



کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظریه

تهیه و تنظیم: واحد آموزش / بهبود کیفیت

فهرست مطالب

۲	معرفی شهرستان
۶	چشم انداز بیمارستان (VISION):
۶	رسالت (MISSION):
۶	ارزشهای سازمانی:
۸	منشور حقوق بیمار در ایران
۱۳	ایمنی بیمار
۱۴	۹ راه کار ایمنی بیمار
۳۵	کنترل عفونت
۵۴	آتش نشانی
۸۰	مدیریت خطر
۸۶	نمودار و سلسله مراتب سازمانی بیمارستان ۹ دی منظریه
۸۷	قوانین و مقررات مربوط به رعایت استانداردهای پوشش
۹۰	منشور حقوق کارکنان
۹۲	قوانین اداری و مالی (مرخصی ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب و ...)
۹۹	روند ارتقای رتبه شغلی کارکنان :
۱۰۱	آشنایی با موادی از قانون کار
۱۰۳	نقل و انتقالات
۱۱۱	سامانه کسرا
۱۱۲	قوانین و مقررات آموزش:
۱۱۵	کتابچه اختصاصی بخش های درمانی
۱۱۶	شرایط اختصاصی بخش اورژانس
۱۱۸	شرایط اختصاصی بخش زایشگاه
۱۲۰	شرایط اختصاصی بخش زنان و مامایی:
۱۲۳	شرایط اختصاصی بخش نوزادان:
۱۲۴	شرایط اختصاصی بخش جراحی:
۱۲۵	شرایط اختصاصی بخش CCU:
۱۲۷	شرایط اختصاصی بخش P.CCU:
۱۲۹	شرایط اختصاصی بخش ICU:
۱۳۱	شرایط اختصاصی بخش داخلی:

شرایط اختصاصی بخش اتاق عمل: ۱۳۲

معرفی شهرستان

خمینی‌شهر یکی از شهرهای استان اصفهان در مرکز ایران است. این شهر در بخش مرکزی شهرستان خمینی‌شهر قرار دارد. جمعیت آن طبق سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران برابر با ۲۴۴،۶۹۶ بوده و پس از تهران، متراکم‌ترین شهر ایران است.

شهر خمینی شهر با مساحت برابر ۱۷۵ کیلومتر مربع، در منطقه بلوک ماربین و در ۱۲ کیلومتری شمال غربی اصفهان واقع شده و از شمال به شهرستان برخوار و میمه، از شرق و شمال شرقی به شهرستان اصفهان، شمال غربی و غرب به شهرستان نجف آباد، و از جنوب به مرزهای قانونی شهر درچه محدود می‌شود. نواحی شمال و شمال غربی آن را کوه‌های محمودآباد با ۲۴۷۳ متر و سرچاه ۲۲۵۰ متر و کوه صالح با ۲۵۱۱ متر فراگرفته و نواحی جنوبی و خاوری آن را دشت همواری پوشانده است. در شمال شهر ارتفاعات سید محمد و پلارت با ارتفاع ۲۴۵۰ متر (محمودآباد)، زیبایی خاصی به منطقه داده است. ارتفاع شهرستان از سطح دریا، حدود ۱۵۹۵ متر و به قولی ۱۶۰۲ متر است؛ بنابراین، ۱۸ متر از اصفهان مرتفع تر می‌باشد. موقعیت جغرافیایی شهر خمینی شهر $31^{\circ}45'$ طول شرقی و $41^{\circ}00'$ عرض شمالی است. در برخی کتب دیگر طول و عرض جغرافیایی خمینی شهر را چنین محاسبه نموده‌اند ۵۱ درجه و ۳۵ دقیقه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ و ۳۲ درجه و ۴۱ دقیقه عرض شمالی از استوا، و نیز ۴۰ دقیقه و ۳۲ درجه عرض جغرافیایی و ۳۳ دقیقه و ۵۱ درجه طول جغرافیایی. در این ناحیه شاخه‌هایی از زاینده رود به صورت مادی و کانال آب رسانی مورد استفاده قرار می‌گیرد بعلاوه تا کنون هفت رشته قنات، ۱۳۰ حلقه چاه عمیق، و ۶۰ حلقه چاه نیمه عمیق، در خمینی شهر حفر شده است. در حال حاضر، از نظر بافت شهری این شهرستان به دو قسمت بافت قدیمی و جدید، تقسیم می‌شود بافت جدید این شهرستان پس از انقلاب اسلامی ایران آغاز و در حال گسترش است شهرک اقماری منظره نیز از نوع همین بافت است. بافت قدیمی خمینی شهر از جنوب این شهر، تا بافت جدید شهری ادامه دارد. در این بافت ساختمان‌های نسبتاً قدیمی و بعضی از ساختمان‌های جدید وجود دارد. این بافت که همان خمینی شهر است از سه محله ورنوسفادران، خوزان، فروشان تشکیل شده است.

خمینی شهر از بزرگترین شهرهای استان اصفهان بوده و از نظر موقعیت علمی دانشگاهی و صنعتی قابل توجه می‌باشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، دانشگاه صنعتی اصفهان، شهرک علمی و تحقیقاتی استان اصفهان و اولین پارک رشد علم و فناوری یونسکو در خاورمیانه در این شهر واقع شده‌است و تحت مدیریت اصفهان می‌باشد و دانشگاه‌هایی مانند راغب اصفهانی، فیض الاسلام، پالایش، جهاددانشگاهی، پیام نور و .. نیز در این شهر وجود دارد.

از صنایع این شهر می‌توان سنگبری، موزائیک سازی، خاتم کاری، قلمزنی، تولیدی ظرف ملامین، نساجی، دباغی، حوله بافی و کشاورزی را نام برد که بیشتر کارخانه‌های سنگبری در شهرک صنعتی محمودآباد و شهرک صنعتی دوشاخ قرار دارند و از شهرتی جهانی برخوردار می‌باشد (پایتخت سنگ ایران).

از بناهای تاریخی خمینی شهر می‌توان از : غار دستکند قهرمان به قدمتی به دوران عیلامی، در کوه لادر، خانه ی تاریخی زهتاب خوزان، عصارخانه صفوی محله گارسله در بازارقدیم ورنوسفاداران، ایوان جنب امامزاده سید محمد، مجموعه حمامهای اندوان، مجموعه حمام‌های گارد، مسجدگلوله مسجد آخوند، مسجد ملا محسن، گورستان ورنوسفاداران، مسجد لادره، مسجد ملاحیدر علی، مسجد گارد، خانه ی تاریخی مجیر، مسجد آقا علی اکبر، مسجد ابوالبرکات، مسجد امام حسن عسگری، مسجد جامع فروشان، امامزاده سید ابراهیم ورنوسفاداران، حسینیه لادره، کلاس قرآن، حمام درب سید، حمام کوز، خانه ی تاریخی سرتیپ سدهی، برج کبوتر بوستان مهر، مسجد جامع خوزان با قدمتی به دوران سلجوقی، عصارخانه صفوی، آرامگاه ابن مردویه، خانه تاریخی خلیلی‌ها واقع در پنج شنبه بازار را نام برد.

از نظر آب و هوا می‌توان این شهر را یک منطقه معتدل نامید. برخی مناطق طبیعی این شهر به شرح ذیل است :

چشمه بژن

چشمه غم بر

چشمه هورموده

چشمه حسن و حسین

چشمه آخوند

چشمه لادر

چشمه لادوزخ

راه مانده علی

دره مویی

منطقه کارخانه آسفالت

منطقه حفاظت شده قامیشلو

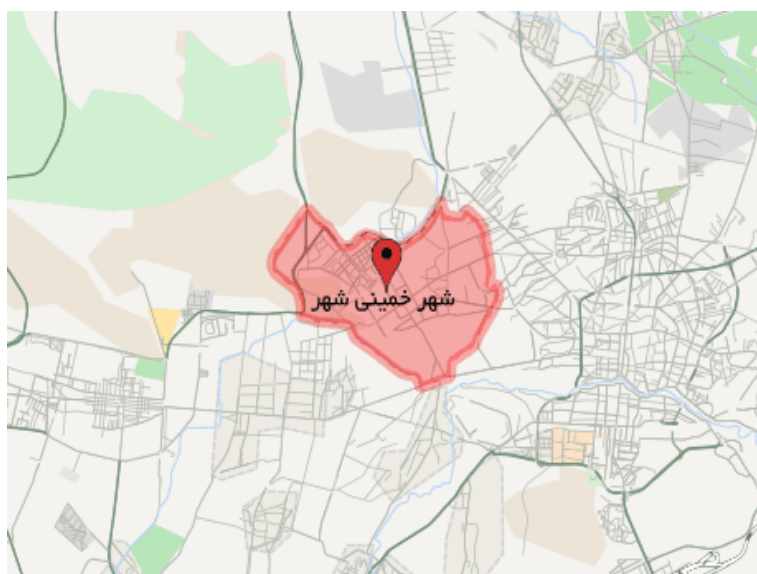
چشمه لاهه یا لای

باغات خمینی شهر که در اثر بی آبی رو به خشک شدن است

پارک جنگلی

بام سبز

کوههای اطراف



تاریخچه و معرفی بیمارستان:

بیمارستان ۹ دی منظره در زمینی به مساحت ۵۴۱۹۶ مترمربع در شمال شهر شهرستان خمینی شهر و در منطقه منظره واقع شده است. طراحی پروژه در سالهای آغازین دهه ۱۳۷۰ با هدف ساخت بیمارستان ۹۶ تخت خوابی آغاز گردید و در سال ۱۳۷۳ طرح اولیه در ۲ طبقه، در مرحله ساخت اسکلت بندی متوقف شد.

در سال ۱۳۸۸ با در نظر قرار دادن نیازهای شهرستان خمینی شهر و همچنین نیاز غرب استان اصفهان تصمیم به تقویت اسکلت بیمارستان و همچنین گسترش فضا و خدمات آن با هدف ساخت بیمارستانی ۱۷۴ تخت خوابی اتخاذ گردید و از سال ۱۳۸۹ طرح توسعه اسکلت بندی و تکمیل بیمارستان، مجدداً آغاز شد. با اجرای طرح تحول نظام سلامت ساخت و تجهیز بیمارستان سرعت بیشتری یافت و به همت وزیر محترم بهداشت درمان و علوم پزشکی و مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پیگیریهای مسئولین شهرستان خمینی شهر فاز اول این بیمارستان در شهریورماه سال ۱۳۹۶ به بهره برداری رسید و در دهه فجر همان سال تمامی بخشهای بیمارستان آماده ارائه خدمات به مردم شریف استان اصفهان و شهرستان خمینی شهر گردید. مطابق با پروانه بهره برداری مورخ ۹۸/۰۴/۰۴ این بیمارستان ۹۷ تخت مصوب و ۱۲۸ تخت فعال دارد که بازنگری مجدد پس از درخواست مجوز جدید انجام خواهد شد.

چشم انداز بیمارستان (VISION):

با استعانت از خداوند متعال و با تکیه بر سرمایه های با ارزش انسانی متعهد، متخصص و بهره گیری از فناوری های نوین تشخیصی، درمانی و استفاده از دانش و فنون مدیریتی تلاش خواهیم کرد: بیمارستان ۹ دی منظره در ۵ سال آینده به عنوان یک مرکز بهداشتی درمانی مجهز، خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را با بالاترین سطح شاخص های کیفی و کمی، ارائه دهد و با تحقق اهداف کلان به یک بیمارستان هوشمند، سبز و ارتقاء دهنده سلامت، دوستدار مادر و کودک و دوستدار ایمنی با رتبه ی یک عالی به فعالیت خود ادامه داده و خمینی شهر به عنوان مرکز ارائه مطلوب ترین خدمات درمانی کشور معرفی شود.

رسالت (MISSION):

بیمارستان ۹ دی منظره واقع در منطقه غرب استان اصفهان و شمال شهرستان خمینی شهر و به عنوان یکی از بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مأموریت دارد تا با تاکید بر استانداردهای اعتبار بخشی و اجرای طرح تحول نظام سلامت و در راستای اهداف بیمارستانهای سبز و هوشمند و ارتقاء دهنده سلامت، با بکارگیری علم و فناوری روز دنیا و بر مبنای اصول اخلاق حرفه ای و ارتقاء رفاه و ایمنی بیماران و کارکنان به ارائه خدمات مراقبت از سلامت با کیفیت پرداخته و به بالاترین سطح بهره وری برسد.

ارزشهای سازمانی:

این مرکز به به دنبال ارائه خدمات ایمن و با کیفیت به ذینفعان به اصول و ارزشهای ذیل پایبند است:

ن: نوآوری و ارتقاء مستمر کیفیت

ه: هدفمندی، حفظ ارزشهای متعالی اسلامی و انسانی و عدالت محوری

د: دانایی و دانش محوری

ی: یادگیری مستمر

م: مدیریت مشارکتی، مشتری مداری و مسئولیت پذیری

ن: نشاط، پویایی و توسعه پایدار سازمان

ظ: ظرفیت سازی و توانمند سازی منابع انسانی و شایسته سالاری

ر: رفاه، رضایت، ایمنی و احترام به حقوق بیماران و سایر ذینفعان

ی: یکدلی و یکرنگی سازمانی و اخلاق حرفه ای

ه: همفکری و همبستگی

منشور حقوق بیمار در ایران

بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان ها می باشند. این امر در شرایط بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر اساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه نظام جمهوری اسلامی بوده، دولت موظف است خدمات بهداشتی - درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد. این منشور با توجه به ارزشهای والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و بر پایه برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه انسانی میان ارائه کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت تنظیم شده است.

حقوق بیمار

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ارائه خدمات سلامت باید:

۱-۱ شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛

۲-۱ بر پایه ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد؛

۳-۱ فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛

۴-۱ بر اساس دانش روز باشد؛

۵-۱ مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛

۶-۱ در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت های درمانی بیماران باشد

۷-۱ مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد؛

۸-۱ به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت های غیرضروری

باشد؛

- ۹-۱ توجه ویژه ای به حقوق گروه های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛
- ۱۰-۱ در سریع ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛
- ۱۱-۱ در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛
- ۱۲-۱ در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه ی آن صورت گیرد .در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛
- ۱۳-۱ در مراقبت های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
- ۱۴-۱ در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد .منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده اش در زمان احتضار می باشد .بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می خواهد همراه گردد.

۲-اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

- ۲-۱ محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:
- ۲-۱-۱ مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش ؛
- ۲-۱-۲ ضوابط و هزینه های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم های حمایتی در زمان پذیرش ؛
- ۲-۱-۳ نام، مسؤولیت و رتبه ی حرفه ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه ای آن ها با یکدیگر؛
- ۲-۱-۴ روش های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه ی اطلاعات تأثیر گذار در روند تصمیم گیری بیمار ؛
- ۲-۱-۵ نحوه ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛

۲-۱-۶ کلیه ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند

۲-۱-۷ ارائه آموزش های ضروری برای استمرار درمان ؛

۲-۲ نحوه ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

۲-۲-۱ اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی های فردی وی از

جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که:

-تأخیر در شروع درمان به واسطه ی ارائه ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛(در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

-بیمار علی رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد ؛

۲-۲-۲ بیمار می تواند به کلیه ی اطلاعات ثبت شده در پرونده ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۳-حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

۳-۱ محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل می باشد:

۳-۱-۱ انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط ؛

۳-۱-۲ انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور ؛

۳-۱-۳ شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت ؛

۳-۱-۴ قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد؛

۳-۱-۵ اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۳-۲ شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد:

۳-۲-۱ انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع) مذکور در بند دوم (باشد) ؛

۳-۲-۲ پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود.

۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار(حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

۴-۱ رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد ؛

۴-۲ در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

۴-۳ فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

۴-۴ بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد .همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۵-۱ هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید ؛

۵-۲ بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند ؛

۵-۳ خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم گیری باشد، اعمال کلیه ی حقوق بیمار -مذکور در این منشور -بر عهده ی تصمیم گیرنده ی قانونی جایگزین خواهد بود .البته چنان چه تصمیم گیرنده

ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم گیری را بنماید.

چنان چه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

ایمنی بیمار

استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که بر اساس اجرای برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند.

هدف نهایی برنامه ایمنی بیمار، ارتقاء سطح ایمنی بیمار در بیمارستانها و ایجاد شرایطی است که منجر به خدمات ایمن تر و متعاقب آن محافظت جامعه از آسیب های قابل اجتناب و کاهش عوارض ناخواسته در محیط بیمارستان شود. استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار شامل مواردی است که در پنج گروه طبقه بندی می شود.

• حاکمیت و رهبری

• جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه

• خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

• محیط ایمن

• آموزش مداوم

این پنج گروه استاندارد هر کدام دارای استانداردهای الزامی، استانداردهای اساسی و استانداردهای پیشرفته می باشد. نکته: استانداردهای الزامی، استانداردهایی هستند که بر اساس به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است.

• در گروه استاندارد حاکمیت و رهبری مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار ملزم می باشد.

بیمارستان دارای خط مشی ها و راهنماها و روش های اجرایی و دستورالعمل برای تمام واحدها - بخشها و نیروهای خدمات پشتیبانی خود است.

بازدیدهای ایمنی بیمار:

بازدیدهای ایمنی بیمار به دو صورت می باشند:

- ✓ بازدیدهای میدانی ایمنی بیمار: بر اساس چک لیست و به صورت نظارتی و سر زده می باشد.
- ✓ بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار: بر اساس تقویم سالانه زمان بازدید بخش ها مشخص شده و تیم مدیریتی بیمارستان در بخش مربوطه حاضر شده و کلیه پرسنل مشکلات مربوط به ایمنی بیمار را بیان نموده و تصمیمات مربوطه در راستای ارتقای ایمنی بیمار گرفته خواهد شد.

۹ راه کار ایمنی بیمار " سازمان بهداشت جهانی (WHO) "

۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی

۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت پیشگیری از خطا

۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

۴- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

۵- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوندها و لوله ها

۸- صرفا یکبار استفاده از وسایل یک بار مصرف

۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت های بیمارستانی

۹ راه حل ایمنی شامل:

۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد(مشابه از نظر شکل،آوا و نوشتار) دردسترس کارکنان قراردهند. لیست داروهای مشابه از نظر ظاهر ماهیانه به روز می شود و بر روی کلیه داروهای مشابه از نظر ظاهری برچسب زرد الصاق می شود. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی دردسترس کارکنان قرار گیرد.برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد.لذا موارد زیر باید انجام شود:

• داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها)درباکسها وقفسه های جداگانه چیدمان

شود.

- رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی دربالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و...
- قبل از اجرای فرآیند دارودادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.
- هنگام دارو دادن ، حتماً " بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).
- هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.
- هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود
- هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجدداً " با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

کلیه گلوگاههایی که توجه به مشخصات بیمار اهمیت حیاتی دارد مانند فرآیند تجویز داروها ، اعمال جراحی ، انتقال خون ، اقدامات آزمایشگاهی و تحویل نوزاد به مادرو خانواده مد نظر قرار گیرد. و طبق دستورالعمل گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی ، انتقال خون ، درمان دارویی ، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی بمنظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی از خطاها جلوگیری شود. در این بیمارستان جهت شناسایی بیماران از نام بیمار ، تاریخ تولد ، دستبند شناسایی استفاده می شود .

۱- به منظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای دستبند شناسایی جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند : اکیداً یادآوری می شود که استفاده از دستبند شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

۲- دستبندهای شناسایی بیماران در دوسایز اطفال و بزرگسال تهیه شده است . این دستبندها در بدو پذیرش بیماران

در بخشهای مختلف ، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش تحویل بیمار داده خواهد شد. مشخصات دستبند شناسایی شامل موارد زیر می باشد: نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد ، شماره پرونده، تشخیص، نام بخش، علت مراجعه ۳-صحت اطلاعات مندرج در روی دستبند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود .

۴- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی بر روی زمینه دستبند شناسایی به رنگ سفید پرینت شود .

۵- پرستار بخش موظف است در ادویت و یا هنگام تحویل بیمار وجود باند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج را چک نماید.

۶- بمنظور پیشگیری از خطا ، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به یک روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبند شناسایی نوشته شوند و پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت خدشه دار شدن نوشته ، مجدداً دستبند شناسایی را از پذیرش درخواست نماید.

۷- در صورتی که هر یک از اعضای تیم درمانی بمنظور ارائه یک خدمت درمانی ، تشخیصی و یا مراقبتی دستبند شناسایی را از بیمار جدا نمود ، ضروریست سریعاً پس از اتمام فرآیند درمانی رأساً نسبت به بستن دستبند شناسایی به بیمار اقدام نماید . لطفاً دستبند شناسایی بر روی میز ، ترالی یا تخت بیمار بسته نشود.

۸- سرپرستار بخش موظف است در هنگام راند بالین بیماران هر روز صبح علاوه بر سایر وظایف ، نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۹- سوپروایزر شیفت در گردش موظف است در هنگام راند بالین در هر بخش به صورت راندم نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۰- هر یک از پرسنل پرستاری به عنوان مسئول بخش در شیفتهای عصر و شب در هنگام تغییر و تحویل بخش موظفند نسبت به وجود دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند نیز حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۱- در بدو ورود به بخشها و یا هنگام ادمیت بیمار، ضرورت وجود دستبند و مراقبت از آن در طول مدت بستری برای بیمار توضیح داده شود.

۱۲- تأکید می شود هیچگاه از شماره اتاق و تخت ؛ بیمار بعنوان شناسه وی استفاده نشود.

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش ، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد و تابلو زرد رنگ بیمار با نام مشابه بر روی پرونده و بر بالین بیمار نصب گردد.

۱۴- دستبند شناسایی به نحوی بسته شوند که سبب فشردگی پوست نشوند.

۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجر های درمانی و تشخیصی ، وجود دستبند شناسایی الزامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.

۱۶- پرسنل محترم آزمایشگاه ، رادیولوژی ، فیزیو تراپی و تغذیه موظفند در هنگام حضور بر بالین بیمار به منظور انجام اقدامات ، مشخصات بیمار فوق را با دستبند شناسایی تطبیق داده و اطمینان حاصل نمایند.

۱۷- پزشکان محترم در هنگام راند بالین و معاینه بیمار ملزم به تطابق نام بیمار با مشخصات دستبند شناسایی می باشند.

۱۸- پس از بستری بیمار در بخش در صورتیکه بیمار دارای حساسیت غذایی و دارویی می باشد برچسب قرمز رنگ "آلرژی" بر روی دستبند الصاق گردد و در صورتیکه بر اساس معیارهای مشخص بیمار در گروه پرخطر قرار می گیرد

دستبند های زرد به شرح زیر بر روی دستبند بیمار الصاق گردد.

ردیف	آیتم پر خطر	اختصار	ابزار ارزیابی هر ریسک
۱	بیماران مبتلا یا در معرض زخم فشاری	Bed Sore	برادن
۲	بیماران در معرض خطر سقوط	Falling	مورس
۳	بیماران در معرض خطر ترومبوآمبولیسم	PTE/DVT	ولز اسکور
۴	بیماران در معرض خودکشی	SC	بررسی سوابق و اخذ شرح حال دقیق
۵	بیماران در معرض سوء تغذیه	Malnutrition	Z-Scores
۶	بیماران مبتلا به تشنج	Seizure	بررسی سابقه بیمار یا مصرف داروی ضد تشنج
۷	بیماران اطفال در معرض سقوط	Falling	هامپی دامپی
۸	بیماران اطفال در معرض زخم فشاری	Bed Sore	نورتون

۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

آموزش کلیه پرسنل پرستاری و پاراکلینیک توسط مسئولین بخشی وسوپروایزرین در خصوص مواردی که باید به هنگام تحویل بیمار به واحد های مختلف (از بخش به اتاق عمل و بالعکس، از بخش به واحدهای پاراکلینیک و بالعکس و ...) و یا از یک شیفت به شیفت دیگر به آن توجه کنند.

به طور کلی مقوله ارتباط با بیمار به چند بخش تقسیم می شود:

- ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریت های پزشکی با مددجو ، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد .
- ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش ، زمان بستری ، موقعیت های ویژه ، زمان ترخیص ، ارتباط با همراهان بیماران بدحال و فوت شده و....
- ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود .
- از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم .
- ارتباط به عنوان هسته اساسی ، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است .
- برقراری ارتباط صحیح ،مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد .
- گروه های مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل : نیروهای انتظامات بیمارستان ، پرسنل پذیرش ، پرسنل تریاژ ، پرسنل فوریت، تحت نظر اورژانس ، پزشک اسکرین ، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه ، داروخانه ، اکو ، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و...است.

الف: انتظامات و حراست بیمارستان :

در واقع اولین خط ارتباط با بیمار و همراهان بیمار در بدو ورود به بیمارستان پرسنل محترم این بیمارستان هستند . رعایت اصول ارتباط صحیح توسط همکاران انتظامات که در عین حال همراه با حفظ حریم وظایف انتظامی شان می باشد ، باعث پدیدار شدن بازخورد مثبت به بیمار و همراه وی می شود .

این ارتباط بایستی دارای ویژگیهای زیر باشد:

- + برخورد محترمانه همراه با راهنمایی کامل جهت انجام ساده تر و سریعتر مراحل پذیرش در مواقع اورژانس
- + پرهیز از هر گونه درگیری لفظی و فیزیکی با ارباب رجوع و مددجویان
- + برقراری ارتباط صحیح بر اساس اصول مرتبط ، با مددجو و همراه به منظور آرامسازی
- + برقراری نظم و انضباط بخشها و کنترل ورود و خروج افراد ، همراه با توضیحات کافی ، روشن و قابل فهم جهت جلوگیری از سوء تفاهم
- + ایجاد حس اعتماد و همدلی و برخورد دوستانه ، در عین حال جدی با همراهان
- + خودداری از هر گونه رفتار و گفتار تهدید آمیز و خشن که باعث ایجاد حس بی اعتمادی در فرد می شود.

ب: پذیرش بیمارستان:

- + ارتباط بین واحد پذیرش و بیماران محدودتر از سایر بخشها می باشد.
- + پرسنل محترم پذیرش موظفند به سئوالات بیمار پاسخ داده ، فرم رضایت به بستری را به طور دقیق کنترل نموده و در گرفتن اطلاعات شخصی بیمار اهمال نکنند.
- + پرسنل پذیرش موظفند به هر بیمار بستری ، دستبند شناسایی و پمفیلت اصول ومقررات بیمارستان که شامل منشور حقوق بیمار نیز می باشد را تحویل دهند. اطلاعات مندرج در دستبند شناسایی با دقت و خوانا ثبت شود .
- + پرسنل پذیرش بایستی در هر شرایط تنها با نیروی جایگزین ، محل خدمت خود را ترک نمایند .

در هنگام ازدحام خونسردی خود را حفظ نموده و در صورت بروز مشکل خاص اعم از مالی و ... حتماً سوپروایزر شیفت را در جریان امر قرار داده و در راه پیشبرد اقدامات بیمار وظایف خود را به نحو احسن انجام دهند و این میسر نمی شود مگر با ارتباط همراه با احترام و ارائه توضیحات کافی به بیمار.

ج: بخش فوریتها یا اورژانس بیمارستان:

معمولاً اولین بخش درمانی که بیمار با آن در ارتباط است، بخش فوریتها می باشد. بسته به شرایط بیمار مراجعه کننده (اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن)، ارتباط در هر دو مقوله از حساسیت ویژه ای برخوردار است.

مواردی که باید در ارتباط با بیمار در بدو ورود به بخش فوریتها در مواقع غیر اورژانس رعایت شود شامل:

پذیرش بیمار و همراهان بیمار با روی باز و با احترام کامل؛ و راهنمایی آنها به بخش فوریتها

معرفی خود به عنوان پرستار مسئول تریاژ

گرفتن تاریخچه بیماری و پرسیدن مشکل اصلی بیمار بدون سوگیری

ایجاد حس همدلی با بیمار یا همراهان وی

احترام متقابل بین بیمار و پرسنل

صدا کردن بیمار با نام خود

حفظ شأن و منزلت بیمار در حین انجام اقدامات درمانی

حفظ حریم شخصی بیمار در هر شرایطی از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی

زمانی که از بیمار می خواهید وظیفه ای را انجام دهد "خواهش میکنم و متشکرم" را فراموش نکنید.

ارائه توضیحات کافی به بیمار در ارتباط با اقدامات درمانی و تشخیصی مورد نیاز

اجازه گرفتن از بیمار، قبل از انجام پروسیجرهای درمانی و مراقبتی و رعایت طرح انطباق بیمارارن

داشتن صداقت در هر مرحله از انجام کار، امری ضروری برای ادامه دار بودن ارتباط مناسب است.

گفتن فکاهی و شوخی می تواند یک راهکار مناسب جهت از بین بردن استرس و اضطراب اولیه باشد و توجه داشته باشید که گفتن آن در زمان مناسب و با حفظ حریم های شخصی صورت پذیرد.

بیمار را به ابراز احساسات تشویق نمایید تا او بتواند به راحتی اضطراب پنهان خود را افشا نماید.

رازداری باعث تقویت ارتباط و برقراری اعتماد خواهد شد .

سئوالات باز می تواند نتایج فوق العاده ای را در استخراج اطلاعات در بر داشته باشد (سئوالات باز ، سئوالاتی

است که بیمار را مجبور به دادن پاسخ های مفصل تر از بلی یا خیر می کند. (مثلاً با چه مشکلاتی به عنوان مشکل اصلی روبرو هستید؟)

ارائه توضیحات کافی ، شفاف منطبق با شرایط سنی ، فرهنگی و سطح تحصیلات بیمار

انتخاب مناسب ترین کلمات برای بیمار و خودداری از بکار بردن اصطلاحات

زمان عامل اساسی در ارتباط است به طور مثال بیمار در هنگام درد به سختی قادر به برقراری ارتباط می باشد .

تشویق به برقراری ارتباط بابرقراری فضای صمیمی ودوستانه و پذیرش بیمار

به روز رسانی ارائه اطلاعات به بیمار ، از روند بیماری

شنونده خوب بودن هنری است که کلید اصلی باز کردن قفل ارتباط با بیمار می باشد.

ارتباط با بیمار اورژانسی و همراهیان وی به مراتب سختتر از مراجعین دیگر می باشد زیرا بیمار در شرایط خوبی نبوده و قادر به برقراری ارتباط نیز نمی باشد . از طرفی همراهیان بیمار نیز بدلیل نگرانی و اضطراب ، قادر به برقراری ارتباط مناسب نیستند لذا در این شرایط علاوه بر رعایت کلیه موارد فوق بخصوص ایجاد حس همدلی ، صبر و خویشن داری ، احترام و وظیفه شناسی بیش از پیش نمود خواهد کرد .

در هنگام انتقال بیمار از بخش اورژانس به بخشهای بستری نیز کلیه موارد فوق از طرف پرستاران بایستی رعایت گردد . نحوه معرفی اولیه بیمار به بخش از طرف بخش اتفاقات و ایجاد ذهنیت مثبت و بدون سوگیری مطلب بسیار مهمی

است که متأسفانه در اکثر موارد پذیرش بیمار رعایت نمی شود. بیمار به طور کامل به پرستاران بخش معرفی شده و پس از بررسی کامل بیمار توسط پرستار بخش ، قوانین و مقررات درون بخشی و درون بیمارستانی به بیمار گفته می شود. منشور حقوق بیمار را بطور کامل برای وی توضیح دهید. به اضطراب پنهانی بیمار بدلیل ناشناخته بودن محیط ، کاملاً توجه داشته باشید . عوامل مخربی را که باعث اختلال در خواب و آرامش بیمار می شود ، حذف نمایید . کلیه پرسنل مرتبط با بیمار (مانند نیروهای خدمات ، پرسنل آزمایشگاه ، پرسنل رادیولوژی و ...) نیز موظف به حفظ شأن و منزلت بیماران در هر شرایطی می باشند .

د: تحویل و تحول بیماران در بخش های بستری:

تحویل و تحول بر اساس تکنیک SBAR صورت می پذیرد که به شرح زیر می باشد:

S = SITUATION (بیان وضعیت) :

– شکایت ، تشخیص ، طرح درمان و نیازهای بیمار

B = BACKGROUND (زمینه و سوابق) :

– علایم حیاتی ، وضعیت روحی و ذهنی ، لیستی از داروها و نتایج آزمایشگاهی

A = ASSESSMENT (ارزیابی انجام شده) :

– ارزیابی فعلی بیمار

R = RICCMMENDATION (پیشنهادات و توصیه ها) :

– شناسایی نتایج معوقه بیمار و آنچه که بعداً باید انجام شود و توصیه های مراقبتی

دیگر بیمار

انواع ارتباط:

ارتباط غیر کلامی :

ارتباط غیر کلامی یکی از اصلیتترین شیوه های برقراری ارتباط می باشد. بیش از ۵۰٪ پیام در هر ارتباط توسط علائم غیر کلامی ، حدود ۴۰٪ بوسیله تون صدا و فقط کمتر از ۱۰٪ توسط کلمات منتقل شود.

علائم غیر کلامی شامل:

۱- حرکات صورت یا **Facial Expression** ، شاید معمولی ترین راه بیان احساسات به شکل غیر کلامی است . این ارتباط فارغ از سن ، تحصیلات ، جنس ، زبان حتی در فرهنگهای مختلف با تفاوتی اندک و بین تمامی انسانها مشترک می باشد . کنترل حالات غیر کلامی ناخوش آیند مانند خشم و تحقیر توسط پرستار در برقراری و ادامه ارتباط مؤثر می باشد .

۲- وضعیت بدن یا **Posture** ، از راههای غیر کلامی ارتباطی است . یک وضعیت صاف و کشیده ، معمولاً تداعی کننده حس اعتماد به نفس و ثبات شخصیتی بوده و افتادگی و خمودگی وضعیت بیانگر افسردگی و ضعف اعتماد به نفس می باشد .

۳- آراستگی یا: **Grooming** ظاهر تمیز و آراسته پرستار با حفظ موازین شرع و عرف می تواند در ارتباط نقش مؤثری داشته باشد. در بیماران ، نیز این وضعیت بیانگر بهبود وضعیت نسبت به قبل می باشد .

۴- ژست : **Gestures** ژست ها نقش مهمی در انتقال افکار و احساسات دارند . ژست مجموعه ای از حرکات بدن است که یک رفتار را تشکیل و ویژه و مختص فرد را ایجاد می کند .

۵- لحن صدا یا **intonation** : نحوه بیان یک مطلب از خود آن مطلب مهمتر است . بخصوص در کودکان فوق العاده تأثیر گذار خواهد بود .

۶- لمس یا **touch** : در صورت امکان و با در نظر گرفتن موازین شرع و عرف می توان واکنش مثبتی ایجاد و در برقراری ارتباط بعدی مؤثر باشد .

رفتارهای مختل کننده ارتباط:

رفتارهایی که باعث اختلال در زنجیره ارتباط شده و در نتیجه باعث قطع ارتباط و عدم اعتماد فرد به پرستار و تیم درمان خواهد شد شامل: قوت قلب دادن بیجا ، پاسخهای تکراری و کلیشه ای ، خصومت ، تحمیل ارزشهای خود به بیمار ، نصیحت کردن ، کنجکاو ، تحقیر کردن و طرد کردن به صورت کلامی و غیر کلامی است .

راهکارهای بهبود ارتباط:

نهادینه کردن فرهنگ ارتباط و نحوه تدوین اجرای این برنامه ، نتیجه در پیشرفت هر چه بیشتر کیفیت مراقبت بیمار خواهد داشت .

آموزش تخصصی ارتباط با بیمار و همراهان جهت پرسنل درمانی از طریق برگزاری سمینار ، پانل ، فیلمهای آموزشی و جزوات مربوطه انجام گیرد.

تأکید بر اهمیت مبحث ارتباط به عنوان یک کلید اصلی در چک لیستها ، گاید لاینها و یا سیاست گذارپهای کلی بیمارستان لحاظ گردد.

تأکید بر ارتباط به عنوان یکی از آیتم های ارزشیابی پرسنل منظور گردد.

نظارت دقیق تر مسئولان بخش و سوپروایزر های محترم در مورد استفاده عملی اصول ارتباط توسط پرسنل با بیمار و همراهان بیمار صورت پذیرد.

استفاده الزامی از کارت های شناسایی جیبی(اتیکت) مناسب که نشاندهنده نام ، نام خانوادگی و سمت فرد می باشد ، به عنوان یکی از راهکارهای ارتباط اولیه شناخته شده است. معرفی خود به بیمار به عنوان عضوی از تیم درمان بایستی قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی ، انجام پذیرد.

تهیه پمفلت آموزشی در مورد بیمارستان و هر بخش به صورت جداگانه و اختصاصی ، که مشخصات بخش و قسمت های مختلف آن را برای آگاهی بیمار توضیح داده باشد.

استفاده از آموزشهای گروهی برای بیماران با حال عمومی بهتر و بیمارانی که از نظر بیماری در یک دسته بندی قرار می گیرند.

تهیه کارتهای تصویری جهت برقراری ارتباط با بیمارانی که از نظر شنوایی ، گویایی دچار مشکل بوده یا بیمار به هر دلیل قادر به برقراری ارتباط به صورت گویا نمی باشد. (مثال بیمار اینتوبه شده تحت درمان با دستگاه ونتیلاتور

۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

این مسئله به خصوص در اتاق عمل بسیار با اهمیت است لذا در صورت تصویب از چک لیست جراحی ایمن استفاده خواهد شد و در ضمن بخش ها نیز قبل از فرستادن بیمار به اتاق عمل باید تدابیر پیشگیرانه اتخاذ نمایند.

✚ محل عمل به درستی طبق دستورپزشک مشخص شود

✚ محل عمل با پرونده بیمار، ابراز خود بیمار، شرح حال بیمار و تشخیصهای پرستاری صحت گذاشته شود

✚ حتما محل عمل علامت گذاری شود

✚ محل عمل قبل از انتقال به اتاق عمل و یا اتاق تربیتمنت توسط پرستارمسئول بازبینی و صحت گذاری شود.

○ فرآیند اصلی که در پروتکل جهانی وجود دارد عبارتند از:

علامت گذاری محل جراحی فرآیند تایید پیش از عمل یک زمان استراحت (یک وقفه، درست پیش از اجرای جراحی یا روش دیگر در زمانی که هرگونه پرسش و پاسخ داده نشده یا سردرگمی در مورد بیمار، روش، محل عمل، توسط تیم جراحی یا اجرای روش رفع می شود) که فوراً پیش از شروع یک روش منظور می شود.

✚ علامت گذاری روی محل جراحی، بیمار را دخالت داده و نشانده ای بدون ابهام انجام می شود. نشانه می بایست

در کلیه بخشها به صورت یک دست به کار رود. باید توسط کسی که اجرای روش رابه عهده دارد انجام شود، باید در صورت امکان هنگامی که بیمار بیدار و به هوش است صورت بگیرد. می بایست پس از اینکه بیمار آماده عمل شد، قابل رویت باشد. محل عمل در تمام موارد علامت گذاری می شود، شامل محل جانبی و کناری، ساختارهای چندگانه (انگشتان دست و پا، جراحات) سطوح چندگانه (ستون فقرات).

مقصود از فرآیند تایید پیش از عمل این است که:

- تایید محل، روش و بیمار صحیح
- حصول اطمینان از این که تمام مدارک، تصویرها و تحقیقات مرتبط در دسترس هستند، به صورت مناسب برچسب زده شده اند و در معرض دید قرار دارند.
- تایید اینکه تمامی تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت ها implants آماده هستند. وقت استراحت فرصتی است تا هر پرسش بی جواب یا سردرگمی و بی نظمی حل و فصل شود. وقت استراحت در همان مکان اجرای کار طی می شود؛ درست پیش از شروع کار و با شرکت تمامی اعضاء تیم جراحی باید صورت گیرد و از چک لیست جراحی ایمن برای کلیه بیماران استفاده گردد.

۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

یک مسئله متداول که درمورد ایمنی داروها از آن ذکر می شود ، توزیع سهوی الکترولیتها است(برای مثال: پتاسیم کلراید با غلظت ۲ meq/ml یا بیشتر؛ فسفات پتاسیم ؛ سدیم کلراید با غلظت ۹ درصد یا بیشتر و سولفات منیزیم با غلظت ۵۰ درصد یا بیشتر) جهت جلوگیری از خطاها خصوصاً مواقع بکارگیری نیروی انسانی استخدام جدید، کارورز و یا طرحی به نکات ذیل باید توجه شود.

- حتی الامکان داروهای باغلظت بالا دربخش نگهداری نشود
- داروهای موردنظر از دیگر دارو ها به صورت واضح جدا شود.
- کلیه داروهای یادشده با اتیکت قرمز جدا شود.
- هنگام مصرف دارو به دستور پزشک دوباره چک شود
- نحوه مصرف ورقیق کردن آن در معرض دید همکاران قرار گیرد
- علائم حیاتی بیمار درحین مصرف دارویی به صورت متوالی چک و ثبت گردد
- محلول های الکترولیتی با غلظت بالا سریعا پس از استفاده دور انداخته شوند.
- در جعبه KCL صرفا همین دارو نگهداری گردد.
- دستورالعمل نحوه رقیق سازی و تهیه دوز موردنظر بیمار طبق دستور پزشک در دسترس باشد
- در صورت تشابه شکلی با اتیکت رنگی از هم جدا شود.

۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات

یکی از علل عمده ایراد صدمه به بیماران به هنگام ارائه خدمات درمانی، وقایع مربوط به داروها هستند . خطاهای دارویی به هنگام تهیه ، تجویز ، توزیع و دادن دارو به بیمار و پایش آن رخ می دهند ولیکن میزان بروز خطا به هنگام تجویز دارو و دادن آن به بیمار شایعتر برآورد می گردد. رعایت دستورالعمل تلفیق دارویی در بخشها الزامی می باشد و بدنبال آن پایش تطابق دستور پزشک با گزارش پرستاری به صورت منظم روزانه چک شود. برای کلیه بیماران از فرم تلفیق دارویی برای جلوگیری از تداخلات دارویی و آموزش هنگام ترخیص استفاده شود.

اصول صحیح دارو دهی به بیماران



واحدی منی‌بی‌مار

۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در بازدیدهای سوپروایزری این گزینه بصورت یکی از سوالات چک لیست مطرح می باشد و روزانه در بخش هایی که مورد بازدید قرار می گیرد کنترل می گردد. توجه به سایز، تاریخ انقضاء، مدت زمان استفاده از آن و دستور پزشک از الزامات کنترل آن می باشد.

۸- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

در این بیمارستان کلیه وسایل تزریق یک بار مصرف می باشد. تزریق یکی از روشهای شایع در تجویز داروها می باشد. بدیهی است که در صورت عدم رعایت استانداردهای آن، خطرات زیادی برای ارائه دهنده خدمت- گیرنده خدمت و جامعه خواهد داشت. لذا توجه به دستورالعمل تزریقات ایمن از الزامات می باشد.

انجام تزریقات می بایست بر اساس استانداردهای زیر صورت گیرد :

- استفاده از وسایل استریل .
- برای هر تزریق، از یک سرنگ یکبار مصرف جدید استفاده کنید .
- از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید، برای هر بار تلقیح هر نوع واکسن و یا دارو استفاده کنید .
- از آلودگی وسایل (سرنگ- سرسوزن و ویالها) پیشگیری کنید .
- روی یک میز یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن وجود ندارد، وسایل تزریق را آماده نمایید .
- حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید .
- در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از سر سوزن استریل استفاده نمایید .
- هنگامی که سر آمپول را می شکنید، با قرار دادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول، انگشتان خود را از آسیب و صدمه محافظت نمایید .

- ✚ قبل از اقدام برای تزریق به بیمار، کلیه داروهای تزریقی را از نظر کدورت، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر یک از این موارد، آنها را به نحوه صحیح دفع نمایید .
- ✚ توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید .
- ✚ در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید .
- ✚ قبل از آماده کردن دارو و تزریق، دستهای خود را با آب و صابون بشویید و یا با استفاده از الکل ضد عفونی کنید. در صورتی که بین تزریقات، دست شما کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است .
- ✚ از تزریق به بیمار در نواحی نا سالم پوستی اجتناب نمایید .
- ✚ نیازی به ضد عفونی کردن سر ویال (جدید) نیست ولی در صورت نیاز، از سوآپ تمیز والکل ۷۰ درجه تازه استفاده نمایید. از گلوله های پنبه آغشته به الکل موجود در ظرف پنبه الکل استفاده نکنید .
- ✚ از کاربرد ماده ضد عفونی در زمان تزریق واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمایید .
- ✚ قبل از تزریقات اگر محل تزریق بصورت مشهود کثیف باشد، حتما پوست را بشویید .
- ✚ سرنگ و سر سوزن را از نظر وجود پارگی بسته بندی چک کنید و به تاریخ انقضاء آن توجه نمایید .
- ✚ اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست را بکار ببرید .

۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

اجرای دستورالعمل بهداشت دست در مراکز درمانی تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخشها رعایت و کنترل پایش قرار گیرد. باید توجه داشت که شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید. شستن دست ها توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت توصیه می گردد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها به روش مکانیکی از روی پوست

زدوده شوند و شستن دست با محصولات ضد میکروبی علاوه بر زدودن مکانیکی میکروبهها باعث کشته شدن میکروارگانسیم ها یا مهار رشد آن ها نیز می گردد.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانسیم های مقیم و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که بدنال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک نمی شوند ولی معمولا بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب های موقتی پوست خواهد شد.

مواردی که باید دستها شسته شوند عبارتند از:

✚ در فواصل تماس با بیماران و قبل از تهیه داروهای بیماران

✚ قبل از مراقبت از بیماران آسیب پذیر مانند نوزادان و افراد دچار سرکوب شدید سیستم ایمنی

✚ قبل از انجام اقدامات تهاجمی

✚ بعد از دست زدن به اشیایی که احتمال آلودگی آن ها با میکروب های بیماریزا وجود دارد و یا پس از مراقبت از

بیمارانی که احتمال دارد با میکروب هایی که از لحاظ اپیدمیولوژی اهمیت خاصی دارند کلونیزه شده باشند مانند

باکتری های مقاوم به چند نوع آنتی بیوتیک

✚ قبل و بعد از تماس با زخم

✚ پس از در آوردن دستکش ها از دست.

روشهای رعایت بهداشت دست عبارتند از:

الف- Hand rub

بمنظور ضد عفونی دست با استفاده از محلول های مایع با بنیان الکلی جهت Hand rub مقدار کافی از محلول را در کف دست خود ریخته و تا زمانی که دستها کاملاً خشک شوند آنها را بهم بمالید.

ب – Hand Wash

- در صورت امکان همیشه از آب تمیز، روان و لوله کشی استفاده نمائید.
- ابتدا دستها را با آب مرطوب کنید سپس با استفاده از صابون دستشویی دستها را بهم بمالید بنحوی که کلیه سطوح دستها را بپوشاند.
- با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان و بین انگشتان را محکم بهم بمالید.
- دستها را کاملاً آبکشی نمائید.
- با حوله پارچه ای تمیز و یا حوله کاغذی یکبار مصرف دستها را کاملاً خشک نمائید.
- با همان حوله یا دستمال کاغذی استفاده شده شیر آب را ببندید سپس جهت شستشوی مجدد حوله را در بین مخصوص لاندری کثیف و یا در صورتی که دستمال یکبار مصرف است آن را در سطل آشغال بیندازید.

Medical Errors یعنی چه؟

✚ اقداماتی که می بایست انجام شود ولی انجام نگرفته.

✚ اقداماتی که نباید انجام شود ولی انجام شده.

خطاهای بر اساس وقوع به ۳ دسته تقسیم می شوند:

✓ **Near- Miss**: قبل از وقوع خطا متوجه شده و از وقوع خطا جلوگیری می شود به عنوان مثال:

دارویی را به اشتباه برداشته و قبل از استفاده متوجه شده و از خطا جلوگیری می کنیم.

✓ **No harm**: خطا اتفاق افتاده ولی آسیبی به بیمار وارد نمی شود.

✓ ۲۸ گانه: بروز خطا باعث ایجاد آسیب و یا حتی مرگ بیمار خواهد شد که الزاما نیازمند گزارش دهی

فوری می باشند. لیست خطاهای ۲۸ گانه به شرح زیر می باشد:

✓ کد ۱. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم .

✓ کد ۲. انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر .

✓ کد ۳. انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار (مثال : در بیماری که مبتلا به توده های متعدد بافتی

در یک عضو از بدن است و می باید یکی از توده های بافتی را که اثر فشاری ایجاد کرده است برداشته شود و

به اشتباه توده دیگری مورد عمل جراحی قرار می گیرد ...) .

✓ کد ۴. جا گذاشتن هر گونه **device** اعم از گاز و قیچی و پنس ... در بدن .

✓ کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی (کلاس

یک طبقه بندی **ASA** انجمن بیهوشی آمریکا) .

✓ کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده (**DONOR** اشتباه درزوجین نابارور .

کد ۷. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی .

کد ۸. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده (مثال : وصل دستگاه دیالیز **HBS**

Ag آنتی ژن مثبت به بیمار **HBS Ag** آنتی ژن منفی .

- ✓ کد ۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی .
- ✓ کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی .
- ✓ کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد (مثال : زندانیان بستری ...)
- ✓ کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی .
- ✓ کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو، .
- ✓ کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی .
- ✓ کد ۱۵. کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین .
- ✓ کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی .
- ✓ کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش بیمار .
- ✓ کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال : به دنبال فیزیوتراپی)
- ✓ کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیا بیمار که می تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد .
- ✓ کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن با گاز های دیگر...)
- ✓ کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکتروود های اطلاق عمل (مانند : سوختگی های بدن به دنبال جراحی قلب)
- ✓ کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال : گیر کردن اندام بیمار در محافظ ، خرابی محافظ ، ...)
- ✓ کد ۲۴. سقوط بیمار (مثال : سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری ، سقوط از پله)
- ✓ کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی .

✓ کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار .

✓ کد ۲۷. ربودن بیمار .

✓ کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان .

گزارش دهی خطا

گزارش خطاهای پزشکی به پنج روش (اظهارات شفاهی شاغلین طی بازدیدهای میدانی مدیریتی ایمنی، ثبت خطا در فرم گزارش خطا، گزارش دهی الکترونیکی خطا " " HIS، صندوق گزارش دهی خطا و کمیته مرگ و میر و آسیب شناسی نسوج توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی جمع آوری می گردد).

۱-۲- سرپرستار در شیفت صبح (مسئول شیفت در روزهای تعطیل) و در سایر شیفت ها مسئول شیفت/پرستار مسئول بیمار خطاهای منجر به آسیب و عارضه پایدار را ظرف کمتر از ۶ ساعت از طریق تلفن به اطلاع کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار/سوپروایزر بالینی وقت می رساند.

۱-۳- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به همراه تیم مدیریتی ایمنی بیمار طی بازدید از بخش و با انجام مصاحبه و بررسی سوابق و ... اطلاعات مورد نیاز را تکمیل می نماید.

۱-۴- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار پس از دریافت و جمع آوری گزارشات در اسرع وقت موضوع را در کمیته خطا و یا کمیته مرگ و میر مطرح می نماید.

نتایج بحرانی آزمایشگاه و تصویربرداری:

تمامی بخش های بالینی مجهز به تلفن قرمز رنگ و یکطرفه می باشند که تنها امکان تماس از بخش های آزمایشگاه و تصویربرداری به بخش های بالینی می باشد. در صورتیکه در هر یک از واحدهای پاراکلینیک یاد شده موارد بحرانی (لیست مقادیر بحرانی آزمایشگاه و تصویر برداری به صورت سالانه به روز شده و به کلیه بخش های درمانی و پاراکلینیک ابلاغ می گردد) رویت شود سریعاً با تلفن اختصاصی با بخش مربوطه تماس حاصل می شود و مراتب اطلاع داده می شود و دفتر ثبت مقادیر بحرانی در بخش پاراکلینیک و بخش درمانی مربوطه به صورت کامل تکمیل می گردد.

پیگیری نتایج معوقه:

در زمان ترخیص بیماران الزاما کلیه نتایج معوقه بیماران مشخص گردند و فرم مربوط به نتایج معوقه در ۲ برگ تکمیل گردد و یک برگ تحویل بیمار و برگ دیگر بر روی پرونده بیمار الصاق گردد. دفتر پیگیری نتایج معوقه نیز به صورت دقیق تکمیل شود و پیگیری های مربوطه بر اساس دستورالعمل نتایج معوقه صورت پذیرد.

کنترل عفونت

کنترل عفونت

Infection Control



ساده ترین و مهمترین راه پیشگیری از عفونت = شستشوی دست

The easiest and the most important way to prevent infection is hand washing.

مقدمه

عفونت های بیمارستانی همزمان با گسترش بیمارستان ها همواره یکی از مشکلات عمده بهداشتی و درمانی بوده و با افزایش مدت اقامت بیمار در بیمارستان موجب افزایش ابتلاء و مرگ و میر شده و در نتیجه هزینه های بیمارستانی را به شدت افزایش می دهد. در حال حاضر در کشورهای پیشرفته میزان این عفونت ها حدود ۱۰٪ موارد بستری و در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۵٪ تخمین زده می شود. میزان عفونت بیمارستانی در یک مرکز بهداشتی درمانی نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در آن مرکز می باشد. اقدامات مختلفی به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی در طول تاریخ انجام شده است. در کشور ما نیز مانند سایر کشورها در زمینه کنترل عفونت های بیمارستانی و برقراری نظام های مراقبتی تاکنون فعالیت ها و برنامه های فراوانی انجام گرفته است که عوامل اجرایی این برنامه ها کلیه افراد شاغل در بیمارستان اعم از پزشکان، پرستاران، بهیاران، دانشجویان، پرسنل خدمات و پشتیبانی و اداری را شامل می شود. هر شخص با هر مسئولیتی در بیمارستان بایستی در پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی به تناسب شغل خود مشارکت کند.

عفونت های بیمارستانی از چالش های دیرینه مراکز درمانی بوده و موجب وخیم تر شدن بیماری، افزایش زمان بستری، افزایش مرگ و میر و تحمیل هزینه های گزاف مالی و عاطفی بر بیماران می شود. نکته قابل توجه این است که طبق

آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO) حداقل نیمی از این عفونت ها، با رعایت اصولی ساده قابل پیشگیری است. رعایت مبانی کنترل عفونت نقش عمده‌ای در پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی دارد.

🚩 کمیته کنترل عفونت

هدف کمیته کنترل عفونت: کاهش نرخ عفونت های بیمارستانی و کاهش هزینه های ناشی از بروز این عفونت‌ها (برای بیمارستان و بیماران) و ارتقاء و حفظ سلامتی کارکنان، بیماران و مراجعین.

رئیس کمیته: پزشک کنترل عفونت (متخصص بیماری های عفونی)

دبیر کمیته: سوپروایزر کنترل عفونت

اعضای ثابت کمیته: رئیس بیمارستان - مدیر بیمارستان - مدیر پرستاری - مسئول بهبود کیفیت - سوپروایزر آموزشی - سه نفر از پزشکان متخصص جراحی، عفونی یا داخلی - مسئول آزمایشگاه - کارشناس بهداشت محیط - سرپرستار بخش عفونی یا داخلی - کارشناس بهداشت حرفه ای

شرح وظایف کمیته کنترل عفونت:

۱. رئیس بیمارستان ریاست کمیته کنترل عفونت بیمارستان را به عهده دارد و جلسات آن ماهانه تشکیل می‌شود اما در صورت لزوم تشکیل جلسه کمیته به درخواست رئیس یا دو نفر از اعضای کمیته در هر زمان امکان پذیر است.
۲. ارسال داده های جمع آوری شده در مورد عفونت های بیمارستانی به مرکز بهداشت شهرستان به صورت منظم و ماهانه
۳. تجزیه و تحلیل ماهانه داده های مراقبت اپیدمیولوژیک عفونت های بیمارستانی و ارائه آن به مرکز بهداشت شهرستان و مسئولین بخش های بیمارستان و طراحی اقدامات مداخله ای در جهت کنترل و پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی
۴. بررسی و تصویب برنامه سالیانه برای فعالیت ها، مراقبت و پیشگیری
۵. تدوین برنامه های آموزشی برای همه کارکنان به منظور پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی با استفاده از تکنیک های ضد عفونی و استریلیزاسیون
۶. بررسی دوره‌ای شش ماهه و یک ساله وضعیت عفونت‌های بیمارستانی و تأثیر مداخلات انجام شده در جلوگیری از آنها
۷. مشارکت پژوهشی در زمان بروز اپیدمی

۸. نظارت بر اجرای مصوبات کمیته کشوری، دانشگاهی، شهرستانی و مصوبات کمیته کنترل عفونت بیمارستان و یافتن اشکالات و ارائه راهکارهای مناسب پیشگیری
۹. کمک به ارزیابی فعالیت های بخش های بیمارستان در زمینه اقدامات پیشگیری از عفونت های بیمارستانی براساس چک لیست های نظارتی
۱۰. تدوین برنامه درمان با آنتی بیوتیک ها براساس الگوی مقاومت آنتی بیوتیکی بیمارستان

📌 تعریف عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی

عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی (HAI) Healthcare-associated infections: به عفونت هایی اطلاق می شود که بیماران، آن را در حین درمان یا دریافت مراقبت های پزشکی در بیمارستان و دیگر مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی کسب کرده اند و یا اینکه پس از ترخیص از آن مراکز، مبتلا به عفونت شده اند، به شرطی که:

۱. حداقل ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود
 ۲. در زمان پذیرش، فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد
- شایع ترین عفونت های ناشی از مراقبت بهداشتی شامل: عفونت ادراری، تنفسی، زخم جراحی و خون می باشد.

تعریف چهار نوع عفونت براساس تعاریف استاندارد:

عفونت ادراری:

تعریف عفونت ادراری علامت دار: عفونت ادراری علامت دار دست کم باید یکی از ویژگی های زیر را داشته باشد:

- دمای بالای ۳۸ درجه، تکرر، سوزش ادرار، درد فوق عانه شدید با لمس موضعی
 - تست نوار ادراری برای **Leukocyte estrase** و یا نیترات مثبت باشد
 - تشخیص بالینی پزشک
 - پزشک، آنتی بیوتیک مناسبی را برای عفونت ادراری شروع کرده باشد
- تعریف عفونت ادراری بدون علامت: عفونت ادراری بدون علامت، باید دست کم یکی از ویژگی های زیر را داشته باشد:
- بیمار دست کم مدت ۷ روز قبل از انجام کشت، از فولی استفاده کرده باشد و دارای کشت مثبت ادراری با حداکثر دو نوع ارگانیزم با دست کم ۱۰۰۰۰۰ میکروارگانیزم در سانتی متر مکعب ادرار باشد
 - دمای بالای ۳۸ درجه فوریت ادراری، تکرر ادرار، سوزش و دردناکی فوق عانه نباشد.

تذکرات:

- کشت مثبت از نوک کاتتر ادراری، تست آزمایشگاهی قابل قبولی برای تشخیص عفونت ادراری نیست
- کشت ادراری را باید با روش های مناسب انجام داد (مانند کاترئیزاسیون یا جمع آوری به روش تمیز)

- در نوزادان، کشت ادراری را باید از ادرار حاصل از کاتتراسیون یا آسپیراسیون فوق عانه انجام داد.
 - کشت مثبت ادراری از نمونه ادرار در کیسه، غیر قابل اعتماد بوده و باید با نمونه ای که به طور آسپتیک از طریق کاتتریزاسیون یا آسپیراسیون فوق عانه به دست آمده، تأیید شود.
- تعریف سایر عفونت های سیستم ادراری:** برای تشخیص سایر عفونت های سیستم ادراری دست کم باید یکی از ویژگی های زیر وجود داشته باشد

- ارگانیزم از کشت مایع (بجز ادرار) یا بافت ناحیه درگیر جدا شده باشد
- بیمار دارای آبسه بوده یا شواهد به نفع عفونت حین عمل جراحی یا آزمایشهای هیستولوژیک باشد
- تب بالای ۳۸ درجه، درد موضعی با لمس ناحیه درگیر
- ترشح چرکی از ناحیه درگیر
- تشخیص پزشک مبنی بر عفونت کلیه، میزنای، مثانه و پیشابراه و سایر بافت های اطراف کلیه
- شروع مصرف آنتی بیوتیکی مناسب به تجویز پزشک

عفونت محل جراحی

تعریف عفونت محل جراحی (عفونت سطحی): عفونت سطحی محل جراحی باید ویژگی های زیر را داشته باشد :

عفونت طی ۳۰ روز پس از عمل جراحی روی داده باشد و تنها، پوست و بافت زیر پوستی را درگیر کرده باشد و دست کم یکی از موارد زیر را داشته باشد:

الف) ترشح چرکی از محل برش سطحی

ب) ارگانیزم از مایع یا بافت محل برش سطحی که به طور آسپتیک تهیه شده باشد

پ) دست کم یکی از علائم یا نشانه های: دردناکی، ورم موضعی، قرمزی یا گرمی وجود داشته باشد و زخم را پزشک عمداً باز کرده باشد، مگر اینکه کشت منفی باشد

ت) تشخیص عفونت سطحی توسط پزشک مربوطه مطرح شده باشد.

تعریف عفونت محل جراحی (عفونت عمقی): عفونت عمقی محل جراحی باید ویژگی های زیر را داشته باشد :

عفونت مربوط به عمل جراحی که طی ۳۰ روز بروز کرده باشد در صورتی که چیزی در محل قرار گرفته باشد (implant) طی سه ماه بروز کرده باشد در صورتی که بیمار دست کم یکی از ویژگی های زیر را داشته باشد :

الف) ترشح چرکی از عمق محل برش به شرطی که مربوط به یک ارگان یا فضای دیگر نباشد

ب) عفونت عمقی محل جراحی که خود به خود یا توسط جراح، باز می شود مگر اینکه زخم دارای کشت منفی باشد :

دمای بالای ۳۸ درجه، حساسیت و دردناکی موضعی

پ) آبنه یا شواهد دیگری از عفونت در عمق زخم که در حین جراحی مجدد، آزمایش های هیستوپاتولوژیک یا رادیولوژیک دیده شود

ت) تشخیص عفونت عمقی توسط پزشک مربوطه

تعریف عفونت محل جراحی (اعضای داخلی، فضاهای بین اعضا): این نوع عفونت عبارت است از عفونت هر بخش از بدن (بجز محل برش پوستی، فاسیا، لایه های عضلات) که باز شده و حین عمل جراحی دستکاری شود. این عفونت ها را تحت عنوان عفونت محل جراحی (با ذکر نام ارگان / یا فضای درگیر) ذکر می کنند و بیمار دست کم یکی از ویژگی های زیر را دارد:

الف) خروج ترشح چرکی از درنی که در محل زخم و داخل فضا یا ارگان خاصی قرار داده اند

ب) وجود ارگانیسیم که از طریق کشت داخل فضا یا ارگان ویژه یا بافت خاصی ثابت شود

پ) آبنه یا هر گونه شواهدی دال بر عفونت در زخم یا فضا و یا ارگانی خاص که از طریق مشاهده مستقیم یا آزمایشات بافت شناسی یا رادیولوژیکی کشف شود

ت) تشخیص پزشک

عفونت تنفسی (پنومونی)

تعریف عفونت تنفسی: وجود یکی از ویژگی های زیر نشان دهنده عفونت تنفسی است

۱. بیمار در معاینه بالینی باید رال یا dullness داشته باشد

۲. شروع خلط چرکی یا تغییر ویژگی خلط

۳. وجود ارگانیسیم در کشت خون

۴. وجود ارگانیسیم در نمونه حاصل از آسپیراسیون از طریق تراشه، برس کشیدن داخل برونش و یا بیوپسی .

۵. رادیوگرافی از قفسه سینه بیمار، حاکی از انفیلتراسیون جدید یا پیشرونده، وجود حفره یا افیوژن پلور باشد

عفونت خونی

تعریف عفونت خون: عفونت خونی ثابت شده توسط آزمایشگاه باید دست کم دارای یکی از ویژگی های زیر باشد:

رشد پاتوژن در یک کشت خون، یا از چند کشت خون، پاتوژن مشابهی رشد کرده باشد و ارگانیسیم کشت داده شده از خون، مربوط به عفونت محل دیگری نباشد. بیمار، دست کم یکی از عائلّم و نشانه های زیر را داشته باشد

• تب (دمای بالای ۳۸ درجه) لرز یا هیپوتانسیون

- وجود آلوده کننده های معمول پوست (برای مثال دیفتروئیدها، گونه باسیلوس، گونه پروپیون باکتریوم، استافیلوکوکوس کوآگولز منفی و یا میکروکوکسی) که در دو یا چند کشت خون در دفعات مختلف رشد نماید
- وجود میکروبهای بالا که در دست کم یک کشت خون از بیماری که دارای IV line بوده و آنتی بیوتیک مناسبی دریافت می کند، رشد نماید
- تست مثبت آنتی ژن در خون.

انواع احتیاطات

اقدامات کنترل عفونت را می توان به دو گروه تقسیم کرد:

۱. احتیاطات استاندارد
۲. احتیاطات براساس نحوه ی انتقال

۱. احتیاطات استاندارد (standard precautions)

احتیاطات استاندارد باید در هر زمانی برای تمام بیماران بدون در نظر گرفتن تشخیص بیماری یا وجود یا عدم وجود عفونت به کار گرفته شوند. احتیاطات استاندارد شامل موارد ذیل می باشد:

- رعایت بهداشت دستها
- استفاده از وسایل حفاظت فردی در هنگام مواجهه با خون، مایعات بدن، ترشحات و مواد دفعی
- ضد عفونی مناسب تجهیزات پزشکی، دفع، حمل و ضد عفونی صحیح ملحفه کثیف
- جلوگیری از فرو رفتن سوزن یا ایجاد جراحات توسط اشیاء تیز و برنده
- نظافت محیط
- جمع آوری، حمل و امحاء صحیح زباله ها



۲. احتیاطات براساس راه انتقال

رعایت احتیاط براساس نوع ارگانیسم مسئول ممکن است انتقال از طریق راه هوایی (Airborne)، قطرات (Droplet) و تماسی (Contact) صورت می‌گیرد.

احتیاطات هوایی: جهت بیماران دچار عفونت یا مشکوک به عفونت با میکروارگانیسم‌های منتقله از راه قطرات هوایی با اندازه ۵ میکرون یا کمتر توصیه می‌شود. در این شرایط موارد ذیل را باید رعایت نمود:

۱. رعایت احتیاطات استاندارد
 ۲. قراردادن بیمار در اتاق اختصاصی با تهویه کافی و در صورت امکان اتاقی با فشار منفی کنترل شده
 ۳. در موارد همه‌گیری که برای تعداد زیادی از بیماران باید احتیاط هوایی را رعایت کرد، می‌توان بیمارانی را که احتمال می‌رود عفونت یکسانی دارند را با هم، در یک اتاق قرار داد
 ۴. حداقل ۶ و ترجیحاً ۱۲ بار در ساعت تعویض هوا صورت گیرد
 ۵. خارج کردن هوا به خارج از فضای درمانی
 ۶. بسته نگه داشتن در اتاق به جز در مواقع ورود و خروج
 ۷. استفاده از ماسک N95 توسط هر فردی که وارد اتاق بیمار می‌شود
 ۸. عدم خروج بیمار از اتاق تا حد امکان
 ۹. در صورت ضروری بودن انتقال، بیمار ماسک جراحی بپوشد
- ✓ بیماری‌هایی که می‌تواند از این طریق منتقل شوند شامل: سل ریوی فعال، سرخک، آبله مرغان و... است.
- ✓ روی درب اتاق ایزوله ای که بیمار با احتیاطات هوایی بستری است، باید پوستر احتیاطات هوایی نصب شود.



احتیاطات قطرات: جهت بیمار دچار عفونت یا مشکوک به عفونت با میکروارگانسیم‌های منتقله از طریق قطرات با اندازه بزرگتر از ۵ میکرون که از طریق سرفه، عطسه، صحبت یا ترشحات تنفسی منتقل می‌گردد رعایت احتیاطات ذیل ضروری است.

۱. رعایت احتیاطات استاندارد
۲. بیمار در اتاق اختصاصی یا در اتاقی که بیمار مبتلا به همان پاتوژن است بستری نماید.
۳. در هنگام ورود به اتاق بیمار ماسک بپوشید.
۴. در صورت ضروری بودن انتقال، بیمار باید از ماسک جراحی استفاده کرده و بهداشت تنفسی را رعایت کند.
۵. برای جلوگیری از انتقال عفونت از طریق قطرات، نیازی به تهویه خاص و بسته بودن در اتاق نیست.

- ✓ بیماری‌هایی که به این روش منتقل می‌شوند شامل: پنومونی، سیاه سرفه، دیفتری، آنفولانزا، اوریون و مننژیت می‌باشد.
- ✓ روی درب اتاق ایزوله ای که بیمار با احتیاطات قطرات بستری است، باید پوستر احتیاطات قطرات نصب شود.



احتیاطات تماسی: برای بیمار مشکوک به عفونت یا کلونیزاسیون با میکروارگانسیم‌های دارای اهمیت اپیدمیولوژیک که می‌توانند از طریق دست یا تماس با پوست یا تماس غیرمستقیم با سطوح محیطی یا وسایل مراقبت از بیمار در اتاق بیمار منتقل شوند، رعایت احتیاطات ذیل ضروری می‌باشد.

۱. رعایت احتیاطات استاندارد
۲. در صورت امکان بیمار را در اتاق خصوصی بستری کنید.
۳. بیمارانی که مبتلا به پاتوژن‌های یکسان می‌باشند را در یک اتاق بستری کنید.
۴. هنگام ورود به اتاق دستکش غیر استریل تمیز (معاینه لاتکس) بپوشید.

۵. در صورت پیش بینی احتمال تماس با بیمار، سطوح محیطی یا وسایل اتاق بیمار، گان غیر استریل بپوشید.
 ۶. پیش از خروج از اتاق گان را در آورده و دست ها را بهداشتی کنید.
 ۷. در صورت لزوم انتقال بیمار، نواحی کلونیزه یا عفونی بدن بیمار را بپوشانید.
 ۸. برای انتقال بیمار، وسایل حفاظت فردی تمیز بپوشید.
 ۹. در صورت امکان از وسایل یکبار مصرف استفاده کرده یا استفاده از این وسایل را منحصر به بیمار نمایید.
 ۱۰. اتاق بیمار حداقل روزانه با توجه ویژه به نواحی که مرتب لمس میشوند مانند: پرده، تخت، میز کنار تخت، دستگیره و... تمیز و ضد عفونی شوند.
- ✓ بیماری‌هایی که به این روش منتقل می‌شوند شامل: زخم بستر عفونی، آدنوویروس، زرد زخم و ... می‌باشد.
- ✓ روی درب اتاق ایزوله ای که بیمار با احتیاطات تماسی بستری است، باید پوستر احتیاطات تماسی نصب شود.



بهداشت دست

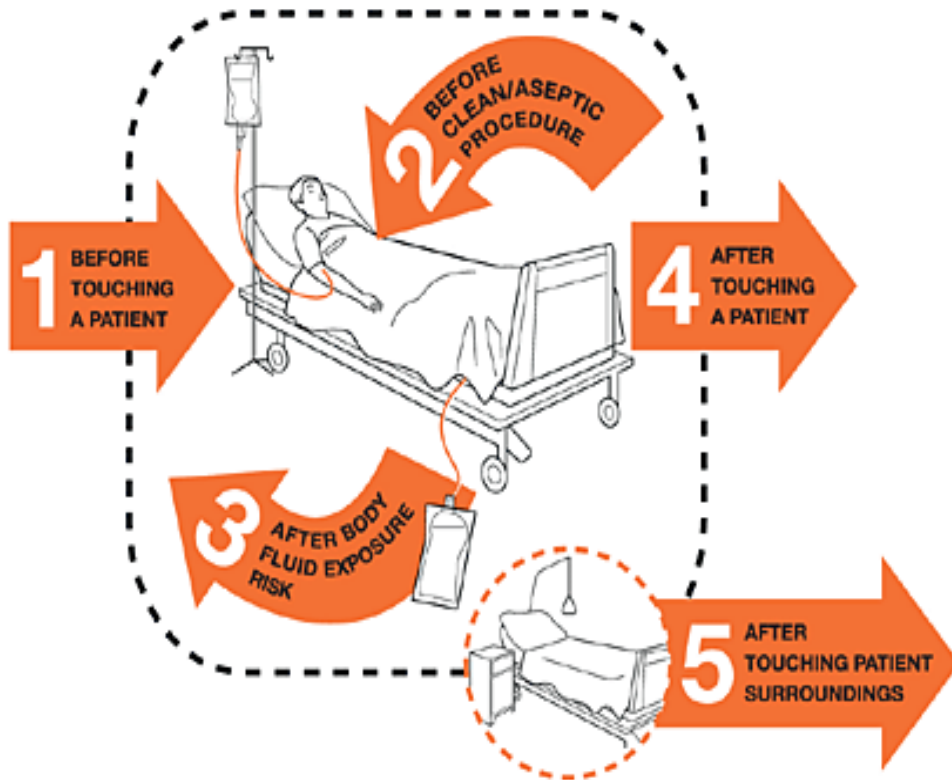
شستشوی اصولی دست‌ها، مهمترین راه کنترل عفونت است. طبق گزارشات اخیر CDC، رعایت بهداشت دست، یکی از مهمترین راه‌های کنترل عفونت بیمارستانی است. بهداشت دست به منظور پیشگیری از ۴ رویداد انجام میشود که عبارتند از: ۱) کلونیزاسیون در بیماران (۲) بروز عفونت با منشاء درونی و بیرونی در بیماران (۳) عفونت در کارکنان مراقبتهای بهداشتی (۴) کلونیزاسیون پرسنل و محیط مراقبتی

۵ موقعیت بهداشت دست عبارتند از:

۱. قبل از تماس با بیمار
۲. قبل از انجام پروسیجر آسپتیک
۳. پس از تماس با بیمار

۴. پس از تماس با خون و مایعات و ترشحات بیمار

۵. پس از تماس با محیط اطراف بیمار



روش صحیح شستن دست با آب و صابون:



۱. ابتدا دست‌ها را با آب مرطوب کنید و سپس کلیه سطوح دست‌ها را با صابون بپوشانید.

۲. با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را به هم بمالید.



۳. کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن‌ها را به هم بمالید و بالعکس.



۴. کف دست‌ها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آن‌ها را به هم مالش دهید.



۵. در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آن‌ها را به هم بمالید.



۶. ششست چپ را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید و بالعکس.



۷. انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.



۸. دست‌ها را کاملاً آب‌کشی نمایید.



۹. با حوله کاغذی دست‌ها را کاملاً خشک نمایید و با همان حوله شیر آب را بسته و دستمال را دور بیندازید. مدت زمان کل فرایند شستشوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه است.

ضد عفونی کردن دست‌ها با مالش به یکدیگر



۱. مقدار کافی از محلول هندراب را در کف دست خود بریزید.
۲. با استفاده از حرکات چرخشی کف دستان را به هم بمالید.
۳. کف دست راست را بر روی پشت دست چپ گذاشته و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آنها را به هم بمالید و بالعکس.



۴. کف دستها را مقابل هم گذارده و با فرو کردن انگشتان به داخل هم آنها را به هم مالش دهید.



۵. در حالی که انگشتان به داخل هم قفل است، پشت انگشتان را در قبال کف دست دیگر گذارده و آنها را به هم بمالید.



۶. ششست چپ را در میان کف دست مقابل محکم گرفته و با حرکات چرخشی به هم بمالید و بالعکس.



۷. انگشتان قفل شده هر یک از دستان خود را در کف دست دیگر گذاشته و با حرکات چرخشی رو به جلو و عقب بمالید.



۸. اجازه دهید دستان کاملاً خشک شود.
مدت زمان کل فرایند هندراب ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است.

شستن دست‌ها با آب و صابون در موارد ذیل الزامی است:

- در صورت رویت آلودگی واضح دست‌ها با مواد پروتئینی یا کثیفی دست‌ها
- قبل از غذا خوردن
- بعد از رفتن به دستشویی
- در صورت شک مواجهه با باسیل آنتراکس یا هر باکتری اسپورزا
- پس از هر ۵ یا ۶ بار الکل راب کردن یکبار شستشوی دست مفید است

وسایل حفاظت فردی

استفاده از وسایل حفاظت فردی باعث ایجاد سد فیزیکی بین میکروارگانیسم‌ها و فرد استفاده کننده می‌شود. باید به خاطر داشت که استفاده از این وسایل جایگزین اصول بنیادی کنترل عفونت از جمله بهداشت دست‌ها نخواهد بود.

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی:

۱. **بهداشت دست:** قبل از پوشیدن وسایل حفاظت فردی بهداشت دست خود را رعایت کنید



۲. پوشیدن گان: گان را به گونه ای بپوشید که از دور گردن تا زیر زانوها و دست ها و مچ ها را کاملاً بپوشاند

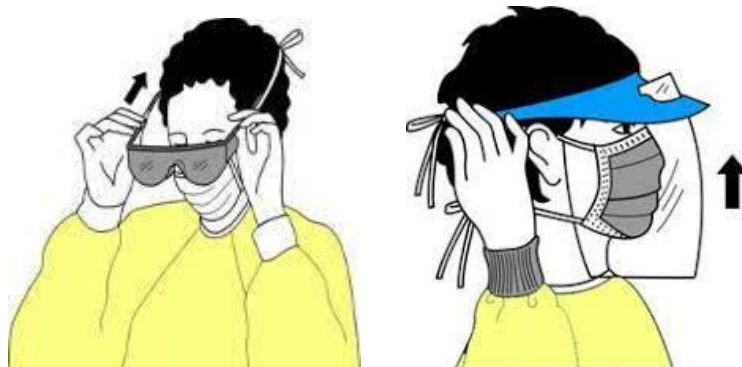


پایین ماسک را زیر چانه فیکس

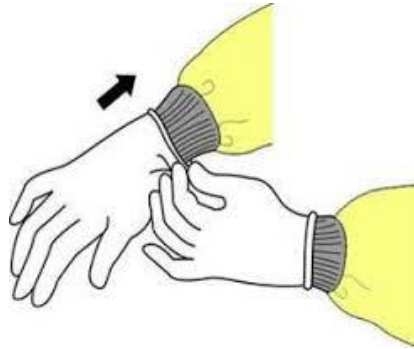
۳. زدن ماسک: بالای ماسک ,
کنید



۴. عینک یا محافظ صورت: محافظ صورت را روی صورت به گونه ای قرار دهید که نقاب آن بالای پیشانی و محافظ، صورت را کاملاً بپوشاند

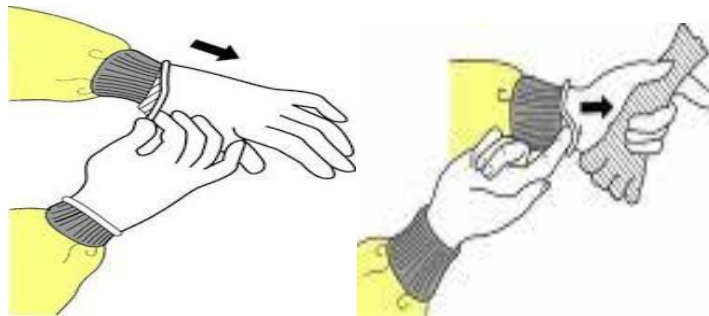


۵. پوشیدن دستکش: دستکش را به گونه ای بپوشید که کامل روی کشف آستین قرار گرفته و مچ ها را بپوشاند



ترتیب خارج کردن وسایل حفاظت فردی:

۱. خارج کردن دستکش: قسمت خارجی دستکش را با دست مقابل که هنوز دستکش دارد گرفته، آن را خارج کنید. دستکش دست مقابل را با قرار دادن انگشت در سطح داخلی دستکش که تمیز است خارج نمایید. دستکش را در سطل عفونی دفع نمایید.



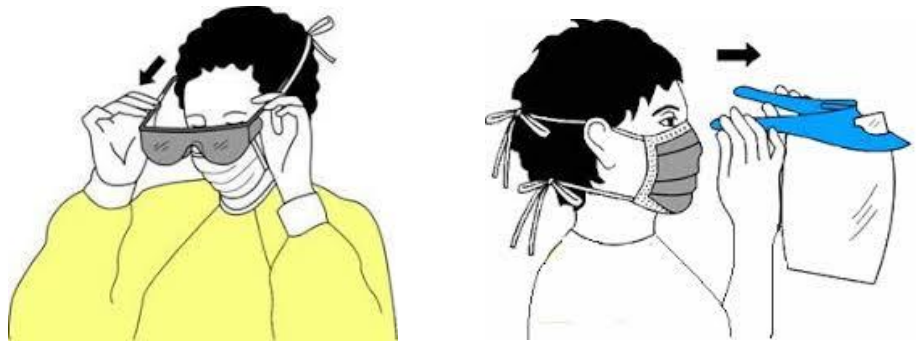
۲. بهداشت دست: بعد از خارج کردن دستکش، بهداشت دست خود را رعایت کنید



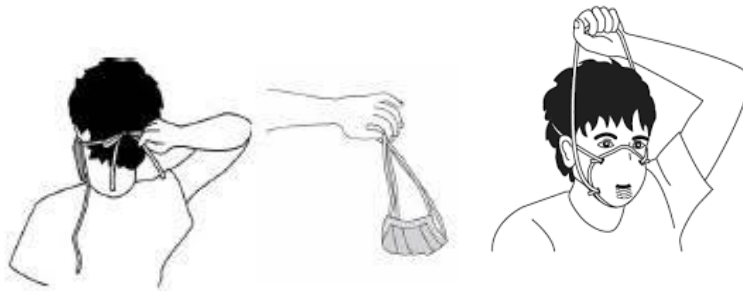
۳. خارج کردن گان: بندهای گان را باز کنید و گان را طوری جمع کنید که دست ها فقط با قسمت داخلی گان در تماس باشند.



۴. **خارج کردن عینک یا محافظ صورت:** دسته عینک را از پشت گوش و محافظ صورت را از پشت سرها کنید



۵. **خارج کردن ماسک:** ابتدا بند پایین را باز کنید و سپس بند فوقانی را باز کنید و ماسک را در سطل زباله عفونی بیندازید



۶. **بهداشت دست:** بعد از خارج کردن ماسک، بهداشت دست خود را رعایت کنید



مدیریت مواجهه شغلی

تعریف مواجهه: 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 که می‌تواند پرسنل بهداشتی را در معرض عفونت HBV، HIV و HCV قرار دهد.

مایعات بالقوه عفونت‌زا: خون مهمترین مایع بدن است که می‌تواند عفونت‌زا باشد. مایعات زیر نیز بالقوه عفونت‌زا محسوب می‌شوند: مایع مغزی نخاعی، مایع سینوویال، مایع پلور، مایع صفاقی، مایع پریکارد و مایع آمنیوتیک. ادرار، بزاق، خلط، مدفوع، مواد استفراغی، ترشحات بینی، اشک و عرق عفونت‌زا نیستند، مگر اینکه خون در آنها مشاهده شود.

در صورت بریدگی پوست با سر سوزن یا شیء تیز و برنده:

- فوراً محل آسیب را با آب و صابون بشویید.
- محل ورود شیء را زیر آب روان قرار دهید تا زمانی که خونریزی متوقف شود.
- اگر آب روان در دسترس نیست محل را با محلول‌ها یا ژل شوینده دست تمیز کنید.
- از فشردن یا مکیدن محل آسیب خودداری کنید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به مخاطات یا پوست نا سالم:

- فوراً محل را با آب روان بشویید.
- اگر آب روان در دسترس نیست از مواد شوینده ضد عفونی کننده ضعیف مثل محلول کلرهگزیدین ۰.۲٪ - ۴ استفاده کنید.
- از پانسمان خودداری کنید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به چشم:

- فوراً چشم های مواجهه یافته را با آب معمولی یا نرمال سالین بشوئید. (مواجهه یافته را روی یک صندلی بنشانید، سر او را به عقب خم کنید، چشم را از آب یا نرمال سالین پر کنید و سپس پلک ها را به بالا و پایین بکشید).

- در صورت داشتن لنز روی چشم، آن ها را خارج کنید و طبق روش فوق آن ها را بشوئید.

- در چشم از صابون یا مواد ضد عفونی کننده استفاده نکنید.

در صورت پاشیدن خون یا مایعات بدن به دهان:

- فوراً خون یا مایع را به بیرون بریزید

- با آب یا سرم نمکی دهان را کامل بشوید و بیرون بریزید. و چندین بار تکرار کنید در دهان صابون یا مواد ضد عفونی کننده بکار نبرید.

در صورت بروز مواجهه شغلی پس از انجام شستشو، در اسرع وقت به کارشناس کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی اطلاع دهید. فرم مواجهه شغلی را تکمیل کرده و با دریافت مشاوره اقدام به ارسال آزمایشات برای بیمار و خودتان نمایید.

آتش نشانی

شناخت آتش: فرایند تبدیل ماده به کربن، گرما و نور را آتش گویند. هرگاه سه عنصر حرارت، مواد سوختنی و اکسیژن در یک زمان و یک مکان با هم جمع شوند آتش پدیدمی آید که به مثلث آتش معروف است.

روشهای عمومی اطفاء حریق:

اصولاً اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق (حرارت، اکسیژن، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد، حریق مهار می شود.

روشهای عمومی بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد:

الف- سرد کردن

ب- خفه کردن

ج- سد کردن یا حذف ماده سوختن

د- کنترل واکنش های زنجیره ای

سرد کردن:

یک روش قدیمی و متداول و موثر برای کنترل حریق، **سرد کردن** است. این عمل عمدتاً با آب انجام می گیرد. یکی از خواص گاز دی اکسید کربن نیز سرد کردن آتش می باشد. میزان و روش آب در اطفاء حریق اهمیت دارد. بکار گیری این روش برای حریق های دسته A مناسب می باشد

خفه کردن:

خفه کردن، پوشاندن روی آتش با موادی است که مانع رسیدن اکسیژن به محوطه آتش گردد. این روش اگرچه در همه حریق ها مؤثر نیست ولی روش مطلوبی برای اکثر حریق ها می باشد. مورد استثناء موادی است که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند مانند: نیترات و زنجیره های آلی اکسیژن دار مثل پراکسید های آلی $R-O-O-H - R-COOR$

– ۳۰-۳۰

همچنین موادی که سرعت آتش گیری در آن ها زیاد است مانند دینامیت، سدیم، پتاسیم که از این قاعده مستثنی هستند.

موادی که برای خفه کردن بکار می روند بایستی سنگین تر از هوا بوده و یا حالت پوششی داشته باشند. خاک، شن، ماسه پتوی خیس نیز این کار را می توانند انجام دهند.

حذف مواد سوختنی:

این روش در ابتدای بروز حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان، جابجا کردن مواد، جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده، کشیدن دیوارهای حائل و یا خاکریز و همچنین رقیق کردن ماده سوختنی مایع را شامل می گردد.

مواد خاموش کننده

آتش موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در ۴ دسته قرار می گیرند
بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزمان استفاده نمود. طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریق ها دارای مزایا و معایبی می باشند. این گروه شامل گروه های زیر است:

➤ مواد سرد کننده (آب- CO_2)

➤ مواد خفه کننده (کف خاک - ماسه و CO_2)

➤ مواد رقیق کننده هوا ($CO_2 - N_2$)

➤ مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی

استفاده از آب برای کنترل حریق یکی از ساده ترین و در عین حال مؤثر ترین روشی است که تمام افراد با آن آشنا می باشند. همان اندازه که استفاده از آب می تواند در خاموش کردن آتش مفید باشد به همان اندازه هم می تواند در استفاده نابجا ایجاد مخاطره و گسترش حریق یا خسارات نماید.

مزایای آب:

۱. فراوان و ارزان است، خصوصاً که برای این منظور تصفیه کامل آن لازم نیست.

۲. ویسکوزیته پایین و قابلیت انتقال آسان داشته و در مجاری فلزی، لاستیکی و برزنتی براحتی جاری می شود.

۳. دارای ظرفیت گرمایی ویژه بالایی بوده که آن را بصورت یک سرد کننده مطلوب مطرح می کند . ظرفیت گرمایی آب ۵ برابر آلومینیوم و ۱۰ برابر روی و مس می باشد . مهمتر از آن اینکه گرمای نهان تبخیر آب بسیار بالا بوده و گرمای زیادی هنگام تبخیر جذب می کند.

۴. غیر قابل تجزیه بر اثر حرارت است، حتی در دمای بالا نیز تجزیه نمی شود . بطوری که در ۲۰۰۰ درجه سانتیگراد تنها یک دهم مولکولهایش تجزیه می شوند توان سرد کنندگی بالایی دارد بطوری که در حجم مساوی ۵,۵ برابر سرد کننده تر از CO2 است.

۵. هر لیتر آب می تواند هنگام تبخیر حدود ۵۵۰ کیلو کالری گرما جذب نماید و هر متر مکعب آب نیز برای افزایش دمایی به اندازه ۱۰ درجه گرمایی حدود ۱۰۰۰۰ کیلو کالری گرما جذب می کند.

معایب آب:

- سنگین وزن است لذا حمل و نقل آن در اطفاء متحرک مشکل است.
- هادی الکتریسیته است، در محل هایی که جریان برق وجود دارد، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.
- آب دارای خطر تخریب است، زمانی که آب تحت فشار پاشیده شود قدرت تخریب بالایی دارد کهگاهی کمتر از خود حریق نیست..
- هنگام اطفاء حریق مواد و محصولات در اثر ترکیب با آب دچار خسارت می گردند . مانند داروها، اثاثیه، کارتن های بسته بندی، رنگها و محصولات تولیدی .
- به خاطر افزایش حجم آب هنگام تبخیر در هنگام پاشیدن به روی مایعات قابل اشتعال مثل نفت یاروغن باعث پرتاب شدن مایعات، انفجار و پاشش آن شده و گسترش حریق را باعث می شود.
- بدلیل کشش سطحی آب نفوذ آن به داخل تل مواد (تل ذغال سنگ ، خاک اره و مانند آن) محدوداست.

کف آتش نشانی

کف بصورت محلول تهیه می گردد . کف در هنگام پاشیده شدن توسط سر لوله کف ساز با هوا و آب مخلوط شده و حباب سازی می گردد . کف در هنگام استفاده، با گسترش فراوانی که دارد می تواند روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن و صعود گازهای ناشی از حریق می گردد.

نکته مهم در استفاده از کف، توسعه خوب آن و پخش شدن روی سطح ماده احتراقی مخصوصاً مایعات قابل اشتعال بدلیل سبکی آن می باشد.

پودر های خاموش کننده استفاده از برخی از مواد شیمیایی که معمولاً دارای بنیان کربنات، سولفات یا فسفات می باشند یکی از راه های متداول و ساده برای خاموش کردن آتش از طریق خفه کردن آن است. این ترکیبات براحتی برای اطفاء انواع حریق A ، B ، C بکار می روند . به همین دلیل در استفاده های عمومی معمولاً این ترکیب خاموش کننده توصیه می شود . به این ترکیبات پودر شیمیایی گفته می شود.

پودر شیمیایی اگر چه برای حریق A دسته کاربرد دارد ولی بدلیل اقتصادی توصیه نمی گردد مگر اینکه مواد در حال اشتعال پر بها باشند یا استفاده از آب ماهیت آنها را تغییر دهد . پودر شیمیایی روی حریق پاشیده شده و باعث پوشاندن آتش و جلوگیری از رسیدن اکسیژن می گردد.

پودر ها در حرارت بالای ۶۰ درجه سانتیگراد پایداری خوبی ندارند و امکان چسبندگی آنها در کپسول زیاد می گردد . قطر دانه های پودر بسته به نوع مواد و شرکت سازنده ۷۲ - ۱۵ میکرون می باشد . هرچه قطر ذرات ریزتر باشد پودر موثرتر است . پودر شیمیایی تحت فشار ازت یا CO₂ در سطح قاعده حریق به صورت جارویی پاشیده شده و در صورتی که افراد آموزش کافی دیده باشد براحتی آتش را خاموش می نمایند.

پودر خشک این پودر برای خاموش کردن حریق فلزات قابل اشتعال مثل سدیم، پتاسیم، منیزیم و مانند آن بکار می رود .

گاز CO₂ دی اکسید کربن گازی است غیر قابل احتراق، بی بو، غیر سمی و سنگین تر از هوا که دارای چگالی ۵ / ۷ بوده و هادی الکتریسیته نیست . مکانیسم عمل آن هنگام حریق به سه صورت است:

اول خفه کردن آتش با تشکیل یک لایه سنگین مقاوم در مقابل عبور هوا،

دوم رقیق کردن اکسیژن هوا در اطراف محوطه حریق و

سوم سرد کردن آتش.

یکی از خصوصیات مهم گاز CO₂ این است که باعث خسارت به مواد موجود در محیط حریق نمی شود لذا در مواردی که مواد با ارزش دچار حریق می شوند مناسب تر از آب است CO₂ برای حریق های الکتریکی و الکترونیکی بسیار مناسب است زیرا بدلیل عدم هدایت برق و عدم وجود مواد باقیمانده باعث اتصال یا خرابی نمی گردد.

ترکیبات هالوژنه (هالن) مواد هالوژنه از مشتقات CH₄ و H₂C₆ می باشند که بجای یک یا چند عنصر هالوژنه شامل (F-CL-BR-ا جایگزین شده است.

هالن در هنگام اطفاء بدون بجای گذاشتن اثرات تخریبی و باقیمانده بر روی مواد و دستگاه ها می تواند بطور بسیار موثری ایفای نقش نماید مکانیسم اثر هالن تا حدودی مشابه CO₂ بوده و چون سنگین تر از هوا هستند می توانند بسرعت روی حریق را پوشانده و مانع رسیدن اکسیژن گردند. بعلاوه پاشش این مواد بر روی حریق می تواند باعث رقیق شدن اکسیژن هوا در اطراف حریق شده و آن رامهار نماید . این مواد با نسبت افزایش حجم حدود برابر هنگام تغییر فاز از حالت مایع به بخار بیش از برابر افزایش حجم بیشتری نسبت به دی اکسید کربن دارند . به همین دلیل در وزن مساوی قدرت خاموش کنندگی آنها ۰ - ۳ برابر CO₂ می باشد . هالن می تواند در هنگام مجاورت با آتش از سرعت واکنش هایزنجیره ای بکاهد و بصورت موثرتری آتش را مهار نماید به همین دلیل در شرایط یکسان برای خاموش کردن آتش میزان مورد نیاز هالن کمتر از یک چهارم میزان CO₂ مورد نیاز برای اطفاء است خاموش کننده هالن برای محدوده های کوچک ولی مهم تجهیزات یا مواد قابل اشتعال مانند ماشینهای الکترونیکی و الکتریکی حریق های مواد جامد پر ارزش، سایت های دیسپاچینگ، مراکز مخابراتی و مانند آن کاربرد دارد . در آتش سوزی، سریع و دقیق فکر کردن حیاتی است، آتش به سرعت گسترش پیدا می کند بنابراین اولین اولویت شما، آگاه کردن افراد در معرض خطر است اگر در داخل ساختمان هستید، نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنید. همچنین باید فوراً به خدمات اورژانس اطلاع دهید، اما اگر این کار، خرو ج شما را از محل به تأخیر می اندازد، امنیت خود را به خطر نیندازید . افرادی که در آتش گیر افتاده اند، به سرعت دچار هراس می شوند. شما به عنوان ارایه کننده کمک های اولیه، می توانید با آرام کردن افرادی که رفتارشان احتمالاً ترس و دلهره را در دیگران تشدید می کند، از میزان هراس بکاهید

-تحت هیچ شرایطی از آسانسور استفاده نکنید.

- پس از ورود به محل حریق یا اشتعال، یک لحظه صبر کنید، محل را زیر نظر گرفته و فکر کنید و به سرعت وارد صحنه نشوید. امکان دارد مواد قابل اشتعال یا انفجار (مثل گاز یا دودهای سمی) یا خطر برق گرفتگی وجود داشته باشد. یک آتش سوزی جزیی می تواند در عرض چند دقیقه گسترش یافته، تبدیل به یک حریق جدی شود. اگر خطری شما را تهدید می کند، تا رسیدن خدمات اورژانس منتظر بمانید.

- هرگز اقدام به خاموش کردن آتش نکنید مگر آنکه پیش از آن به خدمات اورژانس اطلاع داده باشید و مطمئن باشید که خود را در معرض خطر قرار نمی دهید.

برای شروع و ادامه پیدا کردن حریق ۳ چیز باید وجود داشته باشد: جرقه آتش (یک جرقه الکتریکی یا شعله)؛ یک منبع سوخت (بنزین، چوب یا پارچه)؛ و اکسیژن (هوا) برای شکستن مثلث حریق باید یکی از این اجزا را حذف کنید. تمام مواد سوختنی را که می توانند به عنوان منبع سوخت برای آتش عمل کنند (مثل کاغذ و مقوا) از مسیر آتش دور کنید درها را به روی آتش ببندید تا منبع اکسیژن آن قطع شود شعله های آتش را با استفاده از پتو یا سایر مواد غیرقابل نفوذ، خفه کرده، مانع رسیدن اکسیژن به آن شوید.

ترک ساختمان در حال سوختن

هنگامی که آتش را در یک ساختمان مشاهده می کنید یا به آن مشکوک می شوید، نزدیک ترین آژیر حریق را فعال کنید سعی کنید بدون آنکه خود را در معرض خطر قرار دهید، به افراد کمک کنید تا ساختمان را ترک کنند. درها را پشت سر خود ببندید تا از گسترش آتش جلوگیری شود.

به دنبال راه های خروج از آتش و محلهایی برای تجمع بگردید. شما باید قبلاً عملیات تخلیه را در محل کار خود فرا گرفته باشید. وقتی با ساختمان های دیگری مواجه می شوید، نشانه های مربوط به راه های گریز اضطراری را دنبال کنید و دستورات (روی آنها) را انجام دهید

. کمک به گریز از ساختمان در حال سوختن: افراد را تشویق کنید که خونسرد اما سریع، ساختمان را از طریق نزدیک ترین خروجی امن ترک کنند. اگر مجبور به استفاده از راه پله هستید، مطمئن شوید که کسی عجله نخواهد کرد و خطر سقوط وجود ندارد.

دود و گاز

آتش سوزی در فضای بسته، جو خطرناکی ایجاد می کند که اکسیژن کمی دارد و ممکن است با مونوکسیدکربن و گازهای سمی آلوده شده باشد. هرگز وارد ساختمانی که در حال سوختن یا پر از گاز است نشوید و هرگز دری را که به محل آتش سوزی ختم می شود، باز نکنید. این کارها را به گروه خدمات اورژانس واگذار کنید.

اجتناب از دود و گاز در صورتی که در داخل ساختمان در حال سوختن هستید، اقداماتی برای اجتناب از استنشاق دود و گازهای مضر انجام دهید. فضای باز زیر در را مسدود کنید و نزدیک به کف اتاق قرار بگیرید تا با دود کمتری مواجه شوید.

انواع آتش:

کلاس A: جامدات از جمله کاغذ، چوب، پلاستیک، فرش، و اثاثیه

کلاس B: مایعات قابل اشتعال از جمله پارافین، بنزین، روغن

کلاس C: گازهای قابل اشتعال از جمله پروپان، بوتان

کلاس D: فلزات از جمله آلومینیوم، مگنزیوم

کلاس E: الکتریکی (برق)

کلاس F: روغن های خوراکی و چربی ها

انواع مختلف اطفای کننده ها

هر کدام از خاموش کننده ها مخصوص خاموش کردن بعضی از انواع آتش می باشند مهم است ماهیت خطرات آتش سوزی را بدانیم قبل از اینکه تصمیم به اطفای آن کنیم

چهار نوع مشهور آن:

➤ آب

➤ گاز دی اکسید کربن

➤ فوم

➤ پودر خشک

استاندارد علامت گذاری کپسول های اطفا حریق بر حسب نوع کاربرد کپسول های اطفا حریق نشانه گذاری می شوند.

آب

برای آتش کلاس A استفاده نمایند
برچسب یا نوار قرمز رنگ داشته باشد
آب تحت فشار می باشد
آمپر فشار داشته باشد

دی اکسید کربن

استفاده نمایند C، B، E برای آتش های کلاس
برچسب یا نوار مشکی دارد
نازل سخت و پلاستیکی دارد
نشانهگر فشار ندارد

پودر خشک

استفاده می شود E ، A ، B، C، D برای آتش های کلاسی
برچسب یا نوار آبی رنگی دارد
ذرات پودر تحت فشار می باشند
نشانهگر فشار سنج دارد

فوم

استفاده می شود A ، B برای آتش های کلاس
برچسب یا نوار کرم رنگی دارد

طوری استفاده می شود که همانند یک پتو روی سطح آتش را می پوشاند و ازدوباره شعله ور شدن آن جلوگیری می کند و خاصیت سر کنندگی نیز دارد.

شیمیایی تر

استفاده نماید F برای آتش نوع

دارای برچسب یا نوار زرد رنگ است

با روغن واکنش شیمیایی انجام می دهد و از شعله ور شدن آن جلوگیری می کند

انتخاب صحیح نوع خاموش کننده با توجه به کلاس آتش

انواع مواد اطفای حریق

خاموش کننده های پودری:

در گذشته نحوه استفاده از پودر شیمیایی بدین ترتیب بود که تعدادی قوطی یا ظروف به اشکال مختلف را از پودر پر می کردند و در جاهای مناسب قرار می دادند و به محض شروع آتش سوزی افراد مسئول درب قوطی ها را باز کرده و پودر آن را بر روی آتش می پاشیدند که در اغلب این موارد این تکنیک با ناکامی مواجه می شد ولی با گذشت زمان برای پاشیدن پودر بر روی آتش دستگاه های خاموش کننده پودر طراحی و ساخته شد . پودر شیمیایی و پودر خشک عبارتند از گرد بعضی از

مواد شیمیایی مانند کربناتها، سولفات ها و فسفاتها که جهت خاموش کردن حریقها به کار می رود.

خاموش کننده های گاز کربنیک:

از سالها قبل گاز کربنیک (CO₂) (به عنوان یک گاز آتش نشانی در دستگاه های ثابت اتوماتیک، خاموش کننده های دستی و چرخدار مورد استفاده قرار گرفت و اکنون نیز مصرف فراوانی دارد.

گاز CO₂ غیر قابل احتراق، بی بو، خنثی . خنک و غیر سمی است و هادی الکتریسیه نمی باشد. وزن آن سنگین تر از هواست، لذا در صورت پرتاب روی حریق، اکسیژن را خارج و خود جانشین آن می گردد . در حقیقت با تقلیل درصد

اکسیژن هوا موجب اطفای حریق می شود CO₂ جامد یا یخ خشک در ۷۲۲ - درجه زیر صفر به دست می آید که در - ۱۹ درجه به سرعت از حالت جامدی بدون اینکه به حالت مایع درآید به صورت بخار گاز در می آید

خاموش کننده های مولد کف:

کف مورد مصرف برای اطفای حریق، مایعی است که در صورت پرتاب آن بر روی مواد در حال اشتعال به سرعت روی آتش را پوشانده و مانع برخاستن گاز قابل اشتعال از روی مواد می گردد، و با پوشاندن سطح ماده در حال اشتعال از رسیدن اکسیژن هوا به آتش جلوگیری به عمل می آورد.

وزن مخصوص آن کمتر از وزن مخصوص مواد و مایعات قابل اشتعال است لذا در سطح آن شناور گشته و پایین نمی رود

خاموش کننده های هالوژنه:

مواد هالوژنه خاموش کننده هایی هستند که مکانیسم خاموش کردن آن شباهت زیادی به گاز CO₂ دارد، بدین معنی که بعلت سنگین تر بودن از هوا به سرعت روی حریق را پوشانده و جانشین هوا می شود و مادهسوزان را از اکسیژن محیط محروم می سازد. این مواد وقتی از خاموش کننده خارج و در محیط ریخته می شود به سرعت تبدیل به بخار و تبخیر میشود.

مدیریت بحران (Management Disaster)

عبارتست از وضعیتی که فراتر از توان روزانه یک بیمارستان باشد این وضعیت می تواند نتیجه مواد ذیل باشد:

حادثه غیر مترقبه ای که تعداد زیادی کشته و مجروح بدنبال داشته باشد .

حضور مجروحان با بیمارانیکه درمان آنها در توان اورژانس بیمارستان نباشد .

نحوه اجرای برنامه بحران در بیمارستان بلافاصله پس از ایجاد حادثه کمیته مقابله با حوادث غیر مترقبه با اعضا زیر تشکیل

میگردد:

رئیس بیمارستان

سرپرستاران بخشها

مترون بیمارستان

رابط حراست

رؤسای واحدهای اداری و مالی

مسئول تاسیسات

مسئول بهداشت

نماینده ستاد حوادث غیر مترقبه شهرستان /منطقه

هدف کلی: سازماندهی و هدایت مرکز عملیات اضطراری

■ فرایند عملیات:

هشدار: به دنبال دستور از رئیس ستاد بحران دانشگاه، این واحد فعال میشود

شروع عملیات: فراخوان نیروها اعلام وضعیت بحران به نیروهای خود و اطلاع به مسئول امنیت و بسیج سوپروایزر کشیک

و پزشک اورژانس رؤسای بخشها و فعال نمودن روابط عمومی

خاتمه: به دنبال دستور صادره از رئیس ستاد بحران دانشگاه، خاتمه عملیات اعلام گردد.

دستورالعمل:

اقدام به برگزاری جلسه ویژه با رئیس بخش عملیات و مدیران مسئول آزمایشگاه، رادیولوژی سوپر وایزر کشیک در طی مدت کوتاه حداکثر ۲۱ دقیقه اعلام سریع شروع عملیات به متخصص جراحی و پزشک اورژانس مبنی بر راه اندازی عملیات، دریافت گزارشات اولیه در مورد میزان تخریب ساختمان و تأسیسات، از مدیر پشتیبانی و دریافت تعداد وضعیت مراجعین از سوپروایزر کشیک، که تاکنون مراجعه نموده اند.

دستور به رؤسای بخش ها جهت ترخیص زودتر از موعد برخی از بیماران خاص، جهت دسترسی به تخت بیشتر.

دستور به سوپروایزر جهت هماهنگی با مدیر پشتیبانی از نظر هماهنگی با سایر مسئولین در امر تهیه لوازم و امکانات مورد نیاز پزشکان و داوطلبان از نظر فضا، غذا و امکانات دفتری و دارویی دستور به مسئول سوپر وایزر جهت هماهنگی با مدیر پشتیبانی از نظر فراهم نمودن نیازهای بستگان بیمار و هماهنگی با ارشد امنیت، دریافت اطلاعات و صدور مجوز انتشار اخبار پس از اطلاع از نظر صحت و سقم آن

■ مدیریت درمان

دستورالعمل:

صدور دستور ترخیص و انتقال بیماران قلبی و حذف برنامه های اکتیو بخش ها.

دستور عدم انجام خدمات روتین آزمایشگاه به رادیولوژی و برای بیماران قلبی غیر اورژانس.

استقرار مرکز عملیات در نزدیکی مرکز فرماندهی اورژانس.

دستور به تخلیه بیمارستان از بیماران غیر اورژانس.

اطلاع دادن مستمر به فرمانده حادثه در مورد میزان پیشرفت بخش عملیات.

کسب اطمینان از اینکه تعداد پرسنل و کافی بودن خدمات پاراکلینیک در محل عملیات.

سازماندهی تمام جنبه های بخش عملیات و به اجرا گذاشتن نظرات و پیشنهادات فرمانده حادثه و نظارت کامل بر کلیه زیر

مجموعه های خود در زمینه پاراکلینیک و....

اطمینان از کار علمی و تریاژ علمی عملیات و بازرسی محل های بیمارستان از نظر احتمال اشکالات در هر یک از مناطق.

■ واحد عملیات:

دستورالعمل: سازماندهی و هدایت تمامی جنبه های مرتبط با بخش عملیات، ارتباط با فرمانده حادثه، هماهنگی و نظارت بر زیر مجموعه های مدیریت بیماران، مدیریت درمان، خدمات پاراکلینیک و خدمات انسانی. برنامه ریزی برای تخلیه بیمارستان و برپایی درمان صحرائی. تدوین دستورالعمل ترخیص سریع و تعویق برنامه های الکتیو و اجرای آنها به هنگام بروز حادثه. سازماندهی، آموزش و برگزاری مانور. توجیه مدیران بخش عملیات در مورد موقعیت جاری و تهیه برنامه عملیاتی بخش

و تعیین زمان

جلسات توجیهی بعدی مسئول واحد.

■ واحد پشتیبانی:

دستورالعمل:

سازماندهی و هدایت عملیات مرتبط با نگهداری فضای فیزیکی، میزان غذای کافی، سرپناه و منابع پشتیبانی کننده مقاصد پزشکی.

برنامه ریزی برای درمان فضای آزاد و شرایط نامناسب جوی.

بررسی و تعیین خطرات محتمل الوقوع سازه ای و غیر سازه ای و برنامه ریزی برای آنها.

تعیین مکانهای مختلف مورد نیاز پس از وقوع حادثه در نظر گرفتن مکانهای جانشین.

تشکیل تیمهای مجهز بررسی آسیب و تدوین برنامه های آموزشی برای آنها.

برنامه ریزی برای تامین کلیه نیازهای بیمارستان جهت خود کفایی ۲۸ ساعته بادر نظر گرفتن تعداد مصدومین پرسنل و داوطلبین.

هماهنگی با سازمانهای اطراف مانند مدارس، مساجد، ورزشگاهها و... برای جلب حمایتهای مختلف.
برنامه ریزی برای جیره بندی تجهیزات، غذا، آب، سوخت و.....

■ تریاژ قرمز

هدف کلی: تسهیل درمان و نظم بیماران در واحد درمان فوری و خیلی فوری (این بیماران دارای شوک و هیپوکسی شدید هستند ولی میتوانند زنده بمانند)

دستورالعمل:

گرفتن سریع فشار خون و بررسی وضعیت تنفسی بیماران و آماده کردن وسایل مورد نیاز جهت نقل و انتقال بیماران جهت جابجایی داخل اورژانس.

درخواست نیروی کمکی و خدمات از مسئول واحد پرسنلی.

فراهم نمودن مکان به گونه ای که بتوان وسایل مورد نظر را در آنجا قرار داد.

اطمینان از نظم و جابجایی سریع بیماران درمان شده از منطقه درمان فوری.

گزارش منظم و مکرر وضعیت به مترون بیمارستان.

فراهم نمودن امکانات لازم در محل به گونه ای که بتوان هرچه سریعتر بیماران را به داخل بیمارستان و اتاق احیاء انتقال داد.

■ تریاژ زرد

هدف کلی: تسهیل در درمان بیماران منطقه درمان تاخیری

اولویت دوم: بیمارانی که هنوز وارد شوک یا هیپوکسی نشده اند، با مراقبت مناسب میتوان بیمار را تا ۲۱ - ۹۹ دقیقه پایدار نگه داشت.

دستورالعمل:

در نظر گرفتن تمامی نیروهای و افراد داوطلب و بیماران که احتمالاً در حال سیر به سمت رفتارهای ناهنجار هستند.

در نظر گرفتن نیروهای اضافه در محل و انتقال آنها به واحد دیگر با هماهنگی سوپر وایزر.

اطمینان از وضعیت بیماران این دسته و اطمینان از عدم تغییر شرایط بالینی این بیماران تبدیل آنها به تریاژ به رنگ دیگر.

فراهم کردن وسایل مورد نیاز برای انتقال بیماران برای حمل و نقل صحیح بیمار.

اطمینان حاصل نمودن از نیروها و وسایل کافی در منطقه درمان تاخیری.

■ تریاژ سبز

هدف کلی: هماهنگی مراقبتهای محدود از بیماران تریاژ

اولویت سوم: بیماران غیر فوری و بدون عوارض سیستمیک، بیمارانی که وضعیتشان با حداقل مراقبت تا ساعات آینده احتمالاً

وخیم تر نخواهد شد.

دستور العمل:

تصمیم گیری در زمینه ترخیص فوری مصدومین سرپایی و اقدامات سرپایی و آتل و گچ.

تصمیم گیری در زمینه ترخیص بیماران با خطر کمتر و نداشتن صدمات حیاتی.

اطلاع رسانی مداوم به مسئول شیفت بیمارستان.

بررسی تعداد موجود پرسنل نسبت به بار کاری محل طوری که نیروهایی که در محل بدون استفاده و یا دارای استفاده محدود

هستند به مناطق دیگر ارجاع نماید.

بررسی مجدد بیماران موجود در تریاژ سبز بعد از گذشت چند ساعت و اطمینان از اینکه این بیماران به گروه تریاژی با رنگ

قرمز تبدیل نشده باشند.

جمع آوری و درخواست وسایل آتل سیمی و بانداژ و... در محل و هماهنگی با داروخانه جهت فراهم نمودن هرچه سریعتر این

امکانات

■ کد سیاه (واحد سردخانه)

دستورالعمل:

جمع آوری و محافظت از جسد های متوفیان و تعیین فردی که متوفیان را تعیین هویت نماید .

هماهنگی کامل با مسئول واحد اعزام و ترخیص بیمارستان

برنامه ریزی جهت تحویل سریعتر اجساد به خانواده ها و ثبت کلیه فرآیندها .

هماهنگی با رزیدنت مقیم از نظر معاینه مجدد اجساد از نظر احتمال زنده بودن بعضی اجساد .

هماهنگی با مسئول ترابری جهت انتقال بیماران فوت شده .

عودت دادن برانکارد ویا وسایلی که بیمار را از محل تریاژ به سردخانه منتقل کرده اند .

تکمیل فرم مشخصات جسد .

نگهداری دقیق فرم بیماران فوتی جهت تحویل به سوپر وایزر .

حفظ و نگهداری اشیاء و لوازم قیمتی اجساد با هماهنگی نیروی انتظامی و حراست .

بچسب زدن به تمام اجساد تا بتوان اجسادى که معاینه شده اند را از بقیه اجساد تشخیص داد .

اطلاع آمار اجساد وفوت به سوپر وایزر .

اقدام به ضد عفونی کردن اجساد.

■ واحد نگهداری واحد امنیت و انتظامات

دستورالعمل:

محدود کردن ملاقات کنندگان بخش ها و کنترل ورود خروج پرسنل و کودکان و اموال بیمارستانی و حتی اجساد و کلیه لوازم

همراه بیماران و عدم اجازه کار کردن به افرادی که دارای کارت ویژه شناسایی نمی باشد.

ایجاد رابطه با پلیس منطقه مبنی بر ارسال نیروی کمکی به محل و ارسال تقاضا جهت وارد شدن نیروی راهنمایی رانندگی جهت کنترل خیابان های منتهی به بیمارستان و داشتن نیروی از قبیل تعیین شده مبنی بر ثبت تمام فعالیت ها و مشاهدات و اعلام هشدار به مدیران بخش ها مبنی بر مشاهده هرگونه مورد مشکوک و خطرناک در محل و حفاظت از کلیه مناطق بیمارستان و محافظت از اموال پزشکی که به هر دلیل از داخل بیمارستان به فضای خارج بیمارستان انتقال می یابد و گزارش مستمر

به فرمانده حادثه.

هماهنگی با نزدیک ترین بانک به محل جهت انتقال وجوهات با ارزش بیماران و درآمد های مالی بیمارستان به آن محل

■ واحد مخابرات

هدف: سازماندهی ارتباطات داخلی و خارجی

دستورالعمل:

ایجاد یک پایگاه در نزدیک مرکز فرماندهی و حفظ در برقراری سیستم تلفن وی سم بیمارستان.

فرستادن افراد از قبل تعیین شده با بی سیم به مناطق مختلف بیمارستان جهت ارتباط هرچه بیشتر با واحد های مختلف و مرکز فرماندهی.

مستند نمودن تمام ارتباطات که از طریق شبکه ارتباطی منتقل می گردد.

مهیا نمودن سیستم های مخابراتی اضطراری در صورت بروز آسیب در شبکه مخابراتی عادی بیمارستان برقراری ارتباط با بیمارستان و سایر مراکز از قبیل تعیین شده.

تماس با مرکز مخابرات مبنی بر فرستادن امکانات مخابرات مجهز ماهواره ای به محل.

مهیا نمودن یک یا دو خط مخابراتی و دسترس قراد دادن آنها به همراهان بیمار که در محیط بیمارستان قرار دارند.

پرهیز از برقراری ارتباط در مورد تلفن های غیر ضروری پرسنل.

هدف کلی: سازماندهی ذخایر غذایی و آب در طی مدت عملیات

دستورالعمل:

برآورد سریع تعداد وعده های غذایی و اجرای سریع برنامه جیره بندی غذایی

تعیین میزان ذخایر آب آشامیدنی و موجودی ذخایر اضطراری

توزیع غذا و آب بین همراهان و بستگان بیماران با نظارت مترون بیمارستان

فراهم نمودن محل صرف غذا برای پرسنل و تهیه غذا و محل تهیه غذا

دریافت و ثبت کامل مواد غذایی اهدایی و کنترل توسط مسئول بهداشتی محل عملیات و انتقال و جابجایی آنها به محل

امن و عاری از عفونت

درخواست امکانات آشپزخانه ای از خارج بیمارستان توسط سوپروایزر تا در صورت امکان بتوانند در شرایط ضروری در محیط

فیزیکی محیط بیمارستان آشپزخانه اورژانس بر پا کنند.

تماس مستقیم و مستمر از نظر آمار وضعیت فعلی و نیاز احتمالی در آینده

■ واحد تاسیسات

هدف: رسیدگی سریع به تخریبات احتمالی

دستورالعمل:

تعیین سریع کمیت و کیفیت منابع انسانی و مشخص نمودن آسیب وارده به محل بیمارستان و مختصات احتمالی برای

امنیت جانی افراد.

در نظر گرفتن خطر آتش سوزی در محل و انتخاب فرد مورد نظر جهت کنترل آن.

تعیین مناطق ناامن بیمارستان و اعلام به سوپروایزر مبنی بر تخلیه آن محل.

تعیین محل از نظر اولویت بندی تعمیرات در آن مناطق.

بازدید مستمر از کلیه مناطق بیمارستان و ثبت مناطق پر خطر و حتی عکس گرفتن از آنها و اعلام به سوپروایزر.

کنترل مرتب سیستم فاضلاب از نظر عدم انتشار فضولات به مکان های عملیات.
برقراری جلسات متعدد با مدیر پشتیبانی جهت انجام وضعیت های بحران تأسیساتی محل.
فرستادن افراد جهت تعمیر فوری آسیب های آب و برق و ارتباطات بیمارستان.
اطلاع به مدیر پشتیبانی جهت فراهم نمودن امکانات و لوازم تأسیساتی و سخت افزار.
نظارت بر کار آسانسورها علامت گذاری کردن سریع مبنی بر هدایت بیماران از محل خروج اضطراری.

■ واحد رسانه و روابط عمومی

هدف کلی: ارائه اطلاعات به مطبوعات و روابط مرکز فرماندهی حادثه با سایر واحد ها
دستورالعمل:

تعیین سریع یک مکان مناسب با فاصله از مرکز عملیات جهت استقرار خبرنگاران.
درخواست کمک از سایر بیمارستان ها.

ایجاد هماهنگی سریع با مسئول اداری مالی (پذیرش) ، پارکینگ ، داروخانه ، تدارکات ، سردخانه ، پشتیبانی از طریق افرادی که از قبل به عنوان مسئول انتخاب شده اند.

اطلاع از تعداد بیمارانی که تحت پذیرش و درمان هستند و اطلاع کامل از هر گونه کمبود موجود یا احتمالی در آینده از نظر پرسنل یا دارو یا انبار یا وسایل پارکینگ و اطلاع کامل از مصدومین و حتی موارد فوت که به بیمارستان وارد و یا از بیمارستان خارج شده اند.

ارتباط با کلیه بخش ها و داشتن اطلاعات از کلیه قسمت های بیمارستان همراه با ثبت موارد و سرکشی خود فرد و اطلاع به فرمانده حادثه به طور مستمر.

■ واحد داروخانه

هدف کلی: فراهم نمودن خدمات دارویی در حد مناسب

دستورالعمل:

فرستادن تکنسین دارویی همراه اورژانس از محل داروخانه به تریاژ و هماهنگی با پذیرش و امور مالی جهت ثبت و آمار آن.

تعیین اقلام دارویی مورد نیاز که در آینده احتمال اتمام آن وجود دارد.

هماهنگی با داروخانه مرکزی از طریق سوپروایزر مبنی بر آماده کردن داروهای اورژانس.

آمادگی پذیرش کمک های دارویی مردم در محل امن.

اطلاع به نیروی انتظامی در زمینه دریافت داروهای کمکی و امنیت انبار دارویی.

هماهنگی با مسئول تدارکات و انبار جهت انتقال داروهای ذخیره از انبار به محل داروخانه در شرایط استاندارد.

صرفه جویی در دادن دارو ها به بیماران.

ارسال گزارش کامل مبنی بر تعداد داروهای مصرفی.

ثبت کامل داروهای مصرفی و هزینه های دریافتی از بیماران.

اطمینان از دسترسی همه بیماران به دارو ها.

انتقال داروهای ترالی اورژانس به اتاق مبنی بر هماهنگی با مسئول واحد. CPR

■ واحد آزمایشگاه

هدف کلی: حفظ خدمات آزمایشگاه و فرآورده های خون و مدیریت فعالیت آزمایشگاه

حفظ خدمات آزمایشگاه و منابع خونی.

اولویت بندی آزمایشات انجام شده به اورژانسی و آزمایشات غیر اورژانس قبلی.

اطلاع به سایر بخش ها و بخش اورژانس مبنی بر عدم انجام آزمایشات روتین غیر اورژانس.

فرستادن شخصی جهت گرفتن خون اهدایی از همراهان.

درخواست تجهیزات و مواد مصرفی احتمالی اضافی از تدارکات و سوپروایزر و قرار دادن آنها در محل اورژانس.

فرستادن یک خونگیر و تکنسین تزریقات به محل تریاژ بیماران.

گزارش مستمر به سوپروایزر کشیک.

تماس با بانک خون در رابطه با آماده کردن و ارسال نیاز احتمالی به خون.

■ واحد انبار

تجهیزات ذخیره

تهیه برانکارد به تعداد حداقل ۴۱ عدد جهت حوادث.

تهیه آتل های فلزی جهت دست و پا هر کدام حداقل ۹۱ عدد.

تهیه ونتیلاتور پرتابل حداقل ۴ دستگاه.

تهیه مانیتورینگ حداقل ۲ دستگاه.

تدارکات اتاق عمل طبق اظهار نظر ایشان برای حادثه ۸۱ نفری.

تدارکات آزمایشگاه طبق اظهار نظر ایشان برای حادثه ۸۱ نفری.

دستگاه رادیولوژی پرتابل حداقل ۴ دستگاه.

ملافه حداقل ۴۱۱ عدد.

لباس برای بیماران حداقل ۹۱ دست.

بیسیم به تعداد کل واحد های تحت فرماندهی و نیز فرماندهان.

دوربین دیجیتال جهت عکسبرداری از مصدومان مجهول الهویه و نیز متوفیان.

کاور لباس به تعداد پرسنل با رنگهای مختلف.

کارت تریاژ

سیلندرهای پرتابل اکسیژن به همراه ماسک اکسیژن.

داروهای اورژانس.

■ واحد پرستاری و تریاژ

هدف کلی: نظارت و نگهداری خدمات عمومی پرستاری در بهترین سطح ممکن برای برآورده ساختن نیازهای بیماران تازه

پذیرفته شده و داخل بیمارستان

دستورالعمل:

برپایی منطقه تریاژ و مشورت با مسئول ترابری جهت تعیین محل تخلیه آمبولانس

تعیین تیم های تریاژ.

نظارت برانجام صحیح تریاژ در کلیه مناطق ورودی بیماران و الصاق صحیح کارت تریاژ.

ارزیابی اولیه بیماران و مشخص نمودن کسانی که مستعد ترخیص زودرس هستند.

تشکیل تیم مراقبت از بیماران به میزان مورد نیاز.

اطمینان از اجرای سیستم صحیح حمل و نقل بیماران.

تدوین برنامه پذیرش و تریاژ بیماران و سازماندهی و آموزش و برگزاری مانورهای دوره ای برای تیمهای تریاژ.

ملاقات با رئیس بخش عملیات جهت ارزیابی و برنامه ریزی مایحتاج پرسنل پرستاری و مراقبت از بیماران.

فراخوان پرسنل به تناسب.

تماس با ارشد امنیت و انتظامات برای مسائل ایمنی و نیازهای ترافیکی.

گزارش تجهیزات و موارد مورد نیاز برای جابجایی و مراقبت از بیماران.

■ واحد رادیولوژی

هدف کلی: حفظ خدمات رادیولوژی در سطح مناسب

دستورالعمل:

ارزیابی وجود تعداد فیلم های رادیولوژی و تماس با تدارکات.

رادیولوژی و سونوگرافی به محل ورود بیماران در تریاژ، جهت پیشگیری از ازدحام portable

فرستادن دستگاه ها در رادیولوژی و انجام سریع تر اقدامات ، توسط یک فرد مشخص جهت پیشگیری از سرقت و آسیب

احتمالی و تحویل به مسئول تریاژ.

اعلام عدم انجام گرافی های غیر اورژانس به سایر بخش ها و اورژانس.

گزارش خدمات انجام شده به طور مستمر به سوپر وایزر.

هماهنگی با پذیرش و امور مالی جهت ثبت اقدامات پرتابل انجام شده در تریاژ و مصرف هزینه های انجام شده

آتل و بانداژ در محل رادیولوژی با هماهنگی سوپر وایزر مهیا نمودن وسایل. CPR

اعلام سریع موارد شدیداً پاتولوژیک به عنوان مثال مایع آزاد یا هوا به پزشک تریاژ کننده به صورت تلفنی و سریع توسط

رزیدنت رادیولوژی.

■ واحد مددکاری

هدف کلی: هدایت و اسکان و تغذیه بستگان بیماران

دستورالعمل:

استقرار همراهان بیمار در محیطی که از قبل براساس نقشه توپوگرافیک مشخص گردیده است.

توجه ویژه به کودکان و سالمندان که در محیط بیمارستان بدون سرپرست رها شده اند.

ثبت مشخصات فردی و یا ظاهری افراد (در صورت کم سن بودن فرد) در دفتر ثبت اسامی.

نظارت و توجه به اجرای امکانات تغذیه ای و بهداشت در این قشر و تأمین نیاز های آنها.

هماهنگی با مسئول آشپز خانه ، تدارکات و پشتیبانی و انبار دار جهت تأمین نیازهای تغذیه ای، رفاهی، بهداشتی این افراد.

هماهنگی با مسئول مخابرات بیمارستان مبنی بر در اختیار گذاشتن یک یا دو خط ارتباطی جهت برقراری ارتباط همراهان موجود در بیمارستان با اقوام خود در خارج بیمارستان.

گزارش کامل وساعت به ساعت در رابطه با تعداد افراد اسکان یافته در محل ونحوه خدمات رسانی به آنها به سوپروایزر کشیک.

■ واحد اعزام و ترخیص

هدف کلی: کنترل موارد ترخیص ها وموارد اعزام

دستورالعمل:

اعزام بیماران غیر اورژانسی به سایر بیمارستان ها و یا اعزام بیماران خاص مراجعه کننده به اورژانس به سایر مراکز.

کمک به تسریع در روند ترخیص کنترل شده همراه با ثبت کلیه جزئیات و ثبت محلی که بیمار در آنجا تحت درمان بوده است.

افزایش تعداد پرسنل و تدارکات کافی در اتاق ترخیص جهت ساده تر کردن و سریع تر کردن فرایند ترخیص.

اعزام مصدومان نیازمند به اقدام بیشتر پس از هماهنگی با واحد ترابری.

نگهداری شماره پرونده بیمار و ثبت دقیق محل اعزام وی و ثبت خلاصه پرونده برای بیمار.

گزارش منظم و متوالی به سوپروایزر کشیک.

در صورتی که به علت ازدحام و شلوغی در دیگر منطقه بیمارستان اقدام به ترخیص بیماران می گردد ، فردی را جهت ثبت

پرونده و کنترل دقیق این فرایند اعزام نماید.

فتوکپی از پرونده بیمارانی که به هر دلیل اعزام می شوند نگه داشته شود.

■ واحد نظافت و بهداشت

هدف: تأمین بهداشت محل عملیات و نظارت بر بهداشت و فاضلاب محل

دستورالعمل:

نظارت بر فعال بودن مسائل نظافت بهداشتی و فاضلاب و آلودگی زدایی از محیط و افراد بیمار.

نظارت و کنترل بر آب آشامیدنی محیط.

فراهم نمودن کلر و سایر مواد تا در صورتی که با خرابی دستگاه تصفیه آب آشامیدنی رو برو شویم بتوان از آن استفاده نمود

جمع آوری و تفکیک و دفع زباله ها و مواد حاصل از تخریب سقف ساختمان.

فراخوان نیروهای خدمات جهت پاکسازی و نظافت بیمارستان و ضدعفونی کردن محل.

ایجاد توالت و حمام صحرائی در محل بیمارستان.

هماهنگی با شهرداری جهت انتقال زباله ها.

گزارش کامل به سوپروایزر کشیک.

کنترل به ایمن بودن مواد تغذیه ی دریافتی از اهدایی مردم و ضد عفونی کردن کنسرو ها قبل از مصرف

هماهنگی با سیستم واحد ارتباطات و مخابرات جهت اعلام مسائل بهداشت.

سم پاشی محل و جمع آوری غذاهای توزیع شده بین مردم.

■ واحد پذیرش

هدف کلی: ثبت مشخصات کلیه مصدومین

دستورالعمل:

ثبت مشخصات کلیه بیماران پذیرش شده و طبقه بندی جامع بیماران پذیرش شده از نظر سن ، جنس و ساعت ورود.

ثبت کلیه بیمارانی که به هر دلیل از بیمارستان خارج شدند یا با رضایت شخصی ترک کرده اند.

پر کردن کامل فرم پذیرش و تریاژ مصدومین و ثبت کامپیوتری آنها.

داشتن فردی که بتواند به منطقه تریاژ ورودی بیمارستان منتقل یابد و کلیه فرایندهای پذیرش تریاژ و کلیه مواردی که از آمبولانس در محل تریاژ تخلیه می شود را ثبت نماید

نصب کارت پذیرش بر برگه تریاژ تمام بیماران.

اقدام به ثبت تمام بیمارانی که به علت ازدحام و شلوغی اجباراً در سایر مناطق بیمارستان، در حال پذیرش هستند.

اطلاع مستمر به مدیر درمان در مورد آمار پذیرش شدگان.

■ واحد روانپزشکی

هدف کلی: فراهم کردن امنیت روانی بیماران و همراهان

دستورالعمل:

تشکیل تیم های متشکل از همکاران روانپزشکی، پرستاران بخش روانپزشکی و فرستادن آنها بین همراهان بیمار در صحنه

تشکیل جلسه ها با سوپروایزر کشیک جهت هماهنگی در برخورداری از یک سری وسایل سمعی و بصری جهت ایجاد آرامش و القاء امنیت از طریق پخش موسیقی های آرام.

حاضر شدن بر بالین بیماران فوتی و آسیب شدید ارگانی جهت پیشگیری از مشکلات روحی شدید

انتقال کودکان و خردسالان از صحنه پرهیجان به محل آرام و امن و ایجاد آرامش روحی در کودکان از طریق صحبت کردن و مهیا نمودن وسایل کمک روحی که در بخش روانپزشکی موجود می باشد.

تماس با مرکز روانپزشکی دیگر مبنی بر احتمال انتقال بعضی بیماران به آن مرکز.

هماهنگی با جامع روحانیت بیمارستان مبنی بر دادن آرامش روحی به همراهان بیماران و فوت شدگان.

هماهنگی با داروخانه در زمینه تجویز بعضی داروهای آرامبخش به بعضی افراد (بیمار یا همراهان) با واحد روانپزشکی و

هماهنگی با مترون بیمارستان مبنی و مهیا نمودن داروهای مورد نیاز

روانپزشکی --

مدیریت خطر

Risk management و مراحل آن:

وجود خطر: یک جزو اجتناب ناپذیر از زندگی است و بطور کامل نمی توان آنرا حذف کرد ولی می توان آنرا به حداقل رساند. همه جنبه های مراقبت های سلامتی نیز همراه با خطر است.

در گذشته مدیریت خطر در محیط بالینی با reactive یا واکنشی، بررسی می شد یعنی اینکه پس از نگاه بروز واقعه به تحلیل علل و عوامل آن پرداخته می شد تا از تکرار مجدد آن جلوگیری به عمل می آمد ولی اکنون بوده که در این شیوه احتمال خطر پذیرفته شده و به طور مناسب قبل از وقوع خطر مدیریت می شود تاکید بر شیوه پیشگیرانه یا proactive است.

در واقع، خطر، احتمال ایجاد یک اتفاق، ناخوشی و یا از دست دادن و یا فقدان سلامت بوده که به طور مداوم با آن مواجه هستیم. مانند مخاطرات موجود در جاده ها، محل کار، منزل و و ما پیوسته تلاش می کنیم که از آنها اجتناب کرده و یا به حداقل برسانیم. فرایند مدیریت خطر بالینی در مورد طراحی، سازماندهی و تعیین مسیر یک برنامه است که شناسایی، ارزیابی و نهایتاً کنترل خطر را شامل می شود.

این فرایند شامل سلسله مراتبی است که می تواند با یکدیگر همپوشانی داشته باشند و معمولاً یکپارچگی بین همه مراحل وجود دارد.

مرحله اول: ایجاد زمینه مناسب

برای مدیریت خطر بایستی مشخص شود که چگونه این خطرات مدیریت شوند برای مدیریت خطر باید مسائل اقتصادی سیاسی و قانونی در نظر گرفته شود معمولاً ذینفعان متفاوتی با نیازهای متفاوتی وجود دارند پس ضروری است که به نیازهای این افراد به طور مناسب پاسخ داده شود.

مرحله دوم: شناسایی ریسک

متدهای زیادی جهت شناسایی ریسک وجود دارد این متدها به صورت ترکیبی وجود دارد در این مرحله در واقع پس از بررسی سیر فرایندها و فعالیت های لازم و نقش افراد در انجام آنها و با توجه به شرح وظایف شغلی افراد مبادرت به شناسایی

خطراتی می نماییم که در هنگام اجرای این وظایف ممکن است رخ دهد و آنها را لیست کرده و به احتمال و شدت وقوع خطرات توجه می نماییم منطقی است که بلافاصله بعد از شناسایی ریسک آن را به طور مناسب مدیریت کنیم. رویکرد معمول برای در نظر گرفتن حوادث ناخواسته توجه به حوادث بعد از وقوع است به طور مثال خطر عوارض استفاده از داروها بعد از وقوع آنها توسط پرسنل درمانی و یا بر اساس اظهارات بیماران و جبران خسارت آنها بیان می شود. حوادثی که با خسارت مالی بیشتری همراه است فراوانی کمتری نسبت به حوادثی دارند که توسط پرسنل و بیماران اظهار می شوند بنابراین اگر فراوانی یا شدت خطا به تنهایی در نظر بگیریم احتمال تخمین کمتر یا بیشتر از حد خواهیم شد.

مرحله سوم: آنالیز خطر

پس از شناسایی خطر به منظور تعیین فعالیتی برای کاهش آن آنالیز صورت گیرد ایده آل این است که خطر از بین برود ولی معمولاً این هدف قابل دستیابی نیست و تلاش ها باید در جهت کاهش آنها صورت گیرد احتمال و شدت خطر را باید در نظر گرفت خطرات بالینی نادر ولی جدی مثل دیسکرازی خونی که به دنبال برخی دارو ها رخ می دهد را باید در کنار خطرات شایع ولی کمتر جدی مانند واکنش آلرژیک پوستی در نظر گرفت به طور مثال ممکن است امکان پذیر نباشد فردی را که احتمال دیسکرازی خونی به دنبال مصرف دارو دارد را شناسایی کرد پس باید احتمال بروز آن را پذیرفت گرچه تعداد زیادی از حوادث خفیف ممکن است به عنوان خطر های عمده و غیر قابل قبول در نظر گرفته شود در نتیجه گفته می شود که از مصرف این دارو باید اجتناب شود مگر این که استفاده از آن اجباری باشد.

مرحله چهارم: برخورد با خطر:

دامنه ای از انتخابها برای مقابله با خطرات بالینی قابل دسترس است. تصمیم گیری باید بر اساس هزینه مالی مقابله با خطر و هزینه بالقوه جبران آن خطر استوار باشد. هزینه جلوگیری از یک حادثه شدید ولی نادر ممکن است بسیار بیشتر از هزاران حادثه خفیف باشد.

شیوه های متعدد برای مقابله با خطر:

الف) کنترل خطر: در مورد خطرهای غیر قابل حذف گامهای پیشگیرانه بایستی به منظور به حداقل رساندن احتمال بروز آن برداشته شود مانند استفاده از راهنماهای بالینی، پروتکلها وسیر مراقبت مانند استفاده از گایدلان برای پیشگیری از ترومبوز پیش از عمل جراحی به منظور کاهش خطر ترومبوز عروق عمقی و آمبولی ریه.

ب) پذیرش خطر: در مواردی که وقوع خطر غیر قابل اجتناب باشد، حداقل این خطر باید شناخته شود و یک گام جلوتر از این گونه خطرات باشیم. یک مثال، خطر غیر قابل اجتناب خرابی هر گونه تجهیزات مانند پمپ انفوزیون و تدارک یک وسیله پشتیبانی در صورت بروز نقص فنی است.

ج) اجتناب از خطر:

این امکان وجود دارد که با فهم علل بروز خطر و انجام عملکرد مناسب، از خطری اجتناب کرد. به طور مثال متوجه شویم که داروهای مختلف بسته بندی مشابهی داشته باشند مانند سرم های کلریدپتاسیم همراه با ۹ درصد گلوکز و سرم کلرید سدیم همراه با ۴۱ درصد گلوکز که بسته بندی یکسانی دارند. پس باید بسته بندی دارویی به گونه ای که داروها به طور واضح از هم قابل تشخیص باشند، از بروز خطرات احتمالی اجتناب کنیم.

د) کاهش و یا به حداقل رساندن خطر:

در مواقعی که نتوان خطری را حذف کرد می توانیم عواقب و عوارض بالقوه آن را محدود کنیم این یک دیدگاه اساسی در مدیریت خطر محسوب می شود و شامل آموزش (هر دو گروه ارائه دهندگان خدمت و بیماران) و استفاده از راهنمای بالینی و خط مشی است. به طور مثال کاهش تجویز داروی نامناسب به وسیله استفاده از راهنمایی های بالینی و آموزش به پزشکان

ه) انتقال خطر:

به معنی جابجایی خطر به موقعیت دیگر است. مانند انتقال بیماران مشکل دار و با احتمال خطر بالا به مراکز تخصصی و یا در مواقعی که خطرات به راحتی مدیریت نشوند با کمک بیمه، می توان آنها را پوشش داد.

مرحله پنجم: ارزیابی مدیریت خطر

در این مرحله اثر بخشی که برای شناسایی آنالیز مدیریت خطر به کار رفته است، مرور و ارزشیابی می شود. نقش ممیزی بالینی در این مرحله ضروری است چون استاندارد های مدیریت درمان، تعیین و پایش می شوند تا درجه تطابق با این استانداردها مشخص شود. پس از تعیین مشکل، مهم این است که یک محیط با حداقل سرزنش ایجاد شود تا افراد بتوانند صادقانه عقیده خود را بیان کنند و پیشنهاداتی را برای چگونگی کاهش خطر در آینده ارائه دهند "low blame". در نهایت کلیه مراحل بالا بایستی در تمامی سازمان و حتی در سازمان های مرتبط، اطلاع رسانی شده و منجر به یادگیری از درس های گرفته شده، شود.

نیازهای اساسی برای یک مدیریت خطر بالینی موفق:

رهبری همراه با التزام به ارتقاء ایمنی بیمار

خط مشی و استراتژی واضح

محیط سازماندهی شده با در نظر گرفتن ایمنی بیمار به عنوان یک مقوله مهم و پاسخگو اما بدون سرزنش

منابع کافی برای حمایت فرایندها و پاسخگویی به فرایندها

ارزشیابی به منظور اطمینان از اجرای مدیریت خطر

یادگیری از خطاها:

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقاء نمی بخشد

بلکه یادگیری از خطاهاست که امری اساسی است. این یادگیری هاست که باید انتشار یابد و اجرا شود تا از وقوع حوادث

مشابه در آینده جلوگیری کند و بهتر است که این امر در تمامی سیستم مراقبت و سلامت اجرا شود.

جهت شناسایی خطاها، روش های مختلفی وجود دارد. این روش ها می تواند شامل، بررسی پرونده ها، گزارش دهی

خطاها، استفاده از تجربیات بیماران، بررسی شاخص های ایمنی بیمار، و بررسی شکایات و نتایج رضایت مندی بیماران

باشد. یکی از روش های شناسایی خطا همان گزارش دهی خطاها است که باید ارتباط آن با سطوح بالاتر، تعریف شود.

طراحی ایده آل برای یک سیستم گزارش دهی خطا می تواند شامل موارد زیر باشد:

کلیات طرح :

هیچ عواقبی متوجه گزارش دهنده نشود.

تمام خطاها حتی موارد نزدیک به خطا گزارش (Near miss شود).

از توصیه هایی که برای اصلاح داده می شود ، فیدبک گرفته شود.

جمع آوری داده :

فرمهای گزارش خطا را تهیه کرده و در اختیار کسانی قرار دهید که دوست دارند در این زمینه همکاری کنند.

اجازه تماس بعدی با گزارش دهنده خطا به منظور روشن شدن جزئیات گزارش بدهید در عین حال که ناشناس بودن فرد

را حفظ می کنید.

بر توصیف مراحل رویداد خطا تاکید کنید.

از یک سیستم کامپیوتری آنلاین برای تسهیل گزارش دهی استفاده کنید.

مرحله تحلیلی :

داده ها را از تمام افرادی که به نوعی در حادثه درگیر می باشند جمع آوری کنید.

در موقع رخداد یک حادثه واحد را براساس محلی که اتفاق می افتد طبقه بندی کنید.

حوادث را برحسب رویکرد قابل قبول تقسیم خطا ، طبقه بندی کنید.

مداخله :

نقص های زمینه ای سیستم را به وسیله آنالیز تمامی خطاها پیدا کنید

محیط های مستعد خطا را برای انجام مطالعات اضافی مورد هدف قرار دهید.

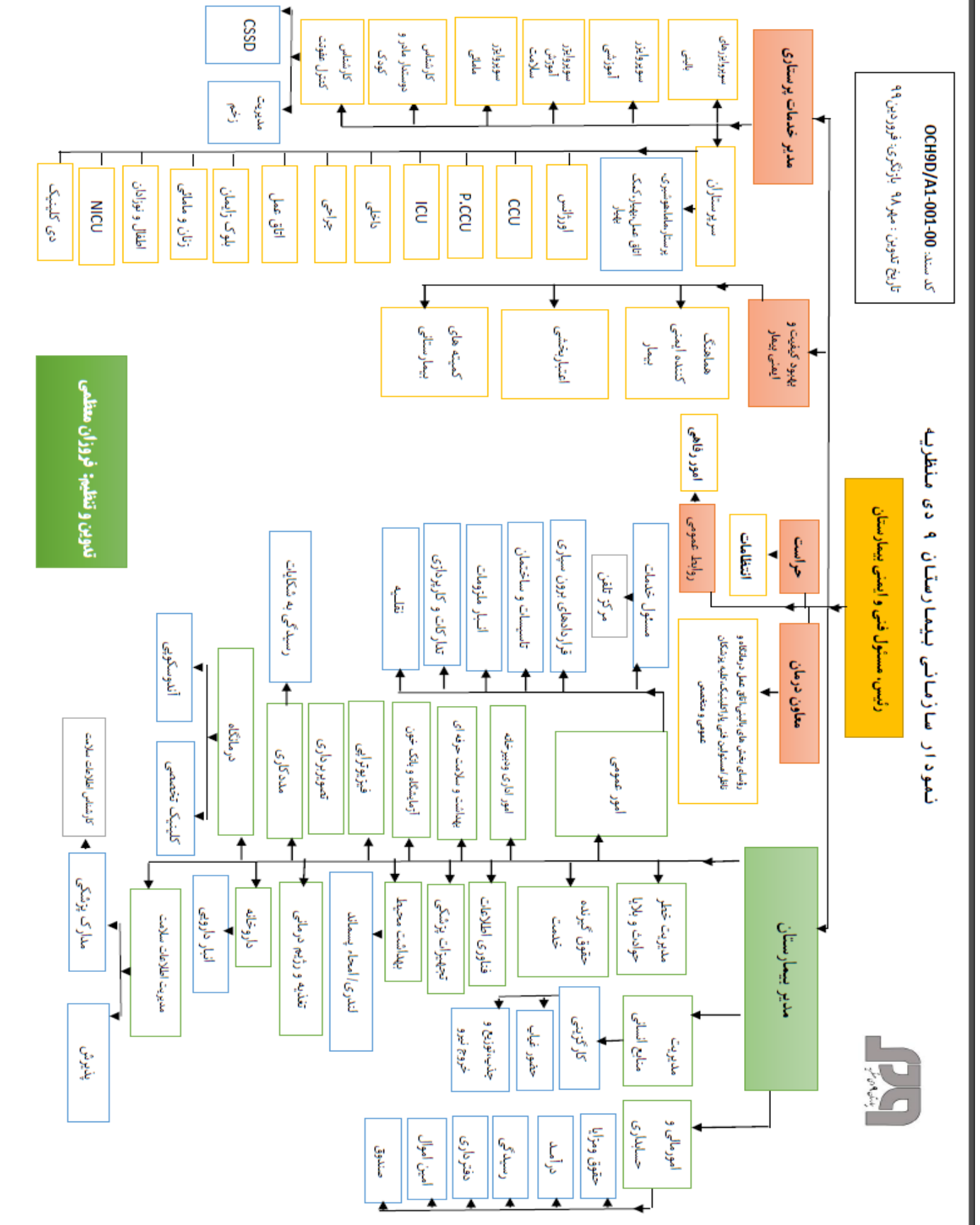
اقدامات اصلاحی اجرا شده را برای بررسی اثر بخشی آنها پیگیری کنید.

استراتژی مداخلات را به وسیله یک تیم چند منظوره مشخص کنید برای تصمیم گیران و سیاست گزاران توصیه هایی داشته باشید.

تحلیل ریشه ای وقایع Root cause analysis

یک تکنیک برای درک سیستماتیک علت وقوع یک حادثه است که فراتر از درگیر کردن شخص یا اشخاص بوده علل زمینه ای و محیطی که حادثه در آن رخ میدهد را نیز در برمیگیرد . تحلیل ریشه ای علت، به صورت گذشته نگر و چند منظوره، سلسله مراتب حوادث را طراحی کرده واز زمان حادثه به عقب بر می گردد و اجازه می دهد که علل واقعی یک حادثه شناخته شود. بنابراین سازمانها می توانند بدین ترتیب از خطاهای به وقوع پیوسته یادگیریهایی داشته و عملکرد مناسب را اعمال کنند.

نمودار و سلسله مراتب سازمانی بیمارستان ۹ دی منظره



قوانین و مقررات مربوط به رعایت استانداردهای پوشش

به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، رعایت موازین عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد فضای مثبت از اخلاق حرفه ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در مؤسسات پزشکی و ضوابط مربوط به آن به شرح ذیل می باشد :

- پوشش یونیفرم و نصب اتیکت برای کارکنان الزامی است.
- پوشش کارکنان مؤنث بیمارستان شامل : روپوش، شلوار، مقنعه یا روسری (به طوری که موها و گردن به طور کامل پوشیده باشد)، کفش و جوراب می باشد.
- لباس فرم کارکنان باید متناسب با حرفه و رده های شغلی و متحدالشکل باشد.
- روپوش کار باید سالم، تمیز، مرتب و اتو کشیده و با دکمه های مناسب به نحوی که لباس زیر روپوش قابل مشاهده نباشد و شلوار نباید تنگ و چسبان، کشی یا کوتاه (بالای میچ پا) باشد.
- کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی مناسب با حرفه در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن ایجاد صدا نکند.
- استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می باشد.
- ناخن ها باید تمیز، کوتاه و مرتب بوده و استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط کار ممنوع می باشد.

دستور العمل شماره ۱۵ :

طبق دستورالعمل شماره ۱۵ واحدها موظف می باشند که لباس مشمولین دستورالعمل مذکور را رأساً تهیه و به کارکنان ذیربط تحویل نمایند تا شاغلین مربوطه همواره با وضع آراسته ارائه خدمت نمایند.

لیکن از آنجایی که اکثر مشمولین متقاضی هستند که لباس خود را از کارگاه ها و فروشگاه های مورد نظر تهیه نمایند لذا قانون گذار موافقت نموده که هر یک از واحدهای تابعه دانشگاه لباس مشمولین شاغل در واحد تحت سرپرستی

کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظره

خود را با در نظر گرفتن مشاغل و ملبوس متعلق به هر شاغل بر مبنای ارزش ریالی که در بخشنامه واصله هر سال از طرف دانشگاه تعیین می گردد لیست مربوطه توسط حسابداری تنظیم و پس از تأیید کارگزینی و تأمین اعتبار توسط امور مالی وجه مربوط به لباس هر سمت به افراد ذیحق پرداخت خواهد شد.

بنده ۱۸ دستورالعمل شماره ۱۵ (شاغلین پزشک و پیراپزشک) ملبوس شاغلین مندرج در بند ۱۸ دستورالعمل شماره ۱۵ جزو اموال اداری واحد محسوب می گردد که لازم است واحدهای تابعه لباس مربوطه را تهیه نموده و در اختیار حائزین شرایط قرار دهند.

تذکر: کارکنان مشمول دستورالعمل شماره ۱۵ اعم از اینکه تحویل گیرنده ملبوس و یا دریافت کننده وجه آن باشند موظف به استفاده از لباس مربوط در محل کار می باشد.

در ضمن کارکنان شرکتی شرکت های طرف قرارداد دانشگاه بر اساس قرارداد تنظیمی اقدام خواهد شد.

ردیف	عنوان پست سازمانی	مشخصات پوشش
۱	پزشک	روپوش سفید
۲	مدیر پرستاری	مانتو شلوار سورمه ای با ۳ ردیف نواردوزی
۳	سوپروایزر زن	مانتو شلوار سورمه ای با ۲ ردیف نواردوزی
۴	سوپروایزر مرد	روپوش سفید با دو ردیف نوار سورمه ای و شلوار سورمه ای
۵	سر پرستاران زن	مانتو شلوار سورمه ای با ۱ ردیف نواردوزی
۶	سر پرستاران مرد	روپوش سفید با یک ردیف نوار سورمه ای و شلوار سورمه ای
۷	پرستاران زن	روپوش سفید و شلوار و مقنعه سورمه ای
۸	پرستاران مرد	روپوش سفید و شلوار سورمه ای
۹	کمک پرستار و کمک بهیار(زن)	مانتو شلوار کرمی با مقنعه قهوه ای
۱۰	کمک پرستار و کمک بهیار(مرد)	روپوش و شلوار کرمی

کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظریه

۱۱	خدمه	روپوش و شلوار سبز زیتونی و برای خانم ها مقنعه سبز پررنگ
۱۲	منشی زن	مانتو ، شلوار و مقنعه قهوه ای
۱۳	منشی مرد	پیراهن کرم و شلوار قهوه ای
۱۴	کارکنان اداری (زن)	مانتو ، شلوار و مقنعه سرمه ای
۱۵	کارکنان اداری (مرد)	پیراهن آبی روشن و شلوار سرمه ای

منشور حقوق کارکنان

از آنجایی که توفیق خدمت رسانی به بیماران عزیز یک موهبت الهی است و نجات جان این عزیزان به مثابه برترین عبادات می باشد تا جایی که از سوی پیامبر اکرم (ص) نقل شده که نجات جان یک انسان برابر است با نجات جان تمام انسانها و با توجه به اینکه برای خدمات رسانی به بیماران محیطی امن و آرام لازم است تا کارکنان عزیز با آرامش خاطر و مهرورزی دانش و تخصص خود را جهت بهبود بیماران به خدمت گرفته و خدمت مناسب با شأن و منزلت آنان فراهم نمایند.

حق در این منشور به معنی اختیار، توانایی و مصونیت است که کارکنان ارجمند در مواردی می توانند از حقوق خویش گذشت نمایند که توجه شما را به چند مورد از حقوق کارکنان جلب می نمایم:

۱- پرسنل بیمارستان حق دارند در قبال ارائه خدمات مطلوب و مؤثر از طرف بیماران و همراهان مورد احترام کامل قرار گیرند.

۲- کارکنان بیمارستان در چارچوب شرح وظایف قانونی و بر اساس اصول علمی و دستورالعمل های مصوب مورد عمل وزارت متبوع به ارائه خدمات و روش های درمانی اقدام نمایند.

۳- کارکنان بیمارستان برای ارائه خدمات مطلوب و مؤثر نیازمند محیط امن و آرام می باشند.

۴- کارکنان بیمارستان حق دارند در صورت وجود بیمارهای قابل سرایت از آن بیماری آگاه شوند و از وسایل و ابزارهای حفاظتی مناسب بر اساس خط مشی بهره مند گردند.

۵- کارکنان بیمارستان حق دارند از هرگونه تعرض و پرخاشگری گفتاری و کرداری احتمالی توسط بیماران و یا همراهان در امنیت کامل باشند (قانون ۶۰۹ مجازات اسلامی که متن آن در ادامه آمده است).

۶- کارکنان بیمارستان حق دارند علیرغم درخواست و اصرار بیماران از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد حرفه ای که موجب آسیب دیدن روحی و جسمی بیمار

می گردد امتناع کند.

۷- کارکنان بیمارستان حق دارند بر اساس شرح وظیفه و تحت نظر مسئول مربوطه در انجام امور استقلال داشته باشند.

۸- کارکنان بیمارستان حق دارند با تکریم و احترام از سوی مسئولین، سایر کارکنان و مأمورین با آنان رفتار گردد.

۹- کارکنان بیمارستان حق دارند از حمایت و مساعدت قضایی از سوی مسئولین در مواردی که به دلیل انجام وظایف شغلی مورد پیگرد قرار گیرند برخوردار شوند.

۱۰- کارکنان بیمارستان حق دارند از آخرین دستورالعمل ها و روشهای نوین درمانی و آئین نامه هایی که مرتبط با وظایف شغلی آنان می باشد، برابر مقررات مربوطه بهره مند گردند.

۱۱- کارکنان بیمارستان حق دارند اگر علیرغم رعایت اصول ایمنی مورد آسیب قرار گیرند تحت پوشش بیمه و حمایت درمانی قرار گیرند (مانند نیدل استیک، برق گرفتگی و سایر حوادث ناخواسته)

۱۲- کارکنان بیمارستان حق دارند از ذخیره مرخصی سالیانه و یا در موارد لزوم از مرخصی استعلاجی با نظر موافق مسئول مربوطه استفاده نمایند؛ لیکن در موارد آماده باش بیمارستان موارد مذکور بایستی پس از هماهنگی و اخذ موافقت امور اداری انجام شود.

ماده قانونی ۶۰۹ مجازات اسلامی که در بند ۵ منشور حقوق کارکنان دولت آمده (هرکس به کارکنان دولت که در حال انجام وظیفه هستند توهین کند به سه تا شش ماه حبس یا هفتاد و چهار ضربه شلاق یا تا سقف ده میلیون ریال جزای نقدی محکوم می گردد).

قوانین اداری و مالی (مرخصی ها، تاخیر و تعجیل، حضور و غیاب و ...)

قوانین حضور و غیاب:

ماده ۸۷ قانون مدیریت خدمات کشوری: ساعات کار کارمندان دولت ۴۴ ساعت در هفته می باشد و ترتیب و تنظیم ساعت کار ادارات با پیشنهاد سازمان و نظر هیئت وزیران تعیین می گردد و تغییر ساعت کار کارمندان در موارد ضروری با رعایت سقف مذکور با دستگاه های ذیربط می باشد.

تبصره یک: کارمندان می توانند با موافقت دستگاه مربوطه، ساعات کار خود را حداکثر تا یک چهارم ساعت کار در هفته (۱۱ساعت) به طور روزانه تقلیل دهند.

میزان حقوق و مزایا، نحوه محاسبه سوابق خدمت این قبیل کارمندان متناسب با ساعت کار آنان تغییر خواهد کرد.

کلیه کارکنان دستگاه های اجرایی مکلفند ۴۴ ساعت تعیین شده را برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده و ساعات ورود و خروج خود را در کسرا ثبت نمایند.

ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر و خروج از محل خدمت قبل از ساعت مقرر بدون کسب مجوز قبلی تأخیر در ورود و تعجیل در خروج محسوب می شود و با مستخدمین که تأخیر در ورود و یا تعجیل در خروج داشته باشند به شرح ذیل رفتار می شود:

الف) تأخیر در ورود و یا تعجیل در خروج تا دوساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و از ذخیره مرخصی استحقاقی وی کسر می شود.

ب) تأخیر در ورود و یا تعجیل در خروج بیش از دو ساعت در ماه برای کارکنان رسمی و ثابت مستلزم کسر حقوق و مزایا به میزان کل ساعات تأخیر یا تعجیل می باشد.

- کارکنان پیمانی: اجرت و فوق العاده مخصوص و یا سایر فوق العاده ها به میزان کل ساعات تأخیر و یا تعجیل کسر می گردد.
- کارکنان خرید خدمت و قراردادی: دستمزد کارکنان به میزان کل ساعات تأخیر در ورود یا تعجیل در خروج کسر می گردد.

تأخیر در ورود و یا تعجیل در خروج برای موارد ذیل موجه محسوب شده و مدت تأخیر یا تعجیل از مرخصی استحقاقی کسر خواهد شد :

۱- وقوع حوادث غیرمترقبه برای مستخدم، همسر یا فرزندان و سایر اعضای خانواده

۲- احضار مستخدم توسط مراجع ذیصلاح قضایی و یا انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضار کننده

به مستخدمی که در هر ماه بیش از چهار با تأخیر در ورود یا تعجیل در خروج غیر موجه داشته باشد و جمع مدت کسر خدمت بیش از چهار ساعت در ماه باشد :

- ❖ برای ماه اول و دوم کتباً اخطار داده می شود.
- ❖ برای ماه سوم فوق العاده شغلی مستخدم ۳۰ درصد کسر می گردد.
- ❖ برای ماه چهارم به میزان ۵۰ درصد و برای ماه پنجم میزان ۱۰۰ درصد به مدت یکماه و در صورت تکرار پرونده فرد خاطی به هیئت بدوی رسیدگی به تخلفات کارکنان ارسال می گردد.

تبصره یک : تأخیر یا تعجیل بیش از ۸ ساعت در هر حال مشمول حکم این ماده خواهد بود.

تبصره دو : در مورد مستخدمینی که قبلاً به علل دیگری به جز موارد فوق الذکر فوق العاده شغلی آنان قطع گردیده، از سومین ماهی که تأخیر یا تعجیل داشته باشند پرونده ایشان به هیئت بدوی رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان ارجاع می گردد.

ماده ۸۴ : کارمندان دستگاه های اجرایی سالی سی روز حق مرخصی کاری با استفاده از حقوق و مزایا مربوطه را دارند و حداکثر نیمی از مرخصی کارمندان در هر سل قابل ذخیره شدن است.

تبصره یک : کارمندان دستگاه های اجرایی می توانند در طول مدت خدمت خود با موافقت دستگاه ذیربط حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند و در صورتی که کسب مرخصی برای ادامه تحصیلات عالی تخصصی در رشته مربوط به شغل کارمند باشد تا مدت دو سال قابل افزایش خواهد بود.

تبصره دو : مشمولین مقررات تأمین اجتماعی از نظر استعلاجی تابع همان مقررات می باشند.

تبصره سه : کارمندان زن که همسر آنها در مأموریت به سر می برند می توانند تا پایان مأموریت حداکثر به مدت شش سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

ماده ۸۵ : دستگاه های اجرایی مکلفند در چارچوب بودجه های مصوب و آئین نامه هایی که به تصویب هیئت وزیران می رسد کارمندان و بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان را علاوه بر استفاده از بیمه پایه درمانی با مشارکت آنان به صورت هماهنگ و یکنواخت برای کلیه کارمندان دولت تحت پوشش بیمه های تکمیلی قرار دهند.

مرخصی کمتر از یک روز :

مرخصی کمتر از یک روز جزئی از مرخصی استحقاقی می باشد و حداکثر مدت استفاده از مرخصی ساعتی به میزان نصف ساعت کار روزانه است. در صورت استفاده بیش از مدت مذکور یک روز استحقاقی محاسبه می شود. حداکثر مدت استفاده از مرخصی کمتر از یک روز، از دوازده روز در یکسال تقویمی تجاوز نخواهد کرد.

حداقل مدت برای استفاده از مرخصی کمتر از یک روز یک ساعت است.

فرایند مرخصی بدون حقوق عادی

۱- در اجرای بند یک تفویض اختیار شماره ۲۷۷۶۰ مورخ ۱۳۸۵/۵/۲ اخذ مجوز مرخصی بدون حقوق پرسنل تا سقف سه سال از معاونت های ستادی مربوطه اقدام نمایند.

بدیهی است اخذ مجوز تمدید مرخصی بدون حقوق مازاد بر سه سال تحت نظارت مستقیم مدیریت توسعه سازمان و منابع انسانی می باشد.

۲- استفاده از کلیه مرخصی های ذخیره شده

۳- تکمیل فرم درخواست مرخصی و مشخص نمودن نوع مرخصی (بدون حقوق) در بند مربوطه با ذکر علت و مدت ارائه به مسئول مربوطه

۴- موافقت مؤسسه با درخواست کارمند

۵- صدور حکم مرخصی بدون حقوق توسط کارگزینی طبق ضوابط و مقررات مربوطه

مرخصی بدون حقوق بابت ادامه تحصیل

❖ در صورت ادامه تحصیلات عالی در رشته مربوط به شغل مستخدم ادامه حداکثر استفاده این مرخصی تا دو سال دیگر قابل

تمدید می باشد (سقف ۵ سال)

❖ فقط کارکنان رسمی، رسمی آزمایشی و پیمانی می توانند از این نوع مرخصی استفاده نمایند.

انواع مرخصی های بدون حقوق به استناد ماده ۷۸ آئین نامه اداری و استخدامی کارکنان غیر هیئت علمی

کارمندان رسمی، پیمانی می توانند در طول مدت خدمت با موافقت مؤسسه حداکثر سه سال از مرخصی بدون حقوق استفاده نمایند.

الف) کارمندان پیمانی در حال حاضر مستخدمین پیمانی می توانند در صورت نیاز با موافقت دستگاه استخدام کننده از مرخصی بدون حقوق و حداکثر به میزان مدت قرارداد تا سقف سه سال استفاده نمایند.

مجوز استخدام افراد یاد شده در مدت بدون حقوق حفظ خواهد شد.

(ب) کارمندان رسمی آزمایشی :

مدت مرخصی بدون حقوق و مأموریت آموزشی مورد استفاده کارمندان مزبور به عنوان طول دوره مورد نیاز خدمت آزمایشی مندرج در ماده ۳۶ آئین نامه مذکور محسوب نمی شود.

مستخدمین مزبور تاریخ ۱۳۹۱/۱/۱ مشمول استفاده از سقف سه سال مرخصی بدون حقوق گردیده اند.

(ج) مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان

به استناد ماده ۳۹ دستورالعمل مرخصی های استحقاقی استعلاجی و مراقبت از شیردهی و بدون حقوق اعطای مرخصی بدون حقوق به مشمولین فوق حداکثر در طول تعهد خدمت دوماه می باشد.

(د) مستخدمین قرارداد موضوع تبصره ۵ ماده ۳۱ آئین نامه اداری استخدامی و تشکیلاتی اعضای غیر هیئت علمی (قرارداد کار معین) به استناد ماده ۴۰ دستورالعمل مذکور اعطای مرخصی بدون حقوق به کارکنان قرارداد کار معین به مدت یک ماه در طول مدت قرارداد امکان پذیر می باشد.

(ه) مشمولین قانون کار و تبصره ۴ ماده ۲ دستورالعمل مرخصی های استحقاقی، استعلاجی و مراقبت شیردهی و بدون حقوق مدت مرخصی بدون حقوق مشاغل کارگری با رعایت ماده ۷۲ قانون کار به مدت یک ماه در طول مدت قرارداد امکان پذیر می باشد.

آئین نامه اجرائی کسر ساعات کار جانبازان

جانبازان معزز می توانند به روش های زیر از کسر ساعت جانبازی استفاده نمایند :

- ✓ روزانه اول وقت یا آخر وقت از کسر ساعت استفاده نمایند.
- ✓ بصورت اضافه کار مدت کسر ساعت پرداخت گردد.
- ✓ به سنوات خدمت آنان اضافه گردد.
- ✓ میزان کسر جانبازی به ذخیره مرخصی اضافه نموده و در همان سال از مرخصی استفاده نمایند به دلیل اینکه مدت کسر ساعت جانبازی قابل ذخیره برای سال بعد نمی باشد.

روش محاسبه :

میزان کسر ساعت به دقیقه * تعداد روزهای کاری در ماه

کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظره

میزان کسر ساعت بر اساس درصد جانبازی

میزان کسر ساعت کار	میزان درصد جانبازی
۴۵ دقیقه	۲۵-۲۹ درصد
۶۰ دقیقه	۳۰-۳۹ درصد
۹۰ دقیقه	۴۰-۴۹ درصد
۱۲۰ دقیقه	۵۰-۵۹ درصد
۱۵۰ دقیقه	۶۰-۶۹ درصد
۲۱۰ دقیقه	۷۰ درصد به بالا

آئین نامه اجرای قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت

شاغلین بالین کارکنان رسته بهداشتی درمانی که در بیمارستان ما و در مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی دولتی کشوری و لشگری غیردولتی به بیماران بستری به صورت مستقیم ارائه خدمت می دهند شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، کاردان ها و کارشناسان اتاق عمل، کاردان ها و کارشناسان هوشبری و شاغلین فوریت های پزشکی می باشد.

حداکثر کاهش ساعت کار ۸ ساعت در هفته و با توجه به صعوبت کار سابقه خدمت و کار در نوبت کاری های غیر متعارف می باشد.

مدت کسر کار بر مبنای سنوات خدمت حداکثر به میزان ۵ سال در هفته می باشد.

کسر ساعت کار ناشی از سنوات خدمت

سنوات خدمت		ماه	تیر	ماه	تیر	ماه	تیر	ماه	تیر	
۱		۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
۱-۴		۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
۴-۸		۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
۸-۱۲		۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
۱۳-۱۶		۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
۱۶ به بالا		۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	
میزان کسر ساعت در هفته		۱ ساعت		۲ ساعت		۲ ساعت		۴ ساعت		۵ ساعت

کسر ساعت کار ناشی از صعوبت کار

کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظره

صعوبت کار استفاده از قانون نظام هماهنگ	۲۵-۸ درصد	۲۶ تا ۵۰ درصد	۵۱ تا ۷۵ درصد	۱۰ تا ۷۶ درصد
صعوبت کار استفاده از قانون خدمات کشوری	۰ تا ۳۷۵	۳۷۶ تا ۷۵۱	۷۵۱ تا ۱۰۰۰	۱۰۰۰ به بالا
کسر ساعت کار در هفته	نیم ساعت	یک ساعت	یک و نیم ساعت	دو ساعت

✓ مدت کسر کار بابت کار در نوبت کاری غیر متعارف یک ساعت در هفته

فرم ۵۰۲

این فرم از قسمت های زیر تشکیل شده است :

- ۱- مشخصات شناسنامه ای از قبیل نام و نام خانوادگی، نام پدر، محل صدور، تاریخ تولد، محل تولد
- ۲- مشخصات فردی شامل جنسیت، دین، تابعیت، شماره تلفن، وضعیت مسکن، رشته شغلی، کد نظام وظیفه، مشخصات عائله مندی، رشته تحصیلی، مدرک تحصیلی
- ۳- مشخصات عائله مندی از قبیل وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تاریخ برقراری عائله مندی و اولاد، شغل همسر، تاریخ ازدواج
- ۴- مشخصات استخدامی شامل نوع استخدام، تاریخ استخدام، آخرین وضعیت از نظر اشتغال، تاریخ ترک خدمت، نوع ترک خدمت، نوع رابطه استخدامی (رسمی، پیمانی قراردادی) و جمع موارد انقطاع
- ۵- اطلاعات شغلی : نوع استخدام، گروه و مرتبه رشته شغلی، گروه آموزشی، پست، پست سازمانی، مرتبه همترازی، تاریخ استخدام آزمایشی، تاریخ استخدام قطعی، تاریخ ورود به خدمت دولتی، تاریخ انقضاء قرارداد، تاریخ ترک خدمت حالت استخدامی مستخدم و مواردی مانند تعداد گروه های تشویقی و گروه های ارزیابی طراحی و پیش بینی شده است.
- مشخصات سازمانی از قبیل رشته شغلی، بخش، شاغل، رتبه، پست تخصیص، شهرستان محل خدمت، درصد فوق العاده های بدی آب و هوا و تسهیلات مرزی و درصد محل خدمت رشته شغلی متناسب با گرایش تحصیلی و تخصصی طراحی شده است.
- انواع استخدام : رسمی، پیمانی، خرید خدمت، قرارداد شبه پیمانی که قرارداد قانون کار معین شناخته می شود.
- پست سازمانی : محل خدمتی است که برای فرد در نظر گرفته می شود.
- شغل مستمر : بخشی از وظایف یک دفتر را انجام می دهد.

پست ثابت : به پست مستمر گفته می شود.

پست موقت : به افراد قراردادی داده می شود.

شغل : وظیفه مستمری است که چه تصدی داشته باشد چه تصدی نداشته باشد به شرح وظایف پست توسط بخشنامه ابلاغ می گردد.

جابجایی کارمند : کارمند دولت را نمی توان به اجبار و بدون مشورت با آن به جای دیگری منتقل کرد مگر طبق قانون.

ماده ۶ : پست سازمانی عبارت است از جایگاهی که در ساختار سازمانی دستگاه های اجرایی برای انجام وظایف و مسئولیت های

مشخص پیش بینی و برای تصدی یک کارمند در نظر گرفته می شود.

پست سازمانی ثابت صرفاً برای مشاغل حاکمیتی که جنبه استمرار دارد ایجاد خواهد شد.

ماده ۷ : کارمند دستگاه اجرایی فردی است که بر اساس ضوابط و مقررات مربوطه به موجب حکم و یا قرارداد مقام صلاحیت دار در یک

دستگاه اجرایی به خدمت پذیرفته می شود.

ماده ۸ : امور حاکمیتی آن دسته از اموری است که تحقق آن موجب اقتدار و حاکمیت کشور است و منافع آن بدون محدودیت شامل

همه اقشار جامعه گردیده و بهره مندی از این نوع خدمت موجب محدودیت برای استفاده دیگران نمی شود.

ماده ۱۸ : کارمندان بخش های غیردولتی که بر اساس احکام پیش بینی شده در این قانون تمام یا قسمتی از وظایف و تصدی امور دولت

و سایر امور قابل واگذاری که حسب قوانین و مقررات مربوط معین خواهد شد را عهده دار می باشند. کارکنان تحت پوشش کارفرمای

غیردولتی تلقی می گردند. دستگاه های اجرایی هیچ گونه تعهد و یا مسئولیتی در قبال این کارمندان ندارند. کارفرمایان این کارمندان

موظفند با کارمندان تحت پوشش خود مطابق قانون کار تأمین اجتماعی و سایر قوانین و مقررات مربوطه رفتار نمایند و پاسخگوی

مقامات و یا مراجع ذیصلاح در این رابطه خواهند بود.

دستگاه های اجرایی موظفند در صورت تخلف کارفرمای بخش غیر دولتی در احقاق حقوق کارمندان از محل ضمانت نامه دریافت شده

تعهدات کارمندان ذیربط را پرداخت نمایند.

روند ارتقای رتبه شغلی کارکنان :

هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی ها حداکثر تا ۵ رتبه مقدماتی، پایه، ارشد ، خبره و عالی طبقه بندی می گردد و هر کدام از رتبه ها به یکی از طبقات جدول یا جداول موضوع این ماده اختصاص می یابد. رتبه های خبره و عالی به مشاغل کارشناسی و بالاتر اختصاص می یابد. شاغلین مربوطه در رتبه مقدماتی قرار می گیرند و بر اساس عواملی نظیر ابتکار و خلاقیت میزان افزایش مهارت ها انجام خدمات برجسته طی دوره ها، آموزش و میزان جلب رضایت ارباب رجوع بر اساس ضوابطی که متناسب با ویژگی های مشاغل به تصویب کمیته مربوطه از مدیریت توسعه منابع و تحول اداری رسیده ارزیابی و حسب امتیاز مکتسبه و طی حداقل مدت تجربه مربوط به سطوح پایه ، ارشد و خبره و عالی ارتقاء می یابند.

رتبه شغلی کارکنان تا سطح کاردانی

برای کارکنان تا سطح کاردانی از رتبه مقدماتی به پایه هشت سال تجربه مربوط و مشابه و ۳۰۰ ساعت آموزش نیاز می باشد و برای ارتقاء رتبه پایه به ارشد مدت بیست سال تجربه مربوط و مشابه و ۲۵۰ ساعت آموزش ضمن خدمت نیاز می باشد.

روند ارتقاء شغلی کارکنان

کارکنان که از سال ۱۳۸۸ در دستگاه های اجرایی اشتغال می یابند در رتبه مقدماتی قرار می گیرند در صورتی که این قبیل کارمندان دارای سابقه خدمت دولتی باشند بر اساس سوابق مذکور و به ازای هر شش سال سابقه خدمت تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه به یک رتبه بالاتر ارتقاء می یابند. مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه ارشد ارتقاء می یابند. سنوات دولتی غیر مربوط این قبیل کارکنان برای ارتقاء به هر رتبه با نظر کمیته طرح طبقه بندی مشاغل قابل محاسبه خواهد بود.

اگر شخصی دارای تجربه و آموزش کافی باشد توقف شش سال نیاز نمی باشد.

مدت تجربه	مقدماتی	پایه	ارشد	خبره	عالی
برای مشاغل تا سطح کارشناسی و بالاتر	۰	۶سال	۱۲سال	۱۸سال	۲۴سال
ساعات آموزشی مورد نیاز	۰	۳۰۰ساعت	۲۵۰ساعت	۲۰۰ساعت	۱۵۰ساعت

حق شغل بر اساس طبقه شغلی فرد و حق شاغل بر اساس رتبه شغلی و آموزش و مدرک تحصیلی می باشد و حقوق فرد نیز بر اساس مدرک تحصیلی و تجربه کاری است.

حق مسکن :

حق مسکن برای کارکنان قراردادی در قرارداد آنها بطور سالیانه تصویب و صادر می گردد و برای کارکنان رسمی، پیمانی و قرارداد خرید خدمت طی لیست جداگانه توسط حسابداری تنظیم و پس از تأیید کارگزینی پرداخت می گردد.

طبقه شغلی

بر اساس مدرک تحصیلی برای مشاغل تا سطح کاردانی هر پنج سال و برای مشاغل کارشناسی به بالا هر چهار سال یک طبقه تخصیص داده می شود.

مشمولین قانون کار

این گروه از کارکنان که به حالت های مختلف از جمله قرارداد مدت محدود، قرارداد خرید خدمت، قرارداد مشاغل کارگری و ... در واحدهای تابعه وزارت بهداشت مشغول به خدمت می باشند همانطور که از نامش مشخص است از نظر قوانین و مقررات مورد عمل تابع ضوابط قانون کار و تأمین اجتماعی می باشند.

اکثر قریب به اتفاق این کارکنان از نیروهای شرکتی هستند که در سال ۱۳۹۰ با مصوبه هیئت وزیران در مشاغل نظافت چی، پیش خدمت، آبدارچی، نامه رسان، تلفن چی و راننده اتومبیل های صرفاً دولتی، آشپز، متصدیان توزیع غذا و متصدیان تأسیسات (مکانیسین و تکنسین تأسیسات) به قرارداد مشاغل کارگری تبدیل وضع گردیده و پس از این سال نیز بر اساس مواد ۲۲ و ۲۳ آئین نامه به صورت قراردادی از ابتدا مشغول به خدمت گردیده اند.

در حال حاضر اعمال مدرک تحصیلی تغییر عنوان و یا تبدیل وضعیت این گروه کارمندان غیر از موارد ذیل ممنوع است :

۱- در صورت فارغ التحصیل شدن در رشته های مورد نیاز اجباری مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان به قرارداد کار معین تبدیل و مدرک تحصیلی و عنوان ایشان بر اساس رشته و مدرک تحصیلی تغییر می یابد؛ البته به شرط عدم جایگزین نیرو توسط مؤسسه به جای این قبیل کارکنان.

۲- در صورتی که این قبیل کارکنان مشمول استفاده از سهمیه ۲۵ درصد ایثارگران باشند و همچنین به شرط وجود سهمیه استخدامی و دارا بودن شرایط احراز مشاغل مورد نیاز مؤسسه می توان نسبت به تبدیل وضعیت آنان پس از اخذ تأییدیه هسته گزینش به رسمی قطعی یا قراردادی دائم کارگری اقدام نمود.

۳- در صورت احراز شرایط لازم و قبول در آزمون استخدامی نیز این گروه از کارکنان می توانند مقدمات تبدیل وضعیت خود را حسب مورد به قرارداد کار معین و یا پیمانی فراهم نمایند.

(بخشنامه شماره ۶۸۵۲ / ۲۰۹ / ۵ مورخ ۱۳۹۴/۱۱/۲۴ دفتر منابع انسانی وزرات متبوع و بر اساس ماده ۲۱ جامع خدمات رسانی به اینارگران)

آشنایی با موادی از قانون کار

۱- کارفرما: یک شخص حقیقی یا حقوقی است که بیمه شده به دستور یا حساب او در کارگاه کار می کند.

۲- کارفرمای حقوقی: عبارت است از شرکت و یا مؤسساتی که طبق قانون تجارت به ثبت می رسند یا به تصویب قوانین خاص متولد می شوند.

شناخت کارفرمای حقیقی: به استناد پروانه کار یا اجاره نامه یا سند مالکیت شناخته می شود.

کارگاه: محلی است که بیمه شده به دستور کارفرما در آن کار می کند.

بیمه شده: شخصی است که رأساً مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی است و با پرداخت مبلغی به عنوان حق بیمه استفاده از مزایای مقررات در قانون را دارد.

پرداخت حق بیمه = حق استفاده از مزایای قانونی تأمین اجتماعی

مزد: شامل هرگونه وجه و مزایای نقدی و غیرنقدی مستمر است که در قبال کار به بیمه شده پرداخت می شود.

نرخ حق بیمه: نرخ حق بیمه ۳۰ درصد است که شامل موارد زیر می شود:

- ۳ درصد حق و سهم دولت
- ۷ درصد سهم بیمه شده
- ۲۰ درصد سهم کارفرما

افراد تحت تکفل بیمه شده:

۱- همسر یا همسران واقعی

۲- فرزندان

پسر: تا سن ۱۸ سالگی یا تا زمان اشتغال به تحصیل و یا از کارافتادگی کامل پسران بیش از ۱۸ سال

دختر: شرایط سنی ندارند و تا زمان ازدواج

۳- پدر با سن ۶۰ سال و بالاتر و در صورت پایین تر از ۶۰ سال به تشخیص کمیسیون پزشکی از کارافتاده

۴-مادر در سن ۵۵ سالگی و بالاتر و کمتر از ۵۵ سال به تشخیص کمیسیون پزشکی از کارافتاده

قرارداد کار معین

تعداد بسیار زیادی از کارکنان قرارداد کار معین از نیروهای شرکتی شاغل در مشاغل کارشناسی و پشتیبانی هستند که طی دو مرحله در سالهای ۱۳۸۵ و ۱۳۸۹ بر اساس مصوبه هیئت وزیران به قراردادی تبدیل وضع شدند. در سال ۱۳۸۵ قرارداد منعقد به صورت شبه پیمانی و سپس بر اساس تبصره ۳ ماده ۲ آئین نامه سابق به همین نام شهرت یافتند. پس از سال های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۹ نیز با ممنوعیت بکارگیری نیرو از طریق شرکت های طرف قرارداد بکارگیری این قبیل کارکنان بر اساس تبصره ۵ ماده ۳۱ و با رعایت ماده ۳۳ آئین نامه از ابتدا به صورت قرارداد کار معین صورت گرفته است. در حال حاضر ورود به خدمت کارکنان قرارداد کار معین صرفاً از طریق فضای رقابتی موضوع ماده ۳۳ آئین نامه بوده و تغییر عنوان کارکنان موصوف ممنوع و اعمال مدرک تحصیلی آنان نیز تنها در صورت اخذ مدرک تحصیلی مرتبط با شغل و یا عنوان درج شده در قرارداد و بدون تغییر عنوان امکان پذیر است. تبدیل وضعیت این گروه از کارکنان نیز به شرح ذیل انجام می گیرد :

۱- در صورتی که این قبیل کارکنان مشمول استناد از سهمیه ۲۵ درصد ایثارگران باشند و همچنین به شرط وجود سهمیه استخدامی و دارا بودن شرایط احراز مشاغل مورد نیاز مؤسسه می توان نسبت به تبدیل وضعیت آنان پس از اخذ تأییدیه هسته گزینش به رسمی قطعی اقدام نمود. لازم به ذکر است در خصوص جانبازان و فرزندان معظم شهدا نیاز به وجود سهمیه استخدامی نیست.

۲- در صورت احراز شرایط لازم و قبولی در آزمون های استخدامی نیز این گروه از کارکنان می توانند مقدمات تبدیل وضعیت خود را حسب مورد به قرارداد کار معین و یا پیمانی فراهم نمایند.

۳- استفاده از مجوزهای موردی مانند استخدام موضوع تبصره ۴ ماده ۳۱ آئین نامه (۵درصد ریاست) که در فصل قبل به آن اشاره شد و یا تبدیل وضعیت کارکنان دارای کارنامه قبولی ادواری و نیز از راههای تبدیل وضعیت کارکنان قرارداد کار معین به پیمانی و یا رسمی است.

لازم به یادآوری است کارکنان مشمول بیمه روستایی با پزشک خانواده که بر اساس تبصره ۶ ماده ۳۱ آئین نامه جذب و به کارگیری می شوند نیز همانند قرارداد کار معین بوده و از ضوابط و مقررات حاکم بر آنان به جز تنظیم ساعات کاری پیروی می نمایند.

نقل و انتقالات

کارمندان متقاضی جابجایی شامل : ۱- متقاضی مأموریت ، انتقال و جابجایی درون سازمانی ۲- انتقال ، مأموریت و جابجایی بیرون سازمانی در صورتی که فرد متعهد خدمت نباشد می توانند با مراجعه به آدرس www.transfer.behdasht.gov.ir و با استفاده از شماره ملی به عنوان کد کاربری و مجدداً شماره ملی به عنوان رمز عبور و سپس با تغییر رمز عبور وارد سامانه شده و بر مبنای ۷ مرحله فرم تقاضای درخواست تکمیل می گردد و به کار تابل مدیر واحد مبدأ ارجاع می گردد. در صورتی که مدیر مخالفتی با جابجایی نداشته باشد، جهت طرح در کارگروه فرعی درخواست به مسئول واحد کارگزینی ارجاع می گردد که مسئول کارگزینی پس از اخذ نظر مسئول مربوطه درخواست وی را در کارگروه نقل و انتقال بیمارستان مطرح می نماید و در صورتی که با انتقال مأموریت یا جابجایی فرد موافقت به عمل آید، درخواست فرد متقاضی به واحد مقصد ارجاع می گردد. در صورتی که واحد مقصد با درخواست وی موافقت به عمل آورد مراتب را جهت صدور ابلاغ به معاونت تخصصی فرد متقاضی ارجاع می دهند. در صورتی که با مأموریت وی موافقت به عمل آید صورت جلسه نقل و انتقال به مبدأ ارجاع می گردد که پس از صدور صورت جلسه و با هماهنگی انجام شده و تسویه حساب اموالی با مبدأ در مقصد شروع به کار می نمایند که پس از صدور شروع به کار فرد متقاضی از مقصد برای مبدأ توسط مبدأ حکم مأموریت کاری صادر می گردد و در مقصد متناسب با بخش یا واحد محل خدمت مأموریت ورودی وی صادر می گردد و فرد مأمور

دوماه قبل از اتمام مأموریت باید درخواست انتقال یا تمدید مأموریت خویش را به واحد مقصد ارائه نماید که در صورت توافق مجدد سیکل پیشگفت اجرا می گردد. برای تمدید مأموریت و یا انتقال که در مورد انتقال حکم فرد متقاضی پیش از صدور صورت جلسه نقل و انتقال توسط معاونت تخصصی یا مدیریت توسعه سازمان توسط مبدأ حکم انتقال خروج صادر می گردد و در مقصد حکم انتقال مأموریت ورودی صادر می گردد که در صورتی که انتقال از شهرستان به شهرستانی که شرایط ۵۰ کیلومتر راه را داشته باشد ۵۰ درصد فوق العاده محل خدمت به مدت ۵ سال در حکم انتقال ورودی وی برقرار می گردد.

کمک هزینه ازدواج و فوت

در صورتی که زوج و زوجه کارمند دولت نباشند برای پرداخت کمک هزینه ازدواج به یکی از والدین که کارمند می باشند پرداخت می گردد و در صورتی که والدین کارمند دستگاه دیگری باشند ابتدا از آن دستگاه استعلام به عمل می آید سپس کمک هزینه ازدواج پرداخت می گردد. در هر صورت کمک هزینه ازدواج برای یک نفر از هر طرف پرداخت

نکته ۱: اولویت اول پرداخت کمک هزینه ازدواج با زوج و زوجه است و الویت بعدی در صورتی که زوج و زوجه کارمند نباشند به پدر یا مادر زوجین هر طرف یک نفر قابل پرداخت می باشد.

نکته ۲: در صورتی که کارمند پیمانی حداقل ۷۲۰ روز سابقه پرداخت حق بیمه داشته باشد پرداخت کمک هزینه ازدواج از طریق سازمان تأمین اجتماعی قابل پرداخت می باشد و در صورتی که کمتر از ۷۲۰ روز پرداخت حق بیمه داشته باشد پرداخت کمک هزینه با دستگاه می باشد.

مدارک مورد نیاز:

۱- درخواست کتبی ۲- کپی تمام صفحات شناسنامه زوجین ۳- کپی سند ازدواج

نحوه محاسبه کمک هزینه ازدواج و فوت:

طبق ماده ۷۴ قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)، امتیاز کمک هزینه فوت و ازدواج ۶۵۰۰ بوده و در هر سال این امتیاز ضربدر ضریب حقوقی سال مربوطه می گردد. مبلغ ای کمک هزینه در سال ۱۳۹۷ که ضریب حقوق ۱۷۹۷ می باشد برابر است با ۱۱۶۸۰۵۰۰ ریال.

این کمک هزینه از محل اعتبارات فصل ششم دستگاه قابل پرداخت به کارکنان شاغل و بازنشستگان می باشد.

آئین نامه اجرایی قانون تشکیل حساب پس انداز دولت

در این آئین نامه منظور از قانون تشکیل حساب پس انداز کارکنان دولت مصوب ۱۳۷۶/۱۱/۳۱ مجلس شورای اسلامی است.

طبق قانون از حقوق هر کارمندی که بنا به درخواست خود عضو این صندوق پس انداز میگردد، ماهیانه سهم دولت از طرف دستگاه پرداخت و به همان میزان نیز از حقوق کارمند کسر و این دو رقم در حساب های جداگانه ای نزد بانک نگهداری و در مقاطع یک یا سه ماهه بر اساس نرخ مصوب سود بانکی به هر دو حساب تعلق می گیرد. مانده حساب های مزبور (اصل مبلغ و سود آن) در زمان قطع رابطه استخدامی کارمند با دولت اعم از بازنشستگی، استعفاء و اخراج به کارمند و در صورت فوت به وراث قانونی وی مسترد می گردد.

ماده ۲۵ مستخدمان مشمول قانون عبارتند از مستخدمان رسمی و پیمانی در وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی مشمول قانون استخدام

کشوری

نحوه محاسبه کمک هزینه پس انداز کارکنان دولت (سهم دولت):

به استناد ماده ۷۴ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۹۴/۱۲/۴ به اطلاع می رساند امتیاز حساب پس انداز کارکنان دولت (سهم دولت) ۱۵۰ امتیاز بوده و در هر سال این امتیاز ضربدر ضریب حقوقی سال مربوطه می گردد. مبلغ آن در سال ۱۳۹۷ که ضریب حقوق ۱۷۹۷ می باشد برابر است با ۲۶۹۵۵۰ ریال.

ماده ۹۳ قانون خدمات کشوری (اضافه کار) :

کلیه کارمندان دستگاه های اجرایی موظفند در ساعات تعیین شده موضوع ماده ۸۷ به انجام وظیفه مربوطه بپردازند و در صورتی که در مواقع ضروری خارج از وقت اداری مقرر و یا ایام تعطیل به خدمات آنان نیاز باشد بر اساس اعلام نیاز دستگاه مکلف به حضور در محل کار و انجام وظایف محوله در قبال حق الزحمه یا اضافه کار برابر مقررات مربوطه خواهد بود.

نحوه محاسبه اضافه کار :

$$\text{ضریب ریالی سال} * (\text{امتیازات شغل} + \text{شاغل} + \text{مدیریت}) = \frac{\text{یک ساعت اضافه کار}}{176}$$

مهدکودک

در مراکز و بیمارستان هایی که مهدکودک دولتی دایر نمی باشد مبلغی ماهیانه تحت عنوان کمک هزینه مهدکودک به کارکنان اناث رسمی پیمانی قراردادی و طرح به غیر از کارکنان شرکت های طرف قرارداد که دارای فرزند زیر شش سال باشند تعلق می گیرد که لیست مربوطه هر سه ماه یک بار بر اساس مدارک مستدله ای که کارمند ارائه می نماید توسط حسابداری تنظیم و پس از تأیید کارگزینی و تأمین اعتبار لازم به حساب کارکنان واریز می گردد.

انواع روش های ادامه تحصیل کارکنان

۱- استفاده از مأموریت آموزشی به استناد ماده ۴۸ آئین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی و با رعایت مفاد دستورالعمل مأموریت آموزشی (اعطای مأموریت به کارمندان رسمی و پیمانی)

۲- استفاده از مرخصی بدون حقوق با رعایت ماده ۷۸ آئین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی تا سقف ۵ سال

۳- استفاده از قانون خدمت نیمه وقت بانوان و تقلیل ساعت کاری به استناد تبصره ۲ ماده ۸۷ آئین نامه اداری استخدامی اعضای غیر هیئت علمی

۴- استفاده از مرخصی استحقاقی در ساعات موظف یا اداری و یا ادامه تحصیل در خارج از ساعات اداری

۵- انجام ساعات کاری موظف در شیفت های مختلف

هسته گزینش

با عنایت به بخشنامه شماره ۳/۱۰۲۱۴/گ مورخ ۸۸/۱۲/۵ کلیه متقاضیان همکاری که به طریق صدور مجوز مراجع ذیصلاح همکاری آنها محرز گردیده باید از طریق مراجعه به سایت هسته گزینش به نشانی www.Gozinesh.mui.ac.ir و یا به آدرس سایت هیئت مرکزی گزینش به نشانی www.selection.behdasht.gov.ir نسبت به ثبت نام و تکمیل فرم های مربوطه اقدام نمایند و با معرفی نامه بیمارستان و در دست داشتن مدارک سجلی شناسنامه، کارت ملی و مدارک تحصیلی و ایثارگری همراه تصویر تمام صفحات مدارک و چهار قطعه عکس ۴*۳ زمینه سفید ظرف مدت ۷۲ ساعت پس از صدور نامه به مدیریت هسته گزینش مراجعه نمایند.

با توجه به بخشنامه شماره ۲۰۹/۳۱۳۶/د مورخ ۱۳۹۴/۵/۳۱ مدیر کل محترم دفتر منابع انسانی وزارت متبوع و به استناد ماده ۲۱ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مصوب ۱۳۹۲/۷/۱۰ به شرح ذیل جهت اطلاع و اقدام لازم طبق قوانین و مقررات مربوطه اعلام می گردد.

ماده ۲۱: شخصی که سرپرستی افراد تحت حمایت این قانون را برعهده می گیرد از مزایای حمایتی حق اولاد و مرخصی دوره زایمان بهره مند می باشد. کودک یا نوجوان تحت سرپرستی نیز از مجموعه مزایای بیمه و بیمه های تکمیلی طبق مقررات قانونی برخوردار خواهد شد.

استعفا: یک ماه قبل باید درخواست خود را تسلیم کارگزینی نماید و در صورت موافقت حکم مربوطه صادر می گردد. در استعفا کسورات بازنشستگی به فرد مستعفی برگشت داده می شود. فرد مستعفی می تواند برگشت به کار شود و کسورات برگشتی را به صندوق اعاده نماید.

فوق العاده روزانه با مسافت بیش از ۳۵ کیلومتر بر مبنای کیلومتر در حکم مأموریت جداگانه اعمال می گردد.

بازنشستگی

ماده ۱۰۳ دستگاه اجرایی با داشتن یکی از شرایط زیر می توانند کارمندان خود را بازنشسته نمایند:

الف) حداقل سی سال سابقه خدمت برای مشاغل غیر تخصصی و سی و پنج سال سابقه برای مشاغل تخصصی با تحصیلات دانشگاهی کارشناسی ارشد و بالاتر یا درخواست کارمند برای سنوات بالاتر از ۳۰ سال

ب) حداقل شصت سال سن و حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت با بیست و پنج روز حقوق

تبصره یک: سابقه مذکور در بند الف و همچنین شرط سنی مزبور در بند ب برای متصدیان مشاغل سخت و زیان آور و جانبازان معمولاً تا پنج سال کمتر می باشد و شرط سنی برای زنان منظور نمی گردد.

کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظره

تبصره دو: دستگاه های اجرایی مکلفند کارمندانی را که دارای سی سال سابقه خدمت برای مشاغل غیر تخصصی و شصت سال سن و همچنین کارمندانی که دارای سی و پنج سال سابقه خدمت برای مشاغل تخصصی و شصت و پنج سال سن می باشند را رأساً و بدون تقاضای کارمندان بازنشسته نمایند.

تبصره سه: دستگاه های اجرایی موظفند کارمندانی را که دارای شصت و پنج سال سن و حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت می باشند را بازنشسته کنند. سقف سنی برای متصدیان مشاغل تخصصی هفتاد سال است. کارمندان تخصصی فوق الذکر که سابقه خدمت آنها کمتر از بیست و پنج سال است در صورتی که بیش از بیست سال سابقه خدمت داشته باشند می توانند تا رسیدن به بیست و پنج سال سابقه ادامه خدمت دهند و در غیر اینصورت بازخرید می شوند.

انواع بازنشستگی :

۱- اختیاری ۲- اجباری ۳- قهری

۱- اختیاری : فرد به اختیار خود با تقاضای مستخدم با شرایط ۲۵ سال سابقه برای آقایان و ۵۵ سال سن و ۲۰ سال سابقه بدون شرایط سنی برای خانم ها

۲- اجباری : ۳۰ سال سابقه کار و ۶۵ سال سن برای آقایان و ۳۰ سال سابقه کار و ۵۵ سال سن برای خانم ها

۳- قهری : به بازنشستگی اطلاق می گردد که هیئت بدوی تخلفات اداری فرد را محکوم به بازنشستگی نماید. برای آقایان سنوات ۲۵ سال و برای خانم ها سنوات ۲۰ سال

رسته های گروه شغلی

کشاورزی محیط زیستی	اداری مالی
فناوری داده ها	بهداشتی درمانی
خدمات	آموزشی فرهنگی
امور اجتماعی	فنی مهندسی

نامه اداری

یک وسیله ارتباطی مکتوب است که برای انجام یا تعقیب کاری تهیه می گردد.

نامه اداری از سه قسمت تشکیل شده است :

۱- سربرگ ۲- متن نامه ۳- ذیل نامه

اندازه نامه اداری بزرگ A4 و کوچک A5 می باشد.

دستورالعمل گروه پرتوکاران و میزان درصد و نحوه محاسبه فوق العاده کار با اشعه

۱- پرتوکار : شخصی است که حسب وظیفه با منابع مولد اشعه به طور مستمر و فیزیکی در ارتباط باشد.

۲- شخص مسئول : شخصی است که واجد صلاحیت علمی و فنی برای تصدی و نظارت بر کلیه امور مربوط به کار با اشعه در محدوده پروانه مربوطه باشد.

۳- مسئول فیزیک بهداشت : شخصی است که واجد صلاحیت علمی و فنی بوده و شرایط لازم برای تصدی مسئولیت حفاظت در برابر اشعه در محدوده پروانه مربوطه باشد.

۴- مسئول فیزیک بهداشت کل : شخصی است که در برابر الزامات و ضوابط تعیین مسئول فیزیک بهداشت کل ابلاغ وزیر، واجد صلاحیت علمی و فنی بوده و شرایط لازم برای تصدی مسئولیت حفاظت در برابر اشعه در مؤسسه با تفویض اختیارات از سوی بالاترین مقام مؤسسه باشد.

۵- قانون به این دستورالعمل : به قانون حفاظت در برابر اشعه اطلاق می گردد.

کمیسیون ماده ۲۰: کمیسیونی است که با عضویت شخص مسئول مرکز، مسئول فیزیک بهداشت مرکز، مدیر منابع انسانی و یا عناوین مشابه، مسئول فیزیک بهداشت کل و رئیس دانشگاه و یا نماینده تام الاختیار وی در سطح مؤسسه تشکیل می گردد.

شرایط کار ارزیابی مشاغل

جدول ۱- عوامل تأثیرگذار شرایط محیط کار و درصد وزنی آنها از امتیاز شرایط محیط کار

ردیف	عوامل تأثیر گذار	درصد وزنی از حداکثر امتیاز قابل کسب شرایط کار
۱	ریسک و احتمال پرتوکاری	۳۰ درصد
۲	ماهیت کار و مدت زمان حضور در فعالیت	۶۰ درصد
۳	مسئولیت و شرح وظیفه	۱۰ درصد

جدول ۲- امتیاز عامل تبحر در کار با اشعه

محدوده امتیاز قابل کسب		عوامل ارزیابی
گروه ب	گروه الف	
۰-۵	۰-۸	رعایت مقررات و ضوابط با پرتو و الزامات فیزیک بهداشت
۰-۳	۰-۴	قدرت تصمیم گیری و دقت در انجام امور محوله اپراتوری دستگاه و ارائه نظرات سازنده
۰-۲	۰-۳	به کارگیری آموزش های ایمنی و حفاظت در برابر اشعه در کار با پرتو
۱۰	۱۵	حداکثر مجموع امتیازات

جدول ۳- امتیاز عامل کاربرد وسایل حفاظت در برابر اشعه

۰-۴	استفاده صحیح از وسایل مانیتورینگ، تجهیز و لباس های حفاظتی در حوزه فعالیت پرتوی مربوطه
۰-۳	استفاده به موقع دوزیمترهای فردی و محیطی
۰-۳	انجام آزمایشات و معاینات پزشکی در موعد مقرر

جدول ب ۲-۱ حداکثر درصد وزنی عامل تأثیرگذار ریسک و احتمال پرتوگیری

درصد وزنی	نوع مخاطره پرتوی	ردیف
۱۵٪	پرتوگیری خارجی	۱
۱۰٪	آلودگی هوا	۲
۵٪	آلودگی سطحی	۳
۳۰٪	جمع کل	

جدول ۲-۲ حداکثر درصدهای وزنی عوامل تأثیرگذار ماهیت کار و مدت زمان حضور

موردی	موردی	روزانه در	موردی	پیوسته	مدت زمان حضور بر اساس شرح
در طی	در طی	طی هفته	در طی	حضور	ماهیت کار با پرتو
ماه	هفته ۴	۳	روز ۲	دارد	فیزیک مستقیم
۳۰	۴۰	۵۰	۵۵	۶۰	
۲۸	۳۰	۴۰	۴۵	۵۵	فیزیک بهداشت مرکز (کنترل پرتوی)
۲۰	۲۵	۲۸	۳۵	۴۵	تعمیر ، نگهداری و پشتیبانی

کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظره

مدیریتی - تعمیر	۳۵	۳۰	۲۵	۲۰	۱۲
فیزیک بهداشت کل نظارت بازرسی	-	۳۵	۲۰	۱۵	۱۲

جدول ۲-۳ درصد وزنی عوامل تأثیرگذار مسئولیت و شرح وظیفه

درصد وزنی	رده شغلی
۱۰٪	شخص مسئول
۱۰٪	مسئول فیزیک بهداشت کل
۸٪	مسئول فیزیک بهداشت
۷٪	کارشناس مسئول / سرپرست شغل
۶٪	کارشناس
۵٪	تکنسین / اپراتور
۴٪	کارگر / خدمه / منشی

❖ ساعت کار در محیط های اشعه طبق درصد کسب شده مندرج در احکام کارگزینی برای فوق العاده کار با اشعه تعیین می گردد.

قانون کاهش ساعات کار بانوان مشاغل اداری شرایط خاص

بانوان شاغل اعم از رسمی، پیمانی، قراردادی که موظف به ۴۴ ساعت کار در هفته هستند در صورتی که یکی از شرایط زیر را داشته باشند ساعات کار آنان ۳۶ ساعت در هفته با دریافت حقوق و مزایای ۴۴ ساعت می شود.

مدرک مثبت	نوع شرایط
تأیید و میزان معلولیت توسط سازمان بهزیستی	کارمند یا فرزند یا همسر کارمند دارای معلولیت شدید باشد
تأیید بیماری صعب العلاج توسط شورای عالی پزشکی	کارمند یا فرزند یا همسر کارمند دارای بیماری صعب العلاج باشد.
ارائه شناسنامه	دارای فرزند زیر شش سال
ارائه اسناد مثبت یا گواهی دادگاه معیشتی	زنان سرپرست خانوار

- ❖ تأیید میزان شدت معلولیت توسط سازمان بهزیستی
- ❖ بیماران صعب العلاج توسط وزارت بهداشت
- ❖ فرزندان زیر شش سال با ارائه شناسنامه

- ❖ زنان سرپرست خانوار با ارائه اسناد مثبت یا گواهی معتبر از دادگاه خواهد بود.
- ❖ زمان شروع و پایان کار در اجرای این قانون با توافق مشمولان و مسئولان تعیین می گردد.
- ❖ بانوانی که بر اساس سایر مقررات از امتیازات کسری کار بهره مند هستند و یا از حق استفاده از مرخصی ساعتی شیردهی برخوردارند حق انتخاب یکی از امتیازات پیش بینی شده را دارند.

سامانه کسرا

بعد از مجوز کار به صورت رسمی ، پیمانی ، قراردادی ، شرکتی ، طرح ، دانشجویی و نیروهای طرف قرارداد شرکت ها توسط مسئول حضور و غیاب ثبت چهره شده و کد حضور و غیاب جهت کارهای زیر به شخص ارائه می شود :

- ۱- رؤیت ثبت ساعات ورود و خروج
- ۲- ثبت مجوزهای درخواستی (ساعتی، روزانه، استعلاجی و ...) از منوی درخواست مجوز در صفحه مدیریت کارکرد ماهانه شخص
- ۳- ثبت تردد (ورود یا خروج) جهت تردهای فراموش شده با استفاده از منوی درخواست تردد در صفحه مدیریت کارکرد ماهانه شخص که تا ۳ تردد شخص مجاز است ثبت کند.
- ۴- درخواست تعویض شیفت که تا ۳ مورد شخص مجاز به تعویض شیفت در ماه می باشد به روش زیر:

منوی اصلی -- اتوماسیون تردد -- مدیریت شیفت های نامنظم -- تغییر شیفت های چینشی

قوانین و مقررات آموزش:

در اجرای بخشنامه شماره ۵/۲/۳۶۷۵ مورخ ۱۳۹۷/۰۳/۰۶ مدیر محترم منابع انسانی و در جهت نیاز سنجی آموزشی (عمومی، شغلی تخصصی، مدیریتی) لازم است با استفاده از امکانات و ظرفیت های درون سازمانی اعم از اعضاء محترم هیأت علمی، کارشناسان متبحر و با تجربه، اعضای کمیته های فرعی آموزشی مستقر در هر یک از معاونت ها، رابطین آموزشی، تجهیزات و امکانات و ... در خصوص اجرای فرآیند آموزش اقدام نمایند و در جهت تحقق اهداف ترسیم شده نکات مهم و قابل توجه بخشنامه آموزشی به شرح ذیل اعلام می گردد:

۱- دوره های آموزشی کشوری با محوریت یکی از معاونت ها و یا واحد های تخصصی ستاد وزارت متبوع و با همکاری دانشگاه اجرا می گردد. لازم است مجوز بگزاری دوره توسط معاونت تخصصی ستاد مرکزی وزارت متبوع مرتبط با بگزاری دوره از کمیته آموزش راهبری وزارت متبوع اخذ گردد در غیر این صورت واحد آموزش کارکنان دانشگاه تعهدی در پذیرش دوره اجرا نشده نخواهد داشت.

۲- شرکت کلیه شاغلین رسمی، پیمانی و قراردادی اعم از مدیران و کارکنان در دوره های آموزشی ضمن خدمت به میزان حداقل ۵۰ ساعت در سال الزامی می باشد.

۳- بر اساس مصوبه کمیته و تدوین برنامه های آموزشی دانشگاه لازم است در طی ماه های اردیبهشت تا پایان بهمن ماه حداکثر ۹۰ ساعت که ۷۰ ساعت آن دوره های شغلی و مدیریتی و ۲۰ ساعت آن دوره های عمومی است را برنامه ریزی نماید.

تبصره: سقف پذیرش دوره های آموزشی که توسط ستاد مرکزی وزارت متبوع یا سایر دانشگاه ها به صورت کشوری برگزار می گردد برای مشمولین مربوطه در صورتی که مبتنی بر نیاز سنجی آموزشی و پست سازمانی کارمند طراحی و یا معرفی و تأیید گروه توسعه آموزش و توانمندسازی منابع انسانی صورت پذیرفته باشد حداکثر ۳۰ ساعت در سال تعیین می گردد.

۴- تبدیل وضع استخدامی آزمایشی به رسمی، تمدید قرارداد پیمانی، تمدید قرارداد کارکنان قراردادی و هرگونه انتصاب و ارتقاء مستلزم طی سالیانه حداقل ۵۰ ساعت آموزش و طی دوره توجیهی بدو خدمت می باشد.

تبصره: مدیران و روسا به جز آموزش های شغلی و عمومی لازم است سالیانه ۵۰ ساعت آموزش مدیریتی طی نمایند.

۵- انتقال اطلاعات آموزشی مشمولین جامع آموزش پزشکی از نرم افزار آموزش مداوم جامعه پزشکی به نرم افزار آموزش کارکنان به صورت الکترونیک و رعایت سقف ساعات (پزشکان ۵۰ ساعت معادل ۲۵ امتیاز و کارشناسان و کاردانان ۳۰ ساعت معادل ۵ امتیاز) امکان پذیر می باشد.

کد واحد های مختلف

کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان ۹ دی منظره

۵۵	واحد کنترل عفونت	۹۹	تیم احیاء با کد
۰	مرکز تلفن	۱۱۰	انتظامات
۲۰۵۰	دفتر مترون	۲۵۰۰	تأسیسات
	مددکار	۲۲۲۲	سوپروایزر

اسامی مسئولین

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت
۱	دکتر علی اکبر جنگجو	رئیس بیمارستان
۲	سید امیر عظیم عظیمی	مدیر
۳	دکتر اعظم جان نثاری	معاون درمان
۴	فهیمة نصیری نسب	مدیر خدمات پرستاری
۵		سرپرست امور عمومی
۶	رجبعلی توکلی	مسئول کارگزینی
۷	فاطمه مجیری	سوپروایزر ارشد
۸	نرگس عسگری	سوپروایزر آموزشی
۹	زهرا ابراهیمی	مسئول واحد بهداشت
۱۰	فروزان معظمی	بهبود کیفیت

سامانه های مرتبط و مورد نیاز همکاران

<p>http://suggests.mui.ac.ir</p> <p>سامانه پیشنهادات</p>
<p>www.tarhreg.behdasht.gov.ir</p> <p>سامانه جامع رشد</p>
<p>www.transfer.behdasht.gov.ir</p> <p>سامانه نقل و انتقالات</p>
<p>www.taradod.mui.ac.ir</p>

سامانه کسرا
www.prstime.mui.ac.ir
سامانه خدمات الکترونیک
www.amoozesh.mui.ac.ir
سامانه فراگیر آموزش
www.Gozinesh.mui.ac.ir
هسته گزینش

کتابچه اختصاصی بخش های درمانی

شرایط اختصاصی بخش اورژانس

شرح وظایف:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت - پرستار تخصصی اورژانس
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست / شغل: شرح وظایف پرستار تخصصی اورژانس
۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست / شغل:

شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش اورژانس:

علاوه بر وظایف عمومی، وظایف تخصصی پرستار در بخش اورژانس با تاکید بر رعایت منشور حقوق بیمار و مبتنی بر فرآیند پرستاری و استانداردهای خدمات پرستاری به شرح زیر می باشد:

الف - واحد تریاژ

- ۱- ارزیابی سریع اولیه از نظر شرایط تهدید کننده حیات در مددجویان با وضعیت بحرانی یا آسیب دیده
- ۲- ارزیابی سیستماتیک و سریع ثانویه در بیماران از سر تا پا برای شناسایی کلیه آسیبهای احتمالی
- ۳- ثبت موارد ارزیابی مددجو با توجه به مشکل اساسی وی
- ۴- ارائه مراقبت های فوری به صلاحدید در صورت نیاز
- ۵- قرار دادن مددجو در یکی از رده های طبقه بندی فوریت و اعلام کد در صورت نیاز
- ۶- بررسی مجدد و متناوب مددجویان
- ۷- راهنمایی و انتقال بیمار به اورژانس براساس رده طبقه بندی
- ۸- تکمیل فرم بررسی تریاژ
- ۹- راهنمایی و انتقال بیمار به اورژانس بر اساس رده طبقه بندی

ب - واحد CPR

- ۱- باز کردن راه هوایی با در نظر گرفتن احتمال آسیب های نخاع گردنی و برقراری تهویه مناسب
- ۲- گذاشتن لوله داخل تراشه در مواقع اضطراری و عدم حضور پزشک
- ۳- خارج کردن لوله تراشه در صورت لزوم
- ۴- انجام کریکوتیروئیدوتومی در صورت نیاز با دستور پزشک
- ۵- برقراری ارتباط مناسب و موثر با خانواده مددجویان در اتاق انتظار و اطلاع وضعیت مددجویان به آنها
- ۶- هماهنگی با واحدهای مختلف جهت انجام پروسیجرهای کلینیکی و پاراکلینیکی
- ۷- گرفتن نمونه خون شریانی
- ۸- مانیتورینگ قلبی و پالس اکسی متری و بکارگیری دستگاه تهویه مکانیکی
- ۹- تشخیص دیس ریتمی های خطرناک و انجام اقدامات لازم جهت رفع آنها
- ۱۰- اکسیژن تراپی به روشهای غیرتهاجمی (بکارگیری انواع ماسک و کانولاها)
- ۱۱- ساکشن کردن مددجو (دهانی، بینی حلقی، اندوتراکئال و تراکئوستومی)
- ۱۲- فلبوتومی درمانی با تجویز پزشک
- ۱۳- گرفتن ECG ۱۲، ۱۵، ۱۸ لید و لوئیس

۱۴- برقراری راه وریدی از طریق ورید ژگولار خارجی

۱۵- برقراری راه وریدی از طریق ورید ژگولار داخلی و ورید سابکلوین

۱۶- اندازه گیری **CVP**

۱۷- بکارگیری نبولایزر

۱۸- بکارگیری دستگاه دفیبریلاتور

۱۹- گذاشتن پیس میکر موقت خارجی

۲۰- اندازه گیری فشارخون شریانی به روش تنهاجمی

۲۱- اندازه گیری فشار داخل مغزی

ج- واحد اورژانس

۱- گذاشتن **OGT** و **NGT**

۲- انجام گواژ و لاواژ معده

۳- ارزیابی صدای قلب جنین

۴- بکارگیری دستگاه همودیالیز در موارد اورژانس

۵- خارج کردن لنزهای تماسی و پروتزهای چشمی

۶- شستشوی چشم

۷- خارج کردن جسم خارجی سطحی از ملتحمه و بی حرکت کردن اجسام خارجی عمیق

۸- اندازه گیری قدرت بینایی با استفاده چارت

۹- شستشوی گوش

۱۰- مدیریت ازدحام در بخش اورژانس

۱۱- کنترل عملکرد مناسب تجهیزات و تعداد مورد استفاده در بخش در هر شیفت

بیماریهای شایع بخش اورژانس:

PTE-COPD-MI-ACS - دیابت - آپاندیسیت - تروما - پنومونی - کاهش سطح هوشیاری

بیماران آسیب پذیر بخش اورژانس:

سالمندان - معلولین - کارتن خواب - معلول ذهنی - معتاد - بی بضاعت - مراجعه از سرای سالمندان - بیمار بدون همراه موثر

تجهیزات پزشکی بخش اورژانس:

دی سی شوک **LIFEPACK 20E** - دستگاه الکتروکاردیوگراف **YASHAM** - پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دستگاه

ونتیلاتور **BLAVISTA** - مانیتور صایران مدل **iei** - ونتیلاتور پرتابل **NEW PORT HT70**

شرایط اختصاصی بخش زایشگاه

شرح وظایف

۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت- ماما زایشگاه	۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴- عنوان پست/ شغل: شرح وظایف مامای زایشگاه	۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر
۶- شماره پست / شغل:	۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>
<p>۱- گرفتن شرح حال، تاریخچه ی مامایی، انجام معاینات فیزیکی و مانورهای لئوپولد، معاینات ارزیابی لگن</p> <p>۲- توزین-کنترل علائم حیاتی، بررسی ارتفاع رحم، پایش رشد جنین و سمع و کنترل و ثبت صدای قلب جنین، ارزیابی سلامت جنین شامل: بررسی حرکات جنین، NST</p> <p>۳- درخواست آزمایشات معمول و سونوگرافی حاملگی، بررسی سلامت جنین و بیوفیزیکال پروفایل، انجام فیتال مانیتورینگ و تفسیر نتایج آن</p> <p>۴- کنترل علائم حیاتی مادر، کنترل انقباضات رحمی (طول مدت، شدت و فاصله انقباضات) و ثبت در پرونده</p> <p>۵- تزریق سولفات منیزیم به بیماران مبتلا به پره اکلامپسی و اکلامپسی در صورت عدم حضور پزشک طبق دستورالعمل</p> <p>۶- تحریک زایمانی (INDUCTIO) تقویت و تشدید دردهای زایمانی با دستور پزشک مطابق با دستورالعمل</p> <p>۷- آموزش روشهای بی دردی و کاهش درد زایمان برای مادر و همراه</p> <p>۸- معاینه واژینال و ثبت پیشرفت زایمانی در فرم پار توگراف و پرونده مادر، تشخیص فوریت های مامائی و اطلاع به پزشک مقیم یا آنکال برای حضور بر بالین بیمار</p> <p>۹- درخواست انجام آزمایشات ، درخواست روش های پاراکلینیکی (سونوگرافی، رادیوگرافی) (NST, BP)</p> <p>۱۰- انجام اقدامات اورژانس مامایی در مواقع عدم دسترسی به پزشک و ارجاع مادر یا نوزاد به سطوح بالاتر مراقبتی منطقه.</p> <p>۱۱- انجام مراحل مختلف زایمان با نمایش سر بطور مستقل (سه مرحله زایمانی) ، ترمیم پارگی پرینه درجه یک و دو</p> <p>۱۲- انجام کوراژ رحم در صورت عدم خروج جفت در صورت عدم دسترسی به پزشک و موارد اورژانس</p> <p>۱۳- انجام فوریت های مامایی در صورت عدم حضور پزشک (به جز گذاردن انواع فورسپس و واکيوم)</p> <p>۱۴- احیای مادر و نوزاد طبق دستورالعمل</p> <p>۱۵- معاینه جفت و بند ناف از نظر وجود ناهنجاریهای و کامل بودن جفت</p> <p>۱۶- مراقبت اولیه نوزاد در اتاق زایمان طبق دستورالعمل بستن دستبند نوزاد با توجه به مندرجات پرونده</p> <p>۱۷- انجام اولین تغذیه پستانی نوزاد، شیردهی و برقراری تماس پوستی بلافاصله پس از تولد مطابق دستور</p> <p>۱۸- کنترل وضعیت مادر بعد از زایمان طبق دستورالعمل تا حداقل ۲ ساعت پس از زایمان و ثبت مراقبت های ارائه شده در پرونده</p> <p>۱۹- مراقبت های مرحله چهارم زایمان طبق دستورالعمل، کنترل خونریزی رحم: ماساژ دستی، بررسی وضعیت رحم، بررسی پرینه</p> <p>۲۰- ثبت شرح زایمان و دستورات بعد از زایمان در پرونده ، گزارش موارد غیر طبیعی پس از زایمان به پزشک و انجام اقدامات اورژانس در صورت عدم حضور پزشک تا زمان دسترسی به پزشک</p>	

بیماریهای شایع بخش:

EP - NVD - خونریزی های بارداری - **PIH** - خونریزی پس از زایمان - سقط

بیماران آسیب پذیر بخش:

مادر باردار-کارتن خواب- معلول ذهنی- معتاد- بی بضاعت- بیمار بدون همراه موثر- بیمار بد سرپرست- بیمار مورد سوء رفتار.

تجهیزات پزشکی بخش:

دی سی شوک **NIHON KODEN**- سونی کید **EASY MEDIC**- دستگاه **BIONET :NST** و **SMART3**- مانیتورینگ صا
ایران- انکوباتور دریا طب اندیشان- پمپ انفوزیون **B-BRAUN**- دستگاه الکتروکاردیوگراف **YASHAM**- دستگاه **UNI FLOW**.

شرایط اختصاصی بخش زنان و مامایی:

شرح وظایف پرستار تخصصی زنان و مامایی:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت- پرستار تخصصی زنان و مامایی
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان- شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست/ شغل: شرح وظایف پرستار تخصصی زنان و مامایی
۵- نوع پست/ شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست/ شغل:

شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش زنان و مامایی:

علاوه بر وظایف عمومی، وظایف تخصصی ماما در بخش زنان و مامایی به شرح زیر می باشد:

- ۱- ارائه مراقبتهای قبل از عمل جراحی جهت مادر باردار (چک دستورات پزشک، بررسی آزمایشات، ناشتا بودن، بررسی رضایت آگاهانه، علامتگذاری عضو و ...)
- ۲- مراقبتهای بعد از عمل (کنترل علائم حیاتی، بررسی محل جراحی، چک اتصالات، بررسی و انجام دستورات پس از عمل، تسکین درد و ...)
- ۳- ارائه مراقبتهای پرستاری در DVT (بررسی، کنترل و ثبت وضعیت عصبی عروقی اندام مبتلا)
- ۴- کنترل علائم حیاتی مادر و بررسی عوامل خطر و ثبت در پرونده
- ۵- ارائه مراقبتهای قبل و بعد از هیسترکتومی و APR
- ۶- ارزیابی و پیشگیری از عوامل خطر ترومبوآمبولی ریوی در بارداری و پس از زایمان
- ۷- کنترل وضعیت نوزاد در معرض خطر (وزن کمتر از ۲۵۰۰، مادر دیابتی، PROM، شکاف کام و لب، دچار دیسترس تنفسی و ...)
- ۸- کنترل وضعیت مادر پرخطر پس از زایمان
- ۹- مراقبت از بیمار مبتلا به شوک هیپوولمیک و هموراژیک، سپتیک
- ۱۰- مهارت در بررسی تداخلات دارویی و ADR
- ۱۱- کنترل وضعیت نوزاد طبق دستورالعمل تا حداقل ۲۴ ساعت پس از زایمان و ثبت مراقبت های ارائه شده در پرونده
- ۱۲- احیای مادر و نوزاد طبق دستورالعمل
- ۱۳- رعایت اصول هموویژیلانس در تزریق خون
- ۱۴- ارزیابی وضعیت و ارائه مراقبت از پستان و آموزش شیردهی تغذیه پستانی نوزاد، شیردهی و برقراری تماس پوستی بلافاصله پس از تولد مطابق دستورالعمل
- ۱۵- کنترل وضعیت مادر بعد از زایمان طبق دستورالعمل تا حداقل ۲۴ ساعت پس از زایمان و ثبت مراقبت های ارائه شده در پرونده
- ۱۶- مراقبت های مرحله چهارم زایمان طبق دستورالعمل، کنترل خونریزی رحم: ماساژ دستی، بررسی وضعیت رحم، بررسی پرینه
- ۱۷- آموزش هنگام ترخیص به مادر در خصوص تنظیم خانواده، خود مراقبتی (بهداشت فردی، مراقبتهای پرینه)، مراقبت از نوزاد (پیگیری وضعیت نوزاد، مراقبت از ناف، واکسنها و تست تیروئید، حمام و ...) و مراجعه بعدی
- ۱۸- آموزش علائم خطر مادر و نوزاد به مادر
- ۱۹- مهارت کار با تجهیزات بخش (مانیتور، پالس اکسیمتر، DC.SHOCK ECG)

شرح وظایف مامای بخش زنان و مامایی:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت - ماما تخصصی زنان و مامایی
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست / شغل: شرح وظایف ماما تخصصی زنان و مامایی
۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست / شغل:

شرح وظایف تخصصی ماما در بخش زنان و مامایی:

علاوه بر وظایف عمومی، وظایف تخصصی ماما در بخش زنان و مامایی به شرح زیر می باشد:

- ۱- گرفتن شرح حال، تاریخچه ی مامایی، انجام معاینات فیزیکی
- ۲- توزین - کنترل علائم حیاتی، بررسی ارتفاع رحم، پایش رشد جنین و سمع و کنترل و ثبت صدای قلب جنین، ارزیابی سلامت جنین شامل: بررسی حرکات جنین، **NST**
- ۳- درخواست آزمایشات معمول و سونوگرافی حاملگی، بررسی سلامت جنین و بیوفیزیکال پروفایل، انجام فیتال مانیتورینگ و تفسیر نتایج آن
- ۴- کنترل علائم حیاتی مادر و ثبت در پرونده
- ۵- ارائه مراقبتهای قبل و بعد از هیستریکتومی و **APR**
- ۶- ارزیابی و پیشگیری از عوامل خطر ترومبوآمبولی ریوی در بارداری و پس از زایمان
- ۷- کنترل وضعیت نوزاد در معرض خطر (وزن کمتر از ۲۵۰۰، مادر دیابتی، **PROM**، شکاف کام و لب، دچار دیسترس تنفسی و ...)
- ۸- کنترل وضعیت مادر دیابتی پس از زایمان
- ۹- درخواست انجام آزمایشات، درخواست روش های پاراکلینیکی (سونوگرافی، رادیوگرافی) (**BP, NST**)
- ۱۰- انجام اقدامات اورژانس مامایی در مواقع عدم دسترسی به پزشک و ارجاع مادر یا نوزاد به سطوح بالاتر مراقبتی منطقه.
- ۱۱- کنترل وضعیت نوزاد طبق دستورالعمل تا حداقل ۲۴ ساعت پس از زایمان و ثبت مراقبت های ارائه شده در پرونده
- ۱۲- احیای مادر و نوزاد طبق دستورالعمل
- ۱۳- مراقبت اولیه نوزاد در اتاق زایمان طبق دستورالعمل بستن دستبند نوزاد با توجه به مندرجات پرونده
- ۱۴- ارزیابی وضعیت و ارائه مراقبت از پستان و آموزش شیردهی تغذیه پستانی نوزاد، شیردهی و برقراری تماس پوستی بلافاصله پس از تولد مطابق دستورالعمل
- ۱۵- کنترل وضعیت مادر بعد از زایمان طبق دستورالعمل تا حداقل ۲۴ ساعت پس از زایمان و ثبت مراقبت های ارائه شده در پرونده
- ۱۶- مراقبت های مرحله چهارم زایمان طبق دستورالعمل، کنترل خونریزی رحم: ماساژ دستی، بررسی وضعیت رحم، بررسی پرینه
- ۱۷- آموزش هنگام ترخیص به مادر در خصوص تنظیم خانواده، خود مراقبتی (بهداشت فردی، مراقبتهای پرینه)، مراقبت از نوزاد (پیگیری وضعیت نوزاد، مراقبت از ناف، واکسنها و تست تیروئید، حمام و ...) و مراجعه بعدی
- ۱۸- آموزش علایم خطر مادر و نوزاد به مادر
- ۱۹- مهارت کار با تجهیزات بخش (مانیتور، پالس اکسیمتر، **DC. SHOCK, ECG**)
- ۲۰- رعایت اصول هموویزیلانس در تزریق خون

بیماریهای شایع بخش:

هیستریکتومی - کورتاژ - **C/S - NVD - EP - PIH - PTE** در بارداری

بیماران آسیب پذیر بخش:

مادر باردار - سالمندان - معلولین - کارتن خواب - معلول ذهنی - معتاد - بی بضاعت - مراجعه از سرای سالمندان - بیمار بدون

همراه موثر - بیمار بد سرپرست - بیمار مورد سوء رفتار

تجهیزات پزشکی بخش:

دی سی شوک **NIHON KODEN** - پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دستگاه الکتروکاردیوگراف **YASHAM** - دستگاه ونتیلاتور

BLAVISTA - مانیتور صا ایران مدل **ARAD**

شرایط اختصاصی بخش نوزادان:

شرح وظایف:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت- پرستار نوزادان
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست / شغل: شرح وظایف پرستار نوزادان
۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست / شغل:

<p>۱- ارزیابی کامل و تخصصی نوزاد</p> <p>۲- ارزیابی وضعیت تغذیه نوزاد، برنامه ریزی و اجرای روشهای تغذیه ای مانند تغذیه وریدی، گاوژ و ..</p> <p>۳- بررسی رشد و تکامل نوزاد و برنامه ریزی مناسب بر اساس مراحل رشد و تکامل نوزاد</p> <p>۴- استفاده صحیح از تجهیزات مدیریت راه هوایی نوزاد</p> <p>۵- مراقبت از نوزاد طبیعی</p> <p>۶- آموزشهای لازم بدو ورود، حین بستری و هنگام ترخیص به مادر و خانواده نوزاد</p> <p>۷- مهارت کافی در بررسی عروق و انتخاب بهترین راه وریدی مناسب نوزاد</p> <p>۸- ارائه مراقبتهای قبل، حین و بعد از پروسیجرهای درمانی مانند بیوپسی</p> <p>۹- انجام TPN تراپی و مراقبتهای آن</p> <p>۱۰- مراقبت آغوشی (KMC)</p> <p>۱۱- همکاری در انجام پروسیجرهایی مانند کاتتریزاسیون وریدی و شریان نافی نوزاد، بیوپسی</p> <p>۱۲- انجام تعویض خون نوزاد</p> <p>۱۳- فتوتراپی نوزاد را با در نظر گرفتن مراقبتهای آن</p> <p>۱۴- محاسبه، انجام و ثبت دستورات دارویی را به طور صحیح</p> <p>۱۵- بکارگیری اصول احیای نوزاد در مواقع لزوم</p> <p>۱۶- تعبیه سونداژ ادراری و سوند معده با مهارت کافی</p>	
---	--

بیماریهای شایع بخش:

زردی - تاکی پنه - دیسترس تنفسی

بیماران آسیب پذیر بخش:

مادر معلولین - مادر معلول ذهنی - مادر معتاد - بی بضاعت - مراجعه از بهزیستی - نوزاد سرراهی و رها شده

تجهیزات پزشکی بخش:

پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دی سی شوک **NIHON KODEN** - انکوباتور دریا طب اندیشان - پالس اکسیمتر نلکور - وارمر

حامی - کات دریا طب اندیشان - نبولایزر **OMRON** - فتوتراپی دریا طب اندیشان - فتوتراپی توسان.

شرایط اختصاصی بخش جراحی:

شرح وظایف

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت - پرستار تخصصی جراحی
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست/ شغل: شرح وظایف پرستار تخصصی جراحی
۵- نوع پست/ شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست/ شغل:

شرح وظایف تخصصی پرستار در بخش جراحی:

علاوه بر وظایف عمومی، وظایف تخصصی پرستار در بخش جراحی به شرح زیر می باشد:

- ۱- ارائه مراقبت های قبل از عمل (چک دستورات پزشک، بررسی آزمایشات، ناشتا بودن، بررسی رضایت آگاهانه، علامتگذاری عضو و...)
- ۲- مراقبتهای بعد از عمل (کنترل علائم حیاتی، بررسی محل جراحی، اتصالات، بررسی و انجام دستورات پس از عمل، تسکین درد و...)
- ۳- مهارت در بستن کولار گردنی، آتل گذاری، انواع بانداژ و **slings**، مهارت کشیدن بخیه و انواع پانسمان
- ۴- بررسی، کنترل و ثبت وضعیت عصبی عروقی اندام مبتلا
- ۵- مهارت در مراقبتهای پرستاری بعد از عمل جراحی، آمپوتاسیون اندام، اینترنال فیکساتور
- ۶- مهارت در مراقبت از تراکشنهای پوستی و استخوانی
- ۷- مراقبت از اندام مبتلا در آتل و گچ، سندرم کمپارتمان
- ۸- مراقبت از بیمار مبتلا به شوک هیپوولمیک و هموراژیک
- ۹- مهارت در بررسی تداخلات دارویی و **ADR**
- ۱۰- مراقبتهای قبل و بعد از تعبیه **CHEST TUBE**
- ۱۱- مراقبت از بیماران با هموواگ و انواع درن
- ۱۲- پیشگیری و مراقبت از زخمهای فشاری
- ۱۳- کنترل حس و حرکت و عملکرد عصبی در اندامهای تحتانی پس از اعمال جراحی دیسک و ستون فقرات
- ۱۴- آموزش به بیمار در بدو پذیرش، بستری و در هنگام ترخیص
- ۱۵- آگاهی و کاربرد صحیح اصول **CPR**
- ۱۶- مهارت کار با **DC SHOCK**، مانیتور، ونتیلاتور، پمپ انفوزیون و **ECG**
- ۱۷- ارزیابی عملکرد چست تیوب، **NGT**، سوند فولی، تراکتوستومی، انواع درن و سایر اتصالات بیمار و ثبت و گزارش موارد غیرطبیعی
- ۱۸- بکارگیری اصول هموویژیلانس در تزریق خون

بیماریهای شایع بخش:

آپاندیسیت - انواع شکستگی - هرنی - هموروئید - کیست پاپیلونیدال - واریکوسل - ضربه به سر - افیوژن کمری

بیماران آسیب پذیر بخش:

مادر باردار - سالمندان - معلولین - کارتن خواب - معلول ذهنی - معتاد - بی بضاعت - مراجعه از سرای سالمندان - بیمار بدون همراه موثر

تجهیزات پزشکی بخش:

دستگاه الکتروکاردیوگراف **YASHAM** - پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دی سی شوک **NIHON KODEN** - دستگاه ونتیلاتور

BLAVISTA - مانیتور سا ایران مدل **ARAD**

شرایط اختصاصی بخش CCU:

شرح وظایف:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت- پرستار تخصصی CCU
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست / شغل: شرح وظایف پرستار تخصصی CCU
۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست / شغل:

پرستار تخصصی CCU

مهارت‌های فنی

- ۱- ارزیابی تست استرس
- ۲- مهارت مانیتورینگ قلب
- ۳- ارزیابی و نظارت عروقی
- ۴- مهارت کار با دافیبریلاتور
- ۵- محاسبه میزان داروهای محاسبه داروهای قلبی آنتی کوآگولانت - آنتی دوت
- ۶- مهارت تفسیر ECG و ABG
- ۷- مهارت در ثبت مستندات طبق دستورالعمل های ابلاغی
- ۸- توانمندی شناسایی پروسیدرهای تهاجمی مرتبط با قلب (آنژیو و آمادگی های قبل و بعد از آن PCI هیبرید و EPS تعبیه PPM)
- ۱۰- مهارت‌های کار با دستگاه و تجهیزات تخصصی

وظایف تخصصی بالینی قلب شامل:

- ۱- ارزیابی کامل وضعیت بیمار و ثبت آن
- ۲- مانیتورینگ قلب، تشخیص دیس ریتمی های مختلف، اطلاع به پزشک در صورت لزوم و انجام اقدامات فوری در صورت بروز دیس ریتمی های خطرناک
- ۳- کنترل فشار و ریتم مرکزی و مراقبت از نظر عوارض کاتترورید مرکزی و برقراری میزان جریان داروهای مورد نیاز با توجه به تجویز پزشک
- ۴- ارائه مراقبت‌های لازم پس از انجام روش های تشخیصی و درمانی به خصوص روش های تهاجمی مانند آنژیوگرافی، گذاشتن پیس میکراز قبیل کنترل وضعیت همودینامیک، کنترل عوارض روش های درمانی و آموزش مراقبت از خود به بیمار و خانواده
- ۵- هماهنگی و همکاری با تیم درمان جهت انجام مراحل مختلف باز توانی قلبی با توجه به وضعیت مددجو
- ۶- تفسیر EKG
- ۷- انجام اینتوباسیون در موارد ضرورت
- ۸- اعلام کد احیا و شروع اقدامات احیا قلب و ریه
- ۹- تنظیم و بکارگیری DC شوک در صورت ضرورت
- ۱۱- خارج کردن اتصالات بیمار در صورت ضرورت
- ۱۱- انجام مراقبت‌های پرستاری بخش CCU به منظور تعدیل فعالیت و استراحت بیمار

- ۱۲- انجام حمایت‌های روانشناختی از بیماران و خانواده بیمار
- ۱۳- ثبت دقیق و گزارش کلیه اقدامات انجام شده در **sheet** و پرونده ی بیمار
- ۱۴- مراقبت و پایش بیمارانی که به دستگاه **IABP** متصل می باشند.
- ۱۵- مراقبت قبل و بعد از تعبیه انواع **CRT, ICD, PPM, TPM** و آشنایی با عملکرد آنها
- ۱۶- آشنایی و تنظیم پارامترهای دستگاه ونتیلاتور در بیمارانی که نیازمند حمایت مکانیکی تنفسی هستند
- ۱۷- مراقبت و پایش بیماران دارای درد پریکارد (پیکتل) و ثبت دقیق ترشحات آن

بیماریهای شایع بخش:

ACS- PTE- PE- DVT-CHF-HTN- AF

بیماران آسیب پذیر بخش:

سالمندان - معلولین - کارتن خواب - معلول ذهنی - معتاد - بی بضاعت - مراجعه از سرای سالمندان - بیمار بدون همراه موثر

تجهیزات پزشکی بخش:

مانیتور صا ایران مدل **ARAD** - مانیتور سانترال صا ایران مدل **MSI** - پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دستگاه الکتروکاردیوگراف

کارپذیر - دی سی شوک **LIFEPACK 20E** - ونتیلاتور **BLAVISTA**

شرایط اختصاصی بخش P.CCU:

شرح وظایف:

<p>۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت - پرستار تخصصی Post CCU</p>	<p>۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>
<p>۴- عنوان پست / شغل: شرح وظایف پرستار تخصصی Post CCU</p>	<p>۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر</p>
<p>۶- شماره پست / شغل:</p>	<p>۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/></p>
<p>پرستار تخصصی Post CCU</p> <p>مهارت‌های فنی</p> <p>۱- ارزیابی تست استرس</p> <p>۲- مهارت مانیتورینگ قلب</p> <p>۳- ارزیابی و نظارت عروقی</p> <p>۴- مهارت کار با دافیبیریلاتور</p> <p>۵- محاسبه میزان داروهای محاسبه داروهای قلبی آنتی کوآگولانت - آنتی دوت</p> <p>۶- مهارت تفسیر ECG و ABG</p> <p>۷- مهارت در ثبت مستندات طبق دستورالعمل‌های ابلاغی</p> <p>۸- توانمندی شناسایی پروسیجرهای تهاجمی مرتبط با قلب (آنژیو و آمادگی‌های قبل و بعد از آن PCI هیبرید و EPS تعبیه PPM)</p> <p>۱۰- مهارت‌های کار با دستگاه و تجهیزات تخصصی</p> <p>وظایف تخصصی بالینی قلب شامل:</p> <p>۱- ارزیابی کامل وضعیت بیمار و ثبت آن</p> <p>۲- مانیتورینگ قلب، تشخیص دیس ریتمی‌های مختلف، اطلاع به پزشک در صورت لزوم و انجام اقدامات فوری در صورت بروز دیس ریتمی‌های خطرناک</p> <p>۳- کنترل فشارورید مرکزی و مراقبت از نظر عوارض کاتترورید مرکزی و برقراری میزان جریان داروهای موردنیاز با توجه به تجویز پزشک</p> <p>۴- ارائه مراقبت‌های لازم پس از انجام روش‌های تشخیصی و درمانی به خصوص روش‌های تهاجمی مانند آنژیوگرافی، گذاشتن پیس میکراز قبیل کنترل وضعیت همودینامیک، کنترل عوارض روش‌های درمانی و آموزش مراقبت از خود به بیمار و خانواده</p> <p>۵- هماهنگی و همکاری با تیم درمان جهت انجام مراحل مختلف بازتوانی قلبی با توجه به وضعیت مددجو</p> <p>۶- تفسیر EKG</p> <p>۷- انجام اینتوباسیون در موارد ضرورت</p> <p>۸- اعلام کد احیا و شروع اقدامات احیا قلب وریه</p> <p>۹- تنظیم و بکارگیری DC شوک در صورت ضرورت</p> <p>۱۱- خارج کردن اتصالات بیمار در صورت ضرورت</p>	

- ۱۱- انجام مراقبتهای پرستاری بخش CCU به منظور تعدیل فعالیت و استراحت بیمار
- ۱۲- انجام حمایت‌های روانشناختی از بیماران و خانواده بیمار
- ۱۳- ثبت دقیق و گزارش کلیه اقدامات انجام شده در sheet و پرونده ی بیمار
- ۱۴- مراقبت و پایش بیمارانی که به دستگاه IABP متصل می باشند.
- ۱۵- مراقبت قبل و بعد از تعبیه انواع CRT, ICD, PPM, TPM و آشنایی با عملکرد آنها
- ۱۶- آشنایی و تنظیم پارامترهای دستگاه ونتیلاتور در بیمارانی که نیازمند حمایت مکانیکی تنفسی هستند
- ۱۷- مراقبت و پایش بیماران دارای درد پریکارد (پیکتل) و ثبت دقیق ترشحات آن

بیماریهای شایع بخش:

ACS- PTE- PE- DVT-CHF-HTN- AF

بیماران آسیب پذیر بخش:

سالمندان - معلولین - کارتن خواب - معلول ذهنی - معتاد - بی بضاعت - مراجعه از سرای سالمنندان - بیمار بدون همراه موثر

تجهیزات پزشکی بخش:

مانیتور صا ایران مدل **ARAD** - مانیتور سانترال صا ایران مدل **MSI** - پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دستگاه الکتروکاردیوگراف

YASHAM - دی سی شوک **LIFEPACK 20E** - ونتیلاتور **BLAVISTA**

شرایط اختصاصی بخش ICU:

شرح وظایف:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت- پرستار تخصصی ICU
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان- شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست/ شغل: شرح وظایف پرستار تخصصی ICU
۵- نوع پست/ شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست/ شغل:

پرستار تخصصی ICU

مهارت‌های فنی

- ۱- مهارت در معاینات فیزیکی و انجام ارزیابی بیماران از جنبه های مختلف جسمی روحی و روانی - اجتماعی
- ۲- توانمندی جلب اعتماد و اطمینان بیمار و خانواده ی وی و برقراری ارتباط حرفه ای موثر
- ۳- مهارت در ارزیابی بیماران با حال وخیم
- ۴- مهارت در دستیابی به عروق و انتخاب بهترین راه ممکن جهت برقراری راه وریدی
- ۵- مهارت اینتوباسیون (لوله گذاری داخل تراشه)
- ۶- مهارت تفسیر ECG
- ۷- مهارت کار با تجهیزات بخش ICU و آماده کردن آنها
- ۸- مهارت برقراری راه شریانی
- ۹- مدیریت راه هوایی
- ۱۱- مهارت‌های مراقبتی پرستاری از بیماران ICU
- ۱۱- مهارت در ارزیابی عملکرد Chest Tube ، NGT ، IABP۲ ، سوندفولی، پیس میکر
- ۱۲- مهارت در محاسبه، آماده سازی و دادن داروهای بخش ICU

شرح وظیفه پرستار در ICU بزرگسالان:

- ۱- ارزیابی کامل بیمار و ثبت آن
- ۲- تدوین برنامه مراقبتی جهت بیماران بر اساس اهداف و اولویت ها و تشخیص های پرستاری و ثبت آن در پرونده
- ۳- مانیتورینگ کامل سیستم های حیاتی و ثبت آن
- ۴- مدیریت راه هوایی
- ۵- کنترل و نظارت بر تغذیه بیمار و 3×3
- ۶- ارائه مراقبت پرستاری از بیماران ICU
- ۷- کمک در لوله گذاری داخل تراشه
- ۸- انجام لوله گذاری داخل تراشه در صورت لزوم
- ۹- برقراری آرترا لاین (راه شریانی) و اتصال آن به بیمار و مراقبت از آن

- ۱۰-مراقبت پرستاری از بیماران متناسب با بیماری زمینه ای
- ۱۱-مراقبت از پوست و جلوگیری از ایجاد زخم فشاری
- ۱۲-گرفتن نمونه خون شریانی و تفسیر نتایج آن
- ۱۳-ست کردن دستگاه ،اتصال بیمار به ونتیلاتور و تنظیم و کنترل پارامترهای دستگاه
- ۱۴-تنظیم و بکارگیری دستگاه DC شوک در صورت ضرورت
- ۱۵-مراقبت از بیمار تحت تهویه مکانیکی
- ۱۶-جداسازی بیمار از ونتیلاتور
- ۱۷-محاسبه،آماده سازی و دادن داروهای بخش ICU
- ۱۸-اندازه گیری (CVP فشار ورید مرکزی)
- ۱۹-ارزیابی و ثبت وضعیت اتصالات بیمار(سوند، بیس میکرو، انواع درن ها)
- ۲۰-استفاده از تکنیک های آرام بخشی در آرام سازی بیماران
- ۲۱-پیاده سازی و ارزیابی برنامه های آموزشی و تغییرات بر اساس نیازهای یادگیری از بیماران، خانواده ها
- ۲۲-همراهی و نظارت پرستار حین انتقال جهت اعزام - مشاوره و امور پاراکلینیکی

بیماریهای شایع بخش:

خونریزی مغزی - تروما - COPD - PTE - نارسایی کلیه - سکته مغزی - سپسیس

بیماران آسیب پذیر بخش:

مادر باردار - سالمندان - معلولین - کارتن خواب - معلول ذهنی - معتاد - بی بضاعت - مراجعه از سرای سالمندان - بیمار بدون

همراه موثر - بیماران مجهول الهویه - اطفال - بیمار با سطح هوشیاری پایین

تجهیزات پزشکی بخش:

دی سی شوک - LIFEPACK 20E - دستگاه الکتروکاردیوگراف YASHAM - مانیتور سانترال LG - مانیتور SADAT -

ونتیلاتور BLAVISTA - ونتیلاتور HAMILTON - دستگاه دیالیز FREEZ B - ونتیلاتور پرتابل DRAGER - پمپ انفوزیون

B-BRAUN

شرایط اختصاصی بخش داخلی:

شرح وظایف:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت - پرستار تخصصی داخلی
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست / شغل: شرح وظایف پرستار تخصصی داخلی
۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست / شغل:

- ۱- آگاهی و کاربرد اصول صحیح CPR
- ۲- مانیتورینگ کامل سیستمهای حیاتی بیمار شامل علایم حیاتی، قلب، تنفس، اعصاب مرکزی و محیطی، ثبت آنها و گزارش موارد غیر طبیعی
- ۳- آگاهی و کاربرد قوانین و مقررات مربوط به داروهای مخدر
- ۴- ارائه مراقبتهای پرستاری در بیمار مبتلا به هیپرتنشن
- ۵- ارائه مراقبتهای پرستاری در بیمار مبتلا به دیابت
- ۶- ارائه مراقبتهای پرستاری در بیمار مبتلا به **DKA**
- ۷- ارائه مراقبتهای پرستاری در بیمار مبتلا به پنومونی و سپسیس و ...
- ۸- آموزش انواع رژیمهای اورمیک، دیابتیک به بیمار
- ۹- آشنایی با آزمایشات روتین بخش و نحوه گزارش به پزشک در مواقع ضروری
- ۱۰- انجام برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی در مراقبت کامل از پوست و پیشگیری از زخمهای فشاری و دیابتی و درمان
- ۱۱- آگاهی و کاربرد نحوه انجام فرایند تغذیه مددجو از طریق لوله های گوارشی و **TPN**
- ۱۲- آگاهی و کاربرد نحوه حفظ و مراقبت درست از راه هوایی، تهویه و اکسیژناسیون
- ۱۳- ساکشن راههای هوایی از طریق دهانی، لوله تراشه، تراکیوستومی و ... به طور صحیح
- ۱۴- مانیتورینگ قلبی، تشخیص دیس ریتمی های مختلف، اطلاع به پزشک در صورت لزوم و انجام اقدام فوری در صورت بروز دیس ریتمی های خطرناک
- ۱۵- تنظیم و بکار گیری **DC SHOCK** در موارد ضروری
- ۱۶- ارزیابی عملکرد چست تیوب، **NGT**، سوند فولی، لوله تراشه، انواع درن و سایر اتصالات مددجو و ثبت و گزارش موارد غیر طبیعی
- ۱۷- مهارت در کار با تجهیزات بخش از قبیل مانیتور، ونتیلاتور، پمپ انفوزیون، **ECG** و **DC.SHOCK**
- ۱۸- رعایت اصول هموویژنلانس در تزریق خون
- ۱۹- آموزش بدو پذیرش، حین بستری و هنگام ترخیص به بیماران

بیماریهای شایع بخش:

تنگی نفس - پنومونی - کاهش سطح هوشیاری - زخم پای دیابتی - دیابت - **COPD** - خونریزی گوارشی - عفونت ادراری

بیماران آسیب پذیر بخش:

سالمندان - معلولین - کارتن خواب - معلول ذهنی - معتاد - بی بضاعت - مراجعه از سرای سالمندان - بیمار بدون همراه موثر

تجهیزات پزشکی بخش:

دستگاه الکتروکاردیوگراف **YASHAM** - پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دی سی شوک **NIHON KODEN** - دستگاه ونتیلاتور

BLAVISTA

شرایط اختصاصی بخش اتاق عمل:

شرح وظایف کارشناس اتاق عمل:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت - کارشناس اتاق عمل
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست / شغل: شرح وظایف کارشناس اتاق عمل
۵- نوع پست / شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست / شغل:

کارشناس اتاق عمل

عمومی:

- ۱- حضور به موقع در محل کار
- ۲- پوشیدن لباس فرم و داشتن اتیکت
- ۳- دریافت دستور و برنامه کار از مافوق
- ۴- کنترل اتاق عمل از نظر سیستم تهویه، برق، نور مناسب، دما و رطوبت، نظافت و ایمنی بر اساس چک لیست های استاندارد
- ۵- اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاه ها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع عمل و پذیرش بیمار
- ۶- بررسی وجود لوازم و امکانات مصرفی مورد نیاز اعمال جراحی، تهیه و آماده سازی آن
- ۷- گزارش نواقص موجود به مسئول مربوطه طبق خط مشی تدوین شده
- ۸- کنترل و آماده نمودن وسایل استریل مورد نیاز عمل طبق لیست جراحی
- ۹- پذیرش بیمار توسط تیم جراحی طبق خط مشی واحد (بررسی نام، مشخصات، دستبند، زیورآلات و)...
- ۱۱- برقراری ارتباط موثر و ارائه آموزش های لازم به بیمار جهت جلب اعتماد وی
- ۱۱- تغییر و تحول، حفظ و نگهداری و برنامه ریزی جهت کالیبراسیون دوره ای تجهیزات اتاق عمل
- ۱۲- مشارکت فعال و همکاری در آموزش دانشجویان در واحد مربوطه حسب نیاز
- ۱۳- تهیه آمار عمل های جراحی روزانه، هفتگی، ماهانه، عمل های کنسل شده و ارائه آن به مقام مافوق
- ۱۴- تشخیص و بررسی موارد اورژانسی و طبقه بندی آنها با توجه به اولویت جراحی جهت پذیرش در اتاق عمل
- ۱۵- مشارکت و نظارت در انجام ضد عفونی تجهیزات اتاق عمل به شکل روزانه
- ۱۶- فراهم نمودن خون و داروهای مورد نیاز حین عمل
- ۱۷- انجام تزریقات عضلانی، وریدی، داخل جلدی، زیر جلدی مورد نیاز بیمار
- ۱۸- ریختن انواع قطره گوش و چشم بیمار
- ۱۹- قرار دادن و خارج کردن سند (کنترا) ادراری و NGT
- ۲۱- تعبیه و شستشوی انواع سوند و کنترها و مراقبت از آن
- ۲۱- به کار گیری استانداردها در کاربرد داروها (R 8) و محاسبات دوز داروها
- ۲۲- نظارت بر انجام انواع تنقیه (باقی ماندنی، شستشویی، برگشتی)
- ۲۲- شرکت در عملیات احیا
- ۲۴- نظارت بر برنامه شستشو و نظافت و ضد عفونی اتاق عمل طبق خط مشی بیمارستان
- ۲۵- شرکت در کلاس های آموزشی ضمن خدمت و آموزش مداوم

- ۲۶-مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و استاندارد ها
- ۲۷-همکاری در اجرای برنامه های آموزشی و پژوهشی بیمارستان با نظر سوپروایزر
- ۲۸-مهارت کار با رایانه (۱۰۰۰۰۰)
- ۲۹-ارتباط با واحد های مختلف (آزمایشگاه، بانک خون، رادیولوژی، مهندسی پزشکی، دفتر پرستاری و سیستم اداری)
- ۳۰-گزارش مشکلات عمل به مسئول شیفت /بخش و سوپروایزر بالینی
- ۳۱-رعایت منشور حقوق بیمار و کارکنان از زمان ورود تا خروج از اتاق عمل
- ۳۲-رعایت مقررات مربوط با حفاظت و ایمنی بیمار و کارکنان و محیط کار
- ۳۳-مشارکت در کنترل عوارض بعد از عمل (شوک و خون ریزی.)
- ۳۴-شستشو و اسکراب هفتگی اتاق عمل
- ۳۵-استفاده از سامانه ishift جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود در سامانه

سیار قبل از عمل:

- ۱-تحويل بیمار از کارشناس هوشبری بر حسب خط مشی بیمارستان
- ۲-کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع و موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار
- ۳-کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل مانند اجازه عمل، ناشتا بودن، تشخیص، داشتن اوراق رادیولوژی و آزمایشگاهی و وسایل کاشتنی نظیر پیچ و پلاک ها ... و تکمیل فرم جراحی ایمن
- ۴-ارزیابی مجدد بیمار از نظر شرایط جسمی، سوابق بیماری، سوابق دارویی و ناشتا بودن و نداشتن زیورآلات و وسایل مصنوعی بر اساس فرایند پرستاری به منظور تعیین تشخیص های پرستاری و تدوین برنامه مداخلاتی در طول اقامت بیمار در اتاق عمل
- ۵-برقراری ارتباط موثر با مددجو جهت جلب اعتماد وی و کاهش اضطراب قبل از عمل
- ۶-مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد اتاق عمل همچنین توجه به حفظ حریم بیمار هنگام جا به جایی
- ۷-تنظیم تخت جراحی، چراغ سیالتیک و نصب اتصالات مورد نیاز بر حسب نوع و ناحیه عمل
- ۸-کمک به انتقال بیمار به تخت جراحی با حفظ حریم و رعایت ایمنی
- ۹-کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی (توجه به بیماری های زمینه ای، آسیب پوستی، شیو ناحیه عمل، محل اتصال پلیت کوتتر، بازکردن پانسمان و آتل جهت معاینه)
- ۱۰-کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد (همووک، درن، چست تیوب، CVP Line)
- ۱۱-تحويل گرفتن ست ها و پک های مورد نیاز و وسایل مورد نیاز بیمار از اتاق وسایل استریل
- ۱۲-در دسترس قرار دادن دستگاه ها، تجهیزات در محل مناسب و باز نمودن پوشش بسته های استریل (پک جنرال، دستکش، نخ و ..)
- ۱۳-پرپ اولیه ناحیه عمل
- ۱۴-همکاری با تیم بیهوشی جهت آماده سازی بیمار در صورت نیاز
- ۱۵-تعبیه و مراقبت از کتتر ادراری بر حسب نیاز و تجویز پزشک
- ۱۶-مشارکت در پوزیشن دهی مناسب بیمار زیر نظر جراح و متخصص بیهوشی
- ۱۷-بستن تورنیکه در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل سلامت دستگاه بر حسب نیاز و درخواست جراح
- ۱۸-توجه به حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از سقوط بیمار
- ۱۹-بستن پلیت در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظتی پوست و کنترل تنظیمات دستگاه الکتروکوتر بر حسب نیاز جراح

سیار حین عمل:

- ۱- حضور مداوم در طی فرایند جراحی و کمک به فرد اسکراب و جراحان در پوشیدن گان، دستکش و...
- ۲- پایش مستمر محیط اتاق عمل و وضعیت بیمار
- ۳- باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخ ها و سایر وسایل و قرار دادن آنها بر روی میز جراحی با رعایت اصول آسپتیک و علمی
- ۴- تنظیم نور چراغ سیالتیک روی موضع جراحی بر حسب درخواست جراح و تیم جراحی
- ۵- شمارش و ثبت نخهای جراحی، گاز، لنگاز، ابزار جراحی قبل از شروع جراحی مطابق با چک لیست ثبت وسایل شمارشی با شمارش فرد اسکراب در حضور جراح
- ۶- آماده کردن وسایل جمع آوری نمونه پاتولوژیک بر حسب نوع نمونه و درخواست جراح (ریختن محلول نگهداری مناسب، ثبت مشخصات نمونه بر روی بدنه ظرف)
- ۷- جمع آوری، تحویل و نگهداری نمونه مطابق با سیاست مرکز درمانی جهت تحویل به واحد پاتولوژی یا...
- ۸- آماده کردن کات نوزاد، شان گرم و وسایل احیا در اتاق عمل زنان در صورت اضطرار و عدم حضور ماما
- ۹- تحویل نوزاد در اتاق عمل زنان با رعایت اصول ایمنی در صورت عدم حضور ماما
- ۱۱- تزریق ویتامین K و کمک به تیم بیهوشی در احیای نوزاد در صورت نیاز و عدم حضور ماما
- ۱۱- خون گیری بند ناف جهت تعیین RH نوزاد و روگام بر حسب نیاز و دستور پزشک در صورت عدم حضور ماما
- ۱۲- تنظیم، ثبت و یاد آوری زمان و فشار استفاده شده از تورنیکه به جراح در طول بکار گیری تورنیکه بر اساس نیاز بیمار
- ۱۳- تنظیم نوع مواد و میزان جریان الکترو کوتر بر حسب درخواست جراح
- ۱۴- رعایت نکات آسپتیک و استریل طی انجام عمل جراحی

سیار بعد از عمل:

- ۱- برداشتن پوشش ناحیه عمل با حفظ حریم بیمار و رعایت اصول طرح انطباق.
- ۲- بررسی محل پلیت کوتر از نظرایمنی و مشاهده از جهت آسیب دیدگی و سوختگی.
- ۳- ثبت و تکمیل گزارشات حین عمل در خصوص نمونه های پاتولوژی، شمارش وسایل و موارد مصرفی، استفاده از کوتر، تورنیکه...
- ۴- جمع آوری و ارسال نمونه های بیمار.
- ۵- شمارش نهایی گازها، وسایل و سوزن ها طبق چک لیست اولیه تهیه شده توسط تیم جراحی.
- ۶- مشارکت در برگرداندن بیمار از پوزیشن عمل به پوزیشن قابل انتقال.
- ۷- جدا نمودن اتصالات بیمار جهت انتقال به ریکاوری.
- ۸- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد و ریکاوری توسط تیم جراحی.
- ۹- تحویل بیمار به مسئول ریکاوری توسط تیم جراحی.
- ۱۱- ثبت و تکمیل گزارشات عمل جراحی (مصرفی ها، عوارض ناخواسته و)...
- ۱۱- نظارت بر پاکسازی اتاق عمل و ضد عفونی وسایل جهت پذیرش عمل بعدی

اسکراب قبل از عمل:

- ۱۲- پوشیدن گان و دستکش طبق اصول استریل.
- ۱۳- کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع جراحی، موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار.
- ۱۴- شستن و اسکراب دست مطابق با دستورالعمل های مربوطه
- ۱۵- اسکراب ناحیه عمل طبق دستورالعمل وزارت بهداشت.
- ۱۶- کنترل اندیکاتور داخل ست ها طبق خط مشی بیمارستان.

- ۱۷- کنترل و اطمینان از استریل بودن ست ها، پک ها، تک پیچ ها و سایر بسته بندی ها.
- ۱۸- آماده کردن و چیدن میز جراحی توسط شخص اسکراب.
- ۱۹- کنترل لوازم درون ست های جراحی قبل از عمل طبق شناسنامه هر ست از نظر سلامت و کامل بودن
- ۲۱- کمک به تیم جراحی جهت پوشیدن گان و دستکش استریل.
- ۲۱- شمارش و کنترل وسایل مصرفی (گاز و لنگاز و...) و ابزار جراحی.
- ۲۲- کمک به جراح در پرپ ثانویه پوست بیمار و پوشاندن بیمار با پوشش های استریل (درپ).
- ۲۳- اطلاع به تیم جراحی در صورت خیس بودن شان ها به منظور پیشگیری از سوختگی
- ۲۴- نظارت بر رعایت نکات استریل توسط تیم جراحی

اسکراب حین عمل:

- ۱- نصب اتصالات لازم قبل از برش جراحی
- ۲- اتصال پلیت کوتر در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل و تنظیم دستگاه بر حسب نیاز و در خواست جراح
- ۳- کمک موثر به تیم جراحی حین عمل:
الف: ایجاد اکسپوژر مناسب با کمک ابزار جراحی (در سطوح مختلف)
ب: کمک به جراح جهت هموستاز ناحیه جراحی (کوتر نمودن، لیگاتور کردن، ساکشن کردن، پک کردن و...) ...
ج: کمک به جراح در آماده سازی و جای گذاری ایمپلنت ها، دریچه ها و سایر موارد تعویضی و کاشتنی در اتاق عمل
د: خارج کردن و آماده سازی ورید سافن برای پیوند در اتاق عمل جراحی قلب تحت نظارت جراح
ه: کمک به جراح در قرار دهی درن در محل جراحی بر حسب درخواست جراح
۴- مراقب از نمونه های پاتولوژی و تحویل آن به فرد سیار
۵- نظارت بر رعایت نکات آسپتیک و استریل در طول عمل جراحی
۶- پیش بینی نیاز های جراح و آماده کردن وسایل و ابزار لازم در روند جراحی
۷- کمک و مشارکت در مراحل پایانی عمل (دوختن عضله، فاشیا، زیر جلد پوست، انجام پانسمان ناحیه جراحی با پوشش مناسب همراه با رعایت اصول آسپتیک، بستن آتل و بانداژ)

اسکراب بعد از عمل:

- ۱- شمارش نهایی گازها، وسایل و سوزن ها مطابق چک لیست اولیه تهیه شده توسط تیم جراحی
- ۲- انجام پانسمان ناحیه جراحی با پوشش مناسب و رعایت اصول آسپتیک
- ۳- برداشتن پوشش های استریل با حفظ حریم بیمار
- ۴- مشارکت در انجام آتل گیری، گچ گیری زیر نظر جراح
- ۵- جدا نمودن اتصالات جهت انتقال به ریکاوری
- ۶- جدا نمودن ضمائم تخت جراحی
- ۷- مشارکت در برگرداندن بیمار از یوزیشن عمل به یوزیشن قابل انتقال
- ۸- مشارکت در انتقال بیمار به برانکارد ریکاوری توسط تیم جراحی
- ۹- ثبت و تکمیل گزارش عمل جراحی (مصرفی ها، عوارض ناخواسته و...) ...
- ۱۱- جمع آوری وسایل مورد استفاده و انتقال آنها به مرکز استریلیزاسیون بر حسب خط مشی

شرح وظایف پرسنل هوشبری:

۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲- واحد سازمانی: بهبود کیفیت - کارشناس هوشبری
۳- محل جغرافیایی خدمت: استان اصفهان - شهرستان خمینی شهر	۴- عنوان پست/ شغل: شرح وظایف کارشناس هوشبری
۵- نوع پست/ شغل: ثابت <input type="checkbox"/> ثابت، مستمر <input type="checkbox"/> موقت <input type="checkbox"/>	۶- شماره پست/ شغل:

کارشناس هوشبری

اقدامات و تدابیر قبل از حضور بیمار

- ۱- دریافت برنامه تقسیم کار از سر پرستار اتاق عمل
- ۲- کنترل و اطمینان از صحت عملکرد و کارایی دستگاه ها و تجهیزات بیهوشی به خصوص گازهای بیهوشی و ... و گزارش هر گونه نقص و خرابی احتمالی به سرپرستار و تکمیل فرم مربوطه
- ۳- کنترل و اطلاع از وجود داروهای مورد نیاز و سایر تجهیزات مصرفی مرتبط با بیهوشی و گزارش موارد ناکافی یا کمبود ها به سرپرستار و تکمیل فرم مربوطه
- ۴- آماده نمودن کلیه تجهیزات و لوازم مورد نیاز بیهوشی طبق لیست عمل جراحی در هر شیفت کاری
- ۵- رعایت روش های استریلیزاسیون و ضد عفونی و کاربرد آنها برابر خط مشی کنترل عفونت بیمارستان کنترل ترالی احیاء برای رفع کمبود ها و تاریخ انقضا
- ۶- کنترل دستگاه دی سی شوک برای اطمینان از صحت عملکرد آن
- ۷- همکاری در اعزام بیمار
- ۸- استفاده از سامانه ishift جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود در سامانه

مراقبت از بیمار در سرویس درد:

- ۱- پذیرش و آماده سازی بیمار.
- ۲- آمایش و نگهداری وسایل، تجهیزات و داروهای سرویس درد.
- ۳- کمک در انجام روشهای کنترل درد و مراقبت از بیمار.
- ۴- پایش عوارض احتمالی و گزارش آنها.
- ۵- ثبت اطلاعات و گزارش موارد غیر طبیعی

اقدامات و تدابیر هنگام حضور بیمار قبل از بیهوشی:

- ۱- اطمینان از هویت بیمار و کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل و دستبند مشخصات و نیز بررسی مدارک مورد نیاز شامل اجازه عمل، آزمایشات ضروری، گرافی، سی تی اسکن، ام ار آی، نوار قلب، برگه های مشاوره و درخواست خون و ...
- ۲- کنترل بیمار از نظر آمادگی محل عمل، اندام یا عضو مورد نظر، نداشتن زیورآلات، آرایش و لاک. نداشتن اعضای مصنوعی، تمیزی، پوشیدگی و مرتب بودن لباس بیمار
- ۳- اطمینان از ناشتا بودن بیمار
- ۴- معرفی خود و ارائه توضیحات لازم و اطمینان بخش در مورد بیهوشی به بیمار (چنانچه آموزش یا رعایت مواردی به بیمار ضروری به نظر میرسد باید در حد درک و میزان پذیرش، اطلاعات در اختیار وی قرار داده شود)
- ۵- گرفتن شرح حال پیرامون سابقه حساسیت، بیهوشی قبلی، عمل جراحی، مصرف دارو، بیماری های خاص و ... با نظارت متخصص بیهوشی
- ۶- هدایت بیمار به تخت عمل و همراهی وی از ابتدا تا انتهای عمل جراحی
- ۷- حفظ و رعایت حریم بیمار طبق موازین عرفی و رعایت همخوانی جنسیتی
- ۸- کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی

- ۹- استقرار صحیح و راحت بیمار توام با آرامش روی تخت عمل با کمک سایر افراد تیم، (پوزیشن مناسب با کمک اتصالات مناسب)
- ۱۱- آماده نمودن تجهیزات و داروهای بیهوشی با غلظت مورد نیاز به خصوص در بیهوشی اطفال و نوزادان
- ۱۱- مشارکت با متخصص بیهوشی برای استفاده صحیحی از گازها در بیهوشی
- ۱۲- برقراری یک یا چند راه وریدی مناسب با توجه به سن بیمار (نوزاد، اطفال، بیمار بد حال)
- ۱۳- مشارکت در انجام روش های بیهوشی یا بی حسی
- ۱۴- انجام ضد عفونی و استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات مربوطه
- ۱۵- اجرای دستورات مکتوب و شفاهی متخصص و گزارش هر یک به تفکیک

اقدامات و تدابیر حین القای بیهوشی و طول مدت عمل جراحی:

- ۱- اتصال کابل های مانیتورینگ، فشار خون و ...
 - ۲- اتصال سرم با قید تاریخ و ساعت (کنترل راه وریدی بیمارانی که قبل از ورود به اتاق عمل برقرار شده الزامی است.)
 - ۳- سرم تراپی در بیماران دهیدراته و کاندید بی حسی نخاعی همراه با آماده نمودن تجهیزات و انجام پوزیشن مناسب جهت انجام انواع بی حسی نخاعی یا بی حسی موضعی.
 - ۴- پایش مداوم علائم حیاتی و سیستم های بدن و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی.
 - ۵- مشارکت در القای بیهوشی و برقراری راه هوایی
 - ۶- همکاری با متخصص بیهوشی جهت کنترل و تثبیت راه هوایی.
 - ۷- مشارکت فعال در پوزیشن دهی بیمار بیهوش یا بی حسی قبل و حین عمل و قرار دادن پد مناسب در نقاط تحت فشار و کنترل آن طی عمل.
 - ۸- تنظیم ماشین بیهوشی بر اساس وضعیت بیمار با نظارت متخصص بیهوشی.
 - ۹- مانیتورینگ سطح بیهوشی در بیماران بیهوش و همچنین بیماران قرار گرفته تحت انواع بی حسی.
 - ۱۱- کنترل و ثبت میزان جذب و دفع مایعات و به کارگیری فراورده های تزریقی تحت نظارت پزشک.
 - ۱۱- انجام دستورات متخصص بیهوشی و ثبت کلیه اقدامات انجام گرفته دارویی یا پروسیجدرمانی طی عمل جراحی در فرم های مربوطه.
 - ۱۲- حفظ پوشش و رعایت حریم بیمار طبق خط مشی بیمارستان.
 - ۱۳- نظارت بر عملکرد دستگاه ها و بررسی نقاط اتصال بیمار یا سایر افراد تیم درمان با اجسام قلزی جهت جلوگیری از مواردی نظیر برق گرفتگی و....
 - ۱۴- کمک و انجام پروتکل (TIVA انفوزیون پروپوفول، شل کننده و...)...
 - ۱۵- کنترل و پیشگیری از انتقال و انتشار عفونت
 - ۱۶- مشارکت در محافظت بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی بیهوشی.
 - ۱۷- مراقبت و پیشگیری از آسیب های احتمالی به اعضای بدن.
 - ۱۸- به کارگیری نکات ایمنی.
 - ۱۹- کمک به انجام مراقبت های لازم در بیماران مزمن تنفسی:
- الف: تنظیم دستگاه، برقراری PEEP
- ب: استفاده از دارو (اسپری سالبوتامول و)...
- ج: تهویه دستی یا تهویه با ماسک طی جراحی
- ۲۱- کمک و انجام تهویه کنترل در نوزادان و بیمارانی که فیلد بیهوشی و جراحی در آنان مشترک است
 - ۲۱- انجام اقدامات مناسب جهت بیمارانی که مستعد آمبولی هستند (پوزیشن نیمه نشسته، ... و بیماران توراکوتومی با تهویه یک ریه یا انجام مانور های مورد نیاز جراح

۲۲- انجام مراقبت های لازم در بیماران قلبی عروقی یا بیمارانی که نیاز به کنترل مداوم فشار خون دارند(کنترل فشار خون با TNG ، نیترو پروساید سدیم و)...

۲۳- انجام اقدامات لازم در درمان آریتمی های قلبی طبق نظر متخصص بیهوشی(دارویی و)...

۲۴- انجام اقدامات لازم در بیماران ترومایی (انفوزیون دوپامین، اپی نفرین، خون به صورت اورژانس و کراس میچ)، ۱۰۰۰، پلاکت، هماکسل و ... طبق نظر متخصص بیهوشی

۲۵- کنترل قند خون و اصلاح آن تحت نظارت متخصص بیهوشی

۲۶- انجام نمونه گیری آزمایشات بر حسب نیاز بیمار و درخواست متخصص بیهوشی و پیگیری جواب آن

۲۷- کنترل خونریزی و در صورت نیاز ترانسفوزیون خون طبق دستور متخصص بیهوشی و پایش ترانسفوزیون خون برابر خط مشی بیمارستان

۲۸- کنترل دما بخصوص در نوزادان و اطفال و سایر بیماران مستعد هیپوترمی

۲۹- تکرار داروهای بیهوشی در صورت لزوم تحت نظر متخصص بیهوشی

۳۰- انجام درخواست های جراح با هماهنگی متخصص بیهوشی

۳۱- گزارش موارد غیر طبیعی جراحی به جراح و متخصص بیهوشی

۳۲- کمک به متخصص بیهوشی در کارگذاری و یا خارج کردن NGT ، CV-Line ، آرتریال لاین، کنتراپی دورال)...

۳۳- انجام اقدامات لازم هنگام اکستوبیشن اتفاقی، آسپیراسیون و ساکشن ریه و دهان در کلیه مراحل بیهوشی

اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی:

۱- کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار و گزارش موارد غیر طبیعی، پایش سیستم های مختلف بدن بیمار تا هوشیاری کامل

۲- کمک به متخصص بیهوشی در به هوش آوردن بیمار، تزریق داروهای لازم، خارج کردن لوله تنفسی بیمار، جداکردن دستگاه بیهوشی و مانیتورینگ بیمار

۳- کنترل و اطمینان از باز بودن و کفایت راه هوایی بیمار (اکسیژناسیون) و گزارش موارد غیر طبیعی نظیر لارنگواسپاسم و برونکواسپاسم و ... و ثبت آنها در فرم های مربوطه

۴- کنترل بیمار از نظر بازگشت به رفلکس های طبیعی تا ورود به مرحله هوشیاری

۵- محافظت از سر و گردن، اندام ها، محل عمل جراحی، راه های هوایی و وریدی حین انتقال بیمار از تخت عمل به برانکار با کمک سایر افراد تیم ضمن حفظ پوزیشن و پوشش مناسب تا انتقال به ریکاوری (در صورتی که انتقال بیمار با مانیتورینگ، تنفس کنترل و دارو های در حال استفاده انجام میگیرد مراقبت های ویژه باید مورد توجه قرار گیرد)

۶- انجام روشهای ایزولاسیون و کنترل عفونت

۷- اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ در ریکاوری، برقراری اکسیژن و تحویل بیمار به مسئول ریکاوری با راه هوایی و وریدی باز

۸- گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار شامل علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروهای استفاده شده، سطح

هوشیاری، رفلکس ها، رنگ پوست، خونریزی، میزان انفوزیون مایعات و یا خون دریافتی و مشکلات احتمالی قبل، حین و یا پس از بیهوشی به مسئول ریکاوری

۹- تحویل فرم های تکمیل شده گزارشات، دارو و موارد غیرطبیعی در مراحل قبل، حین و بعد از بیهوشی به مسئول ریکاوری

۱۰- نظافت و در صورت لزوم ضد عفونی و آماده نمودن کلیه وسایل لازم جهت بیهوشی بیمار بعدی

۱۱- همکاری کامل در انجام عملیات احیا قلبی ریوی در اتاق عمل

۱۲- همکاری کامل با تیم جراحی

- ۱۳- انجام واشینگ ماشین ها،مانیتورها و وسایل اختصاصی بیهوشی و نظارت بر شستشو و ضد عفونی سایر قسمت ها نظیر ترالی و کمد ها و ... که توسط کمک پرستاران انجام می پذیرد__
- ۱۴- جایگزینی داروها و لوازم مصرفی استفاده شده در طول شیفت کاری

بیماریهای شایع بخش:

آپاندیسیت- انواع شکستگی- هرنی- هموروئید- کیست پیلونیدال- واریکوسل- ضربه به سر- افیوژن کمری- C/S- کورتاژ

بیماران آسیب پذیر بخش:

مادر باردار- سالمندان- معلولین- کارتن خواب- معلول ذهنی- معتاد- بی بضاعت- مراجعه از سرای سالمندان- بیمار بدون همراه موثر

تجهیزات پزشکی بخش:

دستگاه الکتروکاردیوگراف **YASHAM** - پمپ انفوزیون **B-BRAUN** - دی سی شوک **NIHON KODEN** - دستگاه ونتیلاتور

BLAVISTA - مانیتور صا ایران مدل **ARAD**