



بیمارستان خصوصی مهرگان

گروه رادیولوژی

جزوه آموزشی ایمنی بیمار



ویژه کارکنان رادیولوژی

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	9
1-4 انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار	10
1-5 کنترل غلظت محلول های الکترولیت	12
1-6 اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها	12
1-7 استفاده صرفا یکباره از وسایل تزریقات	13
1-8 بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت های سلامتی	17
3- 20 استاندارد های الزامی بیمارستان	19
2-1 بازدید های مدیریتی	20
2-3 اخذ رضایت آگاهانه	21
2-4 اعلام نتایج بحرانی پاراکلینیک Panic Value	22
2-5 تفکیک پسماند	24
2-6 دفع پسماند تیز و برنده	25
4- رعایت اصول ایمنی بیماران و مراجعین در خدمات تصویربرداری	26
5- آمادگی بیماران برای انجام تصویر برداری	27
6- کیفیت نتایج تصویربرداری	29
7- داروهای ایمن	31
8- خطاهای پزشکی	34
9- 28 وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران	37
10- مدیریت و پیشگیری از سقوط بیمار	39
11- ترخیص ایمن	42
12- کنترل گاز های طبی	43
13- منبع تغذیه بدون وقفه (UPS)	44
14- ضمائم	45
15- منابع	52

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.



همچنین بایستی به بیماران و مراقبین آنان آموزش داده شود که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک هستند، شرکتهای مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می کنند و معمولاً اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه/ شیشه دارو نوشته می شوند. می توان به بیماران برگه های آموزشی کتبی در ارتباط با موارد مصرف، نام های ژنریک و تجاری و عوارض جانبی بالقوه داروهای مصرفی داده شود.

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

شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت/درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت و پایه اصلی و خشت اول ایمنی بیماران در کلیه بیماران بستری و تمامی بخشها / واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپي ها را تشکیل می دهد. تاکید می گردد که استفاده از دستبند های شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد.

❖ تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران:

- (۱) به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران 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 بیماران می شود:



- (1) دارو دهی به بیمار
- (2) اقدامات تهاجمی
- (3) گزارش نتایج تصویربرداری
- (4) اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
- (5) انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تحت گاید و سایر
- (6) ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به کارگیری نیروها از سایر بخش ها در قالب اضافه کار)
- (7) بیماران با اسامی مشابه
- (8) بیماران تازه وارد اورژانس
- (9) بیماران مجهول الهوية

❖ 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 رعایت روش های صحیح کنترلی
- (۴) بیماران دارای محدودیت های خاص در برقراری ارتباط مانند گویش ها و زبان های مختلف
- (۵) بیماران با سطح هوشیاری پایین یا اغما
- (۶) نوزادان و کودکان، سالمندان به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر
- (۷) بیماران روانپزشکی
- (۸) 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 بخش ها ابلاغ شد. کلیه پرسنل نسبت به کد ها آگاهی داشته باشند. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار / همراهان از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد

ولی این عنوان نباید محل حریم خصوصی یا موجب تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می توان به "خودکشی" اشاره نمود. با توجه به پرسش و پاسخ های اعتبار بخشی، در خصوص خطر سقوط در کودکان/ نوزادان و پلی فارمسی، شناسایی بیماران 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.

*****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.

❖ 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.

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 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 سرویسی

به سرویس دیگر، از بخش به واحد رادیولوژی، تحویل بیمار از کارشناس رادیولوژی به رادیولوژیست، 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 مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل، 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 (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
- ✓ 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

انجام پروسیجر صحیح بر روی عضو صحیح از بیمار صحیح به عنوان دغدغه های بارز نظام های سلامت در جهان تشخیص داده شده است. بنابراین عوارض قابل پیشگیری سهم بزرگی را در مرگ و میر و آسیب های قابل پیشگیری پزشکی در جهان بر عهده دارد.

❖ اصول عمومی پروسیجر صحیح:

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.

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 اعضاء 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.

گام سوم: علامت گذاری محل پروسیجر تهاجمی:

بر اساس پروتکل های جهانی محل پروسیجر تهاجمی 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 پروسیجر تهاجمی بایستی توسط فرد انجام دهنده پروسیجر 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.

گام چهارم: بررسی نهایی بیمار در محل انجام پروسیجر

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. 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.

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 اعضاء تیم درمانی، قبل از شروع به انجام پروسیجر، از وجود این یافته ها مطمئن 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 .

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، تراکتوستومی، 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) همیشه اتصالات لوله ها و کاتترها را در نور کافی انجام دهید.

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

(۶) 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.

(۷) توجه به سائز و تاریخ انقضاء از الزامات کنترل آن می باشد.

راه حل هشتم- استفاده صرفا یکباره 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 آسپس 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.

✓ تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که:

۱) به دریافت کننده خدمت بیمار آسیب نزنند.

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 بیمار 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-stick 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 الککل که در الککل خیس خورده اند به دلیل آلودگی به وسیله باکتری های دست و محیط جهت تزریق استفاده ننمایید.

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

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

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

۴-۶ از الککل برای ضد عفونی موضع در تلقیح واکسن ها استفاده ننمایید.

❖ خلاصه گام های ضروری در تزریقات:

(۱) برای هر تزریق منجمله ؛آماده نمودن یک واحد تزریق دارو 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 ضد عفونی با الککل 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 ننمایید.

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

❖ 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 کلستریدیوم 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 الکلی 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 الکلی ۲۰ تا ۳۰ ثانیه است. با توجه به این که دست خیس به سهولت آلوده یا میکروارگانیزم را گسترش می دهد خشک کردن مناسب دست ها جزء لاینفک فرآیند بهداشت دست است.

➤ 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.

*****❁*****

▪ **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 هفتگی در بخش ها و واحد های 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. 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.

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

بیمارستان ضد عفونی 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 ضد عفونی و استرایلیزاسیون :

بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی به منظور تضمین ارتقاء ضد عفونی 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 و اخذ رضایت قبل از آن

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

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

➤ 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.

✓ 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 تصویربرداری، تجویز دارو در کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر من جمله نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری 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 پیش بینی کرده است. فهرست مقادیر بحرانی پاراکلینیک شامل مقادیر واحدهای پاراکلینیک اعم از واحد تصویربرداری است. از روش Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop جهت تبادل اطلاعات بین کارکنان / تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. محدوده بحرانی رادیولوژی در دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی مرکز ذکر شده است.

❖ استاندارد سیزدهم- اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک:

بیمارستان دارای روال مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیماران بعد از ترخیص می باشد. کلیه نتایج پاراکلینیک 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- استیلزاسیون:

بیمارستان تمیزی، ضد عفونی 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 رادر زمینه خون وفرآورده های خونی ایمن اجراء مینماید.

❖ 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 داروهای حیاتی و ضروری:

بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی (ترالی اورژانس) 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

اقدام 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 ژن 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 توأم در safety box جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد .

✓ 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.

❖ رعایت اصول ایمنی بیماران و مراجعین در خدمات تصویربرداری:

فضای فیزیکی بخش تصویر برداری استاندارد بوده و نقشه های واحد به لحاظ رعایت استانداردهای بهداشت پرتوها مورد تایید باشد و نقشه فضای فیزیکی باید به تایید واحد بهداشت پرتوها رسیده باشد .همچنین به علت وجود خطرات پرتوها و به منظور حفظ ایمنی بیماران /همراهان فضای فیزیکی این بخش باید مستقل بوده و گذرگاه /محل عبور و مرور به سایر قسمت های بیمارستان نباشد .همچنین لازم است علائم با توجه به وسعت بخش تصویر برداری و همچنین محل هایی از جمله خانم های باردار، کودکان و سایر گروه های پرخطر در قسمت هایی که در معرض دید بیماران /همراهان است نصب شود .چراغ هشدار دهنده به منظور آگاه سازی کارکنان، بیماران و همراهان از معرض اشعه /تابش و دور نگه داشتن آنها از منطقه تشعشع به جهت کاهش مخاطرات پرتویی، چگونگی قرار گیری در محیط های مغناطیس و افزایش ایمنی افراد و حذف پرتوگیری های غیر ضرور است .علاوه برنصب علائم هشداردهنده، بهره گیری ازسیستم های قفل کننده موقت ورودی ها همزمان با عملکرد دستگاه ها توصیه می گردد.

❖ مداخلات تهاجمی در واحد تصویربرداری با رعایت اصول ایمنی بیمار:

- ✓ آگاهی کلیه کارکنان از فهرست پروسیجرهای نیازمند به بیهوشی یا آرام بخشی و سایر مداخلات تهاجمی
- ✓ شناسایی صحیح بیمار به صورت فعال قبل از انجام پروسیجر
- ✓ اخذ رضایت آگاهانه از بیماران/مراجعین برای انجام پروسیجرهای تهاجمی
- ✓ انجام پروسیجر صحیح بر روی عضو صحیح از بیمار صحیح
- ✓ انجام بیهوشی و آرام بخشی بیماران، در واحد تصویر برداری توسط پزشک متخصص بیهوشی
- ✓ رعایت تمامی الزامات بیهوشی و آرام بخشی ایمن اعم از تجهیزات، ترالی های دارو، مراقبت های قبل، حین و پس از بیهوشی
- ✓ برنامه ریزی و آگاهی متخصصان بیهوشی از نحوه همکاری و حضور به موقع و مستمر آنها در حین مراقبت های بیهوشی
- ✓ آگاهی و عملکرد کارکنان نسبت به دستورالعمل “نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب “
- ✓ ترخیص ایمن بیمار از محل اجرای پروسیجر
- ✓ رعایت اصول پیشگیری و کنترل عفونت
- ✓ تحویل ایمن بیماران طبق تکنیک SBAR

❖ اطمینان از آمادگی بیماران برای انجام تصویربرداری:

- ✓ ثبت اطلاعات لازم در زمان پذیرش بیماران توسط مسئول پذیرش تصویربرداری
- ✓ اخذ و ثبت دقیق اطلاعات هویتی بیماران حداقل با دوشناسه و نام پزشک درخواست کننده
- ✓ ثبت دقیق ساعت، تاریخ، علت مراجعه، شکایت فعلی بیمار و نوع تصویر برداری
- ✓ بررسی و ثبت سوابق حساسیت دارویی در موارد مداخله ای
- ✓ آگاهی از فهرست پروسیجرهای نیازمند کسب آمادگی
- ✓ استفاده از فرم های آمادگی برای تمام پروسیجرهای شناسایی شده به تفکیک
- ✓ دسترسی بیماران سرپایی و بخش های بستری به فرم های آمادگی جهت پروسیجرها

- ✓ ارائه توضیحات کامل و قابل درک به صورت شفاهی و کتبی درخصوص انجام آمادگی های قبل از انجام پروسیجرها به بیماران سرپایی توسط کارکنان تصویر برداری
- ✓ ارائه توضیحات کامل و قابل درک به صورت شفاهی و کتبی درخصوص انجام آمادگی های قبل از انجام پروسیجرها به بیماران بستری توسط پرستار
- ✓ آگاهی بیماران /همراهان از آمادگی های لازم قبل از انجام پروسیجرهای نیازمند آمادگی
- ✓ ارائه آموزش های لازم به بیماران در حین انجام تصویربرداری توسط پزشک/ کارکنان فنی بخش تصویر برداری

❖ کیفیت و نحوه گزارش خدمات تصویربرداری:

- ✓ رعایت اصول ایمنی بیماران در همه مراحل تصویربرداری (در داخل و خارج از بخش تصویربرداری اعم از رادیوگرافی پرتابل در اتاق عمل و در بخش ها بر بالین بیمار و سونوگرافی پرتابل)
- ✓ شناسایی صحیح بیماران بر اساس ضوابط ایمنی بیمار در زمان پذیرش، فراخوان و هدایت به اتاق های تصویر برداری و قبل از انجام هرگونه اقدام به تصویر برداری
- ✓ انجام تحویل ایمن بیماران طبق تکنیک SBAR
- ✓ کسب اطمینان از برچسب گذاری صحیح و کامل مشخصات بیمار در نتایج تصویر برداری بعد از انجام پروسیجر و در زمان تحویل نتایج به بیماران
- ✓ انجام تصویر برداری صحیح بر روی عضو صحیح از بیمار صحیح
- ✓ پیش بینی تمهیدات لازم برای مدیریت و پیشگیری از سقوط بیماران در تصویر برداری
- ✓ پیش بینی تمهیدات لازم برای مدیریت بیماران کم توان جسمی، سالمندان
- ✓ پیش بینی تمهیدات لازم برای مدیریت بیماران باردار و یا اطفال و آلرژی
- ✓ رعایت نکات ایمنی در خصوص پیشگیری از بروز آسیب به بیمار/مراجعین و کارکنان از ناحیه کاربری دستگاه ها
- ✓ برنامه ریزی و اولویت بندی بیماران بد حال با توجه به ظرفیت ها و انجام تصویر برداری آنها در حداقل زمان ممکن

✓ همراهی مستمر پرستار برای تداوم مراقبت بیماران حاد و بیماران بیهوش /سطح هوشیاری پایین در واحد تصویر برداری بدون مواجهه با پرتو

✓ رعایت موازین کنترل عفونت برای بیماران از جمله، رعایت بهداشت دست، پروبهای سونوگرافی، تخت و سایر ابزارهای در تماس با بیمار

✓ ارائه آموزش و آگاهی بیماران از اهمیت استفاده از وسایل حفاظت در برابر اشعه و در دسترس بودن آنها

❖ قراردادن نتایج تصویربرداری در اختیار پزشکان (بدون اختلال /تاخیر در روند تشخیص و درمان):

✓ آگاهی کلیه کارکنان واحد تصویر برداری از زمان سنجی انجام و گزارش تصویر برداری های اورژانسی و غیراورژانسی

✓ آگاهی کلیه کارکنان واحد تصویر برداری در خصوص حداکثر مهلت زمان انجام و گزارش نتایج تصویر برداری اورژانس و غیراورژانسی

✓ انجام و گزارش تصویر برداری های اورژانس بدون ایجاد هرگونه تاخیر /اختلال در روند تشخیص درمان اورژانس و غیراورژانسی

❖ کیفیت نتایج تصویربرداری:

بایستی تصاویر خروجی از بخش تصویر برداری دارای مشخصات مرکز تصویر برداری، نوع درخواست/تصویربرداری انجام شده و نام پزشک در خواست کننده باشد . برای قسمت های متقارن بدن که دارای طرف چپ و راست هستند از مارکر استفاده شود. برنامه ای مشخص به صورت مدون حداقل شامل شناسایی و بررسی عوامل تاثیر گذار برکیفیت تصاویر، اولویت بندی شده و اقدامات اصلاحی جهت رفع نواقص و جلوگیری از بروز مجدد عدم انطباق های به عمل آید و نتایج اقدامات با تمامی کارکنان فنی بخش به اشتراک گذاشته شود.

در گزارش نهایی تصویر برداری موارد ذیل قید شود:



۱- مشخصات بیمار

۲- امضا، مهر و نام رادیولوژیست

۳- خلاصه شرح حال

۴- گزارش ارزیابی

5- تشخیص احتمالی

6- توصیه های تکمیلی

✓ بررسی و شناسایی عوامل تاثیر گذار بر کیفیت تصاویر توسط مسئول فنی و کارکنان فنی بخش تصویر برداری

✓ کنترل و بررسی کیفیت تصاویر توسط مسئول فنی /کارشناس فنی و صاحب صلاحیت بخش تصویر برداری

✓ انجام اقدامات اصلاحی/تدوین برنامه بهبود کیفیت توسط مسئول فنی و ثبت در سوابق مدیریت کیفیت

✓ درج اطلاعات لازم بر روی تصاویر خروجی از بخش تصویر برداری

❖ موارد بحرانی تصویربرداری:

پیش از هرگونه تکرار /کنترل مجدد بایستی نتایج بحرانی (Critical values) تصویر برداری به پزشک معالج و در صورت عدم دسترسی به پرستار یا بیمار اطلاع رسانی شود. فهرست محدوده بحرانی تصویربرداری با اجماع متخصصین بالینی و پاراکلینیک مربوطه تدوین و توسط مسئول فنی تصویربرداری در کمیته دارو و درمان پیشنهاد شده، پس از تصویب به کلیه بخش های بالینی و تصویربرداری ابلاغ می گردد. نحوه گزارش آنی نتایج بحرانی حداقل شامل نحوه برخورد و گزارش فوری مقادیر بحرانی مانند استفاده از خط آزاد ارتباطی جهت اطلاع رسانی آنی به بخش، تعیین فرد یا افراد مشخص در آزمایشگاه که مجاز به اطلاع رسانی نتیجه بحرانی هستند، فرد یا افراد مسئول و نحوه ثبت نتایج در بخش های بیمارستان، اقدامات بعدی در صورت عدم موفقیت در برقراری ارتباط در بار اول و اطلاع رسانی مجدد نتیجه تکرار آزمایش و نیز روش برقراری ارتباط موثر و ایمن می باشد.

از روش **Read Back .Write Down .Repeat Back Close the Loop** تبادل اطلاعات بین کارکنان تصویربرداری و کادر بالینی استفاده شود. چرخه مطمئن انتقال کامل و صحیح اطلاعات در چهار مرحله بازخوانی شنیده، یادداشت شنیده بازخوانی یادداشت، اطمینان از انتقال کامل و صحیح اطلاعات.

❖ کنترل کیفی تجهیزات واحد تصویربرداری:

- ✓ وجود تاییدیه کنترل کیفی دستگاه های تصویربرداری حداقل سالانه از شرکت های مورد تایید سازمان انرژی اتمی
- ✓ انجام کالیبراسیون اختصاصی دستگاه های رادیولوژی، فلوروسکوپی و سونوگرافی بر اساس توصیه کارخانه سازنده توسط افراد مجاز
- ✓ وجود بروشورها و یا توصیه های کارخانه های سازنده دستگاه های موجود در بخش تصویربرداری
- ✓ آگاهی پرسنل فنی در خصوص زمان و چگونگی انجام کالیبراسیون دستگاه های بخش تصویربرداری
- ✓ کنترل کیفی روزانه برخی از تجهیزات توسط کارشناس / کاربر واحد تصویربرداری و ثبت و نگهداری تمامی نتایج کنترل کیفی و کالیبراسیون

*****❁*****

❖ 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 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) .

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

✓ تجویز و آماده سازی " داروهای با هشدار بالا " توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر انجام 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 منیزیوم	8	اپی نفرین
3	بیکربنات سدیم	9	هپارین سدیم
4	گلوکونات کلسیم	10	رتپلاز
5	هایپرسالین	11	هالوپریدول
6	لیدوکائین	12	پروپرانولول

❖ لیست داروهای با هشدار بالای واحد رادیولوژی بر اساس فارماکوپه مرکز:

✓ مگلو مین کامپاند تزریقی

✓ ویال ویزیپک تزریقی

❖ داروهای مشابه:

✓ 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/واحد تمامی مراکز درمانی دولتی و غیردولتی اجباری است و امکان حذف هیچ کدام از آنها وجود ندارد.

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

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

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

✓ نشان گذاری 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.

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

هماهنگ 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 دبیرکمیته 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

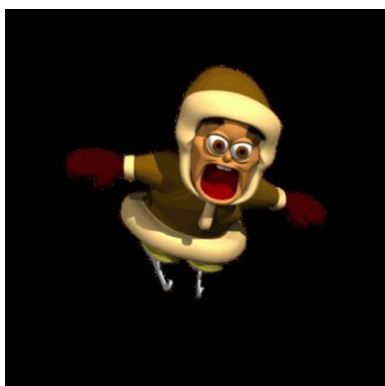
کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمیدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان

*****❁*****

▪ مدیریت و پیشگیری از سقوط بیمار :

بانک داده های ملی شاخص های کیفیت پرستاری سقوط را " به عنوان افتادن به زمین

منجر به آسیب یا بدون آسیب " تعریف می نماید.



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 شده در صورت وقوع سقوط بیمارچه منجر به آسیب چه بدون آسیب منجر به آسیب گزارش وقایع ناخواسته انجام گیرد.

تشخیص عوامل خطر داخلی و خارجی مؤثر بر سقوط، شناسایی راهکارهای مؤثر در پیشگیری از سقوط را آسان تر می کند. عوامل داخلی، مجموعه عواملی هستند که دارای منشأ فیزیولوژیک می باشند مانند: سابقه سقوط قبلی، اختلالات بینایی، بیماران سالمند، بیماری های حاد و مزمن. عوامل خارجی علل محیطی یا سایر مخاطرات می باشند مانند: مصرف داروهای مؤثر بر سیستم عصبی مرکزی، فقدان ریل های کمکی در توالی و دستشویی، سطوح لغزنده، کفش یا دمپایی نامناسب، پایین بودن نسبت تعداد کمک پرستاران به بیماران.

❖ ارزیابی خطر سقوط بیماران :

با استفاده از معیارهامپی دامپی (برای اطفال) یا معیار مورس (برای بزرگسال) احتمال خطر سقوط را در بیماران بستری پیش بینی نمایید:



➤ معیار هامپی دامپی:

در این ابزار بر حیطه های ذیل تأکید می شود:

سن / جنس / تشخیص بالینی / اختلالات شناختی / فاکتور های محیطی / پاسخ به جراحی، مسکن و یا داروهای بیهوشی / دارو های مصرفی

➤ معیار مورس:

در این ابزار بر حیطه های ذیل تأکید می شود:

وجود سابقه افتادن بیمار (سه ماهه گذشته) / تشخیص ثانویه (داشتن بیش از یک بیماری) / وسایل کمک حرکتی / داشتن سرم یا هپارین لاک / وضعیت ذهنی / الگوی گام برداشتن و حرکت

❖ 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- بیماران را راهنمایی کنید که دمپایی یا کفش های مناسب بپوشند تا سر نخورند.
- ۳- مطمئن شوید که در راهروها /مسیر رفت و آمد مانعی بر سر راه بیماران قرار ندارد.
- ۴- حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگهدارید.
- ۵- در اتاق کار و روی تخت، بیماران در معرض خطر را تنها رها نکنید.
- ۶- در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکاردها مطمئن شوید و جابجایی بیماران را به روش ایمن انجام دهید.
- ۷- در صورت انجام کار در شب محیط را روشن نگاه دارید.
- ۸- در صورتی که بیمار داروهایی مصرف می نماید که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن بیمار وی تأثیرگذار است، بیمار را به لحاظ سقوط کنترل نمایید. مانند داروهای آنتی سایکوتیک، ضد تشنج و بنزودیازپین هاست احتمال خطر سقوط بالاست.
- ۹- به اختلال بینایی بیماران بستری توجه شود.
- ۱۰- طرح پیشگیری را با سایر تیم درمانی در میان گذاشته و اجرایی نمایید.
- ۱۱- در صورت سقوط، بیمار را حتماً به لحاظ آسیب های احتمالی مرتبط ارزیابی نمایید.
- ۱۲- سهولت دسترسی به وسایل مورد نیاز مانند واکر، عصا و سایر وسایل کمک حرکتی بیمار/همراه بیمار بررسی شود.
- ۱۳- وضعیت دمپایی بیمار و سطح درد بیمار در صورت نیاز بررسی شود.
- ۱۴- محیط انجام کار را به لحاظ وجود مخاطرات تهدید کننده ایمنی بیمار، بررسی نمایید.



***** ❁ *****

▪ 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 پرینت های UPS (برچسب قرمز رنگ) بخش خود آگاهی داشته باشند. **

PATIENT SAFETY GOALS

اهداف ایمنی بیمار



GOAL
1



Identify
Patients
Correctly

شناسایی درست بیمار

GOAL
2



Improve
Effective
Communication

بهبود ارتباطات موثر

GOAL
3



Improve
the Safety of
High-Alert
Medication

بهبود ایمنی داروهای خاص

GOAL
4



Ensure
Correct-Site,
Correct-Procedure,
Correct-Patient
Surgery

اطمینان از جانب درست و
مداخله درست در جراحی بیمار

GOAL
5



Reduce
the Risk of Health
Care-Associated
Infections

کاهش ریسک عفونت

GOAL
6



Reduce
the Risk of Patient
Harm Resulting
from Falls

کاهش ریسک سقوط بیمار

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 اشیا 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 ناخوانا ☐ تشابهات اسمی دارو

☐ تشابهات شکلی دارو ☐ تداخل دلرویی

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:

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

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.

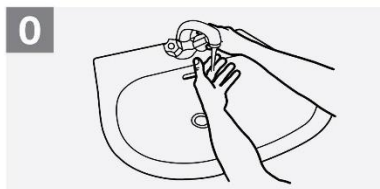
کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

❖ پوستر رعایت بهداشت دست (با آب و صابون):

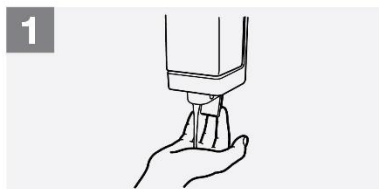
نحوه شستشوی دست ها

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

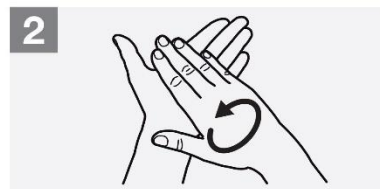
مدت زمان لازم: ۴۰-۶۰ ثانیه



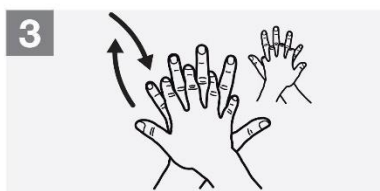
ابتدا دست ها با آب خیس شود



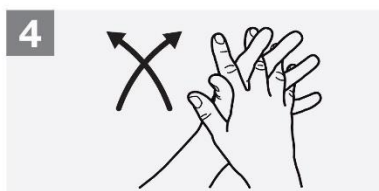
مایع صابون به اندازه کافی روی دست ها ریخته شود



کف دست ها را به هم بمالید



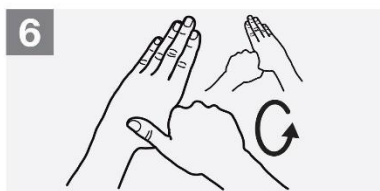
کف دست راست را روی پشت دست چپ گذاشته و بین انگشت ها را اسکراب کنید و بر عکس



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



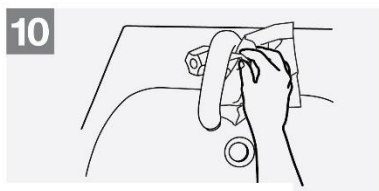
انگشتان را جمع کرده و به صورت چرخشی در کف دست مقابل حرکت دهید و بر عکس



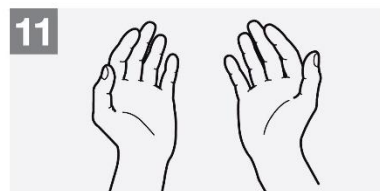
دست ها را با آب شستشو دهید



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

❖ پوستر رعایت بهداشت دست (با ضد عفونی کننده های الکلی):

How to Handrub?

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

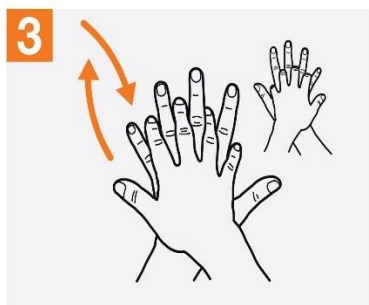
 Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



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



کف دست ها را به هم بمالید



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



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



انگشت ها 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 و به صورت دورانی مالش دهید و برعکس



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



دست ها آماده است

❖ موارد بحرانی واحد تصویر برداری :

اندامها	عنوان	اقدام از طرف رادیولوژی	اقدام از طرف بخش مربوطه
سر	خونریزی شدید مغزی در نوزادان	گزارش تلفنی فوری به بخش مربوطه-رزیدنت کشیک بخش	گزارش فوری به پزشک معالج- سوپروایزر کشیک-پزشک جراح
قفسه سینه	1-پنوموتوراکس 2-آنوریسم آئورت	" "	" "
شکم	1-آپاندیسیت حاد 2-انسدادهای روده 3-درهم رفتگی روده ها (انواژیناسیون) 4-مایع آزاد 5-خونریزی داخلی 6-پانکراتیت حاد 7-ترومبوز و ریدوشریان داخلی شکم 8-پنوموپریتون	" " " " " " "	" " " " " " "
لگن	1-تورشن تخمدان 2-تورشن بیضه ها 3-پارگی بیضه ها 4-هرنی گیر کرده	" " " "	" " " "
اندام ها	1-ترومبوز وریدی (DVT) 2-ترومبوز فیستول (فیستول دیالیز) 3-آنوریسم عروق وعروق کاذب	" " "	" " "
رادیولوژی	1-انواژیناسیون 2-جسم خارجی 3-حساسیت دارویی رادیولوژی 4-پنوموتوراکس شدید	" " " "	" " " "

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



اولین و مهم ترین الزام در هر بیمارستان

آسیب نرساندن به بیماران است.

- **یادداشت هایی درباره بیمارستان فلورانس نایتینگل 1863**