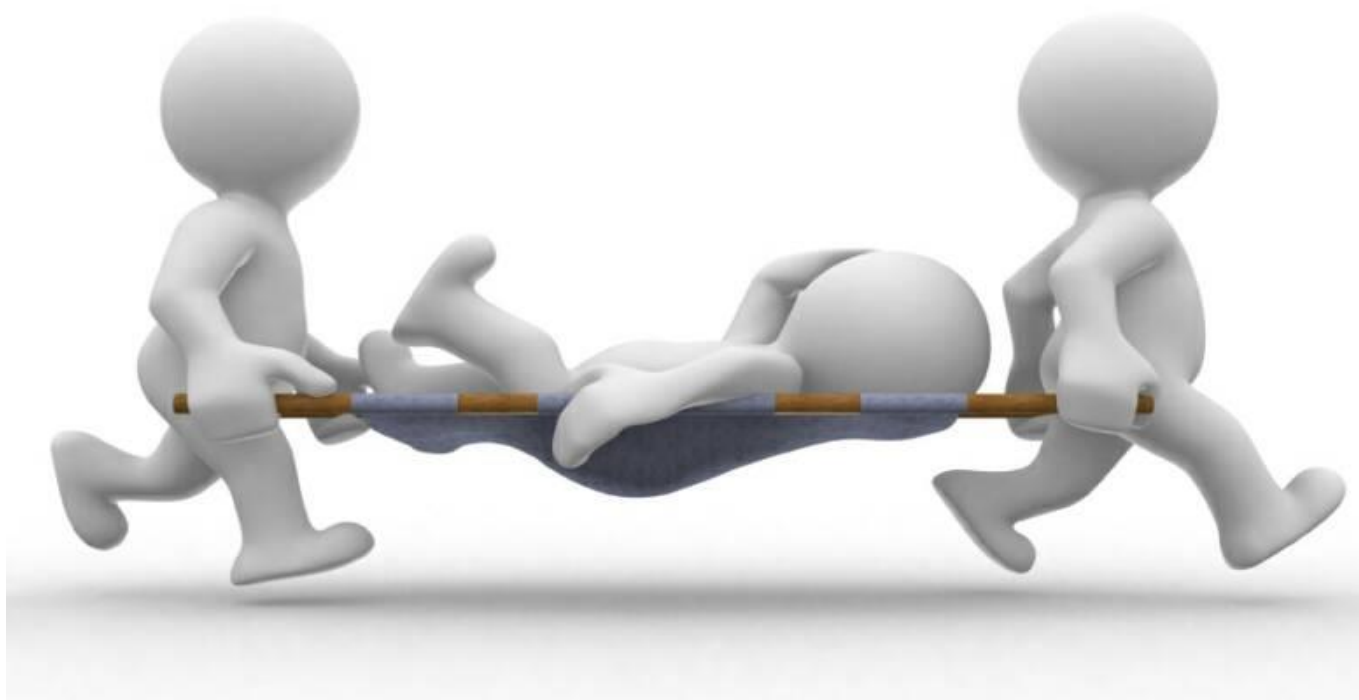




بیمارستان خصوصی مهرگان

گروه اتاق عمل

جزوه آموزشی ایمنی بیمار



ویژه کارکنان اتاق عمل

واحد ایمنی بیمار

- 1- مقدمه 3
- 2- نه راه حل ایمنی بیمار 4
 - 1-1 توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی 5
 - 1-2 توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطای شناسایی بیمار 6
 - 1-3 ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار 10
 - 1-4 انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار 11
- علامت گذاری محل عمل 13
- چک لیست جراحی ایمن 16
- 1-5 کنترل غلظت محلول های الکترولیت 17
- 1-6 اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات 18
- 1-7 اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها 19
- 1-8 استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات 20
- 1-9 بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی 25
- آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی 27
- 20- استاندارد های الزامی بیمارستان 29
- 2-1 بازدید های مدیریتی 29
- 2-3 تجهیزات ضروری 30
- 2-4 اخذ رضایت آگاهانه 31
- 2-5 اعلام نتایج بحرانی پاراکلینیک Panic Value 32
- 2-6 برنامه مراقبت از خون (هموویژولانس/ Hemovigilance) 33
- 2-7 تفکیک پسماند 34
- 2-8 دفع پسماند تیز و برنده 36
- 4- دارودهی ایمن 37
- 5- خطاهای پزشکی 42
- 6- 28 وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیمار 44
- 7- مدیریت و پیشگیری از سقوط بیمار 47
- 8- ترخیص ایمن بیمار از اتاق عمل 49
- 9- کنترل گاز های طبی 50
- 10- منبع تغذیه بدون وقفه (UPS) 51
- 11- سنجح های اعتبار بخشی مراقبت جراحی و بیهوشی 51
- 12- ضمائم 54
- 13- منابع 61

این جزوه آموزشی به منظور آشنایی کلی با مباحث ایمنی بیمار با استفاده از سنجه های اعتبار بخشی ویرایش پنجم سال 1401 و دستورالعمل های ایمنی بیمار وزارت بهداشت و درمان تهیه شده است و نمی تواند شامل تمام جزییات مربوط به ایمنی باشد همکاران عزیز می توانند برای آشنایی بیشتر با اصول و راهکارهای تامین ایمنی بیمار به دستورالعمل های موجود در بخش ها مراجعه فرمایند.

همانطور که مستحضرید ایمنی بیمار "PATIENT SAFETY" حق بیمار و مسئولیت ما می باشد. در مراقبت سلامت کیفیت و ایمنی کاملاً به یکدیگر مرتبط می باشند. ارائه مراقبت ایمن و با کیفیت بالا وظیفه حرفه ای، اخلاقی و قانونی تمامی متخصصین مراقبت سلامت است. تحقیق و بررسی بر روی موضوع ایمنی مانند پوست کندن پیاز است، هر چه بیشتر بررسی کنید یافته های بیشتری خواهید یافت و هر چه بیشتر می یابید بیشتر شگفت زده خواهید شد و نگرانی شما نیز فزونی می یابد.

تعریف سازمان بهداشت جهانی از ایمنی بیمار، اجتناب و خلاصی از آسیب های بی مورد یا بالقوه در ارتباط باخدمات سلامت می باشد و به زبان ساده تر یعنی کاری کنیم که جراحی و آسیبی علاوه بر مشکل اولیه در جریان ارائه خدمات سلامت به بیمار وارد نشود. سازمان جهانی بهداشت برای دستیابی به ایمنی بیمار از ابتکار بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار استفاده نموده است. رسیدن به این هدف در این مرکز دوراز دسترس نیست و نیازمند تلاش همگانی و کوششی مداوم ازجانب تک تک افرادی است که دراین مرکز مشغول به کار می باشند.



کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

شهریور 1402

▪ 9 راه حل ایمنی بیمار:

از سال 1389 تا کنون وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران نیز درصدد اجرای طرح ایمنی بیمار برآمده است. سازمان جهانی بهداشت به منظور ارتقای سلامت جامعه با چالش هایی مواجه شده و جهت حل آنها 9 راه حل ایمنی بیمار را در نظر گرفته است که در ذیل به آنها اشاره می گردد:

نه راه حل ایمنی بیمار:

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

2- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطای شناسایی بیماران

3- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

4- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

5- کنترل غلظت محلول های الکترولیت

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

7- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

8- استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات

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

راه حل اول-توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

تشابه داروها از سه منظر مطرح است. این تشابه می تواند به لحاظ شباهت در بسته بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد می شود، وجه دیگر از تشابه، مشابهت در تلفظ یا به عبارتی املا و تشابه نوشتاری می باشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو می شوند، این تشابه غالباً می تواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات دارویی به صورت شفاهی/تلفنی می شود، فلسفه ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تازمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته اند و به عبارتی مشاهده کننده بدون توجه به سایر حروف و بر اساس تداعی ذهنی قبلی خود از آن کلمه برداشت می نماید، به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه، گیج کننده می شود و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است. با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی و اسمی، رعایت استانداردهای تجویز ایمن داروهای مشابه شکلی و اسمی بسیار حائز اهمیت است.



❖ آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود:

(۱) بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/ تجویز و

پرستاران هنگام نسخه برداری

(۲) بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواهی مشابه

۳) بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه

راه حل دوم- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطای شناسایی بیمار:

شناسایی بیمار و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت و پایه اصلی و خشت اول ایمنی بیمار در کلیه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و تمامی بخش‌ها / واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپ‌ها را تشکیل می‌دهد. تاکید می‌گردد که استفاده از دستبند های شناسایی برای بیمار از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی‌کاهد.

❖ تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیمار:

- ۱) به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیمار بایستی به صورت خوانا و واضح بر روی دستبندهای شناسایی درج شود.
- ۲) بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.

۳) هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.

❖ برخی حیطه های عملکردی شایع که موجب بیشترین میزان شناسایی نادرست بیمار می شود:



- 1) دارو دهی به بیمار
- 2) فلبوتومی
- 3) ترانسفوزیون خون
- 4) اقدامات تهاجمی
- 5) اعمال جراحی
- 6) اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
- 7) ترخیص نوزادان
- 8) خدمات غیر مستمر مانند مشاوره ها

9) انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری،

سونوگرافی تحت گاید، دیالیز و سایر

10) ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به کارگیری نیروها از سایر بخش ها در قالب اضافه کار)

11) بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه

12) بیماران تازه وارد اورژانس

❖ برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران:

۱) تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبت های کاری، بین بخشی، بین بیمارستانی

۲) مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیربالینی

۳) عدم به کار بستن چک لیست های قبل از عمل

۴) عدم رعایت روش های صحیح کنترلی

۵) بیماران دارای محدودیت های خاص در برقراری ارتباط مانند گویش ها و زبان های مختلف

۶) بیماران با سطح هوشیاری پایین یا اغما

۷) نوزادان و کودکان، سالمندان به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر

۸) بیماران روانپزشکی

۹) افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

❖ جهت شناسایی صحیح بیماران باید از روش شناسایی فعال به شرح ذیل استفاده شود:

الف) از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.

ب) پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.

ج) اگر بیمار کودک / معلول ذهنی / قادر به تکلم نباشد / هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه

یک، او را شناسایی نمایید.

در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج، پلی فارمسی) مورد استفاده قرار می گیرد.

تعریف این خطرات در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی تعیین و در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان به صورت کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب و به بخشها ابلاغ شد. کلیه پرسنل نسبت به کد ها آگاهی داشته باشند. با توجه به پرسش و پاسخ های اعتبار بخشی، در خصوص خطر سقوط در کودکان/ نوزادان و پلی فارمسی، شناسایی بیماران و در مراحل ارزیابی و سیر مراقبت بایستی مدیریت ایمنی بیمار رعایت شود، اما استفاده از دستبند زرد برای این دسته از بیماران الزامی نیست. در خصوص سوءتغذیه با توجه به ارزیابی های تخصصی تغذیه ایمنی بیمار مدیریت می شود و نیازی به استفاده از دستبند زرد نیست.

بیماران پرخطر با استفاده از ابزارهای معتبر شناسایی می شوند، شامل بیماران مستعد زخم بستر با استفاده از ابزار برادن، بیمار مستعد سقوط با استفاده از ابزار هامپی دامپی (کودکان) و مورس (بزرگسالان)، بیمار مستعد ترومبوآمبولی با استفاده از ابزار ولز، بیماران در معرض سوءتغذیه با BM کمتر از ۲۰، بیماران مستعد تشنج و خودکشی با توجه به ارزیابی و شرح حال بیمار و بیماران پلی فارمسی (مصرف بیش از چهار دارو) با توجه به شرح حال شناسایی می شوند. در زمان تحویل شیفت اطلاع رسانی و در کاردکس و گزارش پرستاری نیز ثبت می گردد.

*****نکته مهم: کلیه بیماران در معرض خطر تشنج با کد Se، زخم فشاری با کد B.S، ترومبوآمبولی با کد D.V.T**

و خودکشی با کد S.R باید بر روی دستبند های شناسایی کد های مصوب زرد رنگ الصاق گردد.***

❖ شناسایی بیماران مجهول الهویه:

بیماران مجهول الهویه با نام و نام خانوادگی مجهول الهویه در بیمارستان پذیرش می شوند که ملاک شناسایی آنها کد پذیرش و شماره پرونده بیمار می باشد. در زمان انتقال بین بخشی نام بخش و در زمان انتقال بین بیمارستانی نام بیمارستان نیز به عنوان ملاک شناسایی می باشد. قابل ذکر است باید کلیه اشیاء همراه بیمار در گزارش پرستاری قید گردد.

❖ شناسایی بیماران آسیب پذیر:

منظور از بیماران / مراجعین آسیب پذیر افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک / فیزیکی / روانی / اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند. مانند: بیماران سالمند، روانپزشکی/ اختلالات ذهنی، معلولیت های جسمی (بینایی /شنوایی / حرکتی/گفتاری)، بیماران مجهول الهویه، بیماران با اختلال هوشیاری، نوزادان و کودکان و مادران باردار، مراجعین /بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان، افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سوء مصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی، افراد بی خانمان و از این گروه بیماران /مراجعین هستند. این بیماران آسیب پذیر باید شناسایی شده و مراقبت و درمان با شیوه ایمن متناسب با شرایط آنها ارائه شود.

بیماران سالمند: خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی، تکلم و ذهنی (مانند الزایمر و دمانس) از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان. کودکان و نوزادان: به علت عدم برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در افزایش ریسک و تهدید ایمنی بیمار و نیز سقوط تاثیر دارند.

بیماران دچار اختلالات ذهنی و روانپزشکی: خطاهای شناسایی به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند آلزایمر، دمانس، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات روانپزشکی مانند اسکیزوفرنی از یک سو و سقوط به علت مشکلات حرکتی و تجویز داروئی و ریسک خودکشی و نیز عدم برقراری ارتباط مناسب و همکاری در فرایند مراقبت و درمان

بیماران دچار معلولیت های جسمی (بینایی/شنوایی/حرکتی): به علت اختلال در برقراری ارتباط مانند نقص شنوایی، بینایی یا تکلم از یک سو در معرض خطاهای شناسایی و به علت مشکلات حرکتی و نقص بینایی مواجه با خطر سقوط می باشند. این بیماران از سوی دیگر به سبب اشکال در برقراری ارتباط مناسب در فرایند مراقبت و درمان در معرض خطر هستند .

بیماران مجهول الهویه: به علت اشکال در برقراری و نیز نحوه شناسایی (از نظر شناسه ها و نحوه نامگذاری) در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند.

بیماران با اختلال هوشیاری: به علت اشکال در برقراری و نیز عدم امکان شناسایی فعال در معرض خطاهای شناسایی و خطاهای ناشی از عدم همکاری در فرایند مراقبت و درمان هستند.

مادران باردار با توجه به بارداری و سلامت مادر و جنین از نظر روشهای درمانی، دارودهی و مراقبت ملاحظات خاص خود را دارند.

مراجعین /بیماران مقیم مراکز نگهداری: مانند خانه سالمندان از سویی از نظر کیفیت مراقبت و نگهداری قبل از بستری و عوارض ناشی از آن و احتمال عدم دسترسی مناسب به همراه /خانواده، و از طرف دیگر پس از ترخیص به علت عدم تمکن مالی در تامین

راه حل سوم-ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

ایجاد و ترویج روش های برقراری ارتباط باز و آزادانه با عموم مردم و جامعه و توجه به صحبت های بیماران به عنوان یکی از هفت گام به سوی ایمنی بیمار می باشد. جهت تسهیل در این امر نکات ذیل مورد توجه می باشد:

- ✓ معرفی نام، مسئولیت و رتبه حرفه ای توسط پزشک معالج /پرستار و تیم درمانی، در اولین برخورد با بیمار
 - ✓ آگاهی و شناخت بیمار از پزشک معالج /پرستار و تیم درمانی خود
 - ✓ اطمینان بیماران از هدایت و محوریت پزشک معالج خود در همه اقدامات تشخیصی، درمانی و جراحی
 - ✓ اطمینان بیماران از عملکرد تیم درمان و انجام به موقع امور تشخیصی و درمانی بدون نیاز به پیگیری
- برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن در زمان هایی مانند تحویل صحیح بیماران از شیفتی به شیفت دیگر، از بخش به واحدهای پاراکلینیک، تحویل بیمار از پزشک به پرستار، از پرستار به پزشک، از ابزارهایی مانند SBAR استفاده می شود. با استفاده از تکنیک SBAR که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می طلبد، مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگی های تکنیک SBAR محسوب می شود.

❖ مراحل تکنیک SBAR عبارت است از:

- (۱) وضعیت (**Situation**): تشریح وضعیت کنونی در طی ۵ (۵ الی ۱۰ ثانیه)
- (۲) بیان سوابق (**Background**): سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
- (۳) ارزیابی (**Assessment**): نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید

۴) توصیه ها (Recommendation): آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن



❖ اهمیت ارتباط صحیح .

- ✓ ارتباط مناسب کارکنان در زمان تحویل بیماران و ارتباط موثر تیم سلامت به منظور تبادل اطلاعات حیاتی
- ✓ اطمینان بیمار به تیم درمان و ارتباط موثر آنها با بیمار
- ✓ کنترل و حذف موانع ارتباطی بیمار از جمله درد، ترس، ازدحام، سر و صدا، ناتوانی های بیمار قبل از آموزش به بیمار
- ✓ تقویت ارتباط با بیمار با استفاده از ابزار شیوایی بیان و شیرینی کلام با چاشنی طنز محترمانه
- ✓ ارتباط انسانی موثر با چاشنی صبر، حوصله، مهربانی و دلسوزی در حین آموزش، به عنوان مبنای ارتباط با بیمار
- ✓ ارتباط و تعامل منطقی با بیمار برای کنترل استرس و اضطراب
- ✓ ارتباط موثر بین بیمار و کادر جراحی جهت ارائه توضیحات شفاف و قابل فهم توسط پزشک معالج جهت کاهش اضطراب بیمار
- ✓ برقراری ارتباط عاطفی نوزاد و والدین در جهت مراقبت پس از تولد تا زمان ترخیص
- ✓ برقراری ارتباط صادقانه، باز و منسجم با بیمار/مراجعین یا فرد حامی او بعد از وقوع یک حادثه ناخواسته
- ✓ انجام ارزیابی مهارت های ارتباطی کارکنان پرستاری و تکمیل فرم مربوطه توسط سرپرستار/کارشناس خبره



راه حل چهارم-انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

جراحی ایمن به عنوان دغدغه های بارز نظام های سلامت در جهان تشخیص داده شده است.

چرا که بر اساس گزارش های جهانی سهم عمده ای از ناتوانی ناشی از بیماری ها در جهان ناشی از شرایطی است که قابل درمان با مداخلات جراحی است. بنابراین عوارض جراحی قابل پیشگیری سهم بزرگی را در مرگ و میر و آسیب های قابل

پیشگیری پزشکی در جهان بر عهده دارد. همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

❖ اصول عمومی جراحی ایمن:

گام اول: اطمینان از اخذ رضایت آگاهانه

اخذ رضایت آگاهانه از الزامات ایمنی بیمار در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی می باشد. اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می باشد. قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی روش درمانی پیشنهادی، عواقب ترک درمان پیشنهادی و سایر موارد توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزشهای لازم و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، ارائه داده و رضایت آگاهانه اتخاذ می شود.

اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران تحت اقدامات تشخیصی /درمانی تهاجمی و قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی انجام می شود. انجام رضایت آگاهانه در بیماران همودیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فرز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی صورت پذیرد. با توجه به اینکه خدمت دیالیز جز اقدامات درمانی تهاجمی می باشد لازم است در ابتدای تشکیل پرونده از بیمار یا ولی قانونی وی جهت ارائه خدمت دیالیز رضایت آگاهانه اخذ گردد.

گام دوم: شناسایی بیمار

بیمار، جزء لاینفک و جدایی ناپذیر تیمی است که آن تیم متعهد به رسیدگی به فرآیندهای درمانی او می باشد. بیمار از زمانی که برای درمان و یا انجام پروسیجر آماده می شود، یکی از اعضای تیم درمانی موظف است که هویت او را دقیقاً شناسایی نموده و فرایند شناسایی صحیح بیمار به نحو احسن صورت گیرد. پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی (دو شناسه)، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد.

➤ پرسش ها شامل:

✓ **نام کامل بیمار و تاریخ تولد:** لازم به ذکر است که این مورد بایستی از بیمار پرسیده شود نه به گونه ای باشد که بیمار تایید نماید.

✓ **نوع درمان یا پروسیجر طراحی شده**

✓ **دلایل انجام روش درمان یا پروسیجر مورد نظر**

پرستار بایستی پاسخ های بیمار را با مشخصات دستبند شناسایی، فرم رضایت آگاهانه و سایر اطلاعات موجود در پرونده پزشکی او مطابقت دهد. در صورت ناتوانی بیمار به شرکت در پروسه های مورد بررسی به دلیل عدم ظرفیت عصبی و یا به علت موانع زبانی، فرد مناسب دیگر و یا مصاحبه گر با صلاحیت، بایستی پاسخ گوی سئوالات تیم درمان در خصوص شناسایی بیمار باشد. که در این خصوص، جزئیات گفتگو و نام شرکت کنندگان، بایستی در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت شود.

گام سوم: علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی

بر اساس پروتکل های جهانی موضع یا مواضع عمل بایستی علامت گذاری شود. به ویژه در مورد ارگان های قرینه طرفی، چند ساختاری نظیر (انگشتان دست و پا و دنده ها) و سطوح چندگانه (ستون مهره ها). علامت گذاری باید بر روی یا در کنار و مجاورت موضع عمل باشد و کاملاً واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی پاک نشود، صورت گیرد.

محل عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی بایستی توسط فرد انجام دهنده پروسیجر و یا توسط جراح، نشانه گذاری شود. فقط در صورتی میتوان علامت گذاری موضع عمل را به فرد دیگری تفویض نمود که آن فرد در تمام مدت جراحی یا انجام پروسیجر در آن مکان حضور داشته باشد. و به لحاظ اهمیت مشارکت فعال بیمار باید علامت گذاری تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار انجام شود. جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود. نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.

➤ **فرآیندهای مرتبط با علامت گذاری محل عمل:**

در زمان علامت گذاری محل عمل جراحی یا پروسیجر درمانی، به منظور اطمینان از عدم آسیب به بیمار توجه به راهکار های ذیل الزامیست:

- ✓ محل مورد نظر انسریزیون (خط عمل) و یا محل جایگذاری وسیله بایستی به طور کاملاً شفاف نشانه گذاری شود.
- ✓ در صورت وجود چندین عمل یا چندین پروسیجر، مکان هر کدام بایستی به صورت جداگانه علامت گذاری شود. محل های غیر پروسیجر علامت گذاری نشوند.
- ✓ همه ی سطوح درگیر از جمله سطوح جانبی؛ ساختار های چند گانه (از قبیل انگشتان، مج ها، جراحات) و یا سطوح چند گانه (از قبیل طناب نخاعی) بایستی به طور واضح علامت گذاری شوند.
- ✓ علامت گذاری باید قابل رؤیت و ماندگار باشد به طوری که در هنگام آماده سازی بیمار برای انجام عمل و در زمان پوشاندن محل عمل - (dr appi ng) هم چنان قابل رؤیت بماند. علامت گذاری بایستی، با یک علامت گذار (مارکر) غیر قابل پاک شدن صورت گیرد.
- ✓ علامت گذاری محل عمل باید به گونه ای باشد که حتی در هنگام تغییر پوزیشن بیمار و یا چرخیدن وی به روی شکم، هم چنان برای کلیه ی اعضاء تیم درمانی قابل رؤیت باشد.
- ✓ علامت گذاری باید در زمان بیداری بیمار و قبل از انتقال وی به اتاق عمل صورت گیرد.
- ✓ جز در موارد اورژانسی، نبایستی بیمار بدون علامت گذاری وارد اتاق عمل شود.
- ✓ نوشتن سمت عمل (راست یا چپ) به طور کامل در همه ی اسناد بیمار ضروری است.
- ✓ همه ی علائم اختصاری قابل استفاده و نیز روش علامت گذاری باید به تأیید مرکز درمانی رسیده و سپس اطلاع رسانی شود.
- ✓ به منظور کاهش بروز عفونت های مکتسبه بیمارستانی از قبیل استافیلوکوک آرتروس مقاوم به متی سیلین، توصیه می شود که از مارکرهای علامت گذاری یکبار مصرف (در صورت امکان) استفاده شود. بعد از انجام رویه علامت گذاری به صورت مناسب، مراتب در پرونده پزشکی بیمار ثبت گردیده و مستند شود.

➤ موارد استثناء جهت علامت گذاری محل عمل یا انجام پروسیجر:

- ✓ مواردی که محل قرار دادن سوند یا وسیله از قبل مشخص نشده است. مثل: کاتتریزاسیون قلبی، بی حسی و بیهوشی (اپیدورال یا اسپانیال)

✓ پروسیجرهای انجام شده بر روی ارگان های خط وسط (**Mid line**) از قبیل: نواحی (anal, perineal. Umbilical) در این مورد یک استثناء وجود دارد و آن تعیین سطح طناب نخاعی در موارد نیاز به عمل جراحی است که حتماً بایستی علامت گذاری صورت گیرد.

✓ موارد آندوسکوپي یا پروسیجرهایی که از طریق دهان یا آنوس انجام می شوند.

✓ موارد منفرد از قبیل: برش سزارین (C/S)، لاپاروسکوپي، لاپاروتومی یا اورتروتومی

✓ در مواردی که محل پروسیجر قابل علامت گذاری نباشد مثل: دندان

✓ در گرافی ها و یا دیگر اسکن های بیمار تا حد امکان بایستی محل انجام گرافی علامت گذاری شود و در غیر این صورت، یک دیاگرام کاملاً واضح که نشانگر محل و سمت انجام تصویر برداری است، بایستی تهیه شده و در پرونده ی پزشکی بیمار ثبت گردد.

✓ در کودکان نارس که انجام علامت گذاری می تواند منجر به تتوی دائمی شود.

✓ در مواردی که محل انجام پروسیجر، محل اصلی تروما باشد (محل انجام جراحی)

✓ در زمان انجام پروسیجرهای تصویربرداری داخلی (از قبیل: MRI، پروسیجرهای رادیولوژیکی، استریوتاکسی)

✓ در موارد اورژانسی نیاز به عمل جراحی.

انجام علامت گذاری در خصوص آماده سازی بیماران کاندید جراحی چشم، تأکید ویژه صورت گرفته است. در این گونه موارد حتی الامکان بایستی چشم موردنظر در بخش توسط متخصص چشم علامت گذاری شود. در مورد جراحی های چشم ثبت نوع پروسیجر و سمت صحیح محل عمل (راست یا چپ) به طور کامل در فرم رضایت بیمار و برگه گزارش قبل از عمل و همچنین علامت گذاری محل عمل، الزامی است.

گام چهارم: بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر یا در اتاق عمل (به منظور بازبینی، تأیید نهایی و صحه گذاری پیش از عمل)

وقفه / درنگ جراحی (**time out**): فرآیند تأیید پیش از عمل، یک زمان استراحت یا وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل، که بلافاصله قبل از برش پوست/ شروع یک روش به منظور تأیید بیمار، پروسیجر و موضع عمل صحیح منظور می شود. هم زمان با ورود بیمار به اتاق عمل همه اعضاء تیم جراحی اعم از جراح/جراحان، متخصص بیهوشی، تکنسین بیهوشی و پرستار سیرکولر و

اسکراپ و .. بایستی در بررسی نهایی بیمار به طور فعال شرکت نمایند. موفقیت در فرایند بررسی بیمار کاملاً وابسته به میزان ارتباط فعال بین همه اعضای تیم درمان است. بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد. مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد.

توجه : در زمان درنگ تمامی فعالیت های دیگر در اتاق انجام پروسیجر باید متوقف شود.

➤ فرآیندهای مورد بررسی در این زمینه:

قبل از شروع به انجام پروسیجر، همه اعضای تیم درمانی بایستی در بررسی نهایی بیمار شرکت نموده و به صورت مستقل از هم آیتم های زیر را بررسی نمایند.

✓ بررسی حضور بیمار صحیح در محل انجام پروسیجر

✓ بررسی صحت نوع پروسیجر در حال اجرا (طراحی شده)

✓ علامت گذاری محل صحیح انجام پروسیجر

✓ در دسترس بودن پروتئزهای صحیح و یا هر تجهیز ویژه ی دیگر

بررسی نهایی، بایستی در محل انجام پروسیجر و بلافاصله قبل از هر گونه اقدام به انجام پروسیجر صورت گیرد. مراحل انجام بررسی و نتیجه آن به صورت مستند، ثبت شده و یک نسخه از آن در پرونده پزشکی بیمار نگهداری می گردد.

گام پنجم: اطمینان از موجود بودن، صحیح بودن و در دسترس بودن تمام مدارک و گرافی های تشخیصی مرتبط

کلیه مدارک پزشکی مربوط به بیمار : پرونده ، گرافی ها ، آزمایشات ، تجهیزات مورد نیاز و یا درون کاشت مانند Implant در دسترس بوده و با مشخصات بیمار مطابقت داده می شود. حداقل ۲ نفر یا بیشتر از اعضای تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن شوند.

اجرای دستورالعمل بیمار صحیح، محل صحیح، پروسیجر صحیح به طور ویژه در اتاق عمل بسیار با اهمیت است. لذا همزمان با اجرای پروتکل مذکور در بخش های مختلف درمانی و اتاق عمل رعایت چک لیست جراحی ایمن در اتاق عمل الزامی است.

❖ آگاهی کارکنان اتاق عمل از چک لیست جراحی ایمن و نحوه استفاده از آن:

چک لیست جراحی ایمن شامل ۳ بخش مجزا مربوط به قبل از القا بیهوشی به بیمار، قبل از اقدام به برش جراحی و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل می باشد. خصوصیت ویژه این چک لیست ارزیابی موقعیت و ریسک های متوجه بیمار به صورت شفاهی است. این روش مصداق یک کار تیمی و برقراری ارتباط اثربخش می باشد. در این روش فردی که به عنوان مسئول چک لیست تعیین شده در هر یک از مراحل، هر یک از اجزا چک لیست را در حضور تیم جراحی (اعم از جراح/جراحان، متخصص بیهوشی، تکنسین بیهوشی و پرستار سیرکولر و اسکراب و...) به صورت قابل فهم قرائت نموده تایید تیم را در خصوص هر بند اخذ می نماید.

(۱) قبل از القا بیهوشی

قبل از القا بیهوشی و در حضور پرستاران اتاق عمل و کادر بیهوشی، صحت هویت بیمار (به صورت فعال و با تایید توسط بیمار)، صحت علامتگذاری محل عمل جراحی در موارد لازم (که توسط خود جراح یا کادر درمانی که در تمام مدت عمل بر بالین بیمار حضور دارد انجام شده است)، صحت عملکرد ماشین بیهوشی و آماده بودن داروها و اتصال دستگاه پالس اکسیمتری و صحت عملکرد آن مرور و احراز شده، بیمار در خصوص داشتن حساسیت شناخته شده، وضعیت راه هوایی (راه هوایی مشکل دار) و ریسک خونریزی بیش از ۵۰۰ میلی لیتر (۷ میلی لیتر بر کیلوگرم در اطفال) بررسی می شود.

(۲) پس از القا بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی

پس از بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/جراحان، اعضای تیم خود را معرفی و نقششان را اعلام نموده متعاقباً هویت بیمار، پروسیجر جراحی و محل انجام برش (موضع عمل) تایید می شود و از تجویز آنتی بیوتیک مناسب در صورت لزوم و طی یک ساعت قبل از اقدام به برش پوستی اطمینان حاصل می گردد. وقایع حاد قابل پیش بینی مرتبط با جراح (واقعیت های حاد یا غیر روتین، طول مدت عمل، میزان از دست رفتن خون)، کادر بیهوشی (دغدغه های مرتبط به بیمار فعلی) و تیم پرستاری (تایید استریلیزاسیون و نشانگرهای مربوطه و مسائل و دغدغه های مربوط به تجهیزات) بررسی می شوند و نهایتاً در دسترس و معرض دید بودن گرافی های مربوطه تایید می شوند.

(۳) قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل

قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل توسط پرستار مربوطه و در حضور پرستاران اتاق عمل، کادر بیهوشی و جراح/جراحان، نام پروسیجر، اتمام شمارش ابزارها، گازها و سوزن ها اعلام شده، صحت برچسب گذاری ظرف حاوی نمونه پاتولوژی/آزمایشگاه با خواندن نام بیمار تایید می گردد و سپس مشکلات تجهیزاتی پیش آمده در حین عمل مطرح می گردد. نهایتاً در حضور تیم دغدغه های مربوط به ریکاوری و مدیریت بیمار مطرح می شوند.



راه حل پنجم – کنترل غلظت محلول های الکترولیت

محلول های الکترولیت تغلیظ شده داروهایی هستند که جهت جبران اختلال الکترولیتی در بیماران استفاده می شود. در صورت عدم مدیریت و تجویز نادرست این محلول می توانند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بیماران داشته باشند و جزء داروهای پرخطر (High Risk) محسوب می شوند. از بین داروهای تزریق الکترولیت های تغلیظ شده KCL خطرات جدی تری را در بر دارد. جهت انبارش الکترولیت های با غلظت بالا با اشکال مشابه باید فضای فیزیکی اختصاصی تعیین شود.

❖ توجه نمایید:

- ✓ ویال کلرید پتاسیم را دور از سایر دارو ها و در جایگاه مجزایی نگه دارید.
- ✓ ویال های انسولین و هپارین در محفظه های مجزا و دور از یکدیگر جای دهید.
- ✓ تمامی داروهای وریدی ضد انعقادی را منحصراً در صورتی انبار نمایید که دارای برچسب دقیق مشخصات دارو باشد.
- ✓ دسترسی به محلول های کلرید سدیم با غلظت بیش از ۰.۹ درصد را محدود نمایید.
- ✓ در تمامی موارد جهت تجویز محلول های الکترولیتی با غلظت بالا از چک دو گانه استفاده نمایید.
- ✓ قبل از تزریق از سالم بودن لاین وریدی بیمار اطمینان حاصل می شود.
- ✓ علائم حیاتی بیمار در طی تزریق الکترولیت های غلیظ کنترل می شود.

راه حل ششم – اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می گیرد. این فرآیند جزیی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسب ترین دارو برای بیمار می نماید. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می نماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی / داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام می شود. پزشک معالج در زمان ترخیص بیمار نیز در مورد نحوه مصرف هم زمان داروهای مرتبط و غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری نموده و در صورت لزوم بیمار را در خصوص ادامه مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی ، به پزشک متخصص ارجاع می دهد و اقدامات انجام شده را در برگه خلاصه پرونده ثبت می نماید.

❖ داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند:

(۱) داروهای نسخه شده

(۲) ویتامین ها

(۳) داروهای روی پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به نسخه ندارد

(۴) مواد تشخیصی و کنتراست ها

(۵) تغذیه مکمل

(۶) فرآورده های خونی

(۷) مایعات وریدی

(۸) مواد غذایی / داروهای گیاهی



اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد. در بیمارستان های آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذی صلاح انجام می شود.

راه حل هفتم – اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

در سازمان های مراقبت بهداشتی ، تجهیزات پزشکی مانند کاتترها ، سوند ها و راه های وریدی یا شریانی به منظور انتقال داروها و مایعات ، تغذیه و گازهای تنفسی به بیماران است .از آنجا که طراحی بسیاری از آنها به نحوی است که غالبا دارای محل اتصال مشابه و یکسان هستند ، همین امر باعث ایجاد خطر شده و ممکن است داروها و یا مایعات از مسیری اشتباه به بیمار تزریق شده و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیر و حتی منجر به مرگ بیماران می شوند.

این تجهیزات شامل:

- ✓ اتصالات شریانی و وریدی (آنژیوکت، شالدون، CVP LINE و ...)
- ✓ اتصالات مربوط به راه هوایی شامل لوله تراشه، تراکئوستومی، اتصالات اکسیژن ، چست تیوپ و
- ✓ سایر موارد مانند درن، سوند فولی، NTG ، همووک و ...

❖ اصول عمومی:

(۱) قبل از هرگونه تجویز یا اتصال وسیله پزشکی، تمام اتصالات بیمار از نظر باز بودن مسیر و صحت عملکرد از منشا اولیه جاگذاری کنترل و بررسی شود.

(۲) کارکنان بالینی مسیر لوله ها و کاتترها را با توجه به کاربرد مختلف آن ها در مسیر استاندارد مختلفی ثابت نمایند .این امر به ویژه در هنگام مراقبت از نوزادان حائز اهمیت است.

(۳) مسیر راه وریدی را در جهت سر بیمار و مسیر راه تغذیه گوارشی را در جهت اندام تحتانی بیمار ثابت شود.

(۴) به کارکنان پشتیبانی ، بیماران و خانواده آنان تاکید شود که نباستی وسایل پزشکی را قطع و وصل نمایند و در صورت لزوم بایستی از کارکنان درمانی درخواست کمک نمایند.

(۵) برچسب گذاری کاتترهای پرخطر برای مثال: کاتترهای شریانی ، اپیدورال و اینتراتکال الزامی است.



(۶) از اتصالات اضافی برای لوله های تغذیه گوارشی استفاده نکنید.

(۷) همیشه اتصالات لوله ها و کاتتر ها را در نور کافی انجام دهید.

(۸) لوله ها و کاتترها را کدبندی رنگی نکنید.

(۹) پرستار در صورت مشاهده هرگونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل : نشت ، انسداد ، جابجایی و یا پارگی در آنها

در صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج می رساند.

۱۰) سوندها و کاتترهای خطرناک و مواردی که اتصال صحیح صورت نمی گیرد شناسایی و گزارش می شوند.



۱۱) به بیمار در مورد میزان فعالیت با وجود داشتن اتصالات آموزش داده شود.

۱۲) توجه به سایز و تاریخ انقضاء از الزامات کنترل آن می باشد.

راه حل هشتم- استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات

تزریق یکی از روش های 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. تزریقات غیر ایمن می تواند سبب انتقال انواع پاتوژن ها از جمله ویروس ها، باکتری ها، قارچ ها و انگل ها شده و وقایع ناخواسته ای از جمله آبسه و یا واکنش های توکسیکی را در پی داشته باشد. حذف تزریقات غیر ضروری بهترین روش پیشگیری از عفونت های ناشی از تزریقات غیر ایمن است. در برخی از کشور ها ۷۰ درصد تزریقات غیر ضروری محسوب می شوند.

✓ تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

۱) به دریافت کننده خدمت بیمار آسیب نزند.

۲) به ارائه کنندگان/ کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.

۳) پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود.

❖ اصول ایمنی کلی در انجام تزریقات:

۱) رعایت بهداشت دست:

۱-۱) واژه ای کلی است که به شستشوی دست ها با آب و صابون و یا با استفاده از ماده ضدعفونی، محلول های ضدعفونی و یا ضدعفونی قبل از جراحی اطلاق می شود.

۱-۲) در زمانی که احتمال تماس مستقیم با خون و یا سایر مایعات و ترشحات بدن و بزاق بالقوه عفونی بیماران وجود دارد و در زمان انجام تزریق وریدی و یا خون گیری، در صورت آسیب پوستی از دستکش یکبار مصرف غیر استریل که کاملاً اندازه دستتان می باشد، استفاده نمایید.

۲) پوشیدن دستکش در مواقع ضروری:

از آن جا که پوشیدن دستکش هیچ گونه حفاظتی در قبال Needl-estick و یا سایر زخم های سوراخ کننده که به دلیل فرو رفتن اشیاء نوک تیز و برنده رخ می دهند، ایجاد نمی نماید، در صورت سلامت کامل پوست دست فرد ارائه کننده خدمت در زمان انجام تزریقات معمول داخل پوستی و زیر جلدی و عضلانی ، و بیمارپوشیدن دستکش توصیه نمی شود. نهایت احتیاط در جابجایی و کار با اشیاء نوک تیز و برنده نظیر سرسوزن ها و اسکالپ توصیه می شود.

(۳) استفاده از وسایل حفاظت فردی یکبار مصرف:

برای انجام تزریقات استفاده از وسایل حفاظت فردی یکبار مصرف مانند ماسک، حفاظ چشمی و یا سایر موارد حفاظتی توصیه نمی شود، مگر در مواقعی که احتمال آلودگی با خون و یا پاشیده شده خون و ترشحات بیمار به فرد ارائه کننده خدمت پیش بینی می شود.

(۴) آماده سازی پوست و ضدعفونی آن:

۴-۱ از پنبه سوآب یک بار مصرف آغشته به محلول های با پایه الکلی ۷۰-۶۰ درصد (ایزوپروپیل و یا اتانول) برای ضدعفونی موضع تزریق استفاده نمایید.

۴-۲ هرگز از سوآب پنبه آماده موجود در ظروف پنبه الکلی که در الکلی خیس خورده اند به دلیل آلودگی به وسیله باکتری های دست و محیط جهت تزریق استفاده ننمایید.

۴-۳ از متیل الکلی و یا متانول جهت تزریق استفاده ننمایید.

۴-۴ موضع تزریق را از مرکز به خارج با پنبه الکلی ضد عفونی نمایید.

۴-۵ پنبه الکلی را به مدت ۳۰ ثانیه در موضع تزریق به روش فوق الذکر بمالید.

۴-۶ از الکلی برای ضدعفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده ننمایید.

➤ آماده سازی و ضدعفونی پوست در انواع مختلف تزریقات:

ضد عفونی و آمادگی پوست		نوع تزریق
محلول های با پایه الکلی ۷۰-۶۰٪ (ایزوپروپیل و یا اتانول)	آب و صابون	
خیر	بله	داخل جلدی
خیر	بله	زیر جلدی

عضلانی	واکسیناسیون	بله	خیر
	درمانی	بله	بله
وریدی		خیر	بله

❖ خلاصه گام های ضروری در تزریقات:

- (۱) برای هر تزریق منجمله؛ آماده نمودن یک واحد تزریق دارو و یا واکسن از سرنگ و سرسوزن استریل جدید استفاده نمایید.
- (۲) هرگز از داروی کشیده شده دریک سرنگ برای تزریق به چند بیمار استفاده نکنید.
- (۳) برای هر بار تزریق یک سرنگ و سرسوزن مصرف کنید.
- (۴) از تعویض صرفاً سر سوزن و استفاده مجدد از یک سرنگ برای چند بیمار اجتناب ورزید.
- (۵) از یک سرنگ و سر سوزن برای حل چند ویال دارویی استفاده ننمایید.
- (۶) از مخلوط نمودن باقیمانده داروهای حل شده برای مصرف بعدی اجتناب ورزید.
- (۷) از تماس سرسوزن با سطوح آلوده ممانعت نمایید.
- (۸) از استفاده مجدد سرنگ حتی اگر سر سوزن هم تعویض شده باشد، اجتناب نمایید.
- (۹) از لمس دیافراگم پلاستیکی سر ویال دارویی پس از ضدعفونی با الکل ۷۰ درصد اجتناب نمایید.
- (۱۰) از داخل نمودن یک سرسوزن و سرنگ به داخل چندین ویال مولتی دوز خودداری نمایید.
- (۱۱) برای یک بیمار و یا چندین بیمار مختلف از سرسوزن و سرنگی که یک بار جهت تزریق دارو از آن استفاده شده است، استفاده ننمایید.
- (۱۲) از یک کیسه و یا شیشه مایعات وریدی برای تزریق به بیماران متعدد استفاده ننمایید.
- (۱۳) 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.

۱۴) در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل، آن را به نحوه صحیح دفع نمایید.

۱۵) از استفاده مجدد سرنگ حتی اگر سر سوزن هم تعویض شده باشد، اجتناب نمایید.

۱۶) توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، نگهداری و جابجایی دارو مورد توجه قرار دهید.

۱۷) اگر سر پوش گذاری سر سوزن لازم باشد، تکنیک استفاده از یک دست بکار ببرید.

۱۸) به منظور پیش گیری از جراحات و صدمات ناشی از وسایل تیز و برنده، بایستی دفع سرسوزن و سرنگ با هم صورت پذیرد.

۱۹) جهت حمل وسایل تیز و برنده بایستی از ریسور استفاده شود و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری گردد.

۲۰) به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده نمایید.

۲۱) استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.

۲۲) به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید.

۲۳) در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسبانیدن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری نمایید.

۲۴) ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.

۲۵) در صورتی که ویال های مولتی دوز در اختیار دارید، برای کشیدن هر بار دارو، از سر سوزن و سرنگ استریل استفاده نمایید.

۲۶) ویال چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید:

۱- در صورتی که استرلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.

۲- در صورتی که تاریخ انقضاء دارو گذشته است. حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد.

۳- در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.

۴- در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضاء زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده

۵- صرف نظر از تاریخ انقضاء دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.

❖ برچسب زدن ویال های دارویی آماده شده :

الف) پس از آماده نمودن ویال های مولتی دوز بر روی ویال داروی موارد ذیل را با برچسب بزنید:

۱- تاریخ و زمان آماده نمودن دارو

۲- نوع و حجم حلال

۳- غلظت نهایی

۴- تاریخ و زمان انقضاء پس از حل نمودن دارو

۵- نام فرد مسئول

ب) برای ویال های دارویی مولتی دوزی که نیاز به آماده سازی ندارند مشخصات ذیل را درج نمایید :

۱- تاریخ و زمان اولیه ای که از ویال استفاده نموده اید.

۲- نام فرد مسئول

❖ دستورالعمل کمک های اولیه فوری پس از مواجهه در کارکنان خدمات سلامت

پاشیدن خون یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به بریدگی های باز، ملتحمه، غشاء مخاطی برای مثال داخل دهان و گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود و مواجهه با وسایل تیر و برنده

❖ کمک های اولیه فوری در صورت مواجهه

۱- شستشو محل مواجهه با آب معمولی و صابون

۲- شستشو غشای مخاطی (به استثناء چشم مورد مواجهه) با آب معمولی و فراوان

۳- شستشو چشم مورد مواجهه با محلول نرمال سالین و آب فراوان

۴- خودداری از هرگونه دست کاری و فشردن محل مواجهه

۵- استفاده از مواد ضد عفونی کننده پوست برای محل مواجهه (غیر چشم)

۶- خودداری از مالش موضعی چشم

۷- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی

۸- در صورتی که منبع مشخص می باشد ۵ سی سی نمونه خون از بیمار گرفته و در غیر این صورت ۵ سی سی نمونه از

خود فرد گرفته شود. (جهت بررسی آزمایشات HIV / HCV / HBC)

۹- ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر در پرونده بهداشتی کارکنان و طرح در کمیته

کنترل عفونت بیمارستانی و پی گیری از طریق مراجع مربوطه در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ۷۲ ساعت اولیه

پس از مواجهه

راه حل نهم-بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی

نتایج مطالعات بسیاری نشان داده است که کارکنان خدمات سلامت می توانند با انجام پروسیجرهای تمیز یا لمس نواحی سالم

پوست بیماران بستری دست ها یا دستکش هایشان را آلوده به پاتوژن هایی نظیر باسیل گرم منفی ، استافیلوکوک آرنوس ،

اینتروکوک یا کلسترییدیوم دیفیسیل نمایند.

قبل از آماده نمودن داروهای تزریقی و بعد از اتمام تزریق، قبل و بعد از هر گونه تماس مستقیم با بیماران برای انجام اقدامات

درمانی، قبل و بعد از پوشیدن و در آوردن دستکش بهداشت دست ها را رعایت فرمایید. در صورت کثیفی و یا آلودگی دست ها

با مایعات بدن و خون ممکن است مابین تزریقات نیز نیازمند رعایت بهداشت دست با آب و صابون می باشید. توجه نمایید در

صورتی که پوست دست ارائه کننده خدمت ، بریده و یا مبتلا به درماتیت باشد، از انجام تزریق برای بیمار اجتناب شود و توصیه

می شود که زخم های کوچک پانسمان گردند.

❖ در موقعیت های زیر حتما بایستی دست ها با آب و صابون شسته شوند:



(۱) در صورت کثیفی آشکار دست ها

(۲) آلودگی با مواد پروتئینی نظیر خون یا سایر مایعات و ترشحات بدن

(۳) بعد از استفاده از توالت

(۴) در صورت مواجهه با ارگانیسم های بالقوه تولید کننده اسپور از جمله در موارد طغیان کلستریدیوم دیفیسیل

❖ در موقعیت های زیر مالش دست ها با استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکل توصیه می شود:

(۱) قبل و بعد تماس با بیمار

(۲) بعد از درآوردن دستکش استریل و غیر استریل

(۳) قبل و بعد از جابجایی وسیله مورد استفاده در مداخلات تهاجمی بیمار

(۴) بعد از تماس اشیاء یا سطوح بی جان محیطی مجاور بیمار

➤ مدل ۵ موقعیت برای رعایت بهداشت دست:

۱. قبل از تماس بیمار

۲. قبل از اقدامات درمانی تمیز / استریل

۳. بعد از خطر مواجهه با مایعات

۴. بعد از تماس با بیمار

۵. بعد از تماس با فضای مجاور بیمار

***برای رعایت بهداشت دست به صورت هم زمان از محلول های مالش با پایه الکی و صابون استفاده

نکنید.***

مدت زمان شستشوی دست با آب و صابون ۴۰ تا ۶۰ ثانیه و مدت زمان ضدعفونی دست ها با محلول های پایه الکل ۲۰ تا ۳۰

ثانیه است. با توجه به این که دست خیس به سهولت آلوده یا میکروارگانیسم را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دست

ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است. در محیط اتاق عمل، بعد از استفاده از محلول های مالش دست با پایه الکلی و قبل از پوشیدن دستکش استریل ، اجازه دهید دست ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند.

➤ اقدامات پیشگیری:

(۱) به هیچ وجه دستکش جایگزین شستشوی دست با آب و صابون یا ضدعفونی با محلول های Hand Rub نمی شود.
(۲) استفاده نامناسب دستکش عامل انتقال پاتوژن ها می باشد. ضروریست از دستکش و انتخاب نوع مناسب آن (دستکش تمیز یا استریل) در موقعیت های مختلف ارائه خدمات منطبق با موازین احتیاطات استاندارد و روش انتقال می باشد. اگر به صورت منطقی تماس با خون یا سایر موارد بالقوه عفونی ، غشاء مخاطی یا پوست آسیب دیده پیش بینی می شود، پوشیدن دستکش ضروری است.

(۳) از یک جفت دستکش فقط برای ارائه خدمات یا مراقبت از یک بیمار استفاده کنید.
(۴) در صورتی که در حین مراقبت از بیمار و بعد از اتمام یک اقدام درمانی در یک ناحیه آلوده نیاز نیست موضع دیگر همان بیمار (مشتمل بر پوست آسیب دیده ، مخاطات یا ابزار پزشکی) یا محیط لمس شود ، دستکش را در آورده یا عوض کنید.

❖ روش آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی:

- ۱- قبل از اقدام برای آماده نمودن دست جهت اعمال جراحی انگشتر، ساعت مچی و دستبند را در بیاورید.
- ۲- زدن لاک و گذاشتن ناخن مصنوعی ممنوع است.
- ۳- کاسه روشویی باید به نحوی طراحی شده باشد کشیدن آب و ترشحات بر روی لباس افراد ممانعت شود.
- ۴- در صورتی که دست ها به صورت آشکار کثیف است، قبل از آماده سازی دست ها برای اعمال جراحی آنها را با آب و صابون بشویید و خرده های موجود در زیر ناخن را ترجیحاً در زیر آب روان شیر خارج نمایید.
- ۵- به دلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی، برس برای آمادگی دست برای جراحی توصیه نمی شود.
- ۶- قبل از پوشیدن دستکش استریل ضدعفونی دست برای عمل جراحی با استفاده از صابون مناسب آنتی میکروبیال یا محلول مناسب مالش دست ترجیحاً با استفاده از محلول هایی که فعالیت پایدار داشته باشد انجام شود.

۷- در حالی که کیفیت آب مورد اطمینان نیست، در قسمت ورودی اتاق عمل جهت آماده‌سازی دست‌ها قبل از اقدام به جراحی ماش دست‌ها با استفاده از محلولهای مالش دست با پایه الکلی توصیه می‌شود.

۸- در هنگامی که با صابون ضد میکروبی دست‌ها را برای اعمال جراحی آماده می‌نمایید، مطابق زمان توصیه شده شرکت سازنده، معمولاً به مدت ۵-۲ دقیقه درست‌ها و آرنج را مطابق مراحل زیر اسکراب نمایید. اسکراب طولانی مدت مثلاً ده دقیقه توصیه نمی‌شود.

✓ با بالاتر ننگه داشتن دست‌ها از ساعد، شروع به اسکراب دست‌ها و ساعد تا آرنج نمایید. این عمل از آلودگی مجدد دست‌ها به وسیله آب ناحیه ساعد پیشگیری می‌نماید.

✓ با گرفتن زمان مدت ۲ تا ۵ دقیقه هر طرف هر یک از انگشتان، بین انگشتانش و پشت و روی هر دست را اسکراب نمایید.

✓ رویه قدام و خلف ساعد را از ناحیه مچ تا آرنج به مدت یک دقیقه در هر دو دست اسکراب نمایید.

✓ در صورتی که در زمانی دست شما با هر چیزی به جز برس تماس یافت، ناحیه آلوده شده را به مدت یک دقیقه طولانی تر اسکراب نمایید.

✓ با حرکت یک سویه دست‌ها و آرنج از میان جریان آب، دست‌ها را از نوک انگشتان تا ناحیه آرنج آبکشی نمایید. دست‌ها را در میان جریان آب به عقب و جلو حرکت ندهید.

✓ در کل فرایند اسکراب دست‌ها دقت نمایید که آب به لباس جراحی که بر تن دارند نباشد.

✓ در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان، کلاه و دستکش استریل دست‌ها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک آسپتیک خشک نمایید.

✓ در هنگام استفاده از محلول‌های مالش دست با پایه الکلی مقدار محلول به حدی باشد که کل مدت آماده‌سازی دست برای اعمال جراحی دست‌ها و ساعد تا ناحیه آرنج‌ها کاملاً مرطوب باقی بمانند.

▪ 20 استاندارد الزامی بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار:

به دلیل اهمیت موضوع ایمنی بیمار، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی که یک پروژه سازمان جهانی بهداشت است و هدف آن کمک به مؤسسات درمانی برای شروع یک برنامه جامع ایمنی بیمار در کشورها می باشد، در حال اجرا می باشد. در همین راستا دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار را بر اساس استانداردهایی آغاز نموده است. استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه ای از الزامات هستند که برای اجرای ایمنی بیمار در سطح بیمارستان حیاتی می باشند. استانداردها در سه سطح تعریف شده اند:

۱- استانداردهای الزامی (critical standards): ۲۰ استاندارد که برای به رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان

بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ضروری است به صورت ۱۰۰ درصد تحقق یابند. در قسمت ذیل شرح داده شده است.

۲- استانداردهای اساسی (core standards): شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیمار از

آن تبعیت کند. استانداردهای اساسی جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.

۳- استانداردهای پیشرفته (developmental standards): الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع

خود در جهت دستیابی به آن ها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

❖ استاندارد اول- ایمنی بیمار اولویت برنامه استراتژیک:

ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا است.

❖ استاندارد دوم- وجود مسئول فنی یا ایمنی :

یکی از کارکنان بیمارستان با اختیارات لازم به عنوان پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است. (ریاست بیمارستان)

❖ استاندارد سوم- اجرای برنامه های بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار:

یک روش غیر رسمی و دوستانه برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارایه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار در سازمان می باشد و همچنین حمایت مدیران از گزارش خطا را نشان می دهد. افراد تیم مدیریتی ایمنی بیمار عبارتند از ریاست، مدیریت، مترون، سوپروایزر آموزشی، کارشناس کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار می باشند. آگاهی از نام و شرح وظایف مسئول ایمنی بیمار و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار الزامی می باشد. این بازدید ها به صورت هفتگیدر بخش ها و وواحدهای مختلف طبق تقویم زمانی که توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تهیه شده و در بخش ها موجود می باشد، انجام می شود.

❖ استاندارد چهارم- وجود کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار:

یکی از کارکنان بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است.

❖ استاندارد پنجم- برگزاری جلسات مرگ و میر:

بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را به صورت مرتب برگزار می نماید .

❖ استاندارد ششم- وجود تجهیزات ضروری :

بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید. تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق می شود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر، ایمنی بیماران را به مخاطره بیاندازد. به عنوان مثال : دی سی شوک در صورتی که تجهیزات ضروری بخشی دچار مشکل گردد، بخش یا واحد پشتیبان، به نحوی انتخاب می شود که امکان جایگزینی تجهیزات را به صورت شبانه روزی به بخش مربوطه در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان ، میسر سازد . طی ۲۴ ساعت در صورت عدم کارکرد تجهیزات ضروری بخش و عدم پشتیبانی توسط بخش تعیین شده می بایست به دفتر پرستاری / مسئول تجهیزات پزشکی گزارش شود و کلیه پرسنل نسبت به این امر آگاهی داشته باشند.

*****لیست تجهیزات ضروری مورد تأیید مسئول تجهیزات پزشکی در تمامی بخش ها / واحدهای درمانی موجود می باشد**

و پرسنل بخش مربوطه بایستی از لیست تجهیزات ضروری و بخش و واحد پشتیبان آگاهی داشته باشند*.**

❖ استاندارد هفتم- اطمینان از وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد :

بیمارستان ضدعفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید . مانند کلیه تجهیزاتی که جهت استریل به واحد CSR ارسال می شود.

❖ استاندارد هشتم-تجهیزات کافی برای ضدعفونی و استرایلیزاسیون :

بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین ارتقاء ضدعفونی و استرایلیزاسیون می باشد.

❖ استاندارد نهم-استخدام کادر بالینی حائز شرایط:

جهت ارائه خدمات و مراقبت ها کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و به کار گمارده می شوند .

❖ استاندارد دهم- اخذ رضایت آگاهانه:

پزشک قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید.

✓ فهرست اقدامات تهاجمی قابل انجام در بخش های مختلف بیمارستان مشمول اخذ رضایت آگاهانه برگرفته از موارد مندرج در دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت با امضای ریاست بخش روی برد هر بخش

✓ آگاهی پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از نحوه اخذ رضایت آگاهانه در هر بخش

✓ آگاهی از دستورالعمل های آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی شامل جراحی ها، اسکوپپی ها، شیمی درمانی، دیالیز و اخذ رضایت قبل از آن

✓ اخذ رضایت آگاهانه در اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل مانند دیالیز و اسکوپپی ها و رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام آن

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیماران/مراجعین برای انجام پروسیجرهای تهاجمی واحد رادیولوژی در واحد مربوطه

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیماران/مراجعین برای انجام پروسیجرهای تهاجمی قبل از انجام اسکوپپی ها

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیماران/مراجعین برای استفاده از خون و فرآورده های خونی

✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیمار /خانواده در زمان اعزام/ارجاع بیماران

➤ نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه:

✓ رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.

✓ مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی /پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.

✓ هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.

✓ اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیت های تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.

✓ گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.

✓ پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل /حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

✓ از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیزخونی، به شرط ثابت ماندن شرایط میتوان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه مشروط بر عدم تغییر در شرایط بیمار، نحوه درمان، روشهای درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، عدم تغییر ظرفیت بیمار برای رضایت دادن، پس نگرفتن رضایت قبلی از سوی بیمار خود را پس نگیرد به مدت یک سال اعتبار دارد.

✓ اخذ رضایت در وضعیت های تهدید کننده حیات زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.

❖ استاندارد یازدهم- شناسایی صحیح بیماران:

قبل از هرگونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی ، تجویز دارو و یا انتقال خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و احراز هویت می گردند. (هیچ گاه شماره اتاق و تخت بیمار یکی از شناسه ها نمی باشد).

❖ استاندارد دوازدهم- اعلام اضطراری نتایج بحرانی پاراکلینیک:

بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی (Critical values) آزمایش ها، کانال ارتباطی همواره آزاد (هات لاین Hot Line) پیش بینی کرده است. فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی بافت و تصویربرداری است.

از روش Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان آزمایشگاه و آسیب شناسی بافت /تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود . از این روش در تبادل اطلاعات بین کارکنان بالینی (اعم از پزشک و پرستار) مانند دستورات تلفنی خصوصا دارو های مشابه استفاده شود.

محدوده بحرانی آزمایشات و رادیولوژی در دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی آزمایشگاه و تصویربرداری ذکر شده است.

❖ استاندارد سیزدهم- اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی :

بیمارستان دارای روال مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد. کلیه جواب آزمایشات و پاتولوژی در صورت عدم رسیدگی به موقع ممکن موجب مرگ یا آسیب جدی، فیزیکی و یا فیزیولوژیک گردد.

❖ استاندارد چهاردهم- کنترل عفونت:

بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.

❖ استاندارد پانزدهم-استیلیزاسیون :

بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تاکید خاص بر واحدها و بخش های پرخطر تضمین می نماید.

❖ استاندارد شانزدهم- همویژولانس :

بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت رادرزمینه خون وفرآورده های خونی ایمن اجراءمینماید.

➤ نکات قابل توجه در زمان تزریق خون و فرآورده های خونی:

۱. شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط

دو کادر بالینی

۲. مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی

۳. مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر

بالینی

۴. بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، همزمان

توسط دو کادر بالینی

۵. بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فراورده های خونی

۶. بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشی پیش از تزریق

خون و فراورده های خونی

۷. نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق

مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار

۸. توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون

۹. قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح /نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار و تکمیل فرم مربوطه

۱۰. اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای هموویژیلانس

❖ استاندارد هفدهم- غربالگری خون:

بیمارستان روش های اجرایی ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل

HIV و HVB است. این غربالگری در سازمان بانک خون (خارج از مرکز) انجام می شود.

❖ استاندارد هجدهم- تضمین دارو های حیاتی و ضروری:

بیمارستان دسترسی به دارو های حیاتی را در تمامی ساعات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید.

❖ استاندارد نوزدهم- تفکیک پسماند:

بیمارستان بر اساس میزان خطر، پسماند ها را مبدا تفکیک و کدبندی رنگی می نماید.

➤ چهار دسته اصلی پسماند پزشکی:

۱- پسماند عفونی

پسماند عفونی حاوی عوامل زنده بیماری زا باکتری، ویروس، انگل و یا قارچ به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبان حساس موجب بیماری شوند، است. پسماندهای عفونی در کیسه های پلاستیکی مقاوم و به رنگ زرد با برچسب پسماند عفونی جمع آوری و در سطل های زردرنگ نگهداری می شوند. پسماندهای اتاق های عمل، اتاق های ایزوله، بخش دیالیز، بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب شده و در این بخش ها کیسه و سطل زرد استفاده می شود و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری شود.

۲- پسماند تیز و برنده

اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می توانند موجب زخم، بریدگی یا سوراخ شدگی شوند این اجسام شامل سوزن ها، سوزن های زیرجلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه ها، چاقو، ست انفوزیون، اره ها، شیشه شکسته ها، لام و لامل و سایر اقلام شیشه ای آزمایشگاه و ناخن بیماران و هر شیئی برنده است. اجسام تیز و برنده ممکن است عفونی یا غیر عفونی باشند اما در هر دو شکل به عنوان پسماندهای به شدت تهدید کننده سلامتی به شمار می آیند.

۳- پسماند شیمیایی و دارویی

پسماندهای دارویی شامل داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم اقلامی که حاوی دارو و یا اقلامی که به دارو آلوده شده اند مانند قوطی ها و شیشه های دارویی است که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر خواهند بود. پسماندهای ژنوتوکسیک از جمله پسماندهای حاوی داروهای سایتوتوکسیک و سایر مواد شیمیایی با خصوصیات سمی برای زن ها هستند. پسماندهای دارای فلزات سنگین شامل باتری ها، ترمومترهای شکسته، سایر وسایل دارای جیوه برای اندازه گیری فشار خون، باتل های سرم در صورتی که حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند نیز به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند. پسماندهای شیمیایی و دارویی در کیسه های پلاستیکی مقاوم به رنگ سفید یا قهوه ای با برچسب پسماند شیمیایی و دارویی جمع آوری می شوند. روش های مجاز دفع بهداشتی از قبیل

محفظه سازی و نحوه استفاده و انعقاد قرارداد از شرکت و سایت های دارای مجوز از معاونت بهداشتی جهت حمل و نقل و دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی و ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین و اجرا می شود.

۴- پسماند عادی

پسماندهای عادی، ناشی از کارکردهای خانه داری و مدیریت اجرایی مراکز است که شامل پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری مالی، ایستگاه های پرستاری، باغبانی و پسماندهای بی خطر شده است. امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری انواع پسماند عادی از قبیل سطل های آبی و کیسه های با رنگ بندی مشکی می باشد.

❖ استاندارد بیستم- دفع پسماند تیز و برنده:

بیمارستان از رهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماند های نوک تیز و برنده تبعیت می نماید. پس از پر شدن ۳/۴ ظروف مستحکم و ایمن جمع آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده و سپس بی خطر سازی شوند.

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

✓ سوزن و سرنگ تواماً در safety box جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد. درمورد سوزن و سرنگ آزمایش های تشخیص طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل شود.

✓ سوزن ست سرم ، جدا شده و در safety box قرار گیرد . مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.

✓ محتوای باتل های حاوی سرم های قندی و نمکی که بصورت کامل استفاده نشده اند و یا تاریخ مصرف آنها منقضی شده است را می توان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم، در پسماندهای عفونی قرار گیرند.

✓ باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.

✓ نصب safety box در اتاق های بستری و تحت نظر (مانند اورژانس) ممنوع است. پسماند های تیز و برنده این مکان ها در داخل سفتی باکس که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شوند. ولی در بخش های ویژه (به جز بخش های دیالیز، CCU و PICU) اتاق ایزوله، اتاق خون گیری آزمایشگاه و اتاق عمل (در یونیت هر بیمار) می توان safety box را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد.

*****❀*****

▪ دارو دهی ایمن:

دارو دهی بیماران با رعایت اصول ایمنی و ضوابط مربوط برنامه ریزی و انجام می شود. هفت قانون دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به پنج قانون دارو دهی اضافه شده، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده می باشد.

❖ داروهای مخدر:

- ✓ نسخه نویسی داروهای مخدر باید توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.
- ✓ جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستور دارویی از حروف درشت استفاده شود.
- ✓ داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه / بخش های بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده نگهداری شود.
- ✓ داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظت های دارویی مشخص شوند.
- ✓ سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفت ها درج شود.
- ✓ تیم درمانی در مراحل تزریق داروی های مخدر ملزم به چک مستقل دو گانه و رعایت هفت اصل درو دهی می باشند.

❖ داروهای با هشدار بالا:

بر اساس منابع معتبر زمانی که " داروهای با هشدار بالا " به اشتباه مورد استفاده قرار می گیرند، باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرار خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است.

✓ از اهم احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها، ممنوعیت دسترسی آزاد به " داروهای با هشدار بالا " است . دسترسی به " داروهای با هشدار بالا " در اتاق آماده سازی دارو و انبار دارویی بخش بایستی محدود باشد.

✓ داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می باشند در محل نگهداری در بخش در سبدهای قرمز رنگ گذارده شده، نام دارو به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب شود.

✓ کارکنان بالینی به اطلاعات دارویی داروهای هشدار بالا مانند اشکال دارویی، دوزها، طریقه آماده سازی، راه های تجویز، زمان دارودهی، عوارض، تداخلات، پایش، هشدارهای دارویی دسترسی داشته باشند.

✓ در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه هستند، حتما از روش نگارش به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود. (استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی به عنوان مثال دوپامین در مقابل دوبوتامین) .

✓ ویال پتاسیم دور از سایر داروها و در جایگاه مجزا نگهداری شود.

✓ در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی محدودیت اعمال گردد.

✓ بر روی وسایل مورد استفاده برای تزریق داروهای پرخطر مانند سرنگ (مورد استفاده در پمپ هوشمند و غیر آن)، میکروست برچسب قرمز رنگ، حاوی نام دارو با فونت مناسب الصاق گردد.

✓ تجویز و آماده سازی " داروهای با هشدار بالا " توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام شود.

✓ آموزش های لازم به بیماران در خصوص ملاحظات و مخاطرات مصرف داروهای با هشدار بالا و لزوم توجه به دستورات پزشکی ارائه شود.

✓ نحوه برچسب گذاری داروهای با هشدار بالا در تمام مراحل دقیق رعایت شود.

✓ فهرست ۱۲ گانه داروهای پرخطر، دارای الویت برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده:

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
1	کلرید پتاسیم	7	آتروپین
2	سولفات منیزیم	8	اپی نفرین
3	بیکربنات سدیم	9	هپارین سدیم
4	گلوکونات کلسیم	10	رتپلاز
5	هایپرسالین	11	هالوپریدول
6	لیدوکائین	12	پروپرانولول

نکته: با توجه به نامه سازمان غذا دارو به شماره ۶۶۵/۹۱۵۲۷ مورخ ۹۷/۱۰/۸ مبنی بر الزام به برچسب گذاری دارو های با هشدار بالا از مبدا، تمامی کارخانجات تولید کننده ۹ قلم فرآورده تزریقی شامل داروهای ردیف یک تا نه جدول فوق که دارای بیشترین عوارض جدی جبران ناپذیر ناشی از اشتباه دارو پزشکی بوده اند، اقدام به برچسب گذاری تمامی قدرت های دارویی این ۹ فرآورده نمایند.

❖ داروهای مشابه:

✓ نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان می باشد.

✓ برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.

✓ جعبه محتوی ویال ها و آمپول ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.

✓ در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند.

❖ داروهای حیات بخش:

داروهایی هستند که وجود آنها در ترالی احیا بخش اورژانس و سایر بخش های تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی، ضروری و غیر قابل حذف بوده و عدم وجود آنها موجب آسیب جدی و تهدید حیات بیمار می گردد. استفاده از داروهای دارای علامت

ستاره (*) نیازمند استفاده از امکانات مانیتورینگ قلبی است. بر اساس آخرین ویرایش آمپول فاموتیدین جایگزین آمپول رانیتیدین (بعد از ریکال شدن) در ترالی اورژانس جایگزین شده است.

❖ داروهای ضروری:

داروهایی هستند که وجود آنها در قفسه دارویی بخش تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف هیچ کدام از آنها وجود ندارد.

❖ داروهای مولتی دوز (Multiple dose) :

- ✓ به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران، حتی المقدور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده شود.
- ✓ استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فرد باشد.
- ✓ به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی در بالین بیماران باز نشود.
- ✓ در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسبانیدن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری شود.
- ✓ ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید.
- ✓ ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید.
- ✓ در صورتی که استریلیتی و یا محتوی ویال خراب شده است.
- ✓ در صورتی که تاریخ انقضا دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد.)
- ✓ در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد.
- ✓ در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، ۲۴ ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضا زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده.
- ✓ صرف نظر از تاریخ انقضا دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.

❖ دارو ها یا تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده (ریکال) :

✓ اطلاع رسانی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده به بخش /واحد ها توسط مسئول مراقبت دارویی/ مسئول تجهیزات پزشکی

✓ نظارت بر جمع آوری فوری دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده

✓ نشاندازی تجهیزات پزشکی فراخوان شده با مدیریت مسئول تجهیزات پزشکی

✓ عدم دسترسی کارکنان بالینی به دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محل ارائه مراقبت/خدمت

✓ عدم قرار گرفتن دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان شده در محدوده داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی در حال مصرف و گردش کار

✓ روشن بودن سرنوشت نهایی دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی فراخوان و جمع آوری شده در بخش مراقبت های دارویی/ مدیریت تجهیزات پزشکی

❖ انهدام دارو ها:

انهدام داروها و تجهیزات مصرفی پزشکی تاریخ مصرف گذشته با تدوین صورتجلسه برای هر مورد با حضور مسئول فنی داروخانه انجام می شود. علل عدم مصرف دارو(عدم مصرف در بخش، عدم موجودی داروخانه جهت جابجایی و ...) در صورتجلسه قید گردد. انهدام / تجهیزات مصرفی پزشکی باید توسط واحد مراقبت دارویی انجام گیرد.

▪ عوارض ناخواسته دارویی :

عوارض /واکنش و خطاهای دارویی در بیمار، طبق دستورالعمل ثبت عوارض و خطاهای دارویی و راهنمای گزارش عوارض و اشتباهات دارویی مشاهده شده در بیمارستان ها به گروه ثبت و گزارش ایمنی و عوارض ناخواسته فرآورده های سلامت، زیرمجموعه دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو گزارش می شود. یادآوری مهم مفهوم ADR آن است که علی رغم رعایت داروی صحیح با دوز صحیح، به بیمار صحیح، از راه صحیح، در زمان صحیح با واکنش ناخواسته در بیمار مواجه شویم. این امر با خطاهای دارویی دو مقوله مستقل و متفاوت هستند. کاربرد واکنش های ناخواسته دارویی در

ارزیابی کشوری و تصمیم درخصوص حذف /ریکال نمودن دارو است. خطاهای داروی در بخش دارودهی صحیح در مراقبت های عمومی بالینی ارزیابی خواهد شد. بدیهی است گزارش خطاهای دارویی بایستی به مراجع مربوط طبق دستورالعمل وقایع ناخواسته مضمون استانداردهای رهبری و مدیریت در کیفیت منعکس و مدیریت شود.

در این مرکز در صورت بروز هر نوع عوارض ناخواسته دارویی، در فرم مربوطه ADR به رنگ زرد تکمیل و سپس به واحد داروخانه ارسال و از آنجا پیگیری های لازم جهت اطلاع و ارسال توسط مسئول ADR مرکز انجام می شود.

*****❁*****

❖ خطاهای پزشکی (Medical Error) :

هر گونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است سبب به خطر انداختن ایمنی و سلامتی گیرنده خدمت و بیمار شود، این خطاها مستقل از خطرات ذات بیماری زمینه ای و یا عوارض آن و حتی بیماری نهفته می باشد و به عبارتی بر بیمار تحمیل می شود.

❖ تعریف انواع خطاهای درمانی:

۱- خطاهای جبران ناپذیری منجر به مرگ یا آسیب جدی (SENTINEL EVEN) : خطاهای منجر به مرگ یا آسیب جدی فیزیکی و فیزیولوژیک می شوند به عنوان خطاهای SENTINEL یا هشداردهنده نامیده می شوند.

مثال :مرگ یا از دست دادن عملکرد دائمی به شرطی که با بیماری اصلی و یا زمینه ای بیمار ارتباطی نداشته باشد / خودکشی بیمار /جراحی محل عمل اشتباه ، بیمار اشتباه ، روش اشتباه / ربوده شدن نوزاد یا ترخیص کودک به خانواده دیگر / موارد تجاوز و...

۲- خطاهای منجر به بروز آسیب (ACCIDENT) : خطاهای که اتفاق افتاده و منجر به آسیب هم شده است اما آسیب وارده جبران پذیر است. مانند بیماری که به دنبال سقوط از تخت، دچار جراحت شده است (مانند خراشیدگی پوست)

۳- خطاهای بدون عارضه (INCIDENT یا NO HARM EVENT) : خطاهایی که اتفاق می افتد و در نتیجه آن هیچ آسیبی به بیمار وارد نمی شود اما حالت بالقوه در ایجاد آسیب را تا پایان فرایند دارد . حادثه متوقف نمی شود ولی عارضه ندارد . مانند بیماری که از تخت سقوط کرده و هیچ آسیبی به او وارد نشده است.

۴- حوادث نزدیک به خطا (NEAR MISS): یعنی اشتباه و خطایی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را
حوادث نزدیک به خطا دارد اما به علت شانس، تشخیص و تصحیح به موقع، خطا متوقف شده و روی نداده است. به عنوان
نمونه احتمال سقوط بیمار از تخت که از سقوط بیمار جلوگیری شده و سقوط وی اتفاق نیافتاده است. اما تکرار این خطا
می تواند منجر به آسیب جدی وی گردد.

❖ روش های گزارش دهی خطاهای پزشکی:

آنچه که در بحث خطاهای پزشکی حائز اهمیت است گزارش دهی خطاهای پزشکی است. توجه به رویکرد سیستمی به جای
سرزنش افراد خطاکار، بررسی و تجزیه و تحلیل عوامل تأثیر گذار و نهایتاً تغییر سیستم به گونه ای بر پیدایش خطا در داخل
سیستم که احتمال وقوع خطا در آن کم شود از اهداف اساسی گزارش خطاهای پزشکی می باشد.

یک جزء اساسی برای ارتقای ایمنی بیمار، گزارش حوادث است. گزارش حوادث به تنهایی ایمنی بیمار را ارتقا 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 سلامت اجرا شود. یکی از روش های شناسایی خطا
همان گزارش دهی خطاها است.

➤ گزارش دهی خطاهای پزشکی بر حسب آسیب به بیمار به دو صورت می باشد:

۱- گزارش داوطلبانه خطاهای پزشکی: تمامی خطاهایی که منجر به آسیب نشده است شامل خطاهای صورت داوطلبانه توسط
پرسنل گزارش داده می شود.

نحوه گزارش: هر خطای پزشکی روی داده در فرم های مخصوص گزارش خطا توسط پرسنل تکمیل شده و در صندوق
تجربیات درمانی که به رنگ صورتی و در هر بخش قرار داده شده است انداخته می شود. و یا به صورت شفاهی به کارشناس
همه‌هنگ کننده ایمنی بیمار اطلاع رسانی می شود. در این مرکز یک فرم تجمیعی گزارش خطاهای پزشکی نیز موجود می
باشد که در صورت گزارش چند مورد خطا قابل استفاده می باشد.

۲- گزارش اجباری خطاهای پزشکی: تمامی خطاهای منجر به بروز آسیب مانند وقایع ۲۸ گانه تهدید کننده حیات بیمار، وقایع ناخواسته ناشی از مصرف نالایمن داروهای هشدار بالا یا دارو های مشابه به صورت اجباری بایستی توسط پرسنل گزارش داده شود. این نوع خطاها بلافاصله پس از تکمیل فرم وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان، در ساعات اداری به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و در ساعات غیراداری به سوپروایزر وقت اطلاع داده و سوپروایزر وقت بلافاصله آن را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در همان زمان گزارش می نماید. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی به محض اطلاع از وقایع ۲۸ گانه تهدید کننده حیات بیماران، به ریاست بیمارستان و معاونت درمان به صورت پیامک/تماس تلفن اطلاع رسانی می کند. فرم مربوطه در نزدیکترین زمان از طریق فاکس به معاونت درمان دانشگاه ذیربط اعلام می شود. کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با همکاری دبیر کمیته مرگ و میر جهت برگزاری جلسه RCA (تحلیل ریشه ای وقایع) و عوارض ناخواسته هماهنگی های لازم را بعمل آورد. ریاست بیمارستان (آنکال وقایع ناخواسته) ظرف حداکثر یک هفته با برگزاری جلسه RCA (تحلیل ریشه ای وقایع) نتیجه جلسه را به معاونت درمان اعلام نماید.



دو تکنیک مورد استفاده در مدیریت خطر:

1) تحلیل علل ریشه ای (RCA) Root Cause Analysis:

یکی از ابزارهای مدیریت خطر که به صورت گذشته نگر است. تحلیل علل ریشه ای فرایند بررسی و تحقیق ساختار یافته ای است که هدفش شناختن علت یا علل واقعی یک مسأله و پیدا نمودن راه هایی جهت حذف این علت یا علل می باشد. خطاهای تکراری، حیاتی و ۲۸ وقایع ناخواسته توسط تیم RCA در کمیته مرگ و میر به منظور شناسایی و تحلیل علت ریشه ای خطا مورد بررسی قرار می گیرد.

2) ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی (FMEA) Failure Mode Effects Analysis:

یکی از ابزارهای مدیریت خطر که به صورت آینده نگر است. به منظور ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی عوامل زیرساختی و فرایندی مستعدکننده بروز خطاهای پزشکی از طریق بازدیدهای مدیریتی و میدانی ایمنی جمع آوری شده و بعد از تعیین اولویت در کارگروه FMEA در کمیته های مرتبط بررسی و اقدامات اصلاحی انجام می گردد.

▪ ۲۸ وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان:

وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات /مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل تهدید کننده حیات است و محدود به ۲۸ وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی نمی باشد و شامل مواردی است که هرگز نباید اتفاق بیافتد.

➤ وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

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

➤ وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی:

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

➤ وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

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

➤ وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

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 ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان

کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات (مثال: به دنبال فیزیوتراپی..)

➤ وقایع مرتبط با محیط درمانی:

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 اطاق 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 ، ...)

➤ وقایع جنایی:

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 تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

*****❁*****



▪ مدیریت و پیشگیری از سقوط بیمار:

سقوط و آسیب های ناشی از آن دارای تعاریف متفاوتی می باشد.

بانک داده های ملی شاخص های کیفیت پرستاری سقوط را

" به عنوان افتادن به زمین منجر به آسیب یا بدون آسیب " تعریف می نماید.

مطابق راهنمای شناسایی صحیح بیمار در سیستم کد بندی رنگی، رنگ " زرد " برای شناسایی بیماران در معرض خطر سقوط مورد استفاده قرار می گیرد. ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک برای بیماران در معرض خطر سقوط باید مشخص باشد. برنامه پیشگیری به منظور جلوگیری از خطر سقوط در زمان نقل و انتقال بیماران از بخش به واحدها و

بالعکس انجام شود. تمهیدات لازم برای مدیریت و پیشگیری از سقوط بیماران در واحد تصویر برداری پیش بینی شود. در صورت وقوع سقوط بیمارچه منجر به آسیب چه بدون آسیب منجر به آسیب جزء گزارش وقایع ناخواسته می باشد.

❖ ارزیابی خطر سقوط بیماران :

با استفاده از معیارهامپی دامپی(اطفال) یامعیار مورش(بزرگسال) احتمال خطر سقوط را در بیماران بستری پیش بینی نمایید:

الف) تمامی بیماران را در بدو پذیرش و در راندهای روتین پرستاری و پزشکی ارزیابی نمایید.

ب) ارزیابی خطر سقوط در بیماران بستری بایستی حداقل یک بار در روز و یا در هنگام تغییر شرایط صورت گیرد.

ج) بر اساس اطلاعات فراهم آمده از بکارگیری معیار ها، بایستی مداخلات با توجه به نیاز بیمار طراحی و تنظیم شود.

❖ در صورت مثبت بودن نتیجه ارزیابی، برای پیشگیری از سقوط طرح درمانی بریزید.

۱- بیمار یا مراقبین(همراهان) وی را در مورد برنامه مراقبتی پیشگیری از سقوط آموزش دهید.

۲- مطمئن شوید که در راهروها /مسیر رفت و آمد مانعی بر سر راه بیماران قرار ندارد.

۳- حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگهدارید.

۴- بر روی تخت اتاق عمل بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید.

۵- در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکاردها مطمئن شوید وجابجایی بیماران را به روش ایمن انجام دهید.

۶- در نظر بگیرید بیماری که تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک، ضد تشنج و بنزودیازپین هاست احتمال خطر سقوط او بالاست.

۷- در نظر بگیرید بیماری که داروهایی برای پرفشاری خون، داروهای قلبی، آنتی آریتمی یا ضد افسردگی مصرف می نماید،

احتمال خطر سقوط برای وی در حد متوسط است.

۸- اختلال بینایی بیماران بستری مورد توجه قرار گیرد.

۹- طرح پیشگیری را با سایر تیم درمانی در میان گذاشته و اجرایی نمایید.



۱۰- در صورت سقوط، بیمار را حتماً به لحاظ آسیب های احتمالی مرتبط ارزیابی نمایید.

۱۱- محیط را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار، بررسی نمایید.

*****❁*****

▪ ترخیص ایمن بیماران از اتاق عمل:

بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و با حضور پرستار به بخش مربوط منتقل می شوند. از برانکارد ایمن برای انتقال بیمار از اتاق عمل به بخش استفاده گردد. پزشک بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر می نماید.

❖ توجه نمایید:

- ۱- ترخیص بیمار از اتاق عمل با دستور متخصص بیهوشی
- ۲- تحویل بیمار توسط کادر ذی صلاح بالینی اتاق عمل به پرستار با رعایت اصول مربوطه
- ۳- همراه داشتن مانیتورینگ (فشارسنج و پالس اکسیمتر پرتابل)
- ۴- استفاده از اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار
- ۵- رعایت پوشش مناسب و حریم خصوصی بیمار حین انتقال
- ۶- استفاده از وسائل انتقال ایمن (مانند مجهز بودن برانکارد به ریل محافظ)
- ۷- مشاهده شروع و پایان عمل و حضور پزشک بیهوشی تا ترخیص بیمار از ریکاوری
- ۸- تایید انتقال قبل از خروج بیمار از ریکاوری توسط متخصص بیهوشی

نکته: بر اساس کتاب ارزش های نسبی متخصص بیهوشی در هر صورت و بدون توجه به نوع بیهوشی بیماران به طور همزمان نمی تواند مسئولیت بیش از دو بیمار را بپذیرد. بیهوشی بیمار سوم به بعد ممنوع و غیر قانونی بوده و قابل محاسبه نمی باشد. در بیمارستان های آموزشی که دارای دستیاران سال سوم و چهارم بیهوشی است به شرط حضور مستمر دستیار بر

بالین بیمار حداکثر می توانند سه بیمار را به صورت همزمان بیهوش نمایند. در خصوص بیماران کلاس ۳ و بالاتر متخصص بیهوشی نمی تواند مسئولیت بیش از یک بیمار را بپذیرد. در موارد خاص و مخاطرات حیاتی بیهوشی برای بیمار سوم قابل محاسبه و پرداخت بوده و در اسرع وقت متخصصین بیهوشی می بایست یکی از بیماران غیر اورژانسی را از لیست عمل خارج نموده و بیمار اورژانسی را جایگزین نمایند و تا زمانی که عمل اورژانسی ادامه دارد مجاز به پذیرش اورژانسی دیگری نیستند.

*****❁*****

▪ کنترل و مصرف گازهای طبی :

پرسنل هر بخش و واحد بایستی از استاندارد رنگ سیلندرهای گازهای طبی (استاندارد ملی شماره ۳۰۴ با موضوع ۴۵۵۷ / ۲ / د مورخ / ۹۵ بر اساس نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۰۲) آگاهی داشته باشند و از پر بودن کپسول های اکسیژن در ابتدای هر نوبت کاری اطمینان حاصل نماید.

❖ نکات ایمنی کپسول های گازهای طبی شامل موارد ذیل می باشد:

۱. کپسول های گازهای طبی در مکان های خود محکم شده اند و بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.
۲. حمل کپسول های گازهای طبی پر با کلاهک و ترالی انجام می شود.
۳. دستورالعمل استفاده از کپسول های گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.
۴. از سیلندرهای گاز نباید به عنوان غلطک، تکیه گاه و یا دیگر مقاصد به جز تحویل گاز استفاده شود .

رنگ بندی کپسولها بر طبق استاندارد

ردیف	نام گاز یا فرمول شیمیایی	رنگ
۱	No2 (اکسید نیتروژن)	آبی
۲	Co2 (دی اکسید کربن)	خاکستری
۳	هلیوم	قهوه ای
۴	اتیلن	بنفش
۵	سیکلوپروپان	نارنجی
۶	اکسیژن	سفید یخچالی
۷	نیتروژن	سیاه



▪ منبع تغذیه بدون وقفه (UPS):

UPS بین برق شهر و مصرف کننده قرار گرفته و در صورت قطع برق شهر بدون هیچگونه وقفه برق مصرف کنندگان را تأمین می کند. در بخش های حساس و حیاتی مانند اتاق عمل ، PICU ، NICU ، همودیالیز تغذیه برق برای تجهیزات درمانی و تشخیصی از UPS استفاده می شود. علاوه بر تأمین برق موقت می تواند اثرات مخرب کاهش یا افزایش ولتاژ شبکه و نویز الکتریکی را نیز بر روی مصرف کننده از بین ببرد.

*** تمامی پرسنل بایستی از محل پریرز های UPS (برچسب قرمز رنگ) بخش خود آگاهی داشته باشند. **

▪ سنجه های اعتبار بخشی مراقبت های جراحی و بیهوشی:

نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل، با لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پرخطر بودن بیماران صورت می پذیرد.

❖ شناسایی، طبقه بندی و اولویت بندی بیماران با لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پرخطر:

بیماران پرخطر بیمارانی هستند که احتمال مرگ و میر در آنان حین و پس از عمل جراحی بیش از ۵ درصد تخمین می گردد و کاندیدای انجام مشاوره های تشخیصی/جراحی/بیهوشی و مراقبتهای ویژه می باشند بر حسب تقسیم بندی انجمن بیهوشی آمریکا بیماران را از نظر وضعیت فیزیکی به ۶ دسته تقسیم می کنند. در این بیماران پیش آگهی بیماری و مدت زمان انتظار برای عمل جراحی مد نظر قرار می گیرد.

بیماران اورژانسی بیمارانی هستند که در صورت عدم ارائه به موقع اقدامات درمانی، منجر به صدمات عضوی و یا جانی و نیز مشکلات روانی بیمار میشود. در اینگونه بیماران برنامه ریزی انجام عمل جراحی بر اساس دستورالعمل بیمارستان و سطوح تریاژ به نیوی است که هیچگونه تاخیر/تعطل منجر به تهدید جان/سلامتی بیماران رخ ندهد.

بیماران عفونی بیمارانی هستند که قابلیت سرایت بیماری ایشان به محیط و دیگران وجود دارد. دستورالعملی در خصوص بیماران مبتلا به عفونت های مسری (نیازمند اعمال جراحی) با کمک متخصص بیماریهای عفونی مرکز تنظیم و اجرایی گردد.

در این دستورالعمل ترتیب زمانی انجام اعمال جراحی (به تفکیک روز، تخت عمل جراحی و ساعت انجام عمل جراحی) و لزوم رعایت احتیاطات مبتنی بر روش تماسی و قطره‌های و نیز مراعات ملاحظات پیشگیری و کنترل عفونت‌ها در مواجهه با سایر بیماران و کارکنان (در زمان قبل، حین و ریکاوری) لحاظ گردد. ضدعفونی تجهیزات پزشکی، اتاق و تخت‌های اتاق عمل در بیماران عفونی بلافاصله پس از خاتمه عمل جراحی طبق دستورالعمل جراحی ایمن الزامی است.

❖ انتقال و تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل با حضور پرستار و رعایت اصول ایمنی صورت می‌پذیرد:

- ✓ وجود دستبند شناسایی بیمار
- ✓ انطباق مشخصات هویتی بیمار طبق دستبند شناسایی با پرونده بیمار و محتویات و ضمایم همراه (مانند گرافی‌ها) با انجام شناسایی فعال
- ✓ تایید امضا بیمار در فرم رضایت آگاهانه موجود در پرونده بیمار
- ✓ تحویل آزمایشات و مدارک تصویربرداری / مشاوره‌ها و مستندات پرونده به اتاق عمل همراه با بیمار
- ✓ بررسی بیماران از لحاظ وجود هرگونه عضو/اجزا مصنوعی و کاشتنی و نداشتن هرگونه آرایش و زیورآلات
- ✓ اجرا دستورات پزشک / پزشکان در بخش توسط پرستار مربوطه
- ✓ تحویل بیمار از بخش به اتاق عمل توسط یکی از کارکنان درمانی واجد شرایط
- ✓ انتقال بیماران از طریق ویلچر و یا برانکارد ایمن
- ✓ حفظ حریم خصوصی و پوشش مناسب بیمار و رعایت شئونات اخلاقی در کلیه مراحل جابه‌جایی و در بدو ورود به اتاق عمل و بعد از آن
- ✓ انجام ایمن تحویل بیمار مستند و مکتوب بین پرستار تحویل دهنده از بخش و فرد واجد شرایط تحویل گیرنده بیمار در بدو ورود به اتاق عمل

❖ بیماران بدو ورود به اتاق عمل توسط پرستار / کارشناس اتاق عمل / هوشبری، پذیرش شده و مراقبتهای بیمار

استمرار دارد:

- ✓ کنترل مجدد هویت بیمار براساس اصول شناسایی صحیح بیمار
- ✓ ارزیابی مجدد بیماران

- ✓ ارتباط و تعامل منطقی با بیمار برای کنترل استرس و اضطراب
 - ✓ کنترل پرونده بیمار برای اطمینان از کامل بودن مدار پزشکی و اقدامات قبل از عمل
 - ✓ تحویل گرفتن ست ها و پک های مورد نیاز و وسایل مورد نیاز بیمار از اتاق وسایل استریل
 - ✓ برقراری یک یا چند راه وریدی مناسب با توجه به سن بیمار
 - ✓ کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد
 - ✓ کمک به انتقال بیمار به تخت جراحی با حفظ حریم و رعایت ایمنی
 - ✓ تنظیم تخت جراحی، نصب اتصالات مورد نیاز بر حسب نوع و ناحیه عمل
- ❖ قبل از هر مورد القای بیهوشی ارزیابی گازهای طبی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی، تحت نظارت و تأیید نهایی

متخصص بیهوشی انجام می شود:

- ✓ بررسی صحت عملکرد تجهیزات اتاق عمل در ابتدای هر شیفت توسط افراد ذیربط
- ✓ اطمینان از برقراری درست اتصالات به بیمار
- ✓ اطمینان از برقراری جریان صحیح گازهای طبی مناسب
- ✓ وجود راهکارهای پیشگیرانه مدیریت خطر برای کاهش حوادث ناخواسته ناشی از گازهای طبی

❖ تجهیزات و ملزومات مورد نیاز در اتاق پروسیجر جراحی شناسایی شده و هیچ مورد مازاد بر نیاز در این مکان

نگهداری نمی شود.

وجود تجهیزات مازاد در اتاق پروسیجر جراحی همواره یک تهدید بالقوه ایمنی محسوب می شود. این سنجه علاوه بر حذف تجهیزات معیوب و فراخوان شاده بایستی در اتاق پروسیجر برای تمامی تجهیزات مازاد برنامه ریزی شود.

❖ وضعیت بیماران قبل، حین و بعد از جراحی پایش و مستندات جراحی و بیهوشی بطور کامل تکمیل می شود:

- ✓ پزشک جراح شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگزارش عمل جراحی به طور خوانا ثبت، مهر و امضا می نماید.
- ✓ پزشک بیهوشی، وضعیت بیمار را قبل، حین و بعد از جراحی پایش و در فرم بیهوشی و فرم مراقبت بعد از جراحی ثبت، مهر و امضا می نماید.



فرم گزارش خطا

این قسمت در صورت تمایل تکمیل شود:

سمت گزارش دهنده : بخش : سمت فردی که دچار خطا شده است :

زمان بروز خطا: ☐ شیفت صبح ☐ شیفت عصر ☐ شیفت شب ☐ تعداد بیماران ☐ تعداد پرسنل: ☐

شرح خطا:

خطا جراحی : انجام عمل در موضع اشتباه ☐ تکنیک اشتباه جراحی ☐ جا گذاشتن اشیاء خارجی ☐ ثبت اشتباه عمل جراحی ☐

عدم ارسال پاتولوژی ☐ عدم شناسایی بیمار ☐

خطا دارویی : نام دارو ☐ داروی اشتباه ☐ زمان دارو ☐ سرعت انفوزیون ☐ دوز اشتباه ☐ حذف دارو ☐

روش تجویز اشتباه ☐ عدم شناسایی بیمار ☐ ثبت دارو ☐ دست خط نا خوانا ☐ تشابهات اسمی دارو ☐ تشابهات شکلی دارو ☐ تداخل دارویی ☐

خطا مراقبتی : سقوط بیمار ☐ عفونت ☐ زخم بستر ☐ عدم آموزش به بیمار ☐ آزمایشگاهی ☐ رادیولوژی ☐

خطا در ثبت : پرستار ☐ پزشک ☐ آزمایشگاه ☐ رادیولوژی ☐ کاردکس ☐

خطای تجهیزات : خرابی دستگاه ☐ عدم وجود دستگاه ☐ عدم مهارت در بکارگیری دستگاه ☐

خطای تشخیصی : عدم تشخیص ☐ تاخیر در تشخیص ☐ تشخیص غلط ☐

علت بروز خطا : کمبود نیرو ☐ پرسنل تازه کار ☐ کمبود آگاهی ☐ خستگی ☐ شلوغی بخش ☐ بی توجهی ☐

عدم شناسایی بیمار ☐ عدم رعایت اصول دارو دهی ☐ عدم ثبت صحیح ☐ عدم مراقبت درست و صحیح ☐

عدم گزارش دهی به موقع ☐ عدم پیگیری ☐ عدم تشخیص صحیح ☐ عدم رعایت کنترل عفونت ☐

شناسایی خطا:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ بعد از ایجاد عوارض | ☐ حین انجام خطا بعد از انجام خطا | ☐ فرد خطا کننده : کشف خطا قبل از وقوع |
| ☐ بعد از ایجاد عوارض | ☐ حین انجام خطا بعد از انجام خطا | ☐ فرد ناظر : کشف خطا قبل از وقوع |

پیشنهادهای جهت جلوگیری از خطا :

❖ فرم گزارش وقایع ناخواسته:

موارد ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران (موارد ۲۸ گانه)



وقایع مرتبط با اعمال جراحی:

- ۱- عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم
- ۲- انجام عمل جراحی اشتباه روی بیمار دیگر
- ۳- انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
- ۴- جا گذاشتن هر گونه device (جسم خارجی) اعم از گاز، قیچی، و پنس و ... در بدن بیمار
- ۵- مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی

وقایع مرتبط با تجهیزات پزشکی

- ۶- تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور
- ۷- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی
- ۸- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاههای آلوده
- ۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی

وقایع مرتبط با مراقبت بیمار:

- ۱۰- ترخیص و تحویل نوزاد به شخص یا اشخاص غیر از ولی قانونی
- ۱۱- مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد
- ۱۲- خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی

وقایع مرتبط با مدیریت مراقبتی بیمار:

- ۱۳- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو و ...
- ۱۴- مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآوردههای خونی
- ۱۵- کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین
- ۱۶- مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مراکز درمانی
- ۱۷- زخم بستر درجه ۳ و ۴ بعد از پذیرش بیمار
- ۱۸- کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان
- ۱۹- مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات

وقایع مرتبط با محیط درمانی:

- ۲۰- مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که میتواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.
- ۲۱- حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار
- ۲۲- سوختگیهای به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اتاق عمل
- ۲۳- موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
- ۲۴- سقوط بیمار

وقایع جنایی:

- ۲۵- موارد مرتبط با عدم رعایت موازین اخلاقی پزشکی
- ۲۶- هر گونه آسیب فیزیکی
- ۲۷- ربودن بیمار
- ۲۸- اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

در موارد فوق بلافاصله فرم مربوطه تکمیل و در شیفت صبح به مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و سوپروایزر وقت و در شیفت عصر و شب به سوپروایزر وقت اطلاع داده شود.

سوپروایزر وقت موظف است به مسئول فنی بیمارستان که مسئول پاسخگوی ایمنی در بیمارستان است، اطلاع رسانی نماید و ظرف ۲۴ ساعت به معاونت درمان اطلاع دهد.

وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات /مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل است و محدود به ۲۸ کد تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی نیست. این دستورالعمل بر گزارش ملی ۲۸ کد تاکید دارد. بدیهی است تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت سلامت بایستی در سطح بیمارستان شناسایی، پیشگیری و مدیریت شوند.

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

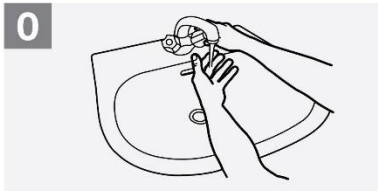
❖ چک لیست جراحی ایمن:

چک لیست جراحی ایمن		
بیمارستان:		دانشگاه علوم پزشکی:
اقدامات قبل از خروج بیمار از اتاق عمل جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار و متخصص بیهوشی و جراح الزامیست	قبل از برش پوست بیمار جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حضور پرستار و متخصص بیهوشی و جراح الزامیست	اقدامات قبل از بیهوشی بیمار جهت تکمیل این قسمت از چک لیست حداقل حضور پرستار و متخصص بیهوشی الزامیست
پرستار بصورت کلامی موارد ذیل را تأیید می نماید. ☐ نام عمل جراحی ☐ تکمیل شمارش لوازم جراحی، گاز و سرسوزن مورد استفاده در عمل جراحی. ☐ برچسب نمونه گرفته شده در اتاق عمل (مشخصات نمونه از جمله نام بیمار را با صدای بلند خوانده شود). ☐ آیا لشکال یا نارسایی در عملکرد تجهیزات مورد استفاده در اتاق عمل وجود دارد.	☐ معرفی کلیه اعضا تیم جراحی با نام و نام خانوادگی و سمت تأیید میشود ☐ نام نام خانوادگی بیمار، نوع عمل جراحی و محل برش جراحی تأیید می شود. آیا آنتی بیوتیک پروپیلکسی در طی یک ساعت قبل جهت بیمار تجویز شده است؟ ☐ بلی ☐ موردی ندارد آیا داروها و مالتین بیهوشی کاملاً چک شده است؟ ☐ بلی آیا پالس اکسی متری به بیمار متصل و در حال کار است؟ ☐ بلی آیا بیمار دارای حساسیت شناخته شده می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر آیا بیمار دارای راه هوایی مشکل یا در معرض آسیب آسپیراسیون است؟ ☐ خیر ☐ بلی و تجهیزات کافی ضروری موجود است آیا بیمار در حین جراحی در معرض خطر از دست رفتن بیش از 500 میلی لیتر خون می باشد؟ (بر کودکان 7 میلی لیتر به ازای هر کیلو گرم وزن بدن) ☐ خیر ☐ بلی و دو راه وریدی دسترسی مرئی و مایعات مناسب وریدی موجود است.	متخصصین جراحی و متخصص بیهوشی و پرستار: ☐ چه نگرانی ها و ملاحظات عمده ای برای به هوش آمدن (ریکاوری) و اداره این بیمار وجود دارد؟ <u>متخصص جراحی:</u> ☐ گام های حیاتی و یا غیر معمول در حین عمل جراحی چیست؟ ☐ عمل جراحی چه مدت طول می کشد؟ ☐ میزان خونریزی احتمالی حین عمل چقدر است؟ <u>متخصص بیهوشی:</u> ☐ آیا مشکل خاصی در مورد بیهوشی بیمار وجود دارد؟ <u>تیم پرستاری:</u> ☐ استرلیتی وسایل و لوازم جراحی (از جمله نتایج شاخص های استریلیزرها) تأیید شده است؟ ☐ آیا نگرانی یا مورد خاص در خصوص تجهیزات و... وجود دارد؟ آیا تصویر ضروری بر روی نگاشتنسکوپ در حال نمایش است؟ ☐ بلی ☐ موردی ندارد

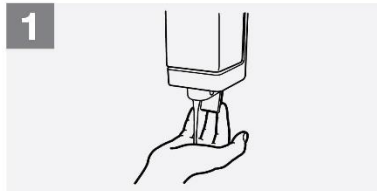
نحوه شستشوی دست ها

هنگامی که آلودگی قابل رویت روی دست ها وجود دارد آنها را بشویید، در غیر اینصورت از ضد عفونی کننده الکلی استفاده نمایید.

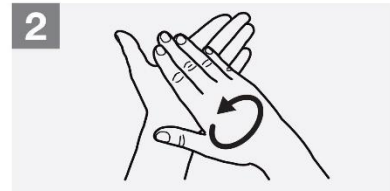
مدت زمان لازم : ۴۰-۶۰ ثانیه



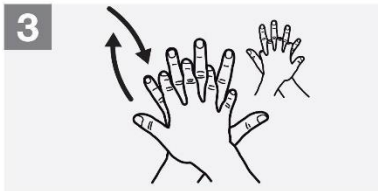
ابتدا دست ها با آب خیس شود



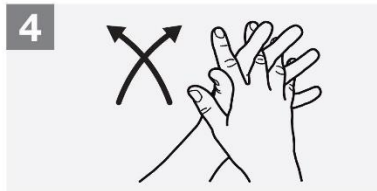
مایع صابون به اندازه کافی روی دست ها ریخته شود



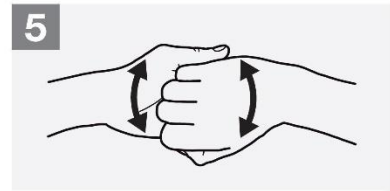
کف دست ها را به هم بمالید



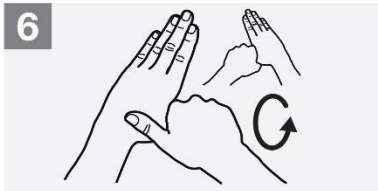
کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و بر عکس



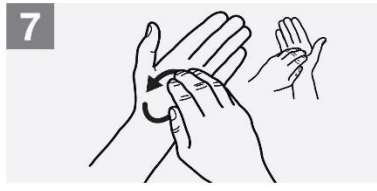
کف دست ها روی هم قرار گرفته و ما بین انگشتان را مالش دهید



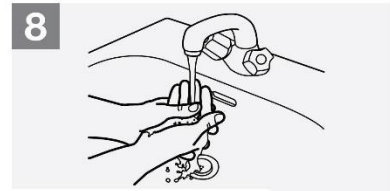
انگشتها را در هم تابیده به حالت قفل شده و پشت انگشت ها به کف دست مقابل مالش داده شود



انگشت شست دست چپ را با کف دست راست احاطه کرده به صورت دورانی مالش دهید و برعکس



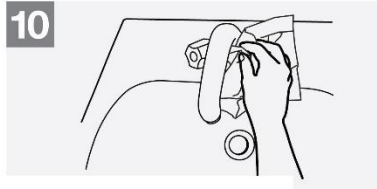
انگشتان را جمع کرده و به صورت چرخشی در کف دست مقابل حرکت دهید و بر عکس



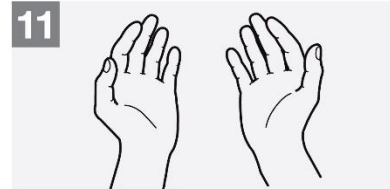
دست ها را با آب شستشو دهید



دست ها را با دستمال یکبار مصرف خشک کنید



برای بستن شیر آب از همان دستمال استفاده کنید . اینک دستان شما کاملا تمیز است .



دست ها آماده است .



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

How to Handrub?

روش صحیح ضد عفونی دست ها با ضد عفونی کننده های الکلی

 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds

1a



کف دست را با مقدار کافی ضد عفونی کننده الکلی پر کنید

1b

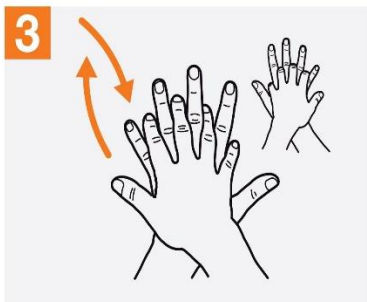


2



کف دست ها را به هم بمالید

3



کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و برعکس

4



کف دست ها روی هم قرار گرفته و ما بین انگشتان را مالش دهید

5



انگشت ها را در هم تابیده به حالت قفل شده و پشت انگشت ها به کف دست مقابل مالش داده شود

6



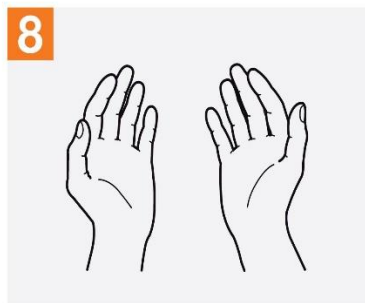
انگشت شست دست چپ را با کف دست راست احاطه کرده و به صورت دورانی مالش دهید و برعکس

7



انگشتان را جمع کرده به صورت چرخشی در کف دست مقابل حرکت دهید و برعکس

8



دست ها آماده است

منابع:

1. استاندارد های اعتبار بخشی بیمارستان ها، ویرایش پنجم، سال 1401
2. راهنمای دارویی با اسامی و اشکال مشابه، تهیه و تنظیم فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی
3. راهنمای شناسایی صحیح بیماران، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد 92
4. راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد 93
5. راهنمای جراحی ایمن، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد 93
6. راهنمای دارو های با هشدار بالا، تهیه و تنظیم فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی، دی 94
7. راهنمای تضمین صحت دارویی در فرآیند انتقال خدمات، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد 93
8. راهنمای پیشگیری از اتصالات نادرست کاتتر ها و لوله ها، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد 93
9. دستورالعمل تزریقات ایمن، ترجمه و تالیف فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول ایمنی، آبان 1391
10. راهنمای بهداشت دست در مراقبت از بیماران، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار، مرداد 92
11. دستورالعمل ضوابط و روش های اجرایی مدیریت پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به شماره نامه : ۱۵۸۷۱/ت ۳۸۴۵۹ ک مورخ 1387/2/8
12. دستور کار اجرایی یکسان سازی و رفع برخی ابهامات اجرای "ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به استناد بخشنامه شماره 306/16384 مورخ 94/10/7 مرکز سلامت محیط و کار
13. دستورالعمل ترخیص ایمن در زمینه خدمات مراقبت سلامت / دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان
14. فایل های آموزشی ایمنی بیمار
15. دستورالعمل الزام به برچسب گذاری دارو های با هشدار بالا از مبدا/ سازمان غذا دارو / به شماره ۶۶۵/۹۱۵۲۷ مورخ ۹۷/۱۰/۸

تهیه کننده: واحد ایمنی بیمار

به عقب بنگرید و خدا را شکر کنید...

به جلو بنگرید و به خدا اعتماد کنید...

او در هایی می بندد که هیچ کس قادر به گشودنش نیست...

و در هایی را می گشاید که هیچ کس قادر به بستنش نیست...



اولین و مهم ترین الزام در هر بیمارستان

آسیب نرساندن به بیماران است.

• یادداشت هایی درباره بیمارستان فلورانس نایتینگل 1863