

" بسم الله الرحمن الرحيم "



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان
بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان کوهدشت

کتابچه اطلاعات مورد نیاز برای کارکنان بالینی
تهیه شده توسط؛ کمیته طبابت بالینی بیمارستان

مرداد ماه ۱۴۰۴

بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان کوهدشت در سال ۱۳۷۲ به عنوان یکی از بیمارستان‌های غیر آموزشی تابعه دانشگاه علوم پزشکی لرستان تاسیس گردید، این بیمارستان به مساحت ۴۰ هزار متر مربع و ۷۵۰۰ متر مربع زیربنا در ابتدای تاسیس با ۸۰ تخت فعال شروع بکار نموده و در حال حاضر ۱۸۲ تخت فعال دارد، بخش‌های اطفال با ۲۸ تخت، نوزادان با ۲۱ تخت، داخلی زنان با ۲۴ تخت، جراحی زنان با ۲۴ تخت، داخلی مردان با ۲۰ تخت، جراحی مردان با ۲۳ تخت و همچنین بخش‌های ویژه ICU با ۱۰ تخت، CCU با ۱۰ تخت و NICU با ۴ تخت بخش‌های بستری بیمارستان را تشکیل می‌دهند، بخش‌های زایشگاه (۷ تخت LDR، ۸ تخت پست و ۳ تخت تحت نظر)، اورژانس، اتاق عمل، دیالیز، تزریقات سایر بخش‌های بیمارستان را تشکیل می‌دهند.

از معتبرترین و شناخته‌شده‌ترین روش‌های ارزیابی نظام‌مند مبتنی بر کیفیت و ایمنی در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت

اعتباربخشی می‌باشد.

کتاب استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها، شامل ۱۹ محور به عنوان مولفه‌های اصلی، ۱۱۰ استاندارد کیفی و ۵۰۵ سنج (۲۱۲ سنج سطح یک، ۲۰۸ سنج سطح دو و ۸۵ سنج سطح سه) برای ارائه خدمات قابل استناد می‌باشد.

سنج‌های مرتبط در سه سطح طبقه‌بندی می‌شوند:

الف) سنج‌های سطح یک: دارای اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت

بیمارستان.

ب) سنج‌های سطح دو: سنج‌های با امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان.

ج) سنج‌های سطح سه: سنج‌های با امکان تحقق نسبتاً پایین و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی.

سند استراتژیک بیمارستان: برنامه‌ای راهبردی است شامل اهداف کلان، استراتژی‌ها (سیاست‌های اصلی)، رسالت و چشم‌انداز بیمارستان که بر اساس آن برنامه عملیاتی بیمارستان نوشته می‌شود.

اهداف کلان بیمارستان:

- ۱- ارتقاء ایمنی بیمار و بهبود مستمر کیفیت.
- ۲- جلب رضایت و مشارکت ذینفعان.
- ۳- بکارگیری و توانمندسازی نیروی انسانی.

سیاست‌های اصلی بیمارستان:

- ۱- اولویت بخشی ارتقاء ایمنی بیماران، مراجعین، پزشکان و کارکنان.
- ۲- متعهد بودن تیم مدیریت و رهبری نسبت به بهبود مستمر کیفیت خدمات.
- ۳- تلاش در جهت توانمندسازی و بکارگیری نیروی انسانی کارآمد.
- ۴- تلاش در جهت جلب مشارکت و رضایت ذینفعان.

رسالت بیمارستان: ارائه خدمات درمانی ایمن از طریق ارتقاء کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی مراجعین.

ارزش‌ها: امانت‌داری، قانون‌مداری، مسئولیت‌پذیری، ارائه خدمات ایمن، آموزش و توسعه نیروی انسانی، رعایت اخلاق حرفه‌ای و موازین شرعی، احترام به حقوق گیرندگان خدمت، پاسخگویی، نظم و انضباط، حفظ محیط زیست، رعایت حقوق کارکنان و ارتقاء کیفیت خدمات.

ایمینی بیمار

شناسایی بیمار: اولین و مهمترین گام در ایمینی بیمار، شناسایی بیمار به صورت فعال می‌باشد.

- ۱- تهیه دستبند توسط واحد پذیرش و الصاق آن برای بیمار بعد از تشکیل پرونده.
 - ۲- آموزش در خصوص علت الصاق دستبند، نحوه نگه داری و مزایای دستبند برای جلوگیری از خطا ضروری است.
 - ۳- پرسیدن نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد و در صورت ضرورت نام پدر از بیمار، والدین یا بستگان درجه یک وی و تطبیق آن با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی قبل از هر اقدام برای بیمار (مثل دارو دادن و نمونه گرفتن و....).
 - ۴- در هنگام ترخیص بیمار، دستبند تحویل بخش داده شده و توسط کارکنان امحاء می‌گردد.
 - ۵- در بیماران مجهول الهویه شماره پرونده و ذکر یک مشخصه بارز از بیمار (مثلاً شکستگی پای چپ) ضروری است.
 - ۶- دستبند شناسایی در اورژانس برای بیماران تحت نظر الزامی است و در زایشگاه نیز بر روی دو اندام به صورت ضربدری یعنی دست راست و پای چپ یا بالعکس الصاق می‌گردد.
 - ۷- الزامی است کلیه بیماران بستری مانند بیماران تحت نظر بخش اورژانس و ... دارای دستبند شناسایی باشند.
- ✓ قبل از انجام هر پروسیجر درمانی و تشخیصی باید بیمار به صورت صحیح شناسایی شود (نام و نام خانوادگی و نام پدر و شماره پرونده).
- ✓ در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود (در صورتی که نام پدر هم مشابه باشد از کد ملی استفاده می‌کنیم).
- ✓ به منظور هشدار، بر روی پرونده و کاردکس دارویی بیماران با نام و نام خانوادگی مشابه عبارت "احتیاط: بیمار با اسامی مشابه" قید شود و هیچ گاه از شماره اتاق و تخت به عنوان شناسه شناسایی استفاده نشود.

سیستم کد بندی رنگی دستبندها: رنگ قرمز برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی، رنگ زرد برای بیماران در معرض

زخم فشاری، سقوط، ترومبوآمبولی، سوء تغذیه، تشنج، پلی فارمسی (بیش از ۴ دارو) و کد S برای خودکشی (جهت حفظ اسرار بیمار).

- ✓ در صورتی که بیمار کودک یا معلول ذهنی بوده و یا قادر به تکلم نبوده با پرسش مشخصات بیمار از والدین یا وابستگان درجه یک وی ایشان را به طور صحیح شناسایی نمایید.
- ✓ در صورتی که بیمار هوشیار نباشد، مشخصات دستبند را با پرونده بیمار مطابقت می‌دهیم.
- ✓ به منظور پیشگیری از وقوع حوادث ناگوار در ترانسفوزیون خون، تغذیه مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه نویسی، نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود.
- ✓ بایستی در حین بستری بیماران، دستبندهای آسیب دیده یا گم شده، فوراً توسط مرجع ذی صلاح و طبق نظر مسئولین هر مرکز ارائه دهنده خدمت تهیه و تعویض شوند.
- ✓ بعد از تولد نوزاد و قبل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دو دستبند تهیه شده و بعد از چک مجدد با مشخصات مادر به مچ پاهای نوزاد بسته می‌شود.

نوشتن موارد ذیل بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامی است:

نام و نام خانوادگی مادر، نام پدر در مورد اسامی مشابه، جنسیت نوزاد، تاریخ تولد نوزاد (به روز، ماه و سال)، ساعت تولد، شماره پرونده مادر.

- ✓ در صورتی که نوزاد دو قلو و یا سه قلو می‌باشد، بایستی بر روی دستبند شناسایی قید شود.
- ✓ دستبندهای شناسایی نوزادان بایستی در طی هر شیفت بررسی شده و در صورتی که فقط یکی از دستبندهای یک نوزاد مفقود گردد، برای نوزاد دستبند جدید تهیه شده و به مچ پای او بسته شود.
- ✓ در صورتی که هر دو دستبند شناسایی یک نوزاد مفقود شوند، کلیه دستبندهای شناسایی نوزادان بستری در بخش بایستی چک شده و در صورتی که مغایرتی در این زمینه مشاهده نگردد برای نوزاد دستبند جدید تهیه شود.

بیماران آسیب پذیر (نیازمند خدمات مددکاری بیمارستان)

بیماران سالمند (بالای ۶۰ سال)، نوزادان، اطفال و مادران پرخطر، بیماران مجهول الهویه و بدون سرپرست، بیماران معلولیت جسمی، شنوایی، بینایی، گفتاری و حرکتی (با بررسی وضعیت بالینی)، بیماران با اختلالات ذهنی (با بررسی وضعیت بالینی)، بیماران روان پزشکی و سایکوتیک (با بررسی وضعیت بالینی)، جمعیت در معرض خطر (کودک‌آزاری، خودکشی، همچنین زنان، سالمندان و معلولین در معرض خشونت)، افراد با انگ اجتماعی (بیماران مبتلا به ایدز، هپاتیت، سوءمصرف مواد، افراد بی‌خانمان، زندانیان)، بیماران خاص و صعب‌العلاج، بیماران غیر ایرانی فاقد مدرک شناسایی، بیماران فاقد بیمه.

اقدامات لازم در خصوص بیماران آسیب پذیر: ۱- رعایت ایزولاسیون و شرایط بستری ۲- ارائه خدمات مطلوب و استاندارد به این بیماران به صورتی که شرایط یاد شده بر روند مراقبت آنها تاثیر نداشته باشد ۳- انجام اقداماتی جهت پیشگیری از برچسب گذاری و انگ اجتماعی.

این بیماران با راند مددکار و روانشناس بالینی یا اطلاع توسط سرپرستار، پرستار مراقب یا منشی به ایشان شناسایی می‌شوند.

ایمنی بیمار؛ به معنای پرهیز، پیشگیری و کاهش نتایج ناگوار یا آسیب به بیمار ناشی از فرآیند مراقبت‌های پزشکی می‌باشد.

مفهوم خطا: قصور در خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه به صورت بالقوه یا بالفعل در هر یک از مراحل برنامه ریزی تا اجراء که منجر به بروز نتایج ناخواسته گردد، **خطای پزشکی** محسوب می‌گردد.

انواع خطاهای پزشکی:

Near miss: خطاهایی که تا مرز آسیب پیش می‌روند اما در انتها مشکل مرتفع و حادثه ای رخ نمی‌دهد.

Harm No: خطاهایی که اتفاق می‌افتند اما منجر به بروز حادثه نمی‌شوند.

Sentinal: خطاهایی که در اثر وقوع منجر به بروز عارضه جدی شده و اصطلاحاً فاجعه آمیز اطلاق می‌شوند، نزدیک به ۵۰ درصد خطاهای این گروه قابلیت پیشگیری دارند، پس دارای اهمیت ویژه می‌باشند.

شاخص های ایمنی بیمارستان: سقوط، جا ماندن جسم خارجی پس از عمل جراحی، واکنش ناشی از ترانسفوزیون خون منجر به مرگ یا عارضه پایدار، نرخ کنترل عفونت و عفونت ناشی از زخم‌های جراحی، عوارض جراحی یا دارویی منجر به مرگ یا عارضه جراحی بر روی عضو اشتباه، فرار بیمار از بیمارستان، ترخیص با رضایت شخصی، آسیب به نوزاد حین تولد و نرخ مرگ و میر در عوارض پس از زایمان.

۹ راه حل ایمنی؛ ۱- **شناسایی صحیح بیماران** ۲- استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات ۳- رعایت بهداشت دست ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح ۵- توجه به داروهای با نام و شکل مشابه ۶- کنترل غلظت محلولهای الکترولیت ۷- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار ۸- اجتناب از اتصالات نادرست ۹- اطمینان از صحت دارو درمانی.

دارو دهی

ارائه خدمات دارویی فرآیندی پیچیده است شامل؛ تدارک، انبارش، نسخه‌نویسی، تجویز و پایش دارو.

لیبل گذاری داروها؛

- دروهای پرخطر با رنگ قرمز و داروهای مشابه رنگ زرد.
- دارو های پرخطر فقط روی باکس ولی داروهای ۱۲ گانه (بیکربنات سدیم، سولفات منیزیم، پتاسیم کلراید، لیدوکائین، هپارین، آتروپین، استرپتوکیناز، کلسیم گلوکونات، اپی نفرین، هالوپریدول، ایندراال، هایپرسالین ها) علاوه بر باکس روی هر کدام از ویال ها برچسب زده شود.
- داروهای با برچسب ستاره دار نیاز است بیمار به مانیتور وصل شود و تحت کنترل قرار بگیرد، مانند دوپامین.
- داروهای یخچالی با برچسب آبی رنگ مشخص می‌باشند.
- داروهای مولتیپل دز (چند دوزی): ویال هایی که حاوی چند دز دارو باشند مثلاً انسولین، واکسن ها (در یخچال نگه-داری شده و دارای تاریخ باز شدن باشند چراکه تا ۲۸ روز قابل استفاده هستند).
- نکته: اگر یک دارو هم پرخطر و هم مشابه باشد اولویت با داروی پرخطر و رنگ قرمز است.
- داروی مشابه یعنی داشتن تشابه داروها از لحاظ ظاهر، تلفظ و نوشتار.
- ویال کلرید پتاسیم را دور از سایر دارو ها و در جایگاه مجزایی نگه دارید (این ویال نبایستی در ترالی نگه‌داری گردد).
- ویال های انسولین و هپارین در محفظه مجزا و دور از یکدیگر نگه‌داری می‌گردند.
- تمامی داروهای وریدی ضد انعقادی در صورتی انبار شوند که دارای برچسب دقیق مشخصات دارو باشند.
- در تمامی موارد جهت تجویز و آماده‌سازی داروهای با هشدار بالا و محلول های الکترولیتی با غلظت بالا، توسط دو نفر از کادر حرفه‌ای و به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.
- آموزش‌های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

- دستور پزشک را با چک دو گانه تایید نمایید تا دستور دوز صحیح دارو تایید شود.

- در ترالی اورژانس با زدن برچسب " قرمز رنگ " داروهای با هشدار بالا مشخص شود.

اقدام لازم در صورت بروز خطا (دارویی، سقوط و.....)

- اول؛ اطلاع به پزشک و بررسی بیمار که در صورت بروز مشکل اقدامات لازم انجام شود،
- دوم؛ تکمیل فرم گزارش خطا از طرق سیستم و یا از طریق تلفن همراه (مراجعه به سامانه مربوط و قسمت گزارش خطا).
- سوم؛ مطرح نمودن خطای بوجود آمده در کمیته ایمنی و بررسی ریشه ای خطا (RCA) و اخذ تصمیمات و اقدامات اصلاحی.

توجه به ۷ اصل اساسی در هنگام دارو دادن: ۱- داروی صحیح ۲- راه مصرف صحیح ۳- زمان صحیح ۴- دوز

صحیح ۵- بیمار صحیح ۶- مستند سازی صحیح ۷- حق سوال کارکنان و بیماران درباره دستورات دارویی.

وقایع ناخواسته یا حوادث هرگز (NEVER EVENTS) ۲۹ مورد می‌باشند:

مفقود شدن بیمار بیش از ۴ ساعت، وقایع مربوط به محیط (سقوط از تخت)، زخم بستر درجه ۳ و ۴ بعد از پذیرش بیمار، عمل جراحی اشتباه بر بیمار اشتباه، عمل جراحی اشتباه روی عضو سالم، عمل جراحی با روش اشتباه روی بیمار، مرگ در حین یا بعد از عمل جراحی در بیماران دارای وضعیت سلامت طبیعی، کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان، خودکشی بیمار در مرکز درمانی، مرگ یا ناتوانی به علت تجهیزات آلوده میکروبی، مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال اشکالات فنی تجهیزات،

مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال آمبولی عروقی، مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هرگونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات، مرگ یا ناتوانی جدی به علت واکنش همولیتیک ناشی از تزریق خون اشتباه، مرگ یا ناتوانی مادر بر اثر زایمان طبیعی و سزارین، مرگ یا ناتوانی نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و سزارین، مرگ یا ناتوانی جدی در وقایع مربوط به ترخیص و تحویل نوزاد به شخص غیر از ولی قانونی، مرگ یا ناتوانی جدی بیمار مرتبط با خطای درمانی مانند نوع و دوز و زمان تزریق دارو، مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هایپوگلاسمی، ربودن بیمار، هرگونه آسیب فیزیکی مانند ضرب و شتم بیمار، حوادث مرتبط با استفاده از گازهای مختلف به بیمار، جا گذاشتن هرگونه وسیله مانند قیچی، پنس و گاز در بدن بیمار، سوختگی به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترود اتاق عمل، مواد مرتبط با محافظ و نگهدارنده اطراف تخت، موارد مرتبط با عدم رعایت چارچوب اخلاق پزشکی، اصرار به تزریق داروهای خاص و خطر آفرین و یا قطع عمدی اقدامات، تلقیح مصنوعی اشتباه در زوجین نابارور.

بحران (مدیریت خطر) و تریاژ

بحران: حادثه‌ای که به طور طبیعی و یا توسط بشر به طور ناگهانی و یا به طور فزاینده به وجود آید و سختی و مشقت را به جامعه انسانی تحمیل نماید.

الف - بحران داخل بیمارستان (کد ۷۲): آتش سوزی، نشت گازهای خطرناک و

ب - بحران منطقه‌ای: زلزله، تصادفات عمده، بیماری‌های شایع، آتش سوزی وسیع و حوادث ناشی از جنگ و محل تجمع پرسنل در زمان بحران محوطه مسقف اورژانس و منطقه امن بیمارستان محوطه جلوی انبار نگهداشت می‌باشد. **سطوح بحران در بیمارستان امام کوه‌دشت:**
سطح ۱: بین ۱ تا ۱۵ مجروح (مسئولین بخش‌ها و یا مسئولین کشیک همراه با باکس بحران اختصاصی هر بخش به اورژانس مراجعه می‌نمایند).

سطح ۲: بین ۱۵ تا ۲۵ مجروح (مسئولین بخش‌ها و پرستار همراه با باکس بحران اختصاصی هر بخش به اورژانس مراجعه می‌نمایند).

سطح ۳: بیش از ۲۵ مجروح (فراخوان کلیه اعضاء چارت بحران و فعال سازی مناطق ۴ گانه بحران).
مناطق ۴ گانه: در مدیریت بحران بیمارستان از سیستم رنگ بندی قرمز، زرد، سبز و مشکی برای اولویت بندی و دسته‌بندی بیماران استفاده می‌شود تا خدمات درمانی به موقع و موثر ارائه گردد، این رنگ‌ها نشان دهنده سطح فوریت و نیاز به مراثبت فوری هستند.

قرمز: بیمارانی که وضعیت وخیم و تهدید کننده حیات دارند (مانند بیماران با خونریزی شدید و یا مشکلات تنفسی حاد)، بخش اورژانس به عنوان منطقه قرمز تعیین شده است.

منطقه زرد: در درمانگاه سرپایی و در صورت نیاز در مرکز غربالگری مشخص شده است و مختص بیمارانی است که وضعیت پایداری ندارند اما نیاز به درمان فوری ندارند مانند شکستگی‌های باز و یا سوختگی‌های درجه ۲.

منطقه سبز: برای بیمارانی است که جراحات جزئی دارند و می‌توانند تا مدتی منتظر بمانند (بخش‌های داخلی زنان و داخلی مردان).

منطقه مشکی: در پشت بخش دیالیز در نظر گرفته شده است و مصدومین فوت شده و یا بیمارانی که زنده ماندن آن‌ها غیر ممکن است به این منطقه انتقال داده می‌شوند.

کد های اضطراری بیمارستان: کد ۹۹ (کد احیاء بزرگسال)، کد ۸۸ (احیاء نوزاد)، کد ۵۵ (احیاء مادر)، کد ۱۰۰ (احیاء بیماران کووید)، کد ۷۲ (کد بحران)، کد ۶۶ (تخلیه اضطراری زمان زلزله، سیل، احتمال ریزش، آتش سوزی، تخریب ساختمان)، کد ۱۲۵ (کد آشنشانی)، فراخوان نگهبان (کد ۱۱۰).

اتاق مدیریت بحران بیمارستان: دفتر ریاست بیمارستان.
راه اضطراری: در هر بخش توسط تابلو خروج اضطراری مشخص می‌گردد.

کپسول های اطفاء حریق:

کپسول گاز CO2: دارای سرلوله شیپوری بزرگ، جهت خاموش کردن وسایل الکتریکی.

کپسول پودر و گاز: در هر حریق استفاده می‌شود ولی در خاموش کردن حریق مایعات و فلزات کاربرد زیادی دارد.

کپسول کف فوم: جهت خاموش کردن مایعات قابل اشتعال.

مقادیر بحرانی پاراکلینیک: اطلاع نتایج بحرانی آزمایشگاه و رادیولوژی به بیماران بستری و سرپایی (استفاده از خط تلفن یکطرفه یا hot line در بخش ها و همچنین فرم ثبت مقادیر بحرانی موجود بر روی سیستم ها).

تست های معوقه بیماران ترخیصی؛

- ۱- کلیه تست های آزمایشگاهی که تا زمان ترخیص بیمار جواب دهی نشده اند جزء تست های معوقه می باشند.
- ۲- پرستار مراقب در صورت ترخیص بیمار قبل از جواب دهی آزمایشات، مشخصات بیمار را به همراه شماره تلفن در دفتر مربوطه ثبت کند.
- ۳- مسئول آزمایشگاه روزانه لیست بیماران دارای تست معوقه را از HIS دریافت می کند.
- ۴- مسئول آزمایشگاه نتایج آزمایشات غیرنرمال را طبق پروتکل ابلاغی از طرف بیمارستان در اختیار سرپرستار بخش قرار دهد.
- ۵- سرپرستار نتایج تست های معوقه غیر نرمال و جواب پاتولوژی را به صورت تلفنی به بیمار یا همراهان اطلاع می دهد (در صورت عدم پاسخگویی حداکثر در سه روز متوالی تماس برقرار نماید).
- ۶- موارد HIV مثبت، HBSAg مثبت، HCVAB مثبت، TB و آنفولانزا به مسئول مبارزه با بیماری های بیمارستان جهت پیگیری بیشتر اطلاع داده شود.
- ۷- آموزش های لازم جهت پیگیری دریافت نتایج تست های معوق در زمان ترخیص به بیمار و همراه وی داده شود.
- ۸- رپورت گرافی ها در صورت دستور پزشک معالج و رپورت تمامی سی تی اسکن ها توسط منشی رادیولوژی به بیماران و یا همراهان پس از رویت برگه معوقه تحویل داده می شود.
- ۹- اطلاع نتایج غیر طبیعی گرافی و یا سی تی اسکن ها و یا MRI بیماران به مسئولین بخش ها توسط مسئول رادیولوژی.

تعریف هموویزیلانس: مراقبت از دریافت کنندگان خون و فرآورده های خون در مقابل عوارض ناخواسته ناشی از انتقال خون.

- ۱- دلیل و مراحل تزریق به بیمار توضیح داده شود و رضایت آگاهانه از بیمار اخذ گردد. ۲- نمونه CBC و کراس مچ با رعایت روند صحیح شناسایی بیمار و تکمیل فرم درخواست خون انجام شود. ۳- تعیین گروه خونی و آماده سازی خون و فرآورده جهت تزریق در آزمایشگاه انجام شود. ۴- خون و فرآورده های خونی با رعایت اصول ایمنی به بخش تحویل داده شود. ۵- کلیه مشخصات خون و فرآورده های خونی از نظر تاریخ، سالم بودن کیسه، عدم وجود لخته، تغییر رنگ و..... توسط دو پرستار به صورت مستقل چک شود (تایید هویت بیمار و مطابقت دادن مشخصات بیمار با فرم تزریق خون و کیسه خون الزامی است). ۶- ترالی احیاء در دسترس قرار داده شود (اطمینان از وجود داروهای اپی نفرین، آنتی هیستامین، کپسول اکسیژن، ساکشن و سرم نرمال سالین). ۷- جهت تزریق خون iv line مناسب در محل مناسب تعبیه شود. ۸- از بیمار خواسته می شود که در صورت بروز هرگونه احساس واکنشی مانند لرز، برافروختگی، درد، تنگی نفس، اضطراب و نگرانی پرستار یا پزشک را مطلع نماید. ۹- علائم حیاتی در فواصل تعیین شده مطابق فرم هموویزیلانس توسط پرستار مراقب

تکمیل شود. ۱۰- در صورت بروز هرگونه عوارض حین تزریق خون و فراورده های خونی ترانسفوزیون قطع و کیسه همراه فرم عوارض عودت داده شود و شرایط بیمار به اطلاع پزشک معالج رسیده و دستورات ایشان توسط پرستار مراقب اجرا شود.

نکات مهم؛

- ضدعفونی نمودن دست ها قبل از تزریق فراموش نشود.
- سرعت تزریق خون در ۱۵ دقیقه اول باید بسیار آهسته انجام شود (۳۰ قطره در دقیقه یا ۲ سی سی در دقیقه).
- حضور پرستار مسئول در ۵ دقیقه اول بر بالین بیمار و ارزیابی مکرر بالین در ۱۵ دقیقه اول الزامی است چراکه اکثر واکنش های تزریق خون در ۱۵ دقیقه اول رخ می دهد.
- در هر بار تزریق خون فقط یک کیسه به بیمار وصل شود.
- حداکثر زمان تزریق خون و فراورده ۴ ساعت است، تنها داروی مجاز که می تواند به کیسه خون اضافه شود نرمال سالین است (سرم رینگر باعث ایجاد لخته و سرم دکستروز باعث لیز گلبول های قرمز می شود).
- چک علائم حیاتی در حین و پس از تزریق طبق روتین (شروع و ۱۵ دقیقه و ۳۰ دقیقه و یک ساعت و ۲ ساعت و ۳ ساعت پس از شروع و همچنین ۴ ساعت پس از پایان تزریق).
- گلبول قرمز متراکم بیشتر از ۳۰ دقیقه در هوای محیط نماند و در صورت عدم استفاده در یخچال گذاشته شود، آلبومین و IVIG نیازی به ست خون ندارند.

سرعت تزریق خون و فراورده ها:

- گلبول قرمز متراکم (packed cell): بزرگسالان 150-300cc/h، اطفال 2-5cc/kg/h (متوسط زمان تزریق: ۱ تا ۲ ساعت).
- پلاکت: در بزرگسالان 200-300cc/h و در اطفال 60-120cc/h (متوسط زمان مجاز تزریق: ۳۰ دقیقه تا یک ساعت).
- پلاسمای تازه منجمد (FFP): بزرگسالان 200-300cc/h و اطفال 60-120cc/h، متوسط زمان تزریق: ۳۰ دقیقه تا یک ساعت.

تعریف واکنش های تزریق خون: هر رویداد نامطلوبی که مربوط به انتقال خون در فرد گیرنده خون باشد و فرد حین تزریق خون یا بعد از تزریق خون دچار عوارض شود.

مهم ترین عوارض حاد خون: کهیر، تب، تنگی نفس، افت فشارخون.

اقدامات مشترک در هنگام وقوع تمام واکنش ها:

- ۱- قطع تزریق خون
- ۲- بازنگه داشتن IV و تزریق نرمال سالین ۰.۹٪.
- ۳- چک مجدد علائم حیاتی و ثبت آن.
- ۴- شناسایی مجدد بیمار و چک مجدد مستندات.

۵- ماندن بر بالین بیمار و کنترل حال عمومی بیمار.

۶- اطلاع به پزشک مربوطه و بانک خون و پزشک هموویژیلانس.

۷- ارسال نمونه خون جدید و نمونه ادرار همراه کیسه خون و ست خون به بانک خون.

۸- تکمیل فرم عوارض و ارسال به بانک خون و ادامه مراحل طبق پروتکل بیمارستان و مشورت با پزشک.

انطباق و اخلاق پزشکی

- تمامی پرسنل باید از استاندارد پوشش مربوط به بخش یا واحد خود اطلاع داشته و رعایت کنند.
- زدن اتیکت در تمامی رده های شغلی الزامی است (از قرار دادن اتیکت در جیب یا برگرداندن آن جلوگیری نمایند).
- معرفی پرسنل درمان (پزشک، پرستار و فیزیوتراپیست و ...) به بیمار اهمیت دارد.
- کارمندان در ادای فرایض دینی به بیماران کم توان مساعدت نمایند.
- امکان دسترسی کلیه پرسنل، بیماران و همراهان بیمار به ترالی نماز (سجاده نماز، مهر، کتاب دعا، چادر و ...)
- نوشتن تابلوی بالای سر بیمار (نام پزشک، نام پرستار، تاریخ و شیفت) صبح ها توسط منشی و عصر و شب پرستار مراقب.
- همراهی مسئول بخش و یا جانشین ایشان و پرستار مسئول بیمار با پزشک حین ویزیت و آگاهی کامل از روند درمان.
- در صورت خروج پرستار از بخش (مانند پاس ساعتی)، تعیین پرستار جانشین برای بیماران الزامی است.
- مرتب و تمیز بودن یونیت بیمار و اتصالات مربوطه خیلی مهم است.
- حفاظت از حقوق گیرندگان خدمت (بیماران، همراهان و کلیه مراجعین بیمارستان)؛ دادن پمفلت، داشتن دوربین مدار بسته، نگهبان در ورودی بخش ها و ...
- **احکام احتضار؛** بیماران در حال احتضار در اتفاقی جدا از بیماران دیگر نگه داری شده و حتما به همراهان ایشان اجازه حضور بر بالین در هر لحظه داده شود و بیماران در حال احتضار در صورت امکان رو به قبله باشند.
- **حریم خصوصی بیمار؛** طرح انطباق با پرسنل همگن، محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت با پاراوان، انجام پروسیجر در اتاق کار، حفظ پوشش جهت انتقال، ورود پزشک و نگهبان و خدمه با کسب اجازه.

منشور حقوق بیمار:

- ۱- دریافت خدمات مطلوب سلامت حق بیمار است.
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.
- ۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.
- ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.
- ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

آموزش سلامت

۱- روزانه این بیماران ترخیصی به واحد پرستار پیگیر معرفی می شوند: CHF - COPD ، بیماران صعب العلاج ، آمپوتاسیون ، کانسرها، دیابت، خودکشی ها و HTN.

۲- واحد پرستار پیگیر home care مسئول آموزش حین ترخیص بیماران و پیگیری بیماران پس از ترخیص می باشد.

۳- کارگروه آموزش به بیمار بخش ها بر اساس نیاز سنجی آموزشی بیماران و هر ۳ ماه یکبار برگزار می گردد.

۴- هر بخش کارگروه آموزش به بیمار دارد، رئیس کارگروه آموزش به بیمار هر بخش مسئول فنی همان بخش می باشد، رئیس کارگروه آموزش به بیمار بیمارستان (آقای دکتر طولابی) و دبیر کارگروه آموزش به بیمار بیمارستان (خانم تیموری آزادبخت) می باشند.

۵- سیاست آموزشی بیماران به کلیه بخش ها ابلاغ شده و توسط کارکنان بایستی مطالعه شود.

۶- کارکنان بایستی از پنج بیماری شایع بخش خود آگاهی داشته باشند (کتابچه ۵ بیماری شایع بخش ها در دسترس کارکنان قرار دارد).

۷- حداقل های آموزش به بیماران شامل الف- بدو ورود ب- حین بستری ج- حین ترخیص می باشند.

الف- آموزش های بدو ورود؛

معرفی بخش و خدمات غیر درمانی شامل: تخت بیمار (آهرم های تخت/ زنگ احضار/ bed side)، حفظ ایمنی ، درب و پله اضطراری، سرویس های رفاهی و امکانات رفاهی.

قوانین کلی بخش و بیمارستان شامل: لزوم وجود دستبند شناسایی، نحوه دسترسی به پرستار، پزشک و خدمات، نحوه تهیه لباس، ساعت ویزیت پزشک ، ملاقات و توزیع غذا، ممنوعیت استعمال دخانیات، حفظ آرامش در محیط بستری.

منشور حقوق بیمار شامل: پنج محور منشور حقوق بیمار.

نحوه رسیدگی به شکایات : براساس خط مشی رسیدگی به شکایات بیمارستان.

هزینه درمان و بیمه : بر اساس هزینه های تعریف شده در بیمارستان.

معرفی تیم پزشکی شامل : معرفی تیم پزشکی و وظایف آن ها (پزشک، پرستار، کمک بهیار، خدمه، مددکار و ...).

رعایت موازین کنترل عفونت و بهداشت فردی شامل: محدودیت ملاقات و تردد، اهمیت و نحوه شستن دست.

کتابچه های توجیهی بیماران نیز در واحد پذیرش موجود بوده و حین تشکیل پرونده توسط واحد پذیرش به بیماران تحویل داده شود.

ب- آموزش حین بستری؛

نوع بیماری و نحوه درمان و مراقبت شامل: توضیحات مختصر در مورد فرایند بیماری، علائم و نشانه ها.

عوارض بیماری شامل : توضیحات مختصر در مورد عوارض بیماری.

عوارض مهم دارویی شامل: عوارض و علائم هشدار دهنده دارویی با توجه به سطح تحصیلات بیمار.

تداخل غذا و دارو شامل: نحوه مصرف و زمان مصرف داروها و همچنین توجه به تداخلات دارویی.

میزان فعالیت شامل: استراحت مطلق، استراحت نسبی، OOB، میزان و زمان شروع فعالیت بعد از عمل، پوزیشن های مناسب برای بیمار و ورزش ها و فعالیت های مناسب در هر بیمار.

تغذیه شامل: نوع و رعایت رژیم غذایی (پرپروتئین، پر کالری، قلبی، دیابتی، بعد از عمل، مایعات، سیروز کبدی، کلیوی، سوختگی و...).

ایمنی و احتیاطات شامل: نحوه مراقبت از اتصالات (درن ها، سند ادراری، سرم ها و ...)، پیشگیری از سقوط با بالا بودن **bed side**، پیشگیری از صدمات ناشی از کاهش فشار خون وضعیتی و ...

مدیریت درد شامل: نحوه اطلاع رسانی در زمان درد و درخواست مسکن، روش های دارویی و غیر دارویی تسکین درد (تکنیک های آرام سازی، انحراف فکر، پوزیشن ها و ...).

اقدامات تشخیصی، درمانی و آزمایش ها شامل: شرح چگونگی انجام پروسیجر یا آزمایش، آمادگی و مراقبت های قبل و بعد از پروسیجرها، هدف از انجام پروسیجر، برائت و رضایت از هرگونه اقدامات تشخیصی و تهاجمی.

داروهای زمان بستری شامل: نحوه مصرف، آگاه نمودن بیمار از داروهای مصرفی روزانه و آموزش کلی در مورد چگونگی اثر دارو در بیماری (بسته به سطح تحصیلات بیمار).

نشانه های خطر حین بستری شامل: درد، خونریزی، تب، اسهال و هر گونه علائم غیر طبیعی.

مراقبت های قبل و بعد از عمل شامل: رژیم غذایی، فعالیت، پوزیشن، مراقبت از زخم، مراقبت از اتصالات.

مراقبت از زخم شامل: نحوه پیشگیری از عفونت، پوزیشن، علائم زخم بستر، مراقبت از پانسمان، دفعات نیاز به تعویض پانسمان و علائم زخم عفونی.

خواب و استراحت شامل: راهکارهای بهبود مشکلات خواب مانند خوابیدن در طول روز.

الگوی دفع شامل: راه های پیشگیری از یبوست و اسهال، وضعیت ادراری و راه های پیشگیری از عفونت ادراری.

ج- آموزش های حین ترخیص (بر اساس پروتکل SMART و در گزارش پرستاری حتما ترخیص طبق پروتکل SMART ذکر شود):

S: نشانه های خطر پس از ترخیص شامل: علائم هشدار دهنده که بایستی با بروز آنها سریعاً به پزشک مراجعه نماید.

M: نحوه مصرف دارو در منزل (زمان مصرف، عوارض احتمالی، تداخل دارویی و غذا، شناخت دارو توسط بیمار و محل نگهداری داروها).

A: اعلام زمان و مکان مراجعه به پزشک، چگونگی دستیابی به پزشک، تلفن تماس با کلینیک بیمارستان، مطب پزشک و نحوه دسترسی و مراجعه به پزشک.

R: نحوه پیگیری نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی.

T: توجه به ابراز نگرانی بیمار در مورد شرایط، خودمراقبتی و تکنیک های بازتوانی (مراقبت از زخم، بهداشت فردی، ورزش و تغذیه، فعالیت های طبیعی پس از ترخیص و شغل، میزان محدودیت در فعالیت، بروز علائم هشدار دهنده).

نکات مورد توجه حین و پس از آموزش:

- ۱- در صورت نیاز پمفلت های مرتبط با آموزش های ارائه شده در هر یک از مراحل را به بیماران تحویل دهید.
- ۲- پس از اتمام آموزش مطمئن شوید که بیمار مطالب را درک کرده و دچار سوء برداشت نشده است.
- ۳- جهت بازخورد بهتر از آموزش چهره به چهره، توضیحات را همزمان به بیمار و یک نفر از همراهان آگاه وی ارائه دهید.
- ۴- از نوشتن جملات مبهم در فرم آموزش خودداری کنید.
- ۵- جهت اطمینان از درک اطلاعات در بیمار، در ابتدای هر شیفت با پرسیدن سوالات از وی از دریافت مطالب اطمینان حاصل کنید.

مراقبت و درمان

احیاء؛

عمق فشردن قفسه سینه در بزرگسالان ۵ تا ۶ سانتی متر با سرعت ۱۰۰ تا ۱۲۰ در دقیقه، در اطفال ۴ تا ۵ سانتی متر یا ۱/۳ قطر قدامی خلفی قفسه سینه و در نوزادان ۱/۳ قطر قدامی خلفی قفسه سینه با تنفس سه به یک (۱ و ۲ و ۳ و نفس).

استفاده از شوک کاردیوورژن (سینکرونایز): در آریتمی های فوق بطنی که کمپلکس QRS وجود دارد یا VT با نبض. استفاده از شوک دفیبریلاسیون؛ در V.T و V.F بدون نبض و بیماران غیر هوشیار. انواع دستگاه دی سی شوک؛ منوفازیک و بای فازیک (دستگاههای منوفازیک از رده خارج شده است) دستگاههای بای فازیک در دو جهت رفت و برگشت جریان را به قلب می رساند.

مقدار ژول شوک در اطفال؛ 2-4J/Kg در شوک اول 2J/kg و در شوک های بعدی 4J/kg

نکته: هیچ زمانی در شوک دوم و سوم میزان ژول کمتر از شوک اول نباشد (میزان ژول در شوک دوم و سوم الزاماً مساوی و یا بیشتر از شوک اول باشد).

چه داروهایی از لوله تراشه و به چه میزان می توان داد؟

با اختصار کلمه آلان (آتروپین، لیدوکائین، اپی نفرین، نالوکسان)، ۲ تا ۳ برابر دوز معمول (رقیق شده با آب مقطر و یا نرمال سالین) و سپس آمبو زده شود.

مهمترین اقدام در احیاء نوزاد، تهویه موثر ریه ها می باشد، در صورت ضربان کمتر از ۶۰ دارودرمانی با اپی نفرین ۱/۱۰۰۰۰ با دوز ۰/۱ تا ۰/۳ میلی گرم در هر کیلوگرم تجویز می شود.

بیماران پرخطر بیمارستان؛

۱- بیماران در معرض سقوط (با معیار ارزیابی موریس برای بزرگسالان و هامپی دامپی برای کودکان).

۲- بیماران در معرض خطر زخم فشاری (معیار گلو مورگان در اطفال و معیار برادن در بزرگسالان).

(Braden Scale: بررسی ریسک فاکتورهای: درک حسی، رطوبت، فعالیت، تحرک، تغذیه و کشش).

۳- بیماران در معرض خطر خودکشی (معیار SAD با بررسی جنسیت، سن، سابقه افسردگی، سابقه اقدام به خودکشی، اعتیاد به الکل، عدم وجود تفکر منطقی، حمایت اجتماعی، برنامه سازماندهی شده برای خودکشی و وضعیت مطلقه، بیوه و یا مجرد).

۴- بیماران در معرض سوء تغذیه (BMI کمتر از ۲۰).

۵- بیماران پلی فارمسی (مصرف بیش از ۴ دارو).

۶- بیماران در معرض خطر تشنج (بر اساس سابقه بیمار و شرایط بالینی).

۷- بیماران در معرض ترومبوآمبولی وریدی (معیار ولز).

محدوده ارزیابی و ثبت بیماران پرخطر: بلافاصله و سپس در گزارش اولیه پرستاری ثبت گردد و اقدامات پیشگیرانه مد نظر قرار گیرد.

آخرین ویرایش ترالی اورژانس، ویرایش هشتم می باشد،

مطالعه دستورالعمل کشوری استاندارد دارویی بخش اورژانس و تغییرات ویرایش هشتم برای کارکنان پرستاری الزامی است (مانند اضافه شدن داروی اپی نفرین ۱/۱۰۰۰، تغییر تعداد آمپول آمیودارون از ۵ به ۳، تغییر تعداد آمپول لیدوکائین ۰.۲/۵ به ۳، تغییر تعداد آمپول دوپامین از ۳ به ۲، تغییر تعداد آمپول نالوکسان از ۱۰ به ۵، تغییر تعداد آمپول دیازپام از ۱۰ به ۵، ستاره دار شدن آمپول فنوباربیتال، اضافه شدن ست تزریق داخل استخوانی (ترجیحی) و

کد ۹۹ (کد احیاء بزرگسال)، کد ۸۸ (احیاء نوزاد)، کد ۵۵ (احیاء مادر)، کد ۱۰۰ (احیاء بیماران کووید) می‌باشند. نکته: در صورت همزمانی دو کد؛ پزشک درمانگاه به همراه نیروی دوم هوشبری و ۲ نفر از مسئولین کشیک بخش‌ها (یک نیروی مرد و یک نیروی زن) بایستی به عنوان کد دوم فراخوان گردند (این اشخاص با تشخیص سوپروایزر و در ابتدای کشیک تعیین می‌گردند).

در احیاء مادران باردار اولویت با مادر بوده و نیازی به مانیتورینگ جنین نمی‌باشد و مامای مسئول مادر، بایستی برطرف نمودن فشار از آئورتوکوال را مد نظر داشته باشد (پوزیشن مادر را به سمت لترال و ترجیحا سمت چپ هدایت نماید) و در صورت داشتن شرایط، سزارین طی مدت ۵ دقیقه با حضور تیم احیاء نوزاد انجام شود.

در احیاء مادر، رگ گیری باید از اندام‌های فوقانی انجام گیرد که در کوتاه‌ترین زمان ممکن تاثیر داروها بر روی قلب اعمال گردد.

کد ۷۲۴، ۲۴۷ بیمارستان: ۷۲۴ کد سکتة مغزی و کد ۲۴۷ کد سکتة قلبی است.

شاخص های پنج گانه اورژانس؛ تعیین تکلیف بیماران زیر ۶ ساعت، بیماران خارج شده کمتر از ۱۲ ساعت، درصد

احیاء ناموفق، درصد رضایت شخصی، مدت زمان تریاژ بیماران در هر سطح.

سطوح تریاژ؛

سطح اول احیاء، سطح دوم خیلی فوری، سطح سوم فوری، سطح چهارم نیمه فوری، سطح پنجم غیر فوری.

اولین ارزیابی پزشک و پرستار بر مبنای سطح بندی تریاژ در اورژانس و زایشگاه: سطح ۱ از ۰ تا ۱ دقیقه، سطح

۲ کمتر از ۱۰ دقیقه، سطح ۳ بین ۱۰ تا ۳۰ دقیقه، سطح ۴ بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه و سطح ۵ بین ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه.

پذیرش بیماران سطح ۱ و ۲ اورژانس: بلافاصله

پذیرش بیماران سطح ۱ و ۲ اورژانس تا اولین ویزیت توسط متخصص مقیم: ۱۰ تا ۳۰ دقیقه

پذیرش بیماران سطح ۱ و ۲ اورژانس تا اولین ویزیت توسط متخصص غیر مقیم: ۱۵ تا ۴۵ دقیقه

اولین ارزیابی بیمار بستری در بخش های عمومی توسط پرستار: شروع ارزیابی کمتر از ۱۵ دقیقه و تکمیل نهایی بسته به شرایط بیمار و حداکثر تا ۶ ساعت.

اولین ارزیابی بیمار بستری در بخش های عمومی توسط پزشک: بسته به شرایط بیمار و حداکثر تا پایان شیفت آنکالی

همان روز.

اولین ارزیابی بیمار بستری توسط پزشک در بخش زایشگاه: شروع ارزیابی بلافاصله بعد از پذیرش بیمار در بلوک زایمان و تکمیل نهایی بسته به شرایط بیمار حداکثر تا پایان شیفت.

اولین ارزیابی بیمار بستری توسط پزشک در بخش های ویژه: در صورت عدم انجام اولین ویزیت در بخش اورژانس بین ۱۵ تا ۳۰ دقیقه بعد از پذیرش.

مدت زمان مشاوره اورژانس متخصصان آنکال بعد از تماس تلفنی: اطلاع بلافاصله جهت کسب و اجرای دستورات تلفنی (شفاهی) تا حضور پزشک بر بالین بیمار و با توجه به شرایط بیمار حداکثر تا دو ساعت.

مدت زمان مشاوره غیر اورژانس بعد از تماس تلفنی در بخش اورژانس: اطلاع بلافاصله و انجام مشاوره حداکثر تا ۶ ساعت.
مدت زمان مشاوره غیر اورژانس بعد از تماس تلفنی در بخش‌های بستری: اطلاع بلافاصله و انجام مشاوره بین ۶ تا ۲۴ ساعت.

اقدامات تهاجمی؛ پروسیجرهایی که انجام آن‌ها با انسزیون پوست، بی حسی موضعی و یا بیهوشی عمومی همراه باشد. لیست اقدامات تهاجمی که در هر بخش متفاوت هستند در بیمارستان امام خمینی کوهدشت (ره) به شرح زیر می باشد:

- ❖ کلیه اعمال جراحی بزرگ و کوچک
- ❖ کلیه اسکوپ‌ها
- ❖ دبریدمان پوست/ زخم
- ❖ تعبیه cvline
- ❖ تعبیه کاتتر دیالیز (شالدون)
- ❖ ترانسفوزیون خون
- ❖ آندوسکوپی
- ❖ تعویض خون
- ❖ تعبیه چست تیوب
- ❖ تعبیه کاتتر نافی
- ❖ شوک به بیمار هوشیار
- ❖ تراکتوستومی
- ❖ تعبیه کات دان
- ❖ تزریق داخل مفصل
- ❖ توراسنتز
- ❖ اپی زیاتومی
- ❖ VCUG
- ❖ IVP
- ❖ Lp
- ❖ Tap مایع آسیت و مایع مفصل

قبل از انجام اقدامات تهاجمی بایستی رضایت آگاهانه از بیمار یا ولی قانونی توسط پزشک با شهادت پرستار اخذ گردد اما در موارد تهدید حیات بیمار نیاز به اخذ رضایت آگاهانه نمی باشد.

دستور تلفنی؛

- ۱- در صورت نیاز و بروز مشکل برای بیمار توسط پرستار مسئول شیفت یا پرستار مسئول بیمار با پزشک معالج وی تماس گرفته می شود.
- ۲- پزشک مسئول بیمار پس از شناسایی دقیق بیمار، دستور تلفنی خود را به پرستار شیفت به صورت شفاهی ارائه می‌دهد، در هنگام گزارش تلفنی، پرونده بیمار جهت احتمال هر گونه سؤال از طرف پزشک در دسترس باشد.
- ۳- پرستار مسئول بیمار موظف است در هنگام اطلاع به پزشک و دریافت دستورات شفاهی از همکار خود بخواهد که در ایستگاه پرستاری حضور داشته باشد تا بتواند به عنوان شاهد مستندات ثبت شده را امضاء نماید.

۴- پرستار مسئول بیمار موظف است بعد از دریافت دستور با صدای بلند دستور را بازخوانی کند تا پزشک بیمار تأیید نماید " بازخوانی مجدد (Read Back) " ضمن اینکه پرستار دوم نیز دستور را شنیده و تکرار می نماید.

۵- تاریخ و زمان دستور، نام پرستار، پزشک و دستور داده شده در برگه دستور پزشک در پرونده بطور کامل نوشته می شود.

۶- دستورات ثبت شده تلفنی توسط دو پرستار مهر و امضا و حتماً توسط خط، بسته و ساعت و تاریخ نوشته می شود.

۷- پس از مراجعه پزشک در اولین فرصت ممکن دستور شفاهی خود را امضاء و مهر می نماید.

دستورالعمل تسکین درد؛

۱- پرستار بیمار را از نظر داشتن درد و مشخصات آن مطابق با فرم ارزیابی اولیه و با استفاده از ابزار درد (معیار Wong, RAASS) ثبت نماید و به اطلاع پزشک معالج برساند.

۲- پرستار جهت تجویز داروی مسکن و یا در صورت دریافت دستور تلفنی برای بیمار در حضور پرستار شاهد (مجموعاً دو پرستار) اقدام نماید.

۳- پرستار اقدامات لازم (غیر دارویی یا دارویی) را بر اساس نظر پزشک معالج تعیین نماید.

روش های غیر دارویی: آرام سازی، انحراف فکر، کاهش محرکات محیطی (نور، سر و صدا و)، استفاده از کیف آب گرم، تغییر پوزیشن، حرکات ورزشی مناسب و **روش های دارویی:** داروهای مخدر، ضدالتهاب های استروئیدی، غیر استروئیدی و

۴- در صورتی که درخواست داروی مسکن توسط پزشک ثبت شد، برگه مخدر توسط پزشک تکمیل و مهر و امضا شود و توسط پرستار بخش با توجه به دوز دارو و تاریخ تجویز، برگه داروی مخدر تحویل سوپروایزر کشیک شده و دارو دریافت شود، پوکه داروی مخدر بعد از مصرف به برگه چسبانده شود، تمامی اقدامات در گزارش پرستاری ثبت گردد.

مهاری شیمیایی؛

استفاده از روش های دارویی جهت کنترل بیماران بی قرار و پرخاشگر، پیشگیری از دستکاری اتصالات، تامین آرامش بیماران و بخش.

۱- شناسایی بیماران بی قرار و ناآرام و بررسی علت مربوطه

۲- در بیماران غیر هوشیار، میزان پرخاشگری و بی قراری با استفاده از معیار RASS تعیین می گردد.

۳- انجام مداخلات لازم جهت حفظ ایمنی بیمار مانند: بالا بردن نرده کنار تخت، کاهش ارتفاع تخت، دور

نمودن اجسام تیز و برنده و

۴- اخذ دستورات پزشک مبنی بر مهار شیمیایی (نوع دارو و مشخص نمودن شروع و پایان مدت زمان) و ثبت در پرونده بیمار.

۵- پرستار مراقب جهت مهار شیمیایی، داروها را طبق دستور پزشک و دستورالعمل دارو درمانی آماده و تزریق می کند.

۶- پرستار مراقب در صورت استفاده از مهار شیمیایی در طولانی مدت جهت جلوگیری از زخم بستر بیمار را هر ۲ ساعت تغییر پوزیشن داده و از تشک مواج استفاده می کند.

۷- پرستار مراقب با توجه به شرایط بیمار و دستور پزشک برای نیازهای تغذیه ای و دفعی بیمار اقدامات لازم را انجام می دهد.

۸- پرستار مراقب اقدامات انجام شده از قبیل نوع دارو، زمان تزریق، روش تزریق، عوارض احتمالی دارو، پاسخ بیمار به دارو را در گزارش پرستاری قید می نماید.

۹- مهار شیمیایی صرفاً با دستور پزشک معالج قابل اجرا بوده و در صورت نیاز به ادامه مهار شیمیایی در هر شیفت، نیاز به دستور مجدد پزشک معالج دارد.

پرستار مراقب پاسخ به درمان، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار را به صورت مداوم (قبل، حین و پس از مهار شیمیایی) کنترل و ثبت می نماید.

مهار فیزیکی؛

استفاده از تمهیدات لازم جهت کنترل بیماران بی قرار و پرخاشگر، پیشگیری از دستکاری اتصالات و جلوگیری از آسیب به خود و دیگران.

- ۱- شناسایی بیماران بی قرار و نا آرام و بررسی علت مربوطه.
- ۲- در بیماران غیر هوشیار، میزان پرخاشگری و بی قراری با استفاده از معیار RASS تعیین می گردد.
- ۳- انجام مداخلات لازم جهت حفظ ایمنی بیمار مانند: بالا بردن نرده کنار تخت، کاهش ارتفاع تخت، دور نمودن اجسام تیز و برنده، کاهش محرکات محیطی، فراهم نمودن محیط آرام و ساکت و
- ۴- در صورت عدم کنترل بیمار پس از انجام اقدامات فوق، اخذ دستورات پزشک مبنی بر مهار فیزیکی (مشخص نمودن شروع و پایان مدت زمان) و ثبت در پرونده بیمار.
- نکات مورد توجه: قرار دادن بیمار در راستای صحیح و طبیعی، شانه ها در وضعیت مناسب، استفاده از دستبند های پد دار، رعایت حرکات آزادانه عضو مهار شده با کنترل نور و وسکولار هر یک ساعت، رعایت دستور مهار فیزیکی به مدت بسیار محدود (بزرگسال حداکثر ۴ ساعت، نوجوان حداکثر ۲ ساعت و کودکان کمتر از ۹ سال حداکثر یک ساعت).
- ۵- پرستار مراقب جهت مهار فیزیکی، وسایل را طبق دستور پزشک و دستورالعمل آماده می کند.
- نکته: در بیماران غیر قابل کنترل توسط کارکنان پرستاری، کارکنان حفاظت فیزیکی در جریان موضوع قرار می گیرند.
- ۶- پرستار مراقب در حین انجام مهار فیزیکی رعایت حریم خصوصی را مد نظر قرار دهد.
- ۷- در طولانی مدت مهار فیزیکی، جهت جلوگیری از زخم بستر بیمار را هر ۲ ساعت تغییر پوزیشن داده و از تشک مواج استفاده می کند.
- ۸- پرستار مراقب با توجه به شرایط بیمار و دستور پزشک برای نیازهای تغذیه ای و دفعی بیمار اقدامات لازم را انجام می دهد.
- ۹- پرستار مراقب اقدامات انجام شده از قبیل: زمان شروع، زمان پایان، عوارض احتمالی مهار، پاسخ بیمار به مهار را در گزارش پرستاری قید می نماید.
- ۱۰- مهار فیزیکی صرفاً با دستور پزشک معالج قابل اجرا بوده و در صورت نیاز به ادامه مهار فیزیکی در هر شیفت مطابق با دستورالعمل اقدام گردد.
- ۱۱- پرستار مراقب پاسخ به درمان، علائم حیاتی و شرایط بالینی بیمار را به صورت مداوم (قبل، حین و پس از مهار فیزیکی) کنترل و ثبت می نماید.
- نکته: در مادران باردار به دلیل شرایط فیزیولوژیک و احتمال آسیب به مادر و جنین، در وضعیت خوابیده به پشت مهار فیزیکی ممنوع است.
- نکته: در بیماران با اختلال حرکتی، مهار فیزیکی عضو مبتلا ممنوع است.

روند درخواست مشاوره تغذیه؛

انجام ارزیابی تغذیه در ارزیابی اولیه پرستار در بدو ادمیت و شناسایی بیماران نیازمند، اطلاع به پزشک، درخواست مشاوره توسط پزشک، انجام مشاوره توسط کارشناس تغذیه.

اولویت مشاوره تغذیه: سوء تغذیه، سوختگی ها، بیماران سرطانی، بیماران ICU و دیالیز، مادران مبتلا به دیابت،

اکلامپسی و پره اکلامپسی.

در اطفال علاوه بر موارد فوق بیماران کلیوی، سلیاک و بیماران مادرزادی متابولیک نیز بایستی مورد توجه قرار گیرند.

مقادیر بحرانی

هدف مقادیر بحرانی پاراکلینیک: گزارش آنی مقادیر بحرانی بیماران.

- ۱- جدول مقادیر بحرانی توسط کارشناس ایمنی تدوین شده و در معرض دید تمامی بخش ها و آزمایشگاه و رادیولوژی قرار می گیرد.
- ۲- مقادیر بحرانی پیشنهادی توسط مسئول فنی آزمایشگاه و با نظر متخصصین در کمیته ارتقاء کیفیت اورژانس مطرح و مورد ارزیابی قرار می گیرد.
- ۳- دامنه مقادیر بحرانی بعد از تصویب در کمیته مدیریت اجرایی توسط ریاست بیمارستان به تمامی بخش ها ابلاغ می گردد.
- ۴- در آزمایشگاه و رادیولوژی مسئولیت گزارش به موقع نتایج بحرانی برعهده تمامی کارکنان شاغل در بخش های مذکور خواهد بود.
- ۵- محدوده بحرانی در رابطه با تمامی تست های قابل انجام در آزمایشگاه و رادیولوژی بوده و تمامی کارکنان این واحدها از محدوده مقادیر بحرانی اطلاع داشته باشند.
- ۶- خطوط تماس یکطرفه بین آزمایشگاه و رادیولوژی و تمامی بخش ها برقرار بوده و ترجیحا از تلفن بدون شماره گیر و دارای زنگ متفاوت از تلفن بخش استفاده شود.
- ۷- پس از رویت نتایج بحرانی توسط کارشناسان آزمایشگاه و رادیولوژی و اطلاع به مسئول فنی، کارشناس واحد مربوطه فوراً با استفاده از خطوط تلفنی (یکطرفه) با بخش مربوطه تماس حاصل نموده و اطلاع رسانی به پرستار مربوطه انجام می گردد.
- ۸- کارشناس اعلام کننده، نتایج آزمایشات را قبل از کنترل مجدد نتایج بحرانی به صورت آنی و با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه به بخش مربوطه اعلام می کند.
- ۹- کارشناس اعلام کننده، نتایج آزمایشات را همراه با تاریخ، ساعت اطلاع، نام بیمار و نام پرستار مراقب و همچنین نام فرد گزارش دهنده را در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت می نماید.
- ۱۰- کارشناس اعلام کننده، جهت حصول اطمینان از مقادیر اعلام شده، مجدد آزمایشات را تکرار نموده و در صورت تغییر نتیجه، گزارش مجدد به بخش انجام می شود و در دفتر گزارش مقادیر بحرانی ثبت می گردد.
- ۱۱- کارشناس انجام دهنده آزمایش پس از تکرار مجدد و با تایید مسئول فنی آزمایشگاه، نسبت به ثبت مقادیر بحرانی در HIS اقدام نماید.
- ۱۲- اطلاع رسانی به پزشک معالج توسط پرستار مربوطه انجام می شود و اقدامات لازم طبق دستور پزشک انجام می شود.
- ۱۳- پرستار مربوطه در صورت عدم دسترسی به پزشک معالج، اطلاع رسانی فوری به پزشک مقیم را انجام می دهد.
- ۱۴- نتایج آزمایشات بحرانی در دفتر آزمایشات بحرانی بخش ثبت می گردد و اقدامات انجام شده نیز توسط پرستار مربوطه شده در گزارش پرستاری ثبت می گردد.
- ۱۵- در صورت تغییر محل بستری بیمار، پرستار بخش جدید بیمار را در تماس اول (تلفن یکطرفه) جهت اطلاع جواب تست به بخش جدید به کارشناس آزمایشگاه یا رادیولوژی اطلاع می دهد.
- ۱۶- در صورتی که نتایج بحرانی به بیماران سرپایی مربوط باشد، بلافاصله از طریق تماس تلفنی به بیماران اطلاع داده می شود و در صورت عدم پاسخدهی، از طریق امور خدمات نتایج به آدرس بیمار ارسال می گردد.

بهداشت و کنترل عفونت

عفونت بیمارستانی:

- عفونت هایی که بعد از ۴۸ تا ۷۲ ساعت ظاهر می شوند.
- بیماران در بدو ورود به بیمارستان علائم عفونت نداشته‌اند.
- بیماران در حین پذیرش در دوره کمون بیماری نبوده‌اند.

نکته: بیمارانی که بعد از ترخیص دچار عفونت می گردند، زمانی در تعریف عفونت بیمارستانی گنجانده می شوند که:

الف- به دلیل مشکلات داخلی بستری بوده است و ۷ تا ۱۰ روز پس از ترخیص با علامت عفونت به بیمارستان مراجعه می کنند.

ب- بیمارانی که جراحی انجام داده‌اند (بدون کار گذاشتن ایمپلنت)، مانند جراحی سزارین، آپاندکتومی، لاپاراتومی، هرنی و... تا یک ماه پس از ترخیص با علائم عفونت مراجعه می کنند.

ج- بیمارانی که جراحی انجام داده و برای آنان ایمپلنت کار گذاشته شده باشد مثل جراحی های ارتوپدی با پین و پیچ و پلاک و ... تا یک سال بعد از جراحی اگر با علائم عفونت مراجعه کنند در تعریف عفونت بیمارستانی گنجانده می شوند.

انواع عفونت های بیمارستانی: عفونت ادراری، عفونت جراحی (محل عمل)، عفونت تنفسی و عفونت خون.

✓ **شایعترین عفونت بیمارستانی، عفونت ادراری است.**

✓ **کشنده ترین عفونت بیمارستانی، عفونت تنفسی است.**

اصول ایمنی در انجام تزریقات: رعایت بهداشت دست، پوشیدن دستکش در مواقع ضروری، استفاده از وسایل حفاظتی یکبار مصرف، آماده سازی و ضدعفونی پوست.

رعایت بهداشت دست مهمترین و ساده ترین روش برای جلوگیری از ابتلا به عفونت بیمارستانی می باشد و به دو صورت انجام می شود: ۱- **هندوآش** (شستشو با آب و صابون) ۲- **هندراب** (استفاده از محلول پایه الکلی).

➤ زمان هندوآش: ۴۰-۶۰ ثانیه

➤ زمان هندراب: ۲۰-۳۰ ثانیه

پنج موقعیت استاندارد رعایت بهداشت دست: قبل از تماس با بیمار، قبل از اقدام به کار آسپتیک، بعد از تماس با

مایعات و ترشحات بدن بیمار، بعد از تماس با بیمار، بعد از تماس با محیط اطراف بیمار.

انجام Hand wash:

بعد از ۵ تا ۶ بار هندراب کردن یکبار هندوایش انجام شود، در صورت رویت آلودگی واضح روی دست ها ، بعد از استفاده از سرویس بهداشتی و قبل از غذاخوردن ، در صورت احتمال انتقال عفونت های پوستی.

انواع احتیاطات:

الف - احتیاطات استاندارد (رعایت بهداشت دست، استفاده از وسایل حفاظت فردی در صورت ریسک مواجهه با ترشحات بدن، دفع صحیح و اصولی اجسام تیز و برنده، پاکسازی مرتب سطوح محیطی، دفع اصولی و ایمن پسماندها، رعایت تکنیک آسپتیک، پاکسازی و ضدعفونی لوازم مشترک بیماران).

ب - احتیاطات مبتنی بر روش انتقال (ایزولاسیون هوایی، ایزولاسیون قطره ای و ایزولاسیون تماسی).

۱- ایزولاسیون هوایی: از طریق هوا منتقل می شوند مانند سل، آبله مرغان، زونا، سرخک.

احتیاط: استفاده از ماسک N95 برای کارکنان و ماسک جراحی برای بیمار هنگام خروج از اتاق، ایزوله فشار منفی، ضدعفونی اتاق پس از ترخیص.

۲- ایزولاسیون قطره ای: انتقال از طریق قطرات است و چون قطرات سنگین هستند روی سطوح نشسته و حدود یک متر امکان جابه جایی دارند مانند مننژیت، سیاه سرفه، پنومونی آدنوویروس، آنفلوآنزا، اوریون.

احتیاط: ایزوله، ماسک جراحی جهت کارکنان و بیماران، ضدعفونی اتاق پس از ترخیص.

۳- ایزولاسیون تماسی: از طریق تماس مستقیم و غیرمستقیم منتقل می شوند مانند اسهال در بیماران عفونی، آبله، عفونت های تنفسی در نوزادان و کودکان، هپاتیت A و E، سل مقاوم به درمان.

احتیاط: ایزوله، استفاده از وسایل حفاظت فردی (گان، دستکش)، ضدعفونی اتاق پس از ترخیص.

ترتیب پوشیدن و درآوردن وسایل حفاظت فردی:

✓ پوشیدن: گان، ماسک، شیلد(عینک)، دستکش (گم شد).

✓ درآوردن: دستکش، شیلد(عینک)، گان، ماسک (دش گم).

- قبل از پوشیدن دستکش و بلافاصله پس از درآوردن دستکش، بهداشت دست را رعایت کنید(شستشو با آب و صابون یا ضدعفونی با محلول پایه الکلی).

- آگاهی از لیست بیماری های سندرمیک و همچنین بیماری های مشمول گزارش فوری و کتبی و نحوه اطلاع در صورت داشتن مورد بیماری و نصب پوستر در تمام بخش ها الزامی است.

انواع اندیکاتورها:

- ۱- اندیکاتور کلاس ۴ برای اقلام کمتر از ۱۲ قلم.
 - ۲- اندیکاتور کلاس ۶ برای اقلام بیشتر از ۱۲ قلم.
 - ۳- اندیکاتور کلاس ۱ (چسب اتوکلادو).
- ✓ تغییر رنگ اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۶ نشان دهنده استریل بودن ست است و در صورت عدم تغییر رنگ اندیکاتور باید به سوپروایزر کنترل عفونت و سوپروایزر شیفت جهت فرایند فراخوان ست اطلاع داده شود تا تمام ست های مربوط به آن تاریخ و سیکل جمع آوری و جهت بررسی به بخش CSSD فرستاده شوند.
- ✓ اندیکاتورهای کلاس ۴ و ۶ پس از استفاده از ست باید ضمیمه پرونده بیمار گردد.
- ✓ تغییر رنگ اندیکاتور کلاس ۱ (چسب اتوکلادو) نشان دهنده ورود ست به فرایند اتوکلادو می- باشد اما قادر به تایید صحت شرایط استریل نیست.
- ✓ آمبویگ و تیغه ی لارنگوسکوپ در صورت استفاده نشدن هفته ای یکبار با محلول سطح متوسط ضدعفونی شوند و در صورت استفاده ، پس از هر بار استفاده ، با محلول سطح بالا ضدعفونی شوند (جهت ضدعفونی با محلول سطح بالا به بخش CSSD فرستاده شوند)
- ✓ پاکسازی اولیه ست ها از خون و ترشحات ، با آب و محلول آنزیماتیک در بخش انجام می شود و سپس به بخش CSSD فرستاده می شوند و تمام مراحل شستشو، ضدعفونی و استریل شدن ست ها در بخش CSSD انجام می شود.

اسکراپ دست جراحی: در اتاق عمل با بتادین یا محلول بر پایه کلروهگزیدین انجام می شود و اسکراپ در بخش های درمانی قبل از اقدامات تهاجمی با هندراب بر پایه سه الک.

نکته: نصب پوستر مواجهه شغلی در بخش ها و انجام تمام مراحل در صورت داشتن مواجهه شغلی الزامی است.

در مواجهه شغلی چه باید کرد؟

- ۱- در صورت نیدل استیک : منطقه مورد نظر را زیر شیر آب گرفته تا خونریزی قطع شود، سپس با آب و صابون شسته و در صورت تماس ترشحات با مخاط چشم ، دهان و بینی، مخاط با آب فراوان شستشو داده شوند.
- ۲- اطلاع به مسئول بخش / واحد (در صورت عدم دسترسی به مسئول مربوطه در شیفت عصر و ایام تعطیل اطلاع به سوپروایزر کشیک دفتر پرستاری).
- ۳- در صورتی که وضعیت ویرال مارکرهای بیمار مشخص نباشد بعد از اخذ دستور پزشک نمونه گیری از بیمار و ارسال فوری نمونه به آزمایشگاه جهت بررسی وضعیت بیمار از نظراتلا به ویروس های HIV، HCV و یا HBV .
- ۴- اطلاع به سوپروایزر کنترل عفونت و تکمیل فرم مواجهه شغلی و ارسال آن به واحد بهداشت حرفه ای.

پنج دسته اصلی عوامل زیان آور محیط کار:

عوامل زیان آور فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیکی، ارگونومی و روانی

فیزیکی: شامل سر و صدا، نور و روشنایی، شرایط جوی (گرما، سرما و رطوبت)، پرتو ها و ارتعاش می باشد که در صورت مواجهه طولانی با شدت بالاتر از حد استاندارد به مرور زمان باعث ایجاد بیماری می گردد.

شیمیایی: شامل کلیه مواد شیمیایی که فرد در محیط شغلی با آن سر و کار دارد و به دو دسته اصلی تقسیم بندی می شود:

الف) گازها و بخارات (ب) مواد معلق (مواد معلق خود شامل: گرد و غبار، مه، افشانه، سوسپانسیون و امولسیون می باشند).

بیولوژیکی: شامل انواع قارچ ها، باکتری ها، ویروس ها و ... که در صورت تماس و وارد شدن به بدن موجب بیماری های خاص به خود می گردد.

راههای ورود: زخم و خراش روی پوست، نیدل استیک، پاشش خون و ترشحات به مخاط چشم و دهان و ...

مهم ترین بیماری هایی که از طریق خون و مایعات بالقوه عفونت زا انتقال می یابند:

هپاتیت B (درصد انتقال ۳۰) - هپاتیت C (درصد انتقال ۳) - HIV (درصد انتقال ۰/۳)

مهم ترین حوادث شغلی در بیمارستان:

- نیدل استیک و سایر مواجهه های شغلی (مواجهه شغلی: تماس با خون، بافت یا سایر مایعات بالقوه عفونی بدن از طریق فرو رفتن سوزن در پوست یا بریدگی با شیء تیز یا تماس این مواد با غشای مخاطی یا پوست آسیب دیده مانند پوست ترک خورده، یا خراشیده شده یا مبتلا به درماتیت است که می تواند کارکنان بهداشتی درمانی را در معرض عفونت HIV، HCV و یا HBV قرار دهد).

مواردی از اقدامات احتیاطی جهت پیشگیری از حوادث شغلی:

- عدم درپوش گذاری مجدد (ریکپ نکردن).
- عدم پر بودن بیش از ظرفیت سفتی باکس.
- دقت در تفکیک صحیح پسماند در مبدا (عدم جا ماندن سرسوزن در ملحفه، روی تخت و ...).
- خشک و تمیز نگه داشتن سطوح جهت پیشگیری از لغزش و سر خوردن.
- گزارش هرگونه نقص در سیستم های برقی (از بین رفتن روکش کابل ها، اتصال یا جرقه در تابلو برق ها و ...).
- رعایت اصول ایمنی کپسول گاز های طبی (استفاده از درپوش مناسب، ثابت نمودن کپسول به وسیله زنجیر، حمل و انتقال به وسیله ترالی مخصوص و ...).
- برچسب گذاری صحیح محلول ها و دارو های خطرناک.
- رعایت انبارش ایمن مواد (نگهداری مواد آتش زا مثل الکل به صورت مجزا، نگهداری مواد و محلول های خطرناک در طبقات پایین قفسه ها، رعایت فاصله از سقف و ...).

* کلیه پرسنل می بایست از تیتراژ آنتی بادی (Hbs:Ab) خود اطلاع داشته باشند.

لوازم حفاظت فردی:

وسایل حفاظت فردی تجهیزاتی هستند که برای حفاظت کارکنان از صدمات شغلی و یا بیماریهای ناشی از تماس با مواد بیولوژیکی، شیمیایی، فیزیکی، رادیولوژیک، الکتریکی و.... طراحی شده اند. این تجهیزات با توجه به نوع صدمه مورد انتظار و تماس شغلی متفاوت می باشند، وسایل حفاظت فردی مورد استفاده جهت پیشگیری از عفونت ضمن محافظت کارکنان و پیشگیری از ابتلاء آنان، مانع انتقال عفونت به سایر بیماران و افراد می گردد.

بهداشت محیط؛

کنترل عواملی از محیط زندگی که بر رفاه و سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی افراد تاثیر گذار است، حیطه کار بهداشت محیط شامل: بهداشت فردی (مانند رعایت بهداشت دست)، بهداشت محیط کار و بهداشت وسائل و ابزار (انواع مواد گندزدا).

- بهداشت دست مهمترین راه پیشگیری از عفونت ها به شمار می رود که شامل: شستشوی دست ها، پوشیدن دستکش، عدم استفاده از زیورآلات مانند انگشتر و النگو، ضدعفونی نمودن دست ها، کوتاه نمودن ناخن و عدم استفاده از لاک و می باشند.

انواع گندزدا؛

الف - گندزدهای با سطح بالا (High Level): موادی از قبیل؛ پراکسید هیدروژن، پراستیک اسید، گلو تارآلدئید و فرمالدئید می باشند که توانایی از بین بردن کلیه اشکال میکروارگانیسم، مایکوباکتریوم، ویروس، قارچ و تعداد اندکی از اسپور باکتری ها را دارند.

ب - گندزدهای با سطح متوسط (Intermediate Level): موادی از کلر و ترکیبات کلر، ید و ترکیبات ید و الکل ها هستند، این گروه مایکوباکتریوم و اغلب ویروس و قارچ ها را از بین می برند ولی بر روی اسپور باکتری اثر ندارند.

ج - گندزدهای با سطح پایین (Low Level): موادی از قبیل فنل و ترکیبات آمونیوم (گروه سوفاکتانت ها) می باشند که اغلب باکتری ها و تعدادی از ویروس ها را از بین می برند ولی اسپور باکتری ها، مایکوباکتریوم، انواع مقاوم قارچ و ویروس ها را نمی توانند نابود کنند.

انواع ضد عفونی کننده و گندزدای بیمارستانی؛

دکوسپت: برای ضد عفونی نمودن دست پرسنل.

سایاسپت hi (ونتی سپت ام پلاس): جهت گندزدایی و غوطه ور سازی ابزار پزشکی مانند؛ ست های استریل، آمبوبگ، تیغه لارنگوسکوپ.

سایاسپت hp (ونتی سپت اف): در بخش ها برای گندزدایی کف استفاده می شود.

سپتی سورفیس: در بخش ها برای گندزدایی و پاکسازی سطوح استفاده می شود.

محلول اسپورسیدین (۵۴ اسپورساید): در اتاق عمل و آندوسکوپی مورد استفاده دارد.

پرسیدین ۳ درصد: مورد استفاده در بخش های دیالیز جهت گندزدایی دستگاه دیالیز.

وایتکس (هیپوکلریت سدیم): مورد استفاده در تمامی بخش‌ها و واحدها جهت نظافت و لکه بری.

تفکیک زباله و پسماند؛

پسماند عفونی: در کیسه‌های زرد و سطل زباله زرد.

پسماندهای تیز و برنده: در سیفتی باکس.

پسماندهای شیمیایی و دارویی: در کیسه قهوه‌ای و در سطل زباله قهوه‌ای.

پسماند عادی: در کیسه زباله مشکی و سطل زباله آبی.

- پسماندهای تیز و برنده در safety box انداخته شده و پس از پر شدن ۳/۴ آن جمع‌آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده و سپس بی خطر سازی گردند.

- سوزن سرنگ نبایستی مجدداً درپوش گذاری گردد و باید بدون دستکاری داخل safety box جمع آوری شود.

- سوزن و سرنگ تماماً در safety box جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد، مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شده و مطابق پسماند عفونی بایستی مدیریت شوند.

- باتل سرم در صورتی که حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب شده و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.

- محتوای باتل‌های حاوی سرم قندی و نمکی که به صورت کامل استفاده نشده‌اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است را می‌توان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم را در پسماندهای عفونی قرار داد.

- قراردادن کیسه و سطل زباله زرد در اتاق‌های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است، پسماند های عفونی این مکان‌ها نیز در داخل سطل زباله زرد دارای کیسه زرد قرار داده می شوند.

- پسماند اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز و بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب شده و در این بخش‌ها می توان کیسه و سطل زباله زرد قرار داد و از قرار دادن ظروف برای جمع‌آوری پسماندهای عادی خودداری گردد.

نحوه جمع‌آوری خون و مواد آلوده بدن در محیط (لکه زدایی سریع):

به دنبال ریخته شدن موادی مانند غذا، معمولاً پاک کردن محل با آب و یک ماده دترجنت کافی است اما اگر ترشحات حاوی ارگانیزم‌های بالقوه خطرناک باشند باید از یک ماده گندزدا استفاده کرد.

برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یکبار مصرف پوشید و اگر خطر آلودگی لباس وجود دارد بایستی از آپرون پلاستیکی (یکبار مصرف) استفاده گردد.

✓ در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون در محیط (به دلیل احتمال آلودگی با عوامل بیماری زای منتقله از راه خون مانند HIV) و جهت رفع آلودگی، پرسنل خدماتی بخش باید دستکش و در صورت لزوم سایر محافظ ها را بپوشند (رعایت احتیاطات استاندارد).

✓ در صورتی که خون کمتر از ۳۰ سی سی باشد باید با دستمال خون را پاک نموده و بعد با آب و صابون محل را شسته و بعد با وایتکس ۱ درصد مراحل پاکسازی را تکمیل نمود و در صورتی که خون بیشتر از ۳۰ سی سی باشد مراحل فوق را اجرا نموده اما از وایتکس ۱۰ درصد استفاده شود.

نکات مهم:

۱- خون و مواد آلوده با دستمال یکبار مصرف جمع آوری و پاک شود (دستمال یکبار مصرف به دستمال کاغذی و یا ساخته شده از الیاف پنبه گفته می شود که فقط یک بار مورد استفاده قرار گرفته و سپس مانند دیگر زباله ها از بین میرود).

۲- محل مورد نظر با آب و دترجنت (صابون یا پودر شستشو) شسته شود.

۳- با محلول وایتکس گندزایی شود، اگر سطح آلوده شده صاف باشد از رقت ۲ درصد و در صورت داشتن خلل از رقت ۱۰ درصد ماده گندزدا استفاده شود، مایع ضد عفونی کننده بایستی به طور صحیح و دقیق، رقیق شده و برای هر بار استفاده به طور تازه تهیه گردد.

✓ در صورتی که مقدار زیادی خون یا مایعات بدن آلوده به خون در محیط ریخته شود (بیشتر از ۳۰ سی سی) یا اگر خون و سایر مایعات حاوی شیشه شکسته یا اشیای نوک تیز باشد باید:

۱- حوله یکبار مصرف روی آن پهن کرده و موضع را بپوشانید.

۲- روی آن مواد گندزدا (وایتکس ۱۰ درصد یعنی ۱۰۰ سی سی وایتکس و ۹۰۰ سی سی آب) ریخته و ۱۰ دقیقه صبر کنید.

۳- با حوله یکبار مصرف آن را جمع کنید.

۴- با آب و دترجنت (پودر شوینده) محل را پاک و تمیز نمایید.

۵- با محلول گندزدا (وایتکس ۲ درصد یعنی ۲۰ سی سی وایتکس و ۹۸۰ سی سی آب) گندزایی انجام شود.

تجهیزات مراقبت از بیمار

به وسایل و لوازم پزشکی اطلاق می شود که به عنوان کمک در درمان و مراقبت از بیمار استفاده می شود و بعد از استفاده به دلیل آلودگی شستشو و ضد عفونی می گردد تا به مصرف سایر بیماران برسد. این تجهیزات عبارتند از: دستگاه های ونتیلاتور، ساکشن، نبولایزر، تیغه لارنگوسکوپ، آمبوبگ، ترمومتر های دهانی و....

وسایل پزشکی و مراقبتی بیماران و بر اساس تقسیم بندی مرکز پیشگیری و کنترل بیماری های آمریکا، این وسایل و تجهیزات مراقبتی به سه گروه تقسیم می شوند:

الف- وسایل حیاتی: وسایلی که در تماس مستقیم با جریان خون یا نواحی استریل بدن می باشند مانند چاقو ها و ابزار جراحی، فرسپس های بیوپسی سوزن های تزریق، کتترهای ادراری و قلبی و ایمپلنت ها.

در صورتی که به حرارت مقاوم باشند، بهترین روش سترون سازی یا استریلیزاسیون با بخار است زیرا بیشترین ضریب اطمینان را دارد. جهت وسایل حساس به حرارت و رطوبت استفاده از گاز پلاسمای پروکسید هیدروژن و اسید پراستیک توصیه می شود.

ب- وسایل نیمه حیاتی: وسایلی هستند که در تماس با سطوح مخاطی بدن (مخاط تنفسی فوقانی، تناسلی و ادراری....) با پوست آسیب دیده می باشد و باید عاری از تمام میکروارگانیسم ها باشند مانند: تجهیزات بیهوشی، آندوسکوپ ها، تیغه های

لارنگوسکوپ، پروپ‌های مانومتري مری، کتترهای ادراری، اسپکلوم‌های معاینه زنان. این وسایل بایستی سترون سازی شوند اما گندزدایی سطح بالا نیز برای آنها قابل قبول است.

ج- وسایل غیر حیاتی: وسایلی هستند که در تماس با پوست سالم هستند مانند گوشی معاینه، الکترودهای قلبی، کاف فشار خون و محافظ‌های تخت، میز کنار تخت بیمار، مبلمان بیمار و کف زمین. این وسایل با انواع مواد گندزدای در سطح پایین، گندزدایی می‌شوند.

انواع دستمال تنظیف و تی‌های نخی؛ آبی برای اتاق بیمار، سفید برای استیشن، اتاق رست، امور ادراری، آشپزخانه و زرد برای اتاق‌های ایزوله.

مسئولین واحدهای مرتبط با حوزه کاری کارکنان بالینی؛

مسئول فنی (دکتر میلاد طولابی)، کارشناس ایمنی (جواد آزادبخت)، مسئول مددکاری (خدیجه رضایی)، کنترل عفونت (زهرا جمشیدی)، بهداشت محیط (فاطمه سوری)، آسیب شناسی و مرگ و میر (سمیه مهری پور)، روانشناس بالینی (مژگان حقی نژاد)، همووژی‌لانس (مهین طماسبی)، بانک خون (بهروز احمدی)، اخلاق حرفه‌ای پزشکی و انطباق (انیس کونانی)، بیماری‌های خاص (زهرا تیموری)، ترویج زایمان طبیعی (معصومه ویسی)، موری‌دیتی و مورتالیتی مادران (مریم محمودی)، ترویج تغذیه با شیر مادر (سارا میرزایی).

نامه‌ها، دستورالعمل‌ها و مصوبات کمیته‌ها به کارتابل سرپرستاران ارسال شده و از طریق مسئولین بخش‌ها و گروه‌های درون بیمارستانی و درون بخشی به سایر کارکنان اطلاع رسانی می‌گردد.