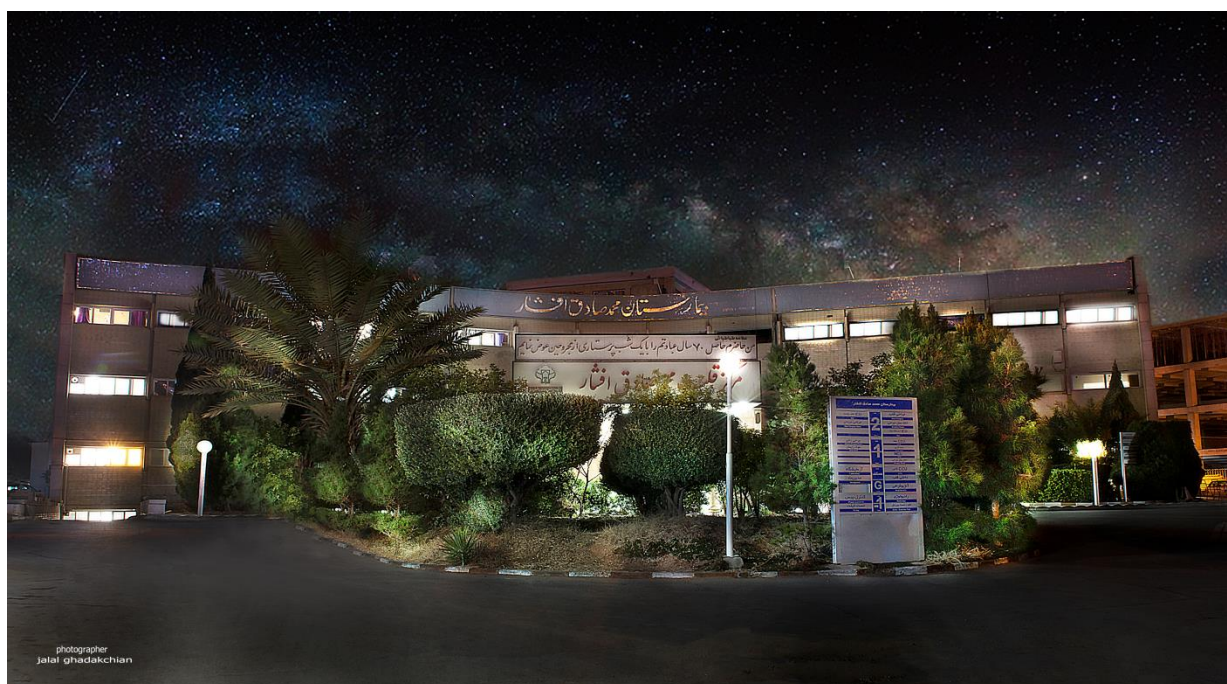




|            |               |
|------------|---------------|
| AFH/KE/04  | کد            |
| ۱۳۹۲/۱۰/۱  | تاریخ تدوین   |
| ۱۴۰۱/۰۷/۰۶ | تاریخ بازنگری |
| ۹          | شماره بازنگری |

# کتابچه توجیهی کارکنان



ویرایش نهم مهر ۱۴۰۱

## تہیہ کنندگان

دکتر جمال انتظاری

فاطمہ بوستانی

علیرضا دھقان

دکتر مہدیہ قنبری

سمیہ طہ

طیبہ سلطانی

فاطمہ رحیقی

عباس صادقی

طاہرہ محمدی

مہناز صالح پور

بازنگری اول: نسرین مرادی، اکرم نقابی، مہناز آنتیک چی، فاطمہ فروزانی، مرضیہ زارع

بازنگری دوم: فاطمہ عمرانی، مہناز محمدی، نرگس دھقانی زادہ

بازنگری سوم: حسن صبوری، اکرم آزادمنش، خدیجہ نیک افشان، زینب شاکری

بازنگری چہارم: نجمہ حاجی زینلی

بازنگری پنجم: مریم جعفری، حمیدہ زارع

بازنگری نہم: مرضیہ کارگر، زینب دھقانی، فہیمہ حکیمی

## سر آغاز :

ورود شما را به جمع کارکنان بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی افشار خیر مقدم میگوئیم.

در حقیقت در آن چه که به حیات تسلسل می بخشد گوهر تابناکی نهفته است، که حراست و حفاظت از آن تا زمان تلالو جاویدش حرفه مقدس ماست .

پروردگارا! مرحمتی فرما تا با ایمان و اخلاق و عشق آن چه در توان داریم، برای تسکین آلام دردمندان و شفای بیماران ارزانی داشته و با نهایت صبر و همدلی، وحدت و یکپارچگی را در جامعه خود متبلور سازیم و از تو بخواهیم .

ضمن خوش آمد گویی به شما همکار گرامی ورودتان را به بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی افشار گرامی می داریم. مجموعه پیش رو جهت آشنایی شما با واحدهای مختلف بیمارستان، فرآیندها و قوانین و مقررات آن طراحی شده است .

امید که با یاری خداوند بتوانید در ارائه خدمت به بیماران موفق و مؤید باشید. خواهشمند است این کتابچه را با دقت مطالعه نموده و هرگونه پیشنهاد در جهت ارتقاء و بروزرسانی آن با ما در میان بگذارید.

دفتر بهبود کیفیت

## فهرست

|    |   |
|----|---|
| ۷  | تاریخچه بیمارستان                         |
| ۸  | آشنایی با شهر یزد اولین شهر خشتی جهان     |
| ۸  | پیشینه تاریخی                             |
| ۸  | موقعیت جغرافیایی                          |
| ۸  | نژاد                                      |
| ۹  | زبان                                      |
| ۹  | مذهب                                      |
| ۹  | آب و هوا                                  |
| ۹  | سوغاتی ها و صنایع دستی                    |
| ۹  | کشاورزی                                   |
| ۹  | صنعت                                      |
| ۱۳ | برنامه استراتژیک بیمارستان افشار          |
| ۱۴ | سیاست های کلان بیمارستان                  |
| ۱۴ | اعتبار بخشی                               |
| ۱۵ | کمیته های بیمارستان                       |
| ۱۵ | فرآیندهای بیمارستان                       |
| ۲۳ | واحد های بیمارستان افشار                  |
| ۲۲ | بخش های درمانی                            |
| ۲۷ | بخش های پاراکلینیک                        |
| ۲۹ | واحد های اداری                            |
| ۳۲ | بهداشت                                    |
| ۳۴ | ارتقاء سلامت                              |
| ۳۶ | آموزشهای مفهومی و کاربردی                 |
| ۳۶ | رعایت حقوق گیرنده خدمت و منشور حقوق بیمار |
| ۴۰ | کنترل عفونت                               |
| ۴۳ | کمک های اولیه فوری                        |
| ۴۹ | امور اداری و مالی                         |
| ۵۱ | قوانین و مقررات                           |
| ۵۱ | مرخصی استحقاقی                            |
| ۵۲ | پاس                                       |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| ۵۲                           | مرخصی استعلاجی                               |
| ۵۳                           | مرخصی اضطراری                                |
| ۵۴                           | سامانه تردد                                  |
| ۵۵                           | حقوق و مزایا                                 |
| ۵۵                           | خروج از خدمت                                 |
| ۵۵                           | ۱-انتقال:                                    |
| Error! Bookmark not defined. | ۹-بازنشستگی:                                 |
| ۵۶                           | ارتقای شغلی                                  |
| ۵۸                           | ارزشیابی:                                    |
| ۵۹                           | تخلفات اداری                                 |
| ۶۱                           | حقوق و مزایا                                 |
| ۶۱                           | استانداردهای ملی پوشش کارکنان                |
| ۶۳                           | ایمنی بیمار                                  |
| ۸۳                           | بهداشت حرفه ای                               |
| ۸۹                           | مدیریت بحران                                 |
| ۹۳                           | ایمنی حریق                                   |
| ۹۳                           | ۳- دسته بندی حریق :                          |
| ۹۴                           | ۵- مواد خاموش کننده :                        |
| ۹۴                           | ۶- انواع خاموش کننده های موجود در بیمارستان: |
| ۹۵                           | طرز کار با کپسول آتش نشانی پودر و گاز:       |
| ۹۶                           | بهداشت محیط                                  |
| Error! Bookmark not defined. | آموزش  |
| ۱۰۰                          | آزمایشگاه                                    |
| ۱۰۲                          | نحوه درخواست خون                             |

## تاریخچه بیمارستان



بیمارستان افشار در ۳ طبقه با مساحت ۲۲۰۰۰ مترمربع و زیر بنای ۱۵۷۰۰ متر مربع در شمال غربی استان یزد در سال ۱۳۵۶ به همت مرحوم آقای محمدصادق افشار به بهره برداری رسید و در حال حاضر یکی از مراکز درمانی دولتی استان به حساب می‌آید. این مرکز با ۲ بخش داخلی قلب، ۶ بخش CCU، ۲ بخش ICU قلب، بخشهای جراحی قلب، جراحی زنان و مردان، اتاق عمل قلب، اتاق عمل جنرال، اتاق زایمان، آنژیوگرافی، الکتروفیزیولوژی، NICU، اورژانس و اورژانس قلب با ۱۷۹ تخت فعال و ۱۸۲ تخت اکسترا - ستاره دار و تجهیزات کامل می‌تواند به بیماران عزیز ارائه خدمت نماید.

این بیمارستان با داشتن بخشهای پاراکلینیک از قبیل آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، اکو و تست ورزش، اسکن هسته ای، هول تر، CT آنژیوگرافی می‌تواند به صورت سرپائی به تمامی همشهریان عزیز چه در داخل استان و چه در خارج استان خدمت رسانی کند.

این مرکز با انجام خدمات تخصصی و فوق تخصصی توسط پزشکان و اساتید مجرب و متعهد در زمینه جراحی قلب، داخلی قلب، آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی بعنوان تنها مرکز دولتی قلب استان بوده که با انجام تعداد متوسط ۵۱ عمل قلب و ۳۷۶ آنژیوگرافی و تعداد بیمار ۲۲۰ آنژیوپلاستی ماهیانه یکی از مهم‌ترین مراکز قلب جنوب کشور می‌باشد.

اجرای برنامه مدیریت درمان سکتة حاد قلبی (۲۴۷)، از جمله فعالیت‌های مهم این مرکز می‌باشد که با وجود پزشکان و پرسنل مجرب، بیماران STE MI تحت آنژیوپلاستی قرار گرفته و با این روش میزان مرگ و میر این بیماران از ۱۱ درصد به ۴ درصد کاهش یافته است.

این مرکز با توجه به فعالیت تیم بازتوانی درون بخشی، کلینیک پیگیری و پیشگیری و توانبخشی قلبی اقدام به عضویت در شبکه جهانی HPH<sup>۱</sup> نموده است و در راستای ارتقاء سلامت در حیطه‌های بیمار، همراهان، محیط و جامعه گام‌های مؤثری را برداشته است.

بیمارستان افشار با فعالیت بیش از ده‌ها عضو هیئت علمی در زمینه آموزش به دانشجویان پزشکی، تخصصی قلب و همچنین رشته‌های بهداشتی و درمانی به عنوان یک مرکز آموزشی درمانی به حساب می‌آید. همچنین این مرکز درمانی، آموزشی و پژوهشی با داشتن مرکز تحقیقات قلب و عروق و با تلاش و پشتکار پزشکان و پرسنل در جهت ارائه طرح‌های پژوهشی تحقیقاتی فعالیت می‌نماید که نتایج آن‌ها در مجلات مهم داخلی و بین‌المللی به چاپ رسیده است.

در این بیمارستان با انجام نه عمل پیوند قلب به عنوان یکی از مراکز هماهنگ کننده پیوند اعضاء مشغول به فعالیت بوده که با هماهنگی بین بیمارستان‌های استان و سایر مراکز درمانی کشور قادر به ارائه خدمات به بیماران نیازمند اهداء عضو می‌باشد.

کلینیک تخصصی این مرکز در تمامی زمینه‌ها از قبیل جراحی قلب، داخلی قلب، داخلی، ارتوپدی، زنان و زایمان، غدد، اطفال، قلب اطفال، عفونی، اعصاب و روان، ریه، اکو و تست ورزش، الکتروکاردیوگرافی، هول تر مانیتورینگ و سونوگرافی یکی از فعال‌ترین کلینیک‌های تخصصی این استان می‌باشد.

این بیمارستان با گذشت ۴ دهه علیرغم خدمات فراوانی که در عرصه درمان شهرستان یزد ارائه نموده، ساختار فیزیکی و تاسیسات آن مستهلک و فرسوده گردیده است. تیم مدیریت بیمارستان بر خود لازم دانسته تا در جهت بالا بردن کیفیت خدمات ارائه شده در جهت اصلاح و بهسازی ساختار فیزیکی، تاسیساتی و گردش کار بیمارستان گام‌های اساسی بردارد.

لازم به ذکر است بیمارستان افشار در فرآیند ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی که از طریق وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی سالانه در راستای استانداردسازی بیمارستان‌ها در زمینه بهبود کیفیت خدمات و ایمنی بیماران انجام می‌پذیرد موفق به کسب رتبه درجه یک گردیده است.

## آشنایی با شهر یزد اولین شهر خشتی

### پیشینه تاریخی

استان یزد از سرزمین‌های کهن و تاریخی ایران زمین است. در بعضی از منابع بنای اولیه برخی از شهرهای این استان چون **میبد** را به سلیمان پیغمبر، **یزد** را به ضحاک و اسکندر مقدونی و **ابركوه** را به ابراهیم پیغمبر نسبت داده‌اند. این بیانگر قدمت و دیرینگی پیشینه تاریخی و فرهنگی سرزمین و مردم این دیار است. آثاری چون دست افزارهای سنگی بدست آمده از دره‌های شیرکوه، نگاره‌های روی تخت سنگ کوه ارنان، تکه سفال‌های منقوش نارین قلعه میبد متعلق به دوره ایلامی، غارهای استان و آثار معماری و شهرسازی باستانی و... نشان می‌دهد مدنیت یزد، در چهار کانون باستانی **مهریز و فهرج، یزد، رستاق و میبد و اردکان** متمرکز بود. پژوهشگران این منطقه را که در مسیر شاهراه‌های باستانی ری - کرمان و پارس - خراسان قرار داشت، جزء سرزمین‌های دوردست مادها شمرده‌اند. سلسله‌ها و حکامی که بر یزد حکومت کردند عبارت‌اند از: قباد انوشیروان، یزد گرد اول، ساسانیان، آل کاپویه، اتابکان، مغولان، آل مظفر، تیموریان، صفویان، افشاریان و قاجاریه.

### موقعیت جغرافیایی

استان یزد با ۱۲۰۰۰۰ کیلومتر مربع وسعت در مرکز ایران قرار دارد و بر اساس آخرین تقسیمات کشوری، دارای هفت شهرستان به نام‌های ابرکوه، اردکان، بافق، تفت، مهریز، میبد و یزد است. جمعیت استان یزد در حال حاضر بالغ بر ۸۹۰۰۰۰ نفر است که ۴/۱ درصد از جمعیت کل کشور را به خود اختصاص می‌دهد. از کل جمعیت استان ۷۸ درصد را جمعیت شهری و ۲۲ درصد را جمعیت روستائی تشکیل می‌دهد. به دلیل وجود بیابان‌ها و کویرهای وسیع تراکم جمعیت در سطح استان کم است. شهر یزد پرجمعیت‌ترین شهر و مرکز سیاسی-اداری استان یزد است. استان یزد در قلمرو سلسله جبال مرکزی ایران واقع شده و از پستی و بلندی و چاله‌ها و کفه‌های کویری متعددی تشکیل شده است. در استان دو رشته کوه متمایز از هم وجود دارد. اولی بخشی از کوه‌هایی است که در جهت شمال غربی- جنوب شرقی از مرکز ایران عبور می‌کنند. و به کوه‌های مرکزی ایران معروف هستند. دومی شامل رشته کوه‌هایی است که در مناطق مرکزی، شمالی و شرقی استان قرار دارند. رشته شیرکوه که مانند دیواری قسمت‌های مرکزی استان را از بخش غربی آن (چاله ابرقو) جدا می‌کند، همواره از برف و یخ پوشیده شده و در تأمین آب شهرهای یزد، تفت و مهریز نقش مهم و اساسی دارد.

### نژاد

مردم استان یزد از نژاد آریایی و ایرانی هستند و به علت موقعیت جغرافیائی ویژه این استان، از آمیختن با نژادهای غیر ایرانی تا اندازه ای مصون مانده‌اند. در روزگار باستان و آغاز مدنیت و آبادی در این سامان نژادهای دیگری در این ناحیه می‌زیستند و با نژادهای اصلی آن در آمیختند. این آمیزش بی گمان بعدها در سرگذشت اجتماعی، فرهنگی و حتی ترکیب نژادی مهاجران تازه رسیده آریائی نیز تأثیر بسیار داشته است.

در نیمه هزاره دوم پیش از میلاد آریائی‌ها به فلات مرکزی ایران از جمله منطقه یزد که در دل این فلات قرار دارد، روی آوردند. در دوره‌های بعد نیز گروه‌های عرب، ترک، مسیحی و کلیمی به این منطقه آمدند. در سده اخیر نیز اعراب مهاجر به این استان آمده و در آن ساکن شدند.



## زبان

مردم استان یزد به زبان فارسی رایج، با پاره ای ویژگی‌های گویشی سخن می‌گویند. برخی ویژگی‌های گویشی در میان شهرستان‌های این استان محسوس است. زبان شناسان نیم زبانهای جدید ایرانی را به دو دسته باختری و خاوری تقسیم کرده‌اند. لهجه یزدی جزء نیم زبانهای مرکزی دسته باختری است که در بخش باختری فلات ایران، تا حدود مرزهای ایران رواج دارد. در بیشتر نیم زبانهای مرکزی از جمله لهجه شیرین یزدی اثر آمیختگی کمتری با زبان عربی دیده می‌شود. زرتشتیان یزد به زبان نیاکان خویش، زبان فارسی دری سخن می‌گویند. زبان زرتشتیان یزد به دلیل پاره ای عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی آمیختگی بسیار با زبان فارسی پیدا کرده، به طوری که آهنگ ناتوان شدن و حتی فراموش شدن آن روز به روز تندتر می‌شود.

## مذهب

پیش از ورود مسلمانان به ایران، مردم استان یزد نیز مانند مردم سایر نقاط ایران زرتشتی بودند. با انقراض حکومت ساسانیان در نیمه نخست سده اول ه. ق مردم بیشتر نقاط ایران از جمله استان یزد نیز به دین اسلام گرویدند؛ ولی برخی از آنان آیین خود را حفظ کردند و زرتشتی باقی ماندند. قریب به اتفاق مردم استان یزد مسلمان و پیرو شیعه جعفری هستند.

## آب و هوا

اقلیم استان یزد به دو علت اساسی خشک است. اول آن که بر روی کمربند خشک جهانی واقع شده و دیگر آن که از دریاهای آزاد عمان و خلیج فارس و دریاچه‌های داخلی و بادهای رطوبت‌زای دریایی بسیار دور است. عامل مهم اعتدال نسبی آب و هوای یزد که قابلیت زیست نسبتاً مناسبی به آن بخشیده است، ارتفاعات مهمی است که در اطراف آن پدید آمده و به طور موضعی در بهبودی هوای استان اثر می‌گذارند و لذا مناطقی با ارتفاع بیش از ۲۵۰۰ متر از اعتدال و رطوبت نسبی بیشتری برخوردار هستند. متوسط دمای هوای استان ۱۸/۹ درجه سانتی‌گراد است. حداکثر مطلق دما در تیرماه برابر ۴۳ و حداقل آن در دی ماه برابر ۷/۲ درجه سانتی‌گراد می‌باشند. به استثنای منطقه کوهستانی شیرکوه، سایر نقاط استان یزد اقلیم گرم و خشک و بیابانی دارد که از غرب و جنوب غربی به طرف شمال شرقی و شرق خشک‌تر می‌شود.

## سوغاتی‌ها و صنایع دستی

علاوه بر منسوجات و تولیدات پارچه‌ای نظیر ترمه، انواع شیرینی‌های خاص نیز در این استان تهیه می‌شود که در سراسر ایران طرفداران فراوان دارد. شیرینی‌های مهم یزد عبارت‌اند از: باقلوا، قطاب، لوز نارگیل، پشمک، نان برنجی، بادام، کیک یزدی و نقل و آب نبات، انواع شیرینی‌های خشک که بسیار ظریف، شکیل و خوشمزه پخته و عرضه می‌شوند.

## کشاورزی

به دلیل خشکی آب و هوا و اندک بودن میزان بارندگی بین استان‌های ایران کمترین اراضی کشاورزی در یزد قرار دارد. عمده محصولات کشاورزی یزد شامل خرما-پسته و گندم است. به علت کم‌آبی این استان بیشتر جنبه صنعتی دارد.

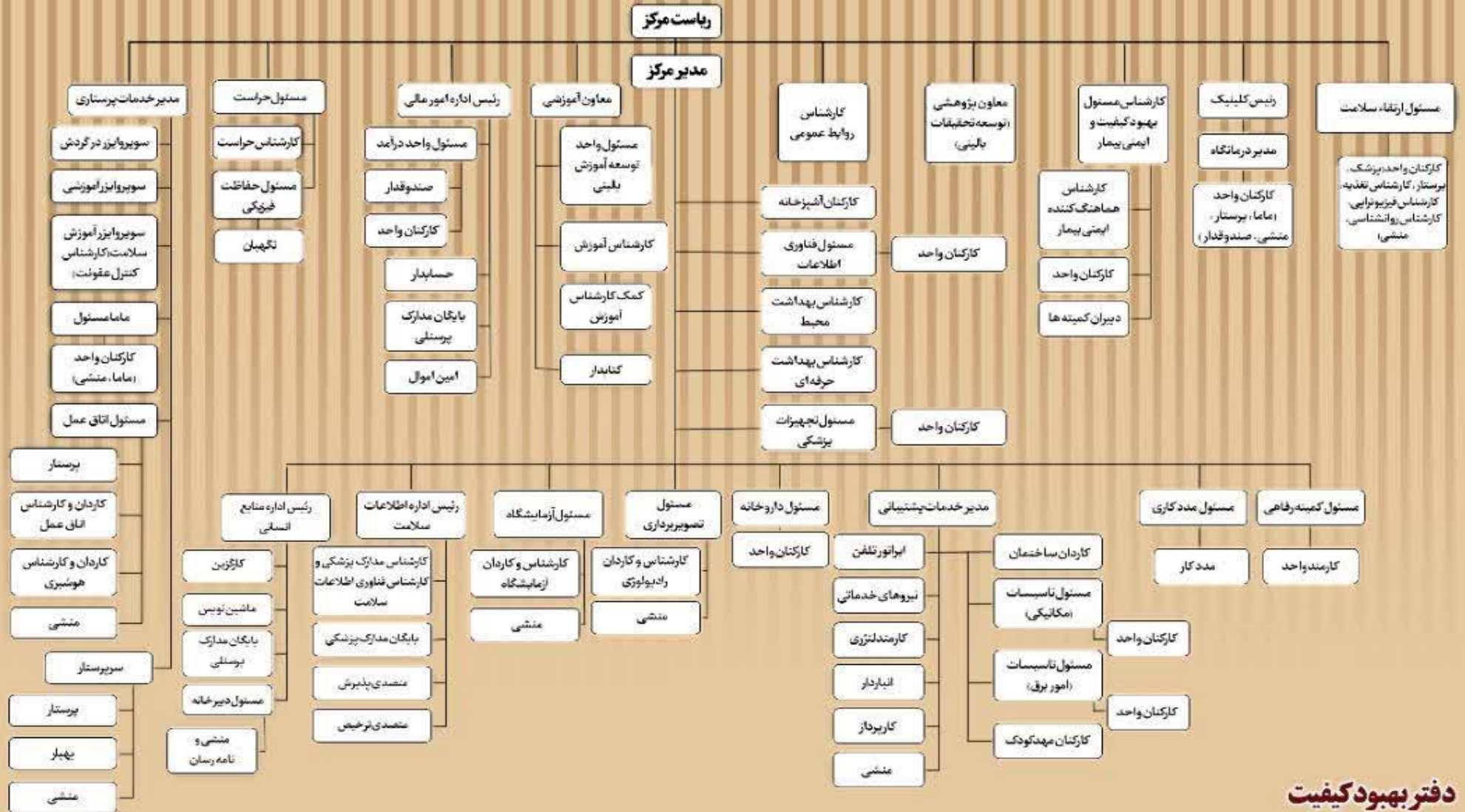
## صنعت

استان یزد استانی صنعتی است که صنعت بافندگی آن از شهرت زیادی برخوردار است. صنعت شیرینی‌سازی در استان یزد از قدمتی دیرینه برخوردار است و محصولات آن صاحب شهرتی شده‌اند که از مرزهای ایران فراتر رفته است. بیشترین تولیدات واحدهای صنعتی شهر را منسوجات، کاشی و سرامیک و فرش ماشینی تشکیل می‌دهد. واحدهای صنعتی استان یزد عمدتاً در شهرک‌های صنعتی یزد و میبد متمرکز شده‌اند. همچنین یزد دارای معادن زیادی است که مهم‌ترین آن‌ها معدن سنگ

آهن چادرملو و چغارت و معدن سرب و روی کوشک هستند. معادن غنی اورانیوم نیز در اواخر دهه ۸۰ در منطقه ساغند یزد کشف شده است. هم‌اینک برق استان یزد توسط شرکت برق منطقه ای یزد که از سال ۱۳۶۸ تأسیس گردیده است تأمین می‌شود. این شرکت با فروش بیش از ۵۲ درصد از فروش کل خود در سال به مشترکین صنعتی (بالغ بر ۳ میلیارد کیلووات ساعت انرژی در سال ۸۵) سهم مهمی را در صنعتی شدن استان ایفا نموده است. لذا این استان را می‌توان به عنوان یک قطب صنعتی کشور ایران محسوب نمود.

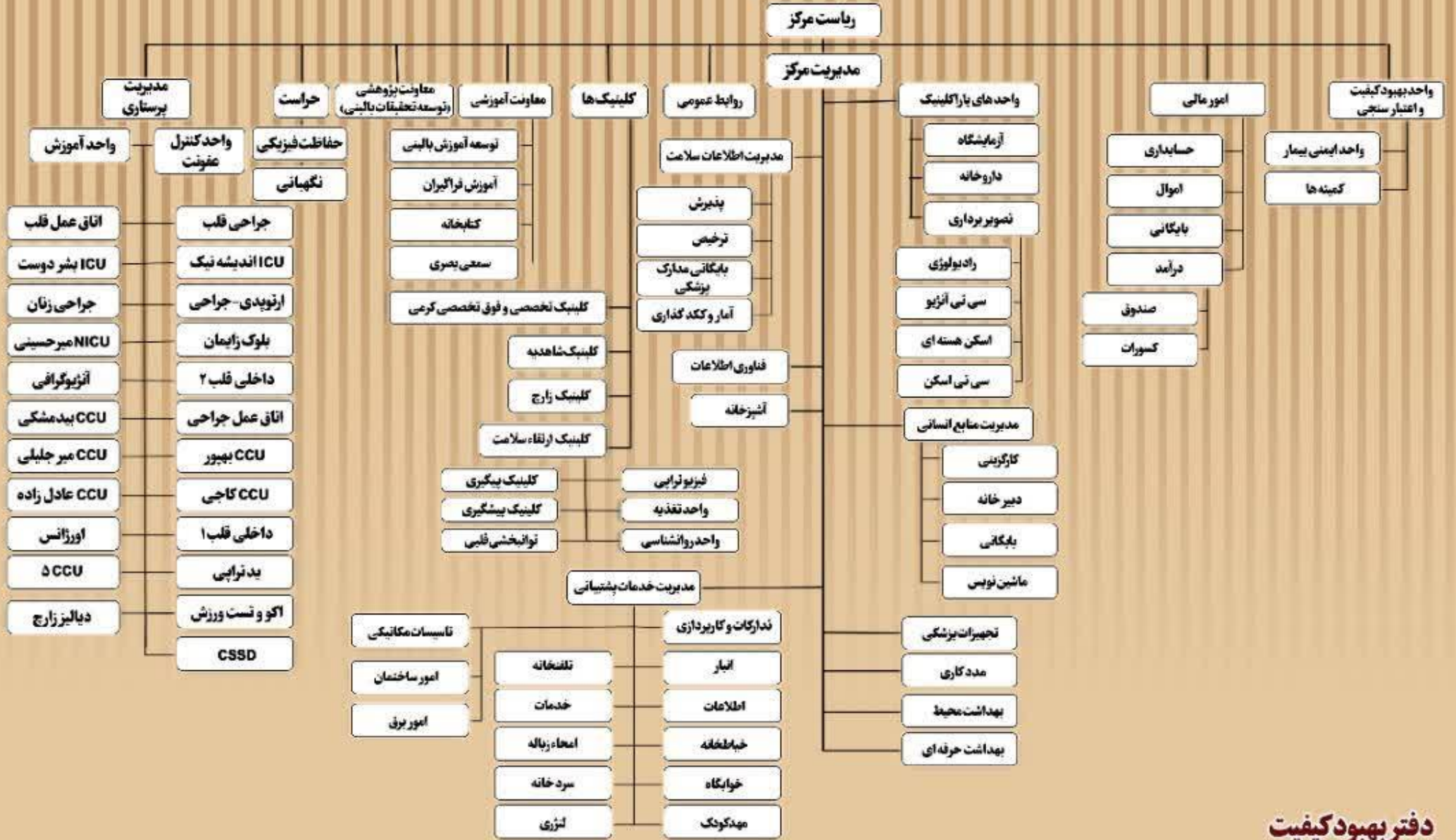
# نمودار سلسله مراتب بیمارستان افشار

|               |            |
|---------------|------------|
| کد            | AFH/NE/۰۲  |
| تاریخ تدوین   | ۹۵/۱۱/۱۳   |
| تاریخ بازنگری | ۱۴۰۱/۰۴/۱۴ |
| شماره بازنگری | ۵          |



|            |               |
|------------|---------------|
| AFH/NE/۰۱  | کد            |
| ۹۵/۱۱/۱۳   | تاریخ تدوین   |
| ۱۴۰۱/۰۴/۱۴ | تاریخ بازنگری |
| ۵          | شماره بازنگری |

# نمودار تشکیلات سازمانی بیمارستان افشار



پیروزی حاصل دور اندیشی و اقدام فوری است. امیرالمؤمنین (ع)

## برنامه استراتژیک بیمارستان افشار *Strategic Planning*

برای تدوین برنامه استراتژیک سه ساله بیمارستان افشار کمیته برنامه ریزی استراتژیک تشکیل گردید و برای آن دو ماه زمان در نظر گرفته شد. این کمیته با تشکیل جلسات منظم و با جمع آوری اطلاعات درون سازمان و برون سازمان و آنالیز محیط داخلی و خارجی سازمان اقدام به تعیین مأموریت، دورنما، ارزش‌ها، اهداف کلی و اختصاصی بیمارستان برای سال‌های ۱۴۰۲ - ۱۳۹۹ نمود. نقاط قوت و ضعف بیمارستان، فرصت‌ها و تهدیدهای موجود در محیط شناسایی شد. استراتژی‌های مناسب برای دستیابی به اهداف بیمارستان تعیین گردید و برنامه عملیاتی مربوطه با کمک مسئولین واحدهای مختلف بیمارستان تدوین گردید. برای تحلیل استراتژیک بیمارستان افشار و تعیین موقعیت آن نیز از مدل «ارزشیابی موقعیت دکتر مصدق راد» استفاده شد.

با استفاده از نتایج مورد بررسی از پرسشنامه‌های تکمیل شده و ماتریس عوامل داخلی و خارجی موقعیت بیمارستان افشار در وضعیت حفظ شرایط موجود قرار گرفت که انتظار می‌رود از استراتژی‌های احتیاطی استفاده کرد.

رسالت (Mission) بیمارستان: ارتقاء سلامت از طریق پیشگیری، تشخیص به موقع، درمان و توان بخشی مبتنی بر اصول علمی و ایجاد همدلی

چشم انداز (Vision) بیمارستان: اولین انتخاب با بهره مندی از توانمندی سرمایه‌های انسانی

ارزش‌ها (Value):



- ✓ احترام به حقوق بیماران و همراهان
- ✓ انگیزه و شور و نشاط در کارکنان و بیماران
- ✓ مشارکت و کار گروهی

اهداف کلان:



- ✓ بهبود مستمر کیفیت خدمات
- ✓ افزایش درآمد
- ✓ ارتقاء ایمنی
- ✓ ارتقاء اطلاع رسانی و برند
- ✓ افزایش رضایت و انگیزه
- ✓ افزایش رضایتمندی بیماران و همراهان
- ✓ مدیریت هزینه
- ✓ بهبود ارتباطات
- ✓ توسعه فعالیت‌ها براساس پژوهش
- ✓ بهبود توانمندی و مهارت‌ها
- ✓ بهبود مدیریت و رهبری



## سیاست‌های کلان بیمارستان

۱. توجه به بهبود مستمر کیفیت خدمات (بدون تحمیل هزینه اضافه به بیمار)
۲. توجه به ایمنی بیمار با توجه به نقش اصلاح فرآیندها
۳. توجه به رضایتمندی بیماران در راستای رعایت منشور حقوق بیمار
۴. توجه به رضایتمندی کارکنان
۵. توسعه و توانمندسازی نیروی انسانی
۶. توجه ویژه به اقتصاد مقاومتی در بیمارستان با لحاظ نمودن اهمیت ایمنی بیمار
۷. اجرای کامل استانداردهای اعتبار بخشی (ملی - درمانی و آموزشی)
۸. تاکید بر زیبا سازی و آراستگی بیمارستان

## اعتبار بخشی

اعتبار بخشی به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص است. استانداردهایی که بر بهبود مداوم کیفیت، محور بودن بیمار و بهبود ایمنی بیمار و کارکنان تاکید دارد.

در واقع می‌توان گفت اعتبار بخشی فرآیندی است که در آن یک گروه یا سازمان از طریق ارزیابی بیمارستان، اعتبار و رسمیت آن را به منظور توانایی در ارائه خدمات درمانی تأیید می‌کند. تیم اعتبار بخشی با استفاده از استانداردهای مرتبط (شامل ۱۹ محور)، بیمارستان را مورد ارزیابی قرار داده و پس از تجزیه و تحلیل یافته‌ها، درجه انطباق و پیروی از استانداردها را به بیمارستان اعلام می‌دارند. اعطای گواهینامه به بیمارستان‌ها از بالاترین رتبه شامل ۶ سطح درجه عالی، درجه یک برتر، درجه یک، درجه دو، درجه سه، درجه چهار می‌باشد. شایان ذکر است تعرفه بیمارستان‌ها بر اساس این درجه بندی‌ها اعلام می‌گردد. (بیمارستان افشار دارای درجه یک می‌باشد)

اعتبار بخشی با یک ارزیابی درونی یا خود ارزیابی از سازمان (بیمارستان) شروع می‌شود؛ بعد از آن ارزیابی کشوری به وسیله یک تیم از گروه‌های مختلف درمانی و مدیریتی از کلیه بخش‌های بالینی و اداری بیمارستان دو سال یکبار انجام می‌گیرد. در این بین بازدیدهای ادواری به صورت فصلی توسط دانشگاه متبوع انجام و پس‌خوراند آن‌ها به وزارت اعلام می‌گردد.

پ ن: سنجه‌های استاندارد مخصوص بخش شما نزد مسئول بخش می‌باشد که با مطالعه آن می‌توانید با استانداردهای آن آشنا شوید. در سال جاری ایمنی نقش مهمی در استانداردها ایفا می‌نماید. لازم است خط مشی، روش اجرایی و دستور العمل‌های بخش را که به صورت الکترونیکی در دسترس می‌باشد مطالعه فرموده و طبق آن عمل نمایید.

## کمیته‌های بیمارستان

کمیته‌های بیمارستان بازوهای مشورتی و تصمیم‌گیری رئیس و مدیر بیمارستان هستند و بعنوان اتاق فکر بیمارستان محسوب می‌شوند.

کمیته‌ها در نقش محور هدایت بیمارستان‌ها با برنامه ریزی، سازماندهی و هماهنگی فعالیت‌های بیمارستانی را انجام می‌دهند. ساختار کمیته‌های بیمارستان افشار در الگوی اعتباربخشی از ۱۷ کمیته اصلی (عناوین آن در نمودار تشکیلات سازمانی درج شده است) و ۱۲ کمیته فرعی تشکیل یافته است.

یکی از کمیته‌های بیمارستانی که بطور منظم و هر سه ماه یکبار در بیمارستان افشار برگزار می‌گردد کمیته «پیشنهادات» است. شما می‌توانید پیشنهادات خود را از طریق وب سایت بیمارستان برای ما ارسال نمایید.

لازم به ذکر است به پرسنلی که پیشنهاد آن‌ها در این کمیته تصویب شود ۳ امتیاز داده می‌شود که در ارزشیابی سالیانه برای افراد لحاظ می‌گردد و علاوه بر آن به پیشنهادات برتر هدایای ارزنده ای تعلق می‌گیرد.

## فرآیندهای بیمارستان

فرایند مجموعه ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه ریزی شده انجام می‌گیرد.

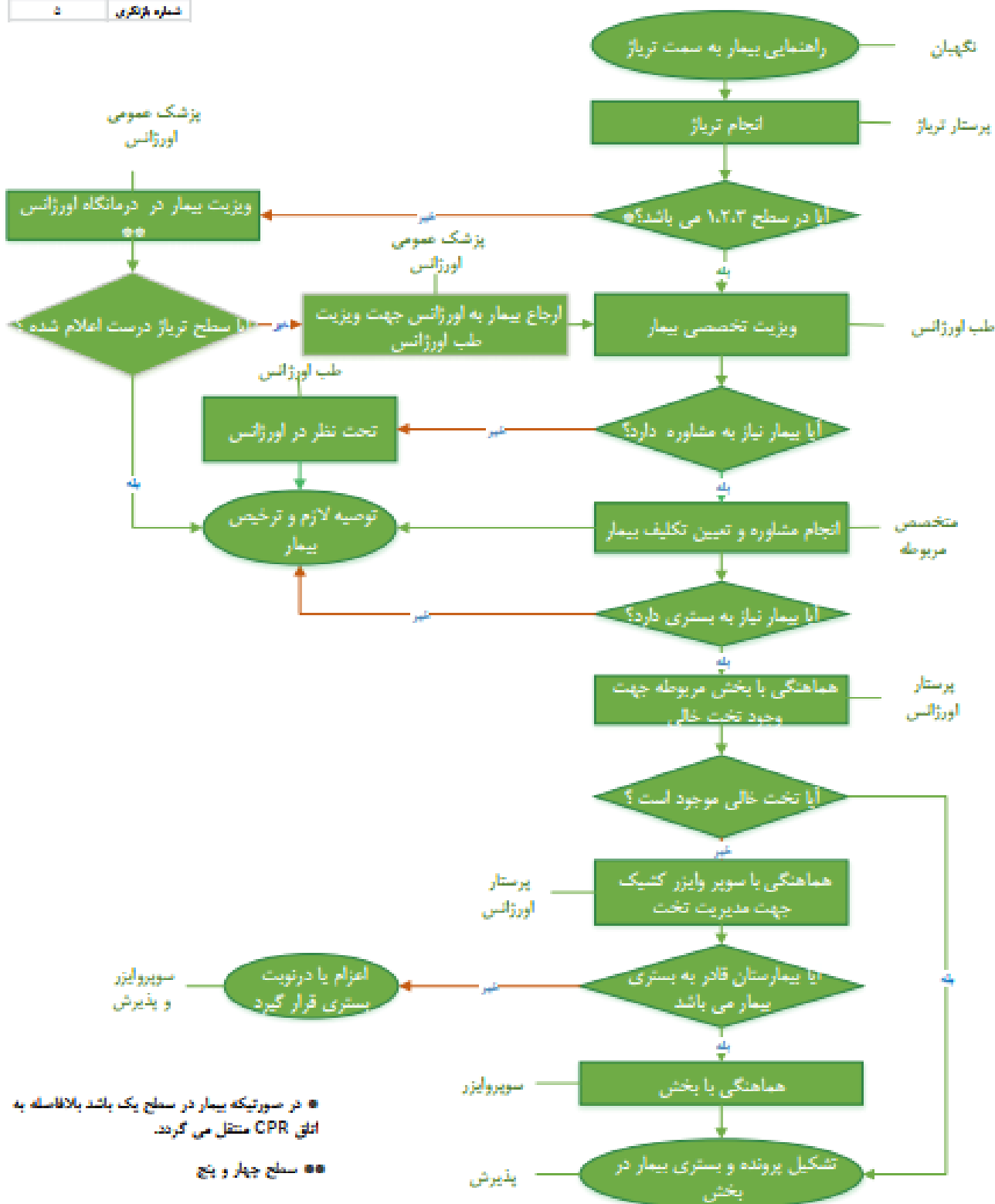
فرایندهای سازمانی در سه گروه فرایندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی قرار می‌گیرند. فرایندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می‌کند. هر یک از گام‌های فرایند اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرایند فرعی باشد. فرایندها می‌تواند به صورت فلوجارت تدوین شوند.

فلوجارت یا نقشه فرایند: نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند برای اجرای کار درست انجام می‌شود را نشان می‌دهد.

فرایندهای اصلی بیمارستان افشار شامل پذیرش، ترخیص، انتقال بین بخشی، ارجاع و آموزش به بیمار می‌باشد.

|                     |            |
|---------------------|------------|
| بیمارستان افسار یزد |            |
| فرم شماره           | FR-3       |
| تاریخ تدوین         | ۱۳۹۳-۰۲-۰۲ |
| تاریخ بازنگری       | ۱۴۰۱-۱۰-۲۴ |
| شماره بازنگری       | ۵          |

## پذیرش بیمار در اورژانس



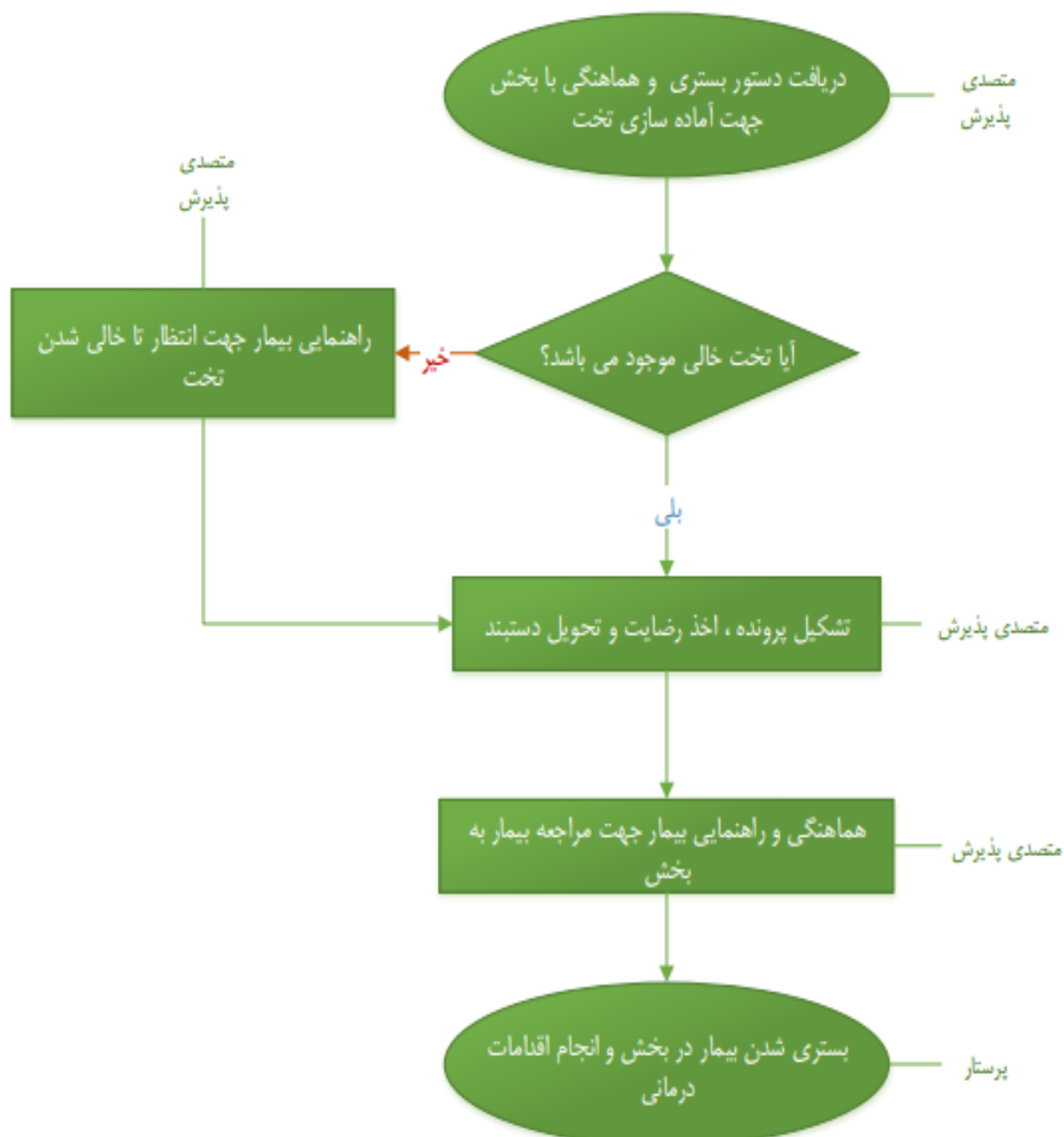
● در صورتیکه بیمار در سطح یک باشد بلافاصله به اتاق CPR منتقل می گردد.

●● سطح چهار و پنج



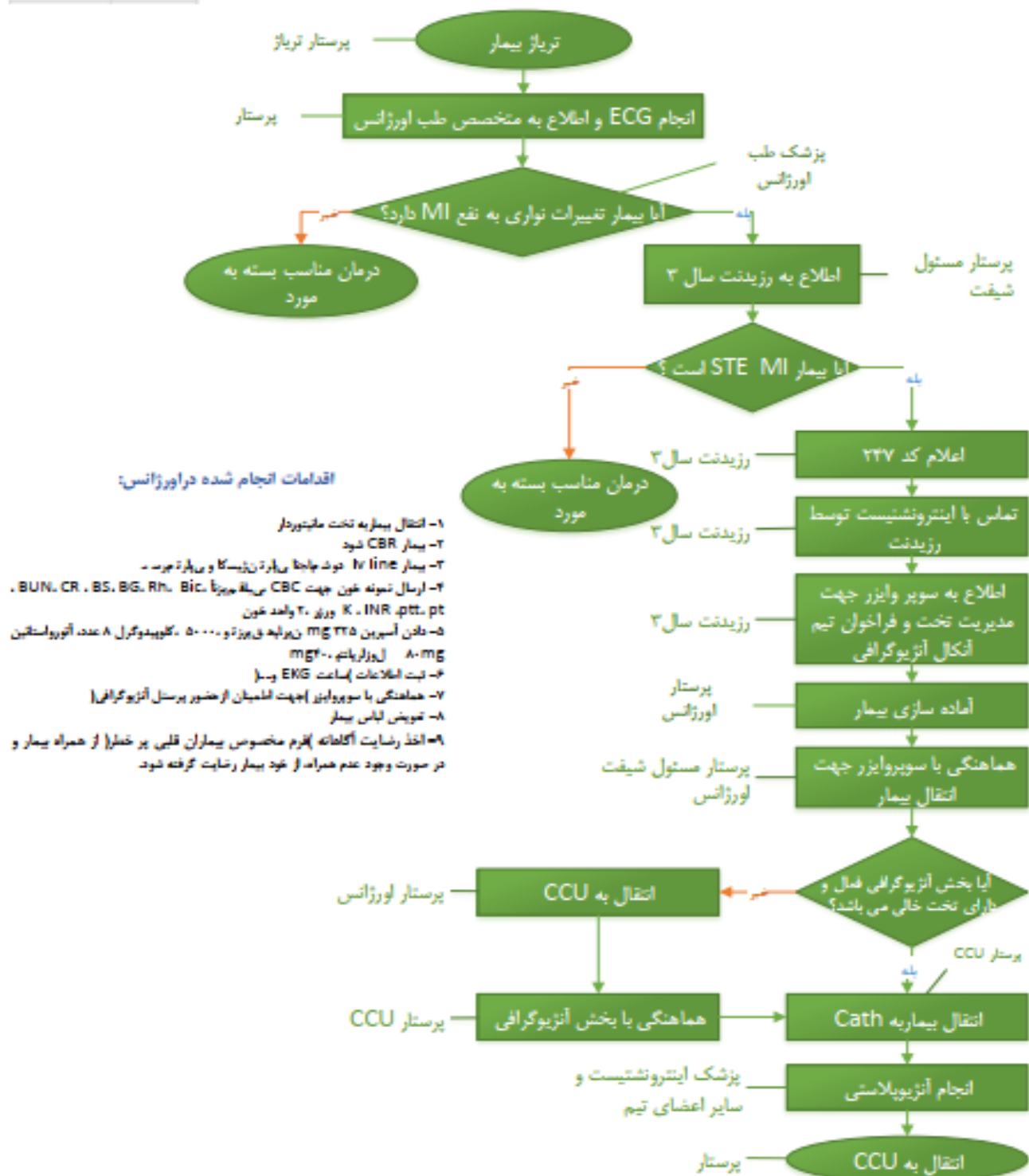
| بیمارستان افشار یزد |               |
|---------------------|---------------|
| FR-15               | کد فرایند     |
| ۹۵/۱۲/۰۲            | تاریخ تدوین   |
| ۱۳۰۷/۰۵/۱۹          | تاریخ بازنگری |
| ۵                   | شماره بازنگری |

## فرایند پذیرش بیماران غیر لورژانسی الکتیو



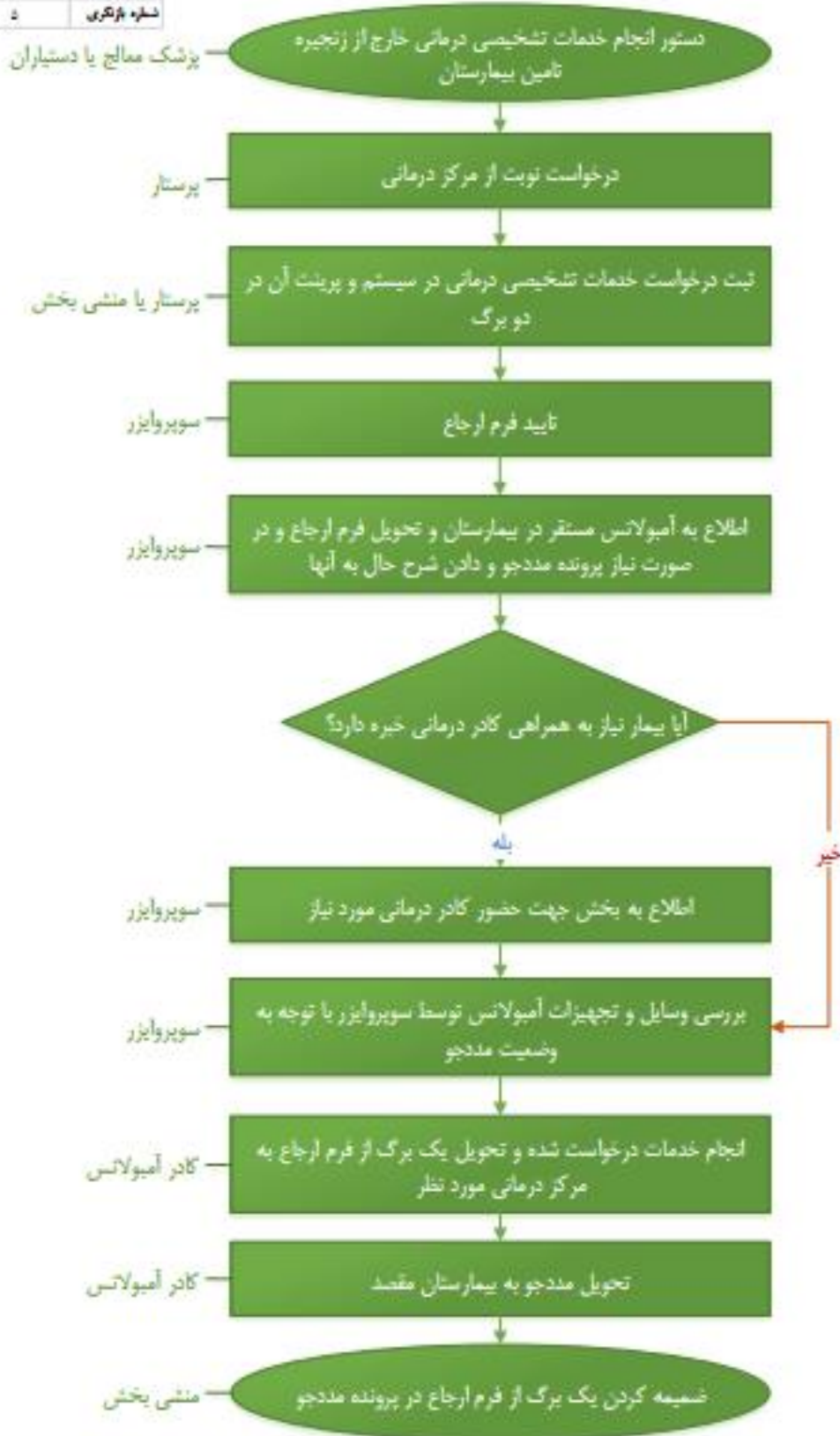
| بیمارستان افشار یزد |            |
|---------------------|------------|
| کد فرایند           | FR-9       |
| تاریخ تدوین         | ۹۵/۱۲/۲    |
| تاریخ بازنگری       | ۱۴۰۲/۰۶/۲۹ |
| شماره بازنگری       |            |

## فرایند پذیرش بیماران STEMI برنامه ۲۴۷



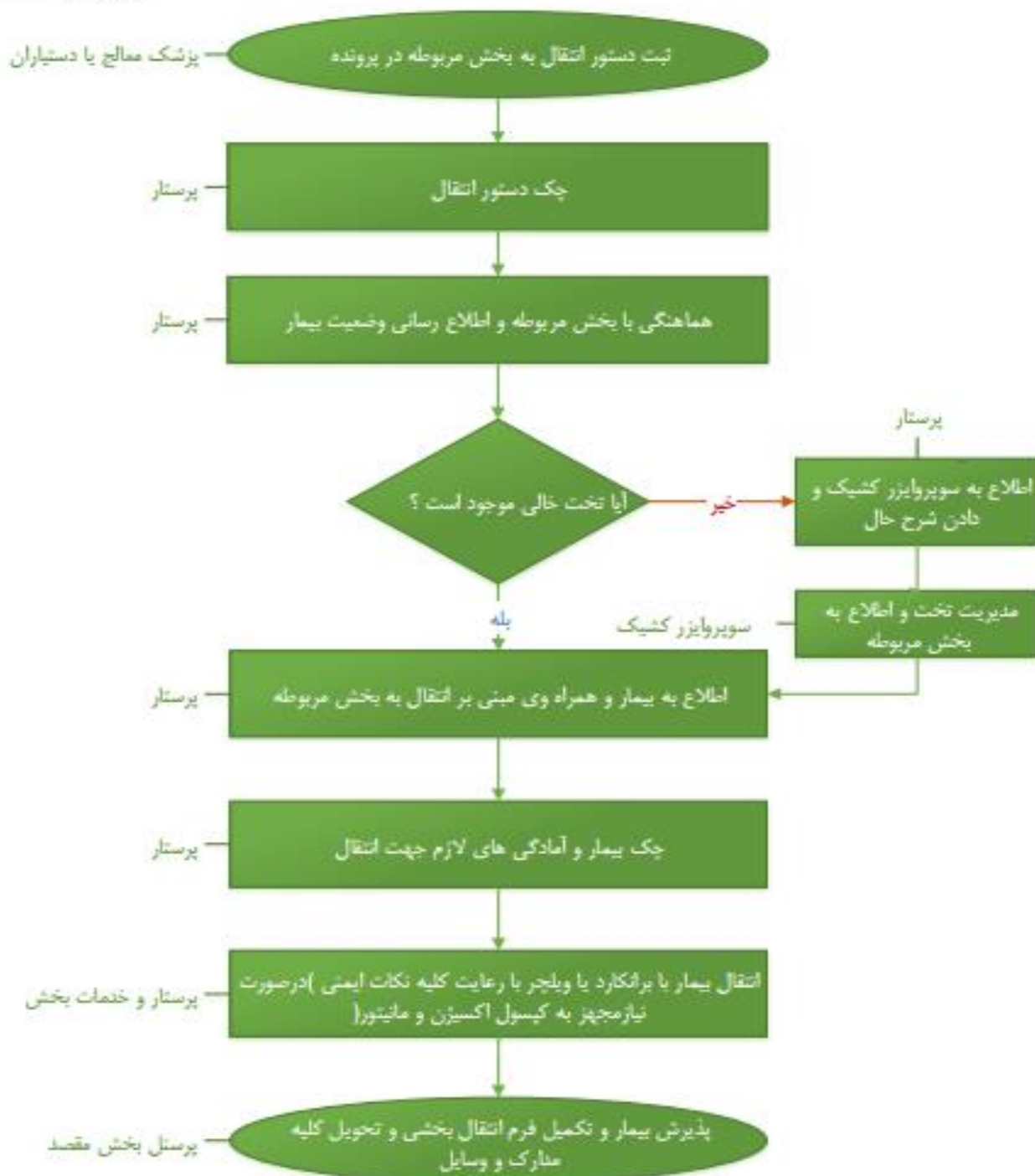
| بیمارستان اقدار یزد |               |
|---------------------|---------------|
| FR-5                | کد فرایند     |
| ۹۵۱۷۰۲              | تاریخ تدوین   |
| ۷۰۱۷-۵۷۹            | تاریخ بازنگری |
| ۵                   | شماره بازنگری |

## فرایند ارجاع بیماران جهت انجام خدمات تشخیصی درمانی خارج از زنجیره تامین بیمارستان



| بیمارستان افشار یزد |            |
|---------------------|------------|
| کد فرآیند           | FR-4       |
| تاریخ تدوین         | ۱۳۹۴/۰۶/۰۶ |
| تاریخ بازنگری       | ۱۴۰۰/۰۷/۰۵ |
| شماره بازنگری       | ۵          |

## فرآیند انتقال بین بخشی



| بیمارستان افشار یزد |                |
|---------------------|----------------|
| FR-7                | کد فرایند:     |
| ۹۵۴۱۶۰۰۲            | تاریخ تدوین:   |
| ۱۴۰۱۶-۵۱۹           | تاریخ بازنگری: |
| 5                   | شماره بازنگری: |



| بیمارستان افشار یزد |            |
|---------------------|------------|
| کد فرایند:          | FR-12      |
| تاریخ تدوین:        | ۱۳۹۰-۰۵-۰۴ |
| تاریخ بازنگری:      | ۱۳۹۰-۰۷-۰۱ |
| شماره بازنگری:      | ۵          |

## فرایند آموزش به بیمار توسط پرستار



• آموزش های بدو ورود شامل: آشنایی با بخش و پرستل، منشور حقوق بیمار، زنگ احضار پرستار، ساعت ملاقات و شرایط داشتن همراه: شماره تلفن و نحوه تماس، نمازخانه و نحوه پیگیری مسائل شرعی، ساعت سرو غذا و موارد ناشتا بودن.

•• نام بیماری، علل بوجود آمدن بیماری عوامل تشدید کننده بیماری سیر و روند بیماری، رعایت نکات بهداشتی و استحمام و سطح فعالیت جسمانی و نوع آن، تغذیه و رژیم غذایی و روش درمان به اختصار.

••• زمان و مکان مراجعه مجدد به پزشک، زمان میزان مصرف داروها، زمان و مکان تمویض پانسمان و کشیدن بخیه، سطح فعالیت و نوع آن در منزل، تغذیه در منزل و رعایت رژیم غذایی، نحوه استفاده از ابزار پزشکی که با آن ترخیص می شود، مواردی که باید سریع به لورژانس مراجعه کند، مواردی که باید به پزشک مراجعه کند.

|                | بخش  | مسئول بخش                        |
|----------------|--|----------------------------------|
|                | <b>دفتر پرستاری</b>  | <b>مدیر پرستاری: مهشید کاظمی</b> |
| <b>شرح بخش</b> | <p>پرسنل دفتر پرستاری، با هدف انجام فعالیت های تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت و رفاه اجتماعی مددجویان، تلاش جهت افزایش رضایتمندی بیماران و پرسنل، تعیین خط مشی ها و اتخاذ روش های مناسب برای رسیدن به اهداف مورد نظر، برنامه ریزی در زمینه ارتقاء کیفی و بهبود مستمر فعالیت های ارائه خدمات، برنامه ریزی در جهت آموزش به بیمار و خانواده، مشارکت در طرح های پژوهشی، تعیین و برآورد سطوح مختلف نیروی مورد نیاز بخش های پرستاری، تشکیل جلسات در جهت حل مشکلات واحدهای ذیربط، تأمین نیازهای آموزشی کارکنان، برنامه ریزی جهت بازدیدهای نظارتی از بخش ها و تلاش گروهی در جهت رفع نواقص موجود، مشارکت و نظارت در تنظیم برنامه ماهیانه تلاش می نمایند. کل نیروهای زیر مجموعه این واحد که شامل کادر پرستاری اعم از کارشناس هوشبری، اتاق عمل، بهیار، کمک بهیار و پرستار می باشد.</p> |                                  |

|                | بخش   | رئیس بخش                     | مسئول بخش          |
|----------------|---|------------------------------|--------------------|
|                | <b>اورژانس</b>  | <b>خانم دکتر مهناز امانت</b> | <b>فاطمه واقفی</b> |
| <b>شرح بخش</b> | <p>اورژانس بیمارستان افشار بخش پویا و فعالی است که پذیرای بسیاری از بیماران شهر یزد و استان و همچنین استان های همجوار می باشد که به دلیل مشکلات ناشی از بیماری جهت درمان مراجعه می نمایند و به دلیل نبود تخت کافی به اجبار در اورژانس بیمارستان بستری و تحت نظر قرار می گیرند. اورژانس بیمارستان افشار در کنار پذیرش اکثر بیماران قلبی و ۲۴۷ کل استان پذیرش بیماران ترومایی - داخلی و جراحی را دارد و به نحوی که با توجه به آمار ثبت شده در سیستم تیراژه به طور متوسط افزایش ۲۰٪ پذیرش و مراجعین در سال را دارد و بعد از شروع به کار متخصصین طب اورژانس تعداد اعمال جراحی انجام شده افزایش ۵۰۰٪ داشته و با توجه به همت مسئولین بیمارستان در راه اندازی و افتتاح ۹ تخت C.C.U اورژانس به طور متوسط ماهیانه پذیرش ۷۰۰ بیمار قلبی و تعیین تکلیف آنها صورت می پذیرد.</p> <p>تعداد پرسنل این واحد ۴۲ نفر نیروی درمانی، ۴ نفر کارشناس بیهوشی و ۴ نفر تکنسین اتاق عمل می باشد. این بخش دارای ۲۴ تخت بستری می باشد موقعیت بخش اورژانس در کنار ساختمان آموزش دکتر رفیعی واقع شده است.</p> |                              |                    |

|                | بخش  | رئیس بخش                | مسئول بخش          |
|----------------|--|-------------------------|--------------------|
|                | <b>CCU کاجی</b>  | <b>دکتر محمود امامی</b> | <b>مینو جعفریه</b> |
| <b>شرح بخش</b> | <p>بخش CCU کاجی بیمارستان در سال ۱۳۸۱ تأسیس گردید. موقعیت این بخش در سالن همکف واقع شده و دارای ۱۰ تخت فعال می باشد. مساحت این بخش حدود ۳۰۰ متر می باشد. تعداد کادر پرستاری ۱۵ نفر و یک منشی می باشد. بیشترین فعالیت این بخش در معالجه بیماران MI، آدم ریه، آمبولی ریه، آنژیوپلاستی عروق کرونر و ایسکمی قلب می باشد.</p> |                         |                    |

|                | بخش  | رئیس بخش             | مسئول بخش        |
|----------------|--|----------------------|------------------|
|                | <b>CCU عادل زاده</b>   | <b>دکتر دستمالچی</b> | <b>اکرم مجرد</b> |
| <b>شرح بخش</b> | <p>بخش تخصصی CCU عادل زاده در سال ۱۳۸۵ افتتاح گردیده است. موقعیت این بخش در حیاط بیمارستان جنب بخش اورژانس واقع شده است. تعداد کادر پرستاری ۱۵ نفر و ۱ منشی می باشد این بخش در حال حاضر شامل ۶ تخت فعال می باشد.</p> <p>در سال های اخیر تغییراتی در فضای فیزیکی بخش انجام گردیده همچنین تجهیزات (سیستم مانیتورینگ قلبی و دستگاه ونتیلاتور) تعویض گردیده است. در این بخش بیماران با تشخیص MI، آنژیوپلاستی، ابلیشن، تامپوناد قلبی، آدم حاد ریه و برادی آریتمی ها، بستری و درمان می شوند.</p> |                      |                  |

| بخش   | رئیس بخش         | مسئول بخش  |
|---|------------------|------------|
| بخش CCU بهپور   | محمد حسین سلطانی | حمیده دشتی |
| <p>بخش CCU بهپور در سال ۱۳۸۳ در طبقه دوم بیمارستان احداث و راه اندازی شده است. و مساحت آن ۳۰۰ متر مربع است این بخش دارای ۱۰ تخت فعال بوده و تعداد کادر پرستاری ۱۶ نفر و یک نفر منشی می باشد. در این بخش بیماران DVT، CHF، PCI،MI آمبولی ریه، آدم ریه و بلوک های قلبی بستری و تحت درمان قرار می گیرند.</p> |                  |            |

شرح بخش

| بخش   | رئیس بخش                 | مسئول بخش     |
|---|--------------------------|---------------|
| بخش CCU میرجلیلی  | دکتر سید مصطفی سید حسینی | اعظم کارگریان |
| <p>بخش CCU میرجلیلی در سال ۱۳۶۷ با مساحت ۲۰۰ متر مربع در بخش همکف مجاور آنژیوگرافی تأسیس شده است. این بخش شامل ۸ تخت می باشد. تعداد کادر پرستاری در این بخش ۱۵ نفر و یک نفر منشی می باشد. بیماران پذیرش شده در این بخش شامل بیماران ۲۴۷، ACS،AF، MI، آدم ریه، ICD،PCI و CRT می باشند.</p> |                          |               |

شرح بخش

| بخش  | رئیس بخش           | مسئول بخش |
|--|--------------------|-----------|
| بخش CCU بیدمشکی  | دکتر عباس اندیشمند | حسین شاکر |
| <p>بخش CCU بیدمشکی در تاریخ ۹۶/۷/۰۱ با کمک خیر محترم جنای آقای بیدمشکی و عنایت ویژه مسئولین دانشگاه و بیمارستان تأسیس گردید. موقعیت این بخش در طبقه همکف مجاور بخش آنژیوگرافی قرار دارد. و دارای ۱۰ تخت CCU و post cathlab می باشد. مساحت کل بخش ۳۲۰ متر مربع و دارای یک اتاق ایزوله می باشد و نوع بیماران پذیرش شده در بخش شامل مراقبت و آمادگی کلیه بیماران قبل از cathlab و پس از آن شامل آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و الکتروفیزیولوژی می باشد. تعداد کل کادر پرستاری در این بخش ۱۹ نفر و دو نفر منشی است.</p> |                    |           |

شرح بخش

| بخش  | رئیس بخش       | مسئول بخش  |
|--|----------------|------------|
| بخش ICU بشر دوست   | دکتر حداد زاده | محسن صابری |
| <p>این بخش به مساحت ۱۸۰ متر در سال ۷۳ تأسیس گردیده است و موقعیت بخش در طبقه سوم بیمارستان واقع شده است. این بخش دارای ۶ تخت فعال و یک اتاق ایزوله می باشد. تعداد کادر پرستاری در این بخش ۲۵ نفر و یک نفر منشی می باشد و در این بخش بیماران CABG، دریچه ای، بیماران مادر زادی قلبی، بالن پمپ و گاها بیماران کاندید عمل بستری و تحت درمان قرار می گیرند.</p> |                |            |

شرح بخش

| بخش  | رئیس بخش             | مسئول بخش     |
|--|----------------------|---------------|
| بخش ICU اندیشه نیک   | دکتر حبیب الله حسینی | افسانه اسلامی |
| <p>این بخش به مساحت ۹۰ متر در سال ۱۳۸۹ تأسیس گردیده است و موقعیت بخش در طبقه سوم بیمارستان واقع شده است. این بخش دارای ۶ تخت فعال می باشد. تعداد کادر پرستاری در این بخش ۱۶ نفر و یک نفر منشی می باشد و در این بخش بیماران نارسایی قلبی، آدم حاد ریه، درد شدید با علت نامعلوم، و بیمارانی که جراحی قلب باز انجام داده اند بستری و تحت درمان قرار می گیرند.</p> |                      |               |

شرح بخش



| بخش   | رئیس بخش         | مسئول بخش   |
|---|------------------|-------------|
| NICU  | دکتر لیلا برجیان | زهرة محبوبی |
| <p>بخش NICU میرحسینی در تاریخ ۹۴/۱۱/۲۶ تأسیس شده و موقعیت این بخش در طبقه دوم واقع شده است. که دارای ۱۰ تخت NICU و ۴ تخت POST NICU می باشد. مساحت کل بخش ۲۲۰ متر و دارای یک اتاق ایزوله است. نوع بیماران پذیرش شده در بخش شامل: کلیه نوزادانی که نیاز به مراقبت ویژه نوزادان و مراقبت تخصصی نوزادان در سطح ۱، ۲ و ۳ می باشد.</p> <p>تعداد کادر پرستاری در این بخش ۲۳ نفر و یک منشی می باشد و همچنین دو پزشک فوق تخصص نوزادان مشغول بکار می باشند.</p> |                  |             |

| بخش  | رئیس بخش           | مسئول بخش        |
|--|--------------------|------------------|
| ارتوپدی  | دکتر حمید رضا زارع | مریم دشتبان نژاد |
| <p>بخش ارتوپدی جراحی دارای ۱۶ تخت فعال و ۱ تخت اطفال و ۱ تخت ایزوله می باشد تعداد کادر پرستاری در این بخش ۱۲ نفر و یک منشی می باشد این بخش در طبقه سوم قرار گرفته است در این بخش کلیه اعمال ارتوپدی، جراحی عمومی و جراحی زنان انجام می شود همچنین بیماران داخلی اعصاب و اطفال نیز در این در این بخش بستری می شوند.</p> |                    |                  |

| بخش   | رئیس بخش      | مسئول بخش        |
|---|---------------|------------------|
| جراحی قلب   | دکتر حدادزاده | سیده طاهره حسینی |
| <p>بخش جراحی قلب در طبقه سوم واقع شده است تعداد تخت فعال ۱۲ تخت می باشد همچنین تعداد کادر پرستاری در این بخش ۱۱ نفر و ۱ نفر منشی می باشد. اعمال جراحی انجام شده شامل: بیماری عروق کرونر (CABG)، تعویض یا ترمیم دریچه های قلب، برطرف کردن نقص بیماری های مادرزادی و موارد اورژانسی جراحی مانند تامپوناد، دایسکشن آئورت، تروما قلب و ... می باشد.</p> |               |                  |

| بخش   | رئیس بخش           | مسئول بخش      |
|---|--------------------|----------------|
| آنژیوگرافی  | دکتر عباس اندیشمند | مرضیه شافی باف |
| <p>بخش آنژیوگرافی در سال ۱۳۷۴ تأسیس گردید. در ابتدا با دستگاه آنژیوگرافی GE در مساحتی حدود ۴۰ متر شروع به کار و تا سال ۱۳۸۶ با ۳ نفر پرستار، ۲ نفر کارشناس رادیولوژی و تلاش پزشکان قلب حدود ۷۰۰۰ آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی انجام گردید. در سال ۱۳۸۶ یک دستگاه آنژیوگرافی زیمنس به بخش اضافه گردید. تعداد کل پرسنل شامل سرپرستار، ۱۳ نفر پرستار، ۶ نفر کارشناس رادیولوژی و ۲ نفر منشی می باشد. با نصب دستگاه دوم فعالیت بخش افزایش و با همکاری اساتید و متخصصین گروه قلب کلیه اقدامات آنژیوگرافی - آنژیوپلاستی قلب و نیز پریفرال و همچنین اقدامات تشخیصی درمانی بیماری های مادرزادی انجام می گیرد.</p> <p><b>بخش الکتروفیزیولوژی</b></p> <p>از سال ۱۳۸۶ این واحد شروع به فعالیت نموده است. عمده ترین فعالیت آن تعبیه پیس میکر، Eps.Ablation و تعبیه CRT و ICD جهت بیماران می باشد و سالیانه حدود ۷۰۰ در این واحد ارائه خدمات می شود. کلیه بیماران بعد از آنژیوگرافی و الکتروفیزیولوژی در بخش Post Angio کنترل می گردند و سپس برحسب نیاز به بخش های CCU یا قلب تحویل داده می شوند. بخش Post Angio در مجاورت بخش آنژیوگرافی قرار گرفته و بیماران را جهت آنژیو و مطالعه الکتروفیزیولوژی آماده و وظیفه کنترل و چک کردن بیماران را به عهده دارد.</p> |                    |                |

| بخش    | رئیس بخش      | مسئول بخش      |
|--------|---------------|----------------|
| قلب دو | دکتر حسین نوق | مژگان میر شاهی |

شرح بخش

بخش قلب دو در بهمن ماه سال ۱۳۸۳ تأسیس گردیده است تعداد تخت فعال بخش ۱۴ عدد می باشد موقعیت این بخش در طبقه اول بیمارستان واقع شده است تعداد کادر پرستاری در این بخش ۱۱ نفر، و یک نفر منشی می باشد. نوع بیماران پذیرش شده در این بخش شامل: داخلی قلب داخلی عمومی می باشد.

| بخش    | رئیس بخش         | مسئول بخش         |
|--------|------------------|-------------------|
| قلب یک | دکتر منصور رفیعی | فاطمه پور صباغیان |

شرح بخش

بخش قلب یک در طبقه همکف قرار دارد. این بخش دارای ۱۴ تخت فعال می باشد تعداد کادر پرستاری در این بخش ۱۲ نفر و یک منشی می باشد و در این بخش بیماران آدم ریه، CHF، MI، DVT، دیابتی و پنومونی و بیماران کاندید آنژیو گرافی بستری و تحت درمان قرار می گیرند.

| بخش         | رئیس بخش          | مسئول بخش         |
|-------------|-------------------|-------------------|
| اتاق زایمان | دکتر فرحناز مقیمی | فرزانه طوسی خجسته |

شرح بخش

اتاق زایمان در طبقه سوم بیمارستان واقع شده است تعداد پرسنل این بخش ۲۰ نفر و ۱ منشی می باشد شرح وظایف ماما و نوع بیماران پذیرش کننده در اتاق زایمان شامل: پذیرش بیماران باردار جهت زایمان طبیعی و سزارین و سزارین اورژانسی، مادران باردار تحت نظر و پرخطر (پره اکلمسی، دیابت، زایمان زودرس، IUGR، الیگوهایدر و آمینوس، عفونت های ادراری در بارداری) در پست پارتوم بستری و نگهداری می شوند. و همچنین مراقبت از نوزادان سالم متولد شده و آموزش دهی به مادران پس از زایمان انجام می شود.

| بخش        | رئیس بخش          | مسئول بخش             |
|------------|-------------------|-----------------------|
| جراحی زنان | دکتر فرحناز مقیمی | مریم السادات میر شمسی |

شرح بخش

این واحد در طبقه دوم بیمارستان واقع شده است تعداد کادر پرستاری در این بخش ۷ نفر، ماما ۸ نفر، شنوایی سنح ۱ نفر و منشی ۱ نفر می باشد. بخش جراحی زنان دارای ۱۳ تخت فعال می باشد. در این بخش بسته به نوع خدمت مورد نیاز افراد مراجعه کننده درمان و مراقبت شامل مراقبت های دوران بارداری مانند و یار حاملگی، تهدید به سقط، دیابت و فشار خون بارداری و تحت نظر قرار دادن آن ها و نیز اعمال جراحی شامل سزارین، کورتاژ تشخیصی، کورتاژ سقط و نیز مراقبت پس از زایمان طبیعی در این بخش صورت می گیرد.

| بخش          | رئیس بخش       | مسئول بخش  |
|--------------|----------------|------------|
| اتاق عمل قلب | دکتر حداد زاده | نگتم سعیدی |

شرح بخش

اتاق عمل قلب در طبقه سوم بیمارستان واقع شده است مساحت تقریبی آن ۳۰۰-۳۵۰ متر مربع می باشد این بخش دارای ۳ اتاق عمل با تجهیزات کامل جهت انجام اعمال جراحی قلب می باشد اعمال جراحی شامل: اعمال جراحی قلب باز CABG، تعویض دریچه، اعمال جراحی قلب باز اطفال (ASD VSD کورتزینتال و ...) انجام می شود.

پرسنل شاغل این بخش شامل گروه اتاق عمل، بیهوشی، پر فیوژیست می باشد که جمعاً ۲۱ نفر و ۱ نفر منشی در دو شیفت صبح و عصر مشغول به انجام وظیفه می باشند و شیفت های شب و تعطیلات به صورت آنکال اداره می شوند.

## بخش‌های پاراکلینیک

| بخش        | مسئول فنی   | مسئول بخش  |
|------------|---|------------|
| سیتی آنژیو | دکتر احرار  | مهدی جعفری |
| شرح بخش    | <p>بخش سی تی آنژیوگرافی در سال ۱۳۹۵ با خرید یکی از پیشرفته‌ترین دستگاه‌ها در نوع خود شامل دستگاه سی تی آنژیو، انژکتور، مانیتورهای قلبی و ... در طبقه زیرین درمانگاه کرمی وبه مساحت تقریبی ۱۳۰ متر مربع و با چهار نفر پرسنل (دو نفر کارشناس رادیولوژی، یک نفر بیهوشی و یک نفر منشی) راه اندازی گردید. بخش دارای دو تخت جهت آماده سازی و ریکاوری و مجهز به مانیتور قلبی می‌باشد. هدف اصلی راه اندازی بخش انجام سی تی آنژیوگرافی عروق کرونر و در جهت کاهش اعزام بیماران به تهران و کاهش صرف هزینه و وقت پزشکان و بیماران می‌باشد.</p> <p>لذا برنامه ریزی پذیرش بیماران بر همین اساس یعنی اولویت پذیرش بیماران با درخواست عروق کرونر و همچنین انجام کلیه درخواستهای سی تی آنژیوگرافی بیماران بستری در بخشهای بیمارستان می‌باشد.</p> <p>با توجه باینکه در استان دستگاه‌های سی تی آنژیو گرافی البته با توان کمتر وجود دارد و جوابگوی نیاز بیماران نیز می‌باشد لذا درخواستهای سی تی آنژیوگرافی سایر ارگان‌ها به این مراکز ارجاع داده می‌شود.</p> |            |

| بخش                         | رئیس بخش  | مسئول بخش      |
|-----------------------------|---|----------------|
| آزمایشگاه بالینی و بانک خون | دکتر فریده مسلمین   | سید محمد دهقان |
| شرح بخش                     | <p>این واحد در طبقه همکف بیمارستان واقع شده است و دارای ۱ مسئول فنی، ۲۰ کارشناس آزمایشگاه، ۱ منشی می‌باشد. این واحد با بخش‌های هماتولوژی، انعقاد خون، بیوشیمی خون، سرولوژی و ایمنولوژی، هورمون شناسی، میکروب شناسی و بانک خون به مراجعین بستری و سرپایی خدمت رسانی می‌کند. مارکرهای بیماری قلبی نیز اندازه گیری می‌شوند. مجموعاً ۷۰ نوع تست در این مرکز قابل انجام است که شامل آزمایشات قبل از آنژیوگرافی و سیتی آنژیو می‌باشد.</p> |                |

| بخش          | مسئول فنی  | مسئول بخش  |
|--------------|--|------------|
| تصویر برداری | دکتر عقیلی   | مهدی جعفری |
| شرح بخش      | <p>کلیه واحدها (رادیولوژی، سونوگرافی، CT اسکن) جهت تمام بیماران بستری اعم از اورژانسی و الکتیو به صورت شبانه روزی (تعطیل و غیر تعطیل) ارائه خدمت می‌نماید. جهت بیماران سرپایی با تعیین وقت قبلی در کمترین زمان ممکن با شرایط موجود ارائه خدمت می‌نمایند. در روزهای تعطیل و درمواقع اورژانسی پزشک رادیولوژیست بصورت آنکال بوده و در مواقع درخواست رادیوگرافی‌های تخصصی سی تی اسکن و سونوگرافی مطابق هماهنگی دفتر سوپروایزری در بیمارستان آماده ارائه خدمت می‌باشند. کلیه پرسنل رادیولوژی و سی تی اسکن مطابق برنامه تنظیمی بگونه ای چینش می‌شوند که در زمان بروز وضعیت اورژانس در روزهای تعطیل آماده ارائه خدمت رسانی فوری باشند.</p> <p>جهت سهولت در انجام خدمات و با توجه به وضعیت تجهیزات تمهیداتی اندیشیده شده است که در شیفت‌های صبح، عصر و شب در کلیه ایام هفته بیماران مراجعه کننده از اورژانس‌های تروما و بخش C.C.U عادل زاده جهت انجام رادیوگرافی به رادیولوژی اورژانس و مراجعین سرپایی و سایر بخش‌ها به بخش رادیولوژی هدایت شوند. تازمان ارائه خدمات به ایشان در حداقل زمان ممکن و با استفاده از جدیدترین فن آوری روز (سیستم CR) انجام شده و با استفاده از شبکه آرشیو تصاویر پزشکی PACS در دسترس پزشکان معالج قرار گیرد به همین منظور جهت جلوگیری از بروز مشکلات در زمینه انتقال اطلاعات از طریق شبکه بیمارستان یک نفر از همکاران که دارای صلاحیت کنترل و نظارت و بازرسی شبکه رابرعده دارد در طول شبانه روز کلیه اشکالات نرم افزاری و سخت افزاری شبکه PACS را کنترل می‌نماید تاخالی در سیستم بوجود نیاید.</p> <p>از آنجایی که این مرکز ساتر تروما می‌باشد وضعیت‌های اورژانس در سی تی اسکن با تزریق در روزهای تعطیل با هماهنگی پزشک آنکال مربوطه در بیمارستان انجام شده در صورت درخواست گزارش به پزشک رادیولوژیست آنکال ارجاع داده می‌شود.</p> <p>با توجه به متد جدید تصویر برداری این واحد تلاش نموده است تا با استفاده از جدیدترین تجهیزات پزشکی انجام خدمات تشخیصی را در حداقل زمان ممکن و در کلیه روزها اعم از تعطیل و غیر تعطیل به نحو احسن به انجام برساند.</p> |            |

| بخش   | رئیس بخش   | مسئول بخش     |
|---|------------|---------------|
| اکو و تست ورزش  | دکتر حقانی | فروزنده قاسمی |
| شرح بخش<br>موقعیت این بخش در زیرزمین بیمارستان واقع شده است و در سال ۱۳۹۴ این بخش مورد بازسازی مجدد قرار گرفته است. اهم فعالیت‌های این بخش انجام اکوترانس تراسیک، اکو از راه مری (ترانس ازو فازیال)، استرس اکو کاردیو گرافی، تست ورزش و تست قلبی ریوی (CEPT) و ... می‌باشد. |            |               |

| بخش   | رئیس بخش        | مسئول بخش   |
|---|-----------------|-------------|
| داروخانه  | دکتر نسرین زارع | محمد تر دست |
| شرح بخش<br>واحد داروخانه شامل انبار دارویی و لوازم مصرفی پزشکی می‌باشد که داروخانه در طبقه زیر زمین و انبار لوازم مصرفی در طبقه فوقانی انبار مصرفی بیمارستان قرار دارد. وظیفه اصلی این واحد تهیه نگهداری و توزیع دارو و لوازم مصرفی پزشکی جهت بخش‌های بستری، اتاق عمل‌ها، اورژانس و بخش‌های پاراکلینیک می‌باشد. پرسنل این بخش شامل دو پزشک داروساز بعنوان مسئول فنی در شیفت صبح و عصر و در شیفت شب به صورت آنکال، و دو متخصص داروسازی بالینی و داروشناسی می‌باشد. |                 |             |

| بخش   | مسئول بخش       |
|---|-----------------|
| فیزیوتراپی  | مهرداد مهر آئین |
| شرح بخش<br>واحد فیزیوتراپی بیمارستان افشار در دو بخش کلینیک بیماران سرپایی و فیزیوتراپی بیماران بستری خدمت رسانی می‌کند. کلینیک فیزیوتراپی بیمارستان به مساحت تقریبی ۱۰۵ متر مربع شامل بخش‌های الکتروتراپی، مکانوتراپی و تمرین درمانی در کلینیک ارتقاء سلامت واقع شده است. در بخش کلینیک سرپایی یک فیزیوتراپیست به همراه یک منشی و در بخش بیماران بستری دو نیروی فیزیوتراپیست، خدمات فیزیوتراپی بیماران را با تجویز پزشک متخصص انجام می‌دهند. |                 |

| بخش   | مسئول فنی               | مسئول بخش        |
|---|-------------------------|------------------|
| کلینیک توانبخشی قلبی  | دکتر محمد رضا وفائی نسب | دکتر مهدیه قنبری |
| شرح بخش<br>کلینیک بازتوانی در سال ۱۳۸۱ تأسیس گردیده است مساحت این بخش ۱۴۰ متر مربع شامل اتاق پزشک/پذیرش /مشاوره/ارختن بیماران /وسالن فعالیت بدنی و نرمش می‌باشد. ظرفیت پذیرش در این بخش در هر ساعت، زمان کووید ۴ و در زمان غیر کووید ۸ بیمار می‌باشد پرسنل شامل پرستار، مشاوره تغذیه، مشاوره روانشناسی، پزشک نیمه وقت، پزشک تمام وقت، متخصص طب فیزیکی و توانبخشی، فیزیوتراپ، کاردرمان، مددکار اجتماعی، مسئول دفتر می‌باشد. کلینیک ارتقاء سلامت در سه سطح پیشگیری اولیه از بیماری‌های قلبی، پیگیری بیماران قلبی، بازتوانی بیماران در دو سطح درون بخشی و سرپایی می‌باشد اهم وظایف این بخش شامل آموزش و ارتقاء سلامت بیمار و خانواده بیمار، ورزش و تغییر عادات تثبیت شده در بیماران قلبی جهت رسیدن به وضعیت روحی و عملکردی مطلوب با وجود محدودیت‌های بیماران پیشگیری از بیماری‌های قلبی در خانواده بیماران، برگزاری برنامه‌های آموزشی و شاد و مفرح برای بیماران و خانواده آن‌ها است. |                         |                  |

| بخش   | مسئول بخش  |
|---|------------|
| کلینیک تخصصی و فوق تخصصی گرمی   | آرزو دهقان |
| شرح بخش<br>پلی کلینیک تخصصی و فوق تخصصی افشار دارای سه ساختمان مستقل می‌باشد که دو ساختمان در کوچه اورژانس بیمارستان و یک ساختمان در منطقه شاهدیه و زارچ مستقر می‌باشد. کلینیک در دو شیفت مجزای صبح و عصر پذیرای مراجعین می‌باشد.<br>بالغ بر ۷۰ درصد مراجعات این کلینیک‌ها از شهرستان‌ها و استان‌های مجاور می‌باشد. این پلی کلینیک شامل کلینیک‌های قلب و عروق بزرگسال و اطفال، جراحی قلب و عروق، جراحی عمومی، ریه بزرگسال و اطفال، آسم و آلرژی و ایمونولوژی، عفونی، اطفال، زنان، ارتوپدی، داخلی، غدد، سونوگرافی، اعصاب و روان، گوش و حلق و بینی می‌باشد که بالغ بر ۵۰ پزشک متخصص و فوق تخصص و نزدیک به ۱۰۰ نفر پرسنل به صورت مستقیم و غیر مستقیم در رابطه با خدمات کلینیک مشغول به کار هستند. |            |

## واحدهای اداری

| مسئول بخش          | واحد            | شرح بخش |
|--------------------|-----------------|---------|
| مهدی زارع عبداللهی | مدیریت پشتیبانی |         |

| مسئول بخش    | واحد         | شرح بخش |
|--------------|--------------|---------|
| اکرم آزادمنش | منابع انسانی |         |

| مدیر داخلی   | سرپرست:                  | واحد                    |
|--|--------------------------|-------------------------|
| دکتر محمد تقی ساریان   | دکتر سید مصطفی سید حسینی | مرکز تحقیقات قلب و عروق |
| <p><b>شرح وظایف اصلی بخش:</b></p> <p>۱- تحقیق و پژوهش در زمینه قلب و عروق و موضوعات مرتبط با این مبحث<br/>           ۲- تهیه و تدوین و چاپ مقالات علمی<br/>           ۳- پذیرش و هدایت دانشجویان دکترای تخصصی by research و دانشجویان پسا دکتری<br/>           ۴- انجام پروژه‌های تحقیقاتی، طرح‌ها و پایان نامه‌های دانشجویی<br/>           ۵- راه اندازی کلینیک پیشگیری از بیماری‌های قلب و عروق و کلینیک پیگیری بیماران مبتلا به بیماری‌های قلب و عروق<br/>           ۶- تشکیل جلسات علمی و تبادل اطلاعات در قالب شورای پژوهشی و ژورنال کلاب و ...<br/>           ۷- اخذ مجوز پذیرش دانشجوی پزشکی پژوهشگر</p> <p><b>مهم‌ترین اقدامات انجام گرفته:</b></p> <p>۱- اجرای طرح‌های استانی ثبت موارد CAD بصورت تحت وب و با استفاده از نرم افزار پیشرفته رجیستری برای اولین بار در دانشگاه علوم پزشکی یزد<br/>           ۲- پیگیری بیماران ثبت شده در برنامه رجیستری به مدت ۵ سال با فواصل ۱-۶-۱۲ ماه ۲- سال ... تا ۵ سال<br/>           ۳- همکاری با طرح کشوری نیما: تحت عنوان طرح: اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوانان و ارتباط آن با ریسک فاکتورهای بیماری عروقی کرونر<br/>           ۴- اجرای طرح‌ها و پایان نامه‌های دانشجویی برگرفته از طرح کوهورت قلب سالم یزد<br/>           ۵- کسب رتبه اول مرکز تحقیقاتی در بین مراکز هم گروه خود در سال‌های گذشته و همچنین کسب رتبه اول استانی در بین تمامی مراکز با بودجه مستقل و فاقد بودجه مستقل در سال ۱۳۹۹<br/>           ۶- پذیرش سرباز پژوهشگر در رشته‌های پایه و بالینی<br/>           ۷- جذب گرنت های پژوهشی مانند گرنت دکتر احمدی روشن</p> <p><b>موقعیت بخش:</b> مرکز تحقیقات قلب و عروق در ساختمانی واقع در جنب هتل پارسیان و شامل بخش اداری، سالن کنفرانس، آزمایشگاه می‌باشد.</p> |                          |                         |

| مسئول بخش  | واحد                 |
|--|----------------------|
| غلامحسین زعیمی   | مدیریت اطلاعات سلامت |
| <p>این واحد در مجاورت سالن ملاقات بیمارستان واقع شده است. مدیریت اطلاعات سلامت عبارتست از اطلاعات مراقبتی، علمی بیماران که شامل ذخیره و بازیابی اطلاعات مراقبتی بیماران، محاسبه و تجزیه و تحلیل شاخصهای بهداشتی درمانی، اجرای فرایند مراقبت از پرونده‌های بیماران و طبقه بندی بیماری‌ها با استفاده از استانداردهای طبقه بندی بین المللی می‌باشد.</p> |                      |

| مسئول بخش   | واحد     |
|---|----------|
| یونس زارع   | حسابداری |
| <p>واحد حسابداری فعالیت خود را همزمان با تأسیس بیمارستان آغاز نموده است. موقعیت این بخش در قسمت فوقانی اورژانس در ساختمان دکتر رفیعی واقع گردیده است. از مهم‌ترین وظایف بخش هزینه رسیدگی به فاکتور بستنکاران و اسناد کارپردازی، پیگیری تأمین منابع بر اساس بودجه بیمارستان، ارائه گزارشات مالی (بودجه ای-تقدینگی-بدهی-دارایی) به مقامات مافوق برای اتخاذ تصمیمات، کنترل حساب‌های دریافتی و پرداختی بیمارستان و پیگیری مغایرات بر اساس صورت مغایرت و تطبیق حساب‌ها به منظور رفع مغایرت‌ها و شفاف سازی حساب‌ها و از جمله مهم‌ترین وظایف حقوق و دستمزد شامل تهیه لیست حقوق و سایر مزایای پرداختی پرسنلی و پیگیری آن تا زمان پرداخت، محاسبه پاداش پایان خدمت و تهیه و ارسال لیست بیمه تأمین اجتماعی و خدمات درمانی.</p> |          |

| واحد  | مسئول بخش       |
|---|-----------------|
| تجهیزات پزشکی   | زینب عاقلی نژاد |
| <p>واحد مهندسی پزشکی بیمارستان بر روند خرید و نصب و آموزش و تعمیرات تجهیزات پزشکی، خرید و مصرف ملزومات پزشکی نظارت دارد. همچنین ضمن برنامه ریزی جهت اجرای نگهداشت پیشگیرانه و کنترل کیفی تجهیزات پزشکی بر نحوه انجام آن نظارت می‌کند. همچنین بمنظور مستندسازی امور تجهیزات پزشکی سوابق خرید و تعمیرات تجهیزات پزشکی در سامانه شناسنامه الکترونیکی تجهیزات پزشکی ثبت و به روز رسانی می‌شود. نظارت بر فرایند جابجایی و اسقاط تجهیزات پزشکی نیز توسط این واحد صورت می‌گیرد این واحد بر روند تعمیرات و خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی و برنامه‌های کنترل کیفی نظارت می‌کند.</p> |                 |

شرح بخش

| واحد  | مسئول بخش     |
|---|---------------|
| دفتر بهبود کیفیت  | فاطمه بوستانی |
| <p>به منظور اجرای استانداردهای اعتباربخشی در مرکز، دفتر بهبود کیفیت تأسیس شد و هم اکنون در ساختمان شهید سالاری واقع شده است. مهم‌ترین اقداماتی که در این واحد انجام می‌شوند عبارت‌اند از: تدوین برنامه استراتژیک با همکاری مدیران میانی، همکاری با واحدها در نوشتن برنامه عملیاتی، تدوین و اجرای خط مشی‌ها، دستورالعمل‌ها و فرآیندهای بیمارستان با هماهنگی ذینفعان، تهیه و تعیین شاخص‌های کلیدی بیمارستان با مشارکت مسئولین واحدها و مدیران بیمارستان و تجزیه و تحلیل آن‌ها و ارائه گزارش و نظارت بر اجرای صحیح کمیته‌ها و پیگیری مناسب مصوبات.</p> |               |

شرح بخش

| واحد  | مسئول بخش          |
|---|--------------------|
| کمیته امور رفاهی  | مهدی زارع عبداللهی |
| <p>موقعیت این واحد در طبقه همکف بیمارستان واقع گردیده است. کمیته رفاهی بیمارستان افشار در سال ۹۲ با همت و تلاش ریاست محترم بیمارستان جناب آقای دکتر عبداللهی و مدیریت بیمارستان جناب آقای دکتر انتظار و مسئول کمیته رفاهی جناب آقای مهدی زارع عبداللهی شروع به کار نموده است. اهم کارهای انجام شده اجاره سوئیت‌های شمال کشور در سواحل دریای خزر (سی سنگان)، هتل مشهد مقدس (هتل مدائن)، انعقاد قرارداد با فروشگاه‌های سطح استان، استخراج بیمه، سینما و برگزاری تورهای فرهنگی، تفریحی و زیارتی که کارکنان بیمارستان در بدو ورود با صدور کارت رفاهی توسط کمیته رفاهی از خدمات کمیته رفاهی بیمارستان استفاده می‌نمایند.</p> |                    |

شرح بخش

| واحد   | مسئول بخش                           |
|--|-------------------------------------|
| تغذیه  | فرهاد فصاحت - آزاده سادات پور حسینی |
| <p>واحد تغذیه در کلینیک ارتقا سلامت واقع شده است. اهم وظایف این بخش شامل تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه توسط مشاورین برای بیماران بستری و در صورت نیاز مشاوره و آموزش تغذیه داده می‌شود. جهت تنظیم رژیم غذایی و همچنین با تکمیل فرم ارزیابی و تخصصی تغذیه نوع رژیم غذایی بیمار مشخص می‌شود و رژیم غذایی پیشنهادی وارد سیستم شده تا در اختیار آشپزخانه بیمارستان قرار گیرد. همچنین بیماران سرپایی در کلینیک پیشگیری از بیماری‌های قلبی توسط مشاور تغذیه ویزیت می‌شوند.</p> |                                     |

شرح بخش

## بهداشت

| واحد   | مسئول بخش  |
|--|------------|
| استریلیزاسیون مرکزی cssd   | تکتم سعیدی |
| <p>بخش استریلیزاسیون مرکزی در طبقه زیرین بیمارستان قرار دارد. از جمله وظایف این واحد استریل کلیه وسایل مورد نیاز اعمال جراحی و مصرفی بخش‌ها که قابلیت استریل شدن را دارند، بکارگیری جدیدترین ابزارها و متدهای تعیین میزان کیفیت استریلیزاسیون می‌باشد. این واحد شامل دو فضای تمیز و استریل بوده و شامل دستگاه‌های اتوکلاو بخار، گازی و پلاسما می‌باشد.</p> |            |

شرح بخش

| مسئول بخش  | واحد           | شرح بخش  |
|--|----------------|--|
| حمیده زارع   | بهداشت حرفه ای |  |
| این واحد در طبقه زیر زمین بیمارستان جنب CSSD واقع شده است و دارای یک کارشناس بهداشت حرفه ای می باشد. از مهم ترین وظایف این واحد توجیه و آشنا سازی شاغلین نسبت به رعایت مقررات و موازین بهداشتی و حفاظتی در محیط کار، پیگیری لازم در جهت انجام معاینات قبل از استخدام و معاینات دوره ای برای شغل های موجود، ثبت آمار حوادث و بیماری های ناشی از کار شاغلین تجزیه و تحلیل موارد و ارائه در کمیته ایمنی و همچنین برنامه ریزی و پیگیری جهت اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار و اقدامات کنترلی می باشد. |                | اهم تغییرات در سال اخیر سیاست گذاری در خصوص روند معاینات کار و تجهیز بخش ها به وسایل حفاظت فردی می باشد. |

| مسئول بخش  | واحد        | شرح بخش |
|--|-------------|---------|
| مهناز صالح پور   | بهداشت محیط |         |
| این واحد در طبقه زیر زمین بیمارستان جنب واحد CSSD واقع شده است و دارای یک کارشناس بهداشت محیط می باشد. واحد بهداشت محیط شامل مسئول هماهنگی در جهت تشکیل کمیته بهداشت، پیگیری مصوبات آن و همچنین نظارت و بررسی و کنترل بهداشتی در آب مصرفی بیمارستان، نحوه دفع فاضلاب و پساب ها، تفکیک زباله ها و تهیه و تدوین مطالب آموزشی و تشکیل جلسات آموزشی مرتبط با بهداشت محیط و عمومی برای کارکنان رده های مختلف می باشد. و مهم ترین تغییرات در سال های اخیر جابه جا نمودن محل نگهداری موقت زباله ها، مجهز نمودن سیستم های اتاق عمل به فیلتر هیا، جابه جا نمودن محل سرخانه جسد و راه اندازی مخزن ذخیره زیر زمینی، خریداری دستگاه بی خطر ساز پسماند با کمتری خرابی، متمرکز نمودن جمع آوری زباله بخش ها آب نام برد. |             |         |

| مسئول بخش   | واحد        | شرح بخش   |
|---|-------------|---|
| طیبه سلطانی   | کنترل عفونت |   |
| این واحد در طبقه اول کنار اتاق عمل جنرال واقع شده است و دارای یک نیروی سوپروایزر کنترل عفونت می باشد. اهم وظایف این بخش شامل موارد ذیل می باشد: |             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- شناخت منابع عفونت های بیمارستانی از طریق بررسی و انجام پژوهش.</li> <li>- بکارگیری نتایج پژوهش ها و مطالعات جدید در انجام مراقبت ها برای پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی. - همکاری با تیم کنترل عفونت بیمارستانی برای تشخیص، تحقیق، کنترل و ارزشیابی و بروز عفونت در همه گیری های بیمارستانی.</li> <li>- شرکت در جلسات کمیته کنترل عفونت بمنظور ارائه اطلاعات و گزارشات و دریافت دستورالعمل های اجرایی.</li> <li>- تشکیل پرونده بهداشتی و تنظیم برنامه معاینات دوره ای و واکسیناسیون برای کارکنان بیمارستان و ارائه گزارش از موارد مثبت.</li> <li>- ارزیابی وسایل و تجهیزات لازم برای عفونت های خطرناک و ارائه راهکاری مناسب به کمیته کنترل عفونت بیمارستان.</li> <li>- نیازسنجی آموزشی کارکنان بیمارستان در خصوص عفونت های بیمارستانی و پیگیری اثربخشی آموزشی.</li> </ul> |

| مسئول بخش  | واحد                          | شرح بخش |
|--|-------------------------------|---------|
| عباس صادقی   | مددکاری و پیگیری امور بیماران |         |
| واحد مددکاری در حیاط بیمارستان جنب سالن ملاقات واقع شده است. مددکار به عنوان عضوی از تیم درمان ضمن بررسی وضعیت اجتماعی، روانی و اقتصادی بیماران، خدماتی نظیر مشاوره مددکاری، سعی در حل مشکلات بیماران و خانواده آن ها، برنامه ریزی برای ترخیص به موقع بیماران، ارتباط با نهادها و مؤسسات اجتماعی، بیمه ای، حمایتی و ... (دولتی، غیردولتی و بین المللی) ارائه می نماید. این واحد با اجرای پروتکل های مددکاری که شامل تربیاض مددکاری (مستقر در اورژانس)، راند مددکاری، مدیریت مورد، مشاوره اولیه، ارزیابی روانی اجتماعی و مداخله در بحران به ارائه خدمت می پردازد. |                               |         |



| مسئول بخش   | واحد        |
|---|-------------|
| فائزه ابراهیمی  | روابط عمومی |
| موقعیت این واحد در طبقه دوم ساختمان دکتر رفیعی قسمت آموزش واقع شده است. و اهم فعالیت‌ها تعامل در برگزاری مراسم‌های مذهبی، ملی و مناسبتی، ارتباط با رسانه‌ها و خبرگزاری‌ها، رسیدگی به شکایات مراجعین و رضایت سنجی و ... می‌باشد. |             |

شرح بخش

| مسئول بخش  | واحد  |
|--|-------|
| فاطمه رحیقی  | آموزش |
| موقعیت این واحد در ساختمان مرکز تحقیقات قرار دارد. یک سوپروایزر آموزشی و یک رابط آموزشی در این واحد مشغول به کار هستند. از جمله وظایف این واحد به شرح زیر می‌باشد:   |       |
| <p>تعیین اهداف و اولویت بندی نیازهای آموزشی، تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی، ارزیابی سطح دانشی و مهارتی پرسنل درمانی به کارگیری مناسب پرسنل جدیدالورود، همکاری و مشارکت در انجام طرح‌های پژوهشی، ارزیابی اثر بخشی آموزش‌های انجام شده، شرکت در کمیته‌های بیمارستان، هماهنگی، همکاری و مشارکت جهت تشکیل و شرکت کارکنان در کلاس‌های آموزش مداوم برابر برنامه جامع آموزشی واحد ذیربط، همکاری و هماهنگی با سوپروایزر بالینی و کنترل عفونت، در امر آموزش</p> <p>با نظارت سوپروایزر آموزشی، رابط آموزشی بیمارستان به انجام وظایف ذیل می‌پردازد:</p> <p>هماهنگی با دانشگاه ۱۵ روز قبل از برگزاری کلاس‌ها از طریق اتوماسیون، اطلاع رسانی در خصوص برگزاری دوره‌های آموزشی به کارکنان واحد، نظارت بر حسن اجرای دوره‌های آموزشی و ارسال مستندات آموزشی به ایمیل دانشگاه جهت برگزاری آزمون دوره‌های حضور، ثبت نام فراگیران در دوره‌های آموزشی غیرحضور در صورت لزوم، برنامه ریزی و ایجاد تمهیدات لازم جهت فراهم ساختن امکانات مورد نیاز برای برگزاری دوره‌های آموزشی، همکاری لازم با سوپروایزر آموزشی جهت ارسال نیاز سنجی‌های آموزشی به دانشگاه.</p> |       |

شرح بخش

| مسئول بخش   | واحد     |
|---|----------|
| مهدیه محمودآبادی  | کتابخانه |
| بخش مخزن کتابخانه شامل ۲۹۴۳ نسخه کتاب فارسی در ۱۵۲۸ عنوان و ۱۲۱۱ نسخه کتاب لاتین در ۸۱۰ عنوان، روزهای شنبه الی چهارشنبه از ساعت ۷ صبح الی ۱۴ بعدازظهر و روز پنجشنبه از ساعت ۷ صبح الی ۱۳:۳۰ بعد از ظهر آماده خدمت رسانی به اعضای هیات علمی، دانشجویان و پرسنل محترم بیمارستان می‌باشد.  |          |
| سایت کامپیوتر و منابع الکترونیک بیمارستان افشار با ۲ دستگاه رایانه در قسمت مخزن در خدمت مراجعین محترم می‌باشد. لازم به ذکر است هر کاربر با VPN شخصی که از دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد دریافت کرده، امکان اتصال به اینترنت دارد. علاوه براین، جهت راحتی مراجعین، تمام محیط کتابخانه به شبکه wireless مجهز است. وب سایت کتابخانه بیمارستان افشار، به آدرس زیر حاوی بخش‌های مربوط به معرفی کتابخانه، لینک دسترسی به پورتال کتابخانه و کتابخانه دیجیتال، اخبار و تازه‌های کتاب می‌باشد. |          |
| <p><a href="http://Web.ssu.ac.ir/index.aspx?lang=۳۷&amp;sub=۱">Web.ssu.ac.ir/index.aspx?lang=۳۷&amp;sub=۱</a></p> <p>سالن‌های مطالعه برادران با ظرفیت ۱۵ نفر و خواهران با ظرفیت ۱۰ نفر در طول تمام ایام هفته از ۷ صبح الی ۷ شب در خدمت اعضای هیات علمی، دانشجویان و پرسنل محترم بیمارستان می‌باشد.</p>  |          |

شرح بخش

## ارتقاء سلامت

ارتقای سلامت به مفهوم توانمندسازی جامعه در شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی، اجتماعی و تصمیم‌گیری در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است. رسالت بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت تغییر نگرش درمان - محور به نگرش سلامت - محور می‌باشد. ارتقاء سلامت به منظور ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها به کار برده شده، باعث گسترش حیطه نتایج و دستاوردهای کلی می‌شود و تأثیراتی نیز به ساختارها و فرایندهای بیمارستانی دارد.

چهار حوزه متمرکز و مورد تأکید بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت شامل:

۱- ارتقای سلامت بیماران

۲- ارتقای سلامت کارکنان

۳- ارتقاء سلامت محیط بیمارستان (بیمارستان سبز)

۴- ارتقای سلامت جامعه

بیمارستان افشار در راستای نهادینه کردن ارتقای سلامت در این چهار حوزه اقدامات زیر را انجام داده است:

۱- ارتقای سلامت بیماران:

بیمارستان افشار اقدام به تأسیس کلینیک بازتوانی بیماران قلبی از سال ۱۳۸۲، کلینیک پیشگیری از سال ۱۳۸۶، کلینیک پیگیری از سال ۱۳۹۴ و کلینیک ترک دخانیات از سال ۹۹ نموده است. یکی دیگر از اقدامات این مرکز پیگیری تلفنی کلیه بیماران قلبی بستری در بیمارستان افشار، جهت بررسی وضعیت ریسک فاکتورهای قلبی، کنترل رژیم غذایی، کنترل فاکتورهای روانی، مصرف داروها و فعالیت بدنی می‌باشد.

بیماران ساکن یزد نیز پس از ترخیص به کلینیک پیگیری دعوت شده و بعد از تشکیل پرونده، توسط پزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس روانشناسی و فیزیوتراپ (جهت ورزش در منزل) ویزیت شده و تحت آموزش قرار می‌گیرند.

بازتوانی یا توانبخشی قلبی شامل سه فاز، درون بخشی، سرپایی و نگهدارنده می‌باشد.

در فاز درون بخشی بیماران بستری در بیمارستان توسط پزشک توانبخشی مورد ارزیابی اولیه قرار می‌گیرند و سپس طبق دستور پزشک تحت آموزش عالی لازم جهت کنترل بیماری خود شامل مراقبت در منزل و نحوه صحیح مصرف داروها و پیگیری‌های لازم، آموزش تغذیه، کنترل فاکتورهای روحی روانی و توصیه‌های لازم در خصوص فعالیت بدنی مناسب قرار می‌گیرند. در فاز سرپایی بیمار پس از ترخیص در مدت زمان معین به مرکز بازتوانی قلب برای ادامه درمان معرفی می‌گردد تا با انجام فعالیت ورزشی مناسب و ادامه آموزش‌ها، تحت نظر پزشک و پرستار کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی ارتقاء یابد.

در فاز نگهدارنده، بیماران و خانواده آن‌ها که فاز سرپایی را گذرانده‌اند در لیست کلینیک پیگیری قرار گرفته، خود مراقبتی و کیفیت زندگی بیمار به صورت دوره ای ارزیابی می‌شود.

۲- ارتقاء سلامت کارکنان:

کلیه پرسنل بیمارستان افشار، در مرکز ارتقاء سلامت دارای پرونده پیشگیری از بیماری قلبی هستند که فاکتورهای خطر بیماری قلبی پرسنل شامل بررسی بیماری‌های زمینه‌ای، شاخص‌های تغذیه‌ای (اندازه گیری قد، وزن، BMI)، فاکتورهای روحی روانی، میزان فعالیت بدنی و مصرف دخانیات بررسی می‌شوند. این بررسی‌ها بصورت دوره‌ای انجام و تغییر سبک زندگی افراد ارزیابی می‌گردد.

### ۳- ارتقاء سلامت جامعه:

در این راستا مرکز ارتقاء سلامت افشار جهت پیشگیری از بیماری قلبی در جامعه، پرسنل مؤسسات مختلف از جمله دانشگاه‌ها را تحت پوشش قرار داده و با تشکیل پرونده پیشگیری اقدامات لازم انجام می‌گیرد. همچنین خانواده بیماران مراجعه کننده به مراکز پیگیری و بازتوانی قلبی که سابقه بیماری قلبی ارثی دارند نیز به این مرکز ارجاع داده شده و تحت آموزش قرار می‌گیرند.

در علم روانشناسی اعتقاد بر این است که آنچه که باعث واکنش ما انسان‌ها به اتفاقات پیرامون خود می‌شود صرفاً خود اتفاق نیست، بلکه تعبیر و تفسیری است که ما از آن اتفاق داریم. این اعتقاد، عامل بسیار مهمی در زمینه ترک دخانیات نیز به شمار می‌رود. تلقینات ذهنی و باورهای شناختی در مقایسه با وابستگی‌های جسمی در اعتیاد از اهمیت بالاتری برخوردار است. روانشناس با شناسایی و ریشه‌یابی افکار مخرب، نگرش فرد را تغییر داده و در کنار تیم درمان که شامل پزشک و پرستار و مشاوره تغذیه است او را بسوی سبک زندگی سالم تری سوق می‌دهد.

تدابیر تغذیه‌ای درست و به موقع در تقویت سیستم ایمنی بیمار با کنترل عوامل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی، عوامل و ریسک فاکتورهای بیماری‌های سرطانی و در نهایت سلامت کارکرد سیستم‌های بدن ضروریست.

مشاوره تغذیه به عنوان عضو اصلی تیم درمان می‌تواند با رژیم غذایی مناسب در بهبودی بیماری و کاهش زمان بستری و کاهش نیاز به دارو مؤثر باشد. کار تیمی بین مشاور تغذیه، پرستار و پزشک معالج تضمین کننده کیفیت بالای خدمات تغذیه و اثربخشی بیشتر آن است.

با توجه به ۸ ساعت کار در محیط اداری و بی تحرکی، فعالیت بدنی اهمیت بسزایی دارد که باعث می‌شود ریسک انواع بیماری‌های مفاصل و استخوانی کمتر شود. نشستن طولانی مدت در سالهای متمادی باعث کوتاهی عضلات و خشکی مفاصل می‌شود. الگوی بی تحرکی، خواب و سلامت ذهن را به خطر می‌اندازد و راندمان کاری را پایین می‌آورد. علاوه بر فعالیت بدنی، باید ورزش‌های مختلفی را انجام داد که این ورزش‌ها می‌تواند هیجان برانگیز و چالش برانگیز باشد. ورزش یک فرایند برنامه ریزی شده و ساختارمند است که علاوه بر بهبود تناسب اندام در افزایش سطح سلامت قلب و عروق و مغز و اعصاب تأثیرگذار است.

از نظر بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت، تأمین نیازهای فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماران دچار بیماری‌های مزمن، سالمندان، کارکنان بیمارستان‌ها و تأمین نیازهای همگانی و محیطی دارای اهمیت می‌باشد. ارتقاء و کیفیت در فعالیت‌های ارتقای سلامت ضروری است تا بتوان از به کارگیری رویکردهای مؤثر و پایش پایدار به منظور بهبود نتایج، اطمینان حاصل کرد.

## آموزش‌های مفهومی و کاربردی

### همکار گرامی در راستای اجرای حقوق گیرندگان خدمت آگاهی از موارد زیر الزامی می‌باشد:

✓ منشور حقوق بیمار شامل ۵ محور کلی و بندهایی می‌باشد که در هربخش نصب می‌باشد.

**محور اول:** دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

**محور دوم:** اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

**محور سوم:** حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

**محور چهارم:** ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

**محور پنجم:** دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

- ✓ در زمان پذیرش به منظور راهنمایی گیرندگان خدمت در خصوص خدمات قابل ارائه، نحوه پذیرش، بستری، ترخیص، هزینه‌های قابل پیش بینی، ضوابط و بیمه‌های طرف قرارداد، اطلاع رسانی می‌شود.
- ✓ کارکنان موظف به الصاق مستمر کارت شناسایی عکس دار در معرض دید مراجعین هستند به نحوی که از قرار دادن کارت شناسایی در جیب و یا برگرداندن آن خودداری شود.
- ✓ اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت به بیمار، در اولین برخورد خود را به بیمار معرفی نموده و رتبه حرفه ای و سمت خود در تیم مراقبتی را به اطلاع بیمار و همراه وی می‌رسانند.
- ✓ در هنگام ورود بیمار به بخش باید با روی باز از بیمار استقبال شود و به تخت مربوطه راهنمایی گردد و با فضای بخش و نحوه استفاده از زنگ احضار پرستار در اتاق و سرویس بهداشتی آشنا شود.
- ✓ هرگونه تصویربرداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.
- ✓ بیمارستان در طول مدت مراقبت و درمان، تسهیلات لازم برای دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی را به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم نموده و کارکنان درمانی در این خصوص به گیرنده خدمت اطلاع رسانی می‌نمایند.
- ✓ پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیماری، محاسن، روش‌های جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ ولی قانونی وی (با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد) قرار می‌دهند.
- ✓ پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها از اقدامات تشخیصی درمانی نیازمند اخذ رضایت آگاهانه اطلاع دارند و فرم رضایت آگاهانه را تکمیل می‌نمایند.
- ✓ استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار نماید، ممنوع می‌باشد. تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار و تابلوی موجود در بالین بیمار ممنوع می‌باشد.
- ✓ در صورت درخواست همراهان بیمار در صورتیکه یکی از همراهان بیمار، پزشک، پیراپزشک و یا سایر رشته‌های وابسته به گروه پزشکی تقاضای پرونده بیمار را جهت مطالعه محتوای پرونده نماید صرفاً با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود.
- ✓ ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع می‌باشد و در سایر بخش‌ها در اتاق‌های بستری بیماران و بر بالین بیمار و حین ارائه خدمات به بیمار ممنوع می‌باشد و در موارد ضروری صرفاً در اتاق‌های استراحت و با تعیین جانشین، مجاز است.
- ✓ در هر بخش بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش‌های مختلف به ویژه (اتاق عمل، ریکاوری، بخش‌های ویژه، تصویر برداری و هنگام جابجایی بین بخش‌ها)، پوشش بیمار شامل (سایز، تمیزی و آراستگی) باید امنیت روانی بیمار را تأمین نموده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارد پوشانده بماند.

- ✓ ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی گیرندگان خدمت انجام می‌شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می‌نماید، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می‌شود.
- ✓ در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می‌شود حضور یک نفر محرم (یا معتمد بیمار/ بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری است.
- ✓ پروسیجرهای خاص مانند گذاشتن سوند، ماموگرافی، سونوگرافی‌های واژینال، انما و shaving توسط پرسنل همگن انجام می‌شود.
- ✓ بیمارستان امکان برقراری ارتباط با روحانیون یا آگاهان دینی جهت پاسخگویی به سؤالات شرعی بیماران/ همراهان فراهم می‌کند.
- ✓ شناسایی ادیان و مذاهب مختلف گیرنده خدمت و نیازهای عبادی مربوطه، توسط پرستاران دربرگه ارزیابی اولیه بیمار انجام می‌شود.
- ✓ سجاده نماز، مهر، زیر انداز، قرآن، در صورت درخواست بیماران کم توان مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی در نظر گرفته می‌شود.
- ✓ نمازخانه در اورژانس، کلینیک و انتهای بیمارستان وجود دارد و به بیمار/ همراه اطلاع رسانی می‌شود.
- ✓ جهت همراه بیمار، امکانات رفاهی، فراهم می‌شود و به منظور شناسایی همراهان بیمار کارت همراه در اختیار آنان قرار داده می‌شود.
- ✓ کارکنان درمانی شرایطی فراهم می‌نمایند که گیرنده خدمت درحال اختصار در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود.
- ✓ کارکنان براساس اصول حرفه ای، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تأمین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند در حد امکانات، شرایط حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و هم چنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعایر دینی (حضور روحانی مقیم بیمارستان بر بالین بیمار- قراردادن بیمار رو به قبله و...) و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده فراهم می‌کنند.
- ✓ در صورت درخواست گیرنده خدمت، سرپرستار بخش با همکاری دفتر پرستاری با اطلاع و موافقت پزشک معالج تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظرخواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا نموده و در صورت تأیید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می‌شود.
- ✓ مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار جهت نظرخواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته و در صورت تأیید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا می‌باشد. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد.
- ✓ در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او، تصویر کاغذی/ فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شود.
- ✓ کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، معلولان ذهنی و جسمی شایع‌ترین گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر هستند.
- ✓ رضایت بیماران و همراهان از بخشهای مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، مورد سنجش قرار می‌گیرد.
- ✓ اقدامات تشخیصی درمانی مراقبتی در مؤسسات پزشکی باید با حفظ حق اختیار بیمار براساس موازین شرعی، قانونی و اصول پزشکی توسط کارکنان فنی هم جنس به عمل آید مگر در مواردی که به علت ضرورت این امر امکان پذیر نباشد.
- ✓ در معاینه‌های مربوط به زنان و زایمان که در موارد ضرورت توسط افراد غیر هم جنس انجام می‌شود حضور یکی از محارم بیمار یا یک نفر از کارکنان فنی زن الزامی است.
- ✓ تبصره- در سایر معاینه‌ها در صورت درخواست بیمار یا پزشک حضور یکی از محارم بیمار بلامانع است.
- ✓ درمورد فوریت‌های پزشکی و ارائه خدمات اورژانسی حفظ حیات و سلامتی بیمار در اولویت است.
- ✓ کلیه کارکنان مؤسسات پزشکی مکلف به رعایت پوشش کامل اسلامی هستند.
- ✓ رفتار کلیه کارکنان مؤسسات پزشکی با یکدیگر، بیماران و مراجعان باید براساس اخلاق حسنه، احترام به کرامت انسانی، رعایت موازین اسلامی و اصول رضایتمندی بیماران باشد.
- ✓ مراجعه کارکنان اداری، فنی و خدماتی اعم از زن و مرد به قسمت‌های مختلف تشخیصی - درمانی در صورت لزوم باید با رعایت کامل ضوابط اسلامی و کسب اجازه از مسئول بخش مربوطه باشد.
- ✓ در کلیه مؤسسات پزشکی قسمت‌های مختص خانم‌ها و آقایان شامل بخش‌ها- رختکن‌ها- پویون‌ها- غذا خوری- اتاق‌های بستری بیماران و امثال آن‌ها باید از هم جدا باشند.

تبصره: در صورت فقدان امکانات کافی برای اجرای این ماده به هر نحو ممکن، حریم‌ها رعایت شود.

در زمان پذیرش به بیمار و همراه اطلاع رسانی می‌شود که حتی الامکان زیور آلات و اشیاء گران قیمت را به همراه نداشته باشند اما در موارد اورژانسی، با حضور سرپرستار یا مسؤل شیفت، پرستار بیمار و حراست (در ساعات غیر اداری انتظامات) در فرم مربوطه صورتجلسه نموده یک نسخه داخل پرونده و نسخه دیگر به همراه اشیاء گران قیمت در واحد حراست نگهداری می‌شود.

### اعلام خبر ناگوار:

بیمارستان اخبار ناگوار را از ساعت ۷ صبح الی ۱۱ شب به اطلاع خانواده و همراهان بیمار می‌رساند و در ساعت ۱۱ شب الی ۷ صبح اطلاع رسانی انجام نمی‌شود. در صورتی که همراهان و خانواده پیش زمینه ذهنی داشته باشند (سن بالای بیمار، بیماری زمینه ای و ...) خبر ناگوار توسط مسئول بخش / مسؤل شیفت گفته می‌شود و در صورتی که همراه و خانواده بیمار آمادگی قبلی نداشته باشند (سن پایین، ناگهانی بودن و شوک اتفاق و ...) خبر ناگوار توسط مددکار اجتماعی / روانشناس و با حضور مسؤل بخش / مسؤل شیفت / پرستار انجام می‌شود.

### بیمارستان استانداردهای ملی پوشش کارکنان را رعایت می نماید که شامل موارد ذیل می‌باشد:

- لباس فرم کارکنان مؤنث شامل روپوش، شلوار، مقنعه یا روسری (به طوری که موها و گردن کاملاً پوشیده شوند) کفش و جوراب می‌باشد.
- لباس فرم کارکنان مذکر شامل روپوش (فرم مربوطه)، شلوار، کفش و جوراب می‌باشد.
- لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده‌های مختلف، متحدالشکل (مطابق با تابلوهای پوشش کارکنان موجود) باشد.
- در درون بخش‌های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
- روپوش باید سالم، تمیز، دگمه‌ها بسته، اتو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر زیرپوش قابل رویت نباشد مانتو و شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه باشد.
- کفش با رنگ مناسب باید تمیز، جلوبسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
- زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند (آشکارنبودن زیورآلات در انتظار عمومی)
- استفاده از لباس‌های با تصاویر و نوشته‌های نامناسب و پیراهن آستین کوتاه ممنوع می‌باشد.
- ناخن‌ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط‌های ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
- استفاده از هرگونه ماده بودار تند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع می‌باشد.
- استفاده از هرگونه آرایش و استفاده از الگوها و مدل‌های نامناسب سر و صورت در انتظار عمومی ممنوع می‌باشد.
- کلیه پرسنل موظف به حفظ شئونات اسلامی در برخورد با همکاران و بیماران و رعایت مقررات اداری (نحوه ورود و خروج و ...) می‌باشند.
- پوشش کارکنان فنی مؤسسات پزشکی در موقع انجام کار در موسسه باید متناسب با کار مربوط و ضوابط اسلامی باشد.
- لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده‌های مختلف متحدالشکل باشد
- در درون بخش‌های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع می‌باشد.
- در بخش‌های ویژه، اتاق عمل، آنژیوگرافی و فضاهای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخش‌ها می‌باشند.

### بیمارستان استانداردهای ملی پوشش بیماران را رعایت می نماید که شامل موارد ذیل می‌باشد:

- پوشش بیماران در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی - درمانی و مراقبتی باید براساس تأمین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت کامل موازین شرعی، اخلاق پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی باشد.
- جابجایی بیماران در مؤسسات پزشکی باید با رعایت پوشش کامل و در صورت امکان به همراه یکی از کارکنان هم جنس یا یکی از محارم بیمار صورت گیرد.
- لباس بیماران بستری (مؤنث) شامل روسری یا مقنعه، پیراهن بلند (تا بالای زانو) و شلوار می‌باشد. لباس بستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار می‌باشد.
- ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مؤنث) در داخل یا بین بخش‌ها: شل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده می‌شود.
- لباس بیماران بستری باید حداقل این ویژگی‌ها را تأمین کند: شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیماران از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار
- رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاق‌های عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپیی ها در لباس‌های ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام اعمال الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دوچندان پیدا می‌کند.

### نحوه دسترسی به پزشک معالج به شرح ذیل می‌باشد:

- تیم درمان در زمان حضور بر بالین بیمار خود را معرفی می‌نماید.
- پزشک معالج تا پایان شیفت صبح جهت ویزیت روزانه بر بالین بیمار حاضر می‌شود.
- جهت تسریع امر درمان پزشک معالج بیمار شماره تلفن خود را در اختیار پرسنل پرستاری و منشی بخش قرار می‌دهد.
- در کلیه شیفت‌ها در صورت اضطراری بودن وضعیت بیمار و عدم حضور پزشک مربوطه، پرستار مسئول بیمار با پزشک معالج تماس می‌گیرد و وضعیت بیمار را برای او شرح می‌دهد و در صورت ارائه دستورات شفاهی طبق خط مشی اجرای دستورات شفاهی اقدام لازم را انجام می‌دهد.
- در صورت تشخیص پرستار مسئول بیمار مبنی بر حاد بودن وضعیت بیمار، با اطلاع پرستار به پزشک معالج، ایشان سریعاً بر بالین بیمار حاضر می‌شود.
- در صورت مرخصی و یا فقدان متخصص مربوطه پرستار مسئول بیمار از پزشک جایگزین جهت معاینه و ویزیت بیمار درخواست می‌نماید.
- پرستار مسئول بیمار در صورت نیاز بیمار در طول مدت بستری به ویزیت پزشک معالج، ضمن تماس با پزشک مربوطه، وی را از نظرات بیمار مطلع و کسب تکلیف می‌نماید.
- پزشک معالج در خصوص نحوه دسترسی بیمار به ایشان بعد از ترخیص (مطب یا درمانگاه) اطلاع رسانی می‌نماید.
- در صورت ترخیص بیمار توضیحات لازم و شفاف از سوی پرستار مسئول بیمار و مسئول آموزش به بیمار در مورد مراقبت‌های در منزل و مراجعه مجدد بیمار در صورت لزوم داده می‌شود.
- پرستار مسئول بیمار در خصوص نحوه دسترسی به اعضای اصلی گروه پزشکی و پاراکلینیک (مسئول تغذیه- آزمایشگاه و رادیولوژی و...) اطلاع رسانی می‌نماید.
- موقع انتقال به بخش دیگر یا بیمارستان دیگر توضیحات لازم در خصوص سرویس عهده دار ادامه درمان به بیمار و همراه داده می‌شود.

#### نحوه اعلام شکایت توسط بیمار یا همراه:

- ✓ فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات در واحد پذیرش، بخش اورژانس، ترخیص و سالن‌های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است و کارکنان از آن آگاهی دارند و به گیرنده خدمت اطلاع رسانی می‌کنند در صورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می‌نمایند.
- ✓ فرآیند شکایت بیمار در هر بخش نصب شده است. در صورتیکه در شیفت مربوطه، سرپرستار یا مسوؤل شیفت نتوانست بیمار را قانع نماید، بیمار به دفتر پیگیری امور بیماران (مددکاری) مراجعه و شکایت کتبی خود را اعلام می‌دارد.

## کنترل عفونت

**عفونت بیمارستانی** به عفونتی گفته می‌شود که پس از پذیرش بیمار در بیمارستان (24 یا 48 ساعت) بعد از بستری یا طی دوره ای مشخص پس از ترخیص بیمار رخ دهد به شرطی که در زمان پذیرش بیمار وجود نداشته و در دوره نهفتگی خود نیز نباید قرار داشته باشد.

در صورتی که بدنبال جراحی، در بدن بیمار جسم خارجی (Implant)، کار گذاشته شود، عفونت بیمارستانی می‌تواند تا 90 روز پس از اینگونه اعمال، به وقوع بپیوندد. و در صورتی که عمل جراحی بدون کارگذاری جسم خارجی باشد. (مثل سزارین) عفونت بیمارستانی تا 30 روز بعد از جراحی می‌تواند رخ بدهد.

کلیه پرسنل شاغل در بخشهای بستری موظفاند در صورت مشاهده یا اطلاع از هر گونه عفونت بیمارستانی مورد را به واحد کنترل عفونت اطلاع دهند. و در هنگام ترخیص بیمار علائم عفونت را به بیمارآموزش داده و از بیمارخواهند هرگونه علائم عفونت بعد از ترخیص را به واحدکنترل عفونت بیمارستان اطلاع دهند. 09386795230 و 03531602049 شماره تماس با واحد کنترل عفونت.

### معیارها و تعاریف عفونت‌ها:

عفونت‌های بیمارستانی به 13 گروه اصلی و هرگروه نیز به زیر گروه‌های دیگری تقسیم بندی می‌شود. برخی از عفونت‌های بیمارستانی وابسته به ابزار مورد استفاده برای بیمار هستند ابزاری نظیر ونتیلاتور، کاتترهای ادراری، کاتترهای عروقی و ... برخی از عفونت‌ها نیز وابسته به ابزار نیستند.

### برخی علائم عفونت‌های دستگاه تنفسی:

عفونت‌های دستگاه تنفسی که در بیمارستان روی می‌دهد می‌تواند وابسته به ونتیلاتور یا غیروابسته به آن باشد. برخی از یافته‌های بالینی در تعریف عفونت تنفسی شامل بدتر شدن وضعیت تنفسی بیمار، یافته‌های آزمایشگاهی عفونت تنفسی (کشت مثبت) دمای بدن بیشتر از 38 درجه یا کمتر از 36 درجه، گلبول سفید خون بیشتر از 12000 یا کمتر از 4000، شروع آنتی بیوتیک جدید، تغییر ترشحات (رنگ، غلظت و...) لزوم تغییر در میزان  $Peep$  یا  $fio_2$ .

در صورتیکه بیمار بیش از 2 روز تقویمی تحت ونتیلاتور باشد و دچار علائم عفونت تنفسی شود به عنوان رویداد وابسته به ونتیلاتور قابل ثبت می‌باشد. (روز 3 تهویه مکانیکی) پنومونی متعاقب آسپیراسیون، پنومونی متعاقب جراحی و سایر موارد عفونت تنفسی که بیمار در بیمارستان دچار آن می‌شود. به عنوان عفونت بیمارستانی بایستی گزارش گردد.

عفونت دستگاه ادراری نیز می‌تواند مرتبط با کاتتر یا غیر مرتبط با کاتتر باشد که هر دو بایستی گزارش گردد. تب بالای 38 درجه سانتی گراد - هیپوترمی (کمتر از 36 درجه سانتی گراد) تدرنس سوپراپوبیک، سوزش ادرار، تکرر ادرار، فوریت ادراری - کشت مثبت از علائم عفونت ادرار می‌باشد.

در نوزادان زیر یک سال تب بالای 38 درجه یا هیپوترمی کمتر از 36 درجه، آپنه، برادیکاردی، لتارژی، استفراغ، تدرنس سوپراپوبیک و کشت ادرار مثبت.

سایر عفونت‌های دستگاه ادراری نظیر عفونت کلیه‌ها، حالب و ... از طریق نمونه گیری (غیر ادرار) آبنه یا شواهد رادیولوژیک (سونوگرافی، سی تی اسکن و ...) قابل تشخیص می‌باشد.

عفونت‌های جریان خون حتماً بایستی توسط تست‌های آزمایشگاهی تأیید شده باشد. برخی علائم بالینی عفونت خون: تب بالای 38 درجه - لرز - هیپوتانسون در نوزادان زیر 1 سال، تب بالای 38 درجه یا هیپوترمی (کمتر از 36 درجه)، آپنه یا برادیکاردی می‌تواند از نشانه‌های عفونت خون باشد.

عفونت‌های محل جراحی ممکن است به صورت سطحی یا عمقی باشند.

عفونت سطحی طی 30 روز بعد از جراحی اتفاق می‌افتد پوست و بافت زیر جلدی درگیر می‌شود. ترشح چرکی از قسمت‌های سطحی برش جراحی، کشت مثبت از محل، باز شدن مجدد زخم، تشخیص عفونت سطحی برش جراحی توسط جراح.



عفونت عمقی برش جراحی طی ۳۰ الی ۹۰ روز از عمل جراحی روی می‌دهد و بافت نرم عمق برش مثلاً فاسیا و لایه عضلانی درگیر می‌باشد. ترشح چرکی از عمق برش، باز شدن خودبخودی برش، تب، درد، تندرینس موضعی، آبرسه یا شواهد عفونت در معاینه آناتومیک یا تصویر برداری، از علائم عفونت عمقی برش جراحی می‌باشد.

ممکن است متعاقب عمل جراحی عفونت ارگان یا فضای خاصی روی بدهد مثل عفونت داخل شکم، استئومیلیت و ...

با توجه به اینکه این مرکز، مرکز قلب می‌باشد گزارش عفونت‌های سیستم قلبی عروقی از اهمیت بالائی برخوردار می‌باشد. این عفونت‌ها شامل میوکاردیت، پریکاردیت، اندوکاردیت، مدیاستینیت یا عفونت شریان یا ورید می‌باشد.

کشت‌های مثبت از مایع پریکارد یا بافت قلب، تب بالای ۳۸ درجه، درد قفسه سینه، نبض پارادوکس، بزرگی قلب، یافته‌های غیر طبیعی در EKG به نفع میوکاردیت یا پریکاردیت، افیوژن پریکارد در اکو کاردیوگرافی، سی تی اسکن، MRI یا آنژیوگرافی

بررسی هیستوپاتولوژی و ژتاسیون قلبی یا آبرسه داخل قلب، شل شدگی جدید دریچه مصنوعی، وژتاسیون سوی دریچه قلب یا ساختارهای نگهدارنده از علائمی است که می‌تواند به تشخیص عفونت‌های این سیستم کمک نماید.

### راه‌های پیشگیری از ابتلای بیماران به عفونت‌های بیمارستانی:

متأسفانه عفونت‌های بیمارستانی علاوه بر طولانی نمودن روند درمان بیماران گاهاً منجر به فوت بیماران نیز می‌شود. یک تزریق یا رگ‌گیری ساده پرستار در صورت رعایت نکردن نکات استریل می‌تواند به عفونت و مرگ بیمار منتهی می‌شود. پرسنل درمانی باید اهمیت رعایت نکات استریل را درک نمایند و باجان و دل مراقب باشند عفونت را به بیمار منتقل نکنند.

رعایت تکنیک استریل در هر اقدام تهجمی ضرورتاً باید رعایت شود. گرفتن IV line، تعویض پانسمان، آماده نمودن داروهای تزریقی، سوندازو... همگی از پروسیجرهایی هستند که در صورت عدم رعایت، می‌توانند منجر به عفونت و حتی مرگ بیمار شوند.

رعایت بهداشت دست‌ها نقش مهمی در کاهش انتقال عفونت دارد. محللول‌های ضد عفونی دست بر بالین هر بیمار در دسترس می‌باشد قبل از اینکه به هر بیمار دست بزنید دستتان را ضد عفونی نمائید. فکر کنید دست زدن شما به بیمار می‌تواند منجر به فوت بیمار شود.

قبل از رگ‌گیری محل را به خوبی با پد الکلی ضد عفونی و از تماس مجدد محل ضد عفونی شده خودداری کنید. چسب‌های IV line را به طور مناسب فیکس نمایید. هر تزریق از راه ورید را با رعایت نکات آسپتیک انجام دهید. تماس شما با کاتتر CV line یا IV line می‌تواند پلی باشد جهت انتقال میکروارگانسیم‌های عامل عفونت به سیستم گردش خون بیمار.

در صورت مشاهده هرگونه علائم عفونت (قرمزی، درد، سلولیت) سریعاً نسبت به تعویض کاتتر اقدام و مورد را به واحد کنترل عفونت گزارش دهید.

سر سرم‌های تزریقی و میکروست بعد از جدا شدن از مسیر ورودی بایستی به روش استریل کاور شود. از سوراخ نمودن مخزن سرم یا سر سوزن خودداری شود.

از رها نمودن هپارین لاک‌ها بدون کاور استریل خودداری شود. سر سوزنی که خون آلود است برای کاور کردن سر ست‌های سرم یا میکروست یا هپارین لاک‌ها نامناسب هست. خون خود محیطی مناسبی برای رشد میکروب‌ها می‌باشد. چسب‌های لاینهای ورودی تمام مدت باید خشک و تمیز باشد.

سونداژ بیمار بایستی با روش کاملاً استریل انجام شود. دست‌ها قبل از سوندگذاری بهداشتی شود. پس از سونداژ، جهت جلوگیری از کشیده شدن، کاتتر را با چسب به شکم یا ران بیمار فیکس کنید. یورین بگ بایستی تمام مدت پایین تر از سطح بدن بیمار باشد اما به هیچ وجه نباید روی زمین یا چهار پایه قرار بگیرد. بلکه به صورت آویز به تخت بیمار باشد. هرگونه علائم عفونت ادراری را به واحد کنترل عفونت اطلاع دهید. در هنگام جابجائی بیمار کیسه ادرار تخلیه، مسیر سوند کلمپ و پس از Stable شدن بیمار، مجدد کلمپ باز شود.

بیماری که اینتوبه هست به شدت مستعد ابتلاء به عفونت دستگاه تنفسی می‌باشد. سرفه و مکانیسم‌های دفاعی بیمار با بیهوشی و آرام بخش سرکوب شده است. پرستار موظف است با مراقبت صحیح از عفونت بیمار جلوگیری نماید.

پوزیشن مناسب بیمار، رعایت نکات آسپتیک حین ساکشن بیمار، رعایت بهداشت دست قبل و بعد از دست زدن به قسمت‌های مختلف لوله‌های تنفسی، رعایت بهداشت دهان بیمار، رعایت نکات آسپتیک حین لوله گذاری و ضدعفونی صحیح ابزارهای تنفسی (تیغه‌های لارنگوسکوپ و آموبگ) از اصول مهم در پیشگیری از عفونت‌های وابسته به ونتیلاتور می‌باشد.

هنگام ساکشن کردن ترشحات ریوی بیمار به هیچ عنوان جهت رقیق شدن ترشحات مجاز به ریختن سرم داخل تراشه بیمار نمی‌باشید. این کار خود منجر به ایجاد عفونت خواهد شد. چست فیزیوی مناسب و آموزش به بیمار پس از جدا شدن بیمار از دستگاه نقش مهمی در پیشگیری و بهبود عفونت‌های تنفسی دارد.

بیماری که در بیمارستان جراحی می‌شود مستعد ابتلا به عفونت محل جراحی می‌باشد. ضدعفونی صحیح پوست قبل از عمل، اسکراب صحیح دست‌ها، مراقبت مناسب از زخم پس از عمل در کنترل عفونت زخم نقش موثری دارد. بهداشت دست‌ها قبل از هر بار تعویض پانسمان زخم بیمار ضروری است.

یک زخم بایستی با روش کاملاً استریل پانسمان شود. خصوصاً زخم‌هایی که باز هستند باز کردن ست پانسمان یا ست جراحی به روش کاملاً استریل اهمیت زیادی دارد. عدم تماس و آلوده شدن اقلام داخل ست، تا پایان انجام پانسمان اهمیت زیادی دارد و یک تماس کوچک گاز استریل با دست یا با گوشه میز کار می‌تواند منجر به عفونت وسیع محل عمل و حتی سپسیس یا فوت بیمار شود!!!

به غیر از رعایت تکنیک مناسب اطمینان از استریل بودن ابزاری که برای بیمار استفاده می‌شود نیز اهمیت زیادی دارد. طبق نظریه اسپالدینگ ابزار بیمارستانی در سه دسته طبقه بندی می‌شوند ۱- اقلام بحرانی که با بافت استریل بدن تماس دارند و حتماً بایستی استریل باشند نظیر کاتترهای عروقی، سوند فولی و ... ۲- اقلام نیمه بحرانی که با مخاط بدن تماس دارند و بایستی حداقل ضدعفونی سطح بالا یا استریل شوند مثل تیغه‌های لارنگوسکوپ، پروپهای واژینال، پروپهای TEE و ... ۳- اقلام غیر بحرانی که بایستی حتی الامکان تمیز باشند. مثل کاف فشارسنج

در مورد اقلام استریل بسته بندی و نگهداری اقلام به روش صحیح اهمیت زیادی دارد. بسته‌هایی که با اتوکلاو بخار استریل می‌شوند و پوشش پارچه ای دارند با توجه به شرایط موجود این مرکز ۱۴ روز و اگر ویوپک دولایه باشد تا ۳۰ روز استریل می‌مانند.

بسته‌های استریل شده با گاز اتیلن اکساید یکسال و بسته‌های استریل شده با پلاسما سه ماه ماندگاری دارند.

البته شرایط نگهداری اقلام اهمیت زیادی دارد. در صورت خیس یا مرطوب شدن بسته دگر استریل نخواهد بود.

برای گندزدایی اقلام نیمه بحرانی از محلول‌های ضدعفونی سطح بالا در حال حاضر استفاده می‌شود. قبل از ضدعفونی یا استریل نمودن هر وسیله به ابتلا بایستی پاکسازی انجام شود. ابتدا ترشحات با آب زوده می‌شود و سپس با یک ماده دترجنت شستشو داده می‌شود در صورتیکه قرار است ابزاری استریل شود (نظیر پنس یا قیچی) قبل از ارسال به CSR داخل محلول ضدعفونی سطح متوسط قرار داده می‌شود تا بار میکروبی آن کاهش یابد و در صورتیکه ابزار نیمه بحرانی باشد پس از شستشو داخل محلول سطح بالا قرار داده شود.

**تعریف مواجهه شغلی:** هر گونه تماس با مایعات و ترشحات بدن بیمار که به یکی از راههای زیر روی دهد مصداق مواجهه شغلی بوده و لازم است سریعاً گزارش شود.

- فرو رفتن سر سوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی یا بریدگی با جسم نوک تیز
- پاشیده شدن خون ویا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به: (بریدگیهای باز، ملتحمه (چشم‌ها)، غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)
- گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

**در صورت رویداد مواجهه توجه به نکات زیر لازم است:**

- گزارش تاریخ وزمان تماس
- نوع مایع و شدت تماس
- راه و شدت تماس
- انجام HBSAg, HIV, HBSAb, HCVAb در فرد تماس یافته در موارد خاص طبق دستورالعمل کشوری
- انجام HBSAg, HCV, HIV فرد منبع

وضعیت واکسیناسیون و سرولوژی فرد تماس یافته و همچنین وضعیت آلودگی فرد منبع اگر در دسترس باشد، مهم است. تکمیل فرم مواجهه شغلی برای انجام پیگیری‌های بعدی الزامی می‌باشد. همه پرسنل باید از محل نگهداری فرم‌های مواجهه شغلی آگاهی داشته باشند.

### کمک‌های اولیه فوری

- شستشوی زخم با صابون و آب ولرم (عدم استفاده از بتادین یا الکل)
- خودداری از فشار دادن ناحیه آسیب دیده
- خودداری از مالش موضعی چشم
- شستشوی چشم‌ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی.
- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر کنترل عفونت یا سوپروایزر بالینی. و تکمیل فرم مربوطه

در صورتی که فرد منبع HBSAg مثبت باشد و فرد مواجهه یافته تیتراژ آنتی بادی بالای ۱۰ داشته باشد، اقدام درمانی نیاز ندارد. اما در صورت تیتراژ پائین یا عدم اطلاع از تیتراژ لازم است واکسن و ایمونوگلوبولین همزمان دریافت نماید.

در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار - مددجو) با عفونت HIV محرز باشد، الزامی است فرد مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در ۲۴ ساعت اول تحت مراقبت‌های درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد. (قرص پروفیلاکسی روزانه یک عدد به مدت ۲۸ روز) - در صورتیکه منبع HCV+ باشد لازم است آزمایشات پیگیری (CBC، تست‌های کبدی و HCVAb) طبق دستورالعمل کشوری به صورت دوره ای چک شود و در صورت تغییر در آزمایشات درمان شروع شود.

برای جلوگیری از فرو رفتن نوک سوزن در دست هرگز بعد از تزریق، به سرسوزن دست نزنید و از سرپوش گذاری مجدد سرسوزن اجتناب کنید. پس از تزریق از گذاردن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمایید، مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمونه جهت ABG یا کشت خون. از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمایید.

در موارد ضروری جهت گذاردن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگه داشتن درپوش استفاده نمایید و یا از یک دست به روش Scoop جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.

جهت حمل وسایل تیز و برنده از ظروف مقاوم استفاده نمایید و از حمل چنین وسایلی در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمایید.

از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب نمایید.

در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دست‌ها وجود دارد، باید از دستکش استفاده نمود و موضع با پانسمان ضدآب پوشانده شود.

در صورتی که احتمال پاشیده شدن خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.

در صورتیکه بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضد آب ضروری است.

### احتیاطات براساس راه انتقال بیماری:

سه نوع احتیاط بر اساس راه انتقال عفونت‌ها وجود دارد که عبارتند از:

الف- هوایی (Airborne) مثل سرخک، سل ریه یا حنجره، آبله مرغان، یا زونا، منتشر، آنفلوآنزای H1N1

ب- قطرات (Droplet) عفونت‌هایی مانند باکتری هموفیلوس آنفلوآنزای نوع B مهاجم، منگوکوک، بیماری پنوموکوک مقاوم به چند دارو، میکوپلازما پنومونیه، سیاه سرفه، ویروس آنفلوآنزا، اوریون، سرخجه و پاروویروس B19

ج- تماس (Contact) برای تعدادی از بیماری‌ها (آبله مرغان) رعایت بیش از یک نوع احتیاط ضرورت می‌یابد:

توجه:

- بیماران دچار عفونت HIV یا در معرض خطر آن که سرفه و ارتشاح ریوی مراجعه نموده‌اند باید به صورت تجربی تحت احتیاط هوایی قرار گیرند تا تشخیص بیماری سل در آنان رد شود.
- جهت بیماران دارای زخم پوستی باز ناشی از سل، رعایت احتیاط هوایی در نظر گرفته شود.

### احتیاط هوایی

اصول احتیاط‌های هوایی عبارت‌اند از:

- بستری بیمار در اتاق خصوصی با فشار هوای منفی کنترل شده (در مقایسه با فضای بیرون) و حداقل ۶ بار تعویض هوا در ساعت باید صورت گیرد.
- بستن درب اتاق
- خروج هوا از اتاق بیمار باید بطور مستقیم به فضای خارج و بیرون باشد (نه داخل بخش) چنانچه این کار مقدور نباشد، هوا باید قبل از برگشت به سیستم تهویه عمومی، با یک فیلتر قوی و کارآ (HEPA) خارج گردد.
- تمام افرادی که وارد اتاق بیماران می‌شوند باید از ماسک (N95) استفاده نمایند.
- جابجایی بیمار باید محدود گردد و قبل از ترک اتاق، بیمار باید ماسک جراحی استاندارد بپوشد. پرسنلی که قرار است بیمار را تحویل بگیرند، باید قبل از جابجایی بیمار مطلع شوند تا احتیاط‌های لازم را بکار گیرند.

۱. هر بیمار دچار سل یا مشکوک به آن باید دهان و بینی خود را در هنگام عطسه یا سرفه کردن با یک دستمال بپوشاند. همچنین باید تا هنگام رد کردن بیماری سل، از سایر بیماران جدا شود.
۲. بیماران مبتلا به سل اثبات شده که تحت درمان مؤثر ضد سل هستند و از لحاظ بالینی در حال بهبودی می‌باشند (سه نمونه اسمیر خلط پشت سرهم در روزهای مجزا از لحاظ باسیل اسید فست منفی باشد) می‌توانند از ایزولاسیون خارج شوند.
۳. توصیه می‌شود در بیماران دچار سل شدید همراه با ایجاد حفره، سرفه مداوم، با سل حنجره، و احتمالاً کسانی که به محیط‌های دارای افراد پر خطر برمی‌گردند (مانند اطفال، بیماران دچار سرکوب دستگاه ایمنی) جداسازی حداقل تا یک ماه صورت گیرد.
۴. بیماران دچار سل مقاوم به چند دارو (MDR)، باید در طول مدت بستری در بیمارستان، از سایر بیماران جدا شوند.
۵. در بیمارانی که از لحاظ بالینی وضعیت ثابتی دارند و داروهای ضد سل خود را بطور مرتب مصرف می‌کنند و در خانه خود می‌مانند، بستری کردن در بیمارستان (به منظور جداسازی آنان) لازم نیست.
۶. جهت بیماران دچار عفونت قطعی یا مشکوک به سرخک، واریسلا (آبله مرغان) یا زونا یا منتشر یا زونا یا موضعی در بیمار دچار نقص ایمنی باید جداسازی نوع هوایی صورت گیرد. چنانچه پرسنلی در مقابل این عفونت‌ها ایمن نباشند، در صورت امکان نباید به اتاق این بیماران وارد شوند و در صورتیکه ورود به اتاق این بیماران ضروری باشد، باید از ماسک N95 استفاده نمایند.

موقعیت‌های استفاده از ماسک N95 جهت مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های واگیر به شرح ذیل اعلام می‌گردد. بدیهی است که در کلیه موقعیت‌های ذکر شده استفاده از ماسک N95 و سایر وسایل حفاظت فردی جهت کلیه افرادی که بر بالین بیمار حضور می‌یابند (پزشک-پرستار - پرسنل خدماتی-همراه بیمار) الزامی است.

- بطور کلی جهت هر بیماری که نیاز به ایزولاسیون و رعایت احتیاط هوایی (Air borne Precaution) پوشیدن ماسک N95 الزامی است.
- سل ریه و حنجره
- سرخک
- آبله مرغان
- زونا یا منتشر
- بیماران دچار عفونت HIV که با سرفه و ارتشاح ریوی مراجعه می‌کنند.
- بیماران دارای زخم پوستی باز ناشی از سل
- سندرم حاد تنفسی (SARS)
- آنفلوآنزای H1N1 و آنفلوآنزای مرغی
- تب خونریزی دهنده ویروسی (VHF)
- پنومونی مشکوک ناشی از جرم میکروبی عامل تولارمی، سیاه زخم و طاعون

- جهت بیماران با احتیاط قطرات که در وضعیت حاد و وخیم بیماری قرار دارند و پروسیجرهای تولید کننده آئروسول مانند ساکشن یا برونکوسکوپی دارند و یا احتیاج به CPR دارند نیز پوشیدن ماسک N95 ضروری است.

هر گونه عفونت نو ظهور که بنا به دستورالعمل وزارت بهداشت و با تصمیم کمیته کنترل عفونت احتیاج رعایت ایزوله هوایی داشته باشد نیز پوشیدن ماسک N95 ضروری است.

- مدت زمان استفاده از یک ماسک - معمولی حداکثر ۲ ساعت و ماسک N95، ۴-۶ ساعت می‌باشد.

- در صورت آلودگی واضح، ماسک باید زودتر تعویض شود.

## احتیاط قطرات

برای جلوگیری از انتقال آئروسول‌های درشت (قطره)، از این نوع احتیاط استفاده می‌شود. بدلیل اندازه بزرگ، این قطرات در هوا معلق نمی‌مانند و تا فاصله زیادی حرکت نمی‌کنند.

این ذرات حین صحبت، عطسه یا سرفه کردن یا در زمان انجام اعمالی مانند ساکشن یا برونکوسکوپی ایجاد می‌شوند.

اصول رعایت احتیاط قطرات عبارت‌اند از:

۱. بستری کردن بیمار در اتاق خصوصی ولی اقدام خاصی برای کنترل هوای اتاق ضرورت ندارد (در صورت وجود چند بیمار با یک بیماری خاص، می‌توان آن‌ها را در یک

اتاق بستری نمود).

۲. درب اتاق می‌تواند باز بماند.

۳. در صورت کار کردن پرسنل در فاصله یک متری بیمار، باید از ماسک استاندارد جراحی استفاده گردد.

۴. استفاده از گان و دستکش تابع اصول احتیاط‌های استاندارد است.

۵. در صورت انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله، بیمار باید ماسک استاندارد جراحی بپوشد.

رعایت احتیاط تماسی در مراقبت از بیماران مبتلابه موارد زیر ضرورت دارد. بیماران دچار عفونت یا کلونیزه با باکتری‌های مقاوم به چند دارو (انتروکوک مقاوم به وانکومایسین،

استافیلوکوک اورئوس مقاوم به پنی سیلین یا با کاهش حساسیت به وانکومایسین، انتریت با عامل کلستریدیوم دیفیسیل).

- عفونت‌های منتقله از راه مدفوعی - دهانی (شیگللا، روتا ویروس و هپاتیت A) در بیمارانی که بی‌اختیاری داشته یا از پوشک استفاده می‌کنند.

- بیماری‌های اسهالی حاد که احتمالاً دارای منشاء عفونی هستند.

## اصول احتیاط‌های تماسی عبارت‌اند از:

۱- بستری بیمار در اتاق خصوصی (یا بستری چند بیمار با عفونت یکسان در یک اتاق، در صورت نبودن اتاق خصوصی به تعداد کافی).

۲- استفاده از وسایل محافظت شخصی برای محافظت پوست مواجهه دیده و لباس شامل:

- پوشیدن دستکش در زمان ورود به اتاق.
- درآوردن دستکش قبل از ترک اتاق.
- رفع آلودگی دست‌ها با یک ماده طبی **شوینده دست** یا ماده حاوی الکل (*based hand rub-Alcohol*) بلافاصله پس از درآوردن دستکش. (در موارد گاستروانتریت الزاماً هندواش انجام شود نه هندراب)
- جلوگیری از آلودگی مجدد دست‌ها قبل از ترک اتاق.
- استفاده از گان در صورت احتمال تماس قابل ملاحظه لباس پرسنل با بیمار یا سطوح محیطی پیرامون بیمار.
- استفاده از گان در صورت افزایش خطر تماس با مواد بالقوه عفونی بیمار (در صورتیکه بیمار بی‌اختیاری یا اسهال دارد، کولوستومی یا ایلئوستومی شده، یا ترشح زخم وی کنترل نمی‌شود).
- قبل از ترک اتاق ایزوله، گان باید درآورده شود و باید مراقب بود که لباس پرسنل آلوده نگردد. وسایل غیر بحرانی مراقبت از بیمار (گوشی، دستگاه فشار سنج) باید در اتاق ایزوله بمانند و باید آن‌ها را ابتدا پاک و گندزدایی نموده و سپس مورد استفاده قرار داد.
- انتقال و جابجایی بیمار به خارج از اتاق ایزوله باید به حداقل ممکن برسد.

## پنج موقعیت رعایت بهداشت دست‌ها در بیمارستان:

- قبل از تماس با بیمار

- بعد از تماس با بیمار

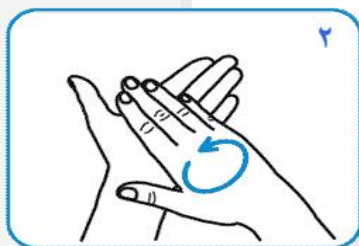
- بعد از تماس با محیط اطراف بیمار
- بعد از تماس با ترشحات بیمار
- قبل از انجام اقدام آسپتیک
  - رفع آلودگی دست‌ها باید قبل و بعد از تماس با بیماران و بلافاصله پس از خروج دستکش‌ها صورت گیرد.
  - در صورت آلودگی قابل رویت دست‌ها، باید آن‌ها را با آب و صابون شست.
  - پوشیدن دستکش به هیچ وجه نباید جایگزین شستن دست‌ها شود.
  - استفاده از ناخن مصنوعی، لاک ناخن و ناخن بلند ممنوع است
  - بهداشت دست در بخش‌های بستری به دو صورت هندراب و یا هندواش قابل اجرا می‌باشد.
  - هندواش شستشوی صحیح دست‌ها با آب و صابون به مدت ۴۰ الی ۶۰ ثانیه می‌باشد.
  - هندراب ضد عفونی دست‌ها با محلول‌های الکلی به مدت ۲۰ تا ۳۰ ثانیه می‌باشد.
  - از مصرف همزمان صابون و محلول ضد عفونی با بنیان الکلی جهت Hand rub اجتناب نمائید.



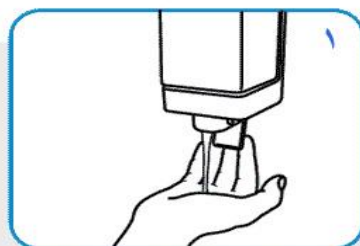
بیمارستان افشار یزد  
کمیته کنترل عفونت

# تمیز نمودن دستها با آب و صابون

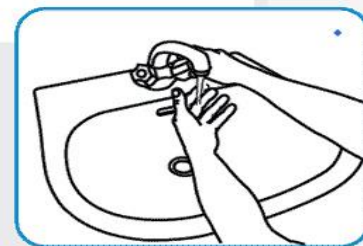
زمانی که آلودگی دستها قابل رویت باشد، دستها را با آب و صابون بشوید.



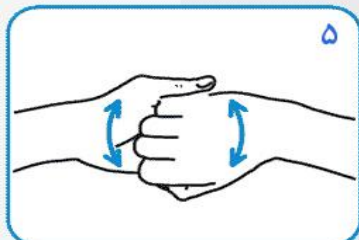
کف دو دست را به هم بمالید



مقدار کافی صابون، که تمام سطح دست را بپوشاند، استفاده کنید



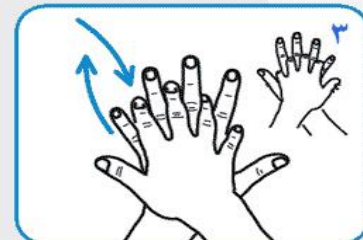
دست‌ها را با آب خیس کنید



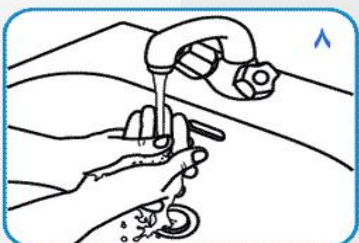
پشت انگشتان به کف دست مقابل



کف به کف با انگشتان درهم رفته



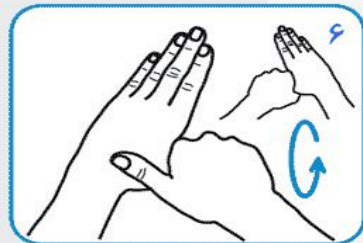
کف دست راست پشت دست چپ، با درهم رفتگی انگشتان



شستن دست‌ها با آب



مالیدن چرخشی به عقب و جلو با



مالیدن چرخشی شست چپ

## آماده نمودن دست جهت اقدام به جراحی

لازم است جهت اقدامات تهاجمی دست‌ها به روش سرجیکال هندوآش یا سرجیکال هندراب بهداشتی شوند.

انجام اقدامات ذیل قبل از شروع آماده سازی دست‌ها برای انجام جراحی ضروری است:

- با توجه به اینکه منشاء غالب میکروب‌های دست از زیر ناخن‌ها می‌باشد، ناخن را همیشه کوتاه نگه دارید، و در هنگام شستن دست زیر آن‌ها را کاملاً تمیز نموده و بشوئید.
- قبل از ورود به فضای اتاق عمل تمامی زینت آلات و جواهرات مورد استفاده را از دست خود درآورید (بعنوان مثال: حلقه، انگشتر، ساعت مچی و دستبند)
- در صورتی که دست‌ها بصورت آشکارا کثیف می‌باشند، قبل از آماده سازی دست‌ها برای اقدام به جراحی و ورود به فضای اتاق عمل، دست‌ها را با آب و صابون ساده بشوئید. خرده‌های موجود در زیر ناخن‌ها را ترجیحاً در زیر شیرآب بوسیله ناخن پاک کن خارج نمائید. بدلیل صدمه به پوست و افزایش احتمال پوسته ریزی از برس استفاده نکنید.
- با بالاتر نگه داشتن دست‌ها از ساعد، شروع به اسکراب دست‌ها و ساعد تا آرنج نمائید. این عمل از آلودگی مجدد دست‌ها بوسیله آب ناحیه ساعد پیشگیری می‌نماید.
- با گرفتن زمان بمدت ۲ تا ۵ دقیقه هر طرف هر یک از انگشتان، بین انگشتان و پشت و روی هردست را اسکراب کنید (اسکراب طولانی مدت برای مثال به مدت ۱۰ دقیقه توصیه نمی‌شود).
- رویه قدام و خلف ساعدرا از ناحیه مچ تا آرنج بمدت ۱ دقیقه بشوئید.
- بندهای ۲ و ۳ را در مورد دست دیگران نیز تکرار نمائید.
- در صورتی که در هر زمانی دست شما با هر چیزی تماس یافت، ناحیه آلوده شده را بمدت ۱ دقیقه طولانی تر اسکراب نمائید.
- با حرکت یک سویه دست‌ها و آرنج بطور کامل از میان جریان آب، دست‌ها را از نوک انگشتان تا ناحیه آرنج آبکشی نمائید. دست را در میان جریان آب به عقب و جلو حرکت ندهید.
- با بالا نگهداشتن دست‌ها بالاتر از آرنج وارد اتاق عمل شوید.
- درکل فرآیند اسکراب دست‌ها دقت نمائید که آب به لباس جراحی که برتن دارید نپاشد.
- در اتاق عمل قبل از پوشیدن گان، کلاه و دستکش استریل دست‌ها و ساعد را با استفاده از حوله استریل و تکنیک اسپتیک خشک نمائید.

## استاندارد اسکراب جراحی با استفاده از محلول‌های ضد عفونی دست با بنیان الکلی که دارای فعالیت پایدار می‌باشند:

- هنگامی که از محلول‌های ضد عفونی با بنیان الکلی با فعالیت پایدار جهت اسکراب جراحی استفاده می‌نمائید، محلول را بر روی دست‌های خشک بریزید.
- با محاسبه زمان و استفاده از مقدار کافی و لازم از محلول ضد عفونی، دست‌ها و ساعد تا ناحیه آرنج را با استفاده از حرکات چرخشی آنقدر بهم بمالید تا کاملاً خشک شوند. مدت زمان مالیدن دست‌ها و ساعد به یکدیگر با استفاده از حرکات چرخشی مقدار محلول استفاده شده به حدی باشد که درکل این مدت دست‌ها و ساعد تا ناحیه آرنج‌ها کاملاً مرطوب باقی بمانند. (براساس مطالعات تجربی این مقدار کمتر از ۱۶ CC می‌باشد).
- در صورتی که کیفیت آب مورد اطمینان نیست جهت آماده سازی دست‌ها قبل از اقدام به جراحی اقدام به Hand rub با استفاده از محلول‌های ضد عفونی با بنیان الکلی نمائید.
- از استفاده اسکراب جراحی و Hand rub جراحی بصورت توأم با محلول‌های ضد عفونی دست با بنیان الکلی و یا بصورت متعاقب بعد از یکدیگر اجتناب نمائید.
- قبل از پوشیدن کلاه، گان و دستکش استریل اجازه دهید دست‌ها و ساعدها تا ناحیه آرنج کاملاً خشک شوند.
- با بالا نگه داشتن دست‌ها بالاتر از آرنج وارد اتاق عمل شوید.

- طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و طبق سنجه‌های اعتبار بخشی ۹۸ اسکراب دست توسط پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها و ماماها، قبل از انجام کلیه اقدامات تشخیصی تهاجمی و اعمال جراحی در کلیه بخش‌ها الزامی می‌باشد.

### اقدامات تهاجمی که در این مرکز بایستی در هنگام اسکراب دست به روش جراحی صورت گیرد به شرح زیر می‌باشد:

- تمامی اعمال جراحی
- هرگونه پروسیجری که انجام آن با انسزیون پوست توأم باشد.
- هرگونه پروسیجری که انجام آن با بی حسی موضعی / بیهوشی عمومی، مراقبت پایش شده بیهوشی و تسکین توأم باشد.
- مطالعه الکتروفیزیولوژیک قلبی، کاتتریزاسیون قلبی، گذاردن پیس میکر، آنژیوپلاستی، گذاردن استنت
- گذاردن چست تیوب
- گذاردن بالن داخل آئورتی
- پروسیجرهای لاپاروسکوپی
- گذاردن کاتتر ورید مرکزی (PICC, CVC)
- بلوک درمانی عصب
- ختنه
- تعبیه تراکتوستومی
- انجام LP

با توجه به سیاست‌ها و امکانات موجود در این مرکز، حتی الامکان این پروسیجرها بایستی در اتاق‌های عمل انجام گردد.

پرسنل شاغل در بیمارستان علاوه بر گزارش موارد عفونت بیمارستانی و مواجهات شغلی ملزم هستند در صورت بستری بیمار مبتلا به بیماری‌های واگیر در اسرع وقت به واحد کنترل عفونت اطلاع رسانی نمایند. فهرست بیماری‌های واگیر مشمول گزارش دهی نظام مراقبت بیماری‌ها و چگونگی گزارش دهی آن‌ها که توسط مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت ارسال گردیده به شرح ذیل می‌باشد:

| بیماری‌های مشمول گزارش غیر فوری (کتبی)     |                          | بیماری‌های مشمول گزارش فوری (تلفنی)   |  |
|--|--------------------------|---|--|
| کالاآزار                                   | سل                       | مالاریا   | وبا  |
| سالک                                       | جدام                     | بوتولیسم  | فلج شل حاد   |
| تب مالت                                    | کزاز بالغین              | سیاه زخم تنفسی  | سیاه سرفه  |
| فاسیولیاژیس                                | ایدز                     | هر نوع حیوان گزیدگی   | مننژیت   |
| شیستوزومیازیس                              | عفونت HIV                | تب‌های خونریزی دهنده ویروسی (CHFF)  | طاعون  |
| عوارض ناخواسته ایمن سازی غیر از موارد فوری | بیماری‌های مقاربتی       | عوارض ناخواسته متعاقب ایمن سازی (مرگ، بستری در بیمارستان، آبسه، لنف آدنیت و هر عارضه ای که منجر به نگرانی عمومی شود). | افزایش ناگهانی هر بیماری واگیر (طغیان یا همه گیری) |
| کیست هیداتید                               | انواع هیپاتیت‌های ویروسی | تیفوس   | سرخک   |
| پدیکولوز                                   | تیفوئید                  | تب زرد  | سندرم سرجه مادرزادی                                |
| تب راجعه                                   | شیگلوزیس                 | کزاز نوزادان  | دیفتری   |
| سیاه زخم جلدی                              | لپتوسپیروزیس             | طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا   | -  |

لازم است این لیست در دسترس کلیه پرسنل قرار گرفته و پرسنل در صورت مشاهده هر کدام از موارد فوق مراتب را سریعاً به واحد کنترل عفونت و در صورت عدم دسترسی به دفتر پرستاری اطلاع داده تا به مرکز بهداشت شهرستان گزارش شود.



## امور اداری و مالی

طبق ماده ۸۷ آیین نامه اداری استخدامی کارمندان موسسه در هفته به میزان ۴۴ ساعت باید کارکرد داشته باشند بنابراین تنظیم ساعت کار کارمند برعهده موسسه می باشد.

تعداد روز کاری ۷/۵ ساعت موظف همراه تلقی می شود که بسته به میزان تعطیلات رسمی قابل تغییر می باشد. جهت کادر پرستاری که مشمول قانون بهره وری قرار گرفته اند طبق (سابقه - بخش و نو بت کاری) جدول موظفی متفاوت می باشد.

کارکرد پرسنل کمتر از موظف غیرقانونی می باشد و ملاکی جهت عدم پرداخت حقوق فرد می باشد. بنابراین قبل از اتمام ماه فرد باید نسبت به رفع کسر ساعت اقدام نماید. (از طریق درخواست مجوز کلیه مجوزها اعم از پاسی شخصی و مرخصی و ... یا تغییر در شیفت کاری و ...)

هر فرد ملزم به حضور در بیمارستان در هر شیفت کاری بدون تأخیر در ورود و تعجیل در خروج می باشد.

- خروج از محل خدمت زودتر از ساعات مقرر تعجیل در خروج محسوب می گردد.
- تأخیر ورود بیش از ۲ ساعت در هر ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای شغل و مزایای مستمر مستخدمین رسمی و ثابت واجرت و فوق العاده مخصوص وسایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی و یا دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعات تأخیر خواهد بود.
- تأخیر در موارد زیر موجه محسوب شده و مدت تأخیر در هر صورت جزو مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد:
  - ✓ وقوع حوادث و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان تحت تکفل و نیز سایر افراد خانواده در صورتی که تحت تکفل وی باشند.
  - ✓ احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضار کننده
- به مستخدمینی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر ورود یا تعجیل خروج غیر موجه داشته باشد و جمع مدت تأخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تأخیر برای اول و دوم کتباً اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدم خالی به میزان ۳۰ درصد و برای ماه چهارم به میزان ۵۰ درصد و برای ماه پنجم به میزان ۱۰۰ درصد و به مدت یک ماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به هیات رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد گردید.

- تأخیر ورود یا تعجیل خروج بیش از ۸ ساعت در هر ماه مشمول حکم این ماده خواهد بود.

به صورت ماهانه لیست تأخیرها و تعجیلها به واحد مدیریت بیمارستان ارجاع داده می شود تا طبق قوانین موجود با افراد برخورد شود.

ورود به بیمارستان در شیفت صبح حداکثر تا ساعت ۷:۱۵ مجاز می باشد و خروج بعد از ساعت ۱۴ مجاز است؛ جهت کادر شیفتی خروج ساعت ۱۳:۳۰ می باشد. یعنی در شیفت صبح از ساعت ۷ صبح تا ۱۴:۳۰ عصر می باشد که جهت پرسنلی که فیکس صبح (گروه اداری بیمارستانی) می باشند از ساعت ۷:۱۵ تا ۱۴ با در نظر گرفتن آوانس می باشد جهت کادر که مشمول برقراری نوبت کاری می باشند (شامل پرستاران، خدمات و رادیولوژی و آزمایشگاه و ..... که شیفتی تلقی می شوند) این محدوده از ۷:۱۵ تا ۱۳:۳۰ می باشد. ورود به بیمارستان در شیفت عصر تا ساعت ۱۳:۱۵ مجاز می باشد و خروج بعد از ساعت ۱۹:۳۰ می باشد. ورود در شیفت شب حداکثر تا ۱۹:۱۵ مجاز است و خروج بعد از ساعت ۷:۳۰ روز بعد می باشد. در صورت ورود و خروج در غیر این ساعات برای فرد کسر ساعت محاسبه می شود.

تذکر: به هیچ عنوان **ثبت ناقصی** در ساعات کارکرد فرد محاسبه نمی‌گردد بنابراین هر فرد موظف است شخصاً و با دقت نسبت به ثبت اثر انگشت اقدام نماید. مشاهده کلیه تردد افراد و کارکرد فرد بلافاصله از طریق سامانه تردد امکان پذیر می‌باشد.

تذکر: لطفاً در هنگام ثبت تردد دقت شود که حتماً نام و نام خانوادگی به همراه پیغام تأیید بر روی دستگاه کارت زنی رویت گردد در غیر این صورت ثبت تردد انجام نشده است. کلیه ورود و خروج‌های پرسنل صرفاً از طریق درب نگهداری اصلی می‌باشد.

در صورت محاسبه تایمکس فرد و داشتن کارکرد بیشتر از ساعات موظفی، برای کارمند اضافه کار محاسبه می‌گردد سقف اضافه جهت کارکنان اداری مالی ۱۲۰ ساعت و بهداشتی درمانی ۱۷۵ ساعت می‌باشد و برای کارکنان پرستاری مشمول کاهش ساعت کاری حداکثر ۱۶۰ ساعت اضافه کاری قابل منظور شدن می‌باشد در صورت داشتن اضافه بیشتر از این مقدار، در نظام قدیم اضافه فرد محاسبه نخواهد شد. البته با بحث پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان (قاصدک) نحوه محاسبه موظف و غیرموظف کارکنان در همراه متفاوت گردیده است و ملاک حضور و کارکرد افراد است بدون در نظر گرفتن مرخصی و پاس شخصی. (فرمول نحوه محاسبه قاصدک طبق نامه شماره ۱۷۱۰۶۱ مورخ ۹۵/۰۸/۰۴ به کلیه واحدها ارجاع داده شد).

### قانون ارتقاء بهره وری کارکنان بالینی نظام سلامت

شامل کارکنان رسته بهداشتی درمانی می‌شود که به صورت مستقیم به بیماران بستری ارائه خدمت می‌دهند و شامل پرستاران، بهیاران، کمک بهیاران، ماماها، کاردان‌ها و کارشناس‌های اتاق عمل، کاردان‌ها و کارشناس‌های هوشبری و شاعلین رسته شغلی فوریت‌های پزشکی می‌باشد.

- ﴿ پرسنل بایستی حتماً فرم تعهد کاهش ساعت کاری را با هماهنگی دفتر پرستاری تکمیل نمایند تا مشمول این کسر کار گردند.
- ﴿ افرادی که تعهد نداده‌اند ساعت کاری آن‌ها طبق روال گذشته ۴۴ ساعت در هفته می‌باشد.
- ﴿ تقلیل ساعت کاری حداکثر تا هشت ساعت در هفته براساس صعوبت کار، سابقه کار و کار در نوبت‌های کاری غیر متعارف می‌باشد.
- ﴿ محاسبه ساعات کار در شیفت شب و ایام تعطیل با ضریب ۱.۵ محاسبه می‌گردد و مشمولین این ماده اجازه کار بیش از ۱۲ ساعت متوالی را ندارند.
- ﴿ موظفی هر فرد براساس ساعات کاری اعلام شده از دفتر پرستاری محاسبه می‌گردد در ضمن هر کارمند بایستی معادل آن ساعات کاری موظفی بدون اعمال ضریب در بیمارستان حضور داشته باشد و محاسبه ضرایب تحت عنوان اضافه کار به پرسنل پرداخت می‌گردد.
- ﴿ مدت زمان کسر کار بر مبنای سنوات حداکثر ۵ ساعت در هفته می‌باشد و ملاک محاسبه آن جهت کارکنان رسمی و پیمانی سنوات مندرج در حکم کارگزینی و مبنای محاسبه جهت کارکنان قراردادی شاغل در بخش دولتی میزان پرداخت حق بیمه می‌باشد و برای سابقه کار بیشتر از ۱۶ سال ۵ ساعت تقلیل ساعت کاری محاسبه

| سنوات خدمت             |     |      |     |     |     |     |     | می‌گردد |
|------------------------|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|
| سال                    | ماه | سال  | ماه | سال | ماه | سال | ماه |         |
| ۱۲-۱۶                  | ۱   | ۸-۱۲ | ۱   | ۴-۸ | ۱   | ۰-۴ | -   |         |
| میزان کسر ساعت در هفته |     | ۳    |     | ۲   |     | ۱   |     |         |

﴿ مدت کسر ساعت براساس صعوبت کار حداکثر ۲ ساعت در هفته محاسبه می‌شود. (حداقل نیم ساعت)

| سختی کار به استناد نظام هماهنگ              | ۸ تا ۲۵ درصد    | ۲۶ تا ۵۰ درصد     | ۵۱ تا ۷۵ درصد      | ۷۶ تا ۱۰۰ درصد      |
|---|-----------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| سختی کار به استناد قانون مدیریت خدمات کشوری | ۰ تا ۳۷۵ امتیاز | ۳۷۶ تا ۷۵۰ امتیاز | ۷۵۱ تا ۱۰۰۰ امتیاز | ۱۰۰۰ امتیاز به بالا |
| کسر ساعت در هفته                            | نیم ساعت        | ۱ ساعت            | ۱.۵ ساعت           | ۲ ساعت              |

﴿ مدت کسر کار بابت کار در نوبت کاری غیر متعارف یک ساعت در هفته تعیین می‌گردد و صرفاً کارکنانی که به صورت نوبتکاری در گردش اشتغال دارند از کسری ساعت مذکور بهره مند خواهند شد.

﴿ باتوجه به محاسبات فوق حداکثر کسر کار ساعت در هفته ۸ ساعت و حداقل ۱.۵ ساعت در هفته می‌باشد.

طبق این قانون هیچ کدام از کارکنان مجاز به صرف زمان جهت خوابیدن در شیفت شب و ایام تعطیل نمی‌باشند. ﴿﴾  
 ﴿﴾ جدول تعیین ساعات شیفت‌های کاری ۳ گانه

| نام شیفت  | نوع شیفت       | مدت زمان شیفت |
|-----------|----------------|---------------|
| صبح       | ایام غیر تعطیل | ۷ ساعت        |
|           | ایام تعطیل     | ۱۰ ساعت       |
| عصر       | ایام غیر تعطیل | ۷ ساعت        |
|           | ایام تعطیل     | ۱۰ ساعت       |
| صبح و عصر | ایام غیر تعطیل | ۱۳ ساعت       |
|           | ایام تعطیل     | ۱۹ ساعت       |
| شب        | ایام غیر تعطیل | ۱۹ ساعت       |
|           | ایام تعطیل     | ۱۹ ساعت       |

﴿﴾ مزایای آیین نامه فوق فقط شامل شاغلینی است که در یکی از بخش‌های دولتی یا غیردولتی به کار بالینی اشتغال دارند و مشمولین این قانون موظف به ارائه خدمت در یک بخش خصوصی یا دولتی می‌باشند. ﴿﴾  
 ﴿﴾ استفاده توأماً از کسر ساعت کار، قانون حق اشعه و قانون ارتقاء بهره وری فاقد محمل قانونی می‌باشد.

## قوانین و مقررات

### برخی از قوانین حاکم بر بیمارستان

\* پرسنل جدید الورد یا تبدیل وضع و... بایستی در بدو ورود (بعد از آمدن ابلاغ و تأیید ریس یا مدیر) به واحد کارگزینی مراجعه نمایند در این واحد فرد باید مدارک خواسته شده را جهت تشکیل پرونده به کارگزینی ارائه نمایند، راهنمایی‌های لازم جهت مراجعه به واحدهایی از قبیل تایمکس، درآمد، حسابداری، حراست، دفتر پرستاری و سازمان تأمین اجتماعی صورت می‌گیرد. بعد از اعلام شروع بکار توسط دفتر پرستاری یا مسئول مافوق سایر مکاتبات توسط کارگزینی با دانشگاه انجام خواهد گرفت.

\* پرسنل جهت پایان کار (به ویژه پرسنل طرحی و...) بایستی دفترچه بیمه خود و کارت تایمکس را تحویل داده و فرم تسویه حساب را دریافت نمایند (حداقل شش روز قبل از اتمام طرح می‌توانند اقدام کنند) در نهایت در سامانه مربوطه با بارگزاری فرم تسویه حساب ثبت نام و جهت دریافت گواهی اتمام طرح از دانشگاه، خود کارمند شخصاً بایستی پیگیری‌های لازم را انجام دهد.

### مرخصی استحقاقی

\* هر کارمند در طی یکسال به مدت ۳۰ روز مرخصی استحقاقی دارد که برای کارکنان رسمی، پیمانی و طرحی و قراردادی که صرفاً ۱۵ روز از این مقدار قابل ذخیره شدن می‌باشد. (جهت پرسنل طرحی از زمان شروع به کار تا پایان سال، نیمی از مرخصی‌ها متناسب با مدت طرحشان بایستی استفاده شود) جهت پرسنل تبصره ۴ و قانون کار در یکسال ۲۶ روز مرخصی دارند که صرفاً ۹ روز آن ذخیره می‌شود.

\* استفاده نمودن از مرخصی به صورت پیشاپیش منع قانونی دارد مگر مرخصی‌های ماههای پیش ذخیره شده باشد.

جهت اخذ مرخصی مهم‌ترین مساله، مشخص کردن روز و تاریخ مرخصی می‌باشد که قبل از آن تاریخ باید به اطلاع مسئول مربوطه و سرپرستار بخش برسد. کارمند موظف است قبل از گرفتن مرخصی از داشتن استحقاق مطمئن شده و سپس به ثبت آن در سامانه تردد اقدام نماید.

کلیده ایام تعطیلی که پرسنل شیفت نمی‌باشند جهت رد کردن مرخصی در سامانه تردد می‌باید جدا شود.

## پاس

### الف: پاس شخصی

هر کارمند حداکثر در هر روز کاری مجاز به استفاده از پاس ساعتی به مقدار ۳ الی ۳.۵ ساعت می‌باشد. (نصف کارکرد روزانه فرد) در صورت که میزان پاس ساعتی از این مقدار بیشتر شود فرد موظف است جهت آن روز کاری، یک روز مرخصی استحقاقی رد نماید.

کارمند موظف است که بعد از تأیید مسئول بخش و دفتر پرستاری مجاز به خروج از بیمارستان از درب اصلی می‌باشد. (انگشت خود را خروج و بعد از آمدن از پاس ورود نماید)

تمامی پاس‌های شخصی فرد ثبت شده و به ازای هر ۷.۵ ساعت پاس یک روز از مرخصی استحقاقی فرد کسر می‌گردد.

هیچ کارمندی تحت هیچ شرایطی حق خروج از بیمارستان را بدون زدن انگشت جهت پاس ساعتی را ندارد.

در صورت رویت موارد فوق و اطلاع واحد نگهبانی با این کارکنان برخورد خواهد شد.

### ب: پاس اداری:

پاس اداری از مرخصی فرد کسر نخواهد شد و سقف ساعتی ندارد.

### ج: پاس شیر

• پاس شیر برای مادرانی که فرزندان زیر دو سال دارند و گواهی شیر به واحد کارگزینی ارائه داده‌اند، روزی یک ساعت بدون در نظر گرفتن آوانس‌های اول یا آخر وقت تعلق می‌گیرد. پاس شیر در هر شیفت کاری فقط یک ساعت و شیفت شب دو ساعت می‌باشد که افراد مشمول پاس شیر در سیستم خودکار تعریف شده و نیازی به رد کردن مجوز در سامانه را ندارد و صرفاً می‌باید ساعت ورود و خروج خود را از طریق تایمکس ثبت نمایند.

پاس شیر از مرخصی کسر نخواهد شد. گواهی شیر باید ابتدا از مرکز بهداشتی که فرزند شما پرونده واکسن و... دارد گرفته شده و پس از مهر شدن توسط مرکز بهداشت شهرستان یزد (زایشگاه بهمن قدیم) به واحد کارگزینی، می‌توانید از این امتیاز استفاده نمایند.

(پاس شیر می‌تواند میان وقت، آخر وقت یا اول وقت باشد که با توجه به شرایط بخش و مسئول به فرد داده می‌شود.)

## مرخصی استعلاجی

روند استعلاجی بیشتر از سه روز در یکماه جهت کارمندان با نوع استخدام متفاوت است و به شرح ذیل می‌باشد: چنانچه برای هر کارمند مشکل خاصی پیش آید که مجبور به گرفتن مرخصی استعلاجی شود باید تحت هر شرایطی به مسئول مربوطه و کارگزینی اطلاع بدهد.

اگر مدت استعلاجی فرد حداکثر تا ۳ روز باشد، کارمند موظف است نسخه استعلاجی خود را به واحد کلینیک کرمی برده تا توسط پزشک معتمد بیمارستان (دکتر آیت‌اللهی) یا ریس بیمارستان تأیید شود و حداکثر ظرف مدت ۴۸ ساعت به واحد کارگزینی ارسال گردد.

۱. چنانچه مدت استعلاجی بیشتر از ۳ روز باشد صرفاً جهت کارمندان مشمول قرارداد (تبصره ۳، تبصره ۴ و پیمانی) حقوق فرد از واحد تأمین اجتماعی به وی پرداخت خواهد شد، کارمند حتماً بایستی به واحد کارگزینی و مسئولین مربوطه اطلاع دهد. ضمناً از ۹۵/۰۱/۰۱ اگر هر کارمندی در یکسال استعلاجی بیشتر از ۶ روز استفاده نماید. در صورت استفاده بیش از ۶ روز باید به تأیید کمیسیون پزشکی خاتم الانبیا رسانده شود.

۲. جهت مرخصی‌ها (بیشتر از ۳ روز) افرادی که مشمول صندوق غیرتأمین اجتماعی و تأمین اجتماعی می‌باشد اما با نوع استخدام (رسمی‌ها و طرحی‌ها) هستند بایستی توسط کمیسیون ستاد که مستقر در درمانگاه خاتم الانبیا (دوشنبه‌ها صبح یا وقت قبلی) تأیید نمایند و پس از تأیید کمیسیون پزشکی، اصل استعلاجی را به واحد کارگزینی ارائه نماید. اما مشمولین تأمین اجتماعی (پیمانی، تبصره ۳ و ۴) کپی استعلاجی را به کارگزینی داده و سپس به واحد غرامت از دستمزد تأمین اجتماعی جهت مهر و تأیید ارسال نموده و حتماً کپی برگه استعلاجی مهر شده را به کارگزینی جهت ثبت در سوابق ارائه دهند.

(قابل ذکر است با توجه به حساسیت مدت کل مرخصی استعلاجی در یک ماه و تأثیر در سابقه بیمه و حقوق فرد ارائه تاریخ دقیق و صحیح و به موقع به این واحد ضروری است، در غیر این صورت خود فرد پاسخگو می‌باشد.)

**تذکره:** ضروری است هرگونه تغییر در وضعیت کارمند (اخذ مدرک تحصیلی بالاتر، ازدواج، فرزنددار شدن، فوت نزدیکان و تغییر نام و نام خانوادگی، ازدواج فرزندان.....) به واحد کارگزینی اعلام گردد.

- کلیه استعلاجی‌ها در روز تعطیل و غیر تعطیل جز سوابق استعلاجی فرد منظور می‌گردد. و سقف استعلاجی در یک سال کاری برای هر کارمند ۱۲۰ روز می‌باشد.
- در ضمن Off بعد از مرخصی معنا ندارد و فرد روز بعد از استعلاجی بایستی حتماً یا در برنامه شیفت کاری باشد یا مرخصی استحقاقی رد کند.
- قابل ذکر است از تاریخ ۱۴۰۰/۱۱/۱۱ کمیسیون پزشکی ستاد که دوشنبه‌ها در درمانگاه خاتم الانبیا برگزار می‌گردد بصورت غیر حضوری و سامانه ای شده است لذا افراد با مراجعه به سایت دانشگاه (صفحه اصلی آیتم کمیسیون دانشگاه علوم پزشکی) یا سایت [esevice.ssu.ac.ir](http://esevice.ssu.ac.ir) برگه استعلاجی که توسط دبیرخانه شماره گردیده است را بارگزاری و پس از اخذ کد رهگیری، پیگیری و پربنت تأیید را به کارگزینی تحویل نمایید.

- همچنین سازمان تأمین اجتماعی نیز جهت تأیید استعلاجی‌های بیشتر از ۳ روز جهت افراد بیمانی - قراردادی با مراجعه به سایت [esevice.tamin.ir](http://esevice.tamin.ir) اقدام و پرینت تأییدیه را به کارگزینی تحویل نمایید.

## مرخصی اضطراری

- **مرخصی از دواج:** شامل پرسنلی که در زمانی که شاغل افشار بوده‌اند ازدواج نموده‌اند. از تاریخ عقد به مدت دو سال می‌توانند از مرخصی ازدواج با احتساب تعطیلات مابین می‌باشند. (بازائه مستندات به کارگزینی)
- **مرخصی فوت اقوام درجه اول:** از زمان فوت تا چهلم به مدت ۷ روز با احتساب تعطیلات مابین و ارائه مستندات به کارگزینی می‌باشند.
- **مرخصی مراقبت از همسر:** از زمان تولد فرزند به مدت ۱۵ روز با احتساب تعطیلات مابین با ارائه مستندات به کارگزینی جهت پرسنل می‌باشد.
- افرادی که در رسته بهداشتی درمانی شاغل در بخش‌های که بیماران بستری دارند می‌باشند (شامل پرستاران و هوشبری و ...) در صورتی که در غیر این بیمارستان فعالیتی نداشته باشند می‌توانند در صورت تمایل به گروه بهره‌وری یا کاهش ساعت کاری قراربگیرند. (لازمه ورود به گروه کاهش ساعت کاری امضای فرم تعهد که در دفتر پرستاری می‌باشد است. و فرد با توجه به تجربه (با ارائه سوابق بخش خصوصی) و سابقه و بخش و شیفتی که دارد کارگزینی او را در گروه خاصی قرار می‌دهد.)
- **ضمناً** پرسنل که طرح اجباری در برخی رشته‌ها دارند با مراجعه به واحد کارگزینی و تکمیل درخواست و فرم تعهد، یک ماه قبل از اتمام طرح اولیه اقدام به ثبت اطلاعات در سامانه مربوطه نموده و کلیه پیگیری‌های در این زمینه برعهده خود فرد می‌باشد.

## کمک هزینه اولاد و عائله مندی

منظور از عائله و اولاد همان اعضای خانواده می‌باشند با محوریت شخصی که تأمین هزینه زندگی آن‌ها را برعهده دارد. انواع مزایایی که اولاد و عائله دریافت می‌کنند:

- الف) مستقیم: به آن دسته از مزایایی می‌گویند که به اعضای خانواده بطور مستقیم و شخصاً از آن‌ها بهره‌مند می‌شوند شامل کمک هزینه معالجات و معاینات
- ب) غیرمستقیم: آن دسته از مزایایی که به اعضای خانواده. بطور غیرمستقیم به سرپرست پرداخت می‌شود و علی‌القاعده باید به نفع آن‌ها هزینه نماید مثل کمک هزینه عائله مندی اولاد فوت و ...

براساس ماده ۸۶ بند ۲ قانون تأمین اجتماعی مشمولین قانون کار و تبصره ۴ ماده ۲:

اولاد ذکور: تا سن ۱۸ سالگی و یامنحصراً به تحصیل اشتغال داشته باشد تا پایان تحصیلات  
اولاد اناث: تا سن ۱۸ سالگی و یامنحصراً به تحصیل اشتغال داشته باشد تا پایان تحصیلات  
توضیحات

- \*زن و شوهر کارمند شاغل هر دو می‌توانند این کمک هزینه را دریافت نمایند.
- \*کمک هزینه عائله مندی در قالب اولاد می‌باشد.
- \*شرط پرداخت حق بیمه ۷۲۰ روز کارر داشته باشد

حال اگر فرزند موثی در حال تحصیل باشد و ازدواج دائم کرده باشد مشمول این کمک هزینه می‌شود.

کمک هزینه اولاد و عائله مندی پرسنل مشمول تبصره ۳ ماده:

اولاد ذکور: تا سن بیست سالگی و به شرط ادامه تحصیل و غیرشاغل تا ۲۵ سالگی تمام

اولاد اناث: تا مادامی که شوهر نداشته و غیرشاغل باشند بدون رعایت شرط سنی

\*از ۹۲/۰۳/۲۲ سقف اولاد حذف گردید.

\* پرداخت حقوق براساس نظام هماهنگ است.

ماهانه معادل چهارده درصد حداقل حقوق مبنای جدول موضوع ماده یک قانون یک جهت کمک هزینه هر اولاد

ماهانه معادل هفتاد درصد حداقل حقوق مبنای جدول موضوع ماده یک قانون جهت کمک هزینه عائله مندی

برقراری کمک هزینه اولاد و عائله مندی به بانوان در آئین نامه اداری استخدامی از ۹۵/۰۱/۰۱:

براساس تبصره ۳ بند ۵ ماده ۵۴ کارمندان زن شاغل، بازنشسته یا کارافتاده و وظیفه بگیر که دارای همسر نبوده (فوت /مطلقه) و یا همسری معلول و یا کارافتاده کلی دارند از

مزایای کمک هزینه عائله مندی بهره‌مند می‌شوند. در صورتیکه این کارمند براساس رأی مراجع ذی صلاح به تنهایی متکفل مخارج فرزندان خود باشند از کمک هزینه اولاد نیز

برخوردار می‌شوند و در صورت ازدواج مجدد و تحت تکفل بودن فرزندان براساس رأی مراجع قانونی از مزایای کمک هزینه اولاد نیز بهره‌مند می‌شوند.

براساس ماده ۵۴ بند ۵ آیین نامه اداری استخدامی کارمندان غیر هیات علمی کمک هزینه اولاد و عائله مندی به شرح ذیل می‌باشد: از ۹۱/۰۱/۰۱ تاکنون (شامل طرحی، رسمی،

بیمانی و ...):

اولاد ذکور: تاسن بیست سالگی و به شرط ادامه تحصیل و غیرشاغل تا ۲۵ سالگی تمام

اولاد اناث: تا مادامی که شوهر نداشته و غیرشاغل باشند بدون رعایت شرط سنی

\* از ۹۱/۰۱/۰۱ سقف اولاد تا سه فرزند جهت کارمندان رسمی پیمانی و طرحی برداشته شد.

ماهنامه معادل ۲۱۰ امتیاز در ازای هر فرزند تعلق می‌گیرد.

ماهنامه معادل ۸۱۰ امتیاز جهت عائله تعلق می‌گیرد.

\* در کلیه نوع استخدامی اگر فرزند مستخدمی معلول و قادر به کار نباشد بدون رعایت شرط سنی از مزایای کمک هزینه اولاد برخوردار می‌گردد. (با این تفاوت که در قانون

تأمین اجتماعی قانون کار در صورت ازدواج دختر معلول همچنان برقرار می‌باشد)

تصویب پرداخت حق عائله مندی به زنان مجرد خود سرپرست پرداخت حق اولاد به زنان متأهل سرپرست خانوار:

بر اساس بند دوم مصوبه ۹۴/۰۸/۳۰ هیات امنای دانشگاه نسبت به برقراری کمک هزینه عائله مندی از ۹۵/۰۱/۰۱ جهت کلیه خانم‌های مجرد برقرار گردید.

ارائه گزارش و مدرک در خصوص افزایش یا کاهش اولاد (گواهی اشتغال به تحصیل، کپی شناسنامه فرزند در صورت ازدواج و... کپی شناسنامه فرزند جدید به همراه

کپی شناسنامه کامل کارمند و...) توسط کارمند به کارگزینی ضروری می‌باشد.

## سامانه تردد

### برخی از قوانین حاکم بر سامانه تردد بیمارستان

\* با راه اندازی تایمکس پرسنل می‌باید به نکات زیر توجه و حتماً رعایت نمایند:

۱- کلیه برنامه زمان بندی واحدها باید در پنجم همان ماه از حالت ورژن اولیه به جاری تبدیل شده باشد. (برنامه که جاری می‌شود پرسنل در این صورت می‌توانند حضور و مازاد حضور خود را مشاهده نمایند). در غیر این صورت کلیه عدم محاسبه کارکرد بر عهده مسئول بخش می‌باشد.

۲- جاری شدن برنامه به این معنا است که مسئول شیفت برنامه زمان بندی را تأیید نهایی نماید و بعد از تأیید توسط مافوق (مدیر بیمارستان) برنامه به شکل ورژن جاری در می‌آید.

۳- هرگونه تغییر در برنامه با ورژن جاری از طریق راست کلیک روی تاریخ خاص و تغییر ساختار توسط مسئول آن واحد انجام می‌گیرد.

۴- افرادی که در چند بخش بیمارستان مشغول بکار می‌باشند بهتر است کلیه برنامه در بخشی که بیشترین شیفت را دارند یک جا وارد شود.

۵- کلیه ساعات در ستون مازاد حضور (بعد از آنکه برنامه جاری شد) افراد می‌توانند در صورت صلاحدید و هماهنگی مافوق خود اقدام به درخواست اضافه کار نمایند و پس از تأیید توسط مافوق به جمع کارکرد (حضور) اضافه می‌گردد. ضمناً درخواست مازاد جهت اضافه کار اول وقت بسته می‌باشد.

۵- کلیه جابجایی و انواع مرخصی‌ها (زایمان و فوت و ازدواج و استعلاجی باید با ارائه مستندیه کارگزینی انجام شود) و مأموریت‌ها و ... علاوه بر درخواست مجوز در سیستم تردد باید در برنامه زمانبندی ویرایش و ثبت گردد. (ثبت در برنامه زمانبندی صرفاً جهت پرسنلی که شیفتی می‌باشند).

۶- اگر کارتنی برخلاف برنامه زمانبندی باشد در آن روز کارکرد درست نشان نمیدهد. بنابر این اول پرسنل که در گزارش کارکردشان ستون حضور مشکل دارد اول می‌باید برنامه زمانبندی را توسط مسئولشان چک نمایند. بنابر این دقت در وارد کردن و صحت برنامه لازم و ضروری است.

۷- کل یک روز پرسنل مشمول صرفاً یک ربع آوانس می‌باشند (که اگر این دیر کرد فرد مجموعاً از یک ربع بیشتر شد همین یک ربع آوانس هم شامل فرد نمی‌شود).

۸- کلیه پرسنل با وارد کردن پرسنلی خود می‌توانند وارد سامانه تردد به آدرس ۱۰۱۰۱۰۲۵ شوند.

۹- پرسنلی که کد پرسنلی همان کد ملی می‌باشد رقم آخر کد ملی خود را انداخته و در کلمه عبور و نام کاربری همین عدد را وارد نمایند. (در صورتی که کد ملی با صفر شروع شود به جز صفر)

۱۰- عوض کردن کلمه کاربری و عبور بر کلیه پرسنل لازم است

۱۱- پرسنل هر چند بار قبل از اتمام ماه می‌باید کارکرد خود را چک نموده و در صورت بودن هر مشکلی با مسئول بخش و کارگزینی اعلام نمایند.

۱۲- واژه ای بنام کسر حضور دیگر وجود ندارد. بنابر این باید افراد کلیه تعجیل و تأخیرهای خود را با پاس رفع نمایند و ستون کسر حضور باید خالی باشد.

۱۳- در صورت عدم رفع کسر حضور به طور خودکار از مرخصی شما کسر می‌گردد.

۱۴- گزارش جهت اضافه کار از ستون حضور (به اضافه مرخصی‌ها) می‌باشد.

۱۵- گزارش از ستون غیبت گرفته می‌شود بنابر این باید قبل از اتمام ماه بررسی و رفع نمایید.

۱۶- پنجم ماه بعد، برنامه ماه قبل بسته می‌شود و هیچ تغییری حتی از جانب کارگزینی امکان پذیر نمی‌باشد. بنابر این باید قبل از اتمام ماه افراد کارکرد خود را چک و کلیه جابجایی‌ها و مرخصی‌ها اعمال شده باشد.

## حقوق و مزایا

- هر فرد جدیدالورود و تمامی پرسنل حکم کارگزینی دارند که این حکم کارگزینی ملاک تمام پرداخت و مزایای حقوقی آن فرد می‌باشد. در این حکم ریز ارقام حقوقی (شامل حق شغل، شاغل، نوبت کاری، اولاد، حق عائله مندی و...) می‌باشد.
  - عنوان پست فرد، سابقه خدمت، بخش محل خدمت، اطلاعات اولیه فرد شامل کد ملی، شماره مستخدم و ... می‌باشد. پس از ارسال نسخه مربوطه این حکم به حسابداری، حسابدار واحد طبق مقررات خاص خود مبلغ پرداختی را معمولاً در ۲۹ هر ماه پرداخت می‌نماید. برخی از ارقام مختصر به آن اشاره می‌گردد:
  - ماده ۴۹: نظام پرداخت کارمندان بر اساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی‌های مذکور در موارد آتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می‌گیرد.
  - تبصره: ضریب ریالی مذکور در این ماده هر سال معادل ضریب ریالی اعلام شده از سوی دولت بوده که توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌گردد.
  - ماده ۵۰: مشاغل مشمول آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیرهیات علمی براساس عواملی نظیر اهمیت، پیچیدگی وظایف و مسئولیت‌ها و سطح تخصص و مهارت‌های مورد نیاز به یکی از طبقات جدول "حق شغل" اختصاص یافته و به تصویب هیات امانا خواهد رسید. امتیاز این جدول از حداقل ۲۴۰۰ تا ۷۰۰۰ می‌باشد.
- تبصره ۳: هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی‌های حداکثر در ۵ رتبه (مقدماتی، پایه، ارشد، خیره، عالی) طبقه بندی می‌شوند که در پمفلت آموزشی ارتقاء رتبه شرایط ارتقاء رتبه توضیح داده شده است. شاغلین در بدو ورود در رتبه مقدماتی و اولین طبقه شغلی مربوط قرار می‌گیرند.
- ماده ۵۱: شاغلین مشمول این آیین نامه براساس عواملی نظیر تحصیلات، دوره‌های آموزشی و مهارت، سنوات خدمت و تجربه از امتیاز حق شاغل که حداقل از ۱۳۰۰ تا ۵۷۰۰ امتیاز می‌باشد بهره مند می‌شوند.
- ماده ۵۴:
- بند ۵: کمک هزینه عائله مندی و اولاد که مفصل در پمفلت کمک هزینه عائله مندی و اولاد می‌باشد.
- بند ۸: فوق العاده نوبت کاری: به متصدیان مشاغل پرداخت می‌شود که در نوبت‌های غیرمتعارف ساخت اداری بصورت تمام وقت مستمر و گردشی ملزم به انجام وظیفه می‌باشند در قالب جدول امتیازی ارائه می‌شود. برقراری فوق العاده (نوبت کاری به سه شیفت صبح - عصر و شب در زمانبندی و تردد باشد به کارمند تعلق می‌گیرد.) (منظور از نوبت کاری این است که فرد نیمی از موظفی یک ماه خود را به جز شیفت صبح، یعنی عصر و شب تکمیل نمایند.)
- جزئیات ارقام حقوقی فصل ۸ کتابچه آیین نامه اداری و استخدامی نزد مسئول بخش می‌باشد.

## خروج از خدمت

### ۱- انتقال:

براساس ماده ۸ آیین نامه اداری استخدامی کارمندان غیرهیات علمی: عبارست از جابجایی محل خدمت کارمند با صدور حکم رسمی به واحدهای تحت پوشش موسسه یا به منظور اشتغال در سایر موسسه و واحدهای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و یا سایر دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی غیردولتی با حفظ سوابق خدمت می‌بلشد. در ابتدای شروع هر انتقالی درخواست فرد به همراه موافقت مسئول و واحد الزامی می‌باشد که این امر از طریق سامانه نقل و اتصالات در سایت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد صورت می‌گیرد (با در دست داشتن کپی شناسنامه، آخرین حکم، یک نمونه تشویقی، فرم ۵۰۲ که توسط کارگزینی تهیه می‌گردد، مستندات با ذکر علت در هنگام ثبت نام الزامی می‌باشد) ضمناً هر انتقالی پس از طرح در کمیته نقل و اتصالات صورت می‌گیرد.

### ۲- اخراج:

براساس ماده ۱۴ آیین نامه اداری استخدامی کارمندان غیرهیات علمی عبارت است: که کارمند در اجرای احکام هیات‌های رسیدگی به تخلفات اداری یا آراء قانونی مراجع ذی صلاح به خدمت وی در موسسه به طور دائم خاتمه داده شود.

۳- تعلیق: کارمندی که طبق مقامات صلاحیت دار تا تعیین تکلیف وی، به موجب احکام دادگاه یا آراء مراجع قانونی ذی صلاح بطور موقت از ادامه خدمت در موسسه محروم شده باشد.

۵- استعفاء: عبارست از درخواست معافیت از ادامه خدمت در موسسه توسط کارمند

۶- غیبت غیر موجه: غیبتی که کارمند بدون مجوز یا ارائه عذری موجه در محل خدمت حاضر نشود.

۷- از کار افتادگی: عبارت است از آنکه کارمندی بنا به تشخیص پزشک معالج و تأیید کمیسیون پزشکی، توانایی کارکردن را از دست داده و طبق مقررات از کارافتاده شده باشد و مستمری از کار افتادگی دریافت بنماید.

۸- انفصال دائم: عبارت است از آنکه کارمندی به موجب احکام دادگاه یا آرای قانونی مراجع ذی صلاح از خدمت در موسسه یا دستگاه‌های دولتی محروم شود.

## ۹- بازنشستگی:

\* براساس ماده ۱۶ آئین نامه اداری استخدامی کارمندان غیرهیات علمی: عبارت از آن است که کارمند طبق ضوابط و مقررات قانونی و به موجب حکم رسمی به افتخار بازنشستگی نائل شده و از مستمری بازنشستگی استفاده نماید.

### \* شرایط بازنشستگی کارمندان در موسسه:

۱- موسسه مکلف است کارمندان خود را با سابقه سی ساله بازنشسته کند.

۲- موسسه می‌تواند کارمندان خود را با داشتن حداقل ۶۰ سال سن و حداقل ۲۵ سال سابقه باحداقل ۲۵ روز حقوق بازنشسته نماید. (برحسب نیاز موسسه کارمندان دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر تا ۳۵ سال سابقه می‌توانند ادامه خدمت دهند. در هنگام تعیین حقوق بازنشستگی از سوی صندوق‌های بازنشستگی به کارمندی که بیش از سی سال خدمت دارند به ازای هر سال خدمت مازاد برسی سال ۲.۵ درصد رقم تعیین شده حقوق بازنشستگی علاوه بر حقوق تعیین شده محاسبه و پرداخت می‌شود.)

\* هر فرد در طی خدمت خود فقط یکبار حق تعویض صندوق خود را دارد و عموماً فرد درجین تبدیل وضع ماندگاری در صندوق خود و یا تغییر به صندوق دیگری را انتخاب می‌کند.

۳- برای بازنشستگی مشاغل سخت و زیان آور ۵ سال سابقه کمتر و بدون شرط سنی برای خانم‌ها می‌باشد. و برای آقایان ۵۵ سال سن و ۲۵ سال سابقه می‌باشد. که منوط به درخواست فرد و نظر مساعد مافوق بدون تعیین جانشین می‌باشد.

کلیه اقدامات و تصمیمات بازنشستگی برعهده کمیته می‌باشد. (منوط به اخذ درخواست فرد با مراجعه به واحد کارگزینی)

شرح شغل: بیانی که کلیات وظایف و مسئولیت‌های سطوح هم رشته شغلی را شامل می‌گردد و حاوی عنوان، تعریف، نمونه وظایف و مسئولیت‌ها و حداقل شرایط احراز تحصیلی، تجربی، آموزشی و توانمندی‌ها و مهارت‌های پست قابل تخصیص به آن شغل است. کتابچه شرح وظایف و شرایط احراز هر ساله از طریق اتوماسیون به مسئولین واحدها جهت رویت به کارکنان ارسال می‌گردد.

شرایط احراز: عبارت است از حداقل خصوصیات و توانایی‌های لازم اعم از تحصیلات، مهارت‌ها و تجربه و دوره‌های آموزشی مورد نیاز که برای انجام وظایف و قبول مسئولیت‌های یک شغل لازم است.

مهارت: احاطه و تسلط کافی برای انجام دادن وظایف و مسئولیت‌ها به نحو دقیق می‌باشد.

## ارتقای شغلی

تخصیص پست سازمانی یا سطح شغلی بالاتر به کارمند بر اساس ضوابط طرح طبقه بندی مشاغل.

**انتصاب:** به کار گماردن کارمند در پست سازمانی براساس شرایط احراز لیاقت، شایستگی و ضوابط پیشنهادی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع

**پست سازمانی:** جایگاهی است که در ساختار موسسه برای انجام وظایف به کارمند اختصاص داده شده است.

## ارتقاء رتبه:

رتبه: نشانگر پایین‌ترین تا بالاترین سطوح شغلی است که براساس عواملی نظیر میزان تجربه، ارزشیابی و ساعات آموزشی و اهمیت وظایف و مسئولیت‌ها به یکی از سطوح مقدماتی، پایه، ارشد، خبره و عالی اختصاص می‌یابند.

**طبقه:** نشانگر پایین‌ترین تا بالاترین سطح شغل است که براساس عواملی نظیر میزان تجربه و تحصیلات به یکی از طبقات شانزده گانه جدول ذیل اختصاص می‌یابند.

**تنزل طبقه:** قراردادن مستخدم در طبقه شغلی پایین تر به دلیل تغییر عنوان به مشاغل غیرمرتبط یا آرای هیات تخلفات اداری می‌باشد.

**ادامه تحصیل کارکنان:**



احتساب مدرک تحصیلی که کارمند در حین خدمت گرفته است از اختیارات دانشگاه و موسسه می‌باشد. و قبل از ورود به ثبت نام جهت ادامه تحصیل منوط به درخواست ادامه تحصیل کارمند موافقت مدیر واحد و سپس ثبت نام در سامانه مهندسی مشاغل و درخواست اخذ مجوز ادامه تحصیل می‌باشد. در صورت عدم تأیید کمیته و مشاهده پاسخ رد در این سامانه، در صورت اخذ مدرک جدید دستگاه هیچ گونه تعهدی در قبال اعمال آن ندارد. (درخواست اخذ مجوز ادامه تحصیل در واحد کارگزینی موجود می‌باشد)

#### مقدمه:

کلیه پرسنل رسمی پیمانی در بدو ورود در رتبه مقدماتی قرار دارند. با داشتن شرایط به (پایه، ارشد، خبره و عالی) رتبه سوق می‌یابد. (رتبه خبره به مشاغل کارشناسی و کاردانی و رتبه عالی صرفاً برای مشاغل کارشناسی تعلق می‌گیرد).

#### ❖ سه شرط ارتقای رتبه مقدماتی به پایه جهت مشاغل غیر کارشناسی:

- ✓ ۳۰۰ ساعت آموزش
- ✓ ۶۰ درصد نمره رضایت مسئول و مدیریت
- ✓ ۸ سال سابقه خدمت

#### ❖ سه شرط ارتقای رتبه مقدماتی به پایه جهت مشاغل کارشناسی:

- ✓ ۳۰۰ ساعت آموزش
- ✓ ۶۰ درصد نمره رضایت مسئول و مدیریت
- ✓ ۶ سال سابقه خدمت

#### ❖ سه شرط ارتقای رتبه پایه به ارشد جهت مشاغل کاردانی:

- ✓ ۲۵۰ ساعت آموزش
- ✓ ۷۰ درصد نمره رضایت مسئول و مدیریت
- ✓ ۱۶ سال سابقه خدمت و ۲۰ سال سابقه خدمت برای سایر مشاغل

#### ❖ سه شرط جهت ارتقای رتبه پایه به ارشد مشاغل کارشناسی:

- ✓ ۲۵۰ ساعت آموزش
- ✓ ۷۰ درصد نمره رضایت مسئول و مدیریت
- ✓ ۱۶ سال سابقه خدمت

#### ❖ سه شرط جهت ارتقای رتبه ارشد به خبره مشاغل کارشناسی:

- ✓ ۲۰۰ ساعت آموزش
- ✓ ۸۰ میانگین نمره ارزشیابی ۶ سال منتهی به زمان استحقاق رتبه قبلی
- ✓ ۱۸ سال سابقه خدمت

#### ❖ سه شرط جهت ارتقای رتبه خبره به عالی مشاغل کارشناسی:

- ✓ ۱۵۰ ساعت آموزش
- ✓ ۸۵ میانگین نمره ارزشیابی ۶ سال منتهی به زمان استحقاق رتبه قبلی
- ✓ ۲۴ سال سابقه خدمت

اخذ فرم مربوطه از واحد کارگزینی و تشکیل پرونده طبق فرم و ارائه به واحد کارگزینی.

در صورتیکه از مدت اخذ رتبه عالی (۲۴ سال) دوماه سپری شود تاریخ اخذ رتبه تاریخ کمیته می‌باشد.

ضمناً کسب حداقل ۳۶۰ امتیاز از فرم رتبه عالی ثبت تجربه در سامانه تجربیات نیاز نمی‌باشد در غیر این صورت کارمند باید کلیه اقدامات جهت ثبت تجربه و اخذ نمره را انجام بنماید و مستندات را با پرونده به کارگزینی واحد ارسال نماید.

#### راهنمایی جهت ثبت نام پرسنل مشمول ارتقای رتبه به خبره و عالی:

کلیه پرسنل می‌باید شخصاً " خود جهت تکمیل فرم ارتقای رتبه خبره و عالی به شرح ذیل اقدام نمایند:

۱- ورود به سایت (<http://structure.behdasht.gov.ir/webgrD>)

۲- قسمت چپ (ثبت نام) را کلیک نمایید.

۳- انتخاب نوع درخواست رتبه وارد سامانه ارتقاء رتبه کارکنان می‌شوید.

۴- با دقت شرایط لازم جهت ارتقاء رتبه را مطالعه نموده و در صورت هرگونه شبهه با واحد کارگزینی هماهنگ نمایید.

۵- کدملی خود را در جای خواسته شده وارد نمایید و درخواست فرم ارتقاء را کلیک نمایید و گزینه‌های خواسته شده را تکمیل نمایید به نکات ذیل توجه شود:

- محل خدمت: دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
- پست سازمانی: عنوان پست ذکر شده در حکم کارگزینی
- واحد سازمانی: ردیف فرد در کجا می‌باشد مثل فردی که ردیف اورژانس ۱۱۵ را دارد (. گرچه در افشار کار می‌کند).
- واحد محل خدمت: بیمارستان افشار
- نمرات ارزشیابی (۵ سال منتهی به دریافت رتبه)
- ۶- فرم ۵۰۲ را از کارگزینی خود تهیه و بارگذاری می‌نماید
- ۷- فرم ارزشیابی ۵ سال منتهی به اخذ رتبه توسط کارگزینی اخذ شود.
- ۸- شناسنامه آموزشی را از رابط آموزش دریافت نمایید و خوانا و شفاف اسکن و بارگذاری نمایید.
- ۹- اخذ کد رهگیری

➤ از طریق کد ملی خود در سامانه می‌توانید وضعیت ارتقای رتبه خود را مشاهده نمایید. (با کلیک روی دکمه پیگیری)

➤ توجه: آموزش‌های شغلی کارمندان صرفاً برای همان رتبه محاسبه می‌گردد و کارمند برای اخذ رتبه بالاتر نیازمند کسب آموزش‌های جدید تری می‌باشد.

➤ ملاک دوره‌های کسب شده صرفاً "شناسنامه آموزشی می‌باشد. کلیه اطلاعات و فرم‌ها در سایت دانشگاه (نحوه) جهت ورود به واحد تشکیلات بالای پمفلت توضیح

داده شد) می‌باشد لذا می‌باید کلیه مشمولین رتبه خبره و عالی در سایت ملاحظه نمایند.

➤ ارتقاء طبقه شغلی جهت افراد: هر فرد باتوجه به تحصیلات در یک طبقه شغلی قرار می‌گیرد و پس از طی چند سال به طور خودکار باید ارتقاء یابند.

➤ طبقه سر ۲۸ سال کارکنان از تاریخ ۹۷/۰۱/۰۱ در دستور کار قرار گرفته است.

| هر چند سال یکبار | نهایت طبقه | طبقات شغلی در بدو ورود | تحصیلات       |
|------------------|------------|------------------------|---------------|
| ۶ سال            | ۷          | ۲                      | پایان ابتدایی |
| ۵ سال            | ۸          | ۲                      | سیکل          |
| ۵ سال            | ۹          | ۳                      | دیپلم         |
| ۵ سال            | ۱۰         | ۴                      | کاردان        |
| ۴ سال            | ۱۲         | ۵                      | کارشناس       |
| ۴ سال            | ۱۳         | ۶                      | کارشناس ارشد  |
| ۴ سال            | ۱۴         | ۷                      | دکتری حرفه ای |
| ۴ سال            | ۱۵         | ۸                      | دکتری تخصصی   |

### ارزشیابی:

ارزشیابی عملکرد بعنوان یک ارزیابی دوره ای رسمی مکتوب از عملکرد شغلی کارکنان است. به منظور دستیابی به اهداف مختلف از قبیل شناخت کارکنان ساعی و اعطای پاداش به آن‌ها، ایجاد انگیزه برای بهبود عملکرد، تاثیر در تبدیل وضع پرسنل، اخذ یک طبقه تشویقی (از سال ۹۵/۰۱/۰۱ طبقه تشویقی لغو شد) کنترل عملکرد پرسنل، اعطای طبقه و رتبه و تمدید قرارداد و راهنمایی و ارشاد پرسنل و دادن اطلاعات از پرسنل به مدیران و... می‌باشد.

\* گروه هدف شامل کارکنان رسمی، پیمانی، طرحی، قرارداد انجام کارمعی و قانون کار و هیات علمی می‌باشند. کلیه کارکنان باید بیش از شش ماه کارکرد در سال داشته باشند.

\*کسب حداقل ۸۵ امتیاز لازم است.

\*مدیران و کارمندانی که امتیاز آن‌ها در سه سال متوالی یا چهارسال متناوب از ۵۰ درصد کل امتیازات پیش بینی شده کمتر باشد براساس دستورالعمل از سوی هیات امناء در صورت نداشتن شرایط بازنشستگی، بازخرید یا فسخ قرارداد میگردند.

\*نتایج حاصل از فرم ارزیابی در تمدید قرارداد، انتصاب، ارتقاء رتبه، تبدیل وضع ... تأثیر گذار می‌باشند.

• لذا براساس دستورالعمل اجرایی ارزیابی عملکرد پرسنل به شماره ۲۰۰/۱۱۹۴۲ مورخ ۹۰/۵/۲۲ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رئیس جمهور و ماده ۶۹ آیین نامه اداری استخدامی کارکنان غیرهیات علمی دانشگاه‌ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مصوب سال ۹۱ این هدف در دوره های مشخص بصورت سالیانه و منظم و براساس شاخصهای عمومی و اختصاصی ارزیابی شکل می‌گیرد.

• ارزیابی شونده موظف است از طریق سامانه ارزیابی عملکرد با درج کدملی خود وارد سامانه گردیده و نسبت به تکمیل مدارک و مستندات خود اقدام نماید.  
\*ارزیابی کننده (مسئول مستقیم فرد) موظف است در طول دوره مشخص شده با توجه به محدوده انتظارات فرد و مدارک ارسال شده عملکرد فرد را مورد ارزیابی قرار دهد. مجدداً فرد ارزیابی شونده حاصل فرم ارزیابی خود را مشاهده و نسبت به تأیید نهایی آن اقدام می‌نماید.  
\*شاخصهای های ارزیابی عملکرد:

\* **شاخصهای اختصاصی (۴۰ امتیاز):** شامل شرح وظایف افراد و تدوین شاخص‌ها واحد سنجش آن و هدف کمی مورد انتظار سقف امتیاز عملکرد و امتیاز مکتسبه و تحلیلی عملکرد (نقاط ضعف و قوت فرد در کار) می‌باشد.

\* **شاخصهای عمومی (۶۰ امتیاز):**

۱- ابتکار و خلاقیت (۱۰ نمره)

۲- تشویقی و پیشنهاد (۱۰ نمره) باتوجه به اینکه کمیته فصلی پیشنهادات در بیمارستان تشکیل می‌شود و همه پرسنل با تکمیل فرم پیشنهاد یا در سامانه پیشنهاد ات خود را به این کمیته داخلی اعلام می‌نمایند و پس از طرح و انتخاب و تأیید نمره پیشنهاد داخل واحد را می‌توانند کسب نمایند.

۳- مقاله ترجمه ارائه پوستر (۱۰ نمره) افراد در صورت تمایل و کسب این نمره می‌توانند به واحد آموزش و سوپروایزر آموزشی مراجعه نمایند.

۴- تدریس و تدریس در دانشگاه: (۷ نمره) افراد جهت کسب این نمره می‌توانند به واحد آموزش و سوپروایزر آموزشی مراجعه نمایند.

۵- ساعات آموزشی تخصصی و عمومی (۱۰ نمره)

۶- آموزش به همکار تا سه همکار با ذکر همکار و مطلب (۳ نمره)

۷- رضایت همکار و ارباب رجوع (۲۰ نمره)

۸- سقف کلی و حداکثر نمره ارزیابی ۱۰۰ می‌باشد.

\* فرم کارکنان پشتیبانی متفاوت می‌باشد (شامل: محور نحوه عملکرد وظایف محوطه می‌باشد) شاخصهای عمومی این کارکنان شامل خلاقیت، آموزش، رضایتمندی است. کلیه اقدامات ارزیابی عملکرد سامانه ای می‌باشد. (سایت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد سامانه ارزیابی عملکرد)

## تخلفات اداری

آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت (تصویب نامه شماره ۸۱۴۵۰ مورخ ۶۵/۱۱/۲۷ هیات وزیران)

ماده ۱: کلیه کارکنان دستگاه‌های اجرایی مکلفاند ساعات تعیین شده برای ورود به محل خدمت و خروج از آن را رعایت نموده و ساعات ورود و خروج خود را ثبت نمایند.

ماده ۲: ورود به محل خدمت بعد از ساعت مقرر وبدون کسب مجوز قبلی تأخیر ورود محسوب گردیده وبا متسخدمینی که تأخیر ورود داشته باشند به شرح ذیل رفتار می‌گردد.

الف: تاخیر ورود تا ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض و درمرخصی استحقاقی فرد منظور می‌گردد.

ب: تأخیر ورود بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایای شغلی ومستمتر مستخدمین رسمی و اجرت و فوق العاده مخصوص و سایر فوق العاده های مستخدمین پیمانی و دستمزد کارکنان خرید خدمت و قراردادی به میزان کل ساعت تأخیر خواهد بود.

ماده ۴: تأخیر در موارد ذیل موجه محسوب گردیده و مدت تأخیر در هر صورت از مرخصی استحقاقی منظور خواهد شد:

الف: وقوع حوادث و سوانح غیر مترقبه برای مستخدم، همسر و فرزندان تحت تکفل و سایر افراد تحت تکفل او.

ب: احضار مستخدم توسط مراجع قضایی و انتظامی با ارائه گواهی مرجع احضار کننده.

ماده ۵: به مستخدمی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر ورود یا تعجیل خروج غیر موجه داشته باشد و جمع مدت تأخیر مزبور به بیش از ۴ ساعت در ماه برسد در قبال مجموع تأخیر برای ماه اول و دوم کتباً "اخطار داده خواهد شد و برای ماه سوم فوق العاده شغل مستخدم خاطی به میزان ۳۰ درصد و برای ماه چهارم ۵۰ درصد و ماه پنجم به میزان ۱۰۰ درصد به مدت یکماه کسر خواهد شد و در صورت تکرار پرونده مستخدم جهت رسیدگی به هیات رسیدگی به تخلفات اداری ارجاع خواهد شد.

### تخلفات اداری به قرار زیر است:

۱. اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی و اداری
۲. نقض قوانین و مقررات مربوط
۳. ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع یا انجام ندادن یا تأخیر در انجام امور قانونی آن‌ها بدون دلیل
۴. ایراد تهمت و افتراء و هتک حیثیت
۵. اخاذی
۶. اختلاس
۷. تبعیض یا اعمال غرض یا روابط غیر اداری در اجرای قوانین و مقررات نسبت به اشخاص
۸. ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری
۹. تکرار در تأخیر ورود به محل خدمت یا تکرار خروج از آن بدون کسب مجوز
۱۰. تسامح در حفظ اموال و اسناد و وجوه دولتی - ایراد خسارات به اموال دولتی
۱۱. افشای اسرار و اسناد محرمانه اداری
۱۲. ارتباط و تماس غیر مجاز با اتباع بیگانه
۱۳. سرپیچی از اجرای دستورهای مقام‌های بالاتر در حدود وظایف اداری
۱۴. کم کاری یا سهل انگاری در انجام وظایف محوله شده
۱۵. سهل انگاری رؤسا و مدیران در ندادن گزارش تخلفات کارمندان تحت امر
۱۶. ارائه گواهی یا گزارش خلاف واقع در امور اداری
۱۷. گرفتن وجوهی غیر از آنچه در قوانین و مقررات تعیین شده یا اخذ هر گونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی می‌شود.
۱۸. تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن را ندارند یا خودداری از تسلیم مدارک به اشخاص که حق دریافت آن را دارند.
۱۹. تعطیل خدمت در اوقات مقرر اداری
۲۰. رعایت نکردن شئون و شعایر اسلامی
۲۱. رعایت نکردن حجاب اسلامی
۲۲. اختفاء و نگهداری حمل توزیع و خرید و فروش مواد مخدر
۲۳. استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر
۲۴. داشتن شغل دولتی دیگر به استثنای سمت‌های آموزشی و تحقیقاتی
۲۵. هر نوع استفاده غیر مجاز از شئون یا موقعیت شغلی امکانات و اموال دولتی
۲۶. جعل و مخدوش نمودن و دست بردن در اسناد و اوراق رسمی یا دولتی
۲۷. دست بردن در سؤالات - اوراق، مدارک و دفاتر امتحانی، افشای سؤالات امتحانی یا تعویض آن‌ها
۲۸. غیبت غیر موجه به صورت متناوب یا متوالی
۲۹. سوء استفاده از مقام و موقعیت اداری
۳۰. توقیف، اختفاء، بازرسی یا باز کردن پاکت‌ها و محمولات پستی یا معدوم کردن آن‌ها و استراق سمع بدون مجوز قانونی

۳۱. کارشکنی و شایعه پراکنی، وادار ساختن یا تحریک دیگران به کارشکنی یا کم کاری و ایراد خسارت به اموال دولتی و اعمال فشاهاى فردى برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
۳۲. دادن امتیاز یا نمره برخلاف ضوابط
۳۳. شرکت در تحصن - اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی یا تحریک به برپایی تحصن - اعتصاب و تظاهرات غیر قانونی و اعمال فشارهای گروهی برای تحصیل مقاصد غیر قانونی
۳۴. عضویت در یکی از فرقه‌های ضاله که از نظر اسلام مردود شناخته شده‌اند.
۳۵. عضویت در سازمان‌هایی که مرامنامه یا اساسنامه آن‌ها مبتنی بر نفی ادیان الهی است یا طرفداری و فعالیت به نفع آن‌ها
۳۶. عضویت در گروه‌های محارب یا طرفداری و فعالیت به نفع آن‌ها
۳۷. عضویت در تشکیلات فراماسونری

## حقوق و مزایا

- هر فرد جدیدالورود و تمامی پرسنل حکم کارگزینی دارند که این حکم کارگزینی ملاک تمام پرداخت و مزایای حقوقی آن فرد می‌باشد. در این حکم ریز ارقام حقوقی (شامل حق شغل، شاغل، نوبت کاری، اولاد، حق عائله مندی و...) می‌باشد.
- عنوان پست فرد، سابقه خدمت، بخش محل خدمت، اطلاعات اولیه فرد شامل کد ملی، شماره مستخدم و ... می‌باشد. پس از ارسال نسخه مربوطه این حکم به حسابداری، حسابدار واحد طبق مقررات خاص خود مبلغ پرداختی را معمولاً در ۲۹ هر ماه پرداخت می‌نماید. برخی از ارقام مختصر به آن اشاره می‌گردد:
  - ماده ۴۹: نظام پرداخت کارمندان براساس ارزشیابی عوامل شغل و شاغل و سایر ویژگی‌های مذکور در موارد آتی خواهد بود. امتیاز حاصل از نتایج ارزشیابی عوامل مذکور در این فصل ضرب در ضریب ریالی سالیانه، مبنای تعیین حقوق و مزایای کارمندان قرار می‌گیرد.
  - تبصره: ضریب ریالی مذکور در این ماده هر سال معادل ضریب ریالی اعلام شده از سوی دولت بوده که توسط وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابلاغ می‌گردد.
  - ماده ۵۰: مشاغل مشمول آیین نامه اداری استخدامی اعضای غیرهیات علمی براساس عواملی نظیر اهمیت، پیچیدگی وظایف و مسئولیت‌ها و سطح تخصص و مهارت‌های مورد نیاز به یکی از طبقات جدول "حق شغل" اختصاص یافته و به تصویب هیات امنا خواهد رسید. امتیاز این جدول از حداقل ۲۴۰۰ تا ۷۰۰۰ می‌باشد.
- تبصره ۳: هر کدام از مشاغل متناسب با ویژگی‌های حداکثر در ۵ رتبه (مقدماتی، پایه، ارشد، خیره، عالی) طبقه بندی می‌شوند که در پمفلت آموزشی ارتقاء رتبه شرایط ارتقاء رتبه توضیح داده شده است. شاغلین در بدو ورود در رتبه مقدماتی و اولین طبقه شغلی مربوط قرار می‌گیرند.
- ماده ۵۱: شاغلین مشمول این آیین نامه براساس عواملی نظیر تحصیلات، دوره‌های آموزشی و مهارت، سنوات خدمت و تجربه از امتیاز حق شاغل که حداقل از ۱۳۰۰ تا ۵۷۰۰ امتیاز می‌باشد بهره مند می‌شوند.
- ماده ۵۴:
- بند ۵: کمک هزینه عائله مندی و اولاد که مفصل در پمفلت کمک هزینه عائله مندی و اولاد می‌باشد.
- بند ۸: فوق العاده نوبت کاری: به متصدیان مشاغل پرداخت می‌شود که در نوبت‌های غیرمعارف ساخت اداری بصورت تمام وقت مستمر و گردش ملزم به انجام وظیفه می‌باشند در قالب جدول امتیازی ارائه می‌شود.
- جزئیات ارقام حقوقی فصل ۸ کتابچه آیین نامه اداری و استخدامی نزد مسئول بخش می‌باشد.

به استناد مواد ۸۵ و ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت و ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در مؤسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل عنوان می‌گردد:

- ۱- لباس فرم کارکنان مؤنث آموزشی و بهداشتی - درمانی شامل روپوش، شلوار، مقنعه یا روسری، کفش و جوراب می‌باشد.
  - ۲- لباس فرم کارکنان مذکر شامل روپوش و شلوار و کفش و جوراب می‌باشد.
  - ۳- لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده‌های مختلف متحداشکلی باشد.
  - ۴- در درون بخش‌های بیمارستانی استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه‌ای روی لباس فرم مصوب ممنوع می‌باشد.
  - ۵- در بخش‌های ویژه مانند اتاق عمل، آنژیوگرافی و فضای استریل و نوزادان کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این اماکن هستند.
  - ۶- رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخش‌های مذکور در ماده فوق متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تأیید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.
  - ۷- روپوش سالم، تمیز، دکمه‌ها بسته، اطو کشیده و گشاد و حداقل تا زانو با ضخامت مناسب باشد و شلوار نباید تنگ و چسبان، کشی و یا کوتاه (بالاترازمچ) باشد.
  - ۸- کفش باید تمیز، جلو بسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
  - ۹- زیور آلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکروبی و یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.
  - ۱۰- استفاده از هرگونه ماده بودار تند و یا حساسیت‌زا در محل کار ممنوع می‌باشد.
  - ۱۱- ناخن‌ها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیط‌های ارائه خدمات درمانی ممنوع می‌باشد.
  - ۱۲- الصاق کارت شناسایی عکس دار حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد، و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که به راحتی از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد. برای تمامی کارکنان در محیط‌های درمانی الزامی است. طرح، محتوی و رنگ زمینه هر رسته باید به تأیید ادارات حراست و امور نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی در واحدهای دولتی و در سایر واحدها به تأیید کارفرما برسد.
- آیا به نظر شما اجرای استانداردهای پوشش مطابق با موازین شرعی و قوانین کشور در محیط‌های آموزشی و درمانی ضروری نمی‌باشد؟
- استانداردهایی برای پوشش یکسان گروه‌های مختلف پرسنل در بیمارستان با توجه به نیاز بیمارستان به ایجاد و حفظ یک محیط درمانی و رعایت اصول ایمنی و کنترل عفونت. همه پرسنل و دانشجویان ملزم به رعایت استانداردهای پوشش و رعایت نکات ایمنی در بخش‌ها می‌باشند.
- این یکسان‌سازی باید توسط کارفرما در حرفه‌های مختلف فراهم شود. سرپرستاران، مسئول تعیین این استانداردها برای حرفه‌هایی که ایمنی و حفاظت ویژه نیاز دارند، می‌باشند.

## ۱- مو

- مو باید به طور مرتب و پاکیزه و آراسته باشد.
- موهای بلند می‌تواند مانع از انجام درست وظایف شود به ویژه در مشاغل مرتبط با تهیه غذا.
- به منظور رعایت اصول ایمنی و کنترل عفونت ممکن است پرسنل برخی از قسمت‌ها از داشتن ریش منع شوند.

## ۲- جواهرات و عطر

استفاده از جواهرات باید در حدی باشد که به وجهه شغل صدمه نزند و سوراخ کردن اعضای بدن با زیور آلات به غیر از گوشواره غیر قابل قبول می‌باشد. پرسنل و دانشجویان پرستاری، مامائی از قوانین خاص پیروی می‌کنند.

حلقه و انگشتر باید به حدی کوچک باشد که مانع از پوشیدن دستکش نشود و آن را هم سوراخ ننماید.

استفاده از عطر نباید اختلالی در ایمنی و سلامت بیماران و کارمندان ایجاد کند.

استفاده از لوازم آرایشی در محیط کار جایز نیست و کارمندان موظفاند در صورت استفاده قبل از حضور در محل کار موارد را مرتفع نمایند.

استفاده از لاک ناخن در محیط کار جایز نیست.

### ۳- تاتو

تاتوهای نامناسب باید در تمام ساعات پوشانده شوند و سرپرستاران موظفاند که این موارد را مشخص و تذکر دهند.

### ۴- لباس

لباس پرسنل باید تمیز، مرتب و بدون چروک خوردگی و متناسب با وجهه محیط بیمارستان باشد.

### ۵- کفش

- استفاده از کفش‌های تمیز و راحت مناسب با محیط کار

- استفاده از جوراب مناسب

کارمندان باید توجه داشته باشند که استفاده از جواهرات و مدل‌های مو و پوشش‌های غیر استاندارد ممکن است سبب آسیب به خود و دیگران شود.

سرپرستاران باید از پرسنل خود در خواست کنند تا از مواردی که منجر به صدمه به بیمار و یا سایر پرسنل می‌شود، اجتناب کنند.

### ۶- بیج

بیج‌ها باید حاوی اطلاعات نام و نام خانوادگی و سمت کارمند باشد و به طور واضح روی سینه قرارگیرد.

### ۷- ضوابط عمومی استانداردسازی پوشش کارمندان:

۱- یونیفرم‌ها باید به شکل مرتب و تمیز استفاده شود و دارای یونیفرم بیدک باشند تا در صورت آلوده شدن در ساعات شیفت تعویض گردد.

۲- زمان معاینه و مراقبت از بیمار از ساعت مچی استفاده نشود.

۳- افراد نباید هیچگونه تغییر و تحولی در یونیفرم خود ایجاد کنند.

#### ضرورت استانداردسازی پوشش:

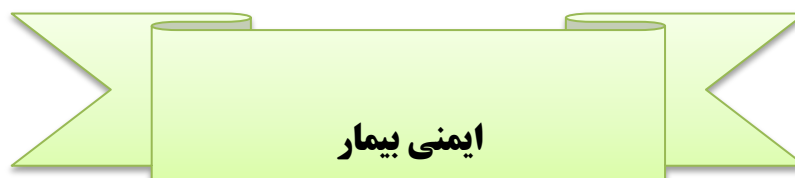
- انتقال تصویری شایسته از بیمارستان، کارکنان و دانشجویان

- قوت قلب به بیماران

- حمایت از ضوابط کنترل عفونت

- اهمیت به سلامت و ایمنی

- سهولت تشخیص نقش و وظایف پرسنل و دانشجویان و تفکیک آن‌ها از هم



#### مقدمه

ایمنی بیمار یک دغدغه جهانی در زمینه سلامت است که بیماران را در تمامی عرصه‌های خدمات سلامت در کلیه کشورهای جهان اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، متأثر می‌سازد. مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که به طور متوسط حدود ۱۰٪ از تمام موارد بستری، بیماران به درجات مختلف دچار آسیب می‌شوند و این در حالی است که برآورد می‌گردد که تا ۷۵٪ از این خطاها قابل پیشگیری می‌باشند. مراقبت و خدمات درمانی غیر ایمن علاوه بر تحمیل رنج به انسان، هزینه اقتصادی سنگین نیز به بار می‌آورند. در واقع چنین تخمین زده می‌شود که بین ۵٪ تا ۱۰٪ هزینه‌های مربوط به سلامت ناشی از خدمات بالینی غیر ایمن می‌باشد که منجر به آسیب بیماران می‌گردد. در این میان سهم نارسایی سیستم‌ها و روال‌ها بیش از نقش افراد است.

به منظور پیشگیری از خطا بر آن شدیم که مطالب لازم توجه را برای شما جمع آوری و به اشتراک بگذاریم.

## ۹ راه حل ایمنی بیمار

- ۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
- ۲- توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا
- ۳- ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار
- ۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
- ۵- کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت
- ۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات
- ۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها
- ۸- استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات
- ۹- بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت مرتبط با مراقبت‌های سلامتی

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

#### مهم‌ترین دلایل خطاهای دارویی:

- ✓ افزایش روز افزون تعداد داروها
- ✓ وجود داروها با نام‌های تجاری و ژنریک و اسامی مشابه از لحاظ نوشتاری فورزماید / امپرازول / LASIX / LOSEC
- ✓ دستخط‌های ناخوانا
- ✓ کامل ننوشتن نام دارو
- ✓ استفاده از نام تجاری داروها در نسخه
- ✓ استفاده از شکل‌های یکسان توسط شرکت‌های سازنده داروها

#### اقدامات لازم در این خصوص:

- ✓ اعلام لیست داروهای مشابه به بخش‌های درمانی
- ✓ بهبود نسخه نویسی
- ✓ توجه به داروهای مشابه
- ✓ جداسازی قفسه‌های داروهای مشابه
- ✓ کاهش دستورات تلفنی
- ✓ استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه DOpamin, DoBUtamin
- ✓ آموزش
- ✓ ممیزی

#### دستورالعمل داروهای پر خطر

داروهای پر خطر یا داروهای با هشدار بالا، داروهایی هستند که چنانچه اشتباهاً مصرف شوند موجب آسیب‌های جبران ناپذیر می‌شوند. مواردی در مورد داروهای پر خطر باید توجه گردد: ۱- الصاق برچسب قرمز با درج نام دارو روی ظروف دارویی همه داروهای پر خطر ۲- دوازده قلم داروی پر خطر علاوه بر برچسب گذاری قرمز رنگ با درج نام دارو روی ظرف دارویی شامل برچسب گذاری به رنگ قرمز بدون نوشتن نام دارو بر روی دارو می‌باشند که این کار از داروخانه انجام می‌شود.

۱۲ قلم دارو شامل: کلرید پیتاسیم، آترویین، سولفات منیزیم، ایبی نفرین، بیکریئات سدیم، هیالین سدیم، گلوکونات کلسیم، رتیازن، هایپیرسالتین، هالوپریدول، لیدوکائین، پروپرانول که شامل برچسب گذاری قرمز بدون نوشته بر روی دارو می‌باشند.



کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم باید جداگانه و دور از دیگر داروهای پر خطر نگهداری گردد. فرآیند محاسبه و اجرای دستورات داروهای پر خطر توسط دو پرستار یا دو ماما به طور جداگانه انجام، ثبت و امضاء گردد. داروهای پر خطری که لازم است انفوزیون گردد برچسب روی سرم یا میکروست یا پرفیوزر باید به رنگ قرمز باشد.

### دستورالعمل داروهای یخچالی

دمای نگهداری داروهای یخچالی نگهداری در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتیگراد دارند، از قرار دادن مواد غذایی و نمونه‌های پاتولوژیک در آن خودداری و باید از یخ زدن داروها جلوگیری شود بر روی داروهای یخچالی از داروخانه برچسب آبی رنگ چسبانده می‌شود. دمای یخچال باید ابتدای شیفت صبح کنترل و در برکه مربوط ثبت گردد. در صورتی که دمای یخچال خارج از محدوده ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد باشد یخچال دچار نقص شده و باید دمای یخچال در محل مربوطه ثبت و فوراً به واحد تجهیزات پزشکی و مسئول بخش اطلاع رسانی گردد.

### داروهای حیاتی

شامل آنتی دوتها و داروهای ترالی اورژانس و سایر داروهایی است که ممکن است به منظور درمان بیماری‌های بالقوه کشنده و بکار روند در هر بخش لیست داروهای حیاتی مشخص شده و آنتی دوت ها در اورژانس موجود می‌باشد.

**داروهای ضروری:** داروهایی هستند که نیازهای یک بخش را برآورده می‌نمایند و وجود آن در قفسه دارویی بخش ضروری است

**داروهای ستاره دار:** داروهایی در صورت استفاده از آن نیازمند مانیتورینگ قلبی می‌باشد مانند دیگوکسین، دوپامین

### دستورالعمل داروهای مولتیپل دوز

فقط ویال هایی را که به طور مشخص از سوی کارخانه سازنده جهت استفاده چند دوزی مشخص شده‌اند می‌توان بیش از یک بار استفاده نمود. پس از باز کردن بر روی آن تاریخ، ساعت باز شدن درج گردد. برای هر بار مصرف از سوزن و سرنگ جدید استفاده گردد. ویالهای تزریقی مولتیپل دوز که حاوی ماده نگهدارنده هستند باید بعد از ۲۸ روز یا پس از مدت زمان تعیین شده از سوی کارخانه سازنده دور ریخته شوند. کرم‌ها و پمادها تا ۳ ماه پس از باز شدن درب، داروهای چشمی و یا گوشه تا ۱ ماه پس از باز شدن، شربت‌ها تا ۱ ماه و شربت‌های آنتی بیوتیک (تا دو هفته پس از باز شدن داخل یخچال و یا یک هفته خارج یخچال) نگهداری شوند.

### دستورالعمل گزارش عوارض دارویی ADR

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، ADR یا عارضه ناخواسته دارویی عبارت است از هر نوع واکنش زیان آور و ناخواسته که به دنبال مصرف دارو در دوزهای معمول جهت پیشگیری، تشخیص، درمان بیماری و یا تغییر عملکرد فیزیولوژیک بدن رخ می‌دهد. عوارض جدی شامل موارد زیر می‌باشد: کلیهٔ موارد منجر به مرگ کلیهٔ موارد منجر به ناتوانی و یا نقص عضو مشخص و دائمی کلیهٔ موارد منجر به بستری شدن در بیمارستان و یا افزایش طول مدت بستری کلیهٔ موارد منجر به ناهنجاری‌های مادرزادی کلیهٔ موارد تهدید کننده حیات برای گزارش عوارض دارویی فرم زرد تکمیل و به کارشناس مربوطه (داخلی ۲۰۰۹) داده شود که توسط ایشان به مرکز ADR معاونت غذا و داروی از طریق ارسال ایمیل و در سامانه مربوطه ثبت گردد.

#### • توجه به مشخصات فردی بیمار جهت جلوگیری از خطا

- ✓ شناسایی دقیق بیماران در کلیه مراحل پروسه درمان
- ✓ افتراق بیماران دارای مشخصات مشابه
- ✓ استفاده از دستبند حداقل با دو مشخصه
- ✓ شناسایی فعال
- ✓ رنگ بندی دستبند: قرمز (آلرژی)، زرد (ترمیوآمبولی، سقوط، زخم فشاری).
- ✓ توجه خاص برای نوزادان/ بیماران مجهول الهویه

#### کلیه کارکنان درمانی موظف هستند بیماران را در مراحل ذیل به درستی شناسایی نمایند:

- ✓ در زمان بستری در بخش‌های درمانی
- ✓ در زمان بستری در بخش‌های روزانه شامل بخش‌های دیالیز

- ✓ در زمان پذیرش در اتاق‌های عمل (اتاق عمل جنرال، زنان)
- ✓ قبل از انجام هرگونه پروسیجر تشخیصی، درمانی، مراقبتی
- ✓ قبل از ترانسفوزیون خون و فرآورده‌های خونی
- ✓ قبل از انجام پروسیجرهای پاراکلینیکی
- ✓ هنگام دارو دهی
- ✓ زمان ترخیص
- ✓ زمان صدور گواهی فوت
- ✓ بلافاصله پس از تولد نوزاد، هنگام صدور گواهی ولادت، در هنگام تحویل نوزاد به پدر و مادر به هیچ عنوان از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه وی استفاده نمی‌شود.

### • ارتباط مؤثر در زمان تحویل بیمار (Communication During Patient Hand-Over)

زمانی که مسئولیت مراقبت بیمار از یک مراقبت دهنده به فرد دیگری منتقل شود اصطلاح Hand Off (Hand Over) به کار می‌رود. Hand Off در زمان تحویل و تحول شیفت‌ها یا زمانی که فرد مراقبت دهنده به طور موقت محل خدمت خود را ترک کند. مانند: زمان غذا خوردن، ساعت استراحت، مرخصی ساعتی و ... و مراقبت از بیمار را به همکار خود واگذار نماید روی می‌دهد. ۸۰-۷۰٪ اتفاقات ناخواسته ناشی از مشکلات تعاملی بین گروه‌های پزشکی است.

**هدف:** استفاده از یک روش یکسان و واحد در بخش‌های درمانی جهت انتقال صحیح، به موقع، کامل و مؤثر اطلاعات بیماران از یک فرد مراقبت دهنده به فرد دیگر به منظور ارتقاء ایمنی بیماران می‌باشد.

### روش صحیح HAND-OFF

- ✓ Hand Off بصورت چهره به چهره و بر بالین بیمار انجام می‌شود.
- ✓ از دو روش ارتباطی (پرونده بیمار یا کاردکس و شفاهی) برای Hand Off استفاده می‌شود.
- ✓ از تکنیک‌های ارتباطی یکسان SBAR یا P5 برای گزارش دهی استفاده می‌شود.
- ✓ موارد مورد ابهام حتماً تکرار می‌شود.
- ✓ فرد تحویل گیرنده هم تراز (مهارت و دانش) فرد تحویل دهنده می‌باشد.
- ✓ گزارش شیفت کاری در پرونده بیمار ثبت می‌شود.
- ✓ بعد از اتمام مراحل تحویل و تحول، کلیه مسئولیت‌های مراقبت از بیمار به عهده فرد تحویل گیرنده است.

### • انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار

وجود سیاست‌ها و روش‌هایی در جهت حصول اطمینان از اینکه محل، روش و بیمار به طور صحیح انتخاب شده‌اند. بررسی این که آیا همه مدارک و تجهیزات مورد نیاز در دسترس هستند، صحت دارند و یا قابل استفاده می‌باشند یا خیر. استفاده از چک لیست جراحی ایمن علامت گذاری محل جراحی؛ فرآیند تائید پیش از عمل یک زمان استراحت (time out) که بلافاصله پیش از شروع یک روش منظور می‌شود.

### • کنترل غلظت محلول‌های الکترولیت

KCL و سایر الکترولیت‌های غلیظ

محلول‌های الکترولیت تغلیظ شده داروهایی هستند که جهت جبران اختلال الکترولیتی در بیماران استفاده می‌شود. در صورت عدم مدیریت و تجویز نادرست این محلول‌ها می‌تواند صدمات جبران ناپذیری بر سلامت بیماران داشته باشند و جزء داروهای پرخطر (High Risk) محسوب می‌شوند. از بین داروهای تزریقی الکترولیت‌های تغلیظ شده KCL خطرات جدی تری را در بردارد.

اهمیت به دلیل عوارض برگشت ناپذیر

**هدف:** نظارت و کنترل بر میزان تزریق، سرعت تزریق و نحوه رقیق شدن آن‌ها جهت جلوگیری از صدمات جبران ناپذیر تزریق این محلول‌ها و ارتقاء ایمنی بیماران می‌باشد.

#### راهکار:

- ✓ نظارت بر: فراهم بودن، دسترسی به دارو، نسخه نویسی، آماده سازی، تجویز، مانیتورینگ
- ✓ برچسب گذاری دارو
- ✓ محدود کردن دسترسی به دارو
- ✓ نظارت مجدد بر نحوه رقیق کردن دارو
- ✓ سرعت انفوزیون
- ✓ مانیتورینگ بعد از تجویز دارو
- ✓ داروهای پرخطر الکترولیت‌های تغلیظ شده دور از دسترس و در کمد جداگانه نگهداری می‌شود.
- ✓ دوز دقیق دارو و مدت زمان انفوزیون در برگه دستورات پزشک ثبت می‌شود.
- ✓ محلول‌های الکترولیت غلیظ طبق دستور پزشک آماده سازی شده و در صورت نیاز رقیق می‌شوند و بر روی محلول آماده تزریق برچسب High Alert نصب می‌گردد
- ✓ در مواقع تجویز الکترولیت‌های غلیظ سیستم Double Check اجرا می‌شود به این معنی که پرستار دیگری هم بر کنترل دستور پزشک در پرونده بیمار، نحوه آماده سازی و تزریق دارو نظارت می‌نماید.

✓ پمپ‌های انفوزیون به تعداد کافی در بخش‌ها جهت تزریق سرم‌هایی که محتوی الکترولیت غلیظ هستند وجود دارد.

✓ قبل از تزریق از سالم بودن لاین وریدی بیمار اطمینان حاصل می‌شود.

✓ علایم حیاتی بیمار در طی تزریق الکترولیت‌های غلیظ کنترل می‌شود.

#### • اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارائه خدمات

#### تلفیق دارویی (Medical Reconciliation)

- ✓ در ایالات متحده خطاهای دارویی به ۱.۵ میلیون نفر در سال آسیب می‌زند.
- ✓ ۴۶ درصد خطاهای دارویی در زمان نوشتن دستور دارویی جدید هنگام پذیرش یا ترخیص است.
- ✓ تلفیق دارویی فرآیندی به منظور بهبود ایمنی دارویی بیمار در زنجیره درمان (انتقال بیمار از منزل به بیمارستان، انتقال بین بخشی، ارجاع و ترخیص)
- ✓ تلفیق دارویی فرآیندی است که برای بهبود ایمنی دارویی در زنجیره درمان (پذیرش، انتقال، ارجاع و ترخیص) بکار گرفته می‌شود.

#### این فرآیند شامل:

- ✓ تهیه یک لیست جامع و کامل از داروهایی که بیمار قبل از بستری مصرف می‌کرده است.
- ✓ مقایسه لیست فوق با دستورات دارویی نوشته شده برای بیمار در هنگام پذیرش، انتقال و یا ترخیص وی و مشخص کردن مغایرت‌ها، تداخلات دارویی و ... که با توجه به آن تغییرات دارویی مستند و ثبت می‌گردد.
- ✓ به روز رسانی لیست دارویی
- ✓ اعلام لیست به مراقبین سلامت بعدی در زمان ترخیص، انتقال و یا تحویل لیست به بیمار در هنگام ترخیص

#### راهکار:

- ✓ یک لیست از کلیه داروهای مصرفی بیمار در منزل به عنوان منبع جهت تجویز داروها در زمان پذیرش بیمار تهیه می‌شود.
- ✓ لیست دارویی بیمار با داروهای تجویز شده تطبیق داده می‌شود

- ✓ جهت مطلع شدن از داروهای از قلم افتاده حین نسخه مجدد
- ✓ اطلاع از ناسازگاری و ناهماهنگی بین داروهای مصرفی بیمار و شرایط بالینی وی
- ✓ اشتباهات میزان مصرف دارو و مداخله گرها در روند عملکرد دارو
- ✓ انتقال دستورات دارویی از پرونده به کاردکس و یا شیت بیماران با دقت و صحت انجام می‌پذیرد.
- ✓ در فاصله زمان ترخیص، لیست دارویی بیماران به روز بوده و شامل همه داروهایی است که بیمار با خود در حین ترخیص به همراه دارد، از قبیل: ( داروهای جدید و داروهای مصرفی قبلی)

#### • اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله‌ها

- ✓ در سازمان‌های مراقبت بهداشتی، تجهیزات پزشکی مانند کاتترها، سوندها و راههای وریدی یا شریانی به منظور انتقال داروها و مایعات، تغذیه و گازهای تنفسی به بیماران است. از آنجا که طراحی بسیاری از آنها به نحوی است که غالباً دارای محل اتصال مشابه و یکسان هستند، همین امر باعث ایجاد خطر شده و ممکن است داروها و یا مایعات از مسیری اشتباه به بیمار تزریق شده و باعث ایجاد عوارض جبران ناپذیر و حتی منجر به مرگ بیماران می‌شوند.

#### این تجهیزات شامل:

الف) اتصالات وریدی، شریانی (آنژیوکت، شالدون، CVP LINE، ARTERY LINE، TIPIC)

ب) اتصالات مربوط به راه هوایی شامل لوله تراشه، تراکتوستومی، سوند اتصال اکسیژن و...

ج) سایر موارد مثل درن‌ها، سوند فولی، پگ، NGT،...

#### راهکار:

- ✓ در طی Hand Off تمام اتصالات بیمار از نظر باز بودن مسیر و صحت عملکرد کنترل می‌شود.
- ✓ دستورالعمل مراقبت از کلیه اتصالات به بیمار اعم از اتصالات وریدی شریانی، اتصالات راه‌های هوایی و سایر اتصالات مانند: درن‌ها، سوند فولی، NGT، CT و ... به کلیه بخش‌های درمانی ابلاغ شده و موجود است.
- ✓ پرستار در صورت مشاهده هر گونه اختلال در عملکرد اتصالات به بیمار از قبیل: نشت، انسداد، جابجایی و یا پارگی در آنها در صورتی که توسط پزشک تعبیه شده باشد مراتب را به اطلاع پزشک معالج می‌رساند.
- ✓ سوندها و کاتترهای خطر ساز و مواردی که اتصال صحیح صورت نمی‌گیرد شناسایی و گزارش می‌شوند.
- ✓ به بیمار در مورد میزان فعالیت با وجود داشتن اتصالات توضیح داده می‌شود.

#### • استفاده صرفاً یکباره از وسایل تزریقات

- ✓ توجه به تاریخ انقضای محصولات یکبار مصرف
- ✓ توجه به صحت محلول‌های تزریقی
- ✓ تزریقات ایمن
- ✓ زمان استاندارد نگهداری IV line، کاتترها، سوندها
- ✓ خرید ویال‌های تک دوزی
- ✓ استفاده از سرسوزن استریل برای ویال‌های چند دوزی
- ✓ زمان انقضاء و شیوه نگهداری ویال‌های چنددوزی

#### کاهش رفتار پر خطر کارکنان خدمات سلامت:

- ✓ تا حد امکان از آمپول‌های به تیغ اره نیست، استفاده شود.
- ✓ پس از تزریق اکیداً از گذاردن درپوش سرسوزن اجتناب شود در صورت ضرورت به روش یک دستی (SCOOP)
- ✓ قبل از دفع از شکستن یا خم کردن سرسوزن اجتناب شود.
- ✓ الزامی است سر سوزن و سایر وسایل تیز و برنده مصرف شده یا نشده (نظیر بیستوری، آنژیوکت‌ها، شیشه‌های شکسته سرم، گایدهای جراحی، پنس‌های شکسته، سرسوزن و...) مستقیماً توسط فرد مجری پس از مصرف در ظروف ایمن دفع شود.

- ✓ به منظور پیش گیری از جراحات و صدمات ناشی از وسایل تیز و برنده، بایستی دفع سرسوزن و سرنگ (باهم) صورت پذیرد.
- ✓ جهت حمل وسایل تیز و برنده بایستی از ریسور استفاده شود و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری گردد.
- ✓ بایستی از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستوری، سرسوزن و ...) اجتناب شود. رعایت احتیاطات استاندارد در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال مواجهه با خون و سایر ترشحات بدن بیمار پیش بینی می‌شود، الزامی است.

• **بهبود بهداشت دست برای جلوگیری از عفونت**

- ✓ قبل از تماس با بیمار
- ✓ قبل از انجام اقدام آسپتیک
- ✓ بعد از تماس با ترشحات بیمار
- ✓ بعد از تماس با محیط اطراف بیمار
- ✓ بعد از تماس با بیمار

**ایمنی حق بیمار و مسئولیت ماست.**

**شاخص‌های ایمنی بیمار (۲۸ گانه) شامل چه مواردی است؟**

| کد شاخص | عنوان شاخص  | کد شاخص | عنوان شاخص   | کد شاخص | عنوان شاخص  |
|---------|---|---------|--|---------|---|
| کد ۱    | انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم                   | کد ۲    | انجام عمل جراحی به صورت اشتباه روی بیمار دیگر                                | کد ۳    | انجام عمل جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار            |
| کد ۴    | جا گذاشتن هر گونه device اعم از گاز و قیچی و پنس ..... در بدن | کد ۵    | مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل در بیمار دارای وضعیت سلامت طبیعی | کد ۶    | تلقیح مصنوعی با دهنده (DONOR) اشتباه در زوجین نابارور |

|  |       |   |       |
|--|-------|---|-------|
| مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه‌های آلوده (مثال: وصل دستگاه دیالیز HBS Ag آنتی ژن مثبت به بیمار HBS Ag آنتی ژن منفی) | کد ۸  | مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی                        | کد ۷  |
| مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد  | کد ۱۱ | ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی   | کد ۱۰ |
| مرگ یا ناتوانی با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده‌های خونی  | کد ۱۴ | مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هرگونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوزدارو، زمان تزریق دارو،....        | کد ۱۳ |
| زخم بستر درجه ۳ و ۴ بعد از پذیرش بیمار   | کد ۱۷ | مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال هیپوگلیسمی در مرکز درمانی   | کد ۱۶ |
| مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی به دنبال احیاء بیمار که می‌تواند ناشی از اشکالات فنی تجهیزات باشد.     | کد ۲۰ | مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات                                    | کد ۱۹ |
| موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت (مثال: گیر کردن اندام بیمار در محافظ، خرابی محافظ،...)                                    | کد ۲۳ | سوختگی‌های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترودهای اطاق عمل (مانند: سوختگی‌های بدن به دنبال جراحی قلب) | کد ۲۲ |
| هرگونه آسیب فیزیکی (ضرب و شتم و ...) وارده به بیمار  | کد ۲۶ | موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی   | کد ۲۵ |
|  |       | اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع تعمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان                          | کد ۲۸ |
| مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه آمبولی عروقی   | کد ۹  |   |       |
| خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی   | کد ۱۲ |   |       |
| کلیه موارد مرگ یا عارضه مادر و نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین   | کد ۱۵ |   |       |
| کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان  | کد ۱۸ |   |       |
| حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار (اکسیژن یا گازهای دیگر.....)   | کد ۲۱ |   |       |
| سقوط بیمار (مثال: سقوط در حین جابجایی بیمار در حین انتقال به بخش تصویر برداری، سقوط از پله،.....)  | کد ۲۴ |   |       |
| ربودن بیمار  | کد ۲۷ |   |       |

\*در صورت مشاهده هر کدام از موارد بالا ضمن اطلاع به دفتر پرستاری، فرم مربوطه را که بر روی دسک تاپ بخش شما قرار دارد تکمیل نمایید.

در بدو ورود عوامل تهدید کننده ایمنی را توسط ۶ معیار زیر ارزیابی کرده و در هر مرحله ریسک اقدامات زیر را انجام می‌دهیم:

۱- ریسک سقوط جان هاپکینز

۲- معیار ترومبوآمبولی Wells

۳- معیار خودکشی SAD PERSONS

۴- ارزیابی ریسک زخم فشاری برادن

۵- ارزیابی از نظر آلرژی

✓ دارو

بعد از تعیین ریسک ترمبوآمبولی، اقدامات زیر را انجام دهید و در گزارش پرستاری ثبت کنید:

- ۱- دستبند زرد برای بیمار تهیه و نصب کنید.
- ۲- به پزشک اطلاع دهید.
- ۳- هر چه سریع تر بیماران را در صورت عدم محدودیت، تشویق به تحرک کنید.
- ۴- استفاده از جوراب الاستیک (در انتخاب سایز مناسب دقت کنید).
- ۵- انجام ورزش ankle pump در سه نوبت بیست تایی (۳ ثانیه plantar flexion، ۲ ثانیه rest، ۳ ثانیه dorsiflexion) در صورت عدم محدودیت بیمار
- ۶- انجام ورزش internal rotation در سه نوبت بیست تایی در صورت عدم محدودیت بیمار
- ۷- در صورت عدم محدودیت بیمار، تشویق به مصرف مایعات
- ۸- در تغییر شیفت حتماً این مورد چک و عنوان نمایید

| معیار ترمبوآمبولی WELLS |  |                          |
|-------------------------|--|--------------------------|
| +۱                      | سرطان فعال (درمان در ۶ ماه گذشته یا درمان تسکین دهنده)   |                          |
| +۱                      | فلج اندام یا بی حرکتی اندام تحتانی (کج، آتل، بیمارانی دارای بالن پمپ یا کاتتر آنژیوگرافی)  |                          |
| +۱                      | بی حرکت در تخت بیش از ۳ روز یا سابقه انجام عمل جراحی مازور در ۴ هفته گذشته (منظور از عمل جراحی مازور، عمل جراحی بیشتر از ۱ ساعت است) |                          |
| +۱                      | تندرس در مسیر وریدهای عمقی (قسمت داخلی ران و پشت ساق یا راز از نظر تندرس بررسی کنید)   |                          |
| +۱                      | ورم کل ساق یا  |                          |
| +۱                      | اندازه ورم دورساق پای مبتلا بیشتر از 3 cm در مقایسه با پای دیگر باشد   |                          |
| +۱                      | ادم کل بدن (وسیع تراژادم پای دیگر)   |                          |
| +۱                      | سابقه DVT قبلی   |                          |
| +۱                      | وجود وریدهای برجسته به روی پا  |                          |
| -۲                      | تشخیص های جایگزین (تشخیص دیگری به غیر از DVT مطرح باشد) مانند ضربه یا شکستگی ساقی، پاره برداشتن ورید صافن                            |                          |
| جمع کل                  |  |                          |
| احتمال بالا: بیشتر از ۳ | احتمال متوسط: ۱ یا ۲   | احتمال پایین: صفر و کمتر |

### ابزار ارزیابی ریسک سقوط جان هاپکینز

ریسک سقوط بالا- (مداخلات ریسک بالا را در هر مورد اجرا کنید).

- ✓ تاریخچه بیش از یک سقوط در طی ۶ ماه قبل از پذیرش
- ✓ در طی این بستری، بیمار سقوط کرده است
- ✓ بیمار در معرض خطر بالای سقوط (به عنوان مثال بیماران تشنج)

ریسک پایین سقوط- (اجرای مداخلات مربوط به ریسک پایین)

- ✓ فلج کامل یا کاملاً بی تحرک

در غیر از شرایط فوق، محاسبه امتیاز از طریق معیار زیر الزامیست.

| امتیاز   | گزینه ها                                  | موارد مورد بررسی   | نقطه | گزینه ها                                   | موارد مورد بررسی  |
|--|---|--|------|--|---|
| ۱  | یک مورد                                   | اتصالات بیمار: هر وسیله ای که بیمار راجع به می کند (به عنوان مثال، IV، لوله قفسه سینه، و غیره) (تک انتخاب) | ۱    | ۶۹-۶ سال                                   | سن (تک انتخاب)  |
| ۲  | دو مورد                                   |  | ۲    | ۷۹-۷۰ سال                                  |   |
| ۳  | ۳ یا بیشتر                                |  | ۳    | بزرگتر یا مساوی ۸۰ سال                     |   |
| ۲  | نیاز به کمک و یا نظارت برای تحرک و انتقال | تحرک ( امکان انتخاب چند مورد)  | ۵    | یک سقوط در طی ۶ ماه قبل از پذیرش           | تاریخ سقوط (تک انتخاب)  |
| ۲  | عدم تعادل در گام برداشتن                  |  | ۲    | بی اختیاری                                 | ارزیابی دفع ادرار بیمار (تک انتخابی)  |
| ۴  | فقدان درک از محدودیت های فیزیکی و شناختی  | شناخت ( امکان انتخاب چند مورد)   | ۲    | اضطراب یا تکرر ادراری                      |   |
|  |   |  | ۴    | اضطراب و تکرر ادراری و بی اختیاری با هم    |   |
| ۶-۱۳ = خطر سقوط متوسط<br>بیشتر از ۱۳ = خطر بالا افتادن |   | امتیاز کل ریسک سقوط  | ۳    | مصرف ۱ دارو                                | داروها: شامل پمپ تزریقی مسکن مخدر ها، دارو های ضد سرع، ضد فشار خون، مدر ها، ملینها، آرامبخش و روان پزشکی (تک انتخابی) |
|  |   |  | ۵    | دو یا چند دارو                             |   |
|  |   |  | ۷    | انجام پروسیجر های بی دردی در ۲۴ ساعت گذشته |   |

### نکات پیشگیری از سقوط در درمان

۱. شناسایی بیماران پر خطر و اعلام هشدار به پزشک، پرستار، سایر کارکنان و همراهان بیمار
۲. نتایج ارزیابی خطر سقوط را بر روی کاردکس و برگه ارزیابی پرستاری ثبت کنید.
۳. ارزیابی سقوط حداقل یک روز و با تغییر شرایط بیمار صورت گیرد.



۴. به بیمار یاد آور شوید هنگام حرکت از طرفی که قوی تر است از تخت پایین بیاید.
۵. بیمار را قبل از فعالیت‌هایی نظیر انتقال و راه رفتن از جهت تعادل بررسی کنید.
۶. بسته به شرایط بیمار هر ۱ یا ۲ یا ۳ ساعت وضعیت بیمار و اتاق او کنترل شود.
۷. وسایل حرکتی بیمار را از نظر سالم و محکم بودن چک کنید.
۸. دارو درمانی را مرور کنیم.
۹. در دسترس گذاشتن وسایل بیمار مانند کنترل تلویزیون و رادیو و یا زنگ اخبار
۱۰. تشویق بیمار جهت استفاده از دستگیره و محافظ قبل از ایستادن و راه رفتن
۱۱. تشویق بیمار برای نشستن در صورت احساس گیجی
۱۲. جمع آوری نمودن سیم، لوله و مواردی از این قبیل از مسیر عبور و مرور بیمار
۱۳. سالم بودن وسایل روشنایی شب
۱۴. اطمینان از پوشش دمپایی یا کفش مناسب بیمار در زمان راه رفتن

#### رعایت موارد زیر در بیماران با ریسک بالا ضروری می‌باشد:

۱. همراه داشتن بیماران با ریسک بالای سقوط
۲. آگاهی دادن به بیمار و خانواده وی برای عدم خروج از تخت بیمار بدون کمک گرفتن
۳. بالا بردن Bed Side
۴. خدمات بخش از بیماران با ریسک سقوط بالا اطلاع داشته باشند
۵. ترمز تخت فعال باشد و تخت بی حرکت باشد.
۶. ابزارهای کمکی راه رفتن در اختیار بیمار قرار گیرد.
۷. در دسترس قرار دادن زنگ هشدار پرستار در هر زمان

#### راهبردهای مراقبت بعد از سقوط:

- I. بیمار از نظر هرگونه جراحت بررسی شود.
- II. پزشک را مطلع کنید تا ارزیابی‌های اولیه انجام شود و در خصوص امکان حرکت کردن او اعلام نظر کند.
- III. علایم حیاتی بیمار چک شود.
- IV. به تیم بالینی بخش در هر سه شیفت اطلاع رسانی شود که در صورت بروز تغییرات یا حالات اضطراری بیمار از پزشک آنکال در صورت نیاز جهت بررسی وضعیت بیمار کمک بگیرند.
- V. کلیه جزئیات سقوط، آزمایش‌ها و اقدامات اجرا شده برای بیمار را در گزارشات پرستاری ثبت شود.

| نمره                       | SAD PERSONS scale  |
|----------------------------|--|
| 1                          | مرد باشد ۱؛ زن باشد؛ صفر   |
| 1                          | سن کمتر از ۲۰ یا بیشتر از ۴۴ باشد.                                   |
| 1                          | افسردگی یا نا امیدگی   |
| 1                          | سابقه خودکشی   |
| 1                          | سوء استفاده مواد و الکل  |
| 1                          | افکار خودکشی   |
| 1                          | عدم وجود پشتیبان اجتماعی   |
| 1                          | برنامه ریزی جهت خودکشی   |
| 1                          | مطلقه، بیوه و مجرد   |
| 1                          | بیماری مزمن، ناتوان کننده و شدید                                     |
| <b>اقدامات در هر مرحله</b> |  |
| 0-4                        | نیاز به اقدام خاصی نیست.   |
| 5-6                        | اطلاع به پزشک و در صورت صلاحدید ارجاع به روانپزشک – ارجاع به مددکاری |
| 7-10                       | مشاوره روانپزشکی   |

| ۴ امتیاز  | ۳ امتیاز   | ۲ امتیاز  | ۱ امتیاز  |   |
|---|--|---|---|---|
| به دستورات شفاهی پاسخ می‌دهد و مشکلی در درک حس ندارد.   | . همیشه به طور شفاهی درد را بیان نمی‌کند یا اختلال در درک حس در ۱ یا ۲ اندام وجود دارد   | به تحریکات دردناک به صورت گریه کردن یا و بی‌قراری پاسخ می‌دهد یا در نصف بدن امکان درک حس وجود ندارد   | به تحریک درد ناک (به دلیل کاهش سطح هوشیاری یا بیهوشی بعد از عمل) پاسخ نمی‌دهد یا درک حس در کل بدن وجود ندارد                | <b>میزان درک حس درد</b>                   |
| ۴- پوست معمولاً خشک است یا پانسمان به طور روتین تعویض می‌شود.   | ۳- پوست گاهی اوقات خیس است یا پانسمان یک بار در روز تعویض می‌شود.  | ۲- پوست بیشتر مواقع خیس است و یا پانسمان حداقل یک بار در شیفت تعویض می‌شود. (سه بار در روز)   | ۱- پوست به طور مدام به دلیل تعریق و ادرار و غیره خیس می‌شود.  | <b>میزان در معرض بودن با رطوبت</b>        |
| ۴- بیرون از اتاق دو بار در روز راه می‌رود و در اتاق هر ۲ ساعت راه می‌رود.   | ۳- در طول روز کمی راه می‌رود ولی بیشتر مدت روی تخت خوابیده است.  | ۲- وزن بدن را تحمل نمی‌کند و نمی‌تواند راه برود و برای نشستن نیاز به کمک دارد.  | ۱- CBR  | <b>میزان فعالیت</b>                       |
| ۴- بیشتر اوقات و بدون کمک در تخت حرکت می‌کند.   | ۳- اغلب در تخت حرکت می‌کند.  | ۲- حرکت جزئی در بدن دارد ولی بدون کمک نمی‌تواند در تخت مداوما حرکت کند.   | ۱- قادر به انجام تغییر جزئی در بدن نیست.  | <b>میزان توانایی تغییر وضعیت دادن بدن</b> |
| ۴- همه یا بیشتر وعده غذایی را می‌خورد. ۴ واحد یا بیشتر پروتئین دریافت می‌کند. بین وعده غذایی غذا می‌خورد و نیازی به مکمل ندارد. | ۳- بیشتر از نصف یک وعده غذایی را می‌خورد. ۴ واحد پروتئین (گوشت یا لبنیات) در روز می‌خورد یا توسط NGT/PEG یا TPN بیشتر مواد غذایی را دریافت می‌کند. | ۲- به ندرت یک وعده غذایی یا نصف آن را می‌خورد. ۳ واحد پروتئین (گوشت یا لبنیات) در طول روز می‌خورد. روزانه نیاز به مکمل غذایی دارد یا کمتر از حد نرمال مایعات و غذا می‌خورد. | ۱- بیمار ناشتا است یا فقط مایعات وریدی دریافت می‌کند یا فقط مایعات صاف شده می‌خورد یا به ندرت ۱/۳ از وعده غذایی را می‌خورد. | <b>وضعیت تغذیه</b>                        |
|   | ۳- برای حرکت نیاز به کمک ندارد و در جابه‌جا شدن عضلات، نیروی کافی برای بلند کردن بدن، بدون ایجاد اصطحاک با ملحفه را دارد.                          | ۲- برای حرکت نیاز به کمک دارد و برای جابه‌جا شدن پوست بیمار به ملحفه کشیده می‌شود.  | ۱- اصلاً نمی‌تواند در تخت حرکت کند و مدام در تخت سر می‌خورد.  | <b>احتمال اصطحاک و کشیدگی پوست</b>        |
| ۱۲ و کمتر = ریسک بالا ۱۴-۱۳ = ریسک متوسط ۱۶-۱۵ = ریسک کم جمع کل نمرات   |  |   |   |   |

اقدامات لازم در هر مرحله از ریسک:

| ریسک کم  | ریسک متوسط   | ریسک بالا  | زخم بستر  |
|--|--|--|---|
| نیاز به اقدام خاصی نیست و با توجه به شرایط بیمار اقدامات لازم صورت گیرد. | گام نخست اطلاع به پزشک تغییر وضعیت هر ۳ ساعت با نظارت پرستار و با کمک حداقل دو خدمه به صورت بلند کردن بدن و خودداری از کشیده شدن پوست روی تخت. | گام نخست اطلاع به پزشک تغییر وضعیت هر ۲ ساعت با نظارت پرستار و با کمک حداقل دو خدمه به صورت بلند کردن بدن و خودداری از کشیده شدن پوست روی تخت. | گام نخست اطلاع به پزشک در زخم فشاری درجه یک از اسپری‌ها و پمادهای محافظ و پانسمان‌های پوشش همچون هیدروکلویید و در نواحی تحت فشار از فوم استفاده نمود. |
| -  | ترجیحاً استفاده از تشک موج   | استفاده از تشک موج   | استفاده از تشک موج  |
| -  | ملحفه از لحاظ چروکی و رطوبت همزمان با تغییر وضعیت، چک شود.   | ملحفه از لحاظ چروکی و رطوبت همزمان با تغییر وضعیت در بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی، غیر قابل حرکت، چاق یا با آدم ژنرالیزه و یا کاشکسیک چک شود. | ملحفه از لحاظ چروکی و رطوبت همزمان با تغییر وضعیت در بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی، غیر قابل حرکت، چاق یا با آدم ژنرالیزه و یا کاشکسیک چک شود.        |
|  | حداکثر زاویه تخت ۳۰ درجه باشد.   | حداکثر زاویه تخت ۳۰ درجه باشد.   | حداکثر زاویه تخت ۳۰ درجه باشد.  |
|  | طبق نظر پزشک و مشورت با کارشناس تغذیه بیمار هیدراته شود و رژیم خاصی در نظر گرفته شود.  | ماساژ پشت در بیماران زیر ونتیلاتور، کومایی، غیر قابل حرکت، چاق یا با آدم ژنرالیزه و یا کاشکسیک.  | تغییر وضعیت هر ۲ ساعت با نظارت پرستار و با کمک حداقل دو خدمه به صورت بلند کردن بدن و خودداری از کشیده شدن پوست روی تخت.                               |
|  | پوست خشک و حساس با لوسیون غیر محرک چرب شود.  | بر طرف کردن فشار از مناطق تحت فشار. طبق نظر پزشک و مشورت با کارشناس تغذیه بیمار هیدراته شود و رژیم خاصی در نظر گرفته شود.                      | طبق نظر پزشک و مشورت با کارشناس تغذیه بیمار هیدراته شود و رژیم خاصی در نظر گرفته شود.   |
|  |  | از پانسمان هیدروکلویید و فوم ضد فشار در مناطق مستعد استفاده شود.۲.   | در بیماران زیر ونتیلاتور و کومایی و یا غیر قابل حرکت، به طور مرتب حمام در تخت داده شود.   |

بیمارانی که بعد از عمل حداکثر تا ۷ ساعت و بیشتر اینتوبه هستند بیمار با ریسک بالا در نظر گرفته و از پانسمان نوین برای پیشگیری استفاده شود. بیمارانی که کمتر از ۷ ساعت اینتوبه هستند بیمار با ریسک کم به حساب می‌آیند.

زخم بستر معیار گلامورگان (ارزیابی زخم بستر در کودکان)

| اقدامات مراقبتی لازم  | امتیاز کل         | میزان ریسک      | امتیاز | موارد قابل سنجش                             | G<br>L<br>A<br>M<br>O<br>R<br>G<br>A<br>N |
|---|-------------------|-----------------|--------|---|---|
| بررسی پوست دوبار در روز، تامین تغذیه و آب کافی، تغییر پوزیشن کودک هر ۲ ساعت یکبار                                 | امتیاز 1-15       | در معرض خطر     | ۱۰     | فعالیت طبیعی متناسب با سن                   |   |
| بررسی پوست با هر بار تغییر پوزیشن ارجاع به مشاور تغذیه، جابجایی کودک و اتصالاتی نظیر کاف فشار خون هر ۲ ساعت یکبار | امتیاز 15-20      | ریسک متوسط      | ۱۰     | فعالیت کم / حرکت کم یا توجه به سن           |   |
| بررسی پوست هر ساعت، ارجاع به مشاور تغذیه، تغییر پوزیشن/تجهیزات متصل به وی هر ۲ ساعت یکبار                         | امتیاز 20 و بیشتر | ریسک بالا       | ۵      | کودک قادر به پوزیشن نشستن نیست              |   |
|   |                   |                 | ۵      | قادر به کنترل بدنش نیست                     |   |
|   |                   |                 | ۵      | تجهیزات /وسایل / فشار سطح سخت بر آسایش پوست |   |
| بررسی پوست هر ساعت، ارجاع به مشاور تغذیه، تغییر پوزیشن/تجهیزات متصل به وی هر ۲ ساعت یکبار                         |                   | ریسک بسیار بالا | ۲۰     | کودک قادر به حرکت نیست /بیهوشی عمومی        |   |
|   |                   |                 |        | جمع کل                                      |   |

توجه:

|  |
|--|
| ۱- امتیاز زخم بستر بدلیل ارزیابی اولیه و حین مراقبت حتما در کاردکس و گزارش پرستاری قید گردد.                               |
| ۲- نوع، محل، وسعت یا اندازه آن، درجه و وجود یا عدم وجود ترشحات زخم در گزارشات پرستاری هر شیفت، شفاهی و مکتوب لحاظ می گردد. |
| ۳- در صورت وجود زخم، مراتب را از طریق هدنرس یا سوپروایزر به کلینک زخم اطلاع رسانی نمایید.                                  |

## Reference Guide

### Glamorgan Pressure Injury Risk Assessment

- Document the appropriate score in the Patient Care Record or relevant MR
- Patient risk score should be assessed 1. Daily, 2. When the patient condition changes, 3. When transferred to a new department/unit and 4. Prior to discharge
- Interventions and actions should be documented on Pressure Injury Prevention Plan or in Progress Notes

| Pressure Injury Risk Assessment |  | Score | Select one score per section |
|---------------------------------|--|-------|------------------------------|
| <b>Mobility</b>                 |  |       |                              |
|                                 | Child cannot be moved without great difficulty or deterioration in condition/general anaesthetic | 20    |                              |
|                                 | Unable to change his/her position without assistance /cannot control body movement               | 15    |                              |
|                                 | Some mobility, but reduced for age   | 10    |                              |
|                                 | Normal mobility for age  | 0     |                              |
| <b>Equipment</b>                |  |       |                              |
|                                 | Equipment/ objects / hard surface pressing or rubbing on skin                                    | 15    |                              |

| Risk Score | Category | Action  | Pressure Relieving Devices   |
|------------|----------|---|--|
| 10+        | At Risk  | Inspect skin at least twice a day. Maintain adequate nutrition and hydration. Relieve pressure by helping the child move every 2 hours. | Constant low pressure foam mattress<br>Gel pads for high risk areas<br>Alternating pressure overlay<br><i>(Refer table 4.2 Pressure Injury Clinical Guideline)</i> |

|     |           |   |   |
|-----|-----------|---|---|
| 15+ | High Risk | Inspect the skin with each repositioning. Consider dietician referral. Reposition child/ equipment/ devices at least every 2 hours. | Low Air Loss mattress or overlay<br>Alternating Pressure mattress or overlay<br><i>(Refer table 4.2 Pressure Injury Clinical Guideline)</i> |
|-----|-----------|---|---|

|     |                |  |   |
|-----|----------------|--|---|
| 20+ | Very High Risk | Inspect the skin hourly. Consider dietician referral. Reposition child/ equipment/ devices at least every 2 hours. | Low Air Loss mattress<br>Alternating Pressure mattress<br><i>(Refer table 4.2 Pressure Injury Clinical Guideline)</i> |
|-----|----------------|--|---|

معیار هامپی دامپی (ارزیابی ریسک سقوط در کودکان)

| جدول ارزیابی ریسک سقوط در کودکان معیار هامپی دامپی (Humpty Dumpty) |   |  |
|--|---|--|
| امتیاز   | معیار   | ریسک فاکتور  |
| 4  | سن > 3 سال  | سن   |
| 3  | سن 2-3 سال  |  |
| 2  | سن 1-2 سال  |  |
| 1  | سن 12 سال یا < 12 سال   |  |
| 2  | پسر   | جنس  |
| 1  | دختر  |  |
| 4  | تشخیص های نورولوژیک (مانند سرع، ضربه به سر، هیدروسفالی، فلج مغزی و...)  | تشخیص بالینی   |
| 3  | اختلال در اکسیژن رسانی (مانند تشخیص تنفسی، دهیدروواسیون، آنمی، بی اشتها، سنگوب و...)  | (اگر بیمار چندین تشخیص اولیه و ثانویه داشته باشد، امتیاز دامی بر مبنای حادترین تشخیص است. مثلا برای بیماری که مبتلا به کم خونی دامی شکل است و سابقه فلج مغزی یا سرع دارد، از این قسمت امتیاز 3 دریافت می کند.) |
| 2  | اختلال روانی- رفتاری (اختلالات خلقی مانند افسردگی شدید، اختلال دو قطبی و...)  |  |
| 2  | تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد.  |  |
| 2  | بیمار به تا توانی های جسمی خود آگاهی ندارد، (مثلا بیمار شیرخوار است یا دچار آسیب مغزی شده است)<br>بیمار به تا توانی های جسمی خود آگاهی دارد ولی به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است، (مثلا هایپوکلایسمی و یا ضعف) محدودیت ها و تا توانی های خود را فراموش کرده است.<br>یا<br>کودک تحت درمان یا آرام بخش یا تحت تاثیر بیوشی است.<br>یا<br>کودک نچباز است. | اختلالات شناختی  |
| 1  | بیمار به تا توانی های جسمی خود آگاهی کامل دارد.   |  |
| 4  | سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد.  | فاکتورهای محیطی  |
| 3  | بیمار کودک نوپا یا شیرخوار است که در تخت مناسب کودک قرار نگرفته است.<br>بیمار از وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر، صفا یا واگر استفاده می کند.<br>یا<br>بیمار کودک یا شیرخواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته، اما در اتاق چند نکته، با نور کم و وسایل و تجهیزات پزشکی متعدد است.<br>بیمار بزرگ تر از 3 سال که در تخت است.                                    |  |
| 2  | بیماری که جهت انجام تست های تشخیصی به صورت سریایی مراجعه کرده است.  |  |
| 1  | بیمار 24 ساعت بعد از عمل جراحی  |  |
| 1  | بیمار 48 ساعت بعد از عمل جراحی  |  |
| 1  | بیش از 48 ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشده است.  | بسیار کم   |
| 2  | استفاده همزمان از داروهای زیر<br>مسکن ها (به شیراز بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه که کاملا بیوشی و فلج شده اند، خواب آور ها و آرام بخش ها<br>باربیتورات ها<br>فتوتیازین<br>ضد افسردگی ها<br>ماین ها و یا دیورتیک ها<br>تار کونیک ها   | داروهای مسرخی  |
| 2  | قطع یکی از داروهای بالا را دریافت کند.  |  |
| 1  | هیچ یک از داروهای بالا را استفاده نکند یا اصلا دارو دریافت نکند.  |  |
| بیماران در خطر پایین سقوط: امتیاز 1-7                              |   |  |
| قطع یکی از داروهای بالا را دریافت کند                              |   |  |
| بیماران در خطر بالای سقوط: امتیاز 12 و یا بیشتر                    |   |  |

## اقدامات لازم در صورت ریسک بالای زخم فشاری:

### ▪ اطلاع به پزشک معالج

### ▪ بررسی پوست بیمار از طریق مشاهده و لمس انجام گرفته و مواد زیر در نظر گرفته شود:

- ✓ رنگ، از نظر سالم بودن و حرارت
- ✓ پوست مناطق زیرگچ، کشش‌ها، گردنبندها، مناطق زیرباند ها و لوله‌ها مستعد زخم شدن است.
- ✓ وقتی منطقه ای از بدن دچار قرمزی می‌شود باید حس، اندازه و رنگ آن منطقه را ثبت کرده و هریک ساعت مجدداً بررسی شود.

### ▪ مایعات بدن:

- ✓ تماس پوست با مایعات بدن (ادرار، مدفوع، مایع آسیت، ترشحات زخم) خطر آسیب را بالا می‌برد. (در صورت وجود، شستشو و حمام و استفاده از نرم کننده‌های ملایم)

### ▪ بررسی تحرک

- ✓ مؤثرترین روش درپیشگیری از ایجاد زخم بستر تغییر وضعیت مکرر بیمار است. که باید هر ۲h انجام شود و درحین تغییر وضعیت باید سعی شود به پوست کششی و آسیبی وارد نشود. بیمار را بلند کنید و روی تخت نکشید.
- ✓ بیمارانی که قدرت اندام فوقانی آن‌ها خوب است، می‌تواند با استفاده از میله‌ها و دستگیره‌ها وضعیت خوابیدن خود را تغییر دهند.
- ✓ نباید بالای سر بیمار را بیشتر از ۳۰ درجه بالا آورد. (به دلیل سرخوردن و آسیب پوست)
- ✓ بیمارانی که از ویلچر استفاده می‌کنند باید هر ۱۵ دقیقه خودش و هر یک ساعت با کمک دیگری وضعیت خود را تغییر دهند. از پوزیشن‌هایی که فشار مستقیم بر روی تروکانترها وارد می‌شود اجتناب گردد. لطفاً تغییر پوزیشن بیمار طبق مدل ساعتی در گزارش پرستاری ثبت شود.
- ✓ از کشیده شدن بیمار روی تخت جلوگیری نمایید.
- ✓ تخت را از ذرات ریز تحریک کننده پوست مانند (تکه‌های غذا ریخته شده) تمیز نماید.
- ✓ بالشتک‌هایی را زیر آرنج بیمار قرار دهید تا فشارهای مالشی بر آرنج کاهش یابد.

### ▪ بررسی وضعیت تغذیه ای

- ✓ در صورت صلاحدید پزشک، مشاوره تغذیه انجام شود.

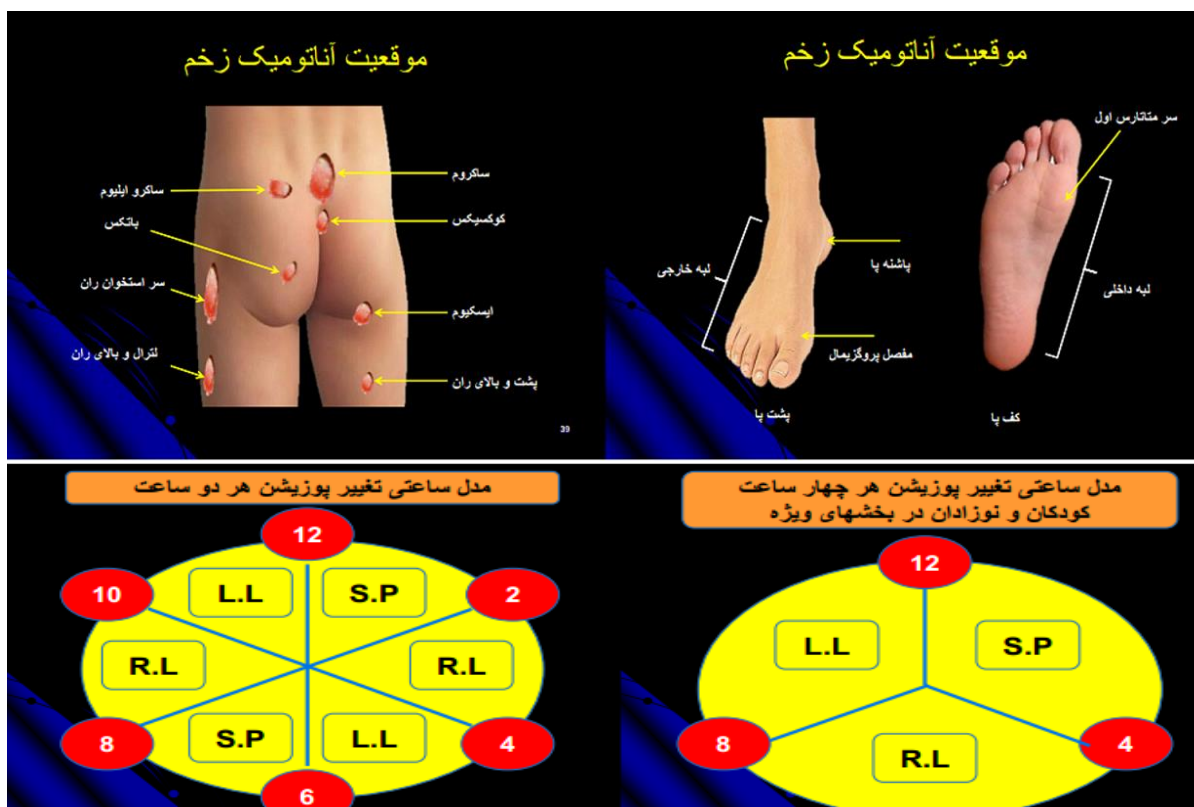
### ▪ استفاده از وسایل کاهنده فشار

- ✓ استفاده از بالش یا دستکش پر از آب و حلقه دونات مطلقاً ممنوع است.
- ✓ از تشک مواج، محافظ پاشنه و آرنج استفاده گردد.

### ▪ کاهش تحریک پوستی


- ✓ در بیمارانی که از طریق ماسک یا کانول بینی اکسیژن دریافت می‌کنند با قراردادن لایه ای گاز، در زیر بندکشی از تحریک پوست جلوگیری کنید.
- ✓ ملحفه‌های تخت بیمار را کاملاً صاف و بدون چروک مرتب کنید.
- ✓ ماساژ پشت که باعث افزایش گردش خون ناحیه می‌شود. (بر روی نواحی استخوانی ماساژ داده نشود)





نمونه ثبت تغییر پوزیشن در گزارش پرستاری شیفت عصر:

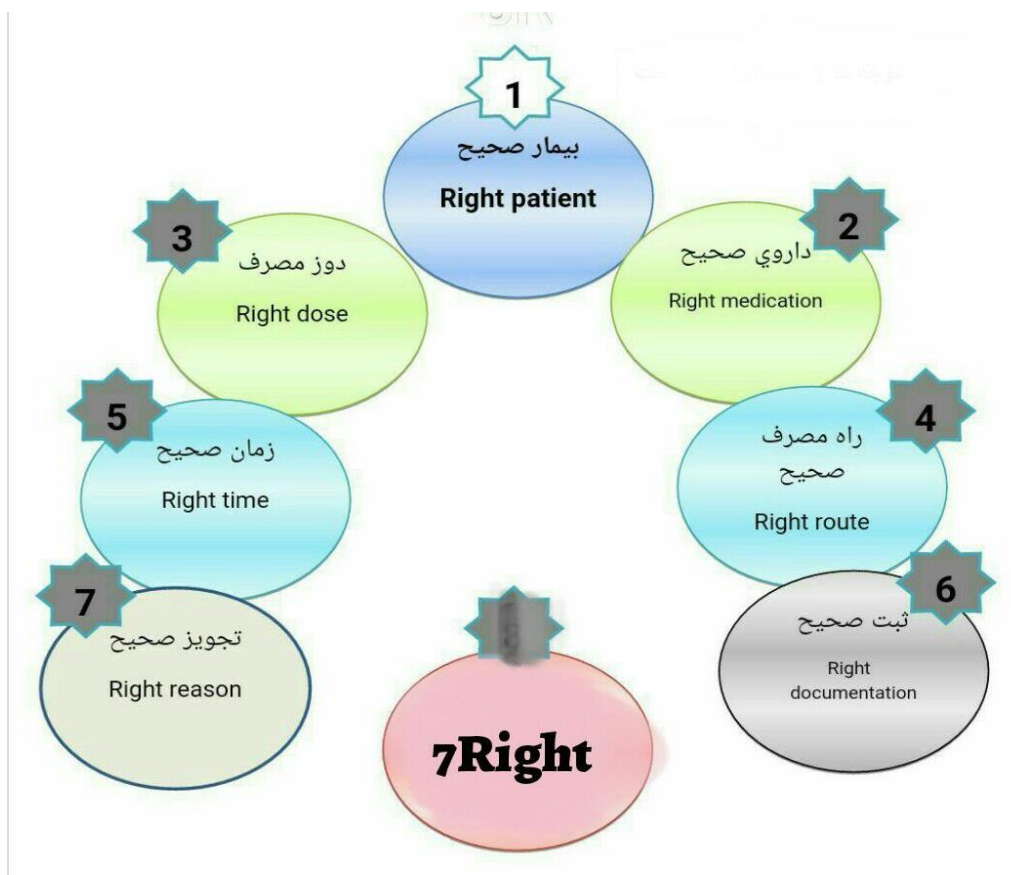
بیمار طبق مدل ساعتی هر دو ساعت تغییر پوزیشن داده شد. (SP/14, R.L/16, L.L/18)

در صورت بالا بودن ریسک در ۴ معیار از دستبند زرد استفاده می‌شود و در صورت آلرژی از دستبند قرمز استفاده می‌شود. 

### فرم 5p و نکات مرتبط به تحویل شیفت

|   |                     |   |
|---|---------------------|---|
| 1 | <b>Patient</b>      | معرفی بیمار بصورت کامل، تاریخ پذیرش، تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج، سابقه پزشکی و مصرف داروهای بیمار  |
| 2 | <b>Plan medical</b> | اقدامات درمانی شامل دارو، مشاوره، آزمایشات، رژیم غذایی، گرافی و ...   |
| 3 | <b>Physical</b>     | علائم حیاتی شامل نبض، تنفس، فشارخون، سطح هوشیاری، تحرک بیمار و در صورتیکه در بخش‌های ویژه باشد<br>علائم حیاتی دیگر مثل: GCS, Saturation O <sub>2</sub> , اندازه مردمک‌ها و ... نیز مدنظر می‌باشد. |
| 4 | <b>Plan Nursing</b> | مراقبت‌های پرستاری شامل تسکین درد، تغییر پوزیشن و ....  |
| 5 | <b>Precaution</b>   | احتیاطات شامل موارد مهمی که در مراقبت از بیمار باید انجام داد. (ذکر ریسک سقوط زخم بستر و لز خودکشی آلرژی در بیماران و اقدامات صورت گرفته در این زمینه)  |

فرم 7R و نکات مربوط به دارو دهی



برای تکمیل فرم گزارش دهی خطا و فرم شاخص ایمنی کشوری، از طریق لینک موجود در سایت بیمارستان اقدام نمائید.

| کدهای اضطراری مربوط به بیمارستان |       |
|----------------------------------|-------|
| احیای قلبی ریوی بزرگسالان        | کد ۹۹ |
| بحران                            | کد ۷۷ |
| آتش نشانی                        | کد ۵۵ |
| احیای قلبی ریوی نوزادان          | کد ۲۲ |
| مادران پر خطر                    | کد ۱۱ |

## بهداشت حرفه ای

بهداشت حرفه ای عبارتست از علم و فن پیشگیری از بیماری‌های ناشی از کار و ارتقای سطح سلامتی افراد شاغل از طریق کنترل عوامل زیان آور محیط کار. بهداشت حرفه ای از جمله با ارزش‌ترین دارائی‌های افراد جوامع و کشورهاست که بعنوان یک استراتژی با اهمیت نه تنها سلامتی شاغلین را در نظر می‌گیرد بلکه تأثیر مثبت و قابل ملاحظه ای در بهره وری و کیفیت محصولات - انگیزش کار - رضایت شغلی و کیفیت کل زندگی افراد جامعه دارد.

تعریف ارگونومی (اختلالات اسکلتی-عضلانی)

ارگونومی یا همان مهندسی فاکتورهای انسانی، علمی ترکیبی است که سعی دارد ابزارها، دستگاه‌ها، محیط کار و مشاغل را با توجه به توانایی‌هایی جسمی - فکری و محدودیت‌ها و علائق انسان‌ها، طراحی نماید. این علم با هدف افزایش بهره وری، با عنایت بر سلامتی، ایمنی و رفاه انسان در محیط، شکل گرفته است. همچنین این علم در تلاش است بجای متناسب سازی انسان با محیط، محیط را با انسان متناسب سازد.

عوامل ارگونومیکی زیان آور در بیمارستان 1. وضعیت نامطلوب بدن هنگام کار. 2. ایستادن طولانی مدت. 3. نشستن طولانی مدت و کار با کامپیوتر. 4. حمل دستی بار، استفاده از وسایل غیر استاندارد و غیر ارگونومیک در محیط بیمارستان

انواع پوزیشن های نادرست رایج در بیمارستان:

(1) چرخیدن در حین بلند کردن بار

(2) خم شدن بیش از حد به جلو یا عقب

(3) خم شدن به اطراف

(4) خم شدن روی بار

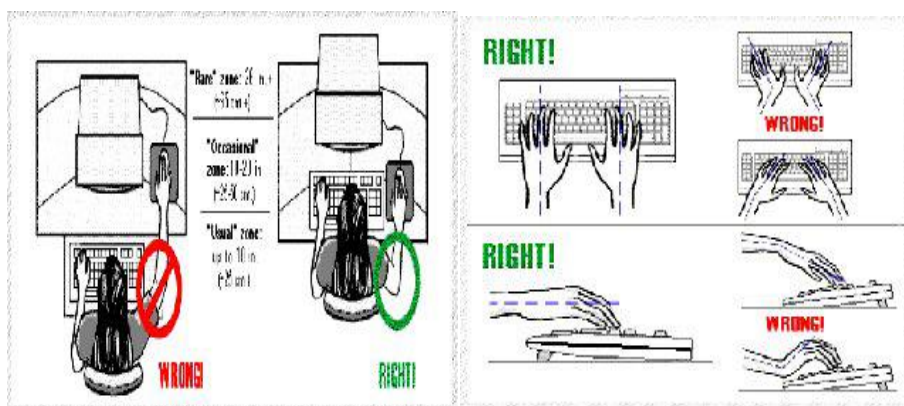
(5) خم کردن و فشار آوردن به کمر هنگام بلند کردن - پائین آوردن یا حمل کردن بار

(6) بالا نگه داشتن بازوها به مدت چند دقیقه

(7) پوزیشن های نادرستی که در طول یک شیفت یک ساعت یا بیشتر بطول می‌انجامند

(8) چرخیدن یا خم شدن به جلو برای نگهداری تعادل بیمار از پشت و کمک به راه رفتن او

## چگونه سلامتی خود را هنگام کار با رایانه حفظ کنیم؟



۱) منابع روشنایی را در محل مناسب نصب کنید، حتی الامکان سیستم روشنایی باید در طرفین رایانه باشد و نور باید با روش‌های بخصوص به اطراف پراکنده شود برای مطالعه و یا نوشتن از روشنایی موضعی قابل تنظیم (چراغ رو میزی) استفاده نمایید.

۲) سیستم روشنایی نباید روی صفحه نمایش درخشندگی ایجاد نماید.

۳) میز کار خود را طوری قرار دهید که پنجره در کنار شما باشد و صفحه نمایش و پنجره زاویه ۹۰ درجه بسازد.

۴) صفحه نمایش را با استفاده از فیلترهای مناسب محافظ پوشانده و آن‌ها را مرتباً تمیز کنید. تماشای صفحه نمایش حدوداً بیش از ۲ ساعت در روز، باید با رعایت مسائل ایمنی

صورت پذیرد

۵) خیرگی چشم و بازتاب‌های صفحه نمایش را به حداقل برسانید. رنگ دیوار بهتر است خیلی روشن نباشد. هنگام کار پشت به پنجره ننشینید. پنجره‌ها بهتر است پرده داشته باشند.

۶) میز کار باید بزرگ بوده و حداقل ۱۲۰×۸۰ سانتیمتر باشد. صفحه میز محکم بوده و براق نباشد. پایه‌ها باید قابل تنظیم بوده و به گونه ای طراحی شود که مجبور به خم شدن نباشید. مشخصات میز باید با توجه به مشخصات صندلی معین شود.

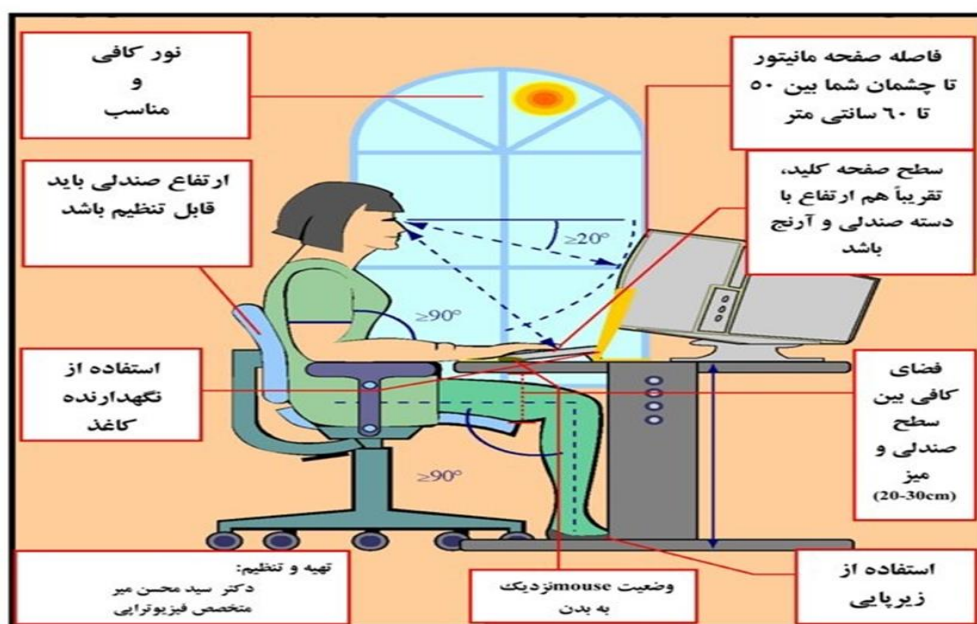
۷) ارتفاع میز باید متناسب بوده و زاویه و ارتفاع پشتی صندلی، باید قابل تنظیم باشد. اثرات بد نشستن، به صورت تغییر شکل اسکلت بدن، ایجاد ناراحتی ماهیچه ای استخوانی، درد گردن، ستون فقرات، درد پشت، فشار روی معده و فشار روی زانوهاست.

۸) راست بنشینید و از خم کردن بدن به جلو خودداری کرده و از فشار وارده به مهره‌های گردن و شانه بکاهید.

اصول کلی صحیح نشستن عبارت‌اند از: ران‌ها موازی، دست و پا عمود و سطح زیر پا یا روی زمین یا روی زیر پای قرار گیرد. در هر حال زاویه بین ران و ساق باید قائمه باشد.

۹) در هنگام تایپ مچ دست خود را صاف نگه دارید و اگر هنگام کار مجبورید دستتان را بالا نگه دارید باید از یک تکیه گاه در زیر مچ استفاده نمایید که این تکیه گاه باید نرم باشد.

## ارگونومی در کار با کامپیوتر



کاربرد کامپیوتر در زندگی بشر بسیار زیاد است و تعداد زیادی از افراد ساعتهای متمادی با کامپیوتر کار می کنند. به همین دلیل شناخت عوامل موثر در محیط کار با کامپیوتر اهمیت زیادی دارد، وجود شرایط نامناسب در محیط کاری و عدم توجه به موارد ارگونومیکی و بهداشتی هنگام کار با کامپیوتر ممکن است در بلند مدت سبب بروز بیماریها و ناهنجاریها شود. لذا در این تصویر وضعیت مناسب محیط و وسایل و فرد استفاده کننده به طور خلاصه نشان داده شده است.

### معاینات بدو استخدام و دوره ای و تشکیل پرونده پزشکی شاغلین:

برنامه معاینات پزشکی شاغلین: یکی از مهم ترین و اساسی ترین برنامه های پیشگیری از بروز بیماریها و حوادث ناشی از کار در هر کشوری که به عضویت سازمان بین المللی کار و بهداشت جهانی درآمده انجام معاینات پزشکی افراد شاغل می باشد.

معاینات قبل از استخدام: سنجش سلامتی فرد با بهره گیری از معاینه کامل پزشکی، شنوایی سنجی، سنجش تنفس، بینایی سنجی، آزمایشات خون و... در نظر گرفتن تناسب بین وضعیت جسمی و روحی فرد و شغل محوله

معاینات ادواری: معایناتی هستند که در دوره های زمانی خاص با فاصله های معین صورت می گیرد. معاینات ادواری در واقع حکم مهر تأیید بر معاینات پیش از استخدام را دارد. چنانچه اولین علائم بروز بیماریها (اعم از شغلی و غیر شغلی) نمایان شود طی انجام معاینات ادواری (حداقل سالی یکبار) می توان با صرف کمترین هزینه جلوی پیشرفت بیماری را گرفت و سلامتی شاغل را تضمین کرد.

تذکر: پرسنلی که تیترا آنتی بادی آن ها زیر ۱۰ می باشد باید جهت انجام واکسیناسیون هپاتیت B به واحد بهداشت حرفه ای نمایند.

هدف یا منظور:

- ✓ تشخیص زودرس بیماری‌ها و عوارض ناشی از کار
- ✓ تعیین اثر محیط کار بر سلامت کارکنان
- ✓ ارزشیابی روش‌های پیشگیری و ایمنی
- ✓ تشخیص به موقع بیماری شاغلین و بررسی وضعیت سلامت شاغلین
- ✓ پیشگیری از تشدید بیماری‌های قبلی در صورت وجود
- ✓ بکار گماردن فرد در شغل مناسب با توجه به توانایی‌های جسمی و روحی
- ✓ جلوگیری از کار کردن افراد در محیط‌های پرخطر برای افراد بیمار و جلوگیری از کارافتادگی شاغلین و بازنشستگی قبل از موعد بر اثر بیماری و ناتوانی
- ✓ کنترل بیماری و ناتوانایی‌های جسمی و روحی شاغلین در محیط کار
- ✓ تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روحی شاغلین

#### استفاده از وسایل حفاظت فردی:

وسایل حفاظت فردی تجهیزاتی هستند که برای حفاظت کارکنان از صدمات شغلی و یا بیماری‌های ناشی از تماس با مواد بیولوژیکی، شیمیایی، فیزیکی، رادیولوژیکی، الکتریکی و... طراحی شده‌اند.

## لیست وسایل حفاظت فردی (اتاق عمل قلب)

شغل: پزشک، تکنسین اتاق عمل، تکنسین بیهوشی و پرستار

گاز / ماسک N95 / ماسک جراحی / شیلد یا عینک / دستکش جراحی / دستکش پلاستیکی / آستین / کلاه یا سرپند / کلاه یا سرپند



شغل: خدمات

پیش بند / ماسک N95 / دستکش لاستیکی کار (اشپزخانه ای) / دستکش جراحی / ماسک جراحی / شیلد یا عینک / دستکش پلاستیکی / چکمه پلاستیکی




## ترتیب استفاده از وسایل حفاظت فردی

ترتیب در آوردن وسایل حفاظت فردی

- 
در آوردن دستکش
۱
- 
در آوردن گاز
۲
- 
شستن دست
۳
- 
در آوردن عینک یا محافظ
۴
- 
در آوردن کلاه یا پوشش مو
۵
- 
در آوردن ماسک
۶
- 
شستن دست
۷

ترتیب پوشیدن وسایل حفاظت فردی

- 
شستن دست
۱
- 
پوشیدن گاز
۲
- 
پوشیدن کلاه یا محافظت
۳
- 
ماسک
۴
- 
محافظت صورت یا عینک
۵
- 
دستکش
۶

# برگه های شناسایی ایمنی مواد شیمیایی

# MSDS Material Safety Data Sheets

برگه های شناسایی ایمنی مواد شیمیایی اطلاعات اساسی بهداشتی و ایمنی مواد شیمیایی را برای مصرف و کار برد آنها در محیط کار فراهم و مشخص می نمایند که خلاصه شده آن ها به صورت برچسب های ایمنی مواد شیمیایی به نام **label** بر روی محلول ها و مواد شیمیایی های موجود در بخش ها نصب می شود تا در کوتاه ترین زمان اطلاعات لازم را به فرد استفاده کننده بدهد.

**برگه های شناسایی ایمنی مواد شیمیایی MSDS شامل موارد زیر می باشد:**

- مشخصات کلی ماده و شرکت سازنده
- ترکیب ماده و لیبلینگ
- خطرات و اثرات مربوطه
- اقدامات لازم جهت کمک های اولیه لازم به هنگام ضرورت
- اقدامات لازم در مواقع آتش گیری ماده و اطفای حریق
- اقدام لازم به هنگام نشر و یا نشستی ماده و اقدامات زیست محیطی
- نحوه نگهداری و انبارش و حمل و انتقال
- راههای کنترلی و حفاظتی هنگام مواجهه با ماده
- خواص فیزیکی و شیمیایی ماده
- اطلاعات سم شناسی
- اطلاعات زیست محیطی و پایداری و بر هم کنش
- نکات مهم جهت دفع ضایعات
- اطلاعات لازم جهت انتقال در مسیرهای طولانی
- حدود تماس شغلی و زیست محیطی
- نماد ها و نشانه ها
- سایر اطلاعات

همکار گرامی ، کتابچه اطلاعات ایمنی مواد شیمیایی (MSDS) در بخش موجود می باشد. لوزی خطر که نشان از خطرات این مواد، طبق رنگ و درجه مذکور است در کتابچه عنوان شده که به شرح زیر می باشد :

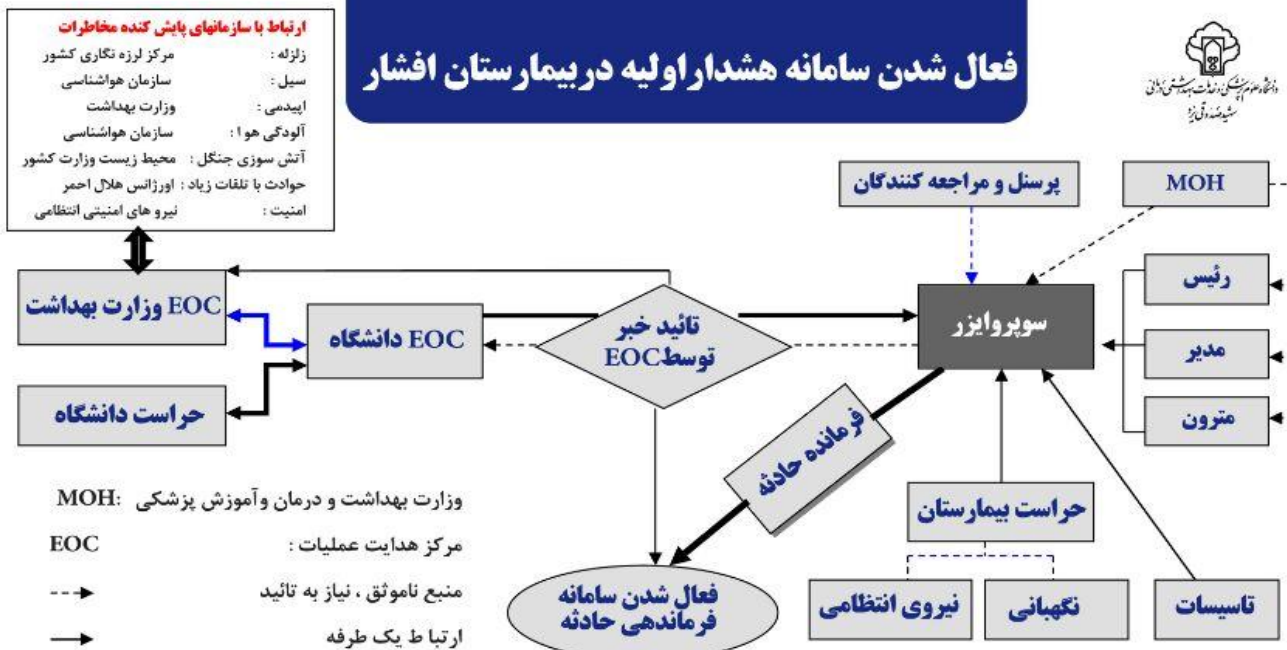
| برچسب ایمنی مواد شیمیایی   |  |
|--|--|
| نام ماده: بتادین   | خواص فیزیکی: مایع قهوه ای مایل به قرمز                       |
|   | خطر اصلی: تنفس بخارات آن ممکن است برای سلامتی زیان آور باشد. |
| خطرات: در صورت تنفس - بلعیدن - تماس پوستی و چشمی خطرناک و محرک است همچنین قادر به جذب از سیستم تنفس پوست و گوارش شده و بر عملکرد کلیه ها و غده تیروئید اثرگذار.  |  |
| کمک های اولیه: در صورت تماس چشم و پوست شست و شو به مدت ۲۰ دقیقه و در صورت تنفس هوای آزاد، در صورت بلع ۳۰۰ میلی لیتر آب بخوراند و در صورت وجود شیر بعد از آب به فرد شیر بدهید.  |  |
| آتش نشانی: غیر قابل اشتعال.  |  |
| وسایل حفاظت فردی: روبوش، کاورکفش، پیشبند، عینک ایمنی، شیلد محافظ صورت.   |  |
| احتیاطات ایمنی: نگهداری مایع در هوای معمولی اتاق و دور از مواد اکسید کننده ، ظروف غیر قابل نفوذ نسبت به هوا.   |  |
| روش دفع: ابتدا تجهیزات حفاظت فردی مناسب بر تن کرده و در هنگام آلودگی زدائی از ایجاد آتروسول پرهیز نماید. مواد جمع آوری شده را داخل ظروف مناسبی برای دفن بهداشتی قرار دهید. سپس محل را با آب و ماده پاک کننده بشوئید. |  |





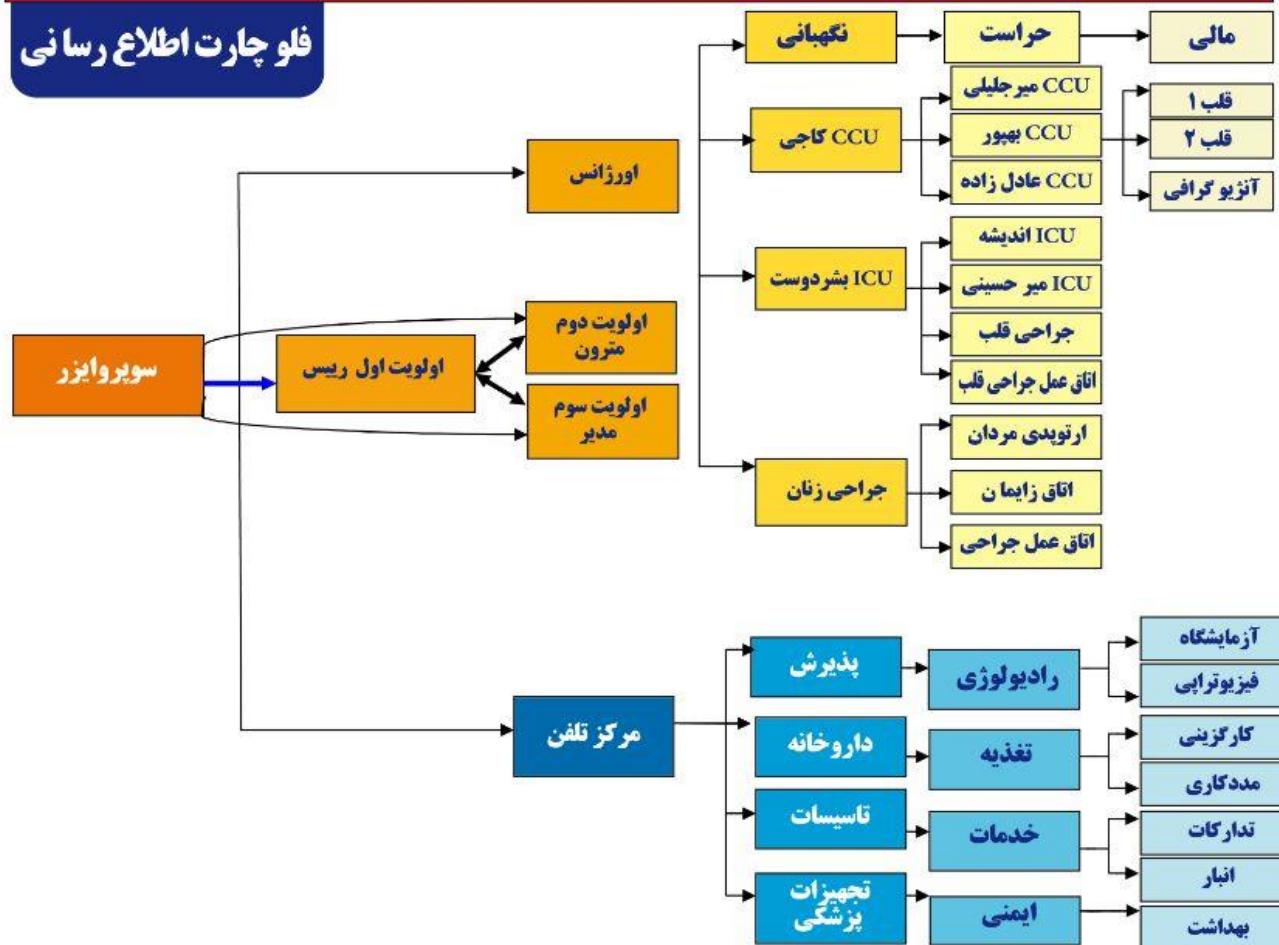
# مدیریت بحران

## فعال شدن سامانه هشدار اولیه در بیمارستان افشار



در بحران های داخل بیمارستان نیاز به تأیید خبر توسط EOC نیست و صرفاً به EOC اطلاع رسانی می شود. در ساعات غیر داری سوپروایزر فرمانده عملیات است و سامانه فرماندهی حادثه را فعال می کند

## فلو چارت اطلاع رسانی



با توجه به اینکه سوپروایزر در ساعت غیر اداری، جاشین رئیس بیمارستان است اولویت اول تماس با رئیس بیمارستان است. در صورتی که قادر به تماس با رئیس نبود، به ترتیب به مترون یا مدیر اطلاع میدهد و چرخه اطلاع رسانی بین آنها انجام می شود.

# راهنمای اجرایی سطوح هشدار در بحران

## مدیریت خطر حوادث و بلایای بیمارستان افشار



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی  
شهید صدوقی یزد

در این شرایط سوپروایزر کشیک پس از دریافت پیام آماده باش زرد، وضعیت را به اطلاع کلیه مسئولین بخشها و در غیاب آنها مسئولین شیفت می‌رساند. در این حالت مسئولین می‌بایست:

- تجهیزات خود را بررسی کرده و کمبودهای احتمالی را برطرف نمایند.
- نیروهای آنکال بخش را در دسترس تلفنی (آنکال) آماده سازند تا در صورت تغییر وضعیت آماده باش بتوانند کارکنان خود را به سرعت فرا خوانده و در پستهای کشیک و امداد مستقر نمایند.

در این شرایط سوپروایزر کشیک موظف است پس از دریافت پیام آماده باش نارنجی و اعلام به کلیه مسئولین:

- 30 تا 50 درصد از نیروهای آنکال را فرا خواند.
- مسئولین بخشها و در غیاب آنها مسئولین شیفت تجهیزات خود را (اعم از دارو یا اقلام مصرفی و تجهیزات پزشکی) برای استفاده آماده نمایند.
- سایر نیروهای آنکال نیز می‌بایست بصورت تلفنی در دسترس باشند تا در صورت وقوع حادثه به سرعت وارد عمل شده و برای پاسخگویی از تمام استعدادها، نیرو و تجهیزات خود استفاده نمایند.

در این شرایط پس از دریافت پیام وضعیت قرمز کلیه بخشهای درمانی می‌بایست:

- تجهیزات خود را در وضعیت آماده برای عملیات قرار دهند.
- تمامی کارکنان و نیروهای مرتبط با بحران جهت حضور در تیمها و واحدهای اجرایی فراخوانده می‌شوند.
- به شهرستانها و استانهای معین نیز از طریق ستاد هدایت عملیات وضعیت نارنجی اعلام شود.

سطح هشدار (رنگ): سفید

سطح هشدار (عنوان): رفع خطر

تعریف: احتمال وقوع مخاطره بر طرف شده است.

اقدامات مورد انتظار: اعلام بازگشت به شرایط عادی در صورتی که مخاطره روی نداده باشد. اعلام آغاز فاز بازیابی در صورتی که مخاطره روی داده و عملیات پاسخ فوری اتمام یافته است.

سطح هشدار (رنگ): زرد

سطح هشدار (عنوان): اطلاع

تعریف: امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن کم است.

اقدامات مورد انتظار: اطلاع وضعیت هشدار به تیمهای عملیاتی، بررسی تجهیزات و رفع کمبودهای احتمالی و در دسترس (آنکال) بودن نیروها.

سطح هشدار (رنگ): نارنجی

سطح هشدار (عنوان): آماده باش

تعریف: امکان وقوع مخاطره وجود دارد و احتمال آن زیاد است.

اقدامات مورد انتظار: فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه (فرماندهی و برنامه ریزی)، فراخوان 30 تا 50 درصد نیروها.

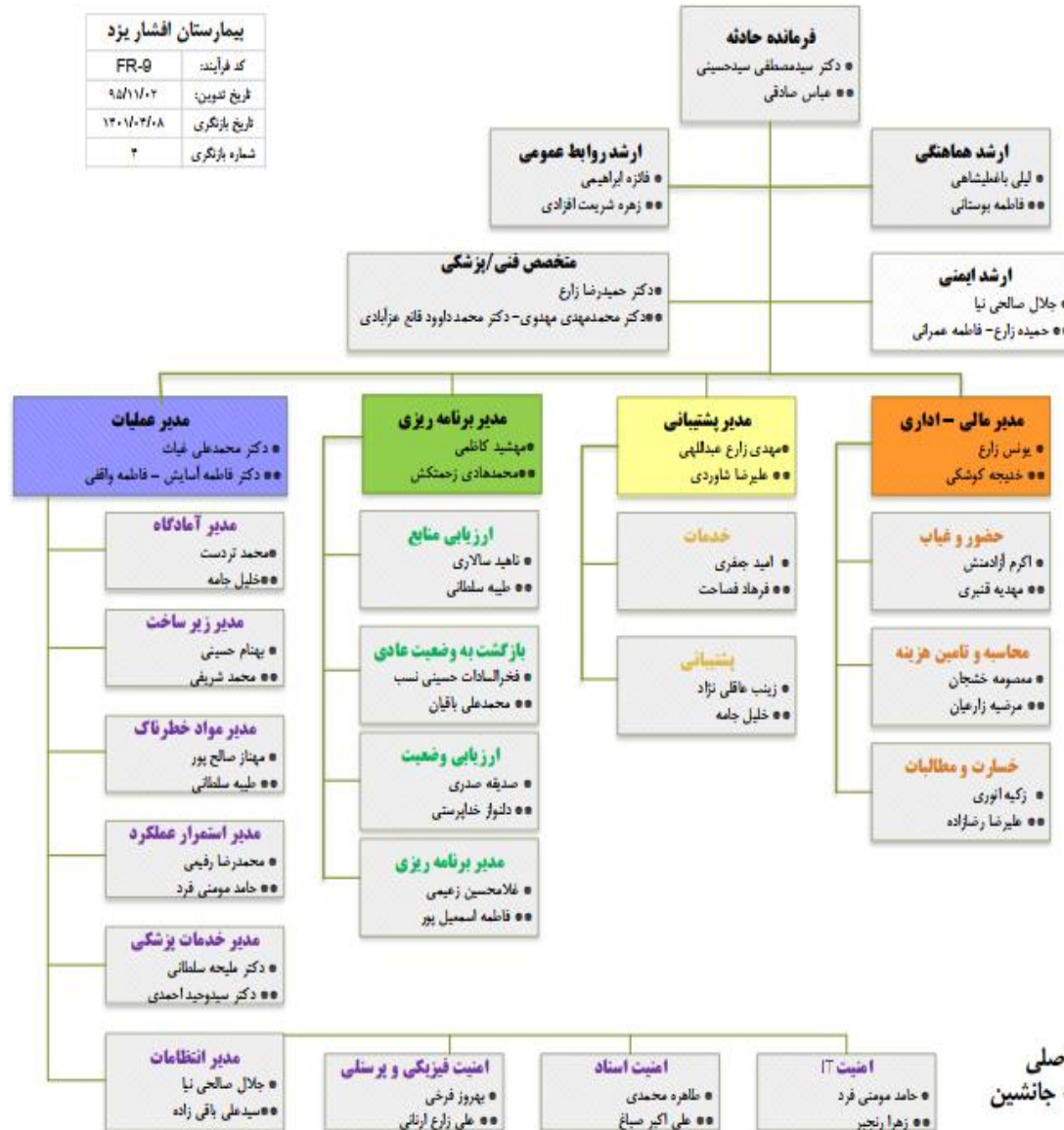
سطح هشدار (رنگ): قرمز

سطح هشدار (عنوان): اقدام

تعریف: مخاطره روی داده است یا وقوع آن قطعی است.

اقدامات مورد انتظار: فعال کردن سامانه فرماندهی حادثه (عملیات) و اجرای کارکردهای عملیات پاسخ، فراخوان و حضور 100 درصد نیروها، فعال کردن برنامه فرا ظرفیت.

| بیمارستان افشار یزد       |  |
|---------------------------|--|
| کد فرآیند: FR-9           |  |
| تاریخ تدوین: ۹۵/۱۱/۰۲     |  |
| تاریخ بازنگری: ۱۴۰۷/۰۲/۰۸ |  |
| شماره بازنگری: ۲          |  |



• اصلی  
• جانشین

## گازهای طبی

گازهای طبی شامل کلیه گازهای بیهوشی، گاز اکسیژن، دی اکسید کربن و هوای فشرده است.

### دی اکسید کربن (CO<sub>2</sub>)

غلظت این گاز در مصارف طبی باید ۹۹ درصد باشد. میزان غلظت گاز منواکسید کربن در آن نباید از ۱۰ PPM تجاوز کند زیرا در غلظت‌های بیشتر اگر مجاورت سلول‌های پوششی ریه قرار گیرد ایجاد مسمومیت و خفگی می‌کند در ضمن وجود این گاز با غلظت بالا در لقاح مصنوعی (IVF) و ایجاد فضایی طبی با حجم بیشتر از طبیعی (پر از گاز) الزامی است زیرا این فرایند فقط در محیط غنی شده از CO<sub>2</sub> قابل انجام است.

### اکسید نیتروژن N<sub>2</sub>O

این گاز در اعمال بیهوشی استفاده می‌شود. استنشاق این گاز با مخلوط اکسیژن باعث بیهوشی می‌شود و درجه خلوص آن باید حداقل ۹۹٪ باشد از ناخالصی‌های موجود در این گاز می‌توان به دی اکسید کربن و اکسیدهای بالاتر نیتروژن اشاره کرد. این اکسیدها در غلظت‌های بیش از 50 VPM رفلکس تنفسی را از بین برده، باعث گرفتگی حنجره، سیانور و بالاخره مرگ می‌شود.

### اکسیژن O<sub>2</sub>

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

### مشخصات کلی سیلندر گازهای طبی:

هر سیلندر گاز طبی از چند جزء اصلی تشکیل شده است که عبارت‌اند: از پایه، بدنه، شیر، گلوئی، مانومتر، فشارشکن (ر گولاتور)، جریان سنج (فلومتر)، رابط و سر پوش. اجزایی مانند فشارشکن (ر گولاتور)، جریان سنج (فلومتر)، لوله رابط (جهت اتصال به ماسک بیمار) قابل جدا شدن و تعویض هستند. در سیلندرهایی حاوی گاز طبی با فشار زیاد از فشارشکن استفاده می‌کنند. مانومتر فشار خروجی از سیلندر را نشان داده و فلومتر میزان فلو یا شار را نشان می‌دهد.

### رنگ آمیزی سیلندرهایی گاز:

رنگ آمیزی سیلندرهایی گاز باید طبق جدول شماره ۱ استاندارد ملی ایران به شماره ۳۰۴ صورت گیرد. رنگ سیلندر یکی از نشانه‌های بسیار مفید در تشخیص نوع گاز داخل آن است.

### سیستم سانترال:

برای جلوگیری از حمل و نقل سیلندرها در اتاق‌های عمل و بخش‌های بستری و ویژه به دلیل اقتصادی می‌توان از گازهای لوله کشی شده که از یک منبع ذخیره یا چند سیلندر مرکزی تغذیه می‌شوند، استفاده کرد.

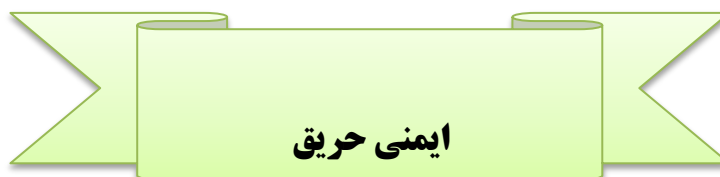
در مکان‌هایی که گازهای طبی تولید، شارژ یا استفاده می‌شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور باید تابلوی سیگار کشیدن ممنوع در محلی مناسب نصب شود.

### مزایای سیستم سانترال:

- ۱) جابجا کردن و حرکت دادن مداوم سیلندرهایی گاز موجب ایجاد خطرات احتمالی از قبیل آتش سوزی و انفجار می‌شود که توزیع مرکزی از این خطرات جلوگیری می‌کند.
- ۲) سیلندرها قسمتی از فضای داخل بیمارستان را اشغال می‌کنند که در توزیع مرکزی گازهای طبی این اشکال وجود ندارد.
- ۳) گازهای طبی نسبت به توزیع گاز توسط سیلندرهایی سیار آتش سوزی و انفجار می‌شود که در توزیع مرکزی از این خطرات جلوگیری می‌کند.

## محل نگهداری سیلندرها:

- (۱) در مکان‌هایی که گازهای طبی تولید، شارژ یا استفاده می‌شوند نباید سیگار کشید. برای این منظور باید تابلوی سیگار کشیدن ممنوع در محلی مناسب نصب شود.
- (۲) به هیچ وجه نباید روغن پارافین و غیره در اطراف رگولاتور، شیر و بدنه سیلندر برای هیچ منظوری استفاده شود. این عمل صددرصد باعث انفجار می‌شود.
- (۳) لباس کارکنان و افرادی که در مکانهای تولید و کاربرد گازهای طبی رفت و آمد می‌کنند باید ضد جرقه باشد و عاری از الیاف نایلون باشد.
- (۴) وسایل چرخدار حامل سیلندرها باید مجهز به زنجیر تماس با زمین جهت جلوگیری از ذخیره الکتریسیته ساکن و احتمال انفجار باشد.
- (۵) اتاق نگهداری سیلندرها باید مجهز به سیستم تهویه مناسب باشند.



## مقدمه:

۷۵ تا ۸۰ درصد آتش سوزی‌ها قابل پیش بینی و پیشگیری هستند و اجتناب از بی توجهی و سهل انگاری و انجام اقدامات پیشگیرانه سبب می‌شود ۳/۴ خسارت‌های ناشی از آتش کاسته شود و برای ۱/۴ باقیمانده احتیاج به ادوات و تجهیزات کشف و اعلام، تخلیه و اطفای حریق است. از آنجا که بیماران بیمارستان عموماً افراد ناتوانی هستند که امکان نجات خود را ندارند؛ بنابراین آتش سوزی در بیمارستان بیش از هر مکان عمومی دیگر می‌تواند باعث خسارت‌های جانی شود، بعلاوه بدلیل وجود دستگاه‌ها و تجهیزات گران قیمت و متعدد آتش سوزی در بیمارستان منجر به خسارت‌های مالی فراوان نیز می‌شود. در نتیجه آگاهی کارکنان از نوع حریق، انواع خاموش کننده‌ها و چگونگی استفاده صحیح از آن‌ها برای اطفاء حریق امری الزامی است.

## ۱- مناطق دارای احتمال آتش سوزی بالا:

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

## ۲- ماهیت حریق:

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

- اکسیژن
- حرارت
- مواد قابل اشتعال (مثل کاغذ و پارچه)
- واکنش‌های زنجیره ای

## ۳- دسته بندی حریق:

برای سهولت در پیشگیری و کنترل آتش سوزی، حریق‌ها را برحسب ماهیت مواد به دسته‌های مختلفی تقسیم بندی می‌کنند. اخیراً "دسته جدیدی تحت نام F به دسته بندی قبلی اضافه شده است.

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

**دسته B:** آتش سوزی مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که قابلیت مایع شدن را دارند مانند نفت و الکل.

**دسته C:** این دسته از آتش سوزی‌ها ناشی از گازها و مایعات ویا مخلوطی از آن‌ها است که به راحتی قابلیت تبدیل به گاز را دارند مانند گاز مایع و گاز شهری.

**دسته D:** فلزات سریع اکسید شونده مانند منیزیوم، سدیم، پتاسیم.

**دسته E:** حریق‌های الکتریکی که عموماً در وسایل الکتریکی و الکترونیکی اتفاق می‌افتد.

#### ۴- روش‌های اطفاء حریق:

- ✓ سرد کردن
- ✓ خفه کردن
- ✓ حذف ماده سوختنی
- ✓ کنترل واکنش‌های زنجیره ای

#### ۵- مواد خاموش کننده:

بطور کلی مواد خاموش کننده در ۴ دسته قرار می‌گیرند:

**مواد سرد کننده:** آب و CO<sub>2</sub>.

**مواد خفه کننده:** کف، خاک، پودر شیمیایی، ماسه، CO<sub>2</sub>.

**مواد رقیق کننده هوا:** CO<sub>2</sub>, N<sub>2</sub>.

**مواد محدود کننده واکنش‌های زنجیره ای:** هالون و پودرهای مخصوص.

#### ۶- انواع خاموش کننده‌های موجود در بیمارستان:

##### • جعبه‌های آب آتش نشانی (Fire Box):

در مواردیکه مواد سوختنی باید سرد و خیس شوند از شیلنگ‌های موجود در جعبه‌های آب آتش نشانی (Fir box) استفاده کنید، این جعبه‌ها به مخازن آب تحت فشار متصل هستند و آب را با فشار زیاد خارج می‌کنند.

##### • کپسول‌های حاوی پودر شیمیایی:

مواد شیمیایی خشک تحت فشار فرآیند آتش گیری را دچار اختلال نموده و با پوشاندن سطح مواد آتش گیر، مانع از رسیدن اکسیژن به آن می‌شود. این نوع کپسول‌ها، یکی از پر مصرف‌ترین کپسول‌های آتش نشانی به شمار می‌روند.

##### • کپسول‌های حاوی گاز دی اکسید کربن (CO<sub>2</sub>):

این کپسول‌ها بیشتر برای آتش‌های ناشی از جریان برق استفاده می‌شوند.

**نکته:** در حریق‌های کوچک سعی کنید از کپسول‌های اطفاء حریق استفاده کنید.

## - طرز کار با کپسول آتش نشانی CO2:

- ۱- ابتدا خونسردی خود را حفظ نموده و کپسول را به محل حریق حمل نمائید.
- ۲- کپسول را با یک دست مهار نموده و با دست دیگر پلمپ شیر را باز کنید.
- ۳- با دقت به سمت حریق نشانه روید و شیر کپسول را باز کنید.
- ۴- دقت شود که اطفاء حریق با جارو کردن آتش انجام شود.
- ۵- هرگز در جهت وزش باد (روبه باد) قرار نگیرید.
- ۶- از این کپسول برای اطفاء آتش‌های ناشی از اتصالات الکتریکی و دستگاه‌های الکتریکی و الکترونیکی استفاده می‌شود.

**توجه: دقت کنید کپسول‌های CO2 در هنگام جابجایی ضربه نخورند زیرا خطر انفجار آن‌ها وجود دارد.**

### طرز کار با کپسول آتش نشانی پودر و گاز:

۱. ابتدا خونسردی خود را حفظ کنید.
۲. سیم پلمپ شیر کپسول را باز کنید.
۳. شیلنگ را بوسیله یک دست محکم گرفته و به سمت آتش نشانه روید.
۴. با دست دیگر کپسول را مهار نموده و اهرم را فشار داده و مخلوط پودر و گاز را روانه حریق نمائید.

**تذکر: در هنگام اطفاء حریق آتش را جارو کنید.**

**هرگز در جهت وزش باد (رو به باد) قرار نگیرید.**

### توصیه‌های ایمنی

۱. هیچ وقت منتظر نتیجه مصرف کپسول نما نید و به محض مشاهده حریق آتش نشانی را خبر کنید.
۲. محتویات اکثر کپسول‌ها ظرف مدت ۸ تا ۱۰ ثانیه (در برخی انواع ۳۰ ثانیه یا بیشتر) خارج می‌شود. پس باید حرکت را درست انجام دهید تا مؤثر باشد.
۳. نشانه گرفتن خاموش کننده به سمت شعله‌های آتش مؤثرتر از گرفتن آن به سمت نقطه شروع حریق است. این کار شانس شما را برای خاموش کردن آتش به طور کامل کم می‌کند.
۴. توجه داشته باشید استفاده از کپسول‌های اطفاء در اتاق‌های کوچک بدون تهویه برای سلامت افراد خطرناک است و فرد نباید ترکیبات شیمیایی حاصل از تجزیه عامل اطفاء را تنفس کند. هنگام وقوع حریق یا استفاده از کپسول به صورت خمیده از محل خارج شوید یا از تنفس بخارات و دود گرم شده و عامل اطفاء جلوگیری به عمل آورید.
۵. استفاده از کپسول دی اکسید کربن باعث کاهش اکسیژن و سبب بی‌هوش شدن ساکنان به دلیل کمبود اکسیژن می‌شود. سعی کنید ساکنان محل را قبل از استفاده کپسول، خارج کنید و از فاصله دو و نیم متری کپسول را به سمت حریق نشانه بگیرید.
۶. هنگام استفاده از کپسول اطفای حریق در آتش سوزی برق، حداقل یک متر با منبع حریق فاصله بگیرید.
۷. اگر حریق شدید است، از محل خارج شوید و در را ببندید. بهتر است در کلاس‌های آموزشی شرکت کنید یا یک بار استفاده از کپسول را امتحان کنید تا موقع بروز خطر به راحتی بتوانید درمقا بل آن عکس العمل مناسب نشان دهید.

## بهداشت محیط

### بهداشت محیط بیمارستان (Environmental Health Hospital)

بیمارستان موسسه پزشکی است که با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی و تحقیقی به منظور بهبودی بیماران سرپائی و بستری به وجود می‌آید و آسایش و ایمنی بیماران و کارکنان خود را تأمین می‌نماید.

#### نکاتی در خصوص شرایط بهداشتی بخش‌ها

- ✓ کف کلیه اتاق‌ها و راهروها، بایستی روزانه نظافت و در صورت نیاز با آب ژاول رقیق شده گندزدایی گردد.
- ✓ کلیه وسایل تخت بیمار از قبیل پتو، ملحفه و روتختی باید بطور مرتب تعویض گردد، بنحوی که پیوسته سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشد.
- ✓ در هنگام تعویض ملحفه بایستی از دستکش و ترجیحاً ماسک استفاده شود.
- ✓ جهت نظافت قسمت‌های مختلف بخش از جمله استیشن، یخچال، میز بیمار، تلفن، تخت،... باید از دستمال‌های جداگانه استفاده شود.
- ✓ کلیه کفشورهای موجود در قسمت‌های مختلف بایستی مجهز به توری بوده و این توری‌ها روزانه نظافت شوند.
- ✓ تی‌های مورد استفاده در هر بخش بایستی بعد از هر بار استفاده کاملاً شسته، و از قرار دادن آنها بصورت مرطوب روی زمین اکیداً خودداری شود.
- ✓ ظروف صابون مایع بعد از هر بار خالی شدن بایستی شسته و خشک شود.
- ✓ میز مخصوص غذای بیمار بایستی بعد از هر بار استفاده با دستمال مخصوص نظافت شود.
- ✓ تخت بیمار بایستی به طور مرتب و بعد از ترخیص بیمار کاملاً ضد عفونی شود.
- ✓ داخل کابین‌ها بایستی بطور مرتب نظافت و از پهن کردن روزنامه داخل آنها خودداری شود.

#### پاشیده شدن خون و مواد آلوده بدن در محیط

به دنبال ریخته شدن موادی مانند ادرار یا غذا، پاک کردن آن محل با آب و یک ماده دترجنت معمولاً کافی است ولی اگر ترشحات حاوی ارگانسیم‌های خطرناک باشند باید از یک ماده گندزدا استفاده کرد. برای پاک کردن ترشحاتی که از آلودگی آنها مطمئن هستیم باید همیشه دستکش یک بار مصرف استفاده گردد. در صورت پاشیده شدن خون و مایعات آلوده به خون در محیط (بدلیل احتمال آلودگی با عوامل بیماری‌زا منتقله از راه خون مانند HIV...)،

#### توصیه می‌شود که:

۱. دستکش و در صورت لزوم سایر محافظا پوشیده شود. (رعایت احتیاطات استاندارد)
۲. خون و مواد آلوده با دستمال یک بار مصرف جمع‌آوری و پاک شود. (دستمال یک بار مصرف به دستمال کاغذی و یا ساخته شده از الیاف پنبه گفته می‌شود که فقط یک بار مورد استفاده قرار گرفته و سپس همانند دیگر زباله‌ها از بین می‌رود).
۳. محل مورد نظر با آب و دترجنت (صابون) شسته شود



۴. با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) گندزدایی انجام شود اگر سطح آلوده شده صاف باشد از رقت ۱ درصد و در صورت داشتن خلل و فرج از رقت ۱۰ درصد مایع گندزدا استفاده می‌شود. ذکر این نکته ضروری است که مایع ضد عفونی کننده بایستی بطور صحیح و دقیق رقیق شده و برای هر بار استفاده بصورت تازه تهیه گردد.

**توجه: در صورتی که مقدار زیاد خون یا مایعات آلوده به خون در محیط ریخته شده (بیشتر از 30 سی سی) یا اگر خون محتوی شیشه شکسته با اشیاء نوک تیز باشند باید:**

۱. پارچه یکبار مصرف روی آن پهن نموده و موضع را پوشاند.

۲. روی آن محلول هیپوکلریت سدیم با رقت ۱۰ درصد ریخت و حداقل ۱۰ دقیقه صبر کرد

۳. با دستمال یک بار مصرف آن را جمع کرد با آب و دترجنت محل را پاک و تمیز نمود

۴. با محلول هیپو کلریت سدیم (آب ژاول) گندزدایی انجام شود.

### **دستورالعمل تفکیک، جمع آوری، انتقال و دفع زباله:**

تعریف زباله بیمارستانی: به کلیه مواد زائد جامد و نیمه جامد تولیدی از تمام بخش ها و واحدهای درمانی و غیر درمانی یک بیمارستان زباله بیمارستانی اطلاق می‌گردد. این زباله ها به چهار دسته تقسیم می‌گردد:

۱) زباله های معمولی یا شبه خانگی: به زباله هایی اطلاق می‌گردد که از لحاظ حمل و نقل مشکل خاصی ندارند، مانند زباله های قسمت اداری، آشپزخانه، آبدارخانه، پسماندهای تولیدی توسط عیادت کنندگان و پرسنل خدماتی (زباله ناشی از نظافت)

۲) زباله های عفونی و خطرناک: به زباله هایی اطلاق می‌گردد که می‌تواند حداقل یک بیماری عفونی را منتقل کند، مانند زباله های تزریقات، آزمایشگاه، اتاق عمل، بخش های زایمان، اورژانس، اتاق پانسمان، دیالیز، بانک خون، داروهای تاریخ گذشته و ته مانده های داروها و مواد شیمیایی و بطور کلی تمام پارچه ها و البسه آلوده به خون، گاز و پنبه مصرف شده برای پانسمان، نمونه های آزمایشگاهی و محیط های کشت مربوطه، اقلام پلاستیکی مانند سوند، کیسه ادرار، سرنگ درن و ...

۳) زباله های نوک تیز و برنده: مانند سرسوزن، تیغ جراحی و ...

۴) زباله های شیمیایی دارویی مانند داروها و مواد شیمیایی تاریخ گذشته، مصرف نشده، قوطی و بطری های دارای باقی مانده داروهای خطرناک، دماسنج جیوه ای و ...

### **کد بندی رنگی پسماندهای تفکیک شده مشخص شده است و تمامی پسماندها برچسب گذاری شوند**

## کد بندی رنگی پسماند های تفکیک شده مشخص شده است و تمامی پسماندها برچسب گذاری شوند.

| ردیف | نوع پسماند       | رنگ سطل         | رنگ کیسه                 | برچسب                         |
|------|------------------|-----------------|--------------------------|-------------------------------|
| ۱    | عفونی            | زرد             | کیسه پلاستیکی مقاوم زرد  | عفونی                         |
| ۲    | تیز و برنده      | زرد با درب قرمز | Safety Box استاندارد     | تیز و برنده _ دارای خطر زیستی |
| ۳    | شیمیایی و دارویی | سفید یا قهوه ای | کیسه سفید پلاستیکی       | شیمیایی و دارویی              |
| ۴    | پسماند عادی      | آبی             | کیسه پلاستیکی مقاوم سیاه | عادی                          |

### دستور کار اجرایی یکسان سازی و رفع برخی ابهامات اجرای " ضوابط و روش های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته "

- پسماندهای تیز و برنده در safety box جمع آوری گردد و پس از پر شدن ۳/۴ safety box جمع آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده، و سپس بی خطر سازی گردند.
- سوزن سرنگ نیابستی مجدداً درپوش گذاری گردد و باید بدون دستکاری داخل safety box جمع آوری شود
- سوزن و سرنگ تماماً در safety box جمع آوری شود و از جداسازی آن اجتناب گردد. درمورد سوزن و سرنگ آزمایش های تشخیص طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل نمایند.
- سوزن ست سرم، جدا شده ودر safety box قرار گیرد. مابقی ست سرم و باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته می شود و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.
- باتل های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.
- محتوای باتل های حاوی سرم های قندی و نمکی که بصورت کامل استفاده نشده اند و یا تاریخ مصرف آن ها منقضی شده است را می توان با مقادیر زیادی آب رقیق نموده و در فاضلاب تخلیه و باتل سرم، در پسماندهای عفونی قرار گیرند.
- قراردادن کیسه وسطل زرد در اتاق های بستری عادی و تحت نظر ممنوع است. پسماندهای عفونی این مکان ها در داخل سطل زرد دارای کیسه زرد که با ترولی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می شود، قرار داده می شوند
- پسماند اتاق های عمل، اتاق های ایزوله، بخش دیالیز و بخش اورژانس و آزمایشگاه عفونی محسوب می گردد و در این بخش ها می توان کیسه و سطل زرد قرار داد و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری گردد
- درخصوص وضعیت پسماندهای ایستگاه پرستاری بخش دیالیز و اورژانس و قسمت اداری آزمایشگاه مانند سایر ایستگاه های پرستاری، در صورتیکه قرار دادن کیسه های پسماند عادی در ایستگاه های پرستاری باعث اختلال در فرآیند تفکیک نشود، پسمانهای تولید شده در این قسمت ها عادی و سایر پسماند بخش های فوق مطابق پسماند پزشکی ویژه مدیریت می شوند.

➤ نصب **safety box** در اتاق‌های بستری و تحت نظر (مانند اورژانس) ممنوع است. پسماندهای تیز و برنده این مکان‌ها در داخل سیفتی باکس که با ترولی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می‌شود، قرار داده می‌شوند

ولی در بخش‌های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خون‌گیری آزمایشگاه و اتاق عمل (به جز بخش‌های دیالیز، CCU و PICU) در یونیت هر بیمار می‌توان **safety box** را در محل مناسب بصورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد

➤ نحوهٔ امحاء جفت زایمان و نمونه‌های پاتولوژی در بیمارستان به شرح زیر می‌باشد:

حفر چاهک‌هایی با شرایط بهداشتی در محل بیمارستان به طوری که از آلودگی آب‌های زیرزمینی و خاک جلوگیری نماید و انتقال جفت و نمونه پاتولوژی به داخل چاهک و پوشاندن با آهک

➤ اعضا و اندام‌های قطع شده بدن و جنین مرده بایستی طبق احکام شرعی جمع‌آوری و به آرامستان انتقال داده شده و تحت شرایط بهداشتی دفن گردد.

### در هنگام جمع‌آوری و حمل و نقل زباله‌ها رعایت نکات زیر الزامی است:

۱) در صورت عدم وجود کیسه زباله مقاوم از دوکیسه هم‌رنگ داخل یکدیگر استفاده شود.

۲) درب کیسه‌ها بعد از پر شدن بسته شود.

۳) از فشردن کیسه‌های زباله جهت کاهش حجم اکیداً خودداری شود.

۴) از ریختن زباله با شیر آب آن در هنگام حمل زباله خودداری شود.



واحد آموزش کارکنان درمانی:

از جمله وظایف این واحد به شرح زیر می‌باشد:

۱- تعیین اهداف آموزشی

۲- تعیین نیازهای آموزشی

۳- اولویت بندی نیازهای آموزشی

۴- تدوین برنامه‌های آموزشی

۵- اجرای برنامه‌های آموزشی

۶- تهیه و تنظیم ابزار مناسب جهت ارزیابی عملکرد

۷- ارزیابی سطح دانشی و مهارتی پرسنل درمانی

۸- ارزیابی و به‌کارگیری مناسب پرسنل جدیدالورود

۹- پیشنهاد تهیه کتب، مجلات، جزوات و وسایل کمک آموزشی جهت ارتقا سطح آگاهی کارکنان

۱۰- ارائه تازه‌ها و نتایج تحقیقات جدید

۱۱- همکاری و مشارکت در انجام طرح‌های پژوهشی

۱۲- ارزیابی اثر بخشی آموزش‌های انجام شده

۱۳- شرکت در کمیته‌های مرکز

۱۴- هماهنگی، همکاری و مشارکت جهت تشکیل و شرکت کارکنان در کلاس‌های آموزش مداوم برابر برنامه جامع آموزشی واحد ذیربط

۱۵- همکاری و هماهنگی با سوپروایزر بالینی و کنترل عفونت، در امر آموزش

پرسنل جدید ورود در پست‌های پرستاری، اتاق عمل، هوشبری، مامایی با نظارت واحد آموزش کارکنان در آزمون ورودی مربوطه شرکت می‌کنند و سطح اطلاعات و دانش فردی آن‌ها سنجیده می‌شود. سپس پرسنل جدید ورود به مدت یک ماه توسط خیره بخش از نظر مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های عمومی و تخصصی ارزیابی شده و چک لیست‌های مربوطه تکمیل می‌شود و به سوپروایزر آموزشی ارجاع داده می‌شود. پس از تحلیل نتایج آزمون توسط سوپروایزر آموزشی و تأیید صلاحیت وی در همان بخش ادامه کار می‌دهد و در صورت عدم کسب حد نصاب امتیاز، آزمون مجددی با تعیین زمان قبلی به عمل خواهد شد.

۱۶- سالانه کلیه پرسنل باید ۵۵ امتیاز آموزشی کسب کنند که این عناوین منطبق بر الویت آموزشی بیمارستان می‌باشد. هر فرد بعد از انجام پیش ثبت نام به صورت

آنلاین یا حضوری در آزمون شرکت می‌کند.



**وسایل لازم جهت نمونه گیری آزمایشگاه:**

ویال CBC درب سبز و حاوی ماده ضد انعقاد EDTA و حداقل 0.5 CC و حداکثر 1.5 CC خون به ظرف اضافه شود و به آرامی پنج مرتبه سروته شود.

آزمایشاتی که با ویال CBC انجام می‌شود:

CBC - گروه خون و Rh - رتیکولوسیت - G6PD - کومبس مستقیم - هموگلوبین الکتروفورز - لام خون محیطی - مالاریا - آمونیاک - لاکتات - HLA تایپینگ - ACTH - سرب.

نمونه آمونیاک لاکتات باید به همراه یخ (شرایط یخچالی) هرچه سریع‌تر به آزمایشگاه ارسال شود.

**ویال PT- PTT:**

دارای درب صورتی به همراه ماده ضد انعقاد سیترات سدیم وبا خط مدرج که محدوده اضافه شدن خون مشخص شده و دقیقاً باید تا خط نشان خون اضافه شود و چند مرتبه به آرامی لوله سروته شود.

آزمایشاتی که با ویال PT-PTT انجام می‌شود:

PT-PTT - دی دایمر - پروتئین C - پروتئین S - فیبرینوژن - تمام فاکتورهای انعقادی آنتی ترومبین III - فاکتور پنج لیدن.

**لوله ESR:**

باتوجه به انجام این تست درهرآزمایشگاه که دستی یا دستگاهی باشد ظرف آن نیز تفاوت دارد. در حال حاضر آزمایشگاه بیمارستان این تست را دستگاهی انجام می‌دهد ولوله مخصوص با درب مشکی و خط نشان جهت اضافه شدن مقدار خون لازم ارائه می‌شود که لازم است دقیقاً خون تا خط نشان اضافه شده وبه آرامی مخلوط شود.

### لوله درب قرمز پلاستیکی حاوی گرانول یابدون گرانول:

جهت آزمایشات بیوشیمی خون وهورمون شناسی - سرولوژی و ایمونولوژی و..... بدون ماده ضد انعقاد بین ۲ تا ۵ سی سی خون به لوله اضافه می‌شود ونیازی به مخلوط کردن ندارد. تقریباً اکثر آزمایشات بیوشیمی خون - هورمون وایمونولوژی بالین لوله انجام می‌شود به عنوان مثال قند- اوره- اسداوریک- کلسترول- تری گلیسرید- تست‌های کبدی- امیلاز- لیپاز- تست‌های تیروئیدی- تروپونین I.

نکته: بعضی از تست‌ها باتوجه به دستگاه و کیت مورد استفاده احتیاج به نمونه گیری متفاوت دارد.

به عنوان مثال: BNP که بعضی از آزمایشگاه‌ها روی ویال CBC وبعضی روی لوله لخته وبعضی با ماده ضد انعقاد هپارین انجام می‌شود.

در اینگونه مواردبرای ارسال نمونه به آزمایشگاه مورد نظر قبل از نمونه گیری از نوع نمونه ارسالی اطمینان حاصل شود.

\*در مورد تست‌های ارسالی به آزمایشگاه‌های بیرون از نوع نمونه ارسالی با تماس با آزمایشگاه مورد نظر اطمینان حاصل کنید.

به عنوان مثال ظرف کشت Bactec در آزمایشگاه‌ها متفاوت است.

ارسال نمونه‌های کشت باید قبیل از تجویزاتی بیوتیک توسط پزشک باشد.

فهرست آزمایشاتی که احتیاج به ناشتایی دارد وموقع گرفتن نمونه باید رعایت شود در اختیار بخش‌هاست لطفاً مطالعه نمایید.

درصورت استفاده بیمار از قرص‌های مکمل واهن ومشتقات آن ارسال نمونه جهت آزمایشات آهن - TIBC-فریتین - Zinc جایز نیست.

### جهت آزمایش سل:

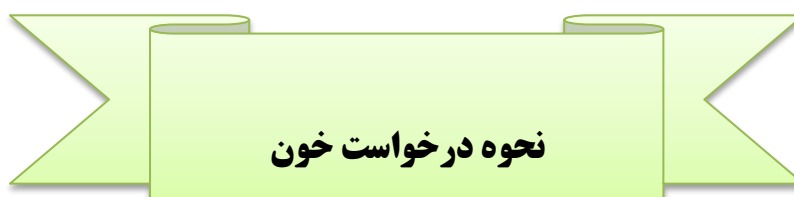
ارسال نمونه خلط ظرف مخصوص تهیه خلط به بیمار داده شود وفرم مبارزه بابیماری سل تکمیل (درج کد ملی بیمارالزامی است) ومهر وامضا وبه آزمایشگاه ارسال شود.

کدپذیرش ۸۰۴۰۷۵

جهت PBS ولام خون محیطی فرم تکمیل شده آسیب شناسی الزامی است.

جهت نمونه گیری بیمارارن ملاحظات ذیل راباید مد نظر داشت:

- ۱- ابتدا درخواست آزمایش طبق order پزشک بعد از اطمینان واحراز شرایط لازم برای نمونه گیری ثبت سیستم شود (شامل ناشتایی، مصرف دارو و.....).
- ۲- لیبل تهیه شده وبراساس آزمایشات درخواستی بیمار لیبل گذاری شود.
- ۳- بامراجعه به بالین بیمار وپس از شناسایی و مطابقت مشخصات لوله‌ها با بیماراقدام به خون گیری شود. درصورت رعایت این مراحل از بیشتر خطاهای قبل از نمونه گیری جلوگیری خواهد شد.



## نحوه درخواست خون

در مواقع عادی برای درخواست خون و فرآورده‌ها باید درخواست سبز تکمیل گردد. لازم به ذکر است این فرم باید در مواقعی استفاده شود که تزریق خون حتمی است. برای رزرو خون نباید از فرم سبز استفاده شود. در این مواقع باتماس تلفنی با آزمایشگاه از موجود بودن گروه خونی مورد نظر اطمینان حاصل کنید. (یک سرنسخه با مهر پرستار بیمار جهت رزرو خون ارسال شود). در مواقع اورژانسی باید درخواست آبی تکمیل گردد. همچنین به دلیل اینکه با توجه به نوع درخواست، خون بدون کراس مچ تحویل داده می‌شود و بعد از تحویل خون، مراحل کراس ماچ انجام می‌شود، مسئولیت آن با پزشک در خواست کننده است. (درخواست اورژانسی و غیر اورژانسی حتماً باید مهر و امضای پزشک داشته باشد) بنابراین حتی الامکان از این فرم استفاده نشود. زمان آماده سازی درخواست‌های سبز برای P.C یک ساعت است.

همکاران محترم توجه داشته باشند که فرم‌ها کامل و به درستی تکمیل شود.

## P.C یا Packed cell

گلوبول قرمز فشرده شده، جهت بیمارانی که دچار کم خونی حاد هستند، استفاده می‌شود. به دلیل نیاز بیماران جراحی قلب به خون تازه یا کمتر از ده روز، بانک خون بیمارستان براساس لیست عمل قلب، P.C تازه درخواست می‌کند و عملاً تا زمانی که خون، تازه هست می‌توان برای بیماران مذکور استفاده کرد. بنابراین درخواست‌هایی به آزمایشگاه ارسال شود که بیمار قطعاً خون دریافت می‌کند. در غیر این صورت اگر کیسه خون، استفاده نشد، بعد از ده روز از تاریخ اخذ خون باید به بیمارستان‌های دیگر ارسال شود و این چیزی نیست جز هزینه اضافی که به بیمارستان تحمیل می‌شود. اگر بیماری ازلی است عمل کنسل شد به آزمایشگاه اطلاع داده شود تا خون جهت بیمار دیگری استفاده شود. توجه داشته باشید که همیشه تقریباً ۲ واحد P.C از هر گروهی در بانک خون بیمارستان به عنوان ذخیره موجود می‌باشد.

## Fresh Frozen Plasma یا FFP

پلاسمای تازه فریز شده از جمله فرآورده‌هایی است که در بیمارستان مصرف می‌شود. در مورد FFP این نکته اهمیت دارد که برای تزریق آن باید گروه خون بیمار و کیسه فرآورده یکسان باشد اما می‌توان کیسه RH منفی را به بیمار RH مثبت داد. مگر در بیمارانی که سابقه زایمان داشته باشند که باید احتیاط شود. نکته دیگر اینکه رزرو برای این فرآورده معنایی ندارد، به دلیل اینکه در فریزر بانک خون بیمارستان به میزان لازم FFP وجود دارد و فقط کافی است ۲۰ دقیقه قبل از تزریق حتمی، به آزمایشگاه جهت ذوب آن اطلاع داده شود. در صورت مصرف نشدن فرآورده لطفاً در اسرع وقت به آزمایشگاه برگردانده شود. بعد از ذوب، ساین فرآورده تا ۵ روز در دمای ۴ درجه قابل استفاده است، هر چند کیفیت روز اول رانخواهد داشت.

## (Platelet (plt

یکی دیگر از فرآورده‌هایی است که جهت بیماران با کاهش پلاکت مصرف می‌شود. در مورد پلاکت ذکر چند مورد حائز اهمیت است.

- این فرآورده در بانک خون بیمارستان به صورت ذخیره وجود ندارد و فقط در موارد نیاز حتمی بیمار درخواست می‌شود. بنابراین زمانی درخواست شود که بیمار قطعاً استفاده خواهد کرد.
- پلاکتی که از بانک خون دریافت می‌شود معمولاً یک روز یا دو روز تاریخ مصرف دارد (پلاکت‌ها بعد از تهیه تنها ۳ روز تاریخ مصرف دارند) بنابراین در صورت عدم استفاده سریعاً به آزمایشگاه برگشت داده شود.
- دمای نگهداری پلاکت ۲۲-۲۵ درجه سانتیگراد است (دمای محیط) بنابراین به هیچ عنوان این فرآورده را داخل یخچال قرار ندهید.
- الزام "هم گروهی یا ایزوگروپی" در تزریق پلاکت ضروری نیست مگر اینکه پلاکت با کمی RBC مخلوط باشد. در غیر این صورت در صورت موجود نبودن هم گروه، می‌توان از غیر هم گروه استفاده کرد

## عوارض بعد از تزریق خون

اقداماتی که باید بعد از عوارض تزریق خون انجام شود بدین شرح است:

۱. اطلاع به پزشک بیمار و پزشک ارشد هموویژیلانس (در شیفت صبح خانم دکتر هادیانی و در شیفت عصر و شب و ایام تعطیل، رزیدنت ارشد همان شیفت)
۲. ارسال آزمایش‌های مربوطه (در فرم عوارض خون ذکر شده است) در لحظه عوارض، نه روز بعد از آن
۳. تکمیل فرم عوارض خون به صورت دقیق. کادر مربوط به پزشک ارشد هموویژیلانس و پزشکی که در آن لحظه بیمار را ویزیت کرده باید تکمیل و مهر و امضا شود.
۴. ارسال فرم تکمیل شده به آزمایشگاه در اسرع وقت
۵. کیسه خون با فرآورده دارای عارضه به بانک خون برگشت داده شود.

## تکرار مهم‌ترین وظایف پرستاری:

۱. تأیید هویت بیمار:
  - الف. قبل از تهیه نمونه خون جهت انجام آزمایشات قبل از تزریق و کارت شناسایی
  - ب. قبل از تزریق خون و فرآورده
۲. بررسی‌های مورد نظر در خصوص فرآورده تحویل گرفته شده از بانک خون بیمارستان
۳. بررسی دقیق مشخصات روی برچسب کیسه خون
۴. نگهداری صحیح خون و فرآورده‌ها تا زمان تزریق
۵. گرم کردن خون در صورت دستور پزشک
۶. کنترل دقیق و شناسایی بیمار قبل از شروع تزریق خون و تطبیق آن با مشخصات ثبت شده بر روی کیسه خون و فرم‌های درخواست خون
۷. تزریق صحیح خون
۸. آشنایی با عوارض و اقدامات لازم در هنگام بروز عوارض ناشی از تزریق خون

## چگونه بروز واکنش‌های حاد پس از انتقال خون را کنترل و اداره نمائیم؟

★ اقدام فوری برای تمام واکنش‌های ایجاد شده پس از انتقال خون:

۱. انتقال خون را متوقف نمائید.
۲. جریان IV را با استفاده از نرمال سالین 0.9% باز نگه دارید.
۳. مطمئن شوید که واحد صحیح به بیمار مربوطه داده شده است (شناسایی بیمار و واحد خون درخواستی)
۴. علائم و نشانه‌های حیاتی را کنترل نمائید.
۵. به پزشک مسئول و بانک خون اطلاع دهید.

پس از اینکه انتقال خون متوقف شد (بجز در موارد واکنش‌های خفیف آلرژیک، به مورد زیر توجه نمائید).

۶. نمونه تازه ای از خون و ادرار جمع آوری نموده و همراه با واحد خون و ست تزریق به بانک خون ارسال نمائید. نمونه خون و ادرار برای آزمایشات:

(LDH-CBC- UA-Coombs Direct – SGOT-SGPT-AIL,p- NA- K-BG.Rh - Urea- Cr) ارسال شود.

۷. با پزشک مسئول مشورت نمائید و پروتکل بیمارستان را اجرا نمائید.

## ترانسفوزیون اورژانسی

در موارد اورژانس برای زنان در سن باروری گروه O با Rh منفی و برای زنان مسن تر و مردان گروه O با Rh مثبت هم می‌توان مصرف کرد. (ضمن ارسال خون و فرآورده با شرایط خاص اورژانسی بلافاصله پرسنل بانک خون دست بکار شده و به سرعت خون ایزوگروپ و سازگار را برای بیمار پیدا کرده و جهت جلوگیری از ادامه تزریق خون قبلی، خون کراس میج شده سریعاً به بخش منتقل می‌شود.)

در صورت نیاز به پلاسما از پلاسمای مثبت برای تمام این بیماران می‌توان AB استفاده کرد. دهنده عمومی پلاسما گروه AB است. (اگر بیمار سابقه دارا بودن آنتی بادیهای غیر طبیعی را دارد، در AB در صورت امکان غربالگری آنتی بادی انجام شود.)

در خواست خون اورژانس حتی در مرحله بعد از ارسال خون، بایستی توسط پزشک امضاء شود. برچسب خون بدون کراس میج باید دارای علامت " بدون کراس میج ارسال شده است " باشد تا پزشک درخواست کننده از حساسیت تصمیم خود مطلع شود. کورد این کیسه قبل از ارسال باید از کیسه جدا شده و در یک لوله آزمایش شماره گذاری شده نگهداری گردد تا در اولین فرصت کراس میج با سرم بیمار انجام شود. در این موارد حتی اگر بیمار فوت کند، ادامه کراس میج از نظر انجام مراحل احتمالی قانونی بعدی الزامی است.

بانک‌های خون برای شرایط بسیار اورژانس بایستی واحدهای خون از گروه‌های دهنده عمومی از قبل در نظر گرفته باشند و همچنین در آماده سازی فرآورده‌ها از جمله ذوب کردن پلاسما و کرایو و آماده سازی پلاکت با بخش بستری کننده بیماران اورژانس همکاری کنند.