فرصت ممکن نسبت به رفع خطای موجود در سیستم HIS اقدام نموده و پرونده مجدداً به سپاس ارسال گردند. - افراد مجاز می بایست بعد از رفع خطاهای موجود توسط بخش های مربوطه مجدداً از سامانه سپاس گزارش گرفته و از صحت اقدامات انجام گرفته اطمینان حاصل نماید (مقایسه گزارش خطا با هم دیگر). - این افراد باید هر هفته نتیجه اقدامات انجام گرفته و رفع تعداد خطاهای موجود را به سمع و نظر مسئول HIS برسانند. - مسئول HIS باید نحوه عملکرد و اقدامات اصلاحی انجام گرفته را (از جمله آموزشهای پرسنل، نصب ورژنهای جدید سپاس و...) را در 			

کمیته فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت مطرح نمایند.

- مسئولین HIS مبنایست آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت دررا به افراد مجاز در ثبت اطلاعات بیماران در سامانه HIS و همچنین سامانه سپاس را ابلاغ نمایند.

- تمامی الزامات مستندسازی در سامانه اطلاعات بیمارستانی می بایست بر اساس آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت به روز رسانی شوند.

- پس از گزارش گیری از سپاس و مشخص شدن خطاهای موجود، پس از ردیابی کاربر ثبت کننده باید مورد به اطلاع کاربر جهت جلوگیری از خطاهای تکراری رسانده شود.

هدایت کننده: مسئول فناوری اطلاعات / مسئول مدارک پزشکی

منابع: آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت

تصویب کننده:	تایید کننده:	تهیه کننده:
ریاست بیمارستان	مدیریت بیمارستان	مسئول فناوری اطلاعات مسئول مدارک پزشکی



عنوان روش اجرایی:
نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات
الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان



تاریخ ابلاغ: ۹۵ / ۷ / ۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: BH.PRO4		تعداد صفحات: ۱	
هدف: جلوگیری از، از بین رفتن اطلاعات و بازیابی سریع اطلاعات در صورت نیاز			
دامنه کاربرد: واحد فناوری اطلاعات			
تعاریف:			
crash کردن به معنای صدمه خوردن و خراب شدن سیستم و فایل‌های سیستمی و اطلاعاتی در نرم افزارها و برنامه‌های مختلف میباشد			
شیوه انجام کار:			
مسئول فناوری اطلاعات با بررسی شرایطی که در ذیل اشاره شده سیاست مدون برای پشتیبان گیری را انجام میدهد:			
- هر روز در ساعات کم ترافیک و بطور منظم از بانکهای اطلاعاتی همه نرم افزارهای مستقر در مرکز بکآپ گیری انجام میشود.			
- اطلاعات حاوی بکآپهای نرم افزارهای سیستم بر روی سرورهای مشخص شده و یا مدیاهای مستقر در اتاق سرور ذخیره میشود.			
- اطلاعات حاوی نرم افزارهای کاربردی مطابق با دستورالعملهای وزارتخانه هم به همین منوال در اتاق سرور ذخیره میشود.			
- یک نسخه از اطلاعات حاوی بانکهای اطلاعات و نرم افزارهای سیستم جهت ذخیره سازی بر روی یکی از کلاینتهای مرکز کپی و برای همین هدف ذخیره میشود.			
- نسخه ای دیگر از اطلاعات ذخیره شده به خارج از فضای بیمارستان جهت اطمینان بیشتر انتقال مییابد.			
- از دست دادن اطلاعات سیستم بعد از crash کردن، تخریب اطلاعات توسط ویروسها، تخریب اطلاعات توسط هکرها، هنگام بروز حوادث طبیعی را بررسی مینماید			
هدایت کننده: مسئول فناوری اطلاعات			
منابع: آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت / تجربیات بیمارستان			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
مسئول فناوری اطلاعات	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان	



عنوان روش اجرایی:

پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری و نرم افزاری

تاریخ ابلاغ: ۹۵ / ۷ / ۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: BH.PRO5		تعداد صفحات: ۱	
هدف: پشتیبانی از سیستم های مذکور در خصوص ثبت خدمات الکترونیک بی عیب و نقص به صورت on time			
دامنه کاربرد: واحد فناوری اطلاعات / کلیه بخش ها و واحدها			
تعاریف:			
منظور از سیستم های سخت افزاری، کلیه رایانه ها، پرینترها، کیس کالینت، کیس سرور، روترها و سویچها و کابلهای شبکه و... می باشد و منظور از سیستم های نرم افزاری برنامه های MIS.HIS ، کارما، حسابداری تعهدی و اتوماسیون می باشد.			
شیوه انجام کار:			
<ul style="list-style-type: none"> - واحد فناوری اطلاعات، کلیه سخت افزارها و نرم افزارها موجود را شناسایی و برای کلیه آنها شناسنامه ایجاد می کند. - مسئول واحد فناوری اطلاعات، جهت برون سپاری نگهداری و پشتیبانی نرم افزار و سخت افزار مجوزهای لازم را از دانشگاه دریافت می کند. - مسئول واحد فناوری اطلاعات، دستورالعملها و بخشنامه های صادره از طرف مدیریت آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نسبت به پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان را دقیق عمل می کند. - مسئول واحد فناوری اطلاعات، تجهیزات مورد نیاز جهت پشتیبانی را فراهم و در اختیار شرکت طرف قرارداد می گذارد. - مسئول واحد فناوری اطلاعات، نیازهای مرکز از لحاظ سخت افزاری و نرم افزاری را مورد بررسی و جهت ارائه خدمات بهتر و سریع تر، نسبت به تغییرات برنامه و تجهیزات رایانه ای، اقدام گردد. -مسئول واحد فناوری اطلاعات، در زمان عقد قرارداد نسبت به تعیین نحوه انجام سرویس های دوره ای شرکت طرف قرارداد دقت میکند. - مسئول واحد فناوری اطلاعات ، براساس قرارداد نسبت به تعیین برنامه زمانبندی جهت سرویس سخت افزارها اقدام نموده و به شرکت مربوطه اعلام می نماید. -مسئول واحد فناوری اطلاعات، نسبت به نصب نرم افزارهای کاربردی عمومی نظیر Office و Spss و acrobat Adobe آنتی ویروس بخش ها نظارت می نماید. - مسئول واحد فناوری اطلاعات / شرکت نرم افزاری و سخت افزاری، آموزش نکات امنیت سخت افزاری به کاربران واحد و بر رعایت و اجرای آنها نظارت می کند. -مسئول واحد فناوری اطلاعات نصب سیستم عامل بر روی سرور و کالینتها و بروز رسانی آن (توسط شرکت) را نظارت می کند. - مسئول واحد فناوری اطلاعات بروز رسانی نرم افزاری کامپیوتر ایستگاههای کاری بطور مداوم و تاکیدا بروز رسانی سیستم عامل می نماید. 			
هدایت کننده: مسئول فناوری اطلاعات			
منابع: آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت / تجربیات بیمارستان			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
مسئول فناوری اطلاعات	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان	



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

عنوان روش اجرایی:

گزارش مقادیر بحرانی پاراکلینیک



تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: HB.PRO6		تعداد صفحات: ۲	
<p>تعاریف: موارد بحرانی (panic value): به نتیجه ای اطلاق میشود که گزارش فوری آن ممکن است تاثیر بسزایی در تفسیر و یا ماهیت تشخیص و یا پیشگیری از بیماری داشته باشد.</p>			
<p>هدف: اعلام گزارشاتی که ممکن است عدم اعلام آن به بیمار و یا پزشک موجب مشکلات عدیده ای برای بیمار و یا اطرافیان وی گردد.</p>			
<p>دامنه: کلیه بخش های درمانی آزمایشگاه / رادیولوژی</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <p>۱- پرسنل فنی و پذیرش آزمایشگاه و رادیولوژی در جهت تشخیص موارد بحرانی آموزش دیده اند.</p> <p>۲- نتایج آزمایشات و تست های پاراکلینیکی که در محدوده بحرانی قرار دارند (value Critical) قبل از ارسال کتبی و ثبت در HIS با خط تلفن یک طرفه هر بخش به مسئول بخش یا پزشک معالج و در غیر این صورت به پرستار مسئول شیفت اطلاع داده می شود و نام و نام خانوادگی وی ثبت می گردد.</p> <p>۳- مقادیر بحرانی در هر بخش موجود بوده و به دیوار نصب است.</p> <p>۴- در آزمایشگاه و رادیولوژی مسئولیت گزارش به موقع نتایج بحرانی به عهده تمامی کارکنان شاغل در آزمایشگاه و رادیولوژی می باشند.</p> <p>۵- پس از اینکه فردی در آزمایشگاه متوجه شد که نتیجه یک تست در محدوده بحرانی قرار دارد، باید مساله را با مسئول شیفت مطرح نماید. مسئول فنی و یا سوپروایزر با تکرار آزمایش بر روی همان نمونه به صورت دوتایی و یا در کنار یک کنترل مناسب از نتیجه به دست آمده قبلی اطمینان حاصل نموده و مورد را پس از مقایسه با نتایج قبلی و همبستگی بالینی و تاریخچه بیمار بسته به مورد به پزشک بیمار و مسئول بخش اطلاع داده و گاهی نیاز است که شرایط زمان نمونه گیری از بیمار سوال شده و یا نمونه گیری مجدد انجام پذیرد به هر حال علت و نتیجه تکرار نمونه در دفتر مربوطه ثبت شود.</p> <p>۶- پس از اینکه فردی در رادیولوژی متوجه شد که نتیجه یک تست در محدوده بحرانی قرار دارد، باید مساله را با مسئول شیفت مطرح نماید و سریعاً به مسئول بخش اطلاع دهد و در دفتر ثبت نتایج بحرانی ثبت نماید.</p> <p>۷- نتایج تست های انجام شده به اطلاع پزشک معالج رسانیده می شود و دستورات تلفنی پزشک بر اساس روش اجرایی دستورات تلفنی اجرا می گردد.</p> <p>۸- کلیه اقدامات لازم و دستورات پزشک سریعاً جهت حفظ جان بیمار و حفظ ایمنی بیمار انجام می پذیرد.</p>			

۹- نتایج تست های گزارش شده در دفتر ثبت نتایج بحرانی تست های پاراکلینیک و پرونده بیمار دقیقاً ثبت می شود .

• **در رابطه با رعایت خط مشی در بیماران سرپایی موارد زیر توسط پرسنل آزمایشگاه و رادیولوژی مد نظر قرار گیرد:**

- ✓ در صورت مشاهده وضعیت های بحرانی با بیمار (تلفن بیمار بایستی از قبل ثبت شود) تماس گرفته و به وی اطلاع دهند و ثبت نمایند (جهت پیگیری موارد قانونی)
- ✓ در صورت حضور بیمار در بیمارستان، جهت دریافت مشاوره و بررسی نتایج پاراکلینیک (رادیولوژی، سی تی و...) بیمار به پزشک اورژانس ارجاع می گردد.
- ✓ در صورت عدم دسترسی به بیمار، به پزشک معالج وی اطلاع دهند (ثبت نمایند جهت موارد قانونی)
- ✓ در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج، چنانچه بیمار در بخش قبلاً بستری بوده به مسئول بخش اطلاع دهند .
- ✓ چنانچه هیچ کدام از مراتب بالا امکان پذیر نبود به کارشناس ایمنی بیمار اطلاع تا پیگیری نمایند و در کمیته ایمنی مطرح نمایند.

مستندات مرتبط: لیست مقادیر بحرانی

منابع: دستورالعمل ایمنی بیمار

مسئولیت ها و اختیارات: اجرا بر عهده پرسنل بخش های بالینی و بخش های پاراکلینیک، نظارت بر عهده سرپرستار و سوپروایزرها

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
مدیریت پرستاری مسئول آزمایشگاه مسئول رادیولوژی	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان



عنوان روش اجرایی:

دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: HB.PRO7		تعداد صفحات: ۱	
تعاریف: به دستورات پزشکی اطلاق می شود که در موارد ضروری به پرستار از طریق تماس تلفنی داده شود.			
هدف: تسریع در امور درمان بیماران و افزایش رضایتمندی آنان و انجام اقدامات اورژانسی جهت بیمار در زمان عدم حضور پزشک			
دامنه: پرسنل پرستاری، ماماها و پزشکان			
شیوه انجام کار:			
۱- پرستار مسئول بیمار در مواقع ضروری و نیاز به اطلاع به پزشک در مورد وضعیت بیمار، با پزشک معالج تماس می گیرد.			
۲- پرستار دوم به عنوان شاهد در کنار پرستار و مسئول بیمار حضور دارد.			
۳- پرستار به طور وضوح نام و نام خانوادگی بیمار، شماره تخت و تشخیص پزشکی بیمار را به پزشک معالج اطلاع می دهد.			
۴- پرستار مسئول بیمار پس از اطمینان از شناخت بیمار توسط پزشک، شرح حال و وضعیت بیمار را به پزشک معالج شرح می دهد.			
۵- پزشک دستورات لازم را به پرستار می دهد.			
۶- پرستار هر دستوری را که پزشک تجویز نموده است در حضور پرستار دوم (شاهد) تکرار می کند.			
۷- پرستار مسئول بیمار دستورات تلفنی و تاریخ و زمان آنها را با خودکار آبی در پرونده ثبت می نماید و مجدد از روی نوشته برای پزشک با صدای بلند میخواند.			
۸- دستورات تلفنی ثبت شده توسط پرستار مسئول بیمار و پرستار شاهد با خودکار قرمز امضاء می شود.			
۹- پرستار مسئول بیمار کلیه گزارشات و اقدامات صورت گرفته را با ذکر تاریخ و ساعت در گزارش پرستاری ثبت می نماید.			
۱۰- گزارش پرستاری توسط پرستار مسئول بیمار امضاء می شود.			
۱۱- پزشک معالج در اولین فرصت بر بالین بیمار حاضر شده (تا قبل از ۲۴ ساعت) و دستورات تلفنی خود را در پرونده بیمار ثبت و تأیید می نماید.			
مستندات مرتبط: _____			
منابع: کتاب گزارش نویسی در پرستاری مستندات موجود در بخش			
مسئولیت ها و اختیارات: اجرا بر عهده پرسنل بخش های بالینی و پزشکان، نظارت بر عهده سرپرستار و سوپروایزرها			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
دفتر بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان	



عنوان روش اجرایی:

ترخیص، آموزش و پیگیری بیمار

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: HB.PRO8		تعداد صفحات: ۱	
<p>تعاریف: ترخیص ایمن: مفهومی برای صیانت از ایمنی بیماران است و شامل تمامی ابعاد پیشگیری، ارتقاء سلامت، مراقبت و درمان و پیگیری بیماران به منظور صیانت از دستاوردهای مراقبت و درمان پس از ترخیص است، اطلاع از این تکنیک و به کارگیری آن جهت ترخیص ایمن بیمار به خارج از بیمارستان و ثبت آن در گزارش پرستاری ترخیص لازم می باشد.</p>			
<p>هدف: ترخیص ایمن بیماران همراه با ارائه آموزشهای پزشک و پرستار</p>			
<p>دامنه: پرسنل بخش های بالینی و اورژانس</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. پرستار/ماما مسئول دستور ترخیص بیمار را در پرونده بیمار بعد از کنترل مهر و امضا می نماید. ۲. در صورتی که بیمار با میل شخصی ترخیص می گردد اخذ رضایت با میل شخصی توسط پزشک و پرستار الزامی می باشد. ۳. پرستار/ماما مسئول اقدامات درمانی لازم را جهت ترخیص بیمار انجام می دهد. ۴. پرستار/ماما مسئول آموزشهای لازم حین ترخیص را با زبان ساده و قابل فهم به بیمار طبق تکنیک SMART ارائه می دهد ۵. پرستار/ماما مسئول موارد آموزش داده شده را با زبان ساده و قابل فهم را در برگه آموزش به بیمار ثبت می کند. ۶. پرستار/ماما مسئول موارد آموزش داده شده را در گزارش حین ترخیص ثبت می نماید و به تکنیک SMART اشاره می نماید. ۷. پرستار/ماما مسئول آموزشهای لازم را جهت انتقال ایمن بیمار از تخت به ویلچر یا برانکار یا خارج شدن از تخت با پای خود را به بیمار و همراه بیمار ارائه می دهد. ۸. پرستار/ماما مسئول، بر نحوه انتقال بیمار و خارج شدن از بخش نظارت و از نحوه خروج ایمن بیمار تا درب خروجی بیمارستان اطمینان حاصل می نماید. ۹. در صورت نیاز به برانکار و ویلچر جهت انتقال بیمار وظیفه انتقال به عهده بیمار بر می باشد و پرستار/ماما مسئول نظارت بر انتقال می باشد. ۱۰. پرستار/ماما مسئول در صورت نیاز به برانکار و ویلچر از کمر بند مهار فیزیکی جهت سقوط استفاده می نماید. ۱۱. حداقل موارد آموزشی لازم جهت ارائه به بیمار و ثبت در برگه آموزش به بیمار و گزارش حین ترخیص موارد زیر می باشد: <ul style="list-style-type: none"> • نوع رژیم غذایی • نوع و نحوه مصرف داروهای تجویز شده در منزل • وضعیت حرکتی بیماران در منزل • نحوه مراقبت و پانسمان زخمها در صورت اقدامات جراحی و نمونه برداری 			

• نحوه پیگیری نتایج معوقه اقدامات پاراکلینیکی (آزمایشگاهی، پاتولوژی، ام آر ای، غربالگری و.....)

• علائم هشداردهنده بیماری جهت مراجعه مجدد

• زمان و مکان مراجعه بعدی بیمار به پزشک

۱۲. بیمار پس از انجام مراحل ترخیص از بخش بستری و تکمیل آموزش های لازم و تخصصی، توسط سرپرستار مربوطه به واحد

آموزش و پیگیری بیمار، ارجاع داده می شود. (آموزش و پیگیری بیمار طبق دستورالعمل اجرایی واحد پرستاری آموزش و

پیگیری بیمار انجام می گردد)

۱۳. هنگام ترخیص بیمار از بخش اورژانس، آموزش های الزامی در مورد مصرف داروها، تغذیه بیمار، مراقبت از زخم و محل

پروسیجر، ممنوعیت غذایی_دارویی و نیز علائم هشدار و توصیه های لازم جهت ویزیت مجدد و فالوآپ در بخش اورژانس یا

ارجاع به درمانگاه های تخصصی مربوطه، به بیمار ارائه می گردد. (با توجه به شرایط بیمار در صورت نیاز هماهنگی لازم با

پزشک متخصص درمانگاه جهت ارجاع و ویزیت بیمار انجام می گردد)

مستندات مرتبط: _____

منابع: شناسنامه و استاندارد خدمت ویزیت جامع اورژانس / ترخیص SMART

مسئولیت ها و اختیارات: اجرا بر عهده پرسنل بخش های بالینی و پزشکان، نظارت بر عهده سرپرستار و سوپروایزرها

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده:
دفتر بهبود کیفیت	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



عنوان روش اجرایی:
برچسب گذاری ، باز خوانی ابزار و وسایل استریل

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: HB.PRO9		تعداد صفحات: ۲	
تعاریف: استریلیزاسیون: حذف کامل میکروارگانیزم‌های زنده و غیر زنده حتی اسپور باکتری ها.			
هدف: پیشگیری از گسترش عفونت در بیماران			
دامنه: کارکنان CSR/اتاق عمل /کلیه بخش های بستری			
شیوه انجام کار:			
<p>۱. شست و شوی ابزار و وسایل در بخش طبق روش های مدون انجام و تحویل مرکز استریل میشود.</p> <p>۲. ضد عفونی ابزار و وسایل در مرکز استریل انجام می گردد.</p> <p>۳. کارکنان CSR برای رهگیری فرایند استریل شدن بر روی برچسب مشخصات ست: نام فرد بسته بندی کننده، نام ست، تاریخ و شیفت استریلیزاسیون، تاریخ انقضاء، شماره سیکل، شماره دستگاه استریل کننده را ثبت مینمایند.</p> <p>*تبصره تاریخ انقضای ستها در شرایط استاندارد: (رطوبت، تهویه هوا، نگهداری در کابینت های استیل درب دار)</p> <p>- شان پارچه ای دو لایه به شرط نداشتن سوراخ، پارگی و استهلاک: ۱۴ روز</p> <p>- ترکیب کاغذ کرپ و شان پارچه ای به شکلی که کاغذ کرپ به عنوان پوشش درونی و شان به عنوان پوشش بیرونی استفاده شود: یک ماه</p> <p>- پارچه کتان ضخیم با منافذ غیر قابل رویت دو لایه: یک ماه</p> <p>- رولهای پزشکی (وی پک): سه ماه</p> <p>۴. کارکنان CSR / اتاق عمل از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۴ برای تأیید صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های کوچک حاوی کمتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های پانسمان استفاده می شود و نتایج در پرونده بیماران ثبت میشود. از نشانگرهای شیمیایی کلاس ۶ برای رهگیری صحت فرایند استریلیزاسیون بسته های حاوی بیشتر از ۱۲ قلم مانند ست‌های لاپاراتومی، سزارین و ... استفاده میشود.</p> <p>۵. پس از قرار دادن اندیکاتور نوع ۴ و ۶ داخل آن پک شده و استریل نمایید</p> <p>۶. وسایل استریل شده را جهت تحویل به خدمات بخش در قفسه های مخصوص قرار دهید.</p> <p>۷. وسایل اتاق عمل پس از سرد شدن به پکینگ اتاق عمل انتقال دهید.</p> <p>۸. کارکنان درمانی پرستار / ماما / پزشک / کارشناس و تکنسین اتاق عمل قبل از باز کردن ست استریل با کنترل برچسب مشخصات بروی ستها از استریل بودن آنها (کامل بودن مشخصات روی ست، تاریخ گذشته نبودن و تغییر رنگ دادن برچسب) اطمینان حاصل و سپس از ستها استفاده مینمایند</p> <p>۹. کارکنان درمانی پرستار / ماما / پزشک / کارشناس و تکنسین اتاق عمل پس از باز کردن ست استریل اندیکاتور موجود در داخل آن را از نظر تغییر رنگ بررسی می نمایند.</p> <p>۱۰. کارکنان درمانی پرستار / ماما / پزشک / کارشناس و تکنسین اتاق عمل پس از بررسی اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۶ و اطمینان از استریل بودن بسته استریل از روی تغییر رنگ آنها طبق نظر شرکت سازنده از ست استریل استفاده می کنند.</p> <p>۱۱. کارکنان درمانی پرستار / ماما / پزشک / کارشناس و تکنسین اتاق عمل اندیکاتور و برچسب مشخصات ست را در پرونده بیمار در فرم مخصوص الصاق کرده، پس از ثبت تاریخ استفاده از آن، نام و نام خانوادگی خود را نوشته، مهر و امضاء می نمایند.</p> <p>۱۲. کارکنان درمانی پرستار / ماما / پزشک / کارشناس و تکنسین اتاق عمل در صورت عدم تغییر رنگ هر یک از موارد فوق مراتب را به</p>			

سرپرستار یا مسئول شیفت اطلاع داده و از استفاده ست مذکور خودداری مینمایند.

۱۳. سرپرستاران / مسئولین شیفت پس از کنترل مجدد موضوع و اطمینان از عدم استریل ست مورد استفاده مراتب را به اطلاع مسئول بخش استریلیزاسیون مرکزی و مسئول واحد کنترل عفونت (در شیفت های عصر و شب و روزهای تعطیل به سوپروایزر کشیک) میرسانند.

۱۴. سرپرستاران یا مسئولین شیفت ست مذکور را به همراه نوار مشخصات آن به بخش استریلیزاسیون مرکزی عودت میدهند.

۱۵. مسئول واحد استریلیزاسیون و یا کارکنان بخش استریلیزاسیون مرکزی پس از دریافت ست غیر استریل با توجه به برچسب مشخصات آن، نسبت به بازخوانی ستهایی که مشخصات مشابه با ست مذکور را دارند از کلیه بخشها و اتاقهای عملها اقدام مینمایند. ۱۶. مسئول واحد استریلیزاسیون و یا کارکنان بخش استریلیزاسیون مرکزی برچسب مشخصات ستهای به همراه اندیکاتورهای فراخوانی شده از بخشها/ اتاق های عمل را در دفتر فراخوانی الصاق مینمایند

******تبصره:** همچنین کارکنان بخش استریلیزاسیون مرکزی برای اطمینان از عملکرد دستگاههای استریل کننده، مستندات دستگاه اتوکلاو را در تاریخ مورد نظر بازبینی و در صورت وجود مشکل فنی در دستگاه، نسبت به برطرف کردن آن اقدام مینمایند. ۱۷. کارکنان بخش استریلیزاسیون مرکزی تمامی ستهای عودتی از بخشها را باز کرده و پس از قرار دادن اندیکاتور جدید و زدن برچسب مشخصات و بسته بندی مجدداً ستهای را استریل مینمایند.

مستندات مرتبط: دفتر ثبت مشخصات ست ها

منابع: معصومی اصل، حسین و همکاران (۱۱۸۱). راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی، تهران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها، چاپ دوم
زارع، حمید و همکاران (۱۱۹۱). راهنمای استریلیزاسیون در بیمارستانها و مراکز درمانی، انتشارات جامعه نگر، تهران.

مسئولیت ها و اختیارات: نظارت مستمر بر ثبت صحیح کد بر روی تمامی بسته ها و ست های اتاق عمل و بخش و درمانگاه توسط کارشناس کنترل عفونت و مسئول CSR می باشد

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
پرستار کنترل عفونت مسئول واحد CSR	مدیر پرستاری	ریاست بیمارستان



تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

آخرین ابلاغ: شهریور ۱۴۰۳

بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

کد روش اجرایی: BH. PRO10

تعداد صفحات: ۱۲

هدف: پیشگیری از عفونت بیمارستانی در بیماران و کاهش آن در بیماران دارای عفونت بیمارستانی

تعاریف:

عفونتهای بیمارستانی: گروهی از عفونتها که در هنگام پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته و در طول مدت اقامت در بیمارستان ایجاد شده و غالباً پس از ۴۸ ساعت پذیرش اولیه بوجود می آیند. در صورتیکه در طی عمل جراحی جسم خارجی در بدن بیمار کار گذاشته شود عفونتهای بیمارستانی می تواند تا یکسال پس از این گونه اعمال به وقوع بپیوندد

دامنه: کلیه ی بخش های بالینی

۱. پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی یا محل نمونه برداری

هدف:

انجام صحیح اصول کنترل عفونت و حفظ استریلیتی در جهت کاهش زخم جراحی / ارتقاء ایمنی بیمار / پیشگیری و کنترل عفونتهای موضع جراحی یا محل نمونه برداری

دامنه: شامل اتاق عمل، و بخشهای بستری و درمانگاه

تعاریف:

- عفونت محل عمل جراحی SIP/SIS که خود شامل:
- عفونت سطحی برش جراحی (اولیه و ثانویه) (superficial incisional ssi)
- عفونت عمیق برش جراحی (deep incisional ssi)
- عفونت ارگان یا فضای خاص متعاقب عمل جراحی (organ/space ssi)

شیوه انجام کار:

کارکنان اورژانس جهت پیشگیری از عفونت زخم جراحی یا نمونه برداری (surgical biopsy, needle, swap) در بخش اورژانس فعالیت های زیر را انجام دهد:

۱. حتی الامکان مدت اقامت بیمار در بیمارستان قبل از عمل کاهش یابد.
۲. قند خون بیماران دیابتی قبل از عمل در محدوده کنترل و در حد قابل قبول باشد.
۳. در صورتی که عمل جراحی اورژانسی نیست نسبت به عفونت بیمار قبل از عمل درمان شود تغذیه بیمار با هدف تامین پروتئین در جهت پیشگیری از سوء تغذیه ، افزایش طول عمر و مدت اقامت بیماران در بیمارستان طبق دستور پزشک تامین شود
۴. حمام بیماران در کمترین فاصله زمانی (حداکثر شب قبل از عمل) انجام شود.
۵. قبل و بعد از تماس با بیمار دستها را بشویند

۶. پرسنل و پزشکان از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند.

۷. پزشکان و پرسنل اتاق عمل باید ناخن های خود را کوتاه نگه داشته و استفاده از ناخن مصنوعی و جواهرالات به دست و انگشتان و ساعد خودداری نمایند.

۸. زمان معاینه بیمار در صورت وجود زخم دارای خونریزی دستها را شسته و دستکش بپوشند.

۹. را برای بیمار شروع کند در صورت نیاز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی (طبق دستورالعمل آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مورد استفاده در جراحیهای زنان و زایمان، جراحی عمومی انجام شود)

۱۰. زخم بیمار را بصورت استریل شست و شو و پانسمان کند.

۱۱. در صورتی که زخم بیمار نیاز به جراحی داشت موضع را شست و شو و سپس پانسمان کند.

۱۲. موضع عمل را علامت گذاری کند. و در صورت نیاز به تراشیدن مو بایستی از ریش تراش برقی استفاده شود.

۱۳. گان مخصوص اتاق عمل به بیمار پوشانده و بیمار را به اتاق عمل منتقل کنند.

۱۴. در صورت نیاز به نمونه برداری در بخش فوریتهای از موضع بایستی طبق نظر پزشک آنتی بیوتیک شروع گردد.

۱۵. وسایل نمونه برداری به روش استریل باز گردد.

۱۶. از استریل بودن لپکها و ستها اطمینان حاصل کنید.

۱۷. اندیکاتورهای ستها را بررسی کرده و در صورت مشکل دار بودن ستها را به واحد CSSD ارجاع دهند.

۱۸. از خشک بودن ستها و لپکها اطمینان پیدا کنید.

۱۹. اسکراب اصولی را طبق استاندارد انجام دهید.

۲۰. پرپ و درپ موضع عمل را بصورت استریل و مناسب با بتادین انجام دهد.

۲۱. استرلیتی محیط پیرامون بیمار (ترالی لپکها و ستها) را تضمین کنید.

۲۲. بیمار قبل از عمل جراحی از نظر وجود عفونت در سایر قسمتهای بدن توسط پزشک مورد ارزیابی قرار گیرد و اعمال جراحی الکتیو تا برطرف شدن عفونت به تاخیر بیفتد.

کارکنان اتاق عمل جهت پیشگیری از عفونت زخم فعالیت های زیر را انجام جراحی یا نمونه برداری در اتاق عمل دهند:

۱. بیمار را با گان مخصوص اتاق عمل تحویل دهید.

۲. بیمار را به اتاق عمل راهنمایی کنید و کنترل قند خون بیماران دیابتی در اعمال جراحی غیر اورژانسی انجام گردد.

۳. پرسنل و پزشکان از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند

۴. از استریل بودن لپکها و ستها اطمینان حاصل کنید.

۵. اندیکاتورهای ستها را بررسی کرده و در صورت مشکل دار بودن ستها را به واحد CSSD ارجاع دهند.

۶. از خشک بودن ستها و لپکها اطمینان پیدا کنید.

۷. اسکراب اصولی را طبق استاندارد انجام دهید.

۸. پرپ و درپ موضع عمل را بصورت استریل و مناسب با مواد آنتی سپتیک انجام دهید.
۹. استریلیتی محیط پیرامون بیمار (ترالی لپکها و ستها) را تضمین کنید.
۱۰. زمان ورود به اتاق عمل ماسک بزنید.
۱۱. پرسنل اتاق عمل از کلاه استفاده کنند و موهای خود را کاملا بپوشانند.
۱۲. ورود و خروج به اتاق حین انجام عملرا محدود کنید و درب اتاق عمل بسته باشد
۱۳. در صورت پاره یا سوراخ شدن دستکش، دستکشها را تعویض کنید.
۱۴. در صورتیکه عمل جراحی بیش از ۲ ساعت طول کشید دستکشها را تعویض کنید.
۱۵. در صورت نیاز از آنتی بیوتیک حین عمل استفاده کنید و در بیمارانی که کاندید اعمال جراحی بزرگ هستند و در بیماران **high risk** پروفیلاکسی قبل از عمل طبق نظر جراح شروع شود.
۱۶. بعد از اتمام عمل، تمامی خون و ترشحات را از روی پوست بیمار پاک کرده و سپس بیمار را به ریکاوری منتقل کنید.
۱۷. پاکسازی اتاق عمل پس از عمل جراحی یا نمونه برداری بر اساس دستورالعمل انجامگردد.
۱۸. برنامه منظم واشینگ و نظافت روزانه قبل از عمل جراحی، نظافت پس از اتمام هر عمل جراحی و واشینگ هفتگی با نظارت مسئول کنترل عفونت و مسئول بهداشت محیط صورت گیرد.

کارکنان بخش های جراحی و ICU جهت پیشگیری از عفونت زخم جراحی یا زخم نمونه برداری فعالیت های زیر را انجام دهند:

۱. زمان تحویل بیمار از اتاق عمل موضع را بررسی کنند.
۲. زمان تماس با بیمار دستها را بشویند.
۳. از وسایل حفاظت فردی استفاده نمایند
۴. اولین تعویض پانسمان را با دستور پزشک انجام دهند.
۵. آنتی بیوتیکهای بیمار را به موقع تزریق کنند.
۶. زمان تعویض پانسمان دستها را با آب و صابون بشویند. از استریل بودن ست تعویض پانسمان اطمینان حاصل کند.
۷. در صورت وجود زخمهای ترشح دار از گان، ماسک و عینک استفاده کنند
۸. بعد از در آوردن دستکش و گان، در صورت عدم وجود خون و ترشحات بر روی پوست **hand rub** کنند.
۹. قبل و بعد از تماس با بیمار دستها را بشویند.
۱۰. در صورت خیس شدن پانسمان بیمار، ضمن اطلاع به پزشک زخم را مجددا شست و شو و پانسمان کنند.
۱۱. آموزشهای لازم در خصوص رعایت بهداشت موضع عمل را به بیمار و همراهیان وی بدهند.
۱۲. زمان ترخیص بیمار، آموزشهای لازم در خصوص نحوه پانسمان، کشیدن بخیه و استفاده از آنتی بیوتیکها را به بیمار یا همراه وی بدهند.
۱۳. در صورت مشاهده عفونت با توجه به تعاریف عفونت محل عمل جراحی و تشخیص قطعی پزشک پس از عمل جراحی، فرم عفونتهای بیمارستانی تکمیل و به سوپروایزر کنترل عفونت اطلاع داده شود

۲. پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی

هدف: پیشگیری از عفونتهای تنفسی در بیماران تحت ونتیلاتور با رعایت کلیه اصول استریلیتی

کاهش میزان عفونتهای تنفسی در بیماران تحت ونتیلاتور با بکارگیری اصول کنترل عفونت و حفظ استریلیته راه هوایی

دامنه: واحدهای درمانی / واحد پاراکلینیک / واحد خدمات

تعاریف:

انتوباسیون: برقراری راه تنفسی برای بیمار فاقد تنفس از طریق گذاردن لوله تراشه می باشد.

پنومونی وابسته به ونتیلاتور (VAP): پنومونی که از ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از لوله گذاری یا تا یک هفته پس از خارج کردن لوله تنفسی ایجاد می شود.

تراکتوستومی: عبارت است از باز کردن تراشه از قسمت قدامی در ناحیه گردن و ارتباط دادن فضای تراشه با بیرون توسط کانول فلزی یا پلاستیکی.

شیوه انجام کار:

پرسنل واحدهای درمانی-کارشناسان بیهوشی اتاق عمل-واحدهای پاراکلینیک فعالیت های زیر را انجام دهند:

۱. از تکنیک استریل در هنگام گذاشتن ETT و تراکتوستومی استفاده کنید.
۲. لوله گذاری داخل تراشه ترجیحا از طریق دهان انجام شود.
۳. بهداشت دست را قبل و بعد از تماس با بیمار رعایت کنند (پیروی از خط مشی بهداشت دست).
۴. پزشک و پرستار واحدهای درمانی از وسایل حفاظت فردی (گان، ماسک، عینک و دستکش استریل) قبل از انجام ساکشن استفاده کنید
۵. Chest physio مناسب قبل از ساکشن را به طور مؤثر انجام دهید
۶. هنگام ساکشن ETT و تراکتوستومی دستها را شسته و دستکش استریل بپوشید.
۷. ساکشن دهان، ETT، تراکتوستومی را مؤثر و استریل انجام دهید.
۸. بعد از ساکشن ETT و تراکتوستومی دهان و حلق بیمار را ساکشن کنید.
۹. بعد از انجام ساکشن در صورت وجود آلودگی واضح بر روی دست، با آب و صابون دستها را بشویید (در صورت عدم آلودگی واضح hand rub کنند)
۱۰. هر واحدهای درمانی دهان شویه مناسب و مؤثر ۴ ساعت باکتر هگزیدین انجام دهید.
۱۱. O&A بیمار را دقیقا کنترل کنید.
۱۲. از کاتترهای ساکشن یکبار مصرف استفاده شود و بعد از هر بار استفاده دور ریخته شود
۱۳. از کاتترهای جداگانه جهت ساکشن دهان و تراشه یا تراکتوستومی استفاده نمایید
۱۴. ترشحات بیمار را از نظر عفونی بودن و در صورت لزوم شروع آنتی بیو تیک پروفیلاکسی بررسی کنید.
۱۵. در صورت بروز علائمی مانند تب، تاکیکاردی، تاکی پنه، ترشح و قرمزی اطراف تراکتوستومی پرستار مسئول بیمار باید در

- گزارش پرستاری قید نماید و به پزشک معالج اطلاع دهد.
۱۶. بیمار را در وضعیتی که به خروج ترشحات کمک کند قرار دهید.
۱۷. هر ۲ ساعت بیمار را تغییر وضعیت بدهید.
۱۸. جهت جلوگیری از خشک شدن ترشحات بیمار در لوله تراشه، قسمت مرطوب کننده اکسیژن را از نظر سطح وجود آب کنترل کنید.
۱۹. صداهای تنفسی را قبل و بعد از ساکشن کردن بیمار چک کنید.
۲۰. از بخور مرطوب کنار تخت بیمار استفاده کنید.
۲۱. بیمار را از نظر وضعیت تنفس و **ABG** جهت **Off** شدن از دستگاه **Ventilator** ارزیابی کنید.
۲۲. تیوبهای ونتیلاتور، طبق دستورالعمل تعویض اتصالات و فیلتر ونتیلاتورها را هر ۹۶ ساعت یکبار تعویض کنید.
۲۳. اطلاع داشته باشد که **chest bottle** نیاز به تعویض روتین ندارد ولی در صورت پر شدن **3/2** حجم به منظور بررسی بهتر عملکرد **Chest Tube** تعویض انجام گردد.
۲۴. فلوسنسورها را مرتب شستشو و ضد عفونی کنید.
۲۵. از استریل بودن سیستم ساکشن (مرکزی یا پرتابل) اطمینان حاصل کنید.
۲۶. باتل ها دستگاه ساکشن را به محض پر شدن دو سوم توسط پرسنل خدمات در توالتها تخلیه گردد و بطور اصولی همچنین در انتهای هر شیفت هم تخلیه شود و با آب و دترجنت شستشو داده شود و در محلول غوطه وری سطح متوسط قرار داده و سپس آبکشی و خشک شود.
۲۷. اطلاع داشته باشند که نرمال سالین مورد استفاده جهت شست و شوی سریع بعد از هر بار ساکشن بایستی استریل باشد و روزانه تعویض گردد.
۲۸. آمبو بگ ها را حتماً بصورت اصولی ضد عفونی کند که حرارت مطمئن ترین روش است ولی اگر آمبو بگ به قطعات کوچکتر تقسیم شود در محلول ضد عفونی کننده ابزار قرار گیرد (طبق پروتکل استفاده از مواد ضد عفونی کننده)
۲۹. ماسک های اکسیژن را به صورت یکبار مصرف استفاده کنید.
۳۰. دستگاه ونتیلاتور، مانیتورها و تجهیزات هر بیمار را با ماده ضد عفونی کننده ابزار، ضد عفونی مناسب کنید.
۳۱. تمام نواحی **ICU** را هر ۱-۲ هفته یکبار بصورت کامل تمیز و شست و شو و ضد عفونی کنید.
۳۲. سر تخت بیمار را ۳۰ تا ۴۵ درجه در صورت نداشتن کنتراندیکاسیون بالا ببرید.
۳۳. حفظ تمامیت پوست بیمار را در زمان استفاده از عروق محیطی به جهت حفظ همودینامیک بیمار انجام دهید.
۳۴. روزانه بیمار را جهت جدا نمودن هر چه سریعتر بیمار از ونتیلاتور ارزیابی کنید.
۳۵. فشار کاف لوله تراشه بیمار را به میزان **CM20** آب تنظیم کنید.
۳۶. ورودهای غیر ضروری به بخش های ویژه را محدود کنید.
۳۷. باید به کلیه مخاطبین که تماس مستقیم با بیمار دارند یاد آوری نماید که قبل از تماس و بعد از تماس با بیمار دستها را بشویند.

۳۸. باید در صورت نیاز به خروج بیمار از بخش جهت انجام گرافی حتما به واحد رادیولوژی جهت آماده بودن وسایل ساکشن (در صورت نیاز) اطلاع رسانی کنید.

۳۹. طبق تعاریف جدید عفونتهای مرتبط با در صورت وجود علائمی مبنی بر عفونت تنفسی در بیماران تحت ونتیلاتور مراقبتهای بهداشتی به مسئول کنترل عفونت اطلاع داده و فرم مربوطه را تکمیل نمایید. در صورت نیاز به انجام کشت مربوطه با آزمایشگاه هماهنگی صورت گیرد.

۳. پیشگیری و کنترل عفونت های خونی

هدف: انجام پروسیجرها تکنیک صحیح و استریل-مراقبت کردن از کتترها جهت پیشگیری از عفونت-رعایت نکات استریل هنگام گذاشتن کتترها-کاهش میزان عفونت های ناشی از کتترها

دامنه: واحدهای درمانی

تعاریف:

عفونت جریان خون شامل:

LBCI: عفونت جریان خون تایید شده آزمایشگاهی

MBI- LCBI: عفونت جریان خون تایید شده آزمایشگاهی متعاقب آسیب مخاطی

CA- BSI: عفونت جریان خون مرتبط با کاتتر عروقی طبق کتاب تعاریف عفونتهای بیمارستانی می باشند.

Doubellumen: دبل لومن یک فرآیند جهت دسترسی فوری به گردش خون بیمار برای درمان موقت و دائم بیماران نیازمند به همودیالیز و بیمارانی که وضعیت عروقی مناسب جهت گذاشتن فیستول شریانی-وریدی ندارند، می باشد.

کاتتر ورید محیطی (آنژیوکت) و کاتتر میدلاین (peripherally inserted central catheter=PICC) یکی از ابزارهای

دسترسی به وریدهای مرکزی که امکان تزریق انواع مایعات، داروها و تزریقات وریدی از طریق آن وجود دارد.

کاتتر ورید مرکزی (CVC) این کاتتر در یک سیاهرگ با قطر بزرگ مثل ورید ژوگولار داخلی، ورید آگزیلاری، ورید ساب کلاوین یا ورید

فمورال قرار داده می شود و جهت تجویز داروهای حیاتی و نیز نمونه گیری خون و اندازه گیری فشار ورید مرکزی استفاده می شود.

شیوه انجام کار:

پرستار فعالیت های زیر را انجام دهد:

گذاشتن آنژیوکت :

۱- کنترل دستور پزشک

۲- آماده کردن وسایل مورد نیاز جهت تزریق

۳- ایجاد ارتباط با بیمار و ارائه توضیحات لازم

۴- شناسائی بیمار و تأیید هویت بیمار با دستبند شناسائی بیمار را انجام دهید

۵- رعایت بهداشت دست

۶- پوشیدن دستکش

۷- ضد عفونی محل تزریق با پنبه الکلی

۸- انجام تزریق آنژیوکت

۹- انجام پانسمان

۱۰- زدن تاریخ و ساعت وصل آنژیوکت

۱۱- کنترل عملکرد آنژیوکت

۱۲- کنترل فلبیت یا قرمزی و در صورت نیاز تعویض

گذاشتن کاتتر ورید مرکزی و کاتتر میدلاین:

کاتتر ورید مرکزی و کاتتر میدلاین توسط پزشک گذاشته شود.

۱. شناسائی بیمار و تأیید هویت بیمار با دستبند شناسائی بیمار را انجام دهید.

۲. توضیح روش کار برای بیمار توضیح و اخذ رضایت آگاهانه از وی را انجام دهید.

۳. حریم خصوصی بیمار را حفظ نمایید.

۴. توالی وسایل کنار تخت بیمار را که شامل وسایل زیر می باشد را آماده نمایید:

(Line C.V.P) / وسایل مورد نیاز جهت گذاشتن کاتتر CVP و کاتتر میدلاین / کاتتر CVP و کاتتر میدلاین / گان استریل برای پزشک و

پرستار / دستکش استریل و ماسک / داروهای موضعی بیهوشی / سوزنهای زیر جلدی / نخهای بخیه سیلک / کیت C.V.P و کیت

میدلاین / مانومتر و یا مانیاتور و کیسه فشاری / نرمال سالیین هیپارینه / قیچی استریل / وسایل پانسمان)

۵. رعایت بهداشت دست

۶. انجام کتروریدی و کاتر میدلاین

۷. انجام پانسمان

۸. زدن تاریخ و ساعت وصل کاترها

۹. کنترل عملکرد کاترها

۱۰. کنترل فلبیت یا قرمزی و در صورت نیاز تعویض

پرسنل واحدهای درمانی اقدامات زیر را انجام دهند:

کارگذاری کاتر ورید مرکزی و کاتر میدلاین

۱. از وسایل حفاظت فردی قبل از گذاشتن کاتر استفاده کنید.

۲. عینک و ماسک پوشیده و دستهای خود را اسکراب نمایید.

۳. گان استریل را برای پزشک آماده نموده و در پوشیدن گان استریل به وی کمک نمایید.

۴. دستها را اسکراب نموده و سپس با حوله استریل خشک نمایید.

۵. پس از اسکراب جراحی و پوشیدن گان، دستکش استریل را بپوشید.

۶. بیمار از لحاظ علائم حیاتی زمان ورود کاتر C.V.P و کاتر میدلاین مانیتورینگ نمایید.

۷. پس از انجام پروسیجر مورد نظر کاتر C.V.P و کاتر میدلاین را بخیه و فیکس و پانسمان نمایید.

۸. با انجام Chest X- RAY از محل قرار گیری مناسب کاتر C.V.P اطمینان حاصل نمایید.

۹. تمامی نیدل، نایف، سوزن بخیه در Safety Box بریزید.

۱۰. وسایل حفاظت فردی را بیرون آورده و سپس دستها را بشویید. (طبق خط مشی وسایل حفاظت فردی).

۱۱. محل ورود کتتر را از نظر باز شدن بخیه، بیرون آمدن کتتر و یا خونریزی چک نمایید.
۱۲. در صورت بیرون آمدن کتتر، با یک گاز محل ورود کتتر را فشار دهید.
۱۳. پزشک راجهت ویزیت مجدد و ارزیابی جهت گذاشتن مجدد کتتر **C. V. P** و کتتر میدلاین در جریان قرار دهید.
۱۴. محل قرارگیری کتتر را به خوبی پک نماید تا از کشیده شدن و بیرون آمدن کتتر جلوگیری نماید.
۱۵. باید اطلاع داشته باشید که تعویض کتتر به صورت روتین توصیه نمی گردد مگر اینکه **D.C** شده باشد.
۱۶. باید اطلاع داشته باشید که تعویض پانسمان کتتر در صورت آغشته شدن به خون و ترشحات انجام شود در غیر این صورت لزومی ندارد.
۱۷. حین مراقبت از بیمار و تماس با سایر کتترها دستها را بشویید.

۴. پیشگیری و کنترل عفونت های کتترهای ادراری

هدف: انجام پروسیجر با تکنیک صحیح و استریل-مراقبت کردن از کتترها جهت پیشگیری از عفونت-رعایت نکات استریل هنگام

گذاشتن کتترها-کاهش میزان عفونت های ناشی از کتترها

دامنه: واحدهای درمانی

شیوه انجام کار:

پرسنل واحدهای درمانی اقدامات زیر را انجام دهند:

اقدامات درمانی مربوط به بیمار (کتتر ادراری):

الف: گذاشتن کتترهای ادراری:

۱. دستور پزشک مبتنی بر گذاشتن سوند ادراری (داخلی-خارجی سوپراپیوبیک) را چک کنید
۲. تمامی وسایل مورد نیاز جهت گذاشتن کتتر ادراری را آماده کنید.
۳. محیط خصوصی برای بیمار فراهم کنید (راحتی و امنیت بیمار را در نظر بگیرید)
۴. دستبند شناسایی بیمار چک کرده و با گفته های بیمار مطابقت دهید (طبق خط مشی شناسایی بیمار)
۵. پروسیجر را به جهت کاهش اضطراب بیمار، توضیح دهید.
۶. قبل از انجام پروسیجر **Hand Washing** کنید.
۷. بیمار را در **Position** مناسب (بیماران زن و مرد متفاوت است) قرار دهید.
۸. پرینه را با محلول ضد عفونی کننده (مثلاً بتادین) شست و بشوید.
۹. کتتر ادراری را از پوشش خود بیرون آورده و به کیسه ادراری وصل کنید.
۱۰. قبل از انجام پروسیجر **Hand Washing** کرده و سپس دستکش استریل بپوشید.
۱۱. کتتر را در مجرای ادراری قرار داده و از برگشت ادرا مطمئن شوید.
۱۲. لوله ادراری را با **cc10-5** آب مقطر داخل مجرای ادراری فیکس کنید.

۱۳. لوله ادراری را با چسب به بغل ران ثابت کند و کیسه ادراری را در سطح پایین تر از مثانه آویزان کنید (به گیره کنار تخت وصل کند)

۱۴. در صورت آلودگی واضح دستها بایستی بعد از بیرون آوردن دستکش ها **Hand Washing** و در غیر اینصورت **hand rub** کنید.

مراقبت از کاتر ادراری:

۱. توجه کنید که تعویض سوند ادراری بصورت روتین (مثلا ۳-۲ هفته یکبار) توصیه نمی شود.

۲. در صورت بروز موارد زیر سوند ادراری تعویض گردد:

- اختلال در عملکرد یا نشت سوند.

- انسداد سوند ادراری.

- از بین رفتن سیستم بسته.

- وجود قارچ کاندیدا در ادرار.

۳. روزانه مراقبت از سوند ادراری با صابون ملایم و سرم شست و شو انجام گردد.

۴. به بیمار جهت مصرف مایعات مناسب آموزشهای لازم را بدهید.

۵. جهت پیشگیری از عفونت های ادراری هر چه سریعتر لوله ادراری را خارج کنید (با توجه به شرایط بیمار و دستور پزشک).

۶. آموزشهای لازم جهت بهداشت ناحیه پرینه را به بیمار بدهید.

۷. در صورت وجود علائمی مبنی بر عفونت ادراری، با هماهنگی پزشک مربوطه و دستور پزشک جهت انجام کشت از ادرار اقدامات لازم با واحد آزمایشگاه صورت پذیرد.

۵. پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپ ها

هدف: پیشگیری از انتقال عفونتهای منتقله از راه خون و ترشحات

دامنه: اتاق عمل / درمانگاه

تعاریف:

آندوسکوپ ها به دو دسته تقسیم می شوند:

۱- آندوسکوپ های بحرانی: آندوسکوپ هایی هستند که وارد فضای استریل بدن مثل مفاصل و حفرات استریل می شوند. بسیاری از این آندوسکوپ ها غیر قابل انعطاف و بدون لومن هستند. آرتروسکوپ ها و لاپاروسکوپ ها از این دسته هستند. این آندوسکوپ ها قبل از استفاده مجدد باید شستشو، ضد عفونی و استریل شوند. قبل از انجام پروسیجر ها باید حتما استریل شوند.

۲- آندوسکوپ های نیمه بحرانی: آندوسکوپ هایی هستند که وارد فضای استریل بدن نمیشوند گر چه ممکن است بعضی از قطعات آن وارد بافت استریل شوند. از جمله این آندوسکوپ ها لارنگوسکوپ، نازوفارنژیال آندوسکوپ، کلونوسکوپ، گاستروسکوپ، سیگموئیدسکوپ و آنتروسکوپ هستند. این آندوسکوپ ها قبل از استفاده مجدد باید کاملا شسته و حداقل در یک محلول سطح بالا غوطه ور شوند.

شیوه انجام کار:

پرسنل اتاق عمل و درمانگاه در زمان استفاده از اسکوپ های فعالیت های زیر را انجام دهند:

۱. کلیه پرسنل آندوسکوپ موظف به استفاده از وسایل حفاظت فردی و رعایت اصول احتیاط استاندارد در حین انجام کار و حین ضد عفونی دستگاه می باشد.
 ۲. کلیه پرسنلی که با آندوسکوپ کار میکنند در برابر هیپاتیت ب واکسینه شده اند
 ۳. فردی که مسئولیت تمیز و ضد عفونی دستگاه های اسکوپ های و استریل نمودن ضمام آن از قبیل فورسپس بیوپسی را به عهده دارد باید آموزش لازم را دیده باشد و از تجربه کافی برخوردار باشد.
 ۴. کلیه پرسنلی که با آندوسکوپ کار میکنند نباید از طلا و جواهر آلات استفاده نمایند
 ۵. کلیه پرسنل آندوسکوپی ملزم به رعایت اصول تزریق ایمن (استفاده از سیفتی باکس ، عدم recap کردن و...) می باشند.
 ۶. کلیه پرسنلی که ضایعات آگزودایتیو و یا درماتیت دارای ترشحات دارند از تماس با بیمار و یا وسایل بیمار تا بهبودی کامل خودداری نمایند.
 ۷. ضد عفونی دستگاه اسکوپ ها طبق دستورالعمل شرکت سازنده (جهت حفاظت از لنز دستگاه) انجام میگردد.
 ۸. دستگاه اسکوپ ها از نظر آسیب دیدگی توسط مسئول واحد آندوسکوپی و اتاق عمل بررسی می گردد.
 ۹. تست نشستی قبل از پروسه تمیز کردن توسط پرسنل اتاق عمل و آندوسکوپی انجام میشود.
 ۱۰. بلافاصله بعد از اتمام کار با دستگاه آندوسکوپی ، سطح خارجی آن توسط آب و دترجنت از مواد آلی و ترشحات توسط پرسنل پاک میگردد.
 ۱۱. اسکوپ ها با محلول های سطح بالا ضد عفونی میشوند.
 ۱۲. مراحل ضد عفونی توسط مسئول واحد نظارت میشود.
- ### ۱۳. پنج مرحله ضد عفونی اسکوپ های رعایت میشود:

الف) تمیز کردن و شستشو با دترجنت

ب) ضد عفونی با محلولهای سطح بالا طبق زمان مشخص شده طبق دستورالعمل کارخانه سازنده ضد عفونی کننده ها

ج) شستشو مجدد با آب استریل یا آب لوله کشی با کیفیت بالا

د) خشک کردن

ه) نگهداری بعد از ضد عفونی طبق دستورالعمل

۱۴. دستورالعمل ضد عفونی آندوسکوپها

الف) آندوسکوپ و کولونوسکوپ:

۱. مراحل شستشو طبق دستورالعمل مذکور در بالا انجام شود

۲. ضد عفونی دستگاه طبق توصیه شرکت سازنده با محلولهای ضد عفونی کننده مورد تایید بیمارستان انجام شود و مدت زمان تعیین شده جهت ضد عفونی رعایت گردد.

۳. سپس ابزار از محلول ضد عفونی کننده خارج شده و با نرمال سالین و یا آب مقطر استریل شستشو گردد

۴. سپس با گاز استریل خشک شود.

۵. پس از استفاده تمام ابزار آندوسکوپی به غیر از کابل دوربین جهت استفاده بعدی به صورت آویزان در کمد دربدار نگهداری شود

ب) آرتروسکوپ، لاپاروسکوپ و سیستوسکوپ:

۱. قبل از استفاده از تمام ابزار سیستوسکوپی بجز کابل یا نور سرد، پروپ و لوله سنگ شکن در محلول ضد عفونی سطح بالا گذاشته شود و پس از خروج ابزار با نرمال سالین یا آب مقطر استریل شستشو دهید.

۲. کابل یا نور سرد، پروپ و لوله سنگ شکن دارای کاور می باشد که باید بعد از استفاده خارج گردد و با گاز مرطوب استریل و سرم نرمال سالین یا آب مقطر استریل سطح آن پاک و تمیز گردد.

۳. پس از استفاده تمام ابزار سیستوسکوپی بجز کابل نور سرد، پروپ و لوله سنگ شکن با آب و دترجنت شستشو داده شود و از آلودگی پاک گردد.

۴. ابزار کاملاً خشک گردد.

- در صورت نیاز به استفاده مجدد ابزار کابل نور سرد، پروپ و لوله سنگ شکن با محلول ضد عفونی اسپری شود و بقیه ابزار با محلول ضد عفونی گردد - هنگام مواجهه با بیمار عفونی پس از انجام مرحله ۳ و ۴ بایستی در محلول ضد عفونی به مدت دو برابر مدت زمان استاندارد تعیین شده قرار گیرد.

- تستهای مورد استفاده در آندوسکوپی ها: تست پروتئین توانایی تشخیص پروتئین هایی که بر روی سطوح آندوسکوپ ها و لوازم جراحی باقیمانده اند را داراست. در اصل تأیید کننده پروسه **cleaning** می باشد. و تست هموچک توانایی تشخیص باقیمانده ی خون بر روی ابزار را دارد که بعد از مرحله پاکسازی برای اطمینان از پاکسازی موثر انجام میشود و بعد از آن ابزار در محلول ضد عفونی کننده غوطه ور میشوند.

- مستند سازی در آندوسکوپی انجام رندوم تست پاکسازی از طریق پروتئینچک و هموچک و همچنین مستندسازی قابلیت ضد عفونی محلول های لول با انجام تست سواپینگ هست که هر دو با توجه به شرایط بخش و همچنین رفتار کارکنان بصورت رندوم در طول ماه انجام میشود و نتایج ثبت می گردد.

امکانات و تسهیلات: تجهیزات الزامی اتاق عمل، تجهیزات شستشو و ضد عفونی و استریلیزاسیون ابزار جراحی، تست های بیولوژیکی شیمیایی جهت اطمینان از صحت عملکرد اتوکلاو، محلولهای گندزدایی، تجهیزات حفاظت فردی، چک لیست ارزیابی، تجهیزات کمک تنفسی استریل یکبار مصرف، ساکشن و ونتیلاتور، تجهیزات الزامی جهت ضد عفونی کاترها، تجهیزات الزامی جهت ضد عفونی ناحیه پرینه، تجهیزات الزامی جهت شستشو و گندزدایی (محلول های **high level**، ظروف غوطه ورسازی، واترجت، ایرجت) و...

هدایت کننده: کارشناس کنترل عفونت

منابع: راهنمای کشوری عفونت های بیمارستانی

تهیه کننده:	تأیید کننده:	تصویب کننده:
کارشناس کنترل عفونت	مدیر خدمات پرستاری	ریاست بیمارستان



عنوان روش اجرایی:

پذیرش بیماران ارجاعی از سوی سازمان بهزیستی، نیروی

انتظامی، قوه قضائیه و سایر مراجع ذیصلاح



دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

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

کد روش اجرایی: BH.PRO11	تعداد صفحات: ۲
-------------------------	----------------

هدف: پذیرش و ارائه خدمات به بیماران ارجاعی**دامنه کاربرد:** کل بخش ها و واحدهای بیمارستان

تعاریف: مجهول الهویه: به افرادی اطلاق می شود که به محض ورود به بیمارستان یکی از سه ویژگی زیر را داشته باشند:

فرد فاقد اسناد هویتی بوده و با حکم قضایی ارائه خدمات پیشگیری، توانبخشی اجتماعی و مراقبتی و نگهداری وی به بهزیستی واگذار گردیده است.

نوزاد مجهول الهویه که در بیمارستان به دنیا آمده و یا رها شده اند و نیاز به درمان دارند و متعاقباً تحت پوشش بهزیستی قرار میگیرند. فرد فاقد اسناد هویتی (ایرانی و غیر ایرانی) که به دلیل شرایط جسمی مانند پایین بودن سطح هوشیاری، زوال عقل و فراموشی در بیمارستان بستری شده است، همراه و مدارک مستند جهت شناسایی ندارد.

شیوه انجام کار:

* بیماران نیازمند مساعدت هزینه های درمانی: در صورت نیاز به مساعدت در هزینه های فرانشیز درمانی، مددکار ابتدا با سازمانهای اجتماعی (کمیتة امداد، بهزیستی، هلال احمر و...) هماهنگی های لازم بعمل را می آورد. در صورت کافی نبودن و یا عدم کمک سازمانهای اجتماعی و خیرین از ردیف های اعتباری موجود براساس نوع مشکل بیمار استفاده می کند.

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

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

بیمارستان در صورت نیاز وضعیت کودک را جهت پیگیری به دادستانی اعلام می نماید.

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

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

*در ارتباط با مصدومان تصادفی (ترافیکی) با اطلاع رسانی از بخش های مختلف مددکار اجتماعی بر بالین مصدومین ترافیکی حضور می یابد و ضمن مصاحبه و آگاهی به آنان در مورد دستورالعمل ماده ۹۲ و فرم استعلام پاسگاه را در بخش به مصدم یا همراه وی ارائه می نماید و در صورتیکه مصدوم فاقد همراه باشد یا خانواده از تصادف وی اطلاع نداشته باشند مددکار اجتماعی با خانواده برای حضور بر بالین بیمار تماس می گیرد

مستندات مرتبط:

منابع: تجربیات بیمارستان / دستورالعمل های مددکاری

مسئولیت ها و اختیارات: مسئول مددکاری / واحد مدیریت

تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:
مسئول مددکاری	مدیریت پرستاری	ریاست بیمارستان



عنوان روش اجرایی :

تامین لوازم و وسایل مصرفی بیماران بستری با رعایت الزامات ایمنی

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد خط ومشی: BH.PRO12		تعداد صفحات: ۱	
هدف: ارائه خدمات مطلوب وبه موقع به بیماران وهمکاران /عدم ارجاع بیمار برای تهیه و خرید ملزومات مورد نیاز			
دامنه کاربرد: بخش های بالینی و پاراکلینیک و اداری			
تعاریف: خرید و توزیع لوازم مصرفی و تجهیزات مورد نیاز بیماران			
شیوه انجام کار:			
<ol style="list-style-type: none"> ۱. تجهیزات و ملزومات مصرفی با توجه به مصرف ماهانه بیمارستان توسط مسئولین انبار، داروخانه و تجهیزات پزشکی برآورد و تامین می گردد ۲. در صورت نیاز به کالا و اقلام مصرفی ، درخواست جنس از انبار توسط مسئول بخش واز طریق اتوماسیون تکمیل می شود. ۳. درخواست کالا به تایید مدیریت می رسد و تحویل انباردار می گردد. ۴. در صورت وجود کالا، کالای درخواست شده توسط انباردار تحویل می گردد. ۵. در صورت عدم وجود کالا، درخواست خرید توسط انبار دار به واحد تدارکات ارسال می گردد. پس از تایید ریاست باید لیست در کمیته دارو درمان دانشگاه در بحث خرید تجهیزات پزشکی مطرح و مجوز گرفته شود. ۶. تامین اعتبار کالا و امور مربوط به خرید(اولویت بندی و رایزنی ها) توسط مسئول تدارکات انجام می شود. ۷. کالای خریداری شده همراه فاکتور و درخواست تامین اعتبارشده به انبار تحویل می گردد و پس از اطلاع به مسئول واحد، کالا توسط انباردار به مسئول بخش تحویل می گردد. ۸. متوسط زمان انجام مراحل تامین و تهیه ی کالای مورد نیاز بطور متوسط از یک هفته و به تناسب در خواست خرید بیشتر بطول می انجامد. ۹. در صورت فوریت نیاز طبق لیست تجهیزات پشتیبان تجهیزات مورد نیاز از واحدهای دیگر تامین می گردد تا در زمان مناسب توسط تدارکات تامین گردد. ۱۰. بیمارستان متعهد به تهیه تجهیزات و ملزومات مورد نیاز بیماران می باشد و کلیه کارکنان بر این امر آگاهی دارند. 			
مستندات مرتبط:			
منابع: تجربیات بیمارستانی و دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده			
مسئولیت ها و اختیارات: مسئول تدارکات			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
مسئول تدارکات	مدیریت بیمارستان	ریاست بیمارستان	
مدیریت پرستاری			



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

عنوان روش اجرایی:

**افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه فضای فیزیکی، تجهیزات
/ ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی در بحران**



دانشگاه علوم پزشکی
شاهرود

تاریخ ابلاغ: ۹۵ / ۷ / ۱۵

تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳

آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳

بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴

کد روش اجرایی: BH.PRO13

تعداد صفحات: ۳

هدف: افزایش ظرفیت و آمادگی بیمارستان جهت مقابله با حوادث کاهش میزان آسیب به بیماران، مراجعین و کارکنان

دامنه کاربرد: کلیه واحدها و بخش های بیمارستان

تعاریف: بحران وضعیتی گذراست که بدلیل ورود برخی تهدیدات یک سیستم از حالت تعادل خارج می شود به گونه ای که برگشتن به حالت تعادل با دشواری و هزینه زیادی همراه باشد. و معمولا سازمان به تنهایی نمی تواند شرایط به وجود آمده را به حالت طبیعی برگرداند. مانند وضعیت هایی که باعث نشت موادشیمیایی، آتش سوزی، انفجار، زلزله، سیل، اورلود بیماران ناشی از یک حادثه که می تواند طبیعی یا انسانی باشد. علت اولیه می تواند ناشی از اتفاقات داخل و یا خارج از بیمارستان باشد.

شیوه انجام کار:

یک مرکز بهداشتی و درمانی در صورتی می تواند هنگام وقوع حادثه به ارائه خدمات خود ادامه دهد که بتواند بر اساس یک برنامه از پیش تعیین شده و تمرین شده، منابع سه گانه خود را افزایش دهد، لذا با توجه به این اصل مهم این مرکز، روش اجرایی افزایش ظرفیت در سه بعد، فضای فیزیکی، منابع انسانی و تجهیزات به صورت ذیل تدوین نموده است:

۱. جهت انجام برنامه افزایش ظرفیت بیمارستانی ابتدا مخاطرات بیمارستان شناسایی و آسیب پذیری بیمارستان تدوین گردیده است.

۲. سامانه فرماندهی حادثه تدوین گردیده و بطور مرتب توسط دبیر کمیته مدیریت خطر و بلایا بروزرسانی می گردد.

۳. در صورت بروز حوادث، وضعیت بحرانی توسط مرکز EOC دانشگاه و سایر نهادهای پایشگر مخاطرات و یا مراجعین به بیمارستان، به فرمانده حادثه (ریاست بیمارستان) و سوپروایزر شیفت (در شیفتهای عصر و شب و ایام تعطیل) اطلاع داده میشود.

۴. به محض تایید صحت خبر و اطمینان از وقوع حادثه سامانه فرماندهی حادثه به دستور فرمانده وقت بیمارستان فعال شده و اطلاع رسانی به کارکنان طبق برنامه های از قبل تدوین شده، صورت می گیرد.

۵. در صورتیکه آمار مصدومین و بیماران بیش از ظرفیت اورژانس باشد طبق نظر فرمانده حادثه و پزشک اورژانس دستور برنامه افزایش ظرفیت صادر می گردد.

۶. فرمانده حادثه جهت اجرای برنامه افزایش ظرفیت بصورت مداوم با مرکز هدایت عملیات در ارتباط است و وضعیتهای چهار گانه سفید، نارنجی، زرد و قرمز را به مرکز تلفن جهت اعلام به کلیه واحدها اعلام میکند و در صورت نیاز دستور برنامه افزایش ظرفیت را

صادر می کند.

۷. به محض صدور دستور افزایش ظرفیت، بیماران سرپایی بخش اورژانس ترخیص می گردند و کلیه جراحی های الکتیو توسط فرمانده حادثه بیمارستان و یا پزشکان معالج بیماران جهت افزایش ظرفیت پذیرش اتاقهای عمل جهت انجام اعمال جراحی اورژانسی مصدومان لغو می گردد.

۸. در صورت نیاز، ادغام بخش های بیمارستانی توسط فرمانده حادثه و رئیس بخش عملیات، جهت افزایش پذیرش مصدومین بحران صورت می گیرد و به دستور فرمانده حادثه به کلیه پزشکان معالج جهت ترخیص بیماران دارای بهبودی نسبی و قابل ترخیص، اطلاع رسانی صورت می گیرد و در صورت در دسترس نبودن پزشک معالج بیمار، ترخیص بیماران توسط فرمانده حادثه، پزشک آنکال، یا یکی از پزشکان اورژانس یا درمانگاه صورت می گیرد.

۹. جهت ایجاد آمادگی برای مقابله با هجوم انبوه مصدومین باکس های محتوی اوراق پذیرش دستی، قلم و خودکار، کارت تریاژ، چسب، باند و گاز، وسایل رگ گیری و لوله های آزمایش تدارک دیده شده و در کمند بحران در بخش اورژانس دپو گردیده است که تاریخ انقضای آنها توسط مسئول اورژانس کنترل و بروز رسانی می گردد.

۱۰. در صورت نیاز به تجهیزات اضافی از سایر بخشها طبق دستورالعمل کد امداد و سطح بندی مربوطه (سطح یک، سطح دو و سطح سه)، به محض اعلام کد امداد، کارکنان تجهیزات مربوطه را با خود به بخش اورژانس می آورند.

۱۱. جهت تسهیل ورود و خروج مصدومین و کارکنان و نیروهای داوطلب و تردد وسایل نقلیه با هماهنگی فرمانده حادثه و به دستور ارشد ایمنی، کلیه دربهای ورودی بیمارستان باز می شود و مسیر ورودی بیماران از کارکنان جدا می شود و توسط مسئول انتظامات و رئیس مناطق درمان صورت می پذیرد.

۱۲. جهت جلوگیری از ازدحام مراجعین و همراهان، نیروهای نگهداری و نیروی انتظامی مستقر در بیمارستان وظیفه خلوت نمودن فضای اورژانس و هدایت همراهان به محلهای تجمع ایمن را به عهده دارند و ارشد روابط عمومی بطور مرتب همراهان و خانواده بیماران را در جریان روند درمان بیماران قرار می دهد. فرمانده حادثه با هماهنگی مسئول پشتیبانی در صورتی که تجهیزات موجود بیمارستان تامین کننده نیاز بخش ها در زمان بحران نباشد، مسئول پشتیبانی، تجهیزات ضروری و مورد نیاز بخش ها را لیست کرده و به فرمانده حادثه اطلاع می دهد.

۱۳. فرمانده حادثه با هماهنگی EOC دانشگاه نسبت به افزایش ظرفیت حمل و نقل و جابجایی مصدومان اقدام می ورزد.

۱۴. متوفیان شناسایی شده و پس از هماهنگی و تایید پزشک قانونی به واحد سرخانه انتقال میبایند.

مستندات مرتبط: صورتجلسات کمیته بحران، ابلاغ ها و شرح وظایف اعضاء بحران، لیست اعضاء و شماره تماس

منابع: مجموعه ابزارهای ارزیابی مخاطرات و شاخصهای توانمندی تخصصی حوزه سلامت در حوادث و بلایا تالیف : دکتر حمید رضاخانکه

مسئولیت ها و اختیارات :

مسئولیت راه اندازی سامانه فرماندهی حادثه و برنامه افزایش ظرفیت با رئیس یا مدیر بیمارستان بیمارستان است. در زمان بروز حوادث بیش از ظرفیت بیمارستان، فرمانده حادثه در مورد ترخیص بیماران بخشهای بستری و خالی کردن تختها جهت مصدومین بدحال دارای اختیار می باشد.

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

	<p>مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار</p> <p>عنوان روش اجرایی:</p> <p>انجام مشاوره اورژانس</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی شاهرود</p>
<p>بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴</p>	<p>آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳</p>
<p>تعداد صفحات: ۱</p>		<p>کد روش اجرایی: BH.PRO14</p>
<p>هدف: ارتقا ایمنی بیمار در راستای انجام اقدامات مورد نیاز و حیاتی بیمار در کوتاه ترین زمان ممکن</p>		
<p>دامنه کاربرد: کلیه بخش های بستری</p>		
<p>تعاریف: انجام خدمات مراقبتی و درمانی مشاوره ای به بیماران بستری در بخش که دچار شرایط اورژانس شده اند.</p>		
<p>شیوه انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی بیماران که نیاز به خدمات مراقبتی و مشاوره اورژانس در بخش دارند. ۲. انجام ارزیابی اولیه توسط پرستار و انجام خدمات مراقبتی اولیه و با توجه به شرایط بیمار و انجام اقدامات مراقبتی شامل احیا و ۳. اطلاع رسانی شرایط بیمار به پزشک معالج توسط پرستار ارزیابی کننده ۴. ویزیت بیمار در کوتاه ترین زمان ممکن توسط پزشک معالج و در صورت لزوم درخواست مشاوره اورژانس و تکمیل برگه مشاوره توسط پزشک معالج ۵. چک دستورات پزشک معالج توسط مسوول شیفت و اطلاع رسانی به انکال یا پزشک مقیم جهت انجام مشاوره اورژانسی ۶. اطلاع رسانی به سوپروایزر کشیک با توجه به شرایط بالینی و اورژانس بیمار جهت حضور در بخش ۷. با توجه به آنکال یا مقیم بودن پزشک مشاوره کننده در کمترین زمان (در صورت درخواست ویزیت اضطراری، پزشک آنکال بایست ظرف مدت ۳ دقیقه و در صورت درخواست ویزیت فوری، پزشک آنکال می بایست حداکثر ظرف مدت ۲ ساعت بر بالین بیمار حاضر گردد و بیمار را ویزیت می نماید. ۸. چک دستورات پزشک مشاوره کننده توسط مسوول شیفت و اطلاع رسانی کلیه دستورات ایشان به پزشک معالج و انجام دستورات در صورت تایید پزشک معالج و تایید برگه مشاوره در اولین ویزیت بعد از انجام مشاوره توسط پزشک معالج بیمار انجام می شود. ۹. اجرای دستورات بالینی و مراقبتی بیمار پس از موارد فوق توسط پرستار ۱۰. لازم به ذکر است دستورات فوری برای اقدامات نجات دهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی پزشک معالج ندارد. ۱۱. ارزیابی بیمار پس از انجام اقدامات مراقبتی توسط پرستار انجام می شود. 		
<p>مستندات مرتبط: فرم ارزیابی اولیه، برگه مشاوره،</p>		
<p>منابع: دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص انجام مشاوره و شرح وظایف وزارت</p>		
<p>مسئولیت ها و اختیارات: پزشک معالج: درخواست مشاوره سرپرستار: پیگیری انجام مشاوره و اجرای دستورات</p>		
<p>تصویب کننده:</p>	<p>تایید کننده:</p>	<p>تهیه کننده:</p>
<p>ریاست بیمارستان</p>	<p>مدیریت بیمارستان</p>	<p>مدیریت پرستاری سرپرستار اورژانس</p>



عنوان روش اجرایی:

نظارت بر اعزام بیماران به سایر مراکز

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: BH.PRO15		تعداد صفحات: ۲	
هدف: ارائه خدمات تکمیلی درمان در مراکز مجهزتر			
دامنه کاربرد: کل بخش های بالینی دفتر پرستاری واحد نقلیه			
تعاریف: خدمات تکمیلی درمان: شامل خدمات درمانی مورد نیاز بیمار که در بیمارستان مبدأ به دلیل نبودن تخصص و تجهیزات قابل ارائه می باشد			
شیوه انجام کار:			
<p>۱- سوپروایزر بر ثبت دستور پزشک معالج در پرونده بیمار جهت اعزام نظارت دارد.</p> <p>۲- سوپروایزر بر کسب رضایت انجام اعزام نظارت دارد.</p> <p>۳- سوپروایزر نسبت به تکمیل فرم های اعزام نظارت دارد.</p> <p>۴- سوپروایزر هماهنگی لازم با مراکز درمانی خارج از بیمارستان (طرف قرارداد) یا خارج از استان (ستاد هدایت) را انجام می دهد.</p> <p>۵- تاییدیه مرکز مقصد به پزشک و بخش مورد نظر توسط سوپروایزر داده می شود.</p> <p>۶- سوپروایزر برگه های اوراق ماموریت را در سیستم و فرم تکمیل می نماید.</p> <p>۷- سوپروایزر نظارت کافی بر سالم بودن دستگاهها، آمبولانس و تکمیل امور دارویی دارد.</p> <p>۸- نظارت کافی بر چینش مناسب نیرو جهت انتقال موقت توسط سوپروایزر انجام می شود.</p> <p>۹- سوپروایزر نظارت بر تکمیل اوراق پرونده و تسویه حساب بیمار دارد.</p> <p>۱۰- بیمار با نظارت مستقیم سوپروایزر بر اساس رعایت شرایط بالینی - مراقبتی و ایمنی به همراه پرستار مسئول یا پرستار اعزام جهت اخذ خدمات خارج از مرکز با آمبولانس از بیمارستان خارج می گردد.</p> <p>۱۱- پیگیری توسط سوپروایزر از بیمارستان مقصد صورت میگیرد.</p> <p>۱۲- گزارش اعزام توسط سوپروایزر در دفتر ثبت و به مسئول بعدی (سوپروایزر یا مترون) داده می شود.</p>			
مستندات مرتبط: فرم های اعزام، پرونده بیمار			
منابع: دستورالعمل اعزام و شرح وظایف وزارت خانه			
مسئولیت ها و اختیارات: سوپروایزر: هماهنگی جهت اعزام / پزشک معالج: دستور و اعزام و آگاهی دادن به بیمار پرستار اعزام: اجرای دستورات حین اعزام و مراقبت و تحویل بیمار			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
سوپروایزر بالینی سرپرستار بخش	مدیریت پرستاری	ریاست بیمارستان	

	<p>مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار</p> <p>عنوان روش اجرایی:</p> <p>نحوه تزریق خون و فراورده های خونی</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی شاهرود</p>	
<p>بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴</p>	<p>آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ ابلاغ: ۹۵ / ۷ / ۱۵</p>
<p>تعداد صفحات: ۳</p>		<p>کد روش اجرایی: BH.PRO16</p>	
<p>هدف: بالا بردن سطح ایمنی بیماران، استقرار هموویژولانس</p>			
<p>دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی</p>			
<p>تعاریف:</p> <p>ترانسفوزیون: تزریق خون و فراورده های خونی</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p>			
<p><u>۱. روش اخذ نمونه گیری</u></p> <p>✓ در بیماران هوشیار از خود بیمار نام و نام خانوادگی پرسیده گردیده و سپس مشخصات با اطلاعات پرونده و دستبند شناسایی مطابقت داده میشود.</p> <p>✓ در بیماران غیر هوشیار از دستبند شناسایی و پرونده جهت شناسایی بیمار استفاده میگردد.</p> <p>✓ ثبت نام و نام خانوادگی شماره پرونده تاریخ و شیفت و ساعت بروی چسب نمونه گرفته شده به همراه نام خانوادگی فرد نمونه گیروبخش و شماره داخلی نمونه انجام می گردد.</p> <p>✓ تکمیل فرم درخواست خون بر اساس دستور پزشک و تکمیل سایر مشخصات توسط پرستار مربوطه انجام می شود.</p> <p>✓ جلوگیری از برچسب زدن لوله نمونه گیری قبل از گرفتن نمونه خون جهت جلوگیری از بروز خطا لازم است.</p>			
<p><u>۲. اقدامات لازم قبل از تجویز خون</u></p>			
<p>✓ رگ مناسب در دسترس باشد.</p> <p>✓ محلول نرمال سالین آماده باشد.</p> <p>✓ داروهای مورد نیاز قبل از تزریق خون بر اساس دستور پزشک آماده باشد.</p>			
<p><u>۳. تحویل کیسه خون کامل و فشرده</u></p>			
<p>✓ کیسه خون توسط پیک خون از بانک خون تحویل گرفته شده و به پرستار تحویل داده می شود.</p> <p>✓ کیسه خون توسط دو پرستار با اطلاعات فرم شامل (گروه خونی / شماره کیسه خون قید شده بر روی کیسه خون و فرم تاریخ انقضا فرآورده و تاریخ اخذ نمونه / نام و نام خانوادگی) بررسی و چک میگردد.</p> <p>✓ در مواردی مانند نشت غیر طبیعی خون / کدورت / وجود لخته / وجود گاز در کیسه / برچسب ناسالم و یا تغییر رنگ کیسه خون باید به واحد بانک خون عودت داده شود و علت آن در فرم های هموویژولانس با ذکر تاریخ و امضاء ذکر گردد.</p>			
<p><u>۴. اقدامات لازم قبل از تزریق خون:</u></p>			

✓ دستور پزشکی مجدداً توسط دو پرستار چک و لزوم ترانسفوزیون خون بررسی گردد.

✓ در بیماران هوشیار توسط دو پرستار از خود بیمار، نام و نام خانوادگی پرسیده شده و سپس با برگه درخواست خون و دستبند شناسایی و پرونده بیمار چک میگردد.

✓ در بیمارانی که هوشیار نمی باشند توسط دو پرستار اطلاعات از طریق دستبند شناسایی با مشخصات فرم و پرونده مطابقت داده میشود.

✓ از بیمار درخواست میشود در صورت بروز علائم هشدار نظیر مانند تب /خارش /تنگی نفس و لرز و درد عضلانی اطلاع رسانی نمایند
✓ در مانگر نسبت به سوابق تزریق خون بیمار آگاهی کافی داشته باشد.

✓ علائم حیاتی ثبت گردد.

✓ دست ها شسته شده واز دستکش هنگام تزریق استفاده گردد.

✓ حداکثر تا ۲۰ دقیقه پس از تحویل خون باید ترانسفوزیون خون آغاز گردد.

✓ تزریق خون از طریق ست فیلتر دار انجام گردد.

✓ سرعت تزریق خون در ده دقیقه اول به آرامی می باشد و در ۵ دقیقه شروع ترانسفوزیون پرستار بر بالین بیمار حضور داشته باشد.

✓ در صورت تحمل یک واحد خون در بزرگسالان طی ۱۲۰ الی ۲۴۰ دقیقه و در کودکان به صورت (۲-۵ میلی لیتر بر کیلوگرم در ساعت) تزریق میگردد.

✓ در صورت داشتن فراورده ffp حداکثر تا ۴ ساعت از ذوب شدن باید فراورده تزریق گردد و از ست فیلتر دار استفاده نمود که سرعت تزریق بسته به شرایط بیمار دارد.

✓ طی ۱۵ دقیقه اول پس از شروع تزریق علائم حیاتی هر ربع ساعت تا یک ساعت کنترل گردیده و سپس هر یک ساعت تا ۴ ساعت پس از اتمام خون علائم حیاتی کنترل میگردد.

✓ پس از اتمام تزریق خون فرم سفید رنگ ضمیمه پرونده و فرم صورتی و سبزه واحد آزمایشگاه ارسال میگردد.

✓ حجم خون تزریق شده در پرونده بیمار ذکر گردیده و توسط دو پرستار مهر و امضاء میگردد.

✓ پس از اتمام خون کیسه خون در سطل پسماندها عفونی انداخته می شود .

✓ در تزریق خون نوزدان و اطفال از دستگاه پمپ انفوزیون استفاده میگردد.

✓ در گزارش پرستاری ثبت شماره گروه خونی بیمار شماره کیسه تاریخ تولید و انقضاء ضروری می باشد.

۶. اقدامات لازم در صورت بروز واکنش ناسازگاری به ترتیب عبارتند از :

- قطع خون و شروع سرم نمکی
- اطلاع به پزشک
- اجرای دستورات پزشک و کنترل علائم حیاتی بیمار

- ارسال کیسه به همراه فرم ها با ذکر علت عودت در فرم ها به واحد آزمایشگاه
- ارسال نمونه ادرار و CBC براساس دستور پزشک
- تکمیل فرم عوارض ناخواسته احتمالی خون و گزارش به پزشک هموویژولانس
- تحویل فرم عوارض خون به مدیریت پرستاری و گزارش به بانک خون ثبت وقایع در گزارش پرستاری

مستندات مرتبط: فرم تکمیل خون و عوارض خونی و فرآورده

منابع: دستورالعمل هموویژولانس

مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت نظارت بر اجرای روش اجرایی بر عهده سرپرستار، پرستار هموویژولانس و سوپروایزر می باشد

تصویب کننده :	تایید کننده:	تهیه کننده :
ریاست بیمارستان	مدیریت پرستاری	سرپرستار بخش مسئول بانک خون کارشناس هموویژولانس



مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار

عنوان روش اجرایی:

نحوه تزریق خون و فراورده های خونی در نوزادان و شیرخواران

با سن کمتر از ۴ ماه



دانشگاه علوم پزشکی شهرو

تاریخ ابلاغ: ۹۵ / ۷ / ۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: BH.PRO17		تعداد صفحات: ۲	
تعاریف: تزریق خون در شیرخواران با توجه به حفظ و ایمنی نوزادان و رعایت اصول همویزیولانس .			
هدف: ارتقاء ایمنی نوزادان و شیرخواران/ جلوگیری از هدر رفت خون / کاهش عوارض تزریق خون			
دامنه: بش های بستری نوزادان، NICU، اطفال			
شیوه انجام کار:			
<p>۱. جانشین کردن گلبولهای قرمز در نوزادان بیماری که ۱۰٪ حجم خون خود را از دست داده و یا کم خونی علامتدار دارند، با توجه به تشخیص درمانی پزشک صورت میپذیرد.</p> <p>۲. ۲۰٪ Hct > همراه با Retic پایین و کم خونی علامتدار (تاکیکاردی، تاکی پنه، بد شیر خوردن)</p> <p>۳. ۳۰٪ Hct > همراه با هریک از شرایط زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ وابسته به اکسیژن درمانی با هود با غلظت کمتر از ۳۵٪ ✓ نیاز به درمان با اکسیژن از طریق کانولای بینی ✓ در صورت نیاز به استفاده از تنفس مکانیکی با فشار مثبت به صورت مداوم یا متناوب با متوسط فشار راههای هوایی کمتر از ۶ سانتی متر آب ✓ همراه با تاکیکاردی یا تاکی پنه (ضربان بیش از ۱۸۰ ضربه در دقیقه به مدت ۲۴ ساعت، تعداد تنفس بیش از ۸۰ تا در دقیقه به مدت ۲۴ ساعت) ✓ همراه با آپنه یا برادیکاردی (بیش از ۶ حمله آپنه در عرض ۱۲ ساعت یا ۲ حمله در عرض ۲۴ ساعت همراه با نیاز به تهویه با ماسک و آمبوبگ در حالیکه بیمار دوز درمانی متیل گزانتین دریافت می کند.) <p>وزن گیری نامناسب (کمتر از ۱۰ گرم در روز در عرض ۴ روز علیرغم دریافت بیش از ۱۰۰ Kcal/kg/day). ۳۰٪ Hct > همراه با هریک از شرایط زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ وابسته به اکسیژن درمانی با هود با غلظت بیشتر از ۳۵٪ ✓ در صورت نیاز به استفاده از تهویه مکانیکی با فشار مثبت به صورت مداوم یا متناوب با متوسط فشار راههای هوایی بیشتر یا مساوی ۶-۸ سانتی متر آب <p>۴. ۴۵٪ Hct > و هریک از شرایط زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ همراه با بیماری قلبی مادرزادی سیانوتیک <p>۵. پس از شناسایی موارد فوق در نوزادان و دستور پزشک مبنی بر تزریق خون رویت می گردد.</p> <p>۶. شناسایی نوزاد مورد نظر جهت انفوزیون خون بر اساس دستبند شناسایی و مطابقت با مشخصات پرونده انجام می گردد.</p>			

۸. انفوزیون خون جهت نوزاد با استفاده از ست خون و همراه با دستگاه سرم پمپ طبق مشخصات نوزاد و وزن وی انجام می پذیرد.

فرآورده های خونی و حداقل دوز آنها در نوزادان و کودکان		
فرآورده	دوز	میزان افزایش قابل انتظار
RBC	10-15ml/kg	افزایش ۲-۳۱ g/dl در Hb
FFP	10-15ml/kg	افزایش ۲۰-۱۵٪ در سطح فاکتورها (به شرط بهبود ۱۰۰٪)
Plt مشتق از خون کامل یا آفرزیس	5-10ml/kg و ۱ واحد پلاکت مشتق از خون کامل به ازای هر ۱۰kg	۵۰۰۰۰/μl افزایش پلاکت
AHF کرایو پرسی پیتیت	1-2u/10kg	60-100mg/dl افزایش فیبرینوژن

۹. تزریق حجم فرآورده مورد نظر با توجه به دستور پزشک و شرح در جدول ذیل می باشد.

۱۰. برگه های در خواست خون به صورت کامل توسط پرستار کامل می گردد.

۱۱. چک نوزاد از نظر بررسی علایم حیاتی و عوارض خونی همانند تزریق در بالغین انجام می شود .

مستندات مرتبط: فرم تکمیل خون و عوارض خونی و فرآورده

منابع: دستورالعمل مرتبط با همویژولانس

مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت اجرا بر عهده پرسنل مرتبط ، مسئولیت نظارت بر عهده سرپرستار بخش

تهیه کننده :	تایید کننده:	تصویب کننده :
سرپرستار بخش کارشناس همویژولانس	مدیر پرستاری	ریاست بیمارستان



مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون

تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵	تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳	آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳	بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴
کد روش اجرایی: BH.PRO18		تعداد صفحات: ۱	
تعاریف: همویژلانس: یعنی مراقبت از خون در تمام مراحل و مراقبت از بیمار در هنگام تزریق خون			
هدف: اطمینان از ثبت واکنش های ناخواسته انتقال خون / اطمینان از اطلاع واکنش های ناخواسته خون / اطمینان از انجام اقدامات درمانی برای بیمار			
دامنه کاربرد: کلیه بخش های بالینی و بانک خون			
شیوه انجام کار:			
<p>۱. ارزیابی و کنترل دقیق بیمار و فرآورده خونی مورد نظر قبل از تزریق خون انجام گردد و در فرمت مربوط به تزریق خون ثبت گردد.</p> <p>***بررسی دقیق علایم حیاتی بیمار قبل از تزریق و حین تزریق و بعد از تزریق از بروز عوارض ناخواسته پیشگیری می کند.</p> <p>۲. پس از آغاز ترانسفوزیون فرآورده مجدداً بیمار از نظر علایم حیاتی مورد بررسی قرار میگیرد.</p> <p>۳. در صورت بروز واکنش به تزریق خون ترانسفوزیون متوقف گردیده و موارد به اطلاع پزشک معالج و سوپروایزر کشیک رسانده میشود.</p> <p>۴. اقدامات لازم با توجه به دستورات پزشک مربوطه در خصوص عارضه رخ داده در جهت بیمار انجام می گردد.</p> <p>۵. برگه ثبت عوارض خون جهت بیمار مورد نظر توسط پزشک معالج و پرستار مسوول بیمار تکمیل می گردد. و به مسوول بانک خون ارسال می گردد.</p> <p>۶. مسوول بانک خون برگه مورد نظر را به امضاء و تایید و اطلاع پزشک ارشد همویژلانس می رساند.</p> <p>۷. در صورت بروز هر گونه عارضه جدی ظرف ۴۸ ساعت طی هماهنگی مسئول بانک خون با دبیر کمیته و مدیر محترم پرستاری کمیته طب انتقال خون تشکیل می گردد. جهت تشکیل کمیته مربوطه هماهنگی های لازم انجام می گردد.</p> <p>۸. در صورت عدم بروز عارضه تهدید کننده کلیه عوارض خون پس از جمع آوری در تاریخ مقرر برگزاری کمیته توسط دبیر مربوطه مطرح گردیده و نسبت به ثبت مداخلات و اخذ مصوبات اقدامات لازم اجرا میگردد.</p>			
مستندات مرتبط: فرم های عوارض خون			
منابع: دستورالعمل همویژلانس			
مسئولیت ها و اختیارات: نظارت بر اجرای روش توسط سرپرستار بخش و مسئول همویژلانس			
تهیه کننده:	تایید کننده:	تصویب کننده:	
سرپرستار بخش مسئول بانک خون / مسئول همویژلانس	مدیریت پرستاری	ریاست بیمارستان	

	<p>مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بهار</p> <p>عنوان روش اجرایی:</p> <p>جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی شاهرود</p>	
<p>بازبینی بعدی: تابستان ۱۴۰۴</p>	<p>آخرین ابلاغ: تابستان ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ بازبینی: تابستان ۱۴۰۳</p>	<p>تاریخ ابلاغ: ۹۵/۷/۱۵</p>
<p>تعداد صفحات: ۲</p>		<p>کد روش اجرایی: BH.PRO19</p>	
<p>هدف: پیشگیری از انتقال بیماری های عفونی از طریق ملحفه و البسه بیماران در صورت آغشته بودن به مایعات بدن</p>			
<p>دامنه کاربرد: پرسنل خدمات، کارکنان رختشویخانه</p>			
<p>تعاریف: _____</p>			
<p>شیوه انجام کار:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ملحفه ها، روبالشی و البسه بیماران ترجیحا روزانه یا نیز برحسب نیاز چندین بار در روز تعویض گردد. ۲. بهترین زمان تعویض ملحفه ها، صبحگاه و بعد از خوردن صبحانه است. ۳. جمع آوری البسه کثیف و انتقال به بین ها توسط نیروهای خدماتی بخش ها انجام میشود. ۴. جنس کیسه های جمع آوری البسه و ملحفه باید به گونه ای انتخاب شده باشد که مانع از نشت و نفوذ رطوبت شده و هم چنین نباید در مکان مرطوب نگهداری شوند. ۵. کلیه البسه کثیف توسط خدمات رختشویخانه به رختشویخانه حمل شود. ۶. درب کیسه های البسه آلوده بسته باشد و با بین مخصوص حمل البسه از مسیری که محل عبور و مرور بیماران و کارکنان و مراجعه کنندگان مجزا شده به رختشویخانه فرستاده شود. ۷. جمع آوری و انتقال البسه و ملحفه آلوده به خون، مایعات بدن، ترشحات، یا مواد دفعی باید به گونه ای باشد که از مواجهه با پوست یا مخاط، آلودگی لباس، و انتقال میکروارگانیسم ها به سایر بیماران و محیط جلوگیری به عمل آید و هرگز نباید لباس و ملحفه کثیف را روی زمین یا سطوح تمیز قرار داده شود. ۸. اگر ملحفه ها به خون و سایر مایعات بدن آلوده باشد بایستی از وسایل حفاظتی مثل دستکش و ماسک استفاده شود و بدون دخالت دست در ماشین لباسشویی مخصوص قرار گیرد. ۹. پرسنل مسئول جمع آوری البسه بایستی بر علیه بیماری هیپاتیت B واکسینه شده باشند. ۱۰. در هنگام جمع آوری البسه باید آرامش کامل داشت و از شتابزدگی اجتناب نمود. ۱۱. در هنگام جمع آوری ملحفه های آلوده با خون و سایر مایعات بدن بایستی ملحفه بصورتی پیچیده شود که قسمت آلوده در وسط ملحفه محفوظ نگه داشته شود. ۱۲. در حین جمع آوری البسه و قرار دادن آنها در داخل کیسه باید از عدم باقی ماندن وسایل نوک تیز و سوزن در داخل ملحفه ها 			

اطمینان حاصل نمود

۱۳. ملحفه های آلوده شده با خون و یا سایر مایعات بدن بایستی در کیسه های پلاستیکی مقاوم قرار داده شود.

۱۴. تفکیک و شمارش البسه (لباس، ملحفه و روتختی و ...) توسط پرسنل رختشویخانه.

۱۵. تفکیک البسه عفونی از غیر عفونی توسط پرسنل رختشویخانه

۱۶. تفکیک البسه لکه دار از غیر لکه دار توسط پرسنل رختشویخانه

۱۷. ثبت آمار تفکیکی هر بخش توسط پرسنل رختشویخانه

۱۸. انتقال البسه تفکیک شده به محل و ماشین های مخصوص شستشوی البسه و ملحفه های الوده خطرناک توسط پرسنل

رختشویخانه

مستندات مرتب: ملحفه ها، کیسه جمع آوری البسه

مسئولیت ها و اختیارات : پرسنل خدمات ، کارکنان رختشویخانه

منابع : تجربیات بیمارستانی ، دستورالعمل های بهداشتی

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