

# کتابچه خط مشی و روش اجرایی و دستورالعملهای داخلی

تدوین شده توسط بیمارستان کرمانیا کرمان

(دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئولین و سرپرستاران بخش ها و وحد ها)

مطابق با استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم

آبان ۱۴۰۱

پیرو ابلاغ استانداردهای نسل پنجم اعتباربخشی ملی ایران، با همراهی همکاران عرصه سلامت، متخصصین محترم گروههای پزشکی، مدیران و کارشناسان مسئول در بخشها /واحدهای مختلف بیمارستان کارمانیا ، مجموعه دستورالعملها، روشهای اجرایی و خط مشی های داخلی بیمارستانی تدوین گردید .امید است مجموعه پیشرو در راستای تحقق آرمانهای اعتباربخشی در امر بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت راهگشا و مؤثر باشد.

ضمن سپاسگزاری از تمامی اساتید و کارشناسانی که ما را در تدوین این مجموعه همراهی کردهاند، امیدوارم نسخه حاضر، ابزاری مناسب برای دستیابی به اهداف ارزشمند اعتباربخشی و نزدیکتر شدن این مرکز درمانی به استانداردهای جهانی باشد/

دکتر بهرام پورسیدی

ریاست بیمارستان کارمانیا

فهرست خط مشی و روش، روش اجرایی و دستورالعمل های استانداردهای اعتباربخشی نسل پنجم

	POL-PR-1	اطلاع رسانی بدون پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار
	POL-PR-2	رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت
	PRO-PR-2	نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه
	POL-PR-3	حمایت از گروه های آسیب پذیر
	POL-PR-4	راهنمایی و هدایت گیرنده خدمت در سطح بیمارستان
	POL-PR-5	حق دریافت خدمات سلامت توسط گیرنده خدمت
	POL-PR-6	حمایت از بیمار در حال احتضار
	POL-PR-7	اخذ رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی قانونی وی
	INS-PR-1	نحوه محافظت از اموال گیرنده خدمت
	INS-PR-2	دستورالعمل محدوده زمانی پیچ در بیمارستان
	INS-PR-3	ممنوعیت استفاده نامتعارف از تلفن همراه حین انجام وظیفه
	POL-PR-3	کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشتی و حفاظت پرتوها
	INS-EHM-1	نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها/ واحدها
	INS-EHM-2	نظافت ، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس
	PRO-EHM-1	نظارت بر نحوه تهیه و نگهداری مواد اولیه غذایی
	PRO-EHM-2	نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ
	PRO-EHM-3	نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا
	PRO-EHM-4	رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش های ویژه
	PRO-EHM-5	پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان
	POL-MC-1	مدیریت مادران پرخطر
	POL-MC-2	اطمینان از رعایت اندیکاسیونهای سزارین
	PRO-MC-1	حفظ امنیت و ایمنی نوزاد
	PRO-AC-1	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
	INS-AC-2	نحوه پذیرش و انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و بخش های بستری به بخش مراقبت های ویژه

	INS-AC-3	نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه
	PRO-EC-1	انجام مشاوره
	PRO-EC-2	تریاز
	PRO-EC-3	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بد حالو اورزانی در بخش های بستری
	POL-SC-1	رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل
	PRO-SC-1	استریل فوری اقلام خاص
	INS-SC-1	نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل
	INS-SC-3	نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه
	INS-SC-4	جراحی ایمن
	POL-CC-1	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در مواقع ضروری
	POL-CC-2	فرایند سفارش و توزیع و نظارت داروهای مخدر
	POL-CC-3	شناسایی و اعزام بیماران کوید
	INS-CC-1	نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران
	INS-CC-2	نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان
	INS-CC-3	آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی
	INS-CC-4	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی
	INS-CC-8	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اسکوپها
	INS-CC-9	اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری
	INS-CC-10	اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان
	PRO-CC-1	جداسازی بیماران روان پزشکی
	PRO-CC-2	جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران
	PRO-CC-3	جداسازی بیماران با رفتار پر خطر اجتماعی
	PRO-CC-4	مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری
	PRO-CC-5	پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی وریدی
	PRO-CC-6	استفاده صحیح از ابزار های مهار فیزیکی
	PRO-CC-7	استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی

	PRO-CC-8	فراخوان فیزیوتراپ
	POL-GT -1	انتخاب پیمانکاران با لحاظ نمودن معیارهای کیفی و رعایت قوانین مالی معاملاتی
	POL-GT-2	مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت در حیطه ی بیمار
	POL-GT-3	مشارکت در پیشگیری و ارتقا سلامت کارکنان
	POL-HIM-1	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها و واحد های بیمارستان
	PRO-HIM-1	حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیمار
	PRO-HIM-2	سازماندهی درون پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار
	PRO-HIM-3	محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات
	PRO-HIM-4	ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت
	PRO-HIM-5	استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن ها در مستندات به ویژه در پرونده بیمار
	POL_IC-1	ارزش گذاری و فرهنگ رعایت شستشوی دست در بین پرسنل
	PRO-IC-1	مدیریت مواجهه شغلی
	PRO-IC-2	پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی با محل نمونه برداری
	PRO-IC-3	پیشگیری از عفونت مجاری تنفس که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکتوستومی ایجاد می شود
	PRO-IC-4	پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای عروقی
	PRO-IC-5	پیشگیری و کنترل عفونتهای کنترل کاتترهای ادراری
	PRO-IC-6	پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوپیی ها
	PRO-IC-7	مصرف منطقی آنتی بیوتیک ها
	PRO-IC-8	حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی
	PRO-IC-9	شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی
	PRO-IC-10	صحت عملکرد و کیفیت محلول های گند زدای سطح بالا با روش های کنترل کیف
	PRO-IC-11	روش اجرایی پاکسازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضد عفونی
	PRO-IC-12	رعایت الزامات و ملاحظات بسته های استریل
	INS-IC-1	استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی
	PRO-FM-1	ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
	PRO-FM-2	نحوه گزارش دهی همگانی خطا پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه

	PRO-EM-2	سرویس ، مدیریت سرویس ها و بازدیدهای دوره ای (PM) تجهیزات پزشکی
	PRO-EM-3	کنترل کیفی تجهیزات پزشکی یا آزمون کالیبراسیون
	PRO-EM-4	تامین تجهیزات پشتیبان یا تعمیر آن ها در کوتاه ترین زمان ممکن در طول شبانه روز وایام تعطیلات
	PRO-EM-5	اسقاط
	INS-EM-1	نگهداری و به روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی
	INS-EM-1	نظارت بر عملکرد پیمانکاران
	INS-RM-1	دستورالعمل حفظ ایمنی در واحد موتورخانه
	INS-RM-2	راهبری ایمن سیستم های الکتریکی و مکانیکی
	INS-RM-3	ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها
	INS-RM-4	کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم های تامین کننده برق اضطراری
	INS-RM-5	تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه
	INS-RM-6	فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث
	INS-RM-7	نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاههای سامانه فرماندهی حادثه
	INS-RM-8	فعال سازی روشهای ارتباطی جایگزین در هنگام وقوع حادثه
	PRO-RM-1	ایمنی در مقابل آتش سوزی
	PRO-RM-2	نگهداشت سرمایش و گرمایش و تهویه بیمارستان
	PRO-RM-3	گزارش حوادث و موقعیت های خطرآفرین
	PRO-RM-4	افزایش ظرفیت بیمارستان درحوزه های فضای فیزیکی- تجهیزات- ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و نیروی انسانی
	PRO-RM-5	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه
	INS-HRM-1	محافظت از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آن ها
	INS-HRM-2	انتخاب و معرفی کارمند نمونه
	INS-HRM-3	تعیین سطح دسترسی به پرونده های کارگزینی کارکنان
	INS-HRM-4	دستورالعمل انتقال دانش و تجربه
	INS-HRM-5	دستورالعمل انتخاب و انتصاب و تنزیل از جایگاه مدیریتی

	INS-FM-1	انبارش ایمن
	PRO-NM-1	نظارت بر اداره امور بخش های بالینی
	PRO-NM-2	نظارت بر انتقال درون بخشی و بین بخشی بیماران
	PRO-NM-3	نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان بیماران
	PRO-NM-6	نظارت بر روند انجام مشاوره های پزشکی داخل و خارج از بیمارستان
	PRO-NM-7	نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها
	INS-EHM-1	نظافت، شستشو و گند زدایی بخش ها
	INS-EHM-2	نظافت شستشو و گند زدایی امبولانس
	INS-WM-1	تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی
	INS-WM-2	تفکیک در مبدأ پسماندهای تیز و برنده
	INS-WM-3	تفکیک در مبدأ پسماندهای شیمیایی و دارویی
	INS-WM-4	تفکیک پسماند در مبدأ پسماند عادی
	INS-WM-5	جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش ها
	INS-WM-6	بی خطر سازی پسماند های عفونی و تیز و برنده
	INS-WM-7	دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی
	INS-WM-8	نظارت بر عملکرد دستگاههای بی خطر ساز پسماند
	INS-WM-9	کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماند ها
	PRO-PM-1	نحوه فعالیت داروخانه در ساعات شبانه روز
	PRO-PM-2	مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت
	PRO-PM-3	خرید دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی
	PRO-PM-4	استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفاً یکبار مصرف
	PRO-PM-5	ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو
	PRO-PM-6	مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارویی
	PRO-PM-7	کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی
	PRO-PM-8	فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی ریکال
	PRO-PM-9	مدیریت خطاهای دارویی

	INS-PM-1	انبارش ایمن داروها
	INS-PM-2	نشانه گذاری های هشدار دهنده داروها
	INS-PM-3	اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose
	INS-CSR-1	شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی، ابزار و وسایل
	INS-CSR-2	گند زدایی ابزارهای جراحی با استفاده مجدد
	INS-CSR-3	نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها
	INS-LND-1	رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس ها و ملحفه های آلوده
	INS-LND-2	احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها و ملحفه های کثیف
	INS-LND-3	ذخیره، توزیع و تحویل لباس / ملحفه تمیز
	INS-LND-4	کاربرد صحیح مواد شوینده و گند زدا
	PRO-LND-1	جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های کثیف از بخش ها
	PRO-LND-2	جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های آغشته به مواد آلی خطرناک یا مایعات بدن
	INS-LAB-1	نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه، زمان چرخه کاری ۳ و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی
	INS-LAB-2	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود
	INS-LAB-3	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود
	INS-LAB-4	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود
	INS-LAB-5	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود
	INS-LAB-6	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود
	INS-LAB-7	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود
	INS-LAB-8	نحوه انجام آزمایش هایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود
	INS-LAB-9	کنترل کیفیت آزمایشهای بیوشیمی
	INS-LAB-10	کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی
	INS-LAB-11	کنترل کیفیت آزمایشهای میکروب شناسی
	INS-LAB-12	کنترل کیفیت آزمایشهای بیوشیمی ادرار
	INS-LAB-13	کنترل کیفیت آزمایشهای سروایمونولوژی و هورمون



	<b>INS-LAB-14</b>	کنترل کیفیت آزمایشهای پاتولوژی
	<b>INS-LAB-15</b>	کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی)
	<b>PRO-LAB-1</b>	نظارت مستمر بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشگاه
	<b>INS-LAB-16</b>	دستورالعمل گزارش آئی نتایج بحرانی بیماران توسط مسئول فنی
	<b>INS-BT-1</b>	انجام آزمایش های جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره ، انجام آزمایش های آنتی گلوبین مستقیم
	<b>INS-BT-2</b>	تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلوبول قرمز ، خواندن ودرجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلوبول های قرمز حساس
	<b>INS-BT-3</b>	انجام آزمایش های سازگاری از جمله Cross match , Antibody screening خون و فرآورده های خونی
	<b>INS-BT-4</b>	مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون
	<b>PRO-BT-1</b>	درخواست و تزریق برای نوزادان و شیرخواران باسن کمتر از ۴ماه
	<b>PRO-BT-2</b>	انجام آزمایشات تعیین گروه خونی
	<b>PRO-BT--3</b>	نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری ،نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون
	<b>PRO-BT-4</b>	نحوه تزریق خون و فرآورده ها
	<b>PRO-BT-5</b>	مصرف خون و محصولات خونی پیش از انقضای تاریخ
	<b>INS-RG-1</b>	نحوه استفاده از مواد حاجب
	<b>PRO-HIM-1</b>	حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیمار
	<b>PRO-HIM-2</b>	سازماندهی درون پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار
	<b>PRO-HIM-3</b>	محافظت و امنیت سیستم های ذخیره و بازیابی اطلاعات
	<b>PRO-HIM-4</b>	ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی از واحد مدیریت اطلاعات سلامت
	<b>PRO-HIM-5</b>	استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آن ها در مستندات به ویژه در پرونده بیمار
	<b>PRO-IT-1</b>	حفظ امنیت سیستم، امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده، تعیین سطوح دسترسی افراد، بخش ها و واحد ها، محرمانه ماندن اطلاعات الکترونیکی
	<b>PRO-IT-2</b>	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه HIS
	<b>PRO-IT-3</b>	نگهداری و پشتیبانی از تجهیزات سخت افزاری نرم افزاری
	<b>PRO-IT-4</b>	کنترل صحت داده های ثبت شده در HIS



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

کد خط مشی: POL-PR-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

تعداد صفحه: ۲

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان / موضوع:	خط مشی اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته به بیمار / همراه وی
دامنه:	کلیه کارکنان بالینی
کارکنان مرتبط:	سوپروایزرین - پرستار حامی بیمار (مددکار) - مدیریت پرستاری - مدیریت
هدف:	رعایت حقوق بیمار و همراهیان بیمار
فرم پاسخگو:	پرستار حامی بیمار
دستورالعمل های مرتبط:	استاندارد های اعتبار بخشی

شرح خط مشی:

- ۱- برقراری ارتباط صادقانه با بیمار / مراجعین یا فرد حامی بعد از وقوع حادثه
- ۲- اظهار پشیمانی از وقوع آنچه اتفاق افتاده
- ۳- تعیین مسئولان و کارکنانی که لازم است فرآیند اظهار پشیمانی و عذر خواهی را انجام دهند از سوی کمیته اخلاق بیمارستان و اطلاع به ایشان در صورت وقوع هر حادثه ناگوار
- ۴- برقراری ارتباط صادقانه طی ۲۴ ساعت اولیه بعد از وقوع حادثه و با تشریح کامل رخداد بصورت شفاف کامل رخداد بصورت شفاف برای مراجعین / بیمار / همراهان و اظهار پشیمانی عذر خواهی توسط مسئولان و کارکنان تعیین شده از سوی کمیته اخلاق
- ۵- حمایت از کارکنان منطبق با مبانی فرهنگ منصفانه ، ایمنی بیمار از جمله حمایت عاطفی از کارکنان درگیر بیمه مسئولیت حرفه ای کارکنان
- ۶- حفظ جوانب محرمانگی و قایع رخ داده
- ۷- پیش بینی ساز و کار جبران خسارت به بیمار

چارچوب اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری به مراجعین / بیمار / همراهان در مورد نتایج و پیامدهای بد درمان شامل:

- ۱- مرحله آمادگی
  - ۲- شروع مکالمه
  - ۳- بیان واقعیات
  - ۴- گوش دادن فعال
  - ۵- تایید آنچه بیان شده
- نتیجه گیری مکالمه  
مستند کردن

\*\*\*در خصوص نحوه جبران خسارت ، در کمیته اخلاق بیمارستان تصمیم گیری خواهد شد. بدیهی است بیمار در قبال هزینه های جبرانی مانند افزایش طول مدت اقامت و هزینه های مرتبط آن اعم از هتلینگ، دارو و لوازم مسئولیتی نخواهد داشت. باید توجهی داشت طولانی شدن مدت بستری و یا دریافت خدمات بعدی برای جبران خسارت هزینه ای پرداخت ننماید

ابلاغ کننده : دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان: فرزانه امیری -- حمید ثمره
سمت: ریاست بیمارستان	سمت مدیر بیمارستان	سمت: بهبود کیفیت -- مترون



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

کد خط مشی: POL-PR-2  
تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱۵  
تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱  
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱  
تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱  
شماره بازنگری: ۴  
شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان / موضوع :	رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت
دامنه:	کلیه واحدها و بخش های بیمارستان
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان بیمارستان
هدف:	حفظ حریم خصوصی و اسرار بیماران و حمایت از حقوق بیمار و ایجاد حس امنیت در بیمار
ذینفعان:	بیماران
سیاست:	به منظور رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت این مرکز از آموزش پرسنل و وجود امکانات و منابع لازم جهت رعایت استاندارد حقوق گیرنده خدمت از جمله پوشاندن قسمت هایی از بدن که در مراحل تشخیص و درمانی نیاز به مداخله ندارند و یا به کارگیری پرسنل همگی در صورت نیاز با توجه به لزوم ایمنی بیمار، رعایت کنترل رفت و آمد در بخش ها، یا حفاظت از اطلاعات مدارک پزشکی بیمار و اسرار بیمار اطمینان حاصل می نمایند.
منابع و امکانات:	منابع و امکانات لازم جهت اجرای استاندارد مرتبط
فرم پاسخگو:	کلیه کارکنان بیمارستان
دستورالعمل های مرتبط:	استاندارد های اعتبار بخشی در نسخه حقوق گیرنده خدمت - منشور حقوق بیمار

#### شرح دستورالعمل :

- ۱- تمام امکانات لازم جهت تضمین حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت توسط پرستار بخش فراهم می شود.
- ۲- برای رعایت حقوق مادران باردار و حفظ حریم خصوصی آنان ورود آقایان به بخش زایمان توسط نگهبان بخش ممنوع می شود.
- ۳- در همه بخش های درمانی استفاده از پرسنل همگی برای ارائه خدمات به بیماران خصوصاً در بخش زنان و زایمان امکان پذیر می باشد (با رعایت این اصل که استفاده از پرسنل همگن نباید مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرندگان خدمت باشد)
- ۴- در کلیه بخش ها و اتاق های عمومی برای رعایت حریم شخصی بیمار از پاروان و پرده های شخصی در اطراف تخت توسط مسئول بخش استفاده می شود.
- ۵- در هنگام وارد شدن به اتاق بیمار پرسنل با اجازه و در زدن داخل می شوند.
- ۶- مناطق و قسمت هایی از بدن بیمار که نیاز به معاینه و مراحل تشخیصی درمانی نمی باشد توسط پرستار بخش پوشانده می شود.
- ۷- خدمات درمانی و پرستاری با رعایت حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت مبنی بر رعایت اصل رازداری و ارائه خدمات مطلوب توسط پرسنل ارائه می شود.
- ۸- دسترسی به اطلاعات بیمار که در پرونده وی درج شده است فقط برای بیمار و گروه درمانی مجاز تلقی می شود.
- ۹- به بیمار جهت همراه داشتن یک فرد متعهد و محرم در مراحل معاینه بالینی اجازه داده می شود.
- ۱۰- همراهی والدین کودک در تمام مراحل درمان کودک حق آنان می باشد. (به جز موارد خلاف ضرورت های پزشکی)

۱۱- هر گونه تبادل اطلاعات بیمار در مورد وی و بیماری اش به اساس رضایت بیمار با کارکنان خدمات و مراقب سلامت انجام می شود.

۱۲- کلیه اطلاعات بهداشتی فرد بیمار که تحت درمان است محرمانه تلقی شده و افشاء نمی گردد.

۱۳- پوشش برای کلیه بیماران خانم (بویژه بانوان بخش زنان وزایمان) با در نظر گرفتن پوشیده شدن اندام و بدن وی در نظر گرفته می شود.

۱۴- بیمارستان برای آرامش و حفظ حریم شخصی بیماران اتاق خصوصی در اختیار بیمارانی که تمایل به بستری شدن در آن اتاق را دارند، در اختیارشان می گذارد.

۱۵- کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی ( گرفتن علائم حیاتی - ECG = - تزریقات و تعویض پانسمان - شیر محل عمل و تعویض لباس و...) با حضور پرسنل همگن و در مکان کاملاً با حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت انجام می شود.

## صفحه اول

۱- در صورت نبودن پرسنل همگی ، در موارد اورژانس تأخیری در انجام اقدامات درمانی بیمار انجام نمی شود.

۲- در صورت مراجعه بیمار جهت دریافت پرونده و مدارک خود، با درخواست وی وبا دستور ریاست و یا مدیریت بیمارستان کپی از مدارک گرفته می شود و برابر با اصل می گردد و به بیمار تحویل داده می شود.

۳- تابلوی رعایت حجاب در بخش ها نصب می شود.

۴- تمام ادیان مذهبی قابل احترام می باشند و در کتابچه بیمارستان کتاب های دینی اقلیت ها(تورات - انجیل /اوستا) موجود می باشند.

۵- تمام وسایل نیازهای عبادی بیمار در اتاق آنان و در بخش مهیا می باشد.

۶- جهت قبله در اتاق بیماران مشخص می باشد.

۷- پرستار هر بخش برای انجام فرائض عبادی و دینی ترالی احکام را در بخش آماده می کند.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
فرزانه امیری - حمید ثمره - رضوان اسلامیت	اقای دکتر رامین رجایی	آقای دکتر بهرام پور سیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مدیر بهبود کیفیت - مترون - سوپروایزر	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



کد روش اجرایی: PRO-PR-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۳

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی

عنوان روش اجرایی:	نحوه ارائه خدمت به بیماران مجهول الهویه
هدف:	حفظ و حراست از گیرندگان خدمت مجهول الهویه شناسایی گیرندگان خدمت مجهول الهویه و برنامه ریزی اختصاصی در بیمارستان جهت ارائه حمایت های لازم به گیرندگان خدمت مجهول الهویه اجرایی شدن سیاست های ابلاغی از سوی وزارت متبوع در رعایت حقوق گیرندگان خدمت از جمله گیرندگان خدمت مجهول الهویه رسیدگی و تکریم ارباب رجوع حفظ شخصیت بیمار و احترام به وی
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان
تعاریف:	بیمار مجهول الهویه به فردی اطلاع می گردد که فاقد مدارک شناسایی معتبر است یا به دلایلی اعم از کاهش سطح هوشیاری قادر به دادن اطلاعات معتبر نیست و همراهی که بتواند این اطلاعات را در اختیار وی قرار دهد ندارد.
صاحبان فرآیند:	مدیریت، مدیر پرستاری، سوپروایزرین، حراست بیمارستان، انتظامات و مددکاری
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	پرستاران بخش های بستری، پرسنل پذیرش، مسئول انتظامات، سوپروایزرین منشور حقوق بیمار
شرح دستورالعمل:	
۱- شناسایی گیرندگان خدمت مجهول الهویه توسط واحد تریاژ و اطلاع به انتظامات و سوپروایزر شیفت می باشد. ۲- انجام امور شناسایی بیمار و هزینه های درمانی هیچ منعی در امور درمانی بیمار ایجاد نمی نماید ۳- اطلاع به نیروی انتظامی (پلیس ۱۱۰) در خصوص پذیرش بیمار مجهول الهویه توسط سوپروایزر انجام می شود. ۴- پیگیری هویت بیماران مجهول الهویه در اسرع وقت توسط مددکار بیمارستان با هماهنگی سوپروایزر توسط نیروی انتظامی انجام می شود. ۵- نظارت مدد کار بر امور درمانی و مراقبتی بیمار مجهول الهویه بصورت مستمر انجام میشود. ۶- برقرار محیط امن با نظارت مسئول بخش، سوپروایزر شیفت و انتظامات بیمارستان لحاظ می گردد. ۷- شناسایی صدمات احتمالی که این گروه را تهدید می کند توسط مددکار بیمارستان انجام می شود. ۸- استفاده از امکانات فضای باز جهت این دسته از بیماران با در نظر گرفتن شرایط خاص ایشان،ها با نظارت مددکار، سرپرستار و انتظامات بیمارستان صورت می گیرد. ۹- پیگیری تهیه تجهیزات و اقلام دارویی مورد نیاز بیمار توسط مددکار بیمارستان امکان پذیر می باشد. ۱۰- بررسی پرداخت هزینه های بیمار با تشخیص واحد مددکاری و مدیریت بیمارستان و انجام مساعدت های لازم توسط مددکاری و مدیریت صورت می گیرد. ۱۱- ثبت و مشخص نمودن الویت های مخصوص این بیماران و اطلاع به سوپروایزر شیفت جهت بررسی و پیگیری امور افراد توسط سرپرستار و مسول هر شیفت انجام می شود. فرم صورتجلسه بیماران مجهول الهویه در سیستم بخش ها موجد می باشد که الزاما بایستی تکمیل گردد ۱۲- اموال بیمار مجهول الهویه در دفتر پرستاری با نظارت مددکار و سوپروایزر شیفت پس از تدوین صورتجلسه مربوطه تا زمان ترخیص بیمار	

نگهداری میشود

۱۳- طبق دستور پزشک معالج مبنی بر ترخیص بیمار مذکور با هماهنگی و دستور مراتب قضایی، اقدام می گردد و بیمار به هر شکلی، تحویل ایشان می گردد.

۱۴- در صورت فوت بیمار مراتب اطلاع به پزشکی قانونی و مراتب قضایی توسط سوپروایزر انجام میشود

۱۵- در صورت شناسایی بیمار تا زمان ترخیص مراتب با هماهنگی مددکار بیمارستان و نماینده مراجع قضایی و تدوین صورتجلسه مربوطه اقدام می گردد.

۱۶- دسترسی به اطلاعات بیمار که در پرونده وی درج شده است فقط برای بیمار و گروه درمانی مجاز تلقی می شود.

۱۷- به بیمار جهت همراه داشتن یک فرد متعهد و محرم در مراحل معاینه بالینی اجازه داده می شود.

۱۸- همراهی والدین کودک در تمام مراحل درمان کودک حق آنان می باشد. ( به جز موارد خلاف ضرورت های پزشکی)

۱۹- هر گونه تبادل اطلاعات بیمار در مورد وی و بیماری اش به اساس رضایت بیمار با کارکنان خدمات و مراقب سلامت انجام می شود.

۲۰- کلیه اطلاعات بهداشتی فرد بیمار که تحت درمان است محرمانه تلقی شده و افشاء نمی گردد.

۲۱- پوشش برای کلیه بیماران خانم (بویژه بانوان بخش زنان و زایمان) با در نظر گرفتن پوشیده شدن اندام و بدن وی در نظر گرفته می شود.

۲۲- بیمارستان برای آرامش و حفظ حریم شخصی بیماران اتاق خصوصی در اختیار بیمارانی که تمایل به بستری شدن در آن اتاق را دارند، در اختیارشان می گذارد.

۲۳- کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی ( گرفتن علائم حیاتی - ECG - تزریقات و تعویض پانسمان- شیر محل عمل و تعویض لباس و...) با حضور پرسنل همگن و در مکان کاملاً با حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت انجام می شود.

### صفحه اول

۱- در صورت نبودن پرسنل همگی، در موارد اورژانس تأخیری در انجام اقدامات درمانی بیمار انجام نمی شود.

۲- در صورت مراجعه بیمار جهت دریافت پرونده و مدارک خود، با درخواست وی وبا دستور ریاست و یا مدیریت بیمارستان کپی از مدارک گرفته می شود و برابر با اصل می گردد و به بیمار تحویل داده می شود.

۳- تابلوی رعایت حجاب در بخش ها نصب می شود.

۴- تمام ادیان مذهبی قابل احترام می باشند و در کتابچه بیمارستان کتاب های دینی اقلیت ها(تورات- انجیل/اوستا) موجود می باشند.

۵- تمام وسایل نیازهای عبادی بیمار در اتاق آنان و در بخش مهیا می باشد.

۶- جهت قبله در اتاق بیماران مشخص می باشد.

۷- پرستار هر بخش برای انجام فرائض عبادی و دینی ترالی احکام را در بخش آماده می کند

ابلاغ کننده:	تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر بهرام پورسیدی	دکتر رامین رجایی	دکتر ارمین رجایی - دکتر ساره سعیدی - حمید ثمره - فرزانه امیری - رضوان اسلامیت
سمت:	سمت:	سمت:
ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان	مدیر بیمارستان - پزشک اورژانس - مترون - مسنول بهبود کیفیت و مدیریت اطلاعات سلامت - سوپروایزر بالینی



کد خط مشی : POL-PR-3

تاریخ تصویب : ۹۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان / موضوع :	حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت در معرض خطر
هدف:	ارائه خدمات مناسب به جمعیت در معرض خطر و رعایت حقوق گیرنده خدمت
دامنه :	کلیه بخش های بستری و اورژانس
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان بخشهای بالینی
صاحبان فرایند:	مدیریت - مسئول حقوق گیرنده خدمت - مددکار
مسئولیت پاسخگویی:	مددکار بیمارستان / مسئول گیرنده خدمت / سرپرستاران
ذینفعان:	مراجعین گروههای آسیب پذیر در معرض خطر
تعاریف:	کمک به کلیه مراجعین و بیمارانی که تحت هر گونه شرایط جسمی و سنی به این مرکز مراجعه می نمایند و در جهت بهبود افزایش رضایتمندی آن ها اقدام می شود.
سیاست:	با توجه به لزوم شناسایی و حمایت در گروههای آسیب پذیر توسط بیمارستان این مرکز از طریق فراهم نمودن امکانات و منابع مناسب جهت شناسایی و ارائه خدمت مناسب مورد نیاز این گروه از بیماران اطمینان حاصل می نماید.
قوانین و مقررات مربوطه:	منشور حقوق بیمار
منابع وامکانات لازم:	منابع مالی و انسانی و فهرست گروههای آسیب پذیر
شرح فعالیت:	<p>گروه های آسیب پذیر جامعه افرادی مانند: مادران پر خطر، کودکان ، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، زنان باردار، نابینایان، معلولان ذهنی و جسمی، افراد ناتوان، افراد مجهول الهویه و همچنین افراد بی سرپرست و گروه های پرخطر شامل بیماران مستعد زخم فشاری -مستعد سقوط از تخت -پلی فارمسی -خودکشی -مستعد ترومبوز ریوی - سو تغذیه می باشند .</p> <p>۱-پرستار بیماران آسیب پذیر را طبق فهرست ابلاغی شناسایی و در روند مراقبت از بیمار مد نظر قرار می دهد .</p> <p>۱-پرستار بیماران پرخطر را طبق فهرست ابلاغی شناسایی می کند و برچسب زرد رنگ را جهت ایشان روی دستبند شناسایی نصب می کند .</p> <p>۲-بیمارستان براساس رعایت حقوق گیرنده خدمت گروههای آسیب پذیر و در معرض خطر را مورد حمایت درمانی، روحی و مالی در حد امکانات موجود قرار می دهد.</p> <p>۳-پرستاران در ارزیابی اولیه بیمار گروههای آسیب پذیر و پرخطر را طبق فهرست مربوطه شناسایی و به پزشک معالج سوپروایزر شیفت و کارشناس تغذیه و مددکار بیمارستان جهت حمایت های لازم، اطلاع میدهند .</p> <p>۴-مترون بیمارستان شناسایی بیماران آسیب پذیر و پرخطر را در راندهای روزانه خود انجام می دهد.</p> <p>۵-سرپرستار بخش بیمارانی را که فاقد پوشش بیمه ای هستند واز لحاظ مالی دچار مشکل میباشند به مددکار بیمارستان و یا در غیاب ایشان به سوپروایزر جهت حل مشکل مالی بیمار (تخفیف) راهنمایی مینماید .</p> <p>۶-کارشناس تغذیه جهت ویزیت و مشاوره تغذیه بر بالین بیمار معرفی شده حضور یافته و ارزیابی تخصصی تغذیه را انجام میدهد (۲)باتوجه به وضعیت هر بیمار توصیه های تغذیه ای را به بیمار ارائه نموده و رژیم غذایی مناسب را تنظیم کرده و به بیمار آموزش میدهد.</p> <p>۷-طبق دستورالعمل پیگیری بیماران در فواصل ۵-۳ روز انجام گرفته و ارزیابی های تخصصی تکرار میگردد .-</p> <p>۸-پرستار در انجام اقدامات درمانی حضور والدین را بر بالین کودک بیمار بلامانع تلقی می کنند.</p>



- ۹- پرستار آوردن اسباب بازی و وسائل بازی کودک در حدی که ایجاد شلوغی و بی نظمی و سر و صدا در بخش نکند بلامانع می داند.
- ۱۰- به منظور تسهیلات حمایتی به بیماران ICU فرمول های مورد نیاز جهت انجام گواژ بیماران توسط واحد خدمات غذایی بیمارستان تامین میگردد و ممنوعیت پذیرش هر گونه گارواژ از سمت همراهیان بیمار را رعایت می نماید .
- ۱۱- ضمناً با توجه به سیاست های داخلی بیمارستان دو نوبت میان وعده به گروه های آسیب پذیر طبق فهرست های تنظیم شده توسط کارشناس تغذیه بیمارستان توضیح میگردد .
- ۱۲- تیم درمان این امر که بیمار حق دارد در مراحل تشخیص از جمله معاینات، فرد معتمد خود را به همراه داشته باشد را رعایت میکند.
- ۱۳- تیم درمان این امر که همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت های پزشکی باشد را رعایت می کند.
- ۱۴- تیم درمان حریم خصوصی بیمار هنگام سوال و جواب های بالینی و یا هر دو تبادل اطلاعات درباره بیمار را رعایت می کنند.
- ۱۵- سرپرستار بلوک زایمان پس از شناسایی مادران پر خطر طبق پروتکل راهنمای کشوری مادران پر خطر (موجود در بخش زایمان) عمل مینماید .
- ۱۶- سرپرستار بلوک زایمان مامایی با سابقه تر راجهت توجه ویژه به مادر پر خطر اختصاص میدهد .
- ۱۷- سرپرستار بلوک زایمان ماهیانه در کمیته مادر پر خطر موارد را مورد پایش قرار داده اقدامات اصلاحی مورد نیاز را اعمال مینماید .
- ۱۸- بیمارستان جهت مادران پر خطر کد ۱۵ را در صورت نیاز به فرا خوان تیم امداد در نظر گرفته است .
- ۱۹- سرپرستار بخش در صورت شناسایی بیمار روانی ضمن توجه ویژه به بیمار تجهیزات پرخطر اتاق را تخلیه مینماید .
- ۲۰- سرپرستار بخش در صورت شناسایی بیمار معلولین و سالمندان ضمن توجه ویژه به بیمار توسط تیم پرستاری امکانات و تجهیزات ویژه مورد نیاز بیمار را با هماهنگی تیم مدیریت فراهم مینماید .
- ۲۱- سرپرستار بخش در صورت شناسایی بیمار بدون همراه تیم پرستاری به ویژه کمک پرستار بخش را موظف به توجه ویژه به بیمار مینماید .
- ۲۲- مسئول آموزش سالیانه دوره های آموزش را در خصوص رعایت گیرنده خدمت و مهارت های ارتباطی و رفتاری را جهت کارکنان برگزار می نماید.
- ۱۰- کادر درمانی از به کار بردن رفتار خشونت آمیز خودداری می کند.
- ۲۳- پرستار در صورتی که در مورد کودکی مشکوک به کودک آزاری و آزاری جنسی می باشد به سوپروایزر اطلاع می دهد و سوپروایزر با مراجع قانونی پیگیری می کند.
- ۲۴- پرستار برای وصل سرم با قطرات کم، از پمپ سرم برای کودک و نوزاد و از آتل جهت حفظ IV کودک استفاده می کند.
- ۲۵- پرستار بخش اطفال اتاق عمل کودکان را با تابلوها و اسباب بازی تزئین می کند.
- ۲۶- در این مرکز در بخش های بالینی سرپرستاران بیماران آسیب پذیر و در معرض خطر را شناسایی کرده به پزشک معالج اطلاع می دهد .
- ۲۷- بیمارستان براساس رعایت حقوق گیرندگان خدمت گروههای آسیب پذیر را مورد حمایت درمانی روحی و مالی در حد امکانات موجود قرار می دهد.
- ۲۸- بیمارستان جهت رفاه حال افراد ناتوان و سالمند میله های را روی دیوار نصب می کنند (Hand rail)
- ۲۹- بیمارستان از سالم بودن نرده های اطراف تحت اطمینان حاصل می کند. و به همراه بیمار آموزش های لازم را می دهد .
- ۳۰- بیمارستان از وجود ویلچر جهت جابجایی افراد ناتوان و سالمندان در بخش ها و نگهبانی درب ورودی اطمینان حاصل می نمایند.
- ۳۱- پرستار بخش بیماران آسیب پذیر و پرخطر را ترجیحاً نزدیک به ایستگاه پرستاری بستری می نماید .
- ۳۲- پرستار بخش در زمان ترخیص گروه های آسیب پذیر و پرخطر با ترخیص ایمن بیمار دقت نموده و دستورالعمل اسمارت را رعایت می نماید .
- ۳۳ مددکار بیمارستان گروه های پرخطر را پس از ترخیص فالوآپ می نماید .

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
حمید ثمره-فرزانه امیری-رضوان اسلامیت	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مترون-مسئول بهبود کیفیت (-مسئول تخفیفات) سوپروایز بالینی-مسئول آموزش	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

کد خط مشی : POL PR-4

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان / موضوع :	راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان
هدف:	افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت و رعایت حقوق ایشان
دامنه :	کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان
کارکنان مرتبط:	مسئول حقوق گیرنده خدمت
صاحبان فرآیند:	کارکنان بیمارستان
ذینفعان:	گیرندگان خدمت
تعریف:	
سیاست:	با توجه به لزوم راهنمایی گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان این مرکز از طریق آموزش کلیه پرسنل جهت راهنمایی مراجعین در حوزه های مربوطه و نصب راهنماهای مناسب جهت دسترسی به کلیه مناطق مجاز برای مراجعین و تعیین مسئول آموزش به بیمار و تهیه امکانات آموزشی مورد نیاز به مراجعین از رعایت این خط مشی اطمینان حاصل می کند.
منابع و امکانات لازم:	
شرح فعالیت:	<p>۱-مسئول گیرنده خدمت برای راهنمایی صحیح بیماران و همراهان وی از نصب تابلوهای راهنما و خطوط راهنما استفاده می کند.</p> <p>۲-کلیه پرسنل کارت شناسایی و عکس دار را به سینه نصب می کنند.</p> <p>۳-کلیه پرسنل برای شناخت بیماران از کارت شناسایی استفاده می کنند.</p> <p>۴-کارت مقررات و قوانین بیمارستان در پذیرش هنگام بستری شدن بیمار به آنها داده می شود.</p> <p>۵-مسئول واحد اطلاعات در شیفت صبح راهنمایی بیماران و همراهیان را انجام می دهد.</p> <p>۶-مسئول نگهبانی درب سالن ورودی پاسخگویی همراهیان و بیماران جهت راهنمایی می باشد.</p> <p>۷-مترون بیمارستان یک نفر را بعنوان مسئول آموزش همگانی بیماران انتخاب می کند.</p> <p>۸-پرستار بخش در ارتباط با هر اقدام تشخیصی و درمانی تهاجمی و غیر تهاجمی بیمار را آگاه می کند.</p> <p>۹-بیمار براساس اطلاعاتی که پزشک و پرستار و مسئول پذیرش به وی داده است . رضایت آگاهانه را امضاء می کند.</p> <p>۱۰-پزشک معالج و پرستار در مورد نحوه و مسیر بیماری به بیمار توضیحات کافی می دهند.</p> <p>۱۱-پرسنل پذیرش در هنگام پذیرش بیمار با بیان توضیحاتی از بیمار رضایت نامه جهت معالجه و عمل جراحی را امضاء می گیرند .</p> <p>۱۲-مسئول گیرنده خدمت تابلو پوشش استاندارد پرسنل را در تمامی بخش ها نصب می کند.</p> <p>۱۳-کلیه پرسنل درمانی در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی می نمایند.</p> <p>۱۴-مسئول آموزش همگانی با استفاده از کتابچه ها و پمفلت و تجارب خود بیماران را کنترل می کند و آموزش های لازم را به آنها می دهد.</p> <p>۱۵-سوپروایزر آموزشی به کمک سرپرستاران بخش ها - پمفلت ها و کتابچه های آموزشی را برای بیماران و همراهیان آماده می کند و جهت مطالعه در ایستگاه های پرستاری قرار می دهد .</p> <p>۱۶-مدیر بیمارستان از نصب تابلوی ورودی اورژانس اطمینان حاصل می نماید.</p> <p>۱۷-مدیر بیمارستان از نصب تابلوی پزشکان طرف قرارداد در ورودی بیمارستان اطمینان حاصل می نماید.</p> <p>۱۸-مدیر بیمارستان نسبت به نصب تابلوهای دو زبانه در ورودی بخشها اقدام می نماید.</p> <p>۱۹-مدیر بیمارستان از نصب تابلوهای اتاق ها و واحد های مرتبط در سطح بیمارستان اطمینان حاصل می نماید.</p> <p>۲۰-مسئول ساختمان از نصب تابلوهای خروج اضطراری در سطح بیمارستان اطمینان حاصل می نماید.</p>

۲۱-مسئول ساختمان از نصب تابلوهای شب نما و شبرنگ جهت دسترسی مراجعین به بخشهای پاراکلینیک و اورژانس اطمینان حاصل می نماید.

۲۲-مسئول ساختمان از نصب تابلوهای نقشه بیمارستان در راهروهای اصلی اطمینان حاصل می نماید.

۲۳-پرستار مسئول پذیرش بیمار ، در زمان پذیرش وی بیمار را در خصوص آشنایی با امکانات اتاق بستری خود راهنمایی می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان: فرزانه امیری - فرجام هاشمی - افسانه نوحی - یدالله زندی - دکتر رامین رجائی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مدیر بهبود کیفیت - رابط آموزش به بیمار - مسئول پذیرش - مسئول ساختمان و تاسیسات - مدیریت



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

کد خط مشی : POL-PR-5

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان / موضوع :	به منظور رعایت منشور بیمار مبنی بر حق دریافت مطلوب خدمات سلامت، حق دریافت مشاور از پزشک دوم و انجام مشاوره متخصصین مختلف در داخل یا خارج بیمارستان در این مرکز فراهم است.
دامنه:	کلیه بخش های درمانی
کارکنان مرتبط:	کلیه پرسنل بالینی
هدف:	رعایت استاندارد های حقوق گیرنده خدمت
منابع وامکانات:	منشور حقوق بیمار - تجربه بیمارستان
فرد پاسخگو:	مدیر پرستاری

#### روش اجرایی :

- ۱- پزشک معالج ، هنگام ویزیت بیمار، در صورت نیاز به انجام مشاوره به پزشک دوم به تشخیص خود یا تمایل بیمار یا قیم قانونی بیمار، درخواست انجام مشاوره را در پرونده بیمار ثبت می نماید و برگه درخواست مشاوره تکمیل می شود.
- ۲- پرستار بخش در صورت وجود و حضور پزشک مشاور، پس از تکمیل فرم مشاوره بصورت تلفنی برای ویزیت مشاوره وقت گرفته و هماهنگی لازم صورت می گیرد و در گزارش پرستاری بیمار ثبت می کند .
- ۳- پزشک مشاور پس از ویزیت بیمار، نظر و دستورات مشورتی خود را در برگه مشاوره ثبت می نماید.
- ۴- پزشک معالج دستورات پزشک مشاور را رویت و در خصوص انجام دستورات مشورتی وی تصمیم گیری کرده و دستور نهائی مورد تایید خود را در برگه دستورات پزشک ثبت می نماید.
- ۵- پرستار دستورات پزشک معالج را چک و اجرا می نماید.
- ۶- پرستار در صورت عدم وجود یا حضور پزشک مشاور در بیمارستان ، به اساس خط مشی انتقال و اعزام جهت انجام مشاوره درخواست شده اقدام می نماید. ( کد خط مشی انتقال و اعزام )
- ۷- فراهم کردن انجام مشاوره با پزشک دوم (از داخل یا خارج بیمارستان) در صورت تمایل یا در صورت نیاز ولی قانونی وی

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
فرزانه امیری حدیث امامی - حمید ثمره	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
بهبود کیفیت - پرستار حامی بیمار - مترون	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

کد خط مشی : ۶-POL-PR-

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان / موضوع :	تمرکز مراقبت و ارائه خدمات به بیماری که به پایان حمایت نزدیک شده و حمایت از بیمار و خانواده ایشان
دامنه:	کلیه بخش ها و واحد های بیمارستان
کارکنان مرتبط:	کلیه پرسنل بالینی
هدف:	رعایت حقوق بیمار
ذینفعان:	گیرندگان خدمت
فرم پاسخگو:	ریاست یا مدیر بیمارستان، سوپروایزر ، سرپرستاران و کارکنان بخشها
تعاریف :	دستورالعمل های ابلاغی حقوق گیرنده خدمت

#### روش اجرایی :

- ۱-اطمینان به بیمار و همراهان در خصوص برخورداری از رفتاری محترمانه و با متانت از سوی کارکنان، هنگام بروز درد یا بیقراری و همچنین ارائه خدمات مراقبتی ویژه
- ۲-اطمینان بخشیدن به بیمار و همراهان در مورد اینکه، درد و علائم بیماری ارزیابی خواهد شد وبصورت مناسب کنترل می شود
- ۳-ارزیابی و مهار علائم و واکنش های بیمار از جمله: تهوع، مشکلات تنفسی ، عوامل تشدید دهنده، درد و...
- ۴- آماده بودن کارکنان برای رفتار و برخورد مناسب در قبال هر گونه نشانه و علامتی بر طبق خواسته بیمار و خانواده اش
- ۵- محترم دانستن ارزش ها و معیار ها ، مذهب و اولویت های فرهنگی بیمار
- ۶- شریک دادن بیمار و خانواده اش در تمامی جنبه های مراقبتی
- ۷- پاسخ مناسب کارکنان به دغدغه های روحی ، عاطفی ، معنوی و فرهنگی بیمار و خانواده اش

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
فرزانه امیری حدیث امامی -حمید ثمره	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
بهبود کیفیت -پرستار حامی بیمار -مترون	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



کد دستورالعمل : INS-PR-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان دستورالعمل :	نحوه محافظت از اموال گیرنده خدمت
مسئولیت اجرا:	مسئول حقوق گیرنده خدمت
امکانات لازم :	فرم قوانین و مقررات بیمارستان - صندوق امانات - برگه رسید- فرم صورت جلسه
منابع:	استانداردهای اعتبار بخشی - استانداردهای حقوق گیرنده خدمت
پرسنل مرتبط:	کارمند پذیرش - پرستار - سوپروایزر - مدیریت

#### شرح دستورالعمل :

- ۱- مسئول پذیرش در هنگام پذیرش بیمار باید فهرست مقررات بیمارستان را به بیمار تحویل می دهد.
- ۲- مسئول پذیرش در هنگام پذیرش بیمار هوشیار باید در مورد عدم همراه داشتن وسایل قیمتی و زیور آلات حین بستری تذکر بدهد .
- ۳- مسئول پذیرش در هنگام پذیرش باید مورد صندوق امانات که در دفتر سوپروایزری بیمارستان هست به بیمار اطلاع رسانی نماید.
- ۴- پرستار اورژانس در هنگام پذیرش بیمار اورژانس در صورت نداشتن همراه باید اموال و وسایل بیمار را دریافت کند و صورت جلسه ای مبنی بر تعداد و کیفیت آنان نوشته و وسایل را به سوپروایزر بیمارستان تحویل بدهد .
- ۵- پرستار تحویل گیرنده بیمار در اتاق عمل چنانچه بیمار با زیور آلاتی (گوشواره- انگو و...) وارد اتاق عمل شد باید زیور آلات را خارج کند و تحویل همراه بیمار بدهد.
- ۶- سوپروایزر شیفت با همکاری پرستار بخش ،در صورت فوت بیمار و نداشتن همراه با بالین بیمار باید اموال شخصی بیمار را جمع آوری کرده و با حضور مسئولین بخش صورت جلسه ای نوشته و ذکر اموال در صورت جلسه انجام شود .
- ۸- پرستار بخش باید اموال بیمار فوت شده را با صورت جلسه به سوپروایزر شیفت تحویل دهد.
- ۹- سوپروایزر باید اموال بیمار را با ارائه کارت شناسایی معتبر به همراه بیمار تحویل دهد \_ (با نظارت مدیریت بیمارستان )

تهیه کنندگان:	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
فرزانه امیری - حمید ثمره - رضوان اسلامیت - سمیه محمدی افشار	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مسئول بهبود کیفیت - مترون - سوپروایزر بالینی - مسئول پذیرش	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

کد دستورالعمل : INS-PR-2

تاریخ تصویب : ۱۴۰۰/۸/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۰/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۱

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل محدوده زمانی پیچ در بیمارستان
مسئولیت اجرا:	مسئول مخابرات
امکانات لازم :	دستگاه پیچ- فهرست های تماس
منابع:	تجربیات بیمارستان
پرستل مرتبط:	کلیه کارکنان

شرح دستورالعمل :

بخش صدای پیچ در کلیه بخش ها و واحدهای بیمارستان الزامی می باشد  
کارکنان مرکز مخابرات مجاز به استفاده از پیچ می باشند  
پیچ در زمان شیفت صبح در ساعت ۷ لغایت ۱۴ مجاز می باشد  
پیچ در زمان شیفت عصر در ساعت ۱۶ لغایت ۲۱ مجاز می باشند.  
پیچ در شیفت شب و ساعات استراحت بیمار غیر مجاز می باشند .  
مگر در موارد دستور سوپروایزر شیفت

دستگاه بلند گوی دستی بصورت ذخیره در انبار جهت استفاده در مواقع عدم مشکل داشتن سیستم پیچ الزامی است.  
پخش صدای اذان در بخش ها و واحد های بیمارستان الزامی می باشند. (جهت رفاه حال بیماران در اذان های ظهر و مغرب)  
در خصوص موارد پیچ خارج از روتین بخش ها و واحد ها با سوپروایزر هماهنگ گردد.

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - فرزانه امیری - حدیث امامی - زهرا کمالی	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مترون - امور اداری - پرستار حامی بیمار مسئول مخابرات	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



کد دستورالعمل : INS-PR-3

تاریخ تصویب : ۱۴۰۰/۸/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۰/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۱

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی

عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل ممنوعیت استفاده نامتعارف از تلفن همراه توسط کارکنان بیمارستان حین انجام وظیفه
مسئولیت اجرا:	تیم مدیریتی
هدف :	رعایت حقوق گیرنده خدمت -تقا ایمنی
منابع:	تجربیات بیمارستان
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان

### شرح دستورالعمل

موارد زیر جهت استفاده کارکنان از تلفن همراه در بیمارستان بایستی مورد توجه قرار گیرد:

استفاده از تلفن همراه در موارد زیر ممنوعیت مطلق دارد:

۱- در داخل اتاق های عمل اتاق ریکاوری داخل بخش های مراقبتهای ویژه در اورژانس اتاق عمل سرپایی، اتاق احیا -بخش های بستری :

۲- در تمامی بخشها در حین دارو دهی و پذیرش بیمار -ایستگاه پرستاری در حین انجام اقدامات مراقبتی درمانی و یا پاسخ دهی به ارباب رجوع -  
\* تبصره: کارکنان درمواقع ضروری میتوانند با تعیین جانشین بصورت محدود در اتاق استراحت از تلفن همراه استفاده نمایند  
۳ پرسنل پاراکلینک:

در واحدهای پاراکلینیکی در زمان شیفت موظفی و درحضور ارباب رجوع استفاده از تلفن همراه ممنوع میباشد (در مواقع ضروری و بصورت محدود، استفاده از تلفن همراه در صورت تعیین جایگزین مجاز می باشد

۳ پرسنل پشتیبانی:

واحدهای پشتیبانی در موارد ضروری و به شرط عدم تضییع حقوق گیرنده خدمت، در حداقل زمان ممکن مجاز به استفاده از تلفن همراه هستند.  
نکات قابل ملاحظه:

۱- استفاده از تمامی برنامه های اشتراک گذاری و شبکه های اجتماعی اعم از تلگرام، وایبر، اینستاگرام و ... در محل کار ممنوع می باشد.

۲- عکس برداری و فیلمبرداری از محل کار و محیط بیمارستان جهت استفاده شخصی ممنوع می باشد.

۳- عکس برداری و فیلمبرداری از محل کار و محیط بیمارستان در مواقع ضروری با هماهنگی مدیریت بیمارستان مجاز می باشد.

۴- استفاده از آهنگهای زنگ تماس غیرمجاز و آزار دهنده در محیط کار ممنوع می باشد.

توجه:

در صورت عدم رعایت موارد فوق، برای بار اول تذکر شفاهی، بار دوم تذکر کتبی، بار سوم کسر از حقوق و در صورت تکرار رسیدگی به تخلف شخص در کمیته اخلاق پزشکی (پرسنل بالینی) و تیم مدیریت اجرایی (پرسنل اداری پشتیبانی)

۲ مسولیت نظارت و پاسخ گویی و گزارش دهی موارد تخلف بر عهده مسئولین بخشها و واحدها ومسئول شیفت و سوپروایزرهای بالینی می باشد.

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - فرزانه امیری - حدیث امامی	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مترون - امور اداری - پرستار حامی بیمار	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان





بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

کد خط مشی : POL-EHM-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان / موضوع :	خط مشی کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها
هدف:	ارتقاء ایمنی کارکنان و بیماران مراجعه کننده به بخش تصویر برداری
دامنه :	واحد تصویر برداری - بهداشت محیط
کارکنان مرتبط:	کارشناس بهداشت محیط - کارشناس بخش تصویر برداری
صاحبان فرآیند:	مسئول فیزیک بهداشت
ذینفعان:	کارکنان پرتو کار - بیماران و مراجعین به بخش تصویر برداری
تعاریف:	پرتوهای یونیزان: مانند اشعه ایکس مورد استفاده در رادیولوژی / شیلدهای محافظتی : پوششی از جنس سرب برای جلوگیری از تابش اشعه به بدن / پارائان برب که در الیاف پارچه های داخلی آن از سرب جهت تامین حفاظت در برابر پرتوهای یونیزان استفاده شده است. رادیوگرافی پرتابل : انجام هر گونه رادیوگرافی در بخش های بستری و اتاق عمل (خارج از بخش رادیولوژی) به دلیل عدم امکان انتقال بیمار به بخش رادیولوژی توسط دستگاه پرتابل رادیولوژی. فیلم بیج: فیلم های مورد استفاده جهت ثبت پرتو گیری دوره ای کارکنان بیج: قاب نگهدارنده فیلم ها
سیاست:	با توجه به لزوم تابش غیر ضروری به بیمار، بیمارستان با هدف بیشترین حفاظت ممکن از افراد (بیماران همراهان، پرسنل) سیاست افزایش مهارت کارکنان بخش تصویر برداری و سالم بودن دستگاه ها در این واحد را اتخاذ نموده است.
منابع و امکانات :	فیلم بیج و یا سایر وسایل دوزیمتری - دستگاه پرتابل - وسایل و تجهیزات حفاظتی اپرون - شیلدگاندا، شیلد تیروئید، در موارد ضروری پاراوان سربی - دفتر مخصوص ثبت تکرار رادیوگرافی .
روش اجرا:	۱- کارشناس بهداشت محیط با هماهنگی ریاست بخش درخواست دزیمتری جهت بررسی مقدار نشت اشعه از دیوار و دربهای رادیولوژی و برخی دستگاه ها می شود (شش ماه یکبار یا در صورت تغییر در ساختمان و یا دستگاههای مولد پرتو ایکس ۲- مسئول فیزیک بهداشت نسبت به کنترل علائم هشدار دهنده روی درب ورودی درب پرتو نگاری با تصویربرداری بصورت دوره ای اقدام می کند . ۳- مسئول بخش رادیولوژی ، به منظور اطلاع رسانی همکاران و بیماران از تابش پرتو در اتاق ها، چراغهای آلارم پرتو در بالای درب اتاق های رادیولوژی می کند. ۴- پرتو کاران به منظور تامین سلامت بیماران و کارکنان واحد تصویربرداری، در موارد لزوم از شیلدهای محافظتی جهت بیماران و کارکنان استفاده می کنند. ۵- پرتوکاران از فیلم بیج به عنوان وسیله ی مانیتورینگ و سنجش در تابش اشعه در بخش های مختلف کار با پرتو استفاده می کنند. ۶- فیلم بیج مورد استفاده کارکنان ، روی سینه نصب می شود و در صورت استفاده از روپوش سربی در زیر آن قرار داده می شود. ۷- نتایج فیلم توسط شرکت پرتوهای پارسیان تهران هر ۲ ماه یکبار به بخش تصویر برداری گزارش داده می شود و این نتایج در زونکن مخصوص نگهداری می شود. ۸- مسئول فیزیک بهداشت، نتایج دزیمتری کارکنان را در زونکن نگهداری کرده و در صورت پرتو گیری افراد علت پرتوگیری را بررسی و به افراد اطلاع رسانی می دهد .

- ۹- به منظور اطمینان از سلامتی کارکنان پرتو کار، معاینات پزشکی دوره ای پرسنل پرتو کار هر شش ماه یکبار انجام می شود و نتایج مربوطه پس از آن به پرتو کار ، بایگانی می گردد.
- ۱۰- یا کارشناس رادیولوژی به دلیل اهمیت پرتوگیری بیماران در صورتی که بیمار نسبت به حامله بودن خود مطمئن نباشد با پزشک معالج ی گرفته و مشکل بیمار را برای ایشان توضیح می دهد تا پس از انجام تست حاملگی و اطمینان از حامله نبودن ، رادیوگرافی انجام گردد .
- ۱۱- 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.
- ۱۲- کاردان یا کارشناس تصویر برداری در صورت ضرورت انجام تصویر برداری جهت بانوان باردار با اشعه یونیزان، با استفاده از اپرون و سایر وسایل حفاظتی ، گرافی را انجام می دهد .
- ۱۳- پزشک معالج درخواست رادیولوژی برای اطفال را محدود به مواردی می کند که الزاما برای تشخیص کودک مورد نیاز باشد.
- ۱۴- کارشناس رادیولوژی فیلد تابشی به افراد را تا حد امکان کوچک انتخاب می کند و تا حد امکان از تکرار رادیولوژی خودداری می کند .
- ۱۵- کارشناس رادیولوژی در صورت نیاز به انجام تصویر برداری با اشعه ایکس برای ثابت نگه داشتن بیمار امکانات لازم را به کار می بندد.
- ۱۶- به منظور پیشگیری از تکرار گرافی ، در صورت وجود نقض فنی در هر یک از تجهیزات پرتونگاری، از کارکردن با دستگاه معیوب خودداری می شود.
- ۱۷- با توجه به استفاده از پرتوهای یونیزان در تصویر برداری پرتابل ، اصل اساسی انجام رادیوگرافی، انجام آزمون در بخش رادیولوژی و تحت هیچ شرایط ایمنی این بخش می باشد و انجام هر گونه رادیوگرافی خارج از بخش رادیولوژی فقط در موارد اورژانسی با تشخیص پزشک معالج و دستور کتبی ایشان صورت می پذیرد.
- ۱۸- مسئول بخش تصویر برداری به منظور اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه ها بصورت دوره ای سالانه اقدام به انجام کنترل کیفی و دستگاههای پرتو ساز از طریق شرکت های مجاز اعلام شده توسط سازمان انرژی اتمی می کند.

منابع: تجربیات بیمارستانی - کارگاه اشعه یونیزان

ابزار کنترلی:

کنترل مستندات(گزارش دوزیمتری فیلم بچ و معاینات دوره ای ) چک لیست های مرتبط، مشاهده (چراغهای آلام اشعه، زون بندی بخش رادیولوژی استفاده از فیلم بچ شخصی، علائم هشدار اشعه X

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد- سحر سلاجقه	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
فیزیک بهداشت - سوپروایزر رادیولوژی	فیزیک بهداشت	ریاست بیمارستان



کد دستورالعمل : INS-EHM-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱/۸/۱۴۰۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱/۸/۱۴۰۲

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان دستورالعمل :	نظافت ، شستشو، گند زدایی ولکه زدایی بخش ها و واحد ها
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
منابع و امکانات لازم:	برنامه واشینگ ، -دستورالعمل های شستشو ونظافت و گندزدایی و لکه زدایی - مواد شوینده - مواد ضدعفونی کننده و گندزدا - تجهیزات و سطوح کلیه بخش ها و واحد ها
منبع:	تجارب بیمارستانی
پرسنل مرتبط :	کمک پرسنل و کمک بهیار - کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر کنترل عفونت

شرح دستورالعمل :

۱- به پرسنل خدمات و کمک بهیاران توسط کارشناس بهداشت محیط با همکاری پرستار کنترل عفونت نحوه نظافت، شستشو وگندزدایی اتاق های بستری ،ایزوله ، اتاق عمل ، سرویس بهداشتی و نظافت گندزدایی تجهیزات بیمار شامل تخت، لاکر، برانکارد، لگن، اندوسکوپ و آموزشات لازم باید داده شود.

۲-دستورالعمل های شستشو، نظافت، گندزدایی ولکه زدایی کلیه بخش ها و واحد ها توسط کارشناس بهداشت محیط وپرستار کنترل عفونت تهیه شده و در معرض دید پرسنل مربوطه قرار داده شود.

۳-برنامه واشینگ کل بیمارستان بایستی بصورت ماهیانه تنظیم شود.

۴-برنامه واشینگ اتاق عمل بایستی دو هفته ای یکبار تنظیم شود.

۵-بررورد اجرای برنامه واشینگ واجرای دستورالعمل های آموزشی توسط کارشناس بهداشت محیط و پرستار کنترل عفونت نظارت شود.

۶-کلیه پرسنل کارگر و کمک بهیار در شروع فرایند نظافت - شستشو و گندزدایی بایستی به وسایل حفاظت فردی مناسب(گان - روپوش - کلاه - دستکش ) مجهز باشد.

۷-در صورت مواجهه با لکه خونی کمتر از ۳۰ سی سی بایستی با دستمال ضدعفونی جمع آوری گردد.

۸-در صورت مواجهه با لکه خونی با حجم بیشتر از ۳۰ سی سی بر روی لکه خونی دستمال آب جمع کن انداخته شود سپس واتیکس ۱۰درصد در زمان ده دقیقه روی آن ریخته شده و سپس جمع آوری گردیده در سطل زباله زرد انداخته شود و در پایان تی ضدعفونی کشیده شود.

۹- در پایان بایستی دست ها شستشو وضدعفونی گردد.

تهیه کنندگان:	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد-ازاده موقرزاده - مصطفی علینژاد	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر کنترل عفونت - نماینده خدمات	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان

کد دستورالعمل: INS-EHM-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل:	نظافت، گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
امکانات لازم:	وسایل حفاظت فردی (دستکش - گان - ماسک و غیره) مواد شوینده و گندزدا
منابع:	تجارت بیمارستان - کتابچه راهنمای گندزدای بیمارستان
پرسنل مرتبط:	پرسنل خدمات - پرستار کنترل عفونت - کارشناس بهداشت محیط

#### شرح دستورالعمل:

- جهت شستشوی داخلی آمبولانس باید ابتدا کلید وسایل قابل حمل مانند کپسول اکسیژن، جعبه کمک‌های اولیه، غیره از آمبولانس خارج شود.
- شستشوی آمبولانس از قسمت‌های تمیز و سپس قسمت‌های آلوده می‌باشد (استفاده از دستکش، ماسک و پنبه ضرورت دارد)
- قسمت‌های آلوده به ترشحات و خون بایستی به دقت شسته و آبکشی شود.
- پس از شستشو با آب و ماده شوینده می‌بایست کلیه قسمت‌ها را با ماده گندزدای موجود در بیمارستان (واتیکس ۲٪) گندزدایی نمود.
- شستن برانکاردر - تشک و در نهایت گندزدایی آنها با واتیکس ۲٪ توصیه می‌شود.
- ضدعفونی کف، دیواره، شیشه و کلیه سطوح در تماس با بیمار با استفاده از واتیکس ۲٪ با استفاده از دستمال نظیف مربوطه انجام می‌شود.
- شستن دست‌ها و ضدعفونی با محلول‌های هندی‌راب پس از پایان کار و خروج از آمبولانس ضروری می‌باشد.
- کلیه وسایل درمانی در داخل آمبولانس با استفاده از الکل ۷۰٪ یا اسپری سریع الاثر الکلی ضدعفونی گردد.
- ممنوعیت عدم استفاده از مواد خوردنی - آشامیدنی در داخل آمبولانس و عدم استعمال دخانیات رعایت شود.
- جعبه دستمال یکبار مصرف و ماسک بهداشتی جهت پزشک و همراه بیمار و پرسنل در داخل آمبولانس قرار داده شود.
- در صورت مواجهه با بیماری‌های واگیر و عمل بیماران عفونی استفاده از ماسک و دستکش الزامی می‌باشد.

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - آقای جلالی - ازاده موقرزاده	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس بهداشت محیط - نماینده خدمات - پرستار کنترل عفونت	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان



کد روش اجرایی: PRO-EHM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی

عنوان روش اجرایی:	نظارت بر نحوه تهیه و نگهداری مواد اولیه غذایی
هدف:	در جهت ارتقاء کیفیت غذای بیمارستان و پیشگیری از بیمارهای منتقله از غذا
کارکنان مرتبط:	پرسنل انبار مواد غذایی - آشپزخانه - آبدار خانه
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	کارشناس بهداشت محیط / کارشناس تغذیه / پرسنل آشپزخانه
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل ضد عفونی و گندزدایی آشپزخانه - انبار
امکانات لازم:	چک لیست ارزیابی بهداشت آشپزخانه - چک لیست کنترل خرید مواد انبار
منبع:	قانون اصلاح ماده ۱۳، مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، دستورالعمل بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، توزیع مواد خوردنی، آشامیدنی

شرح فعالیت:

- ۱- کارشناس بهداشت محیط با همکاری کارشناس تغذیه خرید مواد غذایی آشپزخانه کنترل می نماید و در صورت تایید مواد غذایی اولیه مجوز ورود به آشپزخانه و انبار را دارند جهت حمل از ماشین حمل و نقل مناسب استفاده می شود.
- ۲- کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه مواد غذایی از لحاظ استاندارد بهداشتی از جمله: تاریخ تولید، انقضاء، پروانه بهداشتی، پروانه ساخت، علامت استاندارد و آدرس کارخانه کنترل می نماید و در فرم مربوطه ثبت می کنند و اقلامی که مورد تایید نمی باشد را عودت می دهند.
- ۳- کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه مواد پروتئینی و گوشتی را از لحاظ مشخصات بهداشتی از جمله: مهر کشتارگاه کنترل می نمایند. بر سالم بودن میوه جات و سبزیجات خریداری شده نظارت می نماید.
- ۴- کارشناس بهداشت محیط شستن و ضدعفونی سبزیجات را کنترل می کند.
- ۵- کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه شرایط نگهداری مواد غذایی پروتئینی را به پرسنل آشپزخانه آموزش می دهند.
- ۶- کارشناس بهداشت محیط یخچال فریزر مواد غذایی را در آشپزخانه کنترل می کند.
- ۷- کارشناس بهداشت محیط چک لیست بهداشت آشپزخانه را در تاریخ مقرر تکمیل می کند. نتایج را در کمیته بهداشت محیط مطرح می کند و اقدامات اصلاحی مربوطه را پیگیری می کند.
- ۸- کارشناس بهداشت محیط وسیله حمل مواد غذایی کنترل می کند. کارشناس بهداشت محیط ظروف مواد غذایی را کنترل می کند.
- ۹- کارشناس بهداشت محیط نحوه یخ زدایی مواد اولیه فریز شده و شرایط بسته بندی مواد پروتئینی و سبزیجات را به پرسنل آشپزخانه آموزش می دهد و کنترل می کند.
- ۱۰- کارشناس بهداشت محیط درجه حرارت یخچال ها و فریزر ها را کنترل می کند.
- ۱۱- کارشناس بهداشت محیط بر خرید ابزار و تجهیزات گرم کننده و سرد کننده غذا نظارت می کند.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - زینب خسروی - امین بدخشان - فاطمه نوری	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس بهداشت محیط - کارشناس تغذیه - سرآشپز - مسئول انبار تدارکات	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان



کد روش اجرایی: PRO-EHM-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا - خط مشی

عنوان روش اجرایی: نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ

هدف:

ارتقاء کیفیت غذای بیمارستان - پیشگیری از بروز بیماریهای منتقله از غذا

کارکنان مرتبط:

کارشناس تغذیه - پرسنل آشپزخانه - انبار مواد غذایی - آبدار خانه

تعاریف:

صاحبان فرآیند: کارشناس بهداشت محیط

قوانین و مقررات مربوطه:

دستورالعمل شستشوی میوه و سبزیجات - دستورالعمل های یخ زدایی

امکانات لازم:

وسایل حفاظت فردی کارکنان آشپزخانه

منبع:

قانون اصلاح ماده ۱۳ - دستورالعمل بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه و توزیع مواد خوردنی و آشامیدنی

شرح فعالیت:

۱- کارشناس بهداشت محیط دستورالعمل های مربوط به شستشو و گندزدایی سبزیجات یخ زدایی مواد اولیه غذایی را در اختیار کارکنان قرار داده و آنها را به پرسنل آموزش می دهد.

۲- کارشناس بهداشت محیط بر شرایط بهداشتی آماده سازی مواد اولیه غذایی به جهت بهداشتی بودن مواد اولیه نظارت می کند.

۳- کارشناس بهداشت محیط، استفاده از استاندارد بهداشتی در خصوص مواد اولیه را تایید و سپس مورد استفاده قرار می دهد و بهداشت مواد اولیه تهیه شده را تایید می کند.

۴- کارشناس بهداشت محیط بر رعایت کلیه اصول بهداشتی در حین طبخ غذا نظارت می کند و چک لیست آشپزخانه را در فواصل زمانی مربوطه پر می کند. نتایج را در کمیته بهداشت محیط مطرح می نماید. اقدامات اصلاحی را پیگیری می کند.

۵- کارشناس بهداشتی محیط بر استفاده از وسایل حفاظت فردی (روپوش، دستکش، کلاه) در هنگام آماده سازی و طبخ توسط پرسنل آشپزخانه نظارت می کند.

۶- پرسنل آشپزخانه موظفند که غذاهای خام و پخته و مواد شسته و نشسته را جدا از یکدیگر نگهداری کرده - مواد فاسد شدنی را در یخچال و سردخانه نگهداری می کنند.

۷- پرسنل آشپزخانه حداقل دمای ۶۰ درجه را برای پخت مواد غذایی رعایت می کنند و غذاهای فاسد شدنی را بیشتر از ۲ ساعت در دمای بین (۵ تا ۶۰ درجه) نگهداری نمی کنند.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
زینب خسروی - مریم حیدری نژاد- امین بدخشان	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس تغذیه - کارشناس بهداشت محیط - سرآشپز	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان

کد روش اجرایی: PRO-EHM-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: 1

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا
هدف:	ارتقاء سطح بهداشت بیمارستان - پیشگیری از بروز بیماریهای منتقله از غذا
کارکنان مرتبط:	کارشناس بهداشت محیط - کارکنان آشپزخانه - آبدارخانه
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	کارشناس بهداشت محیط
قوانین و مقررات مربوطه:	
امکانات لازم:	پرسنل آشپزخانه - آبدارخانه - دما سنج غذایی - ترالی گرم خانه دار - وسایل حفاظت فردی کارکنان مربوطه - ظروف سلولزی - امکانات شستشوی دست کارکنان
منابع:	قانون اصلاح ماده ۱۳ موارد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی - دستورالعمل بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه توزیع مواد خوردنی و آشامیدنی

### شرح فعالیت:

- ۱- کارشناس بهداشت محیط در ساعت سروغذای بیماران در آشپزخانه حضور پیدا کرده و بر اجرای اصول بهداشتی در هنگام سرو غذا نظارت می کند.
- ۲- کارشناس بهداشت محیط به شستشوی دست های پرسنل قبل از توزیع غذا و استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل (دستکش - روپوش - کلاه) توسط پرسنل نظارت می کند.
- ۳- کارشناس بهداشت محیط بر عدم حضور افراد متفرقه در حین سروغذا در آشپزخانه نظارت می کند.
- ۴- در مرحله توزیع غذا کارشناس بهداشت محیط به صورت تصادفی درجه حرارت غذا را می سنجد و ثبت می کند در صورت نبودن دمای غذا در محدوده مناسب پیگیری لازم را انجام می دهد.
- ۵- در مرحله توزیع غذا کارشناس بهداشت محیط بر استفاده از ترالی گرم خانه و همچنین استفاده از وسایل حفاظت فردی (دستکش - کلاه و شستن دست ها) توسط پرسنل آشپزخانه نظارت می کند. (ترالی گرم - خانه دار به صورت منظم نظافت و گندزدایی می شود)
- ۶- کارشناس بهداشت محیط بر نحوه توزیع غذای اتاق ایزوله نظارت می کند.
- ۷- کارشناس بهداشت محیط نواقص موجود را در کمیته بهداشت محیط طرح و اقدامات اصلاحی مربوطه را پیگیری می نماید.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
زینب خسروی - مریم حیدری نژاد - امین بدخشان - اکرم سلطانی	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس تغذیه کارشناس بهداشت محیط - سرآشپز - مسئول توزیع غذا	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان

کد روش اجرایی: PRO-EHM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: 1

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش های ویژه
هدف:	ارتقاء سطح بهداشت و جلوگیری از انتقال عفونت
کارکنان مرتبط:	پرسنل آشپزخانه - پرسنل آبدارخانه
تعاریف:	کارشناس بهداشت محیط - مسئول آبدارخانه - مسئول آشپزخانه
صاحبان فرآیند:	
قوانین و مقررات مربوطه:	
امکانات لازم:	سیستم HIS - وسایل حفاظت فردی - ظروف سلولزی گیاهی - سطل عفونی زرد
منابع:	راهنمای نظام مراقبت های بیمارستانی - چک لیست وضعیت بهداشت محیط بیمارستان
شرح فعالیت:	
۱-متصدی پخش غذا در زمان گرفتن پرینت از نرم افزار HIS تغذیه عنوان اتاق ایزوله را در پرینت مربوطه مشخص می کند.	
۲-کارشناس بهداشت محیط روند بالا را تایید می کند.	
۳-مسئول توزیع غذا جهت ایزوله از ظروف یکبار مصرف گیاهی استفاده می کند	
۴-مسول توزیع غذا در زمان ورود به اتاق ایزوله از وسایل حفاظت فردی شامل دستکش ، ماسک و گان استفاده می نماید.	
۵-مسئول توزیع غذا پس از سرو غذا توسط بیمار در اتاق ایزوله، در خروجی ایزوله کلیه ظروف و وسایل حفاظت فردی را در سطل زرد عفونی می اندازد.	
۶-کلیه مراحل انجام شده با نظارت کامل کارشناس بهداشت محیط انجام می گیرد.	

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
زینب خسروی - مریم حیدری نژاد - امین بدخشان - اکرم سلطانی	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس تغذیه کارشناس بهداشت محیط - مسئول آشپزخانه - مسئول آبدار خانه	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان



کد روش اجرایی: PRO-EHM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: 1

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی



عنوان روش اجرایی:	رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش های ویژه
هدف:	ارتقا ایمنی بیماران
کارکنان مرتبط:	پرسنل اشپزخانه - پرسنل توزیع غذا - پرسنل بخشهای ویژه - پرسنل بهداشت
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	کارشناس بهداشت - کارشناس تغذیه
قوانین و مقررات مربوطه:	قوانین وزارتخانه ای
منابع و امکانات لازم:	ظروف یکبار مصرف - وسایل بهداشتی - محلول گاواز
شرح فعالیت:	<p>مسئول سرو غذا در خواست غذای بیماران را از سیستم HIS استخراج می نماید</p> <p>مسئول سرو غذا غذای بیمار را تا درب ورودی بخش های ویژه برده و تحویل کمکی بخش می نماید</p> <p>پرسنل کمکی سرو غذا در بخش کلیه نکات ایمنی و بهداشتی را از قبیل دستکش - ماسک و...را استفاده مینماید</p> <p>پرستار مسئول بیمار در خصوص بیماران فاقد هوشیاری از محلول گاواز استفاده نموده و قبل از تهیه از نظافت و بهداشت محل آماده سازی محلول گاواز اطمینان حاصل می نماید</p> <p>پرستار مسئول بیمار برای تهیه محلول گاواز از محلول گاواز آماده استفاده می نماید</p> <p>پرستار مسئول بیمار محلول گاواز را با اب سرد جوشیده تهیه مینماید</p> <p>پرستار مسئول بیمار محلول گاواز را بلافاصله پس از تهیه گاواز نموده و از نگهداری آن حتی در یخچال خودداری می نماید .</p> <p>در خصوص بیماران بخش ایزوله الزاما از سینی و لوازم یکبار مصرف استفاده میشود</p> <p>ورود مسئول سرو غذا در بخشهای ایزوله ممنوع می باشد .</p>

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
زینب خسروی - مریم حیدری نژاد - آقای ثمره	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس تغذیه - کارشناس بهداشت محیط - مترون	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-EHM-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان
هدف:	پیشگیری از بروز بیماریها و حوادث ناشی از کار
کارکنان مرتبط:	کارکنان ساختمان - تاسیسات - کارشناس بهداشت محیط - کارشناس بهداشت حرفه ای
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	کارشناس بهداشت محیط - کارشناس بهداشت حرفه ای
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	وسایل حفاظت فردی - دزدگیر درب و پنجره - پنجره دو جداره

### شرح فعالیت:

- ۱- کارشناس بهداشت محیط بر استفاده وسایل حفاظت فردی از جمله ماسک توسط کارکنان نظارت می کند.
- ۲- کارشناس بهداشت محیط با همکاری کارشناس بهداشت حرفه ای جهت حفاظت از گرد و غبار انتشار به داخل قسمت های درمانی، زدن برچسب و گرفتن درز و شکاف را به مدیر بیمارستان پیشنهاد می کند.
- ۳- کارشناس بهداشت محیط دو جدار نمودن شیشه های مشرف به کار ساختمانی را به مدیر بیمارستان جهت جلوگیری از آلودگی صوتی پیشنهاد می کند.
- ۴- کارشناس بهداشت محیط فاصله دادن محیط کار ساخت و ساز را از واحدهای درمانی پیشنهاد می دهد.

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - یدالله زندی	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
کارشناس بهداشت محیط - کارشناس بهداشت حرفه ای - مسئول ساختمان و تاسیسات	کارشناس بهداشت محیط	ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد خط مشی : POL-MC-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان / موضوع :	مدیریت مادران پر خطر در بلوک زایمان
هدف:	پیشگیری از عوارض خطر و حفظ جان مادر و نوزاد در مادران پر خطر
دامنه :	زایشگاه واحدهای پاراکلینیک - اتاق عمل
پرسنل مرتبط:	پزشک - مامای مسئول شیفت
صاحبان فرآیند:	رئیس بخش زایمان و ماما مسئول بخش
ذینفعان:	مادر پر خطر - نوزاد - کارکنان درمانی
تعاریف:	مادران پر خطر : مهم ترین موارد بیماران پر خطر در بلوک زایمان شامل: ادم در بارداری، پارگی زودرس کیسه آب ، پره کلامپسی ، پرولاپس بند ناف، پلی هیدروامیوس، حاملگی های چند قلبی، حاملگی خارج از رحم ... می باشد .
سیاست:	با توجه به لزوم اهمیت ایمنی مادران پر خطر در بلوک زایمان بیمارستان از مدیریت و ایمنی مادران پر خطر از طریق به کار گیری پرسنل مجرب و رعایت استانداردهای بیمارستان دوستدار مادر اطمینان حاصل می نمایند .
منابع و امکانات :	پرونده بیمار - تجهیزات مربوط در بلوک زایمان - کتاب راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی بیمارستان دوستدار مادر - منابع انسانی ماهر و مجرب

### بعد از اتمام بارداری

- ۱- پزشک معالج آموزش های لازم و علائم خطر را به مادر پرخطر و در حین ترخیص ارائه نموده و در برگ آموزشی حین ترخیص ثبت می نماید.
- ۲- پرستار یا مامای مسئول بیمار نیز آموزش های لازم را به مادر ارائه می دهد و در برگ آموزش حین ترخیص ثبت می نماید.
- ۳- مسئول مدارک پزشکی فرم مخصوص پی گیری مادر در آن مرکز را کامل نموده و به آن مرکز جهت پی گیری مادر ارائه و فکس می نماید.
- ۴- مامای مسئول پیگیری مادران پرخطر بیمار را پس از ترخیص ، طبق فهرست مربوط در دفتر مخصوص با درمان پرخطر پیگیری می نماید.

تهیه کنندگان:	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
نغمه سرمست - اویسا اسدی - مریم ایرانمنش -افسانه نوحی - حمید ثمره - رضوان اسلامیت - فرزانه امیری	دکتر زهره ضمیری	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مامای مسنول بلوک زایمان - ماما مسنول بخش زنان زایمان - مامای خبره - مسنول پذیرش - مدیر پرستاری - سوپروایزر - مدیر بهبود کیفیت	رئیس بلوک زایمان	ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد خط مشی : POL-MC-2

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان / موضوع :	اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین
هدف:	کاهش درصد سزارین و ارتقاء ایمنی مادر و نوزاد
دامنه :	پذیرش - بلوک زایمان - اتاق عمل
کارکنان مرتبط:	پزشک - ماما - کارمند پذیرش
صاحبان فرایند:	وزارت بهداشت - پزشک - مامای مسئول شیفت - سرپرستار بخش - کمیته ترویج زایمان طبیعی
ذینفعان:	مادر باردار - نوزاد
تعاریف:	IUGR وزن جنین کمتر از OCT-2500 وصل سرم سنتو -NST نوار قلب جنین
سیاست:	با توجه به لزوم همسویی سیاست های بیمارستان با سیاست های نهاد ناظر و سیاست گذار، این مرکز از رعایت اندیکاسیون انجام سزارین از طریق تشکیل کمیته ترویج زایمان طبیعی و تعیین تیم نظارتی داخل در این خصوص و نتخاب ارزیاب ارشد، پایش مستمر شاخصهای مرتبط اطمینان حاصل می نماید.
منابع وامکانات لازم:	صورتحساب تیم ترویج زایمان طبیعی - جدول اندیکاسیون های سزارین
شرح فعالیت:	<p>طبق مصوبه تیم مدیریت اجرایی بیمارستان جهت اطمینان از رعایت انجام سزارین طبق اندیکاسیون های ابلاغی وزارت متبوع تیم نظارت بر پذیرش مادران متقاضی سزارین تشکیل شده است.</p> <p>یک نفر از متخصصین زنان و زایمان و با تجربه به بیمارستان به عنوان ارزیاب ارشد تیم تعیین شده است.</p> <p>لازم به ذکر است هر پذیرش در خصوص سزارین های خارج از اندیکاسیون های ابلاغی، تایید تیم مذکور انجام می پذیرد.</p> <p>پذیرش بیماران با اندیکاسیون های مجاز سزارین</p> <p>۱-مسئول پذیرش جهت بیمارانی که با دستور بستری سزارین قبلی به پذیرش بیمارستان مراجعه می کنند پرونده سزارین تشکیل می دهد.</p> <p>۲-مامای مسئول شیفت پس از مراجعه مادر باردار با سابقه سزارین قبلی بیمار به بخش و پذیرش وی قلب جنین را کنترل نموده و برگ سیر سزارین ثبت و مهر و امضاء می نماید وی را جهت عمل جراحی آماده می کند.</p> <p>۳-مامای مسئول بیمار جهت مادرانی که با اندیکاسیون زجر جنین که شامل کاهش حرکت جنین، IUGR اریتمی قلب جنین. مراجعه می نماید. مدارک لازم جهت مسجل شدن زجر جنین که شامل نوار، OCT - NST مثبت می باشد را گرفته را به پرونده الصاق و در برگه سیر زایمان ثبت می نماید.</p> <p>۴-مامای مسئول بیمار جهت مادرانی که با تشخیص اندیکاسیون های غیر طبیعی از جمله دوقلویی، همچنین پلاستنا پروبا(جفت سرراهی) مراجعه می نمایند. سونوگرافی اخر بارداری مبنی بر وجود پرزانتاسیون غیرطبیعی و یا جفت سرراهی (پلاستنا پروبا) پرولاپس بند باف را به پرونده الصاق می نماید و علت در پرونده بیمار توسط پزشک معالج مامای مسئول بیمار ثبت می گردد.</p> <p>۵-مامای مسئول بیمارانی با اندیکاسیون عدم پیشرفت، فرم پارتوگراف را تکمیل کرده و در صورت عدم پیشرفت به اطلاع پزشک رسانده و پس از دستور پزشک تصمیم به ختم بارداری به روش سزارین گرفته می شود.</p> <p>۶-مامای مسئول در صورت مراجعه بیماران بدلیل اکلامپسی و پراکلامپسی ضمن دستور پزشک معالج آزمایشات روتین پره اکلامپسی را ارسال نموده و در صورت نیاز به ختم بارداری، و تایید سرویکس نامناسب ضمن هماهنگی با پزشک معالج و دستور ایشان بیمار را جهت سزارین آماده می نماید.</p> <p>۷-مامای مسئول در صورت هر گونه خونریزی شدید مادر که منجر به مخاطره افتادن جان مادر و جنین می گردد ضمن هماهنگی با پزشک معالج و</p>

دستور ایشان وی را جهت سزارین اورژانس آماده می نماید.

۸-مامای مسئول در صورت عفونت مادر و کانسر مهاجم سرویکس، تومور خوش خیم یا بدخیم در مسیر زایمان و بیماران قلبی ریوی یا ایست قلبی مادر عملیات احیاء موفق نباشد پس از هماهنگی با پزشک معالج و در دستور ایشان بیمار را جهت سزارین آماده می کند.

۹-مامای مسئول بیمار را در صورت اطمینان از نمای غیر طبیعی بریج صورت پیشانی پایدار و قرار عرضی پس از انجام سونوگرافی و هماهنگی پزشک معالج و دستور ایشان، سزارین آماده می کند.

پذیرش مادران متقاضی سزارین خارج از اندیکاسیون ابلاغی

۱-سرپرستار بلوک زایمان تابلوی راهنمای اندیکاسیون های مجاز سزارین را در پذیرش نصب می نماید.

۲-مسئول پذیرش در صورت مراجعه مادران متقاضی سزارین که خارج از اندیکاسیون سزارین باشند با سرپرستار بخش هماهنگ نموده و بیمار را به بخش زایمان ارجاع می دهد.

۳-مامای مسئول شیفت با ارزیاب تیم ترویج زایمان طبیعی تماس گرفته و شرح حال مادر باردار را به ایشان گزارش می دهد.

۴-در صورت تایید ارزیاب تیم مادر باردار جهت سزارین بستری می شود.

۵-در صورت عدم تایید ارزیاب تیم با پزشک معالج بیمار تماس گرفته و مورد را به اطلاع ایشان می رساند.

۶-پزشک معالج در صورت صلاحدید بیمار دستور فرصت زایمانی را می دهد.

۷-مامای مسئول شیفت در صورت عدم موافقت بیمار به دستور فرصت زایمانی ضمن هماهنگی با پزشک معالج از پذیرش بیمار خودداری می کند.

۸-سرپرستار بخش زایمان به عنوان دبیر کمیته ترویج طبیعی به طور فصلی گزارش درصد سزارین به زایمان طبیعی را به تفکیک علل سزارین شکم اول در جلسات کمیته مطرح می نماید.

۹-سرپرستار بخش زایمان شاخص های مذکور را به دفتر بهبود کیفیت گزارش می دهد .

۱۰-سرپرستار بخش زایمان شاخصهای مذکور را به دفتر معاونت درمان گزارش می دهد.

۱۱-مامای مسئول شیفت در صورت مشاهده هر یک از موارد مربوط به جدول اندیکاسیون سزارین ابلاغی از معاونت درمان وزارت متبوع پس از هماهنگی با پزشک معالج و دستور ایشان بیمار را جهت انجام عمل سزارین آماده می نماید.

۱۲-مدیر بهبود کیفیت نتایج پایش شاخص های مذکور را به تیم مدیریت اجرایی گزارش می نماید .

۱۳-تیم مدیریت اجرایی در صورت عدم رعایت اندیکاسیون های سزارین اقلام اصلاحی مربوط را با ذکر مسئول پیگیری تصویب می نماید.

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
حمید ثمره -فرزانه امیری -نغمه سرمست - اویسا اسدی -رضوان اسلامیت -افسانه نوحی	دکتر رامین رجائی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مترون -مسئول بهبود کیفیت -مامای مسنول بلوک زایمان -مامای مسنول بخش زنان زایمان - سوپروایزر -مسئول پذیرش	مدیر بیمارستان	ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: **PRO-MC-1**

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	حفظ امنیت و ایمنی نوزاد
هدف:	پیشگیری از خطاهای هویتی - انجام ایمنی نوزاد - بهبود کیفیت خدمات نوزاد
کارکنان مرتبط:	عامل مراقبت کننده نوزاد - پرسنل بخش - پرسنل نوزادان - مسئول واکسیناسیون - انتظامات
تعاریف:	انجام یک برنامه عملی جهت حفظ امنیت نوزاد و کنترل رعایت اصول امنیت و ایمنی نوزاد
مسئولیت پاسخگویی:	پرسنل ماما - پرسنل نوزادان و واکسیناسیون
قوانین و مقررات مربوطه:	روش اجرایی بسته خدمتی مراقبت از نوزاد
منابع و امکانات لازم:	دستبند نوزاد - پرونده بیمار - واکسن های مورد نیاز - مطالب آموزش لازم

### شرح فعالیت:

- در زایمان طبیعی عامل مراقبت کننده از نوزاد پس از تغذیه نوزاد در ساعت اول تولد در اتاق زایمان بعد از اطمینان از جنسیت نوزاد با تکمیل فرم ثبت هویت موجود در پرونده مادر همراه با اثر کف پای نوزاد و اثر انگشت مادر اقدام به ثبت مشخصات نوزاد روی میچ بند نموده و آن را به دست یا پای نوزاد می بندند.
- در روش سزارین عامل مراقبت از نوزاد پیش از انتقال مادر و نوزاد به ریکاوری در اتاق زایمان (اتاق عمل) با ثبت مشخصات شامل جنس نوزاد/ نام و نام خانوادگی مادر / تاریخ و ساعت تولد روی میچ بند نوزاد می کند.
- در روش سزارین عامل مراقبت از نوزاد (مامای اتاق عمل) در اتاق عمل طی ساعت اول زایمان موظف به تزریق آمپول ویتامین K نوزاد می باشد.
- روش زایمان طبیعی عامل مراقبت از نوزاد در اتاق زایمان طی ساعت اول زایمان موظف به تزریق آمپول ویتامین K نوزادی می باشد.
- در بخش بستری نوزادان مراقبت به گونه ای است که خطر ربودن نوزاد به حداقل برسد که شامل: کنترل رفت و آمد در بخش / حفظ حریم خصوصی و اسرار خانواده / حضور یک همراه آگاه / کنترل از نظر عفونت / درجه حرارت / ثبت هویت روی میچ بند و پا بند می باشد.
- آموزش های لازم توسط پرسنل مبنی بر اطلاع از چگونگی ثبت هویت نوزاد/ هرگز نوزادان را بدون همراه ترک نکند / نوزاد در دید مستقیم مادر یا پرسنل پرستاری نگهداری شود / نوزاد رادر زمان استراحت ، چرت زدن مادر و در صورت نداشتن همراه به پرسنل بسپارد/ نوزاد را از درب خروجی دور نگه دارد/ پرسنل حتماً ID داشته باشند ) به بیمار داده می شود.
- در طی حضور نوزاد در بیمارستان و ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول تولد تزریق واکسیناسیون هپاتیت/ ب ث ژ و خوراندن قطره فلج اطفال توسط عامل واکسیناسیون طبق دستور کشوری انجام می شود.
- انتظارات بخش ورود و خروج افراد به داخل بخش را کنترل می نماید.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
دکتر ژینوس صراف زاده - دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - جمیله میرزادی - نغمه سرمست	دکتر زینوس صراف زاده	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:
رئیس بخش اطفال نوزادان - مدیر - مترون -	رئیس بخش نوزادان	ریاست بیمارستان

کد خط مشی : POL-AC-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان / موضوع :	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
هدف:	ارائه مراقبت از بیمارانی که به علت نارسایی قلبی و یا تنفسی و ناپایداری علائم حیاتی نیازمند مراقبت های مستمر و کنترل مداوم می باشند.
دامنه :	کلیه بخش های بالینی
کارکنان مرتبط:	پرستار - پزشک - سوپروایزر بالینی
صاحبان فرآیند:	مدیر پرستاری - سوپروایزر - پزشک اورژانس
ذینفعان:	بیمار - پزشک - پرستار
منابع و امکانات لازم:	پالس اکسی متر - فشار سنج - درجه حرارت - دستگاه مانیتورینگ
سیاست:	با توجه به این که فراهم آوردن مراقبت مناسب و مداوم براساس نیازهای بیماران، وظیفه بیمارستان است بیمارستان از رسیدگی به موقع به بیماران بدحال و اورژانسی از طریق انجام به موقع و صحیح فرایندهای درمانی و مراقبتی و در صورت لزوم اجرای صحیح به موقع فرایند اعزام اطمینان حاصل می نمایند.

شرح فعالیت:

- ۱- پزشک دستور مانیتورینگ مداوم بیمار و کنترل علائم حیاتی و کنترل میزان SPO2 را در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- ۲- پرستار مسئول بیمار دستورات پزشک را اجرا کرده و بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار می دهد و در صورت مشاهده هر گونه علائم وضعیت غیرعادی پزشک را مطلع می کند.
- ۳- پرستار مسئول بیمار چست لید ها را به نقاط مشخص و استاندارد قفسه سینه بیمار وصل می کند.
- ۴- پرستار مسئول بیمار پروپ پالس اکسی متری را به انگشت دست بیمار وصل می کند.
- ۵- پرستار مسئول بیمار کاف فشار سنج را به بازوی بیمار بسته و دکمه START BP دستگاه پالس اکسی متر را فشار می دهد.
- ۶- پرستار مسئول بیمار سنسور درجه حرارت را به پوست بدن بیمار اتصال می دهد.
- ۷- پرستار مسئول بیمار گزارشی از علائم حیاتی و SPO 2, ECG بیمار را به اطلاع پزشک می رساند.
- ۸- پرستار مسئول بیمار برای اطمینان از سلامت کار دستگاه پالس اکسی متر ریال، علائم حیاتی بیمار را به شرح زیر، خودش هم کنترل کرده و با دستگاه مقایسه می نماید.
- ۹- پرستار مسئول بیمار فشار خون بیمار را با یک دستگاه فشار سنج دستی کنترل می کند.
- ۱۰- پرستار مسؤل بیمار تعداد ضربان قلب بیمار را با کنترل نبض رادبال در یک دقیقه شمارش می کند.
- ۱۱- پرستار مسئول بیمار تعداد تنفس بیمار را در مدت یک دقیقه با بالا رفتن قفسه سینه بیمار شمارش می کند.
- ۱۲- پرستار مسئول بیمار برای کنترل دمای بدن بیمار از یک درجه حرارت دهانی استفاده می کند و دمای بدن بیمار را کنترل می کند.
- ۱۳- پرستار مسئول بیمار جهت اطمینان از SPO2 بیمار با یک دستگاه پالس اکسی متر انگشتی SPO2 بیمار را کنترل می کند.
- ۱۴- پرستار مسئول بیمار تمامی موارد را بعد از کنترل با دستگاه مانیتورینگ ثبت می کند و پرستار مسئول بیمار براساس اعداد دستگاه مانیتورینگ بیمار را تا اطلاع ثانوی برای قطع مانیتورینگ کنترل می کند.

۱۵- پرستار مسئول بیمار تمامی اقدامات انجام شده و ثبت شده را بر اساس معیار sbar تحویل پرستار شیفت بعد می نماید

تهیه کنندگان: دکتر ساره سعیدی حمید ثمره - رضوان اسلامیت - مهديه ربانی - آزاده موقرزاده -	تائید کننده: دکتر رضا محمد امینی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: نماینده پزشکان اورژانس - مترون - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر -	سمت: مسئول فنی بیمارستان	سمت: ریاست بیمارستان

کد دستورالعمل: INS-AC-2

تاریخ تصویب: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۱

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل:	نحوه پذیرش و انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و بخش های بستری به بخش مراقبت های ویژه
مسئولیت اجرا:	مدیر پرستاری
امکانات لازم:	کلیه امکانات انتقال ایمن بیماران بستری
منابع:	دستورالعمل های مراقبت های پرستاری
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان بالینی
	انتقال ایمن بیمار ان جهت ادامه خدمات درمانی و مراقبتی
الف) نحوه جابجایی بین بخشی بیماران	
۱- پزشک باید دستور انتقال بیمار به بخش ویژه را در پرونده ثبت نماید.	
۲- مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار باید دستور پزشک در مورد انتقال بیمار به بخش ویژه را چک نماید.	
۳- پرستار مسئول بیمار بایستی علت جابجایی به بخش ویژه را برای بیمار و همراه وی توضیح دهد.	
۴- مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار بایستی هماهنگی تلفنی بین بخشی را با بخش ویژه جهت انتقال بیمار انجام دهد.	
۵- مسئول بخش / شیفت / پرستار مسئول بیمار بایستی در صورت نبود تخت خالی در بخش ویژه، مراتب را به سوپروایزر اطلاع دهد.	
۶- سوپروایزر کشیک بایستی پس از اطلاع جهت جابجایی بیمار بر حسب شرایط، نسبت به انتقال بیمار به بخش ویژه، هماهنگی های لازم با مدیریت تخت بیمارستان را انجام دهد.	
۷- پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز، باید وضعیت بیمار و علائم حیاتی وی را قبل از انتقال چک نماید علایم حیاتی بیمار قبل از انتقال را چک و وضعیت بیمار را تثبیت نماید.	
۸- پرستار مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار بخش مبداء بایستی دلیل انتقال بیمار به بخش ویژه را به مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار بخش ویژه اطلاع دهد.	
۹- پرستار مسئول بیمار بایستی تجهیزات لازم جهت انتقال ایمن (برانکارد و ویلچر دارای کمربند، دستگاه مانیتورینگ) فشار سنج و پالس اکسیمتر) پرتابل، کپسول اکسیژن، آمبوبگ، داروهای لازم مثل آدرنالین / دیازپام در بیماران تشنجی و ... (را آماده نماید. ۱۰-۱۰- پرستار مسئول شیفت / پرستار مسئول بیمار بایستی در صورت نیاز به حضور پزشک متخصص، در حین انتقال، به ایشان اطلاع دهد.	
۱۱- پرستار مسئول بیمار بایستی وضعیت بیمار را از ابتدای شیفت تا لحظه انتقال به بخش ویژه در گزارش پرستاری ثبت نماید.	
۱۲- پرستار مسئول بیمار و بیماربر (حتی المقدور همگن)، نیروی کمک بهیار، خدمات (بایستی بیمار را با استفاده از برانکارد / ویلچر پس از بستن کمربند به بخش ویژه منتقل نمایند	
۱۳- پرستار مسئول بیمار و بیماربر و کمک بهیار، خدمات بایستی، در حین انتقال ایمنی و حریم خصوصی بیمار را حفظ نمایند	
۱۴- پرستار مسئول بیمار باید در حین انتقال علایم حیاتی و وضعیت بیمار را مرتباً کنترل نماید.	
۱۵- مسئول شیفت بخش ویژه بایستی بیمار و مدارک بالینی همراه وی (پرونده بستری، کاردکس، کارت دارویی، گرافیها، مدارک بیمه ای، اشیای	



گران قیمت و اموال بیمار، داروهای شخصی را از پرستار بخش مبداء تحویل و ثبت نماید.  
 ۱۶- پرسنل بخش ویژه بایستی بیمار را با رعایت اصول ایمنی به تخت مورد نظر انتقال نمایند.  
 ۱۷- پرستار مسئول بیمار بخش مبداء باید بیمار را بر اساس معیار SBAR تحویل مسئول شیفت بخش ویژه دهد.  
 ۱۸- پرستار مسئول بیمار در بخش ویژه، باید آموزشهای اختصاصی بدو ورود در صورت امکان و هوشیاری بیمار، به بیمار ارائه و در گزارش پرستاری ثبت نماید.  
 ۱۹- در تمامی مراحل انتقال بیمار، باید حقوق گیرندگان خدمت و ایمنی بیمار توسط پرسنل بخشهای مبداء و بخش ویژه رعایت شود

تأیید کننده: دکتر رضا محمد امینی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تهیه کنندگان: راحله بهنام - محمد اسدیان - رضوان اسلامیت - حمید ثمره
سمت: مسئول فنی بیمارستان	سمت: ریاست بیمارستان	سمت: سرپرستار بخش سی یو - سوپروایزر بالینی - مترون

کد دستورالعمل: **INS-AC-3**

تاریخ تصویب: ۱۴۰۰/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۰/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل:	نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه
مسئولیت اجرا:	مدیر پرستاری
امکانات لازم:	برانکار، ترالی اورژانس، اکسیژن، ساکشن، مانیتور قلبی ریوی، دستگاه دفیبریلاتور، ونتیلاتور، پالس اکسیمتر
هدف:	باتوجه به لزوم ارائه خدمات درمانی به بیماران بدحال و نیازمند مداخلات فوری بیمارستان با هدف استفاده بهینه از تختهای موجود در بخش - های ویژه سیاست بهکارگیری اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه را اتخاذ نموده است.
پرسنل مرتبط:	پزشک بیهوشی، پرستار مسئول بیمار و تیم احیاء
شرح دستورالعمل:	
<p>۱- پزشک معالج با اوکی پزشک بیهوشی دستور بستری بیمار نیازمند مراقبت بخش ویژه را به یکی از شکلهای زیر در برگ دستور بستری / پرونده بیمار ثبت میکند.</p> <p>☑ پذیرش موارد جدید از بخش اورژانس</p> <p>☑ انتقال بیماران بدحال از سایر بخشهای بستری</p> <p>☑ انتقال از اتاق عمل / اتاق زایمان پس از اعمال جراحی با خطر بال</p> <p>۱۰- پرستار مسئول شیفت بیمار بر اساس معیار SBAR از پرستار بخش مبداء تحویل می گیرد</p> <p>۱۱ پرستار مسئول بیمار بخش مقصد بیمار را با مدارک همراه تحویل گرفته و با رعایت نکات ایمنی به کمک همکاران بخش، به تخت مورد نظر منتقل مینماید.</p> <p>۱۲- پرستار مسئول بیمار، مانیتورینگ قلبی ریوی بیمار را شروع می کند.</p> <p>تبصره ۱: در صورت انتقال بیمار از اتاق عمل، ابتدا سرپرستار مسئول شیفت اتاق عمل وجود بیمار قابل انتقال به بخش ویژه را اطلاع میدهد.</p> <p>۵ در صورت وجود تخت خالی در بخش ویژه، پرسنل اتاق عمل بیمار را جهت تحویل از اتاق عمل آماده مینمایند.</p> <p>۵ پرستار مسئول بیمار و خدمات بخش، جهت تحویل گرفتن بیمار در ریکاوری حاضر میشوند (استفاده از پرسنل همگن در صورت امکان رعایت میشود)</p> <p>۵ پرستار مسئول بیمار در بخش ویژه پس از ارزیابی وضعیت هوشیاری و عمومی بیمار، خونریزی محل عمل، علائم حیاتی (و کنترل پرونده بیمار از نظر وجود دستور انتقال به بخش مراقبت ویژه بیمار را از اتاق عمل تحویل گرفته و به بخش ویژه منتقل مینمایند.</p> <p>تبصره ۱: بیماران با مشکلات حاد تنفسی، مبتلا و مشکوک به COVID19 که نیاز به مراقبت ویژه دارند به تخت ویژه در بخش انتقال می یابند.</p> <p>توجه:</p> <p>۵ در صورت عدم وجود تخت خالی، مدیریت تخت بیماران با حال عمومی نسبتاً خوب را ویزیت و در صورت قابلیت انتقال به بخش عمومی پس</p>	

از اطلاع به پزشک معالج درخواست انتقال را در پرونده بیمار ثبت مینماید.

o در صورت عدم امکان باز کردن تخت در بخش ویژه، بیمار بدحال در بخش اورژانس تحت مراقبت با امکانات بخش ویژه (مراقبتهای فیزیولوژیک/مانیتورینگ مداوم) تا فراهم شدن تخت خالی در بخش ویژه، قرار میگردد. تا خالو انجام میشود. و تمامی اقدامات لازم در اورژانس به مثابه ای سی یو انجام میشود

-ویزیت بیمار بد حال در اورژانس توسط متخصص بیهوشی

اندیکاسیونهای پذیرش:

سیستم ریوی :

☒ نارسایی حاد تنفسی که نیاز به حمایت ونتیلاتوری دارد.

☒ نارسایی تنفسی با انتوباسیون قریب الوقوع

جراحی :

☒ بیماران بعد از عمل جراحی که نیاز به پایش همودینامیک یا حمایت تنفسی دارند .

روش اجرای ترخیص بیماران در بخش ویژه:

روش اجرای ترخیص با رضایت شخصی بیماران در بخش ویژه:

۱- پرستار مسئول بیمار در صورت درخواست بیمار برای ترخیص با رضایت شخصی، به پزشک معالج اطلاع میدهد.

۲- پزشک معالج آگاهی لازم و موثر را موکدا در رابطه با قطع مراحل درمان بیمار و ولی قانونی و با نماینده قانونی وی می نماید

۳- وکیل حقوقی بیمارستان در هنگام اخذ رضایت شخصی به عنوان شاهد حضور و فرم رضایت با میل شخصی را به عنوان شاهد امضا می نماید

۴- همراه بیمار فرم رضایت شخصی در پرونده را مهر و امضاء می کند.

۵- پرستار مسئول بیمار و پزشک معالج فرم رضایت شخصی را مهر و امضاء می نماید.

۶- پرستار مسئول بیمار در شیفت صبحکاری نسخه از فرم ترخیص با رضایت شخصی را به دفتر پرستاری ارسال می نماید

۷- پزشک معالج ترخیص با رضایت شخصی را در برگ سیر بیماری بیمار ثبت می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: دکتر رامین رجائی	تهیه کنندگان: راحله بهنام - محمد اسدیان - رضوان اسلامیت - حمید ثمره
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: سرپرستار بخش سی یو - سوپروایزر بالینی - مترون

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی



کد روش اجرایی: PRO-EC-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	نظارت بر انجام مشاوره های اورژانس و غیر اورژانسی در بیمارستان
هدف:	ایمنی بیمار - اطمینان از ارائه خدمات مناسب و مستمر و به موقع به بیمار
کارکنان مرتبط:	کلیه بخش های بالینی - سوپروایزرین
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	سوپروایزر شیفت ها - سرپرستاران - مدیر پرستاری
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	دستورالعمل محدوده زمانی انجام مشاوره جهت بیماران

### شرح فعالیت:

- ۱- دفتر پرستاری فهرست پزشکان آنکال هر ماه را با هماهنگی روسای بخش های بالینی تدوین و قبل از آغاز ماه به بخش ها اطلاع رسانی نموده و به رویت و تایید پزشکان مربوطه می رساند .
- ۲- پزشک معالج دستور مشاوره را با ذکر نوع مشاوره ، در پرونده بیمار ثبت می کند.
- ۳- پزشک معالج فرم درخواست مشاوره را با تعیین نوع مشاوره اورژانس یا غیر اورژانس در دو برگ تکمیل می نماید .
- ۴- پرستار مسئول بیمار دستور مشاوره را در برگه دستورات پزشک چک مارک می نماید .
- ۵- پرستار مسئول بیمار انجام مشاوره بیمار را با توجه به نوع مشاوره پیگیری نموده و طبق لیست آنکالی با پزشک مشاور تماس می گیرد و در خصوص وضعیت بیمار و دستور نوع مشاوره با پزشک مشاور هماهنگی لازم را انجام می دهد .
- ۶- محدوده زمانی انجام مشاوره به شرح زیر می باشد :  
مشاوره فوریتی در صورت مقیم بودن پزشک مشاور ۱۰ دقیقه  
در صورت غیر مقیم بودن پزشک مشاور ۳۰ دقیقه  
مشاوره اورژانسی ۲ ساعت  
مشاوره غیر اورژانسی ۴ ساعت
- ۷- پرستار مسئول بیمار در صورت عدم انجام مشاوره در مدت زمان تعیین شده با توجه به نوع مشاوره و دستورالعمل محدوده زمانی مورد را به سوپروایزر شیفت گزارش می دهد .
- ۸- سوپروایزر کشیک انجام مشاوره را پیگیری می نماید.
- ۹- پرستار مسئول بیمار در صورت عدم پاسخگویی پزشک مشاوره اول با پزشک مشاور دوم در برنامه آنکالی تماس می گیرد .

- ۸- پرستار مسئول بیمار مشاوره بیمار را پیگیری می نماید .
- ۹- پزشک مشاور در محدوده زمانی مشخص بر بالین بیمار حاضر میشود .
- ۱۰- پرستار مسئول بیمار پزشک مشاور را به بیمار معرفی می نماید
- ۱۱- پزشک مشاور ضمن حضور بر بالین بیمار و معاینه وی ، فرم مشاوره راتکمیل و دستورات لازم را در فرم مشاوره ثبت می نماید .
- ۱۲- پرستار مسئول بیمار نتیجه مشاوره را به اطلاع پزشک معالج می رساند
- ۱۳- پرستار مسئول بیمار ثبت مراحل مشاوره را ضمن ذکر تاریخ و ساعت دقیق در گزارش پرستاری و دفتر بخش ثبت می نماید .
- ۱۴- پزشک معالج برگ مشاوره را رویت نموده و در صورت صلاحدید دستورات پزشکی لازم را در پرونده بیمار درج می نماید. -
- ۱۵- پرستار مسئول بیمار دستورات را چک نموده و نسبت به اجرای آنها اقدام می نماید.
- ۱۶- پرستار مسئول در صورت عدم حضور پزشک مشاور بر بالین بیمار مراتب را به سوپروایزر شیفت اطلاع می دهد .
- ۱۷- سوپروایزر شیفت سریعاً مورد را پیگیری و ضمن انجام هماهنگی های لازم با پزشک معالج از انجام مشاوره بیمار اطمینان حاصل می نماید .
- \* یادآوری: مشاوره های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا میباشد. بدیهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود . پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره های اورژانسی به تفکیک سرویسهای تخصصی انجام میشود
- . برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد. بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجاتدهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی / اخذ تایید پزشک معالج ندارد .

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجائی	تهیه کنندگان: حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - رضوان اسلامیت - مهدیه ربانی آزاده موقرزاده
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-EC-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: 1

عنوان روش اجرایی:	تریاز
هدف:	1. اولویت بندی بیماران جهت انجام خدمات بموقع برای بیماران 1. ارتقاء سطح ایمنی بیمار
کارکنان مرتبط:	پزشک اورژانس - پرستار تریاز
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	سرپرستار اورژانس تریاز به روش: ESI یک سیستم تریازی پنج سطحی میباشد که بر اساس شدت بیماری و تسهیلات مورد نیاز بیمار را تعیین سطح میکنند.
قوانین ومقررات مربوطه:	دستورالعمل های ابلاغی تریاز
منابع وامکانات لازم:	امکانات مورد نیاز: راه هوایی دهانی یکبار مصرف، بگ تهویه مصنوعی اطفال و بزرگسال، کپسول اکسیژن با ملزومات همراه، ماسک اکسیژن صورت یکبار مصرف، کانولای بینی اکسیژن، ساکشن پرتابل با سرساکشن، پالس اکسی متر، کولار گردنی، وسایل محافظت فردی شامل ماسک، گان، شیلد و عینک محافظ، گوشی پزشکی، فشارسنج بزرگسال و کودک، قیچی / تیغ بیستوری، تب سنج (ترجیحا دیجیتالی، نواری یا گوشی)، گلوکومتر و نوار مربوطه، گاز و باند در انواع و اندازه های مختلف، فرمهای مورد نیاز و دفاتر / رایانه، انواع چسب، رسیور، ملحفه یکبار مصرف، وسایل کنترل عفونت شامل safety box، سطل زباله مجزا و محلول ضدعفونیکننده دست، تلفن، سامانه فراخوان انتظامات، تخت معاینه و چهار پایه کنار آن، پایه سرم ثابت یا متحرک
شرح فعالیت:	۱- پرستار/ مامای تریاز تمامی بیماران مراجعه کتتده به اورژانس را سریعا از نظر شرایط تهدید کننده حیات ارزیابی اولیه می نماید. ۱. پرستار/ مامای تریاز پس از ارزیابی اولیه بیمار، ارزیابی سیستماتیک ثانویه و سریع را برای شناسائی تمامی آسیب های احتمالی انجام می دهد. ۱. پرستار/ مامای تریاز بر اساس روش تریاز (Emergency Severity Index (ESI) بیمار را تعیین سطح می نماید. سطوح تریاز به روش (Emergency Severity Index (ESI): سطح ۱: شرایط تهدید کننده زندگی که نیاز به اقدام نجات دهنده حیات دارد.

پرستار/ماما تریاژ بلافاصله اعلام کد احیاء نموده و بیمار به اتاق احیاء قلبی ریوی هدایت میشود.

سطح II: بیمار نیازمند درمان سریع میباشد ولی نیاز به احیاء ندارد و در مدت کمتر از ۱۰ دقیقه اقدامات اورژانسی باید برای بیمار انجام گیرد.

پرستار/مامای تریاژ بلافاصله پزشک مقیم را جهت انجام اقدامات درمانی لازم بر بالین بیمار فراخوانی می کند.

سطح III: تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس ۱ مورد یا بیشتر بوده و بیمار میتواند به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه منتظر بماند.

پرستار/ماما تریاژ علائم حیاتی بیماران را کنترل و در برگ تریاژ ثبت می کند ( **Blood Pressure (BP) – Pulse Rate (PR) – Respiratory Rate** ( **Blood Oxygen Saturation (SpO2) – Body Temperature (BT) – RR**)).

سطح IV: تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس امورد بوده بیمار میتواند تا مدت ۱-۲ ساعت منتظر بماند.

سطح V: تعداد تسهیلات مورد نیاز بیمار در اورژانس وجود ندارد و بیمار قابلیت ارجاع به ترخیص با دستورات پزشک را دارد

\*\* تبصره: طبق دستورالعمل اجرا و اصول راه اندازی سامانه تریاژ بیمارستانی در بخش اورژانس، به هیچ عنوان پذیرفتنی نیست که پرستار/مامای تریاژ قبل از معاینه کامل بیمار توسط پزشک بخش اورژانس و بررسیهای لازم، بیماری را غیر اورژانسی تلقی نماید .. پرستار/مامای تریاژ اطلاعات لازم را در سامانه الکترونیکی تریاژ ثبت نموده و پرینت آنرا به پرونده بالینی بیمار الصاق می نماید.. پرستار/مامای تریاژ بر اساس سطح بندی انجام شده ، هدایت بیماران را جهت انجام اقدامات درمانی لازم اجرا می کند.

پرستار تریاژ در سطح ۴ و ۵ گزارش اقدامات انجام شده را در فرم تریاژ ثبت می نماید و در باقی سطوح تشکیل پرونده می دهد .

#### تریاز مامایی :

مراجعه مامایی سریعاً توسط نگهبانی به ادمیت زایشگاه راهنمایی میشوند

تعیین سطح تریاژ در اتاق ادمیت زایشگاه با توجه به ارزیابی اولیه بیمار توسط ماما انجام شده و فرم تریاژ تکمیل می گردد

با پزشک مربوطه بلافاصله تماس و شرح حال بیمار به اطلاع ایشان رسانیده میشود

پرستار ماما دستورات پزشک معالج را اجرا می نمایند

در خصوص موارد اورژانس های مامایی در اسرع وقت به سوپروایزر شیفت اطلاع رسانی می گردد

در صورت نیاز مستندات مربوط به پذیرش بیمار انجام میشود .

توجه داشته باشید که در کلیه موارد اورژانس اولویت ایمنی بیمار می باشد

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : فاطمه عسکری زاده - دکتر زهره ضمیری	تهیه کنندگان: دکتر زهره ضمیری - خانم سرمست دکتر ساره سعیدی - حمید ثمره - محمد اسدیان - مریم محمد حسینی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول اورژانس - ریاست بخش زایمان	سمت: مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی



کد روش اجرایی: PRO-EC-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: 1

عنوان روش اجرایی:	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری
هدف:	باتوجه به لزوم حفظ جان بیمار و ارتقای سلامتی وی در موارد اورژانسی بیمارستان با هدف ارائه خدمات مطلوب و نجات دهنده جان بیمار سیاست شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری را اتخاذ نموده است.
کارکنان مرتبط:	پزشک بیهوشی، پزشک، مسئول بخش /جانشین مسئول، پرستار / ماما مسئول بیمار و تیم احیاء، خدمات
تعاریف:	هر گونه تغییر در وضعیت هوشیاری و علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار که منجر به تهدید در ادامه حیات بیمار میشود و نیاز به مداخله فوری از طرف کارکنان درمانی دارد.
صاحبان فرآیند:	پرستار هماهنگ کننده - سرپرستاران
قوانین و مقررات مربوطه:	پیروی از دستورات پزشکی
منابع و امکانات لازم:	ترالی اورژانس، اکسیژن، ساکشن، مانیتور قلبی ریوی، دستگاه دفیبریلاتور، پا لس اکسیمتر
شرح فعالیت:	
روش اجرایی:	
اقدامات درمانی	
	-/مامای مسئول شیفت بیماران را در ابتدای شیفت بر اساس سطوح مراقبتهای دسته بندی می نماید و بر اساس نیازهای مراقبتهای بیمار جهت نظارت برنامه های مراقبتهای بیماران زمانبندی نظارتی را تعیین می نماید
	-پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت بروز وضعیت اورژانسی و تهدید کننده حیات بیمار همزمان با درخواست کمک از سایر همکاران و اعلام- کد احیاء اقدامات اولیه را برای بیمار انجام میدهد.
	-پرستار /مامای مسئول شیفت /مسئول بیمار وضعیت بیماری را که نیاز به اقدام اورژانسی دارد به پزشک معالج اطلاع میدهد.
	-پرستار /مامای مسئول بیمار به همراه سایر کارکنان اقدامات اولیه پرستاری در جهت رفع مشکل بیمار تارسیدن پزشک را انجام می دهد.
	☑پرستار /مامای مسئول بیمار وضعیت هوشیاری و جسمی بیمار را چک می کند.
	☑پرستار /مامای مسئول بیمار قبل از شروع به اقدام خاص، کلیه اتصالات بیمار از قبیل اکسیژن، خط وریدی، چست لید، لوله تراشه و... را کنترل می کند.

پرستار / مامای مسئول بیمار پوزیشن بیمار را کنترل می کند

پرستار / مامای مسئول بیمار وسایر کارکنان در صورت نیاز جهت کودک / بزرگسال اقدامات احیاء پایه را با توجه به شرایط سنی (کودکان تا 8 سال ) *Airway, Breathing, Circulation ( ABC )* و بزرگسالان ) *Circulation Breathing Airway ( CAB )* را شروع می کند.

پرستار / مامای مسئول بیمار در صورت نیاز برای بیمار اکسیژن شروع می کند.

پرستار / مامای مسئول بیمار در صورت وجود خونریزی با اعمال فشار یا پانسمان فشاری روی ناحیه مورد نظر تا حدودی به ثابت ماندن وضعیت همودینامیک بیمار کمک می کند.

پرستار / مامای مسئول بیمار علایم حیاتی، قند خون و پالس اکسی متری را کنترل می کند.

پرستار / مامای مسئول بیمار در صورت پیش بینی وضعیت پیش آمده از قبل و وجود دستورات ( *PRN pro re nata* ) دستورات دارویی و مراقبتی را طبق دستور انجام می دهد.

پرستار / مامای مسئول بیمار، بیمار را در معرض دید ایستگاه پرستاری، به منظور پیشگیری از بروز آسیبهای روحی به سایر بیماران در صورت موافقت همراه، در اتاق خصوصی بستری و درغیر این صورت بیمار / بیماران اتاق استقرار آنها از بیماران با وضعیت مشابه انتخاب شوند و حتی الامکان افراد حساس ( کودکان، نوجوانان و )... در این اتاق بستری نباشند.

پرستار / مامای مسئول بیمار، کلیه تجهیزات مورد نیاز را بر بالین بیمار قرار می دهد (توالی اورژانس، دی سی شوک، دستگاه مانیتورینگ، ساکشن،...)

پرستار / مامای مسئول بیمار در صورتی که پزشک معالج دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود وضعیت بیمار تا قبل از رسیدن خویش ارائه نماید، بلافاصله مطابق خطمشی دستورات تلفنی ( خط مشی شماره )... دستور داده شده را با همراهی پرستار شاهد در پرونده ثبت میکند.. پرستار / مامای مسئول بیمار به همراه پرستار شاهد دستورات تلفنی داده شده را اجرا می کند. .

پرستار / مامای مسئول بیمار نتیجه اقدامات درمانی انجام یافته را به پزشک اطلاع داده و ثبت می کند. .

پرستار / مامای مسئول بیمار در صورت عدم رفع مشکل مجدداً جهت حضور پزشک معالج بر بالین بیمار به پزشک و سوپروایزر اطلاع رسانی- مینماید.

پزشک معالج پس از حضور، دستورات تلفنی را امضاء نموده و در صورت نیاز دستور انتقال بیمار به بخش ویژه را صادر می نماید  
پرستار / مامای مسئول بیمار کنترل بیمار را تازمان برطرف شدن مشکل اورژانسی وی انجام و تازمان تحویل بیمار به بخش ویژه طبق فرایند تحویل به بخش ویژه هماهنگی لازم را برای انتقال بیمار انجام می دهد

تهیه کنندگان: حمید ثمره - محمد اسدیان - رضوان اسلامیت	تائید کننده : دکتر رامین رجایی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مترون - پرستار مسئول تریاژ - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: ریاست بیمارستان





دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد خط مشی : POL-SC-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان / موضوع :	رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل
هدف:	پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی و آسیب به بیمار و ارتقا سلامت بیمار
ذینفعان:	بیماران
تعاریف:	الزامات ایمنی : رعایت معیارهای اساسی و ضروری در زمینه ایمنی بیمار
منابع وامکانات لازم:	چک لیست راند سوپروایزری - چک لیست کنترل دستگاهها
دامنه:	کلیه بخشهای بالینی
پرسنل مرتبط:	کلیه پرسنل بخش های بالینی ، پرستار مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار ، سوپروایزر بالینی
صاحبان فرآیند:	سرپرستاران - پرستار هماهنگ کننده ایمنی بیمار، سوپروایزر بالینی

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول فنی /رئیس بخش اتاق عمل فهرستی از اعمال و یا پروسیجرهایی که خارج از اتاق عمل قابل اجرا می باشد را تهیه و در معرض دید واحدهای بالینی قرار می دهد.
- ۲- مسئولین بخش های باینی با توجه به فهرست اقدامات تهاجمی نسبت به آماده سازی وسایل و تجهیزات اعمالی که مربوط به واحدشان می شود از قبیل ست های استریل مربوطه و تجهیزات یکبار مصرف استریل (وکیوم، نخهای بخیه، جست باتل) مبادرت می نماید.
- ۳- پرستار کنترل عفونت / هماهنگ کننده ایمنی با هماهنگی مسئول فنی بیمارستان عوامل تهدید کننده ایمنی از قبیل شرایط تخت و فضا امکانات موجود و تجهیزات و پرسنل را شناسایی و ارزیابی نموده و نسبت به ایجاد و یا اصلاح آن اقدامات لازم را انجام می دهد.

ایمنی تخت

- وجود داروهای بیحسی ، بیهوشی لوکال و موضعی و سداتیو
  - شرایط استریلته
  - فضای وجود انجام پروسیجر
  - وجود امکانات شستشو و ضدعفونی و اسکراب دست
  - وجود تجهیزات بحرانی و اورژانسی مانند دفیبریلاتور امبوگ اکسیژن ، پالس اکسی متر
- ۴- مدیر پرستاری با همکاری مسئولین بخش و مهندس تجهیزات پزشکی از وجود تجهیزات و صحت سلامت آنها اطمینان حاصل می نماید.
  - ۵- محل انجام پروسیجر مورد نظر با هدف رعایت الزامات ایمنی و استریل ، در محل اتاق عمل سرپایی اورژانس تعیین شده است

- ۶- سوپروایزر با انجام راندهای روزانه و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار اقدامات لازم در خصوص پیشگیری از خطاهای احتمالی را بعمل می آورد.
- ۷- مسئولین واحدهای بالینی با توجه به نوع پروسیجر به تهیه وسایل و ملزومات لازمه که در واحد موجود نمیباشد اقدام می نماید.
- ۸- پرستار کنترل عفونت نسبت به رعایت موازین بهداشتی و شرایط استریل ست ها و فضاهای انجام پروسیجر اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی لازمه را انجام می دهد.
- ۹- پرستار موظف به شناسایی صحیح بیمار و انطباق وی با نوع اقدام تهاجمی می باشد.
- ۱۰- پرستار نسبت به آموزش های اولیه جهت مشارکت بیمار در خود مراقبتی با هدف افزایش ایمنی به بیمار و همراهان آموزش می دهد.
- ۱۱- پرستار براساس نوع اقدام تهاجمی و شرایط بیمار اقدامات تشخیصی و پاراکلینیکی و مشاوره بیمار را پیگیری و اجرا می نماید.
- ۱۲- پزشک معالج نسبت به اخذ رضایت آگاهانه برای انجام پروسیجر اقدام تهاجمی مورد نظر اقدام می نماید.
- ۱۳- پزشک معالج تیم همراه نسبت به شستشو ضدعفونی دست اقدام واز وسایل حفاظت فردی مناسب استفاده می کنند.
- ۱۴- سوپروایزر شیفت در صورت نیاز به حضور بیهوشی پرستار و یا تکنیسین اتاق عمل جهت انجام پروسیجر با مسئول اتاق عمل هماهنگی بعمل می آورد.
- ۱۵- پرستار کنترل عفونت برنحوه و شرایط ضدعفونی فضا و نحوه دفع پسماندهای حاصل اقدام تهاجمی و پروسیجر پس از اتمام عمل نظارت می نماید.
- ۱۶- پرستار مراقبت های پس از انجام پروسیجر را کنترل و بطور صحیح اجرا می کند( دارودهی صحیح نگهداری و تعویض پانسمان مراقبت های خونریزی و ...)

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: دکتر رضا محمد امینی	تهیه کنندگان: دکتر رامین رجایی -دکتر ساره سعیدی -حمید ثمره -رضوان اسلامیت -مهديه ربانی -آزاده موقرزاده
سمت:ریاست بیمارستان	سمت: مسئول فنی بیمارستان	سمت: مدیریت -پزشک اورزانس -مترون -سوپروایزر -سوپروایزر -پرستار کنترل عفونت

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



کد روش اجرایی: PRO-SC-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۳۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	استریل فوری اقلام خاص
هدف:	جلوگیری از وقفه و ادامه عمل جراحی - ایمنی بیمار
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان اتاق عمل و CSR
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول اتاق عمل - مسئول ایمنی
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از دستورالعمل استریلیزاسیون فوری
منابع و امکانات لازم:	دفتر کنترل روزانه
شرح فعالیت:	
<p>۱- مسئول اتاق عمل فهرست تجهیزات ضروری را که نیاز به استریلیزاسیون فوری پیدا می کند تدوین می نماید .</p> <p>۲- مسئول اتاق عمل لیست وسایل و ابزار جراحی با قابلیت استفاده مجدد را براساس رشته های جراحی تهیه می نماید.</p> <p>۳- مسئول اتاق عمل استفاده از وسایل تک پیچ را جایگزین مناسب استریلایزر اضطراری محسوب می نماید.</p> <p>۴- مسئول اتاق عمل وسایل و ابزار جراحی مورد نیاز را به مسئول CSR تحویل می دهد.</p> <p>۵- مسئول CSR وسایل و ابزار جراحی را تهیه می کند.</p> <p>۶- متصدی CSR ابزار و وسایل جراحی را بصورت تکی داخل وی پک ها (ولابه ) پگ می کند.</p> <p>۷- متصدی CSR از اندیکاتور کلاس ۴ داخل تک پیچ ها استفاده می کند.</p> <p>۸- متصدی CSR روی تک پیچ ها تاریخ انقضاء نام خود و شماره سیکل استریلیزاسیون را قید می کند.</p> <p>۹- متصدی CSR تمام تک پیچ ها را داخل اتوکلاو جهت استریل قرار می دهد.</p> <p>۱۰- متصدی CSR اندیکاتور تک پیچ را از نظر تغییر رنگ کنترل می کند.</p> <p>۱۱- متصدی CSR تک پیچ ها را داخل قفسه در محل های مربوط به خود قرار می دهد.</p> <p>۱۲- متصدی CSR قفسه تک پیچ را روزانه بازرسی و از نظر تعداد کنترل می کند.</p> <p>۱۳- متصدی CSR در روز واشینگ ، قفسه تک پیچ ها را از نظر تاریخ انقضاء کنترل می نماید. ۱۴- مسئول استریلیزاسیون فهرست اقلام خاص را به تفکیک جراحی و ارتوپدی در اختیار دارد و بصورت مداوم و طبق چک لیست موجود ، ابزار خاص در انبار استریل بصورت تک پیچ آماده به کار در قفسه های اتاق استریل موجود می باشند</p> <p>۱۵- کارکنان اتاق عمل در مواقعی که وسیله ای به صورت اورژانس نیاز به استریل شدن دارد یا جراحی وسیله خاصی از دست جراح می افتد و امکان</p>	

جایگزینی ندارد از استریلیزاسیون سریع استفاده میشود

- ۱۶- تکنسین اتاق عمل در موارد نیاز به استفاده از تک پیچ، مراتب را بهخ مسئول واحد استریلیزاسیون اطلاع می دهد
- ۱۷-مسئول استریلیزاسیون ست تک پیچ مورد نیاز را بلافاصله در صورت وجود از نبار استریل تحویل تکنسین مربوطه می دهد -مسئول استریلیزاسیون در صورت عدم وجود ست تک پیچ استریل، سریعا اقدام به استریل نمودن ابزار مورد نیاز می نماید
- ۱۹-مسئول استریلیزاسیون در موارد نادری که ست تک پیچ مورد نیاز در اتاق استریل موجود نباشد سریعا اقدام به استریل نمودن اقلام خاص بر اساس دستورالعمل های استریلیزاسیون می نماید
- ۲۰-مسئول استریلیزاسیون فهرست اقلام خاص در هرروز را کنترل و تیک میزند و از موجود و آماده به کار بودن آنها اطمینان حاصل می نماید
- ۲۱-پرستار کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط بر انجام فرایند بصورت مستمر نظارت می نمایند

### فهرست اقلام خاص در بیمارستان کارمانیا

#### اقلام تک پیچ جراحی :

ردیف	نام وسیله	تعداد	ردیف	نام وسیله	تعداد
۱	پیکاک	۲	۱۸	نواک	۲
۲	پنس سنگ	۴	۱۹	پروپ فیشر	۲
۳	پنس روده	۳	۲۰	پنس بیوپسی	۴
۴	فارا بوف	۲	۲۱	والووازن	۲
۵	اکار تور روکس	۲	۲۲	تناکولوم	۲
۶	ریچاردسون +فکی	۴	۲۳	هیسترومتر	۲
۷	اکار تور کمری	۱	۲۴	سوند فلزی	۳
۸	بوژی	۸	۲۵	اپلیکاتور +/-اسلانگ	۱۰
۹	کورت زنان	۷	۲۶	درماتوم	۱
۱۰	رینگ فورسپس	۲	۲۷	قیچی بند ناف	۵
۱۱	پلک برگردان	۲	۲۸	سر ساکشن معمولی	۲
۱۲	متز	۳	۲۹	سر ساکشن فرایزر	۱
۱۳	سر ساکشن شکمی	۲	۳۰	پنست با	۲
۱۴	اتسون	۴	۳۱	پنست بی	۲
۱۵	دسته بیستوری کوچک	۱	۳۲	دسته بیستوری بزرگ	۱
۱۶	قیچی نخ	۱	۳۳	سوزنگیر	۳
۱۷	رایت انگل	۴	۳۴	الیس	۲

#### فهرست اقلام خاص (تک پیچ ارتوپدی):

ردیف	نام وسیله خاص	تعداد	ردیف	نام وسیله خاص	تعداد
۱	پیچ گوشتی	۸	۱۳	پین چین	۳
۲	اکار تور چنگالی بزرگ	۲	۱۴	بن کاتر	۴
۳	اکار تور نگالی کوچک	۲	۱۵	چکش	۲
۴	اکار تور چهار شاخ کوچک	۱	۱۶	اکار تور گیل پی	۲
۵	انبر قفلی	۱	۱۷	پریوست	۱
۶	پلاک خم کن دستی	۱	۱۸	سوهان	۱
۷	بنت	۸	۱۹	بن رانژور	۳
۸	کورت استخوانی	۲	۲۰	پنس ریداکشن	۱
۹	داویه	۱	۲۱	سرمنه	۳
۱۰	استئوتوم	۸	۲۲	اندازه گیر	۲
۱۱	دم باریک	۱	۲۳	استخوان گیر	۶

۱	ریموال	۲۴	۲	انبردست	۱۲
تأیید کننده :		تأیید کننده :		تهیه کنندگان :	
آقای بهرام پور سیدی		مریم حیدری نژاد		نسیم بهرامی - ناهید شجاعی - آزاده موقرزاده	
سمت:		سمت:		سمت:	
ریاست بیمارستان		مدیریت بهداشت		سرپرستار - سرپرستار اتاق عمل - پرستار کنترل عفونت	

<p>کد دستورالعمل : INS-SC-1</p> <p>تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری : ۴</p> <p>شماره صفحه : ۱</p>		 <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>		 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>	
عنوان دستورالعمل :		نحوه پذیرش بیمار در اتاق عمل			
مسئولیت اجرا:		سرپرستاران اتاق عمل - سرپرستار بخش			
امکانات لازم:		لیست اعمال جراحی روزانه - دستبند شناسایی بیمار - پرونده بیمار - دستورالعمل اولویت بندی اعمال جراحی - دفتر پذیرش اتاق عمل - ویلچر - برانکارد			
منابع:		تجارب بیمارستانی - استانداردهای اتاق عمل			
پرسنل مرتبط :		کلیه پرسنل بالینی بخش ها - پرسنل اتاق عمل - پرسنل پذیرش			
<b>شرح دستورالعمل :</b>					
<p>۱- لیست عمل های الکتیو در طی چند مرحله توسط مسئول پذیرش و سرپرستاران به اتاق عمل اعلام شود. (شب قبل و صبح روز عمل)</p> <p>۲- مسئول اتاق عمل طبق لیست فرستاده شده و برنامه کاری پزشکان در اتاق عمل ، تقسیم بندی اتاق ها و پرسنل را انجام دهد .</p> <p>۳- پزشک معالج بیمار را از نظر فوریت عمل اولویت بندی نماید بیمار NPO نوزادان ، اطفال ، و بیماران مسن در اولویت قرار گیرند .</p> <p>۴- پرسنل اتاق عمل و بیهوشی ، وسایل و امکانات مورد نیاز برای عمل را آماده و کنترل نموده و در صورت وجود مشکل به مسئول اتاق عمل و جراح اطلاع دهند .</p> <p>۵- منشی اتاق عمل ، قبل از فراخوان بیمار به اتاق عمل از حضور جراح و متخصص بیهوشی و آماده بودن اتاق و پرسنل اطمینان یابد تا بیمار مدت زیادی در انتظار نباشد .</p> <p>۶- پرستار بخش پس از تکمیل برگه مراقبت قبل از جراحی و اطمینان از آمادگی بیمار ، با کمک بیمار بر بیمار را با ویلچر یا برانکارد و با رعایت ایمنی و حفظ پوشش مناسب و همراه با تجهیزات حیاتی در صورت لزوم (که جهت سنجش فشار خون - نبض و تنفس بیمار در بدو ورود به اتاق عمل توسط پرستار بخش انجام میشود) به اتاق عمل انتقال داده و ایشان را به پرستار اتاق عمل تحویل دهد و تا پایان پذیرش بیمار توسط وی حضور داشته باشد و برگ ۸ پرونده بیمار را هر دو پرستار امضا نمایند .</p> <p>۷ پرستار اتاق عمل (پرستار - کاردان یا کارشناس اتاق عمل یا بیهوشی) خود را به بیمار معرفی کرده و کلیه موارد زیر را کنترل و در برگ مراقبت قبل از جراحی ثبت کند .</p> <p>• نام بیمار از خود بیمار پرسیده شده و با دستبند و پرونده چک شود .</p>					

- محل عمل کنترل و توسط پرستار مسئول مارکت گذاری گردد .
  - رضایت آگاهانه از خود بیمار یا ولی قانونی وی ضمیمه باشد .
  - سوابق اعمال جراحی ، بیماری های زمینه ای ، حساسیت دارویی ، وجود اعضای مصنوعی و ... کنترل شود .
  - بیمار اکتیو ناشتا باشد (براساس دستورالعمل ناشتایی که ابلاغ شده است )
  - بیمار هیچگونه لوازم فلزی ، زیورآلات ، دندان مصنوعی ، آرایش ولاک و ... همراه نداشته باشد .
  - بیمار گرافی ، CT واوراق آزمایشگاهی کافی به همراه داشته باشد .
  - برای جراحی های نیازمند به رزرو خون ، برگه رزرو خون ضمیمه پرونده باشد .
  - در صورت وجود مشکل در وضعیت جسمی بیمار ، به جراح و متخصص بیهوشی اطلاع داده شود .
  - بیمار راه وریدی مناسب داشته باشد .
  - بیمار لباس مخصوص اتاق عمل به تن داشته باشد . (هرگونه لباس زیر از بدن بیمار خارج شده باشد ) طبق قوانین داخلی بیمارستان رنگ لباس قبل از عمل سبز و رنگ لباس بعداز عمل آبی میباشد .
  - پرستار اتاق عمل با آرامش به کلیه سوالات بیمار پاسخ داده و در صورت لزوم از پزشک بیهوشی و جراح نیز جهت پاسخ به سوالات بیمار و ارائه توضیحات کافی کمک گیرد .
  - ۸-مسئول اتاق عمل و پزشک جراح ، در تمام روزهای کاری بیماران اورژانس و بیماران با شرایط حاد را بر بیماران اکتیو اولویت دهند .
  - ۹-پرستار اتاق عمل باید در تمام لحظات انتظار بیمار در اتاق عمل ، قبل از عمل جراحی سعی بر آرامش و کاهش استرس بیمار داشته باشد .
  - در صورت اورژانس بودن (بیماران عفونی) عمل جراحی در اتاقی دور از اتاق ها با احتیاط های لازم انجام شود.
  - ۱۳-پرستار اتاق عمل ، اتاق عمل اورژانس و پرسنل مربوطه را در هر شیفت مشخص نموده و با توجه به اینکه بیمارستان مرکز تروما میباشد پرسنل اتاق عمل همیشه در حالت آماده باشند .
  - ۱۴-پرستار مسئول شیفت بخش ، قبل از انتقال بیمار اورژانسی به اتاق عمل ، با اتاق عمل تماس گرفته و شرایط بیمار را به منشی اطلاع دهد . منشی اتاق عمل نیز به مسئول اتاق عمل یا مسئول شیفت اطلاع داده و ایشان سرعاً از وجود اتاق ، تجهیزات و نیروهای پرستاری و پزشکی اطمینان حاصل کرده و سپس جهت تماس منشی و بخش و انتقال بیمار به اتاق عمل اعلام آمادگی نماید . پرستار مسئول بیمار ، بیمار را با تجهیزات لازم و رعایت نکات ایمنی به اتاق عمل منتقل کرده و زمان انتقال بیمار به اتاق عمل را در گزارش پرستاری پرونده ثبت کند .
  - ۱۵-پزشک معالج برنامه اتاق عمل را به گونه ای برنامه ریزی کند که بیماران عفونی در ساعات آخر کاری و آخرین جراحی باشند و اتاق عمل بعداز آن شستشو و ضدعفونی گردد .
  - ۱۶-بیماربرها با نظارت پرستار بخش و اتاق عمل باحفظ حریم خصوصی و رعایت نکات ایمنی ، بیمار از برانکارد یاویلچر بخش به برانکارد اتاق عمل انتقال دهند .
  - ۱۷-پرستار اتاق عمل فرم رضایت آگاهانه عمل بیمار را کنترل مینماید تا طبق استاندارد های ابلاغی بوده و تمام آیتم های آن تکمیل شده باشد .
  - ۱۸-در تکمیل فرم رضایت آگاهانه از خود شخص اخذ میشود و در صورتی که بیمار هوشیار نباشد یا به سن قانونی نرسیده باشد ولی قانونی بیمار تکمیل کننده فرم میباشد .
  - ۱۹در اعمال جراحی که روی زندگی زناسویی افراد موثر می باشد (سقط - سزارین - هیستریکتومی ) رضایت همسر الزامی است .
  - ۲۰- سرپرستار اتاق عمل باید با پزشکان طبق لیست و تعیین اولویت های جراح ها به تفکیک تخصص در ابتدای شیفت برنامه ریزی و جهت ساعت شروع جراحی هماهنگی کند.
  - ۲۱-متخصص بیهوشی و جراحی طبق برنامه ریزی و برنامه از پیش تعیین شده در اتاق عمل حضور دارند.
  - ۲۲- عمل جراحی توبکتومی نیازمند تایید معاونت محترم بهداشتی نیز میباشد .
  - ۲۳- بیمار از نظر هر گونه وسایل اضافی ( گیره سر / النگو / انگشتر / دندان مصنوعی و...) بررسی شود.
  - ۲۴- قبل از عمل مثانه بیمار تخلیه و ساعت آن در پرونده ثبت شود. (بیمارانی که سوند ادراری دارند حجم ادرار هنگام تحویل یادداشت شود)
- نحوه پذیرش بیماران حاد و اورژانسی در اتاق عمل:**
- ۱-پزشک مقیم ، بایستی وجود بیمار بدحال یا اورژانس منتظر عمل جراحی را به پزشک معالج اطلاع دهد.
  - ۲- مسئول بخش / شیفت بایستی بلافاصله وجود بیمار بدحال و یا نیازمند به عمل جراحی اورژانس را به مسئول اتاق عمل / مسئول شیفت اطلاع دهد.
  - ۳- مسئول اتاق عمل / مسئول شیفت بایستی بلافاصله وجود بیمار بدحال و یا نیازمند به عمل جراحی اورژانس را به پزشک جراح اطلاع دهد.
  ۴. مسئول اتاق عمل / مسئول شیفت / مسئول پذیرش بیمار، بایستی پس از حضور جراح، آماده بودن اتاق عمل جهت پذیرش بیمار اورژانسی یا حاد را به مسئول بخش / مسئول شیفت اطلاع دهد.

۱۲ تبصره: مسئول بخش اتاق عمل / مسئول شیفت / مسئول پذیرش بیمار در صورت خالی نبودن اتاق عمل جهت جراحی اورژانس یا حاد، اقدامات زیر را انجام می دهد:

الف: مسئول بخش اتاق عمل / مسئول شیفت اطلاع رسانی در خصوص عدم وجود اتاق خالی جهت عمل جراحی اورژانس یا حاد بیمار را انجام می دهد  
ب: مسئول بخش اتاق عمل / مسئول شیفت اتاق عمل برنامه ریزی لازم در جهت آماده نمودن اتاق عمل برای جراحی اورژانس یا حاد را از طریق به تعویق انداختن جراحی های الکتیو به عمل می آورد.

ج: مسئول بخش اتاق عمل / مسئول شیفت اتاق عمل بایستی خالی نبودن اتاق عمل جهت عمل اورژانس یا حاد بیمار را به سوپروایزر کشیک اطلاع دهد.

### نحوه پذیرش بیماران عفونی:

۱. مسئول بخش / شیفت بایستی وجود بیمار عفونی نیازمند به عمل جراحی را به مسئول اتاق عمل / مسئول شیفت اطلاع دهد.

۱۱۱. منشی اتاق عمل بایستی بلافاصله وجود بیمار عفونی منتظر عمل جراحی را به مسئول بخش و پزشک مربوطه اطلاع دهد.

۱. مسئول اتاق عمل / مسئول شیفت بایستی از حضور پزشک جراح در اتاق عمل اطمینان حاصل نماید.

۱. مسئول اتاق عمل / مسئول شیفت بایستی آماده بودن اتاق عمل جهت پذیرش بیمار عفونی را به منشی اتاق عمل اطلاع دهد.

۲. مسئول اتاق عمل / مسئول شیفت بایستی هماهنگی لازم جهت پذیرش بیمار عفونی در خاتمه اعمال جراحی آن روز (به جز موارد اورژانسی) را انجام دهد.

۱. در صورت تشخیص عفونی بودن بیمار الکتیو یا اورژانسی در حین عمل جراحی، پس از اتمام عمل و اسکراب اتاق، ۱۳ دقیقه اشعه اولتراویوله جهت ضدعفونی فضای اتاق عمل استفاده میشود.

### موارد مشترک در پذیرش تمامی بیماران (الکتیو، اورژانسی، عفونی)

۱- پرستار مسئول بیمار در بخش باید بیمار را با اصول صحیح ایمنی بیمار و رعایت پوشش بیمار به اتاق عمل انتقال دهد.

۱- پرستار مسئول بیمار در بخش بایستی بیمار، پرونده و مدارک همراه وی (آزمایشات، گرافیهها، اسکن، سونوگرافی، MRI، رضایت آگاهانه، کسب اطمینان از رزرو فرآورده های خونی و بخش ICU) را به مسئول تحویل بیمار / مسئول شیفت در اتاق عمل تحویل دهد.

تبصره: پرونده و مدارک بیمار تا پایان عمل جراحی نباید از اتاق عمل خارج شود.

۱- مسئول تحویل بیمار / مسئول شیفت در اتاق عمل، باید خود را به بیمار معرفی کرده و با وی ارتباط برقرار نماید.

۲- مسئول تحویل بیمار / مسئول شیفت در اتاق عمل، باید دستبند شناسایی بیمار را با توجه به پرونده و سؤال از بیمار تأیید نماید.

۱- مسئول تحویل بیمار در اتاق عمل، باید بیمار را به صورت بالینی (وضعیت عمومی، پوشیدن گان مناسب، نداشتن لباس زیر، اتصالات بیمار، آماده بودن محل عمل، نداشتن دندان مصنوعی، اجسام فلزی، آرایش و لاک ناخن) تحویل بگیرد.

۱- مسئول تحویل بیمار در اتاق عمل باید پرونده بیمار را چک و از نظر تکمیل اوراق مربوطه و آماده بودن جوابهای آزمایشات (در صورت موجود بودن) و رضایت آگاهانه کنترل نماید

تبصره ۱: رضایت آگاهانه در بیماران بالای ۱۸ سال بی سرپرست از خود بیمار اخذ میگردد.

تبصره ۱: رضایت آگاهانه در مواردی که جراحی منجر به اختلال در دستگاه تولید مثل گردد، علاوه بر خود بیمار از همسر بیمار نیز اخذ میشود.

تبصره ۱: رضایت آگاهانه در موارد اورژانسی از خود بیمار اخذ میگردد.

تبصره ۲: در بیماران غیرهوشیار اورژانسی نیازی به اخذ رضایت آگاهانه نیست و این امر پس از قید مورد اورژانس در پرونده و امضای پزشک جراح و دو نفر شاهد (دستیار/همکار اتاق عمل) صورت میگیرد.

۷- مسئول تحویل بیمار / مسئول شیفت، باید موارد غیرعادی حاصل از ارزیابی اولیه و نتایج آزمایشات تشخیصی موجود در پرونده بیمار، مراقبتهای قبل از عمل و داروهای مصرف شده را به مسئول بخش/پزشک جراح گزارش نماید.

۸- مسئول تحویل بیمار / جراح / متخصص / بیهوشی آموزشهای لازم را در خصوص نوع عمل جراحی، نوع بیهوشی، مدت زمان عمل جراحی، علت نیاز به NPO نگهداشتن بیمار، نحوه خود مراقبتی، زمان از بین رفتن اثر داروهای بیهوشی بایستی در هنگام پذیرش بیمار در اتاق عمل ارائه شود.

۹- مسئول تحویل بیمار / شیفت، بایستی پس از تحویل گرفتن کامل بیمار (بالین، مدارک همراه) اطلاعات مربوطه را در برگه گزارش پرستاری ثبت نماید.

۱۳- مسئول تحویل بیمار / شیفت، باید مشخصات بیمار، نوع بیماری، نوع عمل جراحی و محل صحیح عمل را با خود بیمار، پرونده و لیست عمل مطابقت دهد.

۱۱- مسئول تحویل بیمار / شیفت، باید بیمار را با حفظ حریم خصوصی و نکات ایمنی از برانکارد بخش به برانکارد اطمینان از بالا بودن نردههای کنار تخت و قفل بودن چرخهای برانکارد (اتاق عمل منتقل نماید).

۱۱- مسئول تحویل بیمار، برای کاهش استرس باید محیطی آرام و راحت برای بیمار فراهم نماید.

۱۱- مسئول اتاق عمل/شیفت به منظور اولویتبندی اعمال جراحی، بایستی بیمارانی که جراحی آنان با خطر بیشتری (سالمدان، داشتن بیماریهای

مزمّن، بیماران روانپزشکی ( همراه است را مشخص نماید.

۱۲- مسئول اتاق عمل بایستی به منظور پیشگیری از انتقال آلودگی در اتاق عمل، بیماران عفونی (در صورت عدم اورژانسی بودن وضعیت بیمار) را در آخرین اولویت پذیرش قرار دهد.

۱۱- مسئول تحویل بیمار مسئول شیفت، بایستی به بیمار و خانواده وی در خصوص احتمال طولانی شدن زمان پیش بینی شده عمل جراحی توضیح دهد.

۱۱- پرستار مسئول تحویل بیمار / مسئول شیفت، بایستی با راهنمایی خانواده بیمار به سالن انتظار، به آنان اطمینان دهد که اتمام و یا هر گونه تأخیر احتمالی پیش آمده در زمان اتمام جراحی را به آنها اطلاع خواهد دهد

تهیه کنندگان: مهدیه ربانی - رضوان اسلامیت - آزاده موقرزاده - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - ناهید شجاعی - حمید ثمره - فرزانه امیری	تأیید کننده : دکتر امیر حسینی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: سوپروایزر بالینی شب - سوپروایزر بالینی عصر - سوپروایزر بالینی صبح - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر شب - سرپرستار اتاق عمل - مترون - بهبود کیفیت	سمت: ریاست اتاق عمل	سمت: ریاست بیمارستان

کد دستورالعمل : INS-SC-3

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه
مسئولیت اجرا:	سرپرستار اتاق عمل
منابع و امکانات لازم:	ظرف پاتولوژی - باکس حمل نمونه های پاتولوژی - فرمالین - فرم پاتولوژی - دفتر ثبت پاتولوژی - اتیکیت مشخصات
پرسنل مرتبط	پرسنل اتاق عمل - پرسنل آزمایشگاه / بیمار بر - پزشک جراح
شرح دستورالعمل :	
۱- پرستار اسکراب بایستی نمونه را با دقت از جراح تحویل گرفته و به پرستار سیر کولر تحویل دهد.	
۲- پرستار سیر کولر باید ظرف مورد نظر مناسب با نمونه انتخاب کرده و در اتاق آماده بگذارد. نکاتی که پرسنل در انتخاب ظرف نمونه باید دقت داشته باشند: درب ظرف نمونه بزرگ و پهن باشد تا بدون نیاز به فشردن بافت بتوان آن را در ظرف وارد یا خارج کرد. ظرف نمونه کوچک شفاف باشد تا پزشک نمنه بردار یا مسئول پذیرش نمونه را بدون نیاز به باز کردن درب ظرف از وجود نمونه اطمینان حاصل کند. ظرف نمونه باید تمیز و نو باشد و درب آن محکم بسته شود.	
۳- پرستار سیر کولر باید پس از قراردادن نمونه در ظرف مناسب آن را با مقدار مناسب محلول نگهدارنده مثل فرمالین ۱۰٪ یا هر محلولی که جراح دستور داده باشد محافظت کند ( باید نمونه در محلول غوطه ور باشد) .	
۴- پرستار سیر کولر باید اتیکت مشخصات را تکمیل کرده و روی ظرف نمونه الصاق نماید. ( مشخصات شامل: نام و نام خانوادگی بیمار طبق پرونده و دستبند شناسایی / نوع نمونه محل و سمت برداشت نمونه برای اعضاء زوج مانند تخمدان ها، حفرات بینی ، دست و غیره / نام بخش / نام جراح / تاریخ برداشت نمونه)	
۵- پرستار سیر کولر بایستی نمونه ها را پس از محکم بستن درب ظرف در محل تعیین شده (ایستگاه پاتولوژی) داخل باکس مخصوص حمل نمونه بگذارد و کلیه مشخصات ذکر شده را در دفتر مخصوص پاتولوژی ثبت کند .	



- ۶-پرستار سیرکولر باید در برگ گزارش جراحی و جراحی ایمن قسمت مربوط به پاتولوژی را تکمیل کند.
- ۷-فرم پاتولوژی در دو برگه تعبیه شده که باید توسط همراهی بیمار و پزشک مربوطه تکمیل شود.
- ۸-گزارش های لازم باید توسط پزشک نمونه بردار در فرم پاتولوژی نوشته شود.
- ۹-از دو برگ فرم پاتولوژی یکی باید روی پرونده بیمار و فرم دیگر همراه نمونه به آزمایشگاه فرستاده شود.
- ۱۰-بیمار بر اتاق عمل باید نمونه های پاتولوژی درون باکس پاتولوژی را همراه با فرم پاتولوژی به آزمایشگاه تحویل دهد .
- ۱۱-هر نمونه پاتولوژی در کمترین زمان باید به آزمایشگاه فرستاده شود( حداکثر زمان نگهداری نمونه در اتاق عمل ۲۴ ساعت )

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مهديه رباني - رضوان اسلاميت - آزاده موقرزاده - فرجام هاشمی - مهديه مهدي پور - ناهيد شجاعی - حميد ثمره حميد ثمره لی ایمانی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:ریاست بیمارستان
سوپروایزر بالینی شب - سوپروایزر بالینی عصر - سوپروایزر بالینی صبح - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر شب - سرپرستار اتاق عمل - مترون - سوپروایزر آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

راهنمای جراحی ایمن  
Safe Surgery Guideline

تهیه و تدوین: فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار  
مرداد ۱۳۹۳

مقدمه

داده های جمع آوری شده از ۵۶ کشور در سال ۲۰۰۴ میلادی نشان داد که میزان سالیانه ی جراحی های عمده بین ۱۸۷ میلیون الی ۲۸۱ میلیون یا تقریباً یک عمل جراحی به ازای هر ۲۵ نفر انسان می باشد. این رقم که تقریباً دو برابر تعداد تولد های صورت گرفته در سال ۲۰۰۶ میلادی (۱۳۶ میلیون تولد) می باشد، به لحاظ شت آسیب و عوارض بسیار خطرناک تر است. گرچه مقایسه میزان مرگ و میر عوارض بعد از جراحی به دلیل موارد ترکیبی مشکل می باشد، لیکن در کشور های صنعتی میزان عوارض عمده در مداخلات جراحی بیماران بستری ۱۶-۳ درصد و نرخ مرگ و میر ۱/۸- ۰/۴ درصد گزارش شده است. معین شده که نزدیک به ۵۰ درصد اتفاقات ناخواسته در این مطالعات قابل پیش گیری می باشند. نتایج بررسی های صورت گرفته در کشورهای درحال توسعه موید نرخ

مرگ و میر ۱۰-۵ درصد توأم با جراحی های عمده و نرخ مرگ و میر در بیهوشی عمومی را تا حد ۱ به ۱۵۰ در برخی از قسمت های صحرای افریقای می باشد. در سراسر جهان عفونت ها و سایر عوارض بعد از عمل نیز از دغدغه های جدی به شمار می رود. تخمین زده می شود که عمل جراحی بر روی بیمار اشتباه و یا در موضع اشتباه ۱ مورد به نسبت هر ۱۰۰۰۰-۵۰۰۰ عمل جراحی در امریکا است که تقریباً معادل با ۲۵۰۰-۱۵۰۰ اتفاق ناخواسته در هر سال. بنابراین، عوارض جراحی قابل پیش گیری سهم بزرگی را در مرگ و میر و آسیب های قابل پیش گیری پزشکی در جهان برعهده دارند. در حالی که تخمین زده می شود که اتفاقات ناخواسته ۱۶-۳ درصد بیماران بستری را تحت تاثیر قرار می دهد، علی رغم بهبود چشمگیر در دانش جراحی، حداقل نیمی از اتفاقات ناخواسته در حین مراقبت جراحی رخ می دهد. با فرض نرخ ۳ درصدی برای اتفاقات ناخواسته قبل از عمل مرگ و میر با نرخ ۰/۵ درصد در جهان، سالیانه تقریباً ۷ میلیون بیمار تحت عمل جراحی از عوارض عمده رنج می کشند، ۱ میلیون مرگ در حین یا فوراً پس از جراحی رخ می دهد. جراحی ایمن به عنوان دغدغه ای بارز نظام های سلامت در جهان تشخیص داده شده است. چرا که براساس گزارش جهانی بار بیماری های سال ۲۰۰۲ سهم عمده ای از ناتوانی ناشی از بیماری ها در جهان ناشی از شرایطی است که قابل درمان با مداخلات جراحی است. تخمین زده شده که ۱۱ درصد از ۱/۵ بیلیون سال عمر تعدیل شده با ناتوانی مرتبط با بیماری های قابل درمان با جراحی است. مشکلات ناشی از ایمنی جراحی ها در کشورهای صنعتی به مثابه ی کشورهای در حال توسعه مشهود است. در کشورهای در حال توسعه وضعیت نابسامان زیرساخت ها و تجهیزات، وسایل غیر قابل اطمینان و کیفیت نامطمئن داروها، نارسایی های مدیریت سازمانی و کنترل عفونت، مشکلات وسایل و آموزش کارکنان و کمبود شدید منابع مالی بر مشکلات می افزایند.

هر سال بیش از ۲۳۰ میلیون عمل جراحی عمده در جهان انجام می شود. شواهد نشان می دهد که در ۸/۰-۴/۰ درصد این موارد افراد در نتیجه عوارض مستقیم این اعمال می میرند و در پی ۱۶-۳ درصد این پروسیجرها بیماران دچار عارضه می شوند. این ارقام برابر ۱ میلیون مرگ و بیش از ۶ میلیون ناتوانی در سراسر جهان در هر سال است. این حالت به دلیل عدم صلاحیت و یا اهمال جراحان، متخصصینی که پروسیجرها را انجام می دهند یا متخصصین خدمات سلامت نمی باشد بلکه به دلیل تعدد مراحل این گونه پروسیجرها و در نتیجه ایجاد فرصت های عدیده برای بروز اشتباه است.

#### اصول عمومی جراحی ایمن

##### عمل جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح

احتمال وقوع عمل جراحی در موضع اشتباه بیشتر توأم با اعمال جراحی بر روی ارگان های قرینه است

پروتکل جهانی در این زمینه یک فرآیند سه گامه تکمیل به منظور تضمین بیمار صحیح، موضع و پروسیجر صحیح می باشد.

گام ۱: تأیید بیمار، موضع و پروسیجر صحیح در تمامی مراحل از زمان اخذ تصمیم به عمل بیمار تا هنگام انجام عمل جراحی به شرح ذیل:

در هنگام برنامه ریزی و زمان بندی عمل جراحی

در هنگام پذیرش یا ورود به اتاق عمل

در هر زمان که مسئولیت مراقبت از بیمار به فرد دیگری منتقل شد.

قبل از ورود بیمار به اتاق عمل

این گام بایستی با مشارکت بیمار بیدار و آگاه و کلیه اعضای تیم درمانی واز طریق شناسایی و علامت گذاری بیمار در طی اخذ رضایت آگاهانه، از وی و تأیید موضع، طرف بدن و پروسیجر با بررسی و کنترل پرونده و کلیشه های رادیوگرافی بیمار به صورت فعال انجام شود.

#### گام ۲:

##### علامت گذاری موضع عمل

براساس پروتکل جهانی موضع یا مواضع عمل بایستی علامت گذاری شود. به ویژه در مورد ارگان های قرینه ی طرفی، چند ساختاری نظیر (انگشتان دست پا و دنده ها) و سطوح چندگانه (ستون مهره ها). علامت گذاری ساختار های خط میانی بدن نظیر تیروئید یا ساختار های منفرد نظیر طحال از مقررات محلی ارائه خدمت پیروی می نماید.

علامت گذاری بایستی بر روی یا در کنار و مجاورت موضع عمل باشد.

علامت گذاری بایستی کاملاً واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی موضع عملاً پاک نشود، صورت گیرد.

در هر مرگ ارائه کننده خدمات سلامت برای علامت گذاری موضع عمل، بایستی از یک روش منسجم استفاده شود.

علامت گذاری موضع عمل بایستی توسط جراح که عمل جراحی را انجام می دهد صورت پذیرد. به منظور عملیاتی نمودن این وظیفه ، جراح فقط در صورتی می تواند علامت گذاری موضع عمل را به فرد دیگری تفویض نماید که آن فرد در تمام مدت جراحی به ویژه در هنگام انسزیون در اتاق عمل حضور داشته باشد.

به لحاظ اهمیت مشارکت فعال بیمار ، بایستی علامت گذاری موضع عمل تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار انجام شود.  
گام ۳: وقفه ی / درنگ جراحی ، وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل ، قبل از برش پوست به منظور تأیید بیمار، پروسیجر و موضع عمل با انجام اقدامات ذیل است .

در این زمان با حضور کلیه اعضای تیم جراحی ، بایستی از وضعیت مناسب بیمار برای جراحی و وجود هر گونه ایمپلنت یا تجهیزات خاص و رفع هر گونه دغدغه یا عدم انسجامی اطمینان یافت و موارد را مستند نمود.

کسب اطمینان از وجود برگه رضایت آگاهانه از بیمار به زبان قابل درک به نحوی که بیمار از عوارض و موضع مشتمل بر سطح و طرف جراحی و هزینه عمل کاملاً آگاه شود.

تبصره: در موارد اورژانس که احتمال مرگ یا قطع عضو می باشد، اخذ رضایت آگاهانه قابل تعویق است.

اکیداً توصیه می شود که قبل از القاء بیهوشی یکی از اعضاء تیم ، شناسایی بیمار را به صورت فعال ضمن پرسش از بیمار به صورت کلامی و با استفاده از تطابق خود اظهاری بیمار با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تأیید نماید. برای این منظور علاوه بر نام و نام خانوادگی بیمار، تأیید با استفاده از شناسه الزامی دیگر ( تاریخ تولد به روز ، ماه ، سال ) الزامی است .

یکی از اعضای تیم با بیمار رضایت آگاهانه وی را تأیید نماید و موضع و پروسیجر صحیح را نیز با بیمار تأیید کند. پرستار ... و متخصص بیهوشی بایستی علامت گذاری موضع را کنترل نموده و آن را با مستندات پرونده بیمار تطبیق دهند.

به عنوان اقدام ایمنی نهایی ، جراحی به صورت هم زمان و مستقل از یکدیگر بایستی بیمار، موضع و پروسیجر صحیح را قبل از برش پوست برای جراحی تأیید نمایند، بدین منظور جراح با صدای بلند نام و نام خانوادگی بیمار، نام عمل جراحی ، طرف و موضع جراحی را بیان و پرستار و متخصص بیهوشی باید صحت اطلاعات را تأیید نمایند .

به منظور ایمنی بیهوشی توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود :

اولین و مهم ترین جزء مراقبت قبل از بیهوشی حضور متخصص بیهوشی آموزش دیده و مجرب است.

در موارد اورژانس انتخاب گزینه ی شروع بیهوشی و در صورت عدم حضور موقت متخصص بیهوشی و با مسئولیت جراح متخصص بستگی به وضعیت و شرایط بیمار دارد.

برای کلیه ی بیماران تحت بیهوشی عمومی بایستی ذخیره ی اکسیژنی مناسب موجود باشد. اکسیژن بافتی و تهویه بایستی به صورت مستمر با استفاده از پالس اکسی متر با صدای قابل تنظیم پایش شود. صدای پالس اکسی متر بایستی به حد کافی بلند باشد که در کل فضای اتاق عمل شنیده شود.

با سمع و مشاهده کفایت راه های هوایی و تهویه را در بیماران تحت بیهوشی عمومی به صورت مستمر پایش نمایید. در صورت بکارگیری تهویه مکانیکی از آلارم جداشدگی از دستگاه بایستی استفاده شود.

گردش خون بایستی به مستمر با سمع و لمس ضربان قلب یا نمایش تعداد ضربان قلب بر روی مانیتور قلبی یا پالس اکسی متری پایش شود.

فشار خون شریانی حداقل هر ۵ دقیقه یا در فواصل زمانی کوتاه تر به نسبت وضعیت های بالینی بایستی اندازه گیری شود.

در کودکان بایبیهوشی های طولانی مدت یا پیچیده ، وسیله ی اندازه گیری درجه حرارت بایستی موجود و در جه حرارت بدن بیمار بایستی به صورت مستمر اندازه گیری و ثبت شود.

با مشاهده بالینی سطح بیهوشی ( میزان عدم هوشیاری ) بایستی به طور منظم ارزیابی شود.

موارد ذیل توصیه میشود:

غلظت اکسیژن دمی بایستی در کل بیهوشی با وسیله ای مجهز به آلارم غلظت پایین اکسیژن<sup>۱</sup> کنترل شود.

برای اندازه گیری مستمر و نمایش موج و غلظت CO<sub>2</sub> بازدمی ( کاپنوگرافی ) استفاده شود .

الکتروکاردیوگراف برای پایش ریتم و میزان ضربان قلبی استفاده شود.

دقیبیریلاتور قلبی بایستی موجود باشد.

درجه حرارت بدن بایستی به صورت منظم در بیماران مستعد خطر کنترل شود.

اندازه گیری مستمر الکترونیک درجه حرارت ( در صورت وجود ) توصیه می شود.

محرك اعصاب محیطی برای ارزیابی وضعیت پارالیز در صورت استفاده از داروهای بلوک کننده عصبی عضلانی بایستی استفاده شود.

به منظور تشخیص و برخورد مناسب تیم با خطر از دست دادن راه هوایی یا عملکرد تنفسی، توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود :

- 1-supplemental oxygon
- 2-pulse oximeter
- 3-disconnect alarm
- 1-depth of anaesthesia
- 2-low – oxygen concentrationalarm

به منظور شناسایی مشکلات بالقوه در مدیریت راه هوایی<sup>۹</sup>، در تمامی بیماران کاندیدای عمل جراحی (حتی بیمارانی که لوله گذاری برای آنان پیش بینی نمی شود) قبل از القاء بیهوشی بایستی ارزیابی عینی از راه هوایی انجام شود.

متخصص بیهوشی بایستی دارای استراتژی معین برای مدیریت راه هوایی بیماران و آماده اجرای آن باشد (حتی اگر عدم توانایی در برقراری راه هوایی مناسب<sup>۱۱</sup> هم پیش بینی نشود)

در زمانی که متخصص بیهوشی احتمال وجود راه هوایی مشکل را می دهد، در هنگام القاء بیهوشی کمک فوری بایستی در دسترس باشد و طرح پشتیبان واضح برای مدیریت راه هوایی شناسایی شده باشد.

زمانی که بیمار مورد شناخته شده ی از راه هوایی مشکل می باشد، بایستی روش های جایگزین بیهوشی از جمله بیهوشی ناحیه ای لوله گذاری در شرایط بیداری تحت بیهوشی موضعی<sup>۱۵</sup> در نظر گرفته شده باشد.

تمامی متخصصین بیهوشی بایستی مهارت مدیریت راه هوایی را در خود حفظ نمایند و با استراتژی های متعدد برای برخورد با راه هوایی مشکل آشنا بوده و مهارت لازم را داشته باشند.

همیشه بعد از لوله گذاری متخصص بیهوشی بایستی با سمع صداهای تنفسی و نیز تهویه معدودی و پایش وضعیت اکسیژنی بیمار با استفاده از پالس اکسی متر ، جاگذاری مناسب لوله داخل نای، را تأیید نماید.

به منظور کاهش ترشحات معدودی و افزایش PH با هدف پیش درمانی، بیمارانی که کاندید عمل جراحی الکتیو بوده و در معرض خطر آسپیراسیو نمی باشد بایستی قبل از بیهوشی ناشتا باشند.

موارد ذیل توصیه می شود :

بایستی متخصص بیهوشی با استفاده از کاپنوگرافی محل جاگذاری مناسب لوله داخل نای، را بعد از لوله گذاری تأیید نماید.

بایستی در برکه گزارش بیهوشی ، نتایج ارزیابی راه هوایی و توصیفی از سهولت یا مشکل بودن لوله گذاری (در صورت انجام) ثبت شود.

جهت شناسایی و آمادگی موثر تیم برای مقابله با خطر از دست دادن خون زیاد در بیماران توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود :

متخصص بیهوشی قبل از القاء بیهوشی بایستی احتمال از دست دادن خون زیاد را در بیمار در نظر بگیرد و در صورتی که این مورد خطر مهمی است بایستی آمادگی برخورد مناسب با آن را داشته باشد.

در صورتی که خطر از دست دادن خون ناشناخته می باشد متخصص بیهوشی بایستی با جراح در مورد احتمال وقوع آن صحبت نماید .

قبل از برش پوست تیم بایستی احتمال از دست دادن خون زیاد را در بیمار به بحث بگذارند و در صورتی که این مورد خطر مهم است از وجود راه وریدی مناسب مطمئن شوند .

یکی از اعضای تیم وجود فرآورده های خونی مورد لزومی برای عمل جراحی را تأیید نماید .

به منظور اجتناب تیم از ایجاد واکنش ناخواسته دارویی یا واکنش آلرژیک شناخته شد در بیمار توصیه اکید به انجام موارد ذیل می شود :

بایستی متخصصین بیهوشی کاملاً فارماکولوژی داروهای را که دستور می دهند/ تجویز می نمایند از جمله درجه سمیت دارو را بشناسند.

قبل از تجویز هر دارویی برای بیماران ، ابتدا بایستی بیمار به وضوح شناسایی شود.

قبل از تجویز هر دارویی برای بیماران ابتدا بایستی تاریخچه دارویی کاملاً منجمله اطلاعات مرتبط به آلرژی ها و سایر واکنش های بیش حساسیتی<sup>۱۹۷</sup> از بیمار اخذ شود.

قبل از دادن دارو به بیمار بایستی داروها به طرز مناسبی برچسب گذاری ، مورد تأیید و کنترل مجدد قرار گیرند.

قبل از دادن دارو به بیمار با یکی دیگر از ارائه کنندگان خدمت بایستی ارتباط کلامی واضح برقرار شود تا از درک مشترک و همسان از موارد مصرف ، موارد منع مصرف بالقوه و هر گونه اطلاعات مرتبط دیگر اطمینان حاصل شود.

موارد ذیل توصیه می شود :

کشوها و فضای کار برای نگهداری و آماده سازی داروها بایستی به صوت منظم سازمان دهی شود تا از قرار گیری آمپول های داروی وسرنگ ها در یک محل یکسان ، همیشگی و مرتب و تفکیک فیزیکی داروهای خطرناک از داروهایی که دارای تلفظ مشابه می باشند اطمینان حاصل شود.

برچسب آمپول ها وسرنگ ها بایستی خوانا و حاوی اطلاعات استاندارد ( نظیر: غلظت دارو و تاریخ انقضاء) باشد.

تا حد امکان از قرار گیری داروها با بسته بندی یا اشکال ظاهری مشابه در کنار هم بایستی خودداری شود.

خطاهای در حین تزریق داروهای وریدی بایستی گزارش و بررسی شوند.

داروهای تزریق بایستی توسط متخصص بیهوشی که آن ها را به بیمار تزریق می کند، کشیده و برچسب زده شود.

- 3-Airway management
- 4-Objective evaluation
- 5-Airway loss
- 1-difficult airway
- 2-Regional anaesthesia
- 3-awake intubation
- 4-local anaesthetic
- 5-airway evaluation
- 1-Hypersensitivity reactions

موارد پیشنهادی:

داروهای موجود در یک دسته دارویی بایستی با استفاده از سیستم کد بندی رنگی مورد اجماع، که توسط تمامی افراد تیم جراحی درک شده باشد، معین شود. به منظور تضمین بکارگیری منسجم روش های شناخته شده موثر در به حداقل رسانیدن خطر عفونت موضع جراحی، توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل توسط تیم می شود:

آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی بایستی به صورت معمول در تمام موارد جراحی - تمیز آلوده مصرف شود و برای استفاده در هر مورد جراحی تمیز نیز در نظر گرفته شود.

آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک بایستی یک ساعت قبل از برش پوست با دوز و طیف ضد میکروبی موثر و علیه پاتوژن های احتمالی که سبب آلودگی پروسیجر می شود، تجویز نمود. قبل از برش پوست اعضای تیم جراحی بایستی تجویز آنتی بیوتیک را در طی ۶۰ دقیقه قبل تأیید نمایند. (در صورت استفاده از ونکومايسين، انفوزيون آن بایستی یک ساعت قبل از برش پوست تمام شده باشد).

تمامی مراکز ارائه کننده خدمات بایستی دارای فرآیند های معمول سترون سازی مشتمل بر توانایی تأیید استریلیتی ابزار، وسایل و مواد جراحی باشند بایستی شاخص هایی به منظور تعیین استریلیتی مورد استفاده و کنترل قرار گیرد. قبل از القاء بیهوشی بایستی پرستار یا فرد دیگر مسئول استریلیتی ابزار جراحی را با ارزیابی و بررسی شاخص های استریلیتی تأیید نماید. در صورت وجود هر گونه مشکل، بایستی موارد با جراح و کادر بیهوشی در میان گذارده شود. در صورتی که زمان جراحی بیش از ۴ ساعت به درازا بکشد یا در صورتی که شواهد دال بر خونریزی وسیع و فوق العاده حین جراحی باشد، بایستی تجویز دوز مجدد آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مورد نظر قرار گیرد (در صورتی که از وانکومايسين به عنوان آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک استفاده شده باشد، نیاز به دوز مجدد در اعمال جراحی که کمتر از ۱۰ ساعت به درازا می کشد، نیست)

آنتی بیوتیک هایی که به عنوان پروفیلاکسی استفاده می شود بایستی ظرف ۲۴ ساعت پس از جراحی قطع شوند. زدن موهای موضع عمل توصیه نمی شود، مگر در مواردی که مو با عمل تداخل می نماید. در صورت ضرورت برداشتن موها، آن ها بایستی با قیچی در زمان کمتر از ۲ ساعت ماده به عمل کوتاه شوند. زدن موها با تیغ به دلیل افزایش احتمال عفونت موضع عمل توصیه نمی شود.

بیماران جراحی بایستی در طی دوره قبل از عمل برحسب نیاز فردی خود اکسیژن بگیرند.

موازین مؤثر به منظور حفظ درجه حرارت طبیعی بدن بیمار بایستی در دوره قبل از عمل انجام شود.

پوست بدن تمامی بیماران جراحی بایستی با یک ماده آنتی سبتیک مناسب قبل از جراحی آماده شود.

این ماده بایستی به نحوی انتخاب شود که دارای قابلیت کاهش شمارش میکروبی سریع پوست و کارآیی پایدار در طی عمل جراحی باشد.

ضد عفونی دست برای جراحی را با مصرف صابون آنتی بیوتیک تضمین نمایید. ناحیه دست و ساعد ها بایستی به مدت ۲ تا ۵ دقیقه اسکراب کنید. در صورت تمیزی ظاهری دست ها، از یک محلول ضد عفونی دست با پایه الکلی می توان برای ضد عفونی استفاده نمود.

در حین عمل تیم جراحی بایستی موهای خود را بپوشانند و گان استریل بپوشند و دستکش استریل دست نمایند.

موارد ذیل توصیه می شود :

بایستی تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی از طریق دستورات شفاهی و تلفنی منع شود.

از موکن برقی برای کوتاه نمودن موها نبایستی استفاده شود.

بایستی استعمال دخانیات حداقل ۳۰ روز قبل از عمل جراحی الکتیو قطع شود.

بیماران جراحی بایستی قبل از عمل با استفاده از صابون آنتی سبتیک دوش بگیرند.

پیش از عمل جراحی الکتیو بایستی عفونت های قبلی را درمان و ریشه کن نمود.

تیم جراحی بایستی در طی عمل از ماسک استفاده نمایند.

بایستی از پیش بند های پلاستیکی در زمانی که احتمال مرطوب شدن می رود، استفاده نمود.

پانسمان استریل روی زخم جراحی بایستی به مدت ۲۴ الی ۴۸ ساعتس از هر جراحی حفظ شود.

کادر متخصص کنترل عفونت آموزش دیده بایستی مراقبت فعال آینده نگر در مورد عفونت موضع عمل داشته باشند.

اطلاعات مرتبط به عفونت های جراحی بایستی با جراح و کادر مدیریتی ذیربط ارائه شود.

پیشنهادات:

نسبت بالایی از اکسیژن دمی (۸۰٪) بایستی در طی عمل جراحی تجویز شود و حداقل ۲ ساعت پس از اتمام عمل دادن اکسیژن به بیمار بایستی به طول بکشد.

تهویه با فشار مثبت بایستی در اتاق عمل حفظ شود.

بایستی سرتاسر اتاق عمل به طور کامل پس از اعمال جراحی کثیف یا عفونی و در اتمام هر عمل جراحی تمیز شود.

خط مشی های استاندارد کنترل عفونت بایستی اجرا شود.

بایستی تیم های جراحی در مورد پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سالیانه به صورت دوره ای آموزش ببینند.

به منظور پیش گیری از جای ماندن سهوی ابزار و اسفنج جراحی در زخم های جراحی توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود:

در اعمال جراحی شکمی، خلف شکمی، لگن و سینه ای، شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزن ها، وسایل تیز و برنده، ابزار و وسایل مختلف دیگر (هر گونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده و در معرض خطر به جای ماندن در حفره بدنی است) بایستی انجام شود.

جراح بایستی قبل از بستن هر گونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی بایست جستجوی منظم زخم را انجام دهد. شمارش برای هر گونه پروسیجری که احتمال احتباس اسفنج ها، وسایل تیز و برنده ابزار دیگر وسایل جراحی در حفره بدن بیمار می رود، شمارش بایستی حداقل در شروع و خاتمه هر مورد انجام شود.

بایستی تعداد شمارش اسفنج ها ، وسایل تیز و برنده و ابزار دیگر وسایل جراحی همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش ثبت شود. بایستی صحت تعداد کلی موارد شمارش شده به صورت واضح بیان شود. نتیجه شمارش به طور واضح و شفاف با جراح در میان گذارده شود. موارد ذیل پیشنهاد می شود:

در صورت امکان از سیستم های معتبر و خودکار شمارش اسفنج ها نظیر سیستم بارکد، اسفنج با برچسب رادیویی بایستی استفاده نمود.

به منظور شناسایی امن و صحیح نمونه های جراحی توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل توسط تیم می شود:

تیم بایستی برچسب گذاری صحیح تمامی نمونه های جراحی را با شناسایی بیمار، نام و محل نمونه گیری (موضع و طرف بدن) از طریق خواندن مشخصات نمونه توسط یکی از اعضای تیم جراحی به صدای بلند و توافق و تأیید کلامی فرد دیگری از تیم، مورد تأیید قرار دهد.

به منظور برقراری ارتباط موثر و تبادل اطلاعات حیاتی در جهت اجرای ایمن عمل جراحی توصیه اکید به انجام موارد ذیل توسط تیم می شود:

بایستی جراح قبل از برش پوست از آگاهی و اطلاع اعضای تیم به ویژه پرستاران ، متخصصین بیهوشی و کمک جراحان از گام ها یا مراحل حیاتی در اجرای پروسیجر ، خطر از دست دادن خون، هرگونه تجهیزات ضروری و مورد نیاز ( نظیر ابزار، ایمپلنت، تصویر برداری ضمن جراحی) **Frozen section pathology** هرگونه تغییر خدمات معمول اطمینان کسب نماید. پرستاران بایستی اعضای تیم را در خصوص هر گونه دغدغه حیاتی ایمنی و فقدان وجود یا آمادگی هر گونه تجهیزات خاص، آگاه سازند متخصصین بیهوشی بایستی اعضای تیم را در خصوص هر گونه دغدغه حیاتی ایمنی، به ویژه وجود هر گونه مشکل در آمادگی احیاء بیمار بعد از دست دادن خون زیاد یا معلولیت همراه بر خطر بیهوشی می افزایش دهد، را آگاه نماید.

در موارد اندام های قرینه، بخش های چندگانه بدن ( نظیر انگشتان دست یا پا) سطوح چندگانه نظیر ستون مهره ها) یا در مواردی که بایستی در حین عمل در مورد وسعت رزکسیون جراحی براساس تصویر برداری رادیولوژیکی تصمیم گیری شود، تیم بایستی از وجود تصویر برداری ضروری و نمایش آن ها در اتاق عمل اطمینان کسب نمایند.

قبل از برداشتن درپ در پایان جراحی ، بایستی جراح ، اعضای تیم را از هر گونه تغییر در اجرای پروسیجر، هر گونه مشکل احتمالی در دوره بعد از جراحی و برنامه درمانی ضروری بعد از جراحی ( که ممکن است شامل آنتی بیوتیک های ، پروفیلاکسی ترومبوآمبولسم و ریدی ، دریافت خوراکی یا درناژ و مراقبت از زخم) آگاه نماید. متخصص بیهوشی بایستی شرایط بالینی بیمار در طی جراحی و هر گونه دستورالعمل مورد لزوم برای تضمین برگشت ایمن بیمار را خلاصه نماید. پرستار بایستی توجه تیم را به هر گونه دغدغه های اضافی تشخیص داده شد در طی جراحی یا برای ریکواری جلب نماید.

اطلاعاتی که توسط جراح در برگه گزارش جراحی ثبت می شود، حداقل بایستی شامل نام پروسیجر اصلی و هر گونه پروسیجرهای ثانویه اجرا شده ، نام کمک جراحان، جزئیات پروسیجر و از دست دادن خون در حین جراحی، اطلاعاتی که توسط متخصص بیهوشی ثبت می شود، حداقل بایستی شامل پارامترهای علائم حیاتی گزارش شده در فواصل دوره ای منظم، داروها و محلول های وریدی تجویز شده و هر گونه اتفاق در حین عمل جراحی یا دوره هایی از ناپایداری بیمار. اطلاعاتی که توسط تیم پرستاری ثبت می شود، حداقل بایستی شامل شمارش اسفنج ها ، سرسوزن ها، وسایل نوک تیز و برنده و ابزار ، نام و سمت فرد مسئول شمارش، هر گونه اقدام انجام شده در صورت مغایرت شمارش انجام شده و در صورتی که شمارش انجام نشده علت عدم شمارش باشد. گزارش کامل عمل جراحی بایستی شامل نام و نام خانوادگی تمامی تیم اعضای تیم جراحی باشد.

چک لیست جراحی ایمنی

اقدامات قبل از بیهوشی بیمار

با حضور حداقل پرستار و متخصص بیهوشی)

آیا بیمار نام و نام خانوادگی نوع و موضع عمل جراحی و رضایت خود از عمل جراحی را تأیید نموده است؟

بلی

آیا موضع عمل علامت گذاری شده است؟

بلی  کاربرد ندارد

آیا چک داروها و ماشین بیهوشی کامل شده است ؟

بلی

آیا پالس اکسی متری به بیمار متصل و در حال کار است؟

بلی

آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟

بلی  خیر

آیا بیمار دارای راه هوایی مشکل یا در معرض خطر آسپیراسیون است

خیر

بلی و تجهیزات / کمک موجود است

آیا خطر از دست رفتن بیش از ۵۰۰ میلی لیتر خون ( در کودکان ۷ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن)

خیر

آبله و دوره وریدی / مرکزی و مایعات وریدی برنامه ریزی شده است

اقدامات قبل از برش پوست بیمار

( با حضور پرستار ، متخصص بیهوشی و جراح )

تایید می شود. کلیه اعضای تیم جراحی نام و نام خانوادگی و سمت خود را به بیمار معرفی کرده اند .

نام و نام خانوادگی بیمار، نوع پروسیجر و محل برش جراحی تایید می شود.

آیا آنتی بیوتیک پروفیلاکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است ؟

بلی  موردی ندارد

وقایع مهم قابل پیش بینی

برای متخصص جراحی

آیا گام های حیاتی و یا غیر معمول در حین عمل جراحی چیست؟

عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟

آیا میزان خون ریزی احتمالی حین عمل چقدر است؟

برای متخصص بیهوشی:

آیا مشکل خاصی در مورد بیهوشی بیمار وجود دارد ؟

برای تیم پرستاری :

آیا استرلیتی وسایل و لوازم جراحی از جمله نتایج شاخص های استریلایزر ها تایید شده است ؟

آیا در خصوص تجهیزات مشکل و یا نگرانی وجود دارد ؟

آیا تصویر اصلی در حال نمایش است ؟

بلی  کاربردی ندارد

اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل

با حضور پرستار ، متخصص بیهوشی و جراح )

پرستار به صورت کلامی موارد زیر را تایید می نماید .

نام پروسیجر

تکمیل شمارش لوازم جراحی ، گاز و سرسوزن

برچسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل ( مشخصات مندرج بر روی برچسب نمونه از جمله نام و نام خانوادگی بیمار را با صدای بلند بخوانید)

آیا اشکال و یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد .

برای متخصص جراحی و متخصص بیهوشی و پرستار :

چه نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به هوش آمدن (ریکاوری ) و درمان بیمار وجود دارد؟

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



کد خط مشی : POL-CC-1  
تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵  
تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱  
تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱  
تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱  
شماره بازنگری : ۴  
شماره صفحه : ۱

عنوان / موضوع :	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری
هدف:	جلوگیری از هرگونه خطا و اشتباه در روند دستورات تلفنی یا شفاهی
منابع و مکانات لازم:	فرم ثبت دستورات پزشکی - تلفن
دامنه:	کلیه بخش های درمانی
پرسنل مرتبط:	پرستار - ماما - پزشک
صاحبان فرایند:	مدیر خدمات پرستاری - سوپروایزرین - مسئول فنی بیمارستان
ذینفعان:	کلیه کارکنان بالینی
تعاریف:	دستور شفاهی: دستور دارویی یا مراقبتی که تلفنی یا شفاهی بدون ثبت در پرونده توسط پزشک معالج جهت ادامه درمان در موارد ضروری داده میشود.
سیاست:	با توجه لزوم اهمیت استمرار مراقبت مطلوب و درمان به موقع و سریع بیماران و به منظور اطمینان از ثبت کلیه اقدامات انجام گرفته و جلوگیری از بروز خطا در روند دستورات تلفنی یا شفاهی بیمارستان سیاست های ذیل را در این خصوص اتخاذ نموده است. استفاده از ۲ نفر در ثبت و کنترل و اجرای دستور تلفنی توسط ۲ نفر
منابع انسانی مورد نیاز:	پرستار - پزشک
شرح فعالیت:	



- ۱- پرستار از دستورات تلفنی زمانی تبعیت می کند که اضطراری وجود داشته باشد و به منظور اطلاع سریع و به موقع وضعیت های بحرانی ملزم به اجرای دستورات تلفنی یا شفاهی می باشد.
- ۲- پرستار از شرایط محدود کننده صدور دستور تلفنی آگاه است (تجویز داروهای با هشدار بالا- وضعیت اولیه بیمار به عنوان ویزیت اولیه و دستورات انتقال و ترخیص و دستوراتی که اجرای آنها تنها با حضور پزشک قابل اجرایی باشد).
- ۳- پزشک معالج با توجه به شرایط محدود کننده دستورات اورژانس را تلفنی زمانی صادر می نماید که تا زمان حضورشان بر بالین بیمار نیاز به اجرا می باشد.
- ۴- پرستار در گزارش تلفنی نام بیمار اتاق و تشخیص بیماری و بخش مربوطه را دقیقاً مشخص نموده و برچسب سبز رنگ مربوط به دستور تلفنی را در محل دستور جهت تاکید بیشتر الصاق می نماید
- ۵- پرستار موظف است در هنگام اطلاع به پزشک و دریافت دستور شفاهی از همکاری خود بخواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند عنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضا و اجرا نماید.
- ۶- پرستار قرائت دستور تلفنی را در حضور یکی دیگر از کادر پرستاری بخش و یا سوپروایزر وقت (پرستار شاهد) بازگو می کند.
- ۷- پرستار دستورات پزشکی را مجدداً از پشت تلفن با حضور پرستار شاهد برای وی تکرار می کند تا از صحت و دقت دستورات اطمینان حاصل نماید.
- ۸- پرستار از سوالات شفاف جهت اجتناب از سوء تفاهات استفاده می کند.
- ۹- پرستار دستورات تلفنی را در برگ دستورات پزشکی (۱۱) همراه با مشخصات پزشکی که با ایشان تماس گرفته ثبت و نام خود را با ذکر زمان و ساعت تماس در پایین دستورات قید می نماید.
- ۱۰- پزشک معالج موظف می باشد در اولین مراجعه با بالین بیمار و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت دستورات تلفنی خود را کامل و امضا نماید.

تهیه کنندگان: دکتر خاطره علوی - حمید ثمره - مهدیه ربانی - فرجام هاشمی - مریم محمد حسینی - نغمه سرمست - اویسا اسدی - خانم یوسف الهی - خانم تاجیک - خانم سمانه سلاجقه	تأیید کننده : حمید ثمره	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: رییس بخش داخلی - مترون - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر آموزشی - سرپرستار اورژانس - مامای مسنول زایشگاه - مامای مسنول زنان زایمان - سرپرستار جراحی زنان - سرپرستار جراحی مردان - سرپرستار نوزادان	سمت: مترون	سمت: ریاست بیمارستان

کد خط مشی : POL-CC-2

تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری ۳

شماره صفحه ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی




۱- مسئول فنی داروخانه بر روند درخواست، انبارش، توزیع و سفارش داروهای مخدر نظارت می نماید

۲- مدیریت بیمارستان جهت هر کدام از افراد دخیل در فرایند تحویل و تحول داروهای مخدر ابلاغ رسمی صادر می نماید. (رابطین بخش ها و نماینده رسمی بیمارستان جهت تحویل دارو از سازمان غذا و دارو)

۳- مسئولین تحویل داروهای مخدر از داروخانه در بخش های اتاق عمل و بخش های بستری درخواست داروی مخدر را پس از تکمیل مستندات لازم به داروخانه ارجاع می دهند

- ۴- مسئول فنی داروخانه پس از کنترل مستندات مربوطه داروی مخدر را به رابط تعیین شده تحویل می دهد
- ۵- مسئول فنی داروخانه از انبارش داروهای مخدر در انبار داروخانه و در صندوق ایمن و قفل دار اطمینان حاصل می نماید
- ۶- مسئول فنی داروخانه به نقطه سفارش داروهای مخدر در سیستم توجه می نماید و درخواست مربوطه را به امور غذا و دارو ارسال می نماید (نقطه سفارش یک سوم موجودی)
- ۷- مسئول فنی داروخانه درخواست داروهای مخدر را از طریق نماینده رسمی بیمارستان به سازمان غذا و دارو ارسال و داروهای تحویل گرفته شده را کنترل و ثبت می نماید
- ۸- هیچ کدام از کارکنان بیمارستان اجازه دسترسی به صندوق داروهای مخدر را بدون هماهنگی و اطلاع مسئول فنی بیمارستان ندارند .

تهیه کنندگان: فرزانه امیری - حمید ثمره - رضوان اسلامیت - مژگان قانعان	تائید کننده : دکتر رامین رجایی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مدیر بهبود کیفیت - مترون - سوپروایزر - مسئول فنی داروخانه	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: ریاست بیمارستان

<p>کد خط مشی : POL-CC-۳</p> <p>تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۷/۱۵</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۹/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۳</p> <p>شماره صفحه ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
<p><b>خط مشی شناسایی و اعزام بیماران مبتلا به کووید</b></p>		
<p>1- پرستار در هر شیفت بیمار را از نظر علائم کووید بررسی می کند (کنترل علائم حیاتی شامل BP, T, RR, SPO2 و علائم بیماری کووید).</p>		

2-پرستار موارد مشکوک به کرونا را شناسایی می کند.

3-پرستار احتیاطات استاندارد را رعایت می کند

4- پرستار مورد مشکوک را به سوپروایزر و ابزار کنترل عفونت اطلاع می دهد .

5-پزشک معالج یا پزشک اورژانس وضعیت بیمار را به اطلاع آنکال عفونی می رساند(مشاوره عفونی)

6-آنکال عفونی بیمارستان با واحد عفونی بیمارستان مقصد هماهنگی لازم را انجام می دهد.

7-سوپروایزر بیمارستان مشخصات بیمار را در سیستم MCMC ثبت می نماید.

8-کارشناس MCMC به واحد EOC اطلاع می دهد.

9-کارشناس MCMC با سوپروایزر بیمارستان مقصد هماهنگی می کند.

10-بیمار توسط آمبولانس بیمارستان به همراه پرستار با رعایت تجهیزات فردی به بیمارستان مقصد اعزام می گردد.

تأیید کننده : دکتر مهدیه خلیلی زاده	تهیه کنندگان: آزاده موقر زاده -حمید ثمره -رضوان اسلامیت -	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: رئیس کنترل عفونت بیمارستان	سمت: پرستار کنترل عفونت -مترون-سوپروایزر-	سمت:ریاست بیمارستان

کد دستورالعمل : 1-INS-CC

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کرمانیا-خط مشی



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

عنوان دستورالعمل :	نحوه جابجایی درون بخش و بین بخش بیماران
مسئولیت اجرا:	سرپرستار - پرستار مسئول شیفت
امکانات لازم:	فرم اتصال بین بخش - منابع راهنمایی برقراری ارتباط صحیح کارکنان در حین تحویل بیمار
منابع:	تجربیات بیمارستان
پرسنل مرتبط :	پرستاران بخش های بالینی و پرسنل پذیرش

شرح دستورالعمل :

مسئول شیفت بایستی هر گونه جابجایی بیمار را به اطلاع واحد مقصد و واحد پذیرش برساند.

هر گونه جابجایی درون و بین بخش باید به بیمار و همراهانشان اطلاع رسانی شود و دلایل آن ذکر گردد.

جابجایی درون بخشی بیمار باید در حداقل زمان به اطلاع کلیه کارکنان واحد رسانده شود تا شماره اتاق و پرونده اصلاح گردد.

پرستار بایستی از آماده بودن تخت و اتاق دیگر جهت جابجایی بیمار اطمینان حاصل کرده بیمار را نیز آماده نماید (نظارت بر اتصالات و پوشش)

بیمار باید بطور ایمن توسط پرسنل کمک بهیار و خدمات به اتاق دیگر جابجا و پرستار موظف به نظارت است.

مسئول شیفت ضمن اطلاع به واحد پذیرش در خصوص جابجایی بین بخشی اتاق و تخت بیمار مربوطه پرونده بیمار را در این خصوص اصلاح نماید

(شماره جلو پرونده)

در صورت جابه جایی بیمار به واحد دیگر ، به بخش مقصد اطلاع و از وجود اتاق و تخت خالی اطمینان حاصل نمایید.  
کلیه مراقبت های پرستاری معمول و اقدامات روتین قبل از جابجایی انجام پذیرد.  
پرونده و کاردکس بیمار را کامل و مرتب نمایید( گزارش پرستاری با تاکید بر اقدامات در حال انجام و اقدامات انجام نشده ثبت گردد.  
انجام موارد Start و پروسیجر های اورژانسی در بخش مبدا هرگز به تعویق نیافتند.  
بایستی هر گونه اتصالات و IV Line از لحاظ صحت و تاریخ کنترل گردد .  
در صورت داشتن پانسمان ، بایستی پانسمان تمیز و با تاریخ باشد.  
بیمار را باید با تخت خود و یا در صورت امکان با برانکارد دارای نرده به همراه کمک پرستار و بیمار بر( حتی الامکان رعایت طرح انطباق ) حفظ حریم وی به بخش مقصد منتقل نماید.  
در هنگام تحویل بیمار از تکنیک SBAR ( اطلاع و وضعیت فعلی / سوابق بیمار و بستری / ارزیابی / توصیه ها )  
پرستار بایستی اطلاعاتی برای پیگیری سوپروایزرین به پرستار بخش مقصد اطلاع دهد )  
بایستی همراه پرونده کلیه مدارک بیمار اعم از گرافی ها ، CT و انتقال یابد.  
فرم انتقال بین بخش را پس از تکمیل به مهر و امضاء پرستار بخش مقصد برساند.  
جابجایی در شیفت حتی المقدور با وجود پرسنل همگن انجام گیرد.  
لازم به تذکر است بعد از اتمام تحویل ، بخش مقصد بایستی تمام موارد را قبل از تحویل کنترل نماید و پس از آن حق هیچگونه اعتراضی ندارد.

تهدیه کنندگان: مهدیه ربانی - رضوان اسلامیت - آزاده موقرزاده - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور	تائید کننده: حمید ثمره	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: سوپروایزر بالینی شب - سوپروایزر بالینی عصر - سوپروایزر بالینی صبح - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر شب	سمت: مترون	سمت: ریاست بیمارستان

کد دستورالعمل : INS-CC-2

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



بیمارستان کارمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

عنوان دستورالعمل :	نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات - خارج از بیمارستان
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر شیفت
امکانات لازم:	آمبولانس - پرستار ماما - بیمار بر
منابع:	تجربیات بیمارستان
پرسنل مرتبط :	پرستار - ماما - سوپروایزرین - پزشک
شرح دستورالعمل :	در صورت نیاز به انتقال بیمار به مراکز دیگر پرستار بایستی دستور کتبی پزشک را در این مورد کنترل ، چک نماید. لازم است جهت تعیین وقت قبلی انجام خدمات پاراکلینیک (سونوگرافی ، CT و...) اطمینان از تخت خالی بخش و یا واحد بالینی مقصد با مرکز مربوطه هماهنگی لازمه بعمل آید و پرستار باید مراتب را به اطلاع سوپروایزر برساند. پرستار بایستی قبل از انتقال وضعیت بیمار را تثبیت نماید( اقدامات شامل ارزیابی نیاز های بیمار می باشد. مترون یا سوپروایزر شیفت با توجه به شرایط بیمار مسئول تهیه ایمنی تدارک تسهیلات اعزام بی خطر بیماران شامل آمبولانس مجهز به تجهیزات

استاندارد ضروری می باشد و همراهان ( کادر بالینی همراه) کارآمد و حتی الامکان همگن را طبق درخواست خدمت پزشک معالج انتصاب می نماید. در صورت انتقال بیمار با آمبولانس خصوصی ، شرایط آمبولانس و پرسنل همراه بیمار باید از نظر تجهیزات و مهارت کادر توسط مترون / سوپروایزر پزشک تایید گردد .

پرستار بایستی فرم خروج موقت را جهت بیمار تکمیل و به پرونده بیمار ضمیمه نماید .

انتقال اطفال نیازمند توجه ویژه ای بوده و نیاز مند مهارت کافی است .

پرستار باید به این مهم توجه نماید .

در تمامی مراحل انتقال کادر درمانی بایستی حریم خصوصی وایمنی بیمار را حفظ نماید.

سطوح انتقال : سطح بالاتر جهت اقدامات تخصصی تر

سطح پایین تر جهت مراقبت.

سطح همتراز : جهت فراهم نیاز نیروی تخصصی تجهیزات .

۹- پرستار بایستی کلیه اقدامات انجام شده برای بیمار در زمینه انتقال موقت را در پرونده با ذکر ساعت و تاریخ ثبت نماید.

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مهدیه ربانی -رضوان اسلامیت -زاده موقرزاده - فرجام هاشمی -مهدیه مهدی پور	حمید ثمره	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:ریاست بیمارستان
سوپروایزر بالینی شب -سوپروایزر بالینی عصر -سوپروایزر بالینی صبح -سوپروایزر آموزشی -سوپروایزر شب	مترون	

کد دستورالعمل : 3-INS-CC

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخش های بالینی
مسئولیت اجرا:	پرستار - ماما - سوپروایزر آموزشی
امکانات لازم:	پمفلت ها و بروشور ها آموزشی فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص - فرم های نیاز سنجی آموزشی و رضایت سنجی آموزشی بیمار
منابع:	کتاب اصول آموزش به بیمار - استاندارد های اعتبار بخشی
پرسنل مرتبط :	پرستاران کادر درمانی - مسئول تغذیه - سوپروایزرین - مسئول آموزش
شرح دستورالعمل :	
	<b>آموزش خود مراقبتی بدو ورود به بیمار :</b>
۱- پرستار مسئول بیمار بایستس در بدو ورود به بخش پس از معرفی خود ، خوش آمد گویی و بررسی دستبند شناسایی ، بیمار را همراه پرونده به بخش هدایت نماید .	

- ۲- پرستار در حین هدایت بیمار به بخش، آموزش های اولیه شامل نحوه دسترسی به بخش مورد نظر، تماس با بخش، آشنایی با طبقات، معرفی سو پروایزر مرکز و مسئول بخش، خدمات رفاهی مرکز، پرداخت هزینه هاتنرها از طریق واحد حسابداری بیمارستان به بیمار آموزش می دهد.
- ۳- کلیه پرسنل مرتبط با آموزش بیمار برنامه های آموزشی بیمار را بصورت هماهنگ انجام می دهند.
- ۴- پرستار از انواع روش های آموزشی مانند چهره به چهره - پمفلت های آموزشی موجود در بخش و یا پخش فیلم در اتاق بیمار استفاده می نماید.
- ۵- پرستار مسئول بیمار نحوه دسترسی به پزشک، پرستار و آشنایی با زنگ احضار پرستار را به بیمار آموزش میدهد
- ۶- پرستار مسئول بیمار در خصوص آشنایی بیمار با بخش، تخت و محافظ تخت، تفکیک زباله، محل حمام و سرویس بهداشتی در بخش، بهداشت فردی را به بیمار آموزش می دهد
- ۷- متصدی پذیرش دستورالعمل های راهنمایی بیمار در بیمارستان و منشور حقوق بیمار را در بدو پذیرش به وی تحویل می دهد
- ۸- پرستار نکات ایمنی از جمله اهمیت نگهداری دستبند شناسایی، پیشگیری از سقوط از تخت، زخم بستر و علائم آن و پیشگیری از پیشرفت آنها، و پیشگیری از ترومبوآمبولی را به بیمار آموزش می دهد
- ۹- پرستار مسئول بیمار در خصوص پیشگیری از عفونت های بیمارستانی حین بستری و پس از ترخیص به بیمار آموزش می دهد.

### آموزش خود مراقبتی حین بستری به بیمار :

- ۱- پرستار ضمن تکمیل فرم ارزیابی اولیه ضمن پرسش هایی نیاز آموزشی بیمار را با توجه به دغدغه های بیمار و ترجیحات پرستاری تعیین می نماید
- ۲- پرستار مسئول بیمار آموزش چهره به چهره را برای بیمار با توجه به نوع بیماری انجام می دهد
- ۳- پرستار مسئول بیمار مراقبت های قبل و بعد از هر پروسیجر را به بیمار آموزش می دهد
- ۴- پرستار مسئول بیمار در خصوص میزان استراحت و فعالیت بیمار با توجه به نوع بیماری و وضعیت بیمار و دستور پزشک آموزش می دهد
- ۵- پرستار مسئول بیمار در خصوص رژیم و تغذیه بیمار آموزش های لازم را به بیمار می دهد
- ۶- پرستار مسئول بیمار در خصوص مراقبت های دارویی به بیمار آموزش می دهد
- ۷- پرستار مسئول بیمار در خصوص مراقبت ها: سوند، درن، گچ، پانسمان، لوله ها و اتصالات به بیمار آموزش می دهد
- ۸- پرستار مسئول بیمار در خصوص پوزیشن مناسب در بستر با ذکر دلیلی به بیمار آموزش می دهد
- ۹- پرستار مسئول بیمار در خصوص شناسایی گروه های آسیب پذیر و اقدام طبق خط مشی مربوطه دقت می نماید
- ۱۰- پرستار مسئول بیمار در خصوص مراقبت از زخم به بیمار آموزش می دهد
- ۱۱- پرستار مسئول بیمار در خصوص آمادگی های لازم قبل از انجام اقدامات پاراکلینیکی به بیمار آموزش می دهد
- ۱۲- پرستار در خصوص تلفیق دارویی به بیمار آموزش می دهد
- ۱۳- پرستار مسئول بیمار به بیمار اجازه می دهد تا ابهامات احتمالی خود را در خصوص خود مراقبتی از پرستار پس از کلیه آموزش های داده شده، بپرسد

### آموزش خود مراقبتی حین بستری توسط پزشک :

- ۱- پزشک معالج در خصوص توضیح در خصوص پروسیجر، دلیل انجام و روش انجام، عوارض احتمالی، روش های جراحی، اخذ رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی قانونی و بیه بیمار آموزش می دهد
- ۲- پزشک در خصوص بیماری و برنامه درمان، روش های درمان جایگزین، پیامد های درمان و عوارض احتمالی به بیمار آموزش می دهد.
- ۳- پزشک معالج در خصوص رژیم غذایی و فعالیت بدنی بیمار به بیمار آموزش می دهد
- ۴- پزشک معالج در خصوص تعیین زمان تقریبی ترخیص به بیمار آموزش می دهد
- ۵- پزشک معالج به بیمار اجازه می دهد تا ابهامات احتمالی خود را در خصوص خود مراقبتی از پرستار پس از کلیه آموزش های داده شده، سؤال نماید

### آموزش های زمان ترخیص به بیمار :

- ۱- پرستار مسئول بیمار در خصوص مدت زمان مصرف دارو و نحوه صحیح مصرف دارو به بیمار آموزش می دهد
- ۲- پرستار مسئول در خصوص میزان و نوع فعالیت بدنی در منزل به بیمار آموزش می دهد
- ۳- پرستار مسئول در خصوص رژیم غذایی بیمار در منزل به بیمار آموزش می دهد
- ۴- پرستار مسئول بیمار در خصوص علائم هشدار دهنده جهت مراجعات بعدی به بیمار آموزش می دهد
- ۵- پرستار مسئول بیمار در خصوص نحوه مراقبت از زخم و پانسمان زخم در منزل به بیمار آموزش می دهد
- ۶- پرستار مسئول بیمار تاریخ مراجعات جهت دریافت نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی اقدام می نماید
- ۷- پرستار مسئول بیمار زمان و مکان مراجعه بعدی به پزشک معالج را به بیمار آموزش می دهد
- ۸- رابطین آموزش در بخش ها آموزش های بیمار را نظارت می نمایند

- ۹- رابطین آموزشی هر بخش چک لیست های نیاز سنجی آموزشی که توسط بیمار تکمیل شده است را جمع اوری و پایش می نمایند
- ۱۰- رابطین آموزشی هر بخش چک لیست رضایت سنجی آموزش به بیمار را که توسط بیمار تکمیل شده است جمع اوری و پایش می نمایند
- ۱۱- رابطین آموزشی چک لیست های مذکور را به سوپروایزر آموزشی تحویل می دهند
- ۱۲- سوپروایزر آموزشی بیمارستان در شناسایی نقاط قابل بهبود و انجام اقدامات اصلاحی اقدام می نماید .
- ۱۳- پرستار حامی بیمار ضمن انجام فلواپ پس از ترخیص از بیماران اثر بخشی آموزش به بیمار را پایش و نتایج را تحلیل و به سوپروایزر آموزشی تحویل می دهد
- ۱۴- سوپرایزر آموزشی بیمارستان در شناسایی نقاط قابل بهبود و انجام اقدامات اصلاحی اقدام می نماید
- ۱۳- آموزش خود مراقبتی باید بگونه ای واضح و با توجه به تحصیلات و فرهنگ بیمار ارائه گردد تا بیمار توانایی در تصمیم گیری ادامه درمان خود را کسب نماید.
- ۱۳- در هر شیفت فرم آموزش به بیمار ( بدو ورود- حین بستری - ترخیص) توسط پرستار تکمیل و به امضاء بیمار رسانده شود.
- ۱۴- پرستار باید در زمان ارزیابی بیمار تمامی موارد نیاز به آموزش ( آموزش مستمر) را به طور دقیق ثبت نماید.
- ۱۵- جهت بهبود روند آموزشی مراقبت بالینی بایستی از پمفلت آموزشی ، فیلم و پوستر آموزشی استفاده کند.
- ۱۶- پرستار باید تمامی موارد نیاز به انجام آموزش را به شیفت بعد منتقل کند.
- ۱۷- کلیه آموزش های ارائه شده توسط پزشک ( شامل روند درمان میزان فعالیت کنترل درد- بیماریهای زمینه ای - در هنگام بستری و نحوه و مقدار زمان مصرف دارو و علائم و نشانه های خطر راهنمای مراقبت در منزل در هنگام ترخیص) در فرم مربوطه در دو نسخه ثبت و مهر و امضاء گردد و نسخه خوانا رابه بیمار تحویل می دهد.
- ۱۸- به کلیه مادران شیرده پس از زایمان آموزش شیردهی موفق چهره به چهره مطلوب ، حتی الامکان بصورت فیلم و بروشور و کتابچه ارائه می گردد.
- ۱۹- پرستار باید در هنگام ترخیص بصورت چهره به چهره همچنین استفاده از پمفلت و مطالب آموزشی بیمار را در زمینه خود مراقبتی در منزل آموزش دهد.

تهیه کنندگان:	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مهديه رباني - رضوان اسلاميت - آزاده موقرزاده - فرجام هاشمي - مهديه مهدي پور	حميد ثمره	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سوپروایزر بالینی شب - سوپروایزر بالینی عصر - سوپروایزر بالینی صبح - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر شب	مترون	

کد دستورات العمل : INS-CC-4

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورات العمل :	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر و مسئول اتاق عمل
منابع و امکانات لازم:	دستگاه فشار سنج - مانیتورینگ - پالس اکسی متر و کلیه لوازم و تجهیزات مراقبت در بخش
پرسنل مرتبط :	کلیه پرسنل بالینی در بخش ها و اتاق عمل

شرح دستورات العمل :

- ۱- اجرای مراقبت های پرستاری قبل و بعد از عمل جراحی برعهده پرستار مسئول بیمار در بخش می باشد
- ۲- توصیه می گردد با توجه به استفاده بهینه از تخت های بستری و به علت سرعت در فرایند ها و رفاه حال بیمار ، بعضی از اقدامات پاراکلینیکی ، قبل از عمل و مراجعه به پذیرش بیمارستان طبق صلاحدید و توصیه پزشک معالج توسط بیمار انجام شود .

- ۳- پرستار باید بیمار را براساس دستورالعمل های مربوطه و با توجه به دستبند و خود اظهاری وی را شناسایی کند.
- ۴- پرستار بعد از ارزیابی بیمار در بدو ورود بایستی برحسب پرتکل بیمارستان جهت بیماران بالای ۴۰ سال و در معرض خطر انجام مشاوره ECG و آزمایشات روتین عکس قفسه سینه را پیگیری و اطلاع دهد.
- ۵- پرستار باید از NPO بودن بیمار مربوطه اطمینان حاصل نماید .
- ۶- جهت جلوگیری از خطا، پرستار بایستی محل عمل را با توجه به تشخیص و دستور پزشک مشخص نماید.
- ۷- محل عمل باید با پرونده بیمار، ابراز خود بیمار، شرح حال بیمار و تشخیص ها صحت گذاری شود.
- ۸- محل عمل باید از نظر شیو توسط مسئول شیفت کنترل و از خروج لباس ها و پوشیدن گان اطمینان حاصل نماید.
- ۹- پرستار باید محل عمل را از نظر علامت گذاری موضع عمل شامل جانبی و کناری ( چپ و راست ) ساختارهای چند گانه (انگشتان دست و پا) سطوح چندگانه (ستون فقرات) صحت گذاری نماید.
- ۱۰- حصول اطمینان از اینکه تمام، تصویر بردارها و مدارک (MRI-CT – سونوگرافی) مرتبط در دسترس و آماده هستند و بصورت مناسب برچسب زده شده اند باید توسط پرستار مسئول انجام گردد.

- ۱۱- در صورت لزوم انجام پروفیلاکسی توسط پرستار قبل از عمل صورت پذیرد.
- ۱۲- خروج کلیه زینت آلات، دندان مصنوعی، عینک و سمعک باید توسط پرستار کنترل شود.
- ۱۳- پرستار بایستی فرم شماره ۸ در پرونده را تکمیل و از آماده بودن وسایل و تجهیزات پزشکی کاشتنی و تخلیه ممانه بیمار اطمینان حاصل نماید .
- ۱۴- انجام دستورات قبل از عمل مانند تنقیه برقراری IVLINE یا بررسی صدای قلب جنین در اعمال سزاین بایستی توسط پرستار انجام و ثبت گردد.
- ۱۵- پرستار بایستی هر گونه آلرژی و حساسیت دارویی و غذای بیمار را در پرونده ثبت نماید .
- ۱۶- در اعمال ارتوپدی دوش گرفتن با صابون آنتی باکتریال به بیماران توصیه و نظارت نمایید.
- ۱۷- پرستار باید پس از کنترل و ثبت علائم حیاتی و ارایه آموزش های لازم، آمادگی بیمار را به اتاق عمل اطلاع دهد.
- ۱۸- بیمار باید بطور ایمن (استفاده از صندلی چرخ دار یا برانکاردر کمربند دار) توسط پرستار یا کمک بهیار به اتاق عمل راهنمایی شود.
- ۱۹- تحویل بیمار در اتاق عم باید با شناسایی بیمار توسط پرسنل اتاق عمل همراه باشد
- ۲۰- بیمار باید توسط پرسنل اتاق عمل (بیهوشی جراح) مجددا ارزیابی و قبل از شروع عمل شناسایی شود.
- ۲۱- کنترل علائم حیاتی و هوشیاری مراقبت از اتصالات توسط پرسنل مربوطه در اتاق انجام و ثبت گردد.

### مراقبت و پایش مستمر پس از عمل در ریکاوری

- ۱- مسئول ریکاوری بایستی بلافاصله بعد از تحویل بیمار از اتاق عمل وی را ارزیابی و مانیتورینگ نماید.
- ۲- مسئول ریکاوری باید گزارش کامل وضعیت بیمار را از پزشک بیهوشی باید پرستار انتقال دهنده دریافت کند.
- ۳- بسته به نوع عمل سر تخت را باید ۳۰ درجه بالا آورده و در صورت عدم مشکل در مهره های گردنی و در صورت امکان پوزیشن ریکاوری بدهد.
- ۴- بیمار را در وضعیت پهلو قرار داده و با گذاشتن دست روی پیشانی بیمار سر او را به عقب و چانه را به سمت بالا بیاورید.
- زده های کنار تخت باید بلافاصله بالا آورده شود.
- ۵- در صورت بروز دیسترس تنفسی علاوه بر وضعیت ریکاوری air way را باید باقی بگذارید.
- ۶- مسئول ریکاوری باید بیمار را با پالس اکستیمیری وصل و اکسیژن تراپی را با ماسک شروع نماید.
- ۷- لازم است که رنگ پوست و مخاط دهان لب ها و ناخن ها و لاله گوش از نظر کیبودی توسط مسئول ریکاوری کنترل گردد.
- ۸- مسئول ریکاوری باید سرمها را راه اندازی کند و دستور داروهای داده شده داروهای مسکن و مخدر اجرا نماید.
- ۹- محل پانسمان و باید از نظر خونریزی غیر طبیعی کنترل گردد.
- ۱۰- مسئول ریکاوری علائم حیاتی را تا ثابت شدن وضعیت هر ۱۰ تا ۱۵ دقیقه انجام و ثبت نماید .
- ۱۱- در صورت بیقراری بیمار باید نکات ایمن بخصوص خطر سقوط از تخت توسط پرسنل ریکاوری رعایت گردد.
- ۱۲- در صورت داشتن گچ و بانداژ محکم بایستی سیستم عصبی عروقی ناحیه توسط پرسنل ریکاوری کنترل شود.
- ۱۳- کلیه موارد غیر طبیعی ثبت و باید به پزشک بیهوشی و با جراح گزارش گردد.
- ۱۴- پس از اجازه ترخیص توسط متخصص بیهوشی پرسنل ریکاوری باید هماهنگی لازم با بخش مربوطه را جهت انتقال بیمار بعمل آورده و گزارش های پرونده در برگ مخصوص تکمیل نماید.
- ۱۵- مسئول بیمار در ریکاوری هنگام تحویل بیمار به پرستار بخش باید شرح کامل و کوتاهی از وضعیت بیمار داده و همزمان پرونده وی را نیز تحویل دهد .
- ۱۶- پرسنل ریکاوری هرگز بیمار را در ریکاوری ترک نمی نماید.

### مراقبت و پایش مستمر پس از عمل در بخش بستری

- ۱- پرستار باید بلافاصله پس از تحویل بیمار وی را ارزیابی و علائم حیاتی هر ۱۵ دقیقه تا دو ساعت کنترل و ثبت نماید.



۲- پرستار باید با پرسش از بیمار هوشیاری وی را بررسی کند .

۳- در بررسی فوری بیمار جراحی موارد زیر باید توسط پرستار مسئول مورد توجه و اقدامات اصلاحی لازم توصیه شده توسط پزشک اجرا گردند:

وضعیت تنفس - فشار خون - اتصالات و درناژ - خونریزی - درد ایمنی - پانسمان - پوزیشن - تهوع و استفراغ - برقراری سیستم ادراری .

۴- در صورت ایجاد هر گونه اختلال در موارد ذکر شده و یا درمان و بروز علائم غیر طبیعی بایستی مراتب توسط پرستار به اطلاع پزشک معالج رسانده و اقدامات لازمه انجام گیرد.

۵- پرستار باید ایمنی بیمار را در ساعات اولیه بیهوشی بعد از عمل و در تمام مدت بستری وی صحت گذاری نماید

۶- پرستار بایستی به درد بیمار توجه و طبق دستور آنرا تسکین داده و تجویز اکسیژن و ساکشن ترشحات را طبق دستور پزشک اجرا نماید.

۷- پزشک متخصص بیهوشی باید بعد از اتمام عمل جراحی ، بیماران جراحی شده را ویزیت نماید.

۸- کلیه نتایج درخواستی آزمایشات گرافی ها بعد از عمل باید توسط پرستار از سیستم دریافت و به اطلاع پزشک معالج رسانده شود.

۹- پرستار نحوه خود مراقبتی رژیم غذایی انجام حرکات تنفسی و حدود فعالیت را باید به بیمار و همراه او آموزش دهد.

۱۰- پرسنل پرستاری باید کلیه اقدامات و مراقبت های بعمل آورده را ثبت و به شیفت بعد تحویل دهند.

تهیه کنندگان: مهديه ربانی - رضوان اسلامیت - زاده موقرزاده - فرجام هاشمی - مهديه مهدي پور حمید ثمره	تائید کننده : دکتر رضا محمد امینی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: سوپروایزر بالینی شب - سوپروایزر بالینی عصر - سوپروایزر بالینی صبح - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر شب - مترون	سمت: متخصص بیهوشی مسنول فنی	سمت: ریاست بیمارستان

کد دستورالعمل : 8-CC-INS

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از اسکوپپی ها
مسئولیت اجرا:	پرستار
امکانات لازم:	پرستاران مجرب - پرونده بیمار - دفاتر گزارش پرستار و سایر امکانات تجهیزات درمانی و مراقبتی در بخش
منابع:	
دامنه :	کبه بخش های بالینی - اتاق عمل
پرسنل مرتبط :	پرستار بالینی بخش - اتاق عمل - پزشک جراح و بیهوشی
شرح دستورالعمل :	
۱- پرستار باید بیمار را با مستندات (پرونده و دستبند) شناسایی و بستری نماید.	

- ۲- آموزش های لازم جهت آمادگی عمل اسکوپ (لاپاراسکوپ - آرتروسکوپ) باید توسط پرستار به بیمار داده شود
- ۳- پرستار باید از npo بودن بیمار اطمینان حاصل نماید.
- ۴- روده بیمار تحت عمل لاپاراسکوپ باید خالی و عاری از مواد غذایی باشد.
- ۵- محل عمل باید توسط پرستار با توجه به دستور پزشک و ابراز بیمار تشخیص صحت گذاری شود.
- ۶- محل و موضع عمل توسط پرستار علامت گذاری شود.
- ۷- پرستار باید از آماده بودن مدارک (آزمایشات - گرافی ها) اطمینان حاصل کرده و در صورت لزوم مشاوره درخواستی وی پیگیری و انجام شود.
- ۸- پرستار باید پس از کنترل علائم حیاتی و ثبت آن ، از خروج زیور آلات دندان مصنوعی، عینک، لنز اطمینان یابد.
- ۹- در صورتیکه بیمار داروی خاصی را مصرف می نماید طبق دستور پزشک معالج برای وی تجویز نماید.
- ۱۰- پرستار باید از شستشوی محل عمل در آرتروسکوپ زانو با آب صابون یا بتادین توسط کمک پرستار اطمینان حاصل کند.
- ۱۱- پرستار بیمار را باید بطور ایمن توسط کمک پرستار به اتاق عمل راهنمایی می کند.
- ۱۲- بیمار در حین انتقال به و از ریکاوری بایستی توسط متخصص بیهوشی ارزیابی و علائم حیاتی و IV اتصالات دیگر کنترل گردد. (مانیتورینگ)
- ۱۳- مانیتورینگ و کنترل سطح اکسیژن خون بایستی توسط پرسنل مربوطه تا زمان استیبل شدن بیمار بصورت مستمر انجام گیرد.
- ۱۴- در ساعات اولیه تحویل بیمار از اتاق عمل کنترل علائم حیاتی و هوشیاری بیمار ، اتصالات الکترولیت ها خونریزی توسط پرستار بخش مستمرا انجام پذیرد .
- ۱۵- در ساعات بعد از عمل پرستار باید مجددا بیمار را ارزیابی و محل عمل و پانسمان و میزان خونریزی و درن بیمار کنترل نماید.
- ۱۶- پرستار نحوه خود مراقبتی و رژیم غذایی انجام حرکات تنفسی و محدوده فعالیت را باید به بیمار و همراه وی آموزش دهد
- ۱۷- بعد از اعمال جراحی لاپاراسکوپ طبق دستور پزشک باید از شکم بند و در آرتروسکوپ از زانو بند جهت بیمار استفاده شود.
- ۱۸- پرستار باید پس از اعمال آرتروسکوپ زانو، پای بیمار را در وضعیت درخواستی پزشک معالج قرار دهد( بالاتر از سطح قلب) از کیف یخ جهت کاهش درد استفاده نماید .
- ۱۹- از انجام گرافی کنترل در بیمار پس از عمل آرتروسکوپ اطمینان حاصل کند.
- ۲۰- در صورت بروز موارد زیر باید به پزشک اطلاع دهید ورم، گزگز ، درد یا بی حسی انگشتان پا، تب لرز.
- ۲۱- پزشک متخصص بیهوشی باید بعد از اتمام اعمال جراحی ، بیمار را ویزیت نماید .
- ۲۲- پرستار باید اقدامات و مراقبت های بعمل آمده را ثبت و به شیفت تحویل دهد.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مهديه رباني - رضوان اسلاميت - زاده موقرزاده - فرجام هاشمی - مهديه مهدي پور - ناهید شجاعی - حمید ثمره	دکتر رضا محمد امینی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سوپروایزر بالینی شب - سوپروایزر بالینی عصر - سوپروایزر بالینی صبح - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر شب - مترون	متخصص بیهوشی مسنول فنی	

کد دستورالعمل : INS-CC-9

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر قبل - حین و پس از بارداری
مسئولیت اجرا:	سرپرستار بلوک زایمان
امکانات لازم:	نتایج اقدامات تشخیصی و درمانی - پرونده بیمار - دفاتر گزارش پرستاری - کلیه تجهیزات و امکانات مورد نیاز تشخیص و مراقبتی
منابع:	
پرسنل مرتبط :	ماما - پزشک - پرسنل فنی پاراکلینیک و مراکز تشخیص

شرح دستورالعمل :

قبل از بارداری

مراقبت و پایش بیماری های پر خطر قبل از بارداری باید توسط ماما و متخصص زنان بسته به نوع بیماری و سابقه ناهنجاری های دستگاه تناسلی رفتار های پرخطر - اختلالات روانی - اختلالات ژنتیکی - سوء تغذیه - مشکلات دهان - فاصله بارداری - سزارین تکراری - احتمال جفت سرراهی - اکرتا - اینکرتا - انجام و اقدامات مراقبتی لازم انجام می شود.

در موارد بیماری های شایع ارجاع مددجو توسط متخصص زنان به متخصص های مربوطه انجام می شود.

متخصص داخلی ، بیماری تیروئید، متخصص داخلی و غدد، بیماری کلیه، متخصص داخلی و اورولوژی .

بیماری قلبی متخصص قلب و عروق، دیابت، متخصص داخلی و غدد، فشار خون بالا متخصص داخلی.

بیماری اعصاب متخصص اعصاب ، هیپاتیت و ایدز، متخصص داخلی.

تفسیر نتایج آزمایشات قبل از بارداری باید به صورت دقیق انجام شود تا مددجو از نظر بیماری های آنمی - دیابت، تالاسمی ، لوپوس ، پرکاری و کم کاری تیروئید، بیماری های مقاربتی ، ایدز و هیپاتیت و سرچرخه ارزیابی و بررسی شود.

حین بارداری

ماما باید در بدو مراجعه مددجو اختلال هوشیاری (تشنج) در نیمه اول بارداری وی را از نظر تروما - مسمومیت - مول ودر نیمه دوم بارداری از نظر اکلامپسی و در نیمه اول و دوم بارداری از نظر شوک ناشی از خون ریزی به علت حاملی خارج رحمی - سقط - جفت سرراهی - دکولمان - تروما - شوک عفونی از نظر پیلونفریت - آمینوتیت - سقط عفونی بررسی نماید.

در موارد فشار خون بالا ماما باید مددجو را از نظر پره اکلامپسی و شک به اکلامسی ارزیابی کند که شامل میزان دقیق BP سن بارداری، میزان پروتئین ادرار و در صورت امکان وضعیت وزن گیری و وجود سردرد و تاری دید در دایه گاستر سابقه بیماری کلیوی - تهوع و استفراغ می باشد.

در موارد خون ریزی ماما باید مددجو را در نیمه اول بارداری از خطر حاملگی خارج رحم، پاره شدن EP ، شکم حاد، سقط، سقط عفونی تهدید به سقط، مول EP و نیمه دوم بارداری از نظر دکولمان، جفت سرراهی ، رگ سرراهی و زایمان ترم یا پره ترم یا میزان خون ریزی ، تهوع، استفراغ، درد شکم، سن بارداری، تعداد ضربان قلب جنین، معاینه شکم، ارتفاع و تونسیه رحم بررسی نماید. در موارد خونریزی در مادر ارهاش منفی و پدر ارهاش مثبت تزریق رگام ضروری است .

در موارد آب ریزی و پارگی کیسه آب در نیمه اول بارداری ماما باید مددجو را از نظر سقط اجتناب ناپذیر و در نیمه دوم بارداری باید از نظر آمینوتیت ، پرولاپس بدن ناف ، زایمان زودرس ، شروع زایمان ، میزان خونریزی ، درد شکم تعیین سن بارداری و درجه حرارت و معاینه واژینال ارزیابی نماید. در موارد تب مددجو را باید از نظر سقط عفونی و پیلونفریت و عفونت دستگاه تنفسی ، عفونت مغزی ، آندوکاردیت، عفونت گوارشی و بررسی با سوال در مورد لکه بینی - پارگی کیسه آب - درد شکم ، سوزش - ترشح بدبوی واژینال - سرفه ، درد قفسه سینه، اسهال خونی ، تهوع، استفراغ، لرز ، سردرد، تنگی نفس درد پهلوها ، ابریزی و تعیین علایم حیاتی ، وضعیت کیسه آب ، و معاینه پهلوها، ریه ، گردن ، سایر ارگان ارزیابی نماید. در موارد تنگی نفس ماما باید مددجو را از نظر آمبولی ریه با بررسی علائم تنگی نفس ناگهانی ، درد قفسه سینه، سیانوز، بی قراری ، تاکی کاردی ، تاکی پنه ( $R > 30$ ) بررسی نماید.

در موارد مشکلات ادراری ماما باید مددجو را از نظر پیلونفریت ، هرپس واژینال و واژینیت با علائم سوزش ادرار ، تکرار ادرار، درد زیر دل ، تهوع، استفراغ ، درد پهلو، ترشحات بدبو، خارش ، لرزش ، بررسی نماید.

در موارد تهوع و استفراغ ماما باید مددجو را از نظر عائم EP ، پره اکلامپسی ، عفونت و گوارش ، استفراغ بارداری با بررسی درد شکم لکه بینی ، نوع و دفعات استفراغ ، تهوع صبحگاهی ، سردرد، اسهال، ضعف، بی حالی ، کاهش وزن با تعیین حال عمومی، درجه حرارت ، فشار خون، حساسیت شکم بررسی و ارزیابی نماید .

در موارد اختلالات صدای قلب و حرکت جنین ماما باید جنین را از نظر تاکی کاردی، دیسترس جنین، هیپوکسی و مرگ جنین با سوال در مورد حرکت جنین و تعیین سن حاملگی و تعداد ضربان قلب جنین و تعداد حرکت جنین ارزیابی نماید.

در سایر موارد ماما باید مددجو را از نظر ورم - زردی و رنگ پریدگی (آنمی) وزن گیری نامناسب در بارداری ، حاملگی طول کشیده **Post term** ارزیابی و بررسی نماید .

در تمام موارد ماما باید مددجو را بررسی و نتیجه ارزیابی را به صورت کامل به متخصص زنان اطلاع و در صورت صلاحدید ایشان به متخصص داخلی و عفونی اطلاع داده شود

در ۶ ساعت اول بعد از زایمان

در ۶ ساعت اول پس از زایمان ماما باید مادر را از نظر شوک، اختلال هوشیاری ، تشنج، تنگی نفس فشار خون بالا، خون ریزی، تب ، همتوم ، احتباس ادراری ارزیابی ودر صورت وجود مشکل اقدامات لازم را انجام و با متخصص زنان و زایمان هماهنگی های لازم را انجام و اقدامات اساسی جهت کنترل مشکل را انجام دهد.

مراقبت های از ۶ ساعت تا ۶ هفته بعد از زایمان

در مورد تشنج ماما باید درمان های اولیه اکلامپسی و پره اکلامپسی را با هماهنگی متخصص زنان انجام دهد.

در موارد شوک و تنگی نفس ماما باید با اطمینان از باز بودن راههای هوایی و دادن و باز کردن دو رگ و تزریق سرم و هماهنگی با متخصص زنان در صورت نیاز به اعزام بیمار را به بیمارستان مقصد اعزام نماید.

در موارد خونریزی ماما باید مددجو را از نظر باقی ماندن تکه های جفت، متریت، ترشحات عفونی ارزیابی و با سوال از میزان خون ریزی و سابقه پارگی طولانی کیسه آب و معاینه اندازه قوام رحم مددجو را ارزیابی و بررسی نماید.

در موارد تب مددجو باید از نظر متریت - پیلونفریت = آبسه پستان - عفونت - ماستیت - احتقان پستان بررسی و بسته به نوع بیماری درمان را با ارزیابی های ترشحات، درجه حرارت، چک محل بخیه ها، پستان ها و سایر رحم انجام دهد.

ارزیابی خطر ترومبوآمبولی باید با گرفتن یک شرح حال و ارزیابی دقیق جهت درمان با ضد انعقاد و توسط متخصص داخلی و زنان می باشد.

ارزیابی بیماران باید با ۶-۸ هفته بعد از زایمان انجام شود که بسته به نوع بیماری آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی درخواست می شود.

در تمام موارد ماما باید مددجو را بررسی و نتیجه ارزیابی را به صورت کامل به متخصص زنان اطلاع داده شود.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مهتری ماهانی نغمه سرمست - اویسا اسدی - مریم شجاعی - ملیحه علی بیگی	دکتر زهره ضمیری	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
پزشک زنان زایمان - ماما مسنول زایشگاه - ماما مسنول بخش زنان زایمان - مامای خبره - مامای خبره	رئیس بلوک زایمان	

کد دستورات العمل : INS-CC-10

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورات العمل :	اعلام نتایج موقه تست های پاراکلینیک به بیمار / همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان
مسئولیت اجرا:	آزمایشگاه (مسول فنی)
امکانات لازم:	دفتر ثبت و سیستم کامپیوتری - فرم جواب آزمایشات و پاتولوژی - فرم آموزش ترخیص
منابع:	
پرسنل مرتبط :	پرسنل آزمایشگاه - مسئول ایمنی - پرستار بخش مربوطه - پرسنل اتاق عمل

شرح دستورالعمل :

- ۱- نتایج معوقه مشمول جوابهای پاتولوژی ارسالی از بیمار توسط اتاق عمل و جواب آزمایشات ارجائی بیماران می باشد.
- ۲- پرسنل اتاق عمل موظفند در صورت دستور انجام پاتولوژی مشخصات کامل بیمار را بر روی فرم مربوطه ثبت به همراه مورد پاتولوژی به آزمایشگاه ارسال نمایند.
- ۳- پرسنل آزمایشگاه بایستی پس از دریافت نمونه فرم مشخصات لازم را در دفتر مربوطه ثبت نماید. و رسید جهت دریافت تاریخ نتایج معوقه به بیمار / همراه بیمار تحویل دهند
- ۴- سرپرستار بخش بیمارانی را که نتایج معوقه داشته باشند در دفتر مخصوص پیگیری نتایج معوقه بیماران ثبت نموده و در خصوص اطمینان از مراجعه بیمار جهت اخذ نتایج معوقه با بیمار تماس می گیرد
- ۵- در صورتیکه برای بار اول و دوم تماس با بیمار برقرار نشد در هفته بعد مورد مربوطه پیگیری گردد.
- ۶- ثبت اسامی بیماران دارای آزمایش معوقه با آدرس و شماره تلفن در سیستم توسط سرپرستار بخش انجام پذیرد.
- ۷- پس از دریافت جواب آزمایشات ارجاعی معوقه یک نساخه از آنها را به مسئول مدارک پزشکی جهت نصب در پرونده بیمار ارجاع می دهد
- ۸- پرستار بخش جهت راهنمایی بیمار و پیگیری های اتی، بایستی لیست آزمایشاتی که تا زمان ترخیص جوابشان آماده نشده (معوقه) را در فرم آموزش ترخیص ثبت نماید. و یک نسخه به بیمار تحویل دهد

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - حمید ثمره - عماد خدای - صدیقه موسی اکبری	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سوپروایزر آزمایشگاه - مترون - کارشناس فنی آزمایشگاه - مدارک پزشکی	مسئول فنی آزمایشگاه	

کد روش اجرایی: PRO-CC-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل:	جداسازی بیماران روانپزشکی
هدف :	کاهش آسیب به خود و سایر بیماران و کادر درمانی - سهولت در ادامه درمان
پرسنل مرتبط:	پرسنل درمانی
تعاریف:	جداسازی به مفهوم نگه داشتن بیمار بستری در یک اتاق مخصوص است تا وضعیت بالینی وی که می تواند منجر به حالت اورژانس شود تحت کنترل در آید
صاحبان فرآیند:	روسا و سرپرستاران بخش

قوانین و مقررات مربوطه:	استاندارد های خدمات پرستاری	امکانات : مچ بند- آبند و ژاکت های مخصوص برای بستن
منابع و امکانات لازم:	تبعیت از دستورات پزشک	
شرح فعالیت:		
<p>۱- پرستار طبق دستور بستری پزشک بیمار دارای اختلا بهداشت روانی را در اتاق جداگانه بستری می نماید.</p> <p>۲- پزشک معالج معیار جداسازی بیماران (اختلال در شخصیت- اختلال اضطراب- اختلال افسردگی- اختلال در خواب) را با هر شخصیتی از بیماری اصلی در پرونده قید می نماید.</p> <p>۳- پرستار در مورد عاملی که او را آشفته کرده به آرامی و با صدای اطمینان بخش با بیمار صحبت می کند.</p> <p>۴- پرستار به بیمار اجازه می دهد که پر خاشگری خود را از طریق مناسب بروز دهد.</p> <p>۵- پرستار محیط آرام را فراهم می کند .</p> <p>۶- پرستار در صورت بی قراری و احتمال بروز آسیب در صورتیکه تمام تلاش ها برای کنترل بیمار موثر نبوده و طبق دستور پزشک از مهار فیزیکی شیمیایی جهت بیمار استفاده می نماید.</p> <p>۷- پرستار از نصب و بالا بودن نرده کنار تخت در تمام مدت اطمینان حاصل می کند.</p> <p>۸- پرستار به نیازهای شخصی و پوزیشن بیمار در هنگام مهار فیزیکی و شیمیایی توجه می نماید .</p> <p>۹- پرستار از نگه دارنده فیزیکی مناسب و محکم برای قراردادن بیمار در مهار فیزیکی استفاده می کند.</p> <p>۱۰- پرستار بیمار با هدایت مسئول مدیریت تخت در بیمارستان ، بستری وی را ارزیابی می کند.</p> <p>۱۱- پزشک معالج در برگ دستورات نوع مهار شیمیایی مدت زمان اجرایی شدن آنرا تعیین می کند.</p> <p>۱۲- پرستار وسایل تهدید کننده و آسیب رسان (تیز و برنده- شکستنی- جوراب بند کش- کلیدها= جواهرات) را از اتاق بیمار خارج می نماید.</p>		

تهدیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر رامین رجایی --دکتر ساره سعیدی حمید ثمره -مهديه ربانی -رضوان اسلامیت -فرجام هاشمی	دکتر رضا محمد امینی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر و جانشین مسئول ایمنی -پزشک اورژانس-مترون- سوپروایزر بالینی- سوپروایزر آموزشی -	مسئول فنی و ایمنی	

<p>کد روش اجرایی: PRO-CC-2</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا- خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان روش اجرایی:	جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به بیمار		
هدف:	جلوگیری از انتقال ارگانیزم بیماری از بیماری به سایر بیماران، عیادت کنندگان و پرسنل درمانی		
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان بالینی		
تعاریف:			
صاحبان فرآیند:	پرستار کنترل عفونت		

قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از دستور پزشک
منابع وامکانات لازم:	منبع علمی کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت، عفونت های بیمارستانی / امکانات لازم لوازم حفاظت فردی
<p>شرح فعالیت:</p> <p>۱- پرستار کنترل عفونت در خصوص ایزولاسیون- احتیاطات استاندارد و استفاده از وسایل حفاظت فردی به پرسنل درمانی آموزش می دهد .</p> <p>۲- پرستار براساس راههای انتقال بیماری بیمار را شناسایی می نماید( آگاهی از بیماران با تشخیص آنفلوآنزا، سل HIV ، آبله مرغان، هپاتیت A سرخک، اسهال شدید، طاعون، آبله، جزام ) .</p> <p>۳- پرستار دستور پزشک معالج را مبنی بر بستری بیمار عفونی کنترل می نمایند.</p> <p>۴- پرستار بیمار عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران با توجه به راه اتصال در اتاق ایزوله یا خصوصی و یا در کنار بیماران مشابه بستری می نماید.</p> <p>۵- پرستار با توجه به راههای انتقال بیماری احتیاط استاندارد برای خود و بیمار مربوطه را رعایت می نمایند.</p> <p>۶- پرستار گزارش بیمار عفونی را به اطلاع سوپروایزر کنترل عفونت می رساند.</p> <p>اصول احتیاط های هوایی: شامل بیماری هایی مانند سرخک - سل - ریه - آبله مرغان - زماى منتشر بستری بیمار در اتاق ایزوله</p> <p>بستن درب اتاق</p> <p>استفاده از ماسک فیلتر دار N95</p> <p>محدودیت در جابجایی بیمار در صورت جابه جایی استفاده از ماسک جراحی</p> <p>اصول احتیاط های قطرات : شامل بیماری های سیاه سرفه - سرخچه - اوربون - آنفلوآنزا</p> <p>بستری بیمار در اتاق خصوصی یا چند بیمار با یک بیماری خاص در یک اتاق</p> <p>منعی برای بستن درب اتاق نیست</p> <p>استفاده از ماسک جراحی در فاصله یک متری و N95 جهت فاصله نزدیک</p> <p>در صورت نیاز استفاده از گان، دستکش</p> <p>اصول احتیاط های تماس: شامل بیماری هایی مانند هپاتیت A - بیماری های اسهال عفونی</p> <p>بستری در اتاق خصوصی یا چند بیمار با یک بیماری عفونی یکسان در یک اتاق</p> <p>پوشیدن دستکش</p> <p>پوشیدن گان زمان تماس نزدیک با بیمار</p> <p>محدودیت در انتقال جابه جایی بیمار</p> <p>وجود وسایل غیر بحرانی(دستگاه فشار سنج گوشی در اتاق)</p> <p>استفاد از هندراب پس از خروج دستکش</p>	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - زاده مورزاده - مریم حیدری نژاد	دکتر کرمی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر - مترون - سوپروایزر آموزشی - پرستار کنترل عفونت - مدیریت بهداشت	رییس کمیته کنترل عفونت	

<p>کد روش اجرایی: PRO-CC-3</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>		 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>	
عنوان روش اجرایی:		جداسازی بیماران با رفتار پر خطر اجتماعی			
هدف:		کاهش آسیب به خود بیمار و دیگران بیماران و کادر درمانی			
کارکنان مرتبط:		بخشهای بالینی			
تعاریف:		رفتار پر خطر به رفتاری گفته می شود که تاثیرات مستقیم و سلات فرد و جامعه وارد و عواقب منفی آن ها به جا می			


گذازد اما در این روش اجرایی ، تاثیرات مستقیم در سلات جسمی و روحی سایر بیماران بستری در بخش مدنظر است.	سربستاران
صاحبان فرآیند:	قوانین و مقررات مربوطه:
منابع وامکانات لازم:	وسایل مهار فیزیکی در صورت نیاز - اتاق مجزا و آرام

شرح فعالیت:

### مواجهه با بیماران با شرایط خاص

- ۱- پزشک معالج به هنگام ویزیت بیمار خود را از لحاظ قرارگیری در فهرست بیمار با شرایط خاص شناسایی و به سربستار اطلاع می دهد و یا پرستار حین انجام ارزیابی اولیه بیمار با شرایط خاص را شناسایی و مد نظر قرار می دهد
- ۲- پرستار در مواجهه با بیمار با شرایط خاص در حفظ اسرار بیمار تلاش می نماید
- ۳- پرستار در مواجهه با بیمار شرایط خاص در ابتدا ایمنی خود را مد نظر قرار داده و استاندارد های ایمنی لازم را رعایت می نماید
- ۴- پرستار در صورت دستور پزشک اگر قرار هست بیمار در ایزوله بستری شود کلیه احتیاطات لازم و استاندارد های لازم را رعایت می نماید
- ۵- پرستار در مواجهه با بیمار شرایط خاص از وسایل حفاظت فردی لازم استفاده می نماید
- ۶- پرستار در مواقع نیاز بیمار پرخطر به اتاق عمل در نقل و انتقال بیمار کلیه استاندارد های لازم را رعایت می نماید
- ۷- پرستار در مواجهه با بیمار شرایط خاص به اتاق عمل اطلاع رسانی می نماید
- ۸- سربستار اتاق عمل و پزشک معالج در اتاق عمل کلیه استاندارد های حفاظتی و درمانی لازم را جهت مواجهه بیمار شرایط خاص رعایت می نمایند
- ۹- در کلیه مراحل ایمنی پرسنل و محرمانگی اسرار بیمار مد نظر قرار می گیرد .  
مواجهه با بیمار پرخاشگر:
- ۱- پرستار استاندارد های حقوق گیرنده خدمت را نسبت به بیمار رعایت می نماید
- ۲- پرستار به هنگام پذیرش بیمار وی را مورد ارزیابی قرار داده و از لحاظ رفتاری و روانی شناسایی می کنند.
- ۳- پرستاران بیماران شناسایی شده (بیماران تحریک پذیر عصبی و روانی با شرارت های اخلاقی - پرخاشگر و نابهنجاری های شخصیتی حاد مراجعینی که مرتکب اعمال خلاف شرع و قانون) را ارزیابی و طبق دستور پزشک اقدام می نماید و ارزیابی های مجدد را به اطلاع پزشکان می رساند.
- ۴- پرستار با توجه به مقررات بیمارستان و هماهنگی با سوپروایزر و یا دستور پزشک بیمار را در اتاق و تخت مناسب بطور جداگانه بستری می نماید.
- ۵- پرستار در صورت عدم همکاری بیمار و خانواده برای کاهش آسیب ناشی از بی قراری طبق دستور پزشک جهت آرام سازی بیمار از مهار فیزیکی و یا دارویی برای وی استفاده نموده و دستورالعمل استفاده از روش های مهار را رعایت و ثبت می کند.
- ۶- پرستار در صورت نیاز در خصوص بیمار پرخاشگر و روانی به واحد های دیگر از قبیل واحد های پاراکلینیکی اطلاع رسانی می کند.
- ۷- پزشک معالج در صورت صلاحدید مشاوره روانپزشکی را توصیه می کند.
- ۸- پرستار در اینگونه موارد سطح تعامل ( سطح ارتباطی) با این بیماران را کاهش داده از بروز رفتارهای عصبی و پرخاشگرانه پیشگیری شود.
- ۹- پرستار کلیه اقدامات پرستاری و انجام دستورات را گزارش خود ثبت می نمایند .

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - زاده موقرزاده - مریم حیدری نژاد	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر - مترون - سوپروایزر آموزشی - پرستار کنترل عفونت - مدیریت بهداشت	مدیر بیمارستان	

<p>کد روش اجرایی: PRO-CC-4          تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰          تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱          تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱          تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱          شماره صفحه: ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان روش اجرایی:	مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری	



<p><b>هدف :</b></p> <p><b>**هر فرد که دارای شرایطی باشد که حرکت وی مختل شده است و جابجایی وی دچار مشکل میباشد، یا احساس میکند منطقیهای از پوست او از بین رفته باشد، در خطر بروز زخمهای فشاری قرار میگیرد.</b></p> <p>پرستار /مامای بستری کننده، بیمار را موقع ورود به بخش از نظر معیارهای مستعد کننده زخم فشاری با استفاده از دستورالعمل تکمیل ارزیابی زخم بستر برادن در ر بزرگسالان و گلامورگان در اطفال بررسی میکند.</p>	
<p>کارکنان مرتبط:</p> <p>پرسنل کلیه بخش های درمانی</p>	
<p>تعاریف:</p>	
<p>صاحبان فرآیند:</p> <p>سرپرستاران – پزشک معالج</p>	
<p>قوانین ومقررات مربوطه:</p>	
<p>منابع و امکانات لازم:</p> <p>فرم ارزیابی، صابون، پتو، حوله حمام، لیف، دستکش ( در صورت وجود زخم باز یا بیاختیاری ادراری)، پک پانسمان، سرم نرمال سالین، تیغ بیستوری /قیچی استریل ( در صورت نیاز به دبریدمان)، انواع پانسمانهای نوین، لگن، تشک مواج</p>	
<p><b>شرح فعالیت:</b></p> <p><b>**هر فرد که دارای شرایطی باشد که حرکت وی مختل شده است و جابجایی وی دچار مشکل میباشد، یا احساس میکند منطقیهای از پوست او از بین رفته باشد، در خطر بروز زخمهای فشاری قرار میگیرد.</b></p> <p>پرستار /مامای بستری کننده، بیمار را موقع ورود به بخش از نظر معیارهای مستعد کننده زخم فشاری با استفاده از دستورالعمل تکمیل ارزیابی زخم بستر برادن در بزرگسالان و گلامورگان در اطفال بررسی میکند.</p> <p>۱-پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت داشتن زخم، پس از درجه بندی زخم *بایستی اقدامات زیر را انجام دهد:</p> <p>۲-پرستار /مامای مسئول بیمار جهت شستشوی زخمهایی که عفونی نیستند از محلول نرمال سالین استفاده می نماید.</p> <p><b>**توجه :</b>از مصرف مواد آنتی سپتیک نظیر بتادین، آب اکسیژنه و اسید استیک اجتناب شود.</p> <p>۳-پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت استفاده از گاز جهت تمیز کردن زخم دقت شود که حداقل آسیب به زخم وارد گردد.</p> <p>۴-استفاده از لامپهای حرارتی موضعی به دلیل افزایش نیازهای متابولیک زخم و خشک کردن بافت، ممنوع میباشد.</p> <p>۵-پرستار /مامای مسئول بیمار بلافاصله پس از بروز یا مشاهده زخم فشاری به پزشک معالج اطلاع میدهد.</p> <p>۶-پرستار /مامای مسئول بیمار مراقبتهای پرستاری انجام شده شامل <b>بررسی زخم و محل آن</b> ، مداخلات و ارزیابی ثانویه از زخم در گزارش پرستاری بطور کامل ثبت می کند.</p> <p>۷- پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت لزوم طبق دستور پزشک میتواند از پانسمانهای نگهدارنده رطوبت ( پانسمانهای نوین )استفاده نماید.</p> <p><b>*درجه بندی سطوح زخم بستر:</b></p> <p>مرحله ۱-در این مرحله کمترین میزان آسیب وجود دارد .پوست زخمی نشده ولی اختلافاتی در مقایسه با پوست سالم دیده می شود.</p> <p>☑پوست در لمس گرمتر یا سردتر است.</p> <p>☑پوست سفت یا متورم به نظرمی رسد (وقتی لمس می شود.)</p> <p>☑آن ناحیه دردناک است یا خارش دارد.</p> <p>☑تغییر رنگ در پوست مشاهده می شود( در سفید پوستان قرمز یا صورتی و در سیاه پوستان آبی یا بنفش است. )</p> <p>اقدامات درمانی: تغییر وضعیت در بعضی حالات و یا اجتناب از عوامل آسیب زا شامل پوشاندن حفاظت و گذاشتن بالش است .بد های محافظ نرم و بالش اغلب برای این منظور استفاده میشود .افزایش مصرف ویتامین ث پروتئین و مایعات توصیه میشود .بهبود تغذیه جزئی از پیشگیری است.</p> <p>مرحله ۲- در این مرحله زخم هنوز شدید نیست و فقط لایه های سطحی پوست آسیب دیده است .زخم شبیه یک خراشیدگی، تاول و یا یک زخم کم عمق است.</p> <p>اقدامات درمانی:</p> <p>مراقبت در این مرحله شامل پوشاندن، محافظت و تمیزی سطح است .پوششهایی برای عایق بندی زخم، جذب ترشحات و همچنین محافظت زخم طراحی شده اند طیف وسیعی از این نوع پوششها برای این منظور در دسترس است .از لوسیونهای پوستی و نرم کننده ها جهت مرطوب کردن بافت- های اطراف زخم و جلوگیری از بدتر شدن ظاهر آن استفاده میشود .گذاشتن بالشکتهای اضافی و چیزهای نرم برای کاستن از فشار روی زخم مهم هستند .همچنین توجه ویژه به پیشگیری، محافظت، تغذیه و حفظ مایعات بدن مهم است .با توجهات به موقع زخم درجه دو میتواند بسیار سریع التیام یابد.</p> <p>مرحله ۳-در این مرحله زخم از هر دو لایه پوست و بافت زیر جلدی عبور کرده ولی فاشیای عمقی درگیر نیست.نمای ظاهری زخم به صورت یک</p>	

گودال عمیق بوده و همراه با آسیب به نسوج اطراف است.

اقدامات درمانی:

این نوع زخم محلی مناسب برای بوجود آمدن عفونت است. در این نوع زخم برداشتن فشار از روی زخم و پوشاندن و حفاظت آن به اندازه بهبود تغذیه هیدراتاسیون اهمیت دارد. مراقبتهای پزشکی برای کمک به التیام زخم و درمان و جلوگیری از عفونت ضروری است. این نوع زخم اگر به حال خود رها شود بسیار سریع پیشرفت میکند. به هر صورت همیشه عفونت موجب نگرانی شدید است.

همه اقدامات درمانی مانند حفاظت زخم، برداشتن فشار و تمیز بودن زخم در اینجا هم باید انجام شود. تغذیه مناسب و هیدراتاسیون مهم و حیاتی است و میتوان گفت که بدون تغذیه مناسب این نوع زخم بهبود نخواهد یافت.

مرحله ۴- این شدیدترین و عمیقترین مرحله درگیری است. در این مرحله پوست و فاشیای عمقی درگیر شده، عضلات، استخوان، زردپی و مفاصل هم درگیر میباشند. همان نیروهایی که زخم فشاری ایجاد میکنند میتوانند پوست را ضخیم و چرمی شکل نمایند و در واقع تبدیل به پوست مرده (جوشگاهی) میشوند. از آنجائی که همین مسأله باعث میشود که مراقبین بهداشتی نتوانند نسوج زیرین را ببینند، به همین دلیل معمولاً مراقبین بهداشتی آن را بر میدارند تا بتوانند درجه بندی زخم فشاری را به دقت انجام دهند. برداشتن جای زخم توسط پرسنل ورزیده و توسط ابزار استریل (شامل چاقو و قیچی) انجام میپذیرد.

اقدامات درمانی: هر بیماری با زخم بستر درجه چهار نیاز به مراقبتهای پزشکی توسط شخص ماهر در مراقبت از زخم دارد. معمولاً برای زخمهای بزرگ، جراحی برای برداشتن بافتهای مرده و نکروزه انجام میشود. گرچه گاهی اوقات یک پزشک یا فیزیوتراپیست یا پرستار/ماما ماهر میتواند زخمهای کوچکتر را بدون نیاز به جراحی درمان کند اما جراحی یک الزام درمانی است. در برخی شرایط لازم است قطع عضو صورت گیرد. توضیح: با توجه به درجه زخم، پانسمانهای نوین یا سنتی که توسط پزشک دستور داده میشود برای پانسمان زخم استفاده میشود.

رعایت موارد زیر در پانسمان زخم فشاری الزامی است:

از دهیدراته و خشک شدن محل زخم جلوگیری شود.

برداشتن بافتهای مرده و نکروتیک اولین قدم برای شروع التیام است.

رطوبت در زیر پانسمان زخم حفظ شود.

به تبادل گازهایی مانند اکسیژن، دی اکسید کربن و بخار آب اجازه داده شود.

حرارت مناسب در محل زخم حفظ نماید.

از جا ماندن ذرات ریز (الیاف ریز گاز و پنبه) در زخم جلوگیری شود.

پانسمان باید ترشحات اضافی و مضر، میگروارگانیسرها و سلولهای مرده را بخوبی جذب نماید.

یک پانسمان ایده آل باید زخم را از تروما، باکتری، اشعه فوق بنفش و سایر عوامل آزارنده حفظ نماید.

پیشگیری از ابتلاء بیماران به زخم فشاری

از ابزار بردن برای بررسی سطح ادراک حسی بیمار، رطوبت پوست، میزان فعالیت فیزیکی بیمار و توانایی در تغییر در پوزیشن، تغذیه، اصطکاک و سایش پوست استفاده میشود و با توجه به جداول مربوطه امتیاز داده میشود و میزان ریسک در کاردکس ثبت میگردد.

الف) **نمرات ۱۹-۲۳ بی خطر ۱۵-۱۸ نیاز به مداخلات ۱۳-۱۴ خطر متوسط ۱۰-۱۲ خطر بالا و کمتر از ۹ خیلی پرخطر می باشد** میباید که بایستی توسط پرستار/ماما مسئول بیمار در گزارش پرستار/مامایی ثبت شود.

ب) در صورتی که نمره به دست آمده حاصل از ارزیابی کمتر از 19 باشد، با نظارت پرستار/ماما و توسط کمک بهیار بایستی اقدامات پیشگیرانه زیر را انجام شود:

پوست با یک ماده‌ی پاک کننده ملایم مثل صابون بچه شستشو داده، تا از خشک شدن بیش از حد آن پیشگیری شود.

از بروز دهیدراتاسیون پیشگیری شود، توجه شود که فرد مایعات کافی و در صورت سرم درمانی سرم به میزان کافی دریافت کند.

پوست با یک ماده مرطوب کننده مثل روغن بچه، حداقل یک بار در روز و پس از دادن حمام مرطوب نگه داشته شود.

نقاط تحت فشار روزی یک بار ماساژ داده شود به هنگام ماساژ از مالش بیش از حد بر روی پوست خودداری شود، ماساژ دادن شدید پوست منجر به آسیب پوست و بافت زیر آن به ویژه بر روی برجستگی های استخوانی خواهد شد.

ملافه ها تمیز، خشک و بدون چین و چروک باشند.

در قسمت وسط تخت (زیر باسن بیمار) ملافه جداگانه (درو شیت) 2 انداخته شود.

هر 1 ساعت یکبار وضعیت بیمار تغییر داده شود.

تبصره: بیماران مسن در صورت وجود قرمزی برجستگیهای استخوانی به دفعات بیشتری جابجایی نیاز دارند.

از کشیدن بیمار روی تخت جلوگیری به عمل آید، برای اینکار با قرار دادن یک ملافه در زیر باسن و با کمک سایرین بیمار بلند و جابجا شود.

تذکر: در کلیه مراحل رعایت ایمنی و حریم خصوصی بیمار الزامی می باشد.

ابلاغ کننده:

تأیید کننده:

تهیه کنندگان:

دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - آزاده موقرزاده

دکتر بهرام پورسیدی	دکتر خاطره علوی	
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: رئیس بخش داخلی	سمت: مدیر-مترون-سوپروایزر آموزشی-پرستار کنترل عفونت

کد روش اجرایی: PRO-CC-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی



پیشگیری از ترومبوآمبولی و ریوی و آمبولی ریوی

عنوان روش اجرایی:

هدف :	پیشگیری از عوارض خطرناک بعد از اعمال جراحی
پرسنل مرتبط:	بخشهای درمانی
تعاریف:	DVT : لخته در ورید عمقی عموماً در پا PE حرکت لخته به ریه و ایجاد VTE: ترمبوآمبولی وریدی مجموع PE و DVT
صاحبان فرآیند:	پزشک معالج - سرپرستاران
قوانین و مقررات مربوطه:	استاندارد های خدمات پرستاری
منابع و امکانات لازم:	فرم ارزیابی پرستار - فرم دستورات پزشک

شرح فعالیت:

- ۱- پرستار بیمار با سابقه ترومبوفلیت و فلبیت، شکستگی های لگن، واریس - چاقی در بیشن بارداری و پس از زایمان COPD، افراد مسن بستری طولانی و یا افراد با سابقه پوشیدن لباس های تنگ و مصرف دخانیات را مورد توجه قرار می دهد.
- ۲- پرستار بیماران در معرض خطر (بیماران با جراحی های بزرگ نظیر هیپ یا زانو، جراحی های داخلی مجمه، جراحی اورلژی، ژنیکوژی یا تروماهای شدید و جراحی یا بیش از یک ساعت) را ارزیابی می کند.
- ۳- پرستار جهت پیشگیری از ترومبو DVT در صورت امکان به بیمار توصیه می کند گهگاهی راه برود و در صورت عدم مجاز به فعالیت ورزشهای فعال در بستر انجام دهد.
- ۴- پرستار به بیمار توصیه می نماید از نشستن طولانی خودداری و لباس تنگ نپوشد هم چنین اکثراً بصورت نیمه نشسته قرار گیرد.
- ۵- پرستار به بیمار آموزش از روی هم انداختن پاها پرهیز نموده و پاها خود را روی زمین یا صندلی قرار دهد.
- ۶- پزشک در صورت صلاحدید قبل از اعمال جراحی خصوصاً بر روی قفسه صدری، درمان یا با آنتی کواگولان را شروع می نماید.
- ۷- پرستار به بیمار جهت خودداری از مصرف آسپرین و آنتی هیپتامین بدون مشورت پزشک آموزش می دهد.
- ۸- پزشک در صورت صلاحدید به بیمار پوشیدن جوراب های ضد آمبولی را به مدت طولانی توصیه می نماید.
- ۹- پرستار با توجه به نداشتن سابقه مشکل قلبی - کلیوی - نوشیدن مایعات فراوان را به بیمار توصیه می نماید.
- ۱۰- پرستار به بروز علائم ترومبوآمبولی ریه از جمله تاکی کاردی، تاکی پنه، درد قفسه صدری، هموپنزی، دیس پنی، تنگی نفس، درد قفسه سینه و توجه می کند.
- ۱۱- پزشک پرستار عوامل خطر در زنان باردار و پس از زایمان مد نظر قرار می دهند.
- ۱۲- پزشک به مادرانی که علت استفراغ شدید بارداری بستری می شوند یا به زنان مبتلا به سندرم ج استیمولیشن مادرانی که زمان بارداری نیاز به اعمال جراحی پیدا می کنند در صورت نیاز داروی ضد انعقاد پروفیلاکسی تجویز می نمایند که قبل از آن آزمایشات CBC, INR-PT-PTT را صادر می نماید.
- ۱۳- پرستار به تمام مادران باردار تحت بستری تحرک و مصرف کافی مایعات را توصیه می نماید.
- ۱۴- پزشک در صورت صلاحدید به مادران خیلی چاق تا ده روز پس از زایمان داروی ضد انعقاد پروفیلاکسی توصیه می نماید.
- ۱۵- به مادران باردار بستری توصیه می شود حتی الامکان از جوراب الاستیک استفاده نماید و تحرک کامل داشته باشد.
- ۱۶- پزشک معالج به مادر باردار در مورد علائم DVT ( درد تورم یا قرمزی حساسیت به لمس و گرمی آموزش می دهد و مادران مصرف کننده داروهای ضد انعقادی به محض شروع درد زایمان یا خونریزی دور بعدی دارو را قطع می کند.
- ۱۷- پرستار / پزشک اطلاعاتی شامل سابقه پزشکی داروهای مصرفی و طرز زندگی بیمار جمع آوری می کند.
- ۱۸- پرستار به تمام مادران بستری به تمرینات ساده ای که باعث افزایش جریان خون بر روی تخت توصیه می کند.
- ۱۹- پزشک بیمار را تشویق می کند در اولین فرصت ممکن از جا برخاسته و قدم بزند و اندام تحتانی را بالا قرار دهد.

تهیه کنندگان: دکتر رامین رجایی-دکتر ساره سعیدی -حمید ثمره -فرجام هاشمی -زاده مورزاده - نغمه سرمست	تأیید کننده : دکتر خاطره علوی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مدیر -پزشک اورژانس مترون -سوپروایزر آموزشی -سوپروایزر بالینی - مامامسنول بلوک زایمان	سمت: رئیس بخش داخلی	سمت: ریاست بیمارستان

کد روش اجرایی: PRO-CC-6

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	استفاده صحیح از ابزار های مهار فیزیکی
هدف :	پیشگیری از افتادن بیمار و آسیب دیدن وی - پیشگیری از تعارض بیمار با درمان - پیشگیری از آسیب به خود و دیگران
کارکنان مرتبط:	بخش های بالینی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	پرستار هماهنگ کننده - سرپرستاران
قوانین و مقررات مربوطه:	پیروی از دستورات پزشکی
منابع و امکانات لازم:	وسایل مهار (تسمه های پارچه ای - گاز - باند

## شرح فعالیت:

- ۱- پرستار /مامای مسئول بیمار در حین ارزیابی اولیه وضعیت بیمار را از نظر آزیتاسیون و آسیب به خود و دیگران ، احتمال سقوط از تخت بر اساس جدول موجود در فرم ارزیابی اولیه را بررسی و ثبت مینماید.
  - ۲- پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت آزیتاسیون بیمار، احتمال سقوط از تخت و آسیب به خود و دیگران را به اطلاع پزشک معالج می رساند .
  - ۳- پزشک معالج بیمار را از نظر آزیتاسیون و احتمال آسیب به خود یا سقوط از تخت ویزیت می نماید.
  - ۴- پزشک معالج ، در صورت تأیید وضعیت بیمار دستور مهار فیزیکی با ذکر اندامهای لازم جهت مهار فیزیکی و به مدت بسیار محدود وبا استفاده از ایمن ترین روش در برگه دستورات پزشک ثبت میکند.
  - ۵- مسئول بخش /پرستار مسئول بیمار دستور پزشک مبنی بر استفاده از مهار فیزیکی را چک مینماید.
  - ۶- پرستار /ماما مسئول بیمار حریم خصوصی بیمار را در حین زمان مهار فیزیکی حفظ می نماید.
  - ۷- پرستار /مامای مسئول بیمار ضمن آموزش اثربخش کارکنان با همکاری کمک بهیار، بیمار را با استفاده از دستبند، پابند، سینه بند و کمربند پارچه ای ، طبق دستور پزشک مهار مینماید.
  - ۸- پرستار /مامای مسئول بیمار، بیمار را به صورت مداوم از نظر آسیبهای احتمالی وارده به اندامهای تحت مهار کنندههای فیزیکی و سیستم عصبی عروقی اندامهای مهار شده به صورت مستمر پایش مینماید.
  - ۹- پرستار /مامای مسئول بیمار، تمهیدات ایمنی بیمار از قبیل احتمال سقوط، ایجاد زخمهای فشاری و صدمه بافتی به بیمار، آسیب به خود، و ... را فراهم می کند.
  - ۱۰ پرستار /مامای مسئول بیمار، علاوه بر ذکر نوع وسایل استفاده شده برای مهار فیزیکی، زمان شروع، مشاهده منظم محل تحت فشار ناشی از وسایل مهار کننده ( از نظر احتمال زخم و آسیب )و نیز زمان قطع و یا در صورت نیاز تمدید مهار فیزیکی ( طبق دستور کتبی پزشک معالج ) را در پرونده بیمار ثبت مینماید.
  - ۱۰- پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت موفقیت آمیز نبودن مهار فیزیکی، مورد را به پزشک اطلاع میدهد.
- \*\*تبصره :** دستور مهار فیزیکی در بخشهای ویژه توسط پزشک مسئول هدایت بالینی بیمار ( معالج) داده میشود.
- توجه :در مادران باردار بدلیل امکان آسیب به مادر و جنین در وضعیت خوابیده به پشت، مهار فیزیکی ممنوع است . همچنین در بیمارانی که اعضای آنها اختلال حرکتی دارد، مهار عضو مبتلا ممنوع میباشد.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - زاده مورزاده - مهدیه ربانی	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر - مترون - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی	مدیر بیمارستان	

کد روش اجرایی: PRO-EC-3

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان



# بیمارستان کارمانیا - خط مشی

تاریخ بازنگری بعدی: 1402/۸/۱

شماره صفحه: 1

عنوان روش اجرایی:	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری
هدف:	باتوجه به لزوم حفظ جان بیمار و ارتقای سلامتی وی در موارد اورژانسی بیمارستان با هدف ارائه خدمات مطلوب و نجات دهنده جان بیمار سیاست شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری را اتخاذ نموده است.
کارکنان مرتبط:	پزشک بیهوشی، پزشک، مسئول بخش /جانشین مسئول، پرستار / ماما مسئول بیمار و تیم احیاء، خدمات
تعاریف:	هر گونه تغییر در وضعیت هوشیاری و علائم حیاتی و وضعیت بالینی بیمار که منجر به تهدید در ادامه حیات بیمار میشود و نیاز به مداخله فوری از طرف کارکنان درمانی دارد.
صاحبان فرآیند:	پرستار هماهنگ کننده - سرپرستاران
قوانین و مقررات مربوطه:	پیروی از دستورات پزشکی
منابع و امکانات لازم:	ترالی اورژانس، اکسیژن، ساکشن، مانیتور قلبی ریوی، دستگاه دفیبریلاتور، پالس اکسیمتر

شرح فعالیت:

روش اجرایی:

اقدامات درمانی

-مامای مسئول شیفت بیماران را در ابتدای شیفت بر اساس سطوح مراقبتهای دسته بندی می نماید و بر اساس نیازهای مراقبتهای بیمار جهت نظارت برنامه های مراقبتهای بیماران زمانبندی نظارتی را تعیین می نماید

-پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت بروز وضعیت اورژانسی و تهدید کننده حیات بیمار همزمان با درخواست کمک از سایر همکاران و اعلام- کد احیاء اقدامات اولیه را برای بیمار انجام میدهد.

-پرستار /مامای مسئول شیفت /مسئول بیمار وضعیت بیماری را که نیاز به اقدام اورژانسی دارد به پزشک معالج اطلاع میدهد.

-پرستار /مامای مسئول بیمار به همراه سایر کارکنان اقدامات اولیه پرستاری در جهت رفع مشکل بیمار تارسیدن پزشک را انجام می دهد.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار وضعیت هوشیاری و جسمی بیمار را چک می کند.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار قبل از شروع به اقدام خاص، کلیه اتصالات بیمار از قبیل اکسیژن، خط وریدی، چست لید، لوله تراشه و...) را کنترل می کند.

☑پرستار / مامای مسئول بیمار پوزیشن بیمار را کنترل می کند

☑پرستار /مامای مسئول بیمار وسایل کارکنان در صورت نیاز جهت کودک /بزرگسال اقدامات احیاء پایه را با توجه به شرایط سنی (کودکان تا 8 سال ( *Airway, Breathing, Circulation ( ABC* و بزرگسالان ) *Circulation Breathing Airway ( CAB* را شروع می کند.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت نیاز برای بیمار اکسیژن شروع می کند.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت وجود خونریزی با اعمال فشار یا پانسمان فشاری روی ناحیه مورد نظر تا حدودی به ثابت ماندن وضعیت همودینامیک بیمار کمک می کند.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار علائم حیاتی، قند خون و پالس اکسی متری را کنترل می کند.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار در صورت پیش بینی وضعیت پیش آمده از قبل و وجود دستورات ( *PRN ( pro re nata* دستورات دارویی و مراقبتهای را طبق دستور انجام می دهد.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار، بیمار را در معرض دید ایستگاه پرستاری، به منظور پیشگیری از بروز آسیبهای روحی به سایر بیماران در صورت موافقت همراه، در اتاق خصوصی بستری و درغیر این صورت بیمار / بیماران اتاق استقرار آنها از بیماران با وضعیت مشابه انتخاب شوند و حتی الامکان افراد حساس (کودکان، نوجوانان و ...) در این اتاق بستری نباشند.

☑پرستار /مامای مسئول بیمار، کلیه تجهیزات مورد نیاز را بر بالین بیمار قرار می دهد (ترالی اورژانس، دی سی شوک، دستگاه مانیتورینگ، ساکشن، ...)

پرستار /مامای مسئول بیمار در صورتی که پزشک معالج دستوراتی را به صورت تلفنی جهت بهبود وضعیت بیمار تا قبل از رسیدن خویش - ارائه نماید، بلافاصله مطابق خطمشی دستورات تلفنی (خط مشی شماره) ... دستور داده شده را با همراهی پرستار شاهد در پرونده ثبت میکند.

پرستار / مامای مسئول بیمار به همراه پرستار شاهد دستورات تلفنی داده شده را اجرا می کند .  
 پرستار / مامای مسئول بیمار نتیجه اقدامات درمانی انجام یافته را به پزشک اطلاع داده و ثبت می کند .  
 پرستار / مامای مسئول بیمار در صورت عدم رفع مشکل مجدداً جهت حضور پزشک معالج بر بالین بیمار به پزشک و سوپروایزر اطلاع رسانی-  
 مینماید.  
 پزشک معالج پس از حضور، دستورات تلفنی را امضاء نموده و در صورت نیاز دستور انتقال بیمار به بخش ویژه را صادر می نماید  
 پرستار / مامای مسئول بیمار کنترل بیمار را تا زمان برطرف شدن مشکل اورژانسی وی انجام و تا زمان تحویل بیمار به بخش ویژه طبق فرایند تحویل  
 به بخش ویژه هماهنگی لازم را برای انتقال بیمار انجام می دهد

تأیید کننده : دکتر رامین رجایی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تهیه کنندگان : حمید ثمره - محمد اسدیان - رضوان اسلامیت
سمت: مدیر بیمارستان	سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مترن - پرستار مسئول تریاژ - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی

کد روش اجرایی: PRO-CC-7

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان



# بیمارستان کارمانیا- خط مشی

تاریخ بازنگری: 1401/8/1

تاریخ بازنگری بعدی: 1402/8/1

شماره صفحه: 1

عنوان روش اجرایی:	استفاده صحیح از روش های مهار شیمیایی
هدف:	پیشگیری آسیب بیمار به خود و سایر بیماران و کادر درمانی
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان بالینی
تعاریف:	
صاحبان فرایند:	پرستار هماهنگ کننده - سرپرستاران
قوانین ومقررات لازم:	تبعیت از دستورات پزشک - استاندارد های خدمات پرستاری
منابع وامکانات لازم:	فرم دستورات پزشک - داروهای مربوطه

شرح فعالیت:

- 1- پزشک معالج با توجه به ارزیابی بیمار در بیمارانی که احتمال آسیب به خود و دیگران را دارند (بیماران با اختلال شخصیت، پرخاشگر، تحریک پذیر تهاجمی) دستور مهار شیمیایی را صادر می نماید.
- 2- پزشک معالج در برگ دستورات زمان و نوع مهار شیمیایی و مدت زمان اجرایی شدن آنرا تعیین می نماید.
- 3- پرستار در صورت بیقراری و احتمال بروز آسیب و صدمات حاد از طرف بیمار طبق دستور از داورهای تجویزی استفاده می نماید .
- 4- پرستار با توجه به نوع دارو، پوزیشن بیمار(به دلیل احتمال طولانی شدن مدت خواب بیمار) توجه می نماید. هر ۲ ساعت پوزیشن بیمار را تغییر می دهد.
- 5- پرستار مهارت های خود مراقبتی را به بیمار و همراه آموزش می دهد .
- 6- پرستار محیط اطراف بیمار امن نگه می دارد.
- 7- پرستار در هنگام استفاده از مهار شیمیایی نیاز های شخصی در رژیم غذایی وعوارض ایمنی بیمار را مد نظر گرفته و مستمراً وی را ارزیابی می کند.
- 8- پرستار کلیه اقدامات و مراقبت ها را در گزارش خود ثبت می نماید.
- 9- پرستار در فرایند مهار شیمیایی حساسیت داروئی بیمار را کنترل می نماید .

تأیید کننده: دکتر خاطره علوی	تهیه کنندگان: دکتر رامین رجایی دکتر ساره سعیدی-حمید ثمره - مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده- نغمه سر مست -
ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	سمت: مدیر - پزشک اورژانس -مترون - سوپروایزر بالینی -سوپروایزر آموزشی -سوپروایزر بالینی - ماما مسنول بلوک زایمان
سمت:ریاست بیمارستان	سمت: ریس بخش داخلی

کد روش اجرایی: PRO-CC-8



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۷/۱  
 تاریخ ابلاغ: ۱۱۳۹۷/۸/۱  
 تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱  
 تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱  
 شماره بازنگری: ۴  
 شماره صفحه: ۲

عنوان / موضوع :	روش اجرایی فراخوان فیزیوتراپ بر بالین بیمار
دامنه:	دامنه کاربرد این روش مربوط به بخش بستری می باشد
تعاریف	مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت اجرای این روش اجرایی برعهده پرستاران بخش می باشد . مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی بر عهده مدیریت خدمات پرستاری مسئولیت ابلاغ این روش اجرایی بر عهده ریاست بیمارستان می باشد.
کارکنان مرتبط:	
هدف:	هدف از تدوین این روش اجرایی اطمینان از انجام امور بازتوانی بیمار در زمان مناسب و طبق دستور پزشک معالج میباشد
ذینفعان:	بیمار
منابع	تجارب بیمارستان
فرم پاسخگو:	پرستار آن بخش- فیزیوتراپ
دستورالعمل های مرتبط :	استاندارد های حقوق گیرنده خدمت

### شرح روش اجرائی :

- ۱- مسئول مخابرات شماره تماس فیزیوتراپ بیمارستان را در سیستم مخابرات ثبت می نماید
  - ۲- پزشک معالج دستور درخواست فیزیوتراپی جهت بیمار را در پرونده بیمار ثبت می نماید
  - ۳- پرستار مسئول بیمار از ساعت ۸ لغایت ۲۰ در تمامی ایام هفته حتی روز های تعطیل با فیزیوتراپ بیمارستان تماس و در خواست حضوری بر بالین بیمار طبق دستور پزشک معالج را می نماید
  - ۴- فیزیوتراپ بیمارستان پس از فراخوان تا پایان شیفت مربوطه بر بالین بیمار حاضر میشود
  - ۵- فیزیوتراپ در مواقع عدم دسترسی خود، فرد جانشین خود را به اعلام می نماید .
  - ۶- سوپروایزر از انجام فیزیوتراپی بیمار اطمینان حاصل می نماید و در صورت عدم حضور فیزیوتراپ به سوپروایزر اطلاع می دهد
  - ۷- سوپروایزر در اولین فرصت پیگیری لازم را انجام می دهد و از انجام فیزیوتراپی بیمار اطمینان حاصل می نماید .
- ۱- مسئول مخابرات شماره تماس فیزیوتراپ بیمارستان را در سیستم مخابرات ثبت می نماید
  - ۲- پزشک معالج دستور درخواست فیزیوتراپی جهت بیمار را در پرونده بیمار ثبت می نماید
  - ۳- پرستار مسئول بیمار از ساعت ۸ لغایت ۲۰ در تمامی ایام هفته حتی روز های تعطیل با فیزیوتراپ بیمارستان تماس و در خواست حضوری بر بالین بیمار طبق دستور پزشک معالج را می نماید
  - ۴- فیزیوتراپ بیمارستان پس از فراخوان تا پایان شیفت مربوطه بر بالین بیمار حاضر میشود
  - ۵- فیزیوتراپ در مواقع عدم دسترسی خود، فرد جانشین خود را به اعلام می نماید .
  - ۶- سوپروایزر از انجام فیزیوتراپی بیمار اطمینان حاصل می نماید و در صورت عدم حضور فیزیوتراپ به سوپروایزر اطلاع می دهد
  - ۷- سوپروایزر در اولین فرصت پیگیری لازم را انجام می دهد و از انجام فیزیوتراپی بیمار اطمینان حاصل می نماید .

تهیه کنندگان :	مهندس علی میرحسینی - حبیب محمدی
تأیید کننده :	دکتر امین رجایی
سنت:	مسئول فن آوری اطلاعات - مدیر مالی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سنت: ریاست بیمارستان	مدیریت بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵  
 تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱  
 تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱  
 تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱  
 شماره بازنگری : ۴  
 شماره صفحه : ۱

عنوان/موضوع:	انتخاب پیمانکاران با لحاظ نمودن معیار های کیفی و رعایت مقرات مالی معاملاتی
هدف:	مدیریت هزینه ها
دامنه:	کل بیمارستان
مسئولیت پاسخگویی:	مدیر مالی
صاحبان فرآیند:	بیمارستان (کارفرما) - پیمانکار طرف قرارداد
ذینفعان:	بیمارستان (کارفرما) پیمانکار ( طرف قرارداد) جامعه تحت پوشش
تعاریف:	عقد یا قرارداد : به توافق دو اراده ضروری در جهت ایجاد یک اثر حقوقی را گویند. کارفرما: بیمارستان کارمانیا که موضوع دستورالعمل می باشد کارفرما می باشد و شخص حقوقی امضاء کنندگان پیمان است. پیمانکار: کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی خصوصی یا دولتی خارج از مجموعه بیمارستان کارمانیا که به منظور انجام برخی فعالیت های موضوع این دستورالعمل به کار گرفته می شود .
سیاست:	با توجه به لزوم تسهیل در فعالیت هایی که در بیمارستان نیاز به برون سپاری دارند و نهایه شدن قراردادها، بیمارستان ضمن اجرای الزامات و قوانین مدنی، تجارت، سازمان امور مالیاتی ، وزارت کار و تامین اجتماعی و وزارت بهداشت، دستورالعمل های داخلی را جهت انتخاب و نظارت بر عملکرد پیمانکاران لحاظ نموده است.
قوانین ومقررات مربوطه:	دستورالعمل مقررات مالی و معاملاتی
منابع و امکانات:	دستورالعمل های نظارت برعملکرد پیمانکاران / چک لیست نظارت برعملکرد پیمانکاران - مستندات قرارداد
<p>*در صورتیکه معامله خرد( قرارداد بدون نیاز به استعلام )باشد،مدیر مالی با هماهنگی مدیریت رأساً اقدام به انتخاب پیمانکار و عقد قرارداد (با تحویل کلیه مستندات و مکاتبات لازم)مینماید.                  در صورتیکه قرارداد نیاز به استعلام داشته باشد :</p> <p>۱-قبل از هر گونه قراردادی تیم مدیریت براساس نوع نیاز،پیمانکاران واجد شرایط را جهت انجام امور مورد نظر شناسایی می کند.                  ۲-تیم مدیریت صلاحیت حرفه ای پیمانکاران با توجه به نوع پیمان و همچنین سوابق آنها را مورد بررسی قرار می دهدو به مدیر مالی اعلام می نماید .                  ۳-مدیر مالی نسبت به تعیین سقف استعلام بها بر اساس حد نصاب معاملات جاری ،اقدام می نماید                  ۴-مدیر مالی به جهت برگزاری تشریفات استعلام به صورت عمومی یا محدود اقدام می نماید.                  ۵-مدیر مالی نسبت به اعلام حضور رئیس بیمارستان،مدیر بیمارستان و مسئول تدارکات و کارشناس مربوط به موضوع استعلام جهت شرکت در جلسه به منظور ارزیابی کیفی شرکت کنندگان در استعلام اقدام می نماید.                  ۶-مدیر مالی نسبت به برگزاری تشریفات استعلام و توزیع صحیح اسناد استعلام اقدام مینماید.                  ۷-اعضاء فوق موظف به کنترل رعایت صحیح تهیه و تسلیم پیشنهادهای از طرف شرکت کنندگان و تعیین برنده استعلام پس از ارزیابی-فنی و مالی پیشنهادها می باشند.                  ۸-مدیر مالی نسبت به انعقاد قرارداد با برنده استعلام اقدام می نماید.                  ۹-هر گونه واگذاری خدمات به پیمانکاران و برون سپاری با تاییدریاست بیمارستان میباشد.                  ۱۰-کلیه قرارداد های که مربوط به نیروی انسانی بیمارستان می باشد پس از رعایت خط مشی جذب نیرو و دستور کتبی مدیریت به امضا دوطرف رسانیده میشود                  ۱۱-کلیه قرارداد های مربوط به تجهیزات و لوازم ساختمانی و سرویس و نگهداری و پشتیبانی پس از اخذ دستور کتبی مدیریت - توسط مدیرمالی بیمارستان تهیه و به دفترمدیریت جهت ثبت واخذ امضاء ارسال می شود.                  ۱۲-کلیه قرارداد های داخلی با پاراکلینیک و کلینیک ها توسط مدیرمالی پس از دستور ریاست نوشته شده وبه امضاء ریاست می رسد.                  ۱۳-در صورتی که ریاست - مدیریت صلاح بداند هر یک ازقرارداد ها پس از مطالعه توسط وکیل حقوقی بیمارستان جهت اظهار نظر در مورد صحت</p>	

وسقم قرارداد توسط مدیر مالی ، ارسال می شود تا وکیل مذکور نظر خود را اعلام نماید.

۱۴-مدیر مالی و مدیریت بیمارستان به چگونگی عقد قرارداد از ابتدا نظارت می کند

۱۵-مدیر مالی در مقابل پیش پرداخت ها حتماً چک تضمینی حداقل به میزان پرداخت انجام شده در وجه بیمارستان دریافت می کند( در صورت وجود مدت گارانتی در متن قرارداد، چک تضمینی به مدت مذکور در قرارداد اخذ می گردد).

۱۶-در صورت وجود هر گونه تخلف و عدم رعایت قوانین و مفاد قرارداد، موارد مذکور به مدیریت /ریاست بیمارستان منعکس می گردد

۱۷-بلافاصله پس از اعلام ریاست مبنی بر عدم رعایت مفاد قرارداد تمامی پرداخت ها توسط رئیس واحدمالی به شرکت یا پیمانکار متوقف می شود.

۱۸-پیگیری در مورد خسارت با فسخ یا ادامه قرارداد توسط وکیل بیمارستان پس از دستور کتبی ریاست انجام می شود.

۱۹-یک نسخه از قرارداد ها کلیه مکاتبات مربوطه در واحد مالی بایگانی میشوند

۲۰-مدیر مالی و مدیریت بیمارستان گزارشات دوره ای پیمانکار را به طور مستمر پیگیری می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر امین رجایی	تهیه کنندگان : دکتر رامین رجائی - آقای حبیبالله محمدی - فرزانه امیری - اقای شجاعی
سمت:ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان — مدیر مالی - مدیر بهبود کیفیت -وکیل بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد خط مشی : POL-GT-2  
 تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵  
 تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱  
 تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱  
 تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱  
 شماره بازنگری : ۴  
 شماره صفحه : ۱

عنوان/موضوع:	مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار
هدف:	افزایش سطح سلامت جسمی - روحی و روانی بیمار و به دنبال آن افزایش سطح سلامت جامعه
دامنه:	کل بیمارستان
مسئولیت پاسخگویی:	رئیس بیمارستان - قائم مقام
تعاریف:	ارتقاء سلامت : افزایش سطح سلامت
سیاست:	با توجه به لزوم اهمیت پیشگیری مقدم بر درمان بیمارستان به عنوان یک مرکز و درمانی موظف است برنامه های پیشگیری و ارتقا سلامت در جامعه تحت پوشش خود را که این خط مشی حیطه بیمار مورد نظر است در دستور کار خود قرار داده و در این راستا گام های موثری بردارد .
قوانین و مقررات مربوطه:	استاندارد های اعتبار بخشی - استاندارد های دوستدار ارتقا سلامت
منابع و امکانات لازم:	امکانات آموزشی - برنامه های مصوب بیمارستان
ذینفعان :	بیمار - معاونت بهداشتی دانشگاه - کارکنان بیمارستان - مدیران ارشد بیمارستان

### شرح فعالیت:

- ۱-مدیران ارشد بیمارستان نسبت به تأمین منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی جهت پیشگیری و ارتقاء سلامت بیمار متعهد می باشند.
- ۲-دفتر بهبود کیفیت با مشارکت صاحبان فرآیند هر ساله برنامه عملیاتی مربوط به پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار را تدوین و آن را جهت تصویب و ابلاغ به تیم مدیریت اجرایی ارائه می دهد.
- ۳-تیم مدیریت اجرایی برنامه عملیاتی مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیمار را پس از بررسی با ذکر مسئول پیگیری هر کدام از موارد، تصویب و آن را جهت اجرا ابلاغ می نماید.
- ۴-دفتر بهبود کیفیت بر روند اجرایی برنامه عملیاتی مذکور نظارت نموده و گزارش پایش پیشرفت آن را به تیم اجرایی بصورت دوره ای ارائه می نماید.
- ۵-ریاست بیمارستان نسبت به معرفی فردی تحت عنوان کارشناس آموزش بیمار اقدام می نماید.
- ۶-مسول آموزش به بیمار بر اجرای برنامه های ارتقا سلامت نظارت می نماید.
- ۷-مسئول آموزش به بیمار، اجرای صحیح آموزش های لازم به بیمار شامل آموزش بدو ورود، مسول آموزش به بیمار بر اجرای صحیح برنامه های ارتقا سلامت نظارت می نماید. حین بستری و زمان ترخیص بیمار نظارت می نماید.
- ۸-مسئول فنی داروخانه نحوه تکمیل فرم تلفیق دارویی در بخش و تحویل یک نسخه از آن به بیمار نظارت می نماید.
- ۹-مسئول آموزش به بیمار بر تکمیل صحیح فرم ارزیابی تغذیه ای بیمار نظارت می نماید.
- ۱۰-کارشناس کنترل عفونت بیمارستان کلیه امکانات و آموزش های لازم در زمینه شستشو و بهداشت دست را در اختیار کلیه بیماران و کارکنان مربوطه قرار می دهد.
- ۱۱-روانشناس مرکز جهت موارد مشاوره ای لازم با هماهنگی سرپرستاران بخش همکاری می نماید.
- ۱۲-کارشناس بهداشت حرفه ای مرکز پیش بند موارد خطرات احتمالی و اقدامات مداخله ای را انجام می دهد.
- ۱۳-کلیه پرسنل جهت آرامش روحی بیماران ضمن استفاده از اتیکت شناسایی، خود را به بیماران معرفی می نماید.
- ۱۴-مسئولین بیمارستان کلیه نیازهای محیطی و درمانی عبادی و اعتقادی بیمار را در کلیه بخش های بستری تأمین می نماید.
- ۱۵-تمامی کارکنان بیمارستان ملزم به حفظ حریم شخصی بیماران می شود.
- ۱۶-کلیه پزشکان و پرستاران در برخورد با بیماران عدالت را رعایت می کنند.
- ۱۷-پرستاران بخش در ارزیابی اولیه بیمار، فاکتورهای مرتبط با بیمار را شناسایی می کنند.
- ۱۸-مسئول واحد حقوق گیرنده خدمت ضمن آموزش به کارکنان از رعایت حقوق بیمار طبق استاندارد های اعتبار بخشی اطمینان حاصل می کند.
- ۱۹-مسئول واحد حقوق گیرنده خدمت با همکاری و مشارکت مسئولین بخش ها، نسبت به تهیه و پخش فیلم های آموزشی و تصویرهای سلامتی

اقدام می نماید.

۲۰- مسئول بهبود کیفیت نسبت به تهیه و نصب و بازبینی تابلوها، بنرهای پیشگیری و ارتقاء سلامت در رابطه با ترک سیگار / الکل / فعالیت فیزیکی / مدیریت استرس و فعالیت های بهداشتی اقدام می کند.

۲۱- مسئول بهبود کیفیت شاخص رضایت سنجی بیماران که یکی از شاخص های کلیه مرکز بوده را دوره ای و مستمر پایش نموده و در رابطه با انجام اقدامات اصلاحی لازم پیگیری می نماید.

۲۲- کارشناس تغذیه بیمارستان از تغذیه سالم بیماران در طول بستری اطمینان حاصل می نمایند.

۲۳- سوپروایزر بالینی از تکمیل فرم های ترخیص و آموزش به بیمار و تحویل ۱ نسخه از آن در زمان ترخیص به بیمار توسط پرسنل مرتبط اطمینان حاصل می نماید.

۲۴- مسئول آموزش به بیمار از تکمیل فرم ارزیابی اولیه بیمار توسط پرستار و ثبت اقدامات خود مراقبتی و (ایمنی) یا در آن اطمینان حاصل می نماید.

۲۵- دفتر بهبود کیفیت با مشارکت روسا و سرپرستان را به بخش و مدیر خدمات پرستاری و مسئول آموزش به بیمار نسبت به شناسایی ۵ حالت و بیماری شایع بیمارستان اقدام می نماید.

۲۶- دفتر بهبود کیفیت پس از شناسایی ۵ بیماری شایع نسبت به تهیه گاید لاین های مربوطه و ابلاغ آن به بخش ها اقدام می نماید .

۲۷- مدیر خدمات پرستاری پس از شناسایی ۵ حالت شایع نسبت به تهیه گاید لاین مربوط و ابلاغ آن به بخشها اقدام می نماید.

۲۸- دفتر بهبود کیفیت با مشارکت سرپرستان بخش ها و مسئول آموزش به بیمار نسبت به تهیه پمفلت ها مطالب آموزشی ۵ بیماری شایع و حالت شایع و قرارداد آن در دسترس بیمار اقدام می نماید.

۲۹- دفتر بهبود کیفیت از وجود منشور بیمار در کلیه بخش های بیمارستان و تحویل آن حین پذیرش به بیمار و همراه وی اطمینان حاصل می نماید.

پیوست ها:

فهرست پمفلت ها- کتابهای راهنما و بروشور های آموزش به بیمار در سال ۹۵- برنامه عملیاتی پیشگیری و ارتقا سلامت در سال ۹۵- کتاب راهنمای پیشگیری و ارتقاء سلامت و چهار حیطه

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: دکتر امین رجایی	تهیه کنندگان: دکتر رامین رجائی - دکتر رضا محمد امینی - حمید ثمره - آزاده موقر زاده - فرجام هاشمی - سپیده ناصری - سیمین واحدی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: مدیریت - مسئول فنی نماینده پزشکان - مترون - سوپروایزر آموزش - مسئول کنترل عفونت - روانشناس - کارشناس بهداشت حرفه ای کارشناس بهداشت محیط

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی



کد خط مشی : POL-GT-3  
 تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵  
 تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱  
 تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱  
 تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱  
 شماره بازنگری : ۴  
 شماره صفحه : ۱

عنوان / موضوع :	مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه کارکنان
هدف:	ارتقاء کیفیت خدمات کارکنان
دامنه :	کل بیمارستان
مسئولیت پاسخگویی:	ریاست بیمارستان - قائم مقام
تعاریف:	ارتقاء سلامت - افزایش سطح سلامت
صاحبان فرآیند:	مدیران و مسئولین بیمارستان
سیاست:	با توجه به لزوم اهمیت پیشگیری مقدم بر درمان بیمارستان به عنوان مرکز درمانی موظف است برنامه های سلامت و پیشگیری در ارتقا سلامت در چهار حیطه که در این خط مشی حیطه کارکنان مورد نظر است را در دستور کار خود قرار داده تا ضمن پیشگیری و ارتقا سلامت کارکنان در راستای بهبود و ارتقا مستمر کیفیت خدمات درمانی خود به عنوان یک مرکز درمانی گام بردارد.
قوانین و مقررات مربوطه:	استاندارد های اعتبار بخشی - استانداردهای دوستدار ارتقا سلامت
ذینفعان:	سوپروایزرین (نماینده کارکنان بالینی) مدیر بهبود کیفیت (نماینده کارکنان اداری - پشتیبانی)
منابع و امکانات لازم:	منابع مالی و انسانی - برنامه های مصوب بیمارستان - امکانات آموزشی
شرح فعالیت:	
<p>۱-مدیران ارشد بیمارستان نسبت به تامین منابع و امکانات لازم در خصوص پیشگیری و ارتقاء سلامت کارکنان متعهد می باشد.</p> <p>۲-سوپروایزر آموزش سالیانه نیازسنجی آموزش پرسنل بیمارستان را انجام می دهد.</p> <p>۳-سوپروایزر آموزشی با همکاری دفتر بهبود کیفیت برنامه عملیاتی آموزش سالیانه را تدوین و آن را جهت تصویب، تخصیص بودجه و ابلاغ به تیم مدیریت اجرایی ارائه می نماید.</p> <p>۴-تیم اجرایی برنامه عملیاتی آموزش سالیانه کارکنان را تصویب و ابلاغ می نماید.</p> <p>۵-دفتر بهبود کیفیت ضمن نظارت بر اجرای برنامه عملیاتی آموزش سالیانه کارکنان آن را پایش می نماید.</p> <p>۶-دفتر بهبود کیفیت نتیجه پایش برنامه عملیاتی آموزش کارکنان را به تیم مدیریت اجرایی ارائه می نماید.</p> <p>۷-تیم مدیریت اجرایی در صورت نیاز اقدامات اصلاحی لازم در خصوص پایش برنامه عملیاتی آموزش سالیانه کارکنان را ابلاغ می نماید.</p> <p>۸-دفتر بهبود کیفیت تابلوی منشور حقوق کارکنان را در معرض دید همگان نصب می نماید.</p> <p>۹-مسئول بهداشت حرفه ای برنامه ریزی جهت معاینات دوره ای کارکنان را انجام می دهد.</p> <p>۱۰-مسئول بهداشت حرفه ای ضمن شناسایی خطرات بالقوه در بخش ها و واحدهای بیمارستان جهت انجام اقدامات اصلاحی لازم پیگیری می نماید.</p> <p>۱۱-ریاست بیمارستان نسبت به معرفی کارشناس حرفه ای به عنوان مسئول پیگیری برنامه های ارتقا سلامت کارکنان، اقدام می کند.</p> <p>۱۲-مسئول بهداشت حرفه ای در خصوص اندازه گیری عوامل زیان آور فیزیکی و شیمیایی محل کار پیگیری می نماید.</p> <p>۱۳-مسئول بهداشت حرفه ای اقدامات اصلاحی در خصوص اندازه گیری عوامل زیان آور محیطی کار را در دفتر بهبود کیفیت گزارش می دهد.</p> <p>۱۴-مسئول بهبود کیفیت در خصوص انجام اقدامات اصلاحی مربوطه به نتایج ارزیابی عوامل زیان آور پیگیری می دهد.</p> <p>۱۵-پزشک طب کار طبق برنامه زمان بندی شده معاینات دوره ای و مشاوره کارکنان را با هماهنگی قبلی جهت انجام پایش سلامتی کارکنان انجام می دهد.</p> <p>۱۶-پزشک طب کار با توجه به معاینات انجام شده، لیست کارکنان مورد نظر را جهت انجام پایش سلامتی به مراکز مربوطه ارجاع می دهد.</p> <p>۱۷-کارشناس بهداشت حرفه ای در مورد میزان استعمال دخانیات توسط کارکنان برنامه ریزی نموده و اقدام مقتضی را انجام می دهد.</p> <p>۱۸-کارشناس بهداشت حرفه ای نتایج معاینات دوره ای را پس از هماهنگی با مدیریت به پرسنل مرتبط اعلام می دهد.</p> <p>۱۹-مدیریت مرکز با همکاری کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان، جهت تامین سقف و تمرینات ورزشی پرسنل در داخل یا خارج از مرکز برنامه</p>	

ریزی می کند.

۲۰- مسئول بهداشت حرفه ای در خصوص شناسایی کارکنان باردار و انجام امور لازم در خصوص پیشگیری و ارتقا سلامت ایشان اقدامات لازم را انجام می دهد.

۲۱- مسئول بهداشت حرفه ای کارکنان مبتلا به بیماری های خاص را شناسایی کرده و به سازمانهای حمایت کننده ارجاع می نماید.

۲۲- مسئول بهداشت حرفه ای در خصوص بیمه تکمیلی درمان پرسنل ( بیمه حوادث خارج از بیمارستان در شیفت کاری ) هماهنگی لازم را انجام می دهد.

۲۳- مدیر بحران مرکز کلیه آموزش های لازم در رابطه با اجرای استاندارد های بحران ، تخلیه اضطراری ، مهار آتش و ... را به پرسنل آموزش می دهد.

۲۴- مسئول ساختمان و تاسیسات از بروز رسانی شارژ کپسول آتش نشانی اطمینان حاصل می نماید.

۲۵- مسئول بهداشت حرفه ای از رعایت اصول ایمنی انبار گازهای طبی اطمینان حاصل می نماید.

۲۶- مسئول بهداشت حرفه ای بطور مستمر نور اتاق پرسنل ، شرایط میز و صندلی و سیستم کامپیوتری با وضعیت ارگونومیک پرسنل را کنترل می نماید.

۲۷- مسئول بهداشت حرفه ای آموزش حضوری در مورد رعایت ارگونومی پرسنل را برگزار می کند.

۲۸- مسئول بهداشت حرفه ای پمفلت آموزشی جهت اصول ارگونومی را در اختیار پرسنل قرار می دهد.

۲۹- کارشناس بهداشت حرفه ای از وجود وسایل حفاظت فردی در بخش ها و واحدهای بیمارستان اطمینان حاصل می کند.

۳۰- کارشناس تغذیه جهت واحد های پسماند و رادیولوژی همیشه شیر روزانه در نظر می گیرد.

۳۱- سوپروایزر آموزش برنامه آموزشی در زمینه بهداشت محیط ، بهداشت حرفه ای و کنترل عفونت جهت کلیه پرسنل جدید ورود آنها تدوین و اجرا می نماید.

۳۲- سوپروایزر کنترل عفونت نحوه مقابله با موارد نیدل استیک را به کلیه پرسنل آموزش می دهد .

۳۳- مسئول بهداشت حرفه ای کتابچه بهداشت شغلی را تهیه و در اختیار کلیه کارکنان قرار می دهد .

۳۴- مسول بهداشت حرفه ای در رابطه با انجام ارزیابی های لازم پارامتر های فیزیکی نور، صدا، تهویه بطور دوره ای توسط شرکت های مربوطه، اقدام نموده و انجام اقدامات مداخله ای لازم را پیگیری می نماید.

۳۵- مدیر بیمارستان در شرایط اضطراری نسبت به تخصیص وام ضروری به کارکنان اقدام می نماید .

۳۶- کارشناس بهداشت محیط از رعایت کلیه استانداردهای بهداشت محیط در محل کار اطمینان حاصل می نماید.

۳۷- سوپروایزر کنترل عفونت از وجود کلیه منابع و امکانات و تجهیزات لازم و کافی در خصوص کنترل عفونت اطمینان حاصل می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر امین رجایی	تهیه کنندگان : دکتر رضامحمد امینی - دکتر رامین رجائی - ازاده موقر زاده - سپیده ناصری - مریم حیدری نژاد - فرزانه امیری - آقای وزیری
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: مسئول فنی بیمارستان - مدیر بیمارستان - پرستار کنترل عفونت - مسئول پیگیری ارتقا سلامت کارکنان = مسئول بهداشت محیط = سوپروایزر آموزشی - دفتر بهبود کیفیت - مسئول تاسیسات



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد خط مشی : POL-HIM-1

تاریخ تصویب : ۱۳۹۹/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ اولین بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۳

تعداد صفحه : ۲

عنوان خط مشی :	کنترل صیانت از پرونده های بالینی بیمار در نقل و انتقال بین بخش ها و واحدها
دامنه:	کلیه کارکنان
تعاریف	-
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان
هدف:	رعایت استاندارد های حقوق گیرنده خدمت
منابع وامکانات:	-
فرد پاسخگو:	مسئول مدارک پزشکی
دستورالعمل های مرتبط :	استاندارد های اعتبار بخشی

شرح فعالیت :

- ۱- پرسنل ترخیص حین تحویل پرونده ها به واحد مدارک پزشکی و در آمد قسمت مربوطه در سیستم HIS تیک دار می نمایند.
- ۲- مسئول بایگانی در صورت خروج پرونده از بایگانی در دفتر مخصوص علت خروج و مشخص تحویل گیرنده را ثبت می نمایند.
- ۳- مسئول بایگانی ۴۸ ساعت پس از خروج پرونده در بایگانی در خصوص بازگشت پرونده پیگیری می نماید.
- ۴- مسئول مدارک پزشکی بصورت ماهیانه خروج پرونده از بخش مدارک پزشکی را کنترل می نماید.
- ۵- مسئول بایگانی در ساعت مشخص به صورت مستمر به جمع آوری و الصاق نتایج معوقه به پرونده بیمار اقدام می نماید.
- ۶- مسئول مدارک پزشکی ماهیانه تطابق فهرست بیماران پذیرش شده را کتباً به مدیریت ارسال و در کمیته مدیریت اطلاعاتی سلامت مطرح می نماید.
- ۷- مسئول مدارک پزشکی گزارش پرونده های مفقودی را کتباً به مدیریت ارسال و در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت مطرح می نماید.
- ۸- مسئول بایگانی اقدامات اصلاحی لازم جهت جلوگیری از مفقود شدن مدارک پزشکی بیمار را با تصویب کمیته مدارک پزشکی پیگیری و اجرا می نماید.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
مهندس میر حسینی	دکتر امین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
(مسئول فن آوری اطلاعات)	مدیریت بیمارستان	





# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-1

تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

تعداد صفحه: ۳

عنوان روش اجرایی:	روش اجرایی حفظ محرمانگی و تعیین سطوح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیمار
هدف:	هدف از تدوین این روش اجرایی مدیریت اطلاعات محرمانه درمانی بیماران و پیشگیری از عوارض اجتماعی و خانوادگی برای بیماران است.
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان
تعاریف:	اطلاعات بیمار: شامل کلیه اطلاعات پرونده پزشکی اعم از اطلاعات درمانی و اطلاعات شخصی بیمار می باشد.
صاحبان فرآیند:	واحد مدارک پزشکی
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل تعیین سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران ابلاغی از وزارت متبوع
منابع و امکانات لازم:	دستورالعمل های وزارتخانه ای - تجارب بیمارستان
مسئولیت ها و اختیارات:	مسئولیت اجرای این روش اجرایی برعهده کلیه کارکنان می باشد مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای این روش اجرایی برعهده مسئول مدارک پزشکی است. مسئولیت تصویب و ابلاغ این روش اجرایی برعهده ریاست بیمارستان است.

توضیحات:

- بیمار مالک منطقی اطلاعات پرونده پزشکی محسوب می شود و مالکیت فیزیکی پرونده پزشکی با بیمارستان است.
- براساس این مالکیت منطقی بیمار می تواند یک نسخه از تمام اطلاعات پرونده خود را در اختیار داشته باشد ولی به خاطر آنکه بیمارستان مالک فیزیکی پرونده است پس بیمار مجاز به باز ستادن اصل پرونده نیست.
- مراجع قضایی بیمار (بعد از ترخیص) وکیل قانونی او مجاز به استفاده از اطلاعات پرونده هستند و سایر کاربران خارجی برای استفاده از اطلاعات نیاز به اجازه رسمی بیمار دارند.
- در تابلوی حقوق گیرنده خدمت که در کلیه راهروهای بیمارستان و ورودی بخش ها نصب شده است. امکان در خواست تصویر کلیه اطلاعات مندرج در پرونده اشاره شده است در معرض دید عموم می باشد.
- ثبت مشخصات تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی بر روی جلد پرونده بیمار و تابلو موجود در بالین بیمار ممنوع می باشد.
- با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی و قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان ، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود.
- در صورت درخواست همراهم بیمار (در صورتی که یکی از همراهم بیمار پزشک پیراپزشک / سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و تقاضای بیمار را می نماید ) جهت مطالعه محتوای پرونده ها صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت بصورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود.

شرح روش اجرایی:

الف : شرایط واگذاری پرونده به بیمار

- در حالت عادی پس از ترخیص به کلیه بیماران یک نسخه از خلاصه پرونده و فرم آموزش تحویل داده می شود.
- در صورتیکه بیمار درخواست ارائه مدارک پزشکی خود را جهت ارائه به سازمان هایی از قبیل نظام وظیفه و سایر مراکز درمانی را جهت ادامه درمان داشته باشد می بایست درخواست کتبی مرکز مورد نظر یا پزشک معالج را به بخش مدارک پزشکی ارائه نموده و اطلاعات پرونده به صورت کپی که مهور به مهر بیمارستان می باشد جهت ارائه به سازمان ها و مراجع متقاضی تحویل فرد متقاضی داده می شود.
- در مورد بیماران روانی و بیماری که نیاز به قیام دارند، برای در اختیار گذاشتن پرونده به بیمار ، اجازه قیمین و پزشک معالج بیمار مورد نیاز است.
- در صورت مراجعه نزدیکان بیمار برای گرفتن پرونده بیمار پس از ترخیص ، اجازه کتبی بیمار ضروری است و تصویر اطلاعات در زمان بستری بیمار فقط در اختیار فرد معتمد وی با حراز هویت قرار می گیرد (پدر، مادر ، همسر ، فرزند ، خواهر، برادر) مهر تصویر برابر اصل نیاز نیست مگر اینکه بیمار مدارک را جهت ارائه به سازمان یا اداره ای درخواست کرده باشد.
- منشی بخش ها کادر پرستاری و پزشکان، حتی کارکنان واحد های پذیرش و مدارک پزشکی و ترخیص ... هیچ کدام از رسته های مختلف کارکنان حق ندارند، اطلاعات مربوط به بیماری، اقدامات انجام شده برای وی ، علت بستری را بدون اجازه بیمار به نزدیکان وی بصورت شفاهی یا کتبی ارائه دهند.

ب- شرایط واگذاری پرونده پزشکی بیمار به مراجع قضایی

۱- داشتن نامه کتبی بیمار از مراجع مورد نظر و دستور مدیریت بیمارستان

۲- تهیه کپی از پرونده با مهر برابر اصل از اوراقی که در نامه درخواست قید شده و توسط مسئول مدارک پزشکی

۳- تنظیم جوابیه نامه و ذکر مهلت زمانی ۳۰ روز برای برگشت پرونده به بیمارستان در نامه جوابیه و عودت پرونده پس از رفع نیاز توسط مسئول مدارک پزشکی

۴- برگ شمار اوراق پرونده روی پرونده الصاق شده و تعداد اوراق ارسال شده در نامه جوابیه به مراجع قانونی ذکر شده در پاکت لاک و مهر شده به نماینده مرجع مورد نظر تحویل شده و یا توسط کار پرداز بیمارستان به مرکز مورد نظر تحویل می گردد و توسط مسئول مدارک پزشکی رسید دریافت می شود. تحویل پرونده حتما باید حضوری بوده و به پست داده نشود.

۵- در صورت درخواست پزشک قانونی و دادگاه رسیدگی به جرایم پزشکی جهت اخذ اصل پرونده اصل پرونده لاک و مهر شده و توسط دبیرخانه بیمارستان به مرجع مورد نظر تحویل داده می شود. یک کپی برابر اصل شده در بایگانی نگهداری می شود.

ج- مراحل واگذاری پرونده پزشکی به بیمه ها

در صورت درخواست بیمار یا فرد معتمد وی با ارائه اصل صورت حساب کپی برابر اصل اوراق لازم توسط مسئول مدارک پزشکی در اختیار آنان قرار داده میشود.

مسئول واحد ترخیص پرونده ها را از واحد ترخیص براساس کد پذیرش و تاریخ ترخیص (فواصل زمانبندی مشخص) نوع مراجعه (بستری- سرپایی به جز اورژانس) (بیمه و آزاد) تقسیم بندی نموده و پرونده های سرپایی و بستری آزاد را تحویل مدارک پزشکی داده و کارشناس مدارک پزشکی پس از رفع نقص و چک کامل بودن اوراق پرونده انرا بایگانی می نماید. پرونده هایی سرپایی و بستری بیمه ای تحویل امور در آمد شده ، که پس از تهیه کپی برابر اصل و سایر اقدامات کپی مدارک تهیه شده را نمایندگان سازمانهای مستقر بیمه گر طرف قرارداد در بیمارستان داده و یا به سازمان های طرف قرارداد ارسال می شود و اصل پرونده به مدارک پزشکی داده شده و پس از رفع نواقص توسط مسئول و کارشناسان مدارک پزشکی بایگانی می شود. مواردی که بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگری پرونده بیمار را درخواست می کند :

مشاوره : این حالت حداقل اوراق مور نیاز جهت ارسال شامل برگ شرح حال و برگه درخواست مشاوره می باشد.

انتقال موقت بیمار بدلیل نداشتن امکانات تشخیصی مانند سی تی اسکن و.. در صورت انتقال موقت نیز بهتر است اصل پرونده از بیمارستان خارج نشود و فتوکپی اوراق ضروری در اختیار بیمارستان دیگر قرار گیرد چون امکان مفقود یا دستکاری در پرونده می باشد.

انتقال دائمی بیمار به بیمارستان دیگر در این حالت کپی از اوراق خلاصه پرونده ، شرح عمل ، جواب پاراکلینیک فرم مشاوره به همراه برگ اعزام همراه بیمار فرستاده می شود.

شرایط واگذاری پرونده بیمار جهت استفاده در تحقیقات پزشکی و آموزشی:

اهداف پژوهشی با توجه به اینکه مدارک پزشکی و بایگانی از مهم ترین منابع برای مطالعات اپید میولوژیک و تحقیقات بالینی محسوب می شود لذا واحد های مدارک پزشکی باید با رعایت موارد زیر در این نوع تحقیقات مشارکت داشته باشند:

کنترل معرفی نامه پژوهشگر از معاونت آموزشی یا پژوهشی دانشگاه مربوطه توسط مسئول مدارک پزشکی و مسئول بایگانی انجام می شود. سپس معرفی نامه پژوهشگر به واحد مدیریت ارسال می شود.

کل یا اجزای پرونده می بایست که با برگ شمار مشخص گردد و روی پرونده تعداد صفحات آن و محتویات آن ثبت گردد. تا در صورت کمبود مورد پیگیری قرار گیرد.

مسئول بایگانی تمام قوانین مرتبط با پرونده بیماران به پژوهشگران را پس از اخذ تاییدیه های لازم توضیح می دهد .

در مواردیکه پرونده برای اهداف آموزش توسط مربیان و دانشجویان درخواست می گردد می بایست ابتدا استاد مربوطه آنرا درخواست نماید و پس از تایید رئیس یا مدیر بیمارستان امضای تعهد نامه و حفظ محرمانگی اطلاعات، بدون فاش شدن مشخصات هویتی بیمار، اطلاعات درخواست شده در محل واحد مدارک پزشکی مورد مطالعه قرار گیرد.

شرایط واگذاری اطلاعات پرونده های پزشکی به مشتریان داخل بیمارستان

اعضای تیم مراقبت بیمار اعم از پزشک و پرستار و سایر ارائه کنندگان خدمات درمانی که خود تولید کننده اطلاعات محسوب می شوند و در امر مراقبت بیمار و مستند سازی اطلاعات وی دخالت مستقیم دارند براساس اصل نیاز به دانستن به عنوان کاربران مجاز پرونده پزشکی به حساب می آیند و نیاز به کسب اجازه از بیمار برای استفاده از اطلاعات او را ندارند.

بر حسب ماهیتی شغلی کاربران، شدت نیاز و وسعت استفاده از اطلاعات پرونده های که مبین سطح دستیابی به اطلاعات می باشد و برای آنکه تقاضای کاربران ، مجاز داخلی قابل پیگیری و بررسی باشد ، تقاضا باید در دفتر مخصوص ثبت و پیگیری شود.

تذکره ۱: در صورتیکه پرونده ای به واحد مدارک پزشکی بازگردانده نشود ، توسط مسئول مدارک پزشکی به شرح ذیل اقدام می گردد :

پس از ترخیص بیمار متقاضیان درخواست مدارک پزشکی با تایید مدیریت و حضور مسئول مدارک پزشکی مطالعه پرونده اقدام می نمایند.

نکته : هیچ اطلاعاتی از بیمار بدون در نظر گرفتن حق وی برای محرمانه ماندن اطلاعاتش (به خصوص بیماری که به دلیل مسائل امنیتی افشای اطلاعاتش مقتضی نیست ) نباید افشا شود.

تهیه کنندگان : فرزانه امیری - صدیقه موسی اکبری	تأیید کننده : دکتر امین رجایی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
---	----------------------------------	------------------------------------

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: (مسئول بهبود کیفیت) - (مسئول مدارک پزشکی)
----------------------	--------------------------	---



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار
هدف:	سرعت در بازیابی فرم ها توسط مستند سازان مجاز - پاسخگویی سریع تر به مراجعین ذیصلاح - نظم و ترتیب اوراق سرعت در انجام ممیزی اوراق پرونده
پرسنل مرتبط:	پرسنل واحد مدارک پزشکی / منشی بخش
تعاریف:	سازماندهی: رعایت نظم و ترتیب محتویات پرونده: اوراق مدارک پزشکی بیمار
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	فلوچارت طراحی فرم / دستورالعمل داخلی چینش اوراق
منابع و امکانات لازم:	اوراق اصلی و فرعی پرونده / دستورالعمل مربوطه - داخلی چینش فرم های مدارک پزشکی بیمار

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت دستورالعمل چینش اوراق مدارک پزشکی در پرونده بیمار را طبق روش سومر (Somr) طراحی و در کمیته اطلاعات سلامت مطرح می نماید.
- ۲- کمیته مدیریت اطلاعات سلامت پس از بررسی دستورالعمل چینش اوراق پرونده بیایینی بیمار آن را تصویب و ابلاغ می نماید.
- ۳- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت دستورالعمل موجود را جهت اجراء واحد های مربوطه (منشی بخش / ترخیص / پذیرش) ابلاغ می نماید.
- ۴- کلیه کارکنان مرتبط موظف به اجرای دستورالعمل می باشند.
- ۵- در صورت نیاز اضافه شدن هر فرمی به پرونده بیماران، موضوع در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت مطرح، بررسی و جایگاه فرم جدید در پرونده بیمار مشخص گردیده و ابلاغ می گردد.
- ۶- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده ها را از لحاظ انطباق با دستورالعمل مورد اشاره بررسی می نماید.
- ۷- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت بازخورد رعایت دستورالعمل مورد اشاره را به پرسنل مربوطه جهت رفع موارد عدم انطباق احتمالی گزارش می دهد.

تهیه کنندگان:	فرزانه امیری - فائزه یزدانی - افسانه نوحی	تأیید کننده:	فرزانه امیری	ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مدیریت اطلاعات سلامت - مسئول ترخیص - مسئول پذیرش	سمت:	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	سمت:	ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	محافظت و امنیت سیستمهای ذخیره و بازیابی اطلاعات
هدف:	حفاظت از اطلاعات - اطمینان از نگهداری سوابق بیمار - جلوگیری از خسارات مالی - جلوگیری از تغییر داده های تیم - محرمانگی اسرار بیمار
کارکنان مرتبط:	پرسنل بخش پذیرش و مدارک پزشکی / واحد فناوری اطلاعات / قائم مقام / صندوق حسابداری
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	تجربیات بیمارستانی
منابع و امکانات لازم:	نامه کاربری و رمز عبور جهت کاربران - برنامه HIS - کامپیوتر - نسخه پشتیبان - آنتی ویروس

شرح فعالیت:

- هر کاربر جدید مجاز به ورود سیستم با مراجعه به بخش فناوری اطلاعات باید به طور اختصاصی برای خود نام کاربر و رمز عبور دریافت کند.
- مسئول فناوری اطلاعات به هر کاربری با توجه به شرح وظایف ایشان سطح دسترسی را مشخص می کند.
- مسئول فناوری اطلاعات نام کاربری و رمز عبور کاربرانی را که به هر دلیل با سیستم ارتباط ندارد غیر فعال می نماید.
- کاربران بعد از هر بار استفاده و اتمام کار حتماً از برنامه خارج شده و نام کاربری و رمز عبور خود را غیر فعال می کنند تا دیگران از آن استفاده ننمایند.
- مسئول فناوری اطلاعات آنتی ویروس مناسب را در سیستم کامپیوتر نصب می نماید.
- مسئول فناوری اطلاعات، نسخه پشتیبان از اطلاعات برنامه ها را برای جلوگیری از پیامد های ناگوار حوادث عمدی و غیر عمدی تهیه می نماید.
- مسئول واحد فناوری اطلاعات یک نسخه پشتیبان اطلاعات را در خارج از بیمارستان در صندوق امانات بانک ملی به نام قائم مقام بیمارستان نگهداری می نماید.

تأیید کننده:	تهیه کنندگان:	فرزانه امیری - مهندس میرحسینی - افسانه نوحی
ابلاغ کننده:	مهندس میرحسینی	
دکتر بهرام پورسیدی	سمت:	مسئول مدارک پزشکی - مسئول فناوری اطلاعات - مسئول پذیرش
سمت: ریاست بیمارستان	مسئول فناوری اطلاعات	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی و محتویات آن از واحد مدیریت اطلاعات سلامت
هدف:	محرماتگی اسرار بیمار - جلوگیری از مفقود شدن پرونده - اطمینان از بازگشت پرونده
پرسنل مرتبط:	پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	قوانین مدارک پزشکی
منابع و امکانات لازم:	دفتر ثبت خروج - پوشه جایگزین - پرونده - مستندات نظارت

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول بایگانی جهت خروج پرونده پزشکی از واحد بایگانی پس از هماهنگی و تایید مسئول واحد اقدام می نماید.
- ۲- مسئول بایگانی پرونده مورد نظر را از قفسه مربوطه خارج کرده و پوشه جایگزین را در محل آن قفسه بایگانی جا گذاری می کند.
- ۳- مسئول بایگانی نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره پرونده و نام فرد درخواست کننده و پرونده و تاریخ خروج را در روی پوشه جایگزین ثبت می نماید.
- ۴- مسؤل بایگانی خروج پرونده را در دفاتر مخصوص خروج پرونده (دفتر خروج داخلی بیمارستان، دفتر خروج پرونده خارج از بیمارستان) ثبت می نماید.
- ۵- مسئول بایگانی طی مدت ۴۸ ساعت از خروج پرونده ، جهت بازگرداندن پرونده به قفسه بایگانی پیگیری لازم را انجام می دهد.
- ۶- مسئول بایگانی پس از گذشت پرونده با خودکار قرمز در دفتر مخصوص ، تاریخ ورود به بایگانی را ثبت می نماید.
- ۷- مسئول بایگانی دفاتر مخصوص خروج پرونده و همچنین قفسه های بایگانی را بطور مستمر کنترل نموده تا از رسیدن تمامی پرونده ها به بایگانی اطمینان حاصل نماید .
- ۸- مسئول بایگانی نتیجه بازدید های مستمر خود را از قفسه های بایگانی به مسئول واحد گزارش می دهد.

تأیید کننده:	تهیه کنندگان:	ابلاغ کننده:
فرزانه امیری	فرزانه امیری - صدیقه موسی اکبری	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول واحد - مسئول بایگانی	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : PRO-HIM-5

تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

تعداد صفحه : ۲

عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آنها در مستندات ، به ویژه در پرونده بیمار
هدف	هدف از تدوین این دستورالعمل افزایش سرعت و سهولت دسترسی به اطلاعات و ارائه آمار و طبقه بندی مدارک پزشکی می باشد.
مسئولیت اجرا:	مدیر پرستاری
امکانات لازم: پرونده بیمار -	فهرست به روز شده اختصارات مجاز پزشکی در بیمارستان
منابع:	کتاب اختصارات رایج پزشکی - دستورالعمل های وزارت خانه
دامنه	دامنه کاربرد این روش اجرایی مرتبط با واحد مدیریت اطلاعات و مستند سازان مجاز بیمارستان می باشد.
مسئولیت ها :	مسئولیت اجرای این روش اجرایی برعهده پرسنل درمانی و مدارک پزشکی می باشد. مسئولیت تدوین این روش اجرایی برعهده سرپرست مدارک پزشکی می باشد. مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی برعهده کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد. مسئولیت ابلاغ و تصویب این سند برعهده ریاست بیمارستان می باشد.
پرسنل مرتبط:	
شرح دستورالعمل :	
شرح اقدامات :	
۱- مسئول مدارک پزشکی لیست اختصارهای رایج و کاربردی هر بخش را با همکاری کارشناسان درمانی تهیه و به صورت کتابچه در اختیار کارکنان بخش قرار می دهد که سالیانه توسط دفتر بهبود کیفیت بازنگری میشوند .	
۲- گروه درمانی و پرسنل پرستاری برای ثبت گزارشات از اختصارات مجاز وقابل درک همسان استفاده می نمایند.	
۳- پرسنل کادر درمانی در هنگام درج گزارشات در پرونده بیمار از به کار بردن علائم و اختصارات غیر استاندارد خودداری می نمایند.	
۴- پرسنل کادر درمانی مجاز به استفاده از اختصارات پزشکی در برگه آموزش به بیمار نمی باشد.	
۵- پزشک معالج و پرستار ( پرسنل کادر درمانی ) در هنگام نوشتن تشخیص و گزارشات از علائم اختصاری و اصطلاحات استاندارد استفاده نموده و از علائم و اختصارات سلیقه ای خودداری نمایند.	
۶- سوپروایزر آموزشی جلسات آموزش در زمینه اصول نوشتن گزارشات مستندات پزشکی را برای (پرسنل کادر درمانی) جدید الورد برگزار می نماید.	
۷- پرسنل کادر درمانی جهت نوشتن نوع آزمایشات و فرآورده های خونی وکنترل علائم حیاتی از اختصارات استفاده نمایند.	
۸- مسئول مدارک پزشکی و کنترل پرونده ها به اختصارات استفاده شده در مستند سازی های پرونده دقت می نماید در صورت استفاده از اختصارات غیر مجاز مراتب را به مترون و بهبود کیفیت گزارش می دهد.	

تهیه کنندگان :	فرزانه امیری - حمید ثمره - صدیقه موسی اکبری
تأیید کننده :	دکتر رامین رجائی
سمت:	مسئول واحد-مدیر پرستاری- مسئول بایگانی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر بیمارستان	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد خط مشی : POL-IC-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ اولین بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان / موضوع :	ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان بالینی
هدف:	پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر و یا به کارکنان از طریق دستهای آلوده - پیشگیری و ارتقاء سلامت بیمار = کارکنان
دامنه :	کلیه واحد های درمانی - پاراکلینیک
کارکنان مرتبط:	پرستار - پزشک - کمک بهیار - خدمه پرسنل بخشهای بالینی و پاراکلینیک بیمار - خدمات
صاحبان فرایند:	پرستار کنترل عفونت
ذینفعان:	کلیه کارکنان بالینی - پزشکان - بیماران - همراهیان بیمار
تعاریف:	هندراب : شستشوی دست با مواد ضد عفونی کننده هندواش : شستشوی دست با آب و صابون
سیاست:	با توجه به لزوم ارتقاء ایمنی در ارائه خدمات از طریق رعایت اصول بهداشت دست توسط کارکنان این بیمارستان از طریق آموزشهای مربوطه و تامین منابع، تجهیزات و امکانات مورد نیاز و کافی در دسترس قرار دادن آنها در کلیه بخشها و واحد های از ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان اطمینان حاصل می نماید.
منابع وامکانات لازم:	چک لیست های مربوطه

شرح فعالیت:

- ۱- پرستار کنترل عفونت اولویت فعالیتهای ایمنی که رعایت بهداشت دست می باشد را به کلیه پرسنل درمانی و غیر درمانی آموزش می دهد.
- ۲- پرستار کنترل عفونت به منظور تعهد به اقدام موثر در خصوص کاهش عفونت در فرهنگ سازی و ارزش گذاری اصول بهداشت دست از عوامل چون مشارکت و مسئولیت پذیری و گزارش دهی پرسنل بهره می جوید.
- ۳- پرستار کنترل عفونت دستورالعمل های رعایت بهداشت دست وزارت بهداشت را در اختیار واحدهای درمانی قرار می دهد.
- ۴- پرستار کنترل عفونت پوستر های نحوه شستن و ضد عفونی نمودن دست را در محل نصب سینک ها و هندراب ها قرار می دهد.
- ۵- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئولین بخش ها پوسترهای ۵ موقعیت بهداشت دست را در ایستگاه در معرض دید پرسنل قرار می دهد.
- ۶- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئول اتاق عمل دستورالعمل اسکراب و پوستر آن را در محل سینک اسکراب در معرض دید پرسنل و پزشکان قرار داده و انجام صحیح توسط مسئول بخش و پرستار کنترل عفونت بصورت راندم کنترل می شود.
- ۷- مدیریت بیمارستان تهیه و خرید و کیفیت ملزومات شستشوی (سینک، سطل پدال دارمابج، دستمال یکبار مصرف) ضد عفونی دست (محلول پایه الکلی) با نظریه پرستار کنترل عفونت تضمین می نماید.
- ۸- مسئول هر واحد ملزومات شستشو و بهداشت دست خود را ارزیابی و کمبود ها را با نظر پرستار کنترل عفونت و تایید مدیریت و انبار تامین می نماید.
- ۹- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئول بهداشت و نظر پرسنل واحدهای بالینی شیفت به نصب دیسپنسرهای محتوی هندراب به تعداد کافی در محل های مناسب ( جهت هر اتاق عمومی، ایستگاه پرستاری سالنها و...) اقدام می نماید.
- ۱۰- مسئولین واحد های بالینی مسئولی نظارت بر اجرای دستورالعمل نحوه استفاده نگهداری و نحوه نظافت ظروف محلول های ضد عفونی توسط پرسنل پرده و از نحوه انجام صحیح آن اطمینان حاصل می نماید.
- ۱۱- پرستار کنترل عفونت از راهنماهای نحوه شستن دست و پمفلت های آموزشی تهیه شده لزوم تهیه شده لزوم انجام و رعایت بهداشت دست را به بیماران آموزش می دهد .
- ۱۲- پرستار کنترل عفونت روش پایش و نظارت بهداشت دست و ملزومات بهداشت دست را با همکاری رابط کنترل عفونت (مسئول بهداشت محیط) به کلیه پرسنل درمانی آموزش می دهد (مشارکت پرسنلی)



۱۳- مسئولین واحد ها با استفاده از فرم پایش بهداشت دست به ارزیابی پرسنل واحد در رعایت بهداشت دست اقدام می نمایند.

۱۴- پرستار کنترل عفونت بر رعایت بهداشت دست در ۵ موقعیت نظارت و فرمهای مربوطه را تکمیل می نماید.

۱۵- پرستار کنترل عفونت فرمهای تحویلی بخش ها و ارزیابی خود را بطور فصلی محاسبه و مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و نتیجه ارزیابی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی و انگیزشی توسط اعضاء اتخاذ می گردد.

۱۶- پرستار کنترل عفونت نتایج پایش را به اطلاع پرسنل واحد های درمانی می رساند.

۱۷- اعضاء کمیته کنترل عفونت - مدیریت اجرایی جهت ایجاد انگیزه رعایت بهداشت دست در پرسنل راهکار های تشویقی را مورد توجه قرار می دهد.

۱۸- پرستار کنترل عفونت در خصوص کیفیت مواد بهداشتی و در دسترس بودن ملزومات از پرسنل نظر خواهی نموده و نتایج نظر خواهی را در نوع خریدهای بعدی مواد بهداشتی و ضدعفونی در نظر می گیرد.

۱۹- پرستار کنترل عفونت از کیفیت مواد بهداشتی ( مابع صابون و محلول ضدعفونی) اطمینان حاصل کرده و جهت جلوگیری از حساسیت ها و عوارض پوستی احتمال ناشی از شستشو و ضدعفونی کرم ولوسیونهای مرطوب کننده در اختیار واحد های درمانی قرار می دهد.

۲۰- پرستار کنترل عفونت به منظور اشاعه اهمیت بهداشت دست به مناسبت های بهداشتی و روز جهانی بهداشت دست توجه نموده و با همکاری مسئول بهداشت و مسئولین بخش ها موجبات ترغیب پرسنل در استفاده از مواد بهداشتی در زمان های صحیح فراهم می کنند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر خلیل زاده	تهیه کنندگان : حمید ثمره - فرزانه امیری ازاده موقرزاده - مریم حیدری نژاد- یوسف الهی - جمیله میرزادی - دکتر رامین رجائی - فرجام هاشمی - فرخنده کریمی - مریم ایرانمنش - ناهید شجاعی - نغمه سرمست
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: رییس کمیته کنترل عفونت	سمت: مترون - مسنول بهبود کیفیت - پرستار کنترل عفونت - مسئول بهداشت - سرپرستار جراحی زنان - مدیریت - سوپروایزر آموزش - پرستار - مامای خبره سرپرستار اتاق عمل - ماما مسنول بلوک زایمان -



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-IC-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	مدیریت مواجهه شغلی
هدف:	ارتقاء مهارت پرسنل در راستای ایمنی خود و پیشگیری از عفونت های شغلی از راه خون
کارکنان مرتبط:	
تعاریف:	مواجهه شغلی: تماس پوست، چشم، مخاط، تماس زیر جلدی با خون و دیگر مایعات بدن بیماران با احتمال بیماریهای عفونی ایدز و هیپاتیت روش Scoop: در پوش سرسوزن روی سطح میز قرار گرفته و سرسوزن بصورت یک دستی داخل درپوش قرارداده است.
صاحبان فرآیند:	
قوانین و مقررات مربوطه:	
امکانات لازم:	راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی / دستورالعمل تزریقات ایمن
منابع:	

شرح فعالیت:

۱- پرستار کنترل عفونت جهت فرهنگ سازی و مدیریت مواجهه شغلی در خصوص اقدامات پیشگیرانه و محافظت از مواجهه، برنامه آموزشی با مشارکت پرسنل درمانی تدوین و در جلسات آموزشی دوره ای اقدامات پیشگیرانه ونحوه پیگیری و درمان مواجهات و چگونگی مایعات شغلی و پرونده سلامت آموزش می دهد.

۲- مسئول بهداشت حرفه ای جهت کلیه پرسنل جدید ورود پرونده بهداشتی تشکیل داده و جهت انجام معاینات شغلی بدو ورود اقدام می نماید.

۳- پرستار کنترل عفونت پرسنل جدید ورود را از لحاظ واکسینه شدن علیه هیپاتیت بررسی می نماید.

۴- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئولین واکسیناسیون کلیه پرسنل را از لحاظ انجام سرولوژی هیپاتیت پیگیری می نماید.

۵- پرستار کنترل عفونت پرسنل جدید ورود که واکسینه نشده اند و یا پرسنلی که تیتراژ آنتی بادی انجام نداده و یا تیتراژ آنها زیر ۱۰ گزارش شده باشد را جهت تلقیح واکسن به واحد واکسیناسیون معرفی می نماید. (سابقه واکسیناسیون در پرونده شغلی توسط مسئول بهداشت حرفه ای ثبت می گردد.

۶- پرستار کنترل عفونت پرسنلی که به دوره اول واکسیناسیون پاسخ ایمنولوژیک نداده اند جهت بررسی HBS Ag پیگیری می نماید و در صورت منفی بودن مجدداً جهت تلقیح سه نوبت واکسن به واحد واکسیناسیون معرفی می گردد.

۷- پرستار کنترل عفونت آزمایش سرولوژی هیپاتیت پرسنل مربوطه را مجدداً پیگیری و در صورت تیتراژ کمتر از ده پرسنل بعنوان Nonresponder تلقی می شوند. در صورت مواجهه با منبع آنتی ژن مثبت در هر بار تماس، ایمنوگلوبولین در دو نوبت به فاصله یک ماه یا یک نوبت به همراه یک دُز واکسن دریافت می نماید.

۸- مدیر پرستاری پرسنل Non Responder را در بخش های با مواجهه کمتر با بیمار، مشغول به کار می نماید.

۹- پرستار کنترل عفونت از تامین امکانات و وسایل حفاظت فردی و وجود سفتی باکس های با کیفیت و به تعداد کافی در محل های مناسب اطمینان حاصل می نماید.

۱۰- پرسنل درمانی کلیه اقدامات احتیاطات استاندارد را در حین مراقبت از بیمار بکار می برند ( استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت بیمار)

۱۱- پرستار کنترل عفونت در بازدید های خود نحوه دفع وسایل نوک تیز و برنده در سفتی باکس / عدم درپوش گذاری سرنگ ها / شرایط درپوش گذاری و استفاده از تکنیک یک دست به روش scoop و استفاده از سینی و یا رسیور در حمل وسایل نوک تیز و برنده به جای جیب یونیفرم را یادآور

می کند.

۱۲- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئول بهداشت حرفه ای پوستر و فلوجارت های آموزشی درخصوص نحوه پیشگیری ومواجهه شغلی را تهیه ودر واحد های در معرض دید پرسنل قرار دهد.

۱۳- پرستار کنترل عفونت نوع تماس شغلی ( فرو رفتن سر سوزن، پاشیده شدن خون وترشحات، بریدگی و گاز گرفتگی توسط حیوانات منجر به پارگی) واقدامات اولیه فوری ( شستشوی فوری محل آسیب دیده با آب و صابون در مورد مخاطات با نرمال سالین فراوان) نحوه گزارش دهی را به پرسنل درمانی آموزش می دهد.

۱۴- پرسنل درمانی و خدمات در صورتی هر گونه مواجهه کمک های فوری اولیه را انجام داده و از هر گونه دست کاری و فشردن محل مواجهه خودداری نموده و مراتب را بلافاصله بهن پرستار کنترل عفونت یا سوپروایزر شیفت اطلاع می دهند ( محل مواجهه ضدعفونی نمی گردد )

۱۵- پرستار کنترل عفونت جهت پیشگیری اولیه از HIV توجه به احتیاطات همه جانبه از جمله شستن دست ها و استفاده از دستکش هنگام انجام خونگیری یا تماس با ترشحات آلوده و انجام سرلوژی HIV زمان تماس ۶ هفته بعد، ۱۲ هفته بعد، ۶ ماه پس از تماس و شروع کردن پروفیلاکسی به پرسنل توصیه و پیگیری می نماید.

۱۶- پرستار کنترل عفونت جهت پیشگیری از هپاتیت C ، انجام سرولوژی هپاتیت C بصورت پایه و سپس ۳ ماه و ۶ ماه بعد انجام تست های SGPT ALKPH/SGOT به عنوان پایه و سه و ۶ ماه بعد را به پرسنل درمانی توصیه و پیگیری می نماید.

اقدامات درمانی و پیگیری :

۱۷- پرستار کنترل عفونت در ارزیابی مواجهه به نوع مواجهه و آسیب / راه تماس/ نوع مایع/ بافت و شدت مواجهه توجه نموده و فرد فرد دچار مواجهه شده را از نظر سابقه عفونت HCV/HBV/HIV و سابقه واکسیناسیون و وضعیت پاسخ به آن و نوع منبع بررسی می نماید.

۱۸- پرستار کنترل عفونت با هماهنگی پزشک عفونی در صورتیکه وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر HCV/HBV/HIV مشخص نیست آزمایش پایه برای HBS Ag ,HIV ab,HCVAB,HBC AB,Titer را در اسرع وقت ودر صورت موافقت فرد مواجهه یافته، درخواست می کند.

۱۹- پرستار کنترل عفونت منبع مواجهه را از لحاظ سابقه بیماری و با رفتارهای پرخطر (مصرف مواد مخدر، سابقه زندان و...) بررسی می نماید . در صورتیکه منبع آلوده با عفونت HIV باشد در حداقل زمان( یک ساعت) تحت مراقبت های درمانی و شروع پروفیلاکسی با نظر پزشک متخصص عفونی

در صورتیکه منبع از نظر HIV-HCV-HBS نامشخص باشد ۱۰-۵ سی سی خون منبع تماس جهت بررسی گرفته و موردآزمایش قرار می گیرد.

پس از تماس با بیمار هپاتیت C انجام سرولوژی ۱-۳-۶ ماه بعد از تماس و مشاوره با پزشک عفونی

در صورتیکه به هر علتی انجام آزمایش های مورد نیاز برای منبع مواجهه مسیر نبود علایم بالینی وسابقه رفتارهای پرخطر در نظر گرفته می شود(سابقه مصرف مواد مخدر، سابقه زندان، سابقه رفتارهای جنسی پرخطر و...) در این موارد شروع پروفیلاکسی نباید تا آماده شدن جواب آزمایشات به تاخیر بیفتد.

در صورت تماس با منبع هپاتیت B چک HBS AB فرد واکسینه تیترا کافی ( بالاتراز ۱۰ نیاز به درمان ندارد.

تیترا ناکافی یک دز ایمنوگلوبولین و یک دز بوستر (واکسن یادآور) با نظر پزشک متخصص عفونی .

در صورت عدم واکسیناسیون ، همزمان ایمنوگلوبولین، دز اول واکسن تجویز و دزهای بعدی تکمیل گردد.

۲۰- تیم کنترل عفونت تأمین ویال های ایمنوگلوبولین جهت موارد مواجهه پرخطر را تضمین می نماید. ( ویال ها در یخچال داروخانه و دفتر سوپروایزری موجود با کنترل تاریخ انقضاء) .

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر خلیل زاده	تهیه کنندگان : دکتر مهدیه خلیل زاده- حمید ثمره - فرجام هاشمی - تاج الدینی - محمد اسدیان - صادقی - مهلا حاج حسنی - غلامرضا عرب
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: رییس کمیته کنترل عفونت	سمت: متخصص عفونی - مدیر پرستاری - پرستار کنترل عفونت - مسئول بهداشت حرفه ای - نماینده پرستاران - نماینده کمک بهیاران - نماینده ماماها - نماینده کارگرا



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار
هدف:	سرعت در بازیابی فرم ها توسط مستند سازان مجاز - پاسخگویی سریع تر به مراجعین ذیصلاح - نظم و ترتیب اوراق سرعت در انجام ممیزی اوراق پرونده
پرسنل مرتبط:	پرسنل واحد مدارک پزشکی / منشی بخش
تعاریف:	سازماندهی: رعایت نظم و ترتیب محتویات پرونده: اوراق مدارک پزشکی بیمار
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	فلوچارت طراحی فرم / دستورالعمل داخلی چینش اوراق
منابع و امکانات لازم:	اوراق اصلی و فرعی پرونده / دستورالعمل مربوطه - داخلی چینش فرم های مدارک پزشکی بیمار
شرح فعالیت:	
<p>۱- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت دستورالعمل چینش اوراق مدارک پزشکی در پرونده بیمار را طبق روش سومر (Somr) طراحی و در کمیته اطلاعات سلامت مطرح می نماید.</p> <p>۲- کمیته مدیریت اطلاعات سلامت پس از بررسی دستورالعمل چینش اوراق پرونده بیالینی بیمار آن را تصویب و ابلاغ می نماید.</p> <p>۳- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت دستورالعمل موجود را جهت اجرا به واحد های مربوطه (منشی بخش / ترخیص / پذیرش) ابلاغ می نماید.</p> <p>۴- کلیه کارکنان مرتبط موظف به اجرای دستورالعمل می باشند.</p> <p>۵- در صورت نیاز اضافه شدن هر فرمی به پرونده بیماران، موضوع در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت مطرح، بررسی و جایگاه فرم جدید در پرونده بیمار مشخص گردیده و ابلاغ می گردد.</p> <p>۶- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده ها را از لحاظ انطباق با دستورالعمل مورد اشاره بررسی می نماید.</p> <p>۷- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت بازخورد رعایت دستورالعمل مورد اشاره را به پرسنل مربوطه جهت رفع موارد عدم انطباق احتمالی گزارش می دهد.</p>	

تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
فرزانه امیری	فرزانه امیری - فائزه یزدانی - افسانه نوحی
دکتر بهرام پورسیدی	
سمت: ریاست بیمارستان	سمت:
مسئول مدیریت اطلاعات سلامت	مدیریت اطلاعات سلامت - مسئول ترخیص - مسئول پذیرش



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	محافظت و امنیت سیستمهای ذخیره و بازیابی اطلاعات
هدف:	حفاظت از اطلاعات - اطمینان از نگهداری سوابق بیمار - جلوگیری از خسارات مالی - جلوگیری از تغییر داده های تیم - محرمانگی اسرار بیمار
کارکنان مرتبط:	پرسنل بخش پذیرش و مدارک پزشکی / واحد فناوری اطلاعات / قائم مقام / صندوق حسابداری
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	تجربیات بیمارستانی
منابع و امکانات لازم:	نامه کاربری و رمز عبور جهت کاربران - برنامه HIS - کامپیوتر - نسخه پشتیبان - آنتی ویروس
شرح فعالیت:	
<p>۱- هر کاربر جدید مجاز به ورود سیستم با مراجعه به بخش فناوری اطلاعات باید به طور اختصاصی برای خود نام کاربر و رمز عبور دریافت کند.</p> <p>۲- مسئول فناوری اطلاعات به هر کاربری با توجه به شرح وظایف ایشان سطح دسترسی را مشخص می کند.</p> <p>۳- مسئول فناوری اطلاعات نام کاربری و رمز عبور کاربرانی را که به هر دلیل با سیستم ارتباط ندارد غیر فعال می نماید.</p> <p>۴- کاربران بعد از هر بار استفاده و اتمام کار حتماً از برنامه خارج شده و نام کاربری و رمز عبور خود را غیر فعال می کنند تا دیگران از آن استفاده ننمایند.</p> <p>۵- مسئول فناوری اطلاعات آنتی ویروس مناسب را در سیستم کامپیوتر نصب می نماید.</p> <p>۶- مسئول فناوری اطلاعات ، نسخه پشتیبان از اطلاعات برنامه ها را برای جلوگیری از پیامد های ناگوار حوادث عمدی و غیر عمدی تهیه می نماید.</p> <p>۷- مسئول واحد فناوری اطلاعات یک نسخه پشتیبان اطلاعات را در خارج از بیمارستان در صندوق امانات بانک ملی به نام قائم مقام بیمارستان نگهداری می نماید .</p>	

تهیه کنندگان :	فرزانه امیری - مهندس میرحسینی - افسانه نوحی
تأیید کننده :	مهندس میرحسینی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مسئول مدارک پزشکی - مسئول فناوری اطلاعات
سمت:	مسئول فناوری اطلاعات
سمت: ریاست بیمارستان	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی و محتویات آن از واحد مدیریت اطلاعات سلامت
هدف:	محرماتگی اسرار بیمار - جلوگیری از مفقود شدن پرونده - اطمینان از بازگشت پرونده
پرسنل مرتبط:	پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	قوانین مدارک پزشکی
منابع و امکانات لازم:	دفتر ثبت خروج - پوشه جایگزین - پرونده - مستندات نظارت

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول بایگانی جهت خروج پرونده پزشکی از واحد بایگانی پس از هماهنگی و تایید مسئول واحد اقدام می نماید.
- ۲- مسئول بایگانی پرونده مورد نظر را از قفسه مربوطه خارج کرده و پوشه جایگزین را در محل آن قفسه بایگانی جا گذاری می کند.
- ۳- مسئول بایگانی نام و نام خانوادگی بیمار ، شماره پرونده و نام فرد درخواست کننده و پرونده و تاریخ خروج را در روی پوشه جایگزین ثبت می نماید.
- ۴- مسؤل بایگانی خروج پرونده را در دفاتر مخصوص خروج پرونده (دفتر خروج داخلی بیمارستان، دفتر خروج پرونده خارج از بیمارستان) ثبت می نماید.
- ۵- مسئول بایگانی طی مدت ۴۸ ساعت از خروج پرونده ، جهت بازگرداندن پرونده به قفسه بایگانی پیگیری لازم را انجام می دهد.
- ۶- مسئول بایگانی پس از گذشت پرونده با خودکار قرمز در دفتر مخصوص ، تاریخ ورود به بایگانی را ثبت می نماید.
- ۷- مسئول بایگانی دفاتر مخصوص خروج پرونده و همچنین قفسه های بایگانی را بطور مستمر کنترل نموده تا از رسیدن تمامی پرونده ها به بایگانی اطمینان حاصل نماید .
- ۸- مسئول بایگانی نتیجه بازدید های مستمر خود را از قفسه های بایگانی به مسئول واحد گزارش می دهد.

تأیید کننده:	تهیه کنندگان:	ابلاغ کننده:
فرزانه امیری	فرزانه امیری - صدیقه موسی اکبری	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول واحد - مسئول بایگانی	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : PRO-HIM-5

تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

تعداد صفحه : ۲

عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آنها در مستندات ، به ویژه در پرونده بیمار
هدف	هدف از تدوین این دستورالعمل افزایش سرعت و سهولت دسترسی به اطلاعات و ارائه آمار و طبقه بندی مدارک پزشکی می باشد.
مسئولیت اجرا:	مدیر پرستاری
امکانات لازم :	پرونده بیمار - فهرست به روز شده اختصارات مجاز پزشکی در بیمارستان
منابع:	کتاب اختصارات رایج پزشکی - دستورالعمل های وزارت خانه
دامنه	دامنه کاربرد این روش اجرایی مرتبط با واحد مدیریت اطلاعات و مستند سازان مجاز بیمارستان می باشد.
مسئولیت ها :	مسئولیت اجرای این روش اجرایی برعهده پرسنل درمانی و مدارک پزشکی می باشد. مسئولیت تدوین این روش اجرایی برعهده سرپرست مدارک پزشکی می باشد. مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی برعهده کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد. مسئولیت ابلاغ و تصویب این سند برعهده ریاست بیمارستان می باشد.
پرسنل مرتبط:	
شرح دستورالعمل :	
شرح اقدامات :	
۱- مسئول مدارک پزشکی لیست اختصارهای رایج و کاربردی هر بخش را با همکاری کارشناسان درمانی تهیه و به صورت کتابچه در اختیار کارکنان بخش قرار می دهد که سالیانه توسط دفتر بهبود کیفیت بازنگری میشوند .	
۲- گروه درمانی و پرسنل پرستاری برای ثبت گزارشات از اختصارات مجاز وقابل درک همسان استفاده می نمایند.	
۳- پرسنل کادر درمانی در هنگام درج گزارشات در پرونده بیمار از به کار بردن علائم و اختصارات غیر استاندارد خودداری می نمایند.	
۴- پرسنل کادر درمانی مجاز به استفاده از اختصارات پزشکی در برگه آموزش به بیمار نمی باشد.	
۵- پزشک معالج و پرستار ( پرسنل کادر درمانی ) در هنگام نوشتن تشخیص و گزارشات از علائم اختصاری و اصطلاحات استاندارد استفاده نموده و از علائم و اختصارات سلیقه ای خودداری نمایند.	
۶- سوپروایزر آموزشی جلسات آموزش در زمینه اصول نوشتن گزارشات مستندات پزشکی را برای (پرسنل کادر درمانی) جدید الورد برگزار می نماید.	
۷- پرسنل کادر درمانی جهت نوشتن نوع آزمایشات و فرآورده های خونی و کنترل علائم حیاتی از اختصارات استفاده نمایند.	
۸- مسئول مدارک پزشکی و کنترل پرونده ها به اختصارات استفاده شده در مستند سازی های پرونده دقت می نماید در صورت استفاده از اختصارات غیر مجاز مراتب را به مترون و بهبود کیفیت گزارش می دهد.	

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
----------------	---------------	--------------

دکتر بهرام پورسیدی	دکتر رامین رجائی	فرزانه امیری - حمید ثمره - صدیقه موسی اکبری
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: مدیر خدمات پرستاری - مدارک پزشکی

<p>کد خط مشی : POL-IC-1  تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱۵  تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱  تاریخ اولین بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱  تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱  شماره بازنگری : ۴  شماره صفحه : ۱</p>		 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <h2 style="text-align: center;">دانشگاه علوم پزشکی کرمان</h2> <h3 style="text-align: center;">بیمارستان کرمانیا - خط مشی</h3>
عنوان / موضوع :	ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان بالینی	
هدف:	پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر و یا به کارکنان از طریق دستهای آلوده - پیشگیری و ارتقاء سلامت بیمار = کارکنان	
دامنه :	کلیه واحدهای درمانی - پاراکلینیک	
کارکنان مرتبط:	پرستار - پزشک - کمک بهیار - خدمه پرسنل بخشهای بالینی و پاراکلینیک بیمار - خدمات	
صاحبان فرایند:	پرستار کنترل عفونت	
ذینفعان:	کلیه کارکنان بالینی - پزشکان - بیماران - همراهیان بیمار	
تعاریف:	هندراب : شستشوی دست با مواد ضدعفونی کننده      هندواش : شستشوی دست با آب و صابون	
سیاست:	با توجه به لزوم ارتقاء ایمنی در ارائه خدمات از طریق رعایت اصول بهداشت دست توسط کارکنان این بیمارستان از طریق آموزشهای مربوطه و تامین منابع، تجهیزات و امکانات مورد نیاز و کافی در دسترس قرار دادن آنها در کلیه بخشها و واحدهای از ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان اطمینان حاصل می نماید.	
منابع وامکانات لازم:	چک لیست های مربوطه	
<p>شرح فعالیت:</p> <p>۱- پرستار کنترل عفونت اولویت فعالیتهای ایمنی که رعایت بهداشت دست می باشد را به کلیه پرسنل درمانی و غیر درمانی آموزش می دهد.</p> <p>۲- پرستار کنترل عفونت به منظور تعهد به اقدام موثر در خصوص کاهش عفونت در فرهنگ سازی و ارزش گذاری اصول بهداشت دست از عوامل چون مشارکت و مسئولیت پذیری و گزارش دهی پرسنل بهره می جوید.</p> <p>۳- پرستار کنترل عفونت دستورالعمل های رعایت بهداشت دست وزارت بهداشت را در اختیار واحدهای درمانی قرار می دهد.</p> <p>۴- پرستار کنترل عفونت پوستر های نحوه شستن و ضدعفونی نمودن دست را در محل نصب سینک ها و هندراب ها قرار می دهد.</p> <p>۵- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئولین بخش ها پوسترهای ۵ موقعیت بهداشت دست را در ایستگاه در معرض دید پرسنل قرار می دهد.</p> <p>۶- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئول اتاق عمل دستورالعمل اسکراب و پوستر آن را در محل سینک اسکراب در معرض دید پرسنل و پزشکان قرار داده و انجام صحیح توسط مسئول بخش و پرستار کنترل عفونت بصورت راندم کنترل می شود.</p> <p>۷- مدیریت بیمارستان تهیه و خرید و کیفیت ملزومات شستشوی (سینک، سطل پدال دارماب، دستمال یکبار مصرف) ضدعفونی دست (محلول پایه الکلی) با نظریه پرستار کنترل عفونت تضمین می نماید.</p> <p>۸- مسئول هر واحد ملزومات شستشو و بهداشت دست خود را ارزیابی و کمبودها را با نظر پرستار کنترل عفونت و تایید مدیریت و انبار تامین می نماید.</p> <p>۹- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئول بهداشت و نظر پرسنل واحدهای بالینی شیفت به نصب دیسپنسرهای محتوی هندراب به تعداد کافی در محل های مناسب ( جهت هر اتاق عمومی، ایستگاه پرستاری سالنها و...) اقدام می نماید.</p>		



۱۰- مسئولین واحد های بالینی مسئولی نظارت بر اجرای دستورالعمل نحوه استفاده نگهداری و نحوه نظافت ظروف محلول های ضد عفونی توسط پرسنل پرده و از نحوه انجام صحیح آن اطمینان حاصل می نماید.

۱۱- پرستار کنترل عفونت از راهنماهای نحوه شستن دست و پمفلت های آموزشی تهیه شده لزوم تهیه شده لزوم انجام و رعایت بهداشت دست را به بیماران آموزش می دهد .

۱۲- پرستار کنترل عفونت روش پایش و نظارت بهداشت دست و ملزومات بهداشت دست را با همکاری رابط کنترل عفونت (مسئول بهداشت محیط) به کلیه پرسنل درمانی آموزش می دهد (مشارکت پرسنلی)

۱۳- مسئولین واحد ها با استفاده از فرم پایش بهداشت دست به ارزیابی پرسنل واحد در رعایت بهداشت دست اقدام می نماید.

۱۴- پرستار کنترل عفونت بر رعایت بهداشت دست در ۵ موقعیت نظارت و فرمهای مربوطه را تکمیل می نماید.

۱۵- پرستار کنترل عفونت فرمهای تحویلی بخش ها و ارزیابی خود را بطور فصلی محاسبه و مورد تجزیه و تحلیل قرار داده و نتیجه ارزیابی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی و انگیزشی توسط اعضاء اتخاذ می گردد.

۱۶- پرستار کنترل عفونت نتایج پایش را به اطلاع پرسنل واحد های درمانی می رساند.

۱۷- اعضاء کمیته کنترل عفونت - مدیریت اجرایی جهت ایجاد انگیزه رعایت بهداشت دست در پرسنل راهکار های تشویقی را مورد توجه قرار می دهد.

۱۸- پرستار کنترل عفونت در خصوص کیفیت مواد بهداشتی و در دسترس بودن ملزومات از پرسنل نظر خواهی نموده و نتایج نظر خواهی را در نوع خریدهای بعدی مواد بهداشتی و ضد عفونی در نظر می گیرد.

۱۹- پرستار کنترل عفونت از کیفیت مواد بهداشتی ( مایع صابون و محلول ضد عفونی) اطمینان حاصل کرده و جهت جلوگیری از حساسیت ها و عوارض پوستی احتمال ناشی از شستشو و ضد عفونی کرم ولوسیونهای مرطوب کننده در اختیار واحد های درمانی قرار می دهد.

۲۰- پرستار کنترل عفونت به منظور اشاعه اهمیت بهداشت دست به مناسبت های بهداشتی و روز جهانی بهداشت دست توجه نموده و با همکاری مسئول بهداشت و مسئولین بخش ها موجدات ترغیب پرسنل در استفاده از مواد بهداشتی در زمان های صحیح فراهم می کنند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر خلیل زاده	تهیه کنندگان : حمید ثمره - فرزانه امیری ازاده موقرزاده - مریم حیدری نژاد - یوسف الهی - جمیله میرزادی - دکتر رامین رجائی - فرجام هاشمی - فرخنده کریمی - مریم ایرانمنش - ناهید شجاعی - نغمه سرمست
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: رئیس کمیته کنترل عفونت	سمت: مترون - مسئول بهبود کیفیت - پرستار کنترل عفونت - مسئول بهداشت - سرپرستار جراحی زنان - مدیریت - سوپروایزر آموزش - پرستار - مامای خبره سرپرستار اتاق عمل - ماما مسئول بلوک زایمان -



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-IC -1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	مدیریت مواجهه شغلی
هدف:	ارتقاء مهارت پرسنل در راستای ایمنی خود و پیشگیری از عفونت های شغلی از راه خون
کارکنان مرتبط:	
تعاریف:	مواجهه شغلی: تماس پوست، چشم، مخاط، تماس زیر جلدی با خون و دیگر مایعات بدن بیماران با احتمال بیماریهای عفونی ایدز و هپاتیت روش Scoop: در پوش سرسوزن روی سطح میز قرار گرفته و سرسوزن بصورت یک دستی داخل درپوش قرارداده است.
صاحبان فرآیند:	
قوانین و مقررات مربوطه:	
امکانات لازم:	راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی / دستورالعمل تزریقات ایمن
منابع:	

شرح فعالیت:

- ۱- پرستار کنترل عفونت جهت فرهنگ سازی و مدیریت مواجهه شغلی در خصوص اقدامات پیشگیرانه و محافظت از مواجهه، برنامه آموزشی با مشارکت پرسنل درمانی تدوین و در جلسات آموزشی دوره ای اقدامات پیشگیرانه ونحوه پیگیری و درمان مواجهات و چگونگی مایعات شغلی و پرونده سلامت آموزش می دهد.
- ۲- مسئول بهداشت حرفه ای جهت کلیه پرسنل جدید ورود پرونده بهداشتی تشکیل داده و جهت انجام معاینات شغلی بدو ورود اقدام می نماید.
- ۳- پرستار کنترل عفونت پرسنل جدید ورود را از لحاظ واکسینه شدن علیه هپاتیت بررسی می نماید.
- ۴- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئولین واکسیناسیون کلیه پرسنل را از لحاظ انجام سرولوژی هپاتیت پیگیری می نماید.
- ۵- پرستار کنترل عفونت پرسنل جدید الورد که واکسینه نشده اند و یا پرسنلی که تیترا آنتی بادی انجام نداده و یا تیترا آنها زیر ۱۰ گزارش شده باشد را جهت تلقیح واکسن به واحد واکسیناسیون معرفی می نماید. (سابقه واکسیناسیون در پرونده شغلی توسط مسئول بهداشت حرفه ای ثبت می گردد.
- ۶- پرستار کنترل عفونت پرسنلی که به دوره اول واکسیناسیون پاسخ ایمنولوژیک نداده اند جهت بررسی HBS Ag پیگیری می نماید و در صورت منفی بودن مجدداً جهت تلقیح سه نوبت واکسن به واحد واکسیناسیون معرفی می گردد.
- ۷- پرستار کنترل عفونت آزمایش سرولوژی هپاتیت پرسنل مربوطه را مجدداً پیگیری و در صورت تیترا کمتر از ده پرسنل بعنوان Nonresponder تلقی می شوند. در صورت مواجهه با منبع آنتی ژن مثبت در هر بار تماس، ایمنوگلوبولین در دو نوبت به فاصله یک ماه یا یک نوبت به همراه یک دز واکسن دریافت می نماید.
- ۸- مدیر پرستاری پرسنل Non Responder را در بخش های با مواجهه کمتر با بیمار، مشغول به کار می نماید.
- ۹- پرستار کنترل عفونت از تامین امکانات و وسایل حفاظت فردی و وجود سفتی باکس های با کیفیت و به تعداد کافی در محل های مناسب اطمینان حاصل می نماید.
- ۱۰- پرسنل درمانی کلیه اقدامات احتیاطات استاندارد را در حین مراقبت از بیمار بکار می برند ( استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب با وضعیت بیمار)
- ۱۱- پرستار کنترل عفونت در بازدید های خود نحوه دفع وسایل نوک تیز و برنده در سفتی باکس / عدم درپوش گذاری سرنگ ها/ شرایط درپوش گذاری و استفاده از تکنیک یک دست به روش scoop و استفاده از سینی و یا رسیور در حمل وسایل نوک تیز و برنده به جای جیب یونیفرم را یادآور می کند.
- ۱۲- پرستار کنترل عفونت با همکاری مسئول بهداشت حرفه ای پوستر و فلوچارت های آموزشی در خصوص نحوه پیشگیری ومواجهه شغلی را تهیه ودر واحد های در معرض دید پرسنل قرار دهد.
- ۱۳- پرستار کنترل عفونت نوع تماس شغلی ( فرو رفتن سر سوزن، پاشیده شدن خون وترشحات، بریدگی و گاز گرفتگی توسط حیوانات منجر به

پارگی) و اقدامات اولیه فوری ( شستشوی فوری محل آسیب دیده با آب و صابون در مورد مخاطات با نرمال سالین فراوان) نحوه گزارش دهی را به پرسنل درمانی آموزش می دهد.

۱۴- پرسنل درمانی و خدمات در صورتی هر گونه مواجهه کمک های فوری اولیه را انجام داده و از هر گونه دست کاری و فشردن محل مواجهه خودداری نموده و مراتب را بلافاصله بهن پرستار کنترل عفونت یا سوپروایزر شیفت اطلاع می دهند ( محل مواجهه ضد عفونی نمی گردد )

۱۵- پرستار کنترل عفونت جهت پیشگیری اولیه از HIV توجه به احتیاطات همه جانبه از جمله شستن دست ها و استفاده از دستکش هنگام انجام خونگیری یا تماس با ترشحات آلوده و انجام سرلوژی HIV زمان تماس ۶ هفته بعد، ۱۲ هفته بعد، ۶ ماه پس از تماس و شروع کردن پروفیلاکسی به پرسنل توصیه و پیگیری می نماید.

۱۶- پرستار کنترل عفونت جهت پیشگیری از هیپاتیت C ، انجام سرولوژی هیپاتیت C بصورت پایه و سپس ۳ ماه و ۶ ماه بعد انجام تست های SGPT ALKPH/SGOT به عنوان پایه و سه و ۶ ماه بعد را به پرسنل درمانی توصیه و پیگیری می نماید.

اقدامات درمانی و پیگیری :

۱۷- پرستار کنترل عفونت در ارزیابی مواجهه به نوع مواجهه و آسیب / راه تماس / نوع مایع / بافت و شدت مواجهه توجه نموده و فرد دچار مواجهه شده را از نظر سابقه عفونت HCV/HBV/HIV و سابقه واکسیناسیون و وضعیت پاسخ به آن و نوع منبع بررسی می نماید.

۱۸- پرستار کنترل عفونت با هماهنگی پزشک عفونی در صورتیکه وضعیت فرد مواجهه یافته از نظر HCV/HBV/HIV مشخص نیست آزمایش پایه برای HIV ab, HCVAB, HBC AB, Titer, HBS Ag را در اسرع وقت و در صورت موافقت فرد مواجهه یافته، درخواست می کند.

۱۹- پرستار کنترل عفونت منبع مواجهه را از لحاظ سابقه بیماری و با رفتارهای پرخطر (مصرف مواد مخدر، سابقه زندان و...) بررسی می نماید . در صورتیکه منبع آلوده با عفونت HIV باشد در حداقل زمان (یک ساعت) تحت مراقبت های درمانی و شروع پروفیلاکسی با نظر پزشک متخصص

عفونی

در صورتیکه منبع از نظر HIV-HCV-HBS نامشخص باشد ۱۰-۵ سی سی خون منبع تماس جهت بررسی گرفته و مورد آزمایش قرار می گیرد.

پس از تماس با بیمار هیپاتیت C انجام سرولوژی ۱- ۳- ۶ ماه بعد از تماس و مشاوره با پزشک عفونی

در صورتیکه به هر علتی انجام آزمایش های مورد نیاز برای منبع مواجهه مسیر نبود علایم بالینی و سابقه رفتارهای پرخطر در نظر گرفته می شود(سابقه مصرف مواد مخدر، سابقه زندان، سابقه رفتارهای جنسی پرخطر و...) در این موارد شروع پروفیلاکسی نباید تا آماده شدن جواب آزمایشات به تاخیر بیفتد.

در صورت تماس با منبع هیپاتیت B چک HBS AB فرد واکسینه تیترا کافی ( بالاتراز ۱۰ نیاز به درمان ندارد.

تیترا ناکافی یک دز ایمونوگلوبولین و یک دز بوستر (واکسن یادآور) با نظر پزشک متخصص عفونی .

در صورت عدم واکسیناسیون ، همزمان ایمونوگلوبولین، دز اول واکسن تجویز و دزهای بعدی تکمیل گردد.

۲۰- تیم کنترل عفونت تأمین ویال های ایمونوگلوبولین جهت موارد مواجهه پرخطر را تضمین می نماید. ( ویال ها در یخچال داروخانه و دفتر سوپروایزری موجود با کنترل تاریخ انقضاء) .

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده: دکتر مهدیه خلیل زاده	تهیه کنندگان: دکتر مهدیه خلیل زاده- حمید ثمره - فرجام هاشمی - تاج الدینی - محمد اسدیان - صادقی - مهلا حاج حسنی - غلامرضا عرب
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: متخصص عفونی	سمت: متخصص عفونی - مدیر پرستاری - پرستار کنترل عفونت - مسئول بهداشت حرفه ای - نماینده پرستاران - نماینده کمک بهیاران - نماینده ماماها - نماینده کارگراها



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-IC-2  
تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰  
تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱  
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱  
تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱  
شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی و یا محل نمونه برداری
هدف:	کاهش خطر انتقال عفونت
پرسنل مرتبط:	پرسنل بالینی بخش ها و اتاق عمل / جراحان / تیم کنترل عفونت
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	تیم کنترل عفونت و سرپرستاران بخش های بالینی
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

شرح فعالیت:

- ۱- پرستار کنترل عفونت نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه احتیاطات استاندارد، بهداشت دست، نحوه اسکراب صحیح، رعایت روش های آسپتیک، استفاده از وسایل حفاظت فردی اقدام می کند
- ۲- پزشک معالج بیمار را از نظر عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل ارزیابی و اعمال جراحی الکتیو را تا حل مشکل عفونت به تعویق می اندازد.
- ۳- پزشک معالج با توجه به فاکتورهای تاثیرگذار بر عفونت محل عمل مانند: سن دیابت، چاقی و استعمال دخانیات بیمار را بررسی و توصیه های لازم را در این موارد قبل از عمل، به بیمار می دهد. ( کاهش وزن و ترک سیگار - پپ - قلیان)
- ۴- پزشک معالج در بیماران بالای ۴۰ سال و با سابقه دیابت دستور کنترل قند خون را صادر می نماید.
- ۵- پزشک معالج برای بیمار با توجه به شرایط بیمار و وسعت عمل طبق پروتکل، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تجویز می نماید.
- ۶- پزشک به بیمار توصیه می نماید شب قبل از عمل دوش گرفته و یا با مواد آنتی سپتیک حمام نماید.
- ۷- پرستار در صورت عدم اقدام بیمار به حمام، پس از پذیرش بیمار در انجام شستشو با مواد آنتی سپتیک وی را راهنمایی و کمک می نماید.
- ۸- پرستار بیماران کاندید تعویض مفصل را در اتاق جداگانه و خصوصی بستری می نماید.
- ۹- پزشک معالج جهت عمل سزارین پر خطر آنتی بیوتیک پروفیلاکسی را بلافاصله بعد از کلامپ کردن بند ناف تجویز و تزریق می کند.
- ۱۰- پرستار جهت آماده سازی محل عمل ( در صورت نیاز به شیو) بر انجام شیو نظارت و در صورت نیاز تداخل در محل عمل مبادرت به کوتاه کردن و (ترجیحاً زمان نزدیک به عمل) می نماید.
- ۱۱- پزشک معالج و تیم وی در بدو ورود به اتاق عمل دست های خود را شسته و ضد عفونی نموده و جهت عمل، اسکراب دست را به روش صحیح انجام می دهند.
- ۱۲- پرستار اسکراب پوست ناحیه عمل را قبل از عمل با مواد آنتی سپتیک (بتادین یا کلرهگزیدین) بطور کامل شسته و تمیز می نماید. (پرپ)
- ۱۳- تیم جراحی در صورت سوراخ و پاره شدن دستکش در حین جراحی آنرا تعویض و در عمل های پر خطر ترجیحاً از دو دستکش و در بیماران مبتلا به HIV, HBV از دستکش ضد ویروسی وایر استفاده می نماید.

- ۱۴- کلیه پرسنل اتاق عمل در صورت مرطوب شدن ماسک در بین اعمال جراحی ، آنرا تعویض و از گذاشتن ماسک در جیب و یا آویزان کردن آن به گردن خودداری می نماید.
- ۱۵- پزشک معالج در صورتیکه عمل جراحی به شدت آلوده است بستن پوست را در جلسه اول بتاخیر می اندازد.
- ۱۶- مسئول اتاق عمل بر فرآیند استریلیزاسیون ابزار نظارت و از تست های کنترل (اندیکاتور های بیولوژیک) کلاس ۴ و ۶ جهت اطمینان از صحت استریلیزاسیون ست و اقلام جراحی استفاده می نمایند.
- ۱۷- مسئول اتاق عمل برنامه منظم برای کلینیک و نظافت اتاق عمل را با نظارت مسئول بهداشت محیط و پرستار کنترل عفونت اجرا می نماید.
- ۱۸- مسئول اتاق عمل / مسئول فنی استفاده یک بار از وسایل یکبار مصرف را در واحد تضمین می کند.
- ۱۹- مسئول اتاق عمل جهت تهیه هوا از تعویض فیلتر های سیستم ها اطمینان حاصل می نماید.
- ۲۰- مسئول اتاق عمل بر ورود و خروج افراد در حین عمل نظارت و رفت آمد را محدود می نماید.
- ۲۱- مدیر پرستاری از شرکت در عمل جراحی پرسنلی که دچار عفونت واگیر دار می باشند تا زمان بهبودی ممانعت می کند.
- ۲۲- پرستار کنترل عفونت بصورت راندم و در طغیان ها از محیط و وسایل کشت تهیه می نمایند.
- ۲۳- پرستار کنترل عفونت برنامه نظافت ما بین عمل های جراحی را تهیه و به پرسنل مسئول نظافت آموزش می دهد بصورت راندم برحسب انجام آن نظارت می نماید.
- ۲۴- پرستار بخش پس از تحویل بیمار از اتاق عمل مراقبت صحیح را از محل انسیزیون بعمل آورده و قبل و بعد از تعویض پانسمان محل جراحی ، بهداشت دست خود را رعایت می نماید(استفاده از پانسمان های یکبار مصرف و ضد آب در انسیزیون های کوچک ) بطور استریل پانسمان را تعویض می کند.
- ۲۵- پرستار به علائم عفونت محل زخم مثل حساسیت، قرمزی ، خروج ترشحات ، درد، تورم و تب توجه می نماید.
- ۲۶- پرستار دست های خود را از بیمار به بیمار دیگر ضد عفونی می کند.
- ۲۷- پرستار به تاریخ تعویض وسایل و تجهیزات مصرفی و اقلام دارویی( سرم ، ست سرم ، آنژیوکت ، میکروست، هپارین لاک، سوند فولی ، سوند معده ، کت دان، کیسه ادرار ، چست لید و...) توجه می نمایند.
- ۲۸- پرستار / ماما / در بخش و اتاق عمل جهت کارگذاری سوند فولی کلیه نکات آسپتیک را رعایت و به طور استریل سوند را با پوشیدن دستکش و ضد عفونی نمودن صحیح محل جاگذاری می نماید.
- ۲۹- پرستار هر گونه تغییر در درجه حرارت را به اطلاع پزشک می رساند.
- ۳۰- پزشک معالج جهت نمونه برداری کلیه نکات استریل را رعایت و پس از برداشتن نمونه محل را با پانسمان استریل می پوشاند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر خاطره علوی	تهیه کنندگان : دکتر خاطره علوی – فرجام هاشمی – آزاده موقر زاده – مهدیه ربانی – ناهید شجاعی – رضوان اسلامیت –
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: رییس بخش داخلی	سمت: پزشک متخصص داخلی – سوپروایزر آموزشی – پرستار کنترل عفونت – سوپروایزر بالینی – سرپرستار اتاق عمل – سوپروایزر بالینی – سوپروایزر بالینی



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-IC-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	پیشگیری و کنترل عفونت های موضع جراحی و یا محل نمونه برداری
هدف:	کاهش خطر انتقال عفونت
پرسنل مرتبط:	پرسنل بالینی بخش ها و اتاق عمل / جراحان / تیم کنترل عفونت
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	تیم کنترل عفونت و سرپرستاران بخش های بالینی
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی

شرح فعالیت:

- ۱- پرستار کنترل عفونت نسبت به آموزش مداوم پرسنل در زمینه احتیاطات استاندارد، بهداشت دست، نحوه اسکراب صحیح، رعایت روش های آسپتیک، استفاده از وسایل حفاظت فردی اقدام می کند
- ۲- پزشک معالج بیمار را از نظر عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل ارزیابی و اعمال جراحی الکتیو را تا حل مشکل عفونت به تعویق می اندازد.
- ۳- پزشک معالج با توجه به فاکتورهای تاثیرگذار بر عفونت محل عمل مانند: سن دیابت، چاقی و استعمال دخانیات بیمار را بررسی و توصیه های لازم را در این موارد قبل از عمل، به بیمار می دهد. ( کاهش وزن و ترک سیگار - پپ - قلیان)
- ۴- پزشک معالج در بیماران بالای ۴۰ سال و با سابقه دیابت دستور کنترل قند خون را صادر می نماید.
- ۵- پزشک معالج برای بیمار با توجه به شرایط بیمار و وسعت عمل طبق پروتکل، آنتی بیوتیک پروفیلاکسی تجویز می نماید.
- ۶- پزشک به بیمار توصیه می نماید شب قبل از عمل دوش گرفته و یا با مواد آنتی سپتیک حمام نماید.
- ۷- پرستار در صورت عدم اقدام بیمار به حمام، پس از پذیرش بیمار در انجام شستشو با مواد آنتی سپتیک وی را راهنمایی و کمک می نماید.
- ۸- پرستار بیماران کاندید تعویض مفصل را در اتاق جداگانه و خصوصی بستری می نماید.
- ۹- پزشک معالج جهت عمل سزارین پر خطر آنتی بیوتیک پروفیلاکسی را بلافاصله بعد از کلامپ کردن بند ناف تجویز و تزریق می کند.
- ۱۰- پرستار جهت آماده سازی محل عمل ( در صورت نیاز به شیو) بر انجام شیو نظارت و در صورت نیاز تداخل در محل عمل مبادرت به کوتاه کردن و (ترجیحا زمان نزدیک به عمل) می نماید.
- ۱۱- پزشک معالج و تیم وی در بدو ورود به اتاق عمل دست های خود را شسته و ضد عفونی نموده و جهت عمل، اسکراب دست را به روش صحیح انجام می دهند.

- ۱۲- پرستار اسکراب پوست ناحیه عمل را قبل از عمل با مواد آنتی سپتیک (بتادین یا کلرهگزیدین) بطور کامل شسته و تمیز می نماید. (پرپ)
- ۱۳- تیم جراحی در صورت سوراخ و پاره شدن دستکش در حین جراحی آنرا تعویض و در عمل های پر خطر ترجیحاً از دو دستکش و در بیماران مبتلا به HIV , HBV از دستکش صد ویروسی وایر استفاده می نماید.
- ۱۴- کلیه پرسنل اتاق عمل در صورت مرطوب شدن ماسک در بین اعمال جراحی ، آنرا تعویض و از گذاشتن ماسک در جیب و یا آویزان کردن آن به گردن خودداری می نماید.
- ۱۵- پزشک معالج در صورتیکه عمل جراحی به شدت آلوده است بستن پوست را در جلسه اول بتاخیر می اندازد.
- ۱۶- مسئول اتاق عمل بر فرآیند استریلیزاسیون ابزار نظارت و از تست های کنترل (اندیکاتور های بیولوژیک) کلاس ۴ و ۶ جهت اطمینان از صحت استریلیزاسیون ست و اقلام جراحی استفاده می نمایند.
- ۱۷- مسئول اتاق عمل برنامه منظم برای کلینیک و نظافت اتاق عمل را با نظارت مسئول بهداشت محیط و پرستار کنترل عفونت اجرا می نماید.
- ۱۸- مسئول اتاق عمل / مسئول فنی استفاده یک بار از وسایل یکبار مصرف را در واحد تضمین می کند.
- ۱۹- مسئول اتاق عمل جهت تهویه هوا از تعویض فیلتر های سیستم ها اطمینان حاصل می نماید.
- ۲۰- مسئول اتاق عمل بر ورود و خروج افراد در حین عمل نظارت و رفت آمد را محدود می نماید.
- ۲۱- مدیر پرستاری از شرکت در عمل جراحی پرسنلی که دچار عفونت واگیر دار می باشند تا زمان بهبودی ممانعت می کند.
- ۲۲- پرستار کنترل عفونت بصورت راندوم و در طغیان ها از محیط و وسایل کشت تهیه می نمایند.
- ۲۳- پرستار کنترل عفونت برنامه نظافت ما بین عمل های جراحی را تهیه و به پرسنل مسئول نظافت آموزش می دهد بصورت راندوم برحسب انجام آن نظارت می نماید.
- ۲۴- پرستار بخش پس از تحویل بیمار از اتاق عمل مراقبت صحیح را از محل انسیزین بعمل آورده و قبل و بعد از تعویض پانسمان محل جراحی ، بهداشت دست خود را رعایت می نماید (استفاده از پانسمان های یکبار مصرف و ضد آب در انسیزین های کوچک ) بطور استریل پانسمان را تعویض می کند.
- ۲۵- پرستار به علائم عفونت محل زخم مثل حساسیت، قرمزی ، خروج ترشحات ، درد، تورم و تب توجه می نماید.
- ۲۶- پرستار دست های خود را از بیمار به بیمار دیگر ضدعفونی می کند.
- ۲۷- پرستار به تاریخ تعویض وسایل و تجهیزات مصرفی و اقلام دارویی ( سرم ، ست سرم ، آنژیوکت ، میکروست، هپارین لاک، سوند فولی ، سوند معده ، کت دان، کیسه ادرار ، چست لید و...) توجه می نمایند.
- ۲۸- پرستار / ماما / در بخش و اتاق عمل جهت کارگذاری سوند فولی کلیه نکات آسپتیک را رعایت و به طور استریل سوند را با پوشیدن دستکش و ضدعفونی نمودن صحیح محل جاگذاری می نماید.
- ۲۹- پرستار هر گونه تغییر در درجه حرارت را به اطلاع پزشک می رساند.
- ۳۰- پزشک معالج جهت نمونه برداری کلیه نکات استریل را رعایت و پس از برداشتن نمونه محل را با پانسمان استریل می پوشاند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر خاطره علوی	تهیه کنندگان : دکتر خاطره علوی – فرجام هاشمی – آزاده موقر زاده – مهدیه ربانی – ناهید شجاعی – رضوان اسلامیت –
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: رییس بخش داخلی	سمت: پزشک متخصص داخلی – سوپروایزر آموزشی – پرستار کنترل عفونت – سوپروایزر بالینی – سرپرستار اتاق عمل – سوپروایزر بالینی – سوپروایزر بالینی



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-IC-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	پیشگیری از عفونت های مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد می شود
هدف:	پیشگیری از ایجاد عفونت های بیمارستانی و کنترل عفونت از بیمار یا پرسنل دیگر
پرسنل مرتبط:	مسئولین بخش - پزشکان بیهوشی - پرستار کنترل عفونت
تعاریف:	انتوباسیون: قرار دادن لوله تنفسی برای بیمارانی که به هر دلیل توانایی تنفس خود به خودی را ندارند تراکئوستومی: باز کردن لوله تراشه از قسمت قدامی گردن و ارتباط دادن فضای تراشه با بیرون توسط کانول فلزی یا پلاستیکی
صاحبان فرآیند:	کمیته کنترل عفونت - متخصص بیهوشی - مسئولین بخش
قوانین و مقررات مربوطه:	کتاب نظافت مراقبت عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت - لوازم حفاظت فردی و ضد عفونی
منابع و امکانات لازم:	ماسک - آمبوپگ - سوند نلاتون - نورماسالین - محلول دهان شویه - لوله خرطومی

شرح فعالیت:

- ۱- پزشک بیهوشی / پرستار برای انتوباسیون و تراکئوستومی از لوله انتوبه و وسیله تراکئوستومی با سایز مناسب استفاده می کند.
- ۲- پرستار از لوله خرطومی یک بار مصرف برای هر بیمار استفاده می کند.
- ۳- پرستار جهت جلوگیری از تشکیل پلاک و تجمع ترشحات در داخل لوله های تنفسی و جلوگیری از عفونت، مبادرت به ساکشن استریل ترشحات می کند.
- ۴- پرستار ترشحات ریه بیمار را براساس نیاز بصورت استریل و با استفاده از وسایل یک بار مصرف ساکشن می کند.
- ۵- پرستار برای ساکشن بیمار از سرم استریل یا آب مقطر استفاده کرده و سوند نلاتون و سرم استیل جداگانه برای ساکشن، لوله تراشه و دهان قرار می دهد.
- ۶- پرستار بعد از هر بار استفاده از سوند نلاتون جهت ساکشن آنرا تعویض و بصورت اشتراکی آنرا بین بیماران بکار نمی برد.
- ۷- پرستار باتلهای چند بار مصرف را به محض پر شدن دو سوم حجم آن توسط پرسنل خدمات تخلیه در انتهای هر شیفت شسته و خشک می نماید
- ۸- پرستار در هر شیفت دهان بیمار را با محلول دهانشویه شستشو می دهد.
- ۹- پرستار در صورت نیاز به استفاده از آمبوپگ، از تمیز بودن آن اطمینان حاصل می کند. (آمبوپگ ضد عفونی و پگ شده)
- ۱۰- پرستار در صورت وجود ترشحات رنگی و بد بو یا بالا بودن درجه حرارت بیمار و دیگر نشانه های احتمالی عفونت مراتب را به اطلاع پزشک معالج



می رساند.

۱۱- پرستار کنترل عفونت بر رعایت اقدامات بهداشتی هنگام کار با دستگاه و نتیلاتور و نحوه رعایت بهداشت دست قبل او بعد از تماس با بیمار استفاده صحیح از دستکش و لوازم حفاظت فردی و نحوه ضدعفونی وسایل مرتبط به بیمار نظارت می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده: دکتر رضا محمد امینی	تهیه کنندگان: دکتر خاطره علوی - دکتر رضا محمد امینی - حمید ثمره - آزاده موقرزاده - فرجام هاشمی - مهديه ربانی - مریم محمد حسینی - ناهید شجاعی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول ایمنی بیمارستان متخصص بیهوشی	سمت: متخصص عفونی - متخصص بیهوشی - مدیر پرستاری - پرستار کنترل عفونت - سوپروایزر آموزشی سوپروایزر بالینی - سرپرستار اتاق عمل - سرپرستار اتاق عمل

کد روش اجرایی: PRO-IC-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	پیشگیری و کنترل عفونت کاتترهای عروقی
هدف:	کاهش میزان بروز عفونت
پرسنل مرتبط:	پرسنل بالینی - پرستار کنترل عفونت
تعاریف:	کاتتر عروقی: شامل کاتترهای عروق محیطی و کاتترهای عروق مرکزی
صاحبان فرآیند:	پرستاران - پزشکان جراح
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
منابع و امکانات لازم:	محل ضدعفونی دست - یدل یا اسپری الکلی آنژیوکت - ست کت دان - کاتتر شالدون و...

شرح فعالیت:

- ۱- پرستار کنترل عفونت در خصوص نحوه انجام / ارائه صحیح مراقبت و نگهداری از کاتترها و اتصالات مربوطه / استفاده از وسایل حفاظت فردی / ضدعفونی محل پروسیجر / اقدامات پیشگیرانه از عفونت به پرسنل درمانی، آموزش می دهد.
- ۲- پرستار کلیه نکات آسپتیک را در فواصل رگ گیری رعایت می نماید. (شستن ضدعفونی دست ها، استفاده از دستکش، استفاده از سواپ پنبه و اسپری سپتی و یا پد الکلی جهت ضدعفونی پوست و ...) از ملزومات یکبار مصرف صرفاً یک بار استفاده می نماید.
- ۳- پرستار از هر آنژیوکت فقط یکبار استفاده می نماید و در صورت عدم موفقیت در رگ گیری آنژیوکت جدید مصرف می شود.
- ۴- پرستار پس از اتمام کار روی محل آنژیوکت تاریخ، ساعت و شیفت مربوطه را یادداشت می نماید با توجه به تعویض برانول بر حسب تاریخ انجام می شود (پس از ۷۲ ساعت)
- ۵- مدیریت پرستاری / سوپروایزر آموزشی از انجام آموزش و تمرین مهارت های لازم در رگ گیری و مراقبت از کاتترهای عروقی برای پرسنل بالینی اطمینان حاصل کرده و با توجه به نیاز سنجی از آنها و گزارشات راند های سوپروایزر اقدام به برگزاری کلاس آموزشی مربوطه می نماید.
- ۶- پرستار کنترل عفونت / سوپروایزر بر عملکرد کارکنان در خصوص شیوه رگ گیری و نگهداری از لاین های وریدی نظارت دوره ای می نماید.
- ۷- مدیر پرستاری در چینش پرسنل، افراد ماهر و آموزش دیده تضمین می نماید.
- ۸- پرستار برای رگ گیری محیطی بالغین از قسمت های انتهایی اندام فوقانی استفاده و در صورت اجبار در اولین فرصت نسبت به تعویض و انتقال مسیر رگ گیری به اندام فوقانی اقدام می نماید.

- ۹- پرستار محل رگ گیری از نظر قرمزی ، تورم ، درد ( فلبیت) حساسیت و خروج ترشح بررسی و در صورت وجود علائم کاتتر را تعویض نموده و به پزشک از نظر درمان فلبیت اطلاع می دهد.
- ۱۰- پرستار جهت تعویض کاتتر از دستکش تمیز و یا استریل استفاده می نماید.
- ۱۱- پرستار در رابطه با اتصالات مربوطه ( میکروست، ست سرم ، سه راهی ، سرم ) به دستورالعمل از تاریخ تعویض اتصالات توجه نموده و در صورت تعویض بر حسب با ذکر تاریخ تعویض الصاق می نماید.
- ۱۲۱۳- پرستار در این مرکز در صورت انجام احتمالی کاتتریزاسیون عروق مرکزی از دستورالعمل مربوطه پیروی می کند :
- کنترل اندیکاسیون کارگذاری کاتتر عروق مرکزی حتماً باید توسط پزشک معالج تعیین گردد.
- قبل از انجام پروسیجر باید کلیه وسایل کلیه وسایل شامل دستکش استریل ، شان استریل ، ست کت دان ، ماسک ، گان ، گاز استریل و لوازم ضد عفونی پوست توسط پرستار آماده گردد.
- جهت ضد عفونی پوست ناحیه جاگذاری کاتتر باید از محلول بتادین استفاده کرد.
- جهت حداکثر حفاظت و رعایت شرایط آسپتیک، جراح باید اسکراب جراحی انجام دهد.
- کاتتر وریدی مرکزی نیاز به تعویض روتین ندارد. مگر در صورت اندیکاسیون بالینی مانند عفونت پانسمان کاتتر مرکزی باید هر ۲۴ ساعت یکبار و اگر پانسمان شفاف باشد هر ۷ روز تعویض گردد.
- پرستار از تماس دست آلوده با محل جاگذاری کاتتر خودداری می نماید.
- کاتتر شالدون فمورال به مدت ۳-۲ هفته و کاتتر شالدون ساب کالوین ۶-۴ هفته قابل نگه داری است و بعد از آن باید تعویض شود.
- پزشک معالج در صورت عدم وجود رگ مناسب و بد کارکردن سیستم توصیه به تعبیه کاتتر نافی می نماید.
- پرستار در محل کاتتر نافی از پماد های آنتی بیوتیک و یا غیره استفاده نمی کند.
- ۱۶- پزشک معالج در صورت محدودیت در رگ گیری و ترومبوز وریدهای سطحی ، روش کت دان ورید را توصیه می نماید.
- ۱۷- پزشک / پرستار به محض رفع اندیکاسیون کاتتر گذاری محیطی ، کاتتر نافی را خارج می کند.
- ۱۸- پزشک معالج و تیم وی جهت انجام پروسیجر مربوطه کلیه نکات آسپتیک را رعایت و دست ها را شسته و اسکراب می نماید. (جهت ضد عفونی پوست محل پروسیجر از محلولهای مناسب استفاده می نماید )
- ۱۹- پرستار عوارض کت دان مانند خونریزی ، آدم اندام مربوطه، آسیب به شریان مجاور و عفونت زخم هم چنین کارکرد کاتتر توجه نموده و هر گونه عارضه را به پزشک معالج اطلاع می دهد.
- ۲۰- پرستار پانسمان ناحیه کت دان را بررسی و بطور روزانه تعویض می نماید.
- ۲۱- پزشک / پرستار در صورتی که تب منشاء عفونت از کاتتر باشد و دستور خروج کاتتر را می دهد و در غیر اینصورت منشاء عفونت و علت تب بررسی می گردد.
- ۲۲- پرستار بیمار را به گزارش مشکلات ناحیه کاتتر تشویق می نماید.
- ۲۳- پرستار کنترل عفونت بصورت دوره ای با توجه به چک لیست موارد مربوطه را بررسی و موارد مغایرت با روش اجرایی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید.
- ۲۴- پرستار در صورت فلبیت دستور انجام کشت را با صلاحدید پزشک معالج پیگیری می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر رضا محمد امینی	تهیه کنندگان : دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده -
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول ایمنی بیمارستان متخصص بیهوشی	سمت: مدیر بیمارستان - مترون - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - پرستار کنترل عفونت



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-IC-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری
هدف:	کاهش عفونت
پرسنل مرتبط:	کلیمه پرسنل درمانی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	پرستار کنترل عفونت و سرپرستاران واحد های درمانی
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
منابع و امکانات لازم:	وسایل تعبیه سوند (فولی - نلاتون - دستکش استریل - ژل - محلول بتادین - نرمال سالین - کیسه ادراری - ظرف یکبار مصرف
شرح فعالیت:	<p>۱- پرستار کنترل عفونت به همراه سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری کلاس آموزشی ، جاگذاری صحیح و بهداشتی کاتتر ادراری با متخصصین مربوطه هماهنگی بعمل می آورد .</p> <p>۲- پرستار مسئول بیمار طبق دستور پزشک مبادرت به سوند گذاری می نماید.</p> <p>۳- پرستار مسئول بیمار در بخش و اتاق عمل در هنگام سوندگذاری از تکنیک آسپتیک و وسایل استریل به شرح زیر استفاده می کند: ابتدا دست ها را می شوید</p> <p>سپس از دستکش استریل استفاده می کند و ناحیه اطراف مجرای ادرار را با محلول ضد عفونی (نرمال سالین یا بتادین) تمیز می نماید</p> <p>پرستار پس از جاگذاری کاتتر با تکنیک آسپتیک، سیستم تخلیه را بسته نگه می دارد.</p> <p>پرستار پس از کارگذاری کاتتر به خوبی آن فیکس کرده تا از جابجایی و کشیدگی پیشگیری کند.</p> <p>پرستار مسئول بیمار کیسه ادرار را همواره پایین تر از سطح مثانه قرار می دهد.(به علت عدم برگشت ادرار)</p> <p>۷- پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار کیسه ادراری را آویزان و یا در ظروف یکبار مصرف گذاشته تا در روی زمین قرار نگیرد.</p> <p>۸- پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار قبل و بعد از سوندگذاری و یا هر گونه دستکاری کاتتر ادراری دست های خود را شسته و یا ضد عفونی می نماید.</p>

۹- پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار حجم کیسه ادرار را بررسی نموده و قبل از پر شدن بیش از  $\frac{3}{4}$  آنرا تخلیه می نماید.

۱۰- پرستار مسئول بیمار حتی المقدور از شستشوی مثانه و کاتتر مگر در مواقع وجود انسداد خودداری می نماید.

۱۱- پرستار مسئول بیمار با هماهنگی پزشک معالج از سوند خارجی جهت بیماران مرد استفاده می نماید.

۱۲- پرستار مسئول بیمار از خمیدگی و پیچ خوردگی سوند ادراری اطمینان حاصل می نماید.

۱۳- پرستار مسول بیمار در صورتیکه لازم باشد کیسه ادراری بالاتر از سطح بدن باشد آنرا کلمپ می کند تا از برگشت ادرار جلوگیری نماید.

۱۴- پرستار کنترل عفونت به استفاده پرسنل درمانی از وسایل حفاظت فردی شامل دستکش استریل ، ماسک و... در حین اقدامات ، تاکید بر نحوه اقدامات نظارت می نماید.

تایید کننده :	تایید کنندگان :	ابلاغ کننده:
دکتر بهرام پورسیدی		
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان

کد روش اجرایی: PRO-IC-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا- خط مشی



عنوان روش اجرایی:	پیشگیری و کنترل عفونت های کاتترهای ادراری
هدف:	کاهش عفونت
پرسنل مرتبط:	کلیمه پرسنل درمانی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	پرستار کنترل عفونت و سرپرستاران واحد های درمانی
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
منابع و امکانات لازم:	وسایل تعبیه سوند (فولی - نلاتون - دستکش استریل - ژل - محلول بتادین - نرمال سالین - کیسه ادراری - ظرف یکبار مصرف

شرح فعالیت:

۱- پرستار کنترل عفونت به همراه سوپروایزر آموزشی جهت برگزاری کلاس آموزشی ، جاگذاری صحیح و بهداشتی کاتتر ادراری با متخصصین مربوطه هماهنگی بعمل می آورد .

۲- پرستار مسئول بیمار طبق دستور پزشک مبادرت به سوند گذاری می نماید.

۳- پرستار مسئول بیمار در بخش و اتاق عمل در هنگام سوندگذاری از تکنیک آسپتیک و وسایل استریل به شرح زیر استفاده می کند: ابتدا دست ها را می شوید

سپس از دستکش استریل استفاده می کند و ناحیه اطراف مجرای ادرار را با محلول ضد عفونی (نرمال سالین یا بتادین) تمیز می نماید پرستار پس از جاگذاری کاتتر با تکنیک آسپتیک، سیستم تخلیه را بسته نگه می دارد.

پرستار پس از کارگذاری کاتتر به خوبی آن فیکس کرده تا از جابجایی و کشیدگی پیشگیری کند.

پرستار مسئول بیمار کیسه ادرار را همواره پایین تر از سطح مثانه قرار می دهد. (به علت عدم برگشت ادرار)

۷- پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار کیسه ادراری را آویزان و یا در ظروف یکبار مصرف گذاشته تا در روی زمین قرار نگیرد.

۸- پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار قبل و بعد از سوندگذاری و یا هر گونه دستکاری کاتتر ادراری دست های خود را شسته و با ضدعفونی می نماید.

۹- پرستار مسئول بیمار / کمک بهیار حجم کیسه ادرار را بررسی نموده و قبل از پر شدن بیش از  $\frac{3}{4}$  آنرا تخلیه می نماید.

۱۰- پرستار مسئول بیمار حتی المقدور از شستشوی مثنانه و کاتتر مگر در مواقع وجود انسداد خودداری می نماید.

۱۱- پرستار مسئول بیمار با هماهنگی پزشک معالج از سوند خارجی جهت بیماران مرد استفاده می نماید.

۱۲- پرستار مسئول بیمار از خمیدگی و پیچ خوردگی سوند ادراری اطمینان حاصل می نماید.

۱۳- پرستار مسول بیمار در صورتیکه لازم باشد کیسه ادراری بالاتر از سطح بدن باشد آنرا کلمپ می کند تا از برگشت ادرار جلوگیری نماید.

۱۴- پرستار کنترل عفونت به استفاده پرسنل درمانی از وسایل حفاظت فردی شامل دستکش استریل ، ماسک و... در حین اقدامات ، تاکید بر نحوه اقدامات نظارت می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: آقای حمید ثمره	تهیه کنندگان: دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر پرستاری	سمت: مدیر بیمارستان - مترون - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - پرستار کنترل عفونت

کد روش اجرایی: PRO-IC-6

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکویی
هدف:	پیشگیری از انتقال عفونت های منطقه از راه خون و ترشحات
پرسنل مرتبط:	تیم کنترل عفونت روسای بخش ها و پرستاران بخش ها اتاق عمل
تعاریف:	پرستار کنترل عفونت - مسئول اتاق عمل
صاحبان فرآیند:	
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستان
منابع و امکانات لازم:	وسایل حفاظت فردی - مواد ضدعفونی های ل - فرمالین - نرمال سالین
شرح فعالیت:	در این مرکز اسکویی های انجامی
	۱- پرستار کنترل عفونت از ایمونیزه شدن کلیه پرسنل اطمینان حاصل می نماید.
	۲- پرستار اتاق عمل پس از اسکراب دست و قبل از انجام لاپاراسکویی از وسایل حفاظت فردی ( گان از ضد آب - شیلد چشمی و ماسک مقاوم ..) استفاده می کند و قبل از ترک اتاق آنها را خارج می نماید.
	۳- پرسنل اتاق عمل از وسایل یکبار مصرف صرفا یکبار جهت اقدامات درمانی و اسکویی ها استفاده و از بکار بردن چند بار آنها خودداری می نماید.
	۴- پرسنل اتاق عمل در هنگام اقدامات اسکویی جهت جلوگیری از سوراخ شدن دستکشها ناخنهای خود را کوتاه وانگشتر و جواهرات خود را در می آورند.
	۵- پرسنل اتاق عمل جهت دفع سوزن ها و مواد نوک تیز از سفتی باکس استفاده می نماید.
	۶- پرسنل اتاق عمل در حین تماس با هر بیمار و پس از آوردن دستکش وارد شدن یا خارج شدن از اتاق اسکویی دستهای خود را شسته و ضدعفونی می نماید.

- ۷- پرسنل اتاق دستوراتعمل پاکسازی و ضدعفونی و استریل نمودن این اسکوپها را با توجه به دستورالعمل کارخانه سازنده به کلیه پرسنل مربوطه واحد آموزش می دهد.
- ۸- پرستار اتاق عمل ابزار لاپاراسکوپي ( پورت - پنس - فورسیس) را پس از استفاده از هم جدا و با دترجت ودستمال کش با الکل ۷۰٪ پاکسازی و پس توسط پمپ هوا خشک می نماید.
- ۹- پرستار اتاق عمل ابزار را جهت ضدعفونی و استفاده بین عمل ها پس از خشک کردن در محلول های لول به مدت ۲۰ دقیقه غوطه ور می نماید.
- ۱۰- پرسنل اتاق عمل ابزار را پس از ضدعفونی آبکشی و خشک نموده ودرون بیكس مخصوص ابزار مربوطه را که حاوی قرص فرمالین می باشد قرار می دهد.
- ۱۱- پرستار اتاق عمل لنز وسیله های دستگاه لاپاراسکوپ و آرتروسکوپي را بعد از تمیز و پاک کردن آلودگی با دترجنت، درون بیكس مخصوص لنز که حاوی قرص فرمالین می باشد قرار می دهد.
- ۱۲- پرستار اتاق عمل سیم دستگاه آرتروسکوپ را با دتر جنت دستمال کش و پس از خشک کردن شیت می کند.
- ۱۳- پرستار کنترل عفونت بصورت دوره ای بر نحوه انجام این پروسیجر ها نظارت و موارد مغایرت با روش اجرایی را به مسول اتاق عمل متذکر و در کمیته مطرح می نماید.

تهیه کنندگان: دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - آزاده موقرزاده - ناهید شجاعی - ایران بیرمی نیا - نسیم بهرامی	تائید کننده: دکتر رضا محمد امینی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مدیر - مترون - پزشک کنترل عفونت پرستار کنترل عفونت - مسئول اتاق عمل - تکنسین اتاق عمل - مدیر پرستاری - سرپرستار CSR	سمت: مسئول ایمنی	سمت: ریاست بیمارستان

<p>کد روش اجرایی: PRO-IC-7</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		 <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	
عنوان روش اجرایی:	مصرف منطقی آنتی بیوتیکها	هدف:	جلوگیری از پیدایش و گسترش ارگانسیم های مقاوم
پرسنل مرتبط:	پزشکان آزمایشگاه - تیم کنترل عفونت - پرسنل پرستاری	تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	بیماران	قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی	شرح فعالیت:	
<p>۱- پرستار / پزشک تیم کنترل عفونت با برگزاری کلاس های آموزشی پرسنل را نسبت به عفونت های بیمارستانی ، اهمیت مقاومت آنتی بیوتیک و مصرف آنها آگاه و توجیه می نماید.</p> <p>۲- پرستار بیماران جراحی شده را از نظر تب و علائم عفونت کنترل و پایش نموده وموارد غیر طبیعی را به اطلاع پزشک معالج می رساند.</p> <p>۳- پزشک معالج برحسب مورد نیاز در صورت نیاز جهت شناسایی عوامل تب زا و تایید یا رد عفونت برای بیماران کشت درخواست می نماید .</p> <p>۴- پرستار کنترل عفونت موارد عفونت پس از عمل ( ۴۸ ساعت بعد) را شناسایی و در کمیته بطور ماهیانه مطرح می کند.</p> <p>۵- پزشک تیم کنترل عفونت پروتکل پروفیلاکسی آنتی بیوتیک ها را بطور پیشنهادی در اختیار کمیته می گذارد.</p> <p>۶- کمیته کنترل عفونت با همکاری اعضا(مدیریت اجرایی و جمعی از پزشکان) پروتکل پروفیلاکسی مربوطه را تایید و دراختیار کلیه پزشکان درخصوص طراحی های شایع قرار می دهد.</p> <p>۷- پرستار کنترل عفونت میزان مصرف آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی (سفر یاکسون- مترونیدازول و انکومايسين) استفاده شده در جراحی های</p>			

شایع ماهیانه بطور دستی یا از سیستم استخراج و در اختیار کمیته مربوطه قرار می دهد.

۸- کمیته کنترل عفونت مشکلات پس از پایش و ارزیابی موارد مصرف پروفیلاکسی را بررسی و در صورت لزوم اقدام اصلاحی انجام می دهد.

۹- مسئول بخش میکروبیولوژی آزمایشگاه تمام کشت های مثبت هر ماه را به تفکیک نمونه مربوطه، نوع میکروب جدا شده و با الگوی مقاومت آنتی بیوتیک ثبت می نماید.

۱۰- مسئول فنی آزمایشگاه آنالیز تکمیلی را انجام و ثبت (بصورت دستی در هر ۶ ماه به کمیته کنترل عفونت ارائه می دهد).

۱۱- مسئول بخش میکروب شناسی موظف است جهت ارائه طریق انتخاب مناسب آنتی بیوتیک برای بیماران در اولین فرصت جواب کشت مثبت شده

۱۲- مسئول بخش میکروب شناسی سوش های تکراری جدا شده از نمونه بیماران بستری را به مسئول فنی اعلام تا جهت تعیین مخزن میکروب مشترک در بخش مربوطه در کمیته کنترل عفونت بیمارستانی تصمیم گیری بعمل آید.

۱۳- مسئول داروخانه لیست آنتی بیوتیک های پر مصرف و پرهزینه را بصورت فصلی و ۶ ماهه استخراج در اختیار کمیته کنترل عفونت قرار می دهد.

۱۴- اعضا کمیته کنترل عفونت با تایید نظر ریاست بیمارستان اقدامات اصلاحی را درخصوص موارد و ارائه جمع بندی شده توسط واحدهای آزمایشگاه و داروخانه در نظر می گیرد. به اطلاع بخش رسانده و تا در صورت شروع ابتدای درمان Empiric طرح درمان توسط متخصص عفونی تجدید و اصلاح گردد.

تهیه کنندگان: دکتر رامین رجایی - دکتر خلیل زاده - دکتر حسین نیکپور - آقای خدای - آزاده موقرزاده - عباس ایرانمنش - فرزانه امیری - حمید ثمره - فرجام هاشمی	تائید کننده: دکتر رضا محمد امینی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: قائم مقام - پزشک تیم کنترل عفونت - مسئول فنی آزمایشگاه - مسئول میکروب شناسی - پرستار کنترل عفونت - مدیریت داروخانه - مدیر بهبود کیفیت - مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی -	سمت: مسئول ایمنی	سمت: ریاست بیمارستان

<p>کد روش اجرایی: PRO-IC-8</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>
عنوان روش اجرایی:	حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی	
هدف:	مدیریت بیماران دچار نقص ایمنی در پیشگیری و کاهش عفونت	
پرسنل مرتبط:	کلین کارکنان واحدهای درمانی پرسنل بالینی	
تعاریف:	بیمار دچار نقص ایمنی بیمار است که به خاطر نوع بیماری زمینه ای که دارد دچار نقصان در دفاع در برابر عوامل بیماری زایی است که برای افراد سالم یا حتی بیمارانی که دچار این نقیصه نیستند در رابط عادی خطر آفرین نمی باشد.	
صاحبان فرآیند:	پرستار کنترل عفونت و سرپرستاران بخش	
قوانین و مقررات مربوطه:		
منابع و امکانات لازم:	کتاب نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی	
شرح فعالیت:		
۱- پرستار دستور ایزوله نمودن بیماران دچار نقص ایمنی را کنترل و اجرا می نماید.		
۲- پرستار بیماران دچار نقص ایمنی را بر حسب شرایط بیماری زمینه ای و طبق تشخیص پزشک معالج مبنی بر ضرورت و شرایط ایزوله معکوس در این مرکز ( در اتاق خصوصی ( مثبت) اتاق ایزوله ( منفی) بستری می نمایند.		
۳- کادر بالینی هنگام ارائه خدمات به اینگونه بیماران نکات ایمنی را رعایت و از وسایل حفاظت فردی (ماسک، گان، دستکش) استفاده می نمایند.		
۴- کادر بالینی قبل از انجام هر پروسیجر برای بیمار دست های خود را شسته و ضدعفونی می نماید.		
۵- پرسنل درمانی در بیماران دچار نقص ایمنی شدید مانند نوتروپنی بیماران پیوندی ... جهت انجام اقدامات تهاجمی پرخطر مانند کاتتر گذاری		

عروقی - سونداژ و... دست های خود را شسته و اسکراب می نمایند.

۶- پرستار کنترل عفونت / پرستار شیفت جهت جلب مشارکت بیمار و همراهانش روش ایزوله و نوع مراقبت های لازمه را به آنها آموزش داده و ملاقات همراهان را محدود می نماید.

۷- پرستار روزانه جهت جلوگیری از زخم و عفونت های دهانی بیمار - دهانشویه با نرمالسالین با محلول جوش شیرین می دهد .

۸- کلیه پرسنل تردد به اتاق بیمار را محدود به مواقع ضروری می کند.

۹- پرستار به بیمار توصیه می نماید تا حد امکان از اتاق خارج نشده و هنگام خروج از ماسک جراحی استفاده نماید .

۱۰- مدیر پرستاری پرسنل دارای بیماری واگیردار ( هرپس ، زونا، آنفلوآنزا و...) تا پایان دوره بهبودی از مراقبت از این بیماران منع می نماید.

۱۱- پرسنل بخش سالیانه توسط مسئول واکسیناسیون، واکسن آنفلوآنزا دریافت می کند.

۱۲- پرستار جهت کاهش آلودگی و عفونت به همراهان ملاقات کنندگان شستن دست و پوشیدن گان و ماسک را توصیه و آموزش می دهد.

۱۳- پرستار تا حد امکان از انجام اقدامات تهاجمی برای بیمار خودداری می کند و در صورت لزوم تکنیک آسپتیک را دقیقاً رعایت و دست های خود را اسکراب می نماید.

۱۴- پرستار طبق دستور پزشک معالج بیمار را از استعمال دخانیات منع می کند.

۱۵- پرستار به بیمار یاد آوری می نماید که از فنجان و لیوان یا سایر وسایل غذاخوری همراه خود استفاده ننماید.

۱۶- پرستار وضعیت کارکرد مثانه و روده را بررسی و بیمار را به تمرینات تنفسی ( سرفه و تنفس عمیق) تشویق می کند.

۱۷- پرستاریوست ناحیه خط وریدی و یا پرینه را از لحاظ التهاب و یا سایر عفونت ها بررسی می نماید.

۱۸- پرستار در این بیماران از ترمومتر رکتال ، شیاف و هم چنین رکتال اگزم استفاده نمی کند.

۱۹- پرستار در این بیمار توصیه می کند که از هیچ نوع زیور آلات استفاده ننماید.

۲۰- پرستار کنترل عفونت / پرستار بر نحوه نظافت اتاق بیمار نظافت داشته تا با دقت تمیز شود و هیچ گونه گرد و غباری ایجاد نشود (جهت پاک کردن سطوح از دستمال های مرطوب آغشته به مواد ضد عفونی و جاروب نمودار استفاده شود )

۲۱- پرستار کنترل عفونت با همکاری سوپروایزر آموزشی ، آموزش های لازم در رابطه با این روش اجرایی را برگزار می نماید.

آموزش راه های انتقال شامل راه های اولیه از طریق تماس مخاط و پوست غیر سالم با خون و ترشحات

آموزش راهبردی کاهش خطر اولیه شامل تزریقات ایمن ، رعایت بهداشت دست، اقدام پروفیلاکسی بعد از مواجهه و استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی

آموزش پیشگیری و کنترل HIV

آموزش نحوه برخورد با بیماران عفونی ایزوله منفی ، ایزوله معکوس

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر رضا محمد امینی	تهیه کنندگان : دکتر مهدیه خلیل زاده- فرجام هاشمی - حمید ثمره - مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده -
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول ایمنی	سمت: متخصص عفونی - پرستار کنترل عفونت - مدیر پرستاری - سرپرستار اطفال - سرپرستار اوزانس - سرپرستار داخلی - سرپرستار جراحی



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی



کد روش اجرایی: PRO-IC-9

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی
هدف:	کاهش و کنترل عفونت - ارتقا ایمنی بیمار - جمع آوری داده های مربوط به عفونت های بیمارستانی
پرسنل مرتبط:	کلپه پرسنل بالینی
تعاریف:	NINS نظام کشوری مراقبت عفونت های بیمارستانی
صاحبان فرآیند:	پزشک و پرستار کنترل عفونت
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
منابع و امکانات لازم:	فرم شماره یک بیماریابی

شرح فعالیت:

- ۱- پرستار در صورت مشاهده علائم مربوط به عفونت ( تب- لرز - تاکی پنه- سوزش ادرار - ترشح از محل عمل قرمز ی تورم محل عمل و...) در بیمار وبا بستری بیمار عفونی طبق دستور پزشک، پرستار کنترل عفونت و یا سوپروایزر وقت را مطلع می نماید.
- ۲- پرستار کنترل عفونت علاوه بر ویزیت و مشاهدات خود در بازدیدها - گزارش های روزانه بیماران از سرپرستاران بخش ها دریافت می نماید.
- ۳- پرستار کنترل عفونت براساس علائم یا کشت های انجامی بیماران به منظور تعیین عفونت بیمارستانی از بیمار شرح حال می گیرد و برای تایید نهایی عفونت ( در صورت عدم مشاوره عفونی) پزشک تیم کنترل عفونت بیمارستان را مطلع می نماید.
- ۴- پرستار کنترل عفونت با توجه به الگوریتم تشخیص عفونت بیمارستانی برای چهار عفونت اصلی براساس NNIS برای هر بیمار مشکوک به عفونت

فرم شماره یک بیمار یابی را تکمیل می کند.

۵- پرستار فرم ها ، تکمیل شده و موارد و آمار ماهیانه عفونت های بیمارستانی را در کمیته کنترل عفونت مطرح می نماید.

۶- اعضاء کمیته / پزشک کنترل عفونت مداخلات لازمه به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی را طراحی و اجرا می کند.

۷- پرستار کنترل عفونت اطلاعات لازم را از طریق طرح نرم افزار گزارش دهی عفونت های بیمارستانی بصورت ماهیانه گزارش می دهد.

۸- کمیته کنترل عفونت موظف است در صورت وقوع طغیان عفونت های بیمارستانی مراتب را به مرکز بهداشت و مدیریت درمان شهرستان اطلاع دهد.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر مهدیه خلیل زاده	تهیه کنندگان : ازاده موقرزاده - دکتر خلیل زاده
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: متخصص عفونی - رییس کمیته کنترل عفونت	سمت: پرستار کنترل عفونت - رییس کمیته کنترل عفونت

کد روش اجرایی: PRO-IC-10

تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۲

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان / موضوع :	روش اجرایی صحت عملکرد و کیفیت محلول های گند زدا ی سطح بالا با روش های کنترل کیفی
دامنه:	دامنه کاربرد این روش مربوط به بخش بستری می باشد
تعاریف	مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی برعهده پرستار کنترل عفونت می باشد
کارکنان مرتبط:	کارکنان واحد های درمانی
هدف:	ارتقای ایمنی و سلامت بیماران و کارکنان و پیشگیری از بروز عفونت های بیمارستانی ، کاهش هزینه های بیمار ،
ذینفعان:	بیماران - کارکنان - مراجعین
منابع	استاندارد های ابلاغی کنترل عفونت
فرم پاسخگو:	پرستار کنترل عفونت
دستورالعمل های مرتبط :	استاندارد های حقوق گیرنده خدمت
شرح روش اجرائی :	
۱- سوپروایزر کنترل عفونت	با هماهنگی واحد آموزش ، نحوه آماده سازی ونحوه استفاده از محلولها ی ضد عفونی رابه کارکنان درمانی و بهیاران و کمک

بهبود و نیروهای خدماتی در قالب دوره های حضور بویغیر حضوری و کارگاهها آموزش می دهد.

۲- کارشناس بهداشت محیط باهماهنگی واحد کنترل عفونت، دستورالعمل نحوه آماده سازی ونحوه مصرف محلولهای ضد عفونی راتپیه و در کنار دکوباکسها، نصب می نماید.

۳- سوپروایزر کنترل عفونت برنگهداری ایمن محلولهای گلو تار آلدئید، در ظروف مناسب در بار از جنسی که دچار خوردگی نمی شود اطمینان حاصل می نماید.

۴- سوپروایزر کنترل عفونت به صورت تصادفی، در مقاطع زمانی مختلف، با استفاده از تستهای سوآپینگ کیفیت محلولهای گلو تار آلدئید را پایش می نماید.

۵- سوپروایزر کنترل عفونت در صورتی که استفاده از محلول، زیاد نباشد از هفته اول به بعد به ازای هر 10 بار استفاده، تست سوآپینگ را انجام می دهد.

۶- سوپروایزر کنترل عفونت در صورتی که میزان استفاده از محلول، زیاد نباشد از هفته اول به بعد، روزانه، تست سوآپینگ را انجام می دهد.

۷- سوپروایزر کنترل عفونت در صورتی که رنگ نوار سوآپینگ، غلظت ۲-۲/۵ رانشان داده محلول را مناسب، اعلام می نماید و محلول قابلیت ضد عفونی ابزار در مدت زمان ظرف 20 دقیقه دارد.

۸- سوپروایزر کنترل عفونت در صورتی که رنگ نوار سوآپینگ، غلظت 2 تا 1 / 7 رانشان داده محلول را مناسب اعلام می نماید و محلول قابلیت ضد عفونی ابزار در مدت زمان ظرف 60 دقیقه، دارد.

۹- سوپروایزر کنترل عفونت در صورتی که رنگ نوار سوآپینگ، غلظت زیر 1 / 7 رانشان داده محلول را نامناسب اعلام می نماید و خدمات پس از رعایت بهداشت دست و پوشیدن وسایل حفاظت فردی، محلول، out می شود و محلول جدید، تهیه می شود.

۱۰- سوپروایزر کنترل عفونت: نوار تستهای پایش شده گلو تار آلدئید را با ذکر تاریخ و بخش، در دفتر مخصوص سوآپینگ، نصب و نگهداری می نماید.

۱۱- سوپروایزر کنترل عفونت: نتایج تستهای سوآپینگ را در کمیته کنترل عفونت بیمارستان، مطرح می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: آزاده موقر زاده	تهیه کنندگان: آزاده موقر زاده - مریم حیدری نژاد
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: پرستار کنترل عفونت	سمت: پرستار کنترل عفونت - کارشناس بهداشت

کد روش اجرایی: PRO-IC-11

تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۱۱۳۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۲

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان / موضوع:	روش اجرایی پاکسازی تجهیزات و ابزارها پیش از ضد عفونی
دامنه:	کلیه کارکنان بالینی - CSR - بهداشت - کنترل عفونت
کارکنان مرتبط:	کارکنان CSR - کارکنان بخشهایی که دارای پروسیجرهای تعاممی می باشند (نوزادان - اورژانس - بلوک زایمان - بستری زایمان)
تعاریف:	تست پروتئین: ابزاری که جهت اطمینان از صحت شستشوی ابزار استفاده می شود بطوریکه در صورت باقی ماندن آلودگی هایی از جنس پروتئین روی ابزار کیت مذکور تغییر رنگ می دهد.
هدف:	ارتقا ایمنی
ذینفعان:	بیمار و کارکنان و. کلیه مراجعین
منابع:	معصومی اصل، حسین و همکاران (۱۱۸۱) راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی، تهران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری ها، چاپ دوم 1. زارع، حمید و همکاران (۱۱۹۱) راهنمای استریلیزاسیون در بیمارستانها و مراکز درمانی، انتشارات جامعه نگار،

تهران.	
فرد پاسخگو:	پرستار کنترل عفونت
دستور العمل های مرتبط :	استاندارد های اعتبار بخشی
<p>شرح روش اجرایی :</p> <p><b>** پرسنل بخشهای هدف شامل پرستار، تکنسین/کارشناس اتاق عمل/خدمات میباشد.</b></p> <p><b>** هر وسیله استفاده شده، باید قبل از فرایند ضد عفونی یا استریلیزاسیون، پاکسازی شود. پاکسازی، شرط اصلی استفاده مجدد از وسایل پزشکی آلوده بوده و هرگز بدون انجام پاکسازی به صورت کامل، فرآیند استریلیزاسیون موفقیت آمیز نخواهد بود. انجام پاکسازی خوب و مطمئن در کاهش تعداد میکروب های موجود بر سطوح وسیله پزشکی از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا به منظور حصول اطمینان از ضد عفونی مؤثر و ارسال ایمن و مطلوب ابزار و وسایل قبل از استریلیزاسیون و حذف و کاهش میزان میکروارگانیسم های موجود بر روی وسایل قبل از استریلیزاسیون توسط پرسنل بخش های هدف شستشو و پاک سازی ابزار و وسایل به صورت دستی و به ترتیب ذیل انجام می شود.</b></p> <p>۱- قبل از انجام شستشوی دستی ابزارهای جراحی با قابلیت استفاده مجدد بایستی از وسایل حفاظت فردی (ماسک، گان یا پیش بند ضد آب، دستکش، عینک یا محافظ صورت) استفاده شود.</p> <p>۲- حداقل فاصله زمانی بین استفاده از ابزار و پاک سازی به منظور اجتناب از خشک شدن مواد آلی، مواد دفعی و ترشحات بر روی ابزار و وسایل باید رعایت شود.</p> <p>۳- قسمت های قابل تفکیک ابزار، قبل از شستشو جدا و بعد از شستشو بایستی به صورت دقیق متصل شود.</p> <p>۴- کلیه ابزار و وسایل دسته بندی شوند.</p> <p>۵- در واحد استریلیزاسیون مرکزی بایستی از ست شوی استفاده شود.</p> <p>۶- ارسال ابزار پاکسازی شده به واحد استریلیزاسیون مرکزی بدون بسته بندی با تاکید بر بخشها و اورژانس انجام میشود</p> <p>۷- بایستی ابزار و وسایل را به منظور انجام مرحله پیش شستشو، درون لگن دار که حاوی محلول شوینده آنزیمی (محلول آنزیماتیک و یا آب و دترجنت) می باشد، قرار داده شود.</p> <p>تبصره 1 حداقل خیس خوردن وسیله یک دقیقه توصیه می شود. ولی در مورد وسایلی که مواد آلی به آنها چسبیده است این مدت زمان باید بیشتر در نظر گرفته شود.</p> <p>۸- ابزار آلات از جنس فولاد ضد زنگ یا فولاد کربنی و ظروف آبکاری شده با کروم که یکپارچگی خود را از دست داده اند، هرگز نباید بیشتر از 1 دقیقه در شوینده های آنزیمی غوطه ور شوند (در این مرحله تمام مواد آلی حل شده و از سطح وسیله جدا می شوند).</p> <p>۹- ابزار و وسایل بایستی با استفاده از برس نرم غیر فلزی به طور کامل برس کشی شوند.</p> <p>۱۰- پاکسازی تمامی ابزار حساس و غیر حساس به حرارت باید با آب زیر ۴۵ درجه سانتیگراد و دترجنت /محلول های آنزیماتیک در نزدیکترین مکان به محل انجام پروسیجر انجام میشود .</p> <p>۱۱- داخل ابزارهای لوله ای شکل و تو خالی باید به کمک تجهیزات سالم مولد آب پرفشار شستشو شوند.</p> <p>۱۲- کلیه ابزار و وسایل باید با آب معمولی آبکشی شوند (استفاده موثر از تجهیزات سالم مولد آب پرفشار برای شستشو)</p> <p>۱۳- هنگام انجام فرایند شستشو باید از پاشیده شدن آب به اطراف جلوگیری شود.</p> <p>۱۴- آبکشی بایستی پس از اطمینان از برطرف شدن کلیه آلودگی ها انجام شود.</p> <p>۱۵- آبکشی وسایل پزشکی باید با استفاده از آب قابل شرب و با دقت انجام شود. به این صورت که آب را از تمام منافذ و کانالهای وسایل عبور داده تا حتی مقادیر جزئی از مواد شوینده آنزیمی باقی نماند.</p> <p>۱۶- شستشوی نهایی وسایل با استفاده از آب سبک انجام شود تا باقیمانده املاح بر روی وسایل نماند و از آسیب رسیدن به آنها جلوگیری می شود.</p> <p>۱۷- جهت خشک کردن وسایل لومندار پس از شستشو از هوای پرفشار استفاده می شود.</p> <p>۱۸- ابزار پاکسازی شده بدون بسته بندی با تاکید بر بخشها و اورژانس به واحد استریلیزاسیون مرکزی ارسال میشود</p> <p>۱۹- انجام کلیه گامهای فرایند پاکسازی و گند زدایی کلیه ابزار و وسایل از ابتدا در واحد استریلیزاسیون مرکزی انجام میشود.</p> <p>۲۰- تست های الودگی ابزار با مواد آلی /خون در پایش کیفیت فرایند پاکسازی ابزار و تجهیزات استفاده میشود .</p> <p>۲۱- مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی بر صحت پاکسازی ابزار ارسال شده از هر بخش /واحد به واحد استریلیزاسیون مرکزی نظارت می نماید</p> <p>۲۲- مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی در صورت مشاهده هرگونه عدم انطباق مورد را از مسئول بخش مربوطه پیگیری می نماید و در صورت تکرار جهت انجام اقدام اصلاحی لازم به پرستار کنترل عفونت اطلاع می دهد</p> <p>۲۳- پرستار کنترل عفونت مورد نقص را شناسایی و اقدام اصلاحی جهت پیشگیری از تکرار عدم انطباق را انجام می دهد .</p> <p>نکات مهم و ضروری :</p> <p>-ابزار پیچیده و حساس به حرارت شستشوی دقیق دستی شوند</p>	

- قسمت های قابل تفکیک ابزار متشکل از بیش از دو بخش قبل از شستشو و اتصال کارآمد آن ها بعد از شستشو حتما جدا شوند  
 - در واحد استریلیزاسیون مرکزی الزاما از ست شوی استفاده شود  
 - شستشوی ابزار اسکویی در واحد های مربوطه بصورت مکانیزه انجام شود

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : ازاده موقر زاده	تهیه کنندگان : مریم حیدری نژاد-مریم حسینی نژاد-نسیم بهرامی
سمت:ریاست بیمارستان	سمت: پرستار کنترل عفونت	سمت: کارشناس بهداشت -سرپرستار اورژانس- سرپرستار CSR

کد روش اجرایی: PRO-IC-12

تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۱۱۳۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۲

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

بیمارستان کارمانیا- خط مشی



عنوان / موضوع :	روش اجرایی رعایت الزامات و ملاحظات از بسته های استریل
دامنه:	واحد CSR - بخش های دارای اقدامات تهاجمی
تعاریف	-
کارکنان مرتبط:	پرسنل بالینی -CSR
هدف:	ارتقا ایمنی و پیشگیری از عفونت
ذینفعان:	بیماران -کارکنان -کلیه مراجعین
منابع	استاندارد های اعتباری ربخشی
فرم پاسخگو:	پرستار کنترل عفونت
دستورالعمل های مرتبط :	دستورالعمل های ابلاغی استریلیزاسیون
شرح روش اجرایی :	

- ۱- بیمارستان از وجود فضاهایی محصور با حداقل تردد مختص انبارش و نگهداری وسایل استریل در واحد استریلیزاسیون مرکزی و بخش های دارای بسته های استریل اطمینان حاصل می نماید
  - ۲- پرسنل بخش استریلیزاسیون مرکزی و بخش های دارای بسته های استریل در خصوص شرایط ایمن نگهداری بسته های استریل آموزش های لازم در خصوص موارد الزامی رعایت در خصوص نگهداری و شرایط بسته های استریل را بصورت جهره به جهره توسط پرستار کنترل عفونت می بینند .
  - ۳- مسئول استریلیزاسیون از دمای کمتر از ۲۴ درجه و رطوبت نسبی کمتر از ۷۰ درصد در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل با نصب و کنترل رطوبت سنج و دماسنج سالم ، اطمینان حاصل می نماید .
  - ۴- پرستار کنترل عفونت سلامت دماسنج و رطوبت سنج را بصورت تصادفی و دوره ای توسط چک لیست های مربوطه کنترل نموده و مستندات مربوطه را جمع اوری می نماید .
  - ۵- کارشناس بهداشت بیمارستان از وجود فشار مثبت و تهویه مناسب با حداقل ۶ بار گردش هوا در ساعت و به دور از تابش نور مستقیم خورشید در محل انبارش و نگهداری وسایل استریل اطمینان حاصل می نماید
  - ۶- مسئول واحد استریلیزاسیون مرکزی از انبارش وسایل استریل به صورت جداگانه و مستقل در سطحی بالاتر از سطح زمین و در قفسه های مشبک و باسطوحی صاف اطمینان حاصل می نماید -
  - ۷- دستورالعمل مدت زمان نگهداری ست های استریل بر اساس دستورالعمل های استاندارد های بخش استریلیزاسیون ،طبق شرح زیر اعلام می گردد :
  - ۸- کارکنان مرتبط حین جابجایی وسایل استریل شده الزاماً از جعبه ها یا کانتینرهای در بسته از جنس استیل یا آلومینیوم استفاده می نمایند بسته بندی وسایل
- ☑ در هنگام بسته بندی وسایل دقت شود که جلد آن بدون سوراخ ، تمیز و اندازه آن متناسب با وسیله ای باشد که قرار است درون آن پک شود.
- مراحل بسته بندی
1. گوشه مربوط به طرف خودتان را محکم روی وسیله ای که در وسط آن قرار دارد بکشید و دوباره انتهای گوشه رابه طرف خود برگردانید.
  2. گوشه طرف راست جلد را محکم به طرف وسط پک بکشید و دوباره انتهای گوشه را برگردانید.
  3. گوشه طرف چپ را محکم بکشید و بر روی گوشه راست قرار دهید و سپس انتهای گوشه آن را برگردانید.
  4. گوشه مقابل خود را پس از تا کردن دو طرف آن ، محکم روی پک بکشید و انتهای گوشه را پس از برگرداندن در زیر دو گوشه چپ و راست که روی هم قرار دارند بگذارید.
  5. نوار تست اتوکلاو را با ذکر تاریخ و اسم وسیله حتما بر روی پک بچسبانید. هنگام پیچیدن و قراردادن وسایل نکات زیر رعایت گردد
- شان و پارچه های مورد مصرف قبل از استریل شدن برای حذف آلودگی و افزایش طول عمر پارچه، باید شسته و خشک شوند.
  - از به کار بردن بیش از دو لایه برای بسته بندی اجتناب شود.
  - اندازه پک ها 30 \* 30 \* 50 سانتی متر یا 6 کیلوگرم بیشتر نشود تا بخار کاملاً در آن نفوذ کند.
  - از پیچیدن بسیار محکم و یا کاملاً شل وسایل اجتناب کنید.
  - از ازدحام زیاد پگ ها خودداری شود.
  - ضروری است وسایل فلزی با دسته بلند، بطری ها یا ظروفی که هوا به داخل آن نفوذ نمی کنند، با در باز و از پهلو در دستگاه قرارداده شود(قائم قرارداده نشود).
  - در دستگاه اتوکلاو همه وسایل متصل به هم باید از هم جدا شده و در یک وضعیت آزاد قرار گیرند .لبه های تیزوسایل را می توان با گاز پیچید تا از کند شدن نقاط تیز جلوگیری شود.
  - دقت شود که جنس پارچه از برزنت نباشد زیرا بخار در آن نفوذ نمی کند .در صورت عدم نفوذ بخار به ست های پیچیده شده استریلیزاسیون بی ارزش است.
  - پگ های آی یودی و وسایل مورد استفاده مامایی نباید در داخل کیسه های نایلونی قرار گیرد.
  - تذکر : اطراف پارچه های بستن وسایل، باید دوخته شده و سالم باشد.
- دستورالعمل مربوط به بسته بندی و پک نمودن و قرار گیری پک ها در اتوکلاو
- ☑ تست های اتوکلاو طبق دستورالعمل (داخل هر ست یک عدد) داخل بسته ها گذاشته شود.
- ☑ بسته ها نباید بیشتر از 6 کیلوگرم باشد و همچنین اندازه (عرض پکها) حداکثر 45 سانتی متر باشد.
- ☑ پک ها و بسته های عمل باید به صورت عمودی (ایستاده) در اتوکلاو قرار داده شود .وبه حالت خوابیده نایستی باشد.
- ☑ پک ها باید محکم بسته شود و در حالتی گذاشته شود که بین آنها فضا جهت عبور بخار باشد و اتوکلاو خیلی نباید پر شود.
- ☑ تمام پارچه هایی که برای پیچیدن پگ ها بکار می رود دولایه و بدون سوراخ و پارگی باشد اطراف آنها باید دوخته شده و سالم باشد.

پگ ها قبل از استریل کردن باید تاریخ داشته باشد.

پس از آوردن پک ها از اتوکلاو باید کاملاً خشک باشد و با دست مرطوب پک ها جابه جا نشود.

در صورتی که تست های اتوکلاو پس از استریلیزاسیون تغییر رنگ نداده باشند بایستی از استفاده بسته عمل خودداری نموده

نکته : در انتهای فرایند

توجه و دقت کافی برای انجام عمل ضد عفونی، گندزدایی و سترون سازی ضروریست و در صورت شک در مراحل اجراء باید مجدداً اقدامات الزم تکرار گردد.

تبی توجهی به مسائل جزئی نیز می تواند موجب عدم اثربخشی فرایند و انتقال یا گسترش بیماری و عفونت گردد.

تمام مراحل فرایند استریل باید توسط نیروهای درمانی صورت بگیرد و نظارت و کنترل در تمامی مراحل استریل نیز باید صورت بگیرد

نکات مهم در حفظ شرایط استریلیته وسایل استریل شده

- کلیه بسته های استریل بایستی دارای مشخصات لازم از قبیل نام پگ کننده، تاریخ استریل، نوع پگ یا ست و غیره باشند.

کلیه بسته های استریل شده باید علاوه بر مجهز شدن به نوار استریل کلاس (A نوار) ok دارای اندیکاتور کلاس D بوده یا

دارای کد مربوط به شماره PCD مصرفی مربوط به سیکل استریل خود باشند.

بسته های استریل شده کمتر زده شود (از دستکاری آنها خودداری شود).

ترفت و آمد به محل های نگهداری وسایل استریل بایستی محدود باشد.

محل نگهداری وسایل استریل باید طوری باشد که از رطوبت، آلودگی و آسیب فیزیکی در امان باشد (در غیر اینصورت از حالت استریل خارج می شود).

خیس شدن، باز شدن برچسب بسته ها و روی زمین افتادن وسایل استریل، باعث آلوده شدن و خارج شدن آنها از شرایط استریل می گردد.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
مهندس علی میرحسینی - حبیب محمدی	دکتر امین رجای	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فن آوری اطلاعات - مدیر مالی	(مدیریت بیمارستان)	

کد دستورالعمل : INS-IC-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت
مسئولیت اجرا:	پرستار کنترل عفونت
امکانات لازم :	وسایل حفاظت فردی - کارکنان آموزش دیده - نظارت پرستار کنترل عفونت
منابع:	
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان بخشهای بالینی
شرح دستورالعمل :	
۱- پرستار کنترل عفونت بایستی با توجه به نوع مراقبت وسایل حفاظت فردی مناسب را شناسایی کند.	
۲- پرستار کنترل عفونت باید بر فرآیند خرید وسایل حفاظت فردی با کیفیت نظارت و با همکاری مسئول بهداشت حرفه ای و هماهنگی مدیریت آنها را تهیه و در دسترس کارکنان و مراقبان بالینی قرار دهد.	
۳- با توجه به اهمیت استفاده از وسایل حفاظت فردی ، پرستار کنترل عفونت باید نحوه استفاده صحیح از وسایل را جهت جلوگیری از آسیب های	

شخصی و انتقال عفونت، پیشگیری از عوارض ناشی از عدم استفاده از این وسایل را به پرسنل مرتبط آموزش دهد. (علل استفاده، چگونگی تعیین نوع حفاظت فردی، تشریح قابلیت ها و محدودیت های وسایل مربوطه، تشریح روش صحیح بکارگیری وسایل و تشریح نحوه دریافت نگهداری و دفع وسایل)

۴- پرستار کنترل عفونت بایستی به نحوه استفاده صحیح از وسایل بر اساس نوع انتقال توسط پرسنل نظارت و حین بازدیدهای خود موارد مغایر با دستورالعمل ها را ثبت نماید و برحسب ضرورت آموزش چهره به چهره انجام شود.

انواع وسایل حفاظت فردی:

دستکش، ماسک جراحی، گان، محافظت صورت یا عینک، پیش بندی پلاستیکی، کلاه، چکمه، ماسک N95

۵- وسایل حفاظت فردی باید براساس انتقال بیماری و نوع احتیاط استفاده گردد:

احتیاط هوایی:

استفاده از ماسک N95 توسط پرسنل

استفاده از ماسک جراحی توسط بیمار در مواقع خروج از اتاق

احتیاط قطرات:

در فاصله کمتر از یک متر: استفاده از دستکش، ماسک، گان، صورت ضرورت عینک

در صورت انتقال و جابجایی بیمار استفاده از ماسک جراحی توسط بیمار

احتیاط تماسی:

استفاده از دستکش توسط پرسنل در زمان ورود به اتاق

استفاده از گان در صورت احتمال تماس توسط پرسنل

شرح دستورالعمل:

ماسک N95 را باید در پوشش کاغذی نگه داری کنید.

۶- استفاده از ماسک N95 باید به مدت ۸-۶ ساعت متوالی بوده و بعد از این مدت ماسک تعویض گردد.

۷- ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی باید بصورت ذیل باشد:

۱- شستن دست

۲- پوشیدن گان

۳- پوشیدن کلاه

۴- پوشیدن ماسک

۵- پوشیدن عینک با محافظت صورت

۶- پوشیدن دستکش

۸- ترتیب آوردن وسایل حفاظت فردی باید بصورت ذیل صورت پذیرد:

۱- در آوردن دستکش

۲- در آوردن گان

۳- شستن دست

۴- در آوردن عینک

۵- در آوردن کلاه

پرستار کنترل عفونت باید وسایل مورد نیاز را برحسب ضرورت در اتاق پیش ورودی ایزوله در دسترس پرسنل قرار بدهد.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده: مریم حیدری نژاد	تهیه کنندگان: آزاده موقرزاده - مهدیه ربانی - رضوان اسلامیت حمید ثمره فرجام هاشمی حسینی - افسانه رسا - آقای چراغپور
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: پرستار کنترل عفونت - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر آموزشی - نماینده کمک بهیاران - نماینده پرسنل خدمات





## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-FM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی
هدف:	پیشگیری از تکرار مجدد بروز خطاها
پرسنل مرتبط:	کلپه کارکنان بیمارستان
تعاریف:	RCA: Root cause analysis تحلیل علل ریشه FMEA: Failure mode and effects analysis fame تحلیل حالات بالقوه ی خطا و آثار آن
صاحبان فرآیند:	مسئول ایمنی
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل های استاندارد ایمنی
منابع و امکانات لازم:	فرم خطا - برنامه بازدید های ایمنی - فرم RCA-دفا تر گزارش خطا -FMEA فرم -

شرح فعالیت:

۱- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی آموزش مستمر و به اشتراک گذاشتن تجربیات خطا در بین پرسنل را به عنوان مهمترین اقدام پیشگیرانه در بروز مجدد خطا در برنامه کاری مستمر خود قرار می دهد .

۲- سرپرستاران هر واحد بالینی پرسنل بخش خود را به منظور پیشگیری از بروز خطا هدایت کرده و در صورت بروز خطا به ثبت خطاهای احتمالی در دفتر مربوط به بخش خود تشویق می نمایند و به ایشان در خصوص عدم برخورد های سرزنش کننده اطمینان می دهند .

۳- کارشناس ایمنی با همکاری هماهنگ کننده ایمنی و مسئول دفتر بهبود با توجه به لیست مخاطرات احتمالی واحد ها وراندها ایمنی و کنترل

- عفونت و ... عوامل مستعد کننده بروز خطاها(انسانی تجهیزات وساختاری) راشناسایی و در کمیته های مربوط به عنوان خطاهای بالقوه مطرح می نماید
- ۴- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی خطاهای احتمالی جمع آوری شده هر ۶ ماه (را الویت بندی می نماید .
- ۵- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی اقدامات اصلاحی و شرایط پیشگیرانه از خطاهای احتمالی را با توجه به اولویت بندی و با استفاده از الگوی FMEA پس از طرح در کمیته اجرایی و بارش افکار، جهت مهم ترین خطاها تدوین می نماید.
- ۶- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در خصوص گزارش خطاها فرم مخصوص ثبت گزارش خطا را بصورت تسهیل شده کاغذی / الکترونیکی با توجه به واحدهای بستری ، آزمایشگاه و رادیولوژی تهیه و در اختیار پرسنل قرار می دهد.
- ۷- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی جهت گزارش هر چه بیشتر خطاها صندوق جمع آوری خطا را به عنوان صندوق تجربیات(در سالن حسابداری) در نظر می گیرد.
- ۸- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با همکاری دفتر بهبود با توجه به خطاهای رایج اتفاق افتاده و گزارشات کتبی و شفاهی توسط کارکنان، نتایج راندهای سوپروایزرین ،دفاتر ثبت خطا در هر بخش ، فرمهای اثبات خطا و هم چنین اظهارات پرسنل در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و استخراج خطاها از صندوق های مربوطه، بطور فصلی لیست خطاهای قابل گزارش را استخراج و در کمیته خطا جهت ارائه راهکار مناسب پیشگیری از بروز مجدد خطا مطرح می نماید
- ۹- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی براساس نتایج شاخص ها و به منظور پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی ، موارد استخراج شده را در کمیته خطا مطرح و اقدام اصلاحی و پیشگیرانه برای جلوگیری از تکرار خطا را پیش بینی می نماید
- ۱۰- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی پایش و بررسی خطاهای اتفاق افتاده (خطای بزرگ)را با استفاده از الگوی RCA انجام می دهد و ضمن آموزش به پرسنل بیمارستان ،گزارش را به معاونت درمان ارسال می نماید
- ۱۱- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی مصوبات کمیته خطا را جهت اطمینان از اجرا پیگیری می نماید
- ۱۲- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی کلیه اقدامات اصلاحی اتخاذ شده راهکارهای پیشگیرانه بروزمجدد یک خطا را به اشتراک و در بخشها می گذارد.
- ۱۳- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی خطاهای ثبت شده را بصورت درس آموخته و بدون ذکر نام فرد یا بخش خاصی، در بردهای مخصوص خطا در هر بخش قرار می دهد.
- ۱۴- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به منظور کنترل عوامل مستعد کننده بروز خطا با هماهنگی سوپروایزر آموزشی در خصوص خطاهایی که به علت کمبود آگاهی رخ داده اند، بصورت چهره به چهره آموزش می دهد .
- ۱۵- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت از کالیبراسیون و صحت سلامت دستگاه ها و تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل می نمایند.
- ۱۶- مدیریت بیمارستان تامین تجهیزات و ملزومات پزشکی استاندارد و آماده به کار را تضمین می نماید .
- ۱۷- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی کلیه دستورالعمل های ایمنی وخدمات پرستای را در اختیار پرسنل درمانی قرار می دهد.
- ۱۸- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تجربیات خطاها مراکز دیگر را به اشتراک گذاری کارکنان در برد خطا می گذارد.
- ۱۹- کارشناس ایمنی / مسئول هماهنگ کننده ایمنی در صورتیکه مخاطره ای جدید و خارج از فهرست مخاطرات کشف و یا گزارش شود را با فاصله در جهت تحلیل و اقدام اصلاحی آن در کمیته های مربوطه مطرح می نماید.
- ۲۰- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به منظور پیشگیری از بروز خطاهای مشابه ،با رعایت حفظ محرمانگی ،نتایج کمیته خطا را به عنوان باز خورد و اطلاع رسانی به بخش ها ابلاغ می نماید .
- ۲۱- سوپروایزرین بصورت منظم و روزانه خطاهای بخش ها را در دفتر مربوط ثبت و به مترون گزارش می دهند
- ۲۲- مترون بیمارستان دفتر گزارشات سوپروایزر را به مدیریت و ریاست بیمارستان گزارش داده تا ایشان را در جریان خطاهای احتمالی اتفاق افتاده قرار دهد
- ۲۳- مدیریت دارویی بیمارستان گزارشات خطا های دارویی مشاهده شده را در دفتر عدم انطباق های دارویی ثبت می نماید و بصورت ماهانه به دفتر بهبود کیفیت جهت گزارش می دهد
- ۲۴- مسئولین پاراکلینیک خطاهای اتفاق افتاده آزمایشگاهی و رادیولوژی را در دفاتر عدم انطباق بخش خود ثبت و بصورت ماهیانه به دفتر بهبود کیفیت گزارش می دهند
- ۲۵- مترون بیمارستان به منظور پیشگیری از بروز خطاهای پزشکی موارد عدم انطباق را در جلسات مشترک تعاملات بین بخش ها و پاراکلینیک مطرح و آموزش های لازم را می دهد
- ۲۶- کارشناس هماهنگ کننده با همکاری دفتر بهبود کیفیت فرایند های اصلی بیمارستان مورد بررسی قرار داده و احتمالات بروز خطا در این فرایند ها را شناسایی شده و به منظور پیشگیری اطلاع رسانی و مراقبت می نمایند .

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده: دکتر رضا محمد امینی	تهیه کنندگان: دکتر رامین رجائی - حمید ثمره - دکتر مژگان قانعان - علی ایمانی - سحر سلاجقه - فرجام هاشمی - فرزانه امیری
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول ایمنی	سمت: مدیر بیمارستان - مترون - مسنول فنی داروخانه - سوپروایزر آزمایشگاه - سوپروایزر رادیولوژی - کارشناس هماهنگ کننده ایمنی - مسنول بهبود کیفیت

<p>کد روش اجرایی: PRO-FM-2</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <h2 style="text-align: center;">دانشگاه علوم پزشکی کرمان</h2> <h3 style="text-align: center;">بیمارستان کرمانیا - خط مشی</h3>
عنوان روش اجرایی:	نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه
هدف:	افزایش گزارش دهی خطا و تقویت مشارکت کارکنان و کاهش بروز خطا و عوارض
پرسنل مرتبط:	کلیه پرسنل بالینی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول ایمنی - پرستار هماهنگ کننده ایمنی
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	کارکنان آموزش دیده - فرم خطا - صندوق - دفاتر ثبت خطا - تلفن - صورتجلسه
شرح فعالیت:	<p>۱- مسئول هماهنگ کننده ایمنی با همکاری سوپروایزر آموزشی با هدف ارتقا و فرهنگ گزارش خطا کلاس های آموزشی با مشارکت کارکنان در خصوص نحوه ثبت گزارش خطا و چگونگی امکانات گزارش دهی و نوع خطا ... برگزار می کند.</p> <p>۲- مسئول هماهنگ کننده ایمنی با همکاری دفتر بهبود کیفیت فرمهای ثبت خطا را با اشاره به «گزارش بدون ترس از سرزنش» تهیه و تدوین</p>

مینماید.

۳- مسئول هماهنگ کننده ایمنی با همکاری دفتر بهبود جهت تسهیل در گزارش دهی کارکنان صندوق جمع آوری فرمهای گزارش خطا با عنوان صندوق به اشتراک گذاری تجربیات در نظر گرفته تا اصل محرمانگی مشخصات فرد گزارش دهنده یا خطا کار رعایت گردد.

۴- مسئول هماهنگ کننده ایمنی فرم نظر سنجی موانع و عوامل عدم گزارش دهی خطا را تهیه و در اختیار پرسنل قراردادده و نتایج را به دفتر بهبود و مسئول ایمنی گزارش می دهد.

۵- دفتر بهبود کیفیت پس از ارزیابی و بررسی موانع موجود در گزارش دهی خطا توسط کارکنان آن در کمیته اجرایی مطرح می نماید.

۶- اعضاء تیم مدیریت اجرایی در راستای ارتقای فرهنگ گزارش خطا برای کارکنان که خطا را گزارش می دهد امتیازی در ارزیابی عملکردی منظور می نماید.

۷- تیم مدیریت اجرایی در خصوص تشویق کتبی به کارکنان که بیشترین آمار گزارش دهی خطا و کمترین تکرار خطا را در واحد خود داشته اند اطلاع رسانی می نماید.

۸- کارکنان به هنگام گزارش دهی مجاز به عدم ثبت نام فرد گزارش دهنده یا خاطی می باشند .

۹- مسئولین ارشد بیمارستان در خصوص ایجاد محیطی امن و عاری از سرزنش جهت گزارش دهی خطا توسط پرسنل در طی بازدیدهای مدیریتی ایمنی و یا بازدیدهای کنترل عفونت اطمینان حاصل کرده تا پرسنل بدون ترس مشکلات ایمنی مربوط به بخش و بیمار را آزادانه بیان نمایند.

۱۰- مسئول هماهنگ کننده ایمنی جهت مشارکت بیشتر پرسنل بالینی در گزارش دهی ، آنها مسئولیت آرایه کنفرانس در خصوص عوامل تهدید کننده ایمنی را واگذار می نماید.

۱۱- مسئول هماهنگ کننده ایمنی با همکاری مسئول بهداشت حرفه ای فرم های کاغذی الکترونیکی خطا و فرم های موجود در صندوق های مربوطه را به همراه گزارشات تلفنی شفاهی ثبت شده کارکنان توسط مسئولین دیگر ، را جمع آوری و اولویت بندی می نماید.

۱۲- مسئول هماهنگ کننده ایمنی / مسئول ایمنی نتایج موجود در فرمها و گزارشات تلفنی شفاهی را توسط مسئولین بخش ( جهت مشارکت بیشتر آنها) در کمیته بهبود کیفیت و اجرایی مطرح می نماید.

۱۳- مسئول هماهنگ کننده ایمنی در جلسات آموزش و ورکدهایی های داخلی از حضور مسئولین ارشد بیمارستان در جهت کاهش ترس پرسنل از بیان مشکلات و مخاطرات بهره می جوید.

۱۴- مسئول هماهنگ کننده ایمنی جهت آشنایی کارکنان با خطاهای قابل پیشگیری نمونه خطاهای بالقوه و اتفاق افتاده مرکز و تجربیات و خطاهای دیگر مراکز را در برد خطا هر بخش نصب در اختیار پرسنل قرار می دهد.

۱۵- مسئول ایمنی - مسئول هماهنگ کننده ایمنی جهت افزایش مشارکت بیشتر پرسنل بالینی در گزارش دهی در بررسی و ارزیابی خطاها و اتخاذ اقدامات اصلاحی از بارش افکار و همکاری مسئولین بخش ها و پرسنل درمانی استفاده می نماید

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : دکتر رضا محمد امینی	تهیه کنندگان : دکتر رامین رجائی - حمید ثمره - دکتر مژگان قانعان - علی ایمانی - سحر سلاجقه - فرجام هاشمی - آزاده موقرزاده - ناهید شجاعی - نغمه سرمست - فرزانه امیری -
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول ایمنی	سمت: مدیر بیمارستان - مترون - مسنول فنی داروخانه - سوپروایزر آزمایشگاه - سوپروایزر رادیولوژی - سوپروایزر آموزشی - مسنول کنترل عفونت - سرپرستار کنترل عفونت - مامای مسنول بلوک زایمان - مسنول بهبود کیفیت



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-EM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: 5

عنوان:	اقتصاد سنجی و نظارت بر بروز بودن و افزایش بهره‌وری تجهیزات پزشکی
کارکنان مرتبط:	مسئول تجهیزات پزشکی - مدیریت - مسئول بهبود کیفیت
تعاریف:	تعیین مقرون به صرفه بودن کارکرد تجهیزات و جایگزینی در صورت نیاز
صاحبان فرآیند:	کلیه پرسنل بخش‌های درمانی و اتاق عمل و پاراکلینیک
قوانین و مقررات مربوطه:	قوانین داخلی بیمارستان - قوانین اسقاط
منابع و امکانات لازم:	لیست هزینه تعمیرات و فرم سنجش میزان کارکرد تجهیزات - فرم درخواست تعمیرات - مستندات مربوطه

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول تجهیزات پزشکی به صورت دوره‌ای فرم‌های درخواست تعمیرات را بررسی می‌نماید.
- ۲- مسئول تجهیزات پزشکی میزان عملکرد تجهیزات را به صورت دوره‌ای بررسی می‌نماید.
- ۳- مسئول تجهیزات پزشکی شاخص مربوط به هزینه نسبت به درآمد تجهیزات را پایش می‌نماید.
- ۴- مسئول تجهیزات پزشکی نتایج پایش را در کمیته دارو، اقتصاد درمان مطرح و به اطلاع مسئولین مربوطه می‌رساند.

- ۵- مسئول تجهیزات پزشکی اقدام اصلاحی ممکن را جهت افزایش بهره وری دستگاه پیشنهاد می دهد.
- ۶- مسئول تجهیزات پزشکی در خصوص خدمات پس از فروش دستگاه ها، پیگیری ها مورد نیاز را انجام می دهد.
- ۷- مسئول تجهیزات پزشکی در صورت کسب اطمینان از به صرفه نبودن دستگاه مورد نظر در خصوص جایگزینی و اسقاط تجهیزات فرسوده اقدام می نماید.

تأیید کننده : دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان : مهندس فاطمه بنی اسدی - مهندس طاهری
ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	سمت: کارشناس تجهیزات پزشکی - تکنسین تجهیزات پزشکی
سمت: ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان

<p>کد روش اجرایی: PRO-EM-2</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: 5</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان روش اجرایی:	سرویس ، مدیریت سرویس ها و بازدهی های دوره ای PM، تجهیزات پزشکی	
هدف:	۱- ارتقا کیفیت خدمات ۲- افزایش بهره وری (کاری و اثر بخشی) تجهیزات پزشکی به لحاظ ایمنی ، عملکرد بهینه و تنظیم بودن آنها ۳- بهینه سازی بودجه و اعتبارات موجود در نگهداشت ۴ - کاهش تعمیرات اتفاقی به دلیل نظارت بر عملکرد دستگاه ۵- افزایش عمر تجهیزات پزشکی ۶- کاهش مواد قطعات و ملزومات پزشکی	
کارکنان مرتبط:	سرپرستاران و مسئولین بخش ها- مسئول تجهیزات پزشکی - مدیریت	
تعاریف:	بازدید تجهیزات در دوره زمانی معین بسته به نوع تجهیزات جهت جلوگیری از بروز هر گونه ایراد	
صاحبان فرآیند:	مسئول تجهیزات پزشکی	
قوانین و مقررات مربوطه:	---	
منابع و امکانات لازم:	ضوابط نگهداشت پزشکی در مراکز درمانی اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت - فرمهای PM - فرم تعمیرات	

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول واحد مهندسی پزشکی فهرست تجهیزات پزشکی که اجرای PM برای آنها الزامی است را تهیه می کند.
- ۲- مسئول واحد مهندسی پزشکی جدول و برنامه زمان بندی PM را تهیه می کند.
- ۳- مسئول واحد مهندسی پزشکی چک لیست PM جهت تجهیزات بیمارستان را تهیه می کند.
- ۴- مسئول واحد مهندسی پزشکی فرآیند بازدیدهای پیشگیرانه تجهیزات پزشکی را در کلیه بخشها و واحدهای بیمارستان انجام می دهد.
- ۵- مسئول واحد مهندسی پزشکی فرم PM مربوط به تجهیزات را تکمیل می نماید.
- ۶- مسئول واحد مهندسی پزشکی در صورت مشاهده هر گونه مشکل و یا خرابی دستگاه پس از تکمیل فرم درخواست تعمیرات توسط مسئول بخش جهت تعمیر آن در داخل بیمارستان اقدام می نماید.
- ۷- مسئول واحد مهندسی پزشکی در صورت مشاهده هر گونه مشکل یا خرابی دستگاه که امکان تعمیر آن در داخل بیمارستان میسر نباشد ضمن هماهنگی و دستور مدیریت بیمارستان با شرکت های مجاز، هماهنگی لازم را برقرار می نماید.
- ۸- مسئول واحد مهندسی پزشکی پس از تعمیر تجهیزات فوق، ضمن کنترل مجدد دستگاه آن را تحویل مسئول بخش می نماید.
- ۹- مسئول مهندس پزشکی در صورت عدم تعمیر دستگاه مورد نظر توسط شرکت های مجاز فن اطلاع به مدیریت بیمارستان، فرآیند اسقاط کالا را انجام می دهد.
- ۱۰- مسول مهندسی پزشکی تمام سوابق مربوطه را در واحد تجهیزات پزشکی بایگانی می نماید.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
مهندس فاطمه بنی اسدی محمد رضا طاهری	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول تجهیزات پزشکی / تکنیسین تجهیزات	مدیر بیمارستان	

کد روش اجرایی: PRO-EM-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	کنترل کیفی تجهیزات پزشکی با آزمون کالیبراسیون
هدف:	اطمینان از سالم و آماده بودن تجهیزات پزشکی و ارتقا ایمنی بیمار
کارکنان مرتبط:	کلیه بخش های و واحد های بیمارستان
تعاریف:	تعیین صحت عملکرد تجهیزات پزشکی موجود در بیمارستان
صاحبان فرآیند:	مسئول تجهیزات پزشکی
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	فهرست تجهیزات به تفکیک بخش - نتایج کالیبراسیون - مستندات پیگیری - رفع عیوب احتمالی
شرح فعالیت:	

- ۱- براساس تیم مدیریت اجرا بیمارستان مورخ مهر ماه ۱۳۹۵ پیش بینی زمان سنجش صحیح آزمون کالیبراسیون در بهمن ماه هر سال انجام می شود.
- ۲- مسئول تجهیزات پزشکی در خصوص تهیه لیست تجهیزات پزشکی به تفکیک هر بخش اقدام می کند.
- ۳- مسئول تجهیزات پزشکی در خصوص تهیه فهرست مربوط به شرکت های مجاز به انجام آزمون کالیبراسیون اقدام می نماید.
- ۴- مسئول تجهیزات پزشکی لیست شرکت های مذکور را به اطلاع تیم مدیریت اجرا می رساند.
- ۵- تیم مدیریت اجرا براساس سوابق همکاری های قبلی شرکت ها، شرکت مورد نظر را انتخاب می کند.
- ۶- مسئول تجهیزات پزشکی در خصوص دعوت از شرکت مورد نظر هماهنگی لازم را انجام می دهد.
- ۷- شرکت منتخب در بیمارستان حاضر می شود.
- ۸- مسئول تجهیزات پزشکی با دستور مدیریت بیمارستان به همراه شرکت مربوطه و طبق زمان بندی مشخص در بخش ها واحدهای بیمارستان حاضر می شود.
- ۹- شرکت مربوطه کالیبراسیون تجهیزات پزشکی را انجام می دهد.
- ۱۰- مسئول تجهیزات پزشکی برعمل کرد، زمان والصاق برچسب های مربوطه نظارت می نماید.
- ۱۱- شرکت مربوطه گواهی های مربوط به آزمون کالیبراسیون را به بیمارستان ارسال می نماید.
- ۱۲- مسئول تجهیزات پزشکی گواهی های مذکور را بررسی می نماید.
- ۱۳- مسئول تجهیزات پزشکی در خصوص پایش نتایج حاصل از آزمون کالیبراسیون به تفکیک هر بخش و واحد اقدام می نماید.
- ۱۴- مسئول تجهیزات پزشکی در خصوص تجهیزات پزشکی با برچسب قرمز و زرد با هماهنگی و دستور مدیر بیمارستان اقدام اصلاحی لازم را انجام می دهد.
- ۱۵- مسئول تجهیزات پزشکی در صورت لزوم جهت انجام آزمون کالیبراسیون مجدد جهت دستگاه های که برچسب زرد یا قرمز خورده اند با شرکت منتخب هماهنگی می نماید.
- ۱۶- مسئول تجهیزات پزشکی نتیجه آزمون کالیبراسیون را به تفکیک هر بخش و واحد به مسئول مربوطه اطلاع رسانی می کند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان : مهندس فاطمه بنی اسدی محمدرضا طاهری
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مسئول تجهیزات پزشکی / تکنیسین تجهیزات

<p>کد روش اجرایی: PRO-EM-4</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>
عنوان روش اجرایی:	تامین تجهیزات پشتیبان و یا تعمیر آن در کوتاه ترین زمان ممکن در طول شبانه روز و ایام تعطیل
هدف:	
کارکنان مرتبط:	مهندس تجهیزات پزشکی - سرپرستاران بخش و مسئولین واحدها - سوپروایزر
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول تجهیزات پزشکی - سرپرستاران - سوپروایزر ها
قوانین و مقررات مربوطه:	استاندارد های اعتبار بخشی
منابع و امکانات لازم:	فهرست پشتیبان تجهیزات - لیست تجهیزات به تفکیک بخش - فرم درخواست تعمیرات - لیست تلفن های نمایندگی تعمیر تجهیزات



شرح فعالیت:

- ۱- مسئول تجهیزات پزشکی لیست تجهیزات نیازمند به پشتیبانی را تهیه می نماید.
- ۲- مسئول واحد مهندسی پزشکی تجهیزات پزشکی ضروری پشتیبانی و بخش های مربوط به آن را تهیه می کند.
- ۳- مسئول تجهیزات پزشکی لیست تکنیسین های شرکت های تعمیر کننده تجهیزات را تهیه می کند.
- ۴- مسئول تجهیزات پزشکی لیست تلفن های نمایندگی تعمیرات تجهیزات پزشکی را برای مواقع مانند ایام تعطیل و ساعاتی که مهندس پزشکی در مرکز حضور ندارد، در دسترس سوپروایزر شیفت قرار می دهد.
- ۵- جهت تعمیر تجهیزات مراحل زیر انجام می شود:  
الف) مسئولین بخش ها فرم درخواست تعمیرات را تکمیل می نماید.  
ب) مسئول واحد مهندسی پزشکی در کوتاه ترین زمان ممکن ، تجهیز را بررسی و عیب آن را تشخیص می دهد.  
پ) مسئول تجهیزات پزشکی امکان تعمیر تجهیز را در داخل مرکز بررسی کرده و پس از تعمیر و سپس اخذ تایید از مسئول بخش آن را تحویل بخش می دهد.  
ت) مسئول واحد تجهیزات پزشکی ارسال دستگاه به شرکت نمایندگی را بررسی کرده و درخصوص تعمیر دستگاه توسط ایشان، ضمن هماهنگی و دستور مدیریت اقدام می نماید.  
د) مسئول واحد تجهیزات پزشکی پس از تحویل دستگاه آن را تست می نماید.  
ه) مسئول واحد تجهیزات پزشکی ضمن اخذ تایید مسئول بخش ، مورد نظر را به بخش تحویل می دهد.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
مهندس فاطمه بنی اسدی محمد رضا طاهری	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول تجهیزات پزشکی / تکنیسین تجهیزات	مدیر بیمارستان	

کد روش اجرایی: PRO-EM-5		 بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL
تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰		
تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱		
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱		
تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱		
شماره صفحه: ۱		
عنوان روش اجرایی:		اسقاط
هدف:		۱- ایمنی بیمار ۲- ارتقا کیفیت و ارائه خدمات به بیمار ۳- افزایش بهره وری تجهیزات پزشکی
کارکنان مرتبط:		واحد تجهیزات پزشکی بخشهای بالینی ، اتاق عمل و مدیریت- مسئول تجهیزات پزشکی - مدیریت و سرپرستاران و مسئولین بخش ها- سرپرستار اتاق عمل
تعاریف:		مسئول تجهیزات پزشکی
صاحبان فرآیند:		
قوانین و مقررات مربوطه:		دستورالعمل جایگزینی (اسقاط) و جابه جایی تجهیزات پزشکی وزارت متبوع

شرح فعالیت:

- ۱- مسؤل تجهیزات پزشکی براساس نتایج بدست آمده از فرآیند اقتصاد سنجی و نظارت بر به روز بودن و افزایش بهره وری تجهیزات پزشکی و طبق روش اجرایی مدون، باکد( ) اقدام به تهیه لیست تجهیزات مشمول اسقاط می نماید.
- ۲- مسؤل تجهیزات پزشکی با توجه به انجام روش اجرایی مدون تعیین و تعمیر تجهیزات با کد( ) اقدام به تهیه لیست دستگاههای مشمول اسقاط می نماید.
- ۳- مسؤل تجهیزات پزشکی لیست تجهیزات پزشکی مشمول اسقاط را در جلسات کمیته دارو و اقتصاددرمان مطرح و ضمن هماهنگی با مسولین مرکز اقدام به ارسال دستگاه به انبار اسقاط می نماید.
- ۴- مسؤل تجهیزات پزشکی براساس تصویب کمیته دارو و اقتصاد درمان هماهنگی با مسولین مربوطه درخصوص جایگزینی دستگاه مورد نظر اقدامات و پیگیری های لازم را انجام می دهد.

تایید کننده: دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان: مهندس فاطمه بنی اسدی محمدرضا طاهری
ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	سمت: مسؤل تجهیزات پزشکی / تکنیسین تجهیزات
سمت: ریاست بیمارستان	مدیر بیمارستان

کد دستورالعمل: INS-EM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی




عنوان دستورالعمل:	نگهداری و به روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی
کارکنان مرتبط:	کارکنان تجهیزات پزشکی - مدیریت = سرپرستاران - مسئولیت بخش های بالینی - پاراکلینیک ها و اتاق عمل
دامنه کاربرد:	واحد تجهیزات پزشکی بخشهای بالینی - اتاق عمل و مدیریت
مسئولیت پاسخگویی:	مسئولیت واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی
منابع و امکانات لازم:	شناسنامه تجهیزات و فرم های GUM
منبع:	استاندارد های اعتبار بخشی

شرح دستورالعمل :

- ۱- واحد تجهیزات پزشکی برای هر دستگاه شناسنامه تشکیل دهد.
- ۲- در هنگام نصب و راه اندازی دستگاه ، مشخصات دستگاه از قبیل نام دستگاه، مارک، مدل، شماره سریال، شماره اموال، شرکت نمایندگی
- ۳- واحد تجهیزات پزشکی برای کلیه تجهیزات فرم شناسنامه را تکمیل و به صورت فایل الکترونیکی ذخیره می نماید.
- ۴- مسئول تجهیزات پزشکی فرم GUM که حاوی اطلاعات ضروری مربوط به شناسنامه دستگاه می باشد را به صورت پرس شده، قابل شستشو در اندازه قابل قبول جهت نصب روی هر یک از تجهیزات تهیه می نماید.
- ۵- مسئول تجهیزات پزشکی در بازدید های دوره ای تجهیزات موجود در هر بخش را کنترل کرده وازداشتن شناسنامه مربوط اطمینان حاصل می نماید.
- ۶- مسئول هر بخش قبل از ورود هر دستگاه جدید به مسئول تجهیزات پزشکی اطلاع رسانی می کند و تا نسبت به صدور شناسنامه دستگاه جدید اقدام گردد.
- ۷- در صورت جابجایی تجهیزات در بخش ها مکان جدید در شناسنامه دستگاه ویرایش می گردد.
- ۸- مسول تجهیزات پزشکی ، شناسنامه تجهیزات را در واحد تجهیزات پزشکی بایگانی می نماید.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
مهندس فاطمه بنی اسدی محمد رضا طاهری	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول تجهیزات پزشکی / تکنیسین تجهیزات	مدیر بیمارستان	

<p>کد دستورالعمل : INS-PR-1</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری : 4</p> <p>شماره صفحه : ۱</p>		<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان دستورالعمل :	نظارت بر عملکرد پیمانکاران		
مسئولیت اجرا:	ریاست - قائم مقام بیمارستان		
امکانات لازم :	مستندات قرارداد - چک لیست		
منابع:	قوانین مالی و معاملاتی - تجربیات بیمارستان		
دامنه :	کل بیمارستان		
پرسنل مرتبط:	ریاست - مدیران اشد - ناظر فنی - پیمانکار		

شرح دستورالعمل :

کارفرما: شخص حقوقی است که یک سوی امضاء کننده پیمان است و عملیات موضع پیمان را براساس اسناد ومدارک پیمان به پیمانکار واگذار کرده است و نظارت مستقیم بر عملکرد پیمانکار و صدور کلیه دستور کار ها به عهده کارفرما و ناظر فنی بیمارستان ارجمند که از طرف وی منصوب می شود خواهد بود. نمایندگان و جانشین های قانونی کارفرما ، در حکم کارفرما می باشند.

پیمانکار : شخص حقوقی یا حقیقی واجد صلاحیت فنی و علمی است که تحت عنوان پیمانکار جهت انجام امور و فعالیت های مختلف اجرائی، خدماتی ، فنی و مهندسی، تحقیقاتی و غیره که یک سوی امضاء کننده پیمان را براساس اسناد و مدارک پیمان، بعهدہ گرفته است . نمایندگان و جانشین های قانونی پیمانکار ، در حکم پیمانکار می باشند.

نماینده پیمانکار: شخصیت حقیقی که کتباً توسط مدیر عامل شرکت پیمانکاری برای کمک به پیمانکار در رسیدگی و اجرای فعالیت های مورد پیمان که محدوده فعالیت های قرارداد منصوب می شود.

نماینده کارفرما ( ناظر فنی) : شخصی مرتبط با واحد واگذاری شده که مسئول کنترل همه موارد قرارداد مرتبط با پیمانکار است.

مهارت مسئول: افرادی که برای عملیات نظارت بر عملکرد پیمانار تعیین می شوند، بایستی حداقل صلاحیت ها و توانایی های زیر را دارا باشند: با فعالیت های پروژه پیمانکار مورد نظر آشنایی داشته باشد.

استاندارد های کشوری

چک لیست نظارت بر عملکرد پیمانکار

صور تجلسه مربوطه

قابلیت برقراری ارتباط مناسب با پرسنل را داشته باشند

از اسناد و اطلاعات شرکت پیمانکاری در بیمارستان حراست نمایند

از اعضای شرکت پیمانکار نبوده و مخالفت، تضاد یا اشتراک منافی با شرکت پیمانکار نداشته باشند. (با بیمارستان رابطه استخدامی به صورت پیمانی یا رسمی داشته باشد.

موازین مربوط به تعهدات کارفرما:

توجیه پیمانکار نسبت به موضوعات مندرج در قرارداد و رعایت الزامات مربوطه مطابق دستورالعمل توسط ناظر فنی بیمارستان به پیمانکاران صورت می گیرد.

به منظور ارزیابی رعایت الزامات قرارداد توسط پیمانکاران، واحد ناظر به صورت ادواری طی بازدیدهای عملکرد پیمانکاران ارزیابی نماید و نتیجه ارزیابی را در چک لیست پایش عملکرد درج نموده و به اطلاع ریاست بیمارستان برساند. لذا آنچه پیمانکار نسبت به موضوعات ابلاغی قرارداد تخلف داشته باشد مراتب به نماینده اطلاع رسانی شود و اقدامات لازم جهت رفع آن ها را انجام گردد.

در صورت عدم رعایت الزامات قرارداد وعدم رفع اشکالات مطرح شده توسط پیمانکار مربوطه، از پرداختی ها به وی متناسب با میزان عدم رعایت قوانین ومقررات / اشکالات مطروحه کسر خواهد شد.

با توجه به گزارشات ناظر فنی ، امور مالی نیز پس از کسر کسورات تعیین شده در قرارداد و در صورت نیاز اخذ سپرده های لازم برای مراحل مربوطه نسبت به پرداخت وجه به نام پیمانکار اقدام ودر اسناد مالی، موارد منعکس خواهد شد. بدیهی است این اقدامات تا انتهای مدت قرارداد توسط ناظرین دنبال خواهد شد.

موازین مربوطه به تعهدات پیمانکار

تمامی مواردی که توسط طرفین قرارداد می بایست رعایت گردد و در متن قرارداد با مشارکت ریاست / قائم مقام ریاست وکیل بیمارستان و پیمانکار لحاظ گردد.

بیمارستان در متن قرارداد به موضوع متعهد بودن پیمانکار به استانداردهای نهاد های ناظر و سیاست گذار اشاره نموده و رعایت و پایبندی به استانداردها را توسط پیمانکار در متن قرارداد لحاظ نماید .

ریاست بیمارستان مدیریت بیمارستان و مدیر مالی و حسابداری بیمارستان را به عنوان ناظر فنی بیمارستان معرفی می نماید که ایشان می بایست :

۱- با فعالیت های پروژه آشنایی داشته باشند

۲- قابلیت برقراری ارتباط با پرسنل مربوطه را داشته باشند

۳- از اسناد و اطلاعات شرکت پیمانکار در بیمارستان حراست نمایند .

۴- از اعضا شرکت پیمانکار نبوده و مخالفت یا تضاد یا اشتراک منافی با شرکت پیمانکار نداشته باشند.

۵- ایشان موظف هستند با تکمیل گزارشات دوره ای ریاست بیمارستان را در جریان انجام مفاد قرارداد توسط پیمانکار قرار دهد.

۶- با توجه به شرح خدمات اعلامی در قرارداد و بازدید ها و نظارت انجام شده بر عملکرد پیمانکار موارد اشکال با نقاط قوت / قابل بهبود توسط ناظر مشخص شد و به ریاست گزارش گردد.

۷- پیمانکار پس از تایید موارد نقص ملزم به رفع آن ها می گردد .

- ۸- ریاست / قائم مقام در صورت عدم رعایت الزامات قرارداد و عدم رفع اشکالات مطرح شده توسط پیمانکار مربوطه طبق مفاد قرارداد عمل می نماید
- ۹- پیمانکار موظف به رعایت اصول و مقررات موجود در قرارداد طبق این دستورالعمل با امضاء قرارداد است .
- ۱۰- همکاری کامل پیمانکار با افراد ناظر بیمارستان (مدیریت -مدیر مالی ) که به منظور کنترل و نظارت بر حسن انجام کار پیمانکاران مراجعه می نمایند الزامی می باشد
- ۱۱- پیمانکار موظف است تعداد نیروی ذیصلاح مورد نیاز جهت انجام فرآیندهای مربوطه به کار گیرد.
- ۱۲- پیمانکار بایستی پرسنل اجرایی خود را قبل از شروع بکار به ناظرین بیمارستان معرفی نموده و بعد از تایید صلاحیت ناظرین ( توانمندی فنی و فیزیکی ) و صدور کارت شناسایی بکارگیری پرسنل معرفی شده بلامانع خواهد بود .
- ۱۳- پیمانکار موظف است ابزار و وسایل حفاظت فردی را بصورت کامل در اختیار پرسنل تحت پوشش خود قرارداد دهد .و کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان بر این امر نظارت می نماید
- ۱۴- پرسنل مجری شرکت های پیمانکار باید دارای توانایی مناسب فیزیکی و جسمانی باشد .
- ۱۵- پرسنل بایستی دارای پرونده پرسنلی در واحد منابع انسانی باشند. و دوره های آموزشیمورد نیاز را گذرانده باشند توضیح اینکه صلاحیت فیزیکی و جسمانی پرسنل از طریق گواهینامه طب کار احراز می شود.
- پرسنل بایستی دارای گواهینامه آموزشی باشند .
- ۱۶- پرسنل شرکت های پیمانکار موظف به داشتن لباس فرم کاری واحد، در طول ارائه خدمت در بیمارستان هستند .
- ۱۷- پیمانکار موظف است طبق مقررات نسبت به بیمه عوامل اجرایی و خودروها اقدام نماید .
- ۱۸- پیمانکار موظف است قبل از اقدام به جابجایی و یا جایگزینی نیروی انسانی مراتب را قبلاً به اطلاع ناظرین بیمارستان برساند
- ۱۹- پیمانکار موظف است یک نفر مسئول فنی ذیصلاح و مرتبط با موضوع قرارداد را به ریاست بیمارستان معرفی نماید .
- پیمانکار موظف است در صورت بروز حادثه جهت هر یک از پرسنل مراتب را به ناظر فنی مرتبط گزارش دهد.
- ۲۰- محل نگهداری این دستورالعمل وسوابق مربوطه به آن امور مالی می باشد .
- ۲۱- سوابق مربوطه به کارکنان حادثه دیده در پرونده پرسنل آنان بایگانی می گردد.
- ۲۲- هر گونه تغییر در این دستورالعمل یا صلاح آن با پیشنهاد ناظرین و تایید تیم مدیریت اجرایی و با دستور مستقیم ریاست صورت می گیرد .
- مستندات و سوابق محل نگهداری این دستورالعمل و سوابق مربوطه به آن ، امور مالی و اداری می باشد .

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
آقای شجاعی -دکتر رامین رجایی -حبیب الله محمدی - یدالله زندی	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:ریاست بیمارستان
وکیل -مدیر بیمارستان - مدیر مالی مسنول ساختمان و تاسیسات	مدیر بیمارستان	

کد دستورالعمل : INS-EM-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱


دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	نگهداری و به روز رسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی
کارکنان مرتبط:	کارکنان تجهیزات پزشکی - مدیریت = سرپرستاران - مسئولیت بخش های بالینی - پاراکلینیک ها و اتاق عمل
دامنه کاربرد:	واحد تجهیزات پزشکی بخشهای بالینی - اتاق عمل و مدیریت

مسئولیت پاسخگویی:	مسئولیت واحد مهندسی تجهیزات و ملزومات پزشکی
منابع وامکانات لازم:	شناسنامه تجهیزات و فرم های GUM
منبع:	استاندارد های اعتبار بخشی
<p>شرح دستورالعمل:</p> <p>۱- واحد تجهیزات پزشکی برای هر دستگاه شناسنامه تشکیل دهد.</p> <p>۲- در هنگام نصب و راه اندازی دستگاه، مشخصات دستگاه از قبیل نام دستگاه، مارک، مدل، شماره سریال، شماره اموال، شرکت نمایندگی</p> <p>۳- واحد تجهیزات پزشکی برای کلیه تجهیزات فرم شناسنامه را تکمیل و به صورت فایل الکترونیکی ذخیره می نماید.</p> <p>۴- مسئول تجهیزات پزشکی فرم GUM که حاوی اطلاعات ضروری مربوط به شناسنامه دستگاه می باشد را به صورت پرس شده، قابل شستشو در اندازه قابل قبول جهت نصب روی هر یک از تجهیزات تهیه می نماید.</p> <p>۵- مسئول تجهیزات پزشکی در بازدید های دوره ای تجهیزات موجود در هر بخش را کنترل کرده و از داشتن شناسنامه مربوط اطمینان حاصل می نماید.</p> <p>۶- مسئول هر بخش قبل از ورود هر دستگاه جدید به مسئول تجهیزات پزشکی اطلاع رسانی می کند و تا نسبت به صدور شناسنامه دستگاه جدید اقدام گردد.</p> <p>۷- در صورت جابجایی تجهیزات در بخش ها مکان جدید در شناسنامه دستگاه ویرایش می گردد.</p> <p>۸- مسئول تجهیزات پزشکی، شناسنامه تجهیزات را در واحد تجهیزات پزشکی بایگانی می نماید.</p>	

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
مهندس طاهری - مهندس بنی اسدی	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
تکنسین تجهیزات پزشکی - کارشناس تجهیزات پزشکی	مدیر بیمارستان	

<p>کد دستورالعمل: INS-RM-1</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان دستورالعمل:	حفظ ایمنی در واحد موتورخانه		
هدف دستورالعمل:	پیشگیری از وقوع آتش سوزی و جلوگیری از سرایت دود به سایر بخش ها و حفظ ایمنی پرسنل و بیماری و همراهیان و		

کارکنان مرتبط:	جلوگیری از ایجاد خسارت به تاسیسات زیر بنایی
تعاریف:	این دستورالعمل شامل حفظ ایمنی واحد موتورخانه و برنامه اطفاء حریق این واحد را شامل می گردد.
شرح اقدامات:	<p>بهترین موقعیت برای احداث موتورخانه ها، استقرار آنها در خارج از بنای اصلی یا در مجاورت یکی از جداره های خارجی ساختمان است. بنحوی که موتورخانه از طریق پنجره به هوای آزاد راه یافته و از آن طریق تهویه طبیعی نیز داشته باشد.</p> <p>۱- در نظر گرفتن در فلزی و آستانه زیر در برای موتورخانه توسط تاسیسات می بایست انجام گردد.</p> <p>۲- موتورخانه های واقع در داخل بنا فقط می بایست در طبقه همکف (تراز خروج) با یک طبقه پایین تر از آن (زیر زمین اول) طراحی و اجراء شوند. و چنانچه در زیر زمین مستقر باشند می بایست امکان تهویه طبیعی در آنها مطابق بند های ذیل اجراء گردد: در هر موتورخانه برای انجام تهویه طبیعی، می بایست در قسمت بالا و پایین دیوار خارجی آن دو دریچه یا پنجره، در نظر گرفته شود. این دریچه یا پنجره ها باید بطور مستقیم به فضای آزاد راه داشته و همیشه باز باشند.</p> <p>۲-۱ هر وسیله حرارتی باید از طریق لوله و اتصالات کاملا درز بندی شده به یک دودکش یا تهویه سالم؛ بدون درز و شکستگی به طور مستقل و مختص بخود وصل گردند.</p> <p>۳- در هر موتورخانه علاوه بر تعبیه پنجره جهت تهویه طبیعی، می بایست از تهویه الکتریکی (از نوع ضد جرقه) مناسب با حجم محیط نیز استفاده نمود.</p> <p>۴- ترکیب تصرفات در موتورخانه ها مجاز نمی باشند و فضای موجود در موتورخانه به هیچ عنوان نباید برای منظورهای دیگری مانند انباری، رختشویخانه، ذخیره سازی مایعات قابل اشتعال و ... استفاده گردد.</p> <p>۵- سیستم برق محل بصورت توکار و یا از داخل لوله های فلزی عبور داده شود و کلیه تجهیزات الکتریکی در موتورخانه از نوع ضد جرقه انتخاب و نصب</p> <p>۶- حداقل یک دستگاه خاموش کننده پودر گاز ۱۲ کیلوگرمی در بیرون درب ورودی به موتورخانه در ارتفاع ۱۱۰ سانتیمتری از کف و برروی دیوار نصب گردد.</p> <p>۷- لوله انتقال دود می بایست حداقل ۶۰ سانتیمتر بالاتر از دیوار جان پناه بام اجراء گردد و به کلاhek مناسب (از نوع H) تجهیز گردد.</p> <p>۸- دربهای ورودی موتورخانه و تاسیسات از نوع فلزی مقاوم و در برابر حریق بدون شیشه خور و دارای آستانه با مصالح مقاوم به ارتفاع حداقل CM ۱۵ از کف تمام شده باشد.</p> <p>۹- دیگهای بخار و دیگ های آب گرم به صورت روزانه، هفتگی و ماهانه و هر شش ماه براساس دستورالعمل های دیگ های بخار و آب گرم توسط تکنیسین آموزش دیده تاسیسات باید مورد بازدید قرار بگیرد.</p> <p>۱۰- محیط کار باید تمیز و عاری از وسایل دست و پاگیر باشد و تمیزی موتورخانه توسط پرسنل تاسیسات رعایت شود.</p> <p>۱۱- کف موتورخانه باید تمیز و عاری از روغن و مواد لغزنده باشد در صورت ریختن روغن و گریس در کف فوراً باید توسط پرسنل تاسیسات تمیز کاری شود.</p> <p>۱۲- جهت ایمنی بیشتر و همچنین شناخت بهتر لوله های حاوی سیالات بهتر است که این لوله ها براساس استاندارد ذیل توسط مسئول تاسیسات رنگ آمیزی شوند.</p> <p>۱۳- هر گونه نشستی آب باید سریعاً توسط پرسنل تاسیسات موتورخانه رفع گردد و به صورت روزانه مورد بازدید قرار بگیرد.</p> <p>۱۴- جهت روشنایی مناسب و جلوگیری از ایجاد خطرات احتمالی حداقل روشنایی مورد نیاز (۲۵۰ لوکس) باید توسط تاسیسات تامین شود و لامپ های مورد استفاده از نوع ضد جرقه باید انتخاب شوند.</p> <p>۱۵- سیم های حامل جریان برق باید توسط پرسنل تاسیسات به صورت توکار باشند ولی در صورت ضرورت استفاده از کابل سینی هم می توان استفاده نمود به شرطی که حداقل شرایط ایمنی حداقل ۵۰ سانتی متر فاصله از لوله های سوخت و گاز رعایت شود.</p> <p>۱۶- جهت ایمنی بیشتر واحد موتورخانه وجود دکتور های حرارتی و دودی و همچنین تشخیص گاز لازم و ضروریست و باید توسط مسئول تاسیسات و مسئول بهداشت حرفه ای این وسایل مهیا و مورد استفاده قرار بگیرند.</p> <p>۱۷- جهت اطلاع و اقدام سریع کنترل پنل اعلام زون آتش نشانی تاسیسات باید در معرض دید نگهبانان و یا خدمات پرستاری یا مسئول تاسیسات باشد تا در زمان حادثه بتوان فوراً وارد عمل شد.</p> <p>۱۸- پرسنل تاسیسات از گذاشتن پارچه و لباس یا دیگر مواد سوختنی روی منابع گرمایی باید منع شوند و روزانه محل توسط مسئول تاسیسات مورد پایش قرار گیرد و در صورت سهل انگاری پرسنل فرد خاطی تذکر داده شود.</p> <p>۱۹- از قراردادن کارتن یا مواد سوختنی یا مواد شیمیایی و همچنین منابع تحت فشار گاز از قبیل سیلندرهای اکسیژن و گازهای مبرد به شدت پرهیز شود.</p> <p>۲۰- شیر فلکه های اصلی قطع آب و گاز و همچنین فیوزهای قطع اصلی برق در خارج از واحد حتماً باید گذاشته شوند تا در صورت وقوع آتش سوزی نسبت به قطع سوخت یا برق آب اقدام شود.</p> <p>۲۱- مسئول تاسیسات می بایست نقشه ها اصلی سیستم برق و سوخت آب را در اختیار داشته باشد تا بتوان در زمان بحران با صرف کمترین زمان نسبت به قطع موارد مذکور اقدام نمود.</p>

۲۲- تابلو برق تجهیزات می بایست توسط مسئول تاسیسات مورد بازدید و دارای کفپوش عایق برق و همچنین در شیشه تابلوی سیم فاز ونول از هم جدا شود و همچنین تابلو مجهز به کلید محافظ جان باشد تا در صورت نشستی فوراً وارد مدار شد و به قطع سیستم سوخت منجر شود.

۲۳- کپسول اطفاء حریق می بایست توسط مسئول تاسیسات در ورودی و خروجی از واحد نگه داری شود تا بتوان در زمان آتش سوز نسبت به اطفاء حریق اقدام نمود .

۲۴- آگزوز دود دیگ آب گرم و دیگ بخار باید به صورت مجزا از دیگر آگزوز ها باشد و به هیچ وقت داخل کانال رها نشود و توسط لوله به پشت بام منتقل و به فاصله ۶۰ سانت بالاتر از جان پناه قرار بگیرد.

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
یدالله زندی - غلامرضا عرب آبادی	یدالله زندی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:ریاست بیمارستان
مسئول تاسیسات و ساختمان- کارمند تاسیسات	مدیریت خطر	

کد دستورالعمل : INS-RM-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۴

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی




دستورالعمل راهبری ایمن سیستمهای الکتریکی و مکانیکی

عنوان دستورالعمل :



کارکنان مرتبط :	کارکنان تاسیسات
تعاریف:	منظور از راهبری ایمنی ایجاد راهکار هایی برای بی خطر کردن تجهیزات مکانیکی و الکتریکی برای استفاده توسط افراد می باشد.
هدف:	پیش بینی و جلوگیری از خطرات احتمالی مربوط به انواع تاسیسات و تجهیزات جهت جلوگیری از آسیب به کاربران، بیماران و خسارت مالی سیستمهای تاسیساتی و تجهیزات
شرح فعالیت :	
<p>۱- مسئول تاسیسات در خرید لوازم از شرکت ها ایمنی تجهیزاتی را مد نظر دارد.</p> <p>۲- مسئول تاسیسات در جهت ایمنی واحد تاسیسات برنامه بازدید دوره ای پرسنل از لوازم و دستگاهها قرار می دهد.</p> <p>۳- تکنیسین تاسیسات در هنگام بررسی دستگاه ها به موارد ونکات ایمنی توجه می کنند و در صورت مشاهده خطر ساز بودن یک قسمت و یا دستگاه موارد را به اطلاع مسئول تاسیسات می رسانند.</p> <p>۴- مسئول تاسیسات پس از بررسی عیب یا خطر موجود از طریق تکنیسین های واحد نسبت به رفع خطر موجود اقدام می کنند.</p> <p>۵- پس از رفع نواقص دستگاه ایمن در گردش کاری قرار می گیرد.</p> <p>۶- بایستی هفته ای حداقل یکبار از کلیه تابلوهای برق بازدید به عمل آمده و موارد معیوب توسط پرسنل تاسیسات رفع گردد.</p> <p>۷- بایستی کلیه راه های منتهی به پشت بام ها و موتور خانه ها توسط حفاظ نرده ای یا درب آهنی مسدود شده باشد و از ورود افراد متفرقه جلوگیری بعمل آید.</p>	

تأیید کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر بهرام پورسیدی	یدالله زندی	یدالله زندی - غلامرضا عرب آبادی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت خطر	سمت: مسئول تاسیسات و ساختمان - کارمند تاسیسات

<p>کد دستورالعمل : INS-RM-3</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان دستورالعمل :	ارزیابی و کنترل ایمنی سطوح و دیوارها	

کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان واحد تاسیسات - مدیریت
هدف:	جلوگیری از بروز حادثه در اثر لیز خوردن افراد و یا سقوط اجسام بر روی افراد
تعاریف:	رمپ: مسیری یا راهی که به صورت سطحی شیبدار درست می شود تا جایگزین ورودی پلکانی باشد برای مراجعه کنندگان سوار برویلچر یا عبور برانکاردر یا هر وسیله چرخدار دیگری
<p>شرح فعالیت:</p> <p>باید هنگام ساخت رمپ های ورودی بیمارستان، سطوح آن ها مشبک شده تا اصطکاک کافی داشته باشند.</p> <p>بایستی جهت رمپ ها و راهروهای غیر همسطح، نرده حفاظتی تهیه گردد.</p> <p>بایستی در محل هایی که رمپ در مجاورت دیوار قرار دارد روی سر تا سر دیوار یک دستگیره در ارتفاع خاص نصب گردد (جهت دست گرفتن مراجعین)</p> <p>در فصل یخبندان؛ برای فضاهای باز؛ جهت عبور و مرور مسیریابی با اصطکاک زیاد و چکشی شده پیش بینی شود</p> <p>کلیه تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط پرسنل تاسیسات بازدید و از استحکام آن ها اطمینان حاصل شود.</p> <p>جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات بر روی بیماران همه آن ها به شیوه ای ایمن و استاندارد فیکس شده باشد.</p> <p>سقف اطاقهای که بر اثر نشت آب باران یا کولر ها دچار نم زدگی شده و احتمال سقوط مصالح از سقف بر روی افراد وجود دارد سریعاً مرمت گردیده و ایزوگام پشت بام نیز ترمیم شود.</p> <p>پرسنل بازدید کننده کلیه درزهای کاشی کاری سرامیک کاری شده را از نظر خالی نبودن بند کشی ها کنترل می نماید.</p> <p>پرسنل بازدید کننده کنترل می کند کلیه نرده پله ها در کلیه مسیرها موجود و سالم باشند.</p>	

تأیید کننده:	تهیه کنندگان:	ابلاغ کننده:
یدالله زندی	مریم حیدری - غلامرضا عرب آبادی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیریت خطر	مسئول تاسیسات - کارشناس بهداشت - کارمندان تاسیسات	

کد دستورالعمل: INS-RM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	کنترل عملکرد ژنراتور ها و سیستم های تامین کننده برق اضطراری
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان تاسیسات – مسئولین بخش ها
تعاریف:	ژنراتور : مولد برق ۳ فاز با قدرت ۴۰۰ KVA اتوماتیک : دستگاه بدون دخالت اپراتور در صورت قطع شبکه روشن و به مدار برق اضطراری وصل می شود
هدف :	ایجاد شرایط مناسب برای بهره مندی کلیه بخش های بیمارستان در صورت قطع برق با استفاده از ژنراتور اتوماتیک
شرح فعالیت :	
<p>بایستی کلیه تابلوهای برق و پستهای برق در هر شیفت توسط پرسنل تاسیسات چک گردد.</p> <p>بایستی واحد تاسیسات بیمارستان هفته ای یکبار ژنراتور را روشن کنند(به صورت دستی) تا از عملکرد صحیح موتور دیزل و ژنراتور و باطری ها و سیستم خنک کننده مطمئن شوند ودر چک لیست ثبت نمایند.</p> <p>پرسنل شیفت تاسیسات بایستی روزانه از دیزل ژنراتور با زدید نمایند و دمای گرمکن ولتاژ باتری ساعت کارکرد موتور عملکرد شارژ باتری ها اتوماتیک بودن دستگاه وضعیت گازوئیل را چک نمایند ودر چک لیست ثبت نمایند .</p> <p>پرسنل شیفت در صورتی که دستگاه خطا داد سریعاً به مسئول تاسیسات گزارش داده جهت رفع عیب اقدام می نمایند.</p> <p>بایستی تابلو خازن از نظر فعال بودن و جلوگیری از بار اکتیو به طور روزانه توسط تکنیسین های برق تاسیسات بازدید گردد .</p> <p>بایستی کابل کشی برق کلیه دستگاههای موتورخانه، لنژی و اتوکلاو های استریل به روش صحیح و استاندارد انجام شده و تمامی ادوات مربوط به محافظت کابل و اضافه بار و اتصال کوتاه و کنترل توالی فاز برای الکتروموتورهای لازم نصب باشد.</p> <p>بایستی تمامی تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی به یک منبع برق ایمن و استاندارد متصل باشند.</p> <p>بایستی روغن موتور دیزل ژنراتور هر یک سال تعویض شود؛ چون اغلب ژنراتور مدت زیادی کار نمی کند این مدت زمان برای تعویض روغن مناسب می باشد.</p>	

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
یدالله زندی -مصطفی سبحانی - غلامرضا عرب آبادی	یدالله زندی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:ریاست بیمارستان
مسئول تاسیسات --کارمند تاسیسات - کارمند تاسیسات	مسئول تاسیسات و ساختمان	

کد دستورالعمل : INS-RM-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی



### عنوان دستورالعمل : تخلیه بیمارستان زمان بحران

- ۱- حادثه ممکن است به گونه ای رخ دهد که به تخلیه تمام یا قسمتی از بیمارستان نیاز باشد.
- ۲- مدیریت بحران چارت بحران بیمارستان از قبل طراحی و سالیانه بازنگری می نماید
- ۳- شرح وظایف هر یک از اعضا چارت بحران را بر اساس استاندارد های کشوری تدوین و به ایشان ابلاغ می نماید
- ۳- مدیریت بحران کلیه آموزش های لازم و مانور های آزمایشی را در سطح بیمارستان برنامه ریزی می نماید
- ۴- مدیریت بحران فهرست مکان های ایمن و خطوط راهنمای خروج اضطراری و فهرست پرسنل چارت بحران و شماره های تماس ایشان را از قبل معین و اطلاع رسانی می نماید
- ۵- مدیریت بحران جهت اعضا بحران در چارت بحران جانشین یک و دو تعیین می نماید
- ۶- مدیریت بحران فهرست رابطین تیم اتشنشانی در هر بخش و واحد را با شرح وظایف پیوست اطلاع رسانی و آموزش های لازم را به ایشان می دهد
- ۷- اگر بحران در یک بخش باشد پرسنل آن بخش ضمن اطلاع به سوپروایزر و در خواست اعلام کد بحران عملیات تخلیه را تا رسیدن سوپروایزر آغاز می نمایند
- ۷- ریاست بیمارستان به عنوان فرمانده حادثه (و سوپروایزر هر شیفت به عنوان جانشین ایشان تا زمان حضور در محل ) پس از اطمینان از صحت خبر بحران ، با اشراف کامل به شرایط در محل حاضر شده و دستور تخلیه را صادر می نماید
- ۸- فرمانده حادثه در صورت نیاز به تخلیه کامل بیمارستان، با توجه به اینکه شاید همه بیمارستان امکان تخلیه همزمان را نداشته باشند بنابراین به منظور انجام دادن این کار برنامه ریزی کافی می نماید .
- ۹- در هنگام دستور تخلیه ، ارشد رابط و هماهنگی و ارشد روابط عمومی باید به روش صحیح و در زمان مناسب این خبر را به اطلاع کارکنان بیمارستان و سازمان های خارجی مرتبط نظیر دانشگاه، آتش نشانی، اورژانس، پلیس و عوامل بهداشت عمومی می رساند
- ۱۰- هدف از تخلیه حفظ و ایمنی بیماران - پرسنل و تجهیزات سرمایه ای می باشد

### -اولویت تخلیه بیماران :

- اولویت اول :بیماران سر پای ،مراجعین و همراهیان و کارکنان غیر درگیر تخلیه ،بیمارانی که بدون کمک و یا با کمک جزیی قادر به خروج هستند و نوزادان داخل گهواره کودکان بستری
  - اولویت دوم :بیمارانی که برای خروج نیازمند ویلچر، واکر هستند
  - اولویت سوم :بیمارینی که وضع خوابیده (درازکش ) دارند
- در میان هر یک از اولویت های تخلیه اولویت با فرد نزدیک تر به درب خروج اضطراری می باشد

### مناطق ایمن بیمارستان کارمانیا :

محوطه جنب نمازخانه

محوطه جنب داروخانه

محوطه ورودی بیمارستان

### اندیکاسیون های فعال سازی برنامه تخلیه اضطراری بیمارستان :

-آتش سوزی

-زمین لرزه به نحوی که به سازه بیمارستان آسیب برسد یا احتمال آن باشد

- وقوع سایر حوادث طبیعی به نحوی که به بیماران و کارکنان آسیب برسد یا احتمال آسیب باشد (سیل، طوفان)

نشست مواد خطرناک

- قطع آب، برق، گازهای طبی

- حملات تروریستی

- سایر اتفاقات حادثه ساز درون بیمارستان نظیر انفجار دیگ بخار

- سایر موارد بنا به تشخیص رییس یا فرمانده حادثه و جانشین وی

- در هنگام بروز حوادث ممکن است تلفن های بیمارستان اشغال شده و یا دچار آسیب شوند در این گونه موارد بیمارستان باید سیستم های اضطراری ارتباطی مانند بی سیم، سیستم های رادیویی، سیستم های فراخوانی عمومی و رادیوهای قابل حمل را تامین کند.

### **تصمیمات کلیدی فرمانده حادثه:**

فرمانده حادثه بلافاصله پس از تصمیم به تخلیه موارد زیر را مشخص می نماید

سطح تخلیه (افقی، عمودی، کامل)

نوع تخلیه (مدل جغرافیایی، مدل منابع، مدل حادثه)

زمان تخلیه (میزان فوریت تخلیه)

تخلیه افقی (Horizontal Evacuation):

تخلیه افقی به این معنی است که هر کس در هر واحدی که قرار دارد بایستی به سمت مقابل خطری که وجود دارد تغییر مکان دهد.

بیشتر موارد تخلیه که مربوط به یک بخش درمانی و یا یک اتاق می شود به روش افقی انجام می شود.

تخلیه عمودی (Vertical Evacuation):

این مرحله از تخلیه به تخلیه کامل یک طبقه اشاره دارد. در مورد حادثه ای که محل آن دقیقاً مشخص شده کارکنان و بیماران می توانند به یک مکان دیگر در آن ساختمان که ایمن بودن آن از قبل مشخص شده است منتقل شوند. که این مکان حداقل دو طبقه پایین تر یا بالاتر از محل حادثه می باشد.

بهتر است بیماران به طبقات پایین تر هدایت شوند نه بالاتر تا در صورتی که شرایط بدتر شد تخلیه کامل ساختمان با سهولت بیشتری انجام شود.

تخلیه کامل (Total or Full Evacuation):

این مرحله از تخلیه در برگیرنده تخلیه کامل یک ساختمان است. تخلیه کامل تنها بایستی به عنوان آخرین راه حل انجام شود. کارکنان، بیماران و منابع باید به یک مکان یا فضای جایگزین طبق برنامه ریزی از قبل، منتقل شوند. این تصمیم گیری نیازمند هماهنگی میان همه بخش های فعال در تخلیه همزمان است.

\*تخلیه فوری /اورژانسی: زمانی برای آماده شدن وجود ندارد.

\*سریع /ضروری: زمان محدود برای آماده شدن - همه افراد باید بین 4 تا 6 ساعت خارج شوند.

\*به تدریج /برنامه ریزی شده: زمان زیاد برای آماده شدن - تخلیه طی ساعت ها و یا حتی روزها به طول می انجامد

\*آمادگی صرف: بیماران جابجا نمی شوند ولی برای تخلیه آماده میشوند.

مکان بیماران تخلیه شده و ترخیص شده:

۱- بیمارستان کارمانیا از قبل مکان هایی را در اطراف خود جهت اختصاص به بیماران تخلیه شده و ترخیص شده شناسایی نموده است.

### **- محل قرارگیری بیماران تخلیه شده:**

مکان یا مجموعه ای از مکان هایی بیرون از ساختمان بیمارستان است که بیماران جهت ارائه خدمات درمانی، انتظار برای انتقال یا انتظار برای برگشت به بیمارستان در آن جمع می شوند. این مکان نباید شبیه یک بیمارستان کامل باشد بلکه فقط منابع ضروری جهت درمان بیماران را داراست تا درمان شده و ترخیص گردند که از قبل مشخص شده اند

محل ترخیص: مکانی است که بیماران که ترخیص شده اند منتظر اعضای خانواده شان هستند تا آنها را به خانه ببرند. محل ترخیص باید با محل بیماران منتقل شده فاصله داشته باشد تا از ترافیک راه ها کاسته شود.

نزدیکی محل بیماران تخلیه شده به بیمارستان جهت جابجایی بیماران کمک کننده است اگر چه احتمال انفجار، خطرات شیمیایی و یا دیگر تهدیدات وسیع که ممکن است در بیمارستان رخ دهد باید مورد توجه قرارگیرد.

### **آگاه سازی افراد از بروز شرایط اضطراری:**

کسب اطمینان از اینکه در طرح تخلیه اضطراری صدای زنگ های هشدار به عنوان علامتی برای تخلیه محل و یا انجام فعالیت های از پیش تعیین شده برای همه و در همه جای ساختمان قابل تشخیص و شنیدن است.

فراهم آوردن منابع آب و برق مشخص شده از قبل

بهره گیری از وسایل قابل لمس برای هشدار به افرادی که از نظر بینایی و شنوایی قادر به تشخیص نیستند.

شرایط اضطراری در ساعات خارج از مسیرها و خروجی های تخلیه:

**هنگام آماده سازی طرح تخلیه اضطراری مسیرها و خروجی های تخلیه مشخص شده که این مسیرهای تخلیه و خروجی های اضطراری بایستی**

**دارای شرایط زیر می باشند:**

دارای علامت گذاری واضح و روشنایی مناسب

دارای فضای کافی برای تجمع افراد یا پرسنل تخلیه شده

پاکیزه و عاری از زباله و وسایل اضافه

عدم ایجاد خطر اضافه برای افراد یا پرسنل تخلیه شده

**سرشماری افراد پس از تخلیه:**

انجام سرشماری پس از تخلیه بایستی توسط افرادی که از قبل در چارت تعیین شده اند صورت گیرد. نام و آخرین مکان حضور افرادی که در

سرشماری اطلاعی از آنها موجود نیست در اختیار مسئولان قرار گیرد.

**نکات ایمنی مهم در زمان تخلیه:**

۱- محدودیت دسترسی ها باید به سرعت توسط تیم مسئول به اطلاع کارکنان و مردم برسد و متعاقبا مسیر محل عبور و مرور کارکنان و مراجعان و وسایل نقلیه اطلاع رسانی شود.

۲- بهترین مسیر تخلیه نزدیک ترین پلکان به سمت نزدیک ترین خروجی است (مسیر های خروج اضطراری از قبل مشخص شده اند) مگر این که اعلام شود مسیر مذکور نا امن است.

۳- در مواقع بروز موقعیت اضطراری هیچگاه از آسانسور استفاده نشود

۴- هنگام ترک محل بستن درها الزامی است اما نباید آنها را قفل کرد. زیرا ممکن است برای پناه گرفتن دوباره به آن اتاق ها مراجعه شود.

۵- هرگز نباید برای یافتن کسی که در ساختمان جا مانده به آنجا برگشت بلکه باید این مطلب را فوراً به مسئول مربوطه اطلاع داد.

۶- هنگام ورود به یک اتاق باید درب آن را لمس نمود و یا به آن ضربه زد تا از امن بودن آن اتاق و عدم وجود آتش سوزی پشت درب مطمئن شد. اگر درب خنک بود می توان به آهستگی آن را باز نمود. پس از ترک محل دوباره باید درب را بست.

۷- در هنگام فرار در صورت مواجه شدن با دود بایستی به حالت خزیده یا نزدیک به زمین حرکت نمود. پاکترین فاصله 30 الی 60 متری از سطح زمین قرار دارد.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده: یدالله زندی	تهیه کنندگان: یدالله زندی دکتر رامین رجایی -فرزانه امیری - مهدیه ربانی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت خطر	سمت: مسئول تاسیسات و ساختمان -مدیر بیمارستان - مدیر بهبود کیفیت -مدیر خطر



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل: INS-RM-6

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	فعال سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث
هدف:	کسب آمادگی جهت پاسخگویی مناسب و موثر به هر حادثه و کاهش میزان خسارت و آسیب بیماران و کارکنان
دامنه:	کل بیمارستان - واحد EOC دانشگاه
مسئولیت اجرا:	فرمانده حادثه - جانشین ۱ - جانشین ۲ - سوپروایزر شیفت
منابع و امکانات لازم:	شماره تماس و آدرس کلیه اعضاء تیم بحران - خط تلفن - تفاهم نامه ها - صورتجلسات تیم بحران و بلايا
پرسنل مرتبط:	کارکنان مرکز مخابرات - سوپروایزر شیفت - اعضاء تیم بحران

شرح فعالیت:

فرآیند فعال سازی تیم پاسخ در حوادث شامل ۳ فاز است.

هشدار آماده باش و اطلاع رسانی ۲ - فعال سازی ۳ - متوقف سازی

### هشدار و آماده باش و اطلاع رسانی

به محض اطلاع از وقوع حادثه چه داخلی و چه خارجی باید سریع به اطلاع مرکز تلفن بیمارستان رسانده شود

مرکز تلفن ضمن اعلام کد بحران ۱۱۵ باید فهرست افرادی که قرار است با آنها تماس گرفته شود و در دسترس داشته باشند

مرکز تلفن باید با سوپروایزر (جانشین فرمانده حادثه) مورد را مطرح کند.

مسئول اتاق حادثه EOC و با سوپروایزر برای صحت از وقوع بحران باید بلافاصله با ستاد هدایت دانشگاه، فرمانداری و EOC استان تماس بگیرد.

سوپروایزر شیفت با مسئول حادثه باید قبل از فعال کردن برنامه و تیم، شدت وضعیت حادثه را از ارزیابی کند.

در صورت تایید وقوع حادثه و تایید شدت آن فرمانده حادثه باید فعال سازی برنامه را پاسخ دهد.

### فعال سازی

فعال سازی برنامه را در سطح بخش اورژانس: شدت حادثه در حدی است که با منابع و نیروهای اورژانس پاسخ داده می شود

فعال سازی برنامه در سطح جزئی: شدت حادثه در حدی است که با منابع و نیروهای اورژانس پاسخ داده نمی شود و باید کمک از بخش های دیگر گرفته شود.

فعال سازی برنامه در سطح کامل:

تعداد قربانیان و آسیب دیدگان به اندازه ای زیاد است که در عملکرد بیمارستان تاثیر گذاشته و نیاز به کمک از بخش های دیگر و بیمارستان دیگر است.

۷- بعد از تعیین شدت حادثه، فرمانده حادثه باید دستورالعمل اعلام فعال شدن برنامه و چارت بحران را از طریق تلفن و و یواسایل ماهواره ای که از قبل تهیه شده است اعلام کند واحد عملیات فراخوانده شود.

۸- مرکز تلفن باید شماره تماس و آدرس تمام اعضاء تیم بحران را داشته باشد.

### متوقف سازی

توقف برنامه باید با هماهنگی فرمانده حادثه بیمارستان با مرکز EOC دانشگاه و ستاد هدایت باشد.

فرمانده حادثه باید با شدت با اعضاء تیم و با هماهنگی EOC و ستاد هدایت برای توقف فعالیت برنامه ریزی کند.

مرکز تلفن پیام توقف عملیات را باید به همه اعلام کند.

پس از اتمام عملیات کلیه مسئولین چارت بحران باید به مرکز فرماندهی حادثه مراجعه کنند.

باید کلیه مسئولین واحد ها را گزارش از عملکردشان ظرف مدت کمتر از ۲۴ ساعت به فرماندهی حادثه تحویل دهند

باید ظرف مدت کمتر از یک هفته کمیته خطر و بلايا تشکیل شود در تمامی موارد فعالیت نقاط قوت و ضعف راه حل های پیشنهادی درانی کمیته مطرح شود.

تهیه کنندگان: فرزانه امیری - یدالله زندی حمید ثمره - دکتر رامین رجایی - رضا درانی	تأیید کننده: یدالله زندی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
--	-----------------------------	------------------------------------

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت خطر	سمت: مدیر بهبود کیفیت - مسئول تأسیسات وساختمان - مترون - مدیر - سوپروایزر بالینی - مسئول حراست و نگهداری
----------------------	--------------------	--

<p>کد دستورالعمل : INS-RM-7</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>
عنوان دستورالعمل :	نحوه فعال سازی و غیر فعال سازی جایگاه سامانه فرمانده حادثه
هدف :	ایجاد آمادگی جهت پاسخگویی و موثر به حوادث و کاهش میزان آسیب به بیماران
دامنه:	کل بیمارستان - مرکز EOC در معاونت درمان
مسئولیت اجرا:	مدیر بحران
منابع و امکانات لازم:	فضا و تجهیزات پیش بینی شده در زمان بحران - چارت بحران - برنامه بحران - امکانات ارتباطی - صور تجلسه تفاهم نامه های مربوطه
پرسنل مرتبط :	کل اعضاء تیم بحران
<p>شرح فعالیت :</p> <p>با توجه به این که بیمارستان اولین مرجع مصدومین حوادث و بلايا به حساب می آید و مسئولین برگرداندن حیات و سلامت و مداوای مصدومین را به عهده دارند .</p> <p>بنابراین باید جهت آمادگی و پاسخگویی به بلايا و حوادث بیمارستان برنامه ای داشته باشد تا در زمان بحران دچار هرج و مرج بی نظمی شود لذا این دستورالعمل را جهت فعال سازی و غیر فعال سازی فرمانده حادثه تنظیم کرده است .</p> <p>بیمارستان باید با مراکز زیر همیشه ارتباط داشته باشد تا در صورت هر گونه حادثه ای مطلع شد ستاد هدایت، فرمانداری ، شهرداری ، دانشگاه علوم پزشکی مرکز EOC</p> <p>بیمارستان باید بعد از مطلع شدن از یک حادثه و بحران بلافاصله جهت صحت حادثه با ستاد هدایت و EOC ارتباط داشته باشد</p> <p>در بیمارستان فرمانده حادثه باید رئیس بیمارستان باشد و در شیفت های که ایشان حضور ندارند مثل عصر و شب سوپروایزر شیفت باید اطلاعات را دریافت و اعلام آماده باش و هشدار با بگویند .</p> <p>فرمانده حادثه باید بلافاصله مدیران ارشد حادثه را مطلع کند و سامانه فرماندهی را فعال کند .</p> <p>فرمانده حادثه باید از میزان امکانات و تجهیزات بیمارستان اطلاع پیدا کند .</p> <p>فرمانده حادثه از دفتر بانک اطلاعات توسط تلفن، ایمیل، پیامک اعضای تیم را آگاه کند.</p> <p>بیمارستان باید یک فضا و اتاقی را به عنوان مرکز سامانه در اختیار داشته باشد که مجهز به تلفن خط ثابت بیسیم، فاکس، رایانه، پرینتر ، نقشه ها برنامه ها، دستورالعمل ها و بانک اطلاعاتی پرسنل و اعضای تیم بحران . پرسنل باید بلافاصله بعد از مطلع شدن به بیمارستان مراجعه نماید.</p> <p>اعضای تیم بحران باید بلافاصله براساس شرح وظایف عمل نمایند و براساس نوع کارشان جلیقه های مخصوص پرسنل بایستی بلافاصله بعد از مطلع شدن به بیمارستان مراجعه نماید.</p> <p>اعضای تیم بحران باید بلافاصله براساس شرح وظایف عمل نمایند و براساس نوع کارشان جلیقه های مخصوص خودشان را براساس رنگ بندی بپوشند ممکن است بعضی از اعضای سامانه بطور همزمان مسئولیت داشته باشند.</p> <p>۱۰- اعضای سامانه باید از قبل از شرح وظایفشان مطلع باشند.</p> <p>۱۱- بیمارستان باید از مانور های فرضی برای آموزش اعضای سامانه استفاده کند.</p> <p>۱۲- مستدول هر قسمت باید در اولین فرصت گزارش از فعالیت های خود و اعضای تحت فرماندهی ش به مرکز فرماندهی ارائه دهد.</p> <p>۱۳- مرکز فرماندهی باید بطور هموار و مرتب با EOC و فرمانداری ستاد هدایت در ارتباط باشد.</p> <p>بیمارستان باید برنامه شخصی برای تخلیه اضطراری بخش ها داشته باشد.</p> <p>ارشد روابط عمومی باید اخبار وضعیت حادثه را مدام Update نماید و در اختیار اعضای تیم بگذارد .</p>	



ارشد هماهنگی باید با سایر ارگان ها ارتباط برقرار نماید وضعیت را ارزیابی کند.

ارشد ایمنی باید بر وضعیت بیمارستان و ثبات آن نظارت داشته باشد و مناطقی را برای تخلیه فوری یا نقل مکان کارکنان و بیماران پیشنهاد کند.

مسئول واحد عملیات باید وضعیت کارکنان و بیماران را بررسی کند و خدمات را بر اساس تریاژ ارائه کند.

واحد برنامه ریزی باید تعداد آسیب دیدگان و کارکنان وظایف را مشخص و ثبت کند .

واحد پشتیبانی میزان خسارت را بررسی کند و در صورت نیاز عملیات خودش را آغاز کند فراهم کردن فضای برای استراحت کارکنان و خانواده مصدومین .

واحد اداری مالی باید تدارکات - تجهیزات و خدمات را تهیه کند.

توقف در برنامه باید با دستور فرمانده حادثه باشد.

فرمانده حادثه باید برای برگشت به حالت عادی اعضای ستاد هدایت و EOC مشورت کند. و در صورت تایید برگشت به شرایط عادی را اعلام نماید

پس از اتمام عملیات و توقف برنامه کلیه مسئولین واحد ها باید ظرف کمتر از ۲۴ ساعت بصورت گزارش کامل از فعالیت ها به مرکز فرماندهی ارائه شود.

کمیته مدیریت خطر و حوادث و بلايا باید نسخه ای از گزارش را برای جمع بندی و تجزیه و تحلیل به مرکز هدایت عملیات دانشگاه ارسال کند.

در اولین فرصت بعد از عادی شدن اوضاع بیمارستان باید جلسه ای با حضور کلیه اعضای سامانه فرماندهی در خصوص بررسی حادثه انجام دهد و نقاط ضعف و نقاط قوت و پیشنهادات و انتقادات را دریافت کند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تأیید کننده : یدالله زندی	تهیه کنندگان : مهديه ربانی - فرزانه امیری - حمید ثمره
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت خطر	سمت: مدیر خطر - مدیر بهبود کیفیت - مسئول تاسیسات و ساختمان - مترون



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-HRM-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷۵/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	انتخاب و معرفی کارکنان نمونه
هدف	رضایتمندی بیماران برآیند مجموعه پیچیده ای از عوامل گوناگون است و برای دستیابی به آن لازم است ابعاد متعددی از خدمات از جمله مراقبت های پرستاری ، پزشکی ، پشتیبانی و اداری به طریقی با یکدیگر هماهنگ شده و با رعایت کامل حقوق بیمار در تعداد ابعاد، شرایط مناسبی را برای ایجاد و ارتقای آن فراهم سازد. مهمترین عامل رضایت مندی بیماران ، کارکنان راضی از شغل و سازمان خود هستند که خدمات و مراقبت های سلامتی را ارائه می کنند. از اینرو توجه به رضایتمندی کارکنان به عنوان تامین کنندگان اصلی رضایتمندی بیماران اهمیت دارد. به منظور دستیابی به رضایتمندی هر دو گروه بیماران و کارکنان ، تیم مدیریت اجرایی بیمارستان دستورالعمل انتخاب ، معرفی و تشویق پرسنل نمونه را با محوریت توجه به رضایتمندی و حقوق بیمار بازنگری نمود.
مسئولیت اجرا:	مدیریت منابع انسانی
امکانات لازم :	چک لیست
منابع:	تجارب بیمارستانی
دامنه	دامنه کاربرد این دستورالعمل مرتبط با کلیه کارکنان بیمارستان و تیم مدیریت اجرایی می باشد.
مسئولیت ها و اختیارات :	اجرای این دستورالعمل برعهده مدیریت داخلی ، مدیریت منابع انسانی و مدیریت پرستاری می باشد. نظارت بر اجرای این دستورالعمل برعهده تیم مدیریت اجرایی می باشد. ابلاغ این دستورالعمل برعهده ریاست بیمارستان می باشد.
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان
شرح دستورالعمل :	دستورالعمل شامل اجزای زیر است : -ملاک و معیار انتخاب پرسنل نمونه ۲- فرآیند اجرایی ۳- تشویق و امتیازات ویژه ملاک و معیار انتخاب کارمند نمونه ۱- انضباط اخلاقی - اجتماعی ۲- انجام وظایف حرفه ای و تخصصی انضباط اداری شامل : حضور به موقع در محل کار ( استعلام از کارگزینی ) آراستگی ظاهری و حفظ شئونات اسلامی در محیط کار

رعایت سلسله مراتب اداری ( نظر مسئول مستقیم )

تعهدات اخلاقی - اجتماعی شامل :

دارا بودن حسن شهرت به لحاظ اخلاقی ، اجتماعی و حرفه ای و نداشتن سوء پیشینه کیفری

دارا بودن وجدان کاری و ایمان به کار

پذیرش انتقادات و پیشنهادات دیگران

انجام وظایف حرفه ای و تخصصی شامل:

-دارا بودن مهارت های حرفه ای با رعایت استاندارد های و شرح وظایف

-رعایت ضوابط و مقررات اداری و مقررات درمانی (ویژه کارکنان درمانی)

-احترام به حقوق همکاران و مراجعه کنندگان

-تلاش در جهت ارتقای سطح علمی و آگاهی خود و همکاران

-ارتباطات مناسب درون سازمانی

-ابتکار ، خلاقیت و نو آوری در انجام وظایف محوله

-فعالیت در جهت آموزش به بیمار و همراهان (ویژه کارکنان درمانی)

-جلب رضایت مراجعین

-نداشتن شکایت از مراجعه کنندگان و همکاران (مسئول رسیدگی به شکایات)

فرایند اجرایی

نظرخواهی از مسئولین واحد ها در خصوص معرفی یک نفر به عنوان پرسنل نمونه در ایام گرامیداشت روز پرستار روز ما ، روز کارمند ، روز کارگر

جمع آوری اسامی پرسنل نمونه از مسئولین واحد ها با تکمیل فرم امتیاز دهی براساس ملاک های انتخاب

استعلام از واحد منابع انسانی در خصوص زمان ورود و خروج کارمندان معرفی شده توسط مسئولین واحد ها

استعلام از سوپروایزرین در خصوص کارمندان معرفی شده

تهیه لیست پرسنل معرفی شده از واحدها و امتیاز کسب شده

بررسی پرسنل معرفی شده در تیم مدیریت اجرایی و انتخاب دو نفر از پرسنل به عنوان نمونه با رای اعضای کمیته

اعلام اسامی کارمندان نمونه به واحد منابع انسانی

صدور تقدیر نامه کتبی با امضاء رئیس بیمارستان برای پرسنل نمونه

با یگانی رونوشت تقدیر نامه در پرونده پرسنلی پرسنل نمونه

تشویق و امتیاز ویژه

۱- صدور تقدیر نامه کتبی یا امضاء رئیس بیمارستان برای پرسنل نمونه

۲- درج اسامی پرسنل نمونه در تابلوی اعلانات ، سایت و شبکه های اجتماعی بیمارستان

۳- اعلام اسامی کارمندان نمونه به مسئول امور مالی جهت تخصیص مزایای مصوب تیم مدیریت اجرایی

موارد خاص

۱- در صورتی که امتیاز پرسنل طبق فرم ارزیابی از ۶۰ کمتر باشد در صورت اولین بار تذکر شفاهی ، در صورت کسب امتیاز نامطلوب مجدد تذکر کتبی درج در پرونده و در صورت کسب نکردن امتیاز مطلوب در ممیزی های مجدد جهت تصمیم و تعیین تکلیف به تیم مدیریت اجرایی اعلام می گردد.

۲- هدف از برگه ارزیابی پرسنل ، انتخاب کارکنان نمونه و ایجاد انگیزه در آنان می باشد.

۳- افراد نمونه انتخاب شده توسط مسئولین در نهایت توسط تیم اجرایی بیمارستان (مسئول حقوق گیرنده خدمت ، مسئول بهبود کیفیت ، مدیریت داخلی ، مدیریت پرستاری و مدیریت منابع انسانی) می بایست تایید صلاحیت شوند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان : فرزانه امیری - حمید ثمره -
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: (امور اداری - بهبود کیفیت مسئول منابع انسانی ) - مدیر خدمات پرستاری

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی



کد دستورالعمل : INS-HRM-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷۵/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	محافظت از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان وصیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها
مسئولیت اجرا:	مسئول منابع انسانی
امکانات لازم:	کمد- بایگانی ریلی دوار - نیروی انسانی - زونکن - برجسب
منبع:	تجربیات بیمارستان
پرسنل مرتبط :	مسئول منابع انسانی - جانشین منابع انسانی

پرونده ها باید در کمد های بایگانی با قفسه هایی بصورت دوار در جهت نظم بیشتر و سرعت در امر بایگانی در نظر گرفته شده باشد. کمد های بایگانی بایستی دارای قفل مطمئن باشند و امکان دسترسی مراجعان و سایر افراد غیر مجاز به آن میسر نباشند. در پایان کار اداری باید درب کمد ها و فایل ها قفل شود و از تکثیر کلید و یا واگذاری آن به افراد فاقد سمت اجتناب شده و در صورت مفقود شدن هر یک از کلید ها قفل آن بیدرنگ تعویض گردد .

پرونده ها براساس شماره پرسنلی افراد و به صورت سریال در قفسه های بایگانی جای گیرند. نام و نام خانوادگی و شماره پرسنلی هر شخص نیز روی تیغه میانی پرونده پرسنلی نصب گردیده باشد. کلیه اوراق پرونده با تمام جزییات بصورت محرمانه بوده و فقط قابل دسترسی برای افراد مجاز طبق دستورالعمل های موجود در واحد منابع انسانی می باشد.

دسترسی به پرونده پرسنلی فقط برای مسئول منابع انسانی و جانشین وی امکان پذیر می باشد. کپی گرفتن از مدارک پرونده در صورت لزوم با اجازه مسئول منابع انسانی و مدیریت بیمارستان امکان پذیر می باشد .

پرونده های پرسنل ترک کار و راکد بسته شده در کمدی مجزا بایگانی می شود. لیست کاغذی و همچنین الکترونیکی از شماره پرسنلی افراد جهت راهنما موجود می باشد. محل کمد بایگانی نبایستی در کنار مکان های پر تردد باشد.

۱۲- سمت بایگانی دارای دستگاه اعلام حریق و کپسول های اطفای حریف باشد

کلید بایگانی باید تنها در اختیار مسئول و جانشین وی باشد و از تکثیر آن و همچنین سپردن کلید به افراد غیر مجاز و واگذارن آن در محل قابل دسترسی خودداری شود.

محل بایگانی علاوه بر استحکام کافی درب های آن باید دارای قفل سوچی و ضریب اطمینان بالا باشد

تهیه کنندگان :	فرزانه امیری -فرشته فرهی مقدم -
تائید کننده :	دکتر رامین رجائی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مسئول کارگزینی - جانشین مسئول کارگزینی
سمت:	مدیر بیمارستان
سمت:	سمت: ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-HRM-3

تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

تعداد صفحه : ۲

عنوان دستورالعمل :	تعیین حدود دسترسی به پرونده های پرسنلی در واحد منابع انسانی
هدف	هدف از تدوین این دستورالعمل مدیریت بهینه اطلاعات کارکنان در محیط امن و ایمن و رعایت اصل محرمانگی اطلاعات کارکنان می باشد
مسئولیت اجرا:	مدیر منابع انسانی
منابع :	پرونده های پرسنلی ، دفتر ثبت ورود و خروج پرونده ، چک لیست بازدید اعلام حریق ، فایل های قفل دار ، سیستم کامپیوتر -پرینتر
منابع:	تجارب بیمارستانی
تعاریف -	
دامنه	واحد منابع انسانی
پرسنل مرتبط:	کارکنان واحد منابع انسانی -مدیریت
شرح دستورالعمل :	
<p>۱- ریاست بیمارستان،مدیر بیمارستان ،مدیر منابع انسانی مسئول بایگانی پرونده های پرسنلی و جایگزین ایشان تنها افراد ی هستند که مجاز به دسترسی به پرونده های پرسنلی کارکنان می باشند مگر اینکه مدیریت بیمارستان دستوری صادر کند که با رعایت قوانین محرمانگی این امر صورت می پذیرد .</p> <p>۲- در صورتیکه یکی از پرسنل کارگزینی در مورد راز داری در مورد محتویات پرونده پرسنلی و مکاتبات مربوط و افشای اطلاعات پرسنل قصور و تخلف داشته باشد برخورد لازم طبق ضوابط به صلاحدید مدیر منابع انسانی انجام خواهد شد.</p> <p>۳- مکاتبات خاص اداری مانند صدور سوء پیشینه و نامه های محرمانه با رعایت الزامات توسط مسئول دبیرخانه تحت نظارت مدیریت و مدیر منابع انسانی انجام می گیرد.</p> <p>۴- تمامی اطلاعات مالی پرسنل از قبیل حقوق ماهیانه پرداخت و دریافت توسط واحد حقوق و دستمزد واحد مالی در دسترس و تحت نظارت مدیر منابع انسانی می باشد و تمامی اطلاعات طبق ضوابط نگهداری می گردد.</p> <p>۵- پرونده پرسنلی کارکنان بصورت فیزیکی در داخل اتاق بایگانی و فایل های قفل دار نگهداری می گردد و فقط افراد دارای مجوز تحت نظارت مدیر منابع انسانی امکان دسترسی به پرونده ها را دارد.</p> <p>۷- واحد کارگزینی ، مجهز به تجهیزات اطفا حریق می باشد و بصورت دوره ای توسط مسئول آتش نشانی و تحت نظارت مدیر منابع انسانی کنترل می گردد .</p> <p>۸- در زمانی که حجم اوراق پرونده از حد استاندارد بیشتر گردد بصورت کد تعریف شده با همان شماره پرونده نگهداری می گردد.</p> <p>۹- به دلیل خاتمه خدمت پرونده پرسنلی کارکنان بصورت بایگانی در محل دیگری زیر نظر مدیر منابع انسانی حفظ و نگهداری می گردد.</p>	

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
فرزانه امیری -فرشته فرهی مقدم -	دکتر رامین رجائی	دکتر بهرام پورسیدی

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: امور اداری - متصدی منابع انسانی
----------------------	------------------------	---

کد دستورالعمل: INS-HRM-4 تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۷/۲۰ تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۹/۸/۱ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱ شماره بازنگری: ۲ تعداد صفحه: ۱		 <b>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</b> <b>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</b>	 <b>بیمارستان کارمانیا</b> <b>KARMANIA HOSPITAL</b>
عنوان دستورالعمل:	دستورالعمل انتقال دانش و تجربه		
مسئولیت اجرا:	مدیر پرستاری - مدیر منابع انسانی		
امکانات لازم:	نیروی انسانی		
منابع:	تجارب بیمارستان - استانداردهای اعتبار بخشی		
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان		
<b>شرح دستورالعمل:</b> ۱- تیم مدیریت بیمارستان موظف است فهرست مسئولین و جانشینان ایشان را در هر سال بازنگری نماید ۲- تیم مدیریت بیمارستان موظف است جایگزین پرسنل علی الخصوص در شغل های حساس در موانع مرخصی، تعطیلات و عدم حضور کوتاه و طولانی مدت را معرفی و مشخص نمایند. ۳- فرد جایگزین موظف است آگاهی لازم در امور بخش و مشکلات موجود و مراحل پیگیری آنها را داشتهباشند. ۴- دانش و تجربه مسول بایستی به مرور زمان از روش (شاگرد استادی) در اختیار فرد جایگزین قرار گیرد. ۵- در هر بخش افراد خبره با رعایت شرایط از قبل تعیین شده انتخاب و فهرست ایشان اطلاع رسانی گردد. ۶- تقویت علمی و تجربی افراد جدید ورود و تایید جذب ایشان بر عهده پرستار یا مامای خبره و یا پرسنل خبره هر واحد می باشد. ۷- افراد خبره و مسئولین میانی بیمارستان براساس شرایط احراز (کتاب طبقه بندی مشاغل) انتخاب می گردند ۸- مدت زمان میانگین دانش و تجربه به افراد جدید ورود با توجه به سیاست های بیمارستان حدود ۱۰ روز جهت تایید جذب نیرو اعلام می گردد و سایر اطلاعات بایستی به مرور زمان به افراد جدید منتقل شود ۹- در چیدمان نیرو در شیفت ها به حضور افراد کم تجربه در کنار افراد با تجربه دقت شود. ۱۰- رعایت اصول اخلاقی و احترام بین نیروی جدید و نیروی با تجربه الزامی می باشد. ۱۱- نیروی جدید ورود بایستی با هدف ارتقاء خود به دنبال کسب و دانش و تجربه مستمر باشد.			

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - فرزانه امیری	دکتر رامین رجائی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مترون - امور اداری	مدیر بیمارستان	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-HRM-5

تاریخ تصویب : ۱۳۹۹/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۲

تعداد صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل انتخاب و انتصاب و تنزل جایگاه مدیریتی
مسئولیت اجرا:	-مدیر منابع انسانی
امکانات لازم :-	
منابع:	تجارب بیمارستان -استاندارد های اعتبار بخشی
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان -مدیران و مسئولان و ایجاد فرصت های برابر برای کارمندان حائز شرایط پست های مدیریتی
اهداف:	نظام مند شدن انتخاب

شرح دستورالعمل :

۱-۱-مدیر منابع انسانی موظف است دستورالعمل انتخاب ،انتصاب و تنزیل پست های مدیریتی را در جلسه تیم مدیریتی هر ساله بازنگری و به تایید تیم مدیریت برساند

۲- مدیر منابع انسانی موظف است دستورالعمل مذکور را در فایل آموزشی کلیه بخش ها و واحد ها ادر دسترس کلیه کارکنان قرار دهد

۳- جهت انتخاب و انتصاب پست های مدیریتی داشتن حداقل شرایط زیر از چک لیست های شرایط احراز و توانمندی های عمومی و تخصصی الزامی می باشد (چک لیست توانمندیهای عمومی و تخصصی در فایل منابع انسانی در سیستم کلیه بخش ها و واحد های بیمارستان ،موجود می باشد)

سمت	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	اخذ حداقل امتیاز از چک لیست شرایط احراز مشاغل حساس (توانمندی های عمومی و تخصصی)	تایید مافوق	تایید تیم مدیریت
مدیر پرستاری	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	۲۰	*	*
سوپروایزر	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	۲۸	*	*
سرپرستاران	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	۲۴	*	*
مسئول بهبود کیفیت	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	۲۳	*	*
مسئول بانک خون	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	۱۶	*	*
سرپرستار اتاق عمل	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب	۲۴	*	*

			طبقه بندی مشاغل	
*	*	۲۱	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	مسئول حقوق گیرنده خدمت
*	*	۲۳	داشتن حداقل شرایط احراز طبق کتاب طبقه بندی مشاغل	مسئول فن اوری اطلاعات

۵- نداشتن سو پیشینه جهت کلیه پست های مدیریتی الزامی می باشد

۶- پس از اخذ امتیاز از چک لیست فوق تایید ریاست بیمارستان در جهت انتخاب و انتصاب کلیه رده های مدیریتی الزامی می باشد

۷- مدیر منابع انسانی مستندات کارگزینی شخص را در زمان انتصاب سمت مدیریتی تنظیم می نماید

۸- مدیر منابع انسانی ابلاغ مربوطه را صادر و با تایید ریاست به شخص ابلاغ می نماید .

۹- مدیر منابع انسانی معرفی شخص به کلیه کارکنان بیمارستان را پیگیری می نماید .

تنزیل مدیران :

- در موارد زیر کناره گیری شخص از سمت مدیریتی در تیم مدیریتی بیمارستان مطرح و مورد بررسی قرار می گیرد و با نظر اکثریت اعضا تیم ،مورد به ریاست بیمارستان جهت تصمیم نهایی گزارش می گردد :

-داشتن سو پیشینه در طول خدمت

-عدم رضایت مسئولین بیمارستان از عملکرد شخص

-عدم رضایت کارکنان زیر مجموعه از شخص

-شکایات مراجعین و بیماران

-ناتوانی شخص در انجام امور محوله

-عدم توجه به سلسله مراتب سازمانی

-بازده منفی در عملکرد بخش مورد نظر

-هم راستا نبودن شخص با اهداف سازمان

تأیید کننده : دکتر رامین رجائی	تهیه کنندگان : حمید ثمره - فرزانه امیری	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مترون - امور اداری	سمت:ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی



کد دستورالعمل : INS-FM-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	انبارش ایمن
مسئولیت اجرا:	مسئول تدارکات
منابع و امکانات لازم :	کلیه امکانات مربوط به رعایت شرایط استاندارد در انبار ها (قید شده در متن دستورالعمل)
پرسنل مرتبط :	واحد تدارکات - بهداشت حرفه ای - مدیریت خطر - تاسیسات
<p>شرح دستورالعمل :</p> <p>نکاتی که برای احداث انبارها در نظر گرفته شوند عبارتند از:</p> <p>باید از سطح زمین های اطراف بالاتر باشد.</p> <p>آبگیر و نمناک نباشد.</p> <p>در فاصله های مناسب از دیوار های انبار، زهکشی شود تا از ایجاد رطوبت جلوگیری شود.</p> <p>دیوارها و سقف ها بدون استثنا باید از مصالح غیر قابل اشتعال بکار برده شود.</p> <p>کف انبار ها از بتن مسلح و مقاوم باشد تا در برابر وزن اجسام قابلیت تحمل را داشته باشد. ساختمان انبار از مصالحی ساخته شود که در برابر زلزله و حریق مقاوم باشد.</p> <p>کف انبار ها باید دارای شیب ملایم و آب رو باشد تا در صورت شستشو، آب در محل هایی از آن جمع نشود. اگر فاقد شیب و آبرو باشد، کالا کمی با سطح زمین فاصله داشته باشد.</p> <p>درب انبارها از جنس فلز و سطح داخلی آن صاف و بدون شکاف باشد و مجهز به درب خروج اضطراری باشد.</p> <p>پنجره انبار ها باید فلزی و مجهز به حفاظ و تور سیمی باشد.</p> <p>داخل انبار های مواد شیمیایی باید به نسبت حجم آن دستگاه تهویه و هواکش داشته باشد.</p> <p>سیم کشی برق باید توکار و از داخل لوله های مخصوص انجام گیرد .</p> <p>انبارها باید مجهز به وسایل و ابزار آتش نشانی باشد.</p> <p>استفاده از وسایل گرمازا برقی درون انبار ممنوع می باشد ( فقط شوفاژ یا کونل)</p> <p>نحوه چیدن بسته ها بر روی آجر طوری باشد که مهار باشد.</p> <p>با توجه به نوع کالا کالاها با دیوار جانبی فاصله داشته باشد .</p> <p>در برابر ورود جوندگان و حیوانات محافظت شود.</p> <p>۱۶- انبار باید مجهز به جعبه کمک های اولیه باشد.</p> <p>۱۷- از نور کافی برخوردار باشد و در صورت امکان نور طبیعی باشد، اما از تابش مستقیم نور خورشید به کالاها جلوگیری شود.</p> <p>۱۸- کلیه پشت پنجره ها مجهز به نرده های محافظ باشد.</p> <p>۱۹- کلیه علایم مربوط به اجزای غیر سازه ای از جمله قفسه ها و چیدمان وسایل و ... در هنگام زلزله محکم و مهار باشند</p> <p>۲۰- کلیه علایم ایمنی از جمله ممنوعیت سیگار کشیدن و ... در انبار ها نصب شود.</p> <p>۲۱- تابلوهای برق باید در خارج از محوطه نگهداری اجناس کالاها ای انبار قرار گیرند.</p>	

۲۲- محل نگهداری وسایل اطفا حریق با رنگ قرمز مشخص باشد.

۲۳- برای تامین روشنایی مصنوعی انبار بایستی حتی الامکان از لامپهای سقفی ( چسبیده به سقف) استفاده شود ارتفاع این لامپهای آویزان از سقف باید فاصله مناسب از بالاترین سطح ردیف کالاها و مواد موجود در قفسه بالاتر باشد.

۲- کف انبار بایستی دارای شرایط ذیل باشد:

کف انبار باید نسبت به مایعات غیر قابل نفوذ و دارای سطحی صاف و غیر لغزنده باشد و فاقد هر گونه ترک و شکاف باشد و به راحتی تمیز شود. مقاومت کم انبارها در رابطه با نوع کالا و تجهیزات حمل و نقل که مورد استفاده قرار می گیرند تعیین می شود. (بتون با سرایک یا سنگ فرش باشد).

۳-سقف انبار بایستی دارای شرایط ذیل باشد :

سقف انبار باید به گونه ای باشد که از ورود آب باران به درون انبار جلوگیری کرده. ارتفاع لامپهای آویزان از سقف باید از بالاترین سطح کالاها بالاتر باشد.

۴-اصول اساسی در چیدمان کالا به شرح ذیل است :

۱- قبل از هر چیز ، مسیر و جابرای چیدن از قبل مشخص باشد.

۲- کالاها و مواد ناهمجنس و ناسازگار را در کنار هم نچینید.

۳- قبل از جایگذاری بار، قفسه ها را خوب بررسی کنید و که شکاف، تیزی یا ناهمواری نداشته باشد.

۴-تمام مواد و کالا را در یک سطح صاف بچینید.

۵-اجسام سنگین تر را نزدیک کف بچیند و اجسام و کالاهای سبک تر را در قفسه های بالاتر انبار نمایید.

۶-در انبار های با عرض کمتر از ۲۰ متر، عرض راهرو داخل انبار جهت تردد افراد مناسب باشد.

۷-اصل مراجعه به کالا را رعایت نمایید، کالاهایی که همیشه مورد نیاز هست در نزدیک افراد انبار شود.

۸-از وسایل بالابر برای کالاهای سنگین یا انبار کردن در ارتفاع استفاده کنید.

۹- هرگز روی صندلی جعبه یا قفسه نیاستید.

۱۰-هرگز کالاهای روی قفسه به سمت راهرو بیرون نیاید.

۱۱- احتیاطات لازم هنگام بسته بندی کردن و باز کردن بسته ها بعمل آورید.

۱۲- موقع بسته بندی بار با طناب یا هر وسیله دیگر و در نهایت انبار کردن آن، بار را زیاد محکم ویا زیاد شل نبندید.

۵-فاصله استاندارد تا سقف انبار به شرح ذیل است :

رعایت فاصله زیر بین سف انبار و مرتفع ترین نقطه کالای چیده شده الزامی است .

اگر ارتفاع کالای چیده شده از ۴/۵ بیشتر باشد، فاصله تا سقف حداقل ۱/۵ متر باشد .

اگر ارتفاع کالای چیده شده بین ۲/۶ تا ۴/۵ متر بیشتر باشد، فاصله تا سقف حداقل زیر یک متر باشد.

وجود دستگاه های اعلام و اطفا حریق با توجه به نوع و جنس کالا در انبار موجود باشد .

در انبار های مواد شیمیایی و دارویی و مایعات قابل اشتعال، به نسبت هر ۱۰۰ متر مجهز به ۲ دستگاه کیسول پودر و گاز ۱۲ کیلویی و یک دستگاه کیسول ۵۰ کیلویی باشد .

۶- اصول حفاظتی در انبارها به شرح ذیل است :

باید برای حفاظت و ایمنی کالاها باید در انبار اقداماتی انجام شود که اهم آنها به شرح زیر است :

۱- سیم کشی در انبار باید با نهایت دقت و توسط متخصصین فن انجام شود و لازم است سیم های برق و وسایل برقی به صورت ادواری و منظم مورد کنترل قرار بگیرد.

۲-باید از انبار کردن مواد آتش زا یا منفجره در کنار مواد دیگر، جداً خودداری شود حتی در اینگونه اماکن معمولاً برای ایجاد روشنایی ، نیروی برق به کار نمی رود، بلکه از نور حاصل شده از باطری استفاده می شود تا احتمال هر گونه جرقه و آتش سوزی سیمها از بین برود.

۳-مواد شیمیایی و فاسد شدنی خطرناک باید در ظروف و محل های خاص و دور از سایر اجناس نگهداری شوند.

۴-اسید ها و یا سموم مختلف مثل سموم دفع آفات نباتی که ضایعات و آسیب های پوستی و مسمومیت ایجاد می کنند، تدابیر خاصی اعمال شود بعضی از سموم در اثر تماس با پوست بدن موجب فلج شدن و از کارافتادگی می گردد.

۵-باید وسایل فروش نشانندن آتش از قبیل شیر و شیلنگ آب ، کیسول آتشنشانی و غیره به تعداد کافی ، پیش بینی فراهم شود. معمولاً در انبارهای مدرن و پیشرفته امروزی وسایل و لوازم آگاه کننده و هشدار دهنده خودکار کار گذارده می شود بطوری که با افزایش دود، بوی گاز و یا حرارت زنگ خطر یا آژیر به طور خودکار به صدا در می آید واعلام خطر می کند.

۶-از چیدن کالاها تا سقف یا نزدیکی سقف خودداری شود وروش هاو تدابیر مناسب برای چیدن و انبار کردن کالاها، مورد استفاده قرار گیرد.

۷-از قراردادن مواد آتش زا و مواد شیمیایی در میان سایر اقلام انبار باید خودداری گردد و برای آنها انبار جداگانه ای در نظر گرفته شود.

۸-باید افرادی که با انبار سرو کار دارند، با اقلام انبار آشنا باشند و احتمال خطر آتش سوزی به آنها گوشزدشود.

- ۹- از تابلوهای اعلام خطر، پوسترها و پیام‌های حفاظتی در نقاط مختلف انبار استفاده شود
- ۱۰- در هر انباری، عده‌ای از کارکنان آموزش‌های لازم را برای مبارزه با آتشسوزی و همچنین اصول و تدابیر کمک‌های اولیه فرا گیرد.
- ۱۱- کلیه کارکنان آموزش‌های لازم را برای تخلیه سریع محل به هنگام وقوع آتش سوزی فرا گیرند.
- ۱۲- لازم است میزان درجه حرارت، رطوبت نور خورشید، سایر عواملی که موجب فساد کالاها می‌شود، قویاً مورد توجه قرار گیرد و انبارها به وسایل لازم برای نگهداری مطلوب کالاها با توجه به نوع آنها مجهز باشند.
- ۱۳- اجرای برنامه‌های آموزشی برای انبارداران در مورد ایمنی و حفاظت فنی، همواره باید مورد توجه به عمل مدیران و مسئولان سازمان باشد.
- ۱۴- تدابیر و اقدامات لازم و موثر برای مبارزه با جانوران موذی در انبار و دفع انبار مانند اجرای سمپاشی اجرا می‌شود.
- ۱۵- تدابیر و اقدامات لازم برای پیشگیری از سرقت و دزدی کالاها از قبیل، محکم بودن درب‌ها و پنجره‌ها حصار کشی‌ها محوطه‌های انبار کردن و تجمع کالاها، وجود نگهبان، نصب وسایل هشدار دهنده و ... اجرا شود.
- ۱۶- انبارها باید از نظر سرقت، آتش سوزی و سایر آسیب‌ها، پوشش بیمه‌ای لازم را داشته باشد.
- ۷- چیدمان صحیح انبار بایستی به شرح ذیل باشد:

چیدن صحیح کالاها در انبار، بسیار حائز اهمیت است. برای استقرار، جای دهی و چینش صحیح کالاها و در انبار اصولی وجود دارد که باید به آنها توجه شود. طرز قرار گرفتن کالاها در انبار بسیار مهم است و تسهیل کارها، دسترسی سریع به کالاها حفاظت صحیح از آنها و نتیجه افزایش کارایی تاثیر بسزایی دارد. به منظور نگهداری صحیح کالاها در انبار و جلوگیری از اثرات تخریبی ناشی از سوء نگهداری موارد زیر باید رعایت شود:

گروه بندی کالاها

شناخت ماهیت کالاها

شناخت تاثیر عوامل مختلف فیزیکی و شیمیایی بر روی کالاها

جابه جایی و تخلیه

انتخاب روش و راه مناسب

انتخاب تجهیزات مناسب

در چیدن اجناس، لازم است مشخصات آنها کاملاً و دقیقاً مورد توجه قرار گیرد. مثلاً مواد خوراکی روباز همچنین گوشت و حبوبات نباید کنار لوازم یدکی، بنزین و نفت انبار شود یا نباید دو ماده شیمیایی مختلف را که مجاورت و ترکیب آن‌ها تولید انفجار و آتش سوزی می‌کند در جوار هم قرار داده شود. به علاوه چیزهای شکستنی را نباید دم دست گذارد. مشخصات اجناس از نظر خواص شیمیایی و قابلیت احتراق، اشتعال، انفجار، خرابی و فساد نیز وضعیت و حالت آنها (جامد، مایع و گاز) باید در نظر گرفته شود. همچنین نگهداری اجناس نفیس و گران قیمت مثل بعضی مواد شیمیایی با قطعات ولوازم یدکی و اجناس عادی و ارزان قیمت مثل میخ، پیچ و مهره هر یک مستلزم محل، وسایل، ترتیب و تدابیر ویژه است.

۸- وسایل جابه جایی و انبار کردن مواد و کالاها بایستی دارای خصوصیات ذیل باشد:

عمل ترتیب و تنظیم کالاها در انبار، یا نگهداری، تجمع، چیدن، تمرکز و صف بندی کردن کالاها را اصطلاحاً صفائی می‌گویند برای انبار کردن و نگهداری کالاها در انبار از این وسایل، روش‌ها و تدابیر استفاده می‌شود: الف - ظروف، ب - قفسه بندی - پ - طبقات پایه دار قفسه های متحرک یا سیرت، روی هم چیدن، ث - محفظه های متحرک یا نواری

شاید متداولترین ابزار کار در انبار پالت باشد که برای جابه جایی و انبار کردن کالاها به کار می‌رود. پالت صفحات چوبی یا فلزی است که کالا روی آن مستحکم، مستقر و بسته بندی می‌گردد و سپس حمل و جابه جایی می‌شود. در تعریف دیگر باید برای پالت آماده است که وسیله‌ای است که روی آن مقداری کالا قرارداده می‌شود، به نحوی که یک واحد برای حمل، جابجایی و روی هم چیدن، به کمک وسایل مکانیکی همچون جک پالت دستی، تشکیل می‌دهد.

۹- سازه‌های نگهداری انبوه کالاها بایستی دارای خصوصیات ذیل باشد:

قفسه‌ها، سبدها، جعبه و سایر سازه‌هایی که برای ذخیره سازی کالاها در انبار به کار می‌روند، باید به نحو مناسب طراحی شوند. لازم است تدابیری برای موقع خیس شدن و سنگین شدن مواد ذخیره شده، یا تکان هفا ناشی از جابجایی مواد، یا به سبب برخورد وسایل نقلیه با هم، اتخاذ شود. وقتی که از پارتیشن برای افزایش ظرفیت انبار سازی یا جداسازی مواد ذخیره شده استفاده می‌شود، باید پارتیشن به طور مناسبی طراحی شده و دارای قدرت کافی برای نگهداری مطمئن مواد انبار شده باشد. از پارتیشن‌های ضد آتش باید برای اقلامی که احتمال آتش سوزی دارند استفاده شود. برای محافظت از گوشه‌ها یا انتهای قفسه‌ها از صدمه دیدن توسط لیفت تراک‌های یا وسایل مکانیزه دیگر باید ستون‌های فولادی، زوایای آهنی یا سایر وسایل به کار روند. برای کارگرانی که بر بالای انبوه کالاها صعود می‌کنند یا اجناس را در قفسه‌ها جا به جا می‌نمایند، لازم است نردبان یا سکوی محکم و ایمن فراهم شود. گاهی اوقات ممکن است لازم شود که داربست برپا گردد. همچنین علائم و برجسب‌های روی قفسه‌ها برای شناسایی مواد و کالاها باید واضح و خوانا و مناسب باشند.

معایب زیر در سیستم قفسه بندی انبار و جابجایی کالاها به تنهایی یا همراه هم ممکن است باعث آسیب به نیروی انسانی یا کالاها شود:

عیب در طراحی قفسه و غیر ایمن بودن آن

عیب در نصب قفسه

عیب در تجهیزات جابجایی مواد

مشکلات مربوط به اپراتور یا راننده جابجایی تجهیزات

عیب در نظارت و کنترل عملیات

معایب ساختمانی و تأسیساتی انبار

برای جلوگیری از واژگون شدن کالاها و استحکام و قدرت پایداری انبوه کالاها، باید هر طبقه از کالاهایی را که روی هم قرار می گیرند به طرق مختلف مستحکم کرد.

همچنین نسبت ارتفاع به سطح زیرین انبوه کالاها باید به طرز صحیحی باشد تا مشکلاتی در یک قسمت یا در کل انبوه کالاها رخ ندهد.

۱۰- در انباشت و برداشت انواع مختلف کالا با موارد ذیل رعایت شود :

توجه به مشخصات فیزیکی کالاها

برای انباشت و انباشتن ( مستقر کردن و انبار کردن در یک محل) صحیح کالاها، در بدو امر لازم است که مشخصات فیزیکی کالاها بررسی شود؛ با توجه به مشخصات فیزیکی، راه و روش درستی برای نگاشت و انباشت به کار رود. انواع مشخصات ظاهری و فیزیکی کالاها زیر توضیح داده می شوند :

۱- کارتن ها: رطوبت، قدرت کارتن های مقوایی را کاهش می دهد و باعث صدمه به لایه ی زیرین یا کف کارتن می شود که منجر به واژگون شدن توده کارتن ها و خرابی کالاها و مواد می گردد. برای انباشتن کارتن ها، بویژه انباشتن کارتن ها روی پالتهای، اشکال مختلفی مانند روش آجر چینی وجود دارد که باعث می شود کارتن ها ثابت و استوار باشند و دچار ریزش و صدمه و آسیب نشوند.

۲- صندوقها (جعبه ها) : از آنجا که اغلب صندوقها یا بسته های چوبی خارجی مسلح می شوند، باید توجه داشت که چنین بستههایی محکم بوده و وزن کالاها را تحمل کنند و مناسب با وزن کالاها باشند. اشکال چیدن و روی هم گذاردن جعبه ها مانند کارتن ها است.

بطری ها و دبه های شیشه ای: در انبار سازی بطری ها و دبه های شیشه ای، خواه پر باشند یا خالی، باید توجه کرد که مقادیر کم آنها را می توان بر روی یکدیگر قرار داد و در موارد لازم از گوه استفاده کرد. همچنین می توان آنها را در صندوقها، جعبه ها، کارتن ها یا قفسه هایی که برای نگهداری آن ها طراحی شده اند انبار کرد. در صورتی که از پالت برای نگهداری آن ها استفاده می شود، باید به فاصله بطری ها و دبه های شیشه ای و شکل قرار گرفتن آن ها در کنار هم و روی هم به دقت توجه شود.

۱۱- رعایت نکات ذیل جهت نگهداری مواد شیمیایی خطرناک الزامی است:

برای نگهداری و انبار کردن مقدار زیاد مواد پر خطر به مدت طولانی، انبار داران ناگزیر به رعایت یک رشته اصول ایمنی هستند که بعضی از آنها به اختصار زیر عنوان می شود :

۱- بعضی از مواد شیمیایی خاصیت جذب اکسیژن دارند و به تدریج گرم می شوند و خود به خود آتش می گیرند.

۲- ترکیب برخی از مواد شیمیایی با یکدیگر تولید ماده سمی می کند که ممکن است خود به خود آتش بگیرد یا منفجر شود.

۳- برخی از مواد شیمیایی در صورت گرم شدن به ترکیبات سمی کشنده ای تبدیل می شوند.

۴- بعضی مواد شیمیایی خواص مختلف و خطرناکی دارند و ممکن است در تماس با اعضای بدن یا اقدام دیگری مواد موجود در انبار، ساختمان و تجهیزات حمل و نقل در انبار، اثرات نامطلوبی بر جای گذارند.

۵- لازم است انبار های مواد شیمیایی و سموم دارای ویژگی ها و شرایط خاص باشند تا از آتش سوزی و تصاعد گاز های سمی جلوگیری کنند.

برخی از این ویژگیها و شرایط عبارتند از :

محیط انبار باید خشک و عاری از رطوبت باشد، زیرا رطوبت باعث فعالیت های شیمیایی می شود.

مواد آتش زا و قابل انفجار به دور از اتصالات الکتریکی قرارداشته باشد که در صورت ایجاد اتصالات برقی و جرقه به سرعت شعله ور نشوند.

انبار باید دارای سیستم تهویه خوب و مناسب باشد و بهتر است موادی که دارای بخارات سمی هستند در نزدیکی محل تهویه قرار داشته باشند تا بخارات آن ها به سرعت به بیرون فرستاده شود.

انبار ها باید دارای تجهیزات و البسه ایمنی باشند و مواد از لحاظ میزان نشت دادن به طور مرتب مورد دقت و مراقبت قرار گیرند.

لا از کشیدن سیگار و افروختن آتش و ایجاد شعله و جرقه در محیط انبار جداً خودداری گردد.

در قفسه هایی نگهداری مواد شیمیایی، نصب برجسب های مشخص کننده الزامی است .

بطریهای محتوای مواد شیمیایی مایع در قفسه های پایین و نزدیک به کف انبار نگهداری شوند و تا در صورت سقوط به زمین و افتادن، خطر شکستن این بطریها به حداقل برسد.

کلیه راهروها و مسیرهای عبور و مرور باید باز نگهداشته شود و به هیچ وجه نباید مواد را در مسیر عبور و مرور قرارداد.

ساختمان انباری که در آن مواد آتش زا نگهداری می شود، باید بتونی و دارای ضخامت کافی باشد.

درب انبار باید به سوی بیرون باز باشد و بالاتر از کف زمین باشد تا از نشت مواد شیمیایی ریخته شده در انبار به بیرون جلوگیری گردد.

جابجایی مواد خطرناک به دقت و توجه خاص نیاز دارد تا خطر آتش سوزی ، انفجار و آلودگی محیط انبار به حداقل برسد. در بسیاری از حالت ها برای کاستن خطرات نگهداری مواد پر خطر انباری جدا از انبارهای اصلی در نظر می گیرند و چنین انباری به وسیله ی یک انباردار با تجربه و دارای دانش کافی در زمینه جابجایی و انبار کردن این قبیل مواد، اداره می شود.

هر نوع مواد شیمیایی بایستی دارای مشخصات لازم باشد که نام، خصوصیات و دستور کار استفاده از آن و خطرات آن ماده را مشخص کرده باشد و در روی ظروف محتوای آن ماده نصب گردد.

ظروف حاوی مایعات شیمیایی را نباید روی هم چید. اما میتوان آنها را در طبقات پایین تر قفسه بندی قرارداد .

چنانچه ظروف خالی مواد شیمیایی به انبار مسترد می گردد بایستی آنها را دقیقاً شستشو نمود تا عاری از مواد شیمیایی گردد.

ظروف پر را باید دور از ظروف خالی و با فاصله از یکدیگر انبار نمود. در صورت ریخت و پاش مواد شیمیایی در کف انبار بایستی بلافاصله بنحو مقتضی با مواد مناسب نسبت به خنثی سازی مواد ریخته شده و سپس نظافت محل اقدام گردد. لذا در انبارهای مواد شیمیایی باید همیشه مقداری ماده خنثی کننده بی خطر مناسب با نوع مواد موجود در انبار ، وجود داشته باشد( مثلاً در انبار اسید همیشه باید مقداری آهک در دسترس باشد)

کلیه مواد مولد اکسیژن را باید از محلی که مواد قابل احتراق یا قابل اشتعال نگهداری شود، دور نگاه داشت.

از آنجایی که استفاده از روشهای متداول اطفاء حریق برای مقابله با آتش سوزی مواد اکسید کننده چندان موثر نمی باشد لازم است که به هنگام انبار نمودن این مواد دقت کافی بعمل آید تا آنها را در محلی کاملاً مجزا و بدور از سایر مواد مخصوصاً مواد قابل اشتعال نگهداری نمود.

موادی که در حرارت معمولی ممکن است در مجاورت هوا یا بخار آب ، مشتعل یا منفجر گردند را باید در محلی جدا از سایر مواد نگهداری نمود. زم است انبار در محل مناسبی قرار داشته و دارای درب های خروج اضطراری باشد که در

روشنایی طبیعی انبارها می بایستی به گونه ای طراحی گردند که مواد شیمیایی و سموم موجود در آنها در معرض تابش مستقیم نور خورشید قرار نگیرند.

۱۲- نکات ایمنی در مورد چرخهای دستی حمل و نقل (گاری) شامل موارد زیر است :

برای حمل کالاها از چرخ دستی مناسب با حجم و وزن کالا استفاده شود.

۲- وسایل حمل و نقل که فاقد لبه نگهدارنده اند، بطور ایمن کالاها بار زده شود و یا به وسیله مناسب یا طناب بسته شوند.

چرخهای وسایل حمل و نقل ماهی یکبار چک شود و در صورت نیاز روغن کاری یا تعویض شوند.

در هنگام حرکت دادن وسایل حمل و نقل از شوخی و شیرین کاری پرهیز شود.

چرخ دستی های دارای ۴ چرخ برای حمل و نقل ایمن ترند.

در صورت استفاده از وسایل حمل و نقل دارای ۳ چرخ دقت شود اینگونه وسایل خاصیت واژگونی بیشتری دارند.

در صورت قراردادن چرخ دستی در سطح شیب دار جلو و عقب چرخ های آن را با شیئی محکم ببندید.

در هنگام استفاده از چرخ دستی های ۲ چرخ با تنظیم درست زاویه نگهداشت فشار کمتری به بدن حمل کننده آن وارد می شود.

برای از بین بردن خطرات ایجاد آتش سوزی لازم است اقدامات و تدابیر زیر به عمل آید :

منع کلی استعمال دخانیات یا استعمال دخانیات در محلهای خاص

حمل نکردن مواد خطرناک آتش زا در بطری های شیشه ای و حمل آن در محفظه های خاص

بازرسی ادواری سیم کشی ها و وسایل برقی و گرم کننده و اطمینان از سلامت آن ها

برای مقابله با حریق وجود سیستم های اعلام وسایل اطفاء حائز اهمیت است.

انبار دارویی دارای تعریف و شرایط ذیل است :

به فضاهای محصور با دیوار ، سقف عایق بندی ، کف و دیوار های محکم ( بهتر است بتونی باشد) دارای قفسه بندی که در برابر نور مستقیم محافظت شده و از نظر درجه حرارت و رطوبت تحت کنترل باشد، انبار دارویی گفته می شود.

تقسیم بندی انبار از نظر درجه حرارت

فریزر : با برودت برای بعضی از داروهای خاص مانند داروهای بیولوژیک و واکسنها

سردخانه یا (Cold place) :  $2-8^{\circ}C$

انبار خنک یا (Cold place) :  $15-18^{\circ}C$

انبار معمولی (Temperature room) درجه حرارت  $25-15$  نوسان درجه حرارت این انبار می تواند بین  $30-15^{\circ}C$  باشد.

بهترین رطوبت برای نگهداری داروها زیر ۶۰٪ می باشد و همچنین انبارها باید دارای روشنایی کافی نیز باشند.

بازرسی داخلی (Self – inspection)

وظایف انبار دار یا مسئول انباردارو به شرح ذیل است :

نظارت بر کنترل محموله ها از لحاظ آسیب دیدگی یا مخدوش بودن برچسب آنها و جداسازی داروهای مشکل دار

وارد کردن نام و مقدار کالا در دفتر موجودی یا در کارت مخصوص هر محصول یا کالا

ثبت هر محموله یا کالای وارد شده به انبار دفتر انبار و دادن شماره به آنها و درج نمودن شماره انبار و کد محصول روی هر پالت رعایت شرایط نگهداری دارو که مطابق با اطلاعات درج شده و روی برجسب محموله یا دستورالعمل شرکت وارد کننده یا نظارت بر رعایت نظافت و جلوگیری از تردد افراد متفرقه

ثبت دما و رطوبت در فرمهای مخصوص و مقایسه آن با شرایط استاندارد

نظارت بر عملکرد صحیح ماشین آلات و کنترل دستگاههای موجود در انبار (دماسنج، رطوبت سنج، تهویه، سیستم ایمنی، کولر یا چیلر و ...)

اعلام هر گونه نقص در انبار به مسئول فنی

دقت در رعایت سیستم FEFO

نظارت بر عملکرد صحیح کارگردان در انبار از قبیل جابجایی محموله ها، تخلیه بار و سایر مواد به طور مداوم و مستمر.

نظارت دقیق بر نگهداری داروهای مرجوعی، ضایعات و ریکال (Recall)

نظارت بر انبار گردانی سالیانه

ایمنی انبار دارو بایستی دارای شرایط ذیل باشد :

مراقبت های لازم در خصوص جلوگیری از ورود افراد غیر مجاز به انبار باید در نظر گرفته شود .

ساختمان انبار ها باید محکم باشد

سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد. کف و دیوارها بهتر است بتونی بوده بنحویکه براساس تردد لیتفراک و یا پرسنل تخریب نشود و ایجاد گرد و غبار نکنند.

کف، دیوار ها و سقف باید فاقد هر گونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات، حیوانات موزی و پرندگان جلوگیری بعمل آید. کف و دیوارها باید قابل نظافت باشد . جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستشوی انبار جدا خودداری شود.

چاهک های فاضلاب در انبار ها باید دارای درپوش و وضعیت ظاهری مناسب باشند .

قفسه بندی انبار باید مناسب باشد و بصورتی که از برگشت بسته ها و پالت ها جلوگیری شود. قفسه بندی مناسب باعث چیدمان صحیح بسته ها و کمک به نظافت بهتر انبار خواهد شد و همچنین روش قرار گیری محموله باید به گونه ای باشد که سیستم (First Expired –First out ) به راحتی قابل اجرا باشد.

میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.

محل نگهداری داروهای ریکال Recal و ضایعاتی باید مجزا و دارای حفاظ باشد.

انباری مجزا با ایمنی مناسب (سیستم اعلام و اطفاء حریق لامپهای ضد جرقه، کلید برق خارج از محوطه انبار و گردش هوای مناسب) جهت نگهداری محصولات قابل اشتعال وجود داشته باشد.

انباری مجزا و اختصاصی جهت نگهداری داروهای مخدر، بیودارو ها و داروهای سمی باید وجود داشته باشد. در انبار داروهای مخدر باید علاوه بر مسائل ایمنی، تمهیدات امنیتی نیز مطابق با دستورالعمل اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر لحاظ شود.

محل مناسب با تجهیزات کامل سرمایشی و ثبت دما جهت نگهداری داروهای حساس به دما (یخچالی ، فریزری) ایجاد شود نشانگرهای دما باید در نقاطی قرار گیرند که احتمال حداکثر نوسانات در آن مناطق وجود دارد.

محموله های دارویی باید به گونه ای حمل و انبار شوند که از ایجاد هر گونه احتمال آلودگی یا اختلاط جلوگیری بعمل آید.

هواکش های انبار مجهز به قاب توری یا کرکره بوده و در نقاط مختلف انبار نصب و تمامی روز روشن باشند .

جهت نظافت انبار جاروبرقی صنعتی به تعداد کافی موجود باشد و وسایل گردگیری در محل های مناسب و مشخص قرار گیرد.

انبار باید دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب بوده و تعداد مناسب دماسنج و رطوبت سنج در اقصا نقاط انبار جهت ثبت و کنترل دما و رطوبت موجود باشد. استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی غیر مجاز باشد. پیشنهاد می شود در صورت امکان از سیستمهای **Air handling unit**

**AHU** استفاده شود. تمامی دماسنج ها و رطوبت سنج ها باید در فواصل زمانی مناسب کالیبره شوند.

انبارها باید دارای سیستم اعلام و اطفاء حریق بوده و تابلوی راهنما جهت استفاده از وسایل ایمنی در کنار آن ها وجود داشته باشد.

کلیه پرسنل انبار ها باید دوره های آموزشی عملی اطفاء حریق را طی کرده و کار خود تجربه و مهارت کافی را داشته باشد.

وجود شیر آب و یا سینک ظرفشویی داخل انبار به علت با رفتن رطوبت و ایجاد آلودگی مجاز نمی باشد.

سمپاشی داخل انبار ها ممنوع است و باید از روش های تله گذاری استفاده شود، در صورت نیاز به سم پاشی (به علت افزایش تعداد جوندگان، حشرات و گزندگان) می بایست کلیه فرآورده های سلامت از انبار خارج شده و بعد از سم پاشی و تهویه هوای انبار به مدت ۲۴ ساعت دوبار به انبار برگردانده شوند. در این مدت فرآورده ها باید در جای مناسب نگهداری گردند. استفاده از سمومی که بخار و گازهای فرار تولید می کنند حتی الامکان ممنوع می باشد.

بازدید دوره ای انبار به صورت فصلی توسط مسول بهداشت حرفه ای، مسئول انبار و مدیریت راند شده ، نواقص مشخص اقدامات اصلاحی لحاظ گردد. امکانات و تسهیلات: چک لیست ایمنی انبار ، تجهیزات و قفسه های سالم و فیکس شده ، تجهیزات حمل دستی ، جک پالت، سیستم اعلام حریق ،

کپسول های اطفاء حریق ، نردبان سالم، منابع روشنایی حفاظ دارو ..

منابع / مراجع:

کتاب : دکتر سید محمد سید حسینی ، همان مأخذ فصل سیزدهم

ایمنی انبار ، تهران، نشریه واحد ایمنی و بهداشت گروه کارخانجات صنعتی شهید حسن باقری

سیستم های خرید و انبار داری « تألیف عی اصغر انواری رستمی و مرتضی صفری عراقی ، تهران: طراحان نشر: تابستان ۱۳۷۱ ص ۱۳۳-۱۳۲

ایمنی در انبار ، تألیف بابک کاظمی ، چاپ دوم ، اسفند ۱۳۸۹ ، نشر پشتون .

مسائل ایمنی مربوط به نگهداری مواد و کالاها در انبار تألیف بابک کاظمی ، چاپ دوم ، اسفند ۱۳۸۹ ، نشر پشتون .

مقاله انبارش ، آموزش مدیریت انبار، اموال ، تدارکات و پشتیبانی

استاندار GMP

آیین نامه اجرایی کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی موضوع نامه شماره ۳۲۰۱ ت ۱۹۳۷۸ مورخ ۱۳۷۸/۶/۱۶

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجائی	تهیه کنندگان : مهدیه سیدی - مهدیه سیدی - مریم حیدری نژاد - پدالله زندی - فرزانه امیری
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: انباردار تدارکات - تدارکات - انباردار تجهیزات - کارشناس بهداشت - مسئول تاسیسات و ساختمان - مسول بهبود کیفیت



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-NM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	نظارت بر اداره امور بخش های بالینی
هدف:	۱- افزایش سطح کیفی خدمات ها- ۲- ارتقاء بهبود مستمر مراقبت های پرستاری - ۳- نظارت هدفمند و برنامه ریزی شده
کارکنان مرتبط:	کلید بخش های بالینی
تعاریف:	----
صاحبان فرآیند:	سوپروایزر شیفت ها- سرپرستاران - مسئولین شیفت - مدیر پرستاری
قوانین و مقررات مربوطه:	----
منابع و امکانات لازم:	چک لیست ها - شرح وظایف وزارت بهداشت
شرح فعالیت:	
<p>۱- مترون با همکاری و مشارکت سوپروایزران و سرپرستاران برنامه زمان بندی مدون برای کنترل و نظارت فعالیت بالینی را تدوین می نمایند.</p> <p>۲- چک لیست راند سوپروایزری براساس دستورالعمل های استاندارد مراقبتی پرستاری ابلاغی تدوین و مورد استفاده قرار می گیرد.</p> <p>۳- بازدید مستمر از بخش ها طبق برنامه زمان بندی توسط سوپروایزرین براساس چک لیست انجام می گردد.</p> <p>۴- سوپروایزرین نتیجه بازدید های انجام شده را به مترون بصورت هرشیفت در دفتر گزارش مربوطه ثبت می نمایند .</p> <p>۵- مترون با مشارکت سرپرستاران نتایج را بررسی و پایش می کند و بطور فصلی ارزیابی می کند و مداخلات و اقدامات اصلاحی را برنامه ریزی می کند.</p> <p>۶- اثر بخشی اقدامات اصلاحی در پایش های دوره ای سوپروایزرین بررسی می شود.</p> <p>۷- گزارش بصورت روزانه به مدیریت و ریاست بیمارستان از فعالیت بیمارستان در طی ۲۴ ساعت گذشته توسط مترون ارائه می شود.</p>	

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - رضوان اسلامیت - مهدیه ربانی آزاده موقرزاده	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر - سوپروایزر	مدیر بیمارستان	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی



کد روش اجرایی: PRO-NM-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	نظارت بر انتقال درون بخشی و بین بخشی بیماران
هدف:	۱- افزایش سطح کیفی خدمات ۲- ارتقاء بهبود مستمر مراقبت های پرستاری ۳- ارتقا ایمنی و رضایت گیرنده خدمت
کارکنان مرتبط:	کلیه بخش های بالینی
تعاریف:	-
صاحبان فرآیند:	سوروایزر شیفت ها- سرپرستاران- مسئولین شیفت- مدیر پرستاری
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل های مراقبت پرستاری
منابع و امکانات لازم:	-

. شرح فعالیت:

**الف) نحوه جابجایی درون بخشی بیماران**

- ۱- پرستار/ مامای مسئول بیمار بایستی دلیل جابجایی درون بخشی را به بیمار توضیح دهد (ورود بیمار جدید، ایزوله کردن بیمار طبق دستور پزشک، پیشگیری از انتقال عفونت، درخواست بیمار).
- ۲- پرستار/ مامای مسئول بیمار با همراهی کادر کمکی بعد از اطمینان از آماده شدن تخت مورد نظر، بایستی با رعایت ایمنی اتصالات موجود بیمار، اقدام به انتقال وی نماید.
- ۳- پرستار/ مامای مسئول بیمار با توجه به شرایط بیمار (وابسته به اکسیژن، توانایی راه رفتن) بایستی بیمار را با استفاده تخت/برانکارد/ ویلچر وی یا آغوش مادر بیمار به تخت مورد نظر منتقل نماید
- ۴- پرستار/ مامای مسئول بیمار در هنگام انتقال بایستی تمامی مدارک مربوط به بیمار (پرونده، چارت بالای سر، گرافیهها) را به تخت جدید منتقل نماید. پرستار/ مامای مسئول بیمار / مسئول شیفت پس از قرار گرفتن بیمار در تخت مورد نظر باید مشخصات وی در سیستم HIS (HOSPITAL INFORMATION SISTEM) را اصلاح می نماید.
- ۵- پرستار/ ماما بایستی شماره کاردکس، کارت دارویی، چارت بالای سر و تابلوی بالای سر بیمار را در تخت جدید اصلاح نماید.

**ب) نحوه جابجایی بین بخشی بیماران**

- ۱- پزشک باید دستور انتقال بیمار به بخش دیگر را در پرونده ثبت نماید.
- ۲- مسئول شیفت باید دستور پزشک در مورد انتقال بیمار به بخش دیگر را چک نماید.
- ۳- مسئول شیفت با هماهنگی و دستور سوپروایزر شیفت، بایستی مورد انتقال را به پذیرش اطلاع دهد و پذیرش با بخش مقصد هماهنگ نموده تا در

- صورت وجود تخت خالی مورد را به بخش مبدا اطلاع و پرستار مسئول بیمار در بخش مبدا هماهنگی لازم را جهت انتقال بیمار از بخش مبدا به مقصد با پرستار مسئول شیفت بخش مقصد انجام می دهد
- ۴- مسئول بخش/ جانشین مسئول/ شیفت بایستی در صورت نبود تخت خالی در بخش مورد نظر، مراتب را به سوپروایزر شیفت اطلاع دهد.
- ۶- پرستار/ مامای مسئول بیمار بایستی علت جابجایی به بخش دیگر را برای بیمار و همراه وی توضیح دهد.
- ۷- پرستار/ مامای مسئول بیمار در صورت نیاز، باید علایم حیاتی بیمار قبل از انتقال را چک و وضعیت بیمار را تثبیت نماید. و در حین انتقال مرتب کنترل کند.
- ۸- پرستار/ مامای مسئول شیفت بخش مبدا بایستی وضعیت عمومی و بالینی بیمار را به مسئول شیفت بخش مقصد اطلاع دهد.
- ۹- بیماران مشکوک و مبتلا به کرونا و ویروس با رعایت احتیاطات هوایی و تماسی شامل پوشیدن ماسک N95، محافظ چشم و صورت / عینک، دستکش و گان به بخش ایزوله منتقل میشوند.
- ۱۰- پرستار/ مامای مسئول بیمار بایستی تجهیزات لازم جهت انتقال ایمن شامل برانکارد و ویلچر دارای کمربند، کپسول اکسیژن، آمبویگ، پالس اکسیمتر، جامبگ و ... را آماده نماید..
- ۱۱- پرستار/ مامای مسئول بیمار بایستی وضعیت بیمار را از ابتدای شیفت تا لحظه انتقال به بخش دیگر در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- ۱۲- پرستار/ مامای آگاه به وضعیت بیمار و حتی المقدور بیمار بر همگن، نیروی کمک بهیار، خدمات (بایستی بیمار را حتی الامکان با استفاده برانکارد/ ویلچر پس از بستن کمربند به بخش مربوطه انتقال نمایند.
- ۱۳- پرستار/ مامای آگاه به وضعیت بیمار و بیمار بر نیروی کمک بهیار، خدمات بایستی در حین انتقال حریم خصوصی بیمار را حفظ نمایند.
- ۱۴- مسئول شیفت بخش مقصد بایستی بیمار و مدارک بالینی همراه وی شامل پرونده بستری، کاردکس، کارت دارویی، گرافیهها، مدارک بیمار، داروهای شخصی را از پرستار/ ماما بخش مبدا تحویل و ثبت نماید.
- ۱۵- پرسنل بخش مقصد بایستی بیمار را با رعایت اصول ایمنی به تخت مورد نظر انتقال نمایند.
- ۱۶- پرستار/ مامای مسئول بیمار بخش مبدا بابت تحویل بیمار بر اساس معیار SBAR به پرستار یا مامای مسئول شیفت تحویل می دهد
- ۱۷- پرستار/ مامای ب مسئول بیمار در بخش مقصد بایستی وضعیت هنگام تحویل بیمار را چک و در گزارش پرستاری ثبت نماید.
- ۱۸- پرستار/ مامای مسئول بیمار در بخش مقصد، باید آموزشهای اختصاصی بدو ورود و آموزش خود مراقبتی را به بیمار ارائه و در گزارش پرستاری ثبت نماید.
۱۹. در تمامی مراحل انتقال بیمار، باید حقوق گیرندگان خدمت توسط پرسنل بخشهای مبدا و مقصد رعایت شود.
- ۲۰- سوپروایزر بر روند انتقال بین بخشی بیمار نظارت می نماید و از اجرای صحیح فرایند انتقال اطمینان حاصل می نماید .

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - رضوان اسلامیت - مهدیه ربانی آزاده موقرزاده	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر - سوپروایزر	مدیر بیمارستان	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-NM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	نظارت بر اداره امور بخش های بالینی
هدف:	۱-افزایش سطح کیفی خدمات ۲- ارتقاء بهبود مستمر مراقبت های پرستاری ۳- نظارت هدفمند و برنامه ریزی شده
کارکنان مرتبط:	کلیه بخش های بالینی
تعاریف:	----
صاحبان فرآیند:	سوروایزر شیفت ها - سرپرستاران - مسئولین شیفت - مدیر پرستاری
قوانین و مقررات مربوطه:	----
منابع و امکانات لازم:	چک لیست ها - شرح وظایف وزارت بهداشت
شرح فعالیت:	
<p>۱- مترون با همکاری و مشارکت سوروایزران و سرپرستاران برنامه زمان بندی مدون برای کنترل و نظارت فعالیت بالینی را تدوین می نمایند.</p> <p>۲- چک لیست راند سوروایزری براساس دستورالعمل های استاندارد مراقبتی پرستاری ابلاغی تدوین و مورد استفاده قرار می گیرد.</p> <p>۳- بازدید مستمر از بخش ها طبق برنامه زمان بندی توسط سوروایزرین براساس چک لیست انجام می گردد.</p> <p>۴- سوروایزرین نتیجه بازدید های انجام شده را به مترون بصورت هر شیفت در دفتر گزارش مربوطه ثبت می نمایند .</p> <p>۵- مترون با مشارکت سرپرستاران نتایج را بررسی و پایش می کند و بطور فصلی ارزیابی می کند و مداخلات و اقدامات اصلاحی را برنامه ریزی می کند.</p> <p>۶- اثر بخشی اقدامات اصلاحی در پایش های دوره ای سوروایزرین بررسی می شود.</p> <p>۷- گزارش بصورت روزانه به مدیریت و ریاست بیمارستان از فعالیت بیمارستان در طی ۲۴ ساعت گذشته توسط مترون ارائه می شود.</p>	

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - رضوان اسلامیت - مهدیه ربانی آزاده موقرزاده	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مدیر پرستاری - سوروایزر آموزشی - سوروایزر - سوروایزر - سوروایزر	مدیر بیمارستان	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: ۳-PRO-NM

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۴

عنوان روش اجرایی:	نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات خارج از بیمارستان
هدف:	ارتقاء ایمنی بیمار و اطمینان از اجرای اقدامات درمانی مورد نیاز بیمار
کارکنان مرتبط:	کل بخش های بالینی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	سوپروایزر - مدیر پرستاری
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل های مراقبت های پرستاری
منابع و امکانات لازم:	فرم دستورات پزشک - آمبولانس مجهز - دفتر گزارش سوپروایزری
شرح فعالیت:	
<p>۱- مدیر پرستاری فهرستی از خدمات مورد نیاز بیماران بستری در خارج از بیمارستان را به بخش ها ابلاغ می نماید .</p> <p>۲- مسئول بیمار در خصوص دستور پزشک مبنی بر انتقال موقت بیمار به منظور اخذ خدمت خارج از بیمارستان و آمادگی بیمار را ، به سوپروایزر کشیک اطلاع می دهد.</p> <p>۳- پرستار مسئول بیمار با هماهنگی سوپروایزر کشیک ابتدا با مرکز درمانی مقصد جهت نوبتدهی انجام خدمت و سپس با واحد نقلیه (جهت آماده شدن آمبولانس و با پرستار /مامای اعزام) داخل و یا خارج از بخش) هماهنگ می کند</p> <p>۴- سوپروایزر کشیک از تکمیل تجهیزات آمبولانس اطمینان حاصل می نماید .</p> <p>۵- پرستار /مامای مسئول بیمار علت انتقال موقت بیمار به خارج از بیمارستان جهت اخذ خدمت را به بیمار /همراه وی توضیح دهد.</p> <p>۶- پرستار /مامای مسئول بیمار علایم حیاتی بیمار را قبل از انتقال چک و وضعیت بیمار را تثبیت نماید.</p> <p>۷- پرستار /مامای اعزام بایستی با استفاده از تجهیزات لازم بیمار را با رعایت اصول ایمنی از بخش به آمبولانس مجهز جهت اخذ خدمات خارج از مرکز همراهی نماید.</p> <p>۹- پرستار /مامای مسئول بیمار، بایستی مدارک لازم ( پرونده، دستور پزشک، کپی شرح حال بیمار، گرافیه های موجود و تایید خروج حسابداری جهت انتقال موقت بیمار به خارج از بیمارستان به منظور اخذ خدمات لازم را به پرستار/ماما اعزام تحویل دهد.</p> <p>۱۰- پرستار /مامای اعزام و بیمار(بر) تا حد امکان همگن) بایستی با برانکاردر یا ویلچر پس از بستن کمربند با آمبولانس بیمار را به خارج از بیمارستان انتقال دهند.</p> <p>۱۲- پرستار /مامای اعزام باید وضعیت بیمار را از ابتدای انتقال تا اتمام انجام خدمت پاراکلینیکی کنترل نماید.</p> <p>۱۳- پرستار /مامای اعزام بایستی پس از اتمام انجام خدمت پاراکلینیکی، هماهنگی لازم را با سوپروایزر کشیک بیمارستان مبداء جهت فرستادن آمبولانس به منظور بازگردان بیمار انجام دهد</p> <p>۱۴- پرستار /مامای اعزام بایستی پس از اتمام انجام خدمت پاراکلینیکی مورد نظر بیمار را با رعایت موارد ایمنی به بیمارستان مبداء و بخش مبدا منتقل نماید.</p> <p>تبصره: تمامی خدمات درمانی / مراقبتی / تشخیصی ، انتقال و اعزام بیماران مبتلا به کوید، الزاما با رعایت استاندارد های بهداشتی و کنترل عفونت</p>	

و با رعایت کامل حفاظت فردی انجام میشود .

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان: حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - رضوان اسلامیت - مهدیه ربانی آزاده موقرزاده فرزانه امیری
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر - مسنول بهبود کیفیت

کد روش اجرایی: PRO-NM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	نظارت بر انجام مشاوره های اورژانس و غیر اورژانسی در بیمارستان
هدف:	ایمنی بیمار - اطمینان از ارائه خدمات مناسب و مستمر و به موقع به بیمار
کارکنان مرتبط:	کلیه بخش های بالینی - سوپروایزرین
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	سوپروایزر شیفت ها - سرپرستاران - مدیر پرستاری
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	دستورالعمل محدوده زمانی انجام مشاوره جهت بیماران
شرح فعالیت:	
۱- دفتر پرستاری فهرست پزشکان آنکال هر ماه را با هماهنگی روسای بخش های بالینی تدوین و قبل از آغاز ماه به بخش ها اطلاع رسانی نموده و به رویت و تایید پزشکان مربوطه می رساند .	
۲- پزشک معالج دستور مشاوره را با ذکر نوع مشاوره ، در پرونده بیمار ثبت می کند .	
۳- پزشک معالج فرم درخواست مشاوره را با تعیین نوع مشاوره اورژانس یا غیر اورژانس در دوبرگ تکمیل می نماید .	
۴- پرستار مسئول بیمار دستور مشاوره را در برگه دستورات پزشک چک مارک می نماید .	
۵- پرستار مسئول بیمار انجام مشاوره بیمار را با توجه به نوع مشاوره پیگیری نموده و طبق لیست آنکالی با پزشک مشاور تماس می گیرد و در خصوص وضعیت بیمار و دستور نوع مشاوره با پزشک مشاور هماهنگی لازم را انجام می دهد .	
۶- محدوده زمانی انجام مشاوره به شرح زیر می باشد :	
<b>مشاوره اورژانس در صورت مقیم بودن پزشک مشاور ۱۰ دقیقه در صورت غیر مقیم بودن پزشک مشاور ۳۰ دقیقه</b>	
<b>مشاوره فوریتی ۲ ساعت</b>	
<b>مشاوره غیر اورژانسی ۴ ساعت</b>	
۷- پرستار مسئول بیمار در صورت عدم انجام مشاوره در مدت زمان تعیین شده با توجه به نوع مشاوره و دستورالعمل محدوده زمانی مورد را به سوپروایزر شیفت گزارش می دهد .	
۸- سوپروایزر کشیک انجام مشاوره را پیگیری می نماید .	
۹- پرستار مسئول بیمار در صورت عدم پاسخگویی پزشک مشاوره اول با پزشک مشاور دوم در برنامه آنکالی تماس می گیرد .	
۱۰- پرستار مسئول بیمار مشاوره در محدوده زمانی مشخص بر بالین بیمار حاضر میشود .	
۱۱- پرستار مسئول بیمار پزشک مشاور را به بیمار معرفی می نماید	

۱۱- پزشک مشاور ضمن حضور بر بالین بیمار و معاینه وی ، فرم مشاوره را تکمیل و دستورات لازم را در فرم مشاوره ثبت می نماید .

۱۲- پرستار مسئول بیمار نتیجه مشاوره را به اطلاع پزشک معالج می رساند

۱۳- پرستار مسئول بیمار ثبت مراحل مشاوره را ضمن ذکر تاریخ و ساعت دقیق در گزارش پرستاری و دفتر بخش ثبت می نماید .

۱۴- پزشک معالج برگ مشاوره را رویت نموده و در صورت صلاحدید دستورات پزشکی لازم را در پرونده بیمار درج می نماید- .

۱۵- پرستارمسئول بیمار دستورات را چک نموده و نسبت به اجرای آنها اقدام می نماید.

۱۶- پرستار مسئول در صورت عدم حضور پزشک مشاور بر بالین بیمار مراتب را به سوپروایزر شیفت اطلاع می دهد .

۱۷- سوپروایزر شیفت سریعاً مورد را پیگیری و ضمن انجام هماهنگی های لازم با پزشک معالج مورد عدم حضور پزشک انکال را به اطلاع ریاست بخش مربوطه ی رساند و در صورت عدم پاسخدهی ایشان ، به ریاست بیمارستان اطلاع می دهد .

\* یادآوری :مشاوره های های تخصصی اورژانسی بایستی بر بالین بیمار صورت پذیرد اما در صورت وضعیت بحرانی دستورات تلفنی تا زمان حضور بلادرنگ در بالین بیمار قابل اجرا میباشد .بدیهی است تمامی دستورات تلفنی بایستی توسط پزشک مشاور در پرونده بیمار ثبت شود . پایش مدت زمان و نحوه انجام مشاوره های اورژانسی به عنوان یکی از شاخص های مهم به منظور ارتقای روند سرعت و کیفیت مشاوره های اورژانسی به تفکیک سرویسهای تخصصی انجام میشود

برگه مشاوره بایستی ممهور به مهر و امضا و تاریخ و ساعت پزشک مشاور باشد .بدیهی است دستورات فوری برای اقدامات نجاتدهنده حیات بیماران توسط پزشک مشاور در شرایط بحرانی نیازی به اطلاع رسانی / اخذ تایید پزشک معالج ندارد.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان : حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - رضوان اسلامیت - مهدیه ربانی آزاده موقرزاده
سمت:ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر -



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-NM-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

تعداد صفحه: ۲

عنوان روش اجرایی:	نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها
هدف:	بهبود مستمر در ارائه خدمات به بیمار - ایجاد محیطی عاری از خشونت بین کارکنان
کارکنان مرتبط:	بخش های بالینی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	سرپرستاران - سوپروایزر - مدیر پرستاری
قوانین و مقررات مربوطه:	-
منابع و امکانات لازم:	نیروی انسانی آموزش دیده - تجهیزات کافی در بخش ها
شرح فعالیت:	
۱- سوپروایزر کشیک در صورت نیاز بر روند انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر و سایر ارتباطات بین بخشی (درخواست نیرو/ تجهیزات/ لوازم/ دارو و نظارت می نماید .	
۲- در صورت نیاز به تجهیزات پزشکی در بخش مقصد و عدم امکان همکاری بخش پشتیبان، سوپروایزر کشیک جهت تأمین اقالم درخواستی هماهنگی الزم را با سایر بخشها انجام میدهد.	
۳- سوپروایزر کشیک بر روند تهیه اقالم دارویی خاص از سایر بخشها/ داروخانه توسط مسئول بخش/ شیفت نظارت مینماید و در شیفت عصر و شب سوپروایزر جهت تهیه دارو با آنکال داروخانه تماس حاصل می نماید.	
۴- سوپروایزر کشیک پس از راند بالینی در شروع شیفت از حجم کاری بخشها مطلع و نسبت به تأمین نیروی انسانی به صورت جابجایی افراد مورد نیاز اقدام مینماید.	
۵- در صورت بروز هر گونه مشکل در جهت دریافت خدمات پاراکلینیک اورژانس، مورد توسط مسئول بخش/شیفت به سوپروایزر کشیک اطلاع داده میشود.	
۶- در صورت نیاز سوپروایزر کشیک جهت حل مشکل با مسئول بخش واحد مورد نظر تماس میگیرد.	
۷- 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.	
۸- 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 الزم را ارائه مینمایند.	
۹- مدیر پرستاری مسائل و مشکلات غیر قابل حل در حوزه پرستاری را به حوزه تیم مدیریت اجرایی منتقل مینمایند.	

- ۱۰-مدیر پرستاری چالش های بین بخشی که در جلسات تفاهمی و هم اندیشی اولیه به توافق نرسیده و یا نیازمند تامین منابع است در جلسات تیم مدیریت و رهبری طرح می نماید
- ۱۱-تیم مدیریت و رهبری با محوریت رئیس بیمارستان جهت اخذ تصمیمات و رفع موارد عدم انطباق /تامین منابع مورد نیاز اقدام می نماید
- ۱۲-مدیر پرستاری جهت برقراری ارتباطات بهینه بین بخشهای بالینی و پاراکلینیکی، با مسئولین این بخشها جلسات مذاکره/مشاوره برگزار مینماید.
- ۱۳-مدیر پرستاری بر روند تعامل بین بخشها نظارت کامل و ۲۴ ساعته (حضور و تلفنی)مینماید.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهدیه مهدی پور - رضوان اسلامیت - مهدیه ربانی آزاده موقرزاده	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت:ریاست بیمارستان
مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر - سوپروایزر - سوپروایزر	مدیر بیمارستان	

کد دستورالعمل : INS-EHM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری 1401/8/1

تاریخ بازنگری بعدی: 1402/8/1

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	نظافت ، شستشو، گند زدایی ولکه زدایی بخش ها و واحد ها
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
منابع و امکانات لازم:	برنامه واشینگ ، -دستورالعمل های شستشو ونظافت و گندزدایی و لکه زدایی - مواد شوینده - مواد ضدعفونی کننده وگندزدا- تجهیزات و سطوح کلیه بخش ها و واحد ها
منبع:	تجارب بیمارستانی
پرسنل مرتبط :	کمک پرسنل و کمک بهیار - کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر کنترل عفونت

شرح دستورالعمل :

۱- به پرسنل خدمات و کمک بهیاران توسط کارشناس بهداشت محیط با همکاری پرستار کنترل عفونت نحوه نظافت، شستشو وگندزدایی اتاق های بستری ،ایزوله ، اتاق عمل ، سرویس بهداشتی و نظافت گندزدایی تجهیزات بیمار شامل تخت، لاکر، برانکارد، لگن، اندوسکوپ و آموزشات لازم باید داده شود.

۲-دستورالعمل های شستشو، نظافت، گندزدایی ولکه زدایی کلیه بخش ها و واحد ها توسط کارشناس بهداشت محیط وپرستار کنترل عفونت تهیه شده و در معرض دید پرسنل مربوطه قرار داده شود.

۳-برنامه واشینگ کل بیمارستان بایستی بصورت ماهیانه تنظیم شود.

۴-برنامه واشینگ اتاق عمل بایستی دو هفته ای یکبار تنظیم شود.

۵-بررورد اجرای برنامه واشینگ واجرای دستورالعمل های آموزشی توسط کارشناس بهداشت محیط و پرستار کنترل عفونت نظارت شود.

۶-کلیه پرسنل کارگر و کمک بهیار در شروع فرایند نظافت - شستشو و گندزدایی بایستی به وسایل حفاظت فردی مناسب(گان - روپوش - کلاه - دستکش ) مجهز باشد.

۷-در صورت مواجهه با لکه خونی کمتر از ۳۰ سی سی بایستی با دستمال ضدعفونی جمع آوری گردد.

۸-درصورت مواجهه با لکه خونی با حجم بیشتر از ۳۰ سی سی برروی لکه خونی دستمال آب جمع کن انداخته شود سپس واتیکس ۱۰درصد در زمان ده دقیقه روی آن ریخته شده و سپس جمع آوری گردیده در سطل زباله زرد انداخته شود و در پایان تی ضدعفونی کشیده شود.

۹- در پایان بایستی دست ها شستشو وضدعفونی گردد.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد- آزاده موقرزاده - مصطفی	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی



		علینژاد
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر کنترل عفونت - نماینده خدمات

<p>کد دستورالعمل : INS-EHM-2</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان دستورالعمل:	نظافت، گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس	
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط	
امکانات لازم:	وسایل حفاظت فردی (دستکش - گان - ماسک و غیره) مواد شوینده و گندزدا	
منابع:	تجارت بیمارستان - کتابچه راهنمای گندزدای بیمارستان	
پرسنل مرتبط:	پرسنل خدمات - پرستار کنترل عفونت - کارشناس بهداشت محیط	
شرح دستورالعمل:	<p>۱- جهت شستشوی داخلی آمبولانس باید ابتدا کلید وسایل قابل حمل مانند کپسول اکسیژن، جعبه کمکهای اولیه، غیره از آمبولانس خارج شود.</p> <p>۲- شستشوی آمبولانس از قسمت های تمیز و سپس قسمت های آلوده می باشد (استفاده از دستکش، ماسک و پنبه ضرورت دارد)</p> <p>۳- قسمت های آلوده به ترشحات و خون بایستی به دقت شسته و آبکشی شود.</p> <p>۴- پس از شستشو با آب و ماده شوینده می بایست کلیه قسمت ها را با ماده گندزدای موجود در بیمارستان (واتیکس ۲٪) گندزدایی نمود.</p> <p>۵- شستن برانکاردر - تشک و در نهایت گندزدایی آنها با واتیکس ۲٪ توصیه می شود.</p> <p>۶- ضدعفونی کف، دیواره، شیشه و کلیه سطوح در تماس با بیمار با استفاده از واتیکس ۲٪ با استفاده از دستمال نظیف مربوطه انجام می شود.</p> <p>۷- شستن دست ها و ضدعفونی با محلول های هندیاب پس از پایان کار و خروج از آمبولانس ضروری می باشد.</p> <p>۸- کلیه وسایل درمانی در داخل آمبولانس با استفاده از الکل ۷۰٪ یا اسپری سریع الاثر الکلی ضدعفونی گردد.</p> <p>۹- ممنوعیت عدم استفاده از مواد خوردنی - آشامیدنی در داخل آمبولانس و عدم استعمال دخانیات رعایت شود.</p> <p>۱۰- جعبه دستمال یکبار مصرف و ماسک بهداشتی جهت پزشک و همراه و بیمار و پرسنل در داخل آمبولانس قرارداد شود.</p> <p>۱۱- در صورت مواجهه با بیماری های واگیر و عمل بیماران عفونی استفاده از ماسک و دستکش الزامی می باشد.</p>	

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - آقای جلالی ازاده موقرزاده	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - نماینده خدمات پرستار کنترل عفونت
----------------------	-----------------------	---

<p>کد دستورالعمل : INS-WM-1</p> <p>تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری : ۴</p> <p>شماره صفحه : ۱</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>
عنوان دستورالعمل :	تفکیک در مبداء پسماندهای عفونی
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
امکانات لازم:	سطل های زرد - پوسترهای راهنما - کیسه های زرد - لیست پسماندهای عفونی
منابع:	دستور کار یکسان سای و ربع ابهامات - ضوابط اجرایی مدیریت
پرسنل مرتبط :	کلیه پرسنل شاغل در بخش های درمانی - کلیه کارکنان بخش بالینی - کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت
<p>شرح دستورالعمل :</p> <p>۱- آموزشات لازم توسط کارشناس بهداشت محیط با همکاری پرستار کنترل عفونت باید به کلیه پرسنل در زمینه تفکیک پسماندهای عفونی داده شود.</p> <p>۲- کلیه پسماند های عفونی بیمارستان باید در سطل های پدال دار زرد رنگ عفونی کیسه زباله زرد جمع آوری شود.</p> <p>۳- پوستر راهنمای پسماندهای عفونی باید در بالای سطل های زرد نصب شود.</p> <p>۴- لیست انواع پسماندهای ویژه (عفونی) توسط کارشناس بهداشت محیط به تفکیک در اختیار هر بخش داده شود و بر روند تفکیک در مبداء پسماندهای عفونی توسط کارشناس بهداشت محیط نظارت شده و نواقص مربوطه گزارش شود.</p> <p>۵- قراردادن کیسه و سطل زرد در اتاق های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است، پسماندهای عفونی این مکان باید در داخل سطل زرد دارای کیسه زرد که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمات درمانی به اتاق آورده می شوند، قرارداده شوند .</p> <p>۶- پسماندهای اتاق عمل ، اتاق های ایزوله ، بخش اورژانس و آزمایشگاه عفونی محسوب می گردد این بخش ها می توان کیسه و سطل زرد قرارداد واز قراردادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری گردد.</p> <p>۷- محتوی باتل های حاوی سرم قندی و نمکی بصورت کامل استفاده نشده اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است را می توان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده ودر فاضلاب تخلیه و پاتل سرم در پسماندهای عفونی قرار گیرد.</p> <p>اختلاط هر نوع پسماند با پسماند عفونی ممنوع ودر صورت اختلاط پسماند عادی با عفونی خارج کردن آن ممنوع می باشد.</p>	

تهیه کنندگان : مریم حیدری نژاد -- رضوان اسلامیت (سوپروایزر نماینده پرستاری) - آقای علی نژاد	تائید کننده : مریم حیدری نژاد	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر - نماینده خدمات	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: ریاست بیمارستان

<p>کد دستورالعمل : INS-WM-2</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <h2 style="text-align: center;">دانشگاه علوم پزشکی کرمان</h2> <h3 style="text-align: center;">بیمارستان کرمانیا - خط مشی</h3>
عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده	
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط	
امکانات لازم:	سفتی باکس - سینی دارو - کارکنان مرتبط آموزش دیده - ترالی اورژانس	
منابع:	دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات - مدیریت پسماند های پزشکی ویژه - قانون مدیریت پسماند های پزشکی	
پرسنل مرتبط :	کلیه کارکنان بخش های بالینی - کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت	
<p>شرح دستورالعمل :</p> <p>۱- آموزشات لازم توسط کارشناس بهداشت محیط با همکاری پرستار کنترل عفونت به کلیه پرسنل بخش های درمانی در زمینه تفکیک پسماندهای تیز و برنده داده شود.</p> <p>۲- پسماندهای تیز و برنده در Safety box جمع آوری گردد و پس از پر شدن <math>\frac{3}{4}</math> Safety box جمع آوری و برچسب گذاری شده سپس به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده و سپس بی خطر سازی گردند.</p> <p>۳- سوزن سرنگ نبایستی مجدداً در پرش گذاری گردد و باید بدون دستکاری داخل safety box جمع آوری شود.</p> <p>۴- سوزن ست سرم ، جدا شده ودر safety box قرار گیرد، مابقی ست سرم و باتل سرم بعنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.</p> <p>۵- نصب safety box در اتاق های بستری و تحت نظر (مانند اورژانس) ممنوع است. پسماندهای تیز و برنده این مکان ها در داخل سفتی باکس که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شوند.</p> <p>۶- در بخش های ویژه و اتاق ایزوله ، اتاق خونگیری آزمایشگاه اتاق عمل در یونیت هر بیماری می توان safety box را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد.</p> <p>۷- کلیه پرسنل درمانی ملزم به اجرای تفکیک پسماندهای تیز و برنده در مبدا می باشند. کارشناس بهداشت محیط بر تفکیک پسماندهای تیز و برنده در بخش ها نظارت کرده و موارد نقض مربوطه را گزارش می دهد.</p> <p>۸- اختلاط هر نوع پسماند با پسماند تیز و برنده ممنوع و در صورت اختلاط خارج کردن آن ممنوع می باشد.</p>		

تهیه کنندگان : مریم حیدری نژاد - مهدیه ربانی - علی ایمانی - ناهید شجاعی - رضوان اسلامیت - حمید ثمره	تائید کننده : مریم حیدری نژاد	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
---	----------------------------------	------------------------------------

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر آزمایشگاه - سرپرستار اتاق عمل - سوپروایزر (نماینده پرستاری) - مترون
----------------------	-----------------------	---

<p>کد دستورالعمل : INS-WM-3</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>
عنوان دستورالعمل:	تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی	
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط	
امکانات لازم:	پرسنل مرتبط آموزش دیده - سطل سفید - کیسه زباله سفید - لیست پسماندهای شیمیایی دارویی	
منابع:	دستور یکسان سازی و رفع ابهامات - مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و وابسته - قانون مدیریت پسماند	
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان بخش های بالینی - پرستار کنترل عفونت - کارشناس بهداشت محیط - پرسنل داروخانه	
<p>شرح دستورالعمل:</p> <p>۱- آموزشات لازم توسط کارشناس بهداشت محیط به کلیه پرسنل در زمینه تفکیک پسماندهای شیمیایی / دارویی داده شود</p> <p>۲- کلیه پسماندهای شیمیایی / دارویی بیمارستان بایستی در سطل های سفید با کیسه زباله سفید جمع آوری شود. پس از برچسب گذاری به ساختمان امحاء زباله منتقل گردد.</p> <p>۳- لیست انواع پسماندهای ویژه بیمارستانی (شیمیایی / دارویی) بایستی توسط کارشناس بهداشت محیط به تفکیک در اختیار هر بخش داده شود.</p> <p>۴- نظارت تفکیک شیمیایی / دارویی بصورت روتین بایستی توسط کارشناس بهداشت محیط و مسئول بخش به انجام شود.</p> <p>۵- باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند بعنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.</p> <p>۶- اختلاط هر نوع پسماند با پسماند شیمیایی - دارویی ممنوع بوده و در صورت اختلاط جداسازی آن ممنوع می باشد.</p>		

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
سحر سلاجقه - ناهید شجاعی - حمید ثمره - مریم حیدری نژاد - دکتر کزگان قانعان	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
پرستار - سرپرستار اتاق عمل - مترون - کارشناس بهداشت محیط - مسئول فنی دارویی	مدیریت بهداشت	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-WM-4

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱


شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	تفکیک در مبدا پسماندهای عادی
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
امکانات لازم:	سطل آبی - کیسه زباله مشکی - پوستر راهنما - لیست پسماندهای عادی
منابع:	قانون مدیریت پسماند، ضوابط و روش های مدیریت اجرایی - پسماندهای پزشکی وابسته - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط پسماندهای پزشکی و وابسته
پرسنل مرتبط :	کلیه کارکنان بیمارستان ( اداری - درمانی - خدماتی)
شرح دستورالعمل :	
<p>۱- آموزشات لازم به توسط کارشناس بهداشت محیط بایستی به کلیه پرسنل در زمینه تفکیک پسماندهای عادی از عفونی داده شود.</p> <p>۲- کلیه اتاق های بیماران و راهروها ( به غیر از ایزوله، آزمایشگاه، اورژانس) مجهز به سطل پدال دار آبی با کیسه زباله مشکی جهت جمع آوری پسماندهای عادی بایستی باشند.</p> <p>۳- پوستر راهنمای انواع پسماندهای عادی باید در بالای سطل آبی رنگ نصب شود.</p> <p>۴- در کلیه بخش ها بیمارستان پسماندهای عادی در سطل پدال دار آبی با کیسه زباله مشکی ریخته شود.</p> <p>۵- کارشناس بهداشت محیط باید لیست انواع پسماندهای عادی را به تفکیک در اختیار هر بخش قرار دهد. و بر روند تفکیک در مبدا پسماندهای عادی نظارت کند و نواقص موجود را گزارش نماید.</p> <p>۶- وضعیت ایستگاههای پرستاری ، اورژانس ، قسمت های اداری ، آزمایشگاه مانند سایر ایستگاههای پرستاری بوده و در صورتی که قرارداد کیسه های پسماند عادی در ایستگاه های پرستاری ، باعث اختلال در فرآیند تفکیک نشود بایستی پسماندهای تولید شده در این قسمت ها عادی و سایر پسماند بخش های فوق مطابق پسماند پزشکی ویژه مدیریت می شود.</p> <p>۷- در صورت مخلوط شدن احتمالی پسماندهای عادی با سایر خارج کردن آن ممنوع است.</p>	

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - سحر سلاجقه - علی ایمانی - فرجام هاشمی - ناهید شجاعی رضوان اسلامیت - حمید ثمره - آقای علینژاد	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - رادیولوژی - سوپروایزر آزمایشگاه - پرستار - سرپرستار اتاق عمل - سوپروایزر - مترون - نماینده خدمات
----------------------	-----------------------	--

<p>کد دستورالعمل: INS-WM-5</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
--	---	---

عنوان دستورالعمل:	جمع آوری و نگهداری موقت انواع پسماند ها درون بخش ها
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
امکانات لازم:	کیسه های آبی رنگ - زرد رنگ - برچسب مخصوص پسماند عادی و عفونی - بین های آبی رنگ - بین زرد رنگ - سفتی باکس - محل نگهداری موقت پسماند در بخش ها
منابع:	قانون مدیریت پسماند های پزشکی - دستورالعمل یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای ضوابط و روش های مدیریت پسماند های پزشکی
پرسنل مرتبط:	کلیه پرسنل خدمات شاغل در بخش های درمانی - پرستار کنترل عفونت - کارشناس بهداشت محیط

شرح دستورالعمل:

۱- پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  کیسه های آبی رنگ محتوی پسماند عادی باید درب آنها بدون فشار دادن بسته شود و برچسب مخصوص پسماند عادی بر روی هر کیسه زده شود و در بین های آبی رنگ مخصوص حمل پسماند عادی نگهداری گردد.

۲- پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  کیسه های زرد رنگ محتوی پسماند های عفونی باید درب آن ها بدون فشار دادن بسته و برچسب مخصوص پسماند عفونی بر روی هر کیسه زده شود و در بین های زرد رنگ مخصوص حمل پسماند عفونی نگهداری گردد. کلیه پسماند های شیمیایی / دارویی در داروخانه بیمارستان جمع آوری گردد و تا انتقال به ساختمان امحاء زباله در داروخانه نگهداری شود.

۳- کلیه سفتی باکس ها در بخش های درمانی پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  آنها بطور کامل پلمب شوند و پس از زدن برچسب در محل نگهداری موقت پسماند در بخش نگهداری گردند.

۴- پرسنل خدمات بایستی سطل های پسماند را در پایان هر شیفت شستشو و گندزدایی نمایند.

تهیه کنندگان:	تأیید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - سحر سلاجقه - علی ایمانی - فرجام هاشمی - ناهید شجاعی رضوان	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی

		اسلامیت - حمید ثمره - آقای چراغپور
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: کارشناس بهداشت محیط - رادیولوژی - سوپروایزر آزمایشگاه - پرستار - سرپرستار اتاق عمل - سوپروایزر - مترون - نماینده خدمات

<p>کد دستورالعمل: INS-WM-6</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>			 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>		<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>	
عنوان دستورالعمل:			بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده			
مسئولیت اجرا:			کارشناس بهداشت محیط			
امکانات لازم:			دستگاه امحاء زباله - کیسه زرد - خدمات شهرداری - برگه های تست شیمیایی عملکرد دستگاه - دفتر مخصوص تست های عملکرد دستگاه اتوکلاو - مستندات آنالیز میکروبی پسماندهای عفونی			
منابع:			قانون مدیریت پسماند های پزشکی - اظهارنامه بی خطر سازی پسماند های پزشکی			
پرسنل مرتبط:			پرسنل امحاء زباله - کارشناس بهداشت محیط - پرسنل آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاه معتمد			
شرح دستورالعمل:						
<p>۱- کیسه زباله های زرد رنگ حاوی پسماند عفونی بایستی توسط کاربرد در هر سیکل کاری دستگاه امحاء زباله توزین و در دفتر مربوطه ثبت گردد. و دستگاه امحاء زباله های عفونی پس از امحاء بعنوان پسماند عادی تلقی و باید توسط سازمان خدمات موتوری شهرداری ۸ روزانه جمع آوری شوند. کلیه بین های پسماندهای عفونی پس از تخلیه بایستی شستشو و گندزدایی شوند.</p> <p>۲- کلیه سفتی باکس ها (پسماند های تیز و برنده) بایستی در هر بار سیکل کاری دستگاه توزین شوند و سپس وارد خرد کن دستگاه گردند پس از خرد کردن باید عملیات امحاء روی آنها انجام گرفته و سپس بعنوان پسماند عادی تلقی می گردند و توسط سازمان خدمات موتوری شهرداری بصورت روزانه جمع آوری شوند.</p> <p>۳- به همراه سیکل های کارکرد دستگاه امحاء باید در هر شیفت کاری برگه های تست شیمیایی نیز به کار برده می شود (که در صورت تغییر رنگ مربوطه این برگه ها عملکرد دستگاه مناسب می باشد. سیکل اول تست بوویدیک و سیکل های بعدی تست کلاس شش)</p> <p>۴- آنالیز میکروبی پسماند های عفونی بایستی بصورت دوهفته یکبار توسط آزمایشگاه بیمارستان و سه ماه یکبار توسط آزمایشگاه معتمد محیط زیست به انجام برسد.</p>						
تهیه کنندگان:		تائید کننده:		ابلاغ کننده:		
مریم حیدری نژاد - علی ایمانی - رضوان اسلامیت		مریم حیدری نژاد		دکتر بهرام پورسیدی		

		حمید ثمره - حسین شور آبادی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر آزمایشگاه - سوپروایزر - مترون - پرسنل خدمات در امحاء زباله

<p>کد دستورالعمل : INS-WM-7</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p> <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</p>
عنوان دستورالعمل:	دستورالعمل دفع بهداشتی پسماند های شیمیایی دارویی	
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط	
امکانات لازم:	کیسه های پسماند شیمیایی و دارویی - برچسب شناسایی - سیمان سفید - ماده افزودنی	
منابع:	نامه شماره ۳۴۱۳۸ مورخ ۹۴/۷/۲۱ بی خطر سازی پسماند های شیمیایی دارویی ارسالی از معاونت بهداشتی قانونی مدیریت پسماند - ضوابط و روش هایی که مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی و وابسته	
پرسنل مرتبط:	کلیه پرسنل شاغل در واحد امحاء زباله - کارشناس بهداشت محیط	
شرح دستورالعمل:		
<p>۱- کیسه های پسماند شیمیایی دارویی پس از پر شدن <math>\frac{3}{4}</math> آنها با زدن برچسب شناسایی به ساختمان امحاء زباله منتقل می شوند.</p> <p>۲- پسماند های شیمیایی / دارویی پس از انتقال به ساختمان امحاء زباله به روش محفظه سازی دفع می گردند.</p> <p>۳- در روش محفظه سازی یک ظرف پلاستیکی را تا <math>\frac{3}{4}</math> از پسماند پر کرده و سپس روی آن سیمان سفید ریخته می شود و پس از خشک شدن ماده افزودنی درب آن محکم بسته می شود و سپس به جهت دفن بهداشتی تحویل شهرداری داده می شود.</p>		

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - آقای علینژاد - حسین شور آبادی	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی



سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - نماینده خدمات پرسنل امحاء زباله
----------------------	-----------------------	--

<p>کد دستورالعمل : INS-WM-8</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری: ۴</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان دستورالعمل:	نظارت بر عملکرد دستگاه بی خطر ساز پسماند	
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط	
امکانات لازم:	فرم بازرسی روزانه - امکانات لوازم جهت تعمیر در صورت لزوم	
منابع:	قانون مدیریت پسماند - ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی وابسته	
پرسنل مرتبط:	پرسنل شاغل در واحد امحاء پسماند - کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت - پرسنل تاسیسات	
شرح دستورالعمل:		
<p>۱- نظارت بر عملکرد دستگاه بی خطر ساز پسماند در شیفت صبح باید توسط کارشناس بهداشت محیط بیمارستان به انجام رسد.</p> <p>۲- نظارت بر عملکرد دستگاه بی خطر ساز پسماند در شیفت عصر باید توسط پرستار کنترل عفونت به انجام رسد.</p> <p>۳- در هر بار نظارت بر عملکرد دستگاه برگه بازرسی واقع در ساختمان امحاء توسط بازرسین باید امضاء شود.</p> <p>۴- در هر بار بازرسی نحوه عملکرد دستگاه کارکرد اپراتور و تست های میکروبی و شیمیایی انجام شده، باید چک شوند و در صورت بروز هر گونه نقص به مدیریت پسماند و واحد تاسیسات اطلاع داده شود.</p>		

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - یدالله زندی	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - مسئول تاسیسات و ساختمان
----------------------	-----------------------	---

<p>کد دستورالعمل : INS-WM-9</p> <p>تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱</p> <p>تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره بازنگری : ۴</p> <p>شماره صفحه : ۱</p>	 <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان دستورالعمل :	کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماند	
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط	
امکانات لازم:	بین و گالری های زرد و آبی - مواد گندزدا - آب داغ - برچسب های مرتبط	
منابع:	قانون مدیریت پسماند ضوابط و روش های مدیریت اجرایی - پسماند های پزشکی وابسته	
پرسنل مرتبط :	کلیه پرسنل خدمات شاغل در بخش های بیمارستانی - کارشناس بهداشت محیط پرستار کنترل عفونت	
شرح دستورالعمل :		
<p>۱- بین های آبی رنگ نگهداری موقت پسماند های عادی در پایان شیفت کاری تا انتهای هر بخش بایستی منتقل شود در خروجی بخش ها پسماندهای عادی به گاری آبی رنگ مخصوص حمل پسماند عادی منتقل شده و به جایگاه موقت نگهداری پسماند واقع در ساختمان امحاء زباله برده شوند.</p> <p>۲- بین های زرد رنگ نگهداری موقت پسماندهای عفونی در پایان شیفت کاری تا انتهای هر بخش بایستی منتقل شوند در خروجی بخش ها پسماندهای عفونی به گاری زرد رنگ مخصوص حمل پسماند عفونی منتقل شوند و به جایگاه موقت نگهداری پسماند واقع در ساختمان امحاء زباله برده شوند.</p> <p>۳- کلیه سطل های آبی رنگ در بخش های بیمارستان پس از پر شدن <math>\frac{3}{4}</math> کیسه های زباله آنها و یا در پایان هر شیفت کاری تعویض گردند.</p> <p>۴- در هر شیفت کاری کلیه سطل ها و بین ها و گاریهای آبی و زرد رنگ با استفاده از مواد گندزدا (هیپوکلدیت سدی 500PPM و یا رقت ۱/۱۰۰ مدت</p>		

زمان ۳ دقیقه) شسته شوند و یا با آب داغ ۸۲ درجه سانتیگراد به مدت زمان ۱۵ ثانیه آبکشی شوند.

۵- کلیه سفتی باکس ها پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  آنها پلمب و برچسب گذاری شوند و در پایان هر شیفت کاری به همراه پسماند های عفونی بهنج جایگاه موقت دفع در ساختمان امحاء زباله منتقل شوند. ظروف سفتی باکس مورد استفاده در بیمارستان به راحتی سوراخ و پاره نشوند - نفوذ ناپذیر بوده به راحتی بسته و مهر و موم شوند و حمل و نقل آنها آسان و راحت باشد.

۶- پسماند های شیمیایی/ دارویی پس از رسیدن به مقدار قابل دفع به جایگاه موقت ساختمان امحاء منتقل شوند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: مریم حیدری نژاد	تهیه کنندگان: مریم حیدری نژاد - آزاده موقرزاده - آقای علینژاد
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بهداشت	سمت: کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت - نمایند خدمات

کد روش اجرایی: PRO-PM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

## دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز
هدف:	بهبود عملکرد فرآیند دارو درمانی ادله درمان بیماران ارتقا ایمنی و سلامت آنها
کارکنان مرتبط:	کارکنان بخش های بالینی - اورژانس - اتاق عمل - داروخانه
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه - مدیریت دارویی
قوانین و مقررات مربوطه:	برنامه روزانه و آنکال پرسنل داروخانه - فهرست کارکنان داروخانه در مرکز مخابرات - استوک دارویی بخشها
منابع و امکانات لازم:	
شرح فعالیت:	
۱- داروخانه بیمارستان از ۸ صبح لغایت ۸ شب آماده خدمت رسانی به بخش های بستری و مراجعین سرپایی می باشد و در روز های تعطیل نیز از ساعت ۸ لغایت ۱۳ در بیمارستان حضور می یابند.	
۲- پرسنل داروخانه جهت ساعاتی از شبانه روز که امکان خدمات رسانی بصورت مستمر ندارند بصورت آنکال بوده و فهرست پرسنل آنکال به انضمام شماره های تماس در دفتر پرستاری و مرکز مخابرات و بخش ها نگهداری میشوند	

- ۳- مسئولین بخش ها و اتاق عمل و اورژانس داروها و اقلام مصرفی الزامی مورد نیاز خود را در ساعات حضور داروخانه تامین و در استوک دارویی بخش خود قرار می دهند ( استوک دارو و لوازم صرفی اورژانس)
- ۴- مسئول فنی داروخانه در مواقع اورژانس و نیاز به اقلام پیش بینی نشده یکی از پرسنل خود را به صورت (آنکال به بخش ها معرفی نموده و برنامه آنکالی را در معرض دید واحد ها قرار می دهد.
- ۶- پرسنل درمانی در صورت نیاز به دارو و لوازم مصرفی ، توسط هماهنگی سوپروایزر با آنکال داروخانه تماس حاصل می نمایند.
- ۷- مسئول فنی داروخانه در ساعات فعالیت داروخانه در محل حضور داشته و به صورت روزانه تمام بخش های بستری را راند می نماید ..

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان - عباس ایرانمنش - فرجام هاشمی - مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده - مریم محمد حسینی -	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه - مدیریت دارویی - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی	مسئول فنی داروخانه	

<p>کد روش اجرایی: PRO-PM-2</p> <p>تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه : ۱</p>		 <p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	
عنوان روش اجرایی:	مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت	هدف :	تامین به موقع داروهای استراتژیک بیمارستان
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان بخشهای درمانی - کارکنان داروخانه	تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه	قوانین و مقررات مربوطه:	قوانین سازمان غذا دارو
منابع و امکانات لازم:	لیست داروهای حیاتی و ضروری	شرح فعالیت:	۱- مسئول امور دارویی داروخانه با توجه به فهرست داروهای ضروری و حیاتی، نوع دارو و میزان مصرفی تعداد موجودی آنها را مشخص می نماید. ۲- مسئول و تکنیسین دارویی داروخانه بطور روزانه در روند نسخه پیچی ، داروهای موجود در داروخانه را کنترل و کمبود دارویی را به مسئول داروخانه اعلام می نماید.

- ۳- مسئول داروخانه با تعیین نقطه سفارش تعریف شده (۱/۲ دارو و لوازم پر مصرف ، ۲/۳ لوازم و دارو کم مصرف) موجودی داروخانه و انبار را کنترل می نماید.
- ۴- مسئول داروخانه در صورتیکه دارویی به نقطه سفارش خود رسیده باشد، مقدار کمبود را در ویزیت های هفتگی شرکت های دارویی یا بطور مستقیم از شرکت درخواست می نماید.
- ۵- مسئول فنی با هماهنگی مدیریت داروخانه، در صورتیکه دارویی در مقطع زمانی به طور موقت دچار کمبود گردد از طریق شرکت ها و بیمارستان های مرتبط (در شهر و یا شهرستان های دیگر) جهت رفع و یا جایگزینی داروی مربوطه اقدام می نمایند.
- ۶- مسئول فنی داروخانه در صورتیکه کمبود دارویی (بدلیل عدم تهیه) رفع نگردد مراتب را کتبا به اطلاع رئیس بیمارستان و بخش های درمانی می رساند.
- ۷- مسئول فنی در صورت کمبود دارویی ناشی از کمبود دارو در سطح کشور بوده باشد و توسط هماهنگی مدیر پرستاری با پزشک معالج مربوطه مشورت و داروی جایگزینی پیشنهاد می گردد.
- در بخش ها
- ۸- پرستار به طور روزانه داروهای بیماران را کنترل و کمبود دارویی بیمار را به استفاده از سیستم از داروخانه درخواست می نماید. ( در ساعات عدم فعالیت داروخانه پرسنل داروخانه آنکال بوده و کمبود دارویی بخش از طریق تماس توسط سوپر وایزر وقت و حضور آنکال در بیمارستان برطرف می گردد.
- ۹- پرستار استوک و کمد داروی بخش را به طور روزانه و هفتگی و کنترل تغییر و تحول انجام می دهد .
- ۱۰- پرستار در صورت کمبود دارویی کمد دارویی و استوک / لیست کمبود دارو را کتبا به اطلاع مدیر پرستاری رسانده و با تایید مدیریت بیمارستان از طریق داروخانه تهیه و جایگزین می گرداند.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان - عباس ایرانمنش - آقای عزیز - حمید ثمره مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده - فرجام هاشمی - ساره سعیدی	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه - مدیر دارویی - تکنیسین دارویی - مترون - سوپروایزر بالینی سوپروایزر پزشک اورژانس	مسئول فنی داروخانه	

<p>کد روش اجرایی: PRO-PM-3</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>		 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>	
<h1>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</h1> <h2>بیمارستان کرمانیا - خط مشی</h2>			
عنوان روش اجرایی:	خرید دارو و ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی	هدف:	تامین دارو و ملزومات و تجهیزات ایمنی اثر بخش و مقرون به صرفه
کارکنان مرتبط:	مدیریت - کارکنان داروخانه - سرپرستاران بخش های درمانی - مسئول تجهیزات پزشکی	تعاریف:	تعیین تعداد اقلام / ذخیره مصرفی / مدت تهیه کالا
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه / مسئول مدیریت دارویی	قوانین و مقررات مربوطه:	مصوبات کمیته دارو اقتصاد درمان
منابع و امکانات لازم:	فارماکوپه دارویی - صورتجلسه کمیته دارو - فرم درخواست تجهیزات و لوازم - سامانه IMED	شرح فعالیت:	۱- مسئول فنی / داروخانه / مدیریت دارویی مسئولیت تهیه کلیه داروهای مصرفی بیمارستان و تعدادی از لوازم و تجهیزات پزشکی طبق قرارداد ابر عهده دارد.

- ۲- ریاست معاونت بیمارستان با توجه به برون سپاری داروخانه اقلام و تجهیزات و لوازم پزشکی مصرفی بیمارستان را پس از تایید در کمیته دارو و اقتصاد درمان توسط مسئول تجهیزات پزشکی خریداری می نماید.
- ۳- مسئولان واحد های بالینی داروهای مورد نیاز واحد را با توجه به تجویز پزشک و ذخیره دارویی از داروخانه درخواست و تهیه می نمایند.
- ۴- مسئولان واحد های بالینی ملزومات و تجهیزات پزشکی مورد نیاز واحد های خود را در فرم درخواست ثبت و جهت تایید به مدیریت بیمارستان تحویل می دهند.
- ۵- مدیریت / معاونت بیمارستان فهرست لوازم و تجهیزات پزشکی درخواستی را در کمیته دارو و اقتصاد درمان با مشارکت اعضاء بررسی می نماید.
- ۶- مدیریت / معاونت بیمارستان موارد درخواستی تجهیزاتی را بنا به توصیه مهندسی تجهیزات پزشکی و با توجه به سامانه IMED ، براساس فارماکوپه تجهیزات پزشکی تایید می نماید.
- ۷- مسئول تدارکات براساس نقطه سفارش اقلام و تجهیزات مصرفی روزانه و ملزومات تایید شده در کمیته را توسط مدیریت بیمارستان خریداری می نماید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر مژگان قانعان	تهیه کنندگان : دکتر مژگان قانعان - عباس ایرانمنش - دکتر رامین رجایی - فاطمه بنی اسد مهدیه سیدی - فاطمه نوری آزاده موقرزاد
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول فنی داروخانه	سمت: مسئول فنی داروخانه - مدیر دارویی - مدیر مسئول تجهیزات پزشکی - مهندس تجهیزات - مسئول فنی - مسئول انبار تجهیزات انبار - مسئول تدارکات - رستار کنترل عفونت

<p>کد روش اجرایی: PRO-PM-4</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p> 
عنوان روش اجرایی:	استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی یکبار مصرف
هدف:	کاهش عوارض دارویی
کارکنان مرتبط:	داروخانه واحدهای بالینی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئولین واحد ها
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از ۹ راه حل ایمنی
منابع و امکانات لازم:	تاریخ انقضاء محصولات یکبار مصرف
شرح فعالیت:	
<p>۱- مسئول داروخانه نظارت کامل بر تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات پزشکی یکبار مصرف را بر اساس استانداردها دارد.</p>	

- ۲- مسئول تجهیزات پزشکی (کارشناس ملزومات) نظارت بر تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی را دارد .
- ۳- پرستار کنترل عفونت به نحوه استفاده از وسایل و ولوازم یکبار مصرف توسط پرسنل درمانی نظارت می نماید .
- ۴- پرستار به تاریخ انقضاء محصولات یکبار مصرف توجه می نماید.
- ۵- پرستار جهت مصرف از ویال های چند دوزی در هر نوبت از یک سر سوزن جداگانه استفاده می نماید.
- ۶- پرستار برای هر تزریق از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده می کند.
- ۷- پزشکان حتی المقدور ویال های تک دوزی تجویز می نماید.
- ۸- پرستار در هر بار اقدام به رگ گیری از یک آنژیوکت و در صورت عدم موفقیت رگ گیری از دوبار استفاده کردن آنژیوکت خودداری می نماید.
- ۹- مسئول اتاق عمل استفاده از وسایل و تجهیزات یکبار مصرف مانند لوله خرطومی قلم کوتر - پلیت را تضمین و جهت ارتقا ایمن در کار باتلهای ساکشن یکبار مصرف را جایگزین می نماید.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر قانعان - ازاده موقرزاده - حمید ثمره - ناهید شجاعی فرجام هاشمی - رضوان اسلامیت	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه - پرستار کنترل عفونت مترون - مسئول اتاق عمل - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی	مدیر بیمارستان	

کد روش اجرایی: PRO-PM-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	ارزیابی بر روند تجویز و مصرف دارو
هدف:	جلوگیری از تجویز و مصرف بی رویه دارو - مدیریت اقتصاد درمان دارو
کارکنان مرتبط:	مسئول فنی داروخانه - مدیریت دارویی
تعاریف:	سیستم ارزیابی مداومی که استفاده بهینه را تضمین می کند و روشی برای کسب اطلاعات به منظور رفع مشکلات مربوط به مصرف دارو
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	کمیته دارو درمان - پزشکان - داروساز - فارماکوپه

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول فنی داروخانه نوع و مصرف داروها را براساس مدل ABC تهیه می نماید.
- ۲- مسئول فنی داروخانه داروهای پر مصرف و پرهزینه را بر اساس اطلاعات قیمت دارو و مصرف داروها در بخش مشخص می نماید .
- ۳- اعضاء کمیته دارو( مسئول فنی - مسئول فنی داروخانه - ریاست - پزشکان ذی ربط مسئول امور دارویی) مواردی مربوط به ارزیابی مصرف داروها از جمله استفاده زیاد از داروهای گران قیمت و احتمال جایگزینی با معادل ارزان تر آن ها داروهای خاص که حجم استفاده بالا دارند مورد بررسی قرار داده و اقدامات اصلاحی توصیه شده را اخذ و به اطلاع دیگر پزشکان می رساند .
- ۴- اعضاء کمیته دارو درخصوص مصرف داروهای خارج ازفارماکوپه و گران قیمت با پزشک متخصص مربوطه مشورت در صورت عدم جایگزینی با معادل ارزان تر و یا شکل غیر تزریقی داروی تجویزی پزشک را تایید و وارد فارماکوپه نموده در استوک داروی داروخانه قرار می دهند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر مژگان قانعان	تهیه کنندگان : دکتر قانعان - حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهديه مهدي پور - رضوان اسلامیت - مهديه ربانی آزاده موقرزاده
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول فنی داروخانه	سمت: مسئول فنی داروخانه - مدیر پرستاری - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی -

کد روش اجرایی: PRO-PM-6

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

عنوان روش اجرایی:	مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارویی
هدف:	ادامه درمان و تامین دارویی بیمار کمترین هزینه و حداقل عوارض بطور اثر بخش
کارکنان مرتبط:	پزشکان - کارکنان داروخانه - کارکنان بالینی بخش های درمانی
تعاریف:	خارج از فارماکوپه داروهایی که در کمیته دارو درمان تایید گردیده وارد فارماکوپه دارویی شده اند.
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل های سازمان غذا دارو
منابع و امکانات لازم:	فهرست داروهای ایران - فارماکوپه بیمارستان



شرح فعالیت:

- مسئول فنی داروخانه کتابچه فارماکوپه الفبایی بیمارستان را پس از بازنگری سالیانه از طریق ثبت در CD به پزشکان محترم بیمارستان اطلاع رسانی می نماید تا با توجه به فارماکوپه اقلام دارویی خود را تجدید نماید.
- ۱- مسئول فنی داروخانه از بارگذاری کتابچه فارماکوپه دارویی جهت اطلاع رسانی پرسنل توسط مسئول بهبود کیفیت در سیستم بخش ها اطمینان حاصل می نماید .
- ۲- پزشک معالج جهت درمان دستورات دارویی مربوطه را صادر می نماید .
- ۳- پرستار داروهای تجویزی را که در فارماکوپه موجود نباشد در غالب فرم مخصوص به اطلاع مسئول فنی داروخانه می رساند که بصورت فایل پیوست در بازنگری های آتی مد نظر قرار گیرد .
- ۴- پرستار مسئول شیفت طی دستورالعمل های داخلی مسئول دریافت داروی بیماران بصورت تفکیک از داروخانه با نظارت مسئول فنی داروخانه می باشد که داروی تجویزی را وارد سیستم واز داروخانه تحویل می گیرد .
- ۵- مسئول فنی داروخانه / مدیریت دارویی دوز های اولیه داروی تجویزی را تهیه و با توجه به دستور پزشک در اختیار واحد درمانی قرار می دهد .
- ۶- مسئول فنی داروخانه در اولین فرصت در کمیته دارو درمان با مشارکت اعضاء و حضور پزشک معالج مربوطه به بررسی دلایل تجویز دارو توسط پزشک می پردازد .
- ۷- اعضاء کمیته براساس نیاز بیمار و با در نظر گرفتن هزینه و اثر بخش موثر / عدم وجود شکل دیگری از دارو/ در دسترس بودن عدم جایگزینی معادل ارزانتر / داروی مورد نظر را تایید و وارد فارماکوپه می گردد.
- ۸- سوپر وایزر دارویی که در فارماکوپه نمی باشد طبق دستور العمل داخلی ابلاغ شده را به اطلاع مسئول فنی داروخانه می رساند .

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده: دکتر مژگان قانعان	تهیه کنندگان: دکتر قانعان - حمید ثمره - فرجام هاشمی - مهديه مهدي پور - رضوان اسلامیت - مهديه ربانی آزاده موقرزاده
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول فنی داروخانه	سمت: مسئول فنی داروخانه - مدیریت داروخانه - مدیر مترون - سوپروایزر آموزشی - مدیر بهبود کیفیت - سوپروایزر بالینی دبیر کمیته دارو -

کد روش اجرایی: PRO-PM-7

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: 5

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



بیمارستان کارمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

عنوان روش اجرایی:	کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی
هدف:	جلوگیری از تجدید مصرف بی رویه پر هزینه و ادامه درمان اثر بخش
کارکنان مرتبط:	داروخانه - مدیریت
تعاریف:	سامانه شرکت های مجاز و استاندارد
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه
قوانین و مقررات مربوطه:	مقررات اداره کل تجهیزات پزشکی

شرح فعالیت:

- ۱- فهرست تجهیزات و ملزومات پزشکی مهندسی تجهیزات پزشکی با همکاری مدیریت دارویی فهرست تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی را تدوین و به تایید کمیته دارو و اقتصاددرمان می رساند.
- ۲- مهندس تجهیزات فهرست تجهیزات و ملزومات پزشکی مصرفی را به اطلاع بخش های بالینی می رساند.
- ۳- کمیته دارو اقتصاد درمان تجهیزات پزشکی روند درخواست و تجویز ملزومات توسط پزشک را به اطلاع آنها می رساند.
- ۴- پزشکان درخواست ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی لازمه را که خارج از فرمولاری تجهیزات می باشد را بصورت کتبی به مدیریت بیمارستان ارائه می دهند .
- ۵- مدیریت بیمارستان درخواست را در کمیته تجهیزات پزشکی مطرح و طبق نظر اعضا در صورتی که تجهیزات درخواستی با برند مورد نظر در سایت IMED ثبت شده بود با توجه به دلایل خرید با درخواست موافقت می نماید .
- ۶- مدیریت پس از تایید توسط ریاست برای تهیه تجهیزات با نمایندگی هماهنگی بعمل می آورد. صورتیکه در سایت IMED ثبت نشده بود و درخواست رد و به پزشک اطلاع داده می شود تا جایگزین مناسبی انتخاب شود.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجایی	تهیه کنندگان : دکتر مژگان قانعان -عباس ایرانمنش -دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - فرزانه امیری رضوان اسلامیت فاطمه بنی اسدی
سمت:ریاست بیمارستان	سمت: مدیریت بیمارستان	سمت: مسئول فنی داروخانه- مدیریت داروخانه - مدیر مترون - سوپروایزر آموزشی - مدیر بهبود کیفیت-سوپروایزر بالینی دبیر کمیته دارو - مسنول فنی تجهیزات پزشکی

کد روش اجرایی: PRO-PM-8

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه : 5


دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی



عنوان روش اجرایی:	فراخوان دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی ریکال
هدف :	حذف به موقع دارو و تجهیزات پزشکی مصرفی و معیوب به منظور سلامت و ارتقاء ایمنی بیمار
کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان داروخانه- کارکنان بالینی بخش های درمانی - سوپروایزر
تعاریف:	RECALL محصول دارویی که از نظر کیفیت کارایی و ایمنی دچار نقض می باشد باید سریعاً از بازار دارو جمع آوری شده و تحت بازرسی و بررسی قرار گیرد.


صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه
قوانین و مقررات مربوطه:	روش اجرایی استاندارد ریکال
منابع و امکانات لازم:	انبار ذخیره لوازم و داروی ریکال شده
شرح فعالیت:	
<p>۱- مسئولین شیفت / سرپرستاران بخش ها، در صورت مشاهده نقض در لوازم مصرفی و یا دارو آنها را با ذکر دلیل به اطلاع سوپروایزر / مدیریت می رسانند .</p> <p>۲- سوپروایزر با توجه به نواقص تایید شده ، نمونه لوازم ویا داروی معیوب را به داروخانه عودت می دهد.</p> <p>۳- مسئول فنی و مدیریت داروخانه محصولات دارویی را برحسب نوع معایب و نواقص موجود طبقه بندی می نمایند . ( معایب تهدید کننده حیات، معایب ایجاد مراقبت برگشت پذیر، معایب بدون عارضه )</p> <p>۴- مسئول فنی داروخانه مدیریت دارویی طی اطلاعیه ای از فرصت ۴۸ ساعته دارو و لوازم معیوب را توسط سرپرستاران واحد های درمانی جمع آوری و در قسمت مخصوص از انبار با برچسب گذاری موضوع ریکال نگهداری می نماید.</p> <p>۵- مسئول فنی داروخانه / مدیریت دارویی پس از طی مراحل قانونی با شرکت مربوطه تماس حاصل نموده و دارو و لوازم معیوب عودت داده می شود.</p> <p>۶- مسئول فنی داروخانه / مدیریتی دارویی در صورت دریافت نامه ریکال از شرکت ها وسازمان غذا و دارو طی نامه ای با مشخصات مربوطه(نام محصول، اندازه، شکل ، شماره سری ساخت، تاریخ انقضاء ، دلیل ریکال) موضوع ریکال را به اطلاع شرکت می رساند .</p> <p>۷- مسئول فنی داروخانه / مدیریت دارویی پس از دریافت نامه ریکال ظرف ۱ تا ۵ روز با ارسال اطلاعیه ای به واحد های درمانی موارد ریکال را از سطح بیمارستان جمع آوری و با توجه به فضای انبار، محصولات موضوع ریکال را نگهداری و پس از طی مراحل قانونی به شرکت مربوطه عودت می -فهرست داروهای ریکال کشوری در سیستم بخش ها جهت اطلاع بارگذاری شده است</p>	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان -عباس ایرانمنش -دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - فرزانه امیری رضوان اسلامیت	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه - مدیریت داروخانه - مدیر مترون - سوپروایزر آموزشی - مدیر بهبود کیفیت - سوپروایزر بالینی دبیر کمیته دارو	مسئول فنی داروخانه	

<p>کد روش اجرایی: PRO-PM-8</p> <p>تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه : 5</p>		<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p> 	
عنوان روش اجرایی:	مدیریت خطاهای دارویی	هدف :	کاهش عوارض ناشی از خطاها و حفظ ایمنی بیمار
کارکنان مرتبط:	کارکنان داروخانه - کارکنان بخش های بالینی	تعاریف:	

صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه - مسئول ایمنی
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل داروهای صحیح
منابع و امکانات لازم:	
شرح فعالیت:	
<p>۱- مسئول هماهنگ کننده ایمنی لیستی از خطاهای احتمالی دارویی را به اشتراک بخش های باینی و داروخانه می گذارد.</p> <p>۲- مسئول فنی داروخانه با مشارکت سوپروایزر آموزشی در خصوص تداخلات دارویی / عوارض / نحوه تکمیل فرم تلفیق دارویی / داروهای خود بخود متوقف شونده کلاس آموزشی جهت پرسنل درمانی برگزار می نماید.</p> <p>۳- مسئول فنی داروخانه بر روند ثبت دستورات دارویی پزشکان در بخش ها (برموردی چون خوانا بودن نام دارو - شکل دارو - راه هدف و زمان مصرف) بصورت راندوم کنترل داشته .</p> <p>۴- مسئول فنی داروخانه فهرست داروهای مشابه <b>LASA</b> / پرخطر / حیاتی در دسترس بخش های باینی قرار می دهند.</p> <p>۵- پرسنل درمانی داروهای پرخطر و مشابه واحد های خود را شناسایی و برچسب گذاری (مشابه / زرد / پرخطر = قرمز) نموده به طور جداگانه ای در کمد دارویی قرار می دهد.</p> <p>۶- پرسنل درمانی الکترولیت های با غلظت بالا (پرخطر) را شناسایی و در قفسه ای جدا از کمد دارویی قرار می دهند (ویال پتاسیم در سبد قرمز و جدا از الکترولیت های دیگر).</p> <p>۷- پرستار هنگام داروی دهی از دستورالعمل های داروهای صحیح <b>Right</b> استفاده و داروها را در زمان برداشت دارو از قفسه دارویی حین آماده نمودن دارو و مصرف دارو بر بایلین بیمار از لحاظ نام، تاریخ انقضاء و دوز و روش مصرف کنترل می نماید.</p> <p>۸- پرستار دستورات پزشک با کاردکس و کارت دارویی تطابق داده و قبل از دارو دهی بیمار شناسایی می کند .</p> <p>۹- پرستار به نحوه رقیق سازی و نگهداری داروهای مولتیپل دوز توجه می نماید .</p> <p>۱۰- پرستار در صورت ایجاد هر گونه خطای دارویی با عارضه و بدون عارضه فرم گزارش خطا را تکمیل می نماید .</p> <p>۱۱- پرستار فرمهای <b>ADR</b> را جهت ارسال به معاونت غذا و طرح در کمیته دارو درمان به مسئول فنی داروخانه تحویل می دهد .</p> <p>۱۲- مسئول فنی با مشارکت مسئولین مربوطه (مراجع تصمیم گیری) و اعضاء موارد خطا را در کمیته دارو درمان مطرح و اقدامات اصلاحی لازمه را اخذ و به اشتراک بخشهای باینی</p>	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان - دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - فرجام هاشمی - فرزانه امیری رضوان اسلامیت	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه - مدیر - مترون - سوپروایزر آموزشی - مدیر بهبود کیفیت و مسئول رسیدگی به شکایات - سوپروایزر باینی دبیر کمیته دارو	مسئول فنی داروخانه	


<p>کد روش اجرایی: <b>PRO-PM-1</b></p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p> 
عنوان روش اجرایی:	نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز
هدف:	بهبود عملکرد فرآیند دارو درمانی ادله درمان بیماران ارتقا ایمنی و سلامت آنها
کارکنان مرتبط:	کارکنان بخش های باینی - اورژانس - اتاق عمل - داروخانه

تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه - مدیریت دارویی
قوانین و مقررات مربوطه:	برنامه روزانه و آنکال پرسنل داروخانه - فهرست کارکنان داروخانه در مرکز مخابرات - استوک دارویی بخشها
منابع و امکانات لازم:	

شرح فعالیت:


- ۱- داروخانه بیمارستان از ۸ صبح لغایت ۸ شب آماده خدمت رسانی به بخش های بستری و مراجعین سرپایی می باشد و در روز های تعطیل نیز از ساعت ۸ لغایت ۱۳ در بیمارستان حضور می یابند.
- ۲- پرسنل داروخانه جهت ساعاتی از شبانه روز که امکان خدمات رسانی بصورت مستمر ندارند بصورت آنکال بوده و فهرست پرسنل آنکال به انضمام شماره های تماس در دفتر پرستاری و مرکز مخابرات و بخش ها نگهداری میشوند
- ۳- مسولین بخش ها و اتاق عمل و اورژانس داروها و اقلام مصرفی الزامی مورد نیاز خود را در ساعات حضور داروخانه تامین و در استوک دارویی بخش خود قرار می دهند ( استوک دارو و لوازم صرفی اورژانس)
- ۴- مسئول فنی داروخانه در مواقع اورژانس و نیاز به اقلام پیش بینی نشده یکی از پرسنل خود را به صورت آنکال به بخش ها معرفی نموده و برنامه آنکالی را در معرض دید واحد ها قرار می دهد.
- ۶- پرسنل درمانی در صورت نیاز به دارو و لوازم مصرفی ، توسط هماهنگی سوپروایزر با آنکال داروخانه تماس حاصل می نمایند.
- ۷- مسئول فنی داروخانه در ساعات فعالیت داروخانه در محل حضور داشته و به صورت روزانه تمام بخش های بستری را راند می نماید ..

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان - عباس ایرانمنش - فرجام هاشمی - مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده - مریم محمد حسینی -	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه - مدیریت دارویی - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی	مسئول فنی داروخانه	

<p>کد روش اجرایی: PRO-PM-2</p> <p>تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه : ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان روش اجرایی:	مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت	
هدف :	تامین به موقع داروهای استراتژیک بیمارستان	

کارکنان مرتبط:	کلیه کارکنان بخشهای درمانی - کارکنان داروخانه
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه
قوانین و مقررات مربوطه:	قوانین سازمان غذا دارو
منابع و امکانات لازم:	لیست داروهای حیاتی و ضروری
شرح فعالیت:	
<p>۱- مسئول امور دارویی داروخانه با توجه به فهرست داروهای ضروری و حیاتی، نوع دارو و میزان مصرفی تعداد موجودی آنها را مشخص می نماید.</p> <p>۲- مسئول و تکنیسین دارویی داروخانه بطور روزانه در روند نسخه پیچی ، داروهای موجود در داروخانه را کنترل و کمبود دارویی را به مسئول داروخانه اعلام می نماید.</p> <p>۳- مسئول داروخانه با تعیین نقطه سفارش تعریف شده (۱/۲ دارو ولوازم پر مصرف ، ۲/۳ لوازم و دارو کم مصرف) موجودی داروخانه و انبار را کنترل می نماید.</p> <p>۴- مسئول داروخانه در صورتیکه دارویی به نقطه سفارش خود رسیده باشد، مقدار کمبود را در ویزیت های هفتگی شرکت های دارویی یا بطور مستقیم از شرکت درخواست می نماید.</p> <p>۵- مسئول فنی با هماهنگی مدیریت داروخانه، در صورتیکه دارویی در مقطع زمانی به طور موقت دچار کمبود گردد از طریق شرکت ها و بیمارستان های مرتبط (در شهر و یا شهرستان های دیگر) جهت رفع و یا جایگزینی داروی مربوطه اقدام می نمایند.</p> <p>۶- مسئول فنی داروخانه در صورتیکه کمبود دارویی (بدلیل عدم تهیه) رفع نگردد مراتب را کتبا به اطلاع رئیس بیمارستان و بخش های درمانی می رساند.</p> <p>۷- مسئول فنی در صورت کمبود دارویی ناشی از کمبود دارو در سطح کشور بوده باشد و توسط هماهنگی مدیر پرستاری با پزشک معالج مربوطه مشورت و داروی جایگزینی پیشنهاد می گردد.</p> <p>در بخش ها</p> <p>۸- پرستار به طور روزانه داروهای بیماران را کنترل و کمبود دارویی بیمار را به استفاده از سیستم از داروخانه درخواست می نماید. ( در ساعات عدم فعالیت داروخانه پرسنل داروخانه آنکال بوده و کمبود دارویی بخش از طریق تماس توسط سوپر وایزر وقت و حضور آنکال در بیمارستان برطرف می گردد.</p> <p>۹- پرستار استوک و کمد داروی بخش را به طور روزانه و هفتگی و کنترل تغییر و تحول انجام می دهد .</p> <p>۱۰- پرستار در صورت کمبود دارویی کمد دارویی و استوک / لیست کمبود دارو را کتبا به اطلاع مدیر پرستاری رسانده و با تایید مدیریت بیمارستان از طریق داروخانه تهیه و جایگزین می گرداند.</p>	

تأیید کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی	دکتر مژگان قانعان - عباس ایرامنش - آقای عزیز - حمید ثمره مهدیه ربانی - آزاده موقر زاده - فرجام هاشمی - ساره سعیدی
سمت:	سمت:	سمت:
مسئول فنی داروخانه	سمت: ریاست بیمارستان	مسئول فنی داروخانه - مدیر دارویی - تکنیسین دارویی - مترون - سوپروایزر بالینی سوپروایزر پزشک اورژانس

<p>کد روش اجرایی: PRO-PM-3</p> <p>تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰</p> <p>تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱</p> <p>تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱</p> <p>شماره صفحه: ۱</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</p> <p>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</p>	 <p>بیمارستان کارمانیا KARMANIA HOSPITAL</p>
عنوان روش اجرایی:	خرید دارو و ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی	

هدف :	تامین دارو ملزومات و تجهیزات ایمنی اثر بخش و مقرون به صرفه
کارکنان مرتبط:	مدیریت - کارکنان داروخانه - سرپرستاران بخش های درمانی - مسئول تجهیزات پزشکی
تعاریف:	تعیین تعداد اقلام / ذخیره مصرفی / مدت تهیه کالا
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه / مسئول مدیریت دارویی
قوانین و مقررات مربوطه:	مصوبات کمیته دارو اقتصاد درمان
منابع و امکانات لازم:	فارماکوپه دارویی - صورتجلسه کمیته دارو - فرم درخواست تجهیزات و لوازم - سامانه IMED
شرح فعالیت:	
<p>۱- مسئول فنی / داروخانه / مدیریت دارویی مسئولیت تهیه کلیه داروهای مصرفی بیمارستان و تعدادی از لوازم و تجهیزات پزشکی طبق قرارداد را برعهده دارد.</p> <p>۲- ریاست معاونت بیمارستان با توجه به برون سپاری داروخانه اقلام و تجهیزات و لوازم پزشکی مصرفی بیمارستان را پس از تایید در کمیته دارو و اقتصاد درمان توسط مسئول تجهیزات پزشکی خریداری می نماید.</p> <p>۳- مسئولان واحد های بالینی داروهای مورد نیاز واحد را با توجه به تجویز پزشک و ذخیره دارویی از داروخانه درخواست و تهیه می نمایند.</p> <p>۴- مسئولان واحد های بالینی ملزومات و تجهیزات پزشکی مورد نیاز واحد های خود را در فرم درخواست ثبت و جهت تایید به مدیریت بیمارستان تحویل می دهند.</p> <p>۵- مدیریت / معاونت بیمارستان فهرست لوازم و تجهیزات پزشکی درخواستی را در کمیته دارو و اقتصاد درمان با مشارکت اعضاء بررسی می نماید.</p> <p>۶- مدیریت / معاونت بیمارستان موارد درخواستی تجهیزاتی را بنا به توصیه مهندسی تجهیزات پزشکی و با توجه به سامانه IMED ، براساس فارماکوپه تجهیزات پزشکی تایید می نماید.</p> <p>۷- مسئول تدارکات براساس نقطه سفارش اقلام و تجهیزات مصرفی روزانه و ملزومات تایید شده در کمیته را توسط مدیریت بیمارستان خریداری می نماید.</p>	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان - عباس ایرانمنش - دکتر رامین رجایی - فاطمه بنی اسد مهدیه سیدی - فاطمه نوری آزاده موقرزاد	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه - مدیر دارویی - مدیر مسئول تجهیزات پزشکی - مهندس تجهیزات - مسئول فنی - مسئول انبار تجهیزات انبار - مسئول تدارکات - رستار کنترل عفونت	مسئول فنی داروخانه	

کد روش اجرایی: PRO-PM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی یکبار مصرف
هدف:	کاهش عوارض دارویی
کارکنان مرتبط:	داروخانه واحدهای بالینی
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئولین واحد ها
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از ۹ راه حل ایمنی
منابع و امکانات لازم:	تاریخ انقضاء محصولات یکبار مصرف

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول داروخانه نظارت کامل بر تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات پزشکی یکبار مصرف را بر اساس استانداردها دارد.
- ۲- مسئول تجهیزات پزشکی (کارشناس ملزومات) نظارت بر تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی را دارد.
- ۳- پرستار کنترل عفونت به نحوه استفاده از وسایل و ولوازم یکبار مصرف توسط پرسنل درمانی نظارت می نماید.
- ۴- پرستار به تاریخ انقضاء محصولات یکبار مصرف توجه می نماید.
- ۵- پرستار جهت مصرف از ویال های چند دوزی در هر نوبت از یک سر سوزن جداگانه استفاده می نماید.
- ۶- پرستار برای هر تزریق از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده می کند.
- ۷- پزشکان حتی المقدور ویال های تک دوزی تجویز می نمایند.
- ۸- پرستار در هر بار اقدام به رگ گیری از یک آنژیوکت و در صورت عدم موفقیت رگ گیری از دوبار استفاده کردن آنژیوکت خودداری می نماید.
- ۹- مسئول اتاق عمل استفاده از وسایل و تجهیزات یکبار مصرف مانند لوله خرطومی قلم کوتر - پلیت را تضمین و جهت ارتقا ایمن در کار باتلهای ساکشن یکبار مصرف را جایگزین می نماید.

تهیه کنندگان:	دکتر قانعان - ازاده موقرزاده - حمید ثمره - ناهید شجاعی فرجام هاشمی - رضوان اسلامیت
تائید کننده:	دکتر رامین رجایی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مسئول فنی داروخانه - پرستار کنترل عفونت مترون - مسئول اتاق عمل - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی
سمت:	مدیر بیمارستان
سمت:	سمت: ریاست بیمارستان

کد روش اجرایی: PRO-PM-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



ارزیابی بر روند تجویز و مصرف دارو

عنوان روش اجرایی:



هدف :	جلوگیری از تجویز و مصرف بی رویه دارو - مدیریت اقتصاد درمان دارو
کارکنان مرتبط:	مسئول فنی داروخانه - مدیریت دارویی
تعاریف:	سیستم ارزیابی مداومی که استفاده بهینه را تضمین می کند و روشی برای کسب اطلاعات به منظور رفع مشکلات مربوط به مصرف دارو
صاحبان فرآیند:	مسئول فنی داروخانه
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	کمیته دارو درمان - پزشکان - داروساز - فارماکوپه

شرح فعالیت:

- 1- مسئول فنی داروخانه نوع و مصرف داروها را براساس مدل ABC تهیه می نماید.
- 2- مسئول فنی داروخانه داروهای پر مصرف و پرهزینه را بر اساس اطلاعات قیمت دارو و مصرف داروها در بخش مشخص می نماید .
- 3- اعضاء کمیته دارو( مسئول فنی - مسئول فنی داروخانه - ریاست - پزشکان ذی ربط مسئول امور دارویی) مواردی مربوط به ارزیابی مصرف داروها از جمله استفاده زیاد از داروهای گران قیمت و احتمال جایگزینی با معادل ارزان تر آن ها داروهای خاص که حجم استفاده بالا دارند مورد بررسی قرار داده و اقدامات اصلاحی توصیه شده را اخذ و به اطلاع دیگر پزشکان می رساند .
- 4- اعضاء کمیته دارو درخصوص مصرف داروهای خارج ازفارماکوپه و گران قیمت با پزشک متخصص مربوطه مشورت در صورت عدم جایگزینی با معادل ارزان تر و یا شکل غیر تزریقی داروی تجویزی پزشک را تایید و وارد فارماکوپه نموده در استوک داروی داروخانه قرار می دهند.

تایید کننده : دکتر مزگان قانعان	تهیه کنندگان : دکتر قانعان - ازاده موقرزاده - حمید ثمره - ناهید شجاعی فرجام هاشمی - رضوان اسلامیت	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مسئول فنی داروخانه	سمت: مسئول فنی داروخانه - پرستار کنترل عفونت مترون - مسئول اتاق عمل - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی	سمت: ریاست بیمارستان

کد دستورالعمل : INS-PM-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه:

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



انبارش ایمن دارو

عنوان دستورالعمل :

مسئولیت اجرا :	مسئول مدیریت دارویی
منابع و امکانات لازم:	فضای استاندارد- یخچال رطوبت سنج - دماسنج - قفسه - کپسول آتش نشانی - چرخ - باکس یخ - برچسب - مستندات ثبت درجه یخچال دارویی - هواکش های انبار - فضای انبار استاندارد
پرسنل مرتبط:	پرسنل داروخانه - پرستار هماهنگ کننده ایمنی
شرح دستورالعمل :	
<p>۱- دارو و تجهیزات پزشکی باید براساس شرایط نگهداری و دستورالعمل شرکت سازنده در انبار دارویی نگهداری شوند.</p> <p>۲- انبار دارویی باید دارای ساختمان مستحکم و کف قابل نظافت خشک باشد.</p> <p>۳- کلیه انبارهای دارویی باید دارای رطوبت سنج و میزان الحرارة بوده همه روزه در وقت معین کنترل و ثبت گردد.</p> <p>۴- درجه حرارت باید در سردخانه انبار ۸-۲ در انبار خشک ۱۵-۸ در انبار معمولی ۲۰-۱۵ باشد.</p> <p>۵- دمای استاندارد انبار دارویی باید ۲۵ درجه سانتی گراد باشد.</p> <p>۶- رعایت زنجیره ثبت در داروهای حساس به نور حرارت و رطوبت الزامی است.</p> <p>۷- داروها و ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی باید براساس تاریخ انقضاء نوع و حجم وزن میزان تقاضا اجناس / در قفسه های انبار چیدمان شود .</p> <p>۸- از قراردادن اجناس آتش زا و چیزهایی ممکن است با یک جرقه باعث آتش سوزی شود در انبار خودداری شود.</p> <p>۹- سیم کشی انبار بایستی در نهایت دقت انجام و از کابل و کانال و مهتابی های روکش دار استفاده شود .</p> <p>۱۰- داروها و تجهیزات پزشکی باید از مواد قابل اشتعال مانند الکل جدا گردد .</p> <p>۱۱- داروها باید ۱۰ سانتی متر بالاتر از سطح زمین و به فاصله ۳۰ cm از دیوار نگهداری شوند .</p> <p>۱۲- داروها براساس نوع آن ( پر خطر - متشابه) بطور جداگانه نگهداری برچسب گذاری گردند .</p> <p>۱۳- برای کلیه اقلام دارویی باید اتیکت ( با ذکر نام دارو تاریخ انقضاء) نصب گردد .</p> <p>۱۴- جهت حمل دارو از انبار به داروخانه و از داروخانه به بخش از وسایل حمل دارو استفاده شود (چرخ و باکس یخ)</p> <p>۱۵- داروهای ریکال و یا تاریخ گذشته بطور جداگانه چیدمان گردد.</p> <p>۱۶- وجود تجهیزات ایمنی اطفاء حریق براساس استاندارد بهداشت حرفه ای ( یک کپسول ۱۲-۶ به ازای هر ۳۰ متر مربع) وجود داشته باشند.</p> <p>۱۷- کلیه داروهای پر خطر متشابه باید بطور جداگانه چیدمان گردد.</p> <p>۱۸- از چیدن بسته های دارو بر روی زمین اجتناب گردد ( به دلیل حشرات و موجودات موذی مثل سوسک و موش) .</p> <p>۱۹- تاریخ انقضاء دارو و لوازم مصرفی باید بصورت ماهانه و فصلی کنترل شود .</p> <p>۲۰- داروهای قیمتی باید در جای خاصی از انبار دارویی قرار گیرد.</p> <p>۲۱- فهرست داروهای یخچالی در انبارش باید برحسب نوع چیدمان در طبقه تهیه و بردرب یخچال نصب گردد.</p> <p>۲۲- ثبت درجه حرارت یخچال باید در دو نوبت و با ذکر نام مسئول انجام پذیرد .</p> <p>۲۳- اشکال داویی مایع باید در پایین ترین قفسه قرار داده شود .</p> <p>۲۴- میزان نور و روشنایی جهت انجام کلیه عملیات انبار دارویی باید کافی باشد.</p> <p>۲۵- هواکش های انبار مجهز به قاب و توری بوده و باید در تمامی روز روشن باشد.</p>	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان / عباس ایرانمنش / محسن عزیزی / دکتر رامین رجایی -سیمین واحدی	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه / مدیریت دارویی / تکنیسین دارویی / مدیر بیمارستان - کارشناس بهداشت	مسئول فنی داروخانه	

کد دستورالعمل : INS-PM-۲

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	نشانه گذاری های هشدار دهنده داروها
مسئولیت اجرا :	هماهنگ کننده ایمنی - مسئول فنی دارو خانه
منابع و امکانات لازم:	لیست داروهای پر خطر - مشابه
پرسنل مرتبط:	کلیه پرسنل درمانی و پاراکلینیک

شرح دستورالعمل :

- ۱- داروهای پر خطر و مشابه باید توسط مسئول شیفت / سرپرستارها بخشهای بالین شناسایی شوند .
- ۲- فهرست داروهای پرخطر و مشابه هرواحد توسط مسئولین / سرپرستارها تهیه و به تایید مسئولین فنی داروخانه رسانده شد .
- ۳- داروهای پر خطر توسط برچسب های قرمز با فونت ۴۸ علامت گذاری گردد .
- ۴- داروهای مشابه با برچسب زرد و فونت ۴۸ به طو جداگانه از هم در بخش قرار گیرد .
- ۵- **بر روی داروهای پر خطر مشابه فقط برچسب قرمز نصب گردد و از زدن برچسب زرد خود داری گردد .**
- ۶- داروهای پر خطر با برچسب قرمز رادر جعبه ای جداگانه از داروهای دیگر نگهداری شوند .
- ۷- دارو های پتاسیم کلراید با برچسب قرمز در سبد قرمز بطور جداگانه از سایر الکتروولیت های با غلظت بالا نگهداری شوند . (بخش های خصوصی و زایمان )
- ۸- داروهای با هشدار بالا بایستی توسط دو نفر از پرستار مهر شوند
- ۹- داروهای ونکومايسين ، جنتامایسین و سفتریاکسون **برای تمام دوز ها** بایستی توسط دو پرستار مهر شوند
- ۱۰- برای دوز اول سایر انتی بیوتیک ها مهر دو پرستار الزامی نمی باشد
- ۱۱- داروهای با مشابهت اسمی حتما با حروف بزرگ مشخص باشند .
- ۱۲- فهرست داروهای با مشابهت لفظی و شنیداری در بخش موجود می باشد
- ۱۳- **حساسیت دارویی بیمار با برچسب قرمز روی دستبند شناسایی مشخص می گردد و همچنین نصب برچسب قرمز روی کاردکس و برگ دستورات پزشک الزامی می باشد .**
- ۱۴- ثبت داروهای پرخطر در کاردکس دارویی و گزارش پرستاری به لحاظ توجه بیشتر ، با حروف بزرگ ثبت میشود .

تأیید کننده :	تهیه کنندگان :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان	دکتر مژگان قانعان / فرجام هاشمی / دکتر خاطره علوی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه	مسئول فنی داروخانه / هماهنگ کننده ایمنی / پزشک داخلی	

کد دستورالعمل : INS-PM-3

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose
مسئولیت اجرا :	مسئول فنی داروخانه
منابع و امکانات لازم:	ویال های چند دوزی - سرنگ - پنبه الکل
پرستل مرتبط:	پرستل بالینی در بخشهای درمانی - مسئول فنی داروخانه - پرستار کنترل عفونت - پزشک کنترل عفونت
شرح دستورالعمل :	
۱- ویالهای چند دوزی حتی الامکان برای هر بیمار جداگانه مصرف شود .	
۲- بعد از باز شدن ویال های چند دوزی حتما باید تاریخ و ساعت باز شدن ویال و نام پرستار روی آن قید شود.	
۳- ویال های باز شده باید در شرایط توصیه شده کارخانه سازنده نگهداری شود.	
۴- ویال های یک در پوش پلاستیکی یا فلزی دارند بعد از برداشتن درپوش باید با پنبه الکل تمیز شود و فرصت داد تا الکل خشک شود.	
۵- جهت مصرف باید نیدل را از مرکز در ویال وارد نماید زیرا این منطقه نازک تر از بقیه قسمت ها می باشد.	
۶- در هر بار مصرف از ویال چند دوزی باید از سرنگ جداگانه ای استفاده گردد .	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
دکتر مژگان قانعان / فرجام هاشمی / دکتر خاطره علوی	دکتر مژگان قانعان	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فنی داروخانه / هماهنگ کننده ایمنی / پزشک داخلی	مسئول فنی داروخانه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-CSR-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاکسازی ابزار و وسایل
مسئولیت اجرا:	مسئول CSR
امکانات لازم:	آب- مواد شوینده و پاک کننده- برس - سینک مناسب - مواد ضدعفونی کننده مناسب - محلول پاک کننده دتر جنت - تست پروتئین و خون - الکل - دستمال یا حوله مناسب
منابع:	دستورالعمل استریلیزاسیون و کتاب دستورالعمل اتوکلاو
پرسنل مرتبط :	پرستار CSR و اتاق عمل
شرح دستورالعمل :	
<p>۱- در فرآیند پاکسازی (Cleaning) باید اجرام آلی و غیر آلی و الودگی های محیط از سطح ابزار و وسایل مورد استفاده مجدد در محیط های درمانی مانند اتاق های عمل پاک شوند .</p> <p>۲- این فرآیند معمولاً بایستی با کمک آب ، مواد شوینده و پاک کننده (detergent) و یا آنزیم های آلی صورت گیرد.</p> <p>۳- در فرآیند پاک سازی عواملی مثل آب به عنوان حلال ، عملیات مکانیکی (برس زدن / سائیدن / جریان آب با فشار) عوامل شیمیایی (دتر جنت ها / آنزیم / عوامل شیمیایی تغییر دهنده PH / محافظت کننده ها) دما و زمان شروع پروسه و فول زمان موثر) دخالت دارند .</p> <p>۴- سینک مورد استفاده به اندازه کافی بزرگ و عمیق باشد تا ذرات به افراد پاشیده نشود.</p> <p>۵- رعایت نکات ایمنی و پوشیدن دستکش مناسب و مقاوم، پیش بند پلاستیکی و عینک و ماسک محافظ برای پرسنل ضروری است.</p> <p>۶- طی فرآیند پاکسازی متصدی CSR باید ابزار آلوده را به همراه شناسنامه ست از اتاق های عمل تحویل بگیرد.</p> <p>۷- لازم است وسایل پس از استفاده در اسرع وقت و کمترین زمان ممکن و تمیز و ضدعفونی شوند.</p> <p>۸- پس مانده ها نباید روی وسایل باقی بماند تا خشک شود.</p> <p>۹- خون و خونابه به تنهایی لکه هایی را روی ابزار ایجاد می نماید که به سختی از بین می رود.</p> <p>۱۰- خون پس از مدتی منعقد می شود و شستن و پاک کردن آن مشکل می گردد.</p> <p>۱۱- میکروارگانسیم موجود در خون ممکن است هنگام استریلیزاسیون زنده باقی بماند.</p> <p>۱۲- استریلیزاسیون جانشین تمیز کردن نخواهد شد.</p> <p>۱۳- در شستشوی مقدماتی باید شستشوی ابزار با آب فشار قوی انجام شود تا عده ای از آلودگی ها و عفونت ها شسته شود.</p> <p>۱۴- شستشو باید با آب سرد انجام شود و آب گرم باعث فیکس شدن خون و پروتئین ها می شود.</p> <p>۱۵- به منظور پاکسازی موثر مفاصل ابزار ( قیچی ها و...) را باز کنید.</p> <p>۱۶- ناحیه قفل دار ابزار جراحی باید با برس نرم تمیز شوند تا هر گونه آلودگی قابل رویت از بین برود (وجود یک ماده مزاحم در این منطقه منجر به خشکی شدید ابزار و شکستگی ناگهانی آن می شود).</p> <p>۱۷- آبکشی لوله باید با آب ۳۰-۳۵ درجه انجام شود.</p> <p>۱۸- لوله ها و ماندن ها را با استفاده از سرنگ و آب سرد کاملاً تخلیه کنید.</p> <p>۱۹- پس از آبکشی ابزار را باید در یک محلول پاک کننده (دتر جنت) غوطه ور نماید.</p> <p>۲۰- ابزار و وسایل توسط برس نرم ( غیر فلزی) در زیر سطح آب مخلوط با دتر جنت سائیده شوند.</p> <p>۲۱- وسایلی که از چند قطعه تشکیل شده اند حتماً جداسازی شوند و در قسمت لوله ها و دندانها ها به دقت برس کاری صورت گیرد.</p> <p>۲۲- در مواردی که امکان غوطه وری ابزار در آب وجود ندارد مثل ابزار الکترونیکی با استفاده از یک دستمال مناسب مرطوب شده با الکل پاکسازی صورت گیرد.</p> <p>۲۳- هنگام پاک سازی و شستشو به هیچ وجه از برس سیمی یا پاک کننده هایی که دارای خواص ساییدگی هستند استفاده نکنید.</p> <p>۲۴- پس از پاکسازی ابزار باید آبکشی شوند.</p> <p>۲۵- پس از شستشو و پاک سازی وسایل باید با چشم غیر مسلح تمیز شوند یعنی عاری از هر پس مانده پروتئین و سایر آلودگی ها گردند.</p> <p>۲۶- پس از آبکشی ابزار را بایستی توسط هوای گرم با بصورت دستی توسط یک دستمال یا حوله مناسب خشک کرد. (وجود حتی یک قطره آب</p>	

اضافی باعث ایجاد اختلال در فرآیند ضدعفونی می گردد.

۲۷- جهت کنترل کیفی مراحل پاکسازی باید تست های پروتئین چک و هموچک استفاده شود.

۲۸- تست پروتئین یک تست سریع جهت تعیین پروتئین های باقی مانده روی سطوح وسایل جراحی می باشد.

۲۹- تست خون یک تست سریع و با دقت بالا جهت تشخیص باقی مانده های خون روی وسایل جراحی می باشد.

۳۰- ابزار را برای مرحله ضدعفونی آماده کنید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : ازاده موقرزاده	تهیه کنندگان : ناهید شجاعی - نسیم بهرامی - آزاده موقرزاده
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: پرستار کنترل عفونت	سمت: سرپرستار اتاق عمل - سئول CSR - پرستار کنترل عفونت

کد دستورالعمل : INS-CSR-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی



عنوان دستورالعمل:	گندزدایی ابزارهای جراحی با قابلیت استفاده مجدد
مسئولیت اجرا:	مسئول CSR
امکانات لازم:	محلول ضدعفونی - ظرف درب دار - آب سرد - پروتکل استفاده از محلول ضدعفونی - وسایل حفاظت فردی - پرسنل آموزش دیده آب مقطر - لیبل برجسب زن
منابع:	دستورالعمل اتوکلاو
پرسنل مرتبط:	پرسنل CSR
شرح دستورالعمل:	
۱- مسئول بهداشت محیط باید محلول ضدعفونی اصلی و جانشین را تعیین و بصورت کتبی تحویل مسئول CSR دهد.	
۲- مسئول بهداشت محیط باید پروتکل استفاده از محلول ضدعفونی را بصورت کتبی به مسئول CSR تحویل دهد.	
۳- مسئول بهداشت محیط باید چگونگی استفاده از محلول ضدعفونی را به پرسنل CSR آموزش دهد.	
۴- مسئول CSR از زمان آماده سازی محلول ضدعفونی باید نکات ایمنی (استفاده از ماسک، عینک محافظ، دستکش و پیش بند) را رعایت کند.	
۵- محلول ضدعفونی را باید طبق دستور کارخانه سازنده آماده نمود.	
۶- جهت تهیه محلول ضدعفونی ظرف مورد نظر باید درب دار و مناسب با حجم ست باشد.	
۷- روی درب ظرف تاریخ درست کردن محلول و تاریخ انقضاء نوشته شده باشد.	
۸- ابزار را در یک محلول ترکیبی تمیز و ضدعفونی کننده مناسب غوطه ور کنید.	
۹- مدت زمان ماندن ابزار در محلول ضدعفونی باید طبق کارخانه سازنده باشد (بیشتر ماندن ابزار درون محلول ضدعفونی ممکن است باعث خوردگی ابزار شود)	
۱۰- دستورالعمل های سازنده ابزار در رابطه با غلظت، دما، زمان تماس و سازندگی ماده ضدعفونی کننده توجه کنید.	
۱۱- تماس سطوحی ابزار و لوله باید کاملاً توسط محلول مذکور پوشانده شود.	
۱۲- در صورت استفاده از پودر های ضدعفونی کننده تمامی پودر را در محلول کاملاً حل کنند (حل نشدن پودر سبب ایجاد لکه و بی رنگ شدن سطح ابزار می شود)	
۱۳- باید از عوامل شوینده ای که باعث سایش شده یا برس های فلزی که می تواند باعث تخریب لایه محافظتی شوند استفاده نکنید.	
۱۴- ابزار را پس از طی زمان ضدعفونی طبق کارخانه سازنده آبکشی کنید.	
۱۵- همیشه پس از ضدعفونی شیمیایی ابزار را زیر شیر آب سرد آبکشی کنید.	
۱۶- آبکشی نهایی را با استفاده از آب بدون املاح انجام دهید (جهت جلوگیری از ایجاد لکه های آب رود ابزار)	
۱۷- وجود لکه ها روی ابزار جراحی پس از آبکشی وجود املاح در آب مصرفی را نشان می دهد جهت جلوگیری از خوردگی توصیه می شود از آب مقطر استفاده شود.	
۱۸- قبل از پوشاندن ابزارها جهت نگهداری باید آن ها را کاملاً خشک کنید زیرا رطوبت باقی مانده در درون قفل دنده های ابزار ممکن است به ایجاد لک و خوردگی منجر گردد و به ضعیف شدن مقاومت ابزار و شکستگی آن در خلال عمل جراحی بیانجامد لیکن استفاده از تفنگ فشار هوای فشرده یک روش مناسب جهت خشک کردن است.	
۱۹- ابزار را باید از نظر شکل ظاهری و زنگ خوردگی کنترل شوند.	
۲۰- ابزار هایی که دارای قفل و گیره هستند باید این نوع ابزار را در هنگام استریلیزیه کردن در حد دندان اول بسته شوند تا هنگام استریل کردن در اثر تغییرات درجه حرارت دچار ترک خوردگی نشوند (ترک در محل اتصال)	
۲۱- وسایل دنداندار و قفل دار روغن کاری شوند ( هر گونه روغن کاری نه تنها از اصطکاک دو فلزی که روی هم قرار دارد ممانعت بعمل می آورد بلکه با ایجاد نوعی نرمی در عملکرد ابزار، از هر نوع خوره گی ناشی از سایش و اصطکاک نیز جلوگیری می نماید .	
۲۲- به هیچ عنوان نباید ابزار جراحی آغشته به روغن های غیر قابل حل در آب را استریل نمود بنابراین نباید از هر گونه روغن ها در روغن کاری ابزار جراحی استفاده کرد.	

۲۳- از روش حکاکی لیزری روی ابزار جراحی استفاده شود ( حکاکی به روش الکتروشیمیایی که در نهایت باعث لک زدگی و نقطه نقطه شدن محل مربوطه می شود )

۲۴- در صورت مجاورت ابزار با یکدیگر هنگام ضدعفونی کردن ، تمیز کردن یا استریلیزه کردن زنگ زدگی اولیه ابزار زنگ زده موجب زنگ زدگی ابزار دیگر خواهد شد.

۲۵- جهت جلوگیری از انتقال پدیده خوردگی به ابزار های نو باید ابزار های فاسد و زنگ خورده را جدا و معدوم کنید.

۲۶- پس از کنترل ابزار آنها را پگ کنید ( درون پگ ها از اندیکاتور های شیمیایی کلاس ۶-۴ و لیبل برچسب زن استفاده شود ) ست ها را برای اتوکلاو کردن آماده کنید.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : ازاده موقرزاده	تهیه کنندگان : ناهید شجاعی - نسیم بهرامی - آزاده موقرزاده
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: پرستار کنترل عفونت	سمت: سرپرستار اتاق عمل - سئول CSR - پرستار کنترل عفونت





# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل: INS-CSR-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	نحوه بازخوانی ابزار و سیال استریل از بخش ها
کارکنان مرتبط:	پرسنل CSR - مهندس تجهیزات پزشکی - سرپرستان اتاق عمل
تعاریف:	بازخوانی Recall: براساس استاندارد ANS/AA MIST 79 فراخوانی و بازگرداندن کلیه بسته های استریل شده را از بخش های مختلف بیمارستان و اتاق عمل به واحد CSSD به منظور Reprocessing مجدد را بازخوانی یا Recall می گویند.
مسئول پاسخگویی:	مسئول CSR
قوانین و مقررات مربوطه:	تبعیت از گایدلاین (ANS/AA ST 7-9)
منابع وامکانات لازم:	اندیکاتور بیولوژیک PCD-1-4-6 تست بوئیدیک
شرح دستورالعمل:	
<p>۱- مسئول کنترل عفونت، رئیس بیمارستان، مسئول CSR را به عنوان فردی که صلاحیت بازخوانی و اجرای بازخوانی را دارد معرفی و پرسنل اتاق عمل و بخش های بالینی را موظف به همکاری با ایشان می نماید.</p> <p>۲- مسئول CSR موقعیت هایی که باید بازخوانی Recall انجام شود مشخص می کند</p> <p>مثبت شدن آزمون اسپور</p> <p>پاس نشدن اندیکاتورهای داخلی کلاس ۴-۶</p> <p>پاس نشدن اندیکاتور PCD</p> <p>منقضی شدن تاریخ اعتبار ست ها و بسته های استریل</p> <p>یافتن شواهدی دال بر اینکه برنامه Cleaning شستشو و گندزدایی ابزار به درستی اجرا نشده اند.</p> <p>۳- مسئول CSR طبق استاندارد هر زمان که نتیجه اندیکاتور بیولوژیک یا آزمون اسپور مثبت شود یا حداقل یک عدد پگ یافت شود که اندیکاتور داخلی آن یعنی اندیکاتور کلاس ۴ یا کلاس ۶ پاس نشده باشد کلیه ست ها و بسته هایی را که در آن سیکل اتوکلاو بوده اند را مجدداً به واحد CSR بازخوانی یا Recall می نماید.</p> <p>۴- مسئول CSR چنانچه آزمون اسپور مثبت شود طبق مستندات کلیه بسته ها و ست ها و ابزار تا آخرین سیکل قبلی که تاریخ آزمون بیولوژیکال منفی بوده است شناسایی و به صورت کتبی به بخش ها و اتاق عمل اعلام می کند.</p> <p>۵- مسئول CSR دستگاه اتوکلاو را از سرویس بهره برداری خارج و وضعیت را به تیم کنترل عفونت و واحد مهندسی بیمارستان اطلاع می دهد.</p> <p>۶- مسئول CSR با نظارت بر بازخوانی Recall اتاق عمل و بخش ها را برای بازگرداندن بسته ها و به CSR موظف می کند</p> <p>۷- مسئول CSR برای تسریع اجرای بازخوانی Recall نیروی دیگری را برای کمک به پرسنل CSR بصورت آنکال مشخص می کند.</p> <p>۸- مسئول CSR برای تسریع اجرای بازخوانی به سرعت ست ها و پگ های سیکل های استریل ناموفق را شناسایی و جمع آوری می کند (حتی بسته های مشکوک)</p> <p>۹- پرسنل CSR تمامی بسته ها را طبق تاریخ مشخص شده از بخش ها تحویل می گیرند و در دفتر ثبت می کند.</p> <p>۱۰- پرسنل CSR بسته ها را باز نموده و بسته بندی واندیکاتور های داخل آنها را تعویض و دوباره اتوکلاو می کند.</p> <p>۱۱- پرسنل CSR تعداد بسته ها و سیکل و کد دستگاه را در دفتر بازخوانی Recall ثبت می کند.</p> <p>۱۲- واحد مهندسی پزشکی بیمارستان دستگاه اتوکلاو را بررسی (PM) و برای رفع عیوب آن اقدام می کند.</p> <p>۱۳- مسئول CSR چنانچه یک اندیکاتور مثبت شود و دلیل دیگری برانجام استریل ناموفق وجود نداشته باشد بدین معنی که اندیکاتورهای شیمیایی داخلی کلاس ۴ و ۶ پاس شده اند و چارت یا پرینت مانیتورینگ فیزیکی نیز استریل صحیح رانشان می دهد و هیچ اندیکاتور بیولوژیکال دیگری مثبت نشده است در چنین موقعیت اعلام می کند فقط ایمپلنتها نیاز به بازخوانی دارد و سایر ست ها و بسته ها نیاز به بازخوانی Recall ندارد.</p> <p>۱۴- مسئول CSR در این حالت (مثبت شدن یک اندیکاتور) در اولین فرصت سه سیکل متوالی آزمون اسپور را تکرار می کند و اگر یک اسپور یا یک اندیکاتور بیولوژیکال دیگر مثبت شود و دستور بازخوانی Recall را صادر و به مسئول کنترل عفونت و واحد مهندسی پزشکی بیمارستان اعلام می کند و در اتوکلاو تا بررسی کامل و رفع عیوب استفاده نمی کند.</p>	

- ۱۵- واحد مهندسی پزشکی و تأسیسات بیمارستان با کمک مسئول CSR اتوکلاو را از نظر خطاهای پرسنلی در اجرای فرایند استریل و خطاهای تجهیزات، مواد مصرفی در اجرای فرآیند استریل بررسی و کنترل می کند .
- ۱۶- مسئول CSR پس از رفع اشکال و نقص اتوکلاو و آزمون اسپور را بصورت متوالی ۳ بار تکرار می کند و چنانچه تست منفی شد استفاده از اتوکلاو را مجاز می کند.
- ۱۷- مسئول CSR چنانچه تست PCD پاس نشده باشد بسته ها را بازخوانی می کند و به واحد مهندسی پزشکی و تأسیسات بیمارستان برای رفع عیوب اتوکلاو اطلاع می دهد.
- ۱۸- مسئول CSR چنانچه ست یا پگی اندیکاتور آن مثل کلاس ۶ یا ۴ پاس نشده باشد ست های همان سیکل را شناسایی و دستوربازخوانی را به بخش ها اعلام می کند.
- ۱۹- پرسنل CSR بصورت هفتگی تاریخ ست ها را کنترل می کند و چنانچه ست یا بسته ای تاریخ انقضاء آن فرا رسیده باشد به CSR برمی گرداند.
- ۲۰- پرسنل CSR ست های تاریخ گذشته بخش ها را هم تحویل و بازخوانی Recall می کند.
- ۲۱- پرسنل اتاق عمل چنانچه وسیله ای خونی باشد و خوب شسته نشده باشد برای تمیز شدن و استریل مجدد به CSR می گرداند.
- ۲۲- مسئول CSR برای کاهش دفعات بازخوانی اقدامات زیر را انجام میدهد :
- مانیتورینگ تک تک سیکل های استریل ، بدین صورت که در هر سیکل اندیکاتور PCD را کنترل می کند و تست ها پس از تایید پاس شدن اجازه تخلیه اتوکلاو را صادر می کند. تست های روزانه دستگاه را بطور دقیق و منظم انجام داده و نتایج را مستند می کند.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
ناهدید شجاعی - نسیم بهرامی - مهندس بنی اسدی	دکتر رامین رجایی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سرپرستار اتاق عمل - مسئول CSR - مهندس تجهیزات پزشکی	مدیر بیمارستان	

کد دستورالعمل: INS-LND-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی



عنوان دستورالعمل:	رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس ها ، ملحفه های آلوده
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت
امکانات لازم:	ترالی حمل البسه عفونی و غیر عفونی - وسایل حفاظت فردی - کیسه های زباله فردی - برچسب مرتبط - ماشین لباسشویی - بین های زرد رنگ
منابع:	آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان - چک لیست وضعیت بهداشت محیط - تجارب بیمارستانی - راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی
پرسنل مرتبط:	کلیه کمک بهیاری شاغل در بخش های بیمارستان - پرسنل لنژی - کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت

### شرح دستورالعمل:

- آموزشات لازم بایستی در زمینه موازین کنترل عفونت و نحوه جمع آوری و مواجهه با البسه آلوده توسط کارشناس بهداشت محیط و پرستار کنترل عفونت به کلیه کم بهیاران داده شود. کلیه کمک بهیاران و کلیه پرسن لنژی بایستی برعلیه هپاتیت B واکسینه شوند.
- قبل از اقدام به جمع آوری البسه آلوده به ترشحات بیمار بایستی از وسایل حفاظت فردی (دستکش - گان - ماسک) استفاده شود.
- کلیه البسه آلوده از نظر عدم وجود اشیا نوک تیز و برنده چک شوند.
- پس از جمع آوری البسه آلوده به مواد دفعی بدن بایستی در کیسه های زباله زرد رنگ قرار داده شوند .
- کلیه کیسه های زباله زرد رنگ پس از برچسب گذاری به لنژی منتقل شوند .
- در واحد لنژی کلیه البسه آلوده با احتیاط کامل پس از شستشو با آب سرد به صورت دستی و از بین بردن خون و سایر ترشحات در داخل ماشین لباسشویی عفونی قرار داده می شوند. در پایان کار دست ها شسته و ضدعفونی گردند.
- در بخش های بیمارستان کلیه بین های حمل پسماند عفونی در بخشها بایستی در پایان هر شیفت کاری شسته و خشک شوند.
- از بغل کردن و تماس نزدیک البسه آلوده به بدن باید خودداری شود.
- از تماس لنژ تمیز با کثیف به طور جدی در تمامی مراحل بایستی خودداری شود.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - خانم علی نژاد - افسانه رسا	آزاده موقرزاده	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
کارشناس بهداشت محیط - پرسنل لنژی - نماینده کمک بهیار	پرستار کنترل عفونت	

کد دستورالعمل : INS-LND-2

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	احتیاط در رابطه با اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها و ملحفه های کثیف
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت
امکانات لازم :	پرسنل خدمات و کمک بهیاران آموزش دیده - پرستار کنترل عفونت - کارشناس بهداشت محیط
منابع:	آیین نامه تاسیس و بهره برداری از بیمارستان - راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستان
پرسنل مرتبط:	کلیه کمک بهیاران بخش های بیمارستان - پرستاران - مسئول رختشویخانه
شرح دستورالعمل :	
۱- آموزش های لازم توسط کارشناس بهداشت محیط و پرستار کنترل عفونت در جهت پیشگیری از انتقال عفونت از راه خون از طریق اجسام تیز و برنده جامانده در لباس ها و ملحفه های کثیف داده شود.	
۲- کلیه البسه، ملحفه و رو تختی از نظر وجود اجسام تیز و برنده از طریق تکان دادن آنها چک شده و سپس در کیسه زباله زرد رنگ قرار گیرد.	
۳- $\frac{3}{4}$ کیسه های زباله زرد رنگ از لباس ، ملحفه و رو تختی کثیف پر شود.	
۴- کیسه های زباله زرد رنگ نباید در حین بستن فشرده شود.	
۵- آموزش های لازم توسط کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت در زمینه رعایت احتیاطات ایمنی در حین تحویل البسه کثیف داده شود. در صورت هر گونه مواجهه شغلی، در اسرع وقت می بایست موضوع به کنترل عفونت گزارش و در برابر ضوابط اقدام گردد.	
۶- بایستی آموزش تزییقات ایمن توسط پرستار کنترل عفونت به کلیه پرستاران داده شود.	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - خانم علی نژاد - افسانه رسا	آزاده موقرزاده	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
کارشناس بهداشت محیط - پرسنل لنژی - نماینده کمک بهیار	پرستار کنترل عفونت	

کد دستورالعمل : INS-LND-3

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	ذخیره، توزیع و تحویل لباس ، ملحفه تمیز
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
امکانات لازم :	اتو- ماشین لباسشویی - کاور - مواد ضدعفونی و شوینده - میله های خشک کننده
منابع:	تجارب بیمارستانی - آیین نامه تاسیس و بهره برداری - چک لیست وضعیت بهداشت محیط
پرسنل مرتبط:	پرسنل شاغل در لنزری بیمارستان

شرح دستورالعمل :

- ۱- کلیه البسه پرسنل (لباس پزشکان ، پرستاران، پرسنل اتاق عمل) پس از شستشو و ضدعفونی و خشک کردن در واحد لنزری اتو زده شوند.
- ۲- کلیه البسه پرسنل پس از اتو زدن در کاور مخصوص قراردادده می شوند و سپس پرس شده و به بخش های مربوطه تحویل داده شوند.
- ۳- کلیه پتوها، روتختی ها پس از شستشو ، ضدعفونی و خشک شدن در کاور مخصوص قرار گرفته و به بخش مربوطه فرستاده شود.
- ۴- تا زمان تحویل البسه به بخش مربوطه بایستی البسه در قفسه مربوطه به لنز تمیز نگهداری شوند.
- ۵- در ابتدا و پایان اتوکشی و بسته بندی البسه بایستی دست ها ضدعفونی شوند.
- ۶- در واحد رختویخانه بایستی از تماس لنز تمیز با کثیف جلوگیری شوند.
- ۷- در زمان انتقال و توزیع البسه تمیز در خصوص اجتناب از پاره شدن کیسه پلاستیک محافظت صورت گیرد.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - خانم علی نژاد - ازده موقرزاده	آزاده موقرزاده	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
کارشناس بهداشت محیط - پرسنل لنزری سرپرستار اتاق عمب	پرستار کنترل عفونت	

کد دستورالعمل : INS-LND-4

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا
مسئولیت اجرا:	کارشناس بهداشت محیط
منابع وامکانات لازم :	ماشین لباسشویی صنعتی - پودر ماشین لباسشویی - پودر هالامید - محلول های گندزدا و ضدعفونی کننده - مژور اندازه گیری - وسایل حفاظت فردی
پرسنل مرتبط:	پرسنل شاغل در واحد رختشویخانه

شرح دستورالعمل :

- آموزشات لازم در زمینه کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا توسط کارشناس بهداشت محیط به پرسنل رختشویخانه داده شود
- مسئول رختشویخانه قبل از شستشوی البسه بایستی مجهز به وسایل حفاظت فردی شامل (روپوش، دستکش، ماسک، چکمه) باشد
- مسئول رختشویخانه بایستی در هر سیکل کاری ۳۰ کیلوگرم لباس را در ماشین لباسشویی ریخته و مقدار ۲۵۰ گرم پودر لباسشویی در جاپودری بریزد (مدت زمان ۹۰ دقیقه شستشو به پایان می رسد)
- پس از اتمام مرحله شستشو مسئول لنزری بایستی ۱۵۰ گرم پودر هالامید را در ماشین لباسشویی ریخته و در مدت زمان ۳۰ دقیقه ضدعفونی انجام شود.
- مسئول لنزری جهت ضدعفونی کف ، بایستی از محلول وایتکس یک درصد در مدت زمان ۱۵ دقیقه استفاده کند.
- مسئول لنزری بایستی جهت ضدعفونی سطوح و دیوارها و بدنه ماشین های لباسشویی از محلول ضدعفونی کننده سطوح بلاسان و پروبیوک S50 به نسبت ۱٪ در مدت زمان ۵ تا ۱۵ دقیقه استفاده نماید.
- مسئول لنزری باید باقی مانده محلول های گندزدا (S50) را پس از تهیه در ظرف در بسته به دور از نور و دمای معمولی به مدت ۱۵ ساعت نگهداری نماید.
- مسئول لنزری بایستی پس از اتمام کار دست های خود را شسته و با محلول هندراب ضدعفونی نماید.
- مسئول لنزری باید باقیمانده محلول وایتکس یک درصد را تا مدت زمان ۲۴ ساعت نگهداری نماید.
- مسئول لنزری بایستی از احتیاطات ایمنی در هنگام مواجهه با مواد گندزدا مطلع بوده و براساس دستورالعمل اقدام نماید(وایتکس محرک سیستم تنفسی) به علت متصاعد شدن گاز کلر می باشد. هرگز با جرم گیر بطور همزمان نبایستی استفاده شود. با غلظت بیش از ۲٪ استفاده نشود- در زمان استفاده از ماسک - دستکش استفاده شود.
- پودر ماشین لباسشویی در صورت تماس با چشم شستشو با آب سرد و استفاده از دستکش ضروری است
- اطلاعات MSDS مواد شوینده و گندزدا در محل لنزری توسط مسئول بهداشت محیط نصب شود و میزان کارآمدی مواد شوینده و گندزدا مورد بررسی قرار گیرد و موارد نامناسب در کمیته بهداشت محیط و کنترل عفونت مطرح گردد.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - آزاده موقرزاده	آزاده موقرزاده	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت	پرستار کنترل عفونت	

کد روش اجرایی: PRO-LND-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان روش اجرایی:	جمع آوری، تفکیک، جابجایی لباس و ملحفه های کثیف از بخش ها
هدف:	رعایت موازین بهداشتی - ارتقا سطح بهداشت بیمارستان
کارکنان مرتبط:	کمک بهیاران - کارکنان رختشویخانه
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	کارشناس بهداشت محیط
قوانین و مقررات مربوطه:	
امکانات لازم:	ترالی حمل البسه عفونی و غیر عفونی - دفتر تحویل و تحول البسه - وسایل حفاظت فردی
منابع:	تجارب بیمارستان - آیین نامه تاسیس و بهره برداری - چک لیست وضعیت بهداشت محیط

شرح فعالیت:

۱- کمک بهیار با استفاده از وسایل حفاظت فردی مناسب و احتیاط کامل البسه و ملحفه ها را از لحاظ باقی ماندن وسایل نوک تیز و برنده کنترل می نماید.

۲- کمک بهیار پتو و روتختی غیر عفونی را در کیسه زباله مشکی با برچسب مشخص و بین های مخصوص البسه غیر عفونی در بخش جمع آوری می کند.

۳- کمک بهیاران کلیه البسه پزشکان در اتاق عمل را در کیسه زباله مشکی جمع آوری می کند.

۴- کمک بهیار کلیه پتو، روتختی و البسه جمع آوری شمارش شده را در بین های مخصوص حمل می کند و از طریق شوتینگ به داخل گاری مخصوص قرار گرفته شده در زیر شوتینگ می اندازد.

۵- در پایان مسئول لنزری کلیه لباس ها و ملحفه ها و پتوهای عفونی و غیر عفونی را پس از شمارش از کمک بهیاران تحویل گرفته و پس از شستشو و ضد عفونی و اتو کردن و پرس کردن به هر بخش تحویل می دهد.

۶- در تمامی مراحل تماس لنز تمیز با کثیف ممنوع می باشد.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حیدری نژاد - فرجام هاشمی - آزاده موقرزاده خانم علی نژاد	مریم حیدری نژاد	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
کارشناس بهداشت محیط - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - مسنول رختشویخانه	کارشناس بهداشت محیط	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-LND-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	جمع آوری ، تفکیک، جابجایی لباس ها و محلفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن
هدف:	کنترل عفونت های بیمارستانی - ارتقاء سطح بهداشت از طریق پیشگیری از انتقال بیماری های عفونی توسط البسه آلوده
کارکنان مرتبط:	کلیه پرسنل کمک بهیار شاغل در بخش های درمانی - کارشناس بهداشت محیط - سرپرستار کنترل عفونت - مسئول رختشویخانه
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	کارشناس بهداشت محیط - پرستار کنترل عفونت
قوانین و مقررات مربوطه:	
امکانات لازم:	ترالی حمل البسه عفونی و غیر عفونی - کیسه های زباله زرد رنگ - لوازم حفاظت فردی
منابع:	تجارب بیمارستان - آیین نامه تاسیس و بهره برداری - چک لیست بهداشت محیط

شرح فعالیت:

- ۱- کمک بهیار پس از ترخیص بیمار و در صورت وجود آلودگی قابل رویت کلیه پتوها و روتختی های آلوده به مواد دفعی بیمار را با رعایت اصول بهداشت فردی و احتیاطات ایمنی و استفاده از وسایل حفاظت فردی شامل: ماسک ، دستکش ، گان ( در صورت برخورد با بدن) پس از کنترل از نظر وجود اشیا تیز و برنده جمع آوری می نماید.
- ۲- کمک بهیار در هر اتاق البسه عفونی و غیر عفونی بصورت جداگانه جمع کرده و البسه عفونی را در کیسه های زباله زرد رنگ جمع آوری می نماید و پس از پر شدن  $\frac{3}{4}$  کیسه درب آن را بسته و برچسب می زند.
- ۳- کمک بهیار جهت جابجایی البسه عفونی از بین های مخصوص زرد رنگ استفاده می نماید.
- ۴- کمک بهیار پس از برچسب گذاری کیسه های زرد را در بین های مخصوص زرد رنگ عفونی قراردادده و از طریق شوتینگ به واحد لنزری بیمارستان منتقل می کند و به پرسنل لنزری البسه مربوطه را تحویل می دهد .
- ۵- پرسنل لنزری البسه عفونی را در بین های مخصوص به داخل لنزری منتقل می کند.
- ۶- در واحد لنزری کیسه البسه آلوده به مواد خطرناک یا مایعات بدن ابتدا با آب سرد آبکشی می شود و سپس جهت شستشو و ضدعفونی به ماشین لباسشویی عفونی منتقل می گردد

تهیه کنندگان:	مزیم حیدری نژاد- آزاده موقرزاده - خانم علی نژاد فرجام هاشمی	تائید کننده:	مریم حیدری نژاد	ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	کارشناس بهداشت محیط- پرستار کنترل عفونت - مسئول رختشویخانه - سوپروایزر آموزشی	سمت:	مدیریت بهداشت	سمت:	ریاست بیمارستان





# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-1

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	نحوه بسته بندی ، انتقال ایمن ، زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسؤل فنی
امکانات لازم :	مستندات قرارداد- کامپیوتر - لوله پارافیلیم شده - لیوان درب دار پلاستیکی - کیسه پلاستیکی حبابدار - کلد باکس حاوی یخ خشک
منابع:	
پرسنل مرتبط:	پرسنل پذیرش ( دریافت و پی گیری جواب) - پرسنل ارسال نمونه - مسئولیت اجرایی
شرح دستورالعمل :	
<p>۱- نمونه ارجائی پس از برچسب گذاری مناسب و ثبت در دفتر ارجاع بافرم ارجاع پرشده با درج ساعت نمونه گیری و اطلاعات بالینی مورد نیاز در بسته بندی استاندارد ارسال می گردد.</p> <p>مشخصات بسته بندی استاندارد</p> <p>الف - لوله پارافیلیم شده حاوی مقدار کافی نمونه منطبق بر اعلام آزمایشگاه ارجاع</p> <p>ظرف اول معمولاً لیوان درب دار پلاستیکی با پنبه در اطراف نمونه و پیچیده شده در کیسه پلاستیکی حبابدار</p> <p>ظرف دوم کلد باکس حاوی یخ خشک</p> <p>۱- سوپروایزر آزمایشگاه می بایست از چرخه کاری تست در آزمایشگاه ارجاع مطلع بوده و پرسنل دریافت و ارجاع نمونه را ملزم به پیگیری جواب در زمان مقرر نموده و پس از دریافت جواب آن را در دفتر ارجاع ثبت نماید .</p> <p>۲- کارمند پذیرش آزمایشگاه موظف است جواب آزمایشات ارجاعی و گزارشات دریافتی را بایگانی نماید.</p> <p>۳- کارمند پذیرش آزمایشگاه موظف است جواب هارا در کامپیوتر ثبت نماید.</p> <p>۴- تغییر محدودده مرجع آزمایشات زیر نظر مسؤل فنی آزمایشگاه مناسب با جواب دریافتی از طرف ارجاع یا اعلام کتبی تغییر محدودده مرجع توسط آزمایشگاه طرف ارجاع می بایست توسط مسؤل پذیرش در کامپیوتر آزمایشگاه اعمال گردد.</p> <p>توجه : کلیه جوابها آزمایشات ارجاعی و همچنین جواب های معوقه بیماران بستری پس از ترخیص می بایست تا یکسال در بایگانی پذیرش جهت پاسخ به درخواست های مجازدر دسترس باشد.</p>	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سوپروایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسؤل فنی آزمایشگاه	

کد دستورالعمل : INS-LAB-2

تاریخ تصویب: 97/7/1

تاریخ ابلاغ: 97/8/1

تاریخ بازنگری: 1401/8/1

تاریخ بازنگری بعدی: 1402/8/1

شماره بازنگری: 4

شماره صفحه: 1

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کارمانیا- خط مشی



عنوان دستورالعمل:	نحوه انجام آزمایش هایی که در بخش بیوشیمی انجام می شود.
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسول فنی
امکانات لازم:	سرم کنترل بیوشیمی وهورمون ترجیحا در دو سطح - کالیبراتور و استاندارد های لازم - کیت های تست های بیوشیمی
منابع:	
پرسنل مرتبط:	کلیه - پرسنل بخش بیوشیمی در شیفت صبح - عصر - شب

شرح دستورالعمل:

- 1- شروع کار با روشن کردن دستگاه و دادن RUN کنترل کیفی - کنترل ظروف reagent و موجودی آب مقطر - روشن کردن و کنترل بن ماری
  - 2- بررسی نتایج کنترل کیفی و انجام موارد نیازمند به اصلاح
  - 3- بن ماری و سانتریفوژ کردن نمونه ها - تفکیک نمونه اورژانس و اولویت دادن به آن - تعیین معایب نمونه ها (کم بودن - همولیز بودن و ...) اعلام تلفنی رد نمونه به بخش مربوطه - تفکیک سرم نمونه های ارجاعی و تحویل به مسئول ارجاع
  - 4- انتقال سرم به Sample cup ها و قراردادن آن ها در sample disk به ترتیب با اولویت دادن به موارد اورژانسی
  - 5- انجام تست توسط دستگاه (تنظیمات تست دستگاه منطبق بر sop تدوین شده و در دسترس با توجه به مشخصات فنی و پارامترهای عملکردی تست برای دستگاه تعریف شده
  - 6- اعلام فوری نتایج اورژانسی و بحرانی به بخش و ثبت در دفتر موارد بحرانی قبل از تکرار تست
  - 7- ثبت نتایج در دفتر نتایج بین محدوده نرمال و محدوده بحرانی با سابقه بیمار چک می شوند در صورت همخوانی ثبت نهایی می شوند و در صورت عدم همخوانی تکرار شده و سس ثبت نهایی می شوند. نتایج بحرانی تکرار و در صورت نیاز تکرار با نمونه مجدد می شوند.
  - 8- انجام سدیم پتاسیم بیماران مطابقت با سابقه برای اعداد خارج از محدوده و انجام اقدامات نگهدارنده دستگاه ها
  - 9- وارد کردن جواب نهایی از work list در شیفت صبح به عهده پرسنل پذیرش آزمایشگاه است.
  - 10- پرسنل بیوشیمی در شیفت صبح کلیه تست های روتین دریافتی تا ساعت ۰۰ ، ۱۲ و تست های اورژانسی نیز تست های شیمی مایعات از جمله مایع مغزی - نخاعی - را تا موقع تحویل شیفت به عصر کار موظفند انجام دهند.
- نکات عملکردی پرسنل بیوشیمی شیفت عصر و شب نکات عملکردی پرسنل بیوشیمی شیفت عصر و شب
- انجام کلیه موارد مربوطه - اعلام رد نمونه به بخش مربوطه - در اولویت قراردادن و رعایت چرخه زمانی آزمایشات اورژانس اعلام فوری موارد بحرانی به بخشها و ثبت در دفتر موارد بحرانی - تکرار نتایج خارج از محدوده در صورت عدم همخوانی با سابقه در این شیفتها نیز الزامی است.
- هر گونه ERROR دستگاه و مشکلات فنی را در LOG BOOK که هر صبح توسط مسئول بخش بیوشیمی و بازبینی می شود دقیقا ثبت شود لازم است کلیه تست های روتین شیمی وهورمون را تا ساعت ۰۰ ، ۶ و تست های اورژانسی مایع مغزی نخاعی را تا زمان تحویل شیفت توسط پرسنل شیفت عصر و شب انجام دهد و موارد مانده بصورت شفاهی به اطلاع پرسنل شیفت بعد رسانده شود .

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سوپروایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	دکتر حسین نیکپور	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-3

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	نحوه انجام آزمایش هایی که در بخش هماتولوژی انجام می شود
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
امکانات لازم :	
منابع:	کتاب مرجع آزمایشگاهی و تجربیات بیمارستانی
پرسنل مرتبط:	پرسنل بخش هماتولوژی در همه شیفتها
شرح دستورالعمل :	
ازمایشگاه هماتولوژی	
<p>۱- شروع کار با روشن کردن دستگاه - شستشوی روزانه - ثبت Background و دادن خون کنترل و کنترل کیفی به روش دوپلیکت</p> <p>۲- بررسی نتایج کنترل کیفی و انجام موارد نیازمند به اصلاح</p> <p>۳- مسئول دریافت نمونه های بخش در هر شیفت کاری، پس از ثبت موارد خاص روی برچسب نمونه ها و تعیین اولویت های عادی یا اورژانس (برای موارد اورژانس) نمونه های بستری را به بخش هماتولوژی تحویل می نماید.</p> <p>۴- انجام تست بیماران با اولویت اورژانس</p> <p>۵- تعیین موارد نیازمند به انجام لام خون محیطی با توجه به سوابق بیماران برای بررسی لام - معیار تعیین این موارد برای بیماران بستری نوسان ناگهانی جواب نسبت به روزهای قبل بیمار است. تکرار نتایج خارج از محدوده در صورت عدم همخوانی با سابقه الزامی است. در صورت شک به کیفیت نمونه (نمونه گیری از محل دریافت سرم - ناخوانا بودن نام - عدم انطباق نام و کد و ...) تکرار نمونه گیری از بخش تقاضا گردد.</p> <p>۶- انجام سایر تستهای درخواست شده از جمله ESP تعیین درصد رتیکولوسیتها، شمارش گلبولی و درصد افتراقی از مایعات بدن طبق SOP (دستورالعمل های انجام آزمایشات) موجود در بخش</p> <p>۷- تعیین نتایج بحرانی و اعلام فوری به بخش مربوطه و ثبت برخورد با موارد بحرانی در دفتر بحران</p> <p>کلیه موارد لام خون محیطی مثبت برای مالاریا وجود بلاست حتما باید بعد از بررسی سئول فنی گزارش شوند.</p> <p>آزمایشگاه انعقاد</p> <p>۱- پرسنل فنی درهر ران کاری بعد از گذاشتن تستهای انعقادی روی نمونه کنترلی LEVEL I وکسب اطمینان از صحت معرف ها</p> <p>۲- اقدام به گذاشتن تستهای درخواستی روی نمونه بیماران طبق دستورالعمل های موجود در بخش SOP می نماید.</p> <p>۳- اعلام نتایج بحرانی و پیگیری موارد خارج از محدوده نرمال</p>	

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-4

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	نحوه انجام آزمایش هایی که در بخش میکروب شناسی انجام می شود
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
امکانات لازم :	
منابع:	کتاب مرجع آزمایشگاهی
پرسنل مرتبط:	پرسنل فنی میکروبی شناسی

شرح دستورالعمل :

- دریافت نمونه و اختصاص شماره مخصوص و ثبت در دفتر با ذکر سرپایی - بستری و کد
- تلخیص در محیط کشت مربوطه وانکوباسیون در ۳۷ درجه و تهیه لام مستقیم با فیکساسیون.
- انجام رنگ آمیزی لام های مستقیم و تفسیر و بررسی لام.
- در مورد CSF و مایعات دیگر معمولاً دو لوله دریافت می شود که یکی برای کشت و شمارش سلولی ابتدا به میکروبی شناسی تحویل می گردد (پرسنل دریافت نمونه) سپس هماتولوژی های دیگر به بخش بیوشیمی (پرسنل دریافت نمونه) در صورت داشتن یک لوله پس از انجام کشت برای شمارش به هماتولوژی و سپس به بیوشیمی داده می شود. در این مورد پرسنل انجام دهنده تست در هماتولوژی مسئول رساندن نمونه به بیوشیمی است.
- تهیه مواد مصرفی رنگ گرم - اتوکلاو محیط های کشت عمومی و افتراقی .  
بررسی و تفسیر محیطهای کشت داده شده و تعیین اقدامات تکمیلی لازم.  
انجام اقدامات بعدی افتراقی و تکمیلی ( آنتی بیوگرام ...)  
تهیه مواد کنترلی و اقدامات کنترل کیفی به تناوب زمانی مورد نیاز.  
شیفت عصر و شب
- تهیه لام مستقیم برای نمونه و انجام فیکساسیون الزامی است. برحسب نام بیمار روی لام زده شود .
- در صورتی که پزشک معالج تاکید بر دریافت فوری جواب رنگ آمیزی گرم لام مستقیم داشته باشد با سوپروایزر آزمایشگاه تماس بگیرید.
- تفکیک نمونه ها و ثبت در دفتر مناسب با نحوه نمونه الزامیست.
- به جدول تهیه شده برای محیط کشت لازم برای هر نمونه دقت نمایید.
- در مورد کشت خون درج تاریخ و ساعت نوبت ارسال نمونه لازم است.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-5

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۹

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	نحوه انجام آزمایشات بیوشیمیایی ادرار
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
امکانات لازم :	
منابع:	دستورالعمل کارکردی مدون SOP مراحل اجرای آزمایش در بخش ادرار
پرسنل مرتبط:	پرسنل فنی بخش ادرار در شیفت های مختلف آزمایشگاه
شرح دستورالعمل :	
<p>۱- برای انجام تستهای کیفی بیوشیمی ادرار از نوار ادراری استفاده می گردد.</p> <p>۲- در صورت نیاز برای هر مورد تست تاییدی یا افتراقی لازم باید انجام شود.</p> <p>۳- تست پروتئین ادرار حتما با روش اسید SSA باید انجام و نتیجه آن گزارش شود . این کار باید روی نمونه سانتریفیوژ شده و بدون کادورت اولیه انجام شود .</p> <p>۴- در موارد مثبت تست نوار ادراری برای وجود خون در صورت دیده نشدن گلبول قرمز باید وزن مخصوص بررسی شود واگر کمتر از ۱۰۲۰ باشد احتمال لیز شدن گلبول قرمز را باید در نظر داشت به هر حال در صورت هر گونه تردید چک کردن با نوار ادراری مارک دیگر ترجیحا خارجی باید انجام شود.</p> <p>۵- خوانش به موقع نوار ادرار طبق دستور کیت مربوطه الزامی است و رعایت نکردن آن خطای فاحش ایجاد می کند.</p> <p>۶- برای تست پروتئین ادرار ۲۴ ساعته بعد از اندازه گیری حجم و جدا کردن نمونه برای بخش بیوشیمی تست اسیدی باید انجام شود</p> <p>۷- در تست های بیوشیمیایی کمی ادرار رقیق کردن اولیه طبق دستور کیت و اعمال ضریب رقت در جواب به دست آمده باید انجام شود در نهایت جواب دهی با واحد معمول باید محاسبه شود.</p> <p>۸- واحد معمول نتایج کمی پروتئین - کراتینی نین - اسیداوریک - کلسیم و فسفر <math>mg/24 H</math> است که بعد از محاسبات باید حتما با محدوده نرمال پارامتر مربوطه تطبیق داده شود.</p>	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-6

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	نحوه انجام آزمایش هایی که در بخش انگل شناسی و آنالیز ادرار انجام می شود
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
امکانات لازم:	کتاب مرجع آزمایشگاهی
پرسنل مرتبط:	پرسنل فنی انگل شناسی و آنالیز ادرار
شرح دستورالعمل:	
۱- دریافت نمونه در پذیرش با تعیین نوع آزمایش جهت تفکیک مواد که کشت دارند و رعایت اولویت اورژانسی جهت برقراری چرخه زمانی آزمایشات اورژانس مسئول پذیرش این موارد با علامت گذاری با مازیک قرمز مشخص می نماید.	
۲- ثبت موارد با دو شناسه هویتی در دفتر انگل شناسی.	
۳- تعیین نمونه هایی که کشت دارند و انجام کشت در بخش میکروبی شناسی قبل از دستکاری نمونه برای آنالیز و انگل شناسی	
۴- انجام آزمایشات لام مستقیم سدیان ادراری و stool exam در اسرع وقت حداکثر یک ساعت از زمان دریافت نمونه.	
۵- اطمینان از رعایت شرایط نمونه گیری و رد نمونه در موارد مشکل دار.	
۶- اختلاط ادرار با نمونه مدفوع بیمار به علت pH اسیدی تروفوزیت های انگل ها را از بین می برد.	
۷- انجام اندازه گیری حجم ادرار ۲۴ ساعته انجام تست کیفی پروتئین و ارسال نمونه سانتریفیوژ شد به بخش بیوشیمی جهت اندازه گیری کمی.	

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-7

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	نحوه انجام آزمایشهایی که در بخش سرابمولوژی و هورمون انجام می شود
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
منابع :	Sop انجام آزمایشات سروایمونولوژی و هورمون شناسی
پرسنل مرتبط:	پرسنل فنی بخش سرولوژی آزمایشگاه
پرسنل مرتبط:	
شرح دستورالعمل :	
بخش سرولوژی	
بعد از کنترل کیفی کیت های مصرفی تست های سرولوژی <b>CPR -RF -Widal -Wright RPR-2ME</b> را نیز طبق قبوض پذیرش و یا درخواست های شفاهی انجام می دهد.	
۲- دستورالعمل انجام آزمایشات در بخش سرولوژی موجود می باشد.	
۳- انجام تست های پانل ویروسی به روش الایزا با حفظ پیرینت یا درج <b>OD</b> کنترل های عفونت و مثبت و <b>CUT OFF</b> هر تست در هر <b>RUN</b> کاری و یا انجام باویداس با نوشتن <b>RFV</b> و نتیجه نهایی مربوطه در دفتر بخش هورمونی	
با دریافت سرم های بیماران اقدام به گذاشتن تست های روزانه هورمونی می نماید. در صورت انجام نشدن تست در همان روز سرم بیماران تا زمان انجام تست در فریزر نگهداری می شود. نمونه ها بعد از انجام تست تا یک ماه در فریزر نگهداری می شوند.	
۲- تست <b>B-HCG</b> روزانه در همه شیفت ها برای موارد اورژانسی گذاشته می شود .	
۳- تست های پانل ویروسی با رعایت چرخه تست های اورژانسی برای موارد اورژانسی انجام می شود در صورت اورژانس نبودن در قالب برنامه مدون شده انجام پذیرد.	
۴- دستورالعمل مربوط به تست های هورمونی و بروشور کیت های مصرفی در بخش نگهداری می شوند.	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-8

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۵

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	نحوه انجام آزمایشاتی که در بخش پاتولوژی انجام می شود
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی آزمایشگاه
منابع:	لیست تعرفه حاوی سطح بندی بافتهای مختلف پاتولوژی - قرارداد مکتوب با آزمایشگاه ارجاع - کتب مرجع آزمایشگاهی و تجربیات بیمارستانی
پرسنل مرتبط:	پرسنل پذیرش - پرسنل اطاق عمل - آزمایشگاه طرف ارجاع

شرح دستورالعمل :

پرسنل اطاق عمل

ارسال به موقع نمونه همراه با فرم تکمیل شده درخواست آزمایش پاتولوژی در اطاق عمل

در صورت هر گونه عدم اطلاع از شرایط بالینی و نواقص فرم باید همراه بیمار جهت دادن اطلاعات کامل به همراه پرونده قبل از ترخیص به آزمایشگاه راهنمایی شود تا نواقص برطرف شوند .

۳- ارسال کلیه بافتهای برداشته شده در اطاق عمل جهت پاتولوژی طبق دستورالعمل کشوری و ممانعت از دور ریخته شدن هر نوع بافت الزامی است.

۴- در موارد ارسال دیر هنگام نمونه که منجر به ترخیص بیمار قبل از ثبت آزمایش پاتولوژی در پرونده شود پرسنل اطاق عمل در شیفت مربوطه مسئول است.

۵- مسئولیت انطباق هویت نمونه ها به عهده پرسنل اطاق عمل است برچسب نمونه باید اطلاعات نام - نوع عمل جراحی - نام پزشک جراح و تاریخ انجام عمل را داشته باشد.

۶- استفاده از ظروف مناسب از نظر اندازه و حاوی فیکساتیو فرمالین ۱۰٪ به میزان حجم ده برابر بافت با حداقل اختلاط با خون و پرهیز از فشردن نمودن بافت های بزرگ در ظرف کوچکتر الزامی است .

به مایعات هیچگونه فیکساتیوی اضافه نشود اما خیلی سریع برای تهیه لام به آزمایشگاه رسانده شوند.

پرسنل بخش پذیرش و پاتولوژی

۱- ثبت سطح پاتولوژی نمونه با توجه به جدول تعرفه داده شده و ثبت در کامپیوتر در اسرع وقت از زمان تحویل نمونه

۲- گرفتن اطلاعات بالینی بیشتر و برطرف کردن نواقص فرم ارسالی از اطاق عمل در حضور همراه بیمار

۳- در صورت ارسال نمونه توسط بیمار بر مسئولیت تکمیل فرم کامل به عهده پرسنل اطاق عمل است.

۴- ارسال نمونه به آزمایشگاه طرف ارجاع - دریافت جواب و فایلینگ جواب به عهده پرسنل پاتولوژی است.

۵- پاپ اسمیر و نمونه هایی که در بیمارستان پاس می شوند توسط مسئول فنی همین مرکز انجام و جداگانه فایل می شوند

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	





دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-9

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	کنترل کیفیت آزمایشهای بیوشیمی
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی آزمایشگاه
منابع:	کتاب مرجع آزمایشگاهی
پرسنل مرتبط:	پرسنل بیوشیمی

شرح دستورالعمل :

- کنترل ابزار پایه شامل : سانتریفوژ هر شش ماه یک بار - وضعیت کیفی آب مقطر مصرفی با هدایت سنج مجزا از سیستم دیونایزر به صورت هفتگی با ثبت در دفتر
- انجام کالیبراسیون تست های مختلف بیوشیمی به صورت متناوب (مناسب با وضعیت نتایج کنترل صحت و کنترل دقت روزانه)
- انجام کنترل دقت با سرم کنترل در ابتدای RUN کای و ثبت مستندات در نرم افزار QC اتوآنالیزر همچنین پرینت ماهیانه مستندات
- پایش روزانه نتایج کنترل کیفی برای تشخیص زودهنگام شرایط بروز انحراف از قوانین وستگارد- چک کردن خطاهای محتمل در پارامترهای مختلف دخیل در سیستم و انجام تایید کالیبراسیون با استاندارد نهایتا در صورت اثبات خطای سیستماتیک انجام کالیبراسیون مجدد
- انجام کنترل کیفی داخل با نمونه مجهول ارائه شده توسط سوپروایزر و شرکت فعال در برنامه کنترل کیفی خارجی
- انجام اقدامات نگهدارنده دستگاه به صورت روزانه و هفتگی و ثبت در چک لیست موجود در کنار دستگاه
- تقاضای جنرال سرویس دستگاه در تناوب سالیانه ویا کمتر به تناسب نیاز ( در صورت بروز خروج مکرر دستگاه از کالیبراسیون و کاهش فواصل نیاز به کالیبراسیون جنرال سرویس در فواصل زمانی کوتاهتر لازم است)

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-10

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی آزمایشگاه
منابع:	کتاب مرجع آزمایشگاهی
پرسنل مرتبط:	پرسنل هماتولوژی
شرح دستورالعمل:	
۱- تست تایید کالیبراسیون استفاده از خون کنترل معتبر و داشتن جوابهای نزدیک <b>target value</b> تست تکرار پذیری: تکرار انجام تست در دو بار متوالی <b>duplicate test</b> یا در ابتدا و انتهای <b>run</b> کاری و انجام <b>TN</b> روی پنج نمونه و تکرار در روز بعد با محاسبه <b>t Britin (TN)</b> کنترل کیفی معرفهای تستهای انعقادی ( <b>PT-PTT</b> ) استفاده از کنترل <b>Level I</b> هر ران کاری و ثبت نتایج آن ۴- کنترل کیفی سمپلرهای مورد استفاده در بخش انعقاد و بن ماری (یادداشت کردن دمای بن ماری و نگهداری مستندات آن) ۵- شرکت در برنامه کنترل کیفی خارجی جهت کنترل کیفی دستگاه شمارش گلبولی (سیسمکس) و تستهای انعقادی	

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-11

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:		کنترل کیفیت آزمایشهای میکروب شناسی
مسئولیت اجرا:		سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
منابع:		سوش های میکروبی استاندارد- نوار TST و ویال تست بیولوژیک برای کنترل فور واتوکلاو
پرسنل مرتبط:		پرسنل بخش های مربوطه
شرح دستورالعمل:		
دستورالعمل های کنترل کیفیت در کلیه بخش ها موجود می باشند و پرسنل هر بخش موظفند مستندات مربوطه به انجام آنها را نگهداری کنند.		
۱- شرکت در سه دوره برنامه کنترل کیفی خارجی		
۲- کنترل کیفی در بخش میکروب شناسی: کنترل کیفی لوپ، کنترل کیفی اتوکلاو فور، کنترل کلیه محیطهای افتراقی با سوش های میکروبی ATCC و محیطهای کشت مورد استفاده و دیسک های آنتی بیوگرام.		
ابلاغ کننده:	تائید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر بهرام پورسیدی	دکتر حسین نیکپور	علی ایمانی - مریم حسینی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت:	سمت:
	مسئول فنی آزمایشگاه	وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-12

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	کنترل کیفی آزمایشهای بیوشیمی ادرار
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی آزمایشگاه
منابع:	کتاب مرجع آزمایشگاهی
پرسنل مرتبط:	پرسنل بخش آنالیز ادرار و بیوشیمی
شرح دستورالعمل:	
۱- انجام کالیبراسیون تستهای مختلف بیوشیمی به صورت متناوب (مناسب با وضعیت نتایج کنترل صحت و کنترل دقت روزانه)	
۲- انجام کنترل دقت با کالیبراتور و کنترل مخصوص کیت پروتئین ادرار	
۳- انجام کیتهای کیفی رفرآکتومتر با محلول کلرید سدیم ۵٪	
۴- کنترل نوار ادراری به وسیله محلول کنترل دست ساز	
۵- انجام کنترل کیفی داخلی با نمونه مجهول ارائه شده توسط سوپروایزر و شرکت فعال در برنامه کنترل کیفی خارجی	
۶- انجام اقدامات نگهدارنده دستگاه به صورت روزانه و هفتگی و ثبت در چک لیست موجود در کنار دستگاه	
۷- کنترل کیفی کیت OB مدفوع	

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-LAB-13

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	کنترل کیفیت آزمایشهای سروایمونولوژی و هورمون شناسی
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
منابع:	کتاب مرجع آزمایشگاهی
پرسنل مرتبط:	پرسنل بخش ایمنوسرولوژی و هورمون شناسی

شرح دستورالعمل :

کنترل کیفیت در بخش سروولوژی

۱- درمورد تستهای سروولوژی در کیت‌های موجود در آزمایشگاه معمولاً کنترل مثبت و منفی موجود است که در هر ران کاری قبل از گذاشتن نمونه های بیماران از این کنترل ها جهت چک صحت کیت ها استفاده می شود.

۲- آزمایشگاه باید در برنامه کنترل کیفی خارجی سه نوبت سالیانه شرکت کند.

کنترل کیفیت تستهای ایمنولوژی و هورمون شناسی :

۱- انتخاب کیت مناسب (حساسیت و ویژگی مناسب با حداقل منفی و مثبت کاذب) با توجه به نتایج کشوری کنترل کیفی خارجی

۲- گذاشتن کنترل مثبت و منفی در هر RUN کاری

۳- کنترل کیفی دستگاههای الیزا ریدر و وایداس

۴- آزمایشگاه باید در برنامه کنترل کیفی خارجی سه نوبت سالیانه شرکت کند

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	

کد دستورالعمل : INS-LAB-15

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	نحوه کنترل کیفیت آزمایشگاه پاتولوژی
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
منابع:	امکانات برش و گزارش gross بافت - دفاتر وفایلینگ جواب
پرسنل مرتبط:	پرسنل بخش پاتولوژی
شرح دستورالعمل :	
۱- کنترل رقیق سازی فرمالین (در اختیار گذاشتن فرمول دقیق رقیق سازی و آموزش به پرسنل اطاق عمل)	
۲- استفاده از ظروف مناسب و رعایت نسبت حجم فیکساتیو به بافت (ده برابر حجمی) پرهیز از فشردن بافت در ظرف کوچک	
۳- برش دادن به موقع نمونه ها برای نفوذ فرمالین به عمق بافت در محل آزمایشگاه توسط مسئول فنی	
۴- رعایت نکات کنترل کیفی دمای فوروتیشو پروسسور - رعایت فواصل زمانی مناسب تعویض محلول ها - کنترل تیز بودن تیغ میکروتوم و فاقد رسوب بودن محلول های مراحل رنگ آمیزی در آزمایشگاه طرف ارجاع مورد ممیزی اداره امور آزمایشگاه هاقرار گرفته است .	
۵- انجام فایلینگ منظم جوابها در محل و دریافت اطلاعات بیماران سرطانی در آزمایشگاه بیمارستان ارجمند و انجام فایلینگ بلوک و لام و ثبت موارد سرطانی در نرم افزار کشور در آزمایشگاه طرف ارجاع .	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	

کد دستورالعمل : INS-LAB-16

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی



بیمارستان کرمانیا  
KARMANIA HOSPITAL

عنوان دستورالعمل :	کنترل کیفی ابزار پایه شامل فتومتر - سمپلر و تجهیزات برودتی حرارتی
مسئولیت اجرا:	مسئول فنی
امکانات لازم:	سیستم کامپیوتری ثبت دما-رنگ سنجی و توزین-کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پایه توسط شرکت پشتیبان
پرسنل مرتبط:	سوپروایزر آزمایشگاه
شرح دستورالعمل :	
انجام اقدامات نگهدارنده دستگاهها به عهده پرسنل فنی هر بخش است و شرح این اقدامات با ذکر تاریخ در فرم نگهداری تجهیز توسط ایشان باید ثبت گردد.	
۲- وضعیت هر یک از تجهیزات الکترونیکی آزمایشگاه در هر شیفت در <b>log book</b> دستگاه توسط اپراتور مربوطه در هر شیفت باید ثبت گردد.	
۳- موارد آلارم سیستم هوشمند ثبت دما در فرم مربوطه ثبت و پیگیری موارد باید مکتوب گردد.	
۴- وضعیت هدایت الکتریکی آب مقطر خروجی دستگاه دیونایزر در هر سری کارکرد علاوه بر هدایت سنج خود دستگاه باید توسط کندانسایومتر خارج از دستگاه ثبت گردد. موارد عدم همخوانی به پشتیبان گزارش و پی گیری شود .	
۵- کنترل دمای یخچال ها- سانتریفوژها- سروفیوژ - فریزر و یخچال بانک خون - فور- انکوباتور- میکروپ شناسی واتوکلاو به صورت مستمر باید توسط سوپروایزر انجام و ثبت شود موارد عدم همخوانی به شرکت پشتیبان فنی و کالیبراسیون تجهیزات بیمارستان باید گزارش و پیگیری گردد.	
۶- کنترل کیفی عملکردی دستگاههای فورواتوکلاو باید توسط پرسنل میکروشناسی انجام در دفتر مربوطه ثبت گردد.	

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	

کد دستورالعمل : INS-LAB-16

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی



عنوان دستورالعمل :	گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران
مسئولیت اجرا:	سوپروایزر آزمایشگاه - مسئول فنی
امکانات لازم:	لیست مقادیر بحرانی آزمایشات بخش های مختلف آزمایشگاه
پرسنل مرتبط:	پرسنل فنی بخش ها و شیفت های مختلف آزمایشگاه - سرپرستاران بخشهای بالینی

شرح دستورالعمل :

- ۱- مسئول فنی آزمایشگاه باید لیست نتایج بحرانی هر بخش آزمایشگاه را به روشنی مکتوب و در دسترس پرسنل مربوطه بگذارد.
- ۲- مسئول فنی باید نحوه برخورد با نتایج بحرانی را به پرسنل همه بخشهای آزمایشگاهی آموزش دهد.
- ۳- در برخورد با نتایج بحرانی اولین اقدام اعلام آنی پرسنل فنی آزمایشگاه به پرستار بخش مربوطه است.
- ۴- دومین اقدام اطلاع دادن به پزشک معالج بیمار و سوپروایزر شیفت ، توسط پرستار مسئول بیمار است.
- ۵- پرستار مسئول بیمار بلافاصله بر بالین بیمار حاضر و ضمن حمایت عاطفی و روانی بیمار و اطلاع به بیمار، علائم حیاتی و بالینی بیمار را کنترل می نماید
- ۶- پرستار مسئول بیمار نمونه مجدد خون را از بیمار گرفته و سریعاً به آزمایشگاه با ذکر اورژانسی بودن ارسال می کند
- ۷- پرستار مسئول بیمار وضعیت بالینی بیمار را مجدداً به اطلاع پزشک معالج بیمار می رساند و دستورات صادره را ثبت و اجرا می نماید .
- ۸- پرستار مسئول بیمار تا زمان رسیدن جواب آزمایش مجدد مرتباً بیمار را به طور ویژه ، مورد ارزیابی مستمر قرار می دهد
- ۹- پرستار مسئول بیمار پاسخ آزمایش مجدد را پیگیری ، دریافت و به پزشک معالج اطلاع می دهد و پزشک معالج در خصوص قطع یا ادامه دستورات تصمیم گیری و به پرستار مسئول بیمار اطلاع می دهد .

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	





# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-LAB-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی: نحوه نظارت بر تعیین و تغییر محدوده مرجع آزمایشگاه

هدف:

تعیین صحیح محدوده مرجع آزمایشات وجود محدوده مرجع (دامنه نرمال Reference Interval در برگه جواب بیمار برای کلیه آزمایشات با استفاده از مطالب مندرج در بروشور کیت و کتب مرجع جهت تفسیر تست های بیماران ضروری است. برهمن اساس برای کلیه تست های کمی آزمایشگاه محدوده مرجع تعیین می شود و با تغییر پارامترهایی همچون تغییر روش و یا کیت مقادیر با نظر مسئول فنی تغییر و به اطلاع پرسنل و همچنین بخشهای بالینی رسانیده می شود.

کارکنان مرتبط:

آزمایشگاه

تعاریف:

محدوده مرجع Interreference تعیین دامنه نتایج آزمایشات انجام شده بر روی نمونه های از جمعیت مرجع (به طور تصادفی) با استفاده از دامنه ذکر شده در کیت

صاحبان فرآیند:

سوپروایزر آزمایشگاه و مسئول فنی آزمایشگاه

قوانین و مقررات مربوطه:

کتاب مرجع آزمایشگاهی

منابع و امکانات لازم:

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول فنی آزمایشگاه دامنه مرجع آزمایشات با استفاده از مطالب موجود در کیت ها (ادعای کمپانی مربوطه) و کتب مرجع تعیین می نماید.
- ۲- مسئول فنی آزمایشگاه مرجع (در خصوص آزمایشات ارجاعی) دامنه مرجع آزمایشات را تعیین می نماید.
- ۳- مسئول فنی آزمایشگاه در صورتی که دامنه مرجع آزمایشات ارجاعی تعیین نشده باشد ضمن تماس با آزمایشگاه مرجع محدوده مرجع را تعیین و در سیستم کامپیوتر وارد می نماید.
- ۴- پرسنل فنی آزمایشگاه موظفند از محدوده مرجع جوابها اطلاع کافی داشته باشند.
- ۵- پرسنل فنی آزمایشگاه در صورت هر گونه تغییر کیت و دامنه مرجع مسئول فنی آزمایشگاه را جهت اقدام مقتضی مطلع می نمایند.
- ۶- پرسنل هر بخش آزمایشگاه موظف است در صورت تغییر کیت یا روش، ضمن اطلاع به مسئول فنی آزمایشگاه محدوده مرجع مناسب به پذیرش جهت اعمال در سیستم کامپیوتری جوابدهی اطلاع رسانی می نماید.
- ۷- کارمند پذیرش آزمایشگاه محدوده مرجع آزمایشات جدید را با نظر مسئول فنی آزمایشگاه در سیستم کامپیوتر اصلاح می نماید.
- ۸- کارمند پذیرش آزمایشگاه در خصوص آزمایشات ارجاعی به محض دریافت جواب از آزمایشگاه طرف ارجاع محدوده مرجع درج شده در جواب را در کامپیوتر ثبت می نماید.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-BT-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	انجام آزمایشهای جستجوی آنتی بادی های غیر منتظره و انجام آزمایش های آنتی گلوبین مستقیم
مسئولیت اجرا:	مسئول اجرای بانک خون - مسئول فنی
منابع:	SOP بانک خون وجود Regent های کنترل کیفی شده و معتبر Anti human globuline
پرسنل مرتبط:	پرسنل بانک خون در شیفت های مختلف
شرح دستورالعمل:	۱- در موارد برخورد با بیمارانی که در کراس مچ با کیسه های متعدد خون واکنش می دهند و همچنین انتقال خون نوزادان تست غربالگری آنتی بادی باید انجام گردد. ۲- تست کومبرز مستقیم در شرایط وجود اتو آگلوتیناسیون در نوزادان و مبتلایان به بیماری همولیتیک اتوایمیون باید طبق پروتکل استاندارد مندرج در SOP بانک خون انجام شود. ۳- در صورت اثبات حضور آلو آنتی بادی جهت شناسایی نوع آنتی بادی غیر منتظره و تهیه خون آنتی ژن منفی نمونه بیمار به سازمان انتقال خون ارجاع شود.

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
اقای خدای - علی ایمانی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول اجرایی بانک خون - سوپروایزر آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-BT-2

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان دستورالعمل :	تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرم - خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول قرمز حساس
مسئولیت اجرا:	مسئول اجرای بانک خون - مسئول فنی
امکانات لازم :	سرم فیزیولوژی
پرسنل مرتبط:	پرسنل بانک خون در همه شیفت ها

شرح دستورالعمل :

جهت تهیه ۱۰ میلی لیتر سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز مراحل زیر باید انجام پذیرد:

۱- ۱ میلی لیتر از خون کامل را به یک لوله ی ۱۰ میلی لیتری انتقال دهید

۲- به گلبول های قرمز خون سالیین افزوده و به مدت ۱ دقیقه سروقیوژ نمایید این مرحله را سه مرتبه تکرار نمایید.

۳- ۳/۳ میلی لیتر از گلبول های قرمز متراکم در ته لوله را به لوله ای حاوی ۹/۷ میلی لیتر سالیین بیفزایید.

۴- درب لوله را با پارافیلیم ببوشانید و چند بار آن را سرو ته کنید.

خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون

Interpretation of Agglutination reactions	تفسیر واکنش و درجه بندی آگلوتیناسیون
Macroscopically observed findings	Designation
One solid agglutinate	4+
Several large agglutinates	3+
Medum size agglutinates , clear back ground	2+
Small agglutinates , turbid background	1+
Very small agglutinates , turbid background	1w
Barely visible agglutination ,turbid back ground	W
No agglutination	0
Mixtures of agglutinated and unagglutinated red cells (mixed field)	Mf
Complex hemolysis	H
Partial hemoysis , some red cells remain	PH

تهیه گلبول قرمز حساس شده : برای به دست آوردن تیتراژ مناسب برای تهیه گلبول حساس ۸ لوله انتخاب کرده و به همه لوله ها بجز لوله اول ۲ قطره سرم فیزیولوژی اضافه کنید، به لوله اول ۴ قطره آنتی دی (از نوع IgG) ترجیحا آمپول رگام اضافه کنید، از لوله اول ۲ قطره برداشته به لوله دوم اضافه نمایید و از لوله دوم به لوله سوم و دو قطره آخر را بیرون بریزید به هر یک از لوله ها ۴ قطره سوسپانسیون ارهاس مثبت ۲ تا ۵٪ اضافه کنید لوله ها را به مدت ۲۰ دقیقه در بنماری ۳۷ درجه سانتیگراد قرار دهید و سپس به مدت ۱۵ ثانیه با دور ۳۰۰۰ سانتریفیوژ نمایید پس از سانتریفیوژ لوله ها را از نظر آگلوتیناسیون بررسی کنید، لوله های اول دارای آگلوتینه هستند و لوله های آخر فاقد آگلوتینه می باشند که تیتراژ اولین لوله فاقد آگلوتینه جهت ادامه آزمایش مطلوب می باشند تیتراژ مناسب آنتی ارهاس را برای دفعات بعدی مستقیما باید تهیه شود و دیگر نیازی نیست به سایر وقت ها نیست گلبول تهیه شده با این تیتراژ **DAT Positive** است و برای چک کردن آنتی هیومن کاربرد دارد.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سوپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا- خط مشی

کد دستورالعمل : INS-BT-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	انجام آزمایش های سازگاری از جمله آنتی بادی اسکرین و کراس مچ خون و فراورده های خون
مسئولیت اجرا:	مسئول اجرایی بانک خون - مسئول فنی
منابع:	SOP بانک خون - تجربیات بیمارستانی
پرسنل مرتبط:	پرسنل بانک خون در همه شیفت ها

شرح دستورالعمل:

۱- مسئول بانک خون در هر نوبت کاری پس از دریافت درخواست های انفوزیون خون و یا فراورده خونی مبادرت به انجام مراحل ذیل نماید:

۱- بررسی درخواست واصله از نظر تکمیل فرم درخواستی و ممهور بودن به مهر پزشک درخواست کننده

۱- تطابق اطلاعات مربوط به بیمار (ثبت شده در فرم) با شاخص های هویتی الصاق شده روی نمونه ارسالی با فرم درخواست

۲- بررسی صحت کد ثبت شده روی نمونه ارسالی در نرم افزار

۳- در صورت نامناسب بودن اطلاعات مندرج و یا ناهمخوانی شاخص های هویتی، ثبت موارد در دفتر عدم انطباق و اطلاع رسانی به بخش (براساس خط مشی مربوطه)

۴- تعیین گروه خونی بیمار و بررسی موجود بودن خون و یا فرآورده مزبور در بانک خون

۵- در صورت عدم وجود خون و یا فرآورده هم گروه، اطلاع رسانی به بخش جهت تعیین اولویت های بعدی به منظور هماهنگی با سازمان جهت ثبت تقاضا و دریافت از سازمان انتقال خون

۶- انجام تست های مربوطه (اعم از سازگاری) مطابق خط مشی های مربوطه و نگهداری CORD خون کراس مچ شده و نمونه بیمار تا یک هفته بعد از ترانسفوزیون جهت امکان پیگیری عوارض احتمالی

۷- تحویل خون و یا فرآورده آماده سازی شده پس از درج اطلاعات کامل کد کیسه خون و تاریخ انقضا - گروه خونی و نوع فرآورده در فرم ترانسفوزیون هموویژیلانس با حفظ زنجیره سرما در کلدباکس به بیمار بر یا همراهی بیمار براساس خط مشی های مربوطه

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
علی ایمانی - مریم حسینی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
وپر وایزر آزمایشگاه - کارشناس آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-BT-4

تاریخ تصویب : ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

شماره صفحه : ۱

عنوان روش اجرایی:	مدیریت عوارض ناخواسته احتمالی به دنبال تزریق خون
هدف:	ارتقای ایمنی بیماران پرخطر
کارکنان مرتبط:	سرپرستاران بخش های متقاضی فراورده - پرسنل فنی بانک خون آزمایشگاه - پزشک هموویزیلانس روابط هموویزیلانس
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	رابط هموویزیلانس و مسئول بانک خون
قوانین و مقررات مربوطه:	منابع: راهنمای نحوه برخورد با شایع ترین عوارض حاد مرتبط با تزریق خون تهیه شد توسط سازمان انتقال خون قوانین: تبعیت از راهنماهای مربوطه
منابع وامکانات لازم:	فرم عوارض تزریق خون - فرم پایش و نظارت تزریق خون
شرح دستورالعمل :	
۱- سوپروایزر آموزشی جهت ارتقاء آگاهی پرسنل درمانی و پزشکان با هماهنگی سازمان انتقال خون کلاس های آموزشی در خصوص تزریق خون و عوارض احتمالی پس از تزریق برگزار نموده و راهنمای نحوه برخورد با عوارض حاد تزریق خون را در معرض دید و احدها قرار می دهد.	
۲- پرستار شناسایی بیمار را در مرحله اول دستور کار خود قرارداده و به هنگام تهیه نمونه خون و تزریق خون مشخصات وی را با خود اظهاری و دستبند و پرونده وی مطابقت می دهد .	
۳- پرستار مراحل نمونه گیری برچسب گذاری و ارسال به آزمایشگاه با دقت و پس از شناسایی بیمار انجام می دهد.	
۴- پرستار علایم حیاتی را کنترل و در فرم پایش ثبت می نماید.	
۵- پرستار کلیه اقدامات انجامی را با حضور پرستار دیگر مورد بررسی و اجرا قرار می دهد.	
۶- پرستار و همکارانش کیسه خون دریافتی را از بانک خون را با فرم درخواست خون و مشخصات بیمار مطابقت می دهد.	
۷- پرستار و همکارانش کیسه خون را از لحاظ همولیز کدورت گاز لخته و تغییر رنگ مورد بررسی دقیق قرار می دهد.	
۸- پرستار با توجه به آگاهی از عوارض شایع تزریق خون به علایمی مانند تب لرز کهیر، تنگی نفس ، درد قفسه سینه ، سردرد، افت فشار خون تهوع، استفراغ ، سیانور خارش ، گرگرفتگی و شوک توجه می نماید.	
۹- پرستار از نگهداری کیسه خون دربخش در صورت عدم مصرف ب موقع جهت بیمار اجتناب و تا آمادگی لازم آنرا به بانک خون برمی گرداند.	
-پرستار از هنگام ترانسفوزیون خون، بطور مستمر بیمار را ارزیابی و پایش نموده و علایم حیاتی را قبل و در فواصل زمانی معین کنترل و ثبت می نماید .	
۱۱- پرستار هیچ دارویی را به کیسه خون وصل شده به بیمار ، اضافه نمی کند.	
۱۲- پزشک معالج در بیماران با سابقه یک بار عارضه خفیف آلرژیک آنتی هیستامین نظیر دیفن هیدرامین، ۳۰ دقیقه قبل از تزریق خون تجویز می نماید. هم چنین در صورت سابقه تب، قبل از تزریق خون استامینوفن تجویز می نماید.	
۱۳- پرستار به هنگام بروز عارضه حاد مرتبط با تزریق خون بلافاصله تزریق خون را قطع و پزشک هموژیلاانس و معالج رامطلع می نماید هم چنین مراقبت دقیق و دائمی از بیمار با کنترل فوری و منظم علایم حیاتی و باز نگهداشتن مسیر وریدی به کمک محلول نرمال سالین را بعمل می آورد.	
۱۴- پرستار هویت گیرنده خون و کیسه خون را با توجه به مستندات موجود مجددا کنترل و بررسی می نماید.	
۱۵- پرستار از میزان کافی بودن میزان ادرار بیمار اطمینان حاصل می نماید .	
۱۶- پرستار مسئول بانک خون را از عارضه به وجود آمده آگاه نموده و در صورت عدم دستور برقراری مجدد تزریق خون، کیسه و ست تزریق خون و نمونه خون جدید از بیمار را به آن واحد ارسال می نماید.	

۱۷- پزشک هموویژنلانس شیفت/ پزشک معالج براساس نوع عارضه بوجود آمد دستورات درمانی دارویی و پاراکلینیکی لازمه را صادر می نماید.

۱۸- آزمایشگاه بانک خون پس از مطلع شدن از بروز عارضه طبق دستورات پزشک معالج آزمایشات بررسی عارضه شامل تکرار کراس میچ، اندازه گیری هموگلوبین پلاسما و تست کومبر را انجام می دهد.

۱۹- پرستار در صورت دستور پزشک با توجه به وضعیت بالینی بیمار نتایج آزمایشگاهی و رد واکنش تزریق را ادامه می دهد.

۲۰- پرستار عارضه بوجود آمده را در فرم استاندارد هموویژنلانس ثبت و پس از تکمیل در اسرع وقت آن را به بانک خون بیمارستان ارسال می نماید که ظرف مدت ۴۸ ساعت به سازمان انتقال خون اطلاع رسانی شود.

۲۱- مسئول فنی بیمارستان عارضه بوجود آمده در کمیته طب انتقال خون مطرح و مورد بررسی قرار داده و اقدامات اصلاحی و پیشگیری توسط اعضا اتخاذ می گردد.

۲۲- لازم است نمونه خون بیمار (قبل از ترانسفوزیون) CORD خون تزریقی حداقل تا یک هفته پس از دادن خون به بیمار جهت امکان بررسی واکنش های تاخیری در بانک خون موجود باشد.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر حسین نیکپور	تهیه کنندگان : دکتر رامین رجایی - حمید ثمره - آقای خدماتی -- دکتر ساره سعیدی فرجام هاشمی - مهدیه ربانی - آزاده موقرزاده - خانم بهنام
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مسئول فنی آزمایشگاه	سمت: مدیر - مترون - مسئول بانک خون - پزشک هموویژنلانس - سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر بالینی - سوپروایزر کنترل عفونت - رابط هموویژنلانس



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-BT-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	درخواست تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از ۴ ماه
هدف:	آشنایی کلیه کادر درمانی با شرایط درخواست تزریق خون برای نوزادان و شیرخواران با سن کمتر از ۴ ماه
کارکنان مرتبط:	پرسنل بانک خون - پرسنل آزمایشگاه - پرستاران بخش های بالینی - پزشک معالج
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	پرستار بخش نوزادان و مسئول بانک خون
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	برگ درخواست - سیستم HIS - کیسه خون - نمونه خون مادر و نوزاد - فرم هموویزیلانس - فرم پایش تزریق

شرح فعالیت:

مراحل به شرح زیر باید انجام شود:

- ۱- پرستار مربوطه پس از order پزشک برگه درخواست را به بانک خون ارسال می کند.
- ۲- پرستار مربوطه همزمان تقاضای **Dircect combs , Antibody screen-BG/RH** برای نوزاد را در **His** ثبت نموده و یک نمونه لخته و یک نمونه EDTA دار از مادر و نوزاد به آزمایشگاه ارسال می نماید .
- ۳- مسئول بانک خون گروه خون وارهاش مادر و نوزاد را تعیین می نماید. ( برای نوزاد فقط **cell type** انجام می شود ) .
- ۴- مسئول بانک خون آنتی بادی اسکرین روی سرم مادر یا نوزاد انجام می دهد
- ۵- مسئول بانک خون آزمایش کومبز مستقیم برای نوزاد انجام می دهد ( در صورت منفی بودن کومبز مستقیم نوزاد و آنتی بادی اسکرین خون همگروه (یا گروه **O**) را بدون نیاز به کراس میچ می توان به دفعات تزریق کرد. در صورت وجود این شرایط در یک نوبت بستری می توان از تکرار آزمایشات صرف نظر نمود و بنا به دستور پزشک تزریق خون را انجام داد.
- ۶- مسئول بانک خون در صورت وجود آلو آنتی بادی و مثبت بودن کومبز نوزاد نمونه را برای سازمان انتقال خون جهت شناسایی **AB** ارسال می نماید. (بعد از تعیین هویت آن باید کیسه خونی را که از نظر آنتی ژن مربوطه منفی باشد با همکاری سازمان انتقال خون تهیه گردد) .

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حسینی نژاد - علی ایمانی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
کارشناس فنی آزمایشگاه - سوپروایزر آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-BT-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	انجام آزمایشهای تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای و آزمایش RH(D) به
مسئولیت اجرا:	مسئول اجرایی بانک خون - مسئول فنی
امکانات لازم:	سرم فیزیولوژی AHG - سروفیوژ - چراغ مطالعه - آنتی ژن های تعیین گروه خونی - بن ماری
منابع:	
پرسنل مرتبط:	پرسنل بانک خون در شیفت های مختلف
شرح فعالیت:	<p>- مسئول بانک خون در هر نوبت کاری باید پس از درخواست تعیین گروه خونی توسط بخش مبادرت به انجام مراحل ذیل نماید</p> <p>۱- بررسی صحت کد ثبت شده روی نمونه ارسالی در نرم افزار</p> <p>۲- در صورت نامناسب بودن اطلاعات مندرج و یا ناهمخوانی شاخص های هویتی، ثبت موارد در دفتر عدم انطباق و اطلاع رسانی به بخش</p> <p>۳- تهیه سوسپانسیون ۳ درصد از نمونه بیمار</p> <p>۴- مجاورت آنتی ژن با نمونه در لوله های نشان گذاری شده</p> <p>۵- خواندن شدت آگلوتیناسیون در لوله ها</p> <p>۶- در صورتی که لوله تعیین RH واکنش کمتر از ۲+ را نشان دهد آزمایش DU انجام می شود.</p> <p>۷- لوله AntiD به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه در بن ماری قرار داده و بعد سروفیوژ نتیجه اگر مثبت بود نیازی به مرحله AHG نیست</p> <p>۸- در صورت منفی بودن واکنش لوله مذکور سه بار شست و شو داده شده و سپس دو قطره AHG افزوده و پس از سروفیوژ نتیجه خوانده شود</p> <p>در روش بک تایپ سرم بیمار با سوسپانسیون O+ مجاور شده و آنتی بادی موجود در سرم بیمار نشان داده می شود براین اساس آنتی ژن گروه خون تعیین می گردد.</p>

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مریم حسینی نژاد - علی ایمانی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
کارشناس فنی آزمایشگاه - سوپروایزر آزمایشگاه	مسئول فنی آزمایشگاه	





دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-BT-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	نحوه شناسایی بیمار و نحوه نمونه گیری نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون
هدف:	ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش خطا
کارکنان مرتبط:	پرستاران بخش های بالینی متقاضی فرآورده - سوپروایزر
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	پرستاران بخش های بالینی متقاضی فرآورده - رابط هموویزیلانس
	راهنمای شناسایی بیمار - راهنمای سازمان انتقال خون - استاندارد های الزامات ایمنی بیمار - دستورالعمل های هموویزیلانس
	دستبند شناسایی - لوله و برچسب آزمایش - فرمهای هموویزیلانس
شرح فعالیت:	
۱- پرستار جهت تزریق خون از تایید هویت بیمار اطمینان حاصل می کند ( چنانچه بیمار هوشیار است قبل از نمونه گیری یا تزریق خون از خود فرد نام و نام خانوادگی پرسیده می شود و چنانچه بیمار غیر هوشیار بود از همراهی مسئول و مشخصات با شماره پرونده و فرم درخواست مطابقت داده می شود.	
پرستار شناسایی بیمار را بر بالین وی انجام وبه آنچه در پرونده بیمار یا فرم درخواست خون درج شده است اکتفا نمی کند.	
۲- پرستار مچ بند شناسایی بیمار را با اطلاعات فرم درخواست خون و مشخصات کیسه خون و فرآورده در هنگام مصرف خون مطابقت می دهد.	
۳- پرستار در صورت بیهوشی یا هوشیار نبودن بیمار و یا بدون همراه ، دستبند شناسایی بیمار را با پرونده فرم درخواست تطابق می دهد.	
۴- پرستار وقتی که مشخصات بیمار نامعلوم است باید یک اسم مستعار همراه با شماره پرونده برای بیمار ساخته و روی مچ بند نصب کند و بر روی نمونه خون و پرونده نیز این دو مورد قید می شود.	
روش نمونه گیری	
۱- پرستار قبل از مبادرت به انجام نمونه گیری بیمار طبق پروتکل شناسایی و بهداشت دست را رعایت می نماید.	
۲- پرستار به هنگام خونگیری چنانچه بیمار در حال دریافت مایعات وریدی از یک دست است به منظور اجتناب از ترکیب نمونه یا مایعات تزریقی از دست دیگر بیمار استفاده می کند و در غیر اینصورت از پایین تر از محل تزریق نمونه را تهیه می نماید.	
۳- پرستار در صورتی که مجبور به تهیه نمونه از محل تزریق و یا جایی که سرم در حال تزریق است باشد ۵ تا ۱۰ میلی متر خون دریافتی اولیه را دور ریخته و نمونه جدید را جهت انجام آزمایش جمع آوری می کند.	
۴- پرستار جهت غربالگری آنتی بادی و کراس مچ و تعیین گروه خون RH در صورت لزوم از نمونه های لخته و یا لوله ای که دارای EDTA (ماده ضدانعقاد) است استفاده می نماید.	
۵- پرستار نمونه خون را در لوله آزمایشی که فاقد ماده ضدانعقاد می باشد می ریزد.	
۶- پرستار لوله آزمایش را بطور واضح در کنار تخت بیمار در همان زمان نمونه گیری برچسب گذاری می نماید. بر روی این برچسب دو مورد از مشخصه بیمار همراه تاریخ گردآوری نمونه قید می کند (مشخصات باید با مشخصات مچ بند و فرم درخواست یکی باشد)	
۷- پرستار نام خود را بعنوان نمونه گیر بر روی برچسب لوله و یا در فرم درخواست خون ثبت می کند.	

۸- پرستار در صورت تزریق مجدد خون بعد از گذشت ۷۲ ساعت از زمان آخرین ترانسفوزیون لازم است نمونه جدید خون برای انجام کراس اراسل شود. نمونه خون برای آزمایش کراس مچ به بانک خون ارسال می کند.

نحوه آماده سازی بیمار

۱- پرستار با بیمار ارتباط برقرار می کند و دلایل انجام کار و مراحل آن را برای وی و همراهانش توضیح می دهد

۲- پرستار قبل از انفوزین خون، محل و راه وریدی مناسب برای بیمار بررسی و انتخاب می نماید.

۳- پرستار در صورت وجود خط وریدی مناسب آنرا کنترل و از صحت آن اطمینان حاصل می نماید.

۴- پرستار در صورت عدم وجود خطر وریدی مناسب اقدام به رگ گیری در محل مناسب می نماید.

۵- پرستار به بیمار و همراهانش و عارض احتمالی تزریق خون را آموزش و یادآوری می نماید.

۶- پرستار علائم حیاتی بیمار را کنترل و به عنوان علائم پایه قبل از ترانسفوزیون ثبت می کند.

۷- مدیر پرستاری (سوپروایزر آموزشی) با همکاری مسئول هماهنگ کننده ایمنی آموزش های لازم در این خصوص را به پرستاران و کارکنان بانک خون ارائه و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل می نمایند.

تهیه کنندگان: حمید ثمره - آقای خدای - ناهید شجاعی - فرجام هاشمی - مهدیه ربانی - خانم بهنام	تائید کننده: دکتر حسین نیکپور	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مدیر پرستاری - مسنول بانک خون - سرپرستار اتاق عمل - سوپروایزر آموزشی - هماهنگ کننده ایمنی - سوپروایزر بالینی - رابط همویزیولانس	سمت: مسئول فنی آزمایشگاه	سمت: ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-BT-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	نحوه تزریق خون و فرآورده ها
هدف:	ادامه درمان بیمار جهت پیشگیری یا درمان خونریزی
کارکنان مرتبط:	پرستار بخشهای متقاضی خون و فرآورده ها - سوپروایزر - مسئول بانک خون
تعاریف:	هموویزیلانس به معنای مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خونی در مقابل عوارض ناخواسته عوارض ناشی از انتقال خون
صاحبان فرآیند:	پرستار و سوپروایزر شیفت مربوط و سرپرستار بخش
دامنه:	بانک خون - بخشهای بالینی
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل اقدامات قبل از تزریق خون
منابع و امکانات لازم:	ست تزریق خون - دستکش - مواد ضدعفونی - فرم پایش و نظارت بر تزریق خون - فرم رضایت - برچسب کیسه خون
شرح فعالیت:	
۱- پرستار و همکارش (پرستار دوم) دستور پزشک مبنی بر تزریق خون به بیمار را کنترل می نماید.	
۲- پرستار و همکارش قبل از ترانسفوزیون خون بیمار را شناسایی ( در صورت هوشیاری بیمار از وی نام و نام خانوادگیش سوال می شود) و مراتب را با دستبند شناسایی و شماره پرونده با اطلاعات مود در فرم های نظارت بر تزریق خون مطابقت می دهد .	
۳- پرستار محل و رگ مناسب جهت تزریق انتخاب می نماید (انتخاب سرسوزن با سایز مناسب ۲۰- ۱۸ (جهت بزرگسالان) ۲۴- ۲۲ جهت کودکان)	
۴- پرستار توضیحات لازم در خصوص فواید و نوع عوارض تزریق خون ( تنگی نفس - کهیر - لرز تب ...) چگونگی انجام اقدامات را به بیمار و همراهانش آموزش داده و فرم رضایت وصل خون را توسط آنها تکمیل می نماید.	
۵- پرستار قبل از تزریق تاریخچه قبلی وصل خون و یا فاکتورهای افزایش خطر و عوارض آسیب گر را بررسی می نماید.	
۶- پرستار و همکارش (پرستار دوم) پس از تحویل صحیح کیسه خون آنرا از لحاظ تغییر رنگ همولیز حباب نشسته، تاریخ انقضاکدورت بررسی می نماید.	
۷- پرستار و همکارش به حداکثر فاصله زمانی بین تحویل گرفتن کیسه خون تا زمان تزریق که ۳۰ دقیقه می باشد توجه نموده و در صورتیکه به هر علت نمی تواند تزریق خون را در این مدت آغاز نماید آنرا با نگهداری مناسب (حمل با کلمن) به بانک خون برمی گرداند.	
۸- پرستار قبل از مبادرت به ترانسفوزیون خون از موجود بودن داروهایی از قبیل آنتی هیستامین اپی نفرین و نرمال سالین و کپسول اکسیژن دستگاه ساکشن و .. اطمینان حاصل می نماید.	
۹- پرستار و همکارش شماره کیسه خون و گروه خون قید شده در فرم نظارت بر تزریق خون را با شماره اهدا و گروه خون قید شده بر روی برچسب کیسه خون مطابقت می دهد.	
۱۰- پرستار و همکارانش بلافاصله قبل از آغاز تزریق خون علائم حیاتی پایه از بیمار کنترل و در فرم پایش ثبت می نماید.	
۱۱- پرستار ابتدا دست های خود را شسته و ضدعفونی نموده و از دستکش استفاده می نماید.	
۱۲- پرستار ست تزریق خون را آماده سازی نموده ( تخلیه حباب های هوا) تزریق خون را آغاز می نماید.	

- ۱۳- پرستار سرعت تزریق خون و فرآورده ها را با توجه به دستور پزشک تنظیم می نماید.
- پرستار در ۱۵ دقیقه اول قطرات ترانسفوزیون به آرامی تنظیم می نماید ( ۱ میلی لیتر یا ۱۵ قطره در دقیقه ) سپس در صورت عدم مشکل یا وجود عارضه با توجه به نظر پزشک معالج تزریق خون را ادامه می دهد (هر تزریقی باید حداکثر در مدت ۴ ساعت و از زمان شروع کامل شود بهتر است تزریق یک فرآورده گلبول قرمز در طی ۲ ساعت و تزریق پلاکت یا پلاسی در خلال ۶۰- ۳۰ دقیقه کامل شود).
- ۱۵- پرستار در صورت نیاز به گرم کردن خون از آب گرم یا شوماژ یا استفاده نکرده و از Blood warmer (موجود در بخش اورژانس) با صلاحدید پزشک در دمای ۳۷ استفاده می نماید.
- ۱۶- پرستار و همکارش هیچ نوع دارویی به کیسه فرآورد خون و یا ست تزریق اضافه نمی نماید و فقط از محلول نرمال سالین جهت رقیق کردن به میزان حداکثر ۲۰ cc از راه ست تزریق خون استفاده می کند ( استفاده از محلول رینگر و دکستروز ممنوع است )
- ۱۷- پرستار و همکارانش در نیم ساعت اول تزریق بیمار را ارزیابی و علائم حیاتی را در هر یک ربع ساعت سپس هر نیم ساعت و در ادامه هر یک ساعت تا ۴ ساعت بعد از اتمام تزریق کنترل و در فرم پایش ثبت می نماید برگ صوری فرم پایش به بانک خون عودت می گردد.
- ۱۸- پرستار از عوارض ناخواسته تزریق خون اطلاع داشته و در صورت بروز هر گونه عارضه تزریق خون را قطع و به پزشک هموویزیلانس و پزشک معالج و علائم حیاتی را کنترل می نماید.
- ۱۹- پرستار بعد از اتمام پروسیجر برچسب شماره کیسه خون را در برگ ثبت مربوطه الصاق و گزارشات پرستاری بیمار را تکمیل می نماید.
- ۲۰- پرستار کلیه اقدامات انجامی را در گزارش پرستاری ثبت و به اتفاق پرستار دوم ( همکارش ) مهمور به مهر و امضا می نماید.
- ۲۱- سوپروایزر شیفت به مراحل دریافت و مصرف خون را نظارم می نماید.
- ۲۲- مدیر پرستاری (سوپروایزر آموزشی ) با همکاری هماهنگ کننده ایمنی آموزشهای لازم در این خصوص را به پرسنل ارائه و از صلاحیت آنان برای این امر اطمینان حاصل می نماید.
- ۲۲- مسئول هماهنگ کننده ایمنی بوستر دستورالعمل اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران تهیه شده دفتر هموویزیلانس سازمان انتقال خون را در محل های مناسب در کلیه واحد های درمانی نصب می نماید.

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
حمید ثمره - آقای خدای - مهدیه ربانی - رضوان اسلامیت فرجام هاشمی ناهید شجاعی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
تروم -مسئول بانک خون -سوپروایزر بالینی - سوپروایزر بالینی -سوپروایزر آموزشی - سرپرستار اتاق عمل	مسئول فنی آزمایشگاه	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-BT-5

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	مصرف خون و محصولات خونی پیش از تاریخ انقضا
هدف:	انتخاب رویه واحد در تفکیک و نگهداری و چگونگی برخورد با درخواست های رزرو خون و فراورده های خونی در خواست شده توسط پزشک
کارکنان مرتبط:	کارکنان بانک خون
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول اجرایی بانک خون - مسئول فنی
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل هموویژیلانس
امکانات لازم:	اطلس جامع انتقال خون - فرم های هموویژیلانس
منابع:	

شرح فعالیت:

توجه: اندیکاسیون های تجویز فرآورده در راهنمای استفاده از خون و فراورده های خونی مندرج در پشت صفحات فرم های هموویژیلانس، ارایه شده توسط سازمان انتقال خون درج شده است که در دسترس تمام بخش های می باشد.

۱- مسئول بانک خون از قرار گیری فرآورده ها در یخچال بانک خون و ترتیب مصرف فرآورده ها به ترتیب تاریخ انقضاء اطمینان حاصل می نماید

۲- پرسنل بانک خون در بازآموزی های مصرف فرآورده های خونی - آشنایی با فرآورده های جدید سازمان و نحوه درخواست آنها شرکت می نماید.

۳- لزوم شرکت در بازآموزی های مصرف فرآورده های خونی - آشنایی با فرآورده های جدید سازمان و نحوه درخواست آنها.

۴- پزشک معالج اندیکاسیون تزریق خون و فرآورده ها را تعیین می نماید (با مراجعه به پروتکل های رزرو خون پیش از عمل در کتب مرجع کاهش نسبت Cross matched / transfused ratio و بهبود کیفی عملکرد بانک خون میسر می گردد).

۵- مسئول فنی آزمایشگاه جهت تعیین حداکثر خون رزرو برای هر پروسیجر جراحی maximum surgical blood ordering schedule با نظر پزشکان جراح جلسات مشترک برگزار می نماید.

تهیه کنندگان: آقای خدماتی	تائید کننده: دکتر حسین نیکپور	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مسئول اجرایی بانک خون	سمت: مسئول فنی آزمایشگاه	سمت: ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : INS-RG-1

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری: ۴

شماره صفحه: ۱

عنوان دستورالعمل:	نحوه استفاده از مواد حاجب
مسئولیت اجرا:	مسئول فنی (نظارت بر حسن اجرای این روش) پرسنل تصویر برداری (اجرای دستورالعمل)
امکانات لازم:	تفاهم نامه - ترالی اورژانس - کپسول اکسیژن - فرم رضایت نامه - فرم آمادگی بیمار
منابع:	کتاب تخصصی تکنیک های رادیولوژی
پرسنل مرتبط:	پزشک متخصص رادیولوژی - پرتو کاری رادیولوژی - سوپروایزرین
<p>شرح دستورالعمل:</p> <p>پس از درخواست تصویر برداری با ماده حاجب ابتدا باید درخواست به همراه شرح حال و پرونده بیمار در اختیار پزشک رادیولوژی قرار گیرد پزشک باید پس از مطالعه براساس اطلاعات، وضعیت و شرح حال بیمار نوع و مقدار دوز دارویی مواد حاجب را مشخص و سپس آمادگی های قبل از تصویر برداری را تجویز نماید.</p> <p>۱- موقع پذیرش به مطابقت مشخصات بیمار با مشخصات برگه درخواست توجه کامل شود.</p> <p>۲- باید شرح حال بیمار با نوع درخواست پروسیجر از سوی پزشک مطابقت داشته باشد.</p> <p>۳- از سوابق بیماری فرد سوال پرسیده شود.</p> <p>۴- تزریق ماده حاجب توسط پزشک رادیولوژی ویا تحت نظر ایشان انجام شود.</p> <p>۵- باید موقع انجام پروسیجر ، دستگاههای تصویر برداری ووسایل مربوط به احیاء دارای کارکرد درست و سالمی باشند.</p> <p>۶- قبل از انجام پروسیجر ، به بیمار نحوه انجام آن و عوارض ممکنه ناشی از آن توضیح داده شود.</p> <p>مواد حاجب مورد استفاده در تصویر برداری به شرح زیر می باشد:</p> <p>مواد حاجب مصرفی در دستگاه گوارش</p> <p>برای بررسی مجاری گوارش از سوسپانسیون سولفات باریم با غلظت های مختلف استفاده می نمایند. برای بررسی مری از غلظت بالا، جهت معده واثنی عشر و روده کوچک از غلظت متوسط ، روده بزرگ در باریم انما از غلظت پایین(رقیق) سولفات باریم استفاده می شود. در برخی موارد در باریم انما از ترکیب هواو سولفات باریم بعنوان دابل کنتراست استفاده می شود .</p> <p>مقدار مصرف به نوع آزمایش و روش تصویر برداری بستگی دارد.</p> <p>بزرگسالان/ خوراکی: رادیوگرافی معده و روده بزرگ و کوچک</p> <p>میزان مصرف: دربالغین و در معده ۶۰ تا ۴۵۰گرم و در روده بزرگ ۱۵۰ تا ۷۵۰ گرم به صورت تنقیه (انما می باشد)</p> <p>مقدار براساس نیاز بیمار و به وسیله پزشک مشخص می شود.</p> <p>موارد منع مصرف</p> <p>انسداد روده ،احتمال پارگی دستگاه گوارش ، بعد از عمل نمونه برداری روده، بعد از اقدامات تشخیصی مثل رادیوتراپی، احتمال بارداری یا دهیدراتاسیون</p> <p>عوارض جانبی: یبوست و در صورت سوراخ بودن دستگاه گوارش عفونت شکمی ، اسهال و آپاندیسیت</p> <p>توجهات: شب قبل از اقدام تشخیص ، برای بیمار داروی ملین تجویز می شود یا شیاف بیزاکودیل داده می شود.</p> <p>آموزش: به همراه دارو آب فراوان مصرف شود چون ممکن است یبوست ایجاد کند و همچنین در مواردی که احتمال پرفراسیون وجود داشته باشد از مواد یددار محلول در آب مانند گاستروگرافین استفاده می شود.</p> <p>عکس رنگی لوله های گوارشی</p>	

## باریم سوالو:

به معنای عکس رنگی از مری و محل اتصال مری به معده می باشد ( مری ابتدا لوله گوارش است که دهان را به معده مرتبط می سازد) جهت انجام این رادیوگرافی بیمار باید ۳ ساعت ناشتا باشد در این رادیوگرافی از پودر سولفات باریم برای نشان دادن مری استفاده می شود.

اریم میل :

تصویر برداری از معده و ابتدای روده باریک می باشد.

باریم انما

این گرافی جهت بررسی کولون ها ( روده بزرگ) انجام می شود و روده ها باید تا حد امکان از مواد دفعی باشد این گرافی به دو صورت توسط پزشک درخواست می شود.

## UGI

عکس رنگی از مری ، معده و ابتدای روده باریک می باشد.

مطالعه پرتو شناختی از روده های کوچک با استفاده از ماده حاجب سولفات باریم ترانزیت می گویند که روش متداول آن از طریق دهان ( خوراکی) می باشد . هنگامی که دارو وارد سکوم شود عکس های ما تمام می شود.

مواد حاجب مصرفی در دستگاه ادراری

جهت بررسی سیستم ادراری در آزمون های مختلف نظیر IVP/VCUG و سیستوگرافی از مواد حاجب یددار محلول در آب مانند اوررافین استفاده می شود که امروزه به دلیل حساسیت بالای دارویی اورگرافین به جای آن از امنی پاک و ویزی پاک استفاده می شود که مقدار آن بستگی به سن و وزن بیمار محاسبه می گردد.

مقدار ماده حاجب برای آزمون به نوع ماده حاجب ، وزن و سن بیمار بستگی دارد/مقدار متوسط برای بزرگسالان یک میلی متر، نوجوانان ۱/۵ - ۱ میلی لیتر و کودکان ۳ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن می باشد.

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 و 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 می باشد.

نکته

در بیماران با سابقه نارسایی کلیوی کبدی ، آسم و آلرژی باید با احتیاط و مشورت با پزشک رادیولوژی مصرف شود.

احتمال بروز عوارض جانبی در افراد سالخورده و نوزادان، بیماران ناتوان و افراد دارای فشار خون بالا، بیماری های قلبی و ریوی، کم خونی داسی شکل و هایپر تیروئید به شدت افزایش می یابد.

در نهایت نحوه انجام آزمون و خطرات احتمالی ناشی از آن به بیمار و تفهیم آن توجه دقیق به مشخصات بیمار و نوع پروسیجر در تمام مراحل تصویر برداری - غربالگری بیماران از لحاظ نداشتن سابقه حساسیت و موارد خاص ... قبل از تجویز ماده حاجب و انجام آزمون : ثبت و ضبط موارد خاص و وقوع اثرات ناشی از تزریق ماده حاجب

اطلاع به پزشک بالینی و رادیولوژی در صورت داشتن سوابق بیماری و حساسیت قبلی بیمار به ماده حاجب ، دارو غذا اخذ برگه رضایت مبنی برانجام آزمون و خطرات احتمالی ناشی از آن با حضور شاهد.

گذراندن دوره های تخصصی پروسیجر های رادیولوژی و آموزش کارشناسان رادیولوژی درامر تزریق و احیاء بیمار انجام تزریق ماده حاجب موقع حضور رادیولوژیست با داشتن مجوز کتبی و قانونی از سوی رئیس مرکز .

تهیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده:
سحر سلاجقه - حمید ثمره - راحله شیخ شعاعی	دکتر حسین نیکپور	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
سوپروایزر رادیولوژی - مترون - سوپروایزر بالینی - کارشناس رادیولوژی	مسئول فنی آزمایشگاه	



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-1

تاریخ تصویب: ۱۳۹۹/۷/۱

تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

تعداد صفحه: ۳

عنوان روش اجرایی:	روش اجرایی حفظ محرمانگی و تعیین سطوح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیمار
هدف:	هدف از تدوین این روش اجرایی مدیریت اطلاعات محرمانه درمانی بیماران و پیشگیری از عوارض اجتماعی و خانوادگی برای بیماران است.
پرسنل مرتبط:	کلیه کارکنان
تعاریف:	اطلاعات بیمار: شامل کلیه اطلاعات پرونده پزشکی اعم از اطلاعات درمانی و اطلاعات شخصی بیمار می باشد.
صاحبان فرآیند:	واحد مدارک پزشکی
قوانین و مقررات مربوطه:	دستورالعمل تعیین سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران ابلاغی از وزارت متبوع
منابع و امکانات لازم:	دستورالعمل های وزارتخانه ای -تجارب بیمارستان
مسئولیت ها و اختیارات:	مسئولیت اجرای این روش اجرایی برعهده کلیه کارکنان می باشد مسئولیت تدوین و نظارت بر اجرای این روش اجرایی برعهده مسئول مدارک پزشکی است. مسئولیت تصویب و ابلاغ این روش اجرایی برعهده ریاست بیمارستان است

توضیحات:

- ۱- بیمار مالک منطقی اطلاعات پرونده پزشکی محسوب می شود و مالکیت فیزیکی پرونده پزشکی با بیمارستان است.
- ۲- براساس این مالکیت منطقی بیمار می تواند یک نسخه از تمام اطلاعات پرونده خود را در اختیار داشته باشد ولی به خاطر آنکه بیمارستان مالک فیزیکی پرونده است پس بیمار مجاز به باز ستادن اصل پرونده نیست.
- ۳- مراجع قضایی بیمار (بعد از ترخیص) وکیل قانونی او مجاز به استفاده از اطلاعات پرونده هستند و سایر کاربران خارجی برای استفاده از اطلاعات نیاز به اجازه رسمی بیمار دارند.
- ۴- در تابلوی حقوق گیرنده خدمت که در کلیه راهروهای بیمارستان و ورودی بخش ها نصب شده است. امکان در خواست تصویر کلیه اطلاعات مندرج در پرونده اشاره شده است در معرض دید عموم می باشد.
- ۵- ثبت مشخصات تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی بر روی جلد پرونده بیمار و تابلو موجود در بالین بیمار ممنوع می باشد.
- ۶- با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی و قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان ، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و روسای بخش نظارت و مراقبت شود.
- ۷- در صورت درخواست همراهان بیمار (در صورتی که یکی از همراهان بیمار پزشک پیراپزشک / سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و تقاضای بیمار را می نماید ) جهت مطالعه محتوای پرونده ها صرفا با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت بصورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود.

شرح روش اجرایی:

الف: شرایط واگذاری پرونده به بیمار

- ۱- در حالت عادی پس از ترخیص به کلیه بیماران یک نسخه از خلاصه پرونده و فرم آموزش تحویل داده می شود.
- ۲- در صورتیکه بیمار درخواست ارائه مدارک پزشکی خود را جهت ارائه به سازمان هایی از قبیل نظام وظیفه و سایر مراکز درمانی را جهت ادامه درمان داشته باشد می بایست درخواست کتبی مرکز مورد نظر یا پزشک معالج را به بخش مدارک پزشکی ارائه نموده و اطلاعات پرونده به صورت کپی که ممهور به مهر بیمارستان می باشد جهت ارائه به سازمان ها و مراجع متقاضی تحویل فرد متقاضی داده می شود.
- ۳- در مورد بیماران روانی و بیماریانی که نیاز به قییم دارند، برای در اختیار گذاشتن پرونده به بیمار ، اجازه قییمین و پزشک معالج بیمار مورد نیاز است.



۴- در صورت مراجعه نزدیکان بیمار برای گرفتن پرونده بیمار پس از ترخیص، اجازه کتبی بیمار ضروری است و تصویر اطلاعات در زمان بستری بیمار فقط در اختیار فرد معتمد وی با حراز هویت قرار می‌گیرد (پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر) مهر تصویر برابر اصل نیاز نیست مگر اینکه بیمار مدارک را جهت ارائه به سازمان یا اداره ای درخواست کرده باشد.

۵- منشی بخش‌ها کادر پرستاری و پزشکان، حتی کارکنان واحد‌های پذیرش و مدارک پزشکی و ترخیص... هیچ کدام از رسته‌های مختلف کارکنان حق ندارند، اطلاعات مربوط به بیماری، اقدامات انجام شده برای وی، علت بستری را بدون اجازه بیمار به نزدیکان وی بصورت شفاهی یا کتبی ارائه دهند.

ب- شرایط واگذاری پرونده پزشکی بیمار به مراجع قضایی

۱- داشتن نامه کتبی بیمار از مراجع مورد نظر و دستور مدیریت بیمارستان

۲- تهیه کپی از پرونده با مهر برابر اصل از اوراقی که در نامه درخواست قید شده و توسط مسئول مدارک پزشکی

۳- تنظیم جوابیه نامه و ذکر مهلت زمانی ۳۰ روز برای برگشت پرونده به بیمارستان در نامه جوابیه و عودت پرونده پس از رفع نیاز توسط مسئول مدارک پزشکی

۴- برگ شمار اوراق پرونده روی پرونده الصاق شده و تعداد اوراق ارسال شده در نامه جوابیه به مراجع قانونی ذکر شده در پاکت لاک و مهر شده به نماینده مرجع مورد نظر تحویل شده و یا توسط کارپرداز بیمارستان به مرکز مورد نظر تحویل می‌گردد و توسط مسئول مدارک پزشکی رسید دریافت می‌شود. تحویل پرونده حتما باید حضوری بوده و به پست داده نشود.

۵- در صورت درخواست پزشک قانونی و دادگاه رسیدگی به جرایم پزشکی جهت اخذ اصل پرونده اصل پرونده لاک و مهر شده و توسط دبیرخانه بیمارستان به مرجع مورد نظر تحویل داده می‌شود. یک کپی برابر اصل شده در بایگانی نگهداری می‌شود.

ج- مراحل واگذاری پرونده پزشکی به بیمه‌ها

در صورت درخواست بیمار یا فرد معتمد وی با ارائه اصل صورتحساب کپی برابر اصل اوراق لازم توسط مسئول مدارک پزشکی در اختیار آنان قرار داده میشود.

مسئول واحد ترخیص پرونده‌ها را از واحد ترخیص براساس کد پذیرش و تاریخ ترخیص (فواصل زمانبندی مشخص) نوع مراجعه (بستری - سرپایی به جز اورژانس) (بیمه و آزاد) تقسیم بندی نموده و پرونده‌های سرپایی و بستری آزاد را تحویل مدارک پزشکی داده و کارشناس مدارک پزشکی پس از رفع نقص و چک کامل بودن اوراق پرونده انرا بایگانی می‌نماید. پرونده‌هایی سرپایی و بستری بیمه‌ای تحویل امور در آمد شده، که پس از تهیه کپی برابر اصل و سایر اقدامات کپی مدارک تهیه شده را نمایندگان سازمانهای مستقر بیمه‌گر طرف قرارداد در بیمارستان داده و یا به سازمان‌های طرف قرارداد ارسال می‌شود و اصل پرونده به مدارک پزشکی داده شده و پس از رفع نواقص توسط مسئول و کارشناسان مدارک پزشکی بایگانی می‌شود. مواردی که بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگری پرونده بیمار را درخواست می‌کند:

مشاوره: این حالت حداقل اوراق مورد نیاز جهت ارسال شامل برگ شرح حال و برگه درخواست مشاوره می‌باشد.

انتقال موقت بیمار بدلیل نداشتن امکانات تشخیصی مانند سی تی اسکن و.. در صورت انتقال موقت نیز بهتر است اصل پرونده از بیمارستان خارج نشود و فتوکپی اوراق ضروری در اختیار بیمارستان دیگر قرار گیرد چون امکان مفقود یا دستکاری در پرونده می‌باشد.

انتقال دائمی بیمار به بیمارستان دیگر در این حالت کپی از اوراق خلاصه پرونده، شرح عمل، جواب پاراکلینیک فرم مشاوره به همراه برگ اعزام همراه بیمار فرستاده می‌شود.

شرایط واگذاری پرونده بیمار جهت استفاده در تحقیقات پزشکی و آموزشی:

اهداف پژوهشی با توجه به اینکه مدارک پزشکی و بایگانی از مهم ترین منابع برای مطالعات اپیدمیولوژیک و تحقیقات بالینی محسوب می‌شود لذا واحد‌های مدارک پزشکی باید با رعایت موارد زیر در این نوع تحقیقات مشارکت داشته باشند:

کنترل معرفی نامه پژوهشگر از معاونت آموزشی یا پژوهشی دانشگاه مربوطه توسط مسئول مدارک پزشکی و مسئول بایگانی انجام می‌شود. سپس معرفی نامه پژوهشگر به واحد مدیریت ارسال می‌شود.

کل یا اجزای پرونده می‌بایست که با برگ شمار مشخص گردد و روی پرونده تعداد صفحات آن و محتویات آن ثبت گردد. تا در صورت کمبود مورد پیگیری قرار گیرد.

مسئول بایگانی تمام قوانین مرتبط با پرونده بیماران به پژوهشگران را پس از اخذ تاییدیه‌های لازم توضیح می‌دهد.

در مواردیکه پرونده برای اهداف آموزش توسط مربیان و دانشجویان درخواست می‌گردد می‌بایست ابتدا استاد مربوطه آنرا درخواست نماید و پس از تایید رئیس یا مدیر بیمارستان امضای تعهد نامه و حفظ محرمانگی اطلاعات، بدون فاش شدن مشخصات هویتی بیمار، اطلاعات درخواست شده در محل واحد مدارک پزشکی مورد مطالعه قرار گیرد.

شرایط واگذاری اطلاعات پرونده‌های پزشکی به مشتریان داخل بیمارستان

اعضای تیم مراقبت بیمار اعم از پزشک و پرستار و سایر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی که خود تولیدکننده اطلاعات محسوب می‌شوند و در امر مراقبت بیمار و مستند سازی اطلاعات وی دخالت مستقیم دارند براساس اصل نیاز به دانستن به عنوان کاربران مجاز پرونده پزشکی به حساب می‌آیند.

آیند و نیاز به کسب اجازه از بیمار برای استفاده از اطلاعات او را ندارند.

بر حسب ماهیتی شغلی کاربران، شدت نیاز و وسعت استفاده از اطلاعات پرونده های که مبین سطح دستیابی به اطلاعات می باشد و برای آنکه تقاضای کاربران ، مجاز داخلی قابل پیگیری و بررسی باشد ، تقاضا باید در دفتر مخصوص ثبت و پیگیری شود.  
تذکرا : در صورتیکه پرونده ای به واحد مدارک پزشکی بازگردانده نشود ، توسط مسئول مدارک پزشکی به شرح ذیل اقدام می گردد :  
پس از ترخیص بیمار متقاضیان درخواست مدارک پزشکی با تایید مدیریت و حضور مسئول مدارک پزشکی مطالعه پرونده اقدام می نمایند.  
نکته : هیچ اطلاعاتی از بیمار بدون در نظر گرفتن حق وی برای محرمانه ماندن اطلاعاتش (به خصوص بیماری که به دلیل مسائل امنیتی افشای اطلاعاتش مقتضی نیست ) نباید افشا شود.

تهیه کنندگان : فرزانه امیری - صدیقه موسی اکبری	تائید کننده : دکتر امین رجایی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مسئول بهبود کیفیت) - (مسئول مدارک پزشکی)	سمت: (مدیریت بیمارستان )	سمت:ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	سازماندهی درونی پرونده های پزشکی از نظر مشخص بودن ترتیب محتویات پرونده بیمار
هدف:	سرعت در بازبایی فرم ها توسط مستند سازان مجاز - پاسخگویی سریع تر به مراجعین ذیصلاح - نظم و ترتیب اوراق سرعت در انجام ممیزی اوراق پرونده
پرسنل مرتبط:	پرسنل واحد مدارک پزشکی / منشی بخش
تعاریف:	سازماندهی: رعایت نظم و ترتیب محتویات پرونده: اوراق مدارک پزشکی بیمار
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	فلوچارت طراحی فرم / دستورالعمل داخلی چینش اوراق
منابع و امکانات لازم:	اوراق اصلی و فرعی پرونده / دستورالعمل مربوطه - داخلی چینش فرم های مدارک پزشکی بیمار

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت دستورالعمل چینش اوراق مدارک پزشکی در پرونده بیمار را طبق روش سومر (Somr) طراحی و در کمیته اطلاعات سلامت مطرح می نماید.
- ۲- کمیته مدیریت اطلاعات سلامت پس از بررسی دستورالعمل چینش اوراق پرونده بیالینی بیمار آن را تصویب و ابلاغ می نماید.
- ۳- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت دستورالعمل موجود را جهت اجراه واحد های مربوطه (منشی بخش / ترخیص / پذیرش) ابلاغ می نماید.
- ۴- کلیه کارکنان مرتبط موظف به اجرای دستورالعمل می باشند.
- ۵- در صورت نیاز اضافه شدن هر فرمی به پرونده بیماران، موضوع در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت مطرح، بررسی و جایگاه فرم جدید در پرونده بیمار مشخص گردیده و ابلاغ می گردد.
- ۶- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت پرونده ها را از لحاظ انطباق با دستورالعمل مورد اشاره بررسی می نماید.
- ۷- مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت بازخورد رعایت دستورالعمل مورد اشاره را به پرسنل مربوطه جهت رفع موارد عدم انطباق احتمالی گزارش می دهد.

تهیه کنندگان:	فرزانه امیری - فائزه یزدانی - افسانه نوحی
تائید کننده:	فرزانه امیری
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت - مسئول ترخیص - مسئول پذیرش
سمت:	مسئول مدیریت اطلاعات سلامت
سمت:	سمت: ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-3

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	محافظت و امنیت سیستمهای ذخیره و بازیابی اطلاعات
هدف:	حفاظت از اطلاعات - اطمینان از نگهداری سوابق بیمار - جلوگیری از خسارات مالی - جلوگیری از تغییر داده های تیم - محرمانگی اسرار بیمار
کارکنان مرتبط:	پرسنل بخش پذیرش و مدارک پزشکی / واحد فناوری اطلاعات / قائم مقام / صندوق حسابداری
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	تجربیات بیمارستانی
منابع و امکانات لازم:	نامه کاربری و رمز عبور جهت کاربران - برنامه HIS - کامپیوتر - نسخه پشتیبان - آنتی ویروس
شرح فعالیت:	
<p>۱- هر کاربر جدید مجاز به ورود سیستم با مراجعه به بخش فناوری اطلاعات باید به طور اختصاصی برای خود نام کاربر و رمز عبور دریافت کند.</p> <p>۲- مسئول فناوری اطلاعات به هر کاربری با توجه به شرح وظایف ایشان سطح دسترسی را مشخص می کند.</p> <p>۳- مسئول فناوری اطلاعات نام کاربری و رمز عبور کاربرانی را که به هر دلیل با سیستم ارتباط ندارد غیر فعال می نماید.</p> <p>۴- کاربران بعد از هر بار استفاده و اتمام کار حتماً از برنامه خارج شده و نام کاربری و رمز عبور خود را غیر فعال می کنند تا دیگران از آن استفاده ننمایند.</p> <p>۵- مسئول فناوری اطلاعات آنتی ویروس مناسب را در سیستم کامپیوتر نصب می نماید.</p> <p>۶- مسئول فناوری اطلاعات ، نسخه پشتیبان از اطلاعات برنامه ها را برای جلوگیری از پیامد های ناگوار حوادث عمدی و غیر عمدی تهیه می نماید.</p> <p>۷- مسئول واحد فناوری اطلاعات یک نسخه پشتیبان اطلاعات را در خارج از بیمارستان در صندوق امانات بانک ملی به نام قائم مقام بیمارستان نگهداری می نماید .</p>	

تهیه کنندگان:	فرزانه امیری - مهندس میرحسینی - افسانه نوحی
تأیید کننده:	مهندس میرحسینی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مسئول مدارک پزشکی - مسئول فناوری اطلاعات - مسئول پذیرش
سمت:	مسئول فناوری اطلاعات
سمت:	سمت: ریاست بیمارستان



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-HIM-4

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	ثبت و کنترل خروج پرونده پزشکی و محتویات آن از واحد مدیریت اطلاعات سلامت
هدف:	محرماتگی اسرار بیمار - جلوگیری از مفقود شدن پرونده - اطمینان از بازگشت پرونده
پرسنل مرتبط:	پرسنل واحد مدیریت اطلاعات سلامت
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت
قوانین و مقررات مربوطه:	قوانین مدارک پزشکی
منابع و امکانات لازم:	دفتر ثبت خروج - پوشه جایگزین - پرونده - مستندات نظارت

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول بایگانی جهت خروج پرونده پزشکی از واحد بایگانی پس از هماهنگی و تایید مسئول واحد اقدام می نماید.
- ۲- مسئول بایگانی پرونده مورد نظر را از قفسه مربوطه خارج کرده و پوشه جایگزین را در محل آن قفسه بایگانی جا گذاری می کند.
- ۳- مسئول بایگانی نام و نام خانوادگی بیمار، شماره پرونده و نام فرد درخواست کننده و پرونده و تاریخ خروج را در روی پوشه جایگزین ثبت می نماید.
- ۴- مسئول بایگانی خروج پرونده را در دفاتر مخصوص خروج پرونده (دفتر خروج داخلی بیمارستان، دفتر خروج پرونده خارج از بیمارستان) ثبت می نماید.
- ۵- مسئول بایگانی طی مدت ۴۸ ساعت از خروج پرونده، جهت بازگرداندن پرونده به قفسه بایگانی پیگیری لازم را انجام می دهد.
- ۶- مسئول بایگانی پس از گذشت پرونده با خودکار قرمز در دفتر مخصوص، تاریخ ورود به بایگانی را ثبت می نماید.
- ۷- مسئول بایگانی دفاتر مخصوص خروج پرونده و همچنین قفسه های بایگانی را بطور مستمر کنترل نموده تا از رسیدن تمامی پرونده ها به بایگانی اطمینان حاصل نماید.
- ۸- مسئول بایگانی نتیجه بازدید های مستمر خود را از قفسه های بایگانی به مسئول واحد گزارش می دهد.

تهیه کنندگان:	فرزانه امیری - صدیقه موسی اکبری	تائید کننده:	فرزانه امیری	ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مسئول واحد - مسئول بایگانی	سمت:	مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت	سمت:	ریاست بیمارستان



# دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## بیمارستان کارمانیا - خط مشی

کد دستورالعمل : PRO-HIM-5

تاریخ تصویب : ۱۳۹۷/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۴

تعداد صفحه : ۲

عنوان دستورالعمل :	دستورالعمل استفاده از حروف اختصاری مجاز و کاربرد آنها در مستندات ، به ویژه در پرونده بیمار
هدف	هدف از تدوین این دستورالعمل افزایش سرعت و سهولت دسترسی به اطلاعات و ارائه آمار و طبقه بندی مدارک پزشکی می باشد.
مسئولیت اجرا:	مدیرپرستاری
امکانات لازم :-	پرونده بیمار - فهرست به روز شده اختصارات مجاز پزشکی در بیمارستان
منابع:	کتاب اختصارات رایج پزشکی - دستورالعمل های وزارت خانه
دامنه	دامنه کاربرد این روش اجرایی مرتبط با واحد مدیریت اطلاعات سلامت و مستند سازان مجاز بیمارستان می باشد.
مسئولیت ها :	مسئولیت اجرای این روش اجرایی برعهده پرسنل درمانی و مدارک پزشکی می باشد. مسئولیت تدوین این روش اجرایی برعهده سرپرست مدارک پزشکی می باشد. مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی برعهده کمیته مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد. مسئولیت ابلاغ و تصویب این سند برعهده ریاست بیمارستان می باشد.
پرسنل مرتبط:	
شرح دستورالعمل :	
شرح اقدامات :	
۱- مسئول مدارک پزشکی لیست اختصارهای رایج و کاربردی هر بخش را با همکاری کارشناسان درمانی تهیه و به صورت کتابچه در اختیار کارکنان بخش قرار می دهد که سالیانه توسط دفتر بهبود کیفیت بازنگری میشوند .	
۲- گروه درمانی ویرسول پرستاری برای ثبت گزارشات از اختصارات مجاز وقایل درک همسان استفاده می نمایند.	
۳- پرسنل کادر درمانی در هنگام درج گزارشات در پرونده بیمار از به کار بردن علائم و اختصارات غیر استاندارد خودداری می نمایند.	
۴- پرسنل کادر درمانی مجاز به استفاده از اختصارات پزشکی در برگه آموزش به بیمار نمی باشد.	
۵- پزشک معالج و پرستار ( پرسنل کادر درمانی ) در هنگام نوشتن تشخیص و گزارشات از علائم اختصاری و اصطلاحات استاندارد استفاده نموده و از علائم و اختصارات سلیقه ای خودداری نمایند.	
۶- سوپروایزر آموزشی جلسات آموزش در زمینه اصول نوشتن گزارشات مستندات پزشکی را برای (پرسنل کادر درمانی) جدید الورد برگزار می نماید.	
۷- پرسنل کادر درمانی جهت نوشتن نوع آزمایشات و فرآورده های خونی و کنترل علائم حیاتی از اختصارات استفاده نمایند.	
۸- مسئول مدارک پزشکی و کنترل پرونده ها به اختصارات استفاده شده در مستند سازی های پرونده دقت می نماید در صورت استفاده از اختصارات غیر مجاز مراتب را به مترون و بهبود کیفیت گزارش می دهد.	

تهیه کنندگان :	فرزانه امیری - حمید ثمره - صدیقه موسی اکبری
تائید کننده :	دکتر امین رجایی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی

سمت: ریاست بیمارستان	سمت: (مدیریت بیمارستان)	سمت: بهبود کیفیت - مدیر خدمات پرستاری-مدارک پزشکی
----------------------	----------------------------	---

<p>کد روش اجرایی: PRO-IT-1          تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰          تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱          تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱          تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱          شماره صفحه: ۱</p>	 <b>دانشگاه علوم پزشکی کرمان</b> <b>بیمارستان کارمانیا - خط مشی</b>
عنوان روش اجرایی:	حفظ امنیت سیستم، امانت داری و جلوگیری از دخل و تصرف در داده تعیین سطوح دسترسی افراد، بخش ها و واحدها، محرمانه ماندن اطلاعات الکتریکی
هدف:	مشخص کردن سطوح دسترسی افراد و بخش ها و کنترل ورود به سیستم رایانه ای و محرمانه بودن اطلاعات
کارکنان مرتبط:	مسئول واحد فناوری اطلاعات / کلیه پرسنل
تعاریف:	
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد فناوری
قوانین و مقررات مربوطه:	
منابع و امکانات لازم:	آنتی ویروس / فایروال
<p>شرح فعالیت:</p> <p>۱- مسئول واحد فناوری اطلاعات امنیت فیزیکی سیستم ها را بررسی می کند که از لحاظ فیزیکی ایمن باشند.</p> <p>۲- مسئول واحد فناوری اطلاعات تصدیق هویت با استفاده از نام کاربری و رمز عبور را برای هر کاربر مشخص می کند و این امکان را فراهم می کند تا سیستم بداند کدام کاربر از آن استفاده کرده .</p> <p>۳- مسئول واحد فناوری اطلاعات سطوح دسترسی کاربران را مشخص می کند ( هر کاربر فقط حق دسترسی در حد شرح وظایف خود را دارد.</p> <p>۴- مسئول واحد فناوری اطلاعات کارکرد تمام کاربران در بانک اطلاعات برنامه مخصوص خود درج می نماید.</p> <p>۵- مسئول واحد فناوری اطلاعات رمزگذاری اطلاعات محرمانه و همچنین ایجاد فایل های پشتیبان را انجام می دهد .</p> <p>۶- مسئول واحد فناوری اطلاعات آنتی ویروس اورجینال و فایروال بروز شده را روی سرور و سیستم ها نصب می کند تا از ورود بدافزارها و حمله های خراب کارانه جلوگیری کند.</p>	

تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
مهندس میرحسینی - فرزانه امیری - دکتر رامین رجایی	مهندس میرحسینی	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	سمت:	سمت: ریاست بیمارستان
مسئول فن آوری اطلاعات - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت = مدیر	مسئول فن آوری اطلاعات	



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کارمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی: PRO-IT-2

تاریخ تصویب: ۹۷/۷/۲۰

تاریخ ابلاغ: ۹۷/۸/۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱

شماره صفحه: ۱

عنوان روش اجرایی:	پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان
هدف:	پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان
پرسنل مرتبط:	مسئول واحد فناوری اطلاعات
تعاریف:	نقطه بازیابی Restore point
صاحبان فرآیند:	مسئول واحد فناوری اطلاعات
قوانین و مقررات مربوطه:	سخت افزار سیستم دما
منابع و امکانات لازم:	

شرح فعالیت:

- ۱- مسئول واحد فناوری اطلاعات تهیه نسخه های پشتیبان از نرم افزار ها و اطلاعات سیستم را بصورت دوره ای انجام می دهد.
- ۲- مسئول واحد فناوری اطلاعات ایجاد Restore point روی سیستم ها را انجام می دهد.
- ۳- مسئول واحد فناوری اطلاعات تعمیر تجهیزات سخت افزاری را در صورت امکان در داخل بیمارستان انجام می دهد.
- ۴- مسئول واحد فناوری اطلاعات در صورت خرابی یا سوختن قطعه سخت افزاری آن را از بیرون تهیه و جایگزین می کند.
- ۵- مسئول واحد فناوری اطلاعات در صورتی که قطعه نیاز به تعمیر داشته باشد آن را به شرکت های طرف قرارداد ارسال می کند.
- ۶- مسئول واحد فناوری اطلاعات جهت شارژ و تعمیر پرینتر ها در خارج از بیمارستان با نماینده شرکت مربوطه هماهنگی می کند.
- ۷- مسئول واحد فناوری اطلاعات سخت افزار هایی که استهلاک بالایی دارند و خرابی آنها زیاد است را در صورت امکان تهیه و در داخل بیمارستان نگهداری می کند.
- ۸- مسئول واحد فناوری اطلاعات از سیستمهای محافظ الکتریکی برای جلوگیری از صدمات ناشی از نوسانات برق مانند محافظ الکتریکی و ups استفاده می کند .

تهیه کنندگان:	مهندس میرحسینی - فرزانه امیری - دکتر رامین رجایی
تأیید کننده:	مهندس میرحسینی
ابلاغ کننده:	دکتر بهرام پورسیدی
سمت:	مسئول فن آوری اطلاعات - مسئول مدیریت اطلاعات سلامت = مدیر
سمت:	مسئول فن آوری اطلاعات
سمت:	سمت: ریاست بیمارستان





دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کرمانیا- خط مشی

کد روش اجرایی : PRO-IT-3

تاریخ تصویب : ۱۳۹۹/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ اولین بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۲

تعداد صفحه : ۳

عنوان / موضوع :	روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان
دامنه:	دامنه کاربرد این روش اجرایی واحد فناوری اطلاعات می باشد.
تعاریف	<p><b>Backup</b> (نسخه پشتیبان) یک آپ یا عمل بک آپ گیری اشاره به تهیه کپی هایی از اطلاعات دارد. این نسخه های کپی شده معمولا برای بازگرداندن اطلاعات هنگام آسیب دیدن و یا مفقود شدن اطلاعات اصلی به کار می روند.</p> <p>هارد اکسترنال : دیسک سخت خارجی جهت ذخیره سازی اطلاعات می باشد. این دیسک قابل حمل، دارای ظرفیت ذخیره سازی بالا و قابل اتصال به رایانه از طریق پورت USB است. کاربرد آن بیشتر در زمینه ذخیره سازی اطلاعات محلی و پشتیبان گیری است.</p> <p>بانک اطلاعاتی <b>SQL Server</b> : یک پایگاه داده جهت ذخیره سازی کلیه اطلاعات می باشد.</p> <p>سرور پکس (<b>Pacs</b>): سروری که به منظور مدیریت و بایگانی تصاویر دیجیتال واحد تصویر برداری نظیر تصاویر سی تی اسکن و سونوگرافی و رادیولوژی به کار گرفته می شود .</p> <p><b>Storge</b> : دستگاه ذخیره سازی اطلاعات برای انجام دادن فرآیند های <b>Backup</b> گیری</p>
کارکنان مرتبط:	
هدف:	هدف از تدوین این روش اجرایی افزایش سطح ایمنی اطلاعات بیماران و بیمارستان می باشد.
منابع وامکانات:	تجربه بیمارستانی ، استاندارد فناوری اطلاعات ، استاندارد اعتبار بخشی ویرایش پنجم پیوست ها( امکانات و تسهیلات ) سرور پکس ( <b>Pacs</b> )، هارد اکسترنال ، سرور ، سیستم <b>His</b>
فرم پاسخگو:	مسئول واحد فن اوری اطلاعات
دستورالعمل های مرتبط :	استاندارد های فن اوری اطلاعات
مسئولیت ها:	مسئولیت اجرایی این روش اجرایی بر عهده پرسنل واحد فناوری اطلاعات می باشد. مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی بر عهده مسئول فناوری اطلاعات می باشد. مسئولیت ابلاغ این روش اجرایی بر عهده ریاست بیمارستان می باشد.

شرح خط مشی :

- ۱- مسئول واحد فناوری اطلاعات ، آموزش های لازم در خصوص تهیه نسخه پشتیبان (backup) و روش های نگهداری منظم داده ها را از طریق دستورالعمل های نگهداری نسخه پشتیبان ، در واحد فناوری اطلاعات تهیه شده به پرسنل ارائه می دهد.
  - ۲- مسئول واحد فناوری اطلاعات ، برنامه ریزی لازم جهت نگهداری و پشتیبانی داده ها و گرفتن backup به صورت اتوماتیک در بانک اطلاعاتی SQL Server را تهیه نموده و جهت آگاهی در اختیار پرسنل واحد قرار می دهد.
  - ۳- پرسنل واحد فناوری اطلاعات، به صورت روزانه نسبت به تهیه نسخه پشتیبان و انتقال Backup ها به هارد وای اسکترنال، اقدام می نمایند.
  - ۴- هارد های اسکترنال جهت نگهداری و امنیت بیشتر پس از برچسب گذاری ، تحت نظارت مسئول واحد فناوری اطلاعات در گاو صندوق واحد نگهداری می گردد.
  - ۵- سرور پکس (Pacs) موجود در بیمارستان ( حاوی تمامی اطلاعات واحد تصویر برداری) ، هم به یک سرور پشتیبان مجزا و هم به یک دستگاه Storage جهت پشتیبان گیری (backup) تصاویر تصویر برداری تجهیز گشته است. تمامی اطلاعات واحد تصویر برداری مستقیماً از سرور پکس ، در سرور Storge , pacs Backup ، به طور همزمان جهت نگهداری نسخه پشتیبان ذخیره می گردد.
- Storage خود شامل ۱۲ عدد هارد است که از این تعداد یک هارد ذخیره می باشد و در صورتی که تا ۳ هارد آن دچار نقص فنی گردند هم هیچ اطلاعاتی از دست نرفته و Storage از کار نمی افتد .
- با استفاده از این عملکرد در صورتی سرور پکس و Storage هر دو به صورت همزمان هم از کار بیافتند و سرور پشتیبان Pace backup وارد مدار می گردد.

توضیحات	دوره پشتیبان گیری	موارد نیاز به پشتیبانی
	در ساعت ۲ صبح	نرم افزار های His به صورت Full به صورت full backup
	در هر ساعت	نرم افزار های His به صورت Diffrential backup
	در ساعت ۲ صبح	نرم افزار های مالی و حسابداری Full backup
	در هر ساعت	نرم افزار های ورود و خروج full backup
	در هر ساعت	نرم افزار ورود و خروج diffrentional backup
	در ساعت ۲ صبح	نرم افزار PCICS Full Backup
	در هر ساعت	Diffrentional Backup

ستون محل ذخیره سازی برای همه

192/58/100/20

Nas storge

تمام پشتیبان ها به صورت ماهانه به خارج از بیمارستان در صندوق امانات بیمارستان ارسال می شوند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجائی	تهیه کنندگان : مهندس میرحسینی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مسئول فن آوری اطلاعات



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی : PRO-IT-3

تاریخ تصویب : ۱۳۹۹/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ اولین بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۲

تعداد صفحه : ۳

عنوان / موضوع :	روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان
دامنه:	دامنه کاربرد این روش اجرایی واحد فناوری اطلاعات می باشد.
تعاریف	<p><b>Backup</b> (نسخه پشتیبان) یک آپ یا عمل بک آپ گیری اشاره به تهیه کپی هایی از اطلاعات دارد. این نسخه های کپی شده معمولا برای بازگرداندن اطلاعات هنگام آسیب دیدن و یا مفقود شدن اطلاعات اصلی به کار می روند.</p> <p>هارد اکسترنال : دیسک سخت خارجی جهت ذخیره سازی اطلاعات می باشد. این دیسک قابل حمل، دارای ظرفیت ذخیره سازی بالا و قابل اتصال به رایانه از طریق پورت USB است. کاربرد آن بیشتر در زمینه ذخیره سازی اطلاعات محلی و پشتیبان گیری است.</p> <p>بانک اطلاعاتی <b>SQL Server</b> : یک پایگاه داده جهت ذخیره سازی کلیه اطلاعات می باشد.</p> <p>سرور پکس (<b>Pacs</b>): سروری که به منظور مدیریت و بایگانی تصاویر دیجیتال واحد تصویر برداری نظیر تصاویر سی تی اسکن و سونوگرافی و رادیولوژی به کار گرفته می شود .</p> <p><b>Storge</b> : دستگاه ذخیره سازی اطلاعات برای انجام دادن فرآیند های <b>Backup</b> گیری</p>
کارکنان مرتبط:	
هدف:	هدف از تدوین این روش اجرایی افزایش سطح ایمنی اطلاعات بیماران و بیمارستان می باشد.
منابع وامکانات:	تجربه بیمارستانی ، استاندارد فناوری اطلاعات ، استاندارد اعتبار بخشی ویرایش پنجم پیوست ها( امکانات و تسهیلات ) سرور پکس ( <b>Pacs</b> )، هارد اکسترنال ، سرور ، سیستم <b>His</b>
فرم پاسخگو:	مسئول واحد فن اوری اطلاعات
دستورالعمل های مرتبط :	استاندارد های فن اوری اطلاعات
مسئولیت ها:	مسئولیت اجرایی این روش اجرایی برعهده پرسنل واحد فناوری اطلاعات می باشد. مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی برعهده مسئول فناوری اطلاعات می باشد. مسئولیت ابلاغ این روش اجرایی برعهده ریاست بیمارستان می باشد.

شرح خط مشی :

- ۱- مسئول واحد فناوری اطلاعات ، آموزش های لازم در خصوص تهیه نسخه پشتیبان (backup) و روش های نگهداری منظم داده ها را از طریق دستورالعمل های نگهداری نسخه پشتیبان ، در واحد فناوری اطلاعات تهیه شده به پرسنل ارائه می دهد.
  - ۲- مسئول واحد فناوری اطلاعات ، برنامه ریزی لازم جهت نگهداری و پشتیبانی داده ها و گرفتن backup به صورت اتوماتیک در بانک اطلاعاتی SQL Server را تهیه نموده و جهت آگاهی در اختیار پرسنل واحد قرار می دهد.
  - ۳- پرسنل واحد فناوری اطلاعات، به صورت روزانه نسبت به تهیه نسخه پشتیبان و انتقال Backup ها به هارد وای اسکترنال، اقدام می نمایند.
  - ۴- هارد های اسکترنال جهت نگهداری و امنیت بیشتر پس از برچسب گذاری ، تحت نظارت مسئول واحد فناوری اطلاعات در گاو صندوق واحد نگهداری می گردد.
  - ۵- سرور پکس (Pacs) موجود در بیمارستان ( حاوی تمامی اطلاعات واحد تصویر برداری ) ، هم به یک سرور پشتیبان مجزا و هم به یک دستگاه Storage جهت پشتیبان گیری (backup) تصاویر تصویر برداری تجهیز گشته است. تمامی اطلاعات واحد تصویر برداری مستقیماً از سرور پکس ، در سرور Storge , pacs Backup ، به طور همزمان جهت نگهداری نسخه پشتیبان ذخیره می گردد.
- Storage خود شامل ۱۲ عدد هارد است که از این تعداد یک هارد ذخیره می باشد و در صورتی که تا ۳ هارد آن دچار نقص فنی گردند هم هیچ اطلاعاتی از دست نرفته و Storage از کار نمی افتد .
- با استفاده از این عملکرد در صورتی سرور پکس و Storage هر دو به صورت همزمان هم از کار بیافتند و سرور پشتیبان Pace backup وارد مدار می گردد.

توضیحات	دوره پشتیبان گیری	موارد نیاز به پشتیبانی
	در ساعت ۲ صبح	نرم افزار های His به صورت Full به صورت full backup
	در هر ساعت	نرم افزار های His به صورت Diftrentinal backup
	در ساعت ۲ صبح	نرم افزار های مالی و حسابداری Full backup
	در هر ساعت	نرم افزار های ورود و خروج full backup
	در هر ساعت	نرم افزار ورود و خروج diffrentional backup
	در ساعت ۲ صبح	نرم افزار PCICS Full Backup
	در هر ساعت	Diffrentional Backup

ستون محل ذخیره سازی برای همه

192/58/100/20

Nas storge

تمام پشتیبان ها به صورت ماهانه به خارج از بیمارستان در صندوق امانات بیمارستان ارسال می شوند.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجائی	تهیه کنندگان : مهندس میرحسینی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مسئول فن آوری اطلاعات



دانشگاه علوم پزشکی کرمان  
بیمارستان کرمانیا - خط مشی

کد روش اجرایی : PRO-IT-3

تاریخ تصویب : ۱۳۹۹/۷/۱

تاریخ ابلاغ : ۱۳۹۹/۸/۱

تاریخ اولین بازنگری : ۱۴۰۱/۸/۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۲/۸/۱

شماره بازنگری : ۲

تعداد صفحه : ۳

عنوان / موضوع :	روش اجرایی نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان
دامنه:	دامنه کاربرد این روش اجرایی واحد فناوری اطلاعات می باشد.
تعاریف	<p><b>Backup</b> (نسخه پشتیبان) یک آپ یا عمل بگ آپ گیری اشاره به تهیه کپی هایی از اطلاعات دارد. این نسخه های کپی شده معمولا برای بازگرداندن اطلاعات هنگام آسیب دیدن و یا مفقود شدن اطلاعات اصلی به کار می روند.</p> <p>هارد اکسترنال : دیسک سخت خارجی جهت ذخیره سازی اطلاعات می باشد. این دیسک قابل حمل، دارای ظرفیت ذخیره سازی بالا و قابل اتصال به رایانه از طریق پورت USB است. کاربرد آن بیشتر در زمینه ذخیره سازی اطلاعات محلی و پشتیبان گیری است.</p> <p>بانک اطلاعاتی <b>SQL Server</b> : یک پایگاه داده جهت ذخیره سازی کلیه اطلاعات می باشد.</p> <p>سرور پکس (<b>Pacs</b>): سروری که به منظور مدیریت و بایگانی تصاویر دیجیتال واحد تصویر برداری نظیر تصاویر سی تی اسکن و سونوگرافی و رادیولوژی به کار گرفته می شود .</p> <p><b>Storge</b> : دستگاه ذخیره سازی اطلاعات برای انجام دادن فرآیند های <b>Backup</b> گیری</p>
کارکنان مرتبط:	
هدف:	هدف از تدوین این روش اجرایی افزایش سطح ایمنی اطلاعات بیماران و بیمارستان می باشد.
منابع وامکانات:	تجربه بیمارستانی ، استاندارد فناوری اطلاعات ، استاندارد اعتبار بخشی ویرایش پنجم پیوست ها( امکانات و تسهیلات ) سرور پکس ( <b>Pacs</b> )، هارد اکسترنال ، سرور ، سیستم <b>His</b>
فرم پاسخگو:	مسئول واحد فن اوری اطلاعات
دستورالعمل های مرتبط :	استاندارد های فن اوری اطلاعات

--

تهیه کنندگان : مهندس میرحسینی	تائید کننده : دکتر رامین رجائی	ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی
سمت: مسئول فن آوری اطلاعات	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: ریاست بیمارستان

 بیمارستان کرمانیا KARMANIA HOSPITAL	دانشگاه علوم پزشکی کرمان بیمارستان کرمانیا - خط مشی	کد روش اجرایی: PRO-IT-4 تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۷/۱ تاریخ ابلاغ: ۱۳۹۷/۸/۱ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۸/۱ تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۲/۸/۱ شماره بازنگری: ۴ شماره صفحه: ۲
عنوان / موضوع :	روش اجرایی کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی	
دامنه:	دامنه کاربرد این روش مربوط به بخش فناوری اطلاعات مدیریت مالی و مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان می باشد.	
تعاریف	مسئولیت ها و اختیارات: مسئولیت اجرای این روش اجرایی برعهده مسئولین بخش ها ، امور مالی و واحد مدیریت اطلاعات سلامت می باشد. مسئولیت نظارت بر اجرای این روش اجرایی بر عهده مدیریت مالی و مسئول اسناد و مدارک پزشکی می باشد. مسئولیت ابلاغ این روش اجرایی بر عهده ریاست بیمارستان می باشد.	
کارکنان مرتبط:		
هدف:	هدف از تدوین این روش اجرایی اطمینان از ورود صحیح داده ها و در سامانه اطلاعات بیمارستانی می باشد.	
ذینفعان:		
سیاست:		
منابع وامکانات:	استاندارد - اعتبار بخشی - دستورالعمل های وزارت بهداشت	
فرم پاسخگو:	مسئول واحد فن آوری اطلاعات	
دستورالعمل های مرتبط :		

شرح روش اجرایی :

- ۱- مسئولیت هر بخش در بیمارستان مسئول صحت کنترل داده های ثبت شده در سامانه his بیمارستان می باشند .
- ۲- مسئول فن آوری اطلاعات، مدیریت، مسئول واحد حسابداری ترخیص و مسئول واحد درآمد به عنوان ناظرین میدانی بیمارستانی بر رعایت کنترل صحت داده های ثبت شده توسط مسئول هر واحد نظارت می نمایند.
- ۳- موارد عدم انطباق توسط مسئول بخش یا مدیریت بررسی و در صورت نیاز به بررسی در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و تیم مدیریت مطرح می گردد.
- ۴- در صورت تکرار موارد ثبتی اشتباه و بروز کسورات ، نتایج آن در کمیته مدیریت بررسی و اقدامات اصلاحی اجرا می گردد.
- ۵- سیستم his بیمارستان ، کلیه کد ها و الزامات بیمه ای توسط واحد فناوری اطلاعات و با نظارت واحد امور مالی براساس آخرین دستورالعمل های وزارت بهداشت و تعرفه های ابلاغ شده بروز رسانی می شود.

ابلاغ کننده: دکتر بهرام پورسیدی	تائید کننده : دکتر رامین رجائی	تهیه کنندگان : مهندس میرحسینی
سمت: ریاست بیمارستان	سمت: مدیر بیمارستان	سمت: مسئول فن آوری اطلاعات