

کتابچه توجیہی کارکنان جدید الورد



دفتر بهبود کیفیت

۱۴۰۰

فهرست

۴		فصل یک
۴	معرفی بیمارستان:	
۵	معرفی بخشها:	
۵	فهرست اسامی بخش ها و مسئولین هر واحد:	
۱۰	چارت سازمانی:	
۱۱	رسالت، چشم انداز و ارزشها:	
۱۲	اهداف کلان:	
۱۳		فصل ۲
۱۳	قوانین و مقررات بیمارستان:	
۱۴	قوانین و مقررات بخشها:	
۱۵	قانون ارتقاء بهره وری:	
۲۰	قوانین کسر ساعت کاری:	
۲۱	استانداردهای پوشش:	
۲۲	مرخصی ها:	
۲۲	مرخصی استحقاقی:	
۲۲	مرخصی استعلاجی:	
۲۳	مرخصی بدون حقوق:	
۲۴		فصل ۳
۲۴	حقوق گیرنده خدمت:	
۱۴	منشور اخلاقی:	
۱۵	کنترل عفونت:	
۱۸	زمان تعویض اتصالات و وسایل استریل مورد استفاده بیمار:	
۲۰	مدیریت بحران:	
۲۳	مدیریت خطر:	
۳۷	ایمنی:	
۴۲	مواجهه شغلی:	

۴۶	اعتباربخشی:
۴۹	گزارش نویسی:
۶۳	کاردکس نویسی:
۶۵	شرح وظایف:
۷۹	خلاصه ای از قوانین و مقررات حقوقی:
۹۹	ارزیابی GCS بیمار
۱۰۰	تغییرات عمده در اقدامات پایه حیات (BLS) در بزرگسالان ۲۰۱۵ :
۱۰۲	لیست داروهای خطرناک
۱۰۳	لیست داروهای یخچالی
۱۰۶	لیست داروها با نام و تلفظ مشابه
۱۰۷	طبقه بندی انواع مسکن ها ی مصرفی

فصل یک

معرفی بیمارستان:

بیمارستان خاتم الانبیاء میانه در زمینی به مساحت ۱۱ هکتار و زیر بنای ۱۱۰۰۰ متر مربع در سال ۱۳۸۲ به بهره برداری رسید. این مرکز دارای ۱۰۰ تخت مصوب و ۱۲۴ تخت فعال می باشد.

بخشهای موجود: داخلی مردان، داخلی زنان، مامائی، NICU، CCU، اتاق عمل، زایمان، کودکان، اورژانس و فیزیوتراپی. لازم به ذکر است بخش اعصاب و روان در دست احداث می باشد.

واحدهای پاراکلینیکی شامل: آزمایشگاه، داروخانه شبانه روزی، رادیولوژی، مرکز تشخیص بیماریهای غیر واگیر، MRI، اکوکاردیوگرافی، آندوسکوپی، کولونوسکوپی و سونوگرافی

بخشهای پشتیبانی شامل: دفتر بهبود کیفیت، منابع انسانی، بهداشت محیط، امور مالی، امور اداری، تدارکات، مدیریت اطلاعات سلامت، فناوری اطلاعات، خدمات، مددکاری و رسیدگی به شکایات، تجهیزات پزشکی، تغذیه، تاسیسات، انبار

این مرکز طرف قرارداد با سازمانهای بیمه گر از جمله بیمه سلامت ایرانیان، تامین اجتماعی، ارتش، کمیته امداد و... می باشد.

خدمات رفاهی مرکز شامل: بوفه، دستگاه خودپرداز، اتاق خصوصی، پویون پزشکان مقیم، نماز خانه عمومی، اتاق اسکان موقت جهت مادران باردار و... می باشد.

این مرکز دارای باند فرود هلی کوپتر بوده و یک فرود هلی کوپتر اورژانس آماده جهت ارائه خدمات به شهرستان و حومه را می باشد.

معرفی بخشها:

فهرست اسامی بخش ها و مسئولین هر واحد:

جدول ۱: اسامی مسئولین بخش های اداری و پشتیبانی در سال ۱۴۰۰

ردیف	نام واحد	نام مسئول	سمت / پست سازمانی
۱	ریاست	اقای دکتر تهمورث پورصفر	رئیس بیمارستان
۲	مدیریت	اقای ایرج رضائی	مدیر بیمارستان
۳	حسابداری	اقای رامین نوری	رئیس حسابداری
۴	حسابداری	اقای وحید ترانه	حسابدار ترخیص
۵	حسابداری	یاسر سلطانیپور	حسابدار درآمد
۶	مدارک پزشکی	خانم صیامی	مسئول مدارک پزشکی
۷	کارگزینی	اقای سلیمان سلیمانی	مسئول کارگزینی
۸	دبیرخانه	خانم مهدوی	متصدی دبیرخانه
۹	کارپردازی	اقای صادق رنجبر	کارپرداز
۱۰	بهبود کیفیت	اقای حسین عبدالمهی	مسئول اعتباربخشی
۱۱	خدمات	خانم خداینده	مسئول خدمات
۱۲	انبار	اقای ناصر یوسفی	انباردار
۱۳	تأسیسات	اقای یعقوب رنجبر	مسئول تأسیسات

جدول ۲: فهرست مسئولین بخش های درمانی

ردیف	نام بخش	نام مسنول
۱	مترون	اقای اسدی
۳	بخش داخلی زنان	خانم عظیم زاده
۴	بخش داخلی مردان	خانم عمولر
۵	زنان و زایمان	خانم قره داغی
۶	بعداز زایمان	خانم چوپانی
۷	ICU/CCU	خانم برقی
۸	اتاق عمل	اقای ملانی
۹	بخش کودکان	خانم مددی
۱۰	اورژانس	اقای مولانی
۱۰	رادیولوژی و تصویربرداری	اقای اسماعیلی
۱۱	آزمایشگاه	اقای شاهمرادی
۱۲	آندوسکوپی و کلنوسکوپی	خانم دلالی
۱۳	تغذیه	خانم شاهمحمدی
۱۴	بهداشت محیط	خانم لطفی
۱۵	داروخانه	خانم کریم خانی
۱۶	تجهیزات پزشکی	خانم ملکپور
۱۷	فیزیوتراپی	اقای نجاری

جدول ۳: تعداد تخت های بیمارستان به تفکیک

نام بخش	ثابت	فعال
داخلی	۴۸	۴۸
بعداز زایمان	۲۴	۲۴
CCU/ ICU	۹	۹
NICU	۱۰	۱۰
کودکان	۲۴	۲۴

جدول ۴: تعداد تخت های پاراکلینیکی بیمارستان

نام بخش	تعداد تخت ها
اورژانس	۵
رادیولوژی	۱
MRI	۱
سونوگرافی	۱
اتاق عمل	۳
زایمان	۴
آندوسکوپی	۱
تست ورزش	۱

مجموع تعداد تخت مصوب : ۱۰۰

مجموع تعداد تخت فعال : ۱۲۴

معرفی واحدهای مختلف بیمارستان:

- بخش داخلی

این بخش دارای ۴۸ تخت ثابت و ۴۸ تخت فعال می باشد که در دو قسمت مجزا مربوط به مردان و زنان قرار دارند. هر بخش دارای ۲ اتاق تک نفره برای بیماران عفونی و ایزوله می باشد. همچنین هر بخش دارای ۲ اتاق تک نفره VIP می باشد. مسئول فنی بخش یک نفر پزشک متخصص داخلی است.

- بخش ICU- CCU

بخش ICU و CCU به صورت ادغام و با ۹ تخت ثابت که تمامی آنها فعال می باشند و با مسئولیت یک نفر کارشناس ارشد پرستاری فعالیت می نماید. مسئولیت فنی این بخش بر عهده پزشک متخصص داخلی می باشد. این بخش دارای مانیتور مرکزی بوده و هر تخت کلیه تجهیزات مربوط به مراقبت های ویژه را دارا می باشد.

- بخش زایمان:

این بخش دارای ۴ تخت فعال زایمانی است که به منظور بستری بیماران زایمانی مورد استفاده قرار می گیرد. یک نفر کارشناس مامایی مسئولیت بخش را به عهده دارد و مسئول فنی بخش یک نفر پزشک متخصص زنان و زایمان می باشد.

- بخش بعد از زایمان:

این بخش ۲۴ تخت بستری دارد که رئیس بخش یک پزشک متخصص زنان و زایمان می باشد و مادران بعد از عمل سزارین و یا بعد از انجام زایمان در بخش زایمان جهت ادامه درمان به این بخش منتقل می شوند و تحت مراقبت قرار می گیرند.

- اتاق عمل:

این بخش با داشتن سه اتاق که هر اتاق دارای یک تخت جراحی و تجهیزات مورد نیاز می باشد فعالیت می کند. بیشتر عملهای انجام شده در این مرکز سزارین می باشد. مسئول فنی اتاق عمل پزشک محترم بیهوشی می باشد.

- اورژانس:

در این بخش مجموعاً ۵ تخت در نظر گرفته شده است تا بیماران را برای چند ساعت یا مدتی تحت نظر قرار دهند بیمار برای چند ساعت یا چند دقیقه محدود (کمتر از ۶ ساعت) برای سرم تراپی، درمان به وسیله اکسیژن یا این قبیل کارها تحت نظر قرار می گیرد.

اعمال سرپایی مانند تزریقات، پانسمان و نوار قلب نیز در این بخش انجام می شود و مسئول فنی آن پزشک عمومی می باشد.

پزشک اورژانس به صورت شیفت های ۲۴ ساعته در این بخش بیماران را ویزیت می نماید.

- آزمایشگاه طبی:

در این واحد انجام آزمایشات روتین جهت بیماران سرپایی و بستری انجام می‌شود. ارائه خدمات آزمایشگاهی به بیماران اورژانس در تمام مدت شبانه روز و به بیماران عادی سرپایی و بستری همه روزه صبح‌ها با تأیید و مهر و امضای پزشک متخصص پاتولوژی ارائه می‌گردد.

- رادیولوژی و سونوگرافی:

با مسئولیت یک پزشک متخصص رادیولوژی، ساعات اداری صبح فعال و باقی اوقات به صورت آنکال فعال می‌باشد. رادیوگرافی همه روزه و سونوگرافی برخی از روزهای هفته جهت بیماران سرپایی و بستری انجام می‌گردد.

- آندوسکوپی و کلونوسکوپی:

با دارابودن یک تخت و تجهیزات مربوطه و مسئولیت پزشک متخصص داخلی به کلیه بیماران سرپایی و بستری ارائه خدمت می‌نماید.

- داروخانه:

دارای دو واحد انبار تجهیزات و انبار دارویی بوده و فقط نیازهای دارویی بیماران بستری و سرپایی را تأمین می‌نماید. کلیه نسخه‌های دارویی در داروخانه با تأیید پزشک متخصص داروساز تحویل و مستند می‌گردد.

- اکوکاردیوگرافی و تست ورزش:

تست‌های مربوطه توسط پزشک متخصص قلب و عروق با هماهنگی قبلی جهت بیماران سرپایی و بستری انجام می‌گیرد.

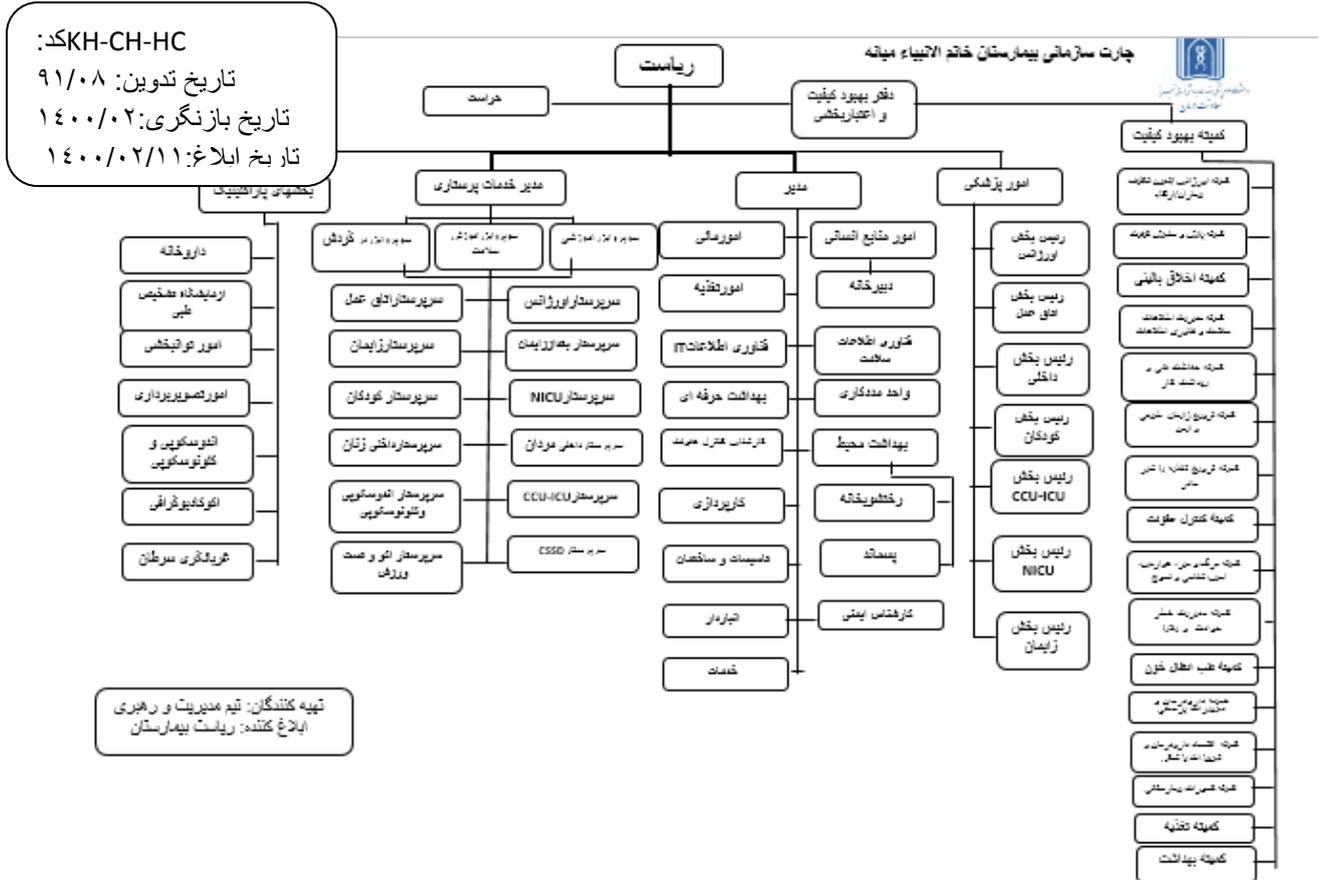
- تغذیه:

مشاوره تغذیه توسط کارشناس این رشته انجام می‌شود. بیماران بستری با درخواست پزشک معالج و بیماران سرپایی با هماهنگی قبلی می‌توانند از خدمات این واحد استفاده نمایند.

- فیزیوتراپی:

با استفاده از کلیه تجهیزات، ۴ کابین و مسئولیت یک نفر کارشناس فیزیوتراپی همه روزه صبح به بیماران سرپایی و بستری ارائه خدمت می‌نماید.

چارت سازمانی:



رسالت، چشم انداز و ارزشها

رسالت

ماموریت این بیمارستان به عنوان یکی از بیمارستان های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارائه خدمات تشخیصی ، درمانی و مراقبتی بر مبنای اصول اخلاق پزشکی از طریق بهبود مستمر کیفیت ، بکارگیری کادر متخصص و مجرب و استفاده از علوم و فناوری روز در چهار چوب قوانین و سیاست های وزارت بهداشت و درمان کشور می باشد.

چشم انداز

ما بر آنیم با تعهد به تعالی کیفی در تمام زمینه ها از نظر حفظ ایمنی بیمار و جلب رضایت و کسب اعتماد بیماران به عنوان برترین بیمارستان در بین بیمارستان های همتراز استان تا پایان سال ۱۴۰۰ شناخته شویم .

ارزشها

- رعایت حقوق ذینفعان
- صداقت و راستی
- نظم و انضباط و وقت شناسی
- حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار
- یادگیری و نو آوری
- ارتقاء سلامت کارکنان و مراجعین

اهداف کلان:

- G₁- حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار
- G₂- بهبود مستمر کیفیت خدمات
- G₃- افزایش رضایتمندی بیماران، همراهان بیماران و کارکنان
- G₄- توسعه برنامه های ارتقاء سلامت (بیماران و کارکنان)
- G₅- توسعه بیمارستان
- G₆- یکپارچه سازی منابع اطلاعاتی
- G₇- توسعه منابع انسانی
- G₈- ارتقاء هتلینگ بیمارستان و نوسازی تجهیزات پزشکی
- G₉- افزایش حداکثری درآمد و کاهش هزینه های بیمارستان

فصل ۲

قوانین و مقررات بیمارستان:

قوانین و مقررات اداری و انضباطی:

۱- به منظور تحکیم و تثبیت ارزشهای اسلامی و انسانی و حفظ قداست محیط کار، رعایت گفتار و رفتار بر اساس اخلاق اسلامی الزامی است.

۲- ساعت کار در بیمارستان به شرح زیر می باشد:

در شیفت صبح ورود به بخش ساعت ۷/۳۰ و خروج از بخش ۱۴/۳۰ می باشد.

در شیفت عصر ورود به بخش ساعت ۱۳/۳۰ و خروج از بخش ساعت ۲۰ می باشد.

در شیفت شب ورود به بخش ۱۹/۳۰ و خروج از بخش ساعت ۸ صبح روز بعد می باشد.

۳- ساعت کار کرد پرسنل ۷ ساعت می باشد و بر طبق نیاز هر بخش اضافه کار جهت پرسنل گذاشته خواهد شد.

۴- پس از اعلام شروع به کار هر پرسنل جدید از طرف دفتر پرستاری کارت تایمکس توسط واحد کارگزینی صادر می گردد. جهت صدور کارت تایمکس ارائه فتوکپی شناسنامه و فتوکپی کارت ملی و یک قطعه عکس الزامی است. تا زمانی که کارت تایمکس ندارید زمان ورود و خروج خود را ثبت کرده و سپس به امضاء مسئول بخش خود و مترون بیمارستان رسانده و در انتها به واحد کارگزینی ارائه نمایید.

۵- در صورتی که در شیفت صبح و عصر مشغول به کار هستید غذای شما رایگان می باشد

۶- هر پرسنل موظف است سه روز قبل از مرخصی رفتن، درخواست مرخصی استحقاقی خود را به امضاء مسئول بخش و دفتر پرستاری برساند. (به غیر از مرخصی های اضطراری).

۷- در صورت نیاز به پاس شما می توانید حداکثر ۲ ساعت از پاس شخصی در یک شیفت با توجه به نظر مسئول بخش و وضعیت بخش استفاده نمایید که به ازای هر ۷ ساعت پاس شخصی یک روز از مرخصی استحقاقی شما کم خواهد شد. برگه پاس باید پس از امضاء مسئول بخش به امضای مترون یا سوپروایزر وقت نیز رسانده شود.

۹- در یک سال شما یک ماه مرخصی استحقاقی دارید و هر ماه ۲ روز از این مرخصی را باید استفاده کرده و مرخصی نباید ذخیره گردد.

۱۰- شما از سه off پشت سر هم می توانید استفاده کنید که در اول برنامه نباید باشد.

۱۱- در صورت استفاده از مرخصی استعلاجی، بلافاصله باید برگه استعلاجی و نسخه دارویی به اطلاع دفتر پرستاری رسانده شود و پس از تأیید مترون یا سوپروایزر می توانید از استعلاجی خود استفاده نمایید.

۱۲- در صورتی که استعلاجی شما در شیفت شب باشد باید یک شب دیگر در شیفت حاضر باشید.

۱۳- شما می توانید حداکثر تا یک ماه پس از تاریخ شروع به کارتان درخواست استفاده از بیمه تکمیلی را داشته باشید که باید به واحد کارگزینی مراجعه نمایید.

۱۴- شما می توانید جهت افتتاح حساب برای واریز حقوق و انجام امور مربوط به بیمه

حداکثر ظرف مدت یک هفته بعد از تاریخ شروع به کار به واحد حسابداری حقوق مراجعه نمایید در غیر این صورت از لیست حقوق و بیمه خارج می شوید.

- ۱۵- جهت تشکیل پرونده بهداشتی به واحد کنترل عفونت مراجعه نمایید .
 ۱۶- جهت آشنایی با مقررات بخش خواندن جزوه قوانین و مقررات بخش و زونکن آموزشی اجباری می باشد .

قوانین و مقررات بخشها :

- ۱- تحویل و تحول بخش در هر شیفت فقط بر بالین بیمار انجام گیرد .
 ۲- تحویل و تحول بخش صبح ها بین ساعت ۷/۳۰ الی ۸ صبح ، عصرها بین ساعت ۱۳/۳۰ الی ۱۴ و شبها بین ساعت ۱۹/۳۰ الی ۲۰ انجام شود .
 ۳- کلیه برگهای پرونده حتما باید دارای مشخصات کامل باشد .
 ۴- سربرگ مربوط به گزارش نویسی بایستس توسط اولین پرستاری که گزارش پرستاری را ثبت می کند ، کامل گردد .
 ۵- در خصوص گزارش پرستاری ، گزارشات باید خوانا ، کامل و جامع باشد .جهت آگاهی از گزارش نویسی می توانید از مطالبی که در گاید لاین گزارش نویسی قید شده استفاده نمایید.
 ۶- برگه های آزمایش حتما باید توسط پرستار یا بهیار بخش کنترل و در صورت نیاز به رؤیت پزشک معالج رسیده و به پرونده الصاق گردد .
 ۷- ادمیت بیماران حتما در کاردکس و گزارش پرستاری قید گردد . وزن بیمار حتما در پرونده درج گردد .
 ۸- در خصوص CPR موفق یا ناموفق حتما برگه CPR در دو نسخه تکمیل شده و یک برگ آن ضمیمه پرونده باشد و برگه دوم به دفتر پرستاری فرستاده شود .
 ۹- در صورت فوت بیمار در هر شیفت ، بایستی گواهی فوت در همان شیفت نوشته شود
 ۱۰- در صورت فوت بیمار ، اتصالات بیمار بایستی توسط پرستار مسئول جدا شود و سپس سایر کارها توسط کارکنان کمک بهیار و خدمات انجام گیرد .
 ۱۱- بیماران فوت شده بایستی در داخل کاور گذاشته شود و مشخصات جسد (نام - نام خانوادگی - نام پدر - نام بخش و تاریخ فوت) نوشته شده و سپس به سردخانه منتقل شود.
 ۱۲- هر بیماری که از بیمارستان خارج می شود (فوتی - اعزام - ترخیص و) باید خلاصه پرونده داشته باشد. خلاصه پرونده باید در سه برگ نوشته شده باشد که یک برگ آن را تحویل بیمار یا همراه او می گردد و ۲ برگ دیگر ضمیمه پرونده می شود .
 ۱۳- در صورتی که بیمار با رضایت شخصی ترخیص گردد بایستی بیمار و همراه وی هر دو برگه پذیرش را انگشت زده و سپس فرم مخصوص رضایت شخصی را تکمیل نموده و به دفتر پرستاری فرستاده شود .
 ۱۴- کمد دارویی و انبار بخش ماهیانه از نظر تاریخ مصرف داروها و وسایل مرتبا چک و در دفتر مخصوص ثبت گردد .
 ۱۵- بر روی داروهای رقیق شده موجود در یخچال حتما دوز و تاریخ دقیق آن نوشته شود.
 ۱۶- به لحاظ کنترل کیفیت و جلوگیری از هر گونه آلودگی تمام ویالهای تزریقی رأس ساعت تعیین شده در کاردکس با مایع مورد نظر (آب مقطر و) مخلوط و تزریق گردد و از حل کردن و نگهداری آن به مدت طولانی خودداری گردد .

- ۱۷- در زمان دارو دادن جهت هر بیمار از مژر دارویی جداگانه استفاده شود .
- ۱۸- روی قطره های چشم پس از باز شدن بایستی تاریخ زده شود و طبق دستورالعمل کارخانه سازنده یا دستورالعمل تحویلی از دفتر کنترل عفونت اقدام گردد.
- ۱۹- ترالی اورژانس روزانه به طور دقیق در هر شیفت توسط مسئول مربوطه چک گردد و تاریخ انقضاء داروها روی ترالی طبق برنامه ماهانه کنترل گردد .
- ۲۰- کلیه تجهیزات پزشکی هر بخش از نظر سالم بودن روزانه چک و ثبت گردد .
- ۲۱- کیسه های خون مصرف شده در بخش در کیسه های عفونی (زرد رنگ) انداخته و دفع شود .
- ساعت کار رختشویخانه از ۷/۳۰ صبح الی ۱۹/۳۰ می باشد. ودر ۲ شیفت صبح و عصر می توان البسه و ملحفه ها را برای شستشو تحویل داد. لازم به ذکر است هنگام تحویل البسه و ملحفه به رختشویخانه حتما دفتر مخصوص آمار برده شده و توسط مسئول رختشویخانه امضاء شود

قانون ارتقاء بهره وری:

آیین نامه اجرایی قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت «مصوب ۱۳۸۸،۱۰،۲۰»

ماده ۱ - شاغلین بالینی به کارکنان رسته بهداشتی، درمانی اطلاق می شود که در بیمارستان ها و مراکز درمانی شبانه روزی دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی به بیماران بستری به صورت مستقیم ارائه خدمت می دهند و شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، پزشکان، کاردان ها و کارشناسان اتاق عمل، کاردان ها و کارشناسان هوشبری و شاغلین رشته شغلی فوریت های پزشکی و آزمایشگاه های تشخیص طبی می باشند.

ماده ۲ - میزان ساعت کار کارکنان (۴۴) ساعت در هفته می باشد و با توجه به صعوبت کار، سابقه خدمت و کار در نوبت کاری های غیرمتعارف، بر طبق دستورالعملی که به تفکیک مشاغل و نوع فعالیت توسط وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تعیین و ابلاغ می گردد، حداکثر تا هشت ساعت در هفته تقلیل می یابد. این دستورالعمل در بخش های دولتی (کشوری و لشکری) و غیردولتی لازم الاجرا خواهد بود.

ماده ۳ - کارکنان بالینی بیمارستان های روانی و سوختگی موضوع ماده (۱) این آیین نامه و همچنین کارشناسان امور روانی، مددیاران و کاردرمانگران این بیمارستان ها، علاوه بر مرخصی استحقاقی سالیانه، حداکثر تا یک ماه از مرخصی کار در محیط های غیرمتعارف استفاده خواهند نمود. این مرخصی قابل خرید یا ذخیره نمی باشد.

تبصره - کارکنان بالینی نیز که در بخش های روانی و سوختگی بیمارستان های عمومی به طور مستمر اشتغال داشته باشند مشمول مفاد این ماده خواهند بود .

ماده ۴ - مشاغل کارکنان بالینی بیمارستان های روانی و سوختگی و مشمولین موضوع ماده (۱۶) قانون سازمان نظام پرستاری شاغل در بخش های دولتی و غیردولتی از جمله مشاغل سخت و زیان آور محسوب می شوند.

ماده ۵ - ساعات کار کارکنان بالینی در بخش های دولتی و غیردولتی در نوبت های شب و ایام تعطیل با ضریب (۵/۱) محاسبه می گردد. مشمولین این ماده اجازه کار بیش از دوازده ساعت متوالی را نداشته و می توانند در صورت نیاز، ماهانه حداکثر (۸۰) ساعت بر اساس دستورالعمل ماده (۲) این آیین نامه با توافق کارفرما اضافه کاری انجام دهند. با اعمال این ضریب هیچ یک از کارکنان مجاز به صرف زمان جهت خوابیدن در طی شیفت های شب و ایام تعطیل نمی باشند.

تبصره - در تعویض نوبت های کاری، یک ساعت صرف تغییر و تحول امور جاری بخش و بیماران بستری می گردد .

ماده ۶ - روش پرداخت حقوق و مزایای شاغلین خدمت در بخش های دولتی و غیردولتی در واحدهای مصرح در ماده (۱) این آیین نامه ترکیبی از دو روش ثابت و مبتنی بر عملکرد می باشد. پرداخت در روش ثابت، بر اساس قوانین و ضوابط مورد عمل در بخش های مذکور و پرداخت در روش مبتنی بر عملکرد تا تعیین نرخ تعرفه های خدمات، در بخش دولتی بر اساس طرح نظام نوین بیمارستان ها و در بخش غیردولتی طبق روال حاکم خواهد بود.

ماده ۷ - مزایای این آیین نامه فقط شامل شاغلینی است که در یکی از بخش های دولتی یا غیردولتی به کار بالینی در رشته شغلی مرتبط اشتغال دارند. مشمولین این آیین نامه موظف به ارائه تعهدنامه ای که طی آن فرد، متعهد به انجام خدمت در یک بخش می شود. می باشند. متن تعهدنامه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنظیم و ابلاغ خواهد شد.

ماده ۸ - اعتبارات ناشی از اجرای قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت، همه ساله پیش بینی و در بودجه عمومی دستگاه های ذی ربط منظور خواهد شد.

ماده ۹ - مجوز استخدام برای جبران کمبود نیروی انسانی ناشی از اجرای این قانون به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با رعایت مقررات مربوط از سوی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور صادر خواهد شد

به استناد ماده 1 قانون شامل کارکنان رسته بهداشتی درمانی می شود که در بیمارستان ها و مراکز شبانه روزی دولتی (کشوری و لشکری) و غیر دولتی به بیماران بستری به صورت مستقیم ارائه خدمت می دهند و شامل پرستاران، ماماها، بهیاران، کاردان و کارشناسان اتاق عمل و هوشبری، کمک بهیاران و شاغلین رشته شغلی فوریت های پزشکی می باشند.

یاد آوری 1: عدم اجرای قانون جهت پزشکان به علت آن است که نظام پرداخت ایشان به صورت کارمزدی می باشد و اجرای قانون برای ایشان موضوعیت ندارد.

یاد آوری 2: این قانون شامل رسته اداری مالی و پشتیبانی بیمارستانها، که در ارائه خدمت مستقیم به بیماران دخالت ندارند، نمی شود.

ماده 3: استفاده کنندگان از مزایای قانون ارتقاء بهروری کارکنان بالینی نظام سلامت

به استناد ماده 7 قانون کارکنانی که **فرم تعهد نامه** مبنی بر انجام خدمت انحصاری را تکمیل و امضاء نمایند، میتوانند از مزایای این قانون استفاده نمایند. لذا اخذ تعهد نامه از متقاضیان مشمول این قانون الزامی است.

ماده 7: اجرای قانون

اجرائی نمودن قانون ارتقاء بهروری با رعایت کلیه مفاد مندرج در آیین نامه به شرح ذیل صورت خواهد گرفت:

بند الف) کسر ساعت کار بر مبنای جدول شماره 1- آیین نامه اجرای وزارت متبوع، با رعایت مدت کسر ساعت کاربر مبنای سنوات خدمت از 1 تا حداکثر 5 ساعت برای هر یک از کارکنان خواهد بود.

جدول شماره یک - کسر ساعت کار ناشی از سنوات خدمت

سنوات خدمت	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال	ماه	سال	سنوات خدمت
	0	0 تا 4	1	4-8	1	8-12	1	12-16	بالاتر از 16
میزان کسر ساعت کار در هفته	1 ساعت	2 ساعت	3 ساعت	4 ساعت	5 ساعت				

یادآوری 1- ملاک محاسبه سنوات خدمت در بخش دولتی برای کلیه کارکنان رسمی و پیمانی، سنوات مندرج در احکام کارگزینی و برای کارکنان قرار دادی میزان پرداخت حق بیمه با کسورات بازتشنگی خواهد بود.

بند ب) مدت کسر ساعت کار بر اساس **صعوبت کار مطابق جدول شماره 2 آئین نامه حداکثر 2 ساعت در هفته محاسبه خواهد شد.**

جدول شماره 2 - کسر ساعت کار ناشی از صعوبت کار

صعوبت کار باستاد قانون نظام هماعتنگ	8% تا 25%	26% تا 50%	51% تا 75%	75% تا 100%
صعوبت کار باستاد قانون مدیریت خدمات کشوری	0-375 امتیاز	376-750 امتیاز	751-1000 امتیاز	امتیاز بالاتر از 1000
کسر ساعت کار در هفته	تیم ساعت	پک ساعت	پک ساعت و تیم	دو ساعت

یادآوری 1- فوق العاده سختی کار کارکنان بالینی بر اساس درصد های تعیین شده در نظام هماعتنگ برقرار می گردد.

یادآوری 2- مشاغل مدیریت پرستاری، سوپروایزرین، و سرپرستاران که از جمله رشته های شغلی پرستاری است حداکثر از 2 ساعت کاهش ساعت کار از جدول صعوبت کار (جدول شماره 2) استفاده خواهند نمود .

یاد آوری 3- با توجه به اینکه در برخی از بیمارستان ها جایگاه مدیریتی سرپرستار و سوپروایزر با توسعه بیمارستان متناسب بوده در صورتی که افرادی با ابلاغ اشایی در بیمارستان بعنوان سرپرستار یا سوپروایزر به مدت بیش از 6 ماه خدمت نموده باشند، از امتیاز حداکثر 2ساعت بند ب استفاده خواهند نمود.

یادآوری 4- با توجه به تعدد تجموعه محاسبه سختی کار گروه پرستاری در بیمارستانهای مختلف مقرر گردید لیست سختی کار بخش ها جهت اجرا در سال 90 بر اساس آخرین مصوبات از مدیریت توسعه و سرمایه انسانی توسط مدیریت امور پرستاری دانشگاه تهیه و به بیمارستان ها ابلاغ گردد.

بند ج) مدت کسر ساعت کار در تویت کاری های غیر متعارف بک ساعت در هفته تعیین می گردد و صرفاً به کارکنانی که بصورت تویت کاری در گردش اشتغال دارند تعلق می گیرد.

یادآوری 1 مبنای محاسبه تویت کاری درج آن در احکام کارگزینی می باشد.

ماده 7 : پس از کسر ساعتهای مرتبط با سنوات کاری - صعوبت کار و تویت کاری، ساعت کار موظف هر بک از کادر پرستاری در هفته به دست می آید که طیف ساعت کار هفتگی از 42.5 ساعت تا 36 ساعت در هفته متغیر می باشد. جهت محاسبه ساعت کار ماهانه هر فرد در ماه های 31 روزه که 4 هفته و 3 روز می باشد، معادل 4/4 هفته در نظر گرفته می شود و در ماه های 30 روزه که 4 هفته و 2 روز می باشد، معادل 4/28 هفته در نظر گرفته می شود که در ساعت کارکرد هفتگی فرد ضرب می گردد - در ماه 29 روزه که 4 هفته و 1 روز می باشد، معادل 4/14 هفته در نظر گرفته می شود که در ساعت کارکرد هفتگی فرد ضرب می گردد. که در ساعت کارکرد هفتگی ضرب می گردد.

*** کليه موارد مطرح شده در جدول نهانی خلاصه گردیده است.

ماده 8: ضریب محاسبه شیفت در قانون بهره‌وری

ساعت کار کارکنان در تویت های شب و ایام تعطیل با ضریب 1.5 خواهد شد.

قوانین کسر ساعت کاری:

قانون و بخشنامه کسر ساعت کاری واجدین شرایط

۱- کسر ساعت کاری جانبازان (براساس تصویب نامه سال ۰۶/۰۵/۱۳۷۷)

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

جانبازان مشمول قانون می توانند با توافق دستگاه ذیربط از کسر ساعت کار موظف خود در ابتدا، انتها یا بین ساعت کار موظف استفاده نمایند.

۲- براساس قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران در دوران شیردهی مادران تا دو سالگی فرزند می توانند از یکساعت مرخصی روزانه استفاده کنند.
اگر فرزند دو قلو و یا چند قلو باشد امکان استفاده ۲ ساعت مرخصی روزانه برای مادران وجود دارد.
امکان استفاده از این فرجه می تواند در ابتدا، وسط و یا پایان وقت اداری باشد.

۳- براساس قانون کاهش ساعت کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص (مصوب ۱۳۹۵)
در این قانون فقط بانوان شاغل رسمی، پیمانی و قراردادی می توانند از مزایای قانون مزبور استفاده کنند.
بانوان باید دارای چه شرایطی باشند؟

- دارای معلولیت شدید باشند.
- فرزند زیر ۶ سال تمام داشته باشند.
- همسر یا فرزند معلول شدید یا مبتلا به بیماری صعب العلاج داشته باشند.
- سرپرست خانوار باشند.

رنگ یونیفرم همکاران محترم گادر پرستاری

ردیف	یونیفرم	آقا یا خانم	(رپوش	شلوار	مقنعه	کفش
1	مکترون	خانم	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای	سرمه ای
2		آقا	سفید	سرمه ای		سرمه ای
3	سوپروایزر	خانم	سرمه ای	سرمه ای	سفید	سفید
4		آقا	سفید	سرمه ای	.	سفید
5	سرپرستار	خانم	سرمه ای	سرمه ای	سفید	سفید
6		آقا	سفید	سرمه ای	.	سفید
7	پرستار	خانم	سفید	سرمه ای	سرمه ای	سفید
8		آقا	سفید	سرمه ای	.	سفید
9	پرستار بخش ویژه	خانم	آبی آسمانی	آبی آسمانی	سفید	سفید
10		آقا	آبی آسمانی	آبی آسمانی	.	سفید
11	اتاق عمل و آنژیوگرافی	خانم	سبز	سبز	سبز	.
12		آقا	سبز	سبز	.	.
13	ماما درمانگاه	خانم	سفید	مشکی	مشکی	.
14	ماما (بلوک ایمان)		سبز	سبز	سبز	.
15	بهیار	خانم	سفید	سفید	سفید	سفید
16		آقا	سفید	سفید	.	سفید
17	کمک بهیار	خانم	کرمی	کرمی	کرمی	سفید
18		آقا	کرمی نیم تنه	کرمی	.	سفید
19	منشی	خانم	سبز مغز پسته ای	سبز مغز پسته ای	مشکی	.
20		آقا	سبز مغز پسته ای	سبز مغز پسته ای	.	.

<http://treatment.tbzmed.ac.ir/> معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

پاره ای از مقررات کارکنان بیمارستان :

- ۱- بر اساس ماده ۵۴ قانون استخدام کشوری ، کارکنان مکلفند در حدود قوانین و مقررات احکام و اوامر رؤسای مافوق خود ، در امور اداری و جاری بیماریارستان از قوانین اطاعت نمایند.
- ۲- مستخدمین قراردادی افرادی هستند که به موجب قرارداد بطور موقت برای مدت معین استخدام میشوند و مدت قرارداد آنها طبق قوانین کار سازمان تأمین اجتماعی تنظیم می گردد.
- ۳- رسیدگی و برخورد با تخلفات مطابق با آئین نامه انضباطی میتواند به صورت توبیخ شفاهی ، توبیخ کتبی ، توبیخ کتبی با درج در پرونده خدمت ، کسراز حقوق ، انفصال از خدمت یا اخراج و... باشد.

مرخصی استحقاقی :

- به کارکنان رسمی و قراردادی از نخستین ماه خدمت به ازاء هر ماه $\frac{2}{5}$ روز مرخصی استحقاقی تعلق می گیرد که با موافقت مسئول مربوطه می تواند استفاده نماید (این مورد برای کارکنان ساعتی بر اساس قرارداد تعیین میگردد و کمتر از میزان فوق بوده و دارای شرایط خاص می باشد) .
- مرخصی کمتر از یک روز کار (مرخصی ساعتی)، جزء مرخصی استحقاقی منظور نمی شود. در صورت نیاز کارکنان به استفاده از آن، فرم درخواست را پر و هنگام خروج به مسئول تایمکس تحویل داده میشود.
- در صورتی که کارکنان بیش از ۸ ساعت در ماه از مرخصی ساعتی استفاده نمایند یک روز مرخصی استحقاقی از مرخصی آنها کسر خواهد شد.
- روزهای جمعه و تعطیلات رسمی بین مرخصی استحقاقی جزء مرخصی محسوب نمی شود .

تذکر مهم : کسانی که مرخصی استعلاجی آنها از دو ماه تجاوز نماید یا کسانی که از مرخصی بدون حقوق استفاده می کنند به آنها مرخصی استحقاقی تعلق نمی گیرد. یادآوری میشود در مرخصی زایمان که ۶ ماه میباشد ، فقط به ۲ ماه آن مرخصی سالیانه تعلق میگیرد . (۵ روز از مرخصی سالیانه کم میشود) .

مرخصی استعلاجی :

هرگاه یکی از کارکنان بیمار شود و آن بیماری مانع از خدمت او شود باید مراتب را در کوتاهترین زمان ممکن به مسئول مربوطه اطلاع دهد و گواهی پزشک معالج را در صورتیکه کمتر از ۳ روز باشد به دفتر پرستاری تحویل نماید و بیشتر از ۷ روز با دریافت معرفی نامه از کارگزینی به تأیید شورای پزشکی رسانده و در اسرع وقت کارگزینی را مطلع سازد.

مادران شیرده تا ۲۴ ماهگی فرزند خود ، می توانند از پاس شیر به مدت یکساعت در روز استفاده نمایند . بانوانی که در طول دوران بارداری با تأیید پزشک معالج از مرخصی استعلاجی استفاده می کنند از شش ماه مرخصی زایمان بهره مند خواهند بود و مدت مرخصی استعلاجی از مرخصی زایمان آنان کسر نخواهد شد . چنانچه مرخصی استعلاجی به زایمان متصل

شود جزء مرخصی زایمان محسوب میشود، در شرایطی که صعب‌العلاج شناخته شود، شورای پزشکی مشخص می‌نماید. در رابطه با کارکنان پیمانی و قراردادی از قانون سازمان تامین اجتماعی پیروی خواهد شد.

تذکر مهم: کارکنان قراردادی و کلیه افراد مشمول قانون تامین اجتماعی در صورت بیماری مزاد بر ۳ روز می‌بایستی سریعاً به کارگزینی اطلاع و حقوق مزایای خود را برابر قانون تامین اجتماعی از آنجا دریافت نمایند بدیهی است هر گونه عدم اطلاع بموقع مشکلات آن متوجه خود فرد می‌باشد.

مرخصی بدون حقوق:

الف - کارکنانی که مرخصی استحقاقی نداشته باشند.

ب - کارکنانی که قصد ادامه تحصیل (بمدت پنج سال) داشته باشد و مدارک لازم را ارائه نمایند.

ج - کارکنانی که ناگزیر باشد به اتفاق همسرش بخارج از محل خدمت خود مسافرت نمایند.

ح - کارکنانی که بدلیل بیماری، مزاد بر چهار ماه به استراحت نیاز داشته باشند

کارکنان لازم است تقاضای بدون حقوق خود را با ذکر علت و مدت آن توسط مسئول واحد مربوطه به کارگزینی جهت اقدامات بعدی تحویل نماید.

حداکثر مدت مرخصی بدون حقوق از ۶ ماه تجاوز نخواهد کرد مگر در شرایط ادامه تحصیل که قابل تمدید می‌باشد.

کارکنان قراردادی از لحاظ بازنشستگی و از کار افتادگی و فوت و استراحت پزشکی و زایمان تابع قانون بیمه های تامین اجتماعی می‌باشند.

فصل ۳

حقوق گیرنده خدمت:

۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

این خدمات باید تا حد امکان محترمانه، صادقانه، عادلانه، سریع و فارغ از تبعیض باشد. شرایط خاص بیمار (ناشنوا، کودک، زبان بیگانه و...) در نظر گرفته شود. مبتنی بر دانش روز، منافع بیمار و امکانات و شرایط مناسب و بدون درد و رنج باشد. در شرایط اورژانس فارغ از الزام به تامین هزینه و یا همراه با فراهم سازی زمینه انتقال به مراکز مناسب دیگر باشد.

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

اطلاعات شامل:

- هزینه های احتمالی
- بیمه های تحت پوشش
- نام و مسئولیت اعضای کادر درمانی
- آموزش های لازم در ارتباط با بیماری
- مفاد نقاط ضعف، قوت و عوارض احتمالی روش درمان و توضیح در خصوص درمان های جایگزین
- نحوه دسترسی به پزشک معالج
- مشور حقوق بیمار
- تصاویر اطلاعات ثبت شده در پرونده

۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار باید محترم شمرده شود.

بیمار در موارد ذیل حق انتخاب دارد:

- درخواست برای انتخاب پزشک معالج و انجام آن در صورت امکان
- انتخاب مرکز خدمات دهنده امور تشخیصی و درمانی و نظریه‌خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور
- شرکت در پژوهش
- قبول یا رد درمان پیشنهادی پس از آگاهی غیر از موارد اورژانسی به صلاحدید پزشک
- زمان کافی جهت تصمیم گیری و انتخاب، در صورت عدم وجود خطر

۴- اصل رازداری و احترام به حریم خصوصی بیمار رعایت شود.

باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود و امکانات لازم بدین منظور فراهم شود. فقط بیمار، گروه درمانی و افراد قانونی مجاز حق دسترسی به اطلاعات بیمار را دارند. همراهی فرد معتمد در مراحل تشخیصی حق بیمار است مگر اینکه خلاف ضرورت پزشکی باشد.

۵- دسترسی به نظام کار آمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

بیمار حق دارد در صورت نقض حقوق خود، بدون اختلال در کیفیت خدمات دریافتی به مقامات ذی صلاح شکایت کند و از نتایج شکایت خود در مراجع ذی صلاح آگاه و پس از رسیدگی از همان طریق مطلع گردد.

« رعایت حقوق کارکنان از جانب مراجعین، به منظور امکان دریافت خدمت مناسب، امری اجتناب

ناپذیر است

منشور اخلاقی:

منشور اخلاقی و اداری کارکنان دانشگاه علوم پزشکی تبریز

این منشور به منظور اشاعه و اعتلای فرهنگ اسلامی و ارزش های انسانی و سازمانی در نظام اداری کشور و نهادینه کردن ابعاد آنها در اندیشه و عمل کارمندان دولت تدوین گردیده است. با اطلاع از اینکه کارمندان دولت به عنوان بندگان خدا و خدمتگزاران مردم باید تمام تلاش و همت خود را برای انجام هرچه بهتر وظایف شرعی و قانونی و مسئولیت های اداری بر مبنای باورها و ارزش های اسلامی و افزایش سطح رضایت مندی مردم به کار گیرند و خود را ملزم به رعایت اصول و مفاد زیر بدانند:

۱- اصل بر ابری: همه شهروندان در برابر قانون برابرند و باید با همه آنان شرایط مشابه و رفتار یکسان داشت. کارمندان باید در محدوده ی وظایف شغلی خود امکان دسترسی برابر به خدمات دولتی را برای همه شهروندان فراهم کرده و با آنان بدون هیچ گونه تبعیض رفتار نمایند.

۲- اصل حاکمیت قانون در فعالیت های اداری: همه امور دولتی مبنای قانونی دارد و تصمیمات و اقدامات اداری کارمندان بر اساس اقدام به قوانین و مقررات موجود اتخاذ و انجام می گردد.

۳- اصل مردم مداری: هدف نهایی از تشکیل سازمان های دولتی و استخدام کارمندان، ارائه خدمات بهتر به مردم و شهروندان است. کارمندان باید در گفتار، کردار و نگرش های خود خدمتگزاری به مردم را متجلی سازند. کارمندان متعهد هستند که در تصمیم گیریها، انجام وظایف و رفتار های خود منافع و ترجیحات مردم و شهروندان و مصالح عمومی را در نظر گرفته و امکان دسترسی راحت تر و عام تر به خدمات دولتی را فراهم نمایند.

۴- اصل احترام و اعتماد: کارمندان در تعاملات و رفتارهای خود با سایر افراد از قبیل مافوق ها، زیردستان، همکاران و مراجعان باید احترام آنان را حفظ نمایند، به انتظارات و احساسات دیگران اهمیت قایل شده و بر مبنای اعتماد به طرف مقابل عمل کنند.

۵- اصل پاسخ گویی: سازمان های دولتی برای مردم ایجاد می شوند و باید در برابر آنان پاسخگو باشد. کارمندان مسئولیت تصمیمات و اقدامات خود را بر عهده گرفته و در مورد آنها به مردم و مراجع ذیصلاح پاسخگو باشند.

۶- اصل شفافیت: کارمندان باید تمام اطلاعات مربوط به امور و فرایندهای جاری دستگاه های اجرایی (به غیر از اموری که در زمره ی اسناد و اطلاعات طبقه بندی شده قرار دارد) را به طور شفاف در چهارچوب مقررات و ضوابط در اختیار ذینفعان قرار دهند. این اطلاعات ضمن مشخص کردن فرایندهای سازمانی مبنای پاسخ گویی کارمندان به مردم و مراجع ذیصلاح را فراهم می آورد.

۷- اصل تعهد و وفاداری به سازمان: کارمندان باید نسبت به دستگاه متبوع خود و اهداف و مأموریت ها وفادار باشند و با علاقه مندی و تمام توان از طریق انجام صحیح وظایف و مسئولیت های سازمانی در راستای تحقق اهداف و مأموریت های سازمانی تلاش کنند.

کنترل عفونت:

عفونت: به معنای پدیده ای است که میزبان به دلیل تهاجم و رشد و تکثیر عامل بیماریزای عفونی دچار آسیب می شود

عفونت بیمارستانی: عفونتی که به صورت محدود یا منتشر و در اثر واکنش های بیماریزای مرتبط با خود عامل عفونی یا ساموم آن در بیمارستان ایجاد میشود به شرطی که:

- حداقل ۴۸-۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد شود

- در زمان پذیرش فرد نباید علائم آشکار عفونت مربوطه را داشته باشد و بیماری در دوره نهفتگی خود نباشد

- معیارهای مرتبط با عفونت اختصاصی (کد مربوطه) را جهت تعریف عفونت بیمارستانی داشته باشد

چهار عفونت اصلی بیمارستانی:

۱- ادراری UTI

۲- خونی BSI

۳- جراحی SSI

۴- پنومونی PENO

سرپرستار بخش گزارش روزانه موارد زیر را به پرستار کنترل عفونت ارائه می کند:

✘ تب

✘ تغییرزخم جراحی به نفع عفونت

✘ شروع آنتی بیوتیک جدید

✘ تغییر آنتی بیوتیک

✘ نظریه پزشک مبنی بر عفونت های بیمارستانی

✘ نتایج کشت های مثبت

تیم کنترل عفونت بیمارستان شامل پرستار کنترل عفونت- پزشک کنترل عفونت به عنوان رییس تیم و

هدف کاهش مرگ ومیر کاهش هزینه ها و حفظ وارتقای سلامت جامعه میباشد.

➤ به جهت پیشگیری از انتقال عفونت های بیمارستانی مرکز کنترل بیماری ها (CDC) از سال ۱۹۸۷ دستورالعملی مبنی بر رعایت حداقل ها به نام احتیاطات استاندارد جهت کنترل عفونت برای کلیه کشور ها صادر نمود.

➤ احتیاطات استاندارد به جهت کاهش احتمال انتقال میکرو ارگانیسم ها در بیمارستان تدوین شده و باید برای کلیه بیماران تحت مراقبت صرف نظر از عفونی یا غیر عفونی بودن بیمار رعایت شود.

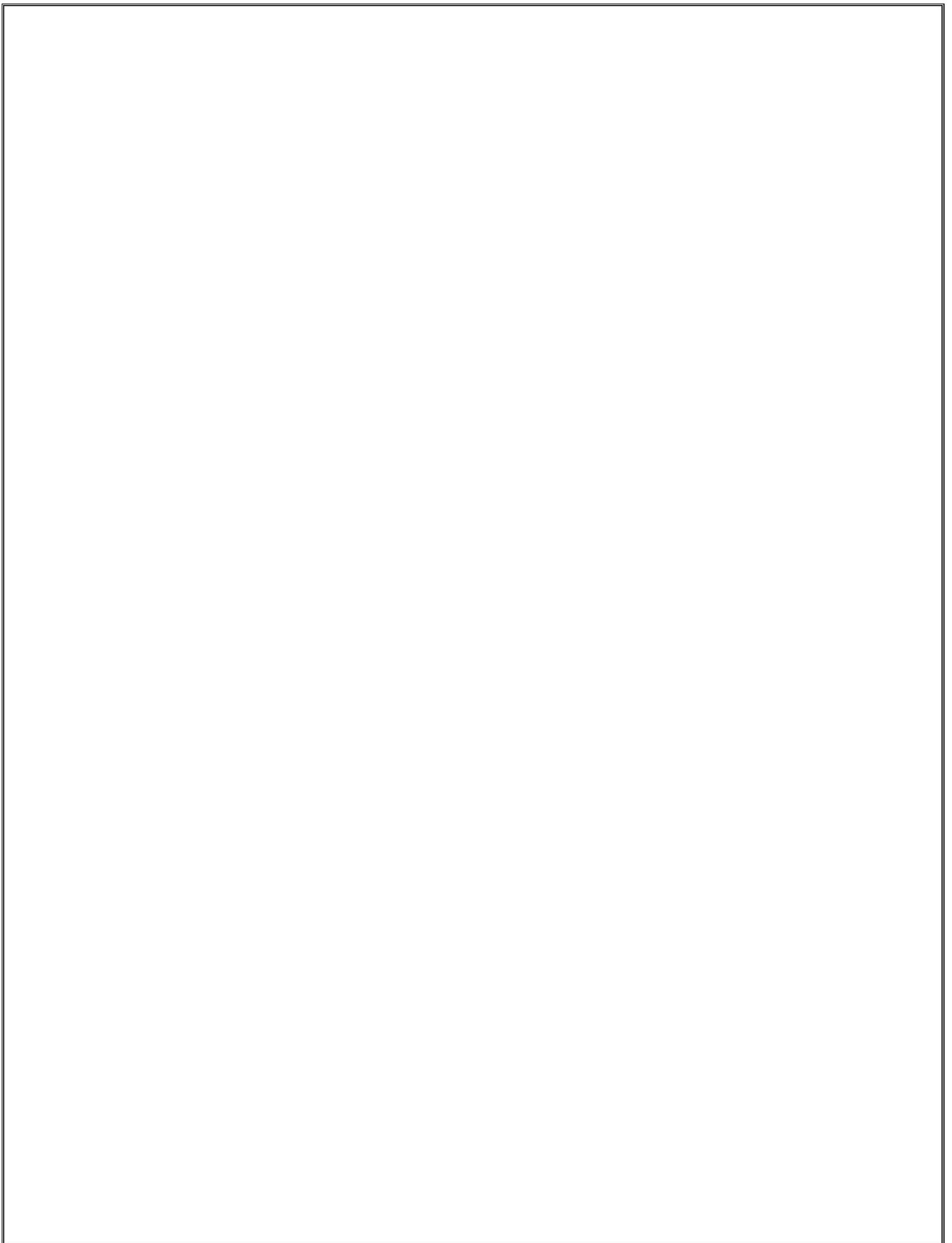
این موارد شامل :

- رعایت بهداشت دست
- استفاده از وسایل حفاظت فردی
- روشهای تزریقات ایمن
- بهداشت تنفسی
- تفکیک زباله ها
- رعایت بهداشت محیط

بهداشتی نمودن اصولی دستها یکی از مهمترین راههای کنترل عفونت بیمارستانی است.

موقعیتهای رعایت بهداشت دست

- ۱-قبل از تماس بیمار
- ۲-قبل از اقدامات درمانی تمیز/استریل
- ۳-بعداز خطر مواجهه با مایعات بدن
- ۴-بعداز تماس با بیمار
- ۵-بعداز تماس با فضای مجاور بیمار



زمان تعویض اتصالات و وسایل استریل مورد استفاده بیمار

ردیف	نام وسیله	زمان تعویض	توضیحات
۱	آنژیوکت	۷۲ ساعت	<p>در اطفال تعویض کمتر منوط به بروز علائم فلبیت (نظیر : قرمزی ، تندرنس ، التهاب شدن مسیر رگ) و یا از کار افتادن کمتر می باشد.</p> <p style="color: red;">آنژیوکت را هم زمان با ست سرم تعویض کنید . تعویض آنژیوکت در فواصل کمتر از ۷۲ ساعت منفعتی ندارد.</p>
۲	کاترهای مرکزی وکات	یک هفته	<p>به طور روتین (با انگیزه کاهش ریسک عفونت) انجام نشود.</p> <p>اگر کاتترگذاری به صورت اورژانسی و عدم رعایت اصول آسپتیک انجام شده است، در صورت بعد از تثبیت وضعیت بیمار آن را تعویض کنید. کاتتر کت داون هر یک ماه و در داشتن اندیکاسیون زودتر تعویض شود</p>
۳	ست سرم و میکروست	۳۶-۷۲ ساعت	<p>در صورتی که مسیرست سرم به طور مداوم متصل باقی بماند و از مسیر آن خون و های خونی یا محلولهای حاوی چربی ، پروتئین و گلوکز هایپرتونیک انفوزیون نشده باشد م را در فاصله کمتر از ۲۴ ساعت (تعویض نکنید)</p> <p>در مورد زمان مناسب تعویض میکروست هایی که به دفعات قطع و وصل می شوند، کافی وجود ندارد ولی توصیه می گردد هر ۷۲ ساعت صورت پذیرد.</p> <p>در بخش NICU میکروست بصورت روزانه هر ۲۴ ساعت تعویض می شود.</p> <p>زمان مناسب تعویض ست هایی که برای تزریق محلولهای حاوی چربی ، پروتئین و هایپرتونیک (بصورت مخلوط با هم یا مستقل) با هر فرآورده تعویض خواهد شد.</p> <p style="color: red;">ست هایی که برای تزریق پروپوفول استفاده می شود را هر ۶ تا ۱۲ ساعت تعویض گردد.</p>
۴	ست خون	از پس هر انفوزیون	<p>به ازاء هر ترانسفوزیون تعویض خواهد شد</p>
۵	ست ونتیلاتور	۳-۴ روز	<p>به طور روتین نیاز به تعویض ندارد مگر این که کاملاً آلوده شده یا اختلال پیدا کند یا ۳-۴ روز مورد استفاده قرار گیرد . برای هر بیمار از ست جداگانه ای شود . به منظور ضد عفونی کلی دستگاه و فیلترهای موجود بر روی آن دستگاه</p> <p>هر ۵ روز باید تعویض گردد. در صورت Off شدن بیمار و Stand By بودن</p>

			ست ونتیلاتور تا ۱۲ ساعت برای همان بیمار قابل استفاده مجدد است. دستور کارخانه بایستی مد نظر قرار داده شود.
		کاتترهای ساکشن يك بار مصرف باید از بعد از هر بار استفاده دور انداخته شود. کاتتر های ساکشن بسته که دارای يك پوشش حفاظتی است نیاز به تعویض روتین ندارد که به طور مشخص آلوده شده و یا از کار افتاده باشد.	کاتتر ساکشن
	۷۲-۹۶	دستور کارخانه سازنده باید مد نظر قرار داده شود.	IV Locks
	ساعت		
توضیحات	زمان تعویض	نام وسیله	ردیف
بهتر است در صورت امکان در اسرع وقت از NGT به OGT تبدیل شود. دستورالعمل باید مد نظر قرار داده شود.	روز پنج	سوند معده	۸
به طور روتین (با انگیزه کاهش ریسک عفونت) انجام نشود و زمانی صورت می گیرد ماسیون بالینی داشته باشد. در هر شیفت کاری یکبار مراقبت از سند انجام گردد (شستشوی پرینه)	۱۴ روز	سوند فولی و کیسه ادرار	۹
به طور روتین (با انگیزه کاهش ریسک عفونت) انجام نشود و زمانی صورت می گیرد ماسیون بالینی داشته باشد. بهتر است بعد از ۷-۴ روز اقدام به تراکتوستومی گردد	-	لوله تراشه	۱۰
از باتل های کم حجم استفاده شده و در صورت الودگی حین کار باید تعویض شده و ۲۴ از باقیمانده. سرماستفاده نگردد..	۲۴ ساعت	سرم شستشو	۱۱
نباید مایع در بطری ها باقی بماند. و هر ۲۴ ساعت یکبار و در صورت پر شدن می و ضد عفونی خواهند شد.	۲۴	بطری های بار مصرف ساکشن	۱۲
پس از هر بار استفاده باید در محلول استریلانت غوطه ور و سپس شسته شود.	-	آمبویگ	۱۳
باید بین لوله تراشه و قطعه Y قرار گیرد. در صورت استفاده، باید هر ۹۶ ساعت و با دستور کارخانه سازنده تعویض گردد.	-	فیلتر ست ونتیلاتور	۱۴

مدیریت بحران:

تعریف بحران :

- به حادثه ای که بطور طبیعی و یا بوسیله بشر بطور ناگهانی و یا بصورت فزاینده به وجود آید و سختی و مشقتی را به جامعه انسانی تحمیل نماید و جهت برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده باشد بحران می گویند .

طبقه‌بندی بحران از دیدگاه «پارسونز»: پارسونز سه نوع بحران را بیان می‌کند که عبارتند از:

- بحرانهای فوری: این بحرانها دارای هیچگونه علامت هشداردهنده قبلی نیستند و سازمانها نیز قادر به تحقیق در مورد آنها و نیز برنامه‌ریزی برای دفع آنها نیستند.
- بحرانهایی که به صورت تدریجی ظاهر می‌شوند: این بحرانها به آهستگی ایجاد می‌شوند. می‌توان آنها را متوقف کرد و یا از طریق اقدامات سازمانی آنها را محدود ساخت.
- بحرانهای ادامه‌دار: این بحرانها هفته‌ها، ماهها و یا حتی سالها به طول می‌انجامند. استراتژی‌های مواجهه شدن با این بحرانها در موقعیتهای متفاوت بستگی دارد به فشارهای زمانی، گستردگی کنترل و میزان عظیم بودن این وقایع.

تعاریف مدیریت بحران :

- مجموعه ای از فعالیت ها یا فرآیندها برای تشخیص، مطالعه یا پیش بینی بحران و مجموعه ای از اقدامات است که سازمان را قادر به جلوگیری یا اداره موثر بحران ها می کند .
- تلاش نظام یافته توسط اعضای سازمان همراه با ذی نفعان خارج از سازمان ، در جهت پیشگیری از بحران ها و یا مدیریت اثربخش آنها در زمان وقوع .
- دربرگیرنده برنامه ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل دارایی ها و فعالیت ها، قبل، حین و بعد از مواجهه با رویدادهای غیرمترقبه به منظور کاهش زیان های وارده به سازمان و بازیابی کامل سازمان می باشد .

اهداف مدیریت بحران :

- بهینه سازی فعالیت های مقابله با بحران و به حداقل رساندن خسارات ناشی از آن
- دست یابی به راه حلی معقول برای برطرف کردن شرایط غیرعادی است به گونه ای که منافع اساسی سازمان حفظ گردد .
- دست یابی به راه حلی رضایت بخش برای برطرف کردن شرایط غیرعادی به طریقی است که منافع و ارزشهای اساسی حفظ و تامین شود .
- برداشتن گام های صحیح و آرایه مراقبت های لازم است تا اطمینان حاصل نماییم که تاثیرات منفی ناشی از یک مسئله یا بحران، چه بر تصویر سازمان نزد عموم مردم و یا عملکرد آن گذاشته است .

مدیریت بحران در بیمارستان

- بیمارستان نیز به عنوان یکی از نهادهای مهم ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی نقش مهمی را در بازگشت سلامت جسمی و روانی جامعه دارد لذا اعمال مدیریت کارآمد در زمان وقوع بحران می تواند در عملکرد مطلوب و بهینه این نهاد تأثیر بسزایی داشته باشد .
- مدیریت بحران را می توان فرآیند پیش بینی و آمادگی قبلی برای رویارویی، مقابله، کنترل و هدایت عوامل و رویدادهایی دانست که بقا و توسعه سازمان را به مخاطره می اندازد .

مراحل مدیریت بحران عبارتند از :

- مرحله پیش بینی و آمادگی
- مرحله امداد رسانی
- مرحله بهبود و بازسازی
- مرحله آمادگی کلیه اقدامات و عملیاتی است که دولت ها، جوامع و همچنین افراد را قادر به انجام عکس العمل سریع در مواقع بروز بحران می نماید و مرحله امداد رسانی به مجموعه اقدامات بهداشتی و درمانی اطلاق می شود که در حین و بعد از وقوع بحران انجام می پذیرد و بالاخره مرحله بهبودی عملیاتی است که به منظور عادی سازی شرایط و اوضاع یک کشور یا بخشی از آن بعد از وقوع بحران صورت می گیرد .

مرحله آمادگی شامل :

- پیش بینی نوع و زمان وقوع بحران : (با بهره گیری از نتایج تحقیقات در موسسات ژئوفیزیک، محققین و تحلیل گران روابط بین الملل)
- تشکیل کمیته بحران : (شامل : ستاد پشتیبانی، ستاد اطلاعات مدیریت بیمارستان، ستاد امداد و اسکان، ستاد اطفای حریق، ستاد جستجو)
- تعریف بحران، عملیات و اقدامات لازم و چک لیست های نظارت : (مستندسازی)
- آموزش : (آشنایی کارکنان با کد بحران، نحوه تخلیه بیماران، آشنایی با وظایف محوله و وسایل اطفای حریق، آشنایی با نقشه بیمارستان و راههای خروج اضطراری)
- طراحی سیستم های دقیق اطلاعات بیمارستان (HIS) اطلاعات به منزله یکی از منابع سازمان می باشد و برنامه ریزی و تصمیم گیری صحیح را میسر می سازد.
- طراحی سیستم های هشدار دهنده
- تهیه تجهیزات اطفای حریق
- تدوین دستورالعملهای ایمنی

- پیش بینی برق اضطراری
- استاندارد کردن ظروف محتوی حلال ها و مواد قابل اشتعال
- استاندارد کردن لوله کشی و دستگاههای تهویه هوا
- فراهم نمودن امکانات مربوط به ذخیره سازی آب، غذا و داروهای اساسی
- تهیه نقشه جغرافیایی منطقه
- تهیه وسایل و تعیین فضاهایی برای ایجاد پناهگاه
- پیش بینی امکانات هوایی و زمینی برای امداد مصدومین
- اخذ بیمه حوادث برای بیمارستان
- تقویت بخش اورژانس از نقطه نظر میزان منابع تجهیزاتی و نیروی انسانی در ۳ سطح اورژانس با هدف کاهش مرگ و میر، کاهش میزان معلولیت و تأمین سلامت جسم و روان مصدومین
- انجام مانورهای دوره ای
- **مرحله امداد رسانی :**
- در مرحله امداد رسانی خدمات بهداشتی و درمانی ارائه می گردد خدمات بهداشتی در ۲ مرحله انجام می پذیرد :
- ارائه خدمات بهداشتی در زمان وقوع بحران شامل : انتقال افراد نجات یافته به محل های امن - انتقال مجروحان به محل نگهداری مجروحان - نجات افراد و خروج اجساد از محل حادثه
- ارائه خدمات بهداشتی در اردوگاه ها و چادرها پس از وقوع بحران: جلوگیری از سوء تغذیه و آسیب های روانی، پیشگیری از شیوع بیماری های عفونی، پایش و کنترل بیماری ها و تأمین آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط .
- خدمات درمانی در مرحله امداد رسانی شامل :
- ارائه کمک های اولیه و خدمات اورژانسی به مصدومین در زمان وقوع بحران
- ارائه خدمات درمانی تکمیلی در سطوح ۳ گانه اورژانس پس از وقوع بحران
- **مرحله بهبود و بازسازی :**
- این مرحله پس از وقوع بحران صورت می گیرد و شامل : بازسازی بخش های تخریب شده بیمارستان، خرید تجهیزات مورد نیاز و می باشد .

ایمنی حریق در مراکز درمانی

آتش سوزی یکی از خطرناکترین پدیده هایی است که خسارات جانی و مالی عمده ای را بوجود آورده و خطری واقعی برای مراکز خدماتی همچون بیمارستانهاست. از آنجا که ساکنین بیمارستان عموماً افراد ناتوانی هستند که امکان نجات خود را ندارند بنابراین آتش سوزی در بیمارستان بیشتر از هر مکان عمومی دیگری میتواند باعث خسارات جانی شود، بعلاوه بدلیل وجود دستگاهها و تجهیزات گرانبه و متعدد در بیمارستان، آتش سوزی می تواند باعث خسارات مالی بزرگی نیز شود و البته شدیداً به وجهه عمومی بیمارستان آسیب برساند. از آنجا که آتش سوزی میتواند خسارات جبران ناپذیری را بر پیکره بیمارستان وارد کند، ایمنی بیمارستان در برابر آتش سوزی یکی از فاکتورهای مهم در نگهداری و ایمنی بیمارستان به حساب می آید و باید مورد توجه مدیر ییت و مورد بحث کارشناسی قرار گیرد. در این راستا، این مقاله مدیریت ایمنی حریق در بیمارستان را مورد بحث قرار داده است. متن مدیریت حریق بیمارستان و تهیه و تدارک استراتژی ایمنی حریق در آن قبل از ساخت ساختمان شروع میشود و از طراح بیمارستان تا سطوح مختلف مدیریت در بیمارستان و تمامی پرسنل، بیماران، عیادت کنندگان، لوازم و تجهیزات همه و همه در روشهای مدیریت حریق در بیمارستان که شامل پیشگیری، کشف، اعلام فرار و نجات، کوچک سازی و اطفاء حریق است نقش دارند. در این راستا، وظیفه مدیر بیمارستان و مسئول ایمنی بیمارستان از همه بیشتر و نقش آنها پر رنگ تر است. در متن اصلی مقاله به شرح وظایف و مسئولیتهای مدیر بیمارستان و مسئول ایمنی بیمارستان در این زمینه پرداخته شده است. یکی از این وظایف طراحی برنامه ایمنی حریق در بیمارستان است. در برنامه ایمنی بیمارستان باید تلاش شود تا احتمال مرگ و صدمه ساکنان تا حد ممکن کاهش یابد و به اسکلت ساختمان و محتویات آن کمترین آسیب وارد شود. برای رسیدن به این اهداف از روشهای ایمنی حریق استفاده می شود که بطور خلاصه شامل موارد زیر است:

- ۱- پیشگیری از ایجاد حریق: پیداست که اولین مرحله پیشگیری است و فقط زمانی که این روش اثرش را از دست داد روشهای دیگر مورد توجه قرار میگیرد. طراحی مناسب اسکلت و بنای ساختمان و نگهداری صحیح آن، نگهداری

مناسب دستگاهها و تجهیزات و سرویسها، توجه جدی به مناطق دارای احتمال آتش سوزی بالا، آموزش کارکنان در جهت نحوه صحیح کار با دستگاهها و تجهیزات، تهیه دستورالعمل های مناسب برای موارد فوق و بازرسی مداوم از راههای پیشگیری از ایجاد حریق و کنترل منابع حریق است.

۲- ارتباطات (سیستم های کشف و اعلام حریق): باید مطمئن شد در صورت بروز حریق ساکنان و بخصوص مسئولین مربوطه با خبر شده و تمامی سیستم های حساس به حریق یکی پس از دیگری به کار خواهند افتاد. اگر ارتباطات موفق باشد آنگاه عملیات فرار و نجات و اطفای حریق می تواند اجرا شود و اگر ارتباطات موفقیت آمیز نباشد تنها محدود کردن حریق به عنوان تنها روش در دسترس باقی می ماند.

۳- عملیات نجات و فرار: در هنگام حریق باید مطمئن شد که ساکنین ساختمان شامل بیماران، پرسنل و عیادت کنندگان قبل از آنکه بوسیله گرما یا دود صدمه ببینند به مناطق امن بروند. تعریف اصولی فرار یا خروج اضطراری آن است که افراد به خارج از ساختمان و یا به محل امن بروند و این کار باید در همه قسمتهای ساختمان ممکن باشد. دو استراتژی عمده برای فرار وجود دارد :

- خروج نهایی یا فرار کامل: که شامل خروج از ساختمان و رسیدن به فضای باز امن توسط افرادیست که قادر به انجام این کار هستند. خروج نهایی و رسیدن به فضای باز نجات مطلق را بوجود می آورد.

- ورود به پناهگاه یا منطقه امن: این روش بخصوص برای بیماران بستری کاربرد دارد. این عمل، نجات نسبی را فراهم میکند. پناهگاه یا منطقه امن، محلی در همان طبقه است که از حفاظت و ایمنی بالا در برابر آتش و محصولات آن برخوردار است. منطقه حفاظت شده یا امن و مسیرهای فرار باید دارای معیارهای خاصی به منظور ایمن بودن در برابر گسترش حریق و یا ورود محصولات حریق باشند.

۴- محدود کردن حریق و محصولات آن: حصول اطمینان از آنکه حریق در حداقل است و بنابراین میزان وسایل و افرادی که در معرض تهدید هستند محدود است

نتیجه گیری ایمنی بیمارستان در برابر آتش سوزی یکی از فاکتورهای مهم در نگهداری و ایمنی بیمارستان به حساب می آید و باید مورد توجه خاص مدیر ی ت قرار گیرد . طراحی برنامه ایمنی حریق بیمارستان یکی از وظایف مدیر بیمارستان

است که از طریق روشهای فوق قابل دستیابی است. روشهای فوق چهارچوبی کلی آنچه را که در طی برنامه مدیریت حریق در بیمارستان باید انجام شود نشان می دهد، ضمناً پنج روش فوق|روش ۳ دو روش به حساب می آید| در یک نظم و ترتیب منطقی باید مد نظر باشد. توجه کافی به آنها میتواند دسترسی به سطح قابل قبولی از ایمنی حریق را ممکن سازد. هرکدام از روشهای فوق از فرایند طراحی بیمارستان تا کوچکترین مراحل خدمات رسانی پزشکی در بیمارستان را شامل میشود، بطوریکه ساختمان، افراد و لوازم بطور تاکتیکی در جهت کاهش خطر حریق مورد استفاده قرار می گیرند .

گازهای طبی در بیمارستانها

نظر به اهمیت موضوع و گستردگی استفاده از گازهای طبی در درمان و با توجه به اینکه گاهی در بعضی از مراکز درمانی کشور با یک اشتباه ساده در نحوه استفاده ، بی توجهی به خلوص و ناخالصی گازها ، عدم استفاده از اتصالات مناسب ، بی دقتی در رنگ آمیزی و انجام ندادن آزمون های دوره ای سیلندرها ، اهمیت ندادن به نکات ایمنی و کیفی اتاق مرکزی گازها و همچنین فراموشی موضوع مهمی چون آموزش پرسنل مرتبط با این امور ، زندگی یک یا چند بیمار به خطر افتاده و اتفاقات ناگوار آشکار و پنهانی به وقوع می پیوندد لذا ضرورت ایجاد می کند که در به کارگیری ضوابط و دستورالعمل های استاندارد در این زمینه دقت خاصی به عمل آید . امید است شرایط به گونه ای برنامه ریزی شودتا در به کارگیری گازهای طبی خطری متوجه افراد نشود.

گازهای طبی:

گازهای طبی شامل کلیه گازهای بیهوشی ، گاز اکسیژن ، دی اکسید کربن و هوای فشرده است که و هوای فشرده O_2 ، CO_2 ، N_2O در این دستورالعمل به دلیل گستردگی موضوع فقط به گازهای اشاره می شود.

دی اکسید کربن CO_2

غلظت این گاز در مصارف طبی باید ۹۹ % باشد و میزان غلظت گاز منواکسیدکربن در آن نباید از 10 ppm تجاوز کند زیرا در غلظت های بیشتر اگر در مجاورت سلول های پوششی ریه قرار گیرد ایجاد مسمومیت و خفگی می کند، در ضمن وجود این گاز با غلظت بالا در لقاح مصنوعی و ایجاد فضایی با حجم بیشتر از طبیعی (پیراز گاز) الزامی است زیرا این فرایند فقط در (IVF) قابل انجام است.

اکسید نیتروژن N_2O :

این گاز در اعمال بیهوشی استفاده می شود. استنشاق این گاز با مخلوط اکسیژن باعث بیهوشی می شود. و درجه خلوص آن باید ۹۹ % باشد. از ناخالصی های موجود در این گاز می توان به منواکسید کربن اشاره کرد. اکسیدهای بالاتر نیتروژن رفلکس تنفسی را از بین برده، باعث خفگی حنجره، این اکسیدها در غلظت های بیش $PPM 50$ باعث سیانوز و بالاخره مرگ می شود.

کاربرد دیگر این گاز در اعمال فریز داخل رحمی (کرایو) است. در این عمل سرپایی، گاز اکسید نیتروژن از خلال یک منفذ بسیار کوچک عبور میکند و بدلیل افت فشار ناگهانی از محیط حرارت گرفته و باعث منجمد شدن بافت رحمی می شود.

اکسیژن

اکسیژن را می توان از طریق تجزیه هوا تهیه کرد. این گاز پرمصرف ترین گاز طبی در بیمارستان است و جهت ادامه حیات، در اکثر بخشهای بیمارستان از جمله اتاق های بستری، اتاق عمل، اتاق مراقبت پس از عمل (ریکاوری)، بخش مراقبت بیماران قلبی ریالبخش نوزادان، بخش زایمان و اورژانس کاربرد دارد. این گاز از لحاظ انفجار و احتراق بسیار خطرناک است و واکنش آن با هیدروژن بسیار گرماده است.

تذکر مهم:

کارخانجات تولید کننده گاز اکسیژن طبی طرف قرارداد مراکز درمانی باید حتما توسط موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران مورد تایید قرار گرفته و مهر مربوطه را دریافت کرده باشند. ضمنا مراکز درمانی موظف هستند هر سه ماه یک بار خلوص گاز اکسیژن مصرفی را توسط آزمایشگاههای همکار که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی می کند، اندازه گیری و گزارش آن را به معاونت های درمان و دارو اعلام کنند.

هوای فشرده:

از هوای فشرده در بخش های مختلف بیمارستان مانند بخش زایمان، نوزادان، اتاق عمل، درمانگاه و کارگاه دندانپزشکی، آزمایشگاهها و بخش های بستری استفاده می شود. در بسیاری مواقع برای استفاده بیمار، با اکسیژن مخلوط می شود. هوای فشرده باید خشک و عاری از باکتری و روغن باشد. از هوای فشرده برای ایجاد خلاء و به حرکت در آوردن دستگاههای پنوماتیک و سانتریفوژ استفاده می شود.

سیستم خلاء:

سیستم خلاء با وجود اینکه گازی را در سطح بیمارستان توزیع نمی کند، جزئی از سیستم گازهای طبی به حساب می آید. در اکثر بخش های بیمارستان مانند بخش زایمان، اتاق عمل، ریکاوری، مراقبت ویژه و آزمایشگاه احتیاج به خلاء است. برای ایجاد خلاء دو روش جداگانه وجود دارد:

۱- ایجاد خلاء به وسیله هوای فشرده که میزان خلاء تولیدی آن ۲۵ سانتی متر جیوه است.

۲ - ایجاد خلاء به وسیله پمپ خلاء که میزان آن تقریباً ۶۳ سانتیمتر جیوه است.

سیلندر گازهای طبی

رنگ آمیزی سیلندر های گاز طبی باید طبق جدول شماره یک استاندارد ملی ایران به شماره ۳۰۴ صورت گیرد .
اجرای این استاندارد از تاریخ ۷۶/۴/۱ اجباری می باشد.

رنگ سیلندر یکی از نشانه های بسیار مفید در تشخیص نوع گاز داخل آن است و قبل از رنگ آمیزی زیرسازی مناسب و چربی گیری انجام می گیرد .طبق استاندارد های بین المللی رنگ هر سیلندر با توجه به گاز داخل آن انتخاب می شود .نوع رنگ کاربردی از لحاظ مقاومت و یکنواختی بسیار مهم است .رنگ باید دارای طبیعتی پایدار و استحکام کافی برای این منظور باشدو جهت مقابله با ساییدگی و پاک شدن رنگ ها بهتر است از رنگ های کوره ای استفاده شود . این رنگ نباید زیاد سخت و شکننده باشد که با کوچک ترین ضربه ای بپرد یا آنقدر نرم باشد که ساییده شود .علاوه براین ها وجود رنگ برای جلوگیری از زنگ زدگی بسیار مفید و ضروری است.

رنگ استاندارد سیلندرها شامل:

سیلندر اکسیژن O2 به رنگ سفید یخچالی

سیلندر دی اکسید کربن CO2 به رنگ خاکستری

سیلندر ازت N2 به رنگ سیاه

سیلندر اکسید ازت NO2 به رنگ آبی

لازم است بر روی قسمت فوقانی سیلندره های گازهای طبی مطابق با استاندارد ملی ایران نشانه گذاری انجام گیرد .
قبل از نشانه گذاری، سیلندر را در دستگاه مخصوص رنگ آمیزی می کنند.
نشانه گذاری یکی از بخش های جدایی ناپذیر روند تولید سیلندره های گازهای طبی است که در واقع حک کردن یا نصب برچسب های غیر قابل جدا شدن بر روی سطح فوقانی سیلندر است جایی که براحتی قابل دیدن باشد.

آزمون دوره ای:

سیلندر گاز طبی را باید هر ۵ سال یک بار با فشار آبی برابر فشار آزمون آن تست کرد .این آزمون یا به water jacket که آزمون فشار آب نامیده می شود و به روش غوطه ور کردن در ظرف آب روش مناسب دیگری که بتواند همان نتیجه را به دست دهد در کارخانجات تولید اکسیژن انجام می گیرد.

• پیش از انجام آزمون فشار آب باید خارج و داخل سیلندر بازرسی شود تا اطمینان حاصل شود که دارای زنگ زدگی ، خوردگی ، فرورفتگی یا سایر معایبی که باعث تضعیف سیلندر می شود، نیست.

• پس از انجام آزمون فشار آب باید سیلندر را دقیقاً توزین کرد تا اطمینان حاصل شود که وزن خالص آن بیش از ۵ %نسبت به وزن خالص قبلی اش کاهش پیدا نکرده است.

- سیلندرهایی را که کاهش وزن آنها نسبت به وزن اولیه بیشتر از ۵% باشد، باید از سرویس خارج کرد.
- هنگام آزمون آب باید سیلندر را به مدت ۳۰ ثانیه یا بیشتر تحت فشار آب نگهداشت تا زمانی که اطمینان حاصل شود سیلندر در اثر فشار بیشتر حجمی را که می بایست پیدا کند، پیدا کرده است. وسیله اندازه گیری انبساط حجم سیلندر باید آنقدر دقیق باشد که بتواند تا یک درصد انبساط کلی حجم سیلندر یا حداقل تا یک دهم سانتیمتر مکعب انبساط حجم را نشان دهد. وسیله اندازه گیری فشارآزمون نیز باید بتواند تا دقت یک درصد فشارآزمون را نشان دهد.
- سیلندرهایی را که در اثر آزمون فشار آب دچار نشت شوند یا سطح خارجی یا داخلی آنها دچار زنگ زدگی، فرورفتگی، برآمدگی و یا سایر عیوب تضعیف کننده سیلندر شود یا بعد از آزمون فشارآب، مقدار انبساط دائمی حجم آنها بیش از ۱۰% انبساط کلی آنها باشد، باید از سرویس خارج کرد.
- متصدی سیلندر یا نماینده وی باید آماری از سیلندره‌های آزمون شده و نتایج آزمون ها را همراه با تاریخ آزمون های دوره ای هر سیلندر در بایگانی خود نگهدارد.
- بر روی سیلندری که نتیجه آزمون فشار آب رضایت بخش باشد باید تاریخ آزمون به صورت ماه و سال به طور واضح و دائمی علامت گذاری شود. هنگام این علامت گذاری باید دقت شود که علامت گذاری های مربوطه به تاریخ آزمون های قبلی پاک یا محو شود.

سیستم سانترال:

برای جلوگیری از حمل و نقل سیلندرها در اتاق های بستری و اتاق های عمل و بخش های ویژه و به دلیل اقتصادی می توان از گازهای لوله کشی شده که از یک منبع ذخیره یا چند سیلندر مرکزی تغذیه می شوند، استفاده کرد. به هیچ وجه در مکان هایی که گازهای طبی تولید، شارژ یا استفاده می شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور باید سیگار کشیدن ممنوع را در جایی که به خوبی قابل رویت است، نصب کرد.

مزایای سیستم سانترال:

- سیستم توزیع مرکزی گازهای طبی نسبت به توزیع گاز توسط سیلندره‌های سیار دارای مزایای زیر است:
- جابجا کردن و حرکت دادن مداوم سیلندره‌های گاز در فضاهای داخل بیمارستان موجب ایجاد خطرات احتمالی از قبیل آتش سوزی و انفجار می شود که توزیع مرکزی از این خطرات جلوگیری می کند.
- سیلندرها قسمتی از فضای داخل بیمارستان را اشغال می کنند که در توزیع مرکزی گازهای طبی این اشکال وجود ندارد.

نگهداری سیلندرها

- محل نگهداری مخزن های گاز طبی به دلیل امکان بروز خطرات احتمالی باید دارای مشخصات خاصی باشد که به طور خلاصه به شرح زیر است:
- به هیچ وجه در مکانهایی که گاز طبی تولید، شارژ یا استفاده می شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور باید سیگار کشیدن ممنوع را در جایی که به خوبی قابل رویت است، نصب کرد.

- به هیچ وجه نباید از گریس ، روغن پارافین و غیره در اطراف رگلاتور ، شیرو بدنه سیلندر برای هیچ منظوری استفاده شود .این عمل صددرصد باعث انفجار می شود.
- لباس کارکنان و افرادی که در مکان های تولید و کاربرد گازهای طبی رفت و آمد می کنند باید ضد جرقه بوده و عاری از الیاف نایلون باشد.
- وسایل چرخدار حامل سیلندرها باید مجهز به زنجیر تماس با زمین جهت جلوگیری از ذخیره الکتریسیته ساکن و احتمال انفجار باشد.
- اتاق های سرپوشیده ای که در آن ها سیلندرها ی گاز نگهداری یا استفاده می شوند ، باید مجهز به سیستم تهویه مناسب باشند.
- سیلندرها باید در محلی به دور از سرما و گرمای شدید ، باران و برف و تابش مستقیم آفتاب نگهداری شوند.

نکات ایمنی قابل توجه در خصوص استفاده از سیلندر های تحت فشار

- سیلندرهایی پرو خالی از هم جدا نگهداری شود.
- سیلندر ها در شرایط مناسب (دور از رطوبت ، مواد خورنده و شیمیایی ، دود ، گرما و آفتاب) نگهداری شوند.
- سیلندر ها به صورت قائم نگهداری شوند.
- سیلندر ها توسط زنجیر یا تسمه مناسب در مرکز و زیر شانه مهار شوند.
- سیلندر ها دارای کلاهک باشند.
- سیلندر ها به فاصله مناسب (۶ متر) دور از شعله مستقیم و مواد احتراق پذیر باشند.
- بدنه سیلندر ها مناسب (رنگ استاندارد، عدم خوردگی و عدم شکستگی) باشد.
- سیلندر ها بر اساس نوع، جدا از هم نگهداری شوند.
- سیلندر ها نباید در محل عبور و مرور (جلوی دربها ، راهروها و ...) نگهداری شوند.
- نباید سیلندری وجود داشته باشد که بیش از یکسال از آن استفاده نشده باشد.
- محل نگهداری سیلندرها باید دارای تهویه مناسب باشد.
- در محل نگهداری سیلندر ها تابلوی (عدم استعمال دخانیات) نصب شود.
- دستورالعمل شرایط نگهداری به صورت واضح و خوانا در محل مناسب نصب شود.
- فرد مسئول حمل سیلندرها باید در زمینه نکات ایمنی آموزش دیده باشد.
- فرد مسئول حمل سیلندرها مجهز به لباس ، دستکش و کفش ایمنی باشد.
- حمل باید در شرایط مناسب (حمل با چرخ مخصوص و همراه با کلاهک) انجام شود.
- در هنگام جابجایی سیلندرها از کلاهک به عنوان دستگیره استفاده نشود.
- سیلندر های معیوب ، پوسیده و سوخته شده با مجوز سازنده حمل شود.
- هنگام بالا و پایین بردن سیلندر ها (به صورت معلق) از تسمه یا زنجیر مناسب استفاده شود.

- هنگام حمل سیلندر ها از افتادن و ضربه خوردن به سیلندر جلوگیری شود.
 - هنگام وصل رگلاتور از دستورات سازنده آن پیروی کنید.
 - قبل از وصل رگلاتور از عدم وجود اجسام خارجی در محل خروج گاز اطمینان حاصل کنید.
 - اتصالات سیلندر های اکسیژن عاری از هرگونه مواد چرب باشد.
 - با لباس و دست چرب نباید اقدام به حمل و جابجایی سیلندر های اکسیژن نمود.
 - هنگام عدم استفاده از سیلندرها (خالی یا پر) شیر آن بسته باشد.
 - مشخصات سیلندر روی بدنه حک شده و دقت شود تاریخ مصرف آن نگذشته باشد.
 - برای اتصالات ، واشرها و سایر لوازم جانبی از دستورات سازنده سیلندر پیروی کنید.
 - از سیلندرها برای مصارف دیگر (زدودن گردوغبار و ...) استفاده نشود.
 - بدنه سیلندرها نباید باسیم دارای جریان برق در تماس باشد.
 - سیستم سانترال دارای استانداردهای لازم باشد.
- آزمایشات مربوط به سلامت سیلندرها به صورت مرتب انجام شود

نکات مربوط به آتش نشانی

۸۰٪ آتش سوزی ها قابل پیش بینی و پیشگیری هستند و اجتناب از بی توجهی و سهل انگاری و انجام اقدامات پیشگیرانه سبب می شود ۳/۴ خسارتهای ناشی از آتش کاسته شود و برای ۱/۴ باقیمانده احتیاج به ادوات و تجهیزات کشف و اعلام ، تخلیه و اطفای حریق است. آتش سوزی یکی از خطرناک ترین پدیده هایی است که خسارتهای جانی و مالی زیادی به وجود می آورد و خطری واقعی برای مراکز خدماتی همچون بیمارستان است. از آنجا که بیماران بیمارستان عموماً افراد ناتوانی هستند که امکان نجات خود را ندارند؛ بنابراین آتش سوزی در بیمارستان بیش از هر مکان عمومی دیگری می تواند باعث خسارتهای جانی شود، بعلاوه به دلیل وجود دستگاه ها و تجهیزات گران قیمت و متعدد در بیمارستان، آتش سوزی باعث خسارتهای مالی بزرگی می شود. رعایت نکات ایمنی برای پیشگیری از بروز حریق و نیز کشف حریق در لحظات اولیه آن و اطفاء به موقع در به حداقل رساندن خسارات وارده نقش به سزایی دارد، در نتیجه آگاهی کارکنان از مشخصات حریق، انواع خاموش کننده ها، طرز صحیح اطفاء حریق الزامی به نظر می رسد.

۲-۱ مناطق دارای احتمال آتش سوزی بالا:

مناطق با بار حریق بالا در بیمارستان شامل: آشپزخانه، واحد تاسیسات (اتاق دیگ بخار)، آزمایشگاه، اتاق عمل، داروخانه، انبار و بخشهای مشابه است .
توجه به ایمنی سازه ای و غیرسازه ای این بخشها به منظور پیشگیری از حریق و مکان یابی صحیح به منظور کاهش سوانح و آسیب ها در هنگام بروز حریق از جمله موارد قابل توجه می باشد.

۳-۱ ماهیت حریق:

آتش: عبارت است از یک سری عملیات شیمیایی و اکسیداسیون سریع حرارت زای مواد قابل اشتعال.
برای ایجاد آتش وجود ۴ عامل زیر ضروری است و در صورت حذف تنها یکی از آنها ادامه حریق ممکن نخواهد بود.

- اکسیژن
- حرارت
- مواد قابل اشتعال
- واکنش های زنجیره ای

اکسیژن: حداقل تراکم اکسیژن لازم در هوا برای آتش گیری ۱۶٪ می باشد. بیشتر حریق ها در ۱۵٪ اکسیژن هم تا حدودی برقرار می شوند و حتی برخی از مواد شیمیایی در حین حریق نیز بخشی از اکسیژن مورد نیاز خود را تامین می کنند مثل: اسیدنیتریک، اکسیدهای آلی.

مواد سوختنی: تمام موادی که به نحوی قابلیت تجزیه و اکسید شدن را داشته باشند به عنوان ماده سوختنی قلمداد می شوند. سرعت سوختن یا گسترش شعله در مواد مختلف متفاوت می باشد. حرارت لازم در مبحث حریق با دو اصطلاح تعریف می گردد:

نقطه شعله زنی: درجه حرارتی است که در آن درجه حرارت، یک ماده سوختنی مایع به اندازه کافی بخار می گردد و به محض نزدیک شدن شعله و یا جرقه به آن باعث شعله ور شدن و شروع حریق می گردد. در مورد گازها و بخارات علاوه بر نقطه شعله زنی حداقل و حداکثر تراکم قابل انفجار تعریف شده است.

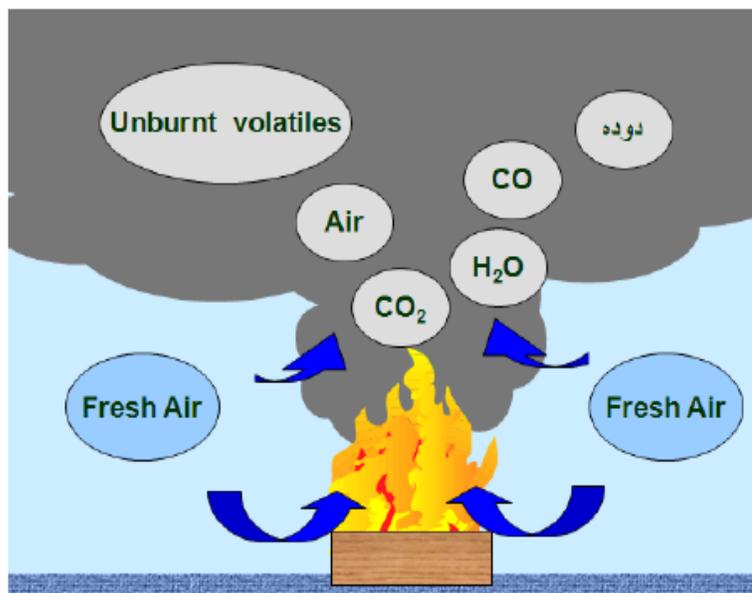
درجه آتش گیری: در صورتی که گرمای مورد نیاز برای تداوم آتش وجود نداشته باشد آتش ادامه نخواهد داشت لذا برای ادامه حریق نیاز به حرارت بالاتری است که به آن درجه آتش گیری می گویند. درجه آتش گیری از نقطه آتش زنی هر ماده بالاتر است.

خود به خود سوزی: آتش گیری مواد همیشه نیاز به جرقه یا شعله ندارد، بلکه در درجه حرارت مشخصی بعضی از مواد خود به خود آتش میگیرند، ضایعات آلی و حیوانی.

واکنش های زنجیره ای: امروزه در بحث ماهیت حریق بعد چهارمی برای ایجاد حریق معلوم گردیده که به آن واکنش های زنجیره ای می گویند. این زنجیره در تغییر حالت ماده و ترکیب مکرر با اکسیژن حاصل می گردد و تداوم آتش وابسته به آن می باشد.

۴-۱ محصولات حریق:

احتراق نه تنها انرژی آزاد می نماید بلکه موادی نیز از احتراق حاصل می شود که گاه صدمات آنها به تجهیزات و افراد از خود حریق بیشتر می باشد، برای مثال سوختن PVC و سفیده کننده ها تولید بخارات کلراید و کلرید هیدروژن می کند. گازها و بخارات: یکی از خطرناک ترین محصولات آتش که در تلفات انسانی نیز نقش بسزایی دارد گازها و بخارات ناشی از آتش می باشد.



ذرات: آنچه تحت عنوان دود در حریق دیده می شود در واقع ذراتی هستند که در اثر احتراق ناقص و یا کافی نبودن اکسیژن تولید می گردند.

شعله: شدت گرمای شعله به میزان اکسیژنی است که به آن می رسد و رنگ آن که به نوع ماده سوختنی بستگی دارد. برای مثال شعله مواد حاوی سدیم زرد رنگ است.

گرما (انرژی): هر چه ماده سوختنی بهسوزی بهتری داشته باشد دمای تولیدی نیز بیشتر خواهد بود.

۱ کلرید هیدروژن محرک دستگاه تنفسی، گلو، بینی و چشم ها است، همچنین باعث سردرد، سرفه، اشکال در تنفس، درد قفسه ی سینه، تهوع، پنومونی و ادم ریوی (ممکن است با تاخیر چند ساعته بروز نماید) می شود.

۵-۱ دسته بندی حریق:

برای سهولت در پیشگیری و کنترل آتش سوزی، حریق ها را برحسب ماهیت مواد به دسته های مختلفی تقسیم بندی می کنند. براساس استاندارد اروپایی که در کشور ما نیز از این الگو تبعیت می شود حریق ها را به ۵ گروه تقسیم بندی می کنند. اخیراً دسته جدیدی تحت نام F به دسته بندی قبلی اضافه شده است.

دسته A

این نوع آتش سوزی از سوختن مواد معمولی قابل احتراق، عموماً جامد حاصل می شود. این منابع کاغذ، پارچه، چوب، پلاستیک و امثال آن است که پس از سوختن از خود خاکستر به جا می گذارند و با آب واکنش شیمیایی خطرناکی ندارند.

دسته B

آتش سوزی مایعات قابل اشتعال و یا جامداتی که قابلیت مایع شدن دارند، مانند نفت، الکل

دسته C

این دسته از آتش سوزی ها ناشی از گازها و مایعات یا مخلوطی از آنهاست که به راحتی قابلیت تبدیل به گاز را دارند مانند گاز مایع و گاز شهری

دسته D

فلزات سریع اکسید شونده مانند منیزیم، سدیم، پتاسیم.

دسته E

حریق های الکتریکی که عموماً در وسایل الکتریکی و الکترونیکی اتفاق می افتد.

دسته F

حریق های این دسته به حریق های آشپزخانه معروف شده اند و ناشی از چربیها و روغن های آشپزخانه می باشند.

۶-۱ روش های اطفاء حریق

سرد کردن: روش متداول و موثر برای کنترل حریق است. این عمل عمده‌تاً توسط آب انجام می گیرد و برای حریق های دسته A مناسب می باشد.

خفه کردن: پوشاندن آتش با موادی که مانع از رسیدن اکسیژن به آن شود، در حریق هایی که در حین سوختن اکسیژن تولید می کنند مانند نیتراها و مواد آلی اکسیژن دار مثل پراکسیدهای آلی و یا سرعت آتش گیری در آنها زیاد است مانند دینامیت و... روش مناسبی نخواهد بود.

حذف ماده سوختنی: این روش در ابتدای حریق امکان پذیر بوده و با قطع جریان، جا به جا کردن مواد، جدا کردن منابعی که تاکنون حریق به آنها نرسیده و... میتوان حریق را کنترل کرد.

کنترل واکنش های زنجیره ای: برای کنترل واکنش های زنجیره ای از ترکیبات هالن و برخی ترکیبات جامد استفاده می شود. این عمل برای کنترل حریق مشکل و گران است.

۱-۲ مواد خاموش کننده

بطور کلی مواد خاموش کننده در ۴ دسته قرار می گیرند:

مواد سرد کننده: آب، CO₂

مواد خفه کننده: کف، خاک، پودر شیمیایی، ماسه و CO₂

مواد رقیق کننده هوا: CO₂، N₂

مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای: هالن و پودرهای مخصوص

۲-۲ خاموش کننده های دستی

فراگیرترین و سبب اطفاء خاموش کننده های دستی هستند، ارزان بودن، استفاده آسان، در دسترس بودن و نقش بسزایی آنها در اطفاء حریق های کوچک یا جلوگیری از گسترش حریق از محاسن این وسایل است.

حداکثر ظرفیت خاموش کننده ها در نوع دستی ۱۴ کیلوگرم می باشد و به ۵ گروه تقسیم می شوند:

الف. خاموش کننده های محتوی آب

ب. خاموش کننده های محتوی کف

ج. خاموش کننده های محتوی پودر شیمیایی

د. خاموش کننده های محتوی گاز CO₂

ه. خاموش کننده های محتوی مواد هالوژنه

۳-۲ مراحل اطفاء

الف. کشیدن Pull

پین خاموش کننده را آزاد کرده (معمولاً با چرخاندن یا بیرون کشیدن آزاد می شود)

ب. هدف Aim

نازل خاموش کننده را بطرف آتش بگیرید.

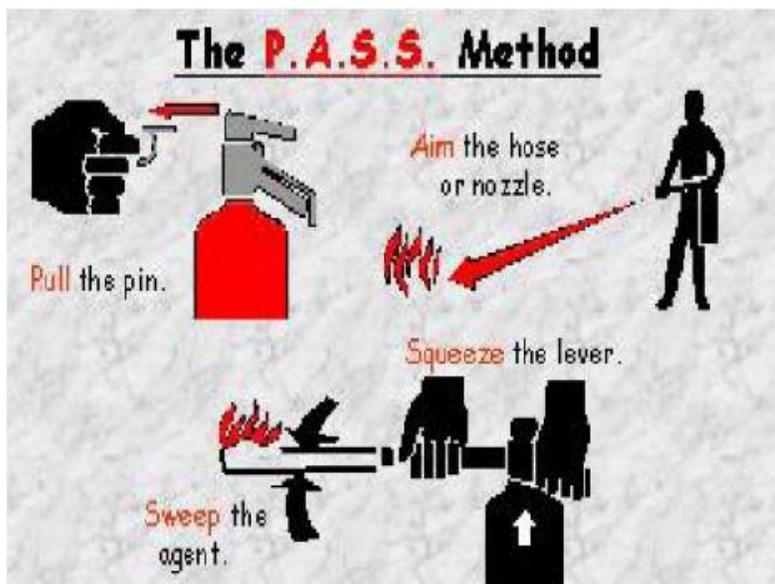
ج. فشار دادن Squeeze

دسته کپسول را فشار دهید تا محتویات

کپسول خارج شود.

د. جاروب کردن Sweep

به صورت جارویی حریق را خاموش کنید.



نکته

قبل از استفاده از خاموش کننده های پودری آن را سر و ته کنید (چند بار تکان دهید). برای کپسولهای غیر پودری این کار نیاز نیست.

در هنگام بروز آتش سوزی شیر اصلی گاز را ببندید، در صورتی که حریق الکتریکی است برق را قطع کنید. مواد سریع الاشتعال مانند الکل را سریعاً از محل خارج کنید.

از سوختن موادی مانند نایلون و سایر وسایل پلاستیکی جلوگیری کرده و به منظور حفاظت در برابر گازهای سمی متصاعد شده از مواد سوختنی با دستمال خیس دهان و بینی خود را ببندید.

سیلندرهای اکسیژن و سایر سیلندرهای تحت فشار را فوراً از محل خارج کنید، در صورتی که سیلندرهای اکسیژن در نزدیکی محل حریق قرار گرفته اند بطوریکه بدنه آنها گرم شده فوراً بدنه سیلندر را با مواد اطفایی سرد کرده و از محل خارج کنید. هرگز نفرات استفاده کننده از خاموش کننده ها روبروی یکدیگر قرار نگیرند.

با فاصله ۲-۴ متری از آتش قرار گرفته و اقدام به اطفاء نمایید. (طول پرتاب ماده اطفایی هر خاموش کننده معمولاً بین ۲-۷ متر است)

خروج گاز در خاموش کننده های محتوی CO_2 با صدای مهیبی همراه است، از صدای خاموش کننده ترسید و به اطفاء کردن ادامه دهید.

۴-۲ تشخیص ظاهری خاموش کننده ها

۱. خاموش کننده های CO_2 دارای نازل شیپوری و بزرگ هستند.
 ۲. خاموش کننده های پودر و گاز دارای نازل ساده، عقربه فشار و یا بالن بغل می باشند. البته نوع آب و گاز نیز ممکن است دارای بالن جانبی باشند که با تکان دادن و شنیدن صدای آب قابل تمیز هستند.
 ۳. نوع کف شیمیایی دارای دستگیره تحتانی برای واژگون کردن هستند و بر روی آن شیر وجود ندارد.
 ۴. نوع کف مکانیکی از نازل کف ساز قابل تشخیص هستند
- معمولاً نوع خاموش کننده روی برچسب خاموش کننده ها درج شده است.

۱-۳ نکات ایمنی

- توجه داشته باشید که شما فقط در لحظه اول و زمانی که حریق گسترش نیافته قادر به اطفاء حریق هستید در صورتی که آتش گسترش یافته می بایست محل را ترک کرده در را بسته و در مکان امنی قرار بگیرید.
- از نصب کپسولهای اطفاء حریق در نزدیکی منابع حرارتی خودداری کنید.
- در صورت دود گرفتن ساختمان و راه پله ها، هنگام خروج خمیده حرکت کرده و از دستمال یا پارچه خیس به عنوان ماسک تنفسی استفاده کنید.
- در زمان بروز حریق از آسانسور استفاده نکنید.

- توجه داشته باشید که دود ناشی از حریق منازل مسکونی، برخی داروها و مواد شیمیایی بسیار سمی و خطرناک است (سانید هیدروژن، اسید هیدروسیانیک) بنابراین سریعاً محل را تخلیه کنید
- آب هادی الکتریسیته است، در محل هایی که جریان برق وجود دارد، خطر برق گرفتگی را افزایش می دهد.
- جهت اطفاء مایعات قابل اشتعال و روغن در حال سوختن از آب استفاده نکنید.
- جهت اطفاء حریق تجهیزات الکتریکی از پودر خشک شیمیایی و CO₂ استفاده کنید. CO₂ کمترین آسیب را به تجهیزات الکتریکی وارد می کند.
- برای اطفاء حریق فلزات قابل اشتعال نباید از آب یا کف استفاده نمود.
- در گازها در صورت ایجاد آتش سوزی نباید شعله را اطفاء نمود بلکه باید به هر طریق ممکن که ایمن هم باشد از خروج گاز جلوگیری گردد، در صورتیکه گاز از سیلندر خارج گشته و شعله ور است باید بدنه سیلندر را خنک نمود و بدون در نظر گرفتن شرایط محیط اقدام به خاموش کردن شعله نکنیم. البته در صورتی که بنا به شرایط لازم باشد که شعله اطفاء گردد، خاموش کننده پودر خشک شیمیایی بهترین اثر را در این مورد دارا می باشد.
- بهترین خاموش کننده برای این فلزات استفاده از پودر خشک شیمیایی یا ماسه صد در صد خشک است.
- کپسولهای اطفائی پودر خشک شیمیایی در صورت استفاده طولانی مدت در مکان سر بسته سبب کاهش قدرت بینایی و تحریک سیستم تنفسی می شود.
- به منظور اطفاء حریق مایعات قابل اشتعال، مهمترین مسئله جلوگیری از جریان مایع یا گسترش آن در سطح می باشد. خاموش کننده مناسب پودر شیمیایی و کف می باشد، البته اگر مایع داخل مخزن مشتعل گردد، ابتدا باید بدنه مخزن را خنک نموده و بعد اقدام به اطفاء نمود تا بدین طریق از برگشت مجدد شعله جلوگیری گردد.
- مایعات قابل اشتعال باید در داخل مخازن فلزی دریدار و دور از منابع حرارتی و عوامل حرارت زا نگهداری شود.
- از نگهداری مواد آتشنا در نزدیکی منابع حرارتی خودداری کنید.
- به محض مشاهده سیم های لخت و یا خرابی تجهیزات الکتریکی به مسئول خود اطلاع دهید.
- مخلوط کردن مواد اکسید کننده با مواد آتش گیر تولید ماده ای با خاصیت انفجاری می کند.
- از قرار دادن سیلندرهاى تحت فشار در کنار منابع حرارتی، مواد قابل اشتعال، سیم های برق، راه پله ها و پشت در اجتناب کنید.
- از استعمال دخانیات در مکانهایی با بار حریق بالا و نیز به هنگام کار با مواد شیمیایی نظیر حلالها جداً خودداری کنید.
- از قرار دادن پارچه های روغنی بر روی سیلندرهاى تحت فشار خودداری کنید و با دست چرب اقدام به باز کردن سیلندرها نکنید.
- هرگز از سیلندر اکسیژن بطور مستقیم و بدون رگولاتور یا اتصال لوله پلاستیکی مخصوص آن استفاده نکنید.
- نشستی کپسول اکسیژن را که ممکن است از طریق صدا قابل تشخیص باشد فوراً گزارش دهید.

۹ راه حل ایمنی بیمار

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

Look-alike, sound-alike medication names

۲. توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا. patient identification

۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

communication during patient hand-overs

۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

performance of correct procedure at correct body site

۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت

control of concentrated electrolyte solutions

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

assuring medication accuracy at transitions in care

۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها

avoiding catheter and tubing misconnections

۸. استفاده صرفا یکبار از وسایل تزریقات. single use of injection devices

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

infection improved hand hygiene to prevent health care-associated

۵-۱) توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی:

کلیه بخش های درمانی لیستی از داروهایی را که اسامی مشابه دارند و احتمال بروز خطا در آنها وجود دارد(چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در دسترس کارکنان قرار دهند. در داروخانه سرپایی بیمارستان نیز مشابهت های دارویی در دست خط پزشکان و اشتباهات رایج در نسخه نویسی در دسترس کارکنان قرار گیرد. برقراری ارتباط و تعامل موثر با داروخانه و مسئول فنی دارو در ارتباط با اصلاح فرایند توزیع و مصرف دارو در مرکز به منظور افزایش ایمنی بیمار باید صورت گیرد. لذا موارد زیر باید انجام شود:

• داروهای شبیه به هم (چه از نظر نام و چه از نظر شکل و ظاهر آنها) در پاکسها و قفسه های جداگانه چیدمان شود.

• در خصوص دارو های باغلظت بالا و خطرناک حتما باید نام دارو با برچسب جداگانه مشخص شده باشد.

• رعایت فرآیند دارو دادن از جمله تطبیق دارو با کارت دارویی در بالین بیمار ، توجه به نام ژنریک داروها، آگاهی از نمونه های مشابه دارویی و ...

• قبل از اجرای فرآیند دارو دادن از اشکال دارویی و نوع دارو آگاهی کسب نمایید.

• هنگام دارو دادن ، حتما " بیمار را با نام و نام خانوادگی مخاطب قرار می دهد (وی را به اسم می خواند).

• هنگام دارو دادن ، یک بار دیگر مشخصات بیمار را با کارت دارویی مطابقت داده شود.

• هنگام آماده کردن داروها ، به دوز دارو ، شکل دارویی ، تاریخ انقضاء توجه شود

• هنگام دارو دادن ، نوع دارو ، دوز دارو ، و ... را مجددا " با کارت دارویی مطابقت داده شود.

۵-۲) توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

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

بمنظور به حداقل رسانیدن اتفاقات ناخواسته ناشی از عدم شناسایی صحیح بیماران ، الزامی است کلیه بیماران بخش بستری بیمارستانی در دوره پذیرش در بیمارستان دارای باند شناسایی یا مچ بند جهت دریافت اقدامات درمانی ، تشخیصی و مراقبتی باشند:

۱- اکیداً یادآوری می شود که استفاده از مچ بند شناسایی توسط بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام صحیح بر روی بیمار صحیح نمی گاهد.

۲- دستبندهای شناسایی بیماران در دوسایز بزرگسال تهیه شده است . این دستبندها در بدو پذیرش بیماران اتفاقات به صورت تحت نظر و بیماران بستری در بخشهای مختلف ، پس از تشکیل پرونده توسط پرسنل محترم پذیرش ، نام و نام خانوادگی بیمار ، تاریخ تولد/بستری ، تشخیص، نام بخش، نام پزشک و در صورت امکان بارکد مخصوص در مندرجات دستبند نوشته خواهد شد.

۳- صحت اطلاعات مندرج در روی باند شناسایی بیمار در هنگام پذیرش با بیمار و یا در صورت ضرورت یکی از بستگان درجه یک وی کنترل می شود.

۴- الزامیست مشخصات بیمار با رنگ مشکی یا آبی بر روی زمینه باند شناسایی به رنگ سفید درج یا پرینت شود. در صورت امکان برای بیماران در معرض خطر که شامل بیماران دچار نقایص عضوی ، خطر افتادن ، آلرژی ، بیماران همودیالیزی دارای شانت ، بیماران مبتلا به سرطان بدلیل توجهات خاص ، بیماران مسن و بی تحرکی که نیاز به تغییر وضعیت مداوم بدلیل مستعد بودن به زخم بستر دارند ، مشخصات شناسایی بیمار با رنگ مشکی در پس زمینه سفید نوشته شده و بر روی باند قرمز چسبانیده می شود.

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

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

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

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

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

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

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

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

۱۳- پس از بستری شدن بیمار در بخش ، در صورت مشابهت نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری ، ضروریست نام پدر بیماران نیز قید گردد .

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

۱۵- در هنگام انتقال بیمار برای انجام کلیه پرویسجرهای درمانی و تشخیصی ، وجود باند شناسایی بر روی بازوی غالب الیامی بوده و پرسنل تحویل گیرنده موظف به کنترل آن می باشد.

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

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

۱۸- کارتهای شناسایی بیماران بالای تخت بیمار و در صورت امکان درب ورودی بخشها نیز حاوی مشخصات : نام و نام خانوادگی ، تشخیص و نام پزشک معالج باشد.

۵-۳) ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار

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

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

• ارتباط با بیمار قبل از بستری در بیمارستان (ارتباط نیروهای خدمات فوریتهای پزشکی با مددجو ، و یا مددجویانی که دریافت کننده خدمات بهداشتی در سطوح اولیه پیشگیری می باشد).

• ارتباط با بیمار در زمان بستری در بیمارستان که خود شامل بدو پذیرش ، زمان بستری ، موقعیت های ویژه ، زمان ترخیص ، ارتباط با همراهان بیماران بدحال و فوت شده و ...

• ارتباط با بیمار بعد از ترخیص که بیشتر مربوط به زمان پیگیری بیماری و پرستاران بهداشت جامعه می شود.

از دسته بندی بالا تنها مورد دوم که مربوط به زمان بستری بیمار است جزء موارد تحت پوشش توسط پرسنل درمانی بوده و باید نکات مربوطه به آن را کاملاً رعایت نماییم.

• ارتباط به عنوان هسته اساسی ، بین پرستار و بیمار و بر اساس اعتماد و احترام متقابل است.

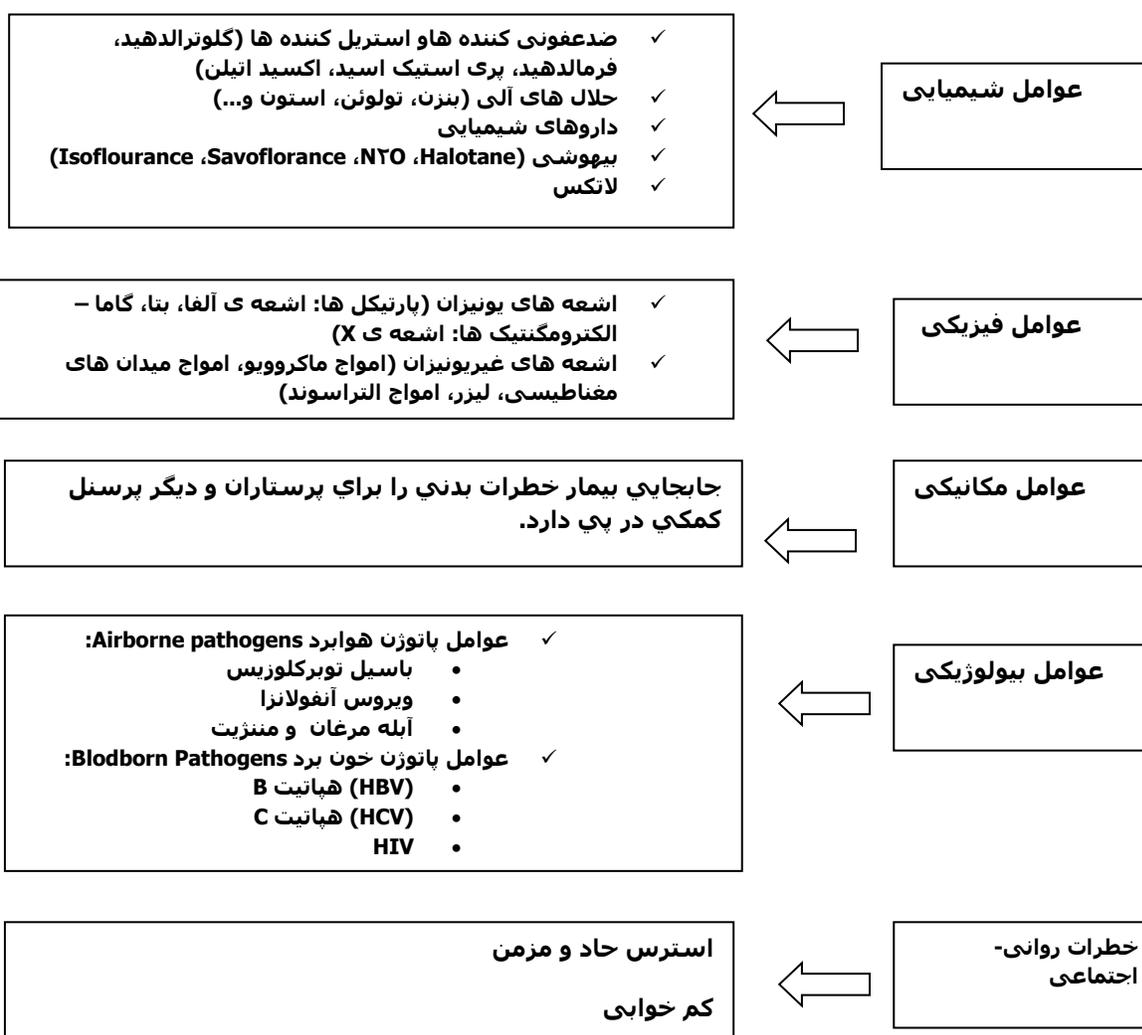
• برقراری ارتباط صحیح ، مهمترین عامل در ایجاد حس اعتماد و هر چه بهتر اجرا شدن فرایند درمان می باشد.

• گروههای مختلف درمانی و غیر درمانی که با بیمار در ارتباط می باشند به ترتیب شامل : نیروهای انتظامات بیمارستان ، پرسنل پذیرش ، پرسنل تریاژ ، پرسنل فوریت، تحت نظراورژانس ، پزشک اسکرین ، بخشهای پاراکلینیک (آزمایشگاه ، داروخانه ، کو ، رادیولوژی و ...) بخشهای بستری و بخشهایی مانند اتاق عمل و... است .

توصیه های بهداشتی در رابطه با صدمات شغلی

کمر محیط کاری به پیچیدگی بیمارستان می باشد و میزان صدمات شغلی پرستاری از هر حرفه ی دیگری بیشتر است، در همین راستا به منظور آشنایی با مخاطرات شغلی عمده در بیمارستان، ارتقا فرهنگ عمومی ایمنی، کاهش حوادث و بیماری های ناشی از کار و در نهایت صیانت از نیروی کار مطالبی ارائه میگردد.

بطور کلی مخاطرات شغلی موجود در بیمارستان در ۵ گروه عمده جای میگردد:



هر کدام از این عوامل براساس نوع واحد مربوطه، نوع بیماران، نوع کلینیک و خدمات ارائه شده به بیماران متفاوت است، که توجه به دستورالعمل های ارائه شده توسط مسئولین امر تاثیر بسزایی در پیشگیری از این آسیب ها خواهد داشت.

حوادث ناشی از Needle Stick (صدمه ناشی از اجسام نوک تیز) یکی از انواع رایج آسیب ها در مراکز مراقبت های بهداشتی است، که ریسک ابتلا به بیماریهای خونی نظیر HBV و HIV و HCV را در فرد افزایش می دهد. سوراخ شدن ناگهانی پوست بوسیله needle یا سرسوزن های آلوده می تواند مایعات خطرناک را از میان پوست به داخل بدن تزریق کند . پتانسیلی برای تزریق داروهای خطرناک نیز وجود دارد اما تزریق مایعات عفونی ، خصوصاً خون به مراتب بزرگترین نگرانی محسوب می شود . حتی مقدار کمی از مایعات عفونی می تواند بطور موثر بیماریهای معینی را منتشر نماید .

گروه آسیب پذیر در معرض آسیب های Needle شامل پرستاران، پرسنل اتاق عمل، پرسنل آزمایشگاه، پرسنل لنژ و نیز پرسنل خدمات می باشند.

مطالعات گذشته نشان می دهد که آسیب های ناشی از تماس با needle اغلب وابسته به فعالیتهای زیر است :

- ☉ قرار دادن مجدد کلاهک needle یا ریکپ کردن
- ☉ انتقال مایعات بدن به داخل ظروف
- ☉ نقص در دفع مناسب needle استفاده شده در ظروف مقاوم (safty box)
- ☉ طراحی نامناسب لوازم مورد استفاده
- ☉ وضعیت نامناسب بدنی (پوسچر غلط) در هنگام کار کردن
- ☉ تجربه کارکنان
- ☉ از دست دادن تمرکز

اقدامات حفاظتی لازم جهت جلوگیری از تماس با Needle :

از قرار دادن مجدد کلاهک needle اجتناب نمائید .

توجه :

- قبل از استفاده از needle ، برای جابجائی با دست و دفع آنها برنامه ریزی نمائید
- Needle استفاده شده را فوراً در ظروف اختصاصی دفع قطعات تیز (safety box) بریزید .
- همواره آسیبهای ناشی از قطعات تیز و needle را گزارش دهید ، تا زمانیکه از دریافت پاسخ مراقبتی مقتضی مطمئن شوید .
- در صورت مشاهده هر گونه خطر بالقوه ناشی از تماس با needle ، مسئول خود را مطلع نمائید .
- در برنامه های آموزشی مرتبط با پیشگیری از عفونتها شرکت کنید .

نسبت به انجام واکسیناسیون به تفکیک پسماندهای بیمارستانی:

به استناد ماده ی ۱۱ قانون مدیریت پسماندها، به منظور حفظ سلامت عمومی و محیط زیست در مقابل اثرات نامطلوب پسماندهای پزشکی، دفع زباله های بیمارستانی به شرح ذیل انجام میگیرد:

- پسماندهای عفونی شامل: سرم و ست سرم، کیسه های خون و ادرار، گازهای آلوده به خون و ترشحات در **کیسه زرد**.

- پسماندهای مربوط به داروهای شیمیایی شامل: سرم و ست سرم، میکروست و ملحقات آلوده به داروهای سایتوتوکسیک (ضد نئوپلازی) در **کیسه های سفید رنگ**.

- کلیه پسماندهای تیز و برنده نظیر سرسوزن در **Safety Box**

- زباله های شبه خانگی نظیر پسماندهای مواد غذایی و ضایعات نان و ظروف یک بار مصرف در **کیسه زباله ی مشکی**.

توجه: شایان ذکر است در بخش های ویژه (CCU، ICU، ایزوله، دیالیز، اتاق عمل و اورژانس) کلیه زباله ها اتاق های کار عفونی محسوب می شوند و در کیسه زباله ی زرد جمع آوری می گردند.

جمع آوری صحیح اجسام نوک تیز:

APPROPRIATE COLLECTION OF SHARPS

۱- سرنگ و سرسوزن و آنژیوکت و آمپول های شکسته شده و تیغ بیستوری های مصرف شده و ... را همیشه در **Safety Box** بیندازید.

۲- برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سر سوزن در دست هرگز بعد از تزریق، به سرسوزن دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سر سوزن اجتناب کنید.

۳- سرنگ و سرسوزن را بلافاصله بعد از استفاده و بدون واسطه در **Safety Box** بیندازید.

۴- بیش از سه چهارم حجم **Safety Box** را پر نکنید.

۵- از نگهداری **Safety Box** بیشتر از پنج روز در بخش ها خودداری نمایید.

۶- درب **Safety Box** های پر شده را قبل از حمل فیکس نموده و سپس آن را در کیسه های زرد رنگ قرار داده و جهت بیخطر سازی اقدام نمایید.

۷- برای اجتناب از ایجاد صدمه در اثر سرسوزن ها هرگز **Safety Box** را در دست نگیرید، تکان ندهید و یا روی آن نشینید یا نایستید.

انواع زباله های تولید شده در بیمارستان:

- ۱- عفونی (هرشئی که آلوده به خون و ترشحات بیمار باشد) - در کیسه زباله زرد ریخته شده و در سطل زباله زرد رنگ ریخته می شود.
- ۲- غیر عفونی (زباله خانگی) - در کیسه زباله سیاه رنگ ریخته شده و در سطل زباله آبی رنگ ریخته می شود.
- ۳- نوک تیز و برنده: در ظروف پلاستیکی زرد رنگ مخصوص بنام سیفتی باکس ریخته می شود (جزء زباله های عفونی در نظر گرفته می شود) و پس از پر شدن $\frac{3}{4}$ از حجم ظرف داخل آن به محل بی خطر سازی ارسال می شود.

لازم به ذکر است به هنگام جمع آوری زباله موارد زیر حتماً رعایت گردد.

- ۱- حتماً از دستکش استفاده شود.
- ۲- در کیسه های زباله ها حتماً گره زده شده یا با چسب فیکس گردد.
- ۳- از مخلوط کردن زباله ها اکیدا خودداری شود.
- ۴- به هنگام جمع آوری مراقب باشید که سرسوزن و یا آنژیوکت در دست و یا پای شما فرو نرود.
- ۵- نان خشک و ظروف غذا در داخل کیسه زباله سیاه رنگ تعیین شده در بخش ریخته شود
- ۶- از فشردن کیسه های زباله به منظور کم کردن حجم پسماند ها خودداری گردد

در صورت آلوده شدن زمین به ترشحات بیماران با حجم کمتر از ۳۰ سی سی

(مانند خون و...) ابتدا آلودگی با دستمال پاک گردد سپس بایک دستمال دیگر آغشته به مواد شوینده و آب پاک شده و بعد از آن با محلول ضد عفونی کننده ضد عفونی شود .

در صورت آلوده شدن زمین به ترشحات بیماران با حجم بیشتر از ۳۰ سی سی

(مانند خون و...) ابتدا روی آلودگی با یک پارچه یا ملافه کهنه پوشانده شده و روی ملافه ماده ضد عفونی کننده ریخته شود و بعد از ۱۵-۲۰ دقیقه ملافه برداشته و کیسه زرد انداخته شود و سطح با مواد شوینده و آب یا مواد پاک کننده پاک شود و بعد از آن با محلول ضد عفونی کننده ضد عفونی گردد.

اعتباربخشی:

تعاریف و مفاهیم

اعتبارسنجی فرآیندی است که در آن یک گروه یا سازمان اعتبارسنجی، از طریق ارزیابی به یک بیمارستان، شهرت، اعتبار و رسمیت را به منظور توانایی انجام خدمات خاصی به صورت استاندارد اعطا می کند. اعتبارسنجی از طریق ارزیابی کیفیت فرآیندهای سازمانی و عملکرد آن بر طبق استانداردهای مکتوب، مصوب و منطبق با استانداردها، به وسیله افراد مجرب و متخصص انجام می شود. سازمان یا بیمارستانی مورد ارزیابی قرار می گیرد که به صورت داوطلبانه اما رسمی، از سازمان اعتبارسنجی تقاضا نماید و گروه اعتبارسنجی، با استفاده از استانداردهای مرتبط، بیمارستان را مورد ارزیابی قرار می دهد. پس از تجزیه و تحلیل یافته ها، درجه انطباق و پیروی از استانداردها به آن سازمان اعلام می شود.

اعتباربخشی بیمارستان به عنوان "یک فرایند خودارزیابی و ارزیابی بیرونی که توسط سازمان های مراقبت بهداشتی برای ارزیابی صحیح سطح عملکردشان در ارتباط با استانداردهای تدوین شده و پیاده سازی روش هایی برای بهبود مستمر" تعریف شده است. اعتباربخشی لزوماً "تنظیم یکسری استانداردها نیست: ابعاد تحلیلی، توصیه ای و خودارزیابی برای این فرایند وجود دارد. مباحث موازی پیرامون پزشکی مبتنی بر شواهد، تضمین کیفیت و حقوق پزشکی وجود دارد، و کاهش خطاهای پزشکی وظیفه ای کلیدی از فرایند اعتباربخشی است. بنابراین اعتباربخشی بیمارستان یکی از اجزاء حفظ ایمنی بیمار است.

برنامه ریزی استراتژیک:

در این برنامه ریزی اهداف و خطوط کلی و رسالت های سازمان در درازمدت تعیین می گردد، این نوع برنامه ریزی، جامعیت داشته و در سطوح عالی سازمان شکل می گیرد و چارچوبی مشخص برای برنامه ریزی عملیاتی ترسیم می نماید، دارای دید درازمدت است، و بالاخره در حکم چتری است که کل سازمان را به نحوی در بر می گیرد

خط مشی:

معنای لغوی خط مشی (policy)، اساسنامه، مرام نامه، روش و رویه است
خط مشی، یک برنامه عمومی است که به منزله راهنمای عمل، مد نظر مدیران قرار گرفته و نحوه اجرای برنامه را برای مسئولان اجرایی سازمان معین میکند؛ ضمن آنکه وسیله موثری برای کنترل عملیات به شمار می آید.
از افعال خبری در نوشتن استفاده می شود.

ویژگی خط مشی:

صراحت و وضوح؛ خط مشی باید مشخص، ثابت، واضح و گویا باشد؛ بطوریکه برای افراد سطوح مختلف بیمارستان، قابل درک باشد

قابلیت اجرا ؛ خط مشی باید قابل اجرا باشد؛ بطوریکه اجرای آن با توجه به تواناییها و ویژگی‌های بخش‌ها و واحدهای مسئول در بیمارستان ، امکان‌پذیر باشد

انعطاف‌پذیری ؛ خط مشی باید به گونه‌ای تنظیم شود که ضمن ایجاد ثبات نسبی در نحوه فعالیت و عملکرد بیمارستان، با وضعیت‌های متغیر و موقعیت‌های جدید قابل انطباق باشد.

هماهنگی ؛ اجزای خط مشی باید باهم هماهنگ باشند؛ به طوریکه بتوانند همه واحدها و بخش‌های ذیربط را به طور هماهنگ، در جهت تحقق اهداف برنامه، هدایت کنند.

مستدل بودن ؛ خط مشی باید مستدل و بر مبنای تصمیم‌های منطقی باشد؛ که بر مبنای اطلاعات صحیح و مرتبط با موضوع اخذ شوند.

متمایز بودن از قوانین ؛ خط مشی قانون نیست و قابل تفسیر است؛ دستورات عمل نیست . از جنس باید ها و نبایدها و خطوط قرمز در بیمارستان است .

کتبی بودن؛ خط مشی باید به طور مدون و مکتوب، ارائه شود .

دستورالعمل:

مجموعه‌ای از استانداردهای عینی و قابل اندازه‌گیری هستند که روند یک فرآیند اجرایی را مشخص می‌کنند. پروتکل‌ها بار قانونی داشته و الزام اجرایی دارد.

دستورالعمل به توصیف ترتیب گام‌های اجرای وظایفی که فعالیت را می‌سازند، می‌پردازد از افعال امری و دستوری استفاده می‌شود.

مثال: پروتکل هموویژلانس

روش اجرایی:

روش اجرایی شامل یکسری از مراحل است که با ترتیبی منظم و ویژه اجرای یک خط مشی را ترسیم می‌کند. چگونگی اجرای سیاست بخش / بیمارستان را بیان می‌کند.

بیانگر سیاست عملکردی بیمارستان است.

در قسمت (روش اجرایی) Procedure می‌بایست گزینه‌ای که در خط مشی به آنها اشاره شده است به صورت جزء به جزء و دقیق اشاره نمود در واقع در این قسمت به سؤال : (How چطور) - (Why چرا) - (When چه موقع) - (Where کجا) (Who چه کسی)، پاسخ می‌دهیم یعنی آنچه را که در (خط مشی) نوشته ایم توضیح می‌دهیم و اینکه چگونه (How) آن را اجرا می‌کنیم.

ذینفعان:

❑ ذینفع، فرد، گروه یا سازمانی است که می‌تواند بر نگرش، منابع یا خروجی‌های سازمان تأثیر گذارد و یا از خروجی‌های سازمان تأثیر پذیرد.

❑ تحلیل ذینفعان بسیار ضروری است، چرا که رمز موفقیت در بخش دولتی و غیرانتفاعی ارضای ذینفعان کلیدی سازمان است.

انواع اهداف:

• اهداف بلند مدت یا کلان (goal) یا اهداف استراتژیک

اهداف بلندمدت را می‌توان به صورت نتایج خاصی که سازمان می‌کوشد در تأمین مأموریت خود بدست آورد، تعریف کرد. مقصود از دوره بلندمدت دوره ای است که بیش از یک سال باشد.

• اهداف اختصاصی (objective) یا اهداف عینی یا عملیاتی

اهداف کوتاه مدت اهدافی هستند که سازمان برای رسیدن به اهداف بلندمدت خود باید به آنها دست یابد. این اهداف که به آن اهداف سالیانه (Annual Objective) نیز می‌گویند و باید قابل سنجش، به صورت کمی، چالشگر، مرتبط و سازگار با سایر اهداف و اولویت‌های سازمان باشد.

شاخص:

✓ شاخص ابزار مشخص کردن هر چیزی است و ملاک یا معیاری است که بوسیله آن ویژگی‌های کیفی

یک موضوع در قالب کمیت بیان می‌شود و آن را قابل بررسی و ارزشیابی می‌کند.

✓ مفهوم یا عددی که اندازه کمیت معینی را مشخص می‌کند.

✓ متغیرهایی هستند که بیانگر و نشان دهنده شرایط موجود می‌باشند و بنابراین می‌توانند برای اندازه

گیری تغییرات مورد استفاده قرار گیرند. (گرین ۱۹۹۲)

بیانیه رسالت و چشم‌انداز و ارزشها

• بیانیه مأموریت ([Mission Statement](#))، هدف سازمانی را توضیح می‌دهد؛ این بیانیه، "فلسفه وجودی ما" را بررسی می‌کند.

• بیانیه اصول یا ارزش‌ها ([Statement of Principle](#)) بیان می‌کند که "ما به چه چیزی اعتقاد داریم و چگونه رفتار خواهیم کرد".

• بیانیه چشم‌انداز ([Vision Statement](#))، پیش‌بینی می‌کند که "می‌خواهیم به کجا برسیم".

گزارش نویسی:

یادداشت دقیق گزارشات پرستاری از هر لحاظ مهم است تا جائیکه "اگر کاری انجام شده اما نوشته نشده باشد یعنی آن کار انجام نشده است". یک یادداشت خوب و دقیق میتواند نشان دهنده مراقبت و نتایج آن، آسان شدن برنامه ریزی مراقبت بیمار و کمک کننده به ارتباط بهتر میان خدمات دسته های بهداشتی - درمانی باشد.

" گزارش پرستاری یعنی انتقال اطلاعات درباره چیزهایی است که با آن روبرو می شویم ، می بینیم ، می شنویم ، انجام می دهیم یا ملاحظه می کنیم ."

حضرت علی (ع) می فرماید:

علم را با نوشتن پایبند کنید، زیرا آنچه حفظ شود بگریزد و آنچه نوشته شود تا ابد باقی بماند .

ثبت گزارشات پرستاری از زمان فلورانس نایتینگل در قرن ۱۹ آغاز شد و از سال ۱۹۷۰ پرستاران از کلمات حرفه ای در گزارش خود استفاده مینمایند.

مقدمه:

گزارش پرستاری بیمار تنها سند قانونی دائمی است که جزئیات تعاملات بیمار و پرستار را منعکس می نماید و چنانچه بیمار و یا ولی بیمار اظهار نماید که در پرستاری غفلت شده است بهترین مدافع پرستار می باشد.

استفاده از راهبردهای اساسی در گزارش نویسی در پیشگیری از اشتباهات عاملی یاری دهنده می باشد. خلاصه اینکه گزارشات بایستی دارای استانداردهای حرفه ای و رسمی باشد. یک گزارش مناسب بایستی دارای استانداردهای زیر باشد: **کامل ، دقیق مرتبط ، حقیقی ، به موقع ، منظم ، پی در پی ، قانونی ، خردمندانه و محرمانه.**

نظر به اهمیت گزارش پرستاری در فرآیند درمان بیماران و ارزش حقوقی و قضایی آن نکات مهم در مورد نوشتن گزارش پرستاری جهت همکاران محترم یادآوری می گردد. امید است همکاران محترم پرستار و بهیار بیش از پیش در ثبت دقیق گزارش پرستاری دقت لازم را مبذول نمایند.

اهداف گزارش نویسی

اهداف ثبت گزارش بیماران شامل موارد زیر می باشد:

۱. برقراری ارتباط



اولین هدف ثبت گزارش بیماران، در جریان قرار دادن دیگر افراد گروه بهداشتی - درمانی از وضعیت بیمار و اقدامات درمانی است.

۲. برنامه ریزی مراقبتی

براساس داده های روزانه و تغییر وضعیت بیمار و پیشرفت وی برنامه مراقبتی طراحی می شود.

۳. برآورد کیفیت

براساس گزارش ثبت شده در پرونده بیمار، به کیفیت مراقبت از وی پی برده می شود. در صورت وجود مشکلات، برای بهبود کیفیت مراقبت از بیمار، آموزش های ضمن خدمت برگزار می گردد. همچنین برای انتخاب استانداردهای مراقبتی، از پرونده بیماران نیز استفاده می شود.

۴. پاسخ گویی به مسائل قانونی و مالی

گزارشات ثبت شده در پرونده بیمار، به عنوان مدرک قانونی است. در صورتی که بیمار یا خانواده وی شکایتی در مورد کیفیت مراقبت داشته باشند، بهترین منبع و مدرک، پرونده بیمار می باشد. بنابراین ثبت گزارش بایستی **دقیق، صحیح و به موقع** صورت گیرد. بیماران هزینه درمانی خود را براساس گزارشات ثبت شده در پرونده که چه نوع مراقبت هایی را دریافت نموده اند، حساب و پرداخت می نمایند.

۵. آموزشی

گزارشات موجود در پرونده بیمار، برای آموزش دانشجویان گروه پزشکی استفاده می گردد.

۶. تحقیقی

پژوهشگرانی که در زمینه حل مشکلات بهداشتی - درمانی فعالیت دارند، به بررسی و مطالعه پرونده بیماران می پردازند و اطلاعات لازم را کسب می نمایند و راهکارهای مناسب را ارائه می دهند.

۷. تاریخی

اطلاعات و یافته های بهداشتی - درمانی بیمار، ممکن است در سال های بعد مورد نیاز باشد. به همین دلیل اطلاعات درج شده در پرونده بیمار، ارزش تاریخی دارد.

۸. اعتباربخشی و کیفیت

سازمان بهداشتی با استفاده از گزارش های ثبت شده، مراقبت های استاندارد را به دست آورده و تعریف می نماید.

۹- برآورد هزینه ها

ثبت دقیق گزارشات پرستاری سند مهمی برای برآورد هزینه های بیمار میباشد .

خصوصیات یک گزارش علمی و صحیح

رعایت ۶ نکته زیر در ثبت گزارش صحیح جهت پیشگیری از اشتباهات احتمالی ، طراحی و اجرای مناسب مراقبتهای پرستاری الزامی است.

۱. حقیقت **Actuality**

۲. دقت **Accuracy**

۳. کامل و مختصر **Completeness and Concise**

۴. پویا **Current**

۵. سازماندهی **Organize**

۶. محرمانه **Confidential**

حقیقت در گزارش نویسی:

گزارش صحیح بایستی حقایق را بیان نماید، اطلاعات واقعی منجر به تفسیر و درک اشتباه نمی گردد.



گزارش باید شامل اطلاعات عینی و توصیفی درباره پدیده هایی باشد که پرستار می بیند، می شنود و احساس می کند.

❖ از کاربرد کلماتی که ایجاد شک، تردید و یا ابهام در فرد خواننده گزارش می نماید جدا خودداری نمایید.

❖ بهیچ عنوان از کلماتی چون به نظر می رسد، ظاهراً و ممکن است استفاده نکنید.

مثال: گزارش صحیح: بیمار اظهار می دارد دچار اختلال در خواب است، قادر به انجام کارهای خود نیست، حوصله صحبت با دیگران را ندارد، اشتهای خوبی به غذا ندارد.

گزارش غلط: بیمار افسرده به نظر می رسد.



دقت در گزارش نویسی:

موارد ثبت شده درباره بیمار بایستی دقیق باشد تا اعضاء تیم درمان بتوانند به آن اعتماد کنند.

مثال:

گزارش صحیح: بیمار ۳۶۰ CC مایعات (آب) مصرف نموده است.

گزارش غلط: بیمار به میزان کافی مایعات دریافت کرده است.

گزارش صحیح: زخم ایجاد شده در ربع تحتانی سمت راست شکم ۵ cm طول دارد.

گزارش غلط: زخم ناحیه شکم بزرگ و شکافدار

✓ در تهیه گزارش از کاربرد علائم اختصاری (Abbreviation) غیراستاندارد جدا خودداری نمایید.

✓ علائم اختصاری استاندارد را نیز دقیق هجی نمایید و سپس در گزارش نویسی استفاده کنید.

- ✓ در ثبت گزارشات پرستاری به هیچ عنوان بایستی اقدامات مراقبتی و درمانی که توسط یک پرستار انجام می شود توسط پرستار دیگری ثبت یا چارت گردد.
- ✓ در گزارشات پرستاری در ارتباط با اقدامات درمانی و مراقبتی بایستی به وضوح ذکر گردد چه کاری، توسط چه کسی و چه زمانی انجام شده است.
- ✓ چنانچه پرستار گزارشش دقیق و با اطمینان نباشد قانوندانان نیز در حیطة کاری خود و قضاوت دچار شک و ابهام می گردند و در نتیجه رای صادره قابل اعتماد نیست.
- ✓ عامل دیگر جهت اطمینان از صحت و دقت گزارشات داشتن امضاء گزارش دهنده می باشد. امضاء شخص بایستی دارای مشخصات زیر باشد:
- ✓ نام و نام خانوادگی، سمت، رتبه، تاریخ و ساعت



کامل بودن گزارش:

- ✓ اطلاعاتی که در گزارشات پرستاری ثبت می گردد بایستی کامل و در ضمن م مختصر درک آسانی دارد و نوشته های طولانی خواندنش مشکل است و وقت را تلف می نماید.
- ✓ در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیرضروری اجتناب نمود.

گزارش طولانی	گزارش مختصر
انگشتان پای چپ مددجو گرم و صورتی رنگ است، التهاب وجود ندارد، بازگشت و پرشدگی مویرگی خوب است، نبض روی پای چپ قوی است، نبض روی پا در هر دو پا احساس می شود.	انگشتان پای چپ گرم و صورتی رنگ بوده، بستر ناخنها نشان می دهد که بازگشت خون طی دو ثانیه انجام گردید، نبض روی پای قوی، ۴ + دو طرفه و بدون التهاب است.

در تهیه گزارش پرستاری بایستی از کاربرد کلمات غیر ضروری اجتناب نمود.

پویا و بموقع بودن گزارش:

گزارش نویسی باید بصورت پویا و بدون تاخیر انجام شود. تاخیر در گزارش کتبی و شفاهی می تواند سبب بروز اشتباهاتی جدی گردد و در نتیجه نیازهای مراقبتی بیمار با تاخیر برطرف گردد. به عنوان مثال نارسایی و تاخیر در ثبت گزارش و یا گزارش شفاهی در ارتباط با افت فشار خون می تواند موجب تاخیر در استفاده از داروهای مورد نیاز حیاتی گردد.

تصمیم گیری در ارتباط با مراقبت از بیمار باید براساس اطلاعات گزارش شده جاری صورت گیرد.

فعالیتها و وقایعی که بایستی بطور جاری و بدون وقفه ثبت گردد شامل:

- ✓ علائم حیاتی
- ✓ تجویز دارو و اقدامات درمانی
- ✓ آماده کردن بیمار برای تستهای تشخیصی
- ✓ تغییر در وضعیت سلامت
- ✓ پذیرش، انتقال، ترخیص یا مرگ بیمار
- ✓ درمان تغییرات ناگهانی در وضعیت بیمار

سازماندهی گزارش:

اطلاعات ثبت شده بایستی دارای نظم بوده و سازماندهی شوند و بهتر است از فرمهای مخصوص استفاده گردد.

محرمانه بودن گزارش:

کلیه گزارشات باید محرمانه بوده و دور از دسترس همراهان و وابستگان بیمار باشد. بیمارستان حق تکثیر هیچ یک از اوراق پرونده بدون اجازه بیمار را ندارد.

مشکلات بالقوه قانونی در ثبت گزارش:

- ❖ عدم تطابق محتوی گزارش با استانداردهای حرفه ای
- ❖ محتوی گزارش منعکس کننده نیازهای بیمار نباشد
- ❖ محتوی ناقص یا بی ثبات
- ❖ درمحتوی موارد غیر عادی ثبت نشده باشد
- ❖ محتوایی که منعکس کننده دستورات طبی نباشد.
- ❖ وجود خط و فضای خالی بین خطوط ثبت شده گزارش نویسی
- ❖ امضاء گزارشات تهیه شده پس از امضاء فرد دیگر
- ❖ تحریف گزارش
- ❖ وجود چند نوع دست خط در تهیه یک مورد گزارش
- ❖ ناخوانا بودن گزارش
- ❖ درهم برهمی و کثیفی گزارش
- ❖ عدم ثبت تاریخ و زمان و گزارش متناقض
- ❖ امضاء نامناسب گزارش توسط پرستار
- ❖ لاک گرفتن بخشی از محتوای گزارش نویسی
- ❖ ثبت قبل از انجام مداخله مورد لزوم
- ❖ ثبت گزارش توسط افراد غیر مسئول

اهمیت گزارش نویسی صحیح:

- ❖ پرونده ای که به صورت صحیح و کامل تکمیل شده باشد بهترین مدافع شما می باشد.
- ❖ اگر مطلبی از قلم بیافتد و در پرونده ثبت نشود به دفاعیات ما آسیب می رساند.
- ❖ عدم اطلاع از قانون رفع مسئولیت نمی کند.
- ❖ چنانچه جزئیات اقداماتی که برای بیمار انجام می گیرد در پرونده ثبت نمایید اثبات صحت اقدامات انجام شده آسانتر خواهد بود.
- ❖ تناقضات موجود در پرونده که ناشی از خطاهای سهوی نوشتاری می باشد را بر طرف کنیم.
- ❖ ثبت هر نکته ای در پرونده ممکن است در دادگاه بتواند از کادر درمانی حمایت نماید و بر عکس وجود هر اشکالی در پرونده بالینی می تواند بر علیه کادر درمانی بکار رود.
- ❖ ثبت هر نکته ای ایجاد مسئولیت می نماید..

- ❖ از دسترسی اقوام و بستگان و افراد غیر مسئول به پرونده بالینی بیمار جددا ممانعت بعمل آورید.
- ❖ در تمامی برگه های پرونده بالینی بیمار مشخصات را با دقت تکمیل نمایید.

نکات مهم در ثبت گزارش پرستاری بدو ورود:

- ❖ مشخصات بیمار "نام و نام خانوادگی، کد کامپیوتری، شماره پرونده و ... " بطور دقیق ثبت گردد .
- ❖ گزارش باید خوانا و مرتب نوشته شده باشد.
- ❖ جهت ثبت دقیق اوقات شبانه روز در گزارش ساعات را بطور کامل با استفاده از اعداد ۱ تا ۲۴ بنویسید.
- ❖ گزارش پذیرش بیمار (اولین گزارش پرستاری در هر بخش) باید بسیار کامل نوشته شده و شامل جنس ، سن ، ساعت ورود و تاریخ پذیرش در بخش باشد.
- ❖ نحوه ورود (با پای خودش ، با برانکار، باصندلی چرخدار، توسط اورژانس ۱۱۵، توسط همراهان و ...) ، شکایت فعلی بیمار و تشخیص اولیه و دلیل بستری شدن وی باید ثبت گردد.
- ❖ نتایج حاصل از ارزیابی وضعیت سلامت جسمی و روحی بیمار در هنگام پذیرش "ارزیابی پرستاری" (وضعیت هوشیاری بیمار، علائم حیاتی هنگام ورود، داشتن bed sore، گچ، آتل، پانسمان قبلی، چست تیوب) سابقه بیماری قبلی... و سایر موارد مهم مشاهده شده مثل چاقی یا لاغری، شکستگی، بریدگی، ناتوانی، حساسیت ، عفونت فعال و ... الزاماً باید ثبت شود.
- ❖ برنامه درمانی و تمام بررسیها و آزمایشهای درخواست شده توسط پزشک معالج
- ❖ موارد پیکیری جهت هر اقدامی باید بطور دقیق ثبت شود.
- ❖ زمان دقیق گزارش موارد غیر طبیعی به پزشک باید ثبت شود.
- ❖ زمان دقیق ویزیت پزشک باید ثبت گردد.
- ❖ زمان گزارش چگونگی انجام هر اقدام در رابطه با موارد غیر طبیعی باید ثبت شود.
- ❖ تاریخ و ساعت تجویز دارو، ثبت دقیق دوز دارو، ثبت دقیق راه تجویز باید ثبت شود.
- ❖ ثبت دقیق عوارض جانبی در صورت بروز و اقدامات انجام شده الزامی میباشد
- ❖ انتهای گزارشات را با خط ممتد تا انتهای سطر ببندید تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته را بگیرید و سپس نام پرستار قید شده و ساعت و تاریخ و مهر و امضا نمایید.

مواردی که در گزارش بیماران بستری باید مد نظر باشد :

- مشخصات کامل بیمار در سربرگ "نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، تاریخ پذیرش، نام پزشک" قید شده است.
- فضای خالی بین خطوط گزارش نویسی وجود ندارد.
- در صورت نیاز به استفاده از اختصارات، از علائم اختصاری استاندارد پزشکی و پرستاری استفاده شده است.
- در ثبت گزارش از عبارات عینی و دقیق بجای عبارت کیفی استفاده شده است.
- در ثبت پروسیجرها موارد لازم ذکر شده است (نوع و محل دقیق، زمان شروع و اتمام، نام فرد انجام دهنده، علت انجام پروسیجر در صورت لزوم، واکنش بیمار نسبت به انجام آن، مراقبت پرستاری بعد از انجام پروسیجر).
- در گزارشات دارویی بیمار موارد لازم ذکر شده است (نام و دوز دارو، ساعت از ۲۴-۱، راه مصرف، و در صورت لزوم، ثبت واکنش غیر طبیعی بیمار پس از دریافت دارو و احتیاطهای خاص به عمل آمده).
- در صورت تزریق مخدر، به نام دارو، دوز دارو، مهر و امضای پزشک تجویز کننده، مهر و امضای پرستار تزریق کننده، مهر و امضای پرستار تایید کننده، راه مصرف، تاریخ و زمان تزریق و واکنش بیمار اشاره شده است.
- در محتوی گزارش به سیر پیشرفت بیمار اشاره شده است.
- گزارش توسط فرد ارائه دهنده مراقبت نوشته شده است.
- موارد لازم در گزارش بصورت سازماندهی شده و به ترتیب قید شده است.
- سطح هوشیاری بیمار ثبت گردیده است.
- وضعیت تغذیه بیمار با تأکید بر نوع رژیم و اشتهای بیمار و تحمل قید گردیده است.
- در بیماران NPO، درج NPO بودن در پرونده پزشکی و گزارش پرستاری و کاردکس همچنین نصب تابلوی NPO بالای تخت بیمار نیز رعایت شده است.
- در مواردی که غذای بیمار گاوژ می گردد، مقدار و نوع محلول گاوژ در گزارش ثبت شده است.
- وضعیت دفعی بیمار ثبت شده است.
- وضعیت استراحت و خواب بیمار ثبت شده است.
- مراقبتهای پرستاری انجام شده در طول شیفت ثبت شده است، شامل: پانسمن، ادرار، تعبیه سوند معده، کاتتر فولی، درن، چست تیوب، کاترهای شریانی یا وریدی، ساکشن راه هوایی، تغییر پوزیشن و ... با ذکر ساعت و تاریخ.
- در بیمارانی که دارای پانسمن می باشند ذکر نوع پانسمن، تاریخ انجام آن، میزان ترشحات زخم یا درن و وضعیت ظاهری ترشحات در گزارش قید شده است.

- ثبت ویزیتها و مشاوره های انجام شده در طول شیفت با ذکر ساعت و نام فرد انجام دهنده، همچنین اشاره به اورژانس یا غیراورژانس بودن مشاوره و ساعت درخواست و رعایت محدوده اولین ارزیابی پزشک مشاور لحاظ شده است.
- گزارش انتقال بیمار (زمان، مکان، نام انتقال دهنده، نام تحویل گیرنده، وسیله انتقال) در گزارش ثبت شده است.
- دستورات دارویی بلافاصله چک و بطور دقیق در کاردکس لحاظ گردیده و در صورت وجود ابهام در دستورات دارویی و ناخوانا بودن و یا وجود احتمال خطا، پزشک مسئول مطلع گردیده است.
- دستورات دارویی دو طرفه تیک زده شده و تعداد موارد، تاریخ، ساعت چک شده و امضاء گردیده است.
- در صورتیکه یک یا چند مورد از دستورات پزشک بنا به عللی اجرا نشده دستورات اجرا نشده با ذکر علت آن در گزارش ثبت شده است .
- با توجه به داروهایی که بیمار مصرف می کند، عوارض جانبی آن مد نظر قرار گرفته و در صورت بروز بلافاصله گزارش گردیده است .
- در تزریقات وریدی ، زمان، تاریخ، محل انفوزیون، وسایل مورد استفاده، نوع و مقدار جریان مایع داروهای انفوزه شده و عوارض احتمالی ثبت شده است.
- در ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی ، زمان، تاریخ شروع ، علائم حیاتی قبل، حین و بعد از ترانسفوزیون ثبت شده و اگر بیمار دچار واکنش شده بلافاصله ترانسفوزیون قطع گردیده و پزشک مطلع شده و تاریخ و زمان واکنش و اقدامات انجام شده بعدی نیز ثبت شده است.
- در رابطه با بیمارانی که تحت ونتیلاسیون مکانیکی می باشند، درج **setting** ونتیلاتور و در صورت استفاده از **sedative** دوز و زمان و نحوه تزریق آن انجام شده است.
- انجام **ABG** و اقدامات انجام شده به دنبال دریافت جواب آن نیز در گزارش ثبت شده است.
- در رابطه با بیمارانی که تحت **O2** تراپی می باشند، ذکر میزان اکسیژن دریافتی و نحوه تجویز آن و نیز واکنش بیمار به آن در گزارش ذکر شده است.
- اگر بیمار اینتوبه باشد و یا تراکئوستومی داشته باشد، مراقبتهای انجام شده در این زمینه در گزارش ثبت شده است.
- وضعیت حرکتی بیمار با ذکر ساعات انجام تغییر پوزیشن (در صورت نیاز) و استفاده از تشک مواج ثبت شده است.
- در بیمارانی که به دلایل مشکلات تنفسی تحت درمان می باشند، قید الگوی تنفسی، نیاز بیمار به بخور، نیاز بیمار به ساکشن، فواصل انجام ساکشن، نوع و میزان ترشحات در گزارش ثبت شده است.

- در خصوص مشاوره های پزشکی ضمن درج ساعت انجام مشاوره و زمان اطلاع نتیجه مشاوره به پزشک معالج توجه شده است که دستورات مشاوره فقط در صورتیکه توسط پزشک معالج یا پزشک مقیم در پرونده دستور اجرای آنها داده شده قابل انجام بوده و بطور مستقیم و با اطلاع پزشک معالج اجرا شده است.
- در رابطه با دستورات تلفنی : نام پزشک ،ساعت دستور تلفنی، در گزارش ثبت شده و جهت صحت درک، دستور مجددا توسط پرستار مستمع بازگو گردیده و پس از اطمینان از صحت ،دستور تلفنی چک و اجرا گردیده است. در نهایت دستور مزبور توسط پزشک معالج در برگه دستورات ظرف مدت ۲۴ ساعت درج و امضاء شده است. تمامی دستورات توسط دو پرستار امضاء گردیده است.

نکته :

- لازم به ذکر است که یاد آوری و تذکر این موارد به پزشک از سوی پرستار ضروری است.
- دستورات شفاهی اقدامی غیر منطقی و غیر اصولی بوده ولی در شرایط ویژه (پزشک حین عمل، در حال احیا و ...) قابل اجراست و باید مشابه دستورات تلفنی اخذ گردد.
- دستورات شفاهی برای شروع شیمی درمانی قابل قبول نیست ولی جهت قطع دارو قابل قبول می باشد.
- هنگام اجرای دستورات شفاهی باید پوکه دارو تا زمان ثبت در پرونده داخل کاور حفظ گردد.
- پرستار پس از مشاهده موارد غیر طبیعی در بیمار و یا انجام مراقبتهای خاص برای بیمار، در اسرع وقت به پزشک مربوطه اطلاع و در گزارش پرستاری خود ثبت نموده است.
- کلیه مشاهدات و یا اجرای مداخلات پرستاری با ذکر دقیق ساعت در گزارش پرستاری قید شده است.
- در صورت طولانی بودن گزارش، در انتهای صفحه کلمات "ادامه دارد" ذکر شده و مهر و امضا گردیده و بعد وارد صفحه دیگری شده است.
- گزارش عملیات احیاء قلبی ریوی C.P.R بطور کامل و جامع با ذکر کلیه مراحل احیاء و اقدامات انجام شده در پرونده ثبت شده است.
- انواع آزمایشات پاراکلینیکی بیمار، تستهای خاص مثل PPD، پنی سیلین و... در صورت انجام با ذکر ساعت و تاریخ در گزارشات ثبت شده است.
- موارد پیگیری در طول شیفت و نتایج پیگیری و موارد لازم جهت پیگیری برای شیفت بعد ثبت گردیده است.
- اخذ جواب آزمایشات و در صورت وجود موارد غیر طبیعی اطلاع به پزشک با ذکر اقدامات انجام شده ثبت گردیده است.
- تاریخ انجام گرافیهها و آمادگیهای لازم ثبت شده است.

- زمان ارسال نمونه های خلط ،ادرار،مدفوع ثبت شده است.
- در صورتیکه بیمار دستور کنترل میزان جذب و دفع مایعات (I&O) را دارد الصاق فرم کنترل جذب و دفع در پرونده و ثبت میزان جذب و دفع در هر شیفت با ذکر نوع و روش دریافت به عمل آمده است.
- در بیمارانی که میزان سرم دریافتی بایستی براساس out put تنظیم و انفوزیون گردد، درج میزان سرم دریافتی و مایعات دریافتی و نوع آن در هر شیفت به طور مجزا براساس out put بیمار (ادرار وهرگونه مواد دفعی) بطور دقیق ثبت شده است.
- گزارش ترخیص بیمار (زمان و آموزشهای حین ترخیص)ثبت شده است.
- در صورت فوت بیمار ثبت تمامی موارد مربوط به احیاء بیمار ساعت فوت ، نام فرد نویسنده گواهی و جواز دفن و نام فرد تحویل دهنده جسد ،ساعت و محل تحویل جسد و وسایل بیمار ثبت شده است.
- نکات آموزشی ارائه شده به بیمار در طول شیفت و توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار و انجام هر اقدامی " دادن پمفلت،کتابچه و ... " در گزارش ثبت شده است.
- انتهای گزارشات با خط ممتد تا انتهای سطر جهت جلوگیری از هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن بسته شده و نام پرستار قید شده و ساعت و تاریخ و مهر و امضا گردیده است.
- روشها و مراقبتهای پرستاری و درمانی قبل از اجرا به هیچ وجه ثبت نمیگردد.
- گزارش پرستاری کامل، برای پرهیز از اشتباه و خط خوردگی در انتهای شیفت ثبت می گردد .
- از تصحیح عبارات اشتباه در گزارشات بوسیله لاک و یا سیاه کردن و نیز پاک کردن آنها اجتناب گردیده و اکتفا به قرار دادن یک خط تیره به نحوی که قابل خواندن باشد و درج اشتباه روی مورد فوق وثبت مورد درست رعایت شده است.
- برای بیماران مرخص شده ثبت گزارش ترخیص شامل آموزش های ارائه شده در زمینه رژیم غذایی، رژیم فعالیتی و رژیم دارویی و در صورت نیاز زمان مراجعه بعدی انجام گرفته است . همچنین به ثبت وضعیت عمومی بیمار در زمان ترخیص اشاره است.
- در گزارش نویسی انحصارا" مواردی را که خود فرد انجام داده یا مشاهده نموده یا بر اجرای آنها نظارت داشته ثبت نموده است.
- در صورتیکه نیاز به نقل قول از سوی بیمار است عین گفته های بیمار گزارش شده است.
- از سوگیری در توصیف شخصیت بیمار با صفات نا خوشایند پرهیز شده است.
- از انتقاد سایرین در گزارشات پرستاری خودداری شده است.
- اطلاعاتی که پرستار به پزشک معالج گزارش می نماید(حضور ، تلفنی) دقیقا ثبت شده است.

- نداشتن جای خالی در بین، ابتدا و انتهای گزارشات رعایت شده است.
- پرستار در صورت بروز حوادث غیر مترقبه ای چون آلرژی، تشنج، واکنشهای ناگهانی دارویی (فوری یا تاخیری)، سقوط از تخت، برق گرفتگی، اغماء ناگهانی، ایست قلبی - تنفسی، فرار از بخش، سقوط از طبقات، خودکشی و ... اهم فرایند حادثه را به طور واقع بینانه در گزارش خود ثبت نموده و سریعاً اقدامات لازم را متناسب با نوع حادثه انجام داده و مسئولین زیربط (پزشک معالج، سوپروایزر و خانواده بیمار. و...) را در جریان امر قرار داده است.
- جهت جلوگیری از بروز حوادث فوق الذکر استفاده از حفاظ تخت، کنترل اتصالات برق، بستن پنجره ها و استفاده از حفاظ، اطمینان از خوردن نوبتهای دارویی، مهیا ساختن آنتی دوتتهای اساسی، گزارش تغییرات همودینامیکی فاحش، حفاظت از قفسه های دارویی و دقت کافی در دادن داروها ضروری است.
- ابزار و وسایل مورد استفاده برای ایمنی بیمار نظیر استفاده از بدساید در گزارش پرستاری ثبت شده است.
- مرخصی موقت بیمار و غیبت بیمار چه موجه و چه غیر موجه در پرونده ثبت شده است.
- نکات آموزشی ارائه شده به بیمار در طول شیفت و توضیحات و آموزش های ارائه شده به بیمار و همراهان وی توسط پرستار و انجام هر اقدامی "دادن پمفلت، کتابچه" و ... در گزارش ثبت شده است.
- انتهای گزارشات با خط ممتد تا انتهای سطر بسته شده تا جلوی هر گونه سوء استفاده و اضافه نمودن مطلب به آن نوشته گرفته شود و نام و نام خانوادگی پرستار قید شده و ساعت و تاریخ و مهر ترجیحا دارای (شماره نظام پرستاری) زده شده و امضا گردیده است

مصادیق قصور و تحریف

- گزارش پرستاری ارزش حقوقی و قضایی دارد و بنا بر این هرگونه تحریف در آن پیگرد قانونی بدنبال خواهد داشت مواردی که بعنوان تحریف در گزارش پرستاری محسوب می شود عبارتند از :
- اضافه نمودن مواردی به گزارش موجود بی آنکه تعیین شود که موارد مذکور بعدا اضافه گردیده است.
 - ثبت اطلاعات نادرست در گزارش پرستاری .
 - حذف نکات مهم گزارش.
 - ثبت تاریخ گزارش بنحوی که موید این مسئله باشد که گزارش در زمان قبلی ثبت شده است .
 - دوباره نویسی و تغییر گزارش.
 - تخریب یا مخدوش نمودن گزارشهای قبلی یا موجود.

➤ اضافه نمودن مواردی به گزارشهای سایرین .

آنچه که تاکنون باعث شده پرستاران به دادگاه فراخوانده شوند و گاهی به دلیل سهل انگاری ها یا معالجه غلط بیماران یا کوتاهی و قصور در بررسی بیمار نتوانسته اند از خود دفاع نمایند قصور ورزیدن در انجام صحیح استانداردهای مراقبتی و نارسایی در مشاهدات پرستاری بوده که ذیلا به بعضی از موارد قصور اشاره می شود:

- ✓ قصور در اجرای درمان به طور صحیح.
- ✓ سقوط بیمار و قصور در ثبت آن و نداشتن صداقت در ثبت آن.
- ✓ اشتباهات دارویی
- ✓ قصور در مشاهده کردن.
- ✓ قصور در ثبت صحیح مشاهدات خود از بیمار.
- ✓ بکار گیری تجهیزات ناقص و معیوب .
- ✓ قصور در بررسی بیمار و نگرفتن تاریخچه بیماران و شرح حال آنان.
- ✓ سوختگی ها .
- ✓ قصور در تعیین هویت بیماران و شناسایی بیمار.
- ✓
- ✓ قصور در محرمان نگه نداشتن اطلاعات بیماران .
- ✓ قصور در ارزشیابی مراقبت و ثبت به موقع آن .
- ✓ قصور در گزارش دادن به موقع به پزشک .
- ✓ قصور در ثبت گزارش تلفنی یا شفاهی به پزشک.
- ✓ قصور در فراهم کردن کمک به پزشک .
- ✓ قصور در مورد دستورات دارویی و غیر دارویی بی جا و نامناسب .
- ✓ قصور در ثبت دستورات .
- ✓ وا گذار نمودن مراقبتهای درمانی و دارویی بیمار به افراد غیر کارشناس (همراه ،خدمه و ...)
- ✓ عدم ثبت ساعت وقوع حادثه .
- ✓ غفلت در ثبت جزئیات (کلی گویی).
- ✓ غفلت در ثبت دستورات شفاهی یا به امضاء نرساندن آنها.
- ✓ ثبت اطلاعات غلط.

منابع مورد استفاده:

۱. گایدلاین های گزارش نویسی. (۱۳۹۱). معاونت درمان
۲. عبدالملکی ، ع.ن. نیک پیما، م.(۱۳۹۱). پروتکل ها و دستورات عملیهای بخش های بالینی طبق استانداردهای اعتباربخشی، دفتر پرستاری دفتر - بهبود کیفیت و حاکمیت بالینی. بیمارستان شهدای تجریش
۳. http://darman.umsha.ac.ir/uploads/15_149_gozarsh

کاردکس نویسی:

دستورالعمل نحوه ثبت کاردکس

- موارد ثبت شده در کاردکس خوانا و بدون قلم خوردگی باشد و موارد مهم با خودکار قرمز ثبت گردد.
- مشخصات کامل بیمار شامل: نام - نام خانوادگی - شماره پرونده - شماره تخت - سن - تاریخ پذیرش - تاریخ عمل و..... قید شود.
- در محل تشخیص ، تشخیص بیماری و یا علت بستری قید شود.
- به جای فاصله زمانی دستورات، ساعت انجام دستور قید شود. (مثال: ۶-۱۲-۱۸-۲۴)
- در هنگام ثبت به ترتیب نوشتن داروها در کاردکس توجه شود:

الف - IV.LINE و یا انواع سرم تزریقی

ب - آمپول ها

ج - قرص ها

د - شربت ها

ر - اسپری ها

ه - شیاف ها

و - داروهای PRN

ی - داروهای STAT

۱. مشخصات کامل دارو ثبت شود شامل: نام دارو - راه استفاده - دوز - تعداد - ساعت مصرف - تاریخ شروع دارو (بهتر است در بیمارانی که مدت بستری آنها طولانی است تاریخ تغییر دوز یا قطع دارو نیز در پشت کاردکس نوشته شود).
۲. در قسمت Problem مشکلات موجود و یا احتمال بروز مشکلات در آینده نوشته شود.
۳. در قسمت Plan of care برنامه ریزیهایی که جهت رفع مشکل یا پیشگیری از ایجاد مشکلات احتمالی آتی نوشته شود.

۴. در قسمت Lab & X-Ray کلیه تستهای آزمایشگاهی و گرافی ها و مشاوره ها نوشته شود (در بیمارانی که بستری طولانی مدت دارند و در کاردکس جای کافی برای نوشتن تمام اقدامات نیست می توان اقدامات پاراکلینیک قدیمی را جهت دسترسی سریع به پشت کاردکس منتقل نمود).

۵. در قسمت operation تمام اقدامات تهاجمی که حتما" باید توسط پزشک معالج order شود ثبت گردد : مانند تاریخ سونداژ یا کلمپ یا خارج کردن آن - تاریخ درن و زمان خارج کردن آن - تاریخ اینتوباسیون ویاتعویض یا خارج کردن آن و.....

****توجه :

۱- پس از ثبت کامل موارد فوق، دستورات پزشک تیک زده شده و در پایان با ثبت تعداد موارد چک و درج ساعت و تاریخ توسط فرد چک کننده امضاء و مهر زده شود و پایان دستورات پزشک بایک خط مستقیم به گونه ای بسته شود که جایی برای اضافه کردن دستورات نباشد.

۲- دستورات تلفنی توسط دوپرستار شنود گردد (تلفن درحالت بلندگو قرار بگیرد) و با قید تاریخ و ساعت دقیق توسط هر دو پرستار امضاء گردد در اولین فرصت توسط پزشک امضاء و تایید شود.

۳- دستورات مشاوره به اطلاع پزشک معالج رسانده و سپس اجرا گردد و بعد از چک دستورات پزشک مشاور، توسط پرستار چک کننده قید شود که جواب مشاوره به اطلاع پزشک معالج رسانده شده وموارد مورد تایید (مثال از ۵ مورد بجز مورد ۳ بقیه دستورات پزشک مشاور اجرا شد) و در اولین فرصت به پزشک معالج جهت order مرارد مورد تایید در برگ دستورات پزشک تذکر داده شود.

شرح وظایف:

پرستار

وظایف عمومی پرستار با هدف کمک به مددجو/ بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) با دید جامع و جامعه نگر در تمامی سطوح مراقبتی مبتنی است بر:

- توجه به آموزه های دینی، فرهنگی و معنوی
 - رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
 - رعایت اخلاق حرفه ای
 - کاربرد فرآیند پرستاری و استانداردهای مراقبتی
 - تامین مراقبت های موثر، کارآمد و در دسترس آحاد جامعه
 - برقراری ارتباط موثر حرفه ای و بین حرفه ای یا تاکید بر فرهنگ کار گروهی
 - جلب اعتماد، اطمینان مددجو و خانواده ی وی و تامین ایمنی همه جانبه بیمار
- در سه حوزه ی همکاری با مدیریت و ارائه مراقبت جامع و بهبود کیفیت به شرح زیر می باشد:

الف: همکاری با مدیریت بخش در جمع آوری و گزارش اطلاعات شامل:

- ۱- شاخص های کمی و کیفی منابع انسانی، تجهیزات مصرفی / سرمایه ای، دارو، محیط فیزیکی و وقایع و حوادث بخش
- ۲- مشکلات مددجویان/ بیماران و کارکنان
- ۳- کیفیت ارائه مراقبت
- ۴- موارد ایمنی و خطا

ب: ارائه مراقبت ایمن، مطلوب و اخلاقی بر اساس فرآیند پرستاری و استانداردها، جهت تامین نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مددجو/ بیمار شامل:

- ۱- شناسایی و پذیرش مددجو/ بیمار
- ۲- معرفی خود و در مواقع لزوم همکاران به مددجو/ بیمار
- ۳- آشناسازی مددجو/ بیمار با محیط
- ۴- بررسی وضعیت سلامت بیمار/ مددجو (شرح حال و معاینه فیزیکی) و ثبت در پرونده کاغذی/ الکترونیکی
- ۵- تعیین و ثبت مشکلات و نیازهای بیمار/ مددجو مبتنی بر تشخیص های پرستاری
- ۶- تحویل بیمار بر بالین، بخش و تجهیزات بر اساس دستورالعمل و گزارش اقدامات انجام شده و پیگیری های مراقبتی/ درمانی در پایان هر شیفت
- ۷- برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات مراقبتی بر اساس اهداف و الویت ها و ثبت در پرونده:

- ۱ - ۷ حفظ توانایی های مددجو و ارتقاء سطح سلامت در همه ابعاد آن
- ۲ - ۷ اجرای دستورات پزشکی با انجام مراحل چک و کنترل پرونده، اجرا و ثبت کامل در پرونده مانند کنترل و ثبت علائم حیاتی
- ۳ - ۷ تامین نیازهای اکسیژن رسانی و تهویه (تمرینات تنفسی، باز نگه داشتن راه هوایی، اکسیژن درمانی، ساکشن راه هوایی، مراقبت از چست تیوب، لوله تراشه، تراکتوستومی)
- ۴ - ۷ بررسی نتایج پاراکلینیکی و تشخیص موارد بحرانی و اطلاع به پزشک معالج
- ۵ - ۷ همراهی با پزشک به هنگام ویزیت و ارائه گزارش لازم به سرپرستار و پزشک معالج و همکاری در انجام پروسیجرهای مورد نیاز با پزشک مربوطه
- ۶ - ۷ نظارت بر تامین نیازهای تغذیه ای و رژیم غذایی مددجو، سوند گذاری معده، گاوژ، تغذیه کامل وریدی و انجام مراقبت های لازم
- ۷ - ۷ نظارت بر تامین نیازهای دفعی مددجو و اجرای سوندگذاری مثانه، شست و شوی مثانه، مراقبت از سوند و درن ها، لاواژ و مراقبت از استومی ها
- ۸ - ۷ نظارت بر تامین بهداشت فردی مددجو
- ۹ - ۷ نظارت بر ایجاد حداکثر تحرک در بیمار (حرکت در تخت، خروج از تخت، انتقال به صندلی، تغییر وضعیت، بکارگیری وسایل کمک حرکتی) و انجام حرکت فعال و غیر فعال
- ۱۰ - ۷ بررسی مددجو/ بیمار به منظور حفظ تعادل الکترولیت ها، کنترل و ثبت جذب - دفع
- ۱۱ - ۷ مراقبت از سیستم پوستی: ارزیابی خطر زخم فشاری و انجام اقدامات پیشگیرانه، مراقبت از انواع زخم و بخیه
- ۱۲ - ۷ کنترل و ثبت سطح هوشیاری بیمار و برقراری تحریکات محیطی مناسب و مراقبت از بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری
- ۱۳ - ۷ مراقبت و توجه به بهداشت روان مددجویان / بیماران
- ۱۴ - ۷ ایجاد شرایط مناسب جهت تامین نیازهای اعتقادی، معنوی و مذهبی بیمار/ مددجو
- ۱۵ - ۷ حفظ و ارتقای کیفیت زندگی و خودکفایی در فعالیتهای روزمره زندگی با همکاری و مشارکت تیم توانبخشی و توانمند سازی بیمار از طریق مشارکت فعال در تصمیم گیری های مراقبتی
- ۱۶ - ۷ اجرای دستورات دارویی: تزریقی (جلدی، زیر جلدی، داخل جلدی، وریدی، عضلانی و واکسیناسیون)، استنشاقی، خوراکی، قطره ها، پماد ها، پچ های دارویی و داروهای واژینال و رکتال
- ۱۷ - ۷ انجام انفوزیون مایعات وریدی و ترانسفوزیون خون و فرآورده های آن
- ۱۸ - ۷ همکاری در انجام اقدامات تشخیصی، مراقبتی و درمانی

- ۱۹ - ۷ انجام انواع نمونه گیری ها و کشت (در شرایط اورژانس)
- ۲۰ - ۷ آتل گیری، کشش پوستی، بخیه لایه های سطحی پوست
- ۲۱ - ۷ انجام اقدامات اولیه احیای قلبی ریوی تا حضور تیم احیا و مشارکت در احیای پیشرفته بر اساس وظایف محوله
- ۲۲ - ۷ مشارکت و همراهی در انتقال بین بخشی بیمار، نظارت و مراقبت از وضعیت وی در حین انتقال و ارائه گزارشات و مستندات مربوطه
- ۲۳ - ۷ مدیریت درد بیمار/ مددجو و انجام اقدامات لازم جهت کاهش آن بر اساس دستور پزشک و تشخیص های پرستاری
- ۲۴ - ۷ رعایت استانداردهای ایمنی ابلاغی، انجام اقدامات درمانی و مراقبتی مبتنی بر استانداردهای ایمنی و وقایع ناخواسته در صورت بروز ثبت در پرونده بیمار
- ۲۵ - ۷ انجام اقدامات مناسب پرستاری جهت تامین ایمنی مددجو و پیشگیری از حوادث احتمالی
- ۲۶ - ۷ ارائه اقدامات پرستاری قبل و بعد از عمل (با توجه به نوع عمل مددجویان)
- ۲۷ - ۷ مراقبت از بیمار در حال احتضار و خانواده وی و نظارت بر امر مراقبت از جسد مطابق موازین شرعی
- ۲۸ - ۷ شرکت و همراهی با پزشک در ویزیت مددجو/ بیمار، گزارش اقدامات انجام شده، مشاهدات و پاسخ های مددجو در جهت تعیین خط مشی درمانی و مراقبتی مناسب
- ۲۹ - ۷ ثبت کلیه اقدامات انجام شده در فرم های مصوب و پرونده مددجو/ بیمار
- ۳۰ - ۷ راهنمایی و مشاوره به مددجو/ بیمار در خصوص نحوه مراقبت از خود و در صورت لزوم ارجاع
- ۳۱ - ۷ آماده سازی، ارائه توضیحات و آموزش مددجو/ بیمار جهت ترخیص، پی گیری و ارائه خدمات پرستاری در منزل پس از ترخیص با هماهنگی واحد ارجاع به مرکز مراقبت در منزل بیمارستان
- ۳۲ - ۷ توجه و اقدام به آرام سازی محیط فیزیکی، کنترل دما، نور و سر و صدای محیط بستری بیمار و تامین شرایط استراحت بیماران و در صورت لزوم هماهنگی با سایر واحدها نظیر تاسیسات به صورت مستقیم یا از طریق مقام مافوق

ج: وظایف مربوط به آموزش / پژوهش نوآوری / بهبود کیفیت

- ۱- توانمند سازی و رشد حرفه ای خود، همکاران، دانشجویان و سایر اعضای تیم سلامت، از طریق شرکت در برنامه های آموزش ضمن خدمت، آموزش مداوم و توسعه علم به منظور تمدید مداوم کسب پروانه صلاحیت حرفه ای
- ۲- مشارکت در تدوین خط مشی های بهداشتی، مراقبتی و توانبخشی در جهت بهبود

مداوم کیفیت مراقبت های پرستاری

- ۳- مشارکت در بهبود و یا ارتقاء استانداردهای اعتبار بخشی و برنامه های بهبود کیفیت
- ۴- کسب مهارت های لازم در رابطه با فناوری های روز و کار با انواع نرم افزارها و سخت افزارهای مرتبط با مراقبت های پرستاری
- ۵- شرکت در تیم بحران و اجرای وظایف محوله از پیش تعیین شده در موقعیتهای و حوادث غیر مترقبه
- ۶- انجام اقدامات ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونت های بیمارستانی
- ۷- نیازسنجی آموزشی، تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه آموزش به بیمار، خانواده و جامعه به منظور تامین، حفظ و ارتقاء خود مراقبتی سطح سلامت
- ۸- همکاری با اعضای تیم سلامت جهت رفع مشکلات محیطی، حفاظتی و خدماتی با استفاده از هم فکری و همیاری و مشارکت جامعه (فرد، خانواده، گروه، مدرسه، و هر جامعه ای با هر ابعادی) و پیگیری آن
- ۹- شناسایی بیماران در معرض آسیب (زخم بستر و سقوط) و انجام اقدامات پیشگیری و مراقبتی مبتنی بر شواهد
- ۱۰- استفاده از سامانه هوشمند پرستاری جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود سامانه
- ۱۱- مشارکت در گروه های تحقیقاتی و ارائه گزارش موارد ضروری به گروه تحقیقات

اتاق عمل

وظایف کاردان/ کارشناس اتاق عمل با هدف کمک به بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی مبتنی است بر:

- توجه به آموزه های دینی و فرهنگی
- رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- رعایت استانداردهای مراقبتی تحت نظر پرستار
- برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی

شرح وظایف عمومی:

- ۱- دریافت برنامه تقسیم کار از سرپرستار اتاق عمل
- ۲- کنترل اتاق عمل از نظر سیستم تهویه، برق، نور مناسب، دما و رطوبت، نظافت و ایمنی بر اساس چک لیست های استاندارد
- ۳- اطمینان از سالم بودن و کارایی دستگاه ها و تجهیزات مورد نیاز جهت عمل جراحی قبل از شروع عمل و پذیرش بیمار
- ۴- بررسی وجود لوازم و امکانات مصرفی مورد نیاز اعمال جراحی، تهیه و آماده سازی آن
- ۵- گزارش نواقص موجود به مسئول مربوطه طبق خط مشی تدوین شده
- ۶- کنترل و آماده نمودن وسایل استریل مورد نیاز عمل طبق لیست جراحی
- ۷- پذیرش بیمار توسط تیم جراحی طبق خط مشی واحد (بررسی نام، مشخصات، داشتن دستبند شناسایی، خارج کردن زیورآلات و نظایر آن)
- ۸- برقراری ارتباط موثر و ارائه آموزش های لازم به بیمار جهت جلب اعتماد وی
- ۹- حفظ و نگهداری و برنامه ریزی جهت کالیبراسیون دوره ای تجهیزات اتاق عمل
- ۱۰- مشارکت فعال و همکاری در آموزش دانشجویان در واحد مربوطه حسب نیاز
- ۱۱- تهیه آمار عمل های جراحی روزانه، هفتگی، ماهانه، عمل های کنسل شده و ارائه آن به مقام مافوق
- ۱۲- تشخیص و بررسی موارد اورژانسی و طبقه بندی آنها با توجه به اولویت جراحی جهت پذیرش در اتاق عمل
- ۱۳- مشارکت و نظارت در انجام ضدعفونی تجهیزات اتاق عمل به شکل روزانه
- ۱۴- هماهنگی فراهم نمودن خون و داروهای مورد نیاز حین عمل
- ۱۵- انجام تزریقات عضلانی، وریدی، داخل جلدی، زیر جلدی مورد نیاز بیمار
- ۱۶- ریختن انواع قطره گوش و چشم بیمار

- ۱۷- قرار دادن و خارج کردن سند (کتر) ادراری و NGT
- ۱۸- تعبیه و شستشوی انواع سوند و کترها و مراقبت از آن
- ۱۹- به کار گیری استانداردها در کاربرد داروها (8R)^۲ و محاسبات دوز داروها
- ۲۰- نظارت بر انجام انواع تنقیه (باقی ماندنی، شستشویی، برگشتی)
- ۲۱- شرکت در عملیات احیا اولیه بیمار
- ۲۲- نظارت بر برنامه شستشو و نظافت و ضد عفونی اتاق عمل طبق خط مشی بیمارستان
- ۲۳- شرکت در کلاس های آموزشی ضمن خدمت و آموزش مداوم
- ۲۴- مراقبت از جسد طبق موازین شرعی و استاندارد ها
- ۲۵- ارتباط با واحد های مختلف (آزمایشگاه، بانک خون، رادیولوژی، مهندسی پزشکی، دفتر پرستاری و سیستم اداری)
- ۲۶- گزارش مشکلات عمل به مسئول شیفت/ بخش و سوپروایزر بالینی
- ۲۷- رعایت مقررات مربوط با حفاظت و ایمنی بیمار و کارکنان و محیط کار
- ۲۸- مشارکت در کنترل عوارض بعد از عمل (شوک و خون ریزی)
- ۲۹- شستشو و اسکراب هفتگی اتاق عمل
- ۳۰- استفاده از سامانه هوشمند پرستاری جهت ثبت برنامه کاری و سایر امکانات موجود سامانه

سیار قبل از عمل:

- ۱- تحویل بیمار از کارشناس هوشبری بر حسب خط مشی بیمارستان
- ۲- کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع و موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار
- ۳- کنترل پرونده بیمار قبل از جراحی برای اطمینان از کامل بودن مدارک پزشکی و اقدامات قبل از عمل مانند اجازه عمل، ناشتا بودن، تشخیص، داشتن اوراق رادیولوژی و آزمایشگاهی و وسایل کاشتنی نظیر پیچ و پلاک ها و تکمیل فرم جراحی ایمن
- ۴- ارزیابی مجدد بیمار از نظر شرایط جسمی، سوابق بیماری، سوابق دارویی و ناشتا بودن و نداشتن زیورآلات و وسایل مصنوعی بر اساس فرآیند پرستاری به منظور تعیین تشخیص های پرستاری و تدوین برنامه مداخلاتی در طول اقامت بیمار در اتاق عمل
- ۵- برقراری ارتباط موثر با مددجو جهت جلب اعتماد وی و کاهش اضطراب قبل از عمل
- ۶- مشارکت در انتقال بیمار به برانکاردر اتاق عمل همچنین توجه به حفظ حریم بیمار هنگام جا به جایی
- ۷- تنظیم تخت جراحی، چراغ سیالتیک و نصب اتصالات مورد نیاز بر حسب نوع و ناحیه عمل

- ۸- کمک به انتقال بیمار به تخت جراحی با حفظ حریم و رعایت ایمنی
- ۹- کنترل بیمار از نظر آمادگی جسمی و روانی جهت عمل جراحی (توجه به بیماری های زمینه ای، آسیب پوستی، شیو ناحیه عمل، محل اتصال پلیت کوتر، باز کردن پانسمان و آتل جهت معاینه)
- ۱۰- کنترل و بررسی اتصالات بیمار از نظر صحت عملکرد (همووک، درن، چست تیوب، 'CVP Line')
- ۱۱- تحویل گرفتن ست ها و پک های مورد نیاز و وسایل مورد نیاز بیمار از اتاق وسایل استریل
- ۱۲- در دسترس قرار دادن دستگاه ها و تجهیزات در محل مناسب و باز نمودن پوشش بسته های استریل (پک جنرال، دستکش، نخ ها و موارد مشابه)
- ۱۳- پرپ اولیه ناحیه عمل
- ۱۴- همکاری با تیم بیهوشی جهت آماده سازی بیمار در صورت نیاز
- ۱۵- تعبیه و مراقبت از کنترا ادراری بر حسب نیاز و تجویز پزشک
- ۱۶- مشارکت در پوزیشن دهی مناسب بیمار زیر نظر جراح و متخصص بیهوشی
- ۱۷- بستن تورنیکه در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل عملکرد دستگاه بر حسب نیاز و درخواست جراح
- ۱۸- توجه به حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از سقوط بیمار
- ۱۹- بستن پلیت در محل مناسب با رعایت اصول ایمنی و محافظت پوست و کنترل عملکرد دستگاه الکتروکوتر بر حسب نیاز جراح

سیار حین عمل:

- ۱- حضور مداوم در طی فرایند جراحی و کمک به فرد اسکراب و جراحان در پوشیدن گان، دستکش و نظایر آن
- ۲- پایش مستمر محیط اتاق عمل و وضعیت بیمار
- ۳- باز نمودن پوشش های اولیه بسته های استریل و نخ ها و سایر وسایل و قرار دادن آن ها بر روی میز جراحی با رعایت اصول آسپتیک و علمی
- ۴- تنظیم نور چراغ سیالتیک روی موضع جراحی بر حسب درخواست جراح و تیم جراحی
- ۵- شمارش و ثبت نخ های جراحی، گاز، لنگاز، ابزار جراحی قبل از شروع جراحی مطابق با چک لیست ثبت وسایل شمارشی با شمارش فرد اسکراب در حضور جراح
- ۶- آماده کردن وسایل جمع آوری نمونه پاتولوژیک بر حسب نوع نمونه و درخواست جراح (ریختن محلول نگهداری مناسب، ثبت مشخصات نمونه بر روی بدنه ظرف)
- ۷- جمع آوری، تحویل و نگهداری نمونه مطابق با سیاست مرکز درمانی جهت تحویل به واحد پاتولوژی یا سایر واحدها

- ۸- آماده کردن کات نوزاد، شان گرم و وسایل احیا در اتاق عمل زنان در صورت اضطرار و عدم حضور ماما
- ۹- تحویل نوزاد در اتاق عمل زنان با رعایت اصول ایمنی در صورت عدم حضور ماما
- ۱۰- تزریق ویتامین K و کمک به تیم بیهوشی در احیای نوزاد در صورت نیاز و عدم حضور ماما
- ۱۱- خون گیری بند ناف جهت تعیین Rh نوزاد و تزریق روگام بر حسب نیاز و دستور پزشک در صورت عدم حضور ماما
- ۱۲- تنظیم، ثبت و یاد آوری زمان و فشار استفاده شده از تورنیکه به جراح در طول بکار گیری تورنیکه بر اساس نیاز بیمار
- ۱۳- تنظیم نوع مواد و میزان جریان الکترو کوتر بر حسب درخواست جراح
- ۱۴- رعایت نکات آسپتیک و استریل طی انجام عمل جراحی

سیار بعد از عمل:

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

اسکراپ قبل از عمل:

- ۱- پوشیدن گان و دستکش طبق اصول استریل
- ۲- کنترل هویت بیمار و تطابق آن با نوع جراحی، موضع جراحی ثبت شده در دستبند مشخصات و پرونده بیمار
- ۳- شستن و اسکراپ دست مطابق با دستورالعمل های مربوطه
- ۴- اسکراپ ناحیه عمل طبق دستورالعمل وزارت بهداشت
- ۵- کنترل اندیکاتور داخل ست ها طبق خط مشی بیمارستان

- ۶- کنترل و اطمینان از استریل بودن ست ها، پک ها، تک پیچ ها و سایر بسته بندی ها
- ۷- آماده کردن و چیدن میز جراحی
- ۸- کنترل لوازم درون ست های جراحی قبل از عمل طبق شناسنامه هر ست از نظر سلامت و کامل بودن
- ۹- کمک به تیم جراحی جهت پوشیدن گان و دستکش استریل
- ۱۰- شمارش و کنترل وسایل مصرفی (گاز و لنگاز و نظایر آن) و ابزار جراحی
- ۱۱- کمک به جراح در پرپ ثانویه پوست بیمار و پوشاندن بیمار با پوشش های استریل (درپ)
- ۱۲- اطلاع به تیم جراحی در صورت خیس بودن شان ها به منظور پیشگیری از سوختگی
- ۱۳- نظارت بر رعایت نکات استریل توسط تیم جراحی

اسکراپ حین عمل:

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

اسکراب بعد از عمل:

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

هوشبری

اقدامات و تدابیر قبل از حضور بیمار

وظایف کاردان / کارشناس هوشبری با هدف کمک به بیمار جهت حفظ، بازیابی و ارتقاء سطح سلامتی مبتنی است بر:

- توجه به آموزه های دینی و فرهنگی
- رعایت منشور حقوق مددجو/ بیمار
- رعایت اخلاق حرفه ای
- رعایت استانداردهای مراقبتی تحت نظر پرستار
- برقراری ارتباط موثر با تاکید بر فرهنگ کار گروهی
- جلب اعتماد و اطمینان مددجو و خانواده ی وی

شرح وظایف عمومی:

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

مراقبت از بیمار در سرویس درد:

- ۱- پذیرش و آماده سازی بیمار
- ۲- آماده و نگهداری وسایل، تجهیزات و داروهای سرویس درد

- ۳- کمک در انجام روش های کنترل درد و مراقبت از بیمار
- ۴- پایش عوارض احتمالی و گزارش آنها طبق دستورالعمل های مربوطه
- ۵- ثبت اطلاعات و گزارش موارد غیر طبیعی

اقدامات و تدابیر هنگام حضور بیمار قبل از بیهوشی:

- ۱- اطمینان از هویت بیمار و کنترل نام بیمار با پرونده و لیست عمل، دستبند مشخصات و نیز بررسی مدارک مورد نیاز شامل اجازه عمل، آزمایشات ضروری، گرافی ها، سی تی اسکن، ام آر آی، نوار قلب، برگه های مشاوره و درخواست خون و نظایر آن
- ۲- کنترل بیمار از نظر آمادگی محل عمل، اندام یا عضو مورد نظر، نداشتن زیورآلات، آرایش و لاک. نداشتن اعضای مصنوعی، تمیزی، پوشیدگی و مرتب بودن لباس بیمار
- ۳- اطمینان از ناشتا بودن بیمار
- ۴- معرفی خود و ارائه توضیحات لازم و اطمینان بخش در مورد بیهوشی به بیمار (چنانچه آموزش یا رعایت مواردی به بیمار ضروری به نظر می رسد باید در حد درک و میزان پذیرش، اطلاعات در اختیار وی قرار داده شود)
- ۵- گرفتن شرح حال پیرامون سابقه حساسیت، بیهوشی قبلی، عمل جراحی، مصرف دارو، بیماری های خاص با نظارت متخصص بیهوشی
- ۶- هدایت بیمار به تخت عمل و همراهی وی از ابتدا تا انتهای عمل جراحی
- ۷- حفظ و رعایت حریم بیمار طبق موازین شرعی و رعایت همخوانی جنسیتی
- ۸- کنترل علائم حیاتی و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی
- ۹- استقرار صحیح و راحت بیمار توأم با آرامش روی تخت عمل با کمک سایر افراد تیم، (پوزیشن مناسب با کمک اتصالات مناسب)
- ۱۰- آماده نمودن تجهیزات و داروهای بیهوشی با غلظت مورد نیاز به خصوص در بیهوشی اطفال و نوزادان
- ۱۱- مشارکت با متخصص بیهوشی برای استفاده صحیح از گازها در بیهوشی
- ۱۲- برقراری یک یا چند راه وریدی مناسب با توجه به سن بیمار (نوزاد، اطفال، بیمار بالغ)
- ۱۳- مشارکت در انجام روش های بیهوشی یا بی حسی
- ۱۴- انجام ضد عفونی و استریلیزاسیون وسایل و تجهیزات مربوطه
- ۱۵- اجرای دستورات مکتوب و شفاهی متخصص و گزارش هر یک به تفکیک

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

- ۱- اتصال کابل های مانیتورینگ، فشار خون و نظایر آن
- ۲- اتصال سرم با قید تاریخ و ساعت (کنترل راه وریدی بیمارانی که قبل از ورود به

اتفاق عمل برقرار شده الزامی است)

- ۳- سرم تریابی در بیماران دهیدراته و کاندید بی حسی نخاعی همراه با آماده نمودن تجهیزات و انجام پوزیشن مناسب جهت انجام انواع بی حسی نخاعی یا بی حسی موضعی
- ۴- پایش مداوم علائم حیاتی و سیستم های بدن و گزارش موارد غیر طبیعی به متخصص بیهوشی
- ۵- مشارکت در القای بیهوشی و برقراری راه هوایی
- ۶- همکاری با متخصص بیهوشی جهت کنترل و تثبیت راه هوایی
- ۷- مشارکت فعال در پوزیشن دهی بیمار بیهوش یا بی حسی قبل و حین عمل و قرار دادن پد مناسب در نقاط تحت فشار و کنترل آن طی عمل
- ۸- تنظیم دستگاه بیهوشی بر اساس وضعیت بیمار با نظارت متخصص بیهوشی
- ۹- مانیتورینگ سطح بیهوشی در بیماران بیهوش و همچنین بیماران قرار گرفته تحت انواع بی حسی
- ۱۰- کنترل و ثبت میزان جذب و دفع مایعات و به کارگیری فرآورده های تزریقی تحت نظارت پزشک
- ۱۱- انجام دستورات متخصص بیهوشی و ثبت کلیه اقدامات انجام گرفته دارویی یا پروسیدرمانی طی عمل جراحی در فرم های مربوطه
- ۱۲- حفظ پوشش و رعایت حریم بیمار طبق خط مشی بیمارستان
- ۱۳- نظارت بر عملکرد دستگاه ها و بررسی نقاط اتصال بیمار یا سایر افراد تیم درمان با اجسام قلزی جهت جلوگیری از مواردی نظیر برق گرفتگی
- ۱۴- کمک و انجام پروتکل TIVA^۱ (انفوزیون پروپوفول، شل کننده)
- ۱۵- کنترل و پیشگیری از انتقال و انتشار عفونت
- ۱۶- مشارکت در محافظت بیمار از نظر بروز عوارض احتمالی بیهوشی
- ۱۷- مراقبت و پیشگیری از آسیب های احتمالی به اعضای بدن
- ۱۸- رعایت اصول ایمنی بیمار
- ۱۹- کمک به انجام مراقبت های لازم در بیماران مزمن تنفسی:
- ۲۰- الف: تنظیم دستگاه، برقراری PEEP (TV, Rate, O₂ Sat) در صورت لزوم
ب: استفاده از دارو (اسپری سالبوتامول و نظایر آن) در صورت لزوم
ج: تهویه دستی یا تهویه با ماسک طی جراحی در صورت لزوم
- ۲۱- کمک و انجام تهویه کنترل در نوزادان و بیمارانی که فیلد بیهوشی و جراحی در آنان مشترک است (در اعمال جراحی مرتبط با ناحیه صورت)
- ۲۲- انجام اقدامات مناسب جهت بیمارانی که مستعد آمبولی هستند (پوزیشن نیمه نشسته و در بیماران توراکتومی با تهویه یک ریه یا انجام مانور های مورد نیاز جراح)
- ۲۳- انجام مراقبت های لازم در بیماران قلبی عروقی یا بیمارانی که نیاز به کنترل مداوم فشار خون دارند (کنترل فشار خون با TNG، نیترو پروساید سدیم و نظایر آن)

- ۲۴- انجام اقدامات لازم در درمان آریتمی های قلبی طبق نظر متخصص بیهوشی (دارویی و نظایر آن)
- ۲۵- انجام اقدامات لازم در بیماران ترومایی (انفوزیون دوپامین، اپی نفرین، خون به صورت اورژانس و کراس مج) FFP، پلاکت، هماکسل و نظایر آن طبق نظر متخصص بیهوشی
- ۲۶- کنترل قند خون و اصلاح آن تحت نظارت متخصص بیهوشی
- ۲۷- انجام نمونه گیری آزمایشات بر حسب نیاز بیمار و درخواست متخصص بیهوشی و پیگیری جواب آن
- ۲۸- کنترل خونریزی و در صورت نیاز ترانسفوزیون خون طبق دستور متخصص بیهوشی و پایش ترانسفوزیون خون برابر خط مشی بیمارستان
- ۲۹- کنترل دما بخصوص در نوزادان و اطفال و سایر بیماران مستعد هیپوترمی
- ۳۰- تکرار داروهای بیهوشی در صورت لزوم تحت نظر متخصص بیهوشی
- ۳۱- انجام درخواست های جراح با هماهنگی متخصص بیهوشی
- ۳۲- گزارش موارد غیر طبیعی جراحی به جراح و متخصص بیهوشی
- ۳۳- کمک به متخصص بیهوشی در کارگذاری و یا خارج کردن CV-Line, NGT, آرتریال لاین، کنتراستی دورال)
- ۳۴- انجام اقدامات لازم هنگام اکستوبیشن اتفاقی، آسپیراسیون و ساکشن ریه و دهان در کلیه مراحل بیهوشی

اقدامات و تدابیر بعد از بیهوشی (اتاق ریکاوری)

- ۱- کنترل و ثبت علائم حیاتی بیمار و گزارش موارد غیر طبیعی، پایش سیستم های مختلف بدن بیمار تا هوشیاری کامل
- ۲- کمک به متخصص بیهوشی در به هوش آوردن بیمار، تزریق داروهای لازم، خارج کردن لوله تنفسی بیمار، جداکردن دستگاه بیهوشی و مانیٹورینگ بیمار
- ۳- کنترل و اطمینان از باز بودن و کفایت راه هوایی بیمار (اکسیژناسیون) و گزارش موارد غیر طبیعی نظیر لارنگواسپاسم و برونکواسپاسم و نظایر آن و ثبت آنها در فرم های مربوطه
- ۴- کنترل بیمار از نظر بازگشت به رفلکس های طبیعی تا ورود به مرحله هوشیاری
- ۵- محافظت از سر و گردن، اندام ها، محل عمل جراحی، راه های هوایی و وریدی حین انتقال بیمار از تخت عمل به برانکارڈ با کمک سایر افراد تیم ضمن حفظ پوزیشن و پوشش مناسب تا انتقال به ریکاوری (در صورتی که انتقال بیمار با مانیٹورینگ، تنفس کنترل و دارو های در حال استفاده انجام می گیرد مراقبت های ویژه باید مورد توجه قرار گیرد)

- ۶- انجام روش های ایزولاسیون و کنترل عفونت
- ۷- اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ در ریکاوری، برقراری اکسیژن و تحویل بیمار به مسئول ریکاوری با راه هوایی و وریدی باز
- ۸- گزارش مکتوب آخرین وضعیت بیمار شامل علائم حیاتی، روش بیهوشی، داروهای استفاده شده، سطح هوشیاری، رفلکس ها، رنگ پوست، خونریزی، میزان انفوزیون مایعات و یا خون دریافتی و مشکلات احتمالی قبل، حین و یا پس از بیهوشی به مسئول ریکاوری
- ۹- تحویل فرم های تکمیل شده گزارشات، دارو و موارد غیرطبیعی در مراحل قبل، حین و بعد از بیهوشی به مسئول ریکاوری
- ۱۰- نظافت و در صورت لزوم ضد عفونی و آماده نمودن کلیه وسایل لازم جهت بیهوشی بیمار بعدی
- ۱۱- همکاری کامل در انجام عملیات احیا قلبی ریوی در اتاق عمل
- ۱۲- همکاری کامل با تیم جراحی
- ۱۳- انجام واشینگ دستگاه ها، مانیتورها و وسایل اختصاصی بیهوشی و نظارت بر شستشو و ضد عفونی سایر قسمت ها نظیر ترالی و کمد ها
- ۱۴- جایگزینی داروها و لوازم مصرفی استفاده شده در طول شیفت کاری
- ۱۵- تحویل بیماران نیازمند مراقبت ویژه از اتاق عمل به ریکاوری و از ریکاوری به بخش با حضور متخصص بیهوشی

زندگی حرفه‌ای با مجموعه‌ای از مقررات و قوانین به هم آمیخته است، در هر یک از مشاغل پذیرفته شده‌ی اجتماعی، توفیق نصیب کسانی است که علم و آگاهی بیشتری از مقررات و قوانین حاکم بر شغل و تخصص خود دارند و در پرتو این آگاهی می‌توانند با مسایل طرح شده در محیط شغلی و اجتماعی درست برخورد کنند. با اعتقاد بر این که جهل نسبت به قانون منشاء بسیاری از مشکلات و گرفتاری‌های انسان در همه‌ی زمینه‌ها به‌خصوص در زمینه‌ی شغلی است و تذکر این مطلب که کادر درمانی خصوصاً پرستاران به علت ارتباط تنگاتنگ با بیماران در بسیاری از روش‌های مراقبتی از بیماران، با اعتراضات شدید و یا برخورد نامناسب آنان روبه‌رو می‌شوند که گاهاً مسیر زندگی‌شان را دستخوش تغییرات دلخراشی می‌کند و توجه به این نکته که حدود ۷۳٪ از کادر پزشکی اصلاً مراجع رسیدگی به تخلفات پزشکی را نمی‌شناسند و ۸۴٪ اصلاً آگاهی از اصطلاحات حقوقی ندارند (بر اساس تحقیقی در بیمارستان چمران ساوه، سال ۱۳۸۵)، لازم است از قوانین و مقررات آگاهی کامل داشته باشند. پس بر خود لازم دیدیم ابتدا برای درک بهتر مسایل، چند اصطلاح حقوقی رایج را بر اساس منابع قضایی و پرستاری تعریف کنیم.

الف) حقوق و برخی از اصطلاحات حقوق کیفری (جزایی)

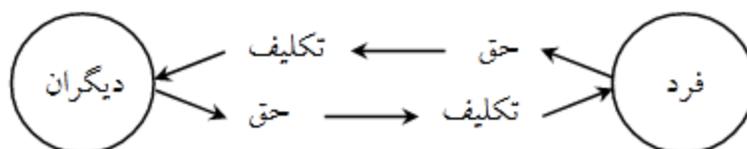
۱- حقوق

حقوق عبارت است از روابطی اجتماعی که میان دو نفر یا بیشتر برقرار می‌گردد و

انسان از آن جا که موجودی است مدنی‌الطبع (اجتماعی)، از حقوق جدانشدنی است.

روابط حقوقی اشخاص به‌طور عادی دوجانبه است؛ یعنی وقتی فردی دارای حق است، دیگری یا دیگران در مقابل او مکلف به رعایت و انجام آن حق می‌باشند، این معادله به خوبی توسط امام علی^(ع) در نهج‌البلاغه بیان شده است:

"حق در مقام توصیف، فراخ‌ترین میدان را دارد و به هنگام عدالت و انصاف از هر تنگنایی، تنگ‌تر است. حق هرگز به سود کسی اجرا نخواهد شد مگر آن که به زیان او نیز اجرا شود و هرگز به زیان کسی اجرا نمی‌شود مگر آن که به سود او اجرا شود."



۲ جرم

در قوانین و مقررات آمده است که اگر کسی به دیگری ضرری وارد نماید، مسئول جبران ضرر وارده می‌باشد که ضرر نیز خود بر دو قسم است:

* مادی

* معنوی

ماده‌ی ۲ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۵ درخصوص جرم می‌گوید:
"هر فعل یا ترک فعل که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد، جرم محسوب می‌شود."

۳ فعل

انجام دادن کار یا عمل یا رفتاری که قانون آن را ممنوع نکرده است.

۴ ترک فعل

عدم انجام یا ترک کردن کار یا عمل یا وظیفه‌ای که قانون بر انجام آن تأکید نموده است.

ب) مجازات و انواع آن

در ابتدا این نکته را متذکر شویم که ما بر اساس بینش اسلامی خود معتقدیم تنها راه محو ساختن جرم از جامعه، مجازات نیست. مجازات یکی از راه‌های مبارزه با جرم است و تقویت ایمان فرد و برقرار ساختن رابطه‌ی قلبی و درونی میان انسان و خدا و ایجاد تقوا در درون انسان، مهم‌ترین عامل پیش‌گیرنده از جرم می‌باشد.

بر اساس ماده‌ی ۱۲ قانون مجازات اسلامی (ق. م. ا)، مجازات‌های مقرر در قانون عبارتند از:

۱ حد

حد به مجازاتی گفته می‌شود که نوع و میزان و کیفیت آن در شرع (اسلام) تعیین شده است (ماده‌ی ۱۳ ق. م. ا).

۲ دیه

مالی است که از طرف شارع برای جنایت تعیین شده است (ماده‌ی ۱۵ ق. م. ا).

۳ تعزیر

تأدیب و یا عقوبتی است که نوع و مقدار آن در شرع (اسلام) تعیین نشده و به نظر حاکم واگذار شده است.

۴ قصاص

کیفر و یا مجازاتی است که جانی (مجرم) به آن محکوم می‌شود و باید با جنایت او برابر باشد (ماده‌ی ۱۴ ق. م. ا).

۵ مجازات بازدارنده

عقوبتی است که از طرف حکومت به منظور حفظ نظم و مراعات مصلحت اجتماع درقبال تخلف از مقررات و نظامات حکومتی تعیین می‌گردد، از قبیل حبس، جزای نقدی، تعطیل محل کسب، لغو پروانه، محرومیت از حقوق اجتماعی، اقامت یا منع اقامت در نقطه یا نقاط معین.

ج) منشور حقوق بیمار بستری در بیمارستان

این منشور شامل دستوراتی است که کلیه‌ی افراد شاغل در بیمارستان و خصوصاً کادر درمان، باید آن را محترم شمرده و به آن جامعه‌ی عمل بپوشانند.

۱- بیمارستان باید در مورد اراده‌ی مراقبت‌های بیمارستانی به بیمار، ملاحظات اخلاقی را مورد توجه قرار دهد.

۲- حقوق بیمار باید هنگام اراده‌ی درمان یا خدمت رعایت شود و مورد حمایت قرار گیرد.

۳- بیماران باید در کلیه جنبه‌های درمانی مراقبت مربوط به خود مشارکت کنند.

۴- اخذ رضایت جهت انجام کلیه اقدامات درمانی باید با آگاهی بیمار، همراه باشد (در صورت لزوم هر اقدام به صورت کامل توضیح داده شود تا بیمار آگاهی کامل نسبت به اقدام مورد نظر پیدا کند).

۵- کلیه بیماران که برای مشارکت در یک طرح تحقیقاتی بیمارستانی تعیین می‌شوند باید در جریان منافع مورد انتظار آن قرار گیرند.

۶- تمامی بیمارانی که برای مشارکت در یک طرح پژوهشی دعوت می‌شوند، باید در جریان ناراحتی‌ها و خطرهای احتمالی آن قرار گیرند.

۷- تمامی بیمارانی که برای مشارکت در یک طرح تحقیقاتی داوطلب می‌شوند باید توضیحات کاملی از روش اجرایی آن که باید مورد پیگیری قرار گیرد، به اجرا درآید و به ویژه در مورد آن بخش که جنبه‌ی تجربی دارد، دریافت کنند.

۸- به تمام بیمارانی که برای مشارکت در یک طرح تحقیقاتی داوطلب می‌شوند باید گفته شود که می‌توانند مشارکت در پژوهش را رد کنند و عدم مشارکت در آن، دسترسی به خدمات ضروری را در مورد آنان دچار اختلال و وقفه نخواهد ساخت. خانواده‌ی بیمار نیز باید در اتخاذ تصمیمات مربوط به مراقبت‌های درمانی بیمار خود مشارکت کنند.

۹- بیماران باید در حل معضلات مربوط به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از خود شرکت کنند.

۱۰- بیمارستان باید از ارائه‌ی هرگونه راهنمایی پیش از انجام مراقبت به بیمار دریغ نرزد.

- ۱۱- بیمارستان باید مسئله‌ی امتناع یا رد مراقبت‌های حمایتی مداوم را از طرف بیمار مورد توجه قرار دهد.
- ۱۲- بیمارستان باید مراقبت در پایان زندگی بیمار را مورد توجه قرار دهد.
- ۱۳- بیماران حق دارند که وضع جسمانی آنها به طور مناسب ارزیابی شود و تحت مراقبت و درمان قرار گیرند.
- ۱۴- بیمارستان باید نسبت به رفع نیازمندی‌های بیمار (محرمانه بودن، حریم بیمار، ایمنی، حل و فصل شکایات، خدمات مذهبی و سایر خدمات روحانی، ارتباطات لازم برای بیمار و...) توجه کافی مبذول دارد.
- ۱۵- چنانچه بیمارستان محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی عیادت‌کنندگان، دریافت نامه، تلفن یا سایر اشکال ارتباطی برای بیمار اعمال می‌کند، محدودیت‌های مذکور باید در زمینه‌ی منافع و مصالح بیمار توجیه‌پذیر باشند.
- ۱۶- هر نوع محدودیت در ارتباطات باید به طور کامل به بیمار و خانواده‌ی او توضیح داده شود و با مشارکت بیمار به اجرا درآید.
- ۱۷- هر بیماری باید از چگونگی حقوق خود به عنوان بیمار، کتباً آگاه شود.
- ۱۸- بیمارستان باید با مشارکت کارکنان پزشکی، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی خود را در مورد فراهم کردن یا اهدای اعضا و سایر نسج‌های پیوندی تهیه کند.
- ۱۹- بیمارستان باید طی انجام پژوهش‌ها و آزمایشات بالینی که مشارکت خود بیمار در آن لازم است، از حقوق بیمار حمایت کند و از آن دفاع نماید.

د) حقوق پرستاران

برای این که پرستار، مراقبت پرستاری ایمن به بیمار ارائه دهد، باید حقوق زیر را

دارا باشد:

- ۱- انجام وظیفه مطابق با محدوده‌ای که به طور قانونی به وی اجازه داده شده است.
- ۲- محیط ایمن کاری که با مراقبت کافی از بیمار سازگار بوده و مجهز به نیازهای فیزیکی، پرستلی و تجهیزاتی مناسب است.
- ۳- آشناسازی مناسب و آموزش در داخل مجموعه‌ای مبتنی بر هدف در مورد شیوه‌ها و رویه‌های درمانی مربوط به حیطه‌ی کاری.
- ۴- مذاکره با کارفرما در مواردی مانند آموزش مداوم حرفه‌ای که به طور مستقیم به مسؤولیت حرفه‌ای‌اش مربوط می‌شود.
- ۵- در مورد افراد حرفه‌ای و صلاحیت‌دار، مشارکت کامل در تعیین خط مشی‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌هایی که به مراقبت و درمان بیماران مربوط می‌شود.
- ۶- حمایت و حفاظت بیماران و پرستلی که مسؤولیت آنها به پرستار سپرده شده است.
- ۷- اعتراض به شکلی که:
 - * کارفرما به موقع و به طور کتبی از آن آگاه شده باشد.
 - * مداخله‌ای در ایمنی بیمار نداشته باشد و سبب ازهم‌گسیختگی درمان و پرستاری بیمار نگردد.
- ۸- رد انجام وظایفی که خارج از محدوده‌ی عملکرد پرستار است و یا مواردی که فرد در مورد آنها به اندازه‌ی کافی آموزش ندیده است و یا وظایفی که فرد مهارت و یا دانش کافی برای انجام آن را ندارد.
- ۹- حق عدم مشارکت در اقدامات غیراخلاقی و ناشایسته.

- ۱۰- حق داشتن راهنماهای مکتوب، خط‌مشی‌ها و اقدامات مربوط به اداره‌ی محیط کاری وی.
- ۱۱- رد به‌کارگیری و اجرای تجویزها یا مشارکت در فعالیت‌هایی که مطابق با دانش حرفه‌ای و قضاوت وی می‌باشد ولی مورد علاقه‌ی بیمار نیست.
- ۱۲- در جریان گذاشتن پرستار نسبت به تشخیص بیمارانی که مسؤولیت آنها به پرستار سپرده می‌شود. پرستار بایستی از تشخیص بیمارانش آگاه شود.
- ۱۳- داشتن محیط کاری عاری از خطرات، ارعاب و دخالت.
- ۱۴- حمایت پزشکی یا سیستم ارجاعی برای از عهده برآمدن مسؤولانه در موقعیت‌های اورژانس.

ه) آیین‌نامه‌ی اخلاق پرستاری

آیین‌نامه‌ی اخلاق پرستاری دستورالعملی است که پرستاران در زمینه‌ی ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران، نحوه‌ی برخورد با همراه بیمار و ارتقای سطح علمی پرستاری به آن استناد می‌کنند و شامل:

- ۱- پرستار خدمات خود را با رعایت احترام به بیمار و بدون توجه به وضعیت اقتصادی، مزایای فردی و بهداشتی وی ارائه می‌دهد.
- ۲- پرستار اطلاعات محرمانه‌ی مربوط به بیمار را حفظ می‌کند.
- ۳- پرستار ملزم به حفظ کفایت در پرستاری است.
- ۴- پرستار برای حفظ حرفه‌ی پرستاری، در پیشبرد استانداردها مشارکت دارد.
- ۵- پرستار زمانی که مراقبت بهداشتی و ایمنی بیمار به‌وسیله‌ی فعالیت‌های نامناسب و غیراخلاقی افراد دیگر به خطر می‌افتد، برای حراست از بیمار و جامعه

وارد عمل می‌شود.

۶- پرستار در قبال اعمال پرستاری انجام شده برای هر بیمار، پاسخ‌گو و مسؤول است.

۷- پرستار در گسترش مداوم منابع علمی و عملی این حرفه مشارکت دارد.

۸- پرستار در برقراری شرایط مطلوب و مناسب استخدای که به ارائه‌ی مراقبت پرستاری با کیفیت بالا منجر می‌شود، شرکت می‌کند.

۹- پرستار در کوشش این حرفه برای محافظت از جامعه در مقابل اطلاعات و حفظ پرستاری مسؤول است.

۱۰- پرستار به منظور پاسخ‌گویی به احتیاجات بهداشتی بیماران، با اعضای حرفه‌های پزشکی همکاری دارد.

۱۱- پرستار همیشه به گونه‌ای عمل می‌کند که منافع و سلامتی بیماران و همچنین مراجعه‌کنندگان حفظ شود و بهبود یابد.

۱۲- پرستار باید مطمئن شود که در بخش یا در دایره‌ی فعالیتش، عمل یا غفلتی در جهت زیان رساندن به منافع، موقعیت و امنیت بیماران انجام نگیرد.

۱۳- پرستار باید دانش و صلاحیت حرفه‌ای خود را حفظ کرده و بهبود بخشد.

۱۴- پرستار باید به هرگونه محدودیت‌هایی که در دانش و صلاحیت او باعث نقص در انجام وظیفه شود، اعتراف کند.

۱۵- پرستار شرایط را برای ایمن‌تر بودن محیط و انجام عملکرد ماهرانه‌تر میسر می‌سازد.

۱۶- پرستار با بیماران و خانواده‌های آنها به طور واضح و مشخص رفتار می‌کند و استقلال و درک و احترام آنها را در مورد برنامه‌ریزی و انجام مراقبت‌ها در نظر دارد.

۱۷- پرستار با مراقبین حرفه‌ای بهداشت و درمان و دیگر کسانی که در فراهم کردن مراقبت‌ها سهیم هستند، با حس همکاری و تعاون متقابل رفتار می‌کند؛ به ویژه هنگامی که مراقبت به صورت تیمی انجام می‌شود باید به درک مقام و شأن همکاران احترام بگذارد.

۱۸- پرستار شناخت، احترام به ویژگی‌ها، شأن، مقام بیمار و مراجعه‌کنندگان را در نظر می‌گیرد و هنگام برطرف کردن نیازهای مراقبتی آنها، ویژگی‌های مذهبی و نسبت‌های شخصی و فاکتورهای دیگر را نادیده می‌گیرد.

۱۹- پرستار هر نوع عملی را که از لحاظ وجدانی در رابطه با حرفه‌ی خود مشکلی ایجاد کرده و یا می‌کند، تا آن‌جا که ممکن است در اسرع وقت به شخص مناسب و صاحب اختیار گزارش می‌دهد.

۲۰- پرستار از هرگونه سوء استفاده از اختیارات شغلی و یا حق امتیاز عملکرد خود با بیماران و مراجعه‌کنندگان پرهیز می‌کند.

۲۱- پرستار تمام اطلاعات محرمانه و با اهمیتی را که در طول مدت انجام وظیفه‌ی خود از بیمار و مراجعه‌کنندگان به دست می‌آورد، حفظ می‌نماید و تنها در جایی که اجازه‌ی بیمار، دستور کتبی دادگاه و یا حفظ منافع عمومی جامعه مورد نظر است، آن را در حد نیاز افشا می‌کند.

۲۲- پرستار در موقعیتی که استانداردهای عملکرد حرفه‌ای مورد محاکمه قرار می‌گیرد، نتایج جسمی، روانی، و اجتماعی بیماران و نیز مراجعه‌کنندگان را به شخص مناسب و صاحب‌اختیار گزارش می‌دهد.

۲۳- پرستار هرگونه وضعیتی را که نمی‌تواند در آن به طور ایمن و مناسب برای بیمار مراقبت انجام دهد، گزارش می‌کند.

۲۴- پرستار هنگامی که عملکرد همکاران، بیمار را به خطر می‌اندازد، مواقعی که مراقبت‌های آن‌ها طبق استاندارد نیستند، موضوع را به شخص مناسب و صاحب اختیار گزارش می‌دهد.

۲۵- پرستار هر هدیه و کادو یا مهمان‌نوازی که از جانب بیمار یا مراجعه‌کنندگان در طول مراقبت‌ها به وی پیشنهاد می‌شود را رد می‌کند.

۲۶- پرستار با در نظر گرفتن شأن و حرمت انسانی بیماران و نیز با اطلاع از ویژگی‌های فردی هر بیمار، سرویس‌های مراقبتی را برای آن‌ها فراهم می‌کند و به موقعیت اجتماعی، وضع اقتصادی و فاکتورهای فردی از قبیل ملیت، نژاد، مذهب، رنگ، وضع و شأن اجتماعی محدود نمی‌گردد.

۲۷- پرستار اطلاعات مربوط به بیمار را محفوظ می‌دارد و از فاش شدن آنها جلوگیری می‌کند تا از حقوق بیمار حمایت کند.

۲۸- پرستار هنگامی که مراقبت‌های بهداشتی درمانی ناکافی، غیراخلاقی و غیرقانونی می‌باشد و بر سلامتی بیمار تأثیر می‌گذارد، به عنوان مدافع بیمار عمل می‌کند.

۲۹- پرستار در مقابل قضاوت‌ها و عملکردهای فردی پرستاری، مسئولیت دارد.

۳۰- پرستار صلاحیت کار پرستاری را حفظ می‌کند.

۳۱- پرستار بر طبق قضاوت آگاهانه عمل می‌کند و از صلاحیت‌ها و قابلیت‌های فردی خود به عنوان معیاری برای تحقیق، مشاوره، قبول مسئولیت و واگذار کردن فعالیت‌های پرستاری به دیگران استفاده می‌کند.

۳۲- پرستار در فعالیت‌هایی که باعث بالارفتن سطح آگاهی تخصصی می‌شود، مشارکت می‌کند.

۳۳- پرستار در تلاش‌های تخصصی برای اجرا و بهبود استانداردهای پرستاری مشارکت می‌کند.

۳۴- پرستار در تلاش‌های تخصصی برای اثبات و نگهداری شرایط استخدام که منجر به بالا رفتن کیفیت خدمات پرستاری می‌شود شرکت می‌کند.

۳۵- پرستار در تلاش‌های تخصصی که برای حفاظت جامعه از بدآگاهی و بداندیشی و حفظ تمامیت حرفه‌ی پرستاری انجام می‌گیرد، مشارکت می‌کند.

۳۶- پرستار با سایر اعضای تیم تخصصی بهداشتی و سایر شهروندان همکاری می‌کند تا برای برطرف کردن نیازهای بهداشتی جامعه، تلاش‌های اجتماعی و ملی را تأمین نمایند.

و) اقسام قصور پرستاری

بر اساس موازین حقوقی، قصور پرستاری اقسامی دارد که به آن اشاره می‌کنیم:

۱ بی‌احتیاطی

بی‌احتیاطی یعنی عدم نگهداری نفس از وقوع گناه و به معنی عام شامل بی‌مبالاتی است. منظور از بی‌احتیاطی آن است که شخص بدون توجه به نتایج عملی که عرفاً قابل پیش‌بینی است، اقدام به عملی نماید که منتهی به قتل یا صدمات بدنی غیر و یا ضرر بر او یا دیگران شود؛ و بی‌احتیاط کسی است که بدون توجه به پیش‌بینی‌های لازم و متعارف، اقدام به عملی می‌نماید که منجر به وقوع جرم می‌گردد و ضابطه‌ی تشخیص بی‌احتیاطی، عرف است و چنانچه تخصصی باشد، نظریه‌ی کارشناس و اهل فن معتبر است.

بی احتیاطی کاری است که نباید انجام شود و از طرف قانون گذار انجام آن نهی شده است؛ مانند عمل جراحی توسط پزشک بدون توجه به انجام آزمایشات لازم و یا ترک بیمار بدحال یا غیرهوشیار توسط پرستار و صدمه به بیمار.

۲ بی‌مبالاتی

در لغت به معنی بی‌تدبیری، بی‌قیدی، بی‌فکر و اندیشه بودن، بی‌پروایی، بی‌اعتنایی، بی‌توجهی و غفلت می‌باشد و ظاهراً مترادف بی‌احتیاطی است. در تعریف بی‌مبالاتی چنین آمده است: "هرگاه فاعل عمل، پیش‌بینی کند که عمل وی موجب ورود ضرر به غیر می‌گردد ولی لاقیدی و سهل‌انگاری او را به طرف ارتکاب جرم سوق دهد، مرتکب بی‌مبالاتی شده است؛ مانند تزریق پنی‌سیلین توسط پرستار بدون تست و اطمینان از عدم حساسیت و مرگ فرد به علت شوک آنافیلاکسی".

بی‌مبالاتی برای پرسنل بهداشتی به عبارت بهتر، نارسایی در وقت و توجه لازم به عمل آمده، می‌باشد.

منظور از توجه لازم، توجهی است که از پرسنل بهداشتی درمانی واجد شرایط در هر موقعیتی انتظار می‌رود که با توجه به موقعیت، به بیمار ارائه‌ی خدمت نماید.

برای اثبات بی‌مبالاتی چهار شرط لازم است:

الف) وظیفه‌ی مراقبت که بر عهده‌ی پرسنل بهداشتی درمانی گذاشته شده باشد.

ب) اعمال عملکرد نامناسب و نارسایی در انجام مراقبت در حد استاندارد.

ج) بیمار باید دچار آسیب شده باشد.

د) آسیب وارده به بیمار باید از بی‌مبالاتی پرسنل بهداشتی درمانی ناشی شده

باشد.

حال با توجه به موارد فوق اگر پرسنل بهداشتی درمانی کارشان را با دقت انجام بدهند، یک خطا در قضاوت یا یک اشتباه، بی‌مبالاتی تلقی نمی‌شود. البته اشتباه ممکن است بیمار را متوجه صدمه‌ی جدی کند؛ در این صورت مسئولیت تنها در صورت اهمال، متوجه پرسنل خواهد شد. بنابراین آنچه که انتظار می‌رود این است که انجام وظیفه بدون مسامحه جهت رفاه حال بیمار باشد.

۳ مشارکت در بی‌مبالاتی

در مواقعی که دستورالعمل‌های لازم توسط پرسنل بهداشتی درمانی به بیمار داده می‌شود و خود بیمار بی‌مبالاتی می‌کند، علت تمام یا قسمتی از آسیب‌های وارده متوجه خود او می‌باشد و در این صورت پرسنل بهداشتی درمانی بایستی دستورالعمل‌های داده شده به بیماران و آنچه را که اتفاق افتاده است، ثبت نمایند تا در صورت لزوم بتوان مقصر اصلی را تشخیص داد و در صورت عدم ثبت، امکان دفاع یا اثبات بی‌گناهی پرسنل وجود ندارد.

۴ عدم مهارت

در اصطلاح حقوق، "عدم مهارت" عبارت است از عدم آشنایی متعارف به اصول وقایع علمی و فنی کار معین. به عبارتی عدم مهارت یعنی فقدان اطلاعات علمی، فنی و توانایی‌های لازم برای تقبل و انجام بعضی از کارها.

آشنایی با برخی از جرم‌ها و مجازات آنها

بر اساس موازین حقوقی کشور، مواردی که به آنها اشاره می‌شود جرم محسوب شده و بر طبق قانون قضا، مجازات خاصی برای آن تعیین شده است.

۱ جرم افشای اسرار بیماران

هر نوع اطلاعات موجود در پرونده‌ی بیماران مانند نوع بیماری، مدت و پیشرفت بیماری، و مشخصات بیمار می‌تواند جزء اسرار باشد و لذا کادر پزشکی به موجب قانون، مجاز به افشای آن نمی‌باشند و در صورت افشای اسرار بیماران، مرتکب تخلف انتظامی یا جرم شده و قابل مجازات می‌باشد. ممکن است یک ترک فعل علاوه بر مجازات انتظامی (که به خاطر تخلفات صنفی و حرفه‌ای است)، دارای مجازات شدیدتری به موجب قانون باشد.

ماده‌ی ۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ی پزشکی و مشاغل وابسته (مصوب سال ۱۳۷۸) مقرر می‌دارد: "شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند". لذا کلیه‌ی افرادی که با پرونده‌ی بالینی بیمار در ارتباط هستند، می‌توانند مشمول ماده‌ی فوق باشند، حتی دانش‌جویان و کارورزان گروه‌های پزشکی، بایگان‌های شاغل و پرستاران. حفظ اسرار بیمار از حقوق مسلم بیمار است و ما باید در حفظ و نگهداری آن نهایت کوشش و دقت را انجام دهیم.

مجازات جرم شماره‌ی ۱ (افشای اسرار بیمار):

۱- بر اساس قانون مجازات اسلامی (ماده‌ی ۶۴۸) هر کس که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود از اسرار مردم آگاه می‌شود و برخلاف موارد قانونی آن را افشا کند، به مجازات سه ماه و یک روز تا یک سال حبس و یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شود.

۲- البته اگر به واسطه‌ی افشای اسرار فوق، خسارت‌های مادی و معنوی نیز به شخص شاکی وارد شده باشد، بر اساس قانون از باب مسؤلیت مدنی، فرد مجرم موظف به جبران خسارت‌های وارده بر شاکی خصوصی نیز می‌باشد.

۳- علاوه بر مجازات قانونی بالا در صورتی که پرونده‌ی مجرم در هیئت رسیدگی به تخلفات انتظامی شاغلان گروه پزشکی و وابسته مطرح شود:

بر اساس ماده‌ی ۴ آیین‌نامه‌ی فوق، مرتکب تخلف طبق تبصره‌ی بند الف ماده‌ی

۲۹ آیین‌نامه برای بار اول به مجازات زیر محکوم می‌شود:

* تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیئت نظام پزشکی محل وقوع.

* اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام پزشکی محل وقوع.

در صورت تکرار جرم به مجازات‌های زیر محکوم می‌شود:

* توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام پزشکی و نشریه‌ی نظام پزشکی محل، یا الصاق رأی در تابلوی اعلانات نظام پزشکی محل.

* محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی یا وابسته از ۳ ماه تا یک سال در محل ارتکاب.

البته در مواردی که به موجب قانون اشخاص موظف به افشای اسرار می‌باشند، از مجازات کیفری و حرفه‌ای معاف هستند و دیگر به واسطه‌ی شکایت شخصی که اسرار او فاش شده، مورد تعقیب کیفری یا انتظامی قرار نمی‌گیرند، زیرا افشای اسرار به موجب قانون بوده است.

۲ جرم عدم کمک به مصدومین و مجروحین در مواقع اورژانس

چه کسانی مکلف به کمک به مصدومین در مواقع اورژانس هستند؟

افراد مکلف برای کمک به مصدومین و مجروحین در مواقع اورژانس، سه دسته هستند:

الف) تکلیف عام بر همه اشخاص.

ب) تکلیف عام بر اشخاص حرفه‌ای.

ج) کسانی که بر حسب وظیفه یا قانون مکلف به کمک می‌باشند.

و مجازات مکلفین مشمول قانون فوق نیز سه دسته خواهد شد.

مجازات جرم شماره‌ی ۲:

الف) تکلیف عام بر همه اشخاص: بر اساس بند ۱، ماده‌ی ۱ واحده‌ی مجازات

خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴/۳/۲۵ مقرر می‌دارد:

"هرکس شخص یا اشخاص را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع ذیصلاح، از وقوع خطر یا تشدید نتیجه‌ی آن جلوگیری کند بدون آن که با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود؛ حال اگر کسی بدون توجه به شغل خود بدون دلیل از اقدامات امتناع کند، مرتکب جرم خودداری از کمک به مصدومین گردیده و به حبس تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد."

ب) تکلیف عام بر اشخاص حرفه‌ای: در ادامه بند ماده‌ی واحده‌ی قانون آمده است: اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای شغل خود، می‌توانسته کمک مؤثری بنماید و خودداری کرده، به حبس از ۳ ماه تا ۲ سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. توجه شود که این حالت فقط در مواردی است که اشخاص فوق در حال مأموریت یا اشتغال به خدمت نباشند، زیرا در صورت مأموریت یا اشتغال به مجازات شدیدتری محکوم می‌شوند.

ج) کسانی که برحسب وظیفه یا قانون مکلف به کمک می‌باشند: اگر اشخاص به واسطه‌ی شغل خود می‌توانند کمک مؤثری بنمایند و در حال مأموریت یا خدمت باشند و از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی خودداری نمایند، مشمول مجازات شدیدتری می‌شوند؛ مانند نیروی انتظامی، مأموران آتش‌نشانی، تکنسین اورژانس، پزشکان، پرستاران مراکز درمانی یا اورژانس در هنگام خدمت، هرگاه در

حال خدمت از کمک کردن به افراد مصدوم و یا در معرض خطر خودداری کنند، به حبس از ۶ ماه تا ۳ سال محکوم می‌شوند.

همچنین به موجب ماده‌ی ۲۴ قانون ایجاد نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، موارد تخلف و مجازات‌های کادر پرستاری و وابسته مطابق با قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب سال ۱۳۷۴، توسط هیئت‌های بدوی و عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی می‌باشد و به موجب ماده‌ی ۲۳ قانون ایجاد نظام پرستاری، در مرکز و شهرستان‌های دارای نظام پرستاری، هیئت‌های کارشناسی تشکیل می‌شود و در مواردی که هیئت‌های بدوی و عالی انتظامی رسیدگی به تخلفات گروه پزشکی به پرونده‌ی تخلفاتی اعضای سازمان نظام پرستاری رسیدگی می‌نماید، به آن هیئت مشاوره می‌دهد و نظر کارشناسی خود را اعلام می‌کند.

قوانین مرتبط با رضایت و برائت در قانون مجازات اسلامی

ماده ۴۵۹ قانون مجازات اسلامی

هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آن که عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجات برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می شود.

تبصره ۱: در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند برائت اخذ نکرده باشد.
تبصره ۲: ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در مورد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضاییه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان های مربوط به اعطای برائت به طبیب اقدام می نماید.

ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی

در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی

علاوه بر موارد مذکور در موارد قبل، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می شود، در موارد ذیل قابل مجازات نیست:
ج- هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می شود در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.

ماده ۲۵۹ قانون مجازات اسلامی

هرگاه کسی فعلی که انجام آن را به عهده گرفته یا وظیفه خاصی را که قانون بر عهده او گذاشته است ترک کند و به سبب آن جنایتی واقع شود، چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته باشد جنایت حاصل به او مستند می شود و حسب مورد عمدی، شبه عمدی یا خطای محض است، مانند این که پزشک یا پرستار وظیفه قانونی خود را ترک کند.

ماده ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی

در صورتی که قتل غیر عمد بواسطه بی احتیاطی، یا بی مبالاتی، یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود، مسبب به حبس از یک تا سه سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد مگر این که خطای محض باشد.

ارزیابی GCS بیمار (Glasgow Coma Scale)

روشی است که با نمره دادن به توانایی بیمار در باز کردن چشمها، پاسخ های حرکتی و پاسخ های کلامی، سطح هوشیاری بیمار را ارزیابی می کند.

نمره	باز کردن چشم ها
4	بیمار چشم هایش را خودبخود باز کند
3	بیمار در پاسخ به صدا چشم هایش را باز کند
2	بیمار در پاسخ به درد چشم هایش را باز کند
1	بیمار اصلاً "چشم هایش را باز نکند"

نمره	پاسخ کلامی
5	بیمار کاملاً به زمان و مکان و اشخاص اطراف آگاهی دارد
4	بیمار گیج است
3	بیمار کلمات نامربوط به زبان می آورد
2	بیمار کلمات نامفهوم به زبان می آورد
1	بیمار صحبت نمی کند

نمره	پاسخ حرکتی
6	بیمار دستورات را اجرا می کند
5	بیمار محل درد را مشخص می کند
4	بیمار خود را از محرک دردناک دور می کند
3	بیمار در پاسخ به محرک دردناک، اندام هایش را به وضعیت فلکسیون (خم شدن) در می آورد
2	بیمار در پاسخ به محرک دردناک، اندام هایش را به وضعیت اکستنشن (باز شدن) در می آورد
1	بیمار در پاسخ به تحریک دردناک هیچ حرکتی را از خود نشان نمی دهد

تغییرات عمده در اقدامات پایه حیات (BLS) در بزرگسالان ۲۰۱۵ :

تاکید بر فشردن قفسه سینه (chest compression) به تنهایی برای کسی که آموزش های اضافی ندیده است و ادامه این عمل تا زمانی فرد آموزش دیده یا تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی فرا می رسند، این متد تحت عنوان **Hands only-CPR** در سایت **انجمن AHA** عنوان شده است.

ایست قلبی__ یک نقص الکتریکی در قلب است که باعث نامنظم شدن ضربان قلب می گردد (آریتمی) و در نتیجه مختل شدن خونرسانی به مغز، شش ها و دیگر ارگان ها، آسیب وارد می شود_ علت عمده مرگ در جهان می باشد. هر سال بیش ۳۲۶۰۰۰ ایست قلبی در خارج از بیمارستان های ایالات متحده رخ می دهد.

وقتی که شخصی ارست قلبی می کند، زنده ماندن او به cpr فوری توسط اطرافیان بستگی دارد.

بر اساس آمار انجمن قلب آمریکا، ۹۰ درصد افرادی که خارج از بیمارستان ها ایست قلبی می کنند، می میرند. اگر cpr بلافاصله پس از ایست قلبی شروع شود، شانس بقا را تا ۲ الی ۳ برابر افزایش می دهد.

بیشتر مردم فکر می کنند که نمی توانند به یک بیمار قلبی اورژانسی کمک کنند، زیرا یا آموزش نحوه مدیریت یک بیمار قلبی را ندیده اند یا اینکه می ترسند صدمه ای به بیمار وارد کنند.

برای کسی که دوستش دارید نجات بخش باشید.

برای زنده ماندن عزیزانتان حداکثر تلاشتان را بکنید، دست های شما می توانند نجات بخش باشند: فرزندانتان، پدر و مادر، همسر یا دوستانتان

۷۰ درصد ارست های قلبی در خارج از بیمارستان و در خانه رخ می دهد. این مسئله نشان می دهد که نجات بخش ترین افراد برای بیمار، افراد حاضر در خانه یا به عبارتی نزدیکان بیمار می باشد. شما با یادگیری یک اقدام ساده که انجمن قلب آمریکا آن را تحت عنوان **Hands only-cpr** (فقط دست ها) معرفی کرده است، می توانید شانس بقای یک بیمار ایست قلبی را تا ۲ الی ۳ برابر افزایش دهید.

تعداد دفعات **chest compression** توصیه شده، ۱۰۰ الی ۱۲۰ بار در دقیقه می باشد. یعنی حداقل ۱۰۰ و حداکثر ۱۲۰ بار در دقیقه فشردن قفسه سینه انجام گیرد و نباید از ۱۲۰ تجاوز کند.

عمق میزان فشار **chest compression** (فشردن قفسه سینه) ۵ الی ۶ سانتی متر توصیه می شود. یعنی بالاتر از ۲ اینچ اما نباید بیش از ۶ سانتی متر (حدود ۴/۲ اینچ) تجاوز کند. (برای بالغین)

تماس با اورژانس در حین CPR به وسیله موبایل، برای فعال کردن EMS و همچنین دریافت راهنمایی از متصدی دیسپچ.

واژوپرسین از چرخه ACLS حذف و تاکید بر مدیریت سریع اپی نفرین شده است.

استفاده از اکسیژن حداکثر در طول CPR و بعد از ROSC، اکسیژن طوری تیتره کنید که میزان اشباع اکسیژن شریانی در ۹۴٪ حفظ شود.

در صورتی که از راه هوایی پیشرفته (ETT) استفاده می کنید، هر ۶ ثانیه یک بار ونتیله کنید (۱۰ تنفس در دقیقه)

پایین بودن CO₂ ۲ انتهای بازدمی در بیماران اینتوبه پس از ۲۰ دقیقه CPR نشان دهنده احتمال بقای خیلی پایین است، و این فاکتور باید همراه با سایر فاکتورهایی که در تعیین خاتمه CPR به ما کمک می کند، استفاده شود.

استفاده روتین از لیدوکائین بعد از ROSC توصیه نمی شود. با این حال ممکن است شروع یا ادامه تجویز لیدوکائین بعد از ROSC در طول فیبریلاسیون بطنی و تاکیکاردی بطنی بدون نبض، مورد نظر قرار گیرد.

مدیریت دما: شواهد جدید نشان می دهد که رنج دما بین ۳۲ الی ۳۶ درجه سانتی گراد در ۲۴ ساعت اول، بعد از ایست قلبی قابل قبول ترمی باشد.

لیست داروهای خطرناک

- ۱- تمام مخدرها (و داروهای تزریقی تحت کنترل وزارت بهداشت)
- ۲- دیگوکسین وریدی
- ۳- انسولین
- ۴- اولین دوز آنتی بیوتیک های وریدی
- ۵- ترکیبات تغذیه کامل وریدی (مانند آمینوپلازما و اینترالیپید و ...)

Total Parenteral Nutrition (TPN)

- ۶- دوزهای کودکان از ویال های چند دوزی
- ۷- خون و فرآورده های خونی
- ۸- کلرور پتاسیم (و سایر الکترولیت های تغلیظ شده)
- ۹- سولفات منیزیم
- ۱۰ - میزوپروستول

توجه: مورد ۹ و ۱۰ بیشتر مربوط به بخش زایمان می باشد.

***نکته مهم:** داروهای پرخطر باید توسط دو کارشناس پرستاری کنترل - انجام - ثبت و با درج امضای دو کارشناس تأیید گردد.

لیست داروهای یخچالی

ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو	ردیف	نام دارو
۱	آمپول آتراکوریوم ۲۵ میلی گرم	۱۸	ویال واکسن آنفلوانزا	۳۵	آمپول اپی روبیسین
۲	آمپول آتراکوریوم ۵۰ میلی گرم	۱۹	آمپول تتابولین	۳۶	آمپول رگام
۳	آمپول اتوپوزاید	۲۰	آمپول تتراکوزاکتاید	۳۷	آمپول سوکسینیل کولین
۴	آمپول اریتروپوتین ۲۰۰۰ واحد	۲۱	ویال دوکسورویسین	۳۸	ویال پکلی تاکسول
۵	آمپول اریتروپوتین ۴۰۰۰ واحد	۲۲	آمپول ساندوستاتین	۳۹	آمپول کلسی تونین
۶	ویال اسپارژیناز	۲۳	ویال پوراکتانت	۴۰	آمپول سیس آتراکوریوم
۷	ویال استریپتوکیناز	۲۴	ویال براکتانت	۴۱	آمپول نوالبین
۸	آمپول اکسی توسین ۵ واحد	۲۵	ویال سورفکتانت	۴۲	آمپول بواسیزیماب
۹	آمپول اکسی توسین ۱۰ واحد	۲۶	آمپول فیل گراستیم	۴۳	ویال اکسالی پلاتین
۱۰	ویال آلبومین ۲۰٪	۲۷	آمپول کلسیم فولینات	۴۴	آمپول آوانکس
۱۱	ویال آمفوتریسین B	۲۸	قطره کلرامفنیکل	۴۵	آمپول گلوکاگن
۱۲	ویال واکسن هیپاتیت	۲۹	آمپول ویتامین C	۴۶	ویال هرسپتین
۱۳	ویال انسولین رگولار	۳۰	ویال وین بلاستین	۴۷	ویال مپترا
۱۴	ویال انسولین NPH	۳۱	ویال وین کریستین	۴۸	ویال تاکسوتر ۸۰
۱۵	ویال IVIG ایمونوگلوبولین	۳۲	ویال ALG	۴۹	ویال تاکسوتر ۲۰
۱۶	ویال پروپوفول	۳۳	آمپول ATG	۵۰	ینترفرون آلفادوبی
۱۷	آمپول پروستا گلاندین	۳۴	آمپول پانکراینوم		

تبصره ۱: برخی انواع آلبومین ها یخچالی نمی باشند.

۲: مکان نگهداری پروپوفول در دمای ۲ تا ۲۵ درجه سانتیگراد می باشد.

۳: انواع شیاف ها در دمای بالاتر از ۲۵ درجه سانتیگراد در یخچال نگهداری شوند.

ردیف	نام دارو	آنتی دوت	ردیف	نام دارو	آنتی دوت
۱	اتروپین	فیزوستیگمین	۲۲	سیانید	سدیم نیترات
۲	آرسنیک	دی مرکاپتوسوکسینیک	۲۳	شوینده ها	شیر
۳	ارگانوفسفره	اتروپین - پیرالیدوکسیم	۲۴	ضد افسردگی سه حلقه ای	بیکربنات سدیم
۴	استامینوفن	استیل سیتئین	۲۵	فنوباریتال	دیالیز
۵	اسکازینا	بی پریدین	۲۶	فنی توئین	بیکربنات سدیم
۶	انالاپریل	دوبوتامین	۲۷	کاپتوپریل	دوبوتامین
۷	آنتی سایکوتیکها	نالوکسان	۲۸	کلرپرومازین	بی پریدین
۸	آهن	دفروکسامین	۲۹	کلونیدین	نالوکسان
۹	ایمی پرامین	بی پریدین	۳۰	لیدوکائین	بیکربنات سدیم
۱۰	بنزودباژین	فلومازنیل	۳۱	متانول	اتانول
۱۱	بتابلوکرها	اتروپین - گلوگاون - رنول	۳۲	متوکلوپرامید	بی پریدین
۱۲	پرومتازین	بی پریدین	۳۳	متیل دوپا	دوپامین - دوبوتامین
۱۳	تئوفیلین	پروپرونولول	۳۴	مت هموگلوبین	متیلین بلو
۱۴	جیوه	دی مرکاپتوسوکسینیک	۳۵	مخدرها - لوموتیل	نالوکسان
۱۵	دیازپام	فلومازنیل	۳۶	منوکسیدکربن	اکسیژن
۱۶	دیگوکسین	آنتی بادیهای FAB	۳۷	نیفیدیپین	گلوکونات کلسیم
۱۷	دیلتiazیم	گلوکونات کلسیم	۳۸	وارفارین	ویتامین K- FFP
۱۸	سالیسیلاتها	ویتامین K	۳۹	وراپامیل	گلوکونات کلسیم
۱۹	سرب، EDTA ، BAL	پنی سیلامین	۴۰	هالوپریدول	بی پریدین
۲۰	سولفات منیزیم	گلوکونات کلسیم	۴۱	هپارین	پروتامین - FFP
۲۱	سمپاتو سیستمیک	بتا بلوکرها - ضد فشارخونها و مهار کننده فنتولامین	۴۲		

لیست داروها با نام و تلفظ مشابه (که جهت جلوگیری از خطاها نیاز به دقت و توجه بیشتر دارند)

نام داروها	ردیف	نام داروها	ردیف
Famotidine → Furosomide	۲۱	Acetaminophen → Acetazolamide	۱
Bromocriptine(Parlode) → Lithium Carbonate	۲۲	Chlorpropamide → Chlorpromazine	۲
Usveral → Desferal	۲۳	Dobutamine → Dopamine	۳
Bupropion → Buprenorphine	۲۴	Hydrocortisone → Oxycodon	۴
Calcitriol → Calcitonin	۲۵	Valganciclovir → Valacyclovir	۵
Ceftazidime → Ceftizoxime	۲۶	Erythromycin → Azithromycin	۶
Clobetazol → Clobutinol	۲۷	Nicardipine → Nifedipine	۷
Propranolol → Propafenone	۲۸	Primidone → Prednisolone	۸
Topiramate → Tolnaftat	۲۹	Vecuronium → Vancomycin	۹
Oxytocin → Oxybutynin	۳۰	Acetaminophen → Acetazolamide	۱۰
Metronidazol → Mebendazole	۳۱	Adult Co-trimoxazole → Adult cold	۱۱
Losartan → Loratadine	۳۲	Acetaminophen Codeine → Adult cold	۱۲
Levamisole → Levodopa	۳۳	Aldacton → Adult cold	۱۳
Fluoxetine → Fluvoxamine	۳۴	Halopridol → Allopurinul	۱۴
Erythromycin → Erythropoietine	۳۵	Alprenolol → Allopurinul	۱۵
dyhydroergotamine → Dydrogestrone	۳۶	Acetazolamide → Acetohekamide	۱۶
Chlorpromazine → Chlorpheniramine	۳۷	Chlorpromazine → Chlorpropamide	۱۷
Aminophyllin → Amiodarone	۳۸	Hydrocodone → Hydrocortisone	۱۸
Fosamax → Flomax	۳۹	Azithromycin → Erythromycin	۱۹
Amphotericin → Ampicillin	۴۰	Metocarbamol → Metoclopramide	۲۰

طبقه بندی انواع مسکن های مصرفی

(1) مسکنهای تب بر و ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs)

آسپرین - متیل سالیسیلات - منتول سالیسیلات	الف) سالیسیلاتها
استامینوفن (پاراستامول - تیلنول) (TYLENOL)	ب) مشتقات پارا آمینوفنل
ایندومتاسین - مفنامیک اسید (از دسته فنا ماتها) - تولمئین - مشتقات پروپیونیک بوپروفن - ناپروکسن - پیروکسیکام - دیکلوفناک - داروهای ترکیبی مثل ACA	ج) گروه سوم

(2) داروهای درمان آرتریت روماتوئید و نقرس و میگرن

کلشی سین - آلپورینول - دی هیدروآرگوتامین

(3) عوامل مسکن و ضد التهاب استروئیدی

بتامتازون - دگزامتازون - هیدروکورتیزون - متیل پردنیزولون - پردنیزولون - تریامسینولون

(4) داروهای مسکن مخدر (OPIOID) (اپیوئید)

استامینوفن کدئین - آسپیرین کدئین - فنتانیل - متادون - مورفین - پنتازوسین - پتیدین - سوفنتانیل

(5) داروهای مسکن غیر مخدر (nonopioid)

ACA - استامینوفن - آمی تریپتیلین - آسپرین - باکلوفن - کاربامازپین - دوکسپین - فلوفنازین - ایمی پیرامین - ماپرونیلین
پیتیلین - ترازودون - ازپیرامین

همکار محترم لطفاً مباحث مربوط به شرح وظایف شغلی ، خط مشی ، فعالیتهای داخل بخش ، توضیحات کامل CPR پایه و پیشرفته نحوه استفاده تجهیزات پزشکی و..... از فایلها و پوسترهایی مربوط به خود که در بخش موجود می باشد مطالعه گردد.