





استاندارد های ایمنی در اعتبار بخشی

# ایمنی بیمار



روح اصلی اعتباربخشی نسل نوین، **ارتقای ایمنی بیمار** است. استانداردهای که مستقیماً مرتبط با ایمنی بیماران هستند از انواع بومی و یا استانداردهای توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی در محورهای هشت گانه و در توالی اقدامات کیفی مربوط تعبیه شده اند.

در واقع محور مدیریت ایمنی بیماران مجموعه ای از **استانداردهای کیفی** در تمامی محورهای اعتباربخشی است.

پیام اصلی این شیوه از نگارش، ضرورت توجه به برنامه ها ، ملاکها و نظارتهای مرتبط با ایمنی بیمار در تمامی ابعاد اعتباربخشی و پرهیز از بخش محوری نمودن ایمنی بیماران با توجه به ابعاد متنوع آن است.

## الف -2-3 مسئولان ایمنی تعیین شده و براساس شرح وظایف معین در بیمارستان فعالیت مینمایند.



### ☞ دستورالعمل استاندارد

تقویت مدیریت پیشگیری و ایمنی در بیمارستان با تولید مشخص و برنامه های  
معین

☞ اولویت بخشی، برنامه ریزی، اجرا و پایش و بازنگری مستمر برنامه های  
ارتقای ایمنی بیماران در تمام سطوح بیمارستان

سنجه 1. مسئول فنی بیمارستان، بر اساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت می نماید.



مسئول فنی (خصوصیات، شرح وظایف)

بدیهی است با توجه به عضویت مسئول فنی در تیم مدیریت اجرایی **حضور** **مستمر ایشان در شیفت صبح** الزامی است.

کارکنان بایستی مسئول فنی را به عنوان مسئول ایمنی شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند.



## سنجه 2. مسئول ایمنی" بر اساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت می نماید



سوابق گزارشات در فواصل زمانی منظم به ریاست بیمارستان موید عملکرد مسئول ایمنی طبق وظایف محوله است و کارکنان فعالیت ایشان را در حیطه برنامه ایمنی بخش تایید می نمایند.

\*\* مسئول ایمنی چالشها و موانع پیشرفت برنامه های مرتبط با ایمنی را نظارت و در صورت لزوم با هماهنگی تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی به عمل میآید.

سنجه 3. طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان، یک نفر از پزشکان/پرستاران با سابقه حداقل 5 سال کار در بخش های بالینی به عنوان " کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار " تعیین شده است.



مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار متمرکز برنامه های ایمنی بیمار بوده و اقدامات خود را با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان انجام میدهد.

\*\* کارکنان بایستی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار شناسایی نموده و از حیطه اختیارات وی آگاه باشند.

سنجه 5. اثربخشی اقدامات انجام شده برای ارتقاء ایمنی توسط مسئول ایمنی در فواصل زمانی مدون ارزیابی شده و گزارش آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح و تیم مدیریت اجرایی در صورت لزوم اقدام اصلاحی تعیین و بر اجرای آن نظارت می نماید.



پایش اثربخشی اقدامات\* انجام شده برای ارتقای ایمنی بیمار بررسی مستند و مصاحبه

تحلیل شاخصهای ایمنی را در فواصل زمانی منظم توسط مسئول ایمنی بررسی مستند و مصاحبه

گزارش نتایج شاخصهای ایمنی توسط مسئول ایمنی حداقل سه ماهه از طریق نامه رسمی به ریاست بیمارستان\*\* بررسی مستند و مصاحبه

نظارت مسئول ایمنی بر اجرای اقدامات اصلاحی مصوب تیم مدیریت اجرایی\*\*\*



## الف 2-4 باز دیدهای مدیریتی به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار و شناسایی خطرات، بطور منظم انجام میشود.



### اهداف :

#### ارتقای فرهنگ ایمنی

- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار مؤثر و عملی است) .
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته.
- اجرای مداخلات اصلاحی مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از باز دیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار.
- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته.

سنجه 2. نتایج باز دیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و اقدامهای اصلاحی / برنامه های بهبود کیفیت تعیین و بر اجرای آن نظارت میشود.



❧ برگزاری جلسه جمع بندی بازدید با حضور تیم بازدید کننده در بخش/ واحد مورد بازدید\*

❧ پیگیری نتایج باز دیدهای ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی

❧ انجام اقدامات اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود که نیاز به تصمیم گیری در سطح مدیریت اجرایی دارند

❧ نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای صحیح و به موقع اقدامات اصلاحی/ اجرای برنامه بهبود کیفیت

## الف 4-2 اقدامات برنامه ریزی شده برای پایش و کنترل خطاها اجرا میشود.



### ❧ دستاورد استاندارد:

❧ تقویت مشارکت کارکنان در پایش و کنترل خطاهای پزشکی

❧ پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق تحلیل ریشه ای علل بروز

❧ پیشگیری از تکرار مجدد خطاهای پزشکی از طریق به اشتراک گذاری تجربه ها

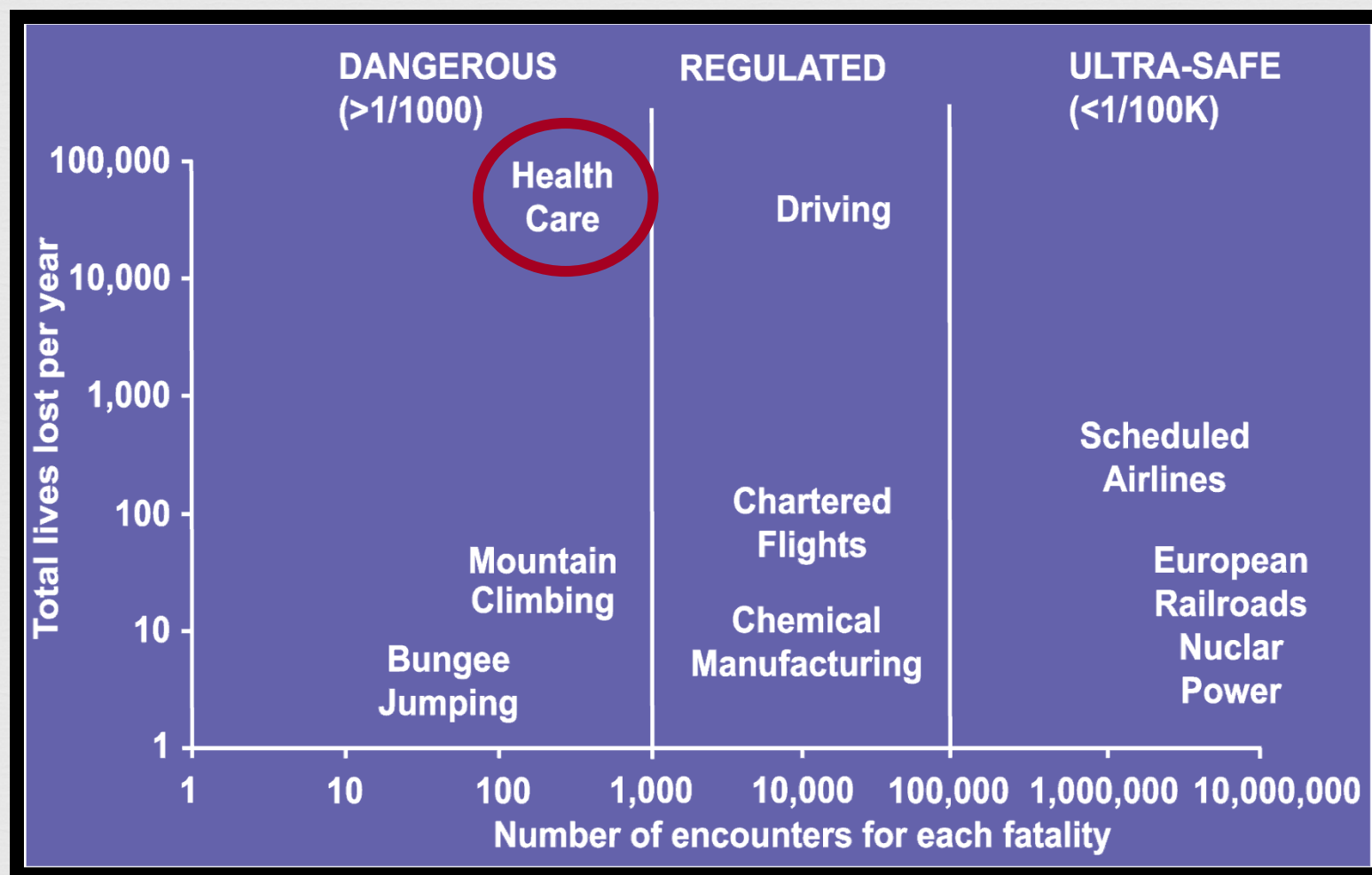
❧ **سنجه ۱. روش اجرایی " نحوه گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون**

**ترس از سرزنش و تنبیه"** توسط مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده

ایمنی بیمار با مشارکت صاحبان فرآیند با حداقل های مورد انتظار تدوین شده

و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند

# ریسک در بهداشت و درمان چگونه است؟



# رویکرد مدیریت ریسک



❧ “Reactive” and “Proactive” approaches

❧ learning from things that has gone wrong  
**(Reactive)**

❧ preventing potential risks from impacting in the  
service that the health organization provides  
**(Proactive)**



# علت ریشه ای چیست ؟

علائم مشکل  
علف هرز  
موارد آشکاریا  
خطاهای فعال

علل پایه  
ریشه  
موارد غیر آشکار

علت ریشه ای اساسی ترین عامل یا عوامل  
سببی است که در صورت اصلاح یا حذف  
آن ، از رخ دادن مجدد شرایط ، مانند خطا در  
انجام یک روش جلوگیری می شود.

# باید فهمید:



What happened

چه چیزی اتفاق افتاده است؟

how happened

چگونه اتفاق افتاده است؟

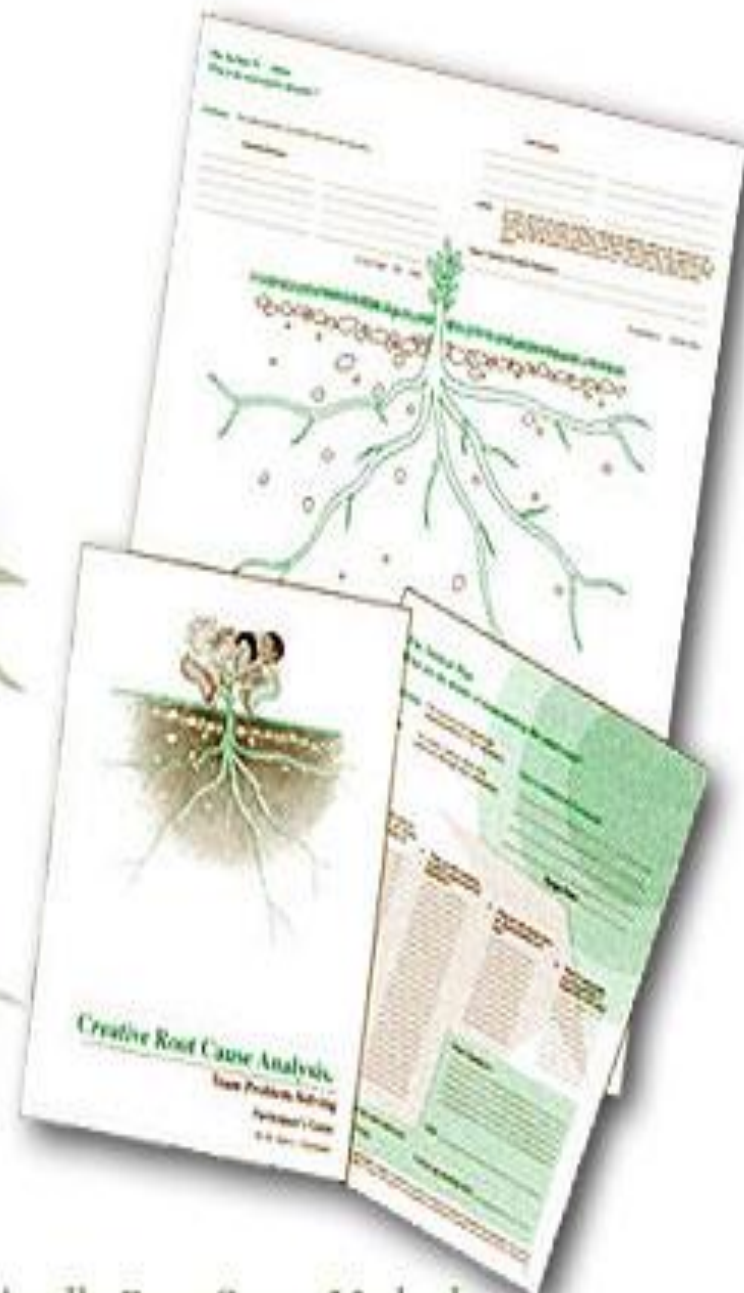
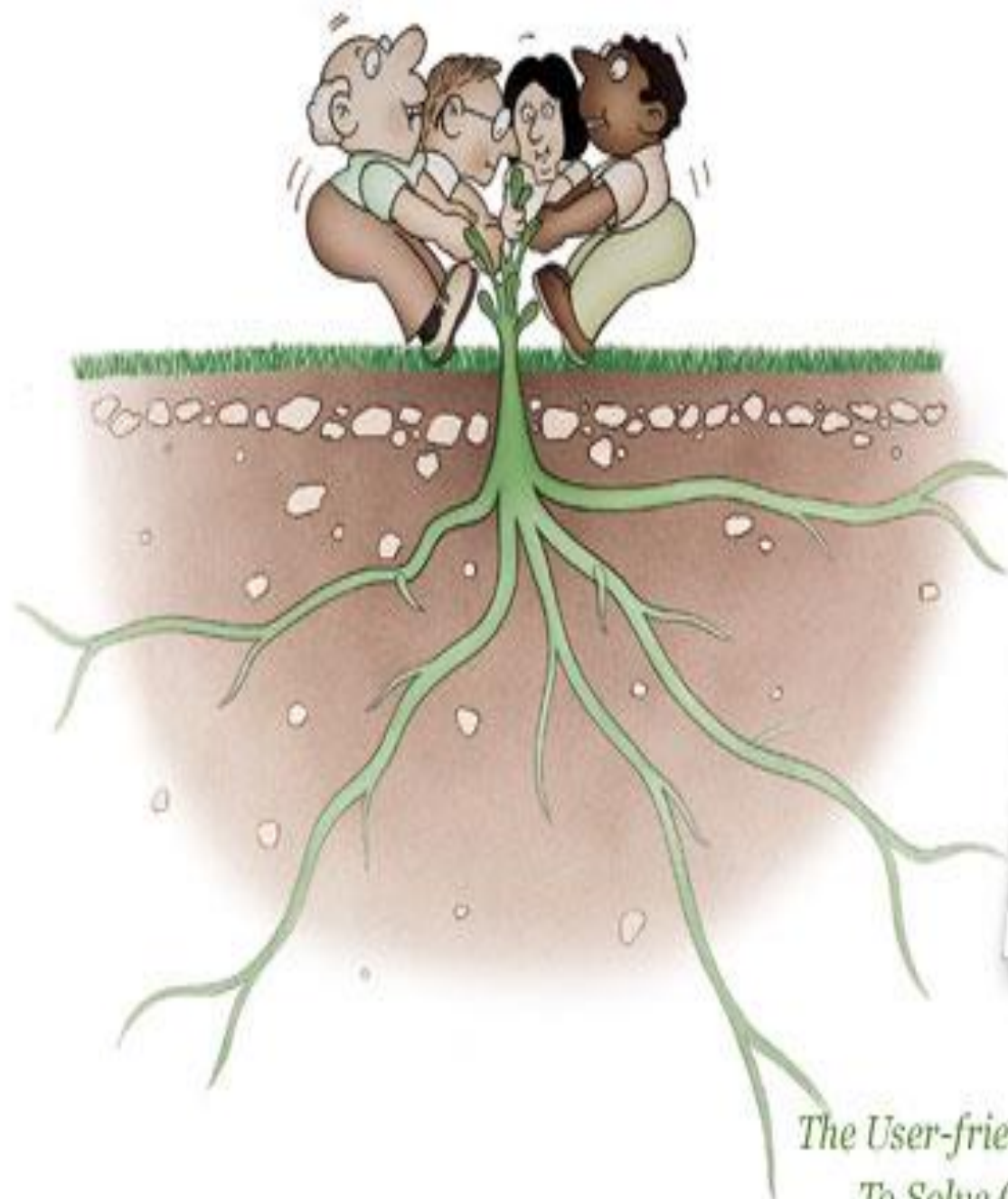
why happened

چرا اتفاق افتاده است؟

علل سطحی

علل ریشه ای

چه کنیم که دیگر اتفاق نیفتد؟



*The User-friendly Root Cause Method  
To Solve Complex, Multi-faceted Problems*

سنجه 2. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول ایمنی سوابق خطاهای پزشکی را به صورت جاری، کامل، صحیح، ثبت نموده و از آن ها برای ارتقای ایمنی بیماران و تداوم درمان و مراقبت استفاده میشود.



- نحوه شناسایی موانع گزارش خطا در روش اجرایی
- راه کارهای رفع موانع گزارش دهی در روش اجرایی
- نحوه افزایش مشارکت کارکنان بالینی در گزارش خطاهای پزشکی در روش اجرایی
- نحوه جمع آوری گزارش ها در روش اجرایی
- پیش بینی شیوه های خود اظهاری بدون ترس از تنبیه در روش اجرایی بررسی مستند
- پیش بینی فرمهای کاغذی/ الکترونیکی گزارش خطا، اعم از نزدیک به خطا و وقایع ناخواسته در روش اجرایی
- نحوه کسب اطمینان از رعایت محرمانه بودن مشخصات فرد گزارش دهنده/خطا کننده در روش اجرایی



سنجه 3. گزارش خطاهای پزشکی رخ داده به ویژه در موارد ذیل و سایر خطاهای پزشکی به تشخیص مسئول ایمنی بیمار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته مرتبط ارائه شده و پس از بررسی و تحلیل ریشه ای خطا اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت تدوین شده و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ شده و مسئول ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت مینماید.



مرگ های غیر منتظره و عوارض غیر منتظره شامل :

واکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند

خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند.

خطا ها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند.

تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافته های پاتولوژی و جراحی.

برگزاری جلسه کمیته مرگ و میر حداکثر 24 ساعت بعد از وقوع مرگ های غیر منتظره\* با محوریت مسئول فنی



سنجه 4. علل خطاهای پزشکی جهت پیشگیری از وقوع مجدد / کاهش خطاهای آتی به صورت " به اشتراک گذاری آموخته ها " با محوریت دفتر بهبود کیفیت به سایر کارکنان مرتبط اطلاع رسانی میشود



الف 4- 2 ارزیابی عملکرد بیمارستان در اجرای برنامه‌های مدیریت خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار انجام و بازنگری میشود.



سنجه 1. شاخص های ایمنی بیمار با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت پزشکان/ پرستاران و سایر کارکنان بالینی تعیین و پایش شده و تیم مدیریت اجرایی پس از دریافت گزارش ارزیابیها، اقدامات اصلاحی/ پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ شده و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت می نماید.

# حداقل شاخص های ایمنی بیمار شامل:



1. سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
2. واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار
3. آسیب حین تولد نوزاد
4. سوختگی با کوتر در اتاق عمل
5. انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
6. جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
7. آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
8. عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
9. خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
11. ایجاد زخم فشاری درجه 3 یا 4 و یا زخم های فشاری تونلی در بیمارستان بستری
11. تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پرخطر که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار شود
12. تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
13. شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عوارض پایدار شود
14. عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود
15. سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار شود

سنجه 2. رئیس/مدیر عامل بیمارستان از بین اعضای کمیته های بیمارستانی افرادی را برای عضویت در تیم ایمنی بیمار انتخاب می نماید و در فواصل زمانی معین نسبت به انجام ارزیابی ایمنی بیمار در سطح بیمارستان اقدام نموده و مسئول ایمنی نتایج را به تیم مدیریت اجرایی و کمیته های مرتبط گزارش مینماید.



تیم ایمنی حداقل شامل: مسئول فنی/ ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، مدیر پرستاری، مسئول کنترل عفونت، مسئول بهبود کیفیت و سایر اعضا به تشخیص رئیس/مدیر عامل بیمارستان

\*\*فواصل زمانی برحسب حجم فعالیت و تعداد تخته های فعال بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی زمان بندی میشود و **حداقل بایستی هر ماه یکبار انجام شود.** در صورتی که مسائل حاد و فوری مطرح نباشد میتواند در فواصل سه ماه یکبار در تیم مدیریت اجرایی مطرح شود.



سنجه 3. نتایج ارزیابی تیم ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ مینماید و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت مینماید.



❧ ارائه نتایج ارزیابی تیم ایمنی به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول فنی/ایمنی\*

❧ تدوین و ابلاغ برنامه اصلاحی/پیشگیرانه/ بهبود کیفیت برای موارد تهدید کننده ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی

❧ نظارت کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای برنامه اصلاحی/پیشگیرانه/بهبود کیفیت ابلاغی



## الف 3-5 برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت تأسیسات و ساختمان بیمارستان تدوین شده و اجرا میشود.



سنجه 6. کنترل و مصرف گازهای طبی براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت صورت می پذیرد.

توصیه: نکات ایمنی کپسولهای گازهای طبی شامل موارد ذیل میباشد:

کپسولهای گازهای طبی در مکانهای خود محکم شده اند.

حمل کپسولهای گازهای طبی پر با کلاهک انجام میشود.

بدنه کپسول با پارچه یا سایر تزئینات پوشیده نشده است.

دستورالعمل استفاده از کپسولهای گازهای طبی بر روی بدنه آنها نصب شده است.

رنگ بندی کپسول های گازهای طبی براساس استاندارد انجام شده است .

## الف 4-5 برنامه ارزیابی، نگهداری و امنیت سیستمهای الکتریکی، تدوین شده و اجرا میشود.



سنجه 4. مکانهای استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویتهای ایمنی بیماران مشخص شده و پریزهای آن در سطح بیمارستان شناسایی شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و در صورت قطع موقت برق، فعال میشوند.

مشخص نمودن مکانهای استفاده از منبع تغذیه بدون وقفه جریان برق براساس اولویتهای ایمنی بیماران\*

براساس دستورالعمل وجود پریزهای UPS برق

مطلع بودن کارکنان بیمارستان از نحوه عملکرد UPS

بررسی منظم و دوره ای عملکرد دستگاه

فعال شدن دستگاه پس از قطع موقت برق

سنجه 6. سيستم توزيع انرژي الكتريكي در بخشهاي مراقبت ويژه  
و اتاق عمل از نوع تابلو ايزوله مي باشد و سيستم نول و ارت آن از  
هم جدا هستند



- ❧ تأييديه نقشه الكتريكي ساختمان توسط مراجع ذيصلاح
- ❧ ايزوله و ترانس بودن سيستم توزيع انرژي الكتريكي در بخشهاي مراقبت ويژه و اتاق عمل
- ❧ تدوين و اجراي برنامه نگهداري و ارزيابي دوره هاي از تابلو هاي ايزوله بيمارستان\*

## الف 5-5 فرایندی جهت گزارش حوادث و یا موقعیت های خطر آفرین برای کارکنان وجود دارد.



سنجه 1. روش اجرایی " گزارش حوادث و موقعیت های خطر آفرین" با  
محوریت مسئول ایمنی و مشارکت کمیته خطر حوادث و بلایا تدوین شده و  
کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

دستآورد استاندارد

پیشگیری از بروز حوادث و حفظ ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان

پیشگیری از بروز مجدد حوادث رخ داده شده

کاهش خسارات مالی ناشی از حوادث

تعیین شیوه گزارش دهی کارکنان (کتبی، شفاهی، الکترونیکی و...)



# الف 7-11 آموزش مهارت‌های نجات دهنده و حفظ ایمنی بیماران برنامه‌ریزی و اجرا میشود.



سنجه 1. برای کارکنان (پزشک/پرستار و سایر کارکنان مرتبط با بالین بیمار) دوره‌های آموزشی شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و نحوه پیشگیری و کنترل آنها **حداقل دو سال یکبار** برگزار میشود.

\*در **فرآیند ارزیابی اولیه بیمار** عوامل **تهدید کننده ایمنی بیمار** شناسایی می شوند. این عوامل با توجه به وضعیت و زمینه های آسیب پذیری بیمار شناسایی و از طریق کنترل عوامل محیطی، آموزش های خود مراقبتی، طرح مراقبت و درمان متناسب و مناسب، وضعیت بیمار کنترل میشود.



سنجه 2. برای پزشکان دوره های آموزش مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت پیش بینی شده،  
که حداقل شامل احیای قلبی-ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و بزرگسالان میباشد



پیش بینی آموزش های ضمن خدمت پزشکان\* در برنامه ریزی آموزشی  
بیمارستان و نیازسنجی صورت پذیرفته

برگزاری دوره آموزشی احیای قلبی-ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و  
بزرگسالان برای پزشکان\*\*

سنجه 3. کارکنان بالینی و افرادی که بیمارستان تعیین میکند دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه را حداقل دو سال یک بار می گذرانند.



برگزاری دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه برای کارکنان بالینی و سایر افراد به تشخیص بیمارستان

تجدید دوره آموزش احیای قلبی-ریوی پایه برای کارکنان بالینی و افرادی که بیمارستان تعیین میکند هر دو سال یکبار

# الف 8-1 تدارک، انبارش و توزیع ملزومات و تجهیزات به صورت برنامه ریزی شده انجام میشود.



سنجه 2. براساس نوع خدمات، فهرست تجهیزات ضروری هریک از بخشها/واحدها تدوین شده است.

\*تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق میشود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر ایمنی بیماران به مخاطره بیاندازد. تجهیزاتی **مانند دی سی شوک** و سایر تجهیزات با تشخیص روسا و مسئولان بخشها / واحدها

**تهیه فهرست تجهیزات پزشکی ضروری\*** مورد نیاز بخشها/ واحدها براساس نوع خدمات، توسط مسئولین بخشها/ واحدها

**تایید فهرست** تجهیزات پزشکی ضروری هریک از هر بخشها/ واحدها توسط **واحد مهندسی تجهیزات** و ملزومات پزشکی

سنجه 3. بخش/ واحد پشتیبان، برای تامین موقت تجهیزات ضروری در شرایط اضطراری، به نحوی که تاخیری در فرآیند درمان بیماران رخ ندهد تعیین شده اند.



بخش یا واحد پشتیبانی، به نحوی انتخاب شود که در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان تجهیزات جایگزین در اختیار بخشی که تجهیزات آن دچار مشکل شده است قرار گیرد. این **پشتیبانی** بایستی به **صورت شبانه روزی** پیش بینی شود.



الف 8-9 تسهیلات جداسازی (ایزولاسیون) و تفکیک  
فضاها انجام شده و تجهیزات آنها تامین میشود.



❧ سنجه 3. برای بیمارانی که امکان انتقال بیماری آنها وجود دارد دستگاه  
جداگانه جهت دیالیز فراهم شده است.

❧ هرگونه جداسازی با حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران انجام شود.

ب 1-6 قبل از انجام هرگونه اقدام مراقبتی، تشخیصی،  
درمانی هویت بیمار حداقل با دو شناسه احراز میشود.



آگاهی کارکنان از نحوه شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات  
درمانی، تشخیصی و مراقبتی

تعیین حداقل دو شناسه معین براساس دستورالعمل ابلاغی\*

شناسایی صحیح بیماران در زمان ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و  
مراقبتی توسط کارکنان بالینی طبق دستورالعمل ابلاغی\*\*

استفاده از دستبند شناسایی برای تمامی بیماران بستری در بخشهای عادی،  
ویژه و بخش اورژانس

## ب 1-17 اصول صحیح دارو دهی به بیمار رعایت میشود.



سنجه 1. دارو دهی به بیماران با رعایت اصول صحیح دارو دهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد.

8R شامل: 1- بیمار صحیح 2- داروی صحیح 3 - راه مصرف صحیح 4- زمان صحیح 5 - دوز مصرف صحیح 6 - ثبت صحیح 7- تجویز صحیح 8 - پاسخ مناسب به دارو، هفت مورد اول الزامی و رعایت پاسخ مناسب به دارو توصیه میشود.

\*\*این سنجه در هر محلی که دارو برای بیمار استفاده میشود قابلیت سنجش دارد.

سنجه 2. نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با "شکل، نام و تلفظ مشابه" طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت می پذیرد.



یکی از 9 راه حل ایمنی سازمان بهداشت جهانی توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی است.

\*\*برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به **رنگ زرد** است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد و جعبه محتوی ویال ها و آمپول های دارویی با اسامی و اشکال مشابه **در ترالی اورژانس** را با برچسب زرد نشان گذاری شود.



سنجه 3. شناسایی، انبارش، نسخه نویسی و دارو دهی " داروهای  
پر خطر " طبق روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت  
می پذیرد.



❧ \*داروهای پرخطر یا داروهای با هشدار بالا، داروهایی هستند که چنانچه  
اشتباهها مصرف شوند موجب آسیب های جبران ناپذیر میشوند.

❧ توصیه 1. ویال پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه  
داری نمایید.

❧ توصیه 2. **محدودیت** در تجویز داروهای با **هشدار بالا** به صورت شفاهی یا  
تلفنی

❧ توصیه 3. تجویز ( دارودهی ) و آماده سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو  
نفر از کادر حرفه ای بالینی

❧ توصیه 4. در انبارها، قفسه دارویی و تراسی اورژانس با برچسب قرمز رنگ  
" داروهای با هشدار بالا " توجه کاربران به خطر بالقوه آنها جلب شود.

# اقدامات



نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشك متخصص و بالاتر  
استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام دارو در هنگام دستوردارویی  
استاندارد سازی ودقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی ، نسخه برداری،  
آماده سازی و تجویز "داروهای با هشدار بالا"، به نحوی که از بروز وقایع  
ناخواسته بکاهد.

نسخه نویسی و نسخه برداری به روش نگارش TALL MAN  
LETTERING استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی  
(به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine)

ردیف	دسته دارویی	نام دارو/ شکل دارویی
۱	داروهای سیستم انعقادی	اپتیفیباتاید ، استرپتوکیناز ، رتپلاز ، آلتپلاز، ترانکزامیک اسید ، آپروتینین وارفارین، دابیگاتران، اپتیفیباتاید، تیروفیبان، ابسیکسیماب
۲	آگونیستهای آدرنژیک	آمپول اپی نفرین ، نوراپی نفرین ، فنیل افرین ، ویال دوپامین ، آمپول ایزوپروترنول ، اقدرین
۳	انتاگونیستهای آدرنژیک	آمپول لابتالول ، آمپول پروپرانولول ، آمپول اسمولول ، آدنوزین ، فنتولامین ، آتروپین
۴	داروهای ضد فشارخون و مدر تزریقی	ویال نیتروپروساید، آمپول نیتروگلیسرین ، آمپول هیدرالازین ، آمپول وراپامیل ، آمپول فورزماید ، آمپول پروستاگلاندین
۵	داروهای بیهوشی	تمامی داروهای بیهوشی استفاده شده در خارج از اتاق عمل
۶	داروهای خاص	ویال پتاسیم کلراید، منیزیم سولفات ، کلسیم ، وازوپرسین ، سدیم، پالس تراپی کورتیکواستروئیدی ، کلراید هایپرتونیک، آمینوفیلین
۷	اینوتروپ ها	آمپول دیگوکسین ، آمپول میلرینون
۸	داروهای کاهنده قندخون (وتزریقی )	انسولین ، متفورمین ، گلی بنکلامید،
۹	مخدرها	مورفین، شربت اوپیوم، فنتانیل، سوفنتانیل
۱۰	محلولهای تغذیه تام	دکستروز ۵۰٪- اینترالیپید- آمینواسید

## ب 1-18 عملکرد تجهیزات پزشکی در بخشها قبل از استفاده، ارزیابی میشود.



سنجه 1. کارکنان بالینی با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، قبل از استفاده، از سالم و آماده به کار بودن تجهیزات، اطمینان حاصل می نمایند.

کسب اطمینان از بکارگیری تجهیزات با کارایی صحیح و دقیق

امکان ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اثربخش وابسته به تجهیزات پزشکی پیشگیری از خطاهای تجهیزاتی در روند تشخیص و درمان

نصب راهنمای\* کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده \*\*  
آگاهی کارکنان از نحوه کنترل عملکرد صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده  
عملکرد کارکنان براساس دستورالعمل کنترل صحیح تجهیزات پزشکی قبل از استفاده



## ب 1-19 بیمارستان از انجام مراقبتهای پیشگیرانه برای عوارض ناشی از بیتحرکی طولانی مدت بیماران اطمینان حاصل



- سنجه 1. **روش اجرایی** "مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری" با **حداقلهای مورد انتظار** تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.
- لحاظ معیارهای شناسایی **بیماران در معرض خطر** در روش اجرایی
- لحاظ نحوه **مراقبتهای پوست و پیشگیری** از ابتلا بیماران در روش اجرایی
- لحاظ نحوه **درجه بندی زخم و نحوه پانسمان** در روش اجرایی

سنجه 2. روش اجرایی "پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی" با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.



لحاظ معیارهای شناسایی بیماران در معرض خطر در روش اجرایی  
لحاظ نحوه پیشگیری از ابتلا بیماران در روش اجرایی

## ب 1-20 بیمارستان از استفاده صحیح مهار فیزیکی و شیمیایی برای بیماران اطمینان حاصل مینماید.



سنجه 1. روش اجرایی " استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج و به مدت بسیار محدود که در دستور پزشک ذکر می گردد قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد.

\*\* زمان شروع، چک اندام ها و حذف مهار فیزیکی

سنجه 2. روش اجرایی " استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.



- مهار شیمیایی (دارویی) با دستور پزشک معالج قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد.
- \*\* زمان شروع و چک مجدد و بررسی عوارض احتمالی
- میزان دارو مصرفی و دفعات sedation در گزارش پرستاری



# ب 1-26 نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص اعلام میشود.



دستآورد استاندارد:

مسئولیت پذیری بیمارستان پس از ترخیص بیماران

امکان استفاده بیماران از همه اطلاعات پرونده بالینی خود

سنجه. دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک به بیمار/ همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

حداقل شامل شامل نحوه شناسایی تست های معوقه، فرد مسئول اطلاع رسانی، نحوه اطلاع، دفعات تماس و چگونگی ثبت اقدامات میباشد

در بخش افراد مجاز برای دریافت نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک حتما باید ضوابط قانونی و اصل محرمانه بودن رعایت شود.

## ب 2-10 اقدامات نجات دهنده حیات بیماران، برنامه ریزی شده و به موقع اجرا میشود.



دستورالعمل " احیای قلبی ریوی "

سنجه 2. لیست گروه احیاء به صورت ماهیانه، در همه شیفت ها و بخشها/واحدها

سنجه 3. در هر بخش، پرستار مسئول در هر شیفت کاری از آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات ترالی اورژانس در تمام اوقات شبانه روز در بخشها، اطمینان حاصل مینماید.

سنجه 4. ترالی اورژانس در دسترس کارکنان بخشهای تشخیصی و درمانی میباشد به نحوی که در زمان کمتر از یک دقیقه امکان استفاده از محتویات آن برای احیاگران فراهم میباشد.

سنجه 5. **ترالی اورژانس مطابق آخرین آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت،** حاوی تجهیزات و لوازم به صورت آماده استفاده در تمام اوقات است.

سنجه 6. **داروهای نجات بخش ترالی اورژانس در تمام ساعات شبانه روز تامین میشود.**



❧ \*به غیر از بخش اورژانس در سایر بخشها تعداد داروهای موجود در ترالی می تواند بر اساس مصوبه کمیته دارو، درمان و تجهیزات تغییر پیدا کند که نصب فهرست پیشنهادی به جای آخرین ویرایش دستورالعمل استاندارد دارویی بخش اورژانس در یکی از طرفین ترالی احیا الزامی میباشد ولی ترتیب چیدمان دارو ها نباید تغییر پیدا کند.

❧ در بخش NICU و بخش زایمان ترالی اورژانس و احیاء نوزاد مطابق با برنامه ابلاغی سال 89 و بسته خدمتی احیا می باشد.

# داروهای حیات بخش



داروهای ضروری ، داروهایی هستند که اولویت نیازهای جمعیت به خدمات سلامت را برآورده می نمایند.

داروی حیاتی ، دارویی است که عدم تهیه و تولید و نبود آن و یا عدم استفاده از آن دارو یا مشابه آن و یا عدم قدرت خرید آن برای مصرف کننده به هر دلیل موجب به مخاطره افتادن حیات بیمار شود.





در دسترس بودن داروهای نجات بخش در تمام ساعات شبانه روز  
وجود امکان جایگزینی اقلام دارویی و مصرفی استفاده شده بعد از هربار  
استفاده از ترالی

ب 4-1 برنامه ریزی در خصوص پذیرش بیماران در اتاق های عمل  
با رعایت اولویت ها و حقوق گیرنده خدمت صورت میپذیرد.



- سنجه 7. بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش اتاق عمل تحویل داده میشود.
- در هر نوبت کاری یک نفر از کارکنان بالینی (پرستار، هوشبری یا اتاق عمل) وظیفه پذیرش بیماران را به عهده دارد.
- طبق "راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار" ابلاغی وزارت بهداشت، بخش "الزامات تحویل صورت گیرد."
- همراهی پرستار مسئول
- بیمار بوسیله ویلچر یا برانکارد جابجا شود
- مشخصات شناسایی شامل دستبند در بدو ورود چک شود
- وجود تجهیزات مانیتورینگ و تجهیزات کمکی تنفسی (اکسیژن، آمبوبگ) در صورت ثابت نبودن علایم حیاتی یا مشکلات زمینه ای بیمار
- رعایت حریم خصوصی و پوشش مناسب بیمار در حین انتقال بیمار همراهی بیمار بر همگن جهت جابجایی بیماران بدحال، کم توان و سطح هوشیاری پایین

ب 4-2 نظافت، شستشو، گندزدایی و استریلیزاسیون فوری در اتاق  
های عمل با رعایت الزامات انجام میشود.



❧ سنجه 2. روش اجرایی "استریل فوری اقلام خاص" تدوین شده و کارکنان  
مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.

❧ تعیین فهرست اقلام نیازمند به استریلیزاسیون فوری با توجه به اعمال  
جراحی بیمارستان

❧ وجود اقلام تک پیچ

ب 4-4 استمرار مراقبت از بیمار از بدو ورود به اتاق عمل تا زمان تحویل بیمار به بخش بستری صورت میگیرد.



سنجه 7. "دستورالعمل ابلاغی جراحی ایمن" برای اعمال جراحی در اتاق عمل رعایت شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.

نیازی به تکمیل چک لیست نمی باشد و کنترل موارد مندرج در دستورالعمل به صورت شفاهی کافی می باشد.

\*\* تمامی اجزای چک لیست و راهنمای جراحی ایمن ارزیابی میشود.



سنجه 3. بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و به بخشهای مرتبط منتقل می شوند.



- ارتباط صحیح کارکنان درمانی حین تحویل و تحول بیمار
- تجهیزات و وسایل مورد نیاز در انتقال بیمار
- مستندات تکمیل شده و شرح عمل و بیهوشی

ب 4-5 اعمال جراحی، اسکوپ‌ی‌ها و سایر اقدامات تهاجمی در خارج از اتاق عمل با رعایت همه الزامات مراقبتی انجام میشود.



سنجه 1. خط مشی و روش اجرایی "رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل" مانند اتاق زایمان، جراحی‌های سرپایی و اسکوپ‌ی‌ها و سایر موارد تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

شناسایی و فهرست اعمال جراحی و پروسیجرهای خارج از اتاق عمل در روش اجرایی

شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل در روش اجرایی

پیش بینی نحوه کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل

د 1-5 بیمارستان از مصرف دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی  
مصرفی اطمینان حاصل مینماید.



سنجه 3. با محوریت کمیته دارو و درمان، **فهرست داروهای پر خطر** و  
سیتوتوکسیک برای هریک از بخشها تدوین و این داروها با نشان گذاریهای  
هشدار دهنده و شرایط ایمن، تحت نظارت سرپرستار / مسئول شیفت در  
یک قفسه مستقل نگهداری میشود.

## د 1-9 خطاهای دارویی به صورت برنامه ریزی شده کنترل میشود.



- سنجه 1. روش اجرایی "مدیریت خطاهای دارویی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.
- دسترسی کارکنان را به وسایل کمک حافظه یا دیگر منابع اطلاعاتی ، به منظور افزایش اطلاعات دارویی تسهیل نمایید.
- کارکنان را تشویق به گزارش خطاهای دارویی رخ داده و یا وقایع نزدیک به خطا نمایید
- وقایع گزارش شده را به منظور یادگیری با سایر کارکنان در بیمارستان به اشتراک بگذارید. (learn & share)
- در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار در خصوص راهکارهای ایمنی ، وقایع نزدیک به خطا (Near Miss) و وقایع ناخواسته (adverse event) مرتبط به نسخه پیچی / توزیع دارو با کادر داروخانه ، انبار مرکزی دارویی بیمارستان مصاحبه نمایید.



سنجه 2. با محوریت کمیته دارو درمان، داروهای مشابه (دارای تشابه اسمی، تشابه ظاهری و تشابه تلفظی) مورد استفاده در بیمارستان شناسایی، فهرست آنها بخشها اعلام و به روز رسانی میشود.



لیست داروهای مشابه از نظر آوا و شکل (نصب یادآور داروها با اسامی مشابه در اتاق تریتمنت و آماده سازی داروها)

Look-Alike, Sound-Alike Medication Names

لیست داروهای با اسامی مشابه بایستی منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان باشد و بدین منظور ضروری است که پس از تدارک دارویی و در فواصل دوره ای منظم بازنگری و به روز شود).

**اصول عمومی:**

محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی به ویژه در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه. در موارد ضروری از تکنیک بازخوانی مجدد

در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار 8 قانون مرتبط به داروها را به یاد بسپارید. (8R)

از کاربرد **اختصارات** در حین ارائه خدمات دارویی اجتناب نمایید.

برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است.

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

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

**اگر دارویی در لیست داروهای مشابه و پرخطر باشد ؟**

**عدم استفاده** از انبارش دارویی بر حسب حروف الفبا

# Problems with labelling



## د2-2 راهنماهای کاربری تجهیزات پزشکی و کاربری سریع تجهیزات پزشکی به زبان فارسی بر روی دستگاه نصب میباید.



سنجه 2. در بخشها/واحدهای بیمارستان راهنماهای تصویری کاربری سریع تجهیزات برای روشن و خاموش کردن و کاربردهای متداول و شایع تهیه شده و در کنار دستگاه (با پوشش قابل شستشو برای ضد عفونی در مواقع ضروری) یا در پوشه ای در محل کاربری دستگاهها موجود است.

## ه 2-2 تفکیک پسماندها در بخشها/واحدها طبق ضوابط بهداشتی انجام میشود.



- سنجه 1. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند.
- سنجه 2. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده"، تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند
- سنجه 3. دستورالعمل "تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند
- سنجه 4. دستورالعمل "تفکیک پسماند در مبدا پسماند عادی" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند.
- سنجه 6. کدبندی رنگی و برچسب گذاری پسماندهای تفکیک شده رعایت می شود.



# 3-1 بیمارستان از صحت عملکرد دستگاههای استریل کننده اطمینان حاصل می کند.



سنجه 6 . شاخص های شیمیایی کلاس 4 در هر بسته یا پک استریل استفاده میشوند.

انجام و ثبت شاخص شیمیایی کلاس 4 در هر بسته یا پک استریل (کمتر از 5 قلم) مانند ست پانسمان

ثبت شاخص شیمیایی کلاس 4 در هر بسته یا پک استریل (کمتر از 5 قلم) در پرونده بیمار

سنجه 7 . شاخص های شیمیایی کلاس 6 در هر بسته یا پک استریل استفاده میشوند.

انجام و ثبت شاخص شیمیایی کلاس 6 در هر بسته یا پک استریل (بیش از 5 قلم)

ثبت شاخص شیمیایی کلاس 6 در هر بسته یا پک استریل (بیش از 5 قلم) در پرونده بیمار

ه3-3 بیمارستان از روشهای شستشو، پاک سازی و گندزدایی ابزار و وسایل، قبل از استریلیزاسیون اطمینان حاصل مینماید.



❧ سنجه 1. دستورالعمل " شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ، ابزار و وسایل " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل میشود.

❧ رعایت حداقل زمان برای پاک سازی قبل از خشك شدن بافت بر روی ابزار و وسایل

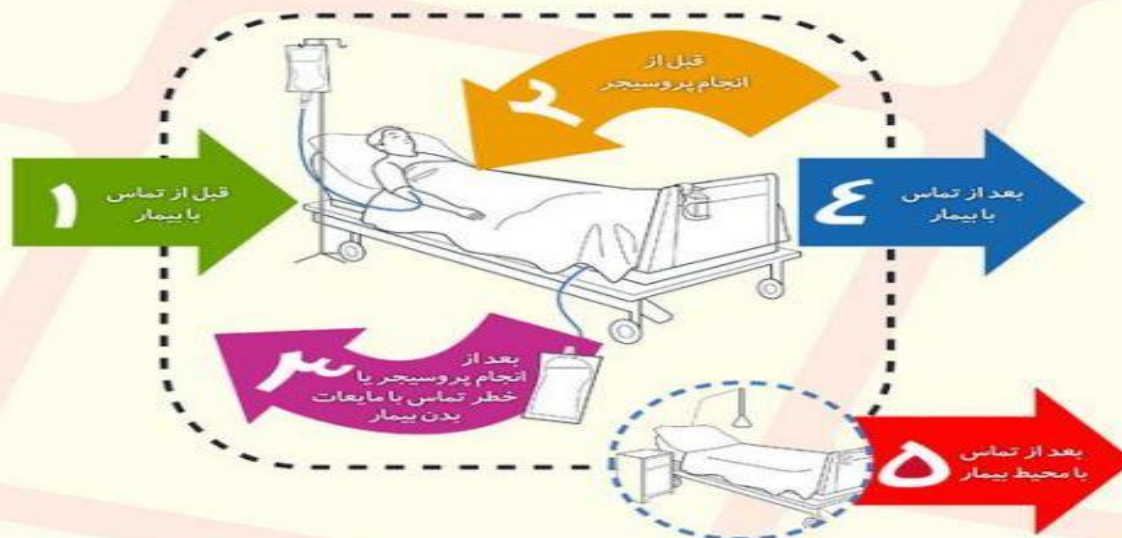
❧ آگاهی کارکنان در خصوص نحوه آماده سازی محلول و محدوده بکارگیری

## هـ-6-1 بهداشت دستها مطابق بخشنامه ابلاغي وزارت بهداشت رعایت و بر اجرای آن نظارت میشود.



- فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان
- پیش بینی روشهای انگیزشی در جهت مشارکت کارکنان در ترویج و ارزش گذاری به اصول رعایت بهداشت دست
- شستن دستها با آب و صابون
- ضد عفونی کردن دستها
- آماده سازی دستها برای اعمال جراحی (تهاجمی و نیمه تهاجمی)

# ۵ موقعیت برای بهداشت دست



- |   |   |
|---|---|
| ۱ | <b>چه وقت:</b> دست‌ها را قبل از تماس با بیمار و محیط اطراف وی تمیز کنید.<br><b>چرا:</b> به جهت حفاظت بیمار از میکروارگانیسم‌های خطرناک از دست‌های کارکنان بهداشتی.                |
| ۲ | <b>چه وقت:</b> دست‌ها را بلافاصله قبل از انجام پروسیجر تمیز کنید.<br><b>چرا:</b> به جهت حفاظت بیمار از میکروارگانیسم‌های خطرناک که در زمان انجام پروسیجر وارد بدن وی می‌شود.      |
| ۳ | <b>چه وقت:</b> دست‌ها را بلافاصله پس از تماس با مایعات بدن بیمار و خروج دستکش تمیز کنید.<br><b>چرا:</b> به جهت حفاظت پرسنل و محیط اطراف از میکروارگانیسم‌های خطرناک.              |
| ۴ | <b>چه وقت:</b> دست‌ها را بلافاصله پس از تماس با بیمار و محیط بیمار تمیز کنید.<br><b>چرا:</b> به جهت حفاظت پرسنل و محیط اطراف از میکروارگانیسم‌های خطرناک.                         |
| ۵ | <b>چه وقت:</b> دست‌ها را پس از تماس با اشیاء اطراف بیمار حتی وقتی بیمار را لمس نکرده باشید تمیز کنید.<br><b>چرا:</b> به جهت حفاظت پرسنل و محیط اطراف از میکروارگانیسم‌های خطرناک. |



# و 1-1 مدیریت نمونه های آزمایشگاه با رعایت اصول کیفی به صورت برنامه ریزی شده، انجام میشود.



- سنجه 1. برچسب بر روی ظروف حاوی نمونه دارای حداقل شامل: دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار، تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری، بخش و شماره تخت و نوع یا گروه آزمایش در مورد بیمار بستری میباشد.
- قید نام نمونه گیر صرفاً برای نمونه های ارسالی به بانک خون جهت تعیین گروه و کراس ماچ الزامی است.
- در صورت ذکر حداقل دو شناسه و سایر اطلاعات تعیین شده در استاندارد، ذکر شماره تخت الزامی نیست.
- برچسب گذاری کجا ؟
- خصوصیات ظرف های نمونه گیری ؟
- زمان پایداری نمونه های گرفته شده ؟

# و 1-6 اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایشها صورت می پذیرد.



سنجه 3. دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایشها براساس اجماع نظر متخصصین رشته های تخصصی بیمارستان شناسایی و در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند .

سنجه 2. کارکنان آزمایشگاه قبل از کنترل مجدد نتایج بحرانی، با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه اقدام به اعلام اضطراری نتیجه به بخش مینمایند.

# روش اجرا



- ❧ لازم به ذکر است در مواقع بحرانی ابتدا اطلاع رسانی صورت گرفته و سپس اگر لازم شد نمونه گیری و آزمایش مجدد انجام خواهد گرفت.
- ❧ در مواردی که جواب آزمایش مجدد را بتوان طی مدت کوتاهی انجام داد میتوان تکرار آزمایش را انجام داد. مانند جواب سدیم یا پتاسیم.
- ❧ تکنسین مربوطه جهت اطلاع رسانی و گزارش سریع به پزشک یا پرستار با تماس به خطوط تلفن Hotline به صورت بازخوانی مجدد ( Read Back ) عمل می نماید، بطوریکه تکنسین آزمایشگاه با معرفی خود جواب تست مورد نظر را گزارش نموده و سپس ضمن سؤال در مورد نام پزشک و یا پرستار گیرنده پیام جواب تست مورد نظر را تکرار می نماید و کلیه موارد در دفتر آزمایشگاه جهت پیگیری ثبت می گردد.
- ❧ در صورتیکه جواب نتایج به پرستار بخش اطلاع رسانی شود پرستار موظف است بلافاصله به دستیار یا پزشک معالج بر اساس خط مشی دستورات تلفنی اطلاع رسانی نماید.
- ❧ در صورت عدم تطابق نتیجه آزمایش با بالین بیمار و تأیید آن توسط پزشک مسئول با توجه به اورژانس بودن شرایط بیمار نمونه گیری مجدد توسط نمونه گیر آزمایشگاه یا پرستار مربوطه ( با رعایت شرایط مناسب و استاندارد نمونه گیری و انتقال به آزمایشگاه ) سریعاً صورت میگیرد.

## گروه جراحی

Test	Low	High
Bilirubin (New born)	-	>18 mg/dl
Calcium	<7 mg/dl	>14 mg/dl
Glucose(Adult)	<50 mg/dl	>300 mg/dl
Glucose(new born)	<40 mg/dl	>500 mg/dl
Potassium(Adult)	<2.5 mEq/l	>6 mEq/l
Potassium(New born)	<3 mEq/l	>7 mEq/l
Sodium	<125 mEq/l	>160 mEq/l
WBC	<1500 mm <sup>3</sup>	-
Hb	<7 g/dl	-
Platelet	<50,000/ mm <sup>3</sup>	-
PT	-	41.5 Sec INR >4/5
PTT	-	>120 Sec
PH	< 7.30	-
Po <sub>2</sub>	< 55	-
PCO <sub>2</sub>	-	>60



## و 4-6 در بیمارستان طرح سیستم مراقبت از خون (هموویژ لانس) اجرا میشود



در تمامی مراکز درمانی که خون و فرآورده های آن مصرف میشود،  
مسئول یا مسئولان فنی مرکز درمانی موظف به استقرار نظام سیستم  
مراقبت از خون (هموویژ لانس) و مدیریت خون بیمار در مرکز درمانی  
خود می باشند.

و 4-9 آماده سازی بیمار برای تزریق خون به صورت برنامه ریزی شده و رعایت اصول ایمنی بیمار انجام میشود.



❧ سنجه 1. روش اجرایی "نحوه شناسایی بیمار، نحوه نمونه گیری، نحوه آماده سازی بیمار قبل از تزریق خون" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.

❧ توصیه. نصب پوستر "اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران" تهیه شده در دفتر هموویژلانس سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت در بخش











# ح 1-5 امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه و آگاهانه برای گیرندگان خدمت فراهم شده است.



سنجه 1. پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیماری، محاسن، روشهای جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار میدهند.

شناسایی\* و تدوین فهرست اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه دارند در هر بخش

تا زمان ابلاغ فرم کشوری رضایت آگاهانه، این فرم توسط بیمارستان / دانشگاه طراحی میشود و حداقل شامل بندهای منافع و مضرات و روش پیشنهادی پزشک و سایر روشهای جایگزین میباشد.

سنجه 2. در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرامبخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآوردههای خونی؛ رضایت آگاهانه اخذ میشود.



اما در موارد اورژانس اختلالات هوشیاری که بیمار فاقد همراه است ، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست.

در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل رضایت آگاهانه اخذ شود

