

کتابچه

خط مشی ها ، روش های اجرایی و دستورالعمل ها



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



فهرست مندرجات :

۶	۱) نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت
۹	۲) مدیریت پیشگیرانه خطر (برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت)
۱۳	۳) نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای
۱۵	۴) رعایت اصول رفتار حرفهای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان
۱۸	۵) معاینه بیماران غیر همجنس
۲۰	۶) انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات معاملاتی
۲۲	۷) نظارت بر عملکرد پیمانکاران
۲۴	۸) استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری
۲۶	۹) انبارش ایمن
۳۵	۱۰) گزارش حوادث بیمارستان
۳۸	۱۱) فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث
۴۰	۱۲) تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه
۴۳	۱۳) تداوم خدمات بهداشتی درمانی در مواقع بحران
۴۵	۱۴) انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس
۴۷	۱۵) انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی
۴۹	۱۶) نظارت بر تعامل بین بخشی بخشهای بالینی با سایر بخشها
۵۰	۱۷) ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی
۵۲	۱۸) دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری
۵۴	۱۹) کنترل صیانت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
۵۶	۲۰) نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان
۵۸	۲۱) پشتیبانی از سیستمهای سخت افزاری
۶۰	۲۲) کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/ واحدها
۶۲	۲۳) نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها
۷۱	۲۴) نحوه حفظ رنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا



۷۳	۱۲۵) شستشوی انواع البسه
۷۵	۱۲۶) گازهای طبی
۷۷	۱۲۷) شناسائی بیمار و استفاده از دستبند
۷۹	۱۲۸) آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن
۸۲	۱۲۹) آمادگی بیماران قبل از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن
۸۵	۱۳۰) اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز
۹۲	۱۳۱) اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی
۹۶	۱۳۲) اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اندوسکوپی
۹۸	۱۳۳) رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل
۱۰۰	۱۳۴) استفاده از روشهای مهار شیمیائی
۱۰۲	۱۳۵) استفاده از ابزارهای مهار فیزیکی
۱۰۴	۱۳۶) دستورالعملهای خود مراقبتی برای بیماریهای شایع
۱۰۶	۱۳۷) نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک
۱۰۸	۱۳۸) مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
۱۱۰	۱۳۹) انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل
۱۱۲	۱۴۰) نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه
۱۱۵	۱۴۱) شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری
۱۱۷	۱۴۲) اعمال جراحی بیماران عفونی مسری
۱۱۹	۱۴۳) برچسب اقلام استریل شده در فرایند فراخوان
۱۲۱	۱۴۴) پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی
۱۲۷	۱۴۵) تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی
۱۲۹	۱۴۶) نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب
۱۳۲	۱۴۷) نحوه اطلاع رسانی به مقادیر بحرانی تصویر برداری
۱۳۴	۱۴۸) جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی
۱۴۲	۱۴۹) نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود
۱۴۴	۱۵۰) نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود

- ۱۴۶ (۵۱) نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود
- ۱۴۸ (۵۲) نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود
- ۱۴۹ (۵۳) نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود
- ۱۵۰ (۵۴) نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه سرو ایمنولوژی و هورمون انجام می شود
- ۱۵۳ (۵۵) نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود
- ۱۵۴ (۵۶) کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی
- ۱۵۵ (۵۷) کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی
- ۱۵۸ (۵۸) کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش میکروب شناسی
- ۱۶۰ (۵۹) کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی ادرار
- ۱۶۲ (۶۰) کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون
- ۱۶۵ (۶۱) کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش پاتولوژی
- ۱۶۶ (۶۲) نحوه بسته بندی، انتقال امن و ایمن نمونه زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی
- ۱۶۸ (۶۳) دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی
- ۱۷۴ (۶۴) دستورالعمل نحوه انجام آزمایشات بانک خون
- ۱۷۶ (۶۵) اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران
- ۱۷۸ (۶۶) محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو/ پیجر
- ۱۸۰ (۶۷) نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار/ خانواده/ مراجعین
- ۱۸۲ (۶۸) خط مشی و روش مدد کاری اجتماعی در بیمارستان



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI1.5.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان ، دستورالعملهای ایمنی بیمار	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۳	

دامنه ، کاربرد : در کل بیمارستان

عاملین انجام کار : تمامی پرسنل بیمارستان

پروائی و هدف دستورالعمل: در راستاء سیاست های اساسی بیمارستان بمنظور افزایش ایمنی بیمار و همچنین رعایت اصل درس گیری از فضاها و ممانعت از تکرار فضاهاى مشابه ببیمارستان خود را ملزم به ایجاد فرهنگ گزارش دهی فضا توسط تمامی کارکنان شاغل می داند و بدین منظور روشهای حمایتی و گزارش دهی را به شرح ذیل پیش بینی نموده است

تعاریف:

۱. حادثه: اتفاق ناخواسته یا غیر قابل انتظار که منجر به آسیب به بیمار یا کارمند می شود، شامل مرگ، ناتوانی، جراحت، بیماری یا هرگونه آسیب دیگر می باشد.
۲. فضا : اشتباه، لغزش یا تلفف که منجر به حادثه می شود.
۳. حوادث به فیر گذشته : هر شرایطی که بتواند منجر به حادثه شده، اما حادثه ای ایجاد نکند

روش اجرایی:

- ۱) دفتر بهبود کیفیت با هماهنگی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و مسئول ایمنی بیمار نسبت به طراحی و باز طراحی فرم کاغذی گزارش خطاهای پزشکی اقدام می نماید .
- ۲) فرم های گزارش خطا پس از تکثیر توسط دفتر بهبود کیفیت در اختیار بخشها و واحدها قرار می گیرد
- ۳) بمنظور تسریع در روند گزارشات خطائی که نیاز بررسی و اقدام فوری دارند همکاران می توانند موارد خطای رخ داده شده را در ساعات اداری از طریق شماره های داخلی ۴۲۷، ۴۲۸ به دفتر بهبود کیفیت بیمارستان گزارش نمایند و در ساعات غیر اداری از طریق تلفنهای سوپروایزر کشیک ۴۱۷، ۴۱۸ موارد را گزارش نمایند.
- ۴) در مورد خطاهای ۲۸ گانه ابلاغی باید بالا فاصله گزارش دهی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار انجام شود .
- ۵) بمنظور بررسی دقیق و تحلیل رخدادهای تکمیل فرم گزارش خطا از ارجحیت برخوردار است .
- ۶) همکاران می توانند فرمهای تکمیل شده را یا به مسئول واحد تحویل نمایند و یا شخصا به دفتر بهبود کیفیت و یا سوپروایزر ، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بیمارستان تحویل دهند و یا از صندوق های تعبیه شده جهت دریافت این برگه ها استفاده نمایند.
- ۷) ذکر نام تکمیل کننده گزارش خطا در فرم های طراحی شده تنها بمنظور انجام تشویقات در نظر گرفته شده در جهت ایجاد فرهنگ گزارش دهی می باشد و هیچ گونه ضرورتی در تکمیل آن وجود ندارد .

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI1.5.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان ، دستورالعملهای ایمنی بیمار	
	شماره صفحه :	۲ از ۳
	تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲

- ۸) تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحد ها بازدید بعمل آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظری جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش، کوشا باشند
- ۹) مسئول ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه، که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مور خطاهای پزشکی است را ترویج دهد
- ۱۰) مسئول واحد ها باید به صورت فصلی با توجه به آمار گزارش دهی خطاهای واحد خود موانع گزارش دهی خطاها را شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند .
- ۱۱) سوپروایزرها باید به صورت فصلی با توجه به آمار گزارش دهی خطاهای بیمارستان موانع گزارش دهی خطاها را در راند های زمانبندی شده شناسایی و به صورت کتبی به دفتر بهبود تحویل دهند .
- ۱۲) دفتر بهبود نتایج موانع گزارش دهی خطاها ی بیمارستان را در کمیته پایش و سنجش کیفیت می نماید .
- ۱۳) اعضای کمیته با توجه به نتایج موانع شناسایی شده در گزارش دهی خطاهای پزشکی اقدامات اصلاحی و برنامه های عملیاتی تدوین می نمایند .
- ۱۴) دفتر بهبود تمامی برنامه های عملیاتی را در اختیار واحد های مرتبط قرار می دهد .
- ۱۵) مسئول واحد ها باید تمامی برنامه های رفع موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی تدوین شده را اجرا نماید .
- ۱۶) تیم رهبری و مدیریت در راستای رفع موانع گزارش خطا با توجه به نتایج موانع گزارش شده باید روش های متفاوتی جهت گزارش دهی تنظیم نماید .
- ۱۷) مسئول واحد ها باید کلیه کارکنان را با طرق مختلف گزارش دهی خطاها آشنا کنند.
- ۱۸) مسئول واحد ها باید کارکنان را با خطاهای قابل گزارش دهی آشنا کنند.
- ۱۹) مسئول واحد ها برای راحتی و کاهش موانع گزارش دهی خطاهای پزشکی باید هر روز به هنگام تحویل شیفت یا فرصت های مناسب از کارکنان در مورد وقوع خطاها سوال نموده و بدون سرزنش خود مبادرت به تکمیل فرم یا گزارش دهی شفاهی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار نماید.
- ۲۰) مسئول واحد ها باید در راستای ارتقای فرهنگ گزارش خطا برای کارکنانی که خطاها را گزارش می دهند امتیازی در ارزیابی عملکردی منظور دارد .

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI1.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان ، دستورالعملهای ایمنی بیمار		

مسئولیتها و اختیارات :

کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار: جمع اوری و تحلیل گزارشات خطا و موانع گزارش خطا
 مسئولین بخشها و واحدها: آموزش به پرسنل در خصوص نحوه گزارش خطا ، ایجاد حالت محرمانگی در هنگام گزارش خطا ، پرهیز از سرزنش و تنبیه پرسنل

امکانات موردنیاز : فرم گزارش خطا

کارکنان مرتبط : کارکنان بخشها و واحدهای بیمارستان

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی مسئول ایمنی	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)		
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		
حسن مهربان (سوپروایزر)		
هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)		
مریم فدایی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)		

کد فط مثنی:	NUMS.22BH.ML.PP1.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مثنی	مدیریت پیشگیرانه خطر (برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت)		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان ، دستورالعملهای ایمنی بیمار		

دامنه ، کاربرد : در کل بیمارستان
ذینفعان : کارکنان بیمارستان ، بیماران، همراهیان
چرایی و هدف فط مثنی : بمنظور دستیابی به سیاستهای بیمارستان در فصوص افزایش ایمنی کارکنان و بیماران و همچنین کاهش فطرات میطی بیمارستان فط مثنی و روش اجرایی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

تعاریف:

فطاهای پزشکی: فطاهای پزشکی یا Medical Malpractice عبارت است از تمامی نقائص رفتار مرفه ای پزشکان و کادر درمانی

عوامل مستعد کننده: عوامل مستعد کننده بروز فط در بیمارستان به دو دسته زیرساختی و فرایندی تقسیم میشوند. عوامل زیر ساختی مرتبط با منابع انسانی تجهیزات و عوامل سافتاری است و عوامل فرایندی مرتبط با روش های ازایه مراقبت و درمان است.

Root Cause Analysis-RCA تحلیل علل ریشه ای

Failure Mode and Effects Analysis- FMEA - تحلیل حالات بالقوه فط و آثار آن

روش اجرایی:

- مسئولین واحد ها و سرپرستاران بخشهای بالینی باید در گزارش دهی کامل و به موقع فطاهای پزشکی کوشا باشند . همچنین باید با بررسی فرایندها و روش انجام کار جاری نسبت به شناسائی عوامل ایجاد خطر احتمالی یا بروز فط پرداخته نسبت به گزارشدهی و پیگیری اصلاح موارد اقدام نمایند
- رئیس بیمارستان / مسئول فنی بیمارستان باید در تدوین برنامه های پیشگیری از بروز و مدیریت فطاهای پزشکی براساس روشهای حرفه ای و هوشمندانه نظارت داشته باشند.
- مسئول ایمنی بیمارستان باید روش اجرایی گزارش دهی همگانی فطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه، را که تسهیل کننده گردش اطلاعات صحیح و صریح در مور فطاهای پزشکی است را ترویج دهد .

کد فط مثلی:	NUMS.22BH.ML.PP1.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مثلی	مدیریت پیشگیرانه خطر (برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت)		
زمان تدوین: فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه: ۲ از ۴	
منابع:	تجربه بیمارستان، دستورالعملهای ایمنی بیمار		

- ۴) کمیته مرگ و میر، دارو و درمان، طب انتقال خون، و برخی کمیته های دیگر بر حسب عوامل پیش ساز خطاهای پزشکی بایستی برنامه ریزی نموده و با محوریت رئیس / مسئول فنی بیمارستان یا مسئول ایمنی مداخلات اصلاحی و پیشگیرانه بروز خطای پزشکی را در سطح بیمارستان به اجرا بگذارند.
- ۵) کمیته مدیریت اجرایی بیمارستان باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را با توجه به نتایج عوامل مستعد کننده بروز خطا گزارش شده به صورت فصلی در اختیار دفتر بهبود قرار دهد مسئول واحد بهداشت حرفه ای موظف است نسبت به بررسی مخاطرات شغلی و بررسی محیطهای کاری از لحاظ حفظ شرایط ایمن کار اقدام نماید و گزارشات مربوطه را به کمیته بهداشت حرفه ای و محیط کار بیمارستان ارائه دهد.
- ۶) دفتر بهبود باید روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی تدوین شده را در اختیار واحد های مرتبط قرار دهد.
- ۷) مسئول واحد ها باید کلیه روش های پیشگیرانه خطاهای پزشکی را طبق برنامه زمانبندی شده اجرا نمایند.
- ۸) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان باید به صورت دوره ای طبق برنامه زمانبندی شده از واحدها بازدید و از اجرای روش های پیشگیرانه تدوین شده اطمینان حاصل نمایند.
- ۹) تیم بازدید های مدیریت ایمنی بیمار باید به صورت هفتگی طبق برنامه زمانبندی شده از واحدها بازدید بعمل آورد و در کسب جلب توجه کارکنان به منظره جدید از خطاهای پزشکی و مشارکت کارکنان در گزارش بدون ترس از تنبیه و سرزنش، کوشا باشند.
- ۱۰) تیم بازدید های مدیریت ایمنی باید عوامل مستعد کننده برای بروز خطای پزشکی در بیمارستان را شناسایی و بر اساس الویتبندی، اقدامات اصلاحی و یا پیشگیرانه برای کاهش احتمال بروز خطا صورت پذیرد
- ۱۱) مسئول تجهیزات پزشکی باید از کالیبراسیون سالیانه تجهیزات پزشکی اطمینان حاصل نماید.
- ۱۲) مسئولین بخشها و واحدهای درمانی و تشخیصی / جانشین آنها باید پیش از شروع بکار در هر شیفت از صحت عملکرد دستگاهها و تجهیزات بخش اطمینان حاصل نمایند
- ۱۳) مسئول واحد یا مسئول شیفت باید یکی از پرسنل را جهت بررسی روزانه تجهیزات حیاتی و توالی احیا مشخص نماید.
- ۱۴) فرد مسئول تحویل تجهیزات باید در ابتدای هر شیفت از صحت عملکرد تجهیزات حیاتی و توالی احیا اطمینان حاصل نماید و نتایج را در دفتر های مرتبط ثبت نماید.
- ۱۵) مسئول واحد باید به صورت راندم دفاتر تحویل وسایل را از نظر ثبت صحیح کنترل نماید.
- ۱۶) مسئول واحد باید تمامی داروهای موجود در بخش را به صورت ماهیانه از نظر تاریخ انقضا کنترل و در لیست مربوطه ثبت نماید

کد فط مثنی:	NUMS.22BH.ML.PP1.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مثنی:	مدیریت پیشگیرانه خطر (برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت)		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان ، دستورالعملهای ایمنی بیمار		

- ۱۷) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان عوامل مستعد کننده بروز خطاهای گزارش شده و همچنین سایر عوامل استخراج شده از کمیته های مصوب بیمارستان را در کمیته مدیریت اجرایی مطرح می نماید
- ۱۸) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان عوامل مستعد کننده بروز خطاهای گزارش شده و همچنین سایر عوامل استخراج شده از کمیته های مصوب بیمارستان را در کمیته مدیریت اجرایی مطرح می نماید.
- ۱۹) اعضای کمیته مدیریت اجرایی با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل خطاهای گزارش شده و عوامل مستعد کننده بروز خطای شناسایی شده اقدامات اصلاحی و برنامه های عملیاتی تدوین می نمایند .
- ۲۰) دفتر بهبود کیفیت تمامی برنامه های عملیاتی و بهبود را در اختیار واحد های مرتبط قرار می دهد.
- ۲۱) مسئول واحد ها باید تمامی برنامه های پیشگیری از بروز خطاهای تدوین شده را اجرا نماید
- ۲۲) مسئول واحد ها باید تمامی دستورالعمل های وزارت خانه که در راستای ایمنی بیمار می باشد را در اختیار کارکنان واحد خود قرار دهند .
- ۲۳) بررسی عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار براساس دستورالعمل شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷۴ د مورخ ۱۳۹۵/۵/۱۹ بصورت مداوم در بخشهای بستری صورت می گیرد .
- ۲۴) مسئول واحد ها باید به صورت فصلی با استفاده از نتایج خطاهای گزارش شده عوامل مستعد کننده بروز خطا را شناسایی و به صورت کتبی به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمارستان تحویل دهند .
- ۲۵) کلیه پزشکان باید مطابق با گاید لاین های معتبر و آخرین دستورالعمل های وزارتخانه خدمات درمانی را به بیماران ارائه دهند .
- ۲۶) .کمیته مدیریت اجرایی باید کلیه خطاهای گزارش شده با عوارض پایدار یا منجر به مرگ و عوارض شایع تر را با استفاده از الگوی RCA تحلیل علل ریشه ای انجام دهد و علل بروز ریشه ای خطاها را استخراج و براساس اولویت اقدامات اصلاحی بنویسد.
- ۲۷) کمیته مدیریت اجرایی باید با استفاده از الگوی FMEA تحلیل حالات بالقوه خطا و آثار آن را استخراج و در پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی برنامه های عملیاتی تدوین نماید .
- ۲۸) در دوره های ۶ ماهه موارد خطاهای رخ داده شده و یا نزدیک به رخداد توسط دفتر بهبود کیفیت جهت درگیری از خطاها در قالب جزوات آموزشی به بخشها و واحدها اعلام می شود .

کد فط منشی:	NUMS.22BH.ML.PP1.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط منشی	مدیریت پیشگیرانه خطر (برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت)		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربه بیمارستان، دستورالعملهای ایمنی بیمار		

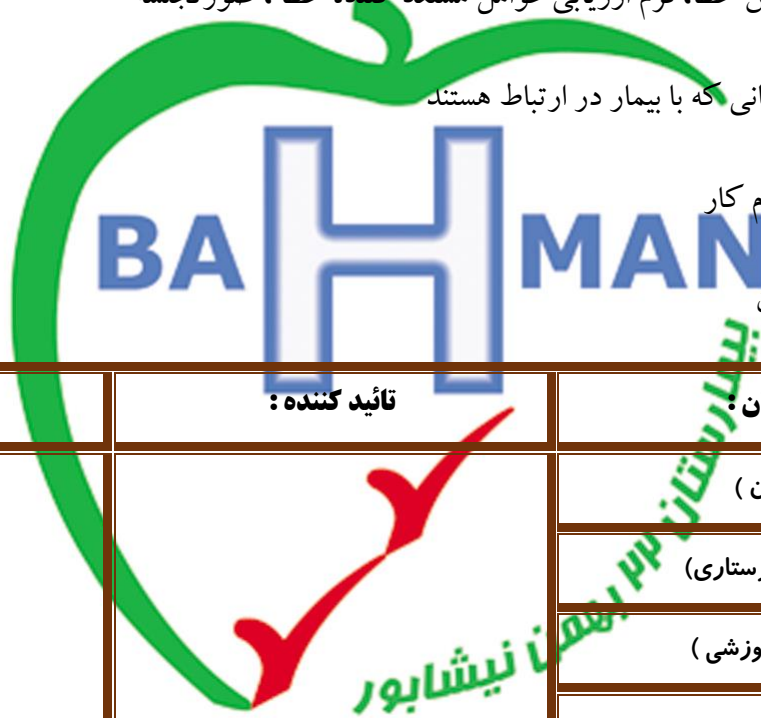
مسئولیتها و اختیارات:

تیم مدیریت و رهبری: بررسی گزارشات و تأیید برنامه های عملیاتی و اصلاحی
 کمیته مرگ و میر و خطاهای پزشکی: بررسی رخدادها و انجام RCA و اعلام موارد احتمالی رخداد خطا
 مسئول واحد / مسئول شیفت: نظارت در نحوه ارائه خدمات و رعایت استانداردها، گزارش دهی موارد خطا و عوامل مستعد کننده خطا
 امکانات موردنیاز: فرم گزارش خطا، فرم ارزیابی عوامل مستعد کننده خطا، صورتجلسه

کارکنان مرتبط: تمامی کارکنانی که با بیمار در ارتباط هستند

شیوه ارزیابی: بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو: رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده:	تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		حسن مهربان (سوپروایزر)
		هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)
		مریم فدایی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)
		رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)
		امیر بشیری (مسئول بهداشت محیط)
		زهره اعتمادی (مسئول داروخانه)
		حسین ابهری (مسئول تجهیزات پزشکی)

کد روش اجرایی:	NUMS.22BH.ML.PRI.5.01	
عنوان روش اجرایی	نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان، دستورالعمل های ابلاغی	شماره صفحه : ۱ از ۲

دامنه ، کاربرد : در کل بیمارستان

عاملین انجام کار : مسئول و امدها

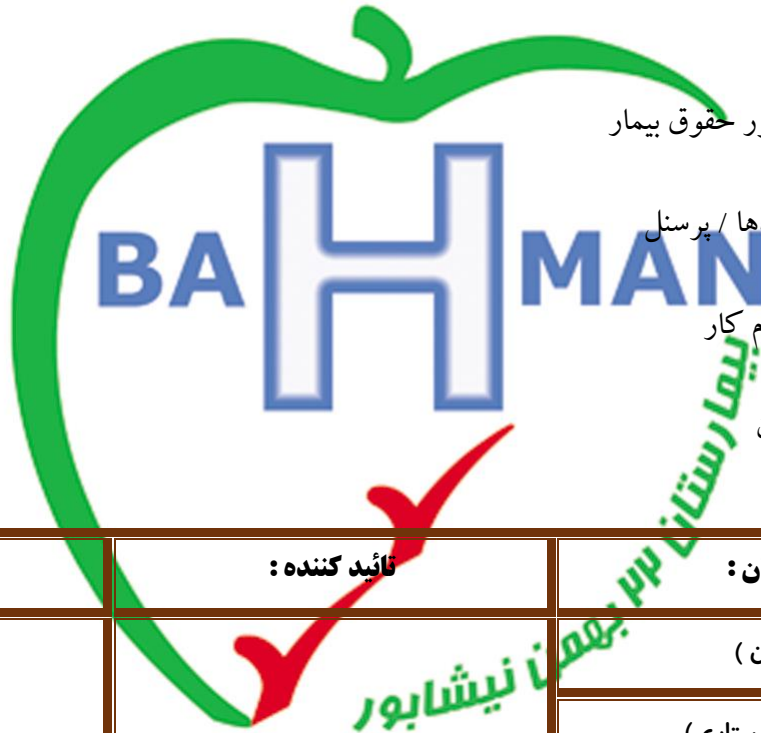
چرایی و هدف روش اجرایی: بمنظور اطمینان از رعایت حقوق گیرنده خدمت و همچنین رعایت اصول اخلاق حرفه ای و همچنین لزوم احترام به کرامت انسانی گیرندگان خدمت بیمارستان روش اجرایی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

روش اجرایی:

- ۱) بمنظور آشنائی تمامی مراجعین با حقوق گیرندگان خدمت منشور حقوق بیمار در وردی تمامی بخشهای بیمارستان نصب گردیده است .
- ۲) تمامی کارکنان در هنگام ارائه خدمت موظف به رعایت اصول اخلاق حرفه ای (حفظ کرامت انسانی ، انجام اقدامات برابر با موازین علمی و...) و دستورالعملها و قوانین ابلاغی در این حوزه می باشند.
- ۳) بیمارستان خود را موظف به پیگیری و بررسی تمامی شکایات و پیشنهادات و گزارشات رسیده در خصوص نحوه عملکرد پرسنل بالینی و غیر بالینی خود در ارتباط با نحوه ارائه خدمت به گیرندگان خدمت می داند .
- ۴) مسئولین واحدها موظف به دریافت ، بررسی و پاسخگویی به مراجعان در خصوص نظرات ، انتقادات و پیشنهادات گیرندگان خدمت می باشند و چنانچه ارباب رجوع از پاسخ آنها قانع نمی شود باید با رعایت احترام ایشان را به دفتر پرستاری، مدیریت ،دفتر رسیدگی به شکایات و پیگیری امور بیماران ارجاع دهند.
- ۵) همکاران سوپروایزر و سایر مسئولین در بازدیدهای روزانه و نظارتی خویش می بایست موارد مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و همچنین رعایت اخلاق حرفه ای را رصد کرده در موارد لزوم با توجه به مورد نسبت به رفع و تذکر موارد راسا اقدام کرده و یا با ثبت گزارش و ارسال آن به سایر افراد ذیصلاح اقدام نماید
- ۶) تمامی کارکنان می توانند شکایات خویش عدم رعایت حقوق گیرنده خدمت و یا عدم رعایت اخلاق حرفه ای سایر همکاران را بصورت مکتوب به مدیریت / ریاست بیمارستان گزارش دهد تا در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان مطرح و تعیین تکلیف شود
- ۷) کمیته اخلاق بالینی بیمارستان موظف است با توجه به گزارشات دریافتی (مکتوب ، تلفنی ، بررسی شکایات) نسبت به طرح موارد در جلسات کمیته اقدام نموده و برابر با مقررات تصمیم گیری صورت پذیرد .
- ۸) در صورتیکه در خصوص موارد مطرح شده در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان این کمیته نتواند به جمع بندی و تصمیم گیری برسد موارد به کمیته اخلاق بالینی دانشگاه ارجاع خواهد شد

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PRI. 5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی:	نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاق حرفه ای		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
مذایع:	تجربه بیمارستان، دستورالعمل های ابلاغی		
شماره صفحه:	۲ از ۲		

- ۹) دفتر بهبود کیفیت موظف است در تدوین پرسشنامه های رضایت سنجی خود سوالات مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت را نیز مد نظر قرار داده و نسبت به پایش آن اقدام نماید .
- ۱۰) دفتر بهبود کیفیت موظف است نسبت به جمع اوری و تحلیل اطلاعات بدست آمده اقدام نموده و نتایج را جهت طرح در کمیته های اخلاق بالینی ، پایش و سنجش کیفیت آماده نماید و در موارد مقتضی گزارشات نهائی را بصورت فصلی به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارجاع دهد .



امکانات موردنیاز: تابلو منشور حقوق بیمار

کارکنان مرتبط: مسولین واحدها / پرسنل

شیوه ارزیابی: بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو: رئیس بیمارستان

تیمه کنندگان:	نأید کننده:	ابلاغ کننده:
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر مهدی اردمه (دبیر کمیته اخلاق)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)		
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		
حسن مهربان (سوپروایزر)		
هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)		
دکتر مهدی اردمه (دبیر کمیته اخلاق)		

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PR2. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	رعایت اصول رفتار حرفهای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان، دستورالعمل های ابلاغی		

دامنه ، کاربرد : در کل بیمارستان

عاملین انجام کار : مسئول و امدها

چرایی و هدف روش اجرائی: بمنظور اطمینان از رعایت حقوق گیرنده خدمت و همچنین رعایت اصول اخلاق حرفه ای و همچنین لزوم احترام به کرامت انسانی گیرندگان خدمت بیمارستان روش اجرائی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

روش اجرائی:

- کلیه پرسنل شاغل در بیمارستان موظف هستند موازین اخلاق حرفه ای را رعایت نموده و در صورت عدم رعایت حسب مورد برابر با دستورالعملها و قوانین جاری با آنها برخورد صورت خواهد گرفت .
- در صورت عدم رعایت هریک از اصول اعلام شده کمیته اخلاق بالینی بیمارستان در خصوص افراد تصمیم گیری خواهد نمود .
- نحوه نظارت و پایش عملکرد افراد براساس روش اجرائی **NUMS.22BH.ML.PR1. 5.01** خواهد بود
- حداقل اصول حرفه ای مورد انتظار در ارتباط با بیماران جهت تیم پزشکی (پزشک ، پرستار ، کمک ، خدمات ، کارشناسان بخشهای تشخیصی و پاراکلینیک) :

A. مشارکت بیمار در تصمیم گیریهای مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار

B. رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی

C. اجرای دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیرهم جنس

D. ارائه آموزش کافی بیمار (بدو ورود ، حین درمان ، زمان ترخیص و نحوه پیگیری درمان)

E. رعایت حقوق بیمار در پژوهش (اخذ رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهشها و داشتن حق انتخاب به گونه ای که

بیمار مطمئن باشد در صورت عدم مشارکت خللی در روند درمان وی بوجود نخواهد آمد)

F. برخورد حرفه ای با بیمار و همراهان متعارض (رعایت شان افراد و پرهیز از مجادله و اهانت در خصوص مواردی که

از سوی افراد به پرسنل تعرضی صورت می گیرد موارد صورتجلسه شده و از طریق امور حقوقی دانشکده و سایر

مراجع ذیصلاح قانونی پیگیری صورت می پذیرد)

G. عدم تحمیل هزینه بی مورد و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار

H. اجرای کوریکولومهای پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک

I. اولویت بخشی به منافع سلامت بیمار

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PR2. 5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	رعایت اصول رفتار حرفهای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربه بیمارستان، دستورالعمل های ابلاغی		
شماره صفحه:	۲ از ۳		

J. صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار

۵) موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است:

- A. تمام افراد تیم پزشکی (پزشک ، پرستار، کمک ، خدمات ، کارشناسان بخشهای تشخیصی و پاراکلینیک) درخصوص اقداماتی که انجام می دهند مسئول بوده و می بایست پاسخگو باشند این پاسخگوئی حسب مورد به سایر همکاران هم رده ، سطوح مختلف عملکردی و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان می باشد .
- B. تمامی پرسنل موظف هستند در زمان بروز اختلاف از اهانت و دگیری بایکدیگر پرهیز نموده و در صورت نیاز از طریق سلسله مراتب اداری موارد را پیگیری نمایند .
- C. تمامی پرسنل آنکال (پزشک و غیر پزشک) موظف به پاسخگوئی در زمان آنکالی بوده و حسب نیاز با توجه به فراخوان در زمان مناسب در بیمارستان حضور یابند
- D. انجام اقدامات از سوی هر یک از گروهها و سطوح خدمت باید بنوعی برنامه ریزی و اجرا شود که موجب اتلاف وقت سایر گروهها و همچنین به خطر افتادن ایمنی بیمار نگردد..
- E. انتقال تجربه و دانش به سایر همکاران با در نظر گرفتن کرامت انسانی و شان و منزلت اجتماعی افراد می بایست صورت گیرد
- F. عدم بهره کشی مازاد بر روالهای موجود از دیگر همکاران (فراگیران، پرستاران، همکاران جوان)
- G. درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار و همچنین لزوم پاسخگوئی به درخواست کمک از سوی دیگران

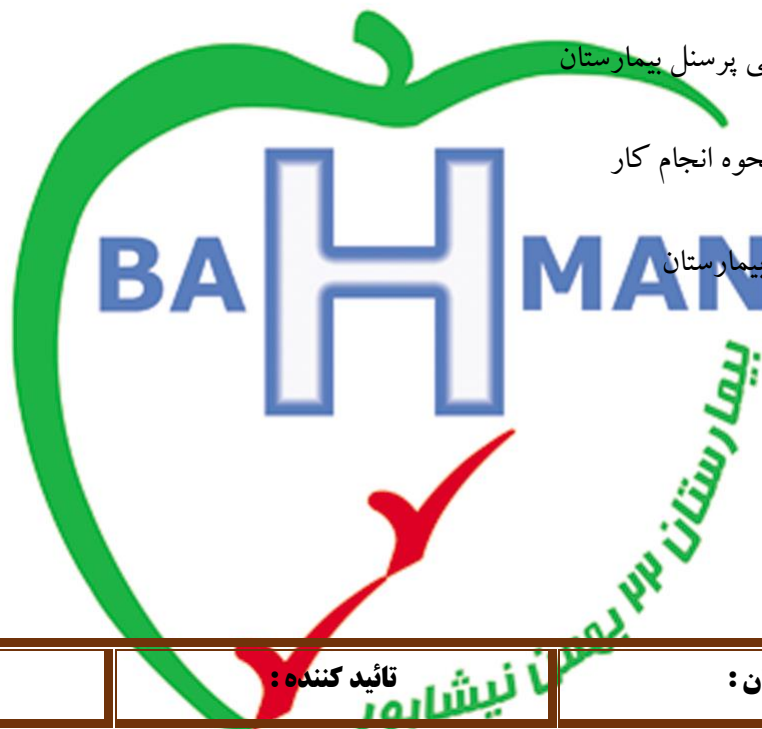
۶) موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارت است از:

- A. پاسخگوئی به فراخوانها در بحران و همکاری نوع دوستانه در بروز سوانح و حوادث جمعی
- B. تدوین و اصلاح فرایندها در جهت بهبود دسترسی به خدمات
- C. ارائه صادقانه گزارشها و گواهیهای پزشکی
- D. رعایت شان حرفه پزشکی در شبکه های اجتماعی و پرهیز از افشاء اطلاعات بیماران در فضای مجازی

۷) دفتر بهبود کیفیت موظف است ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ نسبت به فرم پایش رعایت اصول اخلاق حرفه ای در تمامی سطوح و تدوین شاخصهای آن اقدام نموده و نسبت به تهیه گزارشات تحلیلی اقدام نماید

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PR2. 5.01	
عنوان روش اجرائی	رعایت اصول رفتار حرفهای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
مذایع :	تجربه بیمارستان، دستورالعمل های ابلاغی	شماره صفحه : ۳ از ۳

۸) نتایج حاصل از بررسی های دفتر بهبود کیفیت پس از طرح در کمیته های بیمارستان به اطلاع مسئولین واحدها جهت ارائه اقدامات اصلاحی با همکاری دفتر بهبود کیفیت می رسد .



کارکنان مرتباً : تمامی پرسنل بیمارستان

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دکتر مهدی اردمه (دبیر کمیته اخلاق)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		حسن مهربان (سوپروایزر)
		هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)
		دکتر مهدی اردمه (دبیر کمیته اخلاق)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI2.3.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	معاینه بیماران غیر همجنس		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربه بیمارستان، این نامه اجرائی انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی با موازین شرع		

دامنه کاربرد: در کل بیمارستان

عاملین انجام کار: پزشکان و پرستاران

پروائی و هدف دستورالعمل: در راستای سیاست های اساسی بیمارستان بمنظور افزایش رضایتمندی بیماران و همچنین رعایت حقوق گیرندگان خدمت بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است.

تعاریف:

بیمار غیر همجنس: بیماری که جنسیت آن مخالف جنسیت فرد مراقبت کننده و یا معاینه کننده می باشد.

روش اجرایی:

- بر اساس دستورالعملهای ابلاغی اقدامات تشخیصی، درمانی و مراقبتی بایستی با حفظ حق اختیار بیمار بر اساس موازین شرعی، قانونی و اصول پزشکی توسط کارکنان فنی همجنس ارائه گردد مگر در مواردی که بنا به ضرورت این امر مقدور نباشد.
- بیمارستان خود را موظف به تامین نیرو همگن جهت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی و مراقبتی می داند.
- مسئولین بخشها می بایست به نوعی برنامه ریزی نمایند که در صورت وجود بیماران از دو گروه جنسی در تمامی رده های خدمتی که ارتباط مستقیم با بیمار دارند نیروی همگن از نی جنسیت در تمامی شیفتهای کاری وجود داشته باشد.
- در صورتیکه انجام معاینات و یا مراقبتهای درمانی و تشخیصی توسط پرسنل همگن امکان پذیر نباشد این اقدامات می بایست در حضور یکی از محارم بیمار صورت گیرد در غیر اینصورت حضور یکی از پرسنل که از نظر جنسی با بیمار همگن می باشد الزامی است.
- در صورتیکه حضور همراه بیمار مانع انجام اقدامات به درستی شود باید از پرسنل همگن با بیمار جهت همراهی بیمار استفاده شود.
- استفاده از پرسنل همگن نباید به گونه ای باشد که در مواقع اورژانس مانع ارائه خدمات فوری و حیات بخش به بیمار گردد. در اینگونه موارد حفظ جان بیمار اولویت دارد.
- جهت ارائه خدمات که نیاز بحضور پرسنل همگن دارند همکاران می بایست در صورت عدم وجود نیرو در بخش از طریق سوپروایزر کشیک نسبت به تامین نیرو جهت انجام خدمت اقدام نمایند.

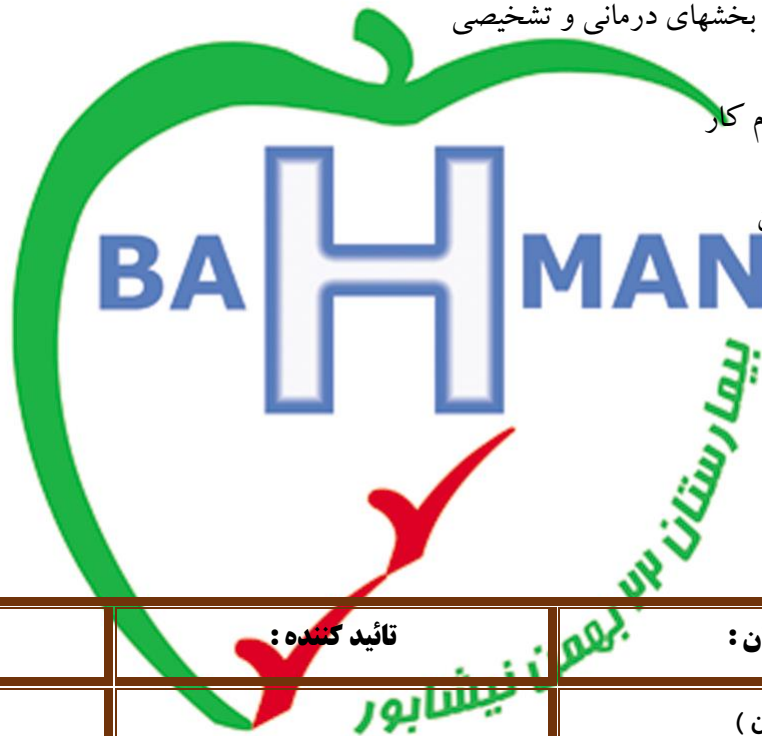
کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.WI2.3.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	معاینه بیماران غیر همجنس		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۲ از ۲	
مذایع :	تجربه بیمارستان، این نامه اجرائی انطباق امور اداری و فنی موسسات پزشکی با موازین شرع		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : تمامی پرسنل بخشهای درمانی و تشخیصی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دکتر مهدی اردمه (دبیر کمیته اخلاق)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		حسن مهربان (سوپروایزر)
		هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)
		دکتر مهدی اردمه (دبیر کمیته اخلاق)

کد فط مشتی:	NUMS.22BH.ML.PR5.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مشتی	انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات معاملاتی		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	قوانین امور مالیاتی / قوانین امور تجارت / قانون کار / آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها		
شماره صفحه:	۱ از ۲		

دامنه، کاربرد: در کل بیمارستان

ذینفعان: کارکنان بیمارستان، شرکتهای پیمانکار، بیماران

پروائی و هدف فط مشتی: بمنظور دستیابی به سیاست های سازمانهای بالادستی و اطمینان از ارائه خدمات باکیفیت در قسمتهای برون سپاری شده بیمارستان ضمن رعایت آیین نامه معاملاتی دانشگاهها و سایر قوانین مرتبط با آن و همچنین در نظر گرفتن قوانین مربوط به سازمان کار و اموراجتماعی و دستورالعملهای وزارتی و استانداردهای اعتباربخشی فط مشتی ذیل را درخصوص نحوه انتخاب پیمانکاران برگزیده است.

تعاریف:

عقد یا قرارداد: به توافق دو اراده ضروری در جهت ایجاد یک اثر حقوقی را گویند. به عبارت ساده تر هرگاه جهت به وجود آمدن یک اثر حقوقی همچون بیع، اجاره و نظایر آن، نیاز به تلاقی و تراضی ضروری دو اراده باشد، عقد محقق میگردد.
 پیمانکار: کلیه افراد حقیقی و حقوقی دولتی یا خصوصی خارج از چارچوب سازمانی بیمارستان که بمنظور انجام خدمات های مورد نظر برابر با این فط مشتی انتخاب می شوند.

روش اجرایی:

- در تیم رهبری و مدیریت بیمارستان واحدها و یا خدماتی که قرار است برونسپاری شوند و شرایط و ضوابط خاص نحوه انجام کار و ارائه خدمات و همچنین مواردی که می بایست در هنگام عقد قرارداد مورد توجه قرار گیرد تعیین و تأیید می گردد.
- توسط رئیس بیمارستان واحدها و یا خدماتی که می بایست برون سپاری شوند (براساس سیاستهای ابلاغی سازمانهای بالادستی و یا تصمیمات تیم رهبری و مدیریت) به اداره امورحقوقی دانشکده اعلام می شود.
- اداره امورحقوقی دانشکده با ضمن انجام تشریفات قانونی از کسب صلاحیت پیمانکار در حیطه انجام کار و رعایت قوانین و مقررات مالی و سایر قوانین جاری کشور اطمینان حاصل می نماید.
- پس از انتخاب پیمانکار دارای شرایط تأیید شده اداره امور حقوقی دانشکده نسبت به عقد قرار داد با پیمانکار (با توجه به موارد درخواست شده در بند ۲) اقدام می نماید.
- اداره حقوقی نسبت به معرفی پیمانکار به همراه رونوشتی از قرارداد تأیید شده به ریاست بیمارستان اقدام می نماید.
- ریاست / مدیریت بیمارستان نسبت به نظارت بر حسن انجام کار توسط پیمانکار براساس دستورالعمل ابلاغی اقدام می نمایند.

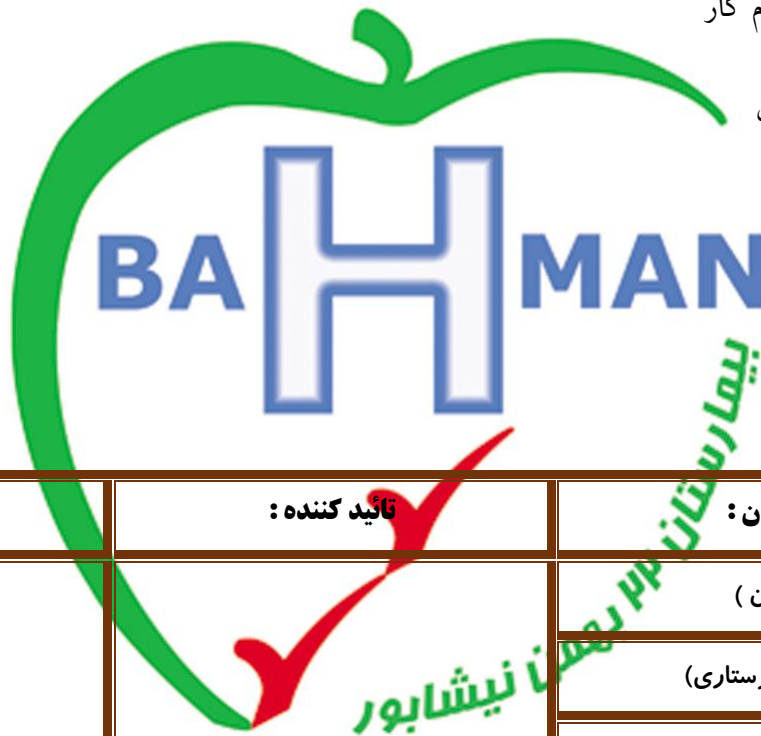
کد فط منشی:	NUMS.22BH.ML.PR5.5.01	
عنوان فط منشی	انتخاب پیمانکاران با لحاظ معیارهای کیفی و رعایت مقررات معاملاتی	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	قوانین امور مالیاتی / قوانین امور تجارت / قانون کار / آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	شماره صفحه: ۲ از ۲

امکانات موردنیاز : صورتجلسات تیم رهبری و مدیریت ، پیش نویس قرارداد

کارکنان مرتبط : تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ، مسئول امورحقوقی دانشکده ، مدیر مالی بیمارستان

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	تیم مدیریت و رهبری	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)		
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		
حسین محمدی (مسئول امورعمومی بیمارستان)		
یاوری (مدیر مالی بیمارستان)		
هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)		
شایان زنگنه (مسئول امورحقوقی دانشکده)		

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PR5. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	نظارت بر عملکرد پیمانکاران		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	قوانین امور مالیاتی / قوانین امور تجارت / قانون کار / آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : در کل واحدها و یا خدمات برونسپاری شده بیمارستان

عاملین انجام کار : مسولین واحدهای برونسپاری شده / پیمانکار

چرایی و هدف دستورالعمل : بمنظور تشریح چگونگی نظارت بر عملکرد پیمانکاران به منظور توسعه و بهبود نظام مدیریت ، اطمینان از ارائه خدمات با کیفیت و مطابق با قوانین و دستورالعملهای جاری و علمی با توجه به نوع خدماتی که توسط پیمانکار ارائه می شود . این دستورالعمل تدوین گردیده است .

تعاریف:

پیمانکار : کلیه افراد محقی و حقوقی دولتی یا خصوصی خارج از چارت سازمانی بیمارستان که بمنظور انجام خدمت های مورد نظر برابر با این خط مشی انتخاب می شوند.



مسئولیتها و اختیارات :

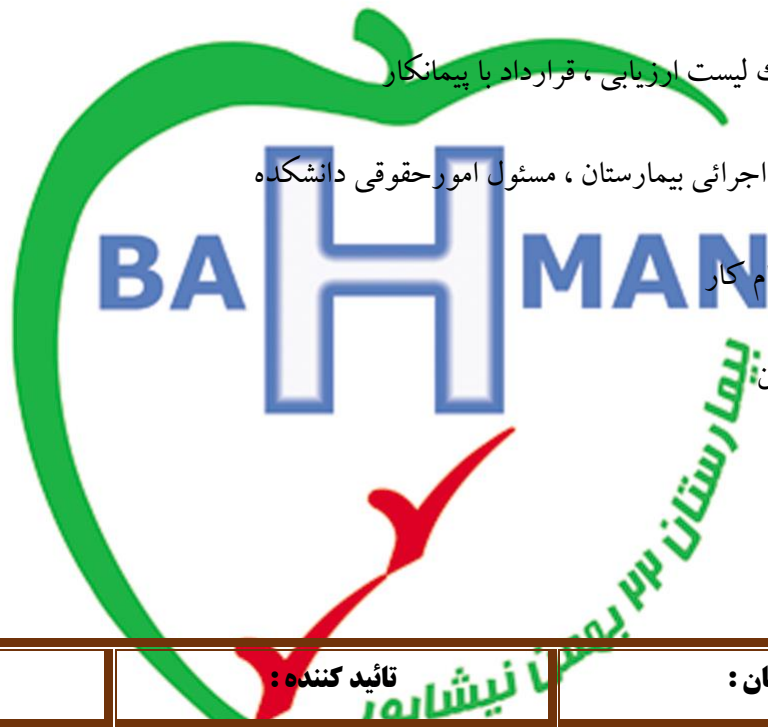
مدیریت / ریاست بیمارستان : نظارت بر عملکرد پیمانکار برابر با چک لیست ، ارائه بازخورد نظارتیهای انجام شده به پیمانکار و امور حقوقی اداره امور حقوقی : تصمیم گیری در خصوص قطع و یا ادامه همکاری با پیمانکار

شیوه انجام کار:

- ۱) پس از عقد قرارداد با پیمانکار واجد شرایط توسط اداره امور حقوقی پیمانکار به بیمارستان معرفی می گردد .
- ۲) پیمانکار موظف است نسبت به معرفی نماینده تام الاختیار به بیمارستان بصورت کتبی اقدام نماید.
- ۳) ریاست / مدیریت بیمارستان نسبت به نظارت کامل بر حسن انجام وظیفه توسط پیمانکار (یا عوامل وی) از طریق نظارت مستقیم و یا تفویض اختیار به افراد ذیصلاح در بیمارستان اقدام می نمایند .
- ۴) به لحاظ جلوگیری از اعمال سلیقه شخصی ملاک ارزیابی چک لیست نظارتی است که در هنگام عقد قرارداد با توجه به نوع فعالیت و قوانین جاری اعلام گردیده است .

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PR5. 5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	نظارت بر عملکرد پیمانکاران		
زمان تدوین: فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه: ۲ از ۲	
منابع:	قوانین امور مالیاتی / قوانین امور تجارت / قانون کار / آیین نامه مالی و معاملاتی دانشگاهها		

- ۵) در صورتیکه امتیاز کسب شده توسط پیمانکار و یا عوامل وی بر اساس گام های چک لیست نتواند انتظارات تیم مدیریت اجرایی و یا مدیران ارشد بیمارستان را فراهم نماید موارد بصورت مکتوب به پیمانکار از طریق ریاست بیمارستان ابلاغ می گردد و رونوشتی از آن به اداره حقوقی دانشکده ارجاع می شود.
- ۶) اداره حقوقی دانشکده با توجه به قوانین و مقررات جاری و مفاد قرارداد با پیمانکار او را مجاب به اصلاح نحوه ارائه خدمت و یا قطع ارتباط همکاری خواهد کرد.



امکانات مورد نیاز: چک لیست ارزیابی، قرارداد با پیمانکار

کارکنان مرتبط: تیم مدیریت اجرایی بیمارستان، مسئول امور حقوقی دانشکده

شیوه ارزیابی: بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو: رئیس بیمارستان

ابلاغ کننده:	تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	تیم رهبری و مدیریت بیمارستان	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		حسین محمدی (مسئول امور عمومی بیمارستان)
		یاوری (مدیر مالی بیمارستان)
		هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)
		شایان زنگنه (مسئول امور حقوقی دانشکده)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI3.3.01	
عنوان دستورالعمل	استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان ، دستورالعملهای ایمنی ساختمان و سازمان استاندارد	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۲	

دامنه ، کاربرد : سافتمانهای دارای آسانسور
عاملین انجام کار : پرسنل بیمارستان ، بیماران ، همراهیان بیمار
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور اطمینان از مفض ایمنی بیماران و کارکنان در زمان بروز حادثه و دراستاء سیاست های ایمنی بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .

تعاریف:

تخلیه اضطراری : فرایندی است که طی آن بعلت مفض ایمنی بیمار و یا کارکنان بنا به حادثه و رفداد پرسنل و بیماران از مملی فارچ گردند

شیوه انجام کار:

- بیمارستان در بلوک های مختلف ساختمانی دارای آسانسور می باشد که این آسانسورها توسط تاسیسات نگهداشت می گردند
- تمامی آسانسورهای موجود در بیمارستان با توجه دستورالعملهای ابلاغی می بایست دارای استاندارد باشند که در حال حاضر این فرایند طی گردیده و استاندارد اسنسورهای داری اعتبار می باشد .
- در زمان بروز حادثه که نیاز به تخلیه بیماران و کارکنان وجود دارد در صورتیکه اجازه استفاده از آسانسور وجود داشته باشد (صدور این اجازه توسط پرسنل آتشنشانی حاضر در محل و یا فرمانده حادثه می باشد) اولویت استفاده از آسانسور جهت بیماران و کسانی است که توانائی راه رفتن نداشته ومی بایست با تخت یا ویلچر جابجا شوند .
- در زمان تخلیه اضطراری و وجود اجازه استفاده از آسانسور اولویت تخلیه پرسنل راه پله می باشد .
- درموراد حوادث ناشی از جریان برق استفاده از اسانسور ممنوع است مگر با نظر همکاران تاسیسات
- در زمان زلزله استفاده از آسانسور به هر دلیل ممنوع است .
- در زمان آتش سوزی استفاده از اسانسور ممنوع است مگر با همراهی آتشفشان حاضر در صحنه
- اعلام هشدار دهنده عدم استفاده از آسانسور در زمان بروز حادثه به همراه این دستورالعمل در تمامی اسانسورهای بیمارستان نصب گردیده است



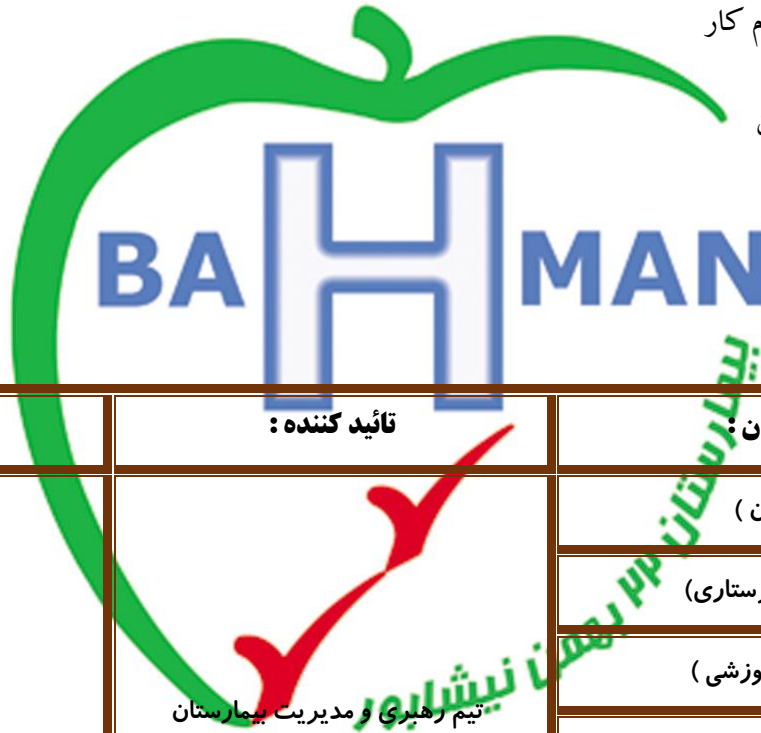
کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI3.3.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان ، دستورالعملهای ایمنی ساختمان و سازمان استاندارد		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : تاسیسات ، پرسنل بیمارستان

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهدیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	تیم رهبری و مدیریت بیمارستان	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)		
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		
حسین محمدی (مسئول امور عمومی بیمارستان)		
هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)		
حسین آبادی (مسئول تاسیسات)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل:	انبارش ایمن		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

دامنه کاربرد:	کلیه انبارهای بیمارستان
عاملین انجام کار:	پرسنل انبار
چرایی و هدف دستورالعمل:	افزایش سطح ایمنی در انبارهای بیمارستان و بهبود هزینه اثربخشی و برنامه ریزی مناسب می باشد. مفض سرمایه های دارویی و در اختیار گذاشتن داروی سالم به مصرف کننده نهایی بمنظور جلوگیری از فسادداروها ولوازم مصرفی وهمچنین مفض ایمنی بیمار وکارکنان از اهداف دیگر است

تعاریف:

انبار دارویی: به فضاهای محصور با دیوار، سقف عایق بندی، کف و دیوارهای محکم (بهتر است بتونی باشد)، دارای قفسه بندی که در برابر نور مستقیم محافظت شده و از نظر دزیه مرارت و رطوبت تمت کنترل باشد. انبار دارویی گفته می شود.

انبار: محدوده ای فیزیکی که جهت نگهداری از اقلام در نظر گرفته می شود.

اقلام مصرفی و عمومی: اقلامی که مستقیماً در سازمان در بخش های مختلف مورد استفاده قرار می گیرد.

انبارش به معنی موقعیت قرار گرفتن کالا در انبار نامیده می شود.

شیوه انجام کار:

اقلام	نحوه جابه جایی	شرایط نگهداری	چیدمان	محل نگهداری
لوازم تاسیسات	دستی	نیاز به شرایط خاصی ندارد.	داخل طبقات تا سقف در دسترس	داخل انبار مصرفی
لوازم التحریر	دستی	دور از رطوبت	داخل طبقات تا سقف و در دسترس	داخل انبار مصرفی
لوازم یکبار مصرف	دستی	نیاز به شرایط خاصی ندارد	روی پالت	داخل انبار مصرفی
لوازم پزشکی	دستی	دور از رطوبت مستقیم	داخل طبقات تا سقف در دسترس	داخل انبار تجهیزات
لوازم خواربار	دستی	دور از رطوبت و دمای مناسب	داخل طبقات و روی پالت	داخل انبار سرد خانه
اوراق	دستی	دور از رطوبت	داخل طبقات قفسه	داخل انبار مصرفی
شیمیایی	دستی	شرایط خاص و دور از حرارت	داخل طبقات قفسه	انبار مواد شیمیایی

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انبارش ایمن		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۲ از ۹	
منابع :	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

کلیات با توجه به اینکه هر کدام از انبارهای بیمارستانی ، ویژه نگهداری نوع خاصی از مواد و کالا هستند لذا برای هر انبار به صورت مجزا ، دستورالعمل ایمنی مختصری ذکر خواهیم کرد .

انبار دارویی :

۱-مسئول فنی به صورت روزانه پالت مناسب و قفسه بندی و چیدمان مطلوب اقلام و وجود وسایل حمل دارو و تجهیزات را کنترل می نماید تا برای تحویل اقلام دارویی مورد نیاز واحدهای تابعه جهت جابجایی از وسایل مناسب حمل دارو استفاده شود.

۲-مدیریت دارویی چیدمان مناسب اقلام دارویی ، از لحاظ شرایط نگهداری و شمارش و تاریخ انقضاء را کنترل می نماید.

مسئول فنی باهماهنگی مسئول خدمات برنظافت - و بهداشت انبار که توسط خدمات داروخانه به شرح زیر انجام می گردد نظارت می نماید:

- نظافت روزانه انبار به روش خشک و توسط جاروبرقی انجام میشود.

- در نظافت ماهیانه دیوارها، قفسه ها و سقفها گردگیری میشوند و شیشه ها پاک می گردد

- در نظافت سالیانه محتویات انبار خارج و درزها و محل اجتماع حشرات یا احتمالاً جوندگان و خزندگان ازبین می رود

- کلیه وسایل نظافت انبار در محوطه های معین و محفوظی در انبار نگهداری می گردند

۳-مدیریت دارویی آموزش دوره ای افراد شاغل در داروخانه و انبار را با توجه به مسئولیت و وظیفه آن ها ، به خصوص آموزش نحوه استفاده از امکانات اطفاء حریق

و آموزش روش های مبارزه با حشرات و جوندگان و پرندگان را باهماهنگی دفتر بهبود کیفیت برنامه ریزی و کنترل نموده

و گواهی های آموزشی را در پرونده پرسنلی ایشان نگهداری می نماید.

اصول کلی انبارداری داروخانه ها

بهترین رطوبت برای نگهداری داروها زیر ۶۰٪ می باشد و همچنین انبارها باید دارای روشنایی کافی نیز باشند .

✓ نظارت بر کنترل محموله ها از لحاظ آسیب دیدگی یا مخدوش بودن برجسب آنها و جداسازی داروهای مشکل دار

✓ وارد کردن نام و مقدار کالا در دفتر موجودی یا در کارت مخصوص هر محصول یا کالا

✓ ثبت هر محموله یا کالای وارد شده به انبار در دفتر انبار و دادن شماره به آنها و درج نمودن شماره انبار و کد محصول روی هر پالت

✓ رعایت شرایط نگهداری دارو که مطابق با اطلاعات درج شده روی برجسب محموله یا دستورالعمل شرکت وارد کننده یا تولید کننده

✓ نظارت بر رعایت نظافت و جلوگیری از تردد افراد متفرقه

✓ ثبت دما و رطوبت در فرمهای مخصوص و مقایسه آن با شرایط استاندارد

✓ نظارت بر عملکرد صحیح ماشین آلات و کنترل دستگاههای موجود در انبار (دماسنج، رطوبت سنج، تهویه، سیستم ایمنی، کولر یا چیلر...)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انبارش ایمن		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۳ از ۹	
منابع :	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

✓ اعلام هرگونه نقص در انبار به مسئول فنی

✓ دقت در رعایت سیستم FEFO

✓ نظارت بر عملکرد صحیح کارگران در انبار از قبیل جابجایی محموله ها، تخلیه بار و سایر موارد به طور مداوم و مستمر.

✓ نظارت دقیق بر نگهداری داروهای مرجوعی ، ضایعات و ریکال (Recall)

✓ نظارت بر انبار گردانی سالیانه

ساختمان وامکانات:

✓ مراقبتهای لازم در خصوص جلوگیری از ورود افراد غیرمجاز به انبار باید در نظر گرفته شود.

✓ ساختمان انبارها باید محکم باشد.

✓ سقف دارای عایق مناسب جهت جلوگیری از انتقال گرما و سرما باشد.

✓ کف ، دیوارها و سقف باید فاقد هر گونه منفذ و روزنه بوده تا از نفوذ حشرات ، حیوانات موذی و پرندگان جلوگیری بعمل آید. کف و دیوارها باید قابل

نظافت باشند. جهت جلوگیری از ایجاد رطوبت باید از شستشوی انبار جداً خودداری شود.

✓ چاهک های فاضلاب در انبارها باید دارای دریوش و وضعیت ظاهری مناسب باشند.

✓ قفسه بندی انبار باید مناسب باشد و بصورتی که از برگشت بسته ها و پالتهای جلوگیری شود. قفسه بندی مناسب باعث چیدمان صحیح بسته ها و کمک به

نظافت بهتر انبار خواهد شد و همچنین روش قرار گیری محموله ها باید به گونه ای باشد که، سیستم (First Expired- First Out) به راحتی قابل اجراء باشد.

✓ میزان روشنایی و نور انبار جهت انجام کلیه عملیات انبارداری باید کافی باشد.

✓ محل نگهداری داروهای ریکال (Recall) و ضایعاتی باید مجزا و دارای حفاظ باشد.

✓ انباری مجزا با ایمنی مناسب (سیستم اعلام و اطفاء حریق، لامپهای ضد جرقه، کلید برق خارج از محوطه انبار و گردش هوای مناسب) جهت نگهداری

محصولات قابل اشتعال وجود داشته باشد.

✓ انباری مجزا و اختصاصی جهت نگهداری داروهای مخدر، بیوداروها و داروهای سمی باید وجود داشته باشد. در انبار داروهای مخدر باید علاوه بر مسائل

ایمنی، تمهیدات امنیتی نیز مطابق با دستورالعمل اداره کل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر لحاظ شود.

✓ محلی مناسب با تجهیزات کامل سرمایشی و ثبت دما جهت نگهداری داروهای حساس به دما (یخچالی، فریزری) ایجاد شود. نشانگرهای دما باید در نقاطی

قرار گیرند که احتمال حداکثر نوسانات در آن مناطق وجود دارد.

✓ محموله های دارویی باید به گونه ای حمل و انبار شوند که از ایجاد هر گونه احتمال آلودگی یا اختلاط جلوگیری بعمل آید.

✓ هواکش های انبار مجهز به قاب توری یا کرکره بوده و در نقاط مختلف انبار نصب و تمامی روز روشن باشند.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انبارش ایمن		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۴ از ۹	
منابع :	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

- ✓ جهت نظافت انبار جاروبرقی صنعتی به تعداد کافی موجود باشد و وسایل گردگیری در محل های مناسب و مشخص قرار گیرند.
 - ✓ انبار باید دارای سیستم سرمایش و گرمایش مناسب بوده و تعداد مناسب دماسنج و رطوبت سنج در اقصا نقاط انبار جهت ثبت و کنترل دما و رطوبت موجود باشد. استفاده از کولر آبی و بخاری نفتی یا گازوئیلی غیر مجاز می باشد.
 - ✓ انبارها باید دارای سیستم اعلام و اطفاء حریق بوده و تابلوی راهنما جهت استفاده از وسایل ایمنی در کنار آنها وجود داشته باشد.
 - ✓ کلیه پرسنل انبارها باید دوره های آموزشی عملی اطفاء حریق را طی کرده و در کار خود تجربه و مهارت کافی را داشته باشند.
 - ✓ اتاقی در انبار به عنوان اتاق انباردار جهت نگهداری از اسناد و مدارک انبار و همچنین در صورت مجهز بودن به سیستم نرم افزاری جهت قرار گرفتن کامپیوتر باید وجود داشته باشد.
 - ✓ جهت جلوگیری از بالا رفتن رطوبت و ایجاد آلودگی نباید شیرآب و یا سینک ظرفشویی درون انبار وجود داشته باشد.
- شرح اقدامات انبارداری داروخانه :**
- ۱- مسئول فنی ماهانه براساس چک لیست کنترل ایمنی تهیه شده، موارد مشروح ذیل را کنترل و ثبت می نماید: حفاظت کامل بیولوژیکی و فیزیکی حشرات و جانوران موزی ، نور ، دما، رطوبت ، توری پنجره، حفاظ فیزیکی پنجره ها و درب ورودی انبار، سیستم دزدگیر.
 - ۲- از محل سقف یا پنجره ها یا محل تهویه های موجود در هنگام بارندگی ، آب به داخل انبار دارویی نفوذ ننماید.
 - ۳- با توجه به تاثیر نور بر ترکیب شیمیایی داروها پنجره ها و منافذ انبار دارویی باید دارای پرده باشند.
 - ۴- انبار دارویی بیمارستان ساجدی چون تحت نظارت مستقیم نگهبان یا نظارت غیر مستقیم آن از طریق دوربین های مدار بسته نمی باشند به منظور حفظ امنیت انبار ، امکانات سیستم دزدگیر الکترونیک باید برای آن فراهم گردد
 - ۵- مدیر داروخانه سالانه قبل از انقضای تاریخ بیمه نامه (جهت بیمه حریق، زلزله و حوادث غیر مترقبه (سیل، طوفان،) اقدام نماید.
 - ۶- مسئول فنی یا انباردار روزانه ثبت رطوبت و دما انبار را در فرمهای مربوطه انجام دهد.
 - ۷- مسئول فنی با بررسی گزارش روزانه ثبت رطوبت و دما از بهینه بودن وضعیت تهویه در انبار دارویی اطمینان حاصل می نماید.
- استفاده از سیستم های تهویه برای حفظ رطوبت و دمای انبار در حد استانداردهای تعیین شده ضروری است . رطوبت و دمای انبار باید در حد استاندارد رعایت گردد (رطوبت زیر ۷۰٪ و دمای ۲۵ درجه سانتی گراد).
- ۸- مسئول فنی با هماهنگی مسئول تاسیسات تجهیزات ایمنی اطفاء حریق و سیستم های تاسیساتی انبار دارویی را در در بازه های زمانی تعیین شده کنترل می نماید

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل:	انبارش ایمن		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

انبار تجهیزات پزشکی:

- جریانات ناشی (شامل جریانات ناشی زمین، محفظه، بیمار، کمکی بیمار) در حالت استفاده عادی و تک اشکالی
- پیوستگی و کیفیت سیستم زمین الکتریکی حفاظتی وسیله پزشکی برای دستگاههای کلاس I یا ایزولاسیون دوبل (تقویت شده) برای دستگاههای کلاس استفاده از سیستم زمین الکتریکی استاندارد در مراکز درمانی (چاه ارت)
- زمین نمودن صحیح تجهیزات الکتریکی پزشکی (کلاس ۱)
- استفاده از مدار محافظ جریان زمین (استفاده از دستگاههای قطع کننده منبع تغذیه در صورت بروز خطای زمین مانند... LIM, GFI)
- پرهیز از بکارگیری مبدل سه سیمه به دو سیمه و کابلهای رابط برق بدون سیم زمین الکتریکی در بخشهای درمانی
- استفاده از ترانس ایزوله در فضاها و بخشهای حساس بیمارستانی مانند محیطهای مرطوب، اتاق های عمل، و ...، و متعاقباً کنترل جریان ناشی ترانس های ایزوله (با استفاده از ماینورینگ جریان ناشی)
- انجام تست های ایمنی الکتریکی برای تجهیزات پزشکی و متعلقات آنها قبل از بهره برداری اولیه، پس از هر بار تعمیر و در مراحل بازرسی ادواری
- عدم استفاده از دستگاه پزشکی بدون آموزش کاربری و لزوم آمادگی کامل کاربر قبل از استفاده از دستگاه (تبصره ۱ ماده ۱۰ آیین نامه تجهیزات پزشکی)
- آموزش پرسنل در مورد نکات ایمنی الکتریکی، تشخیص موارد خطر و بالقوه خطرناک، راههای مقابله و کاهش خطرهای مربوط به دستگاه/ دستگاههای تحت کاربری
- استفاده از اتصالات استاندارد به بیمار از قبیل پروب ها، کابلهای بیمار، لیدها (مورد تایید اداره کل تجهیزات پزشکی - هم پتانسیل نمودن کلیه زمین های (الکتریکی) حفاظتی، هادی های مربوطه و اتصالات آنها، بین های زمین حفاظتی، محفظه وساتل و سطوح فلزی متصل به زمین های حفاظتی با در نظر گرفتن نکات خاص الکتریکی در مورد مراکز درمانی از قبیل استفاده مجزا از هادی های حفاظتی زمین و سیم نول و عدم استفاده از هادی مشترک حفاظتی .

انبار مواد غذایی:

- در صورت لزوم آشپزخانه انبار مواد غذایی اولیه و سالن غذا خوری با فضای کافی به تناسب تعداد کارگران و شاغلین با شرایط کاملاً بهداشتی مطابق ضوابط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در محل بیمارستان ایجاد نمایند.
- هر کارگر موظف به داشتن کلیه وسایل نظافت، شستشو، و استحمام اختصاصی می باشد.
- کف ساختمان باید دارای شرایط زیر باشد:
- الف: از جنس مقاوم، صاف، بدون درز و شکاف و قابل شستشو باشد.
- ب: دارای کف شور به تعداد مورد نیاز، مجهز به شتر گلو بوده و نصب توری ریز روی آن الزامی است.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل:	انبارش ایمن		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

ج: دارای شیب مناسب به طرف کف شور فاضلاب رو باشد.

- ساختمان دیوار از کف تا سقف از مصالح مقاوم بوده و طوری باشد که از ورود حشرات و جوندگان جلوگیری به عمل آورد.

- سطح دیوارها باید صاف، بدون درز و شکاف و برنگ روشن باشد.

- پوشش دیوارها باید متناسب با احتیاطات و لوازم مربوط به نوع کار و برحسب مشاغل مختلف به شرح تبصره های ذیل باشد.

- پوشش بدنه دیوار کارگاه های تهیه مواد غذایی، آشپزخانه، آبدارخانه، انبار مواد غذایی، میوه و سبزی فروشی، حمام، مستراح، دستشویی، رختشویخانه باید از کف تا زیر سقف و در مورد کارگاهها و کارخانجات تولیدی مواد غذایی تا ارتفاع حداقل چهار متر کاشی، سنگ یا سرامیک و دیوار کارخانجات از ارتفاع چهار متر به بالا می تواند از سیمان صاف و صیقلی به رنگ روشن باشد.

- پوشش بدنه دیوار انبارهای بزرگ مانند انبارهای عمومی و امثال آن ها و بنکداری ها می تواند از مصالح دیگر مانند سنگ و سیمان صاف و صیقل و برنگ روشن باشد.



انبار مواد شیمیایی:

- ظرفیت انبار با میزان سموم و مواد شیمیایی مورد نگهداری مطابقت داشته و حداقل ۱۵٪ ظرفیت اضافه جهت جابجایی سهل محموله و احتیاجات احتمالی آینده در نظر گرفته شود.

- وجود گذرگاههای شیدار RAMP در مبادی ورودیهای انبار برای ممانعت از خروج تراوشات به خارج از انبار ضروری می باشد این گذرگاه بایستی در داخل انبار و در خارج انبار در ورودی ها احداث گردد.

- دیوارهای داخلی بایستی صاف و صیقلی بوده، عاری از ترک و لبه باشد تا به آسانی پاکیزه شود. دیوارها بایستی روی بند یا سدی که از مواد نفوذ ناپذیر به ارتفاع ۱۴cm پوشیده باشد قرار گیرد و دیوار دور تا دور تمام انبار را در بر می گیرد.

- دفتر انباردار باید جدا از منطقه نگهداری سموم و مواد شیمیایی باشد.

- درب ها بایستی مجهز به قفل ایمنی و میله های حفاظتی بوده، پنجره ها و هواکش ها نیز باید به میله های حفاظتی مجهز بوده تا ورود افراد غیر مسئول ممانعت شود.

- چنانچه از وسایل جانشینی دیگری برای هواکش و نور استفاده می شود اجباری برای ساخت پنجره نمی باشد. در غیر اینصورت باید پنجره ها سایه بان داشته تا از ورود نور مستقیم خورشید ممانعت شود.

- سیستم هواکش مناسب، مجهز به فیلتر جهت ممانعت از تجمع بخارات شیمیایی مواد و خطر آتش زایی تعبیه گردد. این سیستم باید به نسبت وسعت انبار نصب شود و سطح آن بایستی حداقل ۱/۱۵۰ سطح کف باشد.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انبارش ایمن		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۷ از ۹	
منابع :	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

علائم هشدار دهنده بایستی در خارج از انبار به زبان فارسی نصب گردند . علائم خطر سموم ، آتش زایی و عدم اجازه ورود به افراد غیر مسئول از جمله علائم هشدار دهنده مهم است .

- سیستم خنک کننده و گرم کننده بایستی به گونه ای تعبیه گردد که موجب گرم شدن و یا سرد شدن مستقیم مواد انبار نگردد . استفاده از وسایل گرم کننده هوا که با نفت و گاز می سوزند ممنوع است .

- ایجاد هر گونه مخزن جهت نگهداری مواد شیمیایی مایع و یا گاز در انبار های کوچک بطور کلی ممنوع است .

نکات :

- ✓ سیستم اعلام و اطفاء حریق بصورت ماهانه در انبار ها توسط مسئول آتش نشانی بررسی می گردد.
- ✓ آسانسور بار انبار آشپزخانه بصورت ماهانه توسط مسئول تاسیسات مکانیکی بررسی می گردد.
- ✓ سیم کشی برق انبارها بصورت ماهانه توسط مسئول برق تاسیسات بررسی می گردد.
- ✓ نحوه چیدمان و فیکس بودن قفسه ها بصورت ماهانه توسط مسئول انبار و مسئول ساختمان بررسی می گردد.

جدول مواد ناسازگار

((جدول زیر کالاهای خطرناکی هستند که نباید در کنار یکدیگر انبار شوند.))

اسیدها با قلیاها
اکسید کننده ها با مواد آلی
مایعات قابل اشتعال با اسدها یا قلیاها
گازهای قابل اشتعال با گازهای اکسید کننده

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انبارش ایمن		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۸ از ۹	
منابع :	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

جدول انبارداری مواد شیمیایی
(گروه های انبار مواد شیمیایی)

فاز ماده	گروه خطر	مثال های معمولی
فاز جامد	قابل انفجار	اسید پیکریک (خشک)، پیکرات ها
	اکسید کننده	کلرات ها، دی کرومات ها، نیترات ها، پر کلرات ها، پر منگنات ها، پر اکسید ها
	واکنش پذیر شدید (با آب و سایر مواد)	کلرید آلومینیوم (بدون آب) کاربرد کلسیم، لیتیم، پنتا کلراید فسفر، پنتا اکسید فسفر، پتاسیم، سدیم، فسفر سفید
فاز مایع	اسید قوی	فلورید هیدروژن، اسید هیدروکلریدریک
	قلیای قوی	هیدروکسید سدیم، هیدروکسید پتاسیم
	قابل اشتعال	استالدئید، اسید استیک، استن، استونیتریل، اکریلونیتریل، آلایل الکل، ترت - آمیل الکل، بنزن، ۱- بوتانل، ترت - بوتیل الکل، دی سولفید کربن، کلروبنزن، سیکلو هگزان، ۱ و ۲- دی کلرواتان، ۱ و ۲- دی متیل هیدرارین، دی اکسان، اتانل، اتیل آکریلات، اتیلن دی آمین، اتیلن فرمات، ان- هپتان، ان- هگزان، هیدرازین، ایزو آمیل الکل، ایزو بوتانل، ایزو بوتیل الکل، متیل الکل، ایزوپروپیل آمین، متیل اتیل کتون، مرفولین، نیترومتان، ۲- نیتروپروپان، پنتان، پروپیلن اکسید، پیریدین، تولوئن، تری اتیل آمین، وینیل استات، گزین
	اکسید کننده	اسید کرومیک، اسید دی کرومات، تری اکسید کروم، پر اکسید هیدروژن (۳۰ درصد به بالا)، اسید نیتریک، پراکسید سدیم، اسید سولفریک
فاز گاز	پر کلریک اسید	پر کلریک اسید
	بسیار واکنش پذیر / قابل انفجار	کلرسولفوریک اسید، کلرات ها، پر اکسیدهای آلی
	اسید / باز قوی	آمونیاک، کلرید هیدروژن
	قابل اشتعال	استیلن
	اکسید کننده	کلرین، نیتروز اکسید، اکسیژن

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI4.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انبارش ایمن		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۹ از ۹	
منابع :	آیین نامه وزارت کار / ضوابط وزارت بهداشت معاونت درمان و غذا و دارو و بهداشت		

مسئولیتها و اختیارات :

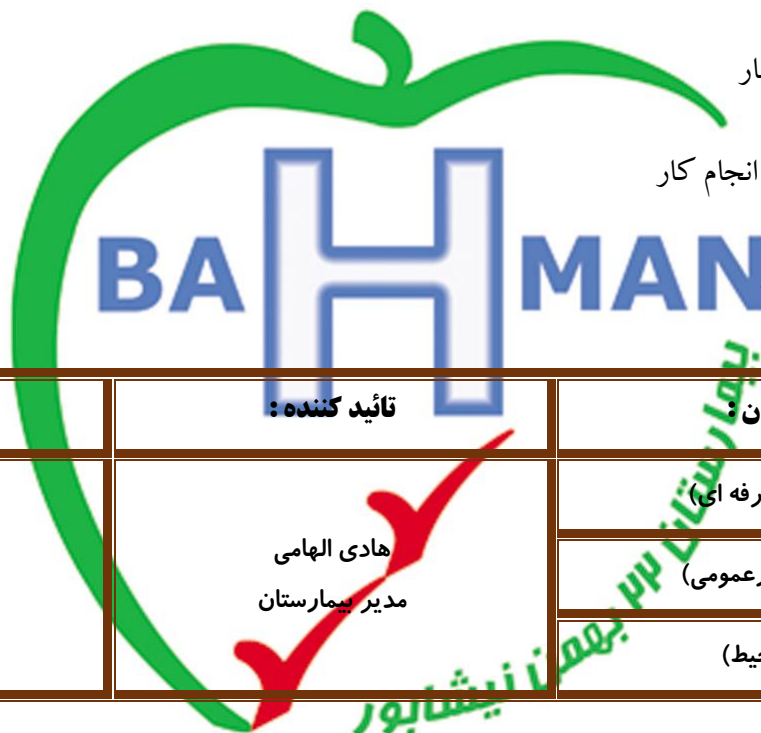
پرسنل انبارها : اجرای این دستورالعمل

امکانات موردنیاز : پالت

کارکنان مرتبط : پرسنل انبار

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول انبار



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
مرزانی (مسئول بهداشت حرفه ای)	هادی الهامی مدیر بیمارستان	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسین محمدی (مسئول امور عمومی)		
بشیری (مسئول بهداشت محیط)		

کد روش اجرایی:	NUMS.22BH.ML.PR6.2.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرایی	گزارش حوادث بیمارستان		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربه بیمارستان	شماره صفحه:	۱ از ۳

دامنه کاربرد:	تممی بخشها و واحدها
عامل / عاملین انجام کار:	تمامی پرسنل
پرائی و هدف روش اجرایی:	در راستای سیاست درس گیری از حوادث و ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیمار و کارکنان بیمارستان در فصول حوادث درون بیمارستانی روش اجرایی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

تعاریف:

مخاطره: مخاطره وضعیت و حالتی است که میتواند به آسیب دیدگی جانی و ضرر و زیان مادی منجر شود. در ممیط زندگی ما مخاطرات فراوانی وجود دارد که بیتیجهی به آنها به حوادث ناگوار میانجامد

مادنه: وقوع یا رویداد یک مخاطره است که به طور ناگهانی اتفاق میافتد و به ایجاد آسیب منجر میشود و پیشرفت یا روند کارها را مختل میسازد و همواره بر اثر عمل یا شرایط غیرایمن یا ترکیبی از این دو نوع به وقوع میپیوندد

شیوه انجام کار:

- تمامی کارکنان شاغل در بیمارستان می بایست در هنگام انجام وظایف خویش و بخصوص کار با تجهیزات اصول ایمنی را رعایت نمایند تا از ایجاد حادثه جلوگیری شود.
- تمامی کارکنان موظف هستند فضای کاری خویش را مورد بررسی قرار داده و هرگونه شرایط را که ایمنی را بخطر انداخته و می تواند منجر به خسارات مالی یا جانی و یا اختلال در روند انجام کار شود را در شیفتهای اداری بلافاصله به مسئول واحد و درسایر شیفتهابه سوپروایزر کشیک اطلاع دهند.
- مسئولین واحد / سوپروایزر کشیک بسته به نوع حادثه و یا مخاطره با مسئولین بیمارستان ارتباط برقرار کرده نسبت به رفع مخاطره اقدام می نمایند
- حوادث می تواند در زمینه های ذیل رخ دهد:

- ساختمان شامل: هرگونه فروریزی، تخریب، شکست دیوارها و کف
- تاسیسات شامل: هرگونه نشت آب، گاز، یا اتصال برق، سیستم گازهای طبی
- برق اضطراری: عدم عملکرد مناسب هر یک از سیستمهای برق اضطراری در زمان قعطی برق یا انجام تست
- سیستم اطلاعات بیمارستان: خرابی شبکه، دسترسی غیر مجاز
- خرابی تجهیزات اصلی شامل تجهیزات ضروری هر بخش که ارائه خدمات را با اختلال جدی همراه نماید.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PR6.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	گزارش حوادث بیمارستان		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۲ از ۳	
منابع :	تجربه بیمارستان		

F. هرگونه آتش سوزی با وسعت کم یا زیاد و به هرعلتی که ایجاد شده باشد .

۵) مسول وقت واحدی که در ان حادثه رخ داده است می بایست بلافاصله موارد را بصورت مکتوب به اطلاع مدیر و ریس بیمارستان برساند .

۶) آزانجا که برخی حوادث نیازمند اقدام آنی می باشند مراتب باید بصورت تلفنی به اطلاع مدیر بیمارستان رسانده شود

۷) در شیفتهای عصر و شب مسئولین شیفتهای موظف هستند حادثه را بلافاصله به اطلاع سوپروایزر کشیک برسانند .

۸) سوپر وایزر کشیک نسبت به بررسی و انجام اقدامات ضروری با توجه به نوع رخداد اقدام می نماید .

۹) توسط سوپروایزر کشیک اطلاع رسانی به مدیر بیمارستان صورت می پذیرد .

۱۰) تمامی موارد حوادث و اقدام صورت گرفته می بایست در دفتر گزارش روزانه سوپروایزر ثبت گردد.

۱۱) گزارش مکتوب حادثه نیز می بایست در اولین زمان اداری توسط مسئول واحد به مدیریت بیمارستان ارسال شود و رونوشت آن به دفتر بهبود کیفیت فرستاده شود .

۱۲) دفتر بهبود کیفیت موظف است ضمن بررسی و برگزاری جلسات مورد نیاز نسبت به برنامه ریزی جهت جلوگیری از بروز مجدد حادثه اقدام می نماید (بررسی موضوع در کمیته بحران و بلافاصله بیمارستان صورت می گیرد)

۱۳) برنامه های اصلاحی با همکاری واحد مرتبط برنامه ریزی جهت تصویب و دستور اجرا به تیم مدیریت و رهبری ارجاع می گردد.

۱۴) در صورت تائید برنامه برنامه اجرا ، و ارزیابی می گردد.



کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.ML.PR6.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	گزارش حوادث بیمارستان		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان	شماره صفحه :	۳ از ۳

امکانات موردنیاز : فرم گزارش

کارکنان مرتبط : تمامی مسئولین واحدها ، کارکنان

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	تیم رهبری و مدیریت بیمارستان	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)		
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		
حسین محمدی (مسئول امور عمومی بیمارستان)		
هادی علیائی (کارشناس دفتر بهبود کیفیت)		
حسین آبادی (مسئول تاسیسات)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI5.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل:	فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا EOP در حوادث و بلایا		
شماره صفحه:	۱ از ۲		

دامنه کاربرد:	کل بیمارستان
مفادین:	کلیه پرسنل بیمارستان
پرائی و هدف دستورالعمل:	بمنظور ارائه فدمت مناسب در زمان بروز بمران و پاسفگوئی مناسب و ایجاد بستر ایمن جهت بیماران و کارکنان دستورالعمل ذیل ابلاغ و تدوین می گردد

شیوه انجام کار:

- ۱) نزدیکترین فرد به محل حادثه وقوع حادثه را به تلفن خانه اعلام می نماید.
 - ۲) تلفن خانه در شیفت اداری به رئیس بیمارستان به عنوان فرمانده حادثه و در شیفت غیر اداری به سوپروایزر کشیک به عنوان فرمانده حادثه وقوع حادثه را اعلام می نماید.
 - ۳) فرمانده حادثه در محل حادثه حضور پیدا می کند و سطح حادثه و ... را مورد بررسی قرار می دهد.
 - ۴) فرمانده حادثه براساس سطح حادثه، حجم حادثه و میزان آسیب نسبت به فعال سازی برنامه پاسخ اقدام می نماید.
 - ۵) تلفن خانه براساس دستور فرمانده حادثه نسبت به برقراری تماس با اعضاء مدیریت بحران اقدام می نماید.
 - ۶) در صورت عدم حضور هر یک از مسئولین تیم مدیریت بحران یا عدم پاسخگویی، تلفن خانه ابتدا جانشین اول مسئول مورد نظر و در صورت عدم پاسخ دهی جانشین اول، جانشین دوم فراخوان می گردد.
- ب) غیر فعال سازی سامانه فرماندهی حادثه**
- ۱) فرمانده حادثه در محل حادثه نسبت به کسب اطلاعات و آمار حادثه اقدام می نماید.
 - ۲) ارشد ارزیابی آسیب و کنترل وضعیت نسبت به ارزیابی وضعیت محل حادثه اقدام و گزارش خود را به فرمانده حادثه اعلام می نماید.
 - ۳) ارشد روابط و هماهنگی وضعیت بیماران تخلیه شده را بررسی و اطلاعات ان را به فرمانده حادثه اعلام می نماید.
 - ۴) فرمانده حادثه با توجه به گزارشات دریافتی و در صورت عدم خطر و تهدید و وجود شرایط ایمن در محل حادثه نسبت به اعلام پایان عملیات اقدام و وضعیت سفید را اطلاع می دهد.

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.ML.WI5. 5.01		کد دستورالعمل:
فعالسازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث			عنوان دستورالعمل
شماره صفحه: ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین: فروردین ماه ۱۴۰۱	زمان تدوین:
برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا EOP در حوادث و بلایا			منابع:

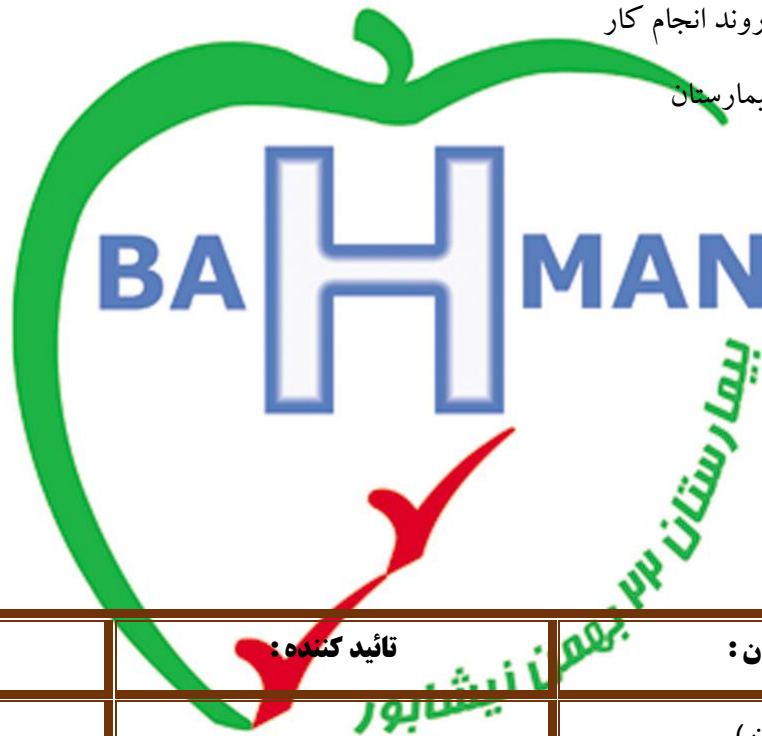
مسئولیتها و اختیارات: سوپروایزر کشیک: فعال سازی سامانه / رئیس بیمارستان غیر فعال سازی سامانه

امکانات موردنیاز: چارت مدیریت بحران و شرح وظایف

کارکنان مرتبط: اعضای تیم مدیریت بحران

شیوه ارزیابی: مشاهده روند انجام کار

فرد پاسخگو: رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده:	تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI6.5.01		
عنوان دستورالعمل:	تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	آمادگی بیمارستان ها در مقابله با حوادث و بلایا- تجربیات بیمارستان		
شماره صفحه:	۱ از ۳		

دامنه کاربرد: کل بیمارستان

عاملین انجام کار: تمامی پرسنل / اعضای تیم مدیریت بحران

پرائی و هدف دستورالعمل: بمنظور کاهش تلفات و مصدومین حادثه و امکان ارائه فدمات ایمن به بیماران و اطمینان از ارائه فدمات در زمان وقوع حوادث و بلایا بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین نموده است

شیوه انجام کار:

- در هنگام بروز حادثه در شیفت اداری رئیس بیمارستان به عنوان فرمانده حادثه و در شیفت غیر اداری سوپروایزر کشیک به عنوان فرمانده حادثه تعیین می گردد.
- نزدیکترین فرد به محل حادثه (آتش سوزی یا تخریب مکانی بخش از ساختمان) وقوع حادثه را به تلفن خانه اعلام می نماید.
- اپراتور تلفن خانه موضوع حادثه را به اطلاع فرمانده حادثه (با توجه به گام اول) می رساند.
- فرمانده حادثه در محل حادثه حضور و نسبت تعیین سطح حادثه اقدام و براساس آن دستور فراخوان اعضای تیم مدیریت بحران را به تلفن خانه اعلام می نماید.

وضعیت سفید E0	وضعیت زرد آماده باش - E1	وضعیت نارنجی فعال سازی نسبی - E2	وضعیت قرمز فعال سازی کامل - E3
مادته ای رخ نداده و شرایط عادی است	تعداد کشته بیشتر از ۱ و کمتر از ۵ نفر	تعداد کشته بیشتر از ۵ و کمتر از ۱۰ نفر	تعداد کشته بیشتر از ۱۰ و کمتر از ۲۰ نفر
وضعیت تعداد مصدومین فلی در فدمت رسانی ایجاد نمیکند	تعداد مصدومین بیشتر از ۵ نفر و کمتر از ۱۵ نفر	تعداد مصدومین بیشتر از ۱۵ نفر و کمتر از ۳۰ نفر	تعداد مصدومین بیشتر از ۳۰ نفر و کمتر از ۱۰۰ نفر
در صورت مشاهده علائم هشدار دهنده وقوع حادثه ارزیابی دقیق و تعیین سطح حادثه	تعداد افراد نیازمند فدمت رسانی و ویزیت کمتر از ۳۰ نفر	تعداد افراد نیازمند فدمت رسانی و ویزیت کمتر از ۵۰ نفر	تعداد افراد نیازمند فدمت رسانی و ویزیت کمتر از ۱۰۰ نفر

(۵) طبق خبر /سطوح هشدار اعلام شده، برنامه عملیاتی پاسخ مورد نظر باید فعال شود.

(a) رنگ زرد/ هشدار: اطلاع وضعیت هشدار به تیم های عملیاتی انجام شود.

(b) رنگ نارنجی/آماده باش: ۹ جایگاه اصلی سامانه فرماندهی حادثه و ۳۰-۵۰٪ نیروها و تجهیزات فراخوان شود.

(c) رنگ قرمز/اقدام: کد بحران(کدقرمز) توسط فرمانده حادثه به مرکز تلفن اعلام شود/ کل سامانه فرماندهی حادثه و ۱۰۰٪

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WIG. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	آمادگی بیمارستان ها در مقابله با حوادث و بلایا- تجربیات بیمارستان		
شماره صفحه : ۲ از ۳			

نیروها و تجهیزات فراخوان شود)

- ۶) تا هنگام حضور تیم مدیریت بحران فرمانده حادثه نسبت به مدیریت حادثه و تصمیم گیر اقدام می نماید.
- ۷) پس از حضور تیم مدیریت بحران، با بازدید از محل حادثه و بررسی و حجم حادثه، میزان و فاصله با مواد قابل اشتعال در محل حادثه برطبق شرح وظایف اعضا تیم مدیریت بحران، تصمیم گیری در مورد تخلیه محل حادثه توسط فرمانده حادثه اخذ می گردد.
- ۸) مراحل تخلیه بدین صورت است (متناسب با شرایط موجود براسا تصمیم فرمانده حادثه مراحل حذف و یا ادغام می شوند):
- ا) هشدار به پرسنل جهت آمادگی تخلیه
 - ب) آماده سازی محل (از نظر دسترسی به تجهیزات و منابع مورد نیاز)
 - ج) آماده سازی بیماران و وسایل مورد نیاز در مسیر انتقال
 - د) انتقال بیماران
 - ه) انتقال تجهیزات
- ۹) تیم مدیریت بحران نسبت به تعیین محل های لازم برای تریاژ، بستری و سرپایی تصمیم گیری می نماید(در صورتیکه مکان های از قبل تعیین شده در برنامه بحران بیمارستان قابل استفاده نباشد .
- ۱۰) ارشد روابط و هماهنگی با همکاری نیروهای خدمات، کمک بهیار و پرستاری نسبت به تخلیه محل حادثه و انتقال آن ها به مکان های امن تعیین شده اقدام می نماید.
- ۱۱) نظارت بر خروج بیماران و رعایت ترتیب تخلیه بیماران (به ترتیب ۱- بیماران در معرض خطر فوری ۲-بیماران متحرک ۳-بیماران نیمه متحرک ۴-بیماران غیر متحرک) توسط ارشد روابط و هماهنگی صورت می پذیرد.
- ۱۲) فرمانده حادثه نسبت به تعیین سطوح تخلیه (افقی - عمودی - نسبی یا کلی) اقدام می نماید.
- ۱۳) ارشد پشتیبانی نسبت به تامین امکانات و تجهیزات لازم برای بیمارانی که از محل حادثه تخلیه شده اند اقدام می نماید.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI6.5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	تخلیه بیمارستان در زمان وقوع حادثه		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	آمادگی بیمارستان ها در مقابله با حوادث و بلایا- تجربیات بیمارستان		
شماره صفحه:	۳ از ۳		

مسئولیتها و اختیارات:

براساس شرح وظایف چارت مدیریت بحران

امکانات موردنیاز: سیستم های اطلاع رسانی، چارت مدیریت بحران

کارکنان مرتب: اعضا چارت مدیریت بحران

شیوه ارزیابی: مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو: دبیر کمیته بحران و بلایا



تهیه کنندگان:	تائید کننده:	ابلاغ کننده:
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)		
هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)		
حسن مهربان (سوپروایزر)		
محمد علی عابدی (مسئول خدمات)		
حجت ایزدی فر (دبیر کمیته بحران و بلایا)		

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.ML.PP2. 5.01		کد فط مشی:
تداوم خدمات بهداشتی درمانی در مواقع بحران			عنوان فط مشی
شماره صفحه : ۱ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	
منابع : مجموعه ابزارهای ارزیابی مضامرات و شافصهای توانمندی تفصصی موزه سلامت در موادث و بلایا تالیف : دکتر ممید رضا فانکه ۱۳۹۳			

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
ذینفعان : بیماران ، مراجعین ، پرسنل
پرائی و هدف دستورالعمل : با هدف در دسترس بودن خدمات اساسی و میاتی در زمان وقوع مادثه و توانمند کردن بیمارستان جهت ارائه فدمات ضروری و جراحی (مانند مراقبت های اورژانسی، جراحی های فوری، مراقبت از مادر و کودك) در شرایط بحرانی بیمارستان فط مشی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

تعاریف

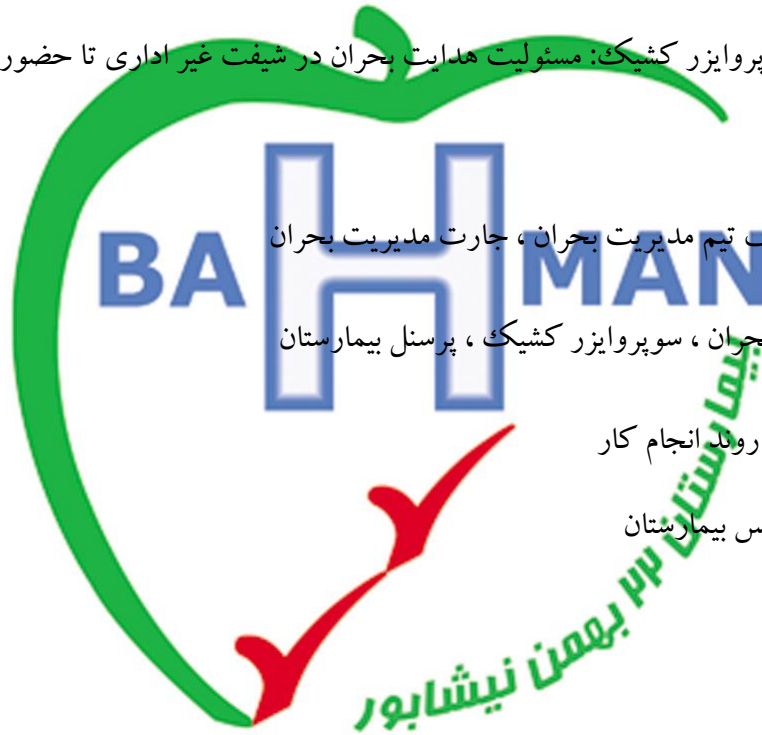
بمران: پیشامدی است که بصورت ناگهانی و گاهی فزاینده رخ می دهد و به وضعیتی فطرناک و ناپایدار برای فرد، گروه و یا جامعه می انجامد. بمران باعث بوجهود آمدن شرایطی می شود که برای برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اساسی و فوق العاده است. بمرانها بر مسب نوع و شدت متفاوتند. بمران یک فشارزایی بزرگ و ویژه است که باعث در هم شکسته شدن انگاره های متعارف و واکنش های گسترده می شود و آسیبها، تهدیدها، فطرها و نیازهای تازه ای به وجود می آورد .

شیوه انجام کار :

- ۱) پس از بروز حادثه و بحران اعضاء تیم مدیریت بحران توسط تلفن خانه و با دستور فرمانده حادثه فراخوان میگردند.
- ۲) فرمانده حادثه با توجه به وسعت و حجم حادثه دستورات لازم مبنی بر تخلیه بخش ها و انتقال بیماران به مناطق امن را صادر مینماید.
- ۳) ارشد پشتیبانی با هماهنگی با راشد روابط و هماهنگی تجهیزات و نیروی انسانی لازم را تامین مینماید.
- ۴) فرمانده حادثه دستورات لازم مبنی بر تعیت تکلیف بیماران حاضر در بیمارستان و هم چنین وضعیت اعمال الکتیو را مشخص می نماید.
- ۵) در صورت تصمیم در مورد ترخیص بیماران پزشکان معالج یا مقیم بیمارستان بیمارانی که امکان ترخیص موقت را دارند مشخص می نمایند.
- ۶) در صورتیکه ادامه ارائه خدمت در هر یک از بخشها ممکن نباشد ادامه خدمت براساس بخش های جایگزین تعیین شده در برنامه مدیریت بحران بیمارستان عمل خواهد شد .
- ۷) در صورتیکه براساس تصمیم فرمانده حادثه ارائه خدمت در هیچ یک از بخشهای بیمارستان مقدور نباشد از ظرفیتهای تعیین شده خارج از بیمارستان در برنامه مدیریت بحران جهت تداوم خدمت استفاده خواهد شد.
- ۸) خدمات مورد نیاز در بحران (فرایندهای کاری تهیه تجهیزات و اقدام و همچنین پذیرش بیمارستان) بر اساس فرایندهای درج شده در برنامه مدیریت بحران بیمارستان ارائه خواهد شد.

کد فضا مشی:	NUMS.22BH.ML.PP2. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فضا مشی	تداوم خدمات بهداشتی درمانی در مواقع بحران		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
مجموعه ابزارهای ارزیابی مفاظرات و شفافسهای توانمندی تفصصی موزه سلامت در موادث و بلایا تالیف :	دکتر ممید رضا فانکه ۱۳۹۳		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

مسئولیتها و اختیارات : سوپروایزر کشیک: مسئولیت هدایت بحران در شیفت غیر اداری تا حضور رئیس بیمارستان



امکانات موردنیاز : شرح وظایف تیم مدیریت بحران ، جارت مدیریت بحران

کارکنان مرتبط : تیم مدیریت بحران ، سوپروایزر کشیک ، پرسنل بیمارستان

شیوه ارزیابی : مشاهده روند انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

ابلاغ کننده :	تأید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دبیر کمیته خطر حوادث و بلایا	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)
		حسن مهربان (سوپروایزر)

محمد علی عابدی (مسئول خدمات)
حجت ایزدی فر (دبیر کمیته بحران و بلایا)

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.ML.WI7.2.01	کد دستورالعمل:
انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه: ۱ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین: فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع: تجربیات بیمارستان، این نامه های ابلاغی		

دامنه، کاربرد: کل بیمارستان
عاملین انجام کار: تمامی پرسنل
چرایی و هدف دستورالعمل: بمنظور بهره گیری از مافظه سیستمی و پرهیز از آزمون و خطا و در راستاء سیاستهای اصلی بیمارستان مبنی بر ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و بلاغ نموده است

شیوه انجام کار:

- تمامی پرسنل بیمارستان می بایست براساس برنامه های تنظیم شده در کلاسهای آموزشی که بیمارستان برنامه ریزی و اجرا می نماید شرکت کنند.
- کلاسهای پیش بینی شده براساس نیاز سنجی که توسط همکاران انجام شده، دستورالعملهای ابلاغی، تصمیمات کمیته های بیمارستانی و یا بمنظور اصلاح عملکرد براساس شکایات انجام شده برنامه ریزی خواهد شد.
- با توجه به دستورالعملهای ابلاغی تغییر در رتبه و طبقه سازمانی افراد منوط به گذران ساعات آموزشی عنوان شده در این نامهخ ارتقاء می باشد.
- در خصوص نیروهای طرحی امتیازات درون بخشی درخصوص کارانه و عملکرد افراد و همچنین تمدید طرح منوط به گذراندن دوره های آموزشی می باشد.
- دوره های آموزشی در سطوح عمومی، تخصصی و مدیریتی برنامه ریزی و اجرا می شود
- مسئولین واحد ملزم به گذراندن دوره های مدیریتی می باشند.
- بمنظور حفظ حافظه سیستمی مسئولین واحد نسبت به مستندسازی تجربیات و انتقال آن به نیروها اقدام نمایند.
- تمامی واحدها می بایست یک نفر بعنوان جانشین پرورش یافته و اطلاعات و آموزشهای مورد نیاز را از مسئول واحد دریافت نماید

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI7.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انتقال دانشی و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

مسئولیتها و اختیارات :

سوپر وایزر آموزشی تدوین برنامه های آموزشی و لیست فراگیران و مربیان ، مسئولین واحد جانشین پروری و انتقال اطلاعات

امکانات موردنیاز : سیستم های آموزشی

کارکنان مرتبط : تمامی کارکنان

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)		
هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)		
حسن مهربان (سوپروایزر)		
شهربانو مهدی آبادی (مسئول کارگزینی)		
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WIS.2.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل:	انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
مبایع:	تجربیات بیمارستان، آیین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه:	۱ از ۲		

دامنه کاربرد: کل بیمارستان
عاملین انجام کار: تمامی پرسنل
پرائی و هدف دستورالعمل: بمنظور بهره گیری از تمامی منابع انسانی در (ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده دستورالعمل ذیل در جهت انتصاب، ارتقاء و تنزل جایگاه مدیران تدوین و ابلاغ می گردد.

شیوه انجام کار:

- ۱) ارتقاء جایگاه در مجموعه تابع قوانین جاری وزارت بهداشت بوده و براساس طرح طبقه بندی مشاغل صورت می گیرد.
- ۲) انتخاب افراد جهت پست های مدیریتی (مسئولین واحد) بامعرفی فرد جهت تصدی پست مدیریتی از سوی بالاترین فرد مسئول در چارت سازمانی به ریس بیمارستان صورت میگیرد.
- ۳) در صورت تائید ریس بیمارستان فرد جهت دریافت تائیده های مورد نیاز (حراست، گزینش، ...) معرفی می گردد.
- ۴) در صورت کسب تائیده ابلاغ از سوی ریس بیمارستان صادر می گردد.
- ۵) در پستهای مدیریتی گذراندن دوره آموزشی مورد نیاز و مدیریتی ضروری می باشد.
- ۶) ارتقاء افراد در سیستم های مدیریتی با توجه به نظر بالاترین فرد مسئول در چارت سازمانی در خصوص عملکرد افراد بر اساس شاخصها و تائید ریس بیمارستان صورت می پذیرد
- ۷) در خصوص جابجائی مسئولین واحدها این امر با نظر بالاترین فرد در چارت سازمانی و با تائید ریس بیمارستان صورت می پذیرد.
- ۸) در خصوص تنزل جایگاه مدیران این امر با نظر بالاترین فرد در چارت سازمانی و با تائید ریس بیمارستان صورت می پذیرد. در این رابطه نظر سایر سازمانها و واحدهای نظارتی و مدیریتی بالادستی مد نظر قرار می گیرد.
- ۹) سعی می شود افراد از بین جانشینان و مسئولین انتخاب گردند.

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.ML.WIS.2.01		کد دستورالعمل:
انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی			عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	زمن تدوین
تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی			منابع :

کارکنان مرتبط : تمامی کارکنان

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)
		حسن مهربان (سوپروایزر)
		شهربانو مهدی آبادی (مسئول کارگزینی)

محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.NM.PR7. 5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نظارت بر تعامل بین بخشی بخشهای بالینی با سایر بخشها		
زمان تدوین: فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه: ۱ از ۱	
منابع:	تجربه بیمارستان / شرح وظایف ابلاغی		

دامنه کاربرد: بخشهای بالینی / دفتر پرستاری / آزمایشگاه / داروخانه / رادیولوژی

عامل / عاملین انجام کار: سوپروایزر / مسئول شیفت و امدهای پرستاری / رادیولوژی / آزمایشگاه / داروخانه

پرائی و هدف دستورالعمل: بمنظور ایفای نقش تعیین شده در ارائه خدمات سلامت توسط بیمارستان با رعایت مدهود فعالیت و قوانین مرتبط ارائه خدمات مراقبتی ایمن و با کیفیت و یکپارچه در بیمارستان

شیوه انجام کار:

- ۱) در شیفتهای غیر اداری سوپروایزر کشیک بعنوان جانشین رئیس بیمارستان بوده و تمامی واحدهای فعال در بیمارستان زیر نظر سوپروایزر انجام وظیفه می نمایند.
- ۲) همکاران بخشهای بالینی، تشخیصی و پشتیبانی در ارتباط با یکدیگر می بایست اصول احترام متقابل را رعایت کرده و در موارد اختلاف ضمن پرهیز از درگیری و مدنظر قرار دادن اینکه که اولویت با حفظ جان، ایمنی و ارائه خدمت به بیمار می باشد موارد را از طریق مسئولین واحد / سوپروایزر حل نمایند.
- ۳) نظارت بر انتقال بیمار توسط پرستار مسئول پس از دستور پزشک معالج با رعایت استانداردهای ایمنی بیمار از بخش به بخش دیگر توسط سوپروایزر صورت می پذیرد.
- ۴) مسئول شیفت در صورت نیاز به تجهیزات پزشکی، هماهنگی لازم را با بخش های تعیین شده زیر نظر سوپروایزر انجام داده و با تحویل رسید تجهیزات موردنیاز خود را تأمین می نماید.
- ۵) با نظر سوپروایزر، مسئول شیفت در صورت نیاز به اقدام دارویی خاص با سایر بخشها و داروخانه هماهنگی نموده تا داروی موردنظر را با تحویل رسید از بخش یا داروخانه تأمین نماید.
- ۶) سوپروایزر می بایست هماهنگی لازم را با داروخانه طرف قرارداد انجام داده و نسبت به تهیه و تأمین داروی توسط کارپرداز موردنظر اقدام نماید.
- ۷) سوپروایزر در صورت افزایش حجم کاری در بخشها نسبت به تأمین نیروی انسانی به صورت فراخوان یا جابجایی افراد موردنیاز بخش اقدام می نماید.
- ۸) با نظارت سوپروایزر مسئول شیفت در صورت نیاز به انجام گرافی پرتابل، هماهنگی لازم با واحد رادیولوژی را انجام می دهد و واحد رادیولوژی موظف به انجام کار در کوتاه ترین زمان ممکن می باشد.
- ۹) با نظارت سوپروایزر مسئول شیفت واحد آزمایشگاه می بایست در صورت مشاهده نتایج بحرانی آزمایشات مستقیماً به اطلاع پرستار مسئول بخش مورد نظر می رساند.

مسئولیتها و اختیارات : سوپروایزر : مسئول نظارت دستورالعمل امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتباً : سوپروایزر / پرسنل حاضر در شیفت **شیوه ارزیابی** : بررسی نحوه انجام کار **فرد پاسفگو** : مدیر خدمات

تئیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		رئیس بیمارستان

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.ML.WI9.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در موسسات پزشکی و تشخیص درمانی		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۱ از ۲	
منابع :	تجربیات بیمارستان ، آیین نامه های ابلاغی		

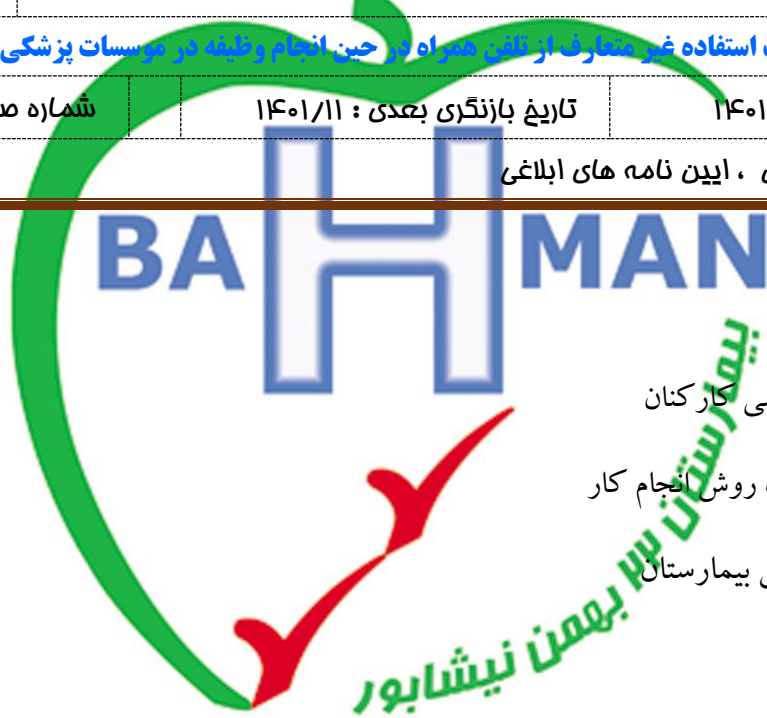
دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان	
عاملین انجام کار: تمامی پرسنل	
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور مفض مریم فصوصی بیماران و همچنین ایمنی بیمار و تمهیزات پزشکی بیمارستان جهت استفاده از تلفن همراه ممدودیتھائی قائل گردیده است	

شیوه انجام کار :

- ۱) بمنظور خدمت رسانی بهینه و مطلوب به بیماران و همچنین در راستای خط مشی های پیشگیری از بروز عفونت کلیه پرسنل بخشهای بالینی بیمارستان باید تا حد ممکن استفاده از تلفن همراه را به حداقل برسانند.
- ۲) در مدت حضور در بخش باید گوشی همراه در حالت خاموش یا سکوت (Silent) باشد.
- ۳) در کلیه بخشها بدلیل تاثیر امواج تلفن همراه بر دستگاههای مختلف باید تذکرات لازم به بیماران و همراهیان داده شود (بخصوص در بخشهای ویژه)
- ۴) هرگونه عکس برداری و تصویر برداری با استفاده از تلفن همراه (از بیمار و یا مستندات پرونده) بدون هماهنگی با مراجع ذیصلاح ممنوع می باشد
- ۵) استفاده از شبکه های اجتماعی در حین انجام وظیفه و محیط کاری ممنوع می باشد .
- ۶) ارسا اسناد و مدارک پزشکی بیمار بر روی شبکه های مجازی توسط پرسنل ممنوع می باشد .
- ۷) مسئولین واحدها موظف هستند نسبت به نظارت بر رعایت موارد فوق اهتمام کامل را داشته باشند

۸) در صورت تذکر به همکاران توسط مسئولین واحد / سوپروایزر و عدم رعایت دستورالعمل فرد به کمیته اخلاق بالینی معرفی خواهد شد .

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.ML.WI9. 5.01		کد دستورالعمل:
ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در مؤسسات پزشکی و تشخیص درمانی			عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع :
			تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی



امکانات مورد نیاز : -

کارکنان مرتبط : تمامی کارکنان

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تأیید کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	(دبیر کمیته اخلاق پزشکی)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		علی اکبر سوگندی (مدیر پرستاری)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)
		حسن مهربان (سوپروایزر)

شهربانو مهدی آبادی (مسئول کارگزینی)

محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)

کد دستورالعمل:

NUMS.22BH.NM.W110.5.01

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲

عنوان دستورالعمل

دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری

زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱

شماره صفحه : ۱ از ۲

منابع :

استانداردهای خدمات پرستاری سازمان نظام پرستاری کشور

دامنه ، کاربرد : بخشهای بستری

عامل / عاملین انجام کار : پرستاران

پرائی و هدف روش اجرائی : بمنظور تامین ایمنی بیماران و کارکنان ، افزودن دستور تلفنی مطمئن برای اجرا و اقدام ، پیشگیری از بروز وقایع احتمالی ، رعایت مبانی قانونی برای اجرای دستورات تلفنی پزشکان

شیوه انجام کار:

پرستار مسئول شیفت / سرپرستار شیفت مسئول اجرای مراحل روش اجرایی می باشد :

- در مواقعی که دسترسی به پزشک امکان پذیر نباشد پرستار مسئول شیفت با تماس تلفنی دستورات پزشک را دریافت می کند.
- در زمان برقراری تماس تلفنی مجدداً ، با صدای بلند دستورات داده شده را برای پزشک معالج و همکاران شیفت بازگو می نماید تا اطمینان از صحت دستورات حاصل شود.
- شرایط محدود کننده صدور دستور تلفنی داروهای پرخطر میباشد که حتی الامکان باید با دستور کتبی پزشک باشد.
- درج مستنداتی مانند انتقال، اعزام بیمار نیز حتی الامکان باید با دستور کتبی پزشک باشد.
- پرستار مسئول شیفت / سرپرستار مجاز به دریافت دستورات تلفنی پس از اطلاع تستهای پاراکلینیکی درخواستی پزشک میباشد.
- پس از اطلاع بستری شدن بیمار جهت اجرای دستورات روند درمان و مراقبت بیمار مجاز به دریافت تلفنی دستورات پزشک معالج می باشد.

(۷) پس از اطلاع اقدامات تشخیصی - نتیجه مشاوره های پزشکی، ارزیابی دارویی بیمار مجاز به دریافت دستورات تلفنی از پزشک معالج می باشد.

(۸) دستورات تلفنی را در پرونده بیمار در برگه دستورات پزشک بانام پزشک معالج و نام بیمار و ساعت و تاریخ تماس و علت تماس ثبت می نماید.

(۹) کلیه دستورات ثبت شده را یک به یک با عدد چک و با علامت ضربدر مسدود نموده و در انتها تعداد موارد را ثبت میکند و انتهای دستورات را با خطی مسدود کرده و سپس مهر و امضاء میکند.

(۱۰) کلیه پرستاران شاهد در شیفت انتهای دستورات تلفنی را مهر و امضاء می نمایند.

(۱۱) پرستار مسئول شیفت/سرپرستار دستورات را در کارتدکس ثبت میکند.

(۱۲) پرستار مسئول بیمار دستورات را اجرا نموده و در گزارش پرستاری ثبت میکند

(۱۳) در اولین حضور پزشک بر بالین بیمار جهت ویزیت دستورات تلفنی ثبت شده باید توسط پزشک معالج مهر و امضاء گردد

(۱۴) پرستار موظف است کلیه اقدامات را بطور دقیق با زمان شروع و پایان در گزارش پرستاری ثبت نماید

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.NM.W110.5.01	
عنوان روش اجرائی	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	استانداردهای خدمات پرستاری سازمان نظام پرستاری کشور	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	شماره صفحه : ۲ از ۲

مسئولیتها و اختیارات :

پرستار مسئول شیفت دریافت و ثبت دستورات تلفنی

امکانات موردنیاز : تلفن و دفتر گزارش

کارکنان مرتبط : پرستاران

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مدیر خدمات پرستاری

تایید کننده :	تهیه کنندگان :	ابلاغ کننده :
---------------	----------------	---------------

دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	محدثه بتوئی (سوپروایزر)
		حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)
		ثریا قره باغی (سرپرستار)
		حسن مهربان (سرپرستار)
		جواد پور عبادی (سرپرستار)
		طاهره صفوی (سرپرستار)
		فاطمه دهنوی (سوپروایزر کنترل عفونت)
		فاطمه صادقی (سرپرستار)

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.IT.PRS.2.01	کد روش اجرائی:
شماره صفحه : ۱ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	عنوان روش اجرائی
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱		کنترل صیانت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
منابع :		تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار : تمامی پرسنل
چرایی و هدف دستورالعمل : بمنظور حفظ حریم خصوصی بیماران و همچنین ایمنی بیمار و تجهیزات پزشکی بیمارستان جهت استفاده از تلفن همراه محدودیتهائی قائل گردیده است

شیوه انجام کار :

در گام اول یکی از منابع مهم کسب اطلاعات پرونده های بیماران می باشد، این مدارک مهمترین ابزاری هستند که برای اتخاذ تصمیم مورد استفاده قرار میگیرند، بنابراین صحت این اطلاعات در درجه اطمینان تصمیمات گرفته شده موثر می باشد. بدین منظور جهت حصول این اطمینان کنترل هایی در بازه های منظم بر روی داده ها انجام میپذیرد.

۱) مسئولین ذیربط در جهت کنترل صحت داده ها به شرح زیر می باشند: مسئول واحد پذیرش، مسئول واحد اقتصاد درمان، مسئول

واحد بهبود کیفیت، مسئول واحد IT و در نهایت ارائه بازخورد به مدیریت و ریاست بیمارستان

۲) گزارشات از سیستم بصورت هفتگی و ماهیانه اخذ شده، توسط مسئولین مربوطه چک و در صورت بروز خطا بازخورد به واحد و فرد وارد کننده اطلاعات بازخورد داده میشود.

۳) اتصال به سامانه های وزارت اعم از استعلام هویت و استحقاق درمان، جهت دریافت و چک صحت اطلاعات

- ۴) پیگیری رندوم پرونده های ترخیص شده از جهت صحت اطلاعات وارد شده توسط مسئول پذیرش و مسئول بهبود کیفیت و ارائه بازخورد به واحد وارد کننده اطلاعات و نیز مدیریت بیمارستان
- ۵) ایجاد گزارشات میانی بر کیفیت ورود تلفن و آدرس بیمار، کیفیت وجود کد ملی و تشخیص و ... در سیستم HIS

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.IT.PRS.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

امکانات مورد نیاز : -

کارکنان مرتبط : تمامی کارکنان

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تأیید کننده:	ابلاغ کننده:	تهیه کنندگان:
هادی الهامی مدیر بیمارستان	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	فروغ سلیمانی (مسئول IT) ابوالفضل جمشیدی (کارشناس IT) گرمایی (آمار و مدارک پزشکی)

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.IT.PR9.5.01	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان	
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربیات بیمارستان، این نامه های ابلاغی	شماره صفحه: ۱ از ۲

دامنه کاربرد: کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل واحد IT
<p>چرایی و هدف: بمنظور اطمینان از حفاظت از داده ها و اطلاعات ثبت شده در سیستمها در زمانهای بروز فزاینده و یا اشکالات سفت افزاری سیاست بیمارستان تهیه و نگهداری نسخه های پشتیبان از داده ها می باشد</p>

شیوه انجام کار:

۱. واحد فناوری اطلاعات با بررسی به عمل آمده و با توجه به در نظر گرفتن شرایط ذیل اقدام به پشتیبان گیری از اطلاعات وارد شده می نماید:

- هنگامی که سیستم ها آسیب می بینند و اطلاعات خود را از دست می دهند.
- هنگامی که داده ها توسط ویروسها تخریب می شوند.
- هنگامی که هکرها اطلاعات را تخریب یا دستکاری می کنند.
- هنگامی که کاربری به طور اتفاقی اطلاعات را پاک می کند.
- هنگام بروز حوادث طبیعی مانند آتش سوزی، سیل و...

۲. بر نامه پشتیبان گیری به دو صورت اتوماتیک و دستی انجام می گردد.

A. بر نامه پشتیبان گیری اتوماتیک در زمانی خاص اجرا می گردد (برای سرور شفا HIS هر ۱۵ دقیقه یکبار و هر ۱ ساعت یکبار و هر ۲۴ ساعت یکبار نسخه اتومات گرفته می شود،

B. هر ۲۴ ساعت یکبار نسخه دستی ، و هر ۱۲ ساعت یک نسخه پشتیبان DIFF و هر ۲۴ ساعت یک نسخه پشتیبان کامل بر روی هارد اکسترنال ذخیره میگردد

C. . در سرور پکس و مدیک هر ۲۴ ساعت نسخه پشتیبان برداشته می شود.)

D. پشتیبان گیری اطلاعات مرکز بر روی هارد دیسک مجزا قرار می گیرد .

E. نسخه پشتیبان با توجه به تنظیمات سیستم هر شب در ساعات مشخص شده از بانک های تعیین شده به صورت خودکار گرفته شده و در سرور ذخیره میشود.

۳. نسخه پشتیبان در فواصل زمانی مناسب به یک هارد اکسترنال انتقال پیدا می کند

۴. در خصوص سامانه های نرم افزاری نیز از طریق قرارداد با شرکتهای پشتیبان و همچنین آموزش پرسنل واحد IT صورت می گیرد

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.IT.PR9.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نگهداری و پشتیبانی منظم دادهها و بانکهای اطلاعات الکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی	شماره صفحه :	۲ از ۲

امکانات مورد نیاز : سیستم های مورد نیاز جهت پشتیبان گیری از داده ها

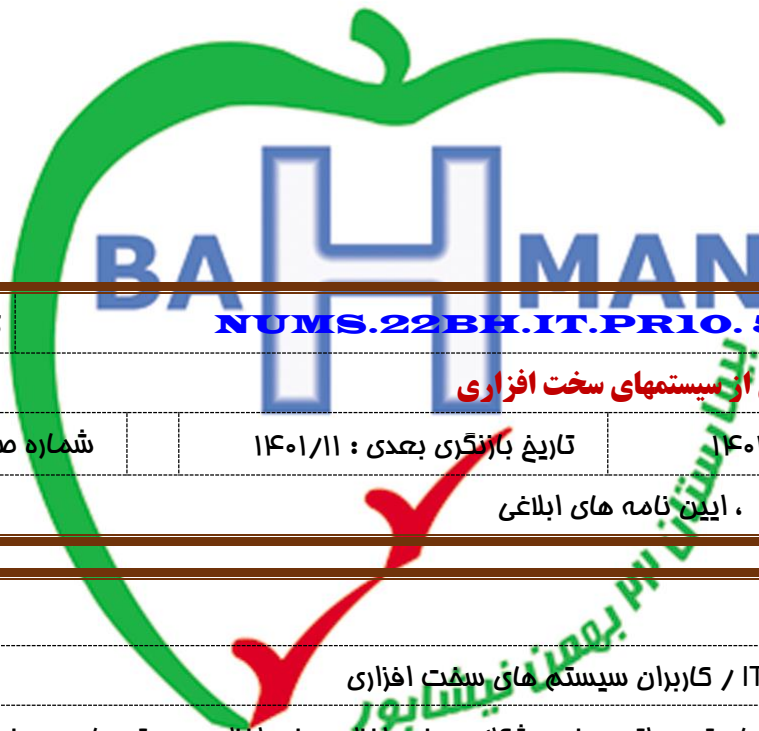
کارکنان مرتبط : پرسنل IT

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
فروغ سلیمانی (مسئول IT)	هادی الهامی	دکتر احمد درودی

رئیس بیمارستان	(مدیر بیمارستان)	ابوالفضل جمشیدی (کارشناس IT)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)



کد روش اجرایی:	NUMS.22BH.IT.PRIO.5.01	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرایی	پشتیبانی از سیستمهای سخت افزاری	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی	شماره صفحه : ۱ از ۲

دامنه کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار : پرسنل واحد IT / کاربران سیستم های سخت افزاری
پرائی و هدف : بمنظور رفع نیازهای تعمیراتی و رفع مشکلات سخت افزاری و نرم افزاری سیستم ها و همچنین انجام امور پشتیبانی و نگهداری آنها سیاست و دراستاء مفا ارائه خدمات بیمارستان تدوین فرایندی مدون جهت رفع نیازهای فوق می باشد

شیوه انجام کار :

الف: فرآیند تعمیرات نرم افزاری و سخت افزاری تجهیزات:

- ۱) ارائه مشکل بوجود آمده از سوی واحدهای مختلف بصورت تلفنی و یا حضوری. (انجام دهنده کار :مسئول واحد درخواست دهنده)
- ۲) بررسی مشکل موجود (انجام دهنده :مسئول واحد فناوری اطلاعات)
- ۳) اقدام برای تعمیر و حل مشکل (انجام دهنده کار : کارشناس واحد فناوری اطلاعات)
- ۴) در صورت نیاز حضور یافتن کارشناس واحد فناوری اطلاعات در محل واحد درخواست کننده (انجام دهنده کار :
- ۵) کارشناس واحد فناوری اطلاعات)

- ۶) در صورت عدم رفع اشکال، انتقال دستگاه به واحد فناوری اطلاعات (انجام دهنده کار: کارشناس فناوری اطلاعات)
- ۷) بررسی دقیق تر، کامل تر و جزئی تر مشکل و ارائه راه حل مناسب برای آن در محل فناوری اطلاعات (انجام دهنده کار: کارشناس واحد فناوری اطلاعات)
- ۸) در صورت حل مشکل عودت دادن دستگاه به واحد درخواست کننده و اتمام کار (انجام دهنده کار: کارشناس واحد فناوری اطلاعات)
- ۹) در صورت عدم رفع مشکل، انتقال دستگاه به مراکز تعمیرات در سطح شهر (انجام دهنده کار: مسئول واحد فناوری اطلاعات)
- ۱۰) حل مشکل دستگاه و عودت آن به واحد فناوری اطلاعات بیمارستان و در نهایت انتقال به واحد درخواست کننده (انجام دهنده کار: مراکز تعمیرات بیرون از مرکز)

ب: فرآیند تعمیرات شبکه:

- ۱) ارائه درخواست مبنی بر قطع شدن ارتباط از سوی واحدهای مختلف بصورت تلفنی یا حضوری (انجام دهنده کار: مسئول واحد درخواست کننده)
- ۲) بررسی مشکل موجود (انجام دهنده کار: مسئول واحد فناوری اطلاعات)
- ۳) حضور یافتن کارشناس واحد فناوری اطلاعات در محل قطع ارتباط (انجام دهنده کار: کارشناس واحد فناوری اطلاعات)
- ۴) اقدام برای تعمیر و حل مشکل و در صورت نیاز تماس با همکاران خارج از بیمارستان جهت تعویض و انجام اقدامات لازم برای رفع مشکل (انجام دهنده کار: کارشناس واحد فناوری اطلاعات)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.IT.PRIO.5.01		
عنوان دستورالعمل	پشتیبانی از سیستمهای سخت افزاری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲	تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲

امکانات موردنیاز : -

کارکنان مرتبط : پرسنل IT / کاربران سیستم های سخت افزاری

شبهه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تأیید کننده:	ابلاغ کننده:	تهیه کنندگان:
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	فروغ سلیمانی (مسئول IT) ابوالفضل جمشیدی (کارشناس IT) هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)



کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.IT.PP3.5.01	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها / واحدها	
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربیات بیمارستان ، آیین نامه های ابلاغی	
	شماره صفحه: ۱ از ۲	

دامنه ، کاربرد: کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل واحد IT / کاربران سیستم های سفت افزاری
چرایی و هدف: بمنظور رفع نیازهای تعمیراتی و رفع مشکلات سفت افزاری و نرم افزاری سیستم ها و همچنین انجام امور پشتیبانی و نگهداری آنها سیاست و دراستاء مفا ارائه خدمات بیمارستان تدوین فرایندی مدون جهت رفع نیازهای فوق می باشد

شیوه انجام کار:

- ۱) ورود افراد به مدارک پزشکی و بایگانی پرونده ها بجز پرسنل واحد ممنوع می باشد .
- ۲) براساس مصوبه کمیته امار و مدارک پزشکی افراد مجاز ورد به بایگانی مدارک پزشکی (ریس ، مدیر ، مدیر خدمات پرستاری ، مسئول دفتر بهبود کیفیت می باشند).
- ۳) کلید بایگانی در واحد مدارک پزشکی و در باکس مدیریت بحران بیمارستان وجود دارد .

- ۴) بمنظور سهولت در رد یابی پرونده های بیماران همزمان با انتقال فیزیکی پرونده ، پرونده از طریق سیستم HIS نیز انتقال می باید .
- ۵) تمامی پرونده های بیمارانی که بنا به درخواست سایر واحدها (ترخیص - درآمد - کارشناس بیمه و ...) از واحد آمار و مدارک پزشکی خارج میگردد ثبت می گردد این نقل و انتقالات در سیستم گردش پرونده HIS ثبت می گردد
- ۶) براساس مصوبه کمیته مدارک پزشکی بیمارستان در جهت حفظ حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول رازداری پزشکان و پرسنل هر بخش فقط مجاز به درخواست پرونده بیمارانی که در زمان درخواست در همان بخش بستری هستند را نمایند
- ۷) درخواست پزشک معالج پس از ثبت در پرونده از سوی مسئول بخش پیگیری می گردد.
- ۸) با توجه به اسکن پروندهها فایل اسکن شده پرونده بیمار در صورت تائید درخواست (از سوی ریس یا مدیر) تحویل مسئول بخش می گردد.
- ۹) دسترسی به فیزیکی پرونده ها پس از خروج از واحد منوط به درخواست کتبی با ذکر علت و همچنین تائید واحد ریاست یا مدیریت بیمارستان می باشد
- ۱۰) تحویل فیزیکی پرونده پس از تایید ریاست یا مدیریت بیمارستان اطلاعات پرونده تحویلی در برگه ی مشخصات پرونده تحویلی ثبت و در محل پرونده جاگذاری میگردد.
- ۱۱) در نقل و انتقال بین واحد پرونده ها به هیچ عنوان از بیمار ویا همراهی استفاده نمی شود و تحویل پرونده به ایشان ممنوع می باشد.
- ۱۲) پس از بازگشت پرونده، برگه ی مشخصات پرونده حذف و پرونده در محل خود قرار میگردد.
- ۱۳) کنترل بازگشت پروندههای تحویل داده شده به واحدها در پایان هر ماه توسط مسئول واحد آمار و مدارک پزشکی انجام می شود.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.IT.PP3.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل و صیانت از پروندههای بالینی در نقل و انتقال بین بخشها/ واحدها		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نام های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲	از	۲

- ۱۴) میزان پرونده های تولید شده با تعداد پرونده های با بگانی شده در هر دوره توسط مسئول واحد آمار و مدارک پزشکی کنترل می گردد و در صورت مغایرت تعداد دلایل بررسی می گردد.
- ۱۵) در صورت مفقودی پرونده ها موارد در کمیته آمار و مدارک پزشکی بررسی و در خصوص این پرونده ها تصمیم گیری می گردد.
- ۱۶) مسئول واحد آمار و مدارک پزشکی در مورد هر پرونده مفقودی دلایل و احتمالات را بررسی و اقدامات اصلاحی در خصوص جلوگیری از تکرار موارد را پیشبینی و اجرا می نماید .

کارکنان مرتباً : پرسنل IT / کاربران سیستم های سخت افزاری

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تایید کننده:	ابلاغ کننده:	تهیه کنندگان:
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)
		فروغ سلیمانی (مسئول IT)
		ابوالفضل جمشیدی (کارشناس IT)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)
		گرمایی (مسئول آمار و مدارک پزشکی)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.EH.WIL.5.01	
عنوان دستورالعمل:	نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها	
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی	
شماره صفحه:	۱ از ۹	تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲

دامنه ، کاربرد: تمامی بخشهای درمانی و تشخیصی
هرائی و هدف فط مشی: بمنظور جلوگیری از انتقال بیماری به پرسنل خدمات و کمک و سایر افراد شاغل در بخش و بیماران و با هدف ارتقا ایمنی بیماران و کارکنان بیمارستان سیاست فودرا براساس کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی تدوین مینماید

تعریف:

گندزدایی: عبارت است از نابودی میکروارگانیسم های بیماری زا و یا غیر بیماری زا که بر روی اشیاء بی جان وجود دارد به جزء

باکتریهای اسپوردار.

نظافت و پاک کردن: قبل از ضد عفونی، گندزدایی و سترون سازی، شستن و برس زدن و پاک کردن لوازم و ابزار ضروری است. لکه ها و کثافات مانع انجام صحیح عمل میشود که لکه های خون را بایستی با آب سرد و صابون به کمک برس از روی لوازم زدود. استفاده از آب گرم موجب انعقاد و باقی ماندن بیشتر لکه خون می تواند بشود

روش اجرایی:

- ۱) کارکنان اعم از پزشکان، پرستاران کمک بهیاران و کادر خدماتی از دستورالعملها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی تجهیزات مراقبت از بیمار مطلع و آگاه می باشند.
- ۲) کلیه کارکنان اعم از پزشکان، پرستاران، کادر خدماتی دستورالعملها و ضوابط مربوط به نظافت و گندزدایی تجهیزات مراقبت از بیمار را به طور کامل اجراء می نمایند.
- ۳) دستورالعمل و ضوابط استاندارد نظافت و گندزدایی تجهیزات مراقبت از بیمار به صورت کتبی موجود و در دسترس کارکنان می باشد.
- ۴) مسئول بخش طبق ضوابط و زمان بندی مشخص شده برای هر وسیله، نسبت به انجام به موقع و مناسب، فرایند نظافت و گندزدایی وسایل مراقبتی موجود در بخش خود توسط متصدی مربوطه اقدام می نماید.

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.EH.WI1.5.01	کد دستورالعمل:
	نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها	عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۹	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
		منابع : تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های بالینی

- ۵) رابطین کمیته کنترل عفونت در بخش های مختلف تحت نظارت مسئول بخش به صورت روتین اقدام به نمونه برداری از تجهیزات گندزدایی شده جهت کشت میکروبی می نماید.
- ۶) پرستار کنترل عفونت بیمارستان با انجام تصادفی نمونه برداری و کشت میکروبی تجهیزات گند زدایی شده، بر حسن انجام فرایند گند زدایی در بخش ها نظارت می نماید.
- ۷) مسئولین بخش ها در صورت مثبت شدن نتیجه کشت مراتب را در اسرع وقت به پرستار کنترل عفونت و کارشناس بهداشت محیط اطلاع می دهند.
- ۸) در موارد کشت مثبت، کارشناس بهداشت محیط و پرستار با مراجعه به بخش مربوطه نسبت به تهیه مجدد رقت محلول گند زدا، نحوه گندزدایی و کشت مجدد میکروبی تا حصول اطمینان از منفی شدن نتیجه کشت پیگیری و نظارت می نماید.
- ۹) نحوه ضد عفونی بخشها و واحدها بیمارستان به شرح ذیل می باشد

A. اتاق عمل:

۱. برای کف اتاق اب و قرص کلر
۲. تخت و وسایل از اسپری گندزدای سریع الاثر
۳. فضای اتاق استفاده از دستگاه پرتابل نوکواسپری

B. ایزوله عفونی:

۱. برای کف اتاق اب و قرص کلر
۲. تخت و وسایل از اسپری گندزدای سریع الاثر
۳. و بعد از ترخیص بیمار فضای اتاق استفاده از دستگاه پرتابل نوکواسپری

C. بیمار با نقص ایمنی و پیوند

۱. برای کف اتاق اب و قرص کلر
۲. تخت و وسایل از اسپری گندزدای سریع الاثر
۳. و قبل از پذیرش بیمار فضای اتاق استفاده از دستگاه پرتابل نوکواسپری
۴. گردگیری روزانه با دستمال مرطوب انجام گردد.

کد دستورالعمل:	NUMS.22EH.EH.WI1.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
مصادر :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۳ از ۹	شماره صفحه :	۳ از ۹

D. بخش های تحت نظر و بستری

۱. شستشوی سرویس ها و ابدارخانه با اب و مایع، سپس گندزدایی با قرص کلر
۲. تخت و وسایل با اسپری سریع الاثر
۳. کف با اب و قرص کلر

E. بخشهای ویژه

۱. مانند سایر بخش ها فقط در صورت بستری بیمار عفونی از دستگاه نوکواسپری استفاده می گردد.

F. آزمایشگاه:

۱. برای کف اتاق اب و قرص کلر
 ۲. تجهیزات و وسایل از اسپری گندزدای سریع الاثر
- G. آمبولانس:**

۱. قبل از شستشوی آمبولانس بایستی کلیه وسایل از داخل ان خارج شود
۲. ابتدا داخل آمبولانس با آب و دترجنت بایستی شستشو شود
۳. قسمتهایی که آلوده به خون و... میباشند بایستی به دقت شسته شود
۴. ملحفه الوده بایستی در کیسه زرد گذاشته شده و تحویل رختشویخانه گردد
۵. کلیه وسایل داخل آمبولانس بایستی با محلول مینوتن (گندزدای سریع الاثر) گندزدایی شود

H. واحدهای پشتیبانی:

۱. نظافت سطوح شیشه ای با شیشه شور، کف اب و قرص کلر

BAHMAN

کد دستورالعمل:	NUMS.22EH.EH.WH.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
	شماره صفحه :	۴ از ۹	

جدول فهرست تجهیزات و وسایل مراقبت از بیمار در بخش های تشخیصی و درمانی بیمارستان و روش گندزدایی

نوع وسیله	روش گندزدایی	توضیحات
آمبویگ	بازکردن اجزاء آمبویگ	
	- شستشو و جرم زدایی با آب لوله کشی (آب معمولی) و دترجنت و- غوطه ور کردن در محلول گلو تارالد ۲٪ بمدت ۲۰ دقیقه و سپس آبکشی	
لوله تراشه	- بهتر است انواع یکبار مصرف استفاده گردد.	

	<p>- استفاده از تیغه های یکبار مصرف ارجح است. در غیر اینصورت شستشو با دترجنت و آبکشی و غوطه ورسازی در گلوترآلدئید به مدت ۲۰ دقیقه و آبکشی</p>	<p>تیغه های لارنگوسکوپ</p>
	<p>- باطل ساکشن باید پایان هر شیفت کاری تخلیه گردد. - ابتدا باطل با آب گرم شسته و دترجنت شستشو شده و خشک گردد. - در هنگام تخلیه ترشحات از وسایل حفاظت شخصی استفاده شود . - ترشحات به روش مطمئن و بی خطر دفع گردد.(چاه توالت) و غوطه ور سازی در محلول گلوتر آلدئید ۲ درصد بمدت ۲۰ دقیقه</p>	<p>شیشه های ساکشن</p>

<p>تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲</p>	<p>NUMS.22BH.EH.W11.5.01</p>	<p>کد دستورالعمل:</p>
<p>نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها</p>		<p>عنوان دستورالعمل</p>
<p>شماره صفحه : ۵ از ۹</p>	<p>تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱</p>	<p>زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱</p>
<p>منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی</p>		

	<p>- استفاده از لوله های خرطومی یکبار مصرف ارجح تر است.</p>	<p>لوله های تنفسی و نتیلیاتور</p>
	<p>- پاک نمودن پدال ها با پارچه مرطوب و برطرف نمودن باقیمانده مواد مورد استفاده (ژل) - با استفاده از الکل ۷۰ درجه یا سارفوسپت کوئیک و یک عدد دستمال سطوح پدال هاو سطح دستگاه تمیز و خشک گردد. - صفحه مانیتور برابر با دستورا ل عمل شرکت سازنده باید تمیز شود.</p>	<p>مانیتور و پدالهای دفیبریلاتور</p>
<p>- رعایت اصول شستشو مطابق با دستورالعمل شرکت سازنده - خارج نمودن محفظه هدایت کننده قطرات</p>	<p>- استفاده از آب و محلول دترجنت - در آلودگی با خون از هیپوکلریت سدیم با رقت ۰/۱ (5000 ppm) استفاده گردد.</p>	<p>پمپ انفوزیون خون</p>

<p>- غوطه ور نمودن محفظه در آب مقطر و برطرف نمودن اجرام دارویی</p> <p>- خشک نمودن محفظه با دستمال نخی بدون پرز.</p>														
	<p>- مطابق با دستورالعمل شرکت سازنده قسمت های مرطوب دستگاه جدا و گندزدایی شود.</p> <p>- سطوح خارجی ونتیلاتور با الکل ۷۰ یا سارفوسپت کوئیک تمیز شود.</p> <p>- برای هر بیمار از فیلتر جداگانه استفاده شود.</p>	<p>ونتیلاتور-دستگاه بیهوشی</p>												
	<p>طبق خط مشی شستشو و گندزدایی دستگاه آندوسکوپی مربوط به کنترل عفونت</p>	<p>دستگاه آندوسکوپ</p>												
<p>در صورت آلودگی عفونی، استفاده از هیپوکلریت سدیم (۲۰۰ سی سی در ۱۰۰۰ سی سی آب)</p>	<p>- پس از هر بار استفاده و برطرف کردن خون و ترشحات، با آب و دترجنت شستشو و خشک گردد</p>	<p>میز و تخت جراحی</p>												
	<p>- شستشو با دترجنت و آب گرم پس از هر بار استفاده</p> <p>- غوطه ور کردن در هیپوکلریت سدیم ۵٪ (۵۰۰ PPM) به مدت ۱۰ دقیقه.</p>	<p>نبولایزر</p>												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 2px;">تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲</td> <td style="width: 50%; padding: 2px; text-align: center;">NUMS.22BH.EH.W11.5.01</td> <td style="width: 25%; padding: 2px;">کد دستورالعمل:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px; text-align: center;">نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها</td> <td style="padding: 2px;">عنوان دستورالعمل</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">شماره صفحه : ۶ از ۹</td> <td style="padding: 2px;">تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱</td> <td style="padding: 2px;">زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی</td> </tr> </table>			تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.EH.W11.5.01	کد دستورالعمل:	نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها		عنوان دستورالعمل	شماره صفحه : ۶ از ۹	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.EH.W11.5.01	کد دستورالعمل:												
نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها		عنوان دستورالعمل												
شماره صفحه : ۶ از ۹	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱												
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی														
	<p>- گندزدایی با الکل ۷۰ درجه و یاسارفوسپت کوئیک</p> <p>- تمیز نمودن و شستشوی قسمتی که در گوش قرار میگیرد (خارج کردن اجرام).</p>	<p>گوشی پزشکی</p>												
	<p>شستشو با آب و دترجنت و غوطه ور سازی در محلول سایا سپت</p> <p>- در صورت نیاز به استریل شدن به اتوکلاو ارسال شود.</p>	<p>قیچی</p>												
	<p>- استفاده از انواع یکبار مصرف،</p>	<p>ماسک اکسیژن</p>												
	<p>- گندزدایی سطح تالی با الکل ۷۰ درجه یا سارفوسپت کوئیک پایان هر شیفت</p>	<p>ترالی پانسمان و دارو</p>												

تخت بیمار و کمد و تشک با رویه پلاستیکی و کناره های تخت	- شستشو با ماده دترجنت و آب گرم و خشک کردن گندزدایی با سارفوسپت کوئیک	
لگن و لوله BED PAN- (URINAL)	- استفاده از انواع یکبار مصرف ارجح است. - شستشوی بدین با آب ساده و غوطه وری در هیپوکلریت سدیم ۰/۱ به مدت ۱۰ دقیقه سپس آبکشی و قراردادن در قفسه مخصوص. - استفاده از لگن شوی و حرارت ۸۰ درجه به مدت یک دقیقه .	
یخچال دارویی	- شستشوی دترجنت و آب گرم پس از ذوب کردن برفک ها . - قطعات جدا شدنی با آب و دترجنت شستشو شوند. - قسمت درونی با دستمال مرطوب یا جوش شیرین تمیز شود. - قسمت بیرونی با آب گرم و دترجنت شستشو گردد.	



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.EH.W11.5.01	
عنوان دستورالعمل	ظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی	
	شماره صفحه : ۷ از ۹	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲

کنتر ساکشن نلاتون ساکشن	- استفاده از انواع یکبار مصرف توصیه میشود.
رابط ساکشن و اکسیژن	- استفاده از انواع یکبار مصرف. - در غیراینصورت بطور کامل شسته و در الکل ۷۰ درجه به مدت ۱۰ دقیقه غوطه ور شده و آبکشی شود.
ترموتر(دهانی یا رکتالی)	- استفاده از ترمومتر اختصاصی برای هر بیمار. - استفاده از الکل ۷۰ درجه پس از هر نوبت. - استفاده و شستشو و نگهداشت خشک.

	- شستشو با آب سردو محلول دترجنت سپس گندزدایی با الکل ۷۰ درجه پس از هر بار استفاده و نگهداری خشک.	
*در آلودگی عفونی :	- شستشو با دترجنت و آبکشی و خشک کردن.	ملحفه - پتو و لحاف
- شستشو در حرارت ۷۰ درجه به مدت ۲۵ دقیقه		
- شستشو در حرارت ۶۰ درجه به مدت ۳۰ دقیقه.		
استفاده از هیپو کلریت سدیم		
	- شستشو با آب گرم و صابون . گندزدایی با الکل ۷۰ درجه یا سارفوسپت کوئیک . - شستشو با محلول هیپوکلریت سدیم ۱۰۰۰ PPM و آبکشی.	صندلی چرخدارو برانکاردا
نگهداشت خشک مخزن اکسیژن .	- استفاده از دترجنت و آب سرد و برس جهت جرم زدایی (هفته ای یکبار).	مخزن آب اکسیژن
قبل از استفاده مجددو برای بیمار دیگر، بایستی شستشو صورت گیرد.	- استفاده از آب مقطر در زمان استفاده . - تعویض روزانه آب مقطر در حین مصرف.	
	- شستشوی کامل ظرف با آب گرم قبل از پرکردن مجدد آن.	جای مایع صابونی(ظروف)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.EK.W11.5.01	
عنوان دستورالعمل	نظافت شستشو و گندزدایی در تمام بخشها	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی	
	شماره صفحه : ۸ از ۹	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲

پوآر	- استفاده از انواع یکبار مصرف ارجح است. - شستشو با آب و دترجنت سپس غوطه ور کردن در محلول سایا سپت به مدت ۲۰ دقیقه - آبکشی مجدد و نگهداری بصورت خشک .	
دستگاه سونوگرافی	-در فواصل بین بیماران پروپ دستگاه با الکل ۷۰٪ یا سارفوسپت کوئیک تمیز گردد.در پایان کار، اثرات ژل مورد استفاده پاک شده وبا الکل تمیز و خشک گردد.	
سینک دستشویی	- جرم زدایی با پودر جرم گیر. - شستشو با دترجنت و آبکشی.	
دستگاه عکسبرداری (اشعه)	- گردگیری سطوح دستگاه با دستمال مرطوب .	گندزدایی با دستمال آغشته به الکل یا دترجنت.

فشار سنج ها.	قسمت پارچه ای شسته و مابقی با محلول سارفوسپت کوئیک یا الکل گندزدایی شود
پایه سرم	آخر هر روز کاری با آب گرم و دترجنت شسته شود و سپس با هیپوکلریت سدیم یا قرص کلر گندزدایی شود.
برانکارد	روزانه با آب و دترجنت شسته و با محلول قرص کلر گندزدایی شود.
سینی دارو و پانسمان	پس از استفاده با آب و دترجنت شستشو و سپس با الکل گندزدایی شود
دستبندهای دستگاه نوارقلب	بعد از استفاده تمیز و بالکل گندزدایی شود.

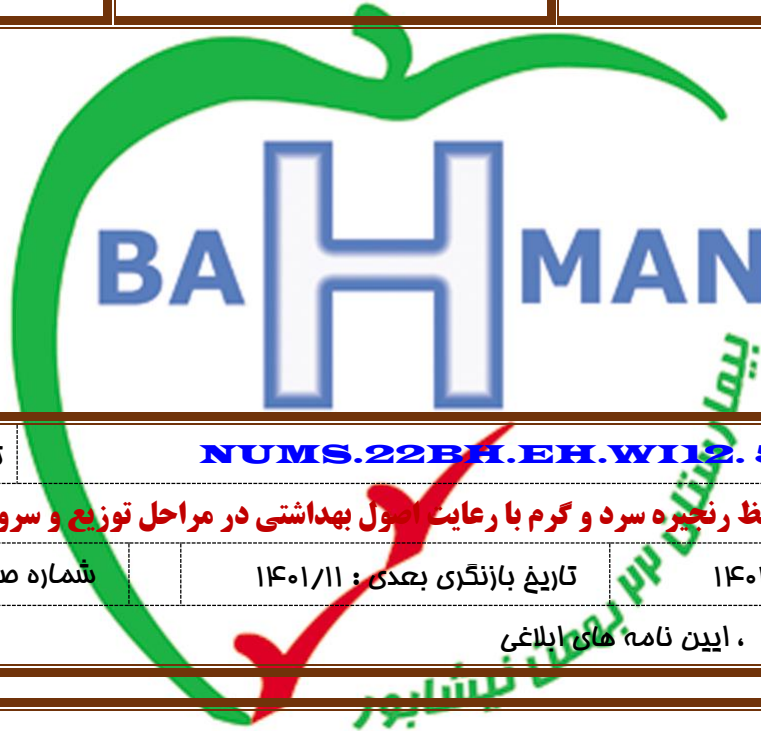


کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.EH.W11.5.01	
عنوان دستورالعمل	مطافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخشها	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی	
شماره صفحه :	۹ از ۹	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲

مسئول پاسفگو : مسئول بهداشت محیط / سوپروایزر کنترل عفونت

شیوه ارزیابی : بررسی روند انجام کار

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
امیر بشیری (مسئول بهداشت محیط)	کمیته بهداشت محیط	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
فاطمه دهنوی (سوپروایزر کنترل عفونت)		
حسین علوی (سوپروایزر)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
محمد صادق میانبندی (کمک بهیار)		
فرزاد کشاورز (خدمات)		



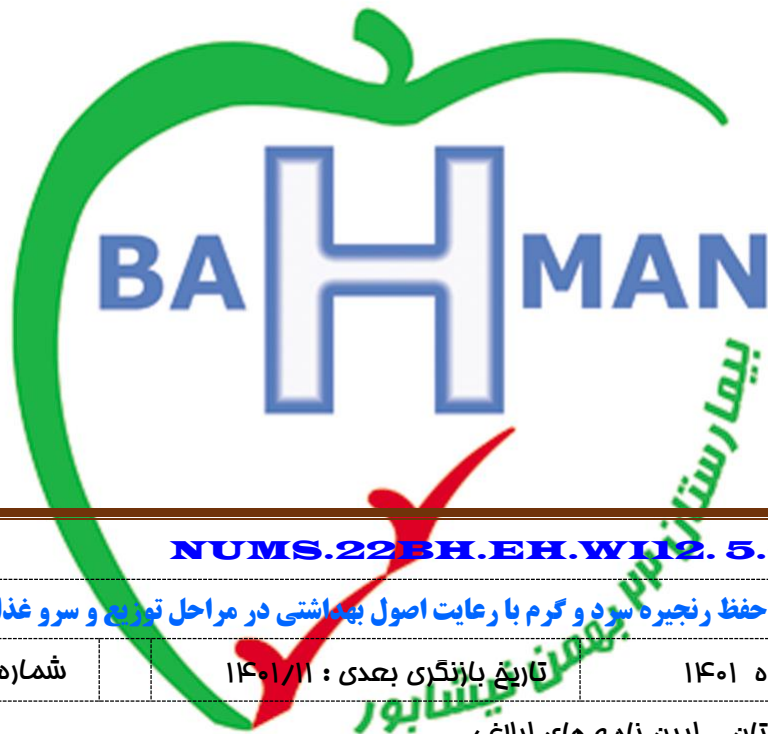
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.EH.WI2.5.01	کد روش اجرائی:
نحوه حفظ رنجبره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا		عنوان روش اجرائی
شماره صفحه : ۱ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامی ابلاغی		

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل وامد آشیپزخانه / سلف سرویس / توزیع غذا
مراستی و هدف : بمنوظر اطمینان از توزیع و سرو غذا در در بفتشها به روش بهداشتی و ایمن بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

شیوه انجام کار :

- توزیع غذای بیماران در وعده صبحانه ناهار و شام به صورت نیمه متمرکز می باشد
- آمار غذای بیماران از طریق سیستم his تا قبل از ساعت ۹ صبح به واحد تغذیه ارائه میگردد.
- ترالی گرمخانه دار موجود در بخش ها بایستی ۲ ساعت قبل از توزیع غذا توسط خدمات بخش آبگیری و به برق متصل شود.

- ۴) آشپز یا مسئول توزیع غذا طبق آمار درخواست شده از بخش غذای بیماران را در دو مرحله: ابتدا غذای بیماران بخش جراحی ۱ و ۲ بخش قلب، داخلی ۱، اورژانس، داخلی ICU و پست ICU را در ظروف چینی توزیع و با گاری استیل دوجداره در کمترین زمان ممکن به بخش منتقل و توسط مهماندار، غذا توزیع گردد.
- ۵) مهماندار بخش قلب پس از توزیع غذای بیماران بخش قلب سریعاً به آشپزخانه مراجعه و غذای بخش داخلی ۲ و ۳ و بخش شیمی درمانی را از آشپزخانه دریافت و با حفظ زنجیره گرم به بخش منتقل و توزیع نماید.
- ۶) سرو غذا تنها توسط پرسنل آشپزخانه صورت می گیرد
- ۷) تمامی کارکنانی که در فرایند سرو و توزیع غذا دخالت دارند می بایست از پیشبند، دستکش و کلاه استفاده نمایند



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.EH.W12. 5.01		تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
مذایع:	تجربیات بیمارستان، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه:	۲ از ۲		

امکانات مورد نیاز: ترالی حمل غذا و گرمخانه

کارکنان مرتبط: پرسنل آشپزخانه و توزیع کننده غذا

شیوه ارزیابی: مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو: رئیس بیمارستان

تئیه کنندگان :	تائید کننده :	ابلاغ کننده :
جعفر مهر امیز (مسؤل اشپزخانه)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
علی ابادی (کارشناس تغذیه)		
هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)		
امیر بشیری (بهداشت محیط)		



تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.EH.W13.4.01	کد روش اجرائی:
	شستشوی انواع البسه	عنوان روش اجرائی
شماره صفحه : ۱ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربه بیمارستان / کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی		

دامنه کاربرد : رختشویخانه
<p>چرائی و هدف فط مشی : بمنظور از بین بردن کلیه آلودگیهای قابل رؤیت و غیرقابل رؤیت از روی ملمفه و البسه که باعث ایجاد تمیزی در البسه شده و همچنین باعث گند زدایی البسه شده که از ایجاد عفونت جلوگیری میشود (بیمارستان روش اجرایی فودرا اعلام مینماید).</p>

روش اجرایی:

۱. شستشو با آب سرد به تنهایی جهت شستشوی خون و لکه های خونی باید در ابتدا انجام شود.

۲. در مرحله بعد از مواد شوینده با اولویت آنزیم دار جهت پاک کردن کلیه لکه ها و چربیها همراه با آب داغ استفاده شود.
۳. پس از آبکشی کامل جهت زدودن بقایای مواد شوینده باید کلیه البسه با یک ماده گندزدا (وایتکس) گندزدایی شوند.
۴. پس از گندزدایی کلیه البسه باید بطور کامل با آب سرد شستشو شوند.

جهت شستشوی البسه و ملحفه غیر عفونی:

- ۱) شستشوی مقدماتی با آب سرد در یک مرحله انجام گردد.
- ۲) شستشو با آب گرم و پودر ماشین لباسشویی بمدت ۳۰ دقیقه انجام شود.
- ۳) آب کشی البسه در سه مرحله انجام شود.
- ۴) گند زدایی با آب سرد و وایتکس بمدت ۱۵ دقیقه انجام شود.
- ۵) آبکشی با آب سرد بطور کامل انجام گردد.

شستشوی البسه و ملحفه عفونی:

- ۱) آبکشی با آب سرد در سه مرحله انجام می گردد.
- ۲) شستشوی با آب گرم و پودر ماشین لباسشویی به مدت ۳۰ دقیقه انجام می گردد، اما پودر مصرفی بیشتر از مقدار مصرف در شستشوی البسه غیر عفونی می باشد.
- ۳) آب کشی البسه در ۳ مرحله انجام می گردد.
- ۴) گند زدایی و سفید کنندگی با آب سرد و وایتکس به مدت ۱۵ دقیقه انجام می پذیرد.

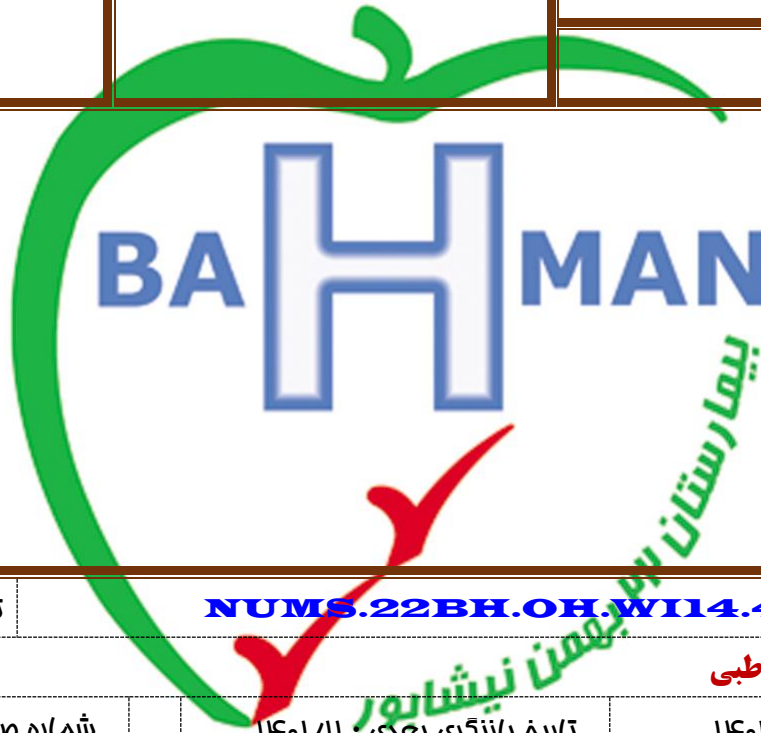
کد روش اجرایی:	NUMS.22BH.EH.W13.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرایی	شستشوی انواع البسه		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان / کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

- ۵) آب کشی با آب سرد بطور کامل انجام می گردد.

مسئول پاسفگو : مسئول بهداشت محیط

شیوه ارزیابی : بررسی روند انجام کار ،

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
امیر بشیری (مسئول بهداشت محیط)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
فاطمه دهنوی (سوپروایزر کنترل عفونت)		
حسینی (رختشویخانه)		



کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.OH.W114.4.01	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	کازهای طبی	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	شماره صفحه : ۱ از ۲
تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱	
منابع :	تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی	

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل واحد تاسیسات / خدمات
<p>چرایی و هدف : بمنظور حصول اطمینان از اینکه کلیه افراد مرتبط با نگهداری و ممل و نقل سیلندرهای تمت فشار به شکل ایمن کار می کنند و با پیروی از این دستورالعمل از فطرات آتش سوزی و سایر آسیب های احتمالی در امان می مانند.</p>

شیوه انجام کار :

(۱) از کپسولها در حالت خوابیده به هیچ وجه استفاده نگردد.

- ۲) از آغستگی شیرهای کپسولها به روغن جداً خودداری گردد.
- ۳) به کپسولها ضربه زده نشود.
- ۴) در محوطه های غیر کاری بیمارستان به هیچ وجه کپسولها گذاشته نشود.
- ۵) در زمانهای مقرر شیرها چک شود و تعویض گردد.
- ۶) به شیر کپسولها ضربه محکم زده نشود.
- ۷) بدنه کپسولها نیز بررسی گردد و در صورت فرسودگی یا ضربه خوردگی زیاد کپسول از رده مصرف خارج شود .
- ۸) کلیه کپسول های تحت فشار باید مجهز به کالهک محافظ شیر باشند.
- ۹) سیلندر را نباید پرتاب نمود و یا بوسیله حرکت غلطی جابجا کرد .
- ۱۰) کپسول را به طور عمودی و دور از حرارت و نور مستقیم خورشید و اشعه قرار دهید .
- ۱۱) سیلندرها را باید با زنجیر یا کمر بند به طور مطمئن به دیوار مهار کرد .
- ۱۲) شیر سیلندرها باید محکم بسته شود که هیچگونه نشتی نداشته باشد و موقع استفاده شیر را به آهستگی و خیلی کم باز کنیم .
- ۱۳) سیلندرها ی خالی باید شیرهایشان بسته شود و کالهک حفاظتی آنها نصب گردد (به هیچ وجه از ابزار و آچار برای باز و بسته کردن شیر سیلندراستفاده نکنیم)
- ۱۴) نگهداری مواد قابل اشتعال در مجاورت سیلندرها ممنوع می باشد و با حفظ زنجیره گرم به بخش منتقل و توزیع نماید.
- ۱۵) هر گونه رنگ آمیزی کپسولها می بایست با نظرات واحد تجهیزات پزشکی یا بهداشت حرفه ای صورت گیرد.



تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.OH.WI14.4.01	کد دستورالعمل:
	کازهای طبی	عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

امکانات موردنیاز : -

کارکنان مرتبط : پرسنل خدمات و تاسیسات

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تأیید کننده:	تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	معصومه مرزانی (بهداشت حرفه ای)
		حسین ابهری (تجهیزات پزشکی)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)
		حسین ابادی (تاسیسات)



کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI15.5.01	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	شناسائی بیمار و استفاده از دستبند	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	شماره صفحه : ۱ از ۲
منابع :	تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل واحد مدارک پزشکی ، پرسنل و امددهای بالینی
پرائی و هدف : بمنظور مفا ایمنی بیمار و پیشگیری از بروز فطاهای پزشکی قبل از انجام اقدامات درمانی و تشخیصی سیاست بیمارستان شناسائی دقیق بیمار بر اساس شناسه های اختصاصی می باشد

شیوه انجام کار :

(۱) جهت شناسائی بیمار استفاده از مشخصاتی مانند شماره اتاق، شماره تخت به هیچ وجه مورد تایید نیست.

- ۲) به منظور به حداقل رساندن خطاهای ناشی از شناسایی نادرست بیماران، در بیمارستان ۲۲ بهمن از دستبند شناسایی بیماران که دارای مشخصه: نام نام خانوادگی، نام پدر، کد پذیرش، شماره پرونده، تاریخ پذیرش، تاریخ تولد سن، می باشد استفاده می گردد.
- ۳) دستبند شناسایی بیماران در محل واحد پذیرش بیمارستان در هنگام تشکیل پرونده توسط متصدی پذیرش تهیه و تحویل بیمار یا همراهی وی می شود.
- ۴) صحیح بودن اطلاعات چاپ شده بیمار بر روی دستبند شناسایی باید توسط خود بیمار یا همراهیان در محل پذیرش تایید و در صورت داشتن مشکل اصلاح گردد.
- ۵) به محض ورود بیمار به بخش و تحویل پرونده بستری و دستبند شناسایی به پرسنل، کمک بهیار یا پرستار مربوطه باید ضمن آموزش های لازم به بیمار در خصوص علت استفاده از دستبند و مزایای آن، صحت مشخصات را چک و دستبند را در میچ دست بیمار ببندد. در مورد بیماریانیکه به هر دلیل امکان بستن دستبند شناسایی بر روی دست وجود ندارد این دستبند بر روی پای بیمار نصب خواهد شد
- ۶) وجود دستبند شناسایی، از مسئولیت حرفه ای کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدامات صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهش.
- ۷) چنانچه به هر دلیلی دستبند شناسایی بیمار جدا شده یا مفقود یا مخدوش گردد در اولین فرصت توسط پرستار مربوطه باید از پذیرش مجدداً تهیه و نسبت به جایگزینی اقدام گردد.
- ۸) در صورت عدم هوشیاری بیمار باید اطلاعات فردی مورد نیاز برای تهیه دستبند شناسایی از همراهیان وی کسب شود. در صورتیکه بیماری غیر هوشیار بود و همراهی نداشت می توان با کمک نیروهای نگهبان بیمارستان از مدارک شناسایی همراه بیمار برای این کار استفاده نمود. در صورتیکه فرد هیچ مدرک شناسایی نداشت تا زمان کسب اطلاعات دقیق شناسایی بیمار، از جنسیت و کد پذیرش وی استفاده می شود.



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CTWI15. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	شناسایی بیمار و استفاده از دستبند		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

- ۹) دستبند شناسایی تا زمان ارائه بر گه ترخیص حتماً باید در دست بیمار بسته باشد. دستبند بیماران فوتی نباید باز شود.
- 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 دستبند شناسایی و صحت اطلاعات مندرج در دستبند حساسیت نشان داده و اطمینان حاصل فرماید.

۱۱) تمامی ستبندهای تولید شده در ابتدا به رنگ سفید می باشند که در خصوص بیماران الرژی پس اس ارزیابی و تأیید رد بخش بستری برچسب قرمز زده می شود و در خصوص بیماران (مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج) برابر با دستورالعمل ابلاغی از برچسب زرد استفاده می گردد.

۱۲) در بیمارانیکه به سبب نوع بیماری امکان استفاده از دستبند شناسائی وجود ندارد در ابتدای هر شیفت پرستار بیمار موظف است نسبت به شناسائی بیمار با دریافت اطلاعات از بیمار و همراه اقدام نماید (نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ تولد و پذیرش و نام پدر)

امکانات موردنیاز : چاپگر _ دستبند شناسائی ، برچسب رنگی

کارکنان مرتبط : پرسنل واحد مدارک پزشکی ، پرسنل و امدادهای بالینی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تأیید کننده :	تهیه کنندگان :	ابلاغ کننده :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری) فروغ سلیمانی (مسئول IT) هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت) گرامابی (مسئول آمار و مدارک پزشکی)	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI16.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
مبایع :	تجربیات بیمارستان ،	این نامه های ابلاغی،	استاندارد های خدمات پرستاری

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عواملین انجام کار: پرسنل بخشهای بالینی

پژائی و هدف : بمنظور ارائه فدمات ایمن برای به مراجعین و اطمینان از صمت اقدامات انجام شده قبل و بعد و مین انجام مداخلات تهاجمی بیمارستان در راستاء سیاست ارتقاء سطح ایمنی بیماران دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

شیوه انجام کار :

مراقبت پیش از عمل (انجام مداخلات تهاجمی):

۱) قبل از (انجام اقدامات تهاجمی و یارفتن به بخش مربوطه) ،مشخصات بیمار ،بخش ،نوع عمل ،اتاق و ... را با جراح ،مسئول اتاق عمل و پرستار اسکراب چک کند.

۲) قبل از (انجام اقدامات تهاجمی و یارفتن به بخش مربوطه) با هماهنگی مسئول اتاق عمل / بخش از آگاهی و آمادگی بخش اطمینان حاصل کند.

۳) پس از ورود به بخش ،مشخصات بیمار را با مسئول بخش به طور مجدد کنترل کند

۴) با بیمار ارتباط برقرار کرده و پس از معرفی خود ،در مورد نحوه انتقال به وی توضیح دهد.

۵) مشخصات بیمار و نوع عمل را با خود بیمار ،پرونده و دستبند وی مطابقت دهد

۶) خلوت بیمار را با کشیدن پرده ،بستین درب یا قرار دادن پاراوان فراهم کند

۷) برانکارد را کنار تخت برده و پس از قفل کردن آن ،به بیمار در انتقال کمک کند.

۸) جهت حفظ حریم بیمار پوشش مناسب برای وی فراهم کند

۹) در حین و بعد از انتقال قبل از (انجام اقدامات تهاجمی و یارفتن به بخش مربوطه) در صورت داشتن سرم ،سوند یا انواع کاتترها آن ها را به نحو صحیح و ایمن حفظ و ثابت کند

۱۰) کلیه وسائل مورد نیاز بیمار را پس از کنترل مسئول بخش با توجه به تعداد و نوع آن تحویل گیرد

۱۱) نرده های دو طرف برانکارد را بالا بکشد

۱۲) اجازه انتقال بیمار را از مسئول بخش بگیرد و بیمار را از بخش خارج کند

۱۳) در طول انتقال بیمار را به آرامی منتقل کرده و با او ارتباط برقرار کند

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI16.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
مذایع :	تجربیات بیمارستان ، ایین نامه های ابلاغی، استاندارد های فدمات پرستاری		
شماره صفحه :	۲ از ۳		

مراقبت پس از عمل (یا پایان اقدامات تهاجمی):

- ۱) پرستار ریکاوری / پرستار بیمار بعد از ورود بیمار، گزارش کامل وضعیت بیمار را از پزشک و پرستار انتقال دهنده میگیرد. این گزارش شامل مشخصات کامل بیمار، نوع عمل، نوع اقدامات انجام شده، نوع مراقبت ها و دستورات بعد عمل، میزان خونریزی، میزان مایعات دریافت شده و دفع شده، وضعیت علایم حیاتی و ... باشد
- ۲) بسته به نوع عمل، سر تخت را ۳۰ درجه بالا آورده و در صورت عدم مشکل در مهره های گردنی، وضعیت ریکاوری به سر و چانه بیمار دهد
- ۳) در صورت بروز دیسترس تنفسی، علاوه بر وضعیت ریکاوری از air way هم استفاده کند و وضعیت تنفسی را کنترل کند.
- ۴) بیمار را به دستگاه مانیتورینگ قلبی و پالس اکسیمتری و اکسیژن متصل کند
- ۵) رنگ پوست و مخاط دهان، لبها، ناخن ها و لاله گوش را از نظر کبودی کنترل کند
- ۶) سرم ها را راه اندازی کرده و داروهای دستور داده شده را تجویز کند
- ۷) محل پانسمان و درن ها را از نظر خونریزی غیر طبیعی کنترل کند
- ۸) علائم حیاتی را کنترل کرده و در بر گه مخصوص ثبت کند
- ۹) در صورت داشتن گچ و بانداژ محکم، حتما سیستم عصبی، عروقی ناحیه را کنترل کرده و در صورت نیاز به هر نوع تغییر در گچ و بانداژ جراح را در جریان قرار دهد.
- ۱۰) کلیه موارد غیر طبیعی را ثبت کرده و به جراح گزارش دهد.
- ۱۱) حین انتقال بیمار به بخش نیز، شرح مختصر و کاملی از وضعیت بیمار به پرستار مسئول بیمار دهد.
- ۱۲) امکانات و تسهیلات: برانکاردر، پرونده بیمار، دستگاه پالس اکسی متری و...



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI16.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
مبایع :	تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی، استاندارد های خدمات پرستاری	شماره صفحه :	۳ از ۳

مسئولیتها و اختیارات :

پرستار اعزام

/سوپروایزر مسئول نظارت بر روند انجام کار و اخذ پذیرش

امکانات موردنیاز : برانکار، پرونده بیمار، دستگاه پالس اکسی متری و...

کارکنان مرتبط : پزشک، سر پرستار، پرستار، اتاق عمل، هوشبری، خدمات

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مدیر خدمات پرستاری

ابلاغ کننده :	نایب کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	حسن مهربان (سوپروایزر)
		جواد پورعبادی (سرپرستار)
		اناهیتا ابریشمیان (سرپرستار)
		مریم فدایی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)

بیمارستان بهمن نیشابور

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.W117.3.01	کد روش اجرائی :
تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱		عنوان روش اجرائی : آمادگی بیماران قبل از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن
شماره صفحه : ۱ از ۳	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع :
تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی، استاندارد های خدمات پرستاری		

دامنه کاربرد: کل بیمارستان

عاملین انجام کار: پرسنل واحد IT / کاربران سیستم های سخت افزاری

پرائی و هدف: بمنظور ارائه خدمات ایمن جراحی به مراجعین و اطمینان از صحت اقدامات انجام شده قبل و بعد و مین انجام آنژیو گرافی و آنژیوپلاستی بیمارستان در (استاء سیاست ارتقاء سطح ایمنی بیماران دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

شئیه انجام کار:

مراقبت پیش از عمل آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی):

- در صورت مراجعه بیمار بصورت (الکتیو) بیمار باید به مطب یا درمانگاه مراجعه و دستورات لازم را اخذ کرده باشد.
- پزشک معالج می بایست برگه هایی که برای آموزشهای لازم جهت آمادگی قبل از انجام عمل را به بیمار داده باشد (تحویل برگه آمادگیهای قبل از عمل مانند) مانند شیو کشاله ران در دو طرف و مچ و ساعد دست راست در صورت استفاده از شریان رادیال جهت آنژیوگرافی (
- اخذ رضایت آگاهانه از بیمار توسط پزشک معالج صورت می گیرد (تکمیل فرم مخصوص رضایت انجام آنژیوگرافی از بیماران و همراهان پس از توضیح چگونگی انجام عمل و عوارض و خطرات احتمالی)
- بیمار با رعایت سایر قوانین و مقررات بیمارستان در بخش پست آنژیوپدیرش می گردد
- تحویل بیمار به کت لب پس از هماهنگی با کت لب توسط کمک بهیار و پرستار صورت می گیرد.
- در هنگام تحویل بیمار توسط پرستار تحویل گیرنده در کت لب اصول تحویل و بیمار پس از شناسائی بیمار انجام می شود (کنترل موارد مربوط به برگه ملزومات قبل از عمل مانند در آوردن دندان های مصنوعی قبل از عمل - در صورت استفاده از شریان رادیال ، در آوردن النگوها در بیماران خانم - کنترل شیو بودن کشاله ران در دو طرف توسط پرستار تحویل گیرنده بیمار)
- در هنگام تحویل بیمار توسط پرستار تحویل گیرنده در کت لب مستندات پرونده کنترل و چک می گردد چک موارد تحویلی از بخش یا پست آنژیو مانند رضایت عمل - برگه سبز - آزمایشات (مخصوصا ECG- Cr - BUN- PTT- CBC) اکو کاردیو گرافی - مدارک پزشکی قبلی،
- در ابتدای ورود بیمار به کت لب به کت لب: توزین بیمار - مانیورینگ قلبی ، فشار خون - کنترل نبض ها با توجه به محل پانکچر احتمالی رادیال یا فمورال (استفاده از تست آلن یا باریتو قبل از استفاده از شریان رادیال) - صورت گرفته و آموزشها و توضیحات مورد نیاز با توجه به نوع اقدام به بیمار داده می شود.
- گزارشات تحویل و تحول بیمار و همچنین علائم کنترل شده در پرونده بیمار ثبت می گردد

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI17.3.01		
عنوان دستورالعمل	آمادگی بیماران قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن		
زمان تدوین:	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی:	۱۴۰۱/۱۱
منابع:	تجربیات بیمارستان ، ایین نامه های ابلاغی، استانداردهای خدمات پرستاری		
شماره صفحه:	۲ از ۳	تاریخ ابلاغ:	۱۴۰۱/۰۲/۲۲

۱۰) انتقال بیمار به اتاق عمل توسط کمک بهیار و پرستار تحویل گیرنده و جابجایی بیمار با رعایت نکات ایمنی به روی تخت آنژیوگرافی صورت می گیرد آماده کردن وسایل مورد نیاز در اتاق عمل توسط پرسنل رادیولوژی یا پرستار سیرکولر مانند الکتروشوک - انژکتور و... (قبل از ورود بیمار به کت لب صورت می یگیرد

۱۱) پیش از انجام اقدام تهاجمی برابر با چک لیست جراحی ایمن اقدام می شود .

۱۲) بیمار تحت مانیتورینگ قلبی بیمار و SpO2 قرار می گیرد

مراقبت پس از عمل (یا پایان اقدامات تهاجمی):

۱) کشیدن شیت رادیال توسط پزشک و بستن تی آر بند در محل پانکچر در صورت استفاده از شریان رادیال جهت عمل - تحویل بیمار به پرستار ریکاوری و جابجایی بیمار توسط کمک بهیار پس از چک محل پانکچر از نظر خونریزی و هماتوم و چک نبض های دیستال اندام به ریکاوری

۲) مانیتورینگ قلبی بیمار در ریکاوری و کنترل فشار خون و SpO ۲ و کنترل محل پانکچر از نظر خونریزی و هماتوم

۳) کشیدن شیت فمورال در ریکاوری توسط پزشک در صورت استفاده از شریان فمورال

۴) گزارشات و رخداد های بیمار در اتاق عمل در پرونده ثبت می گردد

۵) بیمار توسط پرستار ریکاوری به بخش های پست آنژیو یا CCU بتحویل داده می شود (تحویل تحول براساس دستورالعمل تحویل و تحول بیمار صورت می گیرد.

۱۳) کلیه موارد غیر طبیعی را ثبت کرده و به جراح گزارش دهد.

۱۴) حین انتقال بیمار به بخش نیز، شرح مختصر و کاملی از وضعیت بیمار به پرستار مسئول بیمار دهد.

۱۵) امکانات و تسهیلات: برانکارد، پرونده بیمار، دستگاه پالس اکسی متری و...



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI17.3.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	آمادگی بیمار از قبل از مداخلات تهاجمی، مراقبت و پایش مستمر حین و پس از آن		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی، استاندارد های خدمات پرستاری	شماره صفحه :	۳ از ۳

مسئولیتها و اختیارات :

پرستار اعزام

/سوپروایزر مسئول نظارت بر روند انجام کار و اخذ پذیرش

امکانات موردنیاز : برانکار، پرونده بیمار، دستگاه پالس اکسی متری و...

کارکنان مرتبط : پزشک، سر پرستار، پرستار، اتاق عمل، هوشبری، خدمات

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مدیر خدمات پرستاری

ابلاغ کننده :	نائید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	حسن مهربان (سوپروایزر)
		علی صانعی پور (سرپرستار)
		مریم فدایی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی)

بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.W118.4.01	
عنوان دستورالعمل	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
شماره صفحه :	۱ از ۷	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
منابع :	کتاب پرستار دیالیز چاپ ۱۳۸۸ نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ ۱۳۸۷ نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت و درمان پزشکی	

دامنه ، کاربرد : کلیه بخشهای بستری کننده

عاملین انجام کار : پرستاران

پرائی و هدف دستورالعمل : آنجا که انتقال دورن و برون بخشی جهت انجام اقدامات درمانی و یا پاراکلینیکی در بیمارستان اجتناب ناپذیر است و بمنظور یکسان سازی این فرایند با هدف مفا ایمنی بیمار و همچنین انجام امور در کوتاهترین زمان ممکن

شده انجام کار :

- ۱) پرستار بیمار را پذیرش کرده و تخت بیمار را از روی دفتر تقسیم کار که توسط مسئول بخش از قبل مشخص گردیده را تعیین و بیمار را به تخت خود راهنمایی کند.
- ۲) پرستار بیمار را از نظر هپاتیت B با توجه به آزمایشات ارزیابی کرده و اصول جداسازی بیمار را در صورت مثبت بودن رعایت کند.
- ۳) پرستار اصول و احتیاطات همه جانبه استاندارد به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماریهای منتقله از راه خون بین بیماران و کارکنان را رعایت می کند. (در صورت مراقبت از بیمار HB از وسایل حفاظت فردی در تمام مدت همودیالیز استفاده نماید)
- ۴) پرستار با توجه به وضعیت مددجو طبق نظر مسئول بخش صافی مناسب را جهت بیمار انتخاب می نماید.
- ۵) پرستار دستگاه را به روش استاندارد شستشو-آماده و ست پریم نماید.
- ۶) پرستار بیمار را قبل از شروع دیالیز وزن کرده و در پرونده بیمار ثبت نماید.
- ۷) پرستار موظف است از نحوه محاسبه وزن خشک آگاهی داشته و با توجه به آن میزان UF دستگاه را تنظیم نماید.
- ۸) پرستار آگاهی لازم از نحوه دست یابی به عروق بیمار که شامل فیستول، کورتکر، شاسن می باشد را داشته باشد.
- ۹) پرستار قبل از شروع دیالیز کارکرد صحیح هر یک از راههای دسترسی بهبود بیمار را بررسی نموده و در صورت اطمینان از کارکرد صحیح آن دیالیز بیمار را شروع کند.
- ۱۰) اقدامات پرستاری برای دستیابی به هر یک از راههای عروقی بیمار به شرح ذیل باشد.
فیستول و کورتکس

a) پس از فیستول گذاری پرستاران باید محل فیستول را از نظر ترومبوز-عفونت-ادم-خونریزی و ترشح و قرمزی چک نماید.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.W18.4.01	تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
شماره صفحه :	۲ از ۷		
منابع :	کتاب پرستار دیالیز چاپ ۱۳۸۸ نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ ۱۳۸۷ نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای فاص و وزارت بهداشت و درمان پزشکی		

- (b) پرستار وجود ارتعاش فیستول را با دست یا گوشی حس نماید.
- (c) ۴-۶ هفته لازم است تا بتوان از فیستول استفاده کرد.
- (d) پرستار به بیماران آموزش دهد پیش از هر تزریق عضو فیستول دار را با آب و صابون بشوید.
- (e) سوزن شریانی حداقل به فاصله ۳ انگشت (۵ سانتی متر) با محل فیستول فاصله داشته باشد.
- (f) از تزریق مکرر سوزن به یک نقطه پرهیز شود و همواره محل تزریق سوزنها تغییر کند.
- (g) -پیش از تزریق محل با محلول های ضدعفونی کننده استاندارد به صورت دورانی تمیز و ضدعفونی گردد.
- (h) ترجیحاً جهت سوزن شریانی به سمت جریان خون و سوزن وریدی به سمت قلب باشد.
- (i) بین دو سوزن فاصله ۸-۱۰ سانتیمتر رعایت شود این عمل از بازگشت مجدد خون جلوگیری کند.
- (j) پرستار از ورود نیدل ها به منظور پیشگیری از خروج آنها نیدل را به وسیله چسب بر روی پوست با دقت میکس نماید. شالدون (کاتر وریدی مرکزی)
- (a) قبل از شروع همودیالیز محل ورود کاتر از نظر خونریزی-تورم-ترشح توسط پرستار ارزیابی گردد.
- (b) پرستار از بسته بودن کلیپس شاخه ها اطمینان حاصل نماید.
- (c) در شروع دیالیز سرپوش شاخه ها باز شده و ورودی و خروجی استریا نگه داشته شود
- (d) پرستار توسط یک سرنگ هپارین داخل شاخه ها را آسپیره کرده و تخلیه نماید.
- (e) پرستار لوله های شریانی و وریدی مورد نظر را به شاخه ها وصل کرده و کلیپس شاخه ها را باز کرده و همودیالیز را شروع کند.
- (f) پرستار پس از پایان دیالیز شاخه ها را هپارینه کرده و با رعایت شرایط استریل سرشاخه ها را ضدعفونی و درپوش آن را قرار دهد.
- (g) محل خروج کتتر توسط پرستار به روش استریل ضدعفونی و پانسمان گردد.
- (h) پرستار قبل از دیالیز بیمار را از نظر عوامل مستعد کننده به اختلالات الکترولیتی مانند اسهال و استفراغ بررسی نماید در صورت وجود هر یک از علایم شرایط بیمار را به اطلاع پزشک مربوطه رسانده و دستورات لازم اجرا و در پرونده ثبت گردد.



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI18.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	کتاب پرستار دیالیز چاپ ۱۳۸۸ نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ ۱۳۸۷ نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای فاص وزارت بهداشت و درمان پزشکی	شماره صفحه :	۳ از ۷

- (i) پرستار بیمار را از نظر عوامل اختلالات همودینامیکی مانند افت یا افزایش فشار خون، اختلالات نبض و تنفسی و درجه حرارت کنترل نماید و در صورت وجود اختلال با هماهنگی پزشک مربوطه اختلالات را اصلاح و در پرونده ثبت نماید.
- (j) پرستار پس از اطمینان از کارکرد صحیح دستگاه شستشو و پریم کامل لاین ها و کوئل نرمال بودن شرایط بیمار همودیالیز بیمار را شروع نماید.
- (k) پرستار در زمان شروع دیالیز آموزش لازم جهت جلوگیری از خروج نیدل ها و شالدون و محدودیت مصرف غذا به جهت جلوگیری از افت فشار خون به بیمار دهد.

پایش مستمر حین دیالیز

- (۱) پرستار موظف است از پس از شروع بیمار خود را در تمام ساعات انجام همودیالیز از نظر عوارض حین دیالیز (شامل: افت فشار خون، تهوع و استفراغ، کرامپ عضلانی، سردرد، افزایش فشار خون، خارش، واکنش های، لخته شدن) بررسی نماید و در صورت بروز هر یک از عوارض با مشورت با پزشک مربوطه اقدامات پرستاری لازم را جهت اصلاح عوارض ایجاد شده بعمل آورد.

اقدامات لازم در صورت بروز عوارض حین دیالیز شامل موارد زیر باشد.
افت فشار خون:

- a. - تغییر پوزیشن بیمار به صورت پوزیشن شوک (سر پایین، زیر پایی بیمار بالا)
- (b) کاهش یا قطع اولترا فیلتراسیون
- (c) دادن سرم نمکی و محلول های هیپرتونیک
- (d) کاهش دور پمپ
- (e) تنظیم پروفایل دستگاه توسط پرستار (سدیم بالای دستگاه، حرارت پایین دستگاه)

تهوع و استفراغ:

- (a) اصلاح فشار خون بیمار
- (b) تجویز داروهای ضد تهوع
- (c) عدم مصرف غذا حین دیالیز

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.W18.4.01	کد دستورالعمل:
اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۴ از ۷	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع :		کتاب پرستار دیالیز چاپ ۱۳۸۸ نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ ۱۳۸۷ نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت و درمان پزشکی

(d) کرامپ عضلانی:

(e) اصلاح فشار خون بیمار با دادن سرم و محلول های هیپرتونیک

(f) افزایش غلظت سدیم دستگاه

(g) -ماساژ محل بروز کرامپ

(۱۱) سردرد:

(a) تجویز قرص استامینوفن

(b) اصلاح فشار خون

(c) کاهش دور پمپ

خارش:

(a) تجویز داروهای ضدخارش طبق دستور پزشک

(b) واکنش های حساسیتی به صافی:

(c) قطع فوری دیالیز و شستشوی صافی

(d) تجویز آنتی هیستامین

(e) استروئید تراپی

(f) اکسیژن تراپی

لخته شدن:

(a) تزریق مناسب هپارین

(b) تعویض صافی و شروع مجدد دیالیز

(c) جایگزینی خون و مایعات

همولیز:

(a) توقف فوری پمپ و قطع دیالیز

(b) کلمپ مسیر برگشتی و اوت کردن لاین ها و کوئل بیمار

(c) تامین مایعات وریدی و خون



تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲

NUMS.22BH.CT.W118.4.01

کد دستورالعمل:

اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز

عنوان دستورالعمل

شماره صفحه : ۵ از ۷

تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱

زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱

منابع : کتاب پرستار دیالیز چاپ ۱۳۸۸ نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ ۱۳۸۷ نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای فاص وزارت بهداشت و درمان پزشکی

درد قفسه سینه:

- (a) کم کردن سرعت دیالیز
- (b) کاهش و قطع اولترافیلتراسیون
- (c) تجویز اکسیژن
- (d) تجویز مایعات و خون
- (e) TNG-
- (f) -مسکن و قطع دیالیز
- (g) در صورت عدم اصلاح
- (h) گرفتن ECG

آمبولی هوا:

- (a) کم کردن سرعت دیالیز
- (b) تجویز اکسیژن
- (c) کم کردن یا قطع
- a. تجویز مایع-تزریق خون
- (d) تجویز TNG-مسکن و مخدر در صورت لزوم
- a. گرفتن ECG

(e) دادن پوزیشن آمبولی به بیمار (سر بیمار به طرف بالا -پایین تر از بدن و سمت چپ خم شود)

افزایش BP

- (a) بر طرف کردن علت زمینه ای
- (b) ۲تنظیم وزن خشک
- (c) - انجام اولترافیلتراسیون
- (d) حفظ تعادل سدیم و مایعات حین دیالیز
- (e) افزایش کیفیت دیالیز



تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.W118.4.01		کد دستورالعمل:
اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز			عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۶ از ۷	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	
منابع : کتاب پرستار دیالیز چاپ ۱۳۸۸ نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ ۱۳۸۷ نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای فاص وزارت بهداشت و درمان پزشکی			

(f) تنظیم غلظت مایع دیالیز

(g) اصلاح و تجویز داروهای ضد فشار خون

عدم خروج سوزن های شریانی و وریدی

(a) - پرستار پس از وارد کردن نیدل ها آنها را با چسب روی پوست بیمار کاملاً فیکس کند

(b) - پرستار آموزش لازم را به بیمار داده تا در حین دیالیز از خروج نیدل ها جلوگیری لازم را به عمل آورد

(c) - پرستار در تمام مدت دیالیز بیمار را از نظر فیکس بودن نیدل ها چک می کند

*پایش پس از دیالیز

۱. توزین مجدد بیمار:

۲) پرستار موظف است پس از دیالیز بیمار را وزن کرده و وزن بیمار را در پرونده ثبت نماید و در صورتیکه بیمار به وزن خشک

خود نرسیده باشد آموزش های لازم را در زمینه محدودیت مصرف مایعات به بیمار بدهد.

۳) کنترل و انعقاد مناسب محل خارج کردن سوزن:

۴) پرستار موظف است پس از اتمام همودیالیز محل خروج نیدل ها را با گاز آغشته به بتادین به مدت لازم فشار داده و پس از

اطمینان از عدم خونریزی و ایجاد لخته و انعقاد مناسب محل را با پانسمان کوچک فیکس نماید.

۵) در صورت استفاده از شالدون پرستار موظف است اقدامات لازم را براساس استاندارد پایان دیالیز در جهت شستشو و هپارینه

کردن لاینها در شرایط استریل انجام دهد و در پایان محل خروج را پانسمان نماید.

۶) عدم وجود اختلالات همودینامیک:

۷) پرستار موظف است قبل از opp کردن بیمار کلیه علائم حیاتی را که شامل T - R - P - BP را کنترل کرده و در صورت

هر گونه اختلال با مشورت پزشک اقدامات لازم را انجام داده و تا زمانیکه وضعیت همودینامیکی بیمار پایدار نشده از خروج

بیمار از بخش جلوگیری نماید.

۸) پرستار در پایان دیالیز آموزش لازم در جهت مراقبت از فیستول و شالدون و کورتکس در منزل و محدودیت مصرف

مایعات، تغذیه صحیح را به بیمار و خانواده وی دهد.

۹) پرستار موظف است پس از پایان همودیالیز هر بیمار تا زمان شروع دیالیز بعدی دستگاه را به دقت ضد عفونی و شستشو نموده

و دستگاه را به پرستار شیفت بعد تحویل دهد.

۱۰) کلیه موارد و اقدامات صورت گرفته در حین دیالیز و آموزش های داده شده به بیمار توسط پرستار به دقت در پرونده ثبت گردد.

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI18.4.01	کد دستورالعمل:
اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۷ از ۷	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱

منابع:

کتاب پرستار دیالیز چاپ ۱۳۸۸ نویسنده دکتر محمد تمدن دار-پرستار و نارسایی کلیوی چاپ ۱۳۸۷ نویسندگان اداره پیوند و بیماریهای فاص وزارت بهداشت و درمان پزشکی

مسئولیتها و اختیارات:

پرستار انجام مراقبت و پایش بیمار

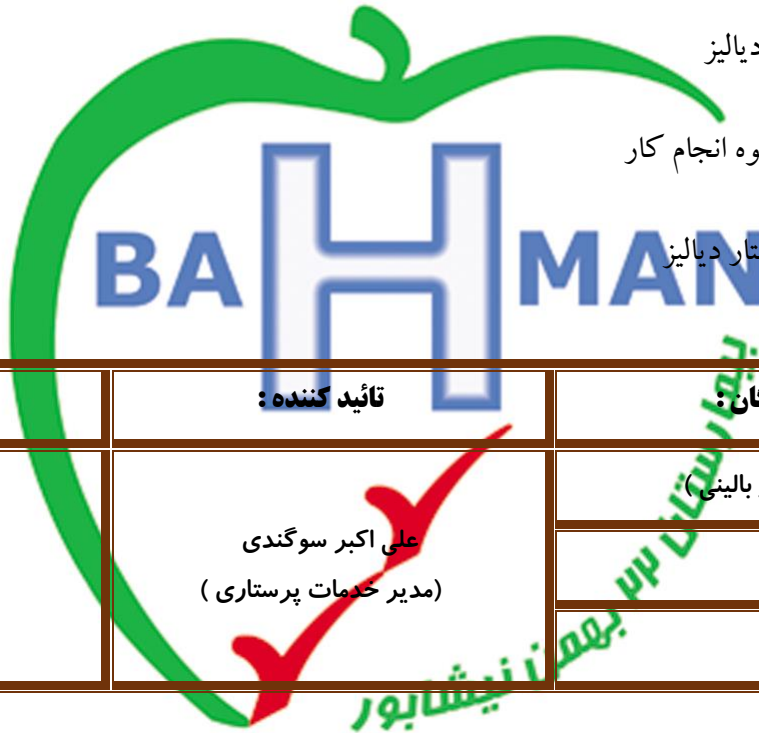
امکانات موردنیاز: لیست وسایل حفاظت فردی - تجهیزات دستگاه همودیالیز (از قبیل دستگاه، صافی، ست، سوزن شریانی و

وریدی) - محلول های ضد عفونی تجهیزات و اندام ها - فشارسنج - دستگاه EKG - ترازو پمفلت آموزشی - پرونده بیمار - ست پانسمان

کارکنان مرتبط: پرستار دیالیز

شیوه ارزیابی: بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو: سرپرستار دیالیز



ابلاغ کننده:	تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)
		محمود آبادی (سرپرستار)

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI19.4.01	کد دستورالعمل:
اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه: ۱ از ۳	تاریخ بازنگری بعدی: ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین: فروردین ماه ۱۴۰۱

منابع : / تجربه بیمارستان / کتاب استانداردهای نظام پرستاری

دامنه کاربرد : بخش شیمی درمانی

عاملین انجام کار : پرسنل پرستاری

پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از بروز رخدادهای ناخواسته در مین و بعد از شیمی درمانی

تعاریف :

بخش شیمی درمانی در بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور جهت خدمت رسانی به همشهریان ممتزم بصورت شبانه روزی خود را موظف به ارائه خدمات میداند
نمونه پذیرش بیماران به دو صورت ۱- سرپایی ۲- بستری میباشد. (در هر روز در شیفت صبح و عصر و شب)
آمار روزانه پذیرش معمولاً در شیفت صبح ۱۴ نفر در شیفت عصر ۹ نفر و در شیفت شب ۳ تا ۴ نفر میباشد.

شیوه انجام کار :

اقدامات قبل از شیمی درمانی

- ۱) شناسایی بیمار حداقل با دو شناسه و چک نوبت (کارت نوبت دهی) و چک دستور پزشک معالج و رضایت عمل شیمی درمانی
- ۲) چک آزمایشات (CBC، نوتروفیل و پلاکت و....)
- ۳) کنترل قد و وزن
- ۴) مراجعه به منشی جت گرفتن قبض کموتراپی سرپایی
- ۵) شستن دستها (پرستار) قبل از شروع کموتراپی و رعایت نکات استریل
- ۶) گرفتن IVLINE
- ۷) کنترل نشت دارو بر روی پوست و مخاطهای بیمار
- ۸) چک مجدد دستورات دارویی طبق خط مشی و دادن داروهای پرمود (پلازیل و دگزامتازون و گرانواسترویل و..)
- ۹) بیمار باید از ۲ ساعت قبل از شروع کموتراپی NPO باشد. در بیماران بستری به علت انفوزیون مداوم رعایت NPO لازم نیست.

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲

NUMS.22BH.CT.WI19.4.01

کد دستورالعمل:

اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی

عنوان دستورالعمل

زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۲ از ۳
منابع : / تجربه بیمارستان / کتاب استانداردهای نظام پرستاری		

اقدامات حین شیمی درمانی

- کنترل و مانیتورینگ علائم حیاتی بیمار
- کنترل نشت دارو حین انفوزیون
- کنترل اسپاسم و ریدی (در صورت اسپاسم آنژیوکت تعویض میگردد)
- کنترل استفراغ و خطر آسپیراسیون
- کنترل واکنشهای آلرژیک دارویی و شوک آنافیلاکتیک
- در صورت ایجاد واکنشهای آلرژیک اولین اقدام قطع سرم و انفوزیون سپس اطلاع به پزشک و دادن آنتی هیستامین میباشد.
- معمولا در بیماران سرپایی در حین انفوزیون دارو NPO میباشد.



اقدامات پس از شیمی درمانی

- بستن سرم و کشیدن IV LINE
- مراقبت از نشت دارو بر روی پوست و مخاطها
- در بیماران سرپایی آموزش به بیمار در مورد نگهداری دارو در منزل و در یخچال در دمای ۲ تا ۸ درجه
- داروی بیماران بستری در بخش نگهداری و ارائه میشود.
- آموزش رژیم غذایی :
 - مصرف میوه و سبزیجات و مایعات فراوان و
 - عدم مصرف غذاهای محرک و حساسیت زا
 - کسانی که مخاط دهان زخم شده دارند استفاده از یخ در دهان و خوردن بستنی توصیه میشود.
 - عدم مصرف غذاهای ترش و ادویه جات
- تا ۴۸ ساعت از تماس با کودکان و زنان باردار دوری نمایند.
- ملافه ها و تخت بیمار در خانه از بقیه اعضا جدا باشد.
- آموزش مراجعات بعدی به پزشک و بیمارستان

کد دستورالعمل :	NUMS.22BH.CT.WI19.4.01	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
-----------------	------------------------	--------------------------

عنوان دستورالعمل		اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از شیمی درمانی	
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱		تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	
منابع :		شماره صفحه : ۳ از ۳	
/ تجربه بیمارستان / کتاب استانداردهای نظام پرستاری			

- ۱۴) گزارشات پرستاری بیماران سرپایی و بستری بعد از پایان شیمی درمانی در برگه رپورت و با امضای دو پرستار انجام میشود. علایم حیاتی (فشارخون تعداد ضربانات قلبی و درجه حرارت و GCS) نیز در گزارش پرستاری یادداشت میشود.
- ۱۵) -دفتر روزانه شیفت در پایان شیفت نوشته و نکات مهم به شیفت بعدی گفته و بیماران تحویل داده میشوند
- ۱۶) داروهای شیمی درمانی همگی دارای برچسب هشدار بالا میباشد .

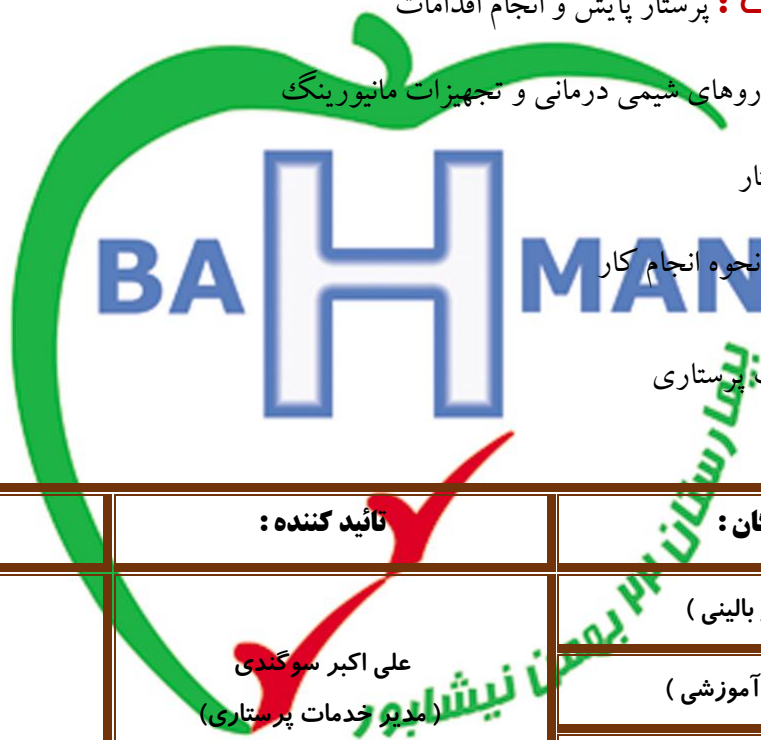
مسئولیتها و اختیارات : پرستار پایش و انجام اقدامات

امکانات موردنیاز : داروهای شیمی درمانی و تجهیزات مانیتورینگ

کارکنان مرتبط : پرستار

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مدیر خدمات پرستاری



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		
اسماعیلی (پرستار شیمی درمانی)		

عنوان دستورالعمل		اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اندوسکوپی	
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱		تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	
مبایع :		شماره صفحه : ۱۱ از ۲	
/ تجربه بیمارستان / کتاب استانداردهای نظام پرستاری			

دامنه کاربرد : بخشهای درمانی	
عاملین انجام کار : پرسنل پرستاری	
چرایی و هدف دستورالعمل : بمنظور حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از بروز (فدادهای نافهواسته در مین و بعد از اسکوپها	

شیوه انجام کار :

- در کلیه بخشها پرسنل بالینی پس از رویت دستور پزشک هر اقدام درمانی و اسکوپها ...دستور پزشک را چک کرده و با ذکر تاریخ و ساعت و مهر و امضای میکند.
- پرستار بالینی رضایت بیمار یا ولی قانونی وی را اخذ میکند.
- در کلیه شیفتها پرسنل بالینی پس از شناسایی بیمار (طبق دستور نحوه شناسایی صحیح بیمار) خود را به بیمار معرفی کرده و اقدام درمانی مورد نظر و ضرورت آنرا برای بیمار توضیح میدهد.
- علائم حیاتی بیمار کنترل و در پرونده ثبت میکند
- پرسنل بالینی قبل از انجام اقدام درمانی دستها را طبق دستورالعمل بهداشت دست شسته و ماسک زده و وسایل مورد نظر را بر بالین بیمار آماده میکند.
- a) در مواردی که احتمال پاشیده شدن خون و ترشحات بدن وجود دارد (TAP مایع آسیت و پلور گذاشتن شالدون و چست تیوب و...) از گان و چکمه و عینک استفاده شود
b) پرسنل مربوطه دستکش استریل پوشیده و محل را جهت انجام اقدامات مورد نظر آماده میکند.
- پس از اطمینان از حفظ حریم خصوصی بیمار اقدامات درمانی مورد نظر را در شرایط استریل و سپتیک انجام میدهند.
a) در صورت مشاهده علائم غیر طبیعی به پزشک اطلاع میدهند.
b) پرسنل بالینی در حین انجام اقدامات توسط پزشک علائم حیاتی بیمار را مرتباً مانیتورینگ مینماید.
- در پایان هر اقدام درمانی پرسنل بالینی پوزیشن راحت و مناسب برای بیمار ایجاد کرده و آموزشهای لازم را میدهد.
- پرسنل بالینی پس از پایان کار و اقدامات درمانی وسایل کار را جمع آوری و سپس وسایل عفونی را طبق دستورالعمل دفع پسماندها دفع میکنند...
- در پایان هر اقدام درمانی پرسنل دستکشها را خارج و دستها را به روش صحیح شسته و ضد عفونی میکند.
- سپس گزارش مربوط به اقدام درمانی را در گزارش پرستاری نوشته و مهر و امضای میکند.
- گزارش اقدامات درمانی انجام شده توسط پزشک مربوط در برگ شرح عمل ثبت میشود.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI20.4.01	
عنوان دستورالعمل	اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از انواع اندوسکوپی	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربه بیمارستان / کتاب استانداردهای نظام پرستاری	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	از ۲	

۱۲) پرسنل بالینی علایم حیاتی بیمار را از نظر خونریزی مرتبا کنترل مینماید و در صورت موارد غیر طبیعی به پزشک معالج اطلاع میدهد و در صورت نیاز به مانیتورینگ بیمار مواردی مانند گذاشتن PACE MAKER شرایط لازم را مهیا میکند.

۱۳) پرسنل بالینی پس از پایان شیفت بطور FACE TO FACE بیمار را تحویل شیفت بعدی میدهند

مسئولیتها و اختیارات : پرستار پایش و مانیتورینگ بیمار

امکانات موردنیاز : دستگاه پالس اکسی متر، مانیتورینگ قلبی، فشار سنج و سایل حفاظت فردی وسایل مور نیاز با توجه به نوع

پروسیجر

کارکنان مرتبط : پرستار

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مدیرخدمات پرستاری

ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	حسن مهربان (سوپروایزر بالینی) محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI21.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، ایین نامه های ابلاغی استانداردهای خدمات پرستاری		

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان

عاملین انجام کار: پرسنل بخشهای درمانی و تشخیصی

پژائی و هدف : بمنظور حفظ ایمنی بیمار و جلوگیری از بروز رخدادهای نامواسته در مین و بعد از انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل و درراستاء و مفظ و ارتقاء ایمنی بیمار بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .

شیوه انجام کار :

- ۱) اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل براساس لیست اقدامات اعلام شده می باشد
- ۲) شناسائی بیماران می بایست با براساس دستورالعملها حداقل در دو مرحله زمان آماده سازی و قبل از شروع اقدام صورت گیرد
- ۳) در تمامی اقدامات اخذ رضایت آگاهانه ضروری است (مگر در موارد اورژانس)
- ۴) رعایت اصول شناسائی بیمار و اطمینان از انجام اقدامات برابر با چک لیست جراحی ایمن ضروری می باشد .
- ۵) پایش و مانیتورینگ بیماران در قبل حین و بعد از انجام پروسیجر مانند اقدامات در اتاق عمل می باشد با این تفاوت که این اقدامات در بخش صورت می گیرد .
- ۶) در صورت هوشیاری بیمار اطمینان لازم به بیمار از بیحسی انجام شده و کنترل درد ناشی از انجام پروسیجر داده می شود
- ۷) آموزشها و توضیحات مورد نیاز جهت همکاریهای که بیمار باید در حین انجام پروسیجر انجام دهد داده می شود
- ۸) آموزشهای بعد از انجام پروسیجر و نکات مورد نیاز به بیمار داده می شود .
- ۹) پیش از شروع پروسیجر می بایست از وجود تمامی وسایل مورد نیاز (اقلام مورد نیاز در فرایند پروسیجر ، وسایل حمایتی از بیمار : اکسیژن ، ساکشن ، ترالی اورژانس ، الکتروشوک) اطمینان حاصل کرد
- ۱۰) رعایت اصول ایمنی بیمار و همچنین موارد کنترل عفونت در تمامی مراحل انجام کار ضروری است
- ۱۱) پس از اتمام فرایند می بایست بیمار از لحاظ درد ، خونریزی ، و کارکرد مطلوب (کاتترها و) ، نشت مایعات از محل پونکسیونها بررسی و ارزیابی گردد و در صورت وجود هرگونه مشکل موارد به اطلاع پزشک مربوطه رسانده و اقدامات مورد نیاز انجام شود
- ۱۲) تمامی اقدامات انجام شده می بایست در پرونده ثبت گردد.

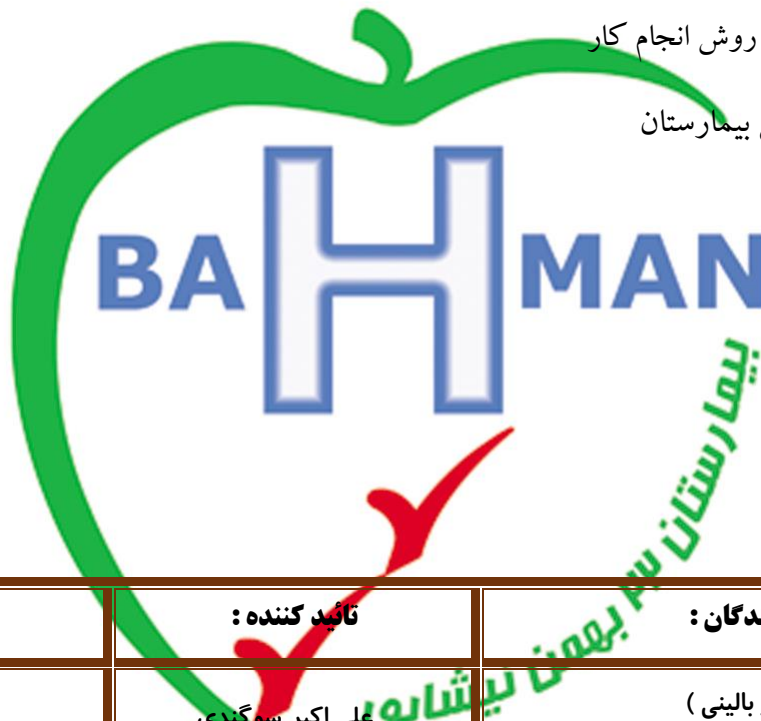
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI21. 4.01		کد دستورالعمل:
رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام اقدامات تهاجمی خارج از اتاق عمل			عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی استانداردهای خدمات پرستاری			

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای درمانی و تشخیصی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تائید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	حسن مهربان (سوپروایزر بالینی) محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PP4.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	استفاده از روشهای مهار شیمیائی		
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۱ از ۲	
منابع :	استانداردهای خدمات پرستاری (سازمان نظام پرستاری کشور) / راهنمای بالینی پرستاری.صلصالی		

دامنه ، کاربرد : بخشهای بستری
عامل / عاملین انجام کار : پرستاران
چرایی و هدف روش اجرائی : منظور جلوگیری از آسیب بیمار به خود و رعایت اصول ایمنی سیاست بیمارستان در استفاده از روشهای مهار شیمیائی انجام اقدام براساس اصول علمی می باشد

شیوه انجام کار:

- ۱) پزشک متخصص معالج ارزیابی و ویزیت اولیه بیمار را انجام داده و کلیه دستورات لازم را برای کنترل شیمیائی بیمار با تجویز داروهای آرام بخش و خواب آور در برگه دستورات پزشکی مکثوب می نماید.
- ۲) پرستار ارزیابی اولیه بیمار را انجام داده و کلیه دستورات پزشکی را برای مهار شیمیائی بیمار با استفاده از داروهای آرام بخش و خواب آور توسط پزشک معالج انجام داده و مراتب را در پرونده در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- ۳) پرستار ضمن ارزیابی وضعیت بیمار، کلیه وضعیت های محیطی از قبیل نور، سر و صدا و شلوغی بخش را برای تامین آرامش و آسایش بیمار کنترل نموده و ارزیابی مجدد بی قراری بیمار را انجام می دهد
- ۴) پرستار با کمک نیروهای خدمات و کمک بهیار یونیت بیمار را بررسی نموده و هرگونه وضعیتی که موجب سلب آرامش و آسایش بیمار می گردد را از قبیل لباس، ملحفه ، روتختی و وضعیت تخت بستری را اصلاح می نماید.
- ۵) پرستار با کمک نیروهای خدمات و کمک بهیاری پوزیشن مناسب را به بیمار داده و وضعیت بیمار را مرتب می نماید
- ۶) پرستار از داروهای آرام بخش و خواب آور دستور داده شده توسط پزشک معالج برای مهار استفاده نموده و مراتب را در گزارش پرستاری ثبت می نماید.
- ۷) پرستار با بیمار ارتباط برقرار نموده و توضیحات لازم را به بیمار داده و بیمار را دعوت به همکاری و آرامش می نماید
- ۸) هرگونه جابجایی بیمار با تامین ایمنی بیمار با همکاری پرستار، کمک بهیار و خدمات انجام می گردد
- ۹) سوپروایز آموزشی کلاس های آموزشی لازم را در خصوص مهار فیزیکی و شیمیائی بیماران به صورت تخصصی به تفکیک نوع بیماران برای کلیه رده های شغلی برگزار می نماید
- ۱۰) سوپروایز آموزشی کلاس های آموزشی لازم را در خصوص مهار بیماران و جابجایی آن ها برای کلیه نیروهای خدمات برگزار می کند
- ۱۱) کارشناس امور دارویی بیمارستان، داروهای آرام بخش و خواب آور مورد نیاز را برای کنترل بیماران تهیه و در اختیار بخش قرار می دهد
- ۱۲) پرستار آگاهی های لازمه را در خصوص بیماری روند درمان و پیش آگهی بیماری فصلی بیمار در حد نیاز برای تامین آسایش و آرامش فکری به بیمار می دهد

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PP4. 5.01	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	استفاده از روشهای مهار شیمیائی	
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۲ از ۲
منابع :	استانداردهای فدمات پرستاری سازمان نظام پرستاری کشور / راهنمای بالینی پرستاری.مصلصالی	

۱۳) در صورت نیاز با دستور پزشک معالج، مشاوره های روان پزشکی درخواست شده و پرستار شیفت پیگیری های لازم را جهت اطلاع متخصص روان پزشکی برای انجام مشاوره به عمل می آورد

۱۴) کلیه اقدامات انجام شده توسط پرستار در گزارش پرستاری به تفکیک تاریخ و ساعت مکتوب می گردد.

مسئولیتها و اختیارات :

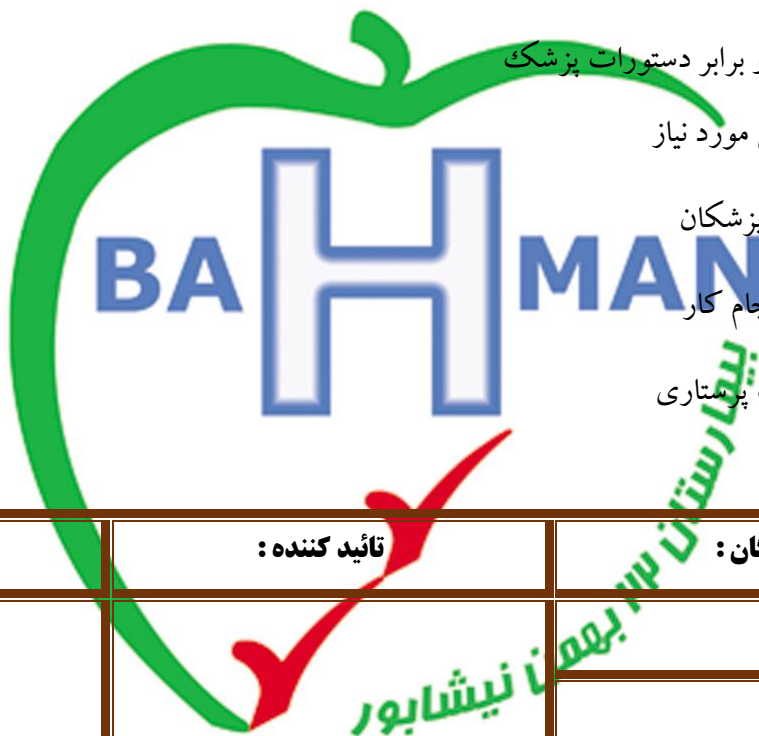
پرستار مسئول استفاده از دارو برابر دستورات پزشک

امکانات مورد نیاز : داروهائی مورد نیاز

کارکنان مرتبط : پرستاران / پزشکان

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مدیر خدمات پرستاری



تایید کننده :	تهیه کنندگان :	ابلاغ کننده :
علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	محدثه بتوتی (سوپروایزر)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
	ثریا قره باغی (سرپرستار)	
	جواد پورعبادی (سرپرستار)	
	طاهر صفوی (سرپرستار)	
	فاطمه صادقی (سرپرستار)	
	محمد شمس آبادی (سرپرستار)	
	فاطمه دهنوی (سوپروایزر کنترل عفونت)	
	مریم فدایی (هماهنگ کننده ایمنی)	

کد روش اجرایی:	NUMS.22BH.CT.PP5. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرایی	استفاده از ابزارهای مهار فیزیکی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	استانداردهای خدمات پرستاری سازمان نظام پرستاری کشور / راهنمای بالینی پرستاری. مصلحی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه کاربرد :	بخشهای بستری
عامل / عاملین انجام کار :	پرستاران
چرایی و هدف روش اجرایی :	منظور جلوگیری از آسیب بیمار به خود و رعایت اصول ایمنی سیاست بیمارستان در استفاده از مهارهای فیزیکی
انجام اقدام براساس اصول علمی می باشد	

شیوه انجام کار:

- ۱) انجام مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج در پرونده صورت می پذیرد
- ۲) تمامی نیروهائی که به هر نحوه بر بالین بیمار حاضر شده و جهت بیمار خدمتی انجام می دهند باید پس از پایان ارائه خدمت به بیمار و پیش از ترک بیمار از کشیدن بودن نرده های محافظ کنار تخت و از درستی کار آنها اطمینان یابند .
- ۳) در صورتیکه بیمار بیقرار می باشد و احتمال ایراد صدمه به خود را بواسطه کشیدن کاناها های حیاتی متصل به خود را دارد از دستبندها و پابندهای پارچه ای تهیه شده در بخش استفاده خواهد شد .
- ۴) پرستار مسئول بیمار موظف است در صورت استفاده از وسائیل مهارکننده جهت بیمار نسبت به کنترل سیرکولیشن اندامهائی که مهار شده اند اقدام نمایند .
- ۵) نظارت بر نحوه مهار بیمار به نحوی که در جریان خونرسانی به انتهای اندامهای بیمار خللی وارد نسازد پرستار مسئول بیمار می باشد .
- ۶) پرستار مسئول بیمار موظف است پیش از انجام تغییر پوزیشن ها از باز شدن مهارهای استفاده شده اطمینان یابد
- ۷) استفاده از مهارهای فیزیکی تنها در شرایطی که امکان کنترل بیمار میسر نمی باشد توصیه می گردد
- ۸) سوپروایر آموزشی کلاس های آموزشی لازم را در خصوص مهار فیزیکی و شیمیایی بیماران به صورت تخصصی به تفکیک نوع بیماران برای کلیه رده های شغلی برگزار می نماید

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PP5. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	استفاده از ابزارهای مهار فیزیکی		
زمان تدوین :	شهریور ۱۳۹۸	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	استانداردهای فدمات پرستاری سازمان نظام پرستاری کشور / راهنمای بالینی پرستاری.مصلحی		

مسئولیتها و اختیارات :

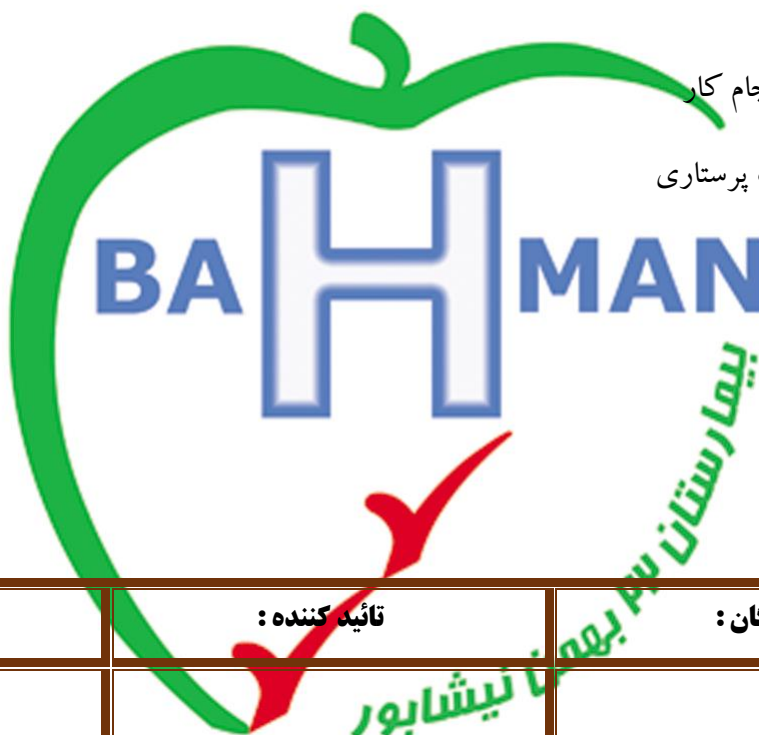
پرستار مسئول استفاده از ابزار

امکانات موردنیاز : ابزارهای فیزیکی مهار (دستبند و پابند)

کارکنان مرتبط : پرستاران

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مدیر خدمات پرستاری



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
محدثه بتوئی (سوپروایزر)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
ثریا قره باغی (سرپرستار)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
طاهر صفوی (سرپرستار)		
فاطمه صادقی (سرپرستار)		
محمد شمس آبادی (سرپرستار)		
فاطمه دهنوی (سوپروایزر کنترل عفونت)		
مریم فدایی (هماهنگ کننده ایمنی)		

کد روش اجرایی:	NUMS.22BH.CT.WI22. 4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرایی	دستورالعملهای خود مراقبتی برای بیماریهای شایع		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : بخشهای درمانی
عاملین انجام کار: پرسنل پرستاری / پزشکان
<p>پژائی و هدف : بمنظور رفع نیازهای خود مراقبتی و مفظ و سلامت مراجعین سیاست بیمارستان شناسائی بیماریهای شایع و ارائه آموزشهای خود مراقبتی می باشد و در این راستا دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .</p>

شیوه انجام کار :

- ۱) مسئول / هر بخش موظف است نسبت به شناسائی ۵ بیماری شایع خود اقدام نماید .
- ۲) با هماهنگی پزشکان و سوپروایزر آموزشی جزوات لازم جهت آموزشهای مورد نیاز به بیماران در جهت خود مراقبتی در حین بستری و پس از ترخیصرا تدوین نماید .
- ۳) با هماهنگی پزشکان و سوپروایزر آموزشی جزوات لازم جهت آموزشهای مورد نیاز به بیماران در جهت خود مراقبتی در پس از ترخیص را تدوین نماید .
- ۴) بمنظور یکپارچه سازی آموزشهای مورد نیاز به بیماران در حین بستری و پس از ترخیص مسئول بخش موظف است نسبت به نظارت بر روند آموزشهای داده شده به بیماران توسط کارکنان خود می باشد .
- ۵) محور آموزشها می بایست در حوزه پیشگیری از بیماری، کنترل عفونت ، احتیاط های ایمنی ، باز توانی ، پیگیری روند درمان می باشد .
- ۶) سوپروایزر آموزشی می بایست نسبت به پایش اثربخشی آموزشهای داده شده اقدام نماید .

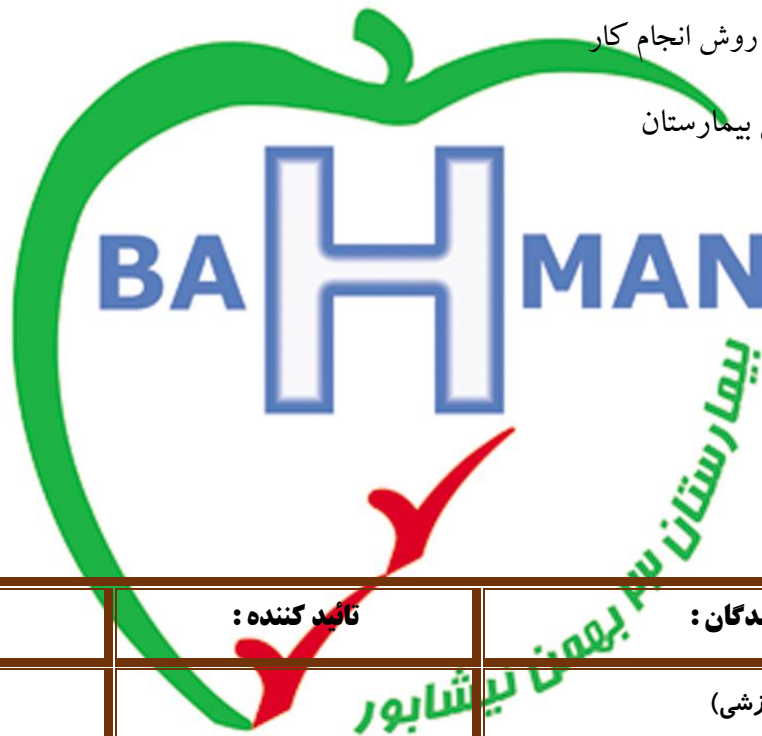
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI22.4.01	کد دستورالعمل:
دستورالعملهای خود مراقبتی برای بیماریهای شایع		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای درمانی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده:	تأیید کننده:	تهیه کنندگان:
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	محدثه بتوئی (سپروایزر آموزشی)
		حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)
		جواد پورعبادی (سرپرستار)
		ثریا قره باغی (سرپرستار)

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI23.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد: واحدهای درمانی و تشخیصی
عاملین انجام کار: پرسنل منشی / آزمایشگاه / تصویر برداری
مقراضی و هدف : بمنظور اطلاع افراد و مراجعین از نتایج تستهای معوقه و در (استاء سیاست های ایمنی و پیشگیری بیمارستان دستوراعمل ذیل تدوین و ابلاغ شده است

شيوه انجام کار :

- در هنگام ترخیص بیمار در صورتیکه بیمار آزمایش / تست معوقه داشته باشد رسید آن توسط منشی به وی تحویل داده می شود و در آموزشهای هنگام ترخیص نیز اهمیت پیگیری آزمایشات معوق اعلام می شود .
- پس از آماده شدن جواب آزمایشات در صورتیکه بیمار مرخص شده باشد متصدی آزمایشگاه با تلفن درج شده در پرونده بیمار تماس گرفته اعلام می دارد جواب آزمایشات آماده می باشد موارد در سیستم و یا دفتر مربوطه ثبت می گردد.
- در صورتیکه در بار اول فرد پاسخگو نباشد این امر در سه نوبت دیگر تکرار می گردد و موارد ثبت می شود .



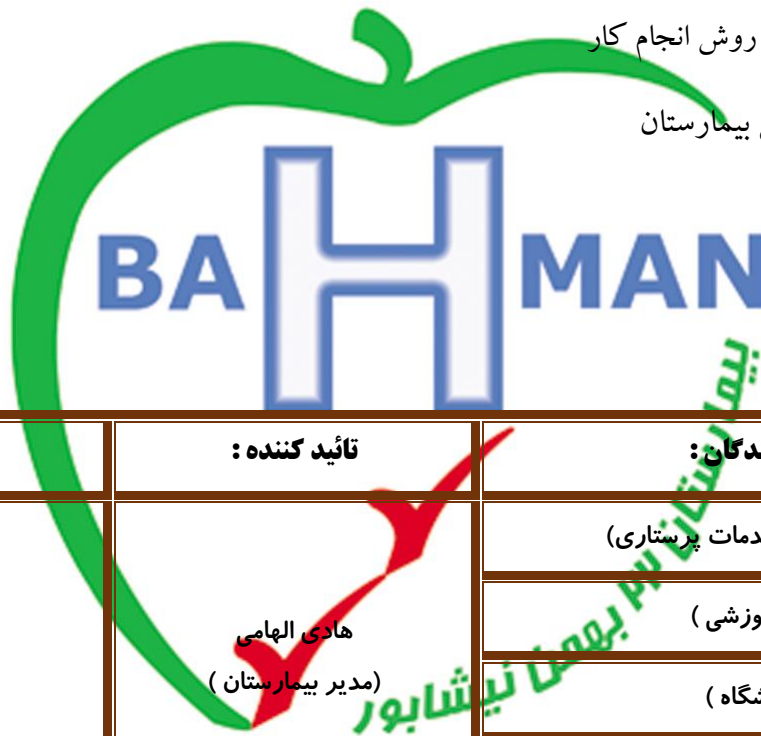
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI23.2.01	کد دستورالعمل:
نحوه برقراری ارتباط برای اطلاع رسانی نتایج معوق پاراکلینیک		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

امکانات موردنیاز :-

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای پاراکلینیک و درمانی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)
		محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)
		عبدالله ابادی (مسئول تصویر برداری)

کد فط مشتی:	NUMS.22BH.CT.PP6.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مشتی	مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی استانداردهای خدمات پرستاری		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : کل بخشهای درمانی
عاملین انجام کار: پرسنل پرستاری
پژائی و هدف : بمنظور کنترل شرایط و وضعیت علائم میاتی بیمار سیاست بیمارستان پایش و مانیتورینگ علائم در بیماران حاد می بادشد و در این راستاء دستورالعمل ذیل تدوین و ابلاغ گردیده است .

شئوه انجام کار :

- ۱) پزشک دستور مانیتورینگ مداوم بیمار و کنترل علائم حیاتی و کنترل درصد اشباع اکسیژن خون را در برگ دستورات پزشک ثبت می کند
- ۲) پرستار ضمن چک کردن دستورات پزشک ، بیمار را تحت مانیتورینگ قلبی قرار می دهد در صورت هر گونه کاهش یا افزایش در موارد فوق پزشک را مطلع می نماید و طبق دستور پزشک اقدامات مربوطه را انجام می دهد.
- ۳) پرستار جهت اندازه گیری فشار خون، ابتدا باز و بند با اندازه مناسب را انتخاب می کند و سپس بازو بند را دور بازوی بیمار قرار می دهد. به صورتی که قسمت قابل باد شدن قسمت بازو بند حدود دو سوم از طول بازو را بپوشاند و طول بازو بند به صورتی باشد که حدود ۱/۵ دور به دور بازوی بیمار میسجد و به تحتانی بازو بند حدود ۲/۵ سانتی متر در بالای چین جلوی آرنج قرار داشته باشد.
- ۴) پرستار دقت می کند که بیمار از ۳۰ دقیقه قبل مصرف کافئین نداشته باشد و حداقل ۵ دقیقه استراحت کرده باشد
- ۵) پرستار وضعیت بازو را طوری تنظیم می کند که شریان بازو در سطح قلب قرار بگیرد (تقریباً هم سطح با چهارمین فضای بین دنده ای در محل اتصال آن با جناح)
- ۶) پرستار در صورت اتصال بیمار به دستگاه مانیتورینگ ، با فشردن دکمه کنترل BP ، فشار خون بیمار شامل فشار سیتولیک، فشار خون دیاستولیک را اندازه گیری کرده و در پرونده بیمار ثبت و چارت می کند.
- ۷) پرستار در صورت نیاز به کنترل دستی فشارخون، بعد از بستن بازو بند، کاف فشار سنج را به حدی افزایش می دهد که نبض رادیال ناپدید شود ، این فشار را از روی مانومتر خوانده و ۲۰ میلی متر جیوه به آن اضافه می کند. از این حاصل جمع به عنوان نقطه ای برای سنجش های بعدی استفاده می کند تا از بوجود آمدن ناراحتی غیر ضروری در اثر فشارهای بازو بند جلوگیری شود. سپس قسمت بل گوشی را از روی شریان بازویی قرار میدهد و بازو بند را به آهستگی و با سرعت تقریباً ۳-۲ میلی متر جیوه در ثانیه خالی می کند و در همین حین عمل سمع صدا را انجام می دهد و اعداد مربوطه به سمع صداهای کورتوکوف و قطع آن را ثبت می کند.

کد فط مشی :	NUMS.22BH.CT.PP6.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مشی	مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی ، استانداردهای خدمات پرستاری		

- ۱) پرستار جهت کنترل تعداد ریت قلبی (HR) با استفاده از عدد ثبت شده در مانیتور میزان HR را در پرونده بیمار ثبت می کند. در بیماران AF، تعداد نبض Apical با استفاده از گوشی در یک دقیقه سمع و ثبت می گردد در صورت نیاز به ثبت میزان PR (تعداد نبض) از نبض های محیطی مانند کاروتید، برای کال، رادیال و فمورال استفاده می کند. و پس از شمارش نبض و محاسبه تعداد نبض در یک دقیقه ، در پرونده بیمار ثبت می کند. (اگر ریتم تنظیم نبود تعداد نبض را در ۱۵ ثانیه شمارش نموده و سپس در عدد ۴ ضرب می کند، اگر تعداد ضربان بطور غیر طبیعی کند یا سریع بود ، تعداد نبض را در یک دقیقه کامل شمارش می کند.
- ۲) پرستار جهت کنترل تعداد تنفس (RR)، تعداد بالا رفتن قفسه سینه را در طی ۱۵ ثانیه یا ۱ دقیقه شمارش نموده و ثبت می کند. پرستار جهت کنترل RR همچنان که نبض را کنترل می کند انگشتان خور را روی مچ بیمار نگه می دارد و بدون آگاه سازی بیمار تعداد تنفس وی را شمارش می کند.
- ۳) پرستار جهت کنترل درجه حرارت (T) از روش اورال استفاده می کند در هنگام از ترومتر، ابتدا با تکان دادن دماسنج آن را به حداکثر از ۳۵/۵ رساند. پس ترومتر را در زیر زبان قرار داده و به بیمار آموزش می دهد لب های خود را ببندد و پس از ۳-۵ دقیقه درجه حرارت را خوانده و ثبت می کند.
- ۴) پرستار جهت کنترل در صد اشباع اکسیژن خون شریانی (SPO2)، پروپ پالس اکسیمتر را به بیمار وصل نموده و میزان SPO2 بیمار را کنترل و ثبت می کند

مسئولیتها و اختیارات : پرستار پایش و مانیتورینگ بیمار

امکانات مورد نیاز : دستگاه پالس اکسی متر، مانیتورینگ قلبی، فشار سنج

کارکنان مرتبط : پرستار ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار
فرد پاسخگو : مدیر خدمات پرستاری

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
محدثه بتوئی (سپروایزر آموزشی)	علی اکبر سوگندی (مدیر بیمارستان)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
ثریا قره باغی (سرپرستار)		

کد فط مشی :	NUMS.22BH.CT.PP7.5.01	
عنوان فط مشی	انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، ایین نامه های ابلاغی استانداردهای خدمات پرستاری	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۲	

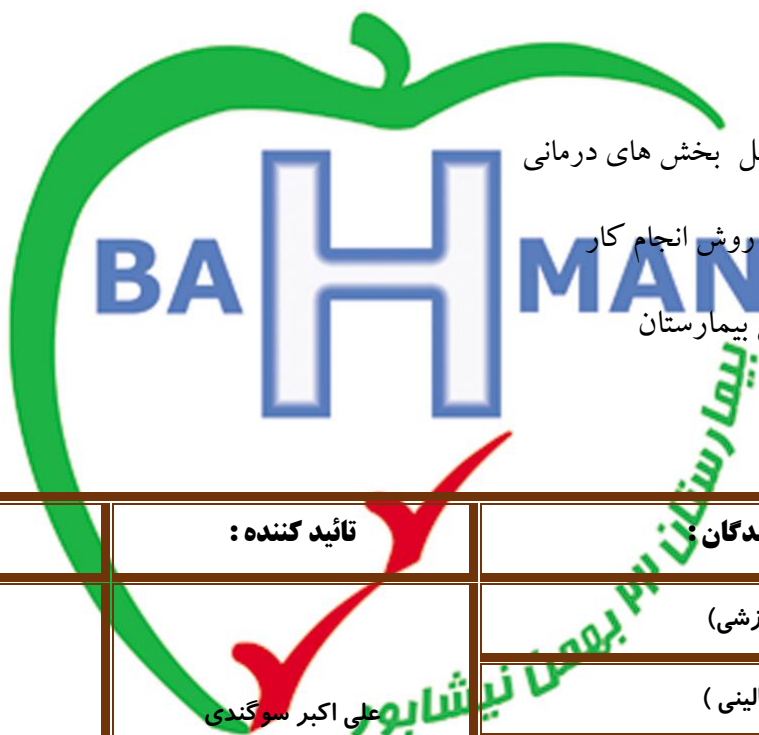
دامنه ، کاربرد : کل بخشهای درمانی
عاملین انجام کار: پرسنل بخشهای درمانی
مژائی و هدف : با توجه به لزوم ارائه خدمات تفصی در مواردیکه جان بیمار به مخاطره افتاده است سیاست بیمارستان انتقال سریع و بدون فوت وقت بیمار به بخش تفصی با توجه به شرایط و پناسیل مویود فواهد بود

شویه انجام کار :

- ۱) کلیه مسئولین شیفتها باید در ابتدای شیفت کاری بیماران بدحال بخش را شناسایی نموده و نسبت به مدیریت درمان و پیگیری کارهای آنها اقدامات لازم را مبذول دارند.
- ۲) در صورت نیاز به ویزیت پزشک معالج باید مراتب به اطلاع وی برسد و تا زمان حضور پزشک معالج پیگیری موارد درمان وی با پزشک اورژانس (در بخش اورژانس) است.
- ۳) پس از ویزیت بیمار توسط پزشک معالج در صورتیکه دستور انتقال به بخش ویژه داده شود بلافاصله می بایست براساس خط انتقال بین بخشی بیماران اقدام گردد (اخذ پذیرش و انتقال بیمار) اجرای دستورالعمل فوق نمی تواند دلیلی بر تاخیر در انتقال بیمار باشد
- ۴) در صورت نیاز به انجام اقدامات تخصصی بخشهای ویژه وعدم پذیرش توسط بخش مقصد بلافاصله سوپروایزر وقت از سوی مسئول شیفت در جریان قرار خواهد گرفت
- ۵) پیگیری روند پذیرش بیمار به بخش تخصصی به عهده سوپروایزر خواهد بود تا براساس دستورالعملها اقدام نماید
- ۶) پرستار مسئول شیفت باید کلیه اقدامات انجام شده برای بیمار را در دفتر گزارش و پرونده بیمار ثبت نماید.
- ۷) پرستار بیمار موظف است وسایل و تجهیزات مورد نیاز در زمان انتقال را پیشبینی و از آماده بکار بودن آنها پیش از انتقال بیمار اطمینان حاصل نماید(تجهیزات مورد نیاز با توجه به نوع بیماری و شرایط بیمار کیف CPR ، اکسیژن ، پالس اکسی متر ، مانیتورینگ و ...)
- ۸) در هنگام تحویل و تحول بخش باید بیماران بدحال به صورت کامل با ذکر اقدامات صورت گرفته و اقدامات قابل پیگیری تحویل و تحول شوند.
- ۹) تحویل و تحول و انتقال بیمار تنها با حضور پرستار امکان پذیر می باشد .
- ۱۰) پرسنل خدمات در کلیه مراحل حمل و نقل و جابجایی بیماران بدحال باید حضور داشته باشند گردد.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.PP7.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی استانداردهای خدمات پرستاری		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

۱۱) تا زمان انتقال و تحویل بیمار مسئولیت بیمار به عهده بخش مبدا می باشد



امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بخش های درمانی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تأیید کننده :	تهیه کنندگان :	ابلاغ کننده :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	محدثه بتوئی (سپروایزر آموزشی)	دکترا احمد درودی رئیس بیمارستان
	حسن مهربان (سپروایزر بالینی)	
	جواد پورعبادی (سرپرستار)	
	ابوالفضل مرزانی (سرپرستار)	
علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)		

کد فط مشی :	NUMS.22BH.CT.PPS. 5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مشی	نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، آیین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱	از	۳

دامنه ، کاربرد : بخشهای درمانی / ویژه
عاملین انجام کار : پرسنل پرستاری / پزشکان
میراثی و هدف : بمنظور استفاده بهینه از تختهای ویژه بیمارستان و در (استاء ارتقاء) ایمنی بیماران سیاست بیمارستان جهت ترفیص و پذیرش در بخشهای ویژه به شرح ذیل می باشد.

شیوه انجام کار :

اندیکاسیون پذیرش و ترفیص بیمار در: CCU

- پزشک متخصص قلب دستور بستری بیمار را در CCU صادر می نماید. در صورتیکه پزشک معالج آنکال / مقیم آن روز نمی باشد هماهنگی جهت اخذ پذیرش با آنکال یا مقیم الزامی می باشد
- پزشک متخصص قلب، پس از اتمام درمان در صورت صلاحدید بیمار را ترخیص می نماید.
- در موارد اورژانسی که نیاز به تخت خالی در بخش می باشد با نظر پزشک آنکال برخی از بیماران از بخش ترخیص می شوند
- *در صورت ترخیص با میل شخصی:
- مسئول شیفت در صورت تمایل بیمار میلی بر ترخیص با رضایت شخصی پس از توجیه بیمار، پزشک مقیم / آنکال قلب را مطلع می سازد.
- پزشک مقیم مجدداً خطرات احتمالی و عوارض جانبی ترخیص با میل شخصی را برای بیمار و همراهش توضیح داده و در صورت عدم تغییر نظر بیمار ، پزشک معالج بیمار را مطلع می نماید.
- پزشک مقیم قلب پس از هماهنگی با پزشک معالج دستور ترخیص با میل تشخیصی را در پرونده ثبت می نماید.

اندیکاسیون پذیرش بیماران در: ICU (تازمان بازگشائی مجدد اتاق عمل براساس پذیرش بفش ICU داخلی اقدام شود)

- پزشک بیهوشی اتاق عمل در صورت صلاحدید جهت انتقال بیمار از ریکاوری یا بلافاصله بعد از اتمام جراحی، هماهنگی لازم را با پزشک بیهوشی مقیم ICU انجام داده و بیمار به ICU منتقل می شود.
- پزشک معالج ضمن ویزیت بیمار در صورت نیاز به بستری در ICU مشاوره بیهوشی را درخواست و دربرگه مشاوره و دستورات پزشک ثبت می نماید*(در صورت صلاحدید پزشک معالج وضعیت بیمار را به اطلاع پزشک مقیم بیهوشی می رساند)
- مسئول شیفت جهت انجام مشاوره بیهوشی بیمار توسط متخصص بیهوشی مقیم اقدام می نماید.

کد فط مثنی : NUMS.22BH.CT.PPS. 5.01	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مثنی : نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه	
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
مذایع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی	شماره صفحه : ۲ از ۳

۴) پزشک بیهوشی مشاوره بیمار را انجام و در صورت صلاحدید دستور انتقال بیمار به ICU رادر پرونده ثبت می نماید.

۵) در خصوص بیماران نروسرجر انتقال بیمار نیاز به مشاوره بیهوشی ندارد

۶) در خصوص انتقال بیماران نیازمند تخت ICU داخلی در صورت نبود تخت خالی در ICU داخلی بیماران در این بخش با نظر

متخصص بیهوشی و دستور متخصص داخلی این امر صورت می گیرد

۷) پزشک معالج / متخصص بیهوشی ، پس از اتمام درمان در صورت صلاحدید بیمار را ترخیص می نماید.

۸) در موارد اورژانسی که نیاز به تخت خالی در بخش می باشد با نظر پزشک آنکال نروسرجر / بیهوشی برخی از بیماران از بخش

ترخیص می شوند

اندیکاسیون پذیرش بیماران در: ICU داخلی

۱) پذیرش بیماران در این بخش با دستور متخصصین داخلی صورت می گیرد (در صورت وجود متخصص مقیم بیهوشی پذیرش با

دستور و تایید ایشان است)

۲) در صورت نیاز به تخت ICU جراحی و خالی نبودن آن پذیرش بیماران جراحی در این بخش با هماهنگی با آنکال داخلی می باشد

۳) در موارد اورژانسی که نیاز به تخت خالی در بخش می باشد با نظر پزشک آنکال داخلی برخی از بیماران از بخش ترخیص

می شوند

۴) پزشک معالج / متخصص داخلی آنکال ، پس از اتمام درمان در صورت صلاحدید بیمار را ترخیص می نماید.



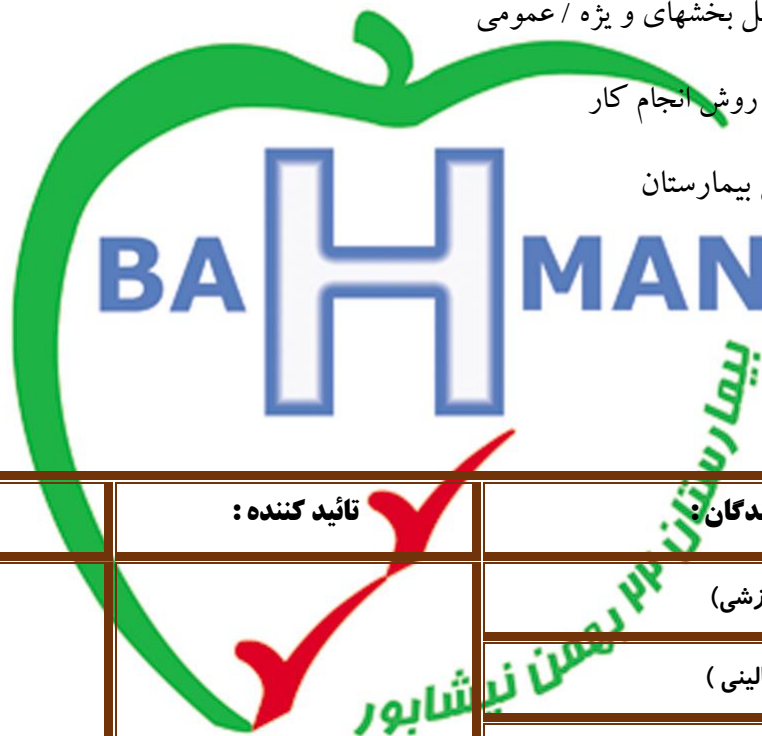
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.PPS. 5.01	کد فط مشتی :
نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه		عنوان فط مشتی
شماره صفحه : ۳ از ۳	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
مصادیق : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای ویژه / عمومی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسفگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	محدثه بتوئی (سپروایزر آموزشی)
		حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)
		جواد پورعبادی (سرپرستار)
		طاهره صفوی (سرپرستار ICU)
		مرضیه احمدی (سرپرستار ICU)
		طیبه اقا محمدی سرپرستار

کد فط مثنی :	NUMS.22BH.CT.PP9.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مثنی	شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : تمامی بخشهای بستری
عاملین انجام کار: پرسنل پرستاری
پژائی و هدف : بمنظور ارائه خدمات مطلوب به بیماران ماد و اورژانسی و جهت شناسائی این بیماران سیاست بیمارستان تدوین فط مثنی ذیل می باشد

شئوه انجام کار :

- تمامی مسئولین شیفتها/ پرستاران در ابتدای هر شیفت موظف به ارزیابی بیماران می باشند و بر اساس این ارزیابی می بایست بیماران بدحال را شناسائی نمایند
- ملاکهای این ارزیابی ، تغییر در سطح هوشیاری ، علائم حیاتی و ... می باشد .
- در صورت هر گونه تغییر در وضعیت بیمار این تغییر در ابتدا می بایست به اطلاع پزشک معالج برسد در صورتیکه عدم دسترسی به پزشک معالج باید موارد به اطلاع پزشک آنکال / مقیم گروه تخصصی مربوطه برسد .
- در صورتیکه وضعیت بیمار به گونه ای است تا زمان رسیدن پزشک متخصص آنکال / معالج حیات بیمار به مخاطره می افتد در بخشهای بستری پزشک کلینیک سرپائی موظف به حضور در بالین بیمار و ارائه دستورات تا زمان حضور متخصص آنکال ؟ پزشک معالج می باشد .
- ارزیابی بیمار با توجه به شرایط و حال عمومی فرد بصورت مداوم صورت می گیرد و اینگونه نمی تواند باشد که در ابتدای شیفت تنها صورت گرفته باشد .
- مسئولین شیفت موظف هستند که بیماران بدحال را که نیاز به مراقبت ویه تری دارند به رعایت حجم کار تقسیم شده به پرستاران با سابقه بسپارند .
- در خصوص بیمارانی بدحال که در بخشهای عمومی دارای همراهی می باشند می بایست اطلاعات اولیه در خصوص شرایط عمومی بیمار داده شود و آموزش داده شود در صورت احساس تغییر در شرایط بلافاصله به پرستار / مسئول شیفت اطلاع رسانی گردد تا اقدامات لازم و ارزیابی تخصصی صورت گیرد .
- در صورتیکه بیمار از بخشهای عمومی دستورات انتقال به بخش ویژه را اشته هماهنگی جهت انتقال می بایست صورت گیرد .
- در صورت عدم وجود تخت خالی در بخش ویژه درخواستی مراتب به اطلاع سوپروایزر رسانده می شود تا تصمیمات جهت انتقال بیمار اخذ گردد .

کد فط مشی :	NUMS.22BH.CT.PP9.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان فط مشی	سناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

۱۰) در خصوص بیماران با شرایط بحرانی امکانات لازم جهت مانیتورینگ علائم حیاتی بیمار تا زمان انتقال فراهم شده و خدمات تخصصی مورد نیاز در بخش مبدا داده می شود .

۱۱) تمهیدات لازم جهت مراقبت اختصاصی از این بیماران توسط مسئول بخش در جهت تامین نیرو در شیفتها انجام می شود .

۱۲) اولویت پذیرش در بخشهای ویژه با بیماران در حال انتظار می باشد .

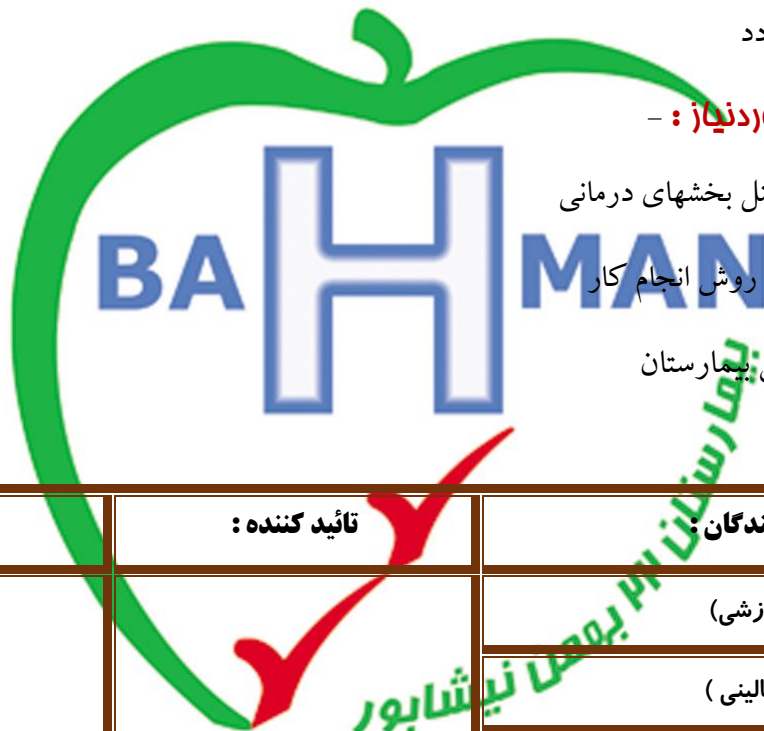
۱۳) مشکلات موجود در تمامی مراحل به سوپروایزر گزارش می شود و توسط ایشان در دفاتر مربوطه ثبت می گردد تا نسبت به رفع اشکالات موجود اقدام گردد

امکانات مورد نیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای درمانی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تاریخ ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)
		جواد پورعبادی (سرپرستار)
		فاطمه صادقی (سرپرستار)
		ثریا قره باغی (سرپرستار)

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI24.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	اعمال جراحی بیماران عفونی مسری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : پرسنل بخشهای جراحی ، اتاق عمل ، اورژانس
عاملین انجام کار: پرسنل بخشهای جراحی ، اتاق عمل ، اورژانس
پرائی و هدف : بمنظور ارائه خدمات به بیماران عفونی که نیاز به اعمال جراحی نیز دارند در جهت جلوگیری از اشاعه عفونت به سایر بیماران بیمارستان دستورالعمل ذیل را ابلاغ نموده است

شیوه انجام کار :

- بیماران پر خطر بیمارانی هستند که احتمال مرگ و میر آنان حین و پس از عمل جراحی بیش از ۵ درصد تخمین می گردد و کاندیدای انجام مشاوره های تشخیصی/جراحی، بیهوشی و مراقبت های ویژه می باشند بر حسب تقسیم بندی انجمن بیهوشی آمریکا بیماران را از نظر وضعیت فیزیکی به ۶ دسته (ASA Class) تقسیم می کنند. در این بیماران پیش آگهی بیماری و مدت زمان انتظار برای عمل جراحی مد نظر قرار می گیرد.
- بیماران اورژانسی بیمارانی هستند که در صورت عدم ارائه به موقع اقدامات درمانی، منجر به صدمات عضوی و یا جانی و نیز مشکلات روانی بیمار می شود. در این گونه بیماران، برنامه ریزی انجام عمل جراحی بر اساس دستورالعمل بیمارستان و سطوح تریاژ به نحوی است که هیچ گونه تاخیر/تعطل منجر به تهدید جان/سلامتی بیماران رخ ندهد.
- بیماران عفونی بیمارانی هستند که قابلیت سرایت بیماری ایشان به محیط و دیگران وجود دارد. دستورالعملی در خصوص بیماران مبتلا به عفونت های مسری (نیازمند اعمال جراحی) با کمک متخصص بیماری های عفونی مرکز تنظیم و اجرایی گردد. در این دستورالعمل ترتیب زمانی انجام اعمال جراحی (به تفکیک روز، تخت عمل جراحی و ساعت انجام عمل جراحی) و لزوم رعایت احتیاطات مبتنی بر روش تماسی و قطره ای و نیز مراعات ملاحظات پیش گیری و کنترل عفونت ها در مواجهه با سایر بیماران و کارکنان (در زمان قبل ، حین و ریکاوری) لحاظ گردد. ضد عفونی تجهیزات پزشکی، اتاق و تخت های اتاق عمل در بیماران عفونی بلافاصله پس از خاتمه عمل جراحی طبق دستورالعمل جراحی ایمن الزامی است.
- بیمار پر خطر در گروه های مختلف پزشکی بر اساس تعریف، مشخص گردد و سپس اولویت بندی شوند. همچنین متخصص بیهوشی برای بیماران الکتیو جراحی براساس راهنمای بالینی ارزیابی پیش از عمل ابلاغی وزارت متبوع آبان ۹۷ اقدام نماید.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI24.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	اعمال جراحی بیماران عفونی مسری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

- نوبت دهی و پذیرش در اتاق عمل، به لحاظ وضعیت اورژانسی، عفونی و پر خطر بودن بیماران صورت می پذیرد
- (۱) بیماران عفونی و الکتیو آخرین نوبت عمل هستند و در اتاق ۵ انجام می گیرد.
 - (۲) بیمار عفونی / اورژانس: پذیرش در اتاق ۵ بلافاصله انجام می شود.
 - (۳) در صورت خالی نبودن اتاق ۵، اتاق ۲ مورد استفاده و بعد از عمل گندزدایی، نوکواسپری و اتاق
 - (۴) ریکاوری در خود اتاق عمل انجام می شود (ریکاوری ایزوله نداریم).
 - (۵) عفونت تنفس: تعویض لوله خرطومی و رابط های ساکشن
 - (۶) توسط بخش انتقال دهنده نوع عفونی بودن به اتاق عمل خبر داده شود.
 - (۷) بلافاصله تجهیزات مورد نیاز داخل اتاق عمل مربوطه قرار داده شود.
 - (۸) اطلاع عفونی بودن بیمار به بخش منتقل شوند.
 - (۹) اول نوکواسپری وسایل بعد انتقال به CSR



امکانات مورد نیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای جراحی ، اتاق عمل ، اورژانس

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

ت تهیه کنندگان :	ت تأیید کننده :	ت ابلاغ کننده :
فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
فاطمه صادقی (سرپرستار)		

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PRI1.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	برچسب اقلام استریل شده در فرایند فراخوان		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل واحد IT / کاربران سیستم های سفت افزاری
مژائی و هدف : بمنظور رفع نیازهای تعمیراتی و رفع مشکلات سفت افزاری و نرم افزاری سیستم ها و همچنین انجام امور پشتیبانی و نگهداری آنها سیاست و دراستاء مفا ارائه خدمات بیمارستان تدوین فرایندی مدون جهت رفع نیازهای فوق می باشد

تعاریف

کد رهگیری : نام اختصاری دستگاه A (و B و شماره ی سیکل دستگاه بعنوان مثال کد A1 سیکل اول دستگاه اتوکالو A می باشد

دفتر ثبت مشخصات ست ها:

ثبت شماره کد مخصوص هر استریل کننده ، نتایج انجام آزمونهای روزانه ، نتایج آزمونهای اسپور ، نمودار یا پرینت دستگاه که مدت زمان مواجهه و درجه حرارت را مشخص نموده باشد، نام مسئول هر مرحله بار گذاری ، هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمونهای کالیبراسیون برای هر دستگاه استریل کننده ، حداقل برای یکسال نگهداری میشود

شیوه انجام کار :

- مسئول پکینگ موظف است بر روی تست کالس یک نصب شده روی بسته و ست های آماده شده جهت اتوکالو مشخصات قید می نام ست یا ابزار ، نام شخص پگ کننده ، تاریخ استریلیزاسیون، تاریخ انقضاء ، کد رهگیری کند.
- فرد استفاده کننده از ستها استریل شده پرستار مسئول پانسمان بخش و اسکراب سیرکولر اتاق عمل اولین اقدام قبل از استفاده از پک ، شاخص شیمیایی در پگ (تست کالس ۲ یا ۶) چک می نمایند . جهت اطمینان از تغییر رنگ اندیکاتور
- سیرکولر اتاق عمل تعداد اندیکاتور های کالس ۲ یا ۶ ست هایی که جهت عمل باز می شوند را در برگه شرح عمل در پرونده بیمار می چسباند
- در صورتی که ایمپلنت گذاری انجام شده باشد برچسب اندیکاتور بیولوژیک در در پرونده بیمار (شرح عمل) نصب می گردد.
- در بخش های بستری پرستار مسئول پانسمان یا هر اقدامی که نیاز به باز کردن ست استریل باشد اندیکاتور کالس ۲ یا ۶ آن را در گزارش پرستاری همان تاریخ و شیفت می چسباند.
- در صورتیکه هر گونه مشکلی در استریل ستها (تست کلاس ۲ یا ۶) مشکلی وجود داشت باید به CSR برگردانده شود
- CSR بر اساس اطلاعات درج شده نسبت به فراخوانی تمامی ستهای استریل شده با مشخصات اعلام شده اقدام می نماید.

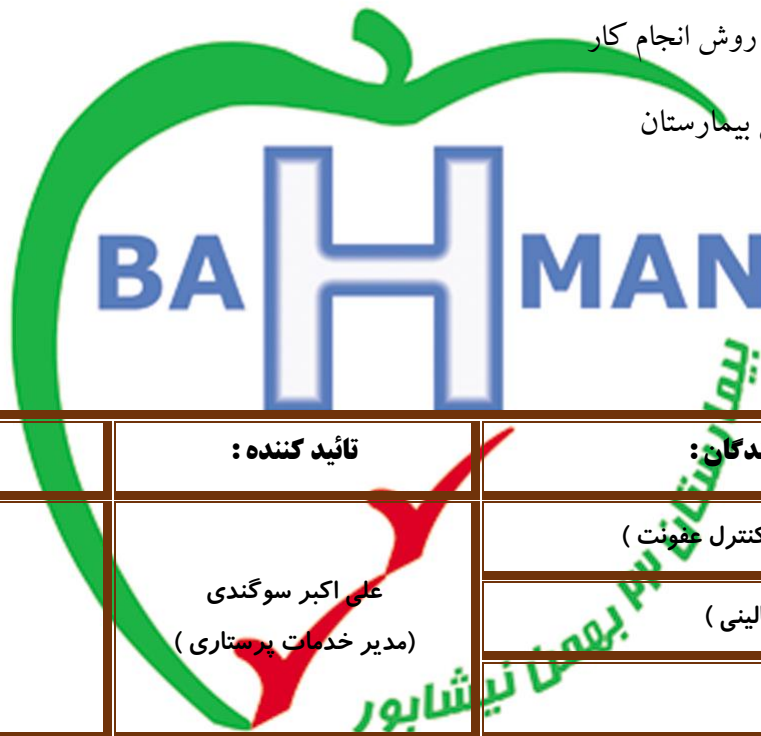
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.PR11.4.01		کد روش اجرائی:
برچسب ارقام استریل شده در فرایند فراخوان			عنوان روش اجرائی
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	مصادر :
تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی			

امکانات موردنیاز : -

کارکنان مرتبط : پرسنل CSR

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تجهه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۶		

دامنه ، کاربرد: کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل تمامی بخشهای درمانی
مقراضی و هدف : بمنظور جلوگیری از عفونتهای بیمارستانی و مفاصل ایمنی بیمار و کارکنان بیمارستان روش اجرائی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .

شیوه انجام کار :

قبل از عمل:

ارزیابی از نظر وجود عفونت:

- قبل از عمل جراحی عفونت های سایر قسمت های بدن و دور از محل عمل مشخص و توسط پزشک تحت درمان قرار گیرد.
- قند خون در بیماران مبتلا به دیابت کنترل شود.
- لازم است بیمار شب قبل از عمل دوش گرفته و یا با مواد آنتی سپتیک حمام نماید.
- موهای محل عمل مگر اینکه ایجاد مزاحمت برای عمل جراحی نماید اصلاح نشود.
- در صورت نیاز به اصلاح این کار بلافاصله قبل از عمل و با ماشین ریش تراشی انجام گیرد، این عمل در اتاق عمل صورت گیرد.

آماده نمودن پوست بیمار در اتاق عمل:

- قبل از آماده کردن پوست بیمار با مواد آنتی سپتیک به طور کامل محل و اطراف محل برش جراحی شسته و تمیز شود.
- از بتادین اسکراب برای آماده کردن پوست استفاده نشود.
- از این ماده به صورت دایره وار از محل عمل به طرف محیط جهت آماده کردن پوست به کار برده شود
- حتی الامکان اقامت قبل از عمل بیمار در بیمارستان به حداقل رسانده شود

پیشگیری با آنتی بیوتیک قبل از عمل:

- دادن آنتی بیوتیک به هیچ عنوان به معنی جایگزینی اقدامات مناسب کنترل عفونت در انجام جراحی نیست.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، ایین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۶		

۲) آنتی بیوتیک فقط در مواردی به کار برده شود که مشخص شده است از عفونت محل جراحی جلوگیری خواهد کرد.

۳) اولین دوز آنتی بیوتیک در شروع جراحی تجویز شود.

۴) NGT هر ۱۵ روز تعویض شود.

۵) قبل از جراحی های انتخابی کولورکتال با استفاده از انما و مسهل کولون از نظر مکانیکی آماده شود و روز قبل از عمل از

۶) مواد ضد میکروبی خوراکی غیر قابل جذب در دوزهای منقسم استفاده گردد.

۷) برای پروفیلاکسی ضد میکروبی به طور روتین نباید از ونکومايسين استفاده شود.

۸) تمام موارد تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی با نظر پزشک انجام می شود.

پرسنل اتاق عمل:

۱) شستشوی جراحی دست یا مالش جراحی دست بایستی قبل از عمل توسط پرسنل اتاق عمل اجرا شود. شستشوی جراحی دست در تمام اعمال جراحی تهاجمی و نسبت برای تمام پرسنل اتاق عمل شامل پزشکان - متخصصین بیهوشی و پرستاران لازم است.

۲) ماسک جراحی استاندارد استفاده شود. در صورت مرطوب شدن و در بین اعمال جراحی باید عوض شود.

۳) ماسک را نباید از گردن آویزان کرد و یا به جیب گذاشت و دوباره استفاده کرد.

۴) تمام پرسنل اتاق عمل باید از گان استریل استفاده نمایند.

۵) از شان استریل برای ایجاد سدی بین فیلد جراحی و منبع بالقوه باکتری ها استفاده گردد.

۶) تیم جراحی باید لباس های اتاق عمل شامل بلوز و شلوار پوشیده و روی آن گان بپوشند.

۷) کلاه مخصوص اتاق عمل بایستی استفاده گردد.

۸) از محافظ چشم و صورت استفاده گردد

۹) تعویض کفش انجام گیرد، در صورت احتمال آلودگی با خون یا مایعات بدن چکمه غیر قابل نفوذ آب پوشیده شود.

۱۰) ناخن ها کوتاه شده و نباید از ناخن مصنوعی استفاده گردد، از آویزان کردن جواهرات به دست و انگشتان و ساعد اجتناب شود.

۱۱) دستکش لاتکس استریل جراحی توسط پرسنل اتاق عمل پوشیده شود و در صورت آلودگی یا پاره شدن تعویض گردد.

۱۲) پوشیدن دو جفت دستکش احتمال آلودگی دست با خون یا مایعات بدن را کاهش می دهد.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

۱۳) در مواردی که دستکش آلوده شده یا بادیست برهنه تماس داشته یا تماس با هر چیز غیر استریل یا سوراخ شدن و نشی داشتن یا پارگی تعویض شود. در صورت طولانی شدن عمل هر ۲ ساعت دستکش تعویض گردد.

۱۴) محوطه و محل عمل تا پایان استریل باقی بماند.

۱۵) کنترل خونریزی حین عمل و جابجایی آرام بافت محل عمل در کاهش عفونت بعد از عمل موثر خواهد بود.

۱۶) در زمان توزیع و مصرف داروهای داخل وریدی اصول آسپسی باید رعایت گردد.

۱۷) به بافت ها به آرامی دست زده شود. فضای مرده در محل جراحی از بین برده شود.

۱۸) اگر درناژ لازم باشد از درن ساکشن بسته استفاده شود و هر چه سریع تر درن خارج گردد.

۱۹) به منظور کنترل عفونت از پادری یا زیرانداز در محل ورود به سوئیت اتاق عمل استفاده نشود.

تهویه اتاق عمل:

۱) ورود پرسنل به اتاق عمل فقط به پرسنل ضروری جهت عمل محدود شود.

۲) بجز در مواقع عبور وسایل، پرسنل و بیمار، درب های اتاق عمل بسته باشد.

۳) به منظور پیشگیری از عفونت زخم جراحی از اشعه ماوراء بنفش استفاده نشود.

۴) هوا باید فیلتر شده و تازه باشد

مراقبت از زخم بعد از عمل جراحی:

۱) اگر زخم بخیه شده است بعد از عمل به مدت ۴۸-۲۴ ساعت از پانسمان استریل استفاده گردد.

۲) قبل و بعد از تعویض پانسمان و در صورت هرگونه تماس با محل جراحی دستها باید بهداشتی شوند.

۳) اگر نیاز به تعویض پانسمان محل باشد از روش استریل استفاده گردد.

۴) علائم عفونت زخم و لزوم گزارش دهی به بیمار و خانواده وی آموزش داده شود

پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکتوستومی ایجاد میشود

۱) باید بین تخت بیماران فضای کافی (حداقل ۵/۲-۳ متر) باشد.

۲) پرسنل مکرراً دستهای خود را بهداشتی نمایند. (طبق خط مشی رعایت بهداشت دست ها طبق پروتکل مصوب وزارت بهداشت).

۳) از آوردن گلدان (حاوی خاک) به بخش ها اکیدا خودداری شود.

۴) در صورت استفاده از همراهان جهت کمک به بیمار، آموزش لازم از نظر شستن دست به آنها داده شود.

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، ایین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۴ از ۶		

- ۵) برای جابجایی ترشحات دستگاه تنفسی و لوازم مورد استفاده حتما دستکش پوشیده شود
- ۶) در هنگام ساکشن کردن ترشحات تنفسی با توجه به احتمال پاشیدن ترشحات از پیش بندهای پلاستیکی، محافظ صورت و استفاده شود.
- ۷) تا حد امکان طول اقامت بیمار در بیمارستان و استفاده از دستگاههای تنفسی کاهش یابد.
- ۸) سر بیمار در زاویه ۴۵-۳۱ درجه طبق دستور پزشک نگهداشته شود. (در بیمارانی که دچار مشکلات سیستم عصبی هستند این کار امکان پذیر نیست)
- ۹) ترشحات تنفسی به طور مرتب ساکشن گردد.
- ۱۰) اقدامات مربوط به پیشگیری از استرس اولسر انجام گردد. (طبق دستور پزشک).
- ۱۱) در صورت نیاز به استفاده از نیولایزر باید از نوعی که حجم کمتری از آب در آنها ریخته می شود استفاده کرد تا ارگاناسم ها در مایع رشد نکنند.
- ۱۲) در صورتی که بیمار هوشیار است از نظر تنفس عمیق، حرکات تنفسی و سرفه آموزش ببینند.
- ۱۳) دهانشویه با محلول کلرهگزیدین حداقل یکبار در هر شیفت انجام شود.
- ۱۴) لوله های خرطومی دستگاه هفته ای یکبار تعویض شود مگر اینکه کاملاً آلوده شده یا اختلال عملکرد پیدا کند که در این صورت می توان آنرا زودتر تعویض کرد.
- ۱۵) فیلترهای تنفسی هر ۴۸ ساعت یکبار تعویض گردد.
- ۱۶) آمبوبگ ها باید پس از ترخیص هر بیمار با گلو تار آلدئید ۲٪ ضد عفونی شوند.
- ۱۷) پس از ترخیص هر بیمار و یا در صورت ابتلا بیمار به عفونتهای دستگاه تنفس باید شیشه های ساکشن در محلول قرص کلر به مدت ۱۱ دقیقه غوطه ور و سپس آب کشی شود
- ۱۸) بیمار باید هر روز یکبار از نظر امکان جدا شدن از دستگاه تنفسی بررسی شود. (توسط پزشک)
- ۱۹) سعی شود در لوله گذاری به جای بینی از دهان استفاده شود
- ۲۰) بطری های ساکشن باید پس از پر شدن و در پایان هر شیفت در توالت خالی و با آب و شوینده های معمولی شسته شوند.

پیشگیری و کنترل عفونتهای کترهای اداری

- ۱) کاتر اداری را فقط در صورت لزوم کارگزاری کنید.

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01		کد روش اجرائی:
پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی			عنوان روش اجرائی
شماره صفحه : ۵ از ۶	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع :
تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی			

- ۲) کاتتر به محض رفع اندیکاسیون و با دستور پزشک معالج و توسط پرستار مسئول بیمار در اولین فرصت خارج گردد.
- ۳) ضرورت انجام سونداژ ادراری و روش انجام آن توسط پرستار مسئول مراقبت از بیمار، با توجه به قدرت فهم بیمار به وی توضیح داده شود.
- ۴) پرستار باید قبل از انجام پروسیجر کلیه وسایل مورد نیاز جهت انجام سونداژ را بر بالین بیمار آماده نماید
- ۵) قبل و بعد از سوندگذاری حتما دست های خود را بشویید.
- ۶) کیسه ادرار بطور منظم در یک ظرف جمع آوری ادرار تمیز و مخصوص هر بیمار جداگانه تخلیه شود و از پاشیدن و تماس شیر تخلیه با ظرف جمع آوری ادرار جلوگیری شود.
- ۷) کلیه مراحل سونداژ به روش آسپتیک انجام شود.
- ۸) در حین انتقال بیمار ابتدا یورین بگ را خالی کنید و پایین تر از سطح مثانه قرار دهید.
- ۹) در صورت احتباس ادراری جهت تخلیه ادراری از سوند نلاتون استفاده کنید.
- ۱۰) در صورت انجام سونداژ سیستم را به صورت بسته نگه دارید
- ۱۱) یورین بگ در تمام مدت پایین تر از سطح مثانه قرار گیرد.
- ۱۲) (ورین بگ هیچگاه روی زمین قرار نگیرد و از کنار تخت اویزان باشد.
- ۱۳) تعویض روتین کاتتر توصیه نمی شود مگر زمانی که اندیکاسیون داشته باشد مثلاً عفونت، انسداد یا وقتی که سیستم بسته از بین برود.
- ۱۴) در هر شیفت ۳ بار ناحیه پرینه با آب شستشو داده شود. (در افراد ناتوان توسط کمک بهیار و با نظارت پرستار).

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.PR12.4.01	کد روش اجرائی:
	پیشگیری و کنترل عفونتهای بیمارستانی	عنوان روش اجرائی
شماره صفحه : ۶ از ۶	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
		منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل اتاق عمل / بخشهای بستری

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)
		حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)
		امیر بشیری (بهداشت محیط)
		جواد پورعبادی (سرپرستار)
		فاطمه صادقی (سرپرستار)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI25.4.01	
عنوان دستورالعمل	تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، آیین نامه های ابلاغی	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۲	

دامنه ، کاربرد : بخشهای جراحی و اتاق عمل
عاملین انجام کار: پرسنل بخشهای جراحی و اتاق عمل
پژائی و هدف : بمنظور ریلوگیری از عفونت پس از اعمال جراحی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و درراستاء سیاست ارتقاء ایمنی بیماران بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است

شیوه انجام کار :

- ۱) کمیته کنترل عفونت بیمارستان نسبت به بررسی حساسیت و مقاومت جرمهای جدا شده از نمونه های کشت مربوط به بیماران اقدام می کنند.
- ۳) کمیته کنترل عفونت نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی را جهت تعیین الگوی مقاومت میکروبی و تجزیه تحلیل بصورت هر سه ماه یکبار به مدیریت اجرایی بیمارستان اطلاع می دهد.
- ۴) کمیته کنترل عفونت الگوهای مقاومت غیر طبیعی مانند مقاومت استافیلوکوک اورئوس به ونکومايسين را به مدیریت اجرایی بیمارستان گزارش می دهد.
- ۵) ریاست بیمارستان نتایج مقاومت آنتی بیوتیکی و الگوی مقاومت میکروبی را به پزشکان جهت اطلاع و اقدام جهت کنترل آن، اطلاع رسانی می کند.
- ۶) کمیته کنترل عفونت الگوی مقاومت میکروبی و الگوی مصرف آنتی بیوتیکها و تجزیه تحلیل مربوط به آنها را به کمیته کنترل عفونت شهرستان ارسال می نماید.
- ۷) کمیته کنترل عفونت میزان مصرف آنتی بیوتیکهای پر مصرف را بصورت شش ماهه استخراج می نماید تا در کمیته کنترل عفونت با توجه به عفونتهای شایع مرکز (عفونت ادراری) و الگوی مقاومت میکروبی تصمیماتی در خصوص نحوه مصرف یک یا چند آنتی بیوتیک اتخاذ نموده و نتیجه آن را به کلیه پزشکان و مسئولین بخشها اعلام نماید.
- ۸) درخصوص پروتکل آنتی بیوتیک نیز دستورالعمل شماره ۱۳ مراقبت های مدیریت شده ملاک عمل قرار می گیرد

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI25.4.01	کد دستورالعمل:
تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بخشهای جراحی / اتاق عمل

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تیمه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
فاطمه دهنوی (سپروایزر آکنترل عفونت)	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		
امیر بشیری (بهداشت محیط)		
جواد پورعبادی (سرپرستار)		
فاطمه صادقی (سرپرستار)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI26.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۳		

دامنه ، کاربرد : بخشهای تصویر برداری
عاملین انجام کار: پرسنل واحد تصویر برداری
پژائی و هدف : بمنظور ارائه خدمات ایمن در هنگام استفاده از مواد حاجب تصویر برداری بیمارستان دستورالعمل ذیل (تهیه و تدوین نموده است

شیوه انجام کار :

- پس از دریافت در خواست تصویر برداری با ماده حاجب، ابتدا در خواست تصویر برداری به همراه شرح حال و پرونده بیمار در اختیار پزشک متخصص رادیولوژی قرار گرفته و پزشک مورد نظر پس از مطالعه (هویت بیمار، باردار نبودن و حساسیت دارویی در بیمار) نوع و مقدار دز دارو دارای مواد حاجب را با توجه به وضعیت و شرح حال بیمار مشخص و سپس آمادگی های قبل از تصویر برداری را تجویز مینماید. (کنترل جواب آزمایشات BUN, CR پیش از انجام اقدامات شناسائی بیمار براساس دستورالعمل شناسائی بیمار صورت می گیرد
- مواد حاجب مورد استفاده در تصویر برداری های رادیولوژی بدین شرح میباشد:
- مواد حاجب مصرفی در دستگاه گوارش: جهت بررسی مجاری گوارشی از سوسپانسیون سولفات باریم با غلظت های مختلف استفاده مینمایند. برای بررسی مری از غلظت بالا، برای بررسی معده و اثنی عشر و روده باریک از غلظت متوسط و برای بررسی روده بزرگ درازمون باریم انما از غلظت پایین (رقیق) سولفات باریم استفاده می شود. در برخی موارد نیز در آزمون باریم انما از ترکیب هوا و سولفات باریم بعنوان دابل کنتراست استفاده میشود که مقدار مصرف به نوع آزمایش و روش پرتونگاری بستگی دارد.
- بزرگسالان خوارکی: رادیوگرافی مری، معده و روده بزرگ و کوچک که میزان مصرف در معده ۶۰ تا ۴۵۰ گرم و در روده بزرگ ۱۵۰ تا ۷۵۰ گرم به صورت تنقیه (انما) میباشد.
- کودکان خوراکی: مقدار مصرف براساس نیاز بیمار به وسیله پزشک تعیین می شود
- موارد منع مصرف: انسداد روده ، احتمال پارگی دستگاه گوارش ، بعد از عمل نمونه برداری روده ، بعد از اقدامات تشخیصی مثل رادیوتراپی، احتمال بارداری یا دهیدراتاسیون
- عوارض جانبی: یبوست و در صورت سوراخ بودن دستگاه گوارش عفونت شکمی، اسهال و آپاندیسیت
- به بیمار آموزش داده شود میزان فراوان مایعات مصرف نماید چون می تواند موجب یبوست شود.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI26.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	2 از 3		

مواد حاجب مصرفی در دستگاه ادراری:

- (۱) جهت بررسی سیستم ادراری درازمونه‌های مختلف نظیر IVP، VCUG و سیستوگرافی از مواد حاجب یددار محلول در آب مانند اوروگرافین استفاده میشود که امروزه بدلیل حساسیت بالای دارویی اوروگرافین بجای آن از امنی پاک و ویزی پاک استفاده میشود که مقداران بستگی به سن و وزن بیمار (PerKG/Mlit) محاسبه میگردد...
- (۲) مقدار ماده حاجب برای آزمون به نوع ماده حاجب، وزن بیمار و سن بیمار بستگی دارد. مقدار متوسط برای بزرگسالان یک میلی لیتر، نوجوانان ۱/۵ - ۱ میلی لیتر و کودک کان ۳ میلی لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن میباشد.
- (۳) موارد منع مصرف: سابقه حساسیت به ید یا مواد حاجب ید دار، در هنگام خونریزی قاعدگی، به هنگام بارداری و حساسیت به پنی سیلین.
- (۴) عوارض جانبی: با توجه به غلظت دارو، ویسکوزیته، میزان و سرعت تجویز دارو عوارض جانبی آن شامل: افت فشار خون، اشکال در تنفس، احساس گرم شدن، تهوع و استفراغ، طعم فلز در دهان، سرگیجه، سردرد، سرفه، خارش، اریتمی قلبی، شوک و ایست قلبی میباشد
- (۵) در بیماران با سابقه نارسایی کلیوی و کبدی، آسم و آلرژی باید با احتیاط و با مشورت با پزشک رادیولوژیست مصرف شود.
- (۶) احتمال بروز عوارض جانبی در افراد سالخورده و نوزادان، بیماران ناتوان و افراد دارای فشار خون بالا، بیماری های قلبی و ریوی، کم خونی داسی شکل و هایپر تیروئید به شدت افزایش می یابد.

مواد حاجب تزریقی:

- (۱) ماده حاجب توسط پرسنل رادیولوژی یا سی تی اسکن در حضور رادیولوژیست به بیمار بصورت خوراکی و یا تزریقی داده می شود.
- (۲) پیش از انجام تزریق باید از آماده بودن ترالی احیاء اطمینان پیدا کرد
- (۳) طبق زمانبندی معین و مناسب از بیمار سی تی اسکن یا گرافی با کیفیت و تعداد مناسب تهیه می شود که اینکار با دستور و مشورت پزشک رادیولوژیست انجام میشود.

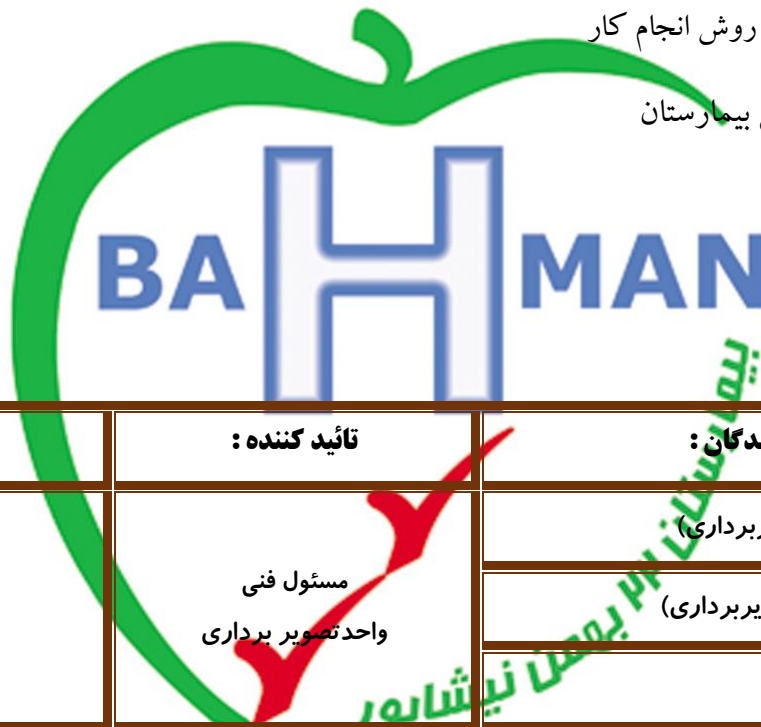
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI26.5.01	کد دستورالعمل:
نحوه استفاده ایمن از مواد حاجب		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : 3 از 3	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

امکانات مورد نیاز :-

کارکنان مرتباً : پرسنل واحد تصویر برداری

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	مسئول فنی واحد تصویر برداری	عبدالله ابادی (مسئول تصویر برداری)
		رشید ابادی (کارشناس تصویر برداری)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI27.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه اطلاع رسانی به مقادیر بحرانی تصویر برداری		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، آیین نامه های ابلاغی، دستورالعمل انجمن علوم پرستاری ایران		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : پرسنل واحد تصویر برداری
عاملین انجام کار: پرسنل واحد تصویر برداری
مقراضی و هدف : بمنظور رفع نیازهای تعمیراتی و رفع مشکلات سفت افزاری و نرم افزاری سیستم ها و همچنین انجام امور پشتیبانی و نگهداری آنها سیاست و دراستاء مفا اراائه فدمات بیمارستان تدوین فرایندی مدون جهت رفع نیازهای فوق می باشد

شئیه انجام کار :

۱) موارد بحرانی رادیولوژی

- A. بیمارانی که در کلیشه تصویر برداری آنها پنموتوراکس یا هموتوراکس مشاهده می شود .
 - B. بیمارانی که در کلیشه تصویر برداری آنها شکستگی در قاعده جمجمه و یا ضایعه هموراژیک مغزی مشاهده می شود .
 - C. بیمارانی که در کلیشه تصویر برداری آنها افیوژن ریه مشاهده می شود و با تنگی نفس حاد همراه است
 - D. بیمارانی که در کلیشه گرافی قفسه سینه آنها هوای آزاد زیر دیاфраگم مشاهده می شود . (می تواند ناشی از پرفراسیون معده باشد)
 - E. بیمارانی که در کلیشه گرافی آنها جسم خارجی در تراشه دیده می شود
- ۲) در صورت رویت هریک از موارد بحرانی فوق می بایست بلافاصله موارد به اطلاع پرستار بخش مربوطه رسانده شود و موارد دردفتری که به همین عنوان تهیه شده ثبت گردد (چه کسی چه چیزی را در چه ساعتی و به چه فردی اطلاع داده است)
- ۳) بخش نیز پس از اعلام نتیجه بحرانی می بایست فوراً موارد را به اطلاع پزشک معالج جهت تصمیم گیری برساند
- ۴) موارد در گزارشات پرستاری مکتوب می گردد

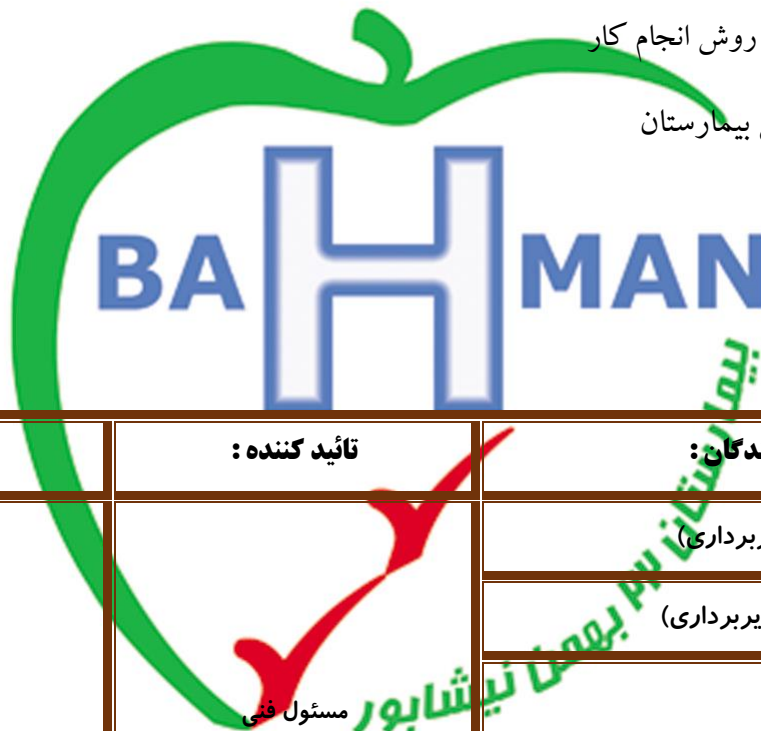
کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI27.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه اطلاع رسانی به مقادیر بحرانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، ایین نامه های ابلاغی، دستورالعمل انجمن علوم پرستاری ایران		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل واحد تصویر برداری

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ت تهیه کنندگان :	ت تأیید کننده :	ت ابلاغ کننده :
عبدالله ابادی (مسئول تصویربرداری)	مسئول فنی واحد تصویربرداری	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
رشید ابادی (کارشناس تصویربرداری)		

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI28.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۸		

دامنه ، کاربرد : آزمایشگاه و بخشهای درمانی

عاملین انجام کار: پرسنل آزمایشگاه / پرسنل بخشهای درمانی

پژائی و هدف : بمنظور رفع نیازهای تعمیراتی و رفع مشکلات سفت افزاری و نرم افزاری سیستم ها و همچنین انجام امور پشتیبانی و نگهداری آنها سیاست و دراستاء مفاا ارائه خدمات بیمارستان تدوین فرایندی مدون جهت رفع نیازهای فوق می باشد

شئیه انجام کار :

گرفتن نمونه های خون

- ۱) ابتدا بیمار را براساس دستورالعمل شناسائی بیمار شناسائی نمائید
- ۲) روش کار را برای بیمار توضیح دهید.
- ۳) لوله های متناسب با نوع آزمایش درخواستی را آماده نمائید
- ۴) رگی را که می خواهید خونگیری را از آن انجام دهید، مشخص کنید
- ۵) خونگیری از مسیر تزریق (سرم و دارو و خون نباشد).
- ۶) پنبه آغشته به ماده ضد عفونی کننده را به طور چرخشی تا شعاع ۵ سانتی متری از محل مورد نظر بکشید.
- ۷) در صورتیکه از بتادین استفاده می نمائید دست کم یک دقیقه صبر کنید تا بتادین خشک شود.
- ۸) نیدل سرن را با روش استریل وارد رگ کنید با توجه به نوع آزمایش برابر با دستوراعملها میزان خون مورد نیاز را خونگیری نمائید
- ۹) اگر موفق به خون گیری نشدید، نیدل را عوض کنید.
- ۱۰) در صورتیکه نمونه جهت کشت گرفته می شود درپوش ظرف محیط کشت را قبل از سوراخ کردن با نیدل، با بتادین ضد عفونی کنید. ضد عفونی کردن با بتادین را پس از در آوردن نیدل نیز تکرار کنید.
- ۱۱) برای ریختن خون در محیط کشت نیز نیدل را عوض کنید. با نیدلی که از بیمار خون گرفته اید، در محیط کشت را سوراخ نکنید.
- ۱۲) نمونه برا براساس دستورالعمل برچسب بزنید (کد پذیرش ، نام و نام خانوادگی بیمار ، نوع آزمایش درخواستی و زمان نمه گیری)
- ۱۳) نمونه را بر اساس روش ابلاغ شده به آزمایشگاه انتقال دهید .

شرایط نقل و انتقال نمونه ها به آزمایشگاه:

- ۱) مشخصات بیمار با ید بر روی لوله نوشته شود.
- ۲) هیچگاه نمونه خون نباید در فریزر نگهداری شود چون یخ میزند.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI2S.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت ، ایین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲	از	۸

۳) اگر از بیمار لام تهیه شده حتما باید خشک شود و بعد حمل گردد.

۴) نمونه ها از زمان جمع آوری تا بسته بندی باید در حرارت مناسب نگهداری شوند.

۵) دقت شود به دلیل آلودگی بالا نمونه خلط باید در ظرفی مجزا بسته بندی گردد.

۶) برای نقل و انتقال نمونه ها از بخشها به آزمایشگاه باید از باکس حمل نمونه استفاده شود

شرایط جمع آوری نمونه جهت آزمایش قند خون ناشا (FBS)

۱) حداقل ۸ ساعت ناشتایی رعایت شود.

۲) ترجیحا تا قبل از ساعت ۹ صبح برای نمونه گیری به آزمایشگاه مراجعه فرمایید

۳) آزمایش قند خون ۲ ساعت بعد از صبحانه (hpp)

۴) با شروع میل نمودن صبحانه معمول هر روز ، زمان را یادداشت کنید. مدت زمان صرف صبحانه بیش از ۲۰ دقیقه نباشد

۵) بعد از صرف غذا از خوردن آب نبات ، آدامس ، شیرینی و قهوه جدا خودداری شود

۶) نمونه گیری راس ۲ ساعت بعد از شروع صبحانه انجام می شود. از اینرو حتما قبل از موعد مقرر در آزمایشگاه حضور داشته باشید.

۷) آزمایش حتما قبل از ساعت ۹ صبح شروع شود و از انجام آزمایش در ساعات دیرتر خودداری شود

۸) نوشیدن آب در نتیجه اشکالی ایجاد نمی کند

۹) ترجیحا آزمایش های قند خون ناشتا و ۲ ساعت بعد از صبحانه را در یک روز انجام دهید

شرایط جمع آوری نمونه جهت تست تحمل گلوکز (GTT)

۱) از ۳ روز قبل از آزمایش رژیم غذایی معمول رعایت شود

۲) حداقل ۱۲ ساعت ناشتایی رعایت شود

۳) آزمایش حتما قبل از ساعت ۹ صبح شروع شود و از انجام آزمایش در ساعات دیرتر خودداری شود

۴) نوشیدن آب در فواصل خون گیری بلا مانع است. در صورت درخواست آزمایشات دیگر ، نمونه گیری همراه با نمونه قند خون

ناشتا انجام می شود.

شرایط جمع آوری نمونه جهت آزمایشات چربی های خون Cholestrol, Triglyceride, HDL, LDL, VLDL, Apo

,LPa ۱۰۰, Apo B 1A

۱) ۱۴-۱۲ ساعت ناشتایی رعایت شود.

۲) درمورد اندازه گیری تری گلیسرید و کلسترول

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI2S.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت ، ایین نامه های ابلاغی		
	شماره صفحه :	۳	از ۸

۳) از دو هفته پیش از آزمایش ، رژیم غذایی ثابتی رعایت شود.

۴) سه روز پیش از آزمایش ، از مصرف الکل خودداری شود.

۵) در مورد تری گلیسرید حداقل ۲۴ ساعت پیش از آزمایش از انجام ورزش های سنگین خودداری شود

۶) در مورد کلسترول بهتر است پیش از آزمایش ، به مدت سه هفته ، وزن بدن ثابت باشد

شرایط جمع آوری نمونه جهت آزمایشات انعقادی (PT, PTT)

۱) اگر این آزمایشات برای کنترل دوز دارو استفاده می شوند، نمونه گیری باید نیم ساعت قبل از دریافت دوز وارفارین (برای تست PT) و هپارین (PTT) انجام شود.

۲) ترجیحا برای انجام این تست همیشه به یک آزمایشگاه مراجعه شود.

۳) شرایط جمع آوری نمونه جهت هورمون های تیروئیدی

۴) خون گیری باید قبل از مصرف دوز داروی روزانه انجام شود.

۵) در صورت تغییر دوز داروی مصرفی ، حداقل دو هفته پس از مصرف دوز جدید برای انجام آزمایش هورمون های تیروئیدی اقدام شود.

شرایط جمع آوری نمونه جهت هورمون های زنانه

۱) پروژسترون ، FSH و LH توجه به دستور پزشک مبنی بر انجام آزمایش در روزهای خاصی از ایام عادت ماهیانه ضروری است

۲) شرایط جمع آوری نمونه جهت پرولاکتین

۳) نمونه گیری باید حداقل دو ساعت پس از بیدار شدن از یک خواب آرام و کافی باشد

۴) استرس باعث نتایج بالای کاذب در آزمایش خواهد شد

۵) در صورت استفاده از داروی خاص آزمایشگاه را مطلع سازید

شرایط جمع آوری نمونه جهت وکورتیزول ACTH

۱) بیشترین ترشح این هورمون ها صبح و بهترین ساعت نمونه گیری ۸ صبح است . در صورت درخواست این آزمایش ها ساعت ۷:۳۰ صبح در آزمایشگاه حضور داشته باشید.

۲) در موارد کمی امکان دارد در محل خون گیری کبودی ایجاد گردد. به منظور کاهش احتمال آن توصیه می شود بلافاصله پس از

خون گیری ، محل خون گیری را بمدت چند دقیقه با انگشت سبابه دست مقابل فشار دهید

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI2S.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت ، آیین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۴	از	۸

شرایط جمع آوری نمونه جهت تست مانتو (PPD)

- ۱) یک تزریق جزئی داخل جلدی است که واکنش در مقابل آن نشانه تماس با میکروب سل است و نیاز به تفسیر بالینی دارد
- ۲) ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از تزریق نباید موضع را خاراند و از تماس آن با آب خودداری شود
- ۳) دقت شود زمان خوانش تست که ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از تلقیح است با روزهای تعطیل تلاقی نکند.
- ۴) حتما خود فرد آزمایش دهنده باید برای خواندن نتیجه به آزمایشگاه مراجعه نماید تا قرمزی و سفتی محل تزریق بررسی و ثبت گردد

شرایط جمع آوری نمونه جهت اوره تنفسی (UBT)

- ۱) این آزمایش برای بررسی عفونت فعال هلیکوباکتر پیلوری در معده استفاده می شود.
- ۲) ۶ ساعت ناشتایی رعایت شود.
- ۳) از مصرف آنتی بیوتیک و بیسموت ، در طی ۴ هفته پیش از آزمایش خودداری شود
- ۴) از مصرف انواع آنتی اسید، سایتمیدین و رانیتیدین ، به مدت یک هفته پیش از آزمایش خودداری شود

شرایط جمع آوری نمونه جهت کشت حلق :

- ۱) این آزمایش باید توسط پرسنل آزمایشگاه انجام شود و مستلزم همکاری لازم با ایشان می باشد تا نمونه از کف حلق گرفته شود
- ۲) ابزار مربوطه به زبان کوچک، لوزه ها و محوطه دهان برخورد نکند.
- ۳) ابتدا زبان فرد با استفاده از چوب مخصوص (آبس لانگ) ثابت نگهداشته می شود، سپس با استفاده از سواب مرطوب نمونه گیری انجام می گردد.

شرایط جمع آوری نمونه جهت نحوه جمع آوری سواب خلط

- ۱) راه های عملی برای نمونه گیری بهتر ، استنشاق روی بخار آب و یا قرقره با آب نمک رقیق هستند.
- ۲) . نمونه خلط باید صبح و قبل از صرف صبحانه گرفته شود
- ۳) . لازم است قبل از گرفتن نمونه خلط، محوطه دهان چندین بار با آب معمولی شسته شود
- ۴) بیمار باید خلط را با یک سرفه عمیق خارج نماید و تا حد امکان از آلوده شدن با آب دهان ممانعت بعمل آید. سعی شود نمونه آب دهان نباشد شایان ذکر اینکه آب دهان شفاف و آبکی است ولی خلط چسبندگی دارد.
- ۵) نمونه در داخل یک ظرف استریل جمع آوری شود و سریعا به آزمایشگاه رسانده شود

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI2S.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت ، آیین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۵ از ۸		

۶) در صورتی که بیمار قادر به گرفتن نمونه خلط نباشد، از داروهای آئروسول و رقیق کننده ترشحات جهت کمک به سرفه و خروج ترشحات تنفسی بر طبق دستور پزشک استفاده شود.

شرایط جمع آوری نمونه جهت کشت ادرار (urine culture)

۱) بهترین نمونه اولین ادرار صبحگاهی است که حداقل ۸ ساعت در مثانه باقی مانده و تغلیظ شده باشد در غیر این صورت ، می توان از نمونه های ادرار تصادفی، استفاده نمود.

۲) بیمار نباید در ۷۲ ساعت گذشته آنتی بیوتیک مصرف کرده باشد. (مگر با تجویز پزشک معالج)

شرایط نحوه جمع آوری نمونه جهت کشت ادرار

۱) موضع را با پنبه آغشته به محلول شامپو رقیق شستشو داده و خوب آبکشی نمایید.

۲) در پوش ظرف استریل مخصوص جمع آوری ادرار را باز کنید و مراقب باشید تا لبه و سطح داخلی ظرف با انگشتان و بدن شما تماس پیدا نکند

۳) قسمت اول ادرار را دور بریزید و بدون توقف جریان ادرار ، قسمت میانی آن را داخل ظرف استریل مخصوص جمع آوری کنید.

۴) سعی شود حداقل به میزان نصف ظرف، ادرار جمع آوری شود و در پوش ظرف را روی آن قرار دهید و کاملاً سفت کنید

شرایط جمع آوری نمونه در افرادی که سوند ادراری دارند

۱) در مواردی که از سوند های ادراری طولانی مدت استفاده می شود ، لازم است ابتدا سوند را قبل از محل اتصال به لوله کیسه ادراری با یک پنس مسدود نمایید

۲) . حدود نیم تا یک ساعت بعد لوله کیسه ادرار را جدا و محل اتصال را با الکل تمیز کنید و پس از خروج مقداری ادرار ، باقی نمونه را در ظرف استریل مخصوص جمع آوری نمایید.

۳) نمونه ادرار نباید از کیسه سوند ادراری برداشته شود.

شرایط جمع آوری نمونه جهت کشت ادرار در نوزادان

۱) در نوزادان و کودکان زیر دو سال باید از کیسه های استریل شده مخصوص جمع آوری ادرار (urine bag) که متناسب با جنس کودک (دخترانه یا پسرانه) است، استفاده شود.

۲) این کیسه نباید بیش از ۴۵ دقیقه به مجرای ادرار متصل باشد و بعد از جمع آوری حدود ۱۰-۱۵ میل لیتر ادرار ، کیسه با دقت از محل اتصال جدا شود و داخل ظرف استریل کشت ادرار قرار گیرد.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI2S.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت ، آیین نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۶	از	۸

شرایط جمع آوری نمونه ادرار ۲۴ ساعته

- ۱) این نمونه باید دقیقا طی ۲۴ ساعت در گالن مخصوصی جمع گردد که از طرف آزمایشگاه در اختیار فرد قرار می گیرد.
- ۲) راس ساعت مشخص (مثلا ساعت ۸ صبح) ادار دفع شده و دور ریخته شود و بعد از آن طی ۲۴ ساعت (یعنی تا ۸ صبح روز بعد) تمام دفعات ادرار دفع شده در گالن مخصوص آزمایشگاه جمع آوری گردد (بدین معنی که آخرین نمونه ادرار ساعت ۸ صبح روز بعد نیز جمع آوری شود).
- ۳) در تمام مدت ۲۴ ساعت ، گالن باید در محل خنک و به دور از نور مستقیم قرار گیرد.
- ۴) در حین و قبل از جمع آوری ادرار از ورزش و مصرف مایعات زیاد خودداری شود.
- ۵) در صورت ابتلا به عفونت ادراری ، بیماری حاد یا در شرایط پس از جراحی که امکان دارد در نتایج آزمایش تداخل ایجاد کنند ، موارد را حتما به پزشک معالج و مسئول آزمایشگاه اطلاع دهید.
- ۶) امکان دارد گالن هایی که جهت جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته از طرف آزمایشگاه در اختیار شما قرار می گیرد حاوی مواد نگهدارنده مایع یا جامد باشند ، نباید تحت هیچ شرایطی این مواد را خالی کرد و از بو کردن یا تماس آن ها با دست جدا خودداری شود.
- ۷) ارجح است نمونه ادرار مستقیما بداخل گالن ریخته نشود و از ظرف های کوچکتر تمیز برای این کار استفاده شود.
- ۸) بعد از آوردن گالن ادرار ۲۴ ساعته زمان آماده شدن جواب آزمایش را از متصدی پذیرش بپرسید

شرایط جمع آوری نمونه مدفوع

- ۱) یک هفته قبل از انجام آزمایش از مصرف روغن کرچک ، روغن های معدنی ، بیسموت ، شربت های حاوی منیزیم ، ترکیبات ضد اسهال ، تنقیه با باریم و آنتی بیوتیک ها و همچنین مواد مورد استفاده در رادیو گرافی خودداری شود
- ۲) ارجح است این آزمایش در سه نوبت انجام شود.
- ۳) نمونه مدفوع باید مستقیما در ظرفی که از طرف آزمایشگاه در اختیار شخص قرار می گیرد ، جمع آوری شود در غیر این صورت در ظرف تمیز خشکی جمع آوری شده و با ظرف یکبار مصرف به ظرف اصلی منتقل گردد.
- ۴) سطح خارجی و برچسب ظرف نمونه باید فاقد آلودگی باشد.
- ۵) نمونه مدفوع نباید با ادرار یا آب آلوده شود. آلودگی با ادرار ممکن است برخی از انگل های فعال را از بین ببرد.
- ۶) بخصوص در موارد مشکوک به اسهال خونی باید نمونه جمع آوری شده بلافاصله به آزمایشگاه تحویل داده شود.
- ۷) در طی یک روز بیشتر از یک نمونه مدفوع جمع آوری نشود.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI2S.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت ، ایین نامه های ابلاغی		
	شماره صفحه :	۷ از ۸	

۸) بعد از آوردن آخرین ظرف زمان آماده شدن جواب آزمایش را از متصدی پذیرش بپرسید.

شرایط جمع آوری نمونه جهت خون مخفی در مدفوع

۱) گاهی اوقات خون ریزی های مختصری در دستگاه گوارش وجود دارند که قابل رویت نیستند و باید با روش های آزمایشگاهی تشخیص داده شوند.

۲) بهتر است این آزمایش در ۳ نوبت انجام شود.

۳) سه روز قبل و در زمان جمع آوری نمونه مدفوع از خوردن موارد زیر خودداری شود.

۴) جگر ، گوشت قرمز، خوردن بیش از حد گوشت سفید ، سبزیجات خام ، شلغم ، ترب ، تربچه ، قارچ ، کلم بروکلی ، گل کلم ، مرکبات ، موز ، انگور ، طالبی ، گرمک و خربزه و مشروبات الکلی.

۵) چند روز قبل و در روز انجام آزمایش از مصرف داروهایی مثل ایوبروفن ، ناپروکسن ، آسپرین ۳۲۵ میلی گرم در روز خودداری شود.

۶) قبل از انجام آزمایش بهتر است استفاده نشود. قرص های آهن و داروهای نقرس و ویتامین سی ۳-۴ روز . اگر فرد سابقه خون ریزی لته دارد ۴۸ ساعت قبل از آزمایش از مسواک زدن خودداری نماید

۷) . در صورت خون ریزی قابل ملاحظه از مقعد (هموروئید) به آزمایشگاه اطلاع داده شود

۸) . در صورت قاعدگی (عادت ماهیانه) به آزمایشگاه اطلاع داده شود

شرایط جمع آوری نمونه جهت دستورالعمل نمونه گیری اسکاچ تست

۱) یک عدد لام شیشه ای از آزمایشگاه در یافت کنید

۲) برای انجام نمونه گیری صبح زود قبل از آنکه بیمار از رختخواب بلند شود و دفع مدفوع نماید یک قطعه (۵ سانتی متر) چسب نواری شفاف را از طرف چسبدار آن محکم به ناحیه اطراف مقعد چسبانده و فشار دهید که در صورت وجود انگل یا تخم آن به سطح چسب دار نوار بچسبد.

۳) بعد از حدود ۱۰ دقیقه چسب را بلند کرده و آنرا از طرف چسب دار روی لام شیشه ای بچسبانید

۴) در اولین فرصت ترجیحا بین ساعات ۸ تا ۱۴ به آزمایشگاه ارسال نمائید

۵) جهت اطلاعات بیشتر با شماره تلفن های آزمایشگاه تماس حاصل بفرمائید

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI2S.2.01		کد دستورالعمل:
جمع آوری نمونه های آزمایشگاهی			عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۸ از ۸	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع :
تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی			

شرایط جمع آوری نمونه ادرار برای آزمایش سیتولوژی

- ۱) دومین ادرار صبحگاهی بهترین نمونه جهت جمع آوری است
- ۲) برای نمونه گیری سه نوبته در سه روز متوالی اقدام شود زیرا بیشترین امکان تشخیص را دارد.
- ۳) قبل از نمونه گیری مصرف مایعات به میزان کافی توصیه شده است (تا ۳ ساعت قبل از نمونه گیری ۶ لیوان آب بنوشید).



امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل آزمایشگاه / پرسنل بخشهای بستری

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تأیید کننده :	تهیه کنندگان :	ابلاغ کننده :
مسئول فنی آزمایشگاه	رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
	بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)	

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI29.4.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	شماره صفحه : ۱ از ۲

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه

عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (بیوشیمی)

پرائی و هدف دستورالعمل : باتوجه به اهمیت نتایج آزمایشات بیوشیمی درتشخیص ودرمان بیماریها، ضرورت اطمینان از صحت عملکرد دستگاهها قبل از انجام آزمایشات و با هدف دریافت نتیجه صحیح آزمایشات ومفظ ایمنی بیماران و آگاهی دادن به پرسنل درمورد دستورالعمل کاری، بفتش وظیفه فود می داند نمونه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی را انجام تدوین نماید.که در ابتدای هر شیفت پس از پک مملولهای دستگاه با استفاده از سرم کنترل از صحت عملکرد دستگاهها و با پک Lot Number و تاریخ انقضا از صحت کیتها اطمینان حاصل کرده وپس از سانتریفوژکردن نمونه ها،جهت نمونه هایی که دارای معیارهای رد نمونه هستند درفواست ارسال نمونه مجدد کرده وپس از انجام آزمایشات،نتایج رادر HIS وارد کند.

شیوه انجام کار :

- مسئول آزمایشگاه در هر شیفت کاری در نوبت صبح دو پرسنل ودر نوبت عصر و شب یک پرسنل را جهت کار در بخش بیوشیمی مشخص می نماید.
 - در ساعات اداری یکی از پرسنل بیوشیمی در سمت اپراتور دستگاه (جهت روشن کردن دستگاه ،محلول سازی، کالیبر کردن دستگاه، پذیرش بیماران و ثبت نتایج آزمایشات ودر انتهای شیفت برداشتن و دیگری جهت سانتریفوژ محلولها)نمونه ها، تفکیک نمونه های مختلف هورمون، ایمونولوژی، سروولوژی ونمونه های ارسالی به خارج از بیمارستان طبق لیست کار انجام وظیفه می کنند.
 - در ساعات غیر اداری کلیه امور مربوط به بخش بیوشیمی توسط یک پرسنل انجام می شود.
- در ابتدای کلیه شیفتها پرسنل بخش بیوشیمی قبل از روشن کردن دستگاه محلولهای دستگاه و مخازن مرتبط با آن مخزن (آب مقطر ،محلول شستشو...)را کنترل می کنند.
 - در صورت کم بودن هر یک از محلولها پرسنل بیوشیمی محلول مورد نظر را در مخزن مربوطه می ریزد.
- پرسنل بیوشیمی پس از اطمینان از وجود محلولهای دستگاه و پر نبودن فاضلاب دستگاه، دستگاه بیوشیمی را روشن می کند تا به دمای C ۳۷ برساند.
- پرسنل بیوشیمی پس از روشن کردن دستگاه، کیت های موجود در یخچال را از نظر Lot Number و تاریخ انقضا چک کرده و طبق دستورالعمل، هر کیت و یالهای مربوطه را پر کرده و محلول سازی می کند.
- در هر شیفت پرسنل بیوشیمی مربوطه قبل از قرار دادن نمونه آزمایش در دستگاه، با استفاده از سرم کنترل های آماده در فریزر بانک خون (به تفکیک هر دستگاه بیوشیمی)، ابتدا سرم کنترل رابه دستگاه داده، نتایج رابا مقادیر ثبت شده در کنار دستگاه مطابقت می دهد.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI29.4.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	شماره صفحه : ۲ از ۲

- ۶ پرسنل بیوشیمی با مشاهده هماهنگی نتایج بدست آمده با نتایج ثبت شده از دقت و صحت دستگاه اطمینان حاصل می کند.
- (a) در صورت عدم هماهنگی بین نتایج ثبت شده پرسنل بیوشیمی مربوطه، ردیابی کرده و ایراد دستگاه را مشخص و برطرف می کند.
- (b) در شیفت غیر اداری پرسنل بخش بیوشیمی در صورت عدم رفع مشکل دستگاه، پس از اطلاع رسانی مشکل به مسئول آزمایشگاه، به روش دستی، آزمایشات بیوشیمی درخواستی را انجام می دهند.
- (c) در ساعات اداری پرسنل بیوشیمی در صورت عدم رفع مشکل دستگاه، آزمایشات را با دستگاه شیفت عصر و شب انجام میدهند.
- (d) در صورت بروز مشکل در هر دو دستگاه صبح و عصر در ساعات اداری، نمونه های دریافتی پس از هماهنگی مسئول آزمایشگاه ۲۲ بهمن با مرکز بهداشت به انجا ارسال می شود.
- (۷) در کلیه شیفتهای کاری پس از اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و کنترل بیوشیمی، نمونه ها به دستگاه داده می شود.
- (۸) پرسنل بیوشیمی در پایان هر شیفت کاری نتایج را در سیستم HIS ثبت می نماید.
- (۹) در صورت وجود معیارهای رد نمونه (طبق خط مشی و روش اجرایی مربوطه) پرسنل بیوشیمی مراتب را بلافاصله جهت ارسال نمونه مجدداً به مسئول شیفت بخش مربوطه اطلاع میدهد.
- (۱۰) در پایان هر شیفت پرسنل بیوشیمی لیست کار مربوطه را بعد از ثبت نتایج در پوشه همان شیفت قرار میدهد.
- (۱۱) در پایان هر شیفت پرسنل بیوشیمی برنامه شستشوی دستگاه را اجرا و دستگاه را خاموش می کند.

مسئولیتها و اختیارات :

مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : دفتر ثبت و دستورالعملهای کیتها

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش بیوشیمی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI30.4.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۲	

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه

عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (هماتولوژی)

پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به حداقل رسیدن خطاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع توسط پزشک است . از آنجائیکه بخش هماتولوژی و بانک خون از اهمیت بالائی برخوردار است ، در نتیجه کنترل و ثبت تمامی کارهای انجام شده ضریب خطا را به حداقل خواهد رساند دستگاه های این بخش از جمله سل کانتر ، سانتریفوژ ، سمپلرها باید کالیبره بوده و دقت عمل بخصوص در گزارش گروه های فونی در درجه اول اهمیت قرار گیرد. و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- ۱) مسئول بخش هماتولوژی قبل از شروع کار وسایل مورد نیاز مثل گاز ، دستکش ، لام ، پیت سدیمان ، رنگ هماتولوژی ، متانل ، لوله هماتوکریت ، خمیر و ... را آماده می کند.
- ۲) مسئول بخش هماتولوژی قبل از شروع کار از موجودی لایز و ایزوتون و سایر محلولهای دستگاه سل کانتر اطمینان حاصل می نماید
- ۳) مسئول بخش هماتولوژی سرویس های روزانه ، هفتگی ، دو هفته یک بار و ماهانه برای دستگاه سل کانتر انجام می دهد
- ۴) مسئول بخش هماتولوژی بعد از تمام کار روی میکروسکوپ و دستگاه سل کانتر را با کاور می پوشاند
- ۵) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری جهت تکرار نمودن آزمایشاتی که دستگاه قادر به شمارش آنها نباشد به روش دستی انجام می دهد
- ۶) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری سانتریفوژ هماتوکریت را جهت جلوگیری از خالی شدن نمونه ها تمیز می کند
- ۷) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری مقدار هموگلوبین و هماتوکریت را به روش دستی و دستگاهی چک می کند.
- ۸) مسئول بخش هماتولوژی روزانه از استاندارد داخلی جهت دستگاه سل کانتر جهت ثبت نتایج استفاده می کند
- ۹) مسئول بخش هماتولوژی قبل از انجام آزمایش گروه خون کاشی هماتولوژی را تمیز می کند
- ۱۰) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری دقت لازم را در انجام آزمایش گروه خون و قرائت نتیجه آزمایش به خرج می دهد. معمولاً دو نفر جوابها را کنترل می کنند.
- ۱۱) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری دقت لازم را در رنگ آمیزی لام خون محیطی و رعایت زمان لازم به خرج می دهد
- ۱۲) مسئول بخش هماتولوژی لامهای رنگ آمیزی شده در هر سری کاری را به مدت حداقل یک ماه بایگانی می کند
- ۱۳) مسئول بخش هماتولوژی لامهای مربوط به مالاریا و تب باز گرد کنه ای را در هر سری کاری به مدت یک ماه بایگانی می کند
- ۱۴) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری قبل از انجام آزمایش شرایط آزمایش سدیمان تاسیون از قبیل ضد انعقاد مناسب ، تمیز بودن میز و زاویه پایه سدیمان را رعایت می کند

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI30.4.01	کد دستورالعمل:
نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
مذایع :		دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت

- ۱۵) مسئول بخش هماتولوژی ویال های CBC انجام شده در هر سری کاری را به مدت یک روز در یخچال نگه می دارد
- ۱۶) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری ثبت دقیق نام بیماران را در دفتر هماتولوژی انجام می دهد
- ۱۷) مسئول بخش هماتولوژی بعد از انجام آزمایش در هر سری کاری ثبت دقیق جواب آزمایشات را در برگه جواب انجام می دهد
- ۱۸) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری به مرتب نمودن بخش کاری (تمیز نمودن میکروسکوپ ، لوله های ESR در اطاق شستشو و...)
- ۱۹) مسئول بخش هماتولوژی در پایان هر ماه به تهیه آمار ماهانه به طور مرتب می پردازد.



مسئولیتها و اختیارات :

مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات موردنیاز : دستگاه سل کانتر ، سانتریفیوژ میکرو هماتوکرویت

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش هماتولوژی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه

ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	مسئول فنی آزمایشگاه	رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه) بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI31.4.01	
عنوان دستورالعمل:	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۲	

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه

عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (میکروب شناسی)

پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به مداخل رسیدن فطها و در نتیجه تشخص صمیع و درمان به موقع توسط پزشک است . از آنجائیکه بخش هماتولوژی و بانک خون از اهمیت بالائی برخوردار است ، در نتیجه کنترل و ثبت تمامی کارهای انجام شده ضریب فطا را به مداخل فواهد رساند دستگاههای این بخش از جمله سل کانتر ، سانتریفوژ ، سمپلرها باید کالیبره بوده و دقت عمل بفضوص در گزارش گروه های فونی در درجه اول اهمیت قرار گیرد. و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- ۱) مسئول بخش میکروشناسی پس از دریافت نمونه جهت کشت ، برچسب روی ظرف ارسالی یا لوله حاوی نمونه کشت را بررسی کرده و با مشخصات ثبت شده بیمار در سیستم تطبیق می دهد. در صورت تطابق مشخصات اقدام به کشت نمونه بیمار می نماید.
- ۲) برای کشت نمونه ها باید محیطهای کشت حداقل نیم ساعت قبل از یخچال خارج گردد تا به دمای محیط برسند
- ۳) برای کشت نمونه ادرار نیاز به یک محیط بلاد آگار و یک محیط EMB می باشد که بصورت توضیح داده شده در SOP میکروب کشت انجام می شود.
- ۴) برای کشت نمونه زخم و مایعات ارسالی نیاز به محیط بلاد آگار ، شکلات آگار و EMB می باشد.
- ۵) برای کشت نمونه استول نیاز به یک محیط بلاد آگار و EMB و XLD و محیط مایع سلنیت F می باشد.
- ۶) تمام محیطهای مذکور باید بعد از کشت در انکوباتور ۳۷ درجه سانتیگراد قرار بگیرند . محیط شکلات آگار باید در جار CO2 که در انکوباتور ۳۷ درجه است قرار بگیرد.
- ۷) بعد از ۲۴ ساعت محیطهای کشت شده از نظر رشد میکروارگانیسمها مورد بررسی قرار می گیرند. در صورت رشد میکروارگانیسم ابتدا یک لام اسمیر از آن تهیه می شود و رنگ آمیزی گرم صورت می گیرد تا گرم منفی یا مثبت بودن آن تشخیص داده شود. سپس باتوجه به نوع آن تشخیصها و آنتی بیوگرام مربوط به آن انجام می شود.
- ۸) در مورد میکروارگانیسم گرم مثبت ابتدا تست کاتالاز انجام می شود در صورت مثبت بودن تست کاتالاز تست کوآگولاز انجام می شود به همراه آنتی بیوگرام در محیط بلاد آگار. در صورت منفی بودن تست کوآگولاز آنتی بیوگرام در محیط مولر هینتون همراه گلبول قرمز حل شده در آن انجام می شود در هر محیط دیسکهای مربوط به نوع میکروارگانیسم که در جداول موجود در بخش قرار داده شده است استفاده می گردد.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI31.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
	شماره صفحه :	۲ از ۲	

(۹) در مورد میکروارگانیسمهای گرم منفی تست گالری به همراه آنتی بیوگرام در محیط مولر هینتون آگار انجام می شود و بعد از ۲۴ ساعت گالری و آنتی بیوگرامها خوانده شده و تستهای تشخیص داده شده به اطلاع بخش رسانده می شود و همچنین ثبت سیستم کامپیوتر می گردد.

(۱۰) در مورد ارگانیسمهای رشد کرده در کشت استول برای ECOLI سالمونلا و شیکلا پس از تشخیص نوع باکتری از طریق گالری آنها را سرو تایپ کرده و نوع تشخیص داده شده را ثبت سیستم کامپیوتر کرده و به اطلاع بخش می رسانیم.



مسئولیتها و اختیارات :

مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : محیط کشت مناسب و تجهیزات متناسب با نوع آزمایش درخواستی

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش میکروب شناسی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI32.4.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۱	

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه
عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (بیو شیمی ادرار)
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به حداقل رسیدن خطاها و در نتیجه تشخیص صحیح و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- در بخش پذیرش پس از پذیرش نمونه بیمار ظرف حاوی برچسب مشخصات به بیمار داده می شود
- بیمار در مورد نحوه نمونه گیری توجیه شده و نمونه گیری می کند.
- خدمات ظرف حاوی نمونه را به بخش بیوشیمی ادرار می آورند.
- نمونه از زمان نمونه گیری تا انجام آزمایش نهایتاً ظرف مدت ۲ ساعت نوار زده می شود ، سانتریفوژ و سپس از نظر میکروسکوپی توسط مسئول بخش بیوشیمی ادرار بررسی میشود.
- جوابها در لیست کاری و سیستم his ثبت می شود.

مسئولیتها و اختیارات :

مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : ظروف نمونه گیری

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش بیوشیمی ادرار

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI33.4.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه انگل شناسی انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۱	

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه
عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (انگل شناسی)
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به مداخل رسیدن فطاه و در نتیجه تشخص صمیع و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- در بخش پذیرش پس از پذیرش نمونه بیمار ظرف حاوی برچسب مشخصات به بیمار داده می شود
- بیمار در مورد نحوه نمونه گیری توجیه شده و نمونه گیری می کند.
- مسئول بخش اقدام به تهیه اسمیر مستقیم مدفوع می نماید (به اینصورت که مقداری از نمونه را در سرم فیزیولوژی آغشته می نماید و پس از حدود ۲ تا ۵ دقیقه یک قطره از نمونه تهیه شده برداشته می شود)
- نمونه تهیه شده بر روی لام قرار داده شده و از نظر میکروسکوپی بررسی می شود
- در صورت در خواست خون مخفی مدفوع ، با استفاده از بروشور کیت مورد نظر ، آزمایش انجام می شود.
- جواب آزمایشات در لیستها و دفاتر مربوطه و سیستم HIS ثبت می شود

مسئولیتها و اختیارات :

مسئول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : ظروف نمونه گیری

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش انگل شناسی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه

تعیین کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI34.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه سرو ایمنولوژی و هورمون انجام می شود		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱	از	۳

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه

عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (سروایمنولوژی و هورمون)

پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به حداقل رسیدن خطاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

تعاریف:

هورمون: ماده ای شیمیایی است که در عدد درونریز ساخته شده و به داخل جریان خون میریزد. این ماده روی سلولهای هدف گیرنده دارد و با نشستن روی آن اعمال سلول را تغییر میدهد

شیوه انجام کار :

- مسئول بخش هورمون شناسی روزانه سرم های بخش را از نمونه گیری همراه با لیست مربوط به بخش تحویل می گیرد و وجود یا عدم وجود هر یک از نمونه ها را چک کرده و نمونه ها را با لیست مطابقت داده و علت عدم وجود آنها را پیگیری می کند . در ضمن مورد به همراه اقدام اصلاحی انجام شده متعاقب آن را در دفتر نامنطبق اصلاحی و پیشگیرانه قید می کند.
- مسئول بخش هورمون شناسی روزانه قبل از انجام آزمایش از صحت عملکرد سمپلرها و نو بودن سرسمپلرها اطمینان حاصل میکند.
- مسئول بخش هورمون شناسی قبل از انجام آزمایش از صحت و کیفیت کیت ها اطمینان حاصل می نماید.
- مسئول بخش هورمون شناسی قبل از انجام آزمایش به بررسی تمیزی میز کار و ثبت ساعت و تاریخ و نام کاربر و وضعیت سیستم و دستگاه در شروع کار در دفتر BOOK LOG می پردازد.
- مسئول بخش هورمون شناسی روزانه قبل از شروع آزمایش اطمینان حاصل می کند که کلیه استانداردها ، معرفیها و نمونه ها به دمای اتاق (۲۸-۲۲ درجه سانتی گراد) رسیده اند.
- مسئول بخش هورمون شناسی روزانه قبل از انجام آزمایش سرم ها را از نظر فیبرین دار بودن و یا همولیز یا لیمپیک بودن چک می کند و در صورت دارا بودن این خصوصیات مورد را حتماً به اطلاع سوپروایزر می رسانند تا در صورت نیاز و با تأیید مسئول فنی نمونه گیری مجدداً تکرار گردد و در ضمن مورد به همراه اقدام اصلاحی انجام شده متعاقب آن در دفترچه نامنطبق اصلاحی و پیشگیرانه ثبت گردد.
- مسئول بخش هورمون شناسی روزانه پس از مطابقت دادن روی لوله ها و کنار شماره ها روی لیست کاری به ترتیب سرم ها را شماره گذاری می کند و سپس از هر سرم به میزان الزم برای تست های درخواستی را در جاهک ها می ریزد.
- مسئول بخش هورمون شناسی روزانه بعد از انجام آزمایش تمام مواردی که نیاز به تکرار پیدا می کنند در دفتر کاری ثبت تکراری ها (TEKT973) ثبت می کند.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI34.4.01	
عنوان دستورالعمل:	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه سرو ایمنولوژی و هورمون انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
	شماره صفحه :	۲ از ۳
	تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲

- ۹) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه قبل از انجام آزمایش کل استانداردها را با سرو ته کردن به آرامی مخلوط می نماید.
- ۱۰) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه قبل از انجام آزمایش چاهک های مورد نیاز برای انجام آزمایش را برداشته و بقیه چاهک ها را با چسب پلیت پوشانده و همراه رطوبت گیر در کیسه آلومینیومی قرار داده درب آن را بسته و در دمای ۸-۲ درجه سانتی گراد نگه می دارد.
- ۱۱) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه در ابتدای انجام تست مقدار مورد نیاز استاندارد و نمونه را در چاهک های مورد نظر می ریزد. البته از هر نمونه به صورت دوتائی یا (Duplicate) در چاهک ها می ریزد.
- توجه : چاهک اول به عنوان بالکک در نظر گرفته می شود. در این چاهک نمونه و استاندارد نمی ریزد. بقیه مراحل با چاهک ها یکسان می باشد.
- ۱۲) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه بعد ریختن استاندارد و نمونه مقدار تعیین شده از کونژوگه را به هر چاهک اضافه نموده و برای مدت ۳۰ ثانیه پلیت را روی میز به آرامی تکان می دهد.
- ۱۳) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه پس از تکان دادن پلیت چاهک ها را با چسب مخصوص پوشانده و مدت ۲۰ دقیقه در دمای اتاق انکوبه می نماید.
- ۱۴) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه پس از انکوبه کردن پلیتها محتویات چاهکها را با وارونه کردن پلیتها یا آسپیره کردن خارج می نماید. سپس چاهکها را ۵ مرتبه و هر مرتبه با ۳۰۰ میکرولیتر محلول شستشو می شوید. اگر شستشو به صورت دستی انجام شود در انتهای شستشو به آرامی پلیت را بر روی دستمال رطوبت گیر می زند.
- ۱۵) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه پس از شستشوی پلیتها مقدار معین محلول آماده به کار رنگزا را درون همه چاهکها می ریزد.
- ۱۶) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه بعد از ریختن مواد رنگزا مدت ۱۵ دقیقه در دمای اتاق و در تاریکی پلیتها را انکوبه می نماید
- ۱۷) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه بعد از انکوبه کردن پلیتها در تاریکی مقدار معین از محلول متوقف کننده واکنش به کلیه چاهک ها اضافه کرده و به مدت ۲۰ ثانیه به آرامی پلیتها را تکان داده که محتویات داخل چاهک ها تغییر رنگ دهند.
- ۱۸) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه پس از تغییر رنگ محتیات داخل چاهکها مقدار جذب نوری را در طول موج تعیین شده برای هر تست با استغاده از متد Point to Point حداکثر تا ۱۵ دقیقه بعد از متوقف کردن واکنش می خواند.
- ۱۹) مسئول بخش هورمون شناسی بعد از آماده شدن جوابهای بیماران جواب تست ها را در لیست کار وارد نموده و جوابهای Abnormal را مجدداً به دستگاه داده و چک می کند و نهایتاً بعد از آماده شدن جوابها آنها را وارد کامپیوتر نموده و در پایان کار یک ناقصی کلی از بخش گرفته و در صدد هر چه کامل تر کردن آن برمی آید و مواردی را که ناقص می ماند به سوپروایزر اطلاع می دهد.
- ۲۰) مسئول بخش هورمون شناسی بعد از انجام آزمایش جوابهایی را که در محدوده بحرانی قرار می گیرد را دارد دفتر مربوطه نموده و مورد را سریعاً به سوپروایزر اطلاع می دهد.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI34.4.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه سرو ایمنولوژی و هورمون انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	شماره صفحه : ۳ از ۳

۲۱) مسئول بخش هورمون شناسی در هر زمان در صورت بروز هر گونه نقص فنی در سیستم با مهندس دستگاه الیزاریدر جهت برطرف شدن مورد تماس گرفته و هماهنگی می کند. سه دفتر را در این زمینه تکمیل می کند که به شرح ذیل می باشد:

a. دفتر درخواست تعمیر، سرویس و کالیبراسیون دستگاه که توسط مسئول بخش پر می شود.

b. دفتر گزارش سرویس و تعمیر دستگاه که توسط مهندس دستگاه پر می شود.

c. دفتر تأییدیه صحت عملکرد دستگاه که پس از تعمیر و یا سرویس دستگاه توسط مسئول بخش پر می شود

۲۲) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه پس از خاتمه کار میز کار را مرتب و سرم ها را در جعبه های مخصوص به مدت دو هفته در فریزر ذخیره نموده و بعد از این مدت طبق SOP اوت زباله های آزمایشگاهی سرم ها و پلیتها را اوت می کند و ساعت پایان کار را در دفتر BOOK LOG ثبت می کند.

۲۳) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه در ضمن کار کلیه فرمانهای ایمنی را رعایت نموده و در صورت بروز هر گونه حادثه مخاطره آمیز ایمنی اقدامات الزم را اجرا کرده و مسئول ایمنی را در جریان قرار می دهد.

۲۴) مسئول بخش هورمون شناسی روزانه قبل از انجام آزمایش تاریخ تمام کیت های باز شده را کنترل می کند.

۲۵) مسئول بخش بیوشیمی قبل از شروع به کار در این بخش با کلیه اصول حفظ و نگهداشت تجهیزات آشنا بوده و کلیه اصول روزانه ، هفتگی و ماهانه را به کار برده و ضمناً در دفتر حفظ و نگهداشت تجهیزات ثبت می کند .

مسئولیتها و اختیارات :

مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : دفتر ثبت ، محلولها و کیتهای مورد نیاز متناسب با هر آزمایش

کارکنان مرتباً : کارکنان بخش سرو ایمنولوژی و هورمون

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه

تعییه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		رئیس بیمارستان

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI35.4.01	
عنوان دستورالعمل	نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۱	

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه
عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (پاتولوژی)
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به حداقل رسیدن خطاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- ۱) در هنگام پذیرش نمونه موارد ذیل جهت اخذ و پذیرش آن ضروری است :
 - a) اگر نمونه بیوپسی است باید داخل ظرف نمونه ها فرمالین ریخته شود
 - b) اگر نمونه مایع بود داخل ظرف در بسته
 - c) اگر بر روی لام کشیده شده بود تعداد لامها مشخص باشد
 - d) فرم درخواست پاتولوژی و سیتولوژی باید توسط منشی اتاق عمل پر شده باشد، اطلاعات هویتی بیمار و آدرس و اطلاعات بالینی شامل شرح کامل نمونه و سابقه بیمار و مهر و امضای پزشک باشد
 - e) اگر فرم کامل نبود باید نمونه به اتاق عمل و یا پزشکی که نمونه را به آزمایشگاه ارسال کرده است برگشت داده می شود تا فرم تکمیل شود.
- ۱) پس از پذیرش نمونه به بخش پاتولوژی جهت انجام آزمایش ارسال می گردد.
- ۲) در بخش پاتولوژی ابتدا نمونه از جهت ماکروسکوپی بررسی می شود
- ۳) سپس نمونه ها توسط متخصص پاتولوژی پاس داده می شود
- ۴) توسط مسئول بخش پاتولوژی در دستگاه پاس قرار داده می شود
- ۵) سپس نمونه ها بلوک شده و برش و رنگ آمیزی می شوند

مسئولیتها و اختیارات : مسؤل آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : دستگاهها و تجهیزات متناسب با نوع درخواست **کارکنان مرتبط :** کارکنان بخش پاتولوژی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار **فرد پاسخگو :** مسؤل آزمایشگاه

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسؤل آزمایشگاه)	مسؤل فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI36.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱ از ۱		

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه
عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (میکروب شناسی)
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به مداخل رسیدن فضاها و در نتیجه تشخص صمغ و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- در بخش بیوشیمی مطابق دستور آزمایشگاه مرجع که در SOP بخش بیوشیمی ذکر شده است کنترل کیفی را انجام می گیرد و پس از اطمینان از صحت ودقت آن امکان انجام آزمایشات بیماران وجود دارد در غیر اینصورت تا زمان رفع مشکل حق پاسخ دهی به آزمایش بیمار وجود ندارد
- در هر روز کاری نمونه کنترل به دستگاه داده می شود و در صورت عدم تطابق جواب کنترل با تارگت ، مشکل را پیگیری و رفع می نمایند و جواب کنترل را در دستگاه ذخیره می نمایند.
- در پایان هر ماه پرینت کنترل کیفی تمامی آزمایشات گرفته می شود که بصورت نمودار می باشد و پوشه مربوطه ذخیره و بایگانی می شود و واشکالات احتمالی بررسی و رفع می شود.
- در مورد محلولها در ابتدای مصرف هر محلول lot number محلول مورد نظر در پوشه مربوطه ثبت و نگهداری می شود و در صورت عوض شدن کیت و یا lot number در مورد محلول مورد نظر تست مربوطه مجدداً با محلول کالیبراسیون کالیبر می شود.

مسئولیتها و اختیارات : مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : سرم کنترل نرمال و غیر نرمال **کارکنان مرتبط :** کارکنان بخش بیوشیمی

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI37.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱ از ۳		

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه
عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (هماتولوژی)
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به حداقل رسیدن خطاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- ۱) مسئول بخش هماتولوژی قبل از انجام کار با دستگاه سل کانتر از نمونه کنترل در هر سری کاری استفاده می کند.
- ۲) مسئول بخش هماتولوژی بعد از دادن نمونه کنترل به سل کانتر با استفاده از نمونه کنترل نمودار کنترل را رسم می کند.
- ۳) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری آزمایش های مضاعف یا دوتائی duplicate بر روی تعدادی از نمونه های بیماران (معمولاً ۳-۴ نمونه در هر سری کاری) انجام می دهد.
- ۴) مسئول بخش هماتولوژی قبل از شروع آزمایش آزمایش بازبینی check test بر روی تعدادی از نمونه های بیماران (آزمایش ۳-۴ نمونه از سری کاری قبلی) انجام می دهد.
- ۵) مسئول بخش هماتولوژی در حین کار به بررسی تفاوت نتایج یک بیمار با آزمایش قبلی خودش Deta check می پردازد.
- ۶) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری در صورت استفاده از سل کانتر به محاسبه اندکس های خونی ، MCH، MCV، MCHC می پردازد.
- ۷) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری در صورت استفاده از روش های دستی به محاسبه میانگین MCHC می پردازد.
- ۸) مسئول بخش هماتولوژی قبل از انجام آزمایش با نحوه کار با سل کانتر آشنا می شود که این امر می بایست بطور کامل مطابق کاتالوگ دستگاه با آموزش کارشناسان شرکت پشتیبان صورت گیرد . تاریخ و شرح آموزشی که کارشناسان شرکت پشتیبان این آموزش را ارائه داده اند را بطور مستند نگه می دارد . و در صورت عوض شدن کاربر آموزش های مذکور را به کاربر جدید نیز می دهد
- ۹) مسئول بخش هماتولوژی قبل از انجام آزمایش کلیه موارد مربوط به دستگاه سل کانتر مانند نگهداری دستگاه ، تاریخ
- ۱۰) شستشوی لازم ، تعمیر ، سرویس و یا تعویض محلولها را ثبت و نگهداری می کند.
- ۱۱) مسئول بخش هماتولوژی هر روز شمارش زمینه ی Back ground دستگاه را ارزیابی و در صورت امکان ثبت و نگهداری می کند
- ۱۲) مسئول بخش هماتولوژی هر روز در صورتی که نمونه زیاد باشد در فواصل کاری و بین آزمایشها دستور شستشو می دهد
- ۱۳) مسئول بخش هماتولوژی هر شش ماه یک بار برای کالیبراسیون دستگاهها اقدام می کند ولی در ابتدای راه اندازی پس از هر بار تعمیر یا سرویس ، قابل قبول نبودن نتایج کنترل کیفی روزانه ، تعویض محلولها (در صورتی که باعث تغییر محسوس در نتایج خون کنترل و یا نمونه بیماران شده باشد) را نیز انجام می دهد

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI37.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
	شماره صفحه :	۲ از ۳	

۱۴) مسئول بخش هماتولوژی هر روز قبل از شروع کار بر روی نمونه ها نمونه خون کنترل با تاریخ انقضاء معتبر را به دستگاه می دهد و پس از اطمینان از قابل قبول بودن نتایج آن با استفاده از نمودار کنترلی نسبت به انجام نمونه مراجعین اقدام می کند. برای رسم این نمودار نمونه خون کنترل را به فواصل آزمایش می کند تا حداقل ۲۰ خوانده برای هر متغیر بدست آید

۱۵) مسئول بخش هماتولوژی هر روز قبل از شروع کار در صورت عدم وجود خون کنترل و یا برای کامل شدن ارزیابی عملکرد دستگاه از آزمون آماری T- Brittin استفاده می کند

۱۶) مسئول بخش هماتولوژی قبل از شروع کار جهت رعایت اصول ایمنی و جلوگیری از ایجاد مشکلات مربوط به نوسانات برق به استفاده از سیم اتصال به زمین و تثبیت کننده نوسانات برق مبادرت می ورزد

۱۷) مسئول بخش هماتولوژی ماهانه درخواست تهیه محلولها از شرکت های پشتیبان و یا شرکت های معتبر که سری ساخت مشخص دارند می دهد

۱۸) مسئول بخش هماتولوژی هنگام تعویض هر محلول تاریخ شروع استفاده را روی آن ثبت می کند.

۱۹) مسئول بخش هماتولوژی هر روز قبل از شروع کار به بررسی عدم دقت و عدم صحت دستگاه بطور منظم می پردازد و عدم دقت را به دو روش انجام می دهد :

a) با استفاده از نمونه کنترل در روزهای متوالی که توسط دستگاه آزمایش میکنند CV هر پارامتر را محاسبه می نماید

b) از نمونه های خون روزانه برای این کار استفاده می کند. بدین صورت که در هر ماه حدود دو نمونه را حداقل ۱۰ بار با سل کانتر آزمایش نموده و از نتایج حاصل CV هر پارامتر را محاسبه نموده و یا CV ادعا شده توسط شرکت سازنده که در کاتالوگ دستگاه وجود دارد مقایسه نموده و در صورت عدم تطابق با آن شرکت پشتیبان تماس گرفته می شود.

۲۰) مسئول بخش هماتولوژی قبل از شروع به کار با دستگاه میکروهماتوکریت به کنترل کیفی دستگاه با توجه به سرعت سانتریفیوژ (بررسی توسط تاکومتر) ، زمان سنج دستگاه (بررسی توسط کورنومتر) و حداکثر توان در تجمع سلولها می پردازد

۲۱) مسئول بخش هماتولوژی برای انجام آزمایشات انعقادی هر سری کاری مانند سایر آزمایشهای کمی از نمونه پلاسمای کنترل و یا در صورت در دسترس نبودن پلاسمای کنترل از Pooled plasma که از مخلوط پلاسمای افراد طبیعی بدست آمده استفاده می نماید

۲۲) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری برای تعیین محدوده نمونه Pooled plasma نمونه را ۲۰ بار آزمایش نموده و میانگین و انحراف معیار را محاسبه می کند . محدوده مورد انتظار $mean+2SD$ می باشد.

۲۳) مسئول بخش هماتولوژی در هر سری کاری نمونه کنترل یا Pooled plasma را همراه نمونه های بیماران آزمایش کرده و نتایج آن را با محدوده مورد نیاز مقایسه می کند . میزان مجاز پراکندگی نتایج بر حسب CV حداکثر ۵٪ می باشد .

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI37.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۳ از ۳		

مسئولیتها و اختیارات : مسؤل آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات موردنیاز : خون کنترل

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش هماتولوژی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسؤل آزمایشگاه



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسؤل آزمایشگاه)	مسؤل فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI38.4.01	
عنوان دستورالعمل:	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش میکروب شناسی	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲	
شماره صفحه :	۱ از ۲	

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه

عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (میکروب شناسی)

پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به حداقل رسیدن خطاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- مسئول میکروب شناسی کنترل کیفی اتوکلاو و کنترل دما و فشار آن را به طور مداوم انجام می دهد . برای کنترل اتوکلاو از اندیکاتورهای شیمیائی TST استفاده می کند . از اندیکاتورهای بیولوژیکی که جهت کنترل کارائی اتوکلاو استفاده می شود مثل اسپور BACILLUS STEAROTHERMOPHILUS نیز استفاده می کند که به صورت تجاری در دسترس می باشد .
- مسئول میکروب شناسی بعد از ساختن محیط کشت و استریلیزاسیون آن PH آن را تنظیم می کند بدین ترتیب که بعد از خنک شدن محیط کشت تا دمای ۲۵ درجه سلسیوس مقدار PH را در حد مورد نظر () - ۲/۰ تنظیم می نماید .
- مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری جهت استریلیزاسیون محیط های حساس به حرارت از صافی غشائی استفاده می کند . این نوع استریلیزاسیون در شرایط خلاء با افزایش فشار انجام می پذیرد .
- مسئول میکروب شناسی در زمان تهیه پلیت های میکروبی به کیفیت آنها توجه دارد .
- مسئول میکروب شناسی در زمان تهیه پلیت های میکروبی در صورت استفاده از نمونه های شیشه ای از پلیتهای جنس پروسیلیکات استفاده می کند زیرا استفاده از پلیتهای از جنس قلیائی ممکن است موجب آزادسازی قلیا در داخل محیط کشت گردد .
- مسئول میکروب شناسی قبل از استفاده از محیطهای کشت وضعیت فیزیکی و ظاهری آنها را نیز مورد بررسی قرار می دهد . معیارهای ظاهری قابل بررسی شامل وجود حباب ، حفره ، ناصافی در سطح محیط ، ترک خوردگی و یخ زدگی می باشد . ضخامت محیط نیز اهمیت دارد و نباید کمتر از ۳ میلی متر باشد .
- مسئول میکروب شناسی بعد از ساختن محیط های کشت آنها را دور از نور و گرما نگه میدارد . همچنین به طول عمر محیط ها نیز توجه دارد .
- مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری جهت ارزیابی هر محیط کشت از سویه های کنترل استفاده می کند همه سویه های کنترل ATCC می باشند و حداقل سوش هائی هستند که باید برای ارزیابی هر محیط کشت استفاده شوند .
- مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری قبل از استفاده از محیط های کشت آزمایشات عملکردی نظیر ظرفیت مغذی بودن محیط های کشت پلیتی مانند بلاد آگار ، آزمایش ظرفیت مهارکنندگی محیط های کشت پلیتی مثل مک کانکی و آزمایش محیط های کشت لوله ای را انجام می دهد .
- مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری کنترل محیط های کشت برای آزمایشهای بیوشیمیائی را انجام می دهد .

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI38.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش میکروب شناسی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

- ۱۱) مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری استریل بودن محیط های کشت میکروبی را مورد ارزیابی قرار می دهد .
- ۱۲) مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری محیط های کشت آماده مصرف را از نظر شکستگی ظروف پتری ، پرشدن ناصاف پلیتها ، ترک خوردگی محیط کشت در پلیتها ، وجود همولیز برای بلاد آگار و یخ زدگی مورد بررسی قرار می دهد .
- ۱۳) مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری دیسک های آنتی بیوتیک را با هدف صحت و دقت روش انجام آزمایش تعیین حساسیت ، مواد و وسایل به کار برده شده در این آزمایش و عملکرد افرادی که آزمایش را انجام داده و نتایج بدست آمده را قرائت می کنند از نظر کیفی کنترل می نماید .
- ۱۴) مسئول میکروب شناسی در هر دوره جهت استفاده از سویه های کنترل کیفی از روش استاندارد DISK DIFFUSION و با استفاده از همان مواد و روشی که برای سویه های جدا شده از نمونه های کلینیکی استفاده می شود آزمایش و نتایج را مقایسه و بررسی می نماید . برای هر سویه کنترلی با یک دیسک آنتی بیوتیک ۲۰ روز متوالی آزمایش تعیین حساسیت انجام و نتایج با مقادیر قابل قبول اشاره شده در جداول معرفی شده مقایسه می کند . چنانچه بیشتر از یک مورد خارج از محدوده کنترل بود نیاز به اقدامات اصلاحی خواهد بود .
- ۱۵) مسئول میکروب شناسی ماهانه لوپهای استاندارد جهت شمارش کلنی های بدست آمده از نمونه های بالینی را کالیبر می کند . اگر از لوپ جدیدی استفاده می کند مجددا آن را کالیبر می کند . برای بررسی حجم لوپ از روش رنگ سنجی از طریق اسپکتروفتومتر و با کمک مواد رنگی نظیر اوانس بلو ، متیلن بلو و یا کریستال و یوله استفاده می کند .
- ۱۶) مسئول میکروب شناسی در هر سری کاری جهت کنترل کیفی فور از نوارهای مخصوص برای این کار استفاده می کند . بعد از این که دمای فور به ۱۸۰ درجه سلسیوس رسید وسایل داخل آن باید دو ساعت دیگر در این دما بمانند .
- ۱۷) مسئول میکروب شناسی روزانه سطح دما و CO2 انکوباتور را قرائت و آن را روی برگه QC ثبت می کند . این کار را با دماسنج کالیبره در دو نوبت انجام داده و بر روی منحنی حرارت ثبت می کند .

مسئولیتها و اختیارات : مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : سویه های کنترل کیفی **کارکنان مرتباً :** کارکنان بخش میکروب شناسی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار **فرد پاسخگو :** مسئول آزمایشگاه

تعییه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI39.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی ادرار		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه

عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (بیوشیمی)

پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به مداخل رسیدن فضاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- در بخش بیوشیمی ادرار در هر ماه نمونه کنترل کیفیت خارجی مطابق بخشهای دیگر ارسال می شود و بر اساس نتایج حاصله و همچنین کنترل کیفیت داخلی جواب آزمایشات رد می شوند.
- در این بخش در ابتدا نمونه ها از نظر رنگ و کدورت بررسی می شوند و سپس نوار زده می شود که پروتئین مثبت با سولفوسالیسیلیک اسید ، قند مثبت مجدداً با نوار مخصوص قند و قند بیوشیمی خون ، اوروبیلینوژن مثبت با معرف ارلیش تجاری چک و ثبت می شوند و در صورت بروز خطا محلولها و نوارها بررسی و رفع مشکل می شود.
- مسئول آنالیز ادرار جهت کنترل کیفی نوارهای ادرار از URINE COTROLE استفاده می کند ، که هدف از استفاده بدست آوردن عوامل صحت و دقت ACCURACY & PRECISION روش انجام آزمایش ادرار در داخل آزمایشگاه می باشد
- مسئول آنالیز ادرار و مدفوع سالی سه بار در برنامه کنترل کیفی خارجی شرکت می کند نمونه های انگل ارسالی را بعنوان شاخص جهت تشخیص صحیح انگل ها نگه می دارد.



کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI39.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی ادرار		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

مسئولیتها و اختیارات : مسؤل آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات موردنیاز : محلولهای مناسب

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش بیوشیمی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسؤل آزمایشگاه

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسؤل آزمایشگاه)	مسؤل فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI40.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱ از ۳		

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه

عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (سرو ایمنولوژی و هورمون)

پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به مداخل رسیدن فضاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

- ۱) مسئول هورمون شناسی در هر سری کاری SOP های کامل تست ها را جمع آوری می کند.
- ۲) مسئول هورمون شناسی در هر سری کاری قبل از شروع آزمایش نمونه سرمهای بیماران را جمع آوری می کند.
- ۳) مسئول هورمون شناسی در هر Run کاری سرم کنترل برای تست ها می گذارد.
- ۴) مسئول هورمون شناسی در هر سری کاری کیت ها و مواد مصرفی و دستگاهها و وسایل را کنترل می نماید.
- ۵) مسئول هورمون شناسی جهت کار با دستگاهها سالانه برای سرویس و کالیبراسیون برنامه زمان بندی شده تهیه و سوابق مکتوب انجام آن را نگه می دارد.
- ۶) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری قبل از انجام آزمایش متغیرها را کنترل می کند و این کار را با استفاده از نتایج بیماران (دلتا چک ، آزمایشهای مضاعف و ...) انجام می دهد.
- ۷) مسئول هورمون شناسی ماهیانه منحنی لوئی جنینگ را رسم می کند بدین ترتیب که مسئول بخش هورمون ماهانه برای مقایسه نتایج آزمایش نمونه های کنترل شده از نمودارهای کنترلی استفاده می کند . در نمودارهای کنترلی غلظت به دست آمده از سرم کنترل با محدوده مشخص علامت گذاری شده و به صورت تصویری و ساده نمایش داده می شود . اگر نتایج در داخل محدوده قرار داشته باشند شرایط آزمایش تحت کنترل بوده و اطمینان داده می شود که سیستم درست کار می کند ، ولی اگر نتایج در داخل محدوده قرار نرفته باشد نشان دهنده مشکل دار بودن سیستم بوده و بایستی عملکرد سیستم بررسی شود . برای محاسبه و به دست آوردن این محدوده ، نمونه کنترل بایستی به دفعات با این روش آزمایش مورد بررسی قرار گیرد و سپس با استفاده از این اطلاعات میانگین و انحراف معیار محاسبه شده و توسط اطلاعات به دست آمده این محدوده تعیین می شود .
- ۸) مسئول بخش هورمون قبل از انجام آزمایش به صورت روزانه قابلیت تکرار پذیری (SD) یا CV % (بدست آمده را با عدم دقت مجازی که قبلاً تعیین نموده است مقایسه می نماید .
- ۹) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری به طور دستی یا نرم افزار یک چارت کنترل کیفی رسم می نماید ، بطوری که محور Y ها مقادیر نمونه کنترلی بوده و محدوده MEAN+4SD را در بر می گیرد .

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI40.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
	شماره صفحه :	۲ از ۳	

۱۰) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری میانگین و محدوده مورد قبول خود را به صورت خطوط افقی ترسیم نموده و خطوط عمودی را زمان انجام آزمایش در نظر می گیرد. در هر سری کاری کنترل ها را آزمایش نموده و نتایج را روی چارت علامت گذاری می نماید.

۱۱) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری دست به تفسیر چارت کنترلی یا قوانین چندگانه وستگارد می زند. این قوانین به منظور احتمال تشخیص خطا و کاهش دادن موارد رد کاذب نتایج طراحی شده است.

۱۲) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری بعد از انجام آزمایش دست به اقدامات اصلاحی می زند. او توجه دارد که بدون توجه به نوع روشی که برای تفسیر نتایج به کار می برد برخورد با نتایجی که خارج از محدوده مورد انتظار هستند نشان دهنده این است که نتایج بیماران از کیفیت مناسبی برخوردار نیستند و نباید گزارش شوند و قبل از هر چیزی بایستی مشکل را جستجو کرده و آن را برطرف نماید.

۱۳) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری بعد از انجام آزمایش گاهی برای انجام کنترل کیفی از نتایج بیماران به عنوان مکملی برای روش های معمول کنترل کیفیت استفاده می کند. اگرچه این روش ها زمان بر است و اهداف کنترل کیفی را به طور کامل تأمین نمی نماید ولی گاهی موفق به شناسایی خطاهائی می شود که در روش های معمول کنترل کیفیت قابل تشخیص نیستند. برای این امر هر بیمار بطور انفرادی و نیز نتایج بک گروه از بیماران مورد بررسی قرار می گیرند.

۱۴) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری بعد از انجام آزمایش به بررسی نتایج بیماران می پردازد به دو روش:

۱۵) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری بعد از انجام آزمایش نتایج آزمایشگاهی را با علائم بالینی هماهنگ می کند.

۱۶) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری بعد از انجام آزمایش به بررسی هماهنگی با سایر نتایج آزمایشگاهی می پردازد. اگر یک گروه از آزمایشات در زمان و مکان واحد انجام شوند مسئول این بخش می تواند ارتباط آنها را با هم بررسی نماید مانند ارتباط میزان TSH و T4. برای این کار نمونه ها را در دولوله ریخته و دو بار آزمایش می کند. این روش در مواردی که کنترل های پایدار تجاری در دسترس نمی باشند و یا به عنوان مکمل روشهای معمول کنترل کیفیت کاربرد دارد.

۱۷) مسئول بخش هورمون در هر سری کاری بعد از انجام آزمایش گاهی نتایج جدید هر بیمار را با نتایج قبلی همان بیمار مقایسه می کند. برخی خطاها مانند جابجائی نمونه یا جواب مشخص می گردند.

۱۸) مسئول بخش هورمون بعد از انجام آزمایش به بررسی هماهنگی نتایج آزمایشگاه با تشخیص نهائی می پردازد. این مطالعات اغلب به صورت گذشته نگر انجام گرفته و میزان موارد منفی و مثبت کاذب نتایج آزمایشگاهی را بر اساس تشخیص نهائی بررسی می کند. این روش کنترل کیفیت نتایج آزمایشگاه را در دراز مدت کنترل می کند.

۱۹) مسئول هورمون شناسی در هر سری کاری نمونه ها را بایگانی می کند.

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI40.4.01	
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش سروایمنولوژی و هورمون	
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	
	شماره صفحه :	۳ از ۳
	تاریخ ابلاغ :	۱۴۰۱/۰۲/۲۲

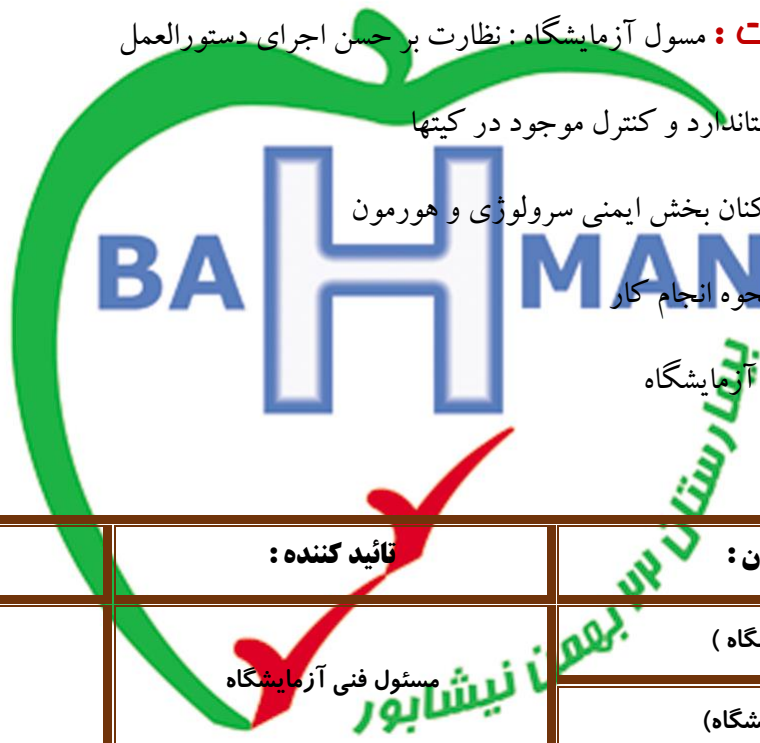
مسئولیتها و اختیارات : مسؤل آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات موردنیاز : استاندارد و کنترل موجود در کیتها

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش ایمنی سرولوژی و هورمون

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسؤل آزمایشگاه



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسؤل آزمایشگاه)	مسؤل فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI41.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش پاتولوژی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱ از ۱		

دامنه ، کاربرد : واحد آزمایشگاه
عامل / عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه (پاتولوژی)
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور دستیابی به کنترل کیفی در این بخش و به مداخل رسیدن فضاها و در نتیجه تشخص صمیم و درمان به موقع و برای دستیابی به این منظور روش کار ذیل مورد تأیید قرار گرفته است

شیوه انجام کار :

۱) جهت کنترل کیفی رنگ آمیزی و دستگاه برش چند نمونه به آزمایشگاه دیگر ارسال میشود و با نمونه های آنا مقایسه می شود.



مسئولیتها و اختیارات :

مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات مورد نیاز : محلولهای رنگ آمیزی

کارکنان مرتبط : کارکنان بخش پاتولوژی

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه

ت تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI42.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه بسته بندی ، انتقال امن و ایمن نمونه زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱	از	۲

دامنه ، کاربرد : آزمایشگاه
عاملین انجام کار : پرسنل آزمایشگاه
پرائی و هدف دستورالعمل : بمنظور ارائه خدمات مطلوب به بیماران و به دست آوردن نتایج صحیح و دقیق در نتیجه رعایت انتقال امن و بسته بندی صحیح نمونه ، ایجاد سلامت بیمار می باشد.

شیوه انجام کار :

- ۱) پس از اینکه نمونه ارسالی از بیرون بدست آزمایشگاه رسید مسئول پذیرش موظف است تانمونه را با مشخصات بیمار تطابق دهد و در صورت تطبیق مشخصات اقدام به پذیرش نماید.
- ۲) نمونه باید در ظرف مناسب و در بسته باشد و دارای مشخصات کامل شامل نام و نام خانوادگی بیمار و نام آزمایش درخواستی باشد
- ۳) پس از اینکه نمونه مورد نظر پذیرش شد به بخش مربوطه فنی ارسال میشود.
- ۴) پس از آزمایش انجام شد باید جواب بیمار در سیستم جوابدهی و همچنین در لیست مربوطه ثبت و بایگانی شود
- ۵) پاسخ آزمایشات توسط آزمایشگاه بیرون دریافت میشود که بصورت تلفنی و یا حضوری می باشد.
- درخصوص ارسال نمونه ها به سایر مراکز:
- ۶) ارسال نمونه ها در بسته بندی مناسب (حفظ شرایط نگهداری مطابق با دستورالعملها به سایر مراکز
- ۷) ارسال نمونه ها به نزدیکترین مرکز طرف قرارداد با آگاهی از انجام آزمایشات مربوطه در آن مرکز
- ۸) تحویل و نگهداری برگه پذیرش آزمایشات ارسالی در آزمایشگاه
- ۹) ثبت تاریخ جوابدهی پس از بازگشت پذیرش آزمایشات در مقابل نام بیماران ثبت شده در دفتر ارسال
- ۱۰) دریافت جواب آزمایشات در زمان مقرر و ثبت نام بیمار و آزمایشات در دفتر تحویل
- ۱۱) ثبت اطلاعات در یافتی (نتایج آزمایشات) در سیستم HIS

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.CT.WI42. 4.01	تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	نحوه بسته بندی ، انتقال امن و ایمن نمونه زمان چرخه کاری و بایگانی گزارشات نمونه های ارجاعی	
زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	شماره صفحه : ۲ از ۲
منابع :	دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت	

مسئولیتها و اختیارات :

مسول آزمایشگاه : نظارت بر حسن اجرای دستورالعمل

امکانات موردنیاز : دفاتر بایگانی ، ظروف نمونه گیری مناسب ، تجهیزات مورد نیاز متناسب با آزمایش درخواستی

کارکنان مرتبط : کارکنان آزمایشگاه (پذیرش ، انجام دهنده آزمایش)

شیوه ارزیابی : بررسی نحوه انجام کار

فرد پاسخگو : مسئول آزمایشگاه



تأمید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه) بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)
مسئول فنی آزمایشگاه	

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI43. 4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۶		

دامنه ، کاربرد : آزمایشگاه و بخشهای درمانی

عاملین انجام کار: پرسنل آزمایشگاه / پرسنل بخشهای درمانی

پژائی و هدف : بمنظور اطلاع رسانی سریع نتایج آزمایشاتی که می تواند منجر به تهدید میات بیمار شود (مقادیر بحرانی) و در راستاء مفظ و ارتقاء ایمنی بیمار بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .

شئیه انجام کار :

- ۱) لیست مقیاسهای بحرانی آزمایشات در آزمایشگاه و بخشهای بستری بایستی موجود باشد و در دستورالعمل نیز ذکر گردیده است
- ۲) پرسنل فنی بعد از برخورد با آزمایشاتی که در محدوده بحرانی قرار می گیرد ، ابتدا نمونه را بررسی ، از صحت نمونه گیری مطمئن و یکبار دیگر تست را تکرار می نماید.
- ۳) در صورت دریافت مجدد همان نتیجه قبلی به صورت تلفنی به بخش مربوطه اطلاع داده و علائم بالینی بیمار سوال می شود. همزمان درخواست نمونه مجدد از بخش مربوطه می گردد .
- ۴) مقادیر بحرانی می بایست از طریق خطوط یکطرفه به اطلاع بخش مربوطه رسانده شود .
- ۵) اینکه در بخش با چه کسی تماس گرفته شده و همچنین نوع آزمایش و جواب اطلاع داده شده ذیل نتایج آزمایشات و در قسمت Comment توسط اطلاع دهنده ثبت می گردد.
- ۶) اعلام تلفنی مقادیر بحرانی توسط آزمایشگاه ضروری است ، زیرا ممکن است پرستار بخش سیستم را چک نکند.
- ۷) پس از اعلام مقادیر بحرانی توسط آزمایشگاه به بخش بخش موظف است نتیجه را به اطلاع پزشک معالج / انکال تخصصی مربوطه رسانده و کسب تکلیف شود .
- ۸) ارسال نمونه مجدد با نظر پزشک مربوطه می باشد .

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI43. 4.01		کد دستورالعمل:
دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی			عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۶	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی

مقدار بحرانی پایین	مقدار بحرانی بالا	سن	نام تست
<40 mg/dl	>200 mg/dl	نوزاد کمتر از ۳۰ روز	گلوکز خون
<50 mg/dl	>450 mg/dl	بالغین	
<8.1g/ dl	>21.1 g/dl	نوزاد کمتر از ۳۰ روز	HB
<7 g/dl	۲۰ gr /dl	بالغین سرپایی	
<5 g/dl	-	بالغین بستری	
< 25%	>= 65%	بالغین سرپایی	HCT
<20%	-	بالغین بستری	
$\leq 2 * 10^9 / l$	$\geq 30 * 10^9 / l$	همه	WBC
	< ۲۰%	همه	Retic
<20000	≥ 999000	بیمار بستری	PLT
<50000	-	بیمار غیر بستری	
<100000	-	بیماری میکروآنژیوپاتیک	
	>120 s	همه	PTT
	>5	همه	PT-INR
	> 80 s	همه	PT
$\leq 6mg/dl$	$\geq 13mg/ dl$	همه	Ca
$\leq 120meq/dl$	$\geq 160 meq/ l$	همه	Na

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲		NUMS.22BH.CT.WI43. 4.01		کد دستورالعمل:
		دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۳ از ۶		تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع :
		تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی		
=<2.5 meq/dl	>= 6meq/ l	همه		K
-	>= 80 mg/ dl	همه		BUN
-	> 5 mg/ dl	همه		Creatinin
<3.5 mcg/dl	mcg/dl<18	نوزاد کمتر از ۳۰ روز		T4
	mcg/dl>18	بالغین		
	>= 0.4 ng/ ml	همه		Troponin I
	>= 8	نوزاد کمتر از امروز		Bili
	>= 13	نوزاد ۱-۲ روز		
	>= 15	نوزاد ۲-۳۰ روز		
	۲۵ = >	همه		C kMB
<=2.5MG/DL	-	تا ۳ سال		phosphor
<=2MG/DL	-	۱۲-۳ سال		
<=1.5MG/DL	MG/DL ۹<	<۱۲ سال		
Mg/dl ۱۰۰>	-	همه		Fibrinogen
<1.0 mg/dl	mg/dl ۹<	همه		mg
	500=>ng/ml	همه		D-dimer
=<7,25	=>6,7	همه		PH
=>60	=<20	همه		Pco2
=<40 mg		همه		Po2

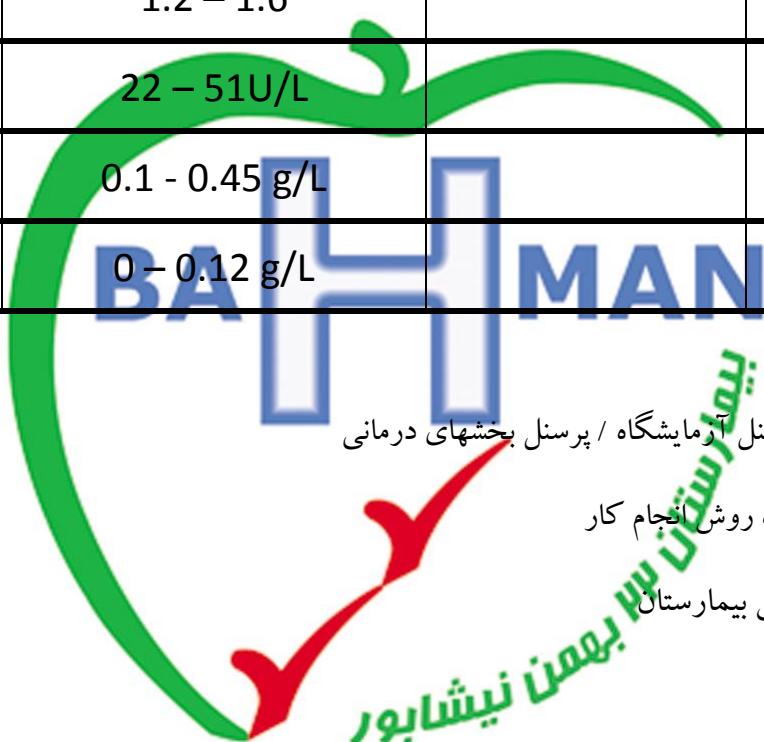
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲		NUMS.22BH.CT.WI43. 4.01		کد دستورالعمل:
دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی				عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۴ از ۶	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱		منابع :
تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی				
	0 - 5d 5d - 3y 3 - 6y 6 - 15 y۱۵ >	۳۶ - ۲۶ ۴۲ - ۳۴ ۵۲ - ۳۵ ۵۶ - ۳۷ ۵۰ - ۳۵		Albumin (S)
	1 - 7d 7d - 1m 1 - 3m 3 - 6m 6 - 12m 1 - 3y 3 - 6y y ۶-۹	65 - 270 65 - 365 80 - 425 80 - 345 60 - 330 145 - 320 150 - 380 175-420		Alkaline Phosphatase (S)
	< 1m 3 - 6m 6 - 12m 1 - 19y > 19y	<30 u/l <50 <80 30 - 100 30 - 110		Amylase (S)
	32 - 641U/L			Amylase (U)
	By high sensitivity method which detects pregnancy 10 days after conception. (EDGH lab only – please refer to microbiology dept at Conquest).			BetaHCG (Urine Pregnancy Test)

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲		NUMS.22BH.CT.WI43. 4.01		کد دستورالعمل:
دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی				عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۵ از ۶		تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	منابع :
تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی				
	Female 13-150 ng/ml Male 30-400 ng/ml			Ferritin (S)
	2.2 – 3.9 mmol/L			Glucose (CSF)
	Non-diabetic 20 – 42 mmol/mol Good control 48 – 59 mmol/mol Diabetes ≥ 48 mmol/mol			HbA1c (P)
	0.7 – 2.1mmol/L			Lactate (Bl)
M ۳۲.۴ – ۸.۸ μmol/L μmol/L ۸۱ – ۴۵	F 6.6 – 30.4 45 – 81			Iron TIBC
۲۱۰۰ – ۵۵۰	580 – 2000			LDH (S)
۱۲۰۰ – ۴۸۰	460 – 1150		1d - 1m	
۱۲۳۰ – ۴۰۰	480 – 1150		1 - 3m	
۱۲۰۰ – ۳۸۰	460 – 1060		3 - 6m	
۹۲۰ – ۵۰۰	500 – 920		6 - 12m	
۹۰۰ – ۴۷۰	470 – 900		1 - 4y	
۹۰۰ – ۴۷۰	420 – 750		4 - 7y	
۷۵۰ – ۴۲۰	380 – 770		7 - 10y	
۷۰۰ – ۴۳۲	380 - 640		10 - 12y	
۷۵۰ – ۴۷۰	390 – 580		12 - 14y	
۷۳۰ – ۳۶۰	340 - 670		14 - 16y	
	313 - 618		16 - 20y	
			>20	

۶۷۰ - ۳۴۰

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI43. 4.01	کد دستورالعمل:
دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۶ از ۶	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
تجربیات بیمارستان ، اپین نامه های ابلاغی		منابع :

mmol/L ۵.۰ - ۰	0 - 5.0mmol/L	Cholesterol
۱.۷ - ۰	0 - 1.7	Triglycerides
۱.۶ - ۱.۰	1.2 - 1.6	HDL
	22 - 51U/L	Lipase (S)
	0.1 - 0.45 g/L	Protein (CSF)
	0 - 0.12 g/L	Protein (U)



امکانات موردنیاز : -

کارکنان مرتبط : پرسنل آزمایشگاه / پرسنل بخشهای درمانی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان

تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	مسئول فنی آزمایشگاه	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)		

کد روش اجرائی:	NUMS.22BH.CT.WI44.4.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان روش اجرائی	دستورالعمل نحوه انجام آزمایشات بانک خون		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : آزمایشگاه بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل بانک خون
پژائی و هدف : بمنظور اطمینان از انجام ایمن آزمایشات بانک خون و مطفا ایمنی بیمار و یکسان سازی فرایندها تهیه فون بیمارستان دستورالعمل ذیل را تهیه و تدوین نموده است .

شیوه انجام کار :

شیوه انجام آنتی بادی اسکریین :

- ۱) سه لوله ۱۲×۷۵ میلی متر را به صورت جداگانه پرسنل فنی بانک خون نشانه گذاری می نماید
- ۲) به هر یک از لوله ها ۲قطره سرم یا پلاسماي بیمار را اضافه می کند.
- ۳) به ترتیب به هر یک از لوله ها ۱قطره گلبول قرمز استاندارد ۱ و ۱۱ و ۱۱۱ اضافه کنید.
- ۴) لوله ها را در سانتریفوژ کالیبره مطابق زمان مشخصا دور 1000g* زمان ۱۵-۳۰ ثانیه سانتریفوژ نمایید سپس لوله ها را جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز با استفاده از آینه مقعر ارزیابی نمایید.
- ۵) نتایج واکنش را درجه بندی و ثبت کنید.
- ۶) به هر یک از لوله های فوق ۲قطره آلبومین ۲۲درصد یا محلول LISS مطابق دستورالعمل سازنده اضافه نمایید.
- ۷) در صورت اضافه نمودن آلبومین لوله ها را به مدت ۱۵-۳۰دقیقه در دمای ۳۷درجه سانتیگراد قرار دهید. و در صورت اضافه نمودن LISS لوله ها را به مدت ۱۵-۱۰دقیقه مطابق دستورالعمل سازنده در دمای ۳۷درجه سانتیگراد قرار دهید.
- ۸) پس از طی زمان مشخص لوله ها را سانتریفوژ کرده و جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز با استفاده از آینه مقعر ارزیابی نمایید.
- ۹) نتایج واکنش را درجه بندی و ثبت نمایید.
- ۱۰) در ادامه لوله ها را حداقل ۳ تا ۴بار با سالین ۰/۹درصد شسته و پس از آخرین مرحله شستشو محلول سالین را با ضربه آرام بهر روی سطح یک گاز کاملاً تخلیه کنید.
- ۱۱) مطابق دستورالعمل سازنده به لوله های شسته شده معرف AHG اضافه کنید .سپس لوله ها را به آرامی مخلوط نمایید.
- ۱۲) لوله ها را ۱۵-۳۰ثانیه سانتریفوژ کرده و جهت مشاهده آگلوتیناسیون و همولیز با استفاده از آینه مقعر ارزیابی نمایید.
- ۱۳) نتایج واکنش ها را درجه بندی و ثبت کنید.

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.CT.WI44. 4.01	کد دستورالعمل:
دستورالعمل نحوه انجام آزمایشات بانک خون		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، دستورالعمل های آزمایشگاه مرجع سلامت		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل بانک خون

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تأیید کننده :	تهیه کنندگان :	ابلاغ کننده :
مسئول فنی آزمایشگاه	رضا سبحانی (مسئول آزمایشگاه)	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
	بتول جنتی (کارشناس آزمایشگاه)	

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.PR.WI45.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد: تمامی بخشهای درمانی و تشخیصی
عاملین انجام کار: پرسنل بخشهای درمانی و تشخیصی
پژائی و هدف : بمنظور اطلاع رسانی اخبار ناگوار به افراد و خانواده و دراستاء مفاظ کرامتهای انسانی بیمارستان دستورالعمل ذیل را تهیه و تدوین نموده است

شئوه انجام کار :

- خبر بد عبارتست از هرگونه اطلاعاتی درباره بیماری بیمار که در عرف جامعه و از منظر خبری ناگوار تلقی گردد.
- محیط خلوت و بدور از سایرین را جهت اعلام خبر ناگوار به بیمار و یا همراهیان انتخاب نمائید (بگونه ای که حتی الامکان حریم خصوصی و اصل محرمانگی اطلاعات رعایت شود).
- امکان مدیریت کردن واکنش های فیزیولوژیک احتمالی همچون faint کردن بیمار / همراه و در محیط در دسترس باشد. سعی کنید درحالی که فرد نشسته است اخبار ناگوار را منتقل نمائید .
- پزشک مسئول بیمار که آگاه ترین فرد تیم درمان می باشد مسئولیت گفتن خبر بد به بیمار یا همراه ایشان را دارد در صورت عدم حضور پزشک با توجه به تصویب در کمیته اخلاق بیمارستان این مسئولیت به مسئول بخش - سوپروایزر وقت یا پرستار حاضر در بخش که می تواند پاسخگوی سوالات درباره سیر بیماری (پروگنوز = porognoses برنامه آینده درمانی باشد تفویض می گردد.
- در هنگام انتقال خبر ناگوار فرد انتقال دهنده باید خونسردی خویش را حفظ نموده با حفظ خونسردی و ضمن احترام به عقاید و ارزش ها در خصوص بیماری و روند آن اطلاعات لازم را به بیمار / همراه بدهد
- بیمارستان تا حد امکان وسایل نوشتاری - صوتی تصویری و مولتی مدیای علمی در خصوص بیماریهای شایع بخش را فراهم می نماید.
- در صورتیکه بیمار ظرفیت تصمیم گیری در باره بیماری خود را نداشته باشد یعنی صرفا در شرایط اختلال
- هوشیاری بیمار ، حمله حاد سایکوز و نیز در بیماران عقب مانده ذهنی و کودکان زیر سن قانونی جایگزین قانونی او در جریان امور قرار می گیرد بعلاوه بیماران واحد ظرفیت نیز می توانند در صورتیکه خود تمایل داشته باشند حق دانستن خبر ید مرتبط با بیماری خود را به دیگران واگذار نمایند.
- سازوکار لازم برای اطلاع رسانی خبر های ناگوار شامل هفت مرحله : آمادگی ، شروع مکالمه ، بیان واقعیات
- گوش دادن فعال ، تایید آنچه که بیان شده است ، نتیجه گیری مکالمه و مستند سازی می باشد.

تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.PR.WI45.2.01		کد دستورالعمل:
شماره صفحه : ۲ از ۲		تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	عنوان دستورالعمل
		زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱	اطلاع رسانی خبر ناگوار در زمینه بیماری یا فوت بیماران
		مذایع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی

(۱) در صورتیکه بخواهیم بصورت تلفنی خانواده بیمار را در جریان خبر های ناگوار قرار دهیم باید با افراد درجه یک ارتباط برقرار نماییم. و ضمن توصیه به آرامش و به صورت مرحله به مرحله به خانواده بیمار در مورد خبر ناگوار اطلاع رسانی نماییم.

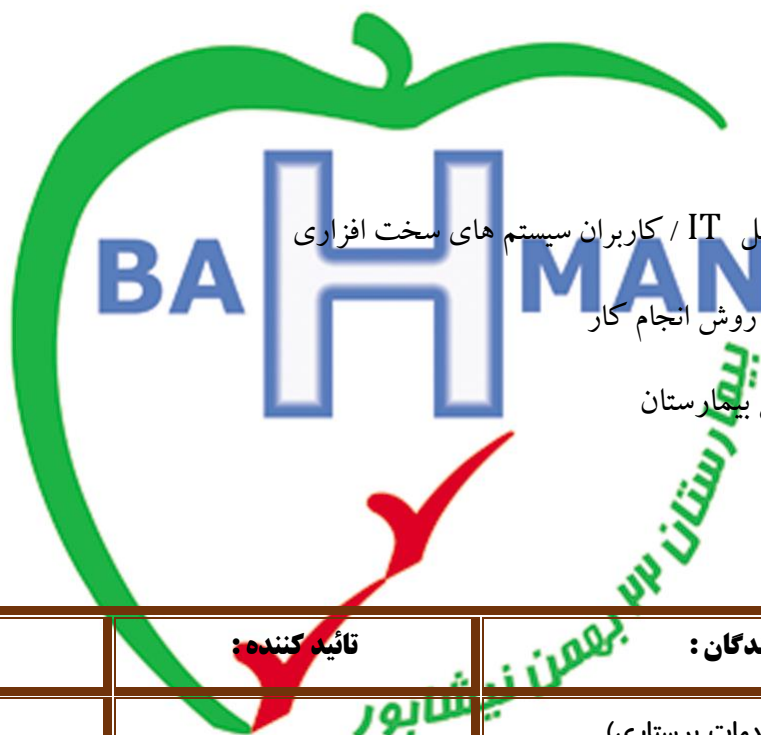
(۲) برای مثال جهت اطلاع فردی که در یک تصادف فوت کرده است ابتدا باید پس از معرفی خودمان بگویم خیلی متاسفم که این را می گویم فلانی تصادف کرده است. به فرد فرصت دهیم تا احساسات خود را آماده شنیدن خبر بعدی نماید بعد از اینکه شنونده خود را آماده شنیدن خبر بد کرد می گویم چه اتفاقی افتاده است به آرامی می گویم حالشان بد است و به مرور خبر مرگ را می دهیم.

امکانات مورد نیاز : -

کارکنان مرتبط : پرسنل IT / کاربران سیستم های سخت افزاری

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دبیر کمیته اخلاق پزشکی	علی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)
		محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		هادی الهامی (مدیر بیمارستان)

کد دستورالعمل:	NUMS.22BH.PR.WI46.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان دستورالعمل	محدوده و ضوابط محتوا و زمان فعالیت بلندگو / پیجر		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل انتظامات و/ر تلفنخانه
<p>پژائی و هدف : بمنظور استفاده بهینه از امکانات پیجر در داخل بیمارستان و جلوگیری از ایجاد فلل در نظم و آرامش بیمارستان و همچنین اطلاع رسانی فوری در موارد بحرانی بیمارستان دستورالعمل ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .</p>

شئیه انجام کار :

- ۱) در حال حاضر در بخشهای بیمارستان دو سیستم پیج وجود دارد یک سیستم مخصوص هر بخش و بلوک می باشد و سیستم دیگر نیز تنها در محوطه بیمارستان اطلاع رسانی می نماید .
- ۲) موارد که نیاز به اطلاع رسانی از طریق سیستم داخل محوطه می باشد باید به اطلاع تلفنخانه بیمارستان برسد .
موارد اطلاع رسانی این سیستم عبارتند از (پیج واحدهای تاسیسات و یا سوپروایزرها و یا قسمتهائی که به هر دلیلی پاسخگوی تلفن خود نمی باشند ، اعلام کدهای موارد بحرانی (فراخوان نیرو پرسنل به بخشهای خاص)
- ۳) مواردی که به اطلاع رسانی یک محدوده و یا بخش خاص مربوط می شوند به نگهبانی همان بخش اطلاع رسانی می گردد این موارد عبارتند از (فراخوان بیمار یا همراهی ، اطلاع رسانی های عمومی داخل بخش ، فراخوان نیرو و پرسنل)
- ۴) در ساعت استراحت بیماران استفاده از سیستم پیج بجز در موارد بحرانی ممنوع می باشد .
- ۵) صدای سیستم باید بگونه ای تنظیم شده باشد که موجب اذر و اذیت بیماران نگردد
- ۶) اعلام موارد کدهای بحرانی هر ۲۰ تا ۳۰ ثانیه کدهای فراخوان و اعلام بحران تکرار می شود

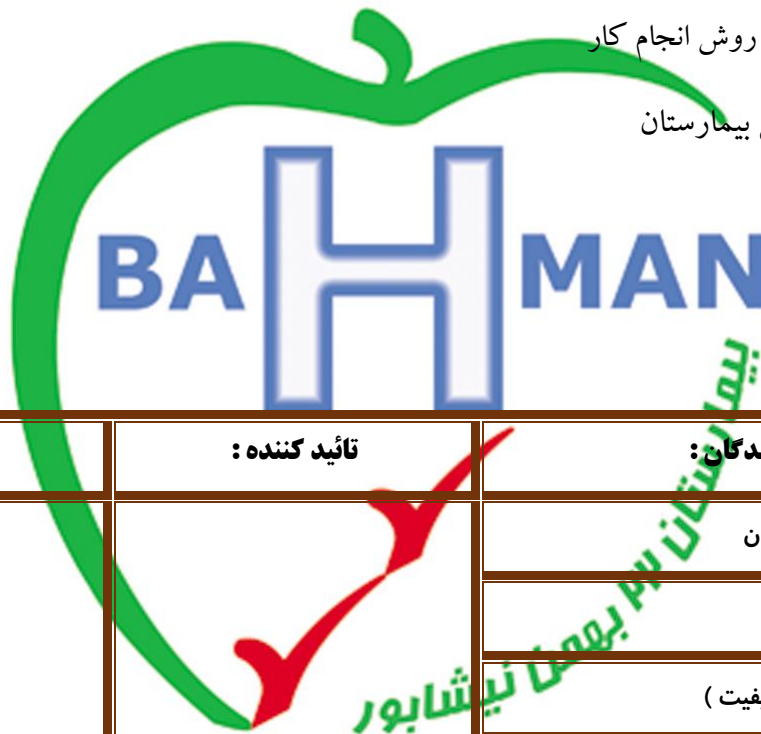
تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲	NUMS.22BH.PR.WI46.2.01	کد دستورالعمل:
محدوده و ضوابط میتوا و زمان فعالیت بلندگو / پیجر		عنوان دستورالعمل
شماره صفحه : ۲ از ۲	تاریخ بازنگری بعدی : ۱۴۰۱/۱۱	زمان تدوین : فروردین ماه ۱۴۰۱
منابع : تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		

امکانات موردنیاز : سیستم بلندگو پیج

کارکنان مرتبط : پرسنل انتظامات و تلفنخانه

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



ابلاغ کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دبیر کمیته اخلاق پزشکی	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		رضوانی (مسئول تلفنخانه)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)
		موسوی (مسئول انتظامات)

کد فط مثنی:	NUMS.22BH.PR.PP10.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان ک فط مثنی:	نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان

عاملین انجام کار: پرسنل تمامی بخشهای درمانی و تشخیصی

پژائی و هدف : بمنظور حمایت از بیماران و خانواده ایشان در هنگام بروز وقایع ناخواسته و همچنین جبران خسارت وارد شده بیمارستان فط مشی زیر را دراستاء سیاست حمایت از مقوق گیرندگان خدمت تدوین و ابلاغ نموده است

شیوه انجام کار :

- در صورت بروز وقایع ناخواسته برای بیمار موارد می بایست فوراً گزارش و براساس دستورالعملها اقدام شود
- برای بیمار و یا همراهیان درجه اول بیمار رخداد تشریح و اقدامات صورت گرفته بیان می گردد .
- می بایست تمامی اقدامات لازم در جهت کاهش عوارض ناشی از وقوع رخداد برای بیمار صورت گیرد
- بیمارستان ضمن بررسی موارد بر اساس دستورالعملها اقدامات قانونی که می بایستن از سوی بیمار یا همراهیان در جهت جبران خسارت وارد شده صورت گیرد را انجام می دهد
- در تمامی مراحل راهنمایی لازم به بیمار و خانواده در جهت پیگیری نحوه دریافت خسارت و شکایات از سوی بیمارستان با محوریت مسئول پیگیری امور بیماران و یا تیم مدیریتی انجام می شود .



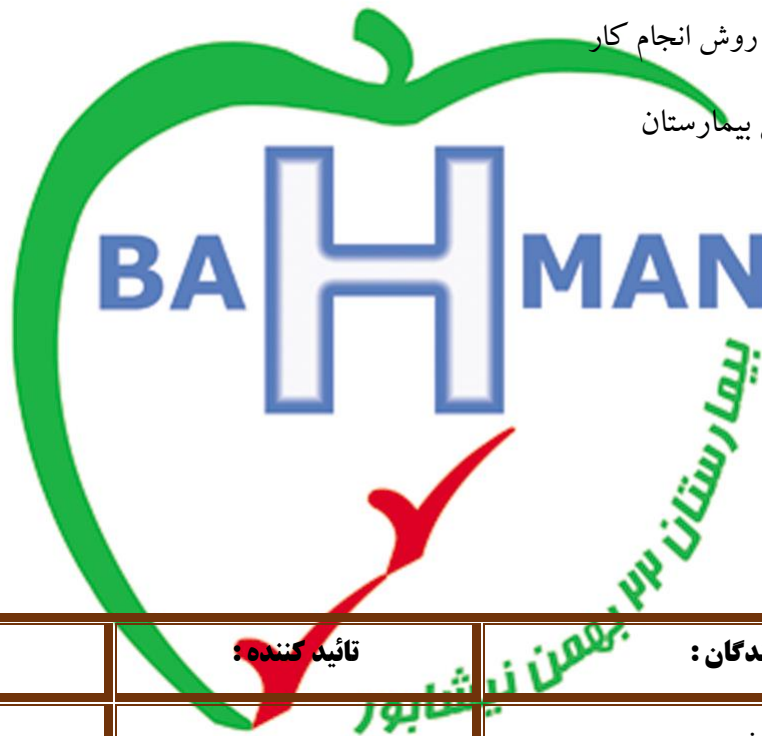
کد فط مثنی:	NUMS.22BH.PR.PP10.2.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان ک فط مثنی:	نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل تمامی بخشهای درمانی و تشخیصی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تهیه کنندگان :	تأیید کننده :	ابلاغ کننده :
هادی الهامی (مدیر بیمارستان)	دبیر کمیته اخلاق پزشکی	دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان
عالی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)		
هادی علیائی (دفعتر بهبود کیفیت)		
محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)		
حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)		
مریم فدایی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)		

کد فط مشتی:	NUMS.22BH.PR.PP11.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان ک فط مشتی:	خط مشی و روش مدد کاری اجتماعی در بیمارستان		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۱ از ۲		

دامنه ، کاربرد : کل بیمارستان
عاملین انجام کار: پرسنل بخشهای درمانی و تشفیصی / مددکاری
پژائی و هدف : بمنظور رفع نیازهای گروههای آسیب پذیر و درراستاء سیاست ممایت از مقوق گیرنده خدمت بیمارستان فط مشتی ذیل را تدوین و ابلاغ نموده است .

شئیه انجام کار :

- ۱) مدیریت بیمارستان خود را متعهد به حمایت از گروههای آسیب پذیر شامل کودکان، زنان باردار ، افراد ناتوان ، افراد بدون سرپرست ، افراد مجهول الهویه ، بیماران ذهنی و معلولان جسمی و افراد با مشکلات مالی می داند
- ۲) شناسایی گروههای آسیب پذیر در هنگام پذیرش در بخش توسط پرستار در ارزیابی اولیه انجام می گردد و یا در هنگام تکمیل فرم ارزیابی اولیه توسط مدد کار صورت می گیرد.
- ۳) در مورد افراد بی سرپرست و مجهول الهویه واحد مددکاری با اورژانس اجتماعی ۱۲۳ در زمان پذیرش تماس می گیرد.
- ۴) و حمایت های لازم توسط بهزیستی انجام می پذیرد.
- ۵) در خصوص هزینه های درمانی با تشخیص مدد کاری و برابر با دستورالعملهای ابلاغی اقدامات لازم جهت کاهش آن صورت می گیرد
- ۶) ناتوانی بیمار در پرداخت هزینهها نمی تواند دلیلی برای عدم انجام خدمت باشد این بیماران می بایست توسط بخش ارائه دهنده خدمت به واحد مددکاری ارجاع شوند در ساعات غیر اداری نیز به سوپر وایزر ارجاع داده شوند
- ۷) در زمان ترخیص با اظهار مراجعین به واحد مددکاری ارجاع گردیده و مصاحبه ، بررسی و مساعدت انجام می گیرد

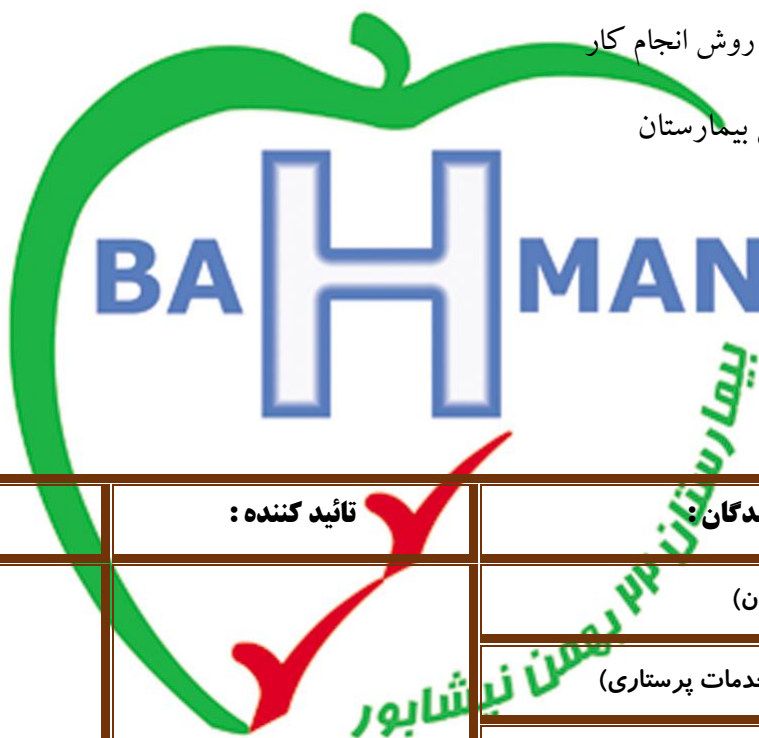
کد فط مشی:	NUMS.22BH.PR.PP11.5.01		تاریخ ابلاغ : ۱۴۰۱/۰۲/۲۲
عنوان ک فط مشی:	خط مشی و روش مدد کاری اجتماعی در بیمارستان		
زمان تدوین :	فروردین ماه ۱۴۰۱	تاریخ بازنگری بعدی :	۱۴۰۱/۱۱
منابع :	تجربیات بیمارستان ، این نامه های ابلاغی		
شماره صفحه :	۲ از ۲		

امکانات موردنیاز :

کارکنان مرتبط : پرسنل مددکاری و بخشهای درمانیو تشخیصی

شیوه ارزیابی : مشاهده روش انجام کار

فرد پاسخگو : رئیس بیمارستان



تأیید کننده :	تأیید کننده :	تهیه کنندگان :
دکتر احمد درودی رئیس بیمارستان	دبیر کمیته اخلاق پزشکی	هادی الهامی (مدیر بیمارستان)
		عالی اکبر سوگندی (مدیر خدمات پرستاری)
		هادی علیائی (دفتر بهبود کیفیت)
		محدثه بتوئی (سوپروایزر آموزشی)
		حسن مهربان (سوپروایزر بالینی)
		مریم فدایی (کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار)
		فرقانی (مددکار)